



**ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN COMPROMISO DE GESTIÓN 2010**

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

GERENCIA ADMINISTRATIVA



Comité Editorial

Norma Ayala Díaz
Ana Lorena Fernández Chacón
Mariela Tarancón Reyes

Equipo de Producción

Procesamiento de datos:
Donald Felipe Jiménez
Miriam León Solís
Shirley Soto Alpízar
Mario Villalobos Marín
Asesoría presentación gráficos y tablas: Miriam León Solís

Elaboración del Documento

Norma Ayala Díaz
Ana Lorena Fernández Chacón
Mariela Tarancón Reyes
Revisión de los contenidos
Ana Guzmán Hidalgo
Edgar Pereira Barrantes
Raúl Sánchez Alfaro

Monografía, San José Costa Rica julio 2011

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

Tel: 2539- 0000, Interno: 3807,3809,3813
Apdo. Postal: 10105 -1000
Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS)
Av. 4, c 5 y 7, Piso Mezanine, Ala este

Este documento puede ser consultado en
http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud

Tabla de Contenidos

<i>I. Introducción</i>	4
<i>II. Resultados de la Evaluación</i>	6
<i>A. Desempeño por intervención</i>	6
1. Dimensión de Acceso	8
2. Dimensión de Continuidad	62
3. Dimensión de Efectividad	103
4. Dimensión de Aceptabilidad	140
5. Dimensión de Eficiencia	144
6. Producción Hospitalaria	161
7. Gestión Administrativa	178
<i>B. Elaboración y Aplicación del Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS)</i>	193
1. Elaboración	194
2. Aplicación	196
3. Relación del IDPSS con otras variables.....	201
<i>C. Motivos del no cumplimiento de metas de acuerdo a la opinión de los Proveedores de Áreas de Salud</i>	205
<i>III. Conclusiones y Recomendaciones</i>	207
<i>Anexos</i>	210
Anexo 1. Metodología de la Evaluación del Compromiso de Gestión 2010.....	210
Anexo 2. Centros Asistenciales por Agrupación.....	212

I. Introducción

Como parte de la evolución de la Compra de Servicios de Salud, a partir del año 2010, la Dirección de Compra de Servicios de Salud adoptó un nuevo enfoque en su accionar, que parte del análisis retrospectivo, la confrontación objetiva de la situación actual y la proyección que se desea brindar a la Compra de Servicios de Salud, sustentada en un marco conceptual y metodológico desarrollado por la DCSS y aprobado por las autoridades^{1,2}.

En este nuevo marco, se pretende trascender hacia la búsqueda de la mejora del desempeño de la prestación de servicios de salud, integrando coherentemente una serie de elementos que resultan determinantes para lograrlo. Se parte de los objetivos institucionales plasmados en el Plan Estratégico Institucional sobre la prestación de servicios de salud, los cuales se traducen en cinco dimensiones que constituyen las diferentes ópticas desde las cuales se evaluará la atención, a saber, Acceso, Continuidad, Aceptabilidad, Efectividad y Eficiencia. Por otra parte, migrar del énfasis en los procesos, hacia la medición de resultados intermedios de la prestación de servicios de salud, entendido como aquellos que están involucrados de manera más cercana al servicio brindado.

Teniendo como marco de referencia las dimensiones a evaluar y producto de un análisis conjunto, se identificaron las Intervenciones a las que se daría seguimiento en las diferentes Áreas Temáticas definidas como prioritarias, elaborando a su vez los Indicadores que permitieran su medición. De esta forma, se puede conocer el desempeño logrado y contrastarlo con el desempeño esperado (metas) definidas en el Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015³, permitiendo conocer la situación de desempeño de cada intervención evaluada; cuya metodología se describe en el documento Líneas de Base y Metas⁴.

El Compromiso de Gestión del bienio 2010-2011 es la primera concreción del Plan de Compra con este nuevo enfoque, de ahí que los resultados de la evaluación del año 2010 que se plasman en este Informe, revisten especial importancia para conocer de que manera estos resultados se han acercado en esta primera aproximación, a los objetivos propuestos de medir el desempeño logrado y elaborar el estado de situación del desempeño institucional, permitiendo a los tomadores de decisiones, responsables de la prestación de servicios de salud, implementar medidas para su mejoramiento continuo.

Prosiguiendo con la línea de innovación, en el año 2010 se elaboró el marco metodológico para la construcción de una medida resumen del desempeño de servicios de salud⁵ por unidad proveedora, a partir de los resultados de la evaluación de Compromiso de Gestión. Esta nueva herramienta se sustenta en la necesidad de hacer más amigable y útil la información para los tomadores de decisiones. Dada la cantidad de intervenciones a ser evaluadas en cada una de las dimensiones, no siempre es muy comprensiva, el que la información se presente en forma tan desagregada.

De ahí que se consideró pertinente el desarrollo de esta medida resumen que se ha denominado Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS), que integra y resume en un solo dato el resultado de las diferentes intervenciones

1 DCSS. La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

2 DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. CCSS. San José, 2009

3 DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. CCSS. San José, 2009

4 DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. Líneas de Base y Metas. CCSS, 2009

5 DCSS. Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. CCSS, 2010

de un centro. En un primer paso, se agrega por dimensión y posteriormente a partir de éstos subagregados, se conforma el índice para la unidad proveedora como un todo. El principal argumento para desarrollar esta nueva herramienta es que ofrece una evaluación del desempeño más integral, más allá del desempeño individual de cada indicador, lo que facilita el juicio sobre la totalidad⁶.

De esta manera el Informe de Evaluación del año 2010 que se presenta, consta de dos grandes apartados; el desempeño por intervenciones y el desempeño global por centro, a partir de los resultados del Índice; lo cual constituye un nuevo reto a superar.

El apartado que se refiere al desempeño por intervenciones se abordó para Áreas de Salud y Hospitales, orientado según dimensiones y desagregado por regiones para Áreas de Salud y por tipo de hospital para centros hospitalarios. Con respecto al desempeño global por centro, en este primer acercamiento se elaboró para Áreas de Salud, mediante la construcción de un subíndice por dimensión a partir de los cuales se construyó el Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS).

De las 103 Áreas de Salud que conforman el Primer Nivel de Atención, 90 corresponden a Áreas Institucionales y 13 a Compra Externa. En este informe se mostrarán los resultados de las Áreas institucionales y las gestionadas por la UCR totalizando 93 Áreas, las 10 restantes que corresponden a Compra Externa (Cooperativas y ASEMECO) no se incluyen, ya que por situación de contrato no incorporan este nuevo enfoque, por lo que sus intervenciones difieren a las del Compromiso de Gestión del 2010 de las Áreas institucionales, lo que no las hace comparables con éstas ni entre ellas. Sin embargo, en los casos en que se calculen coberturas y se cuenta con el dato de las Áreas de Compra Externa, éstas estarán incluidas en las coberturas.

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

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

Este informe representa un nuevo esfuerzo de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, por dar una respuesta cada vez mas ajustada a las necesidades institucionales, contribuyendo con aportar información oportuna y útil para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

6 OCDE. Measuring UP: Improving Health System Performance in OECD countries. 2002

II. Resultados de la Evaluación

A. Desempeño por intervención

De acuerdo al marco conceptual y metodológico desarrollado, se entenderá por **desempeño** “el grado en que un sistema alcanza sus objetivos”, definición propuesta por la OECD⁷ y la OMS⁸. En el ámbito institucional, el desempeño tiene como punto de partida, el conjunto de objetivos sobre la prestación de servicios de salud definidos en el Plan Estratégico Institucional. Estos objetivos se traducen en Dimensiones, que corresponden a las diferentes ópticas desde la cuales se evaluará el desempeño.

Dos expectativas parecen justificar la evaluación del desempeño: la necesidad de identificar mejoras en la prestación de servicios de salud y robustecer la cultura de rendición de cuentas. Evaluar el desempeño tiene un claro y práctico valor en ayudar a lograr los objetivos de la organización, unida al hecho de ser un componente clave en el desarrollo de una cultura de rendición de cuentas⁹.

Teniendo como marco de referencia los objetivos de la prestación (dimensiones) éstas se delimitaron en Áreas Temáticas, que representan la priorización institucional de problemas y necesidades de salud de la población.

Tanto a nivel de Áreas de Salud como en Hospitales, se encuentran Áreas Temáticas de gran relevancia para ser abordadas, sin embargo no fueron consideradas en esta oportunidad, por no cumplir los criterios de inclusión indicados en el Plan de Compra, como se detalla a continuación:

Áreas Temáticas que no cumplen con criterios de inclusión
<p>Los cánceres de Mama, Próstata y Estómago, fueron una de las Áreas Temáticas valoradas por ser, entre otros criterios, causantes de gran mortalidad en el país. No obstante, la falta de un adecuado nivel de evidencia y grado de recomendación en torno a las intervenciones posibles y el no contar en el ámbito institucional de intervenciones claramente establecidas al momento de definir los contenidos del Plan, fueron criterios para no incluir estas intervenciones en este período.</p> <p>De igual manera, los temas de Promoción de la Salud y Participación Social, aunque fueron analizados para su inclusión, se desestimaron por la dificultad metodológica que presenta el medir el efecto de los Servicios de Salud en los resultados obtenidos, partiendo que el abordaje de la intervención es multisectorial, con participación de gran cantidad de actores sociales. Además, el seguimiento y definición operativa de estas estrategias, viene dándose por otras instancias institucionales.</p> <p>Otro tema analizado fue el de obesidad; factor de riesgo de prevalencia alta a varias enfermedades no transmisibles. Existe limitación en el ámbito institucional para monitorear este problema, por la ausencia de sistemas de información, falta de definición de intervenciones y dificultad para contar con un resultado que esté cercanamente ligado al accionar de los Servicios de Salud. Dada la importancia del tema, su inclusión amerita de la participación de otras instancias, que definan las intervenciones institucionales y garanticen los insumos necesarios para su medición.</p>
<p>Fuente: DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. CCSS. San José, 2009</p>

7 Hurst, J. and M. Jee-Hughes, Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 47, OECD Publishing. 2001

8 OPS. Curso Internacional Desarrollo de Sistemas de Salud. Ejes críticos del desempeño de los sistemas de salud y alternativas de respuesta. Documento de consulta. Evaluación del Desempeño de sistemas de salud, conceptos e indicadores claves de desempeño en OMS y OECD. 2007

9 DCSS. Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. CCSS, 2010

Cada una de las áreas temáticas se concretó en **intervenciones específicas**, que se entienden como "el conjunto de acciones cuya aplicación integrada, adecuada y oportuna en presencia de un problema determinado, produce un efecto conocido sobre la salud"¹⁰, las cuales constituyen la esencia de la prestación de servicios. No todas las intervenciones posibles para cada Área Temática pueden ser medidas, sino las más relevantes a los usuarios relacionadas con los resultados intermedios.

La pertinencia de la intervención para ser incluida dentro de la cartera de la Compra de Servicios de Salud, se realizó mediante la aplicación de los siguientes criterios de selección:¹¹

- Que sean intervenciones realizadas institucionalmente
- Con pruebas y grado de recomendación que apoya la efectividad de la intervención¹²
- Con lineamientos técnicos definidos para su abordaje
- Que el beneficio esperado y el costo de la intervención, tengan como base el conocimiento sobre eficacia, efectividad y eficiencia
- Con disponibilidad de los registros del resultado (o proceso por excepción calificada) de la intervención para elaborar líneas de base y monitoreo
- Con variabilidad en la prestación: Existencia de espacios para mejora

Como producto de la aplicación de la intervención en este nuevo enfoque, se busca medir un **resultado intermedio**. Los resultados intermedios corresponden a los que están involucrados de manera más cercana al servicio brindado¹³. Este es un nuevo reto que se abordó al elaborar los indicadores para medir la intervención. La medición de estos resultados se realiza por medio de la construcción de indicadores.

En aquellas intervenciones que se consideraron de alto valor para la medición del desempeño, pero se encontraban en etapas preliminares de monitoreo, se consideró la introducción de los indicadores para la evaluación en forma escalonada iniciando con indicadores de registros e información que permitan luego evolucionar a indicadores de proceso y posteriormente a indicadores de resultados intermedios, iniciando con aquellos más factibles de medir¹⁴. En este sentido, el Compromiso de Gestión del año 2010 contempló este tipo de indicadores, que tendrán que permanecer hasta tanto no se cuente con la plataforma institucional que permita medir resultados intermedios de todas las intervenciones identificadas.

En este apartado se presentan los resultados de las intervenciones definidas en el Compromiso de Gestión del año 2010, de Áreas de Salud y de Hospitales representando **el desempeño logrado por intervención**, cuya orientación se enmarca dentro de las dimensiones establecidas.

10 CCSS. Plan de Atención a la Salud de las personas 2001-2006. 2000

11 DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. CCSS. San José, 2009

12 Organizaciones básicas de referencia: The Canadian Task Force on Preventive Health Care <http://www.ctfphc.org/> , y el U.S. Preventive Services Task Force <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

13 DCSS. La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

14 DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. CCSS. San José, 2009

1. Dimensión de Acceso

El acceso a los Servicios de Salud, es un elemento clave en la prestación de servicios de salud, que permite evaluar la disponibilidad de los recursos y servicios, y en que medida estos dan respuesta a la demanda, mostrando así la interacción entre la oferta de servicios y la demanda de los usuarios.

La dimensión de acceso se define como "la facilidad con que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado"¹⁵. Esta Dimensión será explicada a partir de dos perspectivas: desde la facilidad con la que las personas pueden obtener atención en los Servicios de Salud, independientemente del ingreso, geografía y origen cultural y desde la oportunidad en que esa atención o servicios se obtienen en el lugar y tiempo adecuados¹⁶.

CLASIFICACIÓN DEL ACCESO
Acceso potencial: interacción entre el Servicio de Salud, el cual busca crear condiciones de uso de los servicios mediante la disponibilidad y organización de la oferta, y las características de la población.
Acceso real: utilización efectiva de los servicios, asociada además a la percepción de la calidad y satisfacción del usuario.
Fuente: Observatorio de la Seguridad Social. Condiciones de acceso a los Servicios de Salud. Medellín, diciembre 2001 Año 1 No. 3 ISSN 1657 – 5415.

Abordaje por los Compromisos de Gestión

La accesibilidad a la prestación de servicios de salud ha sido una preocupación constante de dar seguimiento por parte de los Compromisos de Gestión. A partir de las connotaciones que se le ha dado a esta dimensión en el nuevo enfoque, se ha delimitado en seis **Áreas Temáticas**.

Estas áreas temáticas representan las prioridades institucionales que involucran a grupos vulnerables de la población, tales como: menores de un año, mujeres embarazadas y en período de posparto y adultos mayores.

Además consideran dos de los más importantes problemas de salud en la población como son los problemas cardiovasculares y tumores, este último representado por el cáncer cérvico-uterino. También se contempla uno de los elementos más limitantes a nivel institucional como son las listas de espera. Para cada una de las temáticas se identificaron intervenciones como se muestra a continuación.

15 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

16 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

Área Temática	Intervención	Nivel	Indicador
Cardiovascular	Detección oportuna de las personas con HTA en el escenario domiciliario, comunitario y laboral	Áreas de Salud	Cobertura de personas de 20 años y más sin diagnóstico previo de HTA a los que se le toma la presión arterial en los escenarios domiciliario, comunal y laboral
Cáncer cérvico-uterino	Tamizaje para detección temprana de las personas con Cáncer Cérvico-uterino	Áreas de Salud	Cobertura de mujeres de 20 a 35 años a quien se le realizo una citología cérvico-uterina en los últimos dos años
			Cobertura de mujeres de 35 años y más a quien se le realizo citología cérvico-uterina en los últimos dos años
Menores un año	Captación temprana de menores de un año	Áreas de Salud	Porcentaje de menores de un año de edad atendidos, captados tempranamente en la consulta de atención integral
Embarazo	Captación Temprana de la embarazada	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres embarazadas atendidas, captadas tempranamente
	Tamizaje por Sífilis en el embarazo	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres embarazadas con resultado y valoración del primer VDRL
	Tamizaje de HIV-SIDA en el embarazo	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres embarazadas con resultado y valoración de ELISA para VIH
Posparto	Captación temprana de la Atención posparto	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres captadas tempranamente en período posparto
Adulto Mayor	Atención integral del adulto mayor	Áreas de Salud	Cobertura de atención integral al adulto mayor
	Vacunación por influenza en el adulto mayor	Áreas de Salud	Cobertura de vacunación con influenza en el Adulto Mayor
Listas de Espera	Oportunidad de la atención en las cirugías y en los procedimientos diagnósticos ambulatorios	Hospitales Segundo nivel ambulatorio no Hospitalario	Cantidad de informes trimestrales relativos a los procedimientos diagnósticos ambulatorios que cumplen todos los requisitos establecidos por la UTLE
		Hospitales	Cantidad de informes trimestrales relativos a las cirugías que cumplen todos los requisitos establecidos por la UTLE

En el **Primer Nivel de Atención** la dimensión de acceso adquiere una connotación especial al considerarse este nivel como la puerta de entrada al sistema, de ahí que conocer las facilidades que se den para acceder a los servicios con oportunidad, es determinante para ver en que medida se cumple con esta pretensión. Como se

puede observar, en este nivel de atención, se ha priorizado la acepción de acceso oportuno en la atención a los grupos vulnerables, considerando que las coberturas actuales se encuentran en rangos aceptables, en cambio la oportunidad se mantiene como una limitante.

En el caso de las intervenciones que abordan problemas de salud, la estrategia de tamizaje oportuno es la definida para el Primer Nivel de Atención, con el objeto de detectar a tiempo alteraciones, ya sea para controlarlas como en el caso de la Hipertensión o para detectar lesiones precursoras, tratarlas y evitar que evolucionen a cáncer, como es el caso de la patología cervical.

En la **Atención Especializada**, el acceso es uno de los importantes retos de la organización de la prestación de servicios de salud. El contar con una armonización, derivación y atención oportuna entre niveles de atención es la estrategia propuesta, si se desea contribuir efectivamente en mejorar la situación de salud de la población.

A nivel institucional se ha priorizado abordar como Área Temática las listas de espera para la atención de la población. No obstante, en el análisis previo con los grupos técnicos responsables de este tema y revisando la información disponible, se consideró poco probable contar con resultados intermedios que sería lo deseable. La opción considerada en el marco metodológico en estos casos, como se indicó anteriormente, es introducir mediciones escalonadas iniciando con indicadores de registro e información. En este sentido, se consideró necesario acompañar y fortalecer los esfuerzos institucionales en consolidar un sistema de información, que permita a futuro contar con los datos necesarios para conocer la realidad institucional y apoyar de forma adecuada la toma de decisiones en este importante tema.

En este primer acercamiento, en forma conjunta con los grupos técnicos se decidió dar seguimiento a los informes trimestrales que emiten los centros en procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, con respecto al cumplimiento de los requisitos para su elaboración, establecidos por la UTLE. A esta intervención se le dará seguimiento en el segundo nivel no hospitalario cuando se refiere a procedimientos diagnósticos y en todos los centros hospitalarios en lo relativo a procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

Resultados por Intervención

1.1 Detección oportuna de las personas con HTA en el escenario domiciliario, comunitario y laboral

Es ampliamente conocido que la hipertensión arterial constituye una carga importante de enfermedad y altos costos individuales y sociales en los cuidados de salud, ya que las personas con hipertensión están en riesgo aumentado de complicaciones como la enfermedad coronaria y vascular cerebral. La HTA es el principal riesgo global para mortalidad mundial, siendo responsable del 13% de las muertes¹⁷.

La HTA es un factor de riesgo mayor para la enfermedad del sistema circulatorio, causa que ocasionó el 28% (5422 personas) de las muertes en Costa Rica, en el

¹⁷ WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.

año 2010¹⁸. Adicionalmente, la HTA es fácil de detectar, se cuenta con medios exactos y fáciles de conseguir para detectarla; y su tratamiento redunda en beneficios dramáticos para el paciente.

Los datos de la Encuesta para Diabetes y Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en el Área Metropolitana de San José en el año 2004 (CAMDI), encontró que un 25% de la población adulta padece de esta enfermedad (16% casos conocidos y 9% casos nuevos) y otro 25% es portador de prehipertensión. Sin embargo un reciente estudio realizado a nivel nacional indica que la prevalencia es de 37.8% (31.5% casos conocidos y 6.3% casos no conocidos)¹⁹

En el marco de los Compromisos de Gestión, durante varios años se dio seguimiento al tamizaje oportunistico de esta patología en las personas atendidas en los servicios de salud, llegándose a contar con un 98% de las personas atendidas con toma de presión arterial. No obstante los resultados de estudios posteriores, indican que aún existe gran cantidad de personas sin diagnosticar, por lo que es inminente volver a dar seguimiento al tamizaje pero ya no en los servicios de salud sino que en el escenario domiciliario principalmente y de ser posible en el comunitario y laboral

El tamizaje, puede identificar personas con un riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular, debida a hipertensión. La referencia a los servicios de salud para la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno contribuye a prevenir las complicaciones propias de esta enfermedad. The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda con un Grado: A, el tamizaje para hipertensión en adultos de 18 años y más.

18 INEC. Total de defunciones por grandes grupos de causa.2010

19 CCSS. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Area de Salud Colectiva, Subárea de Vigilancia Epidemiológica. 2011

CUADRO A.1.1

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN ^{/1}	POBLACIÓN BLANCO ^{/2}	COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL	
		Personas tamizadas	Porcentaje
Total	2.218.858	577.769	26
Brunca	154.013	56.649	37
Central Norte	576.223	111.526	19
Central Sur	846.175	273.864	32
Chorotega	176.942	35.384	20
Huetar Atlántica	229.188	30.992	14
Huetar Norte	105.819	29.275	28
Pacífico Central	130.498	40.079	31

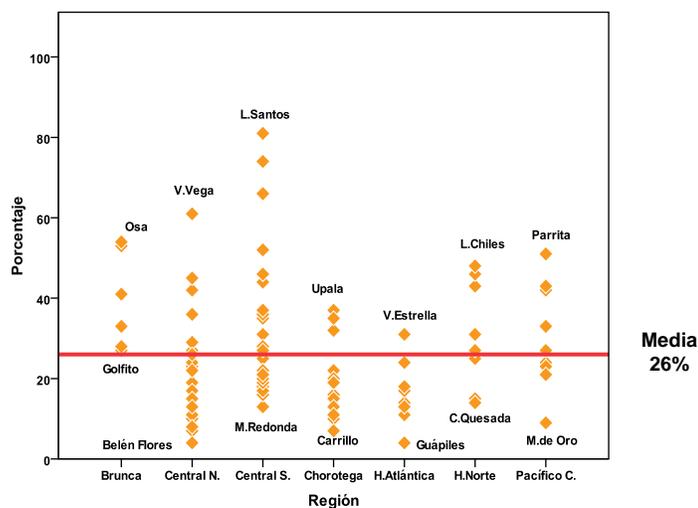
^{/1} Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

^{/2} Se calcula con el 84% de la población de 20 años y más, considerando que hay un 16% de hipertensos conocidos, según encuesta CAMDI-2004.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.1

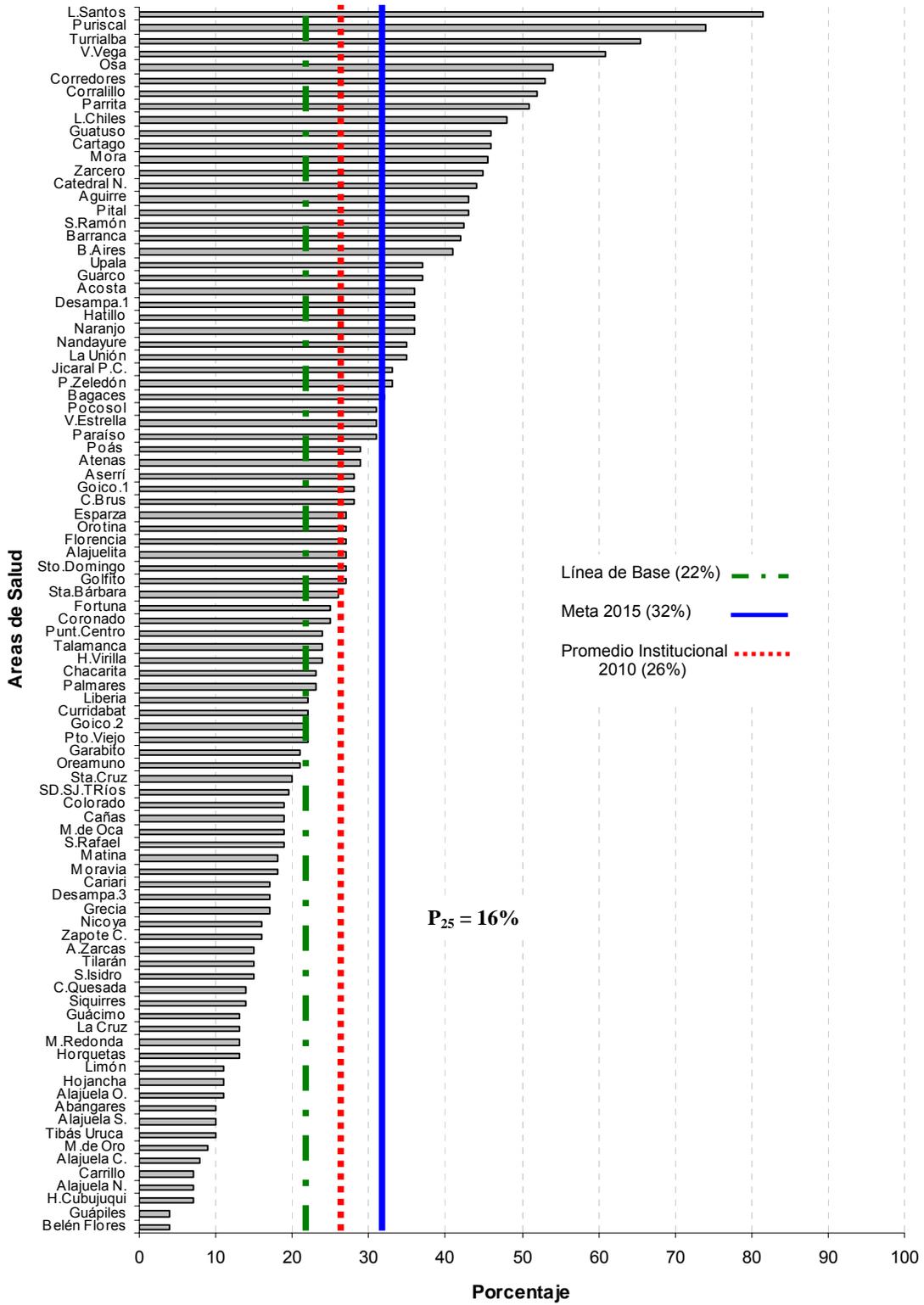
C.C.S.S: COBERTURA DE TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.2

C.C.S.S: COBERTURA DE TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN ÁREA DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Los resultados de la evaluación muestran una cobertura de tamizaje de 26% a nivel institucional, lo cual significa un avance de un 18% con respecto a la línea de base del 2008, en donde era del 22%, lo cual representa alrededor de 80.000 personas tamizadas más que en el año 2008. (Cuadro A.1.1). Este aumento del tamizaje unido a los tamizajes de años anteriores, podría haber contribuido para la disminución de los hipertensos no conocidos entre las encuestas del 2004 y 2010 (9.4% a 6.3%). Sin embargo no hay que olvidar que aún quedan personas de 20 años y más no identificadas, que requieren ser tratadas.

Es importante que a nivel institucional se defina con que prevalencia se va a trabajar, si la definida por la encuesta CAMDI-2004 o la de la Vigilancia de Factores de riesgo del 2010. Si estos mismos resultados los vemos a la luz de las nuevas prevalencias (2010), la cobertura de tamizaje de HTA a nivel institucional no sería 26% sino que 32% ya que aumenta el número de personas hipertensas conocidas y por lo tanto disminuye la población blanco. No obstante, esto que parece positivo significa a nivel institucional que existe un mayor número de personas hipertensas conocidas que debemos tratar.

Los resultados a nivel regional muestran variabilidad, entre un máximo de 37% en la región Brunca y un mínimo de 14% en la Huetar Atlántica, este último pareciera preocupante, en una región con mayor probabilidad de existir personas con esta patología.(cuadro A. 1.1)

Si se analizan los datos por región y el comportamiento al interior de cada una de ellas, se observa que la variabilidad no es solo entre regiones sino que también se da al interior de cada región como se muestra en el Grafico A.1.1, siendo en las regiones Central Norte y Sur las que muestran mayor variabilidad, en la primera además se observa que la mayor parte de las Áreas se encuentran bajo el promedio institucional.

Cuando se muestran las coberturas por Área de Salud (Gráfico A.1.2), se encuentra que el Área con mayor porcentaje de cobertura (81%) es 20 veces mayor que el Área con menor cobertura (4%), lo que de alguna manera evidencia la variabilidad en la prestación de servicios de esta intervención. Por otra parte también se puede observar que existen 22 Área de salud con un desempeño muy limitado al encontrarse bajo el percentil 25 en relación al total de Áreas evaluadas, que son las que habría que mirar con cuidado para conocer los motivos de ese desempeño con respecto a esta intervención. Además 48 Áreas se encuentran bajo el promedio institucional.

A modo de conclusión se puede decir que se ha mejorado en el abordaje de esta intervención, sin embargo queda mucho por hacer en términos de identificar a personas que son hipertensas insistiendo en explorar escenarios diferentes a los servicios de salud y disminuir las variabilidades que se producen entre regiones y Áreas de Salud.

Además de estos resultados que se presentan, el proceso de evaluación permite conocer otros elementos que afectan los resultados de esta intervención como es la falta de claridad por parte de los ATAP del correcto llenado del cuadro 20 que es la fuente de información, lo que hace que no siempre se registren los datos adecuadamente, a pesar de que existe un instructivo. Por otra parte el formulario no permite discriminar entre los diferentes escenarios de forma precisa ya que estos escenarios no están divididos por atenciones de primera vez y subsecuente,

dificultando conocer el número de personas tamizadas, lo que obliga a realizar aproximaciones.

No se debe olvidar que la intervención de tamizaje es el punto de partida en la cadena de atención de personas hipertensas, que posibilita el poder identificar oportunamente a las personas de riesgo, tratarlas oportunamente y retardar la aparición de complicaciones. Para que esto suceda se debe empezar por realizarlo con una mayor cobertura, como es la meta de todo tamizaje.

La bibliografía internacional²⁰ recomienda una cobertura de tamizaje de 95%. Si consideramos que a nivel de los servicios de salud se tiene una cobertura de 53% de la población blanco (98% de personas atendidas en consulta) y le agregamos el 26% obtenido en esta evaluación, en escenarios fuera de los servicios de salud, estaríamos obteniendo un 79% de cobertura con respecto a la población blanco de 20 años y más. Esto indica que aún nos queda camino por recorrer, que será más corto o más largo dependiendo de la prevalencia que se utilice.

1.2 Tamizaje para detección temprana de las personas con Cáncer Cérvico-uterino

El cáncer cérvicouterino sigue siendo un problema importante de salud pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la Región de las Américas²¹.

A nivel nacional este tipo de cáncer ocupa el segundo lugar entre los cánceres en mujeres²² y es la cuarta causa de muerte²³. El Ministerio de Salud, por medio del Registro Nacional de Tumores informa de una reducción de la tasa de incidencia ajustada por 100.000 mujeres, del 2001 al 2006 de 17.8 a 10.9. Igualmente indica una reducción en la tasa de mortalidad ajustada por 100.000 mujeres del 2001 al 2009 de 8.8 a 5.9.

El tamizaje con programas organizados o sistemáticos usando frotis PAP, ha mostrado ser efectivo en disminuir la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad. El tamizaje oportunístico o circunstancial, también disminuye las tasas de cáncer cervical, aunque no en el grado de los programas organizados²⁴.

De acuerdo a la normativa nacional la población blanco para el tamizaje es "Toda mujer de veinte (20) años y más que haya iniciado relaciones sexuales coitales, sin importar su condición de asegurada". Fuerza de la Recomendación tipo A. La concentración definida es cada dos años con una meta de cobertura de 85% en ese período²⁵.

El tamizaje que se realiza a nivel institucional es oportunístico, sin embargo, Costa Rica es vista a nivel internacional, como uno de los países que ha tenido éxito con

20 Healthy People 2010, Toolkit: A field Guide to Health Planning. Obtaining Baseline Measures, Setting Targets and Measuring Progress. Washington, D.C. February 2002

21 Lewis, Merle J. Análisis de la Situación del Cáncer Cérvicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS: 2004

22 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. 2006

23 Ministerio de Salud. Registro Nacional de Tumores. 2009

24 Anttila, A y colaboradores. Cervical cancer screening programmes and policies in 18

European countries British Journal of Cancer (2004) 91, 935 - 941 & 2004 Cancer Research UK

25 Decreto N° 33119-S publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006. Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología

este tipo de tamizaje²⁶. Para la detección se utiliza la citología o prueba de Papanicolaou.

Históricamente por medio del Compromiso de Gestión se ha medido la cobertura de tamizaje con una periodicidad anual, en dos grupos, mujeres de 20 a 34 años y mujeres de 35 años con el objeto de dar seguimiento especialmente al segundo grupo debido a que en este período aumenta la prevalencia de infecciones del virus del Papiloma.

La calidad de los datos que se han obtenido sugería cautela, debido a la imposibilidad de revisar todo el listado que presentaban los centros para corroborar que se tratara de citologías tomadas a las mujeres cada dos años. En este año, se varió la forma de medir esta intervención, ya que se midió la cobertura cada dos años (2009-2010), limpiando los datos por parte de los evaluadores cuando la citología se hubiese realizado cada año, de ahí que este resultado debería ser mas certero.

CUADRO A.1.2

C.C.S.S: POBLACIÓN BLANCO Y COBERTURA DE PERSONAS CON CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN DOS AÑOS¹, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN ²	POBLACIÓN BLANCO 2010		COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL 2009-2010			
			Personas atendidas		Porcentaje	
	< 35 años	≥35 años	< 35 años	≥35 años	< 35 años	≥35 años
Total	524.577	771.393	162.593	265.160	31%	35%
Brunca	34.237	55.477	15.990	29.315	47%	53%
Central Norte	138.643	199.727	33.297	45.310	24%	23%
Central Sur	205.513	294.305	61.202	110.749	30%	38%
Chorotega	36.838	65.917	13.485	26.324	37%	40%
Huetar Atlántica	55.359	74.363	17.225	21.740	31%	29%
Huetar Norte	25.536	35.212	9.260	13.873	36%	39%
Pacífico Central	28.451	46.392	12.780	19.033	45%	41%

¹ Corresponde a los años 2009-2010

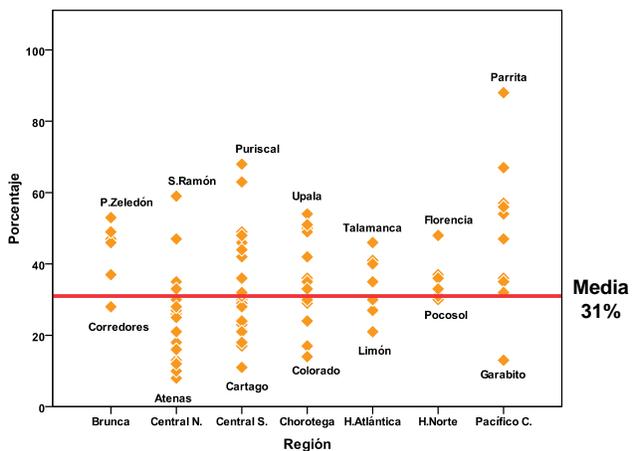
² Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

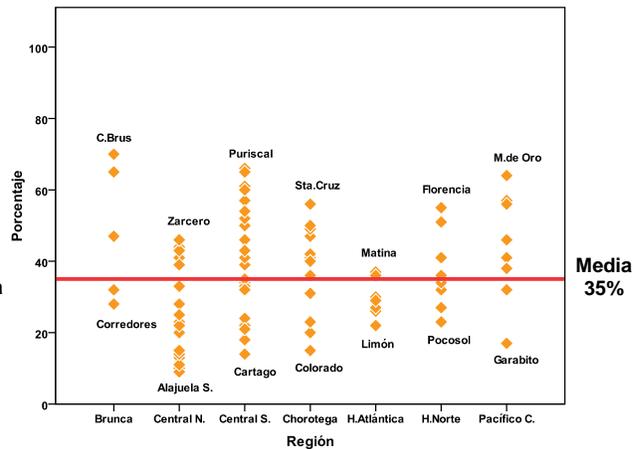
GRÁFICO A.1.3

C.C.S.S: COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO VAGINAL EN DOS AÑOS¹, POR GRUPO DE EDAD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

Mujeres <35 años



Mujeres ≥35 años

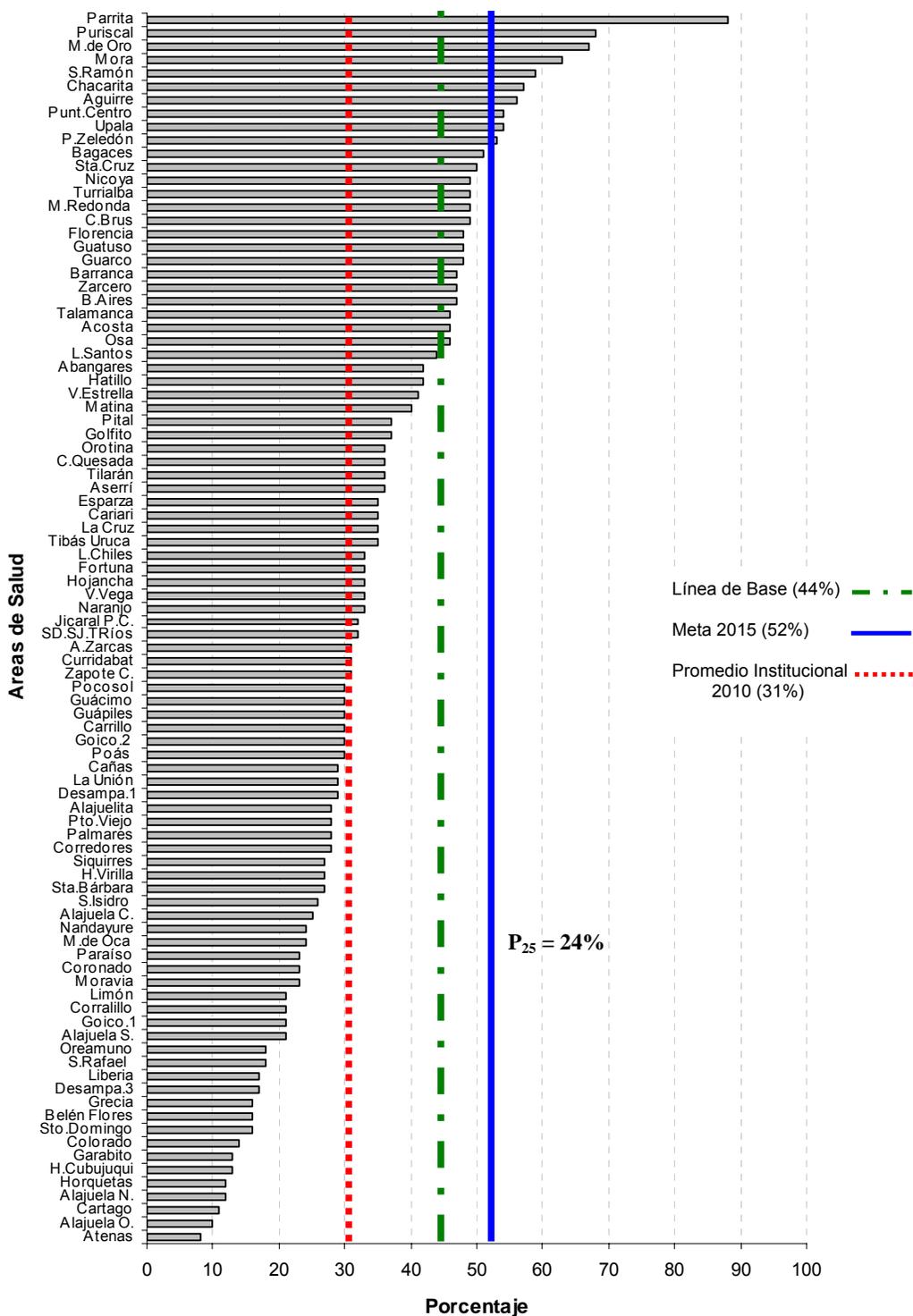


¹ Corresponde a los años 2009-2010

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.4

C.C.S.S: COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO VAGINAL DE MUJERES DE 20 A 34 AÑOS^{/1}, POR ÁREA DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



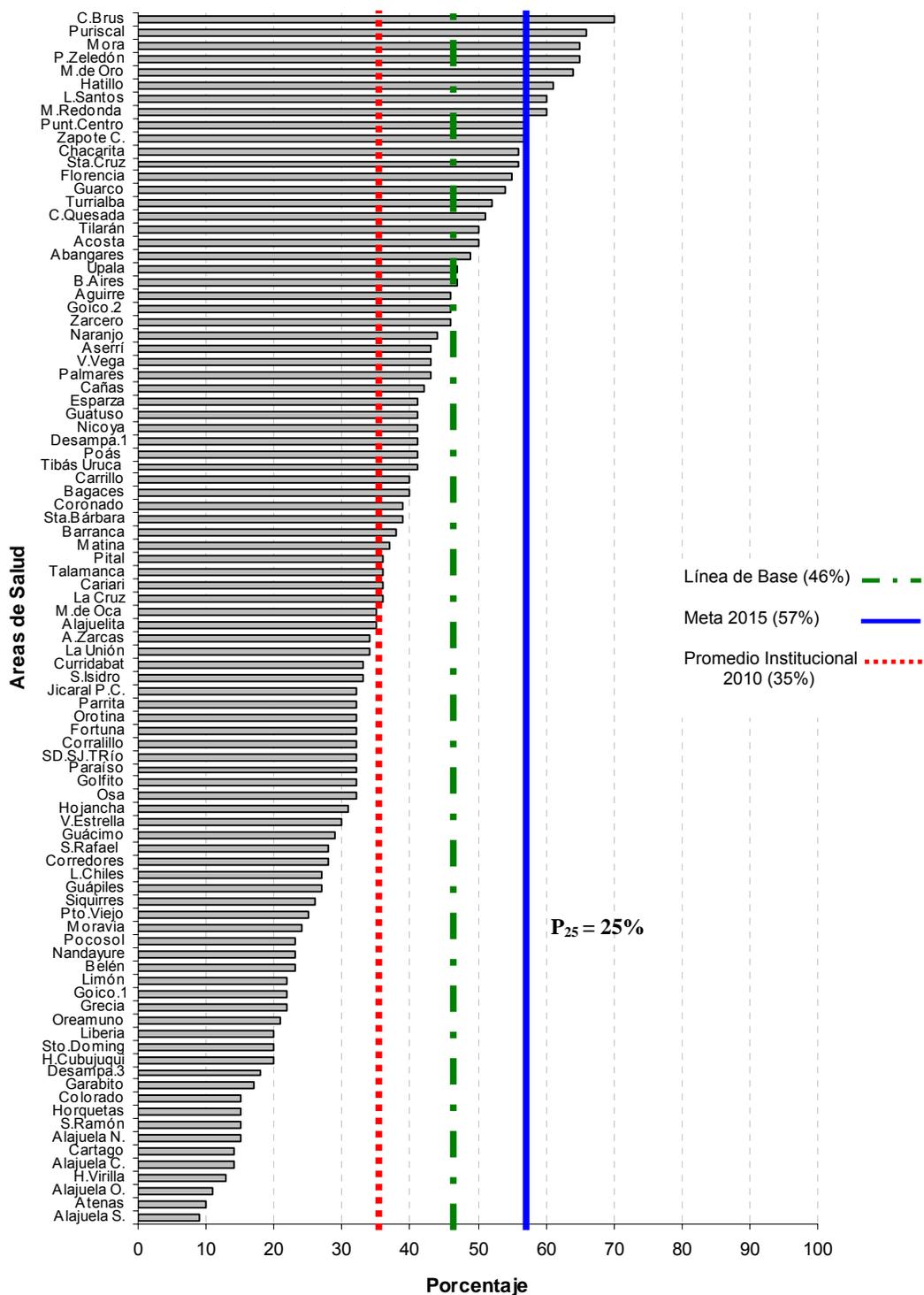
Nota: Se excluye al Área de Salud Catedral Noreste por sus características presenta valores distorsionantes

^{/1} Corresponde a los años 2009-2010

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.5

C.C.S.S: COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO VAGINAL DE MUJERES MAYORES O IGUAL DE 35 AÑOS, EN DOS AÑOS¹, POR ÁREA DE SALUD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



Nota: Se excluye al Área de Salud Catedral Noreste por sus características presenta valores distorsionantes

¹ Corresponde a los años 2009-2010

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En los últimos cinco años (2005-2009) se ha manejado un promedio de 23% de cobertura institucional anual, 20 % en mujeres <de 35 años y 23% en mujeres ≥35 años, lo que puede ser equivalente a tener una cobertura cada dos años de 46% institucional y de 40 % en el primer grupo y de 46%²⁷ en el segundo grupo.

En el año 2010 los resultados muestran una cobertura institucional cada dos años de 33%, lo que implica un descenso de 28% con respecto al promedio quinquenal. A nivel de ambos grupos de edad se encontró una cobertura de 31% en las menores de 35 años que representa un descenso de un 22% en este grupo, y de 35% en las mayores de 35 años, significando un descenso de un 24%.(Cuadro A.1.2)

Como es conocido, los tamizajes para que sean efectivos deben tener una amplia cobertura, como lo indica la norma. En este caso específico hay que recordar que estas son coberturas institucionales en donde no se contemplan los PAP que se realizan en forma exclusiva a nivel privado, Medicina Mixta y de Empresa, dato que el Ministerio de Salud no tiene, a pesar que de acuerdo a la normativa nacional tiene la potestad de solicitar y que se hace imprescindible de conocer para calcular la cobertura real del país. El único dato que se encontró a nivel de país, es el registrado en un documento de OPS y que corresponde al año 1993, en donde se indica una cobertura de 66.9% de mujeres que tenían un PAP en los últimos 12 meses²⁸.

No obstante, al ser la institución la principal prestadora de servicios, se esperaría coberturas mayores. En casi todos los informes se ha venido planteando la preocupación por estas bajas coberturas, a pesar que en los servicios, indican realizar grandes esfuerzos para aumentarlas sin éxito. Este año probablemente también influye la limpieza de los datos, al medirse cada dos años con depuración de los mismos. Entre los motivos que se plantean por los servicios para no poder aumentar estas coberturas, se destaca: un período de espera muy largo antes de recibir los resultados, lo cual desestimula a las usuarias y aprehensiones culturales cuando quien toma el PAP es un hombre.

A nivel internacional se hace difícil comparar estos resultados parciales de país con otros países de Latinoamérica y el Caribe, debido a la diferencia en las edades en que se realiza el tamizaje, como en la periodicidad con que éste se realiza.

Sólo a modo de información, se puede indicar que pocos países al igual que Costa Rica inician el tamizaje a los 20 años, la mayoría lo hacen a los 25 y otros a los 30 años. En la edad de finalización del tamizaje la mayor parte de los países la definen a los 64 años, incluso algunos a los 59 y 49 años. En relación a la periodicidad de realización del tamizaje el grueso de los países la realiza cada tres años y algunos en periodicidades diferentes de acuerdo a la edad.²⁹

Con base en las sesiones de un taller subregional realizado en Cuba en octubre de 2001, sólo Cuba y Puerto Rico informaron de tasas de cobertura entre 60% y 80 %. Todos los demás países participantes indicaron que su cobertura era inferior a 60%.³⁰ El reino Unido reporta una cobertura de 70% cada 3 años en población de 20-69 años, México 37% en mujeres de 20-69 años, Estados Unidos 83% cada 3 años y Canadá 73% cada tres años³¹.

27 Base de datos de la Dirección de Compra de Servicios de Salud.2005-2006-2007-2008-2009

28 OPS. Analisis de la situación del Cancer cérvicouterino en AI y el Caribe. 2004

29 Murillo R. et al. Cervical Cancer Screening Programs in Latin America and the Caribbean. Vaccine 26S L37-L48. 2008

30 OPS. Analisis de la situación del Cancer cérvicouterino en AI y el Caribe. 2004

31 OCDE. Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update Report. Paris 2007

A pesar de la incertidumbre con respecto a la cobertura de tamizaje a nivel nacional, en el país se reporta disminuciones en incidencia y mortalidad, que es uno de los objetivos de la detección temprana. Este hecho no obvia que a nivel institucional, se examinen todos los elementos que contribuyen o limitan el éxito de esta intervención con el objeto de aumentar las coberturas institucionales y por ende la contribución a la cobertura nacional, mejorando aún más la efectividad de la intervención.

A nivel regional se evidencian diferencias geográficas en la prestación de esta intervención, encontrándose que la región con mayor cobertura (47%) es casi el doble de la menor cobertura (24%), diferencia que se acrecienta en las mujeres de más de 35 años (53% vs 29%). Las regiones centrales que concentran aproximadamente el 65% de la población blanco, presentan coberturas inferiores al promedio nacional en el grupo de menores de 35 años quedando solo una de ellas en esta condición en el grupo de mayores de 35 años, unido a la Huetar Atlántica. Otro elemento a destacar es que existen regiones en donde la menor cobertura se da en el grupo de mayor riesgo, lo que difiere con las indicaciones planteadas de mantener al menos 5 puntos porcentuales de diferencia entre ambos grupos de población, privilegiando al grupo de mayor riesgo. (Cuadro A. 1.2)

De igual forma se aprecian diferencias al interior de cada región como se observa en el gráfico A.1.3 destacándose la Pacífico Central y Central Sur en el grupo de menores de 35 años y la Central Sur en el grupo de mayores de 35 años. Al observar las coberturas de todas las Áreas de Salud, en el grupo de menores de 35 años, se encontró que 24 Áreas se encuentran bajo el percentil 25 con un desempeño muy limitado, en donde su promedio de cobertura es de 17%, siendo ligeramente mayor, 18%, en las Áreas que se encuentran bajo el percentil 25 en el grupo de mayores de 35 años. (Gráfico A. 1.4 y A.1.5)

A la luz de estos resultados pareciera necesario realizar un concienzudo análisis de la forma en que se está llevando a cabo esta intervención en el primer nivel, ya que existen algunos indicios, que hacen presumir que no se está realizando la debida educación a las usuarias y que no se están aprovechando todos los contactos que se tienen con ellas para ejecutar esta intervención, volviendo a antiguas prácticas de separarla, ubicándola en días y horas específicas y no aprovechando las oportunidades de contacto que se tienen. Es decir, no se está brindando una atención integral. También habría que revisar si se está captando y refiriendo las usuarias en la visita domiciliar.

Con respecto a la demora de los resultados del PAP, a nivel institucional se ha informado de las mejoras en infraestructura y equipo del Laboratorio Nacional de Citologías, lo que aunado al aumento de recursos humanos (citotecnólogos) definidos para este año³², deberían disminuir en forma importante estos tiempos. Sin embargo, es importante aunar a estas mejoras, una estrategia de comunicación a las usuarias independientemente del resultado de su examen.

Bajas coberturas ha sido identificada como el motivo más crítico de las fallas del tamizaje cérvico-uterino por medio de PAP, para no impactar fuertemente en la disminución de la incidencia y mortalidad. A nivel institucional, se deben realizar los mayores esfuerzos por buscar sus causas y tratar de superarlas, ya que se está frente a uno de los pocos cánceres en que se cuenta con tecnología que permite detectarlo a tiempo y tratarlo. Sin embargo, hace falta un alto grado de gestión y organización, junto con los recursos financieros y humanos apropiados, para asegurar y mantener la calidad y efectividad de esta intervención.

32 Blog de la CCSS Publicado el 21 diciembre, 2010 por María Isabel Solís Ramírez

1.3 Captación temprana de menores de un año

Existe evidencia creciente que el cuidado de los niños y niñas en los primeros años de vida influye en sus aptitudes de adaptación y su salud por el resto de sus vidas.³³ Se indica además, que existen etapas críticas en el desarrollo de los menores entre las que se encuentra el período neonatal, de ahí que concentrar intervenciones en este período proporciona resultados excelentes para mejorar la salud infantil.

A nivel internacional se indica que 4 millones de niños y niñas mueren cada año en el primer mes de vida. Las mejoras significativas en el período neonatal temprano dependerán de las intervenciones esenciales para las madres y los bebés antes, durante e inmediatamente después de nacimiento. Evitar las muertes neonatales es esencial para reducir la mortalidad infantil³⁴.

Costa Rica se ubica en la posición número nueve a nivel mundial en relación a la tasa de mortalidad infantil, y en América sólo es superada por Chile, Estados Unidos y Cuba. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)³⁵ la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica pasó de un 8.84 por mil, en el 2009, a un 9.46 por mil, en el 2010, de la cual el 6.82 por mil corresponde a defunciones neonatales (las ocurridas en los primeros 28 días de vida).

En el país la atención de menores de un año es percibida como prioritaria. Sin embargo, a la luz de los datos anteriores, es evidente que queda trabajo por hacer especialmente en el período perinatal que es el responsable de casi la mitad de las muertes que conforman las defunciones neonatales.

Entre las intervenciones definidas técnicamente³⁶ en los primeros días de vida de los recién nacidos se encuentra **la Detección y Captación Temprana**, entendida como la atención del recién nacido en los primeros 8 días de vida. Esta intervención es esencial para cumplir el objetivo de oportunidad en la identificación de alteraciones que pueden ser modificables y orientar para un desarrollo óptimo y saludable.

33 OMS. Salud de la Población. La perspectiva Canadiense. Washington D.C. 2000

34 UNICEF. The State of World's Children. 2008

35 INEC. Mortalidad Infantil y Evolución Reciente. Boletín Anual.2010

36 CCSS. Normas de Atención Integral del Niño y de la Niña. Primer nivel de Atención. 2000

CUADRO A.1.3

C.C.S.S: NACIMIENTOS, COBERTURA Y CAPTACIÓN TEMPRANA DE MENORES DE UN AÑO SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

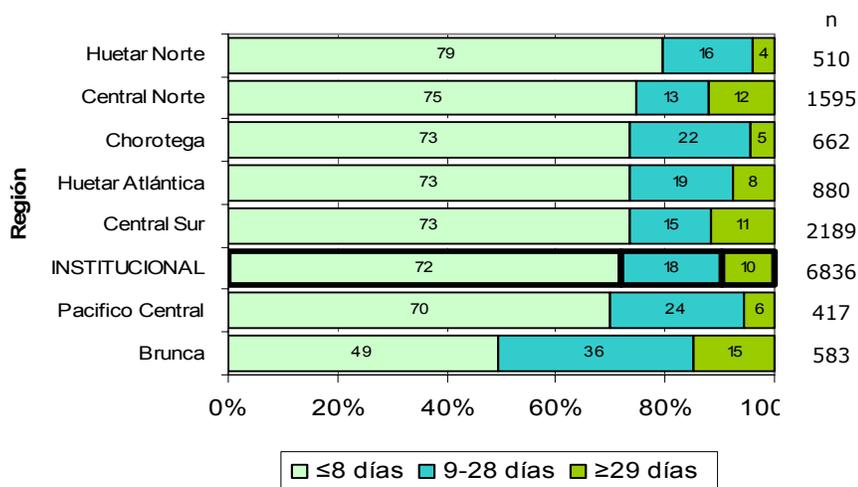
REGIÓN	NACIMIENTOS 2010	MENORES ATENDIDOS	COBERTURA INSTITUCIONAL	CAPTACION TEMPRANA
			Porcentaje	Porcentaje
Total	70.922	61.788	87	72 (IC₉₀ 71-73)
Brunca	5.841	4.812	82	49 (IC ₉₀ 45-53)
Central Norte	17.174	15.133	88	75 (IC ₉₀ 73-76)
Central Sur	25.181	22.061	88	73 (IC ₉₀ 72-75)
Chorotega	6535	5.435	83	73 (IC ₉₀ 71-76)
Huetar Atlántica	7628	7.444	98	73 (IC ₉₀ 70-77)
Huetar Norte	4514	3.556	79	79 (IC ₉₀ 76-82)
Pacífico Central	4049	3.347	83	70(IC ₉₀ 67-73)

^{1a} Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

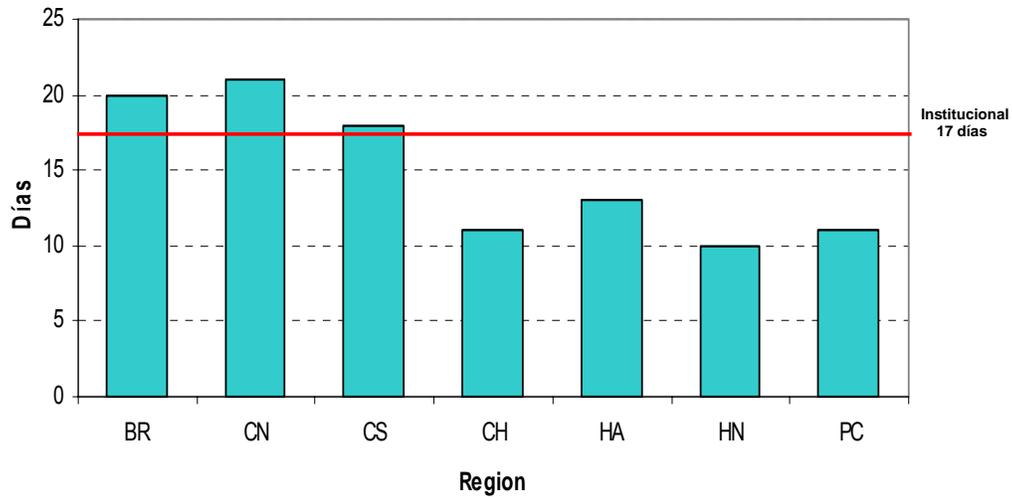
GRÁFICO A.1.6

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE UN AÑO SEGÚN NÚMERO DE DÍAS DE CAPTACIÓN, POR REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



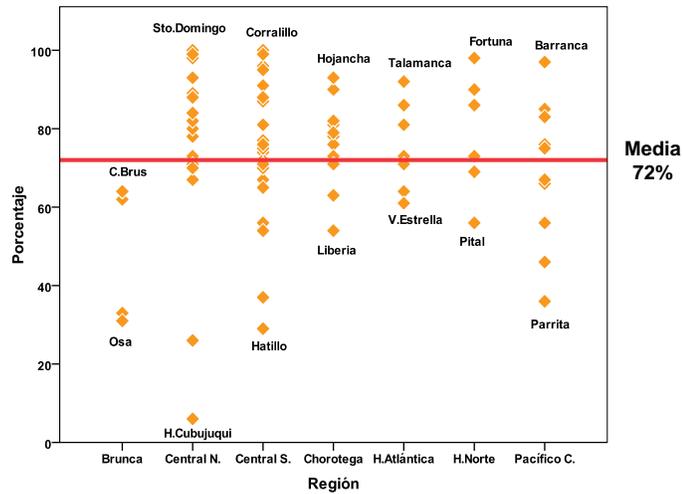
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.7
 C.C.S.S: PROMEDIO DE DÍAS EN LA CAPTACIÓN
 DE MENORES DE UN AÑO, SEGÚN REGIÓN
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



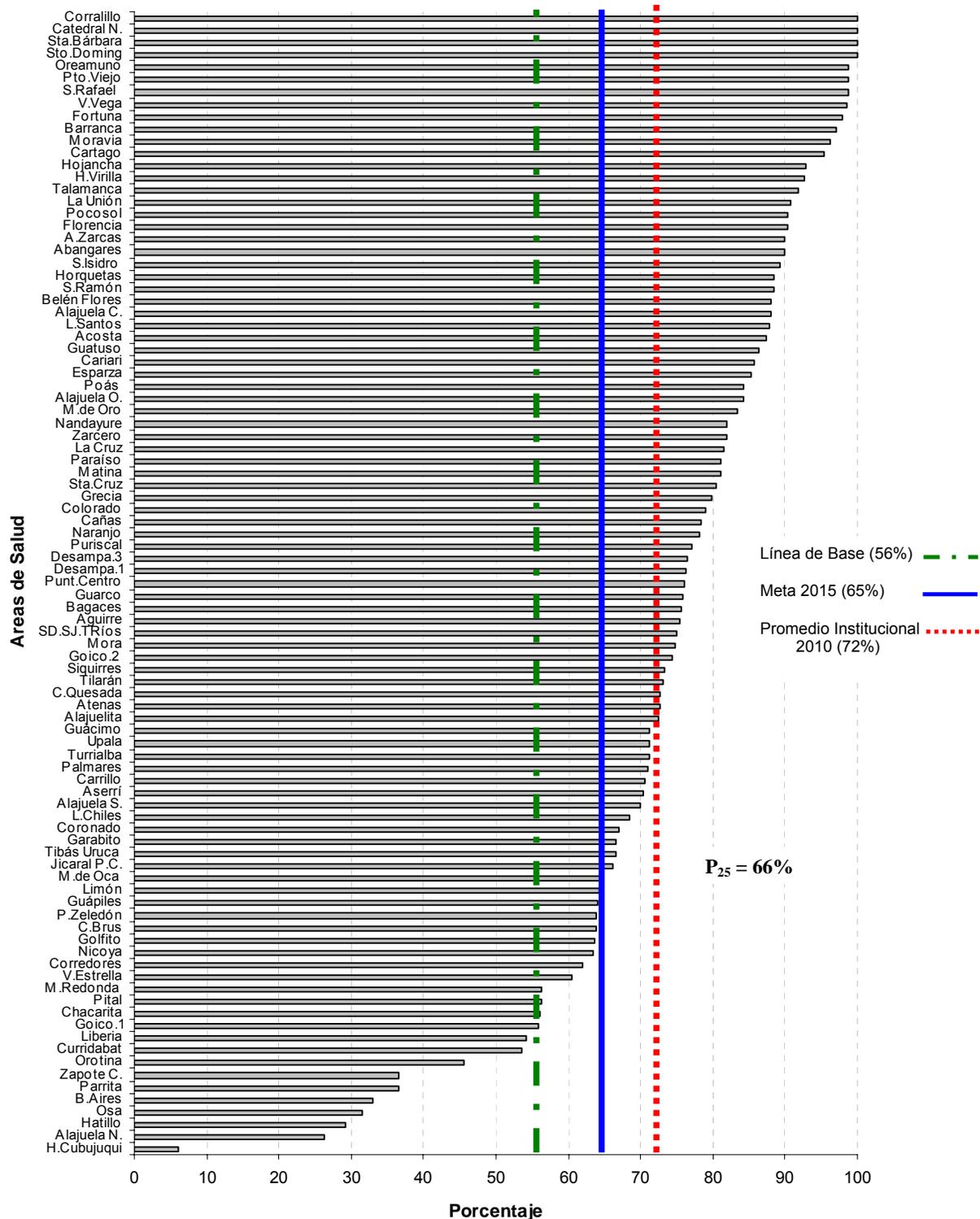
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.8
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE UN AÑO CAPTADOS
 TEMPRANAMENTE POR ÁREA, SEGÚN REGIÓN
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.9
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE CAPTACIÓN TEMPRANA DE
 MENORES DE UN AÑO, POR ÁREA DE SALUD
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En el Compromiso de Gestión a lo largo del tiempo se ha venido dando seguimiento a la cobertura de menores de un año y a la captación temprana, priorizándose en el año 2010 la detección temprana como oportunidad en el acceso por mostrar mayor limitación en su comportamiento. No obstante, dado que tenemos la información, también se ha construido la cobertura de menores de un año.

Como se muestra en el cuadro A.1.3 la cobertura institucional de menores de un año corresponde a 87% con un aumento de 2% con respecto al promedio de los últimos cinco años que fue de 85%. Históricamente esta ha sido una de las coberturas mas altas a nivel institucional, sin embargo, se mantienen las dudas con respecto a la calidad de algunos registros, como es el caso de la Región Huetar Atlántica que reporta una cobertura de 98% la mas alta del país, y donde la mitad de sus Áreas a lo interno, reportan coberturas de 100%, lo que parece poco factible. En general en las regiones se reportan coberturas sobre el 80% a excepción de la Huetar Norte que reporta un 79%, siendo la mas baja.

El contar con coberturas altas brinda un marco de referencia muy sólido para analizar la captación temprana de los menores de un año, ya que se esta hablando de una proporción muy importante de menores atendidos.

La evaluación de esta intervención muestra que a nivel institucional el 72% de los menores son captados a los 8 días o antes, lo que significa un avance muy importante comparado con los datos del año 2007 que era del 49% y los datos del 2008 y 2009 que correspondía a 57% y 56% respectivamente. Sin embargo, aún queda un 28% de los menores que se capta tardíamente lo que puede tener consecuencias negativas en su salud, especialmente el 10% que es captado a los 29 días y mas (Gráfico A.1.6).

Al desagregar la información a nivel regional se observa, que el grueso de las regiones se encuentra sobre el promedio nacional, quedando solo dos de ellas bajo este promedio. Se hace necesario revisar la situación de la Región Brunca ya que menos de la mitad de los menores atendidos son captados tempranamente, aunque muestra coberturas de 82%, ésta no se concreta en una atención efectiva y de calidad, sobre todo en una región con condiciones socio-económicas que ameritan una atención apropiada, para detectar tempranamente situaciones que puedan tratarse y no repercutir en problemas de salud futuros (Gráfico A.1.6).

A pesar del importante avance en el porcentaje de captación temprana, el promedio de días en la captación se mantuvo invariable con respecto al año 2008 y 2009 en 17 días (IC₉₀ 15.8-17.3) con una mediana de 7 días, esto se da porque en el 10% de menores que se captan de mas de 28 días, existen períodos de muchos meses, incluso muy cercano al año, especialmente en las Regiones Centrales y la Región Brunca. (Gráfico A.1.7).

Una preocupación constante al brindar resultados es poder aproximarse al tema de equidad en la prestación. La única variable con que se cuenta para este acercamiento es la variable geográfica vista como región y Área de Salud. El comportamiento de esta intervención al interior de las regiones muestra variaciones importantes especialmente en las Regiones Centrales y en la Pacífico Central, incluso la Región Brunca cuyas Áreas se encuentran bajo el promedio institucional presentan diferencias entre ellas, situación que debe ser estudiada y analizada. (Gráfico A.1.8).

Al analizar la variable sexo, de los 6.835 menores de la muestra, el 52% son hombres y el 48% mujeres. No se encuentran diferencias significativas en el abordaje de esta intervención por sexo, al relacionarlo con los días de captación.

Aunque se ha presentado una mejoría importante en el desempeño de esta intervención con respecto a años anteriores, no se puede dejar de lado el hecho que en el país en el año 2010, el 72% de la mortalidad infantil ocurre en los primeros veintiocho días de nacido. Aunque este hecho es multicausal, se debe seguir insistiendo en lograr que los niños y niñas atendidas, en su gran mayoría se capten tempranamente, dándoles la atención adecuada para prevenir situaciones futuras.

Intervenciones como ésta, simple, confiable y con el potencial para ahorrar vidas está disponible. El desafío es asegurar que se brinde como un continuo la atención materna y recién nacido y que alcance al grueso de la población infantil especialmente a quienes viven en condiciones socio-económicas deprimidas. La literatura internacional es muy clara al indicar que las mejoras significativas en el período neonatal temprano dependerán de las intervenciones esenciales para las madres y los bebés antes, durante e inmediatamente después de nacimiento.³⁷

1.4 Captación temprana de las mujeres embarazadas

La Atención Prenatal es una de las estrategias más importantes para favorecer la salud de las mujeres y los menores, ya que permite evitar la discapacidad y la muerte. Se define como un conjunto de actividades que deben realizar los servicios de salud con el objeto de identificar condiciones de riesgo para las madres como a sus menores.³⁸

Esta estrategia cuando se realiza adecuadamente puede contribuir en forma importante a disminuir la mortalidad materna. En Costa Rica, la mortalidad materna presenta tasas muy fluctuantes a través de los años, en el año 2010 fue de 2,11 por 10.000 nacidos vivos, que corresponde a 15 defunciones³⁹. Aunque es una tasa baja comparadas con otros países de la región, se puede disminuir detectando y tratando alguna de las causas que se presentan en el período prenatal.

Entre las intervenciones definidas en el período prenatal se encuentra **la detección precoz de la embarazada**, entendida como detectar de forma oportuna eficiente y eficaz a las mujeres gestantes en el primer trimestre de embarazo (13 semanas),⁴⁰ que es la intervención a la que se le da seguimiento en el Compromiso de Gestión del 2010, como una medida de acceso oportuno a los servicios.

La captación temprana de la mujer embarazada es una acción primordial para evitar muertes y lesiones maternas y perinatales. Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, e identificar a tiempo en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos y de laboratorio los embarazos de riesgo, aumentando la posibilidad de brindar atención obstétrica adecuada para la embarazada y su bebé⁴¹

37 UNICEF. The State of the World's Children. 2008

38 CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas.2009

39 INEC. Estadísticas Vitales. 2010

40 CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas.2009

41 CLAP .Salud Perinatal. Vol. 3-Nº 10- Montevideo.1990

CUADRO A.1.4

C.C.S.S: POBLACIÓN, COBERTURA Y CAPTACIÓN TEMPRANA DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN	EMBARAZOS ESPERADOS ¹	MUJERES ATENDIDAS	COBERTURA INSTITUCIONAL	CAPTACIÓN TEMPRANA ²
			Porcentaje	Porcentaje
Total	78.014	62.266	80	78 (IC₉₀ 77-79)
Brunca	6.425	4.120	64	80 (IC ₉₀ 77-83)
Central Norte	18.891	14.224	75	82 (IC ₉₀ 81-84)
Central Sur	27.699	22.108	80	77 (IC ₉₀ 76-79)
Chorotega	7.189	6.482	90	69 (IC ₉₀ 67-72)
Huetar Atlántica	8.391	7.237	86	79 (IC ₉₀ 76-82)
Huetar Norte	4.965	3.797	76	74 (IC ₉₀ 71-77)
Pacífico Central	4.454	4.298	96	78(IC ₉₀ 75-81)

¹ Se calcula con los nacimientos mas 10% de abortos

² Captadas a las 13 semanas

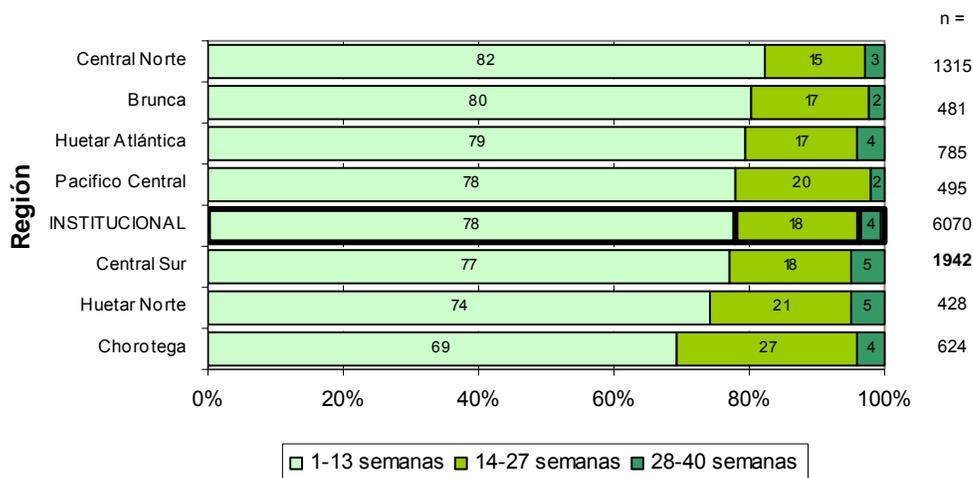
³ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.10

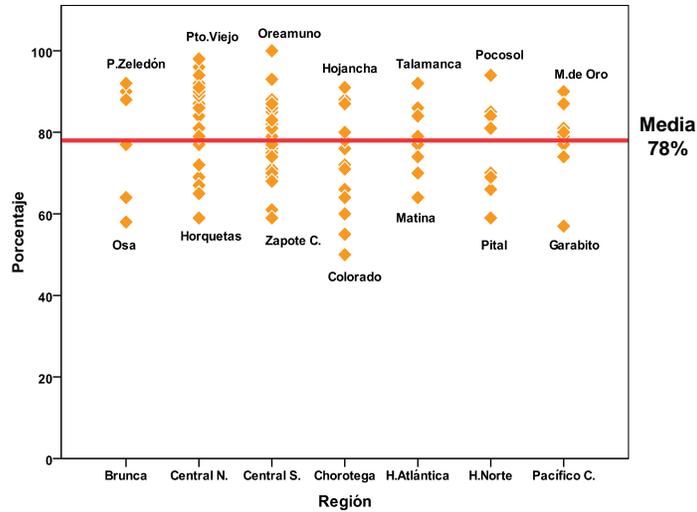
C.C.S.S: ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL DE CAPTACIÓN, POR REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.11
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE MUJERES CAPTADAS TEMPRANAMENTE
 EN ATENCIÓN PRENATAL POR ÁREA SEGÚN REGIÓN
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.12
 C.C.S.S: MUJERES EN ATENCIÓN PRENATAL
 SEGÚN EDAD, POR REGIÓN, PRIMER NIVEL
 DE ATENCIÓN, 2010
 (porcentaje)

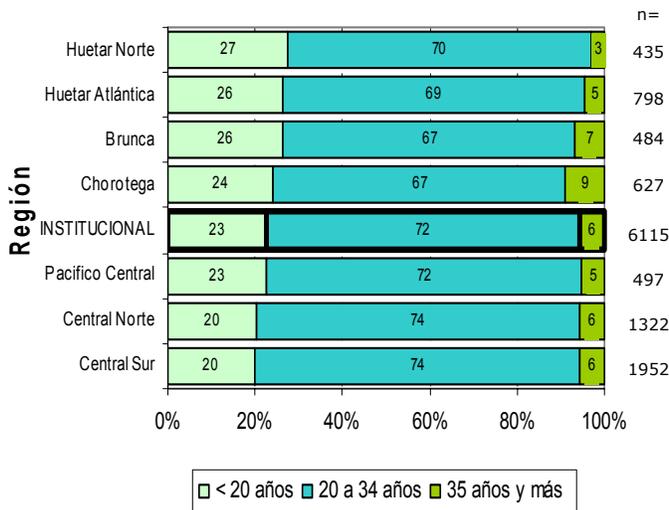
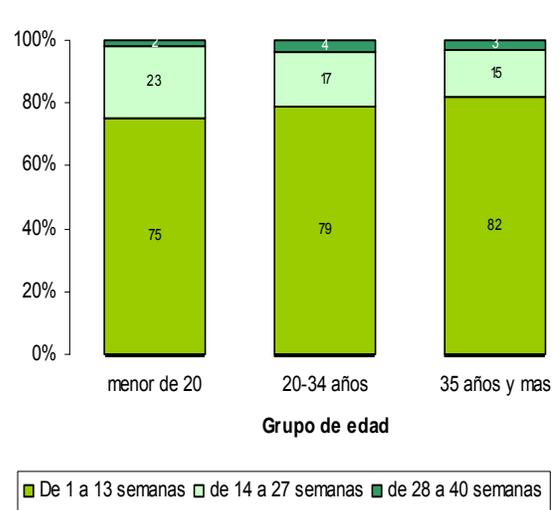
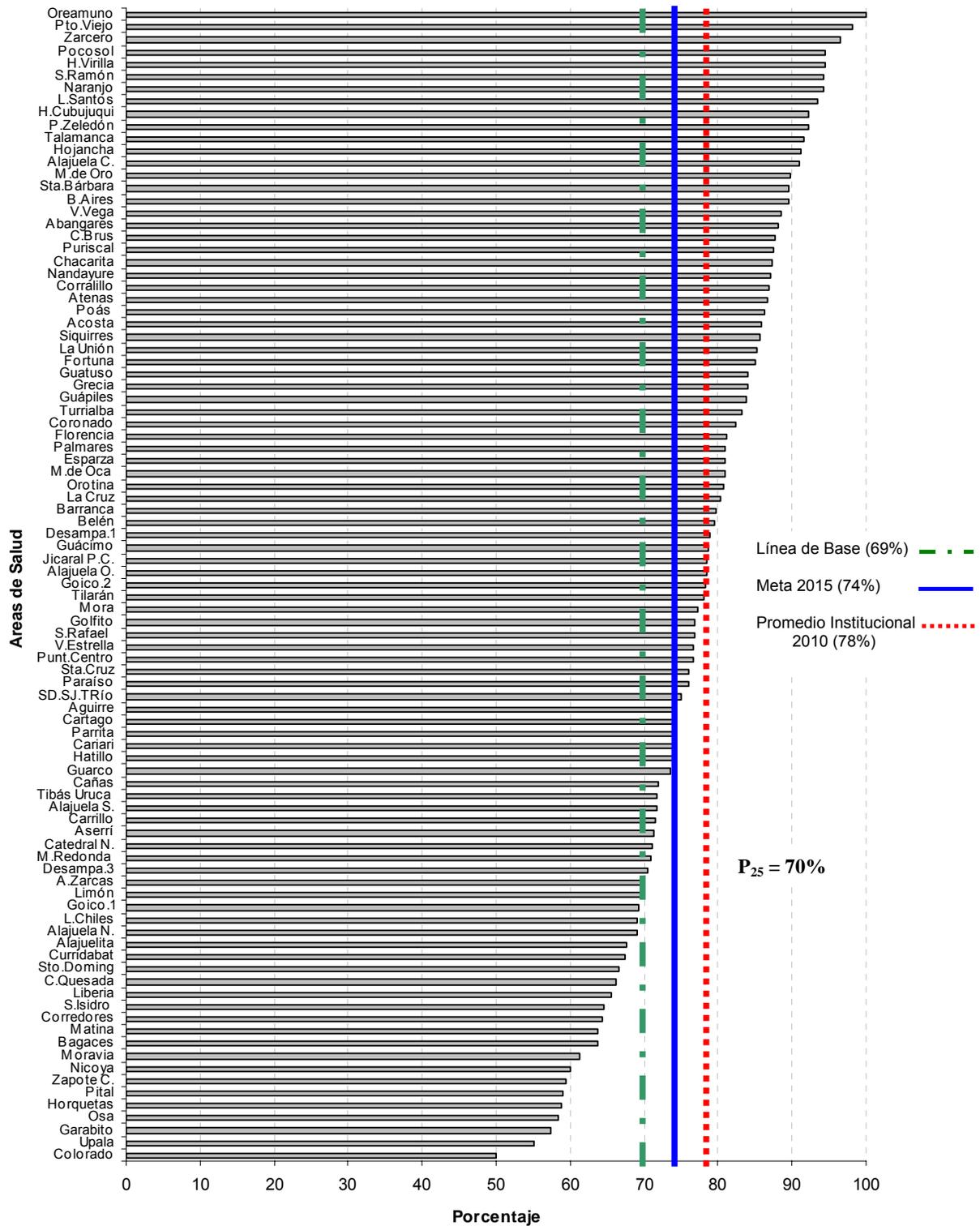


GRÁFICO A.1.13
 C.C.S.S: MUJERES CAPTADAS EN ATENCIÓN
 PRENATAL SEGÚN GRUPO DE EDAD Y
 SEMANA GESTACIONAL DE CAPTACIÓN,
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.14
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE CAPTACIÓN TEMPRANA
 EN PRENATAL, SEGÚN ÁREA DE SALUD
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Los resultados de la captación temprana en las embarazadas se debe ver junto a los de cobertura de atención prenatal, a mayor cobertura mayor peso toman los resultados de captación temprana al cubrir a una gran cantidad de usuarias. Por lo anterior, dado que se cuenta con los datos para obtener la cobertura de atención prenatal, ésta se construyó, aunque ya no es un elemento motivo de evaluación en el Compromiso de Gestión.

El resultado de la evaluación muestra una cobertura institucional de 80% lo que indica un aumento de un 1% con respecto al promedio de los últimos cinco años que fue de 79%⁴² y constituye una contribución muy importante a la cobertura nacional. Se mantiene la observación realizada en años anteriores con respecto a no contar con información sobre la atención a nivel privado o por otros programas como Medicina Mixta y Medicina de Empresa, lo que impide conocer cuanto del 20% no cubierto a nivel institucional esta realmente no cubierto a nivel de país.

