



INFORME DE
RESULTADOS DE LA

Evaluación

DE LA PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

2015



Resultados

El compromiso institucional de mejorar los servicios de salud requiere de un análisis de los múltiples determinantes asociados a la prestación.

GERENCIA MÉDICA
Dirección Compra de Servicios de Salud

**INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2015**

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

WA525

C139i Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra
de Servicios de Salud.
Informe de resultados de la evaluación de la
prestación de servicios de salud 2015 / Caja
Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra
de Servicios de Salud; Ana E. Guzmán Hidalgo,
Coordinadora. - - San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2016.
281 p.; il.; 21.6 x 28 cm.
ISBN: 978-9968-916-61-5

1. SERVICIOS DE SALUD. 2. ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
3. SALUD PÚBLICA. 4. ESTADISTICA. 4. COSTA RICA. I.
Guzmán Hidalgo, Ana E., coordinadora II. Título.

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2016.
Caja Costarricense de Seguro Social.

Este documento fue elaborado por la Gerencia Médica, Dirección Compra de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

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

Teléfono: 2539-0127, Interno: 3809. Fax: 2539-0119

Apdo. Postal: 10105-1000

Oficina: Edificio Jenaro Valverde (Anexo CCSS) Av. 4, c 5 y 7, Piso 2, Ala este.

Reservados todos los derechos.

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

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General:

Dra. Ana E. Guzmán Hidalgo

Grupo Conductor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Dr. Edgar Pereira Barrantes

MSc. Miriam León Solís

Grupo Ejecutor:

Dr. Armando Cortés Ruiz

MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez

Dr. Fernando Nassar Guier

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Dr. Hernán Danilo Sancho Madriz

Dr. José María Molina Granados

Dr. Juan Carlos Morera Guido

Dra. Lorena Fernández Chacón

Dra. Lucía Quirós Ramírez

Dra. Marianella Víquez Garro

Dra. Mariela Tarancón Reyes

Dr. Marlon Lizano Muñoz

Ph.D. Melvin Morera Salas

Dra. Neyskmi Vega Medrano

Dra. Olga Marta Chaves Pérez

Dr. Paul Ernesto Araya Vega

Dra. Yahaira On Cubillo

Grupo Asesor:

Lic. Esteban José González Vargas

MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada

Bach. Jennifer Mendoza Vega

Licda. Marta Alguera Bolandi

Licda. Shirley Soto Alpízar

ÍNDICE

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS Y SÍMBOLOS	8
PRESENTACIÓN.....	10
ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	11
Fuentes de Información	11
Diseño muestral	12
Herramientas para la recolección de los datos.....	13
Resumen de fichas técnicas de las intervenciones estratégicas evaluadas.....	14
Resumen de fichas técnicas de las intervenciones estratégicas evaluadas Hospitales y Centros Especializados.....	23
CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD	28
Consideraciones sobre la evaluación de áreas de salud	29
A. La calidad de los registros en salud: un deber ineludible en la seguridad social.....	30
B. El laboratorio clínico: cómo incide en los resultados de la prestación de servicios de salud... 35	
C. De la selección de muestras a la evaluación del universo: una renovación que avanza con la implementación del EDUS.....	41
D. Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) 2015	47
1. Atención perinatal.....	64
2. Enfermedades inmunoprevenibles en menores de dos años.....	74
3. Anemia por deficiencia de hierro	82
4. Promoción de estilos de vida saludables	89
5. Tamizaje de hipertensión arterial	96
6. Cobertura y control óptimo de hipertensión arterial	102
7. Diabetes mellitus.....	111
8. Dislipidemia.....	121
9. Cáncer cérvicouterino	130
10. Vacunación contra influenza en la población adulta mayor	141
11. Eficiencia productiva	147
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	155
Consideraciones sobre la evaluación de hospitales y centros especializados	156
1. Listas de espera de las especialidades quirúrgicas	158
2. Colposcopia	170

3. Oportunidad en la atención del infarto agudo al miocardio.....	180
4. Mortalidad hospitalaria.....	185
5. Ausentismo en la consulta externa de los hospitales de la CCSS.....	192
6. Altas en la consulta externa de los hospitales de la CCSS.....	200
7. Estancias ajustadas por complejidad	208
8. Gestión de las camas y las estancias	213
9. Salas de operaciones	222
10. Cirugía ambulatoria.....	232
11. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)	241
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	253
1. Grupos de Apoyo Técnico	254
2. Recursos humanos	262
3. Calificación de la invalidez.....	273

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS Y SÍMBOLOS

ADH	Anemia por Deficiencia de Hierro
AES	Área de Estadística en Salud
AGUS	Atipia de Células Glandulares de significado indeterminado
ASC-H	Células escamosas atípicas en las que el alto grado de lesión intraepitelial escamosa no puede ser excluido
ASC-US	Atipia Células Escamosas de significado indeterminado
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión.
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CLOF	Clínica Oftalmológica
CNCDYCP	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
DEA	Data Envelopment Analyst (Análisis Envolvente de Datos)
DM	Diabetes Mellitus
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
GRD	Grupos relacionados con el diagnóstico
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)
HCG	Hospital Rafael Angel Calderón Guardia
HSJD	Hospital San Juan de Dios
HNN	Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera
HMEX	Hospital México
HOMACE	Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva
HNGG	Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
HSRA	Hospital San Rafael -Alajuela-
HSFA	Hospital San Francisco de Asís -Grecia-
HCLVV	Hospital Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-
HSVP	Hospital San Vicente de Paúl -Heredia-
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
HCHP	Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
HMP	Hospital Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-
HWA	Hospital William Allen Taylor -Turrialba-
HMTV	Hospital Max Terán Valls -Quepos-
HSC	Hospital de San Carlos
HLCH	Hospital de Los Chiles
HMS	Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-
HEB	Hospital Enrique Baltodano Briceño -Liberia-
HLA	Hospital de La Anexión -Nicoya-
HU	Hospital de Upala
HTF	Hospital Tony Facio Castro -Limón-

HG	Hospital de Guápiles
HEP	Hospital Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-
HMMV	Hospital Manuel Mora Valverde -Golfito-
HTC	Hospital de Osa Tomás Casas Casajús
HCN	Hospital de Ciudad Neily
HSV	Hospital de San Vito
HTA	Hipertensión Arterial
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INS Colombia	Instituto Nacional de Salud Colombia
IPSS	Índice de Prestación de Servicios de Salud
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
LIEAG	Lesión intraepitelial de alto grado
LIEBG	Lesión intraepitelial de bajo grado
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PGL	Plan de Gestión Local
SAVE	Subárea de Vigilancia Epidemiológica
SESS	Sistema de Egreso de Servicios de Salud
SIAC	Sistema de Identificación Agendas y Citas
SIIS	Sistema Integrado de Información en Salud
SISVE	Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica
TI	Tasa de Incidencia
TIA	Tasa de Incidencia Acumulada
UNIBE	Universidad de Iberoamérica
UTLE	Unidad Técnica de Listas de Espera
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas)
VPH	Virus de Papiloma Humano

PRESENTACIÓN

La Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) presenta en este documento el Informe de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) 2015, cuyos resultados corresponden a la segunda medición de las intervenciones estratégicas y metas institucionales planteadas para el quinquenio 2014 - 2018.

El Informe 2015 pretende hacer énfasis en que la evaluación realizada mide exclusivamente los resultados de la prestación de servicios de salud ofrecidos por áreas de salud y hospitales; para los cuales no se calcula una calificación final por unidad, dado que no hay metas específicas por unidad, asimismo, que los resultados no contemplan ningún ajuste de acuerdo a la disponibilidad de recursos económicos, características especiales de la población atendida o poblaciones vulnerables.

De tal forma, los resultados no pueden ser considerados una medición exclusiva de la gestión de cada prestador de servicios de salud, por el contrario, se espera que éstos sirvan de insumo en el análisis de los determinantes que influyen en la prestación de servicios a nivel local.

La portada de este informe hace referencia precisamente a esto, en el sentido que se considera que los resultados logrados por un hospital o área de salud tienen múltiples determinantes, entre ellos, las prácticas de gestión clínica y administrativa, los recursos económicos disponibles y las condiciones socio económicas de las poblaciones atendidas, entre otros.

Se estima que la evaluación, además de ser un instrumento institucional para la rendición de cuentas, es principalmente una fuente de información para la formulación de los planes de mejoramiento continuo que debe caracterizar la prestación de servicios de salud en la seguridad social.

En ese sentido, los resultados presentados intentan dibujar la realidad de los logros institucionales en los diferentes niveles de prestación, así como a nivel regional y local; comprendiendo que las diversas realidades del país facilitan o dificultan la consecución de resultados en salud, pero que para seguirle el pulso a esos logros es necesario conocer los resultados sin hacer ajustes que invisibilicen la carencia de recursos o las debilidades en la gestión.

El informe aporta elementos de eficiencia en el manejo de los recursos, así como información de las condiciones sociales de las poblaciones atendidas, pero solo como elementos que apoyan el análisis de los determinantes asociados a la prestación de servicios de salud; sin embargo, los resultados están contextualizados desde la eficacia, entendida como la medida en que la institución ha alcanzado las metas planteadas para el grupo de intervenciones estratégicas.

La estructura del informe está compuesta de tres capítulos: en el primero se abordan los resultados de las áreas de salud, en el segundo los de hospitales y centros especializados, y en un tercer capítulo lo relacionado a la gestión administrativa.

Finalmente, cabe señalar que como parte de los esfuerzos por mejorar la divulgación de los resultados encontrados y con ello propiciar la toma de decisiones estratégicas, este informe se presenta por primera vez en un formato de libro electrónico, con la intención de facilitar y hacer más amena su lectura, el cual a la vez permite la descarga en formato PDF.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) conlleva el desarrollo de varias etapas; es de interés en este documento describir la etapa de la recolección de los datos, para la cual se dispone de diferentes fuentes de información, entre ellas el expediente de salud, los sistemas de información Institucionales para el registro de la producción en las áreas de salud y los hospitales, así como los reportes generados por diversas unidades de estadística institucional y las certificaciones otorgadas por diversas unidades técnicas.

Fuentes de Información

Una descripción de los datos requeridos para la EPSS y de sus fuentes son los siguientes:

- a. Distribución poblacional por edad y sexo (pirámide de población) por área de salud: se utilizan las estimaciones de población para el año 2015 elaboradas por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica, estimación que se hace a partir del reporte del último censo de población que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- b. Nacimientos por área de salud: se utiliza el dato oficial preliminar reportado por el INEC para el 2015, según la distribución por área de salud realizada por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica.
- c. Producción de los servicios de Salud: son los datos de producción de los servicios de salud de los centros evaluados; se toman en el caso de área de salud de los sistemas de registro institucionales (SIAC, SIIS, SIES) y algunos locales (manuales), generando listados con características requeridas para la evaluación, y en el caso de hospitales, se revisan cuadros estadísticos con el reporte de consultas, egresos hospitalarios, el ARCA, el registro diario de sala de operaciones, el registro de listas de espera quirúrgica SISVE y otros datos de interés suministrados por el Área de Estadística en Salud. En todos los casos, previo a la toma del dato se hace una revisión y depuración de los listados y cuadros, a fin de eliminar inconsistencias y garantizar, en la medida de lo posible, la calidad del dato.
- d. Cumplimiento de algunos criterios de la normativa de atención señalados como prestación adecuada de los servicios. La evaluación de los criterios específicos de las intervenciones estratégicas en algunos casos y de la atención oportuna en otros casos, se hace a partir de la revisión de una muestra de expedientes de salud de las consultas de primera vez brindadas en el año de evaluación, esto tanto en áreas de salud como en hospitales.

Diseño muestral

Áreas de Salud:

El muestreo se realiza en cada una de las 104 áreas de salud del país. El año 2015 es el segundo año que se hace una EPSS sin contar con metas específicas pactadas por unidad en respuesta a un compromiso de gestión y donde las intervenciones estratégicas tienen una vigencia hasta el año 2018. El levantado de los datos en todas y cada una de las áreas de salud fue realizado por los funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud (DCSS) de forma virtual, utilizando una videollamada mediante Microsoft Lync, al igual que la evaluación del 2014. Dado lo anterior, y para cumplir con los plazos establecidos para la entrega de resultados, se modificó la metodología de muestreo.

Por segundo año consecutivo se decidió fijar un tamaño de muestra de 40 expedientes; igual para todos los indicadores y en todas las áreas de salud. El tamaño de la muestra fue definido con base en los criterios de oportunidad y disponibilidad de recursos, y no en parámetros estadísticos deseables. La revisión de 40 expedientes en 11 muestreos se consideró un valor manejable para cada evaluador, a fin de que éste pudiera completar con los representantes locales, la extracción de listados, verificar la calidad de estos, revisar la totalidad de los expedientes en una semana por unidad, redactar el acta de evaluación correspondiente, así como la entrega de resultados al área de salud, y de esta forma cumplir con las fechas solicitadas por las autoridades de la CCSS a la DCSS.

Para todas las áreas de salud, estos tamaños de muestra se ajustaron por el porcentaje de no respuesta medidos el año anterior. La selección de la muestra se mantuvo en forma aleatoria y en dos etapas, una primera etapa que corresponde a la selección de dos sectores a evaluar, que se hizo siguiendo un muestreo PPT, y una segunda etapa que consiste en la revisión de 20 expedientes en cada sector, seleccionados aleatoriamente con muestreo sistemático.

Asimismo, para la intervención mujeres embarazadas con VDRL positivo abordadas adecuadamente, se evaluó el universo, puesto que el número de casos era inferior a la muestra mínima establecida.

Hospitales:

En los hospitales, la recolección de los datos la hacen los funcionarios de la DCSS de manera presencial, para revisar algunos indicadores, lo cual se complementa con la revisión de las estadísticas institucionales aportadas por el Área de Estadística en Salud, por los mismos hospitales y por otras unidades de la Institución, como la Subárea de Vigilancia Epidemiológica. También se revisan datos de los registros de los quirófanos, los registros de listas de espera y, para la evaluación de algunos indicadores en particular, los listados de los casos atendidos, todos, aportados por el nivel local según los criterios de inclusión establecidos previamente.

En los hospitales que corresponde, los listados de los casos atendidos se utilizan como marco muestral y se selecciona una muestra aleatoria de expedientes de salud para verificar la

realización oportuna de colposcopia a las mujeres con citología alterada o lesión clínica sospechosa y en la atención oportuna de casos de infarto agudo del miocardio ST elevado. Para la selección de la muestra se aplicó un muestreo simple al azar. En este caso los tamaños de muestra se determinaron a partir de la fórmula estadística para la medición de proporciones, utilizando como parámetros una confianza de 90% y un margen de error del 10%, una estimación de la varianza a partir de resultados de la evaluación del año anterior y de un porcentaje de no respuesta también estimado a partir de resultados del año anterior.

Otros indicadores de interés en la evaluación de los hospitales y centros especializados se obtienen mediante certificaciones, con datos recopilados, procesados y analizados por otras instancias institucionales.

Herramientas para la recolección de los datos

Para la recolección de los datos se utilizaron las aplicaciones en Microsof - Acces y Microsoft-Excel, desarrolladas para la evaluación del año anterior. A estas se les hicieron los ajustes requeridos en respuesta a las modificaciones hechas a los indicadores evaluados cuando fue necesario. Además, para el procesamiento de los datos se usaron las herramientas desarrolladas para tal fin, se crearon otras complementarias y se ajustaron algunas solventando ausencias o debilidades identificadas en la experiencia pasada.

Las herramientas empleadas se desarrollaron en: Access, Excel y SPSS. Se hizo un análisis de todas y cada una de las frecuencias absolutas de las variables por indicador, verificando tamaños de muestra, expedientes duplicados, datos faltantes y posteriormente, una revisión de inconsistencias.

Resumen de fichas técnicas de las intervenciones estratégicas evaluadas

Atención al niño y la niña menor de un año. Control del crecimiento y desarrollo.

Captación temprana.

Meta: Que el 85% de los niños(as) menores de un año de edad atendidos en el Área de Salud, sean captados tempranamente.

Indicador: Porcentaje de niños(as) menores de un año de edad con captación temprana.

Definiciones: Captación temprana de menores de un año: es la atención del niño o la niña en el Área de Salud en los primeros 8 días de nacido.

Interpretación de los resultados: Se considera que el expediente cumple cuando la edad al momento de la captación es menor o igual a 8 días.

Atención de la embarazada. Control prenatal.

Captación temprana.

Meta: Que el 85% de las mujeres embarazadas atendidas en el Área de Salud sean captadas tempranamente.

Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana.

Definiciones: Captación temprana en el embarazo: es la atención a mujeres embarazadas durante el primer trimestre (hasta 13 semanas y 6 días) de edad gestacional.

Interpretación de los resultados: Se considera que el expediente cumple cuando la edad gestacional al momento de la captación es menor a 14 semanas.

Virus de Inmunodeficiencia Humana. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA). Prueba de ELISA en embarazadas. Tamizaje.

Meta: Que el 80% de las mujeres embarazadas atendidas en el Área de Salud se les haya realizado un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación.

Indicador: Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días).

Definiciones: ELISA para VIH: prueba de tamizaje altamente sensible para detectar anticuerpos contra el VIH.

Interpretación de los resultados: Se considera que el expediente cumple cuando la fecha de realización de la serología por VIH es menor a las 20 semanas de gestación, y existe evidencia en el expediente del resultado y la fecha en que se efectuó.

**Atención a la mujer en el periodo posnatal. Control posparto.
Captación temprana.**

Meta: Que el 90% de las mujeres atendidas en el periodo posnatal en el Área de Salud, sean captadas tempranamente.

Indicador: Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal captadas tempranamente.

Definiciones: Captación temprana posnatal: la atención que recibe la usuaria en las áreas de salud, durante los primeros 8 días de su periodo posnatal.

Interpretación de los resultados: Se considera que el expediente cumple con el criterio del indicador cuando los días posparto o posaborto son menores o iguales a 8.

Influenza. Vacunación contra influenza en el adulto mayor. Cobertura.

Meta: Que el 80% de los adultos mayores estén vacunados contra la influenza.

Indicador: Cobertura de vacunación contra influenza en el adulto mayor.

Definiciones: Cobertura de vacunación: total de personas de 65 años y más, vacunadas contra Influenza en el año evaluado, en relación a la población de adultos mayores del Área de Salud respectiva.

Interpretación de los resultados: La cobertura alcanzada por el Área de Salud representa la cantidad de personas mayores de 65 años que recibieron la vacuna contra influenza en el año evaluado.

Cáncer de cérvix. Citología vaginal. Cobertura.

Meta: Que el 45% de las mujeres de 35 a menos de 65 años del Área de Salud se realice la citología vaginal cada dos años.

Indicador: Cobertura de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad del Área de Salud a quien se le realizó una citología vaginal en los dos últimos años.

Definiciones: Cobertura: total de mujeres de 35 a menos de 65 años con una citología vaginal en los dos últimos años realizada en el Área de Salud, entre la población femenina de 35 a menos de 65 años de edad.

Interpretación de los resultados: La cobertura alcanzada por el Área de Salud representa a las mujeres de 35 a menos de 65 años que se realizan la citología vaginal en forma bienal del total de las mujeres de 35 a 65 años del Área de Salud.

Hipertensión arterial. Toma de la presión arterial. Tamizaje.

Meta: Que el 38% de la población de 20 años y más del Área de Salud, sin diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA), se le realice la toma de presión arterial en los escenarios domiciliario, comunal y laboral.

Indicador: Cobertura de personas de 20 años y más sin diagnóstico previo de HTA, a las que se les toma la presión arterial en los diferentes escenarios.

Definiciones: Población sin diagnóstico previo de HTA: personas que al momento de la toma de la presión arterial no han sido diagnosticadas como hipertensas.

Interpretación de los resultados: La cobertura alcanzada por el Área de Salud representa la cantidad de personas de 20 años y más no conocidas hipertensas a las que se les toma la presión arterial en el año evaluado.

Promoción de estilos de vida saludables. Proceso educativo participativo. Alimentación saludable y actividad física.

Meta: a. Acción grupal: que el 0,25% de la población de 20 a menos de 65 años del Área de Salud participe en el proceso educativo para la promoción de estilos de vida saludables. b. Acción colectiva: que el Área de Salud evidencie la participación de al menos dos medios de comunicación colectiva local o nacional, en la difusión del proceso educativo.

Indicador: a. Acción grupal: porcentaje de personas en el rango de edad, que han participado en al menos 8 sesiones. b. Acción colectiva: número de medios de comunicación que participaron en la divulgación y promoción del proceso educativo.

Definiciones: a. Acción grupal: proceso educativo que permite diseñar estrategias individuales, que logren transformaciones en el comportamiento particular de cada participante. b. Acción colectiva: apoyo que el Área de Salud recibe cuando los medios de comunicación colectiva no institucionales ofrecen información a la población adulta.

Interpretación de los resultados: Se considera que se cumple cuando: a. Acción grupal: las personas del rango de edad participan en al menos 8 sesiones y cuentan con los requisitos del proceso educativo. b. Acción colectiva: se documenta la evidencia de la divulgación y promoción del proceso educativo en los medios de comunicación.

Anemia por deficiencia de hierro (ADH). Hemoglobina en niños (as) de 6 a menos de 24 meses. Detección oportuna y abordaje adecuado.

Meta: Niños (as) de 6 a menos de 24 meses atendidos en el Área de Salud: a. Que al 80% se le haya realizado una hemoglobina oportunamente. b. Que el 100% de los diagnosticados con ADH sean abordados adecuadamente.

Indicador: Niños (as) de 6 a menos de 24 meses a. A quienes se les realiza una hemoglobina. b. Con diagnóstico de ADH a quienes se les aborda adecuadamente.

Definiciones: Abordaje adecuado: prescripción terapéutica de 4 a 6 mg/kg/día de sulfato ferroso oral por cuatro meses y una hemoglobina control al mes de iniciado el tratamiento.

Interpretación de los resultados: Cumplen los expedientes de los niños (as) de 6 a menos de 24 meses a. A quienes se les realiza una hemoglobina durante el año sujeto a evaluación. b. Con diagnóstico de ADH cuando el abordaje es adecuado.

Enfermedades inmunoprevenibles. Esquema de Vacunación en niños (as) menores de 2 años. Oportunidad y continuidad.

Meta: a. Que el 95% de los niños menores de un año cumplan con el esquema de vacunación básico. b. Que el 95% de los niños menores de dos años cumplan con el esquema de vacunación completo. c. Que la tasa de deserción de PENTAVALENTE1/PENTAVALENTE3 se encuentre entre + 5 y -5.

Indicador: a. Cobertura de niños menores de un año con Esquema Básico. b. Cobertura de niños menores de dos años con Esquema Completo. c. Tasa de Deserción de PENTAVALENTE1/PENTAVALENTE3.

Definiciones: Tasa de Deserción: proporción de niños (as) que inician el esquema de PENTAVALENTE1 y no completan oportunamente la tercera dosis PENTAVALENTE3.

Interpretación de los resultados: El porcentaje alcanzado por el Área de Salud para cada indicador representa: a. Proporción de niños menores de un año a quienes se les aplicó la vacuna PENTAVALENTE3 en el año evaluado. b. Proporción de niños de 12 a menos de 24 meses a quienes se les aplicaron las vacunas SRP-Varicela-Neumococo Valente 13 en el año evaluado. c. Proporción de niños que inician el esquema de PENTAVALENTE1 que no completan oportunamente la dosis de PENTAVALENTE3 en el año evaluado.

Sífilis Congénita. Serología por VDRL en el embarazo.

Detección y abordaje oportuno.

Meta: a. Que al 80% de las embarazadas atendidas en el Área de Salud se les haya realizado un VDRL antes de las 20 semanas de gestación. b. Que el 100% de las embarazadas con serología positiva para sífilis atendidas en el Área de Salud sean abordadas oportuna y adecuadamente.

Indicador: a. Porcentaje de embarazadas a quienes se les realizó un VDRL antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días). b. Porcentaje de embarazadas con serología positiva para sífilis con abordaje oportuno y adecuado.

Definiciones: Abordaje oportuno y adecuado: atención de la embarazada en los primeros 8 días hábiles a partir de la fecha del reporte de serología positiva para sífilis.

Interpretación de los resultados: a. Porcentaje de embarazadas a quienes se les realizó un VDRL: el expediente cumple cuando la fecha de realización es menor a las 20 semanas de gestación. b. Porcentaje de embarazadas con serología positiva para sífilis con abordaje oportuno y adecuado: el expediente cumple con el criterio cuando se evidencia el abordaje oportuno y adecuado del caso.

Cáncer cérvico uterino. Colposcopia. Determinación de la oportunidad.

Meta: Que al 100% de las mujeres con citologías cérvico vaginales alteradas o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix (LCSC) atendidas en el Área de Salud se les realice una colposcopia con oportunidad.

Indicador: Porcentaje de mujeres con patología cervical a quienes se les realiza una colposcopia con oportunidad.

Definiciones: Oportunidad de realización de colposcopia: tiempo desde la recepción de la referencia de la citología cérvico vaginal alterada o LCSC hasta la fecha de la realización de la colposcopia, independientemente de donde fue detectada.

Interpretación de los resultados: El expediente cumple cuando el tiempo entre la recepción de la referencia y la fecha de realización de la colposcopia (o PAP en el caso de ASC-US), es el establecido según norma.

**Hipertensión Arterial. Valoración de la presión arterial (PA).
Control Óptimo.**

Meta: Que el 65% de las personas con hipertensión arterial (HTA) atendidas en el Área de Salud alcancen un control óptimo de la presión arterial.

Indicador: Porcentaje de personas con HTA atendidas con control óptimo de presión arterial.

Definiciones: Control óptimo de presión arterial: cifras de PA acordes con la meta, según la condición clínica y/o diagnósticos asociados de la persona con HTA.

Interpretación de los resultados: El expediente cumple con el criterio cuando las cifras de presión arterial en la última consulta del año sujeto a evaluación están dentro de los parámetros meta.

**Diabetes Mellitus (DM) tipo 2. Determinación de Parámetros Metabólicos.
Control Óptimo.**

Meta: Que de las personas con DM tipo 2 atendidas en el Área de Salud: a. El 52% alcance un control óptimo de hemoglobina glicosilada (HbA1c). b. El 40% alcance un control óptimo de presión arterial (PA). c. El 52% alcance un control óptimo de LDL-colesterol.

Indicador: Porcentaje de personas con DM tipo 2 atendidas: a. Con control óptimo de hemoglobina glicosilada. b. Con control óptimo de presión arterial. c. Con control óptimo de LDL-Colesterol.

Definiciones: Control óptimo: a. HbA1c con valor inferior a 7% en la última medición del segundo semestre. Para las personas mayores de 80 años, un valor inferior a 8%. b. PA menor a 140/80 mmHg, en la primera toma de la última consulta del año sujeto a evaluación. Para la población mayor de 80 años, con cifra menor a 150/90 mmHg. c. LDL-colesterol menor a 100 mg/dl o de no HDL-colesterol menor a 130 mg/dl según sea el caso, en la última medición del perfil lipídico.

Interpretación de los resultados: Se considera que el expediente cumple con el criterio para cada uno de los indicadores cuando cuenta con el control óptimo en cada uno de ellos.

Dislipidemia. Valoración del LDL-Colesterol. Control Óptimo.

Meta: Que el 55% de las personas con dislipidemia atendidas en Área de Salud, alcancen un control óptimo de LDL-colesterol.

Indicador: Porcentaje de personas con dislipidemia atendidas con control óptimo de LDL-colesterol.

Definiciones: Control óptimo de LDL-Colesterol: cuando las cifras del último perfil lipídico del año sujeto a evaluación están en relación con lo establecido según su estratificación de riesgo.

Interpretación de los resultados: El expediente cumple cuando el valor de LDL-colesterol del último perfil lipídico del año sujeto a evaluación, se encuentra acorde con las cifras meta según clasificación.

Variabilidad de la eficiencia. Análisis de la Productividad. Índice de Eficiencia Relativa (IER).

Meta: Que el Área de Salud alcance un IER de 100%.

Indicador: Índice de Eficiencia Relativa, IER.

Definiciones: Eficiencia relativa: 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 por servicios. Es 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 qué tan bien se aprovechan los recursos de un centro en comparación con su conjunto de referencia.

Interpretación de los resultados: La eficiencia relativa se expresará en valores entre 0 y 100%, en donde 100% representa la eficiencia máxima alcanzada dentro del grupo de unidades analizadas, y valores menores a 100%, unidades con algunas insuficiencias productivas.

Satisfacción del Usuario. Encuestas de Satisfacción. Certificación.

Meta: Que el Porcentaje Global de Satisfacción del Usuario con los servicios recibidos del establecimiento sea de al menos un 73%.

Indicador: Porcentaje Global de Satisfacción.

Definiciones: Porcentaje Global de Satisfacción del Usuario: corresponde al promedio ponderado del logro en las diferentes variables establecidas por la Dirección Institucional de Contraloría de Salud (DICSS) para determinación de la percepción de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Interpretación de los resultados: El porcentaje alcanzado por el Área de Salud representa el Porcentaje Global de Satisfacción del Usuario en el año sujeto de evaluación.

Resumen de fichas técnicas de las intervenciones estratégicas evaluadas Hospitales y Centros Especializados

Lista de espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas.

Indicador: Demora media para la realización de intervenciones quirúrgicas según especialidad y diagnóstico prequirúrgico.

Definiciones: Demora media: es el número de días que por término medio esperan el conjunto de pacientes, luego de ser valorados por el médico especialista, desde la fecha de registro en la lista de espera personalizada para cirugía hasta la fecha de corte.

Interpretación de los resultados: El valor alcanzado representa la demora media a la fecha de corte en la especialidad según diagnóstico prequirúrgico.

Patología cervical. Citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix. Priorización en la ejecución de colposcopías.

Meta: Que al 100% de las mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix a las que se les efectuó la colposcopia, se les haya realizado en el plazo establecido en el Manual de normas y procedimientos de atención.

Indicador: Porcentaje de mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix con colposcopia efectuada según los plazos de priorización establecidos en el Manual de normas y procedimientos de atención.

Interpretación de resultados: Los porcentajes representan las mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix con colposcopia efectuada en los plazos establecidos en el Manual de normas y procedimientos de atención, en el periodo evaluado.

**Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado.
Infusión trombolítica IV. Determinación de la oportunidad.**

Meta: Que en el 100% de los casos atendidos en Urgencias por IAMCEST o equivalente en los que se decida infusión trombolítica IV, el tiempo puerta-aguja sea igual o menor a 30 minutos.

Indicador: Porcentaje de casos atendidos en Urgencias en los que se aplicó infusión trombolítica IV por IAMCEST o equivalente cuyo tiempo puerta-aguja fue igual o menor a 30 minutos.

Definiciones: Tiempo puerta-aguja: período que se calcula restando la hora: minutos en que la persona o su acompañante solicitó la atención registrada en el formulario de la hoja de puerta de urgencias, de la hora: minutos en que se inició la infusión trombolítica registrada en el formulario de las notas de enfermería.

Interpretación de los resultados: El porcentaje alcanzado representa los casos atendidos en Urgencias a los que se les aplicó la infusión trombolítica IV por IAMCEST o equivalente en un tiempo puerta-aguja igual o menor a 30 minutos, en el período evaluado.

**Mortalidad intrahospitalaria.
Ajuste por riesgo.**

Meta: hospital con una tasa de mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo inferior a la tasa institucional y que la diferencia sea estadísticamente significativa (límite superior del intervalo de confianza al 95% inferior a la tasa institucional).

Indicador: Índice de mortalidad intrahospitalaria ajustada por riesgo (IMHAR).

Definiciones: Tasa institucional: tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria del conjunto de hospitales. Se obtiene dividiendo el total de muertes intrahospitalarias entre el total de egresos en el año analizado, multiplicado por 100.

Interpretación de los resultados: Valores del IMHAR significativamente superiores a la tasa institucional no son deseados porque denotan un mayor número de defunciones observadas respecto a las esperadas.

Consulta externa programada. Determinación del ausentismo.

Indicador: Porcentaje de ausentismo en la consulta externa médica especializada programada.

Definiciones: Cita perdida (ausente): persona con cita en consulta externa, que transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, no se haya presentado para su atención. Su ausencia es condición suficiente para que el personal de REDES proceda a sustituirla por otra u otras personas, según sea el caso (Madrigal, 2012).

Consulta externa médica especializada. Porcentaje de altas.

Indicador: Porcentaje de altas según especialidad, en la consulta externa médica especializada.

Definiciones: Alta: es la decisión facultativa del profesional en salud de dar por resuelto el o los problemas identificados en el paciente, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido (Madrigal, 2012).

Hospitalización.

Cama hospitalaria. Gestión de la ocupación y las estancias.

Meta: Porcentaje de ocupación por servicio igual o superior a 85%, índice de estancia ajustado por complejidad igual o inferior a 100 y adecuada distribución de las camas entre servicios.

Indicador: Porcentaje de Ocupación e Índice de Estancias Ajustado por Complejidad (IEAC).

Definiciones: IEAC: se obtiene al comparar las estancias observadas en cada hospital con las estancias esperadas obtenidas mediante un modelo de regresión.

Interpretación de los resultados: Un IEAC >100 indica mayores estancias que las que le corresponde por la casuística atendida; por tanto, los hospitales con valores superiores a 100 no son deseables, dado que registran una gestión no adecuada de las estancias.

Bloque Quirúrgico

1. Tiempo promedio de utilización de quirófanos.

Indicador: Horas promedio de uso de quirófano (de anestesia) por día hábil programado.

2. Días hábiles utilizados, no utilizados y sus causas.

Indicador: Porcentaje de días hábiles con programación quirúrgica.

Causas de no programación de uso en quirófano.

3. Cirugía mayor ambulatoria.

Indicador: Índice ambulatorio.

Seguridad del paciente. Vigilancia epidemiológica. Infecciones asociadas a la atención de la salud. Parte 1

Indicador: Tasa de incidencia de IAAS en procedimientos por servicio y establecimiento:

- A. Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter uretral.
- B. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica.
- C. Tasa de incidencia de bacteremia asociada a catéter venoso central.

Definiciones: Infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS): también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso (OMS, 2013). Para efectos del indicador se refiere a las infecciones asociadas a procedimientos tipo: catéter uretral, ventilación mecánica y catéter venoso central.

Interpretación de los resultados: Los valores alcanzados representan las tasas de incidencia de IAAS según tipo de procedimiento del establecimiento de salud durante el periodo evaluado.

Seguridad del paciente. Vigilancia epidemiológica. Infecciones asociadas a la atención de la salud. Parte 2

Indicador: Tasas de incidencia acumulada de IAAS:

- A. Tasa de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica (cesárea, colecistectomía y hernioplastía inguinal).
- B. Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS.

Definiciones: Incidencia acumulada: se define como el número de casos nuevos de una enfermedad, dividido entre la población a riesgo de enfermar. Para que la incidencia acumulada calculada sea válida, cualquier individuo que esté incluido en el denominador debe tener el potencial de pertenecer al numerador (OPS, 2011).

Interpretación de los resultados: A. Los valores alcanzados representan las tasas de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica según tipo de procedimiento quirúrgico y del establecimiento de salud durante el periodo evaluado.

B. Los valores alcanzados representan la tasa de incidencia acumulada del total de IAAS del establecimiento de salud durante el periodo evaluado.

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD

Consideraciones sobre la evaluación de áreas de salud

La evaluación de las áreas de salud utiliza dos métodos para la recolección de datos, a pesar de que los indicadores y los criterios a evaluar son exactamente los mismos; por un lado, en las unidades administradas directamente por la institución la recolección se hace en línea con actividades virtuales protocolizadas; mientras que en las áreas administradas por proveedores externos la recolección es presencial, dado que la relación contractual así lo requiere, además de que en la mayoría de estas unidades no se dispone de los sistemas de registros institucionales que permitan hacer consultas en línea de las personas atendidas.

En relación con los sistemas de registro a nivel institucional, es importante considerar que aún se mantiene la coexistencia de múltiples sistemas de registros, donde hay unidades que llevan sus registros manualmente, otras utilizan el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), y otras el EDUS. De estas últimas, por ahora algunas solamente disponen del Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), mientras que otras ya tienen el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES).

Por otro lado, este informe en particular incorpora tres temas especiales asociados a la evaluación, los cuales se consideran de suma importancia analizar como parte de los esfuerzos por mejorar tanto la calidad de los datos requeridos para la evaluación, como los servicios de salud en sí mismos. Además, un cuarto tema, que aunque ya ha sido incluido en versiones anteriores, en esta ocasión se profundiza en su abordaje metodológico:

- A. La calidad de los registros en salud: un deber ineludible en la seguridad social.
- B. El laboratorio clínico: cómo incide en los resultados de la prestación de servicios de salud.
- C. De la selección de muestras a la evaluación del universo: una renovación que avanza con la implementación del EDUS.
- D. Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) 2015.

Finalmente, es necesario indicar que por segundo año consecutivo los evaluadores debieron señalar dos posibles casos de alteración de registros en expedientes de salud, en los cuales pareciera prevalecer la intención de adulterar los resultados logrados. Ante estas situaciones se actuó según el protocolo establecido y se trasladaron ambos casos a las autoridades competentes, para que se investigue y se sienten las responsabilidades que correspondan.

A. La calidad de los registros en salud: un deber ineludible en la seguridad social

Registros de salud

Mide la producción



Rendición de cuentas

Vigila la calidad de la atención

Mejoramiento de los servicios

Problemas detectados en la Evaluación

Falta de unificación de expedientes de menores de un año

Digitación errónea de nombres y números de cédula

Digitación errónea de códigos diagnósticos



Uso inadecuado del Expediente de Salud

uso de sellos no autorizados
tintas de colores no autorizadas
uso de correctores y marcadores
tachaduras
notas médicas superpuestas o fuera de margen



- * intensificar capacitaciones
- * fortalecer mecanismos de control de la calidad de los datos
- * realizar monitoreos permanentes
- * implementar controles cruzados de producción entre sistemas



La calidad de los registros en salud: un deber ineludible en la seguridad social.

La unificación de datos de los menores de un año, el uso adecuado del expediente y la estimación de las coberturas entre los principales problemas a abordar.

La utilización de recursos públicos lleva implícito el deber de rendir cuentas a la sociedad en general sobre el producto de éstos. En el caso de la seguridad social de nuestro país este aspecto es primordial, dado que los aportes de trabajadores, patronos y Estado deben ser manejados de forma muy eficiente, ya que de ellos depende el cuidado de la salud de las personas.

En este proceso de rendición de cuentas, el papel que juegan los registros en salud es fundamental porque estos son el insumo básico para demostrar la producción en salud alcanzada, así como informar acerca de las coberturas de atención, las enfermedades prevalentes y la calidad de la atención, entre otros.

Asimismo, los registros en salud constituyen el punto de partida para el análisis de la gestión de los prestadores de servicios de salud, de la evaluación de las intervenciones estratégicas y en general, para el mejoramiento de los servicios prestados.

Considerando esto, no cabe duda que los registros en salud son un aspecto crítico al que hay que dar un cuidadoso seguimiento. Para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) estos son particularmente importantes, porque la calidad y veracidad de la información proporcionada a los tomadores de decisiones depende de ellos. Es por esa razón que en esta sección se hace un análisis de los principales problemas encontrados, con el propósito de buscar alternativas de solución de forma conjunta entre el nivel técnico y el operativo.

En ese sentido, uno de los principales problemas relacionados con los registros en salud que se ha detectado en la recolección de datos de la EPSS, es la falta de unificación de los registros de los niños y niñas menores de un año. El inconveniente con el manejo de estos registros se da al pasar de número interno (provisional) a número de cédula (definitivo), que a pesar de ser un procedimiento protocolizado, se sigue incumpliendo a menudo, ya sea por falta de capacitación, pericia o de mecanismos de control de calidad.

Las implicaciones de la falla en este registro pueden llegar a ser muy importantes, dado que se generan dos registros para la misma persona, inflando la producción ficticiamente, con lo que los datos arrojan con alguna frecuencia coberturas superiores al 100%, haciendo complejo el análisis e induciendo a error en la planificación de los servicios. En algunos casos, hay niños que tienen doble expediente, quedando la información personal fragmentada.

En este contexto, pareciera que se justifica el desarrollo de acciones que sensibilicen sobre la relevancia de este tema, se intensifiquen las capacitaciones y se impongan mecanismos de control de la calidad de los datos con monitoreos permanentes.

Además de los problemas en la unificación de datos, hay que considerar otras causas que también podrían estar aumentando las coberturas de forma irreal, tales como la inexacta digitación de nombres o números de identificación, la codificación incorrecta de diagnósticos, las consultas fantasmas (no verificables) pero registradas en el Sistema de Identificación Agendas y Citas (SIAC) producto de valoraciones rápidas o atenciones informales con hojas que posteriormente no se integran al expediente, entre otras.

Para abordar este problema, se considera urgente la implementación de un mecanismo de control cruzado entre las consultas reportadas para la EPSS y las consultas reportadas para producción en el Plan Presupuesto, que garantice la calidad de los datos sobre los que se estiman las coberturas.

Por otro lado, el uso inadecuado del expediente de salud físico ha venido siendo un problema permanente en algunas unidades desde hace mucho tiempo, lo cual ha sido difícil de corregir a pesar de la clara normativa existente al respecto.

En la recolección de datos de la EPSS muy frecuentemente se encuentra el uso de formularios y sellos locales no autorizados, el uso de tintas de colores no permitidos: la utilización de correctores y marcadores, tachaduras, notas médicas superpuestas o fuera del margen, entre otros, incumpléndose así con lo establecido en el artículo 32 del Reglamento del Expediente de Salud (CCSS, 2014).

En los dos últimos años se ha reportado al Comité Institucional de Expediente de Salud tres áreas de salud por sospecha de alteración de registros, dado que las irregularidades coincidían con criterios de evaluación. Estos casos, aunque aislados, deben ser considerados seriamente por las implicaciones que pueden tener en la salud de las personas.

Sería de esperar que la incorporación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) vaya a resolver de forma importante este problema; no obstante, mientras no esté implementado en todas las unidades, se debe seguir insistiendo en las implicaciones legales, administrativas y clínicas que puede acarrear un uso inadecuado del expediente.

En otro orden de ideas, la cantidad de expedientes considerados “no evaluables” en la EPSS continua siendo grande, esto a pesar de que muchas áreas de salud han implementado estrategias de monitoreo de los sistemas de información. Dichos expedientes, que por azar fueron seleccionados dentro de la muestra a evaluar, no cumplen con los requerimientos para ser incorporados dentro de un indicador determinado, principalmente debido a fallos en la asignación de códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

De igual forma, se siguen detectando un número considerable de expedientes “no encontrados”, lo que evidencia una custodia inadecuada de estos documentos médico-legales, y además va en detrimento de la calidad de la atención. Por lo general esto se debe a que los expedientes están mal archivados, tienen nombres o números de identificación diferentes, o en ocasiones

simplemente no se localizan, situación que podría generar dudas acerca de la transparencia en el proceso.

Otro tema que también merece ser abordado, es el de la calidad de los listados de las personas atendidas que las unidades entregan a los evaluadores para la EPSS, ya que se siguen presentando áreas de salud con listados mal contruidos, sin la depuración adecuada por diagnóstico y edad o con expedientes duplicados.

Como ya se mencionó anteriormente, se deben incorporar controles cruzados con otros sistemas para evitar estas inconsistencias, pero sobre todo, cada unidad debe apropiarse y hacerse responsable de sus registros, asegurándose contar con listados correctos y depurados que les permita tomar decisiones correctas tanto en la gestión clínica como en la administrativa.

Una situación particular que se presenta en relación a la calidad de los registros, se da en las áreas de salud que tienen tanto primer como segundo nivel de atención, dado que en algunos casos los especialistas (pediatras, ginecólogos, internistas y médicos de familia) son los que atienden a usuarios del primer nivel, confundiéndose sus registros con los de pacientes referidos de otras áreas de salud para ser atendidos por esos mismos especialistas en el segundo nivel.

Esto se convierte en otro factor que distorsiona las coberturas de atención, además de aumentar el número de expedientes no evaluables en la EPSS. Según lo manifestado por los representantes locales, en ocasiones es difícil discriminar si el usuario es atendido como primer o segundo nivel, lo que amerita un análisis por parte de los técnicos responsables, con el fin de establecer claramente los mecanismos de registro en estos casos.

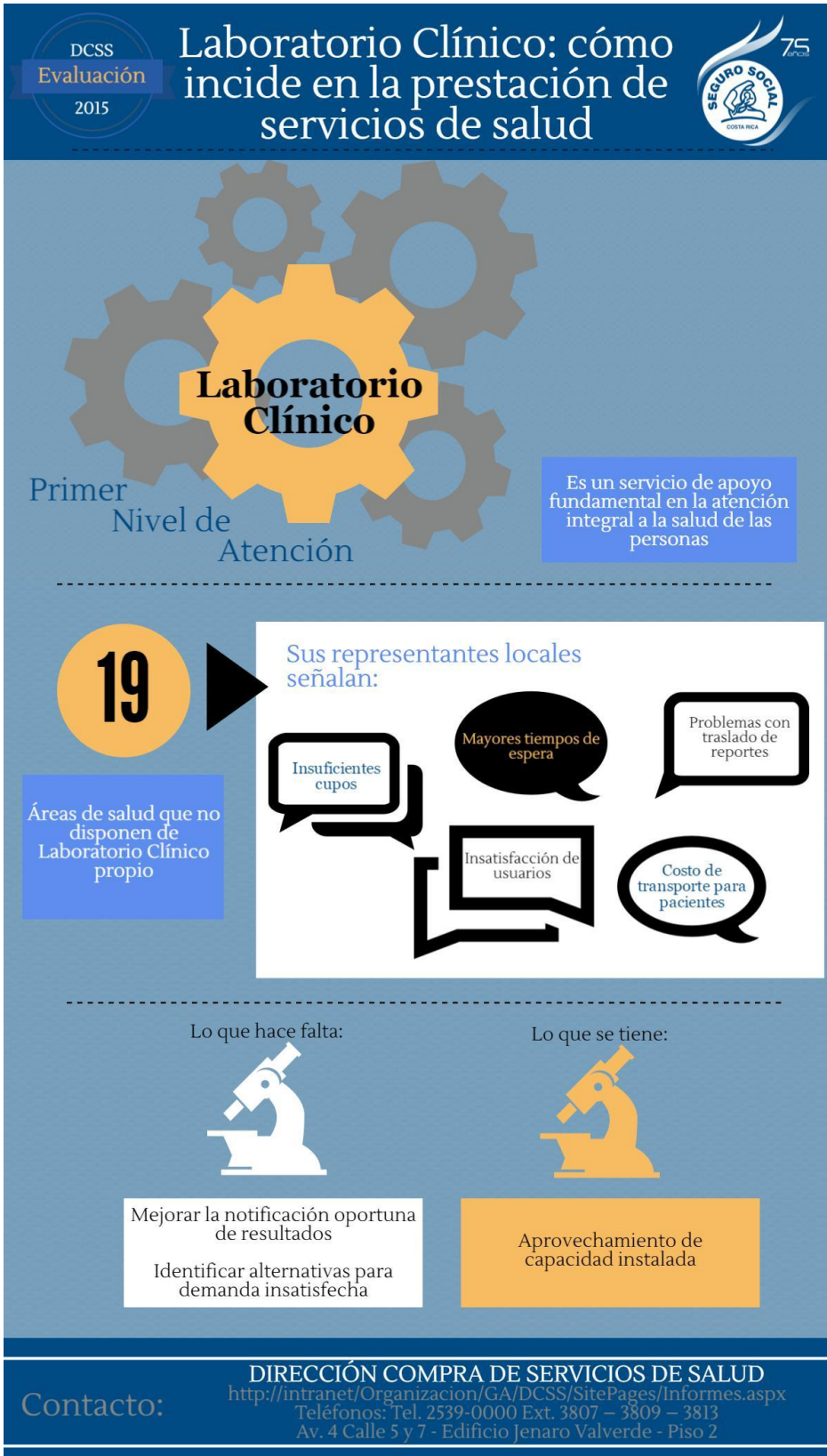
En relación con las áreas de salud que no están sectorizadas ocurre algo similar, ya que a veces el mismo usuario en cada una de sus consultas es valorado por diferentes médicos. Esta situación puede generar que en un mismo año se le registren a la misma persona varias consultas de primera vez, afectando igualmente las coberturas.

En resumen, se considera que uno de los grandes retos para el mejoramiento de los servicios de salud y la rendición de cuentas radica en las medidas que se implementen para el mejoramiento de la calidad y la transparencia en los registros de salud.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (29 de abril de 2014). Reglamento del Expediente de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. La Gaceta.

B. El laboratorio clínico: cómo incide en los resultados de la prestación de servicios de salud





El laboratorio clínico: cómo incide en los resultados de la prestación de servicios de salud.

19 áreas de salud dependen de los cupos que les sean asignados por un laboratorio de referencia, en algunos casos afectando el acceso de los usuarios.

El laboratorio clínico es un servicio de apoyo fundamental en la atención integral a las personas en las Áreas de Salud de la institución. Muchas de las intervenciones preventivas que se pueden implementar en el primer nivel dependen de un acceso adecuado a exámenes de laboratorio.

Considerándolo desde el contexto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), alrededor de un 60% de los indicadores y su cumplimiento dependen del Servicio de Laboratorio, así que los resultados que obtenga un área de salud podrían estar influenciados, en alguna medida, por el acceso que se tenga a éste. Una adecuada gestión de este servicio y el trabajo articulado con el resto de los servicios de la unidad, pueden ser una base sólida para la consecución de las metas en salud planteadas.

Frecuentemente, en el proceso de recolección de datos de la EPSS, los representantes locales manifiestan a los evaluadores las dificultades que enfrentan al depender del laboratorio de otra unidad, situación que se pretende evidenciar en esta sección.

La estrategia institucional de utilizar los laboratorios de los hospitales o de las áreas de segundo nivel para atender a los usuarios del primer nivel de atención de las unidades cercanas, puede resultar muy eficiente por economías de escala; sin embargo, cabría analizar si en algunos de esos casos la capacidad instalada del centro hospitalario podría ser insuficiente, dejando descubierta parte de la demanda del primer nivel.

Es importante tomar en cuenta que en esta modalidad, los gestores del área de salud no tienen prácticamente ninguna injerencia en la organización del servicio, en la disponibilidad de los reactivos requeridos para sus pruebas de laboratorio, en la logística de la asignación de cupos ni en el estableciendo de prioridades y mecanismos de reporte, lo que hace más compleja la atención, sobre todo cuando no hay una buena comunicación y coordinación entre las unidades involucradas.

En Cuadro B.1 se muestran las diecinueve áreas de salud que han reportado depender del laboratorio de otra unidad, generalmente de un hospital, para la realización de los exámenes de sus usuarios.

Cuadro B.1**CCSS: ÁREAS DE SALUD QUE NO CUENTAN CON LABORATORIO PROPIO SEGÚN REGIÓN, 2015**

ÁREA DE SALUD	REGIÓN
Coto Brus Pérez Zeledón Golfito Osa Corredores	Brunca
Alajuela Central Alajuela Sur* (10 de 14 EBAIS) Grecia San Ramón	Central Norte
Libería Nicoya Upala Colorado	Chorotega
Desamparados 3 Moravia Catedral Noreste	Central Sur
Ciudad Quesada Los Chiles	Huetar Norte
Guápiles	Huetar Atlántica

FUENTE: DCSS. Evaluación de la prestación de Servicios de Salud. 2015.

La Región Brunca es la que presenta el mayor número de áreas de salud bajo esa situación, lo cual refleja el proceso histórico de creación de hospitales periféricos en la zona, con la posterior incorporación de las áreas de salud para las que se visualizó que los servicios de laboratorio fueran prestados por el hospital local.

No obstante, parecería conveniente, en esa región en especial, hacer un profundo análisis que incorpore la capacidad instalada de cada laboratorio, el aumento en la demanda según el desarrollo de los servicios hospitalarios, el crecimiento poblacional y la demanda insatisfecha del primer nivel de atención para valorar el fortalecimiento de los laboratorios existentes o la dotación de este servicio en el área de salud.

En términos generales, según lo manifestado por algunas de estas unidades que no cuentan con laboratorio propio, los tiempos de espera para la realización de exámenes es en determinados casos muy prolongado, lo que les impide cumplir con los criterios establecidos en la norma y en la evaluación. Lo anterior se ve agravado cuando los tiempos y los mecanismos de traslado de los reportes de los exámenes del laboratorio de referencia a la unidad no son ágiles. Asimismo, algunos gestores locales refieren que los prolongados tiempos de espera provocan que con mayor frecuencia las personas olviden las citas.

De las unidades señaladas en el cuadro anterior, hay cuatro áreas de salud que se ubican en el quintil más bajo del Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS), por lo que se considera que son unidades prioritarias para valorar en qué medida los resultados logrados han sido afectados por la demanda insatisfecha de exámenes de laboratorio. Las unidades son las que se muestran en el Cuadro B.2.

Cuadro B.2
CCSS: ÁREAS DE SALUD UBICADAS EN EL QUINTIL I DEL IPSS-2015 QUE NO CUENTAN CON
LABORATORIO PROPIO SEGÚN PUESTO

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015
Coto Brus	102
Nicoya	100
Liberia	97
Moravia	94

FUENTE: DCSS. Evaluación de la prestación de Servicios de Salud. 2015.

Por otro lado, en algunas de estas áreas se le traslada el costo por desplazamiento a los usuarios, quienes deben primero ir al laboratorio de referencia a obtener una cita y luego presentarse a realizarse los análisis, implicando un doble gasto tanto en el costo del transporte como en tiempo, aspectos que son particularmente importantes en algunas poblaciones con muy limitados recursos económicos.

Estas condiciones bajo las que se presta el servicio de laboratorio, generan frecuentes quejas entre la población atendida, según manifiestan los representantes locales. La principal insatisfacción se basa en los pocos campos de laboratorio que se le asignan al primer nivel de atención, así como la poca accesibilidad para pruebas especiales, conforme a lo señalado.

De acuerdo a lo reportado por las áreas de salud, los pacientes encamados de visita domiciliar, cuentan con espacios insuficientes para la toma de muestras a domicilio, lo que ocasiona que esta población de riesgo en ocasiones no tenga un solo estudio de laboratorio en todo el año.

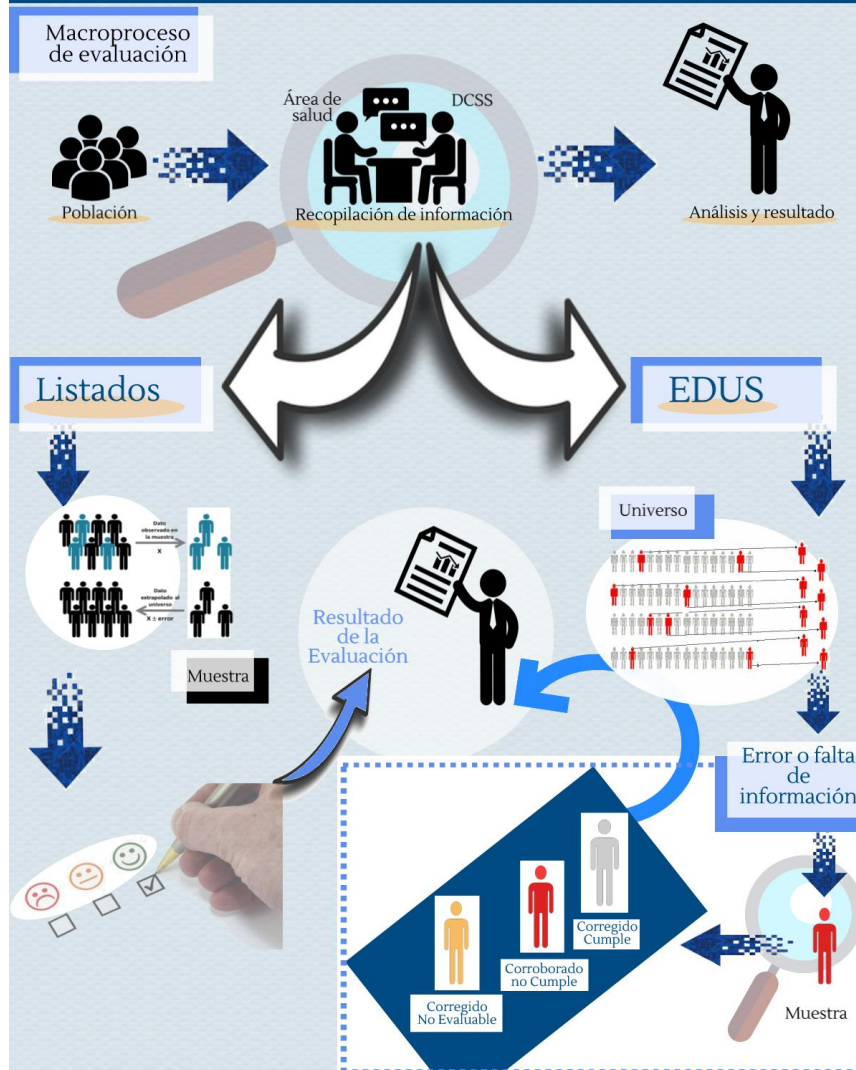
Además, señalan que a pesar del incremento de la población año tras año, la cuota de estudios por parte del laboratorio de referencia se ha mantenido sin incrementos en varios casos, lo que ha ido haciendo progresivamente la situación más difícil.

En relación con la evaluación, los indicadores que se han visto más afectados por la utilización de servicios de laboratorio de otra unidad, han sido la valoración y el tratamiento oportuno de las mujeres con examen VDRL reactivo y de niños de 6 a 24 meses con hemoglobina menor a 11 g/dl, donde parecería urgente la implementación de una estrategia coordinada con el laboratorio de referencia, que permita atender de inmediato a estas usuarias.

En ese mismo sentido, se debe trabajar en mecanismos que permitan una notificación oportuna y periódica de los resultados alterados de otros exámenes, para que el primer nivel de atención pueda garantizar el abordaje temprano, concibiendo así la atención como un proceso en red.

Finalmente, se considera que el mejoramiento en los resultados de algunas áreas de salud en relación con las metas institucionales va emparejado con el mejoramiento en la demanda insatisfecha de exámenes de laboratorio, tomando en cuenta a la vez, que en ocasiones esto también se da en áreas de salud que disponen de laboratorio propio, pero con recursos limitados con respecto a la población adscrita.

C. De la selección de muestras a la evaluación del universo: una renovación que avanza con la implementación del EDUS



Cambios a realizar para la Evaluación del Universo



Registros Médicos



EDUS

Expediente Unificado

EDUS al 100% en las Áreas de Salud

Frecuencia de la consulta

Articulación con el ARCA

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 - 3809 - 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



De la selección de muestras a la evaluación del universo: una renovación que avanza con la implementación del EDUS.

Los resultados de la evaluación de “Captación temprana de niños” utilizando el EDUS, hacen factible pasar de las muestras al universo en áreas de salud.

Evaluar es medir un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia (Lasso). El Ministerio de Planificación y Política Económica en el 2012, la definió como una valoración, un análisis sistemático y objetivo de un conjunto de criterios de valor que permiten emitir juicios y/o medir algo (MIDEPLAN).

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) resulta indispensable para fortalecer el proceso de toma de decisiones, el mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud y el proceso de rendición de cuentas al que es sometida la institución por el Estado.

El insumo principal de toda evaluación es la información; los datos deben manejarse con orden, ya que normalmente provienen de diferentes fuentes, y con cuidado en sus tres fases: recolección, procesamiento, y análisis de los datos.

En lo que respecta a la fase de recolección de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), cabe señalar que los datos se han obtenido de los registros que presenta cada Área de Salud (AS); existen en la institución diversidad de fuentes de información: registros manuales, registros digitales (SIIS, Medysis, o los desarrollados en forma personalizada) y por último, el Expediente Digital Único en Salud (EDUS). Esta variedad de sistemas y su incapacidad para articular la información de forma estandarizada, conlleva complicaciones al evaluar la prestación en los servicios de salud; dos de las más importantes son:

1. Calidad del dato: todavía existe duda en la certeza de algunos datos, predominantemente relacionados con la consignación de diagnóstico, fechas, números de identificación, nombre, apellidos, sexo, etc.
2. Recopilación de los datos: ausencia de la información requerida en el expediente de salud, así como de los recursos para extraer esa información (la capacidad humana, de los recursos tecnológicos y el tiempo).

Por los motivos antes expuestos, es que desde el año 2013, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) utiliza el Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC), para extraer listados de las atenciones brindadas en algunas de las áreas de salud y así realizar la evaluación de indicadores en salud.

Durante este trienio se ha progresado en la implantación del EDUS, que ha permitido que algunas AS registren todas sus consultas en el SIES (Sistema Integrado de Expediente en Salud), lo que representa una fortaleza más para la evaluación, ya que el universo de los registros se puede obtener en tiempo real y de manera remota.

Sin embargo, la metodología actual de evaluación para las 104 áreas de salud utiliza un muestreo de dos sectores (EBAIS) y los resultados obtenidos se infieren para los restantes. En este tanto, la DCSS se está preparando para evaluar el universo de la población atendida de cada indicador.

Para llegar a este objetivo, se planteó un proyecto piloto de evaluación en los indicadores de Captación Temprana (menores de un año, embarazadas y postparto). Incorporando en este piloto las áreas de salud con las siguientes características:

1. SIAC/SIES en forma ininterrumpida en el 2014 y 2015, en todos sus sectores.
2. Sin lugares de visita periódica (por falta de conexión a la red).

Las áreas de salud que cumplieron con estas características fueron: Heredia-Cubujuquí, Poás, Heredia-Virilla, Alajuela Oeste, La Unión, Desamparados 3, así como las tres áreas de salud administradas por la UNIBE.

El piloto se llevó a cabo en noviembre 2015 con los siguientes resultados (DCSS, 2015):

- Los resultados obtenidos para el indicador de menores de un año, son similares a los del año anterior.
- Se recomienda realizar la evaluación 2015 del universo en menores de un año, en las AS de: La Unión, Heredia Virilla, Alajuela Oeste, Poás y Desamparados 3.
- Se excluye de esta modalidad de evaluación a las AS de Heredia Cubujuquí y Alajuela Oeste por el comportamiento atípico de sus resultados.
- Los registros imprecisos y falta de variables en el reporte de los indicadores “captación temprana del embarazo” y “captación temprana del postparto” limitan la factibilidad de evaluación por este método.

Se evaluó el indicador de “niños menores de un año”, según la recomendación dada por el piloto, utilizando la información del “Cubo de Producción en Salud” del SIAC. Al realizar este proceso, se obtuvo un grupo de niños con consulta igual o menor a 8 días posterior al nacimiento (captación temprana) y otro grupo de niños con consulta mayor a 8 días.

Ante la problemática descrita en cuanto a calidad del dato, a este segundo grupo se le procesó mediante una muestra para corroborar su certeza, encontrando los siguientes resultados:

- Errores de registro en fechas y número de identificación.
- Aumento de los casos de captación temprana.
- Depuración de los casos mayores de 8 días.
- Creación del grupo “No evaluable”.

Con los resultados de la muestra, se ajustaron en forma proporcional los cumplimientos de la Evaluación del Universo, para establecer el cumplimiento final.

Además de establecer el porcentaje de captación temprana de los niños menores de un año, se lograron identificar las ventajas de la evaluación del universo, respecto de la metodología usada actualmente (muestreo bietápico), y entre ellas están:

1. La evaluación del universo de una población describe mejor el comportamiento de esta que una muestra (incluso en este caso, que debieron usarse tamaños de muestra más pequeños para terminar de definir ese universo).
2. El uso del EDUS aminora el tiempo de evaluación.
3. Se optimiza el uso de recursos (humanos y materiales), ya que el proceso se realiza desde la Dirección Compra de Servicios de Salud, por un solo evaluador y en tiempo real, si es requerido.

Sin embargo, para lograr realizar la evaluación del universo en forma sistemática, son necesarias algunas mejoras en el proceso:

1. Registros Médicos (REDES), cambio en el registro de la información:
 - a. Consignación adecuada de la frecuencia de consulta: primera vez en la vida, primera vez en el año o subsecuente.
 - b. Unificación de la información de los expedientes: de manera que al realizar cambios en la identificación de un paciente, se unifiquen los datos e información de expedientes anteriores con los actuales.
2. EDUS, implantación y construcción de variables:
 - a. Implantar el EDUS en las 104 áreas de salud y sus sectores correspondientes. Actualmente, no todas las áreas de salud están utilizando SIAC o SIES, por lo que al evaluar centros sin EDUS:
 - i. Se desconoce la información de las consultas realizadas en otros centros.
 - ii. Se debe hacer revisión del expediente físico.
 - iii. Los sistemas digitales (SIIS, Medysis, o los desarrollados en forma personalizada) no se interconectan entre sí.
 - b. Interconexión Arca (módulo informático de egresos hospitalarios) con EDUS para corroborar la información del internamiento, porque debe ser buscada en el expediente físico.

