

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

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



**Informe de Evaluación de los
Compromisos de Gestión
2003**



Agosto 2004

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	5
2. METODOLOGÍA	6
2.1 Recolección de la información.....	6
2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar	6
2.3 Porcentaje de cumplimiento	7
2.4 Cobertura total	7
2.5 Cobertura con cumplimiento de normas.....	7
2.6 Índice con cumplimiento de normas	8
3. RESULTADO ÁREAS DE SALUD.....	8
3.1 Atención integral del niño y la niña	10
3.1.1 Cobertura de atención a niños (as) menores de 28 días.....	10
3.1.2 Cobertura de niños (as) menores de un año.....	11
3.1.3 Cobertura de niños (as) de uno a menos de seis años.....	11
3.1.4 Atención integral individual del adolescente.....	12
3.2 Atención integral de la mujer	13
3.2.1 Cobertura de toma de citología vaginal y cérvico uterina	13
3.2.2 Abordaje de citologías alteradas.....	15
3.2.3 Cobertura de atención prenatal	17
3.3. Atención integral del adulto	18
3.3.1 Cobertura de atención a personas diabéticas	19
3.3.2 Cobertura de atención a personas hipertensas	20
3.4 Atención integral al adulto mayor	21
3.5 Unidades de compra externa	22
3.6 Otros indicadores.....	25
3.6.1 Personas diabéticas e hipertensas detectadas por primera vez en las áreas de salud	25
3.6.2 Detección y abordaje de la violencia familiar	26
3.6.3 Plan estratégico local de salud.....	26
3.6.4 Promoción de la salud	26
3.6.5 Escuela para padres	27
3.6.6 Atención de las personas con discapacidad física, mental y sensorial	27
3.6.7 Vigilancia epidemiológica.....	27
3.6.8 Atención domiciliar	28
3.6.9 Satisfacción del usuario	29
3.6.10 Revisión de referencias.....	29
3.6.11 Coordinación entre niveles	29
3.7 Certificaciones.....	30

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.7.1	Salud ocupacional.....	30
3.7.2	Saneamiento básico y ambiental	30
3.7.3	Información estadística.....	30
3.7.4	Establecimiento de Juntas de Salud.....	30
3.7.5	Contraloría de Servicios de Salud	31
3.8	Segundo nivel de atención.....	31
4.	<i>RESULTADO INDICADORES FINANCIEROS ÁREAS DE SALUD.....</i>	<i>35</i>
4.1	Indicador 20401 Análisis de la ejecución del presupuesto.....	35
4.1.1.	Ejecución del presupuesto	35
4.2	Indicador 20601 Análisis de Costos	37
5.	<i>RESULTADO HOSPITALES.....</i>	<i>38</i>
5.1	Producción hospitalaria	38
5.2	Hospitalización.....	40
5.3	Análisis otros indicadores	54
5.3.1	Índice operatorio.....	54
5.3.2	Estancia preoperatoria	56
5.3.3	Tiempo de espera.....	57
5.3.4	Indicadores en los que se realizó muestreo de expedientes para determinar el cumplimiento de los criterios establecidos en las Normas de Atención.....	61
6.	<i>ANÁLISIS DE INDICADORES FINANCIEROS HOSPITALARIOS.....</i>	<i>65</i>
6.1	Indicador 20401 Productividad del recurso humano.....	65
6.2	Indicador 20402. Indicadores financieros.	69
6.3	Indicador 20402 Análisis de las variaciones en la producción y asignación de recursos financieros respecto a las inicialmente pactadas	75
6.4	Indicador 20405 Análisis de Costos	75
7.	<i>ANÁLISIS DE INDICADORES FINANCIEROS GENERALES PARA ÁREAS Y HOSPITALES</i>	<i>76</i>
7.1	Indicador 20404 Gestión de Subsidios.....	76
7.1.1	Hospitales	76
7.1.2	Áreas de Salud.....	76
7.2	Indicador 20901 Porcentaje de personas no aseguradas a las que se les brinda servicios de salud.....	77
8.0	<i>CONCLUSIONES</i>	<i>77</i>
8.1	Áreas de Salud	77
8.2	Hospitales	80
9.	<i>RECOMENDACIONES.....</i>	<i>82</i>

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

9.1 Áreas de Salud	82
9.2 Hospitales	83

I. INTRODUCCIÓN

Por sexto año consecutivo, hemos realizado la evaluación anual de los compromisos de gestión. En este año, el total de centros de salud evaluados fue de 103 áreas de salud y 29 hospitales.

Como en el 2002 las Direcciones Regionales participaron activamente en el proceso de evaluación, asumiendo la planificación, recolección de datos y análisis regional de los resultados.

El trabajo de campo estuvo a cargo de por lo menos tres profesionales (107 personas en total) liderados por un médico o el funcionario de mayor experiencia.

En este documento se presentan los principales resultados de la evaluación a nivel nacional, resultados que permiten dirigir la producción hacia las necesidades de salud de la población, congruente con los objetivos y las políticas de salud.

Los resultados muestran, en forma general, cómo la brecha entre coberturas totales y coberturas con calidad de la atención a los distintos grupos de población que se incluyen en el Compromiso de Gestión, han mostrado una tendencia a la disminución, lo cual implica una mejoría en la calidad de los servicios que se les brinda a los usuarios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

2. METODOLOGÍA

Al igual que en años anteriores, la evaluación de los compromisos de gestión se desarrolló en todas las áreas de salud y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En las áreas de salud, la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en la revisión de expedientes de cada usuario incluidas en los diferentes programas de atención integral a las personas. En los hospitales, la evaluación está basada en el cumplimiento de la producción pactada en las unidades de producción hospitalaria (UPH), en la evidencia documentada de los indicadores pactados y en un módulo de revisión de expedientes para la verificación del cumplimiento de los criterios de atención a mujeres con postparto atendidas según norma, recién nacidos, personas hipertensas, personas diabéticas atendidas en consulta externa por la especialidad de medicina interna y el porcentaje de epicrisis con cumplimiento de criterios.

2.1 Recolección de la información

La recolección de los datos para la evaluación de los Compromisos de Gestión se realizó en forma conjunta entre la Dirección de Compra de Servicios de Salud y las Direcciones Regionales de Servicios Médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, del 19 de enero al 23 de febrero de 2003. La Dirección de Compra de Servicios de Salud, efectuó la recolección de los datos en las unidades de compra externa, hospitales nacionales y especializados.

Para la recolección de los datos se constituyeron equipos de trabajo de, por lo menos, tres profesionales (107 personas en total) liderados por el funcionario de mayor experiencia en el proceso.

La evaluación se planificó en el ámbito de cada Dirección Regional de Servicios Médicos, definiendo los equipos evaluadores, la distribución por área de salud y el cronograma de evaluación. La Dirección de Compra de Servicios de Salud desarrolló un taller con los coordinadores regionales de los equipos evaluadores, con el propósito de homologar y estandarizar los instructivos diseñados para el llenado de los instrumentos de evaluación y el plan de trabajo en los diferentes centros de atención.

Además en cada región se coordinó una capacitación para sus equipos evaluadores del compromiso de gestión.

2.2 Selección de la muestra de expedientes por revisar

En los hospitales con maternidad se hizo una revisión de expedientes para evaluar el cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención del parto vaginal y recién nacidos sanos. En los hospitales con la especialidad de medicina interna en consulta externa se realizó una revisión de los expedientes de las personas diabéticas e hipertensas. En la totalidad de los hospitales se revisó el cumplimiento de criterios en las epicrisis. Particularmente en el Hospital San Vicente de Paúl se evaluó, además, el muestreo de captación temprana de niños y niñas y, para los hospitales Nacional

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Psiquiátrico y Chacón Paut, se aplicaron los muestreos del estado mental en pacientes de consulta externa y estado mental en pacientes ingresados.

Los tamaños de muestra se determinaron para cada hospital a partir de un nivel de confianza del 90%, un margen de error igual al 10% y un ajuste por ausencia del expediente por revisar igual a un 10%. Asimismo, se ajustó por finitud utilizando el total de egresos reportados al Departamento de Información Estadística de los Servicios de Salud, durante el 2003.

En cada área de salud se hizo una revisión de expedientes a partir de una muestra fidedigna del total de consultas de primera vez, brindadas por las áreas en los diferentes programas por evaluar. Al igual que en las evaluaciones anteriores, la determinación del tamaño de la muestra y la selección de los expedientes se estableció utilizando el técnicamente denominado "muestreo de conglomerados desiguales con submuestreo y asignación proporcional", primero la selección de los sectores y, luego, la selección de expedientes por programa en cada sector seleccionado.

Los tamaños de muestra se determinaron utilizando un nivel de confianza del 90%, un margen de error del 10%, un porcentaje de datos faltantes o de no respuesta igual al 5% y una estimación de la variancia a partir de las coberturas con calidad determinada en la evaluación del 2002.

2.3 Porcentaje de cumplimiento

El porcentaje de cumplimiento se refiere al grado en el que se alcanzan las metas pactadas, comparando lo pactado con lo logrado.

En los hospitales, el puntaje final es el producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de la producción lograda en las UPH.

Para las áreas de salud, el puntaje final es el producto del cumplimiento de los indicadores pactados y de las coberturas con cumplimiento de normas logradas.

2.4 Cobertura total

La cobertura total por programa se define como el cociente entre las consultas de primera vez y la población meta de cada uno de los programas evaluados, a saber, captación temprana de niños(as) menores de 28 días, atención de niños(as) menores de un año, atención de niños (as) de uno a seis años, atención integral de los adolescentes, atención integral de la mujer, atención prenatal, atención integral del adulto, atención del paciente diabético, atención del paciente hipertenso y atención integral del adulto mayor.

2.5 Cobertura con cumplimiento de normas

Se ha denominado cobertura con cumplimiento de normas al producto resultante de multiplicar la cobertura total por el índice de cumplimiento de normas obtenido.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

2.6 Índice con cumplimiento de normas

Para el cálculo de este índice, a partir de las normas técnicas de atención, se han definido los criterios mínimos que deben ser cumplidos en un 100% en cada programa.

El índice de cumplimiento de normas corresponde a la proporción de expedientes revisados que cumplen con todos los criterios mínimos establecidos. El incumplimiento de alguno de los criterios castiga fuertemente el cumplimiento de normas, lo cual impacta de manera importante las coberturas totales.

3. RESULTADO ÁREAS DE SALUD

Durante el 2003, las unidades del primer nivel de atención brindaron 2 077 054 consultas de primera vez, 27 339 consultas más que las brindadas en el 2002. Esta cifra representa una cobertura global nacional del 50,37%, prácticamente la misma alcanzada durante el año anterior (50,7%)¹.

**Cuadro 1
Cobertura global por región y nacional.
Evaluación Compromisos de Gestión
(2002-2003)**

Región	Cobertura % 2002	Cobertura % 2003
Central Norte	46,54	48,68
Central Sur	47,98	45,32
Huetar Norte	45,13	63,36
Pacífico Central	84,08	66,43
Chorotega	62,87	62,26
Huetar Atlántica	55,73	55,04
Brunca	41,06	42,79
Nacional	50,65	50,30

Fuente: Dirección Actuarial, DCSS, CCSS.

Como se puede observar, todas las regiones del país aumentaron su cobertura global, a excepción de la Región Central Sur que disminuyó su cobertura en 2,66% y la Región Pacífico Central que presentó una disminución importante de la cobertura lograda en relación al 2002, de 17,65%, es decir, se brindaron en el 2003 alrededor de 35 000 consultas menos en esta región.

¹ Para la construcción de estas cifras se ha utilizado las poblaciones nacionales ajustadas según censo del 2000.

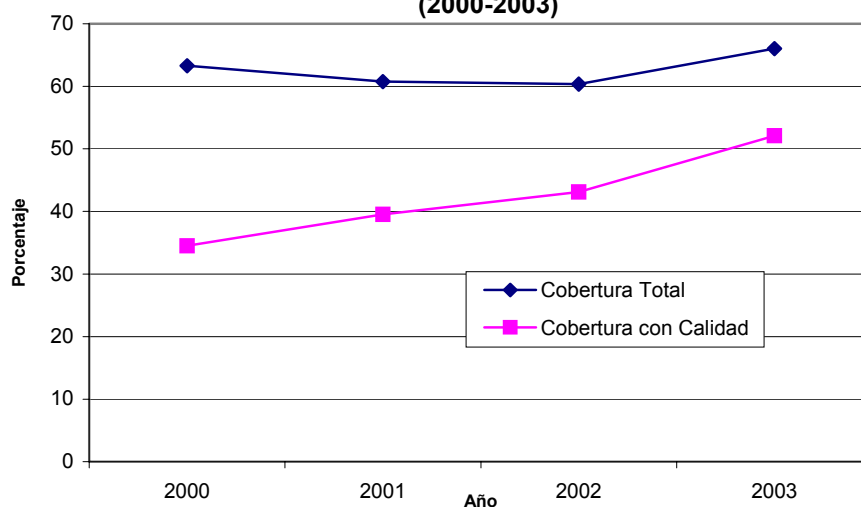
**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Lo opuesto ocurre en la Región Huetar Norte, que logró brindar 18,5% más de cobertura global en el 2003, situación que representa alrededor de 35.000 consultas más que las brindadas en el 2002.

Por otro parte, al igual que en el anterior, se procedió a medir la cobertura total y con calidad. Entendiendo cobertura total como todas las atenciones de primera vez en el año en cada uno de los diferentes grupos de edad, en relación con la población correspondiente (aspecto cuantitativo). La cobertura con calidad se refiere al cumplimiento de criterios mínimos establecidos en la Norma de atención integral en cada uno de los distintos tipos de atenciones (aspecto cualitativo).

La brecha entre coberturas totales y coberturas con calidad de las diferentes atenciones incluidas en el Compromiso de Gestión continua su tendencia a la disminución, lo cual implica una mejoría en la calidad de las atenciones que se le brinda a los usuarios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Gráfico 1
Cobertura total y con calidad de las diferentes
atenciones incluidas en el Compromiso de Gestión
(2000-2003)**



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

Esta brecha, que en el 2000 significó una diferencia de 29%, disminuyó en el 2003 a 14%.

La cobertura total de las diferentes atenciones incluidas en el Compromiso de Gestión en el 2003 fue, en términos generales, superior a la alcanzada en años anteriores, la que había, incluso, tendido al estancamiento. Este año, el promedio nacional de las coberturas totales de las diferentes atenciones fue de 66%.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

El comportamiento específico de los diferentes grupos de población que reciben atenciones integrales se describe a continuación.

3.1 Atención integral del niño y la niña

La atención a los niños (as) es una prioridad nacional que ha generado, históricamente, políticas de protección a éste grupo de la población. La Caja Costarricense de Seguro Social no ha estado ajena a éste esfuerzo y es por ello que los niños (as) concentran una importante cantidad de las acciones de promoción y prevención de la salud, situación que se traduce en la obtención de coberturas de atención y de vacunación elevadas.

3.1.1 Cobertura de atención a niños (as) menores de 28 días

Debe aclararse que durante el 2000 no se contó con información, ya que en ese periodo este grupo de niños se incluía dentro de la cobertura de niños (as) menores de 1 año. A partir del 2001 se separó e incorporó como una cobertura diferenciada y que ha mostrado un desarrollo importante durante estos tres años, creciendo de un 54.5% en el 2001 a 73% en el 2003, comportamiento similar al logrado en la cobertura con calidad que pasa de 38,4% (2001) a 65% (2003). Si se observa la situación desde el nivel regional, los resultados muestran que el crecimiento experimentado ha sido similar en todas las regiones del país, pudiendo concluirse que el esfuerzo por captar tempranamente a los niños (as) se refleja en los resultados obtenidos.

Cuadro 2
Cobertura de atención de niños menores de 28 días por año
según Región
Evaluación Compromisos de Gestión, (2001-2003)

Región	Cobertura					
	Total			Calidad		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Brunca	33,10	53,20	70,68	23,0	49,30	68,21
Chorotega	69,30	74,30	80,12	43,0	59,40	60,64
Central Norte	54,10	55,50	66,09	33,3	42,70	59,91
Central Sur	56,10	58,00	72,41	44,1	49,20	62,25
Huetar Atlántica	46,00	63,70	74,35	44,4	50,20	68,79
Huetar Norte	53,20	60,60	72,29	31,9	52,10	70,83
Pacífico Central	69,70	79,20	88,69	52,9	64,30	72,85
Nacional	54,50	63,50	73,00	38,40	52,46	65,00

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2001-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud.CCSS

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.1.2 Cobertura de niños (as) menores de un año

Esta cobertura ha sido y es característicamente elevada, principalmente por tratarse de un grupo de población al que históricamente se le ha conferido prioridad; por ende, el esfuerzo se ha concentrado en mejorar el cumplimiento de los criterios de la norma de atención.

La cobertura total nacional lograda se ha mantenido en forma constante durante los últimos cuatro años, cercana al 90%; y, la cobertura con calidad se ha incrementado de 45.9% a 60%, aunque durante el último año no continuó el crecimiento que venía dándose, esto, posiblemente, por los resultados obtenidos en las regiones Chorotega y Huetar Norte, los que mostraron durante el 2003 un descenso de su cobertura con cumplimiento de norma, mientras que el resto de las regiones presentan un desarrollo constante de esta cobertura.

**Cuadro 3
Cobertura de atención de niños menores de 1 año por año según región
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Cobertura							
	Total				Calidad			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	89,10	85,80	76,80	89,43	45,10	51,80	60,10	76,30
Central Norte	91,10	88,00	82,80	89,42	41,30	48,30	49,40	59,50
Central Sur	90,00	89,00	82,40	87,32	54,30	56,50	57,40	62,08
Chorotega	96,00	97,50	92,50	88,20	52,30	52,90	66,60	49,03
Huetar Atlántica	92,30	82,40	85,40	90,51	40,20	58,20	47,20	47,68
Huetar Norte	99,20	91,40	94,90	80,93	29,10	54,50	72,90	57,63
Pacífico Central	96,00	95,40	95,40	97,27	59,20	61,50	71,20	73,33
Nacional	93,40	89,90	87,20	89,00	45,90	54,80	60,70	60,00

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS

3.1.3 Cobertura de niños (as) de uno a menos de seis años.

Cobertura total que muestra un crecimiento leve pero sostenido, explicado en parte, por tratarse de un grupo muy numeroso de niños (as) y cuya inclusión en las atenciones integrales ha sido más paulatina que con los niños (as) más pequeños.

Así mismo, la cobertura con calidad ha registrado un incremento progresivo, en donde la brecha entre las coberturas total y con calidad es más bien pequeña, situación que nos permite focalizar el esfuerzo, primordialmente, en aumentar el volumen de esta cobertura.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

**Cuadro 4
Cobertura de atención de niños de 1 a menos de 6 años por año según Región.
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Cobertura							
	Total				Calidad			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	32,70	37,20	49,20	44,05	17,10	30,01	41,50	41,48
Central Norte	44,90	39,60	50,40	49,46	21,40	31,50	37,00	41,78
Central Sur	40,50	44,50	48,30	57,07	32,10	36,80	36,90	47,70
Chorotega	53,40	49,60	58,60	54,71	24,80	35,30	41,00	40,01
Huetar Atlántica	39,40	43,00	46,40	48,11	23,60	36,80	33,60	44,26
Huetar Norte	42,10	41,00	43,90	46,16	22,60	32,50	35,80	43,28
Pacífico Central	37,10	54,20	62,30	59,01	30,40	47,30	50,40	47,61
Nacional	41,40	44,10	51,30	52,00	24,60	35,80	39,50	44,00

3.1.4 Atención integral individual del adolescente

La población adolescente, históricamente, se ha comportado como un grupo poco demandante de los servicios de salud preventivos, situación que incide en mayor dificultad para lograr el crecimiento de la cobertura a la población joven.

En el 2003, la cobertura de atención integral individual del adolescente a nivel nacional fue de 28%, 2% menor que en el 2002. Se observa, que el mejor resultado obtenido se alcanzó en el 2001, como un logro excepcional, ya que el resto de los años la cobertura se ha ubicado cerca del 28%. El comportamiento de la cobertura con calidad muestra un crecimiento muy importante entre los años 2000 y 2001, y a partir de ese momento, la estabilización en un 23% de cobertura con cumplimiento de los criterios de calidad.

**Cuadro 5
Cobertura de atención individual del adolescente por año según Región.
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Cobertura							
	Total				Calidad			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	23,90	25,10	24,40	24,24	5,00	16,70	22,60	23,68
Central Norte	28,50	36,20	32,20	26,82	11,90	20,00	24,00	21,85
Central Sur	32,40	41,40	29,00	27,97	19,90	29,90	26,40	25,37
Chorotega	36,50	32,90	33,10	30,65	12,60	21,90	22,30	24,05
Huetar Atlántica	27,70	37,40	27,80	28,28	13,60	35,00	24,30	25,28
Huetar Norte	16,70	32,50	24,10	21,87	10,40	22,30	19,30	21,22
Pacífico Central	31,40	35,60	41,20	33,09	14,10	27,80	34,40	21,42
Nacional	28,10	34,40	30,20	28,00	12,50	24,80	24,80	23,00

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud.CCSS

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

En el nivel regional, la Pacífico Central es la región que destaca por lograr, consistentemente, las coberturas más elevadas y la región Huetar Norte las coberturas menores. El comportamiento de las coberturas con calidad es similar al del nivel nacional, con una mejoría destacada entre los años 2000 y 2001 y la estabilización en los siguientes años en cerca del 24%.

Grupo de población, en el que, por sus características particulares, deben de ensayarse nuevas estrategias para acercar los servicios de salud, con sus actividades de promoción y prevención, a los diferentes grupos de jóvenes e incidir de ésta forma en mejorar sus condiciones y su calidad de vida tanto durante la adolescencia como en la etapa adulta.

3.2 Atención integral de la mujer

3.2.1 Cobertura de toma de citología vaginal y cérvico uterina

El tamizaje de cáncer de cérvix es una de las atenciones prioritarias dentro de la atención integral de la mujer. Debido al esfuerzo que ha hecho el país en los últimos años con acciones institucionales e intersectoriales dirigidas a la detección oportuna y temprana del cáncer de cérvix, la tasa de mortalidad por éste tumor tiende a la disminución. Lo anterior con base a cifras de los últimos años, en donde la tasa de mortalidad pasó de 7,70 por cien mil mujeres en 1998 (PASP 2001-2006, CCSS) a 6,50 por cien mil mujeres en el 2002 y, en el 2003, disminuyó a 5,60 por cien mil mujeres (Registro Nacional de Tumores).

En los últimos tres años, alrededor del 50% de las mujeres se están realizando el examen de Papanicolau en los servicios de salud de la Caja. De los resultados de la evaluación del Compromiso de gestión (Cuadro 1) se observa que desde el 2000, durante cada uno de los períodos bianuales, como indica la Norma de atención integral de salud en el primer nivel de atención, se alcanza una cobertura de toma de citología cérvico-vaginal cercana al 50% en los grupos de mujeres menores de 35 años y mujeres mayores de 35 años.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cobertura de toma de papanicolau a nivel nacional, por periodos bianuales, en mujeres menores de 35 años y mayores de 35 años,

Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)

Periodo Bianual	Cobertura Lograda Por Grupo De Edad	
	Menores de 35 Años	Mayores de 35 Años
2000-2001	51,60%	50,30%
2001-2002	53,60%	51,20%
2002-2003	44,70%	51,20%

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS

Resulta preocupante el descenso que se observa en la cobertura anual de toma de papanicolau en mujeres menores de 35 años, en los años del 2001 al 2003; así como el resultado sostenido de la cobertura en el grupo de mujeres mayores de 35 años y más en alrededor de 26%, aunque podría también considerarse como explicación para este hallazgo, la mejoría en la depuración y manejo de los registros (cuadro 2).

Otro aspecto que debe considerarse, es que una parte de la población femenina acude a la consulta médica privada para la toma de la citología cervico-vaginal, situación que es más significativa en las zonas metropolitanas y las regiones Central Norte y Central Sur. Sin embargo este aspecto no parece ser suficiente como para justificar las bajas coberturas logradas institucionalmente, y surge la necesidad, la prioridad de investigar éste fenómeno en forma prioritaria y conocer con mayor exactitud el comportamiento de esta población.