El comportamiento de las coberturas a nivel regional es variable en donde la región con mayor cobertura (96%) es 1.5 veces mayor a la de menor cobertura (64%). Tres regiones (Central Norte, Central Sur y Brunca) han disminuido sus coberturas con respecto a lo logrado en los años 2008 y 2009, siendo la región Brunca la que presenta la disminución más alta al pasar de una cobertura de 81%⁴³ a 64% en el 2010. En cambio las regiones Chorotega y Huetar Norte muestran un aumento importante pasando de 77% y 69%⁴⁴ a 90% y 76% respectivamente. (Cuadro A.1.4)

Al analizar los resultados de la variable evaluada que es la captación temprana de la embarazada, se encontró que el 78% de las embarazadas atendidas se captaron en un período igual o menor a las 13 semanas. Este resultado es un punto porcentual mayor al del 2009 y cinco puntos porcentuales mayor al del 2007. (Cuadro A.1.3 y Gráfico A.1.10). El único dato que se obtuvo para comparación a nivel internacional es el de México que reporta un 42.3%.⁴⁵

Llama la atención que dos de las regiones que bajaron sus coberturas de atención, presenten los porcentajes más altos de captación temprana. Se espera que sea sólo coincidencia y no una estrategia poco transparente, al ser la cobertura un elemento que no se está evaluando, en cambio la captación temprana es evaluable, especialmente en el caso de la Región Brunca que es donde se presenta la mayor diferencia. (Cuadro A.1.3 y Gráfico A.1.10)

El porcentaje de embarazadas que se captan entre las 28-40 semanas se ha mantenido invariable desde el año 2007, entre 4 y 5%, porcentaje que puede parecer bajo pero significan entre 2.500 y 3.000 embarazadas que se captan muy tardíamente, donde se dificulta el poder pesquisar y tratar cualquier situación que ocasione problemas tanto para la madre como para el menor. En cambio, la captación entre las 14-27 semanas si ha sufrido mejorías leves de 23% en el 2007 a 18% en el 2010. (Gráfico A.1.10)

Al revisar el comportamiento de las Áreas de Salud al interior de cada región se observa que las Áreas de las regiones Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central son las que muestran una prestación mas homogénea, en el resto de las regiones existe una mayor variabilidad, que habría que estudiar sus causas.(Gráfico A.1.11)

42 CCSS. Base de datos Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión, 2005-2009

43 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2008-2009. DCSS

44 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2008-2009. DCSS

45 Ministerio de Salud de México. Boletín de Información Estadística.2009

La distribución por edad de las embarazadas en control prenatal permite dar seguimiento a la atención de embarazo de adolescentes y de las mujeres de 35 años y más. De acuerdo a datos del INEC del total de nacimientos en el año 2010 el 18.6% correspondió a adolescentes, lo cual significa 13.037 nacimientos.

De acuerdo a los resultados de la evaluación, el 23% de las embarazadas atendidas son adolescentes, porcentaje que se mantiene casi sin variación desde el año 2007. Este porcentaje en el 2010 corresponde a 12.529 adolescentes que al compararlo con los nacimientos de adolescentes significa atender el 96% de las madres de este grupo de edad. Con relación a las mujeres de mas de 35 años, el porcentaje disminuyó con respecto a los años anteriores que se mantenía entre 8 y 9%. Esto no significa que han disminuido los embarazos en este grupo de edad, sino los que se atienden en la institución, ya que podría ser que otros se atiendan en instituciones privadas. (Gráfico A.1.12)

Al explorar la relación entre la edad gestacional de captación y la edad de las embarazadas, se observa que las mujeres de 35 años y más ostentan el porcentaje más alto de captación temprana, en cambio las adolescentes exhiben el mas bajo, sin embargo; estas diferencias no son estadísticamente significativas. La captación muy tardía es muy similar entre los grupos de edad. (Gráfico A.1.13)

Los resultados obtenidos muestran un desempeño adecuado tanto en cobertura como en captación temprana, ambos se pueden mejorar, sin embargo, si se tuviera que priorizar, quizás sea necesario mantener la cobertura, pero insistiendo en aumentar la captación temprana del mayor número de embarazadas, especialmente de las adolescentes y en lo posible eliminar la captación muy tardía en todos los grupos de edad.

Cuando se habla de garantizar el acceso a la atención prenatal no solo se refiere a tener una adecuada cobertura, sino que ésta debe ser prestada de forma oportuna, ya que el beneficio de la detección en estadíos iniciales de las patologías, se minimiza por la captación tardía de la gestante⁴⁶. Este es el gran reto que tenemos al frente. Aunado a lo anterior, se requiere contar con un sistema de referencia ágil que asegure el acceso en el servicio especializado cuando el caso lo amerite.

Otro elemento importante de considerar es disminuir las diferencias existentes en cuanto al desempeño de esta intervención, dependiendo de la ubicación geográfica en que se encuentre la población, ya sea a nivel de Región o Área de Salud. La cobertura de atención prenatal al igual que la de menores de un año muestra un acceso bastante aceptable a la atención, producto probablemente de la prioridad que se brinda a estos grupos de población y la conciencia de la población sobre su utilidad preventiva. Sin embargo, esto puede ser un esfuerzo inútil, sino se aprovecha esta oportunidad para brindar a ambos grupos una atención apropiada de acuerdo a la normativa técnica vigente. Solo de esta forme se estará contribuyendo efectivamente en disminuir la mortalidad materna y la infantil especialmente, la neonatal.

46 OPS. Lineamientos y Directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de Atención Prenatal de embarazadas de bajo riesgo en América Latina y el Caribe. Washington. 2004

1.5 Tamizaje por Sífilis en las mujeres embarazadas

En el marco de la atención prenatal y en la primera consulta de la embarazada, preferiblemente de captación temprana, se debe realizar el tamizaje para sífilis para determinar la presencia de sífilis y prevenir la sífilis congénita⁴⁷. Esta determinación se realiza por medio del examen VDRL.

América Latina y el Caribe (ALC) constituyen la región que presenta la tasa más alta de sífilis a nivel mundial. En esta región, se estima que cada año nacen más de 164.000 menores con sífilis congénita⁴⁸. La meta general de la iniciativa Regional, es eliminar la transmisión materno infantil para el año 2015, para lo cual se propone lograr reducir la incidencia de sífilis congénita (incluyendo óbitos fetales) a 0,5 casos cada 1.000 nacidos vivos o menos, lo que requiere aumentar la cobertura de tamizaje de la sífilis de mujeres embarazadas, a 95% o más para 2015 (meta que se tiene planteada a nivel institucional).

Las mujeres con sífilis activa durante el embarazo presentan complicaciones, hasta en un 80% de los casos pudiendo resultar en muerte fetal, muerte perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación, de ahí la importancia de dar seguimiento al que se cumpla con esta indicación técnica. A nivel internacional esta intervención tiene una recomendación Grado A en donde se indica que "Se recomienda fuertemente el tamizaje para Sífilis en toda mujer embarazada"⁴⁹.

El *Treponema pallidum* está presente en la sangre en las etapas tempranas de la enfermedad y se puede transmitir al feto, especialmente entre las semanas 16-28 del embarazo, si bien se ha descrito una transmisión más temprana. La OPS recomienda enfáticamente hacer un tamizaje por primera vez antes de las 20 semanas (en la visita prenatal del primer trimestre), para minimizar la transmisión transplacentaria.⁵⁰ A nivel institucional las directrices técnicas plantean indicar y valorar VDRL en la primera consulta y en el 2 y 3 trimestre del embarazo⁵¹.

47 CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas.2009

48 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.:2010

49 USPSTF. The Guide To Clinical Preventive Service 2009.Recommendations of the U.S.Preventive Services Task Force. AHRQ Pub. N°09-IP006. August, 20092009

50 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.:2010

51 CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas.2009

CUADRO A.1.5

C.C.S.S: TAMIZAJE DE SIFILIS EN EL EMBARAZO CON RESULTADOS DE VDRL Y CON RESULTADO VALORADO SEGÚN REGION PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2010

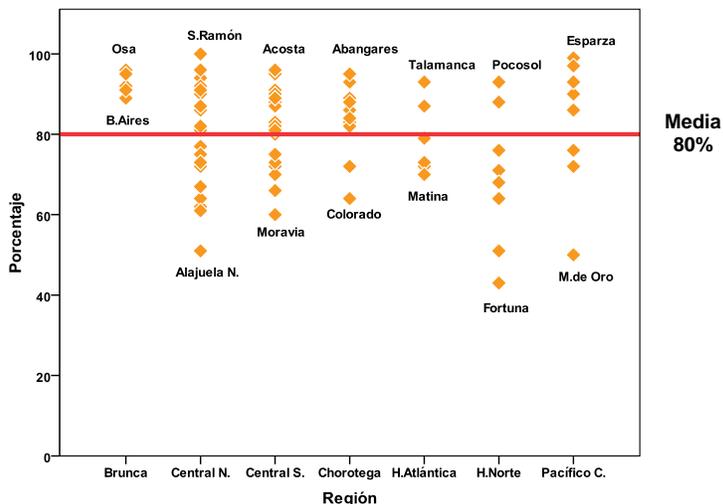
REGIÓN ¹	EMBARAZADAS ATENDIDAS		EMBARAZADAS CON RESULTADO VALORADO DE VDRL		
	Total	Con resultado de VDRL		Del total de atendidas	Del total de atendidas con resultado
		Nº	%		
Total	79.469	69.713	88	80	91 (IC₉₀ 91-92)
Brunca	5.893	5.065	86	84	98 (IC ₉₀ 97-99)
Central Norte	16.266	14.612	90	77	86 (IC ₉₀ 84-88)
Central Sur	25.041	21.932	88	82	94 (IC ₉₀ 93-95)
Chorotega	10.460	8.816	84	81	96 (IC ₉₀ 94-97)
Huetar Atlántica	10.268	8.745	85	77	90 (IC ₉₀ 88-93)
Huetar Norte	5.241	4.633	88	70	79 (IC ₉₀ 76-83)
Pacífico Central	6.300	5.910	94	87	92 (IC ₉₀ 91-94)

¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.15

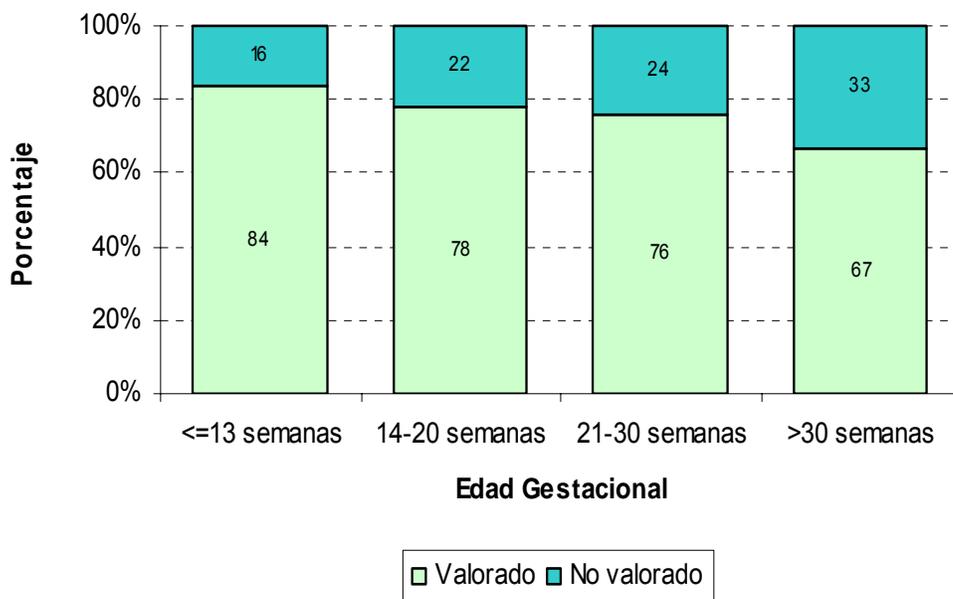
C.C.S.S: PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON VALORACIÓN DEL PRIMER VDRL POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.16

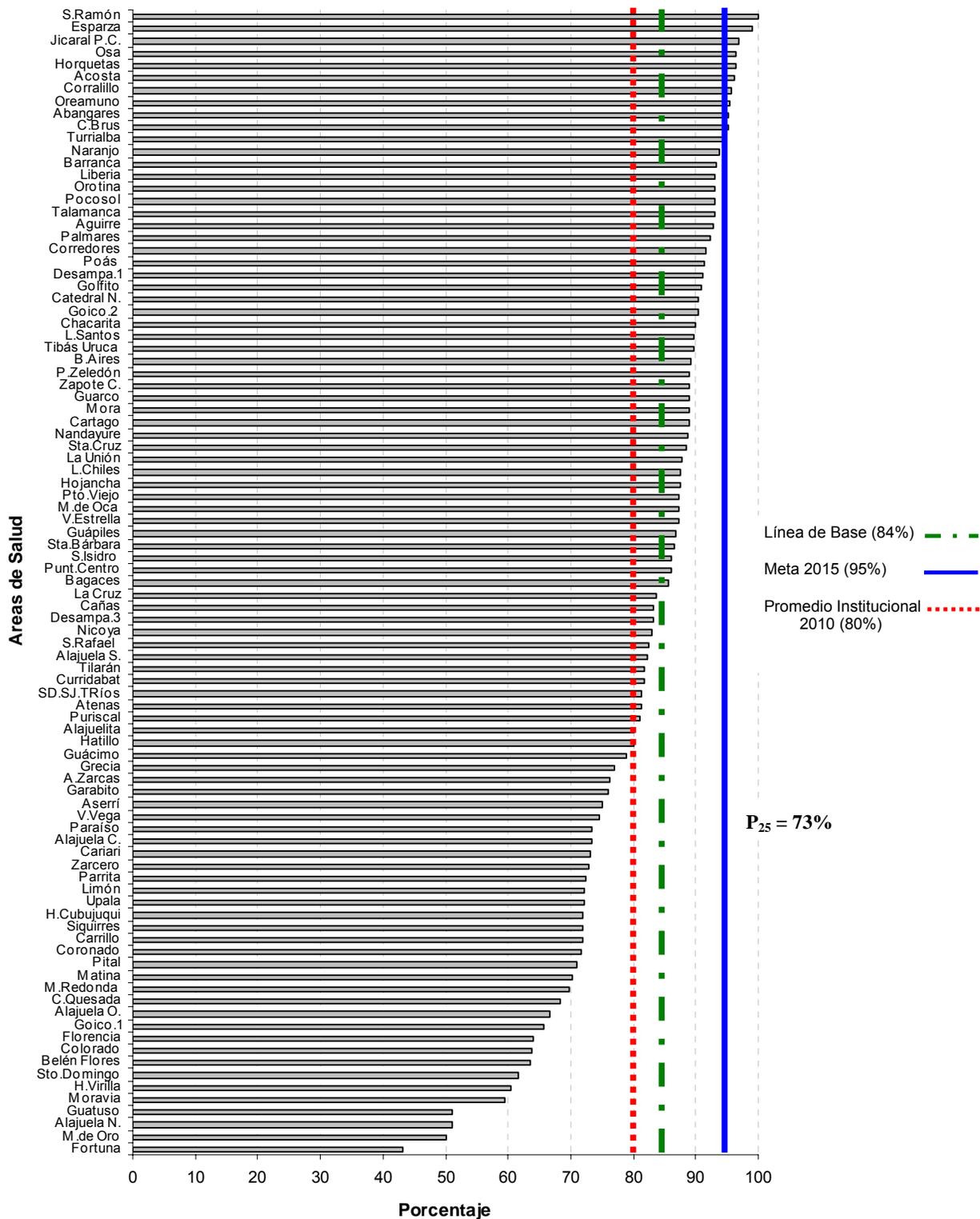
C.C.S.S: PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON Y SIN VALORACIÓN DEL PRIMER VDRL, SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.17

C.C.S.S: PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON RESULTADO Y VALORACIÓN DEL PRIMER VDRL, POR ÁREA DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluacion Compromisos de Gestion, 2010

Análisis de los Resultados

En el marco de la dimensión de acceso se ha incorporado esta intervención con el objeto de fortalecer en la atención prenatal el brindar acceso a toda mujer embarazada a realizarse un examen de VDRL que permita detectar la existencia de Sífilis y poder tratarla oportunamente, evaluando específicamente el primer VDRL tomando una muestra (5429 casos) en todas las embarazadas atendidas en el año 2010.

Los resultados de la evaluación del año 2010 trataron de recoger información que pudiera dar algunas luces de la forma que se esta abordando esta intervención además de recoger el resultado específico de la intervención evaluada. Es así que se pudo conocer aspectos como la indicación médica, la existencia de resultados del VDRL y lo que específicamente se esta evaluando que es el porcentaje de personas atendidas con VDRL valorado. Este esfuerzo se realiza en consonancia con el compromiso del país con la iniciativa regional de erradicación de la Sífilis Congénita para el año 2015.

Con respecto a la indicación médica, los resultados muestran que del total de embarazadas atendidas, en un 1.9% no fue indicado este examen, lo cual es un porcentaje pequeño, pero no debería presentarse ya que no parece existir explicación que justifique esta omisión. De los que fueron indicados casi la totalidad (99%) se indicaron en la fecha de captación en donde el 78% se indicó a las 13 semanas o antes tal como lo recomienda la guía institucional y un 90% antes de las 20 semanas.

Los datos existentes también nos permiten constatar el grado de existencia de resultados de exámenes de VDRL, en las usuarias atendidas requisito indispensable para la detección y tratamiento de la Sífilis. De alguna manera este paso en el continuo de atención valora el grado de consejería que se brinda a las usuarias para la realización del examen como la responsabilidad individual de las mismas en su realización.

Los resultados muestran que del total de exámenes indicados solo un 88% cuentan con resultados, situación que no permite la detección y tratamiento oportuno de esta patología, en más de 9000 mujeres atendidas. En el ámbito regional tres regiones muestran porcentajes levemente inferiores a este promedio institucional. (Cuadro A.1.5).

El contar con exámenes no es suficiente para el adecuado tamizaje de esta patología, es imprescindible que estos sean valorados para definir la conducta a seguir. En este sentido los resultados muestran que en la muestra de los que tenían resultados el 18% no estuvieron interpretados, entendiéndose por esto que no se encontró en la hoja de evolución del expediente médico o en la hoja del CLAP una valoración del mismo o que el mismo no fue realizado en la consulta subsecuente de la usuaria.

Considerando los que si fueron valorados y expandir la muestra al total de atendidas con y sin resultado se tienen dos lecturas. Si se compara con el total de embarazadas atendidas, el 80% de ellas cuenta con un VDRL valorado, si se compara con las atendidas con resultado, el porcentaje es de 91%. A nivel regional, en ambos casos, las regiones Central Norte, Huetar Atlántica y Huetar Norte tienen porcentajes por debajo de estos promedios institucionales. (Cuadro A.1.5).

En cualquiera de los dos casos los resultados se encuentran por debajo de la meta de la Iniciativa Regional para la erradicación de la Sífilis Congénita, en donde se recomienda la cobertura de tamizaje de la sífilis de mujeres embarazadas a 95% o más, al igual que las metas institucionales. Aunque el periodo para conseguirlo es hasta el 2015 hay que trabajar rápidamente en los factores que limitan su consecución.

De la muestra de 5429 casos que cuentan con resultado se encontró que el 99.7% de las mujeres fué negativo y solo un 0.3% positivo. Al ser esta una prueba presuntiva no se puede indicar en cuantas mujeres se confirmó el diagnóstico de Sífilis. Ante el compromiso de país que se tiene, resulta muy preocupante que a nivel del Ministerio de Salud y de la Institución se desconozca la tasa de incidencia de sífilis en las embarazadas.

También se exploró si la valoración del VDRL difería en relación a la edad gestacional de captación. Aunque se observa que en el grupo de mujeres captadas en las 13 semanas o menos la que presenta el mayor porcentaje de valoración y en las captadas más allá de las 30 semanas el menor porcentaje, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas, al igual que al relacionarla con la edad de las usuarias.(Gráfico A.1.16)

Al revisar el comportamiento de esta intervención en el total de Áreas de Salud evaluadas, se observa una mayor homogeneidad en el desempeño, sin embargo coexiste con cinco Áreas de Salud que presentan resultados muy limitados en donde el 60% o menos de las embarazadas atendidas cuentan con resultado y valoración del primer VDRL. (Gráfico 1.17) Igualmente al interior de las regiones se observan diferencias entre las Áreas de Salud principalmente en las regiones Central Norte, Pacífico Central y Huetar Norte.(Gráfico 1.15)

Tal como lo indica la Iniciativa Regional⁵², el principal objetivo es la valoración del progreso en la eliminación de la Sífilis Congénita para lo cual consideran que el monitoreo y la evaluación representan uno de los ejes mas importantes para proporcionar información y evidencia que ayuda a fortalecer la planificación de los programas y mejorar la efectividad de las acciones e intervenciones dirigidas hacia la eliminación de esta patología. Para esto, han diseñado un conjunto de indicadores que permitirán comparaciones a nivel de país y región a lo largo del tiempo y de los países entre sí, contribuyendo a aumentar la visibilidad regional y el intercambio de lecciones aprendidas

Los resultados presentados de esta intervención, dan respuesta a un grupo importante de estos indicadores, lo que se espera pueda contribuir a la revisión que se esta realizando por parte de los grupos técnicos institucionales con miras a lograr las metas regionales planteadas. No obstante, se tendrá que realizar un mayor esfuerzo para contar con información consolidada a nivel institucional y nacional que permita conocer la magnitud de la sífilis en las mujeres embarazadas, sífilis congénita, y efectividad de las intervenciones.

52 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.:2010

1.6 Tamizaje de HIV-SIDA en las mujeres embarazadas

Siguiendo en el marco de la atención prenatal y en la primera consulta de la embarazada, preferiblemente de captación temprana, también se debe realizar el tamizaje para VIH-SIDA para determinar la presencia de SIDA y prevenir la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana⁵³. Esta determinación se realiza por medio del examen ELISA, en el Primer Nivel de Atención.

En el año 2007, se estimó que en ALC había 36.000 (30.000-45.000) mujeres embarazadas infectadas con VIH y sólo 13.000 reportaron haber recibido antirretrovirales para prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Se estima que habrá 6.400 menores con infección nueva, la mayoría de ellos por transmisión de madre a hijo, la meta para eliminar esta transmisión es reducirla al 2% o menos y aumentar el tamizaje a 95% o más para el 2015.⁵⁴

El Tamizaje por VIH-sida durante el embarazo es una intervención efectiva que contribuye a disminuir los casos de transmisión materna infantil por HIV. Adicionalmente es un importante punto de entrada para el cuidado y tratamiento de la mujer portadora de HIV y sus hijos.

La intención del tamizaje es captar de manera temprana las mujeres embarazadas portadoras del VIH e implementar las medidas necesarias que minimicen el riesgo de la transmisión del virus de la madre durante el embarazo, el parto o el posparto. A nivel internacional esta intervención tiene una recomendación Grado A en donde se indica que "Se recomienda el tamizaje para VIH en toda mujer embarazada"⁵⁵ de ahí que forma parte de la Guía Institucional como una actividad de la detección y captación temprana de la embarazada.

53 CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas. 2009

54 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.: 2010

55 USPSTF. The Guide To Clinical Preventive Service 2009. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Pub. N°09-IP006. August, 2009

CUADRO A.1.6

C.C.S.S: TAMIZAJE DE HIV-SIDA EN EL EMBARAZO, CON RESULTADOS DE ELISA Y CON RESULTADO VALORADO, SEGÚN REGION PRIMER NIVEL DE ATENCION^{1/}, 2010

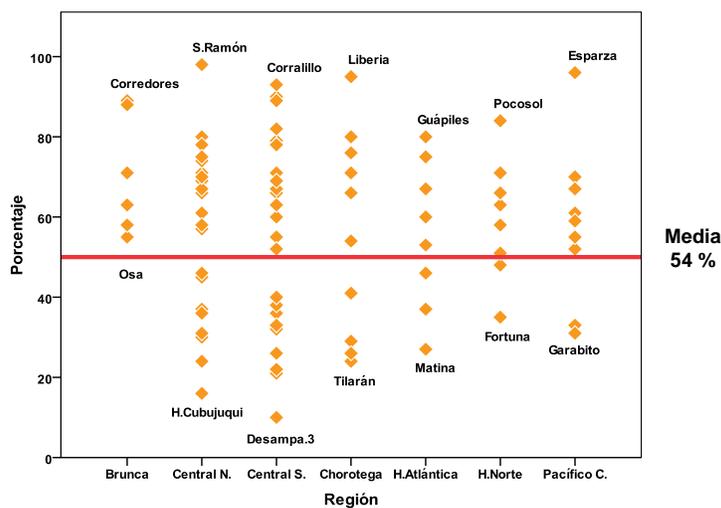
REGIÓN ^{1/}	EMBARAZADAS ATENDIDAS		EMBARAZADAS CON RESULTADO VALORADO DE ELISA		
	Total	Con resultado de ELISA		Del total de atendidas	Del total de atendidas con resultado
		Nº	%	%	%
Total	79.469	61.850	78	54	70 (IC₉₀ 69-71)
Brunca	5.893	4.673	79	67	85 (IC ₉₀ 82-89)
Central Norte	16.266	13.147	81	52	64 (IC ₉₀ 62-67)
Central Sur	25.041	19.422	78	51	66 (IC ₉₀ 64-69)
Chorotega	10.460	7.515	72	54	75 (IC ₉₀ 73-79)
Huetar Atlántica	10.268	7.794	76	54	71 (IC ₉₀ 68-76)
Huetar Norte	5.241	4.594	88	60	68 (IC ₉₀ 64-72)
Pacífico Central	6.300	4.705	75	57	76 (IC ₉₀ 73-79)

^{1/} Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

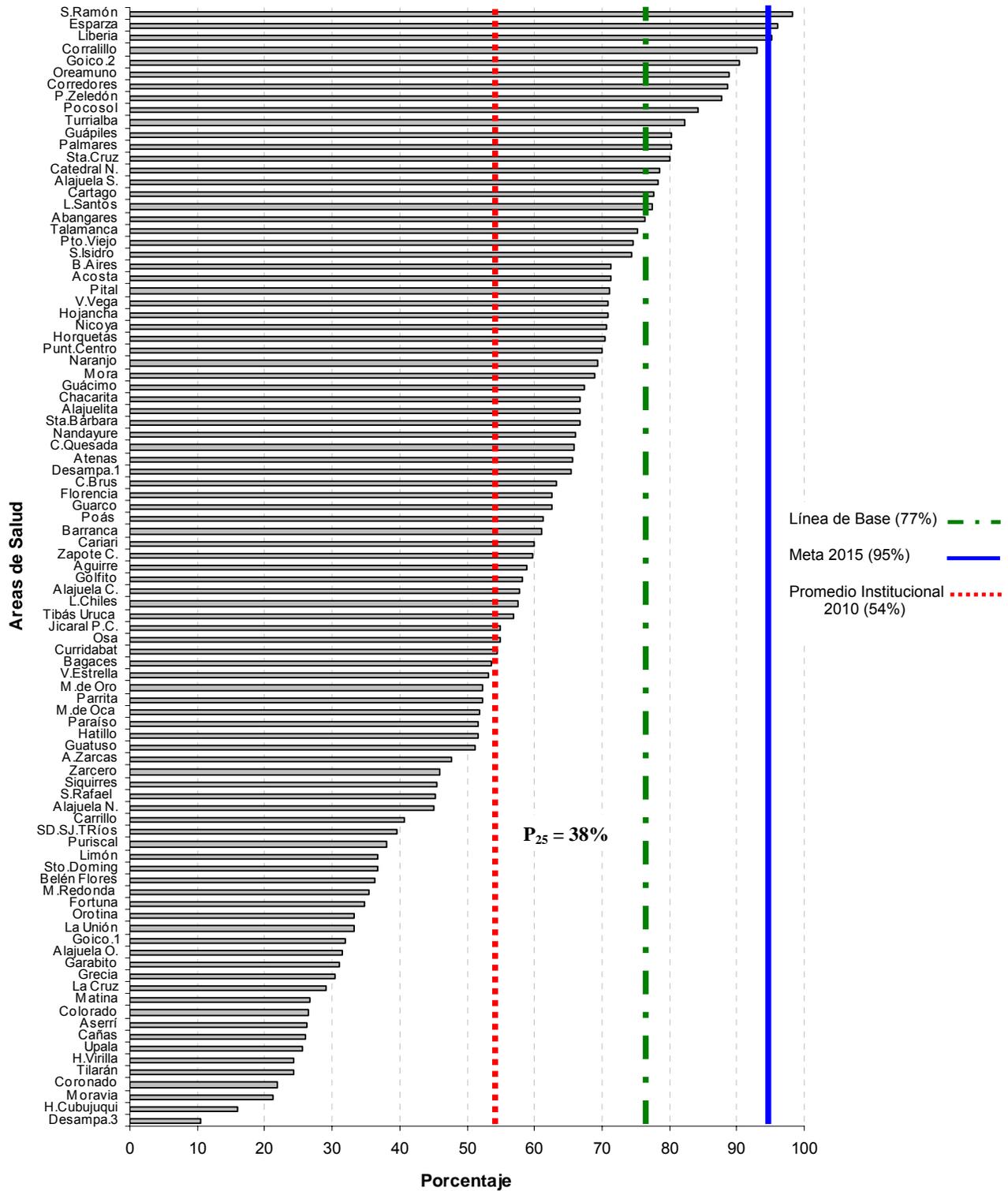
GRÁFICO A.1.18

C.C.S.S: PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON VALORACIÓN DE ELISA, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.19
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON RESULTADO Y
 VALORACIÓN DEL ELISA, POR AREA DE SALUD
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Al igual que en el caso del tamizaje de Sífilis, en esta intervención se contó con datos que permiten conocer aspectos generales de su abordaje que complementa el resultado intermedio que se busca, cual es, el porcentaje de embarazadas con resultado y valoración de ELISA para VIH en la consulta siguiente a la recepción de este, a partir de una muestra de 5429 casos de todas las embarazadas atendidas en el año 2010.

Con respecto a la indicación del tamizaje, a un 3% de las embarazadas atendidas no se les indicó la prueba, porcentaje mayor al del tamizaje de Sífilis, sin que esto signifique que el motivo fuese el no consentimiento por parte de la usuaria. De los que fueron indicados un 97% fue en la fecha de captación, siendo un 78% a las 13 semanas o antes y un 90% antes de las 20 semanas.

Al explorar cuantas de las embarazadas atendidas contaban con resultados de ELISA, se observó que en un 19% de ellas no existían resultados, el 80.9% tiene un resultado negativo y solo el 0.1% un resultado positivo. Al unir el 19% que no presenta resultados y el 3% al cual no se le indicó, se concluye que en un 22% de las embarazadas atendidas no se pudo detectar tempranamente la existencia de este Síndrome, o lo que es lo mismo que al 78% de ellas cuentan con resultado. (Cuadro A.1.6)

A nivel regional, la Regiones Chorotega, Pacífico Central y Huetar Atlántica muestran porcentajes de embarazadas con resultado de Elisa por debajo de este promedio institucional.

Tal como se indicó en el caso del tamizaje de Sífilis, para poder definir la conducta a seguir, es indispensable que estos resultados sean valorados por el personal médico. Al tratar de determinar cuantas embarazadas tienen un resultado de ELISA valorado, nuevamente se pueden mostrar dos escenarios. Al expandir la muestra al total de embarazadas atendidas con y sin resultado, los valorados corresponden al 54% de las embarazadas atendidas y al 70% de las atendidas con resultados. (Cuadro A.1.6) En América Latina el tamizaje para VIH no supera el 52%, entre los países con los mayores porcentajes se encuentra Cuba (93%), Guyana (91%) y Argentina (85%)⁵⁶

El promedio obtenido a nivel institucional es más limitado que en el tamizaje de Sífilis, con el agravante que existen regiones como las centrales que muestran porcentajes inferiores al promedio institucional, lo que coincide con ser el Área Metropolitana una zona de muy alta incidencia de VIH según estudio nacional.⁵⁷ Al interior de las regiones las Áreas de Salud presentan desempeños variables destacándose las dos centrales, al igual que al visualizar el total de las Áreas, especialmente las que se encuentran en la base del percentil 25. (Gráfico A.1.18 y Gráfico A.1.19)

En el Estado de Situación del VIH/SIDA en Costa Rica en el año 2004, se indicaba que existía un porcentaje relativamente alto de mujeres embarazadas que no estaban siendo controladas, aduciendo principalmente a un 22% de mujeres no aseguradas que no acceden al servicio de consulta prenatal.⁵⁸

⁵⁶ OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Documento Conceptual. Washington D.C.:2010

⁵⁷ OPS-Ministerio de Salud. La Situación del VIH/SIDA en Costa Rica. San José, 2004

⁵⁸ OPS-Ministerio de Salud. La Situación del VIH/SIDA en Costa Rica. San José, 2004

Probablemente en la actualidad este problema se haya minimizado debido al acceso de toda mujer a la atención prenatal independientemente de su situación de aseguramiento, lo que en este momento debiera ser motivo de análisis es el porcentaje de mujeres que acceden a la atención prenatal y que no se les indica los exámenes necesarios, no se concientiza en la importancia de contar con resultados y si se tienen, éstos no son valorados.

En Costa Rica la tasa de incidencia de Sida reportada para el 2008 es de 4.20 por 100.000 habitantes en el año 2008⁵⁹. No fue posible a nivel nacional obtener algún dato sobre el porcentaje de mujeres embarazadas infectadas en el país, mucho menos el porcentaje de transmisión materna-infantil, solo el hecho que en el 2009 el INEC reporta una muerte materna con diagnóstico de SIDA.

De acuerdo a los resultados presentados es evidente que falta mucho por hacer para lograr la meta de la Estrategia Regional de aumentar la cobertura de tamizaje para VIH/SIDA a 95% en el 2015. En el contacto con los servicios de Primer Nivel pareciera que hay falta de directrices claras sobre el abordaje de esta intervención ya que se dan comportamientos diferentes entre los centros. Por otra parte el que en algunos centros este examen lo realice un centro de mayor complejidad dificulta contar la información en forma oportuna, aunado al hecho de una confidencialidad de la información mal entendida que limita dar la debida continuidad de la atención.

Se sabe que a nivel de la Institución y el Ministerio de Salud se esta trabajando en este tema al igual que en SIFILIS acogiendo la recomendación de la Iniciativa Regional de un enfoque integrado, en donde probablemente todos estos elementos serán contemplados, brindando lineamientos técnicos que clarifiquen el abordaje en todos los niveles de atención. De esta forma se mejorara la orientación a quienes prestan los servicios, se facilita la evaluación y lo mas importante lograr llevar la transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos que es la meta regional⁶⁰. Esto implicara un sistema de vigilancia que permita desagregar la información y que pueda dar respuesta a los indicadores propuestos por la Estrategia Regional.

1.7 Captación Temprana de la Atención posparto

El cuidado posparto es aquella parte del cuidado de la maternidad relacionado con el cuidado de la madre y el menor en los días y semanas siguientes al nacimiento. La atención posparto consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebe con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido. El objetivo es un control posparto y posaborto eficiente, para lo cual debe ser extenso precoz, completo e integral y educativo⁶¹.

Aunque universalmente se recomienda la consulta posparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se recomienda acentuar la importancia de esta atención, ya que se ha demostrado que los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la consulta posparto⁶².

59 OPS-OMS. Indicadores Básicos: Situación de la Salud en Costa Rica.2009

60 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Washington D.C.:2010

61 CCSS. Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas.2009

62 OMS. Nuevo modelo de Control Prenatal de la OMS. 2003

En todos los países esta atención se desarrolla de manera diferente aunque tienen un objetivo común, cual es, detectar problemas de salud de la madre y/o del bebé en forma temprana, animar el amamantamiento y dar a las familias un buen comienzo⁶³.

De acuerdo a la directriz técnica institucional, una de las intervenciones en este período, es la **detección y captación temprana del posparto**, definida como la captación de las púerperas en los primeros ocho días después del parto, con el objeto de brindar continuidad en la atención⁶⁴. En el marco del acceso oportuno a la atención esta intervención es la identificada para darle seguimiento, por la importancia demostrada para la salud de la madre y del menor.

CUADRO A.1.7
C.C.S.S: NACIMIENTOS, COBERTURA Y CAPTACIÓN TEMPRANA
DE LA ATENCIÓN POSPARTO, SEGÚN REGIÓN
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN	NACIMIENTOS 2010	MUJERES ATENDIDAS	COBERTURA INSTITUCIONAL	CAPTACION TEMPRANA ¹
			Porcentaje	Porcentaje
Total	70.922	52.571	74	79 (IC₉₀ 78-79)
Brunca	5.841	3.223	55	69 (IC ₉₀ 65-73)
Central Norte	17.174	12.275	71	83 ^a (IC ₉₀ 81-84)
Central Sur	25.181	19.078	76	80 ^a (IC ₉₀ 78-81)
Chorotega	6.535	5.072	78	76 (IC ₉₀ 73-78)
Huetar Atlántica	7.628	6.132	80	80 (IC ₉₀ 78-83)
Huetar Norte	4.514	3.499	78	81 (IC ₉₀ 79-84)
Pacífico Central	4.049	3.292	81	70 (IC ₉₀ 67-83)

¹ Captadas ≤8 días

² Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

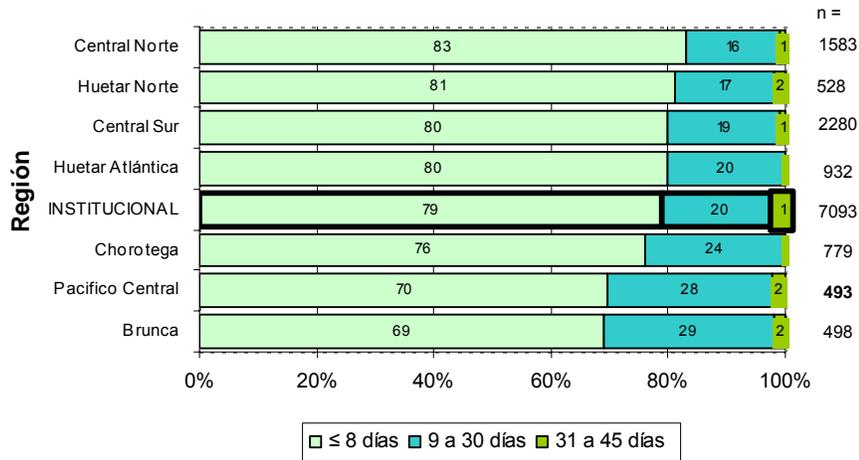
63 Wieggers TH. Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. Journal of Neonatal Nursing: 12, 2006.

64 Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el período Prenatal, Parto y Posparto. Atención Integral a las Personas.2009

GRÁFICO A.1.20

C.C.S.S: ATENCION POSPARTO SEGÚN NÚMERO DE DÍAS DE CAPTACIÓN POR REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

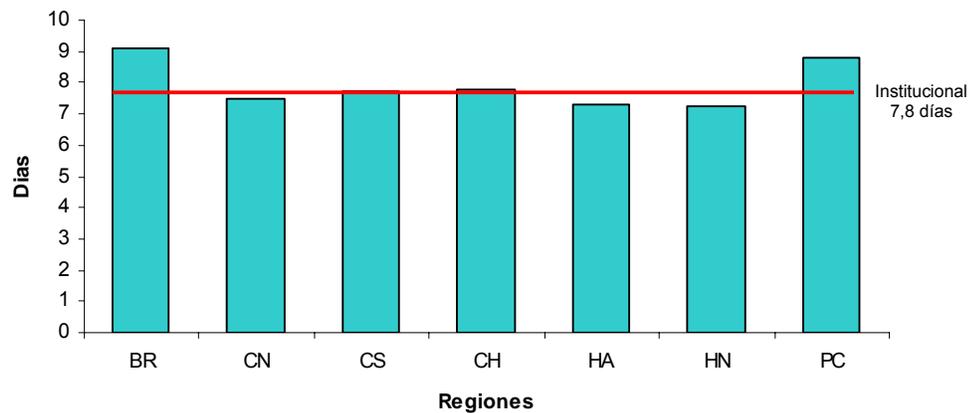
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.21

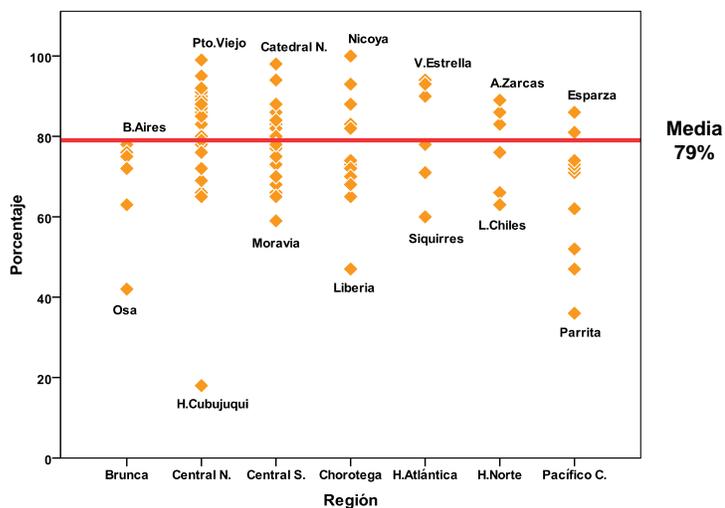
C.C.S.S: PROMEDIO DE DÍAS, DE LA CAPTACIÓN EN LA ATENCIÓN POSPARTO, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.22

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MUJERES CAPTADAS TEMPRANAMENTE EN POSPARTO, POR ÁREA, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.23

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN LA ATENCIÓN POSPARTO, SEGÚN EDAD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010 (porcentaje)

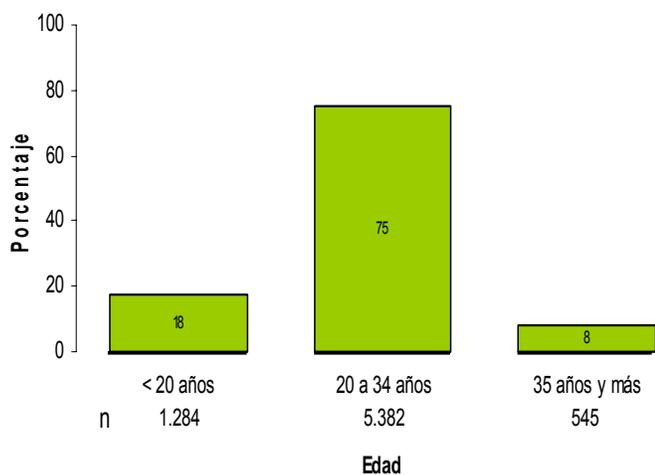
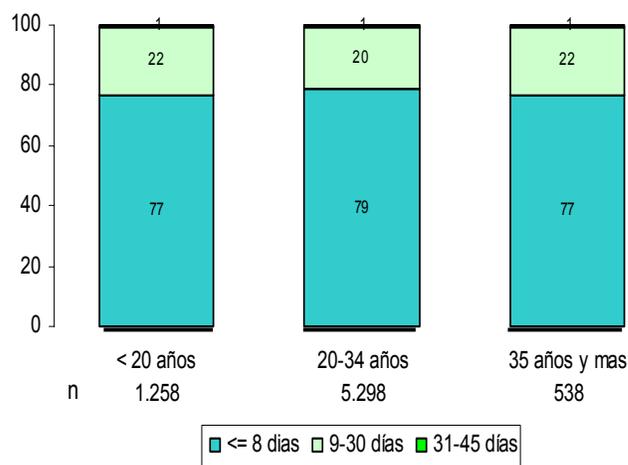


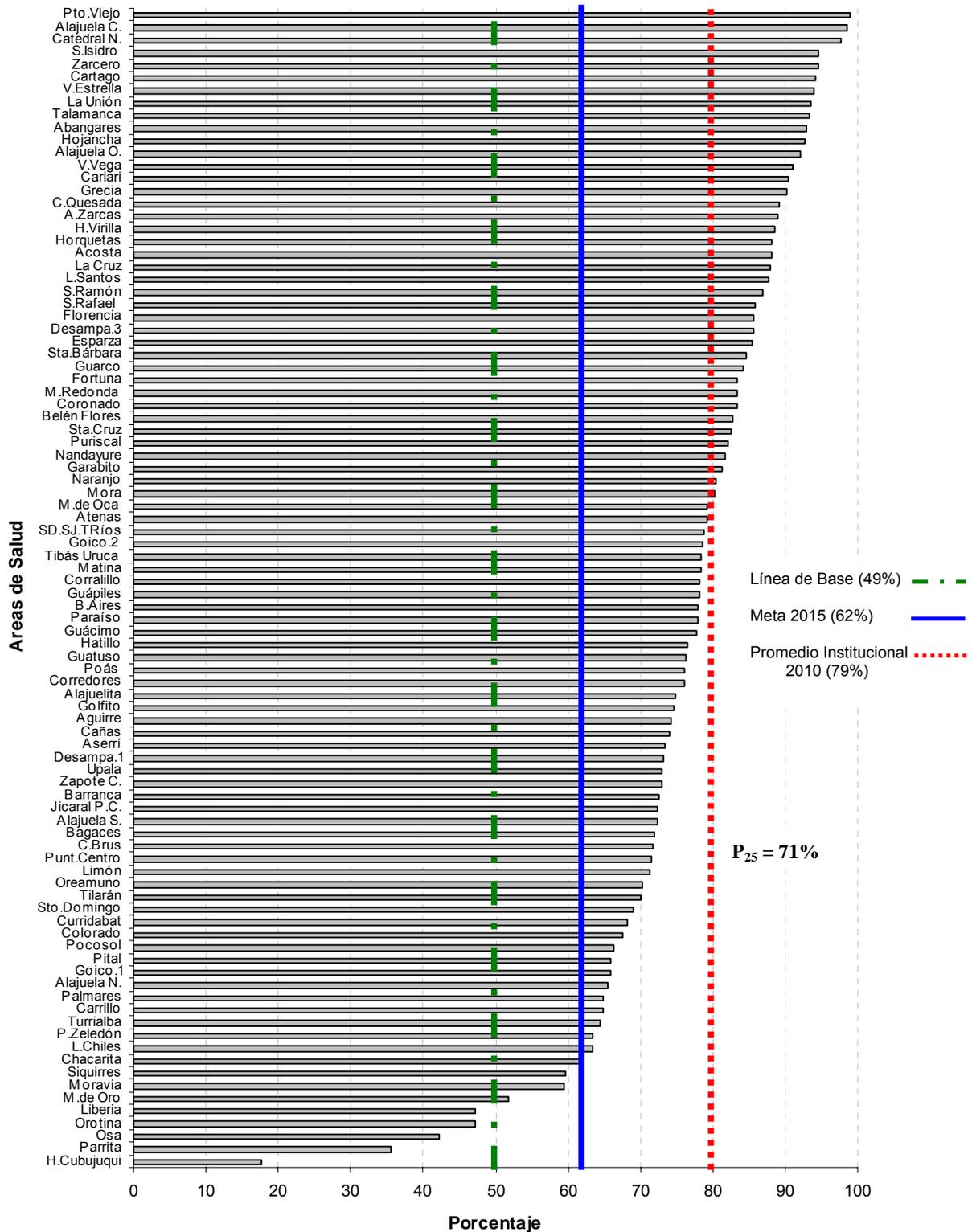
GRÁFICO A.1.24

C.C.S.S: MUJERES EN ATENCIÓN POSPARTO, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y DÍAS DE CAPTACIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A. 1.25
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE CAPTACIÓN TEMPRANA
 EN POSPARTO, SEGÚN ÁREA DE SALUD
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Dado que se cuenta con la información, se construirá la cobertura de atención posparto, que permite dar un marco de referencia a los resultados de la intervención evaluada.

A nivel institucional el promedio de cobertura de atención posparto entre los años 2004 y 2007 fue de 68.6%⁶⁵. En el año 2010 la cobertura corresponde a un 74%. Este dato significa un aumento de un 8% con respecto al promedio anteriormente citado, manteniéndose igual a la cobertura obtenida en el año 2007.

A nivel regional, las Regiones Central Norte y Brunca presentan coberturas por debajo de este promedio institucional, siendo la menor la región Brunca (55%). (Cuadro A.1.7). El dato preocupante es que la mayoría de las regiones disminuyeron sus coberturas con respecto al año 2007 siendo las mayores disminuciones en las regiones Huetar Norte. (7 puntos porcentuales) y la Central Sur (6 puntos porcentuales). Las excepciones son las Regiones Central Norte que aumentó 3 puntos porcentuales y la Región Pacífico Central que aumentó 7 puntos porcentuales.

Al analizar los datos de la variable evaluada que es la captación temprana de las mujeres de posparto, se encontró que el 79% fueron captadas a los 8 días o menos. Esto significa un aumento de un 60% con respecto al resultado del año 2007 que fue de 49%. Aunque parece un avance muy importante, se empaña al considerar que muchas regiones bajaron sus coberturas, mas grave aún, es que hay Regiones que bajaron sus coberturas y están por debajo del promedio institucional en captación temprana, como lo es la Región Brunca. Solo la Región Central Norte aumentó su cobertura de atención posparto (aunque esta por debajo del promedio institucional) y tiene el mayor porcentaje de captación temprana. (Gráfico A.1.20). Lo que si es importante de indicar es que la categoría de captación de más de 45 días que se tenía anteriormente, se eliminó al no existir casos en ese período.

Consecuente con este importante aumento de la captación temprana el promedio de días de captación varió de 11.5 en el 2007 a 7.8 días en el 2010 (Gráfico A. 1.21). Se debe insistir en analizar los resultados de las intervenciones considerando la cantidad de personas que se atienden (cobertura), ya que verlo en forma aislada puede llevar a confusión sobre la real dimensión de los logros.

A nivel de Áreas de Salud, cuando se mira su comportamiento al interior de cada región, se observa un Área con resultados muy por debajo de las restantes de la región en la Región Central Norte, en cambio al ver los resultados de todas las Áreas en forma conjunta se observa mayor homogeneidad en los resultados, con respecto a otras intervenciones. (Gráfico A.1.22 y A.1.25)

A modo de información se presenta la distribución de las personas atendidas en posparto por edad, la que es muy similar a la de atención prenatal sin que necesariamente sean las mismas. No se encontraron diferencias en días de captación al relacionarlo con la edad de las mujeres. (Gráfico A.1.23 Gráfico A.1.24)

En pocos años se ha tenido un avance importante en la cobertura de posparto y mas aún en la captación temprana de las madres, lo importante es sostener estos resultados y no mejorar unos a expensas de disminuir otros. Los niveles regionales deberán estar muy pendientes y vigilantes de las coberturas de atención, para disminuir errores de interpretación de los resultados que se logran.

⁶⁵ CCSS. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación Compromiso de Gestión, 2004-2007

Si se mantienen y mejoran estos resultados, unido a la atención prenatal y de los menores de un año se podrá contribuir de forma efectiva a un continuo de atención de la mujer y el menor que contribuya positivamente en su desarrollo futuro.

Esta secuencia implica contar con un sistema de salud organizado que además de garantizar el acceso y cobertura a los servicios de salud, los cuidados se basen en la calidad de la prestación, que en este caso específico esta representada por la oportunidad de atención para detectar y tratar alteraciones que pueden ser modificables.

1.8 Atención Integral del Adulto Mayor

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo y será protagonista del siguiente, pues traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países de la región⁶⁶. Hoy se reconoce que el envejecimiento es un fenómeno que plantea desafíos a las actuales formas de organización social, y que se requieren intervenciones para mejorar las condiciones de vida de que hoy gozan las personas mayores, pero también intervenciones de orden estructural y estratégico que conduzcan a un cambio de la sociedad⁶⁷.

El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento, plantea enormes retos a la capacidad y voluntad de los sectores social y de la salud en proporcionar sistemas coordinados de atención con el propósito de prolongar la esperanza de vida sin discapacidad para los adultos mayores. La reducción de la morbilidad y aplazamiento de la invalidez en las personas mayores es el objetivo principal de las intervenciones de salud pública en las poblaciones envejecidas⁶⁸.

En el país, se promulgó la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, en la cual se indica que es deber del Estado garantizar que se les brinde atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Además se define Adulto Mayor como toda persona de sesenta y cinco años y más⁶⁹. En el año 2010 las personas mayores de 65 años y más representan en el país el 6.2%⁷⁰ de la población, porcentaje que aumentará sistemáticamente en los años venideros

A nivel institucional por medio de los Compromisos de Gestión, se ha dado seguimiento a la atención integral de los adultos mayores tanto en cobertura como en cumplimiento de criterios técnicos. Para este año 2010 se ha enfatizado en la cobertura ya que durante varios años se ha venido identificando oportunidades perdidas en la atención de este grupo de población.

Estas oportunidades perdidas se evidencian al existir una brecha entre el número de personas de esta edad que se atienden (consultas de primera vez en el año) y el número de personas que se reportan como atendidas en el marco del Programa de Atención Integral. Lo anterior pareciera indicar que se atienden solo por su necesidad de curación pero no se les brinda atenciones preventivas, tan importantes para identificar oportunamente situaciones que pueden retardar su aparición, ser tratadas y mejorar su calidad de vida e independencia

66 Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del Adulto Mayor en América Latina. CEPAL- CELADE- FNUAP. Serie 21. 2001

67 CEPAL. Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago. 2003

68 CEPAL. Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago. 2003

69 Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor. Ley 7935 del 25 de Octubre de 1999

70 CCSS. Proyección de Población por Área de Salud 2010-2015. Información Demográfica. Dirección Actuarial

CUADRO A.1.8
C.C.S.S: POBLACIÓN Y COBERTURA DE LOS
ADULTOS MAYORES SEGÚN REGIÓN
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN	POBLACIÓN	COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL	
		Personas atendidas	Porcentaje
Total	295.389	188.548	64
Brunca	19.975	14.433	72
Central Norte	79.579	44.196	56
Central Sur	121.763	83.776	69
Chorotega	25.848	15.779	61
Huetar Atlántica	20.129	12.486	62
Huetar Norte	11.782	6.561	56
Pacifico Central	16.313	11.317	69

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.26
CCSS: COBERTURA, NO COBERTURA DEL PROGRAMA Y NO COBERTURA DE ADULTOS MAYORES, PRIMER NIVEL 2010

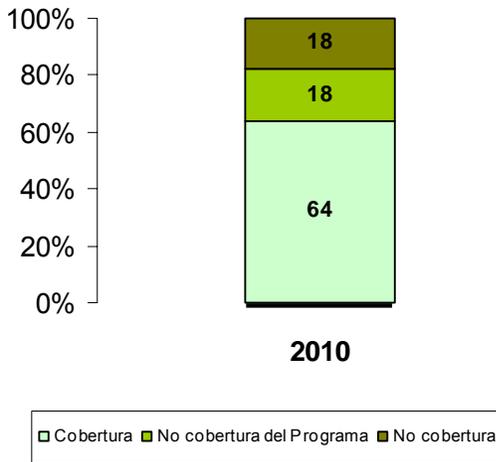
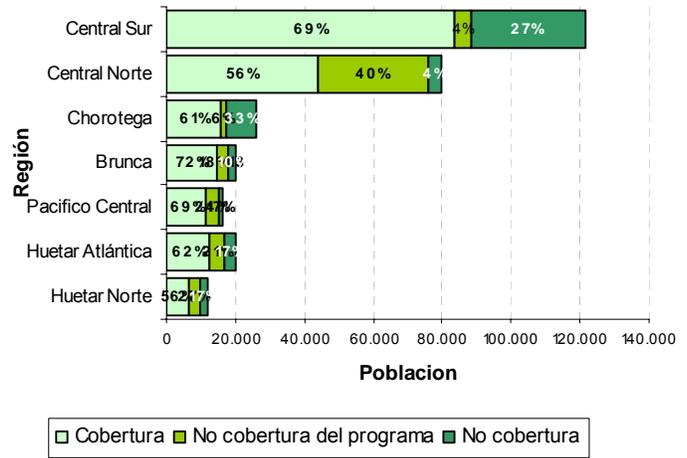
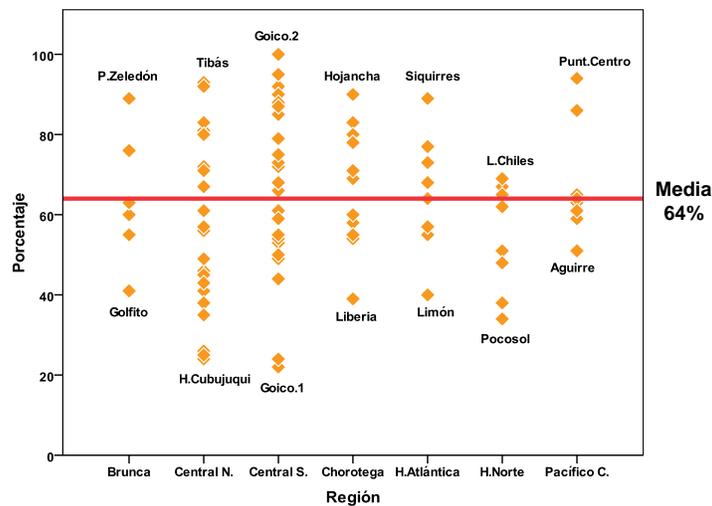


GRÁFICO A.1.27
CCSS: COBERTURA, NO COBERTURA DEL PROGRAMA Y NO COBERTURA DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL 2010



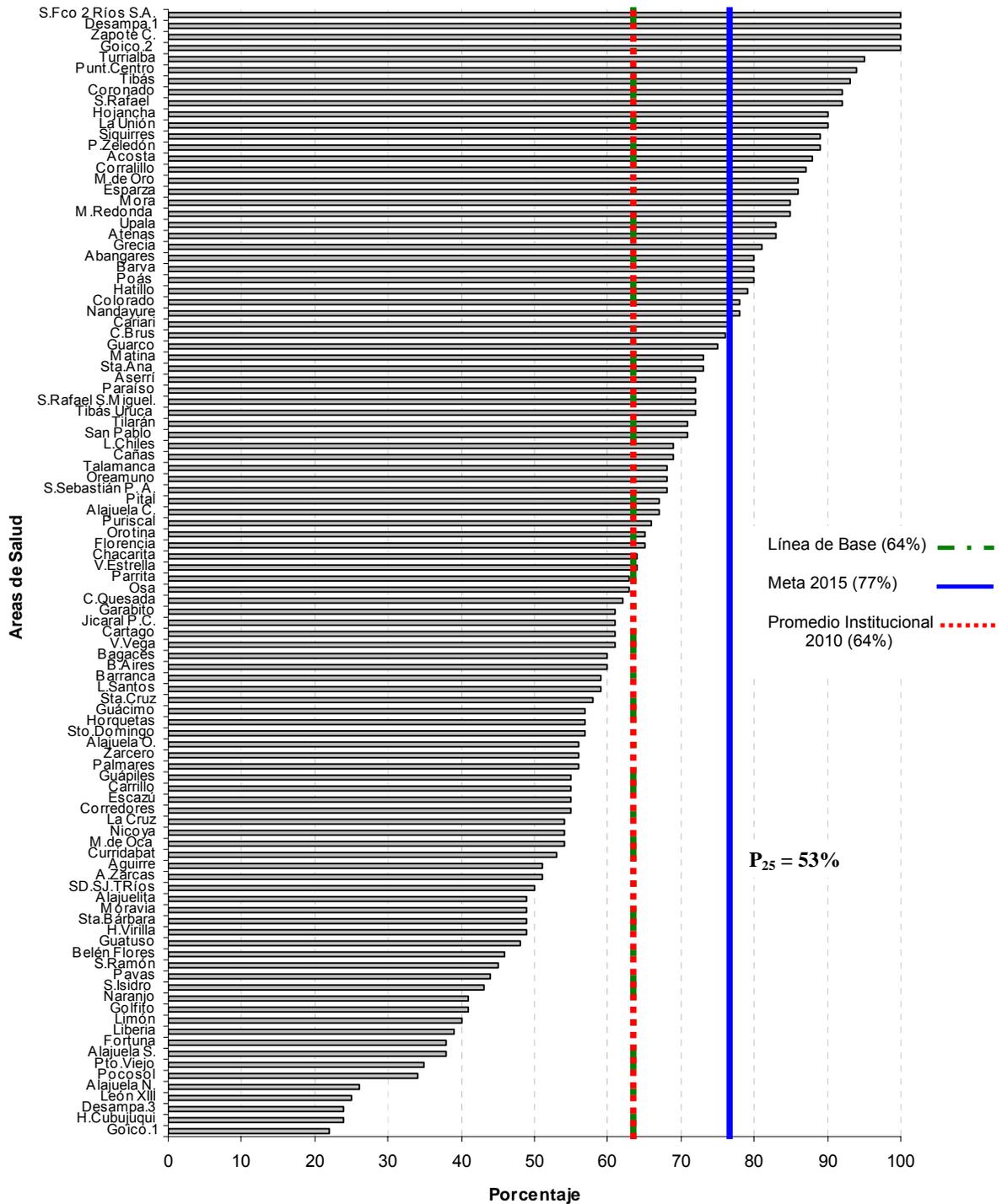
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.28
C.C.S.S: COBERTURA DE LOS ADULTOS MAYORES POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.29
 C.C.S.S: COBERTURA, DE ADULTOS MAYORES
 POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
 (porcentaje)



Nota: Se excluye al Área de Salud Catedral Noreste por sus características presenta valores distorsionantes

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

El promedio de cobertura con Atención Integral en los últimos cinco años (2005-2009) fue de 62.6%, en donde existió un aumento paulatino año con año, sin embargo, desde el año 2007, que se comenzó a medir las oportunidades perdidas, éstas también aumentaron año con año. En el año 2007 se identificó un 23% de personas que no se les brindó una atención integral (oportunidades perdidas), ascendiendo este porcentaje a 31% en el año 2009.

Para el año 2010 al igual que en años anteriores se consideran como atendidos para el cálculo de la cobertura, las personas a las que se reportan como habiéndoles brindado una atención integral. De acuerdo a lo anterior, los resultados del año 2010, muestran que la cobertura alcanzada es de 64%, que es 1.5% superior al promedio del quinquenio pero un 4% inferior a la alcanzada en el año 2009 (67%). A nivel regional cuatro regiones quedan bajo el promedio institucional, siendo las mismas que quedaron en igual situación el año 2009.

El otro detalle importante de destacar que gran parte de las regiones disminuyeron sus coberturas con respecto a lo logrado el año 2009, solo se exceptúan de este comportamiento las Regiones Huetar Atlántica que tuvo un importante incremento de 8 puntos porcentuales y la Huetar Norte con un leve aumento de un punto porcentual. Esta última a pesar de esto se mantiene al igual que en el año 2009 las menores coberturas. (Cuadro A.1.8).

En relación a la no cobertura del programa (oportunidades perdidas), es decir, atender a adultos mayores y no brindarles la atención preventiva indicada en los lineamientos técnicos institucionales, en el año 2010 alcanzó un 18% lo que significa un descenso de un 22% con respecto al 2007 (23%) y un 42% con respecto al año 2009 (31%).(Gráfico1.26).

Al revisar como se distribuye este comportamiento a nivel regional se observa que en las regiones que más aportan en esta disminución, no se da en beneficio de aumentar la cobertura de atención integral, sino más bien se trasladó a la no cobertura. Este hecho hace que en el año 2010 se reporte un 18% de personas no cubiertas por los servicios institucionales que corresponde a un aumento muy importante con respecto al 2009 que era de un 1%. (Gráfico1.27).

Es probable que este hecho responda a la calidad de los registros, ya que en el informe anterior (2008-2009), se llamaba la atención sobre lo reportado por 5 regiones en donde al unir la cobertura y la no cobertura del programa se atendía al 100% de la población. Es probable que estos resultados sean más realistas que los anteriores y sirve para seguir insistiendo en la revisión previa que se debe realizar de los datos que presentan las unidades.

Con los datos del 2010 si se atendiera a todos los adultos mayores que acceden los servicios de salud de una forma apropiada, se tendría una cobertura de 82%. Hacia esto debemos trabajar, para lo cual se hace indispensable conocer los motivos que limitan a los servicios de brindar una atención adecuada, lo cual es un esfuerzo que no redunde en contribuir a reducir la morbilidad y aplazar la invalidez en las personas mayores.

Al interior de cada región, las Áreas de Salud muestran comportamientos variables con diferencias marcadas entre las de mayor y menor logro especialmente en las regiones Central Norte y Central Sur (Gráfico A.1.28).

Al observar las Áreas de Salud en su conjunto se hace necesario poner atención en ambos extremos, es decir, aquellas Áreas que reportan cubrir al 100% de su

población y aquellas que reportan coberturas inferiores al 30% (Gráfico A. 1.29). Con respecto a quienes cubren el 100% las unidades aducen que se ve población que no esta contemplada en su área de adscripción, como por ejemplo Hogares de Ancianos, situación que habría que constatar y regularizar.

Es importante además hacer notar que al estar al final del período del último censo poblacional, el denominador utilizado para el cálculo de la cobertura podría estar subestimado, lo que se podrá comprobar el próximo año con los datos del nuevo censo.

Al contrastar los resultados de cobertura con los datos presentados en el informe Estado de Situación del Adulto Mayor⁷¹, en el capítulo de Acceso y uso de servicios de Salud, se indica de acuerdo al proyecto CRELES que el 81% de la población adulta mayor accesa los servicios de la institución, lo cual es coincidente con el porcentaje que se tendría si se les brindara a todos los que acceden una atención integral.

Siguiendo con lo planteado en el Informe anteriormente citado⁷² la percepción de los adultos mayores de la atención que reciben es buena, textualmente se indica " Las personas adultas mayores se encuentran satisfechas de los servicios de la consulta externa de los EBAIS". Esta apreciación debe servir de estímulo para hacer esfuerzos por identificar los aspectos que puedan estar interfiriendo en cubrir a un mayor número de Adultos Mayores con una atención apropiada.

Dos aspectos parecen relevantes de revisar, la calidad de los datos que se registran para conocer con certeza la capacidad de respuesta institucional y eliminar las oportunidades perdidas, que muestran falta de cumplimiento de los lineamientos técnicos, lo que hace que las facilidades de acceso se vean desaprovechadas.

Solo así se podrá contribuir desde la prestación de servicios de salud con prolongar la esperanza de vida sin discapacidad para los adultos mayores, reduciendo la morbilidad y aplazando la invalidez, que es el objetivo principal de esta intervención.

1.9 Vacunación por Influenza en el Adulto Mayor

La influenza es una patología que contribuye de forma importante en el aumento anual de muertes atribuidas a neumonía. Las muertes relacionadas con la influenza se dan principalmente en adultos mayores en especial a los de edad avanzada. Las personas mayores de 85 años tienen 16 veces mas probabilidad de morir de una enfermedad asociada a la influenza comparado con personas de 65-69 años.⁷³

La estrategia mas efectiva para prevenir la influenza es la vacunación anual, de ahí que el ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices), recomienda la vacunación anual a personas de riesgo entre ellos los adultos mayores ya que está asociada con la reducción de complicaciones y muerte por influenza en estos grupos⁷⁴. Sin embargo, esta estrategia requiere un alto nivel de cobertura en los grupos objetivos para lograr el impacto esperado, que es la reducción de las

71 UCR-CONAPAM. I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor. San José, 2008

72 UCR-CONAPAM. I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor. San José, 2008

73 CDC. Prevention and Control of Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. ACIP. 2010

74 CDC. Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). 2006

complicaciones y muerte. Niveles de cobertura entre estas personas requiere ser aumentados antes que los efectos puedan ser medidos de forma confiable⁷⁵.

La vacunación de la influenza reduce la frecuencia de complicaciones secundarias, el riesgo de muerte y las hospitalizaciones asociadas a influenza entre los adultos de ≥ 65 años con y sin dolencias de riesgo elevado (Ej. Enfermedad cardiaca y la diabetes)⁷⁶

En Costa Rica, la Comisión Nacional de Inmunizaciones recomienda la inclusión de la vacuna contra influenza en el 2004, pero es hasta el año 2006 que la Comisión acordó vacunar a todos los adultos mayores. En un estudio realizado por la subárea de Vigilancia Epidemiológica con respecto a evaluar el impacto de la introducción de la vacuna contra la influenza estacional en relación a la presencia de influenza severa en el período 1998-2009, concluye que: "La vacunación contra la influenza estacional ha reducido la tasa de incidencia de enfermedad tipo influenza severa y que las poblaciones con mayor impacto positivo fueron los adultos mayores, seguidos de los menores con factores de riesgo".⁷⁷

En el estado de situación del adulto mayor⁷⁸, se indica que de acuerdo a los datos del estudio CRELES en el año 2006 el 49% de los adultos mayores dice haber sido vacunado contra la influenza en los últimos doce meses.

75 CDC. Opciones para controlar la influenza. Recomendaciones 2010-11 para prevención y control de influenza. Atlanta.2010

76 CDC. Prevention and Control of Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. ACIP. 2010

77 CCSS. Wong R. Evaluación del impacto de la vacuna estacional de Influenza sobre la enfermedad tipo influenza severa. Vigilancia Epidemiológica. Presentación . 2010

78 UCR-CONAPAM. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. 2008

CUADRO A.1.9

C.C.S.S: POBLACIÓN Y COBERTURA DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA A LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

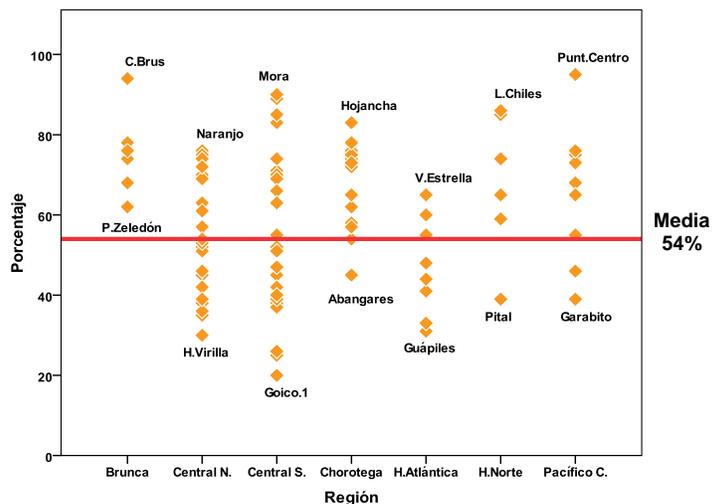
REGIÓN ¹	POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MAS	COBERTURA TOTAL INSTITUCIONAL	
		Personas vacunadas	Porcentaje
Total	256.372	139.066	54
Brunca	19.975	14.171	71
Central Norte	66.730	35.475	53
Central Sur	95.595	44.383	46
Chorotega	25.848	17.165	66
Huetar Atlántica	20.129	9.127	45
Huetar Norte	11.782	7.686	65
Pacífico Central	16.313	11.059	68

¹Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

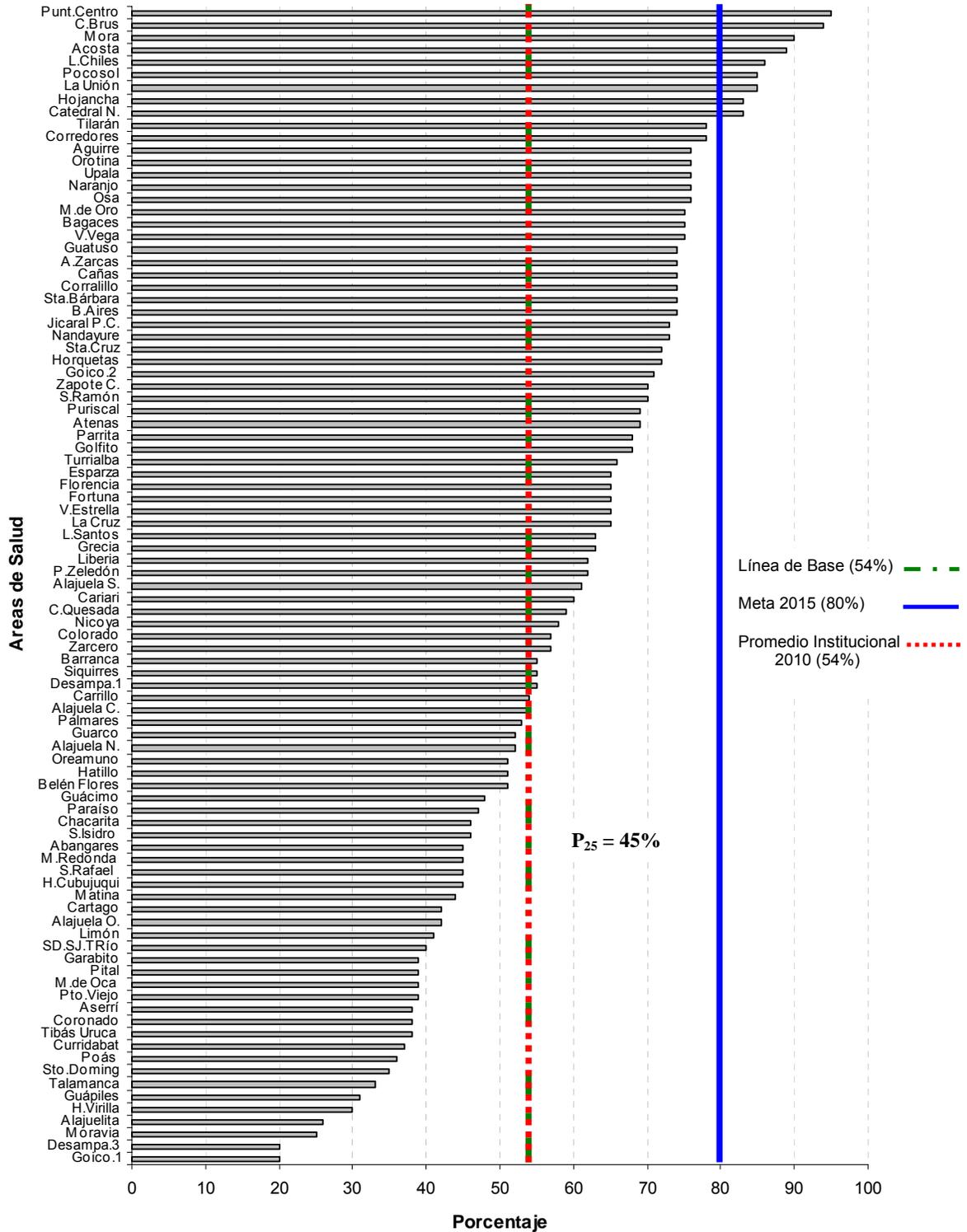
GRÁFICO A.1.30

C.C.S.S: COBERTURA DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA EN LOS ADULTOS MAYORES POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.1.31
 C.C.S.S: COBERTURA, DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA
 EN ADULTOS MAYORES, POR ÁREA DE SALUD
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En los compromisos de gestión se comenzó a dar seguimiento a esta intervención en el año 2010, sin embargo de acuerdo a datos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) el promedio de cobertura entre los años 2006-2008 fue de 52.7%.

La cobertura lograda en el año 2010 es de 54%, un punto porcentual superior a lo que indica el promedio trianual del PAI y 5 puntos porcentuales sobre lo que se reportó en el proyecto CRELES en el año 2006. A nivel de las regiones se observa que tres de ellas presentan coberturas por debajo de este promedio institucional. Hay que considerar que dos de ellas, las dos centrales contribuyen con el 63% de la población adulta mayor, si a esto se une la tercera región que se encuentra bajo el promedio (Huetar Atlántica), se estaría agrupando al 70% de la población adulta mayor con una cobertura inferior al 50%. (Cuadro A.1.9)

A nivel internacional se reportan coberturas de 29.1% en México (2003), España 70.1%(2005), Reino unido (75% (2005) y Estados unidos 65% (2005). El resultado institucional esta solo superior al de México⁷⁹.

La variabilidad de la cobertura entre regiones y entre Áreas de Salud de una misma región muestra brechas, en donde en unas regiones todas o casi todas sus Áreas se encuentran sobre el promedio institucional como la Región Brunca y Región Chorotega y otras cuyas Áreas presentan porcentajes de coberturas muy altos y otros muy bajos. (Gráfico A.1.30)

Al observar las Áreas de Salud en forma conjunta, se encuentra que hay 26 Áreas de Salud bajo el percentil 25 con coberturas inferiores al 45%, llegándose incluso en alguna de ellas a coberturas del 20%.(Gráfico A.1.31)

Entre las principales recomendaciones del ACIP 2010 es una vacunación anual aproximadamente con una cobertura de 85% de la población debido a los factores de riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la influenza⁸⁰.

Los resultados mostrados en este informe están muy por debajo de estas recomendaciones, lo que en teoría podría poner en riesgo los resultados esperados de la intervención. Es probable que nuevamente existan problemas de registros, que de alguna manera se evidenciaron en el proceso de evaluación al existir algunas discrepancias entre los datos de la certificación que brindaba el PAI y los datos que indicaban las Áreas de Salud.

Al incorporar esta intervención en el año 2010 se nos indicó por parte del PAI que se comprarían dosis para cubrir al 80% de Adultos Mayores. Será necesario conocer los motivos de no lograr su total utilización en el caso que efectivamente se hayan comprado esas dosis y que hubiesen estado disponibles en todo momento. Podrían existir dificultades en la gestión que es necesario conocer y solventar. Como justificante de las bajas coberturas algunos centros indicaron la negativa de los adultos mayores a ponerse la vacuna, probablemente por todo lo discutido con respecto a la vacuna para el virus H1N1. Si esto ha sido un elemento de peso será necesario reeducar a la población adulta mayor sobre la utilidad de la vacuna.

Lo mas claro en todo esto es que con estas coberturas no se lograra el efecto esperado, por lo que sería recomendable revisar la estrategia planteada y la calidad de la información que se registra, si se quiere que se impacte en reducir las

79 OCDE. Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update Report. Paris 2007

80 CDC. Recomendaciones de ACIP para la temporada 2010-2011.2010

complicaciones, las hospitalizaciones asociadas a influenza y el riesgo de muerte en los Adultos Mayores.

1.10 Listas de Espera: Oportunidad de la atención ambulatoria quirúrgica y de los procedimientos diagnósticos

Las listas de espera constituyen un problema complejo, multifactorial, originado en cada uno de los establecimientos responsables de la atención directa a los usuarios. Al ser la oferta de servicios siempre limitada en comparación a una creciente demanda y el que múltiples factores del sistema condicionen como un todo los tiempos de espera, hacen que la resolución de esta problemática sea igualmente compleja.

Ante este panorama, y con la intención de lograr algún tipo de control de la demanda insatisfecha, la institución ha creado la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), responsable de instituir los lineamientos para el abordaje de esta problemática, elaborando alternativas dirigidas tanto a incrementar la capacidad instalada en materia de recurso humano, equipamiento e infraestructura; así como el de establecer los requerimientos tendientes a la búsqueda de la confiabilidad de los datos y al cumplimiento en la oportunidad y verificación de los mismos.⁸¹

En procura que las listas de espera fueran gestionadas por los niveles locales, en el año 2007 se elaboró por esta instancia, el primer manual que sistematizaba la información requerida. Sin embargo; al continuar persistiendo inconsistencias en los datos suministrados por los gestores locales y además; que la información de los diferentes cortes no era remitida con oportunidad; se generaron registros poco confiables, limitando el proceso de verificación y gestión de las listas de espera⁸².

Ante esta situación, el grupo de la UTLE decide continuar con la consolidación de este proceso, midiendo la oportunidad de entrega y el conteo o personalización de los registros de las listas de espera; requisito indispensable para la gestión de las mismas. El conteo permite documentar en un listado global por especialidad, una serie de variables específicas de cada usuario; pretendiendo visualizar las personas pendientes para hacer atendidas y aquellas que ingresan con cita programada o sin ella, a esperar una atención⁸³.

