

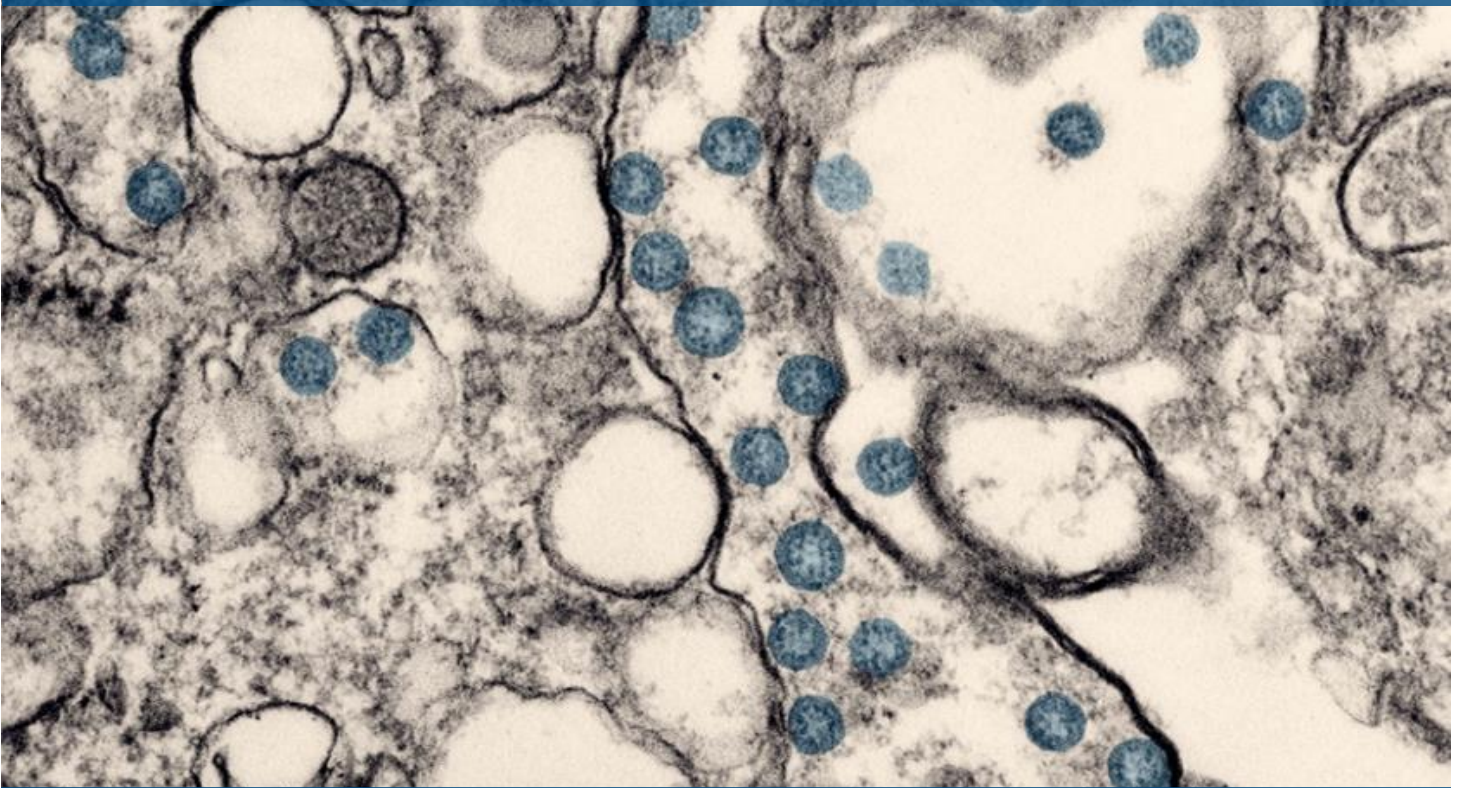
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

GERENCIA MÉDICA

Dirección Compra de Servicios de Salud

INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2020

Y TENDENCIAS DEL 2021



Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19





© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2021.
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).

Portada: imagen de dominio público, tomada de Unsplash, perteneciente a CDC, Atlanta.

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 comuniquen 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



Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021

Equipo de trabajo

Coordinación General:

Dra. Yahaira On Cubillo

Grupo Conductor:

Dr. José María Molina Granados

MSc. Miriam León Solís

Grupo Ejecutor:

MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Dr. José María Molina Granados

Dra. Lucía Quirós Ramírez

Dra. Marianella Víquez Garro

Dr. Marlon Lizano Muñoz

Dra. Neyskmi Vega Medrano

Dr. Paul Ernesto Araya Vega

Grupo Asesor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Dra. Andrea Marín Madrigal

MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada

Ing. Jean Carlo García González

MBA. Jennifer Mendoza Vega

Ing. Shirley Soto Alpízar

Grupo de Apoyo Administrativo:

Licda. Marta Alguera Bolandi

Licda. Aura Bautista Argueta

Secretaria. Bleydi Jessenia Obando Rodríguez

Secretaria. Cindy Cordero Araya

Secretaria. Laura Mercedes Rodríguez Corrales

Índice General

Introducción.....	13
Metodología de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS)	14
1. Cantidad de atenciones y coberturas generales en el primer nivel de atención, 2020.....	22
2. Atención materno infantil en el primer nivel: estado de situación a 14 meses de la pandemia.....	34
3. Anemia por deficiencia de hierro en menores de dos años: efecto de la pandemia por COVID-19 en el tamizaje y en el adecuado abordaje	44
4. Tamizaje de dislipidemia, alerta de riesgo cardiovascular en edad escolar	51
5. La obesidad en tiempos de pandemia por COVID-19	57
6. Hipertensión arterial (HTA): enemigo silencioso y factor de riesgo cardiovascular en tiempos de la COVID-19	68
7. Diabetes en el 2020: reorganización de servicios mantiene la cobertura, pero no impide la caída del control metabólico.....	84
8. Disminución abrupta en la realización de la citología vaginal a consecuencia de la COVID-19.....	92
9. Cobertura bienal de detección del cáncer de mama: segunda medición para línea base	104
10. 2020: un año en que la productividad no logró reflejar la eficiencia	114

Índice de cuadros

Cuadro 1.1 CCSS: Número de consultas brindadas en el primer nivel de atención por grupo de edad, 2020.....	24
Cuadro 1.2 CCSS: Porcentaje de atención de población en el primer nivel de atención según RIPSS, 2020.....	26
Cuadro 1.3 CCSS: Porcentaje de atención de población en el primer nivel de atención según sexo, 2020	26
Cuadro 1.4 CCSS: Porcentaje de atención de población en el primer nivel de atención por grupo de edad, 2020	27
Cuadro 1.5 CCSS: Porcentajes de atención por grupos de edad según RIPSS, 2020.....	27
Cuadro 1.6 CCSS: Comparación de coberturas evaluadas en la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020.....	29
Cuadro 1.7 CCSS: Cantidad de consultas brindadas en el primer nivel de enero a junio por modalidad de atención según RIPSS, 2021.	30
Cuadro 2.1 CCSS: Cobertura de atención de menores de un año, mujeres en periodo posparto y embarazadas por año en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019-2020	36
Cuadro 2.2 CCSS: Captación temprana de menores de un año, posparto y embarazadas por año en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019-2020	38
Cuadro 2.3 CCSS: Detección oportuna de la infección por sífilis (VDRL) y VIH en embarazadas según RIPSS, 2019-2020.....	39
Cuadro 2.4 CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva y porcentaje de manejo adecuado por año según región, 2019-2020	40
Cuadro 6.1 CCSS: Cobertura de atención de personas con hipertensión arterial en el primer nivel de atención por grupo de edad según RIPSS, 2019-2020.....	70
Cuadro 7.1 CCSS: Personas atendidas con diabetes mellitus tipo 2 que lograron el nivel óptimo en cada parámetro de control, según RIPSS, 2020	88

Índice de gráficos

Gráfico 1.1 CCSS: Cantidad de consultas brindadas en el primer nivel de atención según RIPSS, 2020.....	25
Gráfico 1.2 CCSS: Cantidad de consultas brindadas en el primer nivel por modalidad de atención según RIPSS, 2020.....	28
Gráfico 1.3 CCSS: Cantidad de consultas realizadas en el primer nivel de atención durante el primer semestre según año, 2019-2021.....	29
Gráfico 1.4 CCSS: Comparación del número de consultas realizadas y personas atendidas en el primer nivel de enero a junio según RIPSS, 2021	30
Gráfico 6.1 CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con HTA del primer nivel de atención por grupo etario según RIPSS, 2020.....	72
Gráfico 6.2 CCSS. Total de consultas a personas con HTA en el primer nivel de atención en salud según modalidad y mes, 2020-2021	73
Gráfico 7.1 CCSS: Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, según RIPSS, 2020	86
Gráfico 8.1 CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino por grupo de edad según RIPSS, 2019-2020	94
Gráfico 8.2 CCSS: Cantidad de citologías vaginales realizadas en el primer nivel de atención por mes, 2018-2021	95
Gráfico 8.3 CCSS: Cantidad de citologías vaginales realizadas en el primer nivel de atención por mes según grupo de edad, 2021	96
Gráfico 9.1 CCSS: Cantidad de mamografías para tamizaje realizadas a mujeres de 45 a 69 años, según RIPSS de adscripción durante el bienio 2019-2020	106

Índice de figuras

Figura 2.1 PNUD: Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe, agosto 2020.	34
Figura 2.2 CCSS: Cobertura de atención y porcentaje de captación temprana en la atención de menores de un año, posparto y embarazadas, 2019-2020.....	35
Figura 2.3 CCSS: Cobertura de atención y total de atenciones a menores de un año, posparto y embarazadas, 2019-2020.....	36
Figura 2.4 INEC: Nacimientos registrados, 2000, 2010 y 2020.	37
Figura 2.5 CCSS: Porcentajes de captación temprana de menores de un año, mujeres en posparto y embarazadas, y planificación familiar en el periodo posparto, primer cuatrimestre, 2020-2021.....	41
Figura 2.6 CCSS: Porcentaje de captación temprana y detección oportuna de la infección por sífilis y VIH en las embarazadas, primer cuatrimestre 2020-2021.	41
Figura 3.1 CCSS: Proporción de niños con anemia por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, año 2020	48
Figura 4.1 CCSS: Tamizaje de dislipidemia en escolares entre los nueve y once años por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, año 2020	53
Figura 5.1 CCSS: Método para identificar a las personas con obesidad grado III con diagnóstico en EDUS y referida a Nutrición en la red de servicios	58
Figura 5.2 CCSS: Porcentaje de personas atendidas con IMC ≥ 40 kg/m ² que tenían consignado el diagnóstico de obesidad en el EDUS, según RIPSS	59
Figura 5.3 CCSS: Porcentaje personas atendidas con obesidad III que fueron referidas a Nutrición según RIPSS.....	60
Figura 7.1 Porcentaje de personas diabéticas atendidas en el 2020 con un nivel óptimo en cada criterio y su variación con respecto al 2019.	87
Figura 9.1 CCSS: Número de mujeres con mamografía realizada según RIPSS, 2019-2020.	106
Figura 9.2 CCSS: Porcentaje de mujeres con mamografía realizada según RIPSS, 2019-2020.....	107
Figura 10.1 Casos y muertes por COVID-19, a lo largo del año 2020, por cantón	114

Figura 10.2 Acciones innovadoras, hallazgos positivos y obstáculos encontrados en la atención de la pandemia, reportados por las áreas de salud.....	116
Figura 10.3 CCSS: Rangos de Valor por indicador de Eficiencia. EPSS 2020	117
Figura 10.4 CCSS: Productividad media regional con relación a la productividad media nacional, por grupo profesional y por RIPSS, 2019-2020	119

Índice de anexos

Anexo 5.1 CCSS: Clasificación del estado nutricional según IMC	64
Anexo 5.2 CCSS: Metodología para la identificación de la población con un IMC $\geq 40,0$ kg/m², a quienes se les consignó el diagnóstico de obesidad, 2020.	65
Anexo 5.3 CCSS: Metodología para la selección de la población con diagnóstico de obesidad y un IMC $\geq 40,0$ kg/m², que fueron referidas a Nutrición, 2020.	66
Anexo 6.1 CCSS: Número de personas con hipertensión arterial atendidas en el primer nivel de la CCSS, 2016-2020.	76
Anexo 6.2 CCSS: Porcentaje de cobertura de personas con hipertensión arterial atendidas en el primer nivel de la CCSS, según grupo etario, 2020.	80
Anexo 6.3 CCSS: Cifras óptimas de presión arterial según subgrupo (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2018).	83
Anexo 8.1 CCSS: Citologías realizadas a mujeres entre los 20 y 64 años de edad, en el primer nivel de atención, 2018-2020.	100
Anexo 1.9 CCSS: Cobertura de tamizaje por cáncer de mama en mujeres de 45 a 69 años por medio mamografía, por área de salud de adscripción, bienio 2019-2020.....	110
Anexo 10.1 CCSS: Áreas de salud por grupo de ubicación para efectos de comparación de la productividad de los recursos, según indicador.....	121
Anexo 10.2 CCSS: Valor mínimo de los indicadores de eficiencia y cantidad de unidades evaluadas, según indicador, por tipo de área de salud	122

Lista de acrónimos, siglas y símbolos

AES	Área de Estadística en Salud
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión.
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
DM	Diabetes Mellitus
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HTA	Hipertensión Arterial
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
RIPSS	Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
SIAC	Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas
SIES	Sistema Integrado de Expediente en Salud
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas)

Introducción

Durante el 2020 los sistemas de salud han tenido que enfrentar la mayor crisis global derivada de una pandemia en un siglo. Las políticas para contener y mitigar la propagación del virus han sido esenciales para disminuir los picos de demanda de atención y cuando ha sido posible, reducir la incidencia de la enfermedad por el virus SARS-CoV-2

El primer año de pandemia estuvo marcado por la incertidumbre, propiciada por la falta de información sobre la enfermedad, la carencia de tratamientos efectivos y por no contar con la protección de la vacuna. En este contexto, las medidas no médicas de contención adquirieron gran relevancia, a la vez que se evaluaba la costo-efectividad de su implementación.

Además de la cuota de víctimas y secuelas de la enfermedad, la pandemia por COVID-19 ha provocado enormes perturbaciones en las familias, sociedades y economías de todo el mundo. En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social ha ofrecido su mejor esfuerzo y coordinación, en sus tres niveles de Atención, para enfrentar la emergencia y mantener la continuidad de los servicios esenciales, mediante la implementación de estrategias novedosas y con especial cuidado de los grupos más vulnerables.

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 es un reflejo de estos cambios emergentes en la dinámica usual de atención y de las repercusiones sobre la salud de la población atendida. Este informe muestra una situación sin precedentes en la vida institucional y caracteriza la atención en los establecimientos del primer nivel en medio de una amenaza sanitaria aún vigente.

De igual forma, los datos iniciales sobre la situación en el 2021 permiten evaluar el resultado del conjunto de medidas tomadas en los meses anteriores y ofrece una valiosa orientación para la toma oportuna de decisiones que contribuyan a alcanzar la recuperación definitiva de los servicios y de la población.

Metodología de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS)

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2020 (EPSS_2020), correspondiente al primer nivel de atención, se realizó en las 105 áreas de salud existentes. Al igual que en el 2019, la recolección de los datos contempla dos modalidades de evaluación; para algunos indicadores se usó un muestreo aleatorio y para otros la revisión del total de registros disponible en el EDUS (universo).

Adicionalmente, hay indicadores que combinan ambas modalidades, aunque en menor proporción que en el año 2019. La recolección de datos mediante la combinación de las dos modalidades conllevó una serie de pasos adicionales y esfuerzo multidisciplinario, a fin de incorporar toda la información disponible en el EDUS. Asimismo, fue necesario incursionar en alternativas y ajustes para realizar la estimación de los datos a nivel de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) y totales de la institución. Para todos estos indicadores el cálculo se hizo usando la misma metodología para hacerlos comparables.

Lograr la evaluación del universo en algunos indicadores fue producto de una serie de análisis y revisiones previas, tanto para validar los registros del EDUS, como para identificar las razones de las diferencias en los resultados respecto al comportamiento histórico mostrado en las evaluaciones por muestreo.

En los indicadores evaluados por “universo” algunos registros quedaron sin dato o con valores considerados como no válidos, a pesar de los esfuerzos para completarlos. En estos casos, el cálculo de los indicadores se hizo a partir de los registros con datos completos y válidos.

Las áreas de salud evaluadas por muestreo corresponden a unidades que no cuentan con registros en el EDUS (Escazú, Santa Ana y San Francisco-San Antonio) o que contratan los servicios de laboratorio (Valverde Vega, Alfaro Ruiz, Alajuela Oeste y Tibás). También por muestreo se evaluaron las unidades que cuentan con el Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC) en el EDUS (Carmen Montes de Oca, Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción, Mora Palmichal, Barva, San Pablo, La Carpio-León XIII, San Sebastián-Paso Ancho, Pavas y Desamparados 2).

Cabe destacar que, para las áreas de salud con registros de laboratorio en el SILC, posterior al trabajo de campo, se logró tener acceso al reporte EDUS, lo que permitió disponer de la información requerida para completar el universo de atenciones en los indicadores que lo requieren.

Es importante aclarar que los resultados incluidos en este informe corresponden en su mayoría a los obtenidos mediante la modalidad de evaluación del “universo”, razón por la cual, para las áreas de salud evaluadas por muestreo con registros en el SILC, los resultados pueden ser diferentes a los reportados de manera individual.

Fuente de datos

El EDUS constituyó la principal fuente de datos utilizada para la EPSS_2020; de este se obtuvieron los registros de atenciones de primera vez y los de laboratorio clínico transcritos en el énfasis correspondiente. Además, desde el SILC se logró, por primera vez, el acceso al reporte de los resultados de laboratorio, información valiosa para completar los universos de los indicadores que lo requieren.

Otra fuente de datos utilizada fueron los sistemas de laboratorio clínico LabCore® e Infinity, de donde se exportaron los resultados de las pruebas según el indicador.

En aquellas unidades que al momento de la EPSS_2020 no habían implementado completamente el EDUS, se utilizaron los registros aportados por cada una de ellas con la información requerida.

Determinación de la población (tamaños del universo atendido)

La población de interés para cada uno de los indicadores a evaluar está constituida por todas aquellas personas atendidas en el primer nivel de atención durante el año 2020.

El total de personas se estimó a partir de las consultas de primera vez en el año, por área de salud, cuyo listado se obtuvo mediante un cubo EDUS diseñado para tal fin. Inicialmente, se hizo una depuración de los listados para eliminar todos aquellos registros duplicados o con alguna inconsistencia.

Seguido, se agruparon en un solo listado para toda la institución (agregando los listados proporcionados por las áreas de salud que no cuentan con registros en EDUS).

Unidos los listados de las 105 áreas de salud, se hizo una segunda depuración, dejando solo las primeras consultas de todas aquellas personas que aparecían más de una vez en el “universo”.

Los casos que evidenciaron consultar en diferentes áreas de salud fueron incluidos en el listado del área de salud que les brindó la primera atención del año. El objetivo de esta depuración fue contar con una estimación más precisa del número de personas que utilizaron los servicios de salud en el periodo de interés para la evaluación. Para el caso de los indicadores evaluados por muestreo, estos listados se convirtieron en el marco muestral.

Los tamaños de las poblaciones a partir de los cuales se hace la evaluación de cada indicador son los siguientes:

Poblaciones atendidas en el 2020	personas^{/1}
Total de población atendida en el año 2020	2 209 433
Personas de 20 años y más con hipertensión arterial	540 665
Mujeres de 20 a 64 años con citología cervicovaginal en los últimos dos años	420 168
Personas de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2	243 240
Mujeres de 45 a 69 años con una mamografía en los últimos dos años	186 656
Niños de seis a menos de 24 meses	95 627
Niños de 9 a 11 años con diagnóstico de dislipidemia	70 459
Niños menores de un año	55 184
Embarazadas atendidas	53 258
Mujeres en período posparto	50 682
Niños de seis a menos de 24 meses de edad con diagnóstico de anemia	10 892
Embarazadas con serología VDRL positivo	753

/1: estimada a partir de las consultas de primera vez en el año

Para el cálculo de las coberturas por área de salud, se utilizaron los datos estimados de población (5 111 221 habitantes) y el de nacimientos preliminares (57 848 niños) reportados por la Dirección de Planificación Actuarial, a partir de los datos del INEC.

Muestreo

La determinación del tamaño de las muestras se hizo a partir de la fórmula utilizada para muestreo simple al azar, usando un nivel de confianza del 90 % y un margen de error del 10 %. Para estimar la varianza y los ajustes por la no respuesta (“no evaluables”), se usaron los resultados obtenidos en el año 2019 para cada indicador, por lo que los tamaños de muestra varían según el indicador y el área de salud. Los valores totales para cada indicador se calcularon a partir del total de las muestras de las 105 áreas de salud, a saber:

Indicador	expedientes revisados
Porcentaje de personas atendidas con diabetes mellitus tipo 2 con control glicémico óptimo	6945
Porcentaje de personas atendidas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control lipídico óptimo	3402
Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia	426
Porcentaje de embarazadas con detección oportuna de la infección por sífilis (VDRL)	308
Porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina	273
Porcentaje de personas atendidas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de la presión arterial	213
Porcentaje de niños de nueve a 11 años a quienes se les realiza un perfil de lípidos	205
Porcentaje de personas de 20 a menos de 65 años con control óptimo de hipertensión arterial	178

Porcentaje de no respuesta registrada

La no respuesta refiere a todos aquellos casos que no pertenecen a un universo determinado, identificados por el evaluador en el trabajo de campo. La reducción en los porcentajes de no respuesta en la evaluación del 2020 evidencia la mejora tanto en la depuración de los listados a la hora de determinar la población de interés, como en la clasificación y el registro de los casos en el EDUS.

Los porcentajes de no respuesta para esta evaluación (2020), en los indicadores evaluados por muestra, son mucho menores que los de la evaluación del año 2019. Por ejemplo, en el caso de los indicadores evaluados en personas con diabetes mellitus tipo 2, el porcentaje de no respuesta fue de 0,27 % (19 / 6 945), comparado con 0,70 % (51 / 7 322) en el año 2019.

Para el indicador porcentaje de niños de seis a menos de 24 meses con manejo adecuado de la anemia, este porcentaje fue de 2,90 % (169 / 5 833), comparado con un 7,31 % (465 / 6 357) en el año 2019, disminución que obedece a una mayor depuración de los listados. Es importante destacar que dicho porcentaje es el menor que se ha registrado desde que se evalúa este indicador.

En relación con el indicador “porcentaje de embarazadas con manejo adecuado de la serología VDRL positiva”, evaluado en todo el “universo”, la EPSS_2020 registra valores de no respuesta muy altos, aproximadamente un 68 % (1 629 / 2 382), de los cuales el 88,1 % se dio por una incorrecta consignación diagnóstica en el EDUS, un 5,8 % por abordaje hospitalario, un 4,3 % no corresponde al indicador y el restante por otros motivos.

Por otro lado, cabe mencionar que una de las bondades de evaluar por “universo” es reducir a cero los errores de muestreo y anular las tasas de no respuesta. Por esta razón, en la medida de lo posible, se seguirá buscando cada vez con mayor frecuencia aumentar las evaluaciones mediante esta modalidad.

Depuración de los listados y revisión de la calidad de los registros

Este proceso, al igual que en los últimos dos años, se desarrolló en dos etapas: la primera, previo a la selección de las muestras, como parte de la depuración de marcos muestrales, siendo diferente por indicador; y la segunda, al final de la etapa de recolección de datos.

En todos los indicadores evaluados se realizaron varias depuraciones para determinar la población de interés: por ejemplo, sexo, rango de edad, fecha de nacimiento, entre otros. Se eliminaron todas las consultas duplicadas tanto por número de identificación, como por nombre y fecha de nacimiento. Asimismo, al terminarse la etapa de recolección de los datos, todos los formularios de muestreo se sometieron a revisión y crítica, verificando la consistencia de los datos y la identificación de variables con datos vacíos o fuera de rango.

Además, para los indicadores evaluados por universo se hizo una revisión final y ajuste cuando se requirió, considerando aspectos evidenciados en la revisión de los casos con las unidades evaluadas.

El detalle de la depuración efectuada para llegar a determinar los universos evaluados es el siguiente:

- Menores de un año: esta población se usa para medir la cobertura de atención en el año y la captación temprana del niño. Es una población que contempla nacimientos ocurridos en el año 2020 y algunos en el año 2019; por esta razón, se tuvo que realizar una depuración en los listados, eliminando todos aquellos menores nacidos en el 2019 que ya habían sido atendidos en ese año.
- Embarazadas: esta población se usa para medir la cobertura de atención, la captación temprana del embarazo y los tamizajes oportunos por VIH y VDRL. Para determinar esta población, igual que para la población de menores de un año, el listado generado contempla embarazadas de ambos años, por lo que se hizo una depuración similar de los casos que tuvieron consulta en el 2019.

Posteriormente, se procedió a completar de forma manual todas las fechas de última regla (FUR) que no tenían dato en el EDUS. De 9 434 FUR no registradas en la hoja del CLAP, se logró completar 8 806, realizando la búsqueda del dato en el expediente clínico; 486 casos no correspondían al indicador (282 casos eran licencias por maternidad solicitadas por un médico privado y 204 errores en la definición diagnóstica). Lográndose completar así 9 292 (98,5 %) de los datos faltantes, quedando pendientes solo 142 casos, que en su mayoría corresponden a puestos de visita periódica en los que no fue posible completar la información.

Además, con el objetivo de determinar aquellas consultas que exclusivamente se realizan para elaborar una licencia por maternidad, se revisaron 595 expedientes de embarazadas con registro de edad gestacional entre 35 y 42 semanas, de las cuales

algunas eran licencias por maternidad (108) y otras registradas con un error en la definición diagnóstica (10).

- Mujeres en período posparto: esta población se usa para medir la cobertura y la captación temprana. Similar a las embarazadas y a los menores de un año, para determinar esta población es necesario hacer la comparación de los listados de consultas de dos años (2019-2020), eliminando todas aquellas mujeres que aparecen en ambos listados, verificando antes que no correspondieran a pospartos diferentes.

Debido a que no todos los registros contaban con el dato de fecha de parto, se procedió a completar de forma manual todas las fechas que no estaban disponibles. Se buscaron y completaron 19 370 fechas de parto no registradas en EDUS, de las cuales 17 311 se lograron completar buscando el dato en el expediente clínico (SIES) o por la fecha nacimiento del recién nacido en el Tribunal Supremo de Elecciones; 2 059 no correspondían al indicador (1 932 por estar fuera del rango de la definición diagnóstica de 42 días y 127 por edad o sexo). Esto para disponer del 100 % de las mujeres en posparto atendidas y lograr así la evaluación del universo.

- Tamizaje de anemia: esta población se utiliza para medir el tamizaje en niños con edades entre los seis y los 24 meses. Para determinarla, se realiza la extracción de los listados de consultas del cubo DCSS EPSS-Tamizajes. Posteriormente, se procede al consolidado de los listados de las consultas con los listados de laboratorios de hemoglobinas extraídos de las bases de datos de SILC, LabCore® e Infinity. Luego, se hace una depuración de los listados para detectar los duplicados por no unificación del número interno con el número de cédula, la cual se realiza posterior a la búsqueda de los laboratorios, debido a que el niño podría haberse realizado la prueba de hemoglobina cuando tenía asignado un número interno; de eliminarse este registro, se reduce la posibilidad de contar con ese tamizaje.

Tras este proceso, se comparan los listados para complementar los datos de las hemoglobinas realizadas a cada niño, dejando la primera hemoglobina efectuada en el año. Una vez que se ha realizado la búsqueda de laboratorios y que se han asignado a los registros según el número de identificación, se procede a identificar los duplicados por nombre. Posteriormente, se revisan uno a uno estos casos, con lo cual se logra determinar mediante el nombre completo y la fecha de nacimiento si corresponde al mismo paciente. En caso de que se trate de un registro duplicado con consultas en diferentes áreas de salud, se le asigna a la primera unidad donde consultó y en los casos en los que es posible se le actualiza el número de identificación con el número de cédula. Además, se verifica si alguno de los registros cuenta con el tamizaje de hemoglobina realizado; de ser así, se le asigna al registro con el número de cédula y se eliminan el o los registros con números internos que se identificaron como duplicados.

- Personas de 20 años y más con hipertensión arterial: esta población se identifica tanto para la evaluación de las coberturas como para el control óptimo. Los listados de consultas para la evaluación de estos indicadores fueron generados por medio de un reporte EDUS (que incluye el código CIE-10 I10X).

Al igual que los indicadores anteriores, se sometieron a una serie de depuraciones. Inicialmente, se eliminaron todos los registros que aparecieron más de una vez en el listado, depurando por número de identificación, nombre y fecha de nacimiento. Luego, se hizo la identificación de las primeras consultas de cada persona y se usó este dato para la determinación de las coberturas (asignando ese caso a la unidad programática y a la RIPSS en donde se brindó esa primera atención en el año).

Por otro lado, para la evaluación del control óptimo de la presión arterial, se realizaron otras depuraciones (asignando ese caso a la unidad programática y a la RIPSS en donde se brindó esa última atención en el año) y se revisaron los datos de las últimas atenciones recibidas. Como parte de esta depuración, se excluyeron todos los registros incluidos en EDUS/SIAC sin algún dato de la presión arterial; también se excluyeron los registros no válidos o inconsistentes: registros con un dato de $0 < PAS < 50$ mmHg o un dato de $0 < PAD < 40$ mmHg. Por otra parte, se tomó como no control óptimo los registros con presión arterial igual a cero en EDUS/SIES.

- Manejo de la obesidad: para los indicadores que evalúan este tema se utilizan varias fuentes del EDUS. Primero, se generan desde el CUBO EDUS los listados de consultas que registran diagnósticos de la CIE-10 igual a E660, E668 o E669. Se hace la estimación de las personas a partir de las consultas de primera vez, eliminando todos los registros repetidos, de forma similar al resto de los indicadores, así como las embarazadas identificadas.

También se depuran todos aquellos casos con un valor cero en la variable peso o talla y con valores de IMC menores a 25 kg/m^2 y mayores a 105 kg/m^2 . Segundo, se genera un listado de consultas de primera vez de todos los que estén en el rango de 20 a 65 años con registro de IMC válido. Se comparan ambos listados para completar la población con todas aquellas personas que tienen un IMC mayor o igual a 40 kg/m^2 y que no aparecen en el listado diagnosticado.

Por otra parte, desde el SIAC-EDUS, se extraen todos los casos registrados en el módulo de Reportes-SIAC que corresponden a personas referidas por área de salud en el año calendario. Se depuran y unifican todos los listados generados (usando aplicaciones desarrolladas en Excel), a fin de obtener solo las correspondientes a Nutrición, de forma tal que al comparar los dos listados sea posible el cálculo de los indicadores respectivos para esta población.

- Resto de los indicadores: para el resto de los indicadores se generaron los listados mediante el CUBO EDUS y se depuraron eliminando todos aquellos casos que se identificaron como repetidos, ya sea por contar con el mismo número de identificación, el mismo nombre o la misma fecha de nacimiento, entre otros.

1. Cantidad de atenciones y coberturas generales en el primer nivel de atención, 2020

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Alcanzar este objetivo amerita un conjunto de acciones con respecto a los determinantes de la salud, entre ellos, la disponibilidad de los servicios de salud a toda la población. Sin embargo, los cambios en el comportamiento de las enfermedades y las cargas de morbilidad de las enfermedades crónicas han generado la existencia de grupos excluidos (OMS, 2017). Esto último se hace evidente cuando cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios de salud básicos y 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema (viven con US\$ 1,90 al mes), pagando los servicios de salud de su propio bolsillo. En ese sentido, se estima que el 12 % de la población mundial gasta el 10 % de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud (OMS, 2021).

Es dentro de ese contexto que la atención primaria en salud resulta de gran relevancia, ya que puede atender entre el 80 % y el 90 % de las necesidades sanitarias de la población a lo largo de su vida, abarcando desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OMS, 2021).