Se realizan esfuerzos institucionales para implementar el EDUS en todos los centros de salud, y esto posibilita a otras unidades de la institución, entre ellas a la Dirección Compra de Servicios de Salud, a mejorar e innovar en sus procesos.

Una vez finalizada la evaluación del universo de “menores de un año” mediante EDUS, hay suficientes datos para concluir que:

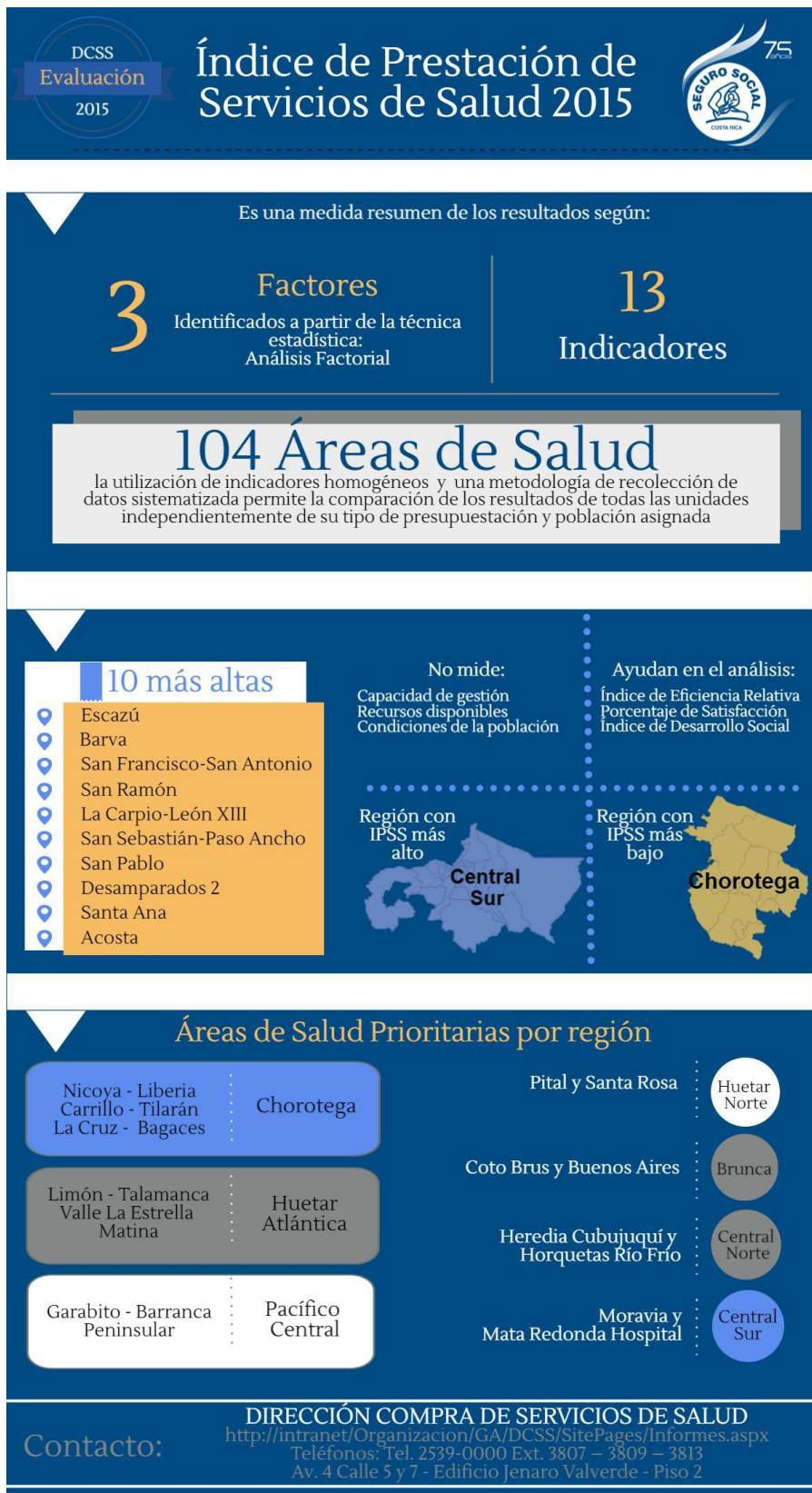
1. Existen las herramientas tecnológicas y el recurso humano necesario para realizar el proceso, sin ameritar mayor costo económico, tiempo o capacitación.
2. Existe una articulación entre la Dirección Compra de Servicios de Salud, el Área de Estadísticas en Salud y la Sub Área de Servicios Digitales Estratégicos, que ha permitido desarrollar herramientas para consultar datos del EDUS.

3. A corto plazo, se puede cambiar la evaluación de áreas de salud basada en muestras, a una considerando el universo.

Referencias Bibliográficas

- DCSS. (2015). Propuesta metodológica para evaluar las áreas de salud que desarrollan su atención con el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en el 100% de sus Sectores. San José: CCSS.
- Lasso, H. P. (s.f.). Evaluación de los Servicios de Salud. Mexico: Universidad del Valle.
- MIDEPLAN. (s.f.). Evaluación de Intervenciones estratégicas. Recuperado el 09 de junio de 2016, de <http://www.mideplan.go.cr/component/content/article?id=1331>

D. Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) 2015





Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) 2015.

Escalafón de áreas de salud con base en el cumplimiento de las metas institucionales en las intervenciones de salud estratégicas .

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) tiene como propósito aportar información para la toma de decisiones en todos los niveles de gestión de la institución. Con esa intención, los resultados desagregados por indicador son útiles para los gestores locales y técnicos del nivel central; sin embargo, no siempre resultan prácticos para los tomadores de decisión de los niveles central y regional.

Tomando eso en cuenta, se ha venido construyendo en los últimos años un índice global de resultados, que constituye una medida resumen considerada más estratégica para esos niveles de mando, ya que, entre otras cosas, permite agrupar las unidades según los resultados de los indicadores evaluados y ubicarlas en un grupo subdividido en quintiles, cuyo objetivo es identificar las que se ubican en el nivel más bajo, denominadas prioritarias, así como las que ya están próximas a alcanzar las metas institucionales y que se ubican en los grupos más altos.

Por otra parte, la construcción de un escalafón de áreas de salud, según los resultados obtenidos en una evaluación con recolección de datos sistematizada, permite a las unidades compararse entre sí, y con ello promover mejores prácticas de gestión, con base en experiencias exitosas.

Es de suma importancia aclarar que el índice construido no mide las capacidades de gestión de los directores de áreas de salud ni de los equipos locales responsables de la prestación de los servicios, sino que posiciona a la unidad de acuerdo al logro de los indicadores evaluados, los cuales están determinados por muchos otros factores no considerados en los parámetros de evaluación, tal como la dotación de recursos, las características de la población atendida, entre otros.

De tal forma que un área de salud considerada prioritaria según el índice, podría tener como principal limitación para el mejoramiento de sus resultados, características propias de la población difíciles de modificar, como la dispersión geográfica y los movimientos migratorios. También podría tratarse de aspectos relacionados con el recurso humano con que cuenta o la disponibilidad de recursos financieros, en cuyo caso cabría analizar si los resultados deficientes son producto de brechas de inequidad en la distribución de éstos.

Cualquiera que sea el determinante asociado a que un área de salud no pueda alcanzar las metas planteadas institucionalmente para el primer nivel de atención, el índice permite identificar esas

unidades, y con ello aportar elementos para el análisis global con todos los factores que corresponden, con el fin de estimular la implementación de planes remediales, si fuera necesario.

Teniendo eso en cuenta, se plantea una nueva metodología de construcción del índice basada en la conceptualización misma de la evaluación del desempeño, partiendo de la premisa de que los indicadores que lo conforman “son medidas que describen cuán bien se están desarrollando los objetivos de una institución, a qué costo y con qué nivel de calidad”, según señala la CEPAL (ILPES/CEPAL, 2010).

Con base en lo anterior, se propone un Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) basado en el grado de cumplimiento de los objetivos, sin tomar en cuenta directamente en su estimación los recursos asignados para ello, donde el Índice de Eficiencia Relativa (IER) y el Porcentaje Global de Satisfacción son considerados de forma independiente, pero como complemento para el análisis integral del desempeño de las unidades.

Figura D.1
CCSS: CONCEPTUALIZACIÓN GRÁFICA DEL ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO EN LA EPSS



FUENTE: DCSS: Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

Para este año, además, se incorporó el Índice de Desarrollo Social (IDS) en el análisis de los determinantes del desempeño, el cual es una medida que intenta identificar desigualdades sociales propias de la realidad de cada distrito y/o cantón. Este índice es calculado por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). Específicamente, se utilizaron los datos del año 2013, pues su periodicidad es de cada seis años aproximadamente, para su estimación se manejan datos estadísticos elaborados por instituciones del sector público costarricense y contempla cuatro dimensiones: Económica, Participación Electoral, Salud y Educación (MIDEPLAN, 2013).

El propósito de incluir el IDS es determinar si el valor obtenido en el IPSS está influido de alguna forma por la realidad socioeconómica de las áreas de salud, pero dado que el resultado del IDS esta desagregado a nivel de distritos y cantones, que son las unidades político administrativas del país, fue necesario estimarlo a nivel de área de salud. La estimación por cada una de ellas se hizo agrupando los resultados a nivel de distrito, valorando qué porcentaje de cada uno de los 477 distritos conforma cada área de salud; este resultado fue ponderado por la población de la unidad tomada del Departamento de Estadísticas Demográficas de la Dirección de Planificación Actuarial de la CCSS para el año 2015.

Partiendo de este contexto, en el que se miden intervenciones con indicadores homogéneos para todas las áreas de salud, bajo una metodología de recolección de datos sistematizada, cuyos resultados reflejan los productos intermedios obtenidos en la prestación de servicios de salud y no en los recursos consumidos en su producción, es que se hace posible la incorporación del cien por ciento de las unidades de primer nivel de atención, incluidas las que son gestionadas por proveedores externos que utilizan métodos de presupuestación diferentes.

Asimismo, es de esperar que los resultados sean disímiles de acuerdo a las características de las poblaciones atendidas, sean estas urbanas o rurales, con población indígena o grupos migratorios, con altos niveles de pobreza u otras características socio-culturales. Sin embargo, esa es precisamente la riqueza del índice, el poder identificar en qué medida una población está en desventaja, dadas sus condiciones sociales, y con ello priorizar la dotación de recursos que intenten disminuir las brechas existentes en cuanto a los resultados de la prestación de servicios de salud.

En ese sentido, la construcción del índice a partir de los resultados de la EPSS del año 2015, incorpora una variación metodológica. La diferencia radica en la metodología de cálculo y en la selección de algunos indicadores. El índice calculado para el año 2014 incorporó 20 indicadores para los cuales se disponía de información para todas las áreas de salud; cada uno de ellos aportó en la misma forma al cálculo del índice final, ya que se estimó mediante un promedio simple de los cumplimientos respecto a las metas institucionales y donde cada indicador tenía igual peso relativo.

Para el año 2015, el análisis inicial se hizo con 16 indicadores, mientras que cuatro no se tomaron en cuenta:

Indicadores excluidos	Razón de exclusión
Cobertura de personas de 20 años y más sin diagnóstico previo de hipertensión arterial, a las que se les toma la presión arterial en los escenarios domiciliario, comunal y laboral.	Registros no homologados en el Boletín Estadístico
Tasa de Deserción de Pentavalente 1/Pentavalente 3	Indicador no comparable por su metodología de construcción
Porcentaje Global de Satisfacción	Nueva metodología de construcción del índice
Índice de Eficiencia Relativa	Nueva metodología de construcción del índice

Con estos 16 indicadores se decidió efectuar un análisis multivariado, partiendo del análisis exploratorio de cada indicador, en donde se encontró que los indicadores: Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un VDRL antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días) y Cobertura de niños (as) menores de un año con Esquema Básico de Inmunización, estaban altamente correlacionados con otros indicadores, en cuyo caso se decidió eliminar estos 2 por tener muy baja variabilidad.

Primero se efectuó un análisis factorial para hacer la selección de los indicadores y sus pesos relativos para la construcción del índice. El Análisis Factorial (AF) es una técnica estadística utilizada para reducir un gran número de indicadores operativos en un número inferior de variables conceptuales, agrupando aquellas que se correlacionan fuertemente entre sí, pero donde las correlaciones con las variables de otros agrupamientos o factores son menores (Pérez, 2010).

El valor del resultado que obtuvo cada unidad en los indicadores evaluados se comparó en términos absolutos con la meta institucional, para identificar las unidades que ya las alcanzaron, superaron o están por debajo de esos valores. Esto se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Valor del Indicador}_i - \text{Meta}_i$$

El AF señala que los indicadores evaluados representan tres factores o componentes diferentes y le asigna un peso diferente a cada uno según la variabilidad que están explicando; es así como el peso que tiene cada factor en el cálculo del índice es el que se obtiene de la aplicación de esta técnica estadística, al igual que el peso que tendrá cada indicador en cada factor, por lo que el índice de prestación ya no se calculó como un promedio simple de los resultados logrados en cada indicador, sino como un promedio ponderado por los pesos relativos que a cada indicador le corresponde.

Como resultado del AF, se eliminó un indicador más: Cobertura de Vacunación contra Influenza en el Adulto Mayor, por tener carga factorial muy baja y no agruparse con claridad en ninguno de los tres factores.

En total, 13 indicadores formaron parte del cálculo del Índice de Prestación de Servicios de Salud este año, los cuales se presentan en el Cuadro D.1, agrupados por factor y con el correspondiente peso relativo, tanto por factor como por indicador.

Cuadro D.1
CCSS: FACTORES, PESOS RELATIVOS E INDICADORES QUE CONFORMAN EL IPSS 2015

FACTOR	PESO RELATIVO DEL FACTOR	INDICADOR	PESO RELATIVO DEL INDICADOR
1	49%	Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de presión arterial.	19,67%
		Porcentaje de personas con hipertensión arterial atendidas con control óptimo de presión arterial.	18,67%
		Porcentaje de personas con dislipidemia atendidas con control óptimo de LDL-colesterol.	16,21%
		Porcentaje de Personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de LDL-colesterol.	16,10%
		Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de hemoglobina glicosilada.	14,80%
		Niños (as) de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente.	14,55%
2	30%	Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación.	31,13%
		Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana.	30,26%
		Niños (as) de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina.	20,47%
		Cobertura de niños (as) de 12 a menos de 24 meses con Esquema Completo de Inmunización.	18,14%
3	21%	Porcentaje de niños(as) menores de un año de edad con captación temprana.	39,08%
		Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal captadas tempranamente.	33,88%
		Cobertura de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad del área de salud a quien se le realizó una citología vaginal en los dos últimos años.	27,04%
Total	100%		

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

El cálculo del índice se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\begin{aligned}
 F_1 &= PRF_1 \sum_{i=1}^n PRI_i * (Valor\ del\ Indicador_i - Meta_i) \\
 F_2 &= PRF_2 \sum_{i=1}^n PRI_i * (Valor\ del\ Indicador_i - Meta_i) \\
 &\dots \\
 F_n &= PRF_n \sum_{i=1}^n PRI_i * (Valor\ del\ Indicador_i - Meta_i) \\
 IPSS &= F_1 + F_2 + \dots + F_n
 \end{aligned}$$

Donde: F= Factor, PRF= Peso Relativo del Factor, PRI= Peso Relativo del Indicador e IPSS= Índice de Prestación de Servicios de Salud.

Después de calcular el índice, se ordenaron las áreas de salud de mayor a menor de acuerdo al valor obtenido; con base a ello se les asignó su puesto en el escalafón, en el cual el área de salud con el índice más alto se ubica en el puesto 1 y la unidad con el menor índice ocupa el puesto 104 (Anexo D.1). Seguidamente se agruparon en quintiles de acuerdo al valor del índice, para clasificar a las áreas de salud y con esto identificar aquellas que se ubican en el quintil I, consideradas prioritarias.

Dado el cambio metodológico incorporado, los resultados obtenidos no son comparables con los del índice estimado para el año 2014, por lo que no es posible hacer cotejos entre los dos años.

Según lo antes expuesto, el IER y el Porcentaje Global de Satisfacción se excluyen del cálculo propiamente del IPSS, pero serán utilizados de forma complementaria en este apartado para el análisis de los resultados obtenidos. No obstante, el Porcentaje Global de Satisfacción no está disponible para todas las unidades hasta este momento, por lo que no fue posible incorporarlo.

Con respecto al IER, se exploró su correlación estadística con el IPSS, encontrándose un coeficiente de correlación de Spearman de 0,178. Esto indica que no están relacionados linealmente; por tanto, se podría decir que en general un IER alto no necesariamente se relaciona con un cumplimiento alto de las metas institucionales.

Este hallazgo permite suponer que hay áreas de salud con IER altos, es decir que tienen una producción relativamente alta con respecto a los recursos disponibles, pero con resultados malos, por lo que cabría presumir que son necesarios más recursos para mejorar los resultados asociados a producción, o es necesario mejorar la calidad de la atención y la gestión clínica de los pacientes para lograr mejores captaciones y controles.

Por otro lado, para el IDS se encontró un coeficiente de correlación de Spearman de 0,311. En este caso en específico, pareciera que de forma global las condiciones de la población no son las que están determinando los resultados logrados por las unidades, por lo que podría pensarse que la

disponibilidad de recursos y la gestión de las unidades tienen un papel más protagónico en la determinación de los resultados.

No obstante, lo más importante en relación a estos dos índices es el análisis que a nivel de cada área de salud se pueda realizar, utilizando estos elementos complementarios para ayudar a argumentar o justificar los planes remediales requeridos en cada caso en particular.

Para tener una estimación del índice por región y un valor institucional, se siguió la metodología de cálculo del Índice de Desarrollo Humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Primero, tal y como se procedió para las áreas de salud, se calculó el valor real que obtuvo cada región en los 13 indicadores, luego se comparó en términos absolutos con la meta institucional respectiva, y con estas diferencias se procedió a realizar los cálculos como sigue:

1. Se expresó cada valor regional como un valor entre 0 y 1, utilizando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{valor real} - \text{valor mínimo}}{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}$$

2. Se agruparon estos valores utilizando la media geométrica.

Los resultados se muestran en el Cuadro D.2. Ahí se puede apreciar que la Región Central Sur ocupa el primer puesto regional y la Chorotega el último.

Cuadro D.2
CCSS: REGIONES SEGÚN VALOR DEL IPSS Y PUESTO, 2015

REGION	IPSS	PUESTO
Central Sur	0.565	1
Central Norte	0.536	2
Pacífico Central	0.474	3
Brunca	0.461	4
Huetar Atlántica	0.445	5
Huetar Norte	0.432	6
Chorotega	0.426	7
Institucional	0.509	-

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

En el caso específico de la Región Central Sur (Cuadro D.3), hay que destacar que en ella se ubica el área de salud de Escazú con el puesto número 1, así como cinco áreas de salud más de los primeros diez puestos, convirtiéndose en la región con mayor presencia en el quintil V. Asimismo, cabe destacar que dos de sus áreas son consideradas prioritarias: Moravia y Mata-Redonda-Hospital, las cuales se caracterizan por IDS altos e IER con márgenes de mejora en la productividad.

Cuadro D.3
CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN CENTRAL SUR SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL IPSS-2015, IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Escazú	1	V	No aplica	93
San Francisco-San Antonio	3	V	No aplica	84
San Sebastián-Paso Ancho	6	V	No aplica	76
Desamparados 2	8	V	No aplica	69
Santa Ana	9	V	No aplica	88
Acosta	10	V	100	53
Corralillo-La Sierra	11	V	96	63
Los Santos	12	V	85	52
Turrialba-Jiménez	13	V	100	50
Curridabat 2	14	V	No aplica	83
Concepción-San Diego-San Juan 2	18	V	No aplica	69
Puriscal- Turrubares	21	V	75	60
Pavas	24	IV	No aplica	75
Aserrí	26	IV	94	60
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	30	IV	99	61
Paraíso-Cervantes	31	IV	100	62
Montes de Oca 2	32	IV	No aplica	91
Catedral Noreste	36	IV	100	84
Desamparados 3	38	IV	100	66
Mora-Palmichal	39	IV	88	66
La Unión	45	III	100	64
Goicoechea 1	48	III	69	76
Cartago	53	III	84	65
Zapote-Catedral	55	III	82	82
Coronado	59	III	100	77
Goicoechea 2	71	II	75	78
Hatillo	74	II	100	71
Desamparados 1	76	II	100	73
El Guarco	77	II	99	64
Alajuelita	78	II	96	67
Mata Redonda-Hospital	93	I	79	79
Moravia	94	I	87	77

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

Con respecto a la Región Central Norte (Cuadro D.4), es importante señalar que en ella se ubica el área de salud Barva con el puesto número 2, así como San Ramón que es la unidad interna con el mejor puesto a nivel institucional. Cinco de sus unidades se posicionan en el quintil más alto, entre ellas una con segundo nivel: Tibás-Uruca-Merced.

Por otro lado, dos de sus unidades se ubicaron en el quintil I: Heredia-Cubujuquí y Horquetas-Río Frío. La primera de ellas presenta un IDS intermedio y un IER con margen de mejora en la productividad, a diferencia del área de salud de Horquetas-Río Frío que tiene un IDS bajo y un IER cercano a la frontera de producción.

Cuadro D.4

CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN CENTRAL NORTE SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL IPSS-2015, IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Barva	2	V	No aplica	68
San Ramón	4	V	100	64
Carpio-León XIII	5	V	No aplica	70
San Pablo	7	V	No aplica	86
Tibás-Uruca-Merced	19	V	100	77
Alfaro Ruiz	25	IV	100	69
Tibás	27	IV	No aplica	86
Atenas	35	IV	100	71
Naranjo	41	IV	100	59
Valverde Vega	43	III	100	66
San Rafael de Heredia	46	III	100	71
Santo Domingo	47	III	100	79
Belén-Flores	49	III	84	84
San Isidro	50	III	89	70
Puerto Viejo-Sarapiquí	51	III	100	48
Palmares	52	III	100	74
Alajuela Sur	54	III	100	71
Heredia-Virilla	58	III	71	52
Grecia	61	III	100	66
Poas	62	III	100	61
Santa Bárbara	66	II	77	68
Alajuela Norte	69	II	75	71
Alajuela Oeste	79	II	100	70
Alajuela Central	81	II	100	63
Horquetas-Río Frío	85	I	95	56
Heredia-Cubujuquí	91	I	85	65

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

La Región Pacífico Central (Cuadro D.5) tiene representación en todos los quintiles, destacando el área de salud de Quepos, que con un IDS bajo y un IER de 100% alcanza posicionarse en el quintil más alto. De las tres áreas consideradas prioritarias de esta región: Peninsular, Barranca y Garabito, cabe señalar que Peninsular tiene un bajo IDS, que Barranca tiene un amplio margen de mejora en la productividad y que Garabito, a pesar de tener un IDS más alto que las otras dos y un IER de 100%, ocupa el penúltimo puesto en el escalafón general.

Cuadro D.5
CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN PACÍFICO CENTRAL SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL
IPSS-2015, IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Quepos	16	V	100	58
Esparza	22	IV	85	71
Parrita	23	IV	98	51
Orotina-San Mateo	29	IV	100	60
Montes de Oro	44	III	100	52
Chacarita	67	II	99	53
San Rafael de Puntarenas	80	II	99	65
Chomes-Monte Verde	82	II	98	50
Peninsular	84	I	100	50
Barranca	92	I	83	63
Garabito	103	I	100	70

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

La Región Brunca (Cuadro D.6) tampoco tiene ningún área de salud en el quintil más alto, no obstante, hay que reconocer que todas las áreas de salud que la conforman tienen IDS bajos. Buenos Aires, ubicada en el quintil de las unidades prioritarias, tiene el IDS más bajo de la región, pero también su IER muestra que tiene amplio margen de mejora en productividad. Coto Brus, aunque tiene un mejor IER, ocupa uno de los cinco puestos más bajo a nivel institucional.

Cuadro D.6
CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN BRUNCA SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL IPSS-2015,
IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Pérez Zeledón	40	IV	99	57
Golfito	56	III	99	43
Osa	57	III	79	44
Corredores	63	II	94	48
Buenos Aires	95	I	71	42
Coto Brus	102	I	90	52

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

La Región Huetar Atlántica (Cuadro D.7) tiene representación en casi todos los quintiles, entre los que destaca el área de salud de Guápiles en el puesto 20 a nivel nacional. Por otro lado, hay que considerar que cuatro de sus unidades se ubicaron en el quintil más bajo; entre ellas, Limón ocupa el último puesto en el escalafón general; sin embargo, es importante tener en cuenta que se trata

de una unidad que alcanza la frontera de producción según el IER y que tiene un IDS bajo. La misma observación hay que hacerla para las otras tres áreas de salud, ya que todas poseen IDS bajos, especialmente Valle La Estrella, con el índice más bajo entre todas las áreas de salud. De estas cuatro unidades, el área con mayor margen de mejora en productividad es Talamanca.

Cuadro D.7

CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL IPSS-2015, IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Guápiles	20	V	100	59
Cariari	28	IV	100	46
Guácimo	33	IV	90	55
Siquirres	72	II	74	50
Matina	96	I	100	52
Talamanca	99	I	79	44
Valle La Estrella	101	I	93	27
Limón	104	I	100	45

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

La Región Huetar Norte (Cuadro D.8) no logra posicionar ninguna de sus áreas de salud en el quintil más alto; sin embargo, sí tiene dos de ellas en el quintil I: Santa Rosa y Pital. Estas dos áreas tienen en común un IDS bajo, pero se diferencian en que Santa Rosa muestra un amplio margen de mejora en la productividad, mientras que Pital se encuentra en la frontera de producción; a pesar de ello, se ubica entre los últimos diez puestos a nivel general.

Cuadro D.8

CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN HUETAR NORTE SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL IPSS-2015, IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Florencia	34	IV	94	60
Fortuna	37	IV	87	56
Guatuso	60	III	92	47
Ciudad Quesada	64	II	100	62
Aguas Zarcas	70	II	100	57
Los Chiles	75	II	100	48
Santa Rosa	88	I	78	44
Pital	98	I	100	52

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

La Región Chorotega (Cuadro D.9), por su parte, a pesar de tener dos áreas de salud ubicadas en el quintil V, es la región con mayor representación en el quintil de las áreas de salud prioritarias, con seis unidades. Entre ellas, Nicoya ocupa el puesto más bajo, pero es también la que tiene menor IDS; asimismo, hay que destacar que tanto Nicoya como Bagaces tienen un IER de 100%, mientras que La Cruz es la que muestra mayor margen de mejora en productividad.

Cuadro D.9
CCSS: ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN CHOROTEGA SEGÚN PUESTO IPSS-2015, QUINTIL IPSS-2015, IER-2015 E IDS-2013

ÁREA DE SALUD	PUESTO IPSS-2015	QUINTIL IPSS-2015	IER-2015	IDS-2013
Hojancha	15	V	81	61
Abangares	17	V	100	48
Colorado	42	IV	100	61
Nandayure	65	II	87	50
Cañas	68	II	100	62
Upala	73	II	No aplica	47
Santa Cruz	83	II	100	64
Bagaces	86	I	100	57
La Cruz	87	I	78	57
Tilarán	89	I	94	60
Carrillo	90	I	93	67
Liberia	97	I	No aplica	66
Nicoya	100	I	100	50

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2015.

Considerando lo expuesto para cada región, en donde el IPSS se analiza en relación con el IER y el IDS, asimismo se espera que a nivel local se analicen de forma integrada los resultados logrados, relacionando su puesto en el IPSS con otros determinantes asociados a la prestación de servicios, con el fin de identificar los aspectos susceptibles de mejora.

Anexo D. 1

CCSS: AREAS DE SALUD SEGÚN IPSS, PUESTO Y QUINTIL, 2015

ÁREA DE SALUD	IPSS	PUESTO	QUINTIL
Escazú	0,12628	1	V
Barva	0,09043	2	V
San Francisco-San Antonio	0,08127	3	V
San Ramón	0,06968	4	V
Carpio-León XIII	0,06868	5	V
San Sebastián-Paso Ancho	0,05797	6	V
San Pablo	0,05510	7	V
Desamparados 2	0,04506	8	V
Santa Ana	0,00242	9	V
Acosta	-0,00476	10	V
Corralillo-La Sierra	-0,00494	11	V
Los Santos	-0,00572	12	V
Turrialba-Jiménez	-0,01343	13	V
Curridabat	-0,01453	14	V
Hojancha	-0,01695	15	V
Aguirre	-0,01822	16	V
Abangares	-0,02385	17	V
Concepción-San Juan-San Diego	-0,02950	18	V
Tibás-Uruca-Merced	-0,02982	19	V
Guápiles	-0,03020	20	V
Puriscal-Turrubares	-0,03380	21	V
Esparza	-0,03628	22	IV
Parrita	-0,03632	23	IV
Pavas	-0,03642	24	IV
Alfaro Ruiz	-0,03692	25	IV
Aserri	-0,03799	26	IV
Tibás	-0,03834	27	IV
Cariari	-0,04204	28	IV
Orotina-San Mateo	-0,04715	29	IV
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	-0,04790	30	IV
Paraíso-Cervantes	-0,04826	31	IV
Montes de Oca	-0,04884	32	IV
Guácimo	-0,05165	33	IV
Florencia	-0,05346	34	IV
Atenas	-0,06223	35	IV
Catedral Noreste	-0,06240	36	IV
Fortuna	-0,06416	37	IV
Desamparados 3	-0,06622	38	IV

ÁREA DE SALUD	IPSS	PUESTO	QUINTIL
Mora-Palmichal	-0,06776	39	IV
Pérez Zeledón	-0,06820	40	IV
Naranjo	-0,07017	41	IV
Colorado	-0,07298	42	IV
Valverde Vega	-0,07514	43	III
Montes de Oro	-0,07575	44	III
La Unión	-0,07592	45	III
San Rafael de Heredia	-0,07604	46	III
Santo Domingo	-0,07610	47	III
Goicoechea 1	-0,07743	48	III
Belén Flores	-0,08106	49	III
San Isidro de Heredia	-0,08211	50	III
Puerto Viejo	-0,08280	51	III
Palmares	-0,08356	52	III
Cartago	-0,08371	53	III
Alajuela sur	-0,08645	54	III
Zapote-Catedral	-0,08707	55	III
Golfito	-0,09358	56	III
Osa	-0,09518	57	III
Heredia Virilla	-0,09623	58	III
Coronado	-0,09841	59	III
Guatuso	-0,10067	60	III
Grecia	-0,10376	61	III
Poás	-0,10458	62	III
Corredores	-0,10483	63	II
Ciudad Quesada	-0,10531	64	II
Nandayure	-0,10563	65	II
Santa Bárbara	-0,10639	66	II
Chacarita	-0,10770	67	II
Cañas	-0,10994	68	II
Siquirres	-0,11013	69	II
Alajuela Norte ^{1/}	-0,11051	70	II
Aguas Zarcas ^{1/}	-0,11102	71	II
Goicoechea 2 ^{1/}	-0,11117	72	II
Upala	-0,11260	73	II
Hatillo	-0,11777	74	II
Los Chiles	-0,11924	75	II
Desamparados 1	-0,11945	76	II
El Guarco	-0,11962	77	II
Alajuelita	-0,12758	78	II
Alajuela Oeste	-0,12934	79	II
San Rafael de Puntarenas	-0,13109	80	II

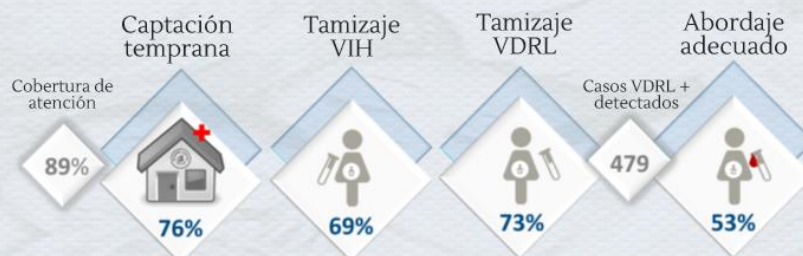
ÁREA DE SALUD	IPSS	PUESTO	QUINTIL
Alajuela Central	-0,13391	81	II
Chomes-Monte Verde	-0,13555	82	II
Santa Cruz	-0,13565	83	II
Peninsular	-0,13725	84	I
Horquetas-Río Frío	-0,13863	85	I
Bagaces	-0,14244	86	I
La Cruz	-0,14255	87	I
Santa Rosa de Pocosol	-0,14279	88	I
Tilarán	-0,14482	89	I
Carrillo	-0,14793	90	I
Heredia Cubujuquí	-0,15245	91	I
Barranca	-0,15684	92	I
Mata Redonda	-0,16107	93	I
Moravia	-0,16186	94	I
Buenos Aires	-0,16906	95	I
Matina	-0,17223	96	I
Liberia	-0,17459	97	I
Pital	-0,17539	98	I
Talamanca	-0,17778	99	I
Nicoya	-0,18488	100	I
Valle la Estrella	-0,18652	101	I
Coto Brus	-0,19352	102	I
Garabito	-0,20373	103	I
Limón	-0,20581	104	I

^{1/} Bajaron una posición por resolución de revocatorias.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

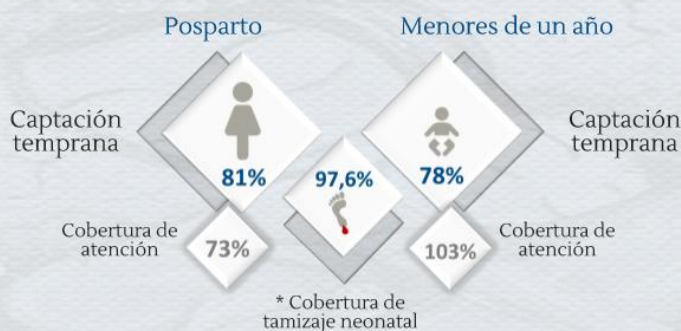
1. Atención perinatal

Atención de la embarazada



En atención perinatal la cobertura, captación y tamizaje se mantienen estables desde el 2014 y mejora el registro de embarazadas con VDRL positivo

Atención del binomio madre hijo



* Según Asociación Costarricense para el Tamizaje y la Prevención de Discapacidades en el Niño

Áreas de salud prioritarias



El área de salud de Coto Brus es prioritaria en ambos grupos de atención

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Se fortalece la atención perinatal pero aún faltan esfuerzos para alcanzar metas.

En atención perinatal la cobertura, captación y tamizaje se mantienen estables desde el 2014 y mejora el registro de embarazadas con VDRL positivo.

La Región de América Latina y el Caribe (ALC) realiza considerables avances en el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio hacia la reducción de la mortalidad neonatal; sin embargo, las grandes diferencias en términos de indicadores de salud y las enormes inequidades al interior de estos, impiden alcanzar la meta planteada (OPS, 2008).

Ante la necesidad de acelerar la reducción de la mortalidad neonatal, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la formulación de planes estratégicos regionales, que incidan en la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, del recién nacido y del niño (OPS, 2008).

El proceso continuo de la atención se basa en la idea de que la salud y el bienestar de la madre, el recién nacido y el niño están estrechamente ligados y deben tratarse en forma conjunta, de tal manera que les garantice la disponibilidad y acceso a un paquete de intervenciones simples, de alto impacto y bajo costo que permitan mejorar la salud de cada uno de ellos (Sines, Tinker, & Ruben, Obtenido de: <http://www.prb.org/pdf06/snl-contcare-sp.pdf>, 2006).

De la misma manera, el objetivo de este enfoque es que las mujeres cuenten con atención integral de calidad a lo largo del ciclo de la vida y en los diferentes niveles de atención, desde planificación familiar, atención prenatal, del parto hasta el puerperio, y la atención del recién nacido y la atención durante la infancia y la niñez (OPS, 2008).

Al respecto, en Costa Rica la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) plantea que la atención integral de las mujeres durante el período prenatal, el parto y el posparto, así como la asistencia eficiente del recién nacido, sean las tres intervenciones más importantes que el equipo de salud realice para consolidar una buena salud perinatal (CCSS, 2009).

En tanto la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) bajo el contexto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), trabaja con intervenciones cuyo objetivo es evaluar la cobertura y la atención perinatal en los servicios de primer nivel de atención que integran la institución.

Desde la perspectiva de la EPSS, las intervenciones que evalúan la atención perinatal van desde la captación (embarazadas, mujeres en periodo posparto y menores de un año) y realización de serologías (VIH y VDRL), hasta el abordaje adecuado de las embarazadas con un resultado de VDRL positivo.

Para el 2015, la DCSS analiza los resultados dentro del enfoque continuo de la atención perinatal, interrelacionando por una parte la captación temprana de la embarazada con el tamizaje respectivo y el abordaje de los casos de riesgo, y por otra parte la captación temprana del niño y la mujer en periodo posparto, los cuales se describen a continuación.

A nivel institucional se alcanzan porcentajes de cobertura para el 2015 en embarazadas y mujeres en periodo posparto de 89% y 73%, respectivamente, mientras que para menores de un año se supera el 100%, situación que se mantiene similar al 2014 (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN DE EMBARAZADAS, POSPARTO Y MENORES DE UN AÑO
SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2014-2015
(porcentajes)

REGIÓN	EMBARAZADAS		POSPARTO		MENORES DE UN AÑO	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Brunca	79	83	63	62	92	106
Central Norte	85	84	75	70	104	100
Central Sur ^{/1}	89	86	76	72	97	97
Chorotega	98	96	85	77	108	121
Huetar Atlántica	102	93	84	80	111	108
Huetar Norte	96	99	80	78	100	101
Pacífico Central	91	103	96	83	97	114
Institucional	91	89	78	73	101	103

^{/1} No contempla Catedral Noreste para coberturas y comprende datos del 1 de abril al 31 de diciembre para Curridabat 2, Montes de Oca 2 y San Juan San Diego Concepción 2.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

En cuanto a las regiones en los dos últimos años, la Brunca mantiene las menores coberturas de atención para embarazadas y mujeres en periodo posparto, la Chorotega mejora la cobertura de menores de un año y la Pacífico Central conserva las mayores coberturas en posparto.

La cobertura en niños menores de un año para el 2015 se ve influenciado por el resultado de 29 áreas de salud que alcanzan porcentajes mayores o iguales al 100%; el mayor lo comparten las áreas de salud Buenos Aires y Nicoya con un 145%.

Los resultados institucionales del 2015 en captación temprana perinatal son similares al 2014 (Cuadro 1.2) y los alcances con respecto a la meta 2018 en embarazadas y posparto están a 9 puntos porcentuales (85% y 90%, respectivamente) y menores de un año a 7 puntos (85%).

Cuadro 1.2
CCSS: CAPTACIÓN TEMPRANA DE EMBARAZADAS^{/1}, POSPARTO^{/2} Y MENORES DE UN AÑO^{/3}
SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2014-2015
(porcentajes)

REGIÓN	EMBARAZADAS		POSPARTO		MENORES DE UN AÑO	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Brunca	85	72	74	68	62	57
Central Norte	78	78	84	87	81	81
Central Sur ^{/4}	73	82	85	84	79	81
Chorotega	70	63	82	75	73	75
Huetar Atlántica	81	69	86	76	86	82
Huetar Norte	76	68	93	87	90	89
Pacífico Central	73	83	71	76	70	72
Institucional	80	76	83	81	78	78

^{/1} En las primeras 13 semanas de gestación.

^{/2} En los primeros 8 días posparto.

^{/3} En los primeros 8 días de vida.

^{/4} No contempla Catedral Noreste para coberturas y comprende datos del 1 de abril al 31 de diciembre para Curridabat 2, Montes de Oca 2 y San Juan San Diego Concepción 2.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

En captación temprana posparto y menores de un año, los mayores logros en ambos años los alcanza la Huetar Norte, contrario a la Chorotega que mantiene los menores porcentajes en embarazadas y la Brunca en menores de un año.

En el 2015, para captación temprana de embarazadas, la Pacífico Central tiene el mayor porcentaje y la Chorotega el menor, aunque el área con menor logro institucional es Talamanca, con un 40%, la cual pertenece a la Huetar Atlántica.

Para ambos años, el porcentaje regional en captación temprana de menores de un año de la Huetar Norte supera el institucional y siete de sus áreas de salud en el 2015 alcanzan porcentajes mayores al 85%, sobrepasando con esto la meta 2018, a excepción del área de Santa Rosa de Pocosol, cuyo logro en el 2015 es del 77%.

Los resultados en tamizaje por VIH y VDRL entre el 2014 y el 2015 tienden a mantenerse similares tanto a nivel institucional como regional, sin grandes diferencias entre ellos, excepto la Huetar

Atlántica que presenta menores logros en el 2015, seguido por la región Chorotega y la Huetar Norte (Cuadro 1.3).

CUADRO 1.3
CCSS: TAMIZAJE^{/1} PARA VIH Y SÍFILIS EN EMBARAZADAS
SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2014-2015
(porcentajes)

REGIÓN	TAMIZAJE VIH		TAMIZAJE VDRL	
	2014	2015	2014	2015
Brunca	74	71	79	75
Central Norte	69	72	71	74
Central Sur ^{/2}	71	73	75	77
Chorotega	65	66	73	67
Huetar Atlántica	66	57	72	61
Huetar Norte	72	64	72	66
Pacífico Central	70	72	79	75
Institucional	70	69	74	73

^{/1} En las primeras 20 semanas de gestación.

^{/2} Se contemplan datos del 1 de abril al 31 de diciembre del 2014 para Curridabat 2, Montes de Oca 2 y San Juan San Diego Concepción 2.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Particularmente, en el 2015 el resultado institucional de tamizaje VIH del 69% dista 11 puntos porcentuales de la meta 2018 (80%) y las regiones Chorotega, Huetar Atlántica y Huetar Norte tienen los menores logros.

De la misma manera, el logro institucional en tamizaje VDRL del 73% está a 7 puntos porcentuales de la meta 2018 (80%), siendo las regiones Brunca y Pacífico Central las que tienen los mayores logros, y la Huetar Atlántica el menor logro del 2015 (61%).

Por otro lado, a nivel institucional se registran 479 casos de embarazadas con serología VDRL positivo, de las cuales el 53% se aborda de manera adecuada, dato superior a los años anteriores (Cuadro 1.4), siendo las regiones Central Sur, Huetar Atlántica y Central Norte las de mayor reporte en los últimos tres años.

Cuadro 1.4
CCSS: TOTAL DE EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVA
SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2013-2015

REGIÓN	AÑOS		
	2013	2014	2015
Brunca	7	5	7
Central Norte	78	75	103
Central Sur ^{/1}	112	137	179
Chorotega	15	25	50
Huetar Atlántica	49	67	78
Huetar Norte	16	24	23
Pacífico Central	23	25	39
Institucional	300	358	479

^{/1} Se contemplan datos del 1 de abril al 31 de diciembre del 2014 para Curridabat 2, Montes de Oca 2 y San Juan San Diego Concepción 2.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013-2015.

Los resultados hasta aquí presentados de cobertura, captación, tamizaje y abordaje de embarazadas con serología VDRL positiva, se deben analizar desde el enfoque del continuo de la atención, considerando tanto el ciclo de atención de la embarazada como el ciclo de atención del binomio madre hijo como componentes de la atención perinatal.

Así, la atención de la embarazada se mide desde el acceso temprano que tienen las usuarias a los servicios de salud hasta la detección y abordaje de patologías de riesgo durante el embarazo, en tanto la atención del binomio se enfoca en el acceso conjunto y temprano de la mujer en periodo posparto y el menor de un año a los servicios de salud.

Respecto a la atención de la embarazada, en el 2015 los alcances institucionales de cobertura de atención, captación temprana y tamizaje de VDRL y VIH, son similares al 2014, mientras que los resultados de detección aumentan en 121 registros de casos VDRL positivo con una mejora en el abordaje, pasando de 34% a 53% en el 2015.

Sin embargo, al contrastar los resultados, se observan áreas de salud con altos porcentajes de coberturas y bajos en captación y tamizaje o viceversa, hallazgos que sugieren la existencia de un número de mujeres cuya atención no es lo suficientemente oportuna para intervenir ante los posibles riesgos del embarazo en ambas situaciones.

De la misma forma, al relacionar la captación temprana con la realización de las serologías VDRL y VIH, al menos dos regiones (Chorotega y Brunca) logran que el acceso oportuno a las pruebas de

laboratorio sea antes de las 20 semanas, aun cuando presentan los menores logros institucionales de captación temprana.

En cuanto a la realización de las pruebas de VDRL (73%) y VIH (69%), los logros institucionales son cercanos entre sí y se mantienen en el tiempo, situación que plantea una interrogante acerca de la capacidad que tiene el primer nivel de atención de cumplir la meta 2018 del 80%, ante la gestión local e institucional que determinan el acceso a los servicios de laboratorio clínico.

Por otra parte, para el 2015, aunque el porcentaje de realización del VDRL se comporta igual que en años anteriores, el número de áreas y casos positivos aumenta, lo que podría evidenciar una mejora en la estrategia de notificación y registros de casos por parte de las áreas de salud.

Un ejemplo de lo anterior es la Chorotega, que implementa estrategias asociadas al cruce de información entre los sistemas de laboratorio clínico y atenciones en salud, mejorando así la notificación de casos, con lo que logra en el 2015 duplicar el número de registros con respecto al 2014.

En términos generales, aunque hay una mejora en el abordaje oportuno y adecuado de casos positivos, persisten las debilidades en la notificación inmediata del resultado y en la realización de la serología control en el tiempo establecido, que inciden directamente en la oportunidad de atención de las embarazadas.

Con respecto a la atención del binomio madre hijo, se esperaría que las coberturas de niño (103%) y mujer en periodo posparto (73%) sean semejantes; sin embargo, existe una brecha que puede estar determinada por la ausencia de la madre a su control posparto cuando el menor se encuentra hospitalizado.

Por otro lado, es de esperar que la cobertura de menores de un año no sea mayor a la de tamizaje neonatal, que es de 97,6% según la Asociación Costarricense para el Tamizaje y la Prevención de Discapacidades en el Niño; no obstante, la de niño la supera y es mayor al 100%, lo que podría estar asociado a problemas de registro de las atenciones en salud en los sistemas de información.

Los logros en captación temprana de la madre y el niño se mantienen en los últimos dos años; sin embargo, para 2015 las áreas fortalecieron el registro sistemático de los motivos que limitan el avance a la meta 2018.

A partir de este análisis, se identifican determinantes relacionados con la gestión, el recurso y la comunidad, que influyen de manera directa en el avance en la consecución de las metas.

De estos factores, la gestión de los servicios de salud es el más relevante, ya que debe garantizar una serie de intervenciones que permitan las mejores condiciones de salud a través del ciclo de la vida mediante el acceso temprano y oportuno; sin embargo, éste se ve limitado por factores tales como la asignación de cupos en atenciones y laboratorio, organización de las citas en los puestos de visita periódica en áreas de salud de alta dispersión geográfica, el estatus migratorio de las

mujeres extranjeras y la coexistencia de varios servicios de atención para un mismo grupo poblacional (madre e hijo) en el primer nivel de atención, hospitales y la oferta a nivel privado.

Además, la organización interna no coordinada de los servicios de laboratorio con los de atención, asociado al desconocimiento de los criterios de evaluación para el cumplimiento de metas y el hecho de depender de otros laboratorios para la realización de las pruebas, son factores determinantes que condicionan el acceso temprano y oportuno de los usuarios.

De igual manera, la calidad de los registros de información es un factor que no permite determinar la cobertura real en los programas de atención perinatal, por la no unificación de datos en los sistemas de información, que lleva a duplicidad de registros, lo que finalmente provoca una distorsión de los resultados.

Otros determinantes que inciden en el cumplimiento de metas, son aquellos relacionados con el recurso institucional, tales como la inopia de técnicos de atención primaria en el primer nivel de atención, que entorpece la búsqueda oportuna de las embarazadas de riesgo por serología VDRL positiva, además de la capacidad instalada de los laboratorios para la realización de pruebas con la prioridad y el tiempo que se requiere.

Además, condiciones propias de las usuarias como su nivel educativo, social y económico determinan la atención perinatal en el tanto sus necesidades o expectativas en salud superen la demanda de los servicios.

En términos generales, los resultados institucionales en cobertura, captación temprana y tamizaje muestran una tendencia a brindar atención equitativa a las embarazadas y a la mujer en periodo posparto y el menor de un año (binomio madre hijo); sin embargo, existen áreas de salud prioritarias que por sus características en gestión y disponibilidad de recursos no logran avanzar en la consecución de las metas 2018.

Desde la perspectiva de la atención de la embarazada, las áreas con los menores logros en captación y tamizaje son Alajuela Norte, Heredia Virilla, Upala, Pital, Valle La Estrella, Santa Cruz, Matina, Los Chiles y Coto Brus.

Asimismo, las áreas con los menores logros institucionales en captación temprana en la atención del binomio madre hijo son: La Unión, Nicoya, Barranca, Tilarán, Liberia, San Rafael de Puntarenas, Chomes Monte Verde, Garabito, Zapote Catedral, Coto Brus, Heredia Cubujuquí y Buenos Aires.

Al contrastar ambos grupos se observa que en atención de la embarazada ninguna de las áreas prioritarias pertenece a la Central Sur o a la Pacífico Central; en atención del binomio madre hijo cuatro pertenecen a la región Pacífico Central y Coto Brus es prioritaria en ambos grupos.

Considerando los resultados del 2015 en las intervenciones de atención perinatal, se recomienda dar seguimiento a las sugerencias propuestas en informes anteriores, con especial énfasis en la calidad del dato y la capacidad instalada de los laboratorios clínicos.

En cuanto a la calidad del dato, la unificación de registros de menores de un año por número de identificación o por nombre debe ser tal que no se incluyan duplicados por estas condiciones y se refleje la cobertura real del área.

Por último, empoderar la gestión de los laboratorios clínicos, para que asuman un papel protagónico en la consecución de las metas 2018, especialmente con la optimización de los sistemas de información para el registro, detección y notificación de resultados alterados, así como fortalecer el acceso en aquellas unidades que dependan de otros centros o su capacidad instalada no supla las necesidades de la población.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2009). Guía de atención integral a las mujeres niños y niñas, en el periodo prenatal, parto y posparto. San José: CCSS.
- OPS. (2008). Estrategias y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre, el recién nacido y el niño. Washington, D.C. EUA: OPS.
- Sines, E., Tinker, A., & Ruben, J. (Mayo de 2006). *Obtenido de:* <http://www.prb.org/pdf06/snl-contcare-sp.pdf>. Recuperado el 17 de Mayo de 2016

2. Enfermedades inmunoprevenibles en menores de dos años

Esquema básico

Niños de menos de 12 meses

Difteria
Tétanos
Polio
Haemophilus influenza tipo b (Hib)
Tosferina

Esquema completo

Niños de 12 a menos de 24 meses

Sarampión
Rubeola
Paperas
Varicela
Neumococo Valente 13

Meta Institucional
ambos esquemas

95%



Cobertura Institucional
2015

94%



93%

Rango de desempeño
Regional

Pacífico Central

98%

Central Norte

91%



Huetar Norte

91%



Brunca

98%



Tasa de Deserción

Proporción de niños y niñas que reciben la primera dosis de Pentavalente y no completan la tercera dosis

Tasa Institucional

0,40%

Estándar Internacional
+5 a -5

Tasa por Región

Huetar Atlántica	-3,00
Huetar Norte	-0,40
Central Sur	0,10
Brunca	1,00
Chorotega	1,20
Pacífico Central	1,40
Central Norte	1,60

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Esquemas de vacunación en niños menores de dos años con adecuado seguimiento.

Coberturas en el esquema básico y completo de vacunación satisfactorias y mejora en la tasa de deserción institucional.

La vacunación ha sido una de las medidas más costo efectivas en salud pública, por lo que tener un adecuado registro de las coberturas de vacunas, que sea confiable y accesible, constituye un insumo básico para la toma de decisiones en salud a nivel nacional (OPS, 2006) (Machado V, 2005).

Con la Reforma del Sector Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aumenta su participación en acciones preventivas, entre las cuales se incluyen las actividades técnicas y operativas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (Machado V, 2005).

El PAI es un trabajo conjunto de las naciones del mundo y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación. Las enfermedades objeto del programa son Poliomielitis, Sarampión, Tétanos, Difteria, Tosferina (pertusis), Tuberculosis, Rubeola y Rubeola congénita y Fiebre Amarilla. Además, la vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo b y Hepatitis B (OPS, 2006).

Entre los objetivos del PAI se encuentran el mantenimiento de altos niveles de inmunidad en la población con las vacunas utilizadas, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el análisis y uso de la información para identificación y focalización de acciones y recursos en poblaciones de riesgo (OPS, 2006).

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del año 2015 en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles consiste en la valoración de tres indicadores que son: la Tasa de Deserción Pentavalente 1/Pentavalente 3, la cobertura del esquema básico de inmunizaciones y la cobertura del esquema completo de inmunizaciones.

La tasa de deserción corresponde a la proporción de niños que inician el esquema de Pentavalente 1 y no completan oportunamente la dosis de Pentavalente 3. Este es el mejor trazador para monitorear el seguimiento de los niños captados en su primera dosis y que cumplen con las siguientes (OPS, 2009).

Para el cálculo de las coberturas utilizadas en la EPSS que realiza la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS), se emplearon los datos emitidos por el PAI más los nacimientos y defunciones de menores de un año del 2015. Es importante mencionar que debido a inconsistencias en el dato de

vacunación del área de salud de Catedral Noreste, los resultados de este centro no se tomaron en cuenta para el cálculo de las coberturas de vacunación tanto para la región Central Sur como para los resultados institucionales.

Los porcentajes de coberturas institucionales para el esquema básico y completo de vacunación fueron de 94% y 93%, respectivamente. Para el año 2014, la cobertura del esquema básico aumentó, mientras que el esquema completo se disminuyó de un 95% a un 93%.

Se debe recordar que la producción del año 2014 para las áreas de salud de Curridabat 2, Montes de Oca 2 y Concepción-San Juan-San Diego 2, que se encuentran a cargo de la UNIBE, inició a partir del 1 de abril, fecha en la que comenzó a regir el contrato con ese proveedor. Esta razón explica el aumento de las coberturas en ambos esquemas en estas áreas de salud para el año 2015.

Si se detalla por región, en el caso del esquema básico ninguna de ellas disminuyó el porcentaje de cobertura con respecto al logro del 2014; sin embargo, las regiones Central Norte, Central Sur y Chorotega obtuvieron coberturas menores al 95%, meta establecida para el año 2018.

En el cuadro 2.1 se muestran las coberturas alcanzadas en el esquema básico para los años 2014 y 2015.

Cuadro 2.1
CCSS: COBERTURA DE VACUNACIÓN A MENORES DE UN AÑO CON
ESQUEMA BÁSICO SEGÚN REGIÓN, 2014-2015
(porcentaje)

REGIÓN	2014	2015
Pacífico Central	95	98
Huetar Atlántica	96	97
Brunca	92	96
Huetar Norte	95	95
Chorotega	93	94
Central Sur ^{/1}	91	93
Central Norte	90	91

^{/1} No contempla Catedral Noreste.

FUENTE: PAI. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Para las coberturas del esquema completo, el comportamiento es variable; las regiones Brunca y Chorotega aumentaron el porcentaje y la región Central Norte lo mantuvo, mientras que las cuatro regiones restantes disminuyeron este porcentaje con respecto al año anterior. En este caso únicamente las regiones Pacífico Central y Brunca lograron alcanzar la meta de 95%.

El detalle de las coberturas por región para los años 2014 y 2015 se menciona en el cuadro 2.2.

Cuadro 2.2
CCSS: COBERTURA DE VACUNACIÓN A NIÑOS DE 12 A MENOS DE 24 MESES CON
ESQUEMA COMPLETO SEGÚN REGIÓN, 2014-2015
(porcentaje)

REGIÓN	2014	2015
Brunca	96	98
Pacífico Central	101	96
Chorotega	93	94
Huetar Atlántica	99	93
Central Sur ^{/1}	94	93
Central Norte	92	92
Huetar Norte	96	91

^{/1} No contempla Catedral Noreste.

FUENTE: PAI. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Al analizar los datos por área de salud, de las 103 áreas que se evaluaron, 45 no cumplen la meta tanto en esquema básico como en esquema completo, cuatro no cumplen con en el esquema básico y seis con el esquema completo.

Con respecto al esquema básico de vacunación, se encuentra que en total 49 áreas de salud poseen coberturas menores al 95% y de estas 27 están por debajo del 90%, siendo la región Brunca la única que no tiene ningún área de salud con cobertura de menos de 90%. El 81% de las áreas de salud con coberturas menores a 90% corresponden a las regiones Central Norte y Central Sur, que son las dos regiones con mayor densidad poblacional.

En la Región Huetar Norte cinco de sus ocho áreas no cumplieron la meta, lo que corresponde a un 62% de sus áreas de salud; y en la Central Norte 18 de sus 26 áreas de salud tienen coberturas menores a 95% lo que corresponde a un 69% de las áreas de salud de esa región. Las tres áreas de salud que se encuentran por debajo del 80% son Valle de la Estrella, que corresponde a la Región Huetar Atlántica, Heredia Cubujuquí y Tibás-Uruca-Merced, ambas de la Región Central Norte.

En cuanto al esquema completo, hay 51 áreas de salud que no alcanzan la meta del 95%, de las cuales 28 se encuentran por debajo del 90%. Al igual que en el esquema básico, la Región Brunca no cuenta con áreas de salud con coberturas menores a 90%. Con excepción de las áreas de salud de las regiones Huetar Atlántica y la Central Sur, aquellas que no lograron la meta de cobertura en esquema básico tampoco la alcanzaron en el esquema completo.

Al igual que en el esquema básico, la Región Central Norte es la que tiene un mayor porcentaje de sus áreas de salud con esquema completo por debajo del 95%, mientras que la Región Pacífico Central es la que menos tiene (dos de sus once áreas de salud).

En el esquema completo son seis las áreas que tienen coberturas menores a 80%; de la Región Huetar Atlántica: Valle de la Estrella con un 59% y Talamanca con un 79%; de la Región Central Sur: Montes de Oca 2 con un 74% y Goicoechea 2 con un 78%; finalmente, de la Central Norte: Tibás-Uruca-Merced con un 78% y Heredia Cubujuquí con un 79% de cobertura.

El detalle del total de áreas de salud con cobertura menor a 90% según región en ambos esquemas es el siguiente:

<u>Región</u>	<u>Total de áreas de salud</u>	<u>Esquema básico</u>	<u>Esquema Completo</u>
Brunca	6	3	2
Central Norte	26	18	17
Central Sur	32	16	16
Chorotega	13	5	5
Huetar Atlántica	8	1	3
Huetar Norte	8	5	5
Pacífico Central	11	1	3

De las 13 áreas de salud que se encuentran administradas por terceros, que en total son 13, hay siete áreas de salud que no cumplen con la meta tanto del esquema básico como del completo. Estas áreas son Curridabat 2, Montes de Oca 2, San Pablo, Santa Ana, San Sebastián-Paso Ancho, Escazú y Tibás.

También es importante mencionar que para ambos esquemas alrededor de 30 áreas de salud sobrepasan el 100% de las coberturas. Sería valioso que en estas áreas se dé seguimiento a los registros y se revisen las pirámides poblacionales, ya que éstas podrían ser la causa de que se estén sobrevalorando las coberturas.

En lo que corresponde a la tasa de deserción institucional, en la evaluación 2014 se alcanza un 2,2%, mientras que para el año 2015 la tasa de deserción fue de 0,40%, resultado que se encuentra dentro de los estándares internacionales. Además de que se mejoraron los resultados con respecto al año anterior, todas las regiones cuentan con tasas dentro del rango establecido como meta.

En el cuadro 2.3 se muestra el detalle de la tasa de deserción por región desde el año 2013.

Cuadro 2.3
CCSS: TASA DE DESERCIÓN DE PENTAVALENTE 1/ PENTAVALENTE 3 EN NIÑOS DE MENOS DE 12
MESES SEGÚN REGIÓN, 2013-2015
(porcentaje)

REGIÓN	2013	2014	2015
Huetar Atlántica	-3,4	1,56	-3,00
Huetar Norte	0,8	-0,20	-0,40
Central Sur	-0,5	1,14	0,10
Brunca	-1,4	7,19	1,00
Chorotega	1,9	1,87	1,20
Pacífico Central	1,4	2,23	1,40
Central Norte	-1,5	2,75	1,60

FUENTE: PAI. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013, 2014 y 2015.

Para el año 2014, la única región que no tenía la tasa de deserción dentro del rango de +5 y -5 fue la Brunca, con una tasa que pasó de un -1,4% a un 7,2%; sin embargo, para el año 2015 tuvo un logro del 1%, mejorando así su tasa de deserción.

Llama la atención que hay cuatro áreas de salud que pasaron de una tasa de deserción positiva a una negativa en un rango muy amplio, que a continuación se detallan:

<u>Área de Salud</u>	<u>Tasa de Deserción 2014</u>	<u>Tasa de Deserción 2015</u>
Hojancha	14,71	-20,00
Colorado	17,78	-7,50
Parrita	10,10	-7,00
Matina	14,76	-5,50

Debido a las diferencias que se presentan en cada año, se considera que las áreas de salud deben realizar una revisión de los registros que se están llevando de las vacunas, para descartar que sea ésta la razón de dichas tasas de deserción.

Finalmente, se encuentra que el área de salud de Valle de la Estrella es la que tiene las menores coberturas, tanto en esquema básico como en el esquema completo, con coberturas de 60% y 59% respectivamente, además de una tasa de deserción de 8,10%. Los representantes locales de esta área de salud indican que los logros en vacunación se ven afectados por los problemas de accesibilidad que tiene la zona; sin embargo, debe prestarse atención, ya que los resultados para el año 2014 eran mejores.

En general, esta intervención permite reflejar el trabajo de la institución, en donde se vela por la aplicación de las vacunas, el adecuado registro de las mismas, así como por el monitoreo de los casos. Sin embargo, se deben revisar las pirámides poblacionales, tanto en las áreas de salud que

sobrepasan las coberturas, como en aquellas que no las están alcanzando, porque esto podría estar afectando su rendimiento. Asimismo, sería importante contar con un registro de la población migrante que tienen algunas zonas y así poder determinar qué tanto influye esta población en el cumplimiento de las metas.

En estos resultados se evidencia la importancia que tienen para la institución las acciones relacionadas con la vacunación, debido al impacto que generan en todo el país desde el punto de vista epidemiológico así como en las repercusiones económicas.

Referencias Bibliográficas

- Machado V, C. W. (2005). Análisis de áreas críticas de coberturas de vacunación mediante el empleo de diversas fuentes de información. Costa Rica, 1998-2002. Revista Costarricense de Epidemiología, 1(2): 63-64.
- OPS. (2006). Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Washington: OMS.
- OPS. (2006). Programa Ampliado de Inmunización. Washington DC: OPS.
- OPS. (2009). Herramientas para el monitoreo de niños vacunados e indicadores del PAI. Lima, Perú: OPS.
- OPS. (2012). Metodología para la Evaluación Internacional del Programa Ampliado de Inmunización. Washington DC: OMS.

3. Anemia por deficiencia de hierro



Anemia

Déficit nutricional de mayor prevalencia en la población mundial



La anemia por deficiencia de hierro en los primeros 2 años de vida está asociada con retraso en el desarrollo psicomotor

Logros Institucionales 2015

Tamizaje de anemia

109.843

Niños de 6 a menos de 24 meses valorados



70%

Niños tamizados

Áreas de Salud prioritarias
(porcentaje menor a 63,55)

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| • Limón | • Talamanca |
| • Heredia Virilla | • Alajuela Central |
| • Aguas Zarcas | • Montes de Oca 2 |
| • Pital | • Los Chiles |
| • Horquetas | • Alajuelita |
| • San Isidro de Heredia | • Barranca |
| • Valverde Vega | • Santa Bárbara |
| • Desamparados 3 | • Coto Brus |
| • Naranjo | • Golfito |
| • Moravia | • San Ramón |
| • Ciudad Quesada | |

Anemia por deficiencia de hierro

14.138

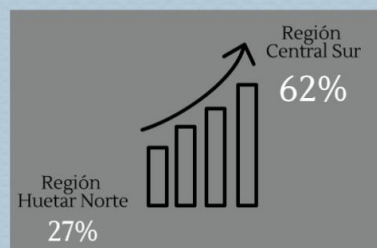
Niños diagnosticados



43%

Adecuado abordaje

Resultados adecuado abordaje



Área de Salud con mejor resultado
94%
San Sebastián-Paso Ancho



Aspectos por mejorar

- 1 Realizar refrescamientos al personal sobre la correcta prescripción del hierro, tanto la dosis como duración del tratamiento
- 2 Establecer estrategias para que se cuente con la hemoglobina de control al mes de iniciado el tratamiento
- 3 Trabajar con el personal de registros médicos para que se incluyan en los listados los casos de anemia por deficiencia de hierro según la definición de anemia

CONTACTO: DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Tenorio Valverde - Piso 2



Se mejora el abordaje de los niños con anemia, no obstante se requiere continuar los esfuerzos para alcanzar la meta.