La intervención busca el que los registros de listas de espera en cirugía y procedimientos diagnósticos ambulatorios, cumplan con los parámetros definidos por la UTLE, dirigidos a mejorar la oportunidad en la entrega de la información, validar la calidad de la misma y promover la gestión hospitalaria, mediante el trabajo en equipo. En este sentido, se espera que las variables de los registros, cuenten con la totalidad de la información, las fechas de los mismos tengan continuidad y los listados de pacientes sean depurados, evitando la duplicidad de casos en una misma especialidad

Análisis de los Resultados

En el año 2010, en veinte hospitales hubo el compromiso de cumplir con los parámetros definidos por la UTLE, en el manejo de las listas de espera de cirugía electiva y procedimientos diagnósticos ambulatorios En relación a las Áreas de

81 CCSS: Guía para la Gestión, conteo, verificación y certificación de Listas de Espera , 2009

82 CCSS: Guía para la Gestión, conteo, verificación y certificación de Listas de Espera , 2009

83 CCSS: Guía para la Gestión, conteo, verificación y certificación de Listas de Espera , 2009

Salud del Segundo Nivel no hospitalario, los diez centros no manifestaron su compromiso en que se les evaluara ese proceso; por lo que fueron incluidas a participar en la implementación del plan piloto para la personalización de las listas de espera.⁸⁴

De los veinte hospitales evaluados, se encontró que el 80% hizo la entrega oportuna de la información de las listas personalizadas de cirugías, situación que presenta una mejoría, debido a que el envío de los cuadros estadísticos, se extendía a más de 22 días posterior a la fecha de corte. En el caso de las listas de espera de procedimientos diagnósticos ambulatorios, el tiempo en la entrega de la información se dio en porcentaje similar, pese a que el tipo de información registrada es de más difícil manejo, dado que los servicios que brindan los procedimientos pertenecen a diferentes especialidades.

La depuración de registros atendidos ha venido en una evolución satisfactoria, logrando que al final del año 2010, la totalidad de los establecimientos depuraran los pacientes de la lista de procedimientos ambulatorios y de cirugías. Los parámetros establecidos por la guía que regula estas actividades, permite un margen sin depurar hasta de 15 días previos al corte; considerando que este es un ejercicio continuo, que se lleva a cabo mes a mes en cada uno de los establecimientos.

La duplicación de los registros ha sido uno de los mayores retos a solventar en este proceso. Se encontró en el 60% de los establecimientos analizados, la implementación de mecanismos para evitar la duplicidad de los registros. En los listados de cirugías, las personas en la misma especialidad y con el mismo diagnóstico y en los listados de procedimientos ambulatorios, un solo tipo de procedimiento por paciente. No obstante, la ausencia de catálogos de tipos de procedimientos institucionalmente estandarizados, limitó el mayor desarrollo de la identificación de pacientes duplicados, en procedimientos como radiología general

La continuidad en las fechas de registros, es una variable incluida por la UTLE, por la importancia que reviste en garantizar la calidad de los registros remitidos en cada corte. Para este ítem, se encontró un desarrollo satisfactorio en la totalidad de establecimientos.

En el corte final del año 2010, las listas de espera en el territorio nacional sumaban 327.742 citas, el 87% generado por la red hospitalaria, el 12% por las diez Áreas de Salud ambulatorias no hospitalarias. El 1% restante corresponde a lo realizado por la Clínica Oftalmológica. El área de atención con mayor número de citas corresponde en un 53% a procedimientos diagnósticos ambulatorios, seguida de la consulta externa especializada con un 28%. El restante 19%, son las citas de espera a cirugía.

Las especialidades consideradas como críticas al corte del mes de diciembre 2010, son: Radiología, Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología, que en su conjunto corresponden al 67% de las listas de espera a nivel nacional. Dada la importancia de esta temática, se esperaría que en los próximos años haya una participación de la totalidad de establecimientos que brindan medicina especializada, con o sin listas de espera, siguiendo los parámetros establecidos por la UTLE, que facilite obtener una panorámica más integral de esta problemática.

⁸⁴ CCSS.UTLE..Informe listas de Espera.2011

Conclusiones de los resultados del Desempeño por intervención en la Dimensión de Acceso

Las coberturas de atención de los diferentes grupos poblacionales evaluados muestranaltibajos. Las coberturas que históricamente han sido altas tienden a mantenerse o mostrar aumentos muy leves y otras disminuyen. Probablemente se requiera estudiar la capacidad de respuesta institucional en términos de identificar la factibilidad de seguir aumentando las coberturas poblacionales con los recursos existentes.

En el año 2007 se indicó que el 56% de las Áreas tenían asignado un promedio de población por EBAIS superior a 4000 habitantes y que en las regiones centrales que concentran al grueso de la población este porcentaje ascendía a 64% y 68%⁸⁵. Para el año 2010 se mantiene más del 50% de las Áreas con promedios sobre 4000 habitantes por EBAIS, con el agravante que en las regiones centrales este porcentaje se eleva a 69% y 70%.⁸⁶

La oportunidad de atención que era otro de los elementos centrales de la Dimensión de acceso, muestra una mejoría importante, sin embargo, hay que revisar y estar muy atentos por parte de quienes tienen la responsabilidad de monitorear la prestación de servicios, que este aumento no esté dado a costa de bajar coberturas.

Esta mejoría coexiste con la existencia de oportunidades perdidas que sigue siendo un elemento limitante en la gestión de la atención. Esta vez, unido a las ya detectadas en informes anteriores, se han podido identificar en otras intervenciones como las de tamizaje, para lo cual probablemente no se requieran recursos adicionales.

Se hace necesario seguir insistiendo en la necesidad de disminuir las desigualdades geográficas observadas en la prestación de servicios de salud, entre Regiones y entre Áreas de Salud en cada región. Estudiar las causas de estas brechas será indispensable para plantear estrategias que permitan minimizarlas y de esta forma mejorar la equidad en la prestación de servicios de salud, principio del Seguro Social y del Modelo de Atención.

En el marco del proceso de evaluación se ha podido detectar que quienes brindan los servicios, están aplicando diferentes estrategias y se toman decisiones técnicas a nivel local y regional que no siempre se ajustan a una atención apropiada. Se hace necesario que quienes orientan técnicamente la prestación y definen los lineamientos técnicos se cercioren de que forma se esta brindando la atención que se ha definido en las Guías de Atención y se brinden los procesos de capacitación que se requieran.

Se sigue presentando dudas sobre la calidad de los datos que se reportan y como hemos dicho en anteriores informes el proceso de evaluación no parece ser el momento adecuado para depurar la información. Pareciera que los datos solo se obtienen para presentarlos en la evaluación y que normalmente no son usados en la toma de decisiones locales.

Se sabe que a nivel institucional se esta desarrollando un Sistema de Información con todas las características técnicas que permita mejorar la calidad de información. No obstante, mientras este sistema no esté funcionando alguna estrategia se tiene que desarrollar, para este momento de transición, que permita

85 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2007. DCSS. Julio,2008

86 CCSS. Inventario de Áreas de Salud, Sectores y EBAIS al 31 de Diciembre del 2010. Dirección de Proyección de Servicios de Salud.2011

mostrar información con mayor seguridad. Esta limitación, no debe inhibir ni deslegitimar los procesos de evaluación que se realizan, ya que sólo se mejorará si los datos se usan, mas bien estas llamadas de alerta deben servir para motivar a quienes corresponda buscar alternativas de solución.

2. Dimensión de Continuidad

La continuidad de la atención es uno de los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS. Es complementaria de la integralidad, porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema, para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención, sin interrupción.

Se la define como "Atención de las personas en las diferentes fases del ciclo de vida y en los diferentes niveles de atención que conforman la red de servicios de salud"⁸⁷. Desde la perspectiva del usuario, está dirigida a la coordinación e integración de los diferentes servicios, que posibilitan ligar todos los eventos de atención de una necesidad o problema de salud determinado, tanto en el tiempo (desde el inicio hasta el final), como en el espacio (en todos los Niveles de Atención, en todos los lugares).

Esta Dimensión presenta dos enfoques: la continuidad horizontal de la atención, referente al abordaje de las personas en las diferentes fases del ciclo de vida, desde la etapa de menor hasta la edad adulta (longitunalidad) y la continuidad vertical, que aborda la atención de un problema de salud, en los diferentes niveles de atención que conforman la red de Servicios de Salud. En este sentido, la persona recibe la serie completa de servicios de salud que necesita, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.⁸⁸

Abordaje por los Compromisos de Gestión

La naturaleza de esta dimensión requiere ver su abordaje en los diferentes niveles de atención, sin embargo, existen múltiples limitaciones para concretarlo. Los sistemas de información institucionales no propician el seguimiento de la atención de las personas, incluso en un mismo nivel de atención, por lo que medir intervenciones en esta dimensión no ha sido tarea fácil y por lo general se ha tenido que recurrir a aproximaciones por medio de la revisión de expedientes.

La dimensión de continuidad se ha delimitado a seis Áreas Temáticas, involucrando igualmente grupos vulnerables como menores y mujeres embarazadas y en período de posparto, así como, cáncer de cervix, problema de salud históricamente abordado desde los Compromisos de Gestión, lo que permite que actualmente se cuente con cierto nivel de registros en los diferentes niveles, logrando dar algún grado de seguimiento. También se explora el conocimiento sobre el grado de continuidad en el segundo nivel no hospitalario, con la calidad de las contrarreferencias.

87 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

88 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

Área Temática	Intervención	Nivel	Indicador
Cáncer cérvico-uterino	Atención oportuna a las mujeres con citología cérvico-uterina alterada	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres con citologías cérvico-uterina alteradas a quienes se les atendió con oportunidad según la norma
		Segundo nivel ambulatorio no Hospitalario	Porcentaje de mujeres con citologías cérvico-uterina alteradas a quienes se les realizó una colposcopia con oportunidad, según la norma
		Hospitalario	Porcentaje de colposcopías por citologías cérvico-uterina alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer cérvico-uterino en el plazo apropiado al resultado citológico o la sospecha clínica
Embarazo	Prevención de la sífilis congénita	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres embarazadas con serología VDRL positivo abordadas adecuadamente
Posparto	Atención continua del prenatal y posparto	Áreas de Salud	Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal que continuaron con atención posparto y posaborto
Vacunación	Seguimiento de esquema de vacunación de DPT en menores de un año	Áreas de Salud	Tasa de deserción de DPT
Anemia en menores	Detección y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en la atención integral de menores de los 6 meses a menos de 24 meses de edad	Áreas de Salud	Porcentaje de menores de 6 meses a menos de 24 meses con al menos un resultado de hemograma interpretado
			Porcentaje de menores de 6 meses a menos de 24 meses atendidos de primera vez en el año con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro, que recibió adecuado tratamiento con hierro
Atención especializada	Calidad de la atención especializada ambulatoria	Segundo nivel ambulatorio no hospitalario	Porcentaje de altas de las consultas de las diferentes especialidades con su respectiva contrarreferencia con cumplimiento de criterios

En el **Primer Nivel de Atención**, esta dimensión se relaciona principalmente con la longitudinalidad, es decir, la continuidad de la atención en las diferentes fases del ciclo de vida. En menores se ha priorizado la vacunación por ser una de las estrategias de prevención primaria de conocida efectividad, por lo que conocer la proporción de menores que inician un esquema para determinada vacuna y no

completa la tercera dosis oportunamente, se convierte en un dato importante para disminuir susceptibles.

También se aborda la detección y tratamiento de la anemia debido a que se conoce que en ciertos períodos del proceso de crecimiento y desarrollo, esta patología se ha visto aumentada.

Para el caso de las mujeres embarazadas se ha priorizado el seguimiento de personas con sífilis debido al compromiso del país con la eliminación de la sífilis congénita. La continuidad de la atención entre la atención prenatal y de posparto se consideró necesaria para evitar complicaciones e incluso la muerte. En este caso, es necesario clarificar que la forma de medirla es sólo una primera aproximación que deberá ajustarse en el futuro cercano.

El área temática sobre cáncer de cervix, es la única que permite en la actualidad, dar cierto seguimiento a **la atención del Primer Nivel con la atención especializada** y de esta forma realizar una aproximación a la continuidad vertical entre los diferentes niveles de atención, debido a los motivos anteriormente expuestos.

Sin embargo, es importante aclarar que el seguimiento de las personas con PAP alterado, como en el caso de prenatal a postnatal, la continuidad se mide en el grupo de personas que comparten la entidad, y no en la misma persona ya que la información no lo permite. En cambio, cuando se miden las intervenciones sobre sífilis y anemia, el seguimiento se establece en cada caso mediante la revisión de expedientes.

Es importante reiterar que en esta dimensión, será muy difícil medir intervenciones en forma certera hasta tanto no se cuente con sistemas de información interniveles, que permitan dar seguimiento a las personas.

Resultados por Intervención

2.1 Atención oportuna a las mujeres con citología Cérvico-uterina alterada en el Primer Nivel y en la atención especializada

Hoy en día, el cáncer cérvicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria⁸⁹. El cáncer cérvicouterino es una de las formas más prevenibles y tratables de cáncer, a condición de detectarlo a tiempo y tratarlo con eficacia. Debido a su complejidad, el control del cáncer cérvicouterino requiere un esfuerzo conjunto y multidisciplinar, así como la comunicación entre los prestadores de servicios de todos los niveles del sistema sanitario⁹⁰.

Un programa eficaz de prevención y control del cáncer cérvicouterino debe abordar varios aspectos, entre ellos la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, así como la disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y atención subsiguiente rápida, fiable y asequible⁹¹.

89 Lewis, Merle J. Análisis de la Situación del Cáncer Cérvicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS: 2004

90 OMS. Control integral del cáncer cérvicouterino: guía de prácticas esenciales. 2007

91 Lewis, Merle J. Análisis de la Situación del Cáncer Cérvicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS: 2004

Se deben efectuar investigaciones adicionales en todas las mujeres cuyas pruebas de detección han dado resultados positivos o anómalos, a fin de efectuar el diagnóstico definitivo. El método convencional para el diagnóstico de las lesiones precancerosas cérvicouterinas es el examen histopatológico del tejido obtenido en la biopsia guiada por colposcopia⁹².

A nivel nacional se cuenta con directrices claras sobre el abordaje y la oportunidad de atención de las mujeres con un PAP alterado^{93,94} Esta normativa es la que sirve de base para dar seguimiento a esta intervención en el Compromiso de Gestión en los diferentes niveles de atención.

CUADRO A.2.1

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN POR REGIÓN DE LAS MUJERES CON CITOLOGÍAS ALTERADAS, MUJERES CON CITOLOGÍA Y PORCENTAJE DE CITOLOGÍAS ALTERADAS, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2009-2010

REGION	MUJERES CON CITOLOGÍAS ALTERADAS			MUJERES CON CITOLOGÍA 2009-2010	PORCENTAJE DE CITOLOGÍAS ALTERADOS 2009-2010
	2009	2010	TOTAL		
Total	5.213	5.349	10.562	427.753	2%
Brunca	512	336	848	45.305	2%
Central Norte ^{/1}	1075	1.121	2.196	76.777	3%
Central Sur ^{/1}	1.754	2.157	3.911	171.951	2%
Chorotega	523	537	1.060	39.809	3%
Huetar Atlántica	568	533	1.101	38.965	3%
Huetar Norte	416	342	758	23.133	3%
Pacífico Central	365	323	688	31.813	2%

^{/1} Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

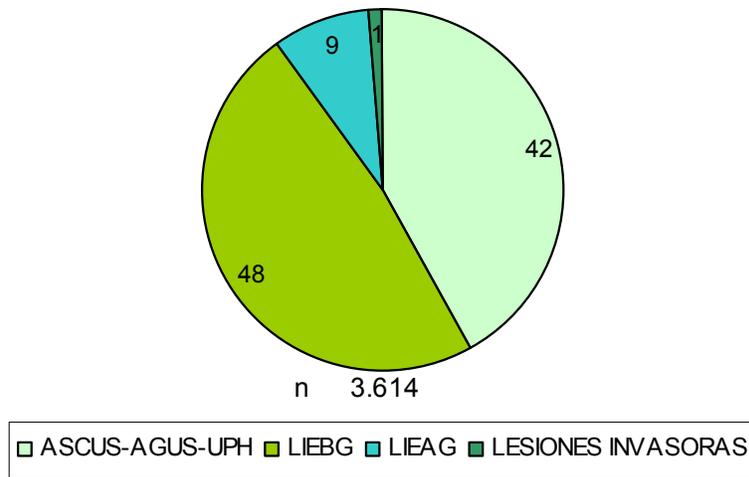
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2009 y 2010

92 OMS. Control integral del cáncer cérvicouterino: guía de prácticas esenciales. 2007

93 Decreto N° 33119-S publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006. Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología

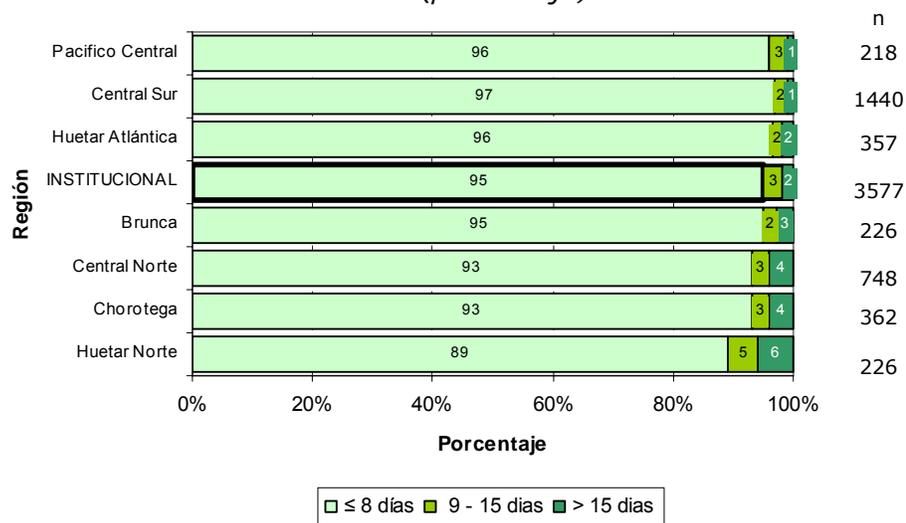
94 Decreto N° 33650-S publicado en la Gaceta 171 del 6 Setiembre 2007. . Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero, para el I, II y III nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología

GRÁFICO A.2.1
 C.C.S.S MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA
 SEGÚN TIPO DE LESIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

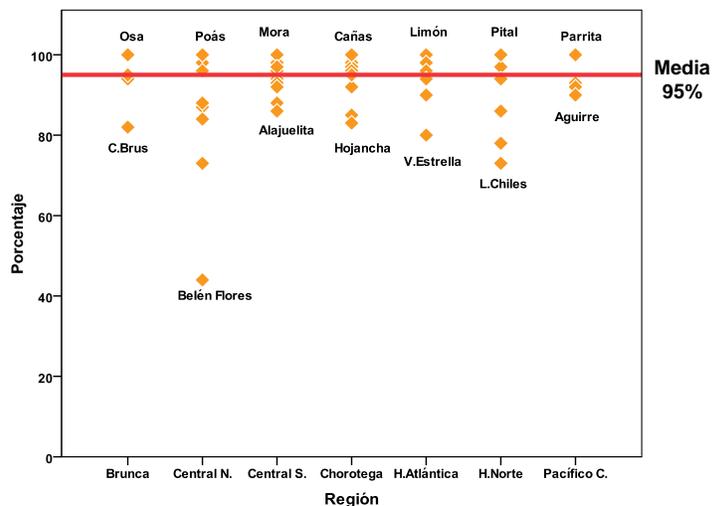
GRÁFICO A.2.2
 C.C.S.S: MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA, SEGÚN NÚMERO DE DÍAS
 ENTRE LA FECHA DE RECEPCIÓN Y REFERENCIA, POR REGIÓN
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

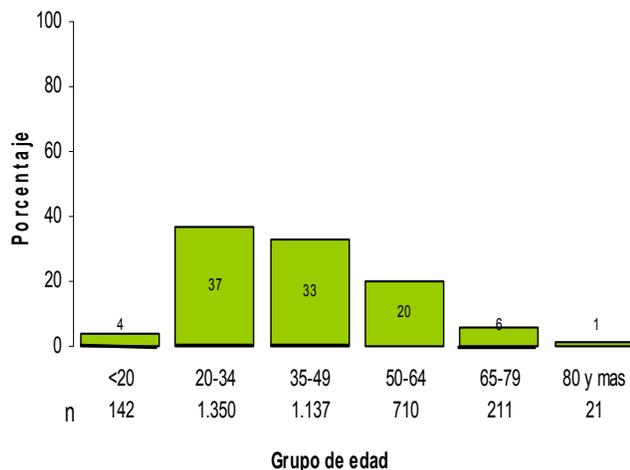
GRÁFICO A.2.3

C.C.S.S: MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA, CON COMUNICACIÓN OPORTUNA, POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.4
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA, SEGÚN EDAD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010 (porcentaje)



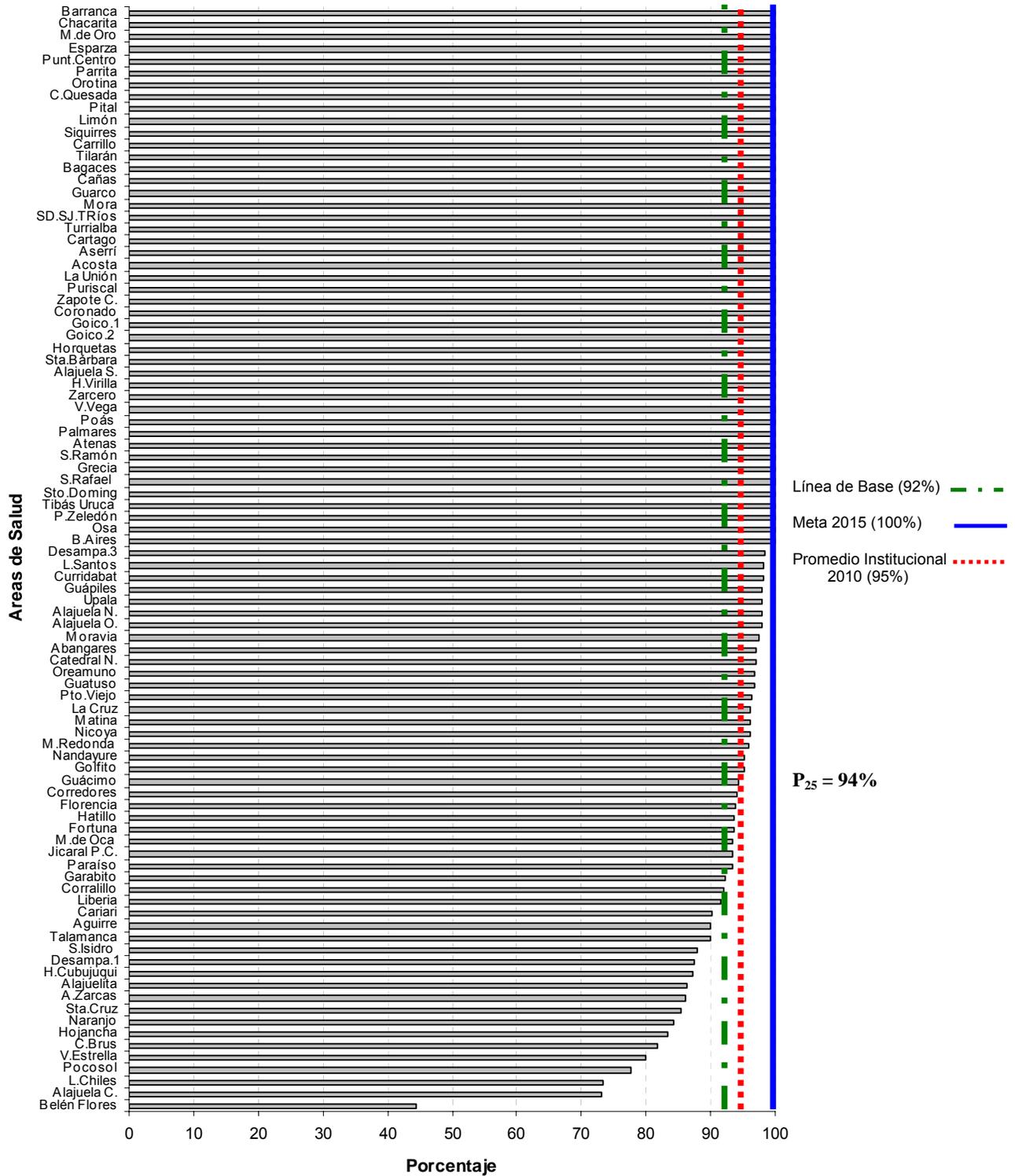
CUADRO A.2.2
CCSS; MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y TIPO DE LESIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010

GRUPO DE EDAD	ASCUS-AGUS-VPH	LIEBG	LIEAG	LESIONES INVASORAS	TOTAL
Total	2256	2593	457	33	5339
<20	39	157	14	0	210
20-34	648	1147	195	8	1998
35-49	714	863	149	10	1736
50-64	625	340	78	9	1052
65-79	214	76	18	3	311
80 y mas	16	10	3	3	32

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.5

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MUJERES CON CITOLOGÍA ALTERADA CON REFERENCIA OPORTUNA, POR ÁREA DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



Nota: Se excluye al Área de Salud Colorado por no presentar casos
 FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Los resultados del año 2009-2010 en el Primer Nivel de Atención muestran que un 2% de los PAP realizados presentaron algún tipo de alteración. Este resultado es coincidente con lo informado por el Laboratorio Nacional de Citología en el cual se indica que el 2.47%⁹⁵ de las citologías realizadas en ese centro se les diagnostica alguna alteración. A nivel regional los porcentajes son muy similares fluctuando entre un 2% y 3%. (Cuadro A.2.1)

Entre el tipo de lesiones encontradas, el 90% corresponden a lesiones ASCUS-AGUS-VPH y de bajo grado, solo un 1% corresponde a lesiones invasoras. (Gráfico A.2.1). Existe limitación para separar el ASC-US y el ASC-H debido a que los datos se recogieron solo como ASCUS. Según las autoridades del Laboratorio Nacional de Citología esta separación es necesaria ya que se ha determinado que en los ASC-H se puede esconder un 25% de lesiones de alto grado.

Uno de los elementos que ha sido motivo de preocupación a nivel internacional es la calidad de las pruebas de tamizaje. Como respuesta a estos problemas, la OPS puso en marcha un sistema externo de control de calidad, a fin de mejorar la efectividad de los laboratorios de citología en determinados países seleccionados de América Latina, denominada Red Panamericana de Citología (RedPAC). Costa Rica es uno de los países seleccionados y en el año 2000 se encontró un 83% de concordancia de sus diagnósticos con los del panel de expertos externos, resultado que sólo fue superado por Chile⁹⁶.

La intervención que se evalúa en el Primer Nivel de Atención es el grado de oportunidad con que se comunica a las usuarias el resultado de su PAP y se le brinda la referencia a Ginecología para la realización de la colposcopia respectiva. De acuerdo a la normativa nacional *"si el resultado está alterado, se localizará y se dará cita a la usuaria a mas tardar ocho (8) días después con el profesional en medicina quien debe dejar anotado en el expediente el resultado de la citología y la referencia para el centro de colposcopia correspondiente"*⁹⁷.

En respuesta a esta normativa, el resultado del año 2010 muestra que el 95% de las personas fueron notificadas y referidas a mas tardar en 8 días, porcentaje que se ha mantenido muy similar en los últimos años ya que a nivel del personal de salud existe clara conciencia de la importancia de comunicar oportunamente. Cuatro regiones se mantienen bajo este promedio institucional. Especial atención hay que dar a la Región Huetar Norte que muestra un 11% de las personas con PAP alterada notificadas y referidas después de los 8 días. (Gráfico A.2.2)

Al observar el comportamiento de las Áreas al interior de cada región, se encuentra mayor uniformidad en el abordaje de esta intervención, sin embargo, habría que revisar la situación del Área de Salud Belén- Flores, que presenta una diferencia muy importante con respecto a las restantes Áreas de Salud de su región. (Gráfico A.2.3).

Al igual que con otras enfermedades crónicas, las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer cérvicouterino aumentan con la edad. La mayor carga absoluta del cáncer cérvicouterino recae sobre las mujeres de mediana edad. En América Latina y el Caribe se indica que las mujeres entre los 35 y 54 años de edad conforman reiteradamente la mayor proporción de las defunciones anuales. En un estudio de

95 Blog de la CCSS Publicado el 21 diciembre, 2010 por María Isabel Solís Ramírez

96 OPS. Análisis de la Situación del Cáncer Cerviño-uterino en América Latina y el Caribe.2004

97 97 Decreto N° 33119-S publicado en el Alcance a la Gaceta N° 43 del 7 de Julio 2006. Normas y procedimientos de Atención Integral a la mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de cuello de Útero, para el I y II nivel de atención y Normas del Laboratorio de Citología

Costa Rica se indica que al analizar la relación entre la edad de las personas al momento del diagnóstico y el comportamiento de la enfermedad, se observa que conforme aumenta la edad la proporción del carcinoma invasor se aumenta.⁹⁸

Aunque las lesiones que se reportan en las citologías son presuntivas, no diagnósticas, la edad de las personas se convierte en una variable importante ya que si las lesiones se identifican a edades tempranas existe mayor posibilidad de tratarlas si se le da seguimiento en forma oportuna. En relación a la edad, en el año 2010 las mujeres con PAP alterado, tenían un promedio de edad de 40 años. En la distribución por grupo de edad el mayor porcentaje se concentra en el de 20 a 49 años (70%). (Gráfico A.2.4)

Si se relaciona la edad de las mujeres con el tipo de lesión se encuentra que la lesión ASCUS-ASGUS-VPH no tiene un comportamiento definido con respecto a la edad, sí se puede observar que se concentra en el grupo mayor de 35 años (69%), en cambio las lesiones de bajo grado disminuyen al aumentar la edad (sin contar a las adolescentes). Las lesiones de alto grado se concentran en el grupo de 20-49 años y las lesiones invasoras se presentan entre los 20 y 64 años con mayor presencia en el grupo de 35 a 49 años. Observando los dos grupos extremos en edad, en el caso de las adultas mayores las lesiones de ASCUS-ASGUS-VPH y LIEBG representan el 92% de este grupo de edad, en donde las primeras contribuyen con más del 70%, por otra parte en este grupo de edad se detectó el 18% de las lesiones invasoras. En las adolescentes las lesiones de bajo grado representan el 75% del total de lesiones. (Cuadro A.2.2)

Estos resultados muestran que las lesiones se están detectando tempranamente, lo que presagia una vez confirmado el diagnóstico, que existe una importante ventana de oportunidad para tratarlas y evitar que muchas de ellas evolucionen a cáncer.

2.1. 2 Atención oportuna a las mujeres con citología Cérvico-uterina alterada en la Atención Especializada

El seguimiento de las mujeres referidas con lesiones precancerosas para un diagnóstico y tratamiento oportuno es fundamental. Por medio de la colposcopia se localizan posibles lesiones que orientan la toma de biopsia, logrando facilitar la confirmación diagnóstica y determinando con base en el resultado, un abordaje oportuno según la normativa vigente. La colposcopia muestra una gran sensibilidad cercana al 85% y una especificidad alta alrededor del 70%, para detectar un tumor premaligno o maligno⁹⁹.

La intervención esta dirigida a medir el tiempo de oportunidad en realizar la colposcopia,¹⁰⁰ a las mujeres con citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cervix, referidas del Primer Nivel de Atención o las detectadas a nivel hospitalario. El análisis del tiempo se hizo con base en la normativa vigente respecto al reporte citológico¹⁰¹ y comprende desde el momento en que se recibe la solicitud en el Segundo Nivel o en el centro hospitalario, hasta la fecha en que se efectuó el procedimiento.

98 Ortiz A, Leal M. Sobreviva en pacientes con Cáncer de Cerviz. Acta médica Costarricense, vol 47, N° 004. San José, 2005.

99 OMS: Control integral del cancer cérvicouterino. Guía de practicas esenciales 2007

100 Ministerio de Salud,, Instituto Costarricense contra el Cáncer, CCSS, Instituto Nacional de las mujeres. Normas y Procedimientos de atención integral a la mujer para la prevención y manejo del Cáncer de Cuello de Útero, para el I, II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología, 2007

101 Lesiones sugestivas con presencia de VPH, ASCUS, AGUS y LIEBG persistente antes de 90 días; en caso de LIEAG ó lesión clínica sospechosa de cáncer de cervix antes de los 30 días y en lesiones invasoras antes de los 8 días

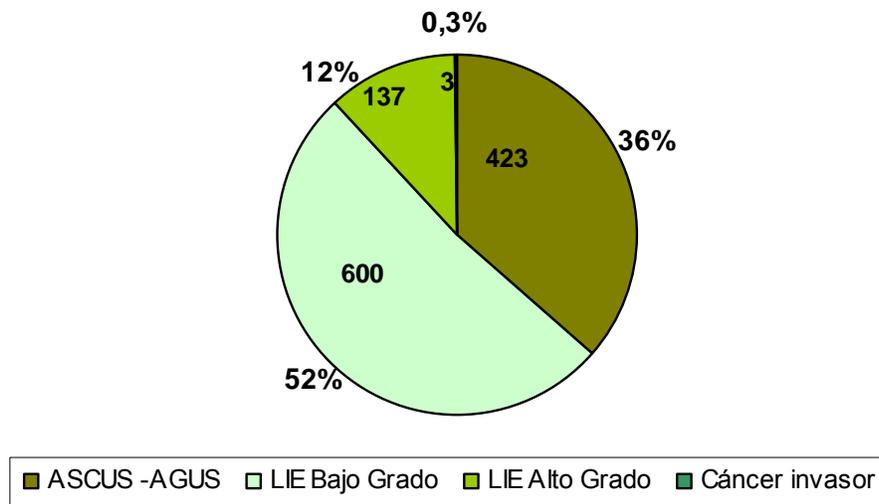
La muestra de expedientes partió de las colposcopías realizadas en la Consulta de Ginecología tanto del Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario como de los hospitales generales y del Hospital de las Mujeres. Estos casos corresponden a las mujeres referidas que acuden por primera vez en demanda de la colposcopia, por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cervix y aquellas que después de haber sido dadas de alta por esta patología, reingresan a que se les realice este procedimiento, ante la detección de un nuevo reporte citológico alterado.

CUADRO A.2.3
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE MUJERES CON CITOLOGÍAS ALTERADA,
PARA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPÍA, SEGUN EDAD,
NIVEL Y TIPO DE LESIÓN, 2010

GRUPO DE EDAD	TOTAL		SEGUNDO NIVEL			HOSPITAL			
	Segundo Nivel	Hospital	ASCUS AGUS	LIE Bajo Grado	LIE Alto Grado	ASCUS AGUS	LIE Bajo Grado	LIE Alto Grado	Cáncer invasor
Total	424	739	194	202	28	229	398	109	3
≥ 80 años	2	6	2	0	0	3	2	1	0
65 - 79 años	17	28	13	4	0	15	7	6	0
50 - 64 años	79	106	52	22	5	46	45	15	0
35 - 49 años	143	255	66	69	8	80	135	38	2
20 - 34 años	167	295	56	96	15	80	170	44	1
< 20 años	16	49	5	11	0	5	39	5	0

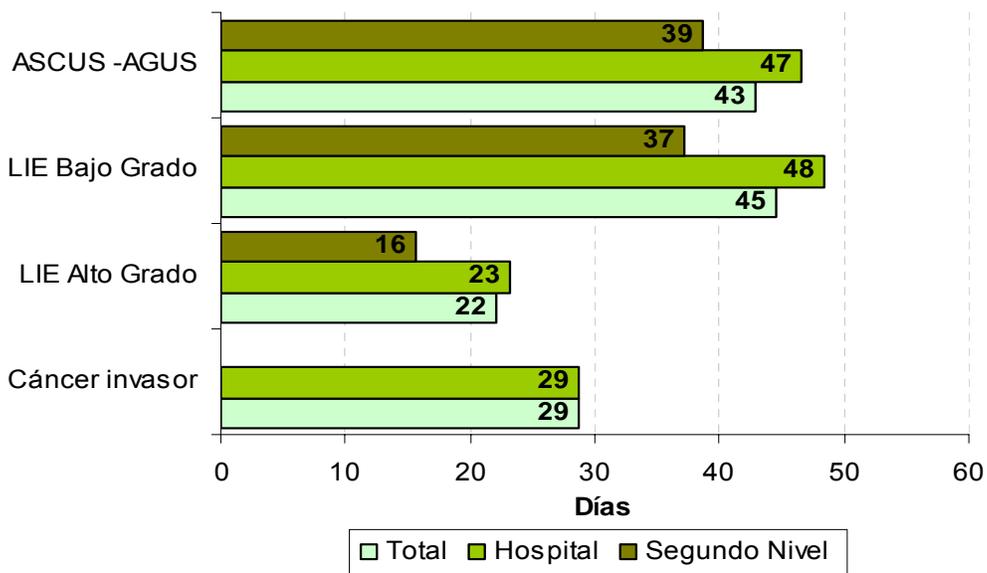
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A .2.6
 C.C.S.S: CITOLOGÍAS ALTERADAS PARA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA, SEGÚN TIPO DE LESIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

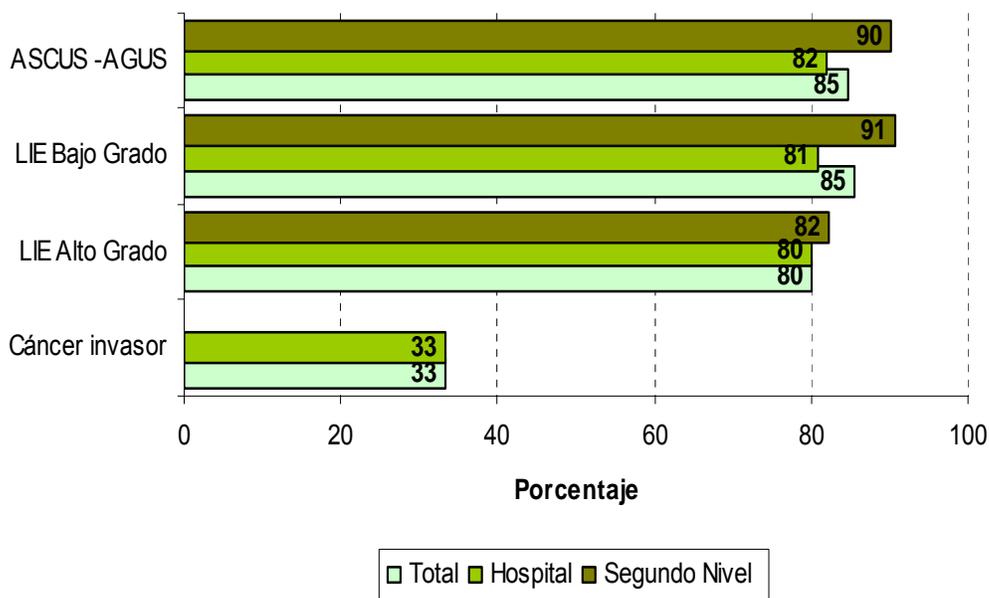
GRÁFICO A.2.7
 C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE REFERENCIA Y REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA POR TIPO DE LESIÓN, SEGÚN NIVEL, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.8

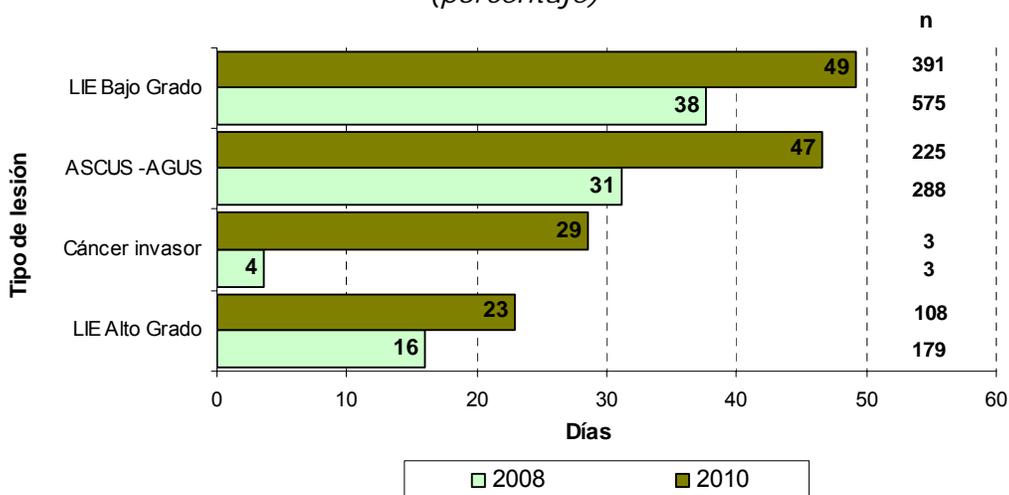
C.C.S.S: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA, POR TIPO DE LESIÓN, SEGÚN NIVEL, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.9

C.C.S.S: TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS ENTRE REFERENCIA Y REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITAL, SEGÚN TIPO DE LESIÓN, 2008- 2010 (porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008 -2010

CUADRO A.2.4

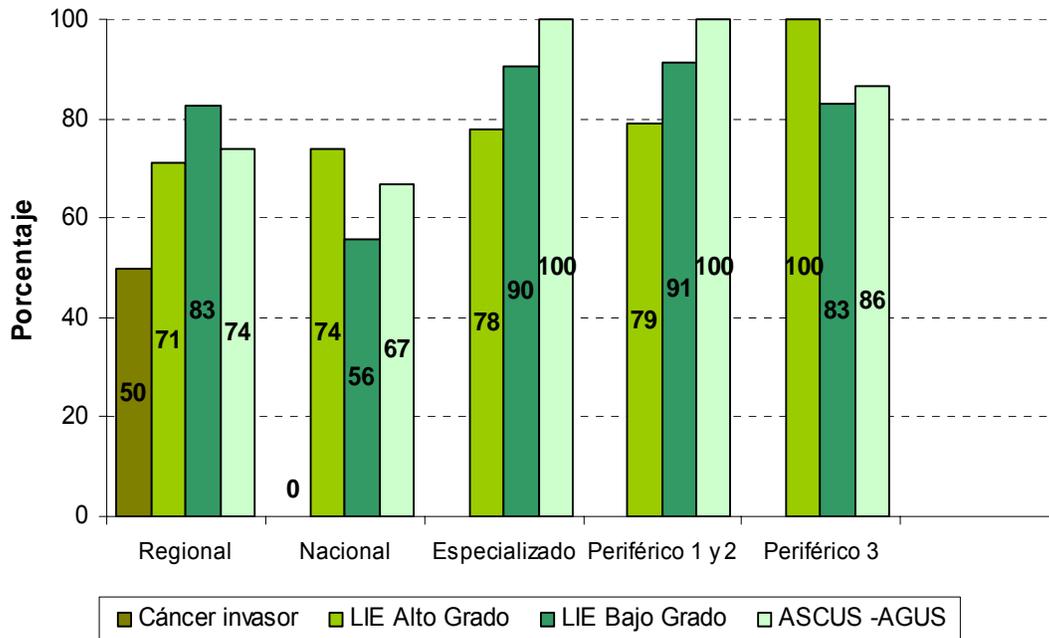
C.C.S.S: CITOLOGÍAS ALTERADAS PARA REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL Y LESIÓN, 2010

TIPO DE HOSPITAL	TOTAL	LESIÓN			
		ASCUS - AGUS	LIE Bajo Grado	LIE Alto Grado	Cáncer invasor
TOTAL	739	229	398	109	3
ESPECIALIZADO	36	6	21	9	0
NACIONAL	122	42	52	27	1
REGIONAL	254	77	144	31	2
PERIFÉRICO 3	174	74	78	22	0
PERIFÉRICO 1 Y 2	153	30	103	20	0

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.10

C.C.S.S: CUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE REALIZACIÓN DE COLPOSCOPIA SEGÚN LESIÓN Y TIPO DE HOSPITAL, 2010
(porcentaje)



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En la evaluación del Compromiso de Gestión se reportó un total de 6.400 colposcopías realizadas, de las cuales se analizó una muestra de un 22% que corresponden a 1.206 procedimientos colposcópicos. De éstas el 20% fueron efectuadas en el Segundo Nivel y el 80% en los centros hospitalarios (Cuadro A.2.3). Casi la totalidad de las mujeres referidas al Segundo Nivel, provenían de las Áreas de Salud de Adscripción al centro en que se ejecuta el procedimiento y del mismo centro. En el caso de hospitales, el 80% fueron referidas de las Áreas de Salud, el 11% del propio hospital y un 7% provenían de Medicina Mixta y de Empresa (5% y 2% respectivamente) y un 2% no determinado.

En el Primer Nivel fueron detectadas 5.339 mujeres con citología alterada. En la Atención hospitalaria se realizaron 4.114 colposcopías a mujeres referidas de ese nivel, lo que corresponde a un 77% del total de las detectadas. En el caso del segundo nivel no hospitalario, no fue posible hacer este cálculo debido a que no se pudo discriminar entre los casos correspondientes a la muestra y a la población.

Del total de colposcopías analizadas, el 90% de las mujeres tenían edades entre 20 y 60 años. El grupo en edades extremas corresponde a 6% de adolescentes y 4% de adultas mayores. La edad promedio fue de 38 años. Al desagregar por grupo de edad, se observa que en los grupos extremos fueron realizadas tres veces más colposcopías en hospitales en relación al Segundo Nivel. El 45% de las mujeres son menores de 35 años y el 55% tienen edades de 35 años y más. (Cuadro A.2.3)

En el 4% de las colposcopías analizadas, el diagnóstico de referencia fue por Lesión Clínica sospechosa, que corresponden a 43 mujeres. El resto de 1.163 colposcopías, contaban con reporte citológico y la lesión de bajo grado (LIE Bajo Grado) la presentaba el 52% de las mujeres, con un promedio de edad de 35 años. El 36% correspondía a la lesión de ASCUS_ AGUS con un promedio de edad de 43 años. El 11% tenían LIE Alto Grado con una edad promedio de 38 años y en los tres casos de Cáncer Invasor el promedio era de 36 años (Gráfico A.2.6).

El diagnóstico de ASCUS_ AGUS se presentó en mayor proporción en las mujeres a las que se les realizó la colposcopia en el Segundo Nivel (46%), en relación al 31% reportado en hospitales. Las citologías con diagnóstico de LIE Alto Grado fueron referidas en mayor porcentaje a los hospitales (15%) que al Segundo Nivel (7%). Dentro de este grupo, se encontraron seis casos correspondientes a lesión de Cáncer in situ, a nivel hospitalario, 2 casos en los grupos de edades de 20 a 34 años y de 35 a 49 años y dos en adultas mayores. Al Segundo Nivel no se refirió ningún caso con diagnóstico de Cáncer invasor y fue menor el porcentaje de LIE Bajo Grado referidos, respecto a hospitales (Cuadro A.2.3)

En todos los tipos de lesiones, el mayor porcentaje se presentó en los grupos de edades entre 20 a 49 años. Al analizar por edad, se encontró que las mujeres referidas menores de 20 años, el 75% tenían el diagnóstico de LIE Bajo Grado. En cada uno de los grupos de edades entre 20 a 49 años, la mitad de las mujeres portaban ese mismo diagnóstico. Los casos de LIE Alto Grado se presentaron en todos los grupos de edad, en una proporción entre 11 y 13%, a excepción del grupo de adolescentes con un 8%. Sin embargo; al analizar el volumen, el 77% de los LIE de alto grado se encuentran en el grupo de edad de 20 a 49 años (Cuadro A.2.3)

Al desagregar los tipos de lesión por edades, en < de 35 años y ≥ 35 años, la LIE Bajo Grado presenta el mayor porcentaje en ambos grupos, siendo mayor en < de 35 años; en cambio el ASCUS_ AGUS la proporción mayor fue en ≥ 35 años. En ambos grupos el porcentaje de LIE alto grado fue muy similar. En el segundo nivel

no se encontraron casos de LIE Alto Grado en el grupo de edad de adolescente y en adultas mayores. El cáncer invasor se presentó 1 caso en el grupo de edad de 20 a 34 años y dos en el de 35 a 49 años. (Cuadro A.2.3)

El tiempo promedio de espera para realizar la colposcopia fue de 42 días. En todas las lesiones, el tiempo de respuesta en la ejecución del procedimiento se encontró dentro del margen establecido por la normativa nacional; no así en el Cáncer invasor, en que ese tiempo se prolongó en dos casos. En el Segundo Nivel la respuesta para LIE Alto Grado fue más rápida. (Gráfico A.2.7).

Del total de mujeres referidas con citología alterada, al 83% le realizaron la colposcopia cumpliendo con el plazo establecido por la normativa nacional. El porcentaje de cumplimiento en los diferentes tipos de lesión, fue mayor en el segundo nivel (90%), respecto a lo logrado a nivel hospitalario (79%). En el caso de la lesión intraepitelial de Alto Grado, el cumplimiento fue más bajo en hospitales (72%) en relación al segundo nivel (82%) Llama la atención que en dos casos con diagnóstico de Cáncer Invasor, la colposcopia se realizó a destiempo. (Gráfico A.2.8).

Al comparar el tiempo promedio de espera en la ejecución de la colposcopia a nivel hospitalario, aunque hubo un retraso en la respuesta del servicio de Ginecología para realizar el procedimiento en todos los tipos de lesiones, respecto al año 2008, éste se encontró dentro del margen establecido por la normativa, a excepción del diagnóstico de Cáncer invasor. (Gráfico A.2.9). Lo anterior, amerita la revisión de los mecanismos de priorización establecidos por los centros para las lesiones que requieren la verificación del diagnóstico con mayor prontitud según la normativa, así como los mecanismos de coordinación con los otros niveles, que faciliten agilizar la ubicación de las mujeres con cita programada a colposcopia.

Los tipos de hospital periférico 1 y 2, especializado y periférico 3 fueron los que presentaron los mayores porcentajes de cumplimiento en realizar la colposcopia según los plazos establecidos por la normativa país. (91%, 89% y 87% respectivamente). En el regional la proporción alcanzada fue de 78% y el menor porcentaje de cumplimiento se encontró en el nacional (63%). Al revisar por tipo de lesión, se encontró un 100% de cumplimiento para los casos de LIE Alto Grado en el periférico 3 y el menor porcentaje de desempeño en el regional (71%). En el nacional el cumplimiento fue bajo en los casos de ASCUS-AGUS y LIE Bajo Grado; en cambio, en el tipo de hospital periférico 1 y 2 y en el especializado, el procedimiento se realizó en la mayoría de los casos cumpliendo con el tiempo establecido. (Gráfico A.2.10).

Del total de la muestra de colposcopias analizadas, el 71% no cuenta con datos reportados o diagnóstico colposcópico. Del 29% que representa 348 colposcopias con diagnóstico reportado, el 53% corresponde a LIE Bajo Grado, el 13% LIE Alto Grado, tres casos de cáncer invasor y dos casos de lesiones sugestivas de cáncer. Llama la atención que el 32% de los diagnósticos correspondieron a cambios normales.

De los 43 casos de lesiones clínica sospechosa, el tiempo promedio para la realización del procedimiento colposcópico fue de 60 días, superando el tiempo establecido en la norma, la cual indica que debe ser a los 30 días, sólo el 46% cumplió con este tiempo. Por colposcopia se encontró tres casos con diagnóstico de LIE Alto Grado y 9 casos de LIE Bajo Grado.

En síntesis, el seguimiento de las mujeres con citología alterada referidas a los servicios de Ginecología para la colposcopia diagnóstica, requiere de un involucramiento de los diferentes actores de la red de servicios. La coordinación entre niveles juega un papel de gran importancia, en facilitar que el procedimiento se realice en los tiempos establecidos según la normativa nacional. El análisis de los factores que pudieran estar originando los retrasos en la realización del procedimiento, sobre todo en los casos con diagnóstico de Cáncer invasor, es determinante para reducir los tiempos de espera en la confirmación diagnóstica y el tratamiento oportuno.

Para que un programa de detección de cáncer cérvico uterino logre reducir la mortalidad por esta causa, se deben cumplir dos premisas fundamentales: primero, que se cuente con las facilidades necesarias para realizar el diagnóstico de todos los casos con citología positiva y segundo, que una vez establecido el diagnóstico, se aplique el tratamiento. De otra manera no es posible modificar la historia natural de la enfermedad y los esfuerzos, y los costos del programa de detección resultan inútiles.

2.2 Seguimiento de esquema de vacunación en menores menores de un año por medio de la tasa de deserción

Existe evidencia creciente que el cuidado de los niños y niñas en los primeros años de vida influye en sus aptitudes de adaptación y su salud por el resto de su vida. Una de las intervenciones más costo-efectiva en salud pública en el cuidado de los menores, es la inmunización¹⁰².

Teniendo claro que no es lo mismo vacunación que inmunización¹⁰³ es muy importante monitorear algunos elementos que afectan el grado de inmunidad y de esta forma tomar medidas que permitan disminuir al máximo el número de susceptibles ya que su acumulación predispone a brotes.

En este sentido, las coberturas de protección se ven generalmente afectadas por los menores no vacunados, más las personas vacunadas que no realizan seroconversión por debilidades de los programas en el manejo de la red de frío y técnica de vacunación, o bien por la idiosincrasia del usuario, lo cual puede llevar a acumulación de susceptibles y posibles futuros riesgos de brotes.¹⁰⁴

Aunque en Costa Rica se ha avanzado en la meta de eliminación de enfermedades inmunoprevenibles, estos virus circulan en otros continentes por lo que es necesario mantener niveles elevados de inmunidad poblacional para evitar que se reestablezca la endemicidad de estas enfermedades.

102 OPS. . Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para Políticas Publicas Saludable: La perspectiva Canadiense. Washington D.C. 2000

103 Vacunación: se utiliza para referirse a la administración de cualquier inmunobiológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad.

Inmunización activa: Se refiere a la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de una vacuna o toxoide, en cuyo caso es artificial. La inmunización natural se adquiere por el padecimiento de la enfermedad y es generalmente permanente

104 Machado V, Castillo J., Badilla. Comportamiento de las coberturas de vacunación en menores menores de tres años. Costa Rica, 2002 - 2006 Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica.2006

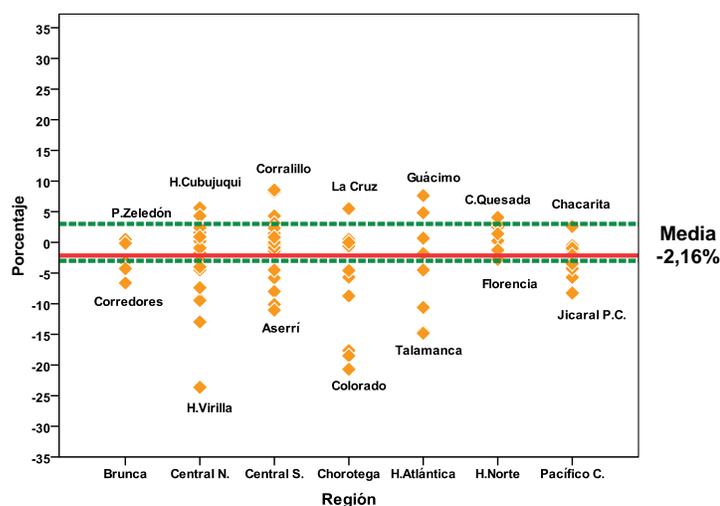
En el marco del Compromiso de Gestión siempre se ha dado seguimiento a las coberturas de vacunación, insumo básico para tomar decisiones y evaluar el impacto de las intervenciones, no obstante el mismo se muestra sistemáticamente bajo niveles de protección, especialmente para algunas de las vacunas¹⁰⁵.

CUADRO A.2.5
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LOS NIÑOS
SEGÚN TASA DE DESERCIÓN DE DPT
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
(Porcentaje)

REGIÓN ¹	DPT1	DPT3	TASA DE DESERCIÓN
Total	54,924	56,112	-2.16
Brunca	5,626	5,747	-2.15
Central Norte	12,505	12,783	-2.22
Central Sur	17,123	17,364	-1.41
Chorotega	4,365	4,626	-5.98
Huetar Atlántica	7,151	7,401	-3.50
Huetar Norte	4,197	4,141	1.33
Pacífico Central	3,957	4,050	-2.35

¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR
 FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.11
C.C.S.S: TASA DE DESERCIÓN DE DPT POR ÁREA DE SALUD
SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

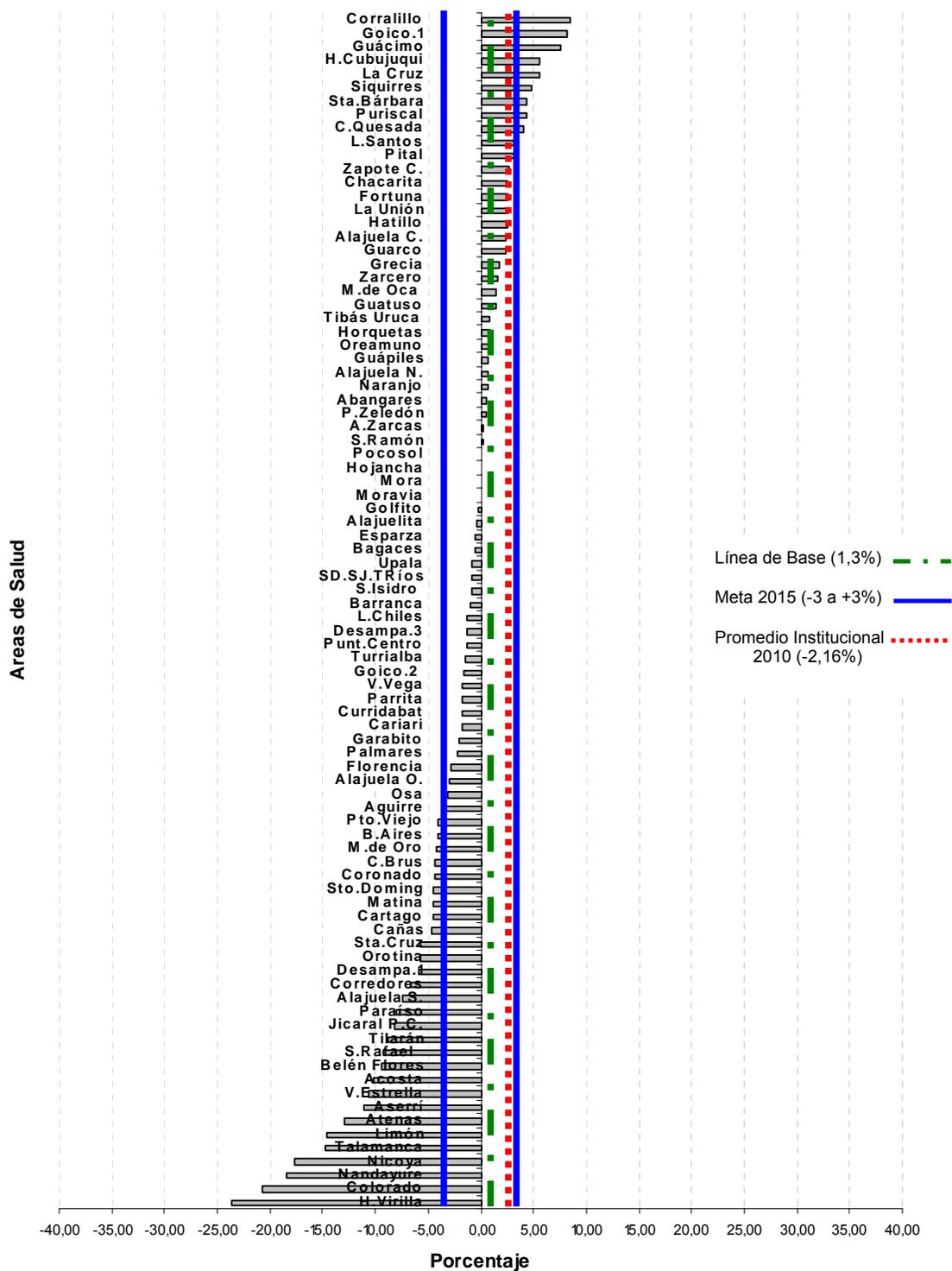


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

105 Machado V, Castillo J., Badilla. Comportamiento de las coberturas de vacunación en menores menores de tres años. Costa Rica, 2002
 - 2006 Caja Costarricense de Seguro Social. Proyecto Post Mitch-CDC, Costa Rica.2006

GRÁFICO A.2.12

C.C.S.S: TASA DE DESERCIÓN DE DPT POR ÁREA DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



Nota: Se excluye a las Áreas de Salud Poás, Catedral Noreste, Mata Redonda, Liberia y Carrillo ya que no pactaron este indicador para el año 2010

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Para el año 2010 se ha seleccionado dar seguimiento a la continuidad de la atención de vacunación, para lo cual se ha elegido la vacuna DPT por tener tres dosis a ser aplicadas en el primer año de vida de los menores y el que se complete estas tres dosis, depende una parte importante de la inmunidad. Esta vacuna se usa como una trazadora del programa de inmunizaciones, lo que permite aproximarse a como se maneja la totalidad del programa.

Para medir el cumplimiento del esquema completo de este biológico se está utilizando **la tasa de deserción o también llamada tasa de abandono**, que es un indicador de desempeño que denota calidad en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) que se brinda en los servicios de salud¹⁰⁶. Esta tasa corresponde a la proporción de menores que inician un esquema para determinada vacuna y no completan la tercera dosis oportunamente, en un esquema básico de vacuna con tres dosis, necesarias para conferir protección.

Esta tasa se expresa generalmente como un porcentaje. El cálculo de la tasa de deserción se determina a partir de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de menores vacunados con DPT1 en el año evaluado} - \text{Número de menores vacunados con DPT3 en el año evaluado} * 100}{\text{Número de menores vacunados con DPT1 en el año evaluado}}$$

La interpretación de esta tasa es la siguiente: cuando está por debajo del 5% es aceptable; demuestra que hay un buen sistema de seguimiento, y la posibilidad de alcanzar una cobertura de protección alta es factible. Cuando está por encima del 5%, demuestra que hay problemas en el servicio de vacunación y mala calidad en la oferta, en este caso se deben investigar las causas y corregirlas¹⁰⁷. Para efectos institucionales, el PAI ha definido el intervalo de -3% a +3% como los puntos de corte para determinar que los resultados son aceptables.

Al evaluar esta intervención, se observa un promedio de tasa de deserción institucional de -2.16, lo cual se ubica en el rango de aceptable de acuerdo a los lineamientos institucionales. A nivel de las regiones se observa que todas presentan valores dentro de los límites aceptables, excepto la Región Chorotega que aún considerando un punto de corte más amplio (Bajo 5%), sería calificado no aceptable y susceptible de ser analizado para corregir las limitaciones que se encuentren.(Cuadro A.2.5)

Un elemento que vale la pena analizar es que todas las regiones (con excepción de la Huetar Norte) muestran resultados negativos, lo que indica que se registran más terceras dosis que primeras dosis. Por lo general estos resultados se asocian a problemas de registros, sin embargo, es necesario estudiar la situación para ver que tanto pesa lo que se aduce en algunos centros con respecto al traslado de menores de un Área a otra o la incorporación de menores extranjeros que ya vienen vacunados con la primera dosis.

Al analizar las Áreas de Salud en su conjunto se puede observar que de las 88 Áreas evaluadas un 48% no cumple el estándar. De éstas, un 35% presenta valores superiores a -3% y un 12% valores superiores a +3%.(Gráfico A.2.12) Estos resultados indican que en términos generales se están completando las dosis

106 OPS. Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI): Módulo VI Supervisión, Monitoreo y Evaluación. Washington D.C..2006

107 OPS. Curso de Gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI): Módulo VI Supervisión, Monitoreo y Evaluación. Washington D.C.2006

necesarias a los menores para contribuir a darles inmunidad, sin embargo no se debe dejar de analizar el porqué se reportan mayores terceras dosis que primeras dosis al igual que aquellas Áreas que no están completando el esquema.

Mantener coberturas de protección para cada esquema por tipo de biológico, aunado a estrategias de mantenimiento, evitarían brotes por estas enfermedades, aún cuando se produzcan casos importados, porque no se reproducirían por el reducido número de susceptibles¹⁰⁸. Los esfuerzos para mejorar la validez, consistencia, integridad y oportunidad de los datos de cobertura de vacunación y de inmunidad se han recomendado como una prioridad para todos los países¹⁰⁹.

2.3 Tamizaje y Tratamiento de Anemia en niños y niñas de 6 a menos de 24 meses 1 hemograma interpretado

La deficiencia de hierro es una de las carencias nutricionales más común en el mundo. De hecho, la deficiencia de hierro permanece como la enfermedad hematológica más común en los menores. La Anemia se define como un bajo nivel de hemoglobina en sangre comparado con normas específicas por edad¹¹⁰.

La prevención secundaria de esta enfermedad incluye el tamizaje regular, el diagnóstico oportuno y el apropiado tratamiento con hierro. Las pruebas comúnmente usadas para el tamizaje son la hemoglobina y el hematocrito, las cuales, por lo general están disponibles y son marcadores costo-efectivos para anemia.

En la normativa técnica institucional se indica que en niños y niñas la deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia, observándose en mayor medida en edad preescolar, especialmente entre los 6 a 24 meses ya que a partir de los 4 a 6 meses de edad el niño y la niña dependen de la dieta para mantener un balance adecuado de hierro, por lo tanto en la mayoría de los casos la anemia ferropénica en el lactante y durante los primeros años está determinada por una dieta insuficiente o mal balanceada¹¹¹.

En el Compromiso de Gestión del año 2010 se seleccionó conocer la magnitud del **tamizaje** y la continuidad **entre el diagnóstico y el tratamiento de la anemia ferropénica en menores de 6-24 meses**, por ser un periodo de riesgo y por haber encontrado en años anteriores que más de la mitad de los menores atendidos entre 6 meses y un año no contaban con resultados de hemoglobina¹¹² por lo que el tamizaje no estaba cumpliendo su objetivo.

Para este período de edad (6 a 24 meses) la normativa institucional indica que se diagnosticará como anemia cuando exista un valor de hemoglobina por debajo de de 10.5 g/dl. Para aquellos menores con Anemia, el adecuado tratamiento con Hierro es la prescripción de 6 mg/kg/día por tres meses como mínimo con un hemograma control posterior al tratamiento. Si la anemia corrige suministrar 1mg/kg/día por un mes más¹¹³.

108 Machado V, Castillo J., Badilla. Comportamiento de las coberturas de vacunación en menores de tres años. Costa Rica, 2002

109 OPS. Protegiendo la Salud de las Américas: Avanzando de la vacunación de los menores a los de la familia. XVII REUNIÓN DEL GTA, GUATEMALA, 2006

110 Chen Wu A, Lesperance L y H. Screening for iron deficiency. *Pediatr Rev* 2002;23:171178.

111 CCSS. Guía para la Prevención, la Detección y Manejo de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Niñas. Atención Integral a las Personas. 2008

112 CCSS. Informe de Evaluación de los Compromisos de Gestión de los años 2007-2008 y 2009.

113 113 CCSS. Guía para la Prevención, la Detección y Manejo de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Niñas. Atención Integral a las Personas. 2008

CUADRO A.2.6

C.C.S.S: NIÑOS DE 6 A < DE 24 MESES ATENDIDOS, CON RESULTADO DE HEMOGRAMA Y CON RESULTADO VALORADO, SEGÚN REGION PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2010

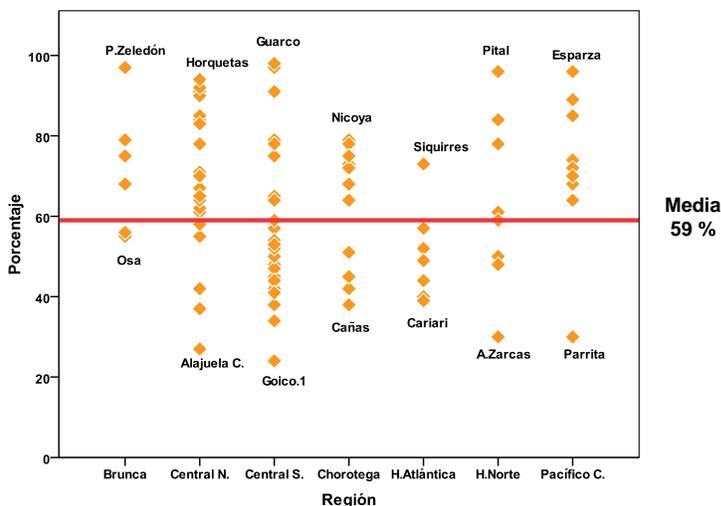
REGIÓN ^{/1}	NIÑOS ATENDIDOS		NIÑOS CON RESULTADO VALORADO DE HEMOGRAMA		
	Total	Con resultado de Hemograma		Del total de atendidas	Del total de atendidas con resultado
		Nº	%	%	%
Total	76.276	57.791	75	59	78 (IC₉₀ 77-79)
Brunca	6.430	5.144	80	73	90 (IC ₉₀ 87-93)
Central Norte	14.401	11.233	78	65	83 (IC ₉₀ 81-84)
Central Sur	26.722	19.799	74	54	74 (IC ₉₀ 72-76)
Chorotega	8.823	6.705	76	61	78 (IC ₉₀ 76-81)
Huetar Atlántica	11.266	7.751	69	49	70 (IC ₉₀ 67-74)
Huetar Norte	5.053	3.638	72	55	75 (IC ₉₀ 71-78)
Pacífico Central	3.581	3.134	88	74	85 (IC ₉₀ 82-88)

^{/1} Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.13

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE 6 A MENOS DE 24 MESES, CON AL MENOS UN RESULTADO DE HEMOGRAMA INTERPRETADO, POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.14

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES, CON RESULTADO DE HEMOGRAMA INTERPRETADO, SEGÚN EDAD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

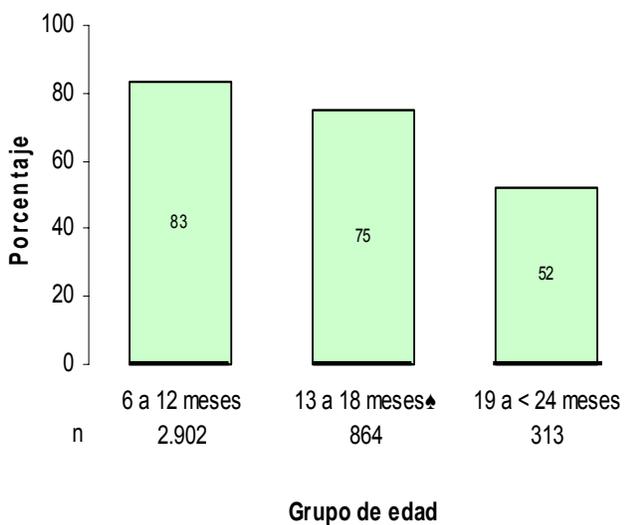
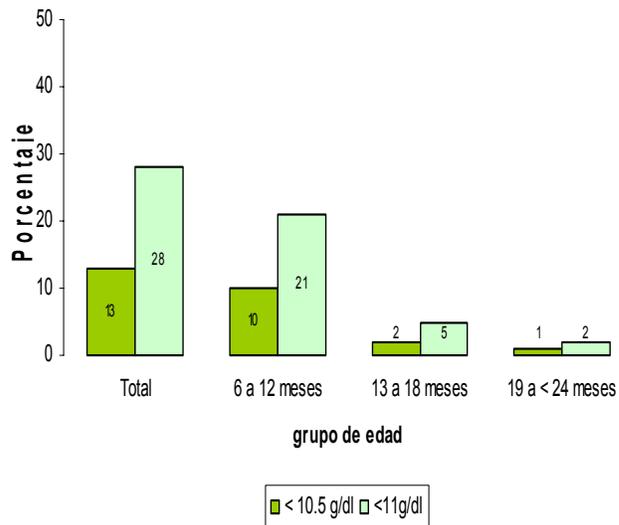


GRÁFICO A.2.15

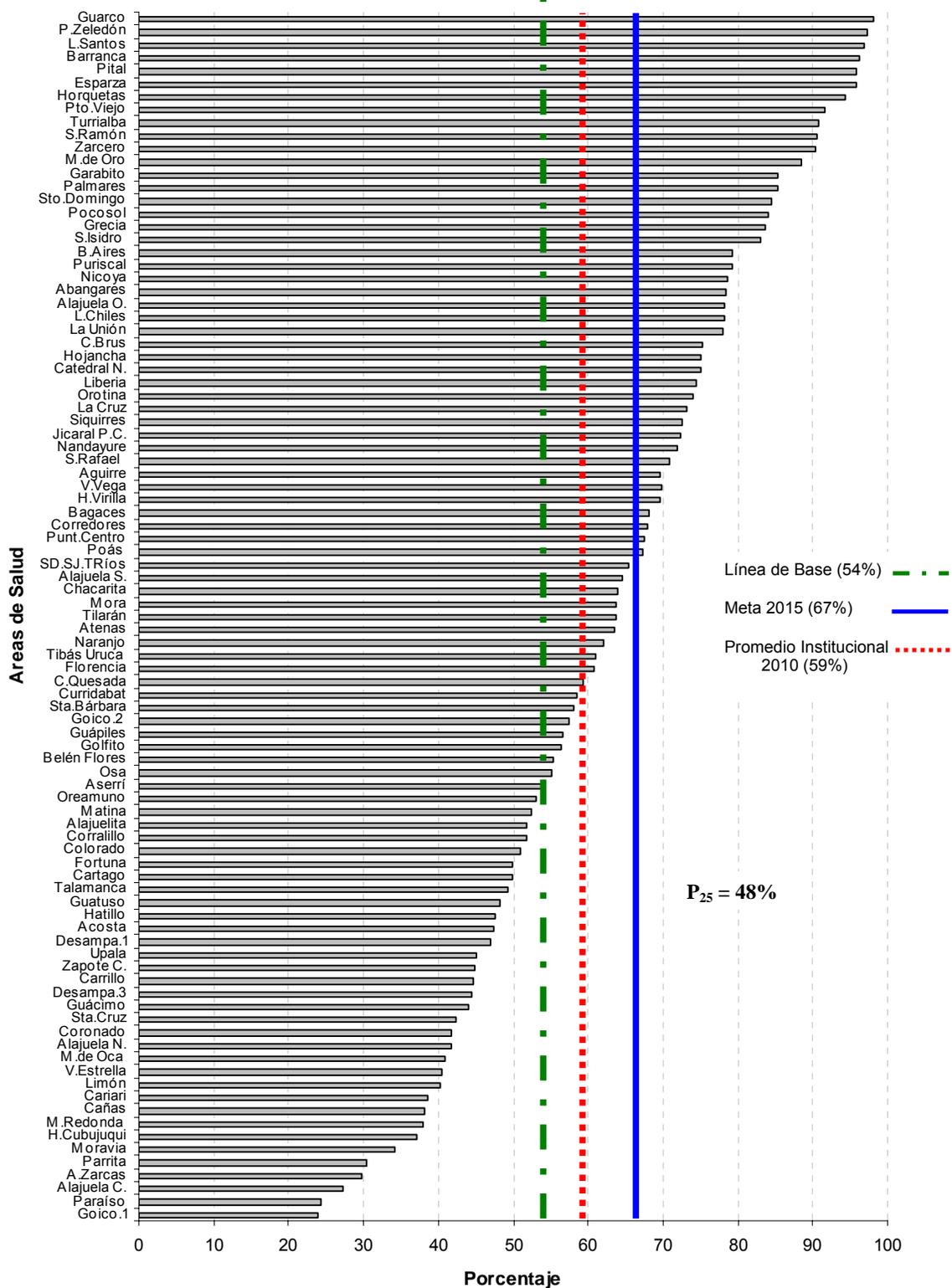
C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE 6 A MENOS DE 24 MESES, CON VALORES DE Hb < 10.5 g/dl Y < 11 g/dl, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.16

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE 6 A MENOS DE 24 MESES, CON AL MENOS UN RESULTADO DE HEMOGRAMA INTERPRETADO, SEGÚN ÁREA DE SALUD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

2.3.2 Niños y niñas de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de Anemia por deficiencia de hierro, que recibió adecuado tratamiento

CUADRO A.2.7

C.C.S.S: MENORES DE 6 A < DE 24 MESES ATENDIDOS Y CON DIAGNÓSTICO DE ANEMIA, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. 2010

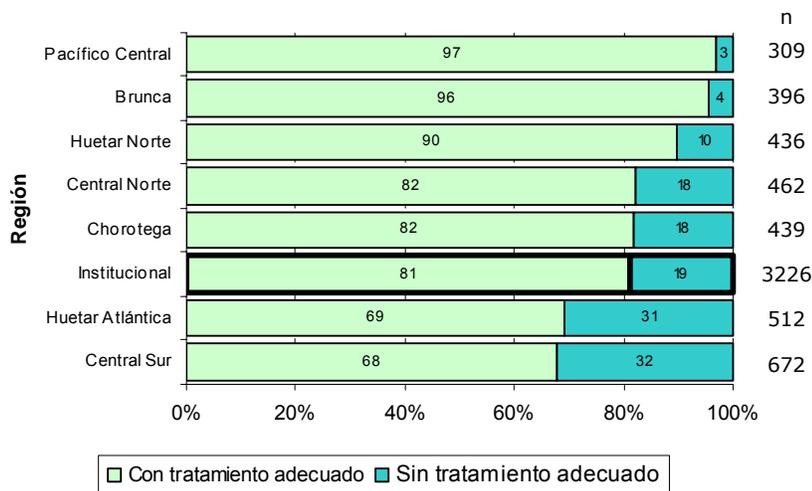
REGIÓN	MENORES ATENDIDOS DE 6 A MENOS 24 MESES	MENORES DIAGNOSTICADOS CON ANEMIA	
		TOTAL REPORTADOS	PORCENTAJE DEL TOTAL DE MENORES ATENDIDOS
Total	76.276	6752	9
Brunca	6.430	620	10
Central Norte	14.401	1037	7
Central Sur	26.722	1222	5
Chorotega	8.823	961	11
Huetar Atlántica	11.266	1437	13
Huetar Norte	5.053	908	18
Pacífico Central	3.581	567	16

^{/1} Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.17

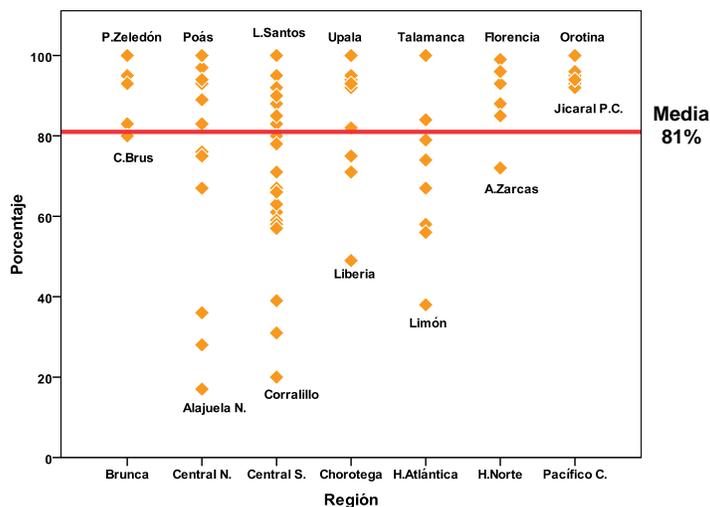
C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE 6 A MENOS DE 24 MESES, CON ANEMIA CON O SIN ADECUADO TRATAMIENTO DE HIERRO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.18

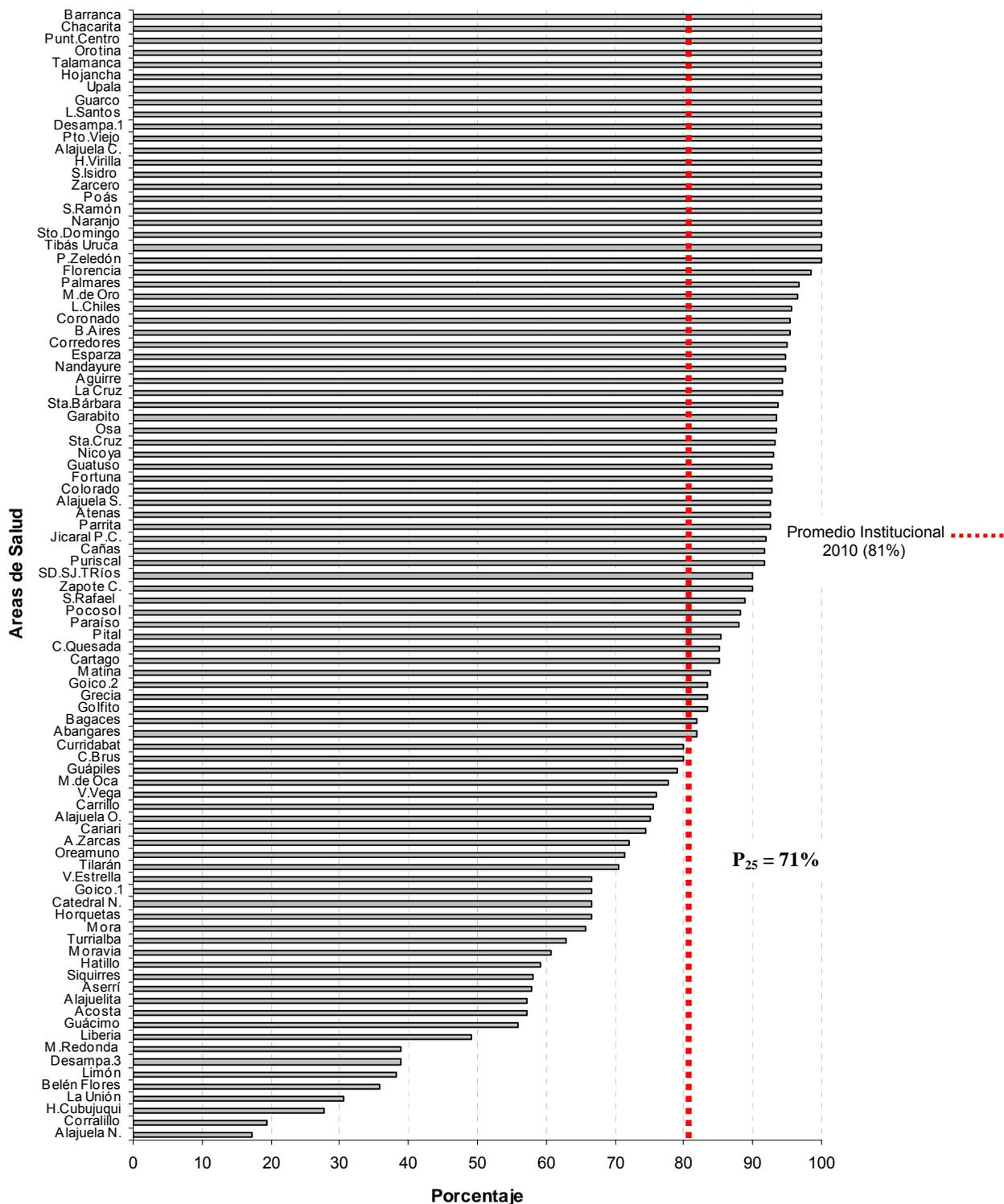
C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE 6 A MENOS DE 24 MESES, CON ANEMIA QUE RECIBIÓ ADECUADO TRATAMIENTO DE HIERRO, POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.19

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MENORES DE 6 A MENOS DE 24 MESES, CON ANEMIA QUE RECIBIÓ ADECUADO TRATAMIENTO DE HIERRO, SEGÚN ÁREA DE SALUD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Iniciando la presentación de resultados por la **intervención de tamizaje**, es importante indicar que es primera vez que se tiene como grupo meta a los menores de 6 a menos de 24 meses. En el año 2010 se observa que el 75% de los atendidos en este grupo de edad, contó con resultado de hemograma. A nivel regional se encuentran tres regiones bajo este promedio, siendo la más limitante la Región Huetar Atlántica (Cuadro A.2.6).