Sin embargo, la pandemia por la COVID-19 ha afectado la capacidad de los sistemas de salud para prestar sus servicios de manera ininterrumpida; sumado a esto, los gobiernos tienen cada vez más dificultades para responder a las crecientes necesidades de su población, incluyendo los costos de los servicios de salud.

Por otro lado, con esta pandemia se ha evidenciado que “la labor del personal sanitario y asistencial es lo que permite que la cobertura de los servicios de salud mejore”, por lo que los resultados de una atención integral y de calidad, centrada en las personas, dependen de la disponibilidad, la accesibilidad y la capacidad de estos (OMS, 2021).

En general, para enfrentar las necesidades creadas por la COVID-19, los sistemas de atención de salud en la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe (ALC) cuentan con una capacidad considerablemente inferior al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ya que tienen un menor gasto sanitario, menos camas (2,1, mientras que el promedio de la OCDE es de 4,7) y menos profesionales de la salud por cada 1 000 habitantes (Organización para la Cooperación y el Desarrollo

Económicos [OCDE], 2019; OCDE y Grupo Banco Mundial, 2020); lo mismo ocurre con sus sistemas de vigilancia y seguimiento de enfermedades (por ejemplo, el 11 de marzo de 2021, el Ministerio de Salud de Costa Rica anunció que ya no informaría sobre los casos sospechosos, ya que la cantidad de casos superaba la capacidad nacional para aplicar pruebas COVID-19) (OCDE, 2020).

Frente a estos desafíos, Costa Rica estableció una serie de medidas políticas, económicas y de salud, que le permitieron enfrentar con mayor eficacia y eficiencia la pandemia, pero que afectaron la prestación de los servicios brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Entre ellas destacan las siguientes:

- Para favorecer el distanciamiento social, se instituyó una cuarentena nacional a partir de marzo de 2020, y que se mantiene hasta este momento (agosto, 2021).
- Se dividió el territorio por niveles de contagio, adoptando una codificación por colores y definiendo así las restricciones y las medidas sanitarias.
- Se modificó la modalidad de enseñanza y aprendizaje en las escuelas.
- Se declaró una moratoria sobre una serie de impuestos y préstamos, y se implementaron ayudas económicas tipo bonos mensuales (Plan Proteger) a las personas desempleadas y de ingresos más bajos. A pesar de esto, el paso de trabajadores al sector informal o al desempleo limitó las posibilidades de aseguramiento y las contribuciones económicas a los servicios de salud.
- En la CCSS se pasó de la atención médica presencial a la atención médica por medios alternativos. Asimismo, se capacitó a los profesionales de la salud en estrategias para tamizar, ubicar, aislar y tratar los casos de COVID-19. De forma paralela, se implementaron hospitales de emergencia, poniendo a disposición camas adicionales en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y se concertaron acuerdos con clínicas privadas para aumentar de forma inmediata la cantidad de camas disponibles.

Por consiguiente, los resultados de las consultas brindadas en el primer nivel de atención en salud que se presentan a continuación, deben ser analizados dentro de este contexto.

Metodología

Las fuentes de datos utilizadas para este análisis fueron:

1. La población estimada por la Dirección Actuarial y Económica de la institución.
2. Los listados de las consultas realizadas en las áreas de salud (AS); estos provienen del EDUS y no incluyen las AS de COOPESAÍN y COOPESANA, que utilizan sus propios sistemas de información.

Los parámetros consultados en el cubo DCSS-EPSS, del EDUS, fueron:

- Servicios de Medicina o Enfermería.
 - Especialidades: Medicina General, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Paliativa, Medicina del Dolor y Obstetricia.
 - Otras variables: sexo, edad y Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS).
3. Listados de las consultas realizadas de marzo a diciembre de 2020 por medios convencionales y alternativos; estos provienen del cubo de Consulta Externa, mediante las variables “tipo de consulta” y “medios alternativos”. No incluyen las AS de COOPESAÍN y COOPESANA, que utilizan sus propios sistemas de información.

Análisis de resultados

La producción total de consultas realizadas durante el año 2020 fue de 7 048 983, siendo esta 461 635 menos respecto al 2019.

La distribución por sexo muestra que la razón de consulta es de 1,8 mujeres por cada hombre y se distribuye de la siguiente forma:

Sexo	Cantidad de Consultas
Mujer	4 543 681
Hombre	2 505 081
Indefinido	183
Intersexo	38

A nivel de grupos de edad, la mayor producción de consultas la presenta el de 20 a 64 años

Cuadro 1.1

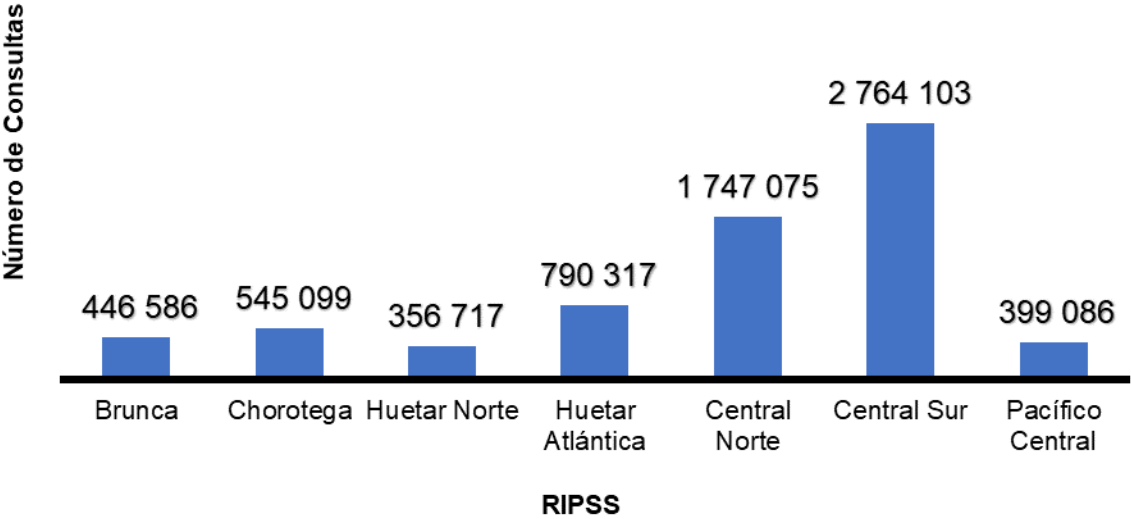
CCSS: Número de consultas brindadas en el primer nivel de atención por grupo de edad, 2020.

Grupo de edad	Número de consultas	Porcentaje
Menos de 28 días	57 466	1
28 días a menos de 1 año	230 443	3
1 a 9 años	459 848	7
10 a 19 años	477 882	7
20 a 64 años	4 388 849	62
65 años y más	1 434 458	20

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

La distribución de consultas a nivel de RIPSS muestra que la producción de la Central Norte y la Central Sur, en conjunto, representa el 64 % del total, lo que podría estar relacionado con su densidad poblacional.

Gráfico 1.1
CCSS: Cantidad de consultas brindadas en el primer nivel de atención según RIPSS, 2020



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Cantidad de personas atendidas en el primer nivel de atención en salud

Para esta parte del análisis se incorporaron los datos de personas atendidas en las 105 áreas de salud; al relacionarlas con la población estimada se obtuvo la proporción de personas atendidas durante el año 2020.

Con base en lo anterior, se determinó que a nivel institucional se logró atender al 43 % de la población general. Este resultado muestra una disminución respecto a los dos años anteriores, ya que en el 2018 el porcentaje de atención institucional fue del 46 %, mientras que en el 2019 fue del 48 %.

En el cuadro 1.2 se puede observar que a nivel de las RIPSS la Huetar Atlántica presentó el porcentaje de atención más alto y la Chorotega el más bajo.

Cuadro 1.2

CCSS: Porcentaje de atención de población en el primer nivel de atención según RIPSS, 2020

RIPSS	Población	Cantidad de personas atendidas	
		Número	Porcentaje
Institucional	5 111 221	2 209 433	43
Brunca	370 414	148 323	40
Chorotega	460 633	177 536	39
Huetar Norte	274 563	119 341	43
Huetar Atlántica	457 784	216 376	47
Central Norte	1 347 430	557 039	41
Central Sur	1 906 401	867 703	44
Pacífico Central	293 996	123 115	42

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Por otra parte, en cuanto a la distribución por sexo, se atendió un 35 % de la población masculina y un 51 % de la población femenina. Cabe mencionar que estos resultados son inferiores a los del 2019 (38 % y 58 %, respectivamente), como se observa en el cuadro 1.3.

Cuadro 1.3

CCSS: Porcentaje de atención de población en el primer nivel de atención según sexo, 2020

Sexo	Población	Personas atendidas	
		Cantidad	Porcentaje
Mujeres	2 575 541	1 318 366	51
Hombres	2 535 680	891 067	35

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

A nivel de las RIPSS, la Chorotega presentó el porcentaje de atención más bajo para ambos sexos (46 % mujeres, 31 % hombres).

En cuanto a los grupos de edad, como se detalla en el cuadro 1.4, el porcentaje de atención más alto lo obtuvo el grupo de 65 años y más, y el más bajo el de 10 a 19 años (siendo este menor al total institucional de 43 %).

Cuadro 1.4

CCSS: Porcentaje de atención de población en el primer nivel de atención por grupo de edad, 2020

(número de personas y porcentajes)

Grupo de edad	Población	Cantidad de personas atendidas	Porcentaje de atención
0 a 9 años	737 467	325 616	44
10 a 19 años	755 933	225 240	30
20 a 64 años	3 164 757	1 310 882	41
65 años y más	453 064	347 695	77

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

En general, los porcentajes de atención por grupo de edad disminuyeron respecto al 2019, siendo los grupos más afectados los siguientes:

- De 0 a 9 años (infantil): disminución de 15 puntos porcentuales.
- De 10 a 19 años (adolescentes): disminución de ocho puntos porcentuales.

A nivel de las RIPSS, ninguna sobrepasa el 50 % en los grupos de edad inferiores a 65 años; sin embargo, en el grupo de 65 y más todas se encuentran sobre 70 %. El grupo que presenta porcentajes más bajos de atención en todas las RIPSS es el de 10 a 19 años (adolescentes).

Las RIPSS Huetar Atlántica y Central Sur presentan todos sus resultados sobre el institucional, mientras que en la Chorotega todos sus resultados se encuentran por debajo de este y son los más bajos en todos los grupos de edad.

Cuadro 1.5

CCSS: Porcentajes de atención por grupos de edad según RIPSS, 2020

RIPSS	Grupo de edad (años)			
	0-9	10-19	20-64	65 y más
Institucional	44	30	41	77
Brunca	41	29	38	73
Chorotega	39	21	38	77
Huetar Norte	50	31	41	81
Huetar Atlántica	50	33	47	79
Central Norte	41	28	40	75
Central Sur	46	33	43	78
Pacífico Central	41	28	41	76

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Consultas brindadas de marzo a diciembre de 2020 según modalidad de atención

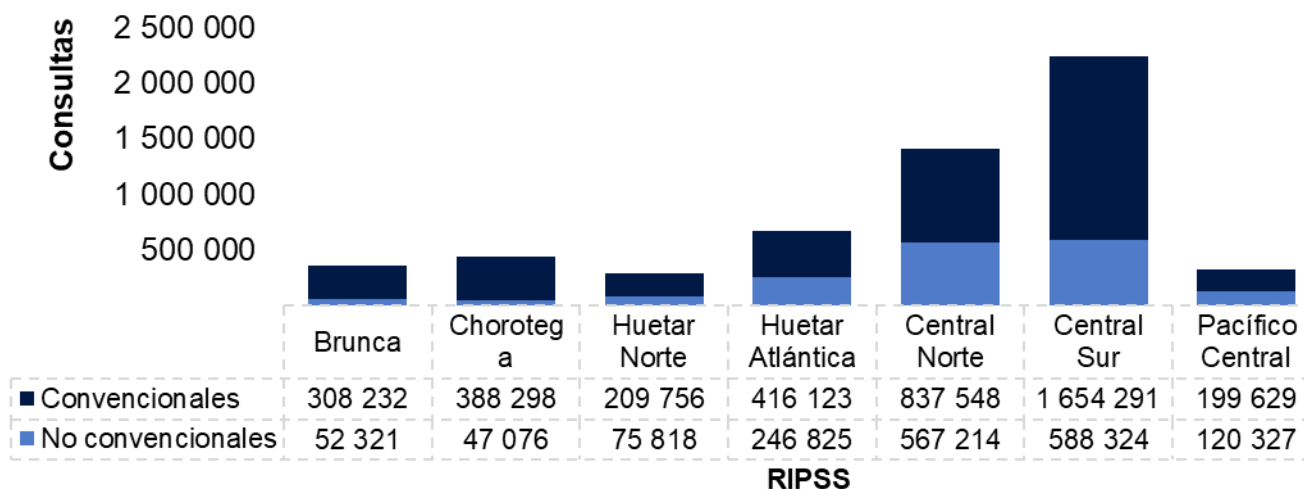
A partir de marzo del 2020 se incorporó la modalidad de atención mediante consulta por medios no convencionales; esta ameritó la readecuación de la prestación de servicios y gastos para el implemento de nuevas tecnologías.

Por lo anterior, se hizo un análisis comparativo entre la cantidad de consultas brindadas según las modalidades de atención convencional y no convencional, utilizándose los datos de las 101 áreas de salud que cuentan con EDUS.

De acuerdo con la información recopilada, de marzo a diciembre de 2020 se realizaron a nivel institucional más del doble de consultas convencionales (presenciales) que no convencionales (razón de 2,4 a 1); sin embargo, hay diferencias mayores en algunas de las RIPSS. Por ejemplo, en la RIPSS Chorotega la relación es de 8,2 convencionales por una no convencional, mientras que en la RIPSS Central Norte es de 1,5 a una.

Gráfico 1.2

CCSS: Cantidad de consultas brindadas en el primer nivel por modalidad de atención según RIPSS, 2020



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Coberturas generales de atención 2020

La pandemia provocó la disminución del número de consultas brindadas y personas atendidas, afectando directamente los programas de atención y sus coberturas respecto del 2019. La más afectada fue la de citología vaginal, con una caída de siete puntos porcentuales.

Cuadro 1.6

CCSS: Comparación de coberturas evaluadas en la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020

Indicador	Año	
	2019	2020
Menores de 1 año	98	95
Embarazadas	85	84
Postparto	80	80
Citología vaginal (PAP)	34	27
Mamografía	31	29
Hipertensión arterial	42	40
Diabetes mellitus	45	45

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

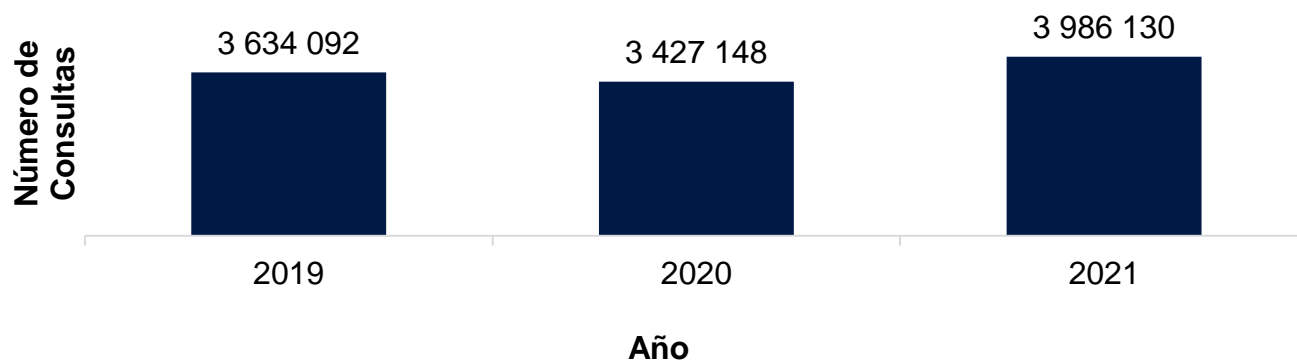
Situación de las consultas en el 2021: avance del primer semestre

En el 2021 continúan aplicándose las medidas sanitarias; sin embargo, la CCSS ha iniciado un proceso de adecuación de prestación de servicios para que se incremente la producción.

El gráfico 1.3 muestra que la cantidad de consultas realizadas durante el primer semestre del 2021 es superior a los años anteriores en el mismo periodo.

Gráfico 1.3

CCSS: Cantidad de consultas realizadas en el primer nivel de atención durante el primer semestre según año, 2019-2021



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2021.

A nivel de las RIPSS, la Central Norte y la Central Sur generaron la mayor cantidad de consultas tanto a nivel general como por medios alternativos. Llama la atención que la RIPSS Brunca generó la menor cantidad de consultas por medios alternativos, representando estas un 1 % del total de sus consultas.

Cuadro 1.7

CCSS: Cantidad de consultas brindadas en el primer nivel de enero a junio por modalidad de atención según RIPSS, 2021.

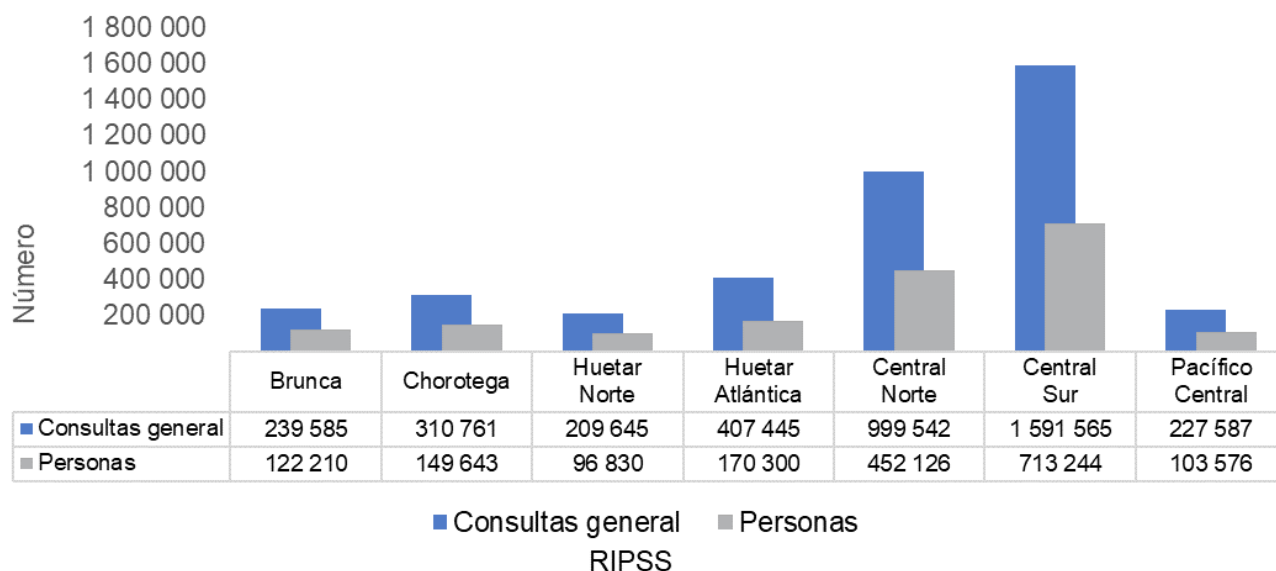
RIPSS	Consultas		Porcentajes	
	Convencional	Alternativo	Convencional	Alternativo
Institucional	3 075 938	910 192	77	23
Brunca	237 544	2 041	99	1
Chorotega	279 224	31 537	90	10
Huetar Norte	180 474	29 171	86	14
Huetar Atlántica	302 244	105 201	74	26
Central Norte	607 006	392 536	61	39
Central Sur	1 309 212	282 353	82	18
Pacífico Central	160 234	67 353	70	30

Fuente: DCSS, CCSS. Monitoreo de la Prestación de Servicios de Salud, 2021.

La relación de consultas realizadas y personas atendidas da una idea del acceso que se tiene a una segunda consulta. En el primer semestre del 2021 esta fue de dos consultas por persona.

Gráfico 1.4

CCSS: Comparación del número de consultas realizadas y personas atendidas en el primer nivel de enero a junio según RIPSS, 2021



Fuente: DCSS, CCSS. Monitoreo de la Prestación de Servicios de Salud, 2021.

Conclusiones y recomendaciones

Las medidas sanitarias utilizadas para enfrentar la pandemia por COVID-19 tuvieron implicaciones directas sobre la producción de los servicios de salud, predominantemente en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años.

Ante la reducción de las consultas, el porcentaje de atención institucional disminuyó respecto a los dos años anteriores.

El uso de medios alternativos de consulta palió las limitaciones existentes para la atención directa de la población; sin embargo, hubo disparidades en el uso de esta modalidad de consulta entre las RIPSS.

Las coberturas de los programas de atención que ameritaban la realización de procedimientos fueron las que presentaron mayor caída en sus resultados; esto por ser estrictamente presenciales.

De acuerdo con la realidad actual, impresiona que el retorno a una prestación de servicios de salud como la brindada antes de la pandemia llevará aún más tiempo; mientras tanto, los servicios institucionales deben continuar readecuándose y articulándose con los demás integrantes del sistema de salud, para así poder alcanzar una mayor productividad y satisfacción de las necesidades en salud de la población.

Ya en el 2017 la OCDE había realizado un diagnóstico y con base en este había emitido recomendaciones, las cuales deberán ser tomadas en cuenta para definir el plan de ruta para la recuperación de los servicios post-COVID 19, ya que algunas de las deficiencias encontradas no han sido subsanadas todavía. A continuación, se mencionan algunas de estas recomendaciones (OCDE, 2017):

1. Se debe trabajar sobre la excesiva dependencia de los ingresos relacionados con el empleo formal, que amenaza la sostenibilidad financiera de la CCSS; los fondos deberían provenir cada vez más del presupuesto general del gobierno. Aunado a esto, se deben ejecutar acciones para disminuir los “gastos de bolsillo” en los que incurren las personas para solventar su situación de salud, ya que estos van en aumento.
2. Ejercer acciones para modificar la débil supervisión gubernamental de los objetivos estratégicos y desempeño de la CCSS. Adicionalmente, se debe trabajar en la contención del gasto y la lentitud con la que la institución realiza algunos de sus procesos, porque son obstáculo para la implementación de reformas en áreas clave.
3. Instaurar monitoreos de los aspectos relacionados con la calidad y la eficiencia a lo interno de la institución, ya que no se están realizando de modo consistente.
4. Mejorar la disponibilidad y el uso de los datos sobre el desempeño y enfocarlos en las necesidades de los pacientes.

5. Priorizar la atención de las personas con enfermedades crónicas. A pesar de la existencia de una estructura bien desarrollada de atención primaria, que ha permitido “lograr” las coberturas sanitarias, esta se ve amenazada por el incremento de necesidades provenientes de las enfermedades crónicas y los tiempos de espera de los pacientes para una atención agendada, que puede durar varios años.

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud y derechos humanos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cobertura sanitaria universal*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2017). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: Costa Rica. Evaluaciones y recomendaciones*. Recuperado de https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluación-y-Recomendaciones.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019). *Los países de Latinoamérica y el Caribe necesitan gastar más y mejor en salud para poder enfrentar una emergencia de salud pública como el COVID-19 de manera efectiva*. Recuperado de <https://www.oecd.org/newsroom/los-paises-de-latinoamerica-y-el-caribe-necesitan-gastar-mas-y-mejor-en-salud-para-poder-enfrentar-una-emergencia-de-salud-publica-como-el-covid-19-de-manera-efectiva.htm>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). *Combatir el COVID-19 en ALC: Consideraciones sanitarias. Medidas de contención decretadas por los gobiernos en la región*. Recuperado de <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-en-america-latina-y-el-caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis-7d9f7a2b/#section-d1e166>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Grupo Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe, 2020*. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.pdf?expires=1628615944&id=id&accname=guest&checksum=E2FAE30C0C862AB967C31049FD6EC29B>: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

Autoría

Realizado por:

Dr. Paúl Ernesto Araya Vega

Colaboradores:

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Msc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

2. Atención materno infantil en el primer nivel: estado de situación a 14 meses de la pandemia

El impacto demostrado en la demanda de atención de personas afectadas durante las pandemias conlleva a limitaciones en la prestación de servicios de otro tipo de afecciones, lo cual, a su vez, provoca directa o indirectamente aumentos significativos en la morbimortalidad de la población; esto hace que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiende la priorización de los servicios esenciales, considerando de alta prioridad aquellos que garanticen la continuidad de la atención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020, p. 24).

Con base en esta recomendación, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), durante la atención de la pandemia por COVID-19, ha desarrollado estrategias efectivas orientadas a mantener el seguimiento y tratamiento de los usuarios de servicios esenciales relacionados con la salud reproductiva; el embarazo y el parto, los servicios de poblaciones vulnerables, como son los menores de un año o recién nacidos y personas mayores, así como el tratamiento de enfermedades infecciosas.

Al respecto, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en agosto del 2020, reconoció los alcances de estas estrategias de priorización de servicios especiales de salud materno infantil a nivel internacional, posicionando a Costa Rica como uno de los tres países de América Latina y el Caribe (Figura 2.1) que cuenta con un sistema de salud pública caracterizado por una alta coordinación, basado en una atención primaria de salud (APS) equitativa, de gran capacidad resolutive y articulada con la red hospitalaria (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2020, p. 8).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Cuba, Costa Rica y Uruguay, los tres países de América Latina y el Caribe que durante el 2020 mantienen el acceso a todos los servicios de salud.



Figura 2.1

PNUD: Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe, agosto 2020.

A su vez, los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del 2020, en los indicadores captación temprana, detección oportuna y manejo adecuado, muestran que las estrategias implementadas en el primer nivel durante el periodo de la pandemia COVID - 19, permiten mantener estándares similares o mayores a los registrados durante el 2019, como se detalla a continuación en la figura 2.2:

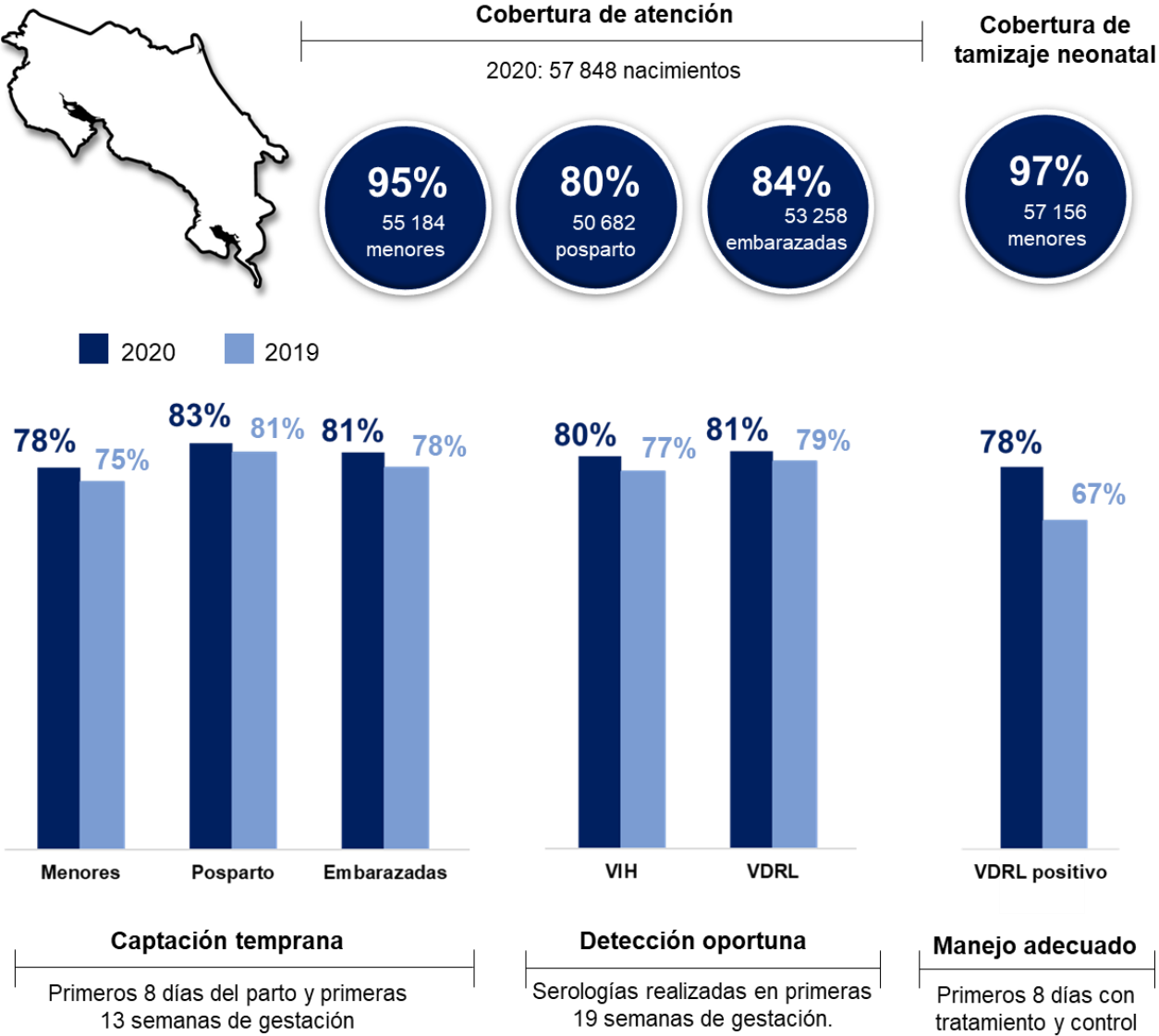


Figura 2.2
CCSS: Cobertura de atención y porcentaje de captación temprana en la atención de menores de un año, posparto y embarazadas, 2019-2020.

Estos mismos logros, en cuanto a la captación temprana en el posparto y las embarazadas tienden a replicarse en los resultados preliminares del primer cuatrimestre del 2021.

Se mantiene cobertura en tiempos de COVID-19

Datos de la EPSS 2019-2020 evidencian coberturas institucionales de atención que tienden a mantenerse. Además, destaca que en cuatro de las siete Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), las coberturas superan el 83 % en ambos años (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1

CCSS: Cobertura de atención de menores de un año, mujeres en periodo posparto y embarazadas por año en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019-2020

(porcentajes)

RIPSS	Menores de un año ^{1/}		Posparto ^{2/}		Embarazadas ^{2/}	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Institucional	97	95	80	80	85	84
Brunca	90	90	71	74	74	78
Central Norte	98	93	77	76	86	82
Central Sur	98	94	79	78	84	82
Chorotega	99	97	86	84	86	86
Huetar Atlántica	101	103	87	87	87	89
Huetar Norte	103	99	86	83	86	90
Pacífico Central	100	97	85	84	95	85

1/ Total de atenciones de primera vez/Total de nacimientos

2/ Total de atenciones de primera vez/(Total de nacimientos * 1,1)

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020. Dirección Actuarial y Económica. Nacimientos publicados por área de salud. 30 junio de 2021.

Asociado a estas coberturas, se observa que el número de atenciones en menores, posparto y embarazadas disminuyó de un año a otro en más de 6 000 para cada grupo poblacional, como se observa en la figura 2.3:

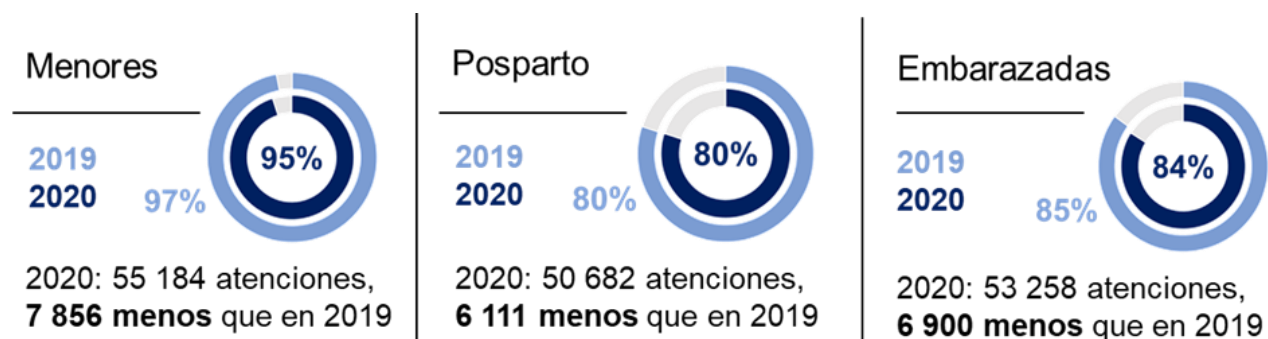


Figura 2.3

CCSS: Cobertura de atención y total de atenciones a menores de un año, posparto y embarazadas, 2019-2020.