En el nivel regional, se observa que durante el 2003, únicamente la Región Central Sur aumentó levemente su nivel de cobertura. Por otro lado, en el grupo de mujeres mayores de 35 años, a excepción de la Región Brunca que logró una cobertura similar al año anterior, todas las otras regiones lograron un aumento en sus coberturas con respecto al 2002.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

**Cuadro 7
Cobertura de toma de citología vaginal en mujeres mayores y menores de 35 años
por región
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Mujeres de 15 a menos de 35 años				Mujeres de 35 y más años			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	31,07	21,70	33,10	22,88	25,67	24,17	30,85	30,45
Chorotega	23,32	21,32	22,44	22,36	29,39	31,02	24,94	27,28
Central Norte	19,48	27,86	16,73	16,50	22,65	22,14	21,62	22,68
Central Sur	18,09	21,51	17,86	18,56	23,69	24,64	22,38	24,20
Huetar Atlántica	23,70	28,11	23,88	22,92	23,93	26,55	26,21	27,60
Huetar Norte	21,30	19,76	19,87	21,46	20,97	21,59	22,10	26,80
Pacífico Central	22,07	28,86	24,74	23,48	23,75	31,91	28,19	28,49
Nacional	22,72	24,16	22,66	21,17	24,29	26,00	25,19	26,79

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud.CCSS

3.2.2 Abordaje de citologías alteradas

El porcentaje de citologías alteradas atendidas de acuerdo a la normativa establecida, se ha incrementado en forma significativa a lo largo del período 2000-2003.

En el nivel nacional, el logro del tiempo de comunicación, referencia a ginecología o colposcopia menor a 15 días, se obtuvo en el 97% de las citologías alteradas revisadas, porcentaje mayor al obtenido en el 2000 que fue de un 73.5%. Similar hallazgo se observa a nivel regional (cuadro 3).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

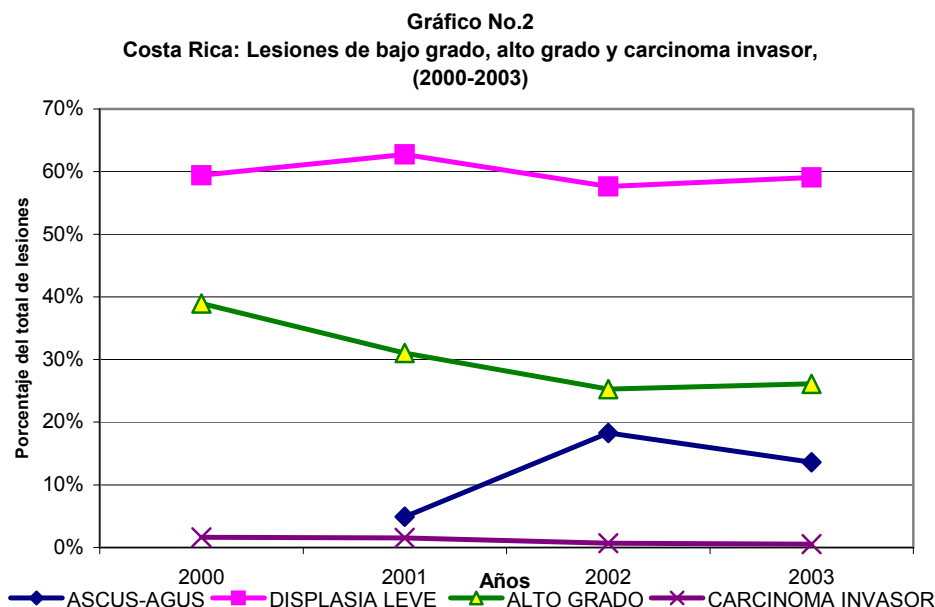
Cuadro 8
Cobertura con calidad de PAP alterados por año según región
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)

Región	Cobertura con Calidad			
	2000	2001	2002	2003
Brunca	78,60	78,00	92,5	96,67
Central Norte	77,90	92,90	93,3	96,87
Central Sur	90,50	96,10	97,9	99,95
Chorotega	78,60	91,20	88,1	95,2
Huetar Atlántica	61,60	92,00	93,3	94,31
Huetar Norte	72,40	88,10	95,7	99,63
Pacífico Central	88,40	91,80	96,5	96,52
Nacional	73,50	90,00	93,90	97,00

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS

Este aumento periódico en la calidad del abordaje de las citologías alteradas, podría asociarse con el descenso observado en la detección de lesiones de alto grado (sospecha de cáncer de endometrio, displasia moderada, displasia leve y carcinoma in situ) y carcinoma invasor.

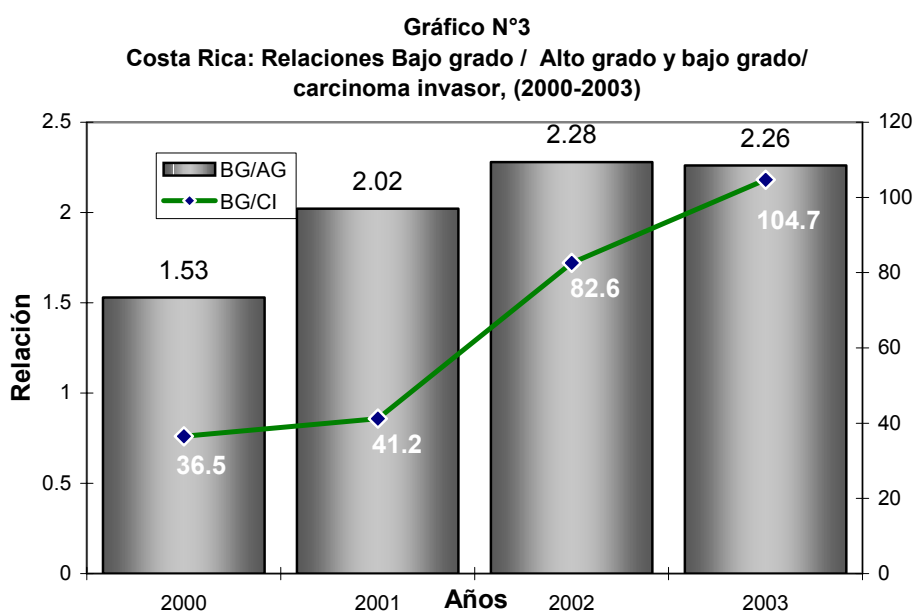
El gráfico 2 ilustra el descenso en la detección de lesiones de alto grado y carcinoma invasor en el periodo 2000-2003, a expensas de una detección constante de lesiones de bajo grado (displasia leve).



Fuente: Laboratorio Nacional de Citologías, DNC, CCSS.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

El gráfico 3 muestra un aumento significativo en las proporciones bajo grado / alto grado y bajo grado / carcinoma invasor. Es así como en el 2000 se detectaron 1,53 lesiones de bajo grado por cada lesión de alto grado y 36,5 lesiones de bajo grado por cada carcinoma invasor; mientras que en el 2003 se detectaron 2.26 lesiones de bajo grado por cada lesión de alto grado y 104,7 lesiones de bajo grado por cada carcinoma invasor. Ambos resultados se logran a expensas de un descenso en la detección de lesiones de alto grado y carcinoma invasor.



Fuente: Laboratorio Nacional de Citologías, DNC, CCSS.

El esfuerzo nacional e institucional por fortalecer la detección temprana de la patología cérvico-uterina, se ha visto reflejado en un aumento constante en la detección de lesiones de bajo grado y descenso en la detección de lesiones de alto grado y carcinoma invasor. Este esfuerzo se refleja a la vez en el descenso de la mortalidad por cáncer de cérvix, dado que, por tratarse de una patología de evolución lenta y permitir la detección temprana, otorga la posibilidad de implementar tratamiento correctivo y disminuir así la mortalidad.

A pesar de estos resultados positivos, persiste la inquietud de la escasa cobertura, por parte de los servicios de la Caja, en la toma de citología vaginal y cérvico-uterina.

3.2.3 Cobertura de atención prenatal

La atención de la mujer embarazada continúa siendo una prioridad, dado que una adecuada cobertura y atención de esta población impactará positivamente sobre las tasas de mortalidad materna e infantil a nivel nacional. Por tal motivo, la cobertura total nacional de la atención prenatal es una de las más altas que brinda la Caja a la población.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Para el 2003, la cobertura de atención prenatal a nivel nacional fue de 81%, 3% menor que en el 2002. En el cuadro 4 puede observarse un leve descenso en la cobertura total nacional en el periodo 2000-2003, ya que en el 2000 la cobertura total fue de 88.4%. Este descenso en la cobertura podría explicarse por la mejoría que se ha dado en la calidad de los registros en cada una de las unidades.

**Cuadro 4
Cobertura de atención del cuidado prenatal por año según región. Evaluación
Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Cobertura							
	Total				Calidad			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	66,80	62,60	71,10	83,22	30,90	24,60	25,90	56,50
Central Norte	87,50	83,00	78,60	79,49	38,40	43,40	21,20	44,71
Central Sur	81,90	73,00	72,20	74,79	52,70	47,30	35,50	48,27
Chorotega	92,70	93,00	92,60	79,40	35,10	41,60	31,90	41,05
Huetar Atlántica	96,10	90,60	86,10	85,97	36,90	55,90	18,80	40,18
Huetar Norte	93,60	82,20	90,90	79,90	35,70	29,50	28,10	46,79
Pacífico Central	100,00	91,80	95,10	97,97	57,70	52,90	47,90	57,22
Nacional	88,40	82,30	83,80	81,00	41,10	42,20	29,90	47,00

Fuente: Evaluación Compromiso de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS

A nivel regional, la Región Pacífico Central obtiene la mejor cobertura total con un 98% en el 2003, al igual que en los años anteriores. Las regiones Central Sur, Central Norte y Huetar Atlántica obtuvieron coberturas totales muy semejantes a las obtenidas en años anteriores y las regiones Chorotega y Huetar Norte presentan un descenso significativo en su cobertura, ya que se caracterizaban por alcanzar coberturas altas. Debe resaltarse la mejoría progresiva en la cobertura total lograda en la Región Brunca, ya que en el 2001 tuvo una cobertura de 62,6% y para el 2003 logró una cobertura de 83,2%.

La cobertura con calidad a nivel nacional (47%) experimentó un aumento significativo respecto del año anterior (30%) y una mejoría en relación con los años 2000 y 2001. Sin embargo, la brecha entre las coberturas total y con calidad sigue siendo muy amplia, por lo que persiste la importancia de reforzar el adecuado cumplimiento de la normativa institucional en la atención de la mujer embarazada.

A nivel regional se observa un comportamiento similar al del nivel nacional, siendo la Región Pacífico Central la que logró la mejor cobertura con calidad en el 2003 (57,2%).

3.3. Atención integral del adulto

En nuestro país, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus se consideran patologías crónicas de importante prevalencia; asimismo, se asocian como factores de riesgo relevantes para enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e insuficiencia cardíaca, constituyéndose las dos primeras en las causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

“Se estima que en condiciones óptimas de tratamiento y control de la hipertensión arterial en una población, sería posible reducir hasta un 70% las enfermedades cardiovasculares asociadas. Sin embargo, solo una proporción de personas hipertensas conoce su condición y quienes se enteran de este padecimiento no se encuentran adecuadamente controlados, lo cual indica que se requiere de grandes esfuerzos para mejorar la detección y la atención de la hipertensión. También es necesario trabajar enérgicamente en la prevención de esta enfermedad y en el control de los otros factores de riesgo asociados como el tabaquismo, las dislipidemias, la diabetes, la obesidad y el sedentarismo”².

Lo indicado anteriormente refuerza la decisión de la Caja de acentuar los esfuerzos que permitan mejorar la detección, diagnóstico y abordaje de estas patologías y que justifican la determinación de incrementar las metas de cobertura y el cumplimiento de la aplicación de las Guías de Atención.

3.3.1 Cobertura de atención a personas diabéticas

Al comparar las coberturas nacionales logradas en los últimos cuatro años, se observa un incremento del 6% desde el 2000, en donde el máximo crecimiento se da entre los años 2002 y 2003 (5%), alcanzando para este último año una cobertura del 68%. De la misma forma, la cobertura con calidad se ha incrementado en un 13%, obteniéndose 32% para el 2003. En este caso el mayor incremento (11%) se registra entre los años 2001 y 2002.

Al analizar los resultados de coberturas logradas a nivel regional, se observa un comportamiento similar a lo largo del tiempo, en donde las regiones que han obtenido mayores coberturas son la Pacífico Central, Chorotega y Huetar Atlántica.

Sin embargo, al observar las coberturas con calidad durante el 2003, se evidencia un resultado no del todo satisfactorio en las regiones Chorotega y Pacífico Central, que reciben mayor cantidad de intervenciones pero con menor cumplimiento de los criterios evaluados, lo que traduce un mayor costo de oportunidad en las atenciones a estas poblaciones. Situación diferente ocurre con la región Huetar Atlántica, que ha mantenido durante los años estudiados, un crecimiento más bien constante en el resultado de la evaluación de la calidad.

Además, se subraya el cambio drástico que se observa en las regiones Huetar Norte y Brunca, que experimentan un importante desarrollo en los resultados de las coberturas con calidad, al visualizar el comportamiento en los años 2000 - 2001 y en los años 2002 - 2003.

² CCSS. Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Departamento de Medicina Preventiva. Mayo, 2002.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

**Cuadro 5
Cobertura de atención a las personas diabéticas por año según región.
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Cobertura							
	Total				Calidad			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	46,60	36,90	44,20	53,57	6,70	9,50	28,70	29,69
Central Norte	63,30	67,30	63,00	66,50	18,00	16,70	19,00	27,17
Central Sur	57,90	59,20	55,00	63,44	26,30	18,10	26,40	37,30
Chorotega	72,50	80,10	73,40	81,79	15,10	21,60	30,00	29,42
Huetar Atlántica	74,10	69,20	68,50	76,37	24,20	34,80	33,50	42,26
Huetar Norte	41,40	44,20	62,10	49,91	5,30	5,60	32,00	35,50
Pacífico Central	81,10	77,60	77,00	83,52	34,80	22,60	37,80	31,77
Nacional	62,40	62,10	63,30	68,00	18,60	18,40	29,60	32,00

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión. 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

3.3.2 Cobertura de atención a personas hipertensas

Las coberturas logradas a nivel nacional muestran un leve decrecimiento en los años 2000, 2001 y 2002, con un repunte evidente en el 2003, alcanzando el 78%. Las coberturas con cumplimiento de las Guías de atención, presentan una leve disminución del año 2000 al 2001, recuperándose en el 2002 y en forma más marcada en el 2003, año en el cual se observa una mejoría importante y un logro del 55% de cobertura nacional con calidad.

En el nivel regional, el comportamiento de las coberturas logradas muestra un patrón parecido a lo observado con las personas diabéticas, en donde las regiones Chorotega, Pacífico Central, Central Norte y Huetar Atlántica son las que presentan las mayores coberturas a lo largo de los años incluidos.

Así mismo, al observar las coberturas con calidad obtenidas en el 2003, puede apreciarse que todas las regiones presentan un incremento en relación con las coberturas logradas en el 2002, a excepción de la Región Pacífico Central, que disminuye su cobertura con calidad en el 2003.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

**Cuadro 6
Cobertura de atención a las personas hipertensas por año según región.
Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

Región	Cobertura							
	Total				Calidad			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Brunca	63,60	45,80	54,90	65,14	14,90	12,20	38,10	53,81
Central Norte	74,10	79,70	77,30	78,81	28,60	26,20	39,70	49,40
Central Sur	67,30	68,40	66,30	75,64	39,20	26,40	41,20	57,09
Chorotega	76,70	84,00	85,60	89,34	27,30	25,10	43,90	59,18
Huetar Atlántica	85,60	86,80	71,60	76,08	31,00	42,10	36,40	61,94
Huetar Norte	62,80	68,50	69,30	70,60	10,60	13,20	47,90	61,24
Pacífico Central	85,20	74,70	76,90	82,55	47,40	34,50	54,20	51,48
Nacional	73,60	72,60	71,70	78,00	28,40	25,70	43,10	55,00

Fuente. Evaluación Compromisos de Gestión. 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

En general, aunque se reconoce la mejoría en las coberturas totales logradas y en el cumplimiento de los criterios de atención a las personas diabéticas e hipertensas, es imprescindible continuar con el esfuerzo de mejorar el diagnóstico temprano y el adecuado control de estos pacientes, a fin de contribuir en el desarrollo de la calidad de vida de estas personas, la disminución o retraso en la aparición de las complicaciones y, finalmente, el impacto sobre la disminución de la mortalidad.

3.4 Atención integral al adulto mayor

Durante los últimos años, la atención al adulto mayor ha experimentado distintas prioridades, inicialmente, durante los años 2000, 2001 y 2002, el esfuerzo se orientó a lograr el tamizaje de toda la población adulta mayor para identificar aquellas personas que presentaban más riesgos de enfermar, incapacitarse o fallecer. Posteriormente, durante el 2003 se evaluó el adecuado abordaje sobre el grupo identificado como de mayor riesgo, revisándose que se establecieran planes de seguimiento de acuerdo con los hallazgos individuales.

Al mismo tiempo, al reconocer la importancia de orientar y fortalecer la atención al adulto mayor, se plantea, para los próximos años, hacer énfasis en mejorar la sistematización de la atención integral y la evaluación de las cuatro esferas del adulto mayor; a saber, funcional, psicológica, social y biológica, con sus distintas estrategias para abordar y dar seguimiento a los hallazgos.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.5 Unidades de compra externa

La experiencia de contratación de servicios de salud integrales a proveedores privados, inició en el año 1988, mediante la adjudicación de la administración de los servicios de salud de Pavas a la Cooperativa Autogestionaria de Salud R.L. (COOPESALUD R.L.). Posteriormente, se ampliaron los servicios de salud administrados por cooperativas a otras tres poblaciones (Santa Ana, Tibás y Barba), hasta completar hoy día, 13 áreas de salud asignadas a la modalidad de administración por compra externa, las cuales son:

Cuadro 6	
Unidad de compra externa	Área de salud
COOPESIBA	Barva
	San Pablo de Heredia
COOPESAIN	Tibás
	San Sebastián-Paso Ancho
COOPESALUD	Pavas
	San Rafael Arriba-San Rafael Abajo-San Miguel de Desamparados
COOPESANA	Santa Ana
	San Francisco de Dos Ríos-San Antonio de Desamparados
Universidad de Costa Rica	Curridabat
	Montes de Oca
	San Diego-San Juan-Concepción de Tres Ríos
ASEMECO	Escazú
	León XIII-La Carpio

En el año 2002, fueron evaluadas las 13 áreas de salud; sin embargo, el proceso fue parcial en 4 de ellas, ya que habían iniciado sus actividades en agosto de ese año (San Sebastián - Paso Ancho, San Rafael Arriba - San Rafael Abajo-San Miguel de Desamparados, San Francisco de Dos Ríos-San Antonio de Desamparados, San Diego - San Juan - Concepción de Tres Ríos). Ya para el 2003, fue posible evaluar en forma total y completa las actividades realizadas por éstas 13 áreas de salud.

Las unidades de compra externa brindaron, durante este año, 294.714 consultas de primera vez, lo cual representa una cobertura global del 45,52% de la población asignada a estas unidades proveedoras (Se ha utilizado para la construcción de esta cifra las poblaciones ajustadas según censo del 2000).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

El Área de Salud con la mayor cobertura global durante el 2003 fue Tibás, asignada a COOPESAIN, que logró una cobertura global de 68,71%. Por otro lado, el Área de Salud con menor cobertura fue San Sebastián-Paso Ancho que alcanzó una cobertura de 24,95%, administrada, de igual forma, por COOPESAIN.

En el siguiente cuadro se muestra el comportamiento del resto de las áreas de salud de compra externa.

Cuadro 7 Cobertura global de las áreas de salud de compra externa 2003				
Compra Externa	Área de Salud	Población 2003 ¹	Consultas 1^a vez 2003 ²	Cobertura %
COOPESIBA	Barva	35.320	14.766	41,81%
	San Pablo de Heredia	22.308	12.310	55,18%
COOPESAIN	Tibás	49.519	34.026	68,71%
	San Sebastián-Paso Ancho	44.569	11.122	24,95%
COOPESALUD	Pavas	89.125	44.317	49,72%
	San Rafael Arriba-San Rafael Abajo-San Miguel de Desamparados	72.285	30.340	41,97%
COOPESANA	Santa Ana	38.270	19.572	51,14%
	San Francisco de Dos Ríos-San Antonio de Desamparados	32.447	12.939	39,88%
Universidad de Costa Rica	Curridabat	66.048	31.170	47,19%
	Montes de Oca	58.108	26.088	44,90%
	San Diego-San Juan-Concepción de Tres Ríos	42.116	20.077	47,67%
ASEMECO	Escazú	56.443	21.815	38,65%
	León XIII-La Carpio	40.855	16.172	39,58%
Total		647.413	294.714	45,52%

Fuente: Dirección Actuarial y de Planificación Económica, Dirección de Compra de Servicios de Salud; CCSS.

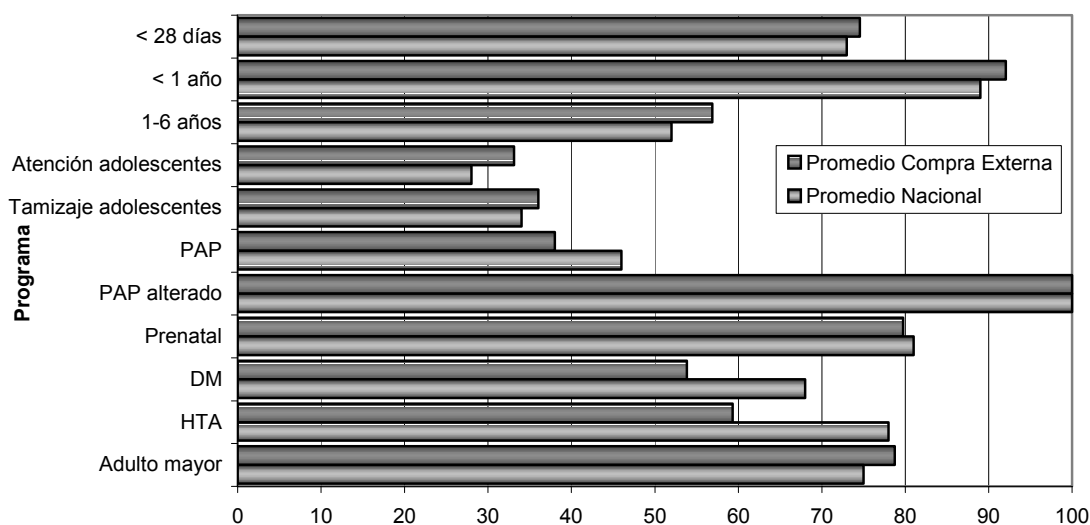
Las coberturas totales de las diferentes atenciones alcanzadas en el 2003 por estas áreas de salud son similares a las observadas en el resto de las áreas de salud del país, su promedio es de 63,84% similar al promedio nacional de 66%.

En términos generales, se puede decir que las áreas de salud de compra externa tienen coberturas ligeramente superiores en las atenciones del niño y la niña, adolescentes y adulto mayor (diferencias promedio de 3,5%). Sin embargo, las coberturas totales del

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

resto de las atenciones están por debajo de los promedios nacionales. Encontrándose diferencias importantes en las atenciones de personas diabéticas e hipertensas, dado que las coberturas a estos pacientes por parte de las unidades de Compra Externa fueron de 53,81% y 59,3% respectivamente, mientras que las coberturas nacionales por parte del resto de las unidades alcanzaron 68% y 78% respectivamente (gráfico 4).

**Gráfico No.4
Cobertura total de las áreas de salud de compra externa y de Caja en los diferentes programas de atención. Evaluación Compromisos de Gestión, (2003)**



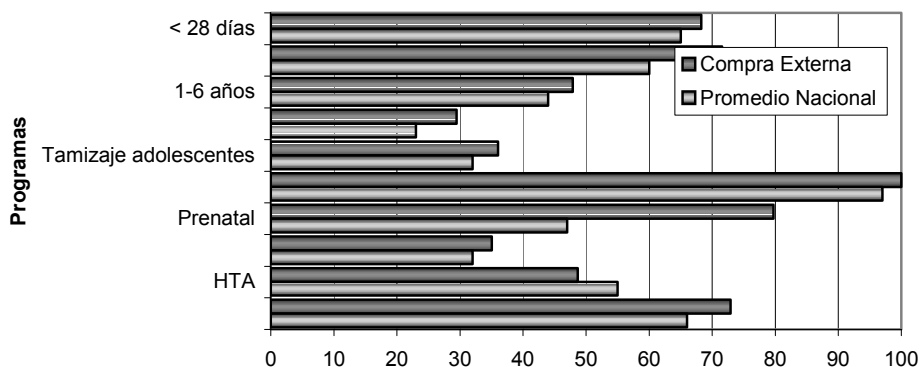
Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2003, Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

Por otro lado, sí se observan diferencias en las coberturas con calidad logradas por las áreas de salud de compra externa, con respecto al resto de las unidades del país, las cuales son superiores. Su promedio es de 58,95%, mientras que el promedio nacional de las coberturas con calidad para el 2003 fue de 52,10%.

Esta situación es más evidente en la atención prenatal con calidad, dado que las Áreas de Compra externa lograron una cobertura con calidad de 79,73%, mientras que el promedio nacional alcanzó el 47% (gráfico 5)

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Gráfico No.5
Cobertura con cumplimiento de criterios según norma de las áreas de salud de compra externa y nacionales por programa de atención.
Evaluación Compromisos de Gestión, (2003)



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud, CCSS.

3.6 Otros indicadores

3.6.1 *Personas diabéticas e hipertensas detectadas por primera vez en las áreas de salud*

Durante el 2003, con la finalidad de mejorar las coberturas de atención a las personas con enfermedades crónicas, se desarrollaron diferentes actividades para detectar, abordar y registrar, de forma temprana y oportuna, a personas no diagnosticadas como diabéticas e hipertensas. Según los resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión, el 97% de las áreas de salud presentó satisfactoriamente el registro de casos de diabéticos nuevos; de la misma forma, el 98% de las unidades registró los casos nuevos de personas hipertensas.

Para el 2002 las áreas de salud brindaban atención a un 2,94% del 5% de las personas mayores de 20 años (población 2003), o sea, lo correspondiente a la población en riesgo para desarrollar diabetes mellitus; y el 7,10% del 10% de las personas mayores de 20 años, que es la población en riesgo para hipertensión arterial.

Durante el 2003 se captaron 7 425 nuevos pacientes diabéticos, situación que aumenta al 3,24% la población en riesgo que recibe atención en las unidades de la Caja. Esto representa el 65% de captación de la población de riesgo para diabetes mellitus; igualmente, se captaron 15.645 nuevos hipertensos, lo que aumentó a 7,75% la población hipertensa que recibe control y que representa el 78% de la captación de la población de riesgo para hipertensión arterial.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.6.2 *Detección y abordaje de la violencia familiar*

Dada la gravedad que representa a nivel nacional el problema de la violencia intra familiar y el papel preponderante que deben cumplir los servicios de salud, tanto en la identificación como en el abordaje oportuno de estos casos, desde el 2000 se decide incorporar al Compromiso de Gestión un indicador que permita dar seguimiento e incentivar la atención integral de esta problemática.

Con el propósito de registrar el cumplimiento de la normativa institucional referente a la atención integral de la violencia intrafamiliar, en el 2003 se evaluó la aplicación de la normativa y se obtuvo los siguientes resultados: el 94% de las áreas de salud presentaron satisfactoriamente el registro de los casos de violencia intrafamiliar y de abuso sexual, así como su abordaje, seguimiento y el diseño de propuestas orientadas a fortalecer la detección y tratamiento de la violencia.

3.6.3 *Plan estratégico local de salud*

En el 2003, el porcentaje de las áreas de salud que cumplieron con el desarrollo de las actividades programadas para este año y las evidencias del avance en la ejecución del Plan Estratégico local, fue de un 87%. Un 6% de las áreas de salud no presentó la evidencia del cumplimiento de las actividades y el porcentaje restante de áreas (7%) no pactó esta actividad en el Compromiso de Gestión. Para el 2004 se pretende que todas las áreas de salud participen nuevamente en el diseño del Análisis Situacional del Sector (ASIS) y su correspondiente Plan Estratégico Local de Salud bianual.

Los temas desarrollados con más frecuencia, como entidad trazadora en el Plan Estratégico Local son: diabetes mellitus, cáncer de cérvix, embarazo en adolescente y el de crecimiento y desarrollo del niño, la aplicación de la entidad trazadora se da en tres fases, basadas en el protocolo de la patología o condición en estudio. Es importante destacar que para el 2003 el 100% de las áreas de salud estaban realizando alguna de las 3 fases.

El 93% de las 27 áreas de salud aplicaron la fase 1, recibieron capacitación y cumplieron con la aplicación de la metodología y el diseño de medidas correctivas, el 92% de las áreas en fase 2 cumplieron con la ejecución de las medidas correctivas y el 90% con la aplicación de la metodología de la misma entidad para evaluar el resultado de las medidas correctivas implementadas.

3.6.4 *Promoción de la salud*

La realización de actividades de promoción de la salud en las unidades de la Caja es una prioridad. Se reconoce como eje fundamental de la promoción de la salud, el desarrollo de estilos de vida saludables como una forma de vivir sanamente, determinado esto, tanto por factores socioculturales, como por las características y prácticas propias de las personas.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

*“Los estilos de vida sanos comprenden aspectos de higiene, recreación, ejercicio físico, alimentación sana, seguridad vial, manejo adecuado del estrés, evitar el consumo de sustancias dañinas (alcohol, tabaco y otras drogas), actitud responsable hacia la sexualidad y la reproducción, relaciones humanas y espiritualidad, así como actitudes y prácticas que afectan la vida colectiva como la tolerancia, la solidaridad, el respeto a las diferencias, a los derechos humanos y la buena relación con el medio ambiente”.*³

Razones por las cuales se hace necesario el trabajo intersectorial y el desarrollo de actividades conjuntas y planificadas para la promoción de la salud.

Con base en los resultados del proceso de evaluación, se observa que el 91% de las áreas de salud han dado un adecuado seguimiento a la ejecución del plan de Promoción de la salud elaborado durante el 2002, y que a pesar de que éste resultado puede considerarse alentador, deben seguirse fortaleciendo las acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas y la participación de los servicios de salud en el logro de éste objetivo.

3.6.5 Escuela para padres

Así mismo, en el 2003 un alto porcentaje de áreas de salud (98%) implementó las actividades de escuela para padres como modalidad para ofrecer a los padres de familia y a la comunidad, conocimientos y destrezas dirigidos a mejorar las habilidades en las relaciones familiares y la promoción de la salud con estilos de vida saludables, junto con una gran proyección del personal de salud de la Institución hacia la comunidad.

3.6.6 Atención de las personas con discapacidad física, mental y sensorial

En relación con el plan de atención a las personas con discapacidad física y mental, el 97% de las áreas de salud cumplió con la ejecución y avance de las actividades, de acuerdo con el cronograma definido en el diseño del plan en el 2002 y el 92% de las unidades cumplió con la coordinación con otras instituciones u organizaciones, para la mejor resolución de las necesidades y problemas de la población discapacitada.

3.6.7 Vigilancia epidemiológica

Es importante que cada una de las unidades de salud, a nivel local, presente y organice la Comisión local de vigilancia epidemiológica, con el objetivo de que se encargue de supervisar, en cada una de las áreas, el comportamiento epidemiológico de las enfermedades en su respectiva área. En el 2003, casi la totalidad de las áreas de salud cumplió con la utilización de la base de datos para las enfermedades de notificación obligatoria (98%), la actualización de la base de datos (94%) y el envío de las boletas de notificación obligatoria a vigilancia epidemiológica regional (95%).

³ CCSS. “Guía metodológica Plan Estratégico Local de Servicios de Salud, eje estratégico Estilos de Vida Saludables”. Departamento de Medicina Preventiva, Área Promoción de la Salud. San José, enero 2004.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.6.8 Atención domiciliar

Con el objetivo de fortalecer las acciones en el escenario familiar, este año se decidió incorporar el análisis del porcentaje de visita efectiva y de casas cerradas o deshabitadas. Además de la caracterización del riesgo en atención domiciliar. Se logró un porcentaje de visita efectiva, a nivel nacional, de un 81%, superando el del 2002 que fue de 74%; el porcentaje de casas cerradas y deshabitadas, a nivel nacional, fue de 23%, superior al del 2002 que fue del 13%. Esto demuestra que, del total de casas asignadas, un alto porcentaje (77%) fue visitado por lo menos una vez en este año. Sin embargo, se deben reforzar las acciones de atención primaria, dado que en el periodo bianual 2002-2003 aumentó el porcentaje de casas cerradas y deshabitadas, que puede influir en deterioro de la atención preventiva.

El menor porcentaje de casas cerradas o deshabitadas lo obtuvo la región Pacífico Central (14%), seguida de las regiones Chorotega (15%) y Huetar Atlántica (22%). La región Huetar Norte obtuvo el mayor porcentaje de visitas efectivas (108%), aunque el logro de un resultado mayor al 100% hace pensar en que podría estarse dando un problema de registro. Luego están las regiones Pacífico Central (96%) y Central Sur (85%). La región con menor porcentaje de visitas efectivas fue la Central Norte (69%), lo que puede explicarse por la presencia de grandes poblaciones de área urbana, contrario a las zonas rurales con poblaciones más dispersas, pero con porcentajes de visita efectiva más altos y de casas cerradas o deshabitadas más bajos, como son las regiones Pacífico Central y la Huetar Norte.

De acuerdo con la categorización del riesgo, el número de visitas debe ser mayor, cuanto mayor sea el riesgo, situación que no se refleja en los datos, ya que se mantienen cifras similares de visita domiciliar en todos los grados de riesgo.

En el 2002 se obtuvieron 1,3 visitas por familia de alto riesgo (riesgo I), considerado bajo a nivel nacional. La misma situación se refleja con las familias de riesgo moderado (riesgo II) que recibieron 1,1 visitas por familia. Para el 2003 se obtuvieron 1,0 visitas por familia de alto riesgo (riesgo I) y las familias de riesgo moderado (riesgo II) recibieron 1,1 visitas por familia. Las regiones Central Sur, Huetar Norte y Pacífico Central son las que presentan el mayor número de visitas por familia de alto riesgo, 1,2%, 1,0% y 1,0%, similares al promedio nacional. Respecto de las familias de riesgo moderado, todas las regiones presentaron un número de visitas similar al nacional (1,1), excepto las regiones Brunca, Central Sur y Pacífico Central, con porcentajes de 1,3; 1,2 y 1,3 respectivamente. Las familias caracterizadas de bajo riesgo (riesgo III) recibieron en promedio una visita por familia en el 2003.

La estrategia de la visita domiciliar debe utilizarse para fortalecer el enfoque de riesgo en el abordaje familiar, con visitas más frecuentes según el aumento del riesgo, por lo que es una actividad que debe priorizarse y mejorarse.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.6.9 Satisfacción del usuario

Es prioritario que los servicios que se brinden al usuario se realicen bajo el concepto de la mayor excelencia, por lo que dentro de la Institución se realizan esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud. Por otro lado, esto incluye el poder detectar los puntos críticos de los servicios que brindan las unidades de salud, para poder implementar las medidas correctivas que conlleven a mejorar la calidad de los servicios.

Con base en los datos obtenidos a nivel nacional, el 90% de las áreas de salud cumplió con todos los criterios de la encuesta de satisfacción del usuario, de acuerdo con la fase en que se encontraban. Este porcentaje, alcanzado a nivel nacional, es superior al obtenido en el 2002 que fue de 86%.

3.6.10 Revisión de referencias

Parte de la atención apropiada a los pacientes consiste en la optimización de la capacidad resolutive para cada una de las patologías por parte de las unidades de salud, y a la vez, en una adecuada comunicación con el segundo y tercer niveles a través de referencias bien orientadas y enfocadas en patologías que deben ser resueltas en los niveles superiores de la red de servicios de salud.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación del Compromiso de Gestión 2003, el porcentaje global de referencias emitidas en consulta externa, a nivel nacional, es del 5%, un punto porcentual superior al obtenido en el 2002. Esto significa que en las unidades a nivel nacional, por cada 100 atenciones dadas en consulta externa en el 2003 se enviaron 5 referencias del primer nivel al segundo o tercer nivel. El porcentaje global de referencias emitidas en los servicios de urgencias a nivel nacional, fue de 9%. Por otro lado, a nivel nacional, un 93% de las áreas de salud realizó el análisis de las referencias enviadas y un 92% de las áreas implementó estrategias para mejorar la capacidad resolutive a nivel local, resultados superiores a los obtenidos en el 2002, en donde el 86% de las áreas de salud realizó el análisis de referencias enviadas y un 82% de las áreas implementó estrategias para mejorar la capacidad resolutive.

3.6.11 Coordinación entre niveles

Para una adecuada atención de cada uno de los usuarios, es necesario una óptima coordinación entre los diferentes niveles de la red de servicios de salud. Por eso, el Compromiso de Gestión, a partir del 2002 ha puesto una atención particular en fortalecer esta parte de la gestión de los servicios de salud a nivel nacional. Se valora la existencia de equipos de trabajo interniveles que lleven a la coordinación y solución de problemas y establezcan planes y estrategias que mejoren la red de servicios de salud.

Los resultados obtenidos en el proceso de evaluación del 2003, demuestran que el 98% de las áreas de salud a nivel nacional demuestra la existencia de un equipo de trabajo con el segundo y tercer nivel, que permite la coordinación para la solución de problemas y estrategias de cooperación. El 94% de las áreas presentó avances en el plan establecido para la adecuada coordinación entre el primer nivel y los niveles segundo y tercero.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.7 Certificaciones

3.7.1 Salud ocupacional

Con base en los resultados de la evaluación del Compromiso de Gestión 2003, el 98% de las áreas de salud fueron certificadas por el Departamento de Salud Ocupacional Institucional, lográndose una nota nacional de certificación del 97%. El 2% restante no negociaron el indicador durante este año.

3.7.2 Saneamiento básico y ambiental

Dado que una de las prioridades institucionales es fortalecer el cumplimiento de la legislación en materia de saneamiento básico y ambiental, dentro de las funciones de cada uno de los centros de salud a nivel nacional, se evalúa el avance de este proceso anualmente.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación, el 100% de las áreas de salud fue certificado por el Departamento de Saneamiento Básico y Ambiental Institucional, lográndose un promedio nacional de certificación del 83%. Las regiones que lograron el mejor resultado fueron la Central Sur, Central Norte y Pacífico Central con 94%, 89% y 83% respectivamente. El resto de las regiones oscila alrededor del 73%, por lo que se deben reforzar las gestiones locales e institucionales para mejorar las condiciones de saneamiento ambiental en cada una de estas unidades de salud.

3.7.3 Información estadística

Para el 2003, el 100% de las áreas de salud tenía negociado el indicador. Con base en los resultados de la evaluación, el 100% de las unidades fue certificada por el Departamento Información Estadística Servicios de Salud (DIESS). El 95% obtuvo 100% en la calificación de certificación de calidad del expediente de salud y oportunidad de envío de la información estadística, el restante 5% obtuvo calificaciones menores hasta de un 60%.

3.7.4 Establecimiento de Juntas de Salud

Este indicador se evalúa según el puntaje asignado por la Oficina de Desconcentración y Juntas de Salud.

En el 2003, el 88% de las áreas de salud probó la existencia y el funcionamiento de Juntas de Salud a través de la certificación emitida por la Oficina de Desconcentración y Juntas de Salud de la Caja. El 12% de las áreas de salud del país no negoció este indicador, por lo tanto, no les fue evaluado.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

3.7.5 Contraloría de Servicios de Salud

El establecimiento de una Oficina de Contraloría de Servicios de Salud tiene como principal objetivo garantizar que se respeten los derechos de los usuarios, por lo tanto, su funcionamiento pretende, entre otras cosas, servir como enlace entre los usuarios y los funcionarios de la Institución, proveyendo, en forma permanente mecanismos de resolución de eventuales conflictos.

En el 2003, el 59% de las áreas de salud del país fueron certificadas por la Superintendencia General de Establecimientos y Servicios de Salud (SUGESS). El 12 % de las áreas de salud no negoció este indicador para este año; el restante 29% de las áreas de salud no lograron ser certificada por la SUGESS.

3.8 Segundo nivel de atención

La atención especializada ambulatoria sin oferta del servicio de hospitalización, es característica de la Gran Área Metropolitana (GAM), la cual esta constituida por 23 cantone: (San José, Escazú, Desamparados, Aserrí, Mora, Goicoechea, Santa Ana, Alajuelita, Vásquez de Coronado, Tibás, Moravia, Montes de Oca, Curridabat, Alajuela, La Unión, Heredia, Barba, Santo Domingo, Santa Bárbara, San Rafael, Belén, Flores, San Pablo). Sin embargo, para este análisis se excluirá la producción de las áreas de salud que brindan servicios a las poblaciones de Alajuela⁴, de Heredia⁵ (excepto Belén y Flores) y de La Unión⁶.

La base poblacional de este análisis asciende a 187.973 personas⁷ y corresponde a la demanda potencial de los servicios especializados del segundo nivel, cifra calculada de acuerdo con el porcentaje definido como capacidad resolutive por nivel de atención y que asigna al primer nivel la atención del 80 o 85% de los problemas de salud (en un periodo), un 15 a 20% que se reserva al segundo nivel, en apoyo con exámenes de laboratorio y radiodiagnóstico, interconsultas y referencias a especialistas, y de un 3 a 5 % que requerirán atención en el tercer nivel.⁸

La característica principal de estas áreas de salud del primer y segundo nivel, es que ofrecen atención de medicina general, de las especialidades básicas y, en algunos casos incluyen subespecialidades.

Cabe también aclarar que, mientras en el I nivel de atención la producción se expresa en coberturas, en el segundo nivel ambulatorio se expresa por la accesibilidad a la oferta especializada, medida por el número de consultas de primera vez⁹, así como por la demanda potencial, que se refiere al número de personas que se espera consulten en un periodo, a alguna o varias de las especialidades médicas.

⁴ Por tener sobre registro de la información.

⁵ Por estar adscrita Hospital San Vicente de Paúl.

⁶ Está adscrita al Hospital Max Peralta.

⁷ Cifra que corresponde al 15% de la población, excluyendo las áreas mencionadas (Alajuela y Heredia).

⁸ www.geocities.com/elmap2000/asp.html

⁹ Suma las atenciones de primera vez en el año y en la especialidad

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

De esta forma se puede observar el comportamiento durante los últimos cuatro años:

Cuadro 6

Años	Población	Demanda potencial	Consultas 1ª vez	Accesibilidad
2000	1.174.957	176.243	246.237	20,0%
2001	1.200.897	180.134	168.035	14,0%
2002	1.226.854	184.028	180.283	14,7%
2003	1.253.155	187.973	184.319	14,7%

Se excluye la producción de la Clínica Marcial Rodríguez

Al relacionar la población con las consultas de primera vez, se observa que la accesibilidad a los servicios especializados del área metropolitana que fue analizada, es de un 14 a un 15% en los últimos tres años; y, la relación entre la demanda potencial con estas consultas supera el 93% en todos los años.

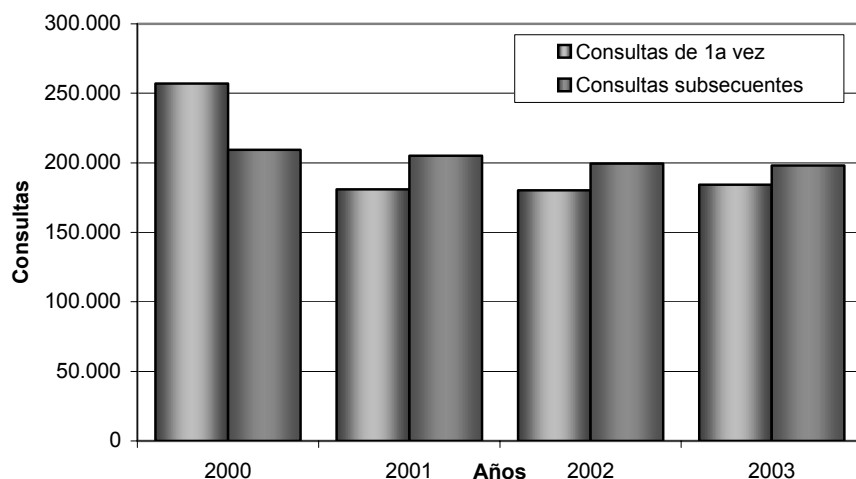
Sin embargo, al interpretar esta información debe tomarse en cuenta que algunas especialidades como Pediatría, Ginecología y Medicina Interna, brindan en ocasiones un número importante de atenciones de control preventivo que son de competencia del I nivel, por lo que el porcentaje de atenciones especializadas no necesariamente corresponde a problemas del II nivel de resolución.

Respecto del rendimiento en las atenciones especializadas que se han brindado en los últimos 4 años, se observa una mayor producción de consultas de primera vez en el 2000 y una disminución en los años sucesivos, hallazgo que tiende a mantenerse constante en el tiempo, en relación con las atenciones subsecuentes, las que se han mantenido sin mayor cambio, con una tendencia de relación de 1:1 respecto de las consultas de primera vez (gráfico 6). Las razones de estos resultados no son del todo claras, aunque podrían deberse a una disminución del recurso humano especializado después del 2000, así como la depuración en las atenciones de tipo preventivo y un mayor tiempo dedicado a otras actividades gerenciales y de apoyo al I nivel de atención .

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Gráfico 7

**Segundo nivel de atención: Consultas de primera vez y subsecuentes
logradas por año. Evaluación Compromisos de Gestión, (2000-2003)**

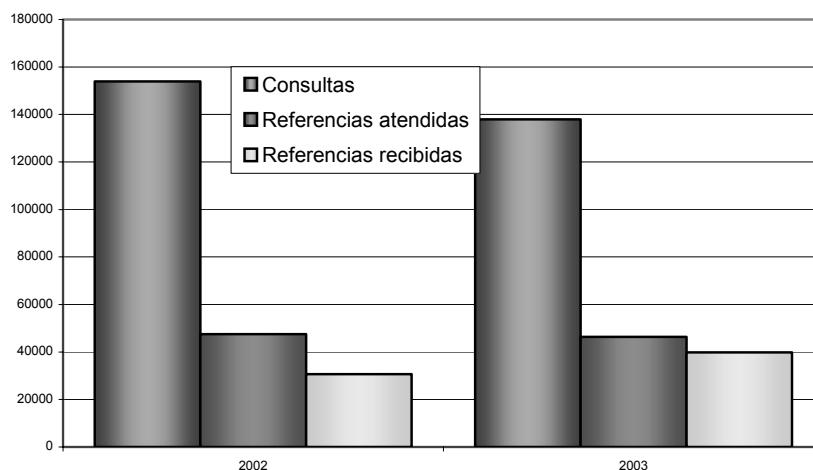


FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 200-2003. Dirección de
Compra de Servicios de Salud. C.C.S.S

Al relacionar las referencias recibidas y atendidas con las consultas de primera vez, para valorar el grado de accesibilidad de la demanda potencial, se observa que las consultas de primera vez triplican el número de referencias atendidas (solamente se cuenta con información en los años 2002 y 2003). Resulta llamativo el hecho de que las referencias atendidas superen a las recibidas, situaciones que sugieren la necesidad de determinar cuáles son las vías reales de ingreso al II nivel y analizar el logro del alto porcentaje de accesibilidad (15%), reconociendo que las consultas de primera vez no excluyen las consultas que vienen del año anterior (gráfico 7).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Gráfico 7
Segundo nivel de atención: Consultas, referencias atendidas y recibidas. Evaluación compromisos de gestión, (2002-2003)



FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2002-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

La capacidad resolutoria del II nivel de atención, medida a través de las referencias al III nivel, en promedio fue de un 9% en el 2003, valor que sobrepasa lo esperado según las experiencias internacionales (www.geocities.com/elmap2000/asp.html) que es del 3 al 5%. Este hecho podría estar relacionado con la carencia de los insumos necesarios para realizar algunos procedimientos, exámenes o brindar ciertos tratamientos reservados al nivel hospitalario.

El seguimiento de los casos, medido a través de las contrarreferencias alcanzó un 5% en relación con las consultas de primera vez. Debe aclararse que en algunas unidades existe un subregistro de esta información, ya sea porque el sistema de información no tiene como registrarlos o porque algunos médicos entregan la contrarreferencia al paciente y no se registra.

En el 2001 se incluyeron como indicadores la atención con calidad de los diabéticos e hipertensos en el segundo nivel y, en el 2003, la calidad de la atención prenatal.

En el caso de la atención prenatal, la accesibilidad fue de 2 367 mujeres atendidas por primera vez en el año, la misma representó el 25% de las consultas de primera vez de control prenatal en el I nivel adscrito¹⁰ y en promedio se logró un 76,4% de cumplimiento de los criterios de calidad.

En cuanto a las atenciones brindadas a personas diabéticas, el comportamiento en los años 2002 - 2003 con respecto a las personas atendidas en el I primer nivel, fue de 15% y 17%, respectivamente. La atención a las personas hipertensas presentó el mismo

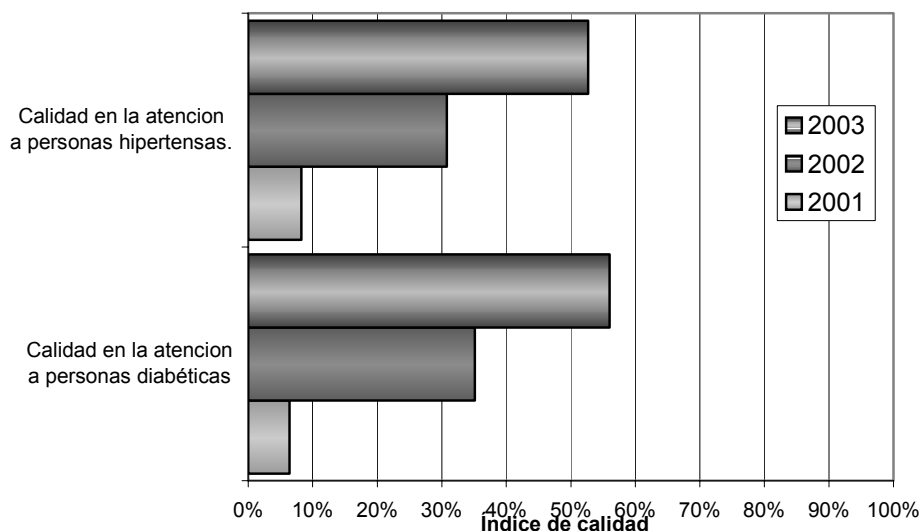
¹⁰ Se excluye el Área de Salud de Aserrí, por no tener oferta de Ginecología.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

fenómeno de incremento en estos dos años 9% y 11%, aun cuando la demanda de atención es mayor en personas diabéticas.

En promedio la calidad de la atención medida por cumplimiento de criterios normativos en las personas diabéticas e hipertensas ha mejorado año a año, desde su incorporación como indicadores en el Compromiso de Gestión, tal como se muestra en el gráfico 8. Así, podemos ver que entre el 2001 y el 2003, el cumplimiento de criterios de calidad en diabéticos aumentó en 49,6% y en el caso de los hipertensos aumentó 44,5%.

Gráfico 8
Segundo Nivel de atención: Índice de calidad total de hipertensos y diabéticos. 2001-2003



FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2001-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

4. RESULTADO INDICADORES FINANCIEROS ÁREAS DE SALUD

4.1 Indicador 20401 Análisis de la ejecución del presupuesto

4.1.1. Ejecución del presupuesto

El manejo de los recursos presupuestarios es reflejo del desempeño de las unidades en el área financiera. Manejo adecuado significa, básicamente, el que se cumplan las metas por alcanzar y que se respete el límite de gasto permitido para el periodo.

Es de interés particular el disminuir el grado de subejecuciones, porque implica que los recursos destinados para alguna actividad no se utilizaron. Desde la perspectiva económica el costo de oportunidad de los recursos financieros no utilizados es

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

equivalente al costo de la mejor opción desechada, en la que se hubiera invertido los recursos sino se les hubiera dado otro destino.

En la cuadro 7 se observa que el promedio nacional de subejecución en las unidades es de 5,3%. Las cooperativas¹¹ y las clínicas mayores presentan los valores extremos. En el caso de las cooperativas, el bajo porcentaje de subejecución está explicado por factores muy particulares de la negociación y de la gestión de sus recursos.

La situación opuesta encontrada en las clínicas mayores debe ser objeto de análisis a lo interno de dichas unidades, porque su alto porcentaje de subejecución parece estar relacionado con partidas que son manejadas por las unidades, con poca injerencia de otras dependencias de la Caja. En el cuadro 8 se presentan los porcentajes de subejecución, considerando sólo las partidas de servicios no personales, materiales y suministros, maquinaria y equipo, subsidios (de 2.608 a 2.617).

Cuadro 7
Ejecución presupuestaria establecimientos C.C.S.S.
al 31 de diciembre de 2003.

NOMBRE	%EJE	%SUB EJE
CLINICAS MAYORES	90.5	9.5
COOPERATIVAS	98.1	1.9
HOSPITALES NACIONALES ESPECIALIZADOS	93.4	6.6
HOSPITALES NACIONALES GENERALES	97.3	2.7
HOSPITALES PERIFÉRICOS 1	93.5	6.5
HOSPITALES PERIFÉRICOS 2	92.7	7.3
HOSPITALES PERIFÉRICOS 3	94.2	5.8
HOSPITALES REGIONALES	95.7	4.3
REGIÓN BRUNCA SERVICIOS MÉDICOS	88.7	11.3
REGIÓN CHOROTEGA SERVICIOS MÉDICOS	94.7	5.3
REGIÓN CENTRAL NORTE SERVICIOS MÉDICOS	93.7	6.3
REGIÓN CENTRAL SUR SERVICIOS MÉDICOS	90.7	9.3
REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA SERVICIOS MÉDICOS	92.4	7.6
REGIÓN HUETAR NORTE SERVICIOS MÉDICOS	92.5	7.5
REGIÓN PACÍFICO CENTRAL SERVICIOS MÉDICOS	91.6	8.4
TOTA	94.7	5.3

Fuente: -SCP,2004. Dirección de Presupuesto.CCSS

¹¹ Se incluyó en el concepto de cooperativas, los convenios con todos los proveedores externos.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 8

Ejecución Presupuestaria de las partidas de gestión directa Establecimientos C.C.S.S.
al 31 de Diciembre del 2003

NOMBRE	%EJE	%SUB EJE
CLINICAS MAYORES	84.9	15.1
COOPERATIVAS	98.0	2.0
HOSPITALES NACIONALES ESPECIALIZADOS	89.7	10.3
HOSPITALES NACIONALES GENERALES	95.1	4.9
HOSPITALES PERIFÉRICOS 1	88.3	11.7
HOSPITALES PERIFÉRICOS 2	89.7	10.3
HOSPITALES PERIFÉRICOS 3	86.1	13.9
HOSPITALES REGIONALES	90.3	9.7
REGION BRUNCA SERVICIOS MEDICOS	81.5	18.5
REGION CHOROTEGA SERVICIOS MEDICOS	86.0	14.0
REGION CENTRAL NORTE SERVICIOS MEDICOS	90.8	9.2
REGION CENTRAL SUR SERVICIOS MEDICOS	86.7	13.3
REGION HUETAR ATLANTICA SERVICIOS MEDICOS	89.9	10.1
REGION HUETAR NORTE SERVICIOS MEDICOS	86.8	13.2
REGION PACIFICO CENTRAL SERVICIOS MEDICOS	87.3	12.7
TOTAL	91.4	8.6

Fuente: SCP,2004. Dirección de Presupuesto.CCSS

4.2 Indicador 20601 Análisis de Costos

El análisis del costo a nivel institucional no ha contado con una herramienta lo suficientemente fuerte, popular y fácil de acceder para poder realizar comparaciones de los recursos gastados en los diferentes escenarios institucionales. De ahí que la Dirección de Compra de Servicios de Salud pretende fortalecer el envío de información de la mayoría de los usuarios al Sistema de Indicadores de Gestión (S.I.G.). Se seleccionó dos costos promedio para reflejar el nivel de gasto efectuado en las unidades: Costo promedio por consulta y costo promedio por visita domiciliar. Se presenta la información por región en los cuadros 9 y 10. A partir de esta información se puede realizar el diagnóstico de las razones que generan las variaciones, entre las que se incluyen características del lugar, economías de escala y cantidad óptima de producto para la capacidad instalada.

Cuadro 9

Costo promedio por consulta por región

REGIÓN	Costo promedio por consulta
CENTRAL SUR	7.023
HUETAR NORTE	7.344
BRUNCA	7.499
CENTRAL NORTE	7.565
HUETAR ATLANTICA	8.040
PACIFICO CENTRAL	10.342
CHOROTEGA	13.491
PROMEDIO NACIONAL	8.758

Fuente: SIG, 2003 . Dirección de Presupuesto.CCSS

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 10

Costo promedio por visita domiciliar por región

REGION	Costo promedio por visita domiciliar
CENTRAL NORTE	3.140
CENTRAL SUR	3.825
HUETAR ATLANTICA	4.738
BRUNCA	5.264
CHOROTEGA	6.311
HUETAR NORTE	8.715
PACIFICO CENTRAL	15.722
PROMEDIO NACIONAL	6.816

Fuente: SIG, 2003. Dirección de Presupuesto.CCSS

5. RESULTADO HOSPITALES

5.1 Producción hospitalaria

La producción hospitalaria se analiza tomando como base las unidades de producción hospitalaria (UPH) logradas por los diferentes hospitales, así como los datos de volumen producido.

El análisis se realiza a partir de una base de datos con información desde el año 2000 hasta el 2003, lo que facilita la comparación de los datos de producción en los últimos cuatro años.

Por otra parte, para lograr la comparabilidad de las UPH en el tiempo, se realiza el cálculo de estas a partir de los estándares según producto del 2003. Al efectuar esta estandarización, cualquier variación de las UPH básicamente será producto de un aumento o disminución del volumen de producción en los diferentes años.

En el periodo señalado la producción hospitalaria medida en UPH aumentó de 2.365.057,6 en el 2000 a 2.703.182,2 en el 2003, lo que significa un crecimiento del 13% en los cuatro años analizados.

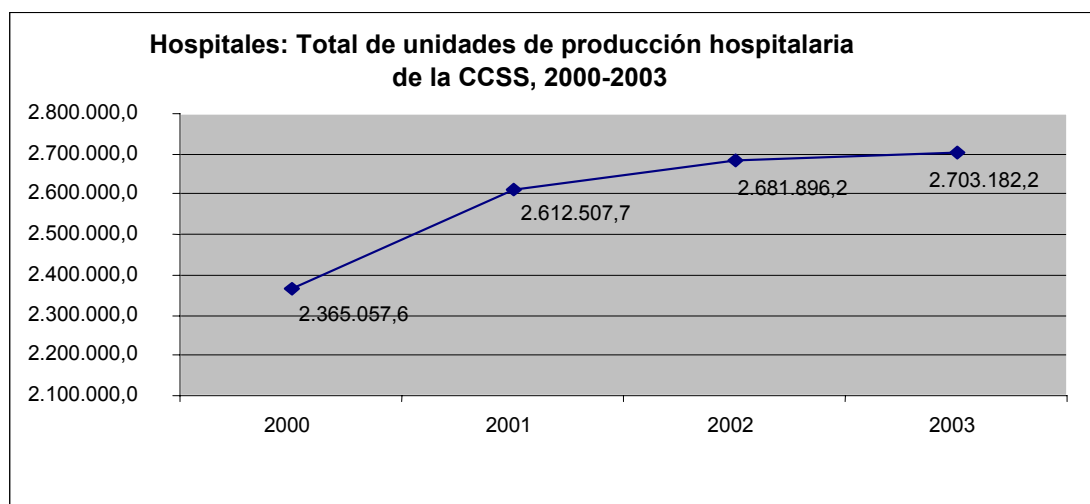
El gráfico 9¹² muestra un crecimiento discreto de las UPH, en los últimos tres años, esto responde a: la estabilización y revisión del tipo de productos comprados a los hospitales; traslado de algunos productos hacia el nivel de atención correspondiente, como por ejemplo parte de odontología general que se atendía en los hospitales, se traslada al

¹² Las UPH producidas por los servicios de larga estancia en los hospitales psiquiátricos, se excluyen del total de UPH para efectos de este análisis.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

primer nivel de atención, la consulta de medicina general se excluye de la compra en los hospitales, las terapias producto que generaba una cantidad considerable de UPH, se han ido depurando de tal forma que para el 2003 este rubro contiene únicamente terapia respiratoria, física y cardíaca, lo que redonda en disminución de las UPH totales. Además, los albergues son excluidos de la compra.

Gráfico 9



Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2000-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS

Un comportamiento similar, como es de esperarse, se evidencia en el total de UPH producidas por los 29 hospitales, según el área de atención, a saber:

- Hospitalización (egresos, no incluye cirugía ambulatoria): el crecimiento de las UPH en relación con el 2000 fue de 9%; lo anterior refleja que en el último cuatrienio en esta área de servicio se mantiene una tendencia al crecimiento.
- Consulta externa: esta área contiene la producción de consulta médica especializada (primera vez y subsecuente), medicina laboral, odontología especializada, odontología general, terapias, atención domiciliar, consulta de otros profesionales y procedimientos ambulatorios.

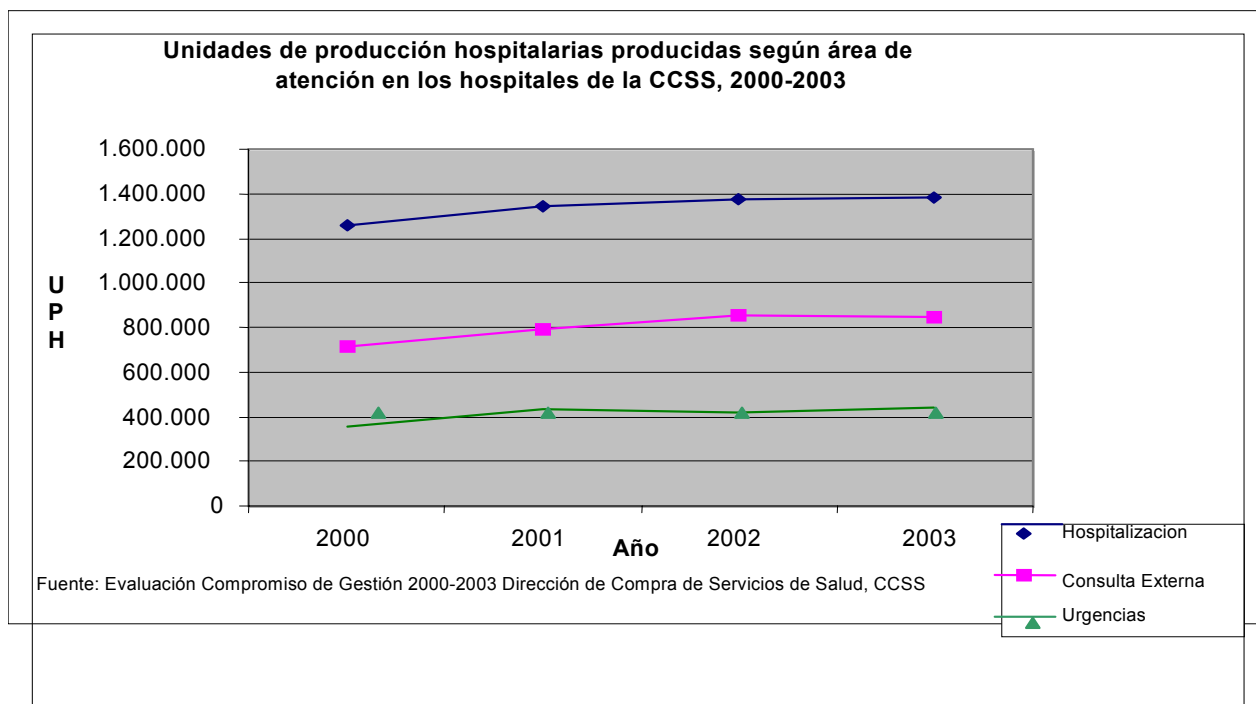
La producción en esta área de atención refleja un leve descenso en el 2003 de 1,24% UPH con respecto al año anterior.

Este comportamiento es reflejo de que los productos que se compraron en este año fueron sujetos a una estricta revisión y que durante la evaluación, conjuntamente con el proveedor, se realiza una depuración de los datos presentados para que finalmente este se acerque a la realidad de cada centro.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

- Urgencias, comparando el 2003 y el 2000 se experimenta un crecimiento de un 20%.

Gráfico 10



5.2 Hospitalización

A continuación se presenta el análisis de los egresos hospitalarios, clasificados de la siguiente manera::

- Hospitales Generales: nacionales, regionales y periféricos.
- Hospitales Especializados.

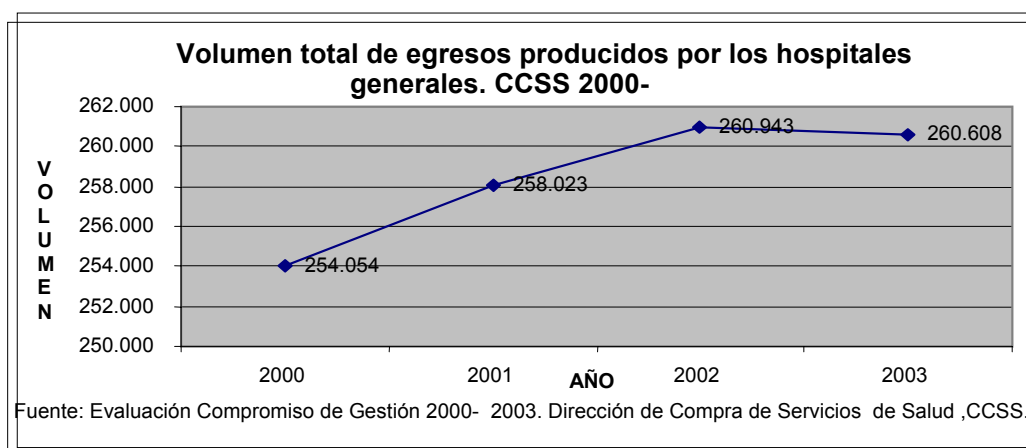
a) Hospitales Generales

- Volumen de Egresos y UPH

Los egresos totales en los hospitales generales del país tienen un crecimiento de un 3% del 2000 al 2003. En términos de volumen representa un total de 6.554 egresos, puede observarse este comportamiento en el gráfico 11. Pese a lo anterior, en los hospitales periféricos tipo 1-2 en el 2003 se produce una reducción de un 7% en sus egresos con respecto al 2002, este problema se relaciona con la falta de recurso médico especializado, debido a que estos profesionales abandonan sus labores en estos centros al ser contratados en otros hospitales, lo que afecta de manera directa la producción, pues muchas veces las plazas permanecen vacantes por meses y en algunos casos por años.

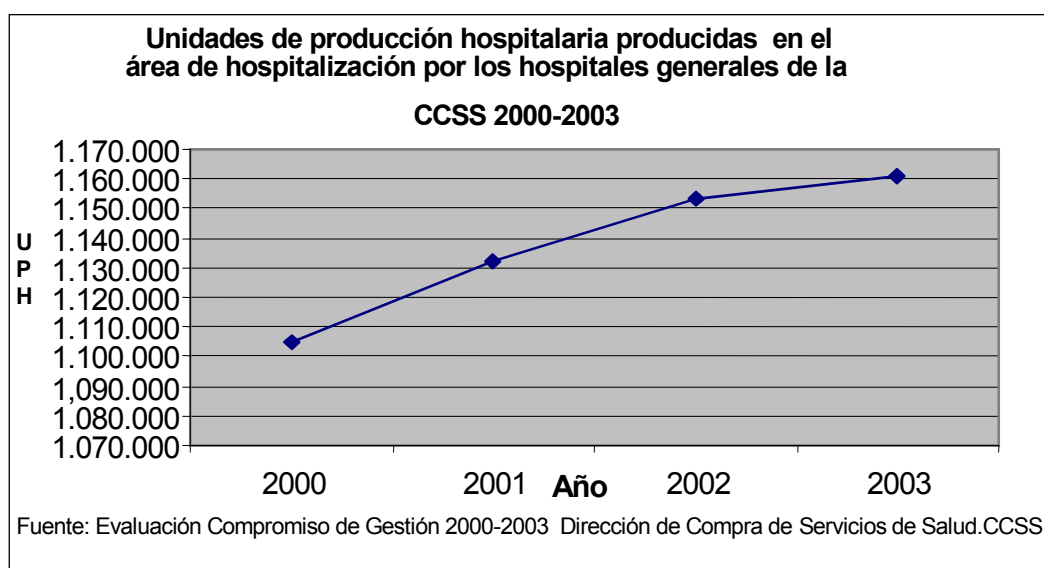
CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

Gráfico 11



Con respecto a las UPH totales producidas en los hospitales generales por concepto de egresos se incrementa del 2002 al 2003 en un 5%, gráfico 12, a excepción de los hospitales periféricos 1-2 que decrecen en un 7% y los periféricos 3 en un 0,5%.

Gráfico 12



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

- Servicio de Cirugía:

Cuadro 11
Comparación de los egresos producidos por los Hospitales Generales de la CCSS. Servicio de Cirugía, 2002-2003

Hospitales	Año 2002	Año 2003	Diferencia porcentual 2002-2003
Nacionales	30.2183	32.564	1,2%
Regionales	22.485	22.950	2,0%
Periféricos 3	5.912	5.198	-13,7%
Periféricos 1-2	5.131	4.889	-4,9%
Total	65.711	65.601	-0,2%

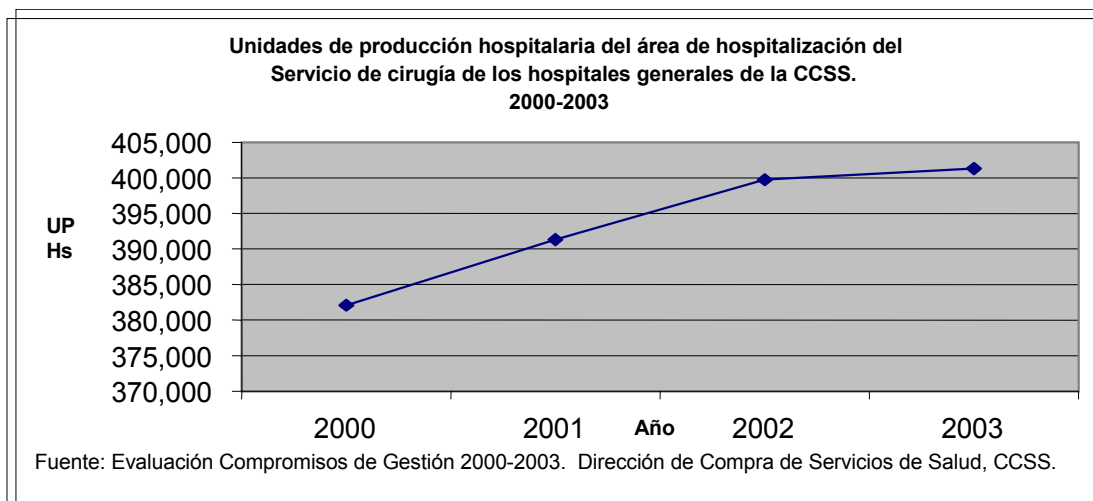
FUENTE: Dirección de Compra CCSS. Evaluación de Compromisos de Gestión 2002-2003.CCSS

Se observa en el cuadro 11 que la producción total de egresos en el 2003, en el servicio de cirugía disminuye levemente. Esta disminución obedece básicamente a la reducción en los hospitales periféricos tipo 3, donde el Hospital de Guápiles no realiza 572 egresos, los cuales se trasladan al programa de cirugía ambulatoria, fortaleciendo este centro en el 2003 y en los periféricos tipo 1-2, donde hubo un problema importante de inopia de recurso médico especializado en algunas especialidades quirúrgicas, así como en anestesia.

Es importante continuar monitoreando estos hospitales y evidenciar las variables que influyen en los descensos de la producción, para que de esta forma se pueda incidir en el problema, si existiera, o apoyar a los centros en los que se realizan esfuerzos por instaurar programas alternativos a la hospitalización.

Desde el punto de vista de las UPH, en los hospitales generales de la Caja en el año 2003, se observó, en el servicio de cirugía, un aumento de un 0,4%. El gráfico 13, muestra la tendencia de crecimiento de las unidades de producción hospitalaria, las que aumentan en 19 106 en el periodo del 2000 al 2003.

Gráfico 13



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 12
Comparación de los egresos producidos por los hospitales generales de la CCSS,
Servicio de Medicina, 2002-2003

Hospitales	Año 2002	Año 2003	Diferencia porcentual 2002-2003
Nacionales	12.665	13.096	3,3%
Regionales	20.166	21.146	4,6%
Periféricos 3	7.632	7.765	1,7%
Periféricos 1-2	7.747	7.406	-4,6%
Total	48.210	49.413	2,4%

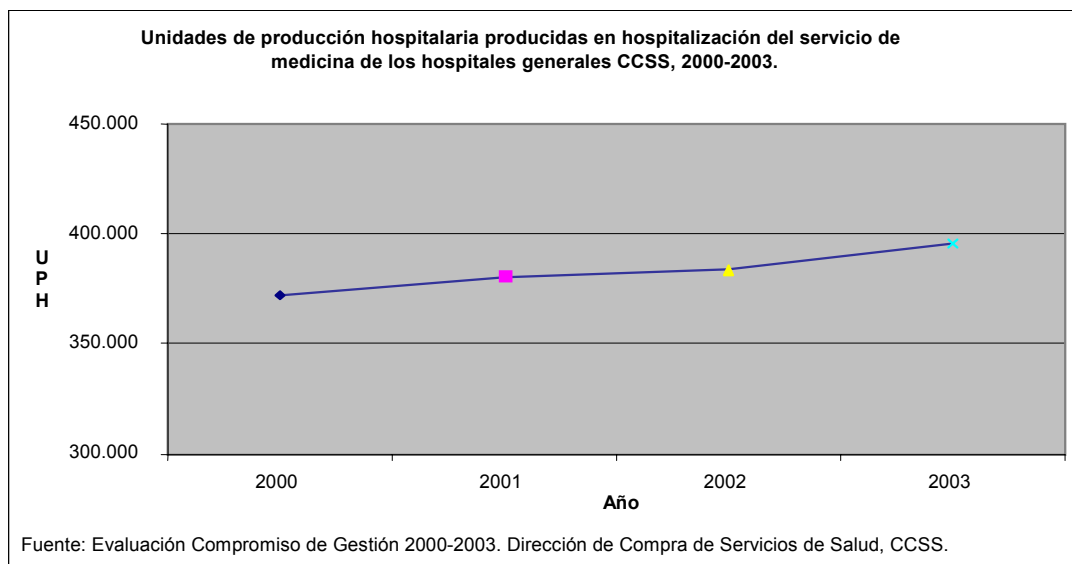
FUENTE: Evaluación de Compromisos de Gestión 2002-2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

El servicio de medicina produce en el 2003 un total de 49.413 egresos, un 2,4% más que lo que se produjo en el 2002, como se observa en el cuadro 12.

De nuevo se puede observar en los Hospitales Periféricos 1-2, cómo se reduce la producción en un 4,6% en el 2003.

Las UPH en este servicio presentan una tendencia al aumento en el período analizado, sin verse afectadas con la reducción de egresos en los periféricos 1-2; esto responde al aumento en egresos en los otros niveles hospitalarios.

Gráfico 14



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

- Servicio de Ginecología:

Cuadro 13
Comparación de los egresos producidos por los hospitales generales de la CCSS
Servicio de ginecología, 2002-2003

Hospitales	Año 2002	Año 2003	Diferencia porcentual 2002-2003
Nacionales	8.166	8.094	-0,9%
Regionales	12.781	11.917	-7,3%
Periféricos 3	3.923	4.227	7,2%
Periféricos 1-2	4.441	3.103	-43,1%
Total	29.311	27.341	-7,2%

FUENTE: Evaluación de Compromisos de Gestión 2002-2003. Dirección de Compra CCSS.

El servicio de ginecología, al igual que el servicio de cirugía, presenta un descenso en los egresos producidos de un 7,2%, ya que en el 2002 se producen 29.311 egresos y 27.341 en el 2003. La disminución se observa en los hospitales nacionales, regionales y periféricos, tipo 1-2.

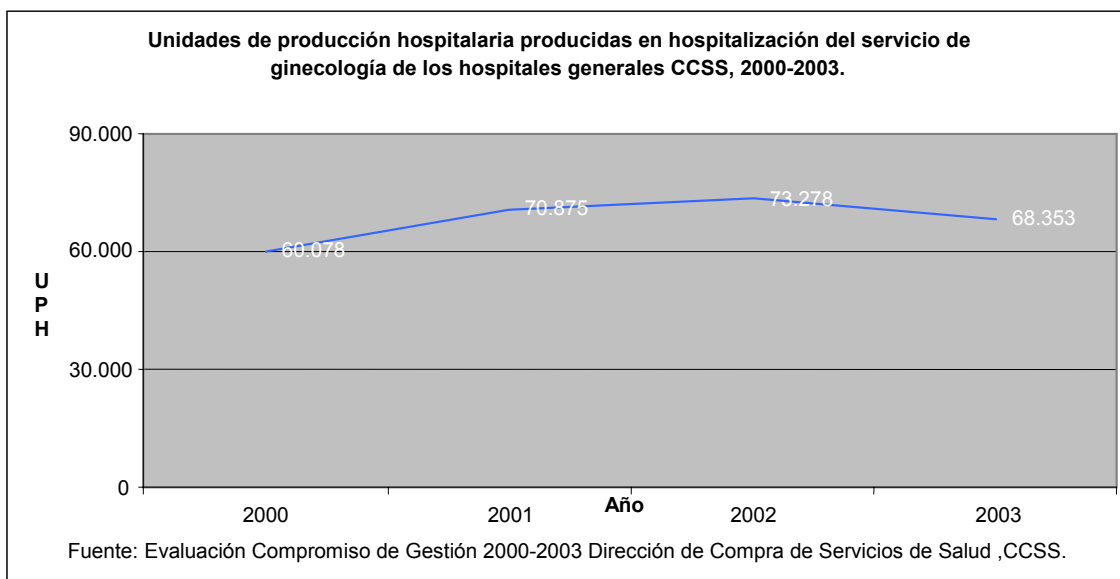
Los factores explicativos de este descenso fueron manifestados abiertamente por los proveedores durante la evaluación, como la falta de anesthesiólogos en los hospitales, lo que conlleva a que muchas veces se suspendan cirugías programadas, pues el poco recurso en anestesia se dedica a cirugía prioritaria o de urgencias.

Otro factor importante es que el desarrollo de la cirugía ambulatoria en los centros hospitalarios del país, ha permitido que un porcentaje considerable de la cirugía ginecológica se realice bajo esa modalidad. Algunos ginecólogos mencionan que la reducción de los egresos será cada vez mayor, a medida que mejore la capacitación, el equipamiento y la infraestructura para la realización de cirugía ambulatoria.

Al disminuir el volumen de producción en los diferentes niveles hospitalarios, las UPH se ven afectadas, disminuyendo en un 7% en comparación con el 2002 y un 4% si se compara con el 2001.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISI3N ADMINISTRATIVA
DIRECCI3N DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACI3N 2003**

Gráfico 15



- Servicio de Obstetricia:

Cuadro 14

Comparaci3n de los egresos producidos por los hospitales generales de la CCSS
Servicio de Obstetricia, 2002-2003

Hospitales	Año 2002	Año 2003	Diferencia porcentual 2002-2003
Nacionales	24.285	24.284	-0,004%
Regionales	39.275	40.259	2,4%
Periféricos 3	10217	10.774	5,2%
Periféricos 1-2	6.897	7.211	4,4%
Total	80.674	82.528	2,2%

FUENTE: Evaluaci3n de Compromisos de Gestió3n 2002-2003. Direcci3n de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

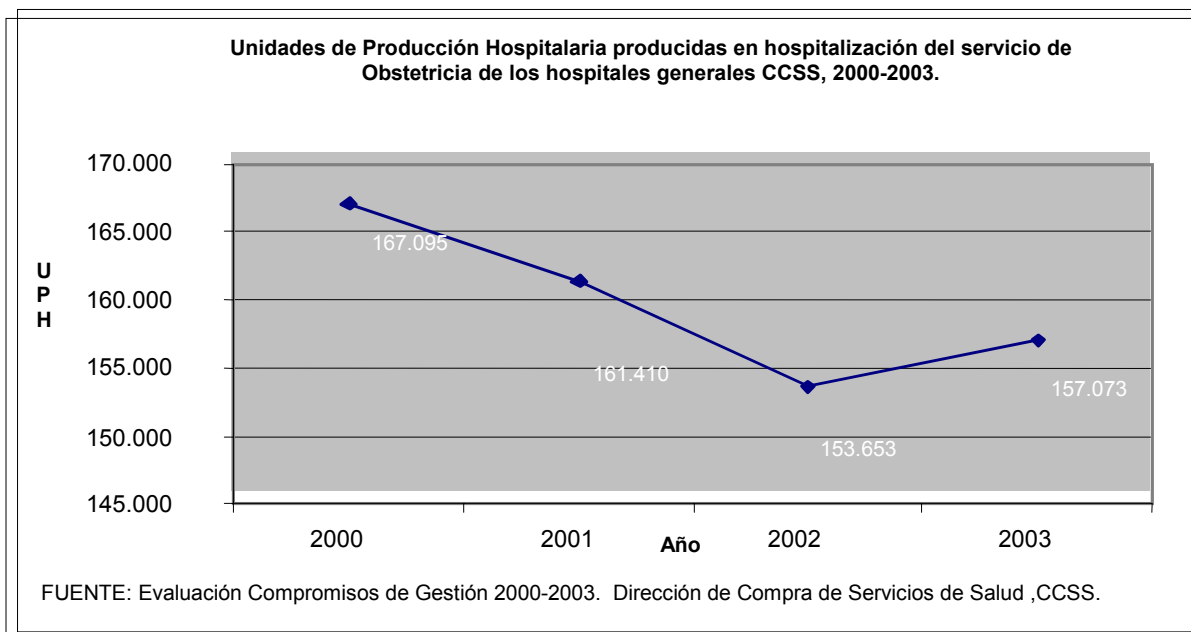
Llama la atenci3n el aumento de egresos en este servicio, hecho que cambia la tendencia observada en ańos anteriores hacia la disminuci3n. Es difícil darle explicaci3n a este fenómeno pues la tasa de natalidad disminuy3 en el 2003; sin embargo, esta situaci3n debe monitorearse en futuras evaluaciones, en busca de identificar los factores que causan este aumento.

Se producen 1.855 egresos más con respecto al 2002, donde los hospitales regionales aportan 984 egresos a este total, los hospitales periféricos tipo tres 557 y 314 egresos los periféricos 1-2. Los hospitales nacionales sostienen su producci3n.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Como es de esperar las UPH crecieron como respuesta al aumento de egresos, esto se observa en el gráfico 16.

Gráfico 16



- Servicio de Pediatría/Neonatología:

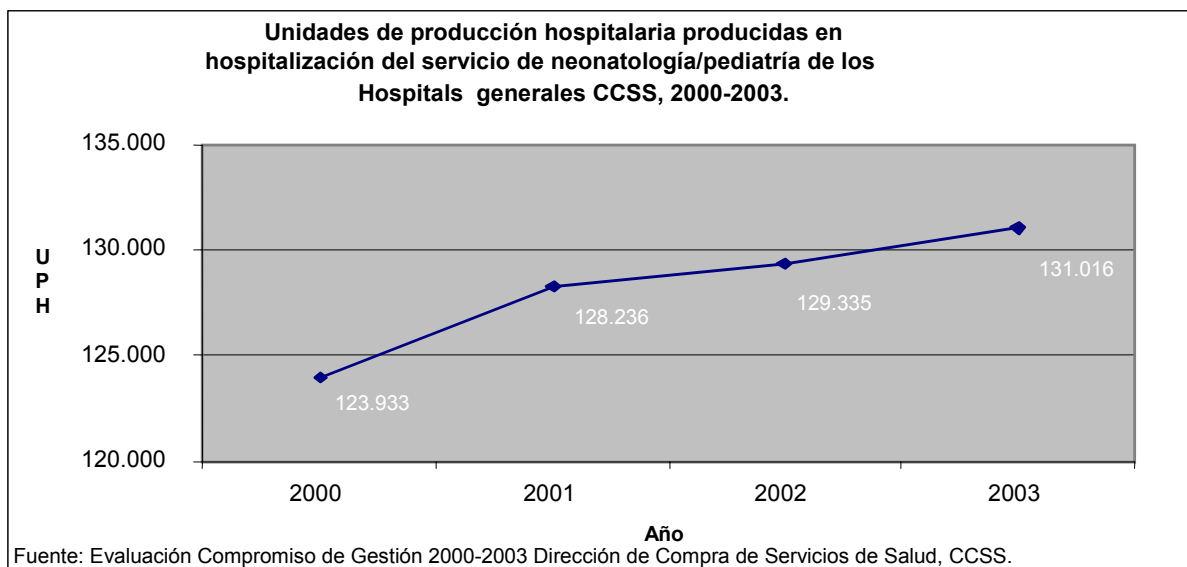
La producción en este servicio se mantiene bastante estable en los últimos cuatro años. Este comportamiento es esperado por el descenso en la tasa de natalidad observado en los últimos años.

Los hospitales regionales aumentaron sus egresos en el 2003. De una producción de 21.115 en el 2002 pasaron a 21.627 en el 2003, lo que representa un crecimiento del 2,4%.

El aumento en los egresos en los hospitales regionales afecta las UPH, como se muestra en el gráfico 17, donde se observa un incremento de las mismas en un 1,3%.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Gráfico 17



Se puede deducir que el aumento de las UPH en pediatría no es alto, más bien, la tendencia a sostener la producción es evidente.

- Servicio de cirugía ambulatoria:

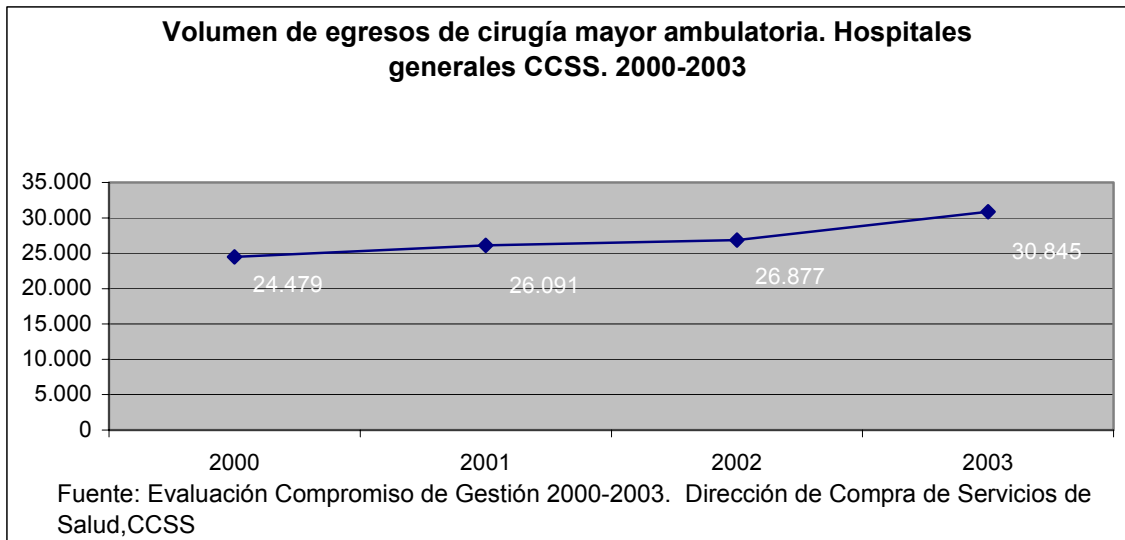
Las transformaciones en la prestación de los servicios hospitalarios que se han producido en los últimos años, en relación con el desarrollo de nuevas tecnologías y la necesidad de mejorar la eficiencia del sistema, asociado con la limitación de recursos existentes, se ha traducido en la búsqueda de nuevas opciones en el abordaje de atención a los usuarios.

Es importante mencionar que el programa de cirugía ambulatoria, ofrece tanto a la Caja como a los asegurados una relación costo beneficio positiva. Además, significa una optimización en el uso de los recursos por parte de los equipos de salud en cada centro hospitalario, lo que disminuye la estancia hospitalaria y los costos que ello implica; además promueve un descenso en el riesgo de infecciones intrahospitalarias y, para el paciente representa su pronto retorno al núcleo familiar y la reinserción a sus actividades cotidianas.

La producción de egresos en cirugía ambulatoria en los hospitales generales es muy satisfactoria, aumentó en 3.968 egresos, comparando el 2003 con el 2002 (gráfico 18). Esto representa un esfuerzo de los hospitales por mejorar la atención de los usuarios, ya que han invertido en capacitación al personal médico y de enfermería, compra de equipo y acondicionamiento de su infraestructura. Se demuestra con este aumento, que existe disposición para avanzar en esta modalidad y que la Institución, como un todo, tiene el reto de desarrollar al máximo la cirugía ambulatoria.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

Gráfico 18

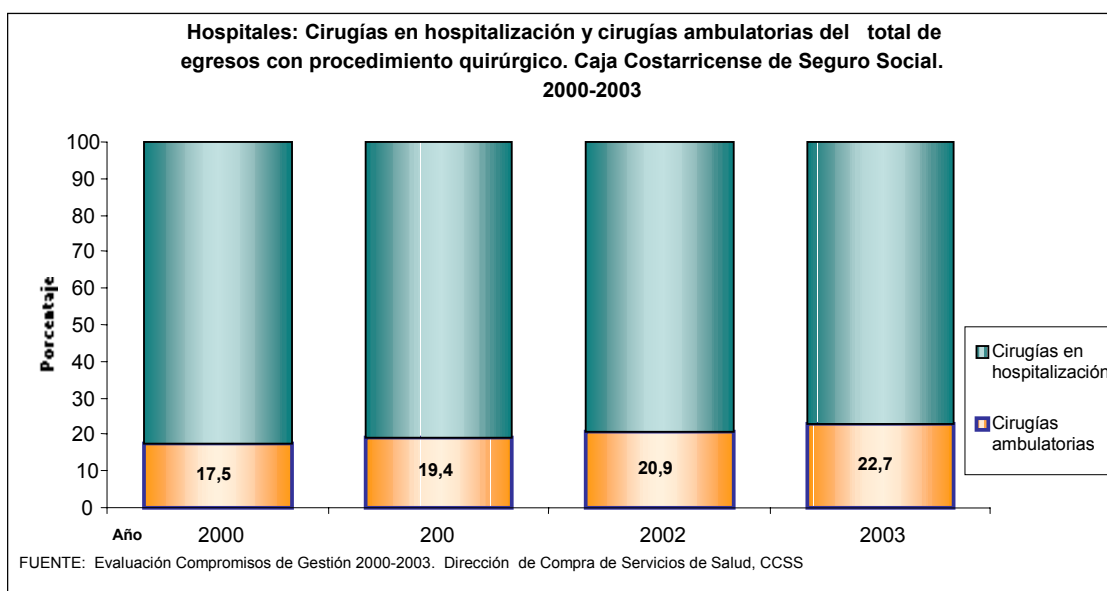


En el año 2003 hay un aumento en las UPH en cirugía ambulatoria en estos hospitales, el cual corresponde a un 12,87%. Este crecimiento es básicamente por el aumento en el volumen producido, ya que la otra variable utilizada para la construcción de la UPH, o sea, el “estándar”, se mantuvo igual que en el año 2002.

El esfuerzo por fomentar la cirugía ambulatoria a nivel nacional, se expresa en el gráfico 19, en el cual se observa la representación porcentual de los pacientes operados por esta modalidad dentro del total de pacientes operados en los hospitales, (sea, de un 17,5% en el 2000 a un 22,7% en el 2003).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Gráfico 19



Finalmente, el análisis de los egresos en estos cuatro años en los hospitales generales, nos permite desarrollar estrategias que incidan en la gestión hospitalaria. Como se dijo anteriormente, en los servicios quirúrgicos la producción tiende a disminuir por el traslado de casos hacia la cirugía ambulatoria en gran parte, así como los servicios de obstetricia y pediatría su producción tiende hacia la disminución, de tal forma que el estímulo en la cirugía ambulatoria es positivo y el impregnarle complejidad a los servicios de pediatría y obstetricia según su nivel, es prioritario para la sostenibilidad de los mismos.

El Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud en su Anuario Estadístico del 2002, hace referencia a “ que la dotación normal de camas hospitalarias se ha reducido lentamente desde 1982, manteniéndose la ocupación de las mismas entre 74,4 en 1982 y 82,3% en 2001 sin una tendencia claramente definida; además en 2002 hay una reducción de 20 camas que equivale a un 1% del total de camas de los hospitales de la C.C.S.S., por lo que hay que considerar que los problemas de camas son más de distribución que de faltante”.

Se menciona también en este Anuario, “ comparando 1980 con el 2002 los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social redujeron el período promedio de permanencia en el hospital en 2,5 días por paciente, lográndose una reducción de más de 800 mil estancias, junto con un aumento en los egresos; además tienen mas de mil camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 85%. Esta tendencia se mantendrá en tanto la gestión hospitalaria siga orientada a la gestión del paciente, y como

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

resultado su estancia en el hospital se ajuste al período indispensable para su óptima atención y se incremente la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por ese motivo la queja por faltante de camas debe verse como problema de casos particulares y no de la red de servicios”.

b) Hospitales especializados

Se analizan por separado los egresos producidos en los hospitales especializados, debido a que estos difieren entre sí y no son comparables con los hospitales generales.

- Hospital Dr. Blanco Cervantes

Este hospital produce sus egresos desde un único servicio que es geriatría. Estos muestran una tendencia de crecimiento en el periodo 2000 – 2001. En el 2002 se evidencia una reducción de la producción en 161 egresos, de acuerdo con lo alcanzado en el 2001. En el 2003, de nuevo se observa un descenso de 16 egresos con respecto al año anterior.

El aumento de la producción hasta el 2001 se explica, en parte, por la apertura de la Unidad de Cuidados Comunitarios, la cual brinda los servicios a los pacientes directamente en sus hogares (un porcentaje considerable de estos sufren el síndrome de inmovilización). Esta acción disminuyó los ingresos al hospital de estos pacientes, consumidores de estancias hospitalarias prolangadas. Sumado a lo anterior se disminuyó también la estancia media de los pacientes internados, lo que favorece la posibilidad de aumentar sus egresos.

A partir del año 2002, los funcionarios del Hospital manifiestan que, pese al esfuerzo que se realizó por disminuir la estancia media de los pacientes ingresados, la complejidad del paciente, no permite continuar disminuyendo la estancia, más bien inician con un aumento de la estancia media, lo cual afectó en forma directa la cantidad de egresos producidos, los cuales comienzan a disminuir.

- Hospital de Nacional de Niños

A continuación se presenta un resumen del comportamiento de los egresos de los servicios de Medicina, Cirugía y Neonatología.

Servicio de Medicina:

La producción en este servicio en el periodo 2000-2003 muestra una tendencia decreciente, pasando de 12.549 egresos en el 2000 a 10.217 en el 2003, lo que significa una reducción del 18%.

Esta reducción obedece al descenso de la natalidad que viene presentando el país en los últimos años y a la tendencia del manejo ambulatorio de muchas de las patologías pediátricas que tradicionalmente se manejaban en hospitalización.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 14
Volumen de egresos según servicio
Hospital nacional de Niños, CCSS. 2000-2003

Año	Egresos	
	Medicina	Cirugía
2000	12.549	6593
2001	13.031	6663
2002	10.626	6610
2003	10.217	7413

Fuente: Dirección de Compra de Servicios, CCSS, 2003

Cabe resaltar que la producción reportada para el servicio de Medicina durante este periodo, contiene los egresos propiamente de este servicio, más los “egresos” de Medicina 6, que realmente son atenciones con observación en urgencias.

Servicio de Cirugía

Un servicio con una producción muy estable en el trienio 2000-2002, con un repunte de producción en el 2003 de 803 egresos (Cuadro 14), que responde al acuerdo tomado entre el Hospital y el grupo evaluador, de integrar los egresos de Oncología a este servicio.

Servicio de Neonatología

Es un servicio de alta complejidad donde se observó un aumento en la producción en el 2003 de un 7,39%, en relación con el 2002.

- Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)

Se presenta a continuación el análisis del comportamiento de los egresos del Servicio de Fisiatría del Centro Nacional de Rehabilitación.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 15
Volumen de egresos del Servicio de Fisiatría
CENARE, CCSS. 1999-2003

Año	2000	2001	2002	2003
Número de Egresos	946	1083	1037	969

Fuente: Dirección de Compra de Servicios, CCSS. 2003

Con este servicio se viene trabajando desde hace tres años en la definición de los egresos que realmente produce. Como puede observarse en el cuadro 12, la producción varía de un año a otro. El factor que influye de manera importante en esta situación son "las salidas de pase"¹³, que generan para un mismo paciente varios egresos en un mismo internamiento, de tal forma que los egresos reportados en estos años no son coincidentes con el número de pacientes que realmente egresaron de este Servicio. Esta situación está en estudio en busca de definir el número de egresos reales que produce el Hospital y cuál sería su capacidad de producción en condiciones ideales.

- **Consulta Externa en Hospitales Generales**

Consulta médica especializada primera vez y subsecuente

No cabe duda que las listas de espera en la consulta médica especializada, tanto por primera vez como las citas subsecuentes, han representado un reto para las autoridades de la Institución y gerencias locales de los hospitales de la Caja, las cuales han tenido que revisar sus procesos en busca de mejorar la productividad.

De esta manera, la producción en los hospitales generales pasa de 590 432 en el año 2000 a 857.425 consultas de primera vez en el año 2003.

Con respecto a las UPH, el gráfico 20 muestra el aumento de un 31% las UPH correspondientes a consultas de primera vez, en el periodo 2000-2003; momento en el cual el 100% de los hospitales generales han suscrito el compromiso de gestión.

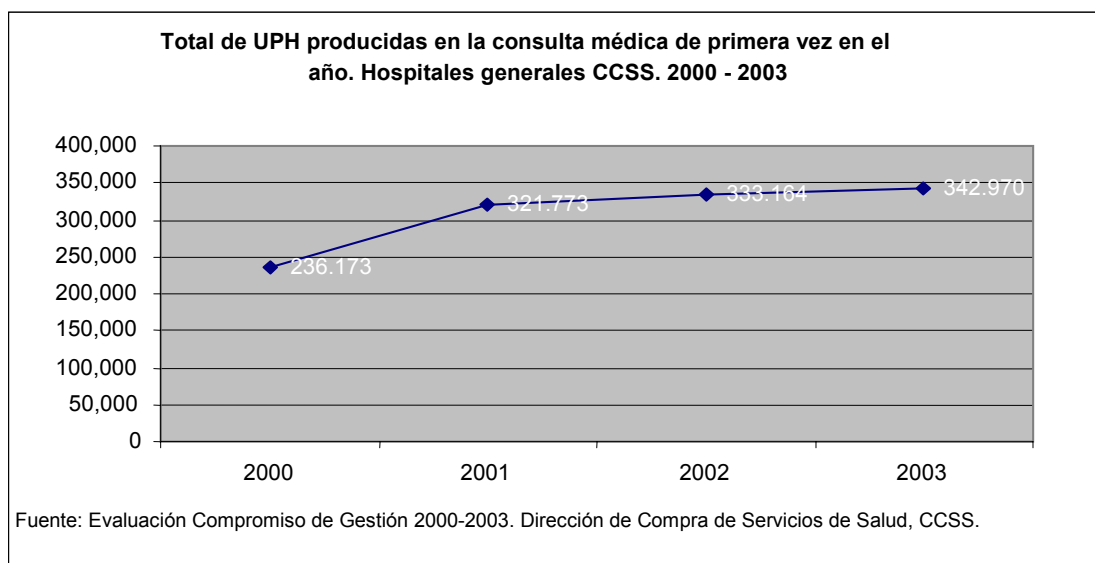
El número de consultas médicas subsecuentes ha experimentado variaciones en este período. En el año 2000 se brindaron 1 210 566 consultas y en los años 2001, 2002 y 2003 se brindaron 873.196, 875 506, 909.520 consultas respectivamente.

¹³ Salida de pase: se define como aquellos permisos que se le otorga a pacientes seleccionados debidamente durante su internamiento para que vayan a sus hogares los fines de semana, como parte del proceso de reinserción al hogar, los pacientes deben de nuevo internarse el día lunes siguiente, para continuar su tratamiento. De tal forma que esta situación genera, estadísticamente, varios egresos para un mismo paciente en un mismo internamiento.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Explica lo anterior la gestión realizada en este servicio, donde se proyectó aumentar las consultas de primera vez y disminuir las subsecuentes, para incidir sobre las listas de espera de consultas de primera vez. Sin embargo, los hospitales consideran la necesidad de equilibrar ambos tipos de consulta en aras de no desmejorar la atención a los pacientes. Por tal motivo, se observa un incremento en el año 2003 en las consultas subsecuentes.

Gráfico 20



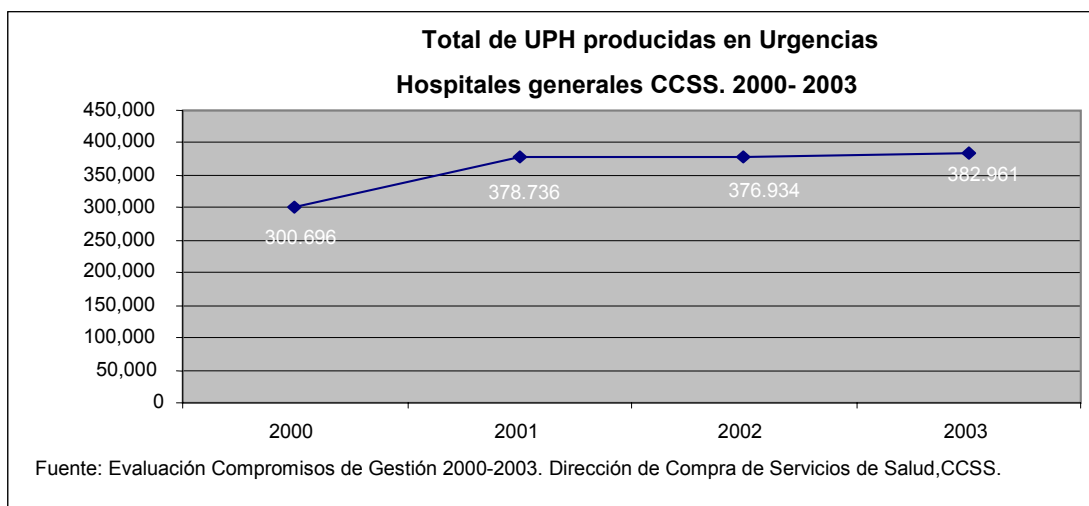
- Urgencias

Este servicio es poco estable en la producción de los hospitales generales, la cual varía año tras año, como se observa en el gráfico 21. Se explica este fenómeno por el tipo de demanda que tiene este servicio.

Sin embargo la educación a los usuarios sobre el uso adecuado de este servicio ha impactado positivamente, ya que algunos hospitales han logrado modificar el tipo de paciente atendido. Un ejemplo de lo anterior es el Hospital México, donde en el año 2003 cerca del 80% de las atenciones fueron clasificadas como verdaderas urgencias.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

Gráfico 21



5.3.1 Índice operatorio

- Servicio de Cirugía

El índice operatorio muestra el rendimiento del servicio de cirugía de un hospital relacionando sus egresos con el diagnóstico de la primera intervención quirúrgica que aparece en la hoja de egreso.

En su construcción no se incluyen como casos intervenidos aquellos a los que se les realizó una intervención quirúrgica y egresaron por otro servicio, tampoco los egresos cuya intervención quirúrgica no ocupa un primer lugar como diagnóstico en la hoja de egreso hospitalario, ni aquellos egresos del servicio de cirugía a los que se les realizó un procedimiento médico según la clasificación de procedimientos en medicina (CIE-9-MC).

En el cuadro 16 se presenta el índice operatorio según nivel hospitalario.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 16 Índice Operatorio depurado del Servicio de Cirugía según tipo de hospital Evaluación Compromisos de Gestión. 2002- 2003						
Hospitales	2002			2003		
	Egresos Totales	Egresos con procedimiento quirúrgico	Índice	Egresos Totales	Egresos con procedimiento quirúrgico	Índice
Nacionales	32.243	22.586	70,0%	32.20	23.098	71,0%
Regionales	22.870	14.766	64,50%	22.906	14.784	64,50%
Periféricos	10.644	6.489	60,90%	9.868	6.251	63,50%
TOTAL	65.757	43.841	66,70%	65.294	44133	67,60%

Fuente: Sistema de egresos Hospitalarios (SES), Departamento de Estadísticas de Servicios de Salud

Para el año 2003, se observa un aumento del índice operatorio logrado por todos los hospitales de la Caja, de un 1% comparado con el alcanzado en el año 2002. Este incremento esta dado principalmente por el aumento de los egresos con procedimientos quirúrgicos generados en los hospitales nacionales.

Los hospitales periféricos disminuyeron en promedio su producción, tanto en egresos totales de cirugía como en egresos con procedimientos quirúrgicos; no obstante, muestran un crecimiento de su índice operatorio en tres puntos porcentuales (Cuadro 16).

Una de las variables analizadas también durante la evaluación, fue la vía de ingreso del paciente hacia el servicio de cirugía, obteniendo que del total de pacientes que se ingresaron por consulta externa solo el 73,7% de estos egresaron con algún procedimiento quirúrgico. Al resto de pacientes se les ingresó para dar tratamiento de tipo médico (quimioterapia) o para definir un diagnóstico.

Dentro de los factores citados por los gestores de los servicios de cirugía de los hospitales, como elementos que interfieren en el logro de este índice, está la suspensión de las cirugías por las siguientes causas:

- No se tiene una programación adecuada de las cirugías, ya que no se toma en cuenta el tiempo real de duración de la intervención, ausencia del médico cirujano (por presentarse a cirugía de emergencia), o bien, no se cuenta con personal de anestesia.
- Falta o falla de materiales y equipos.
- Inadecuada valoración preoperatoria de los pacientes.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

5.3.2 Estancia preoperatoria

- Hospitales Nacionales

La estancia preoperatorio promedio registrada en los tres hospitales nacionales es muy diferente entre ellos. El Hospital San Juan de Dios presenta la mayor, como se muestra en el cuadro 17. En relación con el año anterior solo el Hospital Calderón Guardia logró disminuir dicha estancia.

Cuadro 17
Estancia preoperatoria promedio
en los hospitales generales nacionales, 2003

Hospital	Estancia preoperatorio 2003
San Juan de Dios	6,53
México	4,37
Calderón Guardia	3,26

FUENTE: Dirección de Compra CCSS. Evaluación de Compromisos de Gestión 2002-2003

Las siguientes especialidades presentan una estancia preoperatoria mayor a 4 días en estos hospitales: cirugía de tórax, ortopedia, oncología y urología. Llama la atención dos especialidades: vascular periférico, que si bien es cierto presenta una estancia mayor a 4 en los Hospitales México y San Juan de Dios, a diferencia en el Hospital Calderón Guardia es de 1,94; y, cirugía de tórax, con una estancia preoperatoria de 4,5 en el Hospital Calderón Guardia, en los otros dos hospitales supera los 9 días.

Estas particularidades inducen a una revisión más exhaustiva que permita identificar la variabilidad clínica o la inclusión de algunas otras patologías no correspondientes a la especialidad.

- Hospitales Regionales

En este grupo los que presentan una estancia media preoperatoria mayor a 3 días son los hospitales San Rafael de Alajuela, Escalante Pradilla y San Carlos, único que presenta una estancia menor a un día (0,8 días), el resto de hospitales oscilan entre 1,4 y 2,3 días.

Por especialidades, las que poseen mayor estancia preoperatoria son, neurocirugía, con 3,79, y oncología, con 3,19 días. Por otra parte, las especialidades donde se observa el menor promedio son: otorrinolaringología, con 0,94 días, y oftalmología, con 1,12 días.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

- Hospitales Periféricos

Este grupo de hospitales es el que presenta la estancia promedio por nivel más baja, dado que la mayoría tiene una estancia preoperatoria de un día o menos, excepto el Hospital de Golfito, con una estancia de 2,18 días.

Las especialidades que presentan estancias mayores son ortopedia (1,68) y vascular periférico (1,3).

- Hospitales Especializados

En el Hospital Nacional de Niños la estancia preoperatoria media es menor a un día en todas las especialidades.

En el Centro Nacional de Rehabilitación(CENARE) la estancia en el servicio de ortopedia es de 3,3 días.

5.3.3 Tiempo de espera

- Consulta Externa:

La atención oportuna de las personas es un tema prioritario para la Institución, pues incide directamente en la salud y la satisfacción de los usuarios.

Se analiza a través de este indicador en la evaluación del Compromiso de Gestión del 2003, el tiempo que esperan las personas para ser atendidas en la consulta externa, haciendo énfasis en las especialidades médicas cuyo tiempo de espera supera los 90 días.

El Hospital San Juan de Dios presenta 7 especialidades con tiempos de espera que sobrepasan los 90 días (2 menos que en el año 2002), destacándose cirugía general con 365 días.

El Hospital México aumentó el número de especialidades con tiempo de espera prolongados, destacando el caso de oftalmología, con 510 días de espera, el cual es mayor en 210 días respecto del año 2002. Le siguen urología y maxilofacial, con 240 días.

El Hospital Calderón Guardia presenta el menor número de especialidades con tiempo de espera mayor a los 90 días (neurología y ortopedia).

Los hospitales regionales, por su parte, son los que presentan el mayor número de especialidades con tiempo de espera. Sobresale el caso del Hospital Escalante Pradilla, con 12 especialidades, y los hospitales de Liberia, Max Peralta y Tony Facio, con 8 especialidades cada uno.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

En general, las especialidades en estos hospitales con mayor tiempo de espera son ortopedia, en seis centros hospitalarios regionales, así como oftalmología y otorrinolaringología, en cinco de ellos.

Entre los hospitales periféricos, el centro que presenta la mayor cantidad de especialidades con tiempo de espera mayor de 90 días es el Hospital de Guápiles (seis especialidades).

Las especialidades con mayor tiempo de espera son: ortopedia, en los hospitales San Francisco de Asís, Valverde Vega, Ciudad Neilly y Guápiles; ginecología, en los hospitales San Francisco de Asís, Los Chiles y Guápiles; y, Cirugía General, en los hospitales Willian Allen y Guápiles.

Dentro de los hospitales especializados, el Hospital Blanco Cervantes destaca la especialidad de oftalmología, con 365 días de espera, en tanto que cardiología, neurología y rehabilitación están a plazos de 120 días. Por otra parte, en el CENARE, fisiatría y ortopedia presentan tiempos de espera superior a noventa días. El Hospital Nacional de Niños posee cuatro especialidades con tiempo de espera prolongado: Desarrollo y Percepción, con 300 días, Dermatología con 240 días, Terapia de Lenguaje con 150 días y Urología con 120 días.

- Cirugía Electiva

En los hospitales nacionales se observan tiempos de espera más prolongados para cirugía electiva en las diferentes especialidades, comparándolos con los hospitales regionales y los periféricos. Para mostrar lo anterior, en el cuadro 18 se presenta un resumen de los tiempos de espera según especialidad quirúrgica en estos centros. Además, es importante tener presente que estos tiempos son los que se tenían al momento de la evaluación del Compromiso de Gestión del 2003.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 18 Hospitales Nacionales: Tiempo de espera en días para procedimientos diagnósticos en Consulta Externa. CCSS, 2003			
Especialidad Quirúrgica	Hospital Calderón Guardia	Hospital México	Hospital San Juan de Dios
Cirugía Cardiovascular General			444
ORL			401
Ortopedia General	180		382
Reemplazo de Cadera o Rodilla		365	361
Vascular periférico (Varices)		365	331
Urología		180	>de 180
Cirugía de Tórax	120	>90 pero < 180	>de 180
Cirugía Cardíaca		>90 pero < 180	>de 180
Oftalmología		>90 pero < 180	>de 180
Cirugía General		90-1080*	
Neurocirugía	365	180	
Maxilofacial		>90 pero < 180	
Ginecología		>90 pero < 180	

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS

En los hospitales regionales las especialidades con tiempos de espera que sobrepasan los 300 días son: otorrinolaringología, en los hospitales Max Peralta y San Carlos; ortopedia y cirugía general, en el Hospital San Vicente Paúl; ginecología, en el Tony Facio; y, vascular periférico, en San Carlos. Existen otras especialidades con tiempos de espera importantes, aunque inferior a 290 días.

En los hospitales periféricos se observa tiempos de espera en las especialidades de cirugía general y ginecología (240 días y 180 días, respectivamente) en el Hospital de Guápiles; en ortopedia el Hospital San Francisco de Asís reporta un tiempo de 180 días y ginecología, más de 90 días; en el Hospital de Ciudad Neilly se encuentran cirugía pediátrica y oftalmología con lapsos superiores a los 90 días.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

En los centros especializados, el Hospital Nacional de Niños sobresale en ortopedia con una espera para cirugía electiva de 1460 días (4 años) y cirugía reconstructiva con 730 días (2 años), además urología con 480 días y odontología con 390 días de espera.

En este mismo Hospital las especialidades de otorrinolaringología, labio y paladar, oftalmología y cirugía general presentan lapsos que sobrepasan los 90 días.

En el CENARE se mantiene un tiempo de espera superior a noventa días en ortopedia.

- Procedimientos en consulta externa

En los hospitales nacionales los tiempos de espera mayor es a 90 días para algunos de los procedimientos diagnósticos realizados en la consulta externa se detallan en el cuadro 19.

Cuadro 19
Hospitales Nacionales: Tiempo de espera en días para procedimientos diagnósticos en consulta externa, CCSS, 2003

Procedimiento	Hospital Calderón Guardia	Hospital México	Hospital San Juan de Dios
Gammagrafía	150		240
Gastroscopía			120
Ecocardiograma	150	135	120
Rectoscopía			120
Colonoscopía		120	120
Tomografía		455	
Cistoscopía		120	
Electrocardiograma	240		
Electroencefalograma	150		
Prueba de esfuerzo	210		

FUENTE: Evaluación de Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

Así mismo, en los hospitales regionales existen también procedimientos diagnósticos con tiempos de espera mayores a los 90 días para su realización. Se destacan los que se enumeran en el cuadro 20.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 20

Hospitales Regionales: Tiempo de espera en días para procedimientos diagnósticos en Consulta Externa. CCSS, 2003.

Procedimiento	Escalante Pradilla	San Vicente de Paul	Max Peralta	Enrique Baltodano	Tony Facio	San Carlos
Gastroscopía	948	205	205	-	-	-
Rectoscopia			984			
Ultrasonido General	270		247	424	365	
Ecocardiograma	331		248		365	178
Audiometría					365	
Radiografía			364			
Prueba de esfuerzo			247			

FUENTE: Evaluación de Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra CCSS.

En los hospitales periféricos los procedimientos diagnósticos con tiempos de espera prolongados son: la colposcopia, con 180 días, y el ultrasonido, con 150 días (Hospital San Francisco de Asís); la cistoscopia, con 164 días, la rectoscopia y la colonoscopia, con 123 días (Hospital de Ciudad Neilly); y el colon por enema, el pielograma intravenoso, la cistografía y el esofagograma, con 120 días de espera (Hospital de Guápiles).

Dentro de los hospitales especializados se debe mencionar al Hospital Raúl Blanco Cervantes, el cual presenta un tiempo de espera para la realización de gastroscopías y rectoscopías en 120 días.

5.3.4 Indicadores en los que se realizó muestreo de expedientes para determinar el cumplimiento de los criterios establecidos en las Normas de Atención

- Atención del parto vaginal.

Para valorar la aplicación de los criterios definidos en la "Norma de atención del parto para la atención de la mujer durante el parto y pos parto", se realizó la revisión de una muestra de 1.695 expedientes del servicio de obstetricia en los hospitales donde se ofrece este servicio.

Los criterios evaluados fueron los siguientes: clasificación de riesgo, condiciones de riesgo, signos vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca, contractilidad uterina, tacto vaginal y frecuencia cardiaca fetal).

Analizando por separado cada uno de ellos, se observa que el mayor grado de incumplimiento se debe a la ausencia de consignación de la toma de la frecuencia cardiaca entre la 1ª y 2ª horas posparto y de la presión arterial y frecuencia cardiaca al ingreso al salón, posterior a la atención del parto; lo cual se determinó en el 17,1%, 13,8 % y 18 %, respectivamente, en los expedientes analizados. Con base en lo anterior se considera que los centros hospitalarios deben plantearse el realizar un mayor énfasis en el seguimiento a este grupo de pacientes en el posparto inmediato.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Los criterios evaluados: toma de presión arterial y frecuencia cardiaca inicial, el tacto vaginal, la valoración de la frecuencia cardiaca fetal y la dinámica uterina, se registraron en más del 92 % de los expedientes muestreados.

- Atención de los Recién Nacidos según norma.

Se revisó una muestra de 1.722 expedientes, de madres de neonatos sanos nacidos en los centros hospitalarios. Los criterios revisados fueron los siguientes: vacuna BCG, vacuna de hepatitis, valoración de riesgo, profilaxis umbilical, profilaxis oftálmica, profilaxis con vitamina K, verificación de permeabilidad anal con el paso del termómetro rectal, alojamiento conjunto, colocación del pecho, examen físico inicial completo.

El promedio de cumplimiento de los criterios en todos los hospitales donde se realizó esta valoración fue de un 98,0 %.

El criterio que más se incumple es el de "valoración de riesgo del recién nacido". Esto se observó en el 4,5 % de los expedientes revisados. En un 2,2 % de la muestra no se incluyó el criterio de "alojamiento conjunto".

- Personas con enfermedades crónicas, atención según norma

Hipertensión

Esta enfermedad cardiovascular representa una de las principales causas de morbi-mortalidad en el ámbito nacional. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importante, sobre la cual se puede intervenir oportunamente, facilitando su prevención y control.

Como parte del esfuerzo institucional de mejorar y unificar a nivel nacional, la calidad de la atención del paciente hipertenso, se han establecido las guías y lineamientos generales de atención de la hipertensión arterial. Estas fueron utilizadas como base para conocer la aplicación de los criterios mínimos de calidad en la atención que se brinda a la población hipertensa a nivel hospitalario. Los resultados que se obtuvieron son los que se muestran en el Cuadro 21.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 21				
Personas Hipertensas: Cumplimiento de los criterios de atención establecidos en la Norma según tipo de Hospital. Evaluación Compromisos de Gestión. 2003				
Criterios	Nacionales	Periféricos	Regionales	Total Nacional
Fondo de ojo	67,80%	68,60%	51,40%	62,80%
Índice de riesgo	72,20%	55,00%	33,30%	50,20%
Valoración de riesgo	83,30%	62,80%	36,70%	57,10%
Temas de educación	82,20%	65,60%	33,30%	57,20%
Perfil lipídico	91,10%	85,20%	72,40%	81,80%
Creatinina	91,10%	87,60%	72,40%	83,00%
EKG	75,60%	80,40%	66,20%	75,00%

FUENTE: Evaluación de Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS.

Los criterios evaluados que presentaron mayor limitación en el cumplimiento fueron: la determinación del estado nutricional y la valoración de riesgo. Ambos son de gran interés, ya que la valoración del riesgo tiene el objetivo de estratificar a los pacientes en grupos que orienten la decisión terapéutica.

La anotación del estado nutricional o la interpretación del Índice de Masa Corporal (IMC) tiene la finalidad de identificar y dar seguimiento adecuado al estado nutricional en estos pacientes. Además, permite el desarrollo de estrategias entre niveles e intersectorial para la prevención de factores que están muy relacionados con la evolución de la enfermedad y la aparición de complicaciones.

Otro criterio de bajo cumplimiento es la falta de indicación de temas de educación, pilar fundamental en la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.

La indicación de laboratorio y gabinete son los criterios que muestran un mayor cumplimiento, lo que refleja que la oferta de servicios ha permitido un acceso de los pacientes hipertensos a exámenes de laboratorio en un 80% y de gabinete en un 75%, en el nivel hospitalario.

- Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónicas de alta prevalencia en el país y con una tasa de mortalidad alta debida a sus complicaciones.

Las consultas por Diabetes Mellitus representan un 3,6% del total de consulta externa hospitalaria según la última encuesta de consulta externa de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los criterios evaluados en el año 2003 para esta entidad, se basaron en el Manual para el abordaje integral de la diabetes mellitus, que es una guía institucional práctica para el manejo del paciente diabético. Esta cuenta con evidencia científica que respalda cada uno de las recomendaciones enumeradas.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 22				
Personas diabéticas: Cumplimiento de los criterios de atención establecidos en la Norma según tipo de hospital. Evaluación Compromisos de Gestión. 2003				
Criterios evaluados	Nacionales	Periféricos 1, 2 y 3	Regionales	Total Nacional
Fondo de ojo	74,4%	71,6%	64,8%	69,7%
Revisión de pies	67,8%	59,9%	35,7%	53,0%
Valoración bucodental	52,2%	43,4%	18,6%	36,4%
Valoración estado nutricional	77,8%	59,0%	35,7%	53,9%
Valoración de riesgo	86,7%	52,3%	29,5%	49,6%
Temas de educación	77,8%	60,2%	41,4%	56,5%
Hemoglobina glicosilada	80,0%	72,2%	48,6%	65,4%
Perfil lipídico	87,8%	84,1%	66,7%	78,8%
General de orina	81,1%	78,9%	68,1%	75,6%
Micro albuminuria	73,3%	59,6%	31,0%	52,0%
Creatinina plasmática	93,3%	85,6%	71,0%	81,8%
EKG	74,4%	73,1%	55,7%	67,5%

FUENTE: Evaluación Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud. CCSS

Los hospitales nacionales logran los porcentajes más altos de cumplimiento de los criterios evaluados, en contraste con los regionales que lograron los puntajes más bajos en la mayoría de los criterios. En promedio, los criterios que obtuvieron menor porcentaje de cumplimiento, son los relacionados directamente con la valoración clínica; tal es el caso de la valoración buco dental con un 36% de cumplimiento. Este criterio es de gran importancia dado el riesgo aumentado de periodontitis destructiva, la cual puede complicar el control metabólico del paciente diabético.

Se observa un bajo porcentaje de cumplimiento en la práctica clínica del examen de fondo de ojo y revisión de pies. Ambos utilizados como indicadores tempranos del daño a órgano blanco. Estas prácticas son necesarias para iniciar programas de prevención secundaria y terciaria y su aplicación debe convertirse en una rutina. Otro de los criterios con un bajo cumplimiento fue la consignación de los temas de educación en el expediente. Para prevenir las complicaciones de la enfermedad, es esencial la existencia de un paciente informado en el manejo de su enfermedad y la reducción del riesgo de las complicaciones.

6. ANÁLISIS DE INDICADORES FINANCIEROS HOSPITALARIOS

Esta sección del documento muestra los resultados obtenidos por las unidades ejecutoras desde la perspectiva económica y algunos indicadores de carácter financiero y presupuestario, con el afán de complementar los resultados de las secciones anteriores.

- Productividad

Se entiende como la capacidad de un factor productivo para crear determinados bienes o servicios en una unidad de tiempo. La productividad puede ser medida en forma anual, mensual o diaria, de acuerdo con la cantidad de horas hombre utilizadas. De esta forma se indica la cantidad de trabajadores que se utiliza para producir en promedio, en un determinado periodo.

La exactitud en la medición de la productividad para cada uno de los factores de la producción, se torna difícil, por lo que en la práctica se combinan para obtener una aproximación de la contribución de cada uno al producto final. En nuestro caso en particular, todos los factores están incluidos en las unidades de producción hospitalaria (UPH) y se determina su productividad relacionándolas con el total de horas médico empleadas para la producción.¹⁴

- Factores de la producción

Los factores de la producción los podemos separar en tres grandes grupos: Recurso Humano, Materiales - Suministros y Carga Fabril, los cuales ocupan en la relación presupuestaria el mismo orden en consumo de los recursos. Es de interés de esta sección mostrar el comportamiento financiero de los principales rubros del conjunto de los factores de la producción.

6.1 Indicador 20401 Productividad del recurso humano

- Relación Unidades de Producción Hospitalaria versus Horas Médico Contratadas¹⁵

El objetivo de incluir este tipo de indicador de productividad es que el proveedor conozca, a nivel general, una medida de su rendimiento, para que luego de analizarla pueda compararse con otros establecimientos de su mismo nivel. En el caso de este indicador de productividad en particular, se muestra el rendimiento del recurso humano médico, de acuerdo con los niveles de complejidad.

- Desviaciones por nivel de complejidad

Los niveles de complejidad en un sistema hospitalario inciden en el diferente consumo de los recursos empleados en la producción. Es útil reflejar el comportamiento de cada nivel

¹⁴ Está claro que la producción total incluye horas de enfermería y otros tipos de personal, pero el recurso médico es el esencial para el logro de la producción.

¹⁵ Incluye todos los profesionales en ciencias médicas, odontólogos y jefaturas.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

dentro del sistema hospitalario así como de los diferentes establecimientos dentro de cada uno de los niveles de atención, para lograr entender las razones que explican las desviaciones con respecto al promedio del nivel.

El cuadro No. 23 muestra, de manera resumida, los rendimientos alcanzados durante los años 2002 y 2003, por nivel de complejidad y el promedio del sistema hospitalario, así como la variación porcentual del indicador de un año a otro.

La observación sobre el aumento del rendimiento de la hora médica conforme aumenta el nivel de complejidad del hospital, se corrobora con los datos de los promedios de nivel: los hospitales nacionales en el 2003 produjeron en promedio 0,56 UPH por hora médica contratada, mientras que los hospitales periféricos 1 produjeron 0,40 UPH por hora médica contratada. Esta tendencia no se marca entre hospitales regionales y periféricos 3, en los cuales el rendimiento promedio de los hospitales periféricos 3 (0,571 UPH por hora médica) es prácticamente igual al de los regionales (0,569 UPH por hora médica).

Al comparar el promedio nacional del 2002 con el del 2003, se observa que existe un comportamiento estable, con una disminución del indicador de 0,45% en el 2003 (0,532 UPH/ hora médica) con respecto al 2002 (0,534 UPH/ hora médica). La disminución de la productividad del recurso médico se observó en todos los niveles de atención, excepto en el nivel de hospitales nacionales. El nivel de complejidad que muestra la mayor desviación con respecto al año anterior, es el grupo de hospitales periféricos 1, con un rendimiento de la hora médica 5,53% menor al obtenido en el 2002.

Sin embargo, la composición de dicho cambio se debe analizar al interior de los grupos, con el afán de comprender mejor la dinámica de este indicador.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

Cuadro 23
Desviaciones del rendimiento UPH por Hora Médico Contratada
por nivel de complejidad 2002-2003

Nivel de Complejidad	Año		Variación Porcentual
	2002	2003	
Nacionales	0,553	0,560	1,30%
Especializados ¹⁶	0,561	0,545	-2,82%
Regionales	0,572	0,569	-0,52%
Periféricos 3	0,575	0,571	-0,80%
Periféricos 2	0,497	0,475	-4,40%
Periféricos 1	0,428	0,404	-5,53%
Promedio	0,534	0,532	-0,45%

Fuente: Evaluación Compromisos de Gestión 2003. Dirección de Compra de Servicios de Salud CCSS

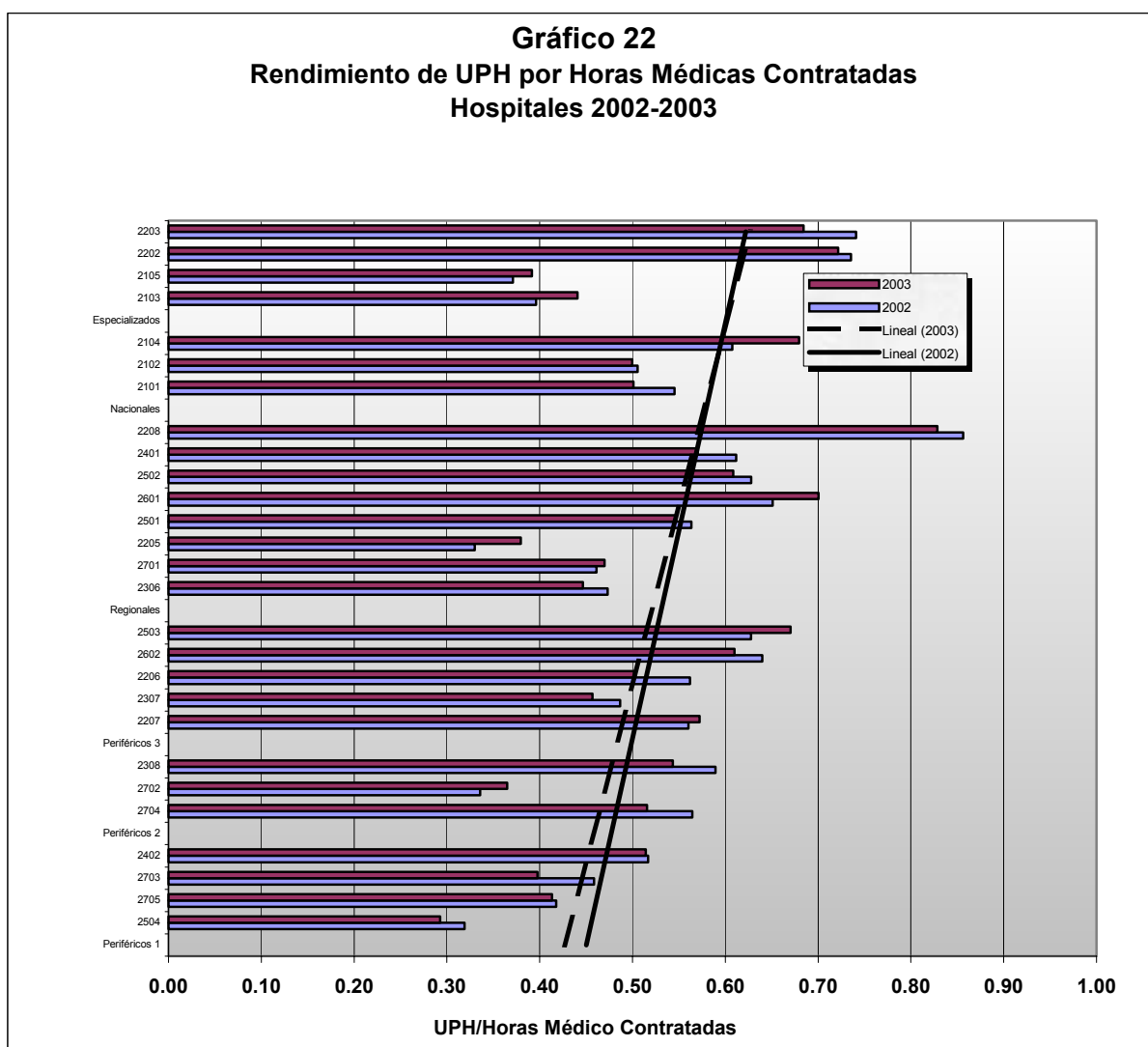
Los hospitales que en el 2003 obtuvieron rendimientos de la hora médica por encima del promedio de su nivel son:

- hospitales nacionales: Hospital México
- hospitales especializados: Hospital Blanco Cervantes, CENARE
- hospitales regionales: Hospitales de Heredia, Limón, Liberia y San Carlos
- hospitales periféricos 3: Hospitales La Anexión, Guápiles y San Ramón
- hospitales periféricos 2: Hospitales Quepos y Ciudad Nelly
- hospitales periféricos 1: Hospitales Los Chiles y San Vito

En el gráfico 22 se representan los rendimientos obtenidos por los hospitales, en los años 2002 y 2003, de acuerdo con su categoría de nivel.

¹⁶ En la estimación de la desviación anual promedio para el grupo de hospitales especializados, se excluyeron los datos del Hospital Nacional Psiquiátrico y del Hospital Chacón Paut, porque en la negociación del servicio de estancias largas, lo negociado en producción para calcular las UPH no son egresos sino estancias, por lo que esa producción está sobredimensionada.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**



Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2004

Del gráfico anterior es importante mencionar que los establecimientos se colocaron en el eje vertical descendiendo de los del mayor nivel de complejidad (hospitales especializados y nacionales) hacia los de menor nivel de complejidad (hospitales periféricos 1) y se identificaron por su número de unidad programática. La producción en UPH se calculó usando los respectivos estándares de cada nivel. El comportamiento promedio del sistema hospitalario está representado mediante una línea para cada año y en ambas líneas se observa que el valor promedio del indicador va disminuyendo conforme disminuye el nivel de complejidad del hospital, o sea que *la productividad en función del recurso médico aumenta conforme crece el nivel de complejidad*.

La línea que representa el comportamiento promedio del rendimiento del sistema hospitalario para este indicador, en el 2003 está levemente por debajo de la línea del 2002. Las explicaciones más importantes mencionadas por los proveedores sobre la disminución del rendimiento UPH por hora médico contratada son:

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

- Escasa oferta de especialistas que puedan cubrir las plazas vacantes, situación que se presenta con mayor frecuencia en los niveles de baja complejidad y en el área quirúrgica.
- El cierre de plazas para residentes en una magnitud mayor que la apertura de nuevos códigos de especialistas, lo que impide aumentar la contratación.

- Rendimiento de la hora médica contratada 2002 versus 2003

El gráfico 22 también permite comparar el desempeño de cada hospital en el año 2003 contra el obtenido por el mismo establecimiento en el 2002, para que los gestores de cada Unidad conozcan si mejoraron, permanecieron igual ó empeoraron. Se mencionan a continuación las unidades que progresaron en este indicador de rendimiento¹⁷ en el 2003:

De los cuatro hospitales especializados, el Hospital de la Mujer Adolfo Carit (2105) logró mejorar su desempeño en relación con el año 2002, alcanzando un crecimiento del 5,6% en este indicador.

Entre los hospitales nacionales, el Hospital México (2104) aumentó en un 11,82% el rendimiento de la hora médica.

Tres de los ocho hospitales regionales progresaron con respecto a lo obtenido en el 2002: Alajuela (2205), Limón (2601) y Pérez Zeledón (2701). El mayor cambio lo presenta el Hospital de Alajuela, que logró un aumento del 15% con respecto al rendimiento de la hora médica obtenido en el 2002.

De los hospitales periféricos 3, los hospitales La Anexión (2503), Turrialba (2307) y San Ramón (2207), lograron cambios positivos, siendo La Anexión el que tuvo el mayor progreso, con un aumento del 6,8 % en relación con su desempeño del 2002.

En los hospitales periféricos 2, se muestra mejoría en el Hospital de Golfito (2702), que logró un rendimiento de la hora médica contratada 8,7% mayor que el obtenido en el 2002. En el caso de los hospitales periféricos 1, ninguno mejoró el desempeño logrado en el 2002.

6.2 Indicador 20402. Indicadores financieros.

El objetivo de este conjunto de indicadores es que el proveedor disponga de una medida sencilla de su nivel general de eficiencia, que pueda ser objeto de análisis y comparación con el resto de proveedores del mismo nivel de complejidad y que sirva para orientar la gestión hospitalaria.

El cuadro 24 resume los resultados de los años 2002 y 2003 de tres de los indicadores, para cada uno de los niveles de complejidad. Muestra un aumento de 3%

¹⁷ Solamente sirve para la comparación de cada Unidad contra sí misma, no en comparación con los demás hospitales del nivel, considerando que algunas, a pesar de la mejoría, aún podrían estar por debajo del promedio del nivel.

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

en el gasto de producción por UPH del sistema hospitalario nacional, que pasó de ¢46.848 a ¢48.456. En forma similar, hay un aumento del 4% en el gasto en servicios personales por UPH. Al observar el comportamiento del indicador gasto en medicamentos por UPH, se observa que el promedio general ha disminuido en un 5 % en el 2003, pasando de ¢5.478 a ¢5.224.

Cuadro 24
Gasto promedio por unidad de producción según nivel hospitalario
(colones corrientes)

Nivel de complejidad hospitalaria	Gasto Medicamentos/ uph		Gasto Servicios Personales / uph		Gasto Presupuesto Producción/ uph	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Promedio General	5.478	5.224	37.376	38.750	46.848	48.456
Especializados ¹⁸	5.228	4.793	42.912	46.289	55.464	60.078
Nacionales	8.351	8.490	35.793	40.073	46.962	52.518
Regionales	3.512	2.098	39.903	29.681	48.387	36.014
Periféricos 1	2.858	2.962	31.868	37.084	37.232	43.322
Periféricos 2	3.347	3.777	41.082	46.562	48.335	54.377
Periféricos 3	3.509	4.630	57.269	66.384	61.429	76.421

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2004

¹⁸ No incluye hospitales psiquiátricos

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

- Relación Gasto de producción¹⁹ por Unidad de Producción Hospitalaria:

En el Gráfico 23 se presenta cada uno de los hospitales, con las correspondientes barras que representan los valores de gasto de producción por UPH, para los años 2002 y 2003.

Las líneas marcan el comportamiento promedio del sistema hospitalario en ambos años, mostrando un crecimiento del 3% en el 2003. El nivel de hospitales regionales muestra el menor gasto de producción por UPH. Se observa que conforme disminuye el nivel de complejidad, desde los hospitales regionales hasta los periféricos 1, aumenta el gasto de producción por UPH. Esto se debe a que la justificación para abrir un hospital en localidades como Upala, San Vito, Los Chiles y Ciudad Cortés, tiene que ver con equidad en la prestación más que con demanda de servicios. Un hospital periférico 1 produce la mitad de lo que produce un periférico 2 y la cuarta parte de la producción de un periférico 3. Los hospitales especializados y nacionales tienen un gasto de producción por UPH superior al de los hospitales regionales.

- Relación Gasto en recurso humano por Unidad de Producción Hospitalaria:

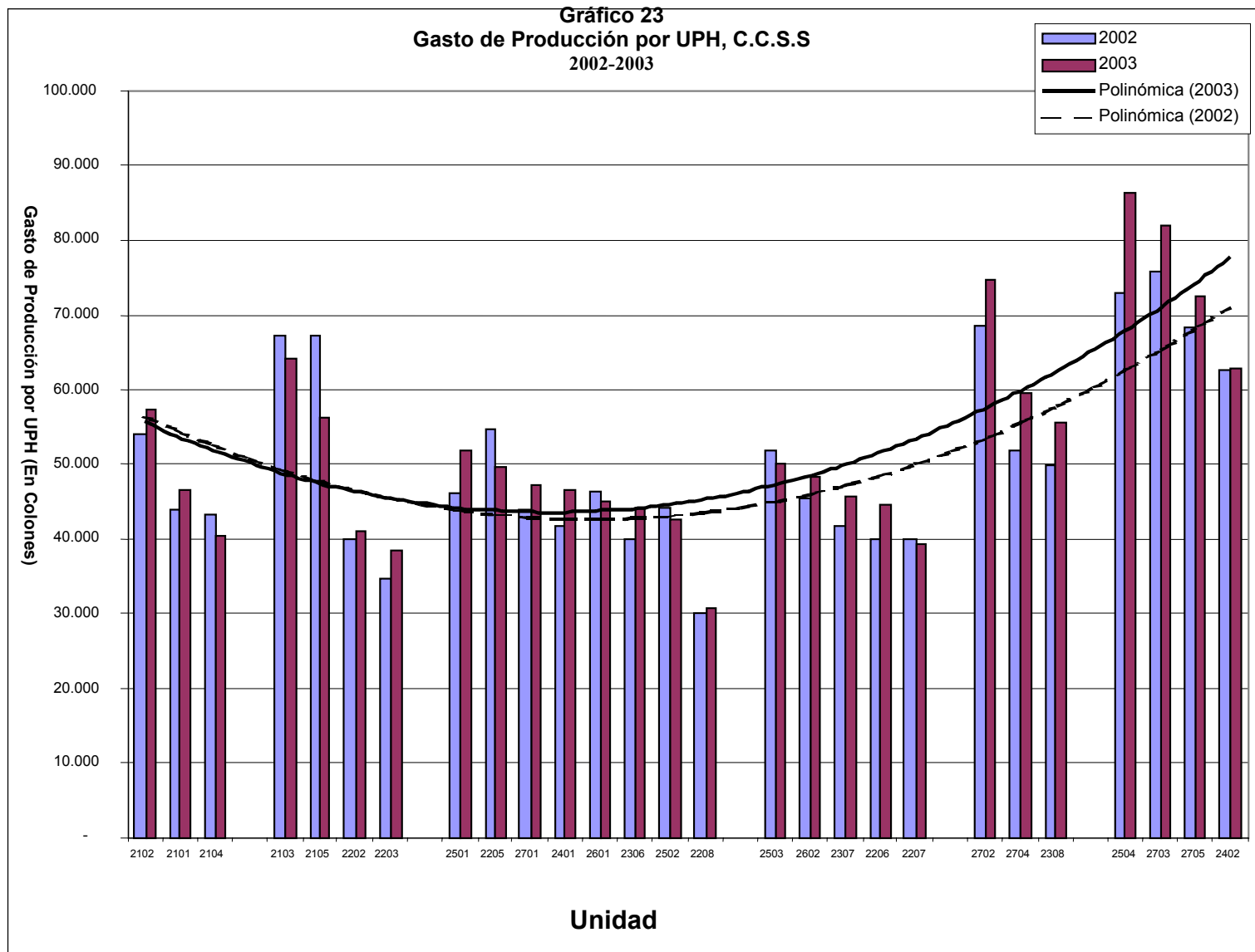
El gasto en recurso humano es el principal rubro dentro del presupuesto de operaciones, por lo que es esperable que este indicador se comporte de manera similar al gasto de producción por UPH. En el Gráfico 24 se observa cada uno los hospitales, con las correspondientes barras que representan los valores de gasto en recurso humano por UPH, para los años 2002 y 2003. Las líneas marcan el comportamiento promedio del sistema hospitalario en ambos años, con un aumento del 4 % en el 2003. El nivel de hospitales regionales es el que muestra el menor gasto en recurso humano por UPH, debido a su alta producción. Se observa que conforme disminuye el nivel de complejidad, desde los hospitales regionales hasta los periféricos 1, aumenta el gasto en recurso humano por UPH. Los hospitales especializados y nacionales tienen un gasto en recurso humano por UPH, levemente superior al de los hospitales regionales.

- Relación Gasto en medicamentos por Unidad de Producción Hospitalaria:

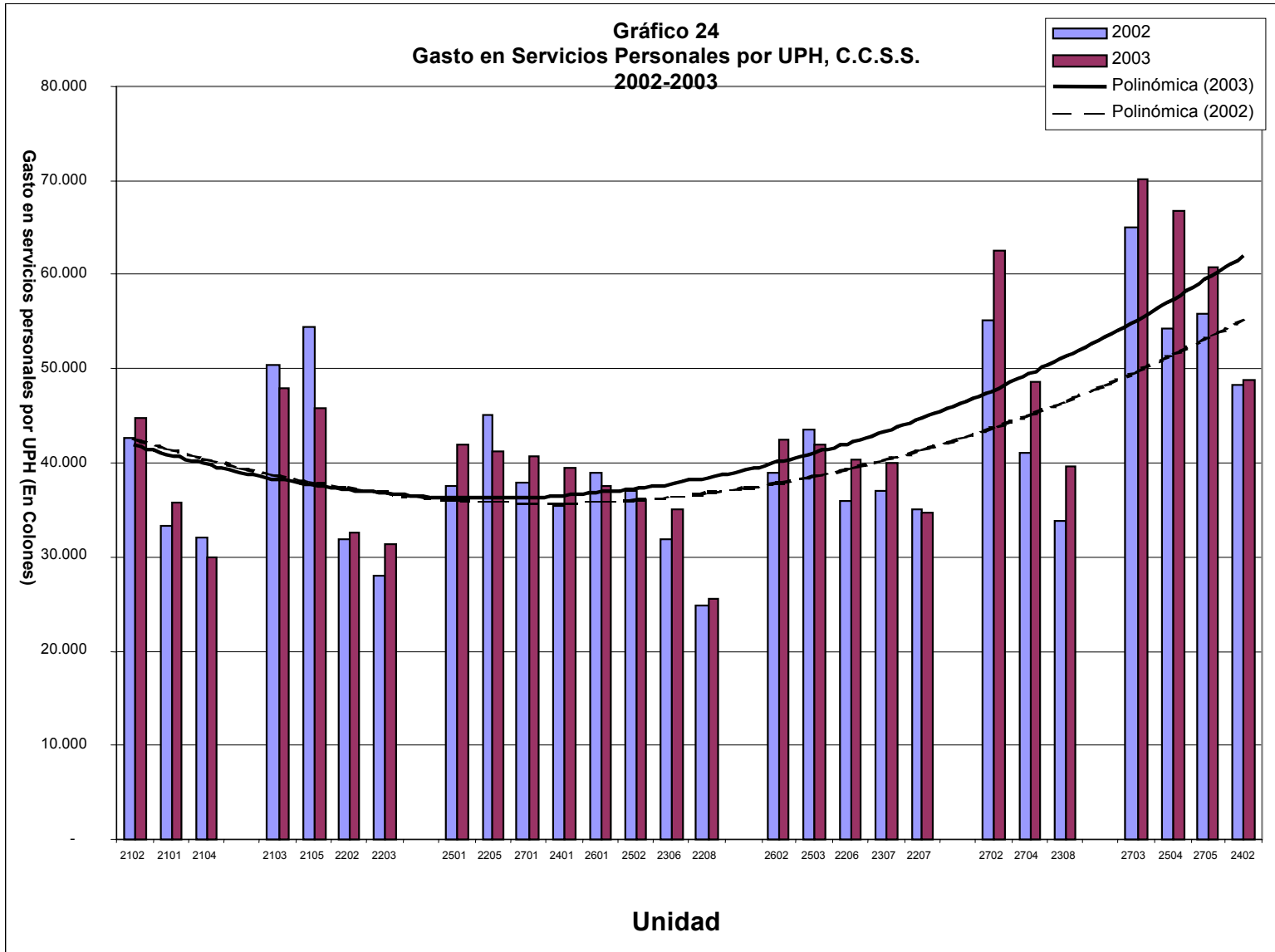
El Gráfico 25 presenta cada uno de los hospitales, con las correspondientes barras que representan los valores de gasto en medicamentos por UPH, para los años 2002 y 2003. Las líneas marcan el comportamiento promedio del sistema hospitalario en ambos años, con una disminución de 15 % en el 2003. El nivel de hospitales periféricos 3 es el que muestra el menor gasto en medicamentos por UPH. Se observa que los periféricos 2 y 1 tienen mayor gasto en medicamento por UPH (explicado por su nivel de producción relativamente bajo). Los niveles de especializados, nacionales y regionales presentan, como es esperable, valores del indicador mucho más altos, en relación con el tipo de pacientes que se tratan en estos hospitales y las clases de medicamentos que Farmacoterapia autoriza para esos niveles de atención.

¹⁹ En el cálculo del gasto de producción se incluyen las partidas: Servicios Personales, Servicios no personales y Materiales y suministros.

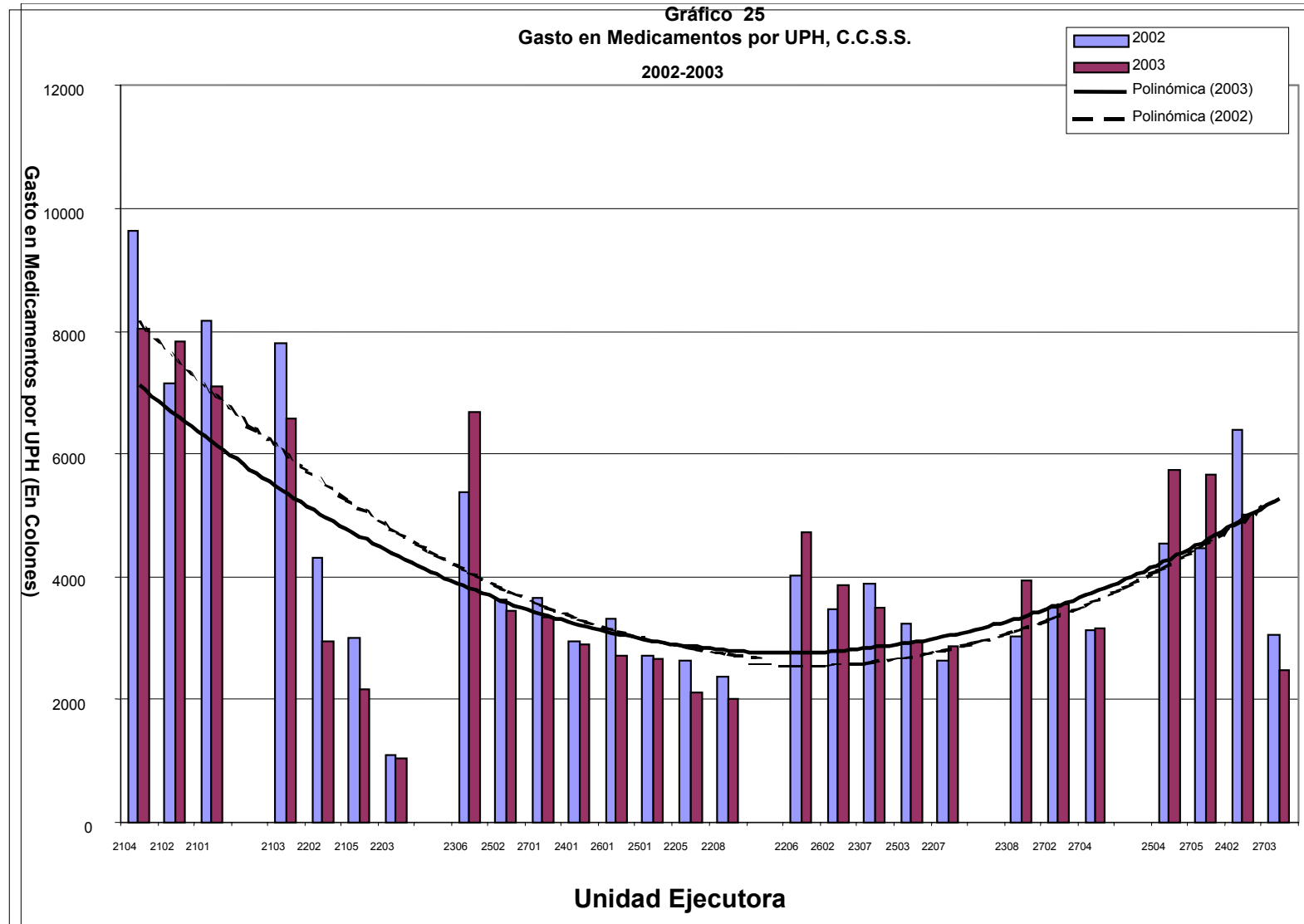
**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISI3N ADMINISTRATIVA
DIRECCI3N DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACI3N 2003**



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**



**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

6.3 Indicador 20402 Análisis de las variaciones en la producción y asignación de recursos financieros respecto a las inicialmente pactadas

Este indicador pretende medir el grado de cumplimiento de la programación de producción comparado con la producción lograda al final del periodo, que indicará qué tan eficiente es la negociación de la producción tanto desde el papel del comprador como desde el punto de vista del proveedor. Además, permite visualizar el grado de ejecución presupuestario en los recursos asignados a la producción. No se incluye en este análisis presupuestario los recursos asignados a Subsidios, Equipamiento y Transferencias Corrientes, cuyo comportamiento no está intrínsecamente ligado a la producción de los establecimientos.

El análisis de los datos de todo el sistema hospitalario evidenció que en el 2003 se logró un aumento global de la producción, aunado a una leve disminución de la subejecución del presupuesto para producción hospitalaria, que pasó de 4,03% a 3,94%.

6.4 Indicador 20405 Análisis de Costos

- Uso del S.I.G.

Este indicador se incluyó en la evaluación del compromiso de gestión con la finalidad de homologar el envío de datos por parte de las unidades proveedoras y dar soporte a la plataforma de información, para realizar estudios posteriores que definan estrategias orientadas a mejorar la gestión en la atención brindada.

Se resume en el cuadro 25 algunos costos promedio por nivel, obtenidos a través del SIG para el periodo evaluado:

Cuadro 25								
Costos por Nivel Hospitalario								
(en colones)								
Nivel	Costo por	Costo por	Hospitalización					Pediatri
			Medicin	Cirugí	Ginecolog	Obstetrici		
Periféricos	17.439	17.974	66.740	86.669	122.73	181.64	52.285	
Periféricos	10.474	13.311	44.353	67.432	84.811	90.347	59.829	
Periféricos	9.174	9.068	29.434	84.641	86.688	51.392	81.545	
Regional	12.897	9.461	47.997	87.851	75.597	77.836	67.645	
Nacional	24.429	17.198	82.381	79.018	107.49	101.37	73.375	

(1) Costo por día

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2004

7. ANÁLISIS DE INDICADORES FINANCIEROS GENERALES PARA ÁREAS Y HOSPITALES

En el 2003 el presupuesto en efectivo asignado a establecimientos de la CCSS para la prestación de servicios de salud fue de ¢269.423.956.826, de los cuales el 70,79% fue para hospitales y el 29,21% para áreas de salud.

En el 2003 el presupuesto en efectivo ejecutado en los establecimientos prestadores de servicios de salud de la CCSS fue ¢255.107.914.599, de los cuales el 71,37% se gastó en hospitales y el 28,63% en Áreas de Salud.

7.1 Indicador 20404 Gestión de Subsidios

El rubro de subsidios incluye todas aquellas prestaciones de carácter monetario que se le brindan a los asegurados ya sea de forma directa o indirecta, mediante el pago de derechos sobre invalidez, enfermedad, maternidad o incapacidad laboral, sobre el exceso de los tres días, el cual se vuelve efectivo una vez que el asegurado lo cobra, y en el caso de los empleados una vez que efectivamente el empleado no se presente a laborar. Es importante determinar el comportamiento del gasto en incapacidades en vista de que puede incrementarse debido a factores de estímulo por parte de los médicos o por aumento en la complejidad de los pacientes atendidos, incluso por factores epidemiológicos, estacionalidades en la cantidad de mujeres que se encuentren en estado de embarazo y /o por causas de deterioro de los factores ocupacionales de una población. De ahí la importancia de analizar y controlar el comportamiento del gasto. Al comparar el uso de los subsidios en el nivel hospitalario con el uso en Áreas de Salud, en términos porcentuales, la relación entre gasto de incapacidad a asegurados y gasto de incapacidad a empleados es menor en hospitales (2,6) que en Áreas de Salud (2,9).

7.1.1 Hospitales

El gasto en subsidios ejecutado por todo el sistema hospitalario (¢8.632.316.250,02) representa el 93% de lo asignado para las partidas de subsidios. El 60% del desembolso se debe a subsidio por enfermedad a asegurados mientras que el 23% se destinó a pago de subsidio por enfermedad a empleados.

Además el total de gasto en subsidios es el 4,74% del total del presupuesto ejecutado por los hospitales (¢182.070.458.401,03).

7.1.2 Áreas de Salud

El gasto en subsidios ejecutado por las Áreas de Salud (¢5.994.386.890,46) representa el 93% de lo asignado para las partidas de subsidios de áreas de salud. El 46% del desembolso se debe a subsidio por enfermedad a asegurados mientras que el 16% se destinó a pago de subsidio por enfermedad a empleados. Además, el total de gasto en subsidios es el 8,21% del total del presupuesto ejecutado por las Áreas de Salud (¢182.070.458.401,03).

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

7.2 Indicador 20901 Porcentaje de personas no aseguradas a las que se les brinda servicios de salud

Este indicador se presenta en la evaluación para suministrar el diagnóstico de cuál es la capacidad de recuperación por servicios a no asegurados que las unidades prestadoras pueden cobrar por atenciones en el horario regular. Los datos se presentan por Región. Al observar estos datos, con porcentajes de recuperación tan bajos, se concluye que esta es un área crítica que debe ser motivo de análisis posterior por las Unidades.

Cuadro 26	
Personas no aseguradas que pagaron por servicios Áreas de Salud por Región. C.C.S.S. 2003	
Región	Porcentaje
HUETAR NORTE	14,40%
BRUNCA	13,84%
CENTRAL NORTE	13,07%
CENTRAL SUR	9,05%
CHOROTEGA	7,50%
PACIFICO CENTRAL	7,14%
HUETAR ATLANTICA	6,57%

Fuente: Dirección de Compra de Servicios de Salud, 2004

8.0 CONCLUSIONES

8.1 Áreas de Salud

- Continua reduciéndose la brecha entre la cobertura total (todos lo que acceden los servicios de salud) y la cobertura con cumplimiento de criterios técnicos (atención con calidad) desde un 29% en el año 2000 hasta un 14% en el año 2003.
- La atención integral al niño, en su componente de menores de 28 días, en los niños de 1 a 6 años, atención prenatal, abordaje adecuado del PAP alterado, diabéticos e hipertensos aumentaron sus coberturas con cumplimiento de criterios técnicos con respecto a los años anteriores. La atención de adolescentes disminuyó su cobertura (1.8%) con cumplimiento de criterios técnicos.
- En términos generales en las dos premisas anteriores se aprecia claramente que el proceso desarrollado y direccionado a través de los Compromisos de Gestión esta procurando mejorar el acceso de la población costarricense a los servicios de salud y está logrando dar una mayor calidad de atención a través del cumplimiento de criterios técnicos estandarizados y actualizados.
- Las coberturas de vacunación en el nivel nacional, alcanzan niveles por encima del 90% lo que nos permite mantener una cobertura útil de vacunación para fines epidemiológicos.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

- La atención integral al adolescente ha sido una de las pocas actividades que disminuyó su cobertura, pues se ha continuado casi en su mayoría con los adolescentes que acceden a los servicios de salud situación que obliga a desarrollar estrategias innovadoras fuera de los servicios de salud y la capacitación del personal para una mejor interacción con adolescentes.
- La cobertura total de atención prenatal a nivel nacional fue de 81%, 3 % menor que en el año 2002. Este descenso en la cobertura podría explicarse por la mejoría que se ha dado en la calidad de los registros en cada una de las unidades. La cobertura con calidad de esta atención fue de un 47%; apreciándose en este componente aún una considerable brecha por superar.
- Llama la atención de que a pesar de reportarse coberturas de citología vaginal relativamente bajas, de 44.7% y de un 51.20% en el periodo 2002-2003. Se observa a nivel nacional un descenso, en la aparición de cáncer cervical invasor y un aumento en el diagnóstico de lesiones leves, lo que sugiere la necesidad de estudiar la participación de la atención privada en este aspecto específico.
- La cobertura de atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas continuó en aumento al igual que el año pasado, la cobertura con cumplimiento de criterios en diabéticos paso de 29% a 32% y hipertensos de 43% a 55%. Situación de suma importancia dado el perfil de morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares que el país tiene.
- Las coberturas de actividades odontológicas preventivas tienden a mostrar un comportamiento más bien estático, esto posiblemente por el recurso limitado con que se cuenta en este campo específico.
- En el año 2003, el 87% de las áreas de salud cumplieron con el desarrollo de las actividades programadas y las evidencias del avance en la ejecución de su correspondiente Plan Estratégico Local, instrumento medular de planificación que los direcciona hacia el planteamiento de acciones estratégicas para la posible solución de la problemática local en salud.
- Con base en los resultados del proceso de evaluación, se observa que el 91% de las áreas de salud han realizado un adecuado seguimiento a la ejecución del plan de promoción de la salud elaborado durante el 2002 y que a pesar de que éste resultado puede considerarse alentador, deben seguirse fortaleciendo las acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas y la participación de los servicios de salud en el logro de éste objetivo.
- En el 2003, casi la totalidad de las áreas de salud cumplieron con la utilización de la base de datos para las enfermedades de notificación obligatoria (98%), la actualización de la base de datos (94%) y el envío de las boletas de notificación obligatoria a Vigilancia Epidemiológica regional (95%). Lo que representa un enorme avance en la Caja pues fortalece todas las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Similar a los resultados obtenidos en años anteriores, la región Pacífico Central es la que logra obtener las mayores coberturas en los distintos programas de atención, seguida por la región Chorotega, resultados que han sido explicados principalmente por la buena dotación de recursos con que cuentan y el

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

antecedente de ser las regiones que mas experiencia poseen, por su temprana inclusión dentro del proceso de aplicación del nuevo modelo de atención y del uso de la herramienta del Compromiso de Gestión.

- Como en años anteriores, las regiones que presentan coberturas levemente más bajas son la Brunca y Huetar Norte, aunque sin embargo debe resaltarse el hecho del incremento alcanzado para el año 2003, que permite acortar cada vez más la brecha entre regiones.
- Un 15.6% de la población costarricense es atendida por unidades de compra externa, a través de 13 Áreas de salud y 6 administraciones.
- Las coberturas totales de las diferentes atenciones alcanzadas en el 2003 por éstas áreas de salud (proveedores externos) son similares a las observadas en el resto de las áreas de salud del país, su promedio es de 63.84% similar al promedio nacional de 66%.
- Por otro lado, sí se observan diferencias en las coberturas con calidad logradas por las unidades de Compra Externa con respecto al resto de las unidades del país, las cuales son superiores. Su promedio es de 58,95%, mientras que el promedio nacional de las coberturas con calidad para el 2003 fue de 52,10%.
- Esta situación es más evidente en la atención prenatal con calidad, dado que las áreas de Compra externa lograron una cobertura con calidad de 79.73%, mientras que el promedio nacional alcanzó el 47%.
- En las áreas de salud de primer nivel la producción se expresa en coberturas, en el segundo nivel ambulatorio por la accesibilidad a la oferta especializada, medida por el número de consultas de primera vez, así como, por la demanda potencial que se refiere al número de personas que se espera consulten en un periodo, a alguna o varias de las especialidades médicas.
- Con respecto a la capacidad resolutive del II nivel de atención medida a través de las referencia al III nivel, estas fueron en promedio de un 9% en el 2003, valor que sobrepasa lo esperado según las experiencias internacionales (www.geocities.com/elmap2000/asp.html) que es del 3 al 5%. Hecho que podría estar relacionado con la carencia de los insumos necesarios para realizar algunos procedimientos, exámenes o brindar ciertos tratamientos reservados al nivel hospitalario.
- En el caso de la atención prenatal en este segundo nivel de atención, la accesibilidad fue de 2.367 mujeres atendidas de primera vez en el año, la misma representó el 25% de las consultas de primera vez de control prenatal en el I nivel adscrito y en promedio se logró un 76.4% de cumplimiento de los criterios de calidad.
- En cuanto a las atenciones brindadas a personas diabéticas, el comportamiento en los años 2002 - 2003 con respecto a las personas atendidas en el I primer nivel fue de 15% y 17% respectivamente. Las atenciones a las personas hipertensas presentó el mismo fenómeno de incremento en estos dos años 9% y 11%, aun cuando la demanda de atención es mayor en personas diabéticas.

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

- En promedio la calidad de la atención medida por cumplimiento de criterios normativos en las personas diabéticas e hipertensas en el segundo nivel ha mejorado año a año desde su incorporación como indicadores en los Compromisos de Gestión, pues entre el 2001 y el 2003 el cumplimiento de criterios de calidad en diabéticos aumento en 49,6% y en el caso de los hipertensos aumento 44,5%.

8.2 Hospitales

- La producción hospitalaria medida en UPH ha tenido un crecimiento de un 13% en el período comprendido entre el 2000 y 2003.
- La estabilización y revisión del tipo de productos comprados a los hospitales sumado al traslado de la compra de algunos productos hacia el nivel de atención correspondiente, impacta directamente en el total de UPH producidas, observándose un aumento apenas discreto en este periodo. Incluso, si se analiza por área de atención en consulta externa más bien descienden las UPH en el año 2003 en un 1.24%.
- El servicio de cirugía a nivel nacional tiende a disminuir su producción en el área de hospitalización(egresos), explican esta condición el trasladar muchos de los casos que se resolvían en hospitalización hacia cirugía ambulatoria, además como se observa en los hospitales periféricos tipo 1-2 donde la reducción fue de un 7% en el año 2003, este problema se relaciona con la inopia de recurso médico especializado.
- En el servicio de medicina se logra producir en el 2003 un 2,4% más de egresos que lo que se produjo en el 2002. Este servicio continua con índices de ocupación altos, en algunos hospitales supera el 100%.
- El servicio de ginecología al igual que el servicio de cirugía, presenta un descenso en los egresos producidos de un 7,2%. Los factores que explican este descenso son: la falta de anesthesiólogos, lo que conlleva a que muchas veces se suspendan cirugías programadas, sumado al desarrollo de la cirugía ambulatoria en los centros hospitalarios del país, lo que ha permitido que un porcentaje considerable de la cirugía ginecológica se realice bajo esa modalidad.
- Los procedimientos quirúrgicos realizados en cirugía ambulatoria a nivel nacional pasan de un 17,5% en el 2000 a un 22,7% en el 2003.
- En consulta externa, las UPH producidas por concepto de consultas de primera vez aumentan en un 31%, comparando el 2000 con el 2003.
- El índice operatorio logrado por todos los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, aumenta en el 2003 en un 1% comparado con el alcanzado en el 2002.
- De los pacientes que ingresan por consulta externa al servicio de cirugía solo el 73,7% de estos egresaron con algún procedimiento quirúrgico. Al

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003

resto de pacientes se les ingresó para dar tratamiento de tipo médico (quimioterapia) o para definir un diagnóstico.

- Las causas de suspensión de las cirugías principales son: falta de una programación adecuada de las cirugías, ausencia del médico cirujano (por presentarse a cirugía de emergencia), no se cuenta con personal de anestesia, falta o falla de materiales y equipos e inadecuada valoración preoperatoria de los pacientes.
- La estancia preoperatorio promedio registrada en los tres hospitales nacionales es muy diferente entre ellos, presentando el Hospital San Juan de Dios la mayor, 6.53 días.
- El Hospital San Juan de Dios presenta 7 especialidades con tiempos de espera en consulta externa que sobrepasan los 90 días, se destaca cirugía general con 365 días.
- El Hospital México aumentó el número de especialidades con tiempo de espera prolongados en consulta externa, destacando el caso de oftalmología con 510 días de espera.
- El Hospital Calderón Guardia presenta el menor número de especialidades con tiempo de espera mayor a los 90 días, neurología y ortopedia.
- Los hospitales regionales por su parte son los que presentan el mayor número de especialidades con tiempo de espera en consulta externa. Sobresale el caso del Hospital Escalante Pradilla con 12 especialidades y los Hospitales de Liberia, Max Peralta y Tony Facio con 8 especialidades cada uno.
- Dentro de los hospitales periféricos el centro que presenta la mayor cantidad de especialidades con tiempo de espera mayor de 90 días en consulta externa, es el hospital de Guápiles con seis especialidades.
- En los hospitales especializados cabe destacar que en el Hospital Blanco Cervantes la especialidad de oftalmología cuenta con un periodo de espera en consulta externa de 365 días. Así como que en el Hospital Nacional de Niños se encuentran cuatro especialidades con tiempo de espera prolongado: Desarrollo y Percepción con 300 días, dermatología con 240 días, terapia de lenguaje con 150 días y urología con 120 días.
- En cirugía electiva son los hospitales nacionales donde se observan tiempos de espera en las diferentes especialidades más prolongados comparándolos con los hospitales regionales y los periféricos.
- En atención a mujeres con parto se observa incumplimiento de algunos de los criterios que se enumeran en las Normas de atención del Parto Normal, destacándose la ausencia de consignación de la toma de la frecuencia cardiaca entre la 1ª y 2ª horas posparto, presión arterial y frecuencia cardiaca al ingreso al salón posterior a la atención del parto.

- En Atención de los recién nacidos según norma, se observó un promedio de cumplimiento de los criterios de un 98,0 %.

9. RECOMENDACIONES.

9.1 Áreas de Salud

Para las Áreas de salud continúan con plena vigencia muchas de las recomendaciones planteadas en los Informes de Evaluación Anual Nacional de los Compromisos de Gestión a partir del año 2000, y planteadas como **áreas prioritarias de intervención**, a saber:

A. Readecuación y fortalecimiento del modelo de atención en salud:

En este sentido es necesario continuar el desarrollo del modelo en los diferentes escenarios planteados, definiendo mejor los perfiles de recursos humanos perteneciente al EBAIS y al Equipo de Apoyo y su relación con los otros niveles de atención. Además de caracterizar mejor la composición y rol de estos equipos. Se necesita también caracterizar mejor el trabajo a desarrollar en los diferentes escenarios y la relación de estos equipos con el trabajo de otros sectores públicos y privados que coinciden en los mismos espacios geográficos.

La revisión de la llamada Oferta Básica de Servicios por cada programa de atención integral a las personas deberá revisarse a la luz de la evolución del sistema, dándole énfasis a los grupos de población considerados prioritarios en la actualidad.

B. Sistema de Información:

Se persiste en los problemas derivados por la falta de un sistema de información estándar, moderno y ágil que permita la toma de decisiones que propicien una planificación de los recursos existentes en forma eficiente. Existen limitaciones actuales para la adquisición de programas informáticos y no hay alternativas institucionales que puedan viabilizar las respuestas.

C. Promoción de la salud.

El avance logrado por el país en aumentar la expectativa de vida, disminución de la mortalidad infantil y materna entre otros, debe hacer direccionar las acciones de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades así como a un manejo más sistematizado de la morbilidad con miras a la sostenibilidad del sistema.

D. Gestión local.

Se considera necesario el fortalecimiento de la gestión local, con la finalidad de aumentar la capacidad resolutoria de las unidades dependiendo de su complejidad y con el apoyo del nivel regional y nacional.

D. Segundo nivel de atención.

Se hace necesario caracterizar de una forma más integral este nivel de atención con miras a fortalecerlo y aumentarle su capacidad resolutoria, además de

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

cambiarle el perfil de actual de acuerdo a la evolución de la población costarricense.

Acciones estratégicas por área prioritaria de intervención:

AREA PRIORITARIA DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATEGICAS.
<ul style="list-style-type: none"> • Avance en la readecuación del modelo de atención en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instancias técnicas del nivel central y regional responsables de su seguimiento se estructuran de acuerdo al modelo de atención en salud vigente.
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño e implementación de un sistema único de información que integre los sistemas actuales para que se utilice en la planificación y toma de decisiones en los diferentes niveles.
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición institucional de políticas técnicas y organizacionales claras e implementación de acciones intersectoriales.
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión local 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de los niveles regionales y locales para el desarrollo de este proceso con visión de desarrollo local y regional.
<ul style="list-style-type: none"> • Segundo nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar centros de especialidades con alto nivel resolutivo y eficiencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades perdidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los momentos contacto de los usuarios al sistema para desarrollar las acciones con alta eficiencia y eficacia.

9.2 Hospitales

- La disminución de la producción observada para el año 2003 en los hospitales periféricos llama la atención, sobre todo al analizar las condiciones que favorecen esta situación. Por tanto, es necesario observar y monitorear constantemente estos centros en lo referente a la estabilidad del recurso humano, sobre todo el de algunas especialidades médicas como es el caso de los anestesiólogos y gastroenterólogos entre otros.
- El continuar estimulando la gestión de las camas hospitalarias es una tarea que no debe abandonarse, pues ya se observan frutos del trabajo que se ha estado realizando en muchos de los hospitales, donde se han trasladado camas hacia los servicios donde contaban con recurso insuficiente, hecho que concuerda

**CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN DE COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME DE EVALUACIÓN 2003**

con lo que refiere el anuario estadístico del año 2002 **“hay que considerar que los problemas de camas de los hospitales son más de distribución que de faltante”**.

- Estimular las estrategias alternativas a la hospitalización. Aprovechando la experiencia desarrollada en cirugía ambulatoria en los centros hospitalarios del país se pueden desarrollar programas de capacitación y actualización en esta materia, evaluar la necesidad de equipamiento y la adecuación de la infraestructura si fuese necesario para la realización de este tipo cirugía.
- Ajustar año a año de acuerdo con la disminución de la tasa de la natalidad la producción en los servicios de obstetricia y pediatría y llevar a estos servicios al manejo de casos de acuerdo a la complejidad que le corresponde según nivel hospitalario.
- Gestionar el uso adecuado de los quirófanos en busca de la utilización eficiente de los mismos, de tal forma que se pueda incidir en la disminución de las listas de espera para cirugía electiva.
- Revisar en forma conjunta (DIESS, Dirección de Compra y proveedores) lo referente a Índice Operatorio y Estancia preoperatoria, con el fin de unificar criterios sobre estos indicadores.
- Categorizar para algunas especialidades tanto quirúrgicas como médicas, cual debe ser su tiempo de espera ya sea para cirugía electiva o para consulta externa, sobre todo en aquellas donde el problema es inopia de recurso humano.
- Analizar los tiempos de espera para procedimientos diagnósticos como lo son Tomografía axial computarizada y Ultrasonidos, los cuales en algunos hospitales son considerables.
- Automatizar los servicios de urgencias y consulta externa, pues hasta hoy los datos de la información de los pacientes atendidos en estos servicios no esta al alcance más que a través de la encuesta que realiza el Departamento de Información de Estadísticas de Servicios de Salud cada dos años.