Este resultado no se puede comparar con años anteriores por las diferencias del grupo meta, sin embargo, como una referencia se puede indicar que en el año 2007 se encontró que en los niños y niñas de 6 meses a menos de un año, bajo el 50% contaban con hemograma, lo que lo convertía en el criterio más limitante de la atención de menores de un año.¹¹⁴ No obstante la probable mejoría en este tamizaje, se hace necesario fortalecer la educación por parte de los prestadores de servicios de salud, a los responsables de los menores, para contar con resultados de todos los atendidos, que permita conocer el valor de la hemoglobina.

Al caracterizar este grupo de población se observó que el 52% eran hombres y el 48% mujeres. Con respecto a la edad, el 65% correspondió a menores de 6 a 12 meses, el 22% de 13 a 18 meses y un 12% al grupo de 19 a menos de 24 meses. No se encontraron diferencias significativas el tener el resultado de hemograma por edad y sexo.

Tal como se ha indicado en los tamizajes anteriores, no es suficiente contar con el resultado de los exámenes, se requiere que estos sean interpretados, que es como se evalúa esta intervención. Los datos muestran que de los menores que cuentan con resultado, en el 78% de ellos, éstos fueron interpretados. Si este dato se relaciona con el total de menores atendidos y no sólo con los que tienen resultado, se indicaría que el 59% de los menores atendidos cuentan con un hemograma interpretado. La interpretación se refiere a consignar la valoración del resultado en la hoja de evolución del expediente. (Cuadro A.2.6).

En el nivel regional, considerando el total de atendidos, se encuentran tres regiones bajo el promedio institucional, de las cuales la Región Huetar Atlántica muestra el promedio inferior correspondiente a que el 51% de los menores atendidos, no están interpretados. Si además se agrega que es la Región con un menor porcentaje de menores con hemograma, pareciera clara la necesidad de revisar la gestión de la atención en el abordaje de esta intervención. Otra Región que merece atención es la Central Sur ya que muestra el segundo resultado mas bajo y es la que aporta el mayor número de menores atendidos (35%). (Cuadro A.2.6)

El comportamiento del tamizaje con resultado interpretado al interior de cada región muestra resultados variables siendo las regiones Centrales, Huetar Norte y Pacífico Central las que presentan mayores diferencias entre el mayor y menor resultado (Gráfico A.2.13).

Al revisar el tamizaje por grupo de edad se encontraron diferencias significativas ($p=0.000$), en donde el grupo de 6 meses a un año es el que concentra el mayor porcentaje de resultados interpretados. En cambio no se encontraron diferencias al verlo por sexo. (Gráfico A.2.14)

En la evaluación de esta intervención se consignó el resultado de hemoglobina de cada expediente evaluado. Con base en estos datos y teniendo como denominador

114 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2007. DCSS.2008

los casos con resultado, se obtiene que el 13% de los menores presentaban Anemia utilizando el punto corte que indica la normativa institucional de <10.5g/dl. Si se utiliza un punto de corte de <11g/dl., (usado en gran parte de estudios nacionales e internacionales) se encuentra que el 28% de los menores presentan Anemia (Gráfico A.2.15). Cualquiera de los dos datos se encuentran dentro del rango 10-39.9%)¹¹⁵ catalogado como un problema de Anemia moderada

Un dato de relevancia es que al desagregar este resultado por grupo de edad con ambos puntos de corte, los menores de 6 a 12 meses presentan los porcentajes mas altos de Anemia, 7 y 8 puntos porcentuales mayor que a los otros grupos de edad, siendo mas marcado este efecto cuando el punto de corte es <11g/dl. Utilizando el punto de corte definido institucionalmente estas diferencias son significativas (p<0.000)

Este hecho es concordante con la literatura en donde se indica que en esta edad existe mayor riesgo de tener Anemia por ser por lo general el momento del destete y es donde se manifiestan carencias nutricionales principalmente ligadas a situaciones socioeconómicas deprimidas¹¹⁶. En un estudio recientemente realizado se corrobora que la mayor prevalencia de anemia se encuentra en Áreas de Salud rurales y urbanas, que tiene en común la exclusión social y económica de sus poblaciones¹¹⁷.

A nivel nacional en la Encuesta Nutricional de 1996 se encontró Anemia en un 37,2% en menores de un año de edad con un punto de corte <11g/dl. En los años 2008-2009 se reporta un 7,6% de Preescolares (1 a 6 años) con Anemia ¹¹⁸ con este mismo punto de corte.

En el marco de la continuidad de atención, una vez evaluado el tamizaje, se procedió a conocer el número menores de este grupo de edad (6 a menos de 24 meses) que habían sido diagnosticados con Anemia en el año 2010. De acuerdo al total de datos reportados, el 9% de los menores atendidos tienen Anemia. (Cuadro A.2.7) Como se puede observar, este dato difiere en forma importante con lo encontrado en la revisión de expedientes para tamizaje, lo que hace suponer un subregistro de esta patología.

Con respecto a la edad de los menores, se observó que el 72% tienen entre 6 a 12 meses, el 23% de 13 a 18 meses y el 5% de 19 a >24 meses. Se corrobora nuevamente la mayor prevalencia de anemia en menores de 6 a 12 meses.

Un elemento necesario de revisar es el hecho de que al tomar una muestra de 3.224 menores diagnosticados con Anemia, se pudo comprobar que no siempre se utiliza para el diagnóstico, el punto de corte definido institucionalmente. Un 28% de estos menores contaban con valores superiores al punto de corte, de los cuales un 3% es de 12g/dl o más, siendo 13.3 g/dl el valor máximo encontrado.

A nivel regional, la prevalencia de Anemia diagnosticada es variada, en donde la región con mayor porcentaje (Huetar Norte) es 3.6 veces mayor a la de menor porcentaje (Central Sur). (Cuadro A.2.7) .Probablemente esto esta ligado a la situación socio-económica de las poblaciones que atienden, aunque las Regiones Centrales que poseen un importante grupo de poblaciones deprimidas, muestran los niveles mas bajos, esto podría ser indicativo de problemas de oferta, lo que habría que estudiar.

115 Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Costa Rica 2010

116 Chen Wu A, Lesperance L y H. Screening for iron deficiency. *Pediatr Rev* 2002;23:171178

117 Barrantes A. Anemia y exclusión social: la situación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad, según áreas de salud en Costa Rica. CCSS,DCSS.2011

118 Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Costa Rica 2010

A partir de esta muestra de expedientes se construyo el resultado intermedio que es sujeto de evaluación y que nos permite acercarnos a la continuidad de la atención, como es el número de menores diagnosticados con Anemia que recibieron un adecuado tratamiento. Por adecuado tratamiento se entiende el que se les diera la dosis de hierro y el seguimiento definido técnicamente.

Los resultados muestran que el 81% de los menores diagnosticados con Anemia recibieron un adecuado tratamiento. Sólo dos regiones quedan bajo este promedio institucional. Llama la atención que la Región Central Sur que reporta el menor porcentaje de prevalencia de Anemia muestre un abordaje muy limitado. (Gráfico A.2.17) Al observar el comportamiento de las Áreas al interior de cada región es clara la variabilidad de los resultados, como por ejemplo en la regiones Centrales, pero también en otras regiones, situación que ya es de plena responsabilidad de los prestadores de servicios de Salud. (Grafico A.2.18)

A nivel de Áreas de Salud, 9 Áreas (correspondiente al 11%) muestran un pobre abordaje cubriendo a menos del 50% de los menores con Anemia. En el otro extremo se encuentran 21 Áreas (correspondiente al 21%) en donde se trata adecuadamente al total de menores diagnosticados con Anemia. (Grafico A.2.19)

No se encontraron diferencias del tratamiento recibido por los menores por edad y sexo.

Al analizar en su conjunto el tamizaje, diagnóstico y tratamiento a la luz de los resultados presentados, se hace necesario considerar varios elementos a nivel institucional. En primer lugar, buscar estrategias en la gestión de los servicios que facilite el que todos los niños y niñas cuenten con un resultado de hemograma, requisito indispensable para identificar oportunamente la existencia de anemia.

Insistir en la necesaria valoración del resultado del hemograma documentado en el expediente y el oportuno contacto con los usuarios que resulten con alteraciones. Pareciera que en algunas ocasiones estos resultados son incorporados al expediente medico, sin que se realice una revisión previa, por lo que si el usuario no acude nuevamente, no se conocerá la situación para su adecuado tratamiento y seguimiento.

Con respecto al diagnóstico, se hace necesario clarificar y estandarizar los criterios para diagnosticar a los menores con Anemia. Aunque existe una normativa reciente al respecto, pareciera que no es del conocimiento de todos los proveedores. No debieran existir diferencias entre los que se reportan como diagnosticados y lo que se observa al revisar expedientes.

En relación al tratamiento no pareciera justificable que no se brinde un adecuado tratamiento una vez realizado el diagnóstico. Las situaciones mas comunes encontradas se refieren a no dar las dosis adecuadas, por lo general se mantienen dosis profilacticas. La evidencia es clara que un diagnóstico temprano y adecuado tratamiento en la deficiencia de hierro, son indispensables para revertir los múltiples disturbios en el desarrollo y comportamiento de los menores que pueden ser irreversibles.¹¹⁹

119 Chen Wu A, Lesperance L y H. Screening for iron deficiency. *Pediatr Rev* 2002;23:171178

2.4 Prevención de la Sífilis Congénita

En América latina y el Caribe (ALC) la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9, con un rango variable entre países del 0,7% al 7,2%. De acuerdo a esta cifra se calcula que en la Región de las Américas (exceptuando EUA y Canadá), se producen cada año unos 460.000 casos de sífilis gestacional, que resulta en un número anual estimado de casos de Sífilis Congénita (SC) entre 164.000 y 344.000.¹²⁰

La mayoría de los países de ALC reportan tasas de prevalencia de sífilis materna inferiores al 5%, aunque algunas poblaciones notifican tasas de hasta el 14%.

En 7 países (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina) la SC constituye un problema de salud pública, es decir, se reportan más de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos¹²¹.

Las mujeres embarazadas con sífilis no tratada (sífilis materna o gravídica) pueden transmitir la infección al feto en útero o mediante contacto directo con lesiones durante el parto; la sífilis congénita resultante es la forma más prevalente de infección neonatal en el mundo. La sífilis no tratada se acompaña de óbito fetal o aborto espontáneo, bajo peso al nacer e infecciones neonatales graves, que se acompañan de un aumento del riesgo de muerte perinatal¹²².

La revisión de la situación actual indica que existe disponibilidad de medios eficaces para interrumpir la transmisión materna infantil de la SC y hay disponibilidad de medidas prácticas de tratamiento y herramientas de diagnósticos simples, asequibles y sostenibles.

La Sífilis puede ser tratada con una droga efectiva como lo es la Penicilina, la cual también es usada para la prevención de la Sífilis Congénita. La penicilina es barata y por lo general esta incluida en la lista de drogas esenciales. Con todo, la Sífilis Congénita sigue siendo un problema de Salud Pública en la región¹²³.

A nivel nacional, como se dijo en un apartado anterior, no se conoce la tasa de prevalencia de sífilis materna, en cambio si se da seguimiento a la sífilis congénita. En los últimos cinco años se ha presentado una disminución de la tasa pasando de 1.3 por 1000 nacidos vivos en el año 2005 a 0.7 por 1000 nacidos vivos en el año 2010, manteniéndose siempre una cifra superior a la meta regional de 0.5 casos por 1000 nacidos vivos y que la califica como problema de salud pública¹²⁴.

En relación al abordaje adecuado se recomienda la Penicilina Benzatínica en la dosis de 2.400.000 de UL, por vía intramuscular como dosis única. Para aquellos casos de Sífilis Terciaria se deben tratar según pauta recomendada¹²⁵.

Dado que el país esta comprometido con la eliminación de la Sífilis Congénita para el año 2015, resulta muy adecuado que se le de seguimiento en el Compromiso de Gestión en las dimensiones de acceso y continuidad de la atención, al tamizaje para

120 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual. Washington D.C.:2009

121 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual. Washington D.C.:2009

122 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Estrategia de Monitoreo Regional. 2010

123 OMS. Regional Strategy for the Elimination of Congenital Syphilis. 2009 Regional strategy for the

124 Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud

125 CCSS. Formulario Terapéutico Institucional para el primer Nivel de Atención en Salud. Dirección de Fármaco epidemiología. 2008

Sífilis de las embarazadas y al abordaje adecuado de la embarazadas con serología positiva de VDRL.

CUADRO A.2.8

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVO Y LAS ABORDADAS ADECUADAMENTE, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN ¹	EMBAZADAS ATENDIDAS ²	EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVO		ABORDAJE ADECUADO ³	
		Nº	%	Nº	%
Total	79.469	206	0.26	151	73
Brunca	5.893	6	0.10	3	50
Central Norte	16.266	43	0.26	34	79
Central Sur	25.041	52	0.21	43	83
Chorotega	10.460	13	0.12	10	77
Huetar Atlántica	10.268	66	0.64	38	58
Huetar Norte	5.241	19	0.36	17	89
Pacífico Central	6.300	7	0.11	6	86

¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

² Incluye a todas las embarazadas atendidas en el año 2010

³ Incluye los abordados adecuadamente y los referidos

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

CUADRO A.2.9

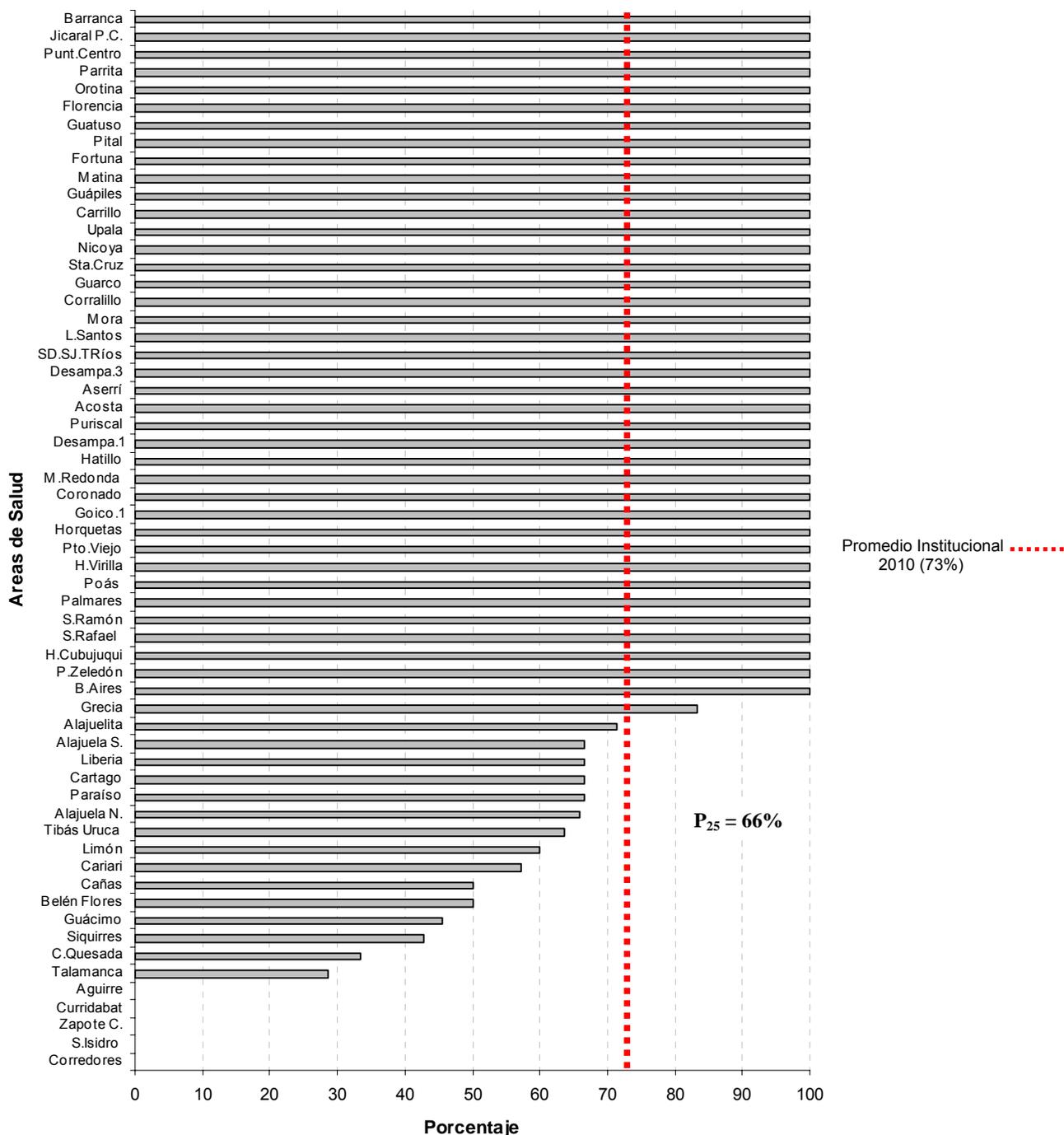
C.C.S.S: NÚMERO DE DÍAS ENTRE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN Y LA FECHA DE VALORACIÓN DE EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVO, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

DÍAS	NÚMERO	PORCENTAJE
≤ a 7 días	42	22
8 - 15 días	54	29
16 - 29 días	36	19
30 - 59 días	42	22
60 días y mas	15	8
Total	189	100

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.2.20.

C.C.S.S: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVO ABORDADAS ADECUADAMENTE, SEGÚN ÁREA DE SALUD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



Se excluyen a las Áreas de Salud A.Zarcas, Abangares, Acosta, Alajuela C., Alajuela O., Atenas, Bagaces, C.Brus, Catedral N., Chacarita, Colorado, Esparza, Garabito, Goico.2, Golfito, Hojancha, L.Chiles, La Cruz, La Unión, M.de Oca, M.de Oro, Moravia, Nandayure, Naranjo, Oreamuno, Osa, Pocosol, Sta.Bárbara, Sto.Domingo, Tilarán, Turrialba, V.Estrella, V.Vega, Zarcero por no presentar casos.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Los resultados del año 2010 que se presentan corresponden solo a 58 Áreas de Salud ya que en 35 ellas se reporta no contar con ningún caso de VDRL+¹²⁶. Llama la atención que algunas de estas Áreas por sus características sería probable encontrar casos con esta prueba positiva.

De las que reportan VDRL+, muestran 206 embarazadas con serología VDRL+, lo que corresponde a 0.26% del total de embarazadas atendidas. El mayor número de casos se encuentra en la Región Huetar Atlántica, lo que es esperable por las características que envuelven a los territorios en donde existen puertos. En cambio la Región Pacífico Central y la Región Brunca que cuentan con características similares son las con menos casos reportados (6 y 7 respectivamente). (Cuadro A.2.8).

Al ser esta una prueba presuntiva no se puede determinar la cantidad de embarazadas con Sífilis. Si se asume que a todas estas personas se les diagnosticara con Sífilis, el porcentaje de embarazadas atendidas en la Caja sería de 0,26%. Al contar a nivel institucional con una cobertura de atención prenatal aceptable (80%), este dato daría cuenta de una parte importante de las mujeres embarazadas del país.

No obstante lo anterior, en el proceso de evaluación se detectaron algunas dificultades para obtener una información veraz, incluso se tuvo que realizar consultas con algunos centros posterior a la evaluación.

Además, al revisar la información internacional, no es frecuente encontrar datos tan bajos, incluso en países que han erradicado la Sífilis congénita. Es el caso de Cuba que en el 2004 con una captación de 98% de las embarazadas presenta un 1.7% de embarazadas con Sífilis y no reportaba casos de SC en los últimos tres años. Chile por su parte muestra 0.21% de embarazadas con Sífilis y una tasa de SC de 0.18/1000n.v.¹²⁷ En razón de estos elementos se hace necesario recomendar cautela con estos datos y más bien revisar como se están registrando estos resultados.

Al igual que en el caso de Anemia, el objetivo de esta intervención es conocer la continuidad de atención toda vez que una embarazada tiene un resultado VDRL+, es decir, un abordaje adecuado como se indicó anteriormente, de acuerdo a los lineamientos institucionales.

Una situación importante de comentar es el hecho de la normativa institucional en el sentido de que si el Área de Salud o la sede del EBAIS no cuentan con la capacidad instalada para aplicar el tratamiento, se deberá referir el tratamiento a un nivel de complejidad superior. Esto ha ocasionado dificultades para darle continuidad a la atención ya que por lo general se desconoce lo que sucede en el nivel de mayor complejidad.

De los 206 casos con VDRL+ 17 fueron referidos y para efectos de la evaluación se tomaron como abordaje adecuado. Tomando esta consideración los resultados muestran que el 73% de las embarazadas con VDRL+ tuvieron un abordaje adecuado. Si se excluyen los referidos este porcentaje sería de 71%. Dos Regiones presentan porcentajes inferiores al promedio institucional, la Región Brunca y

126 Estas Áreas son: A.Zarcas, Abangares, Acosta, Alajuela C., Alajuela O., Atenas, Bagaces, C.Brus, Catedral N., Chacarita, Colorado, Corralillo, Esparza, Garabito, Goico.2, Golfito, Hojancha, L.Chiles, La Cruz, La Unión, M.de Oca, M.de Oro, Moravia, Nandayure, Naranjo, Oreamuno, Osa, Pocosol, Sta.Bárbara, Sto.Domingo, Tilarán, Turrialba, V.Estrella, V.Vega y Zarcero

127 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual. Washington D.C.:2009

Huetar Atlántica. La primera con un número de personas en esta condición muy baja y la otra con el mayor número de casos. (Cuadro A.2.8).

A nivel de Áreas de Salud se observa que existen 39 con un abordaje adecuado en el total de embarazadas con VDRL+, en el otro extremo se observa a 5 Áreas que no trataron adecuadamente ninguno de sus casos, aún siendo a veces un solo caso. (Gráfico A.2.20)

Se consideró importante al evaluar todos los casos reportados a nivel institucional conocer los tiempos que transcurren entre la fecha de realización del examen y la fecha en que este es valorado. Eliminando los casos referidos, los tiempos se pueden observar en el cuadro A.2.9, encontrándose un promedio de 26 días. Como se puede ver hay tiempos muy prolongados que podrían hacer la diferencia en la salud de la madre y el desarrollo futuro del menor.

En los lineamientos técnicos institucionales existe un vacío con respecto a esta situación, por lo que se hace imposible penalizar situaciones cuando los tiempos son muy elevados. Lo único que se puede hacer es considerar como abordaje no adecuado, cuando existiendo una consulta posterior a la recepción del resultado no se valora ni se trata.

Una limitante que se vio es no haber consignado la semana gestacional de la embarazada cuando fue valorada y tratada, que podría haber dado un panorama más claro de la calidad del abordaje, toda vez, que la evidencia indica que la enfermedad se puede transmitir al feto entre la semana 16 -28 del embarazo. Quizás en este sentido debería ir un lineamiento técnico más acotado, relacionándolo con la semana de gestación y no solo decir en la primera consulta que puede darse en diferentes semanas de gestación.

También se pudo conocer la distribución por edad de las embarazadas con VDRL+. La menores de 19 años significan el 21%, de 20-30 años el 62%, 31-40 años un 15% y mayores de 40 años 2%.

La sífilis congénita es una enfermedad grave y prevenible que podría ser eliminada en la región con la tecnología actualmente disponible y la infraestructura de servicios sanitarios existente.

De acuerdo a los datos presentados queda camino por recorrer para erradicar la SC para el 2015, ya que no se esta alcanzado las metas de la Estrategia Regional con respecto a tener un tamizaje por Sífilis al 95% de las embarazadas. Se logra un 88% de las que se atienden que corresponden al 80% de la población meta. Por otra parte el registro de personas con VDRL+, merece algunas dudas y su abordaje no siempre es el adecuado, con tiempos muy largos entre la realización del examen y el tratamiento.

No se pudo obtener información sobre el número de menores con SC en el año 2010 que permita medir el resultado final de esta intervención, ya que según lo indicado por la Estrategia Regional "Debe considerarse que los casos nuevos de sífilis congénita son un marcador de falla de los sistemas sanitarios"¹²⁸.

128 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Estrategia de Monitoreo Regional. 2010

2.5 Atención continua de prenatal y posparto

La salud sexual y reproductiva es un buen ejemplo de continuo de cuidados. El cuidado de la maternidad implica cuidado durante embarazo, parto y el período posparto¹²⁹.

Sin embargo, se reporta en la literatura que se ha puesto gran énfasis en la atención prenatal y la atención del parto, no así en el período posparto lo que se dice muy claramente en la siguiente frase "Del ciclo de atención a la maternidad, el período posparto ocupa la prioridad más baja en la práctica, la enseñanza, y la investigación."¹³⁰.

Igual situación sucede en el ámbito nacional, en donde históricamente se ha dado gran énfasis a la atención del binomio madre-niño con diferentes programas, incorporándose la importancia de la atención prenatal en el imaginario de la población y también de los prestadores de servicios, en cambio no se ha incorporado en la misma magnitud la importancia de la atención posparto.

En el marco del Compromiso de Gestión se comenzó a dar seguimiento a la cobertura posparto en el año 2004, encontrándose una cobertura de 66% ,en cambio la cobertura de atención prenatal para ese mismo año era de 78%, para el año 2007 esta brecha aumentó ya que la cobertura posparto alcanzó el 74% y la de prenatal un 82%¹³¹.

Estos datos, aunque de manera aproximada muestran que la continuidad de la atención entre la atención prenatal y la atención posparto, que es lo que le compete al primer nivel de atención, pareciera que no se está dando de una manera adecuada.

Para conocer mejor esta situación se seleccionó para el año 2010 medir el grado de continuidad de estas intervenciones por medio del indicador "Tasa de deserción de la atención materna" que corresponde a la proporción de mujeres que inician el control prenatal y no continúan con un control postnatal entendido éste en un período máximo de 42 días.¹³²

Al ser un indicador nuevo, se consideró pertinente para el año 2010, evaluar solamente la construcción del indicador con su respectivo análisis de acuerdo al resultado de la tasa de deserción. Para el año 2011 se valorara el resultado de la tasa.

En este primer acercamiento, la tasa se construyó con la diferencia de las consultas de primera vez de prenatal y posparto dividido por las embarazadas esperadas (Nacimientos *1.1) por 100, para expresarlo en porcentaje. Al no existir un estándar con el cual comparar el resultado de la tasa se procedió a estudiar el comportamiento de las Áreas y se consideró tolerable una tasa de deserción del 10%, considerando situaciones que son ajenas a los servicios de salud y en el otro extremo lo menos tolerable es tener una tasa de deserción mayor al 30%. Estos parámetros se irán ajustando con el tiempo al contar con una serie de datos anuales que permitan ver tendencias.

129 Fescina RH, y colaboradores. Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS .OPS-CLAP/SMR
Publicación Científica N°1573-2010

130 Wiegiers TH. Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. Journal of Neonatal Nursing: 12, 2006.

131 CCSS. Evaluación Compromiso de Gestión de los años 2004 y 2007.DCSS

132 CCSS. Ficha Técnica de la Intervención: Continuidad de la Atención Materna del control Prenatal al control Posnatal. Compromiso de Gestión 2010-2011.DCSS.2009

CUADRO A.2.10

C.C.S.S DISTRIBUCION REGIONAL DE LA TASA DE DESERCIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNA, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2010

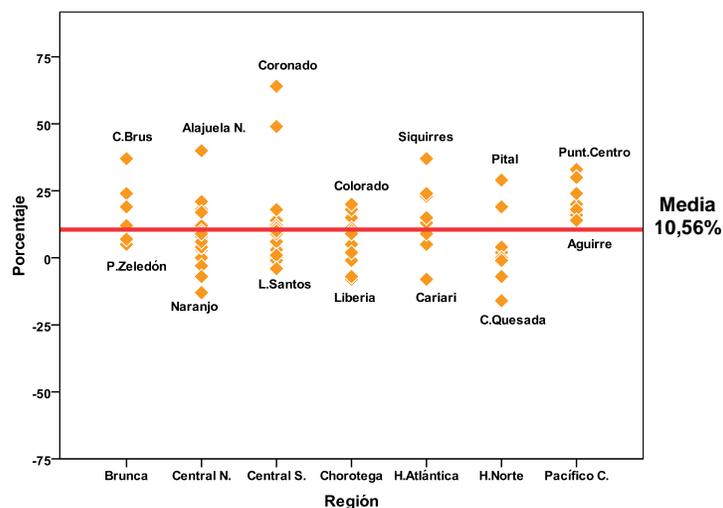
REGIÓN ¹	CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN PRENATAL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN POSPARTO	EMBARAZOS ESPERADOS	TASA DE DESERCIÓN
Total	52,983	43,792	69,605	10.56
Brunca	4,120	3,231	6,425	13.84
Central Norte	11,163	9,772	16,343	8.51
Central Sur	16,191	12,842	21,838	11.71
Chorotega	6,482	5,072	7,189	4.59
Huetar Atlántica	7,237	6,132	8,391	13.17
Huetar Norte	3,572	3,451	4,965	2.44
Pacífico Central	4,218	3,292	4,454	20.79

¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR y las Áreas de Grecia, La Sierra- Corralillo, La Unión, Goicoechea 1 , Desamparados 1 y Oreamuno que no pactaron este indicador en el 2010 y el Área de Salud de Nicoya por presentar incongruencia en los datos.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

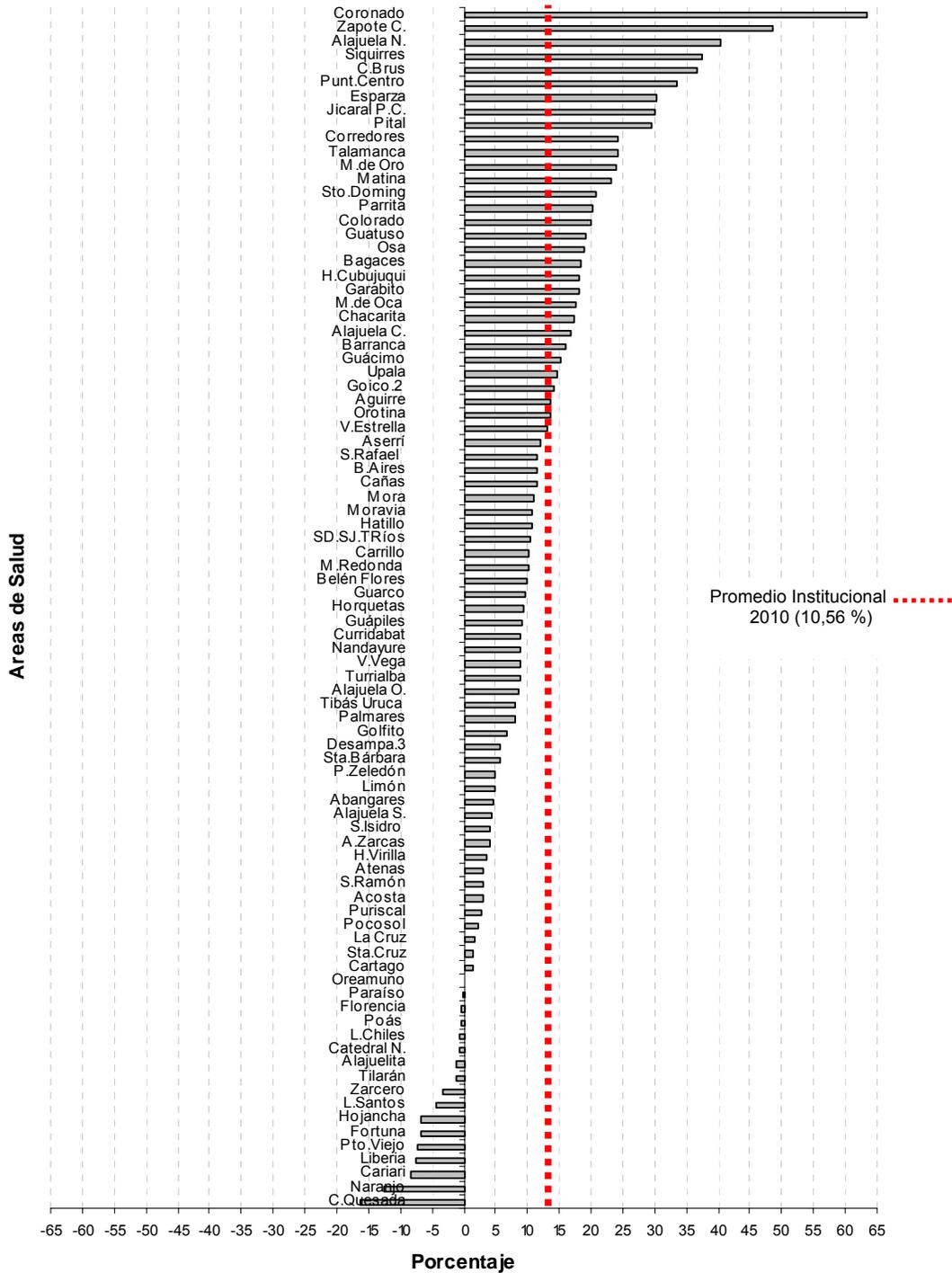
GRAFICO A.2.21

C.C.S.S: TASA DE DESERCIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNA POR ÁREA DE SALUD, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCION, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.2.22
 TASA DESERCIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNA, ÁREA DE SALUD
 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



Nota: Se excluye las Áreas de Grecia, La Sierra-Corralillo, La Unión, Oreamuno, Goicoechea1, Desamparados 1 ya que no pactaron este indicador en el 2010 y el Área de Salud de Nicoya por presentar incongruencia en los datos.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Aunque en este año no se estaba valorando el resultado de la tasa, la construcción de la tasa realizada, permite contar con una primera serie de datos que servirán de línea de base y de ahí la importancia de darlos a conocer.

El promedio de la tasa de deserción de la atención Materna a nivel institucional fue de 10,56% con una mediana de 8,94%. Esto significa que este promedio se encuentra casi dentro del rango que se ha definido como tolerable, además que el 50% de Áreas de Salud se encuentran bajo el rango tolerable y un 2% que se encuentra entre la mediana y este rango. Como primer resultado parece alentador, sin embargo, habrá que seguir monitoreándolo ya que en el proceso de evaluación existieron problemas de registros para su construcción. (Cuadro A.2.10)

A nivel regional estas tasas varían, existiendo una diferencia de casi 9 veces entre la tasa mas alta (20.79%) y la mas baja (2.44%). Cuatro regiones superan el promedio institucional entre las que cabe destacar la Región Central Sur que sin ser la mas alta (11.71%) por el volumen de personas que atiende, tiene un mayor efecto en el total de atenciones. Habría que estudiar la situación de la Región Pacífico Central que muestra la mayor tasa de deserción (20.79). (Cuadro A.2.10).

A nivel de Áreas de Salud, Se encontró 13 que muestran un resultado negativo, lo que significaría que hay más atenciones posparto que prenatales. En estos casos se solicitó que hicieran un análisis de los motivos de este resultado, lo más probable que responda a un problema de registros. Otra situación necesario de analizar son 8 Áreas de Salud que muestran tasas de 30% y mas consideradas las menos tolerables. (Gráfico A.2.22)

Como se ha indicado en este año lo que se evaluó, es la construcción de la tasa y un informe de análisis del resultado obtenido. Además, que aquellas Área con tasas sobre el 10% realizaran un plan remedial. Al respecto, se encontró que un 87% de las Áreas elaboraron este informe y un 84% de los que tenían una tasa mayor al 10% presentaron plan remedial.

A modo de síntesis, decir que aunque existen limitaciones se están dando pasos para acercarnos a conocer sobre la continuidad de la atención materna. La experiencia que brinde cada proceso de evaluación permitirá ir mejorando los registros y ensayar formas más directas para medirlas

2.6 Calidad de la referencia en la atención especializada ambulatoria

El proceso de referencia y contrarreferencia permite dar continuidad a la atención del usuario y favorecer el acceso a los servicios de salud, estimulando mayor resolutivez del Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario. Además; induce en forma indirecta a la sistematización de los procesos asistenciales, por medio de protocolos y guías homogéneas y constituye un elemento de vital importancia para el seguimiento realizado por el EBAIS, a la población bajo su cargo.

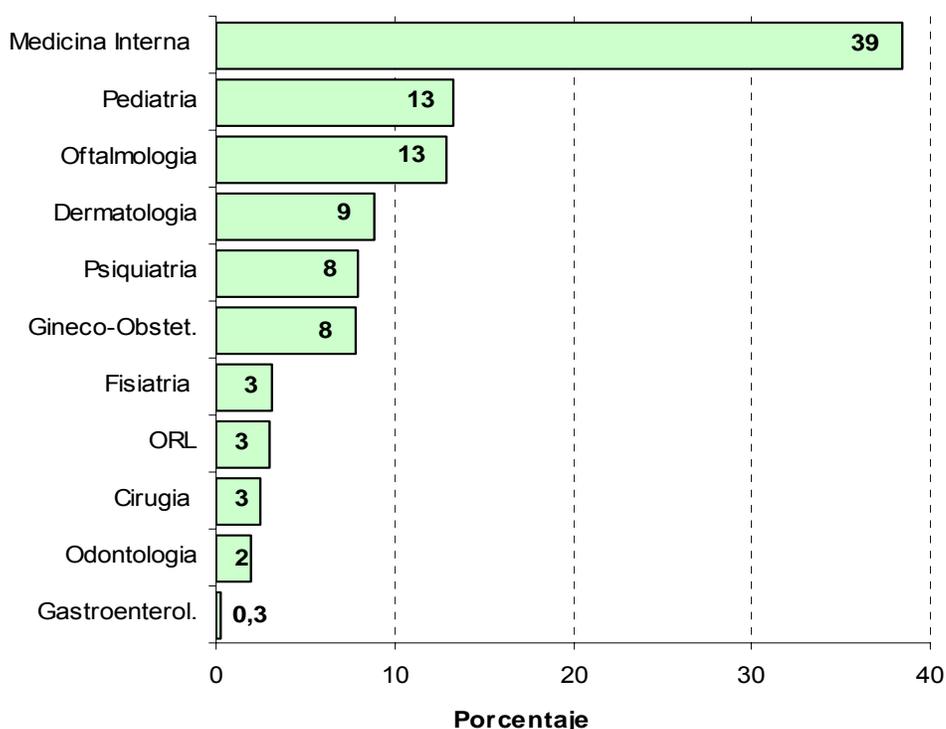
Con base a su capacidad resolutivez, el Segundo Nivel Ambulatorio, aborda los casos referidos desde el Primer Nivel de Atención y sirve de filtro a aquellos que demandan una intervención a Nivel Hospitalario. Cuando se concluye el proceso de atención por el especialista en el Segundo Nivel, se produce el alta, es decir, al paciente no se le da una nueva cita de control; sino que se deriva al establecimiento de donde fue referido, informando mediante la contrarreferencia,

sobre los servicios brindados por el médico especialista. En este intercambio de información originada entre los niveles de atención, es trascendental que los datos recolectados en los instrumentos diseñados para tal fin, estén completos y sean de calidad.

Esta intervención esta dirigida a que las altas dadas en el Segundo Nivel cuenten con su respectiva contrarreferencia; intentando aproximarse de manera indirecta al proceso de continuidad de la atención al usuario, entre uno y otro nivel de atención. Para ello es indispensable que la contrarreferencia emitida al darse alta al paciente, tenga anotado como mínimo los siguientes tres criterios de calidad: el diagnóstico del alta, la intervención realizada en el Segundo Nivel y el plan de seguimiento a continuar por el Primer Nivel de Atención.

GRÁFICO A.2.23

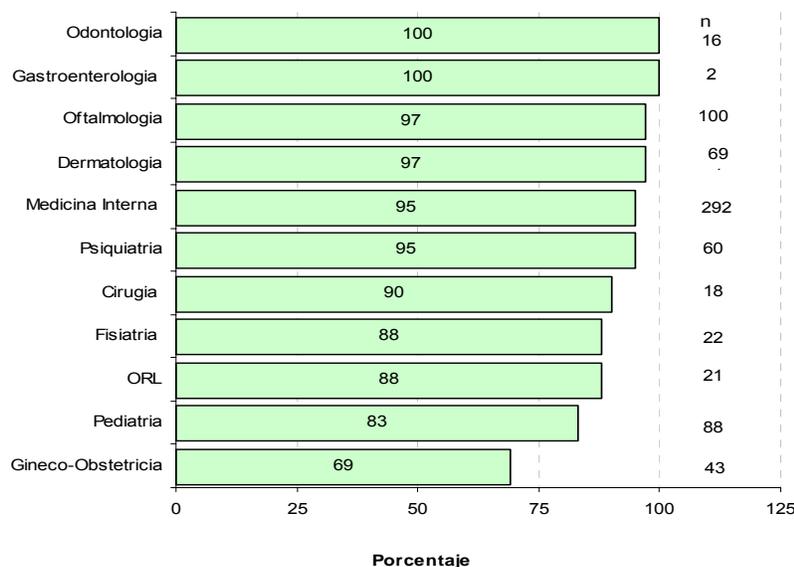
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTAS OTORGADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN¹ SEGÚN ESPECIALIDAD, 2010



¹ Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.2.24
C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ALTAS OTORGADAS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN/¹ CON CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD, SEGÚN ESPECIALIDAD, 2010



¹ Ambulatorio no Hospitalario Metropolitano

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En el año 2010, los once establecimientos del Segundo Nivel Ambulatorio no hospitalario produjeron un total de 12.403 altas, reportadas en la evaluación del Compromiso de Gestión. De esa cifra se analizó el 6,4%, lo que equivale a 800 altas generadas por doce especialidades. El mayor aporte fue dado por Medicina Interna (39%), seguido de Pediatría y Oftalmología. (13%) En el caso de las dos primeras especialidades, su contribución podría estar relacionada al hecho, que la mayoría de establecimiento cuenta con este recurso humano. (Gráfico A.2.23.)

En ese aspecto, hay que resaltar que los establecimientos de este nivel no cuentan con el recurso humano de todas las especialidades y su número es variable por centro. De acuerdo a las altas reportadas, el recurso de Gineco-obstetricia se encuentra presente en siete establecimientos y en seis el de Psiquiatría. Las especialidades de Oftalmología, Fisiatría y Dermatología fueron reportadas en cinco centros y el resto de especialidades están presentes en uno o en dos establecimientos.

De las altas analizadas se encontró que el 66% corresponden a mujeres y un 34% a hombres. Llama la atención en las especialidades de Cirugía y Pediatría que la relación de altas entre hombres y mujeres fue de 1 y en el resto de especialidades fue mayor en mujeres sobre todo en Fisiatría, Medicina Interna y Odontología. Esta situación podría ser reflejo del comportamiento observado a nivel general, en el sentido que son las mujeres las que más acuden a los servicios de salud. Sin embargo; podría considerarse conveniente realizar un análisis que determine las diferencias encontradas por especialidades.

En relación a la calidad de las contrarreferencias emitidas, en el 91% se encontraron completos los tres criterios previamente definidos. En seis especialidades el porcentaje de cumplimiento superó el promedio del nivel. La especialidad de Gineco-Obstetricia fue la que obtuvo el porcentaje más bajo de cumplimiento. (Gráfico A.2.24)

De los 11 establecimientos analizados, cuatro de ellos tuvieron un desempeño del 100% en la calidad de las contrarreferencias emitidas; representando en su conjunto una cuarta parte del total de contrarreferencias. En cinco de ellos el cumplimiento fue mayor al 90% y en un establecimiento el logro fue de un 61%.

En este proceso de referencia y altas con contrarreferencias entre el Primer y el Segundo Nivel Ambulatorio no Hospitalario, existe mucho camino por recorrer. Una de las mayores debilidades encontradas, es que hasta la fecha, la institución no cuenta con una definición oficial del término "alta con contrarreferencia", lo cual podría estar originando problemas de registro. En este sentido, se recomienda que las autoridades respectivas, oficialicen la definición de "alta con contrarreferencia" y que continúen estimulando los espacios de coordinación entre médicos especialistas y generalistas para reforzar procesos de capacitación y retroalimentación que faciliten la continuidad y oportunidad de la atención a los usuarios.

Conclusiones de los resultados del Desempeño por intervención en la Dimensión de Continuidad

En esta Dimensión el hecho mas importante a destacar es la dificultad existente para medir directamente la continuidad de la atención, al no existir un sistema de información que lo permita, por lo que se debe recurrir a medidas gruesas e indirectas. Esto no debe ser obstáculo para seguir insistiendo en hacer visible con los medios que se disponga como se está realizando esta característica tan importante del modelo de atención que tiene una incidencia fundamental en el resultado final de realizar estas intervenciones y contribuir en tener un efecto positivo en la salud de la población.

Una situación que ya se explicitó en la Dimensión de acceso, se hace mas evidente en esta dimensión y tiene que ver con la forma que se esta manejando a nivel de los servicios la adecuada coordinación entre los servicios de laboratorio y quienes brindan la prestación directa, para alertar sobre resultados alterados que permita coordinar la pronta notificación y atención de los usuarios que correspondan. Esto es mas grave en intervenciones en que se tienen coberturas muy aceptables donde se pierden oportunidades de atención.

Para cumplir el compromiso del país con la Estrategia Regional de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en el año 2015 existen muchos elementos que revisar en el abordaje de estas intervenciones, principalmente ligadas con una continuidad de forma oportuna que minimice las posibilidades de contagio.

Un elemento que parece determinante es contar con lineamientos técnicos que orienten el abordaje en todos los niveles de atención y brindar una amplia capacitación a quienes prestan los servicios. Una de las estrategias más recomendadas a nivel internacional es desarrollar estrategias y acciones de forma integrada superando la concepción de prevenir la transmisión maternoinfantil de

VIH y SC de manera separada con un enfoque más dirigido a la enfermedad que a la persona¹³³.

La calidad de los registros sigue apareciendo como un elemento de primer orden que hay que superar. El uso de la información y su divulgación ayuda en esta tarea pero no es suficiente, se hace necesario contar con instancias responsables que supervisen y apoyen a los centros en identificar errores y como superarlos. El no actuar en este sentido limita de forma importante para conocer la realidad y tomar decisiones acertadas para mejorarla.

3. Dimensión de Efectividad

Con la Dimensión de efectividad, se pretende que las acciones que se realicen en una organización, se desarrollen de acuerdo a los objetivos y metas establecidas. Se define como "Resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica"¹³⁴.

Esta Dimensión se enfoca desde dos ángulos, lo correspondiente a la resolución o control de un problema de salud, en donde un individuo o una población definida se beneficien de la aplicación de una intervención, tecnología o tratamiento y lo referente a que la persona reciba una atención apropiada, basada en pruebas científicas y acorde a los lineamientos técnicos institucionales¹³⁵.

En este nuevo enfoque, la dimensión de efectividad es la que mejor permite mostrar resultados intermedios, cuando se ha construido la plataforma institucional de información, que posibilita medirla para conocer que tan bien funcionan los servicios y como afecta la salud de las personas.

Abordaje por los Compromisos de Gestión

En el pasado, el diseño del Compromiso enfatizó en dar seguimiento a una atención apropiada, teniendo como base el cumplimiento de lineamientos técnicos institucionales, específicamente el proceso de atención.

Bajo este nuevo enfoque, se migró hacia resultados intermedios, que permitieran mostrar de mejor forma el efecto de ciertas intervenciones en la salud de la población. Teniendo claro que siempre existe un componente externo a los servicios de salud que influye en la consecución de los resultados, no es menos cierto que la forma en que se brindan las intervenciones por parte de los servicios de salud, puedan hacer una gran diferencia.

Esta dimensión se ha delimitado en tres Áreas Temáticas que incorporan aquellos problemas de salud que mas influyen en la mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio, primera causa de muerte en el país, como la hipertensión, dislipidemias y la Diabetes. También se dará seguimiento al abordaje de personas con infarto de miocardio. Además, se incorporó el efecto de la gestión en los servicios de urgencias aunque sea de forma cualitativa, considerando el proceso de atención.

133 OPS. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual. 2010

134 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

135 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

Área Temática	Intervención	Nivel	Indicador
Cardiovascular	Control de las personas con dislipidemia	Áreas de Salud	Porcentaje de personas dislipidémicas con nivel óptimo de LDL
	Control de las personas con HTA	Áreas de Salud	Porcentaje de personas hipertensas con nivel óptimo de presión arterial
	Infarto agudo del miocardio. Oportunidad de la reperfusión coronaria	Hospitales	Porcentaje de personas atendidas en Emergencias por IAM segmento ST elevado que se les aplicó la terapia trombolítica con tiempo puerta-aguja de 30 minutos o menos
Diabetes mellitus tipo dos	Control metabólico de las personas con diabetes mellitus tipo dos	Áreas de Salud	Porcentaje de personas con diabetes tipo dos con al menos un resultado de hemoglobina glicosilada en cada semestre del año
			Porcentaje de personas con diabetes tipo dos atendidas con control metabólico óptimo
			Reducción de pobre control metabólico en personas con diabetes tipo dos atendidas (a partir del año 2011)
Urgencias	Gestión del Servicio de Urgencias	Segundo nivel ambulatorio no hospitalario	Diseño y aplicación de intervenciones para la gestión del Servicio de Urgencias

Las intervenciones en el **Primer Nivel de Atención**, están orientadas a conocer el grado de control metabólico logrado en las personas con el abordaje de las patologías anteriormente mencionadas. Este es uno de los principales objetivos de este nivel, en el marco de la prevención secundaria, para evitar complicaciones prematuras y alargar la calidad de vida de las personas.

Esto ha sido posible porque desde el inicio de los Compromisos de Gestión, se ha venido impulsando por parte de los Compromisos la construcción de la plataforma de registros, que permite en este momento poder medirlo.

En el **Segundo Nivel Ambulatorio no Hospitalario**, se consideró pertinente dar seguimiento a la atención del servicio de urgencia, considerando el importante rol que juega en la red, como desahogo de este servicio en los hospitales nacionales. Ante la imposibilidad de medir intervenciones por medio de un resultado intermedio, debido a la disponibilidad de información, se optó por medir un análisis de la gestión y de acuerdo al resultado del mismo, la implementaciones de medidas correctivas.

A **nivel Hospitalario**, la intervención seleccionada corresponde al Área Temática de Cardiovascular, buscando incidir en la atención oportuna y efectiva ante un cuadro de infarto agudo del miocardio. La construcción del indicador para medir

esta intervención, se ha venido evolucionando en forma escalonada en el Compromiso de Gestión, partiendo con la elaboración de los registros por parte de los centros. Esto ha permitido medir este resultado intermedio, no sin ciertas limitaciones, esperando que los sistemas de información institucionales, puedan solventarlos en un futuro cercano.

Resultados por Intervención

3.1 Control de las personas con dislipidemia

El desorden de lípidos también llamadas dislipidemias, son anomalías del metabolismo de lipoproteínas e incluye elevación del colesterol total, LDL-colesterol, triglicéridos o deficiencia del HDL-colesterol¹³⁶.

Las dislipidemias son un factor de riesgo bien reconocido de las enfermedades del sistema circulatorio y constituyen un problema de salud pública. Son un factor de riesgo mayor reversible y su prevención es posible modificando los comportamientos de riesgo involucrados en su causalidad.¹³⁷

El Primer y Segundo Reporte del Panel de Expertos en Detección, Evaluación y Tratamiento de Colesterol elevado en sangre en adultos (ATP I y ATP II), identificaron al LDL como la meta primaria para la terapia de bajar el colesterol. El Reporte del Panel III o ATP III mantiene este énfasis. Indican los expertos que el LDL es la mayor lipoproteína aterogénica, y que este énfasis en el LDL ha sido fuertemente demostrado por recientes ensayos clínicos que muestran la eficacia del tratamiento que baja los niveles de LDL, para reducir el riesgo de enfermedad coronaria¹³⁸.

El ATP III recomienda lo siguiente "El LDL-colesterol debe continuar siendo la primera meta del tratamiento para bajar el colesterol"¹³⁹. Igualmente en la normativa institucional se indica que "el nivel de colesterol total puede interesar para tamizaje de población, pero el blanco principal en el manejo de las dislipidemias es el LDL-colesterol"¹⁴⁰

A nivel nacional, los resultados de la encuesta de La Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI) realizada en Costa Rica, mostró que el 45.7% de la población de 20 años y más de los cantones de San José, presentaba niveles de colesterol total mayor o igual a 200 mg/dl, factor de riesgo importante para enfermedad cardiovascular. En este mismo estudio se indica que la prevalencia de valores limítrofes y altos de LDL-colesterol fue de 25,3 y 13,7%, respectivamente¹⁴¹.

136 USPSTF. The Guide To Clinical Preventive Service 2009. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Pub. N°09-IP006. August, 2009/2009

137 CCSS. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. DTSS. Medicina Preventiva. 2004

138 NECP. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002NCEP

139 NECP. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002NCEP

140 CCSS. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. DTSS. Medicina Preventiva. 2004

141 Costa Rica. Ministerio de Salud y colaboradores. Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, Área Metropolitana, San José, 2004. Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud. —San José, Costa Rica: El Ministerio, 2009

Atendiendo estas recomendaciones técnicas, para el Compromiso de Gestión del año 2010, se dio seguimiento al grado de control que se brinda a las personas con dislipidemia, medido por el porcentaje de personas atendidas con un nivel óptimo de LDL-colesterol, de acuerdo al valor de LDL del último perfil de lípidos del año evaluado.

Para establecer el nivel óptimo de LDL-colesterol es indispensable contar con la clasificación de riesgo coronario, ya que los valores meta de referencia dependen de la estratificación de riesgo¹⁴². En los casos que el LDL-Colesterol no esté disponible debido a triglicéridos mayores o iguales a 400mg/dl se utilizó el colesterol no-HDL como valor meta de referencia.

Tanto la estratificación de riesgo como los valores meta utilizados son los indicados en la directriz técnica institucional¹⁴³.

Condición	Clasificación	Valor meta de referencia de LDL-colesterol	Valor meta de referencia de colesterol no-HDL
Enfermedad coronaria, equivalente de riesgo coronario, o tres y más factores de riesgo	Alto riesgo	<100 mg/dl	<130mg/dl
Dos factores de riesgo	Moderado riesgo	<130 mg/dl	<160 mg/dl
Uno o ningún factor de riesgo	Bajo riesgo	<160 mg/dl	< 190 mg/dl

CUADRO A.3.1

C.C.S.S: PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA Y PORCENTAJE CON NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN ¹	POBLACIÓN BLANCO ²	PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA	
		Cobertura institucional	Personas con valor óptimo de LDL-colesterol ³
		Porcentaje	Porcentaje
Total	463.483	41	45
Brunca	31.991	43	53
Central Norte	120.120	33	45
Central Sur	176.546	45	45
Chorotega	37.658	42	43
Huetar Atlántica	47.775	34	31
Huetar Norte	21.550	48	42
Pacífico Central	27.843	56	47

¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

² Se calcula con una prevalencia de 25,3%, según Encuesta de Vigilancia de factores de riesgo sobre una población de 30 a 79 años.

³ Con valores meta definidos en la guía institucional según riesgo.

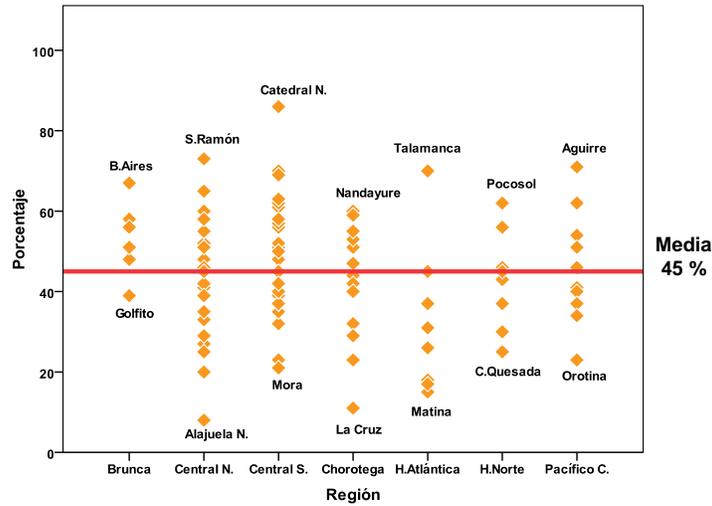
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

142 CCSS. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. DTSS. Medicina Preventiva. 2004

143 CCSS. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. DTSS. Medicina Preventiva. 2004

GRAFICO A.3.1

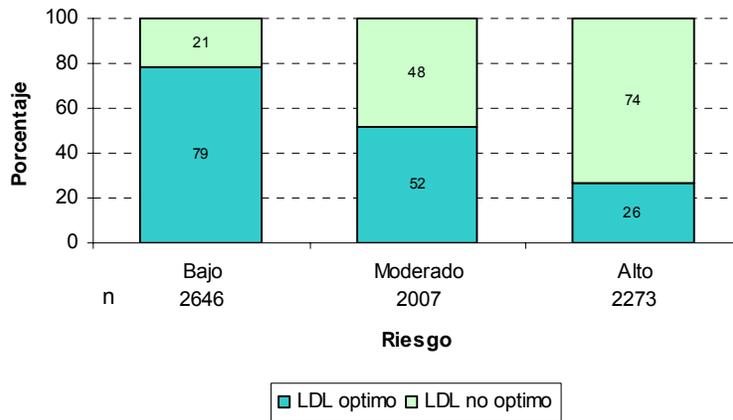
C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA Y NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL, POR ÁREA DE SALUD SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.2

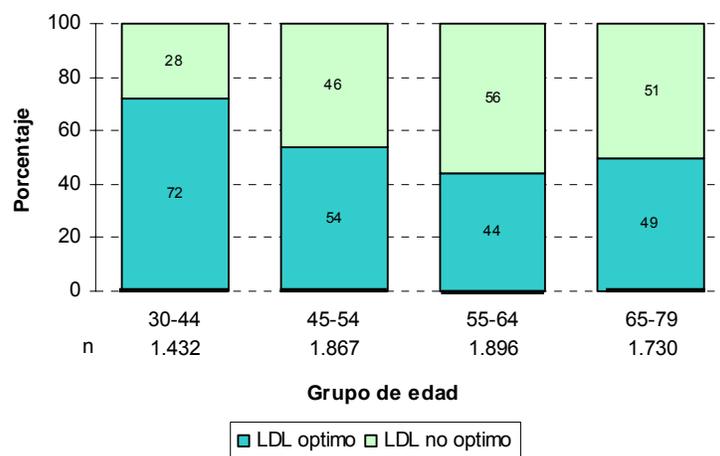
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS CON DISLIPIDEMIA Y NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL, SEGÚN RIESGO, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.3

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS CON DISLIPIDEMIA Y NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL, POR GRUPO DE EDAD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

CUADRO A.3.2

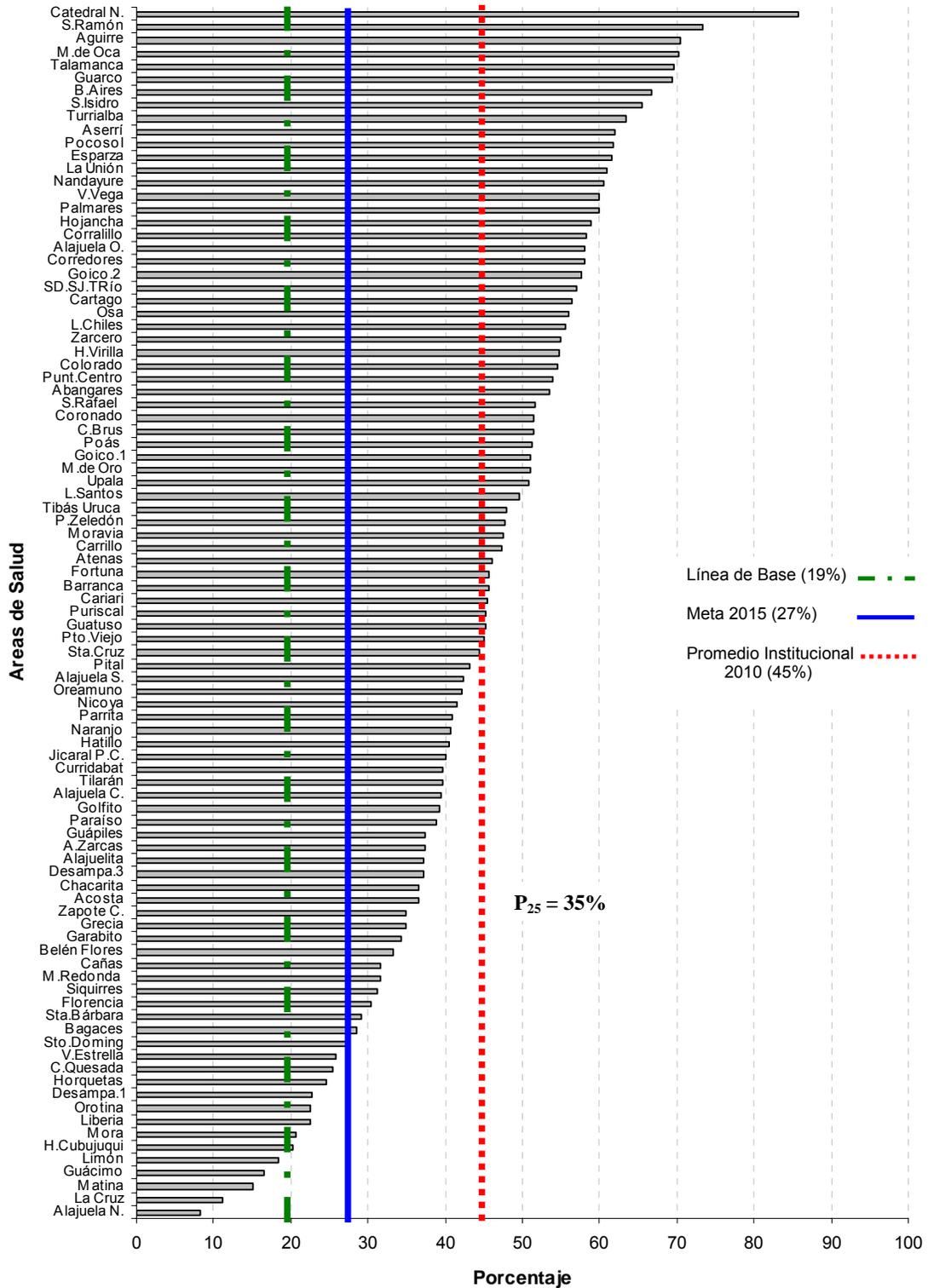
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISLIPIDEMIA ATENDIDAS, SEGÚN VALORES DE LDL-COLESTEROL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

LDL-COLESTEROL	TOTAL	GRUPO DE EDAD			
		30 - 44	45- 54	55- 64	65- 79
TOTAL	100	100	100	100	100
< 100	19	20	17	18	23
100- 129	31	36	28	29	30
130- 159	28	25	30	30	27
≥ 160	22	19	25	24	20
Promedio	133	129	137	136	130
IC ₉₀	132- 134	127-131	136-139	134-137	128-132
Desviación estándar	42	41	43	41	42
Mediana	130	125	134	132	126
Total de casos	8101	1571	2471	2269	1790

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.4

C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA Y NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL, POR ÁREA DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En el año 2010 la realización de la encuesta sobre Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, permitió contar con un dato nacional de prevalencia diagnosticada de dislipidemia, que corresponde al 25.3%¹⁴⁴.

La existencia de este dato permitió por primera vez calcular la cobertura de atención de las personas con esta patología a nivel institucional, la cual se ubicó en un 41% (cuadro A.3.1). La expectativa institucional era haber otorgado tratamiento a no menos del 75% de los dislipidémicos detectados para finales del año 2006¹⁴⁵. El resultado alcanzado muestra que estamos aún lejos de alcanzar esta meta.

Dos regiones en el país quedan bajo esta cobertura (Central Norte y Huetar Atlántica), en donde la primera, que tiene el menor porcentaje de cobertura(33%) aporta el 26% de la población blanco, por lo que este resultado deja a una importante cantidad de personas sin cubrir.(cuadro A.3.1.)

Al revisar el resultado intermedio que se evaluó, es decir, el porcentaje de personas con dislipidemia con resultado óptimo de LDL, se encontró que el 45% de los atendidos lograron este grado de control. En la Guía Institucional se planteaba que al menos el 40% de los dislipidémicos tratados alcancen. Aunque el resultado obtenido es superior, hay que recordar que la Guía lo indica teniendo como referencia una cobertura del 75%.

El comportamiento regional muestra que se obtuvo nivel óptimo de LDL-colesterol en menos de la mitad de los atendidos en todas las regiones excepto en la Brunca. Además en tres están por debajo del promedio institucional (Chorotega, Huetar Atlántica y Huetar Norte). La Región Huetar Atlántica muestra resultados que se encuentran bajo el promedio institucional en cobertura y bajo el promedio de control óptimo, lo que requiere especial atención. (Cuadro A.3.1.)

Como se ha indicado, un elemento de gran importancia para determinar el grado de control, es el riesgo cardiovascular de las personas atendidas. En este sentido, se encontró que el 38% tenían bajo riesgo, un 29% moderado riesgo y un 33% de alto riesgo. Llama la atención encontrar en el Primer Nivel porcentajes elevados de riesgo.

A nivel de Áreas de Salud, el porcentaje de personas con valor óptimo de LDL-colesterol, muestra variaciones importantes. El Área con mayor porcentaje es 9 veces mayor que la de menor porcentaje. Las Áreas que están bajo el percentil 25, controlan menos del 35% de las personas que atienden. (Gráfico A.3.4)

Al relacionar el grado de control con la presencia de riesgo se encontró que a mayor riesgo menos control, lo cual es esperable (Gráfico A.3.2), ya que el mayor riesgo denota patologías asociadas y/estilos de vida que dificultan el poder mantener nivel óptimo que son mas estrictos para evitar daño cardiovascular, que si se tuviese bajo riesgo. De ahí la importancia de abordar esta y otras patologías no trasmisibles no solo centrado en el tratamiento específico si no también en cambiar los factores de riesgo modificables.

De los resultados obtenidos se desprende que aún hay mucho por hacer especialmente con las personas atendidas de mediano y de alto riesgo quienes son los mas expuestos a presentar tempranamente problemas cardiovasculares. Incluso resolver aspectos de proceso que son básicos como el hallazgo de que en un 15%

144 CCSS. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Area Salud Colectiva, Subárea Vigilancia Epidemiológica.2011

145 CCSS. Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. DTSS. Medicina Preventiva. 2004

de la muestra (1217 casos) no se encontró anotado en el expediente el riesgo cardiovascular, esta situación requiere corregirse rápidamente ya que el no contar con esta información imposibilita el poder conocer el grado de control de las personas que se atienden.

Otro elemento a tomar en cuenta asociado al control es la edad de las personas, ya que es clara su relación con tener dislipidemia, como lo muestran las prevalencias encontradas en donde estuvo presente en el 13.2% de la población entre 20 a 39 años, en el 36.2% del grupo de 40 a 64 años y en el 42.5% en la población adulta mayor¹⁴⁶.

Los resultados muestran que las personas con nivel óptimo de LDL-colesterol disminuyen al aumentar la edad en los adultos. En cambio en los adultos mayores aumenta el LDL-colesterol óptimo con respecto a los de 55-64 años, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa, pero sirve para ratificar las recomendaciones internacionales en el sentido de que bajar el LDL-colesterol no debe ser negado a las personas sobre la base de su edad.¹⁴⁷.(Gráfico A.3.3)
No se encontraron diferencias en el grado de control con relación a sexo e IMC.

Como se contó con datos que permiten caracterizar a las personas atendidas se presentará a modo de información, para efectos de conocer a quienes se atienden y no solo tratar la enfermedad. Esta caracterización muestra que en relación a la edad; el 21% tenían 30-44años, 27% de 45-54 años, 28% de 55 a 64 años y 24% de 65-79 años. Con respecto al sexo, el 67% son mujeres y 44% hombres

Con respecto al estado nutricional, solo el 17% mostraba un peso normal, el 44% sobre peso y el 39% obesidad. En relación a los valores de LDL-colesterol se encontró un promedio de 133mg/dl, con una media de 130 mg/dl, cuya distribución por grupo de edad se observa en el cuadro A.3.2.

En esta intervención uno de los mayores beneficios es contar con información que no se tenía de una patología considerada un factor de riesgo importante para enfermedad cardiovascular, entendiendo que la misma será útil para tomar decisiones a nivel técnico y de gestión en los servicios.

Con respecto a los resultados, es claro que no se cumple con las expectativas plasmada en la Guía de Atención, no obstante, se quiso conocer el comportamiento en otros países para tener alguna referencia pero resultó imposible ya que la mayoría de las publicaciones que se revisaron se refería a colesterol total no a LDL-colesterol, indicándose que la recomendación en tratamiento es medir el LDL-colesterol, pero la disparidad de directrices de cada país impide contar con datos comparables¹⁴⁸.

El bajar los niveles de colesterol y en este caso específico de LDL-colesterol es una estrategia ideal para reducir la carga de la enfermedad cardiovascular, por lo que es pertinente seguir dándole seguimiento a esta intervención.

Pareciera importante avanzar en brindar un abordaje integral tal como se recomienda en la literatura en donde se indica que el acercamiento clínico solo no puede superar la carga de la enfermedad. Un esfuerzo paralelo y simultáneo se debe hacer para promover cambios en hábitos de la vida sin desconocer que el acercamiento clínico puede, retrasar o prevenir el inicio de la enfermedad

146 CCSS. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Area Salud Colectiva, Subárea Vigilancia Epidemiológica.2011

147 NECP. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002NCEP

148 Roth G. et al. High total serum cholesterol, medication coverage and therapeutic control: an analysis of national health examination survey data from eight countries. Bull World Health Organ 2011; 89:92-101

cardiovascular y prolongar las vidas de muchas personas con un riesgo aumentado¹⁴⁹.

3.2 Control de las personas con Hipertensión Arterial

En Costa Rica, las enfermedades del sistema circulatorio (ESC) desde 1970 son la primera causa de muerte¹⁵⁰. En el año 2010 ocurrieron 5422 muertes que representan el 28,4%¹⁵¹ de las muertes totales registradas, con una tasa de 11.8 por 10.000 hbtes.

Las tres causas de muerte que se encuentran relacionadas con la HTA como factor de riesgo son la enfermedad isquémica coronaria, enfermedad cerebrovascular y enfermedad hipertensiva.¹⁵²

La relación entre presión arterial y riesgo de eventos del sistema circulatorio es continua, consistente, e independiente de otros factores de riesgo. A mayor presión arterial mayor probabilidad de ataque cardíaco, enfermedad cerebrovascular y enfermedades renales¹⁵³.

La prevalencia de HTA ha ido en aumento a nivel mundial. En Costa Rica la encuesta CAMDI realizada en San José en el año 2004 indicó una prevalencia de hipertensión arterial de 25,6% de los cuales el 16,2% fue autoreportado y el 9,4% casos nuevos. La prevalencia por sexo fue de 25,0% en mujeres y 26,1% en hombres.¹⁵⁴

En el año 2010, se realizó a nivel nacional, la encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, que indica que en el país existe una prevalencia diagnosticada de 31.5%, la cual según sexo, se distribuye en 35.4% en mujeres y 27.7% en los hombres y de hipertensión no diagnosticada de 6.3%, la cual al estimarse según sexo, fue del 5.2% de las mujeres y el 7.3% de los hombres, lo cual indica una prevalencia global de 37.8%.¹⁵⁵

Este último resultado significa una importante carga de morbilidad, y un aumento importante en relación a la prevalencia que se estaba usando a nivel institucional hasta el momento, de acuerdo a la encuesta del 2004 y que es la que se utilizó en esta evaluación.

La directriz técnica institucional, define como hipertenso a toda persona de 18 años y mas con presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm/hg y/o presión arterial diastólica(PAD) mayor o igual a 90 mm/hg.

Las personas una vez diagnosticadas como hipertensas deben ser tratadas. El objetivo del tratamiento es reducir la morbilidad y la mortalidad con la menor intervención posible. Esto puede lograrse al alcanzar cifras de PAS inferiores a 140 mmHg y PAD inferiores a 90 mmHg, al mismo tiempo que modificando otros

149 NECP. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002NCEP

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

151 INEC. Defunciones según grandes grupos de causa. 2010

152 CCSS. Guías para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Tercera Edición. San José, Costa Rica.2009

153 US Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Join National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure. 2004

154 OPS-MS-CCSS-INCIENSA. Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Iniciativa CAMDI. San José, 2004

155 CCSS. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Area Salud Colectiva, Subárea Vigilancia Epidemiológica.2011

factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. En presencia de otras enfermedades o de daño a órganos blanco es de utilidad, siempre que la persona lo tolere, alcanzar cifras normales u óptimas de PA¹⁵⁶. En personas con DM, IRC o cardiopatía isquémica la meta óptima es PA < 130/80 mmHg

De acuerdo a la evidencia y recomendaciones un elemento importante del grado de efectividad de la atención brindada a las personas hipertensas es conocer cuantos de ellos logran estar con cifras óptimas de presión arterial, considerando la presencia de comorbilidades. Este es el indicador que se está utilizando en el Compromiso de Gestión del año 2010 para medir el grado de control de las personas hipertensas.

CUADRO A.3.3

C.C.S.S: POBLACION, COBERTURA Y PERSONAS HIPERTENSAS CON NIVEL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
(porcentaje)

REGIÓN	POBLACIÓN BLANCO ¹		PERSONAS HIPERTENSAS ATENDIDAS		
			Cobertura institucional		Personas Hipertensas con Presión Arterial óptima ²
	Prevalencia		Prevalencia		
	25%	37,8%	25 %	37.8%	Porcentaje
Total	754.955	1.141.492	46	30	59
Brunca	45.837	69.306	60	40	68
Central Norte	200.155	302.634	44	29	63 ^a
Central Sur	317.759	480.451	44	29	57 ^a
Chorotega	52.661	79.624	53	35	59
Huetar Atlántica	68.211	103.135	41	27	49
Huetar Norte	31.494	47.619	45	30	58
Pacífico Central	38.839	58.724	53	35	56

¹ Se calcula con una prevalencia de 25%, según encuesta CAMDI-2004 y con 37,8% según encuesta de vigilancia de factores de riesgo 2010, sobre una población de 20 años y más.

² Óptimo: PA < 140/90 mmHg.

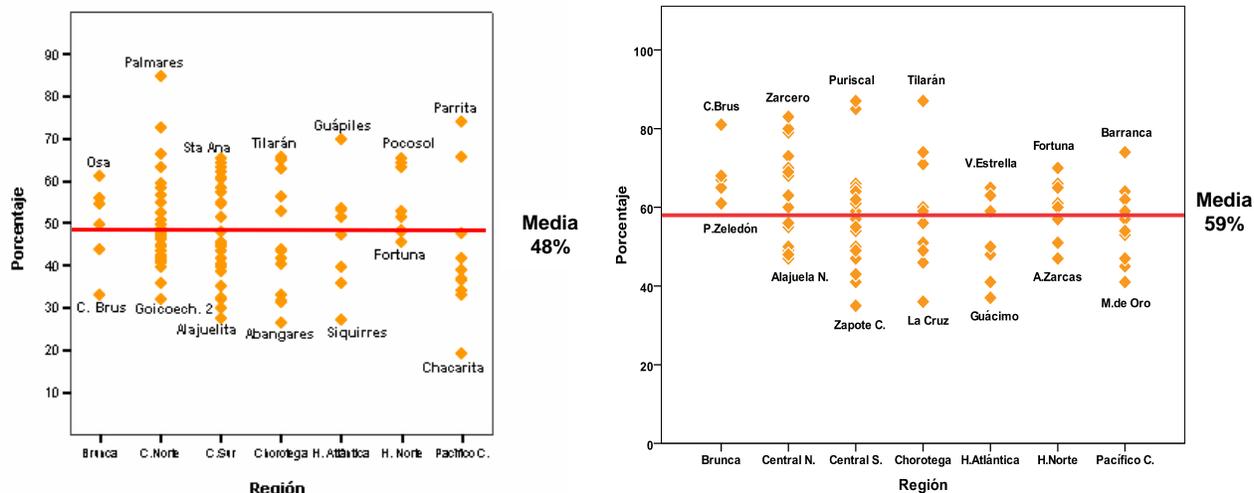
PA < 130/80 mmHg en personas con DM, IRC o cardiopatía isquémica

^a Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.5.