Un apropiado registro y seguimiento de los casos es fundamental para el adecuado manejo de la anemia por deficiencia de hierro.

El hierro es un mineral necesario para todos los tejidos del cuerpo y para todas las funciones celulares, además es sumamente importante para los músculos, cerebro y glóbulos rojos (OMS, 2002). Se cree que la carencia de hierro es la causa más común de anemia; también pueden causarla otras carencias nutricionales, la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan la síntesis de la hemoglobina y la producción o supervivencia de los eritrocitos (OMS, 2011).

La anemia por deficiencia de hierro (ADH) constituye el déficit nutricional de mayor prevalencia en la población mundial (Rivera, 1996). Los niños pequeños, embarazadas y las mujeres en su periodo de postparto son los que más comúnmente y de forma más severa se ven afectados debido a la alta demanda de hierro del niño en crecimiento y del embarazo. Es una condición nutricional que afecta a niños de diferentes estratos socioeconómicos y su prevalencia es mayor en niños de poblaciones de escasos recursos económicos y educacionales (OMS, 2002).

Adecuados niveles de hierro durante el embarazo y en los primeros dos años de vida son de vital importancia para asegurar un óptimo desarrollo del cerebro y del sistema nervioso. La ADH en este período está asociada con retraso en el desarrollo psicomotor (Hay, Sandstad, Whitelaw, & Borchlohnsen, 2004).

La directriz de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la administración intermitente de suplementos de hierro a niños, refiere que en el mundo hay alrededor de 600 millones de niños en edad preescolar y escolar con anemia, en donde al menos la mitad de estos casos son atribuibles a ferropenia o deficiencia de hierro (OMS, 2012).

La OMS, para la definición y clasificación de anemia, establece los siguientes valores de hemoglobina para los niños de 6 a 59 meses de edad (OMS, 2011):

<u>Clasificación</u>	<u>Niveles de Hemoglobina en g/dL</u>
Sin anemia	11,0 o más
Leve	10,0 - 10,9
Moderada	7,0 - 9,9
Grave	< 7,0

La Evaluación de Prestación de Servicios de Salud (EPSS) valora la intervención de detección oportuna y abordaje adecuado de niños y niñas con anemia mediante dos indicadores: el primero es el de niños de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina y el segundo el de los niños de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente.

Para este último indicador, se toma como ADH la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de la segunda desviación estándar respecto de la media para edad y sexo, considerando como diagnóstico un resultado menor a 11,0 g/dl. En cuanto al abordaje adecuado, corresponde a la prescripción terapéutica de 4 a 6 mg/kg/día de sulfato ferroso oral por cuatro meses y una hemoglobina control al mes de iniciado el tratamiento.

En el año 2015, en el primer nivel se atendió un total de 109.843 niños de 6 a menos de 24 meses. De la muestra valorada durante la EPSS, se encuentra que la institución alcanza un cumplimiento en tamizaje de anemia del 70%, logrando un aumento con respecto al año anterior; sin embargo, todavía está 10 puntos porcentuales por debajo de la meta establecida para el 2018, que corresponde a un 80%.

Al revisar los logros por región, la Huetar Norte mejoró el tamizaje de anemia alcanzando un 61% para el año 2015; no obstante, continúa siendo la región con el menor porcentaje.

En la EPSS 2014 las regiones Central Sur y Pacífico Central alcanzaron porcentajes mayores o iguales al 70%, y para el 2015 se suman a ellas la Brunca y la Chorotega, estas últimas con los mayores logros institucionales en tamizaje de hemoglobina, con un 74%.

El detalle de los logros por región para los años 2014 y 2015 se muestra en el cuadro 3.1.

Cuadro 3.1
CCSS: PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 24 MESES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA
HEMOGLOBINA SEGÚN REGIÓN, 2014-2015
(porcentajes)

REGIÓN	2014	2015
Chorotega	69	74
Pacífico Central	71	74
Central Sur	70	73
Brunca	66	70
Central Norte	66	68
Huetar Atlántica	62	67
Huetar Norte	56	61

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

El siguiente listado incluye las áreas de salud que se encuentran en el quintil más bajo; esto se refiere a las áreas de salud con porcentajes de tamizaje de anemia menores al 63,55%:

- | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------------|
| • Limón | • Heredia Virilla | • Aguas Zarcas |
| • Pital | • Horquetas | • San Isidro de Heredia |
| • Valverde Vega | • Desamparados 3 | • Naranjo |
| • Moravia | • Ciudad Quesada | • Talamanca |
| • Alajuela Central | • Montes de Oca 2 | • Los Chiles |
| • Alajuelita | • Barranca | • Santa Bárbara |
| • Coto Brus | • Golfito | • San Ramón |

De las 21 áreas de salud prioritarias, la mayoría se distribuye entre la Región Central Norte (8), la Región Huetar Norte (4) y la Región Central Sur (4). Sin embargo, si se relaciona con respecto al total de áreas de salud con las que cuenta cada región, se encuentra que la Huetar Norte tiene cuatro de sus ocho áreas de salud dentro de las prioritarias, siendo esta región la que tiene el mayor porcentaje de sus áreas de salud en este grupo. A esta región la sigue la Brunca con un 33% y la Central Norte con un 31%. La Región Chorotega es la única que no tiene áreas de salud en el más bajo.

De las 104 áreas de salud evaluadas el 24% logran alcanzar la meta establecida para el tamizaje de anemia, siendo el área de salud de Acosta la que presentó el mejor desempeño con un porcentaje de tamizaje del 98%.

En relación con el segundo indicador, en el año 2015 se reportó un total de 14.138 casos de ADH atendidos en el primer nivel. De estos se valoró una muestra de 5.043 expedientes, de los cuales 669 resultaron expedientes no evaluables.

Entre las causas por las que se debieron excluir estos expedientes, se encuentra que al igual que el año anterior las áreas de salud continúan incluyendo, en los listados de anemia, pacientes con hemoglobinas iguales o mayores a 11 g/dL, ya sea porque se les realizó el diagnóstico de anemia con este resultado, o porque el médico le puso en el diagnóstico “anemia resuelta”, lo cual es interpretado erróneamente por el personal de registros médicos y, por lo tanto, es incluido en el listado de los niños con anemia. También se encontraron casos de seguimiento de anemia que para el 2015 no contaban con ningún hemograma, pero que por el antecedente se incluyeron en el listado.

A nivel institucional, se aumenta el porcentaje de niños con anemia abordados adecuadamente, pasando de un 26% a un 43%, siendo la región Central Sur la que logra el mayor porcentaje, con un 62%, al igual que en el 2014. Para el 2015, todas las regiones incrementaron el porcentaje de abordaje adecuado de la anemia. La Región Huetar Atlántica, que el año anterior fue la región con el menor desempeño con un 12%, para este año subió el porcentaje a un 39%. La Huetar Norte fue la que obtuvo el menor desempeño con un 27% de niños con abordaje adecuado.

El detalle de los logros por región para los años 2014 y 2015 se menciona en el cuadro 3.2.

Cuadro 3.2
CCSS: PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON ANEMIA A QUIENES SE LES
ABORDA ADECUADAMENTE SEGÚN REGIÓN, 2014-2015
(porcentajes)

REGIÓN	2014	2015
Central Sur	43	62
Central Norte	36	52
Brunca	23	46
Huetar Atlántica	12	39
Pacífico Central	18	33
Chorotega	13	30
Huetar Norte	13	27

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Las áreas de salud de Curridabat 2, Los Santos y San Sebastián-Paso Ancho tienen porcentajes de cumplimiento mayores a 90%, siendo la última la de mejor rendimiento con 94% de adecuado abordaje de los niños diagnosticados como ADH.

De los expedientes que no cumplen con el abordaje adecuado, con respecto al tratamiento con hierro, al 9% no se les indica el medicamento o no se encuentra evidencia en el expediente de su prescripción, el 16% reciben el tratamiento a una dosis menor a 4 mg/kg/día y el 43% se les prescribió el tratamiento por menos de cuatro meses.

Cabe mencionar que en un 25% de los casos valorados la dosis registrada en el expediente era mayor a 6 mg/kg/día, llegando en algunos casos a dosis de hasta 28 mg/kg/día. A nivel de las áreas de salud sería importante determinar si esto corresponde a un error de digitación y establecer las medidas para que se registre la corrección de la dosis en el expediente.

Continuando con el análisis de los casos que no cumplieron el abordaje adecuado, con respecto a la hemoglobina de control, el 28% no tenían el resultado del laboratorio al momento de la evaluación, el 12% contaba con el control con menos de 23 días de haber iniciado el tratamiento y el 45% superaban los 59 días.

De acuerdo a la clasificación de la OMS descrita anteriormente, se distribuyen los casos de anemia de la siguiente forma: un 84,2% anemia leve, 15,7% moderada y 0,1% grave. Sobre los casos graves, para el año 2014 se había reportado únicamente un paciente con hemoglobina menor a 7 g/dL, mientras que para el año 2015 se encontraron cinco casos. De estos cinco niños, dos fueron referidos al segundo nivel y los otros tres se manejaron en el primer nivel. De estos últimos, dos mejoraron el valor de la hemoglobina y uno resolvió su anemia con el abordaje realizado en el área de salud.

En general, los resultados de la evaluación evidencian que el primer nivel ha realizado acciones para mejorar el abordaje de los niños con anemia. Los representantes locales indican que se ha trabajado con el servicio de laboratorio para coordinar que los reportes de las hemoglobinas sean más eficientes, sobre todo en los casos en los que se encuentran valores alterados. Asimismo, se hace referencia al refrescamiento a los médicos sobre el manejo adecuado de la anemia, seguimiento de los niños diagnosticados con anemia y coordinación con el servicio de farmacia para mejorar el apego al tratamiento. Sin embargo, se siguen presentando problemas, principalmente en la duración del tratamiento y la realización de la hemoglobina de control.

Se encuentra que se ha mejorado el tamizaje de anemia en los niños de 6 a menos de 24 meses, así como el abordaje de los casos diagnosticados como anemia; sin embargo, la institución todavía debe trabajar para lograr las metas establecidas, sobre todo en el adecuado abordaje de la ADH, ya que los logros se encuentran muy distantes de la meta establecida, que es el adecuado abordaje del 100% de los casos.

Es importante que se trabaje también en reforzar los registros, porque al igual que en años anteriores, se siguen incluyendo en los listados pacientes que no cumplen con la definición de anemia descrita en la ficha técnica correspondiente, situación que afectaría el proceso de evaluación en cuanto a la calidad de los datos, los cuales podrían llegar a no ser confiables e influir los resultados, que posteriormente se traducen en estadísticas epidemiológicas que se requieren para la toma de decisiones.

Las áreas de salud deberán continuar velando por el seguimiento estricto de los casos de anemia, realizando refrescamientos y monitoreos de los lineamientos institucionales y reforzando el trabajo en equipo con los servicios de apoyo como laboratorio y farmacia, con el fin de que se logre una mayor detección de casos, así como un abordaje adecuado y oportuno de los niños con ADH.

Referencias Bibliográficas

- Hay, G., Sandstad, B., Whitelaw, A., & Borchlohnson, B. (2004). Iron status in a group of norwegian children aged 6-24 months. *Acta Paediatrica*, 93(5): 592-598.
- OMS. (2002). *The World Health Report*. OMS.
- OMS. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. OMS.
- OMS. (2012). *Administración intermitente de suplementos de hierro a niños de edad preescolar y escolar*. Suiza: OMS.
- Rivera, F. (1996). Efecto de la anemia ferropriva en el lactante sobre el desarrollo psicológico del escolar. *Revista Chilena de Pediatría*, 67(4):141-147.
- Stanco. (2007). *Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro*. Colombia Médica.

4. Promoción de estilos de vida saludables





Promoción de estilos de vida saludables, alimentación saludable y actividad física, indispensables en la atención en salud.

Un esfuerzo institucional por promover adecuadas prácticas en salud y mejorar la calidad vida.

La promoción de estilos de vida saludables ha sido utilizada a nivel mundial como una estrategia para la atención en salud, con una variedad de enfoques, pero todos ellos apoyados en trabajar con los factores protectores de la salud que propician el bienestar (Kushner & Ryan, Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews, 2014) (Carr, SM et al., 2011). La institución también ha venido haciendo esfuerzos importantes con los equipos de salud en las comunidades, a través de procesos educativos centrados en brindar herramientas para la población adulta, dirigidos a mejorar la calidad de vida, a decidirse por una alimentación más sana e incorporar actividad física.

Para el año 2014 da inicio un periodo institucional que define sus acciones con proyección en todo el territorio nacional, involucrando así la participación activa de las 104 unidades que conforman el primer nivel de atención. Cada una de éstas sería responsable de ejecutar la intervención, recopilar evidencias y presentarlas anualmente a la institución para medir el logro alcanzado (Chaves, Cortés, & Lizano, 2013). Dichos resultados forman parte de dos indicadores; el primero, tiene relación con los procesos educativos (o acción grupal) y el segundo, está asociado al grado de participación de los medios de comunicación en la divulgación de las acciones programadas por cada unidad (o acción colectiva).

La intervención estratégica mide el cumplimiento de la meta institucional, 0,25% de la población adscrita a cada área de salud de 20 a menos de 65 años participando en la acción grupal, con base en las siguientes variables: registro de los participantes completamente lleno, asistencia en al menos ocho sesiones educativas, actividades educativas con la codificación de los ejes temáticos (estilos de vida saludables, alimentación saludable y actividad física), fecha de inicio del grupo, fecha de nacimiento, sexo, número de cédula, área de salud, año de ejecución, número de participantes sin depurar, dos fotografías indicando la metodología participativa utilizada y dos fotografías con la actividad física. Adicionalmente, evalúa la colaboración de al menos dos medios de comunicación encargados de divulgar a la población las acciones programadas por las unidades, a fin de estimular la incorporación en los procesos educativos.

Como resultado de la evaluación de la acción grupal, se presenta en el cuadro 4.1 el cumplimiento de las metas alcanzadas por región para los años 2014 y 2015.

Cuadro 4.1**CCSS: CUMPLIMIENTO DE LA META INSTITUCIONAL^{/1} DE LA ACCIÓN GRUPAL SOBRE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN REGIÓN, 2014 - 2015***(porcentajes)*

REGIÓN	AÑO	
	2014	2015
Huetar Atlántica	50	121 ^{/a}
Pacífico Central	94	98
Brunca	59	97
Huetar Norte	79	85
Central Sur	90	82
Chorotega	115 ^{/a}	73
Central Norte	53	59
Institucional	77	81

^{/1} La meta institucional de participación es de 0.25% en las personas de 20 a menos de 65 años de edad.

^{/a} El logro alcanzado por algunas áreas de salud supera la meta institucional y esto lleva a un resultado regional mayor al 100%.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2014 - 2015.

Se pueden observar resultados en el porcentaje de cumplimiento que sobrepasan el 100%, lo cual refiere a regiones cuyas áreas de salud alcanzaron una participación en los procesos educativos de la intervención mayor a la esperada. Debe tenerse presente que el cumplimiento hace alusión al logro y su relación con la meta evaluada del 0.25% de participación en la acción grupal.

En el 2014, Nicoya, Upala, Cañas, Abangares, Tilarán, La Cruz, Hojancha y Colorado fueron las unidades que elevaron el logro alcanzado por la Región Chorotega; mientras que en el 2015 fue la Región Huetar Atlántica la que presentó este comportamiento, producto del resultado obtenido en las áreas de salud de Guápiles, Limón, Cariari, Guácimo, Matina y Siquirres. En general, este resultado demuestra el esfuerzo de los equipos de salud y el interés que las personas están desarrollando por adquirir herramientas que les permitan tomar decisiones hacia un buen estado de salud y bienestar.

A continuación, se presentan las unidades que no ejecutaron la intervención estratégica según la región a la cual pertenecen:

Cuadro 4.2**CCSS: ÁREAS DE SALUD QUE NO EJECUTARON LA INTERVENCIÓN SOBRE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN REGIÓN, 2014 - 2015**

REGIÓN	2014	2015
Chorotega	Bagaces	Bagaces
Central Norte	Alajuela Sur	Alajuela Sur
	Alajuela Oeste	Alajuela Oeste
	Poás	Alajuela Norte
Central Sur	-	Coronado
		Paraíso - Cervantes
Huetar Atlántica	Valle la Estrella	-
	Guácimo	
Brunca	Buenos Aires	-
Pacífico Central	Parrita	-

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2014 - 2015.

Para el 2015 se logra una disminución en el número de unidades, así como la permanencia en esta categoría de ciertas áreas de salud que no realizan acciones en promoción de estilos de vida saludables. Adicionalmente, cabe mencionar que en ambos años la Región Huetar Norte no presentó unidades con este comportamiento.

Por otra parte, se encontraron áreas de salud que ejecutaron la intervención pero no cumplieron con los requisitos establecidos para los indicadores evaluados, entre ellas Hojancha, Santa Cruz, Upala, Horquetas-Río Frío, Valle La Estrella y Coto Brus. En este caso, debe considerarse el apoyo que las direcciones regionales puedan brindar en relación con la mejoría de los resultados obtenidos.

Respecto a las características de la población participante, se reportó un promedio de edad de 42 años con una desviación estándar de 12, valor que se mantuvo en ambos años. Además, para el 2015 la distribución por sexo reveló para la institución una mayor proporción de mujeres, 81%, en comparación con los hombres, 19%. Entre las regiones, la Chorotega mostró el mayor porcentaje de mujeres con un 88%, mientras la Pacífico Central el mayor porcentaje de hombres con un 33%. Basado en esta distribución por sexo, se podría pensar que el acceso de la intervención a los hombres es limitado, por lo que a futuro se deberán hacer modificaciones que hagan atractivos los procesos educativos a este grupo poblacional.

Para el año 2015 se obtuvo como porcentaje de deserción en los procesos educativos un 36 % a nivel institucional. Entre las regiones, la que obtuvo el valor más elevado fue la Chorotega con un 53% y el menor resultado se encuentra en la Huetar Atlántica con un 21%. Si se relacionan estos resultados con el porcentaje de cumplimiento en la acción grupal (ver cuadro 4.1), se puede

visualizar que la región con el mayor cumplimiento obtuvo la menor deserción de sus participantes y la que alcanzó mayor deserción se encuentra entre las regiones con menor cumplimiento de la meta. Esta asociación hace referencia a la necesidad de retomar entre los equipos de salud estrategias que favorezcan la permanencia de las personas en al menos 8 sesiones educativas, para lo cual estudios refieren la necesidad de mantener motivados a los participantes hacia el cambio, creando ambientes agradables y propicios en todo momento (Buratta, L. et al, 2016).

Por tanto, en las intervenciones deben realizarse cambios que permitan obtener mejores resultados. Desde el punto de vista operativo, es necesario fortalecer el recurso para su desarrollo, entre ellos económico, de infraestructura y humano. Por ejemplo, las áreas de salud indican requerir apoyo presupuestario para implementar procesos educativos de mayor impacto, que podrían incluir demostración o elaboración de platillos con alimentos saludables; así como espacios propicios para implementar metodologías didácticas grupales con actividad física y un mayor número de plazas que ejecuten las funciones sustantivas propuestas para la promoción de estilos de vida saludables.

Otro aspecto, refiere a la falta de empoderamiento y convencimiento en la importancia de mantener los requisitos establecidos para la evaluación de los indicadores. En otras palabras, se continúa utilizando para el registro de los participantes instrumentos no oficiales que carecen de la información solicitada, y otros, que a pesar de ser oficiales no fueron llenados con los datos solicitados en dicho formato. Incluso, algunas áreas de salud están teniendo dificultades en la claridad de las evidencias solicitadas para medir la intervención, ya que presentaron acciones dirigidas a una población diferente a la definida para esta intervención. Ante esta situación, sería de relevancia considerar mayor acompañamiento por parte de las direcciones regionales, aplicar medidas correctivas a tiempo y lograr que el producto final sea congruente con el esfuerzo realizado por los equipos de salud.

Del mismo modo, debe fortalecerse el involucramiento del personal de salud encargado de la ejecución de los procesos educativos. Dado que la responsabilidad recae sobre pocas personas en las diferentes unidades de la institución, quienes no solo organizan y promueven la intervención estratégica a lo interno; también deben ser los ejecutores y encargados de recopilar las evidencias. Esta situación podría afectar componentes del éxito en las áreas de salud, como: el manejo centralizado de información, desconocimiento de otros sobre los logros, la participación de más profesionales en la intervención e incluso mayor involucramiento de los medios de comunicación para la divulgación de los procesos educativos.

En general, es importante fortalecer recursos para la ejecución de la intervención, el trabajo en equipo, el convencimiento por mantener los requisitos de la intervención y elaborar estrategias educativas que motiven la permanencia de los participantes. Dichas acciones tienen relación con el resultado que se logre alcanzar en las prácticas que van a repercutir en la salud individual y colectiva de las comunidad costarricense (Gurrero Montoya & León Salazar, Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo, antecedentes, 2010) (Jense Madrigal, Ugalde González, Araya Blanco, & Chinnock, Promoting healthy lifestyles in public officials, Costa Rica, 2014).

En conclusión, se puede observar con los resultados presentados que hay componentes de la ejecución para la intervención de promoción de estilos de vida saludables que aún deben fortalecerse a nivel local, regional e institucional. Asimismo, se encontraron mejorías significativas en el cumplimiento de las metas y debe resaltarse el esfuerzo alcanzado por parte de regiones como la Huetar Atlántica, Pacífico Central y Brunca, cuyos resultados pueden estar asociados positivamente al esfuerzo del trabajo local, el involucramiento con los procesos educativos y la estandarización en la medición de las acciones producidas para la institución.

Referencias Bibliográficas

- Buratta, L. et al. (2016). Stage of change and motivation to a healthier lifestyle before and after an intensive lifestyle intervention. *Journal of Obesity*, 2016:1-7.
- Carr, SM et al. (2011). An evidence synthesis of qualitative and quantitative research on component intervention techniques, effectiveness, cost-effectiveness, equity and acceptability of different versions of health-related lifestyle advisor role in improving health. *Health Technol Assess*, 15(9):25-111.
- Chaves, O., Cortés, A., & Lizano, M. (2013). Promoción de Estilos de Vida Saludables. Proceso educativo participativo. Alimentación Saludable y Actividad Física. San José, Costa Rica: CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Gómez-Huelgas et al. (2015). Effects of a long-term lifestyle intervention program with Mediterranean diet and exercise for the management of patients with metabolic syndrome in a primary care setting. *European Journal of Internal Medicine*, 26(5):317-323.
- Gurerrero Montoya, L. R., & León Salazar, A. R. (2010). Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*, 14(49):287-293.
- Jense Madrigal, M., Ugalde González, M., Araya Blanco, S., & Chinnock, A. (2014). Promoting healthy lifestyles in public officials, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*, 23(1):31-38.
- Kushner, R., & Ryan, D. (2014). Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. *JAMA*, 312(9):943-952.
- Ministerio de salud. (2011). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2011-2021. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

5. Tamizaje de hipertensión arterial



Abordaje de la enfermedad hipertensiva en la CCSS.

Su tamizaje, cobertura y control óptimo en el primer nivel de atención son claves en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, que rara vez provoca síntomas, afecta a más de mil millones de personas en el mundo y está entre las principales causas de mortalidad, ya que mueren nueve millones de personas anualmente por este mal. Además, es un factor de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares, es causa de infartos, accidentes vasculares cerebrales, insuficiencia renal y mortalidad prematura.

A pesar de lo anterior, existen estrategias tanto de prevención primaria como secundaria. La prevención de la hipertensión arterial, es una estrategia segura y menos costosa que las intervenciones quirúrgicas de revascularización miocárdica o la diálisis, que a veces son necesarias cuando la hipertensión no se diagnostica y no se trata a tiempo (OMS, 2013).

En Costa Rica, para el año 2012 se registraron 812 muertes y 700 egresos hospitalarios por enfermedad hipertensiva, con predominancia de personas mayores de 40 años; por otro lado, la hipertensión es la responsable del 45% de las 1.586 muertes por infartos, y del 51% de las 1.300 muertes por enfermedades vasculares cerebrales (OMS, 2013) (CCSS, 2015).

A nivel nacional, la prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada en mayores de 20 años es de 31,2%; al desglosar los datos según sexo, se encuentra para las mujeres una prevalencia de 34,2%, comparado con un 28,2% en los hombres. La hipertensión arterial no diagnosticada para el mismo grupo de edad, en ambos sexos, presenta una prevalencia de 5% (CCSS, 2014).

De acuerdo con los datos ajustados de acuerdo con las cifras del Censo de Población 2011 y las Proyecciones de Población 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, publicadas por la Dirección de Actuarial en diciembre de ese mismo año, la población nacional de 20 años y más es de 3.308.360 habitantes (CCSS, 2015). Según las prevalencias anotadas anteriormente, la población hipertensa (36,2%) es de 1.197.626, los hipertensos diagnosticados (31,2%) corresponden a 1.032.208 y los no diagnosticados (5%) a 165.418.

En vista del impacto de la hipertensión arterial en términos de complicaciones macrovasculares, la CCSS se ha dado a la tarea de identificar oportunamente a los usuarios hipertensos mediante intervenciones costo-efectivas y de aplicación en el Primer Nivel de Atención. Entre éstas figura el tamizaje de hipertensión arterial, estrategia que busca detectar usuarios no conocidos hipertensos en los escenarios domiciliario, comunal y laboral. Además, se ha propuesto la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas y su detección temprana en todos los escenarios, para así evitar complicaciones cardiovasculares (CCSS, 2014).

Por otro lado, la intervención acerca del control óptimo de la hipertensión arterial, busca que los usuarios con esta patología manejen niveles óptimos de presión arterial, de acuerdo a las comorbilidades existentes.

En esta sección se presentan los principales resultados relativos al tamizaje, la cobertura y el control óptimo de la hipertensión arterial. Para la institución, estas estrategias son claves por el alto costo que implica el abordaje de las complicaciones cerebrales, cardiovasculares y renales que en muchas ocasiones afectan a los usuarios portadores de esta patología, además del impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias.



3.308.360 Población nacional
20 años y más

1.197.626 Personas con hipertensión arterial
36,2% Prevalencia 2014

2.110.734 Personas sin hipertensión arterial
63,8%

31,2%
(1.032.208)
Hipertensos diagnosticados

5%
(165.418)
Hipertensos no diagnosticados

Población a tamizar
68,8%
(2.276.152)
Personas no conocidas hipertensas



Cobertura 2014
34%

Personas no conocidas hipertensas a las que se les tomó la presión arterial.

Cobertura HTA 2015 / Prevalencia total (36,2%)

38%
(458.577 personas atendidas)
CCSS - I Nivel

62% (739.049 personas)
-CCSS: II - III Nivel
-Medicina mixta
-Hipertensos no diagnosticados
-Control privado
-Sin control, otros



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
Contacto: <http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Se requiere de registros estandarizados para la estimación de la cobertura de tamizaje de hipertensión arterial (HTA).

Un cambio en el Cuadro 20 (I Nivel) afectó la homogeneidad del registro, haciendo imposible la construcción del indicador.

La intervención de tamizaje para detección temprana de hipertensión arterial pretende medir la cobertura alcanzada por el área de salud de personas de 20 años y más no conocidas hipertensas a las que se les toma la presión arterial en un año, en los escenarios domiciliario, comunal y laboral. Este grupo representa el 68.8% de la población asignada, que representa a 2.276.152 personas, siendo la meta institucional al 2018 que al 38% se le realice la toma de presión arterial, con el objetivo de encontrar a la población hipertensa que aún no ha sido diagnosticada.

Para verificar la cobertura, normalmente se solicita a las áreas de salud el consolidado anual del Cuadro N° 20 del Informe Estadístico (I NIVEL) denominado “Actividades del Asistente Técnico de Atención Primaria” (ATAP), y de allí se toman los datos de las filas con los códigos 20 “Total de presiones arteriales en >20” y 32 “Tamizaje de presión arterial a mayores de 20 años (cantidad de personas atendidas)” correspondiente a personas a las que se les tomó la presión arterial en los escenarios domiciliario, comunal y laboral, emitido por el centro al Área de Estadística en Salud.

A partir del año 2015, la Coordinación Nacional de Enfermería decidió modificar el Cuadro 20 con el fin de adaptarlo al Sistema Integrado de Ficha Familiar (SIFF); sin embargo, el cuadro no discrimina entre las tomas de primera vez en la vida, primera vez en el año o subsecuentes. Para aclarar esta diferencia, la Coordinación envió un comunicado a los supervisores regionales de enfermería para que se anotara en las filas el total de personas mayores de 20 años que no sean hipertensas y a las que se les tomó la presión arterial en los escenarios domiciliario, comunal y laboral.

Considerando los aspectos relacionados a la EPSS 2015, se identificaron dificultades para la recolección correcta del dato a partir de las modificaciones hechas al Cuadro N° 20; por ejemplo, en la misma casilla se contabilizó a personas a las que se le tomó la presión por primera vez en la vida, primera vez en el año o subsecuentemente. A finales del 2015 se realizó una consulta a las áreas de salud para verificar si el dato consignado correspondía a personas no hipertensas de primera vez, según el escenario donde se tomó la presión arterial, con el fin de garantizar la calidad del dato.

Luego de hacer la consulta, se documentó que 82 áreas de salud presentaban el dato correcto; sin embargo, luego de analizar los resultados del año 2015 en comparación con los del 2014, 74 presentaron cambios en la cobertura del 20% o más, 32 unidades mostraron variaciones menores al 10% y dos mantuvieron la misma cobertura. Desde el punto de vista regional, solo dos regiones

(Brunca y Central Sur) mostraron variaciones menores al 10% con respecto al año 2014 y las demás por encima del 15%.

Debido a las variaciones entre un año y otro en más del 60% de las áreas de salud, que a la vez coincide con el cambio en el instrumento para registrar la información, los datos 2015 carecen de validez para la medición del indicador, así como su comparabilidad con los años anteriores, ya que se afectó su calidad.

Además del cambio en el instrumento para recolectar la información, el llenado incorrecto del Cuadro N° 20 y los errores en la consolidación de los datos son elementos que podrían estar influyendo en la veracidad de la información.

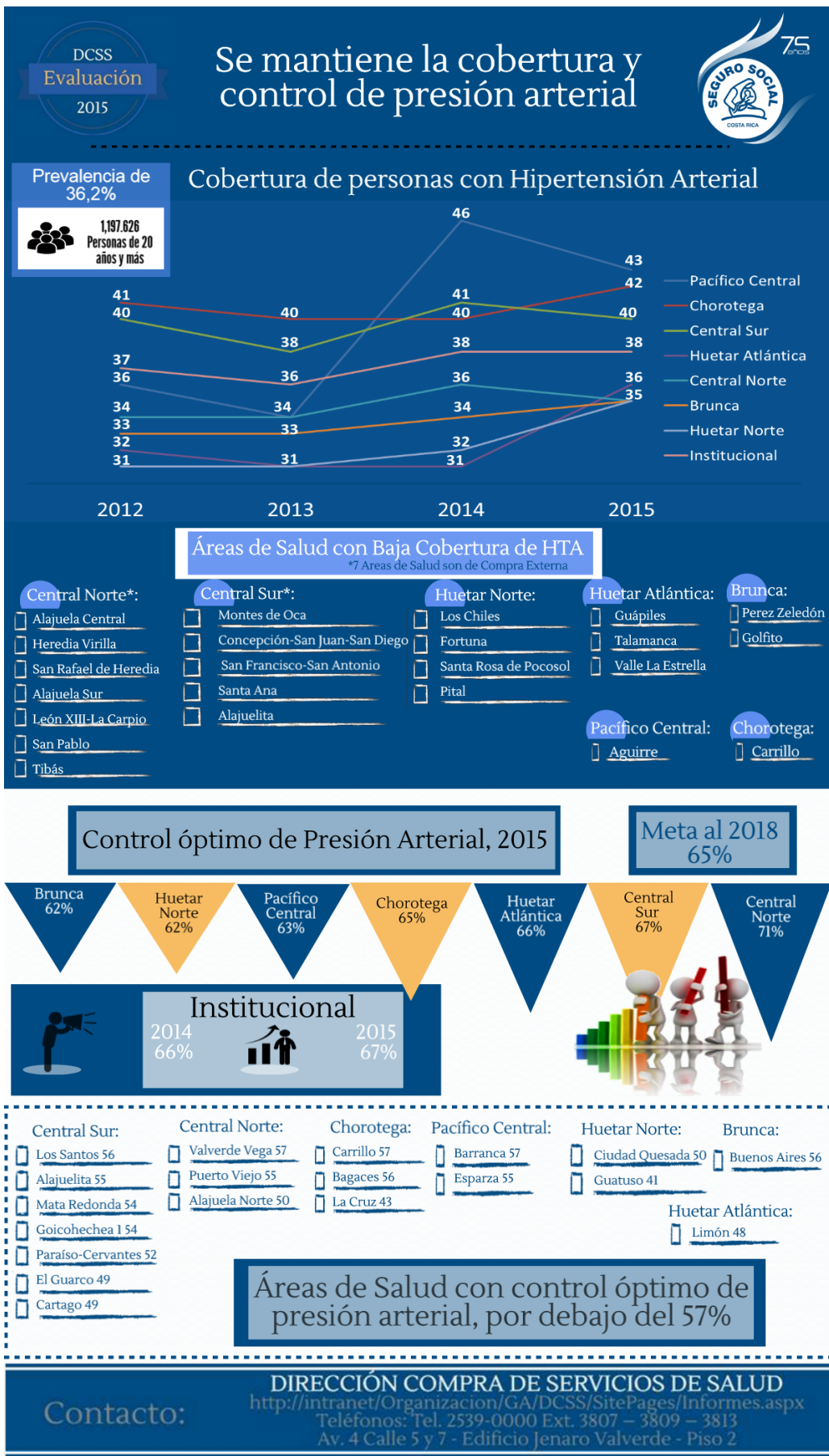
Por otro lado, los horarios disponibles en la actualidad para la visita domiciliar, no permiten captar a la población económicamente activa, lo que se traduce en oportunidades perdidas para la detección.

Para obtener datos veraces se debe mejorar la calidad del llenado del nuevo Cuadro N° 20, anotando únicamente el número de personas a las que se les tomó la presión arterial, en las filas con los códigos 20 y 32, con el fin de obtener coberturas reales y mejorar el consolidado de la información.

Las acciones locales relacionadas con la intervención de tamizaje de hipertensión arterial, se pudieron haber visto afectadas por factores como la cantidad de ATAPS disponibles en las áreas de salud, ya sea porque están reubicados o respondiendo a situaciones especiales propias de sus funciones, como barridos o campañas de vacunación, lo que limita el tiempo de detección de pacientes hipertensos. Además, existen lugares con alta peligrosidad, por lo cual los ATAPS no entran, así como lugares de altos recursos económicos que no dejan ingresar al personal de salud. Por otro lado, el recurso con que cuenta el ATAP para desplazarse no siempre está disponible, ya que algunos deben viajar en moto, caballo u otros.

Entre las recomendaciones que se dan para mejorar la cobertura de tamizaje de hipertensión arterial en los escenarios domiciliar, comunal y laboral, destacan la detección de usuarios en ferias de la salud y visitas domiciliarias; además, valorando la población cautiva en empresas, universidades y centros diurnos, o solventando la deficiencia de ATAP para lograr un mayor acercamiento con la comunidad. También, dar capacitaciones continuas al personal sobre el correcto llenado del Cuadro N° 20, la toma adecuada de la presión arterial y tener disponible en las unidades equipo para la toma de presión arterial en buen estado.

6. Cobertura y control óptimo de hipertensión arterial





Por segundo año consecutivo, se supera la meta de control óptimo de presión arterial y la cobertura de HTA se mantiene.

La cobertura ha variado poco en cuatro años, mientras que el control óptimo de la presión arterial sobrepasa la meta 2018.

La hipertensión arterial es uno de los problemas más importantes de salud pública a nivel mundial; para el año 2008 las enfermedades del sistema circulatorio producían 17 millones de muertes, mientras que las complicaciones de la hipertensión producían 9.4 millones de muertes (OMS, 2013).

En el año 2012, la hipertensión arterial fue la tercera causa de muerte dentro de las enfermedades cardiovasculares en Costa Rica, con una tasa de 1,7 por cada 10.000 habitantes, solo por debajo de las enfermedades cerebrovasculares (2,8) y la enfermedad isquémica del corazón (5,6) (CCSS, 2015), a las que además contribuye, ya que la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías, y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (OMS, 2013).

De acuerdo con las estimaciones del INEC, para el año 2015 la población de 20 años y más es de 3.308.360, según la prevalencia actualizada de hipertensión arterial, que es de 36,2% (CCSS, 2014), se tendrían 1.197.626 personas con hipertensión (población blanco). De estos, el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) atendió a 458.577 personas, alcanzando una cobertura del 38%, igual a la obtenida en el 2014 y sin variación de más de dos puntos en los últimos cuatro años.

El Cuadro 6.1 muestra que la Región Pacífico Central presenta las coberturas más altas en los últimos dos años. Mientras que la Chorotega es la única región que ha mantenido coberturas iguales o superiores al 40% en los últimos cuatro años. Por su parte, la Región Huetar Atlántica en el 2015 aumentó su cobertura en cinco puntos porcentuales, respecto al año anterior. Caso contrario se presenta en las regiones Central Sur y Central Norte, ya que disminuyeron su cobertura.

Cuadro 6.1
CCSS: COBERTURA DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL^{/1}
SEGÚN REGIÓN, 2012-2015
(porcentaje)

REGIÓN	2012	2013	2014	2015
Pacífico Central	36	34	46	43
Chorotega	41	40	40	42
Central Sur ^{/2,3}	40	38	41	40
Huetar Atlántica	32	31	31	36
Central Norte	34	34	36	35
Brunca	33	33	34	35
Huetar Norte	31	31	32	35

^{/1} Población calculada a partir de una prevalencia de 36,2%.

^{/2} No contempla Catedral Noreste.

^{/3} Datos del 1 de abril al 31 de diciembre 2014, para Áreas de Salud administradas por UNIBE.

FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2012-2015.

El Cuadro 6.2 muestra que todas las regiones tienen al menos un Área de Salud (AS) con baja cobertura (menor a 33%, percentil 20), siendo importante considerar los datos de algunas AS, como ejemplo:

- San Rafael de Heredia, con una caída en la cobertura de 14 puntos porcentuales, respecto de los resultados del año anterior.
- Concepción-San Juan-San Diego 2: en abril del 2014 se inicia un proceso de atención con un proveedor nuevo, al no tener registros previos se toma la cobertura de abril a diciembre, alcanzando una cobertura de 40%. Mientras que para el 2015 se tienen datos de atención de los doce meses y se alcanzó tan sólo un 30% de cobertura.
- Tibás, en los últimos tres años se ha mantenido como el área de salud con las coberturas más bajas, para 2014 y 2015 la cobertura es de 15%.
- Del grupo de las 23 áreas de salud con más baja cobertura, siete son de Compra Externa; representando un 30% del grupo de bajo el percentil 20.

Cuadro 6.2
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON LOS PORCENTAJES MÁS BAJOS DE COBERTURA EN PERSONAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL^{/1}, 2012-2015

ÁREA DE SALUD	2012	2013	2014	2015
Pérez Zeledón	34	32	32	32
Montes de Oca 2 ^{/2}	33	28	29	32
Guápiles	27	26	25	32
Carrillo	40	29	37	32
Los Chiles	31	27	27	32
Alajuela Central	19	25	31	30
Concepción-San Juan-San Diego 2 ^{/2}	33	28	40	30
Fortuna	27	28	30	30
Santa Rosa de Pocosol	17	18	19	30
La Carpio-León XIII	26	25	31	30
Golfito	29	28	30	29
San Francisco-San Antonio	39	33	31	29
Talamanca	21	18	28	29
Pital	22	19	21	29
Valle de la Estrella	24	22	22	29
Santa Ana	29	28	29	29
Alajuelita	21	21	11	28
Heredia Virilla	33	28	27	28
San Rafael de Heredia	44	40	40	26
Alajuela Sur	28	26	24	24
Aguirre	25	22	33	24
San Pablo	29	26	25	23
Tibás	20	17	15	15

^{/1} Población calculada a partir de una prevalencia de 36,2%.

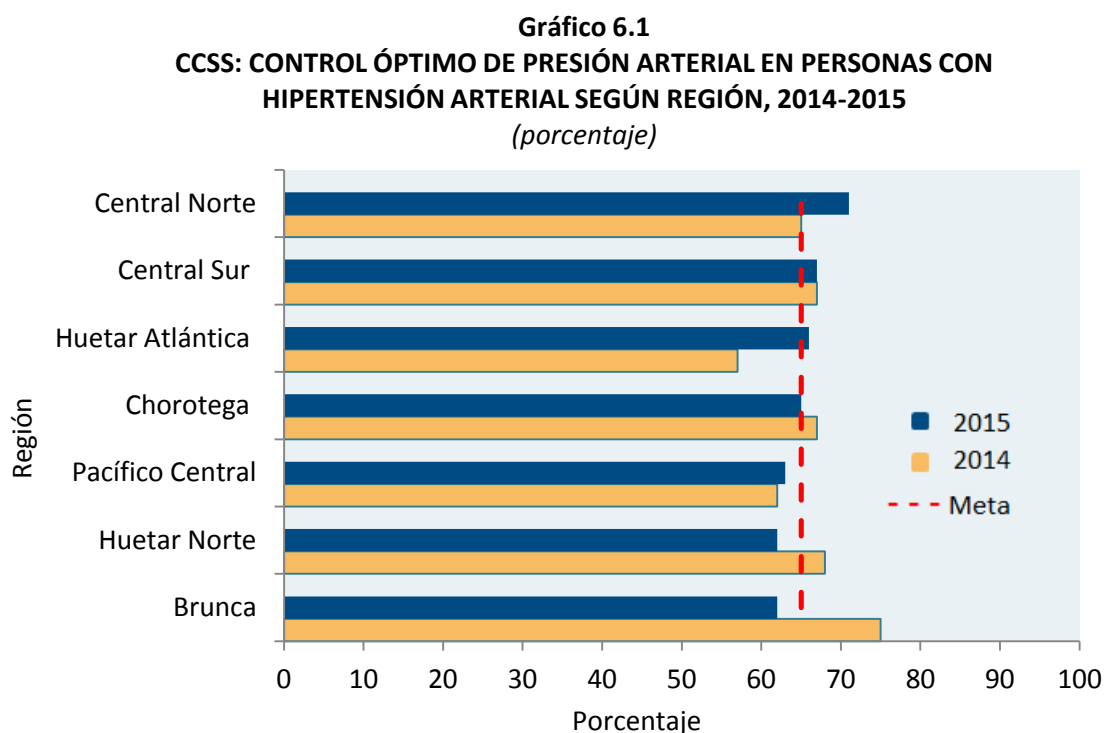
^{/2} Datos del 1 de abril al 31 de diciembre para el año 2014.

FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2012-2015.

El manejo adecuado de la hipertensión arterial, amerita que los servicios de salud brinden tanto oportunidad de atención (acceso) como calidad (efectividad). Desde el 2014, esa calidad en la atención está representada por el control óptimo de las cifras de presión arterial, intervención que la CCSS definió como acción prioritaria a realizarse en el primer nivel de atención en salud (CCSS, 2015).

Un paciente tiene un control óptimo de presión arterial cuando en la última consulta del año, los valores (independientes) de presión arterial sistólica y diastólica son inferiores a las cifras límite establecidas, según edad y comorbilidad asociada. Para obtener todos estos datos se utiliza la información de los expedientes de salud, de manera que los resultados se ven influenciados también por la falta de registro de alguno de estos elementos.

En el 2015, el control óptimo de presión arterial institucional fue de 67%, mientras que para el año 2014 fue de 66%; en ambos años los resultados son mayores a la meta establecida para el 2018 de 65%. El Gráfico 6.1 muestra los resultados regionales, donde la Región Central Norte presenta el control óptimo más elevado para el 2015, y junto con la Central Sur y Chorotega son las únicas regiones que han alcanzado la meta de control óptimo desde el 2014. La Región Huetar Atlántica, por su parte, da un salto cuantitativo de nueve puntos porcentuales y sobrepasa la meta del 65%. Caso contrario muestran las regiones Huetar Norte y Brunca, ya que cayeron en su control óptimo 2015 y no alcanzan la meta al 2018. Por su parte, la Región Pacífico Central no alcanza la meta en ambos años.



FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

El Cuadro 6.3 presenta las áreas de salud con más bajo control óptimo de presión arterial en el 2015 y en él fácilmente se pueden identificar dos grupos:

- El primero, con áreas de salud que disminuyeron sus resultados. Dentro de este subgrupo hay algunas áreas de salud que redujeron su cobertura respecto al 2014 en más de 20 puntos porcentuales, estas áreas de salud son: Guatuso, Cartago, El Guarco, Alajuela Norte y Paraíso-Cervantes.
- El segundo, con áreas de salud que a pesar de aumentar su porcentaje de control óptimo respecto al 2014, presentan resultados bajos en el 2015, por ejemplo: Mata Redonda y Goicoechea 1.

Caso particular es el área de salud de Limón, ya que además de presentar bajos resultados en ambos años, disminuyó su control óptimo, alejándose aún más de la meta 2018.

Cuadro 6.3
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON LOS PORCENTAJES MÁS BAJOS DE PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2014-2015

ÁREA DE SALUD	2014	2015
Carrillo	72	57
Barranca	60	57
Valverde Vega	71	57
Buenos Aires	50	56
Los Santos	48	56
Bagaces	50	56
Puerto Viejo	65	55
Alajuelita	55	55
Esparza	60	55
Mata Redonda	50	54
Goicoechea 1	52	54
Paraíso-Cervantes	75	52
Alajuela Norte	74	50
Ciudad Quesada	60	50
El Guarco	78	49
Limón	51	48
Cartago	75	45
La Cruz	58	43
Guatuso	70	41

FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Por el contrario las áreas de salud de Escazú, Quepos y San Ramón, presentan controles óptimos de presión arterial sobre el 88% (percentil 95), como resultado de un incremento superior a 15 puntos porcentuales respecto al 2014. Por su parte, las áreas de salud de Santa Ana, San Francisco-San Antonio y La Unión, también presentan un control óptimo de presión arterial elevado, pero con un incremento inferior a 10 puntos porcentuales entre años.

De las personas con hipertensión atendidas en el 2015, solo el 8% tenían entre 20 y 39 años, mientras que el 53,8% tenía entre 40 y 64 años; por último, los mayores de 65 años representaban el 38,2%, lo que llama la atención sobre la necesidad de un abordaje oportuno de las personas con esta patología, para evitar las complicaciones. Lo anterior se basa en que la prevalencia de hipertensión no diagnosticada del grupo de edad de 20 a 39 años es de 7,8%, la más grande encontrada en la encuesta de factores de riesgo cardiovascular 2014.

A su vez, es importante comentar cómo la comorbilidad asociada influyó en el comportamiento del control óptimo de presión arterial, por ejemplo:

- El 32,2% de los pacientes evaluados presentaban diabetes mellitus; de este subgrupo, un 50,3% tenía control óptimo de presión arterial sistólica (PAS) inferior a 140 y diastólica (PAD) inferior a 80 mmHg. Al comparar estos resultados con el grupo de personas hipertensas no diabéticas, que presentaron un control óptimo de 77,5%, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0028$).
- El 8,2% de los pacientes evaluados tenían una edad superior a 80 años, logrando un control para este subgrupo de 85,3% de personas con presión arterial óptima, sistólica (PAS) inferior a 150 y diastólica (PAD) inferior a 90 mmHg. Al comparar estos resultados con el grupo de personas hipertensas menores de 80 años con o sin patología que presentaron un control óptimo de 67,3%, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa al ($p=0.0292$).
- Los pacientes con nefropatía representan el 2,5% del total de personas hipertensas evaluadas y alcanzaron un control óptimo de 64,5%, mientras que los que presentan cardiopatía isquémica constituyen el 2,6% y muestran un control óptimo de 65,2%.
- Las personas que con alguna o varias de estas comorbilidades, presentaron un control óptimo de presión arterial de 51,8%, inferior al que presentaron las personas con hipertensión arterial sin otra patología asociada, ya que estas alcanzaron un 78%. Esto con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0065$).

Otro tema a profundizar es el registro de la cifras de presión arterial. El 0,5% de los pacientes presentó un dato de PAS inferior a 90 mmHg, mientras que el 3,3% presentó cifras de PAD inferiores a 60 mmHg. Estas cifras son importantes, ya que presiones arteriales inferiores a 90/60 mmHg se consideran como hipotensión arterial (Webmed) y se asocian a complicaciones en salud, especialmente en los adultos mayores, donde aumentan el riesgo de fenómenos vasculares en el cerebro y corazón, e incrementan el riesgo de caídas (Hershey).

Por último, la prevalencia de hipertensión arterial disminuyó del 2014 al 2015, pasando de 37,8 a 36,2%, mientras que las coberturas para ambos años fueron iguales (utilizando 36,2 para ambas); esto puede ser explicado por lo siguiente:

- Las consultas por hipertensión arterial aumentaron en 12.989 con respecto a las del 2014.
- El aumento de 66.799 personas de 20 años y más en la pirámide poblacional de este 2015.

El mantener esta cobertura y además el control óptimo de presión arterial en el 2015, hace evidente el esfuerzo de las Áreas de Salud para brindar más atenciones y con mejor calidad. Es precisamente por esta razón y por la solidez de sus resultados, que el indicador de hipertensión arterial permanece en el tiempo y ha sustentado otros indicadores e índices en salud.

Aun así, hay espacio para la mejora en la atención del paciente con hipertensión arterial, especialmente en el registro de las cifras de presión arterial:

- El 65% de los registros de presión arterial (tanto sistólica como diastólica) presentan valores terminados en 0, lo que sugiere la posibilidad de redondeo de las cifras, práctica que puede afectar la estimación del control óptimo, ya que hay valores con un límite estricto para asignar cumplimiento, ejemplo menor a 140 mmHg.

- Los valores registrados de presión arterial sistólica inferior a 90 mmHg y diastólica inferior a 60 mmHg, se pueden asociar a hipoperfusión de tejidos, y en ocasiones pueden deberse a sobredosificación farmacológica.

Respecto a las coberturas, revisten especial interés las Áreas de Salud que brindan acceso a la atención a menos del 33% de sus personas con hipertensión arterial. Estos datos deben ser motivo de análisis local, regional y del nivel central. Sobre todo porque siete de las unidades de compra externa están dentro de este grupo, dos unidades de COOPESANA, la única de COOPESAIN, dos unidades de la UNIBE, una de ASEMECO, una de COOPESIBA.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2014). Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular. Vigilancia de Factores Cardiovaculares. San José: CCSS, Sub-Area de Vigilancia Epidemiológica.
- CCSS. (2015). Guía para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. San José: CCSS.
- Hershey, P. (s.f.). Low blood pressure. Obtenido de Milton S Hershey Medical Center: <http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=112&pid=1&gid=007278>
- OMS. (2013). Información general de la hipertensión arterial en el mundo. Día Mundial de la Salud, 9-10.
- Webmed. (s.f.). Understanding low blood pressure -- the Basics. Obtenido de Heart Health Center: <http://www.webmd.com/heart/understanding-low-blood-pressure-basics>

7. Diabetes mellitus

Control metabólico de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2



12,8% **Prevalencia**
Personas mayores de 20 años



423.470 **Total**
Personas con DM tipo 2

2,8%
no saben que padecen la enfermedad



42,5% **Cobertura**
Personas atendidas, I Nivel de atención



equivale a



104
Áreas de Salud

180.060 personas atendidas

CONTROL ÓPTIMO GLOBAL



9%

Personas que alcanzaron niveles óptimos en los tres parámetros.

Presión arterial



51%

Personas con cifras óptimas en la última consulta del año.

Glicemia



39%

Personas con hemoglobina glicosilada óptima en el 2do semestre del año.

Lípidos



35%

Personas con colesterol-LDL óptimo en el último perfil lipídico del año.

I Nivel de Atención CCSS, 2015

REGIÓN				
Central Norte	11	53	46	34
Central Sur	11	52	43	40
Brunca	8	50	35	35
Chorotega	6	42	28	33
Huetar Atlántica	5	53	26	28
Huetar Norte	5	48	27	25
Pacífico Central	4	47	33	31

Porcentajes de control óptimo a nivel regional

Áreas de salud prioritarias

-Unidades que lograron un control óptimo global < 2,5% (percentil 20)

- Alajuela Central
- Bagaces
- Cañas
- Chacarita
- Chomes-Mont.
- Colorado
- Coronado
- El Guarco
- Garabito
- Los Chiles
- Nandayure
- Naranjo
- Peninsular
- Pital
- San Rafael de Punt.
- Santo Domingo
- Siquirres
- Upala
- Válle La Estrella
- Zapote-Catedral

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
Contacto: <http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



El control óptimo de la diabetes se mantiene estable, pero la cobertura de atención es cada vez menor.

De los tres parámetros que componen el control óptimo global, la presión arterial alcanzó un 51%, el control glicémico un 39% y el control lipídico fue de 35%.

La diabetes mellitus tipo 2 se ha convertido en un problema mayor de salud pública, tanto por su frecuencia como por el impacto en la calidad de vida del paciente y el considerable costo para el sistema sanitario. La enfermedad ha sido seleccionada a nivel mundial como una de las cuatro enfermedades no transmisibles que deben intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas su prevalencia ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos (OMS, 2016).

Además de seguir la tendencia de crecimiento mundial, Costa Rica presenta una prevalencia alta de diabetes mellitus tipo 2. Junto con otros países latinoamericanos, pertenece a una de las zonas geográficas de mayor riesgo en el mundo (Federación Internacional de Diabetes, 2015). En el 2010 se documentó una prevalencia de 10,8% en personas mayores de 20 años, cifra que fue actualizada en sólo cuatro años a 12,8% (CCSS, 2014).

Por décadas se ha considerado el control glicémico como el principal objetivo de la atención de las personas con diabetes mellitus. No obstante, grandes y numerosos estudios epidemiológicos no han identificado con claridad los beneficios que produce el control glicémico aislado sobre el pronóstico cardiovascular de las personas con diabetes, incluso bajo condiciones de tratamiento intensivo (Eckel, 2009). Por el contrario, la evidencia actual sugiere que el tratamiento no debe restringirse sólo al control estricto de la glicemia. Así, en el control metabólico deben contemplarse estrategias para la identificación y normalización de otros factores de riesgo importantes en la enfermedad cardiovascular, como la hipertensión arterial y la dislipidemia (De la Callea, 2003).

Muchas investigaciones han intentado ponderar el papel de los factores de riesgo cardiovascular que complican la diabetes y conocer el grado de control metabólico que presentan las poblaciones diabéticas atendidas. Cada estudio presenta particularidades metodológicas que dificultan su comparación, aunque en general se ha observado que la proporción de personas diabéticas que mantienen un control metabólico óptimo, desde el punto de vista global, es muy baja (De la Callea, 2003).

La intervención que comprende el tema de la diabetes mellitus en la EPSS se desagregó en tres indicadores que miden la proporción de control óptimo en la población atendida de 20 años y más, según los siguientes criterios:

- Control glicémico: valor inferior a 7% en la última HbA1c del segundo semestre, para personas de 20 a 80 años de edad. El resultado debe ser menor a 8% en personas mayores de 80 años.
- Control de presión arterial: cifras inferiores a 140/80 mmHg para personas de 20 a 80 años de edad y menores que 150/90 mmHg para mayores de 80 años. Las cifras tensionales corresponden a la última consulta del año evaluado, independientemente del motivo de consulta.
- Control lipídico: colesterol-LDL inferior a 100 mg/dL El resultado de colesterol LDL se verifica en el último perfil lipídico del año. El criterio fue aplicado a todo adulto mayor de 30 años.

Para efectos de este análisis, el término “control óptimo global” es la definición operativa de “control metabólico”. Significa el porcentaje de personas que alcanzaron el control óptimo en los tres parámetros descritos: glicemia, presión arterial y control lipídico.

Coberturas de atención

La cobertura institucional de las personas con diabetes mellitus tipo 2, de 20 años y más fue de 42,5%, lo que representa una disminución de seis puntos porcentuales en relación con el 2014 (48%). El comportamiento regional se muestra en el gráfico 7.1.



^{1/} No incluye el Área de Salud Catedral Noreste.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2015.

Con respecto al cálculo de las coberturas de atención, el cambio más relevante en el 2015 fue el aumento en la prevalencia nacional (12,8%). Al considerar este ajuste, las coberturas regionales mostraron cifras inferiores a las que se lograron en el 2014 con la prevalencia del 10,8%. Las diferencias oscilaron entre seis y doce puntos porcentuales. Aunque estas diferencias no permiten concluir que la capacidad de atención de los servicios se ha reducido, resulta bastante claro que conforme crezca la prevalencia de la enfermedad, será más evidente la limitada capacidad de respuesta de las unidades del Primer Nivel de Atención.

De acuerdo con el estudio de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular del 2014, se encontró que la prevalencia de la diabetes mellitus no diagnosticada es de 2,8% (CCSS, 2014). Pese a que esa cifra aumentó en solo cuatro años, la proporción sigue siendo muy baja, en particular si se compara con estadísticas internacionales (Federación Internacional de Diabetes, 2015).

Sin embargo, si los servicios del Primer Nivel de Atención cubren cada vez menos a esta población y la mayoría de los nuevos diabéticos conocen su diagnóstico, ¿cuántas personas controlarán su enfermedad fuera de la institución? ¿cuáles servicios no institucionales estarán utilizando? De momento, los estudios epidemiológicos de campo y las visitas domiciliarias de Atención Primaria no aportan la información que responda estas interrogantes. Pareciera menos factible aún conocer la calidad con que se brindan esos servicios.

Aunque el análisis completo de esta situación rebasa el alcance de este informe, sin duda representa una tarea compleja pero necesaria para las autoridades nacionales. Como tema de salud prioritario, la atención de las enfermedades cardiovasculares requiere examinar todos los ámbitos de atención. Debido a su alta vulnerabilidad, parte de estos esfuerzos deben dirigirse a averiguar la cantidad de personas diabéticas que no reciben ningún tipo de atención.

De momento, la institución solo puede aportar información confiable acerca de la calidad del control que presenta el 42,5% de las personas diabéticas del país.

Control óptimo de la población diabética en cada parámetro

La actualización en el 2014 de los criterios que definen el control óptimo en glicemia y presión arterial, según las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes, ha permitido contar con una línea de base para el análisis y comparación con los resultados del 2015. Por su parte, el criterio del control lipídico no ha sufrido modificaciones desde que se utiliza el indicador.

Es importante reconocer que la naturaleza de los tres indicadores impide observar variaciones sustanciales en los resultados de un año a otro (Gimeno, 2003). Con excepción de los cambios repentinos en la calidad de los registros de salud, una mejoría significativa y sostenible de los resultados a nivel poblacional sólo se logra a través de un trabajo sistemático a largo plazo. Este comportamiento no había sido percibido tan claramente en informes anteriores, debido a las frecuentes modificaciones metodológicas de las mediciones. No obstante, para el 2015 esta consideración aplica para los tres indicadores que componen la intervención.

Ante las grandes similitudes encontradas con los resultados institucionales del 2014, el análisis enfatiza algunas particularidades que se observaron entre las regiones. El cuadro 7.1 resume los resultados de control óptimo obtenidos en cada parámetro y a nivel global.

Cuadro 7.1
CCSS: PORCENTAJES DE CONTROL ÓPTIMO EN PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN REGIÓN, POR PARÁMETRO INDIVIDUAL Y CONTROL GLOBAL^{1/}, 2015

REGIÓN	PARÁMETRO INDIVIDUAL			CONTROL GLOBAL
	GLICEMIA	PRESIÓN ARTERIAL	LÍPIDOS	
Central Norte	46	53	34	11
Central Sur	43	52	40	11
Brunca	35	50	35	8
Chorotega	28	42	33	6
Huetar Atlántica	26	53	28	5
Huetar Norte	27	48	25	5
Pacífico Central	33	47	31	4
Institucional	39	51	35	9

^{1/} Incluye glicemia, presión arterial y lípidos.

FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

En relación con el *control glicémico*, el promedio institucional se mantuvo sin cambio (39%, IC90 37-41). Esta cifra permanece 13 puntos porcentuales por debajo de la meta institucional al 2018, lo cual muestra que no se han concretado las oportunidades de mejora en este indicador. Los resultados por región presentaron una variabilidad apreciable, oscilando los porcentajes entre 46% (Central Norte) y 26% (Huetar Atlántica). Con respecto al 2014, debe destacarse el aumento de 7 puntos porcentuales en las regiones Central Norte y Pacífico Central; además, una reducción también de 7 puntos porcentuales en la Central Sur.

Cabe señalar que durante la fase inicial de implementación, los avances en este indicador se logran cuando mejora el cumplimiento de los exámenes de control (HbA1c). Este elemento esencial del proceso de la atención se considera muy ligado a la capacidad de gestión local.

Al examinar la proporción de usuarios que contaron con resultados de HbA1c en ambos semestres (59%), se observa una mejoría institucional de 7 puntos porcentuales en comparación con el 2014. Por regiones, hubo una variación considerable en el cumplimiento de estos exámenes, desde un 62% en las centrales -Norte y Sur- hasta un 30% en la Huetar Atlántica. Esta desigualdad indica que aún persisten vacíos en la gestión clínica de las áreas de salud que deben ser subsanados a la brevedad.

La segunda línea de acción para mejorar los resultados en el control glicémico es mucho más compleja y combina una variedad de estrategias preventivas y terapéuticas de aplicación

sistemática, donde también confluyen factores propios del usuario como el autocuidado y la adherencia terapéutica. La consolidación de estos cambios requiere de esfuerzos continuos y prolongados de ambas partes.

Un factor importante que ha tomado mayor relevancia recientemente en el control glicémico de las personas diabéticas es la inercia terapéutica. Aunque se dispone de fármacos eficaces y de guías de práctica clínica bien difundidas, los equipos de atención pueden ser reacios a iniciar o intensificar el tratamiento. Diferentes estudios publicados en los últimos años, la mayoría de ellos en Estados Unidos y en Canadá, determinan que entre el 52% y el 66% de las personas diabéticas atendidas se les cambia tardíamente el plan terapéutico. La HbA1c media al momento del cambio es mayor a 9%, cuando la recomendación usual es 7% (Vinagre, 2013). Hasta el momento no se conocen estudios de gran escala que cuantifiquen esta tendencia en los servicios institucionales.

El *control de la presión arterial* (51%, IC 49-53) tampoco mostró cambios significativos con respecto al promedio institucional del 2014 (50%). Hace un año se observó que la meta institucional fue alcanzada por la mayoría de las áreas de salud debido a la adopción de criterios menos estrictos para definir el control óptimo de presión arterial en personas diabéticas. En términos generales, los resultados del 2015 suponen un nivel de control satisfactorio, sin embargo, para valorar con mayor propiedad el grado de avance de cada unidad es necesario redefinir la meta institucional.

En las regiones también es llamativa la poca variabilidad de los resultados. Con respecto al 2014, se presentaron dos particularidades que merecen señalarse: el aumento sustancial de 14 puntos porcentuales en la Huetar Atlántica y el descenso de 8 puntos en la Región Brunca. No se encontraron factores generales que expliquen estos cambios. A diferencia de los criterios de control basados en exámenes de laboratorio, los cambios en este indicador no pueden atribuirse a la calidad de los registros o irregularidad en la toma de la presión. Es mucho más probable que las particularidades se encuentren en las poblaciones seleccionadas de cada unidad y sus equipos de atención.

De los tres parámetros, el *control óptimo lipídico* se ha considerado siempre el más difícil de alcanzar, debido a que la diabetes se acompaña casi invariablemente de un trastorno lipídico caracterizado por hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo y nivel variable de colesterol LDL. Otro factor que dificulta el control óptimo en este indicador radica en que las medidas no farmacológicas muchas veces son insuficientes para lograr la meta terapéutica (MINSAL, 2010).

El promedio institucional alcanzó un 35% (IC90 33-37), cifra que tampoco representa un cambio significativo con respecto al 2014 (34%) y además dista mucho de la meta institucional al 2018 (52%).

Los resultados regionales variaron desde un 40% alcanzado por la Central Sur, hasta el 25% logrado por la Huetar Norte. Con respecto al 2014, los porcentajes de control lipídico no mostraron diferencias importantes en ninguna región.

