



EVALUACIÓN 2014

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ÁREAS DE SALUD, HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS



Mejorar los servicios

Pensar en las personas



Tomar decisiones informadas

Rendir de cuentas



PROMOVIENDO LA UNIDAD DE LA INSTITUCIÓN EN LA CONSECUCCIÓN DE METAS EN SALUD.

Equipo de Trabajo:

Coordinación General: Ana E. Guzmán Hidalgo.

Redacción del documento:

- Equipo Técnico de Áreas de Salud: Alexander Barrantes Arroyo, Armando Cortés Ruiz, Elizabeth Rodríguez Jiménez, José María Molina Granados, Lucía Quirós Ramírez, Marianella Víquez Garro, Marlon Lizano Muñoz, Marta Elena Alguera Bolandi, Neyskmi Vega Medrano, Olga Marta Chaves Pérez y Paul Ernesto Araya Vega.
- Equipo Técnico de Hospitales: Edgar Pereira Barrantes, Melvin Morera Salas Fernando Nassar Guier, Gustavo Madrigal Loría, Hernán Danilo Sancho Madriz, Juan Carlos Morera Guido, Lorena Fernández Chacón, Mariela Tarancón Reyes y Yahaira On Cubillo.
- Procesamiento de datos: Esteban José González Vargas, Jennifer Mendoza Vega, Miriam León Solís, Shirley Soto Alpízar y Greivin Enrique Juárez Quesada.

San José Costa Rica. Julio 2015.

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

Tel: 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.

TABLA DE CONTENIDO

❖ RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2014.....	8
❖ METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	10
❖ CONSIDERACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE ÁREAS DE SALUD.	14
❖ CONSIDERACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN DE HOSPITALES.....	17
❖ ATENCIÓN PERINATAL.....	19
❖ AVANCES EN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN PERINATAL.....	19
❖ TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	31
❖ LA COBERTURA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ESCENARIOS DOMICILIAR, COMUNAL Y LABORAL AUMENTÓ EN LA MAYORÍA DE LAS REGIONES.....	31
❖ VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN EL ADULTO MAYOR. COBERTURA	37
❖ SE MANTIENE ESTABLE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR.....	37
❖ PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	43
❖ MAYORÍA DE ÁREAS DE SALUD SE SUMAN A DESARROLLAR PROCESOS EDUCATIVOS DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES CON LA POBLACIÓN.....	43
❖ CÁNCER DE CÉRVIX.....	49
❖ CONTINÚA DESCENDIENDO LA COBERTURA EN CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN TODO EL PAÍS.....	49
❖ ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (ADH).....	61
❖ SE DETECTAN DEBILIDADES EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.	61
❖ ENFERMEDADES INMUNO-PREVENIBLES EN NIÑOS	68
❖ ADECUADO SEGUIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN.....	68
❖ DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	73
❖ NUEVAS LÍNEAS DE BASE PARA EL CONTROL ÓPTIMO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2.	73
❖ DISLIPIDEMIA.....	88
❖ IMPORTANTE BRECHA ENTRE LO ALCANZADO Y LA META DEL CONTROL ÓPTIMO EN LDL-COLESTEROL.	88

❖ HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	97
❖ ADECUADO CONTROL DE CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN LAS PERSONAS ATENDIDAS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL. LAS COBERTURAS SE MANTIENEN.....	97
❖ EFICIENCIA PRODUCTIVA.....	105
❖ ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA: SE FORTALECE SU MEDICIÓN CON EL AUMENTO DE ÁREAS DE SALUD EVALUADAS.....	105
❖ DESEMPEÑO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	112
❖ EL ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ES DE 0.862 A NIVEL GENERAL.	112
❖ TIEMPO DE ESPERA POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA Y DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO.....	122
❖ EN EL 83% DE LOS CASOS DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA LA DEMORA ES MAYOR DE 90 DÍAS.	122
❖ ATENCIÓN PARA COLPOSCOPÍA BASADA EN EL PLAZO SEGÚN LA NORMA ..	135
❖ LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS CON PATOLOGÍA CERVICAL QUE AMERITA UN PLAZO DE ATENCIÓN MENOR DE 30 DÍAS SEGÚN NORMA, SE PRIORIZA EN LA MAYORÍA DE LOS HOSPITALES DE LA INSTITUCIÓN.....	135
❖ CARDIOVASCULAR: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DEL IAM ST-ELEVADO	147
❖ AUMENTÓ LA DEMORA PARA APLICAR LA TERAPIA TROMBOLÍTICA EN LOS CASOS POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ST-ELEVADO ATENDIDOS EN URGENCIAS DE LOS HOSPITALES.	147
❖ MORTALIDAD HOSPITALARIA	151
❖ EL 2,4% DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS EN LOS HOSPITALES GENERALES FUERON DEFUNCIONES.....	151
❖ PARTOS POR CESÁREA	158
❖ EL 23,8% DE LOS PARTOS ANALIZADOS SE REALIZARON POR CESÁREA.	158
❖ INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	166
❖ LA TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DEL TOTAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) SE ENCUENTRA POR DEBAJO DE LOS PARÁMETROS INTERNACIONALES.	166
❖ CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA: AUSENTISMO.....	178

❖ LOS HOSPITALES REGIONALES Y PERIFÉRICOS TIPO 1 Y 2 REGISTRARON EL MAYOR PORCENTAJE DE AUSENTISMO.....	178
❖ CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA: ALTAS.....	186
❖ LOS HOSPITALES REGIONALES REGISTRAN LOS MAYORES PORCENTAJES DE ALTAS EN LA MAYORÍA DE ESPECIALIDADES.	186
❖ SALAS DE OPERACIONES: TIEMPO DE USO DE QUIRÓFANOS	192
❖ EL TIEMPO DE UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS SE MANTIENE INVARIABLE.	192
❖ SALAS DE OPERACIONES: CAUSAS DE NO UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS	198
❖ SE LOGRÓ PROGRAMAR CIRUGÍAS EN EL 63% DEL TOTAL DE DÍAS HÁBILES DE QUIRÓFANO DISPONIBLES EN EL AÑO.	198
❖ ESTANCIA HOSPITALARIA Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	212
❖ UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS MAYORES A LAS ESPERADAS Y PORCENTAJES DE OCUPACIÓN BAJOS.....	212
❖ COSTO DEL EGRESO HOSPITALARIO AJUSTADO POR COMPLEJIDAD.....	218
❖ EL COSTO POR EGRESO HOSPITALARIO SEGÚN SU COMPLEJIDAD SE INCREMENTÓ EN LA MAYORÍA DE LOS HOSPITALES.....	218
❖ CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	225
❖ EL 50% DE LOS CASOS QUE EGRESARON CON PROCEDIMIENTOS REGISTRADOS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS SE INTERVINIERON POR LA MODALIDAD AMBULATORIA.....	225
❖ CALIFICACION DE LA INVALIDEZ.....	232
❖ AVANCE IMPORTANTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LA CALIDAD DE INFORMACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE REFERENCIA PARA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ POR PARTE DE LOS CENTROS DE SALUD DURANTE EL PERIODO 2012-2014.	232
❖ SALUD OCUPACIONAL	238
❖ LA SALUD OCUPACIONAL TOMANDO FUERZA EN LA CCSS, MEDIANTE LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS.....	238
❖ RECURSOS HUMANOS	246
❖ 1.984 PERSONAS INGRESARON A LABORAR A LA CAJA EN EL AÑO 2014.	246
❖ PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS Y EXPLOSIONES.....	256
❖ CONDICIONES BÁSICAS PARA LA SEGURIDAD HUMANA A NIVEL INSTITUCIONAL EN MATERIA DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS.....	256

❖ GRUPOS DE APOYO TÉCNICO (GAT).....	268
❖ GRUPOS DE APOYO TÉCNICO PREDOMINAN EN LA MAYORÍA DE LOS CENTROS DE TRABAJO DE LA GERENCIA MÉDICA Y DESTACAN POR UN NIVEL DE AVANCE SATISFACTORIO.....	268
❖ SATISFACCIÓN DEL USUARIO.....	276
❖ LA CALIFICACIÓN GENERAL DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS RECIBIDOS A NIVEL INSTITUCIONAL, SE ENCUENTRA EN EL RANGO DE SATISFACTORIO.....	276

Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014.

Primer paso en la consecución de las metas estratégicas planteadas para el quinquenio 2014 – 2018.

La Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) se complace en presentar los primeros resultados de la evaluación de las intervenciones estratégicas, las cuales constituyen el primer avance anual en el camino trazado hacia al 2018.

Las metas definidas para cada una de las intervenciones evaluadas, lleva consigo el consenso de los grupos técnicos institucionales, y pretenden señalar la dirección a seguir. Es por ello que a partir del año 2014 se deja atrás la evaluación que determinaba el cumplimiento de metas individualizadas para cada área de salud u hospital, y se da paso a una evaluación de resultados intermedios que retrata los logros y deficiencias en las diferentes dimensiones del desempeño, según el horizonte definido por metas únicas institucionales.

En ese sentido, la evaluación valora las metas determinadas para los dos tipos principales de prestadores: áreas de salud y hospitales, de acuerdo a su quehacer específico según el Modelo de Atención. Dentro del grupo de áreas de salud, se evalúa tanto a las áreas que son administradas por la propia institución, como aquellas gestionadas por proveedores externos, tales como cooperativas, universidades y asociaciones. Así mismo, en la categoría de hospitales, se incluye la evaluación de los centros especializados.

El proceso de evaluación, en sí mismo, constituye uno de los mecanismos de rendición de cuentas de los que dispone la Institución, cuyo fin es obtener los mejores resultados posibles a partir de los recursos públicos de los que se dispone.

El análisis de resultados contenido en este informe busca, además, aportar elementos para la mejora permanente de los servicios a partir de la reflexión de las fortalezas y debilidades encontradas, así como colaborar en el posicionamiento de los usuarios como el centro alrededor del cual se plantean las metas en salud que pretendidas.

El formato WEB sobre el que se presentan los resultados para este año, representa un esfuerzo para hacer más accesible su lectura, con el propósito de que éstos lleguen a un público más amplio, y se conviertan en un verdadero insumo para la toma de decisiones en todos los niveles de gestión.

Los resultados relevantes considerados para el Informe se presentan por dimensiones del desempeño, a las cuales se puede tener acceso ingresando en cada uno de los botones mostrados a la izquierda de la pantalla.

Para una mejor comprensión de este informe le recomendamos leer antes las siguientes secciones:

- [Aspectos metodológicos generales](#)
- [Consideraciones sobre la evaluación de áreas de salud](#)
- [Consideraciones sobre la evaluación de hospitales y centros especializados](#)

Para descargar el informe completo en formato PDF vaya al siguiente enlace:

- [Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud de la CCSS, 2014](#)

Metodología para la recolección de los datos.

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) conlleva el desarrollo de varias etapas; es de interés en este documento describir la etapa de la recolección, procesamiento y análisis de los datos.

Para la recolección de los datos se dispone de diferentes fuentes de información, entre ellas el expediente de salud, los sistemas de información de la Institución para el registro de la producción en las áreas de salud y los hospitales, así como los reportes generados por algunas unidades de estadística institucional y las certificaciones otorgadas por algunas unidades técnicas institucionales.

Fuentes de Información

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

a. ***Distribución poblacional por edad y sexo (pirámide de población) por área de salud:*** se utilizan las estimaciones de población para el año 2014 elaboradas por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica, estimación que se elabora a partir del reporte del último censo de población que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

b. ***Nacimientos por área de salud:*** se utiliza el dato oficial preliminar reportado por el INEC para el 2014, según la distribución por área de salud realizada por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica.

c. ***Producción de los Servicios de Salud:*** los datos de producción de los servicios de salud de los centros evaluados, se toman en el caso de área de salud de los sistemas de registro institucionales (SIAC, SIIS) y algunos locales (manuales), generando listados con características de requeridas para la evaluación, y en el caso de hospitales, se revisan cuadros estadísticos con el reporte de consultas, egresos hospitalarios, bases de datos y otros datos de interés suministrados por el Área de Estadística en Salud. En todos los casos, previo a la toma del dato se hace una revisión y depuración de los listados y cuadros a fin de eliminar inconsistencias y garantizar en la medida de lo posible la calidad del dato.

d. ***Cumplimiento de algunos criterios de la normativa de atención señalados como prestación adecuada de los servicios.***

La evaluación de los criterios específicos de las intervenciones estratégicas en algunos casos y de la atención oportuna en otros casos, se hace a partir de la

revisión de una muestra de expedientes de salud de las consultas brindadas en el año de evaluación, esto tanto en áreas de salud como en hospitales.

Diseño muestral

En las áreas de salud, el muestreo se realiza en cada una de las 104 áreas de salud del país. El año 2014 se caracteriza por ser el primer año en que se hace una EPSS sin contar con metas específicas pactadas por unidad en respuesta a un compromiso de gestión y, además, intervenciones estratégicas tienen una vigencia hasta el año 2018, que será cuando se evalúe el logro de la meta institucional definida para el período señalado.

También, para esta evaluación fue necesario considerar que, el levantado de los datos en todas y cada una de las áreas de salud, sería efectuado por los funcionarios de la Dirección de Compra de Servicios de Salud (DCSS) de forma virtual, al igual que en los dos períodos anteriores. Dado lo anterior, y para cumplir con los plazos establecidos para la entrega de resultados, se modificó la metodología de muestreo.

Para esta evaluación 2014 se decidió, entonces, fijar un tamaño de muestra en 40 expedientes, igual para todos los indicadores y en todas las áreas de salud. El tamaño de la muestra fue definido con base en los criterios de oportunidad y disponibilidad de recursos, y no, en parámetros estadísticos deseables. La revisión de cuarenta expedientes en once muestreos se consideró un valor manejable para cada evaluador, a fin de que éste pudiera completar con los representantes locales, la extracción de listados, verificar la calidad de los mismos, revisar la totalidad de los expedientes en una semana por unidad, y redactar el acta de evaluación correspondiente, así como la entrega de resultados al área de salud.

Para algunas unidades este tamaño de muestra se ajustó por un porcentaje de no respuesta que en su mayoría correspondió a un 20% medido en años anteriores. La selección de la muestra se mantuvo en forma aleatoria y en dos etapas, una primera etapa que corresponde a la selección de dos sectores a evaluar, la que se hizo siguiendo un muestreo PPT, y una segunda etapa que consiste en la revisión de 20 expedientes en cada sector, seleccionados aleatoriamente con muestreo sistemático sistemática.

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

En los hospitales, la evaluación desde hace varios años fue asumida por los funcionarios de la DCSS y se hace de manera presencial para revisión de algunos

indicadores y para otros, mediante la revisión de las estadísticas institucionales aportada por el Área de Estadística en Salud, los mismos hospitales y otras Unidades de la Institución como la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, entre otras.

Para la evaluación de los hospitales, se revisan, datos de los registros de los quirófanos y para la evaluación de algunos indicadores en particular los listados de casos atendidos, todos, aportados por el nivel local.

En cuanto a los listados de casos atendidos, se revisa una muestra aleatoria de expedientes de salud de cada uno de los centros de atención, con el propósito de verificar la realización oportuna de colposcopia a las mujeres con citología alterada o lesión clínica sospechosa y en la atención oportuna de casos de infarto agudo del miocardio ST elevado. Para la selección de la muestra se aplicó un muestreo simple al azar tomando como marco muestral el listado presentado por el Centro de Salud, según los criterios de inclusión establecidos previamente. En este caso los tamaños de muestra se determinaron a partir de la fórmula estadística para la medición de proporciones, utilizando como parámetros una confianza de 90% y margen de error del 10%, una estimación de la varianza a partir de resultados del año anterior y de un porcentaje de no respuesta también estimado a partir de resultados de años anteriores.

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

Modalidad de recolección

La recolección de los datos, se hizo utilizando dos modalidades, una consiste en la visita tradicional a las unidades, denominada “modalidad presencial abreviada”; y la otra mediante el uso de medios electrónicos, denominada “modalidad en línea”.

Para las áreas de salud, se usaron las dos modalidades, en las unidades administradas por la institución, la recolección de datos se realizó bajo la modalidad “en línea”. En todo el proceso se contó con la participación de representantes locales de cada área de salud. El representante hizo la extracción de los expedientes de la muestra, para lo cual se le entregó un listado, además de coordinar la sesión de revisión de expedientes, la cual se realizó de forma conjunta con el evaluador, este último encargado de recolectar los datos y digitalarlos en los instrumentos de evaluación correspondientes.

El proceso de recolección de datos en los expedientes de salud se realizó utilizando la plataforma de comunicaciones “Microsoft Lync”; con la cual, mediante

el trabajo colaborativo entre el evaluador y los representantes locales, se recolectaron los datos requeridos para la evaluación.

En las áreas de salud administradas por proveedores externos la recolección de datos se realizó bajo la modalidad “presencial abreviada”.

En los hospitales, la recolección de datos se ejecutó mediante la evaluación de campo y la revisión de la información aportada por el Área de Estadística en Salud y otras Unidades de la Institución.

Herramientas para la recolección de los datos

Para la recolección de los datos se desarrollaron aplicaciones en Microsoft - Access y Microsoft- Excel, denominadas “formularios electrónicos de muestreo” e “Instrumentos de Evaluación”, respectivamente. También para facilitar el proceso de depuración de los listados de datos que al provenir de diversas fuentes (SIAC, SIES, listados manuales) tienen formatos diferentes, se hizo un diseño de una aplicación en Microsoft-Excel que permitió mejorar el proceso de depuración antes de hacer la selección de la muestra, reduciéndose los porcentajes de expedientes no evaluables y de expedientes repetidos que podrían redundar en el no logro del tamaño de muestra. Por otra parte, se desarrolló una herramienta en Microsoft-Access para facilitar el proceso de la selección de las muestras.

A los instrumentos de recolección de datos y a los formularios electrónicos se les incorporaron controles de calidad, con mensajes de alerta sobre posibles inconsistencias de los datos, tales como rangos de variación de algunas variables, campos vacíos, entre otras. Asimismo, se incluyeron algunas alarmas sobre datos digitados fuera de rangos de variación definidos.

Para el procesamiento de los datos, se usaron como herramientas informáticas: Access, Excel y SPSS. Este proceso consistió en trasladar los datos capturados con los formularios electrónicos hacia archivos de consolidación. Una vez realizado lo anterior, se confeccionaron las bases de datos con la información requerida para el análisis respectivo. Se hizo un análisis de todas y cada una de las frecuencias absolutas de las variables por indicador, verificando tamaños de muestra, expedientes duplicados, datos faltantes y posteriormente una revisión de inconsistencias.

Consideraciones sobre la evaluación de áreas de salud.

La coexistencia de múltiples sistemas de registro en el primer nivel de atención representa un desafío para la recolección y la calidad de los datos.

Una de las consideraciones más importantes, en relación a la evaluación de las áreas de salud, es la coexistencia de múltiples sistemas de registros, situación que se mantendrá de esa forma hasta que se logre la implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en el cien por ciento de las Áreas de Salud y sus sectores.

Actualmente se tiene varios escenarios, hay unidades que llevan sus registros manualmente, otras utilizan el Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) o inclusive otros sistemas. Entre las áreas que ya iniciaron la implementación del EDUS, algunas por ahora solamente disponen del Sistema de Identificación, Agendas y Citas (SIAC), mientras que otras ya tienen el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES).

El desafío es mayor al considerar que hay Áreas de Salud en las que se da una combinación de los sistemas mencionados, debido a que a lo interno se tiene la implementación parcial del EDUS, lo que supone la coexistencia de diferentes sistemas de registro dentro de una misma unidad, o inclusive, para un mismo sector en el transcurso del año evaluado.

Para asumir el reto, se crearon aplicaciones que permitieran a los evaluadores integrar los listados de las personas atendidas independientemente del sistema utilizado, intentando con ello disminuir los registros duplicados y evitando los casos de no respuesta de la muestra seleccionada para evaluación. Con ello se logró una mejora sustancial en la calidad de los datos recolectados, no obstante, se debe recalcar que es responsabilidad de las unidades la calidad de los registros de las personas atendidas, ya que éstos son el insumo para muchos otros procesos institucionales.

Por otro lado, la recolección de datos de las áreas de salud administradas por la institución se realizó en línea, al igual que se hizo en los años 2012 y 2013. Sin embargo, para el año 2014 se introdujo un cambio importante, dado que la revisión del total de las muestras de expedientes evaluados fue hecha por los evaluadores de la DCSS, a diferencia de los otros años en que solo se revisaba una sub-muestra para verificación de los datos recolectados por los representantes locales.

Con este cambio se pretendió disminuir los tiempos requeridos por los representantes locales para la evaluación, ya que se evitó que participaran de un curso virtual para la estandarización de criterios de evaluación. Así mismo, no fue necesario el proceso de revisión de la muestra y posteriormente el de la sub-muestra de verificación, sino que la actividad se resumió a un solo momento de revisión conjunta entre el representante local y el evaluador designado.

Además, al asumir los evaluadores de la DCSS la revisión completa de la muestra, se logró una mejor estandarización de los criterios a evaluar, ya que este proceso, tan sensible para la calidad de los datos, se desarrolló solo entre siete evaluadores.

Con relación a la modalidad presencial, bajo la que se recolectaron los datos de todas las áreas de salud gestionadas por proveedores externos, surgen inquietudes que son importantes de plantear para futuras evaluaciones. La principal de ellas, estrechamente relacionada a la calidad y la confiabilidad de los datos, va en el sentido de la urgente necesidad de disponer de sistemas de registro institucionales en estas unidades.

Mientras permanezcan proveedores externos que manejen sus propios sistemas de registro, en los cuales los evaluadores tienen poca o ninguna capacidad de supervisión, es imposible garantizar la transparencia en la generación de los listados de las personas atendidas y la calidad de la revisión de expedientes.

Entre los prestadores externos se tiene a la Universidad de Iberoamérica (UNIBE), para la que hay que hacer una aclaración importante en función de los resultados presentados en este informe. Su contratación inició en febrero del año evaluado, pero el registro de sus actividades se mide a partir del 01 de abril del 2014, por lo que la producción de las áreas de Montes de Oca, Curridabat y San Juan - San Diego - Concepción corresponde únicamente a 9 meses.

Hay que señalar, que desde el enfoque de resultados en que se basa esta evaluación, se debió de agregar la producción del proveedor anterior (PAIS-UCR) para tener los datos anuales de estas áreas de salud, sin embargo no fue posible obtener esos datos, de forma tal, que se debe considerar que los resultados presentados para estas unidades son parciales, pero los únicos sobre los que se puede dar cuentas.

Otro aspecto que se debe tener presente, aunque ha sido así tradicionalmente en las evaluaciones realizadas, es que las pirámides poblacionales utilizadas para la estimación de las coberturas de atención son las proporcionadas por la Dirección Actuarial y Económica con base en los datos de proyección del Instituto de Estadística y Censos (INEC). Estos datos de población corresponden a la pirámide

poblacional proyectada para el año evaluado, y se toma el último dato disponible al momento de iniciar la construcción de los instrumentos de evaluación, que corresponde a la de mitad de año del periodo evaluado.

En relación a este punto, hay que señalar que la pirámide del Área de Salud de Catedral Noreste no coincide con los datos de producción mostrados, obteniéndose una estimación de coberturas de atención con datos incoherentes, por lo que estos datos no se consideran en la construcción de la cobertura regional.

Por otro lado, también hay que aclarar que el cumplimiento de algunos indicadores, cuyo criterio de evaluación está asociado a la realización de una prueba de laboratorio, se vio afectada por problemas con el abastecimiento de algunos reactivos para la realización de diagnósticos de Química Clínica, esto debido a que durante el año 2014 se realizó la transición para cambiar toda la plataforma Institucional de Autoanalizadores por la nueva Solución Integral denominada: Prueba Efectiva, así que este es un factor que se debe considerar en los resultados logrados.

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

Consideraciones sobre la evaluación de hospitales.

La disponibilidad de registros y sistemas de información de calidad en el segundo y tercer nivel de atención hospitalario constituyen un elemento fundamental en el proceso de evaluación.

Una de los aspectos más relevantes en relación a la evaluación de los hospitales y centros especializados, es la calidad de los datos y registros generados directamente por los establecimientos de salud, los cuales constituyen el insumo para obtener información de las actividades realizadas a nivel ambulatorio y de hospitalización. Además de sustentar las distintas bases y fuentes de información a nivel institucional.

Entre las fuentes de información que son facilitadas por los Centros se encuentran los registros de personas atendidas, los expedientes de salud, el registro de casos en lista de espera para cirugía y el listado de cirugías efectuadas en los quirófanos.

Además, el aporte de otras instancias institucionales es fundamental para disponer de los insumos requeridos en el proceso de evaluación. En consecuencia, las bases de datos de egresos a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS), la herramienta de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), los anuarios estadísticos, los cuadros de producción en consulta externa constituyen las principales fuentes facilitadas por el Área de Estadística en Salud (AES). Así mismo, la información suministrada por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE) sobre el registro de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) reportadas por los hospitales, y el anuario de costos hospitalarios elaborado por el Área de Contabilidad de Costos .

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2014 para los 23 hospitales generales y 8 centros especializados se desarrolló siguiendo una metodología semipresencial, dividida en dos etapas. La primera etapa correspondió a la revisión de información que los establecimientos facilitaron a la Dirección de Compra de Servicios de Salud (DCSS) durante el último trimestre del 2014 y primero del 2015.

La segunda etapa consistió en la visita presencial durante el primer trimestre del 2015 a cada Centro por parte de los médicos evaluadores de la DCSS, con el objetivo de evaluar aquellos indicadores cuya fuente de información la constituyen fundamentalmente los expedientes de salud. Asimismo, se verificó, de ser necesario, evidencia de información facilitada en la primera etapa. Paralelamente se coordinó con la instancia institucional correspondiente el suministro de la

información relativa a egresos hospitalarios, producción en consulta externa, IAAS, entre otras.

Con la presentación de los resultados se pretende aportar información objetiva y estandarizada para la toma de decisiones por parte de los gestores de los establecimientos y autoridades a nivel de la institución. En el contexto de la prestación de servicios de salud se espera que lo anterior permita mejorar el acceso, la oportunidad, la continuidad, la seguridad en la atención y eficiencia en el uso de los recursos.

ATENCIÓN PERINATAL

Avances en la continuidad de la atención perinatal.

Aunque se han incrementado los logros en la continuidad de la atención de la madre y el niño, los resultados arrojan un perfil desigual en la atención.

La continuidad de la atención perinatal se basa en la premisa de que existe una estrecha relación entre la salud y el bienestar de la madre y el niño, que deben de ser tratados en forma conjunta mediante el acceso temprano a los servicios de salud, y la detección y el abordaje oportuno de infecciones de transmisión sexual VIH/sida y Sífilis (Sines, Tinker, & Ruben, 2006).

Al respecto Costa Rica posee un sistema de salud público que brinda atención perinatal dirigida al cuidado de la madre y el menor durante el embarazo y el postparto, con el objetivo de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido (CCSS, 2009).

En tanto el Ministerio de Salud Pública Costarricense (MINSa), en el Plan Nacional de Salud 2010-2021, define estrategias que refuerzan la monitorización de la cobertura y la atención perinatal en los servicios de atención integral, con el fin de dar seguimiento al cumplimiento del Objetivo del Desarrollo del Milenio de Mejorar la Salud Materna (ODM 5), de modo que la razón de la mortalidad materna disminuya en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 (OMS, 2000) (MINSa CR, 2010).

A nivel institucional los resultados de la Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud 2014 (EPSS) permiten visualizar los logros en la atención perinatal desde un enfoque del continuo.

Es así como el acceso, el cuidado prenatal y la sobrevivencia del niño, se miden con las intervenciones de captación temprana y realización de las pruebas de tamizaje de VDRL y VIH antes de las 20 semanas; en tanto que la mejora en la salud de la madre y el niño se miden a través del abordaje oportuno de las mujeres con serología VDRL positiva.

Con el propósito establecer el porcentaje de captación temprana, durante la fase de recolección del dato de la EPSS, se consideran las consultas de primera vez de madres y niños, excluyendo las atenciones realizadas en otra área de salud y en

el caso particular de los niños, las que registran un ingreso hospitalario en los primeros 8 días de nacidos.

Además los resultados contemplan el cálculo de las coberturas y los indicadores de acceso de atención perinatal determinados por el número de nacimientos del mismo periodo (OPS HA, 2014) (Sánchez, Héctor, Flores, & Martín, 2011) y los registros de atenciones según los sistemas de información institucionales.

Para el 2014 los porcentajes de coberturas de mujeres embarazadas y niños menores de un año, del 91% y 101% respectivamente, sugieren que las atenciones se acercan o superan las estimaciones de nacimientos de este año, situación que no repercute en la cobertura de las mujeres en su periodo posparto que fue de un 78%.

A nivel regional, la Huetar Atlántica registra las mayores coberturas de embarazadas y menores de un año, en tanto que la Pacífico Central logra la mayor para posparto.

Así mismo, al analizar las coberturas de atención de embarazadas, menores de un año y mujeres en su periodo posparto se observa que la Región Brunca obtiene los porcentajes más bajos a nivel institucional.

Los resultados obtenidos en la captación de niños menores de un año, está determinado por el los logros mayores al 100% que reportan 44 áreas de salud, donde la más representativa es Chomes–Monteverde con un 198%.

Los porcentajes institucionales de captación temprana para los indicadores de embarazo, posparto y menores de un año (Cuadro 3.1), se encuentran similares entre sí. Aunque para niños y posparto distan en 7 puntos porcentuales de la meta 2018 (85% y 90% respectivamente), mientras que la diferencia para embarazadas es de 5 puntos (85%).

La región Huetar Norte alcanza los mayores logros en captación temprana de posparto y menores de un año, pero en embarazadas está por debajo del promedio institucional, en contraste con la Brunca que presenta el mayor porcentaje en embarazadas y el más bajo en menores de un año.

En tanto, la Pacífico Central obtiene los menores logros en embarazadas y posparto y el segundo más bajo para menores de un año, siendo el área de salud Parrita la que reporta los menores logros institucionales en posparto y menores de un año.

Para el tamizaje de VIH tanto el porcentaje institucional como por regiones (Cuadro 3.2) supera la meta proyectada al 2018 (60%), siendo la Chorotega y la

Atlántica las regiones con menores logros y de esta última, el área de salud de Valle de la Estrella tiene el menor logro institucional con un 29%.

Lo contrario sucede en tamizaje VDRL cuyo logro institucional está a 6 puntos de la meta (80%) siendo las regiones Brunca y Pacífico Central las que se encuentran más cercanas, en tanto que el logro de la Central Norte dista en 9 puntos porcentuales, con una variabilidad a lo interno que va desde un 95% del área de salud de Atenas hasta un 47% para Alajuela Central.

Por otro lado, del total de mujeres que se realizaron una prueba de tamizaje para Sífilis en el 2014 en las áreas de salud, se reportan 348 casos y 10 detectados durante la evaluación del indicador de tamizaje para un total de 358 mujeres con serología VDRL positivo, dato mayor al de años anteriores (Cuadro 3.3)

La regiones Central Sur, Huetar Atlántica y Central Norte reportan el mayor número de mujeres embarazadas con serología positiva por VDRL, que se relacionan con el tamaño de la población en el caso de las centrales y con la determinación de regiones de alto riesgo realizada por el Ministerio de Salud en el año 2012.

De las 358 mujeres embarazadas que se atendieron con VDRL positivo, 117 fueron abordadas de manera adecuadamente (Gráfico 3.1) y de estas últimas a 38 se les reportó un FTA positivo.

Con el propósito de facilitar el análisis de los resultados a partir del enfoque continuo de la atención perinatal, se integran los indicadores cobertura de atención y su relación con los logros de captación temprana.

Las coberturas de mujeres embarazadas y niños menores ofrecen un marco de referencia para medir el acceso a los servicios y verificar la calidad de los registros; sin embargo los logros 2014 tienden o superan el 100%, situación que orienta a una probable sobre estimación del dato como resultado de registros duplicados en el numerador.

Con respecto a la duplicidad de registros y su relación con el cálculo de la cobertura de niños menores de un año, se identificaron factores que inciden directamente en su resultado, como son la unificación del número interno con el de cédula en los sistemas SIIS y SIAC y la inclusión de las consultas de primera vez en la vida de menores nacidos el año anterior.

Si se integra el análisis de las coberturas y la captación temprana, preocupa el logro institucional de posparto ya que pese a tener un porcentaje de cumplimiento de un 83% en captación, se da en el marco de la menor cobertura, de igual

manera la diferencia porcentual de 5 puntos con captación de niños menores de un año, evidencia desigualdades en la atención del binomio madre hijo.

Por otro lado la relación del binomio madre hijo debería reflejarse en la continuidad de la atención, pero por el contrario se observa tanto en las coberturas como en la captación que la atención para la madre y el recién nacido a menudo son consideradas por separado, evidenciando la falla en la implementación de estrategias que sistematicen la atención conjunta de madre e hijo.

Dicha situación se visualiza en las regiones Brunca y Chorotega donde los porcentajes por indicador tienden a ser variables, lo que sugiere dificultades de acceso de los usuarios a los servicios por barreras asociadas a la ruralidad y dispersión geográfica, además de factores como nivel educativo, puestos de visita periódica, mitos acerca del aseguramiento y madres extranjeras.

En la misma línea se analizan los alcances en tamizaje de VIH y VDRL antes de las 20 semanas de gestación y su relación con el acceso temprano de la mujer embarazada, encontrándose que los resultados de tamizaje son menores a los de captación, cuando lo deseable es que sean similares entre sí o incluso mayores, teniendo en cuenta aquellas embarazadas captadas entre 14 y 20 semanas de gestación.

Además, las diferencias detectadas en los resultados entre ambas pruebas dejan de manifiesto las limitaciones existentes en cuanto la disponibilidad del reporte de VIH, ya que tal gestión no depende exclusivamente del primer nivel de atención.

El último eslabón de la continuidad de la atención perinatal es la mejora en la salud de la madre y el niño, que se demuestra a través de la medición de la detección y abordaje oportuno de las mujeres con serología VDRL positiva.

Dada la importancia que tiene esta intervención, preocupan los resultados ya que aunque hubo un aumento en el registro del número de casos, el logro institucional en cuanto al abordaje adecuado dista en 66 puntos porcentuales de la meta al 2018.

Este porcentaje está determinado por factores como notificación tardía del resultado, ausencia de la clasificación cronológica de la enfermedad, prescripción inadecuada o inexistente de la penicilina benzatínica y realización del VDRL control fuera del tiempo normado.

En términos generales y cerrando el ciclo del continuo de la atención, los resultados institucionales muestran una tendencia a brindar atención perinatal temprana equitativa, sin embargo existen áreas con perfiles desiguales de

atención, que las convierte en prioritarias (Figura 3.1) ya que disponen de un mayor rango para la mejora de sus resultados.

Partiendo del enfoque continuo de la atención perinatal, se detallan a continuación las áreas prioritarias según indicadores asociados y cuyo logro está por debajo del percentil 20:

- Áreas con bajo porcentaje de captación perinatal: San Rafael de Puntarenas y La Cruz.
- Áreas con bajo porcentaje de captación binomio madre hijo: Atenas, Barranca, Buenos Aires, Goicoechea 2, San Rafael de Puntarenas, Desamparados 1, La Cruz, Pérez Zeledón, Orotina-San Mateo, Heredia Cubujuquí y Parrita.
- Áreas con bajo porcentaje de captación embarazada y tamizaje de VDRL y VIH: Horquetas, Alajuelita, Pital, Los Chiles, Valle La Estrella y La Cruz.
- Áreas con bajo porcentaje de tamizaje de VDRL y abordaje adecuado de embarazadas con serología VDRL positiva: Pital, Moravia, Puerto Viejo, Goicoechea 1, Alajuela Central, Mata Redonda, Catedral Noreste, Santo Domingo, San Ramón, Alajuela Sur, Horquetas, Nicoya y La Cruz.
- Áreas con bajo porcentaje de captación perinatal, tamizaje de VDRL y VIH y abordaje adecuado de embarazadas con serología VDRL positiva: La Cruz.

Con los resultados de la EPSS 2014 y el análisis integrado de la atención perinatal, se pretende que todas las áreas de salud de la institución planteen estrategias centradas no en una intervención, sino en la elaboración de un continuo funcional de servicios básicos que salven vidas y mejoren la salud de mujeres y niños.

Las siguientes son recomendaciones en cuanto a las intervenciones y conductas claves que se deberían incluir para mejorar.

1. Identificar las deficiencias de cobertura y calidad en toda la continuidad de la atención de la salud de la madre y el niño.
 - a. Incluir en el expediente de salud los días o fecha y lugar de captación temprana perinatal, cuando la misma se haya realizado en otra área de salud y si registra un ingreso hospitalario en el periodo establecido para cada indicador.

- b. Fortalecer el sistema de contrarreferencia de las mujeres en periodo posparto y niños, del tercer al primer nivel de atención y la calidad descriptiva de la información que contenga el periodo de estancia hospitalaria y motivo de hospitalización.
 - c. Mejorar la calidad de los registros, a través del fortalecimiento de las destrezas en el uso de los sistemas de información, adecuada adscripción de los usuarios, control y unificación de datos y la asignación correspondiente de códigos CIE-10.
- 2. Mejorar la provisión de intervenciones y paquetes de medidas esenciales.
 - a. Programación y realización oportuna de las pruebas de tamizaje según la edad gestacional a la cual se inicie el control prenatal, teniendo en cuenta las condicionantes propias de acceso a los servicios de salud como aseguramiento, migración, dispersión geográfica y la capacidad instalada de los servicios de laboratorio.
 - b. Utilizar las fuentes de registro de los laboratorios clínicos institucionales para dar seguimiento a las mujeres que inician control, para que se realicen de manera oportuna las pruebas de tamizaje por VDRL y VIH.
 - c. Crear mecanismos de notificación inmediata y seguimiento epidemiológico para los casos de mujeres con serología VDRL positivo.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (2009). Guía de atención integral a las mujeres, niños y niñas en el periodo prenatal, parto y posparto. San José, Costa Rica .
- MINSA CR. (2010). Plan Nacional de Salud 2011-2021. San José, Costa Rica .
- OMS. (2000). Declaratoria del Milenio.
- OPS HA. (2014). Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; glosario de indicadores . Wahington DC.
- Sánchez, Héctor, Flores, A., & Martín, M. (2011). Métodos e indicadores para la evaluación de los servicios de salud . Barcelona : Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sines, E., Tinker, A., & Ruben, J. (2006). La continuidad en la atención al recién nacido, madres y niños:Un esfuerzo colectivo por salvar vidas. Washington, DC: Sara Adkins-Blanch, PRB.

Cuadro 3.1
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN Y CAPTACIÓN TEMPRANA DE EMBARAZADAS¹, POSPARTO² Y
MENORES DE UN AÑO². SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2014
(porcentaje)

REGIÓN	EMBARAZADAS		POSPARTO		MENORES UN AÑO	
	COBERTURA	CAPTACIÓN TEMPRANA	COBERTURA	CAPTACIÓN TEMPRANA	COBERTURA	CAPTACIÓN TEMPRANA
Brunca	79	85	63	74	92	62
Central Norte	85	78	75	84	104	81
Central Sur ³	89	73	76	85	97	79
Chorotega	98	70	85	82	108	73
Huetar Atlántica	102	81	84	86	111	86
Huetar Norte	96	76	80	93	100	90
Pacífico Central	91	73	96	71	97	70
Institucional	91	80	78	83	101	78

¹ Antes de las 14 semanas de gestación

² Antes de los 8 días de edad

³ No contempla Catedral Noreste para coberturas. Se contempla datos del 1 de abril al 31 de diciembre para Curridabat, Montes de Oca y San Juan San Diego Concepción

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

Cuadro 3.2
CCSS: TAMIZAJE^{/1} DE VDRL Y VIH EN MUJERES EMBARAZADAS
SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2014
(porcentaje)

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

^{/1} Antes de las 20 semanas de gestación

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

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

Cuadro 3.3
CCSS: TOTAL DE MUJERES EMBARAZADAS CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVA
SEGÚN REGIÓN E INSTITUCIONAL, 2012-2014
(porcentaje)

REGIÓN	CASOS		
	2012	2013	2014
Brunca	8	7	5
Central Norte	53	78	75
Central Sur ^{/3}	123	112	137
Chorotega	11	15	25
Huetar Atlántica	108	49	67
Huetar Norte	14	16	24
Pacífico Central	11	23	25
Institucional	328	300	358

^{/3} Se contempla datos del 1 de abril al 31 de diciembre para Curridabat, Montes de Oca y San Juan San Diego Concepción

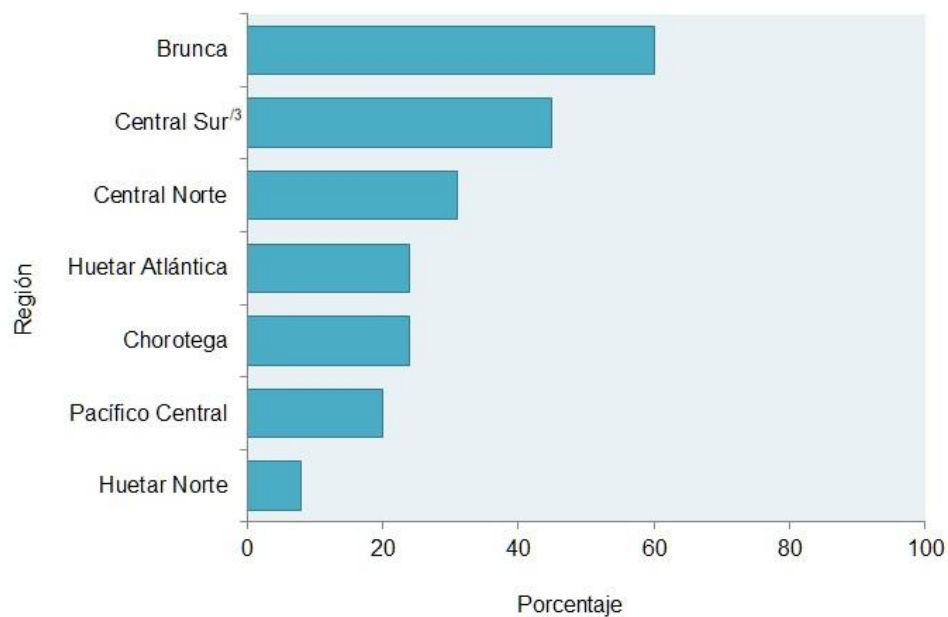
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Figura 3.1
CCSS: ÁREAS DE SALUD PRIORITARIAS POR INDICADOR, 2014
(unidades ubicadas por abajo del percentil 20)

MENORES 1 AÑO	EMBARAZADAS	PORPARTO	TAMIZAJE VDRL	TAMIZAJE VIH	VDRL POSITIVO
Horquetas	Catedral Noreste	Goicoechea 2	Horquetas	Pital	Golfito
Mata Redonda	San Rafael de Puntarenas	Coronado	La Carpio-León XIII	Horquetas	Santo Domingo
Upala	Barva	Puerto Viejo	Naranjo	Alajuela Oeste	San Rafael de Heredia
Tibás-Uruca-Merced	Zapote-Catedral	Barranca	San Ramón	Santa Ana	Belen Flores
Peninsular	Carrillo	Nicoya	Mata Redonda	Upala	San Ramón
Palmares	Santa Rosa de Pocosol	Aserri	Alajuelita	Matina	Palmares
Hatillo	San Rafael de Heredia	Cañas	Goicoechea 2	Bagaces	Alajuela Sur
Atenas	Curridabat	Atenas	Curridabat	Goicoechea 2	Alajuela Central
Barranca	Liberia	Concepción-San Juan-San Diego	Santo Domingo	Talamanca	Puerto Viejo
Buenos Aires	Concepción-San Juan-San Diego	La Cruz	Santa Ana	Desamparados 3	Horquetas
Goicoechea 2	Alajuela Oeste	Valle de la Estrella	Tibás-Uruca-Merced	Hatillo	Catedral Noreste
Alajuela Norte	Heredia Virilla	Chacarita	Puerto Viejo	Alajuela Sur	Goicoechea 1
Desamparados 3	Puerto Viejo	Cartago	Pital	Alajuelita	Moravia
San Rafael de Puntarenas	Horquetas	Goicoechea 1	Hatillo	Goicoechea 1	Mata Redonda
Desamparados 1	Alajuelita	Pérez Zeledón	Moravia	Los Chiles	Desamparados 1
La Cruz	Pital	Buenos Aires	Desamparados 3	Parrita	Puriscal-Turubares
Pérez Zeledón	Tibás-Uruca-Merced	San Rafael de Puntarenas	Goicoechea 1	Alajuela Central	Cartago
Orotina-San Mateo	Los Chiles	Desamparados 1	Los Chiles	Limón	Concepción-San Juan-San Diego
Zapote-Catedral	Valle de la Estrella	Heredia Cubujuquí	Valle de la Estrella	Moravia	Nicoya
Heredia Cubujuquí	La Cruz	Orotina-San Mateo	Alajuela Sur	La Cruz	Abangares
Parrita	Nicoya	Parrita	La Cruz	Valle de la Estrella	Bagaces
			Nicoya		La Cruz
			Alajuela Central		Carrillo
			Catedral Noreste		Guápiles
					Agua Zarcas
					Pital
					Florencia
					Ciudad Quesada
					Peninsular
					Chacarita

FUENTE: CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 3.1
CCSS: MUJERES CON SEROLOGÍA VDRL POSITIVA ABORDADAS ADECUADAMENTE
SEGÚN REGIÓN, 2014
(porcentaje)



^{/3} Se contempla datos del 1 de abril al 31 de diciembre para Curridabat, Montes de Oca y San Juan San Diego Concepción

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

Avances en la Atención Perinatal, 2014



Postparto y menores de un año a 7 puntos porcentuales de la Meta 2018 y embarazadas a 5 de alcanzarla

Serologías VDRL y VIH realizadas antes de las 20 semanas

Porcentajes Institucionales



Serología VDRL a 6 puntos porcentuales de la Meta 2018 y VIH la supera

Embarazadas con VDRL positivo

Total de casos por región



De las 358 embarazadas con serología VDRL positiva, el 33% se abordan oportuna y adecuadamente

Áreas de Salud con un logro por debajo del percentil 20



La Cruz obtuvo bajos porcentajes en captación temprana perinatal y serología VDRL, VIH y VDRL positiva

TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La cobertura de detección temprana de hipertensión arterial en los escenarios domiciliar, comunal y laboral aumentó en la mayoría de las regiones.

En el último año la cobertura institucional de tamizaje de hipertensión arterial, aumentó 4 puntos porcentuales.

La hipertensión arterial se define como cifras de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90mmHg en toda persona de 18 años o más (CCSS, Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, 2009).

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo, y contribuyen sustancialmente al aumento de los costos de la atención de salud (OMS, 2010). La hipertensión arterial se ha asociado con la presencia de episodios coronarios y cerebrovasculares agudos, que a menudo son mortales antes de que se preste atención médica.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el aumento de la presión arterial fue la responsable de 9,4 millones de muertes y 162 millones de años de vida perdidos en el 2010, por lo que se ha propuesto la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas y su detección temprana en todos los escenarios para así evitar complicaciones cardiovasculares.

En Costa Rica la prevalencia de la hipertensión arterial diagnosticada, en mayores de 20 años, es de 31,5%, la cual al desglosar los datos según sexo, se encuentra para las mujeres una prevalencia de 35,4% comparado con un 27,7% en los hombres. La hipertensión arterial no diagnosticada, para el mismo grupo de edad, presenta una prevalencia de 6,3% (CCSS, 2011).

La intervención de tamizaje para detección temprana de hipertensión arterial, pretende medir la cobertura alcanzada por el Área de Salud de personas de 20 años y más no conocidas hipertensas a las que se les toma la presión arterial en un año, en los escenarios domiciliar, comunal y laboral. Este grupo de personas representa el 68.5% de la población asignada, siendo la meta institucional al 2018 que al 38% se le realice la toma de presión arterial.

Para verificar la cobertura, se utilizó el Cuadro 20 del informe Estadístico (I NIVEL) denominado “Actividades del Asistente Técnico de Atención Primaria” (ATAP),

específicamente los datos de la fila de Actividades Preventivas correspondientes a la toma de presión arterial en el escenario domiciliario, comunal y laboral, emitido por el Área de Salud.

Es importante aclarar que en el caso de las Áreas de Salud de Curridabat, Montes de Oca y Concepción-San Juan-San Diego, por el cambio que se dio de proveedor, los datos de cobertura de tomas de presión arterial son del 01 de abril al 31 de diciembre del año 2014. Debido a inconsistencias en la pirámide poblacional del Área de Salud de Catedral Noreste, los resultados de esta área no se tomaron en cuenta para el cálculo de la cobertura.

A nivel institucional se detectó una disminución de la cobertura de tamizaje de hipertensión arterial, del 2012 al 2013, sin embargo en el año 2014 aumentó 4 puntos porcentuales. En el año 2014, al igual que en el 2013, los resultados regionales muestran datos muy variables que van desde 21%, en la Región Huetar Atlántica, hasta 47%, en la región Pacífico Central. Las Regiones Pacífico Central, Huetar Norte y Brunca históricamente han presentado coberturas altas en este indicador, sin embargo las Regiones Huetar Atlántica y Central Norte han presentado coberturas bajas (Cuadro 6.1).

Las áreas de salud que se ubican en el quintil más bajo según cobertura de tamizaje (percentil 20= 22,77%) son:

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| • Chacarita | • Tilarán |
| • Tibás-Uruca-Merced | • Alajuela Central |
| • Carrillo | • Goicoechea 1 |
| • Guápiles | • Siquirres |
| • Belén Flores | • Matina |
| • Alajuela Oeste | • Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca |
| • Horquetas | • Coto Brus |
| • Zapote-Catedral | • Goicoechea 2 |
| • San Rafael de Heredia | • Concepción-San Juan-San Diego |
| • Hojancha | • Alajuela Norte |
| • Limón | |

La Región Huetar Atlántica presentó, junto con la Región Huetar Norte, la cobertura más baja de atención de pacientes con hipertensión arterial (30%), situación que se ha presentado en años anteriores. Por otro lado, la Región Huetar Atlántica evidenció el porcentaje más bajo de hipertensos con control óptimo (57%), intervención que será analizada en otro apartado. Es de destacar, que las personas afro-descendientes son más sensibles a la ingesta de sal, siendo un grupo en el cual es difícil alcanzar cifras óptimas de presión arterial y en donde

algunos medicamentos tienden a ser menos efectivos, como los beta-bloqueadores o los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (CCSS, Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, 2009).

Las Áreas de Salud de la Región Huasteca Atlántica que presentan los porcentajes más bajos de cobertura de tamizaje de presión arterial son:

- Guápiles
- Limón
- Siquirres
- Matina

Entre los factores identificados que pudieron afectar la implementación de la intervención de tamizaje de presión arterial están las relacionadas con la cantidad de Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) en las Áreas de Salud, ya sea porque están reubicados o respondiendo a situaciones especiales propias del ATAP, como barridos o campañas de vacunación, lo que limita el tiempo de detección de pacientes hipertensos.

Otros elementos que podrían estar influyendo en el desempeño de este indicador se relacionan con el llenado incorrecto del Cuadro N° 20, o como en años anteriores que se han documentado errores en la consolidación de los datos. Además se ha informado, por parte de las Áreas de Salud, que la población económicamente activa no está en el hogar en el momento de la visita de los Técnicos en Atención Primaria, lo que se traduce en oportunidades perdidas para captar esta población.

Entre las recomendaciones que se dan para mejorar la cobertura de tamizaje de hipertensión arterial en los escenarios domiciliar, comunal y laboral, destacan la detección de usuarios en ferias de la salud, en las visitas domiciliarias, en empresas valorando la población cautiva, en universidades, centros diurnos o solventando la deficiencia de Técnicos en Atención Primaria para lograr un mayor acercamiento con la comunidad. Por otro lado es importante mejorar la calidad del llenado del cuadro 20, para así tener un mejor consolidado de la información.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (2009). Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Costa Rica: CCSS. Tercera Edición.
- CCSS. (2011). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. San José, Costa Rica: CCSS.
- OMS. (2010). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Washington, D.C: OPS.

Cuadro 6.1

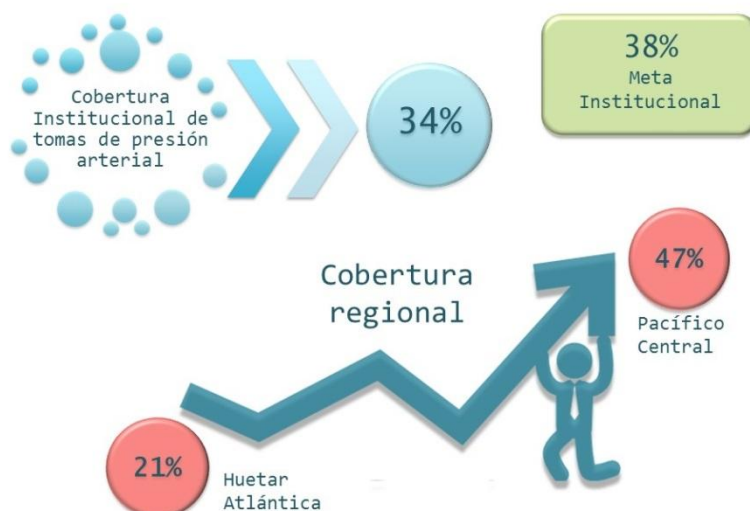
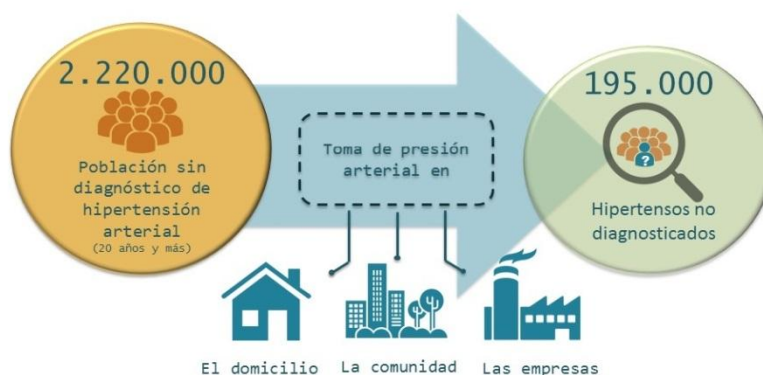
CCSS: COBERTURA^{/1} INSTITUCIONAL DE TAMIZAJE DE DETECCIÓN TEMPRANA
DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN REGIÓN, 2012 - 2014
(porcentajes)

REGIÓN	2012	2013	2014
Pacífico Central	46	41	47
Huetar Norte	33	34	38
Brunca	42	38	37
Chorotega	35	30	37
Central Sur	44	33	36
Central Norte	26	21	30
Huetar Atlántica	28	23	21
Institucional	36	30	34

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

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2012-2014.

Tamizaje de detección temprana de hipertensión arterial, 2014



Áreas de Salud prioritarias

-Unidades por debajo del percentil 20 (23%)-

Chacarita	Tilarán
Tibás-Uruca-Merced	Alajuela Central
Carrillo	Goicoechea 1
Guápiles	Siquirres
Belén Flores	Matina
Alajuela Oeste	Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca
Horquetas	Coto Brus
Zapote-Catedral	Goicoechea 2
San Rafael de Heredia	Concepción-San Juan-San Diego
Hojancha	Alajuela Norte
Limón	



VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN EL ADULTO MAYOR. COBERTURA

Se mantiene estable la cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor.

La cobertura institucional de vacunación por influenza en las personas de 65 años y más no mostró mejoría, sin embargo en la Región Huetar Atlántica aumentó 12 puntos porcentuales.

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

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

Debido a lo anterior, las infecciones agudas por virus respiratorios son enfermedades de notificación semanal colectiva en Costa Rica y a partir de 1998 se reportan dentro del grupo de las virosis de vías respiratorias inferiores. El número de casos reportados al año es cercano a 100.000, para una tasa de 189.5 por 1000 para el año 2001, por lo que constituye el evento de notificación obligatoria más frecuente (Ministerio de Salud, 2003).

La disponibilidad de una vacuna para la prevención de la influenza estacional plantea alternativas de intervención costo-efectivas a los Programas de Inmunización y Salud Pública en los países. La eficacia de la vacuna depende de la edad y el estado inmunológico de la persona, así como el grado de similitud entre las cepas que se encuentren circulando, con respecto a las incluidas en la vacuna utilizada. La vacuna de influenza con virus inactivado está compuesta por virus relacionados antigénicamente con cepas de influenza A y B circulantes. Se trata de una vacuna trivalente, que contiene dos cepas de influenza tipo A y una cepa de influenza B (CCSS, 2015).

En Costa Rica, la Comisión Nacional de Inmunizaciones recomendó la inclusión de la vacuna contra influenza en el 2004, pero es hasta el año 2006 que la Comisión acordó vacunar a todos los adultos mayores (DCSS, 2014).

La intervención estratégica evalúa la cobertura de vacunación por Influenza, esta representa el total de personas de 65 años y más vacunadas en el año en relación a la población de adultos mayores del Área de Salud respectiva. Para establecer la cobertura, se solicitó la Certificación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), de donde se tomó el dato del total de adultos mayores vacunados.

Es importante aclarar, que en el caso de las Áreas de Salud de Curridabat, Montes de Oca y Concepción-San Juan-San Diego no se dispone del dato de cobertura, ya que el proveedor inició labores el 1 de abril de 2014 y las campañas de vacunación del 2014 fueron de Octubre de 2013 a Febrero 2014. En el caso del Área de Salud de Catedral Noreste, debido a inconsistencias en la pirámide poblacional, los resultados no se tomaron en cuenta para el cálculo de las coberturas de vacunación. Así mismo, la cobertura de Chomes-Monteverde está incluida en San Rafael de Puntarenas, debido a que anteriormente era una sola área de salud.

En el 2014 a nivel institucional, el porcentaje de cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor fue de 61%, mismo porcentaje que en el año anterior. Las Regiones Central Sur, Central Norte y Huetar Atlántica, se encuentran por debajo del promedio institucional, sin embargo esta última aumentó 12 puntos porcentuales con respecto al año 2013. La Región Pacífico Central, a pesar de que está por encima del promedio, presentó un descenso de 14 puntos porcentuales en relación al año 2013 (Cuadro 7.1).

Las Regiones Huetar Atlántica y Central Sur presentaron los porcentajes de cobertura más bajos, mientras que la Brunca y la Chorotega lograron la meta institucional establecida al 2018 (80%), lo que evidencia que con la implementación de estrategias locales pertinentes es posible alcanzar la meta planteada con los recursos disponibles.

Las áreas de salud presentan datos muy variables que van desde el 4% en Talamanca hasta 99% en Guatuso y las que se ubican en el quintil más bajo (percentil 20= 53,88%) son:

- Talamanca
- Mata Redonda
- Belén Flores
- Zapote-Catedral
- San Rafael de Heredia
- Hatillo
- Limón
- La Unión
- Santo Domingo
- Heredia Cubujuquí
- Desamparados 1
- Guápiles
- Tibás-Uruca-Merced
- Cartago
- Alajuela Central
- Moravia
- Goicoechea 2
- Heredia Virilla
- Poás
- Goicoechea 1

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

Algunas unidades argumentan que no alcanzaron las metas debido a que el biológico se agota antes de tiempo, ya que también se deben vacunar otros grupos de riesgo definidos; por otro lado la asignación de cuotas nacionales de vacunas no fue suficiente para cubrir la población adulta mayor a vacunar, además de que hubo resistencia de algunos usuarios para la aplicación de la vacuna.

Especial atención merece Talamanca, ya que es el Área de Salud con los porcentajes más bajos de cobertura de vacunación por influenza en la población adulta mayor, tanto en el año 2013 como en el 2014. Esta situación podría no reflejar la realidad de adultos mayores vacunados, debido a que esta unidad ha venido teniendo problemas con los registros y su entrega oportuna al PAI para la certificación.

Para el año 2014, la brecha entre la cobertura de atención general de adultos mayores y vacunación por influenza se mantuvo estable con respecto al año 2013 (21%), por lo que se debe aprovechar la oportunidad de vacunar a esta población que accede al centro de salud. La vacunación requiere un alto nivel de cobertura en los grupos objetivo, para lograr el impacto esperado y que los efectos puedan ser medidos de forma confiable.

La baja cobertura alcanzada por la Región Central Sur es una alerta, ya que, junto con la Región Central Norte, es una de las regiones donde se concentra la mayor cantidad de adultos mayores.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (Abril de 2015). Lineamientos de Vacunación con la vacuna de Influenza Estacional en Costa Rica. Temporada 2015. San José, San José, Costa Rica.
- DCSS. (2014). Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2013. Informe de Resultados. San José, Costa Rica: CCSS.
- Ministerio de Salud. (2003). Prevención, vigilancia y control de enfermedades causadas por influenza y otros virus respiratorios en Costa Rica. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.
- OPS. (Mayo 2014). Evaluación multicéntrica de la efectividad de la vacuna de influenza estacional en América Latina y el Caribe, temporada 2014. OPS.

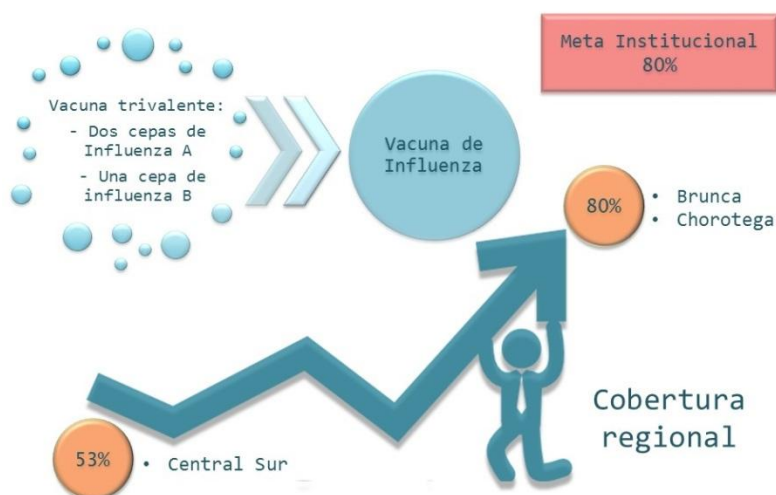
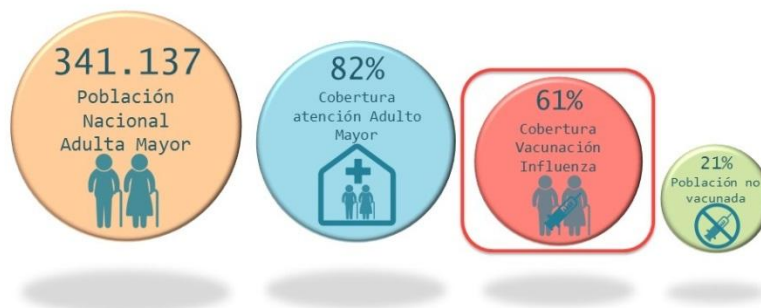
Cuadro 7.1
CCSS: COBERTURA^{/1} INSTITUCIONAL DE VACUNACIÓN POR INFLUENZA EN
ADULTOS MAYORES SEGÚN REGIÓN, 2012-2014
(porcentajes)

REGIÓN	2012	2013	2014
Brunca	70	82	80
Chorotega	77	79	80
Huetar Norte	70	73	76
Pacífico Central	67	78	64
Central Norte	51	58	59
Huetar Atlántica	57	44	56
Central Sur	51	56	53
Institucional	57	61	61

^{/1} No incluye las Áreas de Salud de Catedral Noreste, Curridabat, Montes de Oca, Concepción-San Juan-San Diego.