C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN CON NIVEL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL, POR ÁREA DE SALUD SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

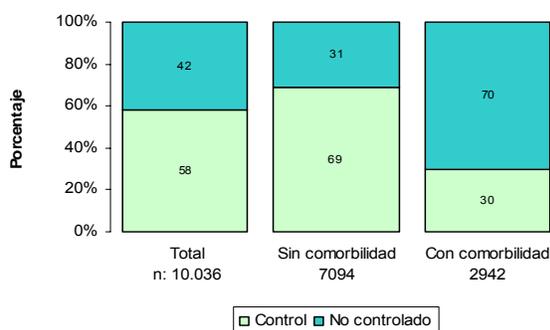


FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

CUADRO A.3.4
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ATENDIDAS SEGÚN COMORBILIDAD PRIMER NIVEL 2010

COMORBILIDAD	ABSOLUTO	PORCENTAJE
TOTAL DE CASOS	10.036	100
SIN COMORBILIDAD	7.091	71,0
CON COMORBILIDAD	2.942	29,0
Diabetes mellitus (DM)	2.505	25,0
Insuficiencia cardiaca (IC)	222	2,0
DM+IC	59	1,0
Insuficiencia renal (IR)	91	1,0
DM+IR	41	0,0
DM+IR+IC	11	0,0
IC+IR	13	0,0

GRÁFICO A.3.6
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN CON Y SIN COMORBILIDAD ATENDIDAS, SEGÚN CONTROL Y NO CONTROL. PRIMER NIVEL 2010

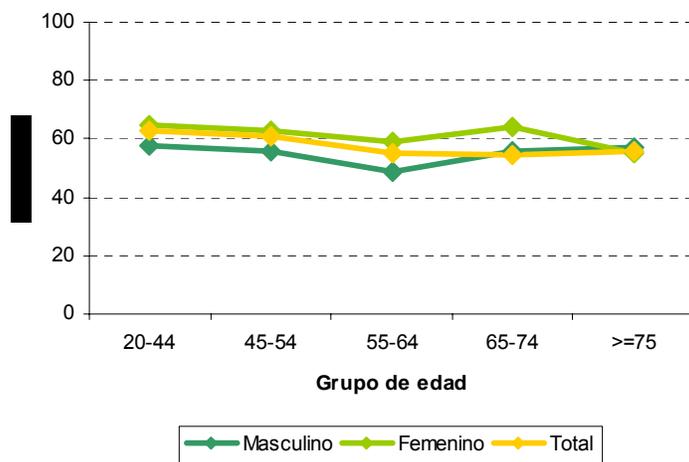


Sin comorbilidad	n	Con comorbilidad	n
Control: <140/ <90	4924	Control: <130/ <80	879
No control:	2170	No control:	2063

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.7.

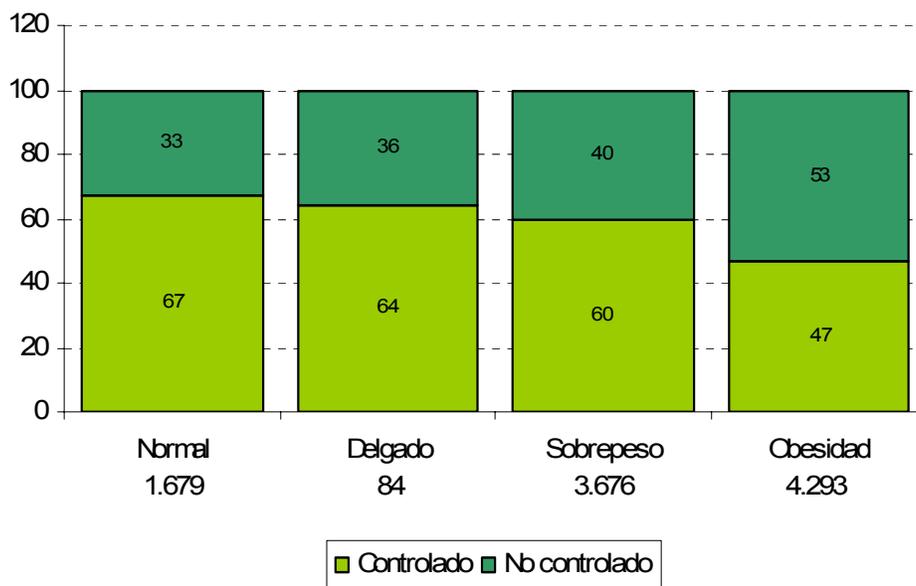
C.C.S.S PERSONAS CON HIPERTENSIÓN CON NIVEL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

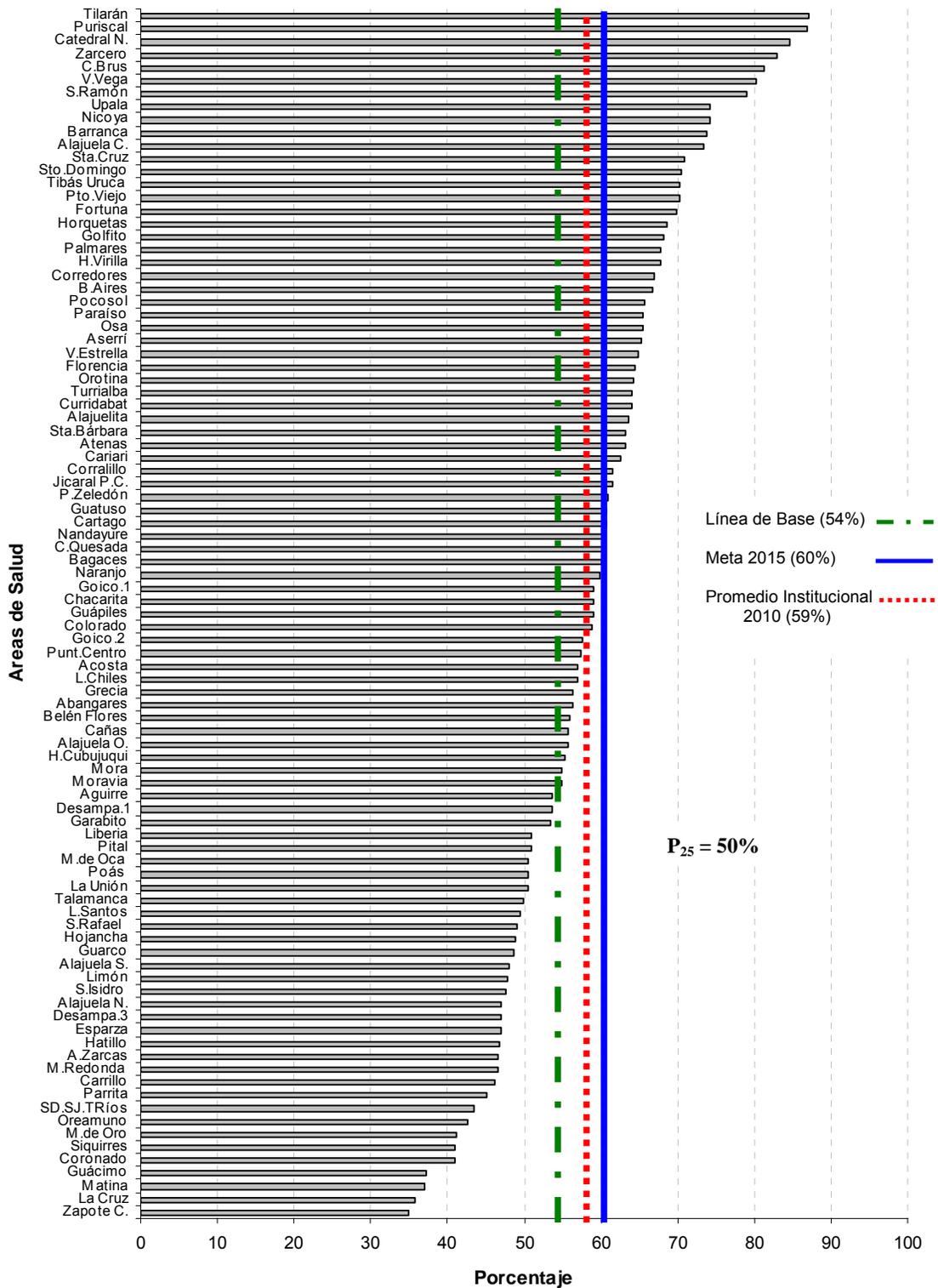
GRAFICO A.3.8.

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN CON VALOR ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.9.
 C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN,
 CON NIVEL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL, POR AREA DE SALUD PRIMER
 NIVEL DE ATENCION, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Con el objeto de poner en contexto los resultados de la intervención, también se calculó la cobertura de personas con Hipertensión, incluyendo en este caso a las Áreas de Compra Externa. Considerando una prevalencia de 25% que es la que se conocía cuando se diseñó el Compromiso de Gestión, en el año 2010, las personas atendidas representan un 46% de la población a riesgo, sin embargo, si consideramos los nuevos datos de la encuesta sobre Vigilancia de Factores de Riesgo que indica una prevalencia de 37.8%, la cobertura es de solo 30% en el primer nivel de atención. (Cuadro A.3.3)

Como se puede observar, el conocer y usar valores de prevalencia es determinante al calcular las coberturas institucionales alcanzadas en la atención. Por lo anterior se hace indispensable que a nivel institucional se defina con que prevalencias se va a trabajar y la que se considere, se oficialice para conocimiento no solo del nivel interno, sino también a nivel de país.

En relación al resultado de cobertura, independientemente de cual prevalencia se use, lo evidente es que se está cubriendo a menos del 50% de la población blanco, siendo mas preocupante si se usa la prevalencia de 37.8%. Esta situación se clarifica más al ver el comportamiento regional en donde las dos regiones centrales que conforman el 69% de la población blanco, ostentan las más bajas coberturas, al igual que la Región Huetar Atlántica que por las características de la población que atiende es mas propensa a tener personas con esta patología (Cuadro A.3.3).

El resultado de la intervención evaluada, es decir, el porcentaje de personas hipertensas atendidas con valores meta de presión arterial, medido por medio del último valor de presión arterial del año, alcanzó al 59% de los atendidos, considerando las comorbilidades. Este dato es superior en un 20% al encontrado en el estudio realizado a nivel institucional sobre esta misma patología con datos del 2006¹⁵⁷, y 7% superior a la línea de base del 2008¹⁵⁸, lo que indica un esfuerzo por mejorar la atención de las personas hipertensas al lograr que más de la mitad de los atendidos se encuentren dentro de valor óptimo. (Cuadro A.3.3).

Al comparar este resultado con los de un estudio realizado en el año 2004 en Europa y Estados Unidos de Norteamérica¹⁵⁹; esta cifra es levemente menor al 63% reportado por Estados Unidos y supera al de los cinco países europeos cuyos porcentajes de control fueron entre 31% y 46%.

A nivel regional, aunque existen variaciones no son tan marcadas como en otras intervenciones, siendo el porcentaje mas alto 1.38 veces mas que el menor. Cuatro regiones se encuentran bajo el promedio, pero existen dos que superan el 60% de personas atendidas con control óptimo. La región Huetar Atlántica muestra el valor más limitante, al mantener en rangos óptimos solo al 49% de los que atiende, lo que sumado a tener las menores coberturas, la hace merecedora de especial atención. (Cuadro A.3.3).

En el grafico A.3.5 se puede observar la dispersión de los resultados de las Áreas de Salud al interior de cada Región, así como entre regiones. Al comparar estos resultados con los encontrados en el año 2006, se observa una mejoría en brindar una atención con menor variación, lo cual contribuye a mejorar la equidad en la prestación de servicios.

157 CCSS. Control de la Hipertensión Arterial en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social. DCSS. 2010

158 CCSS. Línea de Base y Metas. DCSS.2010

159 Wang YR, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient Hypertension Treatment, Treatment Intensification, and Control in Western Europe and the United States. Intern. Med. 2007.

A nivel de Áreas de Salud se observa que el promedio de personas con control óptimo corresponde a la mediana por lo tanto el 50% de Áreas están sobre él y el otro 50% bajo el promedio. Los resultados varían entre unas y otras mientras en un extremo existen cinco Áreas que muestran más de 80% de control óptimo en el otro hay cuatro Áreas en que menos del 40% de quienes atienden tienen un control óptimo. (Gráfico A.3.9)

Como se ha indicado la presencia de comorbilidades es un factor que incide en el grado de control que tengan las personas hipertensas. Las personas atendidas en el Primer Nivel en un 71% no presentan comorbilidades y entre el 29% que la presentan la patología que más pesa es la Diabetes representando el 86% de toda la comorbilidad. (Cuadro A.3.4)

Los resultados muestran que la presencia de comorbilidades disminuye en forma importante la proporción de personas con control óptimo comparado con no tenerlas y estas diferencias son estadísticamente significativas $p=0.007$. En un estudio estadounidense realizado en personas con edades de 18 años y más; las cifras de control de la PA reportadas también fueron menores en el grupo con comorbilidad (23,2% y 46,7%)¹⁶⁰

Al analizar por separado los datos de los no controlados, se observa que el grupo de personas sin patología aporta el 51% de los no controlados en contra de un 49% de los con patología. Esta situación debe llamar a la reflexión en el sentido que existe una gran oportunidad al contar con un importante número de personas sin patología en las que existe mayor probabilidad de alcanzar nivel óptimo. Entendiendo que este es el principal objetivo de la prevención secundaria sino se alcanza, se perdería la oportunidad de retardar la aparición de complicaciones.

Al relacionar el grado de control con el sexo de las personas, se observa que las mujeres proporcionalmente se encuentran mejor controladas que los hombres en todos los grupos de edad excepto a los 75 años y más donde se igualan, sin embargo estas diferencias no son significativas. (Gráfico A.3.7) Esta misma relación se encontró en el Estudio de Control de la Hipertensión¹⁶¹, sin embargo en este caso las diferencias fueron significativas en todos los grupos de edad. A nivel internacional se reportan mejores resultados en las mujeres con respecto a los hombres y se atribuye al mayor número de contactos de las mujeres con los servicios de salud.¹⁶²

La edad de las personas ha sido reportada como responsable en el aumento de la incidencia y prevalencia de Hipertensión¹⁶³. En los resultados de la evaluación, la influencia de la edad en el grado de control óptimo, muestra una relación inversa, a más edad menos control, estabilizándose en los adultos mayores, sin embargo, estas diferencias son significativas solo entre el grupo de edad de 20-44 años comparado con tener 75 años y más $p=0.037$. (Gráfico A.3.7) Esta misma asociación se encontró en el estudio de Control de la Hipertensión del 2006 pero con diferencias significativas en todos los grupos de edad incluso el menor grado de control se presentó en las personas de 75 años y más.

Otro de los factores que puede influir en que las personas alcancen nivel óptimo de presión arterial, es su estado nutricional, medido por medio del IMC. Los resultados de la evaluación aunque muestran algunas diferencias en el grado de control de

160 Wong N. et al. Inadequate Control of Hypertension in US Adults with Cardiovascular Disease comorbidities in 2003-2004, 2007.

161 CCSS. Control de la Hipertensión Arterial en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social. DCSS. 2010

162 US Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure. 2004

163 US Department of Health and Human Services. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure. 2004

acuerdo al estado nutricional, estas no son estadísticamente significativas a menos que se compare el tener un estado nutricional normal con estar obeso, en donde si lo son $p=0.022$. Aunque en pruebas científicas se asocia un IMC de 25 (sobrepeso) con aumento de presión arterial, este efecto en las personas tratadas se hace evidente en un IMC de 30 y más. Esto no obvia que las personas con sobrepeso y obesidad sean respaldadas e instruidas para mantener una estrategia permanente y dinámica con el fin de conseguir una reducción en el peso. (Gráfico A.3.8)

Un aspecto relevante cada vez que se habla de Hipertensión es la calibración de los equipos para la toma de presión. A nivel nacional existe una normativa que regula lo referente al uso de estos instrumentos ajustado al Sistema Internacional de Unidades de Medida¹⁶⁴. De acuerdo al informe de Control de Verificación de Esfigmomanómetros brindado por la Dirección de Equipamiento Institucional, indica que "entre los años 2010 y 2011 se han visitado 55 Áreas de salud, 113 EBAIS, 47 Clínicas y 16 Hospitales para un total de 176 Centros, de todos ellos solo 2 Centros cumplieron con lo establecido en la normativa al respecto". El poder revertir esta situación pareciera una preocupación de primer orden frente a la detección, diagnóstico y tratamiento de una patología de la magnitud de la Hipertensión en el país.

El control de las cifras de presión arterial es un resultado intermedio clave del abordaje de las personas con hipertensión por los servicios de salud. Este resultado es una de las medidas de desempeño utilizada para la evaluación de los servicios de salud institucionales para la atención de las personas con hipertensión.

Los resultados de la intervención evaluada muestran mejoría con respecto a lo obtenido en años anteriores en la misma población y aún es superior a algunos países europeos, pero aún no se alcanza la cifra más alta alcanzada que es la de EU de 63%.

Sin embargo esto no significa que no existan aspectos que mejorar. Uno de los relevantes es aumentar la cobertura de atención, considerando la prevalencia que se defina a nivel institucional. En este sentido, seguir aumentando el tamizaje especialmente fuera de los servicios de salud y principalmente en los hombres.

Por otra parte, poner especial atención en el grupo de personas atendidas sin comorbilidades, para disminuir el porcentaje de estas personas que no presentan cifras de presión con valor óptimo.

Al ser la Diabetes la principal patología que coexiste con la Hipertensión y que ambas comparten factores de riesgo, pareciera indispensable abordar los factores de riesgo comunes para obtener mayor impacto con la prestación de servicios de salud.

A nivel institucional se hace necesario revisar el cumplimiento de la normativa sobre los instrumentos para la medición de la presión arterial ya que este es un requisito para el buen diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

164 Artículo 1 Decreto N° 34379-MEIC denominado Metrología. Instrumentos para la Medición de la Presión Arterial del Cuerpo Humano, Esfigmomanómetros, Mecánicos no Invasivos tipo Aneroides, de Columna de Líquido Manométrico y Digitales. Publicado en la Gaceta N° 53 del 14 de Marzo del 2008

3.3 Control metabólico de las personas con diabetes mellitus tipo 2

3.3.1 Porcentaje de personas con diabetes tipo 2 con al menos un resultado de HbA1c en cada semestre del año

La diabetes es una de las más costosas y complejas enfermedades crónicas que se caracteriza por un aumento de las cifras de glucosa en sangre (hiperglicemia) como resultado de defectos en la secreción o acción de la insulina o ambos. Las complicaciones resultantes de esta enfermedad son causa de morbilidad y mortalidad y están asociadas con daño de varios órganos tales como ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos^{165,166}.

La Diabetes tipo 2, que es la que nos ocupa en este apartado, es la más frecuente y se manifiesta con una aparición más insidiosa al ser comúnmente asintomático en los primeros años antes del diagnóstico. Usualmente se presenta en adultos, pero se está diagnosticando con mayor frecuencia en personas más jóvenes a medida que aumenta la obesidad, asociado a malos hábitos de alimentación y sedentarismo¹⁶⁷

En Costa Rica, la Encuesta CAMDI¹⁶⁸ realizada en San José en el año 2004 encontró una prevalencia de personas diabéticas tipo 2 de 7,9%, con un 6% de casos conocidos y un 1.9% de casos no conocidos. Según sexo la prevalencia en mujeres es de 7.6% y 8.3% en hombres.

En el año 2010, se realizó a nivel nacional, la encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, que indica una prevalencia de 10.8%, de los cuales 9.5% son casos conocidos y 1.3 desconocidos. Según sexo el 10.5% en el sexo femenino y 8.4% en el masculino¹⁶⁹.

Las personas con diabetes requieren ser tratadas durante toda su vida. El objetivo general del tratamiento es el control glicémico óptimo. El mismo está basado en tres pilares fundamentales, que son el tratamiento médico, la actividad física y la alimentación saludable.¹⁷⁰

La Hemoglobina glicosilada (HbA1c) hoy en día, se describe cada vez más como el estándar de oro por el cual juzgar la efectividad del control glicémico en la práctica clínica, para acordar nuevas estrategias terapéuticas y modificar o reducir factores de riesgos¹⁷¹.

El valor de la hemoglobina glicosilada ha sido usado en el Compromiso de Gestión desde el año 2003, primero como información, luego como criterio técnico para ajustar la cobertura y en el año 2010 se utiliza como el marcador que permitirá medir el grado de control metabólico de las personas con Diabetes tipo 2, utilizando el último resultado del año evaluado.

165 ADA. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, Volume 33, Supplement 1, JANUARY 2010

166 ADA-NID. The Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. Diabetes Care, Volume 26, Supplement 1, January 2003.

167 CCSS. Guía para la Atención de las Personas diabéticas tipo 2. San José, Costa Rica.2007

168 Costa Rica. Ministerio de Salud y colaboradores. Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, Área Metropolitana, San José, 2004 . Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud. —San José, Costa Rica: El Ministerio, 2009

169 CCSS. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Area de Salud Colectiva, Subárea de Vigilancia Epidemiológica. 2011

170 CCSS. Guía para la Atención de las Personas diabéticas tipo 2. San José, Costa Rica.2007

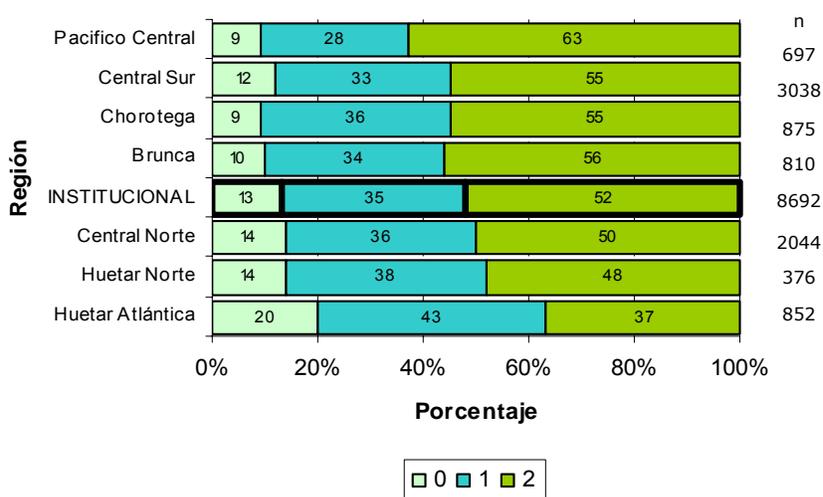
171 Jeffcoate SL. Diabetes control and complications: the role of glycated haemoglobin, 25 years on. Diabet. Med. 21, 657–665 .2004

La directriz técnica institucional indica que la meta de tratamiento que debe alcanzar una persona diabética es tener un valor de HbA1c menor de 7%. En el Compromiso de Gestión se considera con control adecuado cuando se tienen valores de HbA1c menores o iguales a 7%.

Una de las categorías que se ha introducido en el Compromiso de Gestión es el "pobre control", entendido como el no contar con ningún examen de HbA1c o cuyo último valor del año sea $\geq 9\%$.

GRAFICO A.3.10

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LA PERIODICIDAD DE LAS PRUEBAS DE HbA1c, EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN¹, SEGÚN REGIÓN, 2010 (porcentaje)

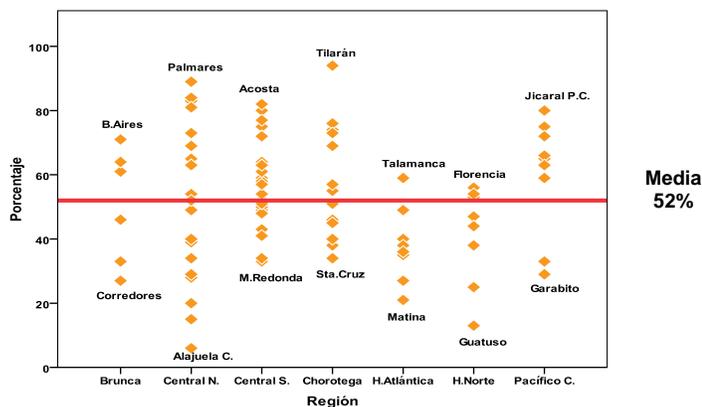


¹ Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.11.

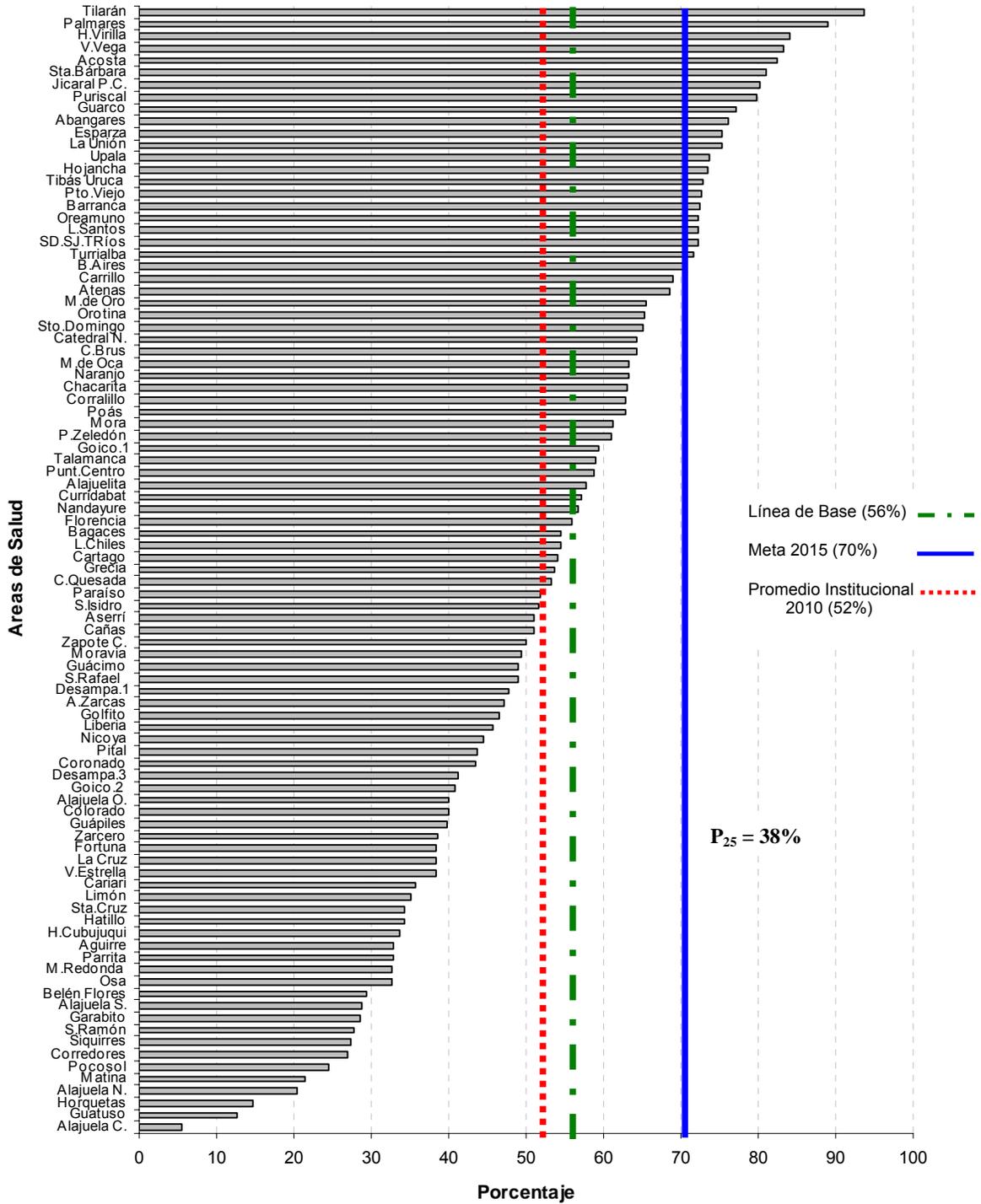
C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2, CON DOS PRUEBAS DE HbA1c, POR AREA DE SALUD SEGÚN REGION PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO A.3.12.

C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2
CON AL MENOS UN RESULTADO DE HbA1c EN CADA
SEMESTRE DEL AÑO, POR ÁREA DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

3.3.2 Porcentaje de personas con diabetes tipo dos atendidas con control metabólico óptimo

CUADRO A.3.5.

C.C.S.S: POBLACIÓN, COBERTURA Y PERSONAS DIABÉTICAS TIPO 2
CON CONTROL METABÓLICO ÓPTIMO, SEGÚN REGIÓN,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010
(porcentaje)

REGIÓN	POBLACIÓN BLANCO ¹		PERSONAS DIABÉTICAS ATENDIDAS		
			Cobertura institucional		Personas diabéticas con control metabólico óptimo ²
	Prevalencia		Porcentaje		
	8%	10.8%	8%	10.8%	Porcentaje
Total	203.980	275.374	55	41	52
Brunca	14.075	19.995	73	54	50
Central Norte	54.181	73.145	51	38	58 ^a
Central Sur	68.215	92.090	49	36	54 ^a
Chorotega	19.631	26.501	71	53	44
Huetar Atlántica	6.357	8.582	53	39	44
Huetar Norte	17.278	23.325	52	38	46
Pacífico Central	23.508	31.736	76	56	51

¹ Se calcula con una prevalencia de Diabetes tipo 2 de 8%, según encuesta CAMDI-2004 y 10.8% según encuesta de vigilancia de factores de riesgo 2010, sobre población de 20 a 75 años.

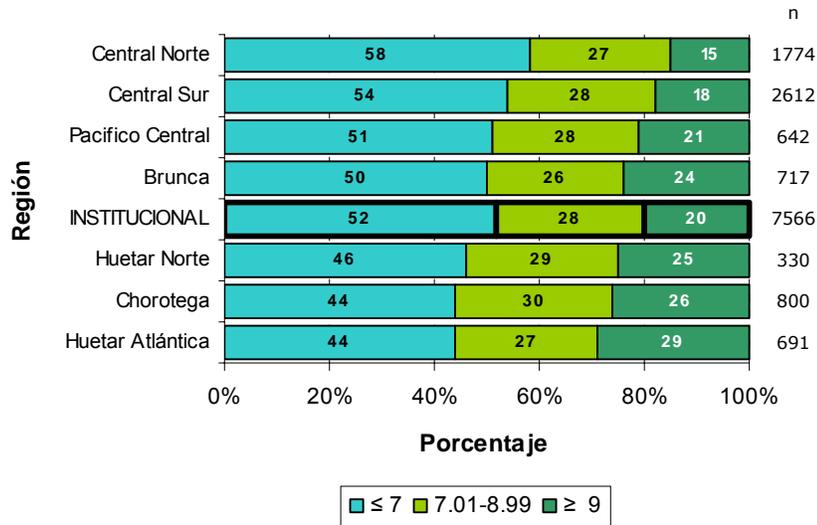
² Control metabólico óptimo: HbA1c ≤ 7%

^a Excluye a las Áreas de Compra Externa exceptuando a las gestionadas por la UCR

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

CUADRO A.3.13

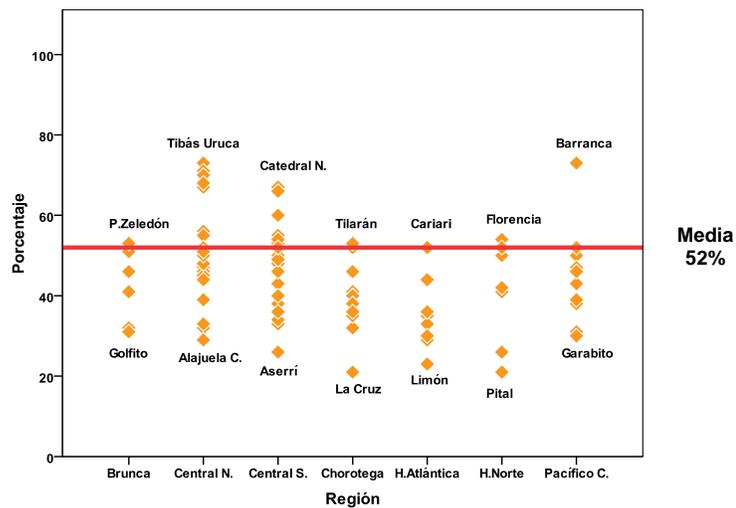
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE HBA1C EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 ATENDIDAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN REGIÓN. 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.14.

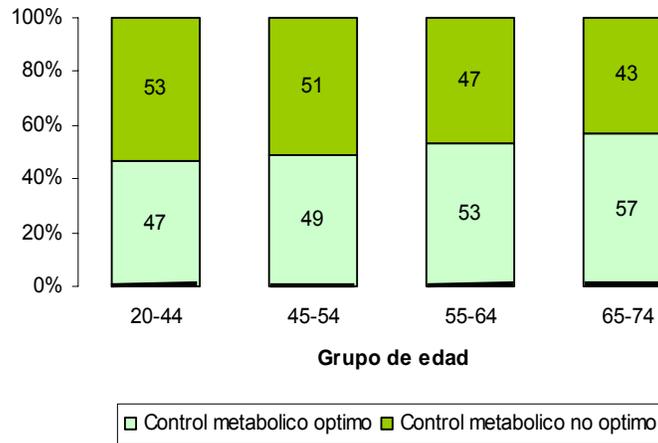
C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2, CON CONTROL METABÓLICO ÓPTIMO, POR ÁREA DE SALUD SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.15.

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2 CON CONTROL METABÓLICO ÓPTIMO, POR GRUPO DE EDAD, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

CUADRO A.3.16

CCSS: DISTRIBUCION PORCENTUAL, DE LAS PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2 CON POBRE CONTROL METABÓLICO, PRIMER NIVEL 2010

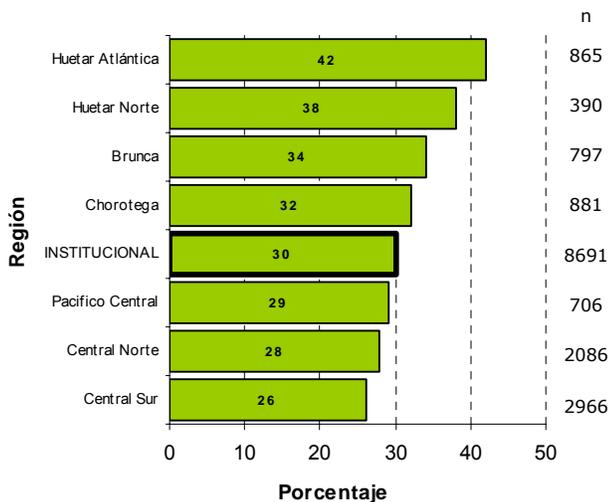
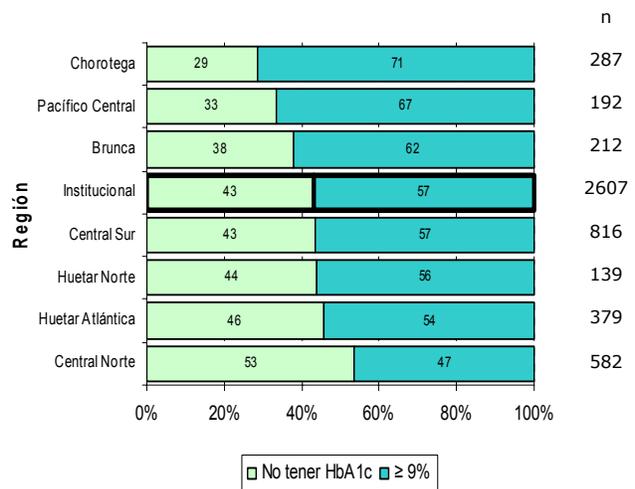


GRÁFICO A.3.17

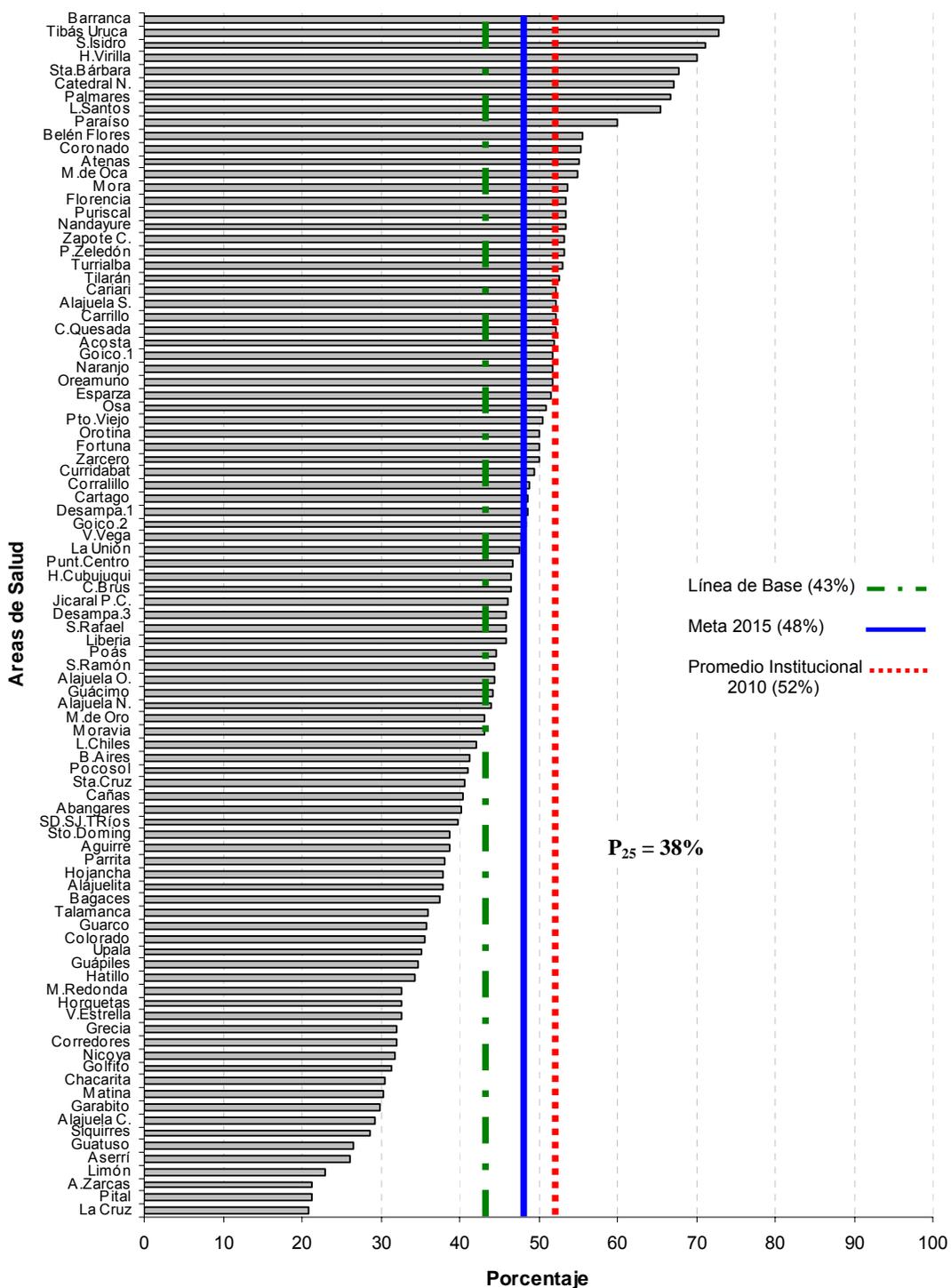
CCSS: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS COMPONENTES DEL POBRE CONTROL ,EN PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2 CON POBRE CONTROL METABÓLICO, SEGÚN REGIÓN, PRIMER NIVEL 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRAFICO A.3.18.

C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES TIPO 2
CON CONTROL METABÓLICO ÓPTIMO, POR ÁREA DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Entrando en la presentación de resultados, como se tienen los datos necesarios se construyó la cobertura de atención, lo que permite poner en contexto los resultados de la intervención evaluada. Al igual que en el caso de la Hipertensión se construyó la cobertura considerando la dos cifras de prevalencia existente, aunque para el diseño de este compromiso se disponía solo la de 8%.

Los resultados muestran una cobertura de 55% con una prevalencia de 8% y de 41% con una prevalencia de 10.8% sobre población de 20 a 75 años (Cuadro A.3.5). Este es el primer año que se utiliza esta población blanco, a partir de estudios a nivel nacional¹⁷² que muestran altos porcentajes de control en adultos muy mayores y a las recomendaciones de grupos internacionales indicando que en este grupo de edad alcanzar valores muy bajos conlleva mayor riesgo que beneficio¹⁷³.

Por lo anteriormente mencionado se hace difícil comparar estos resultados con los obtenidos años anteriores, ya que tenían prevalencias y grupo de población diferente, lo más cercano es compararlas con las del año 2008 y 2009 que fueron realizadas con prevalencia de 8% pero con toda la población de 20 años y más. En estos años la cobertura fue de 55% en el 2008 y 60% en el 2009¹⁷⁴.

Al igual que en las coberturas de Hipertensión, al revisar el comportamiento regional, las dos regiones centrales muestran las menores coberturas, siendo las que aportan el 60% de la población blanco. Pareciera que esto obedece a problemas en la capacidad instalada, aspecto que parece prioritario revisar. Cuatro regiones se encuentran bajo el promedio institucional, entre las que se encuentra la Huetar Norte que es la que tiene la menor cantidad de población blanco a atender, representando el 8% del total. La región que muestra la cobertura mas alta es 1.5 veces mayor a la de menor cobertura con ambas coberturas.

Al revisar los resultados del primer indicador relacionado con el porcentaje de personas con diabetes tipo2 con al menos un resultado de HbA1c en cada semestre del año, se encontró que el 52% de las personas atendidas contaban con una HbA1c en cada semestre que es lo que indica la normativa institucional. Este resultado es inferior en un 4% al encontrado en el año 2007¹⁷⁵ y 7% menos¹⁷⁶ al obtenido en el año 2008 (56%) y 2009 (57%). Esto indica que existe un retroceso en la periodicidad de ejecución de esta prueba determinante para conocer el control metabólico de las personas atendidas. Este resultado podría estar asociado a falta de reactivos en algún momento del año, situación manifestada por los prestadores de servicios de salud.

A nivel regional se observa que la Región con mayor cumplimiento de esta directriz técnica es la Pacifico Central y la con el desempeño mas limitado es la Huetar Atlántica. El resultado mas alto es 1.7 veces mayor que el menor. Tres regiones tienen resultados por debajo del promedio institucional. (Gráfico A.3.10).

En el otro extremo, el porcentaje de personas diabéticas que no tienen ningún examen de HbA1c se ubica en el 13%. Este resultado es 3 puntos porcentuales más alto que el del 2009, que era de 10%. La Región Huetar Atlántica es la que muestra

172 CCSS. Control de la Diabetes tipo 2 en las personas atendidas en la Caja Costarricense de Seguro Social. DCSS. 2006

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

174 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2008 y 2009. DCSS.2010

175 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2007. DCSS. 2008

176 CCSS. Informe de Evaluación Compromiso de Gestión 2008-2009. DCSS. 2010

el porcentaje más alto (20%) de contar con cero exámenes. (Gráfico A.3.10). Al aplicar el factor de expansión al promedio de 13% corresponde a 14.557 personas que no cuentan con este examen, siendo las Regiones Central Norte y Central Sur las que más contribuyen en este total.

Se evidencia que no se está avanzando en contar con resultados para controlar a las personas diabéticas, ya que el no tener ningún resultado de este marcador deja muchas dudas de la calidad de atención. Por otra parte este porcentaje sin exámenes contribuye a la categoría de pobre control que más adelante será presentado.

Al revisar el comportamiento de las Áreas de Salud al interior de cada región destaca la variabilidad de los resultados en la Región Central Norte. También se observa que en las Regiones Huetar Atlántica y Huetar Norte la mayor parte de sus Áreas se encuentran bajo el promedio. (Gráfico A.3.11)

A nivel internacional en los países de la OCDE (Europa-EU y México)¹⁷⁷ miden el contar al menos con una hemoglobina al año en población de 18 a 75 años. Muy pocos países lo reportan entre ellos tenemos a España con un resultado de 77.4%, Reino Unido un 94.4% y Estados Unidos 90.4%. En Costa Rica, a nivel institucional bajo este indicador se obtendría un 87.0%, lo que nos ubica en un nivel intermedio entre lo alcanzado por estos países y nos muestra un horizonte a lograr. Mantener disponibilidad permanente de los reactivos necesarios y revisando los motivos de la no realización de la prueba a nivel de la oferta como de los usuarios, es posible mejorar en forma importante este resultado.

Pasando a revisar el segundo indicador: Porcentaje de personas diabéticas con control óptimo, medido al tener una hemoglobina glicosilada $\leq 7\%$ en el último valor del año, se encontró, que en promedio el 52% de personas atendidas que cuentan con resultado de HbA1c presentan un valor óptimo. (Cuadro A.3.5), lo que significa un aumento de 8 y 9 puntos porcentuales con respecto a lo obtenido en los años 2008 y 2009.

Se hace difícil comparar este resultado con otros países por las diferencias en los puntos de corte y edad, sin embargo, a modo de información se presenta los resultados del estudio multicéntrico QUALIDIAB¹⁷⁸ que agrupa a seis países de América Latina en donde se indica que un 17% de personas alcanzaba valores de HbA1c $< 6.5\%$ y un 16.2% un rango de 6.5%-8.0%. En Estados Unidos se reporta que entre los adultos de 40 años y más con diabetes el 54.1% se encuentran en control óptimo (HbA1c $< 7\%$)¹⁷⁹. Aunque estos datos no son comparables con los institucionales, dan una idea que se está por buen camino en el abordaje de las personas con Diabetes.

Volviendo a los datos institucionales, las Regiones Centrales tienen limitaciones en cobertura, pero a más de la mitad de los que atienden se encuentran en nivel óptimo superando el promedio institucional. En cambio las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica muestran coberturas bajo el promedio y bajo control óptimo de quienes atienden. (Cuadro A.3.5)

La distribución porcentual de valores de HbA1c por región se presenta en el gráfico A.3.13. El valor promedio de HbA1c encontrado es de 7.5% (IC₉₀ 7.48 – 7.55), levemente inferior a lo encontrado en el Estudio del 2006 que era 7.6%. Como ya se ha comentado lo referente al valor óptimo, se destacará la situación de las

177 OCDE. Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update Report. Paris 2007

178 Gagliardino JJ et al. Red QUALIDIAB. Evaluación de la Calidad de Asistencia al Paciente Diabético en América Latina. Rev. Panam. Salud Pública: 10(5), 2001

179 AHRQ. National Healthcare Quality Report, 2010.

personas con valor no óptimo que corresponde al 48%. Se observa que se distribuye casi a la mitad el tener valores en el rango de 7.01% - 8.99% con tener mas o igual a 9% incluso hay una región en que el porcentaje de personas con valores mayor o igual a 9% excede a las que se encuentran en el rango de 7.01% - 8.99%.

Al comparar el porcentaje de valor no óptimo con el año 2009 (46%)¹⁸⁰, se observa que existe un aumento de 2 puntos porcentuales. El rango de 7.01 a 8.99 se mantiene, el aumento se da en el rango de mayor o igual a 9%. Además en el año 2009 las personas con valores mayor o igual a 9% de HbA1c correspondían al 39% del total con valor no óptimo, este año el tener estos valores corresponde al 42%.

El comportamiento de los resultados sobre control metabólico óptimo al interior de cada región y en el conjunto de Áreas de Salud se puede observar en los Gráficos A.3.14 y A.3.18.

La edad de las personas esta claramente asociada a la prevalencia de Diabetes, tal como lo demuestran las dos encuestas realizadas en el país en donde se indica que la prevalencia aumenta con la edad. Sin embargo, no existe clara asociación entre la edad y el grado de control metabólico. En el estudio del año 2006 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de valores de HbA1c y la edad, 7,7% en adultos y 7.3% en adultos mayores. En los resultados de la evaluación se encontró una disminución de un 1% en ambos grupos 7.6% en adultos y 7.2% en adultos mayores, manteniéndose estas diferencias como estadísticamente significativas $p=0.003$

Sin embargo, al relacionar los grupos de edad con el grado de control solo se encuentran diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo de 20-44 con tener 65 años y mas $p=0.018$. (Gráfico A.3.15) Al explorar la relación del grado de control con el sexo, no presentan diferencias, coincidente con lo encontrado en el Estudio del 2006.

Como se indicó al inicio de este apartado, en el Compromiso de Gestión del 2010 se ha incorporado la categoría de pobre control, recomendada por el NDQIA en el 2005. Aunque este año 2010 no se esta evaluando esta medición, si fue construida para conocimiento de los centros y su futura acción en pro de su disminución. Con los datos de las evaluaciones anteriores a nivel de la Dirección se ha construido esta categoría desde el año 2006 por lo que permite la comparación.

El pobre control es la sumatoria entre no tener ninguna HbA1c y valores sobre o igual a 9%. Entre las personas diabéticas atendidas en el año 2010 se encontró un 30% de pobre control. En el año 2006 el 34% de las personas diabéticas conformaban esta categoría y fue disminuyendo un 2% anual hasta el año 2009 quedando en 28%. El resultado del 2010 significa un 7% de aumento con respecto al 2009. Las regiones centrales presentan el menor porcentaje y la Huetar Atlántica el mayor) siendo este último 1.6 veces mayor que el mínimo. (Gráfico A.3.16)

A nivel internacional, considerando el pobre control solo con tener un valor de HbA1c $>9.5\%$ en personas diabéticas de 18-75 años se reportó en México un 20.8%(2002), España 9.5%(2000), Reino Unido 10.6%(2004-2005) y Estados Unidos 21% (1999-2002)¹⁸¹. En los datos institucionales, tomando el porcentaje de personas con un valor de $\geq 9\%$ se estaría parecido a Mexico, muy por encima de España y el Reino Unido y levemente inferior a Estados Unidos.

180 CCSS. Datos para negociación 2006-2009. DCSS

181 OCDE. Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update Report. Paris 2007

Un elemento importante de analizar es el grado de contribución de cada uno de los dos elementos que conforman esta categoría. El tener un valor de HbA1c alto es lo que más contribuye al pobre control al ser el 57% (Gráfico A.3.17). El conocer en cada región la contribución de cada uno de estos elementos puede orientar en donde poner el énfasis para poder disminuirlo. Aunque pudiese parecer más importante bajar los niveles altos, el no tener ningún resultado impide dar un adecuado tratamiento y mucho menos ajustarlo en caso de ser necesario, por lo que ambos deben reducirse

El rol del primer nivel de atención en la atención de las personas con diabetes tiene como eje central su control metabólico óptimo que permita retardar la aparición de complicaciones y mejorar su calidad de vida. Ensayos clínicos aleatorios tales como el UKPDS han mostrado que mejorar el control glicémico está asociado con una reducción importante de complicaciones. Cada 1% de reducción de HbA1c fue asociada con un 37% de disminución de riesgo de cualquier situación terminal o muerte relacionada con Diabetes así como la reducción de riesgo para infarto y enfermedades microvasculares¹⁸². Lo anterior avala el seguir monitoreando el control glicémico en las personas diabéticas.

Los resultados de la evaluación muestran que es necesario mejorar las coberturas de atención, especialmente en las regiones centrales del país que concentra a la mayor cantidad de población a riesgo. La atención que se brinda a quienes accedan muestra dos facetas, por un lado, un porcentaje importante de personas que no cuentan con resultados de HbA1c o solo con uno, situación que es necesario mejorar y por el otro un grado de control metabólico óptimo bastante aceptable en comparación con otros países.

El disminuir el pobre control es todo un desafío, especialmente cuando el mayor porcentaje de contribución está asociado a valores altos de HbA1c. Las recomendaciones de abordaje deberán incorporar la modificación de factores de riesgo que cambie estilos de vida como parte importante de su tratamiento

Esta situación representa un gran reto para los servicios de salud que probablemente deberán adecuar la oferta actual y buscar metodologías innovadoras, dirigidas a educar e incentivar a las personas diabéticas a mantener una adherencia al tratamiento y un grado de control metabólico aceptable para reducir complicaciones y puedan tener mejor calidad de vida.

3.4 Infarto Agudo del miocardio. Oportunidad de la Reperfusión coronaria

La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares del último año disponible en el 2009, fue de 113.91 por cada 100 mil hab. Dentro de este grupo el 46% corresponden a muertes por enfermedades isquémicas del corazón y el IAM representa la primera causa. En el año 2010 las enfermedades isquémicas del corazón representaron el 2% del total de egresos y el 25% del total de las enfermedades cardiovasculares, este porcentaje en el año 2005 fue de 27%¹⁸³. La tasa de mortalidad disponible por IAM del año 2008 fue de 29,42 por cada 100 mil hab.¹⁸⁴

182 Stratton I y colaboradores. Association of glycaemia with macrovascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). BMJ volumen 321.2000

183 Castillo J. Atención de las enfermedades cardiovasculares en la Caja Costarricense de Seguro Social 1998-2005 CCSS. 2006

184 Ministerio de Salud Indicadores básicos .Situación de la salud en Costa Rica, 2009

El Infarto Agudo del Miocardio con elevación del Segmento ST, forma parte del Síndrome Coronario Agudo. Las personas con esta patología, requieren en el menor tiempo posible la restauración del flujo sanguíneo en la arteria obstruida. Este tiempo es considerado como un determinante clave en la evolución del proceso, y en función de ese tiempo el tratamiento cobra importancia. Varios estudios proporcionan evidencia entre el inicio temprano del tratamiento trombolítico y una mayor sobrevivencia en este grupo de pacientes¹⁸⁵.

Lo anterior, obliga a instaurar sin mayor demora la reperfusión una vez que el paciente se pone en contacto con los servicios de salud, buscando maximizar la eficacia de la terapia¹⁸⁶. Por lo que se tendría que evitar los retrasos que pudiesen impedir empezar con la terapia trombolítica y así lograr acortar lo más que se pueda la duración entre el comienzo de los síntomas y el inicio de la terapia. En la actualidad, no se cuenta a nivel institucional con las Guías de Práctica Clínica para la atención del Síndrome Coronario Agudo. El referente utilizado en esta intervención, se basa en la recomendación emitida por la Asociación Americana del Corazón¹⁸⁷.

El tiempo puerta aguja¹⁸⁸ sería medido en aquellas personas que acuden a los Servicios de Urgencias con un cuadro clínico de IAM y que además cumplan los siguientes criterios: una elevación del segmento ST en el primer electrocardiograma realizado y ausencia de contraindicaciones para recibir la terapia. Con la intervención se pretende que el inicio de la aplicación de la terapia sea en un tiempo puerta aguja de 30 minutos¹⁸⁹, logrando de esa manera que no solo se mejore la sobrevida de las personas, sino también, se logre medir la efectividad de los servicios de Urgencias en la gestión de los pacientes con infarto¹⁹⁰.

GRÁFICO A.3.19.
C.C.S.S.: TIEMPO PROMEDIO DE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2008-2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008-2010

185 ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction 2004

186 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

187 CCSS. Web institucional, Atención del Síndrome coronario agudo, 17 marzo 2011

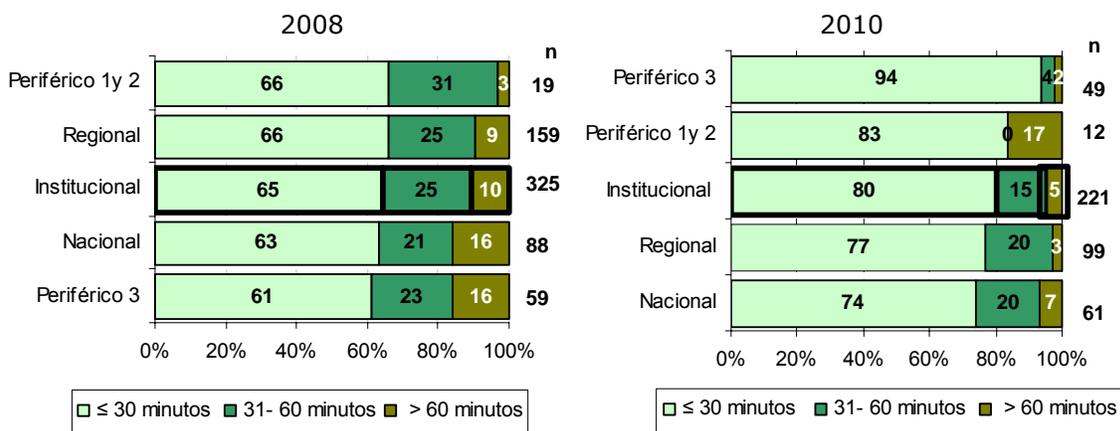
188 CCSS Ficha técnica Compromiso de Gestión: Tiempo puerta aguja: es el período que se calcula restando la hora: minutos registrada, en que la persona o su acompañante solicitó la atención, de la hora: minutos registrada, en que se inició la aplicación de la terapia trombolítica

189 ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction 2004

190 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

GRÁFICO A.3.20

C.C.S.S.: PROPORCIÓN DE PERSONAS CON IAM, SEGÚN RANGO DE TIEMPO TRANSCURRIDO EN MINUTOS, ENTRE LA LLEGADA AL CENTRO Y LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2008-2010

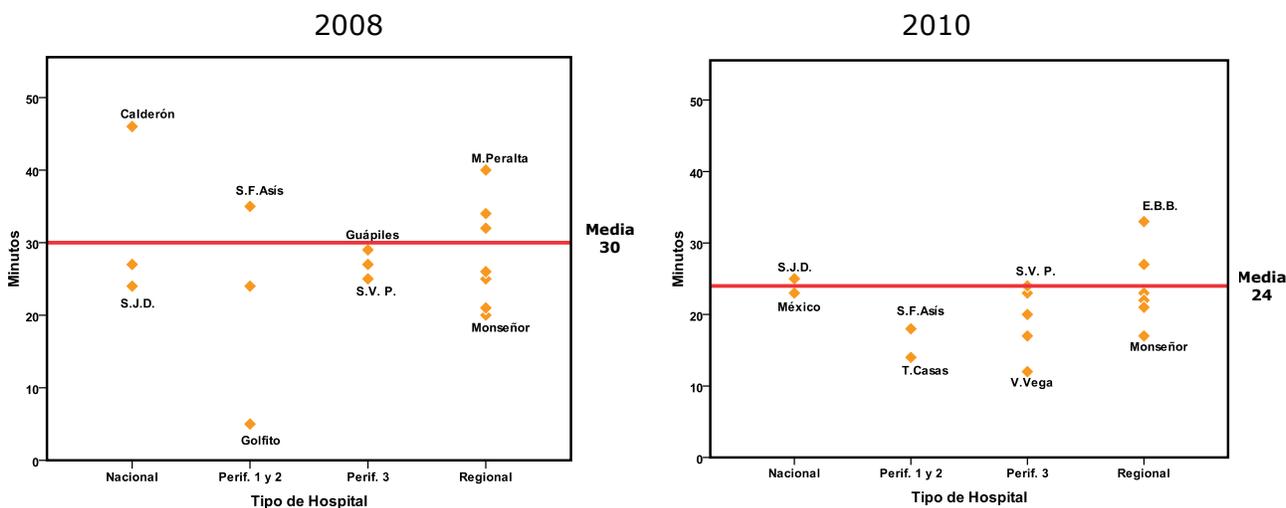


Para el año 2008 no se cuenta con el dato de los Hospitales Carlos Luis Valverde Vega, William Allen, Max Terán, Los Chiles, Tomás Casas, C. Nelly y San Vito de Coto Brus y para el año 2010 de los Hospitales de Upala y Golfito; los Hospitales Max Terán, Los Chiles, C. Nelly y San Vito de Coto Brus sólo cuentan con un caso.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2008-2010

GRÁFICO C.23

C.C.S.S.: TERAPIA TROMBOLITICA SEGÚN TIPO DE HOSPITAL AÑOS 2008 Y 2010



Para el año 2008 no se cuenta con el dato de los Hospitales Carlos Luis Valverde Vega, William Allen, Max Terán, Los Chiles, Tomás Casas, C. Nelly y San Vito de Coto Brus y para el año 2010 de los Hospitales de Upala y Golfito; los Hospitales Max Terán, Los Chiles, C. Nelly y San Vito de Coto Brus sólo cuentan con un caso.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En el año 2010 se analizó una muestra de 221 personas con diagnóstico de IAM y elevación del segmento ST, que representa el 67% de un total de 328 casos reportados en la evaluación; candidatos a recibir la terapia trombolítica. El tiempo promedio de aplicación del tratamiento en los servicios de urgencias del Seguro Social fue de 24 minutos. En el año 2008 se reportó un tiempo promedio de 30 minutos. La reducción de ese tiempo se presentó en todos los tipos de hospital; observándose la mayor disminución en el nacional y periférico³. (Gráfico A.3.19)

La reducción de seis minutos en el tiempo promedio del inicio del tratamiento fibrinolítico, se reflejó en un incremento del porcentaje de personas con IAM que recibieron la terapia en los primeros treinta minutos a partir de la llegada a los servicios de urgencias. En el año 2008 ese porcentaje fue de 65% y pasó a 80% en el 2010. El mismo patrón se observó en todos los tipos de hospital, en mayor proporción en los periféricos; en los cuales casi la totalidad de los casos inician la terapia dentro del tiempo de puerta aguja esperable. . Es importante resaltar que son mínimos los casos de IAM abordados en el Periférico 1 y 2. (Gráfico A.3.20)

De igual manera, se redujo el promedio de inicio de la terapia con respecto al reporte de la evaluación del Compromiso de Gestión del año 2008. En el tipo de hospital nacional la reducción fue de 8 minutos, pasó de 32 a 24 minutos y en el periférico 3 se disminuyó en 6 minutos, de 33 a 28 minutos. Las diferencias observadas entre los promedios de aplicación de la terapia en hospitales del mismo tipo, se mantienen dentro del tiempo puerta aguja estipulado, a excepción de un hospital del tipo regional que 1 de los dos casos reportados sobrepasa los 30 minutos. (Gráfico A.3.21) Sin embargo; sólo en once establecimientos, 3 regionales y en ocho de tipo periférico, el 100% de los casos se abordaron dentro de margen de tiempo puerta aguja.

La aplicación temprana del tratamiento fibrinolítico, tiene un peso importante en la sobrevida de las personas infartadas, candidatas a esa terapia¹⁹¹. Lo anterior lleva a recomendar en los casos en que existió retraso en la aplicación del tratamiento, sobre todo cuando la demora superó los sesenta minutos, el análisis de los factores modificables relacionados a la gestión de los servicios, con el fin de realizar los cambios necesarios que garanticen la administración oportuna de la terapia¹⁹². Varios estudios demuestran que la tasas de mortalidad son significativamente mayores en tiempos puerta aguja prolongados¹⁹³

Sin embargo; aunque se observó una mejora en el tiempo promedio de respuesta de los servicios de urgencias, en iniciar más rápido la aplicación de la terapia en los casos que lo requirieron con respecto al 2008; no debe obviarse el hecho que estos servicios no cuentan en la actualidad con un sistema de registro automatizado. Esta situación podría ser una limitante en cuantificar el total de personas con IAM tributarios de terapia, pudiendo dejar excluidos casos que cumplen con los requisitos establecidos para la medición del tiempo puerta aguja.

En esta misma línea; las condiciones críticas de salud, en que algunas de estas personas acuden a los servicios de Urgencias, imposibilita el registro cronológico del proceso, limitando la medición del tiempo. Según estudios pilotos realizados¹⁹⁴ el error del tiempo anotado a la hora de llegada del paciente, se presenta en altos porcentajes, así como las imprecisiones de la codificación en la historia clínica de

191ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction 2004

192 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

193 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

194 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

los diferentes momentos; provocando amenaza en la validez de los datos¹⁹⁵. Sin embargo; los posibles errores encontrados no superan la importancia de la medición de los resultados en los pacientes con IAM.¹⁹⁶

Lo anterior, plantea la necesidad de buscar alternativas tendientes a automatizar los registros de las personas con IAM en los servicios de urgencias, que garanticen medir el tiempo puerta aguja a la totalidad de los casos candidatos de terapia trombolítica. En las personas con esta patología que acuden en estado crítico, se sugiere establecer estrategias que mejoren la anotación correcta del tiempo de hora de llegada al servicio de urgencias. Además, se sugiere la posibilidad de trascender el análisis por parte de la instancia correspondiente, sobre el comportamiento de la mortalidad y sobrevida a corto y mediano plazo en este segmento particular de personas infartadas.

3.5 Gestión del Servicio de Urgencias del Segundo Nivel No Hospitalario

Los servicios de urgencias brindan atención inmediata sin cita previa, al paciente urgente no hospitalizado, en cualquier instante del día por justificarlo así su estado de salud¹⁹⁷. Sin embargo; el que su utilización sea a libre demanda, ocasiona el que un importante porcentaje de pacientes no urgentes, causen abarrotamiento de estos servicios y originen un costo adicional.

Esta situación, aunado a la complejidad en el manejo del paciente urgente, plantea la necesidad de promover la búsqueda de nuevas formas de prestación, que beneficien al usuario en calidad y oportunidad. En este primer acercamiento, la intervención está dirigida a que los gestores analicen los indicadores de oferta y demanda previamente establecidos y con base en los resultados formulen y ejecuten un plan de intervención.

Como resultado del proceso de evaluación se encontró que en diez servicios de Urgencias de los 11 establecimientos del Segundo Nivel ambulatorio no hospitalario (un centro no cuenta con este servicio), el 100% de los gestores realizó el análisis correspondiente a los indicadores de oferta y demanda relacionados con la procedencia de los usuarios, el traslado de casos urgentes a otros centros, el comportamiento de las atenciones según turno, la razón de atenciones urgentes y no urgentes, la participación de los servicios de apoyo en el diagnóstico y el consumo de medicamentos. En los diez servicios los responsables con base en los resultados, elaboraron el Plan de intervención y ejecutaron las acciones planteadas, en busca de una mejora en la gestión del Servicio de Urgencias.

Conclusiones de los resultados del Desempeño por intervención en la Dimensión de Efectividad

La Dimensión de Efectividad en el Primer Nivel de Atención esta abordando tres intervenciones relacionadas con factores de riesgo de mucho peso para Enfermedad Cardiovascular, principal causa de muerte en el país.

La evidencia actual indica que el riesgo de presentar eventos coronarios aumenta entre 2 y 4 veces si se fuma o si se es diabético, hipertenso o dislipidémico; si la

195 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

196 OCDE Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health systems, 2004

197 WEB CCSS. Área Estadística en Salud. Definiciones básicas.

persona fuma y es diabético o hipertenso, el riesgo aumenta 13 veces; si además tiene niveles lipídicos inadecuados, el riesgo aumenta 42 veces; si el individuo es obeso, el riesgo aumenta 65 veces; si tiene factores psicológicos, 185 veces; si el paciente tiene todos los factores de riesgo, tiene 303 veces más riesgo de tener un evento coronario. Por otra parte se indica que la Hipertensión Arterial el estrés permanente y la Diabetes son los factores individuales mas fuertemente asociado a riesgo de Infarto Agudo de Miocardio.¹⁹⁸

El papel fundamental del Primer Nivel con respecto a la atención de personas con Dislipidemia, Diabetes o Hipertensión es prevención secundaria, para contribuir a retrasar lo más posible la aparición de complicaciones y su peso en el riesgo cardiovascular, así como, mejorar la calidad de vida de las personas que las presenten.

Los resultados obtenidos en este proceso de evaluación, muestran que en las personas que se atienden existe un porcentaje aceptable de personas con control óptimo, tomando en cuenta resultados de otros países que aunque no son exactamente comparables, permiten un marco de referencia, sin que esto signifique que aún no hay espacio de mejoría.

Pareciera que lo que hay que mejorar en forma importante es la cobertura de atención de las personas con estas enfermedades crónicas, que a la luz de los nuevos datos de prevalencia aparecen muy bajas. El reto será aumentar las coberturas y mantener los porcentajes de control óptimo que se manejan actualmente.

En el caso específico de la atención de las personas con Diabetes, se hace necesario mantener la disponibilidad de reactivos para el adecuado control e incidir en las personas en la importancia de realizarse este importante examen, de esta forma se contribuirá a reducir el pobre control y se mejorará la calidad de atención.

Dada la magnitud de las enfermedades crónicas y su efecto en la mortalidad, en las intervenciones que nos ocupa se hace necesario modificar su abordaje recogiendo las recomendaciones que años se vienen dando al respecto. En prevención primaria crear condiciones para evitar que aparezcan los factores de riesgo y en prevención secundaria adoptar algún modelo de cuidados integrado que aborde los factores de riesgo comunes ya que permite el efecto conjunto sobre varios problemas de salud.

La finalidad de los modelos de cuidados integrados responde al hecho que las enfermedades crónicas raramente pueden ser tratadas en solitario por lo que el abordaje debe lograr la mayor integración de servicios a través del continuo de de cuidados para varias enfermedades¹⁹⁹.

En el caso de la atención Especializada, específicamente con respecto a la atención oportuna de las personas con Infarto de Miocardio, se presentan dificultades para medir adecuadamente el tiempo puerta aguja a la totalidad de los casos candidatos de terapia trombolítica debido a la falta de registros automatizados de la atención que se brinda a estas personas que acuden a los Servicios de Urgencias. Hasta que esto no suceda, se sugiere establecer estrategias que mejoren la anotación correcta del tiempo de hora de llegada al servicio de urgencias, así como, trascender el análisis sobre el comportamiento de la mortalidad y sobrevida a corto y mediano plazo en este segmento particular de personas infartadas.

198 Lanas F. Factores de riesgo Cardiovascular en América Latina: Estudio INTERHEAT. Medwave, Año VIII, Nº10. 2008

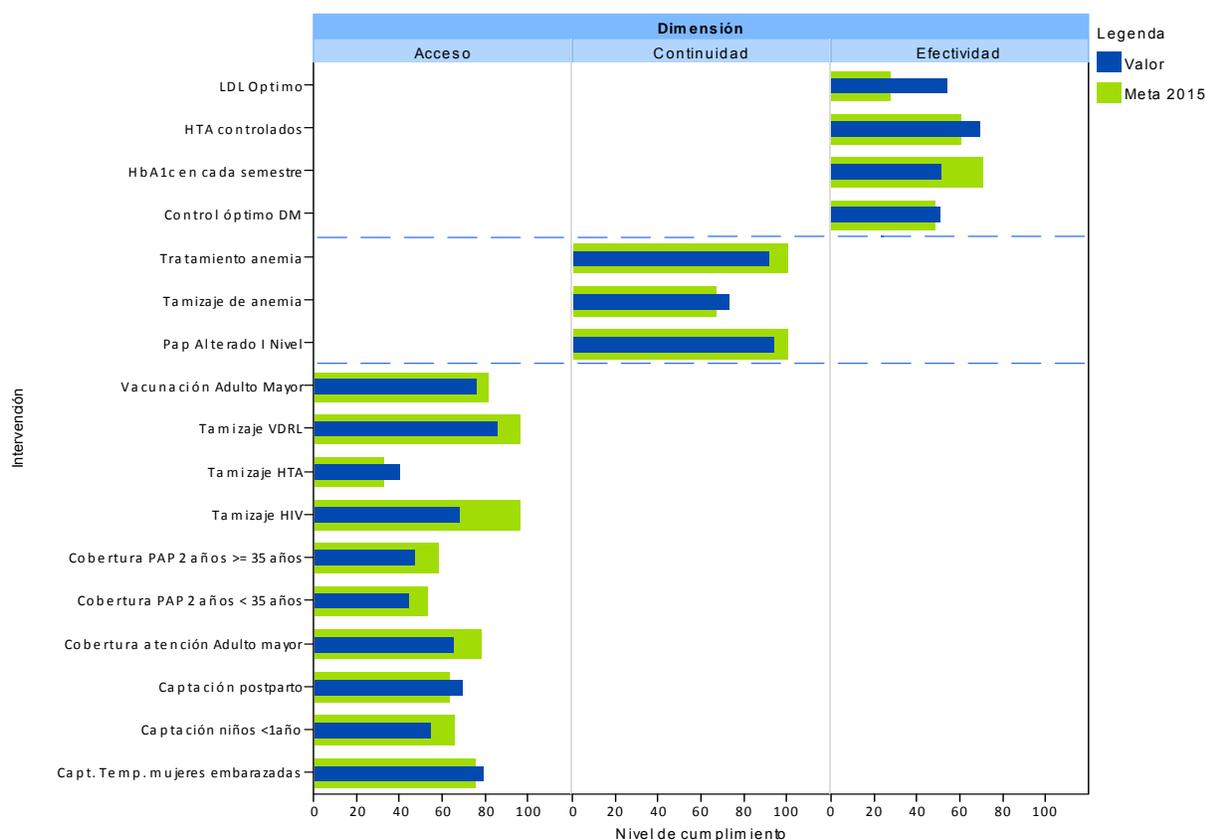
199 LSE Health. Chronic disease Management and the use of remote patient monitoring. EUROHEALTH, Vol. 15, Nº 1. 2009

Síntesis de los resultados de las tres dimensiones analizadas en relación a las metas planteadas al 2015

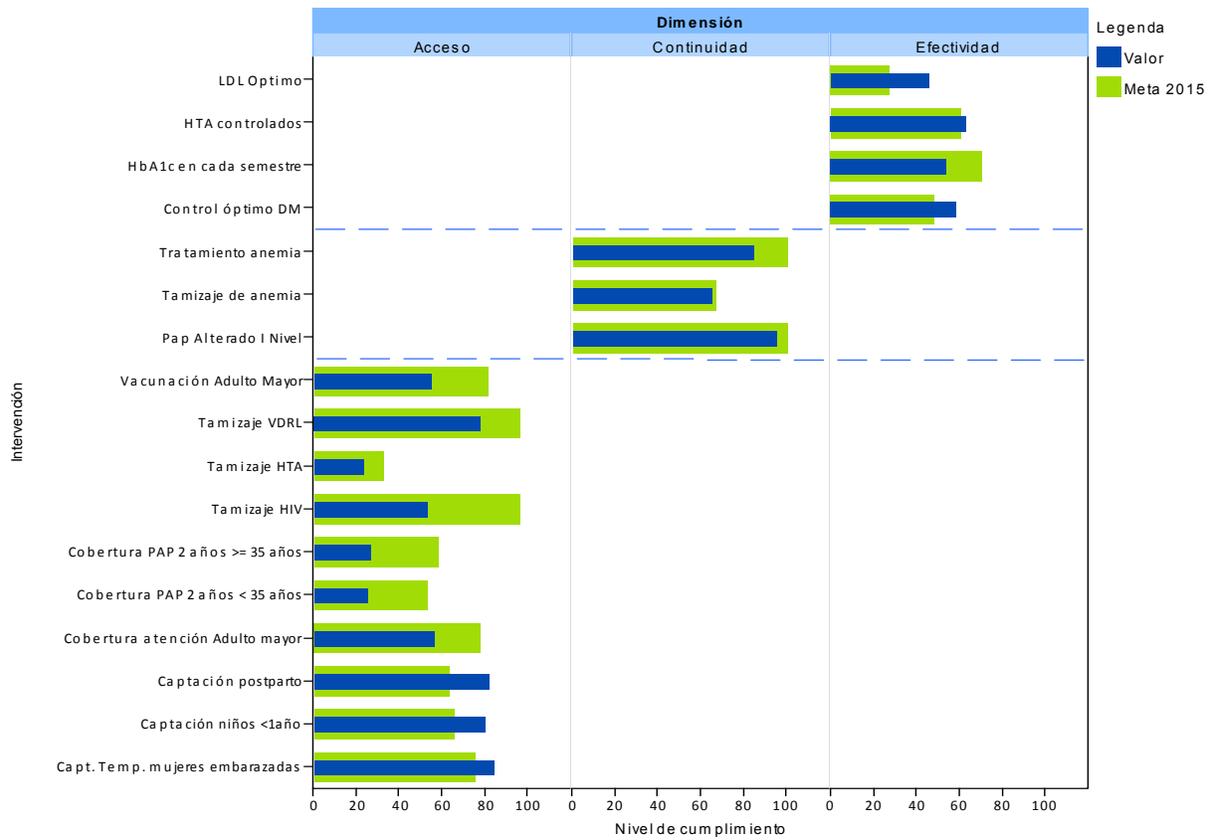
Con el objeto de facilitar la interpretación de los resultados logrados de cada una de las intervenciones hasta ahora analizadas, se elaboró un mapeo por región de cada una de las intervenciones, mostrando los valores promedios obtenidos y la meta al 2015.

Se espera que esta información sea de utilidad a los gestores regionales para orientar su quehacer de apoyo técnico, guiados por la información de logro obtenido y las brechas que se encuentren con respecto a las metas planteadas. Las metas que a la fecha se hayan cumplido, se deben realizar esfuerzos para mantenerlas y en el caso de las que hay diferencias estudiar las situaciones en cada caso para identificar si al 2015 con la actuación actual se puede lograr o se requiere modificar situaciones que puedan ser limitantes. El objetivo es que al 2015 todas las metas se puedan cumplir y si es posible mejorar.

