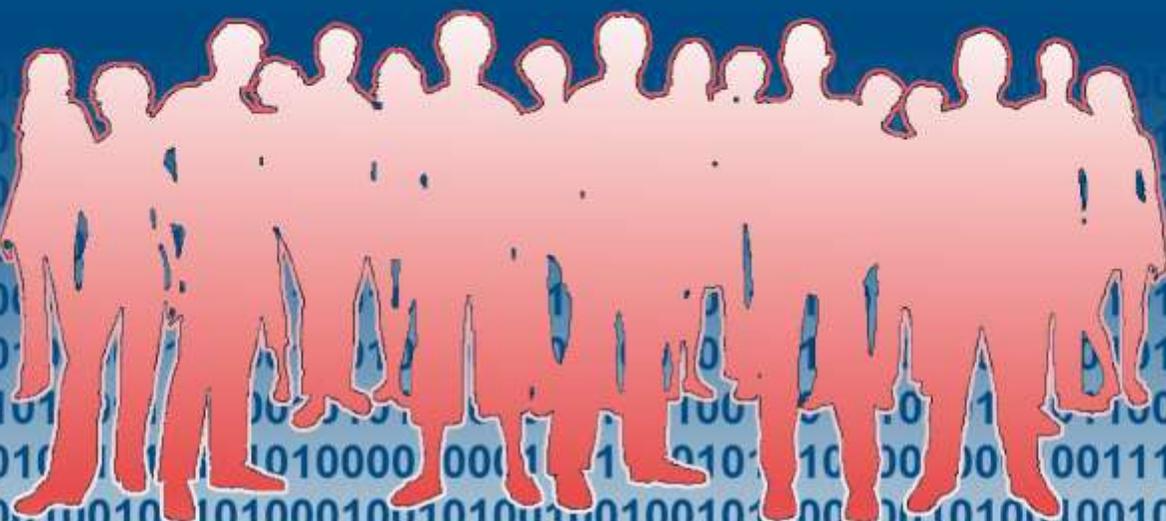




Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016



GERENCIA MÉDICA

Dirección Compra de Servicios de Salud

ESPACIO PARA FICHA CATALOGRÁFICA

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2017.
Caja Costarricense de Seguro Social.

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

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

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

Apdo. Postal: 10105-1000

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

Reservados todos los derechos.

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

Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2016

*"LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN SON UNA HERRAMIENTA
ESENCIAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE
SALUD, POR LO QUE LA EVALUACIÓN SE ADAPTA Y POTENCIA EL
CAMBIO TECNOLÓGICO".*

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General:

Dra. Ana E. Guzmán Hidalgo

Grupo Conductor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Dr. Edgar Pereira Barrantes

MSc. Miriam León Solís

Grupo Ejecutor:

Dr. Armando Cortés Ruiz

MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez

Dr. Fernando Nassar Guier

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Dr. Hernán Danilo Sancho Madriz

Dr. José María Molina Granados

Dr. Juan Carlos Morera Guido

Lic. Juan Esteban Calderón Rojas

Dra. Lorena Fernández Chacón

Dra. Lucía Quirós Ramírez

Dra. Marianella Víquez Garro

Dra. Mariela Tarancón Reyes

Dr. Marlon Lizano Muñoz

Dra. Neyskmi Vega Medrano

Dr. Pablo Gómez Esquivel

Dr. Paul Ernesto Araya Vega

Dra. Yahaira On Cubillo.

Grupo Asesor:

Lic. Esteban José González Vargas

MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada

Bach. Jennifer Mendoza Vega

Licda. Marta Alguera Bolandi

Licda. Shirley Soto Alpízar

Diseño de portada:

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Índice general

Lista de acrónimos, siglas y símbolos	16
Presentación	17
Aspectos metodológicos de la recolección de datos	20
CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD	26
El Índice de Prestación de Servicios de Salud 2016 muestra avances hacia el cumplimiento de las metas 2018 en cinco regiones.....	27
1. Mejoramiento continuo de la atención perinatal	47
2. Aumenta la cobertura en los esquemas de vacunación, superándose la meta para el 2018	55
3. El monitoreo constante y la coordinación entre servicios son fundamentales para el adecuado abordaje de la anemia	63
4. Promoción de estilos de vida saludables, una herramienta para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.....	71
5. Las áreas de salud sobrepasan la meta institucional de control óptimo en el paciente hipertenso.....	79
6. La cobertura de diabetes mellitus se estabiliza	88
7. Acceso y control óptimo, aspectos inseparables en la atención de la dislipidemia	99
8. Más áreas de salud alcanzan la meta en coberturas de citologías vaginales para la prevención del cáncer cervicouterino	111
9. La cobertura institucional de vacunación por influenza en el adulto mayor continúa en aumento	119
10. Un 63% de las áreas de salud mantienen o mejoran su posición dentro del Índice de Eficiencia Relativa	126
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	135
1. A nivel institucional, cinco especialidades constituyen el 81 % de casos pendientes en lista de espera.....	136
2. La ejecución de la colposcopia forma parte del flujo de atención a las usuarias con patología cervical.....	149

3. Mejoró la oportunidad en la atención de los casos por IAMCEST en las áreas de urgencia de los hospitales	161
4. El 2,5% de los egresos en los hospitales generales fueron defunciones.	168
5. Infecciones asociadas a la atención en salud en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.....	176
6. Ausentismo en la consulta externa especializada de los hospitales generales y centros especializados	186
7. Variación mínima en el porcentaje de personas con alta	193
8. Nueve hospitales generales registraron estancias superiores a las esperadas en al menos dos servicios.....	201
9. Se logra un promedio de 5,5 horas de anestesia por sala y se utiliza el 70 % de días hábiles programables en tiempo ordinario	215
10 Aumenta la cantidad de cirugías ambulatorias, pero el índice ambulatorio se mantiene similar respecto al 2015.....	225
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA	235
1. Grupos de Apoyo Técnico (GAT) trabajando en todo el país	236
2. Oportunidad de mejora en la calidad de los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez	240
3. Condiciones básicas para la seguridad humana a nivel institucional en materia de protección contra incendios.....	253

Índice de cuadros

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD

Cuadro A1 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Central Sur, 2016	32
Cuadro A2 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Pacífico Central, 2016	33
Cuadro A3 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Huetar Atlántica, 2016.....	34
Cuadro A4 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Central Norte, 2016	35
Cuadro A5 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Brunca, 2016.....	36
Cuadro A6 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Huetar Norte, 2016.....	37
Cuadro A7 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Chorotega, 2016	38
Cuadro 1.1 CCSS: Cobertura ^{1/} de atención de embarazadas, posparto y menores de un año según región e institucional, 2015-2016	48
Cuadro 1.2 CCSS: Captación temprana de menores de un año ^{1/} , posparto ^{2/} y embarazadas ^{3/} según región e institucional, 2016.....	49
Cuadro 1.3 CCSS: Tamizaje ^{1/} para VIH y VDRL en embarazadas según región e institucional, 2015-2016.....	50
Cuadro 1.4 CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva según región e institucional, 2014-2016	51
Cuadro 2.1 CCSS: Cobertura de vacunación a menores de un año con esquema básico según región, 2014–2015–2016	56
Cuadro 2.2 CCSS: Cobertura de vacunación a menores de dos años con esquema completo según región, 2014–2015–2016.....	58
Cuadro 2.3 CCSS: Tasa de Deserción de Pentavalente 1/Pentavalente 3 en niños menores de 12 meses según región, 2014–2015–2016.....	59
Cuadro 3.1 CCSS: Niños de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina como tamizaje de ADH ^{1/} , según región, 2016.....	64
Cuadro 3.2 CCSS: Niños de 6 a menos de 24 meses con anemia a quienes se les aborda adecuadamente, según región, 2016	67
Cuadro 4.1 CCSS: Resultados de la acción grupal según región, 2016.....	73

Cuadro 4.2 CCSS: Número de áreas de salud que no ejecutaron la intervención sobre promoción de estilos de vida saludables según región, 2014 – 2016.....	74
Cuadro 5.1 CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial según región, 2016	81
Cuadro 5.2 CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial según áreas de salud sobre el percentil 90, 2016 (En porcentajes).....	82
Cuadro 5.3 CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial según áreas de salud bajo el percentil 10, 2016	83
Cuadro 5.4 CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial, según región ^{1/} , 2012-2016	84
Cuadro 6.1 CCSS: Control óptimo en personas con diabetes mellitus tipo 2 por parámetro individual y COG ^{1/} , según región, 2016	92
Cuadro 7.1 CCSS: Control óptimo de LDL/no HDL-colesterol en personas con dislipidemia según región, 2016	101
Cuadro 7.2 CCSS: Control óptimo de dislipidemia por categoría y cobertura de atención, según áreas de salud con cobertura de dislipidemia muy baja, 2016	104
Cuadro 7.3 CCSS: Control óptimo de dislipidemia por categoría y cobertura de atención, según áreas de salud con cobertura de dislipidemia muy alta, 2016	105
Cuadro 7.4 CCSS: Cobertura de atención por categoría y control óptimo de dislipidemia, según áreas de salud con control óptimo de dislipidemia muy bajo, 2016.....	106
Cuadro 7.5 CCSS: Cobertura de atención por categoría y control óptimo de dislipidemia, según áreas de salud con control óptimo de dislipidemia muy alto, 2016	107
Cuadro 8. 1 CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años, según región e institucional ^{1/} , 2012 – 2016.....	113
Cuadro 8. 2 CCSS: Atención oportuna de las colposcopías según área de salud y año, 2014 – 2016	116
Cuadro 10.1 CCSS: Cantidad de áreas de salud por rango de valor del IER, según región, 2016	131

CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS

Cuadro 1.1 CCSS: Número de casos pendientes por diagnóstico, 2014-2016 ^{1/}	141
Cuadro 1.2 CCSS: Demora media en días de los casos pendientes por diagnóstico, 2014-2016 ^{1/}	141
Cuadro 1.3 CCSS: Distribución porcentual de casos pendientes en lista de espera según año, diagnóstico y grupos de demora en días, 2014-2016	143
Cuadro 2.1 CCSS: Número de casos para la determinación de la oportunidad en la atención en colposcopia, según motivo de referencia a los hospitales, 2016	153

Cuadro 2.2 CCSS: Atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG ^{1/} , según hospital, 2016	154
Cuadro 2.3 CCSS: Atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con LIEAG, ASC-H ^{1/} o lesión clínica sospechosa en cérvix, según hospital, 2016	155
Cuadro 2.4 CCSS: Demora en la atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS O LIEBG ^{1/} , según hospital, 2016.....	157
Cuadro 2.5 CCSS: Demora en la atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con LIEAG, ASC-H ^{1/} o lesión clínica sospechosa en cérvix, según hospital, 2016	158
Cuadro 3.1 CCSS: Casos seleccionados de atenciones por IAMCEST ^{1/} en el área de urgencia de los hospitales generales, 2016	163
Cuadro 3.2 CCSS: Tiempo puerta-aguja en 69 casos atendidos por IAMCEST ^{1/} en las áreas de urgencia de los hospitales generales según las variables puerta del caso y clasificación del paciente, 2016	165
Cuadro 5.1 CCSS: Total de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), total de egresos y tasa de incidencia acumulada (TIA) por hospital, 2016	178
Cuadro 5.2 CCSS: Total de infecciones de herida quirúrgica, total de procedimientos realizados y tasa de incidencia acumulada (TIA) por procedimiento, 2016	181
Cuadro 5.3 CCSS: Total de eventos, días de exposición y tasa de incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) por tipo de infección, 2016.....	183
Cuadro 5.4 CCSS: Total de eventos, días de exposición y tasa de incidencia de infección asociada a la atención en salud (IAAS) según servicio y tipo de infección, 2016	184
Cuadro 6.1 CCSS: Ausentismo en la consulta externa especializada, por tipo de hospital, 2014 – 2016	189
Cuadro 6.2 CCSS: Porcentaje de ausentismo en la consulta externa especializada, por establecimiento y tipo de hospital, 2014 - 2016.....	190
Cuadro 7.1 CCSS: Porcentaje de personas con alta, según especialidad y año. Consulta externa de hospitales y centros especializados 2015-2016.....	197
Cuadro 7.2 a CCSS: Porcentaje de personas con alta, según especialidad, tipo de hospital y año. Consulta externa de hospitales y centros especializados 2015-2016.....	198
Cuadro 7.2 b CCSS: Distribución porcentual de personas atendidas y con alta según especialidad, tipo de hospital y año. Consulta externa de hospitales y centros especializados, 2015-2016.....	199
Cuadro 9.1 CCSS: Rendimiento en el uso del quirófano, según tipo de centro.....	217

Cuadro 10.1 CCSS: Índice ambulatorio promedio, máximo y mínimo, según tipo de centro ^{1/} , 2016	228
Cuadro 10.2 CCSS. Segregación de la lista de espera quirúrgica, 2016 ^{1/}	230
Cuadro 10.3 CCSS: Egreso hospitalario operado identificado ^{1/} en la lista de espera quirúrgica según modalidad de intervención, 2016.....	230

CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Cuadro 1.1 CCSS: Número de unidades que deberían tener GAT, unidades con y sin GAT activo según tipo de unidad a nivel nacional, 2016	237
Cuadro 1.2 CCSS: Número de GAT activos y de estudios de prediagnósticos de clima organizacional vigentes según tipo de unidad, 2013-2016.....	238
Cuadro 2.1 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia Regional Central Sur ^{1/} , 2016	245
Cuadro 2.2 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia Regional Central Norte, 2016	246
Cuadro 2.3 Cantidad de centros médicos con protocolos devueltos y suma de protocolos devueltos según hospitales o direcciones regionales, 2016	250
Cuadro 2.4 Centros médicos que no aprobaron la nota de certificación según dirección regional u hospital al que pertenecen, 2016.....	251
Cuadro 3.1 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios por tipo de hospital, parámetro individual y control global ^{1/} , 2016.....	257
Cuadro 3.2 CCSS: Cantidad de áreas de salud evaluadas por Región en el 2016	263
Cuadro 3.3 CCSS: Porcentaje de nivel de protección por parámetro individual y control global según región ^{1/} , 2016	264

Índice de gráficos

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD

Gráfico 6.1 CCSS: Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 según región ^{1/} , 2016	90
Gráfico 7.1 CCSS: Cobertura de atención a personas con dislipidemia ^{1/} según región, 2014-2016	100
Gráfico 10.1 CCSS: Distribución de las áreas de salud según el valor del Índice de Eficiencia Relativa, 2016	129
Gráfico 10.2 CCSS: Cambio en la posición de las áreas de salud, según cuartiles de distribución del IER 2016 en relación con el IER 2015	132

CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS

Gráfico 1.1 CCSS: Distribución porcentual de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica por servicio, 2016.....	139
Gráfico 1.2 CCSS: Distribución del número casos pendientes en lista de espera por especialidad en los servicios de Cirugía y Ginecología, 2016.....	140
Gráfico 4.1 CCSS: Comportamiento de las defunciones ^{1/} de hospitales generales por grupo de enfermedad según CIE-10 y sexo, 2016.....	170
Gráfico 4.2 CCSS: Defunciones ^{1/} por grupo de edad según sexo, hospitales generales, 2016	171
Gráfico 4.3 CCSS: Índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo, según hospital general ^{1/} , 2016.....	172
Gráfico 5.1 CCSS: Tasa incidencia acumulada del total de infecciones asociadas a la atención en salud por tipo de hospital, 2016.....	177
Gráfico 5.2 CCSS: Tasa incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica por procedimiento, 2016	180
Gráfico 6.1 CCSS: Distribución porcentual del ausentismo en la consulta externa especializada por hospital, 2016.	188
Gráfico 7.1 CCSS: Personas atendidas, altas emitidas y porcentaje de personas con alta, según especialidad de la consulta externa de hospitales y centros especializados, 2016	196
Gráfico 8.1 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio hospitales Nacionales, 2016.....	203
Gráfico 8.2 CCSS: Ocupación ^{1/} de las camas e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Regionales, 2016.....	206

Gráfico 8.3 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 3, 2016	209
Gráfico 8.4 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 1 y 2, 2016	211
Gráfico 9.1 CCSS: Cuantificación de días completos en los que no se programa cirugías con asistencia de anesthesiólogo según causa, 2016	218
Gráfico 9.2 CCSS: Distribución de días completos en los que no se programa cirugías con asistencia de anesthesiólogo según causa por tipo de centro, 2016.....	219
Gráfico 10.1 CCSS: Egresos con procedimiento quirúrgico, según tipo de centro, por modalidad quirúrgica.....	228

CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Gráfico 2.1 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia según Hospitales Periféricos 3, 2016.....	243
Gráfico 2.2 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia según Hospitales Periféricos 1 y 2 1/, 2016	244
Gráfico 2.3 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia. Huetar Atlántica, 2016.....	247
Gráfico 2.4 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia Huetar Norte ^{1/} , 2016	248
Gráfico 2.5 CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia según hospitales regionales, 2016	249
Gráfico 3.1 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Paquete Básico por tipo de hospital ^{1/} , 2016	257
Gráfico 3.2 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Mediano Plazo por tipo de hospital ^{1/} , 2016.....	258
Gráfico 3.3 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Largo Plazo por tipo de hospital ^{1/} , 2016.....	259
Gráfico 3.4 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios institucional por tipo de hospital ^{1/} , 2016	260
Gráfico 3.5 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Paquete Básico por región ^{1/} , 2016	265
Gráfico 3.6 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Mediano Plazo por región ^{1/} , 2016.....	266
Gráfico 3.7 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Largo Plazo por región ^{1/} , 2016	267

Gráfico 3.8 CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios general por región^{1/}, 2016268

Índice de mapas

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD

Mapa 9.1 CCSS: Cobertura de vacunación por influenza en adultos mayores según área de salud ^{1/} , 2016	123
--	-----

CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS

Mapa 9.1 CCSS: Porcentaje de los días no programados cuya causa fue la gestión del recurso humano, según centro	220
---	-----

CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Mapa 3.1 CCSS: Avance de implementación en materia de protección contra incendios ^{1/} , 2016	261
--	-----

Mapa 3.2 CCSS: Porcentaje de Avance del plan de implementación en materia de protección contra incendios ^{1/} , 2016	262
---	-----

Índice de figuras

Figura A1 CCSS: Distribución de las áreas de salud según IPSS 2016.....	29
Figura 2.1 CCSS: Flujo de atención a las usuarias con lesión premaligna o maligna de cérvix.....	150

Lista de acrónimos, siglas y símbolos

ADH	Anemia por Deficiencia de Hierro
AES	Área de Estadística en Salud
AGUS	Atipia de Células Glandulares de significado indeterminado
ASC-H	Células escamosas atípicas en las que el alto grado de lesión intraepitelial escamosa no puede ser excluido
ASC-US	Atipia Células Escamosas de significado indeterminado
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión.
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
DEA	Data Envelopment Analyst (Análisis Envolvente de Datos)
DM	Diabetes Mellitus
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
GRD	Grupos relacionados con el diagnóstico
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)
HTA	Hipertensión Arterial
IDS	Índice de Desarrollo Social
IEAC	Índice de Estancias Ajustado por Complejidad
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IPSS	Índice de Prestación de Servicios de Salud
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
LIEAG	Lesión intraepitelial de Alto Grado
LIEBG	Lesión intraepitelial de Bajo grado
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
SAVE	Subárea de Vigilancia Epidemiológica
SIAC	Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas
SIES	Sistema Integrado de Expediente en Salud
SIIS	Sistema Integrado de Información en Salud
SISVE	Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica
UNIBE	Universidad de Iberoamérica
UTLE	Unidad Técnica de Listas de Espera
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas)
VPH	Virus de Papiloma Humano

Presentación

Las tecnologías de la información son en la actualidad, un elemento que tiene en revolución permanente la mayoría de los aspectos de nuestra cotidianidad. Transformaciones que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha tenido que ir haciendo frente, adoptando y aprovechando, para lograr dar una respuesta a la población acorde a las demandas de nuevas necesidades.

Los servicios de salud, en particular, están asumiendo nuevos retos en aras de conciliar la atención con calidad a las personas y la incorporación de las nuevas tecnologías de información; las cuales, sin duda, empiezan a dar sus frutos como herramientas de gestión clínica y administrativa, modernizando la institución y haciéndola más efectiva y eficiente.

El decidido apoyo que ha tenido la implantación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) con sus diferentes sistemas en los diversos niveles de atención, es muestra de la transformación que vive la institución en este campo. De igual forma se puede citar el desarrollo del Arca, como un sistema de egresos hospitalarios en los centros de atención con internamiento.

Asumiendo las nuevas realidades y potenciando los cambios positivos que aportan las tecnologías de la información al mejoramiento de la atención a las personas, la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) ha entrado de lleno a plantear transformaciones de sus propios procesos que le permitan evolucionar, a la vez que los servicios de salud lo hacen.

En un corto periodo de tiempo se ha logrado conseguir hacer la recolección de datos de la evaluación del primer nivel en línea, utilizando para ello videoconferencias que permiten ahorrar mucho tiempo, disminuir al mínimo los desplazamientos, reducir los costos y organizar de una manera más fluida el proceso. Para la evaluación 2016 más del 90 % de áreas de salud utilizaron esta modalidad, y se espera que para la evaluación 2017 sea el 100 %.

Se logró diseñar y poner en ejecución una aplicación exclusivamente para la evaluación del primer nivel de atención, que permite la extracción de datos específicos del Sistema Integrado de Identificación, Agendas y Citas (SIAC) y del Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES), con lo cual se ha mejorado la calidad de la información y reducido los tiempos de recolección de datos.

Para la evaluación de las áreas de salud, también se desarrollaron e implementaron formularios de recolección de datos en línea, con lo que fue posible la creación de una base de datos centralizada, mejorando así la seguridad de la información recolectada e incorporando un mayor nivel de estandarización en la elaboración de los reportes de evaluación.

En general, la introducción de estos avances tecnológicos en la evaluación de las áreas de salud, hizo realidad la ambición de obtener muestras de expedientes de salud, para la constatación de criterios específicos de evaluación, a partir de la totalidad de sectores que componen cada unidad, dejando atrás 19 años de un modelo muestral con base en dos sectores, dando un salto muy importante en la calidad y en la representatividad de los datos.

Con respecto a la evaluación de hospitales y centros especializados, es fundamental que los gestores locales ejecuten procesos de monitoreo y de control de la calidad de los datos y registros producto de las actividades de prestación, en el ámbito ambulatorio y de hospitalización.

La EPSS del año 2016 de los veintitrés hospitales generales y ocho centros especializados, de igual forma que en los dos años anteriores, continuó una metodología semipresencial, dividida en dos etapas.

En la primera se revisó la información que los establecimientos facilitaron a la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) durante el último trimestre del 2016 y el primero del 2017.

La segunda etapa consistió en la visita presencial durante el primer trimestre del 2017 a cada centro por los médicos evaluadores de la DCSS, con el objetivo de evaluar aquellos indicadores cuya fuente de información la constituyen los expedientes de salud. Además, se verificó evidencia de información facilitada en la etapa anterior cuando fue necesario.

Paralelamente, se coordinó con la instancia institucional correspondiente, el suministro de información relativa a egresos hospitalarios, producción en consulta externa y de otros programas.

Aún persisten algunos problemas de calidad en la información que se suministra en el nivel local, lo que repercute no solamente en el proceso de evaluación, sino en la toma de decisiones de las instancias técnicas respectivas.

Por otra parte, debe señalarse que para efecto de análisis cuando se requirió agrupar a los hospitales según tipo, el Maximiliano Peralta Jiménez se incluyó dentro del grupo de Regionales y el San Vicente de Paúl en el de Periféricos 3.

Finalmente, desde un contexto de cambio permanente, en función de la disposición de nuevas tecnologías de información, se presentan los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2016, cuyos aportes pretenden incidir en la toma de decisiones informadas, en todos los niveles de gestión, que mejoren la calidad de la atención a las personas, razón de ser de la seguridad social.

Aspectos metodológicos de la recolección de datos

En esta sección se describe la metodología utilizada para llevar a cabo una de las etapas más importantes de la evaluación, como lo es la recolección de los datos. Se incluyen los aspectos más importantes del trabajo de campo tanto para la evaluación de las áreas de salud como para la de los hospitales.

Fuentes de datos

La recolección de los datos para la EPSS, se hace a partir de diferentes fuentes de información: el expediente de salud, los sistemas de información institucionales con el registro de la producción del centro, los reportes generados por algunas unidades de estadística institucional y las certificaciones otorgadas por diversas unidades técnicas.

Para las áreas de salud se incluye la evaluación de la normativa institucional, la atención oportuna de los usuarios y las coberturas de atención. Para ello, siguen siendo fuentes importantes, las siguientes:

Las estimaciones de población por área de salud para el año 2016 elaboradas por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica, estimación que se hace a partir del reporte del último censo de población que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (Dirección Actuarial y Económica, 2016).

La distribución por área de salud de los nacimientos del año 2016, dato oficial preliminar reportado por el INEC para el 2016, según la distribución por área de salud realizada por el Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica, publicada el 25 de mayo del año 2017 (Dirección Actuarial y Económica, 2017).

Para obtener los datos de producción de centros evaluados se usan los sistemas de registro institucionales (SIAC, SIIS, SIES) y algunos registros locales (informatizados y manuales).

Para la evaluación de los hospitales y centros especializados la recolección de los datos en algunos indicadores se realiza de manera presencial por médicos evaluadores de la DCSS. Lo anterior, se complementa con la revisión de otras fuentes de información aportadas por el Área de Estadística en Salud, los propios centros, y otras unidades de la institución, como la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE).

Entre los datos solicitados a los establecimientos se encuentra la información de uso de los quirófanos, los registros de listas de espera en especialidades quirúrgicas, y para la evaluación de algunos indicadores cuya fuente de información la constituyen los expedientes de salud, los listados de los casos atendidos en el año, según los criterios de inclusión establecidos y comunicados de previo.

Otros indicadores de interés, para la evaluación de los hospitales y centros especializados, se obtienen mediante certificaciones, con datos recopilados, procesados y analizados por otras instancias institucionales. También, del expediente clínico de salud se hace la revisión del cumplimiento de la normativa institucional y de la atención oportuna a los usuarios.

Diseño muestral

En las áreas de salud, de manera tradicional, la evaluación se ha hecho por medio de un muestreo aleatorio en dos etapas. Escogiendo, en una primera etapa, dos sectores de cada área de salud con probabilidad proporcional al tamaño (PPT); y en esos sectores, con muestreo sistemático, la muestra de expedientes para cada indicador a evaluar por muestreo.

En la evaluación 2016, por primera vez, el muestreo se hizo considerando la producción de todos los sectores en cada área de salud y no solo la de dos sectores. Esto mejora la precisión de las estimaciones de cada indicador y da mayor oportunidad de contar con expedientes de todos los sectores que conforman el área de salud.

En la evaluación de los hospitales y centros especializados, cuando corresponde, para la evaluación por muestreo se utiliza como marco muestral los listados de los casos atendidos por el centro, de éstos se revisa una muestra aleatoria de expedientes seleccionados por medio de un muestreo sistemático.

1. Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, tanto en áreas de salud como en hospitales y centros especializados, se usó la fórmula estadística para la estimación de proporciones. La fórmula es muy conocida y se transcribe a continuación:

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$$

Donde:

n_0 = Tamaño de la muestra

Z = Valor de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 90%.

P = proporción de cumplimiento del indicador

PQ = Varianza del indicador de interés a evaluar.

d = Error máximo permitido igual a 10%.

Para las áreas de salud, la estimación de la varianza (PQ) se hizo a partir de los resultados nacionales obtenidos en la evaluación del año 2015 en todos los indicadores, excepto en los que tienen que ver con el cumplimiento de la atención a las personas con diabetes o dislipidemia y el que se refiere al abordaje adecuado de la anemia en niños de seis a menos de 24 meses. Para estos tres indicadores se calculó el tamaño de la muestra a partir de un porcentaje de cumplimiento igual al 50%, esto por cuánto los resultados de la evaluación del año 2015 fueron muy variables.

Finalmente, para la evaluación de las áreas de salud, a todos los tamaños de muestra se les sumó dos expedientes previendo que en la revisión de los expedientes de la muestra alguno no apareciera.

Para la evaluación de los hospitales y centros especializados, la estimación de la varianza (PQ) en todos los indicadores se hizo a partir de los resultados obtenidos por el centro en la evaluación del año 2015. Los tamaños de muestra se aumentaron por un porcentaje de no respuesta también estimado a partir de resultados del año anterior. Asimismo, no se hizo corrección por finitud para disponer de muestras más grandes que permitan mejores estimaciones.

2. Marco muestral

En las áreas de salud, la mayor parte de los listados utilizados como marco muestral fueron obtenidos del Expediente Digital Único en salud (EDUS), mediante un cubo de acceso (DCSS-EPSS) a las atenciones brindadas por las áreas de salud utilizando el expediente electrónico (SIES) o el módulo de Agendas y Citas (SIAC).

En el caso de los hospitales y centros especializados, la selección de las muestras se hizo usando como marco muestral los listados con los registros de casos elaborados por el hospital o centro respectivo. Por esta razón, al igual que en años anteriores, para determinar si el indicador es evaluable, fue necesaria una revisión de la calidad de los listados presentados.

La revisión consiste en identificar en la muestra, una determinada cantidad de casos que no atañen al indicador evaluado, ya sea porque corresponden a exclusiones o no cumplen los criterios de inclusión señalados, lo que conlleva a rechazar el listado como marco muestral, por considerarlo no adecuado para representar la población de interés.

Dicha cantidad o número se determinó aplicando un modelo estadístico para el control de la calidad que requiere dos parámetros, el primero corresponde al nivel más bajo aceptable de casos evaluables y el segundo a la probabilidad de tener casos evaluables. Esta Dirección definió esos parámetros en 85% y 75% respectivamente, los cuales, según el comportamiento histórico de las unidades, sugiere que ambos son alcanzables. La determinación del valor se hace a partir de un número de ensayos Bernoulli utilizando los dos parámetros señalados en la muestra seleccionada.

3. Selección de la muestra

La selección de la muestra, tanto para la evaluación de áreas de salud como para hospitales, se hizo usando un muestreo aleatorio sistemático, el cual consiste en extraer solo un elemento aleatorio, el primero. Se parte de ese número aleatorio i (factor de arranque), que es un número elegido al azar, y los elementos que integran la muestra son los que ocupa los lugares $i, i+k, i+2k, i+3k, \dots, i+(n-1)k$, donde k es el resultado de dividir el tamaño de la población entre el tamaño de la muestra ($k= N/n$) y el punto de partida i es un número al azar entre 1 y k .

Trabajo de campo

La recolección de los datos se realizó en el período comprendido entre el nueve de enero y el cinco de mayo del 2017.

Para la evaluación de las áreas de salud, se siguió una modalidad en línea en 91 áreas de salud internas y tres administradas por la UNIBE; lo anterior, mediante videoconferencias usando Microsoft Lync o Skype Empresarial. Además, para las restantes áreas de salud administradas por proveedores externos, la recolección de los datos se hizo por medio de un equipo de evaluadores, que se desplazó a las distintas sedes de las áreas de salud.

Para los hospitales y centros especializados, la recolección de los datos se efectuó en el propio centro: revisando los expedientes seleccionados de la muestra, o toda la población, según sea el caso; esto en los indicadores cuya evaluación aplica al establecimiento, sea hospital general o centro especializado. Para los demás indicadores donde los datos provienen de otras fuentes de información y no del expediente clínico, se evaluaron conforme a lo señalado anteriormente.

Herramientas para la recolección de datos

Para el registro de los datos de la evaluación de las áreas de salud se utilizó una aplicación en línea desarrollada por el Centro de Gestión Informática (CGI) de la Gerencia Médica. Asimismo, se dispuso de una salida en MS-Excel que permitió la consulta a la base de datos generada día a día durante el proceso de revisión de expedientes. En esta salida se pudo hacer el análisis y crítica de los datos de manera simultánea a su recolección; además se pudo identificar errores e inconsistencias y corregirlos de manera oportuna.

Para la recolección de los datos en los hospitales se utilizaron las aplicaciones en MS-Excel, algunas desarrolladas para esta evaluación y otras, para la evaluación del año anterior. A estas últimas, cuando fue necesario, se les hicieron los ajustes requeridos en respuesta a las modificaciones hechas a los indicadores evaluados.

Además, para el procesamiento de los datos se usaron las herramientas desarrolladas para tal fin, se crearon otras complementarias y se ajustaron algunas solventando ausencias o debilidades identificadas en la experiencia pasada.

Referencias Bibliográficas.

Dirección Actuarial y Económica. (1 de Diciembre de 2016). *Estadísticas actuariales - Proyecciones de Población Adscrita a las Áreas de Salud 2011-2050*. Obtenido de http://www.ccss.sa.cr/est_demografica

Dirección Actuarial y Económica. (25 de Mayo de 2017). *Estadísticas actuariales - Publicaciones*. Obtenido de http://www.ccss.sa.cr/est_demografica

Capítulo I

Áreas de Salud

El Índice de Prestación de Servicios de Salud 2016 muestra avances hacia el cumplimiento de las metas 2018 en cinco regiones

La región Huetar Atlántica con el mayor repunte

A partir de los resultados de la evaluación, se calculó el Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) 2016, el cual se utiliza como una medida resumen, para dar un ordenamiento a las áreas de salud de acuerdo con sus resultados.

Al igual que en el año 2015, este índice fue construido a partir de las diferencias entre los cumplimientos obtenidos por el área de salud y las metas planteadas al 2018 para cada indicador. La técnica utilizada fue el Análisis de Factores (AF), la cual tiene como propósito la agrupación objetiva de los indicadores evaluados en factores o constructos, utilizando hasta donde sea posible, todos los indicadores evaluados.

En este capítulo se hace un balance de los resultados del IPSS 2016 tomando como referencia el IPSS 2015, con el fin de observar el avance de las áreas de salud en el cumplimiento de las intervenciones evaluadas. La comparación se realiza, de manera descriptiva, ya que la metodología de cálculo en ambos años es la misma y el IPSS es una medida resumen que busca el ordenamiento de las áreas según sus resultados. No obstante, es importante señalar que la evaluación 2016 se caracterizó por un cambio en la metodología de muestreo, que podría explicar las diferencias observadas en los resultados de la evaluación de cada unidad.

En detalle, la construcción del índice consideró las siguientes actividades:

- a. Análisis exploratorio de los indicadores, revisando sus estadísticas descriptivas, tanto para conocer su distribución y variabilidad como para seleccionar los más adecuados a considerar en la construcción del índice a partir de un AF. Se seleccionaron al final 16 indicadores que para efectos de este documento se denominarán como variables. Sus nombres se pueden ver en el Anexo 1.
- b. Análisis de correlación de las variables; con el propósito de identificar eventuales problemas de multicolinealidad, que es uno de los supuestos que no favorecen el AF.
- c. Aplicación de AF a partir de las 16 variables señaladas anteriormente. Los resultados mostraron una agrupación de los indicadores evaluados en cinco

factores, los cuales se revisaron con el equipo técnico y se llegó al consenso de dejarlos todos, ya que la agrupación justifica los constructos que se formaron (Anexo 1).

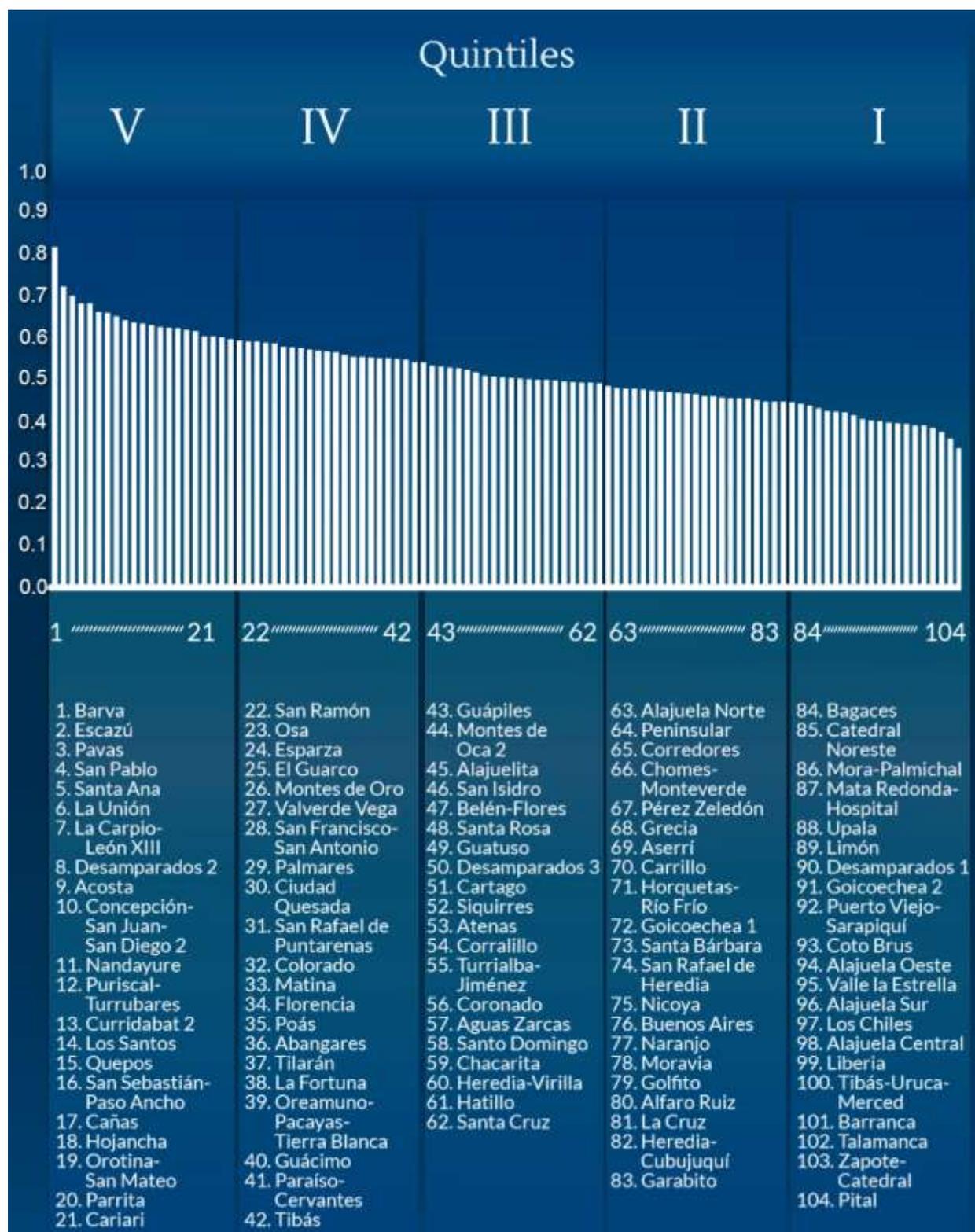
- d. Cálculo del índice, aplicando la misma metodología utilizada en la evaluación del año 2015 (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2016) .
- e. Normalización de los valores del índice para cada área de salud, a fin de lograr un escalamiento de los resultados que oscile entre el mejor y el peor escenario; esto con el propósito de facilitar su interpretación convirtiendo todos los valores del índice en el rango de 0 a 1 (Anexo 2).
- f. Ordenamiento de las áreas de salud, de mayor a menor, de acuerdo al valor obtenido del IPSS 2016.
- g. Determinación del puesto de cada área de salud en el escalafón, a partir del ordenamiento realizado. El área de salud con el índice más alto se ubica en el puesto 1 y la unidad con el índice más bajo en el puesto 104.
- h. Agrupación en quintiles para identificar aquellas áreas de salud que se ubican en el quintil I, el más bajo, las cuales se denominan prioritarias dado que son las que requieren un acompañamiento más cercano por las autoridades regionales; significando esto que son a las que les falta lograr muchas de las metas institucionales planteadas para los indicadores evaluados (Anexo 3).
- i. Por último, se hizo el cálculo del índice institucional y de un índice regional, utilizando la misma metodología del año 2015 y ordenándolas por medio de una media geométrica (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2016).

A nivel institucional, el resultado del IPSS en el 2016 se mantuvo en un nivel muy similar al alcanzado el año anterior (0,506 en el año 2015 y 0,509 en el año 2016). A pesar de que cinco de las siete regiones mejoraron, la caída de la Región Central Norte, una de las dos regiones más grandes, parece haber influido en que el índice general no mostrara cambios.

En la Figura A1 se muestra la posición alcanzada por cada una de las 104 áreas de salud en el 2016. Los valores del índice se presentan en el Anexo 3.

Figura A1

CCSS: Distribución de las áreas de salud según IPSS 2016



La ubicación del índice en una escala de 0 a 1 permite mostrar que el área de salud con el valor más alto (0,815) aún puede mejorar sus resultados para alcanzar el índice máximo (1). Por su parte, la unidad con el valor más bajo (0,332), cuenta con las oportunidades más amplias de mejora.

Debe destacarse que el Área de Salud de Barva ocupa el primer puesto en el escalafón general, superando las metas institucionales al 2018 en 19 de 21 indicadores medidos, resultados muy similares a los de años anteriores. Para el 2015 había ocupado el primer puesto entre las unidades de la Región Central Norte y el segundo a escala nacional.

A nivel propiamente de las regiones, el primer hallazgo que evidencia el índice es que el valor inferior se movió hacia arriba; es decir, que el índice de la región ubicada en el puesto más bajo subió, lo que significa que de manera general se avanzó en la dirección señalada por las metas institucionales 2018. Los índices regionales y sus posiciones en los años 2015 y 2016 se muestran a continuación:

<u>Región</u>	<u>IPSS-2015</u>	<u>Puesto</u>	<u>IPSS-2016</u>	<u>Puesto</u>
Central Sur	0,565	1	0,543	1
Pacífico Central	0,474	3	0,487	2
Huetar Atlántica	0,445	5	0,484	3
Central Norte	0,536	2	0,474	4
Brunca	0,461	4	0,467	5
Huetar Norte	0,432	6	0,462	6
Chorotega	0,426	7	0,458	7

Se puede ver que la Región Central Sur continúa ocupando el primer lugar en el cumplimiento de metas, pese a haber tenido una disminución de su índice, la diferencia con el resto de las regiones no afectó la posición en la que se encontraba en el 2015. Por otro lado, la brecha entre las regiones se reduce, debido a una mejora en los índices de cada una.

Ejemplo de ello es la Región Pacífico Central, que muestra una mejoría de su propio índice y avanza una posición. Lo mismo ocurre con las regiones Huetar Atlántica, Chorotega, Huetar Norte y Brunca; todas ellas mejoraron su índice con respecto al año 2015. Entre ellas, se destaca el avance mostrado por la región Huetar Atlántica, que se ubicó como la región con el mayor repunte para el año 2016, pasando del puesto cinco al tres. Le sigue en nivel de crecimiento la Región Chorotega, aunque sigue manteniéndose en el último lugar.

El otro hallazgo importante de resaltar es la caída de la Región Central Norte, que pasó del segundo puesto al cuarto, ocasionado no solo por el repunte de la Pacífico Central y la Huetar Atlántica, sino por su propio decrecimiento. Para entender mejor las razones de esta variación, hay que revisar detenidamente los resultados de las áreas de salud que la conforman, como se mencionará más adelante.

Por último, en relación con los resultados regionales, hay que señalar el significativo crecimiento de la Región Huetar Norte, que aunque no varía de posición, su índice muestra un mayor cumplimiento de las metas para el año 2016.

En relación con el IPSS de las áreas de salud de la Región Central Sur, hay que mencionar que once de ellas se ubican en el quintil más alto del índice, lo que posiciona a esta región como la más destacada en el cumplimiento de metas. De estas unidades, siete son de compra externa y cuatro de gestión interna.

Entre ellas destaca el Área de Salud de Escazú que ocupa el primer puesto regional y el segundo a nivel nacional. Asimismo, las áreas de La Unión y Pavas, quienes se ubican en los primeros puestos, mostrando un cambio importante con respecto al año 2015.

Vale la pena destacar también los resultados de las áreas de Acosta y Los Santos, dado que se ubican en el quintil más alto del índice, prestando servicios de salud a poblaciones con un alto nivel de exclusión social. Asimismo, debe recalcarse el importante repunte que tuvieron las áreas de salud de El Guarco, Alajuelita, Moravia y Hatillo, ya que todas ellas escalaron más de 10 puestos en el escalafón general.

Por otro lado, preocupa que el número de áreas de la Región Central Sur que se ubican en el quintil más bajo pasó de dos en el 2015 a seis en el 2016. De las unidades ubicadas en ese quintil en el 2015, solo Mata Redonda-Hospital repite, dado que Moravia, como ya se mencionó, escaló varias posiciones y logró salir de ese grupo (Cuadro A1).

Cuadro A1

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Central Sur, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Escazú	2	V
Pavas	3	V
Santa Ana	5	V
La Unión	6	V
Desamparados 2	8	V
Acosta	9	V
Concepción-San Juan-San Diego 2	10	V
Puriscal-Turubares	12	V
Curridabat 2	13	V
Los Santos	14	V
San Sebastián-Paso Ancho	16	V
El Guarco	25	IV
San Francisco-San Antonio	28	IV
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	39	IV
Paraíso-Cervantes	41	IV
Montes de Oca 2	44	III
Alajuelita	45	III
Desamparados 3	50	III
Cartago	51	III
Corralillo	54	III
Turrialba-Jiménez	55	III
Coronado	56	III
Hatillo	61	III
Aserrí	69	II
Goicoechea 1	72	II
Moravia	78	II
Catedral Noreste	85	I
Mora-Palmichal	86	I
Mata Redonda-Hospital	87	I
Desamparados 1	90	I
Goicoechea 2	91	I
Zapote-Catedral	103	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Los resultados del índice para esta región señalan que es de especial importancia poner atención sobre un grupo conformado por seis unidades, quienes perdieron más de 40 posiciones en el escalafón general: Catedral Noreste, Zapote-Catedral, Mora-Palmichal, Aserrí, Corralillo y Turrialba-Jiménez.

Con relación a la Región Pacífico Central, que ocupa el segundo puesto a nivel regional, hay que señalar que obtuvo logros muy importantes en el 2016, ubicando a tres de sus unidades en el quintil más alto, a diferencia del 2015 que solo tenía a una. Entre ellas destaca el Área de Salud de Quepos, que se mantiene en el primer lugar de la región por segundo año consecutivo; las otras dos unidades son Orotina-San Mateo y Parrita (Cuadro A2).

Cuadro A2

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Pacífico Central, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Quepos	15	V
Orotina-San Mateo	19	V
Parrita	20	V
Esparza	24	IV
Montes de Oro	26	IV
San Rafael de Puntarenas	31	IV
Chacarita	59	III
Peninsular	64	II
Chomes-Monteverde	66	II
Garabito	83	II
Barranca	101	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Regionalmente, se aprecia que, de las 11 áreas de salud que la conforman, nueve mostraron mejoras en el IPSS; entre ellas destaca de forma particular el crecimiento de San Rafael de Puntarenas, que escaló 49 posiciones. También lograron mejoras importantes: Peninsular, Garabito, Montes de Oro, Chomes-Monteverde y Orotina-San Mateo.

Por otro lado, debe resaltarse que solo una de sus unidades quedó en el quintil más bajo, dado que las áreas de Peninsular y Garabito lograron mejoras que les permitieron salir de

ese grupo, escalando un quintil en ambos casos. En contraposición, el área de salud de Barranca cayó nueve puntos en el escalafón general, pasando del puesto 92 al 101.

Con respecto a la Región Huetar Atlántica, cabe destacar que muestra el mayor avance en el cumplimiento de metas con relación a los resultados 2015, lo que resulta de una relevancia trascendental, considerando las condiciones de vulnerabilidad social de sus poblaciones (Cuadro A3).

Cuadro A3

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Huetar Atlántica, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Cariari	21	V
Matina	33	IV
Guácimo	40	IV
Guápiles	43	III
Siquirres	52	III
Limón	89	I
Valle la Estrella	95	I
Talamanca	102	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Entre sus unidades sobresale el logro del Área de salud de Cariari, que se ubicó en el quintil más alto. Asimismo, destaca el crecimiento de Matina, que no solo salió del quintil más bajo, sino que se posicionó en el cuarto quintil, escalando 63 lugares, lo que la cataloga como el área con el mayor repunte a nivel nacional. Además, mostraron avances mayores a 10 posiciones las áreas de Siquirres y Limón.

Los resultados del índice de la Región Central Norte, por su parte, muestran que solo tres de sus unidades se ubican en el quintil más alto, a diferencia del 2015 cuando tenía a cinco unidades en ese grupo. Por otro lado, pasó de tener dos unidades en el quintil más bajo a tener cinco. Estos hallazgos ayudan a comprender por qué esta región es la que muestra la disminución más importante (Cuadro A4).

Cuadro A4

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Central Norte, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Barva	1	V
San Pablo	4	V
La Carpio-León XIII	7	V
San Ramón	22	IV
Valverde Vega	27	IV
Palmares	29	IV
Poás	35	IV
Tibás	42	IV
San Isidro	46	III
Belén-Flores	47	III
Atenas	53	III
Santo Domingo	58	III
Heredia-Virilla	60	III
Alajuela Norte	63	II
Grecia	68	II
Horquetas-Río Frío	71	II
Santa Bárbara	73	II
San Rafael de Heredia	74	II
Naranjo	77	II
Alfaro Ruiz	80	II
Heredia-Cubuququí	82	II
Puerto Viejo	92	I
Alajuela Oeste	94	I
Alajuela Sur	96	I
Alajuela Central	98	I
Tibás-Uruca-Merced	100	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Entre los aspectos a destacar, se tiene que las tres unidades del quintil cinco, ya estaban en ese grupo en el año 2015; entre ellas, Barva y San Pablo mejoraron aún más su posicionamiento en la tabla general. Se tiene, además, repuntes significativos en las áreas de Poás, Palmares, Valverde Vega y Horquetas-Río Frío; esta última salió del quintil más bajo donde se ubicaba en el 2015.

Por otro lado, una de las unidades que en el 2015 estaba en el grupo más alto, pasó en solo un año al quintil más bajo, Tibás-Uruca-Merced, descendiendo 81 puestos, la caída

más abrupta a nivel nacional. Adicionalmente, hay tres unidades más con descensos mayores a 40 puestos: Puerto Viejo, Alajuela Sur y Alfaro Ruiz.

La Región Brunca, desciende un escalón en su ubicación con respecto a las otras regiones; no obstante, su índice muestra una mejora, pero en menor magnitud que sus homólogas.

Entre sus unidades, el Área de Salud de Osa escala 34 posiciones, subiendo del quintil tercero al cuarto, ubicándose en el primer lugar a nivel regional y en una posición destacada a nivel nacional. Por su parte, Buenos Aires muestra un repunte de 19 posiciones, saliendo del quintil más bajo, donde aparecía en el año 2015. Solamente una de sus unidades quedó en el quintil I, Coto Brus; sin embargo, esta área de salud logró avanzar nueve posiciones en el IPSS.

Es importante señalar que dos unidades, Golfito y Pérez Zeledón, que tenían buenos posicionamientos en el año 2015, cayeron 23 y 27 puestos, respectivamente (Cuadro A5).

Cuadro A5

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Brunca, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Osa	23	IV
Corredores	65	II
Pérez Zeledón	67	II
Buenos Aires	76	II
Golfito	79	II
Coto Brus	93	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Al considerar los resultados de las áreas de salud que conforman la Región Huetar Norte, se puede apreciar cómo la mayor parte de ellas avanzaron en el cumplimiento de metas, generando un repunte de la región como tal. Sobresale el crecimiento de Ciudad Quesada, que pasó del quintil II al IV, avanzando 34 posiciones, lo que la ubicó en el primer lugar a nivel regional (Cuadro A6).

Cuadro A6

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Huetar Norte, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Ciudad Quesada	30	IV
Florenia	34	IV
La Fortuna	38	IV
Santa Rosa	48	III
Guatuso	49	III
Aguas Zarcas	57	III
Los Chiles	97	I
Pital	104	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Asimismo, destaca el avance mostrado por el Área de Salud de Santa Rosa, que es la unidad que escaló más posiciones en esa región (40 puestos) logrando con ello salir del quintil más bajo y alcanzar el tercero. También sobresalen, Aguas Zarcas y Guatuso, que remontaron 13 y 11 posiciones, respectivamente.

Por otro lado, dos de sus unidades forman parte del grupo que posee el cumplimiento más bajo de metas: Los Chiles y Pital. Esta última, además, queda en la más baja posición a nivel nacional, al descender seis posiciones con respecto al 2015, situación que debe ser analizada por las autoridades regionales. Los Chiles, por su parte, pierde 22 posiciones, ingresando al grupo de unidades prioritarias.

Finalmente, la Región Chorotega, que ocupa por segundo año consecutivo la última posición de IPSS a nivel regional, muestra avances importantes de destacar. Posicionó a tres de sus unidades en el quintil más alto (Nandayure, Cañas y Hojanca), donde en el año 2015 tenía solamente dos. Además, pasó de tener seis áreas de salud en el quintil I a tener tres en el 2016 (Cuadro A7).

Cuadro A7

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del IPSS, Región Chorotega, 2016

Área de salud	Puesto IPSS	Quintil IPSS
Nandayure	11	V
Cañas	17	V
Hojancha	18	V
Colorado	32	IV
Abangares	36	IV
Tilarán	37	IV
Santa Cruz	62	III
Carrillo	70	II
Nicoya	75	II
La Cruz	81	II
Bagaces	84	I
Upala	88	I
Liberia	99	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Las áreas de Salud de Nandayure, Cañas y Tilarán muestran avances de más de 50 posiciones en el IPSS 2016. Esta variación permitió a Tilarán salir del quintil más bajo. También crecieron en más de 10 posiciones Nicoya, Santa Cruz, Carrillo y Colorado.

Por el contrario, Upala y Abangares son las unidades de la región que más puestos cayeron, 15 y 19 respectivamente; esto ocasionó que Upala entrara en el grupo de áreas de salud prioritarias a nivel nacional. Abangares, por su parte, salió del quintil más alto, sin embargo, queda igualmente bien posicionada en la tabla general.

Las áreas de Liberia y Bagaces muestran una situación preocupante, ya que ambas se ubican por segundo año consecutivo en el quintil más bajo. En el caso de Liberia, lejos de mostrar alguna mejoría, empeoró su posicionamiento en cuanto al cumplimiento de metas.

Referencias bibliográficas.

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2016). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015.*(Versión en internet). CCSS. San José: EDNASSS.Recuperado de <http://joom.ag/HPdQ>

Anexo 1. Variables utilizadas en el cálculo del IPSS, 2016

Factor 1	Nombre de la variable	Nombre del indicador evaluado
1	DCOL	Porcentaje de Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de LDL-Colesterol
	HTA	Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial atendidas con control óptimo de presión arterial.
	DHTA	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de Presión Arterial.
	DHB	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de Hemoglobina Glicosilada
	DISLI	Porcentaje de personas con Dislipidemia atendidas con control óptimo de LDL-colesterol.
	ANE	Niños(as) de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia a los que se les realiza un abordaje adecuado.
2	VDRL	Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un VDRL antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días).
	HIV	Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación (hasta las 19 semanas y 6 días).
	EMB	Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana
3	VACninEBAS	Cobertura de niños (as) menores de un año con Esquema Básico.
	VACninECOM	Cobertura de niños (as) de 12 a menos de 24 meses con Esquema completo
4	VACinfAmay	Cobertura de Vacunación contra influenza en el Adulto Mayor.
	PAP_35a65	Cobertura de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad del Área de salud a quien se le realizó una citología vaginal en los dos últimos años.
	TZHB	Niños(as) de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina.
5	POS	Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal captadas tempranamente.
	MEN	Porcentaje de niños(as) menores de un año de edad con captación temprana.

Anexo 2

Fórmulas y datos necesarios para calcular el IPSS 2016 y su normalización.

A. Fórmulas para calcular el IPSS 2016 según los resultados del análisis de factores.

A.1. Para obtener el valor de cada uno de los cinco factores se usaron las siguientes fórmulas:

$$F_1 = \text{peso } F_1 * \sum_{j=1}^6 \text{Peso } X_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_2 = \text{peso } F_2 * \sum_{j=1}^3 \text{Peso } X_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_3 = \text{peso } F_3 * \sum_{j=1}^2 \text{Peso } X_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_4 = \text{peso } F_4 * \sum_{j=1}^3 \text{Peso } X_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_5 = \text{peso } F_5 * \sum_{j=1}^2 \text{Peso } X_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

A.2. Para obtener el valor del IPSS de cada una de las áreas de salud se usó la siguiente fórmula:

$$IPSS2016 = \sum_{i=1}^5 F_i$$

B. Fórmula para la normalización del IPSS 2016

Para lograr una mejor interpretación del IPSS 2016 se pasó a una escala entre 0 y 1 usando la fórmula siguiente: $\frac{X_i - X_{min}}{X_{max} - X_{min}}$ donde,

X_i es el valor del IPSS 2016

X_{min} es el mínimo valor del índice que hubiera obtenido un área de salud cuyos cumplimientos por indicador hubieran sido los más bajos registrados en la evaluación 2016.

X_{max} es el máximo valor del índice que hubiera obtenido un área de salud cuyos cumplimientos por indicador hubieran sido los más altos registrados en la evaluación 2016.

Por tanto, X_{min} y X_{max} representan los valores límite del índice, entre los cuales se ubican todas las áreas de salud.

La determinación de X_{min} y X_{max} se hizo aplicando las fórmulas para el cálculo del IPSS 2016 descritas en el punto A de este anexo, considerando en cada una de sus variables el valor mínimo o máximo observado para cada indicador, según corresponda. Además, los pesos de cada variable y del factor obtenidos como resultado del análisis de factores, se muestran a continuación:

Factor	Variable	Cumplimiento		Peso en la ecuación	
		Mínimo	Máximo	1	2
1	ANE	0,0909	0,9853	0,1472	0,3525
	DCOL	0,1449	0,7429	0,1939	
	DHB	0,1343	0,7143	0,1639	
	DHTA	0,2656	0,9286	0,1668	
	DISLI	0,1912	0,8143	0,1571	
	HTA	0,4032	0,9365	0,1711	
2	EMB	0,3636	0,9483	0,3098	0,2542
	HIV	0,4407	0,9508	0,3424	
	VDRL	0,4237	0,9508	0,3478	
3	VACninEBAS	0,7163	1,2604	0,5121	0,1423
	VACninECOM	0,7155	1,2358	0,4879	
4	PAP_35a65	0,1741	0,6639	0,3473	0,1379
	TZHB	0,3167	0,9833	0,3049	
	VACinfAmay	0,3718	1,0875	0,3479	
5	MEN	0,3182	0,9787	0,4889	0,1130
	POS	0,5909	1,0000	0,5111	

Al ser este el primer año en que se hizo una evaluación a partir de resultados distribuidos en toda el área de salud, estos podrían ser la línea base de comparación para los años siguientes.

Anexo 3

CCSS: Distribución de las áreas de salud según IPSS 2016, puesto y quintil

Área de salud	IPSS 2016	Puesto	Quintil
Barva	0,815	1	V
Escazú	0,721	2	V
Pavas	0,698	3	V
San Pablo	0,680	4	V
Santa Ana	0,679	5	V
La Unión	0,659	6	V
La Carpio-León XIII	0,656	7	V
Desamparados 2	0,649	8	V
Acosta	0,638	9	V
Concepción-San Juan-San Diego 2	0,634	10	V
Nandayure	0,631	11	V
Puriscal-Turrubares	0,628	12	V
Curridabat 2	0,623	13	V
Los Santos	0,621	14	V
Quepos	0,620	15	V
San Sebastián-Paso Ancho	0,615	16	V
Cañas	0,613	17	V
Hojancha	0,600	18	V
Orotina-San Mateo	0,599	19	V
Parrita	0,599	20	V
Cariari	0,593	21	V
San Ramón	0,590	22	IV
Osa	0,588	23	IV
Esparza	0,588	24	IV
El Guarco	0,585	25	IV
Montes de Oro	0,583	26	IV
Valverde Vega	0,576	27	IV
San Francisco-San Antonio	0,574	28	IV
Palmares	0,572	29	IV
Ciudad Quesada	0,569	30	IV
San Rafael de Puntarenas	0,565	31	IV
Colorado	0,565	32	IV
Matina	0,563	33	IV
Florencia	0,555	34	IV
Poás	0,551	35	IV
Abangares	0,551	36	IV

Tilarán	0,549	37	IV
La Fortuna	0,548	38	IV
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	0,547	39	IV
Guácimo	0,545	40	IV
Paraíso-Cervantes	0,544	41	IV
Tibás	0,538	42	IV
Guápiles	0,537	43	III
Montes de Oca 2	0,531	44	III
Alajuelita	0,528	45	III
San Isidro	0,524	46	III
Belén-Flores	0,524	47	III
Santa Rosa	0,520	48	III
Guatuso	0,512	49	III
Desamparados 3	0,505	50	III
Cartago	0,504	51	III
Siquirres	0,502	52	III
Atenas	0,500	53	III
Corralillo	0,499	54	III
Turrialba-Jiménez	0,497	55	III
Coronado	0,496	56	III
Aguas Zarcas	0,495	57	III
Santo Domingo	0,494	58	III
Chacarita	0,493	59	III
Heredia-Virilla	0,491	60	III
Hatillo	0,490	61	III
Santa Cruz	0,489	62	III
Alajuela Norte	0,487	63	II
Peninsular	0,480	64	II
Corredores	0,476	65	II
Chomes-Monteverde	0,475	66	II
Pérez Zeledón	0,474	67	II
Grecia	0,472	68	II
Aserrí	0,469	69	II
Carrillo	0,468	70	II
Horquetas-Río Frío	0,465	71	II
Goicoechea 1	0,465	72	II
Santa Bárbara	0,463	73	II
San Rafael de Heredia	0,461	74	II
Nicoya	0,457	75	II
Buenos Aires	0,456	76	II
Naranjo	0,452	77	II
Moravia	0,452	78	II

Golfito	0,451	79	II
Alfaro Ruiz	0,451	80	II
La Cruz	0,446	81	II
Heredia-Cubujuquí	0,444	82	II
Garabito	0,443	83	II
Bagaces	0,443	84	I
Catedral Noreste	0,442	85	I
Mora-Palmichal	0,439	86	I
Mata Redonda-Hospital	0,433	87	I
Upala	0,428	88	I
Limón	0,421	89	I
Desamparados 1	0,419	90	I
Goicoechea 2	0,418	91	I
Puerto Viejo-Sarapiquí	0,411	92	I
Coto Brus	0,401	93	I
Alajuela Oeste	0,398	94	I
Valle La Estrella	0,397	95	I
Alajuela Sur	0,393	96	I
Los Chiles	0,391	97	I
Alajuela Central	0,389	98	I
Liberia	0,386	99	I
Tibás-Uruca-Merced	0,386	100	I
Barranca	0,380	101	I
Talamanca	0,370	102	I
Zapote-Catedral	0,354	103	I
Pital	0,332	104	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016

1. Mejoramiento continuo de la atención perinatal

Las mejoras observadas en los resultados han sido facilitadas por los avances tecnológicos en los registros.

Una de las estrategias planteadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, asumida por los países de la región de América Latina y el Caribe, es el fortalecimiento de las tecnologías de información, para el monitoreo y evaluación de los logros de la Iniciativa (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

En Costa Rica, a partir de la década de los 90, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha hecho esfuerzos por desarrollar un sistema que permita automatizar los servicios de salud, a través de la implementación del proyecto Expediente Digital Único en Salud (EDUS), materializado en el 2017 con su puesta en marcha en el 100 % de las áreas de salud de la institución (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

La Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS), en el actual contexto de la recolección de datos en línea de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), utiliza como insumo la captura y consolidación de datos que se hace en el sistema de información para evaluar los indicadores de atención perinatal, los cuales van desde la cobertura de atención y la captación de: embarazadas, mujeres en periodo posparto y menores de un año; el tamizaje por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el tamizaje por sífilis (VDRL) hasta el abordaje adecuado de las embarazadas con un reporte positivo de VDRL.

Coberturas de atención

Las coberturas institucionales 2016 de menores de un año, mujeres en periodo posparto y embarazadas, son semejantes a las del 2015, comportamiento similar en la mayoría de las regiones, excepto en la Chorotega y Pacífico Central, donde los porcentajes de menores de un año disminuyen en relación con el año anterior (Cuadro 1.1).

En tanto, la Brunca presenta las menores coberturas, mientras que la Pacífico Central supera los logros institucionales.

El 46 % de las áreas de salud tienen una cobertura de menores de un año inferior o igual al 100 %, siendo el área de salud Mata Redonda-Hospital la de menor porcentaje (66 %).

Cuadro 1.1

CCSS: Cobertura^{1/} de atención de embarazadas, posparto y menores de un año según región e institucional, 2015-2016

(En porcentajes)

Región	Menores de un año		Posparto		Embarazadas	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Institucional	103	99	73	73	89	87
Brunca	106	96	62	64	83	74
Central Norte	100	101	70	71	84	86
Central Sur ^{2/}	97	96	72	71	86	85
Chorotega	121	101	77	77	96	89
Huetar Atlántica	108	100	80	79	93	90
Huetar Norte	101	100	78	79	99	98
Pacífico Central	114	102	83	82	103	97

1/ Calculado a partir de los nacimientos preliminares publicados en el sitio web de la Dirección Actuarial el 25 de mayo de 2017.

2/ No contempla Catedral Noreste

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015-2016.

Captación temprana

Los resultados en captación temprana perinatal 2016 están por debajo de la meta institucional 2018: seis puntos porcentuales en los indicadores de menores de un año y embarazadas, y siete en mujeres en periodo posparto (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2

CCSS: Captación temprana de menores de un año^{1/}, posparto^{2/} y embarazadas^{3/} según región e institucional, 2016

(En porcentajes)

Región	Menores de un año	Posparto	Embarazadas
Institucional	79	83	79
Brunca	65	71	75
Central Norte	81	84	78
Central Sur	78	84	83
Chorotega	77	77	70
Huetar Atlántica	84	85	78
Huetar Norte	89	90	71
Pacífico Central	77	82	83

1/ En los primeros 8 días de vida

2/ En los primeros 8 días posparto

3/ En las primeras 13 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

A nivel regional, la Brunca presenta los menores porcentajes de captación temprana en menores de un año y posparto, a diferencia de la Huetar Norte, que ocupa los mayores en 2016 y supera las metas institucionales 2018 para estos indicadores.

En captación temprana de embarazadas, ninguna región cumple con la meta institucional 2018 (85 %), aunque la Pacífico Central y la Central Sur superan el logro institucional (79 %) y están a dos puntos porcentuales de alcanzarla.

Además, los porcentajes de captación temprana de embarazadas 2016 de las regiones Central Norte, Chorotega, Huetar Atlántica y Huetar Norte, quedan por debajo del promedio institucional. No obstante, los cumplimientos en la atención conjunta y temprana de los menores de un año y mujeres en periodo posparto, no distan en más de tres puntos porcentuales entre ellos y son mayores al porcentaje de captación temprana de embarazadas.

A nivel local, 31 áreas de salud superan la meta 2018 de captación temprana de embarazadas y 38 están por debajo del porcentaje institucional 2016, siendo Los Chiles la de menor porcentaje (36 %).

Tamizaje por VIH y sífilis en embarazadas

Los logros institucionales 2016 de tamizaje VIH y VDRL en las embarazadas, están a ocho y cuatro puntos porcentuales de la meta 2018, respectivamente (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3

CCSS: Tamizaje^{1/} para VIH y VDRL en embarazadas según región e institucional, 2015-2016

(En porcentajes)

Región	Tamizaje	
	VIH	VDRL
Institucional	72	76
Brunca	67	71
Central Norte	72	73
Central Sur	73	78
Chorotega	72	71
Huetar Atlántica	70	76
Huetar Norte	72	72
Pacífico Central	78	80

1/ En las primeras 20 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Entre las regiones, la Pacífico Central es la que obtiene los mayores porcentajes institucionales, y en el caso de tamizaje VDRL, llega a la meta 2018 (80 %).

En cuanto a VIH, las regiones Brunca, Central Sur y Huetar Atlántica, distan de cinco a seis puntos porcentuales del logro institucional para VDRL.

A nivel local, se identifican 40 áreas de salud que comparten cumplimientos mayores al 76 %, tanto en VIH como en VDRL, y de ellas, 23 tienen el mismo logro para ambos indicadores.

Serología VDRL positiva en embarazadas

A nivel institucional, de las 104 áreas de salud, 88 notificaron 476 casos de embarazadas con serología VDRL positiva, de las cuales el 58 % se abordan de manera adecuada (cuadro 1.4).

Cuadro 1.4

CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva según región e institucional, 2014-2016

Región	Tamizaje		
	2014	2015	2016
Institucional	358	479	476
Brunca	5	7	13
Central Norte	75	103	109
Central Sur	137	179	170
Chorotega	25	50	69
Huetar Atlántica	67	78	66
Huetar Norte	24	23	16
Pacífico Central	25	39	33

1/ En las primeras 20 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Las regiones Central Sur, Central Norte y Chorotega registran el mayor número de casos en el 2016, y destacan la Brunca y la Chorotega, con un aumento progresivo de casos en los últimos tres años.

En este mismo escenario, 175 casos se identificaron como sífilis gestacional por medio de una prueba treponémica positiva, y de ellos, 121 se abordan de manera oportuna y adecuada.

Por otra parte, del sistema de egresos hospitalarios 2016, se identifican 68 nacimientos con un diagnóstico de egreso de sífilis congénita.

Los resultados descritos anteriormente deben contextualizarse en el proceso continuo de la atención de la madre y el recién nacido, donde el acceso, el seguimiento y la detección temprana de patologías de riesgo prevenibles son el objetivo primordial de la prestación de servicios de salud en el tema de atención perinatal.

Además, los logros deben analizarse considerando la transición del procesamiento manual de datos al desarrollo, implementación y ejecución de las nuevas herramientas, que han aportado mayor disponibilidad de registros estandarizados a nivel institucional.

En cuanto a la cobertura institucional de atención de menores de un año, el informe de resultados de la EPSS 2015 señala la calidad en los registros, como el factor que no permite determinar la cobertura real; sin embargo, para el 2016, esta tiende a ajustar a

la población meta (nacimiento) y se asemeja a la de tamizaje neonatal reportada por la Asociación Costarricense para el Tamizaje y la Prevención de Discapacidades en el niño, que es de un 97,4 %.

Este avance se ha facilitado con la implementación de nuevas herramientas tecnológicas a nivel institucional, que garantizan la estandarización en los registros de datos, como son: la consignación diagnóstica mediante la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), la unificación de datos y la calidad de la información que se describe en los expedientes de salud.

Sin embargo, persisten área de salud que registran coberturas mayores al 100%, situación que puede relacionarse a la duplicidad de registros, por la no unificación de datos o por el proceso de migración de estos desde otros sistemas hacia el actual.

Por otro lado, los resultados en atención perinatal sugieren que se mantiene un proceso de mejora en el acceso conjunto y temprano de los menores de un año y mujeres en periodo posparto, asociado las acciones desarrolladas en la atención continua de las embarazadas en los servicios de salud del primer nivel tales como el registro sistematizado de la información en la atención prenatal.

De igual manera, el tamizaje por VIH y VDRL contribuye en la detección temprana de patologías prevenibles durante el embarazo; por tanto, debe realizarse, idealmente y en forma conjunta, antes de las veinte semanas de gestación o al momento de la captación, no obstante, aunque los porcentajes institucionales de ambos indicadores no son consecuentes con la acción señalada, tienden a acercarse a las metas propuestas al 2018.

Por otra parte, los resultados evidencian que la realización y disponibilidad oportuna de las pruebas para la detección de patologías en las embarazadas repercute, positivamente en la notificación y el abordaje oportuno de las embarazadas con pruebas alteradas, así como en el registro y seguimiento de aquellas con serologías VDRL positivo.

Ejemplo de tal situación son las regiones Chorotega y Brunca que registran un aumento progresivo en el número de casos notificados mediado por acciones sustentadas en la integración del sistema de laboratorio que favorece una mayor disponibilidad y comunicación inmediata de los reportes de laboratorio.

Además, los resultados permiten establecer que, si bien los sistemas vigentes no inciden directamente en el aumento en el abordaje oportuno y adecuado de las embarazadas con serología VDRL positiva para 2016, sí posibilitan la trazabilidad de 175 casos registrados

en el primer nivel, con 68 casos de menores con sífilis congénita, reportados por sistema de egresos hospitalario denominado ARCA.

Esta acción facilita el seguimiento de los casos en la red de servicios institucional y con ello, la identificación de las embarazadas con sífilis gestacional que dieron a luz un menor con sífilis congénita.

Producto de los resultados de la EPSS 2016 y partiendo de la premisa de que un sistema de información que funcione bien garantiza la producción, análisis, difusión y utilización de datos fidedignos y oportunos sobre los determinantes de la salud (OPS, 2014), se puntualizan a continuación algunos aspectos a considerar para que los avances tecnológicos en los registros contribuyan en el mejoramiento continuo de la atención perinatal:

- Monitoreo, evaluación y análisis de calidad de la información que registra el personal de salud, en especial la adscripción de usuarios y el registro del código diagnóstico según el CIE-10; además de la aplicación de medidas correctivas a partir de las debilidades detectadas.
- Capacitación, acompañamiento y seguimiento continuo en cuanto al uso eficiente del expediente en salud, de manera que se fortalezca la calidad del registro de datos.
- Articulación e integración de los diferentes módulos que componen el EDUS en la red de servicios institucional, para garantizar la trazabilidad de las acciones vinculadas con la atención perinatal.

Referencias bibliográficas.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *CCSS completa el primer nivel de atención con expediente digital*. (Versión en Internet). Obtenido de:

<https://www.ccss.sa.cr>: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-completa-el-primer-nivel-de-atencion-con-expediente-digital>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en America Latina y el Caribe*. Montevideo: OPS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Guía para la ejecución de la estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en las américas*. Washington: OPS.

2. Aumenta la cobertura en los esquemas de vacunación, superándose la meta para el 2018

Adecuado registro y control de las vacunas son fundamentales para alcanzar las metas.

A nivel mundial, por medio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el trabajo en conjunto con organismos internacionales, se ha buscado apoyar acciones para lograr coberturas universales en vacunación. El propósito de estas acciones está enfocado en disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad de las enfermedades inmunoprevenibles (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2006).

De acuerdo con un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) del año 2014, el sarampión es una de las cinco enfermedades causantes de mortalidad en niños menores de cinco años en los países de bajos recursos. Producto de intervenciones preventivas como la vacunación, se ha logrado desde el año 2000 una disminución paulatina de la mortalidad en este grupo de niños (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2014).

El PAI, denominado en la institución como “Vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles”, a través de su componente de inmunizaciones, busca prevenir enfermedades como: poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tosferina (pertusis), tuberculosis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B, así como mantener el 95 % de cobertura de vacunación, asegurar que todas las vacunas utilizadas sean de calidad, que la vacunación sea segura, además de asegurar la disponibilidad de las vacunas de los esquemas nacionales de vacunación mediante una adecuada programación (OPS, 2006).

Las coberturas empleadas por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) para la evaluación, se calculan empleando los datos emitidos por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

Cobertura esquema básico de vacunación

Desde años anteriores se ha venido presentando un aumento paulatino en las coberturas institucionales de esquema básico. Para el año 2016 se alcanzó una cobertura del 98 %, superando así la meta establecida para el año 2018.

El detalle de los logros por región para el esquema básico se muestra en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1

CCSS: Cobertura de vacunación a menores de un año con esquema básico según región, 2014-2015-2016

(En porcentajes)

Región	2014	2015	2016
Institucional	92	94	98
Brunca	92	96	101
Pacífico Central	95	98	99
Central Sur ^{1/}	91	94	98
Chorotega	93	94	98
Central Norte	90	91	97
Huetar Norte	95	95	97
Huetar Atlántica	96	97	97

1/ No contempla Catedral Noreste.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En el cuadro anterior se puede observar que todas las regiones superan la meta en esquema básico de vacunación, siendo la Brunca la que obtuvo el porcentaje más alto. Además, la Región Central Norte es la que más aumenta la cobertura en este esquema, seis puntos porcentuales por arriba del logro del año anterior.

En el caso de las 103 áreas de salud evaluadas, solo 71 alcanzaron la meta; sin embargo, hay 44 áreas con cumplimientos mayores al 100 %. Entre estas unidades se encuentran Goicoechea 1, con cobertura de 133 %, aumentando con respecto al año anterior 30 puntos porcentuales; y Osa, que tiene cobertura de 123 %, con un aumento de 29 puntos porcentuales con respecto al 2015.

Las áreas con cumplimientos de más del 100 % presentan características socioeconómicas muy distintas, que no permiten establecer factores en común para este comportamiento,

lo que hace pensar en problemas con la pirámide poblacional, que por distintas razones no refleja la realidad del área y registros inadecuados de vacunas.

El siguiente listado presenta de forma descendente las áreas de salud que de acuerdo con los criterios de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica son prioritarias, por presentar coberturas iguales o menores a 85 %.

- Tibás-Uruca-Merced
- Coto Brus
- Montes de Oca 2
- Los Chiles
- Talamanca
- Abangares
- Heredia-Cubujuquí
- Corralillo
- Goicoechea 2

De estas unidades, Talamanca, Abangares y Corralillo el año anterior contaban con cumplimientos de 95 o más, por lo que deberán revisar qué cambios se hicieron durante el 2016 y de qué forma afectaron el desempeño en vacunación, ya que con los resultados del 2015 quedó demostrado que con los recursos con los que cuentan es factible alcanzar la meta.

Dentro de estas áreas, Tibás-Uruca-Merced, Montes de Oca 2 y Goicoechea 2 muestran un Índice de Desarrollo Social (IDS) más alto, por lo que se podría pensar que muchos de sus pacientes se captan en la consulta privada; mientras que otras, como Los Chiles y Talamanca, sus cumplimientos se ven afectados por las condiciones sociales, económicas y de acceso que tienen en la zona.

Cobertura esquema completo de vacunación

Al igual que en el esquema básico, la institución logra aumentar la cobertura y superar la meta para el 2018 en esquema completo de vacunación, con una cobertura del 96 %.

El cuadro 2.2 muestra el detalle de los logros por región.

Cuadro 2.2

CCSS: Cobertura de vacunación a menores de dos años con esquema completo según región, 2014-2015-2016

(En porcentajes)

Región	2014	2015	2016
Institucional	95	93	96
Brunca	96	98	101
Pacífico Central	101	96	98
Huetar Norte	96	91	98
Chorotega	93	94	96
Central Sur ^{1/}	94	94	96
Central Norte	92	92	94
Huetar Atlántica	99	93	94

1/ No contempla Catedral Noreste.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Todas las regiones aumentaron su cobertura en esquema completo de vacunación, siendo la Huetar Norte la que presentó el mayor aumento con respecto al 2015. Solo las regiones Central Norte y Huetar Atlántica no lograron alcanzar la meta institucional.

Para el esquema completo de vacunación, 60 de las áreas evaluadas lograron la meta, y de estas 37 superan el 100 % de la cobertura.

El siguiente listado presenta de forma descendente las áreas de salud con cumplimientos iguales o menores al 85 %.

- Limón
- Garabito
- Valle la Estrella
- Heredia-Cubujuquí
- Goicoechea 2
- Parrita
- Los Chiles
- Alfaro Ruiz
- Montes de Oca 2
- Corralillo
- Tibás-Uruca-Merced
- Talamanca

Al igual que en el esquema básico, en el esquema completo se encuentran unidades que el año anterior cumplían con este indicador y que ahora deberán revisar sus procesos, ya que para el 2016 bajaron sus coberturas hasta llegar a ubicarse entre las de más bajo cumplimiento.

Los resultados que vienen presentando desde años anteriores las áreas de salud de Goicoechea 1 y 2, en donde la primera presenta coberturas que sobrepasan el 100 %, mientras que la segunda se encuentra entre las áreas con cumplimientos más bajos, hace pensar que los pacientes que le corresponden a Goicoechea 2 asisten a la otra unidad para ser vacunados. Sería valioso que se efectúe una revisión de los registros de ambas unidades, para así identificar las posibles causas por las cuales se da esta migración de la población y establecer estrategias para corregirlas.

Tasa de Deserción

La continuidad que se le ha dado a nivel institucional al esquema básico de vacunación, ha permitido mantener la tasa de deserción dentro de los estándares internacionales.

En el cuadro 2.3 se detallan los logros por región.

Cuadro 2.3

CCSS: Tasa de Deserción de Pentavalente 1/Pentavalente 3 en niños menores de 12 meses según región, 2014-2015-2016

Región	2014	2015	2016
Institucional	2,2	0,4	-1,3
Brunca	7,2	1,0	1,0
Pacífico Central	2,2	1,4	0,5
Chorotega	1,9	1,2	-0,8
Central Norte	2,8	1,6	-1,3
Huetar Norte	-0,2	-0,4	-1,9
Central Sur ^{1/}	1,1	0,1	-2,0
Huetar Atlántica	1,6	-0,3	-2,2

1/ No contempla Catedral Noreste.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Para la Tasa de Deserción, en el 2016, al igual que el año anterior, todas las regiones lograron alcanzar la meta, siendo la Pacífico Central la que presentó la mejor tasa de deserción.

De las 103 áreas de salud evaluadas, 70 cuentan con una tasa de deserción entre 5 y -5. Algunas de las unidades que presentan variaciones grandes en sus tasas de deserción, indican que faltantes de vacunas en el 2015 afectaron el seguimiento de los esquemas, los cuales se debieron completar en el 2016; sin embargo, la Subárea de Vigilancia Epidemiológica no reporta ningún faltante.

Conclusiones y recomendaciones

Al realizar un análisis general de los logros en los esquemas de vacunación en menores de dos años, se encuentra que muchas de las áreas de salud con cumplimientos elevados y cumplimientos bajos se repiten para ambos esquemas. A pesar de esto, son unidades con características muy diferentes, y que no permiten identificar factores comunes que expliquen estos comportamientos.

Las áreas de salud que cuentan con población indígena podrían presentar una mayor dificultad para cumplir con las metas, debido a temas de accesibilidad a estas comunidades. Sin embargo, hay áreas de salud con este tipo de población tanto entre las áreas con bajo cumplimiento como entre las que alcanzan las metas. La diferencia entre poblaciones indígenas como la de Los Santos y Turrialba-Jiménez reside en que, en el caso de la segunda, esta población es mucho más estable y migra a lo interno del área, facilitando el seguimiento de los esquemas de inmunizaciones. Caso contrario, en Los Santos esta población cambia constantemente según sea o no la época de recolección de café.

En zonas como Los Chiles y Talamanca, las dificultades en la accesibilidad y un IDS bajo podría también estar influyendo en el cumplimiento; no obstante, no todas las áreas que presentan cumplimiento bajo poseen estas características.

La variabilidad de condiciones socioeconómicas se presenta tanto en las áreas de salud de bajo rendimiento como entre aquellas que tienen logros superiores al 100 %. Al comparar no se encuentra una relación entre los logros en vacunación y el IDS que permita establecer que aquellas zonas con bajo índice tienen coberturas de vacunación más bajas. De igual forma, se puede pensar que en las comunidades con IDS altos las coberturas podrían ser bajas debido a facilidades económicas para acudir a los servicios médicos privados, pero este no es un comportamiento que se presente en todas las unidades con esas características.

A pesar de que algunas áreas de salud hacen referencia a faltantes de vacunas como justificante en el rendimiento, la Subárea de Vigilancia Epidemiológica indica que durante el 2016 no se presentaron situaciones importantes que pudieran afectar los procesos de vacunación. Esto hace pensar más en problemas como inadecuados registros de las inmunizaciones, falta de controles a lo interno de las unidades o controles ineficientes y la necesidad de revisar los procesos para mejorar el impacto a las diferentes

comunidades, para así lograr vacunar la mayor cantidad de población de niños menores de dos años.

La problemática con las coberturas de vacunación no es solo para las áreas de salud que no alcanzan las metas, sino que deben analizarse también aquellos casos que superan el 100 %. Algunas de estas unidades hacen referencia a problemas con los nacimientos que se les asignan y a factores de población migrante.

Tanto para las situaciones de bajas coberturas como para las que superan el 100 %, se encuentra que un factor que afecta muchos de los casos es la migración constante de la población en algunas zonas del país. Se considera que, para poder abordar esta situación, es necesaria la implementación de sistemas de registro de vacunas que permitan dar seguimiento a los pacientes, evitando así la duplicidad de registros, la adjudicación de vacunas a otras áreas de salud a donde el paciente no está adscrito y los “falsos” esquemas incompletos de pacientes que inician sus inmunizaciones en un área de salud y la terminan en otra, pero que finalmente tienen todo el esquema que les corresponde.

Contar con un sistema nacional de registro de inmunizaciones accesible para el primer nivel de atención, permitiría mejorar los controles y el seguimiento de las vacunas en todo el país, logrando una base de datos más depurada, aprovechando los datos de otras instituciones, como los del Registro Nacional.

Los logros en el tema de vacunación, evidencian el gran trabajo que realiza la institución, especialmente las áreas de salud, en manos de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP), para procurar un adecuado seguimiento y registro de las vacunas y lograr así mantenerse dentro de los estándares internacionales; esto debido a la importancia que tiene el control de las enfermedades inmunoprevenibles, no solo en el país, sino a nivel mundial.

Referencias bibliográficas.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Ficha Técnica: Enfermedades inmunoprevenibles. Esquema de vacunación en niños(as) menores a 2 años. Oportunidad y continuidad.* San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Fichas Técnicas 2014 - 2018 - Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Dirección Compra de Servicios de Salud.* San José, Costa Rica: CCSS.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2014). *Committing to child survival: A promise renewed.* New York, USA: UNICEF.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2006). *Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).* Washington DC: OPS.

3. El monitoreo constante y la coordinación entre servicios son fundamentales para el adecuado abordaje de la anemia

La institución logra un 72 % en tamizaje de niños y un 45 % en abordaje adecuado.

Hoy en día, la anemia por deficiencia de hierro (ADH) continúa siendo una de las deficiencias nutricionales más importantes y severas, afectando a todos los grupos etarios a nivel mundial. La deficiencia de hierro perjudica el desarrollo cognitivo desde la infancia y hasta la adolescencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Sus efectos sobre la salud siguen generando un impacto económico que ha llevado al desarrollo de estrategias para combatir esta deficiencia, siendo la fortificación de alimentos la más costo-efectiva. Esta es una condición nutricional que afecta a todos los estratos socioeconómicos, aunque su prevalencia es mayor en niños de poblaciones de escasos recursos y bajo nivel educativo (OMS, 2002).

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Argentina, efectuada en el año 2007, hace referencia a la relación inversa que existe entre la prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses y la ingesta de hierro, siendo particularmente más elevada en este grupo con respecto al de los niños de 2 a 5 años de edad (Argentina, Ministerio de Salud Pública, 2007).

En Costa Rica, según un estudio realizado “... uno de cada cuatro niños atendidos no es tamizado, lo que hace suponer que existe un grupo de niños con anemia no diagnosticados” (Barrantes, 2015, p. 5).

Es importante recordar que la definición de anemia no ha variado en los últimos años y que de acuerdo al lineamiento técnico vigente para el diagnóstico y manejo de la anemia ferropénica en niños de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): “La anemia se define como una disminución de la concentración de hemoglobina (Hb) menor de dos desviaciones estándar con respecto a la media que corresponde a la edad” (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016, p. 2). Con base en esta definición, se establece como criterio diagnóstico en el grupo de 6 a menos de 24 meses un resultado de Hb menor a 11,0 g/dL.

Para realizar un abordaje adecuado, se debe efectuar una prueba terapéutica, la cual consiste en administrar hierro oral a dosis terapéutica de 4-6 mg/kg/día por un mes. En caso de presentarse un aumento en el valor de la Hb mayor o igual a 1 g/dL se considera como positiva. Ante este resultado, se continúa el tratamiento a dosis terapéutica hasta que se normalicen los niveles de Hb. Una vez alcanzados los niveles normales, se continúa el hierro por tres meses más para llenar depósitos (CCSS, 2016).

En caso de que la Hb no aumente un gramo o más se considera prueba terapéutica negativa y se debe continuar el tratamiento con hierro por dos meses, mientras se valora el caso y se establecen las causas de la no respuesta al sulfato ferroso.

Hemoglobina en niños(as) de 6 a menos de 24 meses

Durante el año 2016 se atendieron en el primer nivel un total de 113 832 niños entre 6 y menos de 24 meses, aumentándose en cuatro puntos porcentuales el total de atenciones con respecto al año anterior.

A nivel institucional, el 72 % de los niños atendidos cuenta con al menos una hemoglobina en el año evaluado, siendo la meta establecida para el 2018 un 80 %. El detalle de los logros por región se presenta en el cuadro 3.1.

Cuadro 3.1

CCSS: Niños de 6 a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina como tamizaje de ADH^{1/}, según región, 2016

(En porcentajes)

Región	Tamizaje
Institucional	72
Chorotega	80
Huetar Atlántica	75
Pacífico Central	75
Brunca	70
Central Sur	70
Huetar Norte	70
Central Norte	67

1/ Anemia por deficiencia de hierro.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En el cuadro anterior se observa que la región Chorotega es la única que logra alcanzar la meta institucional con un 80 %. Esta región cuenta con 13 áreas de salud, de las cuales nueve tienen cumplimiento igual o mayor a la meta.

La Región Central Norte, con cumplimiento del 67 %, es la que presenta el porcentaje más bajo de niños tamizados por anemia. Únicamente cuatro de las 26 áreas de salud de esta región logran alcanzar la meta institucional.

En el siguiente listado se presentan de forma descendente las áreas de salud que alcanzaron la meta establecida para el 2018, por lo que poseen un cumplimiento mayor o igual al 80 %:

La Carpio-León XIII	Tilarán	Acosta
Los Santos	Liberia	San Francisco-San Antonio
Cañas	Carrillo	Guácimo
Nandayure	Barva	San Rafael de Puntarenas
Quepos	Tibás	La Unión
Hojancha	Esparza	La Cruz
Guápiles	Palmares	Escazú
Guatuso	Turrialba-Jiménez	Abangares
Montes de Oro	Buenos Aires	Cariari
Bagaces		

De las 104 áreas de salud evaluadas, La Carpio-León XIII y Los Santos son las que alcanzan el porcentaje de cumplimiento más alto para este indicador, ambas con un 98 %.

El siguiente listado presenta de forma descendente las áreas de salud que tuvieron un cumplimiento inferior al 65 %, lo que las ubica debajo del percentil 20:

Santo Domingo	Colorado
Barranca	Horquetas-Río Frío
Florencia	Goicoechea 1
Cartago	Alajuelita
Zapote-Catedral	Corredores
Golfito	Limón
San Ramón	Coronado
San Isidro	Alajuela Oeste
Heredia-Virilla	Alajuela Sur
Pital	Alajuela Central
Aguas Zarcas	Moravia

Todas las regiones tienen áreas prioritarias; sin embargo, la Región Huetar Norte es la que tiene un porcentaje más alto (38 %), seguida por la Brunca (33 %) y la Central Norte (31 %).

En cuanto a las áreas de salud, Moravia es la que tiene el cumplimiento más bajo, con 32 %. Sus representantes indican que las limitantes con el laboratorio, por depender de otra unidad, puede ser uno de los factores que afectara el desempeño en este indicador.

El primer nivel de atención ha implementado estrategias buscando aumentar la cantidad de niños de 6 a menos de 24 meses tamizados, entre las cuales se describe la coordinación de citas con el servicio de laboratorio, la realización de los hemogramas el mismo día que el paciente acude a su consulta en el EBAIS y la coordinación para el reporte oportuno de los resultados, ya sea en el expediente físico o en línea mediante los sistemas de información.

A pesar de esto, alrededor del 70 % de las unidades no cumplen con este indicador, por lo que las áreas deben hacer un análisis a lo interno para establecer otras causas que puedan estar afectando el tamizaje de anemia. Lo anterior, por cuanto regiones (como la Chorotega) con limitantes en sus condiciones geográficas, capacidad instalada e infraestructura, alcanzan la meta institucional, implementado estrategias orientadas a disminuir las oportunidades perdidas, mediante la gestión coordinada entre los EBAIS y los servicios de laboratorio clínico.

Existen una serie de acciones, que las áreas de salud, de acuerdo a sus condiciones, podrían utilizar para mejorar su desempeño en este indicador. Algunas de estas son: la realización de gestiones administrativas con el nivel hospitalario (cuando la toma y procesamiento de las muestras no se realiza en la propia unidad), el monitoreo mensual del registro de atenciones en salud por edad y del registro de resultados de laboratorio (para identificar los alcances del tamizaje y los casos de riesgo), la programación coordinada de la toma de muestras, en la sede del área o en puestos de visita periódica en zonas con mayor riesgo y el uso, eficiente y efectivo, de los sistemas automatizados de laboratorio clínico, para acceder a la información en tiempo real y registrarla en el expediente en salud.

Anemia por deficiencia de hierro

A pesar de que durante la evaluación la prueba terapéutica no se evalúa como tal, su interpretación es fundamental para determinar el abordaje adecuado de los pacientes

con anemia. Con el fin de cumplir lo que establece el lineamiento vigente para el año 2016, se tomó en consideración el resultado de esta prueba para determinar el abordaje.

Durante el 2016 se registraron 18 175 niños de 6 a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia. El 12 % de los casos se clasificó como no evaluables; de estos, el 89 % no correspondía al indicador, principalmente porque se registró el diagnóstico de ADH a niños con hemoglobinas iguales o mayores a 11 g/dL.

Para el año 2016 a nivel institucional se alcanzó un 45 % en adecuado abordaje de niños con ADH, siendo la Región Central Sur la que obtuvo el mayor cumplimiento, con un 60 %. El detalle de los logros por región se muestra en el cuadro 3.2.

Cuadro 3.2

CCSS: Niños de 6 a menos de 24 meses con anemia a quienes se les aborda adecuadamente, según región, 2016

(En porcentajes)

Región	Adecuado control
Institucional	45
Central Sur	60
Chorotega	47
Central Norte	45
Huetar Atlántica	40
Pacífico Central	36
Brunca	35
Huetar Norte	35

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Para el año 2016, ninguna de las áreas de salud logró alcanzar la meta institucional del 100 % en adecuado abordaje de ADH. En el siguiente listado se presentan las 10 unidades con mejor cumplimiento en este indicador:

Escazú	Barva
San Francisco-San Antonio	La Carpio-León XIII
Curridabat 2	Hojancha
Concepción-San Juan-San Diego 2	Santa Ana
Pavas	San Pablo

Estas 10 áreas de salud presentan cumplimientos de más del 80 %, siendo Hojancha la única que no es administrada por terceros. El Área de Salud de Escazú fue la que obtuvo el mejor desempeño, con un 99 % de sus casos abordados adecuadamente.

No se hace referencia a las áreas de salud prioritarias, ya que el 65 % de las unidades no alcanzaron el 50 % en adecuado abordaje de las anemias, por lo que se considera que las áreas prioritarias abarcan más allá del quintil más bajo.

Del total de casos evaluables en el indicador de ADH, el 4 % no cuenta en el expediente con la indicación del hierro oral; mientras que, de los casos a los cuales el médico sí se los indica, al 3 % se le envía el hierro a una dosis inferior a la terapéutica.

En cuanto a la duración del tratamiento, se deben analizar los casos según el resultado de la prueba terapéutica, ya que, como se menciona anteriormente, el abordaje varía si el resultado es positivo o negativo. Del total de casos que contaban con resultado de laboratorio de control, el 24 % tenía prueba terapéutica positiva y el 76 % prueba negativa.

En los casos con prueba terapéutica negativa, hay un 8 % al que se le indica el tratamiento con hierro por un periodo inferior a los dos meses; mientras que en los casos de prueba terapéutica positiva, al 20 % se le indica el tratamiento con hierro por menos de cuatro meses.

Al revisar el hemograma de control, se encuentra que un 84 % cuenta con el laboratorio. De los casos que no poseen el control, en el 82 % no se registra el motivo por el cual no está disponible el resultado.

De los expedientes que sí tenían el control, el 42 % estaba fuera del rango de días para realizarlo y más de la mitad de estos se hicieron dos meses o más después de haber iniciado el tratamiento con hierro.

Al igual que en años anteriores, a pesar de que no se ha variado la definición de anemia, se siguen encontrando niños con Hb mayor a 11 g/dL. Algunos médicos continúan registrando el diagnóstico de ADH a niños con resultados de Hb que no corresponden a los rangos de anemia. También se encuentra que en los sitios donde todavía se trabaja con el expediente físico, cuando el médico anota el diagnóstico “Anemia resuelta” en algún seguimiento, se presta para que el personal de registros médicos lo interprete como ADH y se altere la casuística.

Es importante tener presente que para poder hablar de prueba terapéutica negativa o positiva, se debe cumplir con la dosis y duración del hierro oral, ya que de lo contrario no se puede establecer la respuesta del paciente al tratamiento.

Conclusiones y recomendaciones

Se encuentra que a la gran mayoría de los pacientes contaban con el hemograma de control, sin embargo, un poco menos de la mitad de los exámenes se realizaron fuera del tiempo establecido para el control. Los exámenes de laboratorio son insumos de la institución que deben ser empleados de forma efectiva, y en el caso de la anemia esto se traduce en realizar los controles de hemoglobina en los plazos establecidos para poder efectuar el diagnóstico de ADH.

Una programación adecuada de citas de laboratorios para controles, coordinación con otros niveles para la realización de los exámenes y detección de casos prioritarios, son medidas que se pueden implementar para mejorar el abordaje de los casos. Contar con acceso a los resultados de laboratorios en línea durante la consulta médica y la implementación del expediente electrónico en todas las áreas de salud, facilita el abordaje oportuno y seguimiento de los casos.

Sin embargo, el acceso a la tecnología no es suficiente para el abordaje adecuado, ya que persisten las debilidades en cuanto a dosis y duración del tratamiento con hierro oral, por lo que se debe continuar trabajando en el refrescamiento de los lineamientos y fichas técnicas al personal y monitoreo constante de los casos.

Los efectos que tiene la anemia por deficiencia de hierro en el desarrollo cognitivo de los niños junto con el impacto económico, hacen que sea fundamental continuar los esfuerzos en el primer nivel, no solo para mejorar el tamizaje de los casos, sino también para que se dé un adecuado abordaje y seguimiento de la anemia.

Referencias bibliográficas.

Argentina, Ministerio de Salud Pública. (2007). *Encuesta Nacional de nutrición y salud.*

Argentina.

Barrantes, A. (2015). *Tamizaje de Anemia por Deficiencia de Hierro en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad de Costa Rica: 2012-2014.* San José, Costa Rica: CCSS.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2013). *Lineamiento técnico para la detección, prevención y el manejo de la anemia por deficiencia de hierro en niños en el primer nivel de atención*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Ficha Técnica: Anemia por deficiencia de hierro (ADH). Hemoglobina en niños(as) de 6 a menos de 24 meses. Detección oportuna y abordaje adecuado*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Fichas Técnicas 2014-2018. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Dirección Compra de Servicios de Salud*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Lineamiento Técnico LT.GM.DDSS.AAIP. 250216. Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niñas y niños*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Iron deficiency anemia. Assesment, prevention, and control. A guide for programme managers*. Washington DC: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *The World Health Report*. Washington DC: OMS.
- Ruíz, N. (Agosto de 2006). Deficiencia de hierro en niños escolares y su relación con la función cognitiva. *Salus. Revista de la Facultad de la Salud Universidad de Carabobo*, 10(2), 25.

4. Promoción de estilos de vida saludables, una herramienta para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles

97 % de las áreas de salud desarrollaron procesos educativos en estilos de vida saludables durante el año 2016.

La evidencia científica apoya la promoción de estilos de vida saludables como una estrategia en salud para el trabajo con la comunidad, dirigido al desarrollo de herramientas que permitan a las personas dirigir la toma de sus decisiones e implementar prácticas saludables, que pueden tener relación con la alimentación, la actividad física y patrones de vida como el manejo de estrés, el tiempo libre, las relaciones interpersonales, el consumo de tabaco y alcohol, entre otros aspectos de salud (Kottke, 2016; Gil *et al*, 2015).

Estrategias educativas como las mencionadas, se han venido implementado desde el año 2014 en el primer nivel de atención en salud de la institución, y están constituidas por la acción grupal o por procesos educativos diseñados con al menos ocho sesiones, que utilizan metodologías participativas. Dichos procesos se encuentran dirigidos a la población adulta de diferentes comunidades del país, y a través de ellos se ofrecen a las personas alternativas para mejorar e incorporar prácticas saludables relacionadas con tres ejes temáticos: alimentación, actividad física y estilos de vida saludables (Chaves *et al*, 2013).

La promoción de estilos de vida saludables forma parte integral de la atención en salud, que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha venido impulsando para unir esfuerzos en la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, incorporando prácticas de vida más saludables (CCSS, 2015), labor que muchos países han establecido como una política mundial ante el impacto que están teniendo dichas enfermedades en la salud pública y el consumo del presupuesto en salud (Gallardo *et al*, 2016; Minich & Bland, 2013).

Ante esta situación, la CCSS implementó una estrategia metodológica que permite a los equipos de salud orientar las intervenciones en promoción de estilos de vida saludables. Dicha labor comprende el fomento de prácticas de vida saludables organizadas en tres ejes temáticos que deben irse desarrollando con grupos nuevos cada año, permitiendo

que la población costarricense tenga las herramientas necesarias para hacer cambios positivos en su salud.

La estrategia mencionada se une al esfuerzo internacional para prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (Lecube, 2016). Para ello, considera los factores de riesgo modificables en el estilo de vida, los patrones culturales y la utilización de estrategias educativas que favorezcan cambios positivos en la salud (Lichtenstein *et al*, 2006; Eckel *et al*, 2013).

Avances de la intervención estratégica

La acción educativa grupal desarrollada por las áreas de salud se evalúa con base en una meta fijada por unidad, la cual varía, según el tamaño de la población asignada, entre 25 y 221 personas de 20 a menos de 64 años, que han participado en al menos ocho sesiones del proceso educativo.

Durante el desarrollo de la estrategia se incluye la aplicación de metodologías participativas y actividad física que estimulen el aprendizaje. A esto se suma el apoyo que reciben las áreas de salud en el proceso de divulgación de las acciones programadas por los equipos de salud, con el objetivo de estimular el involucramiento de la comunidad en las acciones de promoción de estilos de vida saludables.

En estos primeros tres años, se ha incrementado en 17 puntos porcentuales el cumplimiento de la meta de la acción grupal (de 77 % en el 2014 a 94 % en el 2016) y en cinco puntos porcentuales las áreas de salud que desarrollan la intervención a nivel institucional (de 92 % en el 2014 a 97 % en el 2016).

Adicionalmente, los equipos de salud han mostrado su esfuerzo por evidenciar la calidad del trabajo realizado en el desarrollo de procesos enfocados en intervención. En otras palabras, se observa mejoría en la utilización de una metodología participativa, en el desarrollo de las sesiones que involucran los ejes temáticos y en el cumplimiento de la meta institucional de participación a la acción grupal. Además, se ha incrementado el porcentaje de medios de comunicación que apoyan a las áreas de salud para divulgar y motivar a la población a formar parte de la intervención en promoción de estilos de vida saludables.

En el cuadro 4.1. se presentan los resultados de la evaluación respecto al cumplimiento de la meta institucional por regiones para el año 2016.

Cuadro 4.1

CCSS: Resultados de la acción grupal según región, 2016

(En porcentajes)

Región	Logro ¹
Institucional	94
Chorotega	17 ^{a/}
Huetar Norte	107 ^{a/}
Brunca	104 ^{a/}
Pacífico Central	101 ^{a/}
Central Sur	88
Huetar Atlántica	83
Central Norte	77

1/ El logro de la participación, según la meta de población adulta.

a/ El resultado regional es mayor al 100 %, porque algunas áreas de salud superaron la meta institucional.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

El 57 % de las regiones en la CCSS supera la meta de participación establecida para la acción grupal. Esto puede sugerir que el personal de salud ha hecho buenos esfuerzos por reunir a personas adultas con el objetivo de promover estilos de vida saludables; también puede deberse a una mejor utilización de los recursos disponibles, a mayor motivación de la comunidad por formar parte de los procesos educativos, a que los equipos de salud se encuentran más involucrados e incluso, a que ha mejorado el apoyo de las jefaturas de las áreas de salud para ejecutar la intervención estratégica.

Seguidamente, se presenta el comportamiento en los tres años evaluados respecto al número de áreas de salud que no evidenciaron acciones relacionadas con la intervención estratégica de promoción de estilos de vida saludables.

Cuadro 4.2

CCSS: Número de áreas de salud que no ejecutaron la intervención sobre promoción de estilos de vida saludables según región, 2014 - 2016

Región	Año		
	2014	2015	2016
Institucional	8	6	3
Central Norte	3	3	2
Central Sur	0	2	1
Chorotega	1	1	0
Brunca	1	0	0
Pacífico Central	1	0	0
Huetar Atlántica	2	0	0
Huetar Norte	0	0	0

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

De las áreas de salud que refiere el cuadro 4.2, cabe señalar el comportamiento de dos unidades, quienes continúan sin realizar acciones en sus comunidades para la promoción de estilos de vida saludables: Alajuela Sur, de forma consecutiva durante los tres años, y Paraíso, en los dos últimos años.

En general, el número de áreas de salud que no muestran reportes de la ejecución de acciones en la acción grupal como estrategia institucional, ha venido disminuyendo significativamente, aunque el objetivo sería que las cifras en este último cuadro aparezcan en cero, indicando que toda la institución está desarrollando procesos educativos en alimentación saludable, actividad física y estilos de vida saludable, como parte de la estrategia institucional para reducir los problemas de obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Otro grupo de áreas de salud a considerar, quienes desarrollaron acciones en estilos de vida saludable, pero no vinculados a los componentes descritos para la estrategia institucional, fueron: Zapote-Catedral, Guápiles, Alajuelita y Valle la Estrella. Estas unidades deben replantear aspectos en la ejecución de los procesos educativos, para sumarse al esfuerzo que se viene realizando en la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Por otra parte, en el análisis realizado a la acción grupal para los años 2015 y 2016, se observa: aumento de dos puntos porcentuales en la deserción institucional (de 36 % a 38 %), disminución de cuatro puntos porcentuales para el grupo de hombres (de 19 % a 15 %), aumento de cuatro puntos porcentuales para el grupo de mujeres (de 81 % a 85 %), y disminución de la edad promedio de los participantes (de 42 a 40 años). Esta contextualización de la población con la cual se está trabajando, permite a los equipos de salud orientar sus planes de acción, de tal forma que estos se enfoquen en llegar a las personas con bajos porcentajes de participación, como sucede con la población masculina y los adultos jóvenes.

Para el año 2016, la región Huetar Atlántica llegó a reportar el porcentaje más elevado de deserción entre las siete regiones, para un total de 52 %, valor que además de estar por encima del institucional, puede referirnos a una serie de características en la población que deben ser consideradas por los equipos de salud para replantear sus estrategias educativas.

Por su parte, las regiones Central Norte, Pacífico Central, Chorotega y Huetar Norte presentaron un porcentaje de deserción inferior al institucional. De estas, la Huetar Norte reportó el menor valor (24 %). Este tipo de resultados sería provechoso llevarlo a un encuentro entre las regiones, que exista una realimentación de estrategias utilizadas y se fortalezca la intervención en beneficio de la población y la salud en general.

Lo anterior conduce a la necesidad de efectuar un plan de acción en cada unidad, que involucre a todas las personas que tienen relación con la intervención estratégica, de tal forma que permitan solventar las dificultades que han enfrentado, utilizando los recursos disponibles.

Las estrategias que las áreas de salud definan en sus planes de acción para solucionar el problema de baja asistencia o el ausentismo de sus participantes, debe estar acompañada del apoyo de las direcciones médicas en cada unidad, de un equipo de salud comprometido y del apoyo en cuanto al recurso necesario, según las particularidades de la población o comunidad donde se esté trabajando; todos esos aspectos serán los que al final favorezcan el éxito de la intervención a nivel institucional.

Perspectiva de la intervención hasta el año 2018

Para el logro de los objetivos en cada unidad, se recomienda la elaboración de un plan de acción a nivel local, el cual le permitiría a las áreas de salud enfocar la estrategia utilizada. Algunos aspectos a considerar en el plan incluyen la designación de los miembros del

equipo de salud responsables de la ejecución y redefinir una metodología que promueva la participación de ambos sexos en forma homogénea y que reduzca los porcentajes de deserción. Parte de este proceso puede acompañarse del apoyo de las direcciones regionales, fortalecido con experiencias exitosas entre las diferentes unidades y con espacios que promuevan el enriquecimiento conjunto.

Otra de las mejoras que en años previos se ha mencionado, es el involucramiento del personal de salud encargado de la ejecución de los procesos educativos. En relación con este punto, cabe mencionar que muchas unidades de la institución cuentan con comisiones de promoción de la salud, las cuales han liderado y guiado la ejecución en las áreas de salud. Sin embargo, la recomendación base es tener claridad del equipo de salud que lo conforma, y que este es el responsable de liderar la ejecución y el plan de acción, el cual contempla las mejoras que se requieren y necesita del apoyo a nivel local.

Adicionalmente, se recomienda contar con una persona responsable de verificar que cada proceso educativo ejecutado a nivel local cumpla con la estrategia de acción grupal y colectiva; esto funciona como una herramienta para realimentar al área de salud en las mejoras que debe incurrir, ya sea en recursos materiales, humanos, en infraestructura, apoyo de las direcciones de cada centro de salud, entre otros aspectos. Sin embargo, este análisis interno debe hacerse y comunicarse, para buscar las opciones de solución que permitan el alcance de los objetivos propuestos.

Por otra parte, las áreas de salud comprenden que el desarrollo de procesos educativos en promoción de estilos de vida saludables requiere de un equipo organizado y una serie de recursos que no siempre están disponibles, pero que con el apoyo y coordinación es posible realizarlo. Esta situación refiere a la importancia que tienen las direcciones de todas las unidades en el éxito de las intervenciones, apoyando la conformación del equipo de salud, facilitando el espacio físico para las reuniones y la intervención, así como los recursos para materiales didácticos, disponibilidad en tiempo y apoyo administrativo, de ser requerido, entre otros componentes.

En conclusión, hay claridad de las entidades nacionales en que trabajar en la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, involucra indudablemente la promoción de una alimentación sana, la actividad física y un estilo de vida saludable, presentes en la intervención estratégica institucional; posición que a nivel internacional refieren los autores Masana, Ros, Sudan, Angoulvant y el grupo de expertos en estilos de vida (2017), así como Moñino y colaboradores (2016).

Referencias bibliográficas.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS, 2015. p. 99.
- Chaves, O., Cortés, A, Lizano, M. (2013). *Promoción de estilos de vida saludables. Proceso educativo participativo. Alimentación saludable y actividad física*. San José, Costa Rica: CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.
- Eckel, R., Jakicic, J., Ard, J., Hubbard, V., M-de-Jesus, M., Lee, I-Min.,...Tomaselli, G. (2013). 2013 AHA/ACC Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force Practice Guidelines. *Circulation*, 135(24), 3-45.
- Gallardo, K., Benavides, F.P., Rosales, R. (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 103-114.
- Gil, A., Ruíz, M.D., Fernández, M., Martínez, E. (2015). Guía FINUT de estilos de vida saludables: más allá de la pirámide de los alimentos. *Nutrición Hospitalaria*, 31, 2313-2323.
- Kottke, T., Wilkinson, J., Baechler, C., Danner, C., Erickson, K. , O'Connor, P., ...Straub, R (2016). *Health care guideline: healthy lifestyle*. 6ta. edición. Institute for Clinical Systems Improvement.
- Lecube, A., Monereo, S., Rubí, M.A., Martínez, P., Martín, A., Salvador, J., ...Casanueva, F. (2016). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la sociedad española para el estudio de la obesidad de 2016. *Endocrinología y nutrición*, 64(supl. 1), 15-22.
- Lichtenstein, A., Apple, L., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H., ...Wylei-Rosett, J. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific

statement from the american heart association nutrition committee. *Circulation*, 114, 82-96.

Masana, L., Ros, E., Sudano, I., Angoulvant, D. (2017). Is there a role for lifestyle changes in cardiovascular prevention? What, when and how? *Atherosclerosis Supplements* 26, 2-15.

Minich, D. & Bland, J. (2013). Personalized lifestyle medicine: relevance for nutrition and lifestyle recommendations. *The Scientific World Journal*, 2013, 14.

Moñino, M., Rodrigues, E., Solera, M., Domper, A., Vio, F., Curis, A., ...Miembros AIAM5. (2016). Evaluación de las actividades de promoción de consumo de frutas y verduras en 8 países miembros de la alianza global de promoción al consumo de frutas y hortalizas "5 al día" – AIMA₅. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética* 20(4), 281-297.

5. Las áreas de salud sobrepasan la meta institucional de control óptimo en el paciente hipertenso

El control óptimo de la presión arterial alcanzó un 68 % y la cobertura un 38 %.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, que rara vez provoca síntomas; afecta a más de mil millones de personas en el mundo y está entre las principales causas de mortalidad, ya que anualmente mueren nueve millones de personas por este mal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Además, es un factor de riesgo clave de enfermedades cardiovasculares, siendo causa de insuficiencia renal crónica, muertes por infartos (45 %), defunciones por enfermedad vascular cerebral (51 %) y mortalidad prematura (Lim, 2012) (OMS, 2013).

Existen estrategias, tanto de prevención primaria como secundaria, que disminuyen significativamente la morbimortalidad y los costos asociados a la hipertensión. La prevención de esta patología es una estrategia segura y menos costosa que las intervenciones quirúrgicas de revascularización miocárdica o la diálisis, que a veces son necesarias cuando la enfermedad no se diagnostica y no se trata a tiempo.

En Costa Rica, la hipertensión arterial es la enfermedad crónica con la prevalencia más alta, aun por encima de la dislipidemia y la diabetes (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016) . Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para el año 2015 se registraron 109 muertes relacionadas directamente con la hipertensión esencial primaria y 569 defunciones por enfermedad hipertensiva.

A nivel nacional, la prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 20 años es de 36,2 % (31,2 % prevalencia diagnosticada y 5 % prevalencia no diagnosticada) (CCSS, 2016). Para el 2016 la proyección de población para el grupo de 20 años y más era de 3 370 088 habitantes¹ (CCSS, 2017), por lo que la población hipertensa aproximada era de 1 219 972 (1 051 468 diagnosticados y 168 504 no diagnosticados).

¹ Datos ajustados de acuerdo con las cifras del Censo de Población 2011 y las Proyecciones de Población

Respecto a la carga de morbilidad, para el 2015 la CCSS registró 453 egresos hospitalarios con primer diagnóstico por enfermedad hipertensiva y 23 262 con diagnóstico secundario de hipertensión. Además, en las áreas de salud se brindaron servicios a poco menos de 470 mil personas con hipertensión esencial primaria, dentro del programa de atención a hipertensos.

En vista del impacto de la hipertensión arterial en términos de complicaciones macrovasculares, la CCSS se ha dado a la tarea de identificar oportunamente a los usuarios hipertensos mediante intervenciones costo-efectivas y de aplicación en el Primer Nivel de Atención. Entre estas, figura el tamizaje de hipertensión arterial y la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas y su detección temprana en todos los escenarios, para así evitar complicaciones cardiovasculares (CCSS, 2016).

La intervención de tamizaje para detección temprana de hipertensión arterial, pretende medir la cobertura de personas de 20 años y más, no conocidas hipertensas, a las que se les toma la presión arterial en un año, en los escenarios domiciliario, comunal y laboral, alcanzada por el área de salud. Este grupo representa el 68,8 % de la población asignada, que equivale a 2 321 335 personas, siendo la meta institucional al 2018 que al 38 % se le realice la toma de presión arterial, con el objetivo de encontrar a la población hipertensa que aún no ha sido diagnosticada.

A pesar de lo anterior, se continúan identificando dificultades para la recolección correcta del dato a partir de las modificaciones hechas al Cuadro N°20 del Informe Estadístico (I NIVEL) denominado “Actividades del Asistente Técnico de Atención Primaria” (ATAP), y que estas se reflejan en las variaciones de un año a otro entre las áreas de salud, por lo que los datos continúan careciendo de validez para la medición del indicador, así como de comparabilidad con los años anteriores.

Por otra parte, la intervención “Control de las cifras de presión arterial en personas con hipertensión arterial (HTA)”, tiene como objetivo que las personas hipertensas de 20 años y más de cada área de salud, con hipertensión esencial primaria (Código I10X de la CIE-10) logren un control óptimo de su enfermedad. Los parámetros de control óptimo se establecen en función de diagnósticos asociados y de la edad, tal como se detalla a continuación (CCSS, 2015):

- -Población hipertensa sin comorbilidad de importancia: presión arterial menor a 140/90 mmHg.

- -Población hipertensa con cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y nefropatía (incluye microproteinuria y/o insuficiencia renal crónica): presión arterial menor a 140/80 mmHg.
- -Población hipertensa mayor de 80 años (con o sin comorbilidad): presión arterial menor a 150/90 mmHg.

La mejora en las tasas de control de la presión arterial, es talvez una de las estrategias más beneficiosas que pueden mejorar la esperanza y la calidad de vida de miles de personas con resultados inmediatos y medibles (Redon, *et al*, 2016).

Control óptimo de presión arterial

Es esperable que al instaurar una acción en salud los resultados en la población mejoren año con año. En relación con el control óptimo, esa comparación se podrá realizar con los resultados del 2017, ya que, al cambiar de metodología de evaluación, los resultados del 2016 no son comparables con los de años anteriores.

Al recopilar los resultados de control óptimo para el 2016, se evidencia que las regiones Central Norte y Sur están sobre el resultado institucional, y que la región Huetar Norte es la que presenta el control óptimo de presión arterial más bajo (Cuadro 5.1).

Cuadro 5.1

CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial según región, 2016

(En porcentajes)

Región	Control óptimo
Institucional	68
Central Sur	71
Central Norte	68
Pacífico Central	67
Chorotega	62
Brunca	61
Huetar Atlántica	60
Huetar Norte	57

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Con respecto a las áreas de salud, 11 obtuvieron los resultados de control óptimo más alto (sobre percentil 90); de estas, Santa Ana es la que presenta el control más alto.

Asociado a esto y como un resultado particular, solo Puriscal-Turrubares no es de administración externa (Cuadro 5.2).

Cuadro 5.2

CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial según áreas de salud sobre el percentil 90, 2016

(En porcentajes)

Áreas de Salud	Control óptimo
Santa Ana (COOPESANA)	94
Barva (COOPESIBA)	87
San Juan-San Diego-Concepción 2 (UNIBE)	87
San Sebastián-Paso Ancho (ASEMECO)	86
San Pablo (COOPESIBA)	84
Escazú (COOPESANA)	84
La Carpio-León XIII (ASEMECO)	82
Pavas (COOPESALUD)	82
Montes de Oca 2 (UNIBE)	82
Puriscal-Turrubares	82
San Francisco-San Antonio (COOPESANA)	81

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En el otro extremo de los resultados se encuentran las áreas de salud que presentan los porcentajes de control óptimo más bajo (percentil 10), siendo Aguas Zarcas la que presenta el resultado más bajo. Cabe mencionar que, de las 11 áreas de salud en esta condición, tres pertenecen a la Chorotega (Cuadro 5.3).

Cuadro 5.3

CCSS: Control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial según áreas de salud bajo el percentil 10, 2016

(En porcentajes)

Áreas de salud	Control óptimo
Colorado	57
Santa Cruz	57
Horquetas-Río Frío	57
Buenos Aires	56
Goicoechea 2	56
Alajuela Oeste	54
Valle la Estrella	54
Limón	49
Liberia	47
Ciudad Quesada	44
Aguas Zarcas	40

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Con respecto al control óptimo en la población de personas con hipertensión arterial evaluada (6 473), se logró evidenciar que el 35 %, además de hipertensión arterial, presentaba alguna otra enfermedad concomitante (diabetes mellitus, nefropatía-proteinuria o cardiopatía isquémica), que modificaba el valor meta de presión arterial para catalogarlo como óptimo. Los resultados de estas personas con comorbilidad asociada mostraron que el 52 % alcanzaba las cifras de presión arterial solicitadas, mientras que en las personas sin comorbilidad (4 228) el resultado de control óptimo fue de 75 %.

Por otra parte, el 36 % de la muestra evaluada correspondió a personas mayores de 65 años; de estos, 11 pacientes presentaron presión arterial sistólica menor a 90 mmHg y 154 presión arterial diastólica menor a 60 mmHg; además siete de ellos presentaban ambas cifras bajo esos niveles. Estos resultados hacen evidente la necesidad de regular en forma más rigurosa la presión arterial en este grupo poblacional, ya que está bien definido el riesgo al que se somete al adulto mayor cuando asocia presiones arteriales bajas (hipotensión arterial) (Calkins *et al*, 2015; Verhaeverbeke & Mets, 1997).

Coberturas de atención

La cobertura institucional de personas de 20 años y más con hipertensión arterial para el año 2016 fue de 38 %, porcentaje que se ha mantenido sin cambio durante los últimos tres años.

El comportamiento regional muestra que la Central Sur es la que presentó la mayor cobertura para el 2016, y que, junto con la Chorotega y la Pacífico Central, son las únicas regiones cuyos resultados han permanecido sobre los institucionales desde el 2012. Por otra parte, la región Huetar Atlántica fue la que presentó la cobertura más baja en el 2016 (Cuadro 5.4).

Cuadro 5.4

CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial, según región^{1/}, 2012-2016

(En porcentajes)

Región	2012	2013	2014	2015	2016
Institucional^{3/}	37	36	38	38	38
Central Sur ^{2,3/}	40	38	41	40	41
Chorotega	41	40	40	42	40
Pacífico Central	36	34	46	43	40
Central Norte	34	34	36	35	36
Brunca	33	33	34	35	36
Huetar Norte	31	31	32	35	35
Huetar Atlántica	32	31	31	36	34

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

2/ No contempla Catedral Noreste.

3/ Datos del 1 de abril al 31 de diciembre 2014, para áreas de salud UNIBE.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2015-2016.

A nivel de áreas de salud, en los dos últimos años San Rafael de Puntarenas ha presentado la cobertura de hipertensión arterial más alta, mientras que Tibás la cobertura más baja.

Las áreas de salud de Nandayure y Santa Cruz, presentaron su cobertura más baja en relación con todos los años anteriores, estableciéndose una diferencia cercana a los 10 puntos porcentuales respecto a su resultado más bajo.

Por su parte, el área de salud de Siquirres redujo su cobertura con respecto al año anterior y presenta la cobertura más baja en el 2016.

También hay áreas de salud, como Corralillo, Zapote-Catedral y Desamparados 1, que han aumentado su cobertura y además están entre las más altas del 2016.

Coberturas de atención y control óptimo de presión arterial

Ambos son indicadores de la atención que está recibiendo la población de personas con hipertensión arterial, por lo que sus acciones deben ser complementarias; se entiende de esto que el abordaje individual no debe privar sobre el abordaje poblacional, ya que ambos son importantes.

Para establecer una relación entre los resultados de control óptimo y cobertura en el año 2016, se utilizaron los resultados más bajos (bajo percentil 10) y los más altos (sobre percentil 90), encontrándose que:

- Valle la Estrella presenta ambos resultados bajo el percentil 10 (54 % para control óptimo y 29 % para cobertura).
- Goicoechea 2 presenta un control óptimo bajo el percentil 10 y una cobertura sobre el percentil 90.
- Santa Ana, San Pablo, La Carpio-León XIII y San Francisco-San Antonio, presentan controles óptimos sobre el percentil 90 y coberturas bajo el percentil 10.
- No existen áreas de salud con ambos resultados sobre el percentil 90.

Recomendaciones

Como parte del análisis de los indicadores evaluados, se plantean situaciones de interés en los resultados obtenidos. Se espera que los gestores en salud valoren la pertinencia de estas observaciones y las posibles acciones a realizar en cada uno de los niveles para mejorar los resultados.

La detección temprana de usuarios hipertensos a través de la toma de presión arterial no solo en los centros de salud, sino también en otros escenarios, como el domicilio, las empresas, las ferias de la salud, las universidades o los centros diurnos, continúa siendo la herramienta de tamizaje más costo-efectiva, por lo que la proyección del área de salud a las comunidades es un tema que se debe solventar para lograr captar personas no conocidas hipertensas.

Hay espacio para la mejora en la calidad de los registros y en los procedimientos para obtenerlos, y esto fue evidente en la evaluación 2016, ya que un 1,2 % de los expedientes

evaluados no correspondía al indicador, situación que se espera mejore con la implementación del Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) y los procesos de estandarización de los códigos diagnósticos (CIE-10) relacionados con hipertensión arterial.

Siendo específicos, ameritan seguimiento las áreas de salud con bajo control óptimo y las que tienen bajas coberturas. En este último grupo se debe valorar el número de atenciones por hipertensión arterial que se presentan año a año y así verificar si las atenciones han disminuido. Asimismo, hay que valorar el número de personas de 20 años y más que asigna la pirámide poblacional, ya que esto también afecta la cobertura.

Referencias bibliográficas.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares* (Primera ed.). San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda Encuesta 2014*. San José, Costa Rica: EDNASSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Estadísticas Actuariales*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Calkins, H.G. & Zipes, D.P. (2015). Hipotensión y síncope. En: Mann, D.L., Zipes, D.P., Libby, P., Bonow, R.O. *Tratado de Cardiología Braunwald* (Décima ed.) (págs. 861-871). España: Elsevier.
- Lim, S. V. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-60.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis*. Ginebra: WHO.

Redon, J., Mourad, J.J., Schmieder, R.E., Volpe, M., Weiss, T.W. (2016). Why in 2016 are patients with hypertension not 100 % controlled? A call to action. *Journal of Hypertension*, 34(8), 1480-88.

Verhaeverbeke I & Mets, T. (1997). Drug-induced orthostatic Hypotension in the elderly: avoiding its onset. *Drug Safety*, 17(2), 105-118.

6. La cobertura de diabetes mellitus se estabiliza

El control glicémico presenta amplias oportunidades de mejora.

La diabetes es una enfermedad crónica compleja, que requiere atención médica continua, con estrategias para reducir el riesgo multifactorial, además del control glicémico. La educación y el apoyo para el autocuidado de los pacientes en curso son críticos para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo (American Diabetes Association [ADA], 2017).

En las últimas décadas su prevalencia ha aumentado en todo el mundo y con particular rapidez en los países de ingresos bajos y medianos. Se estima que de 1980 a 2014 se ha cuadruplicado la población mundial de adultos con diabetes y su prevalencia en ese período casi se ha duplicado, hasta alcanzar 8,5 % (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Cerca de la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglicemia tienen lugar antes de los 70 años de edad y según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

Aunque las causas de este aumento son complejas, está asociado a un incremento en la frecuencia de los factores de riesgo conexos, como el exceso de peso y la inactividad física de la población.

Costa Rica, lejos de escapar a esta tendencia mundial, se encuentra entre los países latinoamericanos con mayor prevalencia en el mundo, cifra que llegó a 12,8 % en el 2014 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016). La creciente población de adultos diabéticos ejerce una importante carga asistencial y económica sobre el sistema de salud. Los servicios prestadores con frecuencia ven superada su capacidad de oferta ante necesidades poblacionales que crecen más rápidamente. No es casualidad que las corrientes científicas actuales muestren mayor interés en la prevención o en retrasar la aparición de la enfermedad, para lo cual se investiga en las estrategias más exitosas que logren modificar los estilos de vida, el desarrollo de programas de educación para el autocuidado e incluso, la utilización de medicamentos (ADA, 2017).

Coberturas de atención

La cobertura de atención institucional alcanzada en el 2016 para las personas de 20 años y más diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, fue de 41 %. En los dos años anteriores

la institución había logrado prácticamente el mismo porcentaje, tomando como referencia la prevalencia actual de 12,8 %.

Bajo estas condiciones, los datos disponibles no sugieren variabilidad en los últimos tres años. Sin embargo, pese a que las coberturas institucionales parecen haberse estabilizado en este período, sus determinantes han tenido un comportamiento muy dinámico. Por un lado, los servicios enfrentan una enfermedad crónica que está apareciendo en adultos cada vez más jóvenes; mientras que por el otro, incrementa la esperanza de vida de las personas con diabetes, lo cual multiplica la demanda sanitaria.

Hasta ahora, los incrementos en la oferta de atención han alcanzado para neutralizar los cambios en la pirámide poblacional y los efectos de la mayor prevalencia de la enfermedad. Sin embargo, no se dispone de un parámetro adecuado para valorar el nivel de cobertura alcanzado, pero parece insuficiente si se considera que la cobertura total de atención para ese mismo grupo de edad es de 50 %.

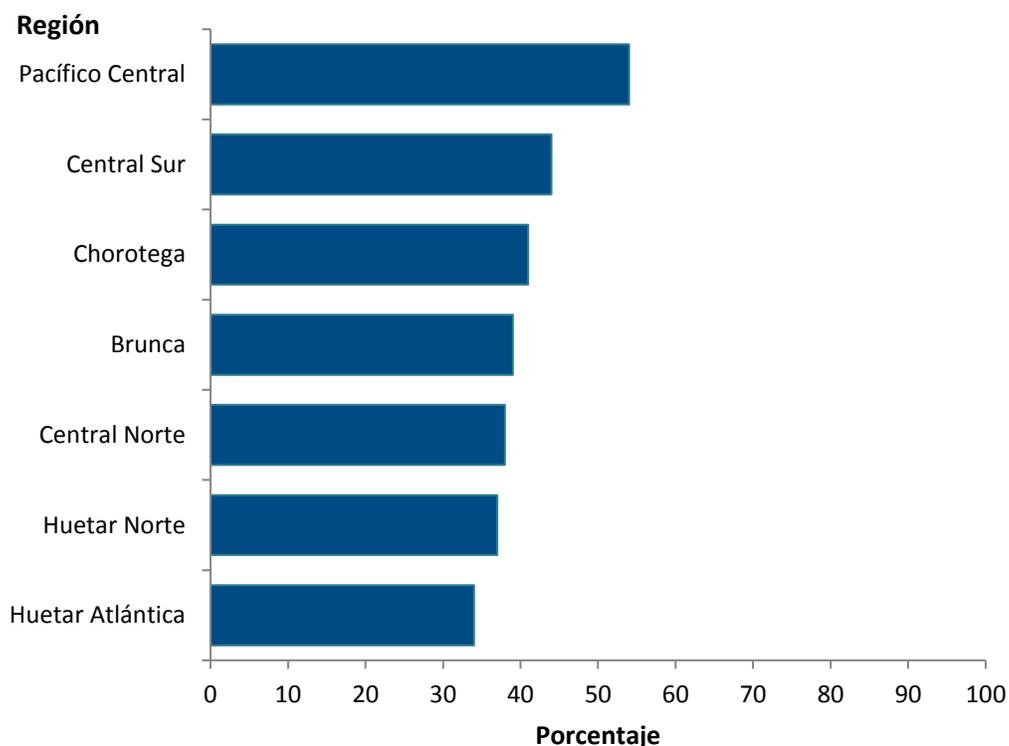
Se ha discutido ampliamente acerca del papel de los servicios privados y las modalidades alternativas de atención -mixta o de empresa-, a los que se les atribuye una cuota importante en la detección y seguimiento de las personas con diabetes. A estos rubros debe sumarse la cantidad de usuarios que continúan su control de manera permanente en los servicios institucionales de otros niveles de atención. El peso desconocido de estos rubros hace difícil estimar una meta razonable para esta cobertura, aun conociendo que el 21 % de la población mayor de 20 años niega contar con la condición de asegurado (CCSS, 2016).

Un dato complementario que indica un rol muy activo de otras entidades o modalidades de atención, es la prevalencia tan baja de diabetes no diagnosticada (2,8 %). No solo se deduce que una importante proporción de personas se capta en servicios externos, sino que, además, estos tienen la capacidad de ofrecer un seguimiento estable. Aunque podría suponerse que una parte de las personas diagnosticadas permanecen alejadas de los servicios, confiados de estar en una etapa inicial y asintomática de la enfermedad, su progreso les obligará a buscar control y tratamiento. Pese a esta necesidad, más de la mitad de la población diabética estimada del país no acude a los servicios institucionales del primer nivel de atención.

Los resultados de cobertura en las regiones se muestran en el gráfico 6.1.

Gráfico 6.1

CCSS: Cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 según región^{1/}, 2016



1/ No incluye el Área de Salud Catedral Noreste

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Las diferencias de cobertura entre las regiones llegan hasta 20 puntos porcentuales. A pesar de que el análisis no es simple, muchas de estas diferencias responden a factores internos de los servicios, como la implementación discrecional de estrategias que facilitan el seguimiento periódico de los usuarios. Además, en general, las unidades prestadoras se han organizado de manera distinta, en función de su capacidad instalada, para satisfacer las demandas crecientes de este grupo.

Aparte de la saturación de los servicios, algunas unidades también presentan problemas en virtud de sus particularidades geográfico-poblacionales, lo cual genera limitaciones de acceso. Este conjunto de diferencias, entre condiciones poblacionales y de oferta de servicios, determinan diversos grados de contacto entre los servicios y el usuario, que solo pueden ser valorados adecuadamente en el nivel local.

Control metabólico de las personas diabéticas

Las condiciones que comúnmente coexisten con la diabetes mellitus tipo 2, como hipertensión y dislipidemia, son factores de riesgo claros que se asocian para producir enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Numerosos estudios han mostrado la eficacia de controlar individualmente los factores de riesgo para prevenir o reducir la enfermedad cardiovascular en personas con diabetes. Además, se han observado grandes beneficios cuando se abordan de forma simultánea múltiples factores de riesgo (ADA, 2017).

La intervención “Control óptimo de los parámetros metabólicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2”, se desagrega en tres indicadores que miden el porcentaje de usuarios con edades de 20 años y más, que alcanzan el nivel óptimo, según los siguientes criterios:

- 1- Control glicémico: valor de HbA1c inferior a 7 % en el último examen del segundo semestre, para personas de 20 a 80 años de edad. El resultado debe ser menor a 8 % en personas mayores de 80 años.
- 2- Control de presión arterial: cifras inferiores a 140/80 mmHg para personas de 20 a 80 años de edad y menores de 150/90 mmHg para mayores de 80 años. Las cifras tensionales corresponden a la última consulta del año evaluado, independientemente del motivo de consulta.
- 3- Control lipídico: colesterol LDL inferior a 100 mg/dL. Esta fracción de colesterol se calcula por diferencia, siguiendo la fórmula de Friedewald, a partir de los valores de colesterol total, triglicéridos y colesterol HDL tomados del último perfil lipídico disponible del año evaluado. Cuando el valor de los triglicéridos es ≥ 400 mg/dL, el nivel óptimo se establece a partir de un valor de colesterol no HDL inferior a 130 mg/dL.

La definición operativa del alcance simultáneo de los tres criterios anteriores se denomina “control óptimo global” (COG) y representa el porcentaje de personas diabéticas que lograron el control óptimo en glicemia, presión arterial y control lipídico.

Cabe mencionar que una de las principales limitaciones para comparar los niveles institucionales con logros en otros países ha sido, en parte, la variabilidad de los criterios al definir el nivel óptimo y las diferencias metodológicas con que se realizan las mediciones.

En la “Declaración de consenso para el tratamiento de la diabetes de las asociaciones médicas de 17 países latinoamericanos”, se proponen criterios muy similares a los que utiliza la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS). Sin embargo, también se señala que estos sistemas de salud no siempre disponen del examen de HbA1c para el seguimiento ordinario de sus pacientes (Guzmán *et al*, 2010).

El cuadro 6.1 resume los promedios regionales de control óptimo obtenidos en cada parámetro individual y en control óptimo global (COG).

Cuadro 6.1

CCSS: Control óptimo en personas con diabetes mellitus tipo 2 por parámetro individual y COG^{1/}, según región, 2016

(En porcentajes)

Región	Parámetro individual			COG
	Glicemia	Presión arterial	Lípidos	
Institucional	41	52	35	11
Central Sur	46	56	39	13
Central Norte	43	50	34	12
Pacífico Central	37	50	30	9
Huetar Atlántica	29	54	31	8
Chorotega	34	47	34	7
Brunca	37	49	32	6
Huetar Norte	30	51	27	5

1/Control óptimo global

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Los cambios metodológicos aplicados en la EPSS 2016 han permitido obtener líneas de base sólidas y confiables en cada uno de los parámetros evaluados. Aunque estos ajustes invalidan cualquier intento de comparación con las cifras de años anteriores, llama la atención que los resultados de la presente evaluación guardan mucha similitud con los del año 2015.

Dado que usualmente las condiciones de oferta/demanda de los servicios no varían de manera radical de un año a otro, en teoría, los resultados presentan cambios mínimos en períodos cortos, una característica que también se ha observado en experiencias internacionales (Gimeno, 2003). Sin embargo, no es posible asegurar que se ha llegado a

ese nivel de estabilidad si antes las unidades no han cerrado posibles brechas en la gestión local, de donde se pueden obtener mejores resultados con mayor rapidez.

Control glicémico

El control glicémico óptimo a nivel institucional en el 2016 fue de 41 % (IC 90 40,3 - 42,2), una cifra ligeramente mayor a la calculada en años anteriores, a partir de la metodología tradicional (39 % para ambos períodos, 2014 y 2015). La meta institucional propuesta al 2018 (52 %) persiste distante para la mayoría de las unidades y solo 13 áreas de salud lograron alcanzarla.

Como referencia general, en un estudio multicéntrico conducido en España, se midió en una sola entrevista la proporción de pacientes óptimamente controlados con el criterio de HbA1c < 7 %, a partir del análisis de 5 382 personas diabéticas. El resultado fue de 48,6 % (Pérez *et al*, 2014).

Aunque no se pueden esperar grandes cambios en el cumplimiento del indicador a corto plazo, el presente proceso de evaluación ha logrado documentar oportunidades reales de mejora que podrían transformar de forma rápida los resultados a nivel local. En seguimiento a observaciones realizadas en otros períodos de evaluación, el foco de este análisis se centra ahora en el cumplimiento semestral de los exámenes de HbA1c.

En informes anteriores se ha señalado de manera repetida que los bajos resultados en control glicémico que presentan muchas unidades están asociados, en alguna medida, con la cantidad de usuarios que no cuentan con los exámenes semestrales de HbA1c. Estos exámenes de seguimiento se encuentran establecidos en la normativa técnica institucional.

Para efectos de resultados, la ausencia de un examen de HbA1c en el segundo semestre del año evaluado es equivalente a un control glicémico inadecuado. Por otro lado, la probabilidad de que cualquier examen realizado en este semestre alcance un valor óptimo debe aproximarse, al menos, al porcentaje de control óptimo obtenido por la unidad. Por tanto, una relación aritmética simple permitiría estimar la cantidad de usuarios que pudieron haber conseguido un nivel óptimo si hubiesen cumplido con sus exámenes en el período correspondiente. En teoría, esta cantidad representa una proporción potencialmente recuperable, que pudo haberse sumado al control óptimo que logró cada unidad.

Debido a que el cumplimiento de los exámenes de laboratorio es una responsabilidad que puede atribuirse a los servicios de salud, esta determinación podría constituirse en un indicador complementario de gestión. De igual forma, esta proporción recuperable ayudaría a los gestores del nivel local a fijar expectativas de mejora más realistas con respecto al control óptimo.

Al cuantificar la carencia del examen en el segundo semestre de 2016, se advierten variaciones muy notables entre las unidades, donde la diferencia máxima alcanza 50 puntos porcentuales.

Esta debilidad en la gestión clínica es muy evidente cuando se examinan los porcentajes de incumplimiento más altos, los cuales fueron:

<i>Área de salud</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Área de salud</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Colorado</i>	<i>58</i>	<i>Puerto Viejo-Sarapiquí</i>	<i>46</i>
<i>Alajuela Central</i>	<i>56</i>	<i>Mata Redonda-Hospital</i>	<i>44</i>
<i>Pital</i>	<i>54</i>	<i>Talamanca</i>	<i>43</i>
<i>Alajuela Oeste</i>	<i>53</i>	<i>Limón</i>	<i>43</i>
<i>Horquetas-Río Frío</i>	<i>49</i>	<i>Los Chiles</i>	<i>42</i>

Por otra parte, cabe destacar que quienes presentaron los niveles más bajos de incumplimiento fueron:

<i>Área de salud</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Área de salud</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Cañas</i>	<i>7</i>	<i>San Pablo</i>	<i>12</i>
<i>Escazú</i>	<i>9</i>	<i>Nandayure</i>	<i>13</i>
<i>Barva</i>	<i>10</i>	<i>La Unión</i>	<i>13</i>
<i>Turrialba-Jiménez</i>	<i>10</i>	<i>Acosta</i>	<i>13</i>
<i>San Juan-SD-Concepción</i>	<i>10</i>	<i>Hojancha</i>	<i>13</i>

Las cifras del primer grupo sugieren que una considerable cantidad de usuarios no cumple con uno de los criterios más importantes en su seguimiento; mientras que en el segundo grupo se observa que las unidades que han reducido sustancialmente esa brecha, no logran disminuir el incumplimiento a 0 %. Es probable que intervengan factores ajenos al control de la unidad, que limiten en diferente medida este alcance.

La revisión de los expedientes seleccionados en las muestras de evaluación de las 104 áreas de salud, distribuidos según las regiones, ofrece una perspectiva más general del problema:

<i>Región</i>	<i>Muestra evaluable</i>	<i>Sin examen de HbA1c II semestre</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Central Sur</i>	2 205	493	22
<i>Chorotega</i>	880	221	25
<i>Pacífico Central</i>	758	198	26
<i>Central Norte</i>	1 775	487	27
<i>Huetar Atlántica</i>	550	172	31
<i>Brunca</i>	412	129	31
<i>Huetar Norte</i>	544	194	36
TOTAL	7 124	1 894	27

Aún queda pendiente someter estas cifras a estudios con modelos estadísticos, que midan de manera precisa el peso de estos vacíos en la atención y ayuden a predecir el nivel de mejora que podría esperarse en el control glicémico óptimo de cada unidad.

Control de presión arterial

El nuevo promedio institucional en el control óptimo de la presión arterial (52 %, IC 90 51,3 - 53,3) es también muy similar al calculado en años anteriores. Hace un año se explicó que una amplia mayoría de las unidades había alcanzado la meta institucional al 2018 (40 %), debido a la actualización de los criterios técnicos, que incorporaron niveles menos exigentes de presión arterial y el cumplimiento diferenciado para las personas de 80 años y más.

En el 2016, 88 áreas de salud (85 %) alcanzaron la meta y la mayor parte de las restantes obtuvieron logros muy cercanos. Aunque el ajuste de la meta ha sido una necesidad muy clara, se consideró conveniente esperar a que los avances metodológicos en la recolección de datos permitieran utilizar información de base más confiable y precisa para fijar un nuevo valor.

De cualquier manera, los resultados 2016 suponen un nivel satisfactorio, en particular cuando se consultan experiencias internacionales similares (Jiménez *et al*, 2013).

Los resultados que se muestran en el cuadro 6.1 presentan poca variabilidad. El rango regional es de solo 10 puntos porcentuales. A diferencia de los otros parámetros de

control, cuyos criterios dependen de exámenes de laboratorio, el incumplimiento de la toma de la presión arterial es excepcional. De esta forma, las expectativas de mejora en este indicador dependen de las posibilidades de optimizar las acciones terapéuticas en la consulta y de la disposición de estrategias complementarias que faciliten la adopción de estilos de vida saludables.

Control lipídico

El control óptimo lipídico siempre ha sido el parámetro más difícil de alcanzar, debido al trastorno metabólico típico que acompaña invariablemente a la diabetes, además del requerimiento casi generalizado de medidas farmacológicas para su correcto manejo. Al respecto, cabe mencionar que, por su gran variedad, no es posible disponer de todas las opciones terapéuticas en los servicios institucionales del primer nivel de atención (ADA, 2017).

En el año 2016, el promedio institucional en control lipídico alcanzó un 35 % (IC 90 34,2 - 36,1), dato que también coincide con el valor encontrado en el 2015. Además, logró un porcentaje alto de personas diabéticas a quienes se les realizó al menos un examen de perfil lipídico en el 2016 (92 %).

A pesar de que ocho de las 104 unidades evaluadas alcanzaron la meta institucional 2018 (52 %), una gran mayoría de ellas (88) se ubicaron a 10 o más puntos porcentuales de ese valor. Estas diferencias tan marcadas entre los grupos mencionados pueden motivar futuros estudios, con el fin de conocer si sus principales determinantes residen en factores propios de la prestación.

De acuerdo con los datos mostrados anteriormente en el cuadro 6.1, la mayor diferencia regional en el control lipídico fue de 12 %, con el mínimo en la Huetar Norte (26 %, IC 90 23,6 – 29,8) y el máximo en la Central Sur (39 %, IC 90 37,0 – 40,4).

Control óptimo global

La proporción institucional de usuarios que lograron un control óptimo global (COG) en el 2016 fue de 11 % (IC 90, 10,3 - 11,5). Si bien es usual que el porcentaje esperado para este indicador global sea bajo, debe añadirse que, hacia el otro extremo de la escala, el 23 % de los usuarios no llega al nivel óptimo en ninguno de los tres parámetros. Desde esta perspectiva, el balance general de la atención recibida por este grupo prioritario sugiere que es insuficiente para proteger su salud cardiovascular.

Aunque las diferencias parecen pequeñas en los resultados del cuadro 6.1, algunas regiones duplican la proporción de usuarios globalmente controlados que logran otras. Las regiones Huetar Norte, Brunca y Chorotega muestran los promedios más bajos, y las tres presentan al menos un área de salud con un COG inferior al 3 %. Sin embargo, las dos áreas de salud que obtuvieron un COG de 0 % no pertenecen a estas regiones (Puerto Viejo-Sarapiquí y Garabito). Además, las diferencias registradas en el plano local son muy amplias, si se considera que el valor máximo fue de 41 % (Área de Salud de Santa Ana).

Adicionalmente, es muy importante que este tipo de análisis se complemente con el estudio de las coberturas de atención. Las revisiones preliminares de las coberturas locales muestran que los niveles más altos de COG se logran en áreas de salud que tienden a presentar coberturas de atención relativamente bajas. Esta observación puede conducir a futuros estudios que planteen la necesidad de ajustar la forma de medir los logros, ya que es indispensable que los beneficios en salud se extiendan a la mayor cantidad de personas tributarias de cada programa.

Es claro que cualquier esfuerzo orientado a mejorar los resultados de este indicador global debería partir de la revisión de los dos parámetros que usualmente presentan más bajo cumplimiento: glicemia y lípidos. De estos, la evidencia recolectada indica que el control glicémico ofrece las mayores oportunidades de mejora.

Una vez cerradas las brechas de gestión más obvias, el progreso en el control global dependerá, en parte, de mejorar las capacidades y opciones terapéuticas disponibles en el seguimiento de los tres parámetros. Dentro de este apartado debe valorarse, de manera más formal, el efecto de la resistencia a variar el plan terapéutico (inercia terapéutica) y la tolerancia de los servicios al descontrol asintomático de los usuarios.

Asimismo, no se puede dejar de contribuir, desde las limitaciones de los servicios, con cualquier esfuerzo educativo que fortalezca el autocuidado de los pacientes y la adopción sostenida de estilos de vida saludables.

Referencias bibliográficas.

- American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40(1), 1-132.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta, 2014*. San José, Costa Rica: EDNASSS.
- Gimeno, J. (2003). Factores relacionados con el control glucémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Anales de Medicina Interna*, 20(3), 122-126.
- Guzmán, J., Lyra, R., Aguilar, C.A., Cavalcanti, S., Escaño, F., Tambasia, M., Duarte, E. (2010). Treatment of type 2 diabetes in Latin America: a consensus statement by the medical associations of 17 Latin American countries. *Rev Panam Salud Pública*, 28(6), 463-71.
- Jiménez, A., Aguilar, C.A., Rojas, R., Hernández, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), 137-143.
- Mathers, C. & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 3(11), e442.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación*. Washington DC: OMS.
- Pérez, A., Mediavilla, J.J., Miñambres, I., González-Segura, D. (2014). Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. *Revista Clínica Española*, 214(8), 429-36.

7. Acceso y control óptimo, aspectos inseparables en la atención de la dislipidemia

La cobertura de dislipidemia se mantiene estable y el control óptimo a cinco puntos porcentuales de la meta 2018

En los últimos años la dislipidemia se ha vuelto un tema ampliamente discutido y esto se puede evidenciar en las guías europeas sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular del 2016 (Brotons & Lobos, 2017), las cuales se enfocan en la prevención cardiovascular global, incluyendo: la promoción de estilos de vida saludables, el control de los factores de riesgo (entre los que se encuentra la dislipidemia), el abordaje terapéutico (farmacológico o no) y la detección precoz de la enfermedad. También recomiendan un enfoque poblacional de las enfermedades cardiovasculares, siendo este un concepto similar al manifestado por la Organización Mundial de la Salud tras 30 años de atención primaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

Estas recomendaciones han sido implementadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desde años atrás, al brindar importancia tanto a la eficiencia como a la efectividad con que se utilizan los recursos, siendo el control óptimo en las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, etc.) un ejemplo de esto.

La dislipidemia es uno de los principales problemas de salud de la población, por lo que la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2013) la establece como una intervención estratégica y la integró al Plan de Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) 2014-2018.

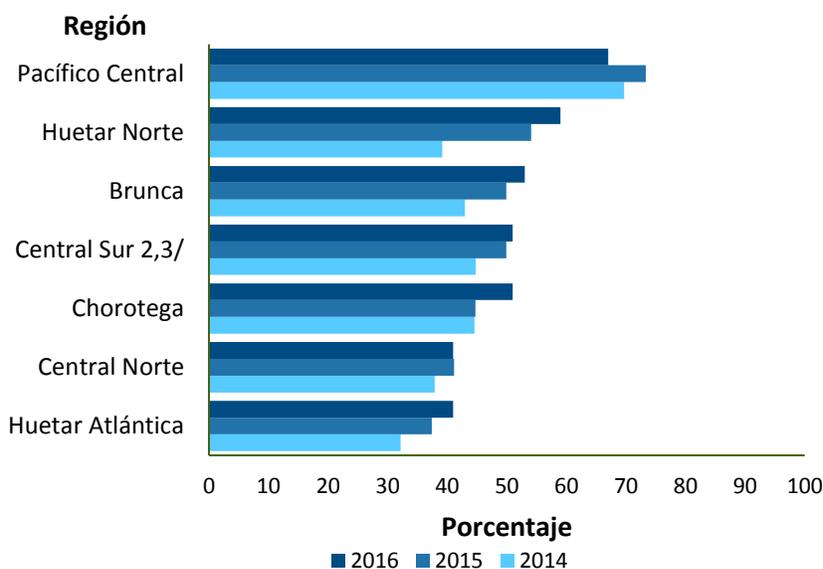
Actualmente, el criterio de evaluación en el indicador de dislipidemia es que cada persona con dislipidemia alcance un valor de LDL colesterol inferior al máximo permitido según su riesgo cardiovascular (control óptimo de LDL/no HDL-colesterol); no obstante, se continúan recopilando los datos de cobertura. Lo anterior permite establecer la relación entre estos dos indicadores para las 104 áreas de salud de la CCSS, con lo que se pretende evaluar el control individual de las personas con dislipidemia sin perder de vista el abordaje poblacional.

Coberturas de atención

Para la evaluación del abordaje de la dislipidemia en el año 2016, se utilizó la prevalencia del 25 % de las personas de 30 años y más. Este porcentaje representa la población susceptible a ser dislipidémica, un total de 622 326 personas que constituyen la población blanco. De esta población, la CCSS atendió a 303 139 personas con diagnóstico de dislipidemia (código CIE-10: E78), alcanzando una cobertura institucional de dislipidemia de 49 %. Sin embargo, en las regiones hay una amplia variabilidad de resultados. La Pacífico Central presentó una cobertura de 67 %, siendo la mayor de todas las regiones, a pesar de haber disminuido con respecto a los años anteriores. Por su parte, la Central Norte y la Huetar Atlántica fueron las regiones con la cobertura más baja, con un 41 % en ambas (Gráfico 7.1).

Gráfico 7.1

CCSS: Cobertura de atención a personas con dislipidemia^{1/} según región, 2014-2016



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

2/ No contempla Catedral Noreste.

3/ Datos del 01 de abril al 31 de diciembre de 2014 para áreas de salud UNIBE.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

A nivel de áreas de salud, San Isidro, Chomes-Monteverde, Acosta y San Rafael de Puntarenas presentaron coberturas mayores a 90 %, siendo este valor muy alto, por lo que se elevó el resultado institucional. Esta peculiaridad en las cuatro áreas de salud ha permanecido durante los últimos tres años, lo que amerita un análisis posterior de los gestores de cada una de ellas.

Por otra parte, el área de salud Colorado aumentó la cobertura, pasando de 32 % a 80 %, debido a la mejoría en la calidad de sus registros. Lo contrario sucedió con el Área de Salud San Francisco-San Antonio, ya que disminuyó en 2 050 las atenciones de personas con dislipidemia, pasando de 92 % a 48 %.

Por su parte, hay áreas de salud que continúan presentando coberturas muy bajas, entre estas Coronado, que además disminuyó su cobertura respecto al año anterior, pasando de 10 % a 9 %. En estas áreas de salud es primordial verificar la metodología de registro de las personas atendidas por dislipidemia.

Control óptimo de la dislipidemia (LDL /no HDL-colesterol)

El resultado de control óptimo institucional, independientemente de la categoría de riesgo cardiovascular, es del 50%. Todas las regiones presentan porcentajes superiores al 40%, la Brunca es la que presenta el resultado más alto de control óptimo y supera por más de 10 puntos porcentuales a la Chorotega, que es la región que presenta el porcentaje más bajo (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1

CCSS: Control óptimo de LDL/no HDL-colesterol en personas con dislipidemia según región, 2016

(En porcentajes)

Regiones	Control óptimo de LDL/no HDL-colesterol
Institucional	50
Brunca	54
Central Sur	54
Huetar Atlántica	50
Huetar Norte	47
Pacífico Central	46
Central Norte	45
Chorotega	44

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

A nivel de áreas de salud, la que presentó el porcentaje más alto de control óptimo fue Escazú, con un 81 %, mientras que Zapote-Catedral presentó el porcentaje más bajo, con un 19 %.

Como datos complementarios, se determinó que el 3 % de los expedientes evaluados no pertenecía al indicador, reduciéndose el tamaño de la muestra. Esta situación se debe predominantemente a errores de registro; sin embargo, estos se han reducido a lo largo del tiempo. Esta reducción se asocia al grado de implementación del Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en las áreas de salud.

Otro dato a tomar en consideración, es que el 3 % de los expedientes evaluados no contaba con al menos un perfil lipídico realizado en el año evaluado. Esto no permitió conocer si alcanzaban los valores de LDL/no HDL-colesterol establecidos como óptimos para su riesgo cardiovascular (control óptimo). Por esta situación, no cumplen para efectos evaluativos del indicador.

En cuanto a los usuarios que fueron categorizados según el riesgo cardiovascular (6981), se evidenció que el 44 % (3051) presentaba alto riesgo. Este grupo lo integraron las personas con antecedentes clínicos de alguna enfermedad aterosclerótica o de un equivalente de riesgo coronario (diabetes mellitus, principalmente) y también por aquellos que sumaron tres factores de riesgo mayores, según se establece en la guía técnica institucional vigente. Los usuarios pertenecientes a esta categoría alcanzaron un 30% de control óptimo (905).

Por su parte, el grupo de moderado riesgo cardiovascular se refiere a las personas que sumaron dos factores, quienes integraron la categoría con la menor proporción de usuarios (22%). El porcentaje de control óptimo en ellos fue de 51% (773). Es importante señalar que la mayoría de los episodios cardiovasculares se originan en personas con este tipo de riesgo (Marrugat, 2011). Los usuarios de bajo riesgo constituyeron el 35% (2419) de los dislipidémicos categorizados y lograron un 76% (1832) de control óptimo.

Relación cobertura-cumplimiento

Considerando que en la CCSS el abordaje adecuado de las personas con dislipidemia incluye el acceso a los servicios de salud y el control adecuado del perfil lipídico, se relacionaron los resultados de los indicadores de cobertura y los de control óptimo en personas con dislipidemia de la siguiente forma.

1. Se distribuyeron las áreas de salud según los resultados obtenidos en el indicador de cobertura, en las siguientes categorías:

Categorías	Rango (porcentajes)	Percentiles
Muy bajos	menor a 34,7	<P ₁₀
Bajos	34,8 - 40,4	P ₁₀ - P ₂₅
Intermedios	40,5 - 57,8	P ₂₅ - P ₇₅
Altos	57,9 - 64,3	P ₇₅ - P ₉₀
Muy altos	mayor a 64,4	>P ₉₀

2. El mismo procedimiento se realizó para el indicador de control óptimo de LDL/no HDL-colesterol.
3. Posteriormente, se analizaron las categorías 1 y 5 (extremos), para cada uno de los indicadores:
 - a) Muy baja cobertura

Estas áreas de salud presentan limitaciones de acceso a los servicios de salud para la población con dislipidemia (Cuadro 7.3).

Las Áreas de Salud Alajuela Central y Alajuela Oeste ameritan seguimiento en el abordaje de la dislipidemia, ya que además de tener una cobertura muy baja, presentan un muy bajo porcentaje de personas con control óptimo.

Las Áreas de Salud Barva, San Pablo y La Carpio-León XIII también presentan muy bajas coberturas, pero tienen muy altos porcentajes de control óptimo (sobre percentil 90).

Cuadro 7.2

CCSS: Control óptimo de dislipidemia por categoría y cobertura de atención, según áreas de salud con cobertura de dislipidemia muy baja, 2016

(En porcentajes)

Área de salud	Cobertura	Control óptimo
Bagaces	29	Intermedio
Los Santos	29	Intermedio
Barva	27	Muy Alto
Aserrí	27	Intermedio
Alajuela Sur	22	Bajo
Alajuela Oeste	21	Muy Bajo
La Carpio-León XIII	20	Muy Alto
Tibás	20	Intermedio
San Pablo	18	Muy Alto
Alajuela Central	14	Muy Bajo
Coronado	9	Bajo

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

b) Muy alta cobertura

Estas áreas de salud presentan excelentes condiciones de acceso a los servicios de salud para la población con dislipidemia (sobre el 80 %). Además, como dato relevante, en este grupo de áreas de salud no hay controles óptimos muy bajos (Cuadro 7.4).

El Área de Salud San Isidro presenta una cobertura muy alta y control óptimo muy alto (sobre el percentil 90), teniendo estos, un desempeño sobresaliente.

Cuadro 7.3

CCSS: Control óptimo de dislipidemia por categoría y cobertura de atención, según áreas de salud con cobertura de dislipidemia muy alta, 2016

(En porcentajes)

Área de salud	Cobertura	Control óptimo
San Rafael de Puntarenas	123	Intermedio
Acosta	99	Alto
Chomes-Monteverde	91	Bajo
San Isidro	90	Muy Alto
Paraíso-Cervantes	90	Intermedio
Poás	87	Intermedio
Guatuso	87	Intermedio
Osa	83	Intermedio
Peninsular	81	Intermedio
Tilarán	81	Bajo

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

c) Muy bajo control óptimo

Estas áreas de salud presentan un control óptimo inferior al 35 %, teniendo una diferencia respecto al resultado más alto de 46 puntos porcentuales, y situándose por debajo de la meta al 2018 a más de 20 puntos porcentuales (Cuadro 7.5).

Como ya se comentó, las áreas de salud Alajuela Central y Alajuela Oeste cuentan con un muy bajo control óptimo y muy bajas coberturas.

Cuadro 7.4

CCSS: Cobertura de atención por categoría y control óptimo de dislipidemia, según áreas de salud con control óptimo de dislipidemia muy bajo, 2016

(En porcentajes)

Área de Salud	Control óptimo	Cobertura
Naranjo	34	Baja
Nicoya	34	Alta
Alajuela Central	32	Muy Baja
Heredia-Cubujuquí	31	Baja
Horquetas-Río Frío	31	Intermedia
Alajuela Oeste	30	Muy Baja
Hojancha	29	Alta
Grecia	28	Intermedia
Desamparados 1	26	Intermedia
Santa Bárbara	24	Intermedia
Zapote-Catedral	19	Intermedia

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

d) Muy alto control óptimo

Estas áreas de salud presentan los mejores resultados en el indicador de control óptimo, con resultados sobre 65 % (Cuadro 7.6).

Destaca aquí el Área de Salud de San Isidro, con un control óptimo muy alto y cobertura muy alta, así como las áreas de salud de Barva, San Pablo y La Carpio León XIII, que presentan un control óptimo muy alto, pero con cobertura muy baja.

Cuadro 7.5

CCSS: Cobertura de atención por categoría y control óptimo de dislipidemia, según áreas de salud con control óptimo de dislipidemia muy alto, 2016

(En porcentajes)

Área de Salud	Control óptimo	Cobertura
Escazú	81	Alta
Curridabat 2	74	Intermedia
San Sebastián-Paso Ancho	71	Intermedia
Los Chiles	70	Intermedia
San Ramón	70	Intermedia
San Isidro	67	Muy Alta
La Carpio-León XIII	67	Muy Baja
Corredores	67	Intermedia
Santa Ana	67	Intermedia
Barva	66	Muy Baja
Golfito	64	Intermedia
San Pablo	64	Muy Baja

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Recomendaciones

Tomando en cuenta que la meta para el control óptimo de la dislipidemia al 2018 es de 55 % y que el resultado promedio de las áreas de salud para el 2016 fue de 48,7 % (sin ponderar), se debe considerar un reforzamiento del abordaje del paciente con dislipidemia.

Este abordaje puede darse de varias formas; una de ellas es el manejo no farmacológico de las personas con índice de masa corporal (IMC) elevado, ya que este se relaciona con el aumento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Por lo que la disminución del IMC, no solo ayuda a mejorar los niveles de LDL/no HDL-colesterol (Shamai, 2010), sino que también reduce la mortalidad asociada a cualquier factor de riesgo cardiovascular (Berrington *et al*, 2010). Esto reviste especial importancia porque de los dislipidémicos evaluados en el 2016, un 38 % presentaba sobrepeso y un 39 % algún grado de obesidad.

La prevención del fumado es otro de los abordajes no farmacológicos que ha demostrado ser efectivo (Brotons & Lobos, 2017). Para este 2016, del total de 7 253 pacientes evaluados, 216 eran fumadores activos; en estos últimos se debe considerar que con solo cesar el fumado se disminuirá su riesgo cardiovascular.

Otra forma de abordar al paciente con dislipidemia es mediante fármacos. En este caso es primordial el manejo adecuado de los pacientes con triglicéridos elevados, con el fin de mejorar su estado de salud y alcanzar el control óptimo.

A este respecto, cabe mencionar que para el 2016 el porcentaje de personas dislipidémicas con triglicéridos menores a 400 mg/dl que alcanzaron cifras óptimas de LDL fue del 50 %, mientras que de las personas dislipidémicas con triglicéridos mayores a 400 mg/dl, menos del 1 % alcanzó cifras óptimas de no HDL-colesterol.

Otro grupo importante que debe ser abordado farmacológicamente, es el de los adultos mayores (de 65 años y más) con dislipidemia, a quienes se les debe procurar mantener niveles adecuados de LDL con la menor cantidad posible de medicamentos (Kurtner *et al*, 2015).

En el 2016, de los 1 863 adultos mayores evaluados, un 6 % presentaba valores de LDL-colesterol inferiores a 70 mg/dl; este valor está por debajo de cualquiera de las metas solicitadas (la meta más rigurosa es menor de 100 mg/dl), por lo que surge la interrogante sobre la prescripción y dosificación que se le está brindando a este grupo poblacional susceptible, sobre todo por la polifarmacia, las interacciones medicamentosas y los riesgos que esto provoca, incluyendo los cardiovasculares (Maroo *et al*, 2008).

Conclusiones

El análisis de los resultados de cobertura y control óptimo evidencia la necesidad de un seguimiento a las áreas de salud con menor cobertura y menor control óptimo, así como a las que presentan muy bajas coberturas con muy bajo y bajo control óptimo.

Para futuras evaluaciones, se tendrá que analizar la aplicación de la “Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares”, ya que hay cambios importantes en la población blanco, las estratificaciones de riesgo, las metas y cómo evaluarlas (CCSS, 2015).

Referencias bibliográficas.

Berrington, A. H., Hartge, P., Cerhan, J.R., Flint, A.J., Hannan, L., MacInnis, R.J., ... Thun, M.J. (2010). Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *The New England Journal of Medicine*, 363: 2211-2219.

Brotos, C.L. & Lobos J.M. (2017). Nuevas guías europeas de prevención cardiovascular y su adaptación española. *Atención Primaria*, 49(4), 201-203.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2013). *Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud 2014-2018*. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta*. San José, Costa Rica: EDNASSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, 2015*. San José: EDNASSS-CCSS.

Kurtner, J. S., Blatchford, P.J., Taylor, D.H. Jr., Ritchie, C.S., Bull, J.H., Fairclough, D.L., (2015). Safety and benefit of discontinuing statin therapy in the setting of advanced, life limiting illness. *JAMA*, 175(5), 691-700.

Maroo, B. L., Lavie, C.J., Milani, R.V. (2008). Efficacy and safety of intensive statin therapy in the elderly. *American Journal Geriatric Cardiology*, 17(2), 92-100.

Marrugat, J., Vila, J., Baena J.M., Grau, M., Sala, J., Ramos, R., ...Elosua R. (2011). Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *Revista Española de Cardiología*, 64, 385-394.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Informe sobre la salud del mundo*. Ginebra: OMS. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>.

8. Más áreas de salud alcanzan la meta en coberturas de citologías vaginales para la prevención del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino se puede curar si se detecta a tiempo; prevenir es la mejor opción.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Se prevé que el número de casos nuevos aumente aproximadamente en un 70 % en los próximos 20 años (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2016).

En el caso del cáncer cervicouterino, que representa una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres, se calcula que en el mundo actualmente lo padecen más de un millón de mujeres y 266 000 mueren cada año a causa de este. Sin una detección temprana o atención urgente, las defunciones debidas a este tipo de cáncer podrían aumentar casi un 26 % durante los próximos 10 años (OPS, 2016).

La detección temprana y el tratamiento eficaz, convierten al cáncer de cérvix en una de las lesiones malignas más prevenibles y tratables. Actualmente, el uso de la tecnología, ofrece la posibilidad de enfrentarlo de manera más integral, previendo así un futuro más saludable para las mujeres.

Conforme avanzan los estudios y las tecnologías asociadas al manejo del cáncer cervicouterino, es fundamental establecer un programa integral de prevención y control, orientado a reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

La detección precoz, mediante el tamizaje de las mujeres, seguida del tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas, permite prevenir la aparición de este tipo de cáncer. Para esto, se debe adoptar un método integral de identificación y manejo de los problemas de salud sexual y reproductiva, prestando atención especial a los signos y síntomas indicadores de cáncer, infecciones de transmisión sexual u otras.

Coberturas de citología vaginal

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

Para el indicador de cobertura, se estudia el grupo de mujeres de 35 a menos de 65 años, ya que es el grupo con mayor riesgo de presentar cáncer de cérvix. La cobertura se mide en forma bienal, según la normativa institucional, tomando el dato del año de evaluación y el del año anterior. Es decir, para efectos de este informe, el dato de las mujeres tamizadas para cada área de salud es el total de mujeres que se realizaron una citología vaginal en el periodo comprendido por los años 2015 y 2016. Este resultado se divide entre la población de mujeres de 35 a menos de 65 años del área de salud para obtener la cobertura.

Según la EPSS 2016, a nivel institucional se alcanzó una cobertura de 38 %, tres puntos porcentuales más que la del año 2015; sin embargo, este resultado se encuentra distante de la meta institucional al 2018, que es de 45 % en mujeres de 35 a menos de 65 años.

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo señala una meta al 2018 con un incremento de la cobertura de citología cérvico vaginal de un 15 % a nivel nacional, tomando como línea de base 35,4 % para las mujeres de 35 años y más, llevando hasta el momento un poco más de tres puntos porcentuales sobre la línea de base.

Al analizar los resultados obtenidos por regiones, se observa que solo la Brunca, superó la meta institucional, al igual que el año anterior, además de mejorar su porcentaje de logro en comparación con el 2015, en cinco puntos porcentuales.

La Región Huetar Atlántica, fue la que presentó mayor incremento en la cobertura, con respecto al año 2015. Por otra parte, las regiones Central Norte y Pacífico Central mostraron una disminución en el 2016, mostrando el porcentaje de cobertura más bajo en los últimos cinco años para ambas.

Las regiones Huetar Norte, Central Sur y Chorotega se han mantenido con una tendencia estable, con porcentajes similares en los últimos cuatro años; aunque las tres aumentaron puntos porcentuales respecto al año 2015 (Cuadro 8.1).

Cuadro 8. 1

CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años, según región e institucional ^{1/}, 2012 - 2016

(En porcentajes)

Región	2012	2013	2014	2015	2016
Institucional	38	36	35	35	38
Región Brunca	49	40	51	48	53
Región Atlántica	34	28	28	37	43
Región Huetar Norte	39	41	39	39	42
Región Central Sur ^{/1}	40	37	35	35	38
Región Pacífico Central	39	36	38	37	35
Región Chorotega	27	32	34	31	32
Región Central Norte	35	34	32	32	31

1/ Se excluye de la cobertura el Área de Salud Catedral Noreste.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016

A nivel de las áreas de salud, en la región Brunca, todas las áreas superaron el promedio institucional, al igual que sucedió el año anterior; y Pérez Zeledón, Buenos Aires, Osa y Corredores ya superaron la meta al 2018. El área de Corredores fue la que presentó el porcentaje de cobertura más alto del país, con un 66 %, mientras que Coto Brus fue la que alcanzó la cobertura más baja de la región, con un 43 % del indicador.

En cuanto a la Central Norte, las áreas de La Carpio-León XIII (52 %), Alfaro Ruiz (52 %), Barva (51 %), Naranjo (48 %) y Valverde Vega (46 %) están sobre la meta al 2018. Adicionalmente, las áreas de San Rafael de Heredia y Poás se encuentran sobre el promedio institucional. En contraste, las áreas de salud de Atenas (22 %) y Alajuela Oeste (18 %) son las que se encuentran con la cobertura regional más baja del indicador, además de ser esta última la segunda más baja en todo el país.

La Central Sur cuenta con cuatro áreas que ya superaron la meta al 2018: Coronado (58 %), Acosta (56 %), Corralillo (52 %) y Los Santos (49 %); así como 14 áreas más que están sobre el promedio institucional. Las que tienen menor porcentaje son Cartago (21 %) y Desamparados 1 (17 %), siendo esta última la más baja de todo el país.

En la región Chorotega, las áreas de salud de Nandayure (63 %) y Colorado (48) están sobre la meta para el 2018; mientras que Abangares (44 %), Carrillo (40 %) y Tilarán (39 %) se encuentran sobre el promedio institucional. Por otro lado, Liberia presenta un logro de 19 %, ubicándose como la tercera más baja en todo el país.

En la Huetar Atlántica, Matina (53 %), Guácimo (53 %) y Talamanca (48 %) ya superaron la meta al 2018, y Guápiles y Cariari, ambas con 43 %, superaron la meta institucional. Mientras tanto, Valle La Estrella alcanzó la menor cobertura regional, con 31 %. Cabe destacar que las áreas de esta región, excepto Talamanca y Valle La Estrella, tuvieron un aumento importante en las coberturas correspondientes a este indicador.

En cuanto a la Huetar Norte, Florencia (59 %) y Guatuso (49 %) son las áreas con porcentajes mayores, al igual que los años 2014 y 2015, sobrepasando la meta institucional al 2018. Adicional a estas, Ciudad Quesada (44 %) se encuentra sobre el promedio institucional, mientras que Los Chiles (32 %) tiene la menor cobertura a nivel regional, con un 32 %.

Por último, la Región Pacífico Central fue la que presentó mayor disminución a nivel institucional. Entre las áreas que presentaron una baja importante en relación al año 2015 destacan: Parrita, Esparza, Chacarita, Quepos, Chomes-Monteverde y Garabito, siendo esta última unidad una de las más bajas a nivel institucional y la más baja a nivel regional, con un 21 %. El Área de Salud San Rafael de Puntarenas es la única en la región que sobrepasó la meta institucional al 2018 y Montes de Oro, Peninsular (39 % ambas) y Quepos (38 %) superaron el promedio institucional del 2016.

Al hacer la comparación de todas las áreas de salud, se observa una brecha de 49 puntos porcentuales entre el área de mayor cobertura y la de menor cobertura, lo que se traduce en una desigualdad muy importante en el tamizaje para cáncer de cérvix. De las 103 áreas de salud incluidas para este informe (se excluye Catedral Noreste debido a inconsistencias de los datos de la cobertura), hay 21 unidades que ya superaron la meta institucional, cuatro más que el año 2015.

Es importante hacer el reconocimiento de que gran parte de las áreas de salud están realizando esfuerzos e implementando estrategias para aumentar las coberturas de citologías vaginales, y así captar una mayor cantidad de mujeres en los centros de salud; aunque hay áreas que disminuyeron o se mantuvieron con bajas coberturas, las cuales deben plantearse metodologías diferentes con objetivos específicos para mejorar en los próximos años.

Para tener un programa de tamizaje exitoso, es importante identificar las barreras que existen en cada lugar; como por ejemplo, falta de información o educación, accesibilidad del método a todas las mujeres, incluidas las más pobres y las más vulnerables, y las condiciones geográficas y socioeconómicas.

Asimismo, se debe considerar que la condición de aseguramiento, aunado al aumento de las mujeres que prefieren realizarse la citología en el sector privado, disminuyen la asistencia de mujeres a los centros de salud y, por ende, afectan la cobertura. Además, no se deben perder de vista las causas derivadas de la gestión propia de los centros de salud, tales como registros inadecuados e incompletos, lo que genera coberturas erróneas, así como problemas de oferta y de asignación de cupos para la cita.

La comunicación asertiva con el nivel de referencia del centro de salud donde se realiza la colposcopia a las citologías alteradas, es importante como forma de atención integral y para que las mujeres continúen con un abordaje oportuno y adecuado.

Atención oportuna de colposcopías

Como parte del programa de prevención del cáncer de cérvix, el seguimiento de las citologías alteradas es de gran importancia, así como la realización oportuna de colposcopias ante un resultado anormal. La EPSS mide el indicador de oportunidad de la atención, en donde se evalúa el cumplimiento de los tiempos de atención adecuados en caso de citologías alteradas, a las 10 unidades que cuentan con este segundo nivel ambulatorio.

En los resultados se observa que Coronado, Cañas y Zapote-Catedral cumplen con el 100 % de casos abordados oportunamente. Cabe destacar al área de salud de Cañas, ya que es el primer año que se evalúa el indicador, lo que denota un esfuerzo de la unidad por atender en forma oportuna a sus usuarias, al igual que las otras dos unidades.

Las áreas de salud de Barranca, Tibás-Uruca-Merced, Buenos Aires y Belén-Flores sobrepasaron el 92 % de cumplimiento en el indicador. Esto indica que el tratamiento a las mujeres con patología cervical, en su gran mayoría, son abordadas de manera oportuna, previniendo así esta patología del cuello uterino.

El área de salud de Hatillo fue la que presentó el cumplimiento más bajo a nivel institucional, seguido por Mata Redonda-Hospital y Talamanca (Cuadro 8.2).

Cuadro 8. 2

CCSS: Atención oportuna de las colposcopías según área de salud y año, 2014 - 2016

(En porcentajes)

Área de Salud	2014	2015	2016
Coronado	96	95	100
Zapote-Catedral	95	95	100
Cañas	-	-	100
Belén-Flores	86	98	95
Buenos Aires	93	87	95
Tibás-Uruca-Merced	57	51	93
Barranca	-	100	92
Talamanca	-	78	87
Mata Redonda-Hospital	97	98	85
Hatillo	85	94	77
Desamparados	38	86	-

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Entre las principales causas encontradas durante la EPSS respecto al no cumplimiento de la norma en cuanto a los tiempos oportunos, se pueden mencionar la falta de seguimiento a las usuarias que se les asigna una cita, ya que se les brinda la fecha, pero se desconoce si la paciente asistió o no a esta, quedando el proceso incompleto. Además, existe desconocimiento por parte de las usuarias sobre la importancia de asistir a la cita y la prioridad de esta, así como de los funcionarios en salud sobre la norma y los tiempos oportunos de atención según la patología.

Recomendaciones

Con el análisis anterior, se presentan a continuación algunas recomendaciones para fortalecer la atención de la patología cervicovaginal:

- Mejorar el acceso a la toma de la citología por medio del planteamiento y ejecución de estrategias para cubrir la máxima población femenina posible, además de mayor divulgación sobre la importancia de la citología.
- Desarrollar programas para aumentar la captación de las mujeres sin el tamizaje respectivo, por medio de la referencia de los técnicos de atención primaria u otros funcionarios de la salud, para que las mujeres que detecten sin el tamizaje, sean enviadas y reportadas al centro de salud para su respectivo seguimiento.

- Dar prioridad a las mujeres que lleguen a los centros de salud para realizarse una citología vaginal o por cualquier motivo de consulta, provenientes de zonas con difícil acceso geográfico, socioeconómico o que tengan algún riesgo sexual o reproductivo.
- Fortalecer la educación a nivel familiar, la mujer y el hombre, en el tema del cáncer de cérvix y la mejor manera de prevenirlo, además de otros temas de salud sexual y reproductiva fundamentales para evitar una futura enfermedad.
- Llevar un adecuado registro de las usuarias con citología realizada y dar el seguimiento adecuado u oportuno, según el nivel de atención que corresponda.
- Enlazar acciones con el Laboratorio Nacional de Citologías para mejorar los tiempos de reporte de las citologías a las unidades.
- Fortalecer el trabajo en red a nivel institucional, tanto para la captura de las usuarias que no se hacen la citología como para la atención oportuna de la citología alterada.

Con los resultados y las recomendaciones presentadas en este documento, se pretende mejorar la prevención del cáncer cervicouterino, conllevando así a una disminución en la morbilidad y mortalidad de esta patología en nuestro país.

Referencias bibliográficas.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (1995). *Normas de atención integral de salud en el primer nivel de atención*. Costa Rica: CCSS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. 2 ed. Washington, DC: OPS.
- Poder Ejecutivo. (2006). *Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer del Cuello del Útero, para el I y II Nivel de Atención*. Decreto N° 33119-S. San José: La Gaceta N° 131.

Poder Ejecutivo. (2007). Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Útero, I - II y III Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología. Decreto N° 33650-S. San José: La Gaceta N° 171.

9. La cobertura institucional de vacunación por influenza en el adulto mayor continúa en aumento

Se logró un 72%, avanzando hacia la meta de 80% al 2018

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

Una de las principales patologías que afecta a las personas de 65 años y más es la influenza, enfermedad altamente infecciosa, que produce un incremento en las consultas y hospitalizaciones. Anualmente, en la Región de las Américas se presentan 79 057 muertes por influenza y de ellas el 81 % son adultos mayores de 65 años. Los hallazgos disponibles para América Latina sugieren que la enfermedad afecta de forma más severa a niños menores de 5 años y a adultos de 60 años y más con condiciones preexistentes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

La información registrada por la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, indica que en Costa Rica, de las 42 muertes por virus respiratorios registradas en 2015, 28 (67 %) fueron causadas por virus influenza, principalmente la cepa influenza A H1pdm09. El 70 % de las defunciones se dieron en pacientes con factores de riesgo. Hasta la semana 27 de 2016 se habían producido 30 muertes por influenza A H1pdm09, de las cuales solo en seis casos no se identificaron factores de riesgo (Porrás, 2016).

En el año 2004, la Caja Costarricense de Seguro Social inició la vacunación contra el virus de la influenza como una gestión de salud pública, que continúa evolucionando no solo a la protección de grupos específicos, sino a todos los individuos durante el ciclo vital. El impacto de esta acción colectiva, se ha visto reflejado en las tasas de egreso hospitalario por enfermedad severa tipo influenza, que en el grupo de 65 años y más han ido en descenso a partir de la implementación de la vacuna (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

Según datos del Área de Estadística en Salud y la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, tanto las tasas de mortalidad como las de hospitalizaciones por enfermedad por virus influenza y neumonía en este grupo poblacional, han disminuido desde que se inició la vacunación. Por ejemplo, la mortalidad en el grupo de 65 años y más se redujo en un 28 % del año 2000 al 2014 (CCSS, 2016).

Los adultos mayores tienen mayor riesgo de enfermedad severa y mortalidad asociada con influenza; por este motivo, continúan teniendo alta prioridad para la vacunación. Aunque la evidencia demuestra que las vacunas son menos efectivas en dicho grupo, sigue siendo una medida muy importante, dada su alta fragilidad al verse expuestos. Por esta razón, desde el año 2015, se amplió la vacunación al grupo de adultos de 60 a 64 años (CCSS, 2016).

Cumpliendo las indicaciones de aplicación señaladas para países tropicales y en respuesta al comportamiento epidemiológico de las infecciones respiratorias en el país y la vigilancia de laboratorio, la CCSS utilizó durante el 2016 la vacuna trivalente contra las cepas de influenza del hemisferio sur: A/California/7/2009 (H1N1)pdm09, A/Hong Kong/4801/2014(H3N2) y B/Brisbane/60/2008 (CCSS, 2016).

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

De acuerdo con las cifras del Censo de Población 2011 y las Proyecciones de Población 2016 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), publicadas por la Dirección de Actuarial en marzo de 2017, la población nacional de 65 años y más es de 371 562 adultos mayores, de los cuales la institución vacunó a 267 525 en las diferentes áreas de salud del país. Según lo anterior, la cobertura institucional de vacunación por influenza en la población adulta mayor en el 2016 fue de 72 %, cinco puntos porcentuales más que el año 2015.

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

- Brunca: 83 %
- Huetar Atlántica: 83 %
- Chorotega: 82 %
- Huetar Norte: 81 %
- Pacífico Central: 73 %

Mientras que las regiones que se encuentran por debajo del promedio institucional son:

- Central Sur: 68 %
- Central Norte: 66 %

A pesar de que las regiones Central Sur y Central Norte se encuentran por debajo del promedio institucional, ambas mejoraron su porcentaje de cobertura.

En el caso de la Región Huetar Atlántica, cabe destacar que esta continúa en ascenso, ya que prácticamente en los últimos tres años ha duplicado su cobertura (44 % en el 2013, 83 % en el 2016).

La meta institucional establecida al 2018 es lograr una cobertura de vacunación contra influenza en el adulto mayor del 80 %. En el último año, las regiones del país se han ido acercando más a la meta, ya que casi todas aumentaron su cobertura con respecto al año 2015, a excepción de la Pacífico Central. Desde el año 2014, la Región Brunca alcanzó la meta institucional al 2018; y para el 2016 las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Huetar Norte no solo alcanzaron la meta, sino que la superaron.

A continuación, se mencionan las áreas de salud que presentaron una cobertura superior a 88 %, lo que las ubica en el quintil más alto:

San Rafael de Puntarenas	Buenos Aires	Cariari
Guatuso	Florencia	Valverde Vega
Nandayure	La Cruz	Puriscal-Turrubares
Acosta	Coto Brus	Corralillo
Abangares	Parrita	Naranjo
Guácimo	Goicoechea 2	Peninsular
Alfaro Ruiz	Matina	

Por otro lado, se mencionan las áreas de salud que presentaron una cobertura inferior a 62 %, lo que las ubica en el quintil más bajo:

Santa Ana	Barranca	Heredia-Virilla
Alajuela Norte	Alajuela Sur	Concepción-San Juan-San Diego 2
Curridabat 2	Santo Domingo	Tibás-Uruca-Merced
Pital	San Rafael de Heredia	Montes de Oca 2
Moravia	Desamparados 3	Chacarita
Belén-Flores	Escazú	Goicoechea 1
Desamparados 2	Pavas	La Carpio-León XIII

Existe variabilidad entre las áreas de salud; los porcentajes de cobertura van desde 37 % en La Carpio-León XIII, hasta 104 % en San Rafael de Puntarenas. En el quintil más alto se encuentran áreas de salud de todas las regiones del país; sobresaliendo San Rafael de Puntarenas, Guatuso, Nandayure y Acosta que presentaron coberturas superiores al 100 %. Por otro lado, en el quintil más bajo se encuentran áreas de salud de las regiones Pacífico Central, Huetar Norte, Central Sur y Central Norte; no se documentó ningún área de salud de la Región Chorotega, Huetar Atlántica o Brunca. El 38 % de las áreas de salud ubicadas en ese quintil, son de administración externa, las restantes cinco se ubican en el segundo y tercer quintil.

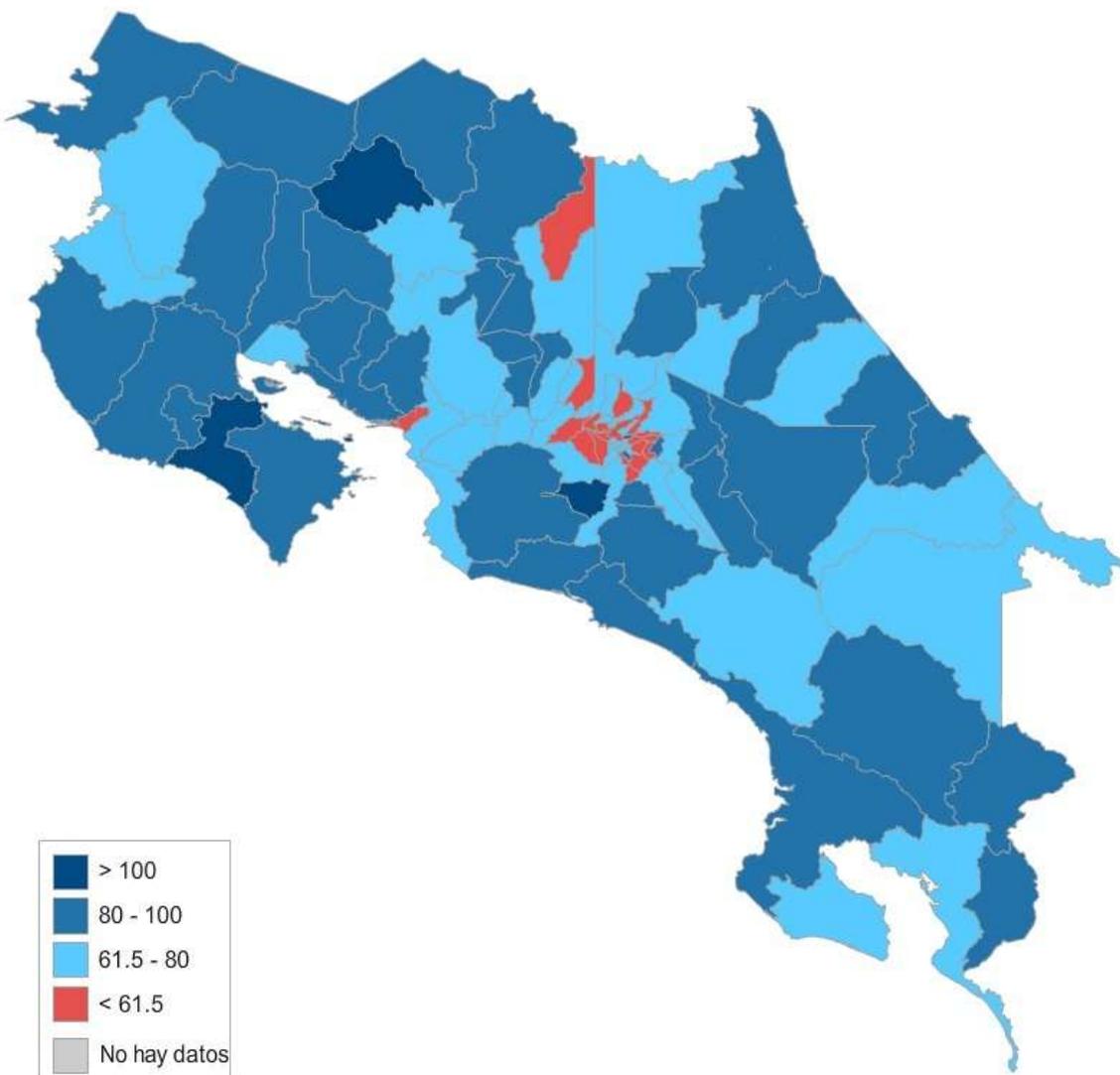
El mapa 9.1 ilustra que la mayor cantidad de áreas de salud con coberturas por debajo de 62 % (primer quintil) y en color rojo se localizan en las regiones centrales; sin embargo, en la Región Huetar Norte sobresale el área de salud de Pital (60 %), y en la Pacífico Central las áreas de salud de Barranca (57 %) y Chacarita (39 %).

Las regiones Brunca, Huetar Atlántica y Chorotega no presentan áreas de salud en el quintil más bajo. Más del 60 % de las áreas de salud de la Chorotega presentaron coberturas superiores al 86 % y más del 50 % de las áreas de la Región Huetar Atlántica superaron la meta institucional al 2018.

Mapa 9.1

CCSS: Cobertura de vacunación por influenza en adultos mayores según área de salud ^{1/}, 2016

(En porcentajes)



1/ No incluye el Área de Salud de Catedral Noreste.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Para el año 2016, la gestión de vacunación adquirió 1,2 millones de dosis de vacuna trivalente (500 000 más que en el 2015), que se aplicaron a partir de abril de ese año. La inversión de la seguridad social solamente en la compra de la vacuna fue cercana a los cuatro millones de dólares (alrededor del doble de la inversión del 2015), lo que implica un enorme esfuerzo económico que realiza la institución todos los años para reducir la

morbimortalidad producida por las infecciones respiratorias causadas por la influenza (Porrás, 2016).

Tanto la inversión económica como las estrategias locales implementadas en cuanto a transporte, aplicación, calidad de los registros y seguimiento de efectos adversos, se ejecutaron de manera efectiva con los recursos que maneja la institución; prueba de ello es que cuatro regiones del país superaron la meta institucional establecida al 2018.

En relación a las dificultades identificadas por las unidades para la consecución de los objetivos, las áreas de salud ubicadas en las regiones centrales han argumentado resistencia de algunos usuarios para la aplicación de la vacuna, ya que consideran que les va a producir algún efecto adverso serio. Por otro lado, estas regiones concentran la mayor cantidad de adultos mayores y la Región Central Sur registró la mayor cantidad de casos de Influenza A durante el 2015, por lo que es en estas zonas donde se deben fortalecer las estrategias de vacunación (CCSS, 2016).

En el año 2016 los servicios del primer nivel atendieron al 89 % de los adultos mayores, por lo que, en relación con los vacunados, existe un 17 % de ellos que no recibieron la vacuna, representando un porcentaje de oportunidades perdidas. Esta brecha se redujo en seis puntos porcentuales con respecto al año 2015, lo que indica que cada vez son más los adultos mayores que se atienden y que tienen acceso a la vacuna.

Prevenir la infección por virus de Influenza se ha convertido en uno de los principales retos institucionales, con el cual tanto autoridades como equipos de atención deben estar comprometidos. El éxito de esta intervención depende de la capacidad institucional de cubrir a la mayor cantidad posible de personas en riesgo durante las campañas de vacunación, para que los efectos puedan ser medidos de manera confiable y eficiente.

Referencias Bibliográficas.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Manual de procedimientos para la vacunación contra el virus de Influenza Estacional período 2016*. San José, Costa Rica: CCSS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Evaluación multicéntrica de la efectividad de la vacuna de influenza estacional en América Latina y el Caribe, temporada 2014*. OPS.

Porras, O. (2016). Vacunación contra influenza: Costa Rica 2016. *Acta Médica Costarricense*, 58(4), 144-145.

10. Un 63% de las áreas de salud mantienen o mejoran su posición dentro del Índice de Eficiencia Relativa

A pesar de que 33 áreas de salud desmejoraron su posición, la distribución general del Índice fue consistente con el año 2015.

La eficiencia es una de las dimensiones en las que se evalúa el desempeño de los servicios de atención de la salud en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Esta es una dimensión transversal que afecta el acceso, la continuidad, la efectividad y la satisfacción de los usuarios de los servicios, en tanto estas otras dimensiones dependen de la disponibilidad y del buen uso de los recursos productivos con que cuentan las áreas de salud y los hospitales para la atención de la salud de la población.

Para efectos de la evaluación de las áreas de salud, se define la eficiencia como el logro de la mayor cantidad de producción con unos recursos dado², y metodológicamente se utiliza el Análisis Envoltante de Datos (DEA), para su cálculo. Esta metodología permite comparar unidades de producción con características similares en sus productos y en sus procesos productivos, a partir de un óptimo que se construye con datos reales de productividad de los recursos, en el contexto y con las particularidades de las unidades evaluadas.

Las áreas de salud utilizan múltiples recursos, que incluyen el recurso humano en sus diferentes campos de conocimiento, variedad de tecnología y de materiales y servicios. A la vez, producen una cantidad importante de productos (atenciones), que incluyen visitas de ATAPS, charlas y otras actividades educativas impartidas por diversos profesionales, consultas médicas, atenciones de odontología, trabajo social, entre otros. Ante la imposibilidad metodológica de incluir todos y cada uno de estos recursos y productos ofrecidos por los servicios de salud, se seleccionan y -en los casos en que es posible- se agrupan las atenciones más relevantes cuantitativa y cualitativamente.

² La eficiencia productiva se define como el logro de la mayor cantidad de producción al menor costo; sin embargo, dados los diferentes precios de los recursos que enfrentan las áreas de salud, especialmente en materia de salarios, para la evaluación de la eficiencia en dichas unidades se asume un enfoque de productividad de los recursos, obviando los costos.

De tal forma, se trabaja con un modelo que incluye, por el lado de los recursos, el recurso humano de atención directa a la población (cantidad de ATAPS y de profesionales en Odontología, Enfermería, Trabajo Social, Medicina, Nutrición y Psicología, así como el gasto en tiempos fuera de la jornada laboral ordinaria de dichos profesionales), el gasto en servicios no personales, materiales y suministros, y como recurso no controlable a la cantidad de población del área geográfica de adscripción.

Por el lado de los productos, se incluyen las atenciones de cada uno de los grupos profesionales mencionados y el porcentaje de cobertura en atención médica de la población adscrita y el de la población hipertensa con control óptimo, como indicadores de calidad. En este caso de la producción, el proceso de evaluación busca reconocer la mayor cantidad posible de atenciones, identificando ponderadores basados en el tiempo de duración de las mismas, en cada uno de los grupos profesionales.

Considerando que las áreas de salud no son unidades productivas perfectamente homogéneas, la aplicación del DEA se complementa con la utilización de una metodología participativa, implementada mediante un instrumento en el cual cada área reporta su información y expone las situaciones particulares que enfrentó durante el periodo productivo a evaluar y que impactaron de manera particular sus procesos productivos.

Dicho instrumento permite exponer situaciones tales como tiempos no productivos del recurso humano (incapacidades no sustituidas, tiempos gastados en traslados a EBAIS de visita periódica o a atención domiciliar, etc.) o problemas fuera del control de la gestión (como equipo o infraestructura dañados). Además, en lo que respecta a la producción, permite incluir atenciones no tipificadas dentro de las estadísticas o ponderar alguna producción que requiere tiempo adicional de los profesionales, como sucede, por ejemplo, con el proceso de aprendizaje en la implementación de los nuevos sistemas de información.

Cabe destacar que para la evaluación del año 2016, la utilización de ese instrumento se complementó con el uso de una videoconferencia, para la revisión y homologación de los datos de cada una de las áreas de salud.

A petición de las autoridades institucionales, para el presente periodo evaluado se incluyeron en el DEA las áreas de salud de contratación externa. Tomando en cuenta la relación particular de dichas unidades con la institución (que se supone regulada mediante un contrato eficiente, en el sentido de que la tarifa establecida es la mínima compatible con el logro de las metas pactadas), la evaluación se realizó con base en los contratos, de donde se extrajeron los datos de los recursos. Los datos de producción se

obtuvieron de las estadísticas institucionales facilitadas por el Área de Estadística en Salud (AES). Se buscó aproximar los datos lo más posible a las condiciones de las áreas de salud de la CCSS, aunque se reconocen las diferencias debido al marco legal bajo el que estas operan.

De tal manera, el análisis incluyó 89 áreas de salud de gestión interna de la CCSS y 13 áreas de gestión externa. Se excluyeron las áreas de salud de Liberia y Upala, debido a que no se ha podido solventar la dificultad para obtener datos incluidos en el análisis, que se registran conjuntamente con los hospitales a los que están adscritas.

Por otra parte, es importante mencionar que a partir del proceso de evaluación que se analiza en este informe, se implementó un cambio metodológico importante, que es la modificación de los pesos relativos de insumos y productos³. Hasta la evaluación del año 2015, se fijaban pesos relativos mínimos y máximos a la producción y al recurso médico, tomando en cuenta su peso tanto en el costo de los servicios como en la demanda de servicios de la población.

Con base en una investigación realizada con datos de los años 2014 y 2015, donde se identificaron unidades en las que el DEA daba pesos relativos elevados a algunos recursos y/o productos, desplazando la importancia relativa de los otros grupos profesionales, se determinaron pesos que dieran mayor equilibrio al análisis. Así, para el recurso y la producción médica se fijó un peso mínimo de 30 % y un peso máximo de 70 %, mientras que para los otros grupos profesionales se fijaron pesos máximos de 30 % y para las demás variables (población, índices de gasto, coberturas) un peso máximo de 10 %.

Los datos de recursos y producción se procesaron mediante el “*Frontier Analyst*”, versión 4, software especializado para realizar análisis envolvente de datos.

El DEA produce como resultado el Índice de Eficiencia Relativa, IER, que ordena a las áreas de acuerdo a su productividad. Las unidades que obtienen un IER de 100 % son las que alcanzaron, en el periodo evaluado, la mayor cantidad de producción en relación a sus recursos. Un índice por debajo de 100 significa que la unidad evaluada puede aumentar su productividad al nivel que lo han hecho las que sí alcanzaron el 100 %.

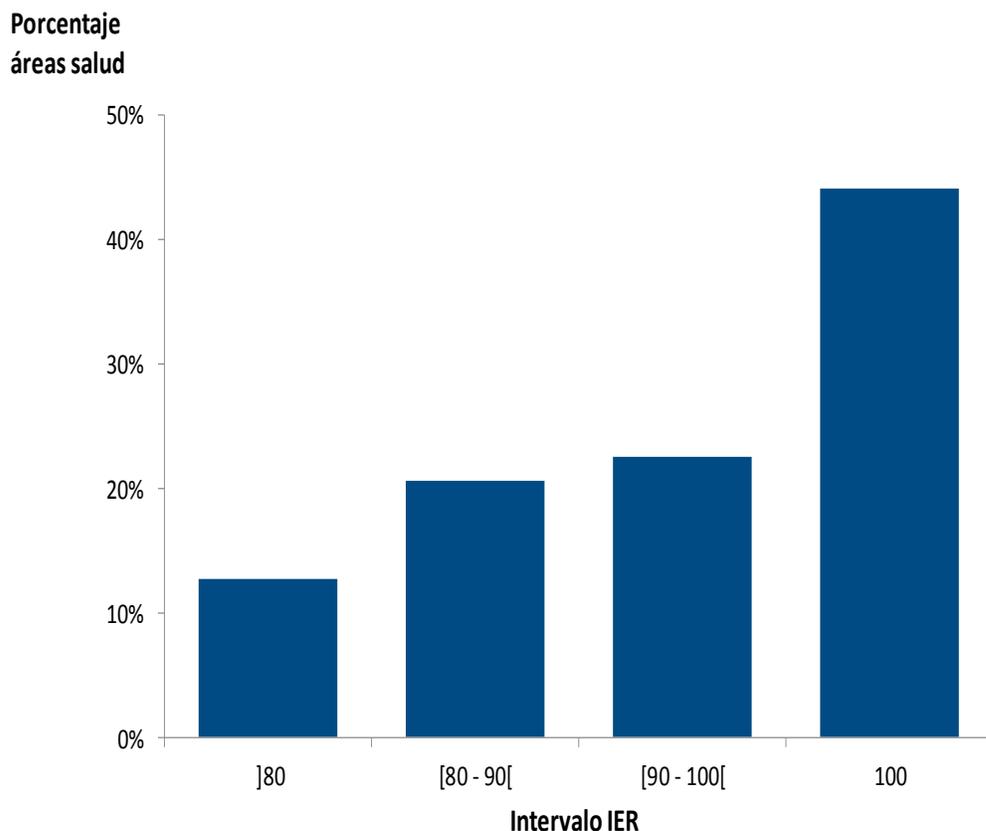
En el gráfico 10.1 se observan los resultados generales obtenidos del Análisis Envolvente de Datos realizado para el año 2016, donde un 44 % de las unidades (45 áreas) se situaron en la frontera de producción con un IER de 100 %; 22,5 % (23 áreas) obtuvieron un IER de

³ Si no se predeterminan pesos relativos de recursos y productos, el DEA los elige tomando como criterio la productividad relativa de los recursos: a mayor productividad en relación a las demás unidades, mayor peso.

90 % a menos de 100 %; 20,6 % (21 unidades) se situaron entre 80 % y 90 %; y 12,7 (13 unidades) estuvieron por debajo de 80 %.

Gráfico 10.1

CCSS: Distribución de las áreas de salud según el valor del Índice de Eficiencia Relativa, 2016



Nota: paréntesis abierto,], significa que se excluye el extremo del rango. En términos del gráfico, el primer segmento excluye el 80, el segundo segmento incluye el 80 y excluye el noventa y el tercero incluye el 90 y excluye el 100.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2016.

La distribución de las áreas de salud de acuerdo al indicador de eficiencia se presenta a continuación. Las unidades con IER inferior a 100 % se dividieron en cuartiles y las que alcanzaron el 100 % se presentan como un quinto grupo.

Distribución de las áreas de salud con IER inferior a 100 %:

Primer cuartil	Segundo cuartil	Tercer cuartil	Cuarto cuartil
Puriscal-Turrubares	Siquirres	Guatuso	Peninsular
Goicoechea 1	Barva	Carrillo	Chomes-Monteverde
Talamanca	Escazú	Quepos	Colorado
Golfito	Nicoya	Chacarita	Limón
Buenos Aires	Cartago	Guápiles	Alajuelita
Belén-Flores	San Francisco-San Antonio	Matina	El Guarco
Mata Redonda-Hospital	Heredia-Virilla	Atenas	Montes de Oca 2
Zapote-Catedral	Los Santos	Ciudad Quesada	San Sebastián-Paso Ancho
Goicoechea 2	San Ramón	Nandayure	San Rafael de Heredia
Moravia	Hatillo	Aguas Zarcas	Mora-Palmichal
La Cruz	Hojancha	Orotina-San Mateo	La Fortuna
Alajuela Norte	Florencia	Barranca	Valle la Estrella
Santa Rosa	Corredores	Alfaro Ruiz	San Isidro
Parrita	Los Chiles	Tibás	Aserrí
			La Carpío-León XIII

Áreas de salud con IER = 100 %:

Catedral Noreste	Valverde Vega	Turrialba-Jiménez	Cañas
Tibás-Uruca-Merced	Alajuela Sur	Curridabat 2	Abangares
Heredia-Cubujuquí	Alajuela Oeste	Coto Brus	Bagaces
Coronado	Santa Bárbara	Santa Ana	Tilarán
Pavas	Alajuela Central	Corralillo	Garabito
San Pablo	Desamparados 1	Montes de Oro	Horquetas-Río Frío
Santo Domingo	Desamparados 2	Puerto Viejo	Cariari
Naranjo	Paraíso-Cervantes	Pital	Guácimo
Grecia	La Unión	Osa	Peninsular
Palmares	Acosta	Santa Cruz	Poás
San Rafael de Puntarenas	Desamparados 3	Esparza	Pérez Zeledón
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca		Concepción-San Juan-San Diego 2	

En lo que se refiere a los resultados por región, en el Cuadro 10.1 se detalla la distribución de las áreas de salud de acuerdo al valor de su IER. Las cifras muestran que el mayor porcentaje de áreas con IER mayor o igual a 90 % corresponde a la región Central Norte, con un 79 % de sus unidades (19 de 24 áreas de salud), seguida de la Región Pacífico Central, con 75 % (9 de 12 áreas de salud). En el otro extremo, el menor porcentaje corresponde a las Regiones Brunca y Huetar Atlántica, con un 50 % (3 de 6 y 4 de 8 áreas, respectivamente).

Cuadro 10.1

CCSS: Cantidad de áreas de salud por rango de valor del IER, según región, 2016

Región	Rangos valor IER				Total
]80	[80 - 90[[90 – 100[100	Región
Institucional	13	21	23	45	102
Brunca	2	1	0	3	6
Chorotega ^{1/}	1	3	1	5	10
Central Norte	2	3	5	14	24
Central Sur	6	5	7	15	33
Huetar Atlántica	1	3	2	2	8
Huetar Norte	1	3	3	2	9
Pacífico Central	-	3	5	4	12

1/ Excluye las áreas de salud de Liberia y Upala.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2016.

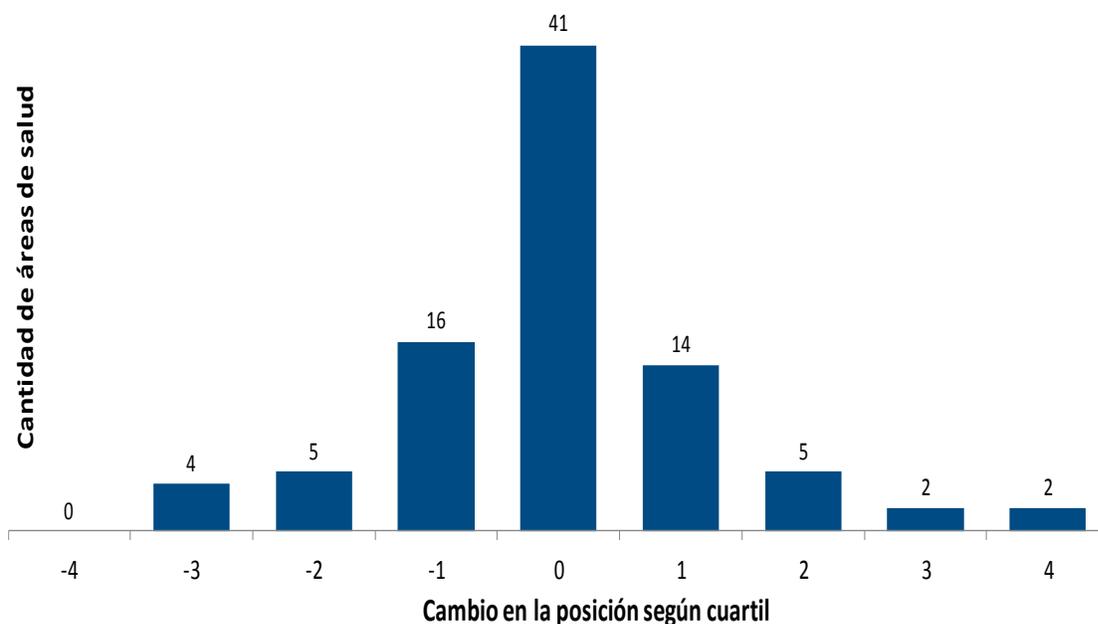
Para realizar la comparación respecto al 2015, se excluyeron del análisis las áreas de gestión externas, pues estas no se incluyeron en los análisis de años anteriores. La comparación de resultados entre el año 2015 y el 2016, indica que 27 unidades mantuvieron un IER de 100 % en ambos años, mientras 28 mejoraron su posición en el índice y 33 desmejoraron. El valor mínimo del IER se redujo, pasando de 70,5 a 64,6, y como consecuencia, su dispersión aumentó, aunque este incremento fue leve, manteniéndose el coeficiente por debajo del nivel del 2014 (la desviación estándar pasó de 0,13 en el 2014 a 0,09 en el 2015 y a 0,1 en el 2016).

El gráfico 10.2 muestra la cantidad de áreas de salud que se movieron a cuartiles inferiores o superiores de la distribución del IER. Se observa que un total de 25 áreas se movieron a cuartiles menores (barras a la izquierda del cero), mientras 23 se movieron a cuartiles superiores (barras a la derecha del cero) en relación al cuartil que ocuparon en el 2015.

Un resultado importante que muestra el gráfico 10.2, es que 41 de las 89 áreas de salud incluidas en el análisis en ambos años, se mantuvieron en el mismo cuartil de distribución del IER, mientras 30 de estas se movieron a un cuartil inmediato al del año anterior (16 áreas pasaron a un cuartil inferior y 14 de estas se movieron a un cuartil superior). Esto significa que un 80 % de las áreas mantuvieron una posición similar en ambos años dentro del escalafón que constituye el IER, mostrando una relativa estabilidad en este.

Gráfico 10.2

CCSS: Cambio en la posición de las áreas de salud, según cuartiles de distribución del IER 2016 en relación con el IER 2015



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2016.

Conclusiones y recomendaciones

En términos generales, la distribución del IER muestra estabilidad en relación a la del año 2015; a pesar de que se cambiaron los pesos relativos de los recursos y productos y de que se incorporaron al análisis 13 áreas de salud de gestión externa. Cabe mencionar que al correr el modelo sin las áreas externas, los resultados son bastante similares, siendo que casi la totalidad de unidades obtienen el mismo valor en el IER; muy pocas ven afectado su indicador y en magnitudes relativamente pequeñas. Mayor impacto tiene el cambio en los pesos relativos de recursos y productos, pues al correr el modelo sin restricciones o con los mismos parámetros del año 2015, los valores del IER se afectan en magnitud mayor y para la mayoría de las áreas.

En relación con la evolución del indicador y el proceso de mejora de la información que lo sustenta, aún queda trabajo pendiente respecto a la estandarización de los procesos productivos y del papel de los diferentes grupos profesionales. En particular, con la incorporación de la videoconferencia para la revisión de los datos, fue posible identificar una importante heterogeneidad en la cantidad de profesionales y en las funciones que

cumple el personal de Enfermería, lo que constituye una limitante en la evaluación de la eficiencia de las áreas de salud, como equipos de atención integral. Es probable que estas situaciones impacten la distribución del Índice de Eficiencia Relativa.

En cuanto a la inclusión de las áreas de salud de gestión externa en el análisis envolvente de datos, se identificaron muchas limitantes referentes a la relación contractual que tienen estas con la institución, lo que indudablemente afecta los procesos productivos, diferenciándolos de los procesos de las unidades de gestión interna de la institución, y dificultando su comparación. Los contratos, por principio, se suponen eficientes; es decir, se presume que se han pactado unas metas con la tarifa mínima compatible con estas, razón por la cual no es de competencia de la institución evaluar la eficiencia en la gestión de los entes externos. Correspondería, en este caso, evaluar los contratos para corroborar si la tarifa pactada es eficiente.

Si se desea comparar la eficiencia de las áreas de gestión externa con las áreas de salud de gestión directa, se considera más apropiado utilizar otros indicadores o bien, realizar un análisis DEA basado en gasto, utilizando para las unidades internas precios estandarizados y realizando otros ajustes que probablemente se requieran. Un análisis DEA con estos cambios requiere de una investigación amplia, que para las 104 áreas de salud es difícil realizarla dentro de los plazos disponibles para la evaluación anual.

Finalmente, es importante recordar que, como cualquier indicador, la calidad del IER como indicador de eficiencia depende en buena medida de la información que lo alimenta. Si bien se ha avanzado en esta materia, todavía queda trabajo por hacer. Por tal razón, es fundamental continuar avanzando en la mejora de la calidad de información; a partir de la experiencia de revisión de datos mediante videoconferencia, realizada por primera vez en el proceso de evaluación 2016, se propone continuar con el uso de dicha herramienta, pero centrándose en los casos donde, una vez construida y analizada la base de datos, se generen dudas en relación al comportamiento de los datos.

Referencias bibliográficas.

Banxia. (2010). Software Limited. Frontier Analyst Guide. Recuperado de:

<http://www.banxia.com/frontier/index.html>

- Charnes A., Cooper W.W., Rhodes E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444.
- Coll, V. & Blasco, O.M. (2006). Evaluación de la eficiencia mediante el análisis envolvente de datos. Universidad de Valencia.
- García L, F.J., Marcuello, C., Serrano G.D., Urbina, O. (1996). Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 211-270.
- Puig-Junoy, J. (2000). Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera. *Revista Española de Salud Pública*, 74(5-6), 00. 7

Capítulo II

Hospitales y centros especializados

1. A nivel institucional, cinco especialidades constituyen el 81 % de casos pendientes en lista de espera.

Diez hospitales concentran el 83 % de los casos pendientes de cirugía electiva en los servicios de Cirugía y Ginecología

Las listas de espera en los sistemas de salud son tema de prioridad, ya que los indicadores relacionados revelan la problemática existente entre el balance de la oferta y la demanda de estos servicios (Julio *et al*, 2016), lo cual toma relevancia debido a que la salud es un bien preciado, además de que debe ser de acceso oportuno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Esta problemática tiene varias aristas que influyen positiva o negativamente en el balance; entre ellas se encuentran: “los recursos humanos existentes, los sistemas de trabajo y retribución, la financiación disponible y su forma de aplicación, la organización del sistema de cuidados y el grado de complementariedad entre atención primaria y especializada, los recursos tecnológicos, la infraestructura y dotación hospitalaria, el sistema de información y el registro de la lista de espera...” (Cañizares & Santos, 2011).

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene como objetivo “reducir las listas de espera por medio de estrategias que incrementen la calidad y oportunidad de los servicios de Cirugía, los procedimientos diagnósticos y la Consulta Externa” (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016). Esto, asociado a un sistema de control, es fundamental para el presente documento.

En general, este análisis se enfocará en la demora media de los primeros diagnósticos de las especialidades con mayor cantidad de casos pendientes, calculando la demora media con el total de días de espera entre el total del listado (Dirección Compras de Servicios de Salud [DCSS], 2013).

Metodología

El registro de las listas de espera es competencia de cada centro hospitalario en la CCSS; y debe ser enviado a la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), que es la instancia encargada del control de la gestión en este tema.

De los registros enviados a la UTLE se analiza específicamente la lista de espera quirúrgica (LEQ). La Dirección de Compra de Servicios de Salud (DCSS) recibió los archivos de 27 hospitales⁴ y el centro especializado Clínica Oftalmológica, con formato Excel y corte al 31 de diciembre de 2016.

Estos listados fueron recibidos y estandarizados por la DCSS. Cada archivo consta de al menos 37 variables ingresadas a los listados solicitados por la UTLE. De ese total, la DCSS procesó 11 variables (Anexo 1). Para ello, se utilizaron como criterios de calidad los emitidos por la UTLE (CCSS, 2015).

De las variables resultantes del proceso anterior, son indispensables para este análisis: fecha de registro, servicio, especialidad, estado de la cita, número de identificación, código diagnóstico, descripción diagnóstica y sexo.

Siguiente a la estandarización de las variables, se procede a obtener la demora media. Para esto se inicia con el cálculo de la demora de cada caso, realizando la resta de la fecha de corte menos la fecha de registro. Luego se le suman las demoras individuales y el resultado se divide entre la cantidad de casos. Este proceso se efectúa para cada grupo de análisis de forma independiente.

En este punto está preparada la base de datos para el análisis. Al igual que en años anteriores, se seleccionan los casos pendientes que cuentan con código diagnóstico o descripción diagnóstica (si no tuviera código).

El siguiente paso fue agrupar los casos pendientes por servicio, especialidad y grupos de demora. Para las agrupaciones de servicio y especialidad se tomaron las opciones para estas variables según la UTLE:

- Servicio: Cirugía, Ginecología, Pediatría y Medicina Interna.
- Especialidad: según tabla institucional (Anexo 2).

En lo correspondiente a grupos de demora, se realizó de la siguiente manera:

- De 0 a 90 días.

⁴ Hospitales: Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, México, San Rafael -Alajuela-, Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-, De San Carlos, Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-, Enrique Baltodano Briceño -Liberia-, Tony Facio Castro -Limón-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-, William Allen Taylor -Turrialba-, De Guápiles, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Vicente de Paúl -Heredia-, De La Anexión -Nicoya-, San Francisco de Asís -Grecia-, De Los Chiles, De Upala, Manuel Mora Valverde-Golfito, De Osa Tomás Casas Casajús, De San Vito, De Ciudad Neily, Max Terán Valls -Quepos-, Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, De las mujeres Adolfo Carit Eva, Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas.

- De 91 a 180 días.
- De 181 a 365 días.
- De 366 y más días.

Con estas dos agrupaciones se obtienen tanto la cantidad de casos pendientes por servicio, especialidad, hospital, diagnóstico y su demora media, como la cantidad de pacientes según grupo de espera.

Debido a que este análisis pretende comparar los datos con los de años anteriores, también se utilizaron las LEQ de los cortes del 31 de diciembre de 2014 y de 2015. A estas bases se les realizó el mismo proceso que a la base con corte 31 de diciembre 2016, estandarizando las variables según los criterios de la UTLE y agrupando por servicio, especialidad y grupos de demora.

Al terminar de estandarizar las tres bases, se procedió a comparar la cantidad de casos pendientes, grupos de demora y la demora media (DCSS, 2013).

Resultados

En orden de describir las fuentes que integran la LEQ con corte al 31 de diciembre de 2016, se incluye un total de 461 047 casos, con fechas de registro que van desde el 11 de noviembre de 1996 hasta el 31 de diciembre de 2016 y contienen las 11 variables de análisis.

Se observa que existe mejora en la construcción de los registros durante el trienio, pero todavía existen dificultades expuestas en los informes anteriores: falta de código diagnóstico, discrepancia entre el código diagnóstico y su descripción, casos resueltos con fecha de ingreso posterior a la fecha de atención, datos ausentes en algunas variables, nombres de especialidades que no se encuentran en el listado institucional, entre otros.

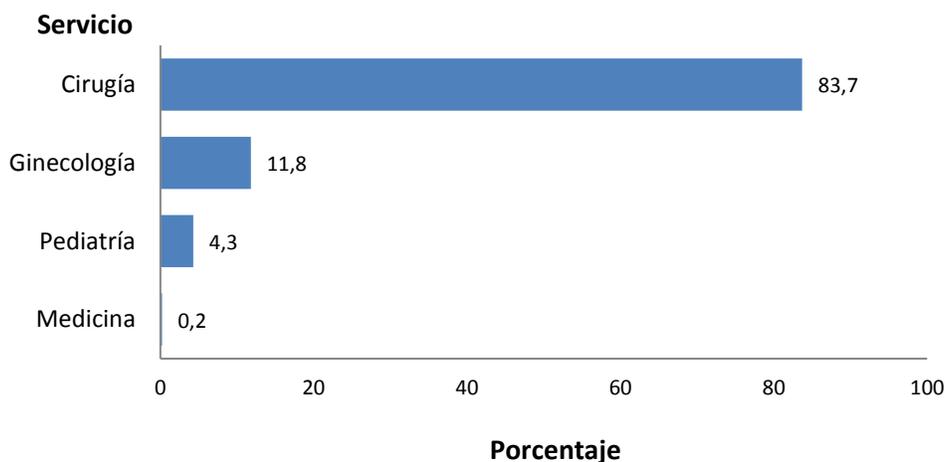
Por otra parte, cabe mencionar que el total de casos incorporados en los archivos enviados se encuentran en la siguiente condición: 59 % están resueltos, 13 % depurados y 28 % pendientes (CCSS, 2015).

El presente análisis se enfoca en los 128 113 casos pendientes de la LEQ, los cuales se agruparon por servicio (Cirugía, Ginecología, Pediatría y Medicina), arrojando dos hallazgos significativos: primero, que los cuatro servicios incorporan casos a la LEQ, y segundo, que el 95 % se encuentra en los servicios de Cirugía y Ginecología (grafico 1.1),

razón por la que se seleccionaron estos dos últimos servicios para continuar con el análisis.

Gráfico 1.1

CCSS: Distribución porcentual de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica por servicio, 2016



Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte 31 diciembre, 2016.

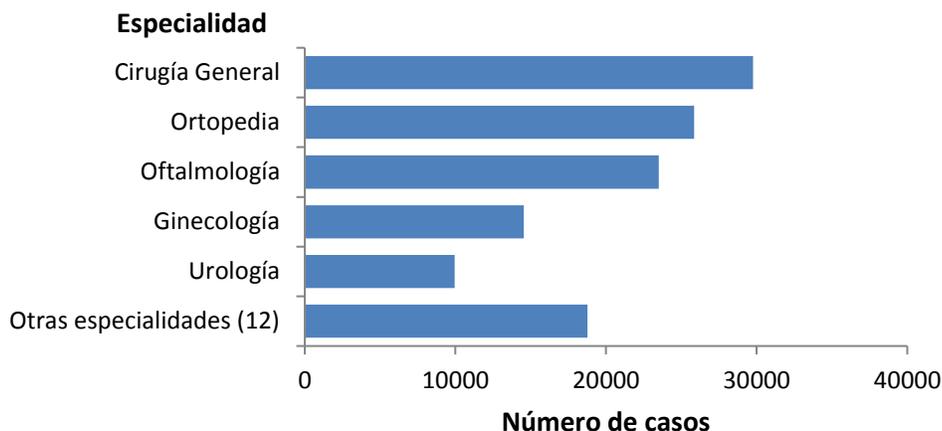
Considerando lo mencionado anteriormente, se excluye del análisis al Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, debido a que sus 4 443 casos pertenecen al servicio de Pediatría. Sin embargo, es importante mencionar que su distribución por tiempos de demora para el año 2016 es el siguiente:

Grupos de demora en días	Porcentaje
0-90	15
91-180	9
181-365	16
366 y más	60

Continuando con el análisis, posterior a la selección de casos de Cirugía y Ginecología, estos se segregaron por especialidad, teniendo como resultado que el 85 % de los casos pendientes se concentra en las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, Ginecología y Urología (gráfico 1.2), representando el 81 % del total de casos pendientes en la LEQ.

Gráfico 1.2

CCSS: Distribución del número casos pendientes en lista de espera por especialidad en los servicios de Cirugía y Ginecología, 2016



Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte 31 diciembre 2016.

En concordancia con los informes anteriores, se seleccionaron los resultados según el primer diagnóstico con mayor cantidad de casos en cada especialidad: coleditis, gonartrosis, catarata, esterilización femenina e hiperplasia prostática; además de los hospitales que registraron la mayor cantidad de casos pendientes en las cinco especialidades seleccionadas (Anexo 3).

Al agrupar por centros los casos pendientes en lista de espera de estas especialidades, se observa que el 82,6 % de los casos se concentran en los siguientes 10 hospitales (ordenados de mayor a menor cantidad de casos): Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, San Rafael -Alajuela-, San Vicente de Paúl -Heredia-, Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-, Tony Facio Castro -Limón-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-, México, Enrique Baltodano Briceño -Liberia- y De San Carlos.

En la siguiente parte de este análisis, se eligieron los casos que cuentan con el diagnóstico más frecuente en las especialidades de mayor cantidad de casos pendientes en los hospitales mencionados. Al realizar la selección con el criterio anterior, se obtuvo un total de 31 666 casos, lo que representa el 25 % del total de casos pendientes registrados.

Al grupo seleccionado de la LEQ con corte 31 de diciembre de 2016, se le comparó con su similar en el 2014 y 2015 (tanto en diagnóstico, especialidad y hospital), mostrándose un aumento en la cantidad de casos en algunos diagnósticos (Cuadro 1.2), con una

disminución del tiempo medio de espera en gonartrosis, colelitiasis e hiperplasia prostática (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.1

CCSS: Número de casos pendientes por diagnóstico, 2014-2016^{1/}

Especialidad/diagnóstico	2014	2015	2016
Total	24 488	28 454	31 666
Colelitiasis	6 900	6 475	7 042
Gonartrosis	3 486	3 284	3 253
Catarata	6 926	9 131	11 878
Esterilización (femenina)	4 648	6 692	6 771
Hiperplasia prostática	2 528	2 872	2 722

1/Incluye los hospitales: San Vicente de Paúl -Heredia-, Rafael Ángel Calderón Guardia, San Rafael -Alajuela-, San Juan de Dios, Tony Facio Castro -Limón-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-, Enrique Baltodano Briceño -Liberia-, Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-, De San Carlos y De la Anexión -Nicoya-.

Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte 31 diciembre 2014, 2015 y 2016.

Cuadro 1.2

CCSS: Demora media en días de los casos pendientes por diagnóstico, 2014-2016^{1/}

Especialidad/diagnóstico	2014	2015	2016
Total	445	430	406
Colelitiasis	433	384	382
Gonartrosis	923	902	481
Catarata	249	269	271
Esterilización (femenina)	301	355	399
Hiperplasia prostática	619	678	657

1/Incluye los hospitales: San Vicente de Paúl -Heredia-, Rafael Ángel Calderón Guardia, San Rafael -Alajuela-, San Juan de Dios, Tony Facio Castro -Limón-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-, Enrique Baltodano Briceño -Liberia-, Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-, De San Carlos y De la Anexión -Nicoya-.

Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte diciembre 2014, 2015 y 2016.

Posterior a la comparación de cantidad de casos pendientes en lista de espera y demora media, se analizaron los casos seleccionados según grupo de demora, a las fechas de corte del 31 diciembre de 2016 y 31 de diciembre de 2014 y de 2015.

Al realizar esta distribución de la LEQ por año, sin examinar por diagnóstico o centro, se obtuvo que el grupo de mayor porcentaje corresponde al de 366 días y más.

Después de esa distribución, los casos se agruparon según diagnóstico, observándose que este comportamiento se mantiene en los casos de colelitiasis, gonartrosis, esterilización (femenina) e hiperplasia prostática, a diferencia de los casos de catarata, que tienen mayor cantidad de casos pendientes en el grupo de 181 a 365 días (Cuadro 1.3). El mismo comportamiento se observa en los cortes del 31 de diciembre de 2014 y de 2015.

Debido a que el grupo de 366 días y más es el que concentra la mayor cantidad de casos pendientes, se comparó este grupo con corte al 31 de diciembre 2016, con el mismo grupo pero a la fecha de corte al 31 de diciembre 2015. Por diagnóstico se determina una disminución desde un punto porcentual en colelitiasis, hasta seis puntos en esterilización (femenina).

Cuadro 1.3

CCSS: Distribución porcentual de casos pendientes en lista de espera según año, diagnóstico y grupos de demora en días, 2014-2016

Año	Diagnóstico	Grupo de demora en días			
		0-90	91-180	181-365	366 y más
2014	Catarata	21	19	36	24
	Colelitiasis	16	13	24	47
	Esterilización (femenina)	21	19	25	35
	Gonartrosis	6	6	11	77
	Hiperplasia prostática	11	8	15	66
2015	Catarata	22	23	28	27
	Colelitiasis	18	16	25	41
	Esterilización (femenina)	16	15	26	43
	Gonartrosis	8	8	14	70
	Hiperplasia prostática	11	9	14	66
2016	Catarata	23	19	33	25
	Colelitiasis	19	15	26	40
	Esterilización (femenina)	19	17	27	37
	Gonartrosis	9	9	14	68
	Hiperplasia prostática	12	11	17	60

Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte 31 diciembre 2015 y 2016.

Conclusiones y recomendaciones

En resumen, la lista de espera quirúrgica es un ente dinámico de oferta y demanda de uno de los servicios dados por la CCSS. La gestión de estas listas tiene como objetivo reducirlas, según el Plan Estratégico Institucional.

Ahora bien, tomando los dos indicadores que involucran la lista de espera analizada y asociándolos al objetivo del Plan Estratégico Institucional, se obtuvo que la disminución general de los casos pendientes de la lista de espera no es suficiente con respecto a la meta deseada. Aunque de forma individual, de los diagnósticos analizados se cumple en dos de los cinco (gonartrosis e hiperplasia prostática).

Para disminuir la LEQ, se han diseñado diversas estrategias institucionales, entre ellas la resolución de casos con gran cantidad de días de demora, lo cual es concordante con los

datos obtenidos en el análisis, que revelan al grupo de 366 días y más como el de mayor cantidad de casos pendientes.

Por otra parte, al hacer la comparación de estos grupos en los casos analizados, se observó disminución desde un punto porcentual hasta seis con respecto al corte del año 2015.

Entre los años 2015 y 2016, la reducción en el porcentaje de casos con diagnósticos de catarata, esterilización femenina, gonartrosis e hiperplasia prostática con tiempo de espera mayor a 365 días, podría indicar algún grado de resultado en la ejecución de estrategias para la disminución de casos con importante tiempo de demora.

En virtud de continuar el trabajo para llegar al objetivo de disminuir la LEQ y como se ha indicado en informes anteriores sobre el tema de listas de espera, hay que impulsar las guías de prácticas clínicas, así como la priorización, el monitoreo y el control de sala de operaciones, para de esta manera prevenir en forma y tiempo cualquier problemática asociada al balance oferta y demanda de los servicios quirúrgicos de la CCSS (Rodríguez *et al*, 2008).

Al realizar estos controles y monitoreos por parte de los gestores locales y las autoridades competentes, se pueden obtener planes proactivos de mejora para la gestión actual y disminución de la lista de espera.

Aunado a las gestiones antes nombradas, se debe tener en cuenta el fortalecimiento del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, el cual debe ser un eje central en lo que corresponde a disminución de listas de espera, colocando como ejemplo a los cinco diagnósticos analizados, en donde cuatro pueden ser realizados en este programa.

Por tanto, en lo que corresponde a disminuir la lista de espera quirúrgica, todavía existe trabajo por hacer para poder lograr el objetivo indicado en el Plan Institucional.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (14 de julio de 2016). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. Recuperado el 08 de julio de 2017, de CCSS: <http://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=7>
- Cañizares, A., & Santos, A. (2011). *Fundación Alternativas*. Recuperado el 07 de junio de 2017, de: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos. San José, Costa Rica: CCSS-UTLE.
- Dirección Compras de Servicios de Salud [DCSS]. (2013). *Lista de Espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas*. San José, Costa Rica: CCSS-DCSS.
- Julio, C., Wolff, P., Yarza, M. (2016). Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Revista Médica de Chile*, 144: 787-794.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Salud y derechos humanos*. Recuperado el 10 de junio de 2017, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Rodriguez, E., Álvarez, B., Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 702-707.

Anexo 1

Variables de lista de espera de Cirugía

Nombre de la variable	Descripción
Fecha de registro	Se refiere al día al que el paciente se registró en el sistema y se le indicó que le correspondía operarse.
Servicio	Se debe colocar el servicio al que pertenece el paciente Pediatría, Cirugía, Medicina Interna o Ginecología.
Especialidad	Se debe colocar la especialidad en cuestión según tabla institucional; no se aceptan especialidades o servicios creados por hospitales.
Estado de la Cita	Pendiente: cuando el paciente está pendiente de realización de cirugía. Resuelto: cuando paciente efectivamente ya se haya realizado su cirugía. Depurado: Cuando el paciente haya sido retirado de la lista de espera sin haberle realizado el procedimiento, siendo posibles causas las siguientes: cuando paciente ya no amerite, no desee, o haya resuelto su problema de alguna otra forma o no sea localizable, entre otras.
Fecha de atención	Se refiere al día que se le realizó EFECTIVAMENTE la cirugía al paciente, en caso que paciente resuelva su cita o cirugía de otra forma (depuración, negación, o criterio médico) NO se debe consignar fecha de atención
Número de identificación	Debe ajustarse a los lineamientos institucionales para la asignación de números de identificación, cedula 9 dígitos, N° asegurado 8 o 10 dígitos, número interno 14 dígitos. No deben existir guiones, backslash o espacios.
Código de diagnóstico	Según Clasificación CIE_10
Descripción de Diagnóstico	Diagnósticos deben ser unificados, no se deben agregar patologías de comorbilidad agregadas o complicaciones o procedimiento.
Sexo de paciente	Femenino, masculino.
Fecha de nacimiento de paciente	--
Observaciones	Campo libre para colocar algún comentario que refuerce la información; en caso de ser algo repetitivo tratar de utilizar términos homogéneos.

Fuente: Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos.

Anexo 2

Tabla institucional de códigos de Servicio y Especialidad

Servicio	Especialidad
Cirugía	Bucodentomaxilar
	Cirugía general
	Reconstructiva
	Maxilofacial
	Torácica
	Cirugía menor
	Vascular periférica
	Unidad de Urgencias Quirúrgicas
	Clínica de mama
	Consulta pre-operatoria mayor ambulatoria
	Neurocirugía
	Oftalmología
	Oncología quirúrgica
	Ortopedia
	Ortótica
	Otorrinolaringología
	Proctología
	Quimioterapia
	Rehabilitación
	Reumatología
	Radioterapia
	Urología
	Unidad de trasplante renal
Traumatología	
Anestesiología	
Gineco- obstetricia	Ginecología
	Obstetricia
	Oncología quirúrgica
	Patología cervical
	Salud reproductiva
	Pos-parto

Fuente: Centro de Codificaciones Institucionales, CCSS.

Anexo 3

Distribución de casos por servicio y hospital

Hospital	Cirugía General	Ginecología	Oftalmología	Ortopedia	Urología
Total	29 752	14 543	23 496	25 846	9 943
HCG	3 762	764	2 526	5 073	2 005
HSJD	2 986	992	1 694	5 804	1 322
HSRA	3 530	1 913	2 681	1 963	1 753
HSVP	2 813	2 791	3 153	1 471	1 060
HMP	3 149	496	547	2 116	587
HTF	762	755	3 636	482	927
HEP	1 802	494	1 689	2 057	492
HMEX	2 967	1 079	311	1 876	258
HEBB	1 575	1 189	1 425	1 285	228
HSC	598	902	1 638	189	54
HLA	802	400	1 193	632	188
HMS	1 323	96	635	476	493
HCLV	880	311	273	310	395
HG	532	625	615	239	0
HWAT	770	407	0	635	0
HSFA	703	172	0	580	0
HNGG	172	0	692	0	103
HOMACE	15	946	0	0	0
CENARE	0	0	0	546	23
CLOF	0	0	496	0	0
HCN	21	84	292	24	55
HLCH	228	64	0	0	0
HMMV	64	16	0	78	0
HMTV	119	29	0	10	0
HSV	76	10	0	0	0
HU	52	5	0	0	0
HTC	51	3	0	0	0

Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte 31 diciembre 2016

2. La ejecución de la colposcopia forma parte del flujo de atención a las usuarias con patología cervical

La colposcopia se ejecuta en el plazo de atención establecido por norma en el 87 % de los casos.

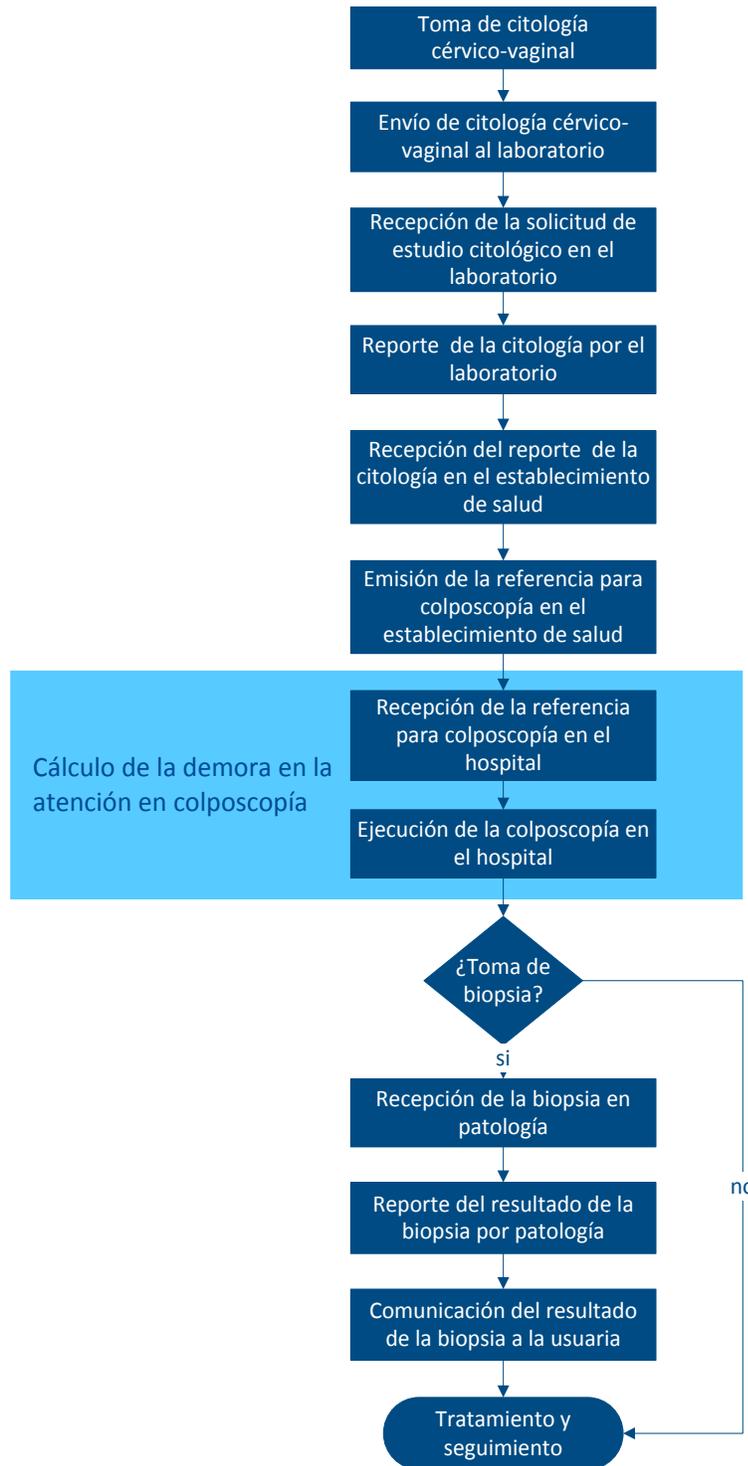
En relación con el tema de cáncer, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) implementa una serie de intervenciones para la prevención, la detección y el tratamiento de los principales tipos de cáncer que afectan la población costarricense. La inclusión de este tema en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) se fundamenta en la viabilidad de la medición, la cual depende en gran medida de la información disponible y de la existencia de normativas o estándares de referencia.

Bajo esta premisa es que hace varios años se evalúa la atención en colposcopia a las usuarias referidas por lesión premaligna o maligna de cáncer de cérvix, ya que, además de contar con una normativa nacional (MINSa, 2006), se ha logrado que en los hospitales se lleve el registro de las usuarias atendidas y que en sus respectivos expedientes de salud se registre la información que permite realizar la medición de la demora en la atención e incluso, recientemente, la delimitación del flujo de atención. Este último da una vista gráfica del recorrido que hacen los usuarios a través de los diferentes servicios para completar la atención de una intervención en salud específica, por lo que es de utilidad para la gestión de los servicios de salud.

En lo que respecta a la patología cervical premaligna o maligna, la usuaria se mueve a través de diferentes establecimientos de la Red de Servicios de Salud a partir de un diagnóstico citológico y concluye con el tratamiento y seguimiento de acuerdo a un diagnóstico establecido mediante el procedimiento colposcopia o en algunos casos, se hace necesaria la toma de una biopsia para obtener un diagnóstico que oriente la conducta a seguir (Figura 2.1).

Figura 2.1

CCSS: Flujo de atención a las usuarias con lesión premaligna o maligna de cérvix



En este informe se presentan los resultados de la evaluación de la demora en la atención en colposcopia en los 23 hospitales generales (nacionales, regionales y periféricos) y en el hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, a las usuarias referidas según tipo de lesión cervicovaginal y plazo de atención establecido en la norma:

- Mujeres referidas por lesión sugestiva de presencia de Virus de Papiloma Humano (VPH), células escamosas de significado indeterminado (ASC-US), células glandulares de significado indeterminado (AGUS), lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG: displasia leve), detectada en la citología cervicovaginal, que requieren atención en colposcopia en un plazo menor a 90 días.
- Mujeres referidas por lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo (ASC-H) o lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG: displasia moderada, displasia severa y carcinoma *in situ*), detectada en la citología cervicovaginal, que requieren atención en colposcopia en un plazo menor a 30 días.
- Mujeres referidas por lesión invasora detectada en la citología cervicovaginal, que requieren atención en colposcopia en un plazo menor a ocho días.

La ejecución de la colposcopia constituye un punto intermedio entre el flujo de atención a las usuarias y la determinación en la demora, y parte de un primer contacto con el hospital: la recepción de la referencia.

En los casos en que no se cuenta con este registro en el expediente (10 % de los casos), esta demora se determina a partir del punto previo de la atención del cual se tenga registro de fecha, a saber:

- Fecha de emisión de la referencia o solicitud de cita.
- Fecha de recepción de la citología en el área de salud.
- Fecha de reporte de la citología por el laboratorio.
- Fecha de recepción de la citología en el laboratorio.
- Fecha de realización de la citología.

Cuando la demora estimada a partir de estos registros excede el plazo estipulado en la norma, el caso se considera indeterminable (no medible), puesto que no puede delimitarse el tiempo de la atención en el hospital y por tanto, no es prudente atribuirla al centro.

Los casos no medibles, en conjunto con los casos que no cumplen con los criterios y el marco de referencia estadístico para la evaluación, sea por falta de calidad en el registro de la información en el expediente de salud o en la construcción del registro de casos por el hospital, se consideran no evaluables y constituyen valores perdidos para el análisis, por lo que no se presentan en este informe. Esto sucede con los datos de los hospitales San Juan de Dios, San Rafael -Alajuela-, San Vicente de Paúl -Heredia-, San Francisco de Asís -Grecia- y Tony Facio Castro -Limón-.

Con lo anterior, de una población total reportada por los hospitales de 5 233 colposcopías ejecutadas a usuarias referidas por lesión citológica cervicovaginal o lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, se solicitan para revisión 1 745 expedientes, de los cuales 34 no estuvieron disponibles quedando un total de 1 711 expedientes revisados.

De la revisión de expedientes, resultaron 1 233 casos evaluables y la colposcopia fue ejecutada en un plazo menor al estipulado en la norma en el 86,7 % de ellos.

Es importante aclarar que se identificaron tres casos evaluables referidos con lesión invasora (dos del hospital San Vicente de Paúl -Heredia- y uno del hospital Max Terán Valls -Quepos-), los cuales fueron atendidos en un plazo menor de ocho días, que es el estipulado por norma. Esto demuestra la priorización que se da en los hospitales a la atención de las usuarias con este tipo de lesiones, quienes lamentablemente, se han detectado en fases avanzadas de la enfermedad.

El desglose de los casos evaluables y atendidos en el plazo estipulado por norma se muestra en el Cuadro 2.1.

Cuadro 2.1

CCSS: Número de casos para la determinación de la oportunidad en la atención en colposcopia, según motivo de referencia a los hospitales, 2016

Motivo de referencia	Evaluables	Casos	
		Atendidos en el plazo Número	Porcentaje
Total	1 233	1 069	86,70
Lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG ^{1/}	823	712	86,51
Lesión clínica sospechosa en cérvix, LIEAG o ASC-H ^{2/}	407	354	86,98
Lesión invasora ^{3/}	3	3	100,00

1/VPH: Virus de Papiloma Humano, ASCUS: Células escamosas de significado indeterminado, AGUS: Células glandulares de significado indeterminado, LIEBG: Lesión intraepitelial de bajo grado (displasia leve). No incluye datos de los hospitales San Juan de Dios, San Rafael -Alajuela-, San Vicente de Paúl -Heredia-, San Francisco de Asís -Grecia- y Tony Facio Castro -Limón-.

2/LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa y carcinoma *in situ*), ASC-H: Células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo. No incluye datos del hospital San Rafael -Alajuela-.

3/No incluye datos de los hospitales San Juan de Dios, de las Mujeres Adolfo Carit Eva y de La Anexión -Nicoya-.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Es importante mencionar que los datos de los casos reportados con referencia por lesión cervicovaginal que amerita plazo de atención en menos de 90 días, se obtuvieron a partir de una muestra de expedientes, ya que las poblaciones reportadas por los hospitales son grandes. Esto se da en todos los hospitales excepto en tres (Manuel Mora Valverde -Golfito-, de Osa Tomás Casas Casajús y de Upala), en los cuales se revisó la totalidad de la población.

En el grupo de mujeres referidas con diagnóstico que amerita atención en menos de 30 días, los datos corresponden a la población total reportada por los hospitales. El detalle de la población reportada por cada hospital y la cantidad de casos revisados, evaluables y atendidos en el plazo estipulado se muestra en los cuadros 2.2 y 2.3.

Cuadro 2.2

CCSS: Atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG^{1/}, según hospital, 2016

Hospital ^{2/}	Población reportada	Casos			
		Revisados	Evaluables	Atendidos en < 90 días	
				Número	Porcentaje
De Las Mujeres Adolfo Carit Eva México	402	40	38	11	28,95
Rafael Ángel Calderón Guardia	310	42	42	34	80,95
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	110	40	37	35	94,59
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	73	40	35	21	60,00
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	376	40	40	37	92,50
Víctor Manuel Sanabria Martínez - Puntarenas-	180	89	82	82	100,00
De San Carlos	455	54	50	49	98,00
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	176	40	38	27	71,05
De Guápiles	155	71	64	44	68,75
De La Anexión -Nicoya-	219	40	37	36	97,30
William Allen Taylor -Turrialba-	148	55	54	54	100,00
De Ciudad Neily	87	48	47	46	97,87
De San Vito	101	40	39	38	97,44
De Los Chiles	77	40	37	36	97,30
Manuel Mora Valverde -Golfito-	49	49	41	36	87,80
Max Terán Valls -Quepos-	106	40	38	38	100,00
De Osa Tomás Casas Casajús	12	12	9	8	88,89
De Upala	59	59	55	41	74,55

1/VPH: Virus de Papiloma Humano, ASCUS: Células escamosas de significado indeterminado, AGUS: Células glandulares de significado indeterminado, LIEBG: Lesión intraepitelial de bajo grado (displasia leve).

2/No incluye datos de los hospitales San Juan de Dios, San Rafael -Alajuela-, San Vicente de Paúl -Heredia-, San Francisco de Asís -Grecia- y Tony Facio Castro -Limón-

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Cuadro 2.3

CCSS: Atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con LIEAG, ASC-H^{1/} o lesión clínica sospechosa en cérvix, según hospital, 2016

Hospital ^{2/}	Población reportada	Casos			
		Revisados	Evaluables	Atendidos en < 30 días	
				Número	Porcentaje
De Las Mujeres Adolfo Carit Eva	47	47	42	32	76,2
México	4	4	4	4	100,0
Rafael Ángel Calderón Guardia	28	28	27	18	66,7
San Juan de Dios	51	51	42	40	95,2
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	10	10	10	8	80,0
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	11	11	9	2	22,2
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	28	28	28	27	96,4
Víctor Manuel Sanabria Martínez - Puntarenas-	22	22	19	19	100,0
De San Carlos	46	46	41	39	95,1
Tony Facio Castro -Limón-	7	7	1	1	100,0
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	16	16	14	10	71,4
De Guápiles	27	27	26	24	92,3
De La Anexión -Nicoya-	31	31	23	21	91,3
San Vicente de Paúl -Heredia-	89	87	57	54	94,7
William Allen Taylor -Turrialba-	17	17	17	16	94,1
San Francisco de Asís -Grecia-	14	14	7	7	100,0
De Ciudad Neily	16	16	13	11	84,6
De San Vito	14	14	12	8	66,7
De Los Chiles	3	3	2	2	100,0
Manuel Mora Valverde -Golfito-	7	7	5	5	100,0
Max Terán Valls -Quepos-	4	3	2	1	50,0
De Osa Tomás Casas Casajús	4	4	3	3	100,0
De Upala	5	5	3	2	66,67

1/LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ), ASC-H: Células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo.

2/ No incluye datos del hospital San Rafael -Alajuela-.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Nótese la diferencia en la población reportada del Hospital México respecto a los otros dos hospitales nacionales y al Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva. Es una población

mucho más pequeña en los dos grupos analizados, lo cual podría relacionarse con la capacidad resolutoria de la respectiva red.

Otro dato llamativo es que la cantidad de casos reportados con lesiones que ameritan plazo de atención menor a 30 días constituye un 14 % del total, lo cual puede obedecer a que la detección se está dando en fases más tempranas de la enfermedad, cuando las lesiones citológicas son de bajo grado.

Lo anterior puede ser producto del esfuerzo de la captación de las mujeres para la toma de la citología cervicovaginal (Papanicolaou) en el primer nivel de atención de la CCSS, en los consultorios de medicina mixta, en medicina laboral o incluso, en el sistema de atención privada.

A pesar de esos esfuerzos, se debe prestar atención a los casos en los cuales se supera el plazo de los 30 días para la ejecución de la colposcopia, puesto que requieren una atención prioritaria.

Con el fin de conocer en cada hospital el comportamiento de la demora en la atención en colposcopia, para los casos evaluables se presenta el mínimo, el máximo y la mediana en los cuadros 2.4 y 2.5.

Tras realizar la evaluación, se encontró que en el grupo de mujeres cuya lesión amerita atención en colposcopia en menos de 90 días, la máxima demora fue de 298 días, en el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, que corresponde a una usuaria referida por LIEBG. La causa de esta demora no pudo identificarse y por tanto, se atribuye al centro. En el grupo de mujeres referidas con lesión que amerita atención en menos de 30 días, el máximo de esta demora fue de 220 días, en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, la cual es atribuible a la usuaria, ya que requirió dos programaciones de cita que prolongaron el plazo de atención; la primera porque presentaba un sangrado transvaginal y la segunda debido a que la usuaria se realizó un procedimiento en cérvix el día previo a la cita en colposcopia, situaciones que se identificaron en la revisión del expediente.

Cuadro 2.4

CCSS: Demora en la atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con lesiones sugestivas de presencia de VPH, ASCUS, AGUS O LIEBG^{1/}, según hospital, 2016

Hospital ^{2/}	Número de casos	Demora (días)		
		Mínimo	Máximo	Mediana
De Las Mujeres Adolfo Carit Eva	38	3	298	168
México	40	0	173	11
Rafael Ángel Calderón Guardia	42	1	270	63
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	37	13	98	73
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	35	0	208	85
Dr. Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	40	12	128	52
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	82	0	71	15
De San Carlos	50	1	141	20
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	38	5	198	50
De Guápiles	64	0	201	49
De La Anexión -Nicoya-	37	0	116	47
William Allen Taylor -Turrialba-	54	0	83	29
De Ciudad Neily	47	11	138	46
De San Vito	39	16	98	52
De Los Chiles	37	2	116	12
Manuel Mora Valverde -Golfito-	41	0	225	27
Max Terán Valls -Quepos-	38	5	58	16
De Osa Tomás Casas Casajús	9	26	198	36
De Upala	55	5	144	76

1/VPH: Virus de Papiloma Humano, ASCUS: Células escamosas de significado indeterminado, AGUS: Células glandulares de significado indeterminado, LIEBG: Lesión intraepitelial de bajo grado (displasia leve).

2/No incluye datos de los hospitales San Juan de Dios, San Rafael -Alajuela-, San Vicente de Paúl -Heredia-, San Francisco de Asís -Grecia- y Tony Facio Castro -Limón-.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Cuadro 2.5

CCSS: Demora en la atención en colposcopia a casos referidos por citología cervicovaginal con LIEAG, ASC-H^{1/} o lesión clínica sospechosa en cérvix, según hospital, 2016

Hospital ^{2/}	Número de casos	Demora (días)		
		Mínimo	Máximo	Mediana
De Las Mujeres Adolfo Carit Eva	42	0	181	16
México	4	1	14	9
Rafael Ángel Calderón Guardia	27	1	220	27
San Juan de Dios	42	3	75	12
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	10	1	86	5
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	9	20	109	34
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	28	2	30	11
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	19	0	15	7
De San Carlos	41	1	41	7
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	14	0	89	25
De Guápiles	26	0	35	11
De La Anexión -Nicoya-	23	0	67	1
San Vicente de Paúl -Heredia-	57	0	93	5
William Allen Taylor -Turrialba-	17	0	34	12
De Ciudad Neily	13	4	38	24
San Francisco de Asís -Grecia-	7	2	23	17
De San Vito	12	13	51	26
De Los Chiles	2	6	21	-
Manuel Mora Valverde -Golfito-	5	0	21	10
Max Terán Valls -Quepos-	2	15	35	-
De Osa Tomás Casas Casajús	3	9	21	21
De Upala	3	3	33	12

1/LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada, displasia severa y carcinoma *in situ*), ASC-H: Células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo.

2/El hospital Tony Facio Castro-Limón-cuenta con un caso evaluable con demora de 28 días. No incluye datos del hospital San Rafael -Alajuela-.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Por otra parte, hay casos cuya demora mínima es de cero días, lo cual indica que la colposcopia es ejecutada el mismo día en que la usuaria pide la cita en el hospital. Las causas de esta atención inmediata deberían revisarse localmente, ya que implica que estas usuarias no requirieron de espera para la atención a diferencia de otras a quienes

se les programa la cita para otro momento, lo cual podría traducirse en inequidad de la atención; sin embargo, hay que considerar otros aspectos como: sustituciones de citas por ausencias, reacomodo de agendas, priorización de casos, entre otros, que podrían explicar este hallazgo.

Por otra parte, es importante mencionar que en algunos casos el máximo de la demora duplica o incluso triplica el plazo establecido, situación que debe analizarse de forma particular.

Conclusiones

En conclusión, el registro de la información para medir el proceso de atención en colposcopia en los hospitales (construcción del registro de casos por cada hospital y el registro de los datos en el expediente de salud) continúa siendo un desafío para la institución, ya que cerca del 30 % de los casos fueron valores perdidos para la evaluación. Esta situación se ha presentado los últimos dos años en los hospitales San Juan de Dios, San Rafael -Alajuela-, San Vicente de Paúl -Heredia- y Tony Facio Castro -Limón-, donde se considera importante mejorar la calidad del registro, ya que de él depende la gestión local del proceso, su evaluación y control.

Además, a pesar de que el procedimiento se ejecuta en el plazo establecido en la norma en el 87 % de los casos, debe recordarse que constituye una demora intermedia en el flujo de atención, por lo que sería de gran utilidad analizar las demoras que experimentan las usuarias desde la toma de la citología hasta el diagnóstico, ya que el tiempo de espera además de generar estrés en la persona, puede influir en la evolución de la enfermedad y su tratamiento.

El conocimiento del proceso de atención y el análisis de las demoras podría contribuir al gestor para la identificación de nodos críticos en el flujo de atención y la búsqueda de soluciones para la mejora continua de la prestación del servicio, lo cual se espera se traduzca en efectividad, siempre procurando el beneficio para la salud de las usuarias. Corresponde al nivel estratégico la revisión de los tiempos normados, considerando la historia natural de la enfermedad, el comportamiento epidemiológico nacional y los recursos institucionales.

Referencias bibliográficas

Bembibre, V. (04 de enero de 2009). *Definición ABC*. Recuperado el 17 de mayo de 2017, de Definición ABC.: <http://www.definicionabc.com/comunicacion/diagrama-de-flujo.php>

MINSA. (7 de julio de 2006). *Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, para el I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología*. (Versión en Internet). Obtenido de: http://www.imprenal.go.cr/pub/2006/07/07/ALCA43_07_07_2006.pdf

Sánchez, M. D. (2016). *Configuración de la prestación de servicios de salud en red, centrada en las personas*. En: Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS centenaria* (págs. 71-77). San José: CCSS. Dirección de Comunicación Organizacional.

Sevicio de Calidad de la Atención Sanitaria [Sescam]. (2012). *La gestión por procesos*. (Versión en Internet). Toledo: Sescam. Obtenido de: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>

3. Mejoró la oportunidad en la atención de los casos por IAMCEST en las áreas de urgencia de los hospitales

El tiempo puerta-aguja fue de 30 minutos o menos en el 67 % de 69 casos a los que se les pudo medir.

La oportunidad en la atención de los casos por infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en el área de urgencia de los hospitales generales, se viene evaluando en la Caja Costarricense de Seguro (CCSS) desde el año 2004. Su determinación se hace con la medida del tiempo puerta-aguja (Masoudi *et al*, 2008), y su meta es que este sea de 30 minutos o menos en el 100 % de los casos.

Metodología

Los casos fueron seleccionados en el transcurso del año por la persona encargada en cada uno de los hospitales, siguiendo los requisitos establecidos en la ficha técnica **3-04-A. Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado. Infusión trombolítica i.v. Determinación de la oportunidad**. Posteriormente, los expedientes de salud de todos los casos reportados por los encargados fueron revisados por los evaluadores en cada uno de los hospitales. Los datos se registraron en un libro de MS Excel 2010 para cada hospital, mediante un formulario desarrollado en MS Visual Basic para tal fin. Al terminar, en la sede de la Dirección de Compra de Servicios de Salud, se verificaron los datos, se arreglaron las inconsistencias, se corrigieron los errores de digitación y se ajustaron las fórmulas según las peculiaridades de la atención en las áreas de urgencia de algunos hospitales. Las frecuencias y las estadísticas descriptivas de las variables se calcularon usando el programa informático MS Excel 2010.

Resultados

Selección de la población de casos

De los 23 hospitales generales, 21 reportaron un acumulado de 129 casos; los hospitales San Juan de Dios y México no reportaron ninguno. Cuando se revisaron los expedientes de salud, 45 casos (35 %) no fueron elegibles para la evaluación: 20 casos por incumplir

con un criterio de inclusión y 25 casos porque cumplían el criterio de exclusión de que el paciente llegó al área de urgencia trasladado por síndrome coronario agudo.

La población para el año 2016, por lo tanto, la conformaron 84 casos, que representaron a la misma cantidad de pacientes, pues cada paciente dio origen a un solo caso. En el cuadro 3.1 se presenta su distribución según el hospital donde se dio la atención.

En contraste, en la evaluación del año 2015 el porcentaje de casos no elegibles fue menor (29 %; 59/205 casos), aunque la cantidad reportada de casos (205) y la población seleccionada (146 casos) fueron mayores (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS] 2016, pp. 180-183).

Características de los pacientes

En lo que se refiere a las características demográficas, las edades fueron de 38 a 91 años cumplidos, y su promedio fue mayor en las mujeres (66 años), que en los hombres (62 años).

Respecto al género, la razón de hombres frente a mujeres fue de 3:1 (64 hombres y 20 mujeres). Además, el porcentaje de casos por infarto prematuro fue mayor en el grupo femenino (50 %; 10/20 casos) que en el masculino (30 %; 19/64 casos), entendiéndose como tales, aquellos cuyos pacientes tenían menos de 55 años si eran hombres, o menos de 65 años si eran mujeres (National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Cholesterol Education Program, 2002, p. 3181).

En términos generales, esos hallazgos son similares a los que fueron reportados para el período del año 2000 al 2014, en una larga serie de casos de egreso por infarto agudo del miocardio de los hospitales generales de la CCSS (Nassar & León, 2016).

Cuadro 3.1

CCSS: Casos seleccionados de atenciones por IAMCEST^{1/} en el área de urgencia de los hospitales generales, 2016

Hospital	Casos seleccionados	
	Cantidad	Porcentaje
TOTAL	84	100
De San Carlos	16	19
San Vicente de Paúl –Heredia-	12	15
Fernando Escalante Pradilla –Pérez Zeledón-	11	13
San Francisco de Asís –Grecia-	9	11
De Ciudad Neily	5	6
Carlos Luis Valverde Vega –San Ramón-	4	5
De Guápiles	3	4
Manuel Mora Valverde –Golfito-	3	4
Maximiliano Peralta Jiménez –Cartago-	3	4
William Allen Taylor –Turrialba-	3	4
Enrique Baltodano Briceño –Liberia-	2	2
Rafael Ángel Calderón Guardia	2	2
De La Anexión –Nicoya-	2	2
Max Terán Valls –Quepos-	2	2
De San Vito	2	2
De Los Chiles	1	1
Victor Manuel Sanabria Martínez –Puntarenas-	1	1
San Rafael –Alajuela-	1	1
Tony Facio Castro –Limón-	1	1
De Upala	1	1

1/IAMCEST = infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2016.

Resultados del triaje

En lo que se refiere al triaje, debe aclararse que durante el año 2016 su práctica en las áreas de urgencias no fue uniforme: en 16 de los 21 hospitales que reportaron casos por IAMCEST, el triaje se hizo permanentemente, en cuatro hospitales (de San Carlos, Fernando Escalante Pradilla, de Ciudad Neily y de San Vito) estuvo limitado a ciertos días y horarios, y en un hospital (de Osa Tomás Casas Casajús) no se hizo del todo.

Además, en el flujo de la atención, el triaje fue la primera actividad en diez hospitales; la segunda, precedido por la ventanilla, en siete hospitales, y por la preconsulta de enfermería, en un hospital; y la tercera, precedido por la preconsulta y la ventanilla, en tres hospitales.

Por otro lado, para la priorización de los pacientes se utilizó la clasificación *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) en 16 de los hospitales, y una modificación local de la CTAS en los hospitales San Rafael, San Francisco de Asís, Carlos Luis Valverde Vega y Enrique Baltodano Briceño.

Finalmente, la distribución de los 84 pacientes resultó de la siguiente forma:

Clasificación	Cantidad de casos	Porcentaje
TOTAL	<u>84</u>	<u>100</u>
Sin clasificar	28	33
Sin clasificar pero con criterios de CTAS I	15	18
CTAS I	4	5
CTAS II	18	22
CTAS III-IV	7	8
Otra: modificación local	12	14

En los 15 casos con criterios de CTAS I podría ser esperable la ausencia de la clasificación; sin embargo, en los 28 casos sin clasificar, solo cuatro pacientes recibieron atención inmediata: tres traídos por la cruz roja y uno llegado por sus propios medios; de los otros: en 14 casos el triaje no se hacía el día o a la hora de la atención en particular, y en 10 casos no se registró el motivo.

Tiempo puerta-aguja

El lapso del tiempo puerta-aguja se calcula restando la hora registrada de la primera atención que se le dio al paciente (“puerta”) de la hora registrada del inicio de la terapia trombolítica IV (aplicación de la estreptoquinasa) (“aguja”), y su análisis se hace con la mediana y el porcentaje de los casos cuyo tiempo puerta-aguja fue de 30 minutos o menos (Krumholz *et al*, 2008). El último indicador, además, es equivalente a la medida de la oportunidad en la atención de los casos por IAMCEST.

De los 84 casos, en el 18 % (15 casos) no se logró medir el tiempo puerta-aguja, por las siguientes razones: en 11 casos la puerta no se registró o el registro era irregular; en tres casos uno o varios de los momentos de la atención se registraron de manera

retrospectiva, por lo que eran inciertos; y en un caso la aguja no se registró. Sin embargo, este porcentaje de casos con tiempo puerta-aguja no medible es menor que el encontrado en el año 2015, que fue del 32 % (46/146 casos) (CCSS, 2016). Para los cálculos, entonces, se utilizaron los valores de los 69 casos con el tiempo puerta-aguja medible.

El valor mínimo fue de 0 minutos y el máximo de 139 minutos. La mediana (rango intercuartil) fue de 24 (13 a 36) minutos.

Según el género del paciente, la mediana (rango intercuartil) del tiempo puerta-aguja también fue mayor en el grupo femenino que en el masculino: 28 (20 a 33) minutos y 24 (13 a 33) minutos, respectivamente.

Además, como se puede observar en el cuadro 3.2, el tiempo puerta-aguja varió según la puerta del caso y la clasificación del paciente, encontrándose los valores mayores en la ventanilla y en los pacientes sin clasificar.

Cuadro 3.2

CCSS: Tiempo puerta-aguja en 69 casos atendidos por IAMCEST^{1/} en las áreas de urgencia de los hospitales generales según las variables puerta del caso y clasificación del paciente, 2016

(En minutos)

Variable	Mediana	Rango intercuartil
Puerta del caso		
Médico/Enfermera	15	10 a 21
Triaje	25	15 a 34
Ventanilla	30	16 a 47
Clasificación del paciente^{2/}		
CTAS ^{3/} I o con criterios de CTAS I	14	10 a 21
CTAS II	25	15 a 32
Sin clasificar	28	15 a 36

1/ IAMCEST: infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST.

2/ No se incluyen 11 casos: cuatro clasificados CTAS III; uno CTAS IV; y seis con otra clasificación.

3/ Canadian Triage and Acuity Scale

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2016.

Oportunidad en la terapia trombolítica IV

En el 67 % (46/69) de los casos con tiempo puerta-aguja medible, la estreptoquinasa se aplicó en 30 minutos o menos desde la llegada del paciente al área de urgencia. La meta del 100 %, por lo tanto, no se alcanzó. Pese a ello, respecto al logro del año 2015, que fue del 48 % (70/146 casos) (CCSS, 2016), tuvo un aumento del 40 %.

En conclusión, el proceso de la atención a los casos por IAMCEST en las áreas de urgencia de los hospitales generales ha mejorado en lo que atañe a la oportunidad en la aplicación de la estreptoquinasa. Sin embargo, es posible que hubiera sido aún mayor si la práctica del triaje estuviera disponible las 24 horas en todos los hospitales.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015*. (Versión en Internet). San José, Costa Rica: CCSS, Gerencia Médica, Dirección de Compra de Servicios de Salud. Recuperado de:

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SiteAssets/SitePages/Informe%202015/Informe%20EPSS-2015.pdf>

Krumholz, H. M., Anderson, J. L., Bachelder, B. L., Fesmire, F. M., Fihn, S. D., Foody, J. M., Nallamothu, B. K. (2008). ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for ST-Elevation and Non ST-Elevation Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol*, 52(24), 2046-2099.

Masoudi, F. A., Bonow, R. O., Brindis, R. G., Cannon, C. P., DeBuhr, J., Fitzgerald, S., ...Wharton T. P., Jr. (2008). ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the American College of

Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Work Group to Address the Challenges of Performance Measurement and Reperfusion Therapy). *J Am Coll Cardiol*, 52(24), 2100-2112.

National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Cholesterol Education Program. (2002). *Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report (NIH Publication No. 02-5215)*. Recuperado de:
<http://circ.ahajournals.org/content/106/25/3143.full.pdf+html>

Nassar, L. F. & León, M. F. (2016). *Casos nuevos de egreso por infarto del miocardio en los hospitales generales de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2000-2013: estudio descriptivo basado en los registros del Sistema de Egreso de Servicios de Salud*. Manuscrito inédito.

4. El 2,5% de los egresos en los hospitales generales fueron defunciones.

Seis centros presentaron una tasa de mortalidad superior a la esperada.

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

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

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

Se empleó este método porque la casuística entre los hospitales es diferente. Para ello se calculó el “IMHAR” basándose en la metodología utilizada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud. (CIHI, 2012; Morera, 2013)

Se seleccionaron los egresos según diagnóstico, que concentraron el 80% de las muertes hospitalarias en el 2016, y se calculó el intervalo de confianza al 95%. (Morera M, 2013).

Como fuente de información se utilizó la base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística en Salud de la CCSS. El período de análisis es el año 2016 y los centros objeto de la evaluación son los 23 hospitales generales de la institución.

Para efectos de resultado se establecieron tres categorías del IMHAR:

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

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

De los egresos registrados en los hospitales generales, se presentaron en total 7.380 defunciones, equivalente a un 2,5 %; tasa superior a la registrada en el 2015 (2,3 %) (CCSS, 2016).

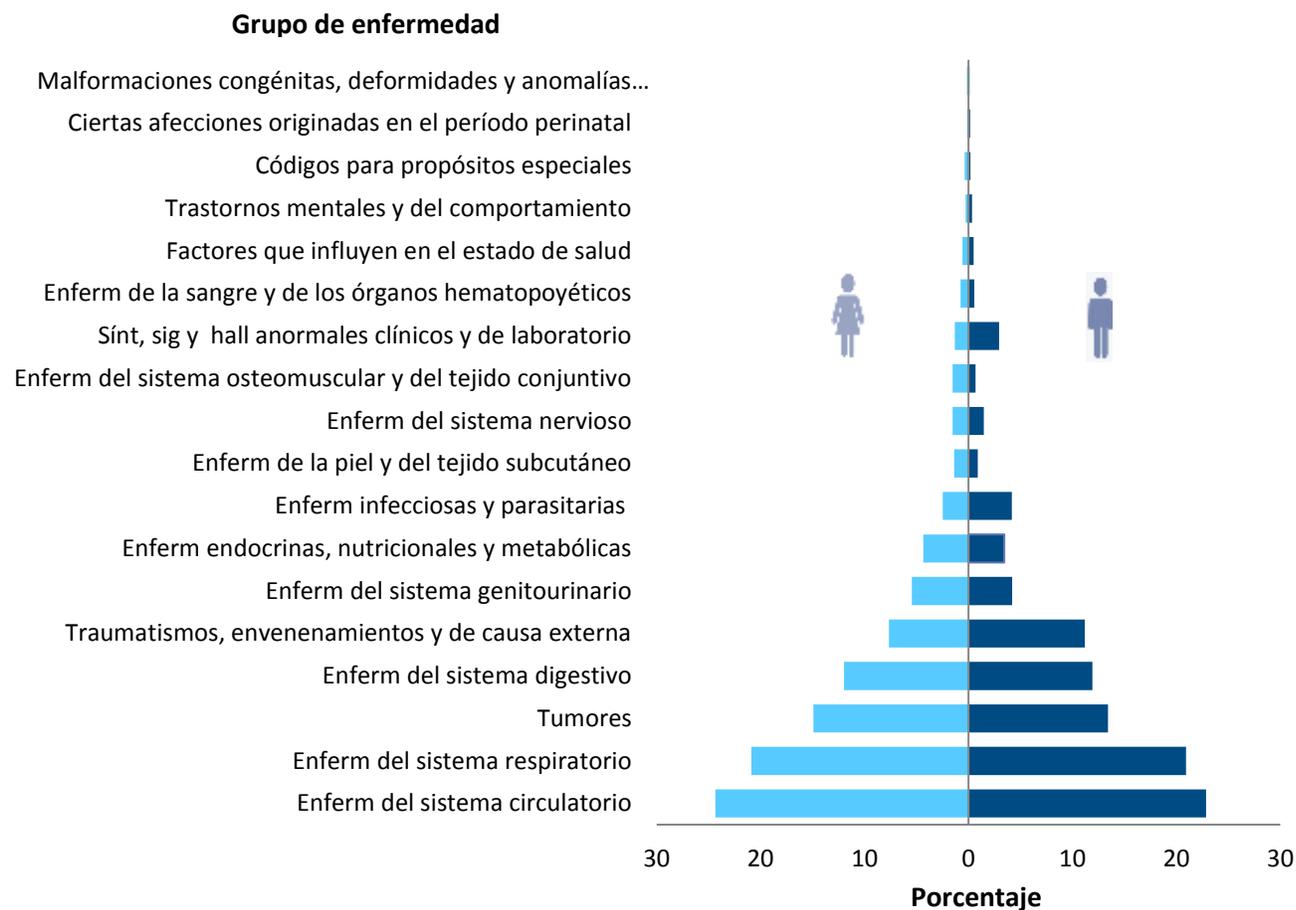
El gráfico 4.1 muestra la distribución porcentual de las defunciones registradas en los hospitales generales por grupo de enfermedad.

Cabe destacar que cinco padecimientos concentran el 80,3 % de las defunciones intrahospitalarias en el año 2016.

Los grupos de enfermedades con mayor mortalidad son: circulatorio (22,8 %), respiratorio (20,9 %), tumores (13,4 %), digestivo (11,9 %), y traumatismo, envenenamiento y de causa externa (11,1 %).

Gráfico 4.1

CCSS: Comportamiento de las defunciones^{1/} de hospitales generales por grupo de enfermedad según CIE-10 y sexo, 2016



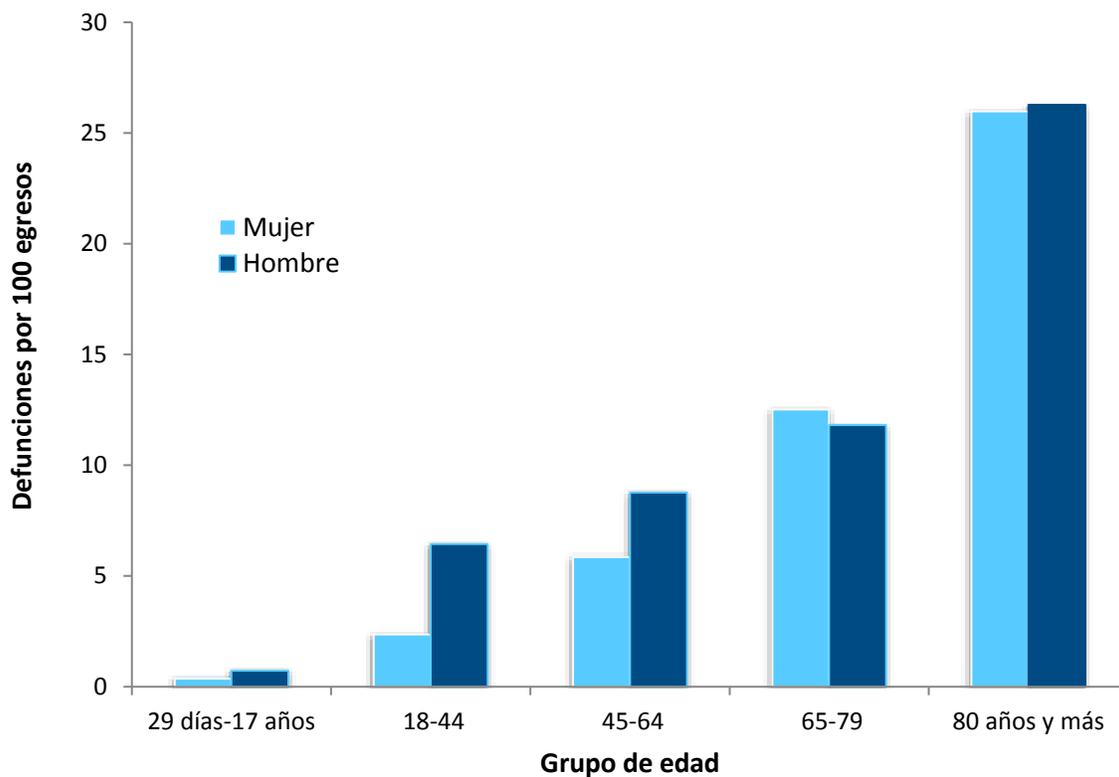
1/Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas, periodo 2016.

Fuente: AES Y DCCS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Por otra parte, se analizó la distribución de las defunciones intrahospitalarias por grupos de edad y separadas por sexo (gráfico 4.2). Se observa una tendencia creciente de las defunciones respecto a la edad, pasando del 0,7 % en el grupo de menores de 18 años, a 8,9 % en edades de 18-44 años y a 35,2 % en el grupo de 80 años y más. Asimismo, los hombres registran un mayor porcentaje de mortalidad que las mujeres y este comportamiento sobresale en el grupo de 18-44 años; excepto en el de 65-79 años, donde el número de defunciones de sexo femenino es mayor.

Gráfico 4.2

CCSS: Defunciones^{1/} por grupo de edad según sexo, hospitales generales, 2016



1/Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas, periodo 2016.

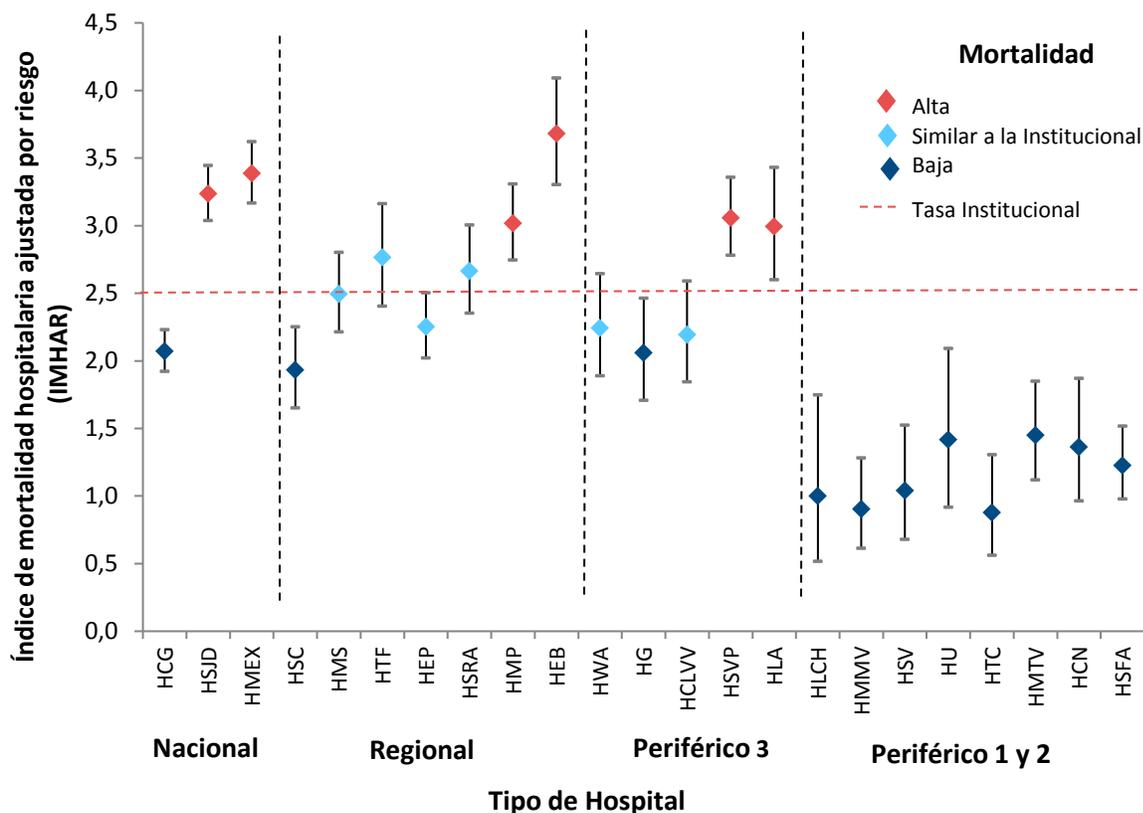
Fuente: AES Y DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En general, se determinó que seis centros presentaron un IMHAR superior al esperado (mortalidad alta, gráfico 4.3), según el siguiente detalle:

- Nacionales: San Juan de Dios (HSJD) y México (HMEX)
- Regionales: Maximiliano Peralta Jiménez (HMP) y Enrique Baltodano Briceño (HEB)
- Periféricos 3: La Anexión (HLA) y San Vicente de Paúl (HSVP)

Gráfico 4.3

CCSS: Índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo, según hospital general^{1/}, 2016



1/Incluye los egresos con diagnóstico de los grupos que concentran el 80% de las muertes intrahospitalarias del período 2016.

Fuente: AES Y DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En síntesis, los resultados variaron poco respecto al año 2015. Sin embargo, el hospital de Guápiles, que en el año 2015 presentaba una mortalidad similar a la institucional, disminuyó la tasa de mortalidad, ubicándolo ahora en la categoría de baja mortalidad. Los hospitales periféricos 1 y 2 se caracterizaron por presentar una tasa de mortalidad baja, similar al año 2015.

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

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

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

Por lo anterior, es recomendable fortalecer las estrategias que se dirijan a mejorar la calidad del proceso asistencial en los hospitales de la CCSS, las cuales deben ser conducidas por los gestores clínicos.

Referencias Bibliográficas

CCSS. (2015). Taller de Validación de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. *DDSS* (pág. 24/4/2015). San José, Costa Rica: CCSS.

CCSS. (2014). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta*. San José, Costa Rica: EDNASSS.

CIHI. (2012). *Canadian hospital Reporting Project. Technical notes 2012*. Canadian Institute for Health Information. Obtenido de C.

DCSS, C. (2016). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015*. San Jose: CCSS.

De la Callea, H. (2003). Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Med Clin (barc)*, 120(12):446-50.

- Eckel, R. (February de 2009). Clinical Updates in Glycemic Control and Cardiometabolic Risk Reduction. *Healio Endocrine Today*, págs. 1-5.
- Federación Internacional de Diabetes. (2015). *Atlas de la Diabetes de la FID. 7ma. Edición*. Bruselas, Bélgica: FID.
- Gimeno, J. (2003). Factores relacionados con el control glucémico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *AN.MED. INTERNA*, 20 (3) 122-126.
- Jarman B, G. S. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*, 318, 1515-20.
- MINSAL. (2010). *Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Morera M. (2013). *Ficha Técnica 3-05-A Calidad. Mortalidad intrahospitalaria. Ajuste por riesgo*. Recuperado el 9 de Junio de 2015, de Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social:
http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Efectividad_H/Calidad.%20Mortalidad%20intrahospitalaria.%20Ajuste%20por%20riesgo.pdf
- OMS. (2016). Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación. *Publicación propia*, 1-4.
- Sanclemente, C., Barcons, M., Moleiro, M., Alonso, F., Pañella, D., Carrera, R., . . . Anglada, A. V. (2004). Mortalidad hospitalaria en un Servicio de Medicina. *Anales de Medicina Interna*, 21(7), 317-321.
- Vinagre, I. (2013). Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Med Clin (Barc)*, 141(supl 2):3-6.

Whittington J, S. T. (2005). *Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2)*. Cambridge: MA: Institute for Healthcare Improvement.

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

5. Infecciones asociadas a la atención en salud en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La tasa de incidencia acumulada del total de infecciones asociadas a la atención en salud se mantiene.

Desde el año 2014, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) incluyó en la evaluación de la prestación de servicios de salud (EPSS) de los 29 hospitales, la medición de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), a través de los indicadores: tasa de incidencia (TI) de IAAS en procedimientos seleccionados (catéter venoso central, ventilación mecánica y catéter uretral); tasa de incidencia acumulada (TIA) de infección de herida quirúrgica en procedimientos seleccionados (cesáreas, hernioplastías inguinales, colecistectomías abiertas y colecistectomías cerradas); y tasa de incidencia acumulada del total de IAAS (CCSS, 2015).

La vigilancia activa de las IAAS se realiza mediante los Comités de IAAS, estructuras funcionales locales de las Comisiones de Vigilancia Epidemiológica que operan en las 29 Unidades Notificadoras, definidas por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE) (CCSS, 2017).

Tomando como base los datos recopilados y depurados por la SAVE, fuente principal para la elaboración de estos indicadores, se presentan los resultados del comportamiento de las IAAS en los hospitales de la CCSS.

Es necesario aclarar que según lo indicado por la SAVE, el Hospital de Upala, al igual que años anteriores, no realizó vigilancia activa de los eventos de notificación obligatoria de IAAS, por lo que no se presentan datos correspondientes a este centro médico (CCSS, 2015; CCSS, 2016).

Además, al igual que en los años 2014 y 2015, para efectos del informe se excluye:

- TIA del total de IAAS: Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut, dada las características propias del centro y la poca cantidad de egresos.

- TIA de infección de herida quirúrgica por procedimiento y la TI de IAAS en dispositivos seleccionados: los hospitales Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres y Psiquiátrico Roberto Chacón Paut, dado que no efectúan estos procedimientos, y el Hospital de Upala por lo comentado anteriormente, así como los hospitales que no reportaron egresos asociados a los procedimientos y días de exposición a los dispositivos descritos. CCSS, 2015; CCSS, 2016).

Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS

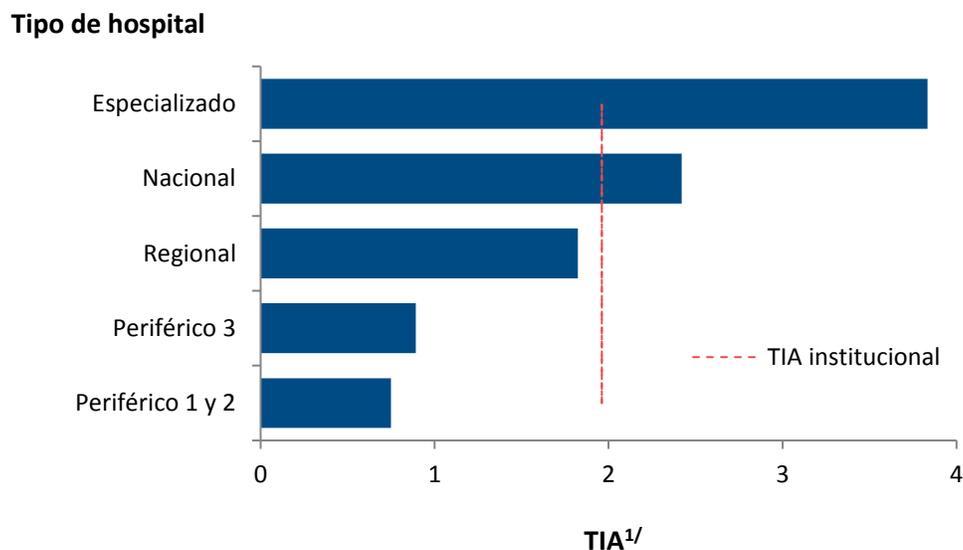
La tasa de incidencia acumulada (TIA) del total de IAAS en los hospitales de la CCSS, se mantiene en 2,0 por cada 100 egresos hospitalarios.

Al comparar la TIA por tipo de hospital, los especializados y nacionales registran tasas superiores a la institucional, lo cual puede corresponder al tipo de pacientes que atienden y al grado de complejidad que estos tienen. (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1

CCSS: Tasa incidencia acumulada del total de infecciones asociadas a la atención en salud por tipo de hospital, 2016

(Por 100 egresos)



1/Tasa de incidencia acumulada.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

Cuadro 5.1

CCSS: Total de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), total de egresos y tasa de incidencia acumulada (TIA) por hospital, 2016

Hospitales	Total		TIA ^{1/}
	IAAS	Egresos	
Institucional	6 678	340 501	2,0
De Los Chiles	3	2 327	0,1
Manuel Mora Valverde -Golfito-	8	3 358	0,2
De La Anexión -Nicoya-	48	9 846	0,5
San Francisco de Asís -Grecia-	40	6 138	0,7
San Vicente de Paúl -Heredia-	165	23 732	0,7
De San Carlos	122	17 529	0,7
San Juan de Dios	285	36 211	0,8
Max Terán Valls -Quepos-	44	4 780	0,9
William Allen Taylor -Turrialba-	59	6 179	1,0
De Osa Tomás Casas Casajús	29	3 016	1,0
Tony Facio Castro -Limón-	146	14 540	1,0
De Ciudad Neily	48	4 595	1,0
De San Vito	30	2 757	1,1
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	114	9 053	1,3
De Guápiles	143	10 499	1,4
San Rafael -Alajuela-	304	20 799	1,5
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	258	15 799	1,6
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	227	12 929	1,8
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	201	10 419	1,9
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	66	2 827	2,3
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	638	22 271	2,9
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	518	17 447	3,0
Rafael Ángel Calderón Guardia	1 001	33 225	3,0
Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	629	16 329	3,9
Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	154	3 959	3,9
México	1 043	26 810	3,9
Nacional de Geriatría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	355	3 127	11,4

1/Tasa de incidencia acumulada por cada 100 egresos.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

En total, en ocho hospitales la TIA se encuentra por encima de la tasa institucional.

Al igual que en años anteriores, el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Raúl Blanco Cervantes registra la mayor tasa (11,4), y para el año 2016, el Hospital de Los Chiles la menor (0,1) (Cuadro 5.1).

Tasa de incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica por procedimiento

1. Cesárea

Los egresos por cesárea se reportaron en 23 hospitales de la CCSS en el año 2016, para un total de 13 459. De estos, en 328 se reportó infección de herida quirúrgica, para una TIA por 100 egresos de 2,44 (Cuadro 5.2) (Gráfico 5.2).

Los hospitales de Los Chiles, Ciudad Neily y Osa Tomás Casas Casajús, no reportaron infección de herida quirúrgica por cesárea.

2. Colectectomía

En 21 hospitales se registraron 1 893 egresos por colectectomía abierta y en 18 hospitales 3 710 por colectectomía cerrada, para una TIA por 100 egresos de 2,48 y 0,30, respectivamente (Cuadro 5.2) (Gráfico 5.2).

En infección de herida quirúrgica por colectectomía abierta, 12 de los hospitales reportaron casos. En colectectomía cerrada, solo cuatro hospitales reportaron infección de herida quirúrgica.

3. Hernioplastía inguinal

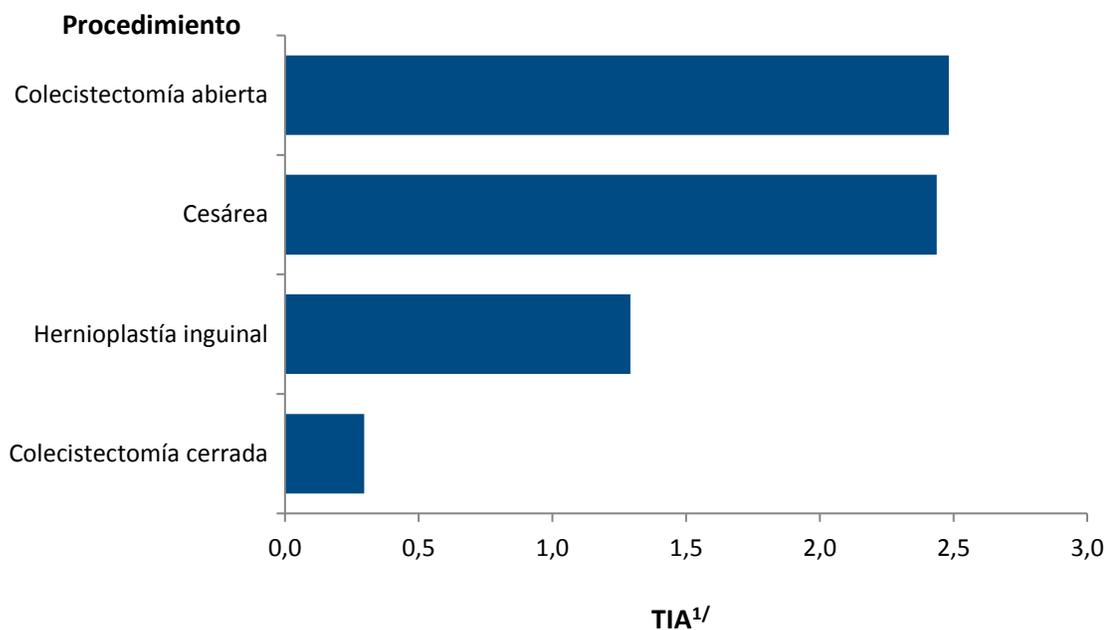
Se registraron 3 485 egresos por hernioplastía inguinal en 24 hospitales de la CCSS y 45 procedimientos con infección de herida quirúrgica, para una TIA por 100 egresos de 1,29 (Cuadro 5.2) (Gráfico 5.2).

En nueve hospitales no se registró infección de herida quirúrgica.

Gráfico 5.2

CCSS: Tasa incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica por procedimiento, 2016

(Por 100 egresos)



1/Tasa de incidencia acumulada.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

4. Otros procedimientos

En el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, además de los procedimientos de vigilancia activa incluidos en la EPSS 2016, se realizó vigilancia activa de infección de herida quirúrgica por histerectomía y ooforectomía; y en el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas, por reemplazo de cadera y de rodilla.

Los datos reportados se muestran en el Cuadro 5.2.

Cuadro 5.2

CCSS: Total de infecciones de herida quirúrgica, total de procedimientos realizados y tasa de incidencia acumulada (TIA) por procedimiento, 2016

Procedimiento	Total		TIA ^{1/}
	Infecciones de herida quirúrgica	Procedimientos realizados	
Cesárea ^{2/}	328	13 459	2,44
Colecistectomía abierta ^{3/}	47	1 893	2,48
Colecistectomía cerrada ^{4/}	11	3 710	0,30
Hernioplastía inguinal ^{5/}	45	3 485	1,29
Histerectomía ^{6/}	16	349	4,58
Ooforectomía ^{6/}	8	492	1,63
Reemplazo de cadera ^{7/}	1	48	2,08
Reemplazo de rodilla ^{7/}	6	71	8,45

1/Tasa de incidencia acumulada por 100 procedimientos.

2/Se excluyen los hospitales Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes y el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas.

3/Se excluyen los hospitales Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, de las Mujeres Adolfo Carit Eva, Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas- y el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas.

4/Se excluyen los hospitales Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, de las Mujeres Adolfo Carit Eva, de San Carlos, de La Anexión -Nicoya-, Manuel Mora Valverde -Golfito-, De Osa Tomás Casas Casajús y el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas.

5/Se excluye el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva y el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas.

6/Procedimiento se realiza solo en el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva.

7/Procedimiento se realiza solo en el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

Tasa de incidencia de IAAS en dispositivos seleccionados

En este apartado es necesario aclarar lo siguiente:

- Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera: en los servicios de Medicinas y Cirugía, el reporte de eventos en factores de riesgo se encuentra en el Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SISVE); sin embargo, la vigilancia activa, incluyendo los días de exposición, inició hasta el mes de agosto del 2016. En este sistema no se registraron los días de exposición en catéter venoso central en los servicios de Medicinas, ni los días de exposición en ventilación mecánica en el servicio de Cirugía.
- Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia: no realizó vigilancia activa de los días de exposición en los servicios de Ginecología y Emergencias.
- Hospital San Juan de Dios: no realizó vigilancia activa de los días de exposición en los servicios de Cuidados Intensivos Quirúrgicos, Emergencias y UCI Neurocirugía.
- Hospital San Rafael -Alajuela-: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de catéter venoso central y catéter uretral en el servicio de Emergencias.

Por lo anterior, las tasas de incidencia reportadas por estos centros tienen limitaciones de registros, lo cual influye en la tasa institucional.

1. Catéter uretral

En el año 2016 se registraron 117 429 días de exposición a catéter uretral y 485 eventos de infección del tracto urinario asociados a esta exposición, para una TI de 4,13 por cada 1 000 días de uso de catéter uretral (Cuadro 5.3).

Los hospitales Manuel Mora Valverde -Golfito-, Max Terán Valls -Quepos- y de Los Chiles no registraron eventos de infección del tracto urinario asociado a catéter uretral.

2. Ventilación mecánica

Para la neumonía asociada a ventilación mecánica se realizó vigilancia activa en 17 hospitales, para una tasa institucional de 16,98 por cada 1 000 días de exposición al dispositivo, con 720 eventos y 42 396 días de exposición (Cuadro 5.3).

3. Catéter venoso central

La TI de bacteremia asociado a catéter venoso central fue de 5,97 por 1 000 días de exposición al dispositivo; se registraron 628 eventos y 105 254 días de exposición al dispositivo (Cuadro 5.3).

Cuadro 5.3

CCSS: Total de eventos, días de exposición y tasa de incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) por tipo de infección, 2016

Tipo de infección	Total		Tasa de incidencia ^{1/}
	Eventos	Días de exposición	
Infección del tracto urinario asociada a catéter uretral	485	117 429	4,13
Neumonía asociada a ventilación mecánica	720	42 396	16,98
Bacteremia asociada a catéter venoso central	628	105 254	5,97

1/Tasa de incidencia por 1000 días de exposición.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

En 20 hospitales se realizó vigilancia epidemiológica del evento, de estos, cuatro no registraron eventos.

Las tasas incidencia de IAAS por dispositivo seleccionado según servicio se muestran en el Cuadro 5.4.

Cuadro 5.4

CCSS: Total de eventos, días de exposición y tasa de incidencia de infección asociada a la atención en salud (IAAS) según servicio y tipo de infección, 2016

Servicios	ITU asociada a CU ^{1/}			Neumonía asociada a VM ^{2/}			Bacteremia asociada a CVC ^{3/}		
	Eventos de ITU ^{4/}	Días de exposición	Tasa de incidencia ^{5/}	Eventos de neumonía	Días de exposición	Tasa de incidencia ^{5/}	Eventos de bacteremia	Días de exposición	Tasa de incidencia ^{5/}
TOTAL	485	117 429	4,13	720	42 396	16,98	628	105 254	5,97
Medicina	204	45 828	4,45	149	9 453	15,76	173	28 393	6,09
Cirugía	141	33 162	4,25	54	3 017	17,90	121	21 027	5,75
Neonatos	7	1 318	5,31	19	7 704	2,47	142	18 078	7,85
Cuidados Intensivos Medicina	79	20 759	3,81	314	15 198	20,66	111	25 145	4,41
Cuidados Intensivos Quirúrgicos	7	3 716	1,88	56	2 354	23,79	29	3 446	8,42
Neurociencias	13	3 764	3,45	49	2 344	20,90	14	3 842	3,64
Hemato-Oncología	14	2 487	5,63	1	134	7,46	16	1 584	10,10
Emergencias	0	954	0,00	19	1 088	17,46	2	516	3,88
Ginecobstetricia	2	344	5,81	NA	NA	NA	2	69	28,99
Geriatría	8	1 031	7,76	NA	NA	NA	0	360	0,00
UCI Neurocirugía	7	1 533	4,57	59	1 062	55,56	14	1 467	9,54
Transplante Hepático	0	230	0,00	0	26	0,00	1	447	2,24
Ortopedia	0	365	0,00	NA	NA	NA	1	89	11,24
Ginecología	3	1 443	2,08	NA	NA	NA	2	294	6,80
Pediatría	0	95	0,00	0	16	0,00	0	370	0,00
Estancia Prolongada	0	400	0,00	NA	NA	NA	0	127	0,00

1/ Catéter uretral.

2/ Ventilación mecánica.

3/ Catéter venoso central.

4/ Infección del tracto urinario.

5/ Tasa de incidencia por 1 000 días de exposición, según servicio.

NA: no aplica.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, 2016.

De forma general, la tasa de incidencia acumulada del total de IAAS se mantiene por debajo de los parámetros internacionales, lo que puede deberse al subregistro que aún existe en los centros hospitalarios. Por tanto, la institución debe continuar trabajando en la mejora de la vigilancia activa, así como en el registro y reporte de casos de infecciones asociadas a la atención en salud.

Además, como ya se expuso en años anteriores, es necesaria la estandarización de datos, disponer de registros de buena calidad y hacer ajustes de tasas en aquellas poblaciones

que presentan ciertas características que influyen en el riesgo de enfermedad, que permita comparar servicios y centros hospitalarios.

Referencias Bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Infecciones asociadas a la atención en salud*. San José, Costa Rica: CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2015*. (Versión en Internet). San José, Costa Rica: CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud. Recuperado de: <https://view.joomag.com/informe-evaluaci%C3%B3n-2015/0929922001463415227?short>.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014*. (Versión en Internet). San José, Costa Rica: CCSS, Dirección Compra de Servicios de Salud. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/2014.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Comportamiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), en la Red Pública de la Caja Costarricense Seguro Social- Costa Rica, año 2016*. San José, Costa Rica: CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

6. Ausentismo en la consulta externa especializada de los hospitales generales y centros especializados

El ausentismo por tipo de hospital se mantiene. Pocos establecimientos registran una disminución en el período.

La atención por médicos especialistas es un recurso limitado en el sistema público, de alto costo y acceso complejo para la población. Su disponibilidad y accesibilidad se relaciona con aspectos económicos, sociales y culturales que varían entre áreas geográficas. Un agravante de esta situación es la no asistencia de los pacientes a una consulta médica de especialidad sin previo aviso (Salinas *et al*, 2014).

La evaluación de la gestión de los servicios de atención en la consulta externa especializada de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se realiza desde el año 2014, a través de la medición del porcentaje de ausentismo, bajo un enfoque de eficiencia que considera la productividad de las consultas en función de los recursos disponibles y la priorización de las necesidades de la población.

El ausentismo ocurre debido a la inasistencia de los pacientes a sus citas previamente programadas. Una cita se considera como perdida, cuando la persona citada no se presentó para su atención, transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita. Esta condición es suficiente para que el personal de registros en salud proceda a sustituirla por otra u otras personas, según sea el caso. La cita sustituida es la que se otorga a una o dos personas en espera, el mismo día de la atención de la consulta externa programada, para ocupar la cita asignada a una persona con anterioridad y que, transcurridos 15 minutos, no se presentó. Las citas de recargo son las atenciones adicionales a las que completan el cupo del horario programado. Si en una consulta no se cuenta con las citas necesarias para completar el cupo y el día de la atención surge la posibilidad de incluir pacientes para completarlo, estos no serán considerados como recargo, salvo aquellos que superen la totalidad del cupo (Madriral, 2012).

La metodología utilizada para medir el indicador consistió en calcular el porcentaje de ausentismo de los pacientes en la consulta externa especializada de los 31 hospitales y centros especializados de la CCSS. Se definió como numerador al número de citas perdidas, y como denominador al número total de citas programadas, dato que se obtuvo al sumar el número de consultas realizadas más el número de consultas perdidas y

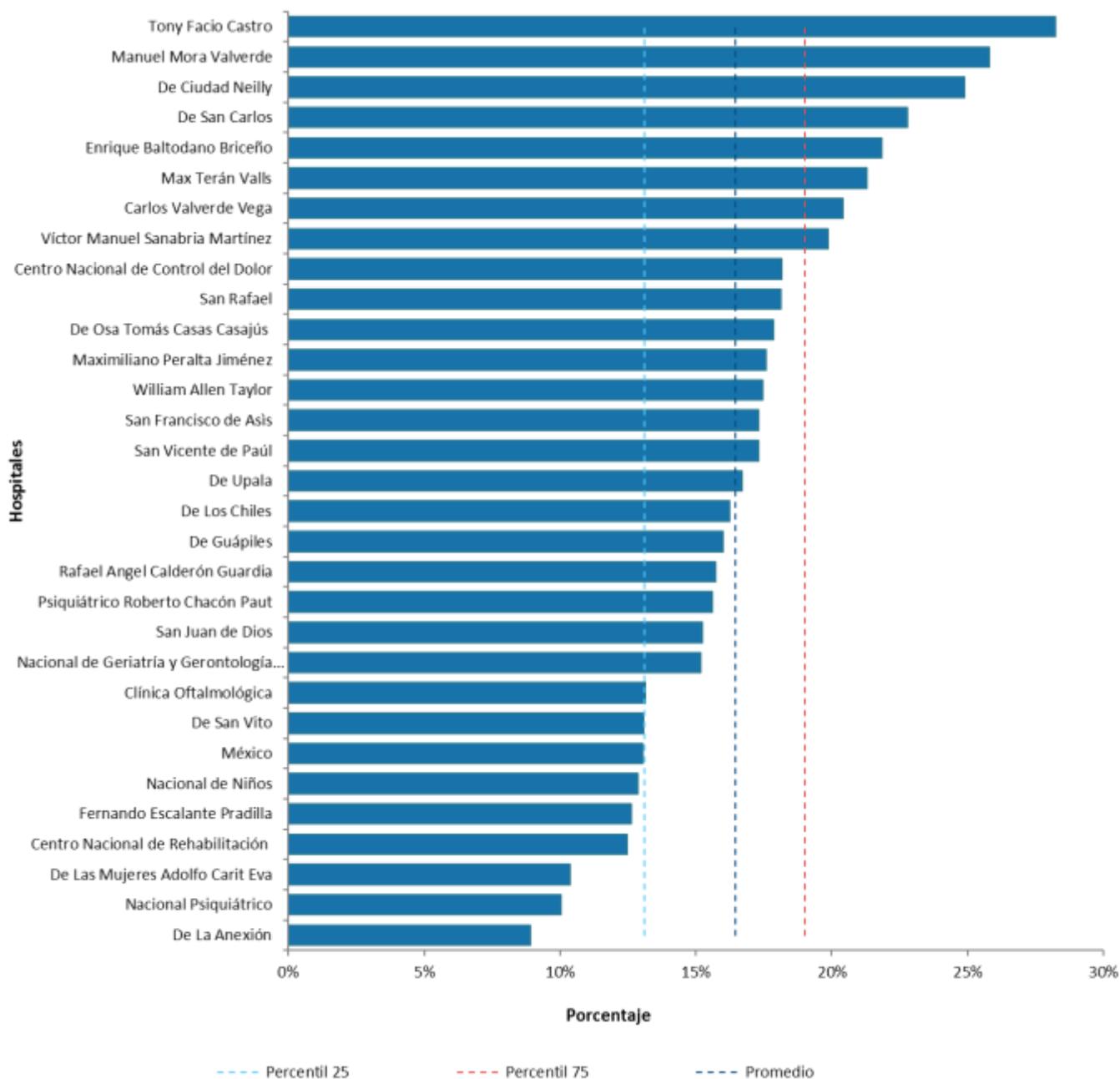
restando luego a esta suma las consultas sustituidas y las consultas de recargo. Los datos de las citas perdidas, sustituidas y recargos, se obtuvieron del cuadro estadístico número 11 de Consulta Externa, generado por el del Área de Estadística en Salud (AES), de la CCSS, según los requisitos de evaluación especificados en la ficha técnica **5-02-A “Gestión de la Atención. Consulta Externa Programada. Determinación del Ausentismo. Versión 2.0”**.

Una vez obtenidos los datos del porcentaje para cada establecimiento, se colocaron en orden ascendente de mayor a menor y se calcularon los valores promedio y percentil 25 para la distribución del conjunto de hospitales. El porcentaje de ausentismo también fue calculado para cada grupo de establecimientos según el tipo (nacional, especializado, regional, periférico). Adicionalmente, se realizó una comparación del porcentaje de ausentismo para cada establecimiento en los últimos tres años.

Se puede observar que la mayoría de establecimientos que se encuentran dentro del primer cuartil de la distribución, corresponde a hospitales y centros especializados. Llama la atención que un hospital regional (el Hospital Fernando Escalante Pradilla –Pérez Zeledón-) y dos hospitales periféricos (el Hospital De San Vito y el Hospital De La Anexión –Nicoya-) están dentro de este rango. Los hospitales regionales predominan en el último cuartil (Gráfico 6.1).

Gráfico 6.1

CCSS: Distribución porcentual del ausentismo en la consulta externa especializada por hospital, 2016.



Fuente: Área de Estadística en Salud, CCSS. Boletín Estadístico. Cuadro 11, años 2014, 2015, 2016.

Por otro lado, el grupo de hospitales regionales presenta mayores porcentajes de ausentismo respecto a los demás grupos de hospitales, durante los últimos tres años. Los hospitales periféricos 1 y 2 se encuentran en segundo lugar (Cuadro 6.1).

Cuadro 6.1

CCSS: Ausentismo en la consulta externa especializada, por tipo de hospital, 2014 - 2016

(En porcentajes)

Tipo de hospital	2014	2015	2016
Total	18	17	17
Regionales	23	22	21
Periféricos 1 y 2	21	18	20
Periféricos 3	20	17	17
Nacionales	15	14	15
Especializados	13	13	13

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, años 2014, 2015, 2016

Al observar los resultados obtenidos durante los últimos tres años, puede notarse que el Hospital Tony Facio Castro -Limón- se mantiene como el hospital con el mayor porcentaje de ausentismo. El segundo lugar lo ocupa el Hospital Manuel Mora Valverde -Golfito-. Llama la atención que ambos hospitales, junto con el San Vicente de Paúl -Heredia-, tuvieron un importante descenso entre el año 2014 y el año 2015, mientras que el Hospital de Guápiles, el Hospital San Rafael -Alajuela- y el Hospital Tomás Casas Casajús presentaron una disminución considerable del ausentismo entre el año 2015 y el 2016 (Cuadro 6.2).

Cuadro 6.2

CCSS: Porcentaje de ausentismo en la consulta externa especializada, por establecimiento y tipo de hospital, 2014 - 2016

Hospital	2014	2015	2016
Total	18	17	17
Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	13	13	13
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	11	12	11
Nacional de Geriátrica y Gerontología Raúl Blanco Cervantes	15	15	16
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	12	12	13
Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	13	12	12
Psiquiátrico Roberto Chacón Paut	14	15	17
Clínica Oftalmológica	9	10	13
Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos	19	18	18
México	13	12	13
San Juan de Dios	15	16	15
Rafael Ángel Calderón Guardia	17	15	16
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	21	19	18
San Rafael -Alajuela-	24	24	19
De San Carlos	20	22	23
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	25	24	22
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	17	15	16
Tony Facio Castro -Limón-	34	30	30
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	21	25	24
San Vicente de Paúl -Heredia-	19	14	18
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	22	20	21
William Allen Taylor -Turrialba-	16	16	17
De Guápiles	24	25	16
De La Anexión -Nicoya-	10	8	9
San Francisco de Asís -Grecia-	19	14	17
Max Terán Valls -Quepos-	24	22	21
De Ciudad Neily	22	22	25
De Upala	14	13	17
Manuel Mora Valverde -Golfito-	34	28	27
De Osa Tomás Casas Casajús	20	22	19
De San Vito	13	14	12
De los Chiles	16	14	16

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, años 2014, 2015, 2016.

Todos los servicios de consulta externa especializada de los hospitales de la CCSS presentan ausentismo, en alguna medida y en diferentes proporciones. Cuando se comparan los hospitales agrupados según su tipo, se observan las diferencias en el comportamiento del ausentismo entre estos grupos. El incumplimiento en una parte de la consulta programada de estos servicios incide negativamente sobre la productividad de los establecimientos y podría afectar la atención prioritaria de los usuarios. Este problema pareciera tener mayor peso en grupos de hospitales regionales y periféricos que en los nacionales y especializados.

También se observan diferencias importantes al comparar entre sí hospitales de un mismo tipo. Se desconoce en qué medida estas diferencias son atribuibles al gestor o al paciente. Tampoco se han identificado características comunes entre los establecimientos que han presentado mayores o menores porcentajes de ausentismo.

Es probable que algunos establecimientos estén desarrollando mecanismos y estrategias para mejorar la gestión de los servicios de consulta externa, con el fin de reducir el ausentismo, pues en algunos establecimientos que han presentado elevados porcentajes de ausentismo, se ha notado una disminución importante de este porcentaje durante el trienio; tales son los casos del Hospital Manuel Mora Valverde -Golfito- y el Hospital de Guápiles.

Considerando los bajos porcentajes de ausentismo presentados por el Hospital de La Anexión -Nicoya-, sería conveniente establecer si este comportamiento obedece a una tendencia histórica o si está relacionada con algún tipo de metodología estratégica que pudiera aplicarse en otros centros médicos.

En el Plan Estratégico Institucional 2015-2018 señala que la CCSS “buscará también reducir las listas de espera por medio de estrategias que incrementen la calidad y oportunidad de los servicios de cirugía, los procedimientos diagnósticos y la consulta externa. Se impulsará la ampliación de la capacidad resolutive de los niveles locales, incluyendo la dotación de especialistas y equipamiento en las regiones periféricas, y la optimización de los recursos hospitalarios para cirugía e internamiento, bajo un modelo integrado que minimice el riesgo de la fragmentación y segmentación de los servicios de salud (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

Para lograr una gestión de calidad y oportunidad en la consulta externa, es fundamental determinar y controlar periódicamente el comportamiento del ausentismo, implementando al mismo tiempo las debidas acciones para minimizarlo.

Es conveniente que el tema del ausentismo, más allá de ser solo una noticia, trascienda a un nivel prioritario en el marco organizacional de la institución, de tal forma que se considere de manera oficial la importancia del tema y sea parte de las actividades sustantivas propias de la gestión.

Valdría la pena a futuro poder comparar los resultados de la evaluación del ausentismo con las listas y los plazos de espera de pacientes en los servicios de consulta externa especializada, para poder determinar si existe alguna relación entre estas variables que pueda explicar mejor las diferencias encontradas entre los establecimientos.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (14 de Julio de 2016). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. (Versión en Internet). San José, Costa Rica: CCSS.

Recuperado el 16 de Junio de 2017, de: <http://www.ccss.sa.cr/publicaciones>

Madrigal, R. (21 de Agosto de 2012). *Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Salinas, I.A., De la Cruz, R., Bastías, G. (14 de octubre de 2014). *Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile*. (Versión en Internet). Chile: Medwave. Recuperado el 04 de abril de 2017, de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6023>

7. Variación mínima en el porcentaje de personas con alta

La mayoría de especialidades emitieron menos altas.

La consulta externa, puerta de entrada principal del establecimiento hospitalario, es un centro de actividad notable donde acontecen múltiples procesos, y desde la perspectiva de la gestión de los pacientes, presenta diversos grados de complejidad (Cuervo, J., Varela, J., & Belenes, 2004).

El flujo constante de pacientes que ingresan a la consulta externa para ser atendidos y egresan cuando el motivo de la consulta es resuelto o controlado, le impregna al servicio un dinamismo de gran envergadura, el cual requiere de una gestión eficiente. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2013)

Uno de los insumos utilizados para el control de este proceso, son los cupos libres que se obtienen, producto de las altas dadas a los pacientes. El “alta” se define como la “decisión facultativa del profesional en salud, de dar por resuelto el o los problemas identificados en el paciente, durante el episodio de atención finalizado y que formaron parte del plan de tratamiento establecido” (Madrigal, R, 2012)

Por lo tanto, las altas constituyen una aproximación de la disponibilidad de cupos, para que otros pacientes que esperan su turno reciban la atención impartida por personal médico especializado. Dependiendo de la gestión de las altas, de los recursos que intervienen en la atención, de los condicionantes de la oferta y la demanda de los servicios, pueden afectarse las listas de espera con una consecuente insatisfacción del paciente en contra del sistema de salud.

Para el análisis de las altas se seleccionaron las siguientes 10 especialidades de la consulta externa: Medicina Interna, Dermatología, Pediatría General, Psiquiatría, Ginecología, Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología. Algunas de estas especialidades no se brindan en todos los centros.

Se incluyeron los centros hospitalarios y especializados⁵, que en conjunto generan una mayor cantidad de atenciones médicas (60%) y además, la mayoría de ellas presentan listas de espera.

La fuente de datos corresponde al consolidado que elabora el Área de Estadística en Salud a partir de la información de cada centro.

Para efectos del análisis, se asumió que el conjunto de las consultas de primera vez en la vida, en el año y en la especialidad, registrada en el cuadro 11 del informe Estadístico en Salud, corresponde a un aproximado de la totalidad de “personas” atendidas en la especialidad durante el año. (Madrigal, R, 2012). Se parte de la premisa de la baja probabilidad que existe de que una misma persona sea registrada por segunda vez durante el año en la misma especialidad, en esos registros.

Debido a lo anterior, el porcentaje de personas dadas de alta solo se calculó para la especialidad y no para el acumulado institucional, por el inconveniente práctico, de que una misma persona podría consultar en varias especialidades en el año.

El análisis se hizo por especialidad y por tipo de hospital, comparando los resultados con los del año 2015. No se contemplan las variables de recurso humano y horas contratadas dedicadas a esta actividad.

Los datos de altas y personas atendidas en consulta externa se refieren a las del médico de la especialidad; no incluye lo del médico residente, general u otro especialista. La producción de neonatología se excluye de los hospitales nacionales.

⁵ Hospitales nacionales: Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, México. Hospitales regionales: San Rafael -Alajuela-, Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-, San Carlos, Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-, Enrique Baltodano Briceño -Liberia-, Tony Facio Castro -Limón-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-. Hospitales periféricos 3: William Allen Taylor -Turrialba-, de Guápiles, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Vicente de Paúl -Heredia-, La Anexión -Nicoya-. Hospitales periféricos 1 y 2: San Francisco de Asís -Grecia-, Los Chiles, Manuel Mora Valverde -Golfito-, San Vito, Ciudad Neilly, de Osa-Tomás Casas Casajús, Max Terán Valls -Quepos-. Hospitales especializados: Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas, Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, de las Mujeres Adolfo Carit Eva, Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, Psiquiátrico Roberto Chacón Paut. Centros especializados: Clínica Oftalmológica y Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos

Porcentaje de personas con alta

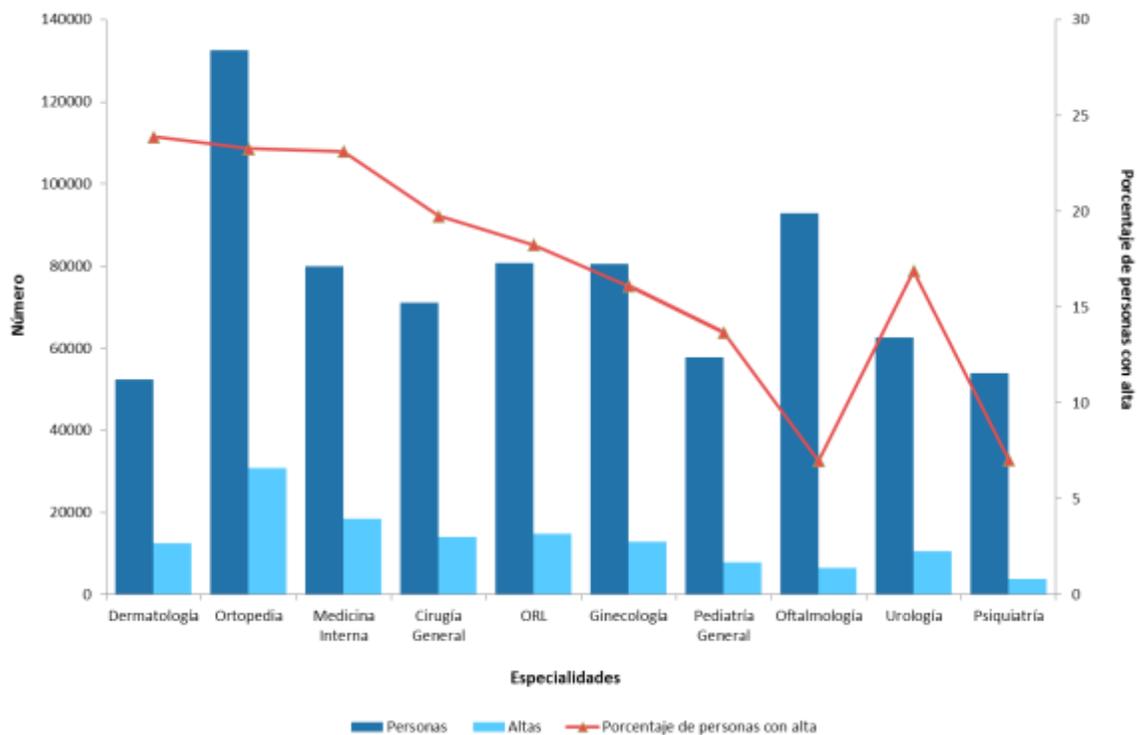
En el año 2016, en la consulta externa especializada de la red hospitalaria y de los centros especializados, se reportó un total de 1 294 506 consultas (primera vez en la vida, año y especialidad) y 208 867 altas. El médico especialista realizó el 92% de las consultas (1 190 174) y emitió el 96% de las altas (196 860).

De la producción realizada por el médico especialista, las 10 especialidades seleccionadas comprenden el 64% de las consultas atendidas y el 67% de las altas (764 295 y 132 360, respectivamente).

Pese a que el porcentaje de altas en Dermatología y Ortopedia fue muy parecido, al comparar la producción de personas atendidas y altas emitidas, Ortopedia superó en dos y media veces más lo producido por Dermatología y además sobrepasó la del resto de especialidades (Gráfico 7.1).

Gráfico 7.1

CCSS: Personas atendidas, altas emitidas y porcentaje de personas con alta, según especialidad de la consulta externa de hospitales y centros especializados, 2016



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2016

En cada especialidad, el porcentaje de personas dadas de alta fue disímil. Dermatología, Ortopedia y Medicina Interna dieron alta a casi una cuarta parte de las personas atendidas. El menor porcentaje fue en Psiquiatría, pudiendo influir en ello el tipo de patología tratada.

Por lo tanto, para la interpretación del porcentaje de altas es conveniente incluir la producción de altas emitidas y de personas atendidas, debido a que altos porcentajes no siempre se traducen en mayor cantidad de personas a las que se les da de alta.

La mayoría de las especialidades no variaron el porcentaje de personas con alta, o el aumento fue mínimo respecto al año 2015. Sin embargo, todas ellas, a excepción de Urología, atendieron menos personas y emitieron menos altas (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1

CCSS: Porcentaje de personas con alta, según especialidad y año. Consulta externa de hospitales y centros especializados 2015-2016

Especialidad	2015		2016	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Dermatología	56 073	23	52 324	24
Ortopedia	133 869	24	132 529	23
Medicina Interna	82 871	24	79 986	23
Cirugía General	72 590	20	71 033	20
Otorrinolaringología	84 966	17	80 756	18
Ginecología	84 917	17	80 578	16
Pediatría General	61 477	16	57 745	14
Urología	56 918	10	62 526	10
Oftalmología	94 538	11	92 815	11
Psiquiatría	53 745	9	54 003	7

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015 2016

En el año 2016, Medicina Interna fue la especialidad con mayor porcentaje de personas con altas a nivel nacional, regional y periférico 3. No obstante, el porcentaje del nacional y regional es menor al compararlo con el 2015, así como son menos las personas atendidas y altas emitidas. Solo el tipo de hospital periférico 3 aumentó la producción en esta especialidad (Cuadros 7.2 a y 7.2 b).

Cuadro 7.2 a

CCSS: Porcentaje de personas con alta, según especialidad, tipo de hospital y año. Consulta externa de hospitales y centros especializados 2015-2016

Especialidad	Tipo de hospital									
	Especializado		Nacional		Regional		Periférico 3		Periférico 1 y 2	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Ortopedia	48,6	51,9	17,3	20,5	22,7	20,1	16,7	15,6	31,8	28,7
Medicina Interna	43,2	43,4	33,6	33,2	28,5	25,0	17,2	20,5	13,3	12,6
Otorrino laringología	11,3	14,3	24,5	30,6	19,7	16,4	8,4	13,4	23,3	21,0
Ginecología	15,7	14,2	18,5	16,1	16,3	15,6	11,5	14,3	25,5	22,4
Cirugía General	10,8	15,4	14,9	18,6	22,1	19,7	19,7	19,7	26,6	23,1
Oftalmología	14,1	12,4	9,9	9,2	11,7	13,0	6,7	7,4	23,2	11,8
Urología	15,0	14,1	7,5	8,5	13,1	12,0	5,5	7,1	17,2	17,1
Dermatología	23,1	28,6	21,2	22,7	25,7	24,6	19,6	16,3	32,9	42,5
Pediatría General	38,6	41,4	-	-	15,2	12,4	12,9	12,4	16,0	13,3
Psiquiatría	10,0	8,2	11,5	7,3	9,6	7,3	5,3	5,3	7,9	8,4

El porcentaje de personas con alta para cada especialidad y año se obtuvo de los datos presentados en el Cuadro 7.2 b, mediante el cálculo matemático: (personas con alta* distribución porcentual) / (personas atendidas * distribución porcentual) *100; por ejemplo para la especialidad de ortopedia en el año 2015: $(31\ 577 * 0,18) / (133\ 869 * 0,09) * 100 = 48,6$

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015 2016

En general, el conjunto de hospitales regionales contribuye en cada especialidad en más del 35% de la población total atendida y de las altas emitidas, a excepción de Dermatología. En el año 2016 esta especialidad fue la única en hospitales nacionales que alcanzó dicha cifra. En los periféricos el mayor aporte es en Cirugía general y Pediatría (Cuadro 7.2 b).

En los nacionales, las especialidades de Ortopedia y Urología fueron las únicas que aumentaron tanto la proporción de personas con alta respecto al 2015, como la producción de personas atendidas y altas emitidas. En el Periférico 1 y 2, la especialidad de Dermatología presentó idéntica situación (Cuadros 7.2 a y 7.2 b).

Cuadro 7.2 b

CCSS: Distribución porcentual de personas atendidas y con alta según especialidad, tipo de hospital y año. Consulta externa de hospitales y centros especializados, 2015-2016

Especialidad	Personas	Total		Tipo de hospital									
				Especializado		Nacional		Regional		Periférico 3		Periférico 1 y 2	
		2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Ortopedia	Atendidas	133 869	132 529	9	9	26	27	36	37	18	16	11	11
	Con alta	31 577	30 840	18	20	19	24	35	32	13	11	15	14
Medicina Interna	Atendidas	82 871	79 986	2	2	18	17	34	35	27	26	19	20
	Con alta	19 826	18 506	4	4	26	25	41	38	19	23	10	11
ORL	Atendidas	84 966	80 756	10	9	20	19	41	43	27	26	1	3
	Con alta	14 229	14 744	7	7	30	32	48	39	14	19	2	3
Ginecología	Atendidas	84 917	80 578	10	10	22	24	36	39	22	16	11	11
	Con alta	14 174	12 974	10	9	24	24	35	38	15	14	17	15
Cirugía General	Atendidas	72 590	71 033	1	1	23	22	35	36	30	30	11	11
	Con alta	14 622	14 037	0	1	17	21	38	36	30	30	14	13
Oftalmología	Atendidas	94 538	92 815	15	16	18	17	50	50	16	15	2	2
	Con alta	10 591	10 561	19	18	16	14	52	56	9	10	4	2
Urología	Atendidas	56 918	62 526	7	7	30	34	45	44	16	13	2	1
	Con alta	5 914	6 483	10	10	22	28	56	50	9	9	3	2
Dermatología	Atendidas	56 073	52 324	8	7	29	37	38	31	20	19	6	7
	Con alta	13 130	12 498	7	8	26	35	42	31	17	13	8	13
Pediatría General	Atendidas	61 477	57 745	4	4	-	-	47	51	31	28	17	17
	Con alta	9 616	7 910	10	12	-	-	46	46	25	25	18	16
Psiquiatría	Atendidas	53 745	54 003	16	15	17	15	39	39	21	23	8	8
	Con alta	4 821	3 807	18	18	22	15	41	40	12	17	7	10

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2015 2016

A excepción de Oftalmología, todas las especialidades en el tipo de hospital regional, mostraron reducciones del porcentaje de personas con alta respecto al 2015; así como variaciones negativas en la proporción de personas atendidas y/o altas emitidas (Cuadros 7.2 a y 7.2 b).

Las variaciones en el porcentaje de personas con altas presentadas de un año a otro en el periférico 1 y 2, podrían obedecer, entre otros aspectos, a la cantidad del recurso humano especialista dedicado a la consulta externa y a la complejidad de las patologías tratadas.

El alcance de los resultados es limitado y se tienen que tomar con cautela, debido a lo heterogeneidad de la consulta externa a nivel hospitalario, delimitada entre otros aspectos por: el perfil de los pacientes atendidos con diferentes grados de complejidad y severidad, las características propias del establecimiento y el proceso de gestión desarrollado.

Por lo tanto, en la dinámica del proceso de altas participan múltiples factores, los cuales no se incluyeron en el análisis, por no ser objeto de evaluación. Entre ellos resalta: la disponibilidad de infraestructura, el recurso humano y las horas especialista dedicadas a la consulta externa, la pertinencia de las referencias enviadas por el Primer nivel de atención ajustados a protocolos, la coordinación de la red y el perfil del paciente atendido para determinar la existencia de “carruseles” de pacientes que permanecen en la especialidad recibiendo atención.

El subregistro de la condición de alta es otro aspecto a considerar, debido a que el reporte estadístico se supedita a la indicación del profesional en salud, en la última consulta registrada en el expediente del paciente (Madrigal, R, 2012).

El dinamismo de este proceso, aunado a la automatización de la consulta externa que viene desarrollándose a nivel institucional, plantea el reto a las autoridades locales de profundizar en los condicionantes involucrados con las altas e implementar medidas correctivas oportunas, en busca de mejorar la efectividad y eficiencia de los recursos disponibles y la satisfacción de la población usuaria de los servicios.

Referencias Bibliográficas.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). Ficha técnica 5-03-1 Consulta externa médica especializada. Gestión de las altas. Aumento en el porcentaje. San José, Costa Rica: CCSS.

Cuervo, J., Varela, J., & Belenes, R. (2004). *Gestión de hospitales*. España: Vicens Vives.

Madrigal, R. (2012). *Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1. Área de Consulta Externa*. San José, Costa Rica: CCSS.

8. Nueve hospitales generales registraron estancias superiores a las esperadas en al menos dos servicios.

La mayoría de centros presentaron un bajo porcentaje de ocupación en tres o más servicios.

La cama hospitalaria es uno de los recursos más importantes del sistema hospitalario de cualquier seguro de salud. El desequilibrio entre la demanda y la provisión de camas (oferta) afecta la planificación estratégica y la política de admisión de los hospitales, independientemente de su nivel de resolución (Cortés, 2010).

Para establecer en términos de eficiencia el manejo de la cama hospitalaria, se comparan los porcentajes de ocupación y la utilización de las estancias (Pabón-Lasso, 1986; Morera, 2014), suponiendo que exista una adecuada distribución interna de las camas entre servicios, según la configuración oferta-demanda.

Para la evaluación de estancias se utilizó el Índice de Estancias Ajustado por Complejidad (IEAC), en sustitución del Índice de Funcionamiento (IF), el cual dejó de utilizarlo la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) desde el año 2014, por vencimiento de la licencia de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

Mediante un modelo de regresión se estiman las estancias esperadas en un centro hospitalario, en función de las características de los pacientes y el tipo de hospital donde son atendidos. Se aclara que se excluyen los casos extremos en todos los servicios evaluados, con el fin de excluir los datos atípicos.

Posteriormente, se compara con las estancias observadas en el mismo período. El resultado de la división de las estancias observadas entre las esperadas es lo que se denomina IEAC.

Con el fin de realizar el análisis de la gestión de las camas y las estancias, se comparó mediante gráficos de dispersión el nivel ocupación de las camas (PO), que mide la eficiencia en el manejo de las camas, y el IEAC, que mide la eficiencia en el manejo de las estancias.

Las fuentes de información utilizadas fueron el Anuario Estadístico y la base de egresos hospitalarios del 2016, proporcionados por el Área de Estadística en Salud (AES) de la CCSS. Se analizaron los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología de los 23 hospitales generales.

Lo adecuado es que los hospitales presenten en sus servicios de hospitalización un consumo de estancias de acuerdo a la complejidad de los casos que son atendidos (IEAC \leq 1) y un porcentaje de ocupación entre 85 % y 100 %, además de una óptima distribución interna de las camas entre servicios.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados, según tipo de hospital: Nacionales, Regionales, Periféricos 3 y Periféricos 1 y 2.

En términos generales, los resultados del año 2016 indican que los porcentajes de ocupación no variaron en forma significativa respecto al año 2015, aunque sí se registró una menor cantidad de servicios con alto consumo de estancias, según el IEAC.

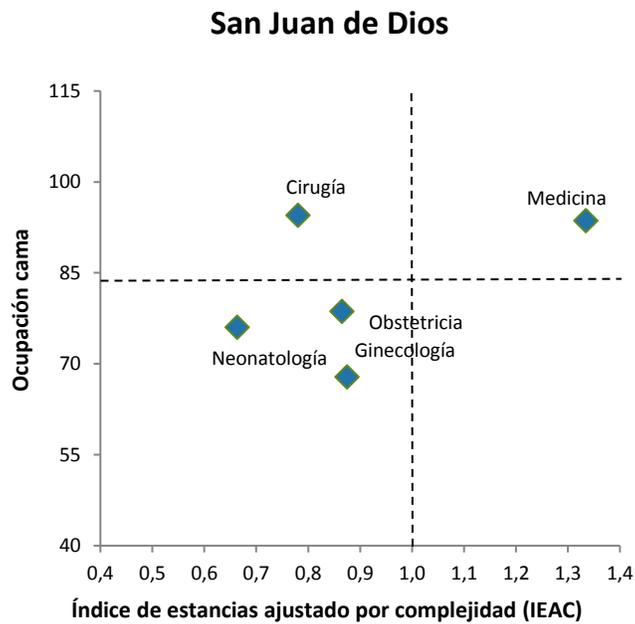
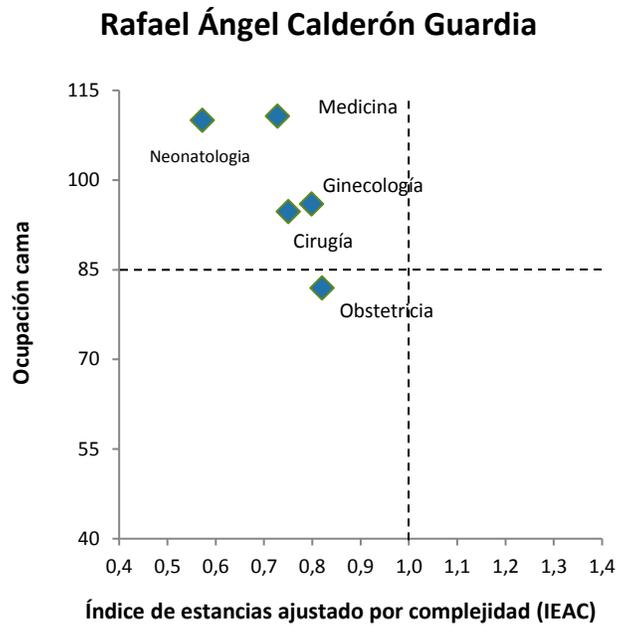
En el gráfico 8.1 se observa el grupo de hospitales nacionales, donde el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia tuvo un adecuado consumo de estancias y porcentajes de ocupación en los servicios de Cirugía y Ginecología. No obstante, los servicios de Medicina y Neonatología, presentaron una ocupación superior al 100 % y únicamente el servicio de Obstetricia está levemente por debajo del nivel óptimo (85 %).

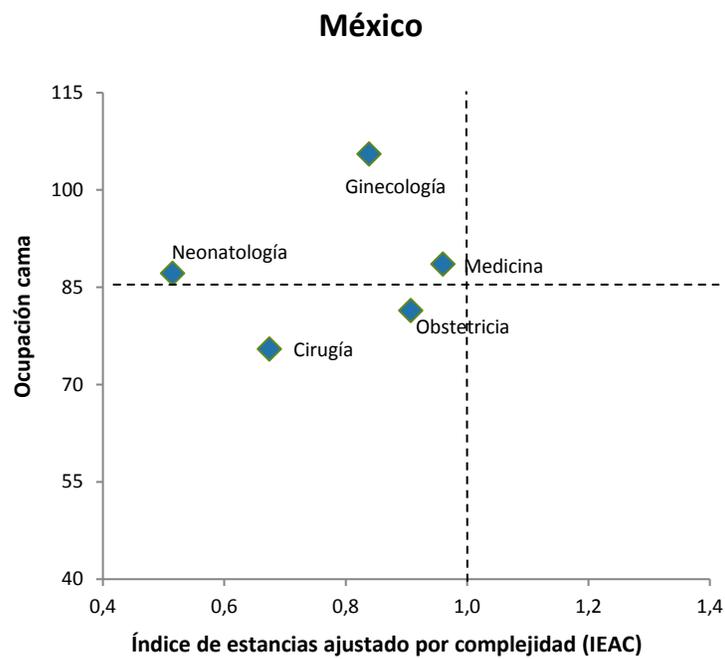
El Hospital San Juan de Dios mostró ineficiencia en el manejo de estancias en el servicio de Medicina. En los servicios de Obstetricia, Neonatología y Ginecología presentó porcentajes por debajo del 85 % de ocupación. En tanto el servicio de Cirugía registró un consumo de estancias y porcentaje de ocupación adecuado.

El Hospital México registró un consumo adecuado de estancias y porcentaje de ocupación en los servicios Neonatología y Medicina; únicamente el servicio de Ginecología presentó una ocupación superior al 100 %. Los servicios de Cirugía y Obstetricia presentaron porcentajes de ocupación por debajo del 85 %.

Gráfico 8.1

CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio hospitales Nacionales, 2016





1/El IEAC es el resultado de la división de las estancias observadas entre las esperadas.

2/Porcentaje de ocupación: grado de utilización de las camas censables en los servicios del centro médico durante el año.

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En relación con los hospitales regionales (Gráfico 8.2), se observa que el Hospital San Rafael registró baja ocupación de camas en el servicio de Pediatría, mientras que en Neonatología fue superior a 130 % y en Obstetricia levemente sobre el 100 %. Asimismo, los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología consumieron más estancias de las esperadas (IEAC>1).

Por otra parte, el Hospital Fernando Escalante Pradilla, presentó un uso eficiente de estancias y porcentaje de ocupación de camas en todos los servicios.

EL Hospital Maximiliano Peralta Jiménez presentó porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en los servicios de Ginecología (63 %), Obstetricia (70 %) y Pediatría (80 %). En Medicina y Neonatología tuvo un mayor consumo de estancias (IEAC>1). En Cirugía presentó un adecuado consumo de estancias y porcentaje de ocupación.

EL Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez mostró niveles de ocupación inferiores al 85 % en los servicios de Pediatría (59 %), Neonatología (72 %) y Ginecología (76 %). En

Medicina presentó un IEAC superior a 1. Además, en los servicios Obstetricia y Cirugía registró un porcentaje de ocupación y consumo de estancias óptimo.

En el Hospital Enrique Baltodano Briceño los servicios que presentaron una ocupación superior al 100 % fueron: Cirugía (119 %), Neonatología (108 %) y levemente Pediatría. En tanto, Ginecología mostró un IEAC superior a 1 y una ocupación inferior al 85 %. Por su parte, los servicios de Medicina y Obstetricia tuvieron un adecuado consumo de estancias.

En relación con el Hospital Tony Facio Castro, este registró niveles de ocupación inferiores al 85 % en los servicios de Neonatología y Pediatría, (aproximadamente un 40 %), no obstante, mostró niveles de ocupación superiores al 100 % en Cirugía, Obstetricia y Ginecología. Además, Obstetricia presentó IEAC superior a 1. En el caso del servicio de Medicina, este mostró un adecuado consumo de estancias y porcentaje de ocupación.

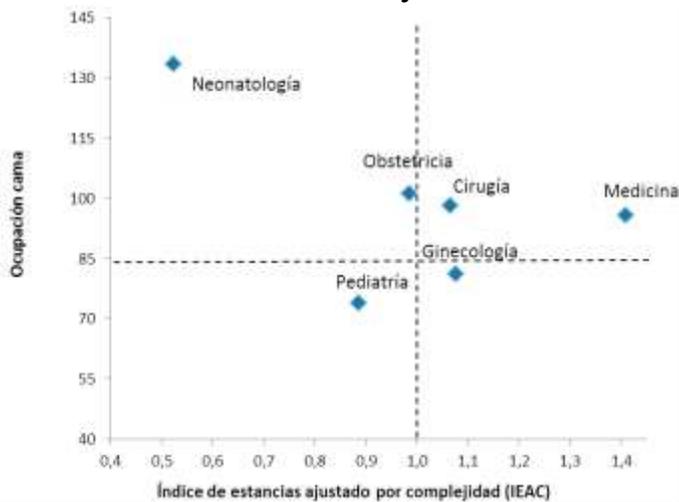
El Hospital de San Carlos presentó un buen consumo de estancias y porcentaje de ocupación en los servicios de Neonatología y Pediatría; en cambio, en Cirugía y Medicina mostró porcentajes de ocupación por encima del 100 %. Los servicios de Obstetricia y Ginecología registraron porcentajes de ocupación cercanos al 70 % y al 55 %, respectivamente.

En general, este grupo de hospitales se caracterizó por mostrar porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en el servicio de Ginecología.

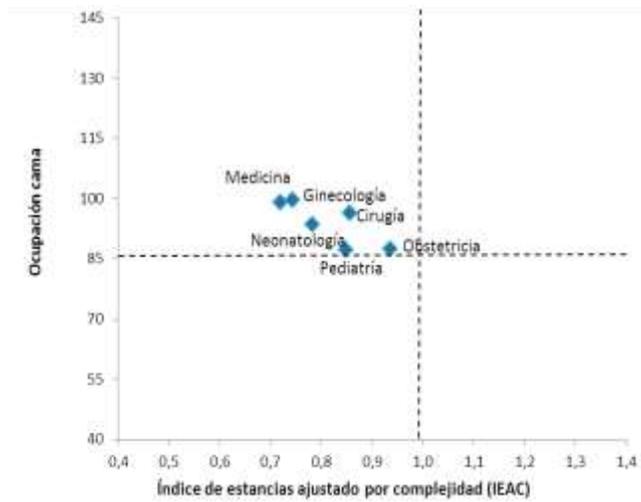
Gráfico 8.2

CCSS: Ocupación^{1/} de las camas e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio, hospitales Regionales, 2016

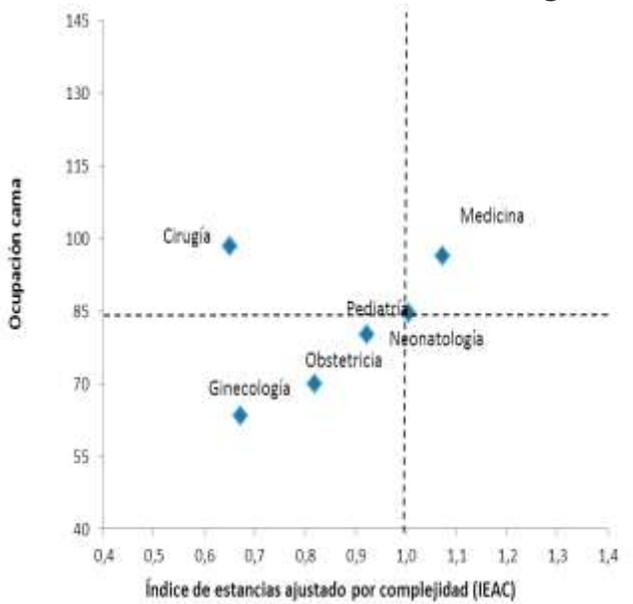
San Rafael-Alajuela-



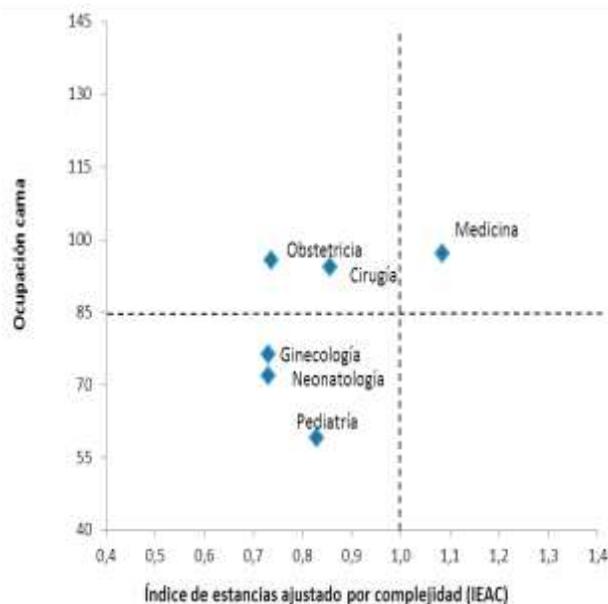
Fernando Escalante Pradilla-Pérez Zeledón



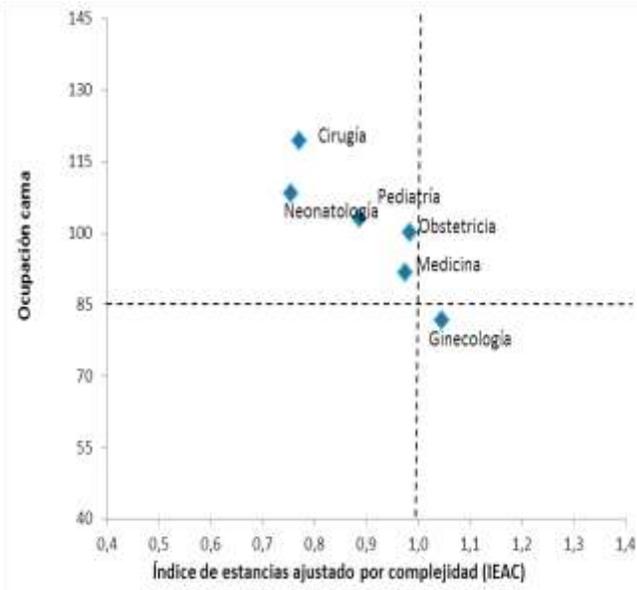
Maximiliano Peralta Jiménez-Cartago-



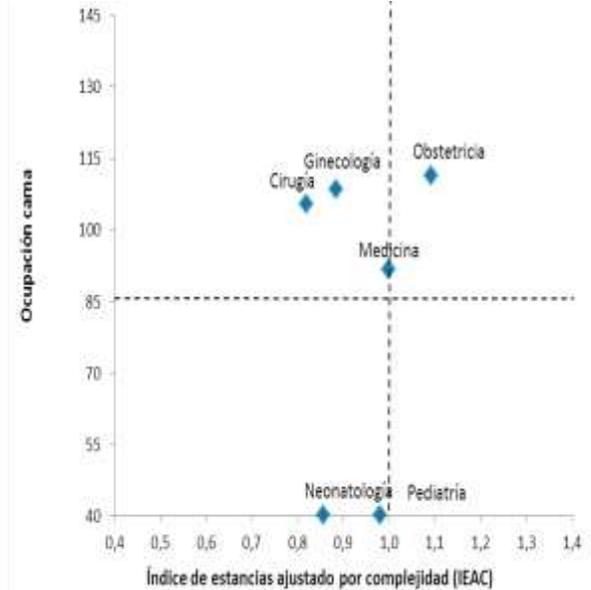
Víctor Manuel Sanabria Martínez-Puntarenas



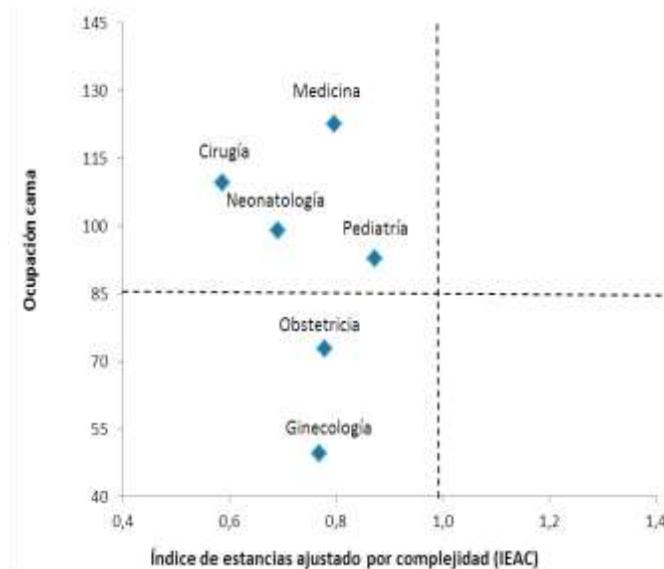
Enrique Baltodano Briceño-Liberia



Tony Facio Castro-Limón-



De San Carlos



1/El IEAC es el resultado de la división de las estancias observadas entre las esperadas.

2/Porcentaje de ocupación: grado de utilización de las camas censables en los servicios del centro médico durante el año.

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Respecto a los establecimientos Periféricos 3 (Gráfico 8.3), se observa que el Hospital San Vicente de Paúl registró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Neonatología, Pediatría y Obstetricia, mientras que en el servicio de Cirugía se presentó una ocupación superior al 100 %. Además, el servicio de Medicina presentó un consumo de estancias inadecuado (IEAC>1). Por otra parte, Ginecología mostró un adecuado uso de estancias y de ocupación de camas.

El Hospital William Allen Taylor registró bajos niveles de ocupación de camas en la mayoría de los servicios, excepto en Neonatología y Medicina. En el caso de los servicios de Medicina y Obstetricia, se registró un mayor consumo de estancias respecto al esperado, según el IEAC.

El Hospital Carlos Luis Valverde Vega registró porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en casi todos los servicios, especialmente en Ginecología (53 %); en cambio, tuvo una ocupación superior al 100 % en Pediatría. El único servicio que presentó un consumo mayor de estancia fue Medicina.

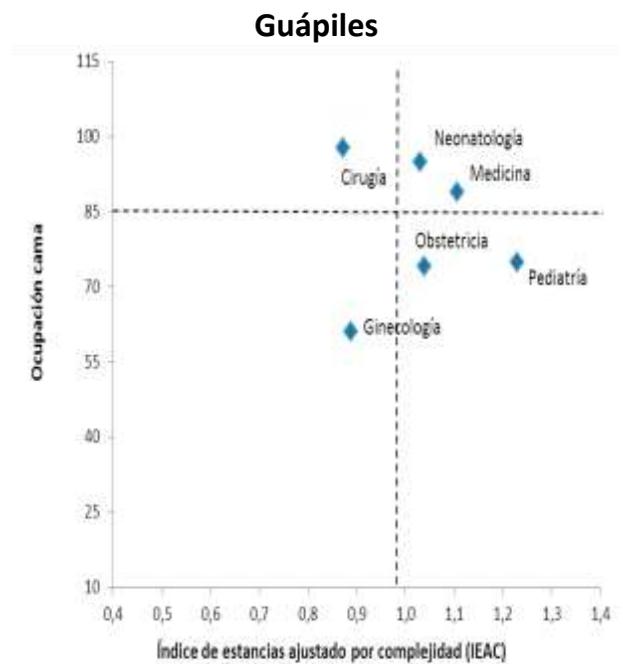
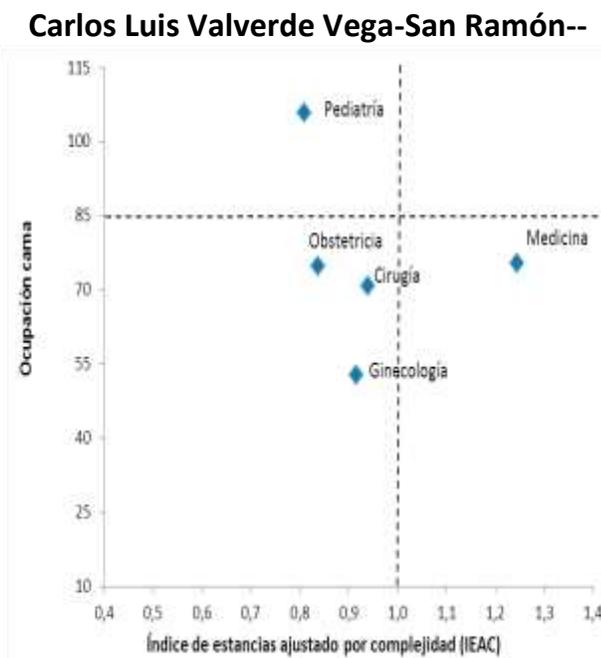
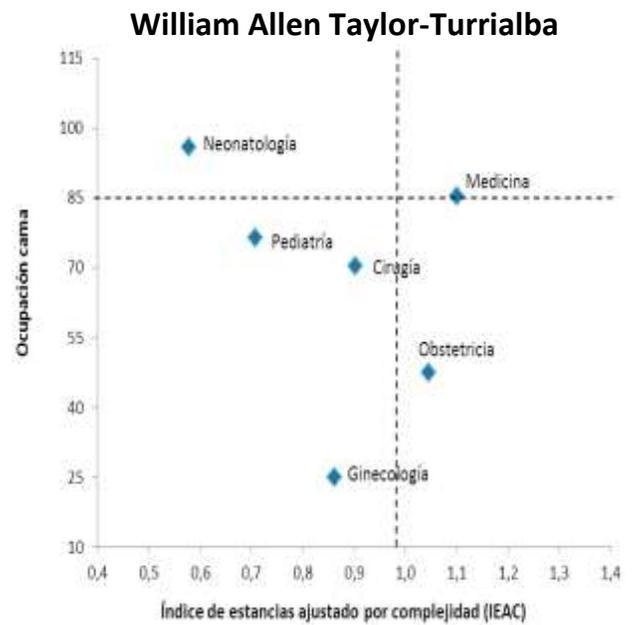
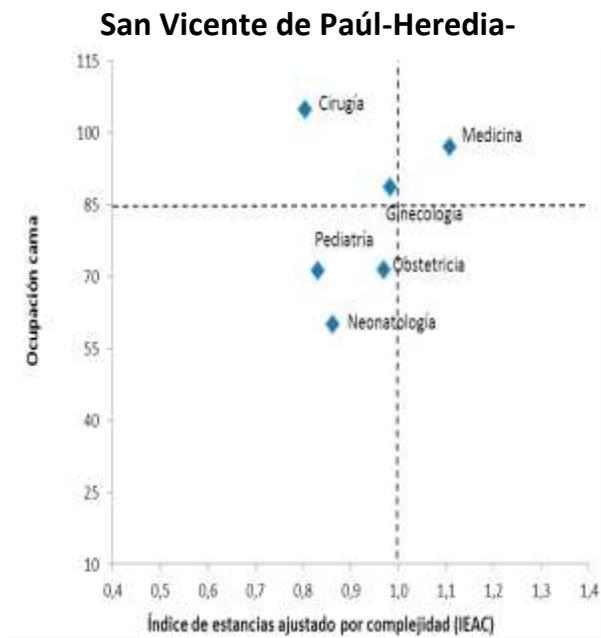
El Hospital de Guápiles presentó un alto consumo de estancias en cuatro servicios. Solamente en Cirugía registró un adecuado manejo de estancias y ocupación.

El Hospital La Anexión, de Nicoya mostró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, mientras que en los servicios de Medicina y Cirugía presentó un mayor consumo de estancias.

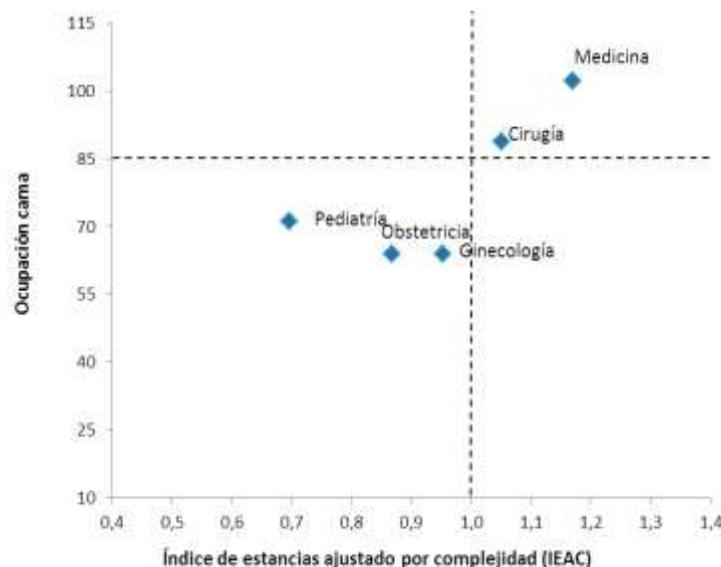
En general, los hospitales Periféricos 3 se caracterizaron por registrar bajos porcentajes de ocupación en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría. Adicionalmente, todos los centros presentaron un alto consumo en las estancias (IEAC>1) en el servicio de Medicina.

Gráfico 8.3

CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 3, 2016



La Anexión-Nicoya



1/El IEAC es el resultado de la división de las estancias observadas entre las esperadas.

2/Porcentaje de ocupación: grado de utilización de las camas censables en los servicios del centro médico durante el año.

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

En relación con los hospitales Periféricos 1 y 2 (gráfico 8.4), el Hospital San Francisco de Asís presentó una ocupación inferior al 75 % en los servicios de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Cirugía; mientras que en los servicios de Obstetricia, Medicina y Ginecología presentó un alto consumo estancias.

Por su parte, el Hospital Max Terán Valls registró un IEAC inferior a 1 en todos sus servicios, y en Ginecología y Pediatría presentó porcentajes de ocupación menores a 85 %.

Los siguientes hospitales presentaron porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en la mayoría de los servicios: Ciudad Neily, Manuel Mora Valverde (Golfito), de los Chiles y de Osa Tomás Casas Casajús. Sin embargo, los Chiles y Golfito presentaron porcentajes de ocupación superiores al 115 % en el servicio de Medicina. Asimismo, el hospital de Osa registró un IEAC mayor a 1 en los servicios de Obstetricia, Pediatría y Ginecología; y los Chiles presentó un alto consumo de estancias en Cirugía y Ginecología. Por otra parte, los

hospitales Manuel Mora Valverde y de Ciudad Neily registraron un IEAC inferior a 1 en todos sus servicios.

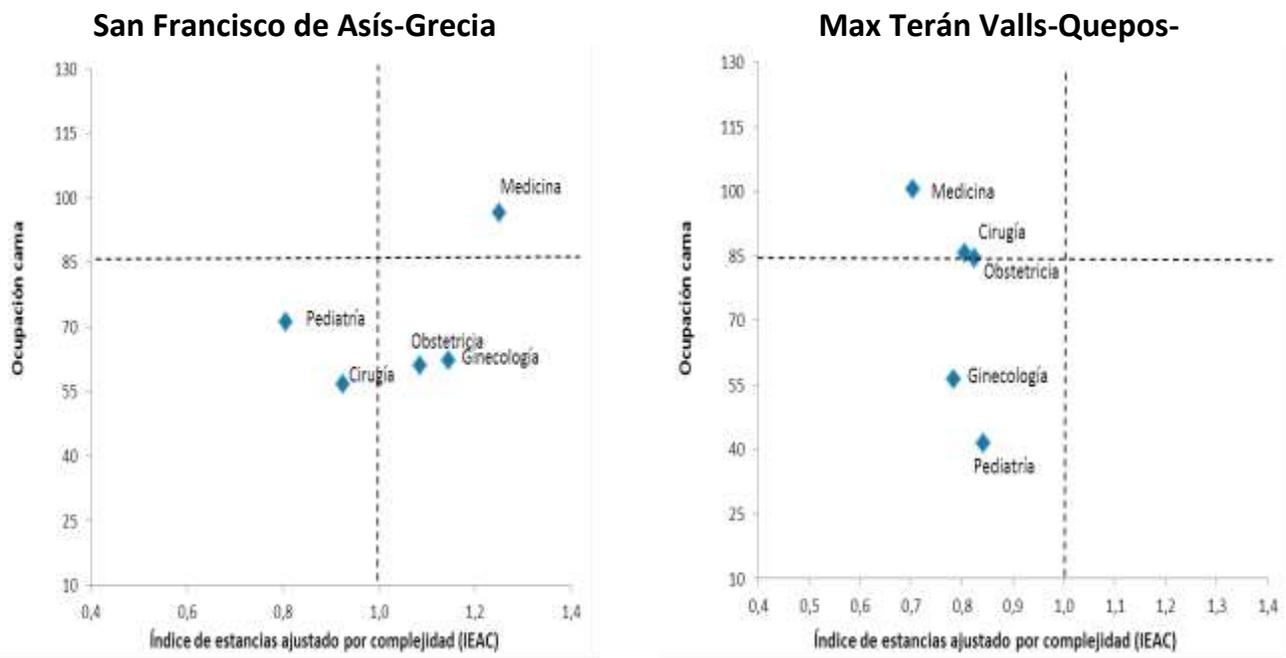
El Hospital de Upala registró un adecuado consumo de estancias en el servicio de Obstetricia. Por otro lado, en Medicina mostró un porcentaje de ocupación superior a 130 %, aunque en Cirugía, Pediatría y Ginecología presentó ocupaciones bajas: 83 %, 62 % y 21 %, respectivamente; además estos mismos servicios presentaron un consumo de estancias superior al esperado.

En el caso del Hospital de San Vito, este mostró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Medicina, Pediatría y Ginecología. Además, presentó un adecuado consumo de estancias en todos los servicios.

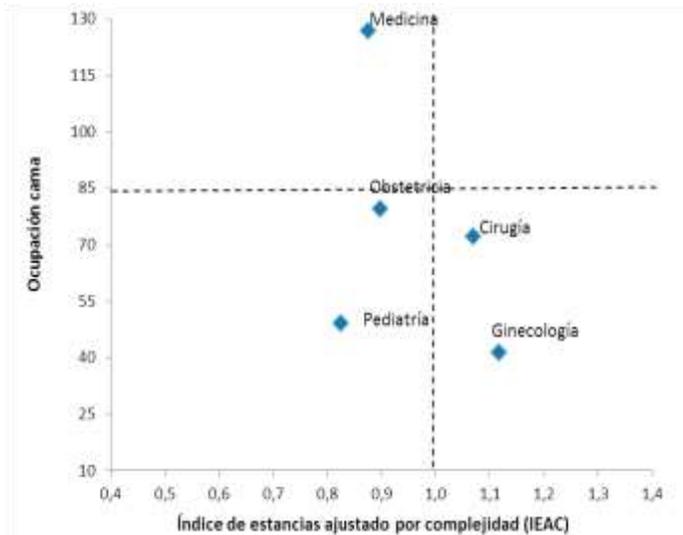
En síntesis, este grupo de centros se caracterizó por presentar tres o más servicios con porcentajes de ocupación inferiores al 85 %.

Gráfico 8.4

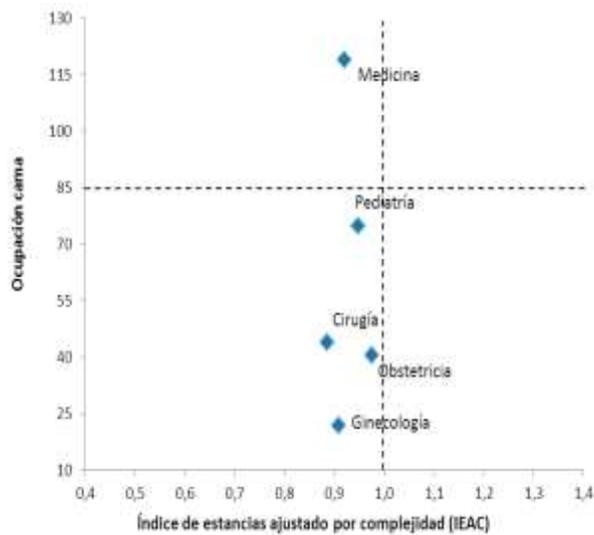
CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 1 y 2, 2016



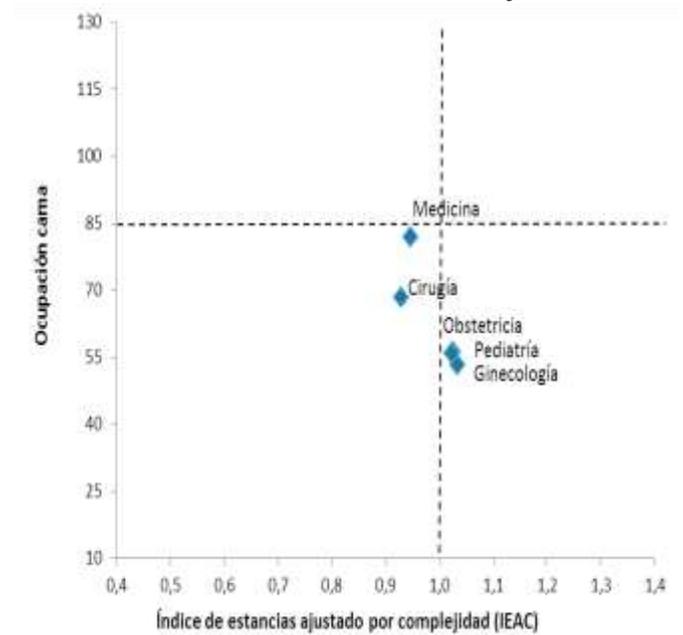
De los Chiles



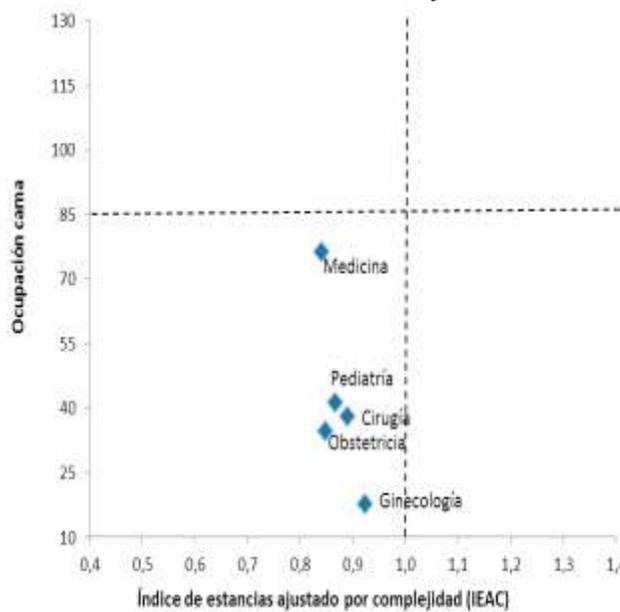
Manuel Mora Valverde- Golfito-

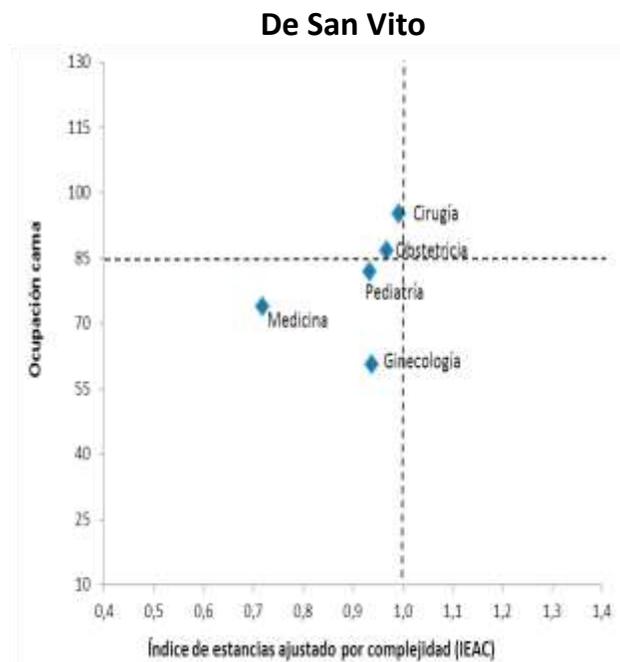
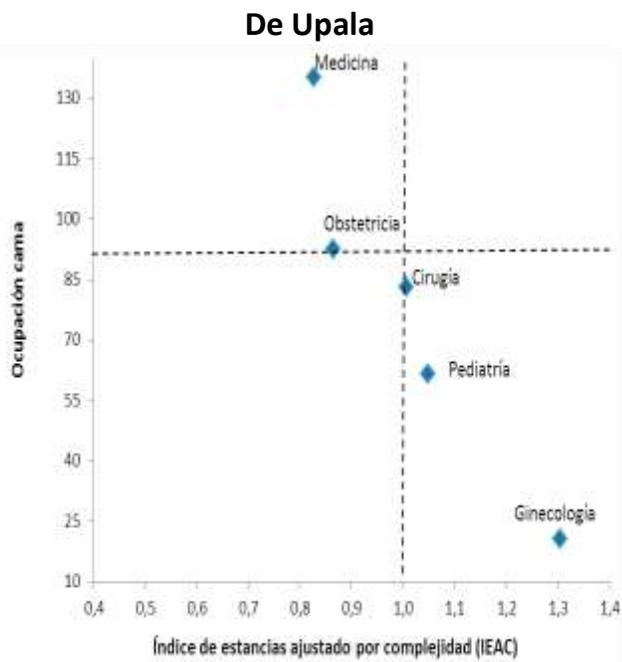


De Osa Tomás Casas Casajús



De Ciudad Neilly





1/El IEAC es el resultado de la división de las estancias observadas entre las esperadas.

2/Porcentaje de ocupación: grado de utilización de las camas censables en los servicios del centro médico durante el año.

Fuente: CCSS. Área de Estadística en Salud y Dirección Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016.

Conclusiones y Recomendaciones

En resumen, se determinó que la mayoría de hospitales generales registraron de tres a cuatro servicios con porcentajes de ocupación inferiores al 85 %; los servicios que con mayor frecuencia presentaron esta particularidad fueron: Ginecología, Obstetricia y Pediatría. En este sentido, se recomienda analizar los factores causales por parte del nivel local, regional y de las instancias competentes, a efecto de identificar áreas de mejora en la utilización de los recursos institucionales.

Algunos posibles predictores del desequilibrio son: inadecuada distribución interna de las camas, problemas en el proceso de admisión, falta de personal médico especializado, baja demanda y ausentismo. Además, deben considerarse variables como cambio demográfico y perfil epidemiológico de la población.

Como plan piloto, se recomienda implementar un proceso de redistribución de camas, considerando las limitaciones arquitectónicas y de recursos presupuestarios, que para

Costa Rica incluye, entre otras, el tipo de cama (cunas vs camas normales), la división en salones para hombres y mujeres, así como la relación personal-enfermería y asistentes de pacientes por cama.

Por otra parte, resalta el hecho de que nueve hospitales generales registraron un consumo de estancias mayor al esperado en al menos dos servicios, según el IEAC.

Finalmente, es necesario elaborar un perfil de eficiencia para identificar en cuáles categorías diagnósticas es más eficiente un hospital y en cuáles no lo está siendo. Esto con el propósito de diseñar protocolos dirigidos al uso óptimo del recurso cama y estandarizar el manejo de los casos con diagnósticos que presentan mayor variabilidad en la utilización de la estancia.

Referencias Bibliográficas.

Cortés, M. (2010). La economía de la salud en el hospital. *Gerenc Polit Salud*, 9:138-149.

Martin M., J. J. & López, M.P. (2007). *La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias. Presupuesto y Gasto Público 2007*. España: Instituto de Estudios Fiscales.

Morera, M. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. *Acta méd costarric*, 56(3) 109-114.

Morera, M. (2016). *Índice de Estancias Ajustadas por Complejidad 2015*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud.

Pabón-Lasso. (1986). Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. *Rev Panam Salud Pública*, 20: 341-57.

9. Se logra un promedio de 5,5 horas de anestesia por sala y se utiliza el 70 % de días hábiles programables en tiempo ordinario

La no disponibilidad de recurso humano impide la programación de cirugías en el 13,6 % de los días hábiles del año 2016.

El bloque quirúrgico absorbe importantes cantidades del recurso global de un centro hospitalario. Por ello, se debe optimizar su utilización, asegurando la disponibilidad y el aprovechamiento de esos espacios, mediante un programa de cirugías que abarque todo el tiempo aprovechable, junto con un mantenimiento preventivo oportuno.

Es menester que la administración local e institucional se esfuercen para que no se detenga el abastecimiento de mano de obra, de equipo y de elementos logísticos, por lo que deben planificar acciones de respuesta rápida ante cualquier situación que pueda afectar el funcionamiento.

Disrupciones en la actividad pueden traer como consecuencia: pérdida de oportunidad en la atención de pacientes quirúrgicos, disminuyendo la satisfacción individual; afectar la calidad de vida y provocar, incluso, la muerte prematura de usuarios.

A efectos de evaluar esta actividad, durante el año 2016 se recibió información de los 23 hospitales generales⁶, del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, del Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, del Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, del Centro Nacional de Rehabilitación y de la Clínica Oftalmológica.

La medición se planifica a través de dos indicadores, enfatizando con ellos en el tiempo efectivo de uso diario de cada quirófano programado y en la determinación del total de días de tiempo hábil en que se ejecutan cirugías.

⁶ Incluye a los hospitales: México, Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, Maximiliano Peralta Jiménez - Cartago-, San Rafael -Alajuela-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-, San Carlos, Tony Facio Castro -Limón-, Enrique Baltodano Briceño -Liberia-, Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-, De la Anexión -Nicoya-, De Upala, De Los Chiles, De Guápiles, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Vicente de Paúl -Heredia-, San Francisco de Asís -Grecia-, William Allen Taylor -Turrialba-, Max Terán Valls -Quepos-, Manuel Mora Valverde -Golfito-, De San Vito, De Ciudad Neily y De Osa Tomás Casas Casajús.

Así, en la primera medición se cuantifica el porcentaje de tiempo diario de quirófano que, estando disponible en horario ordinario, es decir, de lunes a jueves de las 7 horas a las 16 horas y jueves de las 7 horas a las 15 horas, excluyendo días feriados, se utiliza en la anestesia de pacientes.

Esta medición pretende que los centros logren ejecutar al menos cinco horas de anestesia por día hábil de quirófano programado durante el año evaluado.

Según los datos recolectados entre los años 2015 y 2016, los centros reportan un total de 165 quirófanos disponibles para programación de cirugías electivas con asistencia de anesthesiólogo, lo que significa que, con esta intencionalidad, en 2016 se programan cuatro salas menos que las utilizadas en el 2015.

Esos quirófanos se encuentran distribuidos de la siguiente forma: 53 en hospitales nacionales, 48 en hospitales regionales, 25 en hospitales periféricos 3, 20 en hospitales periféricos 1 y 2, y 19 en hospitales especializados.

Se excluyen para la revisión del tiempo de utilización de quirófano las cinco salas de la Clínica Oftalmológica, pues se conoce que el grueso de sus intervenciones se realiza sin asistencia de anesthesiólogo.

La segunda medición corresponde al porcentaje de utilización de los 252 días hábiles del año en los que se programa actividad quirúrgica con soporte anestésico en cada quirófano. Cuando corresponde, se solicita las causales de no uso del quirófano; esto es si en alguno de esos 252 días no se programan del todo procedimientos.

En este ámbito, se considera como días hábiles no programados, o días no programados, a la diferencia producida al restar del producto de salas disponibles por 252, el total de días registrados con programación efectiva.

Para esta medición sí se incluyen los cinco quirófanos de la Clínica Oftalmológica, incorporándolos como salas de uso exclusivo para cirugías con anestesia local.

Por tanto, la base del análisis son 170 quirófanos, representando 7 quirófanos menos que los considerados para el mismo indicador en la evaluación del año 2015 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

Para realizar ambas mediciones, se recibió el aporte de los centros, quienes facilitaron el listado de cirugías y tiempos de anestesia por paciente intervenido.

Tiempo de uso de anestesia por quirófano

El rendimiento institucional hospitalario en tiempo de anestesia por quirófano disponible durante días efectivamente programados fue de 5,52 horas (cuadro 9.1).

Cuadro 9.1

CCSS: Rendimiento en el uso del quirófano, según tipo de centro

Tipo de centro	Rendimiento ^{1/}
Institucional	5,52
Periféricos 2	5,74
Regionales	5,7
Nacionales	5,61
Periféricos 3	5,32
Especializados	5,28
Periféricos 1	4,39

1/ Cuantificado en horas de anestesia por día hábil utilizado.

Fuente: Listados quirúrgicos de centros hospitalarios institucionales, 2016.

Al segregar por centro, se puede observar que aunque existen centros con rendimientos de hasta 6,5 horas por día programado, hay otros que solo logran 3,4 horas en el mismo indicador (Anexo 9.1).

La heterogeneidad en los resultados se refleja también entre centros del mismo tipo.

Respecto al año 2015, mejora el rendimiento global de horas de anestesia por día programado, pasando de 5,26 el año anterior a 5,52 en el año 2016.

Utilización de los días hábiles disponibles

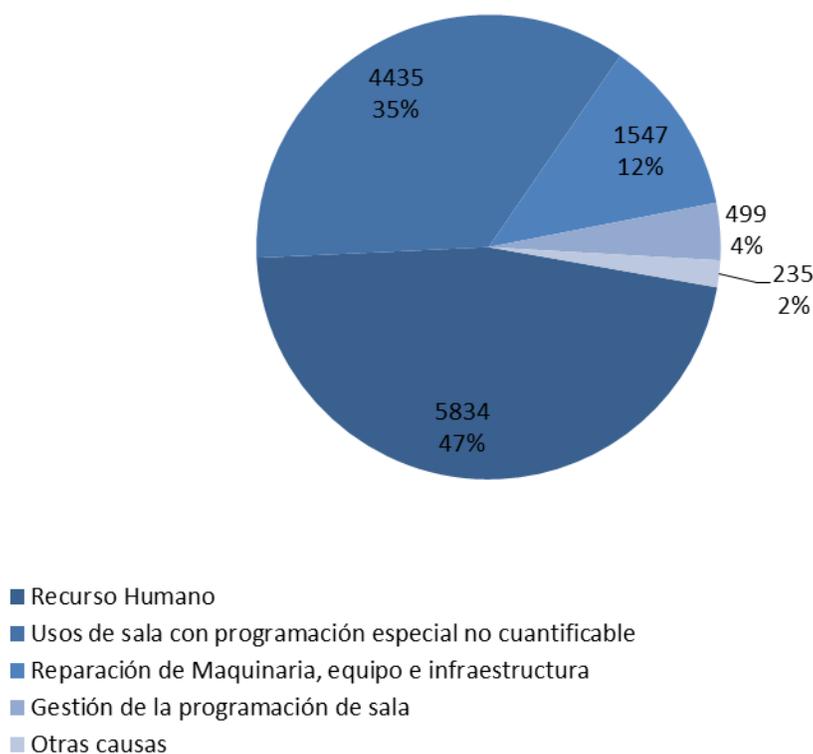
El aprovechamiento de los días hábiles disponibles fue de 70,7 %. Para este análisis se dispuso de un total de 170 quirófanos (ya que se cuantificaron también los cinco quirófanos de la Clínica Oftalmológica), equivalentes a 42 840 días de quirófano

programable, de los cuales se reportó programación efectiva con tiempo de anestesia en 30 290 de esos días.

Los 12 550 días sin programación de cirugías con anestesia se distribuyen de la siguiente forma:

Gráfico 9.1

CCSS: Cuantificación de días completos en los que no se programa cirugías con asistencia de anesthesiólogo según causa, 2016

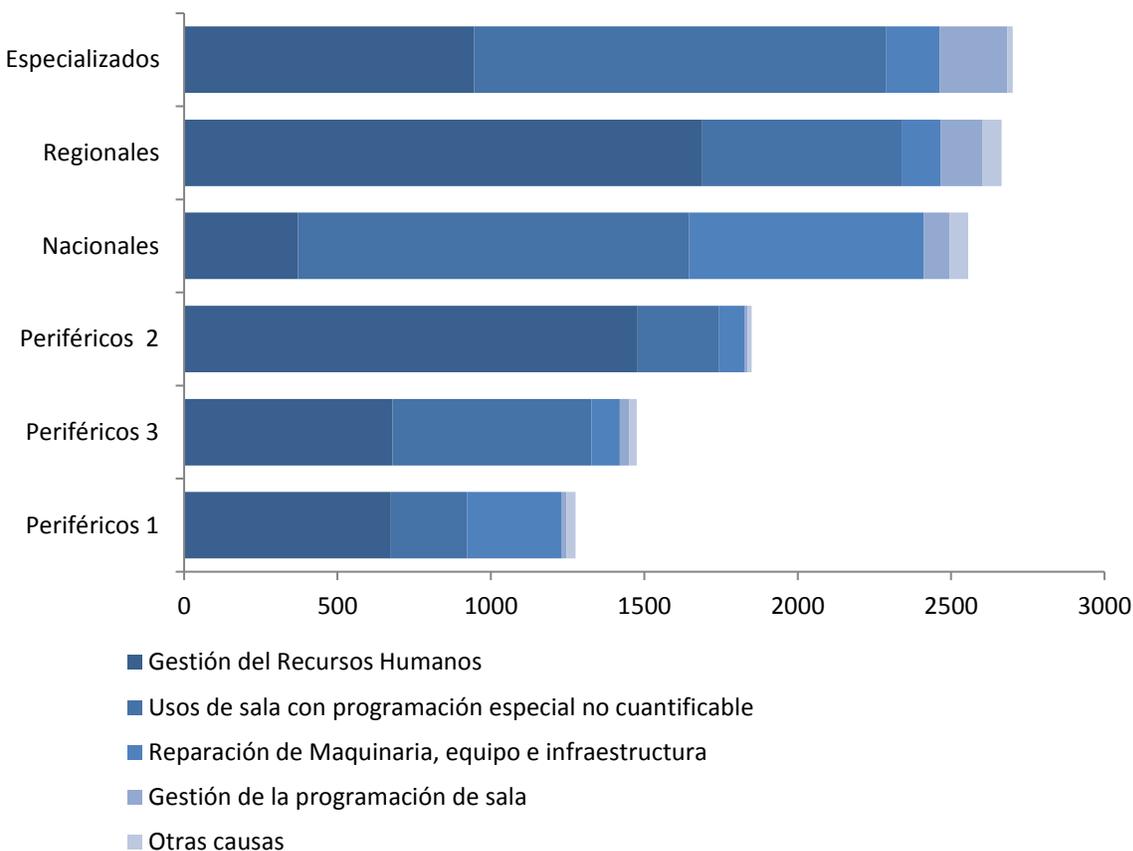


Fuente: Listados quirúrgicos centros hospitalarios institucionales, 2016.

Globalmente, fueron los problemas de gestión de recurso humano los que representaron mayores cantidades de días hábiles no programados; sin embargo, al agrupar por tipo de centro, cada segregación presenta una distribución de causas diferente.

Gráfico 9.2

CCSS: Distribución de días completos en los que no se programa cirugías con asistencia de anestesiólogo según causa por tipo de centro, 2016



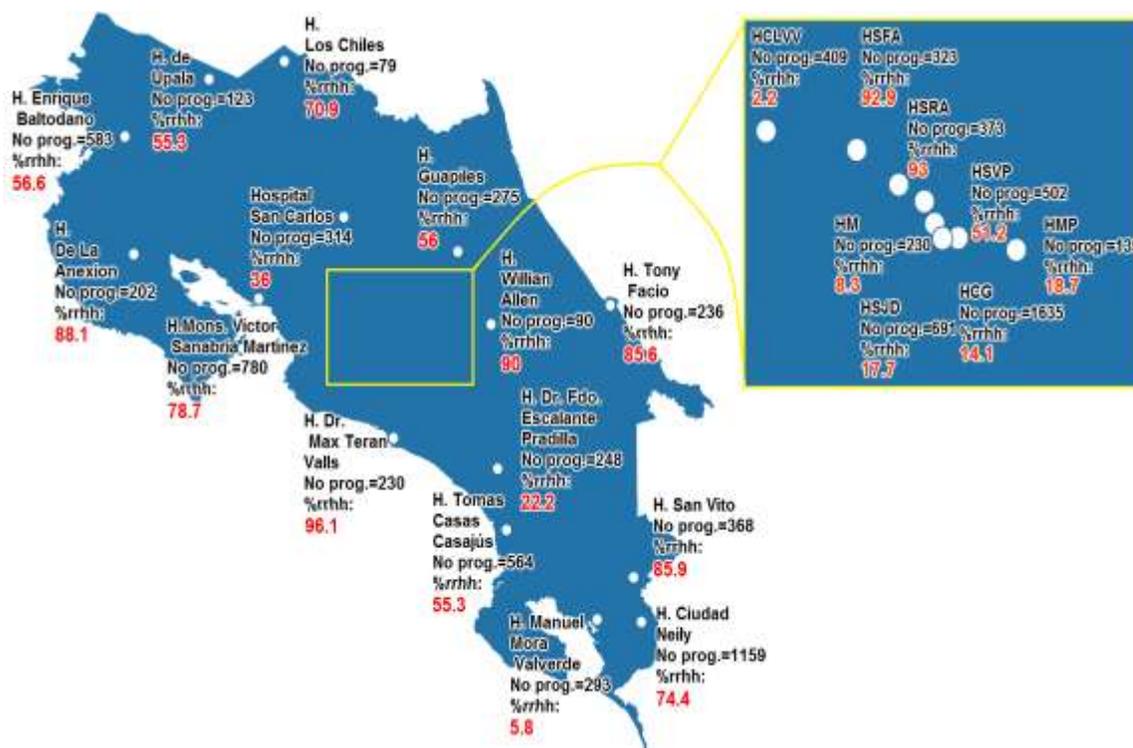
Fuente: Listados quirúrgicos centros hospitalarios institucionales, 2016.

Aunque en algunos tipos de centros la gestión del recurso humano es la causa más mencionada, como en los hospitales regionales y periféricos 2, existen centros, como los nacionales, donde la causa más frecuente es el uso de sala con programación especial no cuantificable.

Esta heterogeneidad es aún más manifiesta cuando se observa la no programación por centro. Por ejemplo, al visualizar solo el rubro de los porcentajes de días no programados justificados por problemas de gestión del recurso humano, se observa que en un mismo tipo de centro hay diversidad de comportamientos (Mapa 9.1)

Mapa 9.1

CCSS: Porcentaje de los días no programados cuya causa fue la gestión del recurso humano, según centro



Fuente: Listados quirúrgicos centros hospitalarios institucionales, 2016.

Donde:

- No prog: total de días hábiles donde no se reporta programación quirúrgica en el centro.
- %rrhh: porcentaje de esos días no programados que se justifican como resultado de problemas en la disponibilidad de recurso humano.
- HSFA: Hospital San Francisco de Asís -Grecia-.
- HSRA: Hospital San Rafael -Alajuela-.
- HSVP: Hospital San Vicente de Paúl -Heredia-.
- HM: Hospital México.
- HCG: Hospital Rafael Angel Calderón Guardia.
- HMP: Hospital Maximiliano Peralta Jiménez.
- HSJD: Hospital San Juan de Dios.
- HCLVV: Hospital Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-.

Por otra parte, también aumenta el porcentaje de días disponibles efectivamente programados, subiendo el indicador de 68,7 % a 70,7 %. Se debe considerar que ese

incremento es producto de la disminución relativa del total de salas programadas y la disminución del total de días hábiles por sala, que baja de 254 en 2015 a 252 en 2016.

De esta forma, durante el año 2015 se reportó cirugía con anestesia en 30 899 días (*Ibíd.*, 225), en tanto que para el año 2016 ese número disminuyó a 30 290 días.

Consecuentemente, disminuyó el total de días hábiles donde no se programó cirugía con anestesia, pasando de 13 920 en 2015 a 12 550 en 2016.

El total de días no programados debido a la gestión del recurso humano sigue siendo la justificación más mencionada, ya que pasó de 4 958 a 5 834 días, constituyendo el 13,6 % de los días hábiles programables en tiempo ordinario del año 2016, y el 46,6 % de las causas de no programación en días hábiles durante el año 2016.

La carencia de oferta de talento humano para la sustitución de personal en vacaciones, permisos o incapacidades, así como la contratación para cubrir plazas no ocupadas, representó el 63,1 % de 2 673 días no programados en los centros regionales; el 52,3 % de 1 289 días no programados en los periféricos 1; y 79,9 % de 1 850 no programados en los periféricos 2.

Aunque en otro tipo de centros el uso de esta justificación no fue la más frecuente, siempre significó la pérdida importante de oportunidad para programar actividad quirúrgica. Se cuantifica por esta causa la no programación de 371 días quirófono en los centros nacionales; 945 días quirófono en los centros especializados; y 679 en los centros periféricos 3.

La mayoría de los centros ubicados hacia la periferia del territorio nacional ven afectada su programación quirúrgica debido a esta causalidad, aunque existen hospitales en la gran área metropolitana donde se da la misma situación, como es el caso de los hospitales San Francisco de Asís -Grecia- y San Rafael -Alajuela.

Por otro lado, el mantenimiento preventivo significó la no programación de 3 506 días hábiles quirófono en el año 2015 (*Ibíd.*, 226), mientras que para el año 2016 esta fue la causa solo de 44 días. Impresiona que esto se deba a que los centros tuvieron una gran actividad de remodelación de quirófanos entre los años 2014 y 2015, la cual se había concluido casi por completo en el año 2016.

La segunda justificación más utilizada en el año 2016 fue el uso de salas con programación especial no cuantificable. En este rubro se incluyen aquellos quirófanos que estando disponibles no necesariamente se utilizan o en caso de hacerlo, en estos se realizan

partos, cirugías de urgencia y de tipo séptica. Se consideran, además, aquellos que se utilizan pero que por la naturaleza de los procedimientos que efectúan no requieren apoyo de anesthesiólogo (anestesia local, procedimientos médicos de baja complejidad, entre otros).

El reporte de estas justificaciones creció de 532 días en 2015 a 4 435 días en 2016, siendo la causa más importante de no programación quirúrgica en los centros especializados, en donde el 49,7 % de los 2 704 días hábiles sin programación se debieron a esta causa. Similar ocurre en los centros nacionales, donde el 49,9 % de sus 2 556 días no programados se justificó de esta forma.

La otra causa significativa fue la imposibilidad de utilizar quirófanos debido a la existencia de maquinaria y equipo descompuesto o por afectación aguda de la infraestructura, problema catalogado como mantenimiento reactivo en apariencia no prevenible. Esta fue la justificante de no programación de 1 547 días, un 12,35 % del total de días hábiles no programados en la institución.

Los hospitales nacionales fueron los más afectados por estas eventualidades, con 765 casos reportados; es decir, la mitad de estos eventos a nivel institucional se da en alguno de los tres centros nacionales.

Recomendaciones

La problemática del aprovechamiento óptimo de los espacios quirúrgicos debe evaluarse con múltiples tamices.

A nivel institucional, la provisión de talento humano con capacitación adecuada es uno de los elementos que mayormente afecta la programación en sala de operaciones; de allí que la administración debe hacer urgentes esfuerzos por asegurar que se cuente con suficiente recurso a nivel nacional, para hacer frente a sus necesidades de funcionamiento.

Además, se debe enfatizar en la necesidad de reforzar la programación preventiva para el mantenimiento de los equipos e instalaciones, de manera que este provoque el menor retraso posible en la programación de cirugías.

Para ello se deben generar los mecanismos expeditos que permitan a las unidades integrarse como un todo y aprovechar los recursos en escala.

Otro elemento digno de explorarse, es la influencia que la cultura organizacional dentro del bloque quirúrgico pueda ejercer sobre la programación. Es posible que, entre otras estrategias, la implementación de más turnos para el uso de estos espacios pueda beneficiar de forma importante el desempeño de los centros.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). Reporte de cirugías realizadas en los centros de la CCSS. San José, Costa Rica: CCSS-Centros hospitalarios.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

Anexo 9.1

CCSS: Indicadores logrados por los centros institucionales. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2016

Centro	Rendimiento^{1/}	Días hábiles utilizados	Salas reportadas
Institucional	5,52	30 290	170
Rafael Angel Calderón Guardia	5,42	4 161	23
San Juan de Dios	5,62	4 097	19
México	5,90	2 542	11
San Vicente de Paúl -Heredia-	5,23	2 270	11
San Rafael -Alajuela-	6,09	1 895	9
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	5,15	2 129	9
San Carlos	6,08	1 198	6
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	4,92	984	7
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	6,49	1 181	7
Tony Facio Castro -Limón-	5,20	1 024	5
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	5,96	1 012	5
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	5,43	851	5
William Allen Taylor -Turrialba-	5,71	414	2
De la Anexión -Guanacaste-	4,99	554	3
De Guápiles	5,52	733	4
San Francisco de Asís -Grecia-	5,99	433	3
De San Vito	5,14	136	2
Ciudad Neilly	5,66	353	6
Max Terán Valls -Quepos-	5,13	274	2
De Los Chiles	3,43	173	1
De Upala	4,38	129	1
Manuel Mora Valverde -Golfito-	3,97	211	2
De Osa Tomás Casas Casajús	4,67	192	3
Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	5,85	1 985	9
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	4,69	710	5
Nacional de Geriatria y Gerontología	3,33	168	1
Centro Nacional de Rehabilitación	4,24	481	4
Clínica Oftalmológica	0,00	0	5

1/Horas de anestesia por día hábil utilizado

Fuente: Listados quirúrgicos centros hospitalarios institucionales, 2016

10. Aumenta la cantidad de cirugías ambulatorias, pero el índice ambulatorio se mantiene similar respecto al 2015

El 51,3% de los egresos operados que ingresaron vía consulta externa se realizaron en cirugía ambulatoria.

La implementación de la cirugía ambulatoria, como modalidad de atención para usuarios que requieren una intervención electiva, implica múltiples beneficios al compararse con la cirugía realizada mediante la modalidad con hospitalización pre y/o post quirúrgica (Molina *et al*, 2017):

- Permite al usuario un proceso de recuperación en un ambiente familiar, apoyado por sus seres queridos, menos distraído de su rutina diaria, con exposición mínima a las infecciones intrahospitalarias.
- Optimiza el espacio quirúrgico, convirtiéndose en una de las estrategias costo efectivas para la disminución directa de la lista de espera quirúrgica de patologías poco complejas.
- Permite aprovechar el tiempo de cama hospitalaria y su recurso asociado en la atención de casos de complejidad relativamente alta; por tanto, y de forma indirecta, favorece la disminución en las listas de espera de atención a patologías no quirúrgicas que demandan hospitalización, así como de patologías quirúrgicas de mayor complejidad.
- Amplía la oferta que ofrece la institución para la resolución de patologías quirúrgicas, lo cual, junto con los aspectos antes mencionados, contribuye a mejorar la percepción que tiene el usuario sobre el servicio y, en consecuencia, la satisfacción que exterioriza por las acciones recibidas.

Aunque el indicador específico para la medición cuantitativa de la cirugía ambulatoria es el denominado índice de sustitución, este requiere de la existencia de una lista de procedimientos susceptibles de cirugía ambulatoria actualizada, considerando como tal, revisiones de máximo cuatro años de antigüedad (Molina *et al*, 2017).

En la institución, la última revisión oficial de esa lista se realizó en el año 2006; por tanto, a la fecha, es un instrumento anacrónico y no recomendable para el cálculo (Gerencia Médica, 2006).

Ante su ausencia, se opta por cuantificar el índice de procedimientos intervenidos mediante la modalidad ambulatoria, comúnmente denominado índice ambulatorio, el cual considera el cociente entre el total de egresos operados del servicio de cirugía ambulatoria, dividido entre el total de egresos operados.

La metodología utilizada contabiliza solo los casos que ingresan por consulta externa, por cuanto un caso que no cumpla el protocolo de selección e inducción para incluirse dentro de la modalidad, tampoco debe incorporarse en la medición.

Como no existe un criterio estandarizado de aquello que se considera susceptible de cirugía ambulatoria, hay una gran variabilidad en lo que se registra como tal. Este componente subjetivo genera diferencias entre los centros, que se magnifica cuando se considera un número bajo de casos, situación que se presenta predominantemente al contabilizar los procedimientos ambulatorios de tipo médico.

Por tanto, a fin de que el indicador contenga la mayor cantidad de procedimientos comunes, se opta por cuantificar solo los procedimientos de tipo quirúrgico, pues son los mayormente representados en esta modalidad.

Por otra parte, como se comentó, dentro de la dinámica de la institución, el impacto que la cirugía ambulatoria tiene sobre el quehacer hospitalario debiese reflejarse en la lista de espera quirúrgica; sin embargo, se hace difícil medir ese impacto debido a la naturaleza disímil entre el listado de espera quirúrgica y la base de egreso quirúrgico, así como lo trabajoso del procedimiento que permite trazar los casos entre ellas.

Para saldar esa brecha, se incluye en el algoritmo del módulo quirúrgico del Arca la posibilidad de perfilar los casos programados hasta su resolución. Es de esperar que a partir del año 2017, con la entrada en funcionamiento del módulo en todos los centros, se facilite la correlación entre las listas.

Egreso del servicio de cirugía ambulatoria

Se analiza la producción del egreso operado en los 23 centros generales⁷, en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, en el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, en el Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera y en el Centro Nacional de Rehabilitación^{8,9}.

Como se mencionó, se enfatiza en los casos que ingresan vía consulta externa¹⁰ con intervenciones de tipo quirúrgica¹¹, para un registro total de 98 883 egresos operados. De esos egresos, 54 990 fueron dados de alta mediante el servicio de cirugía ambulatoria, para un índice global de cirugías intervenidas por la modalidad ambulatoria de 51,3 %.

La mayor producción de casos intervenidos mediante la modalidad ambulatoria se presentó en los hospitales nacionales y regionales (gráfico 10.1); en conjunto, estas unidades egresaron el 67,7 % de intervenciones ambulatorias.

⁷ Incluye a los hospitales: México, Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios, Maximiliano Peralta Jiménez - Cartago-, San Rafael -Alajuela-, Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-, San Carlos, Tony Facio Castro -Limón-, Enrique Baltodano Briceño -Liberia-, Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-, De la Anexión -Nicoya-, De Upala, De Los Chiles, De Guápiles, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Vicente de Paúl -Heredia-, San Francisco de Asís -Grecia-, William Allen Taylor -Turrialba-, Max Terán Valls -Quepos-, Manuel Mora Valverde - Golfito-, De San Vito, De Ciudad Neily y De Osa Tomás Casas Casajús.

⁸ No se incluyen los 5 062 casos de egreso del servicio 6 de la Clínica Oftalmológica, pues su manejo siempre será ambulatorio y la pretensión de la descripción es reflejar el esfuerzo de ambulatorizar cirugías cuando existe la posibilidad de manejarlas hospitalizadas.

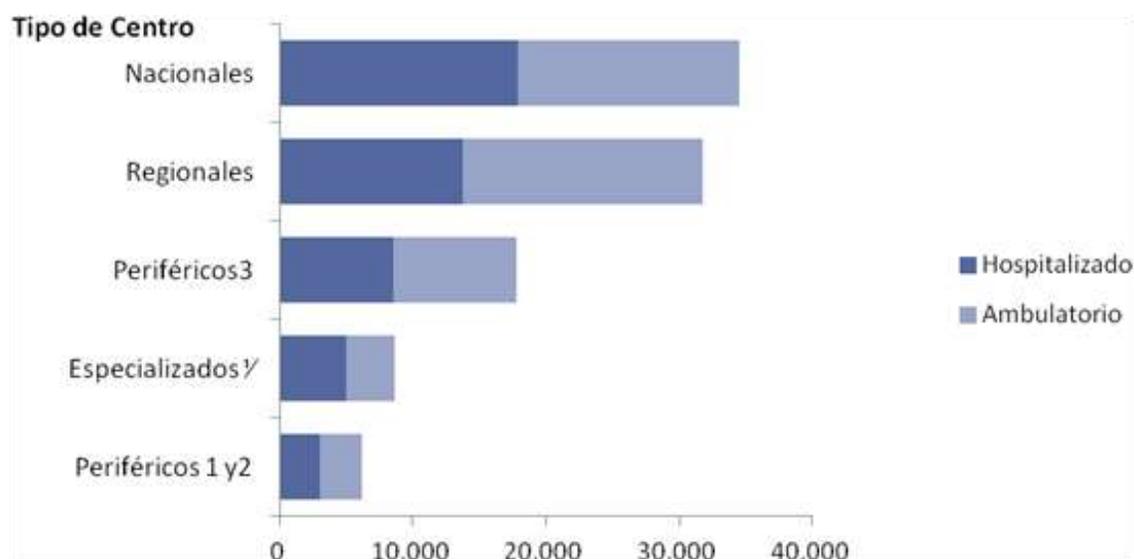
⁹ Hubo otros centros entre clínicas y CAIS que aportaron en total 4 277 cirugías más egresadas por el servicio de cirugía ambulatoria; sin embargo, se excluyeron del análisis.

¹⁰ Se reportan tres casos operados con egreso mediante el servicio de cirugía ambulatoria ingresados por urgencias, que se excluyen del análisis.

¹¹ Se registran 3 636 casos de procedimientos médicos egresados vía cirugía ambulatoria que se excluyen del análisis.

Gráfico 10.1

CCSS: Egresos con procedimiento quirúrgico, según tipo de centro, por modalidad quirúrgica



1/ No se incluye el egreso de la Clínica Oftalmológica.

Fuente: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadística en Salud, 2016.

Aunque el índice ambulatorio promedio según tipo de centro fluctuó en el rango de 50,1 % \pm 7 %, hubo centros con rendimientos que sobrepasaron en exceso o déficit ese rango (cuadro 10.1).

Cuadro 10.1

CCSS: Índice ambulatorio promedio, máximo y mínimo, según tipo de centro^{1/}, 2016

Tipo de centro	Índice promedio	Máximo	Mínimo
Regionales	56,6%	65,5%	36,0%
Periféricos3	52,2%	68,6%	41,1%
Periféricos 1 y 2	51,2%	71,1%	25,2%
Nacionales	48,2%	48,9%	47,4%
Especializados ^{2/}	42,3%	67,6%	27,9%

1/ El rendimiento específico por centro puede observarse en el Anexo 10.1.

2/ No se incluye la Clínica Oftalmológica.

Fuente: Base de egresos hospitalarios. Área de Estadística en Salud, 2016.

En el año 2016 se identificó un aumento en el número de casos que siendo ingresados mediante la consulta externa con registro de procedimientos de tipo quirúrgico, fueron operados bajo la modalidad de cirugía ambulatoria, incrementándose estos de 49 643 a 54 990¹², respecto al resultado del año 2015 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

También aumentó el total de casos operados con estas especificaciones para el mismo período, pasando de 91 909 a 98 883 casos (CCSS, 2016).

Como consecuencia, el índice ambulatorio permaneció prácticamente igual entre un año y el otro (solo se dio un incremento de 0,1 %; pasando de 51,2 % en 2015 a 51,3 % en 2016).

Efecto de la cirugía ambulatoria sobre la lista de espera quirúrgica

La lista de espera quirúrgica institucional con cierre al 31 de diciembre de 2016 puede segregarse, según el estado de la cita, en los siguientes grupos (CCSS, 2015):

- Resuelto: cuando paciente efectivamente ya se haya realizado su cirugía.
- Depurados: Cuando el paciente haya sido retirado de la lista de espera sin haberle realizado el procedimiento, siendo posibles causas las siguientes: cuando paciente ya no amerite, no desee, o haya resuelto su problema de alguna otra forma o no sea localizable, entre otras.
- Casos pendientes: cuando el paciente está pendiente de realización de cirugía.

En la fecha de cierre se contabiliza un total de 461 047 registros, cuya distribución se muestra en el cuadro 10.2.

¹² El total de casos operados con registro de procedimientos médicos e ingreso mediante consulta externa también aumenta, de 3 251 a 3 636.

Cuadro 10.2

CCSS. Segregación de la lista de espera quirúrgica, 2016^{1/}

Total	461 047
Resueltas antes de 2016	180 407
Resueltas en 2016	78 865
Depuradas al 2016	73 662
Pendientes al finalizar 2016	128 113

1/Entregada a la Dirección Compra de Servicios de Salud con corte al 31 de diciembre de 2016.

Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte 31 diciembre. CCSS, 2016.

Por otra parte, se identificaron 50 284 casos que según la base de egresos fueron dados de alta con una cirugía y que corresponden a alguno de los 78 865 casos registrados como resueltos de la lista de espera quirúrgica en el año 2016^{13,14}. Ocho de esas coincidencias son repeticiones en la programación en cirugía ambulatoria, por tanto, se consideran para análisis solamente 50 276 casos¹⁵ (cuadro 10.3).

Cuadro 10.3

CCSS: Egreso hospitalario operado identificado^{1/} en la lista de espera quirúrgica según modalidad de intervención, 2016

	Año ingreso	
	2015 o antes	2016
Total	15 651	34 625
Hospitalizado	7 387	20 566
Ambulatorio	8 264	14 059

1/Egreso operado que coincide sin repeticiones con casos en lista de espera quirúrgica en las variables identificación, unidad programática y fecha de atención, con un rango de \pm un día.

Fuente: Lista de espera quirúrgica personalizada corte diciembre. CCSS, 2016.

¹³ La identificación se logró segregando los casos con coincidencia de número de identificación y de unidad ejecutora del centro donde se realizó la cirugía, cuya fecha de atención registrada en la lista de espera quirúrgica aproxima en \pm un día la fecha de ejecución de la cirugía registrada en la base de egresos.

¹⁴ La no coincidencia de 28 581 casos se debe al no cumplimiento de los parámetros de búsqueda para la correlación entre listas descritos en la nota 7 (arriba): errores en el formato de número de cédula, cirugías realizadas en centros distintos al sitio donde se programa la cirugía o fecha de registro de ejecución de la cirugía que excede el rango de búsqueda de coincidencia entre las listas (± 1 día).

¹⁵ Un 63,7 % de coincidencia descontando los ocho casos repetidos: 50 276 de 78 865.

Tras analizar la información, se encontró que un 44,4 % de los casos se abordó mediante cirugía ambulatoria: el 52,8 % de los casos con ingreso a la lista de espera previo al 01 de enero de 2016; el 40,6 % de los que ingresaron durante o luego de esa fecha, se intervinieron utilizando esa modalidad.

Por otro lado, revisando el registro de los 50 276 egresos, se identificó que los procedimientos quirúrgicos se pueden clasificar en 1 331 grupos distintos del CIE9¹⁶; sin embargo, la proporción de casos que egresa mediante el servicio de cirugía ambulatoria solo se puede clasificar en 717 grupos CIE9. Es decir, solo el 53,9 % de los procedimientos registrados se pueden consolidar en grupos que fueron susceptibles de manejarse por la modalidad ambulatoria en algún centro institucional.

En relación con lo anterior, cuando se determina el total de egresos individualizados cuyo procedimiento se concentra en alguno de esos 717 grupos CIE9 susceptibles de cirugía ambulatoria, se encuentra que, además de los 22 323 egresados por el servicio de cirugía ambulatoria, hubo 17 030 egresos con procedimientos potencialmente ambulatorios que egresaron con hospitalización pre o post quirúrgica.

Aunque queda en el ámbito de una proyección que requiere mayor análisis de determinantes, capacidad instalada, epidemiología local y ajuste de protocolos hospitalarios, se debe mencionar que si se toma la estancia promedio de esos 17 030 casos, es decir 3,63 días por ingreso, y se supone que al menos el 50 % se hubiera manejado mediante la modalidad ambulatoria, se habrían liberado 30 910 días cama, lo que equivale a 84,7 camas en el año.

De tal forma, en el año 2016, además de los 8 515 casos que no hubieran requerido servicios de hospitalización por manejarse de forma ambulatoria, considerando el giro cama anual real de 49,26¹⁷, se pudo haber tratado a otros 4 172 usuarios para atención de patologías que necesitasen hospitalización y que al final del año permanecían en lista de espera.

¹⁶ Clasificación Internacional de las enfermedades versión 9. Agregación procedimientos.

¹⁷ Dato extraído del cuadro 45b reportado por el Área de Estadística en Salud.

Recomendaciones

Se hace evidente la necesidad de mejorar el registro de programación de cirugías, de forma tal que se permita una depuración de cada caso una vez que se ejecute el procedimiento esperado. Con ello se podrá contar con estadísticas confiables para el seguimiento, control y mejora. En este ámbito es de suma importancia asegurar la puesta en marcha del módulo diseñado con este propósito en el Arca.

Por otra parte, se debe resaltar que aunque existen egresos de pacientes con cirugía que por su baja complejidad ameritan de un abordaje ambulatorio, pero no pueden ser ejecutadas sin una recuperación con hospitalización debido a complicaciones pre, durante y post operatorias, así como por factores psicológicos o de acceso; hay otros que pudiendo aprovechar la modalidad ambulatoria se hospitalizan por circunstancias que son mejorables por la administración: horario de atención, falta de recurso humano, equipo, medicamentos, transporte, etc.

Por tanto, es imperativo que se revisen los flujos y protocolos de atención de la población pendiente de recibir una cirugía, para estandarizar criterios y asegurar que el manejo sea el idóneo y el más costo efectivo.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Base de egreso institucional 2016*. San José, Costa Rica: CCSS, Área de Estadísticas en Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos*. San José, Costa Rica: CCSS, Unidad Técnica de Listas de Espera.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Lista de espera quirúrgica personalizada corte diciembre de 2016*. CCSS, 2016. San José: Registros médicos centros hospitalarios institucionales.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2015*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2006). *Listado de procedimientos cirugía mayor ambulatoria*. San José: CCSS. Gerencia Médica.
- Molina, F., et al. (2017). *Manual Operativo: Implementación del Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (PCMA) (Versión 0.2, Borrador ed.)*. San José: Dirección de Desarrollo Institucional: Comisión para el fortalecimiento de la cirugía ambulatoria en la CCSS.

Anexo 10.1

CCSS. Índice ambulatorio y egreso de casos operados a los que se les registra procedimiento de tipo quirúrgico, que ingresan mediante el área de consulta externa, según centro.

Centro	Egreso		Índice ambulatorio
	Ambulatorio	Total	
San Juan de Dios	6 351	12 999	48,9%
México	4 995	10 329	48,4%
Rafael Angel Calderón Guardia	5 292	11 166	47,4%
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	2 360	3 604	65,5%
San Rafael -Alajuela-	3 957	6 233	63,5%
Victor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	1 729	2 761	62,6%
San Carlos	3 175	5 503	57,7%
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	4 211	7 503	56,1%
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	1 650	3 685	44,8%
Tony Facio Castro -Limón-	899	2 494	36,0%
De Guápiles	1 379	2 009	68,6%
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	1 851	3 091	59,9%
De la Anexión -Nicoya-	1 599	2 773	57,7%
San Vicente de Paúl -Heredia-	4 048	8 927	45,3%
William Allen Taylor -Turrialba-	412	1 002	41,1%
Ciudad Neilly	912	1 282	71,1%
San Francisco de Asís -Grecia-	1 023	1 541	66,4%
De San Vito	246	567	43,4%
De Upala	230	442	52,0%
Manuel Mora Valverde -Golfito-	222	470	47,2%
De los Chiles	209	644	32,5%
De Osa Tomás Casas Casajús	102	404	25,2%
Max Terán Valls -Quepos-	200	793	25,2%
Nacional de Geriatría y Gerontología	480	710	67,6%
Centro Nacional de Rehabilitación	799	1 335	59,9%
Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	1 839	4 673	39,4%
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	543	1 943	27,9%
Clínica Oftalmológica	5 062	5 062	100,0%

Fuente: Base de egresos hospitalarios. Area de Estadística en Salud. 2016

Capítulo III

Gestión administrativa

1. Grupos de Apoyo Técnico (GAT) trabajando en todo el país

El 81 % de los GAT a nivel nacional se encuentra activo.

El Área Desarrollo Laboral de la Dirección de Bienestar Laboral, mediante el Programa de Atención de Situaciones Sociolaborales (PASS), es el ente rector en materia de organización y funcionamiento de los Grupos de Apoyo Técnico (GAT); por eso, es el responsable directo de revisar y ajustar los procedimientos técnicos y de brindarles a los equipos: capacitación, asesoría técnica, seguimiento y acompañamiento, así como evaluarlos.

El Manual de Organización de la Dirección Bienestar Laboral, aprobado el 18 de setiembre del 2008 mediante sesión 8284, en el artículo 1, párrafo 3 señala que esta unidad debe:

Diseñar las directrices, dirigir, orientar y facilitar el funcionamiento de las actividades para la atención de situaciones sociolaborales, que se desarrollan mediante la intervención de los Grupos de Apoyo Técnico (GAT), con base en los estudios de clima organizacional, para la prevención y solución de los problemas de relaciones interpersonales que afectan el desarrollo de la gestión. (p. 76).

Cabe destacar que en el caso de los centros adscritos a la Gerencia Médica, a partir del año 2008 incorporaron en los “Compromisos de Gestión”, recientemente denominados “Evaluación del desempeño de la prestación de los servicios de salud CCSS 2014-2018”, la ficha técnica “Certificación de Grupos de Apoyo Técnico (GAT)”, como estrategia para alcanzar las metas y objetivos que se proponen para el fortalecimiento del clima organizacional en la institución.

A nivel nacional existe un total de 139 centros de trabajo con la capacidad de conformar un GAT, de los cuales el 81 % cuentan con un equipo activo, capacitado y realizando acciones de clima organizacional, mientras que el 19 % no desarrolla este tipo de acciones, en tanto no existe un GAT activo. Con respecto a las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, la Brunca, la Chorotega, la Huetar Atlántica y la Pacífico Central poseen un GAT tanto a nivel de las Direcciones, como en la mayoría de sus centros adscritos. Por el contrario, en la Dirección Huetar Norte solo se cuenta con un equipo activo en toda la región.

Es importante mencionar que la metodología de trabajo de los GAT se encuentra normada en el “Procedimiento para la Organización y Funcionamiento de los Grupos de Apoyo Técnico”.

Cuadro 1.1

CCSS: Número de unidades que deberían tener GAT, unidades con y sin GAT activo según tipo de unidad a nivel nacional, 2016

Tipo de unidad	Unidades que deberían tener GAT	Unidades con GAT activos	Unidades sin GAT
Total	139	112	27
Gerencias	6	5	1
Hospitales nacionales y especializados	11	9	2
Direcciones Regionales de Servicios de Salud	7	4	3
DRSS Central Sur	25	25	0
DRSS Central Norte	26	22	4
DRSS Huetar Norte	10	1	9
DRSS Chorotega	15	9	6
DRSS Pacífico Central	13	13	0
DRSS Brunca	11	11	0
DRSS Atlántica	10	10	0
Direcciones Regionales de Sucursales	5	3	2

Fuente: Área Desarrollo Laboral, 2016.

Del total de los Grupos de Apoyo Técnico, el 81 % se encuentra activo, y de este porcentaje el 88 % tiene prediagnósticos vigentes, el 8 % corresponde al 2013, el 16 % al 2014, el 57 % al 2015 y el 19 % al 2016; un 8 % está programado para realizarse en el 2017.

Cuadro 1.2

CCSS: Número de GAT activos y de estudios de prediagnósticos de clima organizacional vigentes según tipo de unidad, 2013-2016

Tipo de unidad	GAT activos	Prediagnósticos vigentes (2013 -2016)
Total	112	99
Gerencias	5	3
Hospitales nacionales y especializados	9	8
Direcciones Regionales de Servicios de Salud	4	3
DRSS Central Sur	25	24
DRSS Central Norte	22	18
DRSS Huetar Norte	1	1
DRSS Chorotega	9	7
DRSS Pacífico Central	13	12
DRSS Brunca	11	10
DRSS Atlántica	10	10
Direcciones Regionales de Sucursales	3	3

Fuente: Área Desarrollo Laboral, 2013 - 2016.

Recomendaciones

Algunas propuestas de mejora son:

- Que la Dirección de Bienestar Laboral continúe brindando capacitación, seguimiento y acompañamiento a los GAT, de tal manera que se garantice la correcta aplicación de la metodología y de los procedimientos técnicos.
- Para los centros que no cuentan con un GAT, que la Dirección de Bienestar Laboral propicie espacios de reunión con las autoridades superiores de los centros respectivos, con el objetivo de sensibilizar y negociar la constitución de los Grupos de Apoyo Técnico y así, la ejecución de las acciones de atención y prevención del conflicto laboral.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). *Procedimiento para la organización y funcionamiento de los Grupos de Apoyo Técnico*. San José: Dirección de Bienestar Laboral, Área Desarrollo Laboral, CCSS.

2. Oportunidad de mejora en la calidad de los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez

El cumplimiento tuvo una disminución de 9,6 puntos porcentuales con respecto al 2015.

La Dirección de Calificación de la Invalidez es la instancia institucional a nivel nacional que determina el estado de invalidez o discapacidad de los usuarios, de forma objetiva, con base en criterios técnicos médicos, para que estos puedan obtener una protección económica equitativa (pensión) o beneficio social del Estado, según corresponda.

Con el propósito de realizar una evaluación objetiva, justa y expedita, la Dirección de Calificación de la Invalidez creó los Protocolos de Referencia, lográndose implementar estos instrumentos a partir del año 2009.

Desde entonces, los Protocolos se han constituido en una herramienta útil, para que los médicos evaluadores y calificadores de esta Dirección dispongan de información médica fundamental para emitir el criterio técnico médico acerca del estado de invalidez de los usuarios.

La evaluación del uso de estos protocolos se realizó por direcciones regionales y hospitales, para un total de 135 centros médicos evaluados, divididos en:

- 6 hospitales especializados.
- 3 hospitales nacionales.
- 7 hospitales regionales.
- 5 hospitales periféricos 3.
- 8 hospitales periféricos 1 y 2.
- 6 centros médicos en la Dirección Regional Brunca.
- 26 centros médicos en la Dirección Regional Central Norte.
- 32 centros médicos en la Dirección Regional Central Sur.
- 13 centros médicos en la Dirección Regional Chorotega.
- 8 centros médicos en la Dirección Regional Huetar Atlántica.
- 8 centros médicos en la Dirección Regional Huetar Norte.
- 11 centros médicos en la Dirección Regional Pacífico Central.

- 2 centros médicos Especializados.

El instrumento utilizado para la medición de la calidad de la información contenida en los Protocolos de Referencia incluye los siguientes parámetros:

- Componente 1: consiste en la sumatoria del número de protocolos que cumplen criterios de calidad, entre la sumatoria del total de protocolos enviados por hospital y/o área de salud.
- Componente 2: consiste en la sumatoria del número de protocolos devueltos y debidamente corregidos en la primera ocasión, entre la sumatoria del total de protocolos devueltos en la primera ocasión.

Durante el año 2016 se recibieron en primera instancia un total de 4 289 protocolos, de los cuales 4 271 cumplieron con los criterios de calidad.

Los protocolos devueltos en primera ocasión suman en total 42 protocolos a nivel nacional; de estos solo 26 se recibieron debidamente corregidos.

Para este año se encontró una disminución en el cumplimiento de 9,6 puntos porcentuales con respecto al 2015.

Comparación del comportamiento 2015-2016 de cada hospital y dirección regional

Los centros médicos que obtuvieron nota 100 en la ficha técnica del 2015 y para este año mantuvieron esa nota, son los pertenecientes a los siguientes hospitales y direcciones regionales:

- Hospitales especializados.
- Dirección Regional Brunca.
- Clínicas especializadas.

Por otra parte, los centros médicos que aprobaron la ficha técnica del 2015 y del 2016 con nota mayor a 90 son los que están distribuidos en los siguientes hospitales y direcciones regionales:

- Hospitales nacionales.
- Dirección Regional Chorotega.

- Dirección Regional Pacífico Central.

Varios centros médicos que habían logrado en el año 2015 alcanzar la nota mínima de aprobación de la ficha, este año no lo lograron. Estos centros se encuentran relacionados con los siguientes hospitales y direcciones regionales:

- Hospitales periféricos 3.
- Hospitales periféricos 1 y 2.
- Dirección Regional Central Sur.
- Dirección Regional Central Norte.
- Dirección Regional Huetar Atlántica.
- Dirección Regional Huetar Norte.
- Hospitales regionales.

Resultados por dirección regional y hospital, año 2016

Los resultados obtenidos por dirección regional y por hospital en cuanto al cumplimiento de la información para el 2016, se muestra a continuación.

Los que obtuvieron nota 100 en la ficha técnica son los centros médicos correspondientes a:

- Hospitales especializados
- Dirección Regional Brunca
- Clínicas especializadas.

Los centros médicos que aprobaron la ficha técnica con nota mayor a 90 son los pertenecientes a:

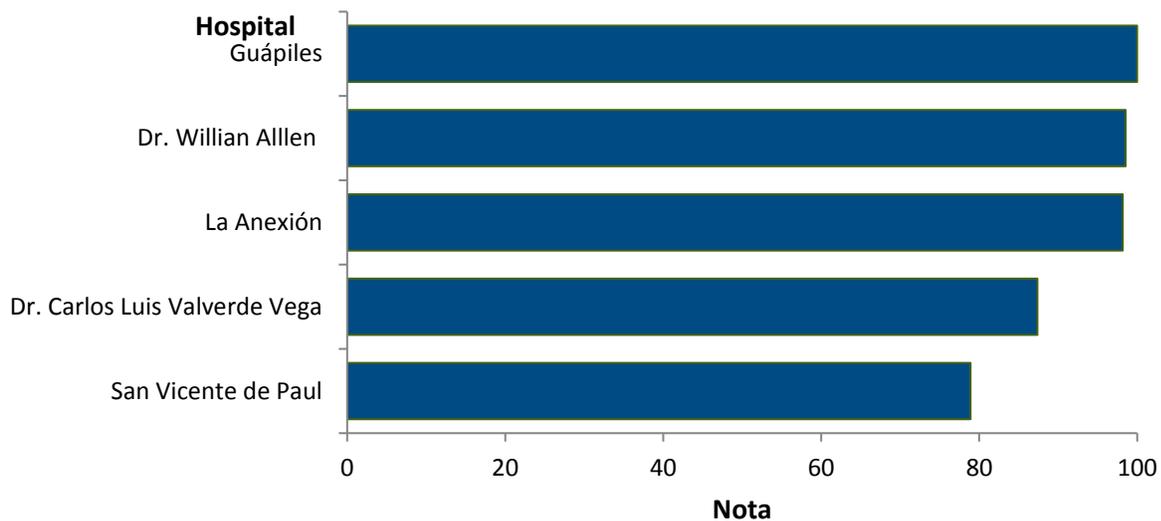
- Hospitales nacionales
- Dirección Regional Chorotega.
- Dirección Regional Pacífico Central.

Cabe destacar que varios centros médicos no lograron alcanzar la nota mínima de aprobación de la ficha técnica en el 2016.

En el caso de los hospitales periféricos 3, de los cinco que conforman este grupo, solamente dos no ganaron la ficha técnica, como se muestra en el gráfico 2.1.

Gráfico 2.1

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia según Hospitales Periféricos 3, 2016

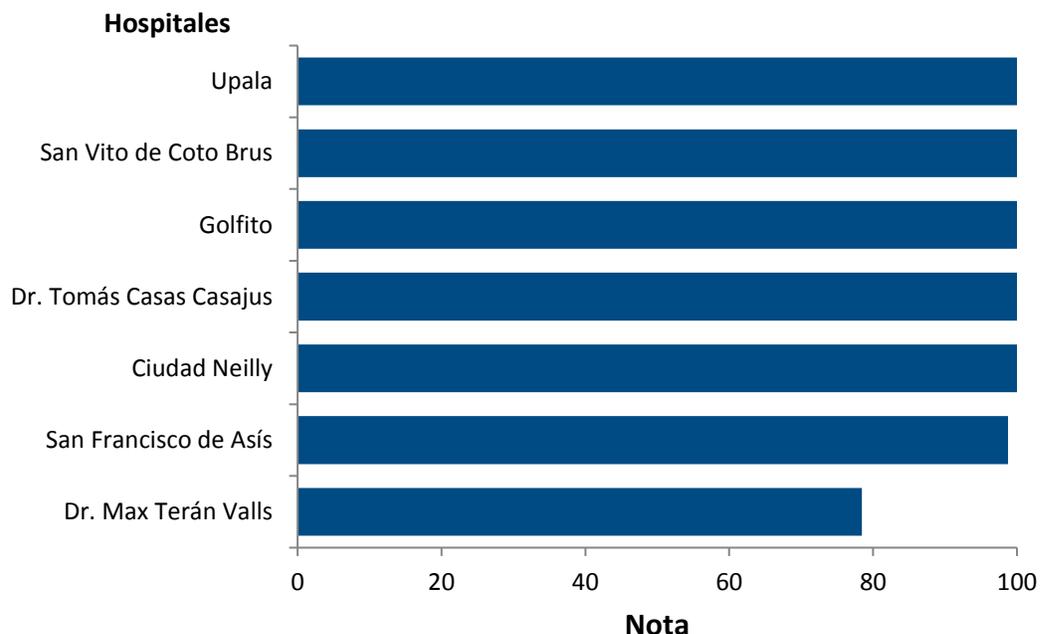


Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016

En cuanto a los hospitales periféricos 1 y 2, de los ocho que conforman este grupo, solo uno no alcanzó la nota mínima de aprobación de la ficha, como se muestra en gráfico 2.2.

Gráfico 2.2

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia según Hospitales Periféricos 1 y 2 1/, 2016



1/ No aparece Los Chiles por que no se registró ningún protocolo de esta Área de salud.

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016

En el caso de las direcciones regionales, en la Dirección Regional Central Sur, de los 32 centros médicos que conforman este grupo, cinco no lograron alcanzar la nota de certificación, como se observa en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia Regional Central Sur^{1/}, 2016

Área de salud	Nota
Catedral Noreste	69
Santa Ana	70
Curridabat	72
Coronado	76
Cartago	82
El Guarco	95
La Unión	95
Concepción-San Juan-San Diego	95
Aserrí	96
Pavas	98
Zapote-Catedral	98
Goicoechea 2	100
Goicoechea 1	100
Moravia	100
Mata Redonda	100
Hatillo	100
Desamparados 1	100
Desamparados 2	100
Puriscal-Turubares	100
Paraíso-Cervantes	100
Acosta	100
Alajuelita	100
Desamparados 3	100
Escazú	100
Montes de Oca	100
San Sebastián-Paso Ancho	100
Turrialba-Jiménez	100
Los Santos	100
Mora-Palmichal	100
Corralillo-La Sierra	100
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	100

1/ Para San Francisco-San Antonio no se registró ningún protocolo.

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

En la Dirección Regional Central Norte, de los 26 centros médicos, solamente tres no lograron alcanzar la nota de la ficha técnica, como se observa en el cuadro 2.2.

Cuadro 2.2

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia Regional Central Norte, 2016

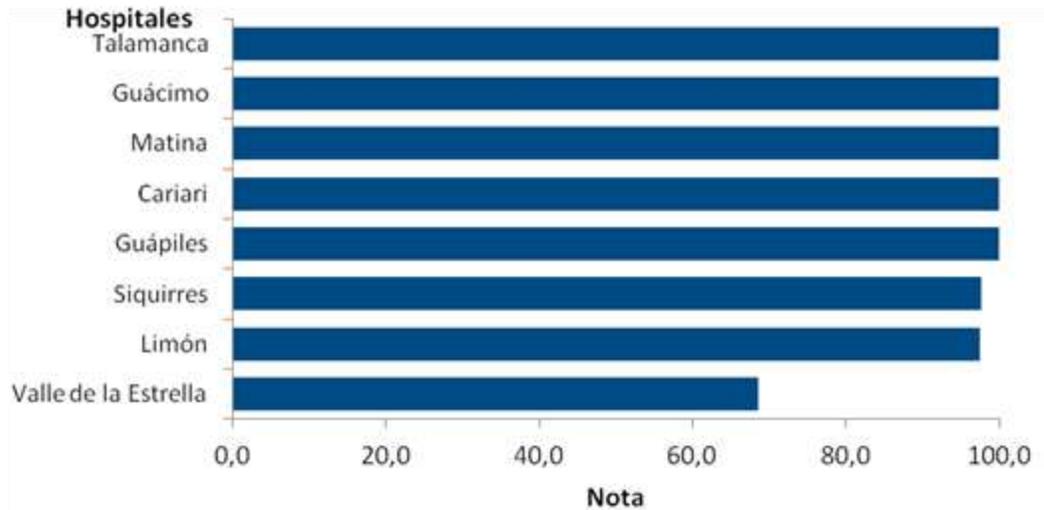
Área de salud	Nota
Barva	70
Valverde Vega	72
Grecia	77
Tibás-Uruca-Merced	93
San Ramón	95
Heredia Cubujuquí	100
Alajuela Norte	100
Tibás	100
San Pablo	100
Santo Domingo	100
San Rafael de Heredia	100
Belén-Flores	100
Naranjo	100
Atenas	100
Palmares	100
Poás	100
Alfaro Ruiz	100
San Isidro de Heredia	100
Heredia Virilla	100
Alajuela Sur	100
Alajuela Oeste	100
Santa Bárbara	100
Alajuela Central	100
La Carpio-León XIII	100
Puerto Viejo	100
Horquetas	100

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

En la Dirección Regional Huetar Atlántica, de los ocho centros médicos que conforman el grupo, solo uno no alcanzó nota de la ficha técnica, como se puede ver en el gráfico 2.3.

Gráfico 2.3

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia. Huetar Atlántica, 2016

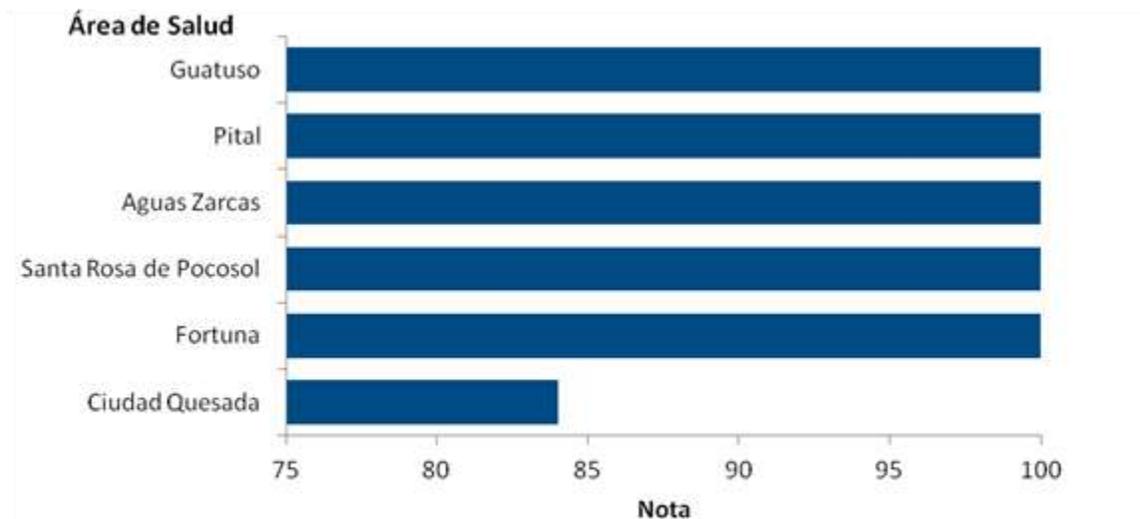


Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

De igual forma, en la Dirección Regional Huetar Norte, de ocho centros médicos que conforman el grupo, solamente uno no alcanzó la nota, como se observa en el gráfico 2.4.

Gráfico 2.4

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia Huetar Norte^{1/}, 2016



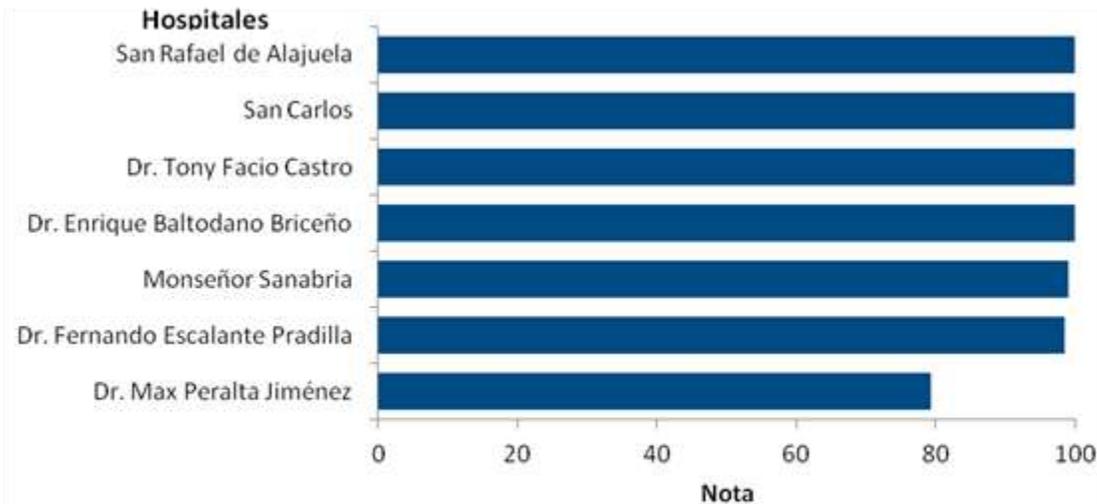
1/ Para Florencia y Los Chiles no se registró ningún protocolo.

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

En lo que respecta a los hospitales regionales, de los siete centros médicos que conforman el grupo, solo uno no alcanzó la nota mínima para aprobar la ficha técnica, repitiéndose la misma situación que se dio el año pasado. La información específica de cada uno de estos hospitales se observa en el gráfico 2.5

Gráfico 2.5

CCSS: Nota obtenida en el cumplimiento de la calidad de la información en los protocolos de referencia según hospitales regionales, 2016



Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

Revisando los protocolos devueltos por centros médicos, se tiene que se realizaron 42 oficios de devolución de protocolos a 34 centros médicos, los cuales se encuentran distribuidos en direcciones regionales y hospitales tal como se observa en el cuadro 2.3.

Cuadro 2.3

Cantidad de centros médicos con protocolos devueltos y suma de protocolos devueltos según hospitales o direcciones regionales, 2016

Dirección Regional / Hospital	Cantidad de centros	
	médicos con devolución de protocolo	Suma de Protocolos devueltos
Total	34	42
Dirección Regional Central Sur	11	13
Dirección Regional Central Norte	5	6
Hospitales periféricos 3	4	6
Hospitales regionales	3	6
Dirección Regional Huetar Atlántica	3	3
Hospitales nacionales	2	2
Dirección Regional Pacífico Central	2	2
Hospital periférico 1 y 2	2	2
Dirección Regional Huetar Norte	1	1
Dirección Regional Chorotega	1	1

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

De estos 34 centros médicos a los que se les realizó la devolución de protocolos, 14 no alcanzaron la nota de certificación de cumplimiento de la información en los protocolos. Estos pertenecen a las regiones que se detallan en el cuadro 2.4.

Cuadro 2.4

Centros médicos que no aprobaron la nota de certificación según dirección regional u hospital al que pertenecen, 2016

Dirección regional/ hospitales	Centro médico
Central Sur	Santa Ana Cartago Curridabat Catedral Noreste Coronado
Central Norte	Valverde Vega Grecia Barva
Huetar Atlántica	Valle de la Estrella
Huetar Norte	Ciudad Quesada
Hospital periférico 3	Carlos Luis Valverde Vega San Vicente de Paúl
Hospital regional	Maximiliano Peralta Jiménez
Hospital periférico 1 y 2	Max Terán Valls

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016.

En virtud de lo anterior, durante el año 2016 se obtuvo de manera global un 89,6 % de cumplimiento de la calidad de la información contenida en los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez; 9,6 % menos que en el 2015.

La causa principal por la cual no se cumplió con los criterios de calidad en la información de los protocolos durante este período, es que no se adjuntan o anotan exámenes relacionados con patología de solicitud.

Se ha observado una disminución importante en la calidad de la información médica de varios centros médicos, tanto en diferentes direcciones regionales, como en hospitales a nivel nacional.

Dado que las causas por las cuales los centros de salud no cumplen con la información en los protocolos es la misma en el último trienio, se hará una revisión de las guías de atención médica y las fichas técnicas por patología, para homologar lo que se necesita para la valoración del estado de invalidez y el control médico que se lleva en las unidades médicas para cada enfermedad crónica.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2013). *Ficha Técnica Certificación de Cumplimiento de Información en los Protocolos de Referencia a la Dirección de Calificación de la Invalidez, código 6-15-04-1-1*. San José, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Base de Datos de la Evaluación de Cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez*. San José, Costa Rica: Dirección de Calificación de la Invalidez.

3. Condiciones básicas para la seguridad humana a nivel institucional en materia de protección contra incendios

Tipos de protección contra incendios por aplicar a las diferentes unidades y su forma de evaluarse.

En el 2007 se crea el Programa de Seguridad en Incendios y Explosiones (PSIE), por medio del acuerdo de Junta Directiva 8165 (Caja Costarricense Seguro Social [CCSS], 2007); desde entonces, se han puesto en marcha varios procesos y proyectos buscando la seguridad humana en materia de protección contra incendios en las instalaciones de la CCSS. Como parte de los procesos, en el 2007, en la sesión 8361, se presentó a la Junta Directiva la ejecución de la mejora de la infraestructura en tres etapas, denominadas: Paquete Básico (corto plazo), Mediano Plazo y Largo Plazo (CCSS, 2009).

El Paquete Básico (corto plazo) se define como la etapa inicial que contemplan los diferentes proyectos, la cual se considera de rápida ejecución, por su baja complejidad, bajo costo y posibilidad de implementación en edificaciones propias o alquiladas (CCSS , 2015).

Este paquete consiste en:

- 1) Extintores portátiles contra incendios.
- 2) Levantamiento arquitectónico (base para los levantamientos de los sistemas eléctricos y mecánicos).
- 3) Medios de egreso (rutas de evacuación, señalización de emergencia, puertas de emergencia e iluminación de emergencia).
- 4) Hidrantes externos.
- 5) Contenedores o gabinetes para el almacenamiento de líquidos inflamables.

El Mediano Plazo, por su parte, se define como la segunda etapa de los diferentes proyectos, y se considera de mediana ejecución, por su complejidad media y su mediano costo (CCSS, 2015).

El Mediano Plazo consiste en:

- 1) Dispositivos de detección y control de fuga de gas.
- 2) Sistemas de detección y alarma de incendio.
- 3) Sistema fijo contra incendio.

Finalmente, el Largo Plazo se define como la tercera y última etapa que contemplan los proyectos de mayor impacto. Esta se considera de larga ejecución, por su alta complejidad y alto costo (CCSS, 2015).

El Largo Plazo consiste en:

- 1) Compartimentación (secciones, aberturas verticales, escaleras y rutas de evacuación).
- 2) Rociadores automáticos.

Para las tres etapas se considera un componente adicional, correspondiente a capacitación, el cual debe llevarse a cabo de forma continua y dirigida a todo el personal de la unidad.

Forma de aplicación

Cuando el PSIE inició la aplicación de evaluaciones en materia de protección contra incendio, se empezó únicamente con el Paquete Básico, de tal manera que se comenzara con un proceso de estandarización de las unidades. Al día de hoy, se aplican las evaluaciones en función de los requerimientos de protección contra incendios que debe tener cada unidad en términos del tipo de ocupación, según lo definido en la normativa NFPA (*National Fire Protection Association, 2009*), aplicada en Costa Rica por ley.

A la totalidad de las unidades evaluadas se le aplica la evaluación de Paquete Básico, que consiste en:

- Extintores portátiles: se verifica la existencia de estos equipos, su cobertura, su adecuada instalación y su mantenimiento.

- Levantamiento arquitectónico: se corrobora con la unidad la existencia de planos en formato digital (Auto Cad), así como un planteamiento de las rutas de evacuación.
- Señalización de emergencia: se considera el tipo de material con que está confeccionada, el cumplimiento a la normativa nacional (INTECO) para sus características físicas, funcionalidad, colocación y mantenimiento.
- Puertas de emergencia (uso exclusivo de emergencia): se examina la edificación por la existencia de estas, su correcto uso, materiales de confección, componentes correspondientes y mantenimiento.
- Hidrantes: se verifica la existencia de hidrantes internos e hidrantes externos. En el caso de los hidrantes externos se revisa si se realizaron las gestiones de consulta a la Regional de Bomberos o solicitud al Acueducto Municipal correspondiente.
- Contenedor: se indaga sobre la cantidad de líquidos inflamables máxima que almacena la unidad y de superar los 20 litros, se verifica su adecuado almacenamiento por medio de un contenedor o gabinete certificado y el mantenimiento que se le da a este.
- Capacitación: se consulta a la unidad si su personal ha recibido capacitación en materia de protección contra incendios en los temas correspondientes al Paquete Básico; por ejemplo, uso y manejo de extintores portátiles.

A las unidades tipo hospital y áreas de salud con más de 2 500 m² de construcción, se les aplica además la evaluación de Mediano Plazo y Largo Plazo, las cuales se describen a continuación.

La evaluación de Mediano Plazo consiste en:

- Dispositivos de detección y control de fuga de gas: se indaga a la unidad si cuenta con los dispositivos de detección y control de fugas de gas licuado de petróleo, ya sea de forma independiente o como parte del sistema de detección y alarmas de incendio, así como con su respectivo mantenimiento.
- Sistemas de detección y alarma de incendio: se verifica si la unidad cuenta con un sistema de detección y alarmas de incendio con una cobertura total o parcial de la unidad, con su respectivo mantenimiento.

- Sistema fijo contra incendio: se consulta a la unidad si cuenta con una cobertura total o parcial de un sistema de protección de incendios por medio de gabinetes, hidrantes internos, siamesas, bomba, bomba jockey, panel y reserva de agua, con su respectivo mantenimiento.

La evaluación de Largo Plazo consiste en:

- Compartimentación: se indaga a la unidad por medio de planos y verificación en sitio, si cuenta con compartimentación total o parcial de las diferentes secciones, aberturas verticales, escaleras y rutas de evacuación, según corresponda.
- Rociadores automáticos: se verifica si la unidad cuenta con una cobertura total o parcial de rociadores automáticos.
- Capacitación: se consulta a la unidad si su personal ha recibido capacitación en materia de protección contra incendios en los temas correspondientes tanto al Mediano Plazo como al Largo Plazo; ejemplos, uso y manejo de mangueras de incendios y tipos de compartimentación utilizables, o su respectivo mantenimiento.

Protección de incendios a nivel de hospitales

Para el caso de los hospitales, tomando en cuenta nacionales, regionales y periféricos, especializados y centros especializados, se realizaron las evaluaciones de Paquete Básico, Mediano Plazo y Largo Plazo para todas las unidades definidas dentro de estos parámetros, excepto el centro especializado “Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos”. Se puede ver como del 2014 al 2016 existe una mejora sensible (75 % a 81 %) en términos de Paquete Básico (único parámetro comparable, ya que en el 2014 solo se evaluó dicho paquete). El comportamiento por tipo de hospital se visualiza en el cuadro 3.1.

Cuadro 3.1

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios por tipo de hospital, parámetro individual y control global ^{1/}, 2016

Tipo de hospital	Parámetro individual			Control global
	Paquete Básico	Mediano Plazo	Largo Plazo	
Institucional	81	62	21	55
Hospitales nacionales	77	60	25	54
Hospitales regionales y periféricos	80	63	22	55
Hospitales especializados	86	70	20	59
Centros especializados	75	21	0	32

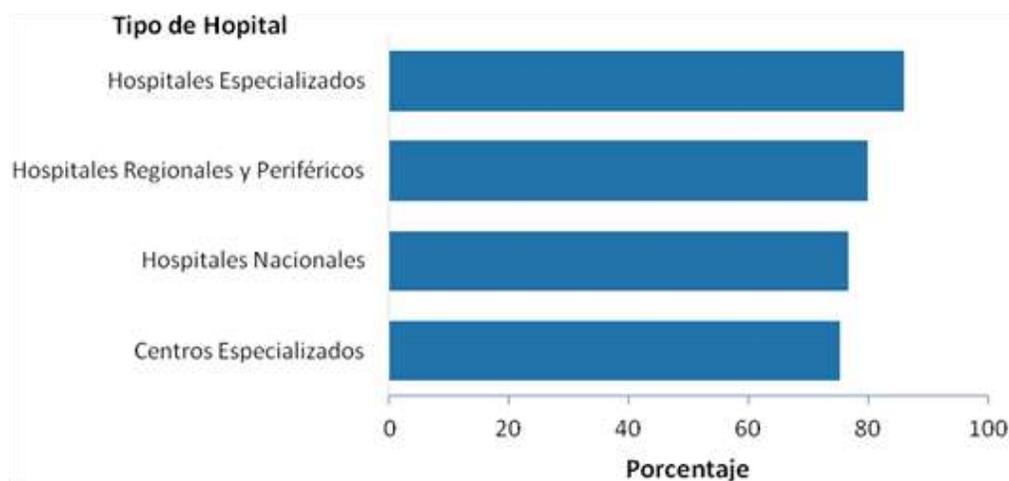
^{1/} Incluye Evaluaciones de Paquete Básico, Mediano Plazo y Largo Plazo.

Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Se puede observar en el gráfico 3.1 cómo el nivel de implementación del Paquete Básico es del 80 % aproximadamente, donde los hospitales más organizados en este tema son los especializados, con un 86 %, mientras que los hospitales con más trabajo pendiente son los centros especializados.

Gráfico 3.1

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Paquete Básico por tipo de hospital^{1/}, 2016



^{1/} No incluye el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

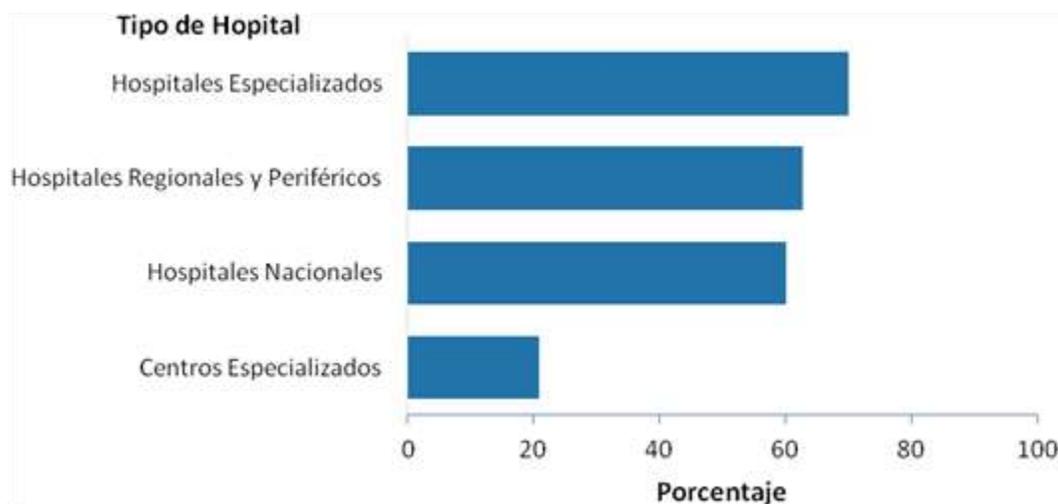
Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

De la misma forma, en el gráfico 3.2 se evidencia un comportamiento similar con lo que respecta a la implementación del Mediano Plazo, en donde los hospitales especializados

también tienen el mayor avance con un 70 % y los centros especializados el nivel más bajo de la evaluación (21 %). Se debe tomar en cuenta que hasta ahora el PSIE cataloga en este nivel a los centros especializados, según lo estipulado por la Dirección Compras de Servicios de Salud; por lo que la administración no necesariamente contaba con el listado de requerimientos para este tipo de ocupación. A partir de esta evaluación se dan por enterados y, por lo tanto, se debe comenzar con el proceso de mejora.

Gráfico 3.2

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Mediano Plazo por tipo de hospital^{1/}, 2016



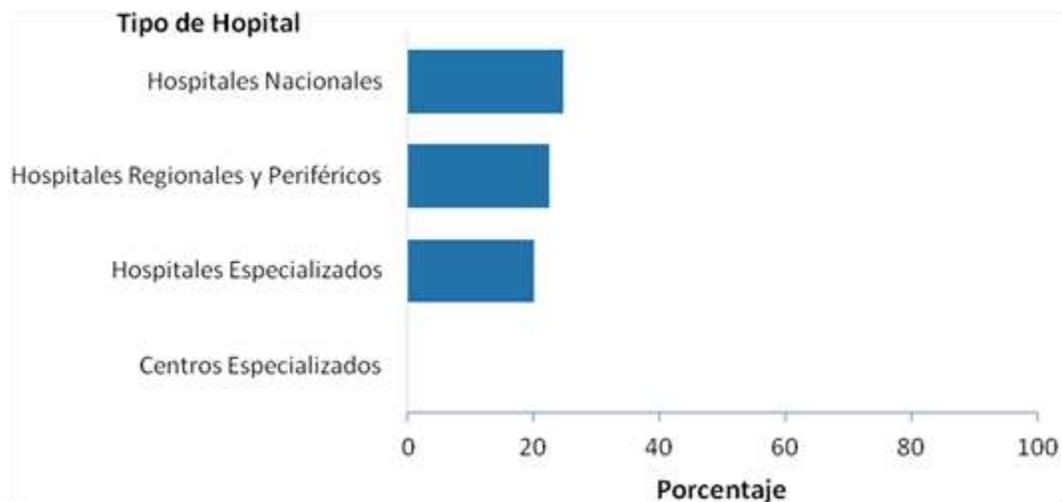
1/ No incluye el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

En el gráfico 3.3, correspondiente al Largo Plazo, varía el comportamiento respecto a los otros gráficos en el caso de los hospitales nacionales, con el mayor porcentaje de 25 %; aunque sí se mantuvo el comportamiento para el nivel más bajo, con un 0 % para los centros especializados. Como se puede observar, el tema de Largo Plazo mantiene los niveles más bajos de implementación, ya que en este punto únicamente cuentan con intervención de este tema los hospitales construidos después de la aprobación de la ley o que fueron intervenidos o remodelados en su totalidad. A pesar de la diferencia de la aplicabilidad de la ley en materia de protección contra incendios con respecto a los centros de salud construidos antes de la vigencia de la ley, la implementación de estos proyectos es necesaria para garantizar la protección correcta y completa de las edificaciones y sus ocupantes.

Gráfico 3.3

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Largo Plazo por tipo de hospital^{1/}, 2016



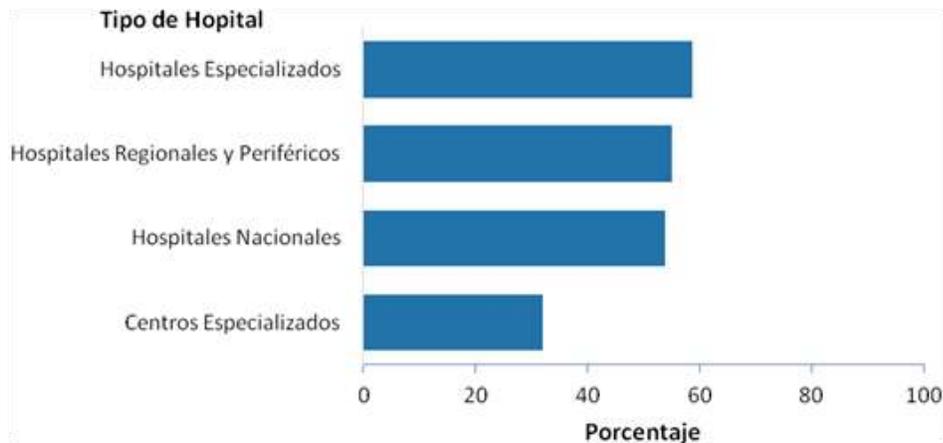
1/ No incluye el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Para valorar la totalidad de los hospitales se puede revisar el gráfico 3.4, donde a nivel institucional los mejores resultados le corresponden a los hospitales especializados con un 59 % y un puntaje menor de 32 % para los centros especializados. Se puede ver cómo el promedio es fuertemente influenciado por la falta de la implementación del Largo Plazo en las edificaciones.

Gráfico 3.4

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios institucional por tipo de hospital^{1/}, 2016



1/ No incluye el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.

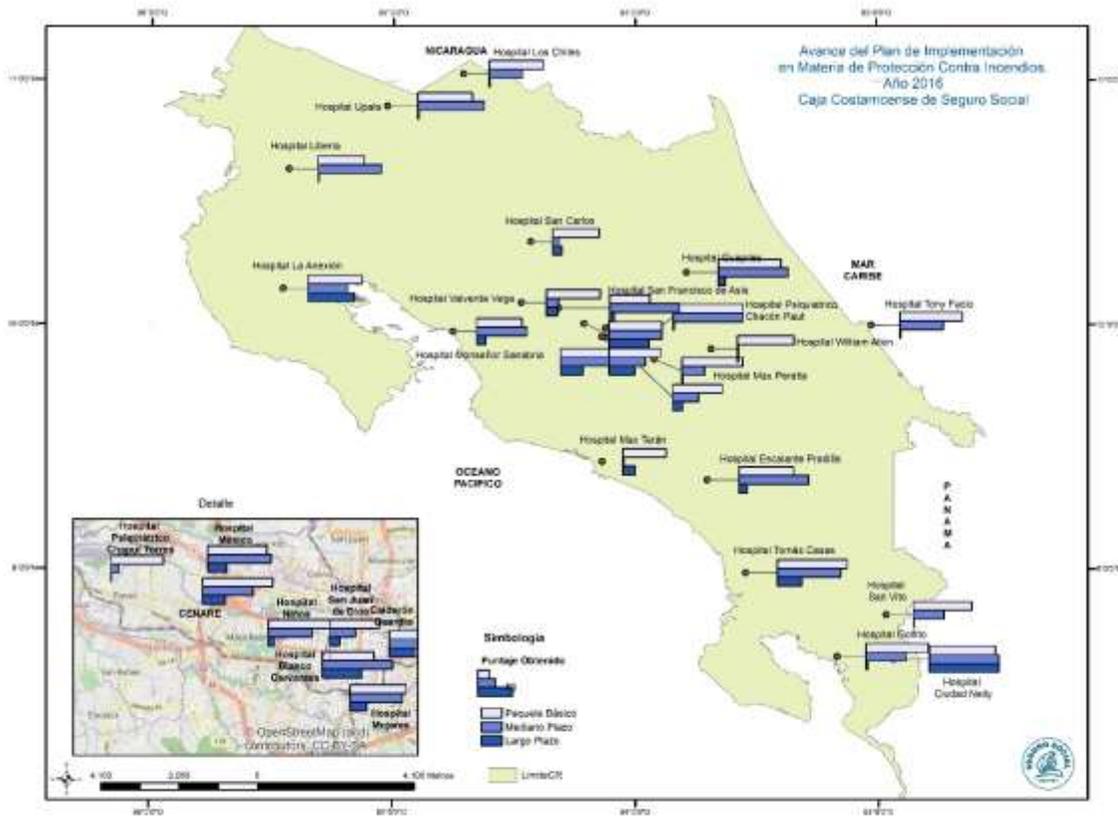
Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Para visualizar los avances en hospitales de los diferentes niveles de implementación, se puede ver el mapa 3.1 presentado a continuación.

Mapa 3.1

CCSS: Avance de implementación en materia de protección contra incendios^{1/}, 2016

(En porcentajes por etapa)



1/ No incluye el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos.
Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Para visualizar los avances en hospitales de forma general de implementación, se puede ver el mapa 3.2 presentado a continuación.

Cuadro 3.2

CCSS: Cantidad de áreas de salud evaluadas por Región en el 2016

Región	Cantidad de unidades evaluadas
Institucional	29
Chorotega	3
Pacífico Central	4
Brunca	4
Huetar Atlántica	4
Central Sur	9
Huetar Norte	2
Central Norte	3

Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Del muestreo definido anteriormente se obtuvieron los resultados por región en materia de protección contra incendios. Se realizaron evaluaciones de Paquete Básico en todas las unidades visitadas; además, de acuerdo con lo definido en el Manual de Bomberos de Costa Rica (Unidad de Ingeniería de Bomberos, 2013), se aplicaron también las evaluaciones de Mediano Plazo y Largo Plazo a las unidades que tienen más de 2 500 m²; estas Áreas de Salud son: Cañas, Parrita, Buenos Aires, Siquirres, Puriscal, Desamparados 1, Alajuelita, Catedral Noreste, Coronado, Oreamuno, Pavas y Aserrí. Cabe aclarar que las áreas de salud a las que se les aplicaron todas las evaluaciones, es la primera vez que se les evalúa bajo este formato, al igual que a los centros especializados antes mencionados, por lo que no necesariamente la administración contaba con el listado de requerimientos para este tipo de ocupación. A partir de esta evaluación se dan por enterados y, por lo tanto, se debe comenzar con el proceso de mejora.

Como se puede ver en el cuadro 3.3, de acuerdo con el muestreo realizado existe una diferencia en los rangos de puntajes con respecto al 2014, donde los porcentajes estaban entre 49 % y 74 %, mientras que en el 2016 estaban entre 41 % y 91 %. Además, se dio una leve mejora en el promedio institucional, pasando de 63 % en el 2014 a 68 % en el 2016. Este es el único parámetro comparable, ya que en el 2014 solo se evaluó el Paquete Básico.

Cuadro 3.3

CCSS: Porcentaje de nivel de protección por parámetro individual y control global según región^{1/}, 2016

Región	Parámetro individual			Control global
	Paquete Básico	Mediano Plazo	Largo Plazo	
Institucional	68	83	24	58
Chorotega	60	95	0	52
Pacífico Central	84	100	0	61
Brunca	72	66	91	76
Huetar Atlántica	64	100	21	62
Central Sur	91	52	9	51
Huetar Norte	62	N/A	N/A	62
Central Norte	41	N/A	N/A	41

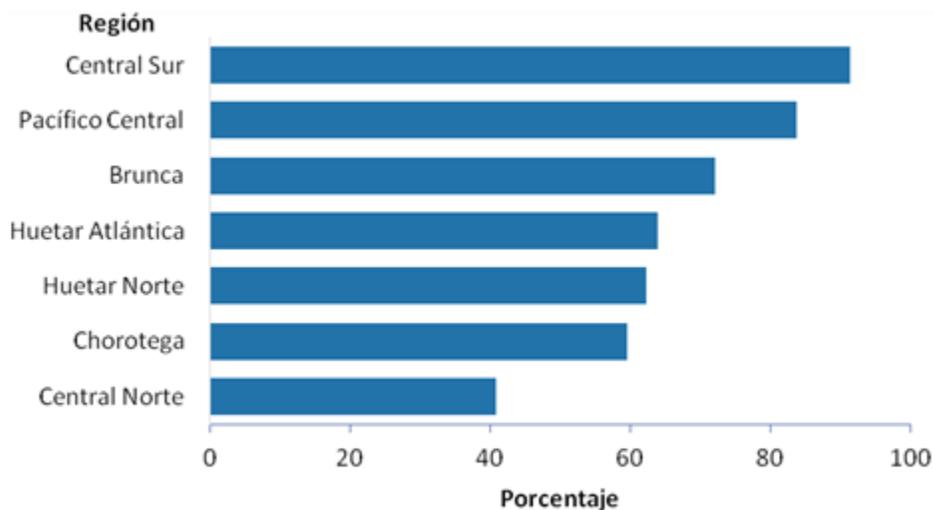
^{1/} Incluye Evaluaciones de Paquete Básico, Mediano Plazo y Largo Plazo.

Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Como se evidencia en el gráfico 3.5, para el Paquete Básico la región con mayor porcentaje es la Central Sur, con un 91 %, que coincidentemente es la que tiene el mayor muestreo de la evaluación; y la región Central Norte es la que posee el menor porcentaje, con 41 %. Se indica que existe una desmejora en esta última región, ya que en el 2014 tenía 58 %.

Gráfico 3.5

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Paquete Básico por región^{1/}, 2016

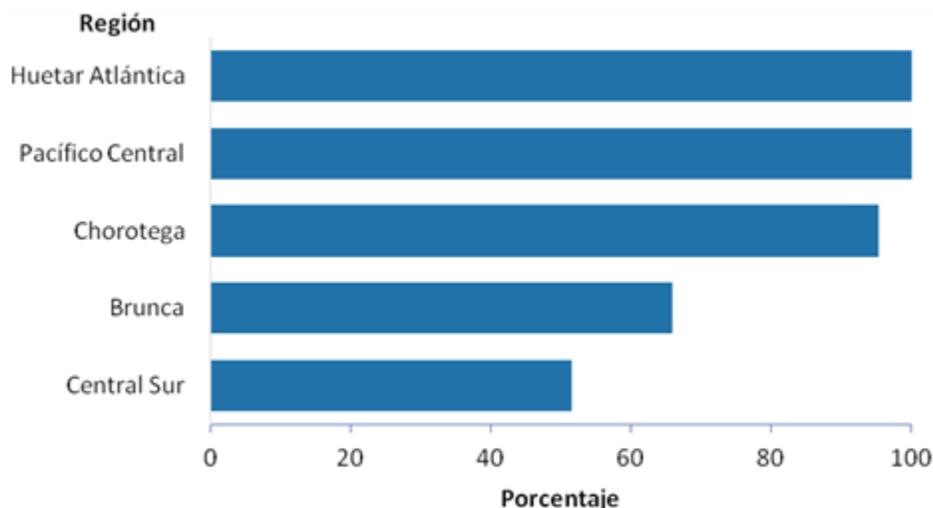


1/ Incluye Evaluaciones de Paquete Básico por muestreo de unidades por cada zona.
Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Para el rubro de Mediano Plazo, se puede ver en el gráfico 3.6 que no se aplica para las regiones Central Norte ni Huetar Norte, ya que en ellas no se ubicaron áreas de salud mayores de 2 500 m² y, por tanto, no aplica la evaluación de Mediano Plazo. De las regiones que cuentan con este nivel de edificación, tanto la Huetar Atlántica como la Pacífico Central obtuvieron el total del porcentaje, por lo que se considera su cumplimiento en este tema; el menor puntaje (52 %) lo tiene la región Central Sur, por tanto, es la que más debe mejorar.

Gráfico 3.6

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Mediano Plazo por región^{1/}, 2016

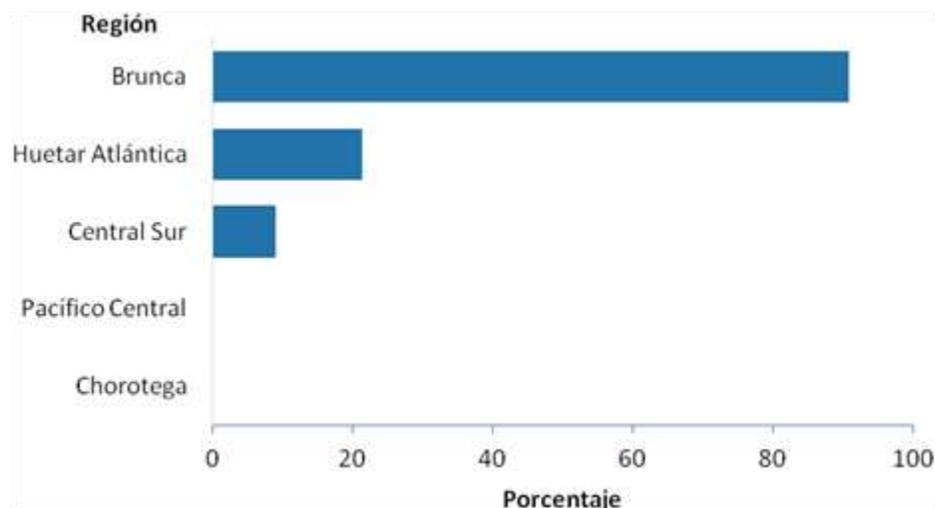


1/ Incluye Evaluaciones de Mediano Plazo por muestreo de unidades por cada zona.
Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

En cuanto a la evaluación de Largo Plazo, como se observa en el gráfico 3.7, esta se aplicó a las mismas regiones que el Mediano Plazo (edificaciones mayores a 2 500 m²). El mejor puntaje lo obtuvo la Región Brunca, con un 91 %; mientras que las regiones Pacífico Central y Chorotega no obtuvieron puntaje alguno, por lo que deben comenzar la implementación de los proyectos correspondientes.

Gráfico 3.7

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios para el rubro de Largo Plazo por región^{1/}, 2016

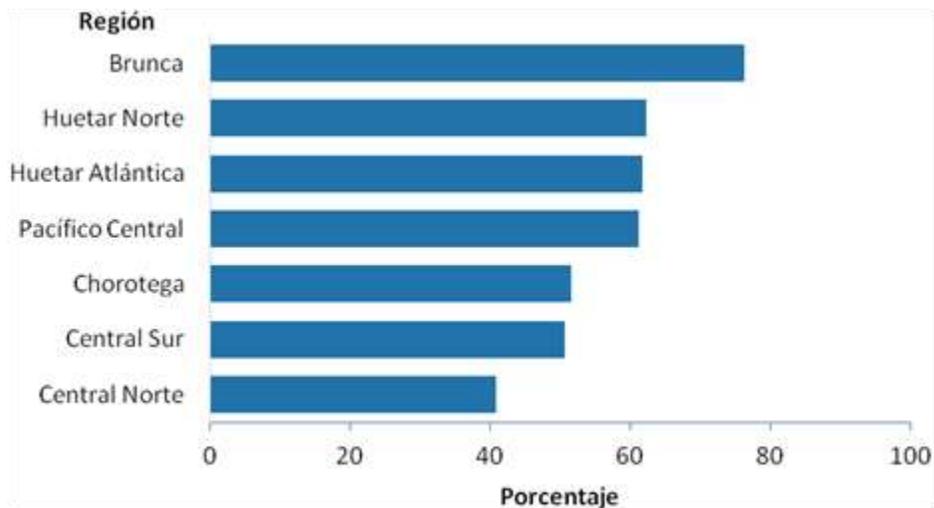


1/ Incluye Evaluaciones de Largo Plazo por muestreo de unidades por cada zona.
Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

El siguiente gráfico referente al porcentaje institucional, se realizó tomando en cuenta las regiones que poseen edificaciones de más de 2 500 m², para que el promedio fuera lo más acorde posible a la realidad. Sin embargo, cabe aclarar que las unidades que cuentan con edificaciones de estas características, apenas se están enterando de que deben implementar dichas medidas; por lo que no necesariamente demuestran un verdadero proceso de mejora continua. En este rubro, la región con mejor porcentaje institucional es la Brunca, con un 91 %, y la de menor porcentaje la Central Norte, con un 41 %.

Gráfico 3.8

CCSS: Porcentajes de nivel de protección contra incendios general por región^{1/}, 2016



1/ Incluye Evaluaciones de Paquete Básico, Mediano Plazo y Largo Plazo por muestreo de unidades por cada zona.

Fuente: DAPE. Evaluación del PSIE, 2016.

Análisis de resultados

En la etapa de Corto Plazo se han logrado aumentar los percentiles por medio de la implementación de proyectos en temas de protección contra incendio del PSIE.

En cuanto a las etapas de Mediano y Largo Plazo, no existen números de mediciones anteriores para referenciar, pero de igual forma se han realizado y se están realizando intervenciones para mejorar las edificaciones.

A nivel institucional, el PSIE ha hecho compras a gran escala para dotar a los hospitales, áreas de salud, direcciones regionales y oficinas administrativas de estos proyectos (Programa de Seguridad en Incendios y Explosiones, 2016), entre las que destacan:

- 2009LA-000009-3107: compra de extintores portátiles para fuego, para uso de las diferentes unidades usuarias adscritas a la CCSS.
- 2009LA-000010-3107: suministro e instalación de señalización de medios de egreso.
- 2009CD-000215-HBC2202: compra de servicios de consultoría de dibujo eléctrico y mecánico.

- 2012CD-000012-3107: suministro e instalación de señalización de medios de egreso.
- 2012LA-000005-2206: suministro e instalación del sistema fijo contra Incendios del Hospital San Francisco de Asís.
- 2012LA-000003-3107: suministro e instalación del sistema fijo contra incendios del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.
- 2014CD-000006-4403: suministro e instalación de señalización de medios de egreso.
- 2014LA-000003-2206: sistema de detección y alarma de incendio del Hospital San Francisco de Asís.
- 2014LA-000004-2202: sistema de detección y alarma de incendio del Hospital Nacional en Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.
- 2014LA-000003-4402: suministro e Instalación del sistema de detección y alarma de incendio del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut.
- 2014LA-000011-4402: suministro e Instalación del sistema de detección y alarma de incendio del Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva.
- 2014LA-000008-4402: suministro e Instalación del sistema fijo del Hospital de Upala.
- 2014LA-0000010-4402: suministro e instalación del sistema fijo contra incendios para el Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut.
- 2014LA-000003-2352: suministro e instalación del sistema de protección contra descargas atmosféricas del área de salud Los Santos.
- 2015CD-000009-4403: suministro e instalación de señalización de medios de egreso.
- 2015LA-000001-2210: suministro e Instalación del sistema de detección y alarma de incendio del área de salud Catedral Noreste.
- 2015LA-000002-2352: suministro e Instalación del sistema de detección y alarma de incendio del área de salud Los Santos.
- 2015LA-000004-2504: suministro e Instalación del sistema de detección y alarma de Incendio del Hospital de Upala.
- 2016LA-000002-4403: suministro e Instalación del sistema de detección y alarma de incendio del Hospital de Guápiles.
- 2016LA-000003-4403: suministro e Instalación del sistema fijo del Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut.

Cabe mencionar que al momento de la realización de este informe, el PSIE se encuentra trabajando en las contrataciones de diferentes proyectos (señalización de emergencia, contenedores de líquidos inflamables, sistemas de detección y alarma de incendio, y sistema de rociadores automáticos y compartimentación)

Los procesos y documentos necesarios para la implementación del plan en materia contra incendios han sido estructurados por el PSIE durante el periodo 2009-2015, tomando como base los lineamientos establecidos en ese plan, para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales del Corto Plazo, Mediano Plazo y Largo Plazo. Es así como se dispone, para cada una de las etapas, de: fichas técnicas, especificaciones técnicas, estudios de factibilidad, carteles de suministro e instalación y carteles de mantenimiento.

A pesar de los esfuerzos, existen oportunidades de mejora, ya que a lo largo de este proceso se han tenido retrasos en la implementación a nivel institucional tanto del Paquete Básico como del Mediano y Largo Plazo.

Propuesta de mejora

Para mejorar las condiciones de seguridad humana en materia de protección contra incendios en la institución, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Se debe fomentar la participación del personal a nivel de las unidades en el proceso de contratación de los componentes antes supracitados.
- Es necesario fortalecer la educación en el tema a nivel institucional, para facilitar la implementación de proyectos, tanto institucionales como por unidad. De la misma manera, fomentar la cultura del mantenimiento de la infraestructura y sus componentes, para así garantizar la vida útil y funcionalidad de estas.
- Aumentar el presupuesto institucional, para garantizar los recursos necesarios para la implementación de los proyectos, para el mantenimiento de los equipos especiales que lo requieran y para la contratación de personal para el desarrollo de estos.
- Articular los enlaces existentes entre las diferentes áreas regionales de ingeniería y mantenimiento, para fomentar su participación en los diversos procesos de compras, añadiendo su conocimiento en las correspondientes regiones.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2007). *Sesión 8165 de Junta Directiva*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2009). *Sesión 8361 de Junta Directiva*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *DAP-F-GE-02 Evaluación paquete básico A PSIE*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *DAP-F-GE-04 Evaluación mediano plazo A PSIE*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *DAP-F-GE-06 Evaluación largo plazo PSIE*. San José, Costa Rica: CCSS.
- National Fire Protection Association. (2009). *Código de Seguridad Humana 101*. Quincy, Massachusetts: NFPA.
- Programa de Seguridad en Incendios y Explosiones. (2016). *Informe de Auditoría*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Unidad de Ingeniería de Bomberos. (5 de Junio de 2013). *Manual de Disposiciones Técnicas Generales*. San José: Costa Rica.

Contacto:

Dirección Compra de Servicios de Salud

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

Teléfono: 2539-0000 Ext: 3809 o 3813

Dirección: Av. 4 Calles 5 y 7 – Edificio Genaro Valverde – Piso 2