FUENTE: CCSS. Sistema de Vacunas. Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2014.

Cobertura vacunación contra influenza en el Adulto Mayor, 2014



Áreas de Salud prioritarias

-Unidades por debajo del percentil 20 (54%)-

Talamanca	Desamparados 1
Mata Redonda	Guápiles
Belén Flores	Tibás-Uruca-Merced
Zapote-Catedral	Cartago
San Rafael de Heredia	Alajuela Central
Hatillo	Moravia
Limón	Goicoechea 2
La Unión	Heredia Virilla
Santo Domingo	Poás
Heredia Cubujuquí	Goicoechea 1

FUENTE: CCSS. Sistema de Vacunas. Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2014.



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Mayoría de áreas de salud se suman a desarrollar procesos educativos de promoción de estilos de vida saludables con la población.

96 áreas de salud evidenciaron la implementación de la actividad educativa.

Desde el año 2012 la institución ha venido desarrollando acciones dirigidas hacia la Promoción de Estilos de Vida Saludables, representadas por procesos educativos dirigidos a la población de 20 a menos de 65 años a nivel comunitario. Dicha estrategia, tiene como objetivo desarrollar en los participantes habilidades que permitan un mayor control de su salud, e irse posicionando en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad; esfuerzo que va muy de la mano con la estrategia nacional vigente (Salud, 2014), y con las acciones a nivel mundial (Ferrante, 2011) (King, 2014).

Los procesos educativos implementados o acción grupal comprenden: estilos de vida saludables, alimentación saludable y actividad física, que se desarrollan en 8 a 12 sesiones con estrategias participativas, permitiendo crear conciencia en las personas respecto a las prácticas o conductas que asumen, así mismo reconocer que sus hábitos o forma de vida tienen efectos en su salud. Bajo este contexto, existen numerosos estudios que hacen referencia a la efectividad de las intervenciones como la institucional (Jepson, 2010) (Kushner, 2014).

En esta labor, se propuso para el 2014, que la totalidad de las unidades que trabajan en el primer nivel de atención, guiaran sus esfuerzos hacia la implementación de los procesos educativos mencionados, permitiendo que el 0.25% la población adulta tenga la opción de participar. Para ello, se debe recurrir a la divulgación local de los procesos educativos, con el apoyo de al menos dos medios de comunicación colectiva por área de salud, que promuevan la integración de la población a la estrategia educativa planteada.

Finalizado este primer año, se logra la participación de 96 áreas de salud y el involucramiento de 5.610 personas registradas en los procesos educativos. Desde una perspectiva regional, la Central Sur y Huetar Norte lograron que todas sus unidades evidenciaron acciones relacionados con la promoción de estilos de vida saludables; y el mayor número de participantes entre todas las regiones fue

reportado en la Central Sur y Central Norte, comportamiento asociado a la alta proporción de áreas de salud que las constituyen (Cuadro 8.1).

De los procesos educativos evaluados a nivel institucional, se obtienen una priorización de los temas impartidos muy similar a la definida en la ficha técnica (Cuadro 8.2) (Pérez, 2013). Este comportamiento permite evidenciar que la estructura vigente ha sido una buena herramienta para la implementación de los procesos educativos a nivel local. Así mismo, 64 áreas de salud evidenciaron que la implementación de la acción grupal fue con estrategias participativas y actividad física.

Otro de los aspectos evaluados lo constituye la participación de los medios de comunicación colectiva, en donde 77 unidades lograron evidenciar el apoyo en la divulgación de los procesos educativos planificados. Esta participación ha venido constituyendo para las áreas de salud, un valioso aporte en la motivación de la población para integrarse a los procesos programados en las diferentes comunidades.

Por otra parte, a pesar que la intervención está definida para ejecutarse en todas las áreas de salud a nivel institucional y permitir que la población adulta, independientemente de su área de adscripción, pueda contar con el beneficio de participar y adquirir herramientas para mejorar su estilo de vida; se evidencia que aún faltan unidades por involucrarse y reportar acciones dirigidas hacia la promoción de estilos de vida saludables, entre ellas: Parrita, Bagaces, Buenos Aires, Guácimo, Valle la Estrella, Poás, Alajuela Sur y Alajuela Oeste.

Dentro de las áreas de salud que ejecutan la acción grupal, también deben mencionarse aspectos a mejorar, que a pesar de estar contenidos en la ficha técnica producen dificultades en la evaluación global de la intervención, ya que no se realizan con base en lo establecido. Existiendo así, un número significativo de unidades que deben unirse a este proceso de estandarización que la intervención plantea a nivel institucional, para facilitar la medición y finalmente informar el esfuerzo o producto alcanzado por todas las unidades en relación con la promoción de estilos de vida saludables. Por ejemplo: la utilización de registros de participantes no oficiales con información insuficiente y la presentación de evidencias que no corresponden a lo solicitado a nivel institucional, entre otros aspectos.

En general, los resultados permiten evidenciar que la implementación de la intervención es posible con los recursos disponibles, sin embargo es necesario fortalecer su ejecución por medio de la dotación de recursos materiales, equipamiento, y en algunas ocasiones, según se disponga de recursos financieros

y recurso humano. La realidad muestra que la capacidad de resolución y la distribución de los recursos es variada incluso dentro de una misma región, pero la evidencia recopilada también refiere que los esfuerzos de equipos de salud comprometidos con la comunidad permite alcanzar resultados favorables sobre la calidad de vida en las personas en un corto o mediano plazo.

Referencias Bibliográficas.

Carlford, S. L. (2012). Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: a qualitative evaluation 2 years after the introduction of a lifestyle intervention tool. *BMC Family Practice*, 13:99.

Ferrante, F. L. (2011). Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de Corte transversal. *Rev Argent Salud Pública*, 2(6):34-41.

Jepson, R. H. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*, 10: 538.

King, K. M. (2014). Characteristics of Interventions Targeting Multiple Lifestyle Risk Behaviours in Adult Populations: A Systematic Scoping Review. *Scoping Review. PLoS ONE* , 10(1): e0117015.

Kushner, R. y. (2014). Assessment and Lifestyle Management of Patients. *Clinical Recommendations From Systematic Reviews. JAMA* , 312(9):943-952.

Pérez, C. C. (2013). Promoción de Estilos de Vida Saludables. Proceso educativo participativo. Alimentación saludable y actividad física. San José: Dirección de Compra de Servicios de Salud, C.C.S.S.

Salud, M. d. (2014). Estrategia nacional de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad y su plan de acción. San José: Ministerio de Salud.

Cuadro 8.1

CCSS: TOTAL DE PARTICIPANTES Y META EN LA ACCIÓN GRUPAL DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN REGIÓN, 2014

REGIÓN	TOTAL DE PARTICIPANTES	META ^{/1}
Central Sur	2585	2871
Central Norte	1016	1933
Chorotega	738	641
Pacífico Central	391	418
Huetar Atlántica	305	605
Brunca	302	513
Huetar Norte	273	344
TOTAL	5610	7325

^{/1} Corresponde al 0,25% de la población de 20 a menos de 65 años

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2014

Cuadro 8.2

CCSS: PILARES EDUCATIVOS DE LA ACCIÓN GRUPAL, TEMAS PRIORITARIOS Y NÚMERO DE AREAS DE SALUD QUE LOS IMPARTIERON, 2014

PILARES EDUCATIVOS DE LA ACCIÓN GRUPAL	TEMAS PRIORITARIOS IMPARTIDOS	AREAS DE SALUD QUE REALIZARON EDUCACIÓN
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Autocuidado	50
	Estilo de vida saludable y salud	45
	Autoestima	43
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	Conceptos y beneficios de una alimentación saludable	44
	Diseño de un plato saludable	42
	El círculo de una alimentación saludable	39
ACTIVIDAD FÍSICA	Beneficios de realizar actividad física regularmente	43
	Tipo de Actividad Física	42
	Conceptos básicos	39

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2014

Promoción de Estilos de Vida Saludables 2014

96 Áreas de Salud desarrollaron procesos educativos en alimentación saludable y actividad física

AVANCES DEL PROGRAMA

PILARES

AG

Acción Grupal.

5.610 personas en todo el territorio nacional lograron formar parte de los procesos educativos en Estilos de Vida Saludables y adquirieron herramientas para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles.

AC

Acción Colectiva.

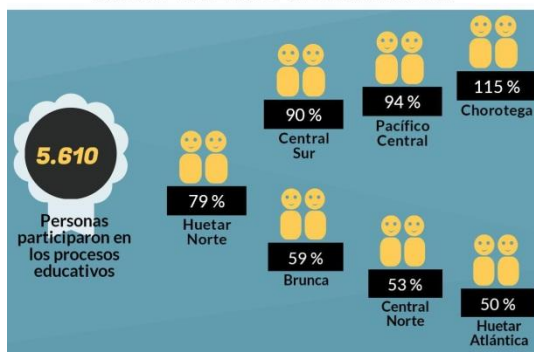
77 Áreas de Salud recibieron apoyo de los medios de comunicación colectiva para estimular la participación a los procesos educativos desarrollados.

MP

Metodología Participativa.

64 Áreas de Salud evidenciaron que durante los procesos educativos implementados, la metodología fue dinámica, participativa y con la inclusión de actividad física.

CUMPLIMIENTO SEGÚN META



TEMAS DE EDUCACIÓN MÁS UTILIZADOS

Estilos de Vida Saludables

Autocuidado
Estilo de Vida Saludable y Salud
Autoestima

Alimentación Saludable

Concepto y beneficios de una Alimentación Saludable
Diseño de un plato saludable
El círculo de una alimentación saludable

Actividad Física

Beneficios de realizar actividad física regularmente
Tipo de Actividad Física
Conceptos básicos

SITUACIÓN ACTUAL

La Región Central Sur y Huetar Norte logran que todas sus Áreas de Salud ejecuten los procesos educativos



Se encuentran aún sin desarrollar los procesos educativos: Parrita, Bagaces, Buenos Aires, Guácimo, Valle la Estrella, Poás, Alajuela Sur y Alajuela Oeste.

Para el año 2018, la institución tiene como objetivo que todas las Áreas de Salud estén realizando procesos educativos en Promoción de Estilos de Vida Saludables, así mismo haber logrado que al menos el 1% de la población de 20 a menos de 65 años haya tenido el beneficio de participar.



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

CÁNCER DE CÉRVIX

Continúa descendiendo la cobertura en citología cérvico vaginal en todo el país.

Tres regiones con coberturas muy bajas. Huetar Atlántica la más crítica.

El cáncer cervicouterino es, a nivel mundial, el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres, y cada año, más de 270.000 mujeres mueren de este tipo de cáncer.

Más del 85% de estas defunciones se registra en países de ingresos bajos y medianos (OPS, 2013), en muchos casos debido al acceso limitado a servicios de salud, como por ejemplo la toma del Papanicolaou (PAP), la cual ha demostrado ser eficaz para la detección temprana de las lesiones precancerosas.

La vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en las niñas 9 a 13 años de edad, combinada con el cribado regular de lesiones precancerosas en las mujeres de más de 30 años de edad y seguida de un tratamiento adecuado, son herramientas clave para prevenir los 530.000 casos nuevos de cáncer cervicouterino diagnosticados cada año. (OPS, 2013)

Es fundamental mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos. La tasa de curación del cáncer cervicouterino invasor está muy relacionada con el estadio diagnóstico y la disponibilidad de tratamiento. En ausencia de tratamiento, el cáncer cervicouterino en casi todos los casos es fatal.

En Costa Rica el cáncer de cérvix ocupa el 4 lugar en mortalidad por cáncer, con un 6% de casos (OPS, 2013)

Para la Evaluación del Desempeño del año 2014, los datos de cobertura se obtienen de los sistemas de información de las áreas de salud, tomando las citologías realizadas en el año 2013 y 2014, dado que la cobertura es bianual. De estas citologías, se toma únicamente el grupo de mujeres de 35 a menos de 65 años como indicador de cobertura, esto debido a que es grupo de edad de mayor riesgo de presentar cáncer de cérvix.

Del análisis de las coberturas se excluyen las áreas de Catedral Noreste, debido a las inconsistencias de pirámide poblacional que presenta, además de las áreas de San Juan-San Diego-Concepción, Montes de Oca y Curridabat, que son administradas por la UNIBE, ya que la cobertura recolectada para éstas áreas

corresponde únicamente al periodo del 1 de abril al 31 de diciembre del 2014 lo que no las hace comparables con las demás.

A nivel institucional se obtuvo un total de 285.092 citologías realizadas en el primer nivel de atención, en el año 2014. Con éstos resultados, se tiene que en los últimos tres años, la tendencia ha sido el descenso, ya que para el año 2014 se logró un 35% de cobertura institucional, porcentaje menor a los dos años anteriores (Cuadro 9.1). Este logro institucional, está 10 puntos porcentuales por debajo de la meta al 2018 por lo que se deben realizar importantes esfuerzos institucionales para alcanzarla.

Si se analizan los resultados a nivel regional, se tiene que la Región Atlántica, Central Norte y Chorotega no alcanzan el promedio institucional, mientras que Central Sur, Pacífico Central, Huetar Norte y Brunca la sobrepasan. (Cuadro 9.1)

La región Brunca es la que históricamente ha presentado las coberturas más altas, teniendo inclusive un aumento importante desde el 2013. De hecho, casi todas las áreas de salud de esta región tienen resultados sobre el promedio institucional, con excepción de Buenos Aires que alcanza un 34% de cobertura. Debido a éstos buenos resultados, la Brunca es la única región que ya superó la meta institucional al 2018 teniendo inclusive a Pérez Zeledón como el área con la cobertura más alta del país con un 59% de logro.

En la región Central Norte, el 56% de las áreas de salud están por debajo del promedio institucional, siendo Alajuela Oeste, la más baja y La Carpio León XIII la de mayor cobertura.

En cuanto a la Central Sur, el área con porcentaje menor es Cartago, mientras que la de mayor logro es Coronado. En esta Región el 26% de sus áreas están por debajo del promedio institucional. Sin embargo, cabe destacar que, cinco de sus áreas ya superaron la meta al 2018.

La Región Chorotega tiene el 33% de sus áreas con resultados inferiores al promedio institucional, siendo las de menor cobertura Liberia y Carrillo. Por otro lado, la mayor cobertura es de Nandayure.

Huetar Atlántica es la región con el menor porcentaje de coberturas del país en el año 2014. El 71% de sus áreas está con resultados inferiores al promedio institucional siendo Talamanca y Limón las que tienen las menores coberturas de la región y del país inclusive. Sin embargo, Matina y Cariari tienen los resultados más altos de la región sobrepasando el promedio institucional.

La Región Huetar Norte presenta buenos resultados ya que sólo una de las siete áreas de salud está por debajo del promedio institucional. Destaca Florencia con un 55% de logro.

En la Región Pacífico Central, el 40% de las áreas tiene resultados inferiores al promedio institucional teniendo a Garabito y Barranca con los menores resultados. Por otro lado, las coberturas más altas las presenta Aguirre y Parrita.

Al comparar las áreas entre sí, se tiene que hay mucha variabilidad en los resultados, el rango de variación entre ellas es de 42 puntos porcentuales. Para elaborar un mejor análisis de este comportamiento se hace una agrupación en quintiles para identificarlas en grupos y poder valorar mejor el panorama a nivel nacional. (Mapa 9.1)

Con esto se observa que, el 20% de las áreas tienen logros por debajo de 28% en su cobertura, ubicándose por lo tanto, en el quintil más bajo. Por este motivo, estas áreas se consideran como prioritarias de tomar acciones de mejora en la gestión que busquen incrementar estos resultados. Aquí se encuentran ocho áreas que pertenecen a la región Central Norte, cuatro están en la Central Sur, cuatro son de la Huetar Atlántica, dos de la Chorotega, una de la Huetar Norte y una de Pacífico Central. Es de resaltar que no hay ninguna de la Región Brunca, lo que es esperable dado las altas coberturas que presentan la región. (Mapa 9.2)

De éstas 20 áreas prioritarias, las que presentan los menores porcentajes son Talamanca (17%), Limón (17%) y Santa Rosa de Pocosol (19%).

Al considerar cuáles son los factores determinantes para estos resultados se puede ver que cada una de las regiones tiene características particulares que las hace más o menos vulnerables a las barreras de acceso. Hay áreas de salud que tienen problemas geográficos que dificultan a las usuarias llegar a los servicios de salud. En estos casos se pueden crear estrategias como campañas de salud que acerquen más el recurso a ellas. Es importante crear enlaces con otras áreas de salud aledañas, así como juntas de salud, organismos gubernamentales y no gubernamentales para contar con más recurso. Además se puede establecer comunicación con las empresas del área para coordinar una campaña de toma de la citología a las mujeres que laboran ahí.

Otro factor elemental es la gestión que cada una de las áreas realiza para aumentar las coberturas ya que, se observan muchas oportunidades perdidas para la realización de la citología en los centros de salud. Dentro de los motivos que han incidido en que la usuaria no acceda a la toma de la citología, es la falta de seguro social, y el tener que sacar cita previa para realizarse el examen, entre otros.

La realización de ferias de la salud, dejar espacios abiertos en la agenda para la toma de la citología y captar a la usuaria cuando consulta por otros motivos, son algunos de las estrategias que se pueden implementar. Un factor básico es la visita domiciliar de los técnicos de atención primaria, ya que es un punto de encuentro con las usuarias que no acuden a los servicios de salud por diferentes motivos.

Otro de los motivos que, posiblemente ha influido en la caída de las coberturas, es el incremento de la medicina privada al que acuden mujeres que tienen dificultad para sacar cita en los centro de salud y requieren el resultado con prontitud. Lamentablemente aún no se cuenta con registros para poder cuantificar cuál es la proporción de mujeres que acuden a éstos servicios para valorar realmente cuanto ha afectado esto la cobertura institucional.

Sin embargo y, a pesar de todas estas barreras, hay un 20% de las áreas de salud del país que cuentan con muy buenos resultados, posicionándose en el quintil más alto, superando inclusive la meta al 2018. Como ejemplo se pueden citar Pérez Zeledón (59%), La Carpio-León XIII (57%) y Corredores (56%) que son áreas que presentan las coberturas más altas. (Mapa 9.1)

De estas 20 unidades que superaron la meta al 2018 (45%), hay cinco que pertenecen a la región Central Sur, tres son de la Central Norte, tres de Pacífico Central, tres de la Brunca, tres de la Huetar Norte, dos de la Huetar Atlántica y una de la Chorotega.

Por otro lado y, como parte de la continuidad de la atención a las mujeres que tienen el resultado del Pap, hay una intervención estratégica que consiste en la realización oportuna de la colposcopia, la que generalmente se utiliza a consecuencia de un resultado anormal de la citología vaginal y como un método de diagnóstico precoz del cáncer genital en la mujer ya que sirve para detectar lesiones tanto benignas como malignas a nivel de cuello, vagina, vulva, etc. Este examen está a cargo del segundo y tercer nivel de atención.

Para efectos de éste informe, se analizará únicamente la realización de la colposcopia en el segundo nivel de atención ambulatorio, el cual corresponde a ocho áreas de salud de las cuales cinco pertenecen a la Central Sur, dos a la Central Norte y una a la Brunca. El análisis de éste indicador para el tercer nivel de atención se hará en otro apartado.

El indicador mide la atención oportuna de la patología cervical, y se basa en lo estipulado en la Norma de Atención, donde se valoran los tiempos establecidos para la realización de la colposcopia, según el diagnóstico citológico. Esto se mide

verificando el tiempo que existe entre la fecha de recepción de la referencia y la ejecución de la colposcopia.

Dentro de todas las citologías vaginales realizadas en la institución, se encontraron 1.948 citologías alteradas que ameritaron referencia a colposcopia en el segundo nivel de atención ambulatorio. De éstas, se extrajo una muestra de 363 expedientes, sin embargo, durante la revisión de expedientes se encontraron 35 casos no evaluables quedando así un total de 328 expedientes revisados.

Según los resultados encontrados, hay cuatro áreas que alcanzan cumplimientos superiores al 90%, dos presentan porcentajes mayores a 80%, una que alcanza porcentaje de 57% y una que logra un 38%.(Cuadro 9.2).

Al hacer la comparación con años anteriores se observa que ha aumentado el cumplimiento de casi todas las unidades en relación al 2013. Destaca el Área de Mata Redonda que, en los últimos tres años, ha mantenido porcentajes de cumplimiento altos, caso contrario lo presenta Tibás Uruca Merced y Desamparados 1 ya que han venido disminuyendo su porcentaje de cumplimiento en los últimos tres años (Cuadro 9.2).

En cuanto al tipo de lesiones encontradas, el 86% de los casos evaluados corresponden a lesiones de bajo grado (LIEBG), mientras que el 14% restante son lesiones de alto grado (LIEAG). Dentro de éstas LIEAG el 18% corresponden a Ca in situ y el 15% a lesión clínica sospechosa. Ningún área de salud reportó casos de Cáncer invasor.

Según la oportunidad de la atención de estas lesiones, se observa que para las LIEAG, cuyo plazo de atención debe ser menor a 30 días, solamente un 69% de los casos cumplen esta normativa. Para las LIEBG cuyo plazo de atención debe ser menor a 90 días se tiene que el cumplimiento es del 85%. (Gráfico 9.1).

Es importante crear estrategias de mejora en la continuidad de la atención a las mujeres con citologías vaginales alterada, las cuales van desde el ingreso de la usuaria al área de salud hasta la realización y abordaje de la patología cervical. Es fundamental crear un enlace con registros médicos para que se otorgue la cita de manera oportuna, así como el seguimiento de las ausentes a cita.

Otro punto básico es el trabajo en red de todas las áreas de salud, que el primer nivel esté en constante comunicación con el segundo y tercer nivel para dar el seguimiento adecuado a éstas mujeres. Se deben crear registros únicos y con formato estándar para que se maneje la misma información y facilite la comunicación interniveles.

Además, se pueden crear enlaces con el Laboratorio Nacional de Citologías para que se pueda conocer en forma temprana los resultados de las citologías alteradas, ya sea por medio de correo electrónico o de base de datos comunes a las áreas de salud, entre otras cosas.

Referencias Bibliográficas.

OPS. (2013). Cáncer en las Américas. Perfiles del país 2013. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2013). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud.

Cuadro 9.1
CCSS: COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER
CÉRVICO-UTERINO SEGÚN REGIÓN E
INSTITUCIONAL POR AÑO, 2013-2014
(Porcentaje)

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

¹ No contempla Catedral Noreste

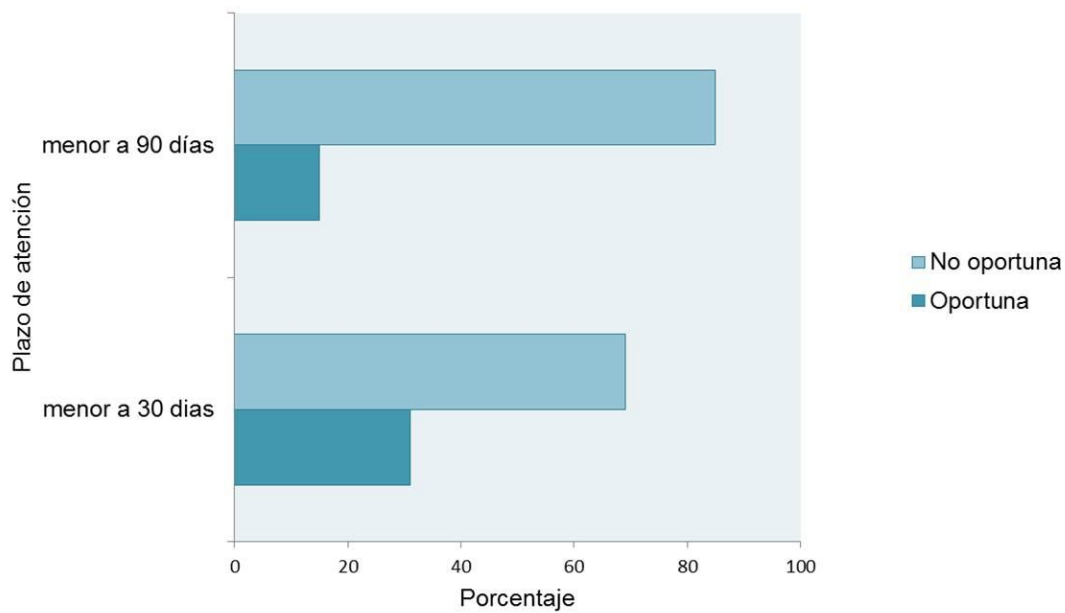
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de
Servicios de Salud, 2013-2014

Cuadro 9.2
CCSS: ATENCIÓN ADECUADA Y OPORTUNA DE
LAS COLPOSCOPIAS SEGÚN ÁREA DE SALUD DE
SEGUNDO NIVEL, 2014
(Porcentaje)

AREA DE SALUD	2012	2013	2014
Mata Redonda	97	100	97
Coronado	97	89	96
Zapote-Catedral	92	89	95
Buenos Aires	100	77	93
Belen Flores	72	79	86
Hatillo	95	84	85
Tibás-Uruca-Merced	79	65	57
Desamparados 1	50	49	38

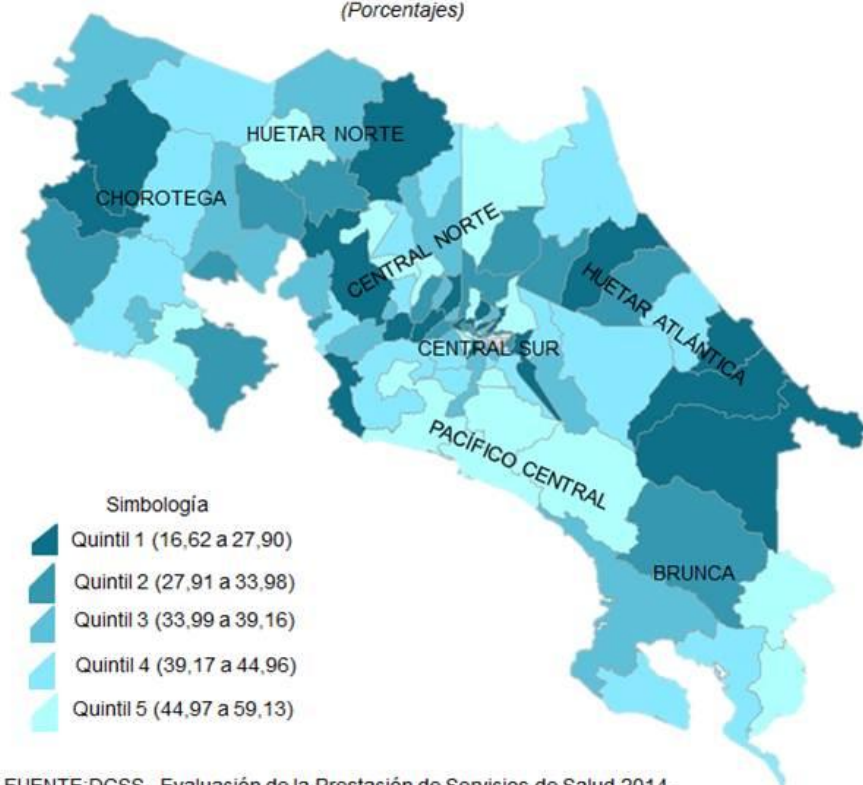
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014

Gráfico 9.1
CCSS: COLPOSCOPIAS REALIZADAS OPORTUNAMENTE SEGÚN PLAZO DE ATENCIÓN, EN ÁREAS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL, 2014



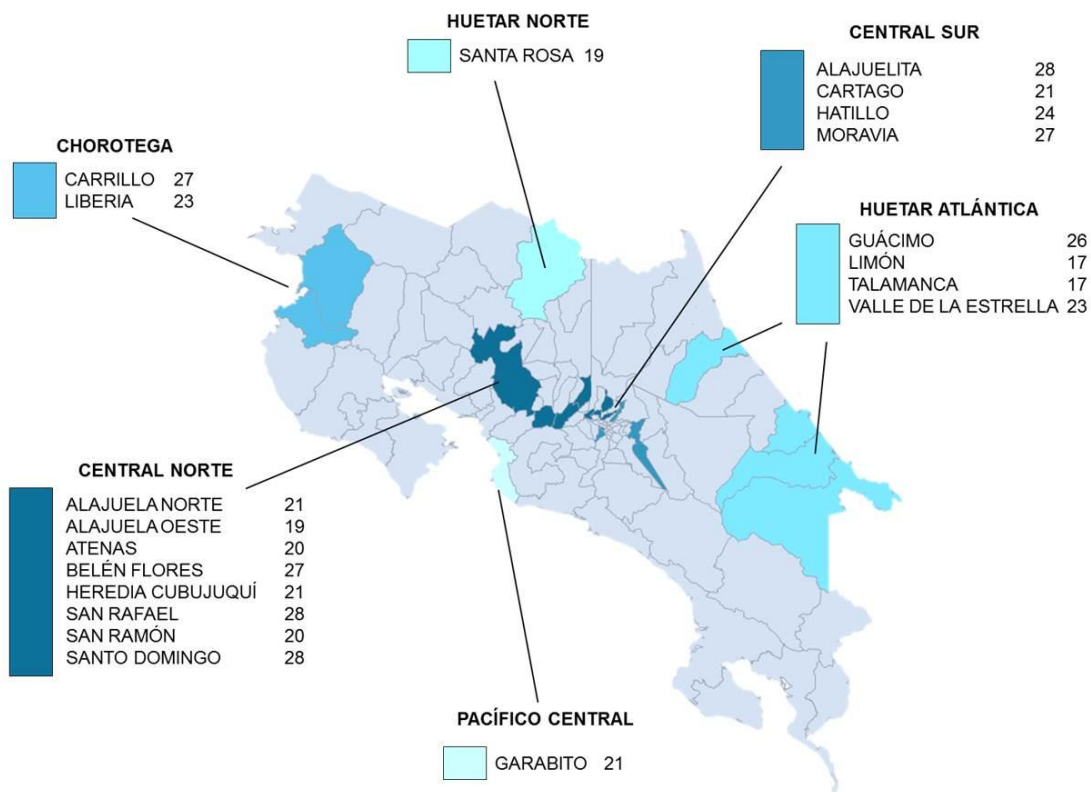
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014

Mapa 9.1
CCSS: COBERTURA DE TAMIZAJE DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SEGÚN ÁREA DE SALUD, POR QUINTIL, 2013-2014
(Porcentajes)



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

Mapa 9.2
CCSS: AREAS DE SALUD CON LAS COBERTURA DE TAMIZAJE DE CITOLOGÍA
CERVICO-VAGINAL MAS BAJAS, SEGÚN REGIÓN, 2013- 2014
(Porcentaje)



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

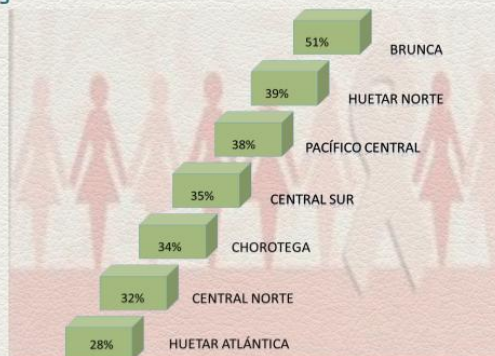
PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO-2014



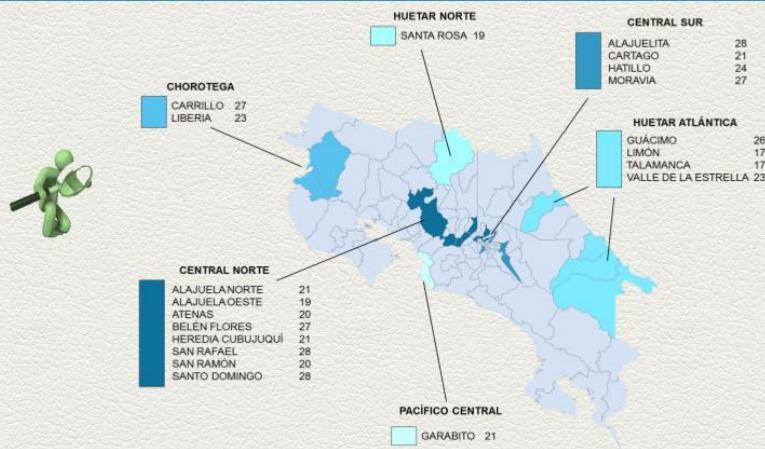
¿Cuánta población cubre la CCSS en la toma de Papanicolaou?

35% de las mujeres de 35 a menos de 65 años se les realizó el papanicolaou en los últimos dos años

Los resultados obtenidos por cada región son variables



¿Cuáles son las áreas de salud con menores porcentajes de toma de papanicolaou en el país?



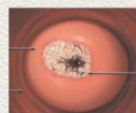
¿Qué tan oportuna es la atención en el 2do nivel ambulatorio de las lesiones cervicales según la Norma de atención?

85% de las lesiones de BAJO GRADO se les realiza la colposcopia en un plazo menor a 90 días

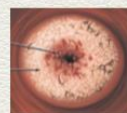
69% de las lesiones de ALTO GRADO se les realiza la colposcopia en un plazo menor a 30 días



Cuello Normal



Lesión Bajo Grado



Lesión Alto Grado



Cáncer invasor



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (ADH)

Se detectan debilidades en el manejo de los niños y niñas con anemia por deficiencia de hierro.

26% de los niños con abordaje adecuado según lo establecido en los lineamientos institucionales.

La anemia es un problema de salud pública, que afecta a poblaciones de los diferentes niveles socio económicos en todos los países y se asocia principalmente a deficiencia de hierro y trastornos nutricionales (OMS, 2008). La importancia de la intervención del tamizaje de hemoglobina en niños(as) de 6 a menos de 24 meses para la detección oportuna y abordaje adecuado de anemia, radica en el aumento que se ha presentado en la prevalencia de la anemia en los niños menores de 5 años (Kassebaum Nj, 2014).

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

De acuerdo al estudio realizado sobre prevalencia de la anemia entre los años 1990 y 2010, los grupos más afectados fueron los niños en el periodo posneonatal, seguido por el grupo de 1 a 4 años de edad. Estos niños además presentan una mayor vulnerabilidad a los efectos perjudiciales producto de la anemia (Kassebaum Nj, 2014) (OMS, 2012). Si se tiene en cuenta que los niveles bajos de hierro en los tejidos se pueden asociar a problemas en el desempeño y desarrollo, sobre todo en los menores de 5 años, se reafirma el valor que tiene el destinar recurso humano, económico y tecnológico de la institución a la detección temprana y abordaje oportuno de este problema (OMS, 2012) (Stoltzfus, 2001).

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

Clasificación	Niveles de Hemoglobina
• Sin anemia	11,0 g/dL o más
• Leve	10,0 - 10,9 g/dL
• Moderada	7,0 - 9,9 g/dL

- Grave

< 7,0 g/dL

Para esta intervención se establecen dos indicadores a ser evaluados: El tamizaje de anemia de los niños entre los 6 y menos de 24 meses a quienes se les realizó una hemoglobina en el año evaluado. En el caso de la anemia, se incluyen todos los niños de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia que fueron abordados adecuadamente.

En la evaluación del tamizaje de anemia realizada en el 2014, del total de niños de 6 a menos de 24 meses atendidos (107.399), se valoró una muestra de 4.634 expedientes. Se debe aclarar que las Áreas de Salud de Turrialba y Santa Rosa de Pocosol no fueron incluidas en esta muestra, lo anterior debido a que los listados presentados por estas Áreas de Salud, no contaban con los requisitos mínimos de calidad.

El cumplimiento Institucional en tamizaje de anemia fue de 67%, resultado que se encuentra por debajo de la meta establecida para el 2018 (80%). Al analizar estos datos por región se encuentra que la Pacífico Central fue la región que alcanzó un porcentaje de cumplimiento más alto (71%), mientras que la Huetar Norte obtuvo el porcentaje más bajo (56%). (Gráfico 12.1).

Con base en los resultados de tamizaje, se puede realizar el cálculo de la proporción de niños y niñas con anemia, que para los años 2012 y 2013 correspondió a 22% mientras que para el año 2014 es de 17%. Al analizar este dato por grupo de edad, se encuentra que la proporción de niños con anemia para los menores de 12 meses es de 20%, mientras que para los mayores de un año es de un 12%.

Del total de niños tamizados, si se analizan los datos por grupo de edad, se encuentra que para el año 2014 se tamizó al 77% de los niños menores de 12 meses, mientras que en los mayores de 1 año se logró tamizar a un 60%. Se debe tener en cuenta este dato, ya que en las Áreas de Salud la concentración de las consultas en los niños antes de cumplir el año de edad es de cinco atenciones, mientras que en los mayores del año se distancian estas valoraciones a una vez al año. Por lo tanto, una vez que los niños cumplen los 12 meses de edad se reduce la posibilidad de tamizar y captar los casos de anemia de forma oportuna.

Para la evaluación de los casos de niños con anemia, del total de pacientes diagnosticados (10.519), se tomó una muestra de 4.197 expedientes, de los cuales fue necesario excluir casos debido a que en los listados se incluyeron pacientes con hemoglobinas mayores a 11g/dL.

Del total de niños con anemia, se encuentra que en general la institución abordó en forma adecuada el 26% de los casos. Por región, se obtuvo que la Central Sur fue la que tuvo mejor resultado (42%), mientras que la Huetar Atlántica presentó el menor cumplimiento (13%) (Gráfico 12.2).

Al analizar los resultados de anemia, de acuerdo a la clasificación de la OMS descrita anteriormente, se encuentra que del total de pacientes detectados con anemia el 82% tenían anemia leve, 18% presentaban anemia moderada, siendo los casos detectados de anemia grave menos del 1%.

Debido a que un 88% de las Áreas de Salud evaluadas realizaron un abordaje inadecuado en más de la mitad de los pacientes diagnosticados como anemia, no es posible establecer un grupo de áreas prioritarias. Será importante que cada Área de Salud a lo interno realice un análisis de las posibles causas por las que no se están atendiendo los casos de anemia en niños tal y como lo establece la institución.

Considerando que la Proporción de niños con anemia es de 17%, se podría estimar que de los 107.399 niños de esa edad atendidos durante el último año, aproximadamente 18.258, deberían tener una hemoglobina menor a 11 g/dL, si todos hubieran sido tamizados y si todos los tamizajes hubieran sido valorados. No obstante, el número de niños con anemia reportados fue de 10.519, lo que evidencia un sub-diagnóstico de aproximadamente un 40% de casos.

Se encuentra también que existe un problema en cuanto al reporte de los casos diagnosticados como anemia, lo cual podría deberse a pacientes que asisten a las Áreas de Salud y no se les envía el examen, niños que consultan y que a pesar de que se les solicita la hemoglobina no se la realizan o a problemas en el registro adecuado del diagnóstico de anemia.

Considerando los resultados obtenidos en la evaluación, principalmente por grupo de edad, se reafirma la importancia de que los niños y niñas menores de 1 año se deben mantener como prioritarios en las estrategias para un adecuado tamizaje, abordaje y manejo de la anemia, ya que en este grupo de edad se está concentrando el mayor porcentaje de pacientes valorados y diagnosticados con anemia por deficiencia de hierro.

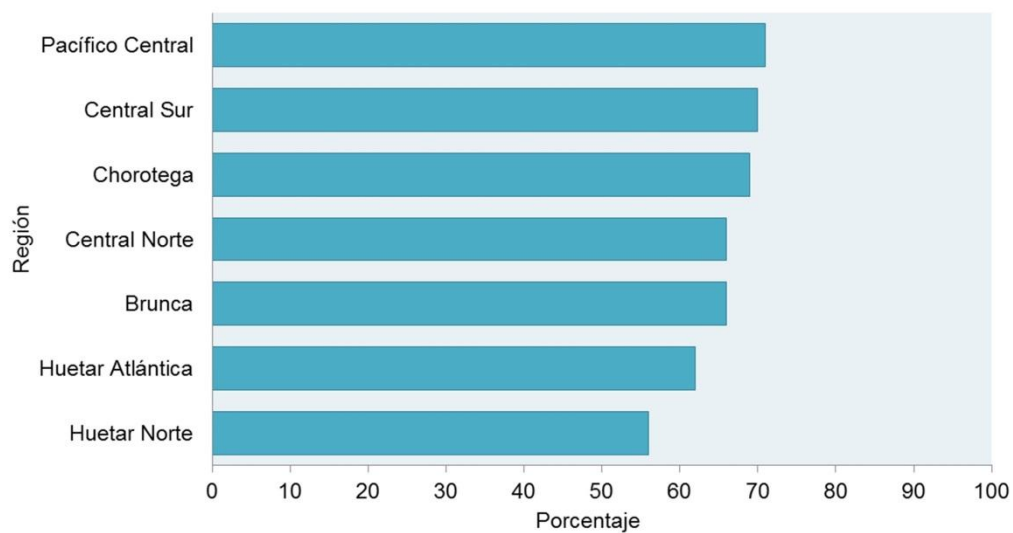
Se puede concluir que la anemia por deficiencia de hierro sigue siendo un problema de salud pública en donde se deberá dar seguimiento estricto a los casos, ya que de acuerdo a los resultados de la evaluación, existen deficiencias en las Áreas de Salud en el manejo adecuado de los niños y niñas diagnosticados con anemia.

Finalmente, a nivel de las Áreas de Salud se debe continuar con el tamizaje oportuno tomando ventaja de las concentraciones de las consultas que se tienen establecidas actualmente en las Guías de Atención Integral.

Referencias Bibliográficas.

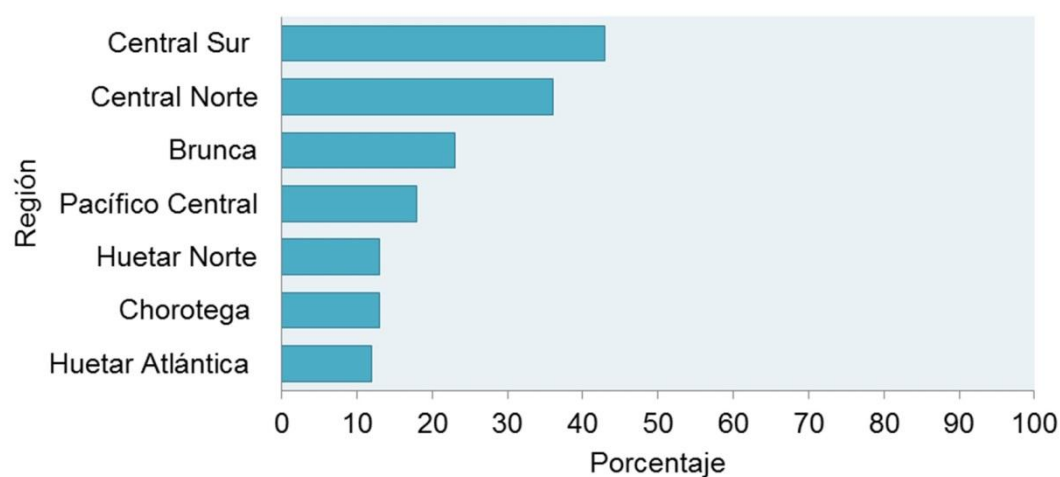
- Kassebaum Nj, J. R. (2014). A sistematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. Blood, 123: 615-24.
- OMS. (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. Suiza: OMS.
- OMS. (2011). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. OMS.
- OMS. (2012). Administración intermitente de suplementos de hierro a niños de edad preescolar y escolar. Suiza: OMS.
- Stoltzfus, R. (2001). Summary: Implications for research and programs. The American Society for Nutritional Sciences.

Gráfico 12.1
CCSS: NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON AL MENOS UN RESULTADO
DE HEMOGRAMA EN EL AÑO EVALUADO
POR REGIÓN, 2014
(porcentajes)



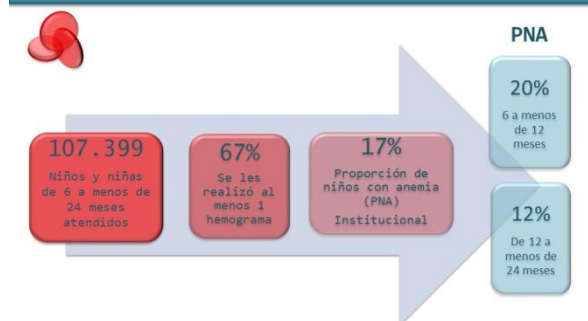
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 12.2
CCSS: NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON DIAGNÓSTICO
DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO ABORDADOS
ADECUADAMENTE POR REGIÓN, 2014
(porcentajes)

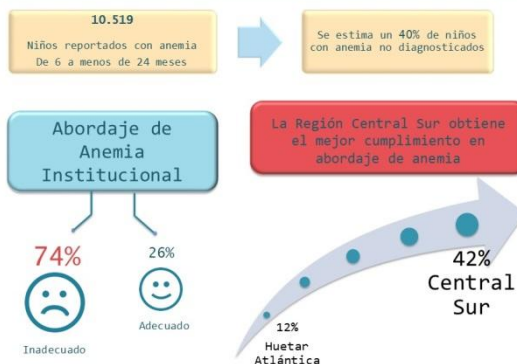
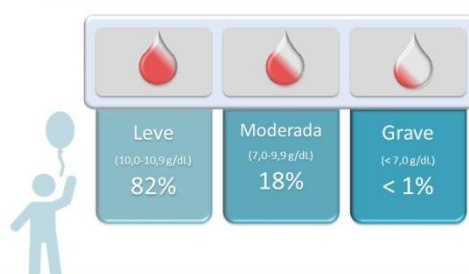


FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Abordaje de los niños y niñas con anemia 2014



Resultados de anemia Según Clasificación de la Organización Mundial de la Salud



Aspectos a mejorar



ENFERMEDADES INMUNO-PREVENIBLES EN NIÑOS

Adecuado seguimiento del esquema de vacunación.

La Tasa Institucional de Deserción de Pentavalente1/Pentavalente3 fue de 2,2%, resultado que se encuentra dentro de los estándares internacionales.

Mediante la vacunación se ha logrado la prevención de una serie de enfermedades infectocontagiosas, siendo este uno de los mayores logros de la Salud Pública. Con las coberturas alcanzadas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones se ha permitido mantener a la Región de las Américas libre de una serie de enfermedades infecciosas como lo son la poliomielitis, sarampión y rubeola, además de controlar otras enfermedades como la difteria, la fiebre amarilla, la hepatitis B entre otras (OPS, 2006) (OPS, 2012).

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

La intervención de Enfermedades Inmunoprevenibles consiste en la evaluación de tres indicadores que son la Tasa de Deserción Pentavalente 1/Pentavalente 3, la cobertura del esquema básico de inmunizaciones y la cobertura del esquema completo de inmunizaciones.

La Tasa de Deserción corresponde a la proporción de niños y niñas que inician el esquema de Pentavalente1 y no completan oportunamente la dosis de Pentavalente 3. Este es el mejor trazador para monitorear el seguimiento de los niños captados en su primera dosis y que cumplen con las siguientes (OPS, 2009).

Para el cálculo de los resultados de las coberturas, tanto de los esquemas de vacunación básico como el completo del año 2014, se emplearon los nacimientos y defunciones del año 2013, utilizando la Certificación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), de donde se toman los datos de la vacunación de niños y la tasa de deserción. Es importante aclarar que en el caso de las Áreas de Salud de Curridabat, Montes de Oca y Concepción-San Juan- San Diego, por el cambio que se dio de proveedor, los datos de vacunación suministrados son del 01 de abril al 31 de diciembre del año 2014 lo cual podría afectar los resultados de cobertura de la Región Central Sur.

Así mismo, debido a inconsistencias en la pirámide poblacional del Área de Salud de Catedral Noreste, los resultados de esta Área no se tomaron en cuenta para el cálculo de las coberturas de vacunación de la Región Central Sur tanto para el Esquema Básico como para el Esquema Completo de vacunación.

Para el año 2014, a nivel Institucional el porcentaje de cumplimiento en el Esquema Básico de Vacunación fue de 94%, mientras que para el Esquema Completo el cumplimiento alcanzado fue de 97%.

Al analizar los resultados de cobertura del Esquema Básico por región, se encuentra que únicamente las Regiones Central Sur y Central Norte están por debajo de la meta institucional establecida para el año 2018 (95%), mientras que en el caso de Esquema Completo de Vacunación únicamente la Central Sur no alcanza la meta.

Como ya se mencionó anteriormente, la Región Central Sur para el año 2014 presenta una situación particular al darse el cambio de proveedor de los EBAIS de Curridabat, Montes de Oca y Concepción-San Juan-San Diego de la UCR a la UNIBE. Al no contarse con los datos desde el mes de enero el desempeño de esta Región podría estarse viendo afectado al omitirse los niños que se vacunaron en el primer trimestre del año. Al comparar los datos de las coberturas de estas tres Áreas de Salud con el resto de las Áreas de esta Región, se encuentra que estas son las que presentan el rendimiento más bajo tanto en el Esquema Básico como en el Esquema Completo.

El caso contrario se presenta en la Región Pacífico Central en donde se reportan coberturas mayores a 100 en los menores de un año y por lo tanto se superan también las coberturas en los esquemas de vacunación. Al analizar estos datos junto con la Tasa de Deserción de esta Región se puede pensar en posibles inconsistencias en la pirámide poblacional, por lo que se podrían estar inflando los resultados obtenidos en estos indicadores.

En lo que corresponde a la Tasa de Deserción institucional, en la evaluación 2014 se logra alcanzar un 2,2%, resultado que se encuentra dentro del rango establecido como meta para el año 2018 (Cuadro 13.1).

Al analizar los datos por región, la mayoría de los resultados de las Tasas de Deserción tienen una tendencia a acercarse a cero, lo que significa que gran parte de los niños que reciben la vacuna de pentavalente¹ cumplen con las siguientes dosis. La única región que no presentó este comportamiento para el 2014 es la Brunca que aumentó su Tasa de Deserción al pasar de un -1,4% a un 7,2%.

Con respecto al caso específico de la Región Brunca, únicamente las Áreas de Salud de Osa y Buenos Aires tienen tasas de Deserción dentro del rango de -5 a +5 mientras que el resto de las unidades tienen tasas positivas que superan este rango. Se conoce que esta región, debido a los grupos indígenas que abarca, tiene una población migrante que podría ser la razón de este comportamiento en su tasa de deserción.

Otro caso particular es el del Área de Salud de Catedral Noreste en donde la Tasa de Deserción para el 2014 es de 32,2%. Esta es un área con una situación especial, debido a la cercanía con el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y por contar con un segundo nivel. Estas condiciones hacen que muchos usuarios refieran su lugar de residencia en las zonas de adscripción de este centro, para así poder acceder con facilidad las consultas con el especialista ya sea en el Área de Salud o en el Hospital.

Se considera que para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2015 se deberá dar seguimiento a las Áreas de Salud del Convenio CCSS/UNIBE, ya que los resultados para este año no contemplan el primer trimestre, por lo que debería presentarse un cambio en la próxima evaluación.

Los resultados obtenidos en ambos esquemas y en la Tasa de Deserción evidencian la importancia que se le da a las vacunas en la institución, y debido a su impacto, desde el punto de vista epidemiológico y económico, se debe continuar con el seguimiento estricto que se ha dado hasta ahora.

Referencias Bibliográficas.

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

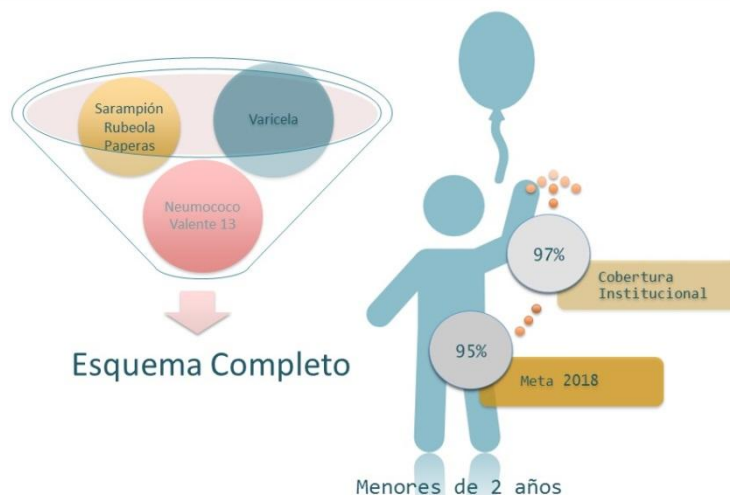
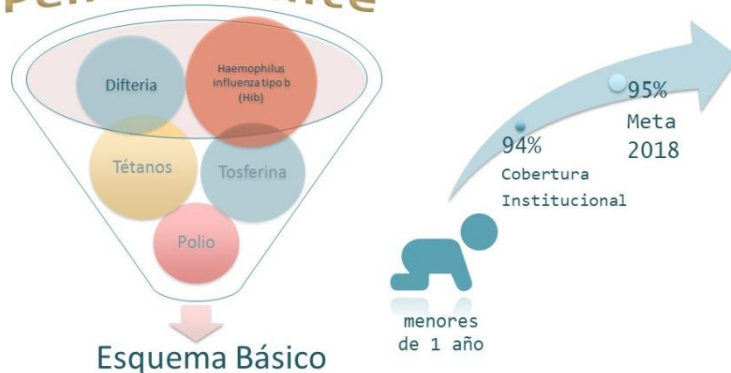
Cuadro 13.1
CCSS: TASA DE DESERCIÓN PENTAVALENTE1/
PENTAVALENTE3 POR REGIÓN, 2013-2014
(porcentajes)

REGIÓN	2013	2014
Brunca	-1,4	7,2
Central Norte	-1,5	2,7
Pacífico Central	1,4	2,2
Chorotega	1,9	1,9
Huetar Atlántica	-3,4	1,6
Central Sur	-0,5	1,2
Huetar Norte	0,8	-0,2
Institucional	-0,7	2,2

FUENTE: CCSS. Sistema de Vacunas. Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2014.

Adecuado seguimiento del esquema de vacunación 2014

pentavalente



Tasa de Deserción:

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

Meta 2018:
-5 a +5

Logro Institucional:
2,2%

Tasa por Región

Huetar Norte:
-0,2%

Central Sur:
1,2%

Huetar Atlántica:
1,6%

Chorotega:
1,9%

Pacífico Central:
2,2%

Central Norte:
2,8%

Brunca:
7,2%

FUENTE: CCSS. Sistema de Vacunas. Programa Ampliado de Inmunizaciones, 2014.



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Nuevas líneas de base para el control óptimo en Diabetes Mellitus tipo 2.

Redefinición de criterios reubicó el promedio institucional de control glicémico en 39% y causó una disminución en el porcentaje de todas las regiones, con excepción de la Central Sur.

Estudios prospectivos muestran que la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares es dos a cinco veces más alta en las personas diabéticas que las no diabéticas. Aproximadamente dos terceras partes de los diabéticos fallece por enfermedad cardiovascular y la tasa de letalidad entre aquellos que han tenido un evento cardiovascular es también más alta en este grupo. El riesgo cardiovascular se asocia a la duración de la diabetes, al control glicémico y la presencia de enfermedad renal y de otros factores de riesgo cardiovascular **(MINSAL, 2010)**.

Si bien el objetivo central del tratamiento en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 es alcanzar el control glicémico óptimo, las metas de tratamiento deben incluir también el seguimiento de otros parámetros fundamentales para limitar el daño micro y macrovascular. El manejo agresivo de los factores de riesgo cardiovascular, mediante terapia lipídica y antihipertensiva, el tratamiento antiplaquetario y la cesación del fumado, es probable que ofrezca resultados muy superiores al control glicémico aislado (Inzucchi, 2012).

Dos de los más importantes factores son el control de los niveles de presión arterial y de lípidos en sangre. Los esfuerzos efectivos de los servicios de salud por alcanzar el control óptimo de estos factores produce mayor calidad de vida en el usuario y reduce la carga económica del sistema porque disminuye la tasa de aparición de las complicaciones a largo plazo (American Diabetes Association, 2014).

En el Informe de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del 2013 se mostró un avance del primer indicador institucional que integraría la medición conjunta del nivel óptimo en los tres parámetros: glicemia, presión arterial y LDL colesterol. Sin embargo, este primer intento por construir una línea de base no pudo consolidarse por problemas de comparabilidad con la información del 2014. Por un lado, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud actualizó algunos de los criterios técnicos de control óptimo, atendiendo recomendaciones de la ADA (American Diabetes Association, 2014) y por otro, se amplió el rango de edad de la población evaluada.

A pesar de las diferencias metodológicas señaladas, los datos del 2013 aportaron un valor de referencia inicial acerca de la magnitud de los resultados esperables para este indicador en un futuro: a nivel institucional sólo el 6% de los usuarios logró un nivel óptimo de control en los tres parámetros mencionados (DCSS, 2014).

Son pocas las referencias a nivel internacional que ayudan a valorar los logros alcanzados hasta hoy en la población diabética atendida. La experiencia institucional con la medición de estos indicadores ha tomado un rumbo particular entre las múltiples variantes metodológicas que se han desarrollado para determinar los niveles óptimos, en particular el control glicémico. Estas variantes a nivel internacional incluyen también importantes diferencias en los criterios utilizados, rangos de edad y grupos étnicos estudiados (Laiteerapong, 2013).

Independientemente de la forma seleccionada para medir, hay suficiente evidencia científica que promueve la vigilancia de la salud cardiovascular de las personas con diabetes mediante el seguimiento simultáneo de varios parámetros. Incluso, hay estudios recientes donde se comprueba la estrecha relación en el control de dos o más factores, como ocurre en el caso de la glicemia y la presión arterial (Valdés, 2014).

Para el 2014, la intervención que aborda el tema de la Diabetes Mellitus incluyó a todas las personas con diabetes atendidas en edades de 20 años y más. Sus tres indicadores fueron medidos tanto de forma separada como integrada. Los valores de control óptimo con que se obtuvo el cumplimiento de cada uno de ellos fueron los siguientes:

- Control glicémico: hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) en el segundo semestre del año, inferior a 7% para personas de 20 a 80 años de edad y menor que 8% para mayores de 80 años.
- Control de presión arterial: cifras (sistólica y diastólica) inferiores a 140/80mmHg para personas de 20 a 80 años de edad y menores que 150/90 mmHg, para mayores de 80 años.
- Control lipídico: colesterol-LDL inferior a 100 mg/dL para mayores de 20 años de edad (menor a 130 mg/dL de colesterol no-HDL para valores de triglicéridos de 400 mg/dL o superiores).

Durante la fase de recolección de datos se registró el valor de la última hemoglobina glicosilada disponible en el segundo semestre, las cifras tensionales

de la última consulta del año -independientemente del motivo de consulta- y los valores del último perfil lipídico del año.

Coberturas de atención

El comportamiento regional de las coberturas de atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, de 20 años y más, se muestra en el gráfico 14.1. Con respecto a las cifras institucionales que se presentaron en el 2013 (cobertura institucional, 42%), las del 2014 muestran un incremento cercano a los 6 puntos porcentuales. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que tanto las coberturas del 2012 como del 2013 fueron calculadas sobre la población atendida de 20 a 75 años y la población del 2014 no tiene límite superior de edad.

El análisis separado del grupo de 20 a menos de 75 años para el 2014 dio como resultado una cobertura de 43%. Por tanto, en lugar de una mejoría general en la captación, las diferencias responden principalmente a la ponderación de las altas coberturas encontradas en el grupo que se agregó, de 75 años y más.

A partir del 2011, la actualización de la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el país (10,8%) ha planteado un análisis más crítico sobre el nivel de la cobertura institucional. A juzgar por los resultados regionales y de la institución, parece sencillo sugerir que hay suficiente margen para incrementar la captación de estas personas. No obstante, hay mucha incertidumbre acerca de la cuota de participación de los servicios no institucionales en la atención de la población diabética nacional.

Contrario a la mayor parte del mundo (International Diabetes Federation, 2012) el estudio de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular, demostró que la prevalencia no diagnosticada de la Diabetes Mellitus es de apenas 1,3% (CCSS, 2011). Este resultado sugiere que la población, en términos generales, tiene a su alcance los medios para detectar la enfermedad. Sin embargo, la proporción de personas que acude a los servicios institucionales es relativamente baja, considerando que se trata de una enfermedad difícil de ignorar cuando se vuelve sintomática.

Surge de esta manera la necesidad de medir la contribución de los servicios privados, mixtos y de medicina empresa en la captación y control de estas personas. Ya que esta tarea excede el ámbito de competencia institucional, la importancia de conocer la situación real de esta población y su potencial repercusión sobre la salud cardiovascular, debe mover a las autoridades nacionales a realizar estas estimaciones.

Resultados de control óptimo

Además de la ampliación del rango de edad, los indicadores de control óptimo glicémico y de presión arterial sufrieron para el 2014 modificaciones en sus criterios de cumplimiento que limitaron considerablemente su comparabilidad con los hallazgos del 2013.

En relación con el *control glicémico*, parece claro que los cambios en los criterios de control óptimo explican al menos en parte que el promedio institucional descendiera claramente. En sólo un año, se pasó de 46% a 39% y las nuevas líneas de base regionales, con excepción de la Región Central Sur, parten de niveles claramente inferiores (Gráfico 14.2). Es importante recordar que en el 2013 los exámenes de HbA_{1c} del primer semestre eran válidos para el cumplimiento si éstos eran los últimos realizados en el año. Para ese mismo período, el seguimiento de las personas con diabetes se complementaba con un indicador que registraba el cumplimiento semestral de los exámenes y otro que específicamente medía el pobre control metabólico.

Con las nuevas fichas técnicas del 2014, permaneció únicamente el indicador de control óptimo y se dispuso que su dato evaluable debía ser necesariamente del segundo semestre. Dicha redefinición estuvo respaldada en la guía técnica institucional vigente, donde se establece que un seguimiento glicémico adecuado exige al menos un resultado de HbA_{1c} por semestre. Además, se fijó un valor diferenciado ($< 8\%$) para el control óptimo de las personas mayores de 80 años (5,6% de la población atendida).

Para el 2014, el 9,5% de los expedientes presentaron un valor óptimo de HbA_{1c} en su último resultado disponible del año, con fecha del primer semestre. Un año atrás, esta fracción formaba parte del cumplimiento del indicador. Esta diferencia permite suponer que de no haber variado los criterios de control óptimo, los resultados habrían sido muy parecidos a los reportados en el 2013.

A juzgar por los niveles de cumplimiento alcanzados, cabe pensar que hay oportunidades de mejora, en particular, en aquellas unidades donde el cumplimiento estuvo comprometido por ausencia del examen. De hecho, la proporción de personas atendidas con al menos una hemoglobina glicosilada realizada en cada semestre permanece baja a nivel institucional (52%) y comprende resultados tan disímiles en las regiones, como la Huetar Atlántica que logró un 29% y la Central Sur, que alcanzó un 60%.

De los resultados regionales llaman mucho la atención la Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central, cuyos logros se encuentran cercanos a la mitad de los

obtenidos por la Región Central Sur. El resto de las regiones se ubican en posiciones intermedias.

Sobre los resultados referentes al *control de presión arterial* es importante señalar que el cambio en el valor de las presiones meta, obligó a fijar nuevas líneas de base para la institución y las regiones en el 2014. Esta modificación permitió que el promedio institucional (50%) sobrepasara con holgura la meta institucional al 2018 (40%) y que todas las regiones también la alcanzaran, con excepción de la Huetar Atlántica (39%). Los resultados se muestran en el gráfico 14.3.

No se observa mucha variabilidad en el cumplimiento regional y en general, se requiere de mayor experiencia con este indicador para analizar su comportamiento y estimar el nivel de mejoría esperable. Estos resultados servirán para consolidar una nueva línea de base y redefinir la meta institucional para próximos años.

El *control óptimo lipídico* es probablemente el parámetro más difícil de alcanzar debido a que la dislipidemia se considera una condición casi inherente a la Diabetes Mellitus tipo 2. Su patrón lipídico es particular: hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, colesterol LDL variable, con partículas pequeñas y densas más vulnerables a la oxidación. La mayoría de las veces los cambios en el estilo de vida no son suficientes para lograr las metas terapéuticas sin una intervención farmacológica (MINSAL, 2010).

De los tres indicadores comprendidos en esta intervención, el de control lipídico fue el único que no sufrió alteraciones en sus valores meta para el 2014 y sus resultados se observan en el gráfico 14.4. El porcentaje institucional alcanzó un 34%, superando el 31% encontrado en el 2013. Sin embargo, las personas mayores de 74 años, como grupo aparte alcanzaron en la muestra un porcentaje de control óptimo de 41%.

El dato anterior sugiere que el avance general se podría explicar por sólo haber ampliado el rango de edad con un grupo que presenta un cumplimiento más alto. Adicionalmente, el estudio por separado del rango de 20 a 75 años del 2014 mostró un nivel de control óptimo en la muestra de 32,5%, lo que indica que si hubo mejoría real, ésta fue mínima.

Tampoco en este indicador se aprecia una gran variabilidad en los resultados regionales, sin embargo, debe resaltarse que tanto la Región Huetar Atlántica como la Pacífico Central aparecen con los porcentajes de control óptimo más bajos.

En relación con las dificultades que enfrentan los servicios para alcanzar el control lipídico óptimo, se ha presentado en los últimos años algún debate acerca de la

calidad de las opciones farmacológicas para lograr estas metas. Pese a la evidencia presentada por la institución acerca de la efectividad de los hipolipemiantes disponibles (CCSS, 2004), algunos prestadores de servicios han opinado que en la práctica no permiten bajar suficientemente los niveles de colesterol-LDL (CCSS, 2015).

Control óptimo global

El control óptimo global representa un reto mayor en el control de las personas con diabetes debido a que implica alcanzar un nivel adecuado en tres determinantes directos del daño cardiovascular: la glicemia, la presión arterial y los lípidos séricos.

Luego de analizar los expedientes de personas que alcanzaron niveles óptimos en control glicémico se encontró que un 27,5% no lo alcanzó en presión arterial ni en colesterol LDL. Por tanto, debe interpretarse que esas personas en alguna medida siguen acumulando riesgo por presentar niveles sub-óptimos en sus otros parámetros.

Similar a lo encontrado en el 2013, los porcentajes de usuarios con control óptimo global para el 2014 son considerablemente bajos (cuadro 14.1). Además, se aprecia una notable reducción de los resultados cuando se pasa de cumplir uno a dos criterios. Por ejemplo, el control glicémico óptimo a nivel institucional (39%) se reduce a 23% cuando se asocia al criterio de presión arterial y hasta 17% si se mide en conjunto con el de lípidos. Esta última asociación fue la más difícil de alcanzar. Quienes sólo lograron controlar óptimamente la presión arterial y los lípidos constituyeron una proporción intermedia (19%).

Presentados desde una perspectiva de atención multifactorial, los resultados dibujan un panorama bastante difícil: sólo una de cada diez personas logra su control óptimo global y casi una cuarta parte (23,9%) no logra el nivel óptimo en ninguno de los criterios de control. Una proporción considerable (40,1%) cumple sólo con uno de los tres indicadores y sólo el 25,9% cumple con dos de los tres indicadores analizados.

Tanto en el cumplimiento individual de cada indicador como en la medición integrada de los tres, las regiones Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central presentan consistentemente los resultados más pobres. Especial atención merecen las Áreas de Salud que pertenecen a estas regiones y que a la vez corresponden a zonas de alta mortalidad cardiovascular prematura.

A pesar de todo, se sabe que no son muchos los determinantes de la salud cardiovascular controlables desde los servicios. Es evidente que el primer paso

para que las unidades mejoren en esta intervención es aumentar la proporción de usuarios con sus exámenes de control completos en el año. Sobre este aspecto, la mayoría de las unidades presentan una brecha considerable con respecto a la normativa técnica institucional.

Se debe partir de una adecuada gestión administrativa para garantizar la disponibilidad de reactivos y una apropiada gestión clínica, la cual no sólo debe incluir la indicación de los exámenes sino el énfasis en el usuario acerca de la importancia de realizárselos.

Estrategias complementarias para generar impacto deben orientarse a mejorar la educación del usuario, específicamente en cuanto a su alimentación y actividad física. Además de la fuerte tendencia a la obesidad en esta población, también se debe detectar y suprimir el consumo de tabaco. El objetivo fundamental es contribuir a instaurar de manera permanente un estilo de vida saludable, visto como un componente esencial en el plan terapéutico. Sin embargo, es probable que para ser efectivo en estas tareas se deba disponer de un tiempo adicional al de la consulta tradicional.

Se sabe que en comunidades rurales, las altas tasas de diabetes y sus complicaciones se combinan con un acceso limitado a la atención en salud y con pobres recursos comunitarios. Áreas de Salud con estas características deben contar con intervenciones educativas especiales que promuevan fuertemente el autocuidado, con el propósito de reducir inequidades en la calidad del control de la población atendida (Lepard, 2015).

Ya que la implementación de actividades complementarias podría consumir recursos adicionales, podrían buscarse alternativas en sesiones grupales que ya se vienen desarrollando. En este sentido, la intervención de Promoción de Estilos de Vida Saludables ofrece un espacio complementario para usuarios que se beneficiarían ampliamente de sus contenidos y actividades.

Finalmente, debe recordarse que el carácter silente de los tres factores de riesgo cardiovascular abordados en esta intervención es capaz de retrasar la ejecución de acciones terapéuticas más enérgicas, cuando realmente son requeridas. En diabetes no se debe esperar que las manifestaciones clínicas de la enfermedad sean las que guíen la intensidad de la terapéutica farmacológica.

Los ajustes terapéuticos oportunos son necesarios para prevenir las complicaciones crónicas y en estas decisiones juega un papel primordial la calidad del seguimiento de los usuarios. La insulinización temprana, el tratamiento antihipertensivo combinado y el uso más riguroso de las estatinas, a las dosis adecuadas (CCSS, 2004) son decisiones que no pueden postergarse en personas

que persisten con niveles subóptimos en alguno de los criterios de control analizados.

Áreas de salud prioritarias

Las Áreas de Salud ubicadas en el quintil más bajo en relación con su porcentaje de control óptimo global se enumeran a continuación:

- Chomes Monteverde
- Orotina
- Siquirres
- Aguas Zarcas
- Guácimo
- Parrita
- Guápiles
- San Rafael de Puntarenas
- Peninsular
- Valle La Estrella
- Santa Cruz
- Moravia
- Alajuela Central
- Pérez Zeledón
- Heredia Virilla
- Golfito
- Santo Domingo
- Naranjo
- Colorado
- Santa Rosa
- Ciudad Quesada

Referencias Bibliográficas.

- American Diabetes Association. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, s14 - s60.
- CCSS. (2015). Taller de Validación de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. DDSS (pág. 24/4/2015). San José, Costa Rica: CCSS.
- CCSS. (2004). Guías para la Detección, el Diagnóstico y el Tratamiento de las Dislipidemias para el Primer Nivel de Atención. San José, Costa Rica: CCSS.
- CCSS. (2007). Guía para la Atención de Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. San José, Costa Rica.
- CCSS. (2011). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. San José, Costa Rica: CCSS.
- DCSS. (2014). Informe Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2013. San José, Costa Rica: CCSS.
- International Diabetes Federation. (2012). Global Guideline for Type 2 Diabetes. Brussels, Belgium: IDF.
- Inzucchi, S. (2012). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Aproach. Diabetes Care, 1365-1379.
- Laiteerapong, N. (2013). Public Health Implications of Recommendations to Individualize Glycemic Targets in Adults with Diabetes. Diabetes care, 36(1) 84-89.
- Lepard, M. (2015). Diabetes Self-management Interventions for adults with Type 2 Diabetes Living in Rural Areas: a Sisitematic literature Review. Current Diabetes Reports, 15(6) pp.608.
- MINSAL. (2010). Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Valdés, E. (2014). Control de la Hipertensión Arterial en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Cubana de Endocrinología, 25(2).

Cuadro 14.1
CCSS: PORCENTAJES DE CONTROL OPTIMO EN PERSONAS ATENDIDAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN REGIÓN, POR CUMPLIMIENTO
DE DOS CRITERIOS Y CONTROL GLOBAL^{1/}, 2014

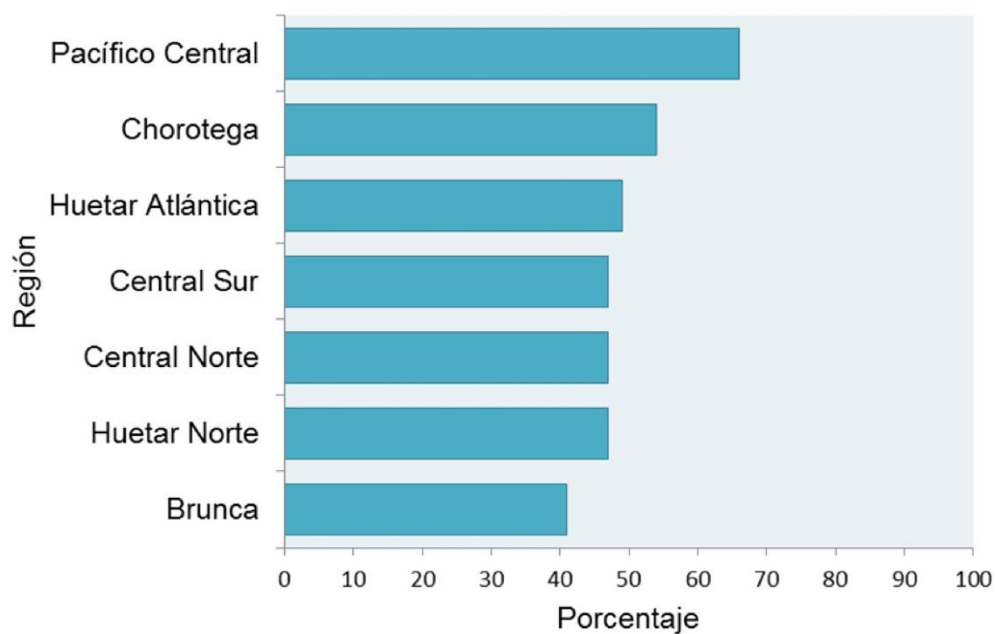
REGIÓN	CONTROL ÓPTIMO DE DOS CRITERIOS			CONTROL GLOBAL
	Glicemia-PA ^{2/}	Glicemia-lípidos	Lípidos-PA	
Brunca	20	12	18	7
Central Norte	24	17	19	11
Central Sur	28	21	22	14
Chorotega	15	13	12	6
Huetar Atlántica	15	10	10	4
Huetar Norte	13	8	15	5
Pacífico Central	14	7	14	5
Institucional	23	17	19	10

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

^{2/} Presión arterial

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

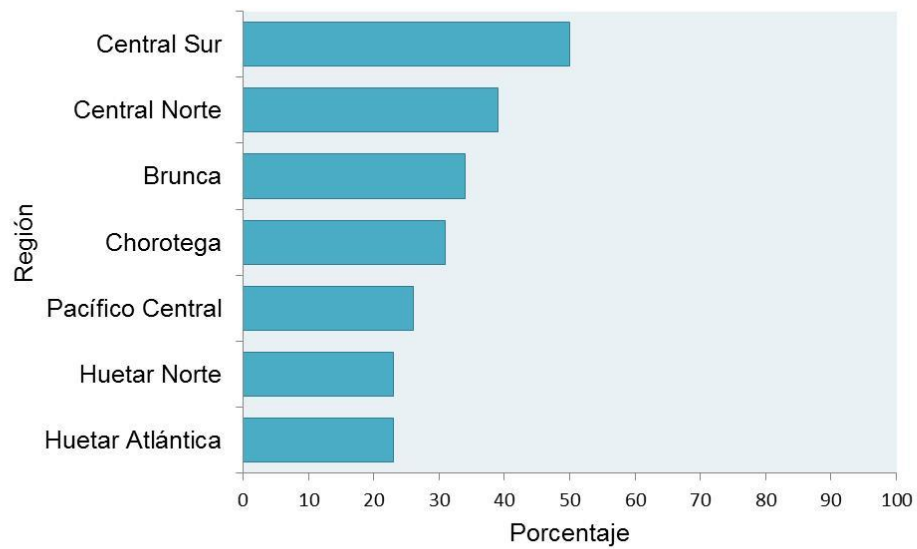
Gráfico 14.1
CCSS: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 SEGÚN REGIÓN^{1/}, 2014



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

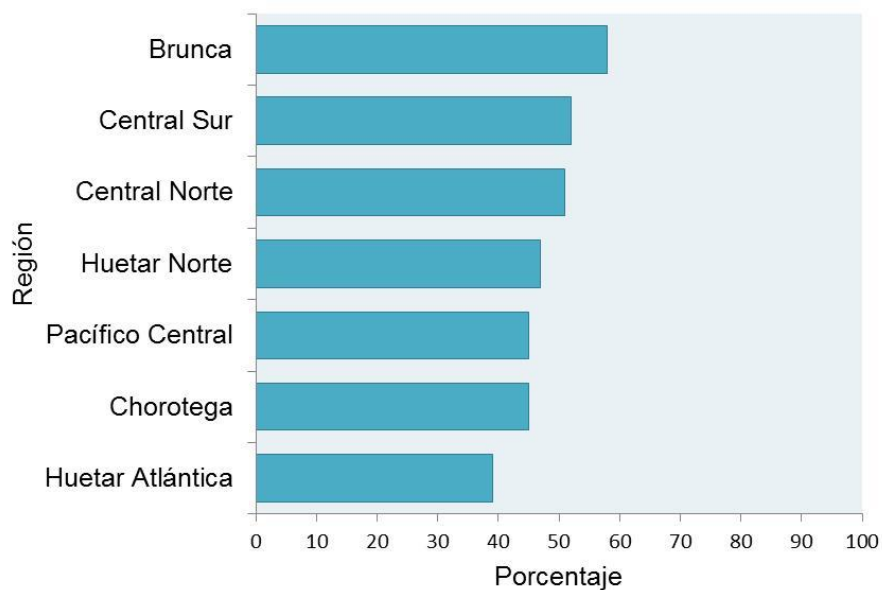
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014.

Gráfico 14.2
CCSS: PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CONTROL
GLICÉMICO ÓPTIMO SEGÚN REGIÓN, 2014



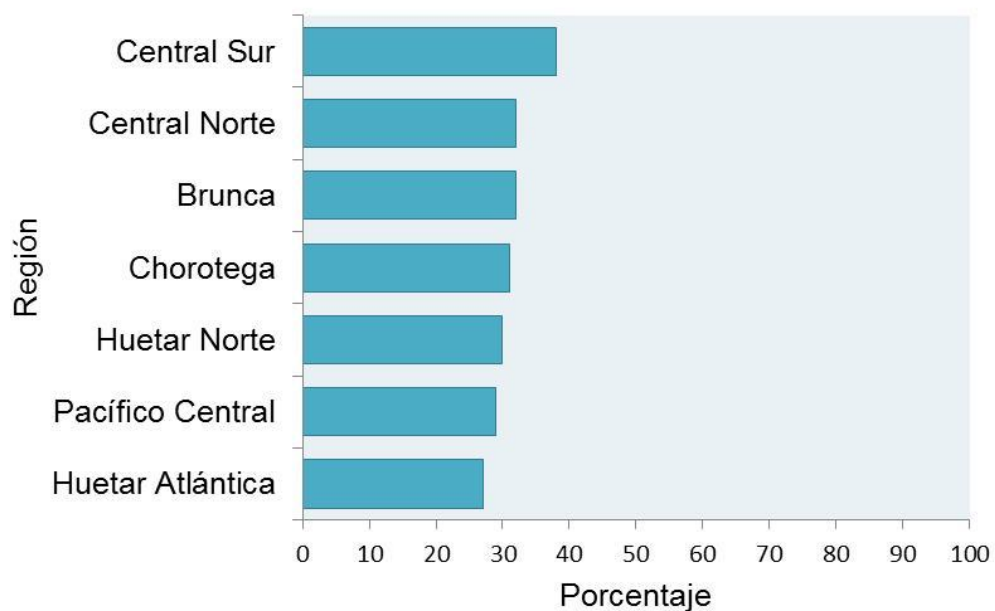
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014.

Gráfico 14.3
CCSS: PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN CONTROL
ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN REGIÓN, 2014



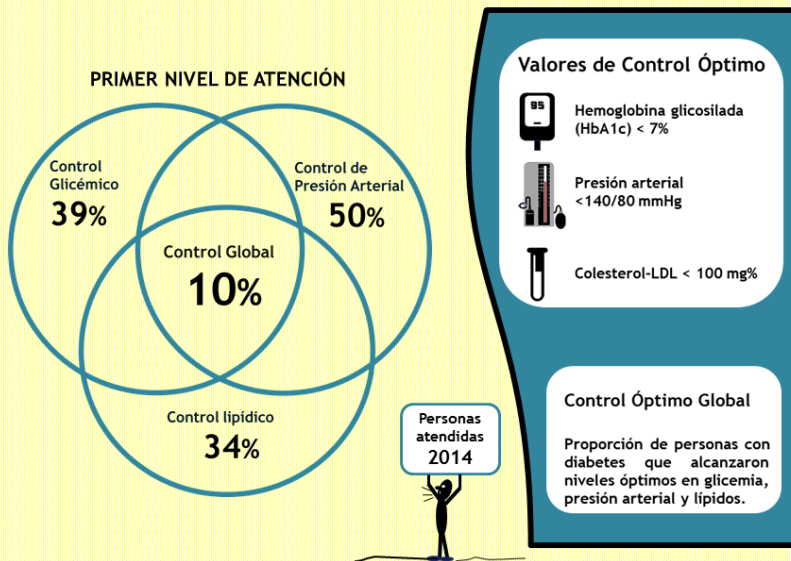
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014.

Gráfico 14.4
CCSS: PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
CONTROL LIPÍDICO ÓPTIMO SEGÚN REGIÓN, 2014



FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014.

CALIDAD DEL CONTROL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Áreas de Salud Prioritarias

HUETAR ATLÁNTICA
Siquirres, Guácimo, Guápiles, Valle La Estrella.

HUETAR NORTE
Aguas Zarcas, Santa Rosa, Ciudad Quesada.

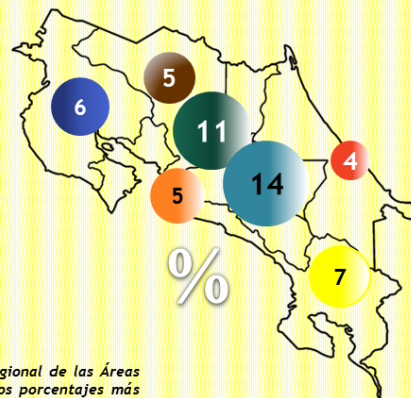
PACÍFICO CENTRAL
Chomes-Monte Verde, Peninsular, Orotina, Parrita, San Rafael Punt.

CHOROTEGA
Santa Cruz, Colorado.

BRUNCA
Golfito, Pérez Zeledón.

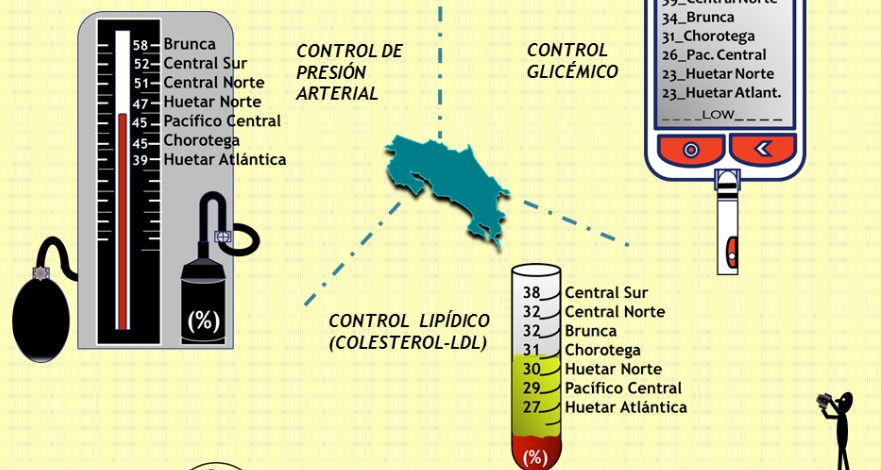
CENTRAL NORTE
Moravia, Heredia Virilla, Alajuela Central, Santo Domingo.

CONTROL ÓPTIMO GLOBAL EN LAS REGIONES



CONTROL ÓPTIMO EN CRITERIOS INDIVIDUALES

Nivel Regional - Porcentajes de Personas -



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

DISLIPIDEMIA

Importante brecha entre lo alcanzado y la meta del control óptimo en LDL-colesterol.

Ninguna de las regiones alcanza el 50% de personas con dislipidemia con control óptimo de LDL-Colesterol, siendo la Brunca (47%) la que más se acerca y la Central Norte (39%) la que más se aleja de la meta de 55% al 2018.

Las dislipidemias son un factor de riesgo bien conocido de las enfermedades cardiovasculares y constituyen un problema de salud pública. Son un factor de riesgo mayor reversible y su control es posible modificando los comportamientos de riesgo involucrados en su causalidad (WHO, 1998).

El número de personas mayores de 30 años susceptibles de tener dislipidemia en Costa Rica para el 2014 es de 594.633 (población blanco), partiendo de una prevalencia del 25,3% (CCSS, 2011), se atendieron por la institución 252.344 personas con dislipidemia, alcanzando una cobertura del 42%.

Aunado a la importancia que reviste la cantidad de personas atendidas por dislipidemia, se conoce que la reducción del LDL-Colesterol en estos pacientes disminuye el riesgo relativo de enfermedades cardiovasculares en un período de 5 años (CCSS, 2004); por lo que el objetivo de la intervención en dislipidemia, es lograr que las personas con esta patología alcancen el valor meta de referencia de LDL/NoHDL-colesterol según sea el caso (Paul S. Jellinger, 2012).

En los servicios de primer nivel de atención en salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se desarrolla esta intervención valorando el resultado del último LDL-Colesterol en toda persona de 30 años y más, cumplidos a la fecha de la primera consulta del año sujeto a evaluación y con diagnóstico de dislipidemia (E78 del CIE 10—exceptuando embarazadas). Esta valoración pretende establecer si el resultado del LDL-Colesterol está dentro de los parámetros adecuados para la estratificación de riesgo coronario que presenta el paciente con dislipidemia¹.

Respecto de las coberturas, la institución alcanzó una cobertura del 42% en personas con dislipidemia, sin embargo la región Pacífico Central presenta un 69%, lo que pudo estar influenciado por el Área de Salud de San Rafael de Puntarenas, que logró el 117%. En tanto que la Región Atlántica muestra una cobertura del 32%, siendo la más baja (Gráfico 15.1).

Una situación particular presenta la Región Central Sur, donde el Área de Salud de Corralillo-La Sierra, presenta una cobertura de cero y las Áreas de Salud de: Curridabat, San Juan-San Diego-Concepción y Montes de Oca, contabilizan sus coberturas a partir del primero de Abril y no de Enero, ya que cambiaron de proveedor (UCR a UNIBE). Sin embargo, esta situación parece no afectar la cobertura regional, muy posiblemente porque el Área de Salud de Acosta presenta una cobertura de 122%.

Por último, en lo que corresponde al control óptimo de LDL-Colesterol, la Evaluación 2014, muestra que los resultados obtenidos en todas las Regiones están lejos de la meta de un 55% para el 2018. (Gráfico 15.2). Especial interés a este respecto se debe tener con las Áreas de Salud que presentan un desempeño más limitado (Cuadro 15.1), donde un análisis de las causas puede presentar múltiples determinantes; entre las encontradas están (Cuadro 15.2):

- Problemas de aplicación de la Guía de Atención (CCSS, 2004), sobre todo en lo concerniente a Identificación de Factores de Riesgo.
- Carencia de Reactivo para la determinación del Perfil lipídico completo, al no contar con resultados de HDL y LDL-Colesterol, no se puede obtener el valor meta de LDL/no HDL-Colesterol.

Según la Sub-Área de Programación de Bienes y Servicios, en el año 2014 se presentaron problemas con el abastecimiento de algunos analitos para la realización de diagnósticos de Química Clínica, esto se debió a que en este año se realizó el cambio toda la plataforma Institucional de Autoanalizadores por la nueva Solución Integral denominada Prueba Efectiva.

A pesar de tener programado el recambio de equipos en forma escalonada, la demanda cambiante de los laboratorios clínicos y el tipo de presentación de los reactivos provocaron desabastecimientos, los cuales fueron difíciles de solventar, ya que no existía un rango de fechas de desabastecimiento por lo que se tomaron medidas de contingencia para mitigar esta situación y afectación de los servicios de salud, sin embargo fueron insuficientes.

- Limitaciones con los Sistemas de Información, esto produce listados inadecuados y poco fidedignos de las personas con dislipidemia atendidas en los servicios de salud, ya sea por efectos del sub-registro o duplicación de datos. Especial caso el del Área de Salud de Corralillo-La Sierra, donde la limitación a este respecto fue tan importante que no se pudo obtener un listado adecuado y se asignó un número de consultas de cero (0).

Como recomendaciones generales en el manejo del paciente con dislipidemia:

A nivel de las Áreas de Salud, se debe incrementar el tamizaje en la población susceptible (blanco), así como realizar todas las acciones en salud recomendadas en la Guía de Atención respectiva, sobre todo en lo referente a que el médico tratante consigne los factores de riesgo del paciente, especialmente los antecedentes de cardiopatía familiar prematura y el antecedente de fumado activo.

Respecto de la confiabilidad de los datos, todas las Áreas de Salud deben valorar la mejora de los registros en sus sistemas de información, pero hay tres Áreas de Salud que deben trabajar arduamente a este respecto, como son las Áreas de Salud de Acosta y San Rafael de Puntarenas (por sus coberturas mayores a 100%), y el Área de Salud de Corralillo-La Sierra (ya que sus listados no presentaban la consistencia necesaria para ser utilizados para efectos de evaluación).

A nivel central, la institución debe asegurar el abastecimiento de reactivos de laboratorio en cantidades suficientes para el reporte del perfil lipídico, y así hacer frente a la demanda de cada Área de Salud y Región.

¹Estratificación de Riesgo Coronario, como descrito en la ficha técnica 3-01-1 Dislipidemia. Valoración del LDL-Colesterol. Control Óptimo.
http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/AREAS/SitePages/Doc_Efectividad_AS.aspx

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (2004). Guías para la Detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias en el primer nivel de atención. San José: Departamento de Medicina Preventiva.
- CCSS. (2011). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. San José: DCCSS, Area de Salud Colectiva.
- Paul S. Jellinger, M. D. (2012). Task Force for the Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis Writing Committee. AACE, American Asociation Clinical Endocrinologists.
- WHO. (1998). Obesity: preventing and managing ths global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO/NUT/NCD/98.1.

Cuadro 15.1
CCSS: COBERTURA DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIA SEGÚN
ÁREAS DE SALUD DEL QUINTIL MÁS BAJO, 2014

ÁREA DE SALUD	PORCENTAJE
Carrillo	26
Alajuela Sur	26
Limón	26
Mora-Palmichal	25
Barva	25
Naranjo	25
Moravia	25
Alfaro Ruiz	23
Pital	23
San Pablo	22
Coronado	22
Corredores	22
Valle de la Estrella	21
Heredia Virilla	21
Santo Domingo	21
Alajuela Oeste	21
Alajuelita	20
Atenas	17
Alajuela Central	15
Los Santos	13
Tibás	13
Corralillo-La Sierra	0

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

Cuadro 15.2
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON LOS PORCENTAJES MÁS BAJOS DE
CONTROL ÓPTIMO DE LDL/NO HDL EN PERSONAS CON
DISLIPIDEMIA, 2014

ÁREA DE SALUD	PORCENTAJE
Heredia Cubujuquí	30
Heredia Virilla	30
Coronado	30
Poás	28
Puriscal-Turubares	28
Parrita	27
Goicoechea 2	26
Santa Bárbara	26
Montes de Oro	26
Hatillo	26
San Rafael de Heredia	25
Naranjo	24
Alajuelita	24
Palmares	23
Santa Cruz	23
Tilarán	23
Carrillo	20
Orotina-San Mateo	17
Paraíso-Cervantes	15
Corralillo-La Sierra	0

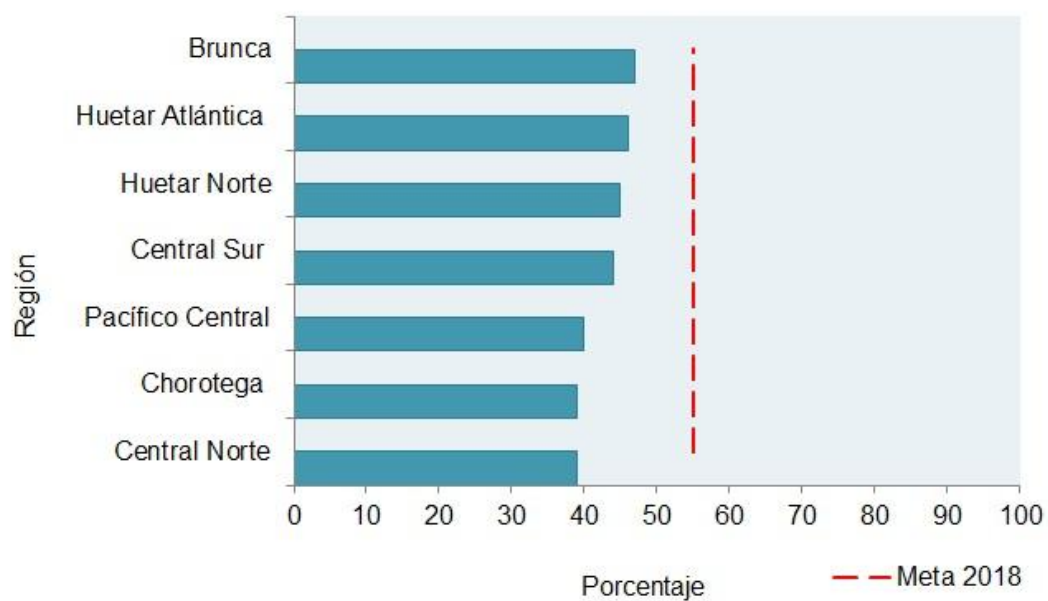
FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 15.1
CCSS: COBERTURA DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIA
SEGÚN REGIÓN, 2014
(porcentajes)

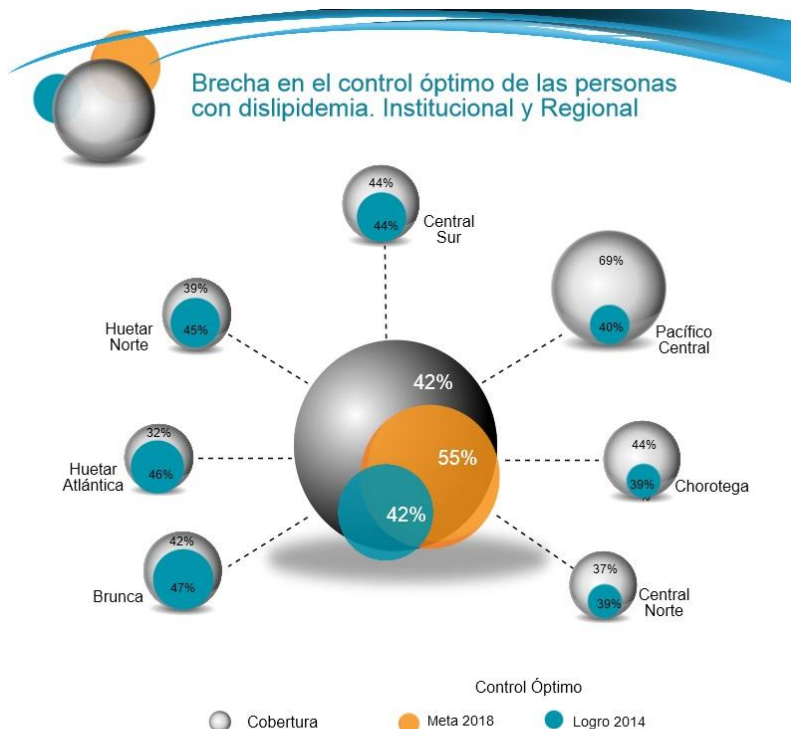


FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 15.2
CCSS: PORCENTAJE DE PERSONAS DISLIPIDEMICAS CON CONTROL
ÓPTIMO DE LDL/NO HDL COLESTEROL SEGÚN REGIÓN, 2014



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



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Adecuado control de cifras de presión arterial en las personas atendidas por Hipertensión Arterial. Las coberturas se mantienen.

El 66% de las personas atendidas por Hipertensión Arterial presentan cifras de presión arterial adecuadas, siendo las regiones Pacífico Central y Huetar Atlántica, las que no alcanzan la meta de 65% de control óptimo al 2018.

Las personas con Hipertensión Arterial tienen el doble del riesgo de presentar enfermedad coronaria que las personas no hipertensas. Se ha demostrado que la reducción de 5-6 mmHg en la presión arterial disminuye de 20 a 25% el riesgo de enfermedad coronaria, mientras que el aumento de 7 mmHg en la presión diastólica incrementa en 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebro vascular. Además el control de la presión arterial (PA) disminuye en 30-50% la incidencia de accidente cerebro vascular (Sociedad Española de Cardiología, 2000).

Por estas razones, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se planteó una intervención en las personas hipertensas de 20 años y más (exceptuando el estado de hipertensión inducida por el embarazo), donde de acuerdo a la comorbilidad asociada cada paciente debe alcanzar unas cifras de presión arterial (PA), establecidas como metas óptimas¹.

Con esta intervención se pretende disminuir el riesgo para la enfermedad isquémica coronaria y la enfermedad cerebrovascular en el paciente hipertenso, al lograr la reducción de las cifras de PA. Además contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes, mediante el cambio en los comportamientos de riesgo y con intervenciones no farmacológicas por sí solas o acompañadas de tratamiento farmacológico.

El número de personas mayores de 20 años susceptibles de tener Hipertensión Arterial en Costa Rica para el 2014 es de 1.223.889 personas (población blanco), partiendo de una prevalencia del 37,8% (CCSS, 2011), se atendieron por la institución 445.588 personas con hipertensión arterial, alcanzando una cobertura del 36%.

Esta cobertura no ha mostrado variaciones importantes en los últimos 2 años, exceptuando la Región Pacífico Central que presentó un avance de once puntos porcentuales respecto del año 2013, sin embargo este valor puede estar influenciado

por el Área de Salud San Rafael de Puntarenas, ya que presenta una cobertura de 120% (Cuadro 16.1).

Por otra parte, la Región Atlántica es la que presenta la cobertura más baja con un 30%, valor que se ha sostenido desde hace 2 años. Aunado a esto, dentro de las áreas de salud del país que presentan las coberturas más bajas (último quintil), se encuentran cinco de esta región (Cuadro 16.2).

En la Evaluación 2014, se observa que cinco regiones alcanzan la meta de control óptimo de hipertensión arterial para el 2018 (65%); mientras la Brunca supera esta en 10 puntos porcentuales, la Huetar Atlántica no la alcanza, mostrando sólo el 57% de personas atendidas por hipertensión arterial con control óptimo. (Gráfico 16.1).

Todas las regiones del país presentan algún área de salud con desempeño limitado en este indicador, pero llaman la atención las Áreas de Salud de Belén en la Central Norte y Siquirres en la Huetar Atlántica, ya que son las que presentan los porcentajes más bajos a nivel nacional (Cuadro 16.3).

Estos resultados deben ser motivo de análisis por cada región, pero especial interés a este respecto se debe tener con las áreas de salud que presentan un desempeño más limitado, donde un análisis de las causas puede presentar múltiples determinantes, los cuales se deben tratar de solventar, identificado si ese resultado es dependiente de la gestión del nivel local, o por el contrario si corresponde a los niveles regional o central el gestionar los recursos para la mejora del desempeño.

Como recomendaciones generales en el manejo del paciente con hipertensión arterial en la CCSS se describen las siguientes acciones:

A nivel de las áreas de salud, se debe incrementar el tamizaje en la población susceptible (blanco), así como realizar todas las acciones en salud recomendadas en la Guía de Atención respectiva, sobre todo en el registro adecuado de las cifras de presión arterial evitando que el personal realice el redondeo de estas cifras (CCSS, 2009).

Este es un problema recurrente en los servicios de salud, ya que es frecuente que el personal de enfermería al realizar la pre-consulta registre cifras de presión arterial terminadas en cero, pero tomando como referencia el valor inmediatamente superior al obtenido. Un ejemplo de esto sería una presión arterial real de 138/88 mmHg, siendo frecuente que se registra como 140/90 mmHg, resultando en que las estas cifras incumplen los valores óptimos de presión asignados a una persona sin comorbilidad asociada, cuando realmente las cifras reales son óptimas.

Respecto de la confiabilidad de los datos, todas las áreas de salud deben valorar la mejora de los registros en sus sistemas de información, pero deben tener especial

interés en este apartado las áreas de salud con las coberturas más bajas y el Área de Salud San Rafael de Puntarenas por su cobertura mayor al 100%.

A nivel central, la institución debe asegurar el mantenimiento preventivo de los equipos para la toma de presión arterial, de manera que estos permanezcan calibrados durante todo el año. Así como el abastecimiento de estos, según la demanda de cada una de las áreas de salud, para esto debe tomarse en cuenta el porcentaje de equipo dañado y de recambio.

Por otra parte, algunas áreas de salud presentan un recurso humano limitado especialmente en cuanto a Técnicos de Atención Primaria (ATAP), traduciéndose esto en limitaciones para el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, siendo esto causa de bajas Coberturas de Tamizaje por Hipertensión (como analizó en otra sección del informe), y por lo tanto afectándose las Coberturas de Hipertensión Arterial. Esta situación debe analizarse a profundidad por parte del nivel local, regional y central, ya que la resolución de este problema amerita que los tres niveles estén alineados.

¹ Según definición de Control Óptimo descrita en la ficha técnica 3-02-1. Hipertensión Arterial. Valoración de la Presión Arterial (PA). Control Óptimo.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (2009). Guía para la detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. San José: Area de Atención Integral a las personas.
- CCSS. (2011). Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. San José: DCCSS, Area de Salud Colectiva.
- Sociedad Española de Cardiología. (2000). Guías de Práctica Clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Revista Española de Cardiología, volumen 53, Numero 08.

Cuadro 16.1
CCSS: COBERTURA DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN
REGIÓN, 2012-2014
(porcentaje)

REGIÓN	2012	2013	2014
Pacífico Central	36	33	44
Central Sur/ ¹	40	37	39
Chorotega	41	38	38
Central Norte	34	32	35
Brunca	33	31	32
Huetar Norte	31	30	30
Huetar Atlántica	32	30	30

¹ No contempla Catedral Noreste

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

Cuadro 16.2
CCSS: COBERTURA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SEGÚN ÁREAS DE SALUD DEL QUINTIL MÁS BAJO, 2014

ÁREA DE SALUD	2014
La Carpio-León XIII	29
Alajuela Central	29
Siquirres	29
Corredores	29
Fortuna	29
Limón	28
Golfito	28
Montes de Oca ^{/1}	28
Santa Ana	27
Talamanca	27
Los Chiles	26
Heredia Virilla	26
Guápiles	24
San Pablo	24
Alajuela Sur	23
Valle de la Estrella	21
Pital	20
Liberia	20
Santa Rosa de Pocosol	18
Tibás	15
Alajuelita	10

^{/1} Datos del 1 de abril al 31 de diciembre

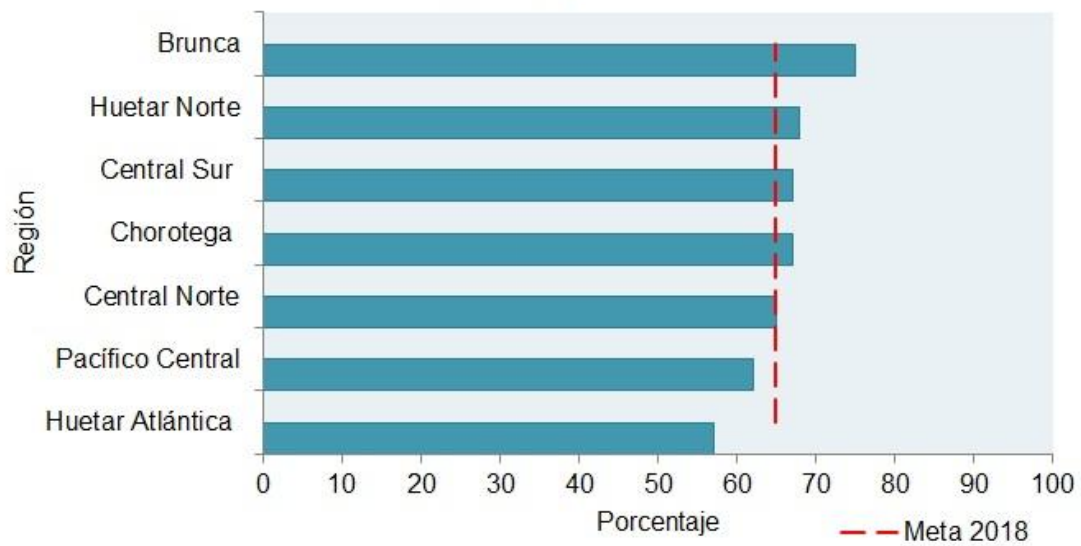
FUENTE: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Cuadro 16.3
CCSS: ÁREAS DE SALUD CON LOS PORCENTAJES MÁS BAJOS DE
DISTRIBUCIÓN DE CONTROL ÓPTIMO EN PERSONAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2014

ÁREA DE SALUD	PORCENTAJE
Moravia	55
Alajuelita	55
Santa Cruz	55
Golfito	55
Cariari	55
Pital	54
Peninsular	54
Alajuela Oeste	53
Goicoechea 2	53
Goicoechea 1	52
Liberia	52
Limón	51
Buenos Aires	50
Alajuela Central	50
Mata Redonda	50
Abangares	50
Bagaces	50
Corralillo-La Sierra	49
Los Santos	48
Siquirres	41
Belen Flores	41

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

Gráfico 16.1
CCSS: CONTROL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL EN PERSONAS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN REGIÓN, 2014
(porcentaje)



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

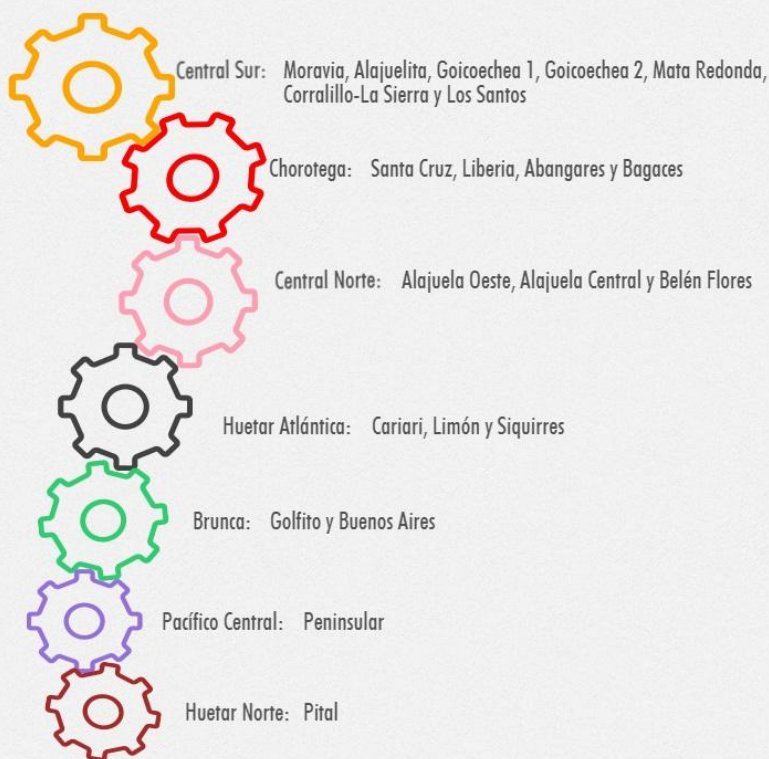
Adecuado Control de Presión Arterial en Personas con Hipertensión Arterial, 2014

66% de los hipertensos tienen presión arterial adecuada



Áreas de Salud Prioritarias

Áreas con un logro por debajo del percentil 20



EFICIENCIA PRODUCTIVA

Índice de Eficiencia Relativa: se fortalece su medición con el aumento de Áreas de Salud Evaluadas.

El número de Áreas evaluadas pasó de 69 a 89, situación que modificó la distribución del Índice, en relación a años anteriores, en que se daba una mayor concentración hacia el IER=100%.

A partir del año 2014 se deja atrás la evaluación en función del cumplimiento de metas individuales pactadas para dar paso a una evaluación del desempeño en función de metas institucionales. Con este paso, se suman a la evaluación de la Dimensión Eficiencia veinte Áreas de Salud que se venían excluyendo del cálculo del Índice de Eficiencia Relativa, por no haber pactado el indicador.

El incremento de las unidades evaluadas impactó la distribución del valor del indicador, el cual en años anteriores tenía una mayor concentración alrededor del valor máximo de 100%. Una característica del Análisis Envolvente de Datos, técnica utilizada para el cálculo del IER, es que a mayor cantidad de unidades evaluadas mayor es la capacidad del indicador de identificar las diferencias en la productividad entre unas y otras.

Hubo un segundo factor, sin embargo, que pudo haber contribuido a la mayor dispersión del índice: el incremento de los espacios en blanco en el Instrumento de Recolección de Información. Dichos espacios están disponibles para que las Áreas de Salud expongan situaciones particulares que tuvieron durante el año evaluado y que pudieron afectar sus procesos productivos¹. Situaciones en que unas unidades exponen en detalle y de manera cuantitativa² sus problemáticas, mientras otras no aprovechan los espacios disponibles para tal efecto, generan una mayor dispersión del indicador.

En relación con los resultados obtenidos, 27 unidades tuvieron un excelente desempeño, ubicándose en la frontera de producción (IER=100%); con un buen resultado (entre 85% y 99%) se ubicaron otras 27; un tercer grupo de 27 Áreas presentaron un resultado regular (entre 65 y 85%) y finalmente, con un resultado

¹ Tales situaciones se pueden derivar de las características de la población (dispersión, por ejemplo), de problemas para sustituir el recurso humano en casos de días no laborados por incapacidades médicas u otras razones, de equipo fuera de funcionamiento por situaciones ajenas a la gestión, entre otras.

² El indicador se calcula con una técnica meramente cuantitativa, por lo que las observaciones sin datos no permiten ajustar las variables utilizadas en el cálculo del IER

deficiente (IER inferior al 65%) se ubicaron ocho Áreas de Salud, que representan un 9% del total de áreas a las que se les evaluó la eficiencia.

En términos regionales, la región con mayor porcentaje de Áreas de Salud que obtuvieron un IER de 100% fue la Región Central Norte, seguida por la Chorotega, ambas con poco más del 46% de la unidades. En el otro extremo se encuentran la Huetar Norte y la Región Brunca, la primera con una unidad con IER en la frontera de eficiencia y la segunda con una muy cercana a la frontera (IER = 99,1%)

Es importante recalcar que características como tamaño de la unidad, cantidad de población atendida, dispersión de la población, nivel de atención, entre otras, no presentan asociación con el valor del IER, lo que indica que dichas características no están afectando la evaluación de la eficiencia.

En relación con la productividad de los recursos, el problema principal se encuentra en el grupo “Otros profesionales”, el cual incluye profesionales en Enfermería, Trabajo Social, Psicología y Nutrición. Si bien en el análisis de las estadísticas de producción de estos profesionales se busca reconocer su aporte productivo y se pondera la producción de acuerdo a los tiempos de duración de las atenciones, en términos generales pareciera haber un bajo registro de la producción de estos grupos profesionales.

En relación con este tema se considera que hay dos causas principales:

- En primer lugar, pareciera que el modelo de atención integral no se termina de consolidar, lo que se evidencia en que la atención sigue girando –en unas unidades más en que en otras– en torno a la atención médica. Los profesionales del grupo mencionado se siguen viendo, en muchos casos, como personal de apoyo, concentrado en tareas más cercanas a lo administrativo que a la atención directa, como son la redacción de planes e informes, entre otras.
- Podría haber un subregistro de atenciones de los grupos profesionales citados. Esta situación es más visible en las unidades en que no se reporta o se reporta una producción cercana a cero de profesionales en enfermería, por ejemplo.

En esta materia, se considera que los sistemas de información siguen en deuda con el nuevo modelo de atención, pues no se terminaron de adaptar y se mantiene el registro muy centrado en la atención médica. Si bien existen los instrumentos para el registro, pareciera que falta avanzar en la capacitación del personal de REDES y en el cambio hacia una cultura organizacional que incorpore la atención integral en su diario accionar.

En relación con la evaluación de la eficiencia, cabe destacar que aún queda camino por recorrer. Puesto que es difícil, sino imposible, definir un óptimo de producción para cada unidad, la evaluación de esta dimensión solo puede hacerse de manera comparativa. Sin embargo, las unidades no son fácilmente comparables en términos de productividad, pues se sabe que cada una presenta múltiples particularidades en relación con las características de la población que atiende, con su ubicación geográfica, con exposición a accidentes de la naturaleza u otras situaciones estructurales o circunstanciales que afectan los procesos productivos.

El diseño del indicador reconoce las particularidades que tienen las Áreas y que dificultan la comparación. Este reconocimiento se operativiza a través del Instrumento de Recolección de Información. Sin embargo, aún no se ha logrado estandarizar el llenado de este instrumento, pues hay unidades que aprovechan más que otras la posibilidad que se les da de evidenciar las situaciones que afectan su productividad. Por tal razón, el principal reto que tiene el desarrollo del indicador es el lograr que las unidades utilicen en grado similar tales oportunidades, para lo cual se contempla trabajar, en el futuro cercano, en lograr su mayor involucramiento en la evaluación de la dimensión de eficiencia.

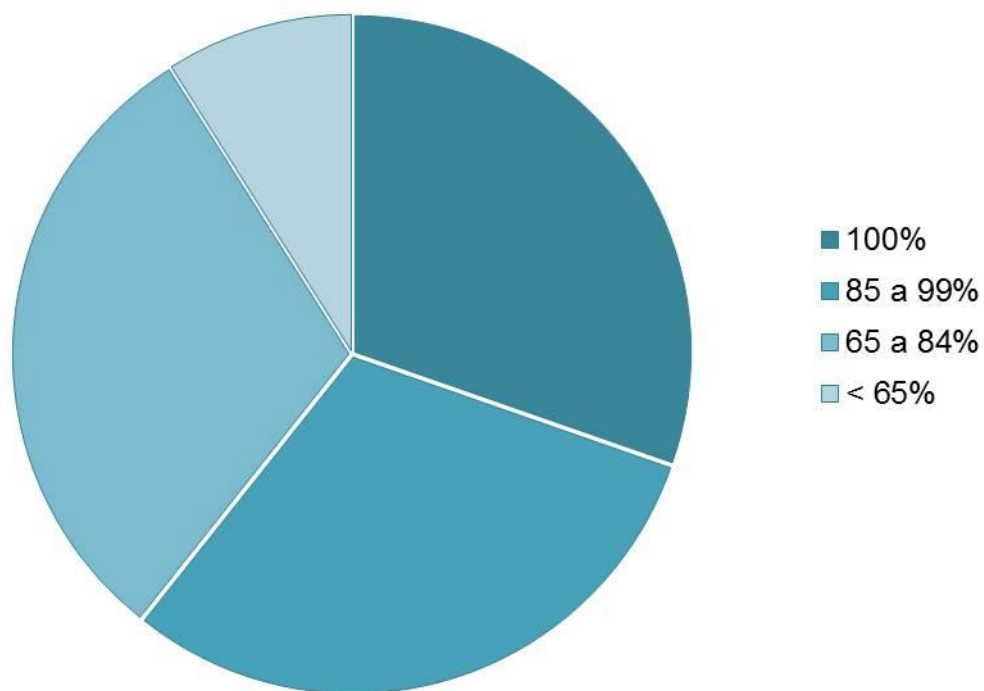
La meta de cada unidad es obtener un IER de 100%, para lo cual debe actuar en dos sentidos: incrementar la productividad de los recursos e identificar las situaciones particulares que enfrenta como unidad y que le impiden alcanzar niveles de productividad similares a las demás unidades. En este sentido, la unidad evaluadora debe asumir también su cuota de compromiso induciendo una participación más comprometida de las áreas de salud en el proceso de evaluación.

Cuadro 17.1
CCSS: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA POR REGIÓN, 2014
(Cantidad de áreas de Salud)

	Menor a 65	65 a 84	85 a 99	100%	Total
Central Norte	5	6	2	11	24
Chorotega	1	3	2	5	11
Central Sur	-	5	11	6	22
Pacífico Central	1	1	4	3	9
Huetar Atlántica	-	6	1	2	9
Brunca	1	3	2	-	6
Huetar Norte	-	3	4	1	8

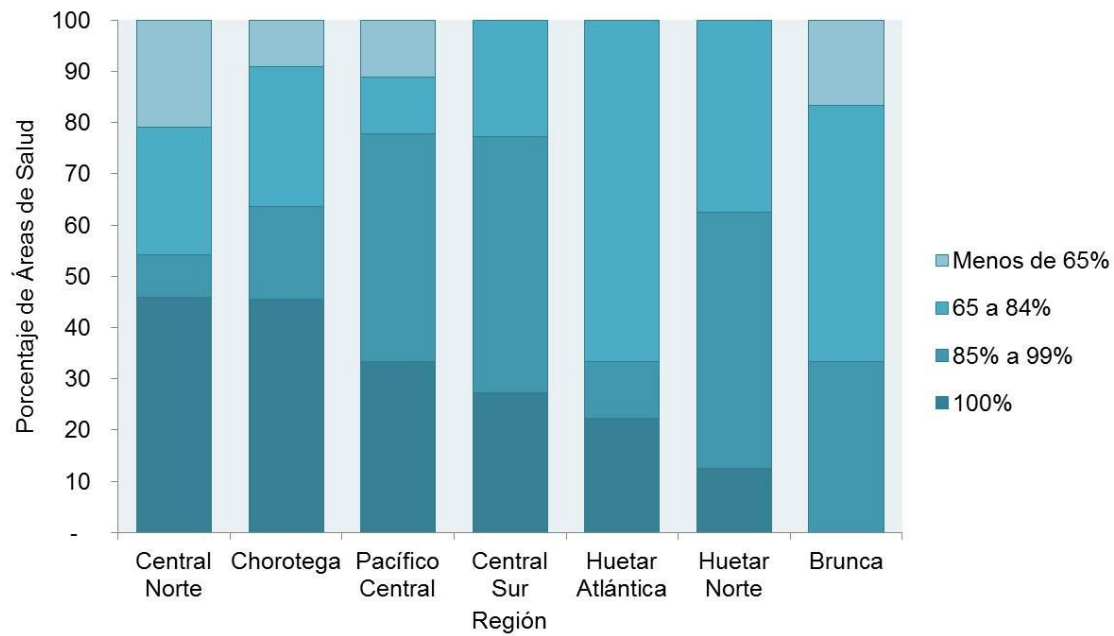
FUENTE: DCSS. Evaluación de la prestación de servicios de salud 2014.

Gráfico 17.1
CCSS: DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA, SEGÚN RANGO DE VALOR, 2014



FUENTE: CCSS. Evaluación de la Prestación de los servicios de salud, 2014.

Gráfico 17.2
CCSS: PORCENTAJE DE ÁREAS DE SALUD POR RANGO DEL ÍNDICE DE EFICIENCIA RELATIVA SEGÚN REGIÓN. 2014



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

EFICIENCIA PRODUCTIVA

ÁREAS DE SALUD

2014

Un índice que contrasta la producción con los recursos utilizados

¿Qué contrasta?

Recursos

vrs

Producción



Humano



Materiales



Población



Atenciones
en salud



Visitas de
ATAP



Calidad de
la atención

¿Cómo se mide?

Suministro de información por parte de las Áreas de Salud en:



Instrumento de recolección de información

Análisis Envolvente de Datos

Técnica matemática que contrasta insumos con productos y genera el

ÍNDICE DE EFICIENCIA

Fuentes de Información



Producción
Área de Estadísticas en Salud



Población
Dirección Actuarial



Financieros
Dirección Presupuesto

¿Qué resultados se obtuvieron?

Excelente

IER = 100%



27 áreas

Bueno

IER = 85 - 99%



27 áreas

Regular

IER = 65 - 84%



27 áreas

Deficiente

IER < 65%



8 áreas

¿Qué hay que mejorar?

RETOS DE LAS ÁREAS DE SALUD

Fortalecimiento del suministro de la información

Involucramiento en la evaluación de la eficiencia

Control y seguimiento de la productividad de sus recursos



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/>

DESEMPEÑO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El índice de desempeño de la prestación de servicios de salud es de 0.862 a nivel general.

La región con el mayor índice es la Central Sur mientras que la que presenta el valor más bajo es la Huetar Atlántica.

Con base en los resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2014 de las áreas de salud, se ha construido una medida resumen que compara el desempeño de éstas de acuerdo a las intervenciones estratégicas evaluadas. La medida se ha denominado “Índice de desempeño de la prestación de los servicios de salud” (IDPSS).

El IDPSS se construye con el propósito de que los tomadores de decisiones conozcan el estado de situación de las unidades que conforman el primer nivel de atención e identifiquen áreas de salud prioritarias, a las que se les debe brindar un mayor seguimiento y apoyo. Así mismo, como un mecanismo de reconocimiento hacia aquellas que han logrado buenos resultados y que se posicionan como líderes en el desempeño.

Para el cálculo del índice se toman en cuenta todos los indicadores evaluados que aplican a la totalidad de las áreas, dejando por fuera tres indicadores: *Porcentaje de mujeres embarazadas con serología positiva para sífilis con abordaje oportuno y adecuado*, *Porcentaje de mujeres con patología cervical a quienes se les realiza una colposcopia con oportunidad* y *Promoción de estilos de vida saludable*, para los que no se cuenta con resultado en todas las áreas de salud.

En algunos indicadores para los que hacía falta algún valor, éste se imputó utilizando el promedio o valor regional, de forma tal que se contara con un valor para todas y cada una de las áreas de salud a evaluar.

En total se tomaron en cuenta 20 indicadores:

1. Cobertura de personas de 20 años y más sin diagnóstico previo de Hipertensión Arterial, a las que se les toma la presión arterial en los escenarios domiciliar, comunal y laboral.
2. Cobertura de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad del Área de salud a quien se le realizó una citología vaginal en los dos últimos años.
3. Porcentaje de niños(as) menores de un año de edad con captación temprana.
4. Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana.

5. Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días).
6. Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal captadas tempranamente
7. Cobertura de Vacunación contra influenza en el Adulto Mayor.
8. Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un VDRL antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días).
9. Cobertura de niños (as) menores de un año con Esquema Básico
10. Cobertura niños (as) de 12 a menos de 24 meses con Esquema Completo.
11. Tasa de Deserción de Pentavalente 1 / Pentavalente 3.
12. Niños (as) de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina.
13. Niños (as) de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente.
14. Porcentaje de personas con Dislipidemia atendidas con control óptimo de LDL-colesterol
15. Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial atendidas con control óptimo de presión arterial.
16. Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de Hemoglobina Glicosilada.
17. Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de Presión Arterial
18. Porcentaje de Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de LDL-Colesterol
19. Porcentaje Global de Satisfacción.
20. Costo promedio por consulta médica ponderado por cobertura.*

* Nota: el Índice de Eficiencia Relativa (IER) no se puede usar para el IDPSS porque no es factible construirlo para las unidades de compra externa.

Para el cálculo, se hizo primero un análisis de correlación y un análisis de variabilidad de cada uno de los indicadores. Se hicieron las correcciones del caso cuando fue necesario, esto es la imputación de los datos faltantes, se colocaron los indicadores en la misma dirección y se ajustaron las escalas para hacerlos comparables.

Puesto que el objetivo del índice es contar con una medida resumen del desempeño de cada unidad evaluada, se decidió comparar cada resultado con la meta planteada a nivel institucional, a fin de identificar las unidades que ya la alcanzaron, superaron o están por debajo de ese valor. Una vez calculados los cumplimientos de cada indicador respecto de la meta, se creó el índice de desempeño como un promedio simple de los resultados logrados en cada indicador.

El resultado obtenido varía entre 0 y 1, entre más cercano a uno hay evidencia de que la unidad correspondiente ha logrado alcanzar todas las metas institucionales mientras que si el valor está cercano a cero, es indicador de que la unidad está muy alejada del cumplimiento de las metas institucionales.

Tanto por razones de comparabilidad como por la necesidad técnica de incorporar todos los indicadores evaluados en el índice, por el momento la metodología de cálculo resulta la más adecuada para ordenar las unidades evaluadas según su desempeño; también por la simplicidad de su construcción como por su interpretabilidad; sin embargo para evaluaciones posteriores y a partir del comportamiento de este período de cinco años se podrá identificar una medida resumen ponderada que afine el cálculo del índice de desempeño incorporando ajustes, ya sea por población de riesgo, recursos disponibles, u otros que se pudieran identificar, y que mediante técnicas estadísticas resulten importantes en la discriminación de resultados.

La metodología definida para la construcción del Índice permitió la estimación de un IDPSS general de las áreas de salud, el cual permite conocer el grado de avance correspondiente al año 2014 del primer nivel de atención en relación con la consecución de las metas planteadas para el quinquenio 2014 – 2018.

El IDPSS general es de 0.862, lo cual demuestra un avance importante en los resultados esperados para el 2018. No obstante, hay que señalar que por ser el primer año de medición de indicadores diseñados para un quinquenio, se han identificado metas que ya fueron sobrepasadas, demostrando que la línea base utilizada fue subestimada, razón por la que se debe hacer un análisis para el replanteamiento de algunos metas para la Evaluación 2015.

Por otro lado, hay que señalar que entre las siete regiones en las que se organiza la prestación de servicios de salud se dan diferencias respecto a los logros. Entre la Región Central Sur, que es la que tiene un mayor IDPSS y la Huetar Atlántica, con el menor índice, hay una diferencia de ocho puntos porcentuales.

Los resultados del IDPSS por región son los siguientes:

PUESTO	REGIÓN	IDPSS
1	Central Sur	0,890
2	Huetar Norte	0,864
3	Central Norte	0,852
4	Pacífico Central	0,848
5	Brunca	0,841
6	Chorotega	0,839
7	Huetar Atlántica	0,807

Una de las funciones del IDPSS es hacer un escalafón de todas las unidades de primer nivel, desde el área cuyos resultados respecto a las metas institucionales es el más bajo, hasta la unidad que cumplió el mayor número de metas (Cuadro 18.1). A partir de este ordenamiento, las unidades fueron agrupadas en quintiles, de forma tal que las ubicadas en el primer quintil representan las unidades con los resultados más bajos y las del quinto quintil los establecimientos mejor valorados.

El escalafón construido muestra algunos hallazgos interesantes, por ejemplo, que entre las primeras diez posiciones se encuentran siete áreas de salud administradas por proveedores externos, posicionándolas como el grupo de unidades que más se acerca a las metas institucionales. Sin embargo, hay que hacer una excepción, ya que las áreas gestionadas por la UNIBE no muestran los buenos resultados obtenidos por los otros proveedores externos.

Otro aspecto que llama la atención es que los primeros puestos son ocupados por áreas de las Regiones Central Sur y Central Norte, no es hasta el puesto 15 que aparece una unidad de otra región, el área de salud de Esparza de la Región Pacífico Central.

En ese sentido, es importante disponer del escalafón particular de cada región, cuyas posiciones pueden ayudar a orientar las prioridades y a identificar las estrategias implementadas que logran mejores resultados.

En la Región Central Sur el área de salud con mayor IDPSS es Escazú, que además es la unidad con el mayor índice a nivel general, y la que logra el IDPSS más bajo es el área de Catedral Noreste. Esta región muestra la mayor brecha entre los índices obtenidos por sus unidades, 24 puntos porcentuales.

AREAS DE SALUD REGIÓN CENTRAL SUR	INDICE
Escazú	0,962
San Sebastián-Paso Ancho	0,954
San Francisco-San Antonio	0,944
Acosta	0,930
Desamparados 2	0,924
Los Santos	0,913
Santa Ana	0,906
Pavas	0,904
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	0,893
Turrialba-Jiménez	0,884
El Guarco	0,875
Aserrí	0,872

Mora-Palmichal	0,863
Cartago	0,845
Paraíso-Cervantes	0,845
Coronado	0,835
Corralillo-La Sierra	0,832
Puriscal-Turrubares	0,831
La Unión	0,814
Mata Redonda	0,813
Desamparados 3	0,807
Zapote-Catedral	0,807
Desamparados 1	0,801
Hatillo	0,796
Curridabat	0,783
Montes de Oca	0,777
Goicoechea 1	0,772
Goicoechea 2	0,769
Alajuelita	0,762
Concepción-San Juan-San Diego	0,742
Moravia	0,735
Catedral Noreste	0,726

En la Región Huetar Norte, el área de salud de Guatuso logra el mayor índice y el más bajo corresponde a Santa Rosa de Pocosol.

AREAS DE SALUD REGIÓN HUETAR NORTE	ÍNDICE
Guatuso	0,882
Florencia	0,861
Fortuna	0,854
Los Chiles	0,840
Ciudad Quesada	0,837
Pital	0,828
Aguas Zarcas	0,806
Santa Rosa De Pocosol	0,786

Para la Región Central Norte, el mayor IDPSS es del área de salud de Valverde Vega y el menor de Alajuela Central.

AREAS DE SALUD REGIÓN CENTRAL NORTE	ÍNDICE
Valverde Vega	0,940
San Pablo	0,933

La Carpio-León XIII	0,932
Barva	0,910
Tibás	0,904
Alfaro Ruiz	0,872
San Ramón	0,864
Naranjo	0,862
San Isidro de Heredia	0,851
Grecia	0,851
Palmares	0,849
Santa Bárbara	0,817
Puerto Viejo	0,816
Poás	0,803
Santo Domingo	0,792
San Rafael de Heredia	0,790
Belén Flores	0,787
Atenas	0,785
Alajuela Oeste	0,768
Heredia Virilla	0,766
Heredia Cubujuquí	0,765
Alajuela Norte	0,760
Alajuela Sur	0,756
Tibás-Uruca-Merced	0,754
Horquetas-Rio Frio	0,747
Alajuela Central	0,727

Con respecto a la Región Pacífico Central, región que muestra una de las mayores brecha entre los índices obtenidos por sus unidades, se tiene en el primer lugar al área de salud de Esparza y en el último puesto de la región, y a nivel general, a Parrita.

AREAS DE SALUD REGIÓN PACÍFICO CENTRAL	ÍNDICE
Esparza	0,893
Aguirre	0,858
Montes de Oro	0,851
Garabito	0,814
Orotina-San Mateo	0,791
Barranca	0,789
Peninsular	0,788
Chacarita	0,769
Chomes-Monteverde	0,740
San Rafael de Puntarenas	0,673

Parrita

0,668

En la Región Brunca, el área de salud de Osa logra el mayor IDPSS y Golfito el más bajo.

AREAS DE SALUD REGIÓN BRUNCA	ÍNDICE
Osa	0,890
Corredores	0,870
Buenos Aires	0,847
Coto Brus	0,817
Pérez Zeledón	0,802
Golfito	0,783

Para la región Chorotega el primer puesto corresponde al área de salud de Abangares y el último a Carrillo.

AREAS DE SALUD REGIÓN CHOROTEGA	ÍNDICE
Abangares	0,862
Upala	0,856
Nandayure	0,851
Cañas	0,850
Nicoya	0,841
Tilarán	0,834
Bagaces	0,814
Hojancha	0,802
Santa Cruz	0,798
Liberia	0,796
Colorado	0,776
La Cruz	0,767
Carrillo	0,744

En la Región Huetar Atlántica, el área de salud de Cariari obtiene el mayor IDPSS mientras que el más bajo corresponde a Valle La Estrella.

AREAS DE SALUD REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA	ÍNDICE
Cariari	0,869
Guácimo	0,841

Siquirres	0,791
Matina	0,784
Guápiles	0,768
Limón	0,741
Talamanca	0,735
Valle La Estrella	0,720

Finalmente, es necesario señalar el grupo de unidades que ocupan el quintil más bajo según el escalafón general de áreas de salud, dado que constituyen las prioridades en cuanto a seguimiento y acompañamiento. Las áreas ubicadas en el quintil 1 son las siguientes:

Parrita	Chomes-Monteverde	Alajuela Norte
San Rafael Puntarenas	Limón	Alajuelita
Valle La Estrella	Concep.-San Juan-San Diego	Heredia Cubujuquí
Catedral Noreste	Carrillo	Heredia Virilla
Alajuela Central	Horquetas-Rio Frio	La Cruz
Moravia	Tibás-Uruca-Merced	Alajuela Oeste
Talamanca	Alajuela Sur	Guápiles

Es en estas unidades donde hay que poner especial atención, tanto para conseguir en el 2018 las metas planteadas a nivel institucional, como para asegurar a estas poblaciones una atención que se equipare a la del resto del país en relación a las intervenciones definidas como estratégicas. Es fundamental analizar la gestión local, pero también es necesario revisar la equidad en la dotación de recurso humano y financiero, la infraestructura disponible, así como las necesidades especiales de sus poblaciones de acuerdo a sus condiciones socio-culturales, geográficas y ambientales.

Cuadro 18.1
CCSS: ÁREAS DE SALUD SEGÚN IDPSS, POSICIÓN Y QUINTIL. 2014.

ÁREA DE SALUD	ÍNDICE	POSICIÓN	QUINTIL
Escazú	0,962	1	5
San Sebastián-Paso Ancho	0,954	2	5
San Francisco-San Antonio	0,944	3	5
Valverde Vega	0,940	4	5
San Pablo	0,933	5	5
La Carpio-León XIII	0,932	6	5
Acosta	0,930	7	5
Desamparados 2	0,924	8	5
Los Santos	0,913	9	5
Barva	0,910	10	5
Santa Ana	0,906	11	5
Pavas	0,904	12	5
Tibás	0,904	13	5
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	0,893	14	5
Esparza	0,893	15	5
Osa	0,890	16	5
Turrialba-Jiménez	0,884	17	5
Guatuso	0,882	18	5
El Guarco	0,875	19	5
Alfaro Ruiz	0,872	20	5
Aserri	0,872	21	5
Corredores	0,870	22	4
Cariari	0,869	23	4
San Ramón	0,864	24	4
Mora-Palmichal	0,863	25	4
Abangares	0,862	26	4
Naranjo	0,862	27	4
Florencia	0,861	28	4
Aguirre	0,858	29	4
Upala	0,856	30	4
Fortuna	0,854	31	4
San Isidro de Heredia	0,851	32	4
Nandayure	0,851	33	4
Montes de Oro	0,851	34	4
Grecia	0,851	35	4
Cañas	0,850	36	4
Palmares	0,849	37	4
Buenos Aires	0,847	38	4
Cartago	0,845	39	4
Paraiso-Cervantes	0,845	40	4
Guácimo	0,841	41	4
Nicoya	0,841	42	4
Los Chiles	0,840	43	3
Ciudad Quesada	0,837	44	3
Coronado	0,835	45	3
Tilarán	0,834	46	3
Corralillo-La Sierra	0,832	47	3
Puriscal-Turubares	0,831	48	3
Pital	0,828	49	3
Coto Brus	0,817	50	3
Santa Bárbara	0,817	51	3
Puerto Viejo	0,816	52	3
Garabito	0,814	53	3
Bagaces	0,814	54	3
La Unión	0,814	55	3
Mata Redonda	0,813	56	3
Desamparados 3	0,807	57	3
Zapote-Catedral	0,807	58	3
Agua Zarcas	0,806	59	3
Poás	0,803	60	3
Hojancha	0,802	61	3
Pérez Zeledón	0,802	62	3
Desamparados 1	0,801	63	2
Santa Cruz	0,798	64	2
Hatillo	0,796	65	2
Liberia	0,796	66	2
Santo Domingo	0,792	67	2
Siquirres	0,791	68	2
Orotina-San Mateo	0,791	69	2
San Rafael de Heredia	0,790	70	2
Barranca	0,789	71	2
Peninsular	0,788	72	2
Belén Flores	0,787	73	2
Santa Rosa De Pocosol	0,786	74	2
Atenas	0,785	75	2
Matina	0,784	76	2
Curridabat	0,783	77	2
Golfito	0,783	78	2
Montes de Oca	0,777	79	2
Colorado	0,776	80	2
Goicoechea 1	0,772	81	2
Goicoechea 2	0,769	82	2
Chacarita	0,769	83	2
Guápiles	0,768	84	1
Alajuela Oeste	0,768	85	1
La Cruz	0,767	86	1
Heredia Virilla	0,766	87	1
Heredia Cubujuquí	0,765	88	1
Alajuelita	0,762	89	1
Alajuela Norte	0,760	90	1
Alajuela Sur	0,756	91	1
Tibás-Uruca-Merced	0,754	92	1
Horquetas-Rio Frio	0,747	93	1
Carrillo	0,744	94	1
Concepción-San Juan-San Diego	0,742	95	1
Limón	0,741	96	1
Chomes-Monte Verde	0,740	97	1
Talamanca	0,735	98	1
Moravia	0,735	99	1
Alajuela Central	0,727	100	1
Catedral Noreste	0,726	101	1
Valle La Estrella	0,720	102	1
San Rafael de Puntarenas	0,673	103	1
Parrita	0,668	104	1

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

Índice de desempeño

CCSS: Áreas de Salud - 2014

Incluye la evaluación de 20 indicadores de las dimensiones de Acceso, Continuidad, Efectividad, Eficiencia y Satisfacción del Usuario.

Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS):
Entre más se aproxima a 1 más cerca se está de alcanzar todas las metas institucionales de las intervenciones estratégicas.

La definición de las metas 2014 - 2018 se basa en la medición de líneas base, recomendaciones internacionales, consenso de grupos técnicos y objetivos en salud.



En la interpretación del desempeño hay que considerar: la gestión local, la dotación de recurso humano y financiero, la infraestructura y las características poblacionales y ambientales, entre otras.

Indicadores con menores resultados

Abordaje niños con anemia
Control óptimo LDL-col en diabéticos
Control glicémico óptimo en diabéticos

Indicadores con mayores resultados

Satisfacción del Usuario
Tamizaje VIH en embarazadas
Esquema de vacunación en niños

Desempeño por áreas de salud



IDPSS más altos

- 1 Escazú
- 2 San Sebastián - Paso Ancho
- 3 San Francisco - San Antonio
- 4 Valverde Vega
- 5 San Pablo
- 6 La Carpio - León XIII
- 7 Acosta
- 8 Desamparados 2
- 9 Los Santos
- 10 Barva



IDPSS más bajos

- 104 Parrita
- 103 San Rafael Puntarenas
- 102 Valle La Estrella
- 101 Catedral Noreste
- 100 Alajuela Central
- 99 Moravia
- 98 Talamanca
- 97 Chomes - Monteverde
- 96 Limón
- 95 Concepción - San Juan San Diego



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

TIEMPO DE ESPERA POR ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA Y DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO

En el 83% de los casos de la lista de espera quirúrgica la demora es mayor de 90 días.

Cinco hospitales concentran el 56% de los casos en lista de espera quirúrgica.

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la misión y visión orientan la prestación de los servicios de salud, hacia una atención centrada en la persona; razón de ser de la institución, la cual debe ser accesible, efectiva, segura y oportuna y con un uso eficiente de los recursos disponibles.

El acceso, elemento clave de la prestación, establece en qué medida los recursos y atenciones en los servicios de salud responden a las necesidades de los usuarios. La brecha producida entre la oferta y la demanda, lleva a las personas a esperar en lista para recibir la atención; situación común en los sistemas sanitarios públicos. (Rodríguez, Álvarez, & Abad, 2008)

La lista de espera es un problema multifactorial, en su génesis participan desde el rendimiento, aprovechamiento y gestión que se hacen con los recursos disponibles, el ingreso de nuevas tecnologías para diagnóstico e información, la variabilidad en la práctica médica, el manejo de red y la priorización de pacientes, hasta el conocimiento de las personas sobre los procesos de enfermedad.

El registro de listas de espera quirúrgica, constituye el conjunto de casos de pacientes que en un momento dado y por causa ajena a su voluntad, se encuentran esperando para ser operados. Esa demora que expresa la capacidad de respuesta de los servicios, es percibida en forma negativa, ya que viene a limitar el acceso a la atención de las personas que acuden a los servicios de salud.

Las listas de espera han aumentado en toda América Latina en los últimos años y en Costa Rica no es la excepción. La tendencia en el tiempo de más indicaciones terapéuticas y tratamientos quirúrgicos, obedece tanto al crecimiento de la población adulta mayor y enfermedades crónicas, al avance científico y médico como al auge de técnicas quirúrgicas más seguras.

La fuente de datos utilizada para este indicador fue el mismo listado de pacientes con cirugía pendiente que recibe la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) en las fechas de corte. Cada centro hospitalario y la Clínica Oftalmológica envió el

listado a la DCSS, en la herramienta de recolección de datos Microsoft Excel, diseñada por la UTLE (CCSS-UTLE, 2009)

El monitoreo para garantizar la construcción del indicador se hizo revisando en cada corte la legibilidad y exhaustividad de los datos. En las unidades con datos incompletos y/o inconsistentes fue solicitada la inclusión de correcciones en el siguiente corte, sin embargo; algunos centros no lo realizaron.

El análisis incluyó los casos pendientes de la lista que va desde el 2 de enero del 2008 hasta el 31 de diciembre del 2014, fecha de corte establecida. La demora corresponde a los días de espera para la cirugía, desde que el caso ingresa a la lista hasta la fecha de corte. A partir del total de días de espera de todos los casos pendientes a la fecha de corte, entre el total de casos de la lista se obtuvo la demora media. (CCSS, DCSS, 2013).

Para el análisis fueron incluidos los 28 hospitales con actividad quirúrgica y la Clínica Oftalmológica. El Servicio de Cirugía contiene los 863 casos de Cirugía Pediátrica pertenecientes al Servicio de Pediatría. Con los hospitales Tony Facio y Monseñor Sanabria se decide llenar la variable del código de diagnóstico pre quirúrgico, por estar vacía en su totalidad, utilizando la descripción diagnóstica (legible) anotada por el centro.

En el análisis se encontraron inconsistencias en los datos como especialidades en servicios diferentes, código diagnóstico pre quirúrgico en especialidades que no corresponden o no son acordes con la descripción diagnóstica. Estos hallazgos limitan el alcance de la información y obliga a tener mucha cautela en el uso e interpretación de los resultados.

En la red hospitalaria de la CCSS y la Clínica Oftalmológica se encontraron en lista de espera quirúrgica 120.682 casos al 31 de diciembre del 2014, con una demora media de 452 días que corresponden a 1 año y tres meses.

Los ocho hospitales regionales concentran en su conjunto casi la mitad del volumen de citas, situación que podría estar relacionada con la disponibilidad de recurso humano especializado, la gestión de las listas y el papel que tienen como centro de referencia con los periféricos. Llama la atención la demora media del especializado. (Gráfico 19.1)

El Hospital San Juan de Dios tiene la mayor cantidad de casos en lista de espera y en parte podría deberse a la demanda que acude en forma directa, por no tener eslabones intermedios en la red que filtren y resuelvan los casos menos complejos. (Cuadro 19.1)

La demora media tan alta en el especializado es a expensas del Hospital Nacional de Niños, quien supera en siete meses la media hospitalaria. Por la limitación en el alcance del informe, sería importante que los gestores logren profundizar las causas que lo originan (Cuadro 19.1)

Los hospitales San Rafael y San Vicente de Paúl agrupan la mitad de las citas pendientes dentro del conjunto regional. Entre los hospitales regionales existen diferencias muy marcadas en cuanto a cantidad y demora media. (Cuadro 19.1)

En los hospitales Periféricos 3 la demora media está en el rango entre seis y ocho meses. Por otra parte, sólo en cuatro hospitales Periféricos 1 y 2 la demora en las listas de espera es de menos de 90 días (Cuadro 19.1)

Según el servicio, los casos pendientes se distribuyen un 89% en Cirugía (107.937 casos) y un 11% en Gineco-Obstetricia (12.745 casos). La demora media es de 473 días (1año y 3 meses) y 277 días (9 meses) respectivamente.

Los hospitales regionales junto a los nacionales concentran la mayor proporción de citas pendientes en los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia. En este último servicio los casos tienen menos tiempo de demora con respecto al de Cirugía. (Gráficos 19.2 y 19.3)

En síntesis, el 56% del total de casos en espera quirúrgica corresponde a los cinco hospitales siguientes según orden de frecuencia: San Juan de Dios, Calderón Guardia, San Rafael, San Vicente de Paul y el México. Estos hospitales a su vez concentran el 62% del total de días de demora y además acumulan la mitad de casos en espera de los Servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia.

Con respecto a la distribución de la lista de espera según los días de demora, se encontró un 83% de casos con demora mayor de 90 días. En el servicio de Gineco-Obstetricia el porcentaje de días de demora prolongada es menor respecto al de Cirugía. La proporción que supera los seis meses de demora es de 57% en Gineco-Obstetricia y 70% en Cirugía. (Cuadro 19.2)

Dentro de la lista, los diez primeros diagnósticos más frecuentes agrupan el 39% del total de casos. El diagnóstico con más casos pendientes es Cataratas (7.115), seguida de Hernia Inguinal (5.968) y Esterilización femenina (5867). En cambio, el diagnóstico que cuenta con más demora es la Gonartrosis (M179) con una media de 978 días, la Desviación del Tabique Nasal (J342) con 650 días y las Venas Varicosas (I839) con demora media de 525 días. (Gráfico 19.4)

Es importante resaltar la presencia de 877 casos ingresados a la lista desde los años 2008-2009 y que a la fecha de corte todavía tengan pendiente la operación. Estos extremos influyen en el cálculo de la demora media, por lo que es necesario indagar

por parte de los gestores, si ya fueron resueltos o si lo que existe es un problema de registro. (Cuadro 19.3)

En los hospitales, la productividad quirúrgica está afectada por los desajustes entre recursos materiales y humanos, la gestión y el nivel de eficiencia, y en tanto haya mayor demanda quirúrgica sin aumento de producción, crece la lista de espera.

El problema de la calidad del dato encontrado, limita el alcance de los resultados y restringe afirmar o extraer conclusiones comparativas, repercutiendo en orientar las acciones correctivas por parte de los tomadores de decisiones.

Los casos pendientes de operarse y el tiempo de espera entre hospitales de un mismo tipo, no es un problema de carácter homogéneo y uniforme, sino que existen diferencias entre ellos, en volumen y demora. Por las limitaciones y alcance del análisis, esto requiere de un estudio de mayor profundidad para determinar las causas que lo originan.

La gestión del bloque quirúrgico es fundamental para que el proceso sea monitoreado en forma permanente, ajustando con oportunidad los hallazgos encontrados. En los hospitales con más lista de espera y demora media, los problemas de remodelación de salas y aquellos ingresos quirúrgicos que por su condición lo hacen por la vía de Urgencias, podrían incidir retrasando aún más el tiempo de resolución de los casos en lista.

De igual manera en los hospitales Periféricos, la movilidad permanente del recurso humano especializado, influye en prolongar el tiempo de espera para la operación.

La ausencia de un sistema de priorización de la lista de espera podría favorecer el que no haya una gestión adecuada y casos rezagados se mantengan sin resolver.

Los diagnósticos más frecuentes de los casos pendientes en la lista quirúrgica son candidatos a ser abordados en forma ambulatoria dependiendo de la condiciones de la persona.

El sistema de información y el registro fiable, claro y transparente de la lista de espera, auditado en forma permanente por la instancia que corresponda, es de trascendental importancia para la institución. De esta manera se podría garantizar que la herramienta oriente a los gestores en la planificación de la prestación de los servicios de salud, articulando todos los niveles de la red para dar un uso más eficiente a los recursos disponibles.

La lista de espera al ser un problema multifactorial, requiere de un abordaje que impacte varias aristas. El inyectar sólo recursos adicionales para fortalecer la oferta no debería ser la única elección. Sino que también se debe buscar alternativas

mediante el análisis de la programación de salas de operaciones, que logren aumentar la capacidad de los quirófanos con los recursos disponibles (CCSS, Auditoría Interna, 2015).

Además, cobra relevancia la elaboración de guías de práctica clínica en las patologías con más casos en lista, para disminuir la variabilidad en el abordaje, así como el que se cuente a nivel institucional con un sistema de priorización de pacientes que permitan gestionar las listas. (Rodríguez, Álvarez, & Abad, 2008)

El impulso al fortalecimiento de la Cirugía Ambulatoria es una estrategia que permitiría aumentar la eficiencia en los servicios quirúrgicos hospitalarios e impactar las listas. La gran mayoría de diagnósticos prequirúrgicos en lista, son candidatos de ser abordados bajo esa modalidad.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS, Auditoría Interna. (18 de Mayo de 2015). Consideraciones emitidas por los expositores en la Jornada de Reflexión sobre el Fortalecimiento de la Seguridad Social desde la Perspectiva de la Fiscalización y el Control. San José, Costa Rica.
- CCSS, DCSS. (2013). Ficha Técnica 1-09-A Lista de Espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas. Recuperado el 12 de Junio de 2015, de Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud: http://intranet.ccss.sa.cr/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Acceso_H/Lista%20de%20Espera.%20Especialidades%20quirúrgicas.%20Determinación%20del%20tiempo%20de%20espera%20para%20intervenciones%20quirúrgicas.pdf
- CCSS-UTLE. (2009). Guía para la gestión, conteo, verificación y certificación de listas de espera. Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad Técnica de Listas de Espera.
- Rodríguez, E., Álvarez, B., & Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de Scielo: C:\Documents and Settings\lfernach\Escritorio\Lista de espera 2014\Cadernos de Saúde Pública - Rationing through waiting lists measuring improvement and possible implications.mht

Cuadro 19.1
CCSS: CITAS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LOS CASOS DE
LISTA DE ESPERA, SEGÚN TIPO DE HOSPITAL.
(corte al 31 de diciembre 2014)

TIPO DE HOSPITAL	HOSPITAL	Citas Pendientes	Demora Media
Nacional	San Juan de Dios	20.000	531
	Calderón Guardia	13.267	580
	México	9.110	504
Especializado	Nacional De Niños	7.924	701
	Nacional de Geriatria y Gerontología	641	179
	Clínica Oftalmológica	565	96
	Centro Nacional de Rehabilitación	526	197
	De las Mujeres	330	98
Regional	San Rafael	13.188	508
	San Vicente de Paul	11.630	385
	Escalante Pradilla	8.176	544
	Max Peralta	7.998	373
	Tony Facio	7.266	335
	Enrique Baltodano	4.419	196
	San Carlos	3.398	244
	Monseñor Sanabria	3.321	391
Periférico 3	Guápiles	2.388	226
	La Anexión	1.915	191
	Dr. Willian Allen	1.563	178
	Valverde Vega	1.071	242
Periférico 1 y 2	San Francisco de Asís	769	173
	Max Terán	370	228
	Manuel Mora	336	117
	Ciudad Neilly	284	55
	Upala	83	168
	Los Chiles	73	66
	San Vito	52	15
	Tomás Casas	19	23

FUENTE: UTLE, Base de Datos Lista de Espera Quirúrgica, 2014.

CUADRO 19.2
CCSS: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LISTA DE ESPERA
QUIRÚRGICA SEGÚN DÍAS DE DEMORA, TOTAL Y POR SERVICIO
(corte al 31 de diciembre 2014)

DÍAS DE DEMORA	TOTAL	SERVICIO	
		CIRUGÍA	GINECO- OBSTETRICIA
< 90	17	17	24
90 - 179	14	13	19
180 - 359	23	22	28
360 - 539	15	15	15
540 - 719	10	10	9
≥720	21	23	6
TOTAL	100	100	100

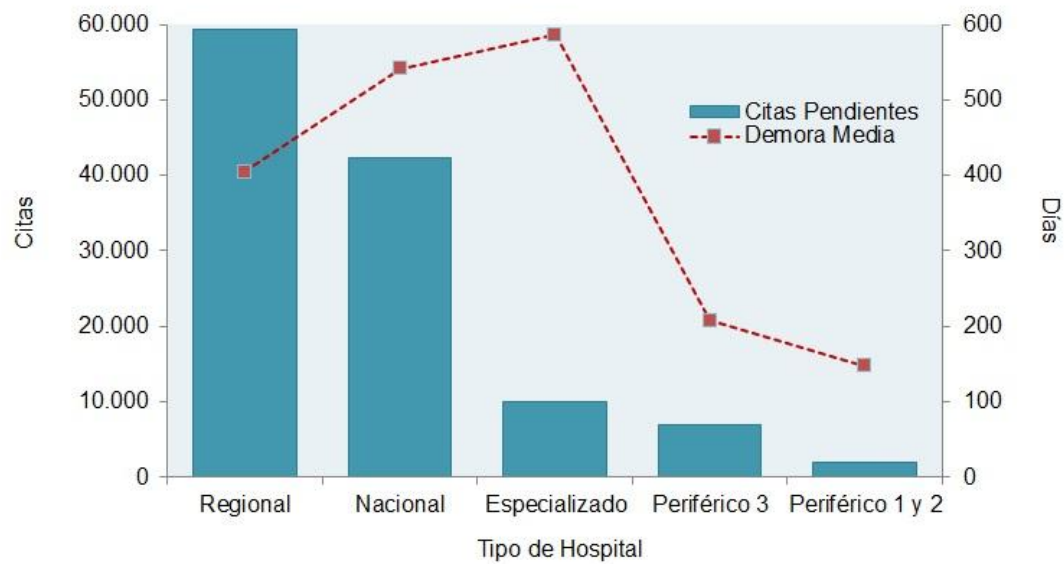
FUENTE: UTLE, Base de Datos Lista de Espera Quirúrgica, 2014.

Cuadro 19.3
CCSS: CITAS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LISTA DE
ESPERA QUIRÚRGICA POR AÑO
(corte al 31 de diciembre 2014)

AÑO	CITAS PENDIENTES	DEMORA PROMEDIO
2008	111	2.426
2009	766	1.981
2010	3.239	1.626
2011	7.094	1.256
2012	13.690	892
2013	30.248	523
2014	65.533	161

FUENTE: UTLE, Base de Datos Lista de Espera Quirúrgica, 2014.

Gráfico 19.1
CCSS: CITAS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LISTA DE ESPERA
QUIRÚRGICA POR TIPO DE HOSPITAL
(corte al 31 de diciembre 2014)



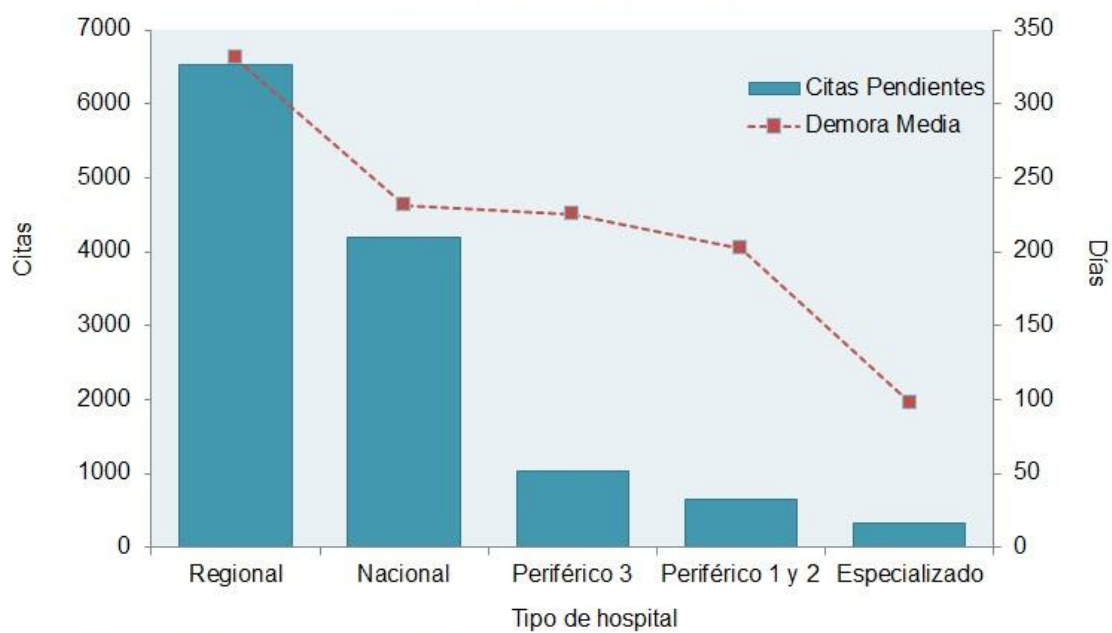
FUENTE: UTLE Base de Datos Listas de Espera Quirúrgica 2014

Gráfico 19.2
CCSS: CITAS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LISTAS DE ESPERA
QUIRÚRGICA POR TIPO DE HOSPITAL, SERVICIO CIRUGÍA
(corte al 31 de diciembre 2014)



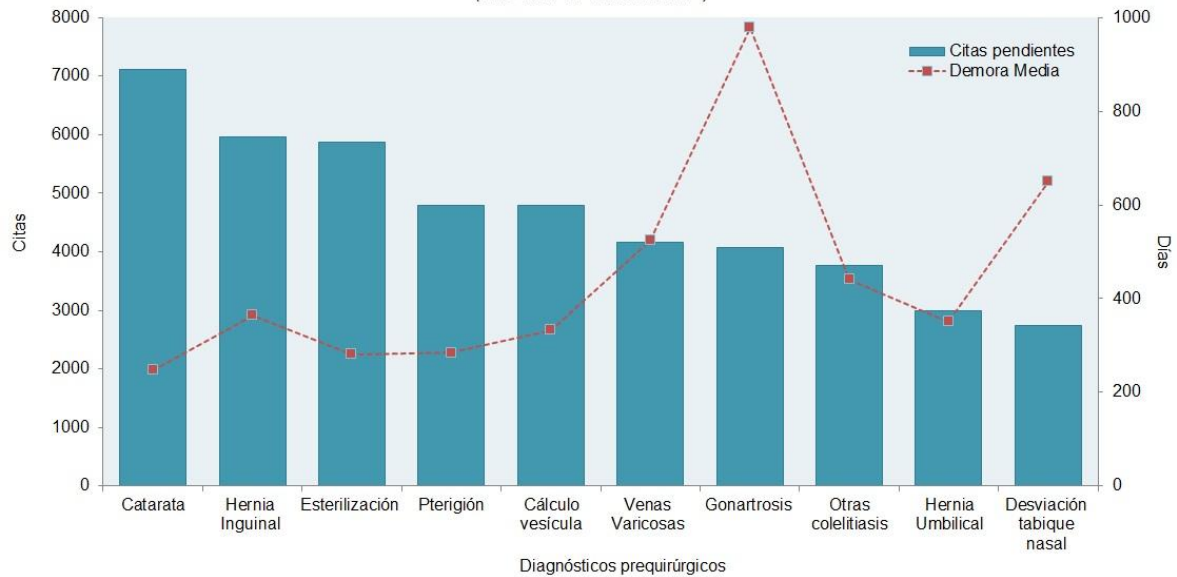
FUENTE: UTLE, Base de datos Lista de Espera Quirúrgica, 2014

Gráfico 19.3
CCSS: CITAS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LISTAS DE ESPERA
QUIRÚRGICA POR TIPO DE HOSPITAL, SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA
(corte al 31 de diciembre 2014)

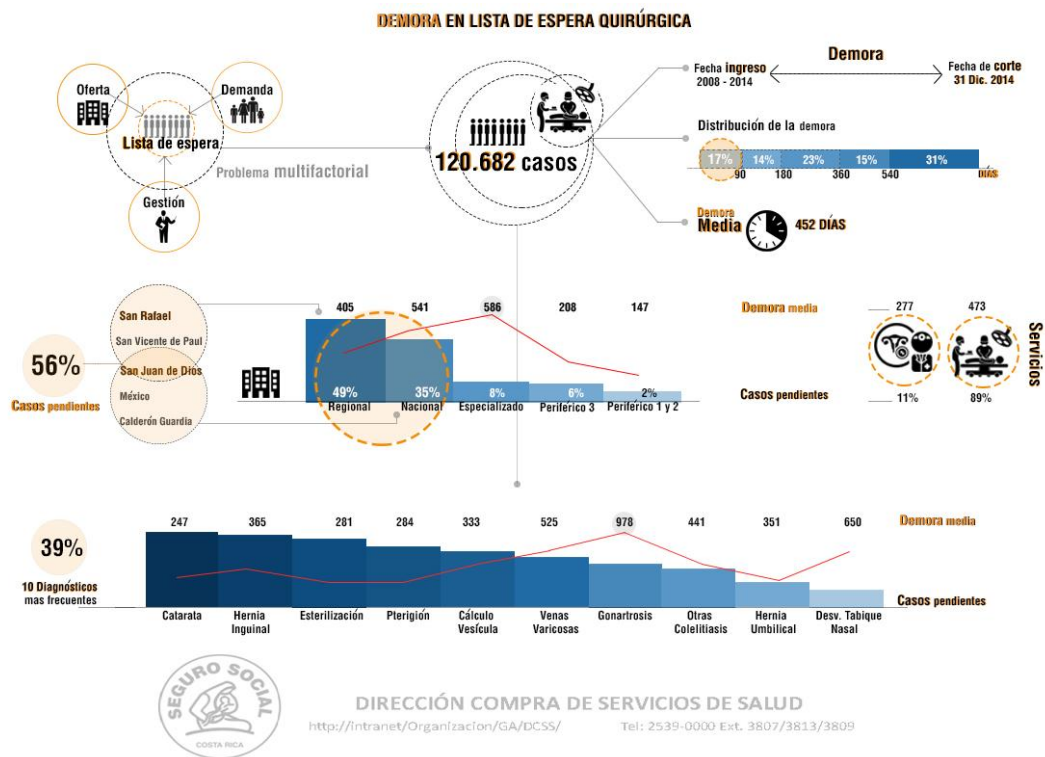


FUENTE: UTLE, Base de datos Lista de Espera Quirúrgica, 2014

Gráfico 19.4
CCSS: CITAS PENDIENTES Y DEMORA MEDIA DE LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA
POR DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO
(corte al 31 de diciembre 2014)



FUENTE: UTLE Base de datos Lista de Espera Quirúrgica 2014



ATENCIÓN PARA COLPOSCOPÍA BASADA EN EL PLAZO SEGÚN LA NORMA

La atención a las usuarias con patología cervical que amerita un plazo de atención menor de 30 días según norma, se prioriza en la mayoría de los hospitales de la Institución.

Subtítulo: Incrementa el porcentaje de usuarias con atención oportuna en colposcopia en lesiones que ameritan un plazo de atención menor de 30 días.

En el mundo, para el año 2012, la carga mundial del cáncer aumentó a un estimado de 14 millones de nuevos casos por año, una cifra que se espera que aumente a 22 millones al año en los próximos dos decenios. Durante el mismo período, se prevé que las muertes por cáncer aumenten de un estimado de 8,2 millones a 13 millones por año (OPS/OMS, 2014).

Según el informe Cáncer en las Américas: Perfiles de país 2013 de la OPS/OMS, en las Américas se diagnostican con cáncer alrededor de 3 millones de personas cada año y 1,3 millones fallecen. Después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa de muerte en la región.

En la población femenina, los tipos de cáncer que más afectan son el de mama, pulmón y cervicouterino. La mortalidad más alta se debe al cáncer de mama, seguido por el cáncer de estómago, pulmón, cuello de útero y colorrecto (OPS/OMS, 2013).

En Costa Rica, la mortalidad por cáncer ocupa el segundo lugar entre todas las causas, superada solamente por las enfermedades cardiovasculares.

El cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar en la incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina, sin embargo, en mujeres menores a 45 años ocupa el segundo lugar (MINSA, 2015).

Respecto a la mortalidad por tumores malignos, al igual que el comportamiento en las Américas, este tipo de cáncer ocupa el cuarto lugar de frecuencia en la población femenina. Por grupos de edad, ocupa el primer lugar en mujeres de 30-35 años y el segundo lugar en mujeres entre los 35 y 54 años (MINSA, 2014).

Pese a lo anterior, Costa Rica aparece dentro de los 11 países de la región de las Américas en los que la mortalidad por cáncer cervicouterino ha descendido significativamente (OPS/OMS, 2013). Lo descrito refuerza el papel de la detección

temprana y el abordaje de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino, sobre todo considerando que es un cáncer altamente prevenible.

Como parte de la atención hospitalaria, se espera que a las mujeres referidas por citología cérvicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix se les efectúe la colposcopia, procedimiento que permite la confirmación diagnóstica y el abordaje adecuado de las lesiones citológicas y/o macroscópicas.

Este procedimiento se realiza en el consultorio por el médico especialista en ginecología y para ello se han establecido plazos de priorización en el Manual de normas y procedimientos de atención (MINSA, 2006).

Para la determinación de los plazos de atención colposcópica en los hospitales, se realizó una evaluación de los expedientes de las mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix (caso nuevo o reingreso), mediante un método de muestreo aleatorio simple y se agruparon según tipo de lesión, lo cual determina la priorización de la atención según la normativa nacional:

- Usuaris con lesión invasora, requieren un plazo de atención menor a ocho (8) días
- Usuaris con lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) o con lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, requieren un plazo de atención menor a treinta (30) días
- Usuaris con presencia de Virus de Papiloma Humano (VPH), ASCUS, AGUS o lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) persistente, requieren un plazo de atención menor a noventa (90) días.

La evaluación comprende la verificación del plazo de atención según tipo de lesión de la usuaria, considerando el tiempo transcurrido desde la fecha de recepción de la referencia o la solicitud de cita/interconsulta para la realización de la colposcopia en el centro hospitalario, hasta la fecha en que se efectuó el procedimiento.

La atención en colposcopia es oportuna cuando el plazo de atención se encuentra por debajo del tiempo establecido en la normativa nacional según el tipo de lesión que presenta la usuaria.

En el año 2014 a nivel institucional se registraron 7676 casos, 5 casos correspondieron a usuarias con lesiones en las cuales el plazo de atención estipulado por la normativa nacional debe ser menor a 8 días, 852 menor a 30 días y 6819 menor a 90 días.

Se evaluó la totalidad de expedientes correspondientes a mujeres con lesiones en que el plazo de atención debía ser menor a 8 días, y se obtuvo una muestra de 1719 expedientes de los cuales 570 correspondieron a usuarias con lesiones cuyo plazo de atención debió ser menor a 30 días y 1149 menor a 90 días.

Para efecto de este análisis, en las lesiones con plazo de atención menor a 30 días, se excluyeron los hospitales San Rafael, San Vicente, Max Peralta, San Carlos y Monseñor Sanabria, y en las lesiones con plazo menor a 90 días, México, Mujeres, San Vicente, Los Chiles, Monseñor Sanabria y Tony Facio. Lo anterior debido a que en las muestras seleccionadas la cantidad de expedientes no evaluables (no cumple criterios de inclusión, no disponible o caso duplicado en el listado) es mayor al valor predefinido en el marco muestral para cada centro hospitalario, considerándose no adecuado para obtener una muestra representativa de la población.

Por consiguiente, se utilizaron los datos correspondientes a una población total de 5266 usuarias (419 usuarias con lesiones con plazo de atención menor a 30 días y 4847 usuarias menor a 90 días); lo que indica que el 31% de la población inicial no pudo considerarse para el análisis.

De las muestras analizadas, se excluyeron los expedientes evaluables de las usuarias con colposcopia efectuada en los cuales no se pudo medir el indicador por omisión o ausencia de una o más variables. Por esta misma razón, también se excluyeron los expedientes de usuarias con colposcopia no efectuada por indicación médica, por motivo de la usuaria o por tener pendiente la fecha de cita.

Los resultados se obtuvieron de la información de los expedientes evaluables en los cuales se verificó que la colposcopia fue efectuada en la usuaria y se cuenta con las variables para la medición de la oportunidad en la atención según el plazo establecido. En consecuencia, se utilizó para el análisis 4 expedientes de usuarias con lesiones invasoras, 258 expedientes de usuarias con lesiones con plazo de atención menor a 30 días y 722 expedientes de usuarias con lesiones con plazo de atención menor a 90 días.

El análisis de los casos evaluados revela que al 83 % de las mujeres referidas por LIEAG o lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix y al 73 % de las mujeres referidas por VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG se les efectuó colposcopia en los plazos establecidos como oportunos en la normativa nacional (Cuadro 20.1).

De los cuatro casos referidos por lesión invasora, dos usuarias fueron atendidas según lo establecido en la normativa nacional, menor a 8 días, y dos después de ese plazo, una de las demoras obedeció a motivos de la usuaria.

Por región, la que registró el porcentaje más alto de usuarias atendidas con oportunidad en lesiones con plazo de atención menor a 30 días es la Central Sur, y para las usuarias con lesiones con plazo de atención menor a 90 días es la Huetar Norte, con un 100% de cumplimiento cada una. Las regiones Pacífico Central y Huetar Atlántica presentaron los menores porcentajes en ambos grupos (Gráfico 20.1).

En la distribución por tipo de hospital, los hospitales Regionales y Periféricos 2 mostraron los mayores porcentajes de usuarias atendidas de forma oportuna en lesiones con plazos de atención menor a 30 y 90 días (Cuadro 20.2).

De forma general, en la mayor parte de los hospitales, fueron atendidas con mejor oportunidad las usuarias cuyas lesiones corresponden a un plazo de atención menor a 30 días, lo cual puede obedecer a que la atención de estas usuarias se está priorizando. El resultado muestra mayor variabilidad en la oportunidad de la atención a las usuarias con lesiones con plazo de atención menor a 90 días.

Comparando con el año 2013, hay variabilidad en el resultado de ambos años para cada hospital. Sólo se incluyeron los hospitales cuyos datos se encontraron disponibles y son estadísticamente representativos para ambos años, teniendo 16 hospitales para las lesiones con plazo de atención menor a 30 días de los cuales 2 mantuvieron el 100% de oportunidad y 7 incrementaron ese porcentaje, y 17 hospitales para las lesiones con plazo de atención menor a 90 días, 2 mantuvieron el 100% de oportunidad y 11 incrementaron dicho porcentaje. (Gráfico 20.2).

En la institución, se deben continuar los esfuerzos por incentivar la detección temprana y priorizar la atención de las usuarias con lesiones alto grado, en busca de disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix, sobre todo considerando que la tasa de curación del cáncer cervicouterino invasor está estrechamente relacionada con el estado diagnóstico y la disponibilidad de tratamiento y que, en ausencia de tratamiento, este tipo de cáncer es, en casi todos los casos, fatal.

Por ello, es esencial mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos. Esto implica optimizar el registro de los casos, mejorar los mecanismos de coordinación entre los establecimientos de diferente nivel, estandarizar y controlar el proceso de referencia-contrareferencia.

Para efectos de la determinación de la oportunidad en la atención en colposcopia, es meritorio revisar el proceso de registro de la fecha de recepción de la referencia/solicitud de cita en los diferentes hospitales. A la vez, revisar los criterios de inclusión de los casos al elaborar el listado de expedientes que se utilizan como fuente para la evaluación del indicador, esto permitirá contar con información del 100% de los hospitales.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (2007). Una CCSS Renovada hacia el 2025. San José.
- MINSA. (7 de julio de 2006). Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, para el I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología. Recuperado el 2 de junio de 2015, de http://www.imprenal.go.cr/pub/2006/07/07/ALCA43_07_07_2006.pdf
- MINSA. (6 de setiembre de 2007). Adición al “Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello utero, I - II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología”. . Recuperado el 2 de junio de 2015, de <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Decreto/Decretos%2033650-S-Manual%20Normas%20y%20procedimientos%20manejo%20C%C3%A1ncer%20de%20cuellos%20Utero-La%20Gaceta%20171-6%20SET-2007.pdf>
- MINSA. (2014). Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población femenina según localización anatómica, por grupos de edad Costa Rica, 2013. Recuperado el 2 de junio de 2015, de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/mortalidad>
- MINSA. (2015). Incidencia de Tumores malignos más frecuentes en la población femenina, según localización anatómica y grupos de edad Costa Rica, 2012. Recuperado el 2 de junio de 2015, de <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>
- OPS. (2014). El cáncer cervicouterino en las Américas. Nota informativa.
- OPS/OMS. (5 de noviembre de 2013). Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS. Recuperado el 2 de junio de 2015, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9135&Itemid=1&lang=es
- OPS/OMS. (4 de febrero de 2014). Disipar mitos puede prevenir y evitar muertes por cáncer. Recuperado el 3 de junio de 2015, de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9292

%3Adisipar-mitos-puede-prevenir-y-evitar-muertes-por-cancer-
&catid=1443%3Anews-front-page-items&lang=es&Itemid=1926

Cuadro 20.1
CCSS: COLPOSCOPIA EFECTUADA OPORTUNAMENTE POR
HOSPITAL^{1/} SEGÚN PLAZO DE ATENCIÓN, 2014
(porcentaje)

HOSPITAL	PLAZO DE ATENCIÓN	
	MENOR A 30 DÍAS	MENOR A 90 DÍAS
Calderón Guardia	18	15
Ciudad Neilly	90	100
Enrique Baltodano	93	90
Escalante Pradilla	100	97
Golfito	88	97
Guápiles	57	40
La Anexión	96	100
Los Chiles	93	NE ^{2/}
Max Peralta	NE	100
Max Terán	67	14
México	100	NE
Mujeres	100	NE
San Carlos	NE	100
San Francisco	92	83
San Juan	100	100
San Rafael	NE	20
San Vito	86	84
Tomás Casas	75	26
Tony Facio	75	NE
Upala	60	96
Valverde Vega	82	90
William Allen	100	75
Institucional	83	73

^{1/} Se excluyen los hospitales Monseñor Sanabria y San Vicente, NE en ambos plazos de atención.

^{2/} No Evaluable, listado presentado por el Centro no adecuado para obtener una muestra representativa de la población.

Cuadro 20.2
CCSS: COLPOSCOPIA EFECTUADA OPORTUNAMENTE POR TIPO DE
HOSPITAL SEGÚN PLAZO DE ATENCIÓN, 2014
(porcentaje)

TIPO DE HOSPITAL	PLAZO DE ATENCIÓN	
	MENOR A 30 DÍAS	MENOR A 90 DÍAS
Nacional/Especializado	80	52
Regional	90	94
Periférico 3	80	77
Periférico 2	90	88
Periférico 1	80	55

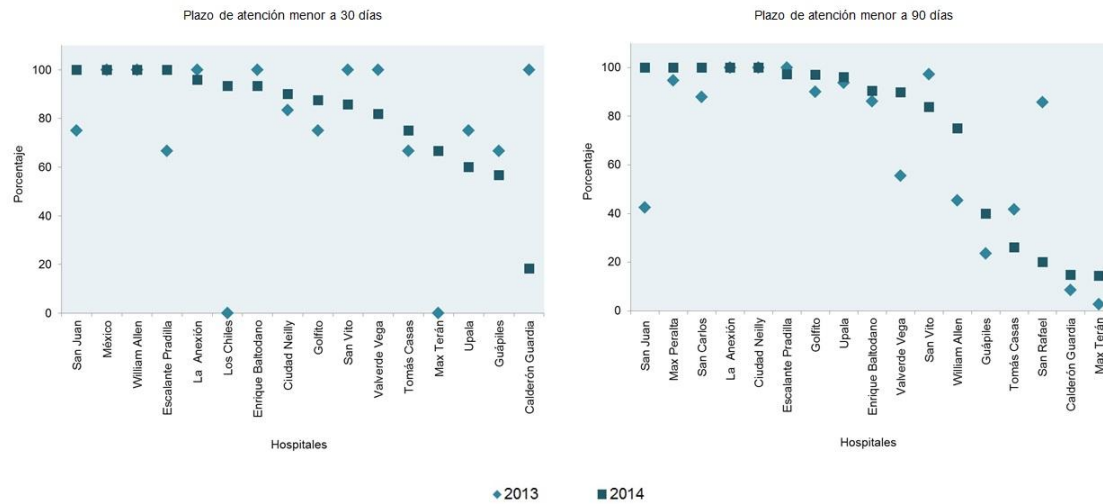
FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 20.1
CCSS: COLPOSCOPIA EFECTUADA OPORTUNAMENTE POR REGIÓN
SEGÚN PLAZO DE ATENCIÓN, 2014
(porcentaje)



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

Gráfico 20.2
CCSS: COLPOSCOPIA EFECTUADA OPORTUNAMENTE POR HOSPITAL^{1/} Y AÑO
SEGÚN PLAZO DE ATENCIÓN, 2013-2014
(porcentaje)



^{1/}Sólo se incluyen los hospitales con datos en ambos años.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013-2014.

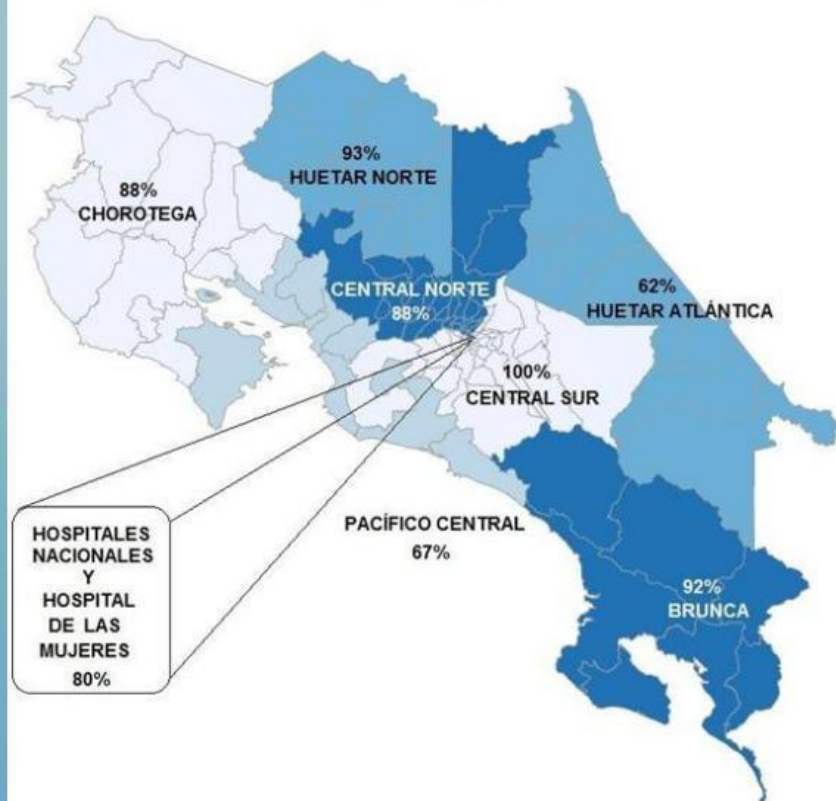
COLPOSCOPÍA OPORTUNA

2014



En la mayoría de los hospitales de la Institución, se prioriza la atención a las usuarias con patología cervical que según norma, requieren la realización de la colposcopia antes de 30 días desde la recepción de la referencia.

Mapa 20.1
CCSS: ATENCIÓN OPORTUNA¹ DE LA COLPOSCOPÍA EFECTUADA
EN HOSPITALES A USUARIAS CON PATOLOGÍA CERVICAL
POR REGIÓN, 2014.
(porcentajes)



¹Plazo de atención menor de 30 días según la norma.

No incluye los Hospitales San Rafael de Alajuela, San Vicente de Paúl, Max Peralta, San Carlos y Monseñor Sanabria.

FUENTE: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. 2014.



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

CARDIOVASCULAR: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DEL IAM ST-ELEVADO

Aumentó la demora para aplicar la terapia trombolítica en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en urgencias de los hospitales.

En el año 2014 el porcentaje de casos con tiempo puerta-aguja de 30 minutos o menos, y de aquellos con 60 minutos o menos disminuyó a 74% y 89%, respectivamente.

La oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica (estreptoquinasa), en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en las áreas de Urgencia de los hospitales nacionales, regionales y periféricos se evalúa institucionalmente desde el año 2004, contándose con un firme respaldo teórico y metodológico (Masoudi, y otros, 2008) como indicador de desempeño de los servicios (Krumholz, y otros, 2008).

La meta por lograr es que en el 100% de los casos la demora transcurrida desde que el paciente solicita la primera atención (puerta) hasta la aplicación de la estreptoquinasa (aguja), o **tiempo puerta-aguja**, sea de 30 minutos o menos, la cual es complementaria a la de 60 minutos o menos establecida en la guía clínica institucional (Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Farmacoepidemiología, Área de Atención Integral a las Personas, Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica., 2013, pág. 30).

La evaluación aplicó al conjunto de los casos listados por las jefaturas del área de Urgencia de los hospitales generales que a su criterio cumplieron con los criterios de interés de la ficha técnica **3-04-A: Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado. Infusión trombolítica IV.**

Al igual que en la evaluación 2013, la pertinencia de los casos fue verificada por los evaluadores primero en el campo y después en la Dirección de sede, tratando de garantizar que la demora en cada uno fuera atribuible principalmente al desempeño del Proveedor, y no a la condición de los pacientes o las circunstancias de su presentación.

Del total de casos listados se excluyeron 45 por no cumplir los criterios de interés de la ficha. Además, para efectos de este informe, los datos obtenidos en el **Hospital San Vicente de Paul** (44 casos) tampoco se agregaron a los del conjunto de los

otros centros porque el listado que se presentó superó el valor predefinido de casos que incumplían con los criterios a partir del cual el listado se calificaría como inadecuado para obtener una muestra representativa de la población. Finalmente, en el **Hospital de La Anexión**, el **Hospital de Upala** y el **Hospital Manuel Mora Valverde** no hubo casos durante el período.

Para el análisis, entonces, se dispuso de 132 casos, distribuidos según el tipo de hospital como sigue: nacional, 9 casos; regional, 77 casos; y periférico, 46 casos. De ellos, 108 fueron dados por varones (82%), y 24 por mujeres (18%). La edad promedio fue 63,83 años (desviación típica: 11,5 años).

En el 74% de los casos el tiempo puerta-aguja fue 30 minutos o menos, y en el 89%, de 60 minutos o menos. Por otra parte, como muestra el cuadro 21.1, la mediana y el intervalo intercuartil variaron por tipo de hospital.

Respecto al año 2013 (Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2014, pág. p. 47.), en el 2014 el porcentaje de casos con tiempo puerta-aguja de 30 minutos o menos disminuyó de 85% a 74%; y el de aquellos con 60 minutos o menos bajó de 97% a 89%.

Junto a ello, la mediana aumentó en todos los tipos de hospital, siendo más notorio el cambio en los hospitales nacionales pues de 18 minutos, en el 2013, pasó a 30 minutos en el 2014. Además, en este grupo y el de los hospitales periféricos también aumentó la variabilidad en la demora para realizar el procedimiento, como lo evidencia el intervalo intercuartil: 18 minutos frente a 43, en el primero, y 16 minutos frente a 29, en el segundo, durante los años 2013 y 2014, respectivamente. La validez de estas medidas en el grupo de los hospitales nacionales, sin embargo, está limitada por la pequeña cantidad de casos que acumularon.

Aparentemente, por lo tanto, en el año 2014 la demora para aplicar la trombólisis en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en las áreas de Urgencia en todos tipos de hospital, aumentó.

Se recomienda investigar las causas de la variabilidad entre los tipos de hospital en la demora para la aplicación de la trombólisis en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado.

Referencias Bibliográficas.

- Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Dirección de Farmacoepidemiología, Área de Atención Integral a las Personas, Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica. (2013). Guía para el diagnóstico y tratamiento de las personas con síndrome coronario agudo. San José: EDNASSS-CSSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia Médica, Dirección de Compra de Servicios de Salud. (2014). Evaluación de la prestación de servicios de salud. San José.
- Krumholz, H. M., Anderson, J. L., Bachelder, B. L., Fesmire, F. M., Fihn, S. D., Foody, J. M., y otros. (2008). ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 52, 2046-2099.
- Masoudi, F. A., Bonow, R. O., Brindis, R. G., Cannon, C. P., DeBuhr, J., Fitzgerald, S., y otros. (2008). ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 52, 2100-2112.

Cuadro 21.1

CCSS: MEDIANA E INTERVALO INTERCUARTIL DE LA DEMORA PARA LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA TROMBOLÍTICA EN LOS CASOS POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ST-ELEVADO ATENDIDOS EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES SEGUN TIPO, 2014

(minutos)

TIPO DE HOSPITAL ^{1,2/}	MEDIANA	INTERVALO INTERCUARTIL
NACIONAL	30	43
REGIONAL	20	13
PERIFÉRICO	25	29

^{1/} En el Hospital de La Anexión, el Hospital de Upala, y el Hospital Manuel Mora Valverde no hubo casos.

^{2/} No se incluye el Hospital San Vicente de Paul.

FUENTE: DCSS, evaluación de la prestación de servicios de salud, 2014.

MORTALIDAD HOSPITALARIA

El 2,4% de los egresos hospitalarios en los hospitales generales fueron defunciones.

Seis hospitales presentaron una tasa de mortalidad superior a la esperada, según el Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo.

La mortalidad intrahospitalaria es uno de los indicadores de calidad asistencial más utilizada, su análisis puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y la gestión hospitalaria. La cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de efectividad de la intervención hospitalaria. (Sanclemente, y otros, 2004)

Es una medida resumen de calidad de la atención hospitalaria que ha sido utilizada por la mayoría de agencias de evaluación del desempeño con el objetivo de mejorar la atención hospitalaria (Jarman B, 1999).

En este análisis se procura determinar, mediante un índice de mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo, si el comportamiento de la mortalidad en los pacientes hospitalizados en el período en estudio es el esperado, según sus principales características y el tipo de Centro donde son atendidos. Lo óptimo es que los hospitales logren un índice similar o inferior al esperado.

Dado que la casuística entre los hospitales es diferente, se utilizó un método para estimar la mortalidad esperada, ajustado por riesgo. Para ello se calculó el Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo (IMHAR) basándose en la metodología utilizada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud. (CIHI, 2012) (Morera M, 2013)

Se seleccionaron los egresos que, según diagnóstico, concentraron el 80% de las muertes hospitalarias en el 2014 y se calculó el intervalo de confianza al 95%. (Morera M, 2013)

Como fuente de información se utilizó la base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística en Salud. El período de análisis es el año 2014 y los Centros objeto de estudio son el grupo de hospitales generales.

Para el análisis se establecieron tres categorías del IMHAR:

- Mortalidad alta: si el límite inferior del intervalo de confianza del IMHAR es superior a la tasa institucional.
- Mortalidad baja: si el límite superior del intervalo de confianza del IMHAR es inferior a la tasa institucional.
- Mortalidad similar al promedio institucional: si la tasa institucional está contenida dentro del intervalo de confianza del IMHAR.

Los valores superiores a la tasa institucional no son deseables, dado que registran mayores defunciones que las esperadas según las características de los pacientes atendidos.

En el 2014, del 100% de los egresos registrados en los hospitales generales, se presentaron un total de 6.759 defunciones, lo que significa un 2,4%, equivalente a la tasa institucional.

En el Grafico 22.1 se muestra la distribución porcentual de las defunciones registradas en los hospitales generales. Se observa que cuatro grupos de enfermedades concentran el 75% de las defunciones intrahospitalarias. Los grupos con mayor mortalidad son enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, tumores y enfermedades del sistema digestivo.

En el Gráfico 22.2 se muestra la distribución de las defunciones intrahospitalarias por grupos de edad y separadas por sexo. Se observa una tendencia creciente de las defunciones respecto a la edad, pasando del 1% en el grupo de menores de 18 años a 12 % en edades de 65-79 años y a 20% en el grupo de 80 años y más. Se observa también que en todos los grupos de edad los hombres registran un mayor porcentaje de mortalidad que las mujeres y esta diferencia es más acentuada en los grupos de 18 a 64 años.

Se determinó que seis hospitales presentaron un IMHAR superior al esperado (mortalidad alta), estos establecimientos deberían ser considerados objeto de mayor estudio (Gráfico 22.3).

Para el período estudiado se presentó una moderada variabilidad en la mortalidad intrahospitalaria. Esta variabilidad es mayor en los Centros de menor complejidad.

A partir del modelo multivariado utilizado se determinó que existe una mayor probabilidad de morir en los hombres que en las mujeres, en los grupos de edad avanzados respecto a los primeros años de vida y si el paciente ingresa por emergencia respecto a si lo hace de forma programada.

En cuanto a la comorbilidad del paciente, medido por el índice de Charlson, se corrobora lo indicado en la literatura internacional (Quan H, 2011), donde existe

mayor probabilidad de muerte para aquellos pacientes que presentan un índice positivo respecto a los que no presentan comorbilidad.

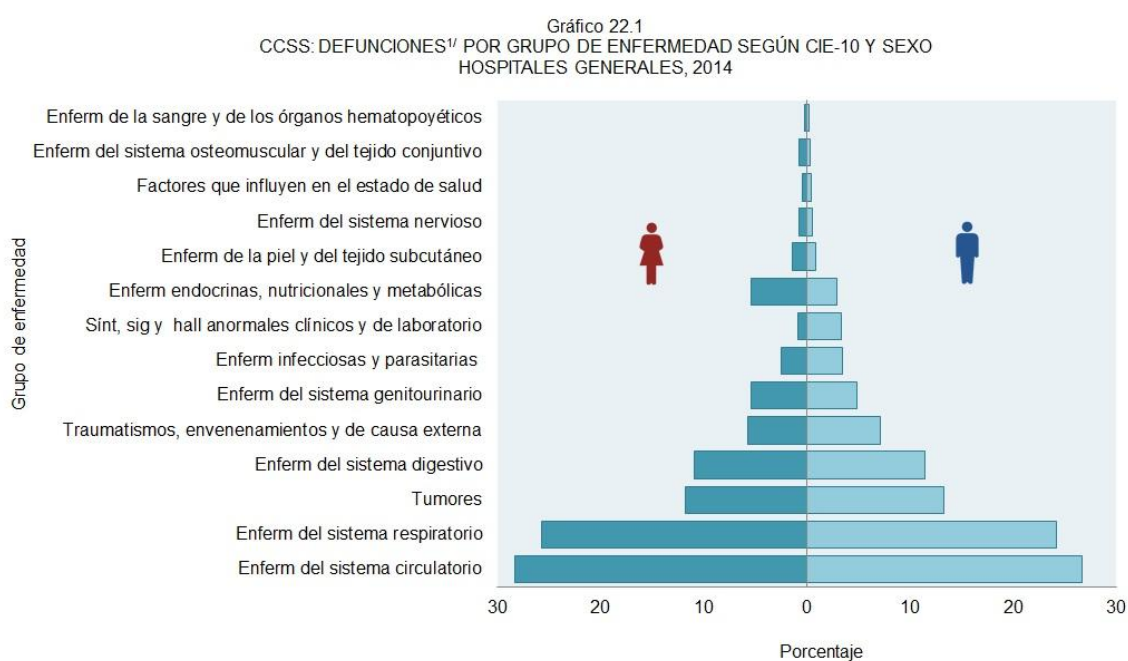
Es necesario facilitar o seguir promoviendo la implementación de medidas de monitoreo y control de la mortalidad hospitalaria por parte de los gestores clínicos con el objeto de reducir la probabilidad del evento muerte, sobre todo cuando éste no es lo esperado acorde a las características de los pacientes, tomando como base estrategias utilizadas a nivel internacional (Whittington J, 2005).

La disminución de las defunciones intrahospitalarias en varios hospitales de Estados Unidos está asociada a la implementación de mejoras en la atención de determinados grupos de pacientes, un equipo exitoso de respuesta rápida, una comisión de revisión de la mortalidad e informes estrictos de errores e identificación de eventos adversos. Además, es clave la participación de todo el personal y el alineamiento de la labor de reducción de la mortalidad con el resto de objetivos del hospital (Wright J, 2006).

Referencias Bibliográficas.

- CIHI. (2012). Canadian hospital Reporting Project. Technical notes 2012. Canadian Institute for Health Information. Obtenido de C.
- Jarman B, G. S. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*, 318, 1515-20.
- Morera M. (2013). Ficha Técnica 3-05-A Calidad. Mortalidad intrahospitalaria. Ajuste por riesgo. Recuperado el 9 de Junio de 2015, de Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social: http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Efectividad_H/Calidad.%20Mortalidad%20intrahospitalaria.%20Ajuste%20por%20riesgo.pdf
- Quan H, L. B. (2011). Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *American Journal of Epidemiology*, 173 (6), 173, (6), 676-682.
- Sanclemente, C., Barcons, M., Moleiro, M., Alonso, F., Pañella, D., Carrera, R., . . . Anglada, A. V. (2004). Mortalidad hospitalaria en un Servicio de Medicina. *Anales de Medicina Interna*, 21(7), 317-321.
- Whittington J, S. T. (2005). Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2). Cambridge: MA: Institute for Healthcare Improvement.

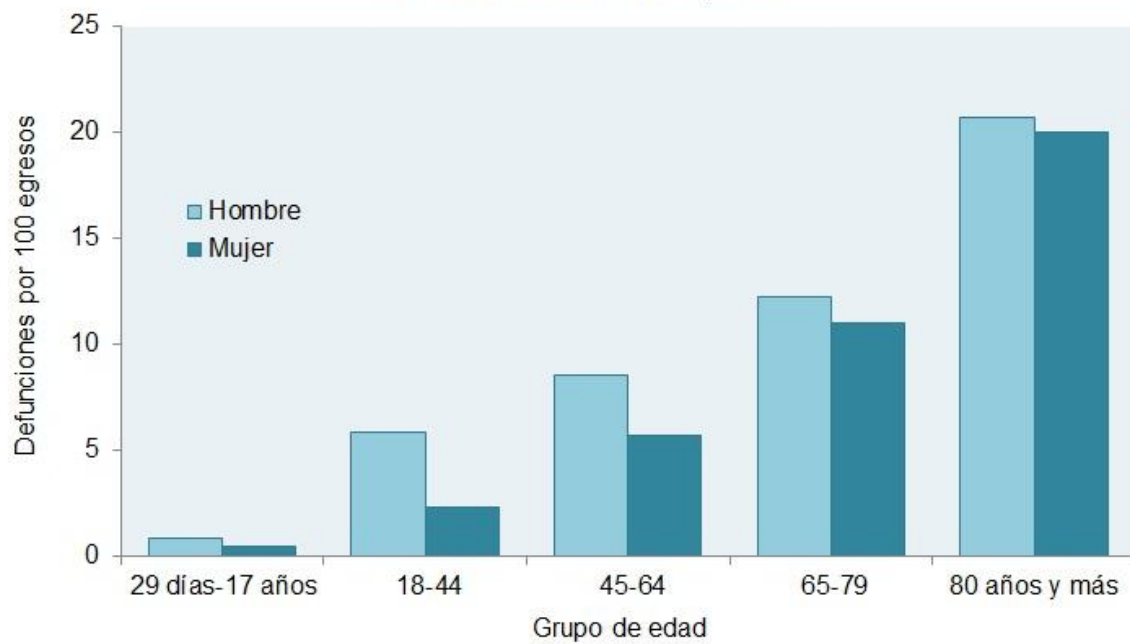
- Wright J, D. B. (2006). Learning form death: a hospital mortality reduction programme. J R Soc Med, 99: 303-8.



^{1/} Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas

FUENTE: AES Y DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

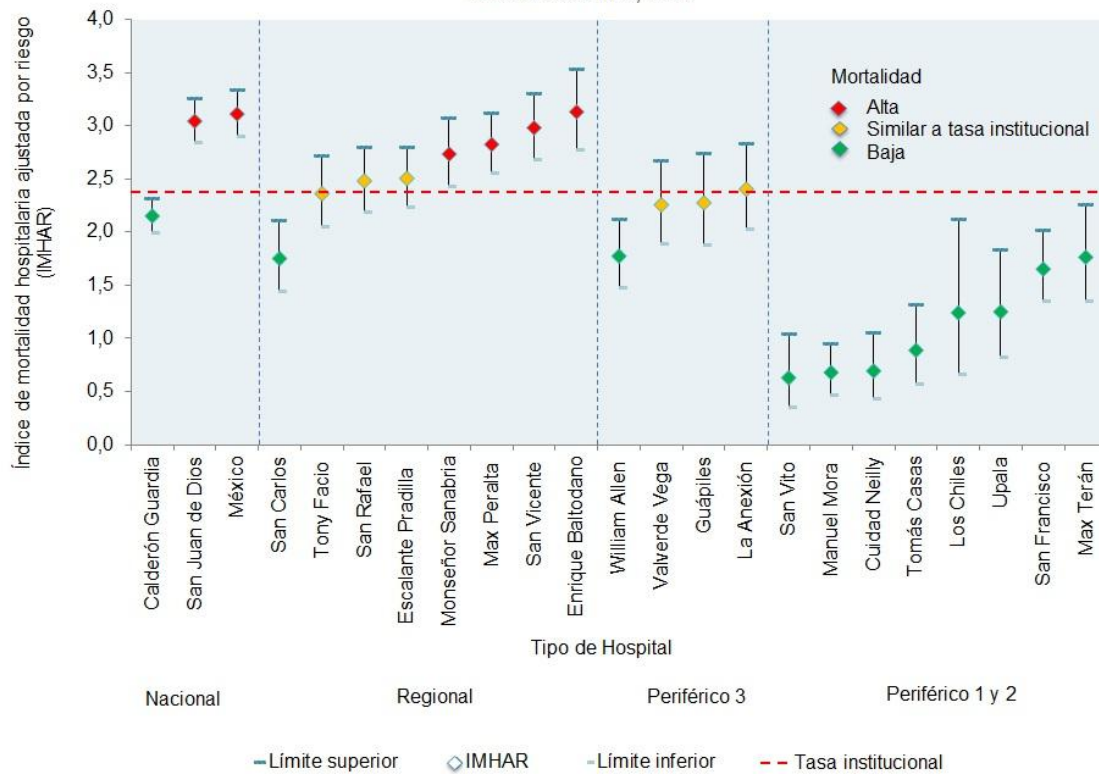
Gráfico 22.2
CCSS: DEFUNCIONES^{1/} POR GRUPO DE EDAD SEGÚN SEXO
HOSPITALES GENERALES, 2014



^{1/} Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas

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

Gráfico 22.3
CCSS: ÍNDICE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA AJUSTADO POR RIESGO (IMHAR)
SEGÚN HOSPITAL, 2014



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

Mortalidad Hospitalaria

Principales causas

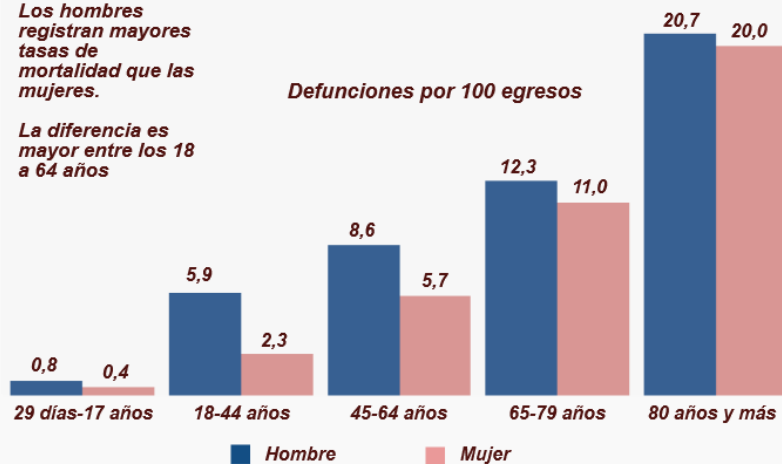


Distribución por edad y sexo

Los hombres registran mayores tasas de mortalidad que las mujeres.

La diferencia es mayor entre los 18 a 64 años

Defunciones por 100 egresos



Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo (IMHAR)

IMHAR
Resultado de la división de las defunciones reales entre las defunciones esperadas, multiplicado por la tasa institucional (2,4)

Seis hospitales presentaron una tasa de mortalidad superior a la institucional

- México
- Enrique Baltodano
- San Juan de Dios
- San Vicente de Paul
- Max Peralta
- Monseñor Sanabria

PARTOS POR CESÁREA

El 23,8% de los partos analizados se realizaron por cesárea.

Cinco hospitales presentaron una tasa alta de cesáreas en el 2014, según el Índice de Cesáreas Ajustado por Riesgo.

El porcentaje de cesáreas es un indicador multidimensional que aborda aspectos de adecuación de la atención médica, la seguridad del paciente y eficiencia en la utilización de los recursos.

La cesárea, cuando está justificada por motivos médicos, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

Por otra parte, las tasas de cesárea de los establecimientos sanitarios varían en gran medida según las diferencias en la casuística de la población obstétrica a la que estos brindan atención, su capacidad y recursos, y protocolos clínicos. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015)

En este análisis se procura determinar, mediante un índice de cesáreas ajustado por riesgo, si el porcentaje de cesáreas en el período en estudio es el esperado, acorde a las características individuales de las mujeres atendidas y su condición al momento del parto.

Dado que la casuística entre los hospitales es muy diferente, se utilizó un método para estimar el porcentaje de cesáreas esperadas de las pacientes atendidas, ajustado por riesgo. Para ello se calculó el Índice de Cesáreas Ajustado por Riesgo (ICAR) basándose en la metodología utilizada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud. (CIHI, 2012) (CIHI, 2011) (Morera M. , 2013)

Para el año 2014 se seleccionaron los egresos de partos por cesárea, según los criterios de inclusión y exclusión, y se calculó el intervalo de confianza al 95%. (Morera M. , 2013)

Como fuente de información se utilizó la base de datos construida a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS), aportada por el Área de Estadística en Salud (AES). El período de análisis es el año 2014 y los Centros objeto de estudio son el grupo de hospitales generales y el hospital de Las Mujeres.

Para la interpretación del indicador se establecieron tres categorías:

- Tasa alta de cesáreas: si el límite inferior del intervalo de confianza del ICAR es superior al promedio institucional.
- Tasa baja de cesáreas: si el límite superior del intervalo de confianza del ICAR es inferior al promedio institucional.
- Tasa de cesáreas similar al promedio institucional: la tasa institucional está contenida dentro del intervalo de confianza del ICAR

En el 2014 se registraron un total de 75 141 mujeres con parto o aborto atendidos en los hospitales generales y el Hospital de las Mujeres. De éstos, se excluyeron 10 806 por no cumplir los criterios de inclusión, por lo que el análisis se realizó con 64 335 nacimientos, de los cuales un 23.8% fueron por la vía de cesárea.

En el Gráfico 23.1 se observa que la mayor cantidad de partos se registró en el grupo de mujeres con edades entre 20 y 24 años, y que el porcentaje de partos por cesárea es mayor conforme se avanza en el grupo por edad. Por ejemplo, el 38,3% de los partos en las mujeres de 40 y más años fueron por cesárea, comparado con un 16,4% en las mujeres adolescentes.

En el Gráfico 23.2 se presenta el índice de cesáreas ajustado por riesgo y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), separados por tipo de hospital. Se observa que cinco hospitales presentaron una tasa de cesárea superior al promedio institucional y diez centros registraron una tasa inferior al promedio institucional, resultados significativamente estadísticos.

Existe variabilidad moderada entre hospitales (coeficiente de variación de 30%). En el gráfico 23.3 se presenta el ICAR separado por tipo de hospital, donde cada burbuja representa un centro hospitalario y el tamaño de la burbuja es proporcional a la cantidad de partos en el 2014. Se observa que la variabilidad en el porcentaje de cesáreas se presenta entre tipos de hospital, así mismo, dentro de cada grupo de establecimientos. La mayor variabilidad, por tipo de hospital, se registró en los hospitales Periféricos.

A partir del modelo de regresión utilizado para estimar las cesáreas esperadas, se evidenció que existe una asociación estadísticamente significativa entre la realización de cesárea y las variables explicativas incluidas: edad, presencia de las enfermedades asociadas, además, presentación de nalgas y placenta previa.

El porcentaje de cesáreas en el conjunto de los hospitales y partos analizados (23.8%) durante el año 2014, es un porcentaje inferior a la tasa promedio de cesáreas totales registrada en América Latina (33%) y similar a varios países de

Europa donde las tasas varían entre el 6,2% y el 36% (Betrán AP, 2007) (Villar J, 2006)

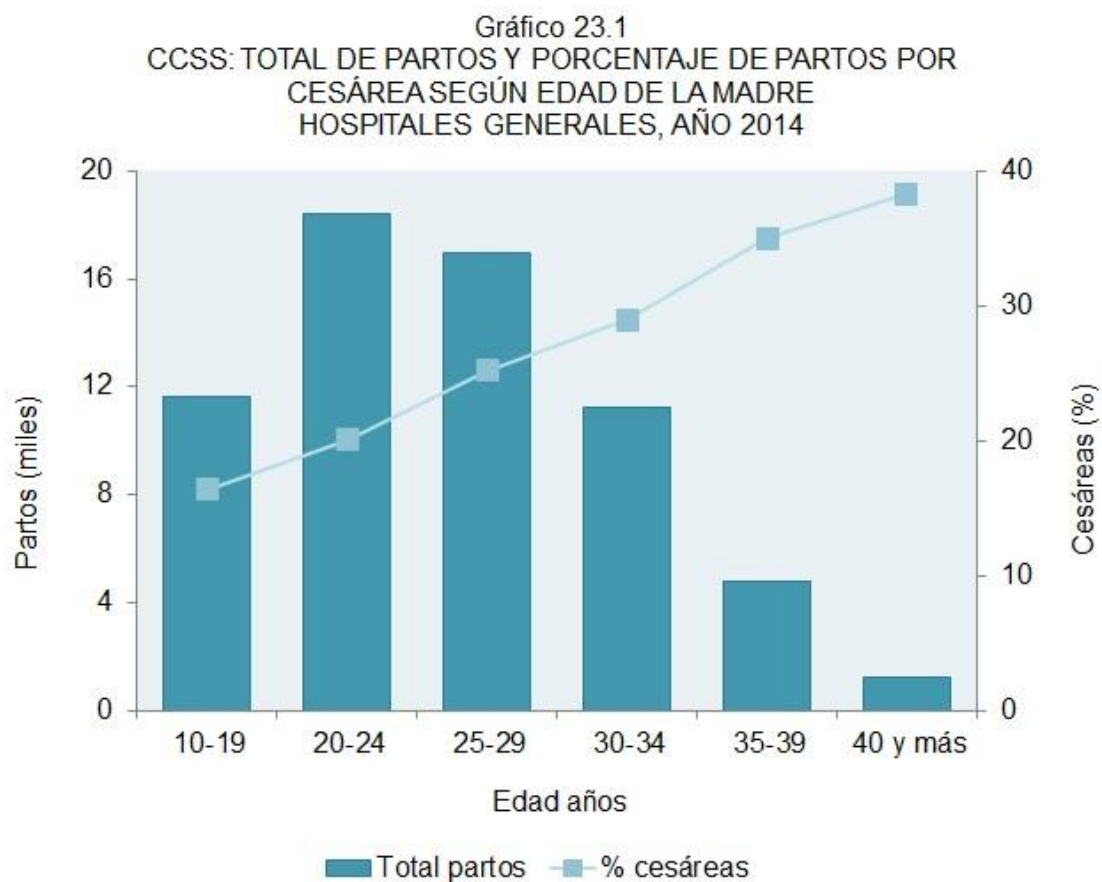
Se hace necesario implementar medidas para monitorear y controlar el porcentaje de cesáreas en los hospitales, sobre todo en aquellos con alta incidencia. Varios estudios sugieren el beneficio de intervenciones multifacéticas, basadas en auditorías y actividades detalladas de retroalimentación (Chaillet N D. A., 2007). También resulta fundamental mejorar la implementación de las guías de práctica clínica (Chaillet N D. E., 2006).

La alta variabilidad en el porcentaje de partos y cesáreas resueltos por los hospitales Periféricos correspondientes a su área de atracción, está determinada en gran parte por una inadecuada configuración de la oferta, con desproporciones entre el número de especialistas por cama y desequilibrios en el recurso humano necesario para la atención del parto. Esto induce que gran cantidad de partos y cesáreas tengan que derivarse a un hospital Regional o Nacional (Morera, 2014).

Referencias Bibliográficas.

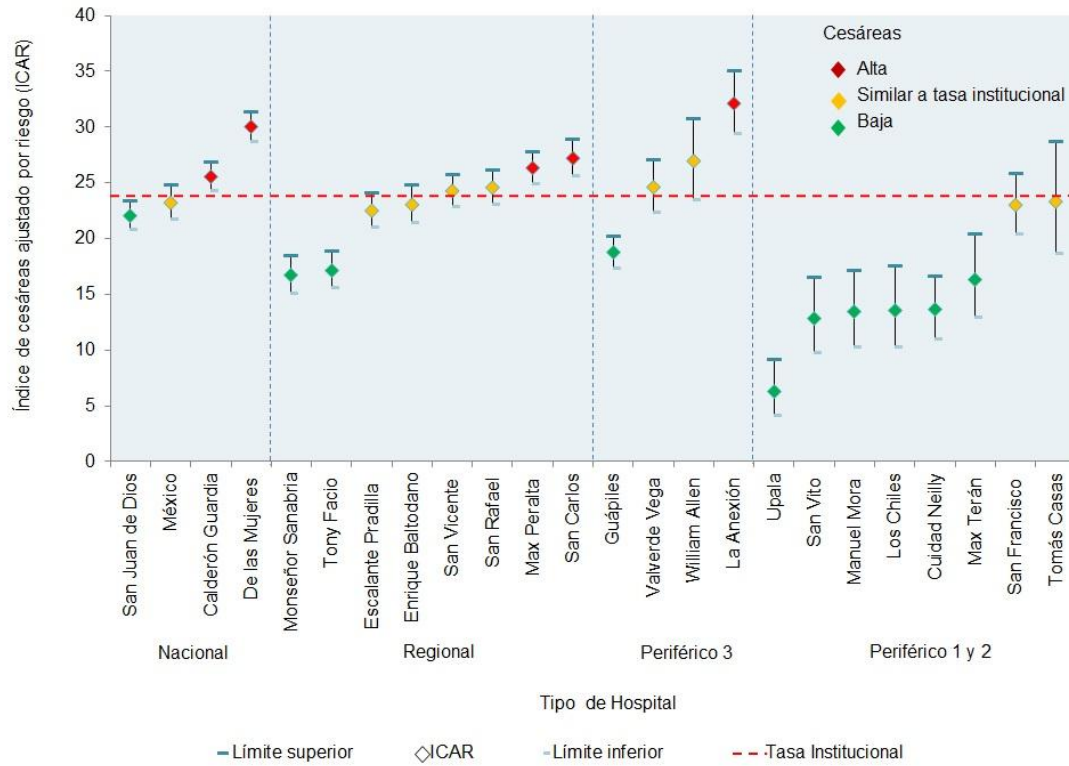
- Betrán AP, M. M.-S. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Pediatr Perinat Epidemiol*, 21: 98-113.
- Chaillet N, D. A. (2007). Evidence-based strategies for reducing caesarean sections rates: a meta-analysis. *Birth*, 34: 53-64.
- Chaillet N, D. E. (2006). Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 108: 1234-45.
- CIHI. (2011). Health Indicators 2011: Definitions, Data Sources and Rationale. Canadian Hospital Reporting Project 2012. Canadian Institute for Health Information.
- CIHI. (2012). Canadian hospital Reporting Project. Technical notes 2012. Canadian Institute for Health Information.
- Morera. (2014). Capacidad resolutive en la atención de partos hospitalarios, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*, 22(2): 149-55.
- Morera, M. (2013). Ficha Técnica 4-02-A Atención del parto. Cesáreas. Ajuste por riesgo. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud: http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Aceptabilidad_H/Atenci%C3%B3n%20del%20parto.%20Ces%C3%A1reas.%20Ajuste%20por%20riesgo.pdf

- Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS, Salud Reproductiva e Investigación, Ginebra.
- Villar J, V. E. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet, 367:1819-29.



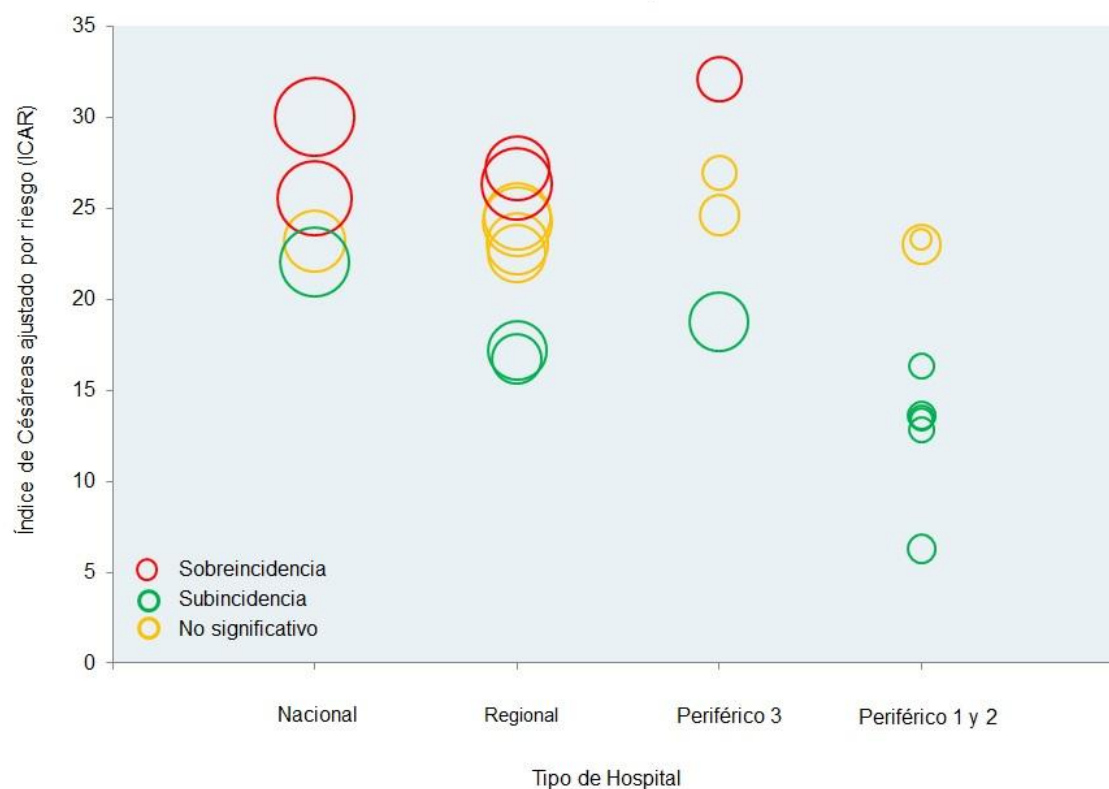
FUENTE: AESY DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 23.2
CCSS: ÍNDICE DE CESÁREAS AJUSTADO POR RIESGO
SEGÚN HOSPITAL, 2014



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014.

Gráfico 23.3
CCSS: ÍNDICE DE CESÁREAS AJUSTADO POR RIESGO Y CANTIDAD DE PARTOS
POR HOSPITAL^{1/} Y TIPO. HOSPITALES GENERALES Y
HOSPITAL DE LAS MUJERES, AÑO 2014



^{1/} El tamaño de la burbuja es proporcional al número de partos

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

Partos por cesárea Hospitales CCSS

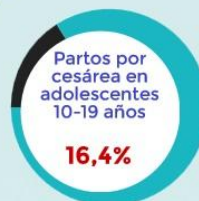


**75.141 mujeres atendidas por parto y aborto
en los hospitales en el año 2014**

Partos analizados: 64.335



**2,4 de cada 10
partos se
resolvieron por
cesárea**



**Índice de Cesáreas ajustado
por riesgo (ICAR)**



**24
Hospitales**

ICAR
resultado de la división de
las cesáreas realizadas entre
las esperadas, multiplicado
por la tasa institucional

Tasa
institucional
de cesáreas
23,8



5 Hospitales
presentaron un
índice de
cesáreas superior
al esperado

La Anexión	32,1
Mujeres	30,0
San Carlos	27,2
Max Peralta	26,3
Calderón Guardia	25,6



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://Intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD

La tasa de incidencia acumulada del total de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) se encuentra por debajo de los parámetros internacionales.

Los hospitales especializados y nacionales registran mayor tasa de incidencia acumulada del total de IAAS.

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso (OMS).

Los tipos más comunes de IAAS incluyen las infecciones de heridas quirúrgicas, el torrente sanguíneo, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores (OMS, 2010).

Son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud (OPS, 2012).

Además, son una expresión directa de la calidad de la atención en las instituciones de salud que tienen pacientes hospitalizados por diferentes motivos y estancias variables. Las causas de fondo convierten al enfermo en un hospedero susceptible a adquirir gérmenes de ese ambiente, lo cual en la mayoría de los casos no tiene ninguna trascendencia, sin embargo, por múltiples factores, algunos pacientes sufren las consecuencias de infecciones adquiridas en el nosocomio, con un impacto importante para la persona afectada, su familia, el hospital y la comunidad (CCSS, 2010).

En Costa Rica son invertidos varios millones de colones por concepto de infecciones intrahospitalarias cada año (CCSS, 2007).

A pesar de los avances en la salud pública y la atención hospitalaria, las infecciones continúan desarrollándose en los pacientes hospitalizados. Hay muchos factores que promueven la infección: disminución de la inmunidad de los pacientes; la creciente variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, creación de rutas potenciales de infección; y la transmisión de bacterias resistentes a los medicamentos (OMS, 2002).

Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países que representan a 4 regiones de la OMS (Europa,

Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental), mostró que en promedio, el 8,7 % de los pacientes tenían IAAS (OMS, 2002).

En América Latina, a pesar de que la infección hospitalaria es una causa importante de morbilidad y mortalidad, se desconoce la carga de enfermedad producida por estas infecciones (OPS, 2012).

En la década del 70', el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por siglas en inglés) creó una metodología de Vigilancia Epidemiológica denominado "National Nosocomial Infections Surveillance System" (Sistema NNIS), el cual tiene como objetivo dirigir los esfuerzos del control y prevención de las IAAS para los servicios o áreas de mayor riesgo, con metas globales de estimar la incidencia de las infecciones, identificar cambios en los patógenos infecciosos, determinar la frecuencia de las IAAS por sitio específico, relacionando los factores de riesgos asociados y establecer la sensibilidad antimicrobiana de los agentes. En Estados Unidos, este sistema es considerado fuente nacional de datos sobre infecciones nosocomiales (CDC, 1991) (Emori TG C. D., 1991) (Emori TG E. J., 1998) (JM, LA, & TM, 1997).

En Costa Rica, en el año 2003, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), creó el Programa de Análisis y Vigilancia Epidemiológica e implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS.

Las Comisiones de Vigilancia Epidemiológica que operan en los 29 hospitales como Unidades Notificadoras de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE), tienen adscritos a su estructura funcional local los Comités de IAAS, quienes realizan una vigilancia activa del evento (CCSS, 2007) (CCSS, 2010).

Como parte del proceso de evaluación en el año 2014, se utilizaron indicadores para la medición de las IAAS: tasa de incidencia de IAAS en procedimientos seleccionados (Catéter Venoso Central, Ventilación Mecánica y Catéter Uretral), tasa de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica en procedimientos seleccionados (Cesáreas, Hernioplastía Inguinal, Colecistectomías Abiertas y Colecistectomías Cerradas) y tasa de incidencia acumulada del total de IAAS.

Las fuentes de información utilizadas para obtener estos indicadores son las bases de datos depuradas y consolidadas construidas a partir de factores de riesgo por días exposición, Ficha de investigación epidemiológica afección nosocomial (CIE-10:Y95) y sistema de información de vigilancia epidemiológica (SISVE), todas aportadas por la SAVE, y la base de datos construida a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS) aportada por el Área de Estadística en Salud (AES).

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron cuadros y gráficos de barras.

Para efectos de este informe sólo se incluyen los centros y hospitales que reportaron eventos asociados a los procedimientos descritos.

A nivel institucional la tasa de incidencia de bacteremia asociada a catéter venoso central fue de 6,7 por 1000 días de exposición al procedimiento (Gráfico 24.1), de los 17 hospitales que realizaron vigilancia epidemiológica, San Francisco, San Carlos y Guápiles, no reportaron eventos. El Centro Nacional de Rehabilitación registró la mayor tasa, seguido por Valverde Vega y De las Mujeres.

El Gráfico 24.2 muestra las tasas de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, 18 hospitales efectuaron vigilancia para este tipo de procedimiento, el hospital La Anexión no reportó eventos. Los hospitales Valverde Vega y Escalante Pradilla registraron tasas que duplican la alcanzada a nivel institucional, 16,8 por 1000 días de exposición.

Para la infección del tracto urinario asociado a catéter uretral, 28 hospitales realizaron vigilancia epidemiológica, la tasa de incidencia institucional se ubicó en 5.7 por 1000 días exposición, los hospitales De las Mujeres, Max Terán, San Carlos y Los Chiles no registraron eventos. Ciudad Neilly; Upala y San Vito alcanzaron tasas muy superiores a la institucional (Gráfico 24.3).

Al analizar las tasas de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica según procedimiento (Cuadro 24.1), para cesárea los hospitales Upala y Tomás Casas no registraron eventos. De los siete hospitales que se ubicaron por encima de la tasa institucional (2.8), Valverde Vega, Escalante Pradilla y Tony Facio registraron las mayores tasas, duplicando la institucional.

Por otra parte, la tasa de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica por hernioplastía inguinal se ubicó a nivel institucional en 1.3, los hospitales San Vicente, San Carlos y San Rafael, registraron tasas inferiores a 0.5.

A nivel institucional la tasa de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica por colecistectomía abierta se encuentra en 1.2, de los 10 hospitales que registraron eventos, en el 50% la tasa es superior a la institucional, el Calderón Guardia presenta la mayor tasa.

Del mismo modo, para las colecistectomías cerradas, el hospital Calderón Guardia registra la mayor tasa seguido por el México. Es necesario señalar que para este tipo de procedimiento sólo en dos hospitales (San Francisco y Max Peralta) de los siete que registraron eventos, la tasa fue inferior a la institucional.

Para el total de IAAS la tasa de incidencia acumulada a nivel institucional es de 2 por cada 100 egresos hospitalarios (Gráfico 24.4), para efectos del informe el hospital psiquiátrico Chacón Paut, dada las características propias del centro y la poca cantidad de egresos, no se incluye para el análisis de esta tasa.

En el cuadro 24.2 se observa que los hospitales especializados y nacionales registran mayores tasas, lo cual puede corresponder al tipo de pacientes que atienden y el grado de complejidad que estos tienen.

De forma general, la tasa de incidencia acumulada del total de IAAS se encuentra por debajo de los parámetros internacionales, esto puede deberse al subregistro que aún existe en los establecimientos de salud.

La prevención de las IAAS es posible, pero se requieren de esfuerzos conjuntos del personal de salud con la finalidad de mejorar la calidad de la atención, disminuir costes y salvar vidas.

En la institución, se debe continuar los esfuerzos por incentivar la vigilancia activa de las infecciones en los centros hospitalarios, mejorar el registro y reporte de casos.

Se deben estandarizar los datos y disponer de registros de buena calidad con el propósito de contar con una base de datos institucional que permita realizar comparaciones entre servicios y establecimientos de salud.

Del mismo modo, debe considerarse realizar un ajuste de tasas tomando en cuenta que las poblaciones en estudio pueden presentar alguna característica que influye en el riesgo de enfermedad.

Referencias Bibliográficas.

- CCSS. (2007). Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales. Caja Costarricense de Seguro Social, Subárea Vigilancia Epidemiológica.
- CCSS. (Setiembre de 2010). Protocolo para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales. Caja Costarricense de Seguro Social, Subárea Vigilancia Epidemiológica.
- CDC. (Octubre de 1991). Nosocomial infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. A Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Infect Control Hosp Epidemiol, 12(10), 609-21.

- Emori TG, C. D. (Febrero de 1991). National nosocomial infections surveillance system (NNIS): description of surveillance methods. *Am J Infect Control*, 19(1), 19-35.
- Emori TG, E. J. (Mayo de 1998). Accuracy of reporting nosocomial infections in intensive-care-unit patients to the National Nosocomial Infections Surveillance System: a pilot study. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 19(5), 308-16.
- JM, P., LA, H., & TM, P. (Julio de 1997). Basics of surveillance-an overview. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 18(7), 513-27.
- OMS. (2002). Prevention of hospital-acquired infections. A practical guide. 2nd edition. Recuperado el 12 de Junio de 2015, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>
- OMS. (2010). Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_EPR_2009_1/es/
- OMS. (s.f.). Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Recuperado el 11 de Junio de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
- OPS. (2012). Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Módulo III - Información para gerentes y directivos. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21399&Itemid

Cuadro 24.1
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
POR PROCEDIMIENTO SEGÚN HOSPITAL, 2014
(por 100)

UE	HOSPITAL ^{1/}	PROCEDIMIENTO			
		CESÁREA	HERNIOPLASTÍA INGUINAL	COLECISTECTOMÍA ABIERTA	COLECISTECTOMÍA CERRADA
2103	Nacional de Niños	NA	0,0	NA	NA
2105	De las Mujeres	4,5	NA	NA	NA
2202	Nacional de Geriatria y Gerontología	NA	0,0	NA	0,0
2101	Calderón Guardia	2,0	4,2	7,3	3,1
2102	San Juan de Dios	3,1	7,0	0,0	1,2
2104	México	2,8	1,6	0,0	3,0
2205	San Rafael	1,2	0,4	0,0	0,0
2208	San Vicente	0,9	0,3	0,0	0,0
2306	Max Peralta	2,3	0,0	2,0	0,6
2401	San Carlos	1,9	0,3	0,7	NA
2501	Monseñor Sanabria	0,5	2,1	1,0	0,0
2502	Enrique Baltodano	1,2	0,0	0,0	2,2
2601	Tony Facio	5,7	3,2	4,5	NA
2701	Escalante Pradilla	6,2	6,1	4,4	2,3
2207	Valverde Vega	7,0	1,6	0,0	0,0
2307	William Allen	2,7	0,0	1,2	0,0
2503	La Anexión	2,2	0,0	0,9	NA
2602	Guápiles	3,9	2,3	2,2	0,0
2206	San Francisco	1,4	2,3	NA	0,6
2308	Max Terán	1,4	0,0	0,0	0,0
2402	Los Chiles	3,4	0,0	0,0	0,0
2504	Upala	0,0	1,7	1,0	NA
2702	Manuel Mora	1,1	0,0	NA	0,0
2703	Tomás Casas	0,0	0,0	0,0	NA
2704	Cuidad Neilly	1,1	0,0	NA	0,0
2705	San Vito	1,7	2,8	NA	NA
Institucional		2,8	1,3	1,2	0,7

^{1/} Se excluyen los hospitales Nacional de Psiquiatria, Psiquiátrico Chacón Paut y Centro Nacional de Rehabilitación

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014

Cuadro 24.2
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DEL TOTAL DE INFECCIONES
ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR TIPO DE HOSPITAL, 2014
(por 100)

TIPO DE HOSPITAL	TOTAL DE IAAS ^{2/}	TOTAL DE EGRESOS	TIA ^{3/}
Especializado ^{1/}	1.355	36.025	3,8
Nacional	2.782	94.273	3,0
Regional	1.793	136.679	1,3
Periférico 3	396	35.196	1,1
Periférico 1 y 2	167	29.536	0,6
Institucional	6.493	331.709	2,0

^{1/} Se excluye el Hospital Psiquiátrico Chacón Paut

^{2/} Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

^{3/} Tasa de Incidencia Acumulada

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014

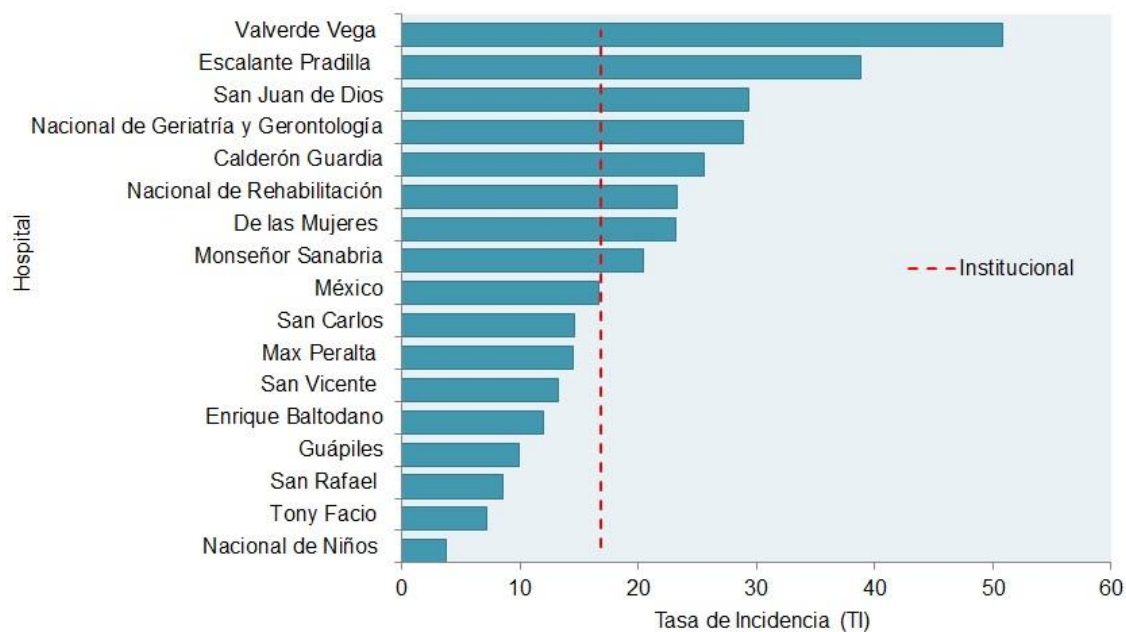
Gráfico 24.1
CCSS: TASA DE INCIDENCIA DE BACTEREMIA ASOCIADA A
CATÉTER VENOSO CENTRAL POR HOSPITAL^{1/}, 2014
(por 1000)



^{1/}Sólo se incluyen los hospitales que reportaron eventos asociados a catéter venoso central.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014.

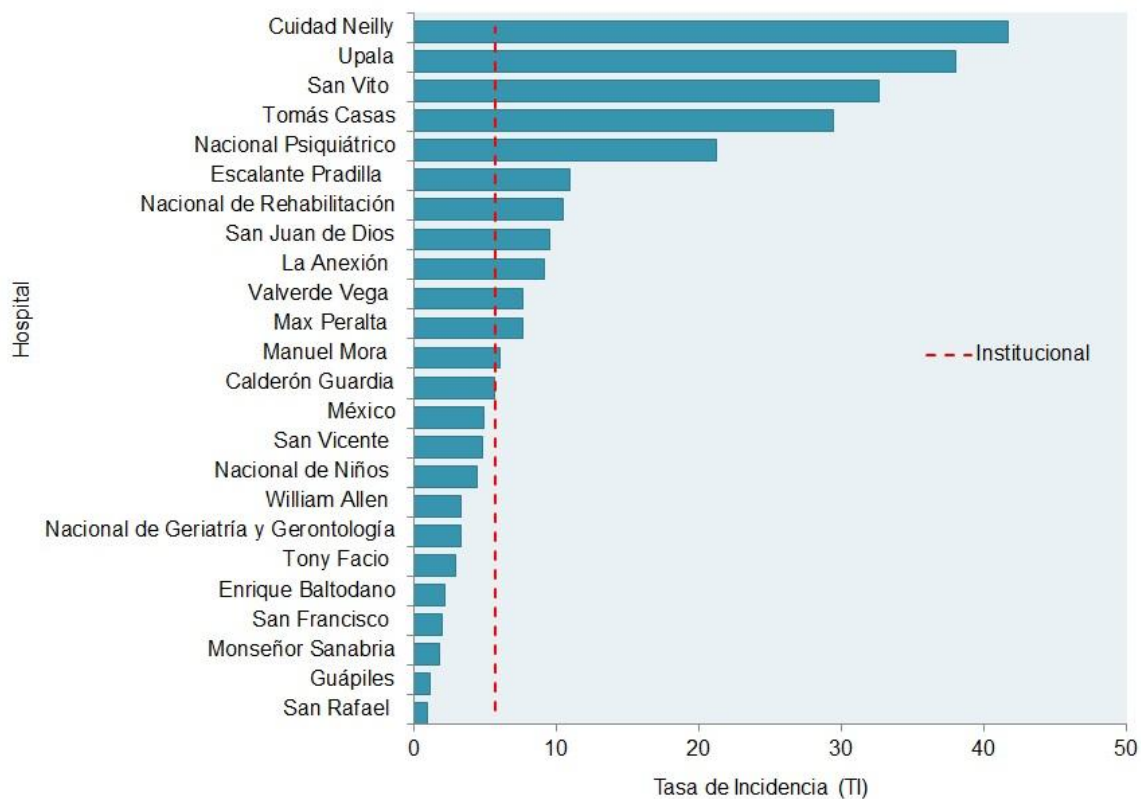
Gráfico 24.2
CCSS: TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A
VENTILACIÓN MECÁNICA POR HOSPITAL^{1/}, 2014
(por 1000)



^{1/}Sólo se incluyen los hospitales que reportaron eventos asociados a ventilación mecánica.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014.

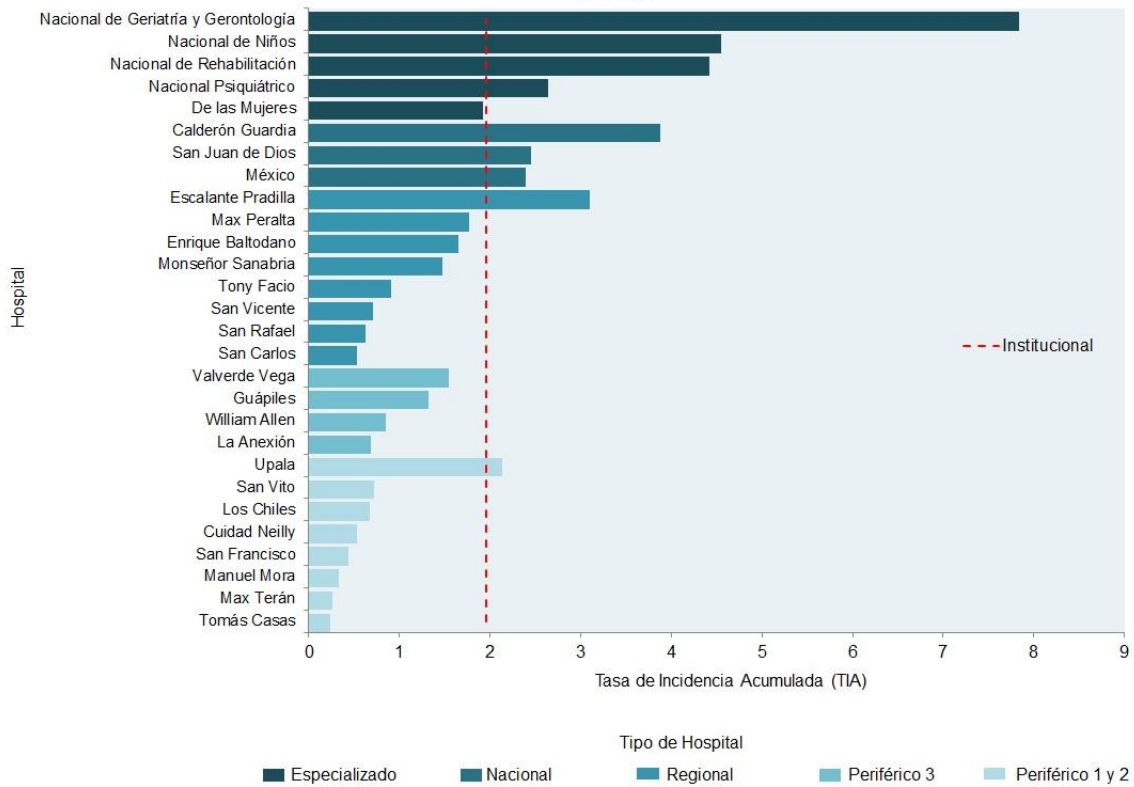
Gráfico 24.3
CCSS: TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO
ASOCIADA A CATÉTER URETRAL POR HOSPITAL^{1/}, 2014
(por 1000)



^{1/}Sólo se incluyen los hospitales que reportaron eventos asociados a catéter uretral.

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014.

Gráfico 24.4
CCSS: TASA INCIDENCIA ACUMULADA DEL TOTAL DE INFECCIONES ASOCIADAS
A LA ATENCIÓN EN SALUD POR HOSPITAL^{1/} SEGÚN TIPO, 2014
(por 100)



^{1/} Se excluye el Hospital Psiquiátrico Chacón Paut

FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS)



Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS por 100 egresos

- Institucional: 2,0
- Por debajo de parámetros internacionales
- Hospitales especializados y nacionales con mayores tasas

Tasa de incidencia de IAAS por 1000 días exposición

Bacteremia asociada a catéter venoso central



6,7

Neumonía asociada a ventilación mecánica



16,8

Infección del tracto urinario asociada a catéter uretral



5,7

Tasa de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica por procedimientos realizados



FUENTE: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE, 2014



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/>

Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA: AUSENTISMO

Los hospitales Regionales y Periféricos tipo 1 y 2 registraron el mayor porcentaje de ausentismo.

Los hospitales y centros especializados sustituyeron la menor proporción de pacientes ausentes.

La Consulta Externa es el eje alrededor del cual gira la actividad de una especialidad, el espacio idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo referido desde el primer nivel de atención. Tiene un costo menor si se compara con el costo de la estancia en una cama de hospitalización y mayores facilidades para el usuario ya que puede continuar tratamiento en su lugar de residencia. Adaptado de (Zambrana, Jiménez, Marín, & Almazán).

El ausentismo se refiere a la persona con cita en consulta externa, que transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, no se haya presentado para su atención. Su ausencia, es condición suficiente para que el personal de REDES proceda a sustituirla por otra u otras personas, según sea el caso (Madrigal, 2012). El ausentismo residual se refiere a aquella proporción del ausentismo que no pudo ser sustituida.

Cuando existe un alto ausentismo, ya sea porque el paciente no asiste a la consulta, o bien porque cancela su turno sin anticipación, el mismo día de la atención, genera que el turno no pueda ser aprovechado por otros pacientes. (Adaptado de Moine, Germán, Leale, Carnevale, & Francheli, 2013)

Los pacientes que no se presentan en la consulta de las especialidades médicas suponen ineficiencias productivas y económicas. Los principales problemas que esta ausencia genera van desde el aumento de las listas de espera, la disminución de la accesibilidad y el incremento de la morbilidad hasta ocasionar un crecimiento de los costes directos e indirectos (Alcolea & Gorgemans, 2008).

Como fuente de información se utilizó el cuadro 11 del Informe Estadístico Institucional, aportado por el Área de Estadística en Salud.

Para efecto del informe, para el año 2014 se calculó el porcentaje de ausentismo (Sancho, 2013) y el porcentaje de ausentismo residual, este último se obtiene restándole al total de citas perdidas, las citas sustituidas y las citas de recargo.

En 14 hospitales se registró un porcentaje de ausentismo superior al promedio institucional. Los mayores porcentajes corresponden al hospital Manuel Mora (37%) y Tony Facio (35%). Por otra parte, entre los Centros que presentaron los menores porcentajes de ausentismo, se encuentran la Clínica Oftalmológica (9%) y Hospital La Anexión (5%). (Gráfico 25.1)

Al analizar el Gráfico 25.2, se observa que el ausentismo residual en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos registró el mayor porcentaje, lo que significa una baja capacidad de sustitución, mientras que el Hospital Escalante Pradilla logró el menor porcentaje, debido a que logra sustituir una alta proporción de personas ausentes.

Es pertinente, por establecimiento, efectuar una comparación entre el porcentaje de ausentismo y de ausentismo residual. Por ejemplo, si bien el hospital de La Anexión registró el porcentaje de ausentismo más bajo (5,2%), su ausentismo residual es del 88%, el tercero más alto, es decir, presenta una baja capacidad de sustitución. A diferencia del Manuel Mora, con el porcentaje de ausentismo más alto (37.3%) pero con un porcentaje de ausentismo residual en valor negativo (-10%).

El ausentismo a nivel institucional fue de 18.8% y el ausentismo residual de 20,3%.(Cuadro 25.1) Al comparar el porcentaje de ausentismo con el porcentaje de ausentismo residual por tipo de hospital, se puede observar que los especializados registran las mayores diferencias entre ambos porcentajes. Esto significa que a pesar de presentar un bajo porcentaje de ausentismo, la sustitución del mismo es también muy baja, quedando un amplio margen de cupos sin utilizar.

El análisis conjunto de ausentismo y el ausentismo residual permite visualizar el aprovechamiento de los cupos disponibles para la atención de otros pacientes. Debe considerarse que valores negativos de ausentismo residual implican que en un período dado hubo más consultas realizadas que las inicialmente programadas, lo que pudiera estar relacionado a la gestión de las agendas o recargos en la consulta médica especializada.

El ausentismo y el ausentismo residual no son directamente proporcionales ya que pueden presentarse valores bajos de ausentismo y al mismo tiempo valores altos de ausentismo residual y viceversa. El primero indica que aunque el ausentismo es bajo, no se está sustituyendo la totalidad de las citas perdidas y en el segundo caso, la sustitución de citas perdidas es cercana al 100%, por lo que el recurso tiempo-médico se aprovecha mejor.

El bajo ausentismo en los hospitales nacionales y especializados, puede relacionarse a la cualidad de ser unidades de referencia nacional altamente complejas que han desarrollado mecanismos como la educación al usuario y un

sistema de gestión de citas por medio de llamadas y mensajes de texto, además de la importancia que le puede dar el usuario de los servicios de salud a este tipo de hospital.

El uso de los recordatorios de citas vía teléfono móvil, parece ser una medida efectiva para paliar los efectos del absentismo, sin embargo deberían centrarse los esfuerzos en llegar a un consenso entre Atención Primaria y Especializada en cuanto a la derivación de los pacientes, y en elaborar unos protocolos de gestión de las citas en los centros de Atención Especializada que incorporen un protocolo de recuperación de la actividad programada y no realizada. (Alcolea & Gorgemans, 2008).

Debe darse seguimiento a los usuarios que no asistieron a sus citas, para definir las causas de su ausentismo y reprogramar su atención. Una vez identificadas las causas, brindar educación al usuario y crear estrategias para intervenir directamente sobre las que son atribuibles a la gestión de la consulta externa. Es viable pensar en un tamizaje de usuarios según tipo de patología y condiciones socioeconómicas.

Los cupos de los pacientes ausentes, pueden ser utilizados para la atención de usuarios que están pendientes de ser programados, de manera que el recurso tiempo especialista pueda ser aprovechado de una mejor forma.

Referencias Bibliográficas.

- Alcolea, M., & Gorgemans, S. (2008). Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. Recuperado el 9 de Junio de 2015, de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2942218.pdf
- Madrigal, R. (21 de Agosto de 2012). Catálogo de definiciones de actividades de Atención en los Servicios de salud de la CCSS: 1.Consulta Externa. Obtenido de Caja Costarricense de Seguro Social: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8_Catalogo_de_definiciones_Oficio_36966-5_8-8-12.pdf
- Sancho, H. (2013). Ficha Técnica 5-02-A Gestión de la atención. Consulta externa programada. Determinación del ausentismo. Recuperado el 18 de Junio de 2015, de Caja Costarricense de Seguro Social: http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Eficiencia_H/Gesti%C3%B3n%20de%20la%20atenci%C3%B3n.%20Consulta%20externa%20programada.%20Determinaci%C3%B3n%20del%20ausentismo.pdf

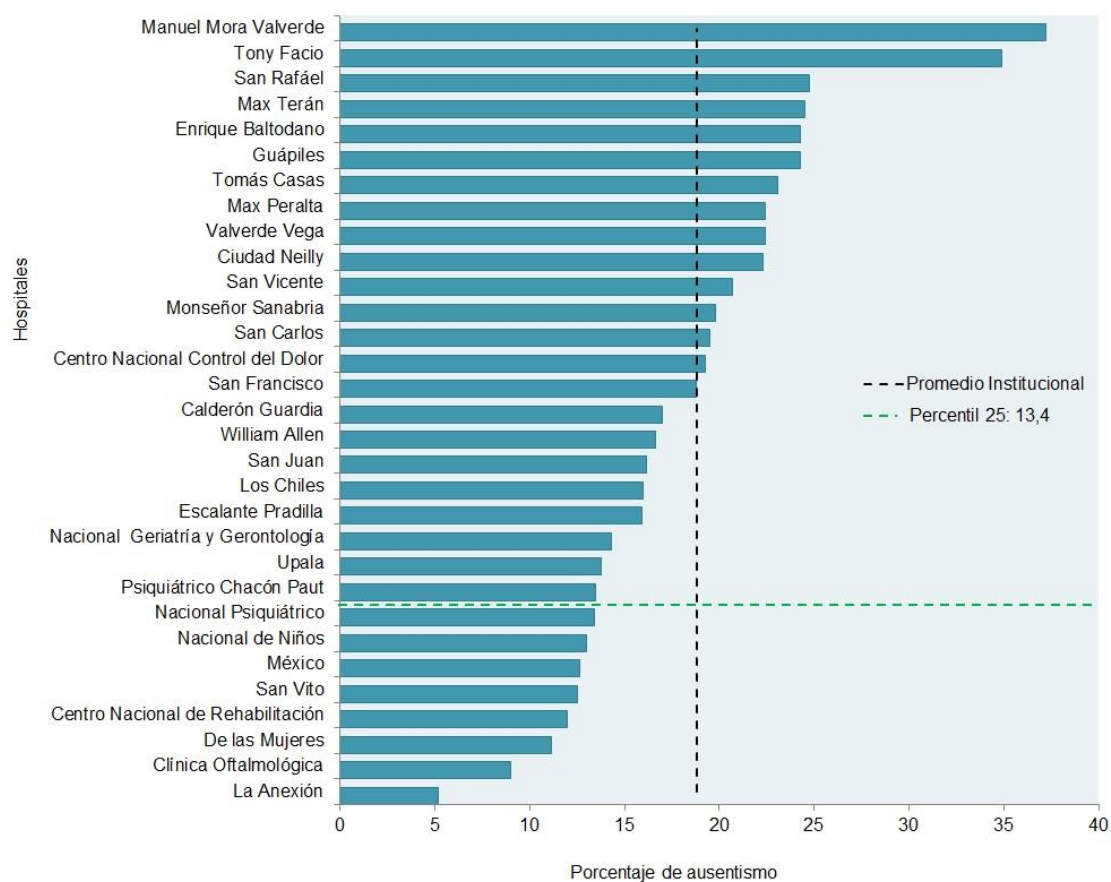
- Zambrana, J. L., Jiménez, B., Marín, M., & Almazán, S. (s.f.). La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de Elsevier:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13027022&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=71&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n08a13027022pdf001.pdf

Cuadro 25.1
CCSS: AUSENTISMO Y AUSENTISMO RESIDUAL
POR TIPO DE HOSPITAL, 2014
(porcentaje)

TIPO DE HOSPITAL	AUSENTISMO	AUSENTISMO RESIDUAL
Especializado	13,1	69,3
Nacional	15,1	15,4
Regional	23,5	11,7
Periférico 3	17,2	33,5
Periférico 1 y 2	20,8	17,0
Institucional	18,8	20,3

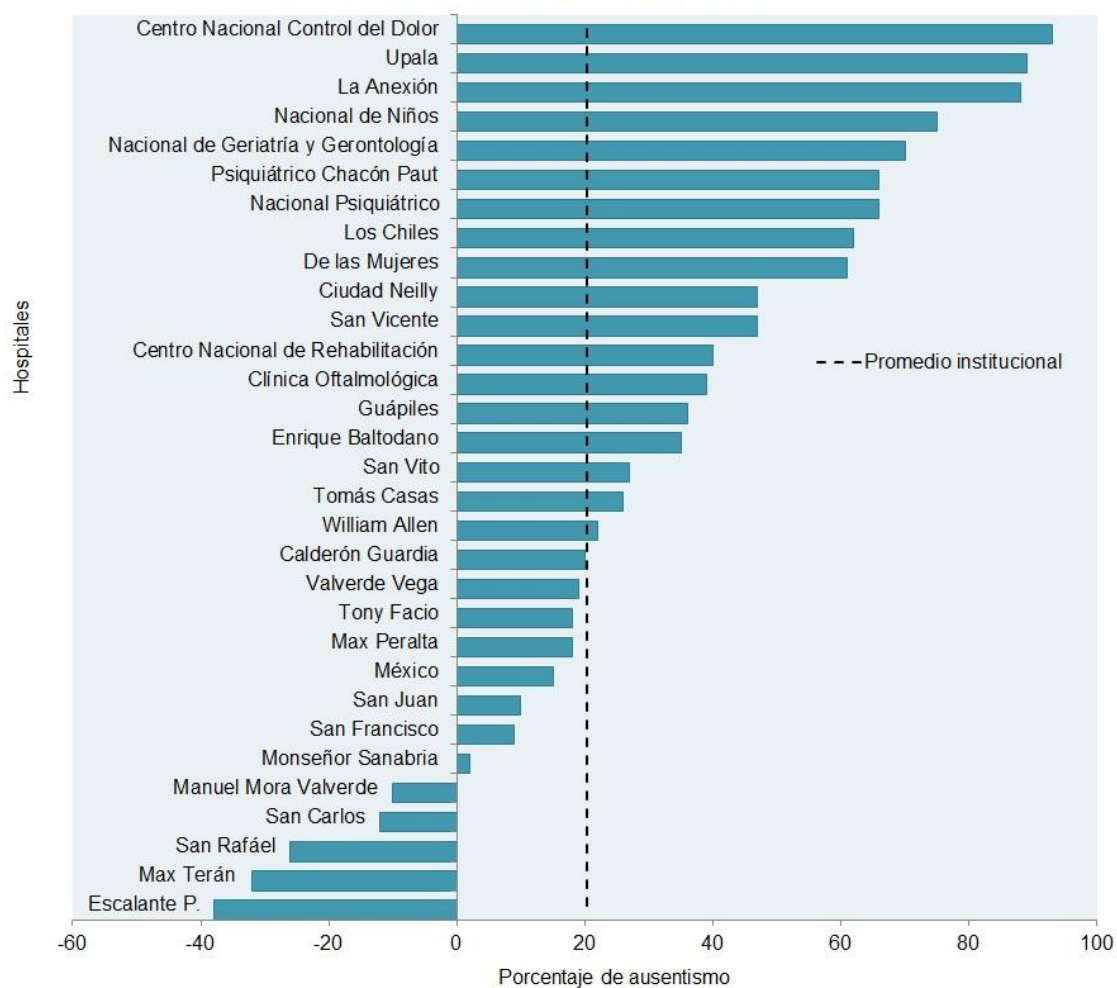
FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014

Gráfico 25.1
CCSS: PORCENTAJE DE AUSENTISMO EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA
PROGRAMADA POR HOSPITAL, 2014



FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014

Gráfico 25.2
CCSS: PORCENTAJE DE AUSENTISMO RESIDUAL EN LA CONSULTA MÉDICA
ESPECIALIZADA PROGRAMADA POR HOSPITAL, 2014



FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014

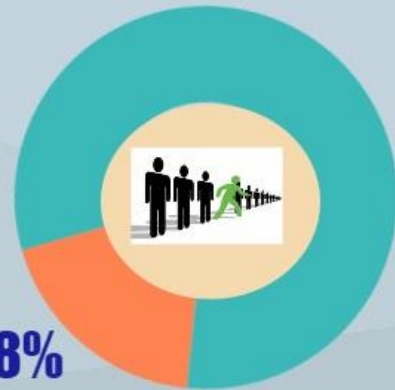
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA AUSENTISMO



5 218 042
citas
programadas

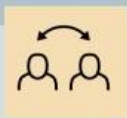


982 500
citas
perdidas



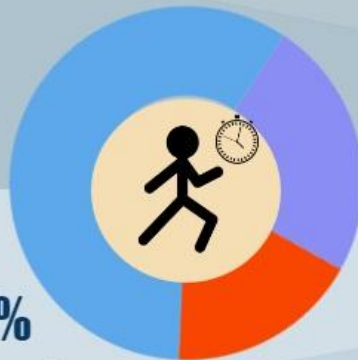
18%

Ausentismo



43%

Sustitución



37%



Recargo

20%

**Ausentismo
Residual**



199 358
No Sustituidas



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA: ALTAS

Los Hospitales Regionales registran los mayores porcentajes de altas en la mayoría de especialidades.

La especialidad Medicina Interna es la que registra el mayor porcentaje de altas en la mayoría de hospitales.

La Consulta Externa es el eje alrededor del cual gira la actividad de una especialidad, el espacio idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo referido desde el primer nivel de atención. Tiene un costo menor si se compara con el costo de la estancia en una cama de hospitalización y mayores facilidades para el usuario ya que puede continuar tratamiento en su lugar de residencia. Adaptado de (Zambrana, Jiménez, Marín, & Almazán).

El alta médica en consulta se produce cuando, a juicio del médico especialista, la entidad patológica por la que el paciente fue remitido a la consulta ha sido resuelta. (Ramos, Martínez, & Escoms, 2002).

Como fuente de información se utilizó el cuadro 11 del Informe Estadístico Institucional, aportado por el Área de Estadística en Salud.

Para efecto del informe, para el año 2014, se calculó el porcentaje de altas por persona para cada una de las especialidades seleccionadas (Cirugía General, Ortopedia, Ginecología, Medicina Interna y Pediatría), la cual se obtiene a partir del numerador constituido por el número de altas y el denominador por el total de personas consultantes, este total deriva de la sumatoria de las consultas de primera vez en la vida, primera vez en el año y primera vez en la especialidad.

Es necesario señalar que los hospitales San Vito, Upala y Los Chiles no existe la especialidad de Ortopedia, y los hospitales nacionales (Calderón Guardia, San Juan de Dios y México) la especialidad de Pediatría.

Al analizar el comportamiento de las altas en las diferentes especialidades, se observa que Medicina Interna es la que registra el mayor porcentaje de altas, a excepción de los hospitales periféricos 1 y 2, en los cuales el porcentaje de altas se encuentra muy por debajo del promedio institucional, con una diferencia de 12 puntos porcentuales al compararlo con los Periféricos 3. Además los Hospitales Regionales registran los mayores porcentajes de altas en la mayoría de especialidades (Cuadro 26.1).

Al analizar el Cuadro 26.2 se refleja que los hospitales San Juan de Dios, Los Chiles y Valverde Vega registran los menores porcentajes de altas en Cirugía General, caso contrario a los hospitales La Anexión y San Vito, quienes presentan los mayores porcentajes de altas.

En los hospitales nacionales, el San Juan de Dios registra los menores porcentajes de altas en las cuatro especialidades analizadas para ese grupo (Cuadro 26.2).

Para la especialidad de Ginecología, en la mayoría de hospitales regionales los valores porcentuales de altas se encuentran por debajo del promedio institucional, siendo el San Vicente de Paul el que registra menor porcentaje, 5.8%. Llama la atención que este mismo hospital presenta también el menor valor porcentual de altas en la especialidad de Cirugía General (Cuadro 26.2)

En los hospitales Periféricos 3, el Hospital de la Anexión se ubica en la primera posición en las especialidades Cirugía General, Ginecología y Ortopedia, muy por encima del promedio institucional para cada una de las especialidades (Cuadro 26.2).

El comportamiento de los hospitales Periféricos 1 y 2 es muy variable, para las especialidades Cirugía General, Ginecología y Ortopedia, se registran porcentajes muy bajos y muy altos con respecto al promedio institucional (Cuadro 26.2).

Altos porcentajes de alta pueden también estar relacionados con una gestión efectiva de la consulta externa.

La limitada dotación de médicos especialistas, distribución de las subespecialidades y equipamiento podría estar relacionada con bajos porcentajes de altas en los hospitales Periférico 1 y 2.

Un importante volumen de procedimientos de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos de alta complejidad pendientes de ser realizados en hospitales de referencia nacional, pudieran explicar las limitaciones para dar altas.

Además, también influyen la complejidad de las patologías, el apego al tratamiento y la realización oportuna de los estudios de diagnóstico indicados.

Es recomendable que en Unidades con alta demanda de servicios para determinadas especialidades, se analice con detalle si se dispone de una oferta apropiada de médicos especialistas.

La adecuada derivación de pacientes en condiciones de continuar su atención en los diferentes niveles de la red de atención podría ayudar a disminuir la saturación de

las agendas en hospitales de referencia nacional, lo que permitiría una mayor resolución de los casos de mayor complejidad.

Referencias Bibliográficas.

- Ramos, A., Martínez, C., & Escoms, V. (2002). Gestión de consultas externas y pruebas diagnósticas programadas en atención especializada. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de SEDOM: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc72bf758f6pm-11-4-004.pdf>
- Zambrana, J. L., Jiménez, B., Marín, M., & Almazán, S. (s.f.). La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Recuperado el 8 de Junio de 2015, de Elsevier:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13027022&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=2&ty=71&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n08a13027022pdf001.pdf

Cuadro 26.1
CCSS: TOTAL DE ALTAS POR PERSONA SEGÚN ESPECIALIDAD
Y TIPO DE HOSPITAL, 2014
(porcentaje)

TIPO DE HOSPITAL	ESPECIALIDAD				
	CIRUGÍA GENERAL	GINECOLOGÍA	ORTOPEDIA	MEDICINA INTERNA	PEDIATRÍA
Nacional	16,3	20,7	18,1	31,2	NE ^{1/}
Regional	20,0	11,3	24,9	32,6	20,8
Periférico 3	19,8	14,8	22,1	21,9	11,2
Periférico 1 y 2	16,4	14,6	18,0	9,5	11,9
Institucional	19,0	14,0	22,0	26,0	19,0

^{1/}No existe la especialidad.

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014

Cuadro 26.2
CCSS: TOTAL DE ALTAS POR PERSONA SEGÚN ESPECIALIDAD
HOSPITALES GENERALES, 2014
(porcentaje)

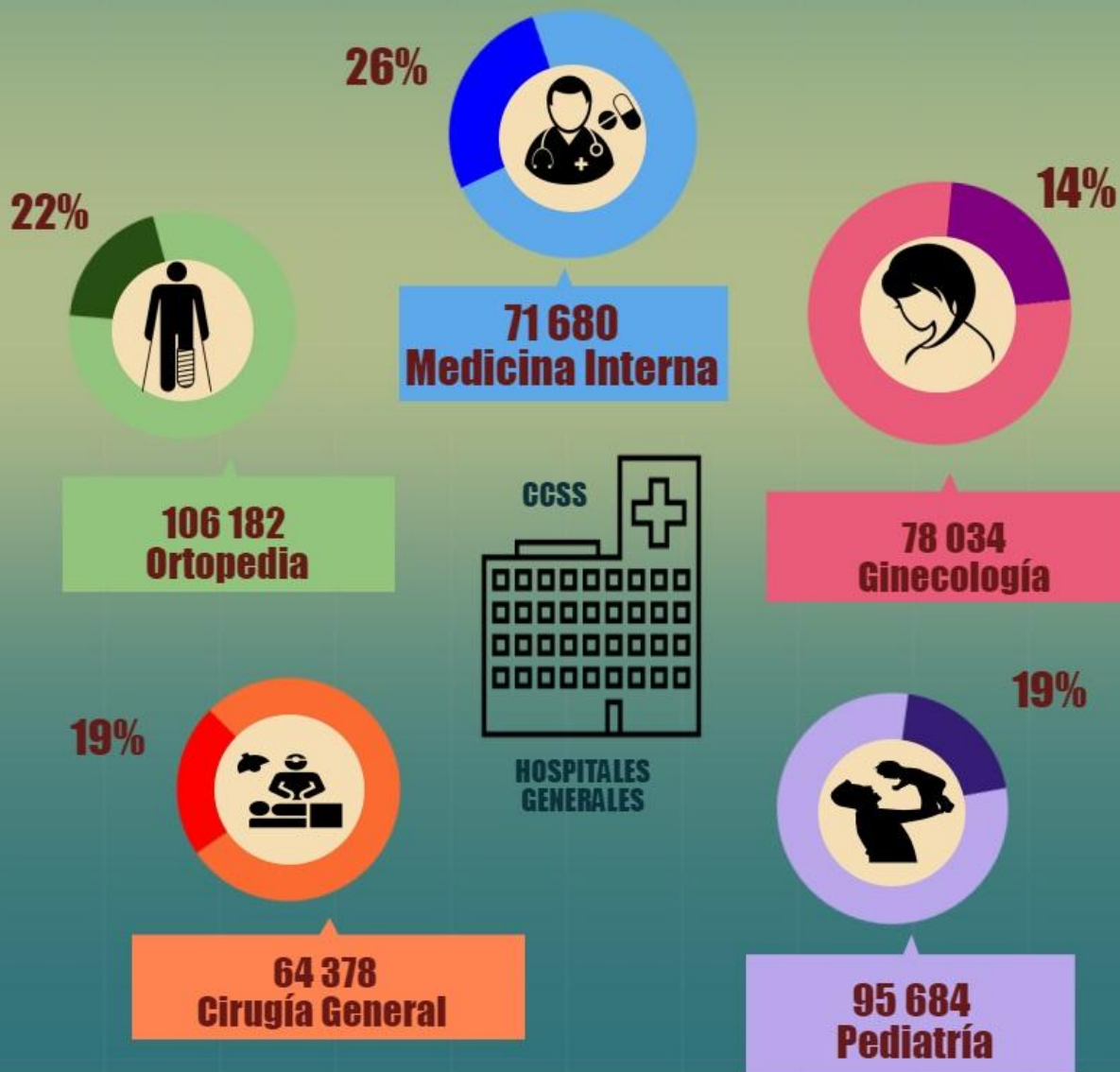
TIPO DE HOSPITAL	HOSPITAL	ESPECIALIDAD				
		CIRUGÍA GENERAL	GINECOLOGÍA	ORTOPEDIA	MEDICINA INTERNA	PEDIATRÍA
Nacional	Calderón Guardia	29,0	27,0	31,0	53,0	NE ^{1/}
	México	20,0	28,0	15,0	35,0	NE
	San Juan de Dios	2,0	15,0	12,0	23,0	NE
Regional	Enrique Baltodano	31,6	9,2	34,6	32,1	11,3
	San Carlos	31,4	20,1	16,2	12,7	22,4
	Tony Facio	29,6	10,0	29,5	31,6	22,7
	Escalante Pradilla	24,8	11,9	13,1	51,7	27,6
	Max Peralta	20,1	29,0	32,9	61,7	19,8
	San Rafael	16,5	7,2	19,5	6,6	20,5
	Monseñor Sanabria	16,1	15,0	25,3	15,6	33,6
	San Vicente de Paul	11,2	5,8	31,2	11,7	22,0
Periférico 3	La Anexión	47,6	30,6	35,8	16,8	4,4
	William Allen	25,9	4,7	19,1	24,6	14,2
	Guápiles	15,4	7,1	13,5	18,6	5,6
	Valverde Vega	9,5	17,0	28,0	26,0	17,2
Periférico 1 y 2	San Vito	39,7	28,2	NE	21,7	18,2
	Tomás Casas	26,8	7,3	10,9	6,1	0,7
	San Francisco de Asís	16,7	15,3	17,3	10,8	8,7
	Upala	15,4	7,1	NE	16,2	11,4
	Max Terán	14,8	4,7	40,6	2,1	19,4
	Manuel Mora	14,0	9,0	6,2	3,1	8,9
	Ciudad Neilly	11,7	30,9	6,9	16,5	14,6
	Los Chiles	5,1	30,6	NE	1,0	8,5
Institucional		19,0	14,0	22,0	26,0	19,0

^{1/}No existe la especialidad.

FUENTE: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014

Consulta Médica Especializada Altas

Personas Atendidas en la Especialidad y Porcentaje de Altas



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

SALAS DE OPERACIONES: TIEMPO DE USO DE QUIRÓFANOS

El tiempo de utilización de los quirófanos se mantiene invariable.

Se logra un tiempo promedio de anestesia por quirófano de 5,26 horas por día.

El uso eficiente de los quirófanos constituye un elemento central para el éxito en la gestión de un centro hospitalario. De lo anterior depende la oportunidad para abordar las necesidades de atención presentadas por los usuarios de la institución y las listas de espera a nivel quirúrgico.

Un buen rendimiento en el tiempo de utilización de los quirófanos y en la programación de sala constituye una de las estrategias más efectivas para disminuir progresivamente las listas de espera. No obstante, lograr los máximos rendimientos a partir de los recursos invertidos en el funcionamiento de las salas de operaciones es complejo, puesto existen factores internos y externos, algunos alejados de la influencia de la gestión activa, que determinarán qué y cuanto puede aprovecharse.

El monitoreo y control de indicadores, que permitan a la administración del establecimiento ajustar sus tácticas de abordaje a la problemática de la optimización del tiempo de uso de sala, es un elemento clave para alcanzar el máximo provecho del recurso quirúrgico institucional.

En el contexto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) la medición se ha efectuado mediante el uso de la variable tiempo de anestesia por caso operado, considerando la disponibilidad y estandarización de su registro. El tiempo de anestesia corresponde a cada uno de los períodos por paciente que transcurre desde el inicio de la aplicación de la anestesia hasta que sale del quirófano por traslado a la sala de recuperación (DCSS, 2011)

El tiempo de anestesia tiene como limitante que su medición se inicia posterior al ingreso del paciente a la sala y se prolonga más allá de su salida del quirófano, hasta el momento de ser entregado por el anestesiólogo al personal de sala de recuperación, esto conlleva a que no se logre medir el tiempo real de las actividades que se realizan en el quirófano en torno al paciente.

En el año 2014 se evaluaron los 23 hospitales generales, incluyendo la información proporcionada por el Hospital Monseñor Sanabria, que no estuvo disponible los dos años anteriores debido a la emergencia ocurrida por el terremoto del 2012, y el

Hospital de Upala, que tuvo limitaciones para contar con el recurso humano necesario para poner en funcionamiento sus quirófanos durante ese mismo período.

Además se incorpora la información del Hospital Nacional de Niños, el Hospital de las Mujeres y el Centro Nacional de Rehabilitación. No se incluye al Hospital de Nacional de Geriatria y Gerontología ni la Clínica Oftalmológica, debido a que en estos Centros no correspondía la medición del indicador dadas las características de las patologías abordadas.

La medición y sumatoria de los tiempos de anestesia se toma a partir de las cirugías realizadas los cinco días hábiles semanales, considerando solamente el turno diurno o primer turno, que por semana corresponde a un total de 44 horas, en promedio 8,8 horas por día.

Hasta el 2013, la administración de cada Centro reportaba la sumatoria de días y tiempos de anestesia en que efectivamente se usaban los quirófanos, sin embargo, para el año 2014 se modificó la modalidad de recolección de la información. Actualmente las Unidades aportan las bases de datos con los registros de fecha de ejecución, tiempos de inicio y final de la anestesia. En consecuencia, estos datos se consolidan y sistematizan en la DCSS.

Durante el año 2014 los 26 establecimientos evaluados reportaron un total de 186 salas, de las cuales aportan tiempo efectivo de anestesia 174. Las 12 salas restantes fueron utilizadas en actividades que no reportaban tiempo de anestesia al Centro, sea porque se prestaban a otros hospitales (se cuantifica en el centro que utilizó la sala) o porque no requería de anestesia el procedimiento que se ejecutaba.

Se registró un total de 154.616 horas de tiempo de anestesia y 29.474 días hábiles programados utilizados. Lo que significó un rendimiento promedio de 5,26 horas de tiempo de anestesia por día hábil programado.

La comparación de los resultados anuales en el último trienio se realiza considerando la información aportada por los 24 centros efectivamente evaluados en el período (Cuadro 27.1):

- El tiempo promedio de anestesia institucional se mantiene casi invariable, pasando de 5,24 horas en 2012 a 5,25 horas en 2013 y a 5,26 horas en 2014.
- Por componentes del indicador de tiempo de anestesia, el resultado fue un incremento del 22,4% de horas de anestesia reportadas entre 2012 y 2014, así como un 21,9% de días hábiles utilizados al comparar el mismo período.

- Las salas registradas aumentaron un 33%

Por tipo de hospital se registraron variaciones al comparar los resultados entre años. Los Centros Especializados, Regionales y Periféricos 2, disminuyeron su rendimiento entre los años 2013 y 2014, en tanto que, el tiempo de anestesia se incrementó en los otros tipos de hospital. (Gráfico 27.1)

Se evidencia una mejora paulatina en el proceso de registro de la información de las salas, siendo éste un factor importante para generar estrategias válidas en busca de mejorar la estructura y dinámica que requiere un servicio eficiente.

Por otra parte, la medición del tiempo real de utilización de los quirófanos depende de una serie de factores a considerar, tales como el tiempo que transcurre desde el inicio de la preparación de la sala hasta el final de su limpieza por cada caso operado, el lapso de duración de la cirugía, el tiempo de rotación o tiempo transcurrido desde la salida del quirófano del paciente previo hasta la entrada del siguiente. (Dexter F., 2003) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

Por consiguiente, es imprescindible determinar los tiempos en que los quirófanos realmente están en uso y tiempo de rotación entre cirugías. Según las condiciones y dinámica de los distintos servicios se hace necesario establecer protocolos según la complejidad, cantidad de casos y disponibilidad de recurso material y humano.

Es básico hacer conciencia en todos los colaboradores que tienen a su cargo alguna función en la sala de operaciones, pues de su respuesta rápida y efectiva depende la mayor eficiencia el uso de los recursos disponibles y una oportuna respuesta a las necesidades de los usuarios y mayor satisfacción con los servicios.

Referencias Bibliográficas.

DCSS. (2011). Fichas Técnicas de Compromisos de Gestión de Hospitales 2012-2013. San José: CCSS.

Dexter F., A. A. (2003). Use of Operatin Room Information System Data to Predict the Impact of Reducing Turnover Times on Staffing Costs. Anesthesia and Analgesia.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Bloque Quirúrgico, Estándares y recomendaciones.

CUADRO 27.1
CCSS: RENDIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL APROVECHAMIENTO DE SALA POR
COMPONENTE SEGÚN AÑO^{1/}, TRIENIO 2012-2014

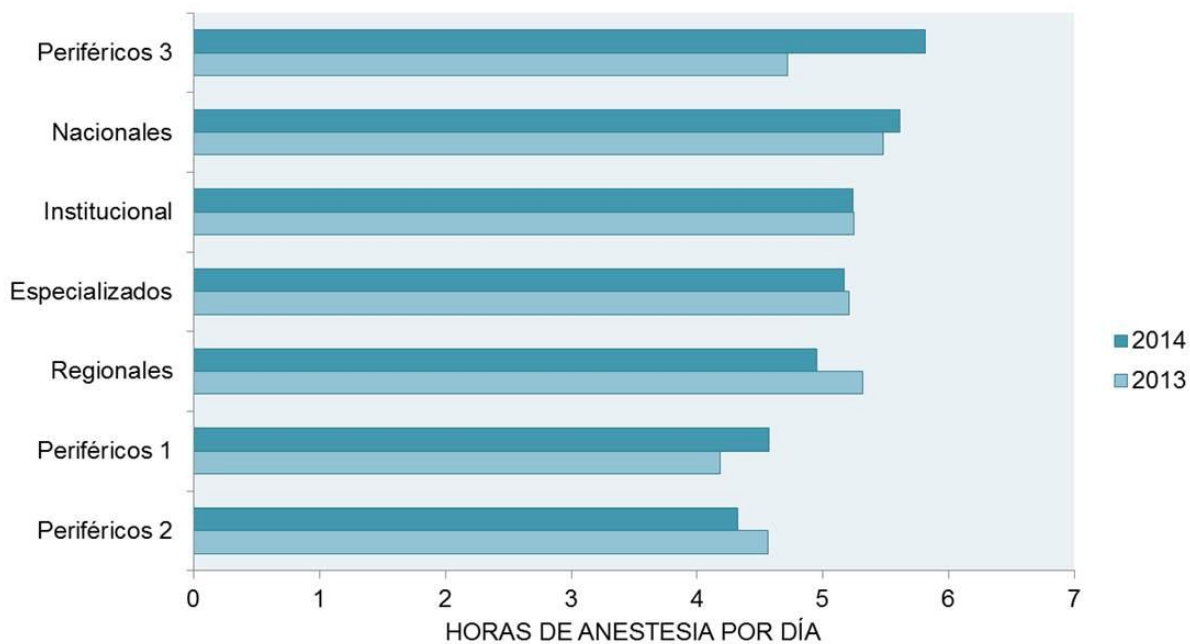
	Año			Diferencia porcentual 2014-2012	Comportamiento
	2012	2013	2014		
Rendimiento (Horas/día)	5,24	5,25	5,26	2,46%	
Días hábiles utilizados	23 385	24 264	28 513	21,93%	
Horas de anestesia reportados	122 582	127 269	150 056	22,41%	
Con aporte al tiempo de anestesia ^{2/}	112	120	168	50,00%	
Total registradas	132	124	176	33,33%	

^{1/} Se consideran solo las salas comunes de centros comunes al trienio 2012-2012. No se suman lo registrado por el Hospital Monseñor Sanabria, el Hospital de Upala, el Nacional de Geriatria y Gerontología ni la Clínica Oftalmológica.

^{2/} No se contabiliza en este grupo aquellas salas que no aporten tiempo de anestesia para calculo del indicador: salas prestadas, para uso de anestesia general, sépticas, urgencias, procedimientos médicos, etc.

FUENTE: Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014.

GRÁFICO 27.1
CCSS: TIEMPO DE ANESTESIA POR DÍA SEGUN TIPO DE HOSPITAL, 2013-2014



FUENTE: -Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de salud, 2014.
-EPSS 2013

Tiempo de uso de quirófanos

Institucional

Horas/día

5,2



5,6

Nacionales



4,9

Regionales



5,8

Periféricos 3



4,4

Periféricos 1 y 2



5,2

Especializados



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

SALAS DE OPERACIONES: CAUSAS DE NO UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANOS

Se logró programar cirugías en el 63% del total de días hábiles de quirófano disponibles en el año.

La inopia de recurso humano es la principal causa de los días hábiles disponibles no programados.

Por su costo, obtener el máximo provecho de los recursos destinados para la ejecución de cirugías, constituye uno de los factores de éxito en la gestión de un centro hospitalario. Por consiguiente, una programación que logre utilizar el total de días disponibles de quirófano sería una meta ideal.

Sin embargo, en la práctica existen muchas circunstancias que dan al traste con la consecución de esta meta y, en el tanto la administración de los establecimientos esté consciente de sus limitaciones al respecto, podrá generar planes que mitiguen los posibles efectos negativos asociados a esas circunstancias.

En el marco de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), la estrategia de medición de los días hábiles con programación efectiva de tiempo anestésico se implementa desde el año 2011 con el objetivo de robustecer el análisis de la eficiencia en la utilización de los quirófanos por parte de los hospitales y centros especializados.

En evaluaciones anteriores se ha observado que existen establecimientos con un rendimiento de tiempo anestésico por día programado sobresaliente, que sin embargo, utilizan una fracción relativamente pequeña de días hábiles disponibles.

El total de días hábiles disponibles por Centro se determina en función del total de salas de las que dispone para la realización de cirugías durante el turno ordinario diurno, y que involucra asistencia anestésica.

En el año 2014 se fortaleció la metodología de recolección de información, ya que la labor de los Centros consistió en enviar a la DCSS las bases de datos o registros de las cirugías realizadas, facilitando en un segundo momento las causales de no programación de días, cuando así corresponda y según sistematización de las bases de datos ejecutada en la DCSS.

Este análisis incluye a los 23 hospitales hospitalarios generales de la institución, además 5 centros especializados: el Hospital Nacional de Niños, el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, el Hospital de las Mujeres, el Centro Nacional de Rehabilitación y la Clínica Oftalmológica, todos con una programación de uso de quirófano.

Debe de aclararse que para los años 2012 y 2013 no se incluyó la información del Hospital Monseñor Sanabria, que no estuvo disponible los dos años anteriores debido a la emergencia ocurrida por el terremoto del 2012, y el Hospital de Upala, que tuvo limitaciones para contar con el recurso humano necesario para poner en funcionamiento sus quirófanos durante ese mismo período, no permitiendo obtener los registros necesarios para el análisis.

Para el año 2014, hubo un aumento del 47% de espacios para realización cirugías (quirófanos) reportados respecto al 2013, pasando de 131 a 193 salas. Si se considera únicamente los 26 centros con información disponible de ambos años, este aumento fue de 42%: 131 a 186. (Cuadro 28.1)

Es de considerar que lo anterior sea el resultado de la modificación en la metodología de recolección de la información de los quirófanos para el año 2014. A su vez, condiciona la cantidad total de días hábiles disponibles para cirugía programada.

En el año 2014, los 28 centros evaluados programaron el 62,9% de los 48 636 días hábiles disponibles en quirófano. El resto de los días hábiles disponibles no se programó, no obstante, solo una pequeña porción (0,3%) corresponde a días sin programación sin causa identificada. (Gráfico 28.1)

Por tipo de Centro, solo los hospitales Periféricos tipo 3 aumentaron el porcentaje de programación de días disponibles en el año 2014 respecto al 2013, siendo los Periféricos tipo 2 y los Nacionales los que mostraron la mayor disminución en la programación de días potencialmente utilizables en el año 2014. (Gráfico 28.2)

Del total de días disponibles por sala en el año 2014, no se programaron 18 067 días, lo que significa una no utilización proyectada de 92 049 horas de tiempo de anestesia, si se considera el promedio particular de cada centro, y 93 936 horas de tiempo de anestesia si se confronta con el promedio institucional de 5,2 horas por día³.

³ Se consideran las salas y rendimientos del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología y de la Clínica Oftalmológica.

Como se describió anteriormente, existen establecimientos que teniendo una utilización de tiempo promedio de anestesia superior al promedio institucional de 5,2 horas por día, solamente lograron abrir los quirófanos una parte del total de días disponibles. Por ejemplo, el Hospital Tomás Casas Casajús, con un tiempo promedio de anestesia aproximado a las 7 horas por día, programó solo el 36% de los días disponibles (90 días), por eventos debidamente justificados (Gráfico 28.3).

Esta situación ocurre también en otros establecimientos, y corresponde el comportamiento institucional de años anteriores. Si no se considera a los Hospitales Upala y Monseñor Sanabria, no evaluados en 2012 y 2013, en el 2014 hubo 17 122 días hábiles no programados, lo que respecto al 2013 implica un incremento del 126% en los días hábiles disponibles no utilizados (Cuadro 28.2).

La no programación de días hábiles por Centro a nivel institucional fue en promedio de 94 días por sala, variando entre los distintos tipos hospital y aumentando en casi todas las categorías al compararse con el año 2013. (Gráfico 28.4)

El menor promedio de días no utilizados por sala lo registró el Hospital de San Carlos con 22,8 días por sala y el máximo el Hospital de Ciudad Neilly con 180,6 días por sala. En el primer caso se pudo establecer la causa de no utilización de sala en el 100% de los casos, en tanto que en el segundo esta causa se identifica en el 95% de los eventos.

A nivel institucional, los centros lograron identificar el 99,1% de las causales que no permitieron la programación de sala en días hábiles durante el año. En relación a las causas de no programación en los quirófanos, la inopia de recurso humano es el principal motivo, representando el 32,7% de los días hábiles disponibles no programados (Gráfico 28.5).

Se aclara que, se contabilizaron todas las suspensiones de programación diaria debidas a la imposibilidad de sustitución de alguno de los miembros de los equipos quirúrgicos.

Otras causales de no programación, se agrupan en:

- Mantenimiento preventivo (25,14%).
- Salas con programación especial: cirugías sin anestesia general, cirugías en sala séptica o cirugías de emergencias (15,63%).
- Mantenimiento reactivo (13,06%).

- Otras (13,43%).

La gestión de los servicios quirúrgicos y los quirófanos es compleja, puesto que involucra la disponibilidad de infraestructura, insumos, recurso humano y la cultura de uso asociada. Igualmente depende de las prácticas de gestión del director del Centro y las jefaturas de servicio.

Existe una serie de condiciones que limitan la programación de los días hábiles disponibles. Como ocurrió en el año 2013, entre las más argumentadas por los hospitales sobresalen:

1. La dificultad de encontrar personal sustituto para plazas nuevas, sustituciones temporales, permisos y vacaciones.
2. La necesidad de realizar mantenimiento preventivo y reactivo a las salas de operaciones.
3. Criterios de diversa índole por decisión de los gestores.

La disponibilidad de recurso humano es la justificación más reiterada y ante la cual la administración local tiene poco o ningún recurso para su resolución. El funcionamiento de los quirófanos depende de la actividad de una serie de personas que, además de ejecutar la actividad quirúrgica como tal, preparan el espacio para brindarle al usuario las condiciones de seguridad requeridas. De tal forma que si falta uno de los integrantes de los equipos se hace imposible la utilización del quirófano aunque se disponga del resto del personal.

Se debe prestar especial atención a una serie de determinantes asociados como lo son: inadecuada planificación en la formación del recurso, insuficientes incentivos para capturar personal capacitado, el limitado margen para la realización de las sustituciones desde el nivel local y el rezago de políticas que disminuyan la fuga de talento de la institución.

Aunque en el 2013 el peso porcentual de esta causa fue de 58% de todas las no programaciones, ese año se contabilizó sólo 4 553 días no programados por esa razón, en tanto que en el año 2014, esta causal impidió la programación de 5 916 días de sala. Según se observa en el Gráfico 28.6, en los hospitales Nacionales, donde se agrupa el 33,4% de las no programaciones de días de sala, la inopia de recurso humano de algún tipo representa solo un 4% de los 6 030 días no programados de sala en este tipo de Centro.

El comportamiento es disímil entre los distintos tipos de establecimiento: los hospitales Regionales, por ejemplo, conglomeran el 22,43% de días no programados en la institución y el factor de inopia de recurso humano es más importante que en los Nacionales, significando casi el 50% del total de días no programados en ese tipo de hospital.

Llama la atención la situación de los hospitales Periféricos tipo 1 cuya no programación de salas representa solo el 15% de toda la institución, pero se observa que de sus 908 días no programados, el 73% se debió a no tener disponibilidad de recursos humano de algún tipo.

La otra causa mayoritaria de no programación de días hábiles de sala la constituye el mantenimiento, sea preventivo o reactivo, constituyéndose en el 38% de las causas de no programación de salas, superando ambas causas en conjunto a la inopia de personal.

El mantenimiento preventivo refleja el interés que la institución ha tenido durante el año por mejorar la infraestructura y las condiciones de atención a la población, con la inevitable afectación temporal que en términos de oportunidad pueden significar.

El mantenimiento reactivo, aunque refiere en algún tracto la atención pronta a imprevistos lógicos del funcionamiento normal de los quirófanos, suma causales que implican un llamado de atención para la administración: inhabilitación de quirófanos por no cumplir los requisitos del Ministerio de Salud, no utilización de quirófanos recién inaugurados por no cumplir con las medidas mínimas para atender los casos asignados, entre otros.

Se requiere identificar las necesidades de atención quirúrgica según área de atracción y red, optimizando la utilización de la capacidad instalada, a partir de lo cual se debe asignar el recurso humano necesario, así como adecuar la infraestructura y el equipamiento.

CUADRO 28.1
SALAS REPORTADAS POR TIPO DE CENTRO, TRIENIO 2012-2014

Tipo de centro	Año			Comportamiento
	2012	2013	2014 ^{1/}	
Nacionales	53	37	68	
Regionales	45	49	53	
Periféricos 3	12	12	14	
Periféricos 2	5	5	10	
Periféricos 1	5	5	8	
Especializados	18	23	33	
Total	138	131	186	

^{1/} No se considera la sala que reportó el Hospital de Upala ni las seis salas reportadas por el Hospital Monseñor Sanabria pues estos centros no se evaluaron entre 2012 y 2013.

FUENTE: Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014.

CUADRO 28.2
CCSS: PROGRAMACIÓN DE QUIRÓFANOS EN DÍAS HÁBILES SEGÚN AÑO, TRIENIO 2012-2014

	2012		2013		2014 ^{1/}	
	Cantidad	Peso porcentual	Cantidad	Peso porcentual	Cantidad	Peso porcentual
Días con programación	24 148	69,44%	25 147	76,18%	29 608	63,17%
Días no programados con causa identificada	10 147	29,18%	7 568	22,92%	17 122	36,53%
Días no programados sin causa identificada	481	1,38%	297	0,90%	142	0,30%
Total días hábiles a programar en el año	34 776		33 012		46 872	
Salas reportadas	138		131		186	
Salas con registro de tiempo de anestesia	117		126		175	

^{1/} No incluye los Hospitales Upala ni Monseñor Sanabria

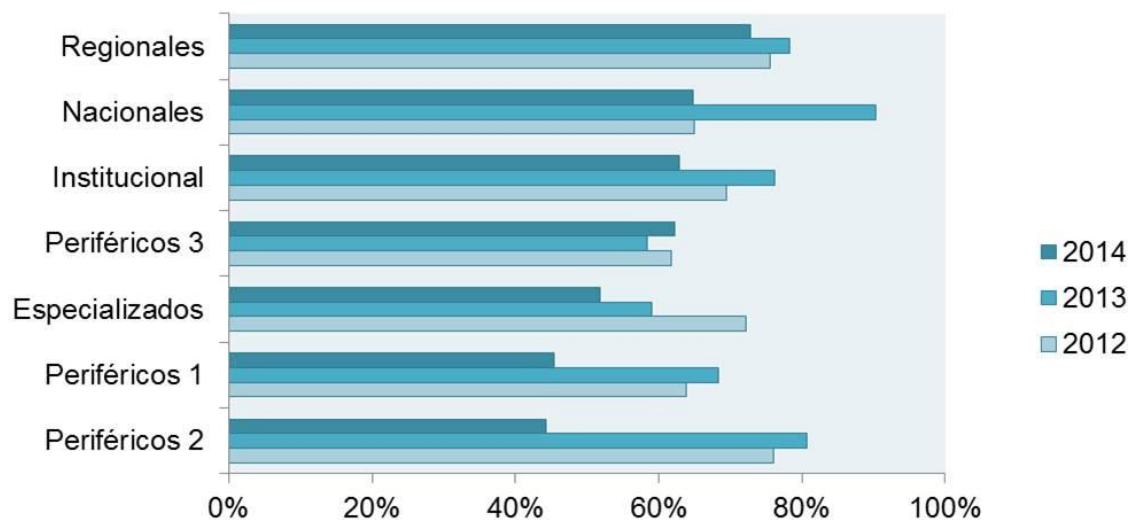
FUENTE: Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014.

GRÁFICO 28.1
CCSS: UTILIZACIÓN DE LOS DÍAS PROGRAMABLES, 2014



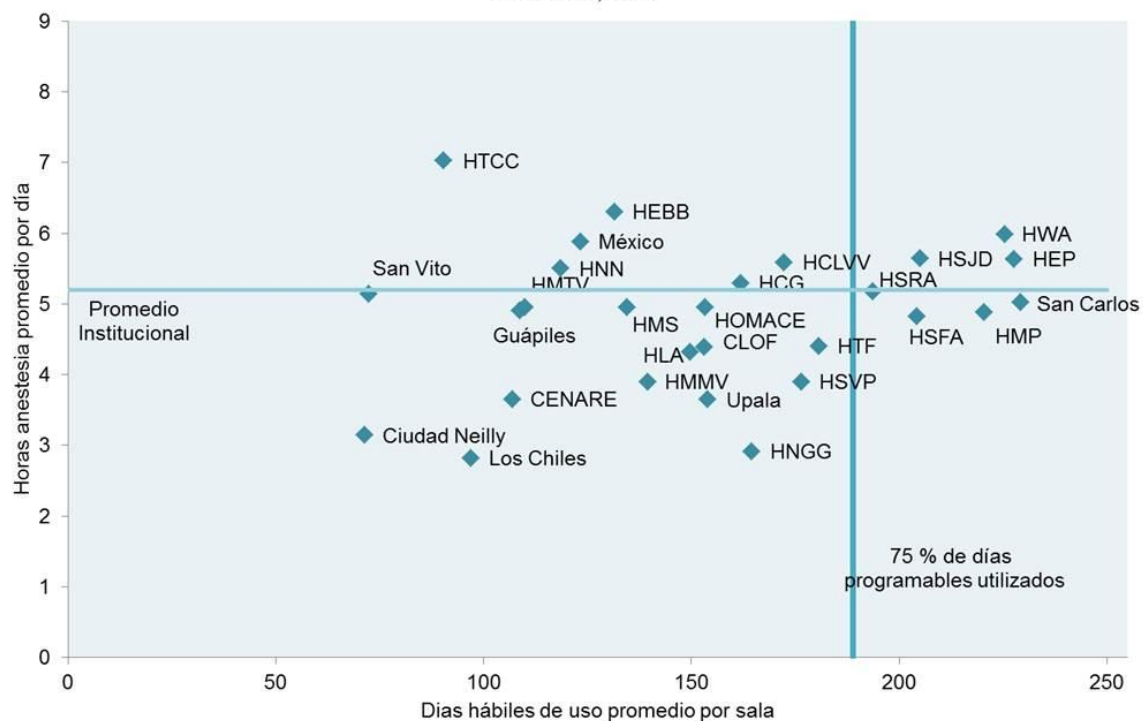
FUENTE: Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014.

GRÁFICO 28.2
PROGRAMACIÓN DE LOS DÍAS HÁBILES DISPONIBLES POR TIPO
DE CENTRO, TRIENIO 2012-2014



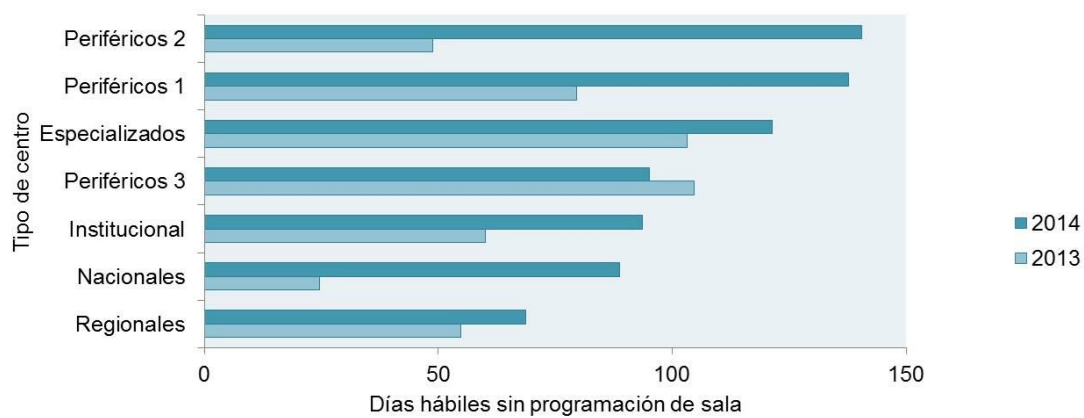
FUENTE: -Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014.
-EPSS 2012 y EPSS 2013.

GRÁFICO 28.3
CCSS: HOSPITALES SEGÚN DÍAS DE USO PROMEDIO POR SALA Y TIEMPO DE ANESTESIA
POR SALA, 2014



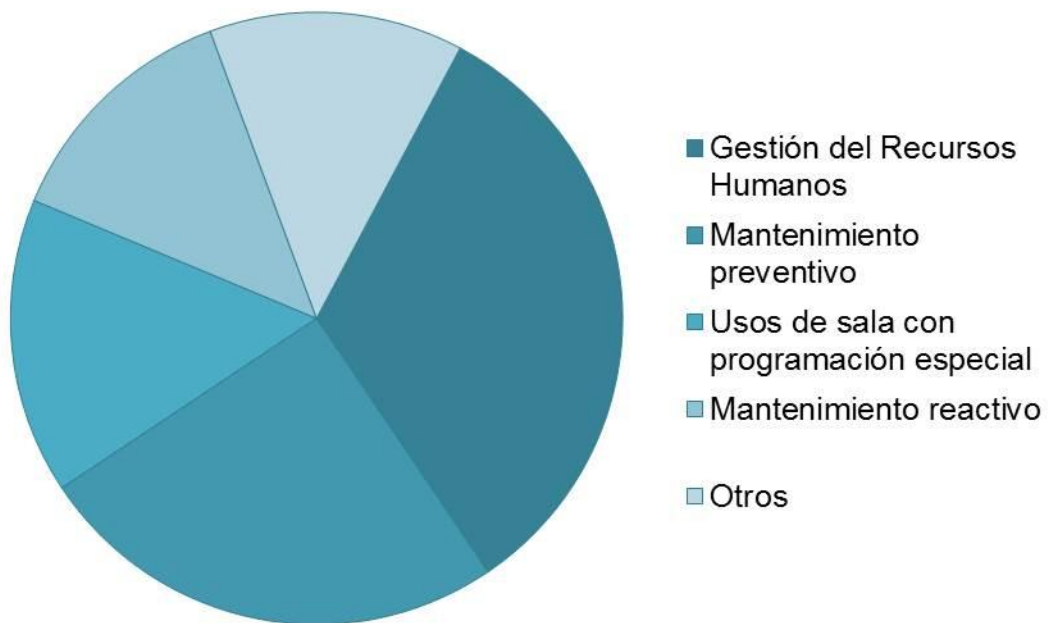
FUENTE: Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014.

GRAFICO 28.4
CCSS: DÍAS HÁBILES SIN PROGRAMACIÓN DE SALA POR TIPO DE HOSPITAL, BIENIO
2013-2014



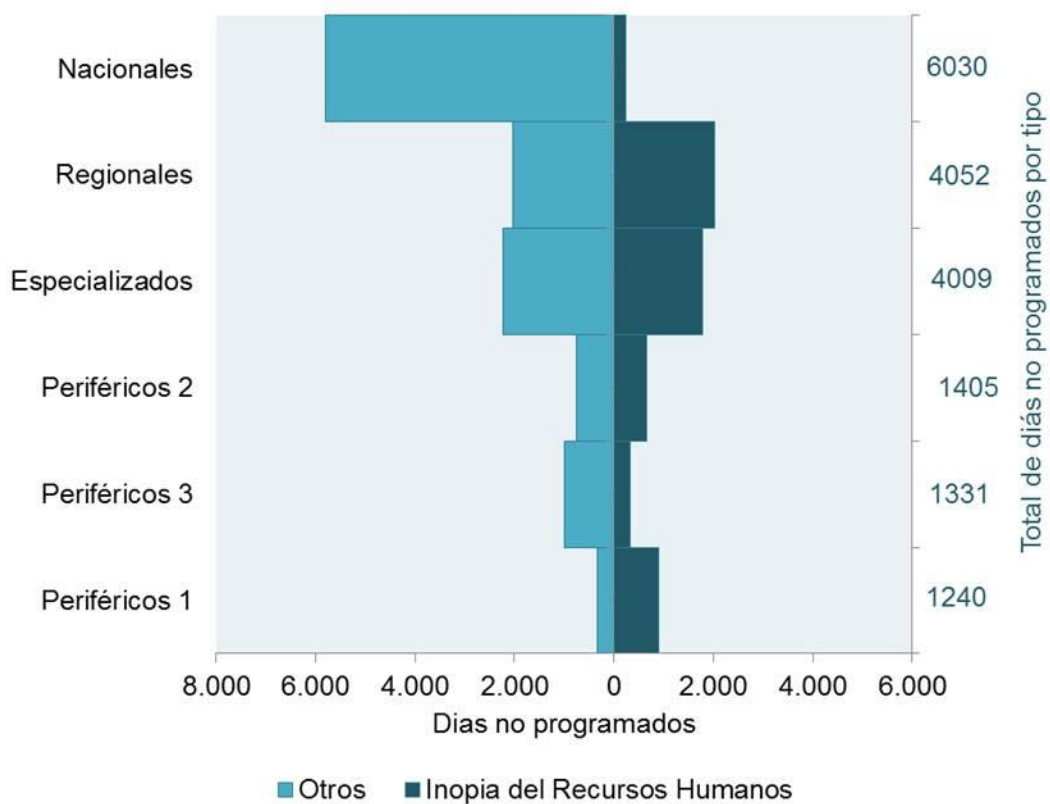
FUENTE: -Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de salud, 2014.
-EPSS 2013

GRÁFICO 28.5
CCSS: CAUSAS DE NO PROGRAMACIÓN DE DÍAS
HÁBILES, 2014



FUENTE: Bases de datos de cirugías realizadas, Centros de Salud, 2014

GRAFICO 28.6
CCSS: INOPIA DE RECURSO HUMANO Y OTRAS EN LA NO
PROGRAMACIÓN DE DÍAS DE SALA, 2014



No utilización de sala de operaciones: Causas

36.8%

De días hábiles no programados

Total de días hábiles

46 872

Programados

29 608

No programados

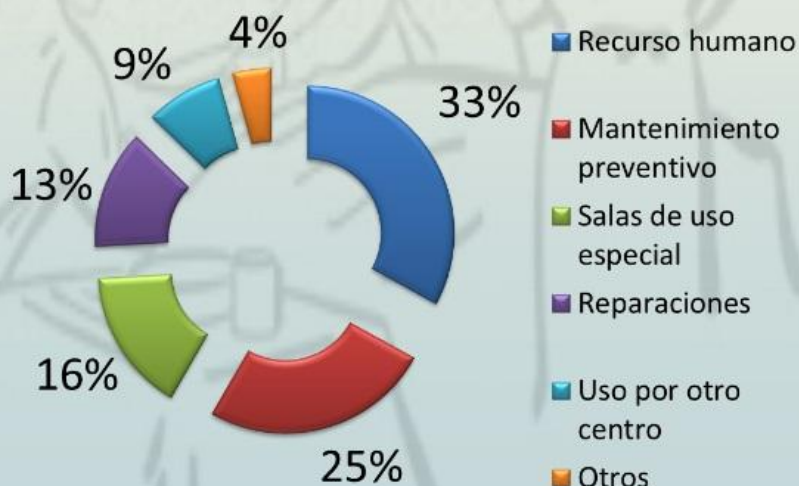
17 264

Sin causa identificada

142

Con causa identificada

17 122



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://Intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

ESTANCIA HOSPITALARIA Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN

Utilización de estancias mayores a las esperadas y porcentajes de ocupación bajos.

En la mayoría de los hospitales generales, dos o más servicios registraron estancias superiores a las esperadas de acuerdo con la complejidad que atienden, y los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría mostraron bajos porcentajes de ocupación.

La cama hospitalaria es uno de los recursos más importantes del sistema hospitalario de cualquier seguro de salud. El desequilibrio entre la demanda y la provisión de camas afecta la planificación estratégica y la política de admisión de los hospitales, independientemente de su nivel de resolución (Cortés-Martínez, 2010).

Lo más conveniente para un sistema de servicios de salud es que los hospitales cuenten con un buen nivel de ocupación, una estancia adecuada de acuerdo a la complejidad de los casos atendidos y una óptima distribución interna de las camas entre servicios.

Para establecer una comparación en términos de eficiencia en el manejo de la cama hospitalaria se debe medir el porcentaje de ocupación y la utilización de las estancias (Pabón-Lasso, 1986) (Morera, 2014), suponiendo que exista una adecuada distribución interna de las camas entre servicios, según la configuración oferta-demanda.

Para el año 2014, en los hospitales generales para los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología se calculó el porcentaje de ocupación (PO), que mide la eficiencia en el manejo de las camas, y el índice de funcionamiento (IF), que mide la eficiencia en el manejo de las estancias.

Para determinar la eficiencia en la utilización de las estancias se debe tener en consideración el tipo de pacientes que atienden, para esto es imprescindible medir la casuística atendida. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) brindan información sobre la tipología de pacientes (el tipo de GRD) que atiende el hospital y el grado de complejidad que estos tienen (Casas, 1991) (Rivero A, 1999).

El IF es un indicador derivado del sistema de GRD que permite determinar si las estancias de un hospital son acordes a la casuística tratada, con lo cual se

convierte en un indicador de la eficiencia relativa en el manejo de las estancias de cada hospital respecto al conjunto de hospitales (Moya, 1998).

Las fuentes de información utilizadas para obtener estos indicadores son el Anuario Estadístico elaborado a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS) y el informe de GRD, ambos aportados por el Área de Estadística en Salud (AES).

Para la interpretación de los resultados se utilizaron gráficos de dispersión, representando en el eje de las abscisas el IF y en el eje de las ordenadas el PO. Esto ubica a los servicios en cuadrantes según la distribución de eficiencia en el manejo de las estancias y la ocupación de las camas

Los resultados se presentan según tipo de hospital: Nacionales, Regionales, Periféricos 3 y Periféricos 1 y 2.

En los hospitales nacionales (Gráfico 29.1) se observa que el Hospital Calderón Guardia registró un consumo de las estancias en todos sus servicios acorde a la norma, salvo en Neonatología, y una alta ocupación, con excepción del servicio de Ginecología donde está por debajo del óptimo (85%).

Por otro lado el Hospital San Juan de Dios fue ineficiente en el manejo de las estancias en sus servicios, salvo en Obstetricia, dado que consumió más estancias que la norma para resolver casos de una complejidad dada ($IF > 1$), registró una alta ocupación en los servicios de Cirugía y Medicina, y baja en Ginecología y Obstetricia.

El Hospital México tuvo una alta ocupación en los servicios de Medicina y Neonatología, y baja en Ginecología, con un consumo de más estancias que la norma en Obstetricia y Neonatología.

Como elemento común en los tres hospitales nacionales el Servicio de Medicina presentó alta ocupación y el de Ginecología baja ocupación. Además, el Servicio de Neonatología mostró alto consumo de las estancias.

El Gráfico 29.2 muestra a los hospitales regionales, San Rafael, San Carlos, Enrique Baltodano y Escalante Pradilla registraron altas ocupaciones en la mayoría de los servicios, mientras que los hospitales San Vicente, Max Peralta, Monseñor Sanabria y Tony Facio presentaron en la mitad de sus servicios ocupaciones bajas.

En cuanto al manejo de las estancias, los hospitales San Carlos y Escalante Pradilla tuvieron un manejo adecuado en la mayoría de los servicios, caso contrario a los hospitales San Rafael y Tony Facio.

Una característica en este grupo de hospitales, es que en la mayoría los PO de los servicios de Medicina y Cirugía fueron altos, en tanto, bajos en Ginecología y Pediatría.

Además, el IF de los servicios de Cirugía, Ginecología, Obstetricia y Pediatría se encuentra mayor a uno, es decir, presentaron un alto consumo de estancias para resolver casos de una complejidad dada, en la mayoría de hospitales.

En los hospitales Periféricos 3 (gráfico 29.3) el hospital Valverde Vega presentó bajas ocupaciones en todos los servicios, a excepción de Pediatría, y un adecuado manejo de las estancias, exceptuando Medicina.

Los servicios de Medicina y Pediatría del hospital William Allen mostraron PO altos e IF adecuados.

En el caso del hospital La Anexión, éste presentó un adecuado manejo de las estancias en todos los servicios y bajas ocupaciones, a excepción de Medicina.

El hospital de Guápiles en los servicios de Neonatología y Cirugía, tuvo altas ocupaciones y adecuado manejo de las estancias.

En general el 75% de los hospitales Periféricos 3 presentó bajas ocupaciones en Cirugía y Obstetricia y bajo consumo de las estancias en Medicina y Cirugía.

El gráfico 29.4 muestra los hospitales Periféricos 1 y 2, se observa que San Francisco y Upala presentaron bajas ocupaciones en el 60% de los servicios.

Los hospitales Max Terán y Ciudad Neilly registraron adecuado manejo de las estancias en todos los servicios, pero bajos porcentajes de ocupación en la mayoría.

Igualmente, Los Chiles y San Vito, presentaron un adecuado manejo de las estancias en la mayoría de servicios.

Por otro lado, los hospitales Manuel Mora y Tomás Casas reportaron bajos porcentajes de ocupación en todos los servicios, a excepción de Medicina, y altos índices de funcionamiento en la mayoría.

En particular, todos los hospitales Periféricos 1 y 2 reportaron altas ocupaciones en Medicina y bajas ocupaciones en Cirugía, y en la mayoría, el servicio de Ginecología presentó un alto consumo de las estancias.

De forma general, en la mayor parte de los hospitales, independientemente del tipo, se muestra que los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría registraron índices de ocupación muy por debajo del 85%, considerado como un nivel cercano al óptimo.

Algunos problemas que pueden explicar tal desequilibrio son: inadecuada distribución interna de las camas, falta de personal médico especializado y baja demanda de algunas atenciones, debe considerarse también el cambio demográfico y del perfil epidemiológico de la población.

Además, se deben contemplar una serie de limitaciones, que para Costa Rica incluye entre otras, el tipo de cama (cunas vs. camas normales), la relación personal enfermería y asistentes de pacientes por cama, y la división en salones para hombres y mujeres.

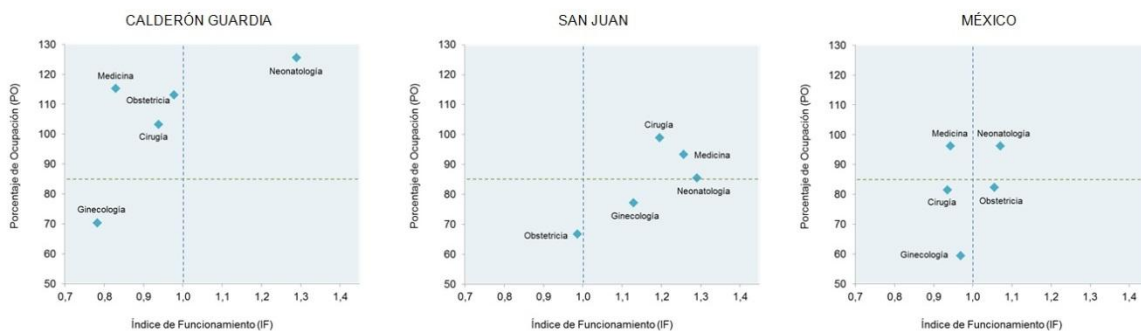
No obstante, se recomienda investigar a profundidad para identificar las causas de esa baja ocupación.

Por otro lado, el 70% de los hospitales tuvo dos o más servicios con estancias superiores a las esperadas, de acuerdo con la casuística que atienden. Es necesario elaborar un perfil de eficiencia para identificar en qué categorías diagnósticas mayores un hospital es más eficiente y en cuáles no lo está siendo. A partir de estos resultados se podría desarrollar protocolos con el fin de estandarizar la prestación de servicios en los diagnósticos con mayor variabilidad en la estancia media.

Referencias Bibliográficas.

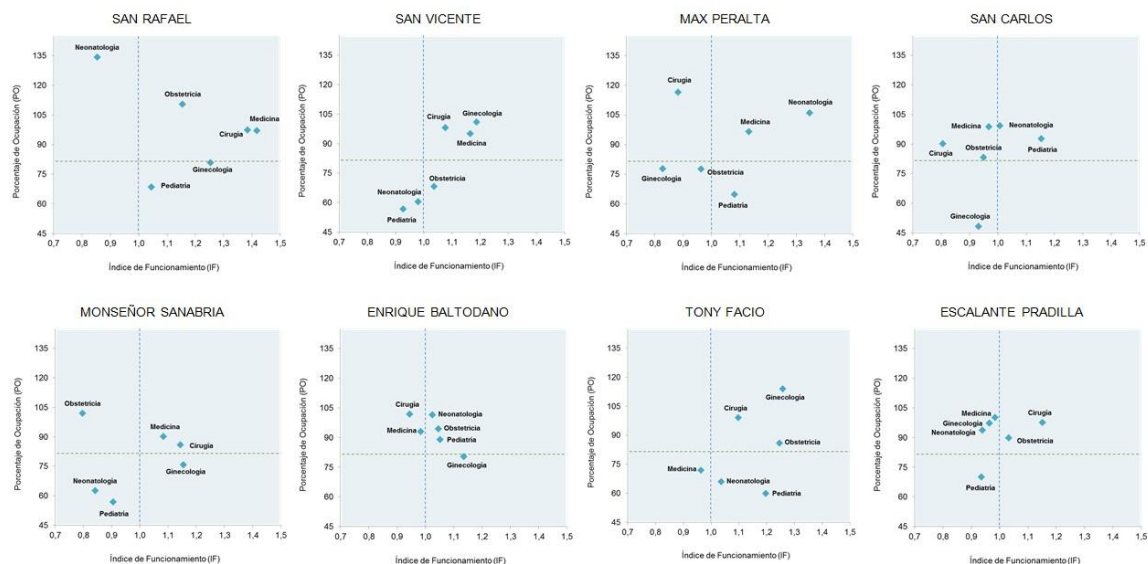
- Casas M (1991). Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y Perspectivas de Utilización. Masson SA. Madrid. 1991.
- Cortés-Martínez A (2010). La economía de la salud en el hospital. Rev. Gerenc Polit Salud; 9:138-149.
- Morera M (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. Acta méd costarric.; 56(3)109-114.
- Moya L (1998). Aplicación de los grupos de diagnósticos relacionados a la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS. Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc, 6(2), 13-33.
- Pabon- Lasso H (1986). Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. Rev Panam Salud Publica; 20:341-57.
- Rivero A, Sendino M, Cózar R, Pascual M, et al (1999). Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1999. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf> (última revisión 17-06-2013).

Gráfico 29.1
CCSS PORCENTAJE DE OCUPACIÓN E ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITALES NACIONALES, 2014



FUENTE: Área de Estadísticas en Salud. Anuario Estadístico del Sistema de Egresos de Servicios de Salud (SESS) e Informe GRD. 2014

Gráfico 29.2
CCSS PORCENTAJE DE OCUPACIÓN E ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITALES REGIONALES, 2014



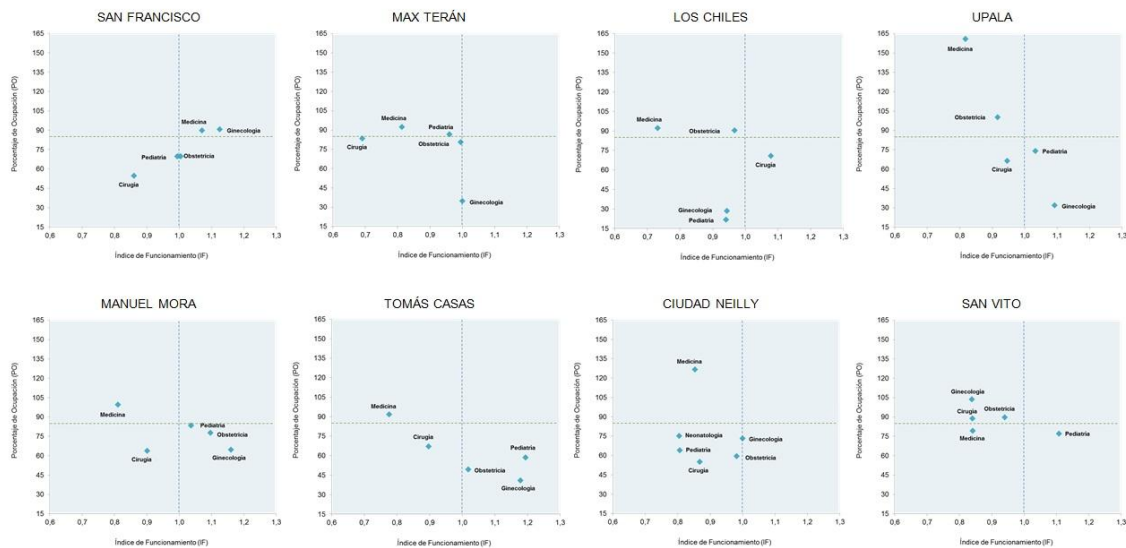
FUENTE: Área de Estadísticas en Salud. Anuario Estadístico del Sistema de Egresos de Servicios de Salud (SESS) e Informe GRD. 2014

Gráfico 29.3
CCSS PORCENTAJE DE OCUPACIÓN E ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITALES PERIFÉRICOS 3, 2014



FUENTE: Área de Estadísticas en Salud. Anuario Estadístico del Sistema de Egresos de Servicios de Salud (SESS) e Informe GRD. 2014

Gráfico 29.4
CCSS PORCENTAJE DE OCUPACIÓN E ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITALES PERIFÉRICOS 1 Y 2, 2014



FUENTE: Área de Estadísticas en Salud. Anuario Estadístico del Sistema de Egresos de Servicios de Salud (SESS) e Informe GRD. 2014

COSTO DEL EGRESO HOSPITALARIO AJUSTADO POR COMPLEJIDAD

El costo por egreso hospitalario según su complejidad se incrementó en la mayoría de los hospitales.

En el año 2014 se registró en la mayoría de hospitales un leve aumento en el costo real del egreso hospitalario ajustado por complejidad respecto al 2013, y el grupo de hospitales Periféricos 1 y 2 tuvo la mayor variabilidad.

Dentro del campo del desempeño hospitalario un componente fundamental es la eficiencia hospitalaria y específicamente, el nivel de eficiencia de las hospitalizaciones de pacientes, que constituye el mayor componente del quehacer hospitalario (Jiménez, 2004). En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el gasto hospitalario representa alrededor del 70% del gasto total de los servicios de salud. (Morera M. , 2015) (CCSS, DCSS, 2014)

Al momento de valorar la producción de los hospitales es importante identificar el tipo de casos que son atendidos, es decir, estimar cual es la complejidad de la producción hospitalaria, para posteriormente reconocerla al momento de confrontarse con el gasto en hospitalización.

Por tal razón, para establecer la comparación en términos de eficiencia entre hospitales, se debe utilizar una medida de la producción ajustada por complejidad (Rivero A, 1999) (Moya, 1999), que luego se compare con los costos de los respectivos establecimientos.

Para comparar el nivel de eficiencia de los hospitales en este análisis se utilizó el costo de la producción hospitalaria ajustado por complejidad. El objetivo es identificar los Centros que tienen mayor costo en el conjunto de hospitales de la institución, y cuál es la variación presentada respecto al año 2013. (CCSS, DCSS, 2014) (Morera M. , 2013)

Para realizar la comparación entre hospitales se creó una nueva medida denominada Unidades de Hospitalización Ajustadas por Complejidad (UHAC), que corresponde a los egresos hospitalarios ajustados en función de su casuística (Morera M. , 2015) (Nutti, 2011) (Morera M. , 2013)

Las fuentes de información utilizadas en este análisis son la base de datos construida a partir del Sistema de Egreso de Servicios de Salud (SESS) adaptada

a los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), aportada por el Área de Estadística en Salud (AES) y el Cuadro del Gasto de Hospitalización por Unidad Ejecutora del Anuario de Costos Hospitalarios, elaborado por el Área de Contabilidad de Costos, a partir del Sistema de Información Financiera con la plataforma del Programa 2000 Servicios Médicos. El estudio se efectuó para el período 2013-2014.

Por otra parte, el costo por UHAC se ajustó con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) para eliminar la pérdida del poder adquisitivo entre los dos años analizados. El IPC se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Los hospitales se clasificaron en tres categorías:

- Alto Costo: costo por UHAC superior al percentil 75.
- Costo Moderado: costo por UHAC ubicado entre los percentiles 25 y 75.
- Bajo Costo: costo por UHAC inferior al percentil 25.

En general, cuando se analiza por tipo de hospital se encuentra que los hospitales con menor costo por UHAC son los Regionales y los Periféricos 3, y los que presentan mayor costo son los Periféricos 1 y 2. Además, la mayor variabilidad en el costo por UHAC entre establecimientos de un mismo tipo se registró también en el grupo de hospitales Periféricos 1 y 2. (Gráfico 30.1)

Por otra parte, en el período estudiado se presentó un leve aumento en el costo real por UHAC en la mayoría de hospitales. En el grupo de los Centros especializados sobresale el incremento en el Hospital Nacional de Niños, pasando de un costo moderado en el 2013 a un costo alto en el año 2014. (Gráfico 30.2) En el caso de los hospitales generales, aunque el Monseñor Sanabria y Ciudad Neily registraron una leve disminución en el 2014, éstos se continúan ubicando sobre el percentil 75 en el conjunto de hospitales analizados.

Para el 2014, el hospital de Ciudad Neily registra el mayor costo por UHAC en el conjunto de hospitales de la institución, seguido del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología y de Upala. Además, los hospitales Tomás Casas y Los Chiles se ubicaron también sobre el percentil 75. Entre los hospitales Nacionales, el San Juan de Dios registró el mayor costo por UHAC (costo moderado). (Gráfico 30.3)

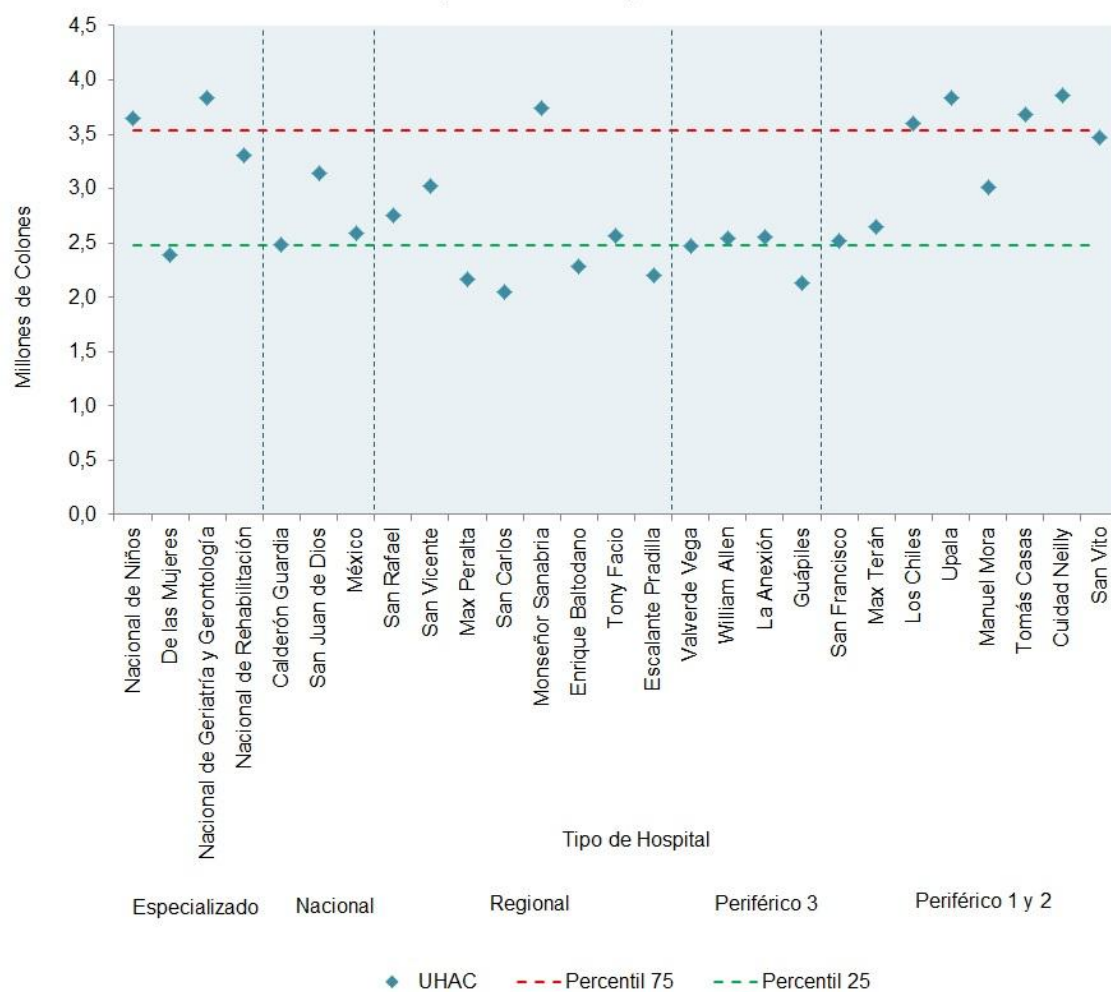
Una serie de factores deben de considerarse al analizar el costo por UHAC de los establecimientos, tales como, el tipo de casos hospitalizados, la oferta en términos de personal especializado, tecnologías y consumo de insumos asociados, y la ubicación geográfica del establecimiento procurando una mayor equidad en la prestación de servicios.

Es pertinente que los Centros con mayores desviaciones en el costo sean susceptibles de una mayor revisión para establecer sus causas. También se debe analizar a profundidad las causas de la variabilidad en el costo por UHAC entre los hospitales que son de un mismo tipo.

Referencias Bibliográficas.

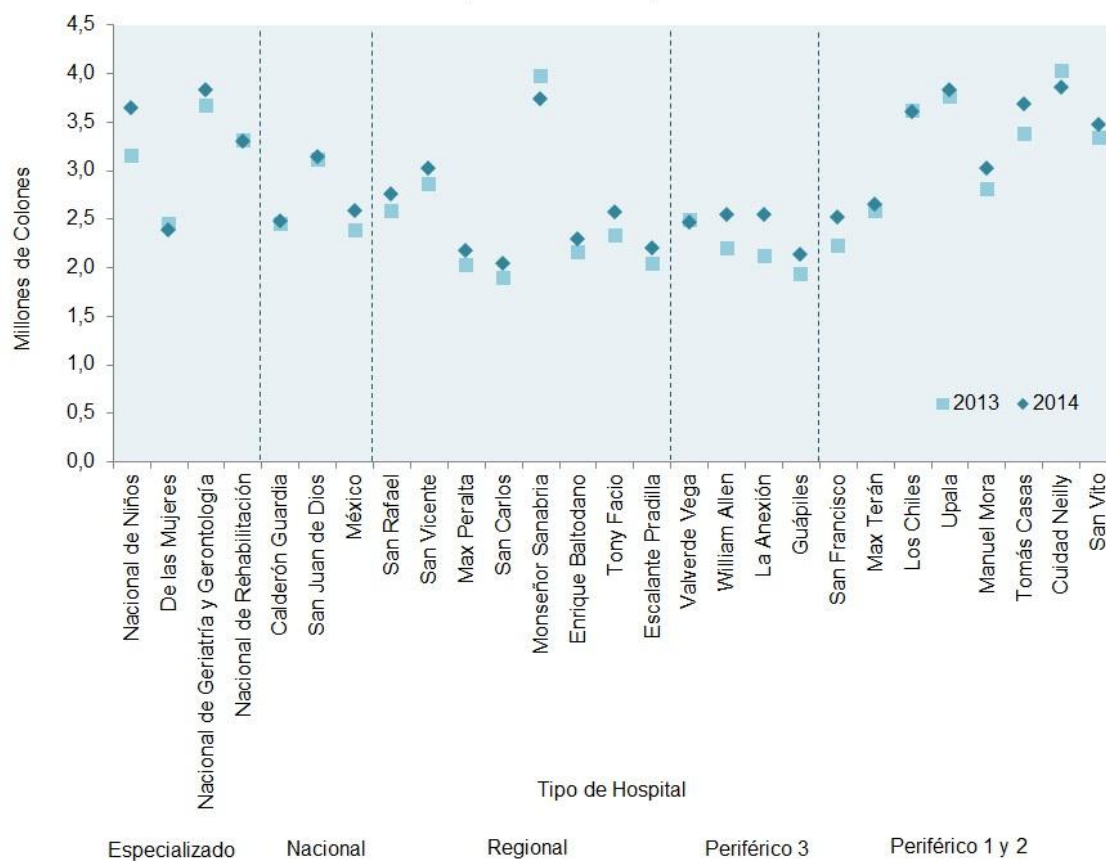
- CCSS, DCSS. (2014). Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013. San José: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Jiménez. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública, 30(1) 17-36.
- Morera, M. (2013). Ficha técnica 5-09-A Eficiencia. Producción hospitalaria. Costo ajustado por complejidad. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social:
http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Eficiencia_H/Eficiencia.%20Producci%C3%B3n%20hospitalaria.%20Costo%20ajustado%20por%20complejidad.pdf
- Morera, M. (2015). Análisis de eficiencia relativa de hospitales públicos de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica PSM, 12(2).
- Moya, L. (1999). Aplicación de los grupos de diagnósticos relacionados a la gestión del sistema nacional de servicios de hospitalización de la CCSS. Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc, 6(2), 13-33.
- Nuti, S. D. (2011). Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy. International Journal for Quality in Health Care, 23(3), 324-330.
- Rivero A, S. M. (1999). Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 30.1
CCSS: COSTO DE HOSPITALIZACIÓN AJUSTADO POR COMPLEJIDAD
SEGÚN TIPO DE HOSPITAL, AÑO 2014
(millones de colones)



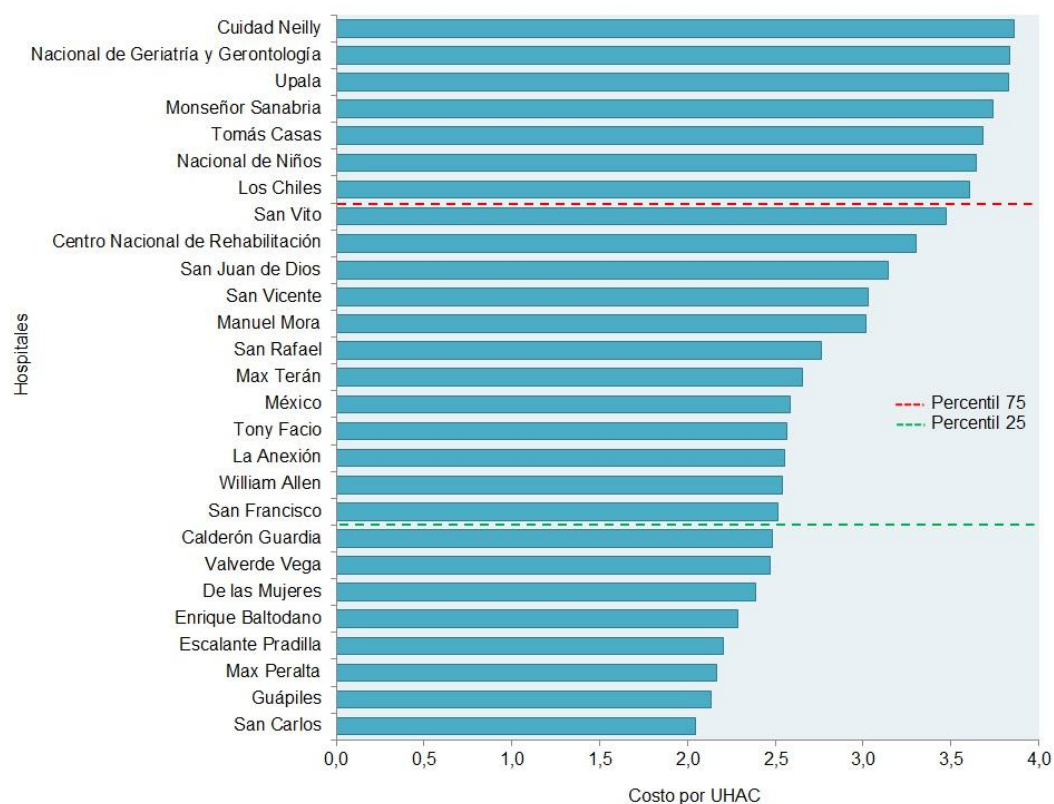
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014. Datos contruidos a partir de información suministrada por el Área de Estadística en Salud y el Área de Contabilidad de Costos.

Gráfico 30.2
CCSS: COSTO DE HOSPITALIZACIÓN AJUSTADO POR COMPLEJIDAD
SEGÚN AÑO Y TIPO DE HOSPITAL, AÑOS 2013-2014
(millones de colones)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2013- 2014. Datos contruidos a partir de información suministrada por el Área de Estadística en Salud y el Área de Contabilidad de Costos.

Gráfico 30.3
CCSS. COSTO DE HOSPITALIZACIÓN AJUSTADO POR COMPLEJIDAD
SEGÚN HOSPITAL, 2014
(millones de colones)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014. Datos contruidos a partir de información suministrada por el Área Estadística en Salud y el de Área de Contabilidad de Costos.



Gasto servicios de salud, CCSS

70%
Hospitales



30%
Áreas de Salud

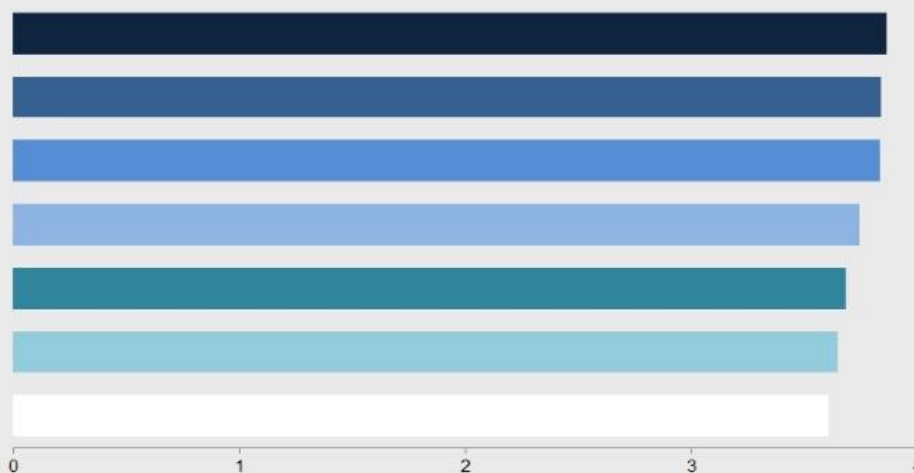


Unidades de Hospitalización Ajustadas por Complejidad (UHAC)

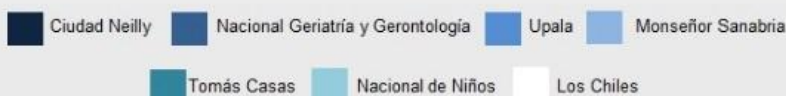
Egresos hospitalarios ajustados en función de su complejidad o casuística



Hospitales con mayor costo por UHAC año 2014



Millones de colones



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

El 50% de los casos que egresaron con procedimientos registrados en los centros hospitalarios se intervinieron por la modalidad ambulatoria.

Los hospitales Regionales registraron la mayor cantidad de cirugías ambulatorias.

La modalidad de intervención quirúrgica con recuperación extra hospitalaria o ambulatoria se describe por primera vez a principios del siglo XX en Reino Unido. (Nicoll, 1909)

En Costa Rica, los esfuerzos pioneros se registran desde el año 1984 y, aunque se ha intentado instrumentalizar y normalizar su práctica, a la fecha no existe un protocolo estandarizado para la selección y seguimiento de los casos susceptibles de ser intervenidos mediante esta modalidad. (Molina & Vargas, 2015)

Sus fortalezas se reflejan al promover la disminución de costos en la recuperación post quirúrgica de los procedimientos susceptible, puesto no requiere de un período de observación hospitalaria, esto cuando se aplican correctamente los criterios de selección en casos con complejidad baja a moderada.

Así por ejemplo, si se logra intervenir mediante la modalidad ambulatoria al menos el 90% de los casos agrupados en los tres procedimientos con mayor volumen en espera a diciembre de 2014, la institución se estaría ahorrando un aproximado de 28 744 millones de colones, unos 53 millones de dólares al tipo de cambio actual. (Guzman Hidalgo, 2015)

Consecuentemente los recursos hospitalarios liberados pueden ser utilizados en la capacitación y especialización en técnicas quirúrgicas más expeditas, mejoras en la habilitación de quirófanos, así como en la atención de casos de mayor complejidad, provocando en conjunto, un impacto positivo en la disminución de las listas de espera de procedimientos de cualquier complejidad y un mayor aprovechamiento del recurso fijo invertido.

Además mejora la oportunidad de la atención al usuario y le permite un período de convalecencia post quirúrgico placentero y satisfactorio al departir en un entorno conocido (su hogar) y tener la atención permanente de las personas que integran su núcleo familiar.

En una coyuntura nacional donde la institución tiene como expectativa optimizar sus recursos y mejorar la satisfacción y oportunidad de atención al usuario, la modalidad de intervención quirúrgica ambulatoria se convierte en una alternativa de intervención conveniente y efectiva.

Su importancia es tal, que la DCSS ha incluido su medición como un indicador significativo y permanente de la gestión y ha implementado su evaluación tratando siempre de brindar información oportuna y clara para la toma de decisiones.

La medición se realiza a partir de los casos con ingreso electivo que al egresar tengan un procedimiento indicado. Se calcula la relación entre lo registrado como alta por el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria respecto al egreso total.

No obstante, existen factores del servicio o de la misma condición de salud del usuario que imposibilitan una recuperación post quirúrgica no hospitalaria, habrá casos que inicialmente impresionan ser susceptibles de intervenirse ambulatoriamente, pero en la práctica no es posible manejarlos de esa forma. Corresponderá al cirujano describir y registrar esta situación.

Por ello, para conocer el verdadero potencial ambulatorio de un centro se requiere explorar el método que sus cirujanos utilizan para realizar la selección de casos. En consecuencia, uno de los indicadores explorados en el 2014 procuró identificar para cada centro las condicionantes que puedan afectar esa selección.

De momento, esta medición se encuentra en una etapa de ajuste que se proyecta brinde sus primeros datos en el siguiente bienio. También se espera que a partir de esta información, mediante la interlocución e intercambio de experiencia entre los establecimientos y las regiones, se potencialicen buenas prácticas y se fortalezca el proceso ambulatorio quirúrgico.

En el 2014, el egreso del Servicio de Ambulatoria significó el 50,2% de los 113 848 egresos con procedimiento registrado en los centros hospitalarios. Este porcentaje fue discretamente superado solo en el año 2013 cuando se alcanzó un 50,9% para el mismo indicador. (Gráfico 31.1)

Desde el año 2000 se ha dado un crecimiento casi constante en la selección de la modalidad ambulatoria para la intervención electiva, registrándose en aquel año un 30,7% de procedimientos ambulatorios.

En términos absolutos son los hospitales Regionales los que realizan mayor cantidad de intervenciones registradas como ambulatorias, seguidos por los Nacionales y los Especializados. (Gráfico 31.2)

Proporcionalmente y considerando el total de egresos por tipo de Centro, el mayor esfuerzo por escoger la modalidad ambulatoria lo realizaron los hospitales Periféricos tipo 2 que operaron bajo la intervención ambulatoria el 61% de sus egresos electivos con procedimiento indicado, seguidos de los Especializados que lo lograron en el 56% de sus egresos electivos con procedimiento.

Los hospitales Periféricos tipo 3 son los que realizaron la menor cantidad de egresos con intervención ambulatoria, sea que se considere el egreso absoluto o el relativo al tipo de Centro.

La información recolectada durante la EPSS del año 2014 señala que el registro de una causa clara para seleccionar la modalidad con hospitalización en lugar de la ambulatoria se indicó entre el 10% a 40% de los expedientes evaluados, según fuera el Centro.

Entre las causales esbozadas por los gestores y los especialistas encargados encontramos:

- No se dispone de programas de Cirugía Ambulatoria con personal y espacios físicos adaptados para la atención de la Cirugía Ambulatoria.
- Existe predilección para la asignación de recursos para la cirugía con hospitalización.
- La mayoría de los Centros no dispone de un protocolo escrito y específico que determine cuales casos pueden o no ser intervenidos en forma ambulatoria, quedando a criterio del cirujano el proceder.
- No disponen de unidades de recuperación propias y su flujo se ve afectado por la programación quirúrgica global, por lo cual existe incertidumbre para programar procedimientos por la modalidad de ambulatoria al no contar con espacio de quirófano, recuperación y salones que respalden una posible hospitalización ante una complicación.
- La poca cantidad de apoyo de recurso humano para la pre y pos cirugía hace que se prefiera la corta estancia, optando por un internamiento de 12 a 24 horas previas a la cirugía para completar los requisitos y preparación pre quirúrgica, o una pernoctación pos quirúrgica para asegurar la no presentación de complicaciones.
- Se comparte el criterio de que hay ventajas en la CMA, pero se percibe que no se facilitan suficientes recursos, lo que se acentúa ante la carencia de recurso de anestesiólogo y apoyo de enfermería.

Existe por tanto, una evidente desarticulación en la prestación del servicio para la selección de la modalidad ambulatoria, manifestándose la necesidad de estandarizar el trabajo al respecto.

Además de puntualizar posibles falencias en los procesos que permitan reforzar la gestión local, se debe hacer toda una revisión del quehacer institucional que permita fortalecer activa y eficazmente la actividad quirúrgica ambulatoria.

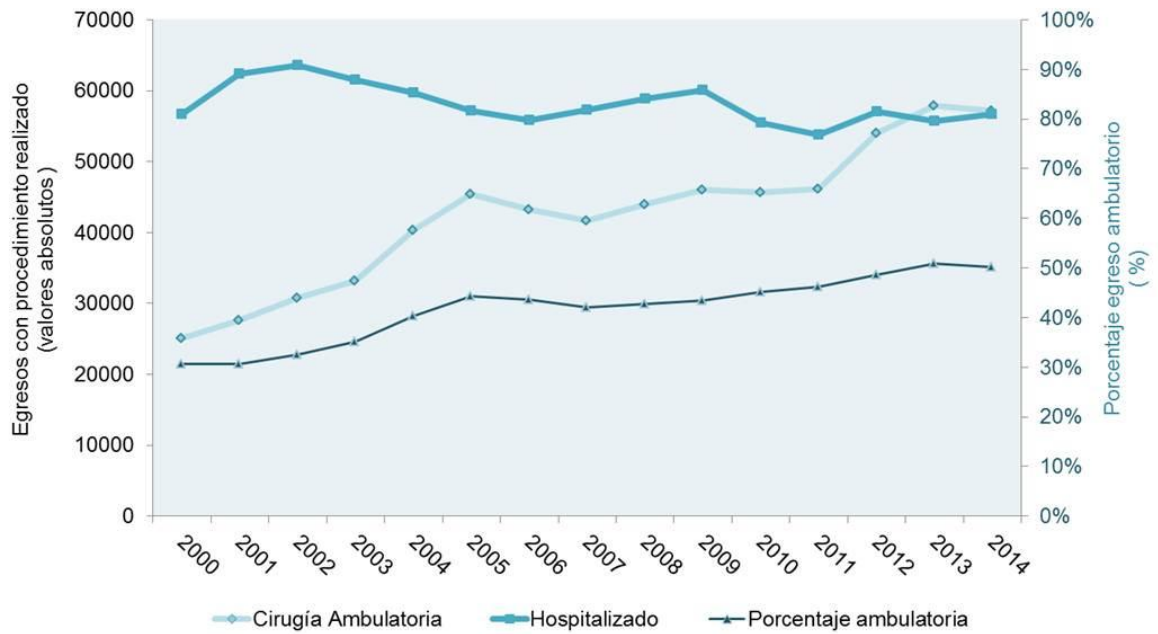
Esta intervención debiese incluir una política institucional donde se plasme la importancia de la actividad ambulatoria en el marco del acción de la institución, se establezcan los lineamientos y protocolos a seguir, e idealmente se puntualice el accionar de un ente regulador que dé seguimiento al cumplimiento de esos lineamientos.

Con ello sería de esperar que se ajuste las capacidades resolutorias de los hospitales y se alcance su máxima potencialidad quirúrgica ambulatoria, dotando a la institución de un programa eficiente y oportuno para su programación.

Referencias Bibliográficas.

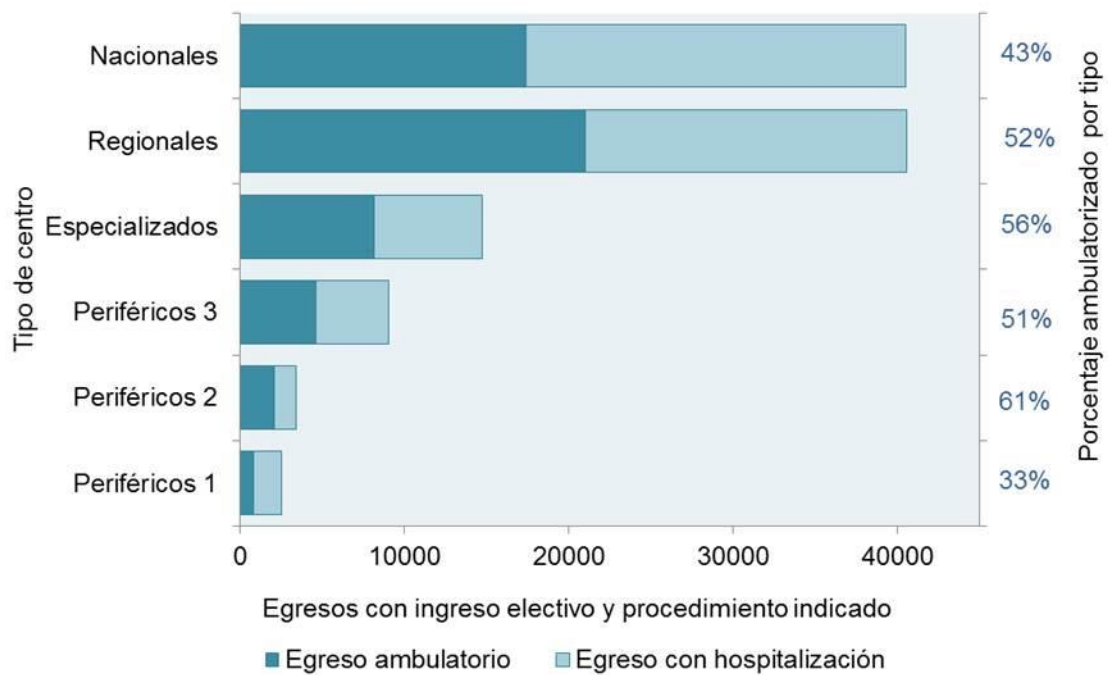
- Guzman Hidalgo, A. e. (2015). Plan para el Fortalecimiento de la Cirugía Ambulatoria. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Molina, F., & Vargas, W. (2015). Manual de Normas del Servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital México. CCSS. (Actualización año 2015. ed.). San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Nicoll, J. (1909). The surgery of infancy. Br Med J(2), 753-4.

GRAFICO 31.1
CCSS:EGRESOS CON PROCEDIMIENTO ELECTIVO SEGÚN MODALIDAD QUIRÚRGICA,
PERÍODO 2000-2014.



FUENTE: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadísticas en Salud. Período 1997 -2014.

GRAFICO 31.2
CCSS: EGRESOS CON PROCEDIMIENTO ELECTIVO SEGÚN
MODALIDAD QUIRÚRGICA POR TIPO DE CENTRO, 2014



FUENTE: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadísticas en Salud. 2014.

Cirugía Ambulatoria



Porcentaje de casos con procedimiento electivo
que se intervino por modalidad ambulatoria

55.6%
Especializados

42.9%
Nacionales

51.8%
Regionales

50.2%
Institucional

33.3%
Periféricos 1

60.5%
Periféricos 2

51.3%
Periféricos 3



DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/> Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809

CALIFICACION DE LA INVALIDEZ

Avance importante en el cumplimiento de la calidad de información de los protocolos de referencia para calificación de la invalidez por parte de los Centros de Salud durante el periodo 2012-2014.

El porcentaje de cumplimiento de los Centros Salud en todo el país, durante el último trienio fue del 92.2%

Los protocolos de referencia para la evaluación del estado de invalidez, se implementaron a partir del año 2009, como requisito para trámite de pensión por invalidez.

Desde entonces estos instrumentos se han constituido en una herramienta útil para que los médicos evaluadores y calificadores de esta Dirección, dispongan de información médica fundamental para emitir el criterio técnico médico acerca del estado de invalidez de los usuarios, de manera más objetiva, justa y expedita. Es importante indicar que con el uso de estos instrumentos se evita la duplicidad de estudios solicitados al usuario, lo cual implica reducción de costos de operación para la institución.

Es a partir del año 2009 que se inició con la revisión de la calidad de la información contenida en los protocolos de referencia, visualizándose en los últimos tres años una mejoría en los resultados de los diferentes centros de salud.

El presente informe es un análisis del período comprendido entre los años 2012-2014, por Centros de Salud, según división de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, donde se contabilizan 135 unidades distribuidos en Regiones y Hospitales.

De los 135 Centros de Salud a nivel nacional tenemos 31 Hospitales que incluye: Nacionales, Regionales, Especializados y Periféricos. Además 104 Áreas de Salud pertenecientes a las Regiones: Brunca, Central Norte, Central Sur, Chorotega, Huetar Atlántica, Huetar Norte y Pacífico Central.

Para medir la calidad de la información en los protocolos de referencia se utiliza un instrumento que tiene dos componentes; cada uno de los cuales incluye parámetros de cumplimiento, que se dividen de la siguiente manera:

- El componente 1, consiste en la sumatoria del número de protocolos que cumplen criterios de calidad, entre la sumatoria del total de protocolos enviados por Hospital y/o Área de Salud.
- El componente 2, consiste en la sumatoria del número de protocolos devueltos y debidamente corregidos en la primera ocasión, entre sumatoria del total de protocolos devueltos en la primera ocasión.

Durante el periodo 2012-2014 se analizaron 14198 protocolos de referencia y se realizaron 118 devoluciones de protocolos por falta de cumplimiento de criterios de calidad a los centros de salud de procedencia, de ellos reingresaron 72 protocolos corregidos.

El cumplimiento de la calidad de la Información en los Protocolos de Referencia de los Hospitales, fue superior al 90% en la mayoría de los años evaluados. (Gráfico 34.1).

En el caso de los Hospitales Nacionales, para el 2012 no se logró el porcentaje de cumplimiento, por falta de coordinación y comunicación en cuanto al manejo de llenado protocolos por parte de algunas de estas dependencias, pero una vez resuelta la situación se logró el 100% del cumplimiento en los años siguientes.

Con respecto a los Hospitales Regionales y Periféricos, los resultados mostraron que solo durante el 2013 no lograron superar el 95% de cumplimiento.

Además las 104 Áreas de Salud, lograron igualar o superar el 93% de cumplimiento de la información en los protocolos de referencia durante los tres años evaluados. (Gráfico 34.2).

Es importante destacar que tanto los Hospitales y Centros Especializados, así como las áreas de salud de la Región Huetar Norte, cumplieron con el 100% de la calidad de la información en los protocolos de referencia, en el período evaluado.

Las Áreas de Salud de las siguientes Regiones: Chorotega, Huetar Atlántica, Brunca y Central Sur solo durante el año 2013, no lograron superar el 96% del cumplimiento en la calidad de información en los protocolos de referencia, caso contrario ocurrió para los años 2012 y 2014

Las Áreas de Salud de la Región Central Norte alcanzaron y superaron el 96% del cumplimiento de calidad en la información en los protocolos durante los años 2012 y 2013 respectivamente, logrando el 100% de cumplimiento en el año 2014.

Posterior al análisis realizado se observa que el porcentaje de cumplimiento en la calidad de la información en los protocolos de referencia de todos los Centros de

Salud a nivel nacional, para el año 2012, fue del 93.33 % y solamente el 6.67 % no lo logro.

Sin embargo durante el año 2013, se observó una disminución en el porcentaje de cumplimiento, ya que solo el 84.4% de los centros de salud lograron cumplir con los parámetros de calidad.

Para el año 2014, la situación fue más halagüeña, ya que el 98.5% de los centros analizados cumplieron con los criterios de calidad en la información contenida en los protocolos de referencia.

La causa principal por la cual no se cumplía con los criterios de calidad en la información de los protocolos, y por lo tanto, fue la causa de devolución de estos instrumentos a los centros de salud, era que no se anotaron los exámenes pertinentes a la patología por la cual el usuario solicitaba la pensión por invalidez.

Durante el año 2012 se realiza un acercamiento a los Centros de Salud, por parte del Área de Regulación y Control de la Invalidez de esta Dirección, con llamadas telefónicas para corregir los errores que se cometían en los protocolos, e incluso se impartieron charlas en los Centros Médicos y en la misma Dirección de Calificación de Invalidez, sobre el correcto llenado de éstos instrumentos.

En el año 2013 se observó un aumento en el número de devoluciones de protocolos que no cumplían con los criterios de calidad requeridos. Lo anterior se puede explicar, debido a que el seguimiento a los Centros de Salud no se pudo continuar, debido a la política de contención del gasto institucional, que limitó las visitas a las diferentes unidades.

En virtud de lo anterior, para el año 2014 se decidió cambiar la estrategia de seguimiento a los diferentes centros de salud de todo el país, mediante una comunicación más oportuna, a través de correos electrónicos y por la vía telefónica.

Para el 2015 se pretende continuar con la comunicación oportuna, para continuar enfatizando tanto a los funcionarios de sucursales, como de centros de salud, de la importancia que tiene anotar toda la información solicitada pertinente y actualizada de la o las patologías, por las cuales el usuario solicita la pensión por invalidez.

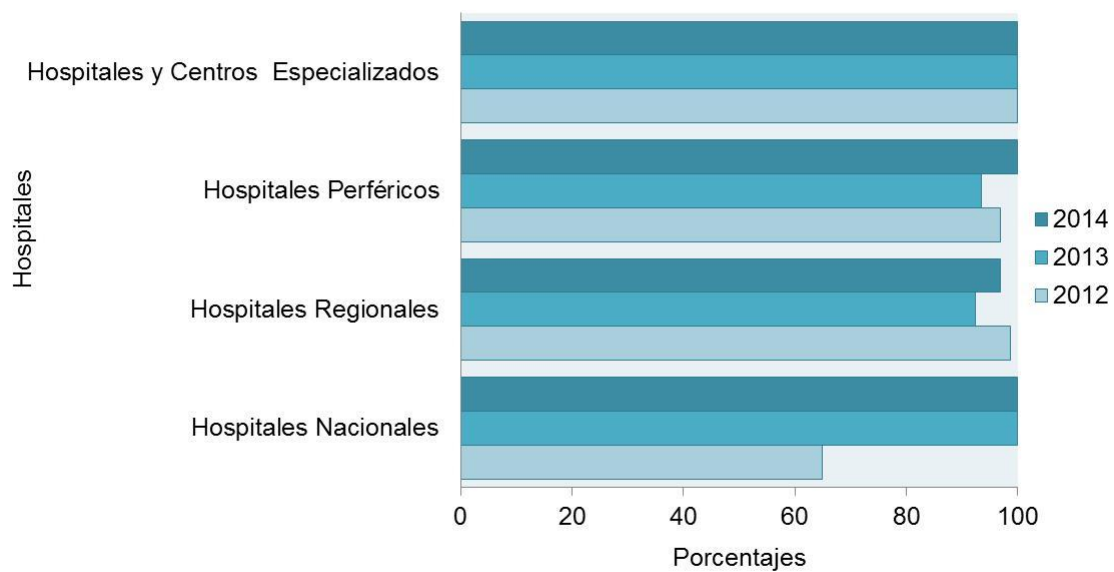
Otra estrategia que se pretende implementar, es gestionar que la entrega de los protocolos de referencia por parte de los centros de salud al usuario, sea más expedita.

Con las estrategias antes mencionadas, lo que se pretende es incidir de manera positiva en el tiempo de resolución del trámite de la solicitud de pensión por invalidez, mejorando así la percepción del usuario, con respecto al servicio que brinda esta dirección.

Referencias Bibliográficas.

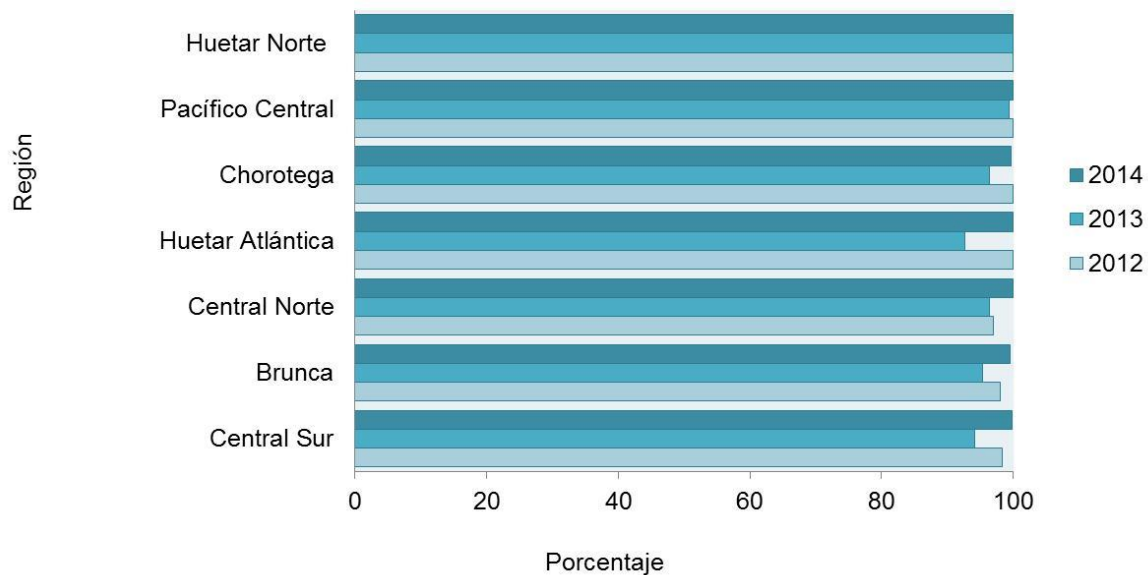
- DCI. Base de Datos la Evaluación de Cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez 2014, San José, Costa Rica.: CCSS.
- DCSS. Ficha Técnica Certificación de Cumplimiento de Información en los Protocolos de Referencia a la Dirección de Calificación de la Invalidez, código 6-15-04-1-1, 2013, San José, Costa Rica.: CCSS.

Gráfico 34.1
CCSS: CUMPLIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS
PROTOCOLOS DE REFERENCIA, HOSPITALES. 2012 -2014



FUENTE: Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez. Dirección de la Calificación de la Invalidez 2012-2014.

Gráfico 34.2
CCSS: CUMPLIMIENTO DE LAS ÁREAS DE SALUD, EN LA CALIDAD DE LA
INFORMACIÓN EN LOS PROTOCOLOS DE REFERENCIA SEGÚN REGIÓN.
2012-2014



FUENTE: Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez. Dirección de la Calificación de la Invalidez. 2012-2014.

SALUD OCUPACIONAL

La Salud Ocupacional tomando fuerza en la CCSS, mediante la identificación de peligros.

Durante el año 2014, se ha fortalecido la identificación de factores de riesgo en los centros de trabajo de la institución, requisito fundamental para una apropiada gestión de riesgos ocupacionales.

La Certificación en Salud Ocupacional para Áreas de Salud y Hospitales es una actividad que se retoma desde año 2010, con el principal objetivo de que cada unidad prestadora de servicios fortalezca la prevención y el control de riesgos ocupacionales presentes en los centros de trabajo. Es por ello, que dentro de los grandes temas a evaluar se contempla:

- La organización administrativa de la prevención
- El diagnóstico de condiciones de trabajo
- El plan de gestión de la SO en el centro de trabajo

Cada uno de los elementos mencionados anteriormente, encierran actividades prioritarias para el fortalecimiento de la cultura preventiva en la Institución. Por tal motivo, la ficha técnica del presente quinquenio contempla entre otros aspectos, los siguientes:

- Participación de la administración activa y
- Existencia de Oficinas y Comisiones de Salud Ocupacional
- Servicio activo de Atención Integral al Trabajador y el registro de las personas trabajadoras a quienes se les da seguimiento a su estado de salud, al menos con el control anual.
- Identificación y evaluación de factores de riesgo en los centros de trabajo
- Registrar y tener control estadístico de accidentes y enfermedades ocupacionales que ocurran en el centro de trabajo

Para poder brindar la certificación a cada centro de trabajo, se establecieron indicadores temáticos, de manera que la evaluación se pudiera realizar de la manera más objetiva y estándar posible, considerando siempre, la capacidad resolutive de cada centro de trabajo tanto en recursos humanos, materiales y financieros. Razón por la cual la evaluación se realiza de manera presencial con el objetivo no solo de verificar la obtención de resultados, sino además, para brindar

recomendaciones personalizadas según las necesidades detectadas en cada Área de Salud u Hospital evaluado.

En relación a los resultados obtenidos, como ya se mencionó anteriormente, uno de los principales elementos a considerar es la identificación de factores de riesgo, la cual es el punto de partida para una adecuada gestión de riesgos, la meta establecida en este ítem para finales del 2014 consistía en contar con la identificación de peligros del 50% de cada centro de trabajo. Cómo se puede ver en el Gráfico 35.1, a pesar de que solo las unidades adscritas a la región Pacífico Central cumplieron al 100% con dicho requisito, el cumplimiento de las demás regiones se mantuvo sobre el 70% de la meta planteada, únicamente se presentó descenso en la región Huetar Atlántica y la Región Central Norte, en el caso de ésta última es importante aclarar que un elemento que interfirió ha sido la poca experiencia por parte de las unidades que no habían participado antes en la ficha de Salud Ocupacional.

Este es un avance significativo para la Institución, ya que se empieza a incluir como parte de la gestión local el tema de la prevención en las condiciones de trabajo de los colaborados analizando los muy diversos escenarios que se pueden encontrar en las diferentes instalaciones de la institución

En relación a este punto tan importante sobre la identificación de peligros, se tiene que a nivel de los hospitales tal y como se puede ver en el Gráfico 35.2 Cumplimiento por hospitales, ítem E1 y E2, se tiene que los hospitales regionales tienen el mejor promedio en relación a la ejecución de la identificación de peligros, para lo cual se debe resaltar que tan solo 4 de los 13 hospitales cuentan con oficinas de salud ocupacional, lo que hace resaltar el trabajo de las Comisiones de Salud Ocupacional de los resto de los hospitales restantes en esta materia.

Es importante tener presente que el nivel de complejidad tanto en procesos como en infraestructura de los hospitales regionales y nacionales, incrementa conforme se amplían las opciones de servicios que brindan, motivo por el cual tanto el tipo de riesgos como la magnitud de los mismos varía, por tanto de manera proporcional la identificación y gestión de los mismos se vuelve más compleja. Siendo esta la base de una adecuada gestión de riesgos se requiere que cada uno de los centros de trabajo realice la actualización y la verificación del cumplimiento del plan de intervención en esta materia.

Un elemento técnico trascendente de fortalecer en todos los centros de trabajo, es la investigación de accidentes laborales como una técnica preventiva, con el fin de detectar las causas básicas e inmediatas que los propician, esto con el fin de modificar dichas circunstancias para mejorar el ambiente laboral y que el

accidente no se vuelva a dar. En forma paralela, es necesario que cada centro de trabajo establezca la ruta a seguir tanto para realizar el reporte de accidente como su investigación, garantizando que todas las personas trabajadoras conozcan dicho procedimiento.

Otro factor de relevancia para mejorar el bienestar de las personas trabajadoras tiene que ver con el control médico anual, por ello en la ficha de Salud Ocupacional se incluyen los ítems C y H, sobre asignación de horas médico para la Atención Integral al Trabajador y el registro de consultas de atención integral al trabajador que abarque el control anual de la salud del 100% de la población laboral. En respuesta a este requisito, se tiene que aproximadamente 86% de las unidades de la Institución cumplieron a cabalidad el informar sobre el servicio de atención integral al trabajador, dicho servicio se brinda según la capacidad de cada centro que puede ser desde una hora hasta ocho horas por día.

Sin embargo, aproximadamente el 63% de las unidades, cumplieron a cabalidad con el ítem H sobre el registro de consultas de atención integral, situación que preocupa desde la perspectiva de la atención a la persona trabajadora ya que para ese año, además, de la consulta por control anual se consideró la atención por morbilidad, a esto se le debe agregar el hecho de que un 12%, o sea 10 unidades no cumplieron con dicho requisito, tal y cómo se puede ver en el gráfico 35.3 Cumplimiento general del ítem H, 2014.

A pesar del esfuerzo realizado por las diferentes unidades, existe como oportunidad de mejora tanto en Áreas de Salud como Hospitales, el fortalecer y brindar mayor apoyo a la atención integral a los trabajadores, ya que de esta forma se estaría promoviendo el autocuidado de las personas trabajadoras.

Otro elemento primordial en todos los centros de trabajo que debe mejorar, es el apoyo por parte de la administración activa y las diferentes jefaturas y el apoyo que le puedan brindar tanto a las Comisiones como a las oficinas de salud ocupacional en las iniciativas que presenten, ya que ante la gestión para el control de los riesgos ocupacionales, todos tienen un grado de influencia, mayor o menor según el grado de responsabilidad que ostentan en cada centro.

Una particularidad es que: el Área de Salud Talamanca, Tilarán, Heredia Cubujuquí, Corralillo y Buenos Aires, no se presentaron a ser evaluadas, situación que afectó el rendimiento regional, y finalmente centros de trabajo tales como:

- Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos
- Clínica Oftalmológica
- Hospital Maximiliano Peralta
- Hospital San Rafael de Alajuela

- Hospital San Carlos
- Área de Salud Aserrí
- Área de Salud Alajuela Norte
- Área de Salud Heredia Virilla
- Área de Salud Hojancha
- Área de Salud Siquirres
- Área de Salud Ciudad Quesada

Obtuvieron notas bajas principalmente por el cumplimiento parcial de los ítems o debido a la ausencia de evidencias de lo solicitado en tiempo y forma.

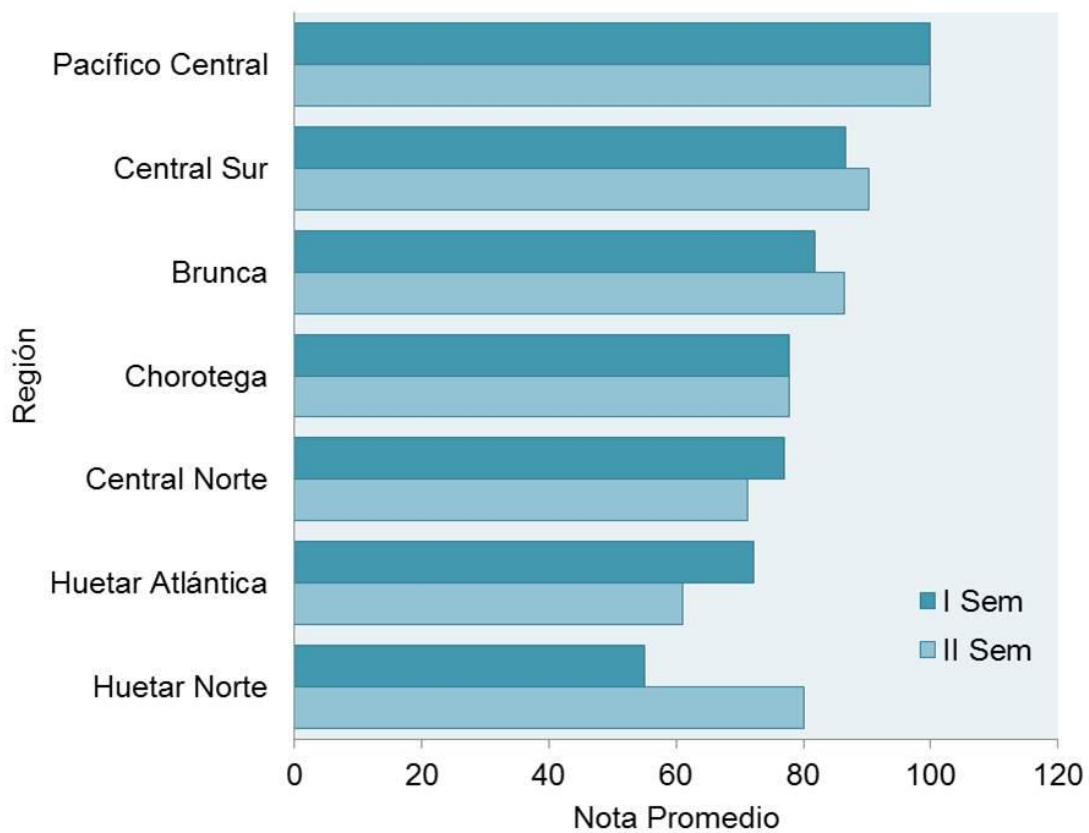
Por tal motivo, las principales recomendaciones en términos generales son:

- Que la administración activa brinde mayor apoyo a las oficinas y comisiones de salud ocupacional, tanto en permisos, insumos como en involucrarse en las diferentes actividades que se propongan.
- Que las diferentes jefaturas se involucren, brinden apoyo y mayor seguimiento a las actividades relacionadas con la salud ocupacional.
- Que se promueva cada comisión de salud ocupacional como una comisión consolidada, de manera que el trabajo no se recargue y se genere un efecto multiplicador para un cambio positivo en la cultura preventiva de las personas trabajadoras de la CCSS.
- Cuando se cuente con personal de mantenimiento en los centros de trabajo involucrarlo como miembros activos para la ejecución de las diferentes recomendaciones que se brindan en el plan de intervención.
- Es necesario que las comisiones de salud ocupacional cuenten con al menos un miembro que tenga una fluida comunicación con la administración activa puesto que se ha comprobado en las diferentes evaluaciones que cuando esto se da, se obtienen mejores resultados en las propuestas planteadas.

La CCSS teniendo como misión proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, debe proporcionar condiciones y ambientes sanos de trabajo, no solo por una obligación ya que es un derecho básico humano, sino porque además se estaría contribuyendo a la creatividad y productividad de las personas trabajadoras que responden a las demandas diarias de productos y servicios para

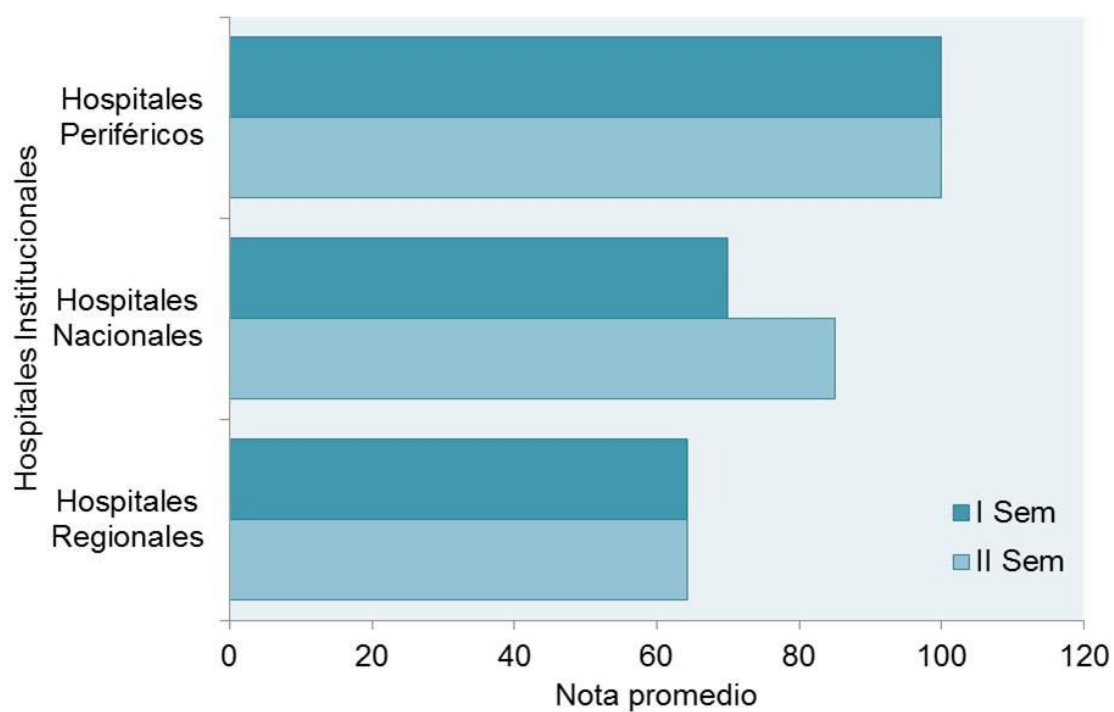
solventar las necesidades de la población con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano.

Gráfico 35.1
CCSS: CUMPLIMIENTO POR REGIÓN, ÍTEM E1 Y E2 FICHA
SALUD OCUPACIONAL, I Y II SEMESTRE, 2015



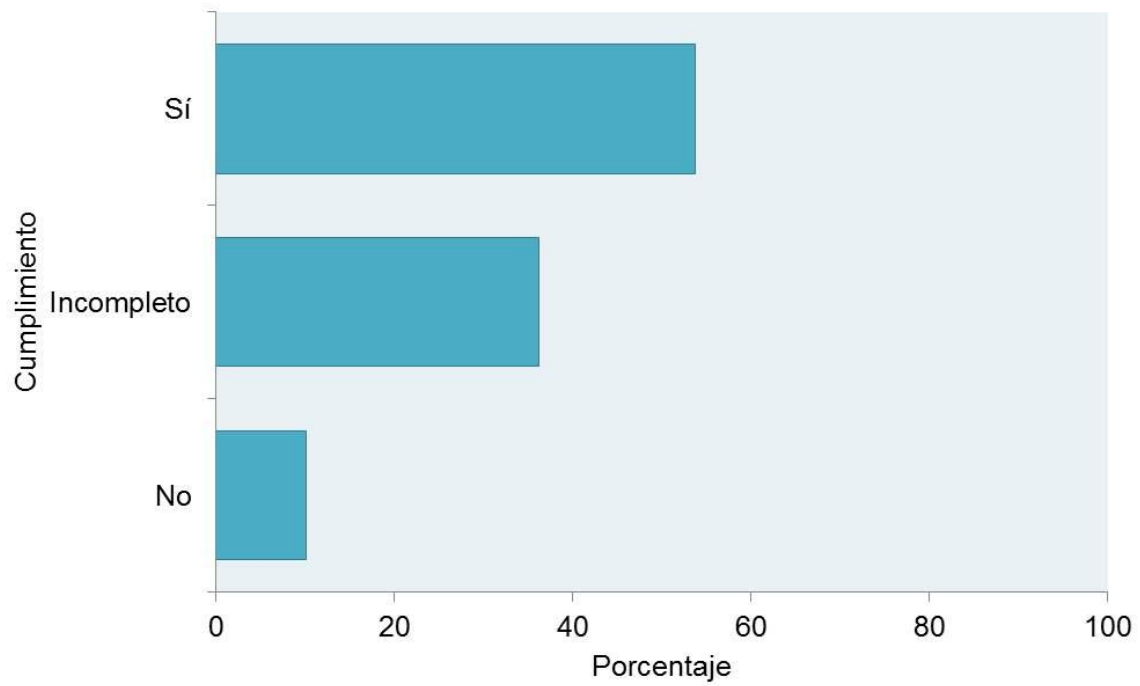
FUENTE: CCSS. Evaluación Ficha Técnica de Salud Ocupacional, 2014

Gráfico 35.2
CCSS: CUMPLIMIENTO POR HOSPITALES, ÍTEM E1 Y E2 FICHA
SALUD OCUPACIONAL, I Y II SEMESTRE, 2014



FUENTE: CCSS. Evaluación Ficha Técnica de Salud Ocupacional, 2014

Gráfico 35.3
CCSS: CUMPLIMIENTO GENERAL DEL ÍTEM H FICHA SALUD
OCUPACIONAL, 2014



FUENTE: CCSS. Evaluación Ficha Técnica de Salud Ocupacional, 2014

RECURSOS HUMANOS

1.984 personas ingresaron a laborar a la Caja en el año 2014.

Un 76% de los ingresos completaron el proceso de evaluación del E.I.S, que corresponde a 1440 personas, y a 137 no fueron incluidos en el proceso de evaluaciones.

Conforme lo solicitado en reunión del día 09 de mayo de los presentes, nos permitimos proporcionar la información de la evaluación de la Ficha Técnica: Eficacia en gestión de recursos humanos”, correspondiente al periodo noviembre 2013 a octubre 2014.

La evaluación de la Ficha Técnica código 6-01-D, se aplica a tres procesos sustantivos de la Dirección de Administración Gestión de Personal, desconcentrados a las Unidades de Gestión de Recursos Humanos del nivel local, a saber:

Proceso de Reclutamiento y Selección para oferentes de primer ingreso.

Programa Institucional de Orientación e Inducción, en su primera fase: orientación e inducción para funcionarios de primer ingreso

Sistema de Evaluación del Desempeño, evalúa el desempeño de los funcionarios con un año de laborar en la unidad.

De los procesos citados se establecieron 4 indicadores a evaluar a los centros de trabajo adscritos a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, así como a los Hospitales Nacionales y Especializados:

Los 4 indicadores son los siguientes:

Porcentaje de oferentes contratados que fueron evaluados de forma previa o dentro de los tres primeros meses de ingreso, cuya población meta son los funcionarios de primer ingreso a la Institución, que se contrataron y que fueron evaluados por el Equipo Interdisciplinario de Selección (EIS) del Centro de Trabajo.

Porcentaje de funcionarios de primer ingreso que asistieron a curso de orientación e inducción, la población meta son los funcionarios de nuevo ingreso y los funcionarios con experiencia laboral de tres o más años de laborar en la Institución.

Porcentaje de evaluaciones del desempeño aplicadas en el establecimiento, siendo la población meta el total de funcionarios de la Institución.

Porcentaje de jefaturas que elaboran Plan de Acción por servicio, con una población meta que comprende el total de jefaturas de los centros de trabajo sujetos a evaluación.

Para la obtención de la información de los indicadores 1 y 2, la Subárea de Admisión y Empleo, proporcionó a las Unidades de Gestión de Recursos Humanos locales, la Herramienta en Excel “Formulario de Certificación de Cumplimiento”, la cual comprende los siguientes módulos:

Módulo Indicador 1: En este módulo se proporciona la información relacionada con los funcionarios de primer ingreso a la institución, que realizaron algún nombramiento en el centro de trabajo y la aplicación de las distintas pruebas de valoración de los profesionales del Equipo Interdisciplinario de Selección (Medicina, Psicología y Trabajo Social), y si las mismas se realizaron en el tiempo normado. (Artículo 8 de la Normativa de Relaciones Laborales)

Módulo 2 Indicador 2: Contempla el detalle de los funcionarios de primer ingreso que asistieron al Curso de Orientación e Inducción, así como el desglose de los funcionarios que participaron del Curso de Reinducción.

Adicionalmente, las jefaturas de las Unidades de Gestión de Recursos Humanos, deben proporcionar a la Subárea Admisión y Empleo la certificación que indica que la información contenida en la herramienta de Excel, es real y que cuenta con el debido respaldo.

Indicadores 3 y 4: Total de personal evaluado y Total de Jefaturas que elaboraron Plan de Acción de sus Servicios.

El seguimiento de estos dos indicadores se realiza por medio del Sistema de Evaluación del Desempeño (SIED) del Portal de Recursos Humanos, donde las jefaturas de los centros asistenciales realizaron el proceso de evaluación directamente en dicho Sistema, permitiendo que la información sea monitoreada en tiempo real por la Subárea de Desempeño Laboral.

Para la obtención de la información de los indicadores 3 y 4, la Subárea de Admisión y Empleo coordina con la Subárea de Desempeño Laboral, para el traslado la información necesaria a fin de emitir las Certificaciones con la calificación total para cada Centro Asistencial.

En el Cuadro 36.1 Resumen del Indicador 1, “Ofertantes de primer ingreso que fueron evaluados por el E.I.S” entre los más relevante se observa que en el

periodo a evaluar, se efectuaron 1894 nuevos ingresos a la Institución, de las cuales a 1440 (76%) se les aplicó las evaluaciones de los profesionales del E.I.S en tiempo de acuerdo a la Normativa Institucional vigente, a 329 (17%) se les aplicó las evaluaciones del EIS fuera del tiempo establecido. Además 261 funcionarios fueron evaluados parcialmente y 137 fueron contratados sin aplicarles la evaluación del EIS.

Como se aprecia en el Cuadro 2, del total de ingresos efectuados en la CCSS, un 28% (523) fueron contratados en los Hospitales Nacionales y Especializados, un 22% (416) de los ingresos se realizaron en los centros adscritos a la D.R.S.S. Central Sur, un 20% (378) fueron en los centros adscritos a la D.R.S.S. Central Norte y el restante 30% corresponde a los ingresos realizados en los centros adscritos a las restantes Direcciones Regionales de Servicios de Salud.

De acuerdo al Cuadro N° 3, del total de los centros evaluados, un 56% (60) cuentan con el Equipo Interdisciplinario Selección (EIS) completo, mientras que el 44% (46) no cuentan con el Equipo completo, demostrando que un 38% de los EIS adolecen del profesionales en Psicología.

Sobre el Indicador N° 2

Realizado la evaluación del Indicador 2, como se muestra en el Cuadro 4, se obtiene que del total de ingresos interinos efectuados en la institución (1894), solamente al 57% recibieron el curso de Orientación e Inducción.

Así mismo, se muestra en el Cuadro 5, que para el curso de Actualización en temas de Seguridad Social –Reinducción- se convocaron 2112, de los cuales 1669 asistieron al mismo, representando un 79% del total convocado. Cabe resaltar, que los centros adscritos a la D.R.S.S Central Sur, tuvieron un 99.73% de asistencia, mientras que los centros adscritos a la D.R.S.S. Pacífico Central tuvieron la menor asistencia con un 33.72% del total convocados.

La evaluación del Indicador N°3, tal como se aprecia en el Cuadro 6, del total funcionarios que les correspondía aplicarles la Evaluación del Desempeño Anual, se logró evaluar a un 99.55%, destacando las D.R.S.S Central Norte y Pacífico Central, ambas con un cumplimiento del 99.97% y la de menor porcentaje la D.R.S.S Chorotega con un 98.04%.

En relación a indicador N°4, Planes de Acción, tal como se aprecia en el Cuadro 7, se tiene que las 2002 jefaturas, 1720 cumplieron con el Plan de Acción, destacando la D.R.S.S. Chorotega con un 95.50% de cumplimiento, por otra parte con el menor porcentaje de cumplimiento se la D.R.S.S. Huetar Atlántica con un 64.47%.

Para concluir, la Cuadro 8, corresponde al total del porcentaje obtenido de las evaluaciones de los cuatro indicadores para la evaluación de la “Ficha Técnica Eficacia Gestión de Recursos Humanos”, se observa que el grupo conformado por los Hospitales Nacionales y Especializados, obtuvieron el mayor porcentaje de eficacia con un 90.78%, mientras que la Dirección Regional de Servicios de Salud, la Huetar Norte obtuvo el porcentaje de eficiencia más alto con un 81.14% y la Chorotega el porcentaje más bajo de eficacia con un 62.45%.

Entre los factores que intervienen para que no se alcancen los resultados deseados en los indicadores 1, indican las Unidades de Gestión de Recursos Humanos, los siguientes:

La falta del profesional en Psicología, para completar las pruebas del EIS.

Atrasos en las citas y reportes de los exámenes del Rayos X y otras pruebas clínicas, lo que atrasa el resultado del profesional en medicina.

El alto costo de las Pruebas de Psicología, así mismo, la previsión oportuna para la compra de las mismas, limita la realización en tiempo de las pruebas y el apoyo a otros centros de este profesional.

Las Jefaturas contratan sin mediar ante la Unidad de Recursos Humanos los trámites pertinentes para la aplicación del proceso de Reclutamiento y Selección de Personal.

En el indicador 2, los factores indican las Unidades de Gestión de Recursos Humanos, que intervienen para que no se alcancen los resultados deseados son:

La jefatura no da el permiso para que asistan al Curso de Orientación e Inducción así como para el de Reinducción.

El Unidad de Gestión de Recursos Humanos no Programó los Cursos.

El trabajador no tuvo más nombramientos o no estaba nombrado para cuando se realizó el curso Orientación e Inducción.

La Unidad de Gestión de Recursos Humanos no gestionó ayuda a otros centros.

Propuestas de mejoras:

Que las Unidades de Gestión de Recursos Humanos locales en conjunto con las autoridades superiores del Centro de Trabajo, concienticen a las Jefaturas de los diferentes Servicios sobre la importancia para la Institución, que las personas de nuevo ingreso completen el proceso de reclutamiento y selección de personal que incluye las pruebas de evaluación que aplica el EIS, así como, del envío de estos

funcionarios a los Curso de Orientación e Inducción al nuevo trabajador y de reinducción al trabajador con experiencia laboral.

Cuadro 36.1
CCSS: OFERENTES DE PRIMER INGRESO CONTRATADOS QUE FUERON EVALUADOS POR EL EIS. 2014

CATEGORÍA	TOTAL DE INGRESOS	PERSONAL DE NUEVO INGRESO EVALUADO SEGÚN NORMATIVA	PERSONAL DE NUEVO INGRESO EVALUADO DESPUÉS DE LOS 3 MESES	FUNCIONARIOS PARCIALMENTE EVALUADOS POR EL EIS	PERSONAL DE NUEVO INGRESO CONTRATADO SIN SER EVALUADO
Hospitales Nacional	523	490	32	5	0
D.R.S.S Central Norte	364	284	84	34	10
D.R.S.S Huetar Norte	76	37	34	12	4
D.R.S.S Central Sur	263	171	40	105	58
D.R.S.S Brunca	167	111	35	37	20
D.R.S.S Chorotega	135	70	37	22	19
D.R.S.S. Huetar Atlántica	131	107	17	6	7
D.R.S.S.Pacífico Central	68	53	14	15	2
Clínicas Metropolitanas	167	117	36	25	17
Total	1894	1440	329	261	137

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.2
CCSS: TOTAL DE FUNCIONARIOS DE PRIMER
INGRESO A LA CCSS. 2014

CATEGORÍA	INGRESOS TOTALES
Hosp. Nac y Especializados	523
D.R.S.S. Central Sur	416
D.R.S.S. Central Norte	378
D.R.S.S Brunca	167
D.R.S.S. Chorotega	135
D.R.S.S. Huetar Atlántica	131
D.R.S.S. Huetar Norte	76
D.R.S.S. Pacífico Central	68
Total	1894

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado
Certificación de Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.3
CCSS: CENTROS CON EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE
SELECCIÓN (EIS) COMPETO VRS CENTROS CON EIS INCOMPLETO.
2014

CATEGORÍA	CENTROS CON EIS COMPLETO	CENTROS CON EIS INCOMPLETO	TOTAL DE CENTROS
D.R.S.S Brunca	5	5	10
D.R.S.S. Central Norte	12	12	24
D.R.S.S. Central Sur	19	5	24
D.R.S.S. Chorotega	3	7	10
D.R.S.S. Huetar Atlántica	3	5	8
D.R.S.S. Huetar Norte	3	8	11
D.R.S.S. Pacífico Central	6	4	10
Hosp. Nac y Especializados	9	0	9
Totales	60	46	106

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de
Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.4
CCSS: PERSONAL PRIMER INGRESO QUE ASISTIERON AL CURSO
DE ORIENTACIÓN E INDUCCIÓN. 2014

CATEGORÍA	INGRESOS TOTALES	PERSONAS QUE ASISTIERON AL CURSO	VALOR RELATIVO
D.R.S.S. Pacífico Central	68	24	35,29
D.R.S.S. Huetar Norte	76	46	60,53
D.R.S.S. Chorotega	135	64	47,41
D.R.S.S. Brunca	167	78	46,71
D.R.S.S. Huetar Atlántica	131	92	70,23
D.R.S.S. Central Norte	378	107	28,31
D.R.S.S. Central Sur	416	167	40,14
Hosp. Nac y Especializados	523	509	97,32
Totales	1.894	1.087	57,39

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.5
CCSS: PERSONAL CON EXPERIENCIA LABORAL MAYOR A 3 AÑOS QUE
REALIZÓ EL CURSO DE REINDUCCIÓN. 2014

CATEGORÍA	FUNCIONARIOS CONVOCADOS	FUNCIONARIOS QUE ASISTIERON	VALOR RELATIVO
D.R.S.S. Pacífico Central	172	58	33,72
D.R.S.S. Huetar Norte	151	64	42,38
D.R.S.S. Chorotega	110	86	78,18
D.R.S.S. Huetar Atlántica	223	146	65,47
D.R.S.S. Central Norte	363	287	79,06
Hosp. Nac y Especializados	361	307	85,04
D.R.S.S. Brunca	362	352	97,24
D.R.S.S. Central Sur	370	369	99,73
Totales	2112	1669	79,02

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.6

CCSS: APLICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO ANUAL A
FUNCIONARIOS. 2014

DEPENDENCIA	TOTAL FUNCIONARIOS	FUNCIONARIOS FINALIZADOS	PORCENTAJE DE EVALUADOS
D.R.S.S Central Norte	7751	7749	99,97
D.R.S.S Pacífico Central	2987	2986	99,97
D.R.S.S Central Sur	7123	7111	99,83
D.R.S.S Brunca	3593	3591	99,94
D.R.S.S. Chorotega	3563	3493	98,04
D.R.S.S Huetar Atlántica	3191	3131	98,12
D.R.S.S Huetar Norte	1857	1856	99,95
HOSP Nacionales y Espec.	14911	14855	99,62
Totales	44976	44772	99,55

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.7
CCSS: APLICACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN POR JEFATURAS.2014

DEPENDENCIA	TOTAL DE JEFATURA	CUMPLIMIENTO PLAN ACCIÓN	PORCENTAJE PLANES DE ACCIÓN
D.R.S.S Central Norte	352	313	88,92
D.R.S.S Pacífico Central	178	152	85,39
D.R.S.S Central Sur	366	296	80,87
D.R.S.S Brunca	213	192	90,14
D.R.S.S Chorotega	111	106	95,50
D.R.S.S Huetar Atlántica	152	98	64,47
D.R.S.S Huetar Norte	127	111	87,40
Hosp. Nacionales y Espec.	503	452	89,86
Totales	2002	1720	85,91

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de Cumplimiento. 2014

Cuadro 36.8
CCSS: EVALUACIÓN DE INDICADORES DE EFICACIA DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS. 2014

DEPENDENCIA	PROMEDIO DE EFICACIA
D.R.S.S. Chorotega	62,45
D.R.S.S Pacífico Central	69,91
D.R.S.S Brunca	72,47
D.R.S.S Central Norte	74,64
D.R.S.S Huetar Atlántica	76,14
D.R.S.S Central Sur	77,01
D.R.S.S Huetar Norte	81,14
Hosp. Nacionales y Espec.	90,76

FUENTE: Subárea de Admisión y Empleo. Consolidado Certificación de Cumplimiento. 2014

PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS Y EXPLOSIONES

Condiciones básicas para la seguridad humana a nivel institucional en materia de protección contra incendios.

Desde el 2010 se ha logrado una implementación paulatina; pero exitosa de proyectos básicos para la seguridad humana en materia de protección contra incendios, alcanzando coberturas de hasta un 75% a nivel hospitalario.

Introducción

Tras la creación del Programa de Seguridad en Incendios y Explosiones (PSIE) en el 2007, por medio de acuerdo de junta Acta 8165, se ha puesto en marcha varios procesos y proyectos buscando la seguridad humana en materia de protección contra incendios en las instalaciones de la CCSS. Como parte de los procesos, se presenta el Plan de Implementación a la junta directiva en el año 2009 en la sesión 8361, en la cual se plantean diferentes alcances en tres etapas; Paquete Básico (Corto Plazo), Mediano Plazo y Largo Plazo.

Se define Paquete Básico (Corto Plazo) como la etapa inicial que contempla los diferentes proyectos, mismos que se consideran de rápida ejecución; por su baja complejidad, bajo costo y posibilidad de implementación en edificaciones propias o alquiladas.

El Paquete Básico consiste en:

- 1) Medios de egreso (rutas de evacuación, señalización de emergencia y puertas de emergencia)
- 2) Extintores portátiles contra incendios.
- 3) Hidrantes internos y externos, además de siamesas y toma de bomberos.
- 4) Levantamiento arquitectónico (base para los levantamientos de los sistemas eléctricos y mecánicos).
- 5) Contenedores o gabinetes para el almacenamiento de líquidos inflamables.

Para las tres etapas se considera un componente adicional, correspondiente a capacitación, el cual debe llevarse a cabo de forma continua y dirigida todo el personal de la Unidad.

Metodología

A partir del 2010 el PSIE ha realizado evaluaciones periódicas en las diversas dependencias (desde hospitales hasta EBAIS) recopilando información de las condiciones de los componentes que conforma el Paquete Básico.

En estas evaluaciones se verifican los siguientes componentes de acuerdo al tipo de Unidad evaluada:

- Extintores portátiles: Se verifica la existencia de estos equipos, su cobertura, su adecuada instalación y su mantenimiento.
- Levantamiento arquitectónico: Se corrobora con la Unidad la existencia de planos en formato digital (Auto Cad), así como un planteamiento de las rutas de evacuación.
- Señalización de emergencia: Se considera el tipo de material con que esta confeccionado, el cumplimiento con la normativa nacional (INTECO) para sus características físicas, funcionalidad, colocación y mantenimiento.
- Puertas de emergencia (uso exclusivo de emergencia): Se examina la edificación por la existencia de las mismas, su correcto uso, materiales de confección, componentes correspondientes y mantenimiento.
- Hidrantes: Se verifica la existencia de hidrantes internos e hidrantes externos. En el caso de los hidrantes externos si se realizó las gestiones de consulta a bomberos y de solicitud al acueducto correspondiente.
- Contenedor: Se indaga sobre la cantidad de líquidos inflamables máxima que almacena la Unidad y de superar los 20 litros se verifica su adecuado almacenamiento por medio de un contenedor o gabinete certificado.

También se evalúa el tema de capacitación, no se le asigna un puntaje por ser un proceso continuo. Se indaga a la Unidad si su personal ha recibido capacitación en materia de protección contra incendios, por ejemplo, uso y manejo de extintores portátiles.

Resultados

Después de realizadas las evaluaciones se ponderaron los datos obtenidos por región (Cuadro 37.1 y Gráfico 37.1) y se descubre que dentro de las diferentes regiones, la que tiene mayor avance es la Región Central Sur con un 74% de implementación en sus Unidades, mientras que la que tiene mayor expectativa por mejorar es la Región Huetar Atlántica con un 49%.

A nivel hospitalario, se percibió en los resultados (Cuadro 37.2) y (Gráfico 37.2), que los hospitales de clasificación Especializados presentan el mayor indicador porcentual de implementación correspondiente a un 81%, los clasificados como

Regionales y Periféricos reflejan un 79% de implementación y los clasificados como Nacionales requieren la mayor atención, ya que su porcentaje de implementación es de 64%, además de que tienen una relevancia mayor a nivel nacional por su impacto en la red de atención.

A nivel institucional se puede observar al cuantificar las regiones, estas presentan una implementación de los proyectos de Paquete Básico de hasta un 63% y a nivel hospitalario la implementación que se evidencia como institución es de un 75%.

En el tema de capacitación en materia de protección contra incendios se presenta un indicador porcentual alto, de un 88% institucional, es decir, en el 88% de las Unidades su personal ha sido capacitado en temas del Paquete Básico.

Análisis de resultados

Se ha logrado aumentar los percentiles en la primera etapa de protección contra incendios a nivel regional y hospitalario, por medio de la implementación de proyectos en temas del Paquete Básico por parte del PSIE.

A nivel institucional por medio de compras a gran escala de extintores y señalización de emergencias se ha podido dotar a los hospitales, a las áreas de salud, direcciones regionales y oficinas administrativas de estos equipos o dispositivos que son de gran importancia para la seguridad humana en materia de protección contra incendio.

Adicionalmente el PSIE ha colaborado con la elaboración de los levantamientos arquitectónicos y con el apoyo técnico para la compra e instalación de contenedores o gabinetes para el almacenamiento de líquidos inflamables.

En el tema administrativo el PSIE ha generado las herramientas (fichas técnicas, carteles, cronogramas y estudios de factibilidad) para que las Unidades puedan realizar las compras del Paquete Básico (compra e instalación de extintores, compra e instalación de señalización de emergencia, compra e instalación de puertas de emergencia, compra e instalación de contenedores o gabinetes y compra de consultoría para el levantamiento de los sistemas eléctricos y mecánicos).

A pesar de los esfuerzos, tenemos oportunidades de mejora, ya que a lo largo de este proceso se han tenido retrasos por proyectos macros de la institución como lo han sido puertas de emergencia y compra de contenedores para los 29 hospitales, mismas que han generado retrasos en la implementación a nivel institucional. Además del no aumento del presupuesto en este tema. Dichas condiciones han rezagado el alcanzar la implementación al 100% del Paquete Básico.

Propuesta de mejora

Para lograr la mejora de las condiciones de la seguridad humana en materia de protección contra incendios en la Institución se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Se debe fomentar la participación del personal a nivel de las Unidades en el proceso de contratación de los componentes antes supra citados.
- Es necesario fortalecer la educación en el tema a nivel institucional, para facilitar la implementación de proyectos, tanto institucionales como por Unidad. De la misma fomentar la cultura del mantenimiento de la infraestructura y sus componentes, para así garantizar la vida útil y funcionalidad de las mismas.
- Aumentar el presupuesto institucional, para garantizar los recursos y por ende la implementación de los proyectos en el tema.
- Articular los enlaces existentes entre las diferentes áreas regionales de ingeniería y mantenimiento para fomentar su participación en los diversos procesos de compras, añadiendo su conocimiento en las correspondientes regiones.

Referencias Bibliográficas.

- Junta Directiva CCSS. (2007). Sesión 8165. San José: CCSS.
- Junta Directiva CCSS. (2009). Sesión 8361. San José: CCSS.
- Evaluaciones del desempeño-PSIE. (2014). San José: CCSS

Cuadro 37.1
CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO
PLAZO (PAQUETE BÁSICO) POR REGIÓN, 2014
(porcentaje)

REGIÓN	2014
Región Brunca	68
Región Chorotega	58
Región Central Norte	58
Región Central Sur	74
Región Huetar Atlántica	49
Región Huetar Norte	67
Región Pacífico Central	67
Institucional	63

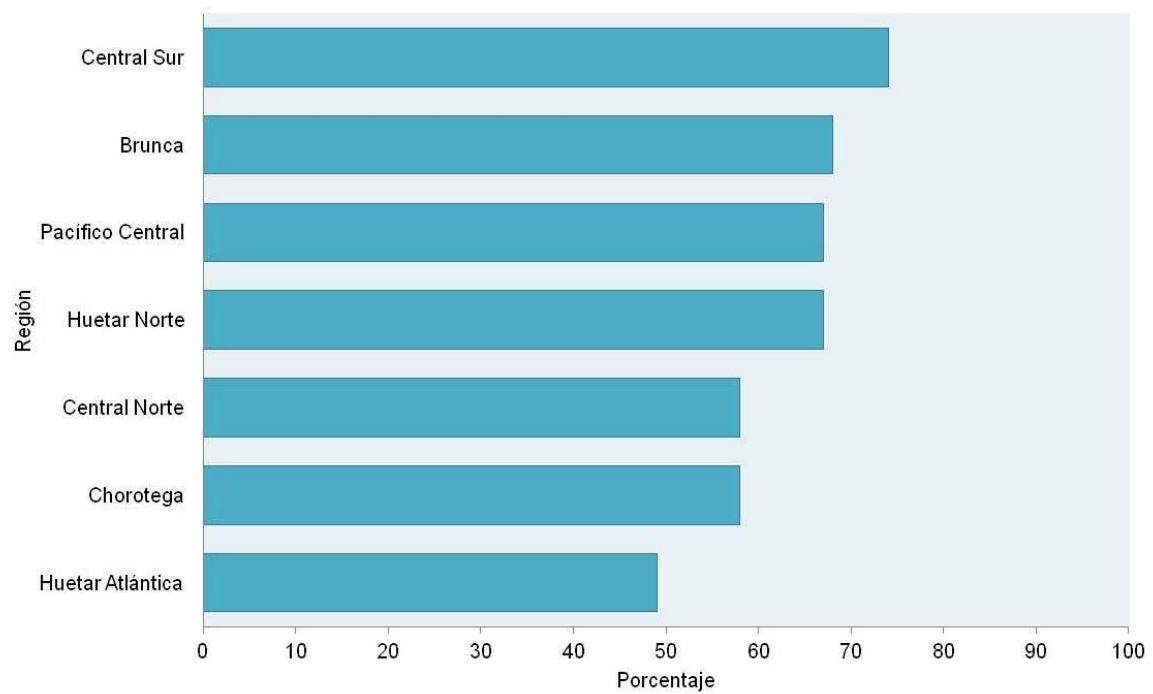
FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo. 2014.

Cuadro 37.2
CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO PLAZO
(PAQUETE BÁSICO) POR TIPO DE HOSPITAL, 2014
(porcentaje)

HOSPITAL	2014
Hospitales Nacionales	64
Hospitales Regionales y Periféricos	79
Hospitales Especializados	81
Institucional	75

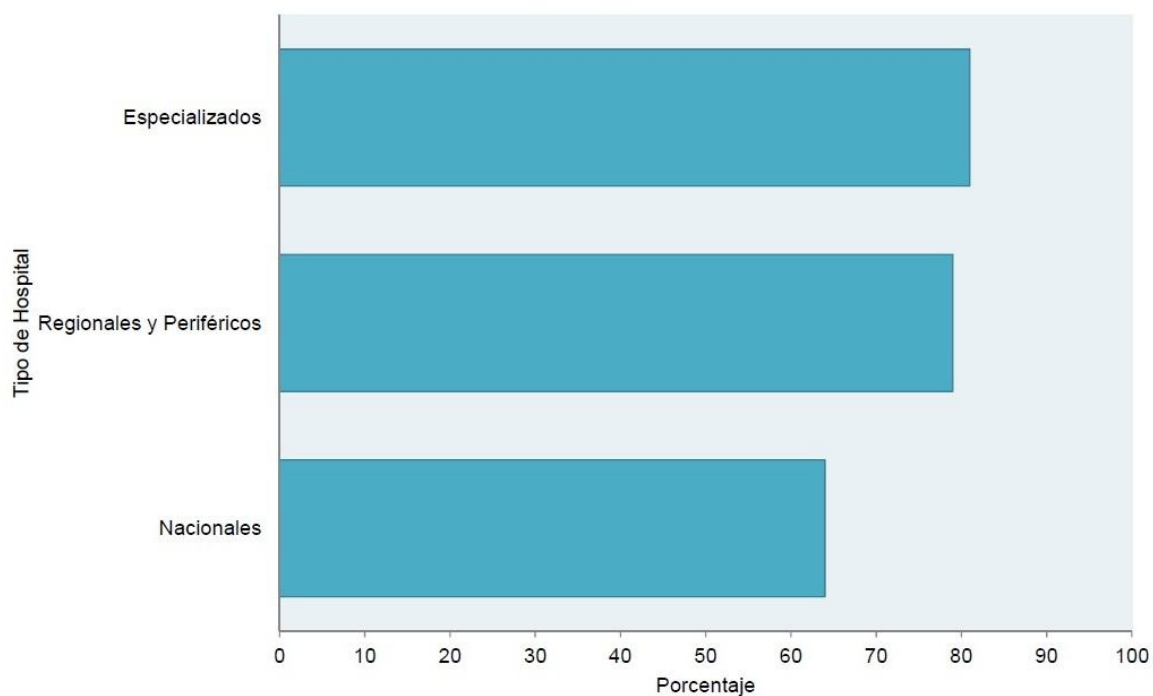
FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo. 2014.

Gráfico 37.1
CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO PLAZO (PAQUETE BÁSICO)
POR REGIÓN, 2014
(porcentaje)



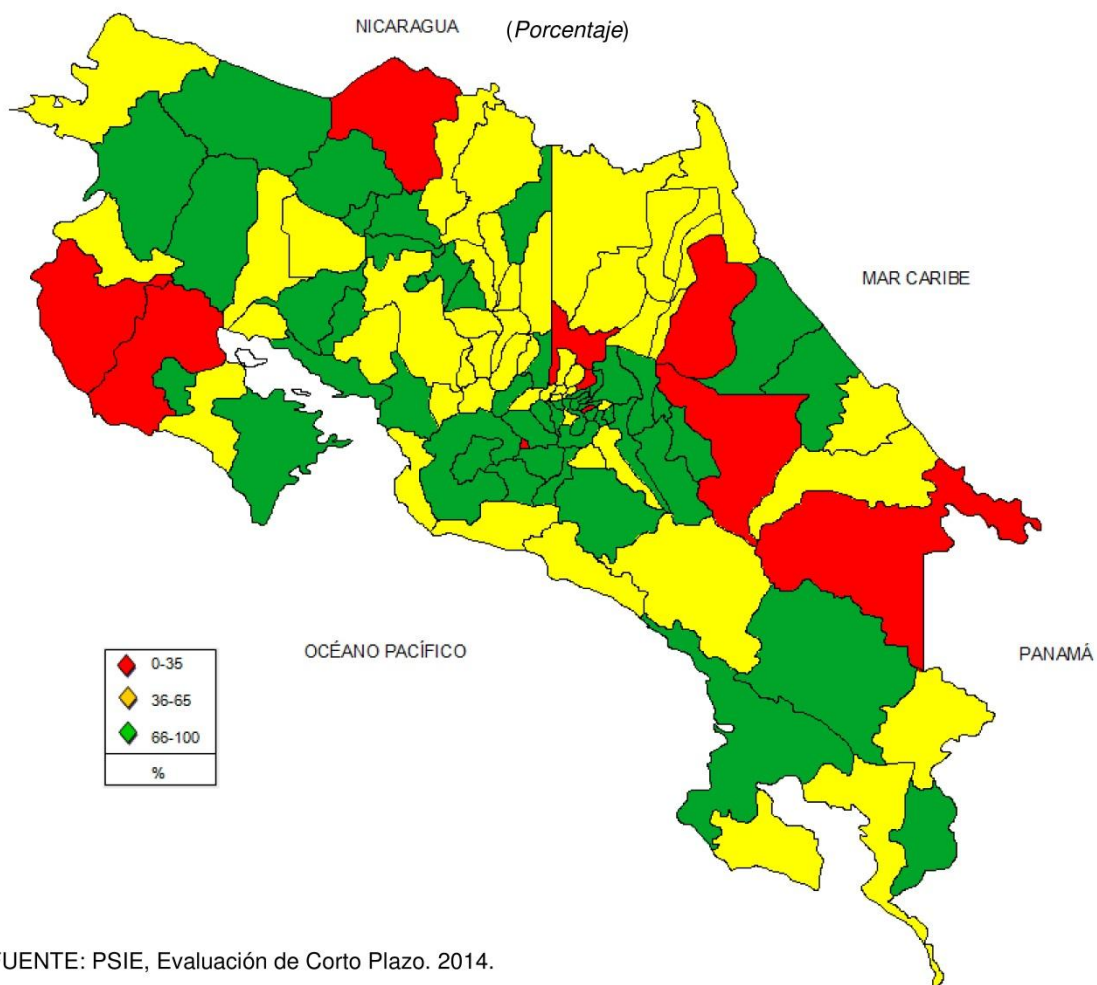
FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo. 2014.

Gráfico 37.2
CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO PLAZO (PAQUETE BÁSICO)
POR TIPO DE HOSPITAL, 2014
(porcentaje)



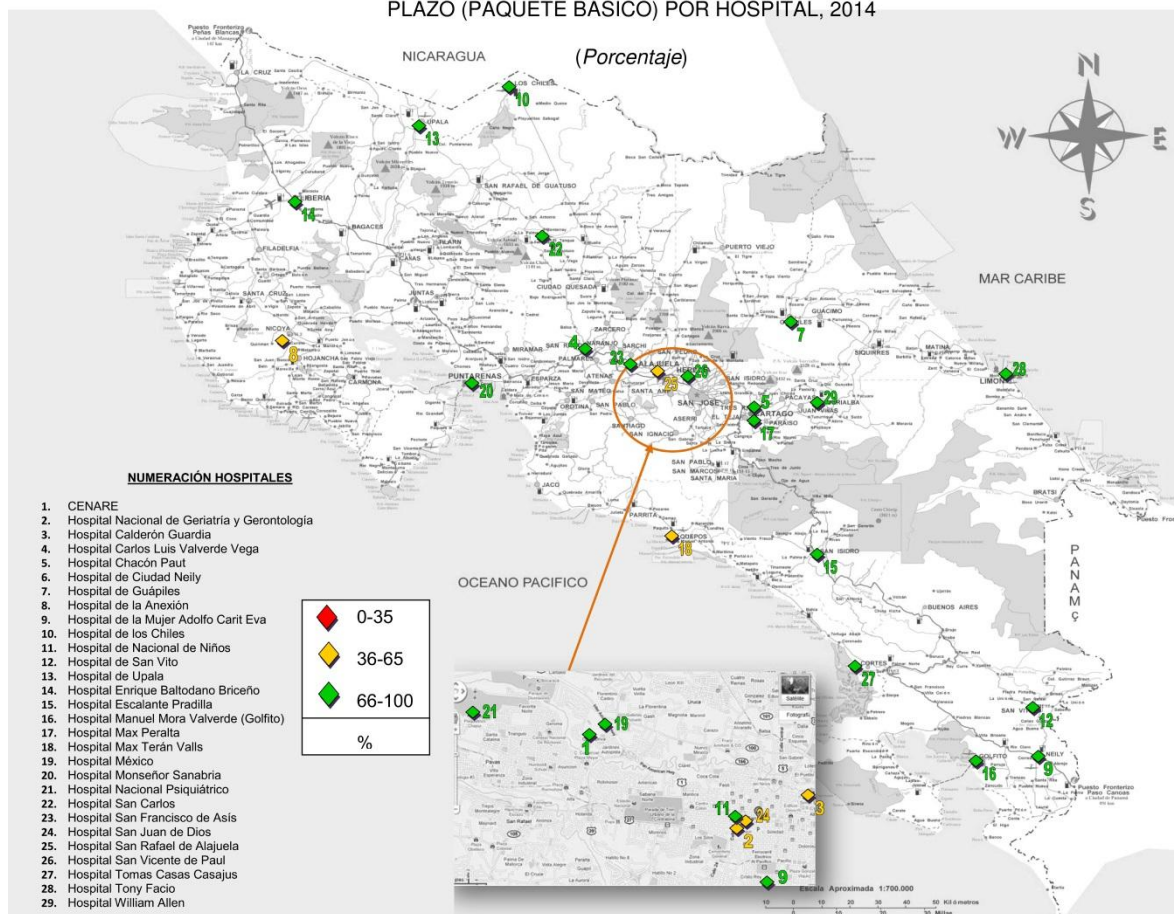
FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo. 2014.

Mapa 37.1
CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO
PLAZO (PAQUETE BÁSICO) POR ÁREA DE SALUD, 2014



FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo. 2014.

Mapa 37.2
CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO PLAZO (PAQUETE BÁSICO) POR HOSPITAL, 2014



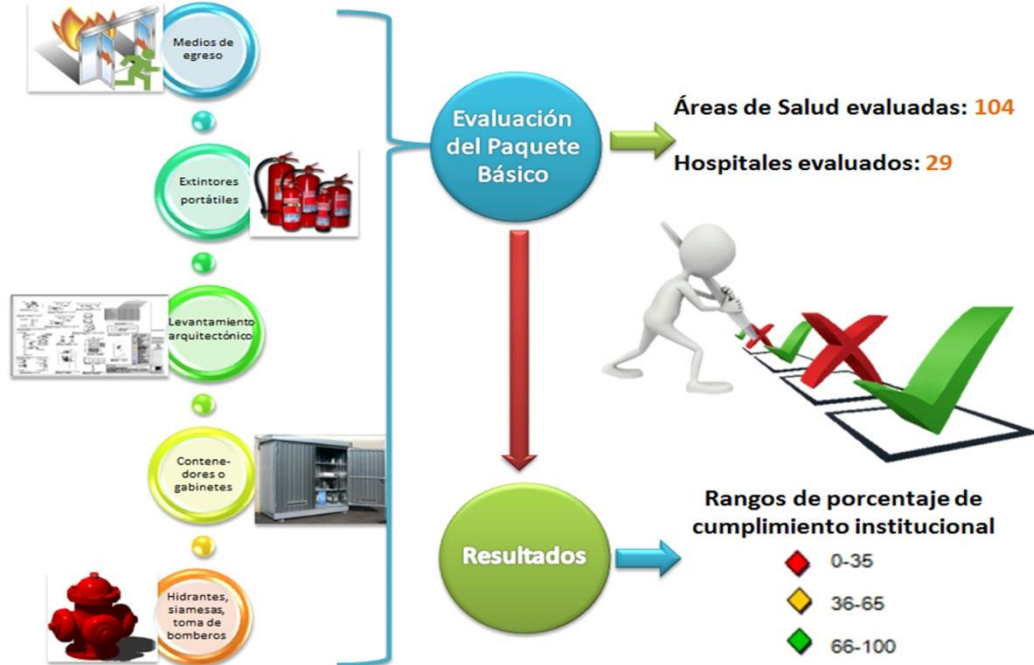
FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo. 2014.

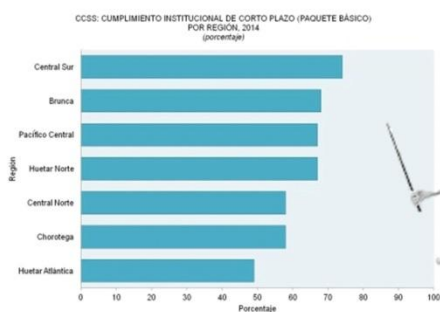


Caja Costarricense de Seguro Social

Condiciones básicas para la seguridad humana a nivel institucional en materia de protección contra incendios

Cumplimiento de los proyectos del Corto Plazo correspondientes al PI-PSIE, 2014

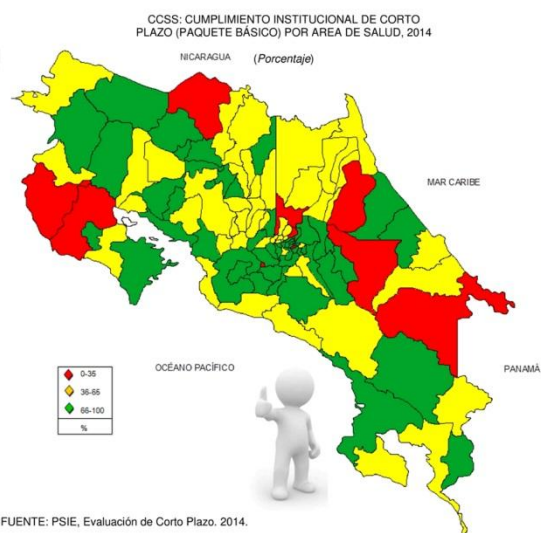




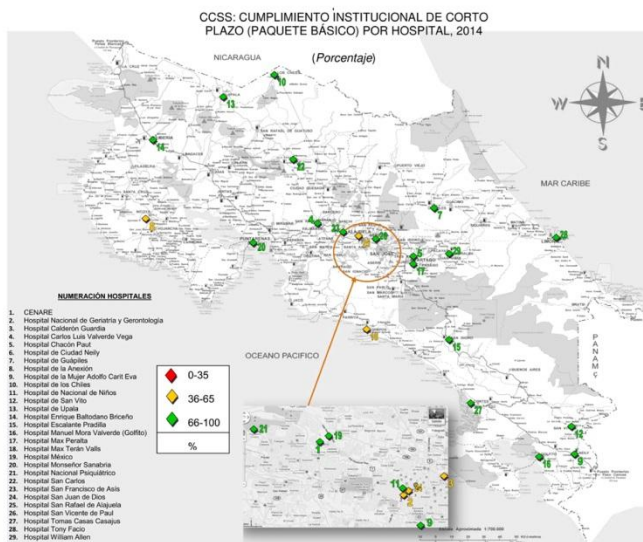
FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo, 2014.

CCSS: Cumplimiento Institucional de Corto Plazo (Paquete Básico) por región, 2014

REGIÓN	2014
Región Central Sur	74
Región Brunca	68
Región Pacífico Central	67
Región Huetar Norte	67
Región Central Norte	58
Región Chorotega	55
Región Huetar Atlántica	49
Institucional	63



FUENTE: PSIE, Evaluación de Corto Plazo, 2014.



Para más detalle contáctenos:

DIRECCIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD

Tel: 2539-0000 Ext. 3807/3813/3809
Fax: 2539-0119 /2539-1434
San José, Costa Rica

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/>

CCSS: Cumplimiento Institucional de Corto Plazo (Paquete Básico) por tipo de Hospital, 2014

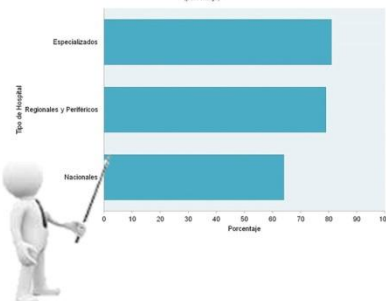
(porcentaje)

HOSPITAL	2014
Hospitales Nacionales	64
Hospitales Regionales y Periféricos	79
Hospitales Especializados	81
Institucional	75



CCSS: CUMPLIMIENTO INSTITUCIONAL DE CORTO PLAZO (PAQUETE BÁSICO) POR TIPO DE HOSPITAL, 2014

(porcentaje)



GRUPOS DE APOYO TÉCNICO (GAT)

Grupos de Apoyo Técnico predominan en la mayoría de los centros de trabajo de la Gerencia Médica y destacan por un nivel de avance satisfactorio.

Para el año 2014, casi el 60% de los Grupos de Apoyo Técnico obtuvieron una acreditación A, predominan los equipos de la Región Atlántica y Central Sur.

En el año 1996, la Dirección Corporativa de Recursos Humanos, específicamente el Área de Relaciones Laborales (hoy Dirección de Bienestar Laboral y Área Desarrollo Laboral), fortaleció el proceso de desconcentración en materia de prevención y atención de los conflictos laborales.

Así, se implementó como estrategia la conformación de los Grupos de Apoyo Técnico (GAT), equipos integrados por personas trabajadoras de la CCSS, quienes cumplen un rol como facilitadores de procesos de investigación y negociación (mediación y conciliación), mediante la creación de espacios participativos en que funcionarios y funcionarias detectan problemáticas que afectan el ambiente de trabajo y proponen alternativas de solución, mismas que convertirán en compromisos para su respectiva ejecución, en beneficio de los ambientes laborales, de la calidad de vida de la persona trabajadora y de la prestación de los servicios institucionales.

En este sentido, el Programa de Atención de Situaciones Sociolaborales (PASS), adscrito al Área de Desarrollo Laboral, funge como ente rector en cuanto la organización y funcionalidad de los GAT, destacando dentro de sus competencias la evaluación a todos los equipos de trabajo activos de la institución.

El proceso de evaluación consiste en acreditar al Grupo de Apoyo Técnico, determinando el nivel alcanzado en el cumplimiento efectivo de los subsistemas de trabajo:

- Prevención y atención del conflicto laboral.
- Acciones de fortalecimiento de clima organizacional.
- Desarrollo del equipo de trabajo.

Los niveles de acreditación son los siguientes:

- A: Grupos de Apoyo Técnico que han alcanzado un alto nivel de madurez en su área de responsabilidad.
- B: Grupos que poseen las habilidades básicas y la capacidad para enfrentar y solucionar los aspectos técnicos del trabajo.
- Habilitado - no acreditado: Grupos que han desarrollado las acciones mínimas para prevenir el conflicto laboral.
- Sin categoría - no acreditado: Grupos que aunque se encuentren conformados en el centro de trabajo, no cumplen con las acciones solicitadas.

A los grupos que demuestren un nivel de avance exitoso en los subsistemas de trabajo, se les concede el Premio Institucional “Fortaleciendo el ambiente laboral Lic. Humberto Rojas Corrales”, que consta de tres categorías de premiación: Oro, Plata y Bronce, de acuerdo al cumplimiento de los indicadores establecidos respectivamente.

En este sentido, a continuación se presentan los resultados del proceso de evaluación 2014:

- La mayoría de los centros de trabajo adscritos a la Gerencia Médica, es decir el 79.3% (96) cuentan con GAT desempeñándose en actividades de prevención y atención del conflicto laboral en el ámbito organizacional. El porcentaje de ausentismo de dichos equipos al proceso de evaluación asciende al 20.66% (25). Estos equipos no reciben puntaje en la ponderación de la ficha técnica.
- Predomina la existencia de GAT a nivel local en dos Regiones, la Central Sur y la Atlántica, es decir que cumple con la cantidad de equipos de trabajo que le corresponde según la organización estructural. En contraste, las regiones que presentan inexistencia de GAT en sus Area de Salud y Hospitales son la Central Norte (Horquetas -Río Frio, Heredia -Cubujuqui, Alajuela Central, Puerto Viejo de Sarapiquí, Zarcero, Santo Domingo, Valverde Vega), Chorotega (Liberia, Nicoya, Tilarán y Santa Cruz), Pacífico Central (Hospital Max Terán Valls), Brunca (Coto Brus) y la Región Huetar Norte, en que solo el Hospital de San Carlos posee equipo de trabajo, mientras que en los restantes centros no hay conformación (Florencia, Guatuzo, Fortuna, Santa Rosa de Pocosol, Aguas Zarcas, Pital, Los Chiles, Ciudad Quesada, Hospital Los Chiles).

Respecto a los Hospitales Nacionales y Especializados, la mayoría (9) cuenta con la existencia de un GAT, mientras los 2 restantes (Clínica Oftalmológica y Centro de Dolor y Cuidados Paliativos), no cuenta con estos equipos de trabajo.

- Respecto a la totalidad de GAT evaluados, la mayoría es decir el 57.85 % (70) obtuvieron una acreditación A para una ponderación de 100, mientras que el 17.35% (21) resultaron con acreditación B para una ponderación de 75, lo cual evidencia la continuidad de acciones dentro de la Institución para el favorecimiento de los ambientes laborales.
- Mientras que una minoría representada por el 1.65% (2) y el 2.47% (3) obtuvieron de acreditación respectivamente “no acreditado - habilitado” para una ponderación de 50 y “no acreditado - no habilitado” sin ponderación. Las acciones llevadas a cabo por estos GAT son escasas pues Son equipos de reciente conformación.

Los Grupos de Apoyo Técnico que obtuvieron Premiación en el año 2014 son los siguientes:

Oro: Área de Salud Puriscal – Turrubares y Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

Plata: Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Bronce: Hospital Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera, Area de Salud Zapote Catedral, Hospital La Anexión de Nicoya y Area de Salud Barranca.

Los resultados anteriormente indicados, evidencian que existe un interés por parte de las Autoridades de la Institución a nivel local debido a la cantidad de grupos de apoyo técnico denominados por éstas, y que se reflejan en la cantidad de equipos activos, además el resultado predominante en A demuestra el apoyo en la gestión de sus acciones.

Se reconoce la importancia de que los GAT de Sede se encuentren activos dado su labor de enlace con el PASS durante el año de evaluación, además de sus tareas de seguimiento y supervisión, que incide en un acompañamiento y motivación para el nivel local. Sin embargo, la mayoría de los GAT locales, no contaron con el apoyo de un GAT de Sede, en este particular, destaca la Región Huetar Norte pues presenta una participación casi nula en cuanto al trabajo de los GAT en esta región.

Las siguientes son las propuestas de mejora para el fortalecimiento de la gestión de los Grupos de Apoyo Técnico:

Que la Dirección de Bienestar Laboral gestione la realización de Talleres de clima organizacional con las Autoridades Superiores de cada unidad administrativa como estrategia para sensibilizar sobre la importancia de la medición y atención de los ambientes laborales.

Para los centros que no cuentan con la existencia de un GAT, que la Dirección de Bienestar Laboral propicie espacios de reunión con las Autoridades Superiores de los centros respectivos, con el objetivo de sensibilizar y negociar la constitución de los Grupos de Apoyo Técnico y así , la ejecución de las acciones de atención y prevención del conflicto laboral.

Generar espacios para la capacitación, seguimiento y acompañamiento de los GAT para garantizar el efectivo desarrollo de sus procesos de trabajo y el fortalecimiento de los mismos.

Referencias Bibliográficas.

- Dirección de Bienestar Laboral, Programa de Atención de Situaciones Sociolaborales, Procedimiento para la Organización y funcionamiento de los Grupos de Apoyo Técnico, 2014
- Dirección de Bienestar Laboral, Programa de Atención de Situaciones Sociolaborales Informe: Resultados Evaluación para la acreditación GAT 2014

Cuadro 38.1
CCSS: ACREDITACIÓN A y B SEGÚN ACCIONES DE ATENCIÓN Y
PREVENCIÓN DEL CONFLICTO LABORAL DE ÁREAS DE SALUD¹ POR
REGIÓN, 2014
(cantidades absolutas)

REGION	A	B
Central Sur	17	5
Central Norte	10	3
Chorotega	6	3
Pacífico Central	5	4
Brunca	2	3
Atlántica	5	2
Huetar Norte	0	0
Institucional	45	20

¹ No incluye las Áreas de Salud de la Región Huetar Norte ni las siguientes: Corralillo, San Rafael de Heredia, Atenas, Horquetas, Heredia Cubujuquí, Alajuela Central, Puerto Viejo, Sarapiquí, Zarcero, Santo Domingo, Valverde Vega, Liberia, Nicoya, Tilarán, Santa Cruz, Parrita, Garabito, Golfito, Osa, Buenos Aires, Coto Brus, Guácimo.

FUENTE: Area Desarrollo Laboral. Evaluación para la acreditación, 2014.

Cuadro 38.2
CCSS: ACREDITACIÓN A y B SEGÚN ACCIONES DE ATENCIÓN Y
PREVENCIÓN DEL CONFLICTO LABORAL DE HOSPITALES¹, 2014
(cantidades absolutas)

REGION	A	B
Central Sur	2	0
Central Norte	3	1
Chorotega	2	0
Pacífico Central	1	0
Brunca	5	0
Atlántica	2	0
Huetar Norte	1	0
Institucional	16	1

¹No incluye al Hospital Max Terán Valls.

FUENTE: Area Desarrollo Laboral. Evaluación para la acreditación, 2014.

Gráfico 38.1
CCSS: CANTIDAD DE GAT SEGUN UNIDADES PRESTADORA
DE SERVICIOS DE SALUD POR REGION, 2014



Fuente: Área Desarrollo Laboral, Evaluación para la Acreditación, 2014

ENTERESE DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LOS GRUPOS DE APOYO TECNICO DURANTE EL 2014

De las 121 unidades prestadoras de servicios de salud convocadas a la evaluación 2014, se determinó que:



Regiones y Hospitales

Gráfico 38.1
CCSS: CANTIDAD DE GAT SEGUN UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR REGION, 2014



Fuente: Área Desarrollo Laboral, Evaluación para la Acreditación, 2014

UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PREMIADAS EN EL AÑO 2014

ORO:

Area de Salud Puriscal
Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia

PLATA:

Hospital México
Hospital San Juan de Dios

BRONCE:

Hospital de Niños Dr. Carlos Luis Saénz Herrera
Área de Salud Zapote Catedral
Hospital La Anexión de Nicoya
Área de Salud Barranca



Para más detalle contáctenos:

DIRECCIÓN BIENESTAR LABORAL
Programa de Atención de Situaciones Sociolaborales

Tel: 25390000 Ext. 4421/4411/4412

Fax: 25390242
San José, Costa Rica

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/>

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La calificación general de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a nivel institucional, se encuentra en el rango de satisfactorio.

La calificación fue de 87.51 para hospitalización y 82.92 para consulta externa.

La metodología utilizada para conocer la percepción de los usuarios de los Servicios de Salud a nivel nacional, tanto en Hospitalización como en Consulta Externa, está basada en el Modelo SERVQUAL adaptado a las necesidades institucionales, mismo que segmenta la percepción de los usuarios en cuanto a la satisfacción, en cinco dimensiones, como lo son:

1. Elementos tangibles.
2. Confiabilidad.
3. Capacidad de respuesta.
4. Certeza, seguridad y confianza.
5. Empatía.

Para los efectos evaluativos, los rangos establecidos para la medición de los resultados institucionales son:

- | | |
|-----------------------|--------------|
| • Muy satisfactorio | 90-100 % |
| • Satisfactorio | 89-80 % |
| • Poco satisfactorio | 79-70 % |
| • Insatisfactorio | 69-60 % |
| • Muy insatisfactorio | 59 a menos % |

La cantidad de encuestas aplicadas en los Centros de Atención de Salud a nivel nacional fueron un total de 16.604, equivalente a 2.439 en la parte de Hospitalización y de 2.980 en Consulta Externa en todos los Hospitales; en lo que respecta a las Áreas de Salud, el total de encuestas fue de 14.165 en Consulta Externa.

El análisis de los resultados, se realizó tomando en cuenta la calificación general, obtenida del desglose por cada una de las cinco dimensiones contempladas en el modelo SERVQUAL, además del tipo de establecimiento, según la clasificación institucional existente para las unidades prestadoras de servicios de salud:

- Hospitales:
 - Hospitales Nacionales Generales.
 - Hospitales Nacionales Especializados.
 - Hospitales Regionales.
 - Hospitales Periféricos.
- Áreas de Salud:
 - Áreas de Salud Tipo 1.
 - Áreas de Salud Tipo 2.
 - Áreas de Salud Tipo 3.

La calificación general de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a nivel institucional, se encuentra en el rango de satisfactorio, según la tabla de parámetros establecida para tales fines, siendo para el período evaluado 2013-2014, desglosada por tipo de servicio evaluado como sigue:

- Hospitalización: 87.51
- Consulta Externa *: 82.92

*Consulta Externa contempla tanto hospitales como Áreas de Salud y Centros especializados.

A continuación se detallan los resultados globales según el tipo de establecimiento, a nivel de la Consulta Externa:

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| • Hospital Nacional General | 75.68 |
| • Hospital Nacional Especializado | 89.19 |
| • Hospital Regional | 80.37 |
| • Hospital Periférico | 84.67 |
| • Área de Salud Tipo 1 | 86.73 |
| • Área de Salud Tipo 2 | 83.71 |
| • Área de Salud Tipo 3 | 80.06 |

En el resultado individual, únicamente los Hospitales Nacionales Generales, están inmersos en la calificación de “poco satisfactorio”, los demás tipos de nosocomios, así como las áreas de salud, están en el rango de satisfactorio.

En lo referente a la satisfacción de las personas usuarias a nivel de los servicios de hospitalización a nivel nacional, los resultados fueron:

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| • Hospital Nacional General | 80.35 |
| • Hospital Nacional Especializado | 90.70 |
| • Hospital Regional | 88.66 |

- Hospital Periférico

90.31

Para los resultados presentados, se puede apreciar que los hospitales clasificados como Nacionales Generales y los Regionales, se encuentran ubicados en el rango de “satisfactorio”.

Mientras que, los hospitales Nacionales Especializados, así como los Periféricos, están en el rango de “muy satisfactorio”, con notas superiores al 90.00%.

Si se busca ubicar los mejores hospitales y áreas de salud en satisfacción, respecto a la atención brindada en los Servicios de Consulta Externa a nivel nacional, por categoría, se tendría que en:

- Hospitales Nacionales Generales, el mejor calificado es el Hospital México con un rango de satisfacción de 81.37%.
- Hospitales Nacionales Especializados, sería el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, con un 95.25%.
- Hospitales Regionales, la mejor calificación la obtiene el Hospital San Carlos, con un 89.69%.
- Hospitales Periféricos, con un 94.43%, el Hospital de Ciudad Neilly, sería el de mejor calificación.
- Área de Salud Tipo 1, sería el AS Moravia, la de mejor rango de ubicación con un 97.23%.
- Área de Salud Tipo 2, quien ocuparía el puesto de privilegio en esta categoría sería el área de San Rafael de Puntarenas, con un 94.20%.
- Área de Salud Tipo 3, la mejor posición la ocupa el área de Mata Redonda (Cl. Ricardo Moreno Cañas), con un porcentaje del 89.31%.

En este sentido, se pueden enumerar los diez (10) primeros lugares de satisfacción a nivel nacional en la prestación de servicios, según la opinión de las personas usuarias, en los Servicios de Consulta Externa, donde los centros que ocupan estos lugares son:

1. Área de Salud de Moravia	97.23%
2. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología	95.25%
3. Área de Salud Chacarita	95.14%
4. Área de Salud Carrillo	95.03%
5. Centro Nacional del Dolor	94.69%
6. Área de Salud Escazú	94.57%
7. Áreas de Salud Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	94.49%
8. Hospital de Ciudad Neilly	94.43%
9. Área de Salud Palmares	94.34%

10. Área de Salud San Rafael, Puntarenas

94.20%

A nivel de satisfacción de los servicios brindados a nivel de Hospitalización en los nosocomios institucionales, como pudo observarse antes, esta calificación se ubica en el rango de “satisfactorio”, siendo los mejores por tipo de hospital, los siguientes:

- Hospitales Nacionales Generales, el mejor calificado es el Hospital México con un rango de 81.74%.
- Hospitales Nacionales Especializados, es el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, con un 97.62%.
- Hospitales Regionales, la mejor calificación la obtiene el Hospital San Carlos, con un 93.87%.
- Hospitales Periféricos, la mejor calificación es de un 96.94%, que lo recibiera el Hospital de Upala.

En cuanto a los diez (10) primeros lugares en los Servicios de Hospitalización de los nosocomios nacionales, según la satisfacción otorgada por las personas usuarias de los mismos, estos están ocupados por:

1. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología	97.62%
2. Hospital Upala	96.94%
3. Hospital Ciudad Neilly	96.12%
4. Hospital Nacional de Niños	95.29%
5. Hospital William Allen Taylor	94.90%
6. Hospital Carlos L. Valverde Vega	94.62%
7. Hospital San Carlos	93.87%
8. Hospital Los Chiles	93.44%
9. Hospital San Vito	93.18%
10. Hospital San Rafael, Alajuela	92.80%

Cuadro 39.1

CCSS: SATISFACCIÓN DE PERSONAS USUARIAS DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN CALIFICACIONES
PORCENTUALES POR DIMENSIONES DEL MODELO SERVQUAL
ÁREAS SALUD Y HOSPITALES, 2013-2014

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DIMENSIONES MODELO SERVQUAL					CALIFICACIÓN TOTAL
	ELEMENTOS TANGIBLES	CONFIABILIDAD	CAPACIDAD RESPUESTA	CERTEZA, SEGURIDAD Y CONFIANZA	EMPATÍA	
Hospitales Nacionales Generales	71.91	72.08	77.42	79.22	77.75	75.68
Hospitales Nacionales Especializados	89.97	85.22	88.03	93.56	89.16	89.19
Hospitales Regionales	81.61	71.91	80.53	85.92	81.87	80.37
Hospitales Periféricos	84.01	79.63	86.47	89.51	83.72	84.67
Áreas de Salud Tipo 1	86.34	85.39	86.05	90.25	85.63	86.73
Áreas de Salud Tipo 2	86.26	81.28	82.05	87.49	81.46	83.71
Áreas de Salud Tipo 3	80.40	77.94	80.58	82.23	79.14	80.06

FUENTE: DICSS, Encuesta de satisfacción de las personas usuarias, Consulta Externa y Hospitalización, 2013-2014.

Cuadro 39.2
CCSS: SATISFACCIÓN DE PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CALIFICACIONES
PORCENTUALES POR DIMENSIONES DEL MODELO SERVQUAL
HOSPITALES A NIVEL NACIONAL, 2013-2014

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DIMENSIONES MODELO SERVQUAL					CALIFICACIÓN TOTAL
	ELEMENTOS TANGIBLES	CONFIABILIDAD	CAPACIDAD RESPUESTA	CERTEZA, SEGURIDAD Y CONFIANZA	EMPATÍA	
Hospitales Nacionales Generales	86.37	85.41	86.38	86.47	57.12	81.74
Hospitales Nacionales Especializados	90.91	89.39	82.40	88.24	87.81	87.75
Hospitales Regionales	89.43	89.65	86.84	92.18	89.88	89.59
Hospitales Periféricos	87.47	89.79	87.49	95.43	87.38	89.51

FUENTE: DICSS, Encuesta de satisfacción de las personas usuarias, Consulta Externa y Hospitalización, 2013-2014.

Cuadro 39.3
CCSS: SATISFACCIÓN PERSONAS USUARIAS DE CONSULTA EXTERNA SEGÚN CALIFICACIONES
PORCENTUALES DE ÁREAS SALUD Y HOSPITALES, 2013-2014
(diez primeros lugares)

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DIMENSIONES MODELO SERVQUAL					CALIFICACIÓN TOTAL
	ELEMENTOS TANGIBLES	CONFIABILIDAD	CAPACIDAD RESPUESTA	CERTEZA, SEGURIDAD Y CONFIANZA	EMPATÍA	
Área de Salud Moravia	94.81	97.23	97.95	97.97	98.18	97.23
Hospital Geriatría y Gerontología	96.85	92.54	91.64	98.28	96.96	95.25
Área de Salud Chacarita	94.19	94.54	95.83	95.59	95.56	95.14
Área de Salud Carrillo	92.73	89.29	97.11	98.20	97.81	95.03
Centro Nacional del Dolor	94.98	93.18	96.98	92.20	96.12	94.69
Área de Salud Escazú	99.28	88.90	91.81	95.90	96.98	94.57
Áreas de Salud Oreamuno	92.78	96.49	89.90	96.74	96.52	94.49
Hospital Ciudad Neilly	88.90	88.99	97.39	99.50	97.39	94.43
Área de Salud Palmares	92.26	92.63	94.65	96.00	96.15	94.34
Área de Salud San Rafael, Puntarenas	90.99	92.87	95.83	95.28	96.05	94.20

FUENTE: DICSS, Encuesta de satisfacción de las personas usuarias, Consulta Externa y Hospitalización, 2013-2014.

Cuadro 39.4
CCSS: SATISFACCIÓN DE PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CALIFICACIONES
PORCENTUALES. NOSOCOMIOS NACIONALES, 2013-2014
(diez primeros lugares)

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	DIMENSIONES MODELO SERVQUAL					CALIFICACIÓN TOTAL
	ELEMENTOS TANGIBLES	CONFIABILIDAD	CAPACIDAD RESPUESTA	CERTEZA, SEGURIDAD Y CONFIANZA	EMPATÍA	
Hospital Geriatria y Gerontología	96.85	95.62	98.95	99.04	0.00	97.62 *
Hospital Upala	95.93	96.82	95.50	97.27	99.20	96.94
Hospital Ciudad Neilly	97.48	95.98	92.58	99.24	95.30	96.12
Hospital Nacional de Niños	96.66	89.65	95.69	97.92	96.55	95.29
Hospital William Allen Taylor	95.51	93.64	92.16	97.16	96.05	94.90
Hospital Carlos Luis Valverde Vega	97.80	92.28	87.83	97.47	97.73	94.62
Hospital San Carlos	95.54	94.80	85.03	97.65	96.33	93.87
Hospital Los Chiles	96.36	96.29	86.11	97.31	91.11	93.44
Hospital San Vito	94.65	81.15	94.26	98.22	97.62	93.18
Hospital San Rafael, Alajuela	94.14	96.90	86.22	96.65	90.09	92.80

* Presentó apelación y la nota fue el resultado del mismo

FUENTE: DICSS, Encuesta de satisfacción de las personas usuarias, Consulta Externa y Hospitalización, 2013-2014.