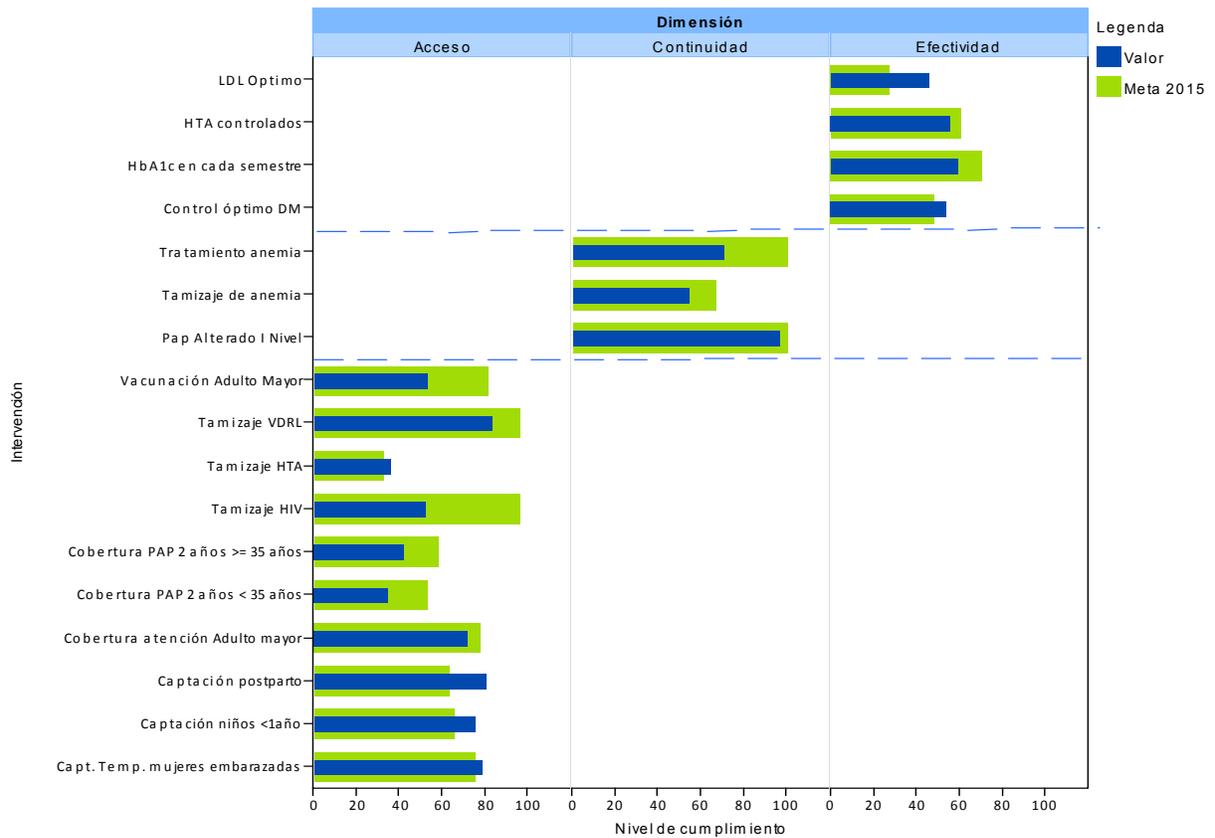
Región Brunca



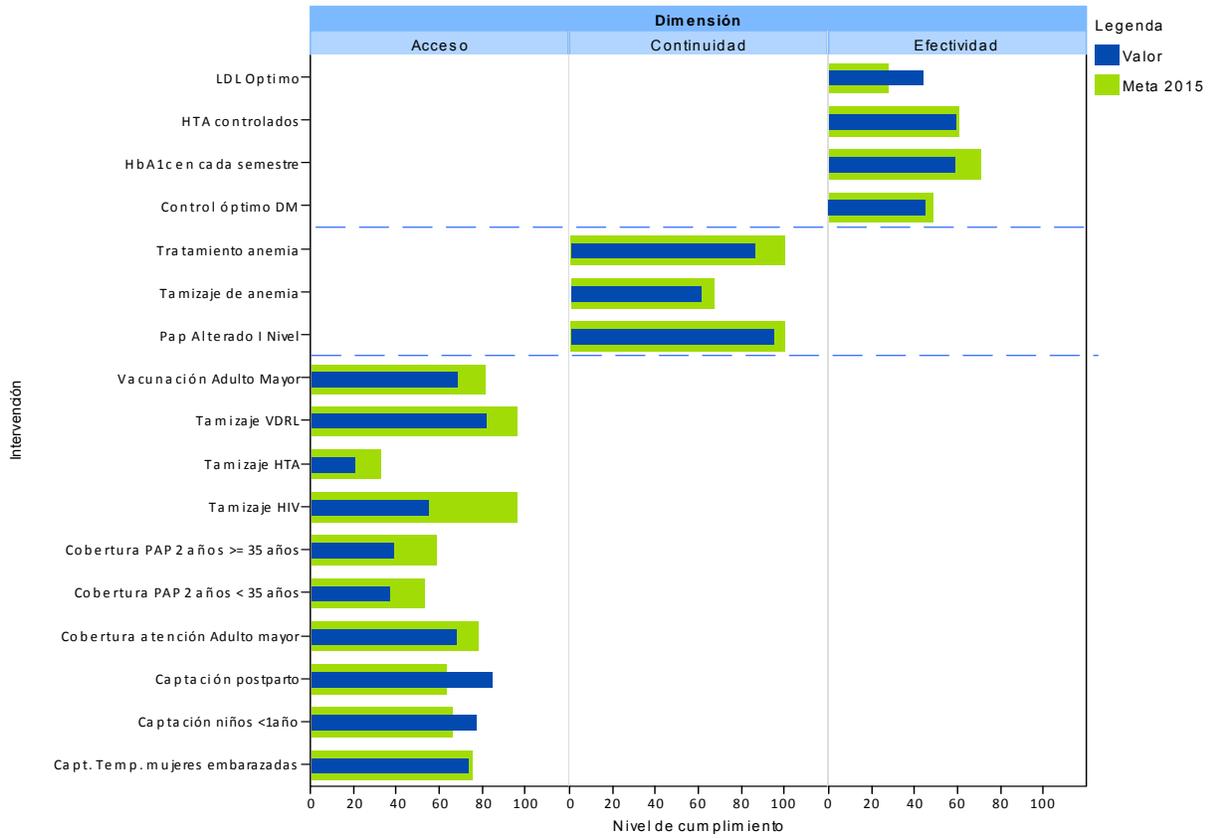
Región Central Norte



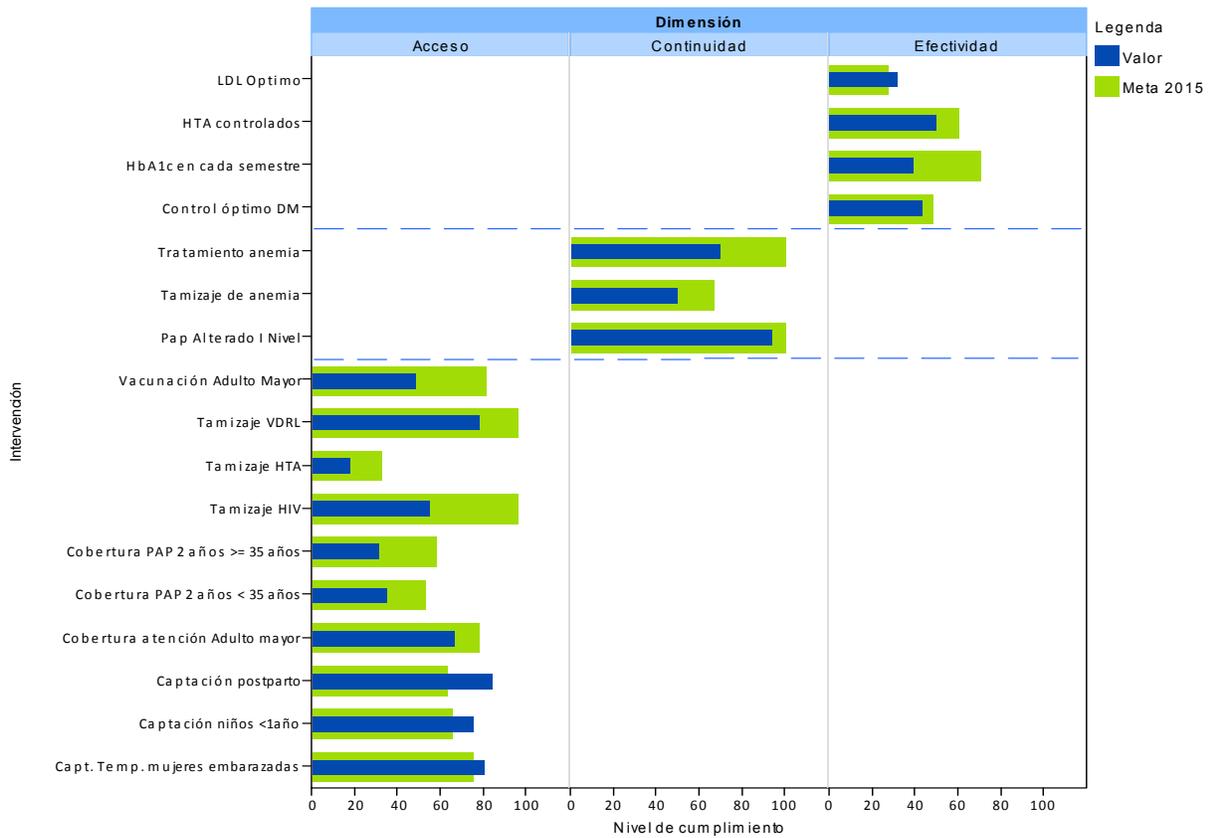
Región Central Sur



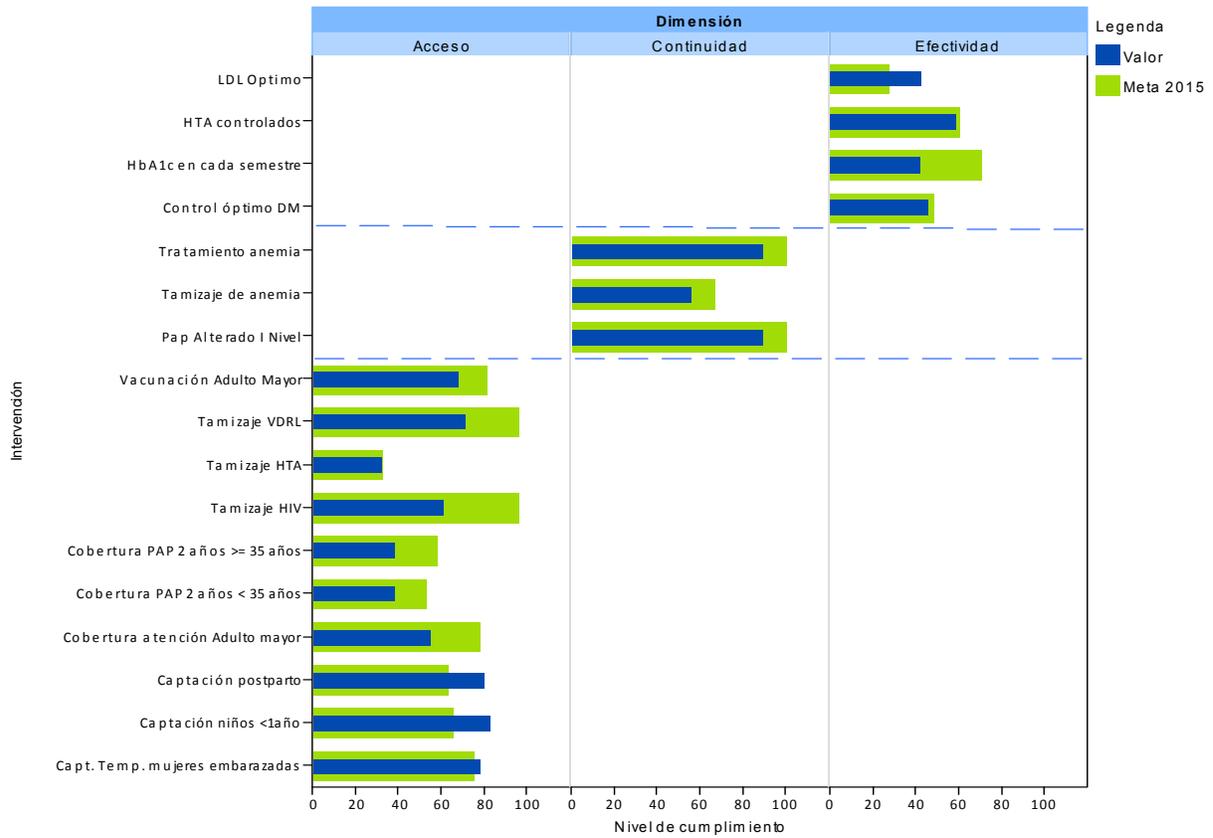
Región Chorotega



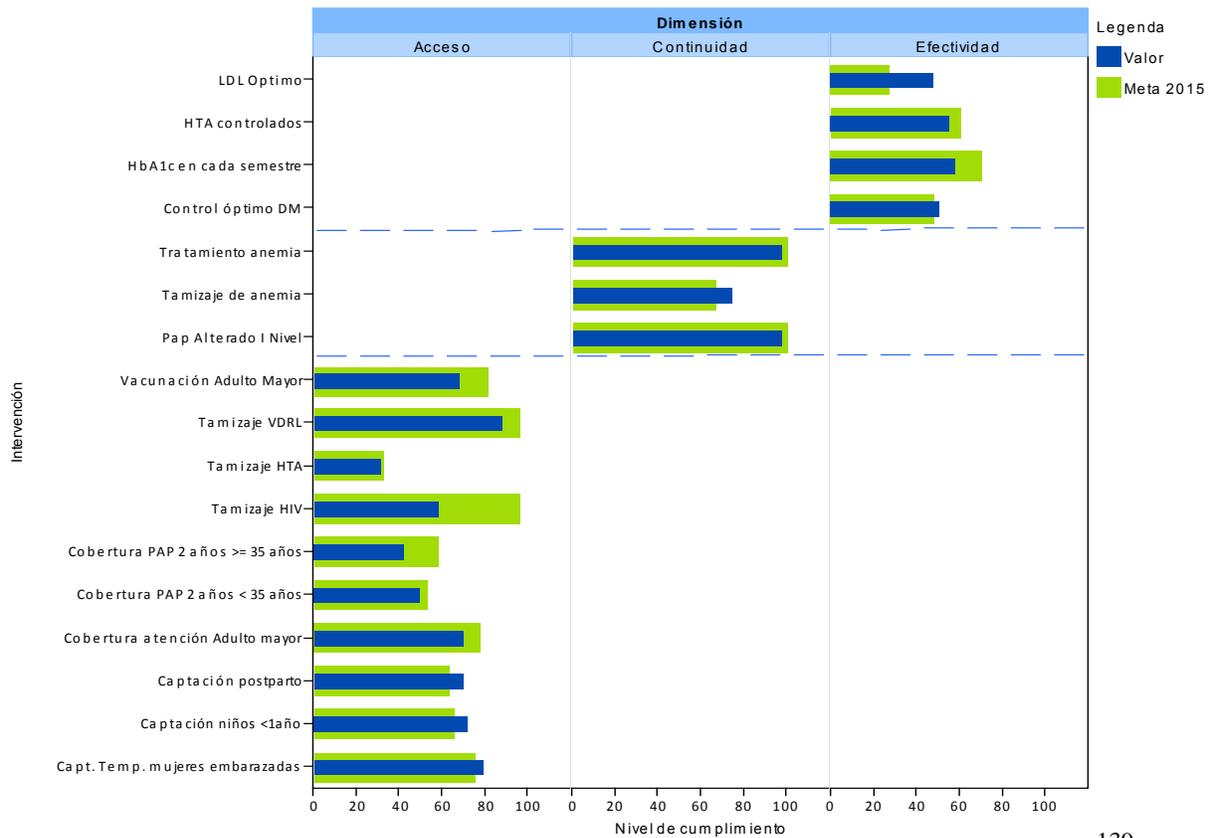
Región Huetar Atlántica



Región Huatar Norte



Región Pacífico Central



4. Dimensión de Aceptabilidad

La dimensión de aceptabilidad se refiere al nivel de satisfacción de las expectativas de los usuarios respecto a la resolución de sus necesidades y problemas de salud. Esta Dimensión se define como "Percepción que tienen los usuarios de los servicios recibidos y las acciones que garanticen la seguridad del paciente"²⁰⁰.

Será explicada desde dos vertientes, por un lado enfocando la satisfacción del usuario, definida como la percepción que tienen las personas sobre la utilidad de las atenciones de salud que reciben, la humanidad del trato, las amenidades de las instalaciones y las facilidades que tienen para acceder a ellas; y por otro lado, las acciones que garanticen la seguridad del paciente, evitando los daños durante el tratamiento y la atención.

La opinión de los usuarios es un elemento trascendental en cualquier sistema de salud, máxime en una institución como la CCSS que es la principal responsable a nivel del país, de la prestación de servicios de salud. No obstante, contar con este conocimiento no es tarea fácil, principalmente por los costos que implica la contratación de firmas externas que realicen una encuesta de opinión en los usuarios, para no sesgar los datos al ejecutarse por los proveedores de servicios.

Por su parte, la seguridad del paciente, es un elemento que ha cobrado relevancia en los últimos años, impulsado por los Organismos Internacionales como la OMS, debido a estudios que han demostrado que los eventos adversos, significan una carga substancial en términos de morbilidad y mortalidad en gente en todo el mundo²⁰¹. A partir de estos hechos, se han dado directrices técnicas para atacar esta situación, definiendo la seguridad del paciente como un componente crítico de la calidad del cuidado de salud y es a menudo descrito como un prerrequisito de alta calidad del cuidado.

Eventos adversos son injurias o lesiones debido al cuidado médico. Estas lesiones pueden ocurrir asociadas con intervenciones médicas o de otros prestadores de servicios de salud, con transfusiones de sangre, infecciones o medicamentos, entre otros. Muchas de estas lesiones son evitables, preocupando principalmente debido al antiguo principio médico "primero, no producir daño".²⁰²

Abordaje por los Compromisos de Gestión

Acorde a las dos perspectivas que incorpora esta dimensión, se delimitó en dos Áreas Temáticas, por un lado la satisfacción de los usuarios y por otro la seguridad del paciente. Estas dos perspectivas se abordaron en salas de operaciones, hospitalización y Atención de Consulta Externa, identificando intervenciones en éstos ámbitos.

200 La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social. Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. CCSS. San José, 2008

201 OMS. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. 2008

202 OMS. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. 2008

Área Temática	Intervención	Nivel	Indicador
Sala de Operaciones	Prácticas quirúrgicas seguras	Hospitales	Cumplimiento de los requisitos dados por el Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente relativos a la implementación de las prácticas quirúrgicas seguras
Hospitalización	Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias	Hospitales	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos establecidos por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica para la documentación anual de las acciones y resultados relativos a la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
	Satisfacción de las personas usuarias en Hospitalización	Hospitales	Promedio de las apreciaciones dadas acerca del establecimiento en la encuesta de opinión de Hospitalización
Consulta Externa	Satisfacción de las personas usuarias en Consulta Externa	Áreas de Salud Hospitales	Promedio de las apreciaciones dadas acerca del establecimiento en la encuesta de opinión de Consulta Externa

Con respecto a la satisfacción de los usuarios, en el diseño de las intervenciones para el Compromiso de Gestión del bienio 2010-2011, se coordinó con la Dirección Institucional de Contralorías de Servicio de Salud (DICSS), para incorporar intervenciones al respecto. Se indicó por parte de esta instancia, que existía una directriz de la Presidencia Ejecutiva de realizar una encuesta a nivel nacional para conocer la satisfacción de los usuarios de Consulta Externa y Hospitalización. Con esta base se incorpora la intervención con sus respectivos indicadores, para ser certificada por dicha instancia y así fue negociada.

En Octubre del año 2009, se recibió nota de la Dirección de la Contraloría de Servicios, indicando excluir del Compromiso de Gestión lo referente a la Encuesta de Satisfacción del Usuario, debido a que "esta Dirección tiene impedimentos para realizar las Encuestas en este año 2009 y no se tiene certeza de la fecha en que se pudiera aplicar en el año 2010"²⁰³. Planteando además que al no existir certeza de realizar la encuesta programada se imposibilitaba el garantizar contar con la información para certificar lo negociado. Ante esta situación, este informe adolecerá de tan importante información tanto para el Primer Nivel de Atención como para el resto de niveles.

En la **atención especializada** se priorizó aplicar la perspectiva de seguridad del paciente, especialmente en el ámbito hospitalario. En este sentido, la identificación de las intervenciones a incorporar se coordinó con el equipo técnico responsable del

203 CCSS. Carta N° DICS- 287-09 dirigida a la Dra. Ana Guzmán por parte de Dra. Ana Patricia Salas, Directora de la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud. 15 de Octubre 2009

Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente. Luego de varias reuniones, dado lo incipiente del proceso en ese momento, se definió comenzar por apoyar al Programa en el cumplimiento de las directrices dadas por ellos, en relación a prácticas quirúrgicas seguras, quedando como una certificación que darían las personas responsables del programa.

De igual forma, se coordinó con la Subárea de Vigilancia Epidemiológica la identificación de intervenciones, seleccionándose lo referente a infecciones intrahospitalarias. Nuevamente al analizar la información existente, se consideró pertinente comenzar por apoyar el levantado de información solicitada por la subárea a los centros, para lograr en un futuro cercano, contar con datos que permitan medir resultados intermedios. También esta es una certificación que dará la Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

Resultados por Intervención

4.1 Prácticas Quirúrgicas Seguras

En el marco de la política institucional²⁰⁴ se han venido desarrollando acciones sistematizadas tendentes a mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes; con la intención de poder lograr eliminar en lo posible o reducir al mínimo, los eventos adversos en la atención brindada²⁰⁵. El lineamiento de la política institucional de Cirugía Segura Salva Vidas²⁰⁶, traza las estrategias dirigidas a reducir los eventos adversos de origen quirúrgico y los resultados esperados.

Dentro de las estrategias planteadas en el lineamiento de la Cirugía Segura Salva Vidas, se refuerza la evaluación integral al paciente previo a cada procedimiento quirúrgico, el registro de los eventos adversos, la adecuada atención en el postoperatorio y la aplicación de los estándares de seguridad establecidos. Con los estándares se busca reducir las prácticas inadecuadas de seguridad en la anestesia, disminuir las infecciones quirúrgicas evitables y mejorar la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Debido a la reciente implementación de la política de seguridad del paciente en el ámbito institucional, los encargados del Programa establecieron desarrollar en este primer acercamiento, la plataforma necesaria para la incorporación de las prácticas quirúrgicas seguras. Para ello, se inició con la capacitación a los grupos gestores sensibilizando en primera instancia a los funcionarios involucrados con el fin de generar una transformación de actitudes alrededor de este tema. En el 100% de los establecimientos que realizan intervenciones quirúrgicas, al menos tres personas del equipo gestor (anestesiólogo, cirujano y enfermera instrumentista) fueron capacitados en el tema de seguridad del paciente, por los responsables del Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente²⁰⁷

Además; en el 100% de las unidades, se introdujo en el expediente de salud de las personas que van a ser operadas, el formulario correspondiente para la verificación del listado de las prácticas quirúrgicas seguras. Mediante una constancia emitida por la Jefatura de Registros Médicos y Estadística de cada uno de los centros, se determinó el proceso de implementación de este instrumento. Con este proceso se

204CCSS Acuerdo "Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente", Junta Directiva CCSS, Artículo 2º de la sesión Nº 8139, celebrada el 22 de marzo 2007

205 CCSS Política Institucional de Calidad y Seguridad del paciente. 2007

206CCSS Política Institucional de Calidad y Seguridad del paciente, Lineamiento5. 2007

207 CCSS. Información suministrada por el Dr. Orlando Arroz Torres. 2011

pretendía estimular asimismo, lo indispensable que representa esta herramienta en la prevención de sucesos adversos quirúrgicos evitables.

4.2 Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales comprende a un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas adquiridas en un hospital o en una institución sanitaria cerrada. Sus manifestaciones pueden iniciarse a partir de las 48 a 72 horas del ingreso y su frecuencia esta relacionada con la duración de la estancia hospitalaria²⁰⁸.

Mediante el desarrollo de un sistema de vigilancia intrahospitalaria que permita identificar, prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias, se estaría procurando el mejoramiento en los procesos de gestión y calidad de la prestación de los servicios de hospitalización.²⁰⁹ Dentro del estudio activo y dinámico de la ocurrencia, determinantes y distribución de este grupo de enfermedades en pacientes hospitalizados, los parámetros de medición están relacionados a las variables de tiempo, lugar y persona. La precisión del registro del tiempo es fundamental, ya que la definición operativa de la infección nosocomial depende en buena medida de aspectos cronológicos²¹⁰.

La intervención está orientada a contribuir en el desarrollo de un sistema de vigilancia intrahospitalaria, proceso que viene realizando desde hace varios años, los responsables de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Mediante una certificación emitida por esa dependencia, fueron evaluados los elementos que integran ese sistema. En cada establecimiento se analizó el perfil epidemiológico, la población adscrita y los indicadores relacionados a las infecciones intrahospitalarias²¹¹. Asimismo, se revisó el análisis correspondiente a los brotes intrahospitalarios y la descripción de las infecciones nosocomiales en los últimos tres años. De esta manera, con el monitoreo del proceso se podrían implementar acciones y medidas de control, tendentes a reducir en el tiempo, la tasa de incidencia de las infecciones nosocomiales.

Análisis de los resultados

Se evaluó el 83% de los 29 hospitales. Por diferentes motivos 1 hospital especializado, dos regionales y dos periféricos no fueron evaluados. De los 24 hospitales analizados se encontró que el 96% cumplieron con los requisitos definidos para el perfil epidemiológico. Un establecimiento del tipo de hospital Periférico 1 y 2 no lo cumplió. El análisis e interpretación de los datos se realizó en diecisiete hospitales, según lo especificado para tal fin, alcanzando a nivel institucional un cumplimiento del 71%. Los hospitales que no cumplieron este criterio, dos se encuentran en el tipo de hospital especializado y en el periférico 1 y 2 y un centro en cada uno de los restantes tipos de hospital²¹².

208Nota ASC-SAVE-110 Proceso de certificación en la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias enviada el 5 de mayo 2009 por la Dra. Xiomara Badilla a la Dirección de Compra de Servicios de Salud.

209Nota ASC-SAVE-110 Proceso de certificación en la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias enviada el 5 de mayo 2009 por la Dra. Xiomara Badilla a la Dirección de Compra de Servicios de Salud.

210 CCSS. Normas y Procedimientos institucionales para la prevención y control de infecciones nosocomiales, 2007

211 CCSS. Ficha Técnica de la Intervención: Aceptabilidad. Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Compromiso de Gestión 2010-2011.DCSS.2009

212 CCSS. Información suministrada por la subárea de Vigilancia de la Salud

El 92% de las unidades evaluadas realizaron el análisis correspondiente a los brotes intrahospitalarios. Dos centros, uno especializado y otro regional no cumplieron con este cometido. El criterio en que hubo menor porcentaje de centros con cumplimiento, fue el relacionado al análisis descriptivo de las infecciones intrahospitalarias en los últimos tres años por servicio. Se encontró que el 52% de los hospitales realizaron dicho análisis. De las nueve unidades que no lo realizaron, no lo hicieron los cuatro establecimientos evaluados del tipo hospital periféricos 3, al igual que un nacional, tres regionales y un periférico 1 y 2²¹³.

Los problemas relacionados con la metodología utilizada en el cálculo de las tasas, por los niveles locales, fue uno de los inconvenientes que impidieron presentar la información respectiva, tanto de la tasa general de infección intrahospitalaria, como de las tasas de incidencia asociadas a factores de riesgo como el uso de sonda foley, respirador mecánico, catéter intravascular y la relacionada a la herida quirúrgica²¹⁴.

Dado que la infección intrahospitalaria es un problema de salud importante como causa de morbilidad y mortalidad, generando además altos costos en la prestación de los servicios, se ha considerado el que se pueda trascender a corto plazo la intervención actual, pasando del proceso de análisis, al seguimiento del resultado intermedio concerniente a la tasa de infección intrahospitalaria. Por lo tanto es de vital importancia, la concientización y el compromiso por parte de los responsables locales de registrar todos los eventos ocurridos, siguiendo los parámetros establecidos por la instancia correspondiente; permitiendo de esa manera el que se pueda consolidar la información a nivel institucional.

5. Dimensión de Eficiencia

La Dimensión de eficiencia, consiste en relacionar el análisis de los recursos empleados, con los efectos obtenidos, es decir, cuántos recursos fueron requeridos para producir servicios de apoyo, intermedios y finales y la producción de efectos en salud.

ÁMBITOS DE LA EFICIENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Técnica: producción al máximo de servicios (efectivos) físicos, para un determinado nivel de insumos • Económica: Combinaciones de insumos que permiten producir un determinado nivel de servicios, al menor costo • De asignación: cuando asigna los recursos a actividades en que éstos tienen el máximo valor
<p>Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe, 1997. Pp28-30.</p>

El concepto de eficiencia describe la relación entre la producción de un servicio y los insumos que se utilizaron para alcanzar ese nivel de producto. La eficiencia puede

²¹³ CCSS. Información suministrada por la subárea de Vigilancia de la Salud

²¹⁴ CCSS. Información suministrada por la subárea de Vigilancia de la Salud

ser conceptualizada como "producir la mayor cantidad de servicios o prestaciones posibles dado el nivel de recursos de los que se dispone"²¹⁵.

Un elemento importante con respecto a la medición de eficiencia es que se requiere definir cuando se considerara eficiente una organización, no es algo que esta dado sino que debe determinarse el nivel de eficiencia que se quiere alcanzar. Una vez determinado el valor de eficiencia, es necesario aplicar un análisis respecto de los resultados logrados, para detectar los factores generadores de ineficiencias.²¹⁶

a. Abordaje por los Compromisos de Gestión

Para el abordaje en los Compromisos de Gestión la eficiencia será entendida en función de la producción lograda, a partir de unos recursos disponibles y de una cantidad de población que determina la demanda de servicios.

Históricamente en el Compromiso de Gestión se ha considerado la medición del uso de los recursos financieros, principalmente ligado al manejo del presupuesto asignado. En esta nueva etapa se ha querido evolucionar a un resultado mas integrador que contemple en forma conjunta recursos, producción y demanda. Para esto se hará uso de una técnica denominada Análisis Envolvente de Datos (DEA), la cual permite evaluar la productividad conjunta de los recursos, mezclados de maneras diversas, para producir diferentes combinaciones de servicios.

Esta herramienta proporciona un Índice de Eficiencia Relativa (IER), que le permite a cada unidad determinar cuan lejos o cuan cerca está del nivel máximo de eficiencia logrado con respecto al grupo de referencia, además de identificar algunos factores generadores de ineficiencias. En esta primera incorporación en los Compromisos de Gestión, esta intervención medida por medio del IER será aplicada solamente a Áreas de Salud.

Dado lo novedoso de la técnica y ante la necesidad de contar con información actualizada de las situaciones particulares de cada centro, en el año 2010 se negoció que las unidades realizaran un análisis de los resultados obtenidos del DEA, análisis que será el insumo para ajustar el modelo DEA a utilizar en el 2011, del cual saldrán los IER que determinaran la calificación en ese año.

En hospitales las intervenciones están ligadas a conocer la utilización del recurso cama por medio de las reducciones de estancias, así como estar al tanto de los resultados que brindan los GRD. En este último, se iniciara en este período, por medir el grado de cumplimiento de los centros con respecto de los requisitos establecidos por el Área de Estadísticas de Salud para el informe anual acerca de la complejidad y el funcionamiento, siendo esta misma entidad la encargada de su certificación.

Otro de los elementos a dar seguimiento en esta dimensión es la gestión de salas de operaciones, para conocer el uso efectivo de quirófanos.

215 Bonnefoy JC, Armijo M. Indicadores de Desempeño en el Sector Público. ILPES-CEPAL. 2005

216 Bonnefoy JC, Armijo M. Indicadores de Desempeño en el Sector Público. ILPES-CEPAL. 2005

Área Temática	Intervención	Nivel	Indicador	Base	Meta
Productividad	Análisis comparativo de la eficiencia productiva de las Áreas de Salud	Áreas de Salud	Índice de Eficiencia Relativa	ND	0,75
Hospitalización	Análisis de la complejidad y funcionamiento de hospitalización	Hospitales	Porcentaje de cumplimiento de los requisitos establecidos por el Área de Estadísticas de Salud para el informe anual acerca de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRD	ND	100%
	Reducción de la Estancia preoperatoria en Cirugía	Hospitales	Proporción de egresos operados, ingresados por Consulta Externa, con estancia preoperatoria igual o mayor a dos días	27%	≤ 20%
	Reducción de la Estancia preoperatoria en Ginecología			18%	≤20%
Sala de Operaciones	Eficiencia en la gestión de Salas de Operaciones	Hospitales	Promedio por día hábil de los tiempos efectivos de uso de las Salas de Operaciones	4,9 horas	≥5 horas

Resultados por Intervención

5.1 Análisis comparativo de la eficiencia productiva de las Áreas de Salud

Desde el punto de vista de la gestión, conocer el nivel de eficiencia de los centros de producción de una organización resulta de gran interés. Un objetivo primordial de cualquier gestor de servicios de salud es maximizar la productividad de los recursos en función de una producción que responda a las necesidades de la población de interés, con el objetivo de evaluar el nivel de eficiencia de las Áreas de Salud, se incluyó dentro del Compromiso de Gestión un indicador de eficiencia productiva.

Las Áreas de Salud cuentan con recursos productivos diferentes y producen atenciones de salud en combinaciones diferentes. La productividad de los recursos de las Áreas puede ser analizada utilizando la técnica denominada Análisis Envoltante de Datos (DEA), la cual permite evaluar la productividad conjunta de los

recursos, combinados de maneras diversas, para producir diferentes combinaciones de bienes o servicios²¹⁷.

Esta técnica produce como indicador resumen del análisis de eficiencia el Índice de Eficiencia Relativa, (IER), que permite determinar en cada unidad el grado de eficiencia lograda con respecto al grupo de referencia, en este caso específico, el resto de Áreas de Salud. Se denomina eficiencia relativa porque las unidades no se comparan con un óptimo teórico o absoluto, sino con un máximo alcanzado dentro del grupo de unidades analizadas; es decir, el indicador dice cómo está haciendo de bien las cosas un centro en comparación con su conjunto de referencia²¹⁸.

Tomando en cuenta que las Áreas de Salud tienen particularidades que dificultan su comparación y que los sistemas institucionales de información no registran tales diferencias²¹⁹, se trabajó con una metodología participativa. En una primera etapa, esta metodología permitió la introducción de las observaciones obtenidas en la presentación del indicador a los representantes de las Áreas de Salud, reunidos por región (como parte de la presentación del nuevo Compromiso de Gestión) y en una segunda etapa posibilitó a las unidades hacer observaciones a un modelo preliminar que se corrió con datos del año 2009.

Además, se negoció con las áreas de salud que en la primera etapa, para efectos de la evaluación del compromiso de gestión, la calificación se basaría en la calidad del análisis que realizaran, el cual contemplaría tanto la crítica del modelo en sí (recursos productivos y productos incluidos, principalmente)²²⁰ como la calidad de los datos utilizados. Así, para el año 2010, la evaluación de la dimensión de eficiencia se basó en la calificación de dichos análisis, a partir de los siguientes componentes.

- la calidad de la crítica al modelo en sí, la cual debía contener una crítica de los recursos y de los productos incluidos (o excluidos) en el modelo
- el análisis de las holguras en insumos o insuficiencias productivas. Debido a la inflexibilidad de la mayor parte de los recursos productivos (insumos) se sugirió concentrarse en estas últimas, esto es, analizar el por qué la unidad no alcanzó la producción esperada de acuerdo a la producción obtenida por unidades con recursos similares (o bien, por que obtuvo una producción similar a unidades con recursos muy diferentes), según lo indican los resultados del análisis.
- el tercer componente evaluaba la participación del equipo en la realización del análisis. Al igual que el diseño mismo del indicador, este componente de la calificación pretendía incentivar la participación y el reconocimiento del trabajo realizado por la mayor cantidad posible de los miembros del equipo de las Áreas de Salud, por lo que se esperaba la participación de todos los involucrados en la producción de los productos incluidos en el modelo.

217 CCSS. Ficha Técnica de la intervención Análisis comparativo de la Eficiencia Productiva de las Áreas de Salud. Compromiso de Gestión 2010-2011.

218 CCSS. Ficha Técnica de la intervención Análisis comparativo de la Eficiencia Productiva de las Áreas de Salud. Compromiso de Gestión 2010-2011

219 A pesar de la readecuación del modelo hacia la Atención Integral, los sistemas de información institucionales mantienen un sesgo eminentemente médico. Una de estas deficiencias es el subregistro, no registro o registro no estandarizado de las atenciones de profesionales no médicos.

220 Como recursos productivos el modelo incluye el recurso humano -ATAP, odontólogos, médicos y otros profesionales (enfermería, trabajo social, psicología y nutrición), partidas presupuestarias de servicios no personales y materiales y suministros asociadas directamente al nivel de producción y la cantidad de población adscrita, como determinante de la demanda por servicios. Por el lado de los productos se incluyeron las visitas de ATAP, la consulta médica y las atenciones odontológicas y de otros profesionales y la cobertura global, entendida como las consultas de primera vez divididas por la población total del área de adscripción.

Para los años subsecuentes, con un modelo ajustado con base en los análisis críticos de las unidades, el valor de este Índice es el que se usará en el Compromiso de Gestión para evaluar la productividad de las Áreas de Salud, entendiéndose por Centros eficientes aquellas unidades que tengan un valor IER de 1, que indica que en ellas se obtiene la mayor cantidad de producción de interés, para unos recursos dados. Los centros con IER menor que 1 tienen excesos en algunos de sus insumos o insuficiencias en la producción de algunos resultados, en relación al máximo alcanzado dentro del grupo de unidades analizadas.

GRÁFICO A.5.1.1

CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN PACTARON, NO PACTARON O NO APLICA EL INDICADOR DE LA DIMENSIÓN EFICIENCIA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

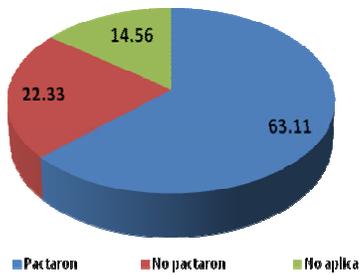
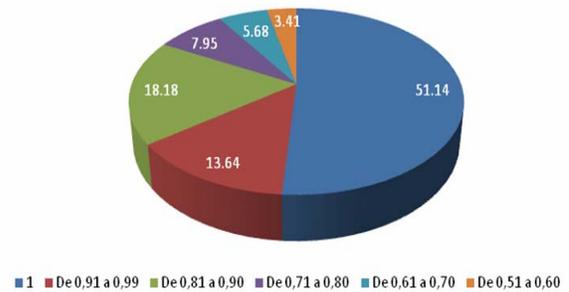


GRÁFICO A.5.1.2

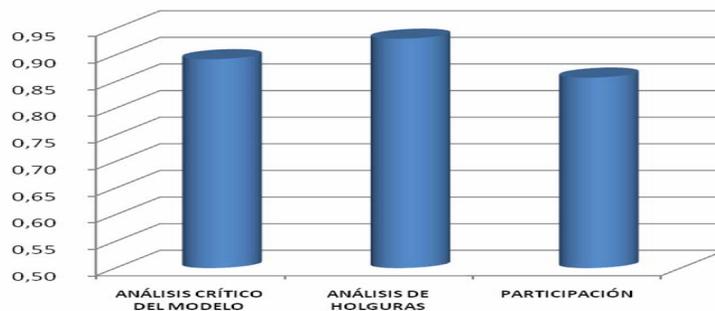
CCSS: DISTRIBUCIÓN DEL VALOR DEL ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA PARA LAS OCHENTA Y OCHO UNIDADES INCLUIDAS EN EL MODELO. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRAFICO A.5.1.3

CCSS: CALIDAD DE LOS ANÁLISIS CRÍTICOS, SEGÚN COMPONENTE DEL ANÁLISIS, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

Como se ha indicado anteriormente, para el año 2010 la evaluación se basó en la calificación del Análisis Crítico realizado por las unidades a un DEA preliminar realizado por la DCSS, con datos del 2009.

De las 103 Áreas de Salud que cubren el territorio nacional, se excluyó de la evaluación de la dimensión de eficiencia a las trece unidades no gestionadas directamente por la CCSS, pues debemos suponer que los contratos firmados con dichas unidades se realizaron al menor precio posible y, por tanto, su sostenibilidad implica que trabajan con eficiencia. También se excluyeron las dos unidades adscritas a hospitales (Áreas de Salud de Liberia y de Upala), por la dificultad para obtener datos fiables sobre producción y, especialmente, recursos utilizados por el primer nivel de atención. De tal manera, el modelo se corrió con datos de 88 áreas de salud, 23 de las cuales no pactaron el indicador de eficiencia. Gráfico A.5.1.1)

Con el modelo descrito en la ficha técnica, salvo por la exclusión de la variable Porcentaje de Hipertensos Controlados, que fue objetada por varias unidades, se obtuvo la distribución del IER que se presenta en el Gráfico A.5.1.2.

Este es un primer ejercicio y se muestra solo como referencia sobre el cual no se recomienda tomar decisiones por faltarle un mayor ajuste de acuerdo a las particularidades de cada Área. Se observa que más de la mitad de las unidades obtuvieron un IER de 1, que es su valor máximo, un 65% se situaron por encima de 0,9 y un 83% se situó por encima de 0,81 en dicho indicador, lo que indica una relativa baja dispersión en los niveles de eficiencia de las unidades (más del 80% de las unidades se sitúa en el 20% superior del valor del indicador).

Hay que recordar, sin embargo, que obtener un IER de 1, no significa que se ha alcanzado la máxima eficiencia, pues siempre habrá margen de mejora. También hay que tener en cuenta que estos resultados no son estáticos, pues varían no solo en función del propio desempeño de cada unidad, sino también por el cambio en el desempeño de otras unidades, pues se trata, como su nombre lo indica, de un índice relativo.

Los resultados promedio de la evaluación de la calidad de los análisis críticos realizados al Análisis Envoltante de Datos del año 2009, que es lo evaluable en el año 2010, según los componentes estipulados en la ficha técnica, se presentan en el gráfico A.5.1.3

El componente con resultados inferiores en la evaluación fue el de participación, lo cual se debió en la mayoría de los casos a la ausencia de evidencia de participación, evidenciado en muchos casos en el estilo de redacción en primera persona de varios de los informes junto a la ausencia de un listado de participantes.

En lo que respecta a los análisis, sus aportes a la evolución de indicador fueron valiosos. En términos generales, tales aportes se pueden clasificar en tres grupos: el primero de ellos, y quizás el más frecuente, es el relacionado con la calidad de los datos utilizados en el DEA; el segundo grupo está relacionado con la no comparabilidad de las unidades y el tercero con producción no incluida.

En la medida de lo posible, estas observaciones fueron incluidas en el informe 2010 enviado ya a las unidades; en otros casos no fue posible cuantificar su impacto, sin embargo, la información aportada constituye un insumo importante para el diseño del instrumento de recolección de la información para el Análisis Envoltante de Datos y cálculo del IER 2011. Paralelamente se trabaja en un documento de sistematización de los análisis críticos, en el que se analizan las principales críticas, su validez y posibilidad de incorporarlas a futuro al indicador.

5.2 Análisis de la complejidad y funcionamiento de hospitalización

Con la reciente incorporación una vez más, de la herramienta de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) a nivel institucional, se ha pretendido continuar fortaleciendo en los gestores locales la cultura de análisis en la gestión hospitalaria. Aunque el origen de esta herramienta fue el de establecer un nuevo sistema de pago hospitalario, el enfoque en Costa Rica ha estado dirigido a la calidad de la gestión clínica y administrativa de los pacientes²²¹.

La herramienta trata de converger lo clínico y lo administrativo y trascender el análisis del comportamiento de la actividad hospitalaria tradicional que se ha venido realizando durante décadas en función de la estancia y de las principales causas de morbilidad por servicios. Permite clasificar a los pacientes atendidos intrahospitalariamente, buscando diferenciarlos de acuerdo con las patologías presentadas en la atención recibida, los días de internamiento y la particularidad demográfica de cada uno de ellos. La agrupación de pacientes con igual consumo de recursos; permite reducir el alto volumen de información generada con la producción hospitalaria, facilitando gestionar de una mejor manera la actividad en los hospitales.²²²

Con el uso de esta herramienta se intenta promover un proceso de análisis sistemático y continuo, en busca de obtener mejoras en la calidad de los servicios hospitalarios brindados en la atención al paciente y por ende ir optimizando el desempeño de cada centro. Este proceso, sirve asimismo de base para la toma de decisiones y la definición de objetivos de mediano y largo plazo en temas tales como mejoramiento continuo, alianzas estratégicas y optimización de procesos.²²³

En esta primera aproximación, la intervención va dirigida a fortalecer aspectos que se enmarcan dentro lo operativo y teórico de la metodología, así como el análisis estadístico de los principales índices que describen los GRDs. Para ello funcionarios del Área de Estadística de Salud institucional, brindaron capacitación y asesoramiento a los gestores locales en el uso e interpretación de los GRD y ofrecieron el acompañamiento en el proceso de análisis, en la medida que las unidades los requirieron.²²⁴

La intervención se concreta a un informe completo que contenga una descripción general del hospital, el análisis correspondientes a los principales GRD y al comparativo de los índices de complejidad y funcionamiento, así como el de establecer áreas de mejora con base en los resultados obtenidos.

Análisis de los Resultados

Según informe²²⁵ emitido por el Área de Estadística en Salud, responsable de certificar dicha intervención, los 29 centros hospitalarios elaboraron el informe del análisis de la complejidad y funcionamiento utilizando GRDs, de los cuales diez establecimientos lo entregaron en el tiempo establecido y el resto lo hicieron con 15 días de retraso en promedio.²²⁶

El informe completo, incluyendo todos los puntos dentro del desarrollo del documento, fue presentado por 14 hospitales. Del total de hospitales, 26 centros

221 CCSS. Área de Estadística Aplicación de los grupos relacionados con el diagnóstico, 1999-2009. año 2010

222 CCSS. Área de Estadística Aplicación de los grupos relacionados con el diagnóstico, 1999-2009. año 2010

223 223 CCSS. Área de Estadística Aplicación de los grupos relacionados con el diagnóstico, 1999-2009. año 2010

224 CCSS. Compromisos de Gestión 2010-2011. Ficha técnica análisis de la complejidad y funcionamiento de hospitalización. GRD

225 CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

226 CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

hospitalarios realizaron la descripción general del establecimiento; siendo este ítem a nivel nacional el mejor evaluado.²²⁷

Con respecto al punto del análisis comparativo de los índices de complejidad y funcionamiento, sólo tres hospitales cumplieron con todo lo establecido. En el resto de centros, las deficiencias observadas se relacionan a fallas en la interpretación de los datos y en el análisis de las tendencias del índice. Además; en la comparación de los índices con sus similares, algunos no hacen mención del dato ni señalan su tendencia²²⁸.

El análisis de los principales GRDs, fue el criterio que alcanzó la calificación más baja, siendo las siguientes las debilidades encontradas: problemas en el análisis estadístico básico; en otros casos se utilizaron los datos en forma inadecuada, ya sea omitiendo información relevante para el análisis de la evolución de la morbilidad atendida en el hospital, o utilizando en algunas ocasiones información equivocada. En otros centros el análisis no contó con cuadros estadísticos que respaldarán las interpretaciones y en otras situaciones no muy frecuentes pero igualmente importantes, existió confusión entre GRDs y CDM e interpretación de diagnósticos de la CIE_10 en lugar de GRDs.²²⁹

El ítem de áreas de mejora, fue el que presentó más limitaciones. Se evaluó mediante los criterios de profundidad del análisis, visualizando su concordancia con los datos de los GRDs y la creatividad y aplicación. Del total de hospitales, en ocho centros las áreas de mejora propuestas fueron concretas y la mayoría de los análisis se basó en los resultados. En 14 centros en cambio éstas fueron inespecíficas, subjetivas, débiles y no congruentes con los datos de los GRDs. En los restantes siete hospitales, no identificaron áreas de mejora, ni propuestas de análisis objetivas, sino que presentaron apreciaciones subjetivas y la mayoría no estaban relacionadas con los resultados obtenidos por los GRDs²³⁰.

En general, los resultados evidenciaron informes consolidados con alguna integración entre REDES y la parte médica. Otros sin embargo; mostraron debilidades en la estructura como en su contenido, encontrándose datos desintegrados, errores en los datos utilizados y en los formatos de presentación, así como fallas en el análisis²³¹. Sin embargo; se seguirá insitiendo en los gestores locales sobre las bondades de la herramienta y en la importancia de trascender los análisis, utilizando al máximo los resultados obtenidos con esta herramienta.

5.3 Reducción de la estancia preoperatoria en Cirugía y Ginecología

En el ámbito hospitalario, el Área Quirúrgica constituye uno de los principales centros de producción, en los que participan diferentes servicios, y en donde hay un consumo importante de recursos humanos, tecnológicos y financieros²³². La interacción de los diferentes tipo de recurso, requieren una gestión adecuadamente planificada dada su complejidad.

El tiempo de hospitalización de las personas ingresadas a los Servicios quirúrgicos para ser operadas, depende entre otros aspectos del tiempo preoperatorio, el cual corresponde al número de días de internamiento previo a la intervención quirúrgica, del tiempo de evolución postoperatorio que en muchas ocasiones es

227 CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

228CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

229 CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

230 CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

231 CCSS. Área de Estadística Análisis de la complejidad y el funcionamiento utilizando GRDs , 2011

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

imprevisible²³³ y del rendimiento de salas de operaciones²³⁴. La modificación de alguno de estos aspectos involucrados, al estar íntimamente relacionados entre sí, afectan como un todo la estancia hospitalaria, y esto a la vez repercute en la producción lograda. De estos factores el más sensible es la disponibilidad de Sala de Operaciones, fundamental para el Acto Quirúrgico.

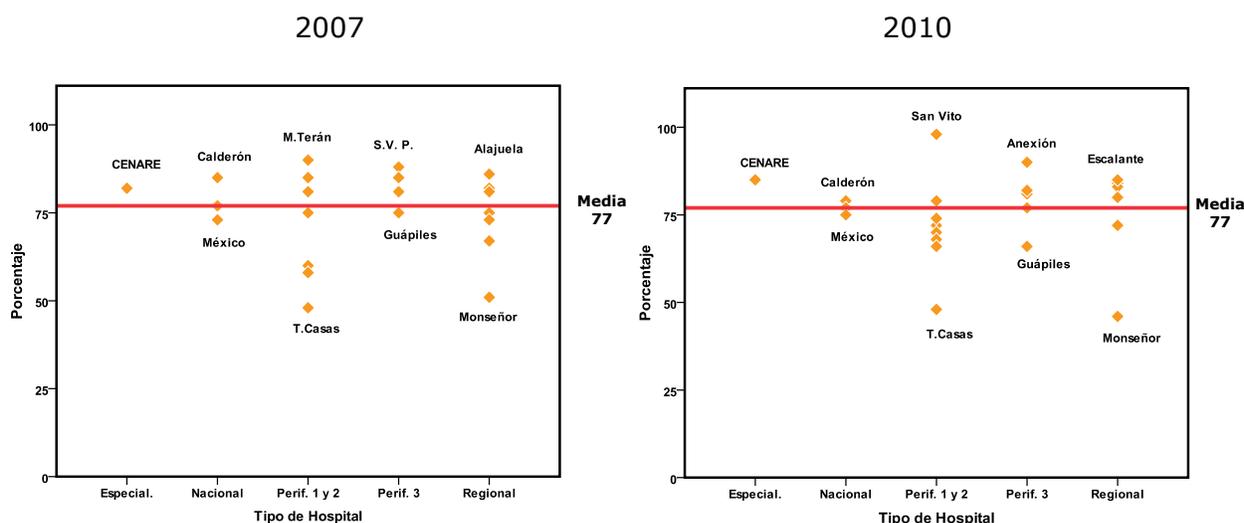
Desde los Compromisos de Gestión se ha venido impulsando el uso eficiente de la cama quirúrgica, dando énfasis al manejo del proceso relacionado con la estancia preoperatoria. Para ello, se ha incentivado a los gestores locales a que establezcan estrategias de intervención, sobre aquellos factores modificables atribuibles a los servicios, que pudiesen estar influyendo directamente en la prolongación del tiempo preoperatorio.

La intencionalidad que persigue la intervención, es el poder ir acortando el tiempo de la estadía preoperatoria y para ello se ha establecido la estrategia de ir reduciendo gradualmente la proporción de casos que consumen dos o más días de estancia previos a la cirugía, dado que los casos que van a ser operados difieren en cuanto al tipo de procedimiento, complejidad y condición del paciente. La medición del tiempo se hará sobre todo en las personas que ingresan a operarse a los servicios de Cirugía y Ginecología, por la puerta de entrada de Consulta Externa.

De esta manera se busca una mayor eficiencia y rendimiento en el Área quirúrgica, hacia la búsqueda de nuevas alternativas de gestión, logrando que las actividades realizadas sean fluidas, de manera que se eviten prolongaciones injustificadas, que puedan afectar en forma negativa la seguridad de la persona y el financiamiento institucional.

GRÁFICO A.5.4

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO EN EL SERVICIO DE GIRUGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



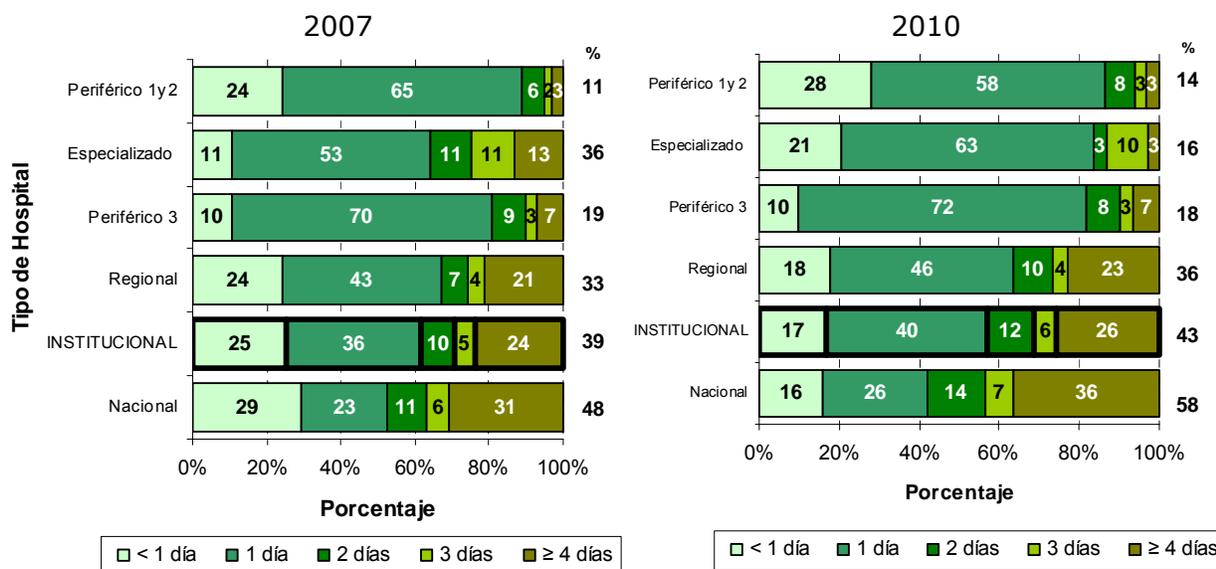
FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

233 CCSS. Departamento de Estadísticas de Salud

234 Gómez-Arnau, J. Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico Área de Anestesia, Reanimación y Cuidados Críticos.. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim, pp. 48: 180-187, 2001

GRÁFICO A.5.5

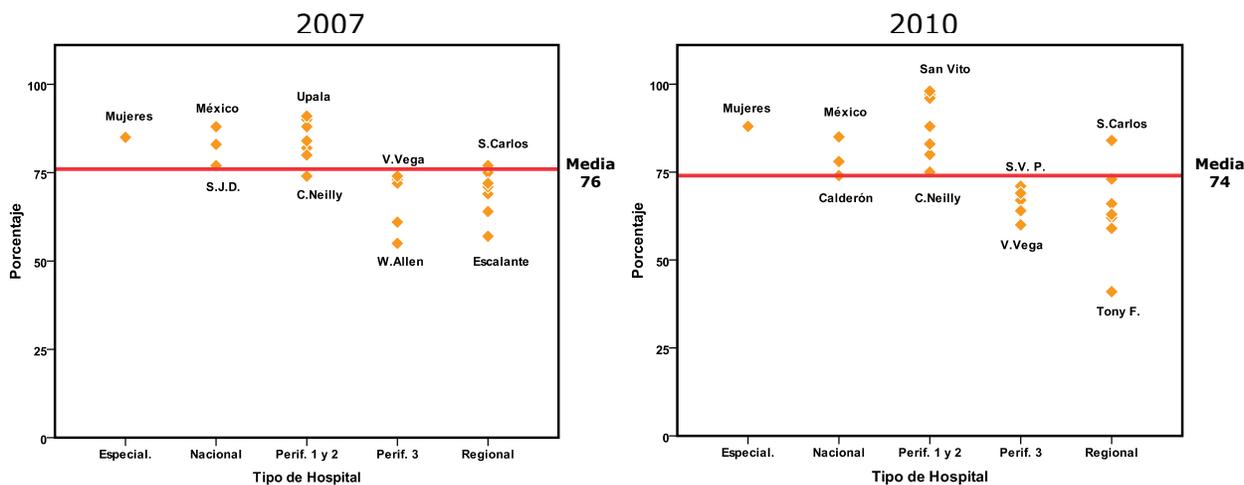
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.5.6

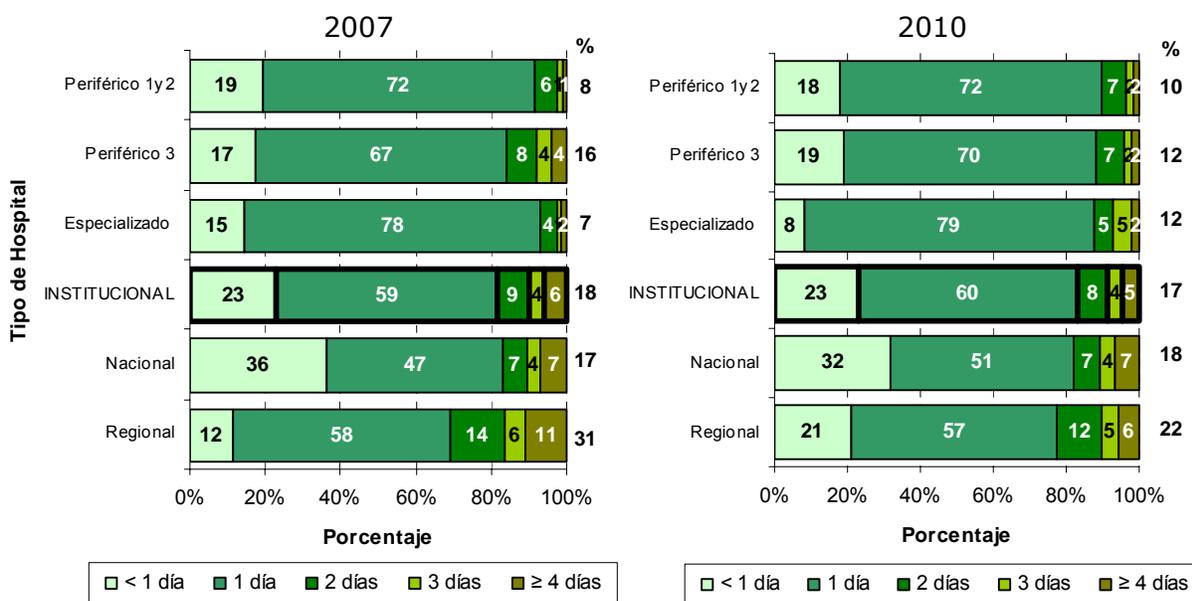
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE OPERATORIO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO A.5.7

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN DE LA ESTANCIA PREOPERATORIA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

La función primordial de los servicios quirúrgicos es dar respuesta a la demanda de la población que requiere operarse. Para lograr ese cometido, intervienen múltiples factores que están íntimamente relacionados entre sí y que afectan como un todo la producción. Antes de realizar el análisis de la estancia preoperatoria, se ha considerado pertinente revisar en forma breve el comportamiento de los operados en relación a los egresos del Servicio de Cirugía y Ginecología, sin que esta intervención como tal, haya sido incluida en el Compromiso de Gestión. Lo anterior, permitiría ampliar el marco de análisis de la estancia preoperatoria; la cual depende del tiempo que esperaron hospitalizadas las personas operadas, antes de la intervención quirúrgica.

El índice operatorio viene a reflejar la proporción de operados que lograron operarse en relación a las que egresan. En el caso de los pacientes ingresados por consulta externa, se asume que la cirugía se programa previamente al ingreso. Sin embargo; el índice operatorio se ve influenciado por diferentes aspectos, entre ellos, la dinámica de los casos internados por esa vía de ingreso para estudios específicos o los que ingresan referidos del Área de Urgencias con diagnóstico no tributario de intervención quirúrgica, así como el efecto, producto de la gestión de las salas de operaciones. En el análisis del Índice se parte de los datos emanados por el Área de Estadística en Salud, tomando como caso operado, aquel en que se ha realizado un procedimiento quirúrgico. Los resultados podrían no ser coincidentes con los reportados en informes anteriores, por utilizarse otros parámetros u otras fuentes de información.

Al analizar el **Índice operatorio del Servicio de Cirugía**, no mostró variación entre los años 2007 y 2010 cuando el ingreso fue por la vía de Consulta Externa,

manteniéndose en 77%. Aumentó en los tipos de hospital especializado, regional y periférico 1 y 2 y disminuyó en el nacional y periférico 3. Al ser este índice el reflejo del porcentaje de personas operadas del total de egresos del Servicio; las variaciones por consiguiente, dependen del comportamiento dado entre los valores absolutos de ambos volúmenes. Por lo que un aumento del índice operatorio, no siempre está relacionado a una mayor cantidad de personas operadas; razón por la cual, se debe tener cierta cautela en la interpretación aislada del índice y la conveniencia de incluir también la revisión de ambos volúmenes.

A nivel institucional, tanto el volumen de operados y de egresos se redujo respecto al año 2007, en 9% y 10% respectivamente, lo cual se traduce en 3.070 egresos y 2.277 operados menos. Este comportamiento también lo presentó el tipo de hospital especializado y nacional; aunque en el primero el índice operatorio aumentó y en el nacional se redujo. En los tipos de hospitales periféricos ambos volúmenes aumentaron respecto al año 2007, sin embargo; el índice operatorio se redujo en el periférico 3 y aumentó en el periférico 1 y 2.

El promedio del índice operatorio experimentó una mejora en diez hospitales; sin embargo; en cuatro de ellos, hubo menos personas intervenidas, egresadas por la vía de consulta externa respecto al año 2007. En tres establecimientos fue operado el 85% de las personas ingresadas por esa vía (un especializado, un periférico 3 y un regional) y en cinco hospitales el porcentaje fue menor de 70%. Se mantiene la dispersión entre los hospitales de un mismo tipo; con mayor grado en los centros periféricos 1 y 2 y regionales, en los que se presenta además; los índices operatorios más bajos. (Gráfico A 5.4)

Se asume que la mayoría de las personas ingresadas por la vía de Consulta Externa al Servicio de Cirugía o de Ginecología para ser operadas, deberían tener debidamente programada la cirugía. Por lo tanto, se esperaría que al momento del internamiento y dependiendo del tipo de cirugía, la persona cuente con los exámenes preoperatorios y las valoraciones respectivas. De no ser así, la estancia atribuible a la espera de contar con dichos requisitos, podría verse reflejado en un incremento del tiempo preoperatorio, afectando asimismo la estancia media.

Sin embargo; la prolongación de ese tiempo, en muchas ocasiones no está directamente relacionado a que se cuente oportunamente con los preoperatorios; sino que obedece a otras causas, como son el ingreso directo de los pacientes traumatizados o con otra patología procedente del Servicio de Urgencias, que por sus condiciones críticas de salud requieren una intervención inmediata y obligan a posponer la cirugía programada. De igual manera, la carencia de anestesiólogos, el retraso en la participación de los Servicios de Apoyo, aspectos relacionados con la gestión de la cama quirúrgica y la Sala de Operaciones así como las condiciones propias del usuario previo al ingreso a sala, podrían afectar no solo el tiempo de estancia preoperatoria; sino que además, repercutiría en la estancia media del servicio y en la programación de Sala de Operaciones.

Al analizar el comportamiento de la **estancia preoperatoria en el Servicio de Cirugía** según la vía de ingreso de Consulta Externa, ésta creció respecto al año 2007, pasando de 3,0 a 3,3 días. Trece centros aumentan la estancia previa a la cirugía, y en cuatro de ellos (dos nacionales y dos regionales) el aumento supera el promedio institucional, llamando la atención uno de los centros regionales que sobrepasa en más de dos veces esta cifra. En seis centros la estancia preoperatoria se reduce en un margen de 0,1 a 1,2 días, ésta última reducción se dio en un hospital regional. En el resto de establecimientos no hubo variación en el promedio de días de estancia preoperatoria.

En la mayoría de los hospitales periféricos, en algunos regionales y en el especializado, la estancia preoperatoria para el año 2010 está por debajo de 1,5 días; situación que podría estar relacionada entre otros aspectos por la complejidad de los casos intervenidos o por un mayor control en la gestión de las cirugías programadas. Sin embargo; se observan diferencias de la estancia preoperatoria en centros de un mismo tipo de hospital, sobre todo en el Regional, cuyo rango va de 1,1 a 7,1 días

En relación al porcentaje global de egresos quirúrgicos con estancia preoperatoria de dos o más días, ingresadas por la vía de consulta externa, éste creció con respecto al año 2007, pasando de 38,6% a 43,1%. El crecimiento se observó en todos los tipos de hospital a excepción del especializado y periférico 3 que mostraron reducción. Al depender este porcentaje, del comportamiento dado entre los valores absolutos de las personas operadas con estancia preoperatoria igual o mayor a dos días, en relación a los egresos operados internados por la vía de ingreso de Consulta Externa, variaciones en alguno de ellos afecta el resultado.

Aunque en el tipo de hospital especializado y periférico 3 redujeron la proporción de egresos operados con esa estancia preoperatoria respecto al año 2007, en el especializado se redujeron los operados con esa estancia con un aumento del total de operados; mientras que en el periférico 3, hubo reducción de éste último volumen, pero no varió el de operados con esa estancia. En el tipo de hospital regional, periférico 1 y 2 y nacional, aumentó la proporción de operados con estancia preoperatoria de dos o más días respecto al año 2007. En los dos primeros ambos volúmenes crecieron. En el tipo de hospital nacional el aumento fue de 10 puntos porcentuales, pasó de 48% a 58%, no obstante, tanto el volumen de operados con esa estancia y el volumen total de operados, se redujeron en un 1% y 19%, lo que equivale a 76 y 2.638 egresos menos. De ahí la importancia de tener cierta cautela en la interpretación de los datos y la conveniencia de incluir en la revisión, el comportamiento de ambos volúmenes.

Situación similar se encuentra al analizar a lo interno de los establecimientos; nueve centros reducen la proporción de operados con estancia preoperatoria igual o mayor a dos días, respecto al año 2007; sin embargo, en dos de ellos el volumen absoluto de egresos operados aumenta. Por otro lado, en cuatro establecimientos aunque reducen el volumen de operados con esa estancia preoperatoria, hubo aumento en la proporción de egresos operados.

Al analizar la distribución de los días de estancia preoperatoria de los egresos operados ingresados por consulta externa, se encontró un desplazamiento hacia la reducción de los días de espera; es decir, la proporción de egresos con estancia preoperatoria de 3 y 4 días, se redujo respecto al año 2007, a expensas de un aumento en el porcentaje en que la espera fue de dos días. La proporción de egresos con estancias preoperatorias de más de cinco días no mostró variación. Llama la atención que sólo el 17% de los operados que ingresaron por Consulta Externa, se les realizó la intervención quirúrgica el mismo día del ingreso, siendo este porcentaje un 25% en el año 2007. Esto podría explicarse por el aumento de casos susceptibles de ser operados por medio de Cirugía Ambulatoria (Gráfico A. 5.5).

De igual manera, se hará la revisión del **índice operatorio del Servicio de Ginecología**, previo al análisis de la estancia preoperatoria, considerando que este contempla a los operados que egresan de dicho servicio y cuyo ingreso fue por la vía de Consulta Externa. El promedio institucional del índice operatorio por esta vía se redujo respecto al año 2007, pasó de 76% a 74%. La reducción se observó en todos los tipos de hospital, a excepción del especializado y la mayor disminución se presentó en el nacional y regional. Al analizar el volumen de operados y de egresos

totales, se redujeron 219 egresos y 87 operados en el ámbito institucional respecto al año 2007. Los tipos de hospital periféricos también redujeron ambos volúmenes y el nacional y regional aumentaron en mayor proporción el volumen de egresos totales respecto a los egresos operados.

En el año 2010, diez establecimientos logran aumentar el índice, aunque en siete el porcentaje de operados no alcanza el 85%. En general en seis hospitales más del 35% de los egresos no son intervenidos y en siete el porcentaje de operados es de 85% o más. Llama la atención, cuatro hospitales con aumento del índice, pero con menos cantidad de personas operadas y egresos respecto al año 2007; razón por la que se insiste en la cautela del análisis aislado del índice operatorio, ya que aumentos del mismo no se traducen en un mayor número de personas intervenidas.

Entre los diferentes tipos de hospital y entre los hospitales que lo conforman, se observan diferencias, con mayor grado en los centros Periféricos 1 y 2 y Regionales, y en último presenta además; los índices operatorios más bajos. (Gráfico A 5.6) Esas diferencias podrían deberse a diversas causas, entre otros: la falta de médicos especialistas o carencia de 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

En el **Servicio de Ginecología la estancia preoperatoria** promedio en el ámbito institucional, según la vía de ingreso por Consulta Externa, se redujo respecto al año 2007, pasó de 1,3 a 1,2 días. La reducción se observa en 11 establecimientos, en cuatro no hubo variación y ocho mostraron un leve aumento. El promedio de estancia preoperatoria en seis hospitales fue de un día o menos y en el 61% de los 23 servicios de ginecología analizados ese tiempo se encuentra por debajo del promedio institucional.

En relación al porcentaje de egresos operadas, con ingreso por Consulta Externa, un 17% la estancia preoperatoria fue de dos o más días en el año 2007 fue de 18%. La reducción se observó en el tipo de hospital regional y periférico 3, en el resto hubo un aumento respecto al año en comparación. Sin embargo; como se ha mencionado, la variación del porcentaje, depende del comportamiento del valor absoluto de ambos volúmenes.

Al analizar a lo interno, se encontró 13 establecimientos con reducción de la proporción de egresos operados con estancia preoperatoria de dos o más días respecto al año 2007. En tres de ellos, aumentan ambos volúmenes, pero en mayor proporción el del total de egresos operados y en cuatro aumenta la proporción de operados y reducen el volumen de egresos operados con ingreso por Consulta Externa. Por lo anterior, se insiste en tener cautela en la interpretación de los datos, ya que una reducción en la proporción de operados con un tiempo preoperatorio de dos o más días, ingresados por Consulta Externa no siempre se traduce en que menos personas esperaron ese tiempo para la intervención.

En ambos años, el 23% de los egresos operados en el Servicio de Ginecología fueron intervenidos el mismo día del ingreso y ese porcentaje aumenta a 83% si es de un día o menos. En cambio en el Servicio de Cirugía, el 57% de los egresos operados tuvieron ese mismo tiempo de estancia preoperatoria. (Gráfico A.5.7)

La afluencia creciente de traumatismos a los Servicios de Urgencias, aunado a la escasez de equipos de anestesia (entiéndase el recurso humano que posibilita el acto quirúrgico) y el desplazamiento a zonas rurales de médicos especialistas cirujanos o ginecólogos, podrían ser elementos que estuviesen incidiendo en la reducción del volumen de operados y la variabilidad en las estancias

preoperatorias. Sin embargo, esta situación plantea la revisión por parte de la instancia correspondiente, del proceso que se desarrolla previo a la cirugía, para determinar los factores que inciden en la prolongación de este tiempo y poder implementar medidas correctivas.

De igual manera; podría ser de importancia el fijar a nivel institucional el porcentaje aceptable de estancias prolongadas según especialidad; como referente para la búsqueda de la mejora del desempeño. Asimismo; analizar de acuerdo a la capacidad resolutoria del centro, los casos operados el mismo día y la conveniencia de su traslado a la modalidad ambulatoria, según los criterios de selección.

Los tiempos prolongados preoperatorios de las personas internadas, antes que se les realice el procedimiento quirúrgico, generan gastos importantes de hotelería, condición que amerita una resolución a corto plazo del faltante del recurso humano de Salas de Operaciones, así como el continuar con el fortalecimiento de la gestión eficiente del recurso cama y de mejorar la oportunidad de los participantes involucrados en el proceso previo a la cirugía.

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.

5.4 Eficiencia en la gestión de Salas de operaciones

Las **Salas de Operaciones** son centros de producción hospitalaria de gran envergadura, donde intervienen múltiples factores, y su razón de ser es lograr que los pacientes tributarios de cirugía egresen operados, por lo que se requiere una gestión eficiente que permita impactar en la estancia del servicio quirúrgico y los costos.

Su dinámica se ve afectada entre otros aspectos por las cirugías urgentes no programadas que ingresan a sala posponiendo otras cirugías, por el manejo de los tiempos muertos, la programación de horarios, la cancelación de las cirugías programadas por causas atribuibles a la gestión del establecimiento o por condiciones propias del paciente, entre otros. Su gestión requiere de información generada en forma continua, en tiempo real y veraz, desagregada por servicios

Desde los inicios de los Compromisos de Gestión, fueron introducidos varios aspectos relacionados con la gestión de las salas de operaciones. Uno de ellos fue estimular con base a la tendencia actual, el de constituir Comités de Quirófano que analicen e implementen medidas correctivas²³⁵. Eso llevó a estimular la conformación de Grupos Gestores de Sala de Operaciones, los cuales en algunos centros se encuentran funcionando en la actualidad.

Con la intervención se intenta la optimización del tiempo del uso de las salas de operaciones en función del recurso humano asignado y la capacidad instalada de los quirófanos. Se pretende que el promedio por día hábil de los tiempos efectivos del uso de las Salas de Operaciones sea de cinco horas o más.

235 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 A.5.8

C.C.S.S.: TIEMPO PROMEDIO UTILIZACIÓN DEL QUIRÓFANO SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2010

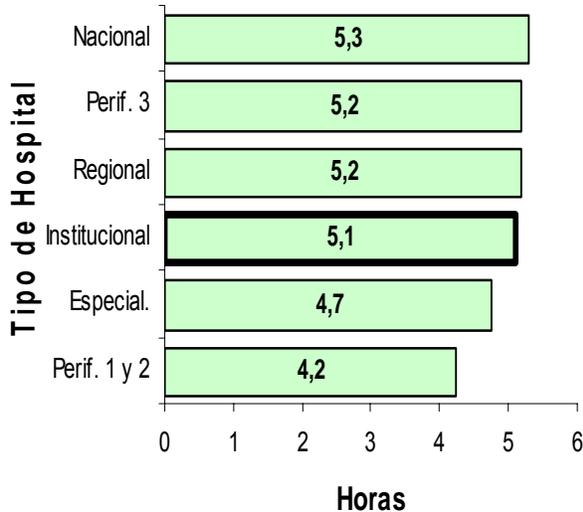
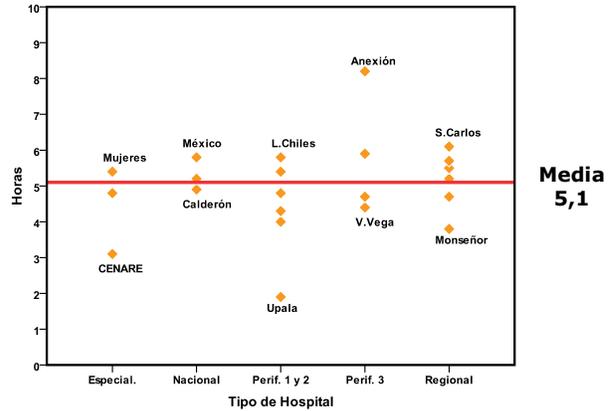


GRÁFICO A.5.9

C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN TIEMPO PROMEDIO UTILIZACIÓN DEL QUIRÓFANO, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2010



Los hospitales Tony y Facio y Guápiles no reportaron datos
 FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

Análisis de los Resultados

En el ámbito institucional existe una infraestructura de 157 salas de operaciones según datos derivados de las evaluaciones del Compromiso de Gestión. En la última evaluación, veinticuatro centros hospitalarios (no se incluye el Hospital Blanco Cervantes por tener una sala para cirugías oftalmológicas en que se utiliza anestesia local y los hospitales Guápiles y Tony Facio por no presentar la información), reportaron que para hacer frente a las cirugías realizadas en el año 2010 durante la primera jornada de trabajo, utilizaron el 78% de los quirófanos en forma parcial o total.

El reporte de los tiempos de funcionamiento de cada quirófano, mostró que durante ese período las salas de operaciones a nivel hospitalario, funcionaron un total de 24,277 días hábiles. Esto representa a nivel institucional, una utilización promedio por quirófano en uso, del 78% de días hábiles disponibles en el año²³⁶. Sólo en tres hospitales, dos especializados y uno regional, cada uno de los quirófanos en uso, fue utilizado casi el 100% de los días hábiles disponibles, según datos reportados.

Durante el el año 2010, el tiempo efectivo de los quirófanos en funcionamiento, fue de 123.756 horas²³⁷; incluyendo en este cálculo la sumatoria de los tiempos de anestesia del primer turno en días hábiles, de todas las salas de operaciones, contando las de Oftalmología. Se excluyen los tiempos efectivos de los quirófanos de emergencias y de cirugía menor.

²³⁶ Corresponde en el año 2010 a a 255 días,.

²³⁷ Tiempo de anestesia o tiempo efectivo: corresponde al período en horas: minutos desde el inicio de la aplicación de la anestesia general o de la anestesia local por el personal médico especialista en Anestesia o en Oftalmología, respectivamente, hasta el traslado de la persona intervenida a la sala de recuperación o su salida del quirófano, como correspondiera.

Partiendo de los datos anteriores, se obtiene de la relación entre el tiempo de anestesia en horas y los días hábiles de operación de las salas, un tiempo promedio de uso del quirófano de 5.1 horas a nivel institucional. En todos los tipos de hospital a excepción del Especializado y Periférico 1 y 2, el promedio obtenido, supera el estándar del tiempo de anestesia establecido de cinco horas. (Gráfico A.5.8)

Al analizar el comportamiento del tiempo promedio de uso del quirófano, se observa que en el 50% de los hospitales, el promedio de horas utilizadas por día es más alto que la media institucional. Sin embargo; existen variaciones entre hospitales del mismo tipo. (Gráfico A.5.9)

Al comparar el tiempo de anestesia logrado en la jornada ordinaria respecto al estándar, la proporción de utilización del quirófano alcanzó un 102%; situación que amerita ser revisada por las instancias correspondientes para determinar la pertinencia de un posible reajuste del actual estándar. No obstante; se debe tomar en cuenta el comportamiento tan variado de los tiempos de anestesia a lo interno de las salas de operaciones; los cuales están supeditados a la capacidad resolutive de los centros y a la gestión de las salas, entre otros aspectos.

En términos generales, estos resultados podrían mostrar un panorama bastante halagador; sin embargo, debe tenerse cierta cautela en la interpretación de los datos. Primero, porque la información no permite determinar si el rendimiento del tiempo utilizado por los equipos de Sala fue de un 100% y en segundo lugar, porque los resultados obtenidos, parten de un uso promedio por quirófano del 78% de los días hábiles, según se mencionó anteriormente.

Varias son las circunstancias por las cuales los quirófanos en uso, no pudieron funcionar todos los días hábiles del año 2010. Entre ellas, se puede mencionar el problema que viene arrastrando todavía la institución desde hace varios años, en relación al faltante del personal de anestesia que integra el equipo quirúrgico y el traslado de especialistas cirujanos a ciertas zonas rurales, así como posibles deficiencias relacionadas con la gestión de las salas.

Asimismo; debe considerarse la limitante generada por el registro, situación en la que se ha insistido en informes anteriores, dada su importancia. A la fecha, la institución no cuenta con un módulo informatizado que estandarice la captura del dato en Sala de Operaciones en todos los hospitales. Se agrava aún más la situación, por el hecho que las actividades del quehacer realizado en los quirófanos no se encuentran incluidas en el Informe Estadístico Mensual; por lo tanto esta información no está sujeta a la revisión por parte del personal de Registros de Salud de cada unidad.

Si hipotéticamente los quirófanos en operación hubieran funcionado el 100% de los días hábiles del año, se tendrían 6.833 días hábiles de más para su funcionamiento. Si además estuvieran habilitados los quirófanos y se contara con el recurso humano necesario, se hubieran tenido a disposición 34.165 horas quirófano más, con la posibilidad de haber podido realizar un número importante de cirugías.

Durante el año 2010, el 22% de salas de operaciones no funcionaron, lo que representó 35 quirófanos fuera de uso, cifra muy parecida a la indicada en el Informe emitido por Auditoría Interna de la CCSS, en que reportan 32 quirófanos en esa condición; afectando la continuidad y calidad de los servicios de salud a la población²³⁸. El informe establece como causas del no uso, entre otras: la carencia de profesionales en anestesiología y problemas en infraestructura y remodelación

238 CCSS. Oficio N° AD-AGO-17512 dirigida a al Dra. Rosa Climent y la Arq. Gabriela Murillo Jenkins por parte de la Auditoría interna de la CCSS. 18 de Marzo 2011

de las salas; las cuales podrían estar limitando el problema de listas de espera que enfrenta la institución²³⁹.

Dada la envergadura que tienen las salas de operaciones en el concierto de la producción hospitalaria, es de gran importancia que haya un diagnóstico de necesidades del recurso humano actualizado, con miras a planificar a mediano plazo la formación de dicho recurso e ir reduciendo las brechas existentes; partiendo que el bloque quirúrgico debería estar programado para lograr la máxima utilización. Además; se continuará insistiendo en la importancia del desarrollo del módulo por las instancias correspondientes, que sistematice la captura del dato, facilitando una panorámica más integral de estos servicios.

Una adecuada organización y gestión del área quirúrgica es fundamental para lograr un mayor rendimiento, una reducción del gasto y una mejor calidad en la atención al paciente. Sin embargo, aún no se cuenta con sistemas informatizados que garanticen la calidad del dato, de las cirugías programadas, de la medición de los tiempos de anestesia, del rendimiento de los quirófanos, etc. Esta situación debería ser corregida a la mayor brevedad posible, dado que la producción en Salas de Operaciones, constituye uno de los puntos claves en el funcionamiento de los Hospitales, y uno de los eslabones principales en la cadena de producción del Área Quirúrgica.