La disminución en el número de atenciones no necesariamente está determinada por el efecto directo de la pandemia, sino que podría responder más al descenso sostenido de nacimientos en los últimos años, como se muestra en la figura 2.4; comportamiento a su vez asociado a la incorporación de la mujer en la población económicamente activa y la educación superior, así como a la situación económica del país (Martínez, 2021).

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC)

2020 registra la tasa de natalidad más baja en los últimos 20 años

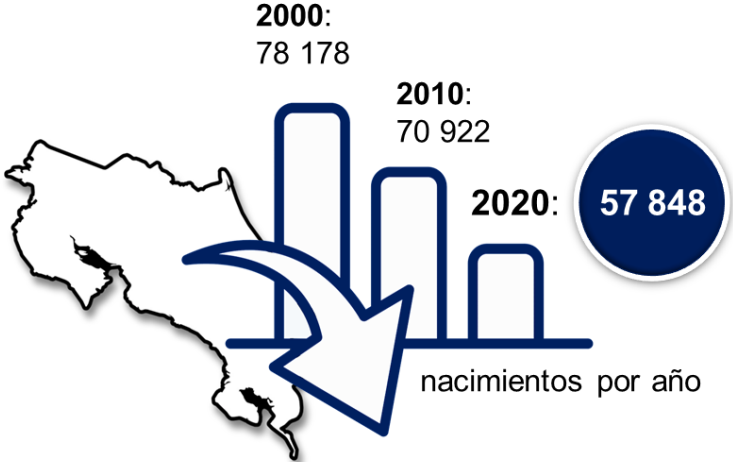


Figura 2.4
INEC: Nacimientos registrados, 2000, 2010 y 2020.

Mayor oportunidad en la captación temprana y la detección de la sífilis y VIH

La CCSS, desde el primer nivel de atención, ha desarrollado planes de intervención inmediata, orientados a garantizar la atención de los servicios esenciales en un ambiente seguro, para evitar la exposición al riesgo de contraer el virus en los establecimientos de salud.

En este particular, el cuadro 2.2 permite observar una tendencia hacia una mayor captación temprana en los servicios de un año a otro, en especial para la RIPSS Brunca, la cual supera en cinco y siete puntos porcentuales para menores de un año y posparto.

Por otra parte, la RIPSS Central Sur registra el mayor avance en la captación temprana de las embarazadas, creciendo en ocho puntos porcentuales de un año a otro, seguida por la Huetar Norte y la Central Norte, con dos y tres puntos, respectivamente. Sin dejar de lado que la Pacífico Central mantiene los mayores alcances en la captación de esta población de forma consecutiva (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2

CCSS: Captación temprana de menores de un año, posparto y embarazadas por año en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019-2020
(porcentajes)

RIPSS	Menores de un año ^{1/}		Posparto ^{2/}		Embarazadas ^{3/}	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Institucional	75	78	81	83	78	81
Brunca	67	72	71	78	82	81
Central Norte	74	77	82	84	78	80
Central Sur	73	76	81	82	76	84
Chorotega	75	77	78	79	74	74
Huetar Atlántica	81	82	84	86	82	82
Huetar Norte	81	84	86	87	72	75
Pacífico Central	76	80	80	83	85	86

1/ En los primeros 8 días de vida

2/ En los primeros 8 días posparto

3/ En las primeras 13 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020.

Entre las gestiones exitosas implementadas, destaca la priorización de la detección de embarazadas en los servicios de urgencias, mediante la realización oportuna de las pruebas diagnósticas y de tamizaje; acción que promueve el inicio temprano del control prenatal, así como la detección y el manejo de condiciones de riesgo durante la gestación. Como resultado, ha habido un aumento en el número de casos registrados como serologías VDRL positivas (657 en el 2019 y 753 en el 2020).

A la vez, derivado de dichas gestiones, en el cuadro 2.3 se observa una mayor oportunidad en la realización de las serologías para detección de sífilis y VIH en las embarazadas, siendo las RIPSS Huetar Norte y Huetar Atlántica las que más se superan de un año a otro, con siete y cuatro puntos porcentuales, respectivamente.

De la misma manera, la brecha entre la realización de ambas serologías en la mayoría de las RIPSS es menor a los dos puntos porcentuales entre ellas (Cuadro 2.3), situación que se relaciona con la programación, la toma y el procesamiento coordinado en los distintos servicios de laboratorio clínico.

Las RIPSS Brunca y Pacífico Central aportan los mayores porcentajes en la detección oportuna de la infección por sífilis y VIH, siendo mayores al 82 % en ambos años, seguidos por la Central Sur y la Huetar Atlántica durante el 2020 (Cuadro 2.3).

Cuadro 2.3

CCSS: Detección oportuna de la infección por sífilis (VDRL) y VIH en embarazadas según RIPSS, 2019-2020

(porcentajes)

RIPSS	Detección oportuna VIH ^{1/}		Detección oportuna VDRL ^{1/}	
	2019	2020	2019	2020
Institucional	77	80	79	81
Brunca	82	83	84	84
Central Norte	75	79	76	79
Central Sur	79	81	80	82
Chorotega	73	73	74	74
Huetar Atlántica	76	80	82	86
Huetar Norte	71	78	71	78
Pacífico Central	84	85	85	87

1/ En las primeras 20 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020.

En otro orden de ideas, la coordinación del acceso a los servicios para la educación y prescripción de métodos de anticoncepción seguros, mediante el uso de medios alternativos, como llamadas telefónicas para agendar la consulta presencial a la brevedad posible, se constituye en una estrategia que consolida la captación temprana de la diada madre hijo y garantiza la continuidad de la salud sexual y reproductiva, con porcentajes que superan el 95 % durante el 2020 en la totalidad de las RIPSS.

Por otra parte, utilizar la modalidad de medios alternativos facilitó también la localización, programación y atención en el Servicio de Trabajo Social de las 465 adolescentes menores de 15 años al momento de la concepción; de modo tal que el 100 % de este grupo poblacional recibió una intervención especializada durante el año 2020.

En relación con la prevención de la sífilis congénita, esta modalidad también ha resultado exitosa en lo que respecta a la localización y programación de la atención presencial de las embarazadas con serología VDRL positiva, garantizando un 78 % en el manejo adecuado en la institución. Específicamente, para las RIPSS Pacífico Central, Brunca, Huetar Norte y Chorotega, los resultados alcanzados superan en más 20 puntos porcentuales los logros del 2019 (Cuadro 2.4).

Cuadro 2.4

CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva y porcentaje de manejo adecuado por año según región, 2019-2020

(número y porcentajes)

Región	2019		2020	
	Total	Manejo ^{1/}	Total	Manejo ^{1/}
Institucional	657	67	753	78
Brunca	30	67	47	92
Central Norte	129	65	163	71
Central Sur	253	76	232	75
Chorotega	71	56	92	77
Huetar Atlántica	102	67	122	79
Huetar Norte	34	62	39	87
Pacífico Central	38	50	58	86

1/ Atención en los primeros 8 días de un reporte de serología VDRL positiva, con tratamiento y laboratorio clínico de control a los dos o tres meses.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019-2020.

Efectos de la pandemia: datos comparativos del primer cuatrimestre 2020-2021

Una de las consignas fundamentales de la CCSS en este periodo es preservar y mantener la continuidad de los servicios de salud esenciales más allá de la pandemia COVID-19; en segmentos de población en condiciones vulnerables: mujeres, niños, personas en situación de pobreza extrema, entre otros. Situación que se hace evidente al comparar los resultados del primer cuatrimestre 2020-2021.

Concretamente, los resultados entre enero y abril del 2020 y 2021 revelan que la captación temprana en los servicios de atención de embarazadas, de mujeres en periodo posparto y de planificación familiar en este último grupo, se mantienen de un periodo a otro, con porcentajes mayores al 82 %.

Por el contrario, la captación temprana del recién nacido en los servicios de salud del primer nivel, para el mismo periodo, se aleja en cinco puntos porcentuales del año anterior, alcanzando un 72 %.

En la figura 2.5 se ilustra el comportamiento de los resultados del primer cuatrimestre del 2020 y 2021, antes descritos.

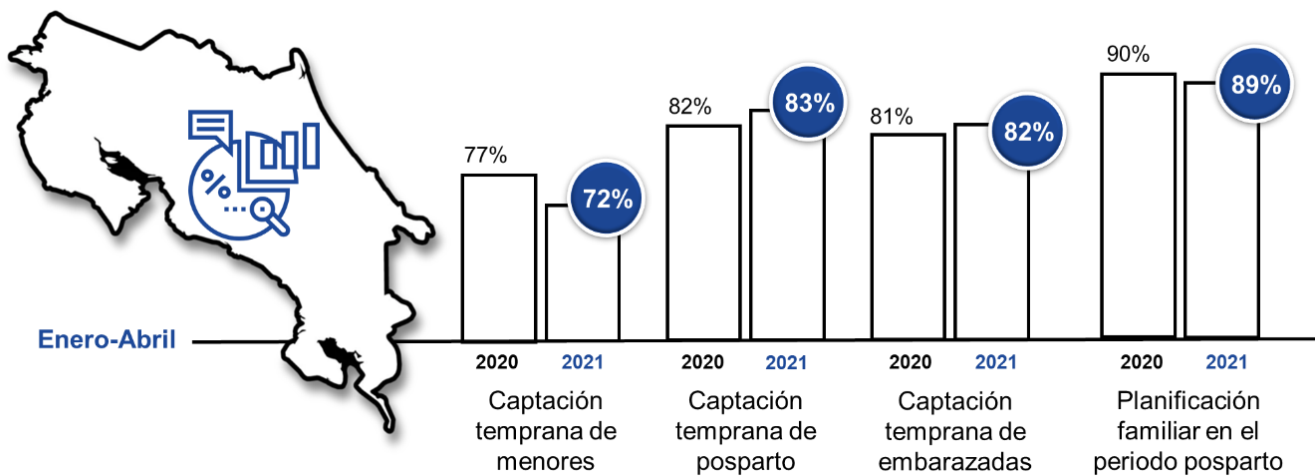


Figura 2.5
CCSS: Porcentajes de captación temprana de menores de un año, mujeres en posparto y embarazadas, y planificación familiar en el periodo posparto, primer cuatrimestre, 2020-2021.

Dentro de este mismo marco se hace evidente que la detección de enfermedades infecciosas en embarazadas mediante pruebas de tamizaje presentó una disminución en momentos críticos de la pandemia, como fue el inicio de la atención de la emergencia epidemiológica en marzo del 2020 y los primeros días de mes de abril del 2021, cuando se registró un aumento exponencial de casos por COVID-19 (Figura 2.6). En ambos momentos, las autoridades del país aplicaron serias medidas de confinamiento, las cuales, junto con el temor de la población a infectarse, podrían estar relacionadas con la disminución en la demanda en los servicios de laboratorio.

Embarazadas	2020				2021			
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Captación temprana	80%	80%	82%	82%	81%	82%	82%	81%
Detección VDRL	80%	79%	78%	82%	82%	81%	80%	56%
Detección VIH	79%	78%	76%	81%	81%	80%	78%	53%

Figura 2.6
CCSS: Porcentaje de captación temprana y detección oportuna de la infección por sífilis y VIH en las embarazadas, primer cuatrimestre 2020-2021.

La atención materno infantil, una mirada hacia el futuro

Los resultados de la EPSS evidencian lo ya señalado por el PNUD, respecto a que en tiempos de pandemia el sistema de salud de Costa Rica se ha constituido en un referente en la región, mostrando una capacidad de respuesta efectiva, que le permite plantear acciones inmediatas y coordinadas en la Red Integrada de Servicios de Salud, con el fin esencial de asegurar y mantener una atención oportuna y de calidad. Situación que ofrece un panorama objetivo de lo que podría suceder en el futuro cercano, en relación con la atención materno infantil en la CCSS.

Mantener los logros y enfrentar los retos a futuro requerirá de mayores esfuerzos articulados a nivel institucional, explorando estrategias innovadoras como las implementadas en estos 14 meses de pandemia:

- Disponibilidad de estadísticas y datos oportunos, como insumo fundamental para la implementación de medidas efectivas en respuesta a la pandemia.
- Fortalecer la priorización de los servicios esenciales para los grupos vulnerables, mediante acciones que agilicen las atenciones inmediatas.
- Instaurar el uso de medios alternativos para consultas de seguimiento y de bajo riesgo, así como para la notificación y seguimiento de resultados de pruebas de laboratorio clínico.
- Garantizar los servicios de intervención de primera línea en situaciones de riesgo, como violencia, señales de alerta sobre depresión, suicidio o complicaciones relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, además de las propias del embarazo, el parto y el puerperio.

Referencias bibliográficas

Martínez, A. (2021). Baja en natalidad en 2020 no se puede atribuir, por el momento, a pandemia. Recuperado de https://www.teletica.com/entrevistas/baja-en-natalidad-en-2020-no-se-puede-atribuir-por-el-momento-a-pandemia_282789

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). *Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/informes/desaf%C3%ADos-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-salud-de-la-mujer-de-la-ni%C3%B1ez-y-de-la>

Autoría

Realizado por:

Dra. Lucía Quirós Ramírez

Dra. Neyskmi Vega Medrano

Colaboradores:

Equipo de Estadística e Informática, DCSS

Revisado por:

Dr. José María Molina Granado

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

MSc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

3. Anemia por deficiencia de hierro en menores de dos años: efecto de la pandemia por COVID-19 en el tamizaje y en el adecuado abordaje

La anemia por deficiencia de hierro continúa siendo un problema de salud a nivel mundial; sobre este tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la carencia de hierro es la principal causa de la anemia, la cual afecta al 33 % de las mujeres no embarazadas, al 40 % de las embarazadas y al 42 % de los niños (Mantadakis *et al*, 2020, pp. 1-12; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Asimismo, se ha encontrado que la anemia por deficiencia de hierro podría generar afectación en el desarrollo cognitivo y de comportamiento de los niños, por lo que su detección y adecuado abordaje es vital para minimizar el riesgo de las posibles consecuencias que a largo plazo puedan presentarse (Baker *et al*, 2010, p. 2010).

Para analizar el impacto de la pandemia en el tamizaje y en el adecuado abordaje de la anemia, se cuenta con datos del EDUS, así como de las bases de laboratorio del año 2020. Cabe destacar que en ese año inició la pandemia por COVID-19 en Costa Rica y a nivel gubernamental se aplicaron las medidas de restricción más fuertes, en comparación con las que se han venido aplicando en el 2021.

Por otra parte, para el análisis se incluyen también los datos al mes de julio del año 2021, con el fin de determinar si las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), mediante diferentes acciones, han logrado atenuar los efectos de la pandemia en los controles de los niños con anemia.

Tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses

Durante el año 2020 se atendieron en el primer nivel 95 627 niños de seis a menos de 24 meses, lo que corresponde a una disminución de un 17 % (19 757) en las consultas con respecto al 2019.

Las medidas de distanciamiento social que se tomaron producto de la pandemia por COVID-19 tuvieron impacto sobre el tamizaje de anemia durante el 2020, con un 64 % de los niños tamizados, lo que significó una disminución de 13 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

Este comportamiento se presentó en todas las RIPSS, tal como se muestra a continuación:

año 2019		año 2020	disminución
81	Pacífico Central	71	10
77	Huetar Norte	70	7
82	Huetar Atlántica	67	15
83	Central Norte	65	18
77	Central Sur	63	14
77	Brunca	62	15
72	Chorotega	60	12

Datos en porcentajes

La Red Central Norte fue la que tuvo la mayor caída, con una disminución de 18 puntos porcentuales en el tamizaje de anemia con respecto al año anterior.

Repunte del tamizaje de anemia por deficiencia de hierro durante el 2021

Debido al impacto que tuvo la pandemia en las atenciones de niños en la institución durante el 2020, se decidió analizar los datos del año 2021; para lo cual se realizó un corte al mes de julio, encontrándose que el tamizaje se incrementó con respecto al año anterior, ya que para julio de 2020 era de un 47 %, mientras que para julio de 2021 era de un 63 %.

De igual manera, se analizaron los datos al mes de julio de ambos años por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, encontrándose que las redes Chorotega (66 %) y Huetar Atlántica (70 %) son las que han tenido mayor repunte en el tamizaje de anemia, presentado ambas un aumento de 21 puntos porcentuales.

Anemia por deficiencia de hierro

La disminución en el porcentaje de niños tamizados ha impactado directamente en el reporte de casos de anemia. Durante el año 2020 se diagnosticaron con anemia en el primer nivel de atención 10 892 niños de seis a menos de 24 meses; una disminución de 40 % (7 262) de los casos con respecto al 2019.

En cuanto al adecuado abordaje de la anemia, a pesar de que se atendió una menor cantidad de niños con esta patología, adicionalmente se presentó una disminución en el abordaje adecuado de esta, alcanzándose un 59 % para el 2020, en comparación con un 69 % en el

2019. El análisis de los datos por RIPSS evidenció variaciones en las posiciones según los logros en ambos años en algunas de las redes, como se puede observar a continuación:

2019			2020	
logro	puesto		puesto	logro
80	1	Huetar Norte	1	70
78	2	Brunca	2	67
73	3	Central Sur	3	64
61	6	Pacífico Central	↑ 4	62
70	4	Huetar Atlántica	↓ 5	55
62	5	Central Norte	↓ 6	51
57	7	Chorotega	7	48

Datos en porcentajes

Tras la revisión de la información recopilada durante la evaluación, se determinó que la disminución en el adecuado abordaje de los niños con anemia se debió principalmente al incumplimiento en el hemograma de control. Del total de 5 833 casos evaluados, 2 468 (41 %) no cumplía con el adecuado abordaje de la anemia. De estos, el 36 % no tenían hemograma de control y el 59 % se habían realizado el examen de laboratorio antes de los 30 días o posterior a los 60. Estos resultados podrían estar relacionados con las medidas de distanciamiento tomadas por la población para prevenir el contagio por COVID-19, a pesar de las recomendaciones del personal de salud de no suspender los controles, basadas en el “Lineamiento técnico-operativo y administrativo temporal en los Servicios de Consulta Externa de los tres niveles de atención de la CCSS ante la situación epidemiológica COVID-19” (L.GM.EA.CEXT-2020-01), emitido el 20 de marzo de 2020.

Para mitigar los efectos que ha tenido la pandemia en el manejo de los niños con anemia, las áreas de salud han realizado diferentes acciones, tales como: programación de citas en el laboratorio para asegurar la asistencia de los pacientes, evitando aglomeraciones; seguimientos de los casos mediante consultas alternativas, con el fin de evitar el desplazamiento de la población; así como educación a la comunidad sobre la importancia del control de la anemia.

Para el análisis del impacto de estas medidas en las atenciones por anemia, se realizó un corte al 31 de julio tanto para el año 2020 como para el 2021. De enero a marzo del 2020 el impacto de la pandemia a nivel nacional fue mínimo; sin embargo, partir del mes de abril se comenzó a

observar una reducción en las atenciones. Para el 2021, a pesar de las restricciones por la pandemia, en ese mismo periodo se logró alcanzar un total de atenciones superior al del año anterior, como se observa a continuación:

	2020 consultas		2021 consultas	% aumento
	1377	Enero	929	
	1432	Febrero	1 104	
	1308	Marzo	1 407	
..... Inicio de las restricciones por la pandemia durante el 2020	628	Abril	1 241	98%
	794	Mayo	1 189	50%
	793	Junio	1 107	40%
	722	Julio	1 062	47%
	Total 7 054		8 039	

Datos del 1 enero al 31 de julio

Este aumento se podría explicar por el incremento que se ha logrado en la cantidad de niños tamizados por anemia durante el 2021.

Por otra parte, a pesar de todos los avances y gestiones para abordar la pandemia a nivel nacional, el país continúa enfrentándose no solo a la crisis sanitaria, sino también a la crisis económica que ha afectado a la sociedad. Según un informe del Ministerio de Trabajo y otras entidades (Ministerio de Trabajo *et al*, 2020), a setiembre del 2020 se reportó un incremento de 7,7 puntos porcentuales en la tasa de hogares en pobreza; además, se reportaron 394 000 personas nuevas cuyo ingreso había caído por debajo de la línea de pobreza.

Con base en lo anterior, resulta importante analizar aquellos indicadores que tengan determinantes relacionadas con aspectos socioeconómicos, como lo es la proporción de niños con anemia (Barrantes, 2011, p. 8). A partir de los resultados de los niños tamizados por anemia del 2020, se calculó la proporción de niños con anemia, con un resultado institucional del 21 %, un punto porcentual por debajo del año anterior. Según la clasificación establecida por la OMS, la situación nacional de la anemia como problema de salud pública se mantiene en el rango de moderado (entre 20,0 y 39,9).

Al igual que en años anteriores, se mantiene el comportamiento nacional, con proporciones más elevadas en las RIPSS de la periferia, donde se encuentran las zonas que concentran las poblaciones con mayor índice de pobreza; con un rango de variación de la proporción en las diferentes redes entre 11 % y 40 % (Ver figura 3.1).

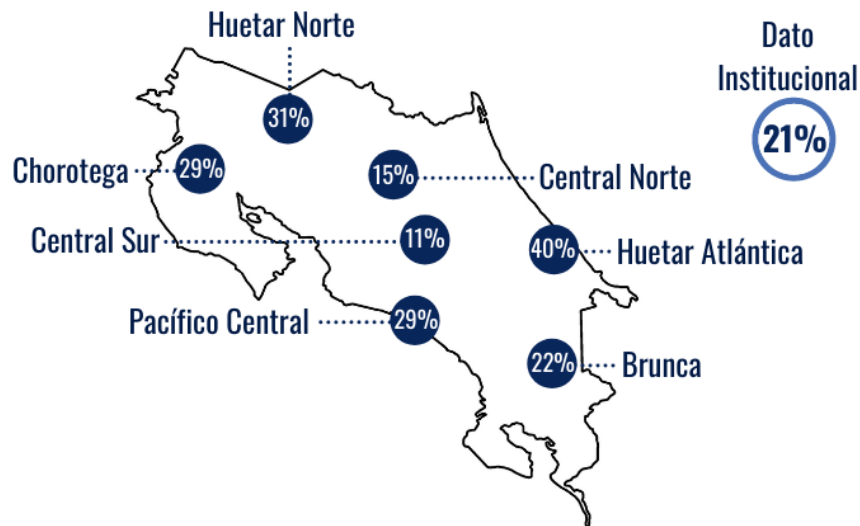


Figura 3.1

CCSS: Proporción de niños con anemia por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, año 2020

Al realizar el cálculo de la proporción, se encuentra que la Red Huetar Atlántica es la que concentra la mayor cantidad de niños con anemia, situación que se deberá analizar más a fondo a nivel local, para establecer las posibles causas que puedan explicar este comportamiento y determinar las estrategias para su abordaje interinstitucional.

Por otra parte, existe un grupo de niños sin diagnóstico de anemia, los cuales fueron identificados en la evaluación del tamizaje de hemoglobina. Dicho grupo presentaba hemoglobinas menores a 11; sin embargo, no contaban con un diagnóstico de anemia registrado en el EDUS.

Estos niños con hemoglobinas por debajo de 11 y sin diagnóstico de anemia corresponden a un 45 % de los niños tamizados, lo que significa que a pesar de que se está realizando un esfuerzo para la toma del tamizaje de anemia, hay un grupo de niños a los que no se les está abordando su patología en el primer nivel, ya sea porque no regresan a la consulta o porque el examen no está siendo valorado por el equipo de salud correspondiente.

De tal forma, es importante que se establezcan a nivel local estrategias que permitan la identificación oportuna de estos niños que ya se han tamizado y que presentan anemia, pero que actualmente no se les está abordando su patología.

Teniendo en cuenta que la anemia es un problema de salud con una prevalencia más alta en zonas con mayor índice de pobreza, es fundamental que se realice un abordaje integral de esta, sobre todo en la situación mundial actual, donde la pandemia ha impactado tanto la salud como la situación económica de las comunidades (Barrantes, 2011, p. 8).

En relación con lo anterior, diferentes estudios mencionan la importancia de establecer estrategias para proteger a la población infantil de los efectos socioeconómicos de la pandemia y sus repercusiones en la salud (Akseer *et al*, 2020, pp. 251-256; Woolf *et al*, 2020, pp. 537-542). Algunas de las estrategias propuestas ya se están aplicando en el país:

- Programas de apoyo nutricional para familias de bajos recursos.
- Programas de protección social con apoyo socioeconómico para la población en riesgo.
- Acceso a los servicios de salud.
- Acceso a la educación.
- Acceso a servicios básicos como agua potable.

Sin embargo, en miras de procurar la transición a la nueva normalidad, es indispensable crear alianzas entre las diferentes instituciones, con el fin de fortalecer estas actividades, para así poder brindarle a los niños las condiciones necesarias para mejorar su condición de salud desde un punto de vista integral.

Referencias bibliográficas

- Akseer, N., Kandru, G., Keats, E. y Bhutta Z. (2020). COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(2), 251-256. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa171>
- Baker, R. y Greer, F. (2010). Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age). *Pediatrics*, 126(5), 1040-1050. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2576>
- Barrantes, A. (2011). *Anemia y exclusión social: la situación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad, según áreas de salud en Costa Rica*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/anemia2011.pdf>
- Mantadakis, E., Chatzimichael, E., y Zikidou, P. (2020). Iron deficiency anemia in children residing in high and low-income countries: risk factors, prevention, diagnosis and therapy. *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.4084/MJHID.2020.041>
- Ministerio de Trabajo, Instituto Mixto de Ayuda Social, Sistema Nacional de Información y Registro Único de Beneficiarios del Estado, BID y Prosperia. (2020). *Impacto del COVID-19 sobre las tasas de pobreza de Costa Rica y rol mitigante del Bono Proteger*. Recuperado de https://www.mtss.go.cr/elministerio/despacho/covid-19-mtss/plan_proteger/archivos/quinto_informe_anexo2.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral*. Recuperado el 28 de Junio de 2021, de <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>

Woolf, A., Pingali, H. y Hauptman, M. (2020). The COVID-19 Pandemic and Children's Environmental Health. *Pedriatic Annals*, 49(12), 537-542. <https://doi:10.3928/19382359-20201111-01>

Autoría

Realizado por:

Dra. Marianella Víquez Garro

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

MSc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

4. Tamizaje de dislipidemia, alerta de riesgo cardiovascular en edad escolar

La dislipidemia es uno de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, la cual se manifiesta por lo general en la edad adulta. Sin embargo, se ha encontrado que el proceso aterosclerótico inicia desde la infancia y tiene una relación directa con los niveles de lipoproteínas, presión arterial y obesidad en la niñez y la adolescencia (D'Adamo *et al*, 2015, pp. 1-2).

El sobrepeso y la obesidad en la infancia se han descrito como los principales elementos que desencadenan la dislipidemia. Ambos factores están relacionados con el estilo de vida, aunque también existe la posibilidad de que se presenten por problemas genéticos; por lo que es indispensable el tamizaje universal de los niños y el seguimiento de los casos con factores de riesgo asociados (Noreña *et al*, 2018, pp. 72-91).

Por otra parte, se ha demostrado que al reducir los factores de riesgo que aceleran el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica se retarda la aparición del cuadro clínico, por lo que se recomienda el tamizaje universal de dislipidemia en los niños con edades entre los 9 y 11 años (US Department of Health and Human Services, 2012).

Actualmente, la institución realiza en el primer nivel de atención el tamizaje de dislipidemia en niños y adolescentes que se ubican dentro de dicho rango de edad. Este tamizaje consiste en la realización de al menos un perfil de lípidos en este grupo de personas, sin importar si cuentan o no con factores de riesgo para dislipidemia (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2018).

Metodología de evaluación

Durante el 2019 se estableció una línea de base para este tamizaje, empleando los registros del EDUS de ese mismo año para el rango de edad en estudio. Estos datos se consolidaron con las bases de laboratorio de perfiles lipídicos obtenidos de los sistemas Labcore e Infinity de los años 2017, 2018 y 2019 de las unidades a las que se tenía acceso, con lo cual se programó la meta del indicador al 2023 en un 65 %.

Para la evaluación del indicador de tamizaje de dislipidemia correspondiente al año 2020, se extrajeron los listados de los niños y adolescentes entre 9 y 11 años que consultaron de primera vez en el año evaluado en el primer nivel de atención. El porcentaje de escolares tamizados se calculó contabilizando los casos que contaban con al menos una prueba de perfil de lípidos realizada entre los 9 y los 11 años con 11 meses y 29 días.

Es importante aclarar que para los resultados del tamizaje de dislipidemia del año 2020 se utilizaron los datos de 95 áreas de salud, excluyéndose aquellas que son administradas por terceros, ya que no se disponía de la totalidad de los datos necesarios para el análisis.

Las bases de datos de laboratorios revisadas para esta evaluación corresponden a los años 2017, 2018, 2019 y 2020. Esto debido a que el tamizaje universal consiste en la realización de un perfil de lípidos entre los 9 y 11 años y muchos de los niños y adolescentes atendidos en el 2020 podrían haberse realizado el perfil en años anteriores. Asimismo, se emplearon únicamente los perfiles de lípidos completos; es decir, se descartaron como tamizaje aquellos casos a los que solo se les realizó colesterol total y triglicéridos, adjudicándole al caso el primer perfil de lípidos completo que se realizó en el rango de edad.

Por lo tanto, el indicador representa la proporción de los niños y adolescentes de 9 a 11 años que consultaron en el año evaluado y que se les realizó un perfil de lípidos en ese mismo año o que este había sido realizado en años anteriores en el rango de edad establecido.

Adicional a la evaluación del indicador, se hizo una revisión de los resultados de los perfiles de lípidos, utilizando los rangos que establece el Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña: Primer Nivel de Atención de la CCSS, y que corresponden a los que se registran en la siguiente tabla (CCSS, 2016):

Tabla 4.1

CCSS: Interpretación del perfil de lípidos en niños y adolescentes (mg/dL)

Componentes del perfil lipídico	Niveles aceptables	Límite superior	Altos
Colesterol total	< 170	170-199	≥ 200
LDL-colesterol	< 110	110-129	≥ 130
HDL-colesterol	> 45	40-45	---
Triglicéridos menores de 10 años	< 75	75-99	≥ 100
Triglicéridos edad de 10-19 años	< 90	90-129	≥ 130

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de Procedimientos para la Atención Integral del Niño y la Niña: Primer Nivel de Atención.

Por último, con el fin de determinar una relación entre alteraciones en el peso de los escolares y los resultados de los perfiles de lípidos, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Esto fue posible únicamente para aquellos escolares a los que se les registró el dato de peso y talla y que se vio reflejado en los registros extraídos con el cubo. Con este resultado y utilizando las gráficas de “Índice de Masa Corporal para la edad según sexo” institucionales, se estableció el estado nutricional.

Tamizaje de dislipidemia: datos 2020 y monitoreo inicial del 2021

En total, para el año 2020 se atendieron 61 426 usuarios entre los 9 y 11 años, de los cuales el 49 % contaba con al menos un perfil de lípidos en el rango de edad.

Al analizar los datos por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), se encontró que la red con el porcentaje más alto de escolares con tamizaje realizado fue la Brunca, con un 56 %, mientras que la Huetar Atlántica fue la que tamizó menos escolares por dislipidemia (38 %).