Contrario a las diferencias observadas en la disponibilidad del examen HbA1c, el 90,5% de las personas diabéticas atendidas contó con el perfil lipídico en el 2015. De esta forma, la posibilidad

de mejorar los resultados con sólo incrementar el cumplimiento del examen queda reducida a pocas áreas de salud.

Algunos prestadores de servicios insisten en que la institución debe disponer de opciones farmacológicas más efectivas para reducir las cifras de colesterol LDL en las personas con dislipidemia, sean diabéticas o no. Existe la percepción de que muchos usuarios que utilizan lovastatina y permanecen lejos del control óptimo alcanzarían la meta con sólo utilizar una estatina más potente (CCSS, 2015).

Control óptimo global en la población diabética

Tal y como ha sido definido, el control óptimo global implica un reto mayor para la práctica clínica actual. Gradualmente, las tendencias sanitarias que promueven la integración de los factores de riesgo y que plantean un enfoque más global de la atención de la enfermedad cardiovascular, han logrado trasladar esa visión integradora al plano operativo de los servicios. En la institución, la publicación de la Guía para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares ha sido un valioso paso para estandarizar la práctica asistencial desde esta perspectiva.

El porcentaje de usuarios que lograron un control óptimo global en el 2015 (9%, IC90, 8-10) es muy similar al observado en el 2014. Por consiguiente, aproximadamente una de cada diez personas con diabetes atendidas logra controlar de manera óptima los tres parámetros metabólicos.

Aunque se conoce que la proporción esperada de personas diabéticas que alcanzan un control metabólico óptimo es baja, debe añadirse que poco más de la quinta parte de los usuarios no logra el control en ninguno de los tres indicadores. El mayor grupo de usuarios lo integran quienes alcanzaron solo un criterio de control óptimo (37%), seguido del grupo que cumplió con dos de los tres indicadores analizados (30%). A pesar de que estos resultados no parecen positivos, la composición de estos grupos muestra un pequeño avance con respecto al 2014.

Se redujo la proporción de quienes no lograron un sólo criterio de control y la de aquellos que sólo lograron uno. En ambos grupos la disminución fue de tres puntos porcentuales. Concomitantemente, se incrementó en cuatro puntos el porcentaje de personas que alcanzaron dos criterios de control. De nuevo, entre aquellos que alcanzaron dos metas de control óptimo, la pareja de parámetros glicemia/presión arterial fue la más frecuente y la de glicemia/LDL la más difícil de alcanzar.

A pesar de que algunos promedios regionales mostraron diferencias con respecto al 2014 en los indicadores individuales, las regiones Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central continúan presentando los resultados más bajos en control óptimo global.

El estancamiento en esta intervención también evidencia la limitada capacidad institucional para desarrollar estrategias innovadoras y de amplia cobertura en el nivel local, que permitan un seguimiento más efectivo y de mayor impacto para el usuario con diabetes. Estas limitaciones residen en parte, en una exigente carga asistencial y en la rigidez del modelo de prestación tradicional. Además, muchas de las acciones que refuerzan de manera efectiva la adopción de estilos de vida saludable no están al alcance de los servicios de salud.

A la luz de los resultados y del conocimiento científico actual, cerca del 90% de los usuarios con diabetes tipo 2 sufren alguna acumulación de daño cardiovascular debido al descontrol de sus factores de riesgo. Dado que los factores de riesgo actúan de manera silente, la ausencia de síntomas no debería restar importancia al seguimiento estricto ni al ajuste oportuno del plan terapéutico.

En este sentido, a pesar de las múltiples dificultades y limitaciones que se pueden enfrentar en el campo operativo, el prestador de servicios tendrá siempre la responsabilidad de buscar las mejores opciones terapéuticas a su alcance y de aplicarlas en el momento más oportuno posible, con el fin de reducir el daño que se acumula sobre la salud de la persona diabética.

Áreas de salud prioritarias

A continuación, se enumeran las Áreas de Salud que presentaron un control óptimo global inferior al 2,5%, lo que las ubica debajo del percentil 20:

- Alajuela Central
- Bagaces
- Cañas
- Chacarita
- Chomes-Monteverde
- Colorado
- Coronado
- El Guarco
- Garabito
- Los Chiles
- Nandayure
- Naranjo
- Peninsular
- Pital
- San Rafael de Puntarenas
- Santo Domingo
- Siquirres
- Upala
- Valle La Estrella
- Zapote Catedral
-

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2015). Taller de validación de prevención de las enfermedades cardiovasculares. DDSS (24/4/2015). San José, Costa Rica: CCSS.
- CCSS. (2014). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta. San José, Costa Rica: EDNASSS.
- De la Callea, H. (2003). Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. Med Clin (barc), 120(12):446-50.
- Eckel, R. (2009). Clinical updates in glycemic control and cardiometabolic risk reduction. Healio Endocrine Today, 1-5.
- Federación Internacional de Diabetes. (2015). Atlas de la diabetes de la FID. 7 ed. Bruselas, Bélgica: FID.
- Gimeno, J. (2003). Factores relacionados con el control glucémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. An Med Interna, 20(3):122-126.

- MINSAL. (2010). Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- OMS. (2016). Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación. Washington, DC: OMS.
- Vinagre, I. (2013). Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Med Clin (Barc), 141(supl 2):3-6.

8. Dislipidemia

Prevalencia 25%

(605.323 personas de 30 años y más)

Cobertura de dislipidemicos 2015



Áreas de Salud con baja cobertura 2015. Inferior a 28 (percentil 10)

Moravia	27
(1) Los Santos	23
Coronado	10
(2) Limón	27
Heredia Virilla	25
(3) León XIII-La Carpio	24
Naranjo	24
San Pablo	23
Alajuela Oeste	19



Porcentajes de control óptimo de LDL en Personas con Dislipidemia

2014
2015



55%
Meta
2018

46%
Logro
Institucional
2015

Factores que influyeron en los resultados

Ausencia de perfil lipídico completo



Afectó un 3.3% de los evaluados

Factores de Riesgo, no investigados por Profesionales en Salud



Tabaquismo activo



Antecedente Familiar de Cardiopatía prematura

La ausencia de información en el Expediente afectó al 9.9% de los evaluados

Áreas de Salud con bajo control óptimo LDL, inferior a 35% (percentil 20)

Horquetas
Valle de la Estrella
Palmares
Hatillo
Santo Domingo
Santa Bárbara
Tilarán
Montes de Oro
Heredia Cubujuquí
Grecia

Valverde Vega
Garabito
Alfaro Ruíz
Mora-Palmichal
Aguas Zarcas
San Rafael de Heredia
San Rafael de Puntarenas
San Isidro de Heredia
Carrillo
Matina
Alajuelita

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

Contacto:

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

Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813

Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Mejora la cobertura y el control lipídico en personas con dislipidemia.

La mayoría de las áreas de salud incrementaron el control óptimo de LDL a pesar de la falta de información sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Las dislipidemias son un conjunto de enfermedades causadas por concentraciones elevadas de lipoproteínas en sangre y se relacionan con distintos riesgos cardiovasculares. Una de estas lipoproteínas es el colesterol, cuyos niveles en sangre tienen relación directa con las enfermedades del sistema circulatorio y a su vez son factores modificables de ese riesgo.

Para el año 2012, las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la principal causa de muerte en la población costarricense, con una tasa ajustada de 91,3 por cada 100.000 habitantes; el 95,9% de las muertes ocurrió en personas de 45 años y más, y un 54,7% de estas muertes corresponde al sexo masculino. La mortalidad es más elevada en los varones de 35 a 74 años, mientras que de los 75 años en adelante es mayor en las mujeres (CCSS, 2015).

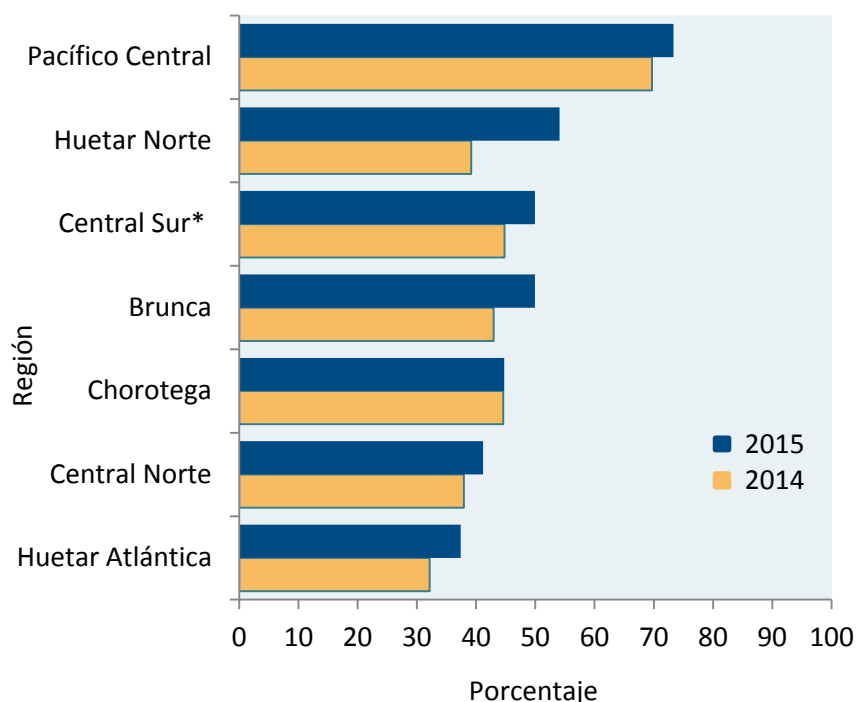
Considerando la importancia del control adecuado del perfil lipídico como factor que modifica el riesgo cardiovascular del paciente, desde el año 2008, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) desarrolla el indicador de *control óptimo de LDL-colesterol*, donde se identifican los factores de riesgo del paciente y se relacionan con el valor de LDL- colesterol/no-Hdl colesterol en sangre.

Este indicador se desarrolla en todas las Áreas de Salud (AS) del primer nivel de atención en salud de la CCSS (EBAIS) para los adultos de 30 años y más, que acuden a consulta y que se les ha diagnosticado con algún tipo de dislipidemia (Código E78 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, CIE-10).

Para el año 2015, la población nacional de 30 años y más era de 2.421.295. Según la segunda encuesta de vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, la prevalencia de dislipidemia es de 25% (CCSS, 2014), por lo que se tendrían 605.323 personas con algún valor del perfil lipídico alterado (población blanco). De estos posibles dislipidémicos, el primer nivel de atención de la CCSS atendió a 288.393 personas, alcanzando una cobertura del 48%, superando en 5 puntos porcentuales la obtenida en el 2014.

En el Gráfico 8.1 se observa que la Región Pacífico Central continúa presentando las coberturas más elevadas, mientras que la Región Huetar Atlántica persiste con las coberturas más bajas; la diferencia entre estas dos regiones es de 36 puntos porcentuales (en el 2014, la Pacífico Central duplicó la cobertura de la Huetar Atlántica) situación que hace ver una brecha de acceso en esta población. Es importante destacar que para el 2015 todas las regiones aumentaron su cobertura con respecto al año 2014.

Gráfico 8.1
CCSS: COBERTURA DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIA ^{/1}
SEGÚN REGIÓN, 2014-2015



^{/1} Población calculada a partir de una prevalencia de 25%.

* La Región Central Sur no contempla Catedral Noreste, ni los datos del 1 de enero al 31 de marzo 2014, para Áreas de Salud de UNIBE.

Al realizar el análisis de las Áreas de Salud (AS) por regiones, las coberturas presentan cierta variabilidad, requiriendo especial atención las que presentan porcentajes de 100 o más, como son: Acosta con un 110 (Región Central Sur), Guatuso con un 100 (Región Huetar Norte), San Rafael de Puntarenas con un 112 y Chomes-Monte Verde con un 102 (Región Pacífico Central). Al consultar a los Representantes Locales (RL) de estas AS, refieren que el número de pacientes que consultan por dislipidemia es elevado para la población de 30 años y más atendida; de la misma forma, al cotejar datos de evaluaciones anteriores, las coberturas previas son elevadas y son pocos los pacientes que no eran realmente dislipidémicos (no evaluables). Sin embargo, el área de salud de Acosta, además de lo expuesto, confirmó el uso inadecuado del código E 78 del CIE-10, ya que las acciones de tamizaje (envío del laboratorio de perfil lipídico) son también registradas con dicho código.

Caso contrario se observa en el Cuadro 8.1, donde las áreas de salud presentan coberturas inferiores al 32%, lo que representa el percentil 20. Dentro de este grupo reviste especial interés el área de salud de La Carpio León XIII, que en el 2015 cayó 41 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Por su parte, el área de salud de Coronado en el año 2014 presentó una cobertura baja y en el 2015 cayó 12 puntos porcentuales, siendo la que presenta la cobertura más baja del 2015.

Cuadro 8.1
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON LOS PORCENTAJES MÁS BAJOS DE COBERTURA EN PERSONAS CON
DISLIPIDEMIA EN EL AÑO 2015 Y SU COBERTURA EN EL 2014^{/1}

ÁREA DE SALUD	2014	2015
Corredores	21	31
Aserri	36	31
Alfaro Ruiz	22	31
Santo Domingo	21	31
Barva	25	30
Carrillo	26	29
Liberia	34	29
Atenas	17	29
Valverde Vega	28	28
Alajuela Sur	26	28
Moravia	24	27
Limón	25	27
Heredia Virilla	21	25
La Carpio-León XIII	65	24
Naranjo	24	24
Los Santos	13	23
San Pablo	22	23
Alajuela Oeste	20	19
Alajuela Central	15	15
Coronado	22	10

^{/1} Población de 30 años y más, calculada a partir de una prevalencia de 25%.

FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Además de analizar el acceso que tienen los pacientes dislipidémicos a los servicios de salud, es importante contar con un parámetro que permita conocer si las acciones realizadas en salud están siendo efectivas. Al estar científicamente probado que el nivel de colesterol sanguíneo tiene una relación lineal con el riesgo de enfermedad coronaria y al ser también un factor de riesgo modificable, se ha utilizado el nivel de LDL-colesterol como la prueba de referencia (Gold Standard) para evaluar el riesgo cardiovascular asociado a la dislipidemia (Institute, 2015).

Se estima que en los países de ingreso alto, los niveles de LDL-colesterol por arriba de 147 mg/dL (3,8 mmol/L) son responsables además del 50% de las enfermedades cardiovasculares (The National Collaboration Centre for Primary Care, 2008). Esta es una de las razones por las que la CCSS estableció como meta al 2018, un control óptimo de LDL-colesterol en el 55% de los pacientes atendidos por dislipidemia en el primer nivel de atención.

Este control óptimo se refiere a que el último valor de LDL/no-Hdl colesterol del año evaluado, sea inferior al establecido, tomando en cuenta la estratificación del riesgo cardiovascular del paciente. Para lo anterior es imprescindible que se consignent en el expediente de salud los factores que

determinan ese riesgo; la ausencia de esta información afecta negativamente el resultado, al no poderse establecer claramente el riesgo real del paciente.

Con los datos obtenidos en el 2015, se logra dimensionar más claramente lo que implica la ausencia de información en los resultados del control óptimo de LDL-colesterol en la población con dislipidemia, ya que se evaluaron 5.270 pacientes, de los cuales un 3,3% no presentaba exámenes de perfil lipídico completo, así que no se conoce el LDL/no-Hdl. La carencia del dato impide saber si las acciones en salud realizadas con esos pacientes les permitieron alcanzar o no el control óptimo de LDL, por lo que automáticamente se tomaron como no óptimo.

Por otra parte, para la estratificación de riesgo es necesario actualizar los factores anualmente; no obstante, en un 13,6% de los pacientes dislipidémicos evaluados no se consignó en el expediente la presencia de tabaquismo activo o de antecedentes familiares de cardiopatía prematura. Por esta ausencia de datos, el 9,9% de todos los dislipidémicos no alcanzaron el control óptimo de LDL-colesterol.

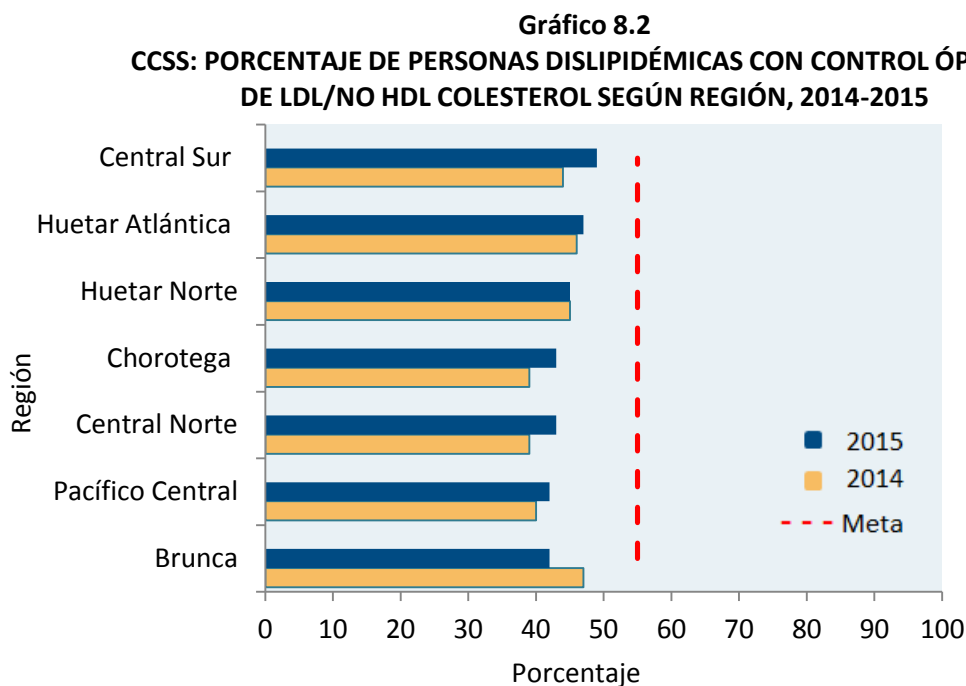
Dicho de otra forma, sólo el 83% de los pacientes dislipidémicos evaluados (4.381) contaban con todos los datos para establecer la clasificación de riesgo cardiovascular y el valor de LDL/no-Hdl colesterol, distribuyéndose de la siguiente forma:

RIESGO CARDIOVASCULAR	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL	PORCENTAJE DE CONTROL ÓPTIMO
Alto	34,3	32,7
Moderado	18,6	51,3
Bajo	30,2	73,3

La mayoría de los pacientes con dislipidemia se ubicó en el grupo de alto riesgo cardiovascular y como es de esperar por sus factores de riesgo y porque las cifras necesarias para alcanzar el óptimo son más estrictas (LDL menor a 100 y no-Hdl menor a 130 mg/dl), son los que presentan controles óptimos de LDL más bajos. Mientras que los de riesgo cardiovascular bajo (segundo grupo con mayor cantidad de dislipidémicos) son los que presentan control óptimo más elevado, ya que presentan menos comorbilidad asociada y las cifras para alcanzar el óptimo son menos estrictas (LDL menor a 160 y no-Hdl menor a 190 mg/dl).

El control óptimo institucional para este 2015 es de 46%, superior al 42% del año 2014; sin embargo, está nueve puntos porcentuales por debajo de la meta al 2018. A pesar de ser una brecha considerable, este es el primer año en que todas las regiones de salud del país alcanzan la meta establecida para el 2006 de 40% de dislipidémicos con metas óptimas (CCSS, 2004). Esto hace ver que ha costado instaurar esta acción en salud en los centros de atención, pero también que estas acciones empiezan a dar resultado.

El Gráfico 8.2, muestra que la mayoría de las regiones mejoraron su control óptimo, exceptuando la Huetar Norte, que permanece igual, y la Región Brunca, que por el contrario disminuyó en cinco puntos porcentuales.



FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Sin embargo, es particular el caso de la Región Brunca, ya que esta es la única región que disminuyó su control óptimo, pero no presentó áreas de salud con controles inferiores al percentil 20, como se puede notar en el Cuadro 8.2. Por otra parte, es evidente que algunas de estas áreas de salud con bajo control óptimo disminuyeron su desempeño respecto del 2014, mientras que otras presentan bajos niveles de control óptimo para ambos años, como por ejemplo: San Rafael de Heredia, Carrillo y Alajuelita.

Hay una particularidad en esta distribución de AS, y es que 10 (47,6%) de las 21 áreas de salud con control óptimo más bajo pertenecen a la Región Central Norte, por lo que 38,5% de sus áreas de salud se encuentran dentro del grupo que presenta desempeño limitado en este indicador.

Situación contraria se presenta en las áreas de salud de Escazú, San Francisco-San Antonio, Curridabat 2, La Carpio-León XIII y Talamanca, ya que presentan datos de control óptimo de LDL-colesterol sobre el 67% (percentil 95). El área de salud de Alajuela Norte está dentro de este grupo; sin embargo, se diferencia de estas en que pasó de 33% en el 2014 a 74% en el 2015, mientras que las demás áreas de salud tienen resultados similares en ambos años.

Cuadro 8.2
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON LOS PORCENTAJES MÁS BAJOS DE CONTROL ÓPTIMO DE LDL/NO
HDL EN PERSONAS CON DISLIPIDEMIA, 2014-2015
(porcentaje)

ÁREA DE SALUD	2014	2015
Horquetas	33	34
Valle de la Estrella	46	34
Palmares	23	33
Hatillo	26	33
Santo Domingo	33	33
Santa Bárbara	26	32
Tilarán	23	31
Montes de Oro	26	30
Heredia Cubujuquí	30	29
Grecia	49	29
Valverde Vega	46	29
Garabito	35	27
Alfaro Ruíz	38	26
Mora-Palmichal	53	26
Aguas Zarcas	38	26
San Rafael de Heredia	25	24
San Isidro de Heredia	40	24
Carrillo	20	22
Matina	41	22
Alajuelita	24	20
San Rafael de Puntarenas	31	15

FUENTE: DCSS, Evaluación de la prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

El aumento en los porcentajes presentados indica que las áreas de salud están realizando acciones para alcanzar la meta institucional; sin embargo, existe espacio para la mejora continua de los servicios de salud. Algunas de las debilidades identificadas y que merecen atención son las siguientes:

- El registro de diagnósticos en los sistemas de información utilizados en cada AS.
- Personas con dislipidemia que no se realizan al menos un perfil lipídico anual.
- Carencia de reactivos de laboratorio para hacer los perfiles lipídicos. Este acceso al laboratorio debe ser garantizado por los centros de salud, cuando mínimo para esta población susceptible.
- Falta de registro de los factores de riesgo cardiovascular del paciente, por parte de los profesionales en salud. Sobre todo de la presencia o no de tabaquismo activo, que para esta evaluación no se consignó en el 8,7% de los dislipidémicos evaluados.
- Cobertura en las áreas de salud con porcentajes superiores al 100%, lo que amerita análisis, ya que es importante conocer si estas poblaciones presentan una prevalencia de dislipidemia superior al 25%.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2004). Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias en el primer nivel de atención. San José: Departamento de Medicina Preventiva.
- CCSS. (2014). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. San José: DCCSS, Area de Salud Colectiva.
- CCSS. (2015). Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. San José, Costa Rica: CCSS.
- Institute, T. H. (Octubre de 2015). Texas Heart Institute. Recuperado el 20 de Mayo de 2016, de Texas Heart Institute: <http://www.texas heart.org>
- The National Collaboration Centre for Primary Care. (2008). Lipid modification. Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. NICE Clinical Guideline, London Royal College of General Practitioners, 67.

9. Cáncer cervicouterino

SABÍAS QUE...



A NIVEL MUNDIAL

- El cáncer de cérvix es el tercero más frecuente en mujeres
- Es la cuarta causa de muertes por cáncer en las mujeres
- Se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 45 años



EN COSTA RICA

29,33 Nuevos casos por cada 100.000 mujeres en el 2014

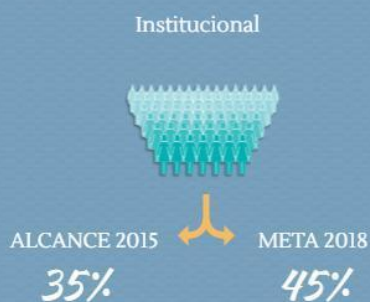
5,47 Muertes por cada 100.000 mujeres en el 2015



El VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO es un importante factor de riesgo para cáncer de cérvix



El porcentaje de mujeres de 35 a menos de 65 años con citología cérvico vaginal realizada en la CCSS en los últimos dos años es:



Según el Laboratorio Nacional de Citologías:

90%
INFLAMATORIAS

1,56%
DISPLASIA LEVE

0,27%
DISPLASIA MODERADA



312.893 citologías reportadas

0,05%
DISPLASIA SEVERA

0,05%
CÁNCER IN SITU

0,01%
CÁNCER INVASOR



De todas las citologías reportadas se encontraron 386 sugestivas de VIRUS DE PAPILOMA HUMANO



Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Cobertura de tamizaje de cáncer de cérvix se mantiene estable a nivel institucional.

Del total de la patología cervical detectada, la mayoría corresponde al grupo de lesiones de bajo grado.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cérvicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las Américas. De continuar con esta tendencia, en el 2030 el número de muertes en las Américas aumentará en un 45%.

Este cáncer ocupa el tercer lugar en incidencia y el cuarto lugar en mortalidad a nivel mundial (OPS, 2013), situación que se observa en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Las tasas de mortalidad son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, lo cual evidencia enormes desigualdades en salud.

En Costa Rica la incidencia en el 2014 fue de 29,33 por cada 100.000 mujeres, la cual disminuyó en relación al 2013, que fue de 32,11. La provincia que presenta mayor tasa de incidencia es San José (35,13), seguida de Heredia (34,08) y Alajuela (33,39). La que registra el menor número de casos es Cartago con 15,98 (Ministerio de Salud, 2015).

En cuanto a la mortalidad, el país alcanzó una tasa de 5,47 por cada 100.000 mujeres en el 2015, ocupando el cuarto lugar en mortalidad por tumores malignos más frecuentes, siendo la provincia de Cartago la que presenta la mayor tasa con 6,95 y Heredia la menor, con una tasa de 3,68 (Ministerio de Salud, 2015).

Es de señalar que la tasa de mortalidad aumentó levemente en relación al año 2014, donde alcanzó un 5,42 por cada 100.000 mujeres. Sin embargo, comparándola con el 2013 (5,72) y 2012 (5,92) se ha presentado una tendencia al descenso, lo que podría indicar un abordaje más oportuno a las mujeres con esta patología (Ministerio de Salud).

En este sentido, es de vital importancia contemplar que el curso natural de la enfermedad, que es habitualmente de unos 10 a 20 años, entre la displasia leve y el carcinoma, hace que el cáncer cérvico uterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir y es la razón fundamental del tamizaje.

En este contexto, se tiene que uno de los factores de riesgo más importante para cáncer de cérvix es el virus de papiloma humano (VPH). Según el Centro de Control de Enfermedades de EE. UU. (CDC), la vacuna contra VPH no sólo protege contra el cáncer de cérvix, sino que su protección

abarca también las lesiones precancerosas, ya que se ha visto que 13 de las cerca de 150 cepas que existen de este virus de transmisión sexual, pueden provocar cáncer en el útero.

La vacuna consta de tres dosis y cubre los tipos VPH 16 y VPH 18, responsables del 70% de los casos de cáncer de cérvix. Se recomienda su aplicación en adolescentes, previo al inicio de su actividad sexual.

Por otro lado y como parte del abordaje de la patología cervical, en el caso de las citologías alteradas, el procedimiento que se realiza a consecuencia es la colposcopia. Los tiempos de realización de esta, según la lesión encontrada en la citología, están normados en el país según el Decreto Ejecutivo Nº 33119-S del 7 de julio del 2006, el cual indica que:

- “Toda usuaria con lesiones sugestivas de presencia de virus de papiloma humano (VPH), ASCUS, AGUS y lesión de bajo grado (LIEBG) persistente debe efectuársele la primera colposcopia antes de noventa (90) días.
- Toda usuaria con lesión de alto grado (LIEAG) debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30) días.
- Toda usuaria con lesiones invasoras debe efectuársele la primera colposcopia antes de ocho (8) días.
- Toda usuaria con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix debe efectuársele la primera colposcopia antes de treinta (30).”

En la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) se mide tanto el indicador de cobertura como el de oportunidad de la atención para la patología cervical, dando un enfoque global al abordaje institucional en este tema.

Para el indicador de cobertura se toma el grupo de mujeres de 35 a menos de 65 años, ya que es el grupo con mayor riesgo de presentar cáncer de cérvix. La cobertura se mide en forma bienal, según la normativa institucional, tomando el dato del año de evaluación y el del año anterior. Es decir que para efectos de este informe, el dato de las mujeres tamizadas para cada área de salud es el resultado de la suma de las mujeres con citología vaginal realizada en el 2015 y las que tienen una citología vaginal realizada en el 2014. Este resultado se divide entre la población de mujeres de 35 a menos de 65 años del área para obtener la cobertura.

Según la EPSS 2015, a nivel institucional se alcanzó una cobertura de 35%, la cual se mantuvo igual a la del 2014. Este resultado está distante de la meta institucional al 2018, que es de 45% en mujeres de 35 a menos de 65 años.

Aunado a esto, el Plan Nacional de Desarrollo señala una meta al 2018 con un incremento de la cobertura de citología cérvico vaginal de un 15% a nivel nacional, tomando como línea de base 35,4% para las mujeres de 35 años y más.

Al hacer el análisis de los resultados obtenidos por las regiones, se observa que sólo la Brunca ya superó la meta institucional, aun cuando la región disminuyó su porcentaje de logro en comparación con el 2014.

La Central Norte ha mantenido una tendencia estable con porcentajes similares en los últimos cuatro años. Lo mismo sucede con la Central Sur y la Huetar Norte. En lo que se refiere a la Pacífico Central y la Chorotega, las coberturas disminuyeron en relación con el año anterior. Es de hacer notar que la Huetar Atlántica presentó un aumento de 9 puntos porcentuales al compararla con el logro del 2014 (Cuadro 9.1).

Cuadro 9.1

CCSS: COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICOUTERINO EN MUJERES DE 35 A MENOS DE 65 AÑOS, SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2012-2015

(porcentaje)

REGIÓN	AÑO			
	2012	2013	2014	2015
Brunca	49	40	51	48
Huetar Norte	39	41	39	39
Pacífico Central	39	36	38	37
Huetar Atlántica	34	28	28	37
Central Sur	40	37	35	35
Central Norte	35	34	32	32
Chorotega	27	32	34	31
Institucional / ¹	38	36	35	35

/¹ No contempla Catedral Noreste.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2012-2015

A nivel de las áreas de salud, en la región Brunca todas, las áreas superaron el promedio institucional; sin embargo, Pérez Zeledón es la única que superó la meta al 2018, ya que alcanzó una cobertura de 59%, siendo la más alta del país. Es de resaltar que las áreas de esta región mantienen porcentajes similares entre sí, con excepción de Buenos Aires, que alcanzó una cobertura de 36%, la menor de la región.

En cuanto a la Central Norte, las áreas de La Carpio-León XIII (56%), Alfaro Ruiz (52%), Valverde Vega (49%) y Barva (46%) están sobre la meta al 2018. Adicionalmente, hay 10 áreas sobre el promedio institucional. Las que poseen menor porcentaje son Santo Domingo (20%), Atenas (22%) y Heredia Cubujuquí (22%).

La Central Sur cuenta con 6 áreas que ya superaron la meta al 2018, así como 18 áreas que están sobre el promedio institucional. Las que tienen mayores porcentajes son Pavas (52%) y Los Santos (48%) y la de menor porcentaje es Cartago (18%), siendo la segunda más baja del país.

La Chorotega tiene 6 áreas sobre el promedio institucional, aunque ninguna ha superado la meta al 2018. Las más altas corresponden a Abangares con 42% de cobertura y Upala con 39%. Por otro lado, Cañas presenta un logro de 12%, ubicándose como la más baja a nivel institucional.

En la Huetar Atlántica, Talamanca y Matina ya superaron la meta al 2018 con 56% y 47%, respectivamente, mientras que Limón alcanza la menor cobertura, con 27%.

En cuanto a la Huetar Norte, Florencia (57%) y Guatuso (47%) son las áreas con porcentajes mayores, al igual que el año 2014, y Santa Rosa de Pocosol tiene la menor cobertura, con 19%.

Por último, la región Pacífico Central tiene 9 áreas que superan el promedio institucional, siendo la más alta Parrita con 53%. La de menor porcentaje es Garabito con 24%.

Al hacer la comparación de todas las áreas de salud, hay una brecha de 47 puntos porcentuales entre el área con mayor cobertura del país y la de menor cobertura, lo que se traduce en una desigualdad muy importante en el tamizaje para cáncer de cérvix.

De las 103 áreas de salud incluidas para este informe (se excluye Catedral Noreste debido a inconsistencias de los datos de la cobertura), hay 17 que ya superaron la meta institucional. Por el contrario, hay 21 áreas de salud que se ubican en el percentil 20 (27%), con las coberturas más bajas del país, lo que indica que son áreas prioritarias de tomar acciones de mejora para este indicador.

De estas 21 áreas prioritarias, llama la atención que 16 de ellas son las mismas del 2014, lo cual corresponde al 76% de estas unidades. Además, 7 de estas áreas, que ya eran prioritarias en el 2014, bajaron aún más sus coberturas en el 2015, por lo que deben ser objeto de un análisis más profundo a lo interno de cada una de ellas, sobre las causas de esta situación. Por el contrario, 7 áreas de salud subieron la cobertura en relación a lo alcanzado en el 2014, y sólo 2 áreas presentan el mismo porcentaje en ambos años. Además hay 5 áreas de salud que se incorporan como prioritarias, ya que en el 2014 no lo eran (Cuadro 9.2).

Es importante resaltar que de las áreas prioritarias en el 2015, 5 son de la provincia de San José, donde se presenta la incidencia más alta en cáncer de cérvix. También en Cartago, provincia con mayor mortalidad, el área de salud presentó una disminución en su cobertura.

Cuadro 9.2
CCSS: COBERTURA DE TAMIZAJE CÉRVICOUTERINO EN MUJERES DE 35 A MENOS DE 65 AÑOS,
SEGÚN ÁREAS DE SALUD PRIORITARIAS, 2014-2015
(porcentaje)

CLASIFICACIÓN	ÁREA DE SALUD	AÑO	
		2014	2015
Áreas que disminuyen coberturas	San Rafael de Heredia	28	27
	Alajuelita	28	26
	Belén Flores	27	25
	Liberia	23	22
	Hatillo	24	20
	Santo Domingo	28	20
	Cartago	21	18
Áreas que aumentan o mantienen coberturas	Moravia	27	27
	Limón	17	27
	Alajuela Norte	21	26
	Garabito	20	24
	Alajuela Oeste	19	23
	Montes de Oca / ¹	10	23
	Heredia Cubujuquí	21	22
	Atenas	20	22
	Santa Rosa de Pocosol	19	19
*Áreas prioritarias nuevas	Heredia Virilla	28	26
	Tilarán	32	24
	Hojancha	35	24
	Desamparados 1	28	21
	Cañas	35	12

*Área no prioritaria en el 2014.

/¹ Dato del año 2014 es evaluado del 1 de abril al 31 de diciembre.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Dentro de las barreras para el tamizaje se podrían mencionar el descuido, mujeres que no cuentan con seguro social, dificultad geográfica y problemas para conseguir cita, ya sea por horario laboral u otros motivos personales. Además, se puede citar la no concientización del cáncer cérvicouterino como problema de salud, así como creencias, actitudes, ideas falsas que se socializan en la familia y la comunidad que impiden consultar sobre enfermedades del aparato genital.

Otro punto a considerar en los resultados, es el aumento de las mujeres que prefieren realizarse la citología en el sector privado. Lamentablemente, en este momento no se cuenta con registros para medir esta situación, por lo cual no es posible valorar las coberturas reales del país.

Además, no se deben perder de vista las causas derivadas de la gestión propia de los centros de salud, tales como registros inadecuados e incompletos lo que genera coberturas erróneas, problemas de oferta y asignación de cupos para la cita, falta de promoción y divulgación en el tema de cáncer de cérvix como problema de salud, así como las oportunidades perdidas en la toma de la citología para la mujer que acude a los centros de salud por otros motivos.

Es por esto que cada área de salud debe conocer las dificultades que enfrenta en el tema de prevención y abordaje de la patología cervical, para así implementar acciones, no solo a lo interno de cada unidad, sino que también el trabajo en red se vea fortalecido.

Según datos del Laboratorio Nacional de Citologías, para el año 2015 se reportaron 312.893 citologías en todo el país, de las cuales 4.880 fueron diagnosticadas como displasia leve (1,56%), 846 como displasia moderada (0,27%), 162 como displasia severa (0,05%), 154 como carcinoma in situ (0,05%) y 21 citologías como carcinoma epidermoide, probablemente invasor, (0,01%). A la vez, se encontraron 4.399 casos de ASCUS, lo que corresponde al 1,41%, y 99 casos de ASC-H (0,03%).

Por otro lado, 284.708 citologías fueron diagnosticadas como inflamatorias, lo que corresponde al 91% de ellas, y 17.624 (5,63%) fueron por células atípicas de diagnóstico indeterminado, negativas por malignidad o muestra inadecuada para diagnóstico.

Se debe mencionar que dentro de las citologías con diagnóstico de displasia leve se encontraron 385 casos sugestivos del virus del papiloma humano y en las de displasia moderada había un caso, lo cual habla de la importancia de reforzar medidas preventivas como la vacunación, con el fin de evitar la patología cervical.

Cabe destacar que, aunque la cobertura institucional es baja, pareciera ser oportuna, por cuanto la mayoría de la patología cervical detectada corresponde a diagnóstico de inflamatorias y lesiones de bajo grado.

Por esto y como parte del seguimiento de las citologías alteradas, la EPSS mide el indicador de oportunidad de la atención, en donde se evalúa el cumplimiento de los tiempos de atención adecuados en caso de citologías alteradas. En este apartado se menciona únicamente lo relacionado al segundo nivel ambulatorio, con las 10 unidades que cuentan con el recurso de colposcopia, que son: Barranca, Belén Flores, Mata Redonda, Coronado, Zapote Catedral, Hatillo, Buenos Aires, Desamparados 1, Talamanca y Tibás-Uruca-Merced.

Para este indicador, se evaluó una muestra de 451 expedientes, de los cuales 34 fueron no evaluables, quedando 417 expediente evaluados.

En los resultados se observa que solo Barranca cumple con el 100% de casos abordados oportunamente. Cabe recalcar que es el primer año que se evalúa el indicador en esta área, lo que denota un esfuerzo de la unidad por atender en forma oportuna a sus usuarias.

Por otro lado, se tienen 5 áreas de salud que logran un cumplimiento mayor al 90% y 2 áreas con un porcentaje mayor al 80%.

El área de salud de Talamanca cuenta con un logro de 78% y también es el primer año en que se les mide este indicador.

Llama la atención que el área de Tibás-Uruca-Merced, al igual que en el 2014, alcanza un porcentaje muy bajo, lo que amerita un análisis y abordaje inmediato de los motivos de este resultado (Cuadro 9.3).

Cuadro 9.3
CCSS: ATENCIÓN OPORTUNA DE LAS COLPOSCOPIAS SEGÚN ÁREA DE SALUD Y AÑO, 2014-2015
(porcentajes)

ÁREA DE SALUD	AÑO	
	2014	2015
Barranca	-	100
Belén Flores	86	98
Mata Redonda	97	98
Coronado	96	95
Zapote-Catedral	95	95
Hatillo	85	94
Buenos Aires	93	87
Desamparados 1	38	86
Talamanca	-	78
Tibás-Uruca-Merced	57	51

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2015.

Dentro de las causas encontradas durante la EPSS respecto al no cumplimiento de la norma en cuanto a los tiempos oportunos, se pueden mencionar el desconocimiento por parte del personal de salud sobre la prioridad de las citas a colposcopia. En muchas ocasiones ocurre que las usuarias se citan en periodos posteriores a lo estipulado según la lesión encontrada en la citología. Esto ocurre porque no se da la debida capacitación al personal de salud sobre la importancia de la prevención y el abordaje oportuno en cáncer de cérvix, lo que va en detrimento de una adecuada atención.

Sin embargo, también se deben contemplar las causas atribuibles a la usuaria, ya que en ocasiones quedan ausentes a cita, y cuando se hace la búsqueda correspondiente no se localizan, debido a dirección incorrecta, cambio de domicilio, etc.

Por todo esto se sugieren las siguientes recomendaciones para fortalecer la atención de la patología cérvicovaginal:

- Mejorar el acceso a la toma de la citología por medio de diferentes estrategias, como ferias de la salud, mayor divulgación sobre la importancia de la citología, aumentar la captación de las mujeres en la visita domiciliar, entre otras cosas.
- Dar prioridad a los grupos de riesgo.
- Fortalecer la educación a la mujer en el tema del cáncer de cérvix.
- Acceder a las mujeres en otros escenarios como es el centro de trabajo.
- Utilizar diferentes vías de comunicación para promocionar el tamizaje en la población.
- Llevar un adecuado registro de las usuarias con citología realizada y dar el seguimiento adecuado.
- Enlazar acciones con el Laboratorio Nacional de Citologías para mejorar los tiempos de reporte y llegada de éste a las unidades.
- Fortalecer el trabajo en Red a nivel institucional, tanto para la captura de las usuarias que no se hacen la citología como para la atención oportuna de la citología alterada.
- Llevar un listado en las unidades de las citologías que se realizan a nivel privado.
- Implementar la vacunación contra VPH.

Es importante tomar en cuenta estos resultados, ya que el abordaje oportuno de las mujeres con patología cervical es fundamental para prevenir la mortalidad temprana por cáncer de cérvix. La gestión de las áreas de salud es primordial en este aspecto, así como una comunicación interniveles efectiva.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (1995). Normas de atención integral de salud en el primer nivel de atención. Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2015). Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según cantón, 2014 Costa Rica. San José.
- Ministerio de Salud. (2015). Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población femenina según cantón 2014. San José.
- Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud. Unidad Seguimiento de indicadores. Registro Nacional de Tumores. (s.f.). www.ministeriodesalud.go.cr. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/mortalidad>
- MINSA. (2009). Registro Nacional de Tumores. San José, Costa Rica.

- OMS. (2007). Integración de la atención sanitaria para la salud sexual y reproductiva y las enfermedades crónicas. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales.
- OPS. (2013). Cáncer en las Américas. Perfiles del país 2013. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2013). Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS. Washington.
- OPS. (2013). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2014). El cáncer cervicouterino en las Américas. Nota informativa.
- PPMS/OPS. (2013). Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OMS/OPS.
- Poder Ejecutivo. (2006). Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer del Cuello del Útero, para el I y II Nivel de Atención. Decreto N° 33119-S. San José: La Gaceta N° 131.
- Poder Ejecutivo. (2007). Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Útero, I - II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología. Decreto N° 33650-S. San José: La Gaceta N° 171.

10. Vacunación contra influenza en la población adulta mayor

Cobertura vacunación contra Influenza en el adulto mayor



Población nacional
de 65 años y más
355.637



Vacunación contra
Influenza
67%



Población adulta
mayor vacunada
238.277



La cobertura aumentó seis puntos
porcentuales con respecto al año 2014.

Cobertura regional (porcentajes)

Brunca	80
Chorotega	78
Pacífico Central	78
Huetar Norte	78
Central Norte	64
Central Sur	62
Huetar Atlántica	62

Meta Institucional 2018
80%



En los últimos 2 años, la Región Huetar
Atlántica aumentó su cobertura en 18
puntos porcentuales.

Áreas de Salud ubicadas en el primer quintil (percentil 20 = 58%)

Talamanca	Alajuelita
Hatillo	Limón
La Unión	Carrillo
Goicoechea 1	Belén-Flores
Tibás-Uruca-Merced	Desamparados 1
San Rafael de Heredia	Escazú
Heredia Cubujuquí	Mata Redonda
Concepción-San Juan-San Diego 2	Santo Domingo
Guápiles	Montes de Oca 2
La Carpio-León XIII	Zapote-Catedral
Curridabat 2	

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

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

Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813

Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Aumenta la cobertura institucional de vacunación contra Influenza en el adulto mayor.

Estrategias más efectivas de vacunación y mejor calidad de los registros tuvieron un efecto positivo en las coberturas regionales.

El envejecimiento poblacional va acompañado de desafíos en salud especiales, por lo que se debe preparar a la sociedad para atender las necesidades de este grupo vulnerable.

Una de las principales patologías que afecta al grupo poblacional de 65 años y más es la influenza, enfermedad altamente infecciosa que produce un incremento en las consultas y hospitalizaciones. Anualmente, en la Región de las Américas se presentan 79.057 muertes por influenza y de ellas el 81% son adultos mayores de 65 años. Los hallazgos disponibles para América Latina sugieren que la enfermedad afecta de forma más severa a niños menores de 5 años y adultos de 60 años y más con condiciones preexistentes (OPS, 2014).

Debido a lo anterior, las infecciones agudas por virus respiratorios son enfermedades de notificación semanal colectiva en Costa Rica y a partir de 1998 se reportan dentro del grupo de las virosis de vías respiratorias inferiores. En el año 2013 fallecieron más personas por Influenza H1N1 (0,70 por cada 100.000 habitantes) que por cualquier otro virus respiratorio (Ministerio de Salud, 2014). Los adultos mayores poseen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con influenza, por lo que continúan teniendo alta prioridad para la vacunación (CCSS, 2015).

La disponibilidad de una vacuna para la prevención de la influenza estacional plantea alternativas de intervención costo-efectivas a los Programas de Inmunización y Salud Pública en los países. La eficacia de la vacuna depende de la edad y el estado inmunológico de la persona, así como el grado de similitud entre las cepas que se encuentren circulando, con respecto a las incluidas en la vacuna utilizada.

La vacunación en la CCSS dio inicio el 27 de abril y culminó el 05 de junio de 2015, de acuerdo a las indicaciones de aplicación señaladas para países tropicales y en respuesta al comportamiento epidemiológico que muestran las infecciones respiratorias en el país.

La Caja Costarricense de Seguro Social definió utilizar en los adultos mayores de 60 años, captados en los distintos escenarios de atención, la vacuna contra virus influenza del Hemisferio Sur. La vacuna de influenza con virus inactivado está compuesta por virus relacionados antigénicamente con cepas de influenza A y B circulantes. A nivel institucional, se utilizó una vacuna trivalente, que contiene dos cepas de influenza tipo A y una cepa de influenza B (CCSS, 2015).

Para asignar la cantidad de dosis de vacuna que requiere cada establecimiento, se utiliza la información suministrada por los responsables de inmunizaciones a nivel local, referente al número de personas según su diagnóstico de riesgos definidos en el Taller de Cuotas (CCSS, 2015).

La intervención estratégica incluida en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) evalúa la cobertura de vacunación por influenza, la cual representa el total de personas de 65 años y más vacunadas en el año en relación a la población de adultos mayores del área de salud, la región o nacional. Para establecer la cobertura, se solicitó la Certificación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), de donde se tomó el dato del total de adultos mayores vacunados.

Es importante aclarar que debido a inconsistencias en los datos del Área de Salud de Catedral Noreste, los resultados no se tomaron en cuenta para el cálculo de las coberturas de vacunación.

A nivel institucional, el porcentaje de cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor en el 2015 fue de 67%, seis puntos porcentuales más que el año 2014. Las regiones Central Sur, Central Norte y Huetar Atlántica se encuentran por debajo del promedio institucional; sin embargo, esta última continúa mejorando su porcentaje de cobertura, con un aumento de 18 puntos porcentuales del 2013 al 2015.

Las regiones que se encuentran por encima del promedio institucional son:

- Brunca: 80%
- Chorotega: 78%
- Pacífico Central: 78%
- Huetar Norte: 78%

Las regiones que se encuentran por debajo del promedio institucional son:

- Central Norte: 64%
- Central Sur: 62%
- Huetar Atlántica: 62%

La meta institucional establecida al 2018 es lograr una cobertura de vacunación contra influenza del 80%. En el último año, las regiones del país se han ido acercando más a la meta, ya que prácticamente todas aumentaron su cobertura con respecto al año 2014, lo que demuestra que las estrategias locales implementadas han sido efectivas con los recursos que maneja la institución. Desde el año 2014, la Región Brunca alcanzó la meta institucional para el 2018.

Las áreas de salud presentan datos variables que van desde el 43% en Zapote-Catedral hasta 99% en Guatuso. Las que se ubican en el primer quintil, es decir menor o igual al percentil 20 (58%) son:

Talamanca	Concepción-San Juan-San Diego 2	Belén Flores
Hatillo	Guápiles	Desamparados 1
La Unión	Carpio-León XIII	Escazú
Goicoechea 1	Curridabat 2	Mata Redonda
Tibás-Uruca-Merced	Alajuelita	Santo Domingo
San Rafael de Heredia	Limón	Montes de Oca 2
Heredia Cubujuquí	Carrillo	Zapote-Catedral

Según lo anotado, se destaca que la cuarta parte de las áreas de salud son de administración externa, donde llaman la atención Escazú y Montes de Oca con 50% y 45% de cobertura, respectivamente.

En relación a las dificultades identificadas por las unidades para la consecución de los objetivos, las áreas de salud ubicadas dentro de las regiones centrales han argumentado resistencia de algunos usuarios para la aplicación de la vacuna. Otras refieren que no alcanzaron las metas debido a que el biológico se agota antes de tiempo, ya que también se deben vacunar otros grupos de riesgo definidos.

Durante el análisis de los datos se encontró una relación estadísticamente significativa entre el Índice de Desarrollo Social (IDS) y la cobertura de vacunación contra la influenza en el adulto mayor, de modo que las áreas de salud con un IDS elevado tienen en promedio una cobertura más alta de vacunación; de la misma forma, las áreas de salud con un IDS menor mostraron coberturas en promedio más bajas. Esta asociación indica que hay desigualdades en el acceso que tiene esta población a la vacunación, dado que poblaciones más vulnerables según sus condiciones socio económicas estarían teniendo menos acceso a la vacuna, lo que debe convertirse en una llamada de atención para fortalecer las estrategias en esas zonas.

En el año 2014 el área de salud Talamanca presentó el porcentaje de cobertura más bajo; no obstante, al mejorar los registros y su entrega oportuna al PAI para la confección de los certificados, esta área de salud aumentó considerablemente su cobertura.

En el año 2013 las provincias que más defunciones presentaron por virus respiratorios fueron: Alajuela (25%) y San José (21%) (Ministerio de Salud, 2014). Tomando en cuenta que la mayor cantidad de adultos mayores se concentra en las regiones centrales, es en estas zonas donde se deben de fortalecer las estrategias de vacunación; cabe recalcar que aunque presentaron porcentajes de cobertura por debajo del promedio institucional, la Región Central Norte aumentó en cinco puntos porcentuales y la Central Sur en doce, con respecto al año 2014.

En el año 2015 los servicios del primer nivel atendieron al 90% de los adultos mayores de 65 años y más, por lo que en relación con los vacunados, existe un 23% de ellos que no recibieron la vacuna, representando un porcentaje de oportunidades perdidas. Esta brecha se mantuvo estable con respecto al año 2014; sin embargo, se debe aprovechar la oportunidad de vacunar a esta población que accede al centro de salud.

Para lograr el impacto esperado, se requiere un alto nivel de cobertura en la población blanco y que los efectos puedan ser medidos de manera confiable. Prevenir la infección por virus de Influenza se ha convertido en uno de los principales retos institucionales, con el cual tanto autoridades como equipos de atención deben estar comprometidos. El éxito de esta costosa intervención depende de la capacidad institucional de cubrir a la mayor cantidad posible de personas en riesgo durante las campañas de vacunación.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2015). Lineamientos de vacunación con la vacuna de influenza estacional en Costa Rica. Temporada 2015. San José, Costa Rica: CCSS.
- Ministerio de Salud . (2014). Análisis de Situación de Salud de Costa Rica. San José, Costa Rica: Dirección de Vigilancia de la Salud.
- OPS. (2014). Evaluación multicéntrica de la efectividad de la vacuna de influenza estacional en América Latina y el Caribe, temporada 2014. OPS.

11. Eficiencia productiva

Índice que contrasta la producción con los recursos utilizados

Recursos



Humano



Materiales



Población

VS

Producción



Atenciones en salud



Visitas del ATAP



Calidad de la atención

¿Cómo se mide?



Análisis
Envolvente
de Datos
DEA

Técnica matemática que contrasta los insumos con productos y genera el Índice de Eficiencia Relativa.

Fuentes de información:

Dirección Actuarial



Población

Dirección Presupuesto



Financiero

Área Estadística en Salud



Producción

Suministro de la información:

Las áreas de salud suministran el Instrumento de Recolección de Información lleno para el procesamiento de los datos.



Resultados obtenidos

IER: 100%

Excelente

40 Áreas de Salud

IER: 90 a menos de 100%

Muy bueno

22 Áreas de Salud

IER: 80 a menos de 90%

Bueno

14 Áreas de Salud

IER: 70 a menos de 80%

Regular

13 Áreas de Salud

Cuarenta y nueve áreas tienen margen para mejorar, en mayor o menor grado, su productividad (IER <100%); cuarenta deben esmerarse para mantener su IER = 100%.

Contacto: DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Se avanza en la estandarización de la información utilizada para la evaluación del Índice de Eficiencia Relativa.

El nuevo Instrumento de Recolección de Información mejoró de manera sensible la estandarización de la información referente a producción.

La eficiencia es una de las dimensiones en donde se evalúa el desempeño de los servicios de atención de la salud en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y es fundamental pues se refiere al uso adecuado de los recursos escasos con que cuentan las áreas de salud y los hospitales para la atención de la salud de la población. La eficiencia es una dimensión transversal que afecta el acceso, la continuidad, la efectividad y la satisfacción de los usuarios de los servicios, en tanto estos dependen de la disponibilidad y el buen uso de los recursos productivos.

Para efectos de la evaluación de la eficiencia en el desempeño de las áreas de salud, desde el año 2010 se ha venido utilizando el Análisis Envolvente de Datos (DEA por sus siglas en inglés), una metodología desarrollada desde la matemática, que permite comparar unidades de producción con características similares en sus productos y en sus procesos productivos. Puesto que no se dispone de un óptimo predefinido como meta, el DEA construye con datos reales la frontera de producción alcanzada en el contexto y con las particularidades de las unidades a evaluar.

Las áreas de salud utilizan múltiples recursos, incluyendo recurso humano diverso, variedad de tecnología y de materiales y servicios, a la vez que producen una cantidad importante de atenciones, tales como visitas domiciliarias, actividades educativas impartidas por diversos profesionales, consultas médicas, atenciones de odontología, trabajo social, etc. Ante la imposibilidad metodológica de incluir todos los recursos y productos ofrecidos, se seleccionan y, en algunos casos, se agrupan las atenciones más relevantes cuantitativa y cualitativamente.

De tal manera, se trabaja con un modelo que incluye, por el lado de los recursos, el recurso humano de atención directa de la población (cantidad de ATAPS y de profesionales en odontología, enfermería, trabajo social, medicina, nutrición y psicología, así como el gasto en tiempos fuera de la jornada laboral ordinaria de dichos profesionales), el gasto en servicios no personales y en materiales y suministros; y como recurso no controlable, la cantidad de población del área geográfica de adscripción. Por el lado de los productos se incluyen las atenciones de cada uno de los grupos profesionales mencionados y el porcentaje de cobertura en atención médica de la población adscrita. El proceso de evaluación busca reconocer la mayor cantidad posible de producción, identificando ponderadores basados en el tiempo de duración de las atenciones en cada uno de los grupos profesionales.

En reconocimiento de que las áreas de salud no son unidades productivas perfectamente homogéneas, la aplicación del DEA se complementa con la utilización de una metodología participativa, implementada mediante un instrumento en el cual cada área reporta su información y expone las situaciones particulares que enfrentó durante el periodo productivo a evaluar y que impactaron de manera particular sus procesos productivos.

El Instrumento permite exponer situaciones tales como tiempos no productivos del recurso humano (incapacidades no sustituidas, tiempos gastados en traslados a puestos de visita periódica o a atención domiciliar, etc.) o problemas fuera del control de la gestión, como equipo o infraestructura dañados. Por el lado de la producción, permite incluir atenciones no tipificadas en las estadísticas o ponderar producción que requiere tiempo adicional de los profesionales, como es el proceso de aprendizaje en la implementación de los nuevos sistemas de información.

El indicador evalúa 89 de las 104 áreas de salud de la CCSS; se excluyen 13 áreas de gestión externa y 2 adscritas a hospitales. Las primeras por considerarse que los contratos firmados con las empresas son eficientes, pactados al menor costo y con cláusulas apropiadas sobre cantidad y calidad de su producción; en el caso de las dos áreas adscritas a hospitales, por no estar disponible la información para cada una de las variables utilizadas en el análisis DEA.

Los datos de recursos y producción se procesan mediante el “*Frontier Analyst*”, versión 4, software especializado para realizar análisis envolvente de datos.

El DEA produce como resultado un índice, el IER, que ordena a las áreas de acuerdo a su productividad. Las unidades que obtienen un IER de 100% son las que alcanzaron en el periodo evaluado la mayor cantidad de producción respecto a sus recursos. Un índice por debajo de 100 significa que la unidad evaluada puede aumentar su productividad al nivel que lo han hecho las que sí alcanzaron dicho porcentaje.

A nivel individual, los resultados indican que un 45% de las unidades (40 áreas) se situaron en la frontera de producción con un IER de 100%, 70% obtuvieron un IER mayor o igual al 90% y un 85,4% mayor a 80%. Solamente 13 unidades (14,6%) obtuvieron un IER por debajo de 80%. Los resultados individuales se muestran en el Cuadro 11.1.

En relación con el año 2014, los resultados obtenidos indican que un 20% de las unidades mantuvieron un IER de 100% en ambos años, mientras que un 22% lo bajó y un 57% lo mejoró. En términos de posición, 18 unidades mantuvieron su puesto en el escalafón, 43 lo mejoraron y 28 bajaron su posición relativa.

En términos generales, hay dos resultados evidentes: el primero, es una menor dispersión del IER respecto al año 2014 (desviación estándar de 0,13 versus 0,09 en el año mencionado), y el segundo, un desplazamiento hacia arriba de la distribución del Índice, pasando el mínimo de 53,6% a 70,3% e incrementándose la cantidad de las áreas situadas en la frontera de producción (de 27 de 40 unidades).

Cuadro 11.1
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD SEGÚN EL VALOR DEL IER, 2015

70 a 79,99%	80 a 89,99%	90 a 99,99%	100%
Buenos Aires	Hojancha	Guácimo	Catedral Noreste
Heredia Virilla	Barranca	Guatuso	Tibás Uruca Merced
Siquirres	Belén Flores	Valle La Estrella	Coronado
Goicoechea 1	Cartago	Carrillo	Santo Domingo
Alajuela Norte	Los Santos	Tilarán	San Rafael
Goicoechea 2	Esparza	Corredores	Naranjo
Puriscal	Heredia Cubujuquí	Florencia	Grecia
Santa Bárbara	La Fortuna	Aserrí	San Ramón
La Cruz	Moravia	Horquetas	Palmares
Santa Rosa	Zapote Catedral	Corralillo	Poás
Osa	Nandayure	Alajuelita	Valverde Vega
Mata Redonda	Mora	Parrita	Orotina
Talamanca	San Isidro De Heredia	Chomes Monteverde	Zarcero
	Coto Brus	San Rafael de Puntarenas	Alajuela Sur
		Golfito	Alajuela Oeste
		Chacarita	Alajuela Central
		Pérez Zeledón	Hatillo
		El Guarco	Desamparados 1
		Oreamuno	Paraíso
		Guápiles	La Unión
		Atenas	Acosta
		Aguas Zarcas	Desamparados 3
			Turrialba
			Puerto Viejo
			Pital
			Ciudad Quesada
			Los Chiles
			Santa Cruz
			Nicoya
			Miramar
			Cañas
			Abangares
			Bagaces
			Peninsular
			Colorado
			Garabito
			Aguirre
			Limón
			Cariari
			Matina

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2015.

En lo que se refiere a los resultados por región, las cifras muestran que el mayor porcentaje de áreas con IER mayor o igual a 90% corresponde a la región Pacífico Central con 9 de sus 11 unidades (81,8%) y el menor a la región Brunca con 3 de 6 (50%).

Cuadro 11.2
CCSS: CANTIDAD DE ÁREAS DE SALUD POR RANGO DE VALOR DEL IER SEGÚN REGIÓN, 2015

REGIÓN	70 a <80	80 a <90	90 a <100	100	TOTAL
Brunca	2	1	3	-	6
Chorotega	1	2	2	6	11
Central Norte	3	3	2	14	22
Central Sur	4	5	5	9	23
Huetar Atlántica	1	1	3	3	8
Huetar Norte	2	0	3	3	8
Pacífico Central	-	2	4	5	11
Total	13	14	22	40	89

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2015.

En relación con el comportamiento respecto al IER 2014, la región Brunca es la que muestra un mayor porcentaje de áreas que ascendieron en su posición general dentro del Índice con 5 de las 6 unidades, mientras que la región Central Sur es la que tiene un menor porcentaje de unidades que mejoraron, con un 34,7% de sus áreas.

Cuadro 11.3
CCSS: CANTIDAD DE ÁREAS DE SALUD QUE SUBIERON, BAJARON O MANTUVIERON EL PUESTO DENTRO DEL ESCALAFÓN DEL IER SEGÚN REGIÓN, 2014-2015

REGIÓN	Cantidad de Áreas de Salud y su posición en el escalafón			
	Subieron	Mantuvieron el puesto	Bajaron	Total
Brunca	5	1	0	6
Chorotega	5	2	4	11
Central Norte	14	1	7	22
Central Sur	8	11	4	23
Huetar Atlántica	4	3	1	8
Huetar Norte	5	2	1	8
Pacífico Central	6	3	2	11
Total	47	23	19	89

Nota: La cantidad de unidades que bajaron (19) no coincide con las que subieron su posición (47), debido a que la cantidad de unidades que se ubican en el "Puesto 1", con un IER de 100%, aumentó de 27 a 40.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2014 y 2015.

En términos generales, los resultados se pueden explicar tanto por un incremento en la productividad de algunas unidades (en relación con el año 2014) como por una mejora en la calidad de los datos utilizados para calcular el Índice. Una posible explicación de la mayor concentración del IER 2015 es el avance en la estandarización de los datos, producto del proceso de socialización y discusión del Indicador realizado en el 2015, así como del diseño del nuevo instrumento, que incluyó un mayor detalle del registro de la producción. Se debe reconocer, sin embargo, que en el tema de reporte de la cantidad de recurso humano queda trabajo pendiente, pues aún no se logra un reporte estandarizado de los tiempos en que el recurso humano no laboró por razones fuera del control de la gestión.

Es importante insistir en el papel fundamental que juegan los datos y en lo relevante que es reportar, con cifras, las situaciones especiales que pudieron afectar los procesos productivos en cada unidad. Este reporte, mediante el Instrumento de Recolección de Información, es lo que permite evaluar la eficiencia de manera más equitativa. La información incompleta puede conducir a un valor que no refleja de forma adecuada la eficiencia de la unidad.

Un ejemplo de la situación mencionada es la producción de enfermería, la cual no es reportada o es subreportada por algunas áreas de salud, siendo un elemento clave para explicar su bajo IER. Sobre este grupo profesional hay un problema generalizado de no registro o registro poco homogéneo de su producción en las áreas de salud, lo cual hace difícil comparar su productividad.¹ Situaciones similares, aunque quizás menos generalizadas, suceden con otros grupos profesionales, en los que se ha hecho un esfuerzo importante en los últimos años por definir y estandarizar las estadísticas de su producción.

Como cualquier indicador, la calidad del IER como indicador de eficiencia depende en buena medida de la información que lo alimenta. Por tal razón, es fundamental continuar avanzando en la mejora de la calidad de información. En este sentido, como medida correctiva se propone la entrega y revisión individualizada del Instrumento de Recolección de Información por medio de una videollamada a través del sistema de mensajería instantánea Lync, con el fin de alcanzar una mayor estandarización.

Referencias Bibliográficas

- Banxia. (2010). Software Limited. Frontier Analyst Guide. <http://www.banxia.com/frontier/index.html>
- Charnes A., Cooper W.W. and Rhodes E. (1978). Measuring the Efficiency of Decisión Making Units. Europ. J. Operational Res., 2, 429-444

¹ En este sentido, hay un trabajo en proceso por parte de la Coordinación Nacional de Enfermería y la AES, buscando estandarizar dicho registro.