6. Producción Hospitalaria

El proceso de producción en los hospitales es muy complejo; en él participan múltiples servicios, realizando actividades sustantivas, intermedias y finales de procesos productivos particulares y heterogéneos. A esa complejidad se suma además, el poder ir adaptando la producción a los avances científicos y tecnológicos así como el ir dando respuesta a las demandas generadas por las interrelaciones entre los diferentes establecimientos del sistema y el entorno.

En el marco del Compromiso de Gestión, la producción hospitalaria ha sido una prioridad desde sus inicios. Se ha dado énfasis a que los centros hospitalarios alcancen de acuerdo a la capacidad instalada, el nivel óptimo de producción en las principales áreas de: Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias. Igualmente; se ha impulsado a lo largo de los años la modalidad de Cirugía Ambulatoria, con la pretensión que se pudiese incidir en la reducción de las estancias hospitalarias, la disminución de costos, las listas de espera y aumentar la satisfacción al usuario.

De la heterogeneidad de productos obtenidos en estas áreas, la aproximación de la producción según el rendimiento del recurso humano, se ha centrado en tres grandes categorías a saber: egresos, consultas y procedimientos mayores ambulatorios²⁴⁰. Sin embargo; en esta oportunidad, hubo variantes respecto a la metodología utilizada y actores involucrados en los procesos concernientes al acuerdo de metas de producción y a la evaluación de los logros. Dichos procesos los venía realizando tradicionalmente la Dirección de Compra de Servicios de Salud, en coordinación con la participación de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

Para el bienio 2010-2011, las metas de producción acordadas fueron las establecidas en los Planes de Gestión Local (PGL), producto de la negociación

239 CCSS. Oficio N° AD-AGO-17512 dirigida a al Dra. Rosa Climent y la Arq. Gabriela Murillo Jenkins por parte de la Auditoría interna de la CCSS. 18 de Marzo 2011

240 Se refiere a aquellos procedimientos médicos de diagnóstico o tratamiento a pacientes ambulatorios, que requieren equipo de alta tecnología y personal especializado.

bilateral, en la que participaron en forma conjunta el nivel local con las Direcciones Regionales o con el Área de Soporte Estratégico de la Dirección de Proyección de la Gerencia Médica, en caso de los hospitales nacionales.

En lo referente a la evaluación de los logros de producción, ésta se concretó dentro del Compromiso de Gestión, en una certificación de la información registrada en el Plan de Gestión Local. La certificación fue emitida por parte del personal de las Direcciones Regionales y en el caso de los hospitales nacionales, por el Área de Soporte Estratégico; previo a un proceso de revisión y verificación de los datos. Consecuentemente, en la evaluación de los Compromisos, fueron transcritos directamente de los PGL certificados, los datos de producción acordados y obtenidos, sin que mediara para ello en éstos últimos, la comprobación con los registros emitidos por el Área de Estadística en Salud, función que venía asumiendo la Dirección de Compra de Servicios de Salud

Los cambios en el abordaje de la producción anteriormente expuestos; obedecen a mantener una congruencia con el planteamiento institucional, de fortalecer el proceso de articulación entre los planes anuales operativos (PAO), de presupuesto y los acuerdos establecidos en el Compromiso de Gestión. Por consiguiente; la producción programada y lograda registrada en el Compromiso de Gestión, tanto de los egresos del Área de hospitalización incluyendo los de Cirugía Ambulatoria, las consultas de especialistas y los procedimientos mayores ambulatorios realizados en Consulta Externa, así como las atenciones de Urgencias, son un fiel reflejo de los Planes de Gestión Local (PGL).

Para efectos de analizar la producción, en un primer momento fueron comparados los datos anotados en los Planes de Gestión Local certificados y los emitidos por el Área de Estadística en Salud (AES). Se parte del supuesto que la producción lograda por el nivel local es una y por lo tanto, los datos reportados a las diferentes instancias institucionales deberían ser los mismos. Ante las diferencias encontradas, se decidió utilizar datos oficiales emitidos por el Área de Estadística de Salud para fines de estimar las variaciones de los egresos y de los procedimientos mayores con respecto al año 2007. Asimismo, de esa misma fuente de información se obtuvieron los indicadores tradicionales de estancia media, índice ocupacional y giro cama; para tener un acercamiento de la utilización del recurso cama. En el caso de la producción de consulta especializada y atenciones de urgencias, se utilizaron los datos recolectados en el Compromiso de Gestión.

CUADRO A. 6.1

C.C.S.S.: EGRESOS HOSPITALARIOS POR TIPO DE HOSPITAL
SEGÚN SERVICIO Y DATOS DE ORIGEN. 2010

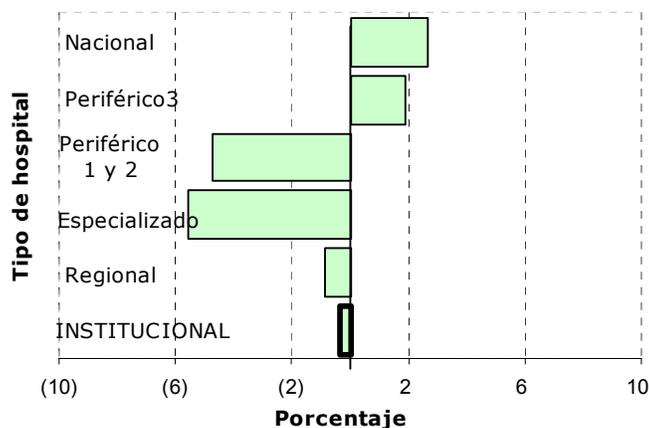
SERVICIO DE EGRESO	DATOS DE ORIGEN	TIPO DE HOSPITAL					TOTAL
		Especializado	Nacional	Regional	Periférico 3	Periférico 1 y 2	
CIRUGÍA	PGL*	7.030	31.153	18.365	7.747	4.900	69.195
	AES**	7.029	31.161	20.320	7.777	5.367	71.654
	Diferencia egresos	1	(8)	(1.955)	(30)	(467)	(2.459)
MEDICINA	PGL*	8.987	15.197	17.081	9.868	7.465	58.598
	AES**	8.987	15.208	17.643	9.925	7.817	59.580
	Diferencia egresos	-	(11)	(562)	(57)	(352)	(982)
GINECOLOGÍA	PGL*	1.977	6.237	9.204	5.831	3.415	26.664
	AES**	1.989	6.240	9.219	5.852	2.163	25.463
	Diferencia egresos	(12)	(3)	(15)	(21)	1.252	1.201
OBSTETRICIA	PGL*	6.916	21.684	36.296	16.364	6.190	87.450
	AES**	6.904	21.680	36.191	16.362	6.568	87.705
	Diferencia egresos	12	4	105	2	(378)	(255)
PEDIATRÍA/ NEONATOLOGÍA	PGL*	2.193	3.238	15.486	5.955	4.035	30.907
	AES**	2.193	3.238	15.918	5.977	4.035	31.361
	Diferencia egresos	-	-	(432)	(22)	-	(454)
PSIQUIATRÍA	PGL*	3.665	4.058				4.058
	AES**	3.793	4.186				4.186
	Diferencia egresos	(128)	(128)				(128)
CIRUGÍA AMBULATORIA	PGL*	6.196	15.516	13.224	5.599	2.534	43.069
	AES**	3.898	16.240	14.516	5.684	2.512	42.850
	Diferencia egresos	2.298	(724)	(1.292)	(85)	22	219
TOTAL	PGL*	36.964	93.418	109.656	51.364	28.539	319.941
	AES**	34.793	94.160	113.807	51.577	28.462	322.799
	Diferencia egresos	2.171	(742)	(4.151)	(213)	77	(2.858)

PLG* Plan de Gestión Local
AES**Área de Estadística de Salud

FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2010. CCSS - Área de Estadística en Salud.
Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios 2010

GRÁFICO A.6.1

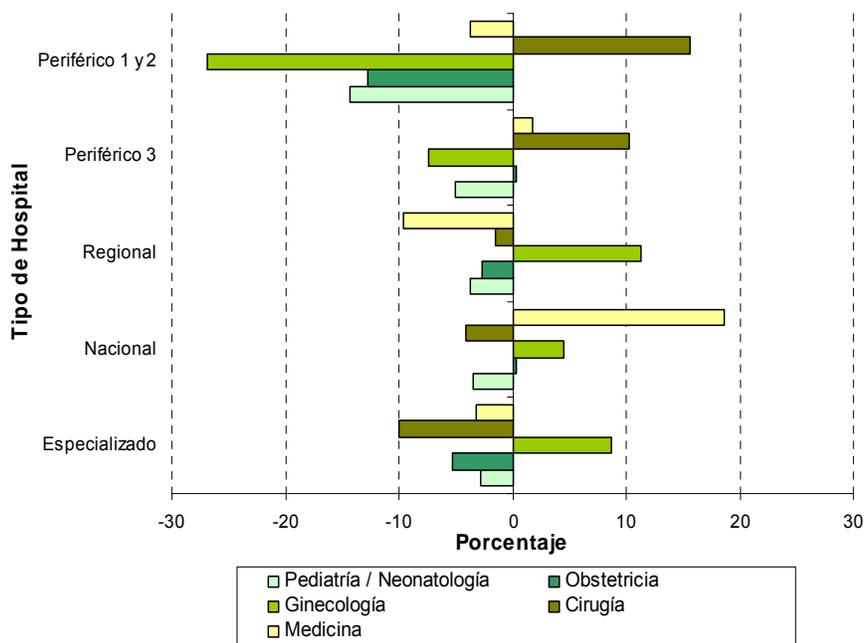
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA PRODUCCIÓN DE EGRESOS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2010



FUENTE: CCSS-Área Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios 2007 y 2010

GRÁFICO A.6.2

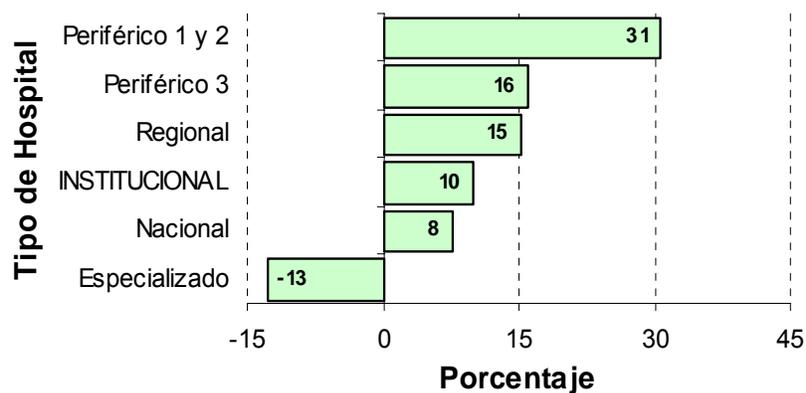
C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA PRODUCCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIO SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2010



FUENTE: CCSS-Área Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios 2007 y 2010

GRÁFICO A.6.3

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA PRODUCCIÓN DE EGRESOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2010



FUENTE: CCSS-Área Estadística en Salud. Estadísticas Generales de los Egresos Hospitalarios 2007 y 2010

CUADRO A.6.2

C.C.S.S.: TOTAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2010

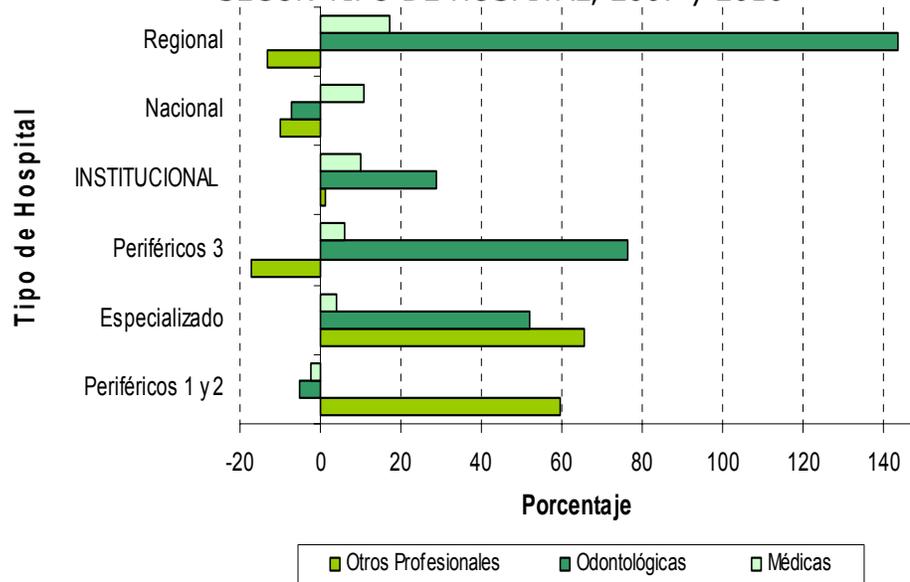
TIPO DE HOSPITAL	CONSULTAS ESPECIALIZADAS					
	Médicas		Odontológicas		Otros profesionales/ ¹	
	2007	2010	2007	2010	2007	2010
Especializado	251.603	261.238	25.092	38.163	22.411	37.153
Nacional	787.904	873.981	73.767	68.334	67.649	60.979
Regional	526.784	618.201	14.976	36.479	53.350	46.226
Periférico 3	308.821	327.793	10.183	17.974	32.593	26.954
Periférico 1 y 2	127.034	124.035	3.299	3.126	12.267	19.583

¹Se refiere a las consultas de Enfermería, Nutrición y Psicología

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2007 y 2010

GRÁFICO A.6.4

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL VOLUMEN DE CONSULTAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 y 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2007 y 2010

CUADRO A.6.3

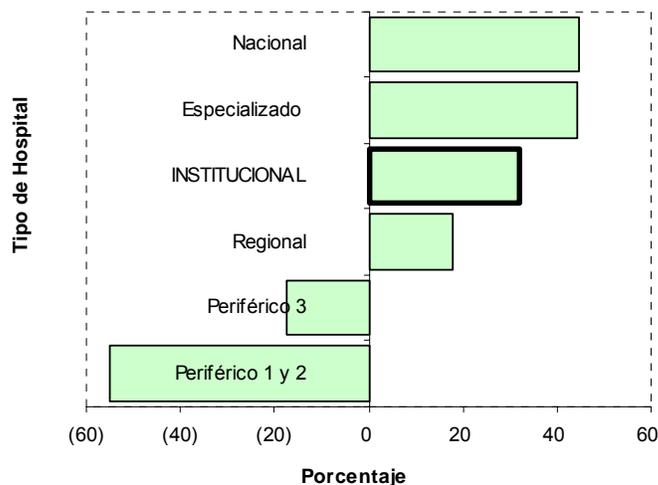
C.C.S.S.: PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS MAYORES POR TIPO DE HOSPITAL, SEGÚN DATOS DE ORIGEN, 2010

TIPO DE HOSPITAL	DATOS DE ORIGEN	
	Plan de Gestión Local	Área Estadística en Salud
INSTITUCIONAL	177.610	173.854
ESPECIALIZADO	5.235	7.786
NACIONAL	107.064	128.860
REGIONAL	16.385	26.375
PERIFÉRICO 3	46.983	9.067
PERIFÉRICO 1 Y 2	1.943	1.766

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión 2010
CCSS- Área Estadística en Salud. Informe Estadístico 2010

GRÁFICO A.6.5

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL EN EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS MAYORES AMBULATORIOS REALIZADOS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



CCSS- Área Estadística en Salud. Informe Estadístico 2010

CUADRO A.6.4

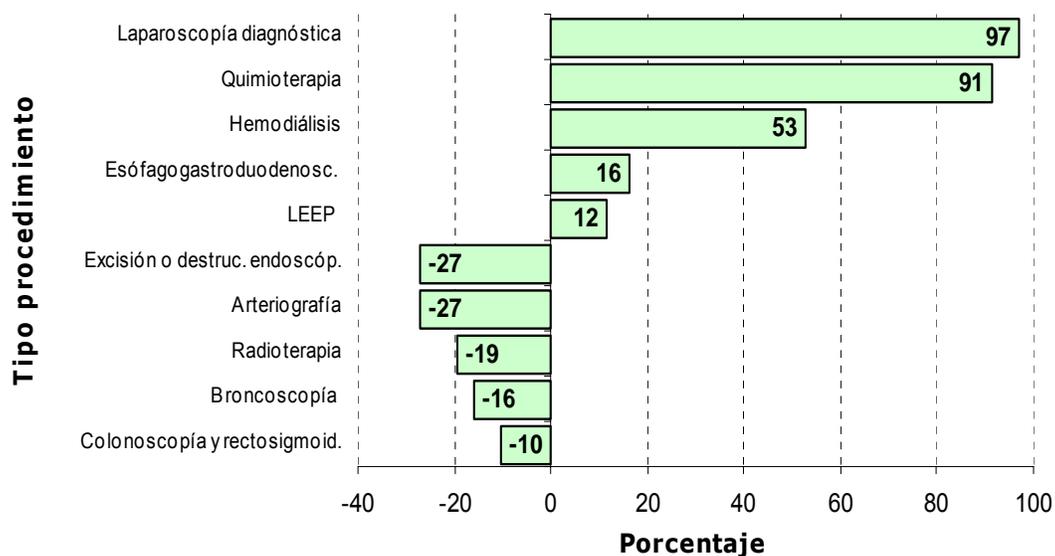
C.C.S.S.: TOTAL DE PROCEDIMIENTOS MAYORES AMBULATORIOS SEGÚN TIPO Y AÑO, 2007 Y 2010

TIPO DE PROCEDIMIENTOS	AÑO				VARIACIÓN
	ABSOLUTO		PORCENTAJE		
	2007	2010	2007	2010	
Total	131.857	173.854	100,0	100,0	31,9
Excisión o destrucción endoscópica	154	112	0,1	0,1	-27,3
Laparoscopia diagnóstica	208	410	0,2	0,2	97,1
Esófago-gastro- duodenoscopia	43.833	50.977	33,2	29,3	16,3
Radioterapia	25.200	20.355	19,1	11,7	-19,2
Broncoscopia	2.848	2.392	2,2	1,4	-16,0
Hemodiálisis	13.527	20.639	10,3	11,9	52,6
Colonoscopia y rectosigmoidoscopia	7.925	7.102	6,0	4,1	-10,4
Quimioterapia	35.774	68.466	27,1	39,4	91,4
Arteriografía	213	155	0,2	0,1	-27,2
LEEP	2.175	2.427	1,6	1,4	11,6

FUENTE: CCSS-Área Estadística en Salud. Informe Estadístico 2010

GRÁFICO A.6.6

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL EN EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS MAYORES AMBULATORIOS REALIZADOS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



FUENTE: CCSS-Área Estadística en Salud. Informe Estadístico 2010

CUADRO A.6.5

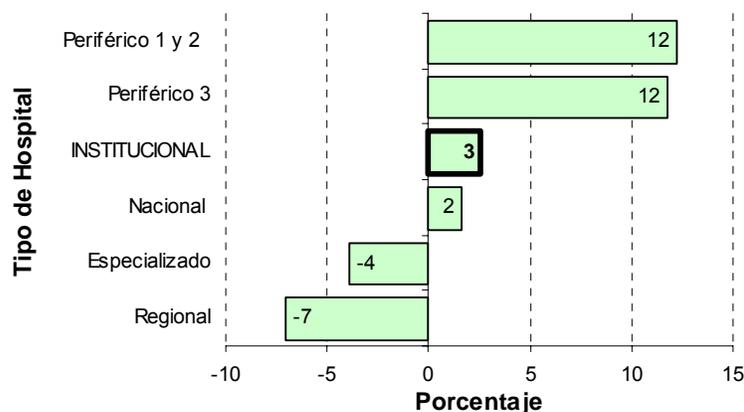
C.C.S.S.: CONSULTAS DE URGENCIAS POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2007 y 2010

TIPO DE HOSPITAL	AÑO	
	2007	2010
INSTITUCIONAL	2.340.786	2.399.387
Especializado	181.785	174.604
Nacional	349.222	354.903
Regional	822.006	763.751
Periférico 3	518.230	579.040
Periférico 1 y 2	469.543	527.089

FUENTE: CCSS-DCSS Evaluación Compromiso de Gestión 2010

GRÁFICO A.6.7

C.C.S.S.: VARIACIÓN PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS DE URGENCIAS, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2007 Y 2010



FUENTE: CCSS-DCSS Planes de Gestión Local Evaluación Compromiso de Gestión 2007 y 2010

Análisis de los Resultados

La producción de los egresos en el Área de Hospitalización, refleja una aproximación indirecta del aprovechamiento del recurso cama; elemento central y crítico de la estructura del hospital.

Al analizar la producción reportada en el Plan de Gestión Local (PLG) y la remitida por el Área de Estadística en Salud (AES), se encontraron diferencias en los datos en todos los tipos de hospital; presentándose una mayor brecha en el Regional y en el Especializado. Llama la atención en este último; las diferencias presentadas en los servicios de Medicina, Cirugía y Pediatría. Lo anterior obedece a que el Hospital Nacional de Niños reporta por separado los egresos de estos servicios en el PLG y los integra como egresos de Pediatría en el reporte hecho al Área de Estadística, situación que dificulta la comparación entre servicios. (Cuadro A.6.1)

En la producción de Cirugía Ambulatoria, también se observaron discrepancias en todos los tipos de hospital; siendo ésta de mayor magnitud en el Especializado, Regional y Nacional. En el caso del tipo de hospital especializado, no se aclara en el PLG si fue incluida la producción de Cirugía Ambulatoria que el HNN contrata a Coopesaín; lo que pudiera estar influyendo en las diferencias encontradas. (Cuadro A.6.1)

Todos los servicios mostraron incongruencias en los datos de producción en el tipo de hospital Regional. Las diferencias mayores se dieron en Cirugía y Medicina, a expensas de tres centros hospitalarios. El mayor contraste de los datos en el servicio de Ginecología se dio en el tipo de Hospital Periférico 1 y 2. Los datos de producción por servicio de ambos reportes mostraron mayor coincidencia en el tipo de hospital Nacional. (Cuadro A.6.1)

También, en la producción de los procedimientos mayores ambulatorios se observaron discrepancias importantes entre ambos registros. Tradicionalmente en el Compromiso de Gestión se ha venido monitoreando la producción de diez procedimientos. Sin embargo; no se tiene certeza si esos mismos procedimientos

fueron los evaluados en el PGL; situación que podría estar reflejando las diferencias tan marcadas a lo interno de los centros hospitalarios. (Cuadro A.6.3)

Lo anterior; amerita considerar por parte de las instancias correspondientes, la revisión de las causantes que pudiesen originar esas diferencias, partiendo que ambos datos se originan en el mismo nivel local. De igual manera, se plantea la posibilidad de revisión de la metodología utilizada en el proceso de certificación, que garantice concordancia entre lo anotado en los Planes de Gestión Local y lo enviado al Área de Estadística de Salud.

Ante este panorama; y con el fin de comparar la producción lograda con respecto al año 2007, se decidió tomar como base la información oficial suministrada por el Área de Estadística en Salud. Para el año 2010, el volumen de egresos totales producidos en la red hospitalaria, incluyendo los de Cirugía Ambulatoria, fue de 322.799; mostrando 1.051 egresos menos respecto al año 2007. De igual forma se evidenció una reducción en la relación de egresos por habitante; pasando de 7,2 a 7,0 egresos/100 habitantes.

Al analizar el volumen global de egresos por tipo de hospital; se encontró un crecimiento respecto al año 2007 en el Nacional y Periférico 3 y una reducción en el resto. (Gráfico A.6.1). De igual manera la variación de los egresos por servicio no fue similar; en Medicina y Ginecología el crecimiento fue mínimo. Cirugía Ambulatoria fue la que más creció (10%) y Obstetricia, Cirugía y Pediatría /Neonatología decrecen, En este último servicio se dio la mayor reducción de egresos (5%). (Gráfico A.6.2).

El recurso cama global también se redujo respecto al año 2007, pasó de 5.647 a 5.613 camas en el año 2010. Los servicios de Ginecología y Obstetricia presentaron un aumento global en el volumen total de camas y en el resto de servicios hubo reducción. En ese período, de los 29 centros hospitalarios analizados, el 52% no varió el volumen total de camas, el 28% las redujo y en seis establecimientos se aumentaron (tres periféricos, un especializado, un nacional y un regional).

Al estar encubiertas por el promedio por tipo de hospital, las particularidades del comportamiento de la producción y de los indicadores relacionados con la gestión de la cama, se tratará de resaltar algunos hallazgos por servicio, que justifiquen posibles recomendaciones.

En el **Servicio de Medicina**, hubo un aumento de 92 egresos respecto al año 2007 y de 9 camas. La estancia media global del servicio se mantuvo en 8,7 días y la ocupación alcanzó el 91% en el año 2010, con un giro cama de 32,6. En los tipos de hospital periférico se observó reducción de camas; los egresos se reducen en el Periférico 1 y 2 (299) y aumentan en el periférico 3 (169). En el nacional hubo aumento en 4 camas y un crecimiento del 19% de egresos (2.389) respecto al año 2007. El regional presentó la mayor reducción de egresos (10%) con un aumento de 14 camas (Cuadro A.6.1) (Gráfico A.6.2). En los periféricos y regional aumentan la estancia media y en el especializado y nacional se redujo; en éste último se dio la mayor reducción (2,3 días), pasó de un promedio de 13,9 a 11,6 días. De los 26 hospitales analizados, el 42% logra reducir la estancia media respecto al año 2007. El 50% mantuvo el mismo recurso cama, el 27% lo redujo y se aumentó en 6 establecimientos (uno nacional, uno regional y cuatro del tipo Periféricos).

El índice de ocupación aumentó en el periférico 3 y regional y se redujo en el especializado, Periférico 1 y 2 y nacional. Aún así, en este último, la ocupación alcanzó casi el 100%, a expensas de uno de los tres centros hospitalarios. El giro cama sólo creció en el tipo de hospital nacional. Aunque la ocupación óptima considerada es de un 85%; para que permita un margen de maniobra apropiado a

los ingresos que lo hacen por la vía del Servicio de Urgencias y desde la misma programación²⁴¹; al revisar a lo interno del servicio de medicina, se observó un comportamiento heterogéneo, el cual es preocupante. Para el año 2010, el 38% de hospitales no alcanza la ocupación óptima en este servicio, mostrando un índice menor al 80% y en dos de los centros ésta es menor al 70%. En el otro extremo, el 58% de los hospitales mostró una ocupación mayor al 90%, de los cuales en nueve centros supera el 100%.

Lo anterior, plantea la necesidad de realizar por parte de la instancia correspondiente, el análisis sobre el requerimiento real de camas con base en la capacidad actual de respuesta por parte de los centros; tomando en cuenta que en algunos de ellos, el comportamiento de la ocupación de este recurso se viene repitiendo durante los últimos años. Ameritando considerar la conveniencia del cierre de camas, reubicándolas en servicios que se requieren o bien, utilizándolas en el abordaje de pacientes crónicos bajo modalidades de atención ambulatoria. Asimismo; se debería continuar fortaleciendo el análisis de la complejidad de los casos mediante los GRD, ya que algunas situaciones encontradas podrían ser reflejo de la complejidad de las patologías atendidas, influyendo además; la capacidad resolutoria del centro y la gestión de los recursos.

El servicio de Psiquiatría en los tipos de hospital especializado y nacional presentó una reducción de 58 camas y un aumento de 103 egresos con respecto al año 2007. En el tipo de especializado se redujo la ocupación de 79% a 76% y en el nacional se aumentó de 83% a 96%. En este último se mantuvo la estancia media en 15.5 días y el giro cama se redujo, pasó de 23,1 a 22.

En el ámbito institucional, el **Servicio de Cirugía**, muestra una variación negativa en el volumen de egresos de 0.4%; lo que representan 1.000 egresos menos respecto al año 2007 (Cuadro A.6.1) (Gráfico A.6.2) En ese período se redujeron en total 4 camas, aumentó tanto la estancia media de 6.6 a 6.9 días, la ocupación de 84% a 87% y el giro cama se mantuvo en 43,8. La mayor reducción de egresos se observó en el tipo de hospital especializado 10% (783 egresos), el nacional (4%), seguido del regional (2%) (1.341 y 322 egresos menos respectivamente). En los periféricos crecieron los egresos en un volumen total de 1.446.

Cabe puntualizar respecto al recurso cama, que el tipo de hospital nacional en su conjunto reduce este recurso, y en el resto de tipos se aumenta. La estancia promedio creció en todos los tipos de hospital a excepción del especializado; siendo mayor en el regional, pasó de 5,9 a 6,8 días. Aunque en el nacional y periféricos 1, 2 y 3 crece el índice de ocupación, sin embargo; en estos últimos, todavía no se logra alcanzar la ocupación óptima. Si bien hubo una reducción de este índice en el tipo regional, el promedio en el año 2010 fue de 98,6%. El giro cama se redujo en todos los tipos de hospital, no así en el Periférico 1 y 2.

Al analizar a lo interno de los centros, se encontró que de los 24 establecimientos el 60% aumentaron los egresos, en el 42% no hubo variación de camas y en el 67% creció la estancia media respecto al año 2007 con variaciones del crecimiento entre hospitales del mismo tipo. Ésta se redujo en siete establecimientos (un hospital especializado, dos nacionales y cuatro periféricos 1 y 2). El índice ocupacional fue menor de 70% o menos en nueve de los 13 hospitales periféricos. Llama la atención que la ocupación sobrepase el 100%, en un hospital nacional, en tres hospitales regionales y en uno periférico 3.

El aumento en la estancia media del Servicio, podría obedecer a varias causas que influyen en su prolongación como son: la complejidad de de las cirugías practicadas

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

en este servicio según el tipo de hospital, los factores que alargan la estancia preoperatoria, el problema generado por el recurso anestesiólogo, la demora en la respuesta de los servicios de apoyo, y algunos otros aspectos de la gestión y disponibilidad de las salas de operaciones. Procesos que podrían ser analizados por la instancia correspondiente, al igual que el requerimiento real de camas en los servicios con ocupaciones por arriba del 100% y el análisis de la casuística de los casos abordados.

En el año 2010 se produjeron 42.850 egresos de **Cirugía Ambulatoria** en el ámbito hospitalario, lo que representa el 88% del total de cirugías realizadas a nivel institucional bajo esta modalidad; el 12% restante se realiza en Clínicas del Segundo nivel y en la Clínica Oftalmológica. (No reportaron datos un hospital Periférico 1 y 2 y un Periférico 3). Hubo un incremento en esta producción de un 10% respecto al año 2007, lo que se traduce en 3.884 egresos de más. La variación positiva se observó en todos los tipos de hospital, a excepción del especializado y el mayor crecimiento se dio en los periféricos. (Gráfico A.6.3) Del total de egresos de Cirugía Ambulatoria, el porcentaje alcanzado en estos últimos fue de 19%. En los tipos de hospital nacional y regional estos egresos constituyen el 71%. En el año 2010 el índice operatorio global de este servicio, partiendo de los procedimientos quirúrgicos fue de 87,3%.

De los factores que pudieron estar influyendo en el incremento de esta producción podría mencionarse el avance tecnológico promovido a nivel institucional, así como la dotación de instrumental necesario y de recurso humano capacitado en caso de los centros hospitalarios periféricos. Aunado a ello se podría estar sumando el impulso dado a esta modalidad mediante diferentes estrategias, desde los inicios del Compromiso de Gestión.

En el **Servicio de Ginecología** la producción creció en 95 egresos respecto al año 2007, pasando de 25.368 a 25.463 egresos; también aumentó el recurso cama en 8, se mantuvo la estancia media en 2,9 días y el giro cama en 85 y se redujo la ocupación pasando de 72% a 70%. Según el tipo de hospital, la producción de egresos como el recurso cama creció en el especializado y nacional, aunque el mayor crecimiento de egresos de un 11% se presentó en el regional con una disminución en el número de camas. (Cuadro A.6.1) (Gráfico A.6.2) El tipo de hospital nacional en ese período mantuvo la estancia media de 3,1 días, sin embargo; la ocupación se redujo a 66% en el año 2010, con un aumento del giro cama. En el tipo de hospital especializado y regional tanto el giro cama y el índice de ocupación aumentaron, alcanzando para el año 2010 una ocupación de 86% y 81% respectivamente.

Los tipos de hospital periférico redujeron los egresos, el recurso cama sólo creció en el periférico 3 y en ambos se redujo tanto la estancia media, el giro cama y el porcentaje de ocupación. En el año 2010 la ocupación en el Periférico 3 fue de 63% y en el Periférico 1 y 2 de 50%. Una de las posibles causas de la reducción de egresos en los tipos de hospital periférico, podría estar relacionada con la problemática referida al traslado de especialistas a zonas rurales y la disponibilidad del recurso anestesiólogo.

De los 24 establecimientos analizados, en el 63% se mantuvo el mismo número de camas. Doce de ellos (dos hospitales nacionales y 10 periféricos) mostraron un índice ocupacional menor al 65%, incluso aunque en tres centros crecieron los egresos. En los cuatro establecimientos con aumento del recurso cama respecto al año 2007, llama la atención que en tres de ellos redujeron tanto los egresos como el porcentaje de ocupación y en los cinco establecimientos con reducción del recurso cama; la ocupación aún así disminuyó acompañada de una reducción de egresos.

Lo anterior, plantea el que se pueda realizar por parte de la instancia correspondiente, el análisis sobre el requerimiento real de camas en este servicio, con base en la capacidad instalada y la demanda, tomando en cuenta el comportamiento histórico de los centros. Según los resultados, algunos servicios muestran un excedente del recurso cama, ameritando considerar el cierre de algunas de ellas, las cuales podrían ser reubicadas en los servicios que se requieran o utilizarse en el abordaje de pacientes crónicos bajo modalidades de atención ambulatoria.

El **servicio de Obstetricia** aumentó 16 camas y se reduce en un 2% de egresos (2.235) con respecto al año 2007. La estancia media se mantuvo en 2,3 días, la ocupación aumento de 79,2% a 81,6% y el giro cama se redujo a 131. En el tipo de hospital especializado y regional se redujo tanto el número de camas como el volumen de egresos asociado a un aumento del porcentaje de ocupación y el giro cama; la estancia media se redujo en el especializado y se mantuvo en el regional. (Cuadro A.6.1) (Gráfico A.6.2)

Los tipos de hospital nacional y periférico 1 y 2 aumentaron el número de camas. En el primero además, se aumentaron los egresos y el porcentaje de ocupación con una disminución de la estancia media de 2,5 a 2,4 días. El segundo redujo los egresos y el porcentaje de ocupación pasando de 67,3% a 55,1%; la estancia media la mantuvo en 2,1 días. En ambos, el giro cama se redujo. El tipo de hospital periférico 3 no varió el número de camas en este período, aumentó los egresos, disminuyó tanto el porcentaje de ocupación (78,4% a 74,8%), la estancia media (2,3 a 2,1 días) como el giro cama.

A lo interno de los centros, el porcentaje de ocupación es muy variable; en los tipos periféricos éste es menor al 60% y sobrepasa el 100% de ocupación o está muy cercano a ello en dos regionales y en un nacional. En 17 hospitales se redujo el volumen de egresos y el 71% de los servicios no varió el número de camas en el período.

El **servicio de Pediatría/Neonatología** fue el que más redujo los egresos (5%) en comparación al año 2007. La reducción se dio en todos los tipos de hospital; siendo mayor en el Periférico 1 y 2. El recurso cama global también se redujo en este período (5 camas); la reducción se dio en todos los tipos de hospital a excepción del tipo de hospital nacional y periférico 3. De igual manera la ocupación y el giro cama se reducen en todos los tipos de hospital y en los periféricos éste no sobrepasa el 65%. La estancia media aumentó pasando en promedio de 4,7 a 4,9 días. El aumento se dio en todos los tipos de hospital a excepción del servicio de Neonatología del tipo de hospital nacional en que se reduce de 9,0 a 8,7 días. El giro cama promedio se redujo de 59,2 a 56,5.

El 72% de los servicios mantienen el mismo número de camas en el período. Llama la atención que en dos hospitales periféricos que aumentan las camas y la estancia media, los egresos crecen en uno de ellos y disminuyen en el otro, sin embargo; reducen la ocupación alcanzado en el año 2010 un porcentaje menor al 65%. Similar porcentaje de ocupación obtuvieron cinco hospitales periféricos y uno nacional, asociado a una reducción de egresos, sin variación de camas.

En general, el volumen de egresos en Obstetricia y Pediatría/ Neonatología se reduce a nivel del servicio y en los tipos de hospital especializado, regional y periférico 1 y 2. En el nacional y Periférico 3 disminuyen los egresos de Pediatría/ Neonatología y aumentan los de Obstetricia. (Cuadro A.6.1) (Gráfico A.6.2). Este comportamiento en la reducción de egresos, podría estar supeditada a la reducción de la tasa bruta de natalidad que pasa del 2007 al 2010 de 16,8/1.000 nac. a 14,5/1.000 nac., asociado a una disminución de nacimientos de 73.144 n.v. a

70.922 n.v. Otro aspecto que podría estar influyendo es 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.

Respecto a la producción de **Consulta Externa**, se hará una simple descripción del comportamiento de consultas dadas por los profesionales especialistas, incluyendo las de primera vez y subsecuentes y el resultado de lo producido por los diez Procedimientos Mayores Ambulatorios, dado que no se cuenta con información sobre la capacidad resolutive de los centros. El 86% del total de consultas brindadas en el año 2010 a nivel hospitalario, fueron impartidas por personal médico especialista, el 6% corresponden a consultas odontológicas y el 8% a otros profesionales a saber: enfermería, nutrición y psicología. El volumen global de consultas creció un 8,2% respecto al año 2007; así como las consultas de todos los tipos de profesional. Las médicas aumentaron un 10,1%, las odontológicas un 29% y las de otros profesionales un 1,3%. (Cuadro A.6.2 y Gráfico A.6.4)

Al comparar el comportamiento de las consultas por tipo de hospital respecto al año 2007, las médicas crecieron en todos ellos, excepto en el Periférico 1 y 2 y el mayor aumento lo mostró el regional. El crecimiento en las consultas odontológicas se presentó en el tipo de hospital Regional, Periférico 3 y Especializado y el de otros profesionales en el Periférico 1 y 2 y Especializado. Este incremento de las consultas pudo estar influenciado por la incorporación de nuevos especialistas a los centros hospitalarios durante los años de análisis. (Cuadro A.6.2 y Gráfico A.6.4)

La producción de los diez **Procedimientos Mayores** creció un 32% respecto al año 2007. El aumento se dio en todos los tipos de hospital a excepción de los periféricos en que disminuyeron las esofago-gastrosco-pías y los LEEP. El tipo de hospital nacional fue el que más creció en el año 2010, a expensas de los procedimientos relacionados con el tratamiento de Cáncer. Sin embargo; sería conveniente ante el crecimiento que tuvo el procedimiento de quimioterapia, poder revisar la definición utilizada en la recolección del dato. La reducción del procedimiento de radioterapia respecto al año 2007, puede deberse probablemente a los problemas de equipo. (Gráfico A.6.5) (Gráfico A.6.6) (Cuadro A.6.4)

En la atención a las mujeres con patología cervical, el volumen global de LEEP creció un 12% respecto al año 2007. Este crecimiento se dio en el hospital regional y nacional. De los 2.427 LEEP realizados en el año 2010, un 42% fue reportado por el tipo de hospital regional y un 28% por el nacional. En los tipos de hospital periféricos este porcentaje pasó de 33% a 24%. La disminución podría estar relacionada a la escasez de recurso humano especialista, afectando la oportunidad en el tratamiento de esta patología. El procedimiento diagnóstico para la detección de la patología gástrica presentó un aumento a nivel institucional con respecto al año 2007. El crecimiento se dio a nivel de tipo de hospital nacional y regional. (Cuadro A.6.4, Gráfico A.6.5 y Gráfico A.6.6)

Respecto a la utilización de los **servicios de urgencias**, ésta se hace a libre demanda, respondiendo a situaciones relacionadas con el proceso de atención, accesibilidad y satisfacción de la persona, entre otros. En el año 2010 fueron brindadas 2.399.387 atenciones de urgencias en la red hospitalaria, según lo reportado en la Evaluación del Compromiso de Gestión, lo que representa un incremento de un 3% de estas atenciones respecto al año 2007. El mayor crecimiento se observa en los tipos de hospital Periférico y un leve aumento en el nacional; condición que podría asociarse a la creciente demanda de estos servicios en el abordaje de la epidemia de Influenza H1N1. Sin embargo; llama la atención que en el tipo de hospital regional y especializado hubo una reducción de las atenciones de urgencia. (Cuadro A.6.5 y Gráfico A.6.7)

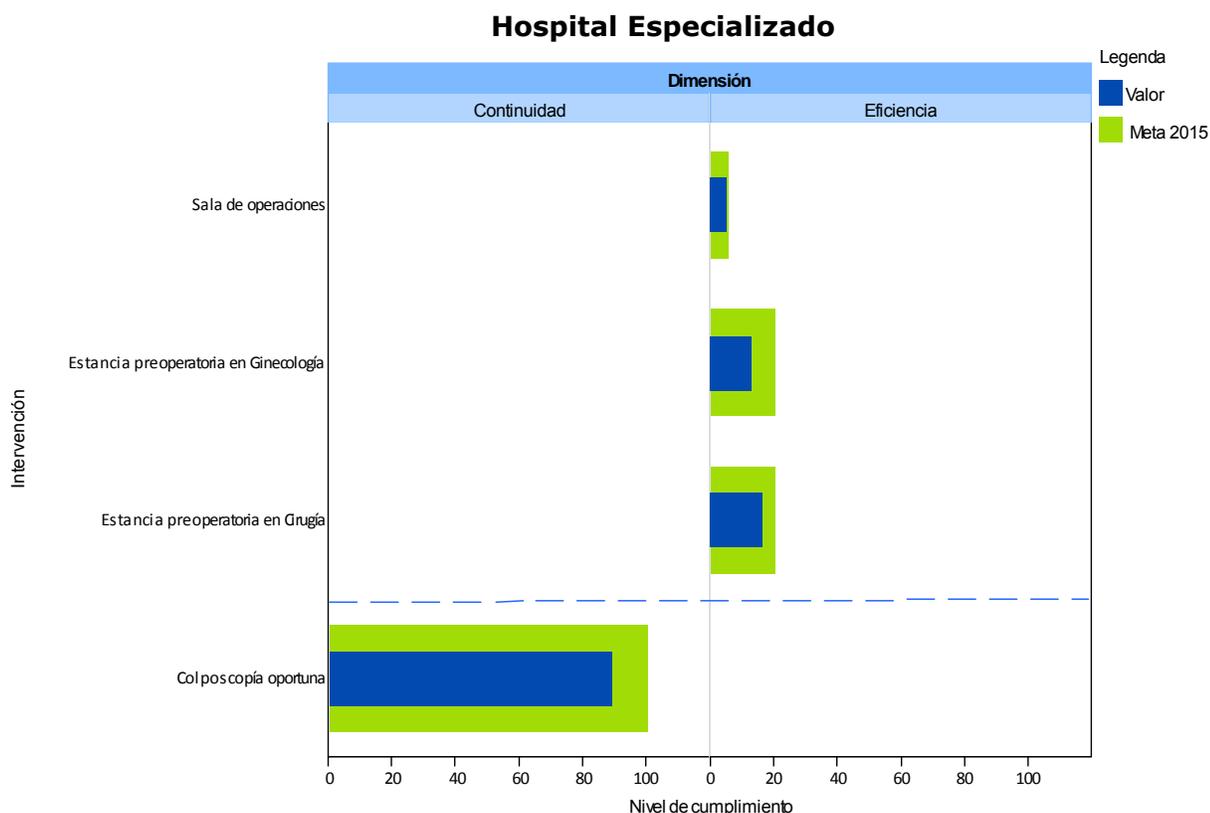
En términos generales, se considera de importancia que la Institución pueda realizar un proceso de análisis permanente de la dotación y eficiencia del recurso cama, tomando en cuenta la complejidad de los casos hospitalizados, con el fin de determinar las proyecciones de crecimiento de la oferta en los diferentes tipos de hospital. Además; se plantea la posibilidad de contar con herramientas que permitan sistematizar el análisis de los procesos en torno al internamiento y faciliten la búsqueda de posibles cuellos de botella, en la oportunidad brindada por los diferentes actores que participan en la prestación del servicio. Así como retomando los insumos del análisis de la casuística de los casos abordados.

Recapitulación de los resultados de las tres dimensiones analizadas en el ámbito hospitalario, en relación a las metas planteadas al 2015

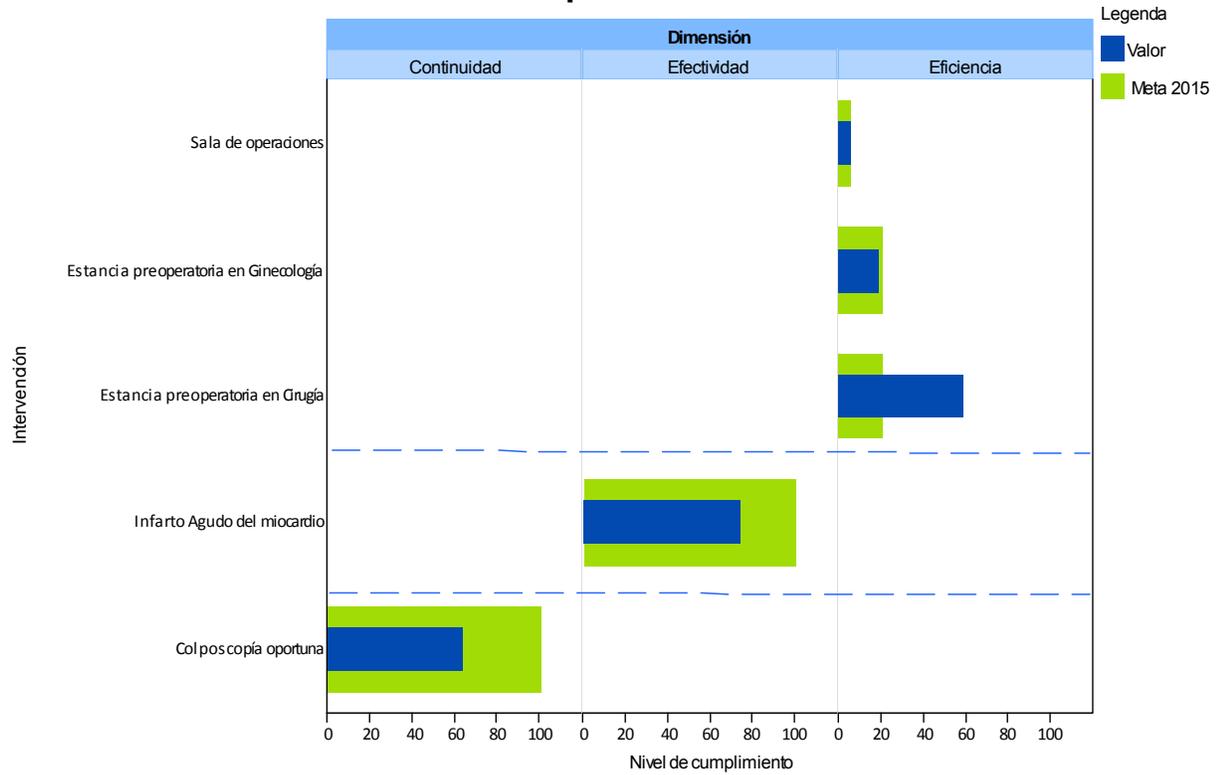
Para fines de facilitar la interpretación de los resultados logrados en cada una de las intervenciones analizadas en hospitales, se presentan las siguientes gráficas en que se visualiza para cada dimensión y por tipo de hospital, los valores promedios obtenidos en cada intervención y la meta al 2015.

Se incluye en la dimensión de continuidad la Atención oportuna a las mujeres con citología Cérvico-uterina alterada en la Atención Especializada, en efectividad, la intervención de Oportunidad de la Reperusión coronaria en el Infarto Agudo del miocardio y en la dimensión de eficiencia las intervenciones de Reducción de la estancia preoperatoria en Cirugía y Ginecología y la eficiencia en la gestión de Salas de operaciones.

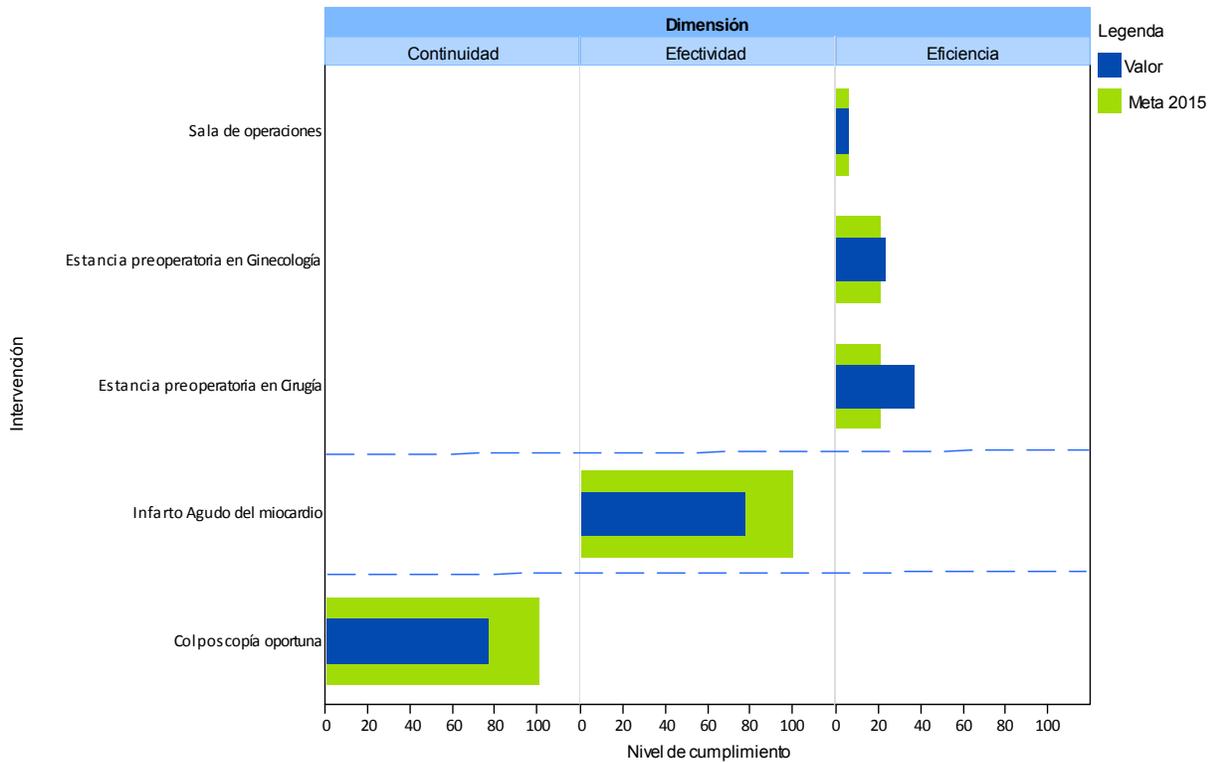
Se espera que esta información sea de utilidad a los gestores locales y a las autoridades en orientar la toma de decisiones, tendiente a reducir las brechas respecto a las metas establecidas en aquellas intervenciones que así lo requieran. Las metas que a la fecha se hayan cumplido, se deben realizar esfuerzos para mantenerlas. En caso que no sea así, realizar las gestiones correspondientes para lograr alcanzarlas al 2015.



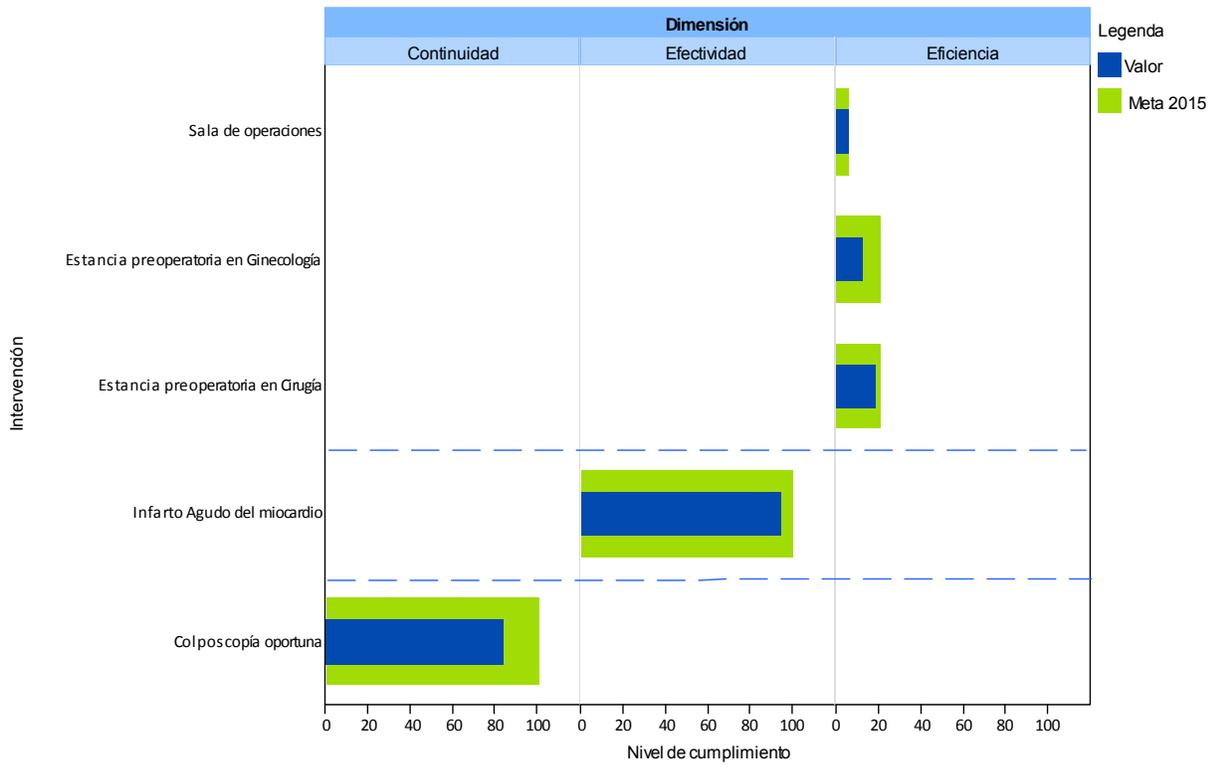
Hospital Nacional



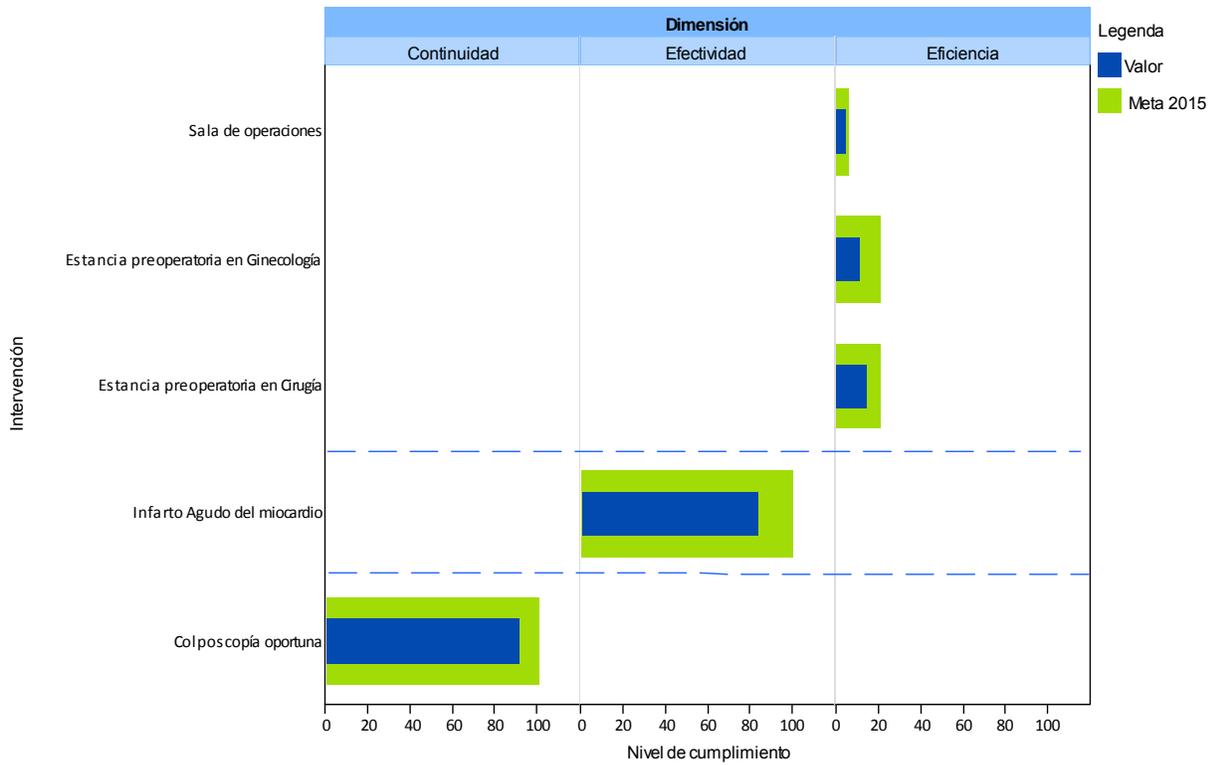
Hospital Regional



Hospital Periférico 3



Hospital Periférico 1 y 2



7. Gestión Administrativa

Los procesos enmarcados en la gestión administrativa (planificación, organización, dirección y control), son esenciales dentro del quehacer institucional. Su función está direccionada tanto a la consecución de los objetivos institucionales y al logro de las metas establecidas, como a una optimización de los recursos disponibles de manera eficiente.

El conjunto de acciones, actividades y procedimientos generados a raíz de la implementación de estos procesos realizados, en los diferentes niveles del ámbito institucional; están canalizados en última instancia, a garantizar el mejoramiento continuo en las condiciones de seguridad, normalidad y continuidad de la prestación de servicios de salud; razón de ser de la institución.

Abordaje por los Compromisos de Gestión

Por solicitud de la Gerencia Médica, se agrega al Compromiso de Gestión 2010-2011 el apartado de Gestión Administrativa, en el que se incluyen algunos indicadores de Área de Presupuesto, Recursos Humanos, Compras y Mantenimiento de Equipos. Estos indicadores fueron diseñados por las instancias técnicas responsables, partiendo de la normativa institucional.

Con ellos se pretende fortalecer y consolidar algunos procesos institucionales que se vienen desarrollando, así como el de monitorear la gestión de aspectos sustantivos dentro de la prestación de los servicios de salud. De igual forma, dichas instancias asumieron la responsabilidad de certificar a cada uno de los establecimientos

Área Temática	Intervención	Nivel	Indicador
Seguridad de las personas	Evaluación y clasificación técnica	Todos	Certificación de evaluación y clasificación técnica de equipos médicos e industriales
	Gestión del riesgo en emergencias y desastres y seguridad humana	Todos	Certificación de ejecución del Plan de preparación para emergencia, desastres y seguridad humana
Presupuesto	Ejecución presupuestaria	Todos	Certificación de la eficacia en la ejecución presupuestaria
Recursos Humanos	Gestión del Recurso Humano	Todos	Certificación de la gestión del Recurso Humano
	Gestión del funcionamiento de los GAT y Salud Ocupacional	Todos	Certificación del funcionamiento de los GAT Certificación de Salud Ocupacional
Calificación de invalidez	Referencia para la calificación de la invalidez	Todos	Certificación del cumplimiento de protocolos de referencia con criterios de calidad

En el área temática de seguridad de las personas, las instancias responsables del tema, priorizaron dos intervenciones en las que existe gran interés por parte de las autoridades institucionales de poder consolidarlas. Una de ellas pretende desarrollar e implementar programas de mantenimiento preventivo a los equipos médicos e industriales de las unidades, requiriendo para ello de un diagnóstico previo que pudiese determinar la condición de riesgo de los mismos. Para este efecto, los

responsables de esa dependencia plantearon tres indicadores dentro del Compromiso de Gestión 2010-2011.

La otra intervención importante considerada dentro de esta temática, la cual es respaldada incluso por acuerdos de Junta Directiva, es lo concerniente a los temas relacionados en materia de mejora ante eventos de emergencias y desastres y de seguridad a las personas. En este aspecto, fueron incluidos en los Compromisos seis indicadores diseñados por el personal encargado de estos procesos a nivel institucional.

Ante la preocupación de las autoridades por el tema de la sostenibilidad financiera, los responsables del Área de Presupuesto consideraron importante obtener un perfil de la gestión presupuestaria del establecimiento, mediante la inclusión en el Compromiso de Gestión 2010-2011, de seis indicadores orientados a la relación gasto-producción y a la ejecución presupuestaria.

Sin embargo; en enero del año 2011 se recibe nota de la Dirección de Presupuesto, indicando "que los indicadores a evaluar serán "Cumplimiento de la Política Presupuestaria y Sobre ejecuciones"²⁴². El resto de indicadores no serán evaluados por los siguientes motivos: "En el período 2010 la institución continuó sus esfuerzos en la atención de la Influenza H1N1 y Dengue, además se presentaron situaciones de emergencia ocurridas por la época lluviosa la cual trajo consigo inundaciones en diversos centros de salud, enfermedades como la gripe, rotavirus, entre otros. Además, se exhortó a las unidades a realizar una ejecución racional de los recursos económicos para atender las necesidades prioritarias. Por lo tanto, es criterio de esta Dirección, no evaluar los indicadores relacionados con la producción de las unidades médicas (Razón Gasto/ Producción; Razón del incremento de recursos por creación de plazas por financiamiento central/Incremento de producción; Porcentaje de ejecución de subpartidas de mantenimiento y porcentaje de ejecución del presupuesto en efectivo"²⁴³.

En el tema de Recursos Humanos, la idoneidad del personal responsable de brindar los servicios en beneficio de la población que atiende, es un elemento clave dentro de las políticas de gestión de este recurso a nivel institucional. Por esa razón, los funcionarios de la unidad de Gestión de Recursos Humanos, diseñaron dentro de la intervención de Gestión de recurso humano, cuatro indicadores para el Compromiso de Gestión 2010-2011, en procura de apoyar dicho cometido. Los tópicos abordados están dirigidos a la contratación de oferentes de nuevo ingreso y orientación a los de recién ingreso, así como la evaluación del desempeño del personal y la elaboración de planes remediales. Además; los responsables del Área de Salud Ocupacional de esa Dirección, diseñaron seis indicadores con la intención de promover la gestión preventiva de riesgos laborales y la atención integral al trabajador.

Otra de las temáticas incluida en los Compromisos de Gestión 2010-2011 por la Dirección de Calificación de la Invalidez, fue lo relacionado a la sistematización de las referencias de solicitud de pensión. Para ello, los responsables de esa dependencia diseñaron dos indicadores, en busca de garantizar que en cada solicitud de pensión, estuvieran presentes los requerimientos mínimos según los protocolos establecidos.

242 CCSS. Carta N° DP- 099-11 dirigida a la Dra. Ana Guzmán por parte de Lic. Sara González Castillo, Directora de la Dirección de Presupuesto. 31 de Enero 2011

243 CCSS. Carta N° DP- 099-11 dirigida a la Dra. Ana Guzmán por parte de Lic. Sara González Castillo, Directora de la Dirección de Presupuesto. 31 de Enero 2011

Resultados por Intervención

Las mediciones realizadas a las intervenciones definidas en el apartado de la gestión administrativa, están basadas en la normativa institucional establecida para la operación de los servicios de salud. Algunas de estas intervenciones vienen siendo ejecutadas por los gestores de las unidades desde hace varios años y en otros casos su implementación es reciente. A pesar de su carácter obligatorio; fueron introducidas en los Compromisos de Gestión para forzar su cumplimiento y facilitar la consolidación de los procesos.

7.1 Evaluación y clasificación técnica de equipos médicos e industriales

El levantamiento de información técnica de los equipos que funcionan en los establecimientos de salud, es la base fundamental para el desarrollo e implementación de programas de mantenimiento preventivo. Con este diagnóstico se pretende garantizar la disponibilidad, confiabilidad y oportunidad de los equipos médicos e industriales dirigidos a la atención de los usuarios de los servicios de salud en la CCSS. Para lograr lo anterior; la Dirección de Mantenimiento Institucional, procuró dar un mayor impulso mediante los Compromisos de Gestión, a la metodología de evaluación y clasificación técnica de los equipos médicos e industriales²⁴⁴ que venía implementando.

CUADRO A.7.1
C.C.S.S.: NÚMERO DE EQUIPOS MÉDICOS E INDUSTRIALES,
TIPO DE REGISTRO Y CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS,
SEGÚN REGIÓN, 2010

REGIÓN	NÚMERO DE EQUIPOS MÉDICOS E INDUSTRIALES CERTIFICADOS	TIPO DE REGISTRO		CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO			
		Físico %	Electrónico %	Físico		Electrónico	
				n	%	n	%
Total	5.054	73	76	986	98	590	94
Brunca	265	100	96	54	100	45	100
Huetar Norte	343	73	76	40	100	52	100
Huetar Atlántica	2.066	79	91	573	99	198	91
Chorotega	79	49	49	19	100	19	100
Central Norte	298	100	99	70	100	66	100
Central Sur	699	90	70	114	100	82	96
Pacífico Central	1.304	43	50	116	94	128	94

FUENTE: Dirección de Mantenimiento Institucional

244 CCSS. Dirección de Mantenimiento Institucional Guía técnica de evaluación y clasificación de equipos para las unidades de la CCSS, , Anexo No. 1, página 31.

CUADRO A.7.2
C.C.S.S.: NÚMERO DE EQUIPOS MÉDICOS E INDUSTRIALES,
TIPO DE REGISTRO Y CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS,
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2010

REGIÓN	NÚMERO DE EQUIPOS MÉDICOS E INDUSTRIALES CERTIFICADOS	TIPO DE REGISTRO		CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO			
		Físico %	Electrónico %	Físico		Electrónico	
				n	%	n	%
Total	13.179	88	84	1.466	96	1.516	91
Especializado	3.744	84	84	417	95	417	90
Nacional	2.206	99	99	192	97	192	99
Regional	4.037	89	69	417	96	417	96
Periférico 3	1.150	84	98	176	99	208	92
Periférico 1 y 2	2.042	85	92	264	92	282	80

FUENTE: Dirección de Mantenimiento Institucional

Análisis de los resultados

En el 69% de los establecimientos se concretó el compromiso de aplicar la metodología de evaluación y clasificación de los equipos; de los cuales 54 corresponden a Áreas de Salud y 27 a centros hospitalarios. En las 37 unidades restantes que no aceptaron la negociación, la mayoría indicaron como factores limitantes, la escasez de personal y el insuficiente tiempo para realizar este proceso. De los 81 establecimientos que accedieron al levantamiento de datos, en el 42% de ellos, este proceso fue realizado a una parte de los equipos de la unidad; impidiendo obtener en esta oportunidad, una panorámica de la condición general de los equipos médicos e industriales a nivel institucional²⁴⁵.

Con la metodología establecida por la Dirección de Mantenimiento Institucional, los responsables de esa dependencia confrontaron el listado suministrado por el proveedor, con el registro del inventario institucional, efectuando además, los ajustes correspondientes en los casos que lo ameritaron²⁴⁶. A nivel local, esta labor fue realizada en forma conjunta por el encargado de mantenimiento y el personal directamente involucrado con la manipulación del equipo, para discriminar según riesgos y fallas la condición crítica del mismo.

En esta primera aproximación, se partió de un total de 20.059 equipos reportados por el nivel local, en lista certificada y aprobada por la Dirección de Mantenimiento Institucional; de los cuales el 25% corresponden a las Áreas de Salud y el resto a hospitales. Del total de equipos, el 86% se registró en forma física y el 84% en forma electrónica. Esta Dirección, mediante un muestreo realizado a cada uno de los registros, encontró un cumplimiento en la calidad de los datos en el 95% de los formularios físicos y en el 94% de los electrónicos.

²⁴⁵ CCSS. Todos los datos han suministrados por la Dirección de Mantenimiento Institucional

²⁴⁶ CCSS. Ficha técnica Compromiso de Gestión 2010-2011

En Áreas de Salud, el porcentaje de equipos clasificados y reportados en registro electrónico fue mayor que en el físico (76% y 73% respectivamente). En cambio se encontró un mayor cumplimiento de los criterios evaluados en formularios correspondientes al registro físico. (Cuadro 7.1) Las regiones Pacífico Central y Chorotega mostraron los menores porcentajes de equipos clasificados en ambos registros, rondando por debajo del 50%. El mayor porcentaje lo presentó la región Central Norte. (Cuadro7.2)

En hospitales, los porcentajes de clasificación de los equipos tanto en registro físico (88%) como electrónico (84%), fueron mayores que los mostrados en el Primer Nivel de Atención; lo cual podría estar relacionado con la cantidad de recurso humano dedicado a estos fines. Hubo una conformidad de datos de 96% en registro físico y de 91% en registro electrónico.

El tipo de hospital Nacional presentó el mayor porcentaje de levantamiento de datos en ambos registros; el menor porcentaje de registro físico se encontró en el Periférico 3 y de registro electrónico en el regional. La conformidad de datos en ambos registros fue mayor al 90% en todos los tipos de hospital, a excepción del Periférico 1 y 2 en que sólo el 80% de formularios electrónicos, cumplieron con los criterios de llenado.

Este primer avance del levantamiento parcial de la condición de los equipos a nivel institucional, pretende sustentar y apoyar tanto en la toma de decisiones para la gestión del mantenimiento de los mismos, como en la planificación institucional para la compra y sustitución de los equipos^{247 248}

7.2 Gestión del riesgo en emergencias, desastres y seguridad humana

Mediante la Política Institucional de Hospital Seguro²⁴⁹, la CCSS ha establecido la plataforma en materia de seguridad hospitalaria, que sirve de marco para la formulación de planes y programas de trabajo a mediano y largo plazo, orientada a proteger la salud y la vida de la población, así como a garantizar las inversiones sociales y la continuidad en la prestación de sus servicios²⁵⁰.

Dentro de la política se ha definido Hospital Seguro, como aquel establecimiento que cuenta con "las medidas de seguridad apropiadas para cuidar la vida de sus ocupantes, conservar las inversiones sociales en equipamiento y mantener los procesos de atención funcionando adecuadamente. Asimismo, presenta "la máxima protección posible frente a eventos adversos y cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura, inmediatamente después de que ocurre uno de dichos eventos"²⁵¹.

Con la intervención se intenta mejorar a lo interno, la capacidad de respuesta institucional ante emergencias y desastres, mediante la implementación de las estrategias definidas en el lineamiento 5 de la política Institucional de Hospital Seguro. Se pretende que cada establecimiento de salud cuente con un plan de

247 Contraloría General de la República Norma N° 12 del Manual de Obra Pública.

248 Ministerio de Salud. Normas de Habilitación y acreditación

249 CCSS. Aprobada por Junta Directiva, en el artículo 5° de la sesión N° 8069, celebrada el 6 de julio del año 2006.

250 CCSS. Política Institucional de Hospital Seguro, julio 2006.

251 CCSS. Política Institucional de Hospital Seguro, julio 2006

respuesta ante emergencias y desastres, internos y externos; el cual incluye aspectos de seguridad humana²⁵².

Para ello fue planteado en el Compromiso de Gestión, un indicador compuesto constituido por una serie de actividades, conducidas bajo la responsabilidad del Programa institucional de emergencias (PIE), el Programa de Seguridad en incendios y explosiones (PSIE) y el Programa Institucional accesibilidad al espacio físico (PIAEF)

Análisis de los resultados

Fueron evaluados 39 centros asistenciales por el PIE, 28 hospitales y 11 Áreas de Salud. Se encontró que en el 97% de los establecimientos al menos el 5% de la población fue capacitada en manejo de equipos de combate de incendios. Al revisar el paquete básico de seguridad contra incendios se observó, que en el 97% de los centros evaluados los extintores estaban instalados. El 74% cumplían con el requisito de tener los planos levantados de las rutas de evacuación y en 72% de las unidades tenían la señalización de salvamiento. La presencia de puertas de emergencias instaladas se encontró en el 59% de los centros y en un 85% de ellos tenían conformada y capacitada la brigada de incendios. Además, el 62% de los establecimientos contaban con un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de sistemas existentes de extinción de incendios²⁵³.

Respecto al Plan de Adaptación de Rutas de Movilización Accesibles, se evaluaron 27 unidades por el PIAEF, correspondientes a 23 hospitales y 4 Áreas de Salud. Se encontró que el 96% de los establecimientos remitieron el documento en el tiempo determinado, cumpliendo con todos los criterios establecidos para tal fin²⁵⁴.

7.3 Ejecución presupuestaria

El uso correcto de los recursos asignados es uno de los pilares esenciales para mantener la sostenibilidad financiera de la institución. La Dirección de Presupuesto, pretende obtener mediante el efecto sinérgico de algunos indicadores orientados a la relación gasto-producción y a la ejecución del presupuesto, un perfil de la gestión presupuestaria del establecimiento. Sin embargo; considerando la desaceleración económica del país que afectó las finanzas institucionales, la variación importante mostrada en el comportamiento del gasto en ese año y la atención de situaciones especiales como la influenza H1N1 y el dengue, se decidió medir únicamente los indicadores relacionados con la política presupuestaria y las sobreejecuciones²⁵⁵.

El objetivo del cumplimiento de la política presupuestaria está dirigido a determinar el crecimiento de las subpartidas de Tiempo Extraordinario (componente variable de Servicios Personales) con respecto al año anterior y en relación con las subpartidas fijas de Servicios Personales. Logrando mantener dicho crecimiento, acorde con la política presupuestaria.

Varias son las premisas gerenciales relacionadas al cumplimiento de dicha política; las cuales parten del alto costo institucional que tienen las partidas "*variables*" de servicios personales. Por lo tanto, el acto gerencial debe estar dirigido a realizar esfuerzos tendentes a que la prestación de los servicios, se apoye principalmente

252CCSS. Política Institucional de Hospital Seguro, julio 2006

253 Datos suministrados por el PIE

254 Datos suministrados por el PIAEF

255 CCSS. Informe Dirección de Presupuesto

en las partidas “fijas” de servicios. En ese sentido; el esfuerzo realizado por la institución de incrementar el número de plazas, asociado a un crecimiento en la dotación del recurso humano para los procesos de atención, obliga a que el aumento en la disponibilidad de partidas “fijas” de servicios personales eventualmente deberá asociarse a una disminución de consumo, en partidas “variables” de esos servicios.

La medición de este indicador contempla en primer lugar, que el crecimiento del gasto de las subpartidas de tiempo extraordinario (excepto recargo nocturno), recargo de funciones y compensación de vacaciones respecto al gasto total en Servicios Personales Fijos, no debe sobrepasar al del año anterior. En segundo lugar, el crecimiento del gasto total de las subpartidas de tiempo extraordinario (excepto recargo nocturno), recargo de funciones y compensación de vacaciones del año evaluado, no debe sobrepasar el 12.5% respecto al gasto estimado del año anterior, ni contemplar el financiamiento de actividades permanentes; siempre y cuando no exista modificación a la Política Presupuestaria por parte de la Junta Directiva.

En materia de sobreejecuciones, se espera que al finalizar la ejecución presupuestaria, no se presenten sobregiros de las subpartidas del presupuesto en efectivo que tiene la unidad ejecutora, es decir, evitar al máximo que el gasto sobrepase el monto del presupuesto asignado. Para ello, se requiere que los responsables de las unidades velen por el cumplimiento de la normativa existente respecto a este tema expresado en el Artículo 180 y 184 de la Constitución Política: El presupuesto es el límite máximo de acción", en el Principio de equilibrio presupuestario indicado en la Ley 8131 de la Administración Financiera de la República y Presupuestos Públicos así como en las Normas Técnicas para la Formulación, Ejecución, Control, Evaluación del PAO-Presupuesto, el cual indica ..." que no se puede realizar ningún gasto si no se tiene el correspondiente contenido presupuestario en la subpartida".

GRÁFICO A.7.1

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ÁREAS DE SALUD CON CUMPLIMIENTO O NO DE LA POLÍTICA PRESUPUESTARIA, SEGÚN REGIÓN, 2010

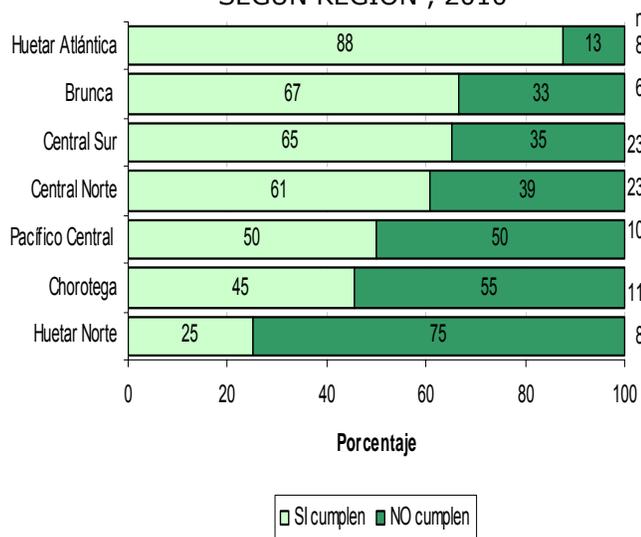
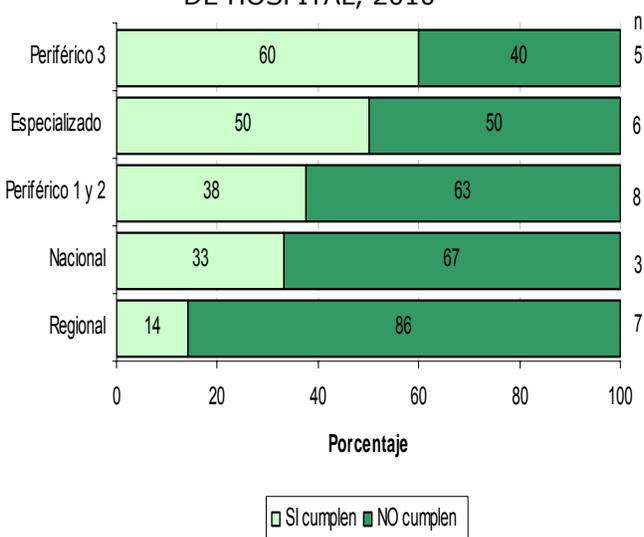


GRÁFICO A.7.2

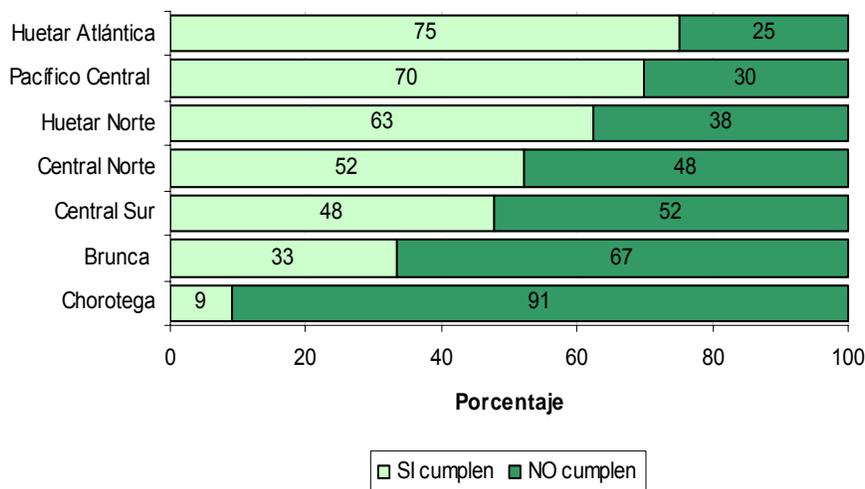
C.C.S.S.: PORCENTAJE DE HOSPITALES CON CUMPLIMIENTO O NO DE LA POLÍTICA PRESUPUESTARIA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2010



FUENTE: CCSS-Dirección de Presupuesto 2010

GRÁFICO A.7.3

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ÁREAS DE SALUD CON SOBREEJECUCIÓN O NO, SEGÚN REGIÓN 2010



FUENTE: CCSS-Dirección de Presupuesto 2010

Análisis de los resultados

Se analizaron 120 centros, 29 hospitales, dos centros especializados y 89 Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención. Se encontró que el 54% del total de establecimientos se ajustaron a la política presupuestaria, correspondiendo a 65 establecimientos. En el Primer Nivel se observó que el 58% de las Áreas respetaron dicha política. Al desagregar por regiones, la Huetar Atlántica fue la que presentó el mayor porcentaje 7 de sus 8 Áreas de Salud cumplieron con la política y la Huetar Norte, fue la región en que menos unidades la cumplen, seguida de la Chorotega y la Pacífico Central. En ellas los porcentajes de cumplimiento logrados estuvieron por debajo de la media institucional. (Gráfico A.7.1.)