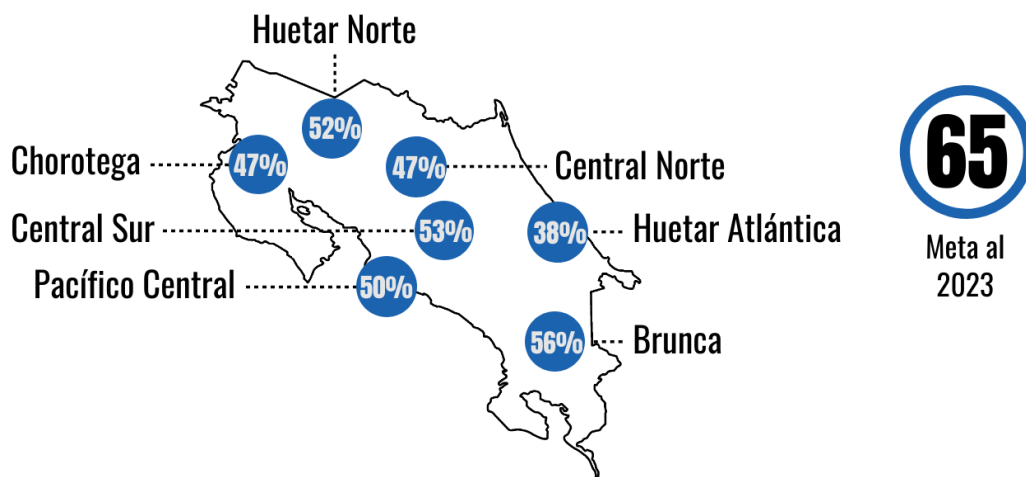


Figura 4.1

CCSS: Tamizaje de dislipidemia en escolares entre los nueve y once años por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud, año 2020

En general, las unidades han realizado diferentes gestiones, como programación de citas en el Servicio de Laboratorio y educación a la población sobre la importancia de los controles médicos, para buscar mitigar el efecto de la pandemia en el tamizaje de dislipidemia en escolares. Tras estas gestiones, al 31 de julio del 2021 los porcentajes de tamizaje obtenidos por redes son los siguientes:

RIPSS	porcentaje
Brunca	53
Central Sur	52
Huetar Norte	52
Chorotega	50
Pacífico Central	47
Central Norte	44
Huetar Atlántico	42

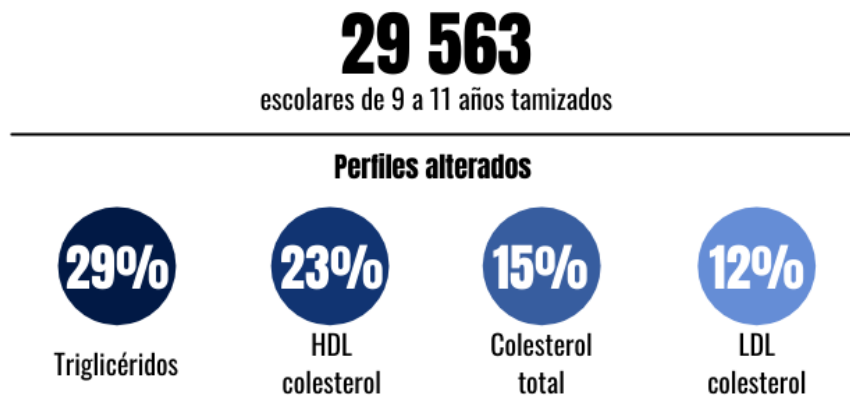
Datos del 1 enero al 31 de julio

Para este monitoreo, la Red Brunca es la que cuenta con el mayor porcentaje de escolares con tamizaje realizado en el rango de edad, mientras que la Huetar Atlántica es la que tiene el menor porcentaje; mismo comportamiento que se había presentado en los resultados de la evaluación del 2020.

Es importante mencionar que al mes de julio de 2021 han consultado 43 999 usuarios entre los 9 y 11 años, de los cuales el 10 % (4 336) ya había consultado el año anterior, pero a la fecha no habían sido tamizados por dislipidemia.

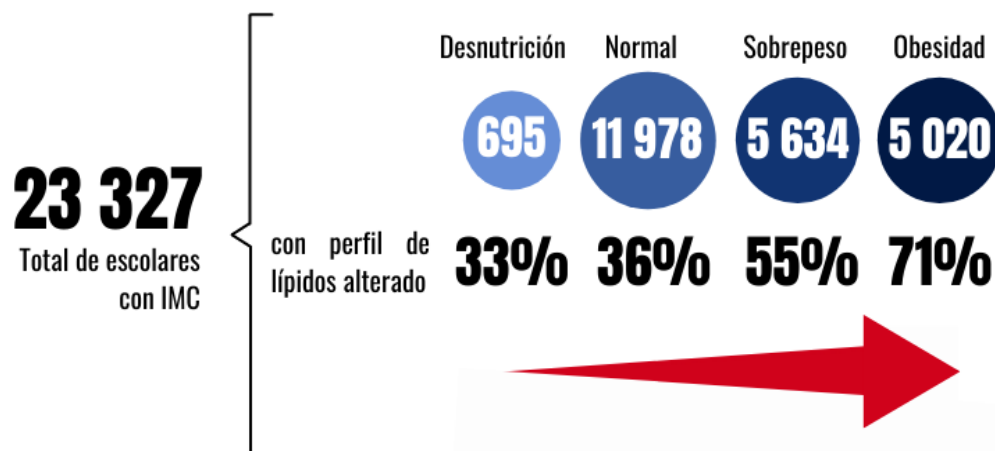
Dislipidemia en escolares

Del total de escolares atendidos en el 2020, 29 563 se realizaron el tamizaje de dislipidemia; de estos, el 48 % (14 285) tenía al menos un valor del perfil de lípidos alterado. Al distribuir los resultados de los escolares que contaban con el tamizaje según la alteración del componente clínico del perfil lipídico, se determinó que la tercera parte de los casos presentaban alteración en los triglicéridos, tal como se observa a continuación:



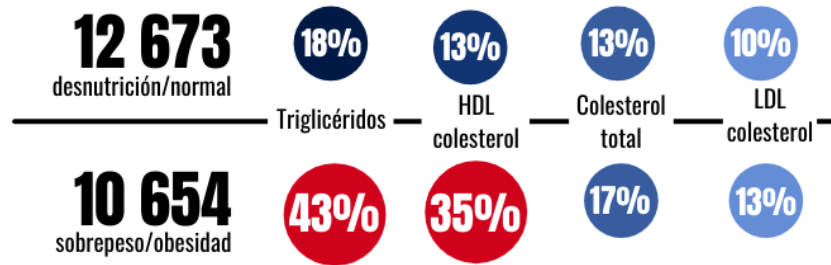
Del total de escolares que tenía el tamizaje, se calculó el IMC al 79 % (23 327); en los otros casos por falta de datos o por incongruencias en los registros no se logró establecer este valor. Sobre estos resultados, se encontró que el 51 % de los escolares estaba en el rango normal del IMC para la edad.

Por otra parte, empleando el dato del estado nutricional de los escolares y los de laboratorio, se estableció una relación entre el porcentaje de escolares con perfil de lípidos alterado y el aumento en el IMC, en donde a mayor IMC para la edad mayor el porcentaje de escolares con alteraciones del perfil de lípidos, como se muestra en la siguiente figura:



Por último, se agrupó a los escolares en dos categorías: la primera, aquellos con peso normal o menos; y la segunda, aquellos con sobrepeso y obesidad. Al relacionar estas dos categorías con los componentes del perfil de lípidos, se encontró que el grupo con el IMC por encima del

rango normal presentó alteraciones en los valores de triglicéridos y colesterol-HDL de más del doble que las encontradas en el grupo de escolares con IMC normal o menos, como se observa a continuación:



Es importante mencionar que los triglicéridos y el colesterol-HDL son analitos que están relacionados con el consumo de carbohidratos y con el riesgo cardiovascular, respectivamente (CCSS, 2016).

Todos estos datos mencionados cobran mayor relevancia al considerar que la dislipidemia es un problema de salud que ha ido en aumento entre los niños y los adolescentes, que frecuentemente ha sido asociado a problemas de sobrepeso y obesidad y que, además, se incrementa con la edad (Elmaoğulları *et al*, 2015, p. 232).

Como se ha comentado en las encuestas de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular institucionales, el no atender los factores de riesgo cardiovasculares tendrá consecuencias a futuro en la salud de estos niños y en su desempeño en la sociedad. Además de que los eventos cardiovasculares que podrían presentarse implicarían una elevación de los costos para el sistema de salud público (CCSS, 2016).

El aumento en las enfermedades cardiovasculares en personas jóvenes y las repercusiones que estas tienen en la salud del individuo incrementan la importancia del tamizaje de dislipidemia universal. Por esa misma razón, es necesario implementar de forma paralela estrategias que involucren no solo al sistema de salud, sino también al núcleo familiar y al sistema educativo, tanto a nivel de las escuelas como de las sodas y comedores escolares, con intervenciones que fomenten estilos de vida saludables desde la infancia.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Manual de procedimientos para la atención integral del niño y la niña: primer nivel de atención*. CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta, 2014*. EDNASSS-CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Fichas Técnicas 2014-2018. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud*. CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.

- D'Adamo, E., Guardamagna, O., Chiarelli, F., Bartuli, A., Liccardo, D., Ferrari, F. y Nobili, V. (2015). Atherogenic dyslipidemia and cardiovascular risk factors in obese children. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 912047. <https://doi:10.1155/2015/912047>
- Elmaoğulları, S., Tepe, D., Uçaktürk, S.A., Karaca, F. y Demirel, F. (2015). Prevalence of dyslipidemia and associated factors in obese children and adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 7(3), 228-234. <https://doi:10.4274/jcrpe.1867>
- Noreña-Peña, A., García, P., Sospedra, I., Martínez-Sanz, J.M. y Martínez-Martínez, G. (2018). Dislipidemias en niños y adolescentes: factores determinantes y recomendaciones para su diagnóstico y manejo. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(1), 72-91. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.22.1.373>
- US Department of Health and Human Services. (2012). *Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents*. Recuperado de <https://www.hhs.gov/guidance/sites/default/files/hhs-guidance-documents/2007154166-as-12-7486a.pdf>

Autoría

Realizado por:

Dra. Marianella Víquez Garro

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

MSc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

5. La obesidad en tiempos de pandemia por COVID-19

Desde el inicio de la pandemia, la obesidad fue asociada a un incremento de la morbimortalidad en el mundo. Las personas con esta condición de salud, vinculada a su Índice de Masa Corporal (IMC), han presentado mayor riesgo de infección por COVID-19, y de los infectados por el SARS-CoV-2 se señala un aumento en la frecuencia de hospitalización, en la necesidad de requerir ventilación mecánica y en las complicaciones de salud, así como una mayor tasa de mortalidad. Este panorama genera una alerta en la salud pública, que literalmente ha sacudido al mundo (de Siqueira *et al*, 2020; Rubio & Bretón, 2021).

Considerando lo anterior, en el Foro Mundial de la Obesidad 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Naciones Unidas y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se unieron para establecer de forma conjunta la estrategia a seguir respecto a la obesidad, con un enfoque integrado, definido en áreas de acción denominadas marco ROOTS para “reconstruir mejor” y cuyo enfoque va desde la prevención hasta el tratamiento en el contexto de COVID-19 (World Obesity Federation, 2021).

Como lo ha venido reportando la OMS desde el año 2016, la obesidad afecta a un gran número de personas en el mundo; por ejemplo, en Estados Unidos la tasa de obesidad es del 42,4 %, en Brasil del 19,8 % y en Italia del 10,9 %. Aunado a esto, para el año 2020, con el inicio de la pandemia, los investigadores demostraron que la población con IMC >30 kg/m² requirió hasta un 85,6 % de hospitalizaciones y un 47,6 % de ingresos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), además de presentar una alta tasa de mortalidad, la cual alcanzó hasta el 60,9 %. De los pacientes hospitalizados con un IMC >35 kg/m², se reportó la necesidad de un respirador en un 85,7 % (de Siqueira *et al*, 2020; Petrova *et al*, 2020; Muscogiuri *et al*, 2020).

Por otra parte, se demostró que personas con un IMC $>30,0$ kg/m² presentaban mayor riesgo de desarrollar una enfermedad más grave por coronavirus (Huang *et al*, 2020). En el caso de las personas con un IMC ≥ 40 kg/m² u obesidad grado III, se determinó un mayor riesgo de infección por coronavirus, por lo que se convirtieron en foco de atención. Otros investigadores refirieron a la categoría de obesidad grado III como el segundo predictor de hospitalización más importante (Rubio & Bretón, 2021).

Si la identificación de personas con diagnóstico de obesidad continúa con el ritmo actual, se estima que para el año 2025 una de cada cinco personas mayores de 20 años tendrá algún grado de obesidad y un tercio de estos vivirán con obesidad grado II y un alto riesgo de otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que requerirán una intervención en salud. También, se estima un incremento del 13 % del gasto en salud para la atención de personas con IMC elevados y las enfermedades asociadas a la obesidad (Ryan & Ralston, 2020). Todo este contexto debe ser sujeto de análisis junto con las estrategias vigentes en el país

para el manejo de la obesidad y la relevancia que tendrá en el sistema salud con los recursos existentes.

Logros en diagnóstico y referencia de la población atendida con obesidad III

El 2020 es el segundo año en que se realiza de forma sistemática en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) la cuantificación de las personas que fueron diagnosticadas con obesidad y con un IMC ≥ 40 kg/m². Para este fin, se extrajo la información del total de personas atendidas en las áreas de salud de la CCSS, como aparece en los registros del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) (Anexo 5.2).

En la actualidad no existe un diagnóstico en el CIE-10 exclusivo para las personas atendidas con obesidad grado III; por esta razón, se requirió seleccionar el total de las personas diagnosticadas con obesidad (códigos CIE-10 utilizados: E66.0, E66.8 y E66.9). Luego, de forma exhaustiva, se procedió con la verificación de los datos antropométricos disponibles, el cálculo del IMC y la estratificación del estado nutricional según IMC (Anexo 5.1), que finalmente permitió establecer a todas las personas con obesidad grado III que tenían el diagnóstico consignado en el EDUS.

De las personas identificadas, se seleccionaron aquellas cuya característica adicional fue contar con una referencia a un Servicio de Nutrición en la red institucional (Anexo 5.3). A manera de resumen, los pasos para identificar la población de interés se muestran en la figura 5.1.



Figura 5.1

CCSS: Método para identificar a las personas con obesidad grado III con diagnóstico en EDUS y referida a Nutrición en la red de servicios

Otra de las acciones requeridas para el análisis de la información, consistió en definir el total de personas de 20 a menos de 65 años que fueron atendidas en las áreas de salud y que disponían de datos sobre el peso y la talla en el EDUS, para así realizar la respectiva clasificación del IMC y obtener finalmente el total de personas con obesidad grado III.

Con los pasos antes descritos, en año 2019 se estableció la línea base de ambos grupos. Al mismo tiempo, se definió que anualmente se estaría monitoreando en todas las áreas de salud el porcentaje de personas atendidas de 20 a menos de 65 años con un IMC $\geq 40,0$ kg/m² a quienes se les consigne el diagnóstico de obesidad en el EDUS, así como el porcentaje de personas con obesidad III que fueron referidas a Nutrición.

Para el año 2020, en las áreas de salud de la red de servicios institucional se atendieron 50 181 personas de 20 a menos de 65 años con un IMC $\geq 40,0$ kg/m², de las cuales solo el 44 % (21 984) tenía consignado en el expediente el diagnóstico por obesidad. En otras palabras, por cada dos personas con problemas de obesidad III solo una está siendo diagnosticada o identificada para recibir un tratamiento sobre su condición de salud.

Desde una perspectiva regional, la figura 5.2 muestra los datos de personas atendidas con obesidad grado III que tenían diagnóstico de su enfermedad en las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS). Los porcentajes oscilan entre un 33 % (1 713 / 5 167) en la región Huetar Atlántica y un 49 % (10 408 / 21 325) en la región Central Sur, resultados que deben ser analizados a lo interno de las RIPSS para establecer estrategias que mejoren el diagnóstico de las personas con esta condición de salud.

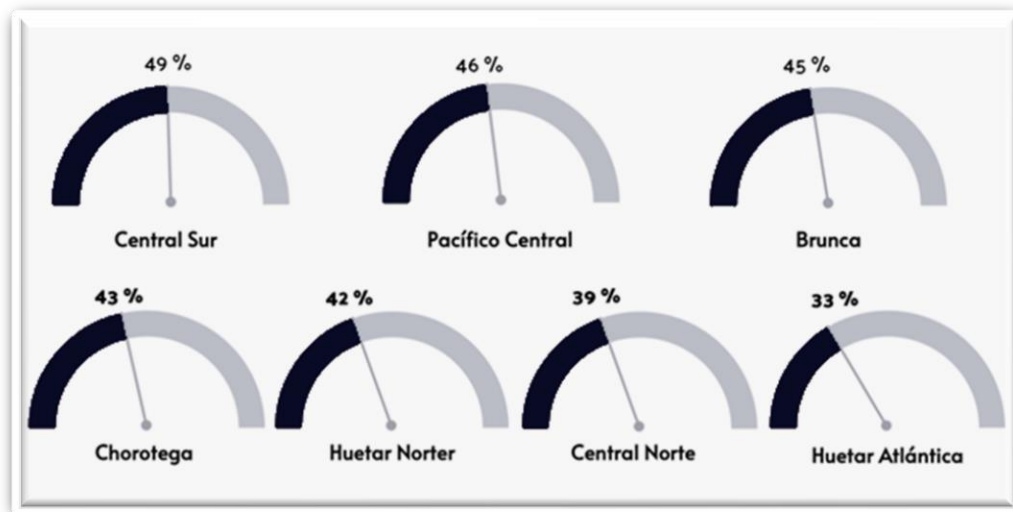


Figura 5.2
CCSS: Porcentaje de personas atendidas con IMC ≥ 40 kg/m² que tenían consignado el diagnóstico de obesidad en el EDUS, según RIPSS

En relación con lo expuesto tanto a nivel de la CCSS como de sus RIPSS, es importante mencionar que el panorama de las personas que están siendo diagnosticadas por obesidad debe tratarse con mayor prioridad, para favorecer una atención oportuna de la enfermedad.

Aunque es cierto que la pandemia por COVID-19 constituye un escenario muy complejo, puso en claro la necesidad de tomar decisiones urgentes en cuanto a la prevención y el tratamiento de la obesidad.

Por otro lado, en lo que respecta a las personas que recibieron atención y que fueron referidas a Nutrición posterior a ser diagnosticadas con obesidad grado III, en la intervención evaluada por la Dirección Compra de Servicios de Salud 2019-2023 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2019), se definió que las unidades debían alcanzar al menos un 30 % de referencia; en este sentido, el resultado para el año 2020 fue favorable, ya que alcanzó el 34 % (7 367 / 21 984) de referencias emitidas en las áreas de salud de la CCSS.

Al presentar los resultados de las personas referidas a Nutrición entre las siete RIPSS que conforman la CCSS, se observa que tres lograron la meta institucional del 30 % y cuatro no alcanzaron el porcentaje de referencias esperado, como se ilustra en la figura 5.3.

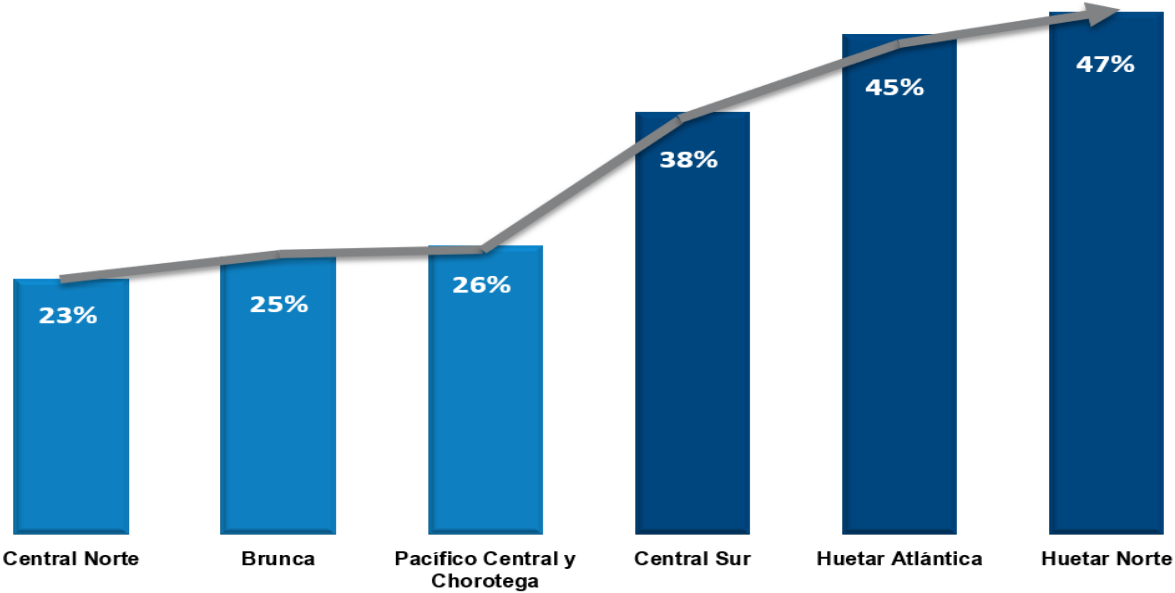


Figura 5.3
CCSS: Porcentaje personas atendidas con obesidad III que fueron referidas a Nutrición según RIPSS

Todas las áreas de salud pertenecientes a la RIPSS Huetar Norte lograron referir al menos al 30 % de las personas con obesidad III que habían sido diagnosticadas durante el año 2020, a pesar de ser una de las regiones con menor recurso profesional en Nutrición en el primer nivel de atención, pero que estratégicamente puede recurrir a los siguientes niveles de la red institucional.

En relación con lo anterior, cabe mencionar que de las 105 áreas de salud que posee la institución, al año 2020 solo 43 contaban con profesionales en Nutrición. Las RIPSS Brunca y Huetar Norte registraron un nutricionista por región, mientras que la Central Sur y la Central Norte fueron las RIPSS con mayor número de recurso profesional en esta disciplina, además de ser las regiones con mayor número de áreas de salud. Sin embargo, no se registran RIPSS que cuenten con el recurso de Nutrición en todas sus áreas de salud, lo que obliga a recurrir a unidades con mayor complejidad en la red de servicios.

Esa falta de recurso humano en Nutrición en la red no garantiza que la población referida por obesidad grado III reciba la atención integral que su condición amerita, ni que su atención sea oportuna. Actualmente, el único programa institucional disponible que beneficia a esta población lo constituye la intervención multidisciplinaria para la atención y enseñanza de las personas con síndrome metabólico, el cual aún requiere de mayor posicionamiento y recursos para lograr mejores resultados sobre la población (CCSS, 2017).

Recomendaciones

El monitoreo de las personas con obesidad grado III y el nivel de referencia a los servicios de Nutrición constituye un importante paso institucional para la toma de decisiones sobre una problemática de salud pública; sin embargo, es momento de empezar a definir acciones y recursos que fortalezcan la atención integral y oportuna de esta población en la red de servicios institucional.

Los datos que se han recopilado durante el monitoreo de dos años consecutivos realmente son alarmantes, más aún en el contexto de la pandemia por COVID-19, que puso en evidencia las consecuencias directas en morbilidad, mortalidad, gastos de hospitalización e impacto financiero que conlleva la obesidad y el manejo de todas las comorbilidades asociadas a esta. Por esta razón, es el momento de realizar un análisis de las intervenciones existentes y las estrategias definidas para su desarrollo, identificar si deben ser mejoradas y proceder lo antes posible con la priorización que realmente merece en el sistema de salud institucional.

Para robustecer las estrategias actuales referentes al manejo de la obesidad en la CCSS, es importante mejorar el recurso humano en toda la red de servicios de salud, para poder brindar una atención integral y oportuna a esta población. Esto no es una labor sencilla; requiere de un análisis exhaustivo y costo efectivo que permita a las autoridades tomar las mejores decisiones al respecto, pero debe considerarse como un tema prioritario de agenda para las autoridades en salud.

Referencias bibliográficas

Bhaskaran, K., Silva, I., Leon, D. y Douglas, I. (2018). Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. *The Lancet*, 6(12), 944-953. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30288-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30288-2)

- Caixàs, A., Villeró, M., Arraiza, C., Montalvá, J.C., Lecube, A., Fernández, J.M., Corio, R., Bellido, D., Llisterri, J.L. y Tinahones, F.J. (2020). Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre atención primaria y unidades especializadas hospitalarias 2019. *Medicina Clínica*, 155, 267.e1-267.e11. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.10.014>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). *Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles*. Recuperado de <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/659>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Lineamiento técnico atención en salud a personas con obesidad en el I nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Área de Atención Integral a las Personas, DDSS, Gerencia Médica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Ficha Técnica 2019-2023*. Recuperado de [https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/%C3%81reas%20de%20Salud%20\(EPSS%202019-2023\).aspx](https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/%C3%81reas%20de%20Salud%20(EPSS%202019-2023).aspx): www.ccss.sa.cr
- Caussy, C., Wallet, F., Laville, M. y Disse, E. (2020). Obesity is associated with severe forms of COVID-19. *Obesity*, 28(7), 1175-1175. <https://doi.org/10.1002/oby.22842>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *El índice de masa corporal para adultos*. Recuperado de https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html#IMC
- de Siqueira, J., Almeida, L.G., Zica, B.O., Brum, I.B., Barceló, A. y de Siqueira Galil, A.G. (2020). Impact of obesity on hospitalizations and mortality, due to COVID-19: A systematic review. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(5), 398–403. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.07.005>
- Huang, Y., Huang, Y.M., Wang, M., Ling, W., Sui, Y. y Zhao, H.L. (2020). Obesity in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism Clinical and Experimental*, 113, 154378. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154378>
- Muscogiuri, G., Pugliese, G., Barrea, L., Savastano, S. y Colao, A. (2020). Commentary: obesity: the "achilles heel" for COVID-19? *Metabolism Clinical and Experimental*, 108: 154251. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154251>
- Petrova, D., Salamanca-Fernández, E., Rodríguez, M., Navarro, P., Jiménez, J. y Sánchez, M.J. (2020). La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Atención Primaria*, 52(7), 496-500. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.003>
- Rubio, M.A. y Bretón, I. (2021). Obesidad en tiempos de COVID-19. Un desafío de salud global. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 68(2), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.10.001>
- Ryan, D. y Ralston, J. (2020). *Obesity: missing the 2025 global targets*. Trends, costs and country reports. World Obesity Federation.

- World Health Organization. (1999). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- World Obesity Federation. (2021). *COVID -19 and obesity: the 2021 atlas. The cost of not addressing the global obesity crisis*. Recuperado de https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/2722_WOF_-_COVID-19_and_Obesity-The_2021_Atlas_WEB.pdf

Anexo 5.1

CCSS: Clasificación del estado nutricional según IMC

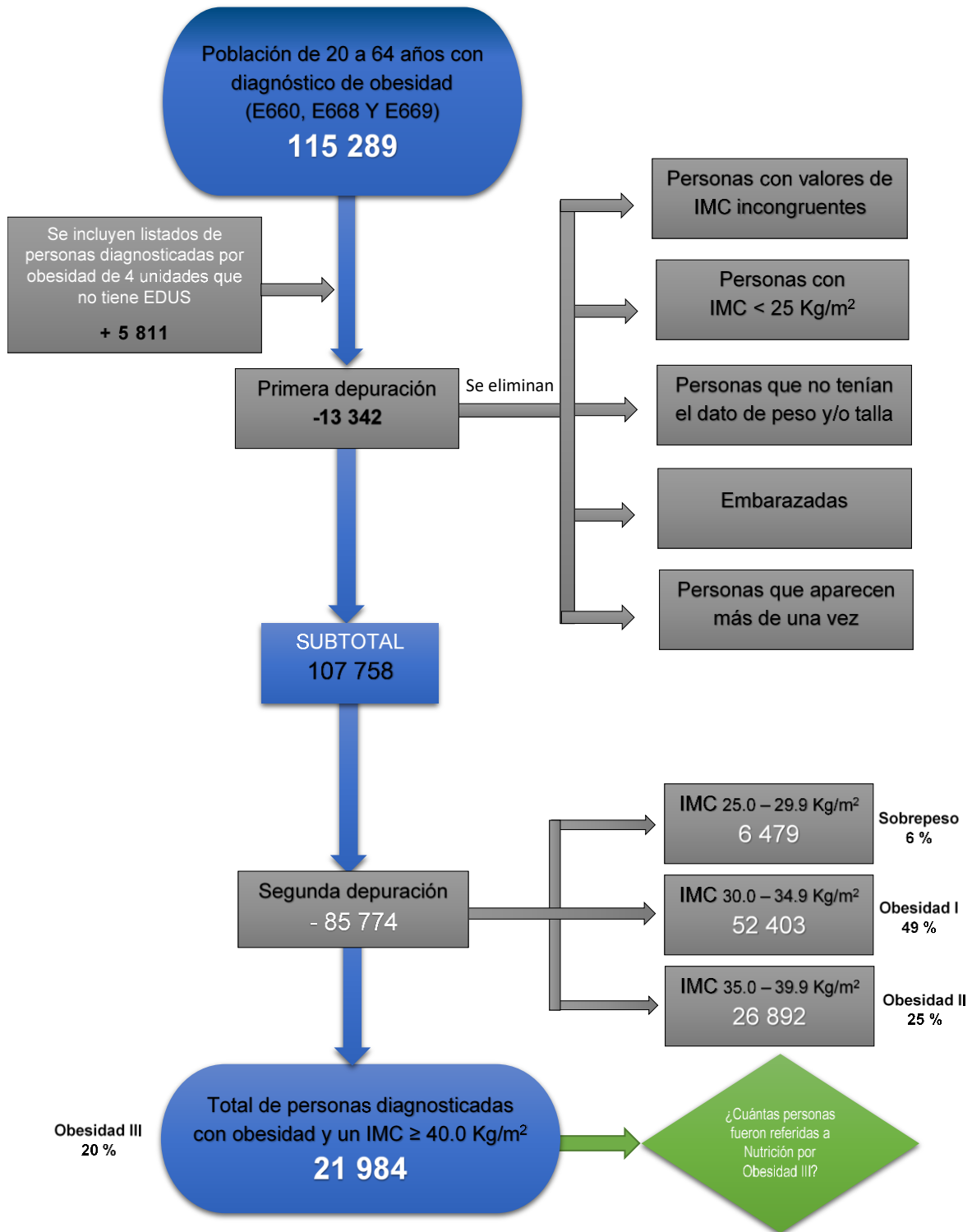
ADULTOS (20 a menos de 65 años)	
IMC ^a	Estado nutricional
<18,5	BAJO PESO
18,5 - 24,9	NORMAL
25,0 - 29,9	SOBREPESO
30,0 - 34,9	OBESIDAD I
35,0 - 39,9	OBESIDAD II
≥30,0	OBESIDAD III

^a = Peso en kg/talla en (m)²

Fuente: World Health Organization, 1999.

Anexo 5.2

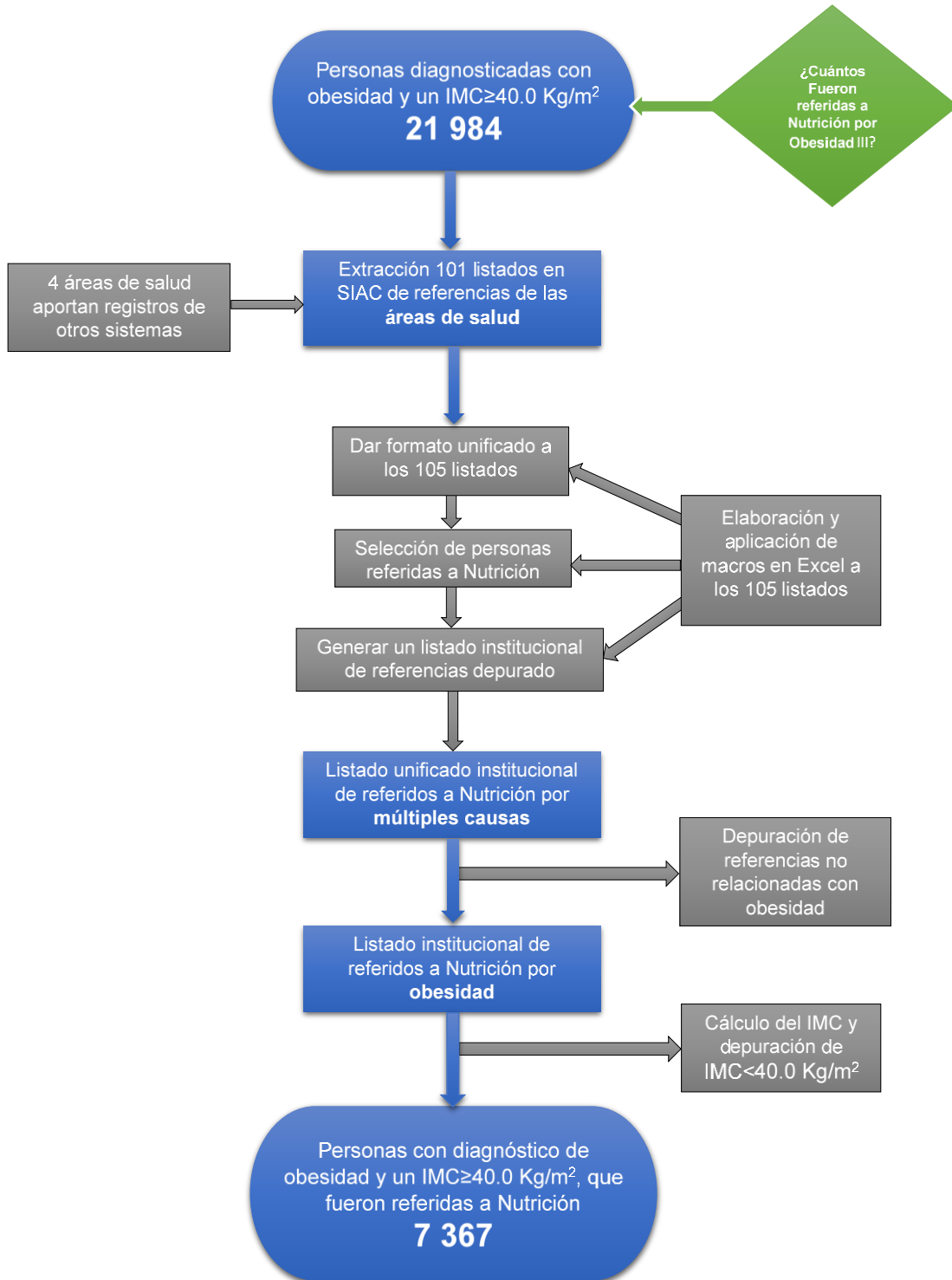
CCSS: Metodología para la identificación de la población con un IMC $\geq 40,0$ kg/m², a quienes se les consignó el diagnóstico de obesidad, 2020



Anexo 5.3

CCSS: Metodología para la selección de la población con diagnóstico de obesidad y un IMC $\geq 40,0$ kg/m², que fueron referidas a Nutrición, 2020.

Referencia a Nutrición



Autoría

Realizado por:

Dr. Marlon Alexander Lizano Muñoz, DCSS

Colaboradores:

Licda. Miriam León Solís

Licda. Shirley Soto Alpizar

Lic. Jean Carlo García González

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Autorizado por:

Dr. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre del 2021

6. Hipertensión arterial (HTA): enemigo silencioso y factor de riesgo cardiovascular en tiempos de la COVID-19

Está demostrado que la hipertensión arterial (HTA) es una de las causas de mayor mortalidad en el mundo y que cuando se asocia a cardiopatía isquémica aumenta el riesgo de muerte súbita (Vilches *et al*, 2016).

Para el año 2010, en el mundo existían 1,4 billones de personas con HTA; de ellas, 489 millones recibían tratamiento médico y solo el 14 % tenía un control adecuado de la presión arterial (Mills *et al*, 2016).

En las últimas tres décadas el número de personas de 30 a 79 años con HTA se incrementó de 650 millones a 1,28 billones; de este total, 580 millones de personas no están diagnosticadas y 720 millones no reciben tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2021). A pesar de ello, en el caso de Costa Rica destaca el hecho de que en la actualidad posee tasas de tratamiento más altas que algunos países de altos ingresos.

En general, la hipertensión en América afecta al 20-40 % de la población adulta y cada año mueren 1,6 millones personas por enfermedades cardiovasculares; de estas, alrededor de medio millón son personas menores de 70 años (muerte prematura) (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Aunado a lo anterior, el 16 de octubre del 2020, el director general de la OMS refirió que la pandemia de COVID-19 afectó los servicios de salud esenciales y la atención de las personas con HTA en la mitad de los países del mundo. En Italia, por ejemplo, el 68 % de los pacientes fallecidos en los hospitales por la COVID-19 tenían hipertensión (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) no estuvo exenta de esta realidad, y si bien en los dos primeros meses del 2020 se brindaron los servicios de una forma normal, a partir de marzo se inició un proceso de reorganización para enfrentar la pandemia por la COVID-19.

Al respecto, se giraron una serie de directrices a nivel institucional y de la Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), que fueron aplicadas en las áreas de salud (AS) de acuerdo con sus posibilidades y particularidades; algunas de ellas fueron:

- a. Suspensión de las visitas de los técnicos de atención primaria (ATAP) a los hogares, lo que disminuyó el tamizaje por HTA.
- b. Suspensión de las giras médicas a los sitios donde se da consulta de forma periódica, lo que disminuyó la cobertura y la concentración de consultas (dependiendo del grado de HTA, así debe ser el número de citas control anuales).

- c. Suspensión de la educación de los pacientes al momento de despacharles su tratamiento en los departamentos de farmacia, ya que se procuraba llevarlos a su casa directamente, lo cual pudo influir de manera negativa en la adherencia a los medicamentos.
- d. La consulta presencial fue cambiada a la modalidad de consulta por medios alternativos (teleconsulta y llamada telefónica), imposibilitando la toma de la presión arterial. Con esto también se vio limitada la posibilidad de readecuar el esquema terapéutico.

Cálculo de la cobertura de atención por HTA en el primer nivel de la CCSS

Desde el año 2019 la metodología de Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) para los indicadores de HTA se realiza de la siguiente forma:

Se utilizan los registros con diagnóstico I10X (CIE-10), de las bases de SIAC/SIES del EDUS, y se complementan con los registros aportados por las AS sin EDUS. Posteriormente, se realiza una depuración, dejando las consultas de primera vez en el año y asignando el registro a la primera AS en la que consultó el paciente; luego se separan por grupo etario.

Tras el análisis realizado, se determinó que a nivel institucional la cantidad de personas que consultaron por HTA disminuyó en el año 2020 con respecto al año anterior, pero el número fue superior a los tres años previos (Anexo 6.1).

En cuanto al cálculo de la cobertura por HTA, que relaciona la cantidad de personas atendidas por este padecimiento y la población susceptible de presentar esta patología, en el 2020 se atendieron 20 363 personas menos que en el 2019, lo que implicó una reducción de dos puntos porcentuales de cobertura en la población de 20 años y más.

A nivel de las RIPSS, la Huetar Norte aumentó su cobertura en todos los indicadores, mientras que la Central Norte, Huetar Atlántica, Pacífico Central y Chorotega las disminuyeron en todos (Cuadro 6.1).

Cuadro 6.1

CCSS: Cobertura de atención de personas con hipertensión arterial en el primer nivel de atención por grupo de edad según RIPSS, 2019-2020.

(porcentajes)

RIPSS	Grupo de edad						Total	
	20-39		40-64		65 y más		2019	2020
	2019	2020	2019	2020	2019	2020		
Institucional	13	12	44	41	71	66	42	40
Brunca	13	14	44	45	66	66	41	42
Central Norte	12	10	40	36	68	61	40	37
Central Sur	12	12	45	43	73	70	44	43
Chorotega	15	13	49	41	70	60	45	39
Huetar Atlántica	14	13	44	40	68	62	40	36
Huetar Norte	12	13	44	46	77	80	40	41
Pacífico Central	16	15	46	44	69	68	44	43

Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2019 - 2020.

A nivel de las áreas de salud, un área de la RIPSS Huetar Atlántica y tres de la Central Norte presentaron los resultados más limitados (bajo el percentil 10) en los tres indicadores de cobertura evaluados (Anexo 6.2): 8 % para el grupo de 20 a 39 años, 29 % para el de 40 a 64 años y el de 65 y más.

Cálculo de control óptimo en las personas con HTA que consultaron en el primer nivel de atención en la CCSS

En las 105 AS del primer nivel se atendieron personas por HTA; en 101 AS se utilizó el EDUS y en cuatro sus propios sistemas de información.

El proceso de cálculo utilizado para definir el numerador de los indicadores de control óptimo fue:

- 540 665** Personas atendidas con HTA **(105 AS)**
- 24 068 Personas atendidas en AS Externas **(evaluadas por muestra)**
- 516 597**
- 281 Registros **inconsistentes** (PAS <50 mmHg, PAD <40 mmHg)
- 9 775 Registros en **SIAC sin PA**
- 506 547** Personas atendidas con HTA **para cálculo de control óptimo**

Finalmente, estos registros se asignaron por AS y grupo de edad, según la fecha de la última consulta médica. De esta consulta se extrajeron las cifras de presión arterial, para verificar si alcanzaban las cifras de control esperadas según la presencia o ausencia de patologías asociadas que aumentan el riesgo cardiovascular (Anexo 6.3).

En relación con lo anterior, cabe mencionar que de las 506 547 personas atendidas con HTA y seleccionadas para el análisis, el 12,8 % no contaba con cifras de presión arterial, por lo que no fue posible determinar si tenían un control óptimo. Por otro lado, se debe considerar que durante los nueve meses del año 2020 en que se brindaron atenciones por medios no convencionales, 265 328 personas con HTA recibieron atención de esta forma; de ellas solo 81 no recibieron ninguna atención presencial, por lo que el resto de las personas si tuvieron la oportunidad de que se le registraran sus presiones arteriales.

El resultado institucional de control óptimo de personas con HTA de 20 años y más fue del 50 % para el año 2020, siendo este 15 puntos porcentuales menor que en el 2019. A nivel de las RIPSS, la Brunca presentó el resultado más alto (52 %) y la Pacífico Central el más bajo (47 %).

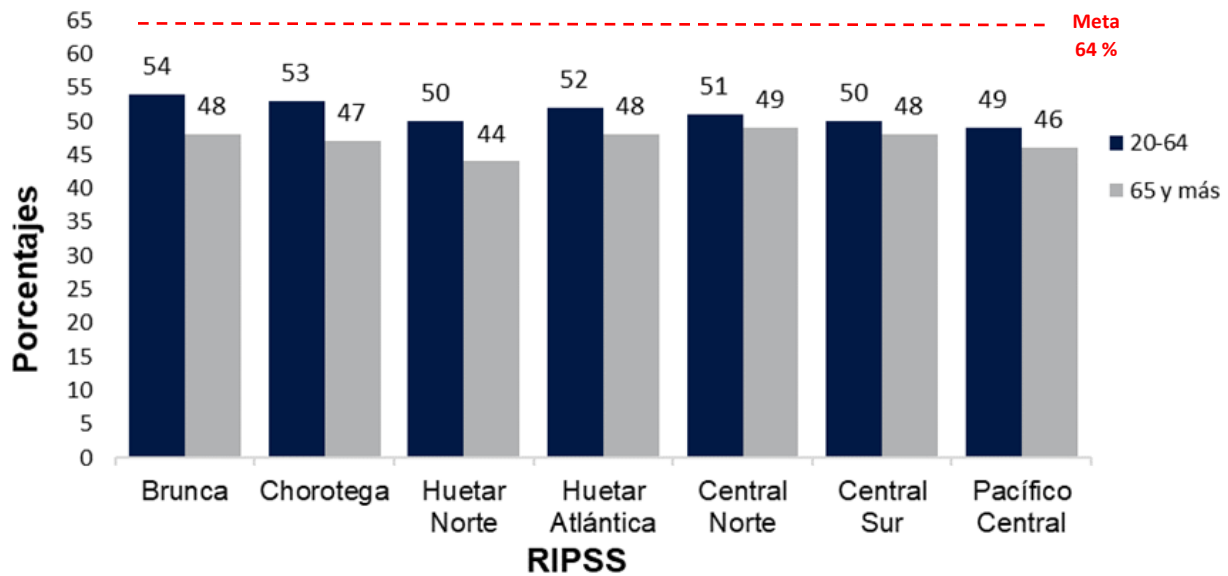
Por otra parte, se evaluaron dos indicadores según grupo de edad: de 20 a 64 años y de 65 años y más; observándose que en el primer indicador el comportamiento de las RIPSS es semejante al resultado del control óptimo de la población de 20 años y más. Mientras que en el segundo indicador, la RIPSS que presentó el resultado más alto es la Central Norte y el más bajo la Huetar Norte (Gráfico 6.1).

A nivel de las áreas de salud, dos AS de las RIPSS Central Norte, Huetar Norte, Pacífico Central y Central Sur, así como una de la Chorotega, presentaron los resultados más limitados (bajo el percentil 10) en los dos indicadores de control óptimo evaluados (43 % para el de 20 a 64 y 41 % para el de 65 años y más).

En general, al comparar los resultados 2019 y 2020, se observó un descenso en los resultados del control óptimo de ambos indicadores: 15 puntos porcentuales en el grupo de 20 a 64 años, y 17 puntos porcentuales en el grupo de 65 años y más.

Gráfico 6.1

CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con HTA del primer nivel de atención por grupo etario según RIPSS, 2020



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

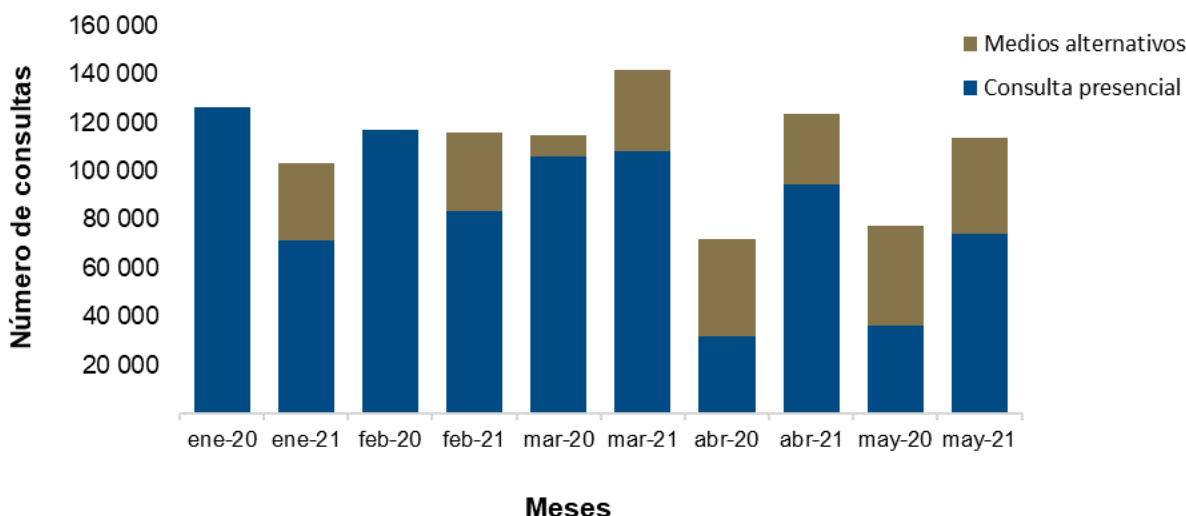
Monitoreo 2021

De enero a mayo del 2021, en el primer nivel de atención se realizaron 599 110 consultas por HTA (91 044 más que en el mismo periodo del 2020). El mes que más consultas registró fue marzo, con un total de 142 079.

De las consultas realizadas, el 72,3 % se dio de forma presencial (432 857) y el 27,7 % por medios alternativos (166 253). El mes que presentó mayor cantidad de consultas por medios alternativos fue mayo (Gráfico 6.2).

Gráfico 6.2

CCSS. Total de consultas a personas con HTA en el primer nivel de atención en salud según modalidad y mes, 2020-2021



Fuente. DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

En este punto es importante tomar en cuenta que hay una disparidad entre las AS con respecto a las consultas por medios no convencionales, observándose desde 8 027 consultas en un AS hasta solo cuatro en otra. Esto puede deberse a que no existen las mismas facilidades en los recursos institucionales y a nivel de la población (teléfono, internet, nivel educativo, posibilidades socioeconómicas, entre otras) para optar por esta modalidad en forma más frecuente.

Conclusiones

La capacidad de los servicios de salud no crece al mismo ritmo que la prevalencia de la enfermedad. Dicho esto, una gran cantidad de personas no accede a los servicios de salud y, por ende, a un control óptimo de la presión arterial.

El grupo de personas con HTA entre los 20 y 39 años es el que menos accede para el control de su presión arterial en el primer nivel de atención en salud de la CCSS.

La RIPSS Central Norte presenta la cobertura más limitada en los grupos de 20 a 39 años y de 40 a 64 años, y la Chorotega en el de 65 años y más.

El porcentaje de personas con HTA que presentan su presión arterial controlada disminuyó con respecto al mismo periodo del año 2019.

Las RIPSS Pacífico Central y Huetar Norte son las que cuentan con los resultados más limitados en el control óptimo de presión arterial en las personas con HTA.

Recomendaciones

- Terminar el proceso de migración de todas las áreas de salud al uso del Expediente Digital Único en Salud (EDUS).
- Continuar con el proceso de retorno a la atención presencial de las personas con enfermedades crónicas, particularmente con HTA y DM.
- Establecer el control de hipertensión arterial (HTA) como una prioridad nacional.
- Fortalecer los procesos de educación a nivel poblacional sobre temas preventivos de las enfermedades cardiovasculares.
- Diseñar una estrategia institucional para el tamizaje de HTA en los servicios de salud.
- Incrementar la oferta de los servicios de salud para la atención de las personas con HTA, especialmente para los grupos de edad de 20 a 39 años, donde la cobertura es baja. El acceso temprano al control médico con calidad evitará las complicaciones a largo plazo y disminuirá la mortalidad temprana por enfermedades cardiovasculares.
- Optimizar el control de la presión arterial, ya que es la comorbilidad más frecuente en los pacientes con COVID-19 y la causa de la mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Actualizar las guías de atención en salud y protocolizar el abordaje terapéutico de la HTA según las tendencias aprobadas por los organismos competentes a nivel internacional.

Referencias bibliográficas

- Mills, K.T., Bundy, J.D., Kelly, T.N., Reed, J.E., Kearney, P.M., Reynolds, K., Che, J. y He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 6(134), 441-450.
- Vilches, E., Ochoa, L. A., Gonzalez, M., Ramos, L., Tamayo, N.D., Garcia, D. y Diaz, H. (2016). Impacto de la hipertensión arterial esencial y la cardiopatía isquémica en víctimas de muerte cardíaca súbita. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3(42), 432-441.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Tercera encuesta. CCSS*.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Discurso del Director General de la OMS en el seminario web celebrado con ocasión del Día Mundial de la Hipertensión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-speech-at-the-world-hypertension-day-event-webinar>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

Anexo 6.1

CCSS: Número de personas con hipertensión arterial atendidas en el primer nivel de la CCSS, 2016-2020.

Región	Área de Salud	Año				
		2016	2017	2018	2019	2020
Brunca	Buenos Aires	4,168	4,463	4,552	4,675	4,799
Brunca	Corredores	3,785	4,264	4,584	4,634	4,656
Brunca	Osa	3,180	3,193	3,475	3,761	3,780
Brunca	Pérez Zeledón	11,829	12,486	13,393	14,613	15,935
Brunca	Golfito	3,244	3,473	3,619	3,981	3,948
Brunca	Coto Brus	4,705	5,085	5,341	5,680	5,950
Chorotega	Santa Cruz	5,955	7,861	8,066	8,524	7,349
Chorotega	Liberia	7,043	6,564	6,622	7,113	5,108
Chorotega	Nicoya	5,832	6,531	6,978	7,455	5,367
Chorotega	Upala	4,404	4,554	4,700	4,995	4,792
Chorotega	Cañas	3,548	3,623	3,841	3,979	3,992
Chorotega	Abangares	1,895	1,909	1,934	2,088	2,148
Chorotega	Bagaces	1,882	2,016	2,031	2,355	2,468
Chorotega	Tilarán	2,820	3,064	3,021	3,126	3,035
Chorotega	La Cruz	1,773	2,069	2,194	2,358	2,303
Chorotega	Carrillo	3,161	4,066	4,359	4,590	4,659
Chorotega	Nandayure	1,044	1,756	1,589	2,030	1,397
Chorotega	Hojancha	831	885	930	988	1,012
Chorotega	Jicaral-Islands*				1,561	1,182
Chorotega	Colorado	476	475	505	531	485
Huetar Norte	La Fortuna	2,005	2,113	2,341	2,648	2,948
Huetar Norte	Santa Rosa	1,961	2,180	2,362	2,487	2,720
Huetar Norte	Aguas Zarcas	3,451	3,870	4,106	4,345	4,754
Huetar Norte	Pital	1,847	1,918	2,093	2,361	2,511
Huetar Norte	Guatuso	1,770	1,881	2,054	2,183	2,398
Huetar Norte	Florencia	2,600	2,765	2,972	3,116	3,370
Huetar Norte	Ciudad Quesada	4,908	5,212	5,380	5,613	6,077
Huetar Norte	Los Chiles	2,091	2,155	2,216	2,383	2,618
Huetar Atlántica	Siquirres	3,812	5,768	6,655	6,916	5,774
Huetar Atlántica	Limón	7,490	7,660	8,139	8,805	9,412
Huetar Atlántica	Guápiles	6,116	6,104	6,667	7,131	7,729
Huetar Atlántica	Valle la Estrella	929	1,064	1,190	1,297	1,223
Huetar Atlántica	Cariari	5,810	5,773	6,028	6,690	4,616

Región	Área de Salud	Año				
		2016	2017	2018	2019	2020
Huetar Atlántica	Matina	3,415	3,633	3,938	4,301	4,345
Huetar Atlántica	Guácimo	4,281	4,454	4,813	5,091	5,246
Huetar Atlántica	Talamanca	2,346	2,293	2,232	2,371	1,722
Central Norte	Barva	4,026	4,182	4,055	4,511	4,391
Central Norte	Tibás-Uruca-Merced	6,759	6,288	7,101	7,050	6,178
Central Norte	Heredia-Cubujuquí	8,361	8,620	8,980	9,807	9,840
Central Norte	Alajuela Norte	6,115	6,177	6,919	7,379	7,240
Central Norte	Tibás	2,387	7,969	8,032	8,434	8,786
Central Norte	San Pablo	1,988	1,960	1,810	2,407	2,793
Central Norte	Santo Domingo San Rafael de	4,735	4,423	4,672	4,805	4,944
Central Norte	Heredia	4,504	4,768	5,049	5,241	5,188
Central Norte	Belén-Flores	4,979	4,869	5,392	5,816	4,065
Central Norte	Naranjo	4,854	4,926	5,073	5,373	4,800
Central Norte	Grecia	8,742	8,764	9,014	9,458	8,943
Central Norte	San Ramón	9,369	9,987	10,584	11,139	10,141
Central Norte	Atenas	3,376	3,416	3,616	3,920	4,011
Central Norte	Palmares	4,804	4,942	5,050	5,365	4,861
Central Norte	Poás	3,185	3,392	3,471	3,825	3,978
Central Norte	Valverde Vega	2,285	2,454	2,479	2,612	2,840
Central Norte	Alfaro Ruiz	1,740	2,036	2,133	2,217	2,269
Central Norte	San Isidro	2,520	2,601	2,693	2,970	3,006
Central Norte	Heredia-Virilla	4,603	4,915	5,044	5,531	4,056
Central Norte	Alajuela Sur	5,782	5,839	6,410	6,861	5,724
Central Norte	Alajuela Oeste	7,045	7,523	7,837	8,130	5,705
Central Norte	Santa Bárbara	4,451	4,270	4,699	4,939	5,142
Central Norte	Alajuela Central	4,788	5,080	5,462	5,833	4,250
Central Norte	La Carpio-León XIII	2,533	3,437	2,662	2,800	2,733
Central Norte	Puerto Viejo	3,031	3,046	3,268	3,447	3,531
Central Norte	Horquetas-Río Frío	2,758	2,655	2,910	3,215	3,528
Central Sur	Catedral Noreste**	1,683	1,863	1,837	1,899	8,290
Central Sur	Goicoechea 2	7,391	7,460	7,776	8,067	7,945
Central Sur	Goicoechea 1	3,583	4,039	4,104	4,292	4,484
Central Sur	Moravia	5,565	5,885	6,245	6,768	6,899
Central Sur	Coronado	17,743	17,179	17,626	17,897	17,887
Central Sur	Pavas Mata Redonda-	8,336	8,617	8,514	9,475	8,676
Central Sur	Hospital	3,384	3,299	3,724	3,959	3,800
Central Sur	Hatillo	7,693	7,606	7,821	8,172	8,039

Región	Área de Salud	Año				
		2016	2017	2018	2019	2020
Central Sur	Zapote-Catedral	5,688	5,685	5,909	6,734	7,141
Central Sur	Desamparados 1	7,563	6,852	7,412	7,718	6,601
Central Sur	Desamparados 2	8,431	8,813	8,985	9,350	9,044
Central Sur	San Francisco-San Antonio	2,737	2,862	3,054	3,764	3,538
Central Sur	Puriscal-Turrubares	4,832	5,380	4,846	5,403	5,087
Central Sur	Paraíso-Cervantes	8,920	9,210	9,655	9,994	8,459
Central Sur	La Unión	4,117	4,340	4,609	4,828	5,110
Central Sur	Acosta	2,800	3,034	3,189	3,351	3,602
Central Sur	Aserrí	7,523	8,189	8,691	9,114	8,904
Central Sur	Alajuelita	5,872	6,198	6,722	6,902	7,075
Central Sur	Desamparados 3	5,076	5,303	5,578	6,149	5,186
Central Sur	Cartago	12,316	12,704	14,296	14,703	15,056
Central Sur	Escazú	6,117	6,314	6,533	6,756	6,546
Central Sur	San Sebastián-Paso Ancho	4,227	4,425	4,323	4,661	4,221
Central Sur	Turrialba-Jiménez	9,678	10,934	12,025	12,451	11,267
Central Sur	Los Santos	3,861	5,458	5,458	5,591	5,687
Central Sur	Curridabat 2 ¹	6,899	7,255	7,494	7,740	7,862
Central Sur	Montes de Oca 2 ^{1**}	6,146	6,486	6,955	7,141	
Central Sur	Concepción-San Juan-San Diego 2 ¹	4,461	4,474	4,696	4,826	5,128
Central Sur	Mora-Palmichal	3,786	3,948	4,176	4,365	4,701
Central Sur	Santa Ana	4,303	4,505	4,701	5,014	5,192
Central Sur	Corralillo	3,162	3,134	3,550	3,657	3,780
Central Sur	El Guarco	8,270	9,022	9,392	9,771	10,062
Central Sur	Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	7,102	8,000	7,951	7,974	8,122
Pacifico Central	Orotina-San Mateo	3,576	3,102	4,147	4,212	4,323
Pacifico Central	Parrita	1,604	1,958	2,085	2,224	2,237
Pacifico Central	San Rafael de Puntarenas	2,221	2,247	2,291	2,602	2,436
Pacifico Central	Esparza	3,768	3,983	4,245	4,678	4,648
Pacifico Central	Montes de Oro	1,989	2,416	2,356	2,421	2,438
Pacifico Central	Chomes-Monteverde	2,247	2,359	2,427	2,545	2,596
Pacifico Central	Cóbano*				420	923
Pacifico Central	Paquera	2,887	3,009	3,184	335	404

Región	Área de Salud	Año				
		2016	2017	2018	2019	2020
Pacífico Central	Chacarita	2,360	2,620	2,566	2,688	2,731
Pacífico Central	Barranca	3,592	4,042	5,069	5,428	4,747
Pacífico Central	Garabito	1,598	1,720	1,868	2,013	2,061
Pacífico Central	Quepos	2,450	2,687	2,983	3,116	2,959
Total general		473,684	504,335	530,403	561,028	540,665

* La producción se registraba en Paquera hasta que se dividieron en áreas de salud independientes.

**Montes de Oca y Catedral Noreste pasaron a ser el área de salud El Carmen-Montes de Oca

Fuente. DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020

Anexo 6.2

CCSS: Porcentaje de cobertura de personas con hipertensión arterial atendidas en el primer nivel de la CCSS, según grupo etario, 2020.

Región	Área de salud	Grupos de edad			
		20- 39	40-64	65 y más	20 años y más
Brunca	Corredores	10	38	56	34
Brunca	Buenos Aires	12	48	79	41
Brunca	Pérez Zeledón	14	43	66	41
Brunca	Golfito	14	40	52	37
Brunca	Coto Brus	17	64	90	57
Brunca	Osa	24	51	59	49
Chorotega	Jicaral-Islas	8	29	49	30
Chorotega	Liberia	9	29	44	26
Chorotega	Hojancha	10	49	73	48
Chorotega	La Cruz	10	50	78	40
Chorotega	Upala	12	42	66	38
Chorotega	Nicoya	12	36	43	35
Chorotega	Tilarán	13	50	79	52
Chorotega	Santa Cruz	13	42	62	42
Chorotega	Carrillo	14	45	64	40
Chorotega	Bagaces	16	46	72	44
Chorotega	Abangares	17	59	89	57
Chorotega	Colorado	17	46	52	40
Chorotega	Cañas	19	52	68	48
Chorotega	Nandayure	23	56	64	52
Huetar Norte	Pital	9	35	60	30
Huetar Norte	Los Chiles	11	44	66	35
Huetar Norte	Santa Rosa	12	42	70	35
Huetar Norte	Ciudad Quesada	13	48	93	45
Huetar Norte	Aguas Zarcas	13	46	80	41
Huetar Norte	La Fortuna	14	45	74	39
Huetar Norte	Guatuso	16	55	95	52
Huetar Norte	Florencia	18	56	94	51
Huetar Atlántica	Talamanca	6	22	36	18
Huetar Atlántica	Cariari	10	29	45	27
Huetar Atlántica	Guápiles	11	40	58	36
Huetar Atlántica	Limón	13	49	78	47
Huetar Atlántica	Siquirres	14	41	58	36
Huetar Atlántica	Valle la Estrella	15	33	55	33
Huetar Atlántica	Guácimo	16	49	72	42
Huetar Atlántica	Matina	19	47	80	42
Central Norte	Alajuela Sur	6	22	37	22
Central Norte	Alajuela Oeste	7	24	41	24

Región	Área de salud	Grupos de edad			
		20- 39	40-64	65 y más	20 años y más
Central Norte	La Carpio-León XIII	7	31	29	24
Central Norte	Heredia-Virilla	8	23	38	23
Central Norte	Belén-Flores	8	27	48	28
Central Norte	Tibás-Uruca-Merced	8	37	59	37
Central Norte	Alajuela Central	8	26	51	28
Central Norte	San Pablo	9	33	59	34
Central Norte	Barva	9	35	67	37
Central Norte	Alajuela Norte	10	38	56	35
Central Norte	San Rafael de Heredia	11	40	69	41
Central Norte	Heredia-Cubujuquí	11	35	73	41
Central Norte	Grecia	11	43	67	42
Central Norte	Puerto Viejo	11	38	60	31
Central Norte	Tibás	11	43	90	53
Central Norte	Naranjo	12	41	67	39
Central Norte	Santo Domingo	12	39	70	45
Central Norte	San Ramón	12	42	64	41
Central Norte	Palmares	13	42	67	44
Central Norte	San Isidro	13	45	75	46
Central Norte	Atenas	14	49	68	49
Central Norte	Santa Bárbara	14	48	73	45
Central Norte	Alfaro Ruiz	14	53	86	49
Central Norte	Valverde Vega	14	51	81	47
Central Norte	Horquetas-Río Frío	18	51	97	48
Central Norte	Poás	19	59	96	56
Central Sur	Catedral Noreste	7	35	65	39
Central Sur	Alajuelita	8	34	58	30
Central Sur	Curridabat 2/1	8	36	67	38
Central Sur	San Francisco-San Antonio	8	28	55	34
Central Sur	San Sebastián-Paso Ancho	8	33	53	33
Central Sur	Concepción-San Juan-San Diego 2 /1	9	35	54	33
Central Sur	Santa Ana	9	30	60	33
Central Sur	Escazú	9	31	53	34
Central Sur	Desamparados 3	9	33	49	30
Central Sur	Desamparados 1	9	37	83	42
Central Sur	Cartago	10	41	75	43
Central Sur	Pavas	10	38	46	35

Región	Área de salud	Grupos de edad			
		20- 39	40-64	65 y más	20 años y más
Central Sur	Goicoechea 2	11	43	97	52
Central Sur	Desamparados 2	11	41	59	37
Central Sur	Mata Redonda- Hospital	11	37	55	39
Central Sur	Puriscal- Turrubares	12	45	65	42
Central Sur	Hatillo	12	43	69	46
Central Sur	Aserrí	12	44	71	41
Central Sur	Goicoechea 1	12	46	52	39
Central Sur	Paraíso-Cervantes	12	46	86	46
Central Sur	Turrialba-Jiménez	13	45	68	46
Central Sur	Moravia	14	42	65	44
Central Sur	La Unión	15	46	86	48
Central Sur	Los Santos	16	62	92	56
Central Sur	Mora-Palmichal	16	50	81	50
Central Sur	Zapote-Catedral	18	55	100	66
Central Sur	Acosta	18	63	96	59
Central Sur	El Guarco	18	59	89	55
Central Sur	Oreamuno- Pacayas-Tierra Blanca	19	56	83	52
Central Sur	Coronado	19	63	90	60
Central Sur	Corralillo	23	73	92	66
Pacífico Central	Paquera	9	22	34	22
Pacífico Central	Chacarita	10	38	51	34
Pacífico Central	Cóbano	12	40	45	35
Pacífico Central	Barranca	13	40	57	38
Pacífico Central	Garabito	13	32	62	31
Pacífico Central	Esparza	14	45	75	48
Pacífico Central	Parrita	14	43	73	41
Pacífico Central	Quepos	14	39	57	35
Pacífico Central	Chomes- Monteverde	17	51	76	49
Pacífico Central	Montes de Oro	18	57	92	59
Pacífico Central	Orotina-San Mateo	18	51	74	51
Pacífico Central	San Rafael de Puntarenas	32	72	126	83

Fuente. DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020

Anexo 6.3

CCSS: Cifras óptimas de presión arterial según subgrupo (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2018).

Condición/Diagnóstico	
Población General	PA <140/90 mmHg
Población general mayor de 80 años	PA <150/90 mmHg
Diabetes Mellitus	PA <140/80 mmHg
Enfermedad Renal Crónica (incluye micro proteinuria y/o Insuficiencia Renal)	PA <140/80 mmHg

Autoría

Realizado por:

Dr. Paúl Ernesto Araya Vega

Colaboradores:

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Msc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

7. Diabetes en el 2020: reorganización de servicios mantiene la cobertura, pero no impide la caída del control metabólico

La diabetes es ampliamente reconocida como un problema mayor de salud pública y de atención prioritaria, cuya prevalencia ha mostrado un crecimiento progresivo a nivel mundial en los últimos decenios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016, p. 6). Se estima que la población diabética mundial aumentará de 463 millones en el 2019 a 700 millones en el 2045. La acelerada urbanización y los estilos de vida cambiantes son los principales factores sociales que han contribuido con este incremento (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2020).

Más recientemente, se ha encontrado que la diabetes es un importante factor de riesgo para hospitalización y muerte por COVID-19 (Muniyappa y Gubbi, 2020; Singh *et al*, 2020). Aunado a esto, varios estudios han indicado que complicaciones potenciales de esta infección incluyen el desarrollo de diabetes y fallo renal (Collins, 2021). Adicionalmente, se ha documentado que las medidas implementadas para responder a la pandemia han interrumpido el manejo rutinario de la diabetes (Chudasama *et al*, 2020).

En general, el seguimiento para el control de la diabetes involucra una considerable cuota de autocuidado; por lo que la educación centrada en el usuario desempeña un papel fundamental en los cuidados básicos de la enfermedad. Por otro lado, el control efectivo de los niveles de glucosa sanguínea a través del monitoreo continuo, la modificación dietética y el ejercicio físico regular pueden reducir el inicio de serias complicaciones y la necesidad de hospitalización. Para reducir las complicaciones también es importante el manejo de factores de riesgo clave, como el fumado, la presión arterial y los niveles de lípidos (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020).

En la actualidad, Costa Rica presenta una de las mayores prevalencias del continente americano y uno de los mayores ritmos de crecimiento de la enfermedad (FID, 2020; Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]; 2020). Para el 2018, se determinó que un 14,8 % de las personas de 20 años y más tenían la enfermedad y en la última década se ha documentado un incremento en la prevalencia de medio punto porcentual por año (CCSS, 2020; CCSS, 2015). Las estadísticas internacionales indican que este problema también afecta de manera importante a otros países latinoamericanos, cuyos estudios de prevalencia se actualizan con menor regularidad.

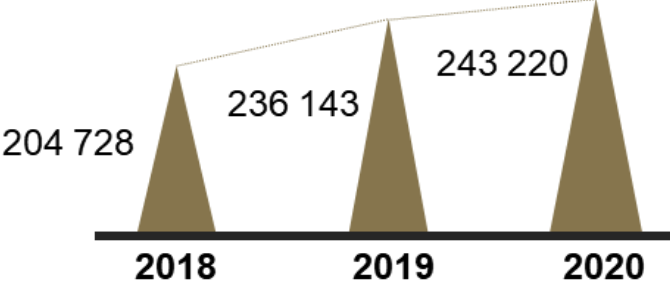
Este crecimiento tan particular de la diabetes es un llamado a la acción, no solo para mejorar su detección, cobertura y calidad del control, sino también para diseñar estrategias que atenúen los disparadores de su prevalencia. Si bien algunos determinantes no pueden intervenir, como el envejecimiento poblacional, los principales factores implicados en su aumento sí son modificables: la obesidad y el sedentarismo. Ambos coinciden en estilos propios de la vida urbana y moderna, donde las ventajas tecnológicas han sustituido una parte de la actividad

física diaria y los hábitos adoptados privilegian el consumo de comidas rápidas. Inevitablemente, estas conductas se han visto acentuadas durante la pandemia por COVID-19.

Cobertura de diabetes en el primer nivel de atención

En congruencia con el contexto epidemiológico de la diabetes en nuestro medio, las unidades prestadoras de servicios registran todos los años un aumento en la cantidad de personas atendidas. Este incremento anual supera claramente el ritmo con que puede crecer la oferta de servicios en la Consulta Externa.

El número de personas diabéticas atendidas en los últimos tres años, en el primer nivel de atención, fue el siguiente:



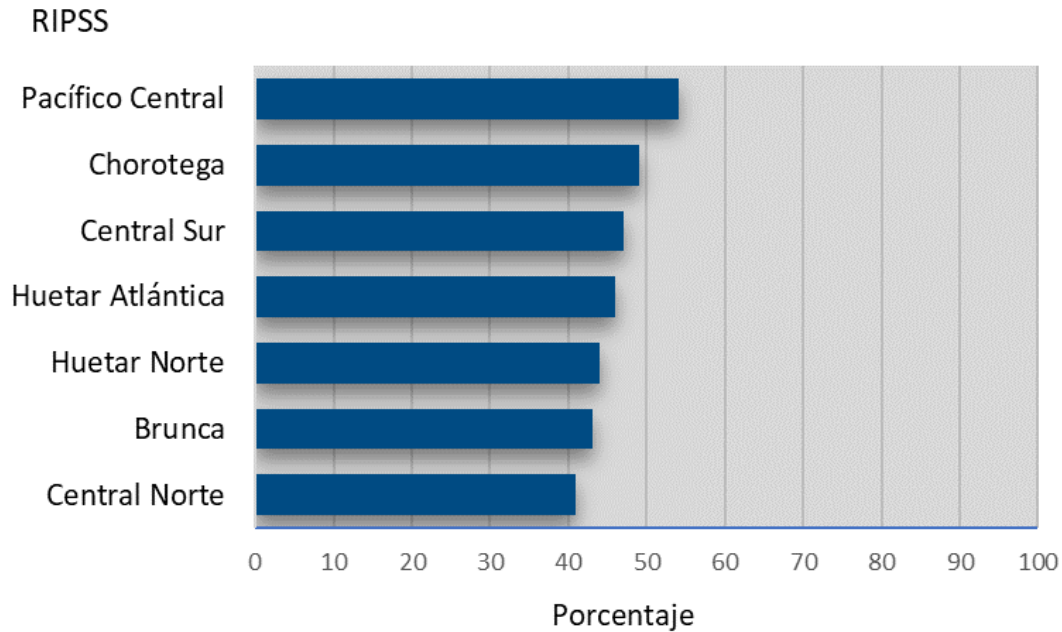
Bajo condiciones normales, esta situación tiende a saturar de forma progresiva los servicios de salud y, eventualmente, a comprometer la calidad del seguimiento en este programa de atención.

La cobertura institucional de personas diabéticas en el 2020 fue de 45 %, un dato equivalente al logrado en el 2019. Sin embargo, a diferencia de ese año, el riesgo de la pandemia motivó el uso de la atención a distancia, que permitió conservar la comunicación con los usuarios, muchos de los cuales mostraban resistencia a consultar de manera presencial. Estas atenciones no convencionales, cuyo medio principal de contacto fue la llamada telefónica, se registraron oficialmente como consultas regulares. Su implementación durante la emergencia ha sido fundamental para preservar la continuidad del tratamiento farmacológico y la educación para el autocuidado.

Las coberturas alcanzadas en el 2020 por cada Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) se muestra en el gráfico 7.1. Pese a la reorganización obligada de los servicios en las unidades prestadoras, la variabilidad de los resultados en las RIPSS en el 2020 fue muy similar a la observada en años precedentes, con logros que van del 41 % (Central Norte) al 54 % (Pacífico Central). Las condiciones atípicas en que se brindó la atención durante este período no impidieron que la RIPSS Pacífico Central alcanzara nuevamente la mayor cobertura, seguida por la Chorotega (49 %). Niveles intermedios fueron alcanzados por la Central Sur (47 %), la Huetar Atlántica (46 %), la Huetar Norte (44 %) y la Brunca (43 %).

Gráfico 7.1

CCSS: Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, según RIPSS, 2020



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Porcentaje de personas controladas óptimamente

La calidad del control metabólico de las personas diabéticas se mide a partir de tres indicadores que muestran el porcentaje de personas atendidas que alcanzó un nivel óptimo en cada uno de los siguientes criterios fundamentales, en concordancia con las guías técnicas institucionales (CCSS, 2015):

- a) Control glicémico, determinado por el porcentaje de hemoglobina glicosilada (A1c). Para su medición, se utiliza el resultado de la última prueba de A1c realizada en el segundo semestre del año. El nivel óptimo se establece con valores inferiores a 7 % hasta los 80 años de edad y con menos de 8 % para mayores de 80.
- b) Control de la presión arterial, medido a partir de las últimas cifras de presión arterial disponibles en el año y verificables en el EDUS. El nivel óptimo se alcanza cuando ambas presiones -sistólica y diastólica- se encuentran por debajo de 140/80 mmHg.
- c) Control lipídico, medido con el último valor disponible de colesterol-LDL en el año. El nivel óptimo se determina con concentraciones inferiores a 100 mg/dl.

Los resultados fueron obtenidos por muestreo en cada área de salud. Los datos para obtener el resultado a nivel de las RIPSS recibieron una ponderación proporcional a la cantidad de personas atendidas en sus áreas de salud.

A pesar de la necesidad asistencial cubierta por la entrega de servicios a distancia, fue inevitable la afectación debido a la pérdida de continuidad en el seguimiento clínico y el monitoreo irregular de las pruebas de laboratorio, con repercusiones muy desfavorables sobre la calidad del control metabólico. Los resultados a nivel institucional, del primer nivel de atención, se muestran en la figura 7.1.

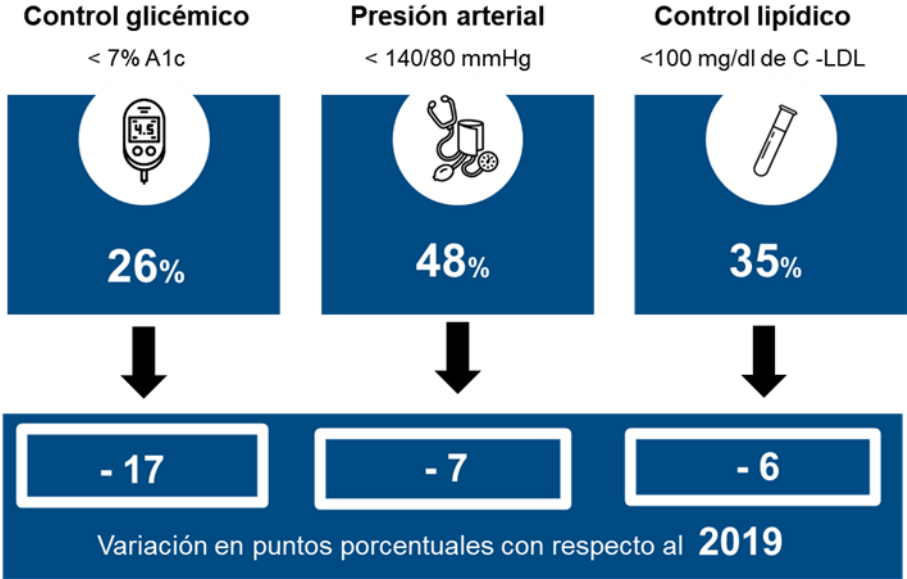


Figura 7.1 **Porcentaje de personas diabéticas atendidas en el 2020 con un nivel óptimo en cada criterio y su variación con respecto al 2019.**

La necesidad de proteger la salud de las personas diabéticas en un contexto relativamente incierto impuso medidas y recomendaciones que invariablemente afectarían los resultados de los tres indicadores de control metabólico. Entre ellos, el indicador que presentó un marcado descenso fue el porcentaje de personas en control glicémico; esto debido en parte a que sus resultados están referidos a la segunda mitad del año, período en que la pandemia afectó de forma continua la prestación de servicios.

En cambio, los resultados de los indicadores de control lipídico y de presión arterial están determinados por la última medición del año, independientemente del momento en que esta se verificó. Cierta cantidad de personas diabéticas contaba con resultados de colesterol LDL y con cifras de presión arterial en los primeros tres meses del año, cuando los servicios de salud no habían sido reorganizados en respuesta a la pandemia. Dada esta particularidad, podría considerarse que el grado de afectación de estos indicadores, con respecto al 2019, aun subestima el impacto atribuible únicamente a los meses de pandemia.

Con respecto al control óptimo glicémico, las condiciones adversas para el cumplimiento de la prueba A1c han propiciado la marcada caída del indicador. Durante la pandemia, el alejamiento de los servicios provocó una sensible disminución en la realización de las pruebas de laboratorio. Un 52 % de las personas atendidas (126 474) no se realizó la prueba de A1c en el segundo semestre, frente al 25 % observado en años anteriores. La ausencia de esta prueba impide un ajuste oportuno del tratamiento habitual, favoreciendo la inercia terapéutica y el deterioro clínico a causa del descontrol glicémico.

El cuadro 7.1 muestra los resultados de las RIPSS en cuanto al nivel de control observado en los tres indicadores en mención.

Cuadro 7.1

CCSS: Personas atendidas con diabetes mellitus tipo 2 que lograron el nivel óptimo en cada parámetro de control, según RIPSS, 2020
(porcentajes)

RIPSS	Control glicémico (HbA1c)	Control de presión arterial	Control lipídico (Col-LDL)
Institucional	26	48	35
Brunca	19	51	40
Huetar Atlántica	19	50	33
Chorotega	20	46	31
Pacífico Central	21	51	28
Central Norte	26	49	31
Central Sur	31	46	39
Huetar Norte	34	48	35

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, Primer Nivel de Atención, 2020.

Es importante destacar que los resultados en las RIPSS no solo reflejan el notable descenso en los indicadores de control metabólico, sino que exponen algunas diferencias significativas en los indicadores que dependen de las pruebas de laboratorio. En el porcentaje de personas diabéticas con control glicémico óptimo, la mayor diferencia entre las redes fue de 15 puntos porcentuales (19 % - 34 %), mientras que en el indicador de control lipídico óptimo fue de 12 puntos (28 % - 40 %). Esta variabilidad no se presentó en el indicador de personas diabéticas con control óptimo de presión arterial, donde el rango fue apenas de cinco puntos porcentuales (46 %- 51 %).

A partir del análisis de sus determinantes, es muy probable que la variabilidad en los resultados del indicador de control óptimo glicémico en las RIPSS indique algún nivel de inequidad en el acceso a los servicios de laboratorio en momentos de la pandemia.

Muchos factores pueden concurrir para explicar este comportamiento desigual, en medio de múltiples retos operativos y la reformulación de procedimientos asistenciales. En primer lugar, la oferta de servicios depende de los recursos y la capacidad instalada de cada unidad

prestadora. Algunas áreas de salud no cuentan con un servicio propio de laboratorio, lo cual condiciona limitaciones adicionales a las previstas. Por otro lado, es probable que las unidades en zonas densamente pobladas hayan manejado más casos de COVID-19 y con ello, asumir mayores dificultades logísticas al aplicar los protocolos de seguridad. Asimismo, la implementación rigurosa de las instrucciones y lineamientos institucionales, que ayudan a proveer un acceso seguro a los servicios, inevitablemente se convierten en mecanismos que restringen la demanda.

Aunado a lo anterior, la búsqueda de atención en el 2020 fue claramente atenuada por un temor generalizado al contagio, ya que no se disponía de vacunas ni de otra protección confiable adicional al aislamiento. Este conjunto de factores, manifestados localmente y consignados en las actas de evaluación, varió en muchos sentidos la entrega de servicios en el primer nivel de atención y condicionó enormes diferencias en los resultados de las áreas de salud.

Monitoreo 2021: cobertura y control glicémico en el primer cuatrimestre

Al 30 de abril del 2021 se habían atendido 205 198 personas diabéticas, una cantidad equivalente al 84 % de las personas diabéticas vistas en el 2020. Durante ese mismo cuatrimestre, la cobertura alcanzada en el 2020 fue de 75 %. Estos resultados iniciales del 2021 muestran un fuerte impulso de la cobertura, que podría explicarse por la importante contribución de las consultas no convencionales, que han facilitado el contacto acelerado con las personas tributarias del programa desde el inicio del año. Por el contrario, al cierre del primer cuatrimestre del 2020 esta modalidad aún estaba empezando a aplicarse.

De igual forma, considerando la población blanco del 2021, el número de atenciones alcanzado al 30 de abril permite estimar una cobertura parcial del 37 %. Sin embargo, no debe interpretarse que la atención anticipada de una gran cantidad de usuarios supone una ganancia final en la cobertura institucional. La evolución histórica de las coberturas sugiere que la proporción de personas diabéticas que utiliza los servicios institucionales es relativamente constante. De este modo, es previsible un crecimiento muy lento en la cobertura durante el resto del año, dado que faltaría por cubrir una cantidad progresivamente menor de personas y que además presenta menos facilidades para su contacto a distancia.

Por otro lado, fueron obtenidas y procesadas las pruebas de A1c del primer cuatrimestre del 2021 en el 90 % de las áreas de salud, lo que revela algunas tendencias importantes en el comportamiento de este indicador. A pesar de que este período inicia favorablemente con un aumento en la proporción de personas diabéticas con un resultado de A1c (60 %, en comparación con el 48 % del segundo semestre de 2020), el porcentaje de ellas que logra un nivel óptimo fue de solo 26,4 %, lo cual no refleja ninguna mejoría.

Por definición del indicador, las personas que no disponen de la prueba de laboratorio en el segundo semestre se incluyen en la fracción que no alcanza el control óptimo. Antes de la pandemia, alrededor de la mitad (49 % en el bienio 2018-2019) de las personas que disponía

de un resultado de A1c, realizado en cualquier momento del año, lograba un valor inferior a 7 %. Esta relación, que se ha mantenido estable y que había sido utilizada en años anteriores para proyectar resultados con una aceptable precisión, experimenta un cambio relevante en el 2021: el 44 % de las personas con pruebas válidas en el primer semestre logró el nivel óptimo.

Esta variación, cuantificada por primera vez en este informe, sugiere un deterioro del nivel glicémico relacionado con aspectos claves del autocuidado (adherencia terapéutica y estilos de vida saludables) y que con el paso del tiempo podría evidenciar las consecuencias de la atención no convencional y el valor del contacto personal en el seguimiento de este programa de atención.

Recomendaciones en el contexto de la pandemia

Las enseñanzas acumuladas durante la emergencia nacional ocasionada por la pandemia de COVID-19 han logrado orientar mejor los recursos institucionales, en búsqueda de una atención más efectiva, oportuna y segura. Un punto de inflexión en la prestación de servicios a la población vulnerable es el avance en la inmunización contra el SARS-CoV-2.

El proceso de vacunación ofrece condiciones más favorables para retomar de manera regular la atención presencial de las personas diabéticas y la periodicidad de su monitoreo. A la vez, debe aprovecharse cada contacto para fortalecer las bases del autocuidado, de forma tal que se revierta el deterioro glicémico acumulado en muchos meses de incertidumbre.

Sin embargo, se debe tener presente que la amenaza de la pandemia está aún vigente y que todavía exige la principal atención de las unidades prestadoras y las mismas precauciones de la población. En este contexto, es probable que los pasos que encaminen hacia una recuperación definitiva demoren más de lo deseado.

Referencias bibliográficas

- American Diabetes Association. (2020). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl.1), S1-S2. <https://doi.org/10.2337/dc20-SINT>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares*. EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Tercera encuesta* [manuscrito no publicado]. Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS.
- Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S. y Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 14(5), 965–967. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>
- Federación Internacional de Diabetes. (2019). *Atlas de la diabetes de la FID*. 9 ed. Recuperado de <https://diabetesatlas.org/es/sections/worldwide-toll-of-diabetes.html>

International Diabetes Federation. (2020). *IDF Diabetes atlas*. 9 ed. Recuperado de <https://www.diabetesatlas.org/en/>

Muniyappa, R. y S. Gubbi. (2020). COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 318(5), E736-E741. <https://doi: 10.1152/ajpendo.00124.2020>.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Realising the potential of primary health care*. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a92adee4-en/index.html?itemId=/content/publication/a92adee4-en>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report>

Singh, A., Gupta, R., Ghosh, A. y Misra, A. (2020). Diabetes in COVID-19: Prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 14(4), 303-310. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.004>.

Autoría

Realizado por:

José María Molina Granados

Colaboradores:

Equipo Técnico de Áreas de Salud, Equipo de Estadística e Información, DCSS.

Revisado por:

Alexander Barrantes Arroyo

Miriam León Solís

Aprobado por:

Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

8. Disminución abrupta en la realización de la citología vaginal a consecuencia de la COVID-19

El cáncer cervicouterino (cáncer de cérvix o cáncer del cuello uterino) se produce en las células del cuello uterino, la parte inferior del útero que se conecta con la vagina. Su origen es multicausal; sin embargo, se relaciona en muchas ocasiones con algunos tipos de virus del papiloma humano (VPH). Los cambios que se producen en las células del cuello uterino son lentos y en etapas tempranas no producen signos ni síntomas (sangrado vaginal después de las relaciones sexuales, flujo vaginal que puede tener mal olor, dolor pélvico, entre otros) (Mayo Clinic, 2021).

Según la OMS, el cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y curable si se detecta tempranamente y se maneja de forma efectiva. A pesar de ello, en la actualidad este constituye el cuarto cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial y el tipo de cáncer más común en las mujeres con VIH, quienes tienen hasta seis veces más probabilidad de desarrollar cáncer (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En el 2018 esta enfermedad causó la muerte de más de 300 000 mujeres en el mundo, y si no se adoptan otras medidas, se prevé que la cifra anual de casos nuevos aumente de 570 000 a 700 000 entre el 2018 y el 2030, y que la cifra anual de muertes aumente de 311 000 a 400 000 (World Health Organization, 2020).

La incidencia de este cáncer es casi el doble en los países con ingresos bajos y medianos, y sus tasas de mortalidad son tres veces superiores a las de los países con ingresos altos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En la región de las Américas, más de 72 000 mujeres son diagnosticadas con cáncer cervicouterino y 34 000 pierden la vida por esta enfermedad cada año; siendo esta una de las principales causas de muerte por cáncer en las mujeres de 23 países de la región. Por otro lado, se estima que en América Latina y el Caribe las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino son tres veces superiores a las de América del Norte (OMS, 2020).

Para eliminar el cáncer de cuello uterino, todos los países deben alcanzar (y mantener) una incidencia inferior a cuatro casos por cada 100 000 mujeres/año. Partiendo de esa premisa, en setiembre del 2018 los ministros de salud de la región diseñaron un plan alineado con la “Estrategia mundial de la OMS para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino”, publicada el 21 de noviembre del 2020, con el objetivo de reducir en un tercio los nuevos casos y las muertes por esta enfermedad para el año 2030 (OMS, 2020).

Esta estrategia se basa en tres pilares fundamentales: la vacunación, la detección y el tratamiento. La aplicación exitosa de los tres podría llevar a una reducción de más del 40 % de

los nuevos casos de cáncer de cuello cervicouterino y evitar cinco millones de muertes relacionadas con esta enfermedad para el año 2050.

Considerando lo anterior, se plantearon las siguientes metas:

- **90 %** de las niñas totalmente vacunadas con la vacuna contra el virus del papiloma humano antes de cumplir los 15 años.
- **70 %** de las mujeres examinadas antes de los 35 y nuevamente antes de los 45 años mediante una prueba de alta precisión.
- **90 %** de las mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino recibiendo tratamiento (90 % de las mujeres con lesiones precancerosas y 90 % de las mujeres con cáncer invasivo).

Acciones realizadas en Costa Rica en relación con los tres pilares de la estrategia

Vacunación

En el primer nivel de atención en salud de la CCSS se está vacunando a las niñas de 10 años (la OMS recomienda de los 9 a los 14 años). Para el 2020 se logró una cobertura del 85 % para la primera dosis (30 415 niñas) y del 75 % para la segunda dosis (26 793 niñas), siendo inferior al 95 % de niñas con dos dosis alcanzado en el 2019 (Agencia Informativa Latinoamericana, 2021).

Detección temprana

Las guías de la sociedad americana contra el cáncer establecen que las pruebas de detección deben comenzarse a partir de los 25 años y hasta los 65 años. También indican que debe hacerse una prueba primaria del virus del papiloma humano (VPH) cada cinco años, pero que si no se dispone de esta se puede realizar solo la prueba de citología vaginal (prueba de Papanicolaou) cada tres años. Por otra parte, establecen que las personas mayores de 65 años que se hayan sometido a pruebas de detección de forma rutinaria en los últimos 10 años con resultados normales, no deberán hacérselas más. Dicho esto, en el primer nivel de atención se está realizando como prueba de tamizaje para cáncer de cérvix la toma de citología vaginal a toda mujer una vez iniciada su vida sexual.

Para el año 2020 se realizaron en total 132 412 citologías en mujeres de 20 a 64 años (55 % menos que en el 2019 y 53 % menos que en el 2018) (Anexo 8.1).

Por otra parte, cabe mencionar que para la EPSS se propusieron las siguientes metas de cobertura bial a alcanzar al 2023:

- 34 % para el grupo de 20 a 34 años.
- 45 % para el grupo de 35 años a 64 años.

Sin embargo, los resultados de cobertura institucional bienal 2019-2020 muestran que todavía no se han alcanzado esas metas; además, se observa una disminución de seis y ocho puntos porcentuales, respectivamente, en relación con el resultado 2018-2019.

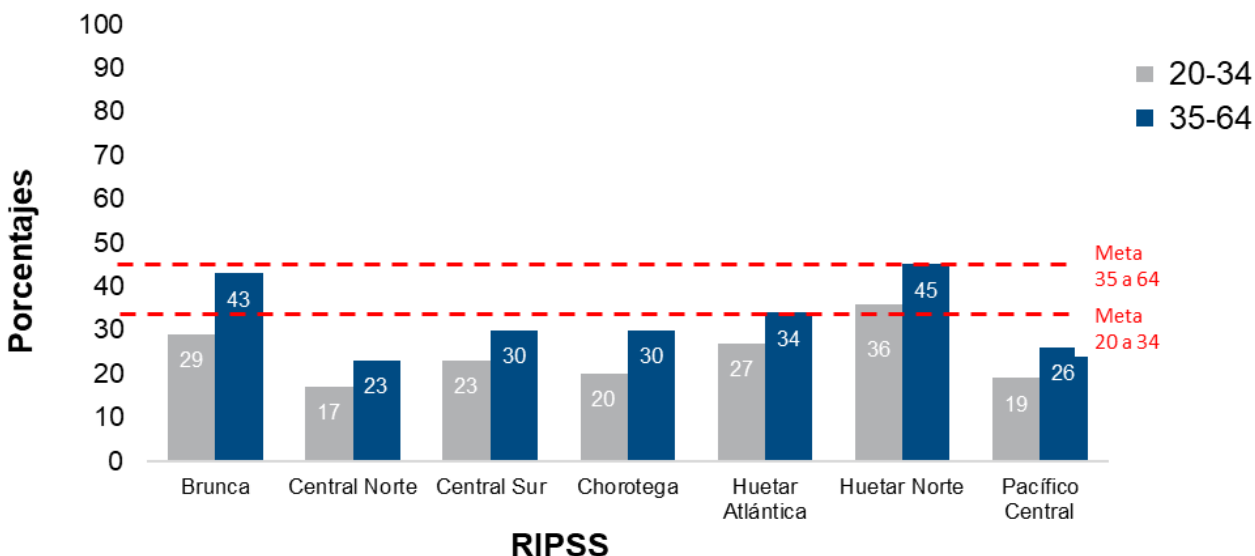
Grupo de edad (años)	2018-2019	2019-2020
20-34	28	22
35-64	38	30
20-64	34	27

A nivel de Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), solo la Huetar Norte alcanzó ambas metas (36 % y 45 %, respectivamente), mientras que la Central Norte presentó los resultados más alejados (Gráfico 8.1).

Gráfico 8.1

CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino por grupo de edad según RIPSS, 2019-2020

(Porcentajes)



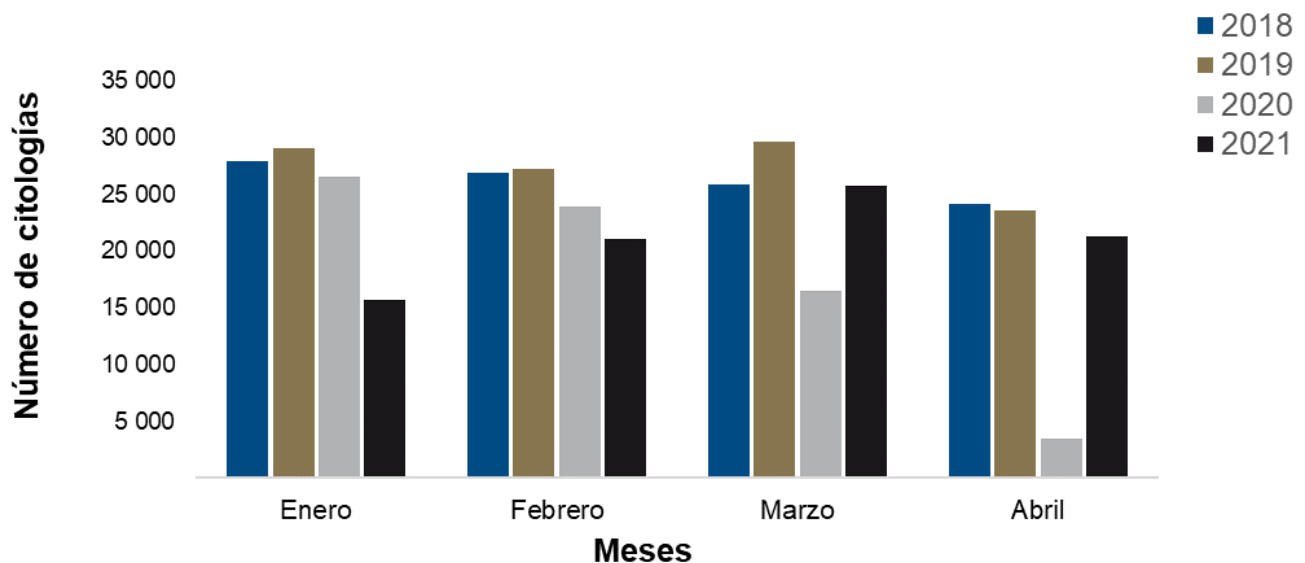
Fuente. DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

A nivel de áreas de salud, las que presentan los resultados de cobertura más bajos son Grecia¹, Liberia y San Ramón para el grupo de 20 a 34 años, y Alajuela Sur y Santo Domingo para el grupo de 35 a 64 años.

En lo que respecta al año 2021, de enero a abril se realizaron en total 83 825 citologías vaginales, evidenciando una disminución con respecto al mismo periodo del año anterior, por lo que de seguir este patrón la cobertura 2020-2021 será más baja, producto de la pandemia y las medidas sanitarias tomadas (Gráfico 8.2).

Gráfico 8.2

CCSS: Cantidad de citologías vaginales realizadas en el primer nivel de atención por mes, 2018-2021



Fuente. DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

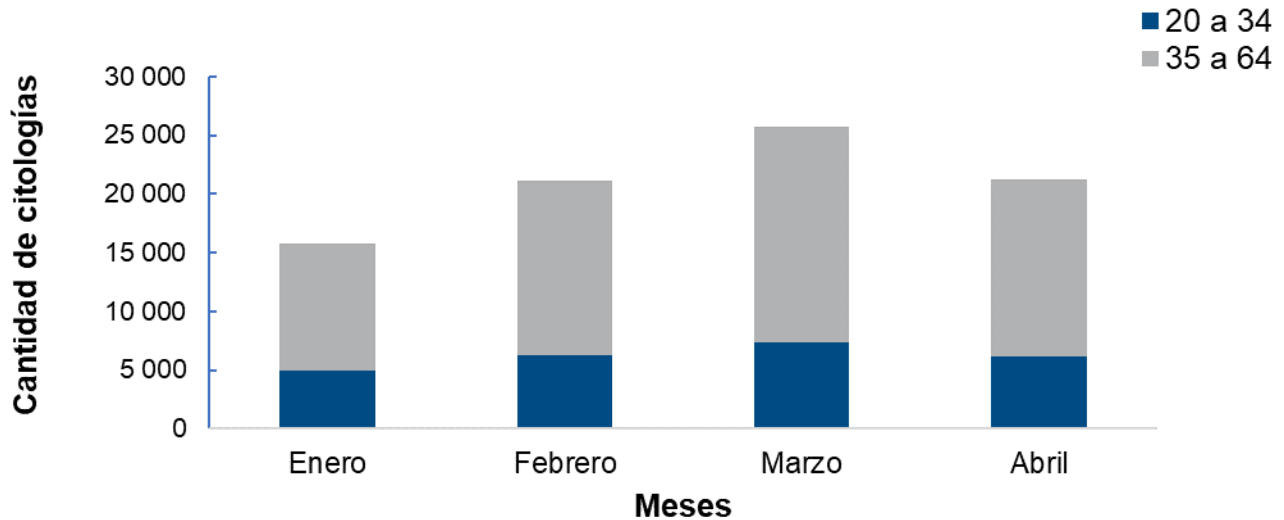
En el gráfico 8.3 se evidencia que la cantidad de citologías realizadas en los últimos meses ha venido en aumento; aunque en el mes de abril se dio una pequeña reducción.

En general, la población que ha presentado mayor limitación para acceder a la realización de su citología vaginal ha sido la del grupo de 20 a 34 años.

¹ Grecia presenta los resultados más bajos en ambos grupos de edad.

Gráfico 8.3

CCSS: Cantidad de citologías vaginales realizadas en el primer nivel de atención por mes según grupo de edad, 2021



Fuente. DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Tratamiento

En el caso de las mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino que reciben tratamiento en la CCSS, durante varios años se evaluaron indicadores referentes a colposcopia y manejo terapéutico de las pacientes.

Sin embargo, actualmente existen falencias institucionales que limitan conocer la magnitud de los casos referidos por patología cervical uterina, los procedimientos realizados y el abordaje de todas las pacientes.

Dentro de esas limitaciones se encuentran las siguientes:

- Ausencia de la referencia en el SIES.
- Ausencia del diagnóstico de referencia en el reporte del SIAC.
- Ausencia de las ampliaciones de los códigos diagnósticos CIE-10 en el SIES, Solicitud de referencia y Cubo consulta externa, según lo estipulado en los oficios GM-MDA-3742-2019 y GM-MDA-13556-2019.
- Evaluación realizada de forma retrospectiva; es decir, se parte del diagnóstico de la consulta externa médica especializada, sin conocerse la cantidad de mujeres referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa.

- Ausencia de énfasis en la especialidad, por lo que la atención no se realiza de forma estandarizada.
- Imposibilidad para obtener la información cuando se hace algún tipo de biopsia, por ejemplo, fecha de recepción en patología, fecha de reporte, entre otros.
- Imposibilidad para obtener del cubo de consulta externa la información de la totalidad de los centros que realizan colposcopia.

Por otra parte, con la pandemia de COVID-19 se han presentado algunas situaciones que dificultan las acciones de prevención del cáncer cervicouterino efectuadas por la institución, entre las que cabe mencionar:

1. El desempleo creciente ha reducido el aseguramiento y los aportes a la seguridad social, ya sea por insolvencia económica o por el paso de las personas al trabajo informal, lo que disminuye el acceso a la realización del PAP.
2. El cierre de las escuelas en determinado momento conllevó a la interrupción de los programas de vacunación (según entrevista realizada por la Agencia Informativa Latinoamericana a la Dra. Leandra Abarca, de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la CCSS).
3. La suspensión de consultas y procedimientos, ante el riesgo de contagio, produjo una disminución en los procesos de detección y tratamiento.
4. La readecuación de los medios de transporte trajo consigo nuevos impedimentos para que las mujeres de zonas rurales viajen a los centros de atención para el tamizaje y tratamiento de lesiones cervicouterinas.
5. La especialización de los métodos de abordaje posteriores a los resultados de citologías alteradas y que estos sean brindados en centros de mayor complejidad incrementa la posibilidad de que existan listas de espera y falta de oportunidad en la atención de las lesiones detectadas.

Recomendaciones generales

Algunas recomendaciones a considerar por parte de los tomadores de decisión son las siguientes:

1. Se dispone de vacunas profilácticas seguras y eficaces frente a los tipos oncogénicos de VPH 16 y 18, que permiten la prevención primaria de aproximadamente un 70 % de los casos de cáncer cervicouterino causados por estos tipos, por lo que debería extenderse la edad de aplicación, de 9 a 14 años, como aconseja la OMS (esto es amparado por la Sala Constitucional en sus sentencias 2019-18444 y 2019-20538).

2. La evidencia científica a favor de las nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cervicouterino es clara y está bien establecida, y destaca por requerir menos recursos para el control de la calidad y la capacitación. Esto reduce el tiempo de espera para la primera visita y el control y, por ende, conlleva un menor riesgo de pérdida de las citas de seguimiento.
3. Para el tamizaje del cáncer cervicouterino los abordajes como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y el test de DNA del VPH son efectivos y factibles, especialmente cuando se acompañan del tratamiento para las lesiones precancerosas (estrategia de "ver y tratar"), por lo que podrían implementarse en el primer nivel de atención (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).
4. Existen diversas iniciativas de capacitación que podrían aprovecharse en el primer nivel de atención, entre ellas:
 - “El Proyecto ECHO (Extension for Community Health Outcomes) Latinoamérica (ELA)”, que forma parte del Plan Regional de Acción de la OPS (ver sitio web <https://www.mdanderson.org/education-training/global-outreach/project-echo.html>).
 - La Iniciativa Global de Eliminación del Cáncer Cervicouterino para desarrollar e implementar los Planes de prevención primaria (vacunación), detección y control, cuya meta es ayudar a los diferentes países a alcanzar las metas 90-70-90 ya comentadas.

Referencias bibliográficas

- Agencia Informativa Latinoamericana. (2021). *Alta cobertura de vacunación contra papiloma humano en Costa Rica*. Recuperado de <https://www.prensa-latina.cu/index.php/component/content/?o=rn&id=429766&SEO=alta-cobertura-de-vacunacion-contrapapiloma-humano-en-costa-rica>.
- Mayo Clinic. (2021). *Cáncer de cuello uterino*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-20352501>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030*.
Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-acelerar-eliminacion-cancer-cuello-uterino-como-problema-mundial>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Por un futuro sin cáncer del cuello uterino: por primera vez el mundo se ha comprometido a eliminar un cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/17-11-2020-a-cervical-cancer-free-future-first-ever-global-commitment-to-eliminate-a-cancer>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Cáncer cervicouterino*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>

World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.

Anexo 8.1

CCSS: Citologías realizadas a mujeres entre los 20 y 64 años de edad, en el primer nivel de atención, 2018-2020².

Área de Salud	AÑO		
	2018	2019	2020
Pérez Zeledón	7 756	9 564	5 713
Pavas	6 650	5 978	3 802
Turrialba-Jiménez	5 570	5 708	3 414
Coronado	7 125	5 713	3 148
Escazú	4 055	4 886	2 722
Siquirres	4 278	4 644	2 699
Guápiles	5 704	5 616	2 546
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	3 796	4 136	2 463
Desamparados 2	5 728	4 736	2 459
Buenos Aires	3 255	3 074	2 439
El Guarco	4 354	4 769	2 366
Santa Ana	2 955	3 556	2 347
Hatillo	4 040	4 088	2 098
Golfito	3 105	3 543	2 042
La Unión	2 556	2 337	1 978
Desamparados 1	2 565	2 916	1 891
Aguas Zarcas	3 530	3 373	1 869
Corredores	2 752	3 698	1 865
Zapote-Catedral	2 911	2 897	1 805
Santa Rosa	2 293	2 523	1 791
Alajuela Norte	2 961	3 860	1 774
Puriscal-Turrubares	3 133	2 938	1 723
Desamparados 3	3 873	4 240	1 671
Alajuelita	4 026	3 871	1 662
Moravia	2 996	3 061	1 643
Mata Redonda-Hospital	2 455	2 460	1 630
Los Santos	2 395	2 597	1 586
Cariari	4 345	4 151	1 569
Limón	4 706	4 424	1 551
Acosta	2 045	2 083	1 531
Talamanca	2 537	2 940	1 524
La Fortuna	2 095	2 533	1 509
Florencia	2 967	3 024	1 453

² Los datos citados para efectos de la comparación interanual se calcularon para este informe con una metodología diferente a la utilizada en el 2018 y 2019, por lo que pueden no corresponder fielmente a los esbozados en informes anteriores.

Área de Salud	AÑO		
	2018	2019	2020
Alajuela Oeste	3 459	3 256	1 397
Concepción-San Juan-San Diego 2	3 173	3 113	1 375
San Ramón	3 112	3 558	1 372
Paraíso-Cervantes	3 570	3 331	1 345
Guácimo	3 096	3 072	1 344
Los Chiles	1 977	2 370	1 339
Corralillo	1 565	1 425	1 323
Goicoechea 2	2 580	2 853	1 297
Heredia-Cubujuquí	3 998	4 568	1 283
San Francisco-San Antonio	2 029	2 026	1 266
Santo Domingo	1 374	764	1 259
Osa	3 221	2 854	1 257
Aserrí	4 504	4 412	1 243
Upala	2 945	3 476	1 238
San Rafael de Heredia	2 599	2 764	1 231
Cartago	5 425	5 949	1 228
Carrillo	1 202	2 118	1 225
Alajuela Central	2 336	2 858	1 188
Nicoya	3 043	3 466	1 188
Matina	2 518	2 701	1 149
Coto Brus	3 814	3 750	1 115
Mora-Palmichal	2 496	2 499	1 095
Barva	3 207	3 430	1 068
Heredia-Virilla	3 231	3 468	1 068
Cañas	2 124	2 870	1 055
Alajuela Sur	3 380	3 521	1 035
Tibás	3 530	3 252	1 033
Barranca	2 910	2 331	1 023
Liberia	2 709	2 606	1 008
Belén-Flores	2 040	2 668	1 007
Grecia	2 377	2 226	1 006
Ciudad Quesada	4 203	4 753	1 004
Santa Cruz	1 990	3 002	997
La Carpio-León XIII	1 994	2 132	964
Guatuso	1 447	1 344	944
Curridabat 2	4 639	4 200	905
Pital	2 293	2 311	900
Santa Bárbara	1 886	2 081	855
Naranjo	3 164	2 931	786
Horquetas-Río Frío	948	1 199	734
Bagaces	965	1 210	730
San Pablo	1 779	1 624	694

Área de Salud	AÑO		
	2018	2019	2020
San Sebastián-Paso Ancho	1 797	1 926	693
Tilarán	1 105	1 860	636
Carmen-Montes de Oca	5 193	4 318	604
Tibás-Uruca-Merced	2 136	2 554	604
Valle la Estrella	1 061	1 030	590
Poás	1 360	1 510	585
Valverde Vega	1 432	1 329	580
Chacarita	1 340	1 371	571
Orotina-San Mateo	1 481	1 824	560
Montes de Oro	750	754	559
Goicoechea 1	2 230	2 188	558
Alfaro Ruiz	1 154	1 136	513
Esparza	1 810	1 508	512
Palmares	1 845	2 244	510
Atenas	1 522	1 302	490
Quepos	1 398	1 478	490
Abangares	897	1 028	468
Puerto Viejo	1 968	2 905	437
Garabito	738	1 232	436
San Rafael de Puntarenas	1 121	1 227	403
Chomes-Monteverde	1 015	1 322	399
La Cruz	1 008	877	384
San Isidro	1 298	1 604	376
Parrita	1 234	1 343	363
Nandayure	781	1 218	323
Jicaral-Islas	2	716	296
Hojancha	358	448	197
Colorado	242	362	167
Cóbano	3	351	140
Paquera	1 636	446	105
Total general	280 279	293 690	132 412

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud.

Autoría

Realizado por:

Dr. Paúl Ernesto Araya Vega

Colaboradores:

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Msc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

9. Cobertura bienal de detección del cáncer de mama: segunda medición para línea base

Panorama

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), “El cáncer de mama es la forma de cáncer más prevalente en mujeres en todo el mundo, con alrededor de 2,1 millones de casos nuevos diagnosticados en 2018” (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2020). Gracias a su diagnóstico temprano, la tasa de supervivencia para este cáncer en los países miembros ha mejorado en los últimos años.

En Costa Rica, el cáncer de mama en mujeres representa el primer lugar de mortalidad y su incidencia va en aumento (Ministerio de Salud, 2012). A pesar de lo anterior, la tasa de supervivencia a cinco años es de un 87 %, ocupando así el primer lugar entre los países de Latinoamérica incluidos en un estudio realizado por la OCDE y el Banco Mundial (OCDE y Grupo Banco Mundial, 2020).

Considerando la importancia de este tema, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) definió una estrategia, que consiste en realizar una mamografía cada dos años; esto independientemente de los factores de riesgo que tengan las mujeres (Ministerio de Salud, 2012). No obstante, la población blanco de este indicador son las mujeres de 45 a menos de 70 años del I nivel de salud de la CCSS, siendo la fórmula utilizada para obtener los resultados de esta evaluación:

$$\frac{\text{Número de mujeres de 45 a menos de 70 años con mamografía realizada en los últimos 2 años}}{\text{Número de mujeres de 45 a menos de 70 años de la pirámide poblacional correspondiente}} \times 100$$

Metodología aplicada

Al igual que la evaluación del 2019, la información se extrajo del cubo de procedimientos del EDUS y de los listados manuales de 19 centros que todavía no logran incorporar por completo esta información en el sistema institucional.

En el caso de los datos extraídos del cubo de procedimientos, se incorporaron los filtros por sexo (femenino), edad (45-69 años), procedimiento (mamografía) y año (2019-2020); este último cambia respecto al año anterior, debido a que el indicador toma los datos del año de la evaluación y el año anterior.

En cuanto a los listados manuales solicitados, se especificó que estos incorporaran las mamografías realizadas a las mujeres durante los años 2019-2020. Una vez recopilada esta información, se eliminaron los duplicados para obtener la primera mamografía de cada persona.

Como último paso de este proceso, se unieron ambos listados y se depuraron para así contabilizar solo los casos de primera vez en la institución.

Cabe mencionar que en la evaluación del año 2020 se pudo extraer por área de salud (AS) de adscripción la mayoría de las pacientes (99,94 %) al corte de enero de 2021, lo que permitió acercarse más a la línea base que el indicador solicita. Sin embargo, se encontró dificultad en el 0,06 % de la población evaluada, debido a que tienen como AS de adscripción algún hospital general u hospital especializado o porque no se encontraron datos en el EDUS, por lo cual se eliminaron de la población.

Por otra parte, durante el proceso de depuración se identificaron 45 casos con fecha de defunción previo a la fecha de realización de la mamografía. Esto alerta que la calidad de los listados en el nivel local debe mejorarse y valorar la implementación de un proceso que valide el adecuado registro de datos.

En general, a nivel de los centros que realizaron las mamografías se obtuvo registros de 10 AS y 21 hospitales, listados a continuación:

- Áreas de salud: Cañas, Coronado, Goicochea 2, Hatillo, La Unión, Puriscal-Turrubares, San Rafael de Puntarenas, Santo Domingo, Siquirres, Tibás-Uruca-Merced y Zapote-Catedral.
- Hospitales: Carlos Luis Valverde Vega, Ciudad Neily, Guápiles, La Anexión, HOMACE, Osa, San Carlos, Enrique Baltodano Briceño, Fernando Escalante Pradilla, Max Terán Valls, Maximiliano Peralta Jiménez, México, Nacional de Geriatria y Gerontología, Rafael Ángel Calderón Guardia, San Francisco de Asís, San Juan de Dios, San Rafael, San Vicente de Paúl, Tony Facio Castro, Víctor Manuel Sanabria Martínez y William Allen Taylor.

Resultados obtenidos

En el bienio 2019-2020 se realizó mamografía a 186 656 mujeres para tamizaje de cáncer de mama. En la figura 9.1 se observa la distribución de las mamografías efectuadas por Redes Integradas de Servicios de Salud (RIPSS) de adscripción. En esta se hace evidente que las RIPSS Central Sur y Central Norte tienen más del doble de mamografías que las cinco restantes.

En el gráfico 9.1 se puede observar que en seis de las siete RIPSS se disminuyó la cantidad de mamografías para tamizaje y que solo en la Huetar Atlántica aumentó.

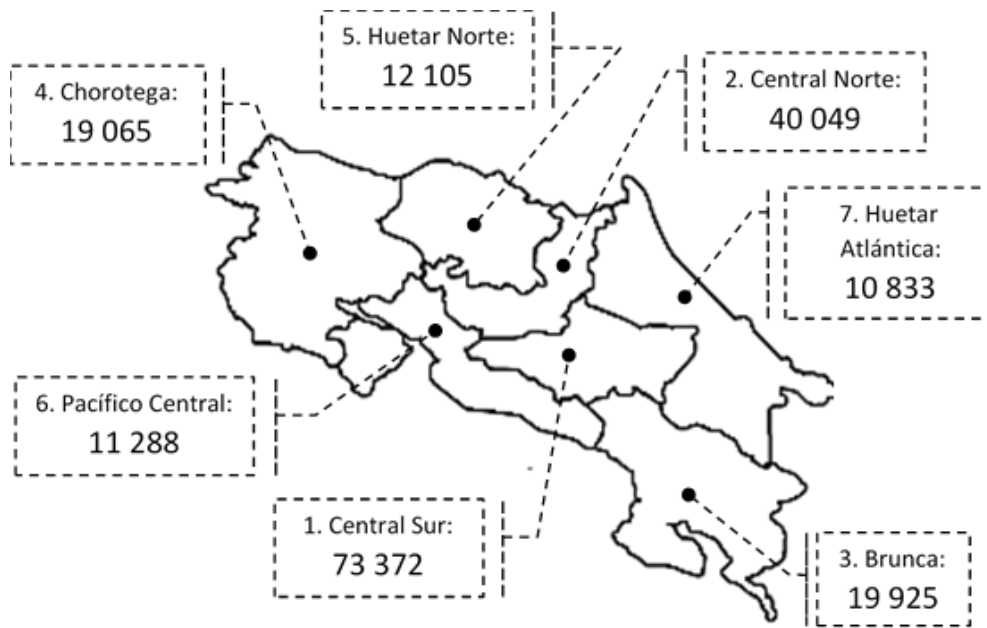
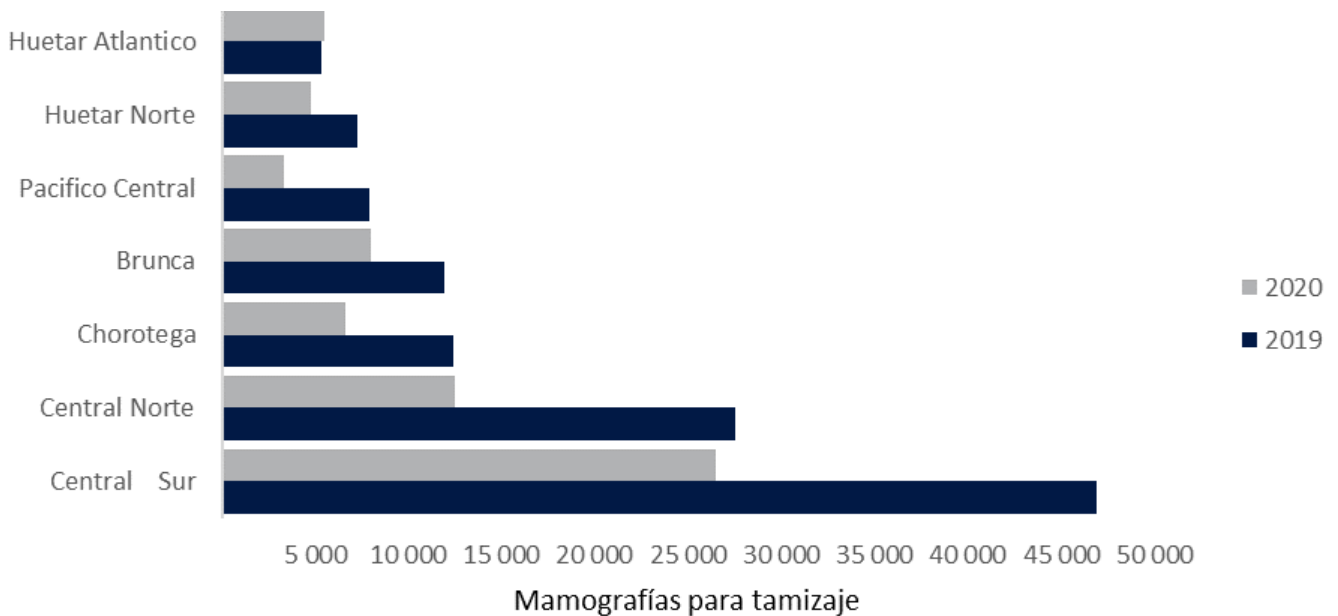


Figura 9.1
CCSS: Número de mujeres con mamografía realizada según RIPSS, 2019-2020.

Gráfico 9.1
CCSS: Cantidad de mamografías para tamizaje realizadas a mujeres de 45 a 69 años, según RIPSS de adscripción durante el bienio 2019-2020



Fuente: DCSS, CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2020.

Por otro lado, cabe mencionar que a nivel institucional la cantidad de mujeres tamizadas sufrió una disminución de 43 % entre los años 2019 (119 403) y 2020 (67 253). Esto pudo originarse por los lineamientos emanados desde el Ministerio de Salud de Costa Rica en el contexto de la pandemia y que la CCSS tuvo que acatar.

Cobertura

Para el cálculo de la cobertura se relaciona la cantidad de mujeres con mamografía realizada para tamizaje con la población proyectada. De acuerdo con la información recopilada, en el bienio 2019-2020 se les realizó mamografía a 186 656 mujeres para tamizaje de cáncer de mama. Para ese periodo, la población proyectada a nivel institucional fue de 639 038 mujeres con edades entre 45 y 69 años; con lo cual se obtiene como resultado una cobertura del 29 %, dos puntos porcentuales menos respecto al resultado de la evaluación del año 2019.

La figura 9.2 muestra que las RIPSS Brunca y Huetar Norte son las de mayor cobertura, mientras que la Central Norte y la Huetar Atlántica son las de menor cobertura. Esta última asocia también la menor cantidad de mujeres con mamografía para tamizaje, pero es la única que la aumenta en el 2020 (3 %).

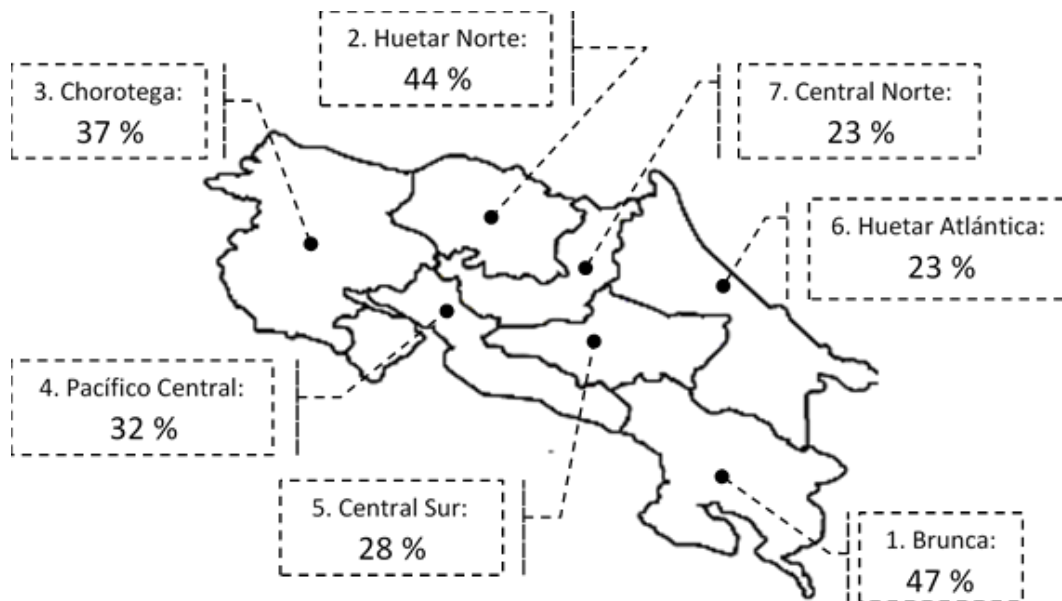


Figura 9.2
CCSS: Porcentaje de mujeres con mamografía realizada según RIPSS, 2019-2020.

A nivel de las AS, 60 de las 105 tienen resultados iguales o mayores al institucional (29 %). Como información destacada, se observó que todas las AS de las RIPSS Brunca y Chorotega se encuentran en este grupo (Anexo 9.1).

El grupo con resultado inferior al valor institucional se analizó desde dos puntos de vista: el primero, corresponde a las que tuvieron una cobertura inferior al 10 % (corte arbitrario) y el segundo, a las que tuvieron una cobertura inferior al 29 % institucional y que además disminuyeron más de un 45 % la cantidad de mujeres con mamografía para tamizaje entre 2019 y 2020.

El primer grupo está integrado por ocho AS: Alajuela Norte Dr. Marcial Rodríguez, Naranjo, Valverde Vega, Horquetas-Río Frío, Desamparados 1, Desamparados 2 (Coopesalud), Desamparados 3 y Puerto Viejo Sarapiquí; seis de estas, además, disminuyeron la cantidad de mujeres con mamografía para tamizaje. Por lo anterior, en todo este primer grupo deberían desarrollarse proyectos de sensibilización a la población sobre la importancia de la realización de mamografía para prevenir el cáncer de mama.

El segundo grupo impresiona ser el que más se impactó por la pandemia en lo que respecta a la cantidad de mujeres con mamografía para tamizaje realizada, y está integrado por las siguientes AS: Alajuela Oeste, Curridabat 2, Carmen-Montes de Oca, Alajuela Sur y Cartago. En relación con el 2019, estas disminuyeron entre 45 % y 98 % la cantidad de mujeres con mamografía realizada. Sin embargo, por la cantidad de mujeres con mamografía para tamizaje en el 2019, se infiere que pueden aumentar su cobertura una vez que los lineamientos actuales sean levantados.

Conclusiones

El resultado de la evaluación 2020 en el tema de cobertura de tamizaje para cáncer de mama por mamografía en las mujeres de 45 a menos de 70 años, se obtuvo con los parámetros definidos en la ficha técnica. Esta es la primera medida del indicador que se acerca a la definición de línea base para esta intervención en salud; sin embargo, el resultado 2020-2021 podría verse afectado por los lineamientos actuales y subsecuentes que tenga que acatar la CCSS producto de la pandemia de COVID-19.

En general, los resultados obtenidos en su mayoría son los esperados, debido a las instrucciones emitidas por el gobierno de evitar al máximo posible las consultas presenciales y dirigir las a consultas por medios alternativos; que en el caso de procedimientos médicos son imposibles de realizar por esta última modalidad de atención, por lo que existirá siempre afectación de los indicadores que se basan en procedimientos presenciales.

Por otra parte, se encontraron problemas de registro (ejemplo: pacientes que se encontraban fallecidas cuando se les reportó la realización de la mamografía) que deben ser motivo de revisión de los procesos realizados antes del procedimiento por parte de los centros, ya que esto implica pérdida de información importante para la salud de las personas.

Referencias bibliográficas

- American Cancer Society. (2021). *Pruebas de detección y detección temprana del cáncer de seno*. Recuperado el 25 de mayo de 2021, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
- Ministerio de Salud. (2012). *Plan nacional para la prevención y control del cáncer 2011-2017*. Recuperado de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/DM_plan_nacional_para_la_preencion_y_control_del_cancer.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). *Panorama de la salud 2019*. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Grupo Banco Mundial. (2020). *Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe, 2020*. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.pdf?expires=1628615944&id=id&accname=guest&checksum=E2FAE30C0C862AB967C31049FD6EC29B>: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

Anexo 1.9

CCSS: Cobertura de tamizaje por cáncer de mama en mujeres de 45 a 69 años por medio mamografía, por área de salud de adscripción, bienio 2019-2020.

(porcentaje)

Área de salud	Mujeres con mamografía	Población proyectada	Cobertura (porcentaje)
Ciudad Quesada	3482	5704	61
Osa	2018	3514	57
Acosta	1594	2818	57
Coronado	8602	15532	55
Florencia	1497	2856	52
Coto Brus	2443	4678	52
Nandayure	576	1157	50
Cañas	1908	3874	49
La Unión	2629	5359	49
Pérez Zeledón	9157	18764	49
Guatuso	934	1916	49
San Rafael de Puntarenas	703	1480	47
Mata Redonda-Hospital	2305	5093	45
Liberia	3924	8707	45
Puriscal-Turrubares	2528	5620	45
Golfito	2062	4649	44
Aguas Zarcas	2153	4913	44
Turrialba-Jiménez	5258	12297	43
Hatillo Dr. Solón Núñez	3822	8963	43
Bagaces	1062	2505	42
Corredores	2515	5959	42
La Fortuna	1307	3124	42
Santo Domingo	2360	5726	41
Hojancha	390	949	41
Mora-Palmichal	1866	4560	41
Alfaro Ruiz	826	2025	41
Abangares	698	1713	41
Tilarán	1094	2755	40
Paraíso-Cervantes	3476	8786	40
San Ramón	4744	12154	39
Colorado	212	549	39
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	2891	7533	38
Montes De Oro	777	2029	38
Buenos Aires	1735	4578	38

Área de salud	Mujeres con mamografía	Población proyectada	Cobertura (porcentaje)
Parrita	852	2291	37
Quepos	1253	3438	36
Palmares	2017	5647	36
Aserrí	3668	10303	36
El Guarco	2986	8567	35
Garabito	935	2705	35
Pital	1173	3406	34
Barranca Dr. Roberto Soto	1870	5704	33
Tibás (Coopesain) Integrada	2809	8575	33
Carrillo	1672	5116	33
Pavas (Coopesalud)	3987	12207	33
Santa Rosa	1023	3153	32
Tibás-Uruca-Merced	2603	8118	32
Escazú (Coopesana)	3365	10538	32
Corralillo - La Sierra	907	2841	32
San Isidro	1096	3436	32
Upala	1586	4978	32
Orotina-San Mateo	1290	4080	32
La Cruz	687	2192	31
Matina	1241	3964	31
Esparza	1518	4867	31
Jicaral Islas	558	1793	31
Siquirres	2010	6474	31
Nicoya	2220	7422	30
Santa Ana (Coopesana)	2522	8495	30
Santa Cruz	2481	8423	29
Chacarita Dr. Francisco Quintana	1024	3637	28
Barba (COOPESIBA)	1688	6038	28
La Carpio-León XIII (Asemeco)	1418	5075	28
Chomes-Monteverde	668	2443	27
Limón	2540	9769	26
Zapote-Catedral Dr. Carlos Duran	1499	5875	26
Cartago	4365	17516	25
Concepción-San Juan-San Diego 2	1931	7813	25
San Rafael De Heredia	1535	6232	25
Valle La Estrella	440	1851	24
Santa Bárbara	1321	5582	24
Alajuela Oeste	2700	11439	24

Área de salud	Mujeres con mamografía	Población proyectada	Cobertura (porcentaje)
San Sebastián-Paso Ancho (Asemeco)	1425	6120	23
San Pablo (Coopesiba)	970	4191	23
Heredia-Cubujuquí	2925	12839	23
Heredia-Virilla	1993	9011	22
Belén-Flores	1586	7254	22
Guácimo	1074	5029	21
Los Chiles	540	2597	21
San Francisco-San Antonio (Coopesana)	1173	5696	21
Alajuelita	2187	10877	20
Guápiles	1855	9277	20
Paquera	165	848	19
Alajuela Sur	2403	12511	19
Cóbano	233	1224	19
Poás	600	3282	18
Goicochea 2 Dr. Jiménez Núñez	1284	7796	16
Talamanca	523	3305	16
Cariari	1157	7450	16
Curridabat 2	1575	10528	15
Los Santos	702	4711	15
Moravia	1210	8134	15
Carmen-Montes de Oca	1557	10754	14
Atenas	581	4064	14
Alajuela Central	871	7381	12
Goicochea 1	597	5526	11
Grecia	1077	10301	10
Alajuela Norte Dr. Marcial Rodríguez	922	9773	9
Naranjo	487	5701	9
Valverde Vega	230	2806	8
Horquetas-Río Frío	178	3036	6
Desamparados 2 (Coopesalud)	676	11763	6
Desamparados 1 Dr. Marcial Fallas	435	7893	6
Desamparados 3	312	8171	4
Puerto Viejo-Sarapiquí	152	4344	3

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud.

Autoría

Realizado por:

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Colaboradores:

Dr. Paúl Ernesto Araya Vega

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Msc. Miriam León Solís

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre 2021

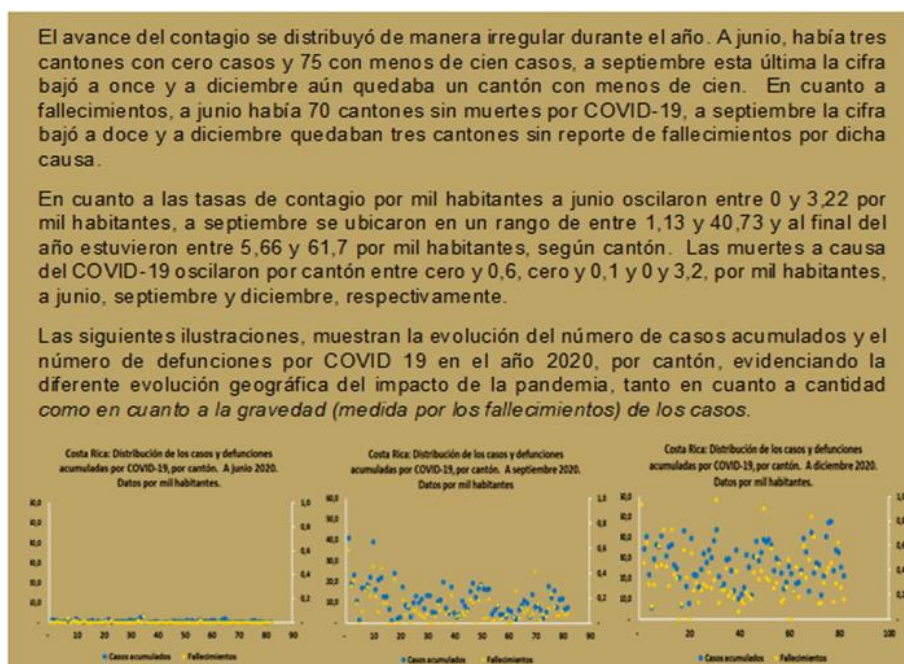
10. 2020: un año en que la productividad no logró reflejar la eficiencia

El año 2020 fue, sin lugar a duda, un año muy particular en casi todas las áreas de la vida humana, pero muy especialmente en la prestación de servicios de salud, barrera de contención de la pandemia.

En la CCSS, correspondió a los servicios resolver en el día a día, inventar y reinventar soluciones a los problemas más diversos, coordinar horizontal y verticalmente dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIPSS), así como con entes públicos y privados y con las comunidades, como nunca antes se había hecho. En la premura y en la riqueza de las acciones, la estandarización no encontró lugar: cada Red, cada unidad, con su estilo, sus recursos, sus posibilidades, enfrentando su particular situación.

Variaron las problemáticas enfrentadas y variaron también las respuestas desarrolladas. La pandemia no avanzó al mismo ritmo ni en la misma magnitud entre las áreas de salud, lo que permitió que se llevara a cabo un proceso de retroalimentación entre las unidades, que fue fortaleciendo la atención de la emergencia en todo el país, a lo largo del año.

Tanto la cantidad de casos como la gravedad de estos impactaron de manera desigual a las áreas. Mientras algunos cantones del país reportaban centenas y posteriormente miles de casos en el transcurso del año, otros llegaron a diciembre con unos pocos casos entre su población³ (Figura 10.1).



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud.

Figura 10.1
Casos y muertes por COVID-19, a lo largo del año 2020, por cantón

³ Se utilizan datos cantonales de distribución de casos como aproximación a la distribución por área de salud, por no disponer de estos datos.

Los efectos en la producción reportada fueron negativos y desiguales: el temor al contagio alejó a la población de los servicios de salud, mientras las atenciones por COVID-19 no compensaron la reducción de la demanda por otras causas.

Por otra parte, muchas de las acciones desarrolladas para enfrentar la emergencia en los servicios, así como el diseño de estas y las acciones de coordinación para implementarlas, no se vieron reflejadas de manera directa en las estadísticas de producción, aunque sí demandaron ingentes recursos en términos de horas de profesionales. La figura 10.2 contiene una lista de algunas de las acciones innovadoras, hallazgos positivos, obstáculos y temores a futuro reportadas por las áreas en el Instrumento de Evaluación de la Eficiencia 2020.

Las diferentes realidades vividas por cada área de salud, así como las respuestas desarrolladas a nivel de las unidades y de las RIPSS, agregaron un grado aún mayor de complejidad al proceso de comparación que requiere la evaluación de la eficiencia. La metodología participativa que se ha venido utilizando para contrarrestar los problemas de comparación, también topó con dificultades en el proceso de evaluación 2020, ya que cuando se recolectó la información, las unidades estaban abocadas al proceso de vacunación, por lo que la participación en el llenado del instrumento de recolección de información fue débil.

Los instrumentos, diseñados para cada indicador/grupo profesional, recibieron diferente grado de respuestas según las unidades y los grupos profesionales. A pesar de que el grado de respuesta fue en todos los casos menor que en años anteriores, las unidades que contestaron aportaron información importante para la evaluación.

El Instrumento incluyó un apartado de respuesta abierta, sobre el grado de afectación de la pandemia, en el que se sugirieron causas, como suspensión de actividades, respuesta de la población (reducción de la demanda, casas cerradas, etc.), actividades innovadoras surgidas en respuesta a la pandemia, entre otras. Aunque la idea inicial era utilizar tal información para ajustar los datos, fue poco lo que se pudo hacer en ese sentido, por la poca información cuantitativa que se aportó; sin embargo, la información aportada sin duda enriqueció el análisis de los datos.

La figura 10.2 resume la información aportada por las unidades en relación con la afectación de la pandemia en la gestión de los servicios.

ACCIONES INNOVADORAS Y HALLAZGOS POSITIVOS	OBSTÁCULOS ENCONTRADOS Y PREOCUPACIONES A FUTURO
A nivel de los servicios:	
Atención a distancia	Carencias tecnológicas
Consulta diferenciada de respiratorio y reorganización de servicios para su atención	Suspensión de proceso de georreferenciación (en algunos casos) - atraso en procesos que se venían desarrollando
Entrega de medicamentos a domicilio	Suspensión de campañas de prevención
Atenciones alternativas de promoción y prevención - llamadas, educación "en pasillos", etc.	Suspensión de charlas de esterilización
Nuevas acciones en la atención (control a distancia de casos en confinamiento, control uso de mascarillas, toma temperatura, etc.)	Suspensión consulta externa regular del servicio de odontología
Nuevas funciones, fortalecimiento de la versatilidad (Ej. Participación de diferentes puestos en labores de empaque de insumos COVID)	Suspensión de seguimiento de tratamientos en el domicilio
Versatilidad y resiliencia de los funcionarios	Suspensión de visitas a PVP y trabajo escolar
Recargo de población en algunos EBAIS (para dedicar otros a la atención de COVID)	
Ampliación de horarios	
Mayor producción de enfermería y psicología.	
A nivel de la Red/CCSS:	
Coordinación permanente a nivel de RIPSS y redefinición de estrategias diariamente	Problema de órdenes sanitarias a trabajadores
Flexibilidad en las directrices de gerencia, lo que permitió desarrollar creatividad en las unidades	Atención integral debilitada
Mayor coordinación interinstitucional	Aumento de listas de espera
Duplicación de plazas sustituyó guardias y tiempos extraordinario	Sostenibilidad del incremento en el gasto en tiempos extraordinario - profesionales médicos, de registros, de limpieza, choferes, etc.
Fortalecimiento de las Redes - Mayor coordinación y apoyo entre centros.	
A nivel poblacional	
Reducción de demanda por confinamiento, incluyendo casas cerradas	Estrés en la población, exigencia de atención pronta (resultados COVID, por ej)
Satisfacción/insatisfacción de la población con consulta a distancia	Problemas de conectividad de la población (robo de cable en zonas alejadas de centros de población)
Diminución de consultas de urgencias	Reducción de demanda en atención preventiva

Fuente: Elaboración propia, con información recolectada en el proceso de evaluación EPSS 2020

Figura 10.2
Acciones innovadoras, hallazgos positivos y obstáculos encontrados en la atención de la pandemia, reportados por las áreas de salud.

Con este panorama de innovación, creatividad y acción, se procedió a calcular los indicadores de productividad incluidos en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), con la certeza de que los datos de producción reportados en las estadísticas solo están reflejando parcialmente el esfuerzo productivo de las unidades.

De la evaluación 2020 se excluyó el indicador de productividad de odontología, por ser esta la disciplina más afectada por la pandemia, reportándose en algunos casos una producción cercana a cero entre abril y diciembre del año evaluado. En el caso de esta disciplina, la producción no reportada estadísticamente fue cuantitativamente importante en muchas unidades, donde este grupo profesional se abocó a apoyar la atención de la emergencia con las más diversas acciones.

En la figura 10.3 se presentan los rangos de valor de cada uno de los nueve indicadores de productividad evaluados para el 2020. Como se observa, el recorrido de los indicadores - distancia entre el valor mínimo y el máximo- es extenso, reflejando una amplia variabilidad en la productividad promedio por recurso entre las áreas de salud.

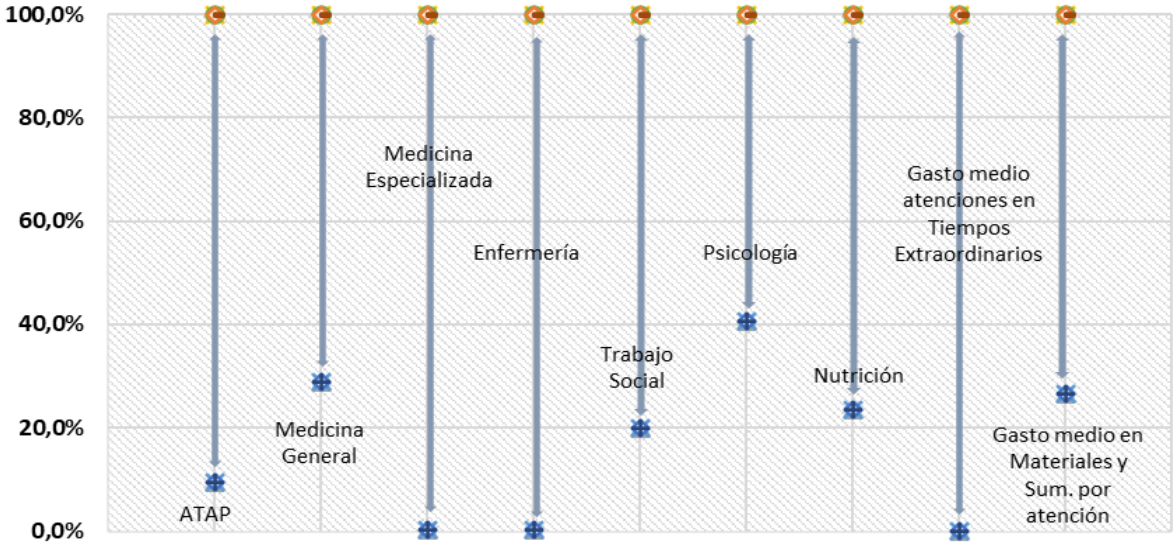


Figura 10.3
CCSS: Rangos de Valor por indicador de Eficiencia. EPSS 2020

La variabilidad en los indicadores no solo refleja las diferencias en la productividad de los recursos entre las áreas de salud, sino que incluye también diferencias en la organización de los servicios, en la demanda de atenciones de la población, así como eventuales situaciones fuera del control de la gestión ocurridas en el periodo evaluado, las cuales para el año 2020 fueron particularmente importantes. Esas diferencias son las que se buscan capturar a través de la participación directa de las unidades en la revisión del Instrumento de Recolección de

Información; sin embargo, para el presente proceso de evaluación la participación fue insuficiente, por las razones arriba apuntadas.

Cabe destacar que para la evaluación 2020 se realizó por primera vez una agrupación de las áreas, con el fin de poder compararlas de manera más equitativa en términos de productividad. Esta clasificación responde a la inquietud manifestada por varias unidades, así como al reconocimiento del impacto en la productividad que pueden tener características diferentes tanto de las poblaciones como de los recursos. La agrupación utilizada se definió con base en la combinación de la clasificación institucional de áreas tipo 1, 2 y 3, con los resultados de un análisis estadístico que utilizó tanto variables poblacionales como de capacidad instalada. El anexo 10.1 detalla la composición por área de salud de cada uno de los tres grupos y el anexo 10.2 los valores mínimos de cada indicador, así como la cantidad de unidades evaluadas con cada indicador.

En la figura 10.4 se presentan los resultados de la evaluación por RIPSS, para los años 2019 y 2020. Como medida resumen se utiliza la relación de la productividad promedio por recurso de la respectiva Red con relación a la productividad promedio por recurso a nivel institucional. Es decir, cada barra en los gráficos indica la relación del producto promedio del respectivo grupo profesional o recurso de cada una de las RIPSS con respecto al producto promedio de dicho recurso a nivel institucional.

Si bien el tamaño de las barras no es comparable entre un año y otro -colores dorado y azul-, pues responden a circunstancias diferentes, sí permite analizar el cambio entre un año y otro en la posición que ocupó cada Red a nivel nacional.

Un resultado que llama la atención es que no se puede ubicar una RIPSS “dominante” de manera global en cuanto a productividad. En cada uno de los grupos profesionales aparecen diferentes redes ocupando el primer lugar en productividad 2020. Sin embargo, en varios grupos profesionales aparecen las regiones Brunca y Chorotega entre los últimos puestos. Estas dos regiones tienen en común una mayor dispersión de la población, factor que podría estar afectando la productividad en ambos casos.

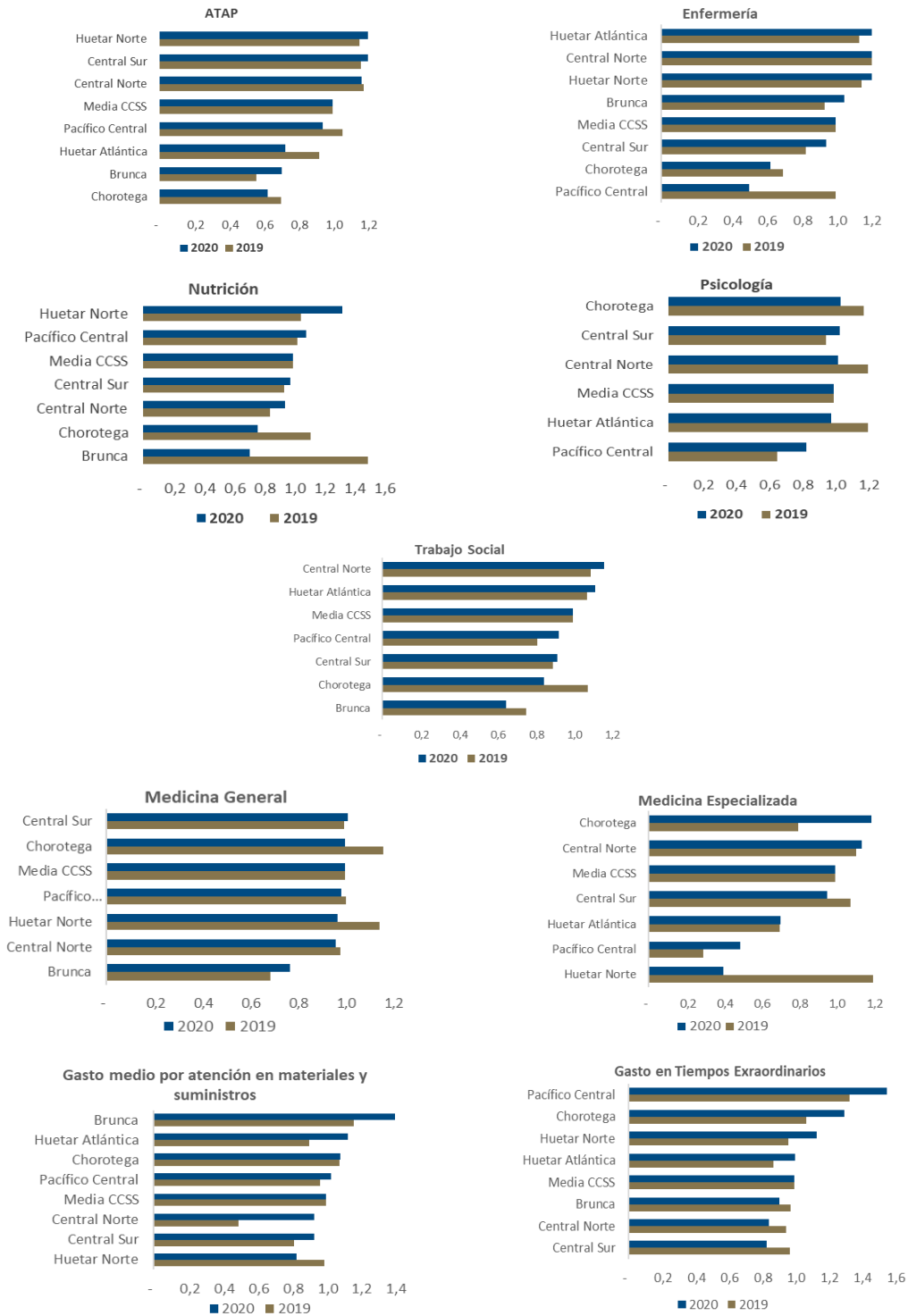


Figura 10.4
CCSS: Productividad media regional con relación a la productividad media nacional, por grupo profesional y por RIPSS, 2019-2020

Nota: algunas Redes no disponen de profesionales en todos los grupos evaluados, lo que explica que algunos gráficos contengan menos barras.

Observaciones finales

La evaluación de los indicadores de eficiencia 2020 encontró mayores dificultades para comparar las unidades que en años anteriores, debido a que el impacto de la pandemia varió entre una unidad y otra, elevando la heterogeneidad de las áreas de salud.

Los indicadores analizados evidencian una amplia variabilidad en la productividad de los recursos, la cual podría estar afectada por la variabilidad en las características de las unidades y de sus poblaciones; características que aún no se logran identificar de manera completa e incorporar a los indicadores.

Más allá de la producción reportada en las estadísticas, el 2020 fue un año particularmente enriquecedor para la gestión de los servicios. La creatividad y la innovación estuvieron presentes en el quehacer diario, lo que sin duda ha permitido al país un manejo adecuado de la pandemia, evitando situaciones fuera de control, como ha sucedido en diversos países.

La importancia del trabajo en red, así como las acciones no reflejadas en las estadísticas de producción, son factores que obligan la revisión de la evaluación de la eficiencia. Se debe analizar la posibilidad de migrar a futuro a indicadores en Red que incorporen acciones que vayan más allá de la productividad reflejada en las estadísticas institucionales.

Referencias bibliográficas

- Abellán, J.M. y Campillo, C. *Economía de la salud (y más) de la COVID-19*. Asociación de Economía de la Salud. Recuperado el 22 de Junio de 2021, de <http://www.aes.es/docs/ebook-economia-salud-covid19.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019-2023*. Recuperado el 10 julio de 2021, de [https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Áreas%20de%20Salud%20\(Fichas%20técnicas%202019-2023\).aspx](https://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GM/DCSS/SitePages/Áreas%20de%20Salud%20(Fichas%20técnicas%202019-2023).aspx)
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Fichas Técnicas Indicadores de Evaluación 2019-2023*. Recuperado de Dirección Compra Servicios de Salud - I Nivel de Atención (EPSS 2019-2023)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 22 de Junio de 2021, de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1116086/opshsscovid-19200027_spa.pdf
- Ministerio de Salud, Observatorio del Desarrollo Universidad de Costa Rica. *COVID-19 en Costa Rica: cifras, análisis y proyecciones*. Recuperado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZGZjMTYxNDgtNjkxZi00YzlhLWVjODktMjE3YzQ4Y2IxN2UzIiwidCI6ImFkNjNmZDZmLWE4OTctNDIjZS1hZWU5LTRmYzYxNzY1NjY4YSJ9>

Anexo 10.1

CCSS: Áreas de salud por grupo de ubicación para efectos de comparación de la productividad de los recursos, según indicador

UP	ÁREA DE SALUD / INDICADOR	6.1-22-1	6.1-24-1	6.1-23-7	6.1-23-8	6.1-23-2	6.1-23-1	6.1-23-3	6.1-23-5	6.1-23-4
2212	Goicoechea 1	1	Na	1	Na	1	1	1	1	Na
2215	Moravia	1	Na	1	1	1	1	1	1	1
2231	Santo Domingo	1	Na	1	1	1	1	1	1	1
2232	San Rafael	1	1	1	1	1	1	1	Na	Na
2235	Naranjo	1	Na	1	1	1	1	1	1	Na
2236	Grecia	1	Na	1	Na	1	1	1	1	Na
2237	San Ramón	1	Na	1	1	1	1	1	1	1
2251	Atenas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2252	Palmares	1	Na	1	1	1	1	1	1	1
2253	Poás	1	Na	1	1	1	1	1	1	Na
2254	Valverde Vega	1	Na	1	Na	1	1	1	Na	Na
2256	Orotina-San Mateo	1	1	1	1	1	1	1	Na	Na
2272	Zarcelero (Alfaro Ruiz)	1	Na	1	Na	1	1	1	Na	1
2273	San Isidro	1	Na	1	Na	1	1	Na	Na	Na
2274	Heredia-Virilla	1	1	1	1	1	1	Na	1	Na
2276	Alajuela Sur	1	Na	1	1	1	1	1	1	Na
2277	Alajuela Oeste	1	Na	1	1	1	1	1	Na	Na
2278	Santa Bárbara	1	Na	1	1	1	1	1	Na	1
2281	Alajuela Central	1	Na	1	1	1	1	1	1	Na
2332	Paraiso-Cervantes	1	Na	1	1	1	1	Na	Na	Na
2333	La Unión	1	1	1	1	1	1	1	1	Na
2334	Acosta	1	Na	1	Na	1	1	1	1	Na
2336	Alajuelita	1	1	1	1	1	1	1	1	Na
2339	Desamparados 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2342	Cartago	1	1	1	1	1	1	1	1	Na
2348	Turrialba-Jiménez	1	Na	1	1	1	1	1	1	1
2351	Parrita	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2352	Los Santos	1	1	1	1	1	1	1	1	Na
2356	Curridabat	1	Na	1	Na	1	1	1	1	1
2358	San Juan-San Diego-Concepción	1	Na	1	Na	1	1	1	1	1
2382	Mora-Palmichal	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2390	Corralillo-La Sierra	1	Na	1	Na	1	1	Na	Na	Na
2392	El Guarco	1	1	1	1	1	1	Na	1	Na
2395	Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	1	Na	1	1	1	1	1	1	Na
2471	Fortuna	1	1	1	Na	1	1	1	Na	Na
2472	Santa Rosa	1	1	1	Na	1	1	1	Na	Na
2473	Aguas Zarcas	1	1	1	Na	1	1	1	Na	Na
2474	Puerto Viejo Sarapiquí	1	1	1	1	1	1	Na	Na	Na
2475	Pital	1	1	1	1	1	1	1	Na	Na
2477	Guatuso	1	1	1	Na	1	1	1	Na	Na
2481	Florencia	1	Na	1	Na	1	1	Na	Na	1
2483	Ciudad Quesada	1	Na	1	Na	1	1	1	Na	Na
2484	Los Chiles	1	Na	1	Na	1	1	1	Na	Na
2534	Liberia	Na	Na	1	Na	1	1	1	Na	Na
2535	Nicoya	1	Na	1	1	1	1	Na	Na	1
2536	Upala	Na	Na	1	1	Na	1	Na	Na	Na
2552	Esparza	1	1	1	Na	1	1	1	1	Na
2553	Montes de Oro	1	1	1	Na	1	1	Na	Na	Na
2554	Chomes-Monte Verde	1	1	1	Na	1	1	Na	1	Na
2555	Cañas	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2556	Abangares	1	1	1	1	1	1	Na	Na	Na
2557	Bagaces	1	1	1	1	1	1	Na	Na	Na
2558	Tilarán	1	1	1	1	1	1	1	Na	Na
2559	La Cruz	1	1	1	1	1	1	Na	Na	1
2560	Carrillo	1	1	1	1	1	1	1	Na	Na
2562	Nandayure	1	Na	1	1	1	1	1	Na	Na
2563	Hojancha	1	1	1	1	1	1	1	Na	Na
2564	Jicaral Islas	1	1	1	Na	1	1	1	1	1
2575	Cóbano	1	1	1	Na	1	1	Na	1	Na
2582	Colorado	1	Na	1	Na	1	1	Na	Na	Na
2586	Chacarita	1	1	1	Na	1	1	1	1	Na
2590	Barranca	1	1	1	1	1	1	1	Na	1
2592	Garabito	1	1	1	Na	1	1	1	1	Na
2594	Aguirre (Quepos)	1	Na	1	Na	1	1	1	1	Na
2632	Limón	1	Na	1	Na	1	1	1	1	1
2634	Guápiles	1	1	1	Na	1	1	1	Na	Na
2650	Horquetas	1	1	1	1	1	1	Na	1	Na
2651	Valle La Estrella	1	1	1	1	1	1	Na	Na	Na
2654	Matina	1	1	1	1	1	1	Na	Na	Na
2655	Guácimo	1	1	1	1	1	1	Na	1	Na
2680	Talamanca	1	1	1	1	1	1	1	1	Na
2758	Corredores	1	Na	1	Na	1	1	1	Na	Na
2759	Osa	1	1	1	Na	1	1	Na	Na	Na
2760	Pérez Zeledón	1	1	1	Na	1	1	1	Na	1
2761	Golfito	1	1	1	Na	1	1	1	Na	Na
2762	Coto Brus	1	Na	1	Na	1	1	1	Na	Na
2210	Carmen - Montes de Oca	2	2	2	2	2	2	2	1	1
2214	Heredia-Cubujuquí	2	2	2	2	2	2	2	1	1
2233	Belén-Flores	2	2	2	2	2	2	2	1	Na
2331	Puniscal-Turrubares	2	2	2	2	2	2	2	1	1
2335	Aserri	2	2	2	2	2	2	Na	1	Na
2511	San Rafael-Puntarenas	2	2	2	2	2	2	2	1	1
2531	Santa Cruz	2	2	2	2	2	2	Na	Na	Na
2579	Paquera	2	2	2	2	2	2	Na	1	Na
2631	Siquirres	2	2	2	2	2	2	2	1	1
2652	Cariari	2	2	2	2	2	2	2	1	Na
2732	Buenos Aires	2	2	2	2	2	2	2	Na	Na
2211	Goicoechea 2	3	3	3	3	3	3	2	1	1
2213	Tibás-Uruca-Merced	3	3	3	3	3	3	2	1	1
2216	Alajuela Norte	3	3	3	3	3	3	2	1	1
2217	Coronado	3	3	3	3	3	3	2	1	1
2311	Mata Redonda-Hospital	3	3	3	3	3	3	2	1	1
2312	Hatillo	3	3	3	3	3	3	2	1	Na
2314	Zapote-Catedral	3	3	3	3	3	3	2	1	Na
2315	Desamparados 1	3	3	3	3	3	3	2	1	1
Cantidad de unidades por grupo:										
Grupo 1		74	42	76	43	75	76	55	54	32
Grupo 2		11	11	11	11	11	11	16	0	0
Grupo 3		8	8	8	8	8	8	0	0	0
Indicador No Aplica		2	34	0	33	1	0	24	41	63
Total unidades evaluadas		93	61	95	62	94	95	71	54	32

Anexo 10.2

CCSS: Valor mínimo de los indicadores de eficiencia y cantidad de unidades evaluadas, según indicador, por tipo de área de salud

ANEXO 2: Valor mínimo de los indicadores de eficiencia y cantidad de unidades evaluadas, según indicador, por tipo de área de salud

	Índice de el gasto promedio por consulta médica y odontológica		Índice de la productividad promedio del gasto variable en servicios personales		Índice de la productividad promedio de medicina general		Índice de la productividad promedio de medicina especializada		Índice de la productividad promedio de trabajo social		Índice de la productividad promedio de ATAP		Índice de la productividad promedio de enfermería		Índice de la productividad promedio de psicología		Índice de la productividad promedio de nutrición	
	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas	Valor mínimo del indicador	Cantidad de unidades evaluadas
GRUPO 1	26,46	74	11,03	42	31,85	76	2,14	43	21,91	75	11,56	76	9,48	55	40,49	40	23,44	32
GRUPO 2	54,29	11	26,77	11	40,48	11	6,38	11	63,70	11	27,64	11	13,03	16	48,14	14	Na	Na
GRUPO 3	71,76	8	45,71	8	42,14	8	37,50	8	81,08	8	35,30	8	26,27	0	Na	Na	Na	Na

Autoría

Realizado por:

Elizabeth Rodríguez Jiménez

Revisado por:

Dr. José María Molina Granados

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Fecha:

Setiembre, 2021

Contacto:

Dirección Compra de Servicios de Salud
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>
Teléfono: 2539-0000 Ext: 3809 o 3813
Dirección: Av. 4 Calles 5 y 7 – Edificio Genaro Valverde – Piso 2