- Coll Serrano, V. y Blasco Blasco, OM. (2006). Evaluación de la eficiencia mediante el análisis envolvente de datos. Universidad de Valencia.
- García Latorre, FJ et al. (1996) "Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos". Rev. Esp. de Salud Pública, 70:211-270.
- Puig-Junoy, Jaume. (2000). Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera. Rev. Esp. Salud Publica, Madrid, 74(5-6). Obtenido de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000500005&lng=es&nrm=iso>. accedido en 14 jun. 2016.

CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS

Consideraciones sobre la evaluación de hospitales y centros especializados

El control de los registros a nivel local y la disponibilidad de sistemas de información de calidad continúa siendo un factor primordial en el cumplimiento de los objetivos de la evaluación y la toma de decisiones informada.

Para el logro de los objetivos de la evaluación de los hospitales y centros especializados, es fundamental que el nivel local efectúe un adecuado proceso de monitoreo y control de la calidad de los datos y registros que son producto de las actividades de prestación de servicios ambulatorios y de hospitalización. Se debe tener presente que la información producida constituye un insumo para las bases y herramientas de información institucionales.

Entre las fuentes de información facilitadas por los establecimientos se encuentran registros de personas atendidas en áreas específicas, los expedientes de salud, el reporte de casos en lista de espera para cirugía y el listado de cirugías efectuadas en los quirófanos.

En algunos de los indicadores evaluados, la existencia de registros incompletos o no acordes a requisitos de evaluación previamente establecidos, es un factor que afectó la representatividad estadística de la información; además, la falta de datos en una parte de los expedientes de salud revisados limitó la certeza en los resultados y su interpretación.

Referente a otros registros institucionales, todavía se detectan problemas de calidad o ausencia de los datos en la información suministrada desde el nivel local, lo que repercute no solamente en el proceso de evaluación, sino en la toma de decisiones de las instancias técnicas respectivas.

Por otra parte, debe señalarse el valioso aporte de otras dependencias para disponer de diversos insumos que son necesarios en el proceso de evaluación. Por ejemplo, la base de datos de egreso hospitalario a partir del “ARCA”, o en su defecto, del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS), los anuarios estadísticos y los cuadros de producción en consulta externa, que constituyen las principales fuentes facilitadas por el Área de Estadística en Salud (AES). Asimismo, la información suministrada por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE) sobre el registro de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) reportadas por los hospitales.

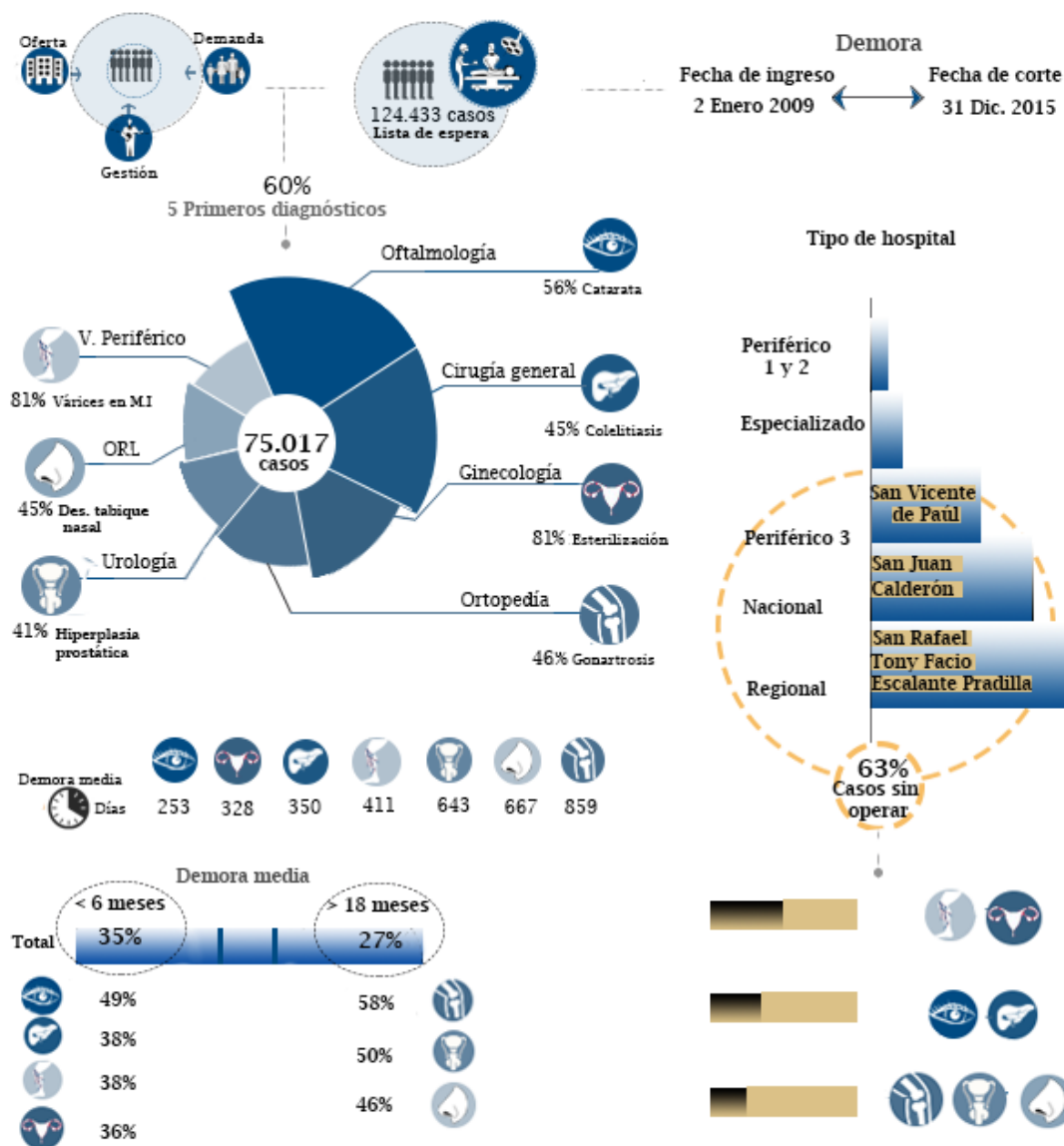
La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2015 para los 23 hospitales generales y 8 centros especializados, se desarrolló siguiendo una metodología semipresencial, dividida en dos etapas.

En la primera etapa se revisó la información que los establecimientos facilitaron a la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) durante el último trimestre del 2015 y primero del 2016. La segunda etapa consistió en la visita presencial durante el primer trimestre del 2016 a cada Centro por los médicos evaluadores de la DCSS, con el objetivo de evaluar aquellos indicadores cuya fuente de información la constituyen fundamentalmente los expedientes de salud. Se verificó, en los casos necesarios evidencia de información facilitada en la primera etapa.

Paralelamente, se coordinó con la instancia institucional correspondiente el suministro de la información relativa a egresos hospitalarios, consulta externa, IAAS u otras.

Con la presentación de los resultados, a pesar de las limitaciones encontradas, se brinda información objetiva y estandarizada que permitirá a los gestores locales y autoridades de la institución la toma de decisiones informada, cuya finalidad es la ejecución de acciones que mejoren el acceso, la oportunidad, la continuidad y la seguridad en la atención, así como la eficiencia en el uso de los recursos.

1. Listas de espera de las especialidades quirúrgicas





Demora en las listas de espera de las especialidades quirúrgicas.

En el 35% de los casos pendientes de la lista de espera quirúrgica de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, la demora es menor de seis meses.

La lista de espera de los procedimientos quirúrgicos ocupa un lugar preponderante en la agenda institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, 2015). Su origen multifactorial es común en los sistemas sanitarios públicos (Rodríguez, Álvarez, & Abad, 2008).

Condiciones referentes al envejecimiento de la población, el avance científico y médico, el auge de técnicas quirúrgicas más seguras, entre otros, inducen al aumento de las necesidades de la población. Lo anterior, frente a la respuesta de los servicios de salud con los recursos disponibles, crea restricciones en el acceso a la atención y por consiguiente un crecimiento de la lista.

Las autoridades han realizado esfuerzos de contingencia para incidir sobre esta problemática y han establecido estrategias para una gestión efectiva de las listas, a partir de los criterios de oportunidad y calidad (CCSS, 2015).

El objetivo de este análisis se circunscribe a la demora media de los primeros cinco diagnósticos con mayor volumen de casos no operados, por especialidad y tipo de hospital. El cálculo de la demora media se obtiene con el total de días de espera (diferencia entre la fecha de corte y la fecha de ingreso a la lista), entre el total de casos del listado (CCSS, DCSS, 2013).

La población de estudio son los casos no operados con ingreso a la lista del 2 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2015, procedentes de los 26 hospitales (nacional, especializado, regional y periférico) y la Clínica Oftalmológica (Anexo 1.1).

La fuente de datos corresponde al listado que elabora cada centro en Excel y que envía a la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) y a la Dirección de Compra de Servicios de Salud (DCSS) (CCSS-UTLE, 2009). Los casos con descripción diagnóstica legible sin código, se completó con base en la CIE10.

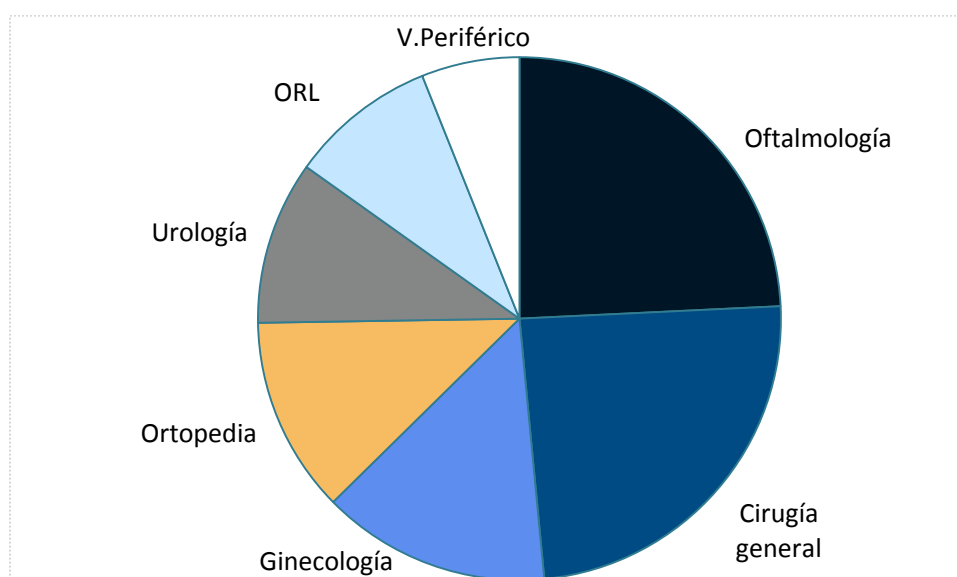
El análisis de los tiempos de espera de los casos resueltos, es decir, de los realmente operados, como referente de comparación con la demora de los no operados, no fue posible realizar debido a las incongruencias encontradas. Recientemente la UTLE emitió la Guía para unificar los criterios del diseño del modelo de gestión de la lista y la sistematización del proceso de depuración. No todos los centros incluyeron la nueva categoría denominada “depurado”, dentro de la variable “estado de cita”. Esta categoría agrupa los casos no operados a los que se les reprograma la

cirugía, reingresan a la lista con una nueva fecha, la operación se cancela por solicitud del paciente o por fallecimiento, entre otros (CCSS-UTLE, 2015).

Dentro del grupo de resueltos se encontraron casos que corresponden a la categoría de depurados; sin embargo, por oportunidad de tiempo no fue posible realizar la segregación, razón por la cual se desestimó el análisis de espera de los operados.

Un total de 124.433 casos sin operar se encuentran en lista de espera a la fecha de corte; el 60% (75.017) corresponden a los primeros cinco diagnósticos pre-quirúrgicos de las especialidades de: Oftalmología, Cirugía General, Ginecología, Ortopedia, Urología y Otorrinolaringología (ORL) y a los dos primeros de Vascular Periférico. Casi la mitad de la lista pertenece a Oftalmología y Cirugía general (Gráfico 1.1).

Gráfico 1.1
CCSS: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS PENDIENTES DE CIRUGÍA
SEGÚN ESPECIALIDAD
(corte al 31 diciembre 2015)

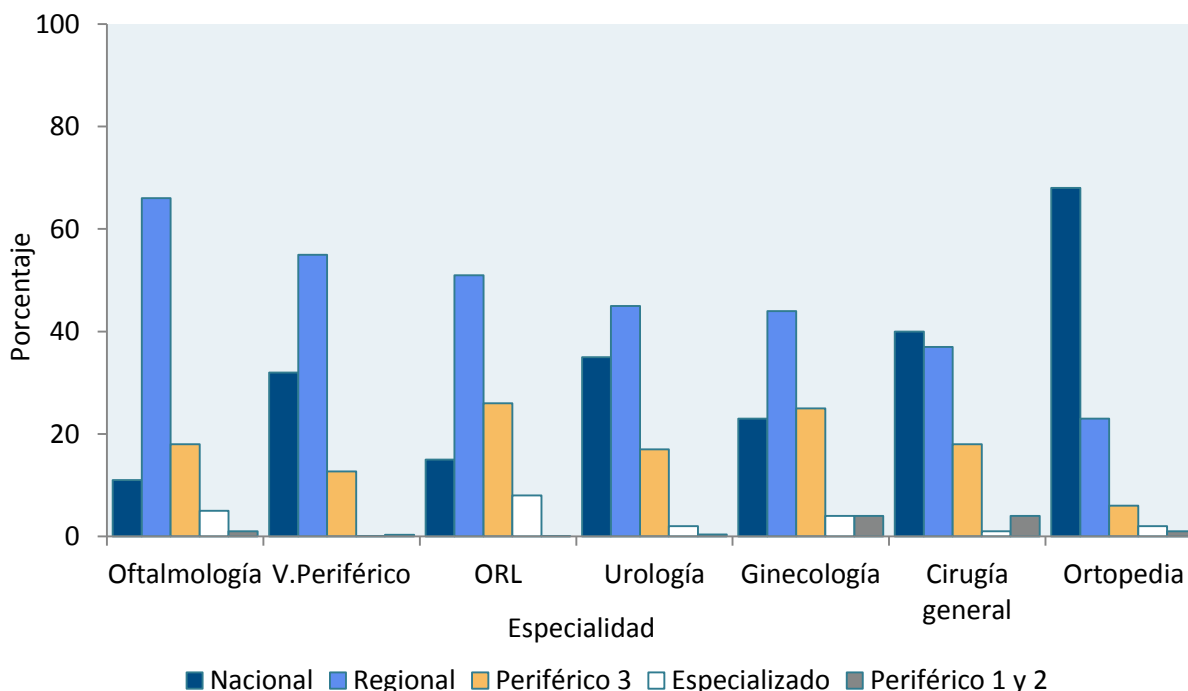


FUENTE: UTLE, Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015.

La distribución de los 75.017 casos por tipo de hospital es la siguiente: 31% nacional, 3% especializado, 46% regional, 18% periférico 3, y 2% periférico 1 y 2.

En todas las especialidades, la mayor proporción de casos se presenta en el tipo de hospital regional, a excepción de Cirugía General y Ortopedia. El mayor porcentaje de casos en el regional corresponde a Oftalmología y en el nacional a Ortopedia (Gráfico 1.2).

Gráfico 1.2
CCSS: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA,
POR ESPECIALIDAD, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL
(corte al 31 de diciembre 2015)



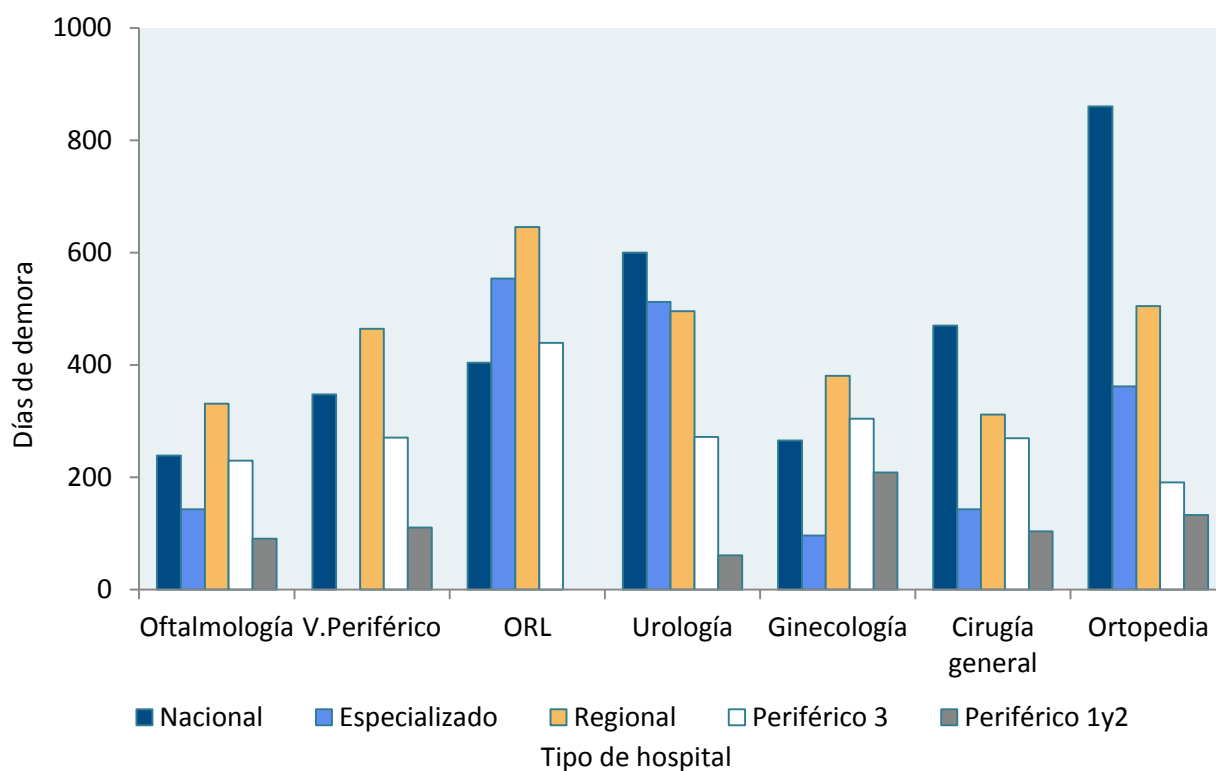
FUENTE: UTLE, Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015.

En el nacional, el hospital San Juan de Dios (HSJD) concentra el 45% de los casos; situación esperable relacionada con la disponibilidad de establecimientos dentro del área de atracción para derivar los de menos complejidad. En cuanto a la mayor demora promedio esta es del hospital Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG). La mitad de los casos del regional corresponden a los hospitales San Rafael -Alajuela- (HSRA), Tony Facio Castro -Limón- (HTF) y Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón- (HEP), éste último con mayor demora media (585 días) y la menor en el hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas- (182 días) (Anexo 1.1).

El San Vicente de Paúl -Heredia- (HSVP) presenta la mayoría de casos y la mayor demora media en los periféricos 3; esto por el incremento que experimentó en la oferta de servicios y la complejidad con la apertura del nuevo hospital. En el grupo de especializados, el hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera (HNN), y en el de los periféricos 1 y 2, el San Francisco de Asís -Grecia-, son los que presentan la mayor cantidad de casos, y la demora media más prolongada el HNN y el hospital Max Terán Valls -Quepos- (Anexo 1.1).

La concentración de casos y la disponibilidad del recurso humano en las especialidades de Oftalmología, Vascular Periférico, ORL, Urología y Ginecología del regional, influye en la demora media de este grupo de hospitales. Cirugía general, Urología y Ortopedia tienen la mayor demora en el nacional y en esta última es de más de dos años. De todas las especialidades, Oftalmología es la de menor demora en los periféricos y el nacional (Gráfico 1.3).

Gráfico 1.3
CCSS: DEMORA MEDIA DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA,
POR ESPECIALIDAD, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL
(corte al 31 de diciembre 2015)

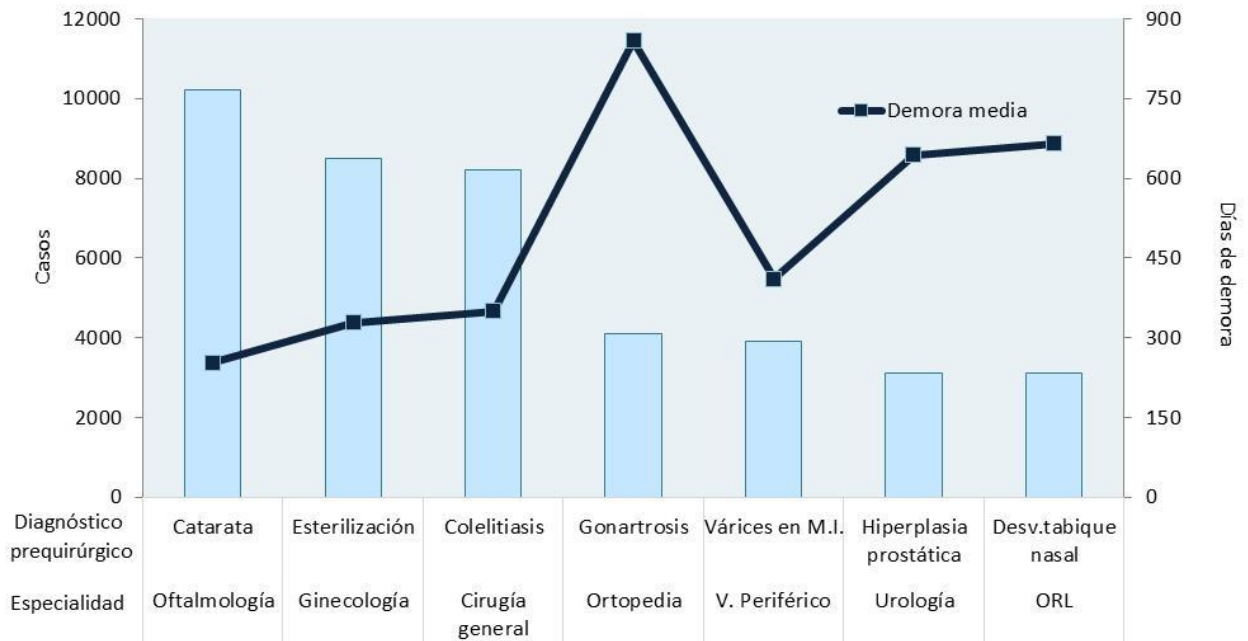


FUENTE: UTLE, Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015.

Entre hospitales de un mismo tipo se presentan diferencias importantes tanto en el volumen de casos como en la demora media (Anexo 1.1).

La proporción de casos pertenecientes al primer diagnóstico en cada especialidad es alta, especialmente el de Catarata. Además, la demora media en cuatro de esos primeros diagnósticos es la más prolongada (Gráfico 1.4).

Gráfico 1.4
CCSS: CANTIDAD DE CASOS Y DÍAS DE DEMORA, SEGÚN
PRIMER DIAGNÓSTICO PRE-QUIRÚRGICO, POR ESPECIALIDAD
(corte al 31 de diciembre 2015)



FUENTE: UTLE, Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015.

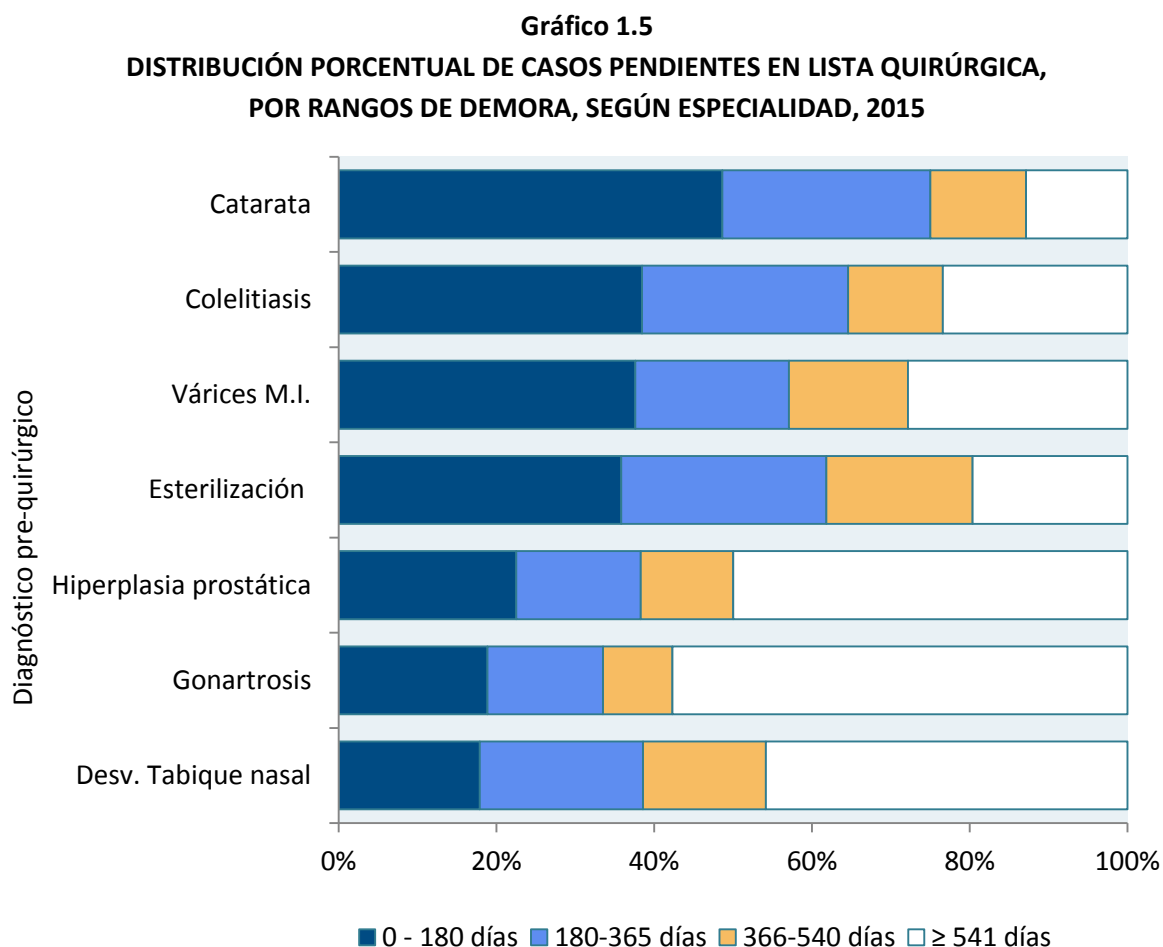
De acuerdo a la fecha de ingreso a la lista, 12.452 casos lo hicieron antes del 2014 y un 5% en los años 2009 y 2010 (Cuadro 1.1). Más de la mitad son de las especialidades de Ortopedia, seguido por Urología y ORL. El ingreso de más de la mitad de los casos de gonartrosis fue antes del 2014.

Cuadro 1.1
CCSS: CASOS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, POR AÑO DE
INGRESO
(corte al 31 de diciembre 2015)

AÑO	CASOS PENDIENTES	DEMORA MEDIA
2009	100	2.286
2010	543	1.996
2011	1.710	1.618
2012	2.925	1.263
2013	7.174	884
2014	19.175	526
2015	43.390	156

FUENTE: UTLE, Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015

Del primer diagnóstico en cada especialidad, catarata es el que tiene mayor proporción de casos con demora menor de seis meses y Gonartrosis el de mayor porcentaje con demora media de 18 meses y más (Gráfico 1.5).



FUENTE: UTLE, Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015.

En síntesis, en el 35% del total de casos la demora media se encuentra dentro del rango de menos de 6 meses, y en el 27% en más de un año y medio.

En 15 de los 32 diagnósticos pre-quirúrgicos analizados, más del 35% de los casos tienen una demora media de seis meses y menos. En el rango de 18 meses y más de demora, la proporción de casos en ocho diagnósticos supera el 40% (Anexo 1.2).

El 63% de los casos sin operar se concentra en los hospitales: HSJD, HCG, HSRA, HEP, HTF y HSVP. Ellos acumulan la mitad de casos de esterilización quirúrgica y várices de miembros inferiores, dos terceras partes de catarata y colelitiasis y tres cuartas partes de hiperplasia prostática, gonartrosis y desviación del tabique nasal.

El problema de la calidad del dato, aunado a la falta de un sistema automatizado de la lista de espera en todos los centros, limita el alcance de los resultados y repercute en la toma de

decisiones. Las diferencias entre hospitales de un mismo tipo, tanto en volumen de casos como en demora media, plantean la posibilidad de profundizar en los múltiples factores involucrados en esta problemática, desde la oferta y la demanda.

La mayoría de los diagnósticos analizados son candidatos a tratar por cirugía ambulatoria, mediante la Comisión de Fortalecimiento de la Cirugía Ambulatoria Institucional, se espera robustecer esta modalidad, con un impacto positivo en la gestión de listas de espera.

La implementación del Plan Institucional plantea estrategias en busca de una gestión efectiva de las listas a partir de criterios de oportunidad y calidad. La mejora de la oferta de los servicios no debería ser la única opción para abordar este problema multifactorial y complejo (CCSS, 2015). Bajo esta premisa, sigue siendo válido la oportunidad de mejora de la capacidad de respuesta de los quirófanos con los recursos disponibles, mediante diversas alternativas asociadas a la programación de las salas de operaciones (CCSS, Auditoría Interna, 2015).

De igual manera, el monitoreo del bloque quirúrgico es fundamental; favoreciendo el funcionamiento óptimo de sala de operaciones, mediante un adecuado programa de mantenimiento (CCSS, Dirección de mantenimiento institucional, 2015). Asimismo, ajustando en forma oportuna la dinámica producida por el ingreso de pacientes quirúrgicos que por su condición lo hacen por Urgencias, prolongan aún más la resolución de los casos en lista.

Reviste importancia el fortalecimiento en la planificación de la asignación de las especialidades quirúrgicas prioritarias, de las plazas de médicos especialistas en servicio social y del equipo necesario para su funcionamiento, que responda a las necesidades de la población.

La presencia de guías de práctica clínica o protocolos de manejo y un sistema de priorización a nivel institucional, podría reducir la variabilidad en el abordaje de algunos de los diagnósticos analizados y permitir una gestión más eficiente de las listas (Rodríguez, Álvarez, & Abad, 2008).

La consolidación del modelo de gestión de la lista de espera a nivel institucional es prioritaria; el proceso de depuración permanente del listado traería mejoras en la calidad del registro, en el sistema de información y se dispondría de datos reales sobre la cantidad de pacientes en lista. Lo anterior facilitaría la toma de decisiones y la planificación articulada de la prestación de los servicios de salud en red, dando un uso más eficiente a los recursos disponibles.

De igual forma, con la implementación permanente de la depuración del listado y la alternativa de derivar los casos con demoras prolongadas a otros centros de la red para una resolución más pronta, podría incidir en la demora y mejorar la percepción de los usuarios hacia los servicios de salud.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2015). Plan estratégico institucional 2015-2018. Obtenido de: Caja Costarricense de Seguro Social: <http://www.ccss.sa.cr/publicaciones>
- CCSS, Auditoría Interna. (2015). Listas de espera, diseño de la red de atención y prácticas gerenciales. Nuevos Horizontes, 41:10.
- CCSS, DCSS. (2013). Ficha Técnica 1-09-A Lista de Espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud. Obtenido de: http://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Acceso_H/Lista%20de%20Espera.%20Especialidades%20quirúrgicas.%20Determinación%20del%20tiempo%20de%20espera%20para%20intervenciones%20quirúrgicas.pdf
- CCSS, Dirección de mantenimiento institucional. (2015). Guía para la elaboración del Programa de Mantenimiento del Recurso Físico en las Unidades de la Caja Costarricense de Seguro Social 2015. Obtenido de: <http://intranet/Organizacion/GIT/DMI/Normativa%20en%20Mantenimiento/Guía%20para%20la%20elaboración%20del%20programa%20de%20mantenimiento%20del%20recurso%20físico%20en%20las%20unidades%20de%20la%20CCSS.pdf>
- CCSS-UTLE. (2009). Guía para la gestión, conteo, verificación y certificación de listas de espera. Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad Técnica de Listas de Espera.
- CCSS-UTLE. (2015). Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos.
- Rodríguez, E., Álvarez, B., & Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de Scielo: C:\Documents and Settings\lfernach\Escritorio\Lista de espera 2014\Cadernos de Saúde Pública - Rationing through waiting lists measuring improvement and possible implications.mht

Anexos

Anexo 1.1

CCSS: CASOS PENDIENTES EN LISTA DE ESPERA, DEMORA MEDIA Y PORCENTAJE DE RANGOS DE DEMORA, SEGÚN HOSPITAL

(corte al 31 de diciembre 2015)

HOSPITAL	Casos pendientes en lista ^{1/}	Demora media	PORCENTAJE DE RANGOS DE DEMORA			
			0 - 180 días	180-365 días	366-540 días	≥ 541 días
Nacional						
San Juan de Dios	10.267	496	32	19	12	36
Rafael Angel Calderón Guardia	8.289	592	26	21	12	41
México	4.500	513	24	24	21	32
Especializado						
Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	797	531	15	8	46	30
Clínica Oftalmológica	447	74	94	6	0	0
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	447	96	89	11	0	0
Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	395	185	63	23	9	6
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	128	250	43	33	18	6
Regional						
San Rafael -Alajuela-	8.026	506	24	21	17	38
Tony Facio Castro -Limón-	6.072	406	25	23	22	31
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	5.894	585	21	20	17	43
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	4.484	313	43	24	12	20
De San Carlos	4.484	285	51	21	10	18
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	4.385	249	42	34	18	7
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	1.510	182	62	31	4	3
Periférico 3						
San Vicente de Paul -Heredia-	8.546	335	33	30	17	20
De La Anexión -Nicoya-	1.818	122	82	17	1	0
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	1.391	301	43	24	13	20
De Guápiles	878	214	54	23	21	2
William Allen Taylor -Turrialba-	853	208	52	30	16	2
Periférico 1y2						
San Francisco de Asís -Grecia-	496	107	85	15	0	0
De Ciudad Neily	307	90	93	7	0	0
Max Terán Valls -Quepos-	222	265	55	12	11	22
De San Vito	178	173	81	2	12	5
De Los Chiles	79	84	96	4	0	0
Manuel Mora Valverde -Golfito-	78	102	88	9	3	0
De Osa Tomás Casas Casajús	46	51	100	0	0	0

^{1/} Corresponde a los cinco diagnósticos pre-quirúrgicos de las siete especialidades.

FUENTE: UTLE. Base de datos lista personalizada quirúrgica, 2009-2015.

Anexo 1.2

CCSS: CASOS EN LISTA DE ESPERA, DEMORA MEDIA Y PORCENTAJE DE RANGOS DE DEMORA, SEGÚN DIAGNÓSTICO PRE-QUIRÚRGICO, POR ESPECIALIDAD

(corte al 31 de diciembre 2015)

Diagnóstico pre-quirúrgico	Casos pendientes en lista	Demora media	PORCENTAJE DE RANGOS DE DEMORA			
			0 - 180 días	180-365 días	366-540 días	≥ 541 días
Cirugía general	18.168	359	37	25	15	23
Colelitiasis	8.213	350	38	26	12	23
H. inguinal	5.009	334	40	26	13	21
H. umbilical	2.339	309	43	29	10	18
H. ventral	1.645	470	29	21	15	35
Obesidad	962	492	11	13	55	21
Ortopedia	8.814	609	23	16	10	51
Gonartrosis	4.090	859	19	15	9	58
Tunel carpal	1.689	494	31	19	12	38
Coxartrosis	1.069	748	22	13	10	55
Desgarro de meniscos	1.009	478	28	21	15	35
Hallux valgus	957	757	22	14	8	56
Oftalmología	18.244	295	44	25	14	18
Catarata	10.211	253	49	26	12	13
Pterigión	7.247	345	36	22	17	25
Trastornos del ojo y anexos	267	260	52	20	10	17
Estrabismo	267	300	47	25	9	19
Chalazion	252	348	31	27	23	20
Ginecología	10.515	312	40	25	17	19
Esterilización	8.485	328	36	26	19	20
Mioma uterino	895	228	58	22	9	11
Cistocele	463	359	48	17	10	26
Pólipos uterinos	410	306	47	27	9	18
Sangrado vaginal y uterino	262	188	72	12	8	8
Urología	7.579	506	29	19	15	37
Hiperplasia prostática	3.111	643	23	16	12	50
Esterilización	2.051	276	43	24	18	15
Uropatía obstructiva	999	611	17	15	15	54
Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	714	391	35	21	15	28
Varices escrotales	704	406	27	27	16	29
ORL	6.882	508	22	21	20	37
Desviación del tabique nasal	3.117	667	18	21	16	46
Amigdalitis crónica	1.818	381	28	28	23	21
Hipertrofia adenoamigdalina	930	547	19	9	31	41
Hipertrofia de adenoides	628	473	28	21	20	31
Hipertrofia de las amígdalas	389	522	30	17	13	40
Vascular periférico	4.815	399	35	22	17	26
Várices en M.I	3.897	411	38	19	15	28
Insuficiencia venosa	918	361	26	32	25	17
Total	75.017	429	35	23	15	27

FUENTE: UTLE. Base de datos lista personalizada quirúrgica 2009-2015.

2. Colposcopía

Casos con atención
inoportuna por causa
atribuible al centro
en un 80%

- Mejora del registro de casos
 - Priorización de la atención de acuerdo al tipo de lesión
 - Registro exhaustivo de la información en el expediente de salud

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Genaro Valverde - Piso 2



La gestión es fundamental en el proceso de atención en colposcopia.

Existen deficiencias en el sistema de registro de casos y en la exhaustividad de la información en el expediente de salud.

El concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar algo. Involucra dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestas, por lo que exige coordinar, motivar y articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización, para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia (Román, Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud, 2012).

Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas para las cuales se requieren insumos y tareas específicas, con el fin de obtener ciertos resultados (Sescam, La Gestión por procesos, 2012). En la prestación de servicios de salud, existe gran diversidad y complejidad de procesos, por lo que hay alta probabilidad de error y de desaprovechamiento de recursos humanos y materiales. Una gestión por procesos estructurada, organizada, con los recursos y coordinación adecuados permite optimizar los recursos y mejorar la calidad asistencial.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la institución encargada de prestar intervenciones de salud para la prevención y el tratamiento del cáncer, las cuales son prioritarias dada la repercusión que este tipo de enfermedad tiene sobre la salud, la discapacidad asociada y la mortalidad de las personas.

En relación con el cáncer de cuello uterino, la detección temprana y el abordaje oportuno de las lesiones precursoras son primordiales, por ser un cáncer que, además de ser prevenible, ocupa el tercer lugar en incidencia y el cuarto en mortalidad entre los tumores malignos en mujeres en Costa Rica (INEC-MS, Ministerio de Salud de Costa Rica, 2013-2014). La atención en colposcopia es una intervención en salud para este tipo de cáncer, la cual se incluye en la evaluación de la prestación de servicios de salud, a través de indicadores que miden el porcentaje de mujeres atendidas oportunamente, considerando los requisitos que deben cumplirse en el proceso de atención en concordancia con la normativa nacional (MINSA, 2006).

Dentro de los requisitos se encuentra el registro de las usuarias con patología cervical que deben llevar los establecimientos de salud. Se solicita a cada establecimiento el registro de los casos certificado por la Dirección Médica, que constituye la población de estudio sobre la cual se determina la cantidad de expedientes a revisar, sea la población total o una muestra, de acuerdo al marco muestral establecido. La construcción de este registro fuera de los parámetros establecidos, influye en que la información recopilada no pueda ser utilizada para análisis.

Otro requisito es la anotación en el expediente de los datos que permitan medir el plazo de atención, a saber, la fecha de recepción de la referencia o la solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia y la fecha en que esta se efectúa. La ausencia del primer dato, hace necesario la búsqueda de otras variables en el expediente para calcular el plazo de atención; sin embargo, en ocasiones, no existen datos que permitan evaluarlo, constituyéndose en valores perdidos para el análisis. Lo mismo ocurre si no se dispone del segundo dato.

En este informe se presentan los resultados de la evaluación de la oportunidad en la atención en colposcopia en los 23 hospitales generales (nacionales, regionales y periféricos) y en el hospital De las Mujeres Adolfo Carit Eva (HOMACE), en tres grupos de usuarias de acuerdo a la lesión cérvico-uterina y al plazo de atención establecido en la norma:

- Grupo A: mujeres referidas por lesión sugestiva de presencia de VPH, ASC-US, AGUS o lesión de bajo grado (LIEBG) detectada en la citología cérvico vaginal, que requieren atención en colposcopia en un plazo menor a 90 días.
- Grupo B: mujeres referidas por lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix, ASC-H o lesión de alto grado (LIEAG) detectada en la citología cérvico vaginal, que requieren atención en colposcopia en un plazo menor a 30 días.
- Grupo C: mujeres referidas por lesión invasora detectada en la citología cérvico vaginal, que requieren atención en colposcopia en un plazo menor a 8 días.

A continuación se describen los hallazgos de la evaluación, según los siguientes aspectos:

1. Registro de casos

Como principal limitante se encuentra que en la institución no se puede determinar con certeza la población blanco de usuarias que requirió de una colposcopia tras haber sido referidas al hospital por citología alterada o lesión clínica sospechosa, ya que depende del registro que se lleva en cada hospital, y en algunos centros no está sistematizado.

Dentro de los hallazgos, en el hospital Tony Facio Castro -Limón- (HTF) se encuentra discordancia entre el registro de casos y la revisión de los expedientes; además, no hay claridad respecto al método de construcción de dicho registro, por lo que los datos recopilados no pueden utilizarse para el análisis.

Por otra parte, en el hospital Enrique Baltodano Briceño -Liberia- (HEB) el registro incluye casos de los años 2014 y 2015; por tanto, del listado se eliminan los casos del año 2014 y se utiliza el dato de la población del año 2015 para la evaluación.

En los hospitales De Osa Tomás Casas Casajús (HTC) y Manuel Mora Valverde -Golfito- (HMMV), el registro presenta traslape de casos entre los grupos según plazo de atención; sin embargo, los datos se utilizan por tratarse de población total, incluyendo los casos en el grupo respectivo.

2. Expedientes revisados

Excluyendo al hospital Tony Facio Castro -Limón- (HTF), la población total es de 6.415 usuarias con patología cervical, de la cual se seleccionan 1.526 expedientes. De este total, solo el 77% (1.180) está constituido por expedientes evaluables, es decir, que cumplen con el criterio de inclusión definido en el alcance de la ficha técnica (colposcopia efectuada en mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix (caso nuevo o reingreso) en el año 2015) y además, el expediente de salud dispone de los datos suficientes para determinar el plazo de atención.

Un total de 259 (16,9%) expedientes son no evaluables. De estos, el 52,9%, corresponde a casos excluidos (casos subsecuentes en colposcopia y mujeres referidas a las que se les efectuó la primera colposcopia en otro establecimiento de salud: CCSS, medicina privada, mixta o empresa); el 35,6% no cumple criterios de inclusión; en el 10,8% no estuvo disponible el expediente y el 0,7% corresponde a expedientes duplicados en el registro certificado de casos.

Adicionalmente, 87 (5,7%) expedientes se clasifican como no suficientes, ya que no se puede determinar el plazo de atención por omisión o ausencia de las siguientes variables:

- Fecha de recepción de la referencia o la solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia en el centro hospitalario.
- Fecha de emisión de la referencia.
- Fecha de recepción de la citología en el Área de Salud.
- Fecha de reporte por el Laboratorio Nacional de Citología.
- Fecha de realización de la citología.

Para efectos prácticos, estos expedientes son no evaluables y evidencian la falta de exhaustividad en el registro de datos en el expediente. El 73,6% de ellos pertenece al hospital San Rafael - Alajuela- (HSRA).

3. Representatividad estadística

Dependiendo de la cantidad de casos reportados por cada hospital y del marco muestral establecido, los datos recopilados en la evaluación pueden corresponder a población total o a muestra. Por lo general, se utilizan datos de muestras para el grupo A y datos de la población total para el grupo B.

En los hospitales en que no se evaluó toda la población, sino una muestra, ésta es considerada representativa de la población en estudio cuando la cantidad de expedientes no evaluables es inferior a un número establecido como criterio para aceptar la calidad del listado presentado por el centro. Se dice entonces que el resultado tiene representatividad estadística y por lo tanto, puede utilizarse para análisis.

Esta representatividad puede afectarse por la cantidad de expedientes revisados que no cuentan con datos para el análisis (expedientes no suficientes), tal es el caso de la muestra de expedientes

de las usuarias del grupo A en el hospital San Rafael -Alajuela- (HSRA), en donde a pesar de que la cantidad de expedientes no evaluables no supera el criterio de no respuesta establecido, el 52% de los expedientes seleccionados son insuficientes.

De acuerdo a la representatividad estadística, de los 23 hospitales, solamente se puede utilizar la información recopilada en 15 de ellos para el grupo A y en 16 para el grupo B, lo cual se traduce en gran pérdida de información.

Considerando lo expuesto, queda un total de 763 expedientes (64,6% de un total de 1.180 expedientes evaluables), de los cuales 533 corresponden a usuarias del grupo A, 223 del grupo B y 7 del grupo C.

En el cuadro 2.1 se presenta la información de las muestras que fueron representativas para el análisis de datos en el grupo A.

Cuadro 2.1
CCSS: POBLACIÓN^{/1}, CANTIDAD DE EXPEDIENTES REVISADOS Y EVALUABLES DE LA ATENCIÓN EN COLPOSCOPIA EN EL GRUPO A^{/2} POR HOSPITAL, 2015

HOSPITAL	POBLACIÓN	EXPEDIENTES	
		Revisados	Evaluables
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	332	45	40
México	97	40	34
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	122	40	36
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	598	40	36
De San Carlos	424	40	37
De Guápiles	282	54	51
De La Anexión -Nicoya-	241	40	38
William Allen Taylor -Turrialba-	174	43	43
San Francisco de Asís -Grecia-	135	40	36
De Ciudad Neily	112	40	40
De Los Chiles	91	40	36
Manuel Mora Valverde -Golfito-	17	17	15
Max Terán Valls -Quepos-	86	40	36
De Osa Tomás Casas Casajús	16	16	16
De Upala	58	40	39
TOTAL	2785	575	533

^{/1} Total de casos reportados por el centro.

^{/2} Usuarias con lesión que requiere atención en colposcopia en un plazo < 90 días.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

En el grupo B, se revisó la población total en 15 hospitales y de los 8 centros en que se revisó una muestra, solo el hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva (HOMACE) tuvo representatividad estadística.

4. Indicadores de evaluación

Para efectos del cálculo de indicadores, se utilizan los datos de los hospitales en los cuales se evaluó la población total o en su defecto, en los que la cantidad de expedientes evaluables cumplió con el criterio de representatividad estadística.

El requisito para la determinación del plazo y por ende, del porcentaje de mujeres con atención oportuna en colposcopia acorde al cumplimiento del plazo de atención establecido en la norma nacional, es que en el expediente de salud exista evidencia del registro de la fecha de recepción de la referencia o la solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia en el centro hospitalario y la fecha en que se efectuó el procedimiento.

Ajustándose a la medida de este indicador, se encuentra que en el grupo A, 457 casos cuentan con ambos registros y que el 84,9% de las usuarias fueron atendidas oportunamente, mientras que en el grupo B, el porcentaje de usuarias con atención oportuna es de un 80,8%, obtenido a partir de 208 expedientes que cuentan con dichas variables.

Respecto al grupo C, de una población total de 15 casos reportados, 7 expedientes son evaluables, y cumplen con el requisito. De estos, 5 fueron atendidos oportunamente. Los dos casos con atención inoportuna presentan una demora de un día respecto al plazo estipulado en la norma.

5. Oportunidad de la atención en colposcopia

Se procedió a calcular el porcentaje de oportunidad de la atención en colposcopia a partir de los datos disponibles, independientemente de los requisitos de evaluación.

Se incluyen todos los expedientes que cuentan con registros que permitan medir el plazo de atención y se calcula la oportunidad a partir de la fecha disponible en el expediente hasta la fecha de ejecución de la colposcopia. Se determina el porcentaje de usuarias con atención oportuna según el siguiente orden de prioridad:

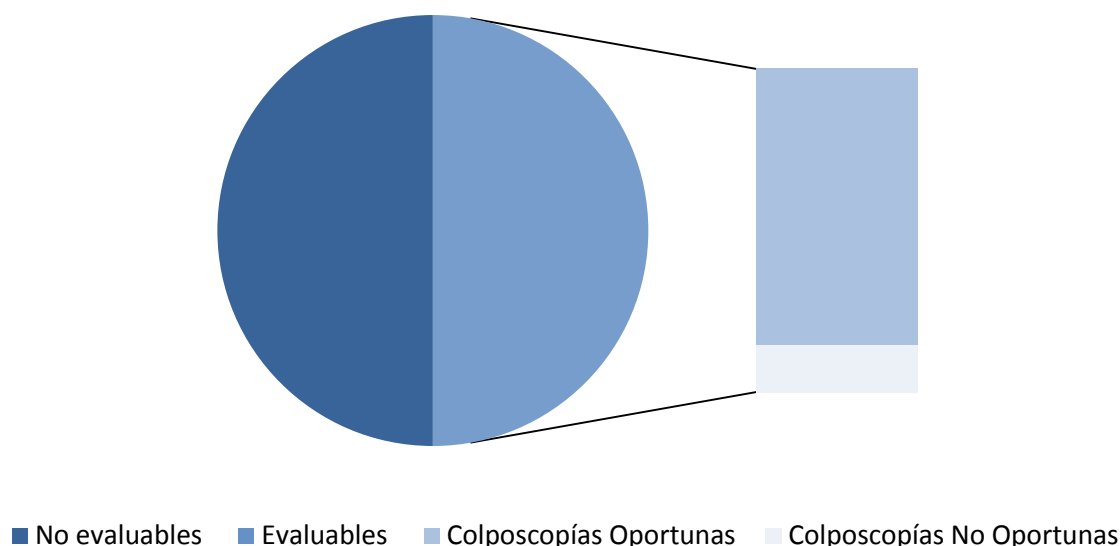
- Fecha de recepción de la referencia o la solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia: 73,5%.
- Fecha de emisión de la referencia: 10,4%.
- Fecha de recepción de la citología en el Área de Salud: 0,7%.
- Fecha de reporte por el Laboratorio Nacional de Citología: 0,8%.
- Fecha de realización de la citología: 0,1%.

El hospital México (HMEX) es un ejemplo en donde el plazo de atención en colposcopia a las usuarias, se establece a partir de registros diferentes al solicitado en la ficha técnica, debido a que no se dispone del dato de la fecha de recepción de la referencia o de solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia.

El porcentaje global institucional de mujeres con patología cervical atendidas con oportunidad en colposcopia es del 85,5%, establecido a partir de los expedientes evaluables, que finalmente fue de un 50% del total seleccionado. La determinación de la atención no oportuna se hizo a partir de

la fecha de recepción de la referencia o la solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia, y correspondió al 14,5% restante (gráfico 2.1).

Gráfico 2.1
CCSS: CANTIDAD DE EXPEDIENTES EVALUABLES, NO EVALUABLES Y ATENCIÓN EN COLPOSCOPIA EN HOSPITALES , 2015



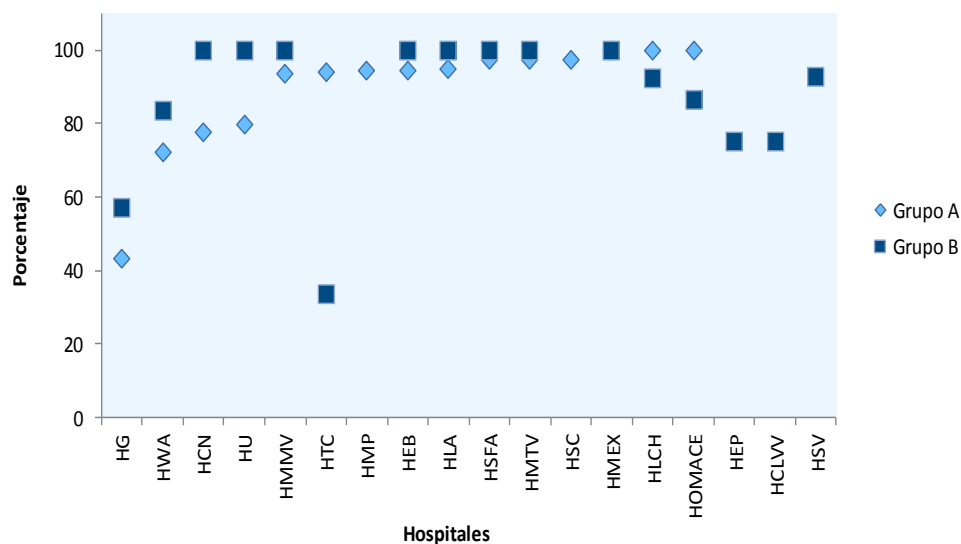
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

La causa de la atención no oportuna se considerara atribuible al establecimiento en el 80% de los casos; es decir, que puede corresponder a factores relacionados con la oferta y la organización del servicio. Por otra parte, en el 15,5% de los casos se puede atribuir a la usuaria, debido a presencia de menstruación el día de la cita programada, ausencia o reprogramación voluntaria de la cita. No se logró establecer el motivo en el 4,5% de los casos revisados.

El hospital de Guápiles (HG) es el establecimiento con el porcentaje más alto de usuarias atendidas en colposcopia de forma no oportuna (45% del total de casos atendidos sin oportunidad en los hospitales). El representante del hospital aduce limitaciones de recurso humano en ginecología y de equipamiento (en mal estado durante seis meses), como las causas atribuibles al centro que influyeron en este resultado. Otro ejemplo es el hospital de Ciudad Neily (HCN), en el cual el plazo de atención se extendió en el 22,5% de los casos debido a que el único especialista en ginecología del centro falleció de forma repentina.

Los resultados para cada uno de los grupos de usuarias muestran que la oportunidad de la atención en colposcopia es de 87% en el grupo A y de 82% en el grupo B. El detalle por hospital se muestra en el gráfico 2.2.

Gráfico 2.2
CCSS: PORCENTAJE DE ATENCIÓN OPORTUNA^{/1} EN COLPOSCOPÍA A USUARIAS DE LOS
GRUPOS A^{/2} Y B^{/3} POR HOSPITAL, 2015



^{/1} Atención brindada en el plazo establecido por norma.

^{/2} Usuarias con lesión que requiere atención en colposcopia en un plazo < 90 días.

^{/3} Usuarias con lesión que requiere atención en colposcopia en un plazo < 30 días.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Nótese que hay hospitales en los cuales los datos recopilados se pudieron utilizar para el cálculo del indicador en ambos grupos de usuarias y otros en donde la información pudo utilizarse para el cálculo del indicador en uno solo de los grupos. Lo anterior obedece a la pérdida de representatividad estadística en las muestras.

En conclusión, pese a estos resultados debe de revisarse la gestión del proceso, en especial sobre el control del registro de casos en cada establecimiento y la anotación exhaustiva de los datos en los expedientes de salud, con el fin de tener claridad respecto a la población que accede a los hospitales para atención en colposcopia, de manera que se logre priorizar la atención y además, se pueda analizar la información recopilada en todos los establecimientos de salud y pueda servir de insumo para la implementación de medidas correctivas con base en los resultados.

Referencias Bibliográficas

- INEC-MS. (2013-2014). Ministerio de Salud de Costa Rica. Obtenido de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores>
- MINSA. (7 de julio de 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 de Laboratorios de Citología. Obtenido de: http://www.imprenal.go.cr/pub/2006/07/07/ALCA43_07_07_2006.pdf
- Román, A. (2012). Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud. *Medwave*, 12(5): e5418.
- Sescam. (2012). La Gestión por procesos. Obtenido de: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>

3. Oportunidad en la atención del infarto agudo al miocardio

Tiempo puerta-aguja



22 hospitales



146 casos



49% con tiempo puerta
aguja de 30 minutos o
menos



El porcentaje fue
diferente según el sitio
en el área de Urgencia
donde se recibió al
paciente.



Distribución según sitio y tiempo puerta-
aguja -porcentajes-



Atención directa



Ventanilla



Consultorio de triage

■ Igual o menor que 30 minutos ■ Mayor que 30 minutos ■ Faltan datos

Los datos faltantes
limitan la certeza de los resultados
y su interpretación.



Se debería mejorar el
registro de los datos,
particularmente en
el triage.

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



En el 49% de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado el tiempo puerta-aguja en el área de Urgencia fue de 30 minutos o menos.

La oportunidad varió según el sitio del registro de la puerta, pero los datos faltantes limitaron la medición.

La oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica (estreptoquinasa) en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado en las áreas de Urgencia de los hospitales generales, se evalúa institucionalmente desde el año 2004 con la medida del *tiempo puerta-aguja* (Krumholz et al, 2008; Masoudi et al, 2008), cuya meta es que sea de 30 minutos o menor en el 100% de los casos.

Por tiempo puerta-aguja se entiende el lapso desde que el paciente solicita atención al llegar al área de Urgencia (puerta) hasta el momento en que la infusión de la estreptoquinasa da inicio (aguja). Dependiendo del centro, la puerta se puede registrar en diferentes sitios de entrada o de recepción del paciente: el consultorio de triage, la ventanilla o en donde se le dé atención inmediata –aquí, obviando la cola de los dos primeros–.

Para la evaluación del 2015, los responsables de las áreas de Urgencia reportaron 205 casos, siguiendo los criterios de selección documentados en la ficha técnica 3-04-A: Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado. Infusión trombolítica IV. Determinación de la oportunidad. De esos, sin embargo, luego de la verificación hecha por los evaluadores, se excluyeron 41 casos por tratarse de pacientes que fueron transferidos al centro con el diagnóstico de síndrome coronario agudo o equivalente, 15 casos no cumplieron los criterios de inclusión, y tres casos fueron descartados: uno, sin que se registraran los motivos para hacerlo, y otros dos porque los expedientes de salud no estuvieron disponibles. Al final, se obtuvieron 146 casos, repartidos en 22 hospitales –en el hospital México no se reportó ningún caso–.

En 70 (49%) casos, el tiempo puerta-aguja fue de 30 minutos o menor; en 30 (20%), mayor que 30 minutos; y en 46 (31%) no fue posible medirlo porque faltó alguno de los datos. En general, por tanto, la meta no se logró. Sin embargo, la distribución de los casos varió según el sitio de recepción de entrada del paciente (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1
CCSS: DISTRIBUCIÓN DE 146 CASOS POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
ST-ELEVADO CON TERAPIA TROMBOLÍTICA^{/1} SEGÚN EL TIEMPO
PUERTA-AGUJA Y EL SITIO DE ENTRADA AL ÁREA DE
URGENCIA DE LOS HOSPITALES GENERALES, 2015

TIEMPO PUERTA-AGUJA	SITIO DE ENTRADA					
	Consultorio de triage		Ventanilla		Atención inmediata ^{/2}	
	n	%	n	%	n	%
Igual o menos de 30 minutos	14	26	28	57	28	65
Más de 30 minutos	5	9	18	37	7	16
Datos incompletos	35	65	3	6	8	19
TOTAL	54	100	49	100	43	100

^{/1} Casos que cumplieron los criterios de selección de la ficha 3-04-A: Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado. Infusión trombolítica IV. Determinación de la oportunidad.

^{/2} Implica que la condición del paciente obligó a obviar la cola para hacer su primera solicitud de atención en el consultorio de triage o en la ventanilla. Dependiendo del hospital, puede significar: consultorio de triage, sala de observación, cuarto de choque, u otro.

FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

Como era esperable, la oportunidad fue mayor en la atención inmediata (65%, n= 28/43) que en la ventanilla (57%, n= 28/49). Sin embargo, el resultado en el consultorio de triage no es seguro por la cantidad de casos con datos faltantes (65%, n= 35/54).

Por otro lado, respecto a los 46 casos en los que no fue posible medir el tiempo puerta-aguja, la hora de la puerta no se registró en 35 casos del consultorio de triage y en siete con atención inmediata; mientras que la hora del inicio de la infusión de la terapia trombolítica no se anotó en tres casos de la ventanilla y en uno con atención inmediata. Además, en cinco de los casos del consultorio de triage sin la hora de la puerta tampoco se registró la hora del inicio de la infusión.

Considerando lo anterior, en las áreas de Urgencia se recomienda mejorar el registro de las actividades relativas a la atención de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado, particularmente en el consultorio de triage, y estimar su ausencia como un indicador de calidad que atañe al control, complementario a la medida de la oportunidad.

Referencias Bibliográficas

- Krumholz, H. M., Anderson, J. L., Bachelder, B. L., Fesmire, F. M., Fihn, S. D., Foody, J. M., Nallamothu, B. K. (2008). ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non ST-Elevation Myocardial Infarction). *Journal of the American College of Cardiology*, 52:2046-2099. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191099
- Masoudi, F. A., Bonow, R. O., Brindis, R. G., Cannon, C. P., DeBuhr, J., Fitzgerald, S., ... Wharton T. P., Jr. (2008). ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Performance Measures (Work Group to Address the Challenges of Performance Measurement and Reperfusion Therapy). *Journal of the American College of Cardiology*, 52:2100-2112. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191100

4. Mortalidad hospitalaria

23 Hospitales Generales

Defunciones 6 886

Tasa Mortalidad 2,36

Probabilidad de muerte



IMHAR
Índice de mortalidad
hospitalaria ajustado
por riesgo

Resultado de la división
de las muertes reales
entre las muertes esperadas,
multiplicado por
la tasa institucional
(2,36)

Seis hospitales
registran una tasa
superior
a la institucional



México
San Juan de Dios
Max Peralta
Enrique Baltodano
San Vicente de Paúl
La Anexión

Acciones en el nivel local



Promover medidas de monitoreo y control de la mortalidad hospitalaria por los gestores clínicos



Implementar mejoras en el proceso de atención a grupos específicos



Comisión de revisión de la mortalidad



Informes de identificación de eventos adversos

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo en los hospitales generales de la CCSS

Seis hospitales presentaron una tasa de mortalidad superior a la esperada, según el Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo

La mortalidad intrahospitalaria es un indicador utilizado por la mayoría de agencias internacionales de evaluación del desempeño como medida resumen de la calidad de la atención hospitalaria (Jarman B, 1999).

El análisis se realiza a partir del cálculo del índice de mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo (IMHAR) (CIHI, 2012) (Morera M, 2013), que compara las muertes observadas respecto a lo esperado, según las principales características de los pacientes y del tipo de centro hospitalario donde fueron atendidos.

Las muertes esperadas se obtienen de la suma de las probabilidades de defunción de cada episodio individual. La probabilidad individual de defunción se calcula mediante un modelo de regresión logística binaria que incorpora como variables explicativas: edad, sexo, estancia hospitalaria, vía de ingreso al hospital y grupo de comorbilidad representado por el Índice de Charlson (Quan H, 2011).

Como fuente de información se utilizó la base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). El período de análisis es el año 2015 y los centros objeto de estudio son los 23 hospitales generales de la CCSS.

Se seleccionaron los egresos, que según diagnóstico, concentraron el 80% de las muertes hospitalarias en el 2015 (CIHI, 2012) y se calculó el intervalo de confianza al 95% (Newcombe, 1998).

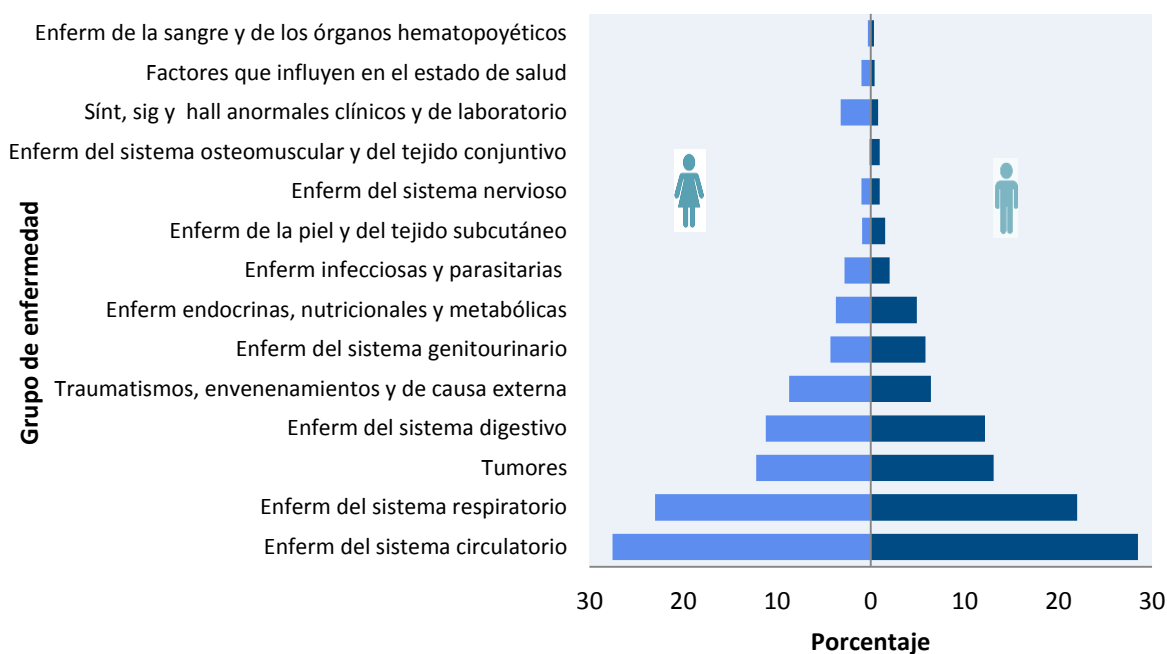
El resultado del IMHAR se multiplicó por la tasa institucional de defunciones intrahospitalarias, para tener una referencia de comparación. Los valores superiores a la tasa institucional no son deseables, dado que registran mayores defunciones que las esperadas según las características de los pacientes y el tipo de hospital donde son atendidos.

En el 2015 se registraron 6.886 defunciones en los hospitales generales de la CCSS, un 2,36% de los egresos registrados en dichos centros. Esta tasa fue levemente superior a la registrada en el 2014 (2.31%).

En el Grafico 4.1 se muestra la distribución porcentual de las defunciones registradas en los hospitales generales. Se observa que cuatro grupos de enfermedades concentran el 75% de las defunciones intrahospitalarias. Los grupos con mayor mortalidad son enfermedades del sistema

circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, tumores y enfermedades del sistema digestivo.

Gráfico 4.1
CCSS: DEFUNCIONES^{1/} POR GRUPO DE ENFERMEDAD SEGÚN CIE-10 Y SEXO
HOSPITALES GENERALES, 2015

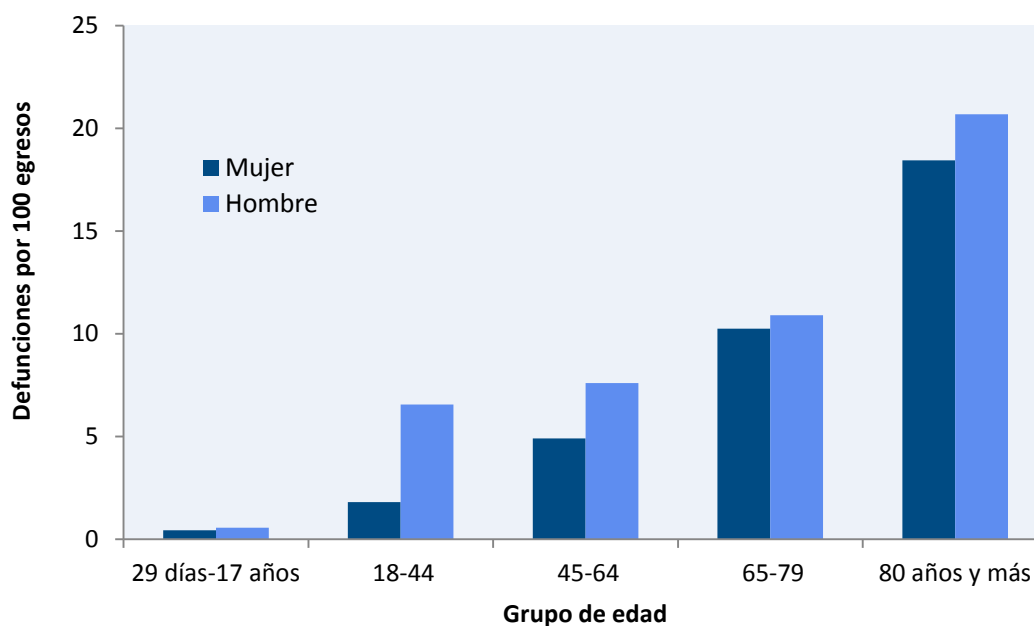


^{1/}Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas

FUENTE: AES Y DCCS. EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 2015

En el Gráfico 4.2 se muestra la distribución de las defunciones intrahospitalarias por grupos de edad y separadas por sexo. Se observa una tendencia creciente de las defunciones respecto a la edad, pasando del 1% en el grupo de menores de 18 años a 10% en edades de 65-79 años y a 20% en el grupo de 80 años y más. Se observa también que en todos los grupos de edad los hombres registran un mayor porcentaje de mortalidad que las mujeres y esta diferencia es más acentuada en el grupo de 18 a 44 años.

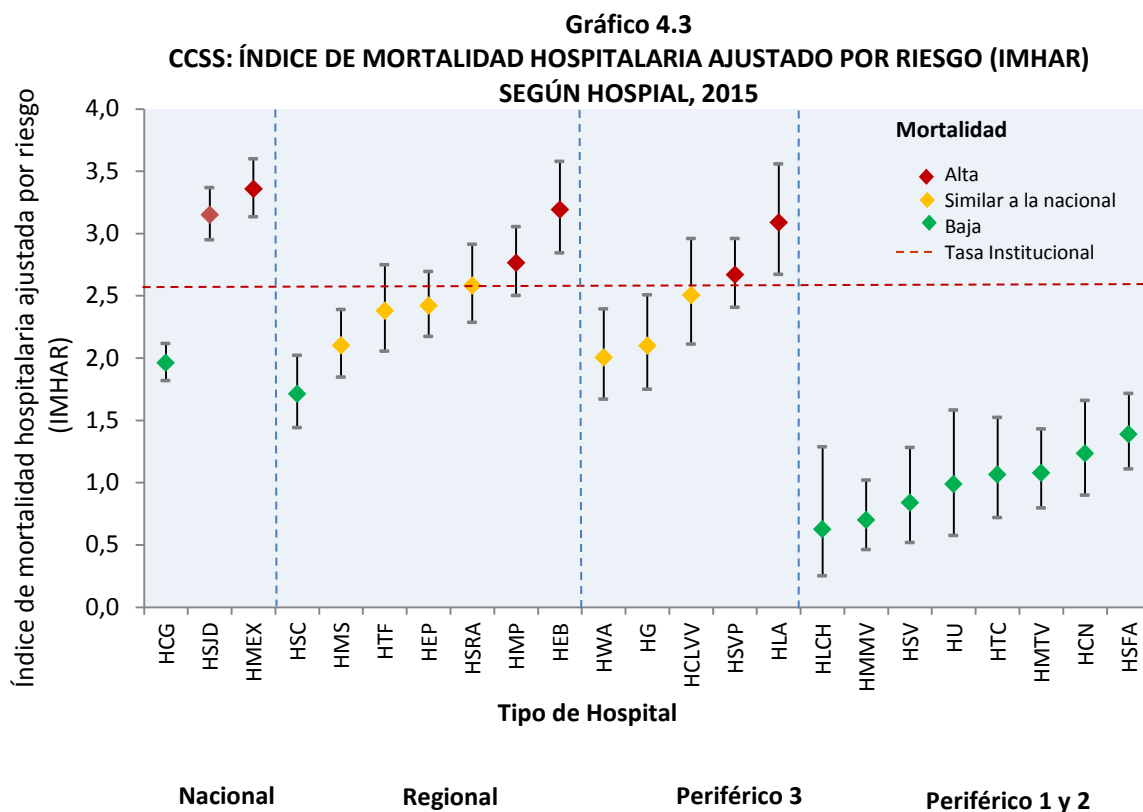
Gráfico 4.2
CCSS: DEFUNCIONES^{1/} POR GRUPO DE EDAD SEGÚN SEXO
HOSPITALES GENERALES, 2015



^{1/}Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas

FUENTE: AES Y DCCS. EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 2015

Por otra parte, se determinó que en el 2015 seis establecimientos presentaron un IMHAR superior al esperado (mortalidad alta): los hospitales nacionales San Juan de Dios y México, los regionales de Maximiliano Peralta –Cartago- y Enrique Baltodano Briceño –Liberia-, y los periféricos 3 de La Anexión –Nicoya- y San Vicente de Paúl –Heredia- (Gráfico 4.3). Todos estos centros, menos el de La Anexión, también registraron alta mortalidad en 2014.



FUENTE: DAE Y DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015

Los hospitales no presentan variaciones estadísticamente significativas en la tasa de mortalidad respecto a las registradas en 2014. Sin embargo, el hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez - Puntarenas- pasó de la categoría de alta mortalidad al grupo de hospitales con mortalidad similar al promedio nacional. Situación inversa presentó el de La Anexión –Nicoya-, que pasó al grupo de alta mortalidad después de registrar una tasa de mortalidad no significativamente diferente al promedio nacional en el 2014.

A partir del modelo multivariado utilizado, se determinó que existe una mayor probabilidad de morir en los hombres que en las mujeres, en los grupos de edad avanzados respecto a los primeros años de vida y si el paciente ingresa por emergencia respecto a si lo hace de forma programada.

Además, se registra un mayor riesgo relativo de muerte en los pacientes que presentan comorbilidad (un índice Charlson positivo) y aquellos con enfermedades relacionadas con el cáncer, respiratorias, sistema nervioso y sistema osteomuscular y del tejido.

Es necesario facilitar o seguir promoviendo la implementación de medidas de monitoreo y control de la mortalidad hospitalaria por parte de los gestores clínicos locales, tomando como base estrategias utilizadas a nivel internacional (Whittington J, 2005). Esto con el objetivo de reducir la probabilidad del evento muerte, sobre todo cuando este no es lo esperado acorde a las características de los pacientes.

La disminución de las defunciones intrahospitalarias en varios hospitales de Estados Unidos está asociada a la implementación de mejoras en la atención de determinados grupos de pacientes, un equipo exitoso de respuesta rápida, una comisión de revisión de la mortalidad e informes estrictos de errores e identificación de eventos adversos. Además, es clave la participación de todo el personal y el alineamiento de la labor de reducción de la mortalidad con el resto de objetivos del hospital (Wright J, 2006).

Referencias bibliográficas

- CIHI. (2012). Canadian hospital Reporting Project. Technical notes 2012. Canadian Institute for Health Information.
- Jarman B, G. S. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*, 318: 1515-20.
- Morera M. (2013). Ficha Técnica 3-05-A Calidad. Mortalidad intrahospitalaria. Ajuste por riesgo. Retrieved Junio 9, 2015, from Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social: http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Efectividad_H/Calidad.%20Mortalidad%20intrahospitalaria.%20Ajuste%20por%20riesgo.pdf
- Newcombe, R. (1998). Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Sat Med*, 17: 857-72.
- Quan H, L. B. (2011). Updating and validating the Charlson Comorbidity Index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *American Journal of Epidemiology*, 173(6): 676-682.
- Whittington J, S. T. (2005). Reducing hospital mortality rates (Part 2). Cambridge: MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Wright J, D. B. (2006). Learning from death: a hospital mortality reduction programme. *J R Soc Med*, 99: 303-8.

5. Ausentismo en la consulta externa de los hospitales de la CCSS

Distribución de citas



Ausentismo 2015



Especializados

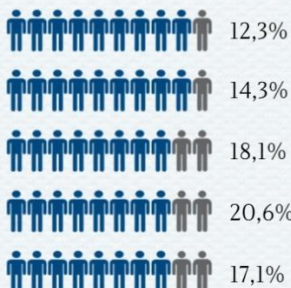
Nacionales

Regionales

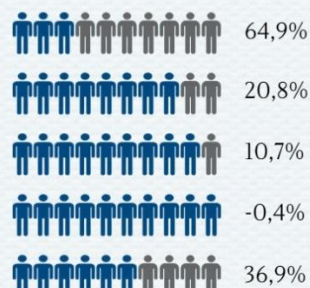
Periféricos 3

Periféricos 1 y 2

Global



Residual



Ausentismo global institucional

2014



18,8%



2015



16,7%

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
 Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
 Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Ausentismo global y residual en la consulta externa de los hospitales de la CCSS.

El ausentismo global disminuye en todos los grupos de hospitales, mientras que el ausentismo residual se mantiene alto en los centros especializados.

Como parte de los servicios de atención ambulatoria, la consulta externa es la modalidad desde la cual se imparte atención médica a los pacientes no internados, cuyos padecimientos permiten acudir en forma programada al hospital.

Sin embargo, su alta demanda asistencial implica para el paciente un período de espera para el acceso oportuno a este tipo de servicios, siendo percibida por la población como un indicador de calidad del sistema de salud. En contraste, cada año se produce un número elevado de ausentismo por parte de los pacientes citados, afectando de manera directa a la calidad de prestación de los servicios y a la satisfacción propia de los usuarios (Pereira-Vitorio, Lizán García, & Gómez Guardiola, Ausentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España, 2015).

El principal efecto del ausentismo es la pérdida de continuidad en la valoración y tratamiento del paciente, impactando en el estado de salud de la persona y en la organización de los servicios de la consulta externa. La no asistencia a las consultas impide el conocimiento y el abordaje inicial de los problemas de salud en unos casos, así como la continuidad en los cuidados y la pérdida de oportunidades para la implantación de actividades preventivas y de educación sanitaria en otros, sin contar con su responsabilidad en la infrautilización de los servicios y los posibles perjuicios económicos en el ámbito de otros sistemas de organización sanitaria (Isanta Pomar, Borraz Mir, Allué Dieste, & Andrés Esteban, 2009).

Este comportamiento ocurre también en la consulta externa hospitalaria en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cual ha definido al paciente ausente como aquella persona con cita en consulta externa, que transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, no se ha presentado para su atención. Su ausencia es condición suficiente para que el personal de REDES proceda a sustituirla por otra u otras personas, según sea el caso (Madrigal, Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1.Consulta Externa.Obtenido de: Caja Costarricense de Seguro Social:, 2012). El ausentismo se contabiliza a partir del número de registros de pacientes ausentes que se presentan en una establecimiento durante el año, y se registra en números absolutos como “Citas perdidas” en el cuadro 11 del Informe Estadístico Anual, generado por el Área de Estadística en Salud.

Con el total de citas perdidas reportado y el total de pacientes programados a la consulta médica especializada, se puede calcular el porcentaje de ausentismo global. Para calcular el total de

pacientes programados se suma el número de consultas realizadas y el de consultas perdidas, luego se le restan a este total las citas sustituidas y las citas de recargo. El dato institucional se obtiene por establecimiento y se puede agrupar según el tipo de hospital.

En este sentido, los cupos no utilizados debido a las citas perdidas, son aprovechables por pacientes que no alcanzaron a ser programados, pero que se encuentran disponibles en ese momento para ser atendidos. En algunos casos en los cuales se ha llegado al límite correspondiente de programación, el médico a su criterio autoriza conceder citas adicionales, las cuales se conocen como citas de recargo, para valorar, por ejemplo, casos complejos, por lo general de primera vez. No obstante, las citas de recargo pueden convertirse estadísticamente en citas sustituidas cuando hay campos de pacientes ausentes que no se han logrado cubrir con pacientes en espera de cupo.

Sin embargo, puede haber citas perdidas que no logran ser sustituidas para su aprovechamiento, dado que no hay en ese momento pacientes disponibles para ocupar el espacio. Lo anterior se conoce como Ausentismo Residual, el cual consiste en la proporción de cupos que no logran ser sustituidos en relación con el total inicial de citas perdidas.

Cuando se analiza el comportamiento de estos indicadores en la CCSS, se encuentra que a nivel institucional el Ausentismo Global fue de 16,7% durante el año 2015, lo que representa una disminución del 2,1% con respecto al año 2014. También se observa una tendencia a la disminución en los establecimientos según tipo de hospital (Cuadro 5.1)

Cuadro 5.1
CCSS: DIFERENCIA EN EL AUSENTISMO TOTAL EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA,
POR TIPO DE HOSPITAL, 2014 Y 2015
(porcentaje)

TIPO DE HOSPITAL	2014	2015	DIFERENCIA
Especializado	13,1	12,3	-0,8
Nacional	15,1	14,3	-0,8
Regionales	20,8	18,1	-2,7
Periféricos 3	24,2	20,6	-3,6
Periféricos 1 y 2	18,4	17,1	-1,3
Institucional	18,8	16,7	-2,1

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015.

Debe señalarse que 14 establecimientos registraron un ausentismo global sobre el promedio institucional, y su comportamiento es similar al del año 2014 (Cuadro Anexo 5.1).

Respecto al Ausentismo Residual, al comparar por grupos de hospitales según el tipo, los nacionales son el único grupo que aumenta su porcentaje de ausentismo (Cuadro 5.2)

Cuadro 5.2
CCSS: DIFERENCIA EN EL AUSENTISMO RESIDUAL EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA,
POR TIPO DE HOSPITAL, 2014 Y 2015
(porcentaje)

TIPO DE HOSPITAL	2014	2015	DIFERENCIA
Especializado	69,3	64,9	-4,4
Nacional	15,4	20,8	5,4
Regionales	17,0	10,7	-6,3
Periféricos 3	4,5	-0,4	-4,9
Periféricos 1 y 2	39,3	36,9	-2,4
Institucional	20,3	19,3	-1,0

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015.

Los centros especializados constituyen el grupo de establecimientos que registra altos porcentajes de Ausentismo Residual cuando se compara con los demás grupos. Esta condición se mantiene para ambos años, a pesar de una disminución en el 2015 con respecto al año 2014.

Los hospitales Enrique Baltodano Briceño –Liberia-, Max Terán Valls –Quepos- y de Ciudad Neilly presentaron un valor negativo de Ausentismo Residual, lo que significa que aunque hubo ausentismo no quedaron cupos sin ser sustituidos. Esto, junto a las atenciones de recargo, tuvo como efecto que se brindara un mayor número de consultas respecto a las inicialmente programadas.

En los hospitales de tipo nacional y especializado se mantienen valores relativamente bajos en el ausentismo global, lo que podría estar relacionado a una gestión oportuna de citas y una priorización de los pacientes cuyos padecimientos son de mayor complejidad. Además, el paciente procura evitar ausentarse a citas de subespecialidades, en razón de su padecimiento y a pesar de posibles restricciones geográficas y socioeconómicas.

Algunos de los efectos a corto y mediano plazo del ausentismo a la consulta médica especializada pueden ser la complicación del paciente al dejar de asistir al control de su patología y tratamiento, lo cual implica un aumento en el riesgo de hospitalización y requerimiento de procedimientos de mayor costo y el consecuente consumo de estancias.

Por lo anterior, es necesario un adecuado manejo de la programación y reprogramación de pacientes, la definición de estrategias para reducir el ausentismo y una mejor capacidad para sustituir cupos disponibles y así reducir al máximo el ausentismo residual.

Los principales motivos del ausentismo son evitables y podrían beneficiarse de intervenciones como la mejora de los procedimientos de comunicación o sistemas de recordatorio de citas (Jabalera Mesa, Morales Ascencio, & Rivas Ruiz, 2015).

Asimismo, en hospitales donde se ha observado un alto ausentismo, deben estudiarse factores como el tiempo que transcurre entre el día de otorgamiento de la cita y la fecha efectiva programada para esta, dado que muchos pacientes no asisten considerando los largos plazos en los que se ha programado su cita y a que han gestionado otra alternativa para solucionar su problema de salud.

En los centros especializados, la sustitución de pacientes podría ser menos factible dado el nivel de complejidad de los casos. De tal forma, por su complejidad y tipo de patología, el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, la Clínica Oftalmológica y el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas, frecuentemente no disponen de alternativas factibles para la sustitución.

Una disminución en el porcentaje de ausentismo residual podría implicar una mejor gestión en el proceso de sustitución de citas perdidas y el aprovechamiento de los cupos. El recargo en la consulta supone que la programación del día está agotada, por lo que deben considerarse factores como el apoyo de la red y la trascendencia de hacer hincapié en el paciente sobre la importancia de presentarse a su cita.

Es un proceso que integra la responsabilidad de los pacientes, dado que la persona que no acude a su cita y no informa o no la cancela con la debida antelación, contribuye al problema. Pero también hay responsabilidad de parte de las jefaturas médicas y de registros médicos, quienes deben intervenir sobre las inconsistencias que puedan encontrarse en los sistemas de referencia. Deben optimizarse los recursos disponibles para procurar una atención oportuna y eficiente a los usuarios que están en espera de una atención y procedimiento médico especializado.

Asimismo, la literatura reafirma la importancia de elaborar estrategias relacionadas con evitar el error administrativo y de mejorar el sistema de citación y cancelación de la consulta especializada (Pereira-Vitorio, Lizán García, & Gómez Guardiola, Ausentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España, 2015) .

- Isanta Pomar, C., Borraz Mir, P., Allué Dieste, E., & Andrés Esteban, E. (2009). Falta de asistencia a las citas de una consulta de demanda de medicina de familia. Recuperado el 2016, de ELSEVIER: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13140495&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=40&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=40v35n07a13140495pdf001.pdf
- Jabalera Mesa, M., Morales Ascencio, M., & Rivas Ruiz, F. (2015). Factores determinantes y coste económico del ausentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Recuperado el 2016, de Universidad de Málaga: http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10149/TD_Jabalera_Mesa.pdf?sequence=1
- Madrigal, R. (21 de Agosto de 2012). Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1.Consulta Externa. Obtenido de Caja Costarricense de Seguro Social: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8_Catalogo_de_definiciones_Oficio_36966-5_8-8-12.pdf
- Pereira-Vitorio, C., Lizán García, M., & Gómez Guardiola, J. (2015). Ausentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. Recuperado el 2016, de ELSEVIER: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=0&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=231&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1889-5433\(16\)00037-2.pdf&eop=1&early=si](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=0&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=231&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S1889-5433(16)00037-2.pdf&eop=1&early=si)

Anexos

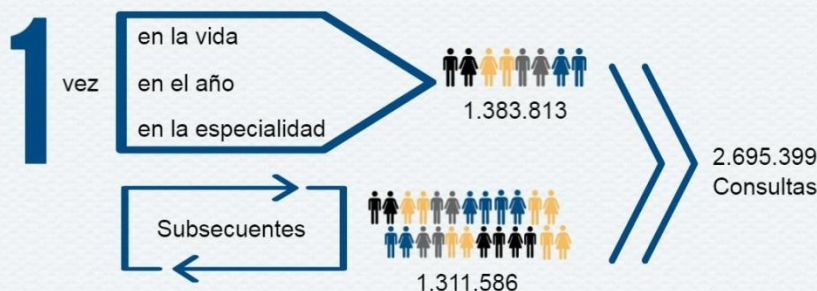
Anexo 5.1 CCSS: AUSENTISMO GLOBAL Y RESIDUAL EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, POR HOSPITAL Y TIPO, 2015 (porcentaje)

HOSPITAL Y TIPO DE HOSPITAL	AUSENTISMO	
	GLOBAL	RESIDUAL
Rafael Ángel Calderón Guardia	15,4	18,8
México	12,3	30,5
San Juan de Dios	15,5	13,9
Total Nacionales	14,3	20,8
Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	12,4	67,1
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	10,9	55,0
Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	14,5	65,5
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	10,9	42,0
Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	9,6	66,5
Psiquiátrico Roberto Chacón Paut	13,5	65,5
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	17,5	93,0
Clínica Oftalmológica	9,5	77,5
Especializados	12,3	64,9
De San Carlos	21,8	5,1
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	12,4	17,9
Tony Facio Castro -Limón-	28,0	18,2
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	23,9	-2,3
San Rafael -Alajuela-	23,2	18,3
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	18,7	8,5
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	21,4	5,3
Total Regionales	18,1	10,7
De La Anexión -Nicoya-	7,9	94,3
William Allen Taylor -Turrialba-	16,3	24,4
De Guápiles	23,8	34,0
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	19,6	17,7
San Vicente de Paul -Heredia-	17,0	41,8
Total Periféricos 3	20,6	-0,4
H. San Vito de Coto Brus	15,4	55,2
H. Tomás Casas Casajús	21,4	64,0
San Francisco de Asís -Grecia-	13,9	6,6
Manuel Mora Valverde -Golfito-	26,5	15,0
De Ciudad Neilly	22,3	-2,0
De Upala	13,2	71,7
Max Terán Valls -Quepos-	22,2	-71,0
De Los Chiles	13,4	68,1
Total Periféricos 1 y 2	17,1	36,9
Institucional	16,7	19,3

FUENTE: CCSS, Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015.

6. Altas en la consulta externa de los hospitales de la CCSS

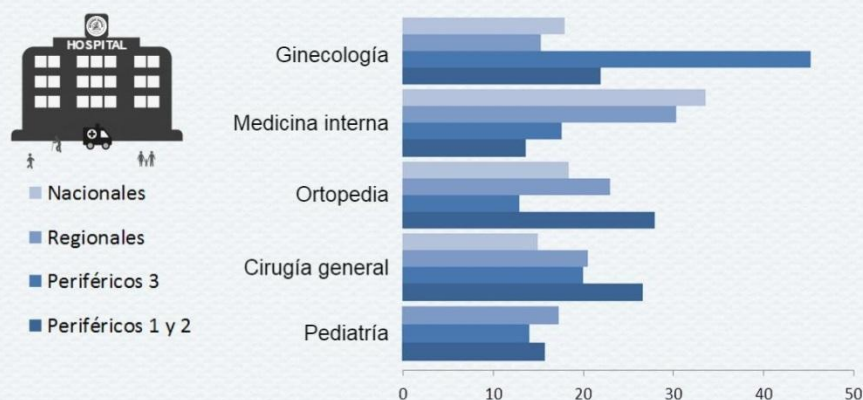
Consulta médica especializada



Personas atendidas - Porcentaje de altas



Porcentaje de altas - Especialidad -Tipo de hospital



Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Altas en la consulta externa de los hospitales de la CCSS.

El grupo de hospitales Periféricos 1 y 2 muestra un aumento en el porcentaje de altas en el año 2015 con respecto al 2014.

El alta médica en consulta se produce cuando, a juicio del médico especialista, la entidad patológica por la que el paciente fue remitido a la consulta ha sido resuelta (Ramos, Martínez, & Escoms, 2002). Para su reporte estadístico, la condición de alta debe ser expresamente indicada por el profesional en salud en el expediente del paciente, en concreto en la hoja de evolución, en la última consulta registrada.

Aunque la determinación del alta depende del criterio médico, está sujeta a la gestión adecuada de todos los servicios involucrados en la consulta externa, siendo relevante en las especialidades clínicas, cuya atención es más específica y compleja. El proceso comienza cuando el médico general, de trabajo y/o familiar tratante, dirige al paciente a la unidad médica hospitalaria del siguiente nivel de atención, que cuente con el médico especialista requerido, mediante un formulario de referencia (Sitio web ISSEMYM, 2015). Otorgada el alta, el paciente debe ser contrarreferido por el especialista al nivel correspondiente para procurar la continuidad de la atención.

Por lo tanto, una gestión ineficiente e ineficaz del alta puede relacionarse con el aumento en las listas de espera e insatisfacción del paciente con el sistema de salud (Petitgout, www.jpmedhc.org, 2015). Por ejemplo, el surgimiento de “carruseles” de pacientes que permanecen recibiendo atención en la especialidad y/o el nivel de atención que no les corresponde, disminuye la disponibilidad de cupos para la atención a otros usuarios que requieren ser valorados en la especialidad respectiva.

De esta manera, una forma de medir esta gestión consiste en calcular el número de personas que son dadas de alta entre el total de personas que consultan en una determinada especialidad. También se puede calcular el total de consultas en las cuales se dio alta, entre el total de consultas brindadas. En la CCSS, el total de personas que consulta en una especialidad resulta de la suma de las consultas de primera vez en la vida, en el año y en la especialidad registradas en forma independiente en el cuadro 11 del área de Estadística en Salud, y que indican la cobertura de la especialidad en el establecimiento (Madrigal, Catálogo de definiciones de actividades de Atención en los servicios de salud de la CCSS: 1.Consulta Externa, 2012). Los datos institucionales se tabulan por establecimiento, especialidad y tipo de profesional médico.

El porcentaje de consultas de alta a nivel institucional fue de un 8%, tanto en el 2014 como en el 2015. Sin embargo, el cálculo de personas dadas de alta como un total institucional acumulado de todas las especialidades no es factible, considerando que una misma persona puede consultar en

más de una especialidad; se debe obtener particularmente en cada especialidad, pudiéndose tabular un dato institucional y por tipo de hospital (nacional, regional y periférico²).

Para el análisis se consideran cinco especialidades básicas: Cirugía General, Ginecología, Medicina Interna, Pediatría y Ortopedia. En el caso del grupo de Centros Hospitalizados, el dato no puede calcularse porque no todos brindan alguna de las especialidades básicas.

A pesar de lo anterior, se incluye dentro de la categoría de hospitales nacionales el dato de Ginecología correspondiente al Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva y el dato de Ortopedia correspondiente al Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas (CENARE). Los datos del hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera se incluyeron en el cálculo del porcentaje de altas institucional.

Por otra parte, en los hospitales periférico 1 y 2, De San Vito, De Upala y De Los Chiles, no se brinda consulta de Ortopedia, y en los tres hospitales nacionales generales no se brinda Pediatría.

Al observar los datos, las especialidades con mayor número de personas consultantes a nivel institucional son Ortopedia y Medicina Interna. Esta última, aunque con un menor número de personas, presenta un mayor porcentaje de altas que Ortopedia (Cuadro 6.1).

Cuadro 6.1
CCSS: PERSONAS ATENDIDAS Y PORCENTAJE DE ALTAS POR ESPECIALIDAD,
EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
CCSS, 2015

ESPECIALIDAD	PERSONAS	ALTAS
Cirugía General	63836	0.20
Ginecología	66386	0.16
Medicina Interna	78537	0.24
Pediatría	68916	0.16
Ortopedia	126945	0.21

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2015

En Cirugía General, el conjunto de hospitales periféricos 1 y 2 presentó 7 puntos porcentuales más que el promedio porcentual institucional y 11 más con respecto al porcentaje de altas logrado en 2014. Los hospitales nacionales y regionales presentaron una variación negativa en el tiempo y son los más alejados del promedio institucional (Gráfico 6.1).

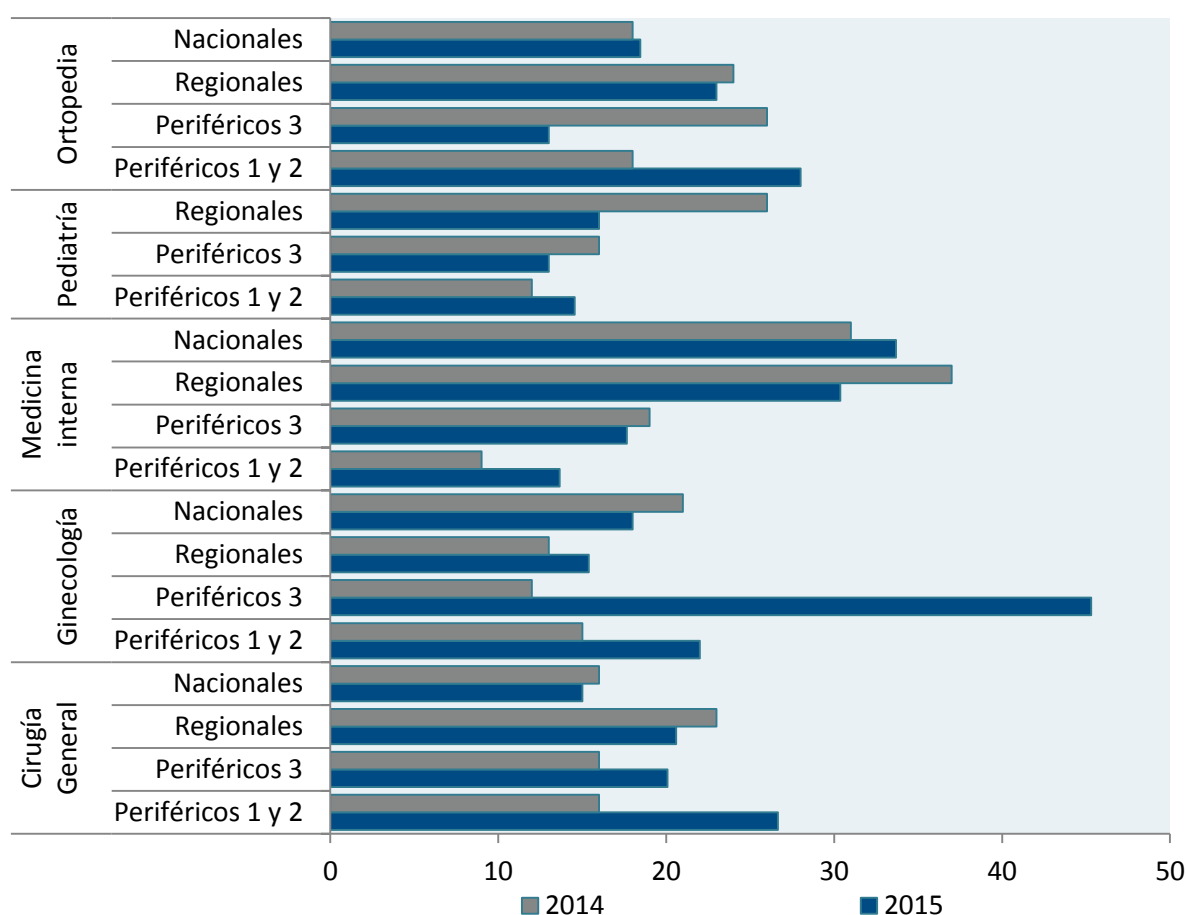
Con respecto a la especialidad de Ginecología, el grupo de hospitales nacionales presenta 2 puntos porcentuales sobre el promedio institucional y una variación negativa con respecto al año 2014. En

² Se realizó el ajuste en los datos del 2014 para compararlos con el año 2015, en el hospital San Vicente de Paúl, agrupado como periférico 3, y en el hospital Víctor Manuel Monseñor Sanabria Martínez –Puntarenas-, que no presentó datos de alta en 2015.

tanto que los hospitales periféricos 1 y 2 presentan un 22% (6 puntos sobre el institucional), y 7 puntos más con respecto al 2014 (Gráfico 6.1).

En la especialidad de Medicina Interna los hospitales nacionales superan el promedio institucional en 10 puntos y en la comparación interanual aumenta en 3 puntos porcentuales su proporción de altas. Los hospitales periféricos 1 y 2 se encuentran por debajo del promedio institucional; no obstante, presentan un incremento de 5 puntos porcentuales en relación con el año 2014 (Gráfico 6.1).

Gráfico 6.1
CCSS: PERSONAS DADAS DE ALTA EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
POR ESPECIALIDAD Y TIPO DE HOSPITAL, 2014 Y 2015
(porcentaje)



FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2015

Para la especialidad de Pediatría se observa una disminución de 3 puntos porcentuales en el valor institucional, al comparar ambos años. Por tipo de hospital, el porcentaje de altas disminuye en los regionales y periféricos 3, mientras que se logra incrementar en los periféricos 1 y 2 (Gráfico 6.1).

Finalmente, en la especialidad de Ortopedia el grupo de hospitales regionales supera el promedio institucional en 2 puntos, en tanto que en los periféricos 1 y 2 lo hace en 7 puntos porcentuales, con un aumento de 10 puntos con respecto al año 2014 (Gráfico 6.1).

El grupo de hospitales periféricos tipo 1 y 2 han presentado un aumento en el porcentaje de altas dadas del año 2015 respecto al 2014 en todas las especialidades descritas, y en tres de éstas se encuentra sobre el promedio institucional (Cirugía General, Ginecología y Ortopedia).

Como detalles particulares de los establecimientos, el hospital San Juan de Dios presenta los menores porcentajes de altas en dos de estas especialidades en el grupo de hospitales nacionales (Anexo 17.1). Sin embargo, en Medicina Interna se presentó una variación positiva en el número de altas de hasta 30 puntos porcentuales en relación con el año 2014; mientras que el hospital Calderón Guardia presentó una variabilidad negativa en las especialidades.

En términos generales, los porcentajes de alta en las especialidades analizadas a nivel institucional presentaron muy poca variación entre los años 2014 y 2015. El grupo de hospitales nacionales mantiene porcentajes por debajo del promedio institucional en las especialidades quirúrgicas de Cirugía General y Ortopedia, lo contrario de Medicina Interna. Es probable que por el tipo de patología y la necesidad de continuar valorando la evolución de los casos, el paciente requiera una mayor frecuencia de valoraciones, debiéndose postergar el alta. La implementación de estrategias para la contrarreferencia a la Red y la dotación de especialistas pueden estar incidiendo en una mayor rotación en la especialidad de Medicina Interna.

Existen oportunidades de mejora, especialmente en los grupos de hospitales que en algunas de las diferentes especialidades se encuentran por debajo del promedio institucional, o bien que han disminuido sus porcentajes de altas en la comparación interanual. Por ejemplo, una mayor oportunidad en el reporte de los estudios de diagnóstico, un análisis de las necesidades de recurso humano especializado y una gestión eficiente para la adecuada derivación de pacientes de acuerdo con su condición, a los niveles de atención local según corresponda.

Una gestión coordinada en red es una estrategia fundamental para agilizar la consulta externa especializada y reducir las listas de espera. Otros elementos a considerar son la modernización de los sistemas de información, un aprovechamiento eficiente de las horas programadas y la incorporación de nuevos especialistas basada en mediciones más objetivas de las necesidades en salud.

Siendo que los servicios especializados de mayor complejidad se ubican en su mayoría en el área metropolitana y su área de atracción corresponde a toda la población nacional, ameritan con mayor razón la gestión adecuada de los cupos programados para brindar una mayor oportunidad en la atención. La contrarreferencia de pacientes es la herramienta a utilizar como primera estrategia para favorecer el flujo apropiado de pacientes hacia la continuidad de su atención en el nivel que corresponde. Es deseable, por tanto, la definición de protocolos de atención local y en red que faciliten la gestión de altas en la consulta externa especializada.

En general, deben existir mecanismos de control, de revisión y análisis periódico del proceso de atención especializada. Igualmente, sobre los demás subprocessos relacionados, entre los cuales

están la programación de las citas y la gestión apropiada del ausentismo, así como el análisis clínico conjunto de los casos que lo requieran y la debida oportunidad en las actividades complementarias de los servicios de farmacia, laboratorio, radiodiagnóstico, enfermería y otros.

Referencias bibliográficas

- ISSEMYM. (2015). Especificaciones sobre la Consulta Externa de Especialidad. Recuperado el 18 de Mayo de 2016, de Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios: http://www.issemym.gob.mx/tu_salud/consulta_externa_de_especialidad.
- Madrigal, R. (21 de Agosto de 2012). Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1.Consulta Externa. Obtenido de: Caja Costarricense de Seguro Social: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8_Catalogo_de_definiciones_Oficio_36966-5_8-8-12.pdf
- Petitgout, J. M. (2015). Implementation and Evaluation of a Unit-Based Discharge Coordinator to Improve the Patient Discharge Experience. Journal of Pediatric Health Care, 26(9): 509-517. Obtenido de: [http://www.jppehc.org/article/S0891-5245\(15\)00076-0/pdf](http://www.jppehc.org/article/S0891-5245(15)00076-0/pdf)

Anexos

Anexo 6.1 CCSS: ALTAS POR PERSONA EN LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA, POR HOSPITAL Y POR TIPO DE HOSPITAL, 2015 (porcentaje)

HOSPITAL Y TIPO DE HOSPITAL	CIRUGÍA GENERAL	GINECOLOGÍA	MEDICINA INTERNA	PEDIATRÍA	ORTOPEDIA
HCG	0,23	0,18	0,23	NA	0,27
HMEX	0,16	0,19	0,32	NA	0,28
HSJD	0,05	0,18	0,41	NA	0,10
Total Nacionales	0,15	0,18	0,34	NA	0,18
HSC	0,31	0,20	0,16	0,19	0,14
HEP	0,34	0,20	0,53	0,35	0,23
HTF	0,21	0,09	0,08	0,14	0,24
HEB	0,38	0,10	0,21	0,08	0,19
HSRA	0,14	0,08	0,09	0,44	0,25
HMP	0,20	0,27	0,67	0,10	0,35
HMS	-	-	-	0,11	-
Total Regionales	0,21	0,15	0,30	0,16	0,23
HLA	0,65	0,37	0,18	0,04	0,31
HWA	0,29	0,19	0,23	0,14	0,18
HG	0,19	-	0,14	0,09	0,08
HCLVV	0,09	0,11	0,23	0,21	0,25
HSVP	0,15	0,08	0,13	0,16	0,14
Total Periféricos 3	0,20	0,45	0,18	0,13	0,13
HSV	0,46	0,28	0,23	0,19	0,19
HTC	0,28	0,45	0,09	0,02	0,02
HSFA	0,23	0,24	0,28	0,03	0,03
HMMV	0,30	0,27	0,03	0,09	0,09
HCN	0,30	0,29	0,12	0,08	0,08
HU	0,42	0,24	0,10	0,11	0,11
HMTV	0,19	0,17	0,12	0,31	0,31
HLCH	0,04	0,03	0,13	0,02	0,02
Total Periféricos 1 y 2	0,27	0,22	0,14	0,15	0,28
HNGG	0,31	NA	NA	NA	NA
CENARE	NA	NA	NA	NA	0,01
HNN	NA	NA	NA	0,39	NA
HOMACE	NA	0,20	NA	NA	NA
Institucional	0,20	0,16	0,24	0,16	0,21

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015.

7. Estancias ajustadas por complejidad



Gestión de las estancias en hospitales generales de la CCSS

Dos hospitales nacionales, tres regionales y cinco periféricos registran estancias superiores a lo esperado, según el Índice de Estancias Ajustado por Complejidad.

La estancia media es un indicador muy utilizado para medir la eficiencia hospitalaria (Martín et al, 2007; Copnell et al, 2009; Brownell et al, 1995), porque resume el aprovechamiento de la cama y la agilidad de los servicios prestados en los hospitales (Ceballos et al, 2014; Jiménez, 2004).

Sin embargo, la simple utilización de la estancia media bruta de los centros sólo tiene sentido cuando se comparan centros de similares características estructurales, que tratan parecida casuística y sobre pacientes con el mismo grado de severidad. Esto hace necesario recurrir a un método de “ajuste por riesgo” de la estancia, para determinar cuándo se incurre en estancia prolongada por problemas de la atención (González, 2009; Freitas et al, 2012).

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) brindan información acerca de la casuística atendida y permiten construir el Índice de Funcionamiento (IF), que mide la eficiencia en la gestión de duración de la estancia hospitalaria en función de la casuística atendida por el hospital.

No obstante, el sistema de GRD no siempre está disponible, dado su alto costo relativo para los sistemas de salud de países en desarrollo; tal es el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que dejó de calcular el IF en el 2014 por vencimiento de la licencia para los GRD.

Una alternativa es utilizar un modelo de regresión para estimar la estancia esperada en un centro hospitalario, en función de las características de los pacientes y algunas condiciones del hospital (González, 2009; Freitas et al, 2012).

A partir de los datos obtenidos con este modelo, se estimó el índice de estancias ajustado por complejidad (IEAC), con la finalidad de comparar los hospitales generales de la CCSS.

En este proceso se utilizó como fuente de información la base de datos de egresos hospitalarios del 2015 del Área de Estadística en Salud de la CCSS. De tal forma, se calculó el IEAC para el grupo de 23 hospitales generales.

Para la estimación del IEAC se obtuvieron las estancias observadas en cada hospital y se compararon con las estancias esperadas obtenidas con el modelo de regresión. Un IEAC >100 indica mayores estancias de las que le corresponde por la casuística atendida; por tanto, los hospitales con valores significativamente superiores a 100 no son deseables, dado que registran una gestión no adecuada de las estancias.

Específicamente, las estancias esperadas se obtienen de la suma de las probabilidades de estadía de cada episodio individual. La probabilidad individual se calcula mediante un modelo de regresión Binomial Negativa, que incorpora como variables explicativas: edad, sexo, vía de ingreso al hospital, estado civil, condición de salida del paciente, grupo de diagnóstico CIE-10 consignado en el egreso hospitalario y grupo de comorbilidad representado por el Índice de Charlson (Quan et al, 2011).

Adicionalmente, se calculan los intervalos de confianza al 99% (IC 99%) para determinar si el IEAC es estadísticamente diferente a 100%. Para el cálculo se utilizó el método de puntuación de Wilson sin corrección por continuidad (Newcombe, 1998).

Durante el 2015 se produjeron 304.318 egresos hospitalarios en los 23 hospitales generales de la CCSS, con una estancia media de 4.6 días y una desviación estándar de 7.6 días. El 17.4% de los casos son de cirugía mayor ambulatoria (que para efecto de esta investigación se le asignó una estancia de cero), 22% de los casos estuvieron un día hospitalizados, 57% presentaron una estancia de dos días o menos y el 90% registró una estancia inferior a 11 días.

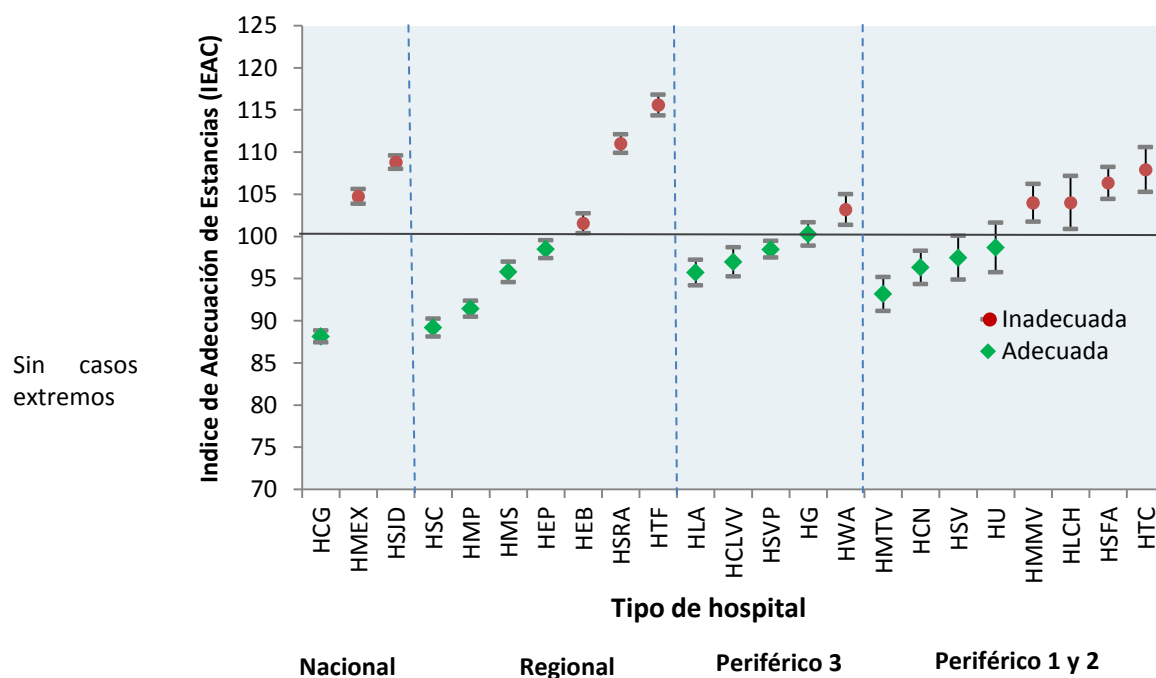
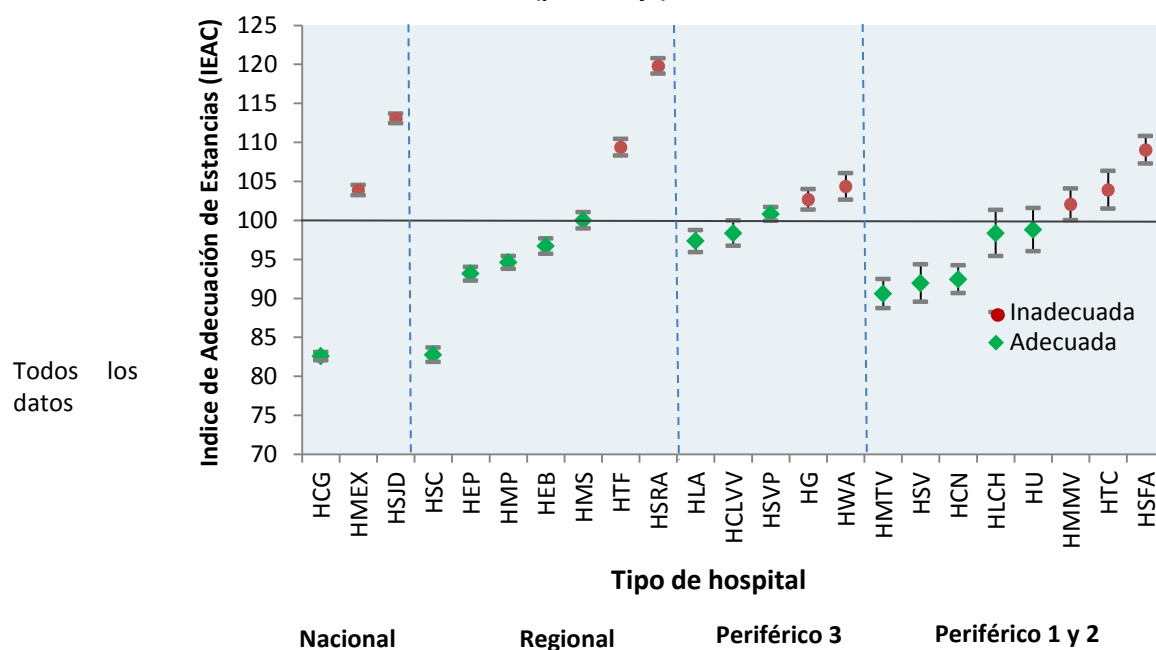
En el gráfico 7.1 se muestran los resultados del IEAC y los intervalos de confianza al 99% del conjunto de hospitales generales de la CCSS, con y sin eliminar los casos extremos³. Se observa que el 43% de los hospitales registran un IEAC superior a 100%, con lo cual se puede afirmar que estos establecimientos registran un inadecuado manejo de las estancias de sus pacientes. En este grupo de centros hay dos de referencia nacional, tres regionales y cinco periféricos.

Se recomienda realizar un plan de intervención en los hospitales que tienen una inadecuada gestión de las estancias, que incluya entre otros factores un análisis detallado de los determinantes de casos extremos (Green and Nguyen, 2001).

Para ello, se deben tener en cuenta los resultados de la literatura internacional respecto a los factores que más frecuentemente prolongan la estancia en los hospitales (Ceballos et al, 2014). Al respecto, se concluye que el factor más influyente es la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, seguido de la necesidad de atención en otro nivel de complejidad (que evidencia falta de consolidación de una red de atención), la situación socio-familiar (falta de apoyo a los cuidados en su domicilio, el rechazo de la familia a aceptar el traslado a un hogar de ancianos, o las condiciones inadecuadas de las viviendas) y la edad del paciente.

³ El límite para definir los casos extremos se calcula como media geométrica más dos desviaciones estándar.

Gráfico 7.1.
CCSS: ÍNDICE DE ESTANCIAS AJUSTADO POR COMPLEJIDAD, CON Y SIN CASOS EXTREMOS.
HOSPITALES GENERALES CCSS, 2015.
(porcentaje)



FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Área de Estadística en Salud. Caja Costarricense de Seguro Social.

Referencias bibliográficas

- Brownell M, R. N. (1995). Variation in length of stay as a measure of efficiency in Manitoba hospitals. *CMAJ*, 152(5): 675-82.
- Ceballos T, V. P. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodología para su intervención. *Gerenc. Polit. Salud*, 13(27): 274-95.
- Copnell B, H. V. (2009). Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators. *Intern Med J*, 39(6):352-60.
- Freitas A, S. T. (2012). Factors influencing hospital high length of stay outliers. *BMC Health Services Research*, 12:265.
- González, I. (2009). Relación entre prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Revista CONAMED*, 14(4):21-4.
- Green L, N. V. (2001). Strategies for cutting hospital beds: the impact on patient service. *Health Serv Res*, 36(2):421-41.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*, 30(1):17-36.
- Martin J, L. M. (2007). La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias. *Presupuesto y Gasto Público*, 49: 139-161.
- Newcombe, R. (1998). Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Sat Med*, 17(8):857-72.
- Quan H, L. B. (2011). Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. *Am J Epidemiol*, 173(6):676-82.

8. Gestión de las camas y las estancias

Estancias Observadas vs Esperadas

Índice de Estancias Ajustado por Riesgo

Resultado de la división de las estancias observadas entre las estancias esperadas, multiplicado por 100.

10

hospitales presentaron a nivel global más estancias que las esperadas, según el índice



San Juan de Dios
México



Enrique Baltodano
Tony Facio
San Rafael



William Allen
Tomás Casas
San Francisco
Los Chiles
Manuel Mora

Gestión de las estancias y las camas por Servicio



Medicina



Cirugía



Ginecología



Obstetricia



Neonatología



Pediatría

11 de 23 hospitales registraron estancias superiores a las esperadas en tres o más Servicios



San Juan, México
San Rafael, Max Peralta, Tony Facio
San Vicente de Paúl, Guápiles
San Francisco, Manuel Mora, Tomás Casas, Upala



Alta ocupación en la mayoría de los hospitales



Índices de ocupación muy por debajo del 85%

Variables de análisis

Edad, sexo y estado civil

Diagnóstico y comorbilidad

Vía de ingreso, condición de salida

Factores influyentes sobre la estancia



Otras según literatura

Demora para realizar procedimientos

Situación socio-familiar, edad

Necesidad de atención en otro nivel de la Red

Factores que afectan la utilización de las camas

Inadecuada distribución interna de las camas

Inopia personal médico especializado

Limitaciones arquitectónicas y de recurso

Cambio demográfico y del perfil epidemiológico

Baja demanda?



Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Gestión de las camas y las estancias en hospitales generales de la CCSS

48% de hospitales registraron estancias superiores a las esperadas en tres o más servicios y en la mayoría de centros existe una inadecuada distribución de las camas entre servicios.

Para establecer una comparación en términos de eficiencia en el manejo de la cama hospitalaria, se compara el porcentaje de ocupación y la utilización de las estancias (Pabón-Lasso, 1986) (Morera, 2014), suponiendo que exista una adecuada distribución interna de las camas entre servicios, según la configuración oferta-demanda.

Para obtener un indicador robusto de eficiencia en la utilización de las estancias, se recomienda considerar la casuística de los pacientes atendidos (González, 2009) (Freitas A, 2012). En el 2014 se utilizó el Índice de Funcionamiento (IF) como indicador de adecuación de las estancias; sin embargo, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) dejó de calcular el IF por vencimiento de la licencia para los GRD.

En sustitución al IF, para el análisis del 2015 se construyó el Índice de Estancias Ajustado por Complejidad (IEAC). Este índice estima la estancia esperada en un centro hospitalario en función de las características de los pacientes y el tipo de hospital donde fue atendido (Morera M. , 2016).

Para el análisis de la gestión de las camas y las estancias, se comparó mediante gráficos de dispersión, el nivel de ocupación de las camas (PO), que mide la eficiencia en el manejo de las camas, y el IEAC, que mide la eficiencia en el manejo de las estancias.

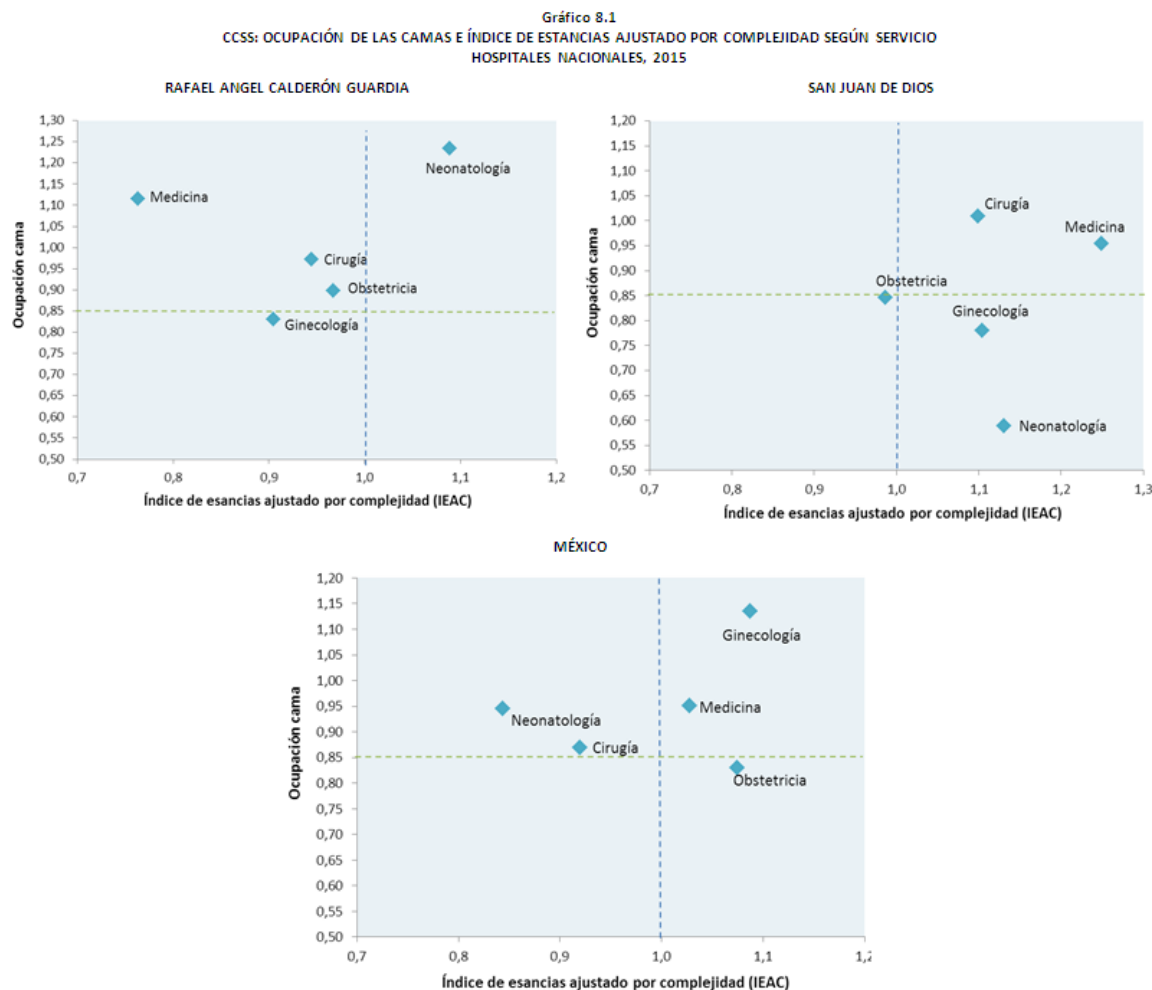
Las fuentes de información utilizadas fueron el Anuario Estadístico y la base de egresos hospitalarios del 2015, proporcionados por el Área de Estadística en Salud (AES) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Se analizaron los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología de los 23 hospitales generales.

Lo conveniente es que los hospitales cuenten con un nivel de ocupación superior al 85%, una estancia adecuada de acuerdo a la complejidad de los casos atendidos ($IEAC \leq 100$) y una óptima distribución interna de las camas entre servicios.

Los resultados se presentan según tipo de hospital: nacionales, regionales, periféricos 3 y periféricos 1 y 2.

Cabe destacar que en el 2015 los resultados de ocupación de las camas y gestión de las estancias no variaron sustancialmente respecto al 2014.

En el grupo de hospitales nacionales (Gráfico 8.1) se observa que el hospital Calderón Guardia registró un consumo de las estancias en todos sus servicios acorde a lo esperado, salvo en Neonatología, y una alta ocupación, con excepción del servicio de Ginecología, que está levemente por debajo del óptimo (85%).



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

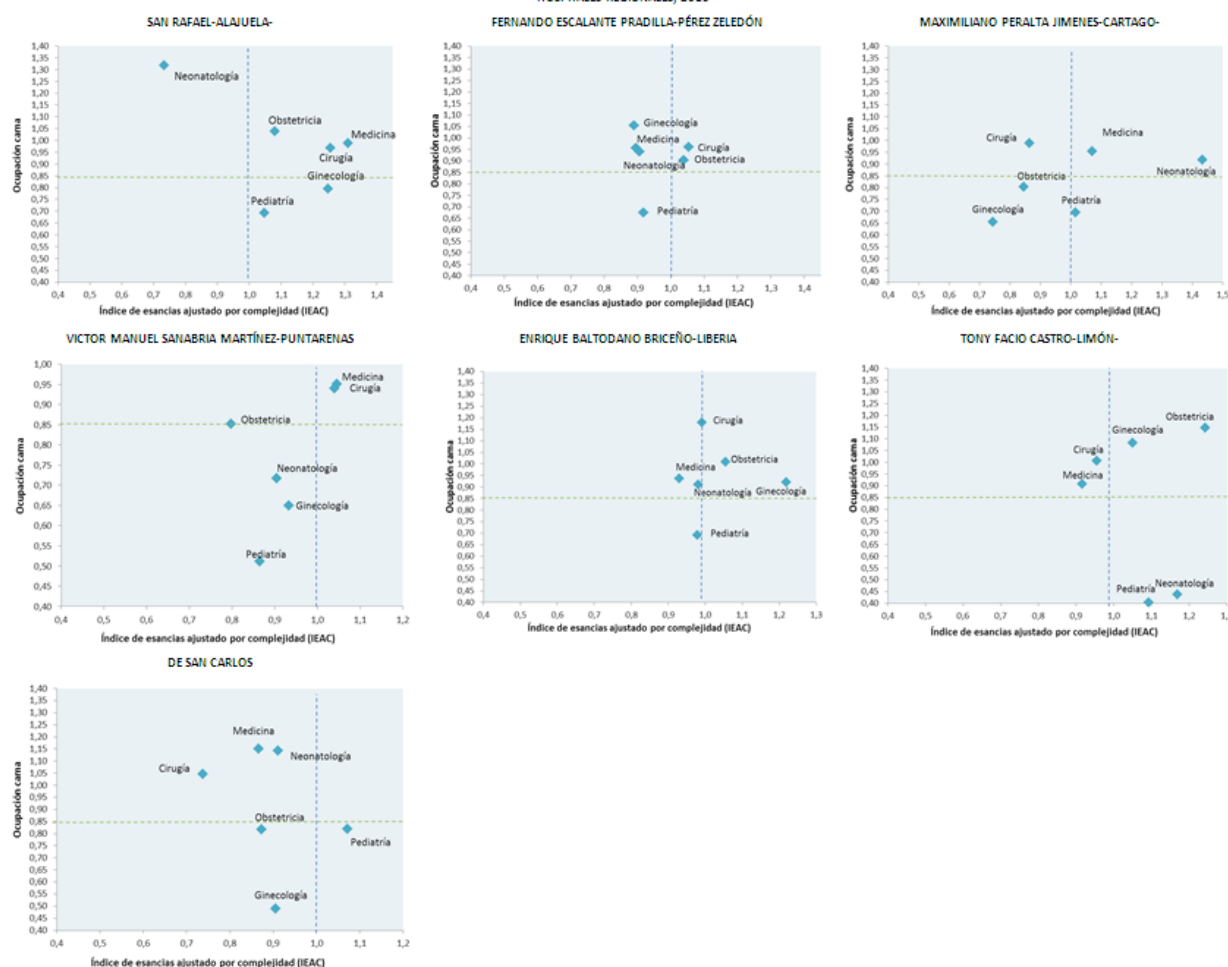
Por otra parte, el hospital San Juan de Dios fue ineficiente en el manejo de las estancias en sus servicios, dado que consumió más estancias de lo esperado para resolver casos de condiciones similares ($IEAC > 100$), salvo en Obstetricia. Además, registró una alta ocupación en los servicios de Cirugía y Medicina, y baja en Ginecología y Neonatología.

El hospital México tuvo una alta ocupación en los servicios de Medicina, Neonatología y Ginecología y levemente baja en Obstetricia. Además, registró un consumo de más estancias de lo esperado en Ginecología, Obstetricia y Medicina.

El Gráfico 8.2 muestra que los hospitales regionales Tony Facio de Limón, San Rafael de Alajuela, Enrique Baltodano de Liberia y Escalante Pradilla de Pérez Zeledón registraron altas ocupaciones en la mayoría de los servicios; en tanto que los hospitales Max Peralta de Cartago, San Carlos y

Monseñor Sanabria de Puntarenas presentaron porcentajes de ocupación inferiores al 85% en la mitad de sus servicios.

Gráfico 8.2
CCSS: OCUPACIÓN DE LAS CAMAS E ÍNDICE DE ESTANCIAS AJUSTADO POR COMPLEJIDAD SEGÚN SERVICIO
HOSPITALES REGIONALES, 2015



FUENTE: CCSS, Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

En cuanto al manejo de las estancias, los hospitales San Carlos, Monseñor Sanabria de Puntarenas, Enrique Baltodano de Liberia y Escalante Pradilla de Pérez Zeledón tuvieron un manejo adecuado en la mayoría de los servicios; caso contrario a los hospitales San Rafael de Alajuela y Tony Facio de Limón, que registran inadecuada gestión de las estancias en la mayor parte de los servicios.

Una característica en este grupo de hospitales, es que en la mayoría los PO de los servicios de Medicina y Cirugía fueron altos, en tanto bajos en Pediatría.

En el grupo de centros periféricos 3 (gráfico 8.3), el hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón presentó bajas ocupaciones en todos los servicios, a excepción de Pediatría, y un inadecuado manejo de las estancias en Medicina y Cirugía.

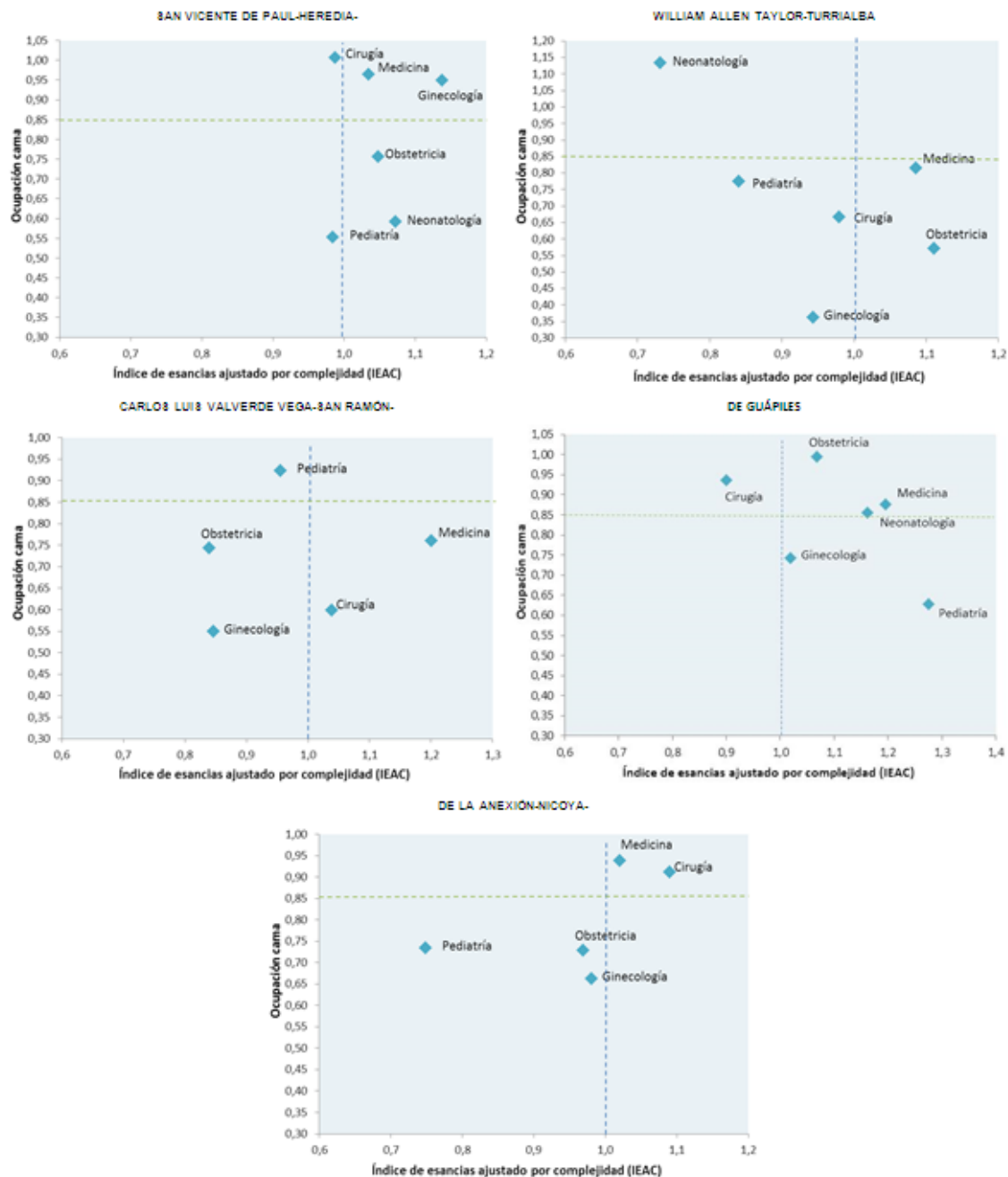
El hospital William Allen de Turrialba presenta bajos niveles de ocupación de sus camas en todos los servicios, excepto en Neonatología. Además, registra inadecuada gestión de las estancias en Medicina y Obstetricia.

Los hospitales La Anexión de Nicoya y San Vicente de Paúl de Heredia registran baja ocupación en Ginecología, Obstetricia y Pediatría. Heredia presenta un inadecuado manejo de las estancias en la mayoría de los servicios y Nicoya en Medicina y Cirugía.

El hospital de Guápiles presenta inadecuado manejo de las estancias en todos los servicios, excepto Cirugía. Además, registra baja ocupación en Pediatría y Ginecología.

Todos los hospitales periféricos 3 presentaron bajas ocupaciones Ginecología y la mayoría en Obstetricia y Pediatría. De igual forma, todos los establecimientos registran una inadecuada gestión de las estancias en Medicina.

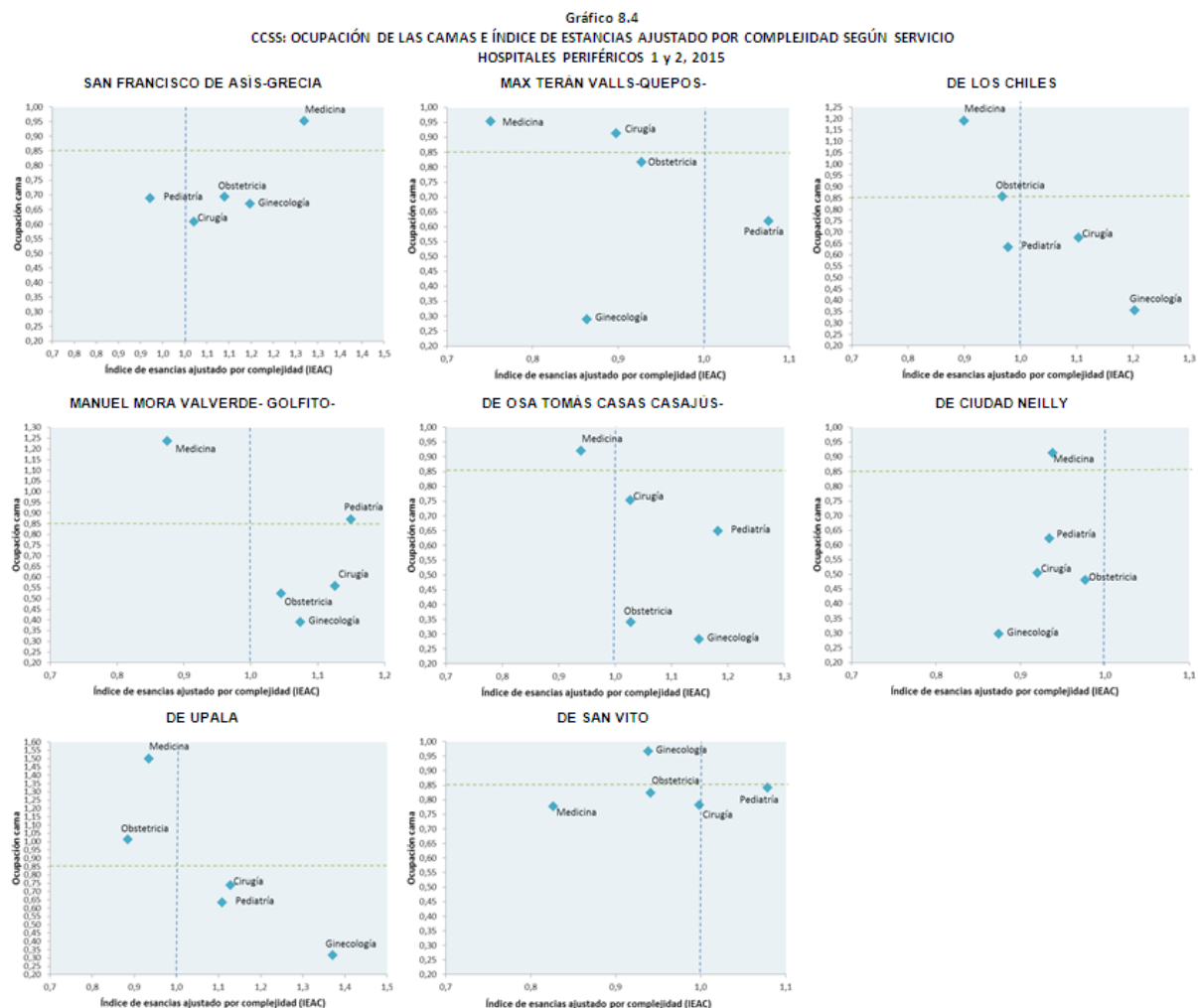
Gráfico 8.3
CCSS: OCUPACIÓN DE LAS CAMAS E ÍNDICE DE ESTANCIAS AJUSTADO POR COMPLEJIDAD SEGÚN SERVICIO
HOSPITALES PERIFÉRICOS 3, 2015



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015.

El gráfico 8.4 muestra a los hospitales periféricos 1 y 2; se observa que San Francisco de Asís de Grecia, Tomás Casas de Osa y Ciudad Neily presentaron bajas ocupaciones en todos los servicios, excepto en Medicina.

El hospital de Ciudad Neilly registra un adecuado manejo de las estancias en todos los servicios. Mientras que los hospitales Manuel Mora de Golfito, Tomas Casas de Osa, San Francisco de Asís de Grecia y de Upala registraron inadecuada gestión de las estancias en la mayoría de éstos.



FUENTE: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 2015.

De forma general, en la mayor parte de los hospitales, independientemente del tipo, se muestra que los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría registraron índices de ocupación muy por debajo del 85%, considerado como un nivel cercano al óptimo. Se recomienda investigar a profundidad para identificar las causas de esa baja ocupación.

Algunos posibles predictores de tal desequilibrio son: inadecuada distribución interna de las camas, falta de personal médico especializado y baja demanda de algunas atenciones; debe considerarse también el cambio demográfico y del perfil epidemiológico de la población.

Se recomienda implementar un proceso de redistribución de camas, considerando las limitaciones arquitectónicas y de recursos, que para Costa Rica incluye, entre otras, el tipo de cama (cunas vs. camas normales), la división en salones para hombres y mujeres, la relación personal enfermería y asistentes de pacientes por cama.

Dado que más del 40% de los hospitales tuvo tres o más servicios con estancias superiores a las esperadas, se recomienda elaborar un perfil de eficiencia para identificar en qué categorías diagnósticas mayores un hospital es más eficiente y en cuáles no lo está siendo. A partir de estos resultados se podrían desarrollar protocolos, con el fin de estandarizar la prestación de servicios en los diagnósticos con mayor variabilidad en la estancia media.

Referencias Bibliográficas

- Freitas A, S. T. (2012). Factors influencing hospital high length of stay outliers. BMC Health Services Research, 12: 265.
- González, I. (2009). Relación entre prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Revista CONAMED, 14(4): 21-4.
- Morera. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. Acta méd costarric, 56(3): 109-114.
- Morera, M. (2016). Índice de Estancias Ajustadas por Complejidad 2015. Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud, San José.
- Pabón-Lasso. (1986). Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. Rev Panam Salud Pública, 20: 341-57.

9. Salas de operaciones

169

Salas donde se realizan
cirugías con asistencia de
anestesiólogo, a nivel
institucional

156 980

Horas de
anestesia
reportadas



Días hábiles disponibles para
programar
(254 por sala)

44 958



Días hábiles
Programados

30 899



Tiempo de uso de
quirófano
(promedio)

5,26



Nacionales

5,45



Regionales

5,32



Especializados

5,20



Periferico 3

5,00



Periferico 2

4,82



Periferico 1

4,19

Causas de no de programación de actividad quirúrgica con anestesia



Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Hacia la mejora en el rendimiento al utilizar los tiempos de sala de operaciones.

Entre los años 2014 y 2015 se identifica una leve modificación del rendimiento en horas de anestesia por día por sala, con un aumento que va de 5,19 a 5,26. Conjuntamente, hay una discreta mejoría en el porcentaje de aprovechamiento de los días disponibles para la programación quirúrgica con tiempo de anestesia, que aumenta del 68% al 68,7%.

La actividad del bloque quirúrgico es una de las más onerosas en el quehacer de los centros médicos. Su desarrollo tiene un impacto directo sobre la calidad y oportunidad de la atención que se brinda al usuario de los servicios de salud y se refleja en los tiempos de espera para el abordaje y resolución de patologías específicas.

Es un componente central para el cumplimiento de los objetivos institucionales, a un punto tal que en el 52% de los 339.226 egresos de centros con servicio de internamiento se registró al menos un procedimiento de tipo quirúrgico, esto durante el año 2015 (Área de Estadística en Salud, 2016).

Por tanto, el grado de aprovechamiento de la infraestructura y equipos quirúrgicos constituye, en la práctica y en lo perceptible, uno de los principales parámetros con que se califica la eficiencia en la prestación de la actividad por parte de la CCSS.

Aunque este proceso involucra acciones pre, intra y post quirúrgicas múltiples, influenciadas por aspectos como: abastecimiento, requerimientos para la atención de calidad, acceso a los servicios, entre otros, existe en la institución algún rezago en el registro de estas condicionantes, que impide su trazabilidad e incorporación en las evaluaciones estandarizadas de redes de servicios y unidades prestadoras.

En la actualidad se hacen esfuerzos por actualizar y normalizar esos sistemas de registros, con el objeto de optimizar los indicadores con que se mide la prestación.

Para la evaluación del año 2015, considerando los registros institucionales existentes, se recurre a dos indicadores puntuales asociados a la programación de la actividad quirúrgica:

- El tiempo de utilización de las salas de operaciones, que se basa en la hoja de registro de tiempo de anestesia.
- La programación efectiva de cirugías con anestesia y los causales de no programación de sala con cirugía de este tipo durante la jornada ordinaria de días hábiles en el año.

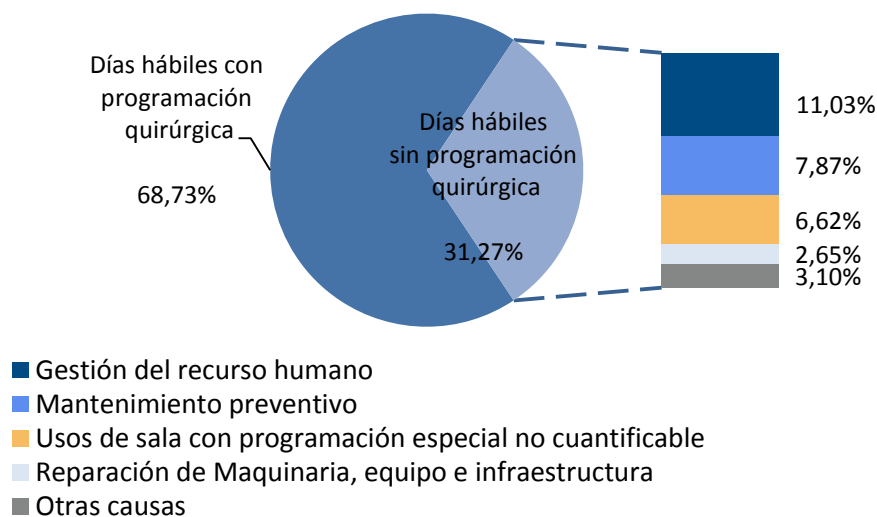
Ambos indicadores se obtienen a partir de un listado elaborado por cada centro e incorpora el registro de las cirugías realizadas; de este se toman las variables de interés. Su revisión y análisis permiten al gestor local y a los mandos de distintos niveles identificar puntos a explorar, de modo que se caracterice la realidad de cada centro, así como las posibles áreas cuyas falencias impiden un uso más eficiente de los recursos quirúrgicos.

A partir de estos elementos se podrían rastrear las condicionantes que impactan sobre la programación y que en su génesis implican elementos de toda índole.

Utilización de quirófanos en días hábiles y causas de no uso

En 2015, los 23 hospitales generales, los hospitales De las Mujeres Adolfo Carit Eva (HOMACE), el Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes (HNGG), el Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera (HNN), el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas (CENARE) y la Clínica Oftalmológica (CLOF) reportan el uso de 177 salas de operaciones. Al cuantificar para todos esos centros el total de días hábiles disponibles para programar en tiempo ordinario⁴ y determinar en cuántos se programa al menos una cirugía con asistencia de anestesiólogo, se observa que el 68,73% de los días tuvo programación efectiva (30.899 de 44.958). (Gráfico 9.1)

Gráfico 9.1
CCSS: PROGRAMACIÓN DE LOS DÍAS HÁBILES DISPONIBLES
Y CAUSAS DE NO USO DE SALA, 2015



FUENTE: CCSS. Hospitales y Centros Especializados. Listados de cirugías y causas de no uso de quirófano, 2015.

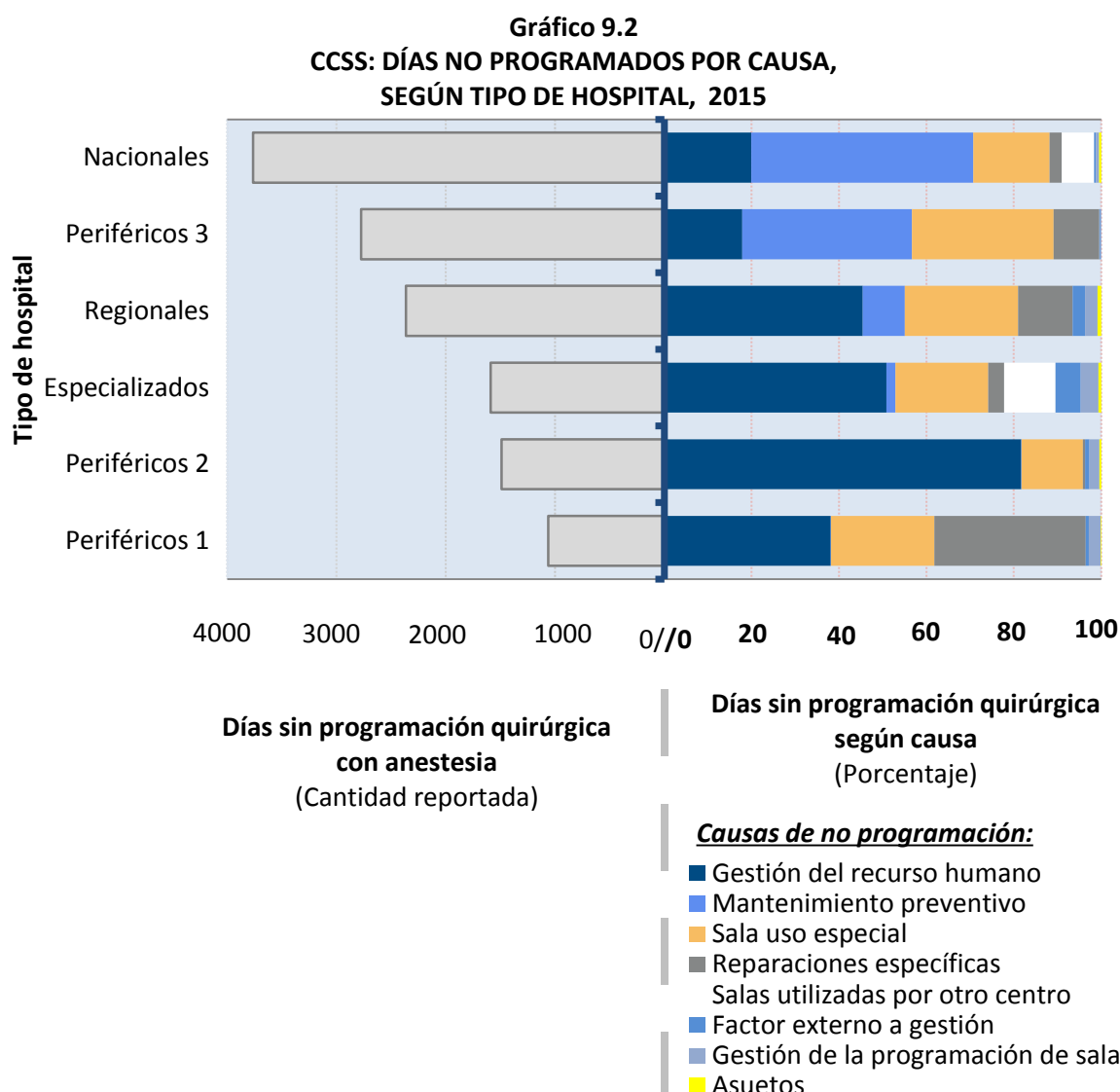
En el 2014 se registraron 180 salas donde se midió el tiempo de anestesia; dicho año tuvo 252 días hábiles, por lo que se disponía de 45.360 días para programar cirugías en tiempo ordinario. De

⁴ Considera 254 días hábiles por sala reportada.

estos hubo programación quirúrgica con tiempo de anestesia en 30.870 días, para un rendimiento de 68%. Por tanto, en el 2015 se da un leve aumento en el rendimiento de días programados respecto a los días disponibles, al compararse con el año 2014.

En la institución, de los 13.920 días no utilizados según la información reportada por los centros durante el año 2015, un 35% se debe a la gestión del recurso humano. Esta causa incluye lo relacionado con inopia de personal de todo tipo, sea para ocupar plazas disponibles, como para sustituir funcionarios con permisos, vacaciones, incapacidades.

Por tipo de hospital encontramos que solo los nacionales y los periféricos 3 tienen como causa principal el mantenimiento preventivo, rubro remodelación de sala (Gráfico 9.2).



FUENTE: CCSS. Hospitales y Centros Especializados. Causas de no uso de quirófono, 2015.

En el grupo de hospitales nacionales, el hospital Rafael Angel Calderón Guardia (HCG) es el que reporta con mayor frecuencia esta causa, aunque es sabido que el hospital San Juan de Dios (HSJD)

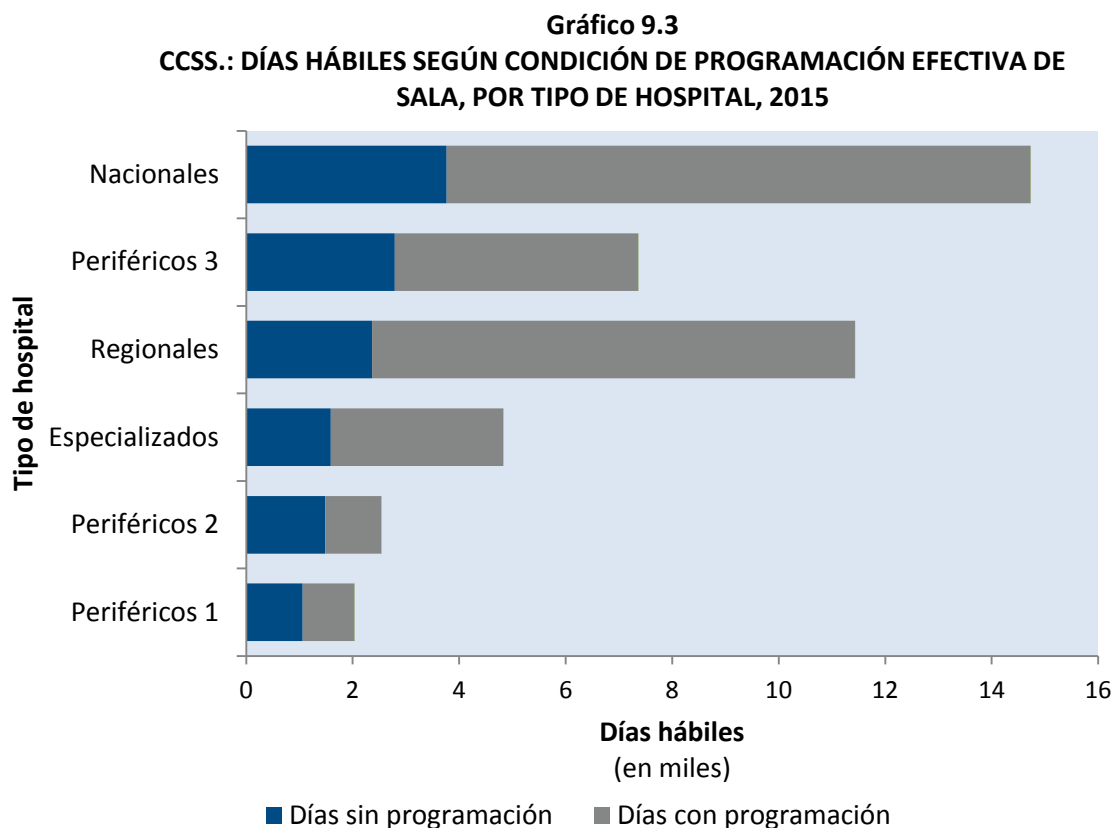
apenas está retomando sus salas ya remodeladas en tanto el hospital México empieza el proceso de actualización de espacios. Esta causa significó el 50,8% de los 3.764 días no programados en los nacionales.

El caso de los periféricos 3 merece un análisis específico por centro, puesto que el componente remodelación lo contiene casi en su totalidad el hospital Carlos Luis Valverde Vega (HCLVV). En los demás hospitales del grupo la causa principal de no programación, según las condiciones exploradas, fue la disposición de las salas para situaciones especiales emergentes:

- a) Procedimientos no electivos como emergencias y partos.
- b) Manejo de situaciones particulares como los procedimientos sépticos.
- c) Salas que por su acondicionamiento solo permiten la realización de cierto tipo de cirugías.

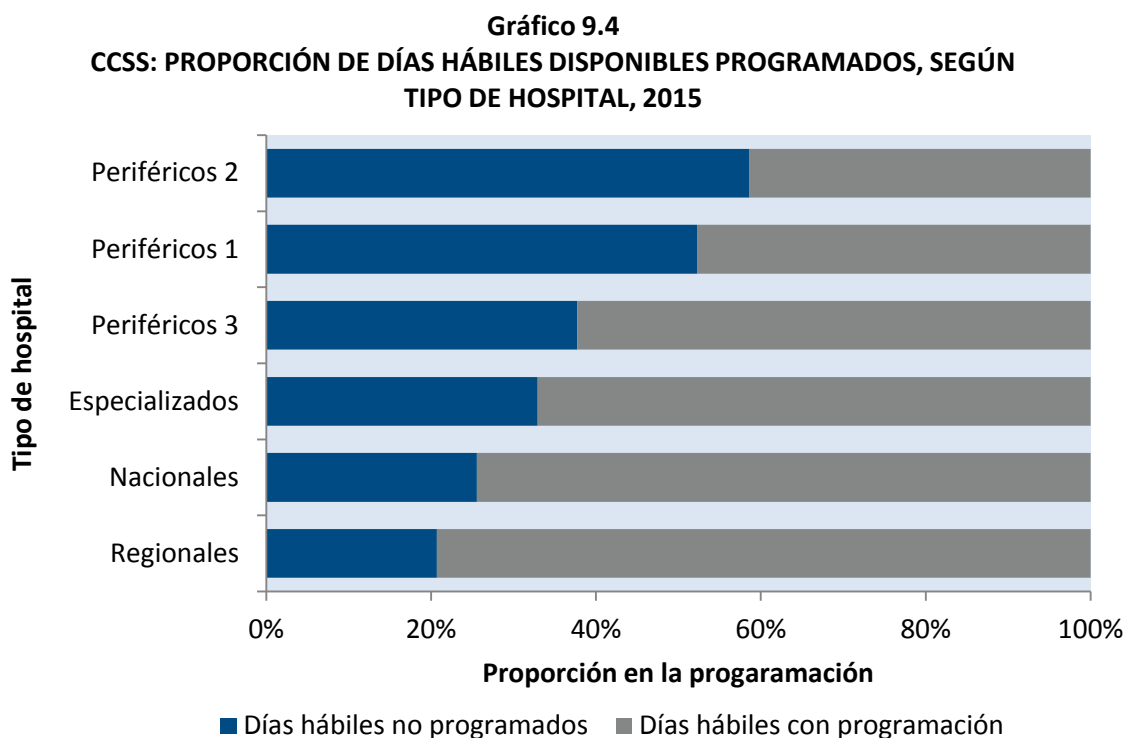
Cuando se desea identificar en qué tipo de hospital afecta con mayor severidad la no programación de sala, el análisis se debe realizar desde dos perspectivas:

1. Una, considerando el total de casos, desde el cual los centros con mayores recursos tienen a su vez las mayores cantidades de días no utilizados, pero también programan efectivamente mayor cantidad de días de cirugía (Gráfico 9.3).



FUENTE: CCSS. Hospitales y Centros Especializados. Listados de cirugías, 2015.

2. Un segundo método, donde se considera la proporción que significa el total de días no programados respecto del total de días disponibles para ese tipo de hospital. Aquí los centros pequeños donde por norma la existencia de especialidades con un solo profesional al que no se puede sustituir o de quirófanos únicos que presentan avería, provoca que los porcentajes de aprovechamiento de espacios quirúrgicos sea menor (Gráfico 9.4).



FUENTE: CCSS. Hospitales y Centros Especializados. Listados de cirugías, 2015.

Horas promedio de uso de quirófano en día hábil programado

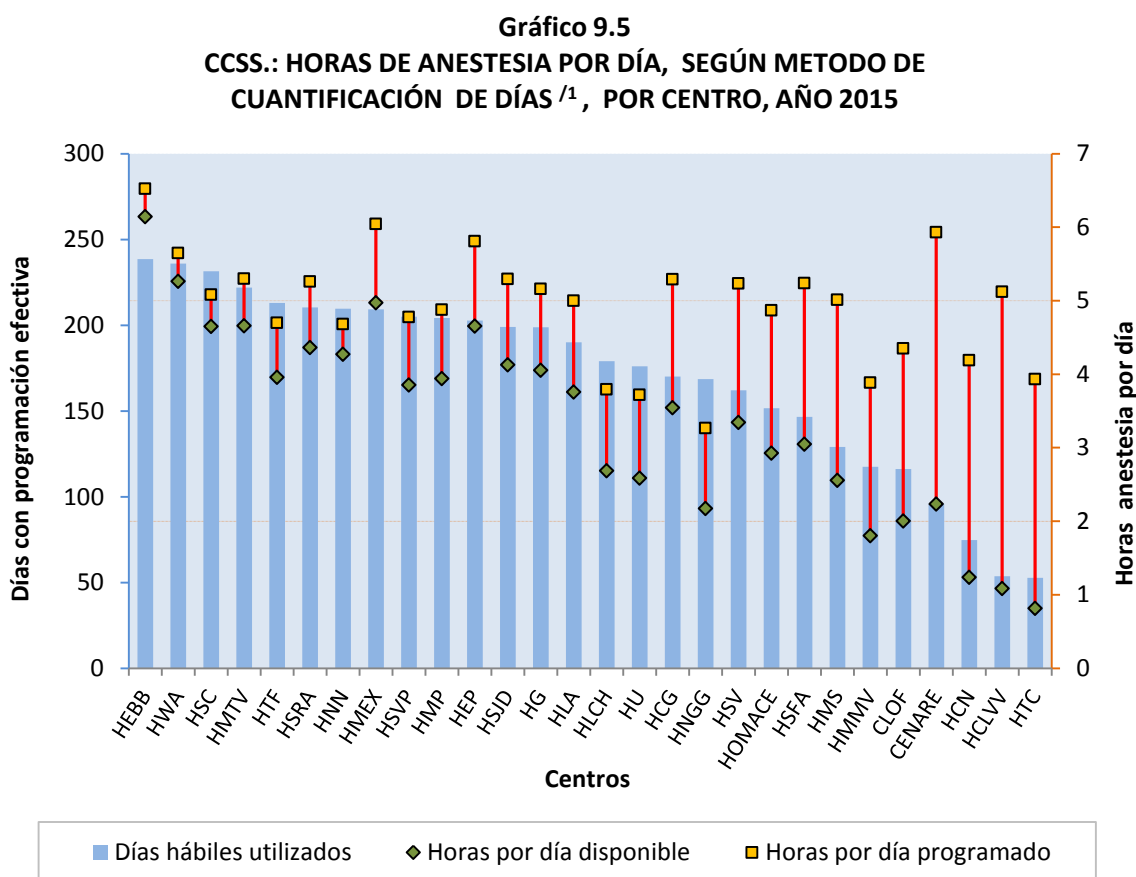
Solo en 169 de las salas reportadas⁵ se ejecutan cirugías con asistencia de anestesiólogo. El promedio de horas de anestesia por día se calcula con dos metodologías diferentes, según el objeto a describir:

1. Si se considera el total de horas de anestesia programadas respecto al total de días hábiles durante el año (hábles disponibles), el promedio institucional es de 3,65 horas de anestesia por día. Esta muestra el uso del quirófano independientemente de las condicionantes internas o externas que impidieron a la gestión su uso. Lo anterior, permite conocer el costo de oportunidad en el tiempo de quirófano no utilizado, debido a que en las redes de servicios no se dispone los recursos físicos, de equipo, recurso humano

⁵ No se contabilizan las salas de los centros Nacional de Geriatria y Gerontología, ni la Clínica Oftalmológica pues en ellas predomina la cirugía oftálmica, que en un gran porcentaje se realiza sin soporte de anestesiólogo.

y abastecimiento para que todas las salas puedan funcionar durante el tiempo ordinario diurno.

2. Contabilizando solo aquellos días en que los centros efectivamente programaron cirugía (días programados), el promedio institucional fue de 5,26 horas de anestesia por día. De esta forma se refleja el rendimiento que el gestor pudo obtener a partir de los recursos con que dispone a lo interno del centro y que puede administrar individualmente sin depender de la asistencia de otros establecimientos: agenda quirúrgica, infraestructura activa, recurso humano, cultura organizacional, oportunidad para la atención de eventualidades.



- ^{/1} Métodos: a) Total de días hábiles en el año por sala (días disponibles) .
b) Días con posibilidad real de programación una vez se descuentan aquellos en que el quirófano no pudo usarse (días programados).

FUENTE: CCSS. Listados de cirugías por centro. Año 2015.

Esa última metodología es la que se utiliza en la evaluación del año 2015; por tanto, los datos descritos a continuación se obtienen al aplicarla.

Según tipo de hospital, los nacionales tienen el mejor rendimiento en horas de anestesia por día, para un 5,46, mientras que los periféricos 1 alcanzan el menor rendimiento de los seis tipos con 4,19 (Cuadro 9.1).

Cuadro 9.1

**CCSS: LOGROS EN LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA CON ANESTESIA,
SEGÚN TIPO DE CENTRO, AÑO 2015**

TIPO DE CENTRO	DÍAS HABLES CON PROGRAMACIÓN	SALAS REPORTADAS	HORAS DE ANESTESIA	HORAS ANESTESIA POR DÍA
Nacionales	10.968	58	59.888	5,46
Regionales	9.064	45	48.206	5,32
Periféricos 3	4.575	29	22.913	5,01
Especializados	3.237	19	16.846	5,20
Periféricos 2	1.051	10	5.063	4,82
Periféricos 1	970	8	4.065	4,19

FUENTE: CCSS. Hospitales y Centros Especializados. Listados de cirugías, 2015.

En cuanto al rendimiento de horas de anestesia por día programado, el promedio presenta un discreto incremento, ya que en el 2014 fue de 5,19, aumentando al 5,26 ya mencionado para el 2015.

No se pudo identificar una relación entre el total de días programados y el rendimiento de horas de anestesia por día. En la mayoría de los centros se han procurado estrategias de optimización del recurso, de manera que el rendimiento de horas de anestesia por día programado tiende a acercarse o superar la magnitud de cinco.

A efectos de mejorar estos resultados, es importante enfocar el quehacer del bloque quirúrgico como un proceso que contiene actividades previas, durante y posterior a la cirugía, donde la falencia en alguno de los determinantes conlleva la afectación del proceso global.

El primer aspecto a intervenir es la disposición del recurso humano. Esta no se debe limitar a la formación de un número determinado de especialistas que, aunque indispensable, tienen múltiples actividades que van más allá del acto quirúrgico como tal, y que requieren para su desempeño recurso de soporte por secretaría, enfermería, laboratorio y gabinete, así como un espacio físico idóneo para ejecutar el abordaje pre quirúrgico y post quirúrgico del usuario.

No es extraño que las cirugías programadas deban suspenderse porque a pesar de disponer del espacio, del material y del equipo humano especializado, no se cuenta con personal circulante o de aseo del quirófano.

Asociado a la cantidad suficiente del recurso humano, debe existir trabajo en equipo que oriente la cultura organizativa, donde se motive a una producción óptima y se valore la función de cada colaborador dentro del proceso.

Se deben identificar las necesidades de espacios físicos ideales para la intervención quirúrgica y la recuperación post quirúrgica ambulatoria u hospitalaria, proveyendo al usuario sitios cómodos y suficientes.

Este análisis debe considerar las potencialidades y carencias de la red de servicios, promoviendo una reorganización y redistribución de responsabilidades y de recursos que asegure al usuario acceso oportuno al servicio en un sitio próximo a su habitación.

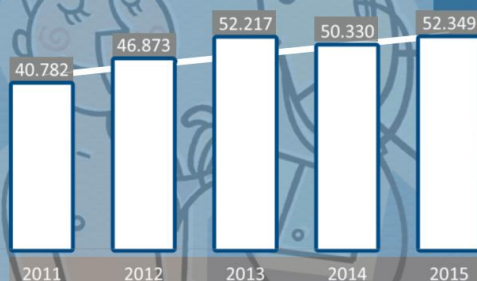
El replanteamiento conlleva el fortalecimiento de los centros según su complejidad, asegurando que otros hospitales por sobre su nivel de jerarquía no reciban casos que en teoría pueden manejarse localmente.

Referencias bibliográficas

- Área de Estadística en Salud, CCSS. (Mayo de 2016). Base de egresos hospitalarios 2015. (Pendiente revisión de egresos de los centros Calderón Guardia, San Juan de Dios y Max Peralta). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Área de Estadística en Salud. CCSS. (2015). Base de egresos hospitalarios 2014 con GRD por caso. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Hospitales y centros especializados. Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Base de cirugías realizadas. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de los Servicios 2015.

10. Cirugía ambulatoria

La cantidad de procedimientos registrados en el servicio de Cirugía Ambulatoria (quirúrgicos y médicos) presenta una tendencia al incremento durante el último quinquenio



Procedimientos de tipo quirúrgico

La proporción de los procedimientos electivos realizados de forma ambulatoria, es superior al 50%, en los últimos cuatro años



Ventajas de Cirugía mayor ambulatoria



- ✓ Recuperación en el ambiente familiar.
- ✓ Pronta incorporación a las actividades cotidianas.
- ✓ Disminución de los riesgos de la estancia hospitalaria.
- ✓ Menor costo económico.
- ✓ Disminución de tiempos de espera para la atención de casos de mediana a baja complejidad
- ✓ Mejora en el servicio al usuario.

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



La cirugía ambulatoria, una opción que toma protagonismo institucional.

El número global de intervenciones quirúrgicas crece en el trienio 2013-2015, en tanto que el índice ambulatorio disminuye levemente entre los años 2014 y 2015.

En asocio con el coste que de por sí significa la ejecución de los procedimientos quirúrgicos y médicos de mediana complejidad, el gasto por el internamiento previo o el internamiento posterior al procedimiento engrosa la inversión que se debe realizar en la atención de ciertos usuarios.

Cuando las condiciones lo permitan, es posible elaborar protocolos de abordaje que, asegurando la eficacia y calidad de la atención, procuren la no utilización de los servicios de hotelería institucionales, de manera que el usuario es intervenido el día de ingreso con un alta inmediata postquirúrgica y una convalecencia supervisada en el hogar.

La utilización de esta modalidad de recuperación ambulatoria post quirúrgica inmediata ha tomado auge en la institución por sus evidentes ventajas:

- Convalecencia del usuario en un ambiente familiar, con apoyo constante de sus allegados.
- Pronta incorporación a las actividades cotidianas.
- Disminución de los riesgos de la estancia hospitalaria posterior al procedimiento, como el caso de la sobreinfección.
- Disminución de costes por estancia.
- Derivación de espacios cama para casos de mediana a alta complejidad.
- Reducción de tiempos de espera para la atención de casos de mediana a baja complejidad.
- Mejora en la percepción del usuario respecto al servicio que se le brinda.

La modalidad es reconocida con múltiples nombres: cirugía de un día, cirugía ambulatoria, cirugía mayor ambulatoria, cirugía sin pernoctación, entre otros.

Como sea que se denomine, requiere de un proceso de intervención claramente definido, que inicia con la selección de la modalidad en la consulta prequirúrgica, continúa con una inducción clara y concisa sobre el procedimiento dirigida a paciente y cuidadores, un seguimiento cercano del caso durante el día de la intervención desde el ingreso hasta el alta de un usuario consciente y estable, el cumplimiento de los requisitos de medicación, tolerancia oral y deambulación sin fiebre ni dolor, y una alerta a los centros de atención cercanos a la habitación del usuario para intervención en caso necesario.

Cabe señalar que no existe una definición absoluta de los procedimientos que deben ser incluidos como susceptibles de la cirugía ambulatoria.

En países donde se genera un listado siempre queda abierta la posibilidad de que, en función de la habilidad quirúrgica, el abastecimiento farmacológico y las condiciones del usuario, algunos procedimientos que no frecuentemente se consideren ambulatorios se ejecuten y convalezcan de forma ambulatoria (Ministerio de Sanidad y Consumo Español, 2008).

El indicador más utilizado es la proporción de procesos susceptibles de ser manejados en forma ambulatoria (definidos en un listado), que efectivamente se intervienen de esa manera. Este es el denominado Índice de sustitución de cirugía ambulatoria (ibíd).

Como en la institución no hay un listado actualizado y estandarizado de procedimientos susceptibles de manejarse mediante cirugía ambulatoria, a efectos de esta evaluación se utiliza la “proporción de los procedimientos... realizados de forma ambulatoria (sin ingreso) sobre el total de procedimientos (ambulatorios y hospitalizados)” (Capitán Valvey, 2015). Este indicador es conocido como Índice ambulatorio o de ambulatorización.

Se consideran “procedimientos realizados de forma ambulatoria” aquellos que se registran como egresados por el servicio de Cirugía Ambulatoria, según el sistema de egresos hospitalarios de la institución, sean estos de tipo quirúrgico o de tipo médico.

La fuente de la información es la Base de Egresos Hospitalarios revisada y avalada por el Área de Estadística en Salud de la institución (Área de Estadística en Salud, 2016). Dicha base incluye los egresos de cirugía ambulatoria de ocho clínicas de segundo nivel y CAIS, la Clínica Oftalmológica (CLOF) y 27 hospitales.

Para el año 2015, de los 348.239 casos enlistados en esa base de egresos institucional, un 74,6% registra al menos un procedimiento principal ejecutado: 74.658 de tipo médico y 185.084 de tipo quirúrgico.

Al registrarse 60.926 casos egresados por el servicio de cirugía ambulatoria, incluyendo todas las vías de ingreso y los dos tipos de procedimiento, el índice ambulatorio institucional corresponde a un 23,5%. Así descrito, existen algunas condicionantes que impiden ver el verdadero impacto de la cirugía ambulatoria en el quehacer de los centros institucionales.

El indicador fue definido para cuantificar la producción de centros hospitalarios, por ello un factor que puede sesgar su interpretación es la inclusión de egresos de centros que no pueden optar por la modalidad con hospitalización; por tanto, todos sus casos son siempre ambulatorios.

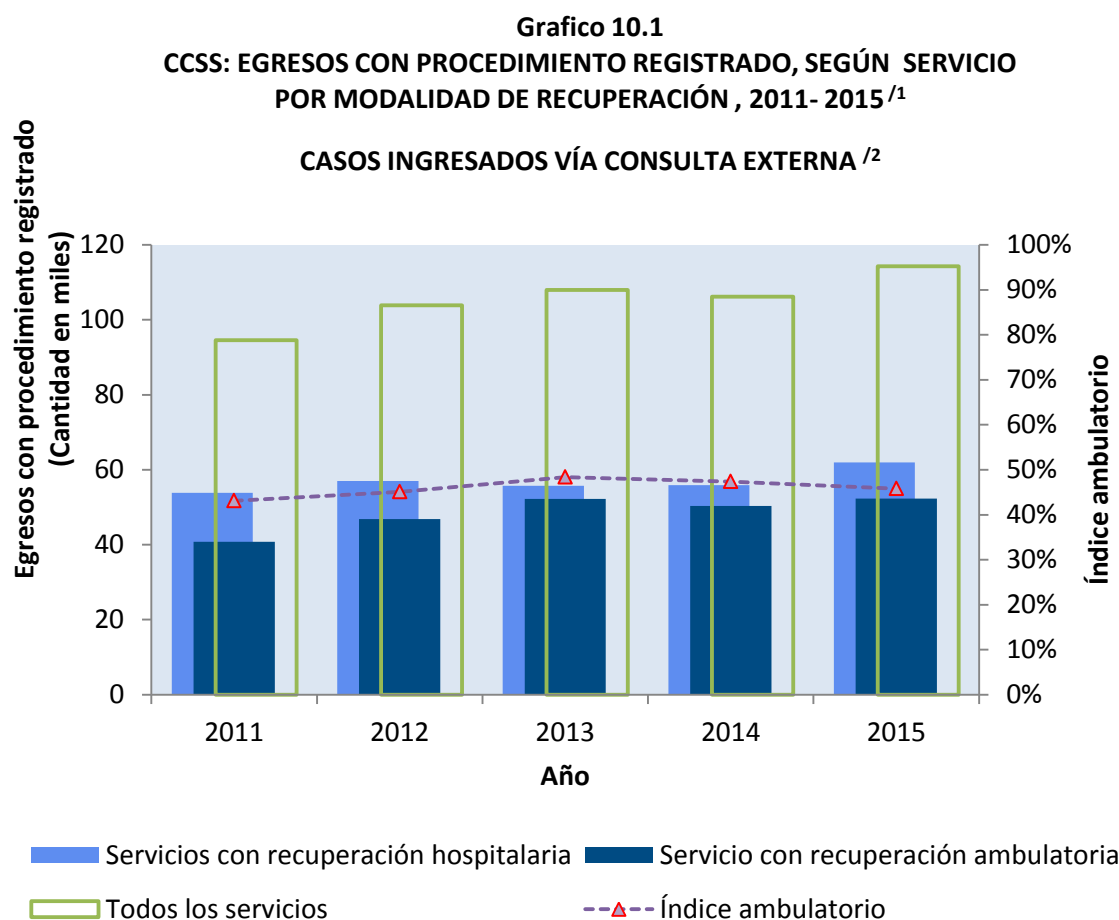
Si se excluye a los establecimientos ambulatorios (Clínicas, CAIS y CLOF), y se toma en cuenta únicamente a los hospitales, el índice de cirugía ambulatoria es de 20,8%.

Al requerirse de un protocolo para la ejecución quirúrgica ambulatoria, esta modalidad se aplica casi exclusivamente a la cirugía electiva. En el ámbito institucional esto se confirma cuando al revisar la base de egresos del servicio de cirugía ambulatoria solo cinco de los 52.354 casos ingresan por urgencias para el año 2015. Por tanto, a efectos de la evaluación, se opta por

considerar solo los 114.279 casos ingresados por Consulta Externa que egresan con algún procedimiento.

Considerando solo los egresos con procedimiento médico o quirúrgico realizado en los 27 hospitales que ingresaron en forma programada, se obtiene un índice ambulatorio para el año 2015 de 45,8%. Un dato significativo es que desde el año 2011 el número total de intervenciones por la modalidad ambulatoria crece hasta alcanzar una meseta entre los años 2013 a 2015.

Dado que el número global de intervenciones sigue creciendo en ese trienio, el resultado neto es un índice ambulatorio que disminuye levemente en 2014 y 2015 (Área de Estadística en Salud. CCSS, 2015) (Gráfico 10.1).

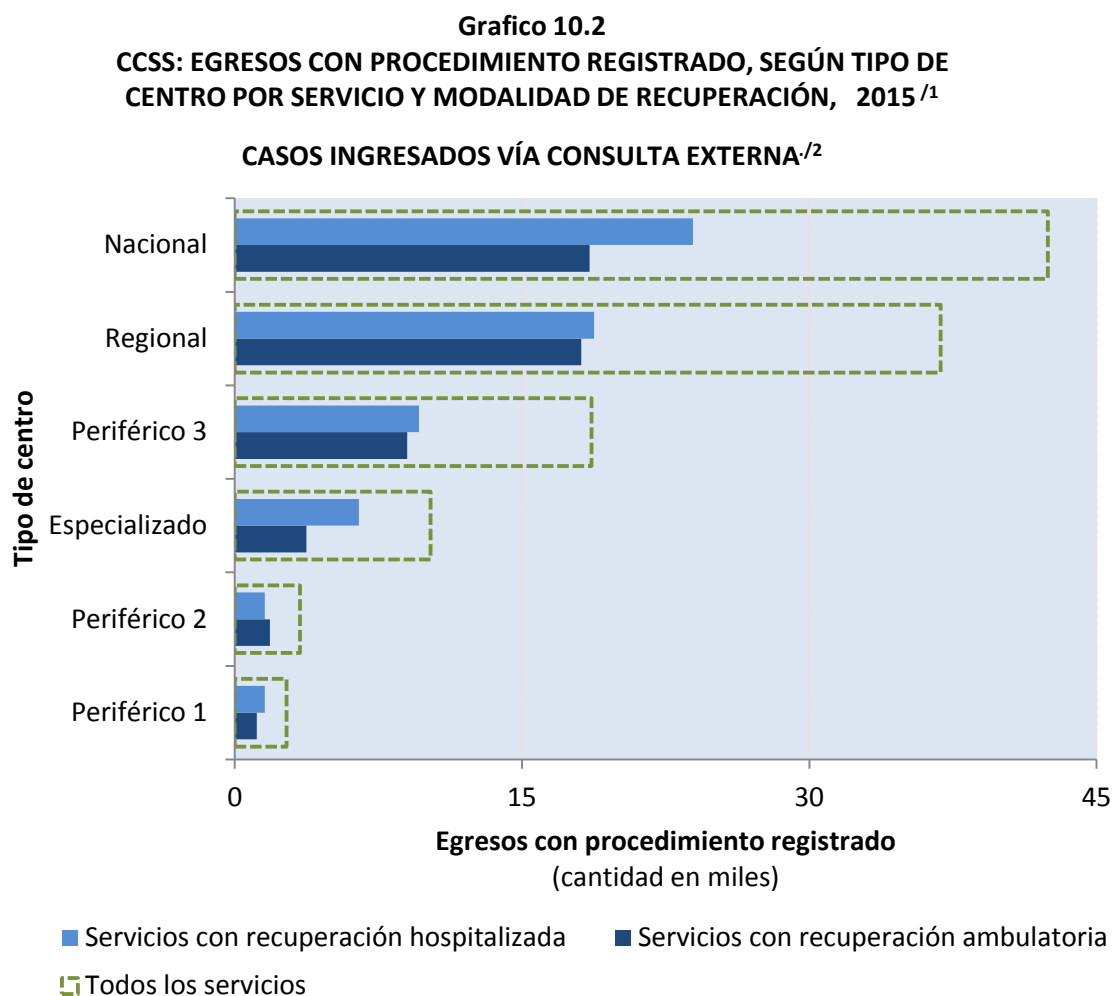


^{/1} Datos 2015 preliminares en los centros Calderón Guardia (HCG), San Juan de Dios (HSJD) y Max Peralta (HMP).

^{/2} Incluye solo hospitales.

FUENTE: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadística en Salud. 2011-2015.

Por tipo de centro, los nacionales y los regionales son los que tienen mayor número de egresos con procedimiento ambulatorio, en tanto los periféricos 1 los que menos. Solo los periféricos 2 egresan más procedimientos ambulatorios que aquellos con recuperación en hospital (Gráfico 10.2).



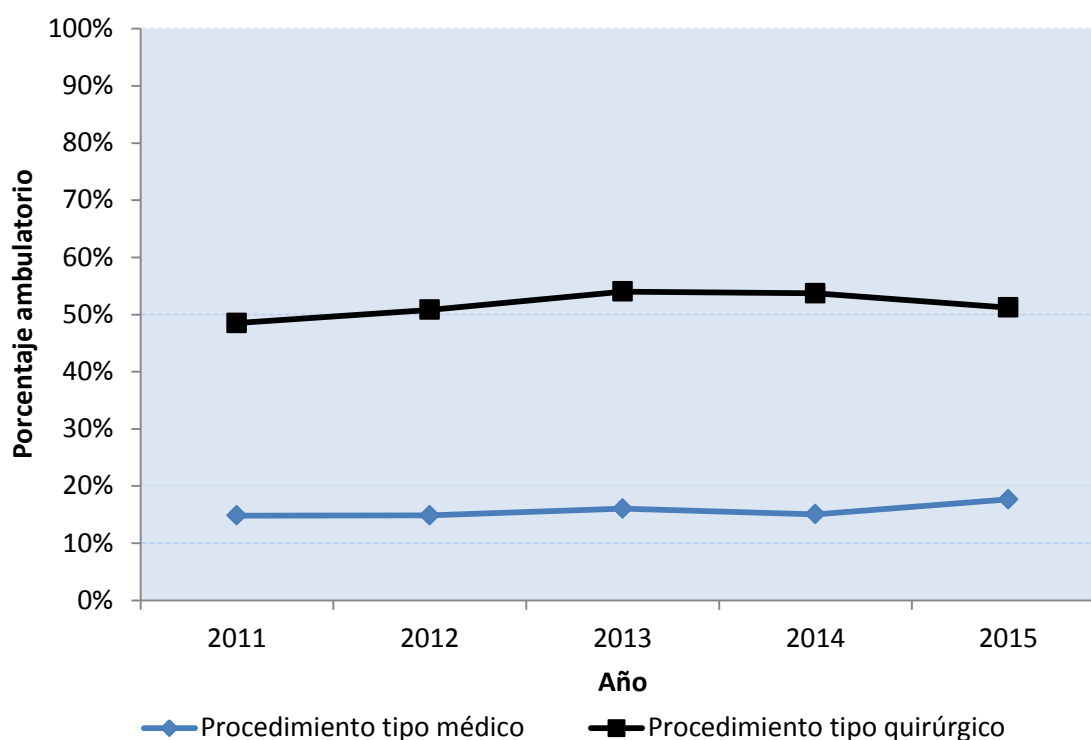
¹ / Incluye solo hospitales.

² / Datos preliminares de los centros Calderón Guardia, San Juan de Dios y Max Peralta.

FUENTE: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadística en Salud. Año 2015.

Por tipo de procedimiento, durante el año 2015 el 17,7% de los casos con procedimiento médico se egresan por cirugía ambulatoria, mientras que el 51,2% de los casos con procedimiento quirúrgico se registran de esa forma (Gráfico 10.3).

Gráfico 10.3
CCSS: PORCENTAJE AMBULATORIO, SEGÚN TIPO DE PROCEDIMIENTO DE
LOS CASOS INGRESADOS VÍA CONSULTA EXTERNA ^{/1}, 2015 ^{/2}



^{/1} Incluye solo hospitales.

^{/2} Datos 2015 preliminares en los centros Calderón Guardia, San Juan de Dios y Max Peralta.

FUENTE: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadística en Salud. 2011-2015.

Anualmente, a partir del año 2012, más del 50% de los casos que ingresan por la vía de la consulta externa, donde se ejecutan procedimientos de tipo quirúrgico y que egresan de centros hospitalarios de la institución, son registrados en el servicio de cirugía ambulatoria.

Sin embargo, desde el año 2011 se ha observado que no todos los egresos con procedimientos registrados que ingresan por vía de consulta externa que se operan y egresan el mismo día del ingreso se registran en el servicio de Cirugía Ambulatoria.

No fue posible determinar si esta situación se mantiene para el año 2015, pues la base de ese año no contiene la fecha de ingreso y egreso de cada caso. Sin embargo, como parámetro del fenómeno, en el año 2014 solo el 93% de egresos así caracterizados se registran por cirugía ambulatoria.

Es probable que ello se deba a que no se cumple con el protocolo correspondiente, pero impresiona que este 7%, equivalente a 4.020 casos para el año 2014, pudiera egresarse como cirugía ambulatoria con solo cumplir ese requisito.

A pesar de que la cirugía ambulatoria es una estrategia valiosa y reconocida por las autoridades, aún no existe una propuesta estandarizada para su instauración institucional.

Por tanto, es de esperar que exista una brecha entre las condiciones óptimas para la ejecución del protocolo de cirugía ambulatoria y los escenarios que encontramos en la mayoría de los hospitales. Esto afecta negativamente el número de procedimientos que se programan utilizando esta modalidad.

Indistintamente de las debilidades de cada centro, lo importante es crear conciencia de que las condiciones actuales permiten algún grado de avance en la implementación de la cirugía ambulatoria.

En estos momentos existen grupos de profesionales sensibilizados elaborando propuestas para identificar las necesidades y estandarizar los recursos a todas las unidades.

Sería de esperar que una vez instauradas las correcciones y ajustes se cuente con al menos las siguientes condiciones:

- Un equipo interdisciplinario gestor que siga la evolución de cada paciente desde su selección para el programa hasta su alta, en cumplimiento de todos los requisitos para una recuperación exitosa en el hogar. Esta es una de las bases del éxito del programa. Este grupo debe asegurar que se cumple con la calidad y oportunidad del servicio al usuario. Su función es acompañar al paciente y a los encargados de la cirugía, cerciorándose de la idoneidad de condiciones.
- Apoyo para la valoración especializada, laboratorio y gabinete que asegure la seguridad pre e intraquirúrgica del paciente.
- Una inducción profunda previo a la ejecución de este tipo de cirugías, dirigida tanto a los pacientes como a los cuidadores. El espacio físico debe estar acondicionado para tal efecto.
- Día con día el encargado de la programación de sala debe procurar un equilibrio entre procedimientos que se aborden con la modalidad ambulatoria y los que se manejan hospitalizados, aprovechando al máximo los quirófanos y el personal con que se dispone, con el objeto de disminuir los listados de espera con calidad, seguridad y oportunidad. Si se limita el recurso en sala o si la programación no es ordenada, el efecto lógico será que se ejecuten cirugías prioritarias de mayor complejidad que consecuentemente tienden a derivar o retrasar la cirugía ambulatoria, con afectación de los tiempos de espera.
- En función de esta programación, las salas de recuperación deben ser suficientes en camas como en personal, a fin de que no se conviertan en un embudo para el flujo quirúrgico.
- El personal de las unidades de recuperación debe estar capacitado y sensibilizado para proveer los cuidados postoperatorios, en miras del egreso mediato, y puedan identificar contraindicaciones para enviar al usuario al hogar.
- Según la complejidad de los casos que se pretenda manejar ambulatoriamente, habrá un porcentaje de estos usuarios que deben pernoctar por complicaciones varias. En este

tanto se debe procurar la disponibilidad de camas para su manejo, sin que esto constituya una limitante para la programación inicial.

Referencias bibliográficas

- Área de Estadística en Salud. (Mayo de 2016). Base de egresos hospitalarios 2015. (Pendiente revisión de egresos de los centros Calderón Guardia, San Juan de Dios y Max Peralta). San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Área de Estadística en Salud. CCSS. (2015). Base de egresos hospitalarios 2000-2014. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Capitán Valvey, J. M. (marzo de 2015). Indicadores de calidad actuales en cirugía mayor ambulatoria. Complejo Hospitalario de Jaén, España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Español. (2008). Manual Unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. España.

11. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)



- 22 Hospitales Generales

2 Nacionales
7 Regionales
5 Periféricos 3
8 Periféricos 1 y 2

- 4 Hospitales Especializados



5.776 IAAS



288.831 egresos



Tasa Incidencia Acumulada
del total de IAAS 2,0
por 100 egresos

Tasa Incidencia Acumulada de infección de herida quirúrgica (por 100 egresos)

Cesárea

Incisión horizontal Incisión vertical



2,5

Herioplastia inguinal

Antes Después



1,4

Colecistectomía

Abierta Cerrada



2,1

0,6

Tasa Incidencia

(por 1000 días exposición al dispositivo)

Bacteremia



7,4

Neumonía



17,1

Infección tracto urinario



5,2



2015 > 2014

- Tasas incidencia
- Tasas incidencia acumulada



¿Mejora en la
vigilancia
epidemiológica?

- Vigilancia activa
- Reporte de casos
- Registro de IAAS

¿Qué deberíamos hacer?



- Estandarizar los datos
- Ajustar las tasas

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014-2015

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2



Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Las tasas de incidencia e incidencia acumulada aumentaron de forma global en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son aquellas que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación al momento del ingreso. Se asocian con varias causas, incluyendo, pero no limitándose, al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, son causadas por una variedad de agentes infecciosos, como bacterias, hongos y virus (INS Colombia, 2016).

Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de servicios de salud, que de manera no intencional produce algún daño al paciente. Según los datos de varios países, se calcula que cada año millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS (OMS, 2016).

Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias (OMS, 2016).

El control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la seguridad de los pacientes, así como para contribuir a la reducción de IAAS y sus consecuencias.

En Costa Rica, a través de las Comisiones de Vigilancia Epidemiológica que operan en los 29 hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución pública encargada de prestar intervenciones de salud, se realiza una vigilancia activa de los eventos de las IAAS.

La medición de las IAAS, al igual que en el año 2014, constituye una de las intervenciones incluidas en la evaluación de la prestación de servicios de salud del 2015, a través de los indicadores: tasa de incidencia (TI) de IAAS en procedimientos seleccionados (catéter venoso central, ventilación mecánica y catéter uretral), tasa de incidencia acumulada (TIA) de infección de herida quirúrgica en procedimientos seleccionados (cesáreas, hernioplastias inguinales, colecistectomías abiertas y colecistectomías cerradas) y tasa de incidencia acumulada del total de IAAS (CCSS, DCSS, 2015).

Para obtener estos indicadores, se utilizaron las bases de datos depuradas y consolidadas construidas a partir de factores de riesgo por días exposición, ficha de investigación epidemiológica afección nosocomial (CIE-10:Y95) y sistema de información de vigilancia epidemiológica (SISVE), aportadas por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE), así como la

base de datos construida a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS) aportada por el Área de Estadística en Salud (AES).

Los hospitales estudiados son 22 generales (2 nacionales, 7 regionales y 13 periféricos) y 4 especializados. Al igual que en el año 2014, para efectos del informe se excluye el hospital psiquiátrico Roberto Chacón Paut (HCHP), dada las características propias del centro y la poca cantidad de egresos, y los centros y hospitales que no reportaron eventos asociados a los procedimientos descritos.

Según reporte de la SAVE, también se excluyeron los hospitales San Juan de Dios (HSJD), por no coincidir la notificación en el sistema de información (SISVE) con lo enviado en los registros de factores de riesgo que realizan en vigilancia activa de los servicios, y Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera (HNN) por no efectuar la vigilancia activa de pacientes con dispositivos de factor de riesgo y días de exposición o días dispositivo en los servicios de medicina y cirugía. Además, el hospital de Upala (HU), por no reportar datos en el año 2015, excepto para el indicador TIA del total de IAAS.

Para el análisis estadístico y la elaboración de gráficos y cuadros se utilizó el programa Microsoft Excel 2010.

1. Tasa de Incidencia Acumulada del total de IAAS:

Durante el año 2015 en los hospitales de la CCSS, según datos obtenidos de la SAVE, se registraron 5.776 IAAS, lo que representa una TIA de 2,0 por cada 100 egresos hospitalarios (288.831 egresos). En 19 establecimientos la TIA se encuentran por debajo de la tasa institucional. El hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes (HNGG), al igual que en el año anterior, registró la mayor tasa y el hospital Max Terán Valls -Quepos- (HMTV), la menor (Anexo 11.1).

Al comparar la TIA del total de IAAS del año 2015 con la del 2014, no se observan cambios en la tasa; sin embargo, como se mencionó anteriormente, para el año 2015 no se pudo incluir la información de los hospitales HSJD y HNN, por lo que si no se contabilizan los datos de estos hospitales para el 2014, la TIA aumenta en 0,2 IAAS por cada 100 egresos hospitalarios (Cuadro 11.1).

Cuadro 11.1
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DEL TOTAL DE INFECCIONES ASOCIADAS
A LA ATENCIÓN EN SALUD POR AÑO, 2014-2015
(por 100)

AÑOS ^{/1}	TOTAL DE IAAS ^{/2}	TOTAL DE EGRESOS	TIA ^{/3}
2014	5.017	284.320	1,8
2015	5.766	288.831	2,0

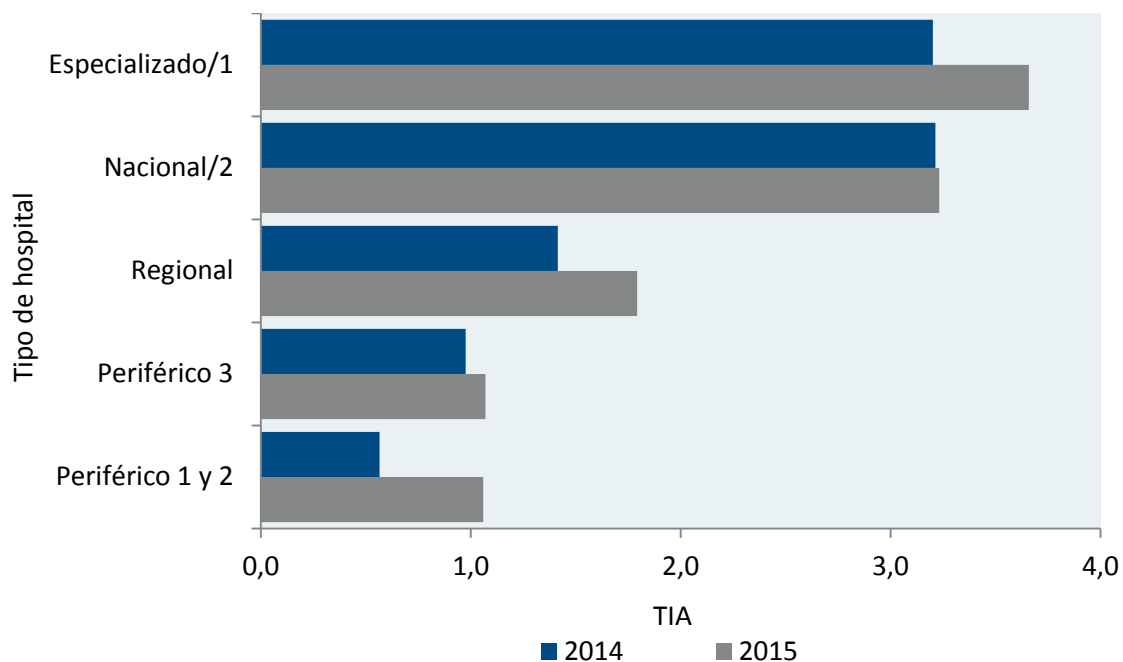
^{/1} Se excluyen los hospitales HSJD y HNN.

^{/2} Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

^{/3} Tasa de Incidencia Acumulada.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014-2015.

Gráfico 11.1
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DEL TOTAL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR TIPO DE HOSPITAL Y AÑO, 2014-2015
(por 100)



^{/1} Se excluyen los hospitales HCHP y HNN.

^{/2} Se excluye el HSJD.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2014-2015.

En el Gráfico 11.1 se observa que los hospitales especializados y nacionales registran mayores tasas, al igual que en el 2014; es notorio señalar que hubo un aumento en la TIA en todos los grupos de hospitales respecto al 2014.

2. Tasa de Incidencia Acumulada de infección de herida quirúrgica por procedimiento:

Para comparar las TIA de infección de herida quirúrgica por procedimiento del año 2015 respecto al 2014, se excluyeron para ambos años los hospitales Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres (HNP), HCHP y Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas (CENARE), dado que no se realizan estos procedimientos quirúrgicos, y HNN, HSJD y HU, por lo explicado anteriormente.

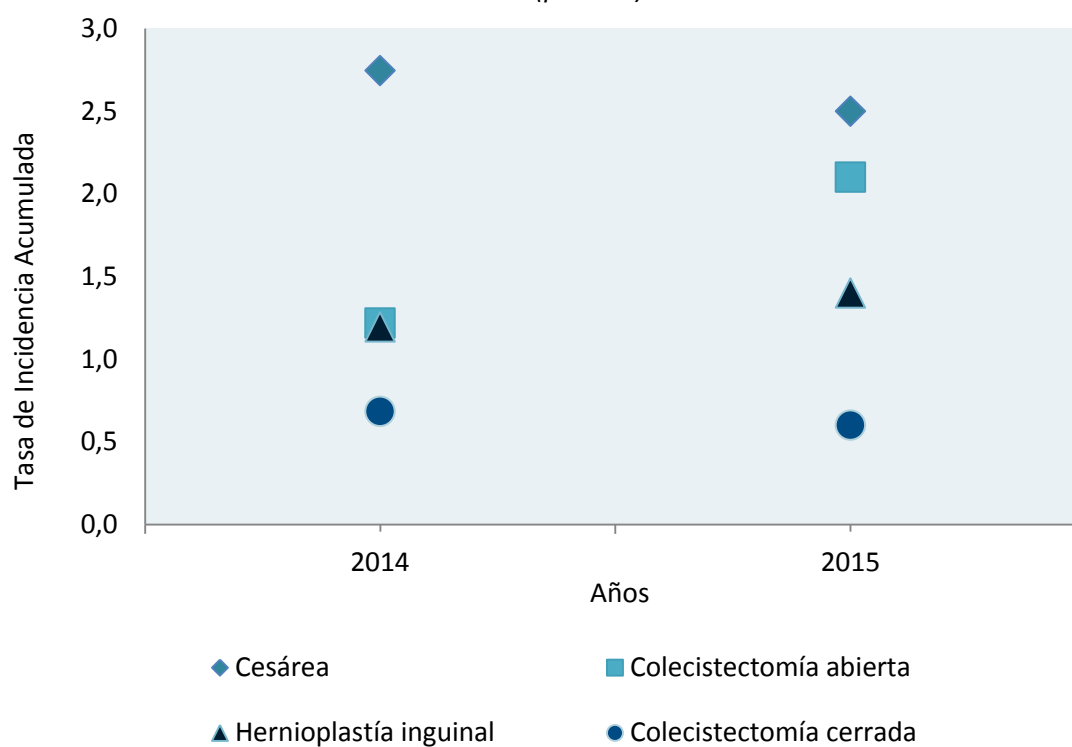
De los 22 establecimientos que reportaron egresos por cesárea, 10 presentaron un incremento en la tasa respecto al 2014; el HMTV presentó el mayor aumento (3,9). Los hospitales Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas- (HMS) y San Vicente de Paul -Heredia- San Vicente de Paul -Heredia- (HSVP), a pesar de tener un aumento en la tasa, se mantuvieron por debajo de la tasa institucional del 2015 (2,5) (Anexo 11.2).

La TIA de infección de herida quirúrgica por hernioplastia inguinal para el 2015 se encuentra en 1,4 por cada 100 egresos (Gráfico 11.2); 9 de los 22 establecimientos que registraron egresos por este tipo de procedimiento, no reportaron infección de la herida quirúrgica. Llama la atención el hospital de Ciudad Neily (HCN), debido a que en el año anterior no registró infección de la herida quirúrgica y en el 2015 la TIA superó la institucional, colocándose en la tercera más alta (8,1), solo superado por los hospitales Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón- (HEP) (8,2) y Rafael Angel Calderón Guardia (HCG) (12,3). Este último incrementó la tasa respecto al año anterior en 8,1 (Anexo 11.2).

Los egresos por colecistectomía abierta se registraron en 21 establecimientos, de los cuales 10 no reportaron infección de herida quirúrgica y en 7 la TIA superó la institucional (2,1); los hospitales San Francisco de Asís -Grecia- (HSFA), HCG y HEP presentaron las mayores tasas: 16,7; 15,7 y 10,7 respectivamente (Anexo 11.2).

En 14 establecimientos se reportaron egresos por colecistectomía cerrada, e igualmente los hospitales HCG y HEP presentaron las tasas más altas, superados por el HNGG (Anexo 11.2). La TIA institucional se ubicó en 0,6 por cada 100 egresos (Gráfico 11.2).

Gráfico 11.2
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
POR PROCEDIMIENTO Y AÑO, 2014-2015
(por 100)



FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2014-2015.

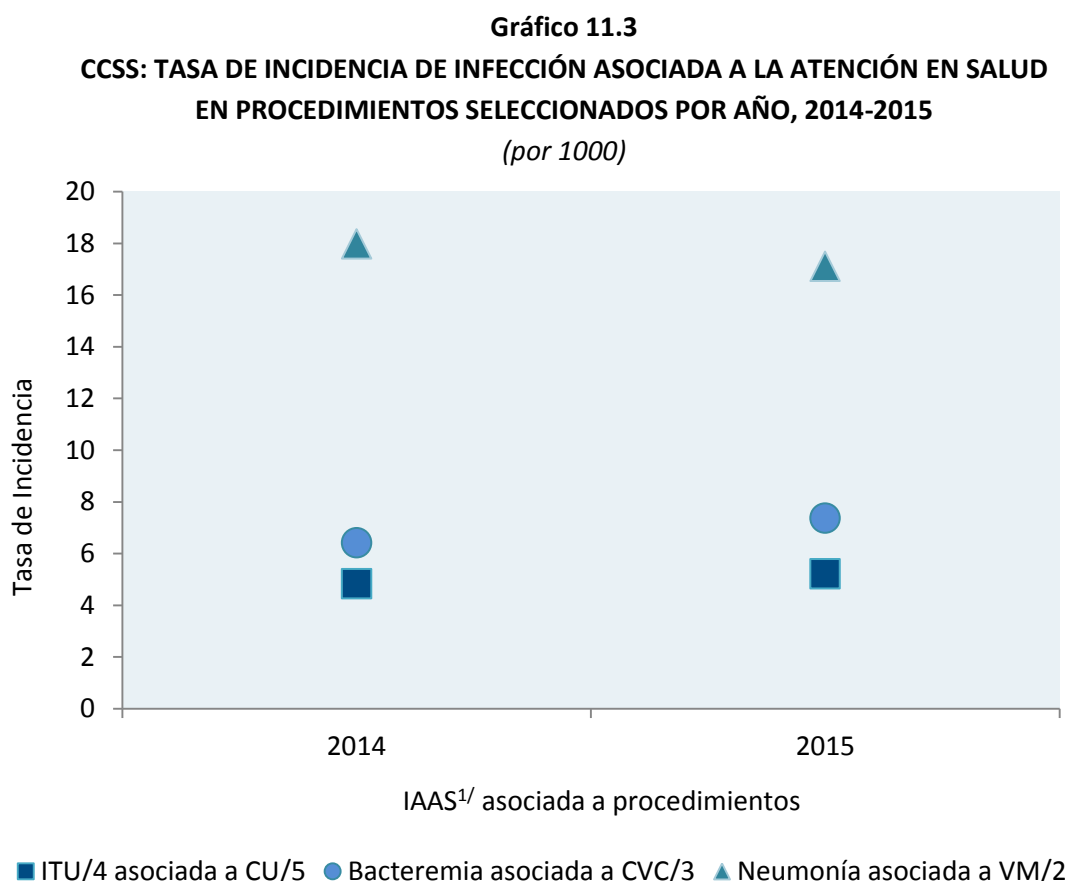
3. Tasa de Incidencia de IAAS en procedimientos seleccionados:

Para el cálculo de las TI de IAAS en procedimientos seleccionados del 2015, se excluyeron los hospitales HNP, HCHP, HNN, HSJD y HU. Por lo anterior, para el 2014 también se excluyeron estos hospitales, con la finalidad de poder comparar ambos años.

En 17 establecimientos se realizó vigilancia epidemiológica de eventos asociados a catéter venoso central, registrándose una tasa institucional para el 2015 de 7,4 por 1.000 días de exposición al procedimiento, superior a la del 2014 (Gráfico 11.3). Los hospitales Maximiliano Peralta Jiménez - Cartago- (HMP) y de las Mujeres Adolfo Carit Eva (HOMACE) reportaron las mayores tasas de los 6 hospitales que se encuentran por encima de la TI institucional (Anexo 11.3).

En el año 2015, a nivel institucional la TI de neumonía asociada a ventilación mecánica tuvo un descenso de 0,9 eventos por 1.000 días de exposición al dispositivo respecto al 2014, pasando de 18,0 a 17,1 (Gráfico 11.3). El evento se vigiló en 15 establecimientos y 8 de estos se encuentran por encima de la TI institucional. El HEP registró la mayor tasa con 65,2 y de La Anexión -Nicoya- (HLA) la menor tasa con 5,5 eventos por 1.000 días de exposición al dispositivo (Anexo 11.3).

La TI de infección del tracto urinario asociado a catéter uretral fue de 5,2 e igualmente mayor a la del 2014 (Gráfico 11.3). En 24 establecimientos se realizó vigilancia epidemiológica del evento; de estos, 5 no registraron eventos. Los hospitales HCN y HSFA registraron tasas superiores a 20 y HEP y de San Vito (HSV) a 10. El hospital San Rafael -Alajuela- (HSRA) se ubicó en la posición menor, con una tasa de 0,7 (Anexo 11.3).



^{/1} Infección asociada a la atención en salud.

^{/2} Ventilación mecánica.

^{/3} Catéter venoso central.

^{/4} Catéter uretral.

^{/5} Infección del tracto urinario.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2014-2015.

Aunque de forma global las TIA y TI aumentaron en el 2015 respecto al 2014, esto no necesariamente es atribuible al aumento en el número de IAAS; puede deberse a una mejora en la vigilancia epidemiológica de las infecciones. Sin embargo, es necesario insistir en la importancia de la vigilancia activa, reporte de casos y registros de las infecciones en los establecimientos de salud.

Como bien se indicó el año anterior (CCSS, DCSS, 2015), debe existir una estandarización de los datos y considerarse el ajuste de tasas en las poblaciones en estudio, tomando en cuenta que pueden presentar ciertas características que influyen en el riesgo de enfermedad.

Muchas de las medidas de prevención y control de las IAAS requieren una mayor responsabilidad y un cambio de conducta por parte del personal de salud, con lo cual se podrá disminuir el riesgo y el costo que representan estas infecciones para la población y los servicios de salud.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2007). Normas y Procedimientos Institucionales para la prevención y control de infecciones nosocomiales. Caja Costarricense de Seguro Social, Subárea Vigilancia Epidemiológica.
- CCSS. (Setiembre de 2010). Protocolo para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales. Caja Costarricense de Seguro Social, Subárea Vigilancia Epidemiológica.
- CCSS, DCSS. (2015). Infecciones asociadas a la atención en salud. Obtenido de: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud: <http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/24.aspx>
- INS Colombia. (2016). IAAS. Obtenido de: Instituto Nacional de Salud Colombia. Ciencia, Tecnología e Innovación: <http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>
- OMS. (2016). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Obtenido de: Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

Anexos

Anexo 11.1

**CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DEL TOTAL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR HOSPITAL Y AÑO, 2014-2015**
(por 100)

UE	HOSPITAL ^{/1}	2014			2015		
		TOTAL DE IAAS ^{/2}	TOTAL DE EGRESOS	TIA ^{/3}	TOTAL DE IAAS	TOTAL DE EGRESOS	TIA
2105	HOMACE	235	12.236	1,92	238	10.905	2,18
2202	HNGG	249	3.179	7,83	335	3.298	10,16
2203	CENARE	101	2.285	4,42	88	2.367	3,72
2304	HNP	87	3.298	2,64	56	3.027	1,85
2101	HCG	1.323	34.134	3,88	1.051	33.401	3,15
2104	HMEX	666	27.777	2,40	889	26.630	3,34
2205	HSRA	134	21.502	0,62	244	21.507	1,13
2306	HMP	360	20.309	1,77	692	21.861	3,17
2401	HSC	83	15.750	0,53	106	16.930	0,63
2501	HMS	179	12.108	1,48	236	13.042	1,81
2502	HEB	269	16.314	1,65	195	16.011	1,22
2601	HTF	135	14.903	0,91	102	15.197	0,67
2701	HEP	491	15.824	3,10	593	16.372	3,62
2207	HCLVV	138	8.944	1,54	140	7.094	1,97
2208	HSVP	142	19.969	0,71	222	22.652	0,98
2307	HWA	53	6.279	0,84	60	6.622	0,91
2503	HLA	63	9.191	0,69	44	10.218	0,43
2602	HG	142	10.782	1,32	160	11.951	1,34
2206	HSFA	28	6.446	0,43	114	6.255	1,82
2308	HMTV	11	4.215	0,26	16	4.488	0,36
2402	HLCH	14	2.064	0,68	15	2.366	0,63
2504	HU	48	2.249	2,13	20	2.460	0,81
2702	HMMV	13	3.889	0,33	20	3.735	0,54
2703	HTC	7	2.955	0,24	29	2.593	1,12
2704	HCN	26	4.949	0,53	77	5.069	1,52
2705	HSV	20	2.769	0,72	24	2.780	0,86
Institucional		6.493	331.709	1,96	5.766	288.831	2,00

^{/1} Se excluyen los hospitales HNN, HCHP y HSJD.

^{/2} Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

^{/3} Tasa de Incidencia Acumulada.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2014-2015.

Anexo 11.2
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
POR PROCEDIMIENTO Y AÑO SEGÚN HOSPITAL, 2014-2015
(por 100)

UE	HOSPITAL ^{/1}	PROCEDIMIENTO							
		CESÁREA		HERNIOPLASTÍA INGUINAL		COLECISTECTOMÍA ABIERTA		COLECISTECTOMÍA CERRADA	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
2105	HOMACE	4,5	4,3	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2202	HNGG	NA	NA	0,0	0,0	NA	0,0	0,0	4,2
2101	HCG	2,0	1,6	4,2	12,3	7,3	15,7	3,1	2,3
2104	HMEX	2,8	1,5	1,6	2,1	0,0	0,0	3,0	0,1
2205	HSRA	1,2	2,7	0,4	0,0	0,0	3,2	0,0	0,7
2306	HMP	2,3	1,8	0,0	2,5	2,0	2,0	0,6	1,2
2401	HSC	1,9	1,7	0,3	1,0	0,7	0,0	NA	NA
2501	HMS	0,5	1,4	2,1	2,8	1,0	3,3	0,0	0,0
2502	HEB	1,2	3,5	0,0	0,8	0,0	0,0	2,2	0,7
2601	HTF	5,7	1,9	3,2	1,4	4,5	0,6	NA	NA
2701	HEP	6,2	3,0	6,1	8,2	4,4	10,7	2,3	1,9
2207	HCLVV	7,0	3,9	1,6	1,4	0,0	0,0	0,0	0,6
2208	HSVP	0,9	1,0	0,3	1,0	0,0	1,1	0,0	0,3
2307	HWA	2,7	2,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	NA
2503	HLA	2,2	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	NA	0,0
2602	HG	3,9	4,9	2,3	1,0	2,2	2,7	0,0	NA
2206	HSFA	1,4	2,7	2,3	0,0	NA	16,7	0,6	0,0
2308	HMTV	1,4	5,3	0,0	0,0	0,0	NA	0,0	0,7
2402	HLCH	3,4	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2702	HMMV	1,1	3,3	0,0	0,0	NA	0,0	0,0	NA
2703	HTC	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	2,6	NA	NA
2704	HCN	1,1	0,0	0,0	8,1	NA	0,0	0,0	NA
2705	HSV	1,7	4,7	2,8	1,0	NA	1,4	NA	NA
Institucional		2,8	2,5	1,3	1,4	1,2	2,1	0,7	0,6

^{/1} Se excluyen los hospitales HNP, HCHP, CENARE, HNN, HSJD y HU.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2014-2015.

Anexo 11.3
CCSS: TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD
EN PROCEDIMIENTOS SELECCIONADOS POR AÑO, 2014-2015
(por 1000)

UE	HOSPITAL ^{/1}	BACTEREMIA ASOCIADA A CVC ^{/2}		NEUMONÍA ASOCIADA A VM ^{/3}		ITU ASOCIADA A CU ^{/4}	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015
2105	HOMACE	11,6	10,5	23,2	25,1	0,0	0,0
2202	HNGG	2,8	1,3	28,8	17,5	3,3	4,3
2203	CENARE	23,3	0,0	23,3	NA	10,5	7,7
2101	HCG	10,8	7,6	25,5	21,0	5,7	3,9
2104	HMEX	6,6	8,4	16,6	13,6	4,9	4,8
2205	HSRA	0,6	4,2	8,6	13,5	1,0	0,7
2306	HMP	7,7	10,6	14,4	17,6	7,7	8,1
2401	HSC	0,0	3,6	14,6	12,2	0,0	2,4
2501	HMS	10,6	9,8	20,4	33,4	1,8	2,2
2502	HEB	4,1	0,0	12,0	13,2	2,2	2,4
2601	HTF	3,7	8,9	7,2	8,0	2,9	3,9
2701	HEP	0,0	6,5	38,9	65,2	11,0	17,7
2207	HCLVV	12,2	6,4	50,8	27,4	7,7	7,2
2208	HSVP	4,7	2,8	13,3	11,0	4,8	2,9
2307	HWA	NA	NA	NA	NA	3,3	6,6
2503	HLA	NA	NA	0,0	5,5	9,2	3,1
2602	HG	0,0	4,5	9,9	19,6	1,2	2,4
2206	HSFA	0,0	0,0	NA	NA	2,0	20,3
2308	HMTV	NA	NA	NA	NA	0,0	0,0
2402	HLCH	NA	NA	NA	NA	0,0	0,0
2702	HMMV	NA	NA	NA	NA	6,1	0,0
2703	HTC	NA	0,0	NA	NA	29,4	0,0
2704	HCN	NA	NA	NA	NA	41,7	26,3
2705	HSV	NA	NA	NA	NA	32,6	10,9
Institucional		6,7	7,4	16,8	17,1	5,7	5,2

^{/1} Se excluyen los hospitales HNP, HCHP, HNN, HSJD y HU.

^{/2} Ventilación mecánica.

^{/3} Catéter venoso central.

^{/4} Catéter uretral.

^{/5} Infección del tracto urinario.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2014-2015.

CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA

1. Grupos de Apoyo Técnico



Los Grupos de Apoyo Técnico destacan por un nivel de avance satisfactorio en la mayoría de los centros de trabajo de la Gerencia Médica.

La mayoría de los centros médicos cuenta con la existencia de una GAT activo; de estos el 63.73% obtuvo una acreditación entre A y B.

En el año 1996, la Dirección Corporativa de Recursos Humanos, específicamente el Área de Relaciones Laborales (hoy Dirección de Bienestar Laboral y Área Desarrollo Laboral), fortaleció el proceso de desconcentración en materia de prevención y atención de los conflictos laborales.

Así, se implementó como estrategia la conformación de los Grupos de Apoyo Técnico (GAT), equipos integrados por personas trabajadoras de la CCSS que cumplen una plantilla básica establecida, además de otras disciplinas y ocupaciones, que bajo un enfoque interdisciplinario fortalecen los procesos de trabajo. El GAT cumple el rol de facilitadores de procesos de negociación, de manera que propicia espacios constructivos en donde las instancias involucradas - personal operativo, mandos medios y autoridad superior- identifican las problemáticas que afectan el ambiente de trabajo y proponen alternativas de solución; estos últimos, como parte de un proceso sistemático y participativo, se transforman en compromisos que luego son ejecutados por los involucrados.

La metodología de trabajo se encuentra contenida en el *Procedimiento para la Organización y Funcionamiento de los Grupos de Apoyo Técnico*. El Área de Desarrollo Laboral de la Dirección de Bienestar Laboral, mediante el Programa Atención de Situaciones Sociolaborales, funge como ente rector en dicha materia, y dentro de sus competencias destaca la evaluación de las acciones ejecutadas por los equipos activos de la institución.

El proceso de evaluación consiste en acreditar al equipo de trabajo, esto con el fin de determinar el nivel de avance alcanzado en el cumplimiento efectivo de los subsistemas de trabajo:

- Prevención y atención del conflicto laboral.
- Acciones de fortalecimiento de clima organizacional.
- Desarrollo del equipo de trabajo.

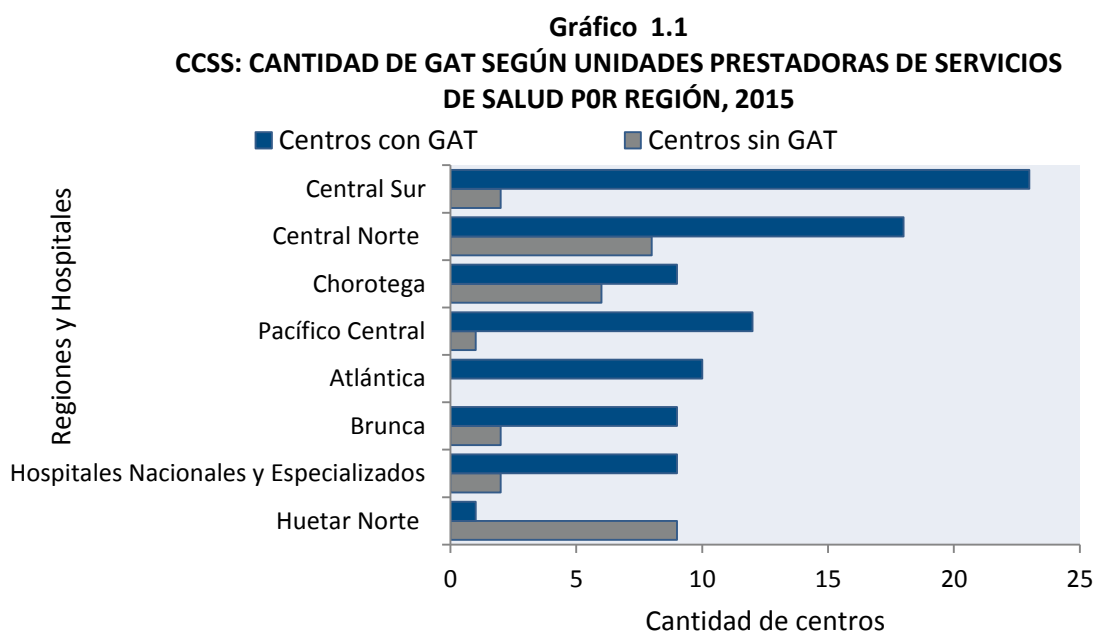
Los niveles de acreditación establecidos son los siguientes:

- A (83 a 100): grupo que ha alcanzado un alto nivel de desempeño y madurez en sus áreas de responsabilidad, al desarrollar de forma efectiva sus acciones.
- B (68 a menos de 83): grupo que posee las habilidades básicas y la capacidad para enfrentar y solucionar la mayor parte de los aspectos técnicos del trabajo. El avance es adecuado y puede desarrollar de forma efectiva el sistema de trabajo.
- C (55 a menos de 68): grupo que posee ciertas habilidades, han iniciado el desarrollo de los subsistemas de trabajo encaminándose a un nivel superior de avance.
- D (20 a menos de 55): grupo que ha desarrollado las acciones mínimas.
- No acreditado (0 a menos de 20): grupo conformado o de reciente conformación, que podría haber o no recibido la capacitación para funcionar, pero no cumplen con las tareas solicitadas.

Así también, a los grupos que demuestren un nivel de avance exitoso en los subsistemas de trabajo, se les brinda un reconocimiento por su esfuerzo mediante la entrega del Premio Institucional “Fortaleciendo el ambiente laboral Lic. Humberto Rojas Corrales”, que consta de tres categorías de premiación: Oro, Plata y Bronce.

De manera puntual, se presentan a continuación los principales hallazgos del proceso de evaluación de los Grupos de Apoyo Técnico durante el año 2015.

El 75% de las unidades administrativas (91) cuenta con la conformación de Grupos de Apoyo Técnicos dedicados al desarrollo de acciones para la prevención y atención del conflicto laboral en el ámbito de clima organizacional; sin embargo, el 25% (30) de los centros no se presentaron al proceso evaluativo, lo que evidencia la inacción de estos equipos (gráfico 1.1). Por tal razón, estos equipos no recibieron puntuación en la ponderación de la ficha técnica.



Fuente: Área Desarrollo Laboral, Evaluación para la Acreditación, 2015

Cabe destacar que de las siete Direcciones Regionales de Servicios de Salud, cuatro de ellas se mantienen activas: Atlántica, Pacífico Central, Chorotega y Brunca, lo cual representa un enlace y apoyo para los equipos en el nivel local; mientras que la Dirección Regional Central Sur, Central Norte y Huetar Norte no cuentan con la conformación de estos equipos. En este sentido, se evidencia que aquellas regiones donde el GAT de sede además de encontrarse activo presenta un nivel de desempeño exitoso (Acreditación A), el nivel de ausentismo de los GAT locales es menor. Tal es el caso de la Sede Regional Atlántica, donde el ausentismo fue nulo, la Sede Pacífico Central en donde solo el hospital Max Terán no tiene GAT y la Sede Regional Brunca en donde el Área de Salud Coto Brus y el hospital San Vito no se presentaron a la evaluación.

La región que presenta mayor ausentismo es la Huetar Norte, ya que solo el hospital de San Carlos se encuentra activo con un desempeño satisfactorio. Mientras las restantes unidades (Áreas de Salud Florencia, Guatuso, Fortuna, Santa Rosa de Pocosol, Aguas Zarcas, Pital, Los Chiles, Ciudad Quesada y el hospital de Los Chiles) no poseen un GAT.

En el caso de la Región Central Sur, se ausentó del proceso de evaluación el Área de Salud Goicochea 1 y el hospital Max Peralta. En la Región Central Norte las Áreas de Salud Horquetas-Rio Frio, Heredia Cubujuquí, Atenas, Alajuela Central, Puerto Viejo de Sarapiquí, Zarcero, San Rafael de Heredia y hospital San Rafael de Alajuela tampoco tienen un GAT activo. Por su parte, la Región Chorotega presenta inacción de las Áreas de Salud de Nandayure, La Cruz, Liberia, Nicoya, Tilarán y Santa Cruz. Por último, en el caso de los hospitales nacionales y especializados, continúan sin GAT la Clínica Oftalmológica y el Centro del Dolor y Cuidados Paliativos.

Respecto a los Grupos de Apoyo Técnico evaluados (91), la mayoría evidenciaron un satisfactorio desarrollo de sus tareas sustantivas, distribuido de la siguiente manera:

El 31,8%, es decir 29 equipos de trabajo, obtuvo acreditación A (ponderación 100), mientras que otro 31,8%, (29) logró acreditación B (ponderación 75). Ambos grupos poseen las habilidades básicas y la capacidad para desarrollar sus acciones con madurez y responsabilidad; en el caso de los A, demostraron un alto desempeño, mientras los B requieren avanzar en el desarrollo de algunos de sus proyectos y podrían eventualmente requerir de asesoría para la organización de las acciones pendientes.

Cuadro 1.1
CCSS: ACREDITACIÓN A y B DE ÁREAS DE SALUD* POR DIRECCIÓN REGIONAL, 2015
(Cantidades absolutas)

REGION	A	B
Central Sur	8	6
Central Norte	4	4
Chorotega	0	4
Pacífico Central	4	3
Brunca	1	0
Atlántica	2	3
Huetar Norte **	0	0
Institucional	19	20

* No incluye las Áreas de Salud: Goicoechea 1, Horquetas-Río Frio, Heredia Cubujuquí, Atenas, Alajuela Central, Puerto Viejo, Sarapiquí, Zarcero, Valverde Vega, Nandayure, Bagaces, Liberia, Nicoya, Tilarán, Santa Cruz.

** En el caso de la Dirección Regional Huetar Norte: únicamente el hospital de San Carlos se presentó a la evaluación para la acreditación, siendo acreditado A.

FUENTE: Área Desarrollo Laboral. Evaluación para la acreditación, 2015.

Cuadro 1.2
CCSS: ACREDITACIÓN A y B DE HOSPITALES* POR DIRECCION REGIONAL Y HOSPITALES NACIONALES Y ESPECIALIZADOS, 2015.
(Cantidades absolutas)

REGION	A	B
Central Sur	0	0
Central Norte	1	2
Chorotega	1	1
Pacífico Central	0	1
Brunca	0	2
Atlántica	1	0
Huetar Norte	1	0
Hospitales nacionales y especializados	6	3
Institucional	10	9

* No incluye los Hospitales o centros especializados: Max Peralta, San Rafael Alajuela, Max Terán Valls, San Vito, Clínica Oftalmológica, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. En el caso del hospital Enrique Baltodano de la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega, se encuentra en categoría no acreditado.

FUENTE: Área Desarrollo Laboral. Evaluación para la acreditación, 2015.

Por su parte, el 21%, que corresponde a 19 grupos, obtuvo acreditación C (ponderación 50), lo que refiere a grupos que están iniciando sus labores o bien, aquellos que se estancaron en la continuación de los estudios y demás actividades.

El 14% (13 equipos) logró acreditación D (ponderación 25), es decir, que su actuación se relaciona con aspectos de organización; sin embargo, se requiere la implementación de estudios e intervenciones en el clima organizacional de la unidad.

Cuadro 1.3
CCSS: ACREDITACIÓN C y D DE ÁREAS DE SALUD POR DIRECCIÓN REGIONAL, 2015
(Cantidades absolutas)

REGION	C	D
Central Sur	6	2
Central Norte	4	
Chorotega	1	1
Pacífico Central	2	2
Brunca	1	3
Atlántica	2	1
Hospitales nacionales y especializados	0	0
Institucional	16	12

FUENTE: Área Desarrollo Laboral. Evaluación para la acreditación, 2015

Cuadro 1.4
CCSS: ACREDITACIÓN C y D DE HOSPITALES POR DIRECCIÓN REGIONAL Y HOSPITALES*
NACIONALES Y ESPECIALIZADOS, 2015
(Cantidades absolutas)

REGION	C	D
Central Sur	1	0
Central Norte	0	0
Chorotega	0	0
Pacífico Central	0	0
Brunca	1	1
Atlántica	1	0
Huetar Norte	0	0
Hospitales nacionales y especializados	0	0
Institucional	3	1

* No incluye los hospitales o centros especializados: Max Peralta, San Rafael Alajuela, Max Terán Valls, San Vito, Clínica Oftalmológica, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos. En el caso del hospital Enrique Baltodano de la Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega, se encuentra en categoría no acreditado.

FUENTE: Área Desarrollo Laboral. Evaluación para la acreditación, 2015.

Por último, el 1% corresponde a un GAT que resultó “no acreditado”; este equipo se activó el día que se llevó a cabo la evaluación.

Una vez analizadas las intervenciones realizadas y el avance exitoso de la mayoría de los equipos evaluados, se concedió el premio institucional “Fortaleciendo el ambiente laboral Lic. Humberto Rojas Corrales”, en las tres categorías, a los Grupos de Apoyo Técnico que se citan a continuación:

- Plata: Área Salud Puriscal Turrubares y Área de Salud Barranca.
- Bronce: Área Salud Limón, Área Salud Belén Flores, Área Salud Guápiles y hospital San Juan de Dios.

Los resultados expuestos evidencian la continuidad en las acciones de prevención y atención del conflicto laboral en el ámbito de clima organizacional. En general, los resultados son satisfactorios, dado que predominan las acreditaciones A y B; sin embargo, aún persiste un grupo importante de centros de trabajo que no tienen un GAT, lo cual significa que bajo este contexto los ambientes laborales no están siendo monitoreados ni muchos menos se está trabajando en su mejoramiento.

Propuesta de mejora:

- Que las autoridades superiores de las direcciones regionales, áreas de salud y hospitales conformen en su unidad de trabajo los Grupos de Apoyo Técnico, en caso de que no lo hayan hecho. En aquellas unidades donde el equipo se encuentra activo y con una calificación C, D y No Acreditado, brindar el respaldo y apoyo continuo para su organización y funcionamiento.
- Que las autoridades superiores y la Dirección de Bienestar promuevan los espacios para la divulgación y sensibilización con las autoridades superiores, los mandos medios y el personal operativo de las distintas unidades sobre la importancia de trabajar el clima organizacional.
- Que la Dirección de Bienestar Laboral continúe brindando capacitación, seguimiento y acompañamiento a los GAT, de tal manera que se garantice la correcta aplicación de la metodología y de los procedimientos técnicos.
- Que la Dirección de Bienestar Laboral establezca alianzas estratégicas con entidades especializadas en mediación y otros afines a clima organizacional, para proveer a los equipos de herramientas que favorezcan su quehacer.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2014). Procedimiento para la organización y funcionamiento de los Grupos de Apoyo Técnico. San José: Dirección de Bienestar Laboral, Área Desarrollo Laboral.

2. Recursos humanos



228 personas menos ingresaron a laborar a la CCSS en el periodo de noviembre 2014 a octubre 2015, con respecto al periodo anterior.

El 85% de los ingresos completaron las pruebas de evaluación del EIS, el 12% no completaron las pruebas y el 4% ingresaron sin ser evaluados por el EIS.

La evaluación de la Ficha Técnica código 6-01-D, se aplica a tres procesos sustantivos de la Dirección de Administración Gestión de Personal, desconcentrados a las Unidades de Gestión de Recursos Humanos del nivel local, a saber:

1. Proceso de reclutamiento y selección para oferentes de primer ingreso.
2. Programa Institucional de Orientación e Inducción, en su primera fase: orientación e inducción para funcionarios de primer ingreso
3. Sistema de Evaluación del Desempeño: evalúa el desempeño de los funcionarios con un año de laborar en la unidad.

De los procesos citados se establecieron cuatro indicadores a evaluar en los Centros de Salud con dependencia a la Gerencia Médica, (hospitales nacionales y especializados, áreas de salud), así como a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud con dependencia a la Red de Servicios de Salud.

Los cuatro indicadores son los siguientes:

- 1- Porcentaje de oferentes contratados que fueron evaluados de forma previa o dentro de los tres primeros meses de ingreso, cuya población meta son los funcionarios de primer ingreso a la Institución, que se contrataron y que fueron evaluados por el Equipo Interdisciplinario de Selección (EIS) del Centro de Trabajo.
- 2- Porcentaje de funcionarios de primer ingreso que asistieron al Curso de Orientación e Inducción; la población meta son los funcionarios de nuevo ingreso y los funcionarios con experiencia laboral de tres o más años de laborar en la Institución.
- 3- Porcentaje de evaluaciones del desempeño aplicadas en el establecimiento, siendo la población meta el total de funcionarios de la Institución.
- 4- Porcentaje de jefaturas que elaboran Plan de Acción por servicio, con una población meta que comprende el total de jefaturas de los centros de trabajo sujetos a evaluación.

Para la obtención de la información de los indicadores 1 y 2, la Subárea de Admisión y Empleo proporciona todos los años a las Unidades de Gestión de Recursos Humanos locales, la Herramienta en Excel "Formulario de Certificación de Cumplimiento", la cual comprende los siguientes módulos:

- Módulo Indicador 1: en este módulo se proporciona la información relacionada con los funcionarios de primer ingreso a la institución, que realizaron algún nombramiento en el centro de trabajo y la aplicación de las distintas pruebas de valoración de los profesionales del Equipo Interdisciplinario de Selección (Medicina, Psicología y Trabajo Social), y si estas se realizaron en el tiempo normado (Artículo 8 de la Normativa de Relaciones Laborales).
- Módulo 2 Indicador 2: contempla el detalle de los funcionarios de primer ingreso que asistieron al Curso de Orientación e Inducción, así como el desglose de los funcionarios que participaron del Curso de Reinducción.

Adicionalmente, las jefaturas de las Unidades de Gestión de Recursos Humanos deben proporcionar a la Subárea Admisión y Empleo la certificación que indica la información contenida en la Herramienta de Excel, veraz y que cuenta con el debido respaldo.

Es importante mencionar que para el periodo de evaluación (noviembre 2014 a octubre 2015), las siguientes Unidades de Gestión de Recursos Humanos no remitieron a la Subárea de Admisión y Empleo la información correspondiente:

- Hospitales: San Vicente de Paúl, San Francisco de Asís, San Vito y Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-.
- Áreas de Salud: Horquetas, Palmares, La Reforma, Alajuelita, Buenos Aires, Pérez Zeledón, Corredores, Osa, Abangares, Nicoya, Tilarán, La Cruz, Nandayure, San Rafael de Puntarenas y Parrita.

Respecto a los indicadores 3 y 4, estos corresponden al total de personal que se le aplicó la Evaluación del desempeño anual y al total de Jefaturas que elaboraron Plan de Acción de sus Servicios.

El seguimiento de estos dos indicadores se hace por medio del Sistema de Evaluación del Desempeño (SIED) del Portal de Recursos Humanos, donde las jefaturas de los centros asistenciales realizaron el proceso de evaluación directamente, permitiendo que la información sea monitoreada en tiempo real por la Subárea de Desempeño Laboral.

Para la obtención de la información de los indicadores 3 y 4, la Subárea de Admisión y Empleo coordina con la Subárea de Desempeño Laboral para el traslado la información necesaria, a fin de emitir las Certificaciones con la calificación total para cada centro asistencial.

Cuadro 2.1
CCSS: OFERENTES DE PRIMER INGRESO CONTRATADOS Y EVALUADOS POR EL EIS
PERIODO 2015

CATEGORÍA	TOTAL DE INGRESOS A LA CCSS	PERSONAL EVALUADO en TIEMPO Y FORMA SEGÚN NORMATIVA	PERSONAL DE NUEVO INGRESO EVALUADO DESPUÉS DE LOS 3 MESES	PERSONAL DE NUEVO INGRESO CONTRATADO SIN SER EVALUADO	PERSONAL PARCIALMENTE EVALUADO POR EL EIS
Centros dependencia Gerencia Médica/12	677	665	5	7	88
D.R.S.S Central Norte /24	218	170	37	11	14
D.R.S.S Huetar Norte/10	63	35	27	1	9
D.R.S.S Central Sur/25	320	242	49	29	32
D.R.S.S Brunca/12	105	79	21	5	16
D.R.S.S Chorotega/14	115	100	14	1	27
D.R.S.S. Huetar Atlántica/10	131	93	27	11	13
D.R.S.S. Pacífico Central/13	37	31	6	0	4
Total	1666	1415	186	65	203

Parcialmente evaluados: funcionarios que ingresaron a laborar sin que se les aplicaran las pruebas de evaluación por el EIS.

/= Total de Centros de Trabajo adscritos a la Dependencia.

FUENTE: Subárea Admisión y Empleo.

En el Cuadro 2.1. “Oferentes de primer ingreso a la Institución que fueron evaluados por el EIS”, se observa que en el periodo 2015 ingresaron 1666 personas, de las cuales a 1.415 se les aplicaron las evaluaciones del EIS en tiempo y forma, a 186 se les aplicaron posterior a los tres meses de su ingreso a laborar y 65 no fueron evaluados.

Cuadro 2.2**CCSS: TOTAL DE INGRESO EN LOS DOS ÚLTIMOS PERIODOS DE EVALUACIÓN**

CATEGORÍA	TOTAL INGRESOS AÑO 2014	TOTAL INGRESOS AÑO 2015	DIFERENCIA
Central Norte	378	218	-160
Huetar Norte	76	63	-13
Central Sur	416	320	-96
Brunca	167	105	-62
Chorotega	135	115	-20
Huetar Atlántica	131	131	0
Pacífico Central	68	37	-31
Centros dependencia Gerencia Médica	523	677	154
Totales	1894	1666	-228

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo.

En el cuadro 2.2 se observa que en el año 2015 hubo 382 menos ingresos en las Direcciones Regionales que con respecto al año 2014. Por lo contrario, en los centros hospitalarios con dependencia a la Gerencia Médica, el número de nuevos ingresos aumento en 154 con respecto al 2014.

Cuadro 2.3

CCSS: CENTROS CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SELECCIÓN INCOMPLETO

CATEGORÍA	CENTROS ADSCRITOS A:
Centros dependencia Gerencia Médica	CENARE
D.R.S.S Central Norte	Áreas de Salud: Alajuela Oeste, Belén Flores, Zarcero, Naranjo, Poás, Puerto Viejo, San Isidro de Heredia, Sta. Bárbara de Heredia (Santo Domingo indica que no cuenta con Médico)
D.R.S.S Huetar Norte	Áreas de Salud: Los Chiles, Sta. Rosa de Pocosal, Ciudad Quesada, La Fortuna, Guatuso, Florencia, Pital
D.R.S.S Central Sur	Áreas de Salud: La Unión, Paraíso Cervantes, Corralillo, Goicoechea 1
D.R.S.S Brunca	Área Salud Coto Brus
D.R.S.S Chorotega	Hospitales y Área de Salud: Hospital y AS Upala, Santa Cruz, Carrillo, Bagaces, Hojancha, Colorado
D.R.S.S. Huetar Atlántica	Áreas Salud: Talamanca, Matina Baatán, Valle La Estrella, Guápiles (Guácimo manifiesta que no cuenta con Trabajador Social)
D.R.S.S. Pacífico Central	Áreas Salud: Barranca, Orotina, Montes de Oro

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo.

En el Cuadro 2.3 se observan los 37 centros de salud cuyas Unidades de Gestión de Recursos Humanos reportan que no cuentan con el Equipo Interdisciplinario de Selección completo; 35 de estos Centros reportaron que no tienen dentro del EIS el profesional en psicología.

Cuadro 2.4**CCSS: PERSONAL PRIMER INGRESO QUE ASISTIERON AL CURSO ORIENTACIÓN E INDUCCIÓN, EN LOS DOS ÚLTIMOS PERIODOS DE EVALUACIÓN**

CATEGORÍA	TOTAL DE INGRESOS EN EL AÑO 2014	ASISTIERON AL CURSO EN EL AÑO 2014	TOTAL DE INGRESOS EN EL AÑO 2015	ASISTIERON AL CURSO EN EL AÑO 2015
Central Norte	378	107	218	122
Huetar Norte	76	46	63	33
Central Sur	416	167	320	156
Brunca	167	78	105	34
Chorotega	135	64	115	61
Huetar Atlántica	131	92	131	99
Pacífico Central	68	24	37	16
Centros dependencia Gerencia Médica	523	509	677	460
Totales	1894	1087	1666	981

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo.

En el Cuadro 2.4 se observa que en el año 2015 hubo una ligera mejoría (2%) en cuanto a la asistencia al curso de Orientación e Inducción de personal de nuevo ingreso, pasando de un 57% en el 2014, a un 59% en el 2015.

Cuadro 2.5
CCSS: PERSONAL CON EXPERIENCIA LABORAL MAYOR A 3 AÑOS, QUE REALIZÓ EL CURSO DE REINDUCCIÓN EN LOS DOS ÚLTIMOS PERIODOS DE EVALUACIÓN

CATEGORÍA	TOTAL CONVOCADOS AÑO 2014	ASISTIERON AL CURSO EN EL AÑO 2014	TOTAL CONVOCADOS AÑO 2015	ASISTIERON AL CURSO AÑO 2015
Central Norte	363	287	425	243
Huetar Norte	151	64	84	53
Central Sur	370	369	450	317
Brunca	362	352	0	44
Chorotega	110	86	204	122
Huetar Atlántica	223	146	219	105
Pacífico Central	172	58	142	113
Centros dependencia Gerencia Médica	361	307	658	434
Totales	2112	1669	2182	1431

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo.

En el Cuadro 2.5 referente al “Curso de Actualización en Temas de Seguridad Social” –Reinducción– se tiene que en el año 2015 desmejoró la asistencia al curso en un 13%, en relación a la asistencia del año 2014.

En el año 2015 asistieron al curso un 66% de los funcionarios convocados, mientras que para el año 2014 la asistencia fue de un 79% del total de funcionarios convocados.

Cuadro 2.6
CCSS: PERSONAL CON EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
PERIODO 2014 VS 2015

CATEGORIA	TOTAL FUNCIONARIOS AÑO 2014	FUNCIONARIOS FINALIZADOS AÑO 2014	TOTAL FUNCIONARIOS AÑO 2015	FUNCIONARIOS FINALIZADOS AÑO 2015
Central Norte	7.751	7.749	5.181	5.132
Huetar Norte	1.857	1.856	1.898	1.870
Central Sur	7.123	7.111	5.701	5.688
Brunca	3.593	3.591	3.729	3.703
Chorotega	3.563	3.493	3.658	3.575
Huetar Atlántica	3.191	3.131	3.332	3.197
Pacífico Central	2.987	2.986	3.083	2.998
Centros dependencia Gerencia Médica	14.911	14.855	19.103	18.923
Totales	44976	44772	45685	45086

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo.

Como se aprecia en el Cuadro 2.6 se mantiene en ambos periodos el promedio de un 99% de efectividad al personal que le corresponde aplicar la Evaluación Anual del Desempeño.

Cuadro 2.7
CCSS. JEFATURAS CON PLANES DE ACCIÓN,
PERIODO 2014 VS 2015

CATEGORIA	TOTAL JEFATURAS AÑO 2014	CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN AÑO 2014	TOTAL JEFATURAS AÑO 2015	CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN AÑO 2015
D.R.S.S. Huetar Norte	127	111	113	90
D.R.S.S. Central Sur	366	296	325	260
D.R.S.S. Brunca	213	192	218	178
D.R.S.S. Chorotega	111	106	153	82
D.R.S.S. Huetar Atlántica	152	98	126	103
D.R.S.S. Central Norte	352	313	257	221
D.R.S.S. Pacífico Central	178	152	194	141
Centros dependencia Gerencia Médica	503	452	679	578
TOTALES	2.002	1.720	2.065	1.653

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo.

En el Cuadro 2.7 se observa que en el año 2015 alcanzó un 80%, en contraste con el año 2014 que alcanzó un 86%. En el 2014, 282 jefaturas no presentaron Plan de Acción, mientras que en el 2015 no presentaron planes de acción 412.

Entre los factores que intervienen para que no se alcancen los resultados deseados en los indicadores 1, las Unidades de Gestión de Recursos Humanos mencionan lo siguiente:

- La falta del profesional en Psicología, para completar las pruebas del EIS.
- Atrasos en las citas y reportes de los exámenes de Rayos X y otras pruebas clínicas, lo que atrasa el resultado del profesional en medicina.
- Las jefaturas contratan sin participar a la Unidad Gestión de Recursos Humanos, lo que provoca que la aplicación de las pruebas de Selección por parte de los profesionales del Equipo Interdisciplinario de Selección superen el tiempo normado, y que en muchos de los casos no se les aplique ninguna prueba por haber superado los tres meses de nombramientos.

En el indicador 2, los factores que intervienen para que no se alcancen los resultados deseados, según las Unidades de Gestión de Recursos Humanos, son:

- La jefatura no da el permiso para que asistan al Curso de Orientación e Inducción, así como para el Curso de Reinducción.
- La Unidad de Gestión de Recursos Humanos no programó los cursos.
- El trabajador no tuvo más nombramientos o no estaba nombrado para cuando se realizó el Curso Orientación e Inducción.
- La Unidad de Gestión de Recursos Humanos no gestionó ayuda a otros centros.

Propuestas de mejoras:

Que las U.G.R.H, en conjunto con las autoridades superiores y Jefaturas del Centro de Trabajo, efectúen las siguientes gestiones:

- Que realicen una planificación anual de necesidades de recurso humano, a fin de cumplir con coordinaciones para la evaluación y el gasto, que permita que los ingresos completen el proceso de reclutamiento y selección de personal.
- Que realicen la planificación de los diferentes cursos, ya sea a nivel local o en coordinación con otros centros de trabajo.

3. Calificación de la invalidez

La calidad de la información médica en los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez

Causa principal por la cual no se
cumplió con los criterios de
calidad en la información:

Ausencia de los resultados de
exámenes actualizados a la o las
patologías pertinentes.

Problema a resolver:
Establecer las causas por las
cuales los centros de salud, no
cumplen con la información
completa en los protocolos.

Cumplimiento de la información de las Unidades de Salud a Nivel Nacional

Hospitales Especializados,
Nacionales y Periféricos 100%.

Regiones: Brunca, Chorotega,
Huetar Norte y Pacífico Central
100 %.

Región Central Norte 96 %.

Regiones Huetar Atlántica y
Central Sur $\geq 90\%$.

Los Hospitales Regionales 85.7
%.

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Genaro Valverde - Piso 2



Continúa el cumplimiento de la calidad de la información médica en los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez

El cumplimiento tuvo un incremento de 7 puntos porcentuales con respecto al último trienio evaluado.

La Dirección de Calificación de la Invalidez es la instancia institucional a nivel nacional, que evalúa y califica el estado de invalidez y discapacidad de las personas según el beneficio solicitado: Pensión por invalidez del RIVM, RNC, Magisterio Nacional, Ministerio de Trabajo, Seguro de Salud, Ley 8444 Ley de Exoneración de Vehículos para personas con discapacidad, Ley 8769 Ley de Pensión Vitalicia para Personas que Padecen de Parálisis Cerebral Profunda, y Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, artículo 59 (Bono familiar de vivienda). Lo anterior con el objetivo de determinar el estado de invalidez o discapacidad de los usuarios, de forma objetiva, con base en criterios técnicos médicos, que les permita obtener una protección económica equitativa (pensión) o beneficio social del Estado según corresponda.

Con el propósito de realizar una evaluación objetiva, justa y expedita, la Dirección de Calificación de la Invalidez creó los protocolos de referencia, lográndose implementar estos instrumentos a partir del año 2009.

Desde entonces, los protocolos se han constituido en una herramienta útil, para que los médicos evaluadores y calificadores de esta Dirección dispongan de información médica fundamental para emitir el criterio técnico médico acerca del estado de invalidez de los usuarios. Es importante indicar que con el uso de estos instrumentos se evita la duplicidad de estudios solicitados al usuario, lo cual implica reducción de costos de operación para la institución.

El análisis del presente informe se realizó por direcciones regionales, hospitales y centros especializados, para un total de 135 unidades de salud, divididos en 23 hospitales generales (nacionales, regionales, periféricos) y 8 centros especializados; así como 104 áreas de salud pertenecientes a las Regiones Brunca, Central Norte, Central Sur, Chorotega, Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central.

El instrumento utilizado para la medición de calidad de la información en los protocolos de referencia es el que incluye los siguientes parámetros:

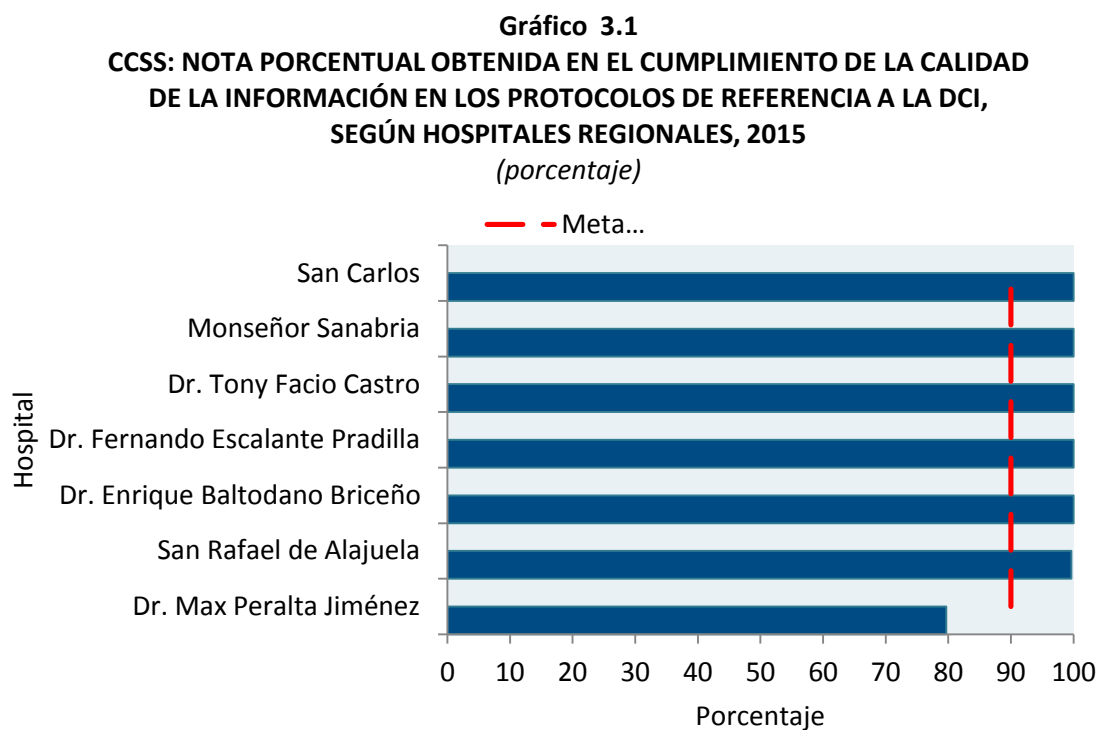
- Componente 1: consiste en la sumatoria del número de protocolos que cumplen criterios de calidad, entre la sumatoria del total de protocolos enviados por hospital y/o área de salud.

- Componente 2: consiste en la sumatoria del número de protocolos devueltos y debidamente corregidos en la primera ocasión, entre la sumatoria del total de protocolos devueltos en la primera ocasión.

Durante el año 2015 se recibieron un total de 4.802 protocolos, de los cuales 4.796 cumplieron con los criterios de calidad.

Los hospitales especializados, nacionales y periféricos cumplieron con la calidad de la información en los protocolos de referencia en un 100%.

El 85,7% de los hospitales regionales, cumplieron con más del 90% de cumplimiento de la información en los protocolos de referencia (Gráfico 3.1).



Las Áreas de Salud de las siguientes regiones: Brunca, Chorotega, Huetar Norte y Pacífico Central, lograron obtener el 100% de cumplimiento de la información en los protocolos de referencia.

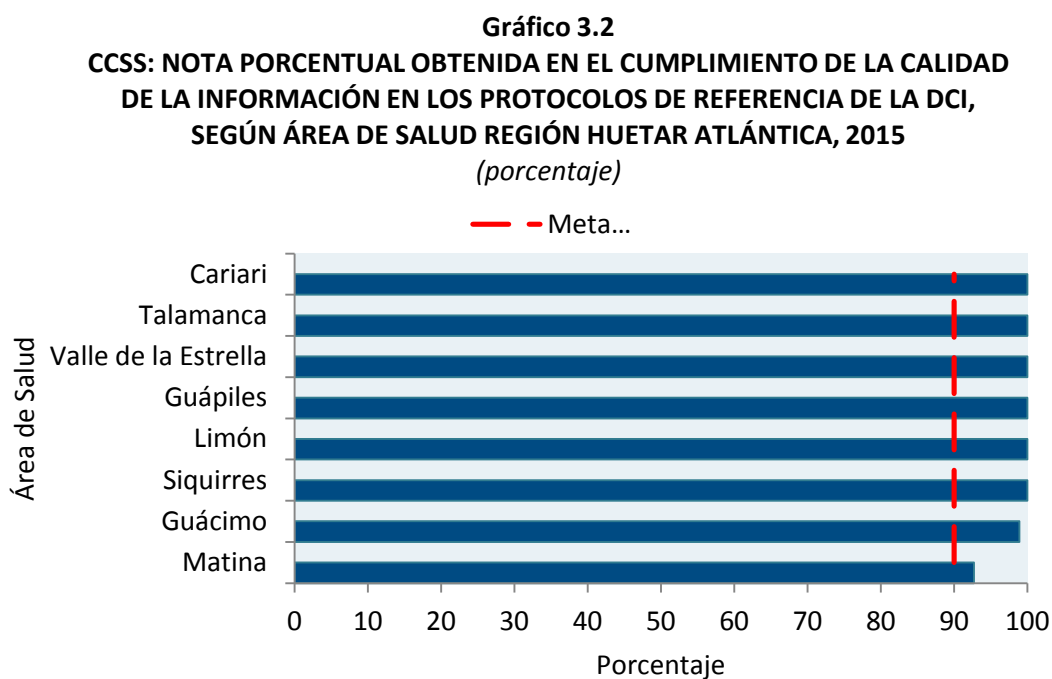
El 96% de las Áreas de Salud de la Región Central Norte lograron el 100% de cumplimiento de la información (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1
CCSS: NOTA OBTENIDA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS
PROTOCOLOS DE REFERENCIA, SEGÚN ÁREA DE SALUD, REGIÓN CENTRAL NORTE 2015

ÁREA DE SALUD	NOTA
Barva	100
Tibás-Uruca-Merced	100
Heredia Cubujuquí	100
Alajuela Norte	100
Tibás	100
San Pablo	100
Santo Domingo	100
San Rafael de Heredia	100
Belén Flores	100
Naranjo	100
Grecia	100
San Ramón	100
Atenas	100
Palmares	100
Poás	100
Valverde Vega	100
Alfaro Ruíz	100
San Isidro de Heredia	100
Heredia Virilla	100
Alajuela Sur	100
Alajuela Oeste	100
Santa Bárbara	100
Alajuela Central	94
La Carpio-León XIII	100
Puerto Viejo	100
Horquetas	100

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2015.

En las regiones Huetar Atlántica y Central Sur todas las áreas de salud alcanzaron o sobrepasaron el 90% de cumplimiento de la información (Gráfico 3.2 y Cuadro 3.2).



FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los protocolos de referencia para valoración del estado de la invalidez, 2015.

Cuadro 3.2
CCSS: NOTA OBTENIDA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS
PROTOCOLOS DE REFERENCIA
SEGÚN ÁREA DE SALUD. REGIÓN CENTRAL SUR 2015

ÁREA DE SALUD	NOTA
Catedral Noreste	100
Goicoechea 2	100
Goicoechea 1	100
Moravia	100
Coronado	100
Pavas	100
Mata Redonda	100
Hatillo	100
Zapote-Catedral	100
Desamparados 1	100
Desamparados 2	100
San Francisco-San Antonio	100
Puriscal-Turubares	100
Paraíso-Cervantes	100
La Unión	100
Acosta	100
Aserrí	100
Alajuelita	100
Desamparados 3	100
Cartago	100
Curridabat	100
Escazú	100
Montes de Oca	100
San Sebastián-Paso Ancho	100
Turrialba-Jiménez	100
Concepción-San Juan-San Diego	92
Los Santos	100
Mora-Palmichal	100
Santa Ana	100
Corralillo-La Sierra	100
El Guarco	100
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	100

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los protocolos de referencia para valoración de la invalidez, 2015.

En virtud de lo anterior, durante el año 2015 se obtuvo de manera global un 99.2% de cumplimiento de la calidad de la información contenida en los protocolos de referencia para la evaluación del estado de la invalidez.

La causa principal por la cual no se cumplió con los criterios de calidad en la información de los protocolos durante este período, y por lo tanto, fue la causa principal de devolución de estos instrumentos a los centros de salud, fue que no se anotaron los exámenes pertinentes a la patología por la cual el usuario solicitaba la pensión por invalidez.

Si bien es cierto se ha observado una mejoría importante en la calidad de información de los protocolos de referencia durante el último trienio, la causa principal de devolución sigue siendo la ausencia de los resultados de exámenes actualizados a la o las patologías pertinentes.

No se han podido establecer las causas por las cuales los centros de salud no cumplen con la información completa en los protocolos durante el primer envío de estos instrumentos, ya que la mayoría no justifica la falta de información en el documento corregido.

Durante el 2015 se continuó con la comunicación oportuna con las diferentes unidades de salud del país, a través de correos electrónicos y por vía telefónica, llegando a la conclusión de que en muchas ocasiones hay una alta rotación del personal que llena los protocolos, y que la información sobre cómo llenar estos instrumentos no se trasmite de forma adecuada a los nuevos profesionales encargados de dicho proceso.

Para el 2016 se van a revisar y actualizar los protocolos de referencia, según las normas de atención en salud vigentes y además el instructivo de llenado.

Se pretende también publicar los protocolos y el instructivo de llenado actualizados en forma trimestral a través de la web institucional, con el propósito de facilitar el acceso a estos documentos, por parte de los médicos encargados de llenar este instrumento.

Otro objetivo es concientizar a las unidades de salud en que el protocolo es una herramienta indispensable para la valoración de daño corporal del solicitante, ya que complementa y fundamenta la información para que los médicos evaluadores y calificadores puedan emitir un criterio técnico médico acerca del estado de invalidez del solicitante, según la normativa institucional.

Además, al contar con una información actualizada y de calidad en los protocolos de referencia, se fortalece la Ley de Simplificación de Trámites, al evitar duplicidad de exámenes, y a la vez se mejora la satisfacción del usuario, al obtener la resolución de la solicitud en el menor tiempo posible.

Referencias Bibliográficas

- CCSS. (2015). Base de Datos la Evaluación de Cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez. Dirección Calificación de la Invalidez. Costa Rica.
- CCSS. (2013). Ficha Técnica Certificación de Cumplimiento de Información en los Protocolos de Referencia a la Dirección de Calificación de la Invalidez, código 6-15-04-1-1. Costa Rica.

Contacto:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfonos: Tel. 2539-0000 Ext. 3807 – 3809 – 3813
Av. 4 Calle 5 y 7 - Edificio Jenaro Valverde - Piso 2