A nivel hospitalario, 18 de los hospitales no logran cumplir con la política presupuestaria, lo que representa el 62% de los centros de este nivel. El mayor porcentaje de cumplimiento se dio en el tipo de hospital periférico 3. Llama la atención en el tipo de hospital regional, que sólo un establecimiento cumplió con ese cometido. (Gráfico.A.7.2) En las dos clínicas especializadas cumplieron con la política.

En materia de sobreejecuciones, un 60% de las Áreas del Primer Nivel de atención tuvieron sobregiros. La Huetar Atlántica fue la región con mayor porcentaje de establecimientos que no se sobregiraron, seguida de la región Pacífico Central. A nivel hospitalario, ese porcentaje se aumento a un 93% correspondiendo a 27 establecimientos. Sólo en dos hospitales periféricos no hubo sobreejecución.

Es importante mencionar que de las 120 unidades ejecutoras evaluadas, únicamente 30 de ellas cumplieron ambos indicadores, las cuales representan un 25% del total (1 hospital periférico y 29 Áreas de Salud). Los establecimientos que no logran cumplir ninguno de los indicadores fueron 6 Áreas de Salud.

De acuerdo con los resultados alcanzados, se concluye que fueron varias las unidades que sobrepasaron el 12.5% de crecimiento límite en los tiempos extraordinarios, deduciéndose que las plazas nuevas otorgadas por la institución no están disminuyendo el gasto en estos rubros y por el contrario están utilizando el financiamiento de actividades permanentes. Para el año 2011 se debe considerar que la Política presupuestaria tiene como crecimiento límite un 10%, por lo que se deberían establecer estrategias para controlar el gasto y con esos rubros revisar la productividad de los servicios cancelados²⁵⁶.

Asimismo en materia de sobreejecuciones, muchas unidades no cumplieron con los lineamientos establecidos en materia presupuestaria, por lo que debe existir un mayor control en la ejecución por parte de las unidades, realizando revisiones periódicas del comportamiento del gasto y estableciendo medidas correctivas oportunamente²⁵⁷.

7.4 Gestión del Recurso Humano

En el tema de Recursos Humanos, la idoneidad del personal responsable de brindar los servicios en beneficio de la población que atiende, es un elemento clave dentro de las políticas de gestión de este recurso a nivel institucional. Por esa razón, fueron incluidos en el Compromiso de Gestión 2010-2011, cuatro indicadores que corresponden a tres procesos de la Dirección de Administración y Gestión de Personal relacionados con la: evaluación de oferentes, orientación e inducción a personal de primer ingreso y evaluación del desempeño a cargo de las subáreas de Admisión y Empleo y de Desempeño Laboral.

La intervención va dirigida a que el total de oferentes de primer ingreso contratados en el año 2010 sean evaluados en forma integral por todo el Equipo Interdisciplinario: Medicina, Psicología y Trabajo Social, según lo establece la normativa vigente. De igual manera se pretende que los oferentes realmente nombrados en los centros de trabajo, reciban el curso de orientación e inducción durante ese período.

El equipo de Trabajo de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, realizó visitas para verificar en los expedientes, mediante una muestra seleccionada del total de oferentes previamente evaluados, la información reportada por los centros asistenciales. Para ello aplicaron tres tipos de formatos; dos generales por centro asistencial y uno por cada expediente.

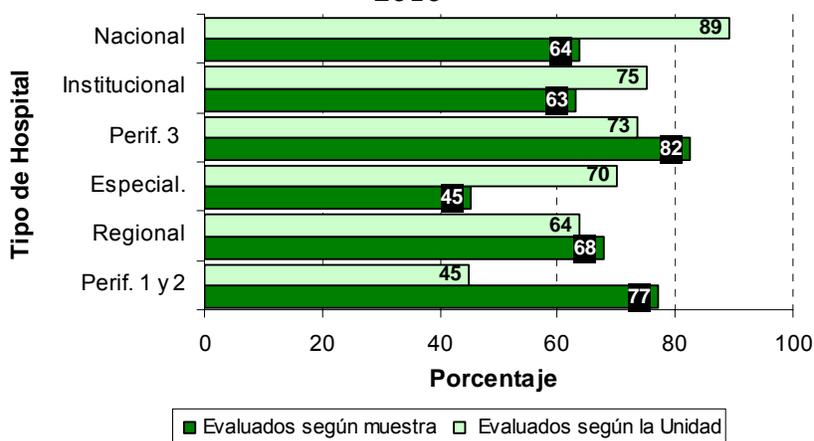
El seguimiento de los indicadores de la evaluación del desempeño y el Plan de Acción por Servicio elaborado por cada una de las jefaturas del centro, se realizó por medio del Portal de Recursos Humanos. En los centros que contaban con las condiciones (equipo, Internet, etc.), las jefaturas realizaron el proceso de evaluación directamente accediendo al Sistema de Evaluación del Desempeño, permitiendo que la información fuera monitoreada por el nivel central. Aquellos centros que por alguna razón no tenían las condiciones para hacer uso de esa herramienta, remitieron la información correspondiente a la Subárea de Desempeño Laboral

256 CCSS. Informe Dirección de Presupuesto

257 CCSS. Informe Dirección de Presupuesto

GRÁFICO A.7.4

CCSS.: PORCENTAJE DE OFERENTES EVALUADOS PREVIO A LA CONTRATACIÓN, SEGÚN REPORTE DEL CENTRO Y LA MUESTRA REALIZADA, POR TIPO DE HOSPITAL, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

CUADRO A.7.3

CCSS.: OFERENTES, MUESTRA DE OFERENTES, FUNCIONARIOS CON CURSO DE INDUCCIÓN, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y PLAN DE ACCIÓN POR JEFATURA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, 2010

TIPO DE HOSPITAL	Total de Muestra	Oferentes de primer ingreso contratados según el Centro	Funcionarios con Curso de Orientación e Inducción	Evaluaciones del desempeño aplicadas		Jefaturas con Plan de Acción por Servicio	
		Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
INSTITUCIONAL	752	2347	46	24.012	86	1.049	22
ESPECIALIZADO	215	472	62	4.023	86	207	14
NACIONAL	246	853	46	7.611	81	230	3
REGIONAL	121	410	61	7.877	90	224	24
PERIFÉRICO 3	131	467	26	1.923	80	104	2
PERIFÉRICO 1 Y 2	39	145	23	2.578	93	284	48

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

CUADRO A. 7.4

CCSS.: OFERENTES, FUNCIONARIOS CON CURSO DE INDUCCIÓN, EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y PLAN DE ACCIÓN POR JEFATURA, SEGÚN REGIÓN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

REGIÓN	Oferentes de primer ingreso contratados según el Centro	Funcionarios con Curso de Orientación e Inducción	Evaluaciones del desempeño aplicadas		Jefaturas con Plan de Acción por Servicio	
	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
BRUNCA	59	32	703	96	38	16
CENTRAL NORTE	132	52	1.647	91	105	*
CENTRAL SUR	368	56	4.827	59	180	15
CHOROTEGA	105	44	965	96	58	3
HUETAR ATLÁNTICA	68	54	1.361	91	69	14
HUETAR NORTE	46	43	668	94	56	13
PACÍFICO CENTRAL	71	85	917	89	69	14
INSTITUCIONAL	849	54	11.088	78	575	31

* Problemas de registro

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

Análisis de resultados

En el año 2010 a nivel hospitalario, el 75% de los oferentes de primer ingreso contratados, fueron evaluados en forma integral por todos los miembros del Equipo Interdisciplinario de Selección, según los datos reportados en los veintinueve hospitales. En el proceso de selección y reclutamiento cada oferente debe cumplir con todos los requisitos establecidos para el puesto en que oferta y ser evaluado por el área de Medicina, Psicología y Trabajo Social. En todos los tipos de hospital a excepción del nacional, el promedio logrado fue menor a la media institucional. Los porcentajes más bajos se observan en el periférico 1 y 2 y en el regional. (Gráfico A.7.4)²⁵⁸

Al contrastar la información reportada por el centro, con la muestra realizada por la Dirección de Administración y Gestión de Personal, se encontró que el porcentaje de oferentes evaluados a nivel institucional se redujo a 63%. En los diferentes tipos de hospital los porcentajes variaron, encontrándose mayor diferencia en el periférico 1 y 2, en el nacional y especializado.

Esta situación podría obedecer a que en la evaluación no solo se incluyeron a los funcionarios de primer ingreso, sino que abarcaron a otros que no cumplían los

²⁵⁸ CCSS. Todos los datos fueron suministrados por la Dirección de Administración y Gestión de Personal

requisitos. En el caso de algunos hospitales, también fueron reportados oferentes con evaluaciones integrales, sin embargo; en el muestreo se detectó, la ausencia de la evaluación por parte de un profesional del Equipo Interdisciplinario de Selección.

El 46% de funcionarios que fueron contratados a nivel hospitalario recibieron el curso de orientación e inducción. Los menores porcentajes se obtuvieron en el tipo de hospital periférico y nacional. (Cuadro A. 7.3)

La evaluación del desempeño fue realizada en promedio al 86% de los funcionarios del nivel hospitalario. Sobrepasan este porcentaje los tipos de hospital periférico 1 y 2 y regional. (Cuadro A. 7.3). Con los resultados encontrados cada jefatura debía realizar un plan de acción consolidado. Este indicador fue el que obtuvo los menores porcentajes de cumplimiento tanto en el promedio del nivel, como en los tipos de hospital (Cuadro A. 7.3).

En el caso del Primer Nivel de Atención, 84 Áreas de Salud negociaron esta intervención. El 64%, se comprometieron a evaluar a los oferentes de primer ingreso contratados en forma integral por todos los miembros del Equipo. Sin embargo, por dificultades presentadas en los niveles locales, el análisis para este indicador comprende la información de 19 Áreas de Salud; de las cuales el 34% logran cumplir con el cometido.

El curso de orientación e inducción fue realizado en promedio al 54% de los funcionarios contratados en el Primer Nivel de Atención. En las regiones Brunca, Chorotega y Huetar Norte este proceso se realizó a un menor porcentaje de funcionarios. La Pacífico Central presenta la mayor proporción de funcionarios con orientación e inducción (Cuadro A. 7.4)

En el Primer Nivel, la evaluación del desempeño fue realizada en promedio al 78% de los funcionarios. En todas las regiones a excepción de la Central Sur, el promedio de funcionarios con esta evaluación es cercana o mayor al 90%. (Cuadro 7.4). Al igual que en hospitales, la consolidación de la evaluación del desempeño por unidad, fue el indicador que presentó el menor logro. En promedio un 31% de las jefaturas elaboraron Planes de Acción. (Cuadro A. 7.4).

Son varias las razones por las cuales los centros, no alcanzaron a realizar en forma oportuna la evaluación integral por el Equipo Interdisciplinario de Selección, de los oferentes de primer ingreso contratados, cumpliendo los requisitos de la normativa vigente

En la mayoría de las Áreas de Salud no se cuenta con el Equipo Interdisciplinario completo. En muchos de los casos, el tiempo efectivo que los profesionales en Psicología y Trabajo Social pueden dedicar a la evaluación de los oferentes es mínimo. Esto debido a que están dedicados a otra gran cantidad de actividades que deben asumir.

En caso de la evaluación del área de medicina, las Áreas de Salud dependen de otro nivel de atención para que se les proporcione el apoyo. Se da poca oportunidad en el otorgamiento de citas y en la toma de placas de Rayos X. En estas últimas, los plazos de espera en algunos casos son prolongados y cuando se entrega el resultado, viene sin la interpretación respectiva por falta de radiólogos. Esta situación atrasa el resultado emitido por el profesional en medicina, retardando la conclusión del proceso de evaluación, que en muchos casos supera los plazos establecidos por la normativa institucional. Incluso una placa puede durar en ser reportada meses. Además; se presentan retrasos en el apoyo del laboratorio para los exámenes correspondientes.

Otro problema que se evidenció en los centros que poseen el recurso en Psicología o cuentan con el apoyo de un profesional de otro establecimiento, fue el no contar con las pruebas (Test Psicométricos) para ser aplicadas, por el alto costo y la falta de previsión para la compra más oportuna, dentro de las prioridades establecidas en los niveles superiores de los centros. Asimismo; es frecuente que el oferente evaluado por el Equipo Interdisciplinario de un determinado centro de trabajo, sea transferido a otro centro asistencial, lo que conlleva a un alto costo asumido por el centro que evalúa.

Otro problema que los ha perjudicado es que el crecimiento del recurso humano de esas oficinas no ha sido proporcional al incremento en la población a cubrir y adicionalmente se les recargan funciones para asistir y participar en diferentes comisiones.

Llama la atención el bajo porcentaje observado en la Orientación e Inducción a funcionarios de primer ingreso en ambos niveles. Debido a que esta fase es importante, donde el nuevo funcionario recibe la información que le facilita su adaptación y desempeño a nivel institucional y además; propicia su identificación y estimula su sentimiento de identidad con la C.C.S.S.

El menor porcentaje de cumplimiento en ambos niveles, se observa en la elaboración por parte de las jefaturas de los planes de acción, en los cuales se refleja el resultado de la evaluación y las soluciones a cada una de las necesidades detectadas durante el proceso de evaluación.

7.5 Gestión del funcionamiento de Salud Ocupacional

La importancia de brindar protección y vigilancia de la salud y seguridad a los funcionarios que laboran en la CCSS, es una de las estrategias institucionales plasmada en la Política en Salud Ocupacional²⁵⁹ ²⁶⁰. Los lineamientos ahí planteados, permiten hacer efectivo lo estipulado en la legislación vigente sobre esta materia²⁶¹. Dentro de esas directrices, se busca el fortalecimiento de la cultura preventiva en salud y seguridad en el trabajo a nivel institucional, con la intención de minimizar los riesgos mediante la implementación de acciones preventivas y correctivas. Asimismo, orientan al desarrollo de diferentes estrategias tales como: el Sistema de Gestión Preventiva de Riesgos Laborales y Atención Integral al Trabajador²⁶².

El Área de Salud Ocupacional, ente técnico rector a nivel institucional en esta materia, impulsa mediante el Compromiso de Gestión algunas de las intervenciones que venía desarrollando en el marco de la política. Los indicadores incluidos están dirigidos al fortalecimiento de la gestión de las Comisiones Locales en Salud Ocupacional, los registros, el diagnóstico de los riesgos en el trabajo y la calidad de los accidentes investigados.

259 Política de Salud Ocupacional de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada en artículo 9 de la sesión No. 8108, celebrada el 16 de noviembre de 2006

260 Código de Trabajo, Título IV, Ley 6727 de Riesgos del Trabajo

261 Constitución Política de Costa Rica. Artículo 66 del Capítulo III

262 Política de Salud Ocupacional de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobada en artículo 9 de la sesión No. 8108, celebrada el 16 de noviembre de 2006

Análisis de resultados

En el 90% de los establecimientos a nivel institucional se encontró que en 79 Áreas de salud y en 28 centros hospitalarios hubo compromiso por parte de las autoridades locales de gestionar los riesgos laborales, utilizando sus propios recursos²⁶³, con el fin de reducirlos o eliminarlos a corto, mediano o largo plazo. Los establecimientos que no negociaron esta intervención, corresponden a un Hospital Periférico 1, diez Áreas de Salud de la Región Central Norte y una de la Chorotega. Aducen el no contar con un profesional en Salud Ocupacional o presentar limitaciones con el médico general para la atención a los funcionarios. En el resto de regiones, la evaluación comprendió la totalidad de las Áreas.

Aproximadamente el 94% de las unidades que pactaron dicha intervención, cumplieron con la firma del documento declaración de intenciones con la Salud Ocupacional, siendo este el primer paso en el compromiso por parte de las autoridades locales de cada centro, en facilitar los procesos en la gestión de esta materia.

En esta ocasión, con la identificación de peligros y la evaluación de riesgos, se ha pretendido fortalecer la gestión preventiva de los riesgos laborales. Las unidades que los realizaron (aproximadamente un 88%), tienen caracterizados los principales riesgos presentes en sus centros de trabajo, con la posibilidad de documentarlos en forma oportuna y darles seguimiento para su control.

En relación a los consolidados de actividades de la Comisión de Salud Ocupacional y de accidentes, tan solo un 48% de las unidades cumplieron a cabalidad con el tiempo de entrega, el 52% restante cumplió en forma parcial debido entre otros motivos, al envío tardío de la documentación o que no enviaron del todo al menos uno de los consolidados.

El proceso de investigación de accidentes busca detectar las causas inmediatas y las causas básicas de los accidentes. Esa información va a permitir establecer medidas preventivas o correctivas que logren poder evitarlos a futuro. Aproximadamente el 90% de las unidades cumplieron con el requisito de la investigación de accidentes; sin embargo, durante la evaluación fueron detectadas oportunidades de mejora; las cuales deberían ser impulsadas y apoyadas por las instancias correspondientes.

Una nueva variable evaluada, fue el registro de Atención Integral al Trabajador, que si bien es cierto, el nombre es muy ambicioso, la intención es ir ampliando a que el abordaje dado al funcionario, sea cada vez más integrado y que se vea reflejado en última instancia, en la prestación de servicios a los usuarios que brinda la institución. Al contar con un registro donde se puedan identificar las causas por las cuales se enferma la población trabajadora de la CCSS, se podrían establecer estrategias que mejoren dicha condición.

Durante la evaluación, se logró evidenciar que es necesaria mayor intervención de las autoridades superiores, en brindar el apoyo a los proyectos planteados en los diferentes centros de trabajo, tendentes a mejorar la calidad de vida del trabajador. De igual manera, es fundamental el involucramiento de los gestores locales en la labor que desarrolla la Comisión de Salud Ocupacional de su centro de trabajo, en procura de maximizar los efectos positivos logrados por el desempeño de dicha comisión

²⁶³ CCSS. Informe de Salud Ocupacional. Dirección Bienestar Laboral. 2011

7.6 Referencia para la calificación de invalidez

Los protocolos de referencia de evaluación del estado de la invalidez, "es un instrumento vital para vincular la historia médica de un paciente con el proceso de otorgamiento de pensión por invalidez, vinculación que es de la mayor importancia para una administración de pensiones adecuada"²⁶⁴. La implementación de los protocolos influye en la reducción del tiempo de respuesta de los trámites de pensión por concepto de invalidez.

Desde el año 2005, el Plan de Fortalecimiento y Control en materia de la Invalidez aprobado por la Junta Directiva, contempla la elaboración de protocolos de Referencia de Evaluación del estado de la invalidez en el nivel local, para el trámite de la pensión. En respuesta a dicha política, esta actividad es incorporada al Plan Estratégico Institucional 2007-2012 dentro del Mejoramiento de la Gerencia de Pensiones.

Para el año 2008, la Dirección de Calificación de la Invalidez mediante un proceso participativo y tomando en cuenta la capacidad instalada y las posibilidades de la Red de Servicios de salud, elaboran los Protocolos para el abordaje de trastornos mentales y del comportamiento, el de referencia general y el de enfermedades neoplásicas. Previo a un proceso de validación y capacitación a los funcionarios realizado por dicha instancia, se inició la implementación de los protocolos a partir de agosto del 2009.

Mediante el Compromiso de Gestión, se pretendió fortalecer aún más, la calidad de las referencias de pacientes solicitantes de pensión por invalidez (Régimen IVM), acordes a los protocolos establecidos.

Análisis de resultados

Se encontró que de las 3.029 referencias analizadas por la Dirección de calificación de la Invalidez, el 59% procedía de 28 hospitales y el 41% de las 90 Áreas de Salud²⁶⁵. De las referencias enviadas un 85% cumplían con los requisitos establecidos en los protocolos; el resto fueron devueltas a los centros, con la intención de completarse los requerimientos que faltaban. Sólo el 22% de las 544 referencias devueltas, se corrigieron debidamente en esa ocasión.

Las causas más frecuentes de no cumplimiento de los protocolos, estaban relacionados con exámenes incompletos o que los mismos no sustentaban el diagnóstico, el uso del protocolo incorrecto o la incongruencia entre el diagnóstico y los exámenes.

En términos generales, los protocolos se cumplieron en el 88% de los casos referidos. En las Áreas de Salud ese cumplimiento fue de un 84% y en los centros hospitalarios de un 90%.

264 CCSS. Circular GM N° 42.693-09/GP N°40.575-09 DP dirigida a los directores regionales y directores de hospitales nacionales y especializados por parte de la Gerenta Médica y el Gerente de Pensiones el 28 de agosto 2009

265 CCSS. Informe de Calificación de Invalidez. Dirección de Calificación de la Invalidez 2011

B. Elaboración y Aplicación del Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS)

En el marco de la Evaluación del Desempeño, uno de los resultados del proceso de Evaluación del Compromiso de Gestión será el mostrar el Desempeño en cada centro, producto destinado principalmente a los tomadores de decisiones de los diferentes niveles administrativos; el cual es un insumo importante para tomar las medidas correctivas que se consideren pertinentes.

Dada la cantidad de intervenciones a ser evaluadas en cada una de las dimensiones, la presentación de los resultados por intervención, para los tomadores de decisiones no siempre es muy amigable y comprensiva de forma tan desagregada. En razón de lo anterior, por lo general se recomienda elaborar además de los resultados por intervención, una medida resumen a partir de la elaboración de indicadores compuestos.

En este contexto es que toma fuerza el poder contar con una medida resumen que permita identificar prioridades de acción. A esta medida resumen se le ha denominado Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. La metodología para su elaboración esta ampliamente documentada²⁶⁶

Los principales argumentos para desarrollar este Índice se puede enlistar como sigue:

- Ubica la evaluación del desempeño en el centro de la discusión
- Puede ofrecer una visión mas integrada de la evaluación del desempeño
- Facilita la comunicación y la toma de decisiones y promueve la rendición de cuentas
- Da luces sobre aquellos centros con buenos desempeños
- Indica cuales unidades representan un esfuerzo prioritario de mejoría
- Puede estimular la búsqueda para mejores datos e incrementar esfuerzos analíticos a través de todo el proceso de atención.

En síntesis, existen fuertes argumentos para intentar desarrollar medidas resumen del desempeño en los Sistemas de Salud. No obstante la práctica para el desarrollo de estas medidas es aún incipiente. El uso la investigación permitirá a futuro ir perfeccionando las metodologías existentes.

Tomando en cuenta las ventajas enunciadas de evaluar el desempeño de los servicios de salud, unido a la utilidad de contar con una medida resumen del desempeño que integre la información y facilite la toma de decisiones, la Dirección de Compra de Servicios de Salud desarrolla una primera aproximación a la elaboración de un indicador compuesto denominado Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS).

266 DCSS. Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud. CCSS, 2010

1. Elaboración

El propósito principal de mostrar el desempeño por centro, es dar luz sobre el grado en el cual se producen resultados de la prestación de servicios de salud. El contar con un IDPSS permite resumir en un valor el resultado integrado de todas las intervenciones evaluadas para cada centro. De esta forma se facilita a los tomadores de decisiones el conocer el estado de situación e identificar centros prioritarios de brindar un mayor seguimiento y apoyo.

Es importante clarificar que este índice es relativo, es decir que permite determinar en cada unidad el grado de desempeño lograda con respecto al resto de Áreas de Salud. No existe un óptimo predeterminado sino que un máximo desempeño logrado entre el grupo de centros analizados, contra el cual se relacionan los resultados de todas las Áreas convirtiéndose en la referencia. El valor del índice se mueve entre 0 y 1.

La construcción del Índice tiene como orientación metodológica los pasos a seguir definidos por la CEPAL²⁶⁷ y las técnicas²⁶⁸ utilizadas por el índice de Desarrollo Humano.

Su elaboración se sustenta en el Marco de la Compra Estratégica de Servicios de Salud²⁶⁹; la cual parte de los objetivos institucionales de la CCSS relacionados con la prestación de servicios de salud. Para efectos de su implementación, estos objetivos se traducen en las Dimensiones ya indicadas en este documento.

La Selección de Indicadores se basó en el Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015²⁷⁰. Los indicadores seleccionados dan respuesta a las Áreas Temáticas definidas para cada una de las Dimensiones, y en su mayoría, van a medir el producto logrado de la implementación de intervenciones específicas por parte de los Servicios de Salud. Ese producto corresponde al resultado intermedio y representa el "desempeño logrado".

Su elaboración parte del resultado de cada uno de las intervenciones evaluadas por dimensión. Con estos datos se procede a su normalización utilizando el valor mínimo y máximo de cada indicador mediante la técnica de re-escalamiento que estandariza, el valor de cada uno de los indicadores en cada Área de Salud entre 0 y 1, utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Valor normalizado} = \frac{\text{Valor real} - \text{Valor mínimo}}{\text{Valor máximo} - \text{Valor mínimo}}$$

Una vez normalizados los datos, corresponde la fase de Ponderación de información. En esta aproximación, se dará igual peso a todas las dimensiones e indicadores, que es una de las formas de ponderar. Es decir, no se asignarían pesos diferenciados por dimensión o indicador; sino que la asignación de pesos sería similar en cada uno de los indicadores seleccionados. Esta decisión se toma principalmente por no contar con información histórica y fundamentos sólidos que avalen la definición de los diferentes pesos, que es lo que permite minimizar el grado de subjetividad dada en cualquier tipo de ponderación.

267 Shuschmy A. y Soto H. Guía Metodológica. Diseño de indicadores Compuestos de Desarrollo Sostenible. CEPAL.2009

268 PNUD Atlas de Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica. 2007

269DCSS. La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la CCSS. San José, Costa Rica, CCSS, 2008

270 DCSS. Plan de Compra de Servicios de Salud 2010-2015. CCSS, 2009

Luego se realizó la fase de Agregación de información. Esta fase se desarrolló en dos etapas, primero se elaboró un subíndice por dimensión y luego se construyó el Índice.

La elaboración del subíndice por dimensión se calculó mediante un promedio simple, a partir de los datos normalizados (igual escala de medición) de los indicadores que lo conforman como se muestra a continuación

$$\text{Subíndice} = \frac{\text{Indic. Norm 1} + \text{Indic. Norm 2} + \text{Indic. Norm 3} + \text{Indic. Norm 4}}{4}$$

Por último se calcula el **Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud** para cada Área de Salud, por medio de un promedio simple de los valores de los subíndices.²⁷¹

$$\text{IDPSS} = \frac{\text{Subíndice 1} + \text{Subíndice 2} + \text{Subíndice 3}}{3}$$

Para facilitar la descripción del desempeño a partir del resultado del Índice se generaron tres categorías utilizando el análisis de conglomerados: Desempeño aceptable 0.786 - 0.651, Desempeño regular 0.650-0.521 y Desempeño limitado 0.520-0.330.

	0,786	0,640	Desempeño aceptable
	0,639	0,510	Desempeño regular
	0,500	0,330	Desempeño limitado

En este primer acercamiento en la construcción del Índice su aplicación se realizará para Áreas de Salud. De las cinco dimensiones definidas en la evaluación solo tres conformarán el Índice: Accesibilidad, Continuidad y efectividad. La Dimensión de Aceptabilidad se excluye debido a que en el Primer Nivel no se contó con la evaluación de la satisfacción de los usuarios, y la de Eficiencia por no valorarse el IER sino un análisis crítico de lo construido por la Dirección.

En el IDPSS se contemplan todas las Áreas de Salud institucionales además de las gestionadas por la UCR que son las que cuentan con resultados con este nuevo enfoque. De esta forma se contó con 92 Áreas de Salud. Se excluyó el Área Catedral Noreste, debido a que por sus características particulares presenta algunos resultados distorsionantes para la metodología aplicada.

De igual forma, no todos los resultados de las intervenciones deben estar en el índice, ya que requiere pasar ciertos criterios de calidad de los datos, como por ejemplo, que los resultados estén presentes en todas las Áreas y cierto grado de concordancia estadística. En este sentido solo se excluyó una de las intervenciones evaluadas que por características de la intervención no todos los centros mostraron resultados. De esta forma el índice estará conformado por 3 dimensiones y por el resultado de 18 intervenciones.

²⁷¹ PNUD Atlas del Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica 2007

2. Aplicación

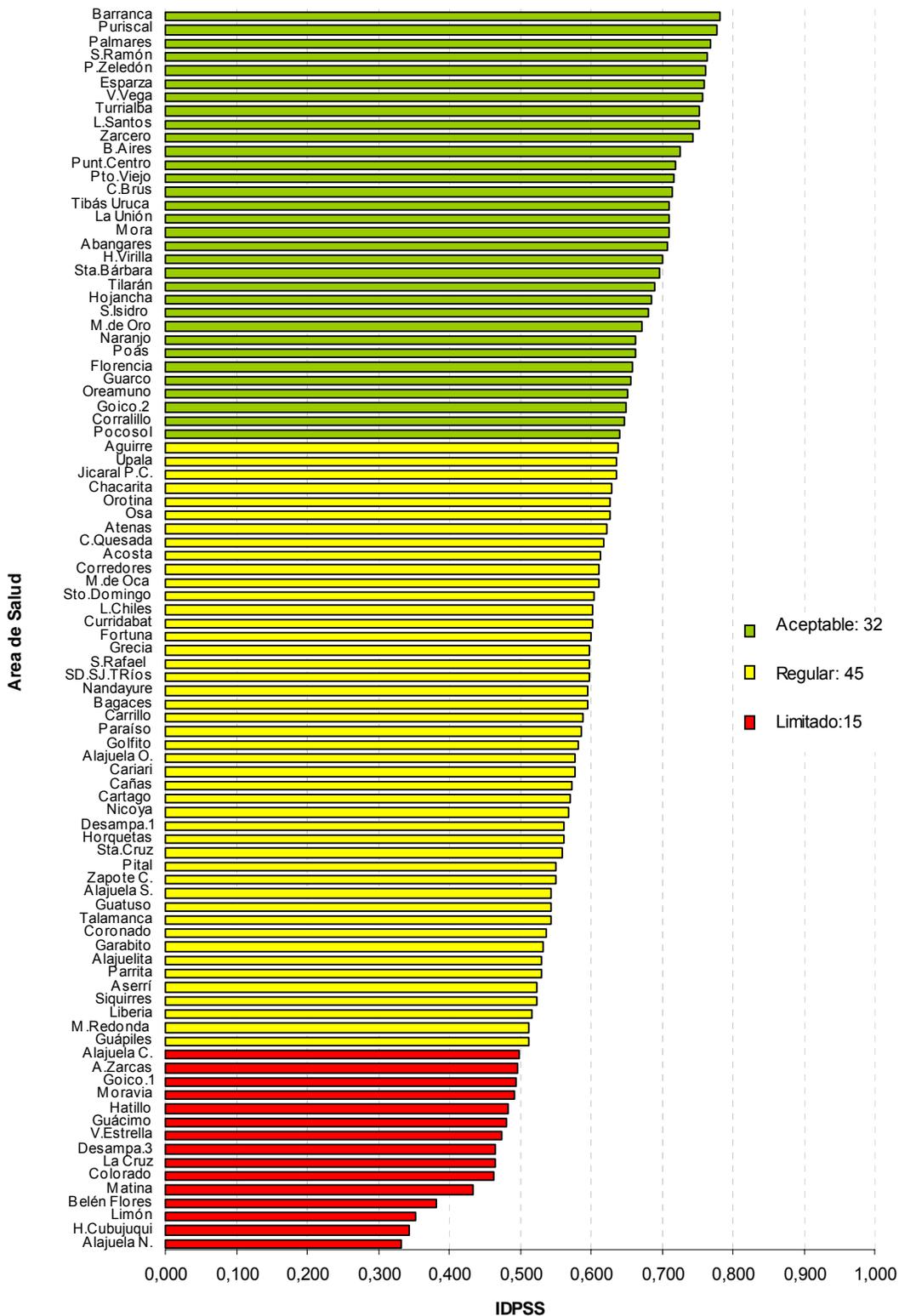
2.1 Áreas de Salud

El índice se aplicó a los resultados de la evaluación de 92 Áreas de Salud. El objetivo principal es contar con una medida resumen del desempeño de cada Área de Salud que oriente a los tomadores de decisiones a actuar cuando se requiera y que sirva a cada centro para visualizar su posición con respecto al desempeño del total de Áreas.

También se exploró la contribución de cada dimensión en el resultado final del Índice. Los resultados de estas aplicaciones se pueden observar en los gráficos B.1.1 y B.1.2

GRÁFICO B.1.1

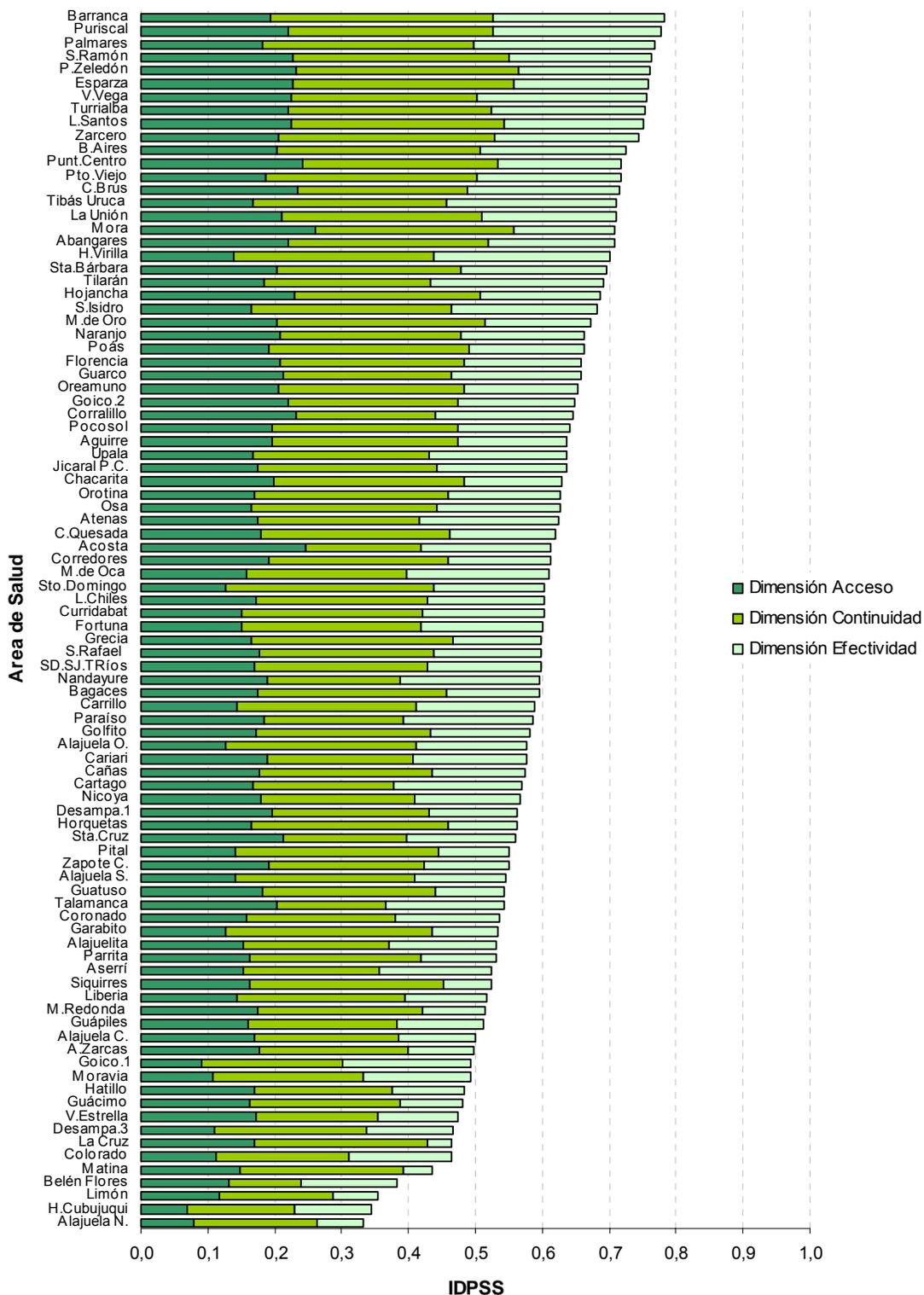
CCSS: ORDENAMIENTO DE LAS ÁREAS DE SALUD, SEGÚN EL IDPSS, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

GRÁFICO B.1.2

CCSS: ORDENAMIENTO DE LAS ÁREAS DE SALUD, SEGÚN EL IDPSS Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA UNA DE SUS DIMENSIONES PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

2.2 Nivel Regional

A partir de la aplicación del IDPSS a cada Área de Salud, se agregó la información para construir el promedio Regional. Luego se incorporó en cada Región las Áreas con su correspondiente desempeño.

GRÁFICO B.1.3

CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN CENTRAL SUR SEGÚN VALOR DEL IDPSS, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010

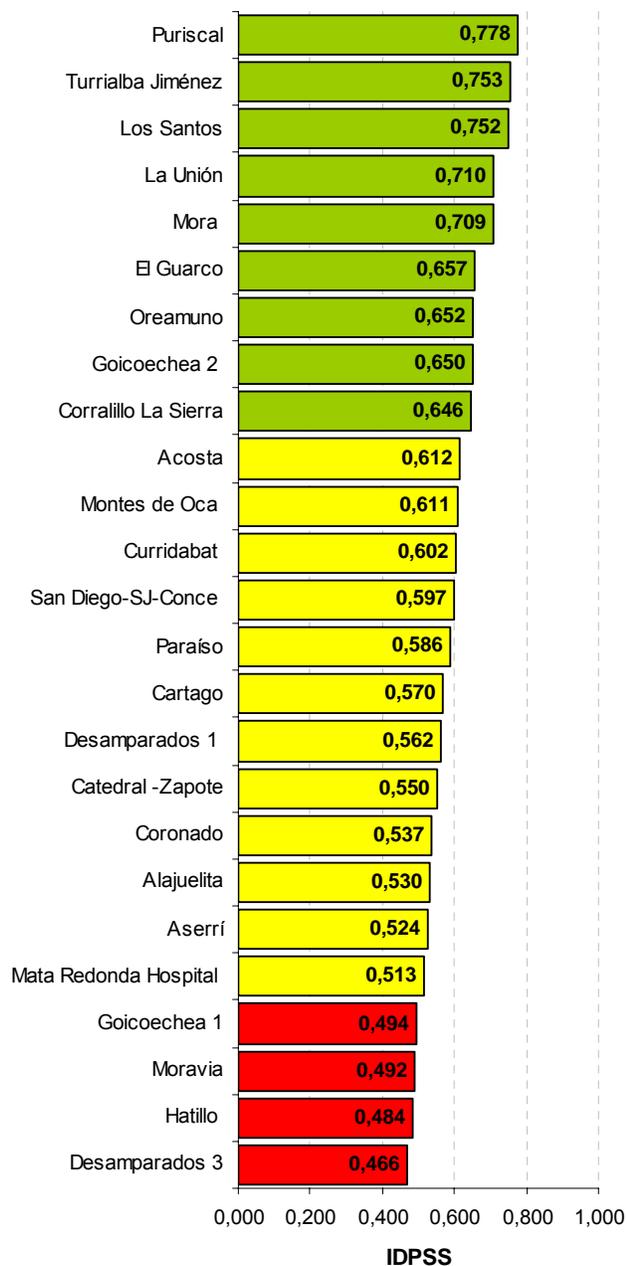
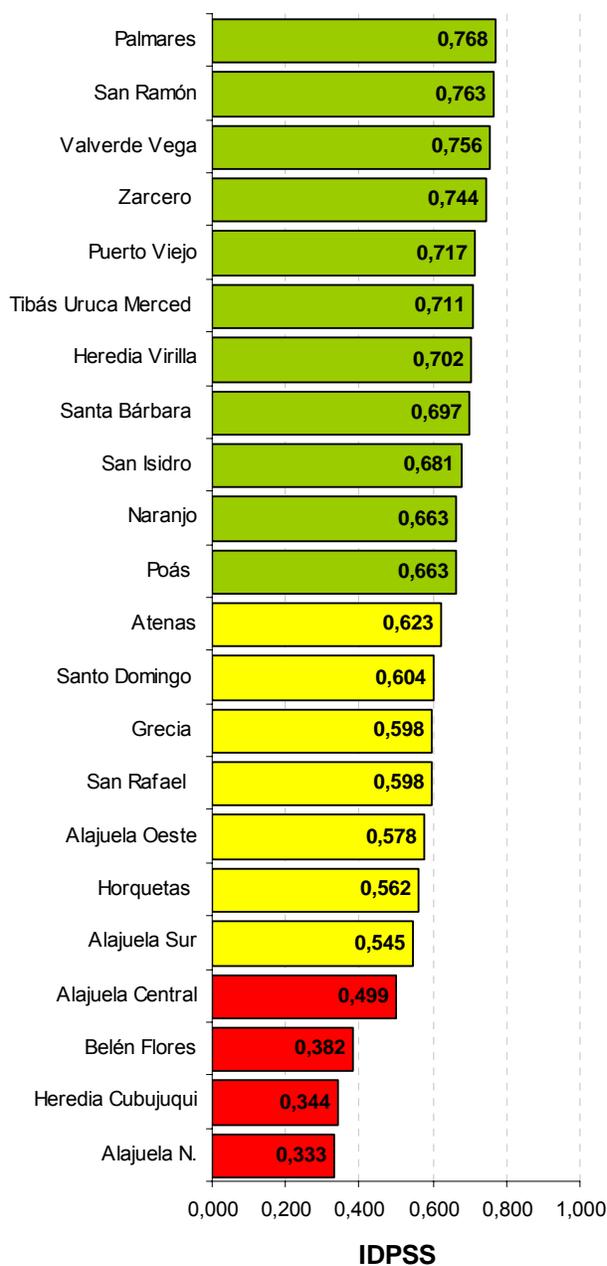


GRÁFICO B.1.4

CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN CENTRAL NORTE SEGÚN VALOR DEL IDPSS. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

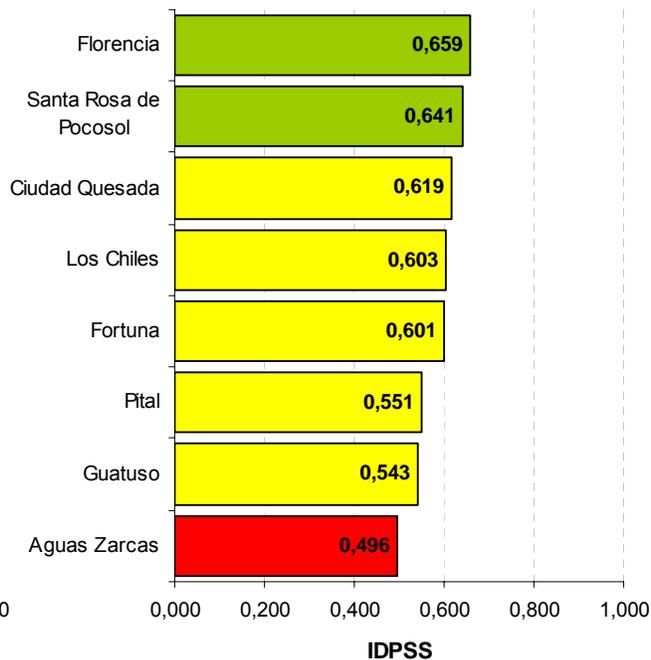
GRÁFICO B.1.5

CCSS: DISTRIBUCION DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN BRUNCA SEGÚN VALOR DEL IDPSS PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010



GRÁFICO B.1.6

CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN HUETAR NORTE SEGÚN VALOR DEL IDPSS. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO B.1.7

CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA SEGÚN VALOR DEL IDPSS, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010

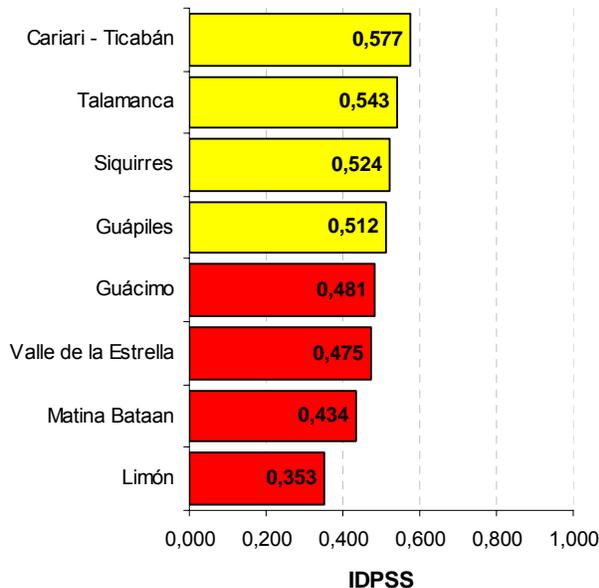
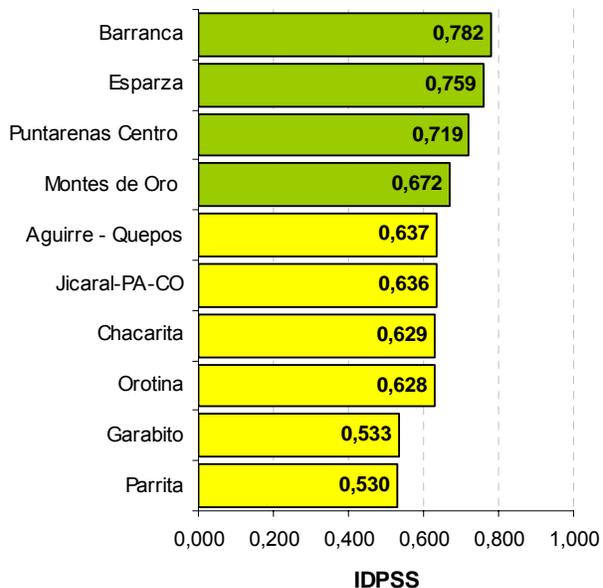


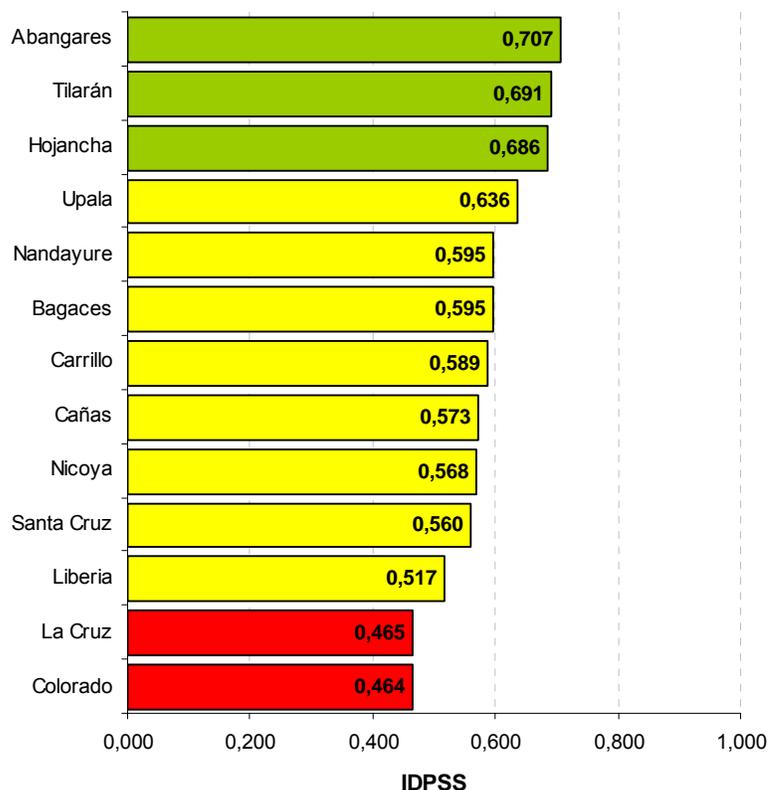
GRÁFICO B.1.8

CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN PACÍFICO CENTRAL SEGÚN VALOR DEL IDPSS. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

GRÁFICO B.1.9
C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA REGIÓN
CHOROTEGA, SEGÚN PROMEDIO DEL IDPSS
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010



FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromiso de Gestión, 2010

3. Relación del IDPSS con otras variables

El resultado del índice se relacionó con 5 variables de las que se tenían información disponible para todas las Áreas de Salud. Estas variables son: Asignación de Recursos Financieros 2010, Gasto 2010, Promedio de Población por EBAIS, Población Total y Número de EBAIS. En lo relativo a población y a número de EBAIS se utilizó como fuente de información el inventario realizado por la Dirección de Proyección de Servicios de Salud²⁷² y con respecto a los recursos financieros la Dirección de Presupuesto.

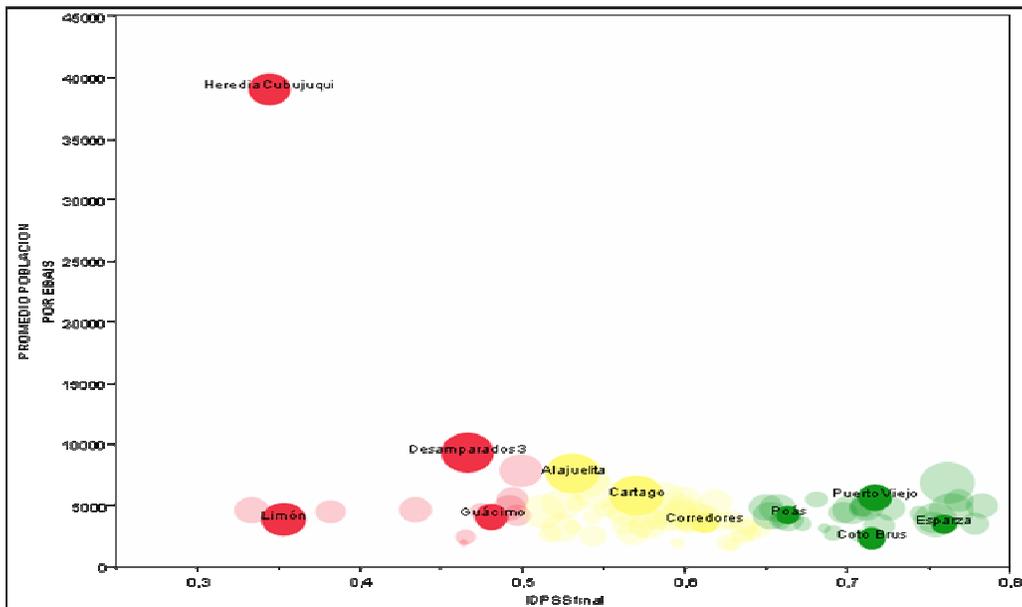
Del análisis estadístico bivariado realizado, la Asignación de Recursos Financieros y el Promedio de Población por EBAIS resultaron relacionados aunque no en un nivel muy alto.

A partir de estos resultados se realizó el cruce entre el IDPSS y estas dos variables que se presentan en los siguientes gráficos.

272 CCSS. Inventario de Areas de Salud, Sector, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica, en el ámbito nacional al 31 de diciembre del 2010. Dirección de Proyección de Servicios de Salud. 2011

GRÁFICO B.1.10

C.C.S.S: RELACIÓN DEL PROMEDIO DE POBLACIÓN POR EBAIS CON EL IDPSS PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

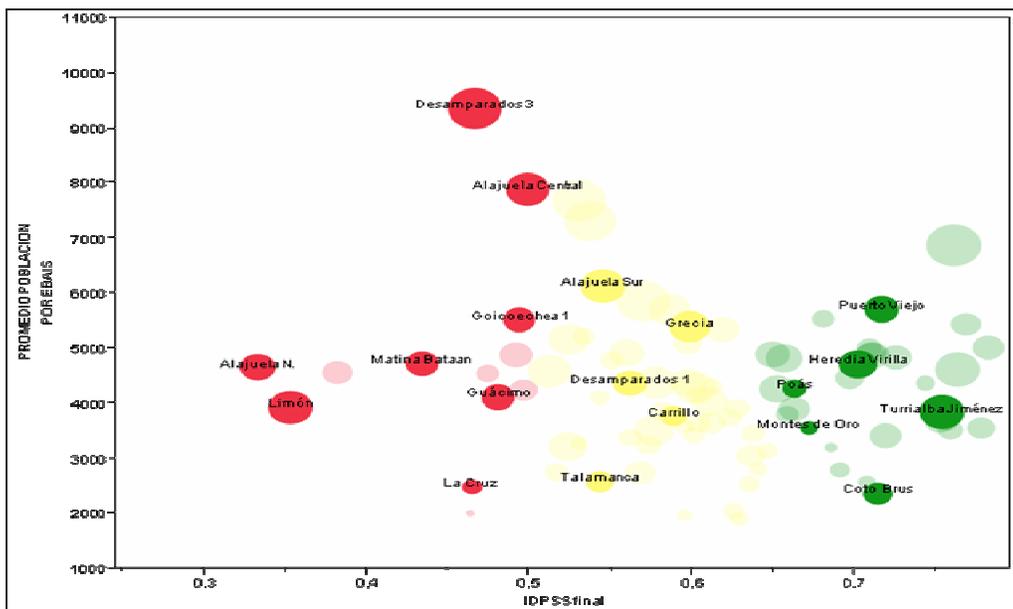


Nota: El tamaño de la circunferencia corresponde al número de población y el color a las categorías de acuerdo al IDPSS.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010. e Inventario de Areas y EBAIS (DPSS)

GRÁFICO B.1.11

C.C.S.S: RELACIÓN DEL PROMEDIO DE POBLACIÓN POR EBAIS CON EL IDPSS, PRIMER NIVEL¹, 2010



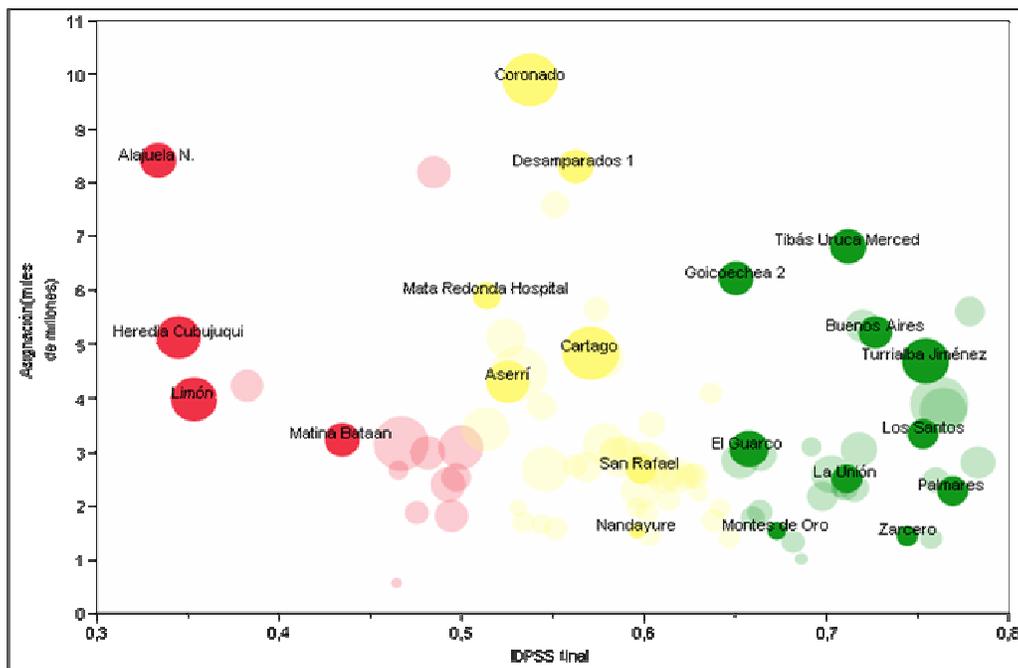
Nota: El tamaño de la circunferencia corresponde al número de población. El color a las categorías de acuerdo al IDPSS.

¹ Se excluye el Area de Heredia Cubujuquí, Mata Redonda Hospital, Hatillo y Zapote Catedral.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010. e Inventario de Areas y EBAIS (DPSS)

GRÁFICO B.1.12

C.C.S.S: RELACIÓN DE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA CON EL IDPSS PRIMER NIVEL¹ DE ATENCIÓN, 2010



Nota: El tamaño de la circunferencia corresponde al número de población. El color a las categorías de acuerdo al IDPSS.

¹ Se excluye a las Áreas de Liberia y Upala.

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010. e Inventario de Áreas y EBAIS (DPSS)

Análisis

Los resultados de la aplicación del IDPSS presentados gráficamente hablan por sí solos y no requieren un mayor análisis, sin embargo se darán algunos datos que contribuyan a una mejor comprensión.

La aplicación a nivel de Áreas de Salud indica que el 35% de las Áreas presentan un desempeño aceptable, un 49% un desempeño regular y un 16% con desempeño limitado. El Desempeño Promedio a nivel institucional es de 0.602 con un valor máximo de 0.786 y un mínimo de 0.330. (Gráfico B.1.1)

Al observar la contribución de cada una de las Dimensiones al resultado total del Índice se constató que la Dimensión de Continuidad es la que más aporta y la más limitante es la de Efectividad. Este resultado es esperable y al analizarlo hay que considerar que los resultados de las intervenciones que se incluyen en la Dimensión de Efectividad, son muy finos, de mayor complejidad y son los que más se acercan a resultados intermedios, al mostrar cambios en los usuarios con la prestación que se brinda. La dimensión de Acceso tiene una contribución intermedia. A nivel de cada Área se presentan variantes con respecto a la contribución, pero por lo general se mantiene este patrón. (Gráfico B.1.2)

El principal objetivo de mostrar al interior de cada región el desempeño de cada Área que la conforma, es orientar la priorización para buscar las causas de los desempeños logrados y así contribuir a su mejoramiento.

Al relacionar el Índice con el promedio de población por EBAIS, se consideró pertinente representar gráficamente dos situaciones, una que incorpore al Área de Heredia Cubujuquí y otra eliminando esta Área (Gráficos B.1.10 y B.1.11). Al incorporar el Área de Heredia Cubujuquí y al tener esta Área un promedio de Población por EBAIS muy alto, no se lograba ver el comportamiento de las restantes Áreas. Por esto se muestra la segunda situación en donde no existe esta Área. También es importante indicar que se excluyó en esta relación a las Áreas de Mata Redonda Hospital, Hatillo y Zapote Catedral, por no estar sectorizadas, situación que amerita ser resuelta.

En cualquiera de los dos escenarios, se observa que a mayor población por EBAIS por lo general se logra un menor desempeño, recordando que es una relación no muy alta, pero sirve para orientar acciones a partir de estos resultados. Las Áreas de Salud con poblaciones sobre 5000 habitantes es muy probable que vean limitadas sus posibilidades de obtener un buen desempeño

Las Áreas que aún no están sectorizadas y la de Heredia Cubujuquí, parecieran las prioridades a abordar con respecto a esta relación.

La relación con la asignación de recursos financieros muestra al igual que en el caso anterior en forma no muy alta que a mayor asignación por lo general se obtienen mejores resultados y viceversa. En esta relación se excluyen las Áreas de Liberia y Upala por tener sus presupuestos unidos al Hospital.

Por supuesto hay variantes que deben ser analizadas en ambas relaciones, es decir, Áreas que teniendo las condiciones adecuadas con respecto a población por EBAIS o de Asignación de Recursos Financieros se obtienen resultados limitados.

Es evidente que el desempeño probablemente está asociado a múltiples factores que en este primer acercamiento no están medidos. Es de esperar que en el futuro se pueda contar con información que permita incorporar algunos otros elementos como por ejemplo, capacidad instalada, el tipo de gestión de la atención, recurso humano, infraestructura, disponibilidad de insumos, cumplimiento de criterios técnicos, entre otros.

Se reitera por considerarse importante que el objetivo de este capítulo es orientar la toma de decisiones y contribuir a disminuir las brechas que se producen en el desempeño de las Áreas de Salud, probablemente relacionado con una inadecuada distribución de los recursos, que se traducen en desigualdades en la prestación de servicios de salud, en donde grupos de población pueden estar en desventaja con respecto a otros.

C. Motivos del no cumplimiento de metas de acuerdo a la opinión de los Proveedores de Áreas de Salud

En el marco de la evaluación del Compromiso de Gestión 2010, específicamente en el momento de la devolución de resultados, se consultó a los proveedores sobre los motivos que limitaron el cumplimiento de metas. La respuesta de los proveedores quedó consignada en el acta de evaluación. Con esta fuente de información se procedió a procesar la información y agruparla en categorías.

Se obtuvo la opinión de 71 Áreas de Salud que representa el 76% de las Áreas contempladas en este informe (93 Áreas).

El resultado obtenido se muestra en el cuadro C.1

CUADRO C.1
C.C.S.S: MOTIVOS DE NO CUMPLIMIENTO DE METAS SEGÚN LOS
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD,
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, 2010

Motivos Agrupados	Porcentaje
Total	100.0
Problemas Asociados a la prestación de servicios de laboratorio	20.0
Problemas de Recurso Humano	13.3
Problemas de organización y prestación	11.4
Situaciones relacionadas con el usuario	11.4
Problemas de Capacitación	8.6
Incumplimiento de normativa técnica	8.6
Falta de equipo y problemas de calibración	7.6
Brote de Dengue y Epidemia H1N1	6.7
Problemas de presupuesto	4.8
Falta de de biológico	3.8
Existencia de población migrante	1.9
Otros	1.9

FUENTE: CCSS-DCSS. Evaluación Compromisos de Gestión, 2010

A juicio de los proveedores, los problemas asociados a la prestación de servicios de laboratorio les ocasionan las mayores limitantes en el cumplimiento de metas. En este rubro se incluye: La dependencia de laboratorio de otros centros y la falta reactivos. En el primer caso lo que se indica es que se les dan cuotas de exámenes o se prioriza brindar atención al centro al que pertenece el laboratorio. Con respecto a la falta de reactivos, se refiere principalmente a los que se requieren para procesar la hemoglobina glicosilada (HbA1c), en una menor magnitud se indica faltante en reactivos para VDRL y VIH. La falta de reactivos significa un 57% de las observaciones en este rubro.

El segundo rubro en importancia se relaciona con problemas de Recursos Humanos, que esta conformado principalmente por recurso humano insuficiente (86% de las observaciones del rubro), el restante porcentaje se refiere a tiempo insuficiente de los médicos y el utilizar a ATAP para encuesta.

El recurso humano insuficiente se refiere en mayor medida a la falta de ATAP y en segundo término a la dificultad para sustituir a médicos o ausencia de éstos.

En tercer lugar se encuentran los problemas de organización y prestación de servicios. Esta categoría contempla situaciones relacionadas con la consolidación del Área, así como problemas en la organización de la atención, tales como directrices regionales que modifican la forma de prestar servicios, o falta de estrategias para evitar las oportunidades perdidas, inadecuada planificación de la prestación y ausencia de monitoreos de autoevaluación. En este caso el peso de cada uno de los aspectos al interior de la categoría es muy similar.

Con respecto a situaciones relacionadas con el usuario contempla el no desear vacunarse, especialmente adultos mayores, seguido por preferencia de los usuarios por atenderse en centros especializados o en servicios privados y la no asistencia de los usuarios a pesar de que se les llame.

Lo referente a Problemas de capacitación esta relacionado con las dificultades para capacitar a los médicos en servicio social y la falta de capacitación para el cumplimiento de las intervenciones administrativas que se incluyeron en el Compromiso de Gestión por medio de certificaciones. Ambos rubros tienen igual peso.

En relación con el incumplimiento de la normativa técnica, esta relacionado con brindar la prestación con orientaciones diferentes a lo técnicamente definido. Entre los elementos que se indicaron se encuentran: falta de seguimiento a casos por ejemplo menores con anemia, dosis inadecuadas de tratamiento, envió tardío de muestras al nivel respectivo por ejemplo en tamizaje de VIH, no clasificación de riesgo coronario y falta de valoración de resultados de laboratorio.

La falta de equipo y calibración esta relacionada con medio de transporte, principalmente para ATAP, falta de esfigmomanómetros y calibración de éstos.

Con respecto al brote de dengue y epidemia H1N1, se aduce que se utilizó tiempo de personal en atender estas situaciones, lo que limitó el cumplir lo programado.

Los problemas de presupuesto, se refiere al no cumplimiento de las metas de ejecución presupuestaria, debido a recortes en lo asignado por parte del nivel central y a pago por horas extras en situaciones extraordinarias de emergencia.

Con respecto a la falta de biológicos se indica que hubo desabastecimiento de vacunas en algunos meses del año.

En relación a población migrante se plantea que su existencia ya sea indígena o nicaragüense, dificulta el alcanzar las coberturas de atención.

Finalmente el rubro de otros incluye mínimos casos que refieren un difícil acceso de la población a los servicios o que existe una infraestructura inadecuada.

III. Conclusiones y Recomendaciones

Las coberturas de atención que históricamente han sido altas tienden a mantenerse o mostrar aumentos muy leves y otras disminuyen. Probablemente se requiera estudiar la capacidad de respuesta institucional en términos de identificar la factibilidad de seguir aumentando las coberturas poblacionales con los recursos existentes.

La oportunidad de atención elemento central de la Dimensión de Acceso, muestra una mejoría importante, sin embargo, sin embargo, hay que estar muy atentos a que no se bajen coberturas

Esta mejoría, coexiste con la existencia de oportunidades perdidas que sigue siendo un elemento limitante en la gestión de la atención. Esta vez, unido a las ya detectadas en informes anteriores, se han podido identificar en otras intervenciones como las de tamizaje, para lo cual probablemente no se requieran recursos adicionales

Se hace necesario seguir insistiendo en la necesidad de disminuir las desigualdades geográficas observadas en la prestación de servicios de salud, entre Regiones y entre Áreas de Salud en cada región. Estudiar las causas de estas brechas será indispensable para plantear estrategias que permitan minimizarlas.

La calidad de los registros sigue apareciendo como un elemento de primer orden que hay que superar. El uso de la información y su divulgación ayuda en esta tarea pero no es suficiente, se hace necesario contar con instancias responsables que supervisen y apoyen a los centros en identificar errores y como superarlos. El no actuar en este sentido limita de forma importante el conocer la realidad y tomar decisiones acertadas para mejorarla.

Urge contar con un Sistema de Información con todas las características técnicas que permita mejorar la calidad de información y que permita mostrar información con mayor seguridad. Sin embargo, esta limitación no debe inhibir ni deslegitimar los procesos de evaluación que se realizan, ya que solo se mejorara si los datos se usan, mas bien estas llamadas de alerta deben servir para motivar a quienes corresponda a buscar alternativas de solución.

La **Continuidad de la Atención** plantea altos y bajos Se hace necesario insistir en el cumplimiento de criterios técnicos y una adecuada coordinación entre niveles La experiencia de esta evaluación muestra que la Continuidad de la Atención plantea dificultades para medirla directamente, al no existir un sistema de información que lo permita, lo que obliga a recurrir a medidas indirectas.

En la **Efectividad** en la atención de personas con enfermedades crónicas (Dislipidemia, HTA y DM), se observa que en las que se atienden existe un porcentaje aceptable de personas con control óptimo, sin embargo, hay que mejorar en forma importante la cobertura de atención, que a la luz de los nuevos datos de prevalencia aparecen muy bajas. La literatura internacional recomienda modificar su abordaje dando gran énfasis a la prevención primaria para crear condiciones que eviten la aparición de factores de riesgo y en prevención secundaria adoptar algún modelo de cuidados integrado que aborde los factores de riesgo comunes ya que permite el efecto conjunto sobre varios problemas de salud.

El grado de **Eficiencia** en la prestación de servicios de salud siempre ha sido difícil de evaluar. En el primer nivel de atención este año, se está incursionando en el uso de técnicas que permitan medir la productividad de los centros.

A nivel Hospitalario se debe resaltar la multiplicidad de factores que contribuyen para que el uso de la cama quirúrgica y el manejo de las salas de operaciones se realicen de manera eficiente.

Los factores relacionados con la organización y el manejo tanto de la cama quirúrgica, la programación en sala de los pacientes ingresados por la vía de Consulta Externa, y el impacto de las cirugías procedentes de los servicios de Urgencias, requieren de una revisión sistemática que permita establecer estrategias de intervención sobre los factores modificables, y así minimizar al máximo las estancias preoperatorias prolongadas, evitando gastos importantes de hotelería, menor riesgo de infección y mayor satisfacción al paciente.

Un factor limitante para dar un mayor uso a las salas de operaciones, lo constituye la falta de recurso humano en anestesiología y de especialistas cirujanos. Los problemas de infraestructura y remodelación de las mismas, restringen aún más su uso; puntos claves en el funcionamiento de los quirófanos. La falta de registros sistematizados en las salas de operaciones que garanticen la calidad del dato, es un problema a solucionar a corto plazo. En este sentido, se podría conocer con certeza la utilización de las salas, facilitando la toma de decisiones.

Es imprescindible que en el ámbito institucional se elabore el proceso de readecuación del modelo de atención hospitalario y se establezca en el corto y mediano plazo, la visión de estos establecimientos inmersos en la Red de Servicios de Salud, definiendo los estándares de rendimiento y de calidad de los servicios, de acuerdo a su nivel de complejidad. Esta situación, plantea además, que se determinen los requerimientos de recursos en respuesta a las necesidades de la red y el ajuste del recurso cama, tomando en cuenta la complejidad de los casos y la introducción de estrategias de modalidades ambulatorias en el manejo de los mismos.

Aunque se ha avanzado en las dificultades presentadas en lo referente a los registros, todavía es un problema latente la no congruencia de información. En todos los tipos de hospital se encontraron diferencias entre los datos de producción anotados en los Planes de Gestión Local y los reportados al Área de Estadística en Salud. Las discrepancias también se dieron en la producción de Cirugía Ambulatoria. Lo anterior, amerita que las instancias correspondientes realicen los ajustes necesarios, en busca de que las mediciones puedan reflejar la realidad de lo efectuado en los establecimientos y que el reporte dado por el nivel local a las diferentes instancias sea el mismo.

En el período analizado 2007- 2010, la producción hospitalaria en términos de la cantidad de egresos disminuye, reduciéndose al mismo tiempo la cantidad de camas. Además, la diferencia existente entre centros del mismo tipo, amerita que la Institución cuente con herramientas para establecer la complejidad de los casos y la eficiencia en la utilización del recurso cama.

Se ha logrado un avance importante en el posicionamiento de la Cirugía Ambulatoria en los años de análisis, sobre todo en el tipo de hospitales periféricos. Todavía está pendiente por mejorar el proceso de actualización de la Lista Oficial de Cirugía Ambulatoria, con el reconocimiento de los nuevos procedimientos a realizar bajo esta modalidad y el ajuste del Sistema de Información.

En el ámbito institucional se presenta un aumento en el volumen global de consultas respecto al año 2007; este incremento se dio en las consultas médicas, las odontológicas y las de otros profesionales. Tanto los Procedimientos Mayores Ambulatorios como el volumen global de atenciones de urgencias crecen.

Se hace necesario a nivel institucional, desarrollar estrategias que permitan conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios que recibe. Esta retroalimentación es indispensable para conocer sus necesidades y realizar los ajustes necesarios en pro de satisfacerlas, considerando que son el centro de la atención.

La medida resumen del desempeño elaborada (IDPSS) tiene como único objetivo orientar la toma de decisiones en pro del mejoramiento del desempeño institucional en su función esencial que es la prestación de servicios de salud. Este primer acercamiento tiene la pretensión de contribuir a direccionar el estudio de las causas y la vinculación a factores que inciden en el desempeño de los centros, especialmente los que resultan con limitaciones. El uso de esta herramienta permitira ir adecuándola a las necesidades institucionales permitiendo brindar, una orientación cada vez mas precisa.

Este primer informe bajo un énfoco de Evaluación del Desempeño, espera haber contribuido a una visión más integrada del desempeño institucional en lo que respecta a la prestación de servicios de salud. La intención es dar una respuesta cada vez mas ajustada a las necesidades institucionales, contribuyendo con aportar información oportuna y útil para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

Anexos

Anexo 1. Metodología de la Evaluación del Compromiso de Gestión 2010

Diseño de la muestra

Para la evaluación del compromiso de gestión 2010, en el caso de hospitales se aplicó un muestreo simple al azar tomando como marco muestral el listado presentado por el centro según los criterios de inclusión convenidos en la ficha técnica.

En las áreas de salud se aplicó muestreo simple al azar, para la evaluación de aquellos indicadores que se evalúan en toda el área de salud, para éstos se seleccionaron expedientes sin discriminar por sector haciendo uso de un muestreo simple aleatorio con selección sistemática.

Para los indicadores que no se podían evaluar en toda el área de salud se hizo una selección de dos sectores, para ello se utilizó el Muestreo Proporcional al Tamaño (P.P.T.). En este diseño complejo y bietápico la probabilidad de selección de los sectores fue directamente proporcional al tamaño del sector según el total de consultas reportadas. Los sectores se seleccionaron sistemáticamente y dentro de cada uno de ellos se determinó una muestra de igual tamaño con el propósito de conservar las probabilidades de selección final de cada expediente los cuales se seleccionaron en forma sistemática.

Tamaño de la muestra

Los tamaños de muestra para la evaluación de los indicadores en las áreas de salud, se determinó a partir de la fórmula de cálculo para la estimación de proporciones, con un error máximo de 8% y un nivel de confianza del 90%. La variabilidad se estimó con el resultado en años anteriores del indicador respectivo, de no existir información se incluyó variabilidad máxima en la fórmula. El tamaño de muestra, para cada indicador, en cada una de las áreas de salud se ajustó por la no respuesta reportada históricamente y adicionalmente se estimó un efecto del diseño de 20%, esto por no contar con estimaciones fiables del error de muestreo de años anteriores.

Para el tamaño muestral en hospitales se realizó el mismo procedimiento a excepción de que el error máximo fue de 10% y que no se realizó ajuste por efecto de diseño, ya que se trata de un muestreo simple aleatorio.

Ponderador de resultados

Para las estimaciones generales por región y para el país se determinó un ponderador por área de salud en cada indicador, el cuál se calculó de la siguiente manera:

$$W_{ij} = \frac{P_{ij} * P_j}{\overline{p_{ij}} * \overline{p_j}}$$

Donde:

P_{ij} : Proporción del área de salud i en la región j **en la población.**

\overline{p}_{ij} : Proporción del área de salud i en la región j **en la muestra.**

P_j : Proporción de la región j en la **población.**

\overline{p}_j : Proporción de la región j en la **muestra.**

Esta ponderación se realiza con el propósito de estimar la magnitud real de cada área de salud en cada región y el país, esto por cuanto el muestreo realizado se llevó a cabo en cada área de salud de manera independiente y no tomó en cuenta el peso de cada área de salud a nivel regional y nacional.

Formularios electrónicos de muestreo

Se desarrollaron un total de 29 formularios electrónicos en Microsoft ACCES para evaluar los indicadores de áreas de salud y hospitales. Además, en EXCEL se diseñaron entradas de datos para evaluar el cumplimiento de las metas pactadas por cada centro evaluado.

Control de calidad

En los instrumentos de recolección de datos tanto de áreas de salud como de hospitales se incorporaron controles de calidad sobre los datos, con mensajes de alerta sobre posibles inconsistencias.

Asimismo, a fin de reducir las inconsistencias y la cantidad de datos perdidos, se incorporó en los formularios electrónicos de muestreo controles de calidad, tales como rangos de variación de algunas variables, entre ellas, los valores de la presión arterial, los de la hemoglobina glicosilada y los valores de la edad del paciente según el programa respectivo.

Proceso de Evaluación:

La evaluación se realizó entre el 7 de febrero al 1° de Abril del 2011. Participaron 36 grupos de evaluadores con un total de 133 evaluadores.

Los evaluadores externos a la Dirección recibieron una capacitación previa para estandarizar los criterios de evaluación.

Gran parte de la información colectada proviene de la revisión de expedientes. Los expedientes revisados fueron 68.145, de los cuales 67.311 en Areas de Salud y 834 en Hospitales.

Anexo 2. Centros Asistenciales por Agrupación

Centros Asistenciales Primer Nivel de Atención

Centro	Región Administrativa
Catedral Noreste, Zapote-Catedral, Desamparados 3, Desamparados 1, Coronado, Mata Redonda- Hospital, Hatillo, Acosta, Alajuelita, Aserri, Cartago, Corralillo- La Sierra, El Guarco, La Unión, Los Santos, Mora, Oreamuno- Pacayas-Tierra Blanca, Paraíso, Puriscal, Turrialba, Montes de Oca, Curridabat y San Juan-San Diego-Concepción.	Central Sur
Goicochea 2, Moravia, Tibás Uruca Merced, Goicochea 1, San Isidro, Heredia-Cubujuquí, Puerto Viejo, Heredia-Virilla, Horquetas, Palmares, Poás, San Rafael, San Ramón, Santa Bárbara, Santo Domingo de Heredia, Alajuela Norte, Alajuela Oeste, Alajuela Sur, Atenas, Belén Flores, Grecia, Alajuela Central, Naranjo, Valverde Vega, Zarceros y Alfaro Ruiz	Central Norte
Abangares, Bagaces, Cañas, Carrillo, Colorado, Hojancha, La Cruz, Liberia, Nandayure, Santa Cruz, Tilarán y Upala	Chorotega
Florencia, Fortuna, Guatuso, Los Chiles, Pital, Santa Rosa, Aguas Zarcas y Ciudad Quesada	Huetar Norte
Aguirre, Barranca, Chacarita, Esparza, Garabito, Jicaral-Paquera-Cóbano, Montes de Oro, Orotina-San Mateo, Puntarenas-Chomes-Monte Verde y Parrita	Pacífico Central
Buenos Aires, Corredores, Coto Brus, Pérez Zeledón, Golfito y Osa	Brunca
Guácimo, Limón, Matina, Siquirres, Talamanca, Guápiles, Valle de la Estrella y Cariari	Huetar Atlántica

Centros Asistenciales con Segundo Nivel de Atención no Hospitalario

Centro	Región Administrativa
Catedral Noreste, Desamparados 1, Hatillo, Mata Redonda Hospital, Zapote-Catedral y Aserri	Central Sur
Goicochea 2, Tibás Uruca Merced, Belén Flores y Marcial Rodríguez	Central Norte

Centros Hospitalarios

Hospitales	Tipo	Región Administrativa
Calderón Guardia, San Juan de Dios, México	Nacional	NA
Monseñor Sanabria	Regional	Pacífico Central
Enrique Baltodano	Regional	Chorotega
Escalante Pradilla	Regional	Brunca
Tony Facio	Regional	Huetar Atlántica
San Carlos	Regional	Huetar Norte
Max Peralta	Regional	Central Sur
San Rafael	Regiona	Central Norte
San Vicente de Paúl	Periférico 3	Central Norte
La Anexión	Periférico 3	Chorotega
Carlos Valverde Vega	Periférico 3	Central Norte
Guápiles	Periférico 3	Huetar Atlántica
Ciudad Neilly	Periférico 3	Brunca
William Allen	Periférico 3	Central Sur
Max Terán Valls	Periférico 2	Pacífico Central
Golfito	Periférico 2	Brunca
San Francisco de Asís	Periférico 2	Central Norte
Los Chiles	Periférico 1	Huetar Norte
Upala	Periférico 1	Chorotega
Tomás Casas Casajus San Vito de Coto Brus	Periferico 1	Brunca
Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)	Especializado	NA
De las Mujeres. Dr. Adolfo Carit	Especializado	NA
Dr. Carlos Saénz Herrera	Especializado	NA
Dr. Raúl Blanco Cervantes	Especializado	NA
Psiquiátrico Dr. Manuel Chapui	Especializado	NA
Dr. Chacon Paut	Especializado	NA



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

Tel: 2539- 0125, Interno: 3807
Apdo. Postal: 10105 -1000

Oficina: Edificio Jenaro Valverde
(Anexo CCSS)
Av. 4, c 5 y 7, Piso Mezanine, Ala este

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud