

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



Evaluación de Resultados de la Prestación de Servicios de Salud
Informe 2012



Agosto 2013

Introducción

La evaluación de los resultados de la prestación de servicios de salud, resulta indispensable para los sistemas de salud, que requieren de un proceso dinámico de toma permanente de decisiones informadas, que le permitan el mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud y le faciliten el proceso de rendición de cuentas, al que debe ser sometido como institución responsable ante el Estado.

Metodología

El manejo de los datos tiene tres fases:

- **recolección**
- **procesamiento - agregación**
- **análisis de los datos**

Fuentes de datos:

- **INEC**
- **Dirección Actuarial y de Planificación Económica (DAPE).**
- **Area de Estadística en Salud: Anuario Estadístico y Base de datos de egresos hospitalarios**
- **Listados del nivel local (consulta externa, hospitalización y quirófanos).**
- **Revisión de expedientes clínicos.**
- **Certificaciones de otras instancias institucionales.**

Diseño de la muestra

- **Hospitales: muestreo simple al azar**
- **Áreas de Salud: muestreo simple al azar para indicadores de toda el Área**
muestreo Proporcional al Tamaño para indicadores por sector

Áreas de Salud

- **Modalidad en línea**
- **Verificación aleatoria**

Áreas de Salud – compra externa -

- **modalidad presencial abreviada**

Hospitales

- **modalidad presencial abreviada**

Control de calidad

- **En los instrumentos se incorporaron controles de calidad sobre los datos**



Resultados de Áreas de Salud

A. ACCESO

El Acceso se define como “la facilidad con que las personas pueden obtener atención con la oportunidad y en el lugar y tiempo adecuado”

Esta Dimensión se valora a partir de dos perspectivas, desde la medición del uso efectivo de los servicios de las personas para obtener atención para problemas y necesidades prioritarias, independientemente del lugar donde habitan, y desde la oportunidad en que la atención se obtiene en el tiempo adecuado.

DCSS, CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social.** Del seguimiento de la producción y los programas hacia la mejora del desempeño. San José, 2008.



MAPA A.M.1

C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POR AREA DE SALUD, 2012
(porcentaje)

La cobertura general evidencia bajas coberturas en regiones compuestas por poblaciones vulnerables, como las regiones **Chorotega y Brunca**, que tuvieron para el 2011 los mayores porcentajes de **hogares en extrema pobreza**, 11.5 y 13.5ⁱ, respectivamente.

ⁱProyecto Estado de la Nación (Costa Rica). Estadísticas Sociales. Consultado Agosto 2013. <http://www.estadonacion.or.cr>

PORCENTAJE DE
COBERTURA

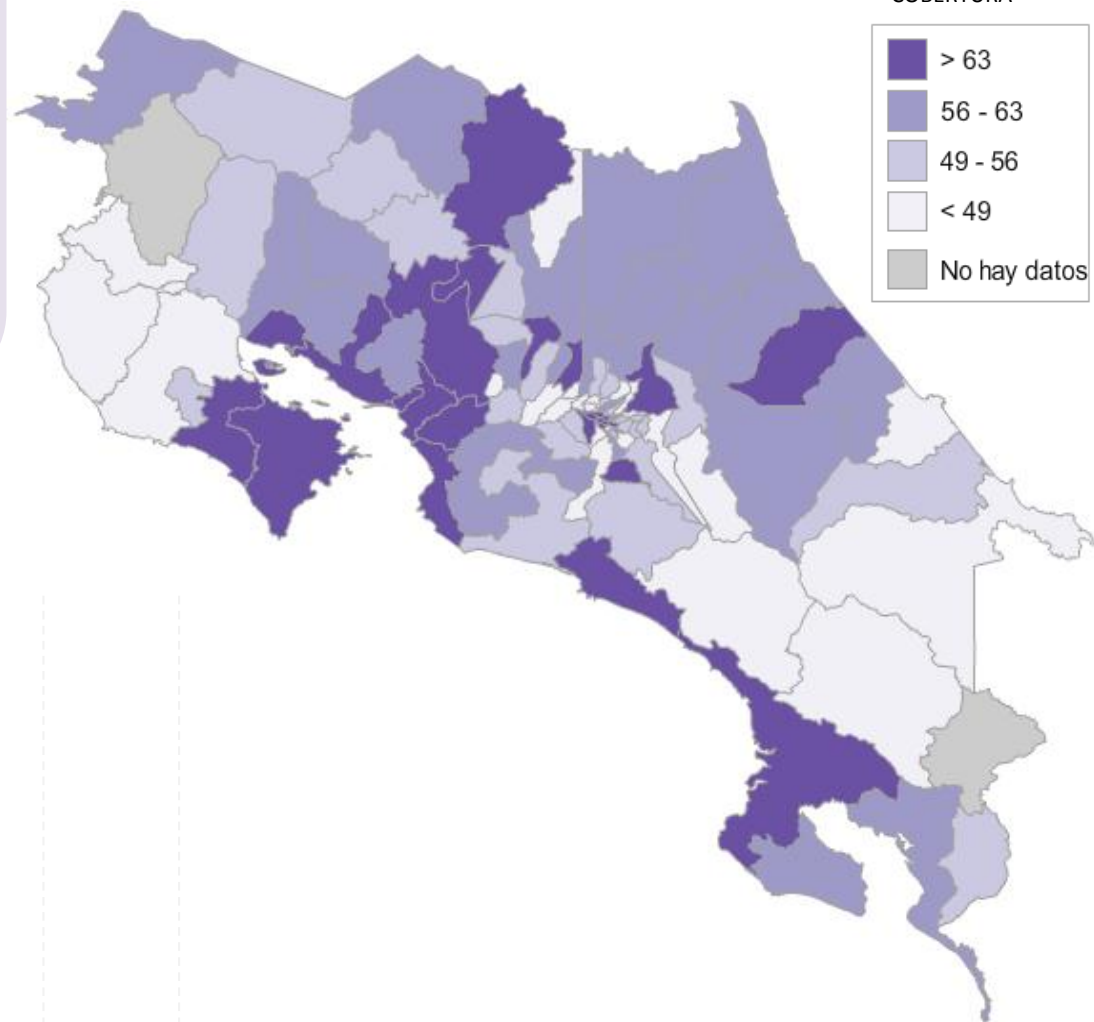
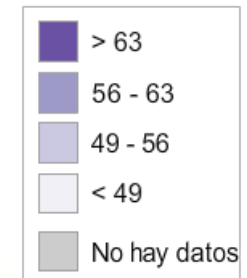
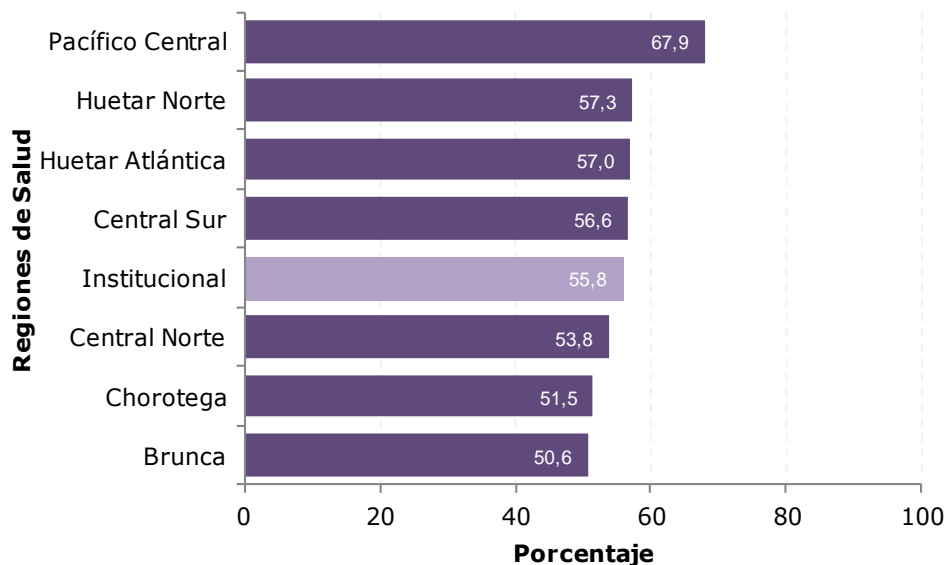


GRÁFICO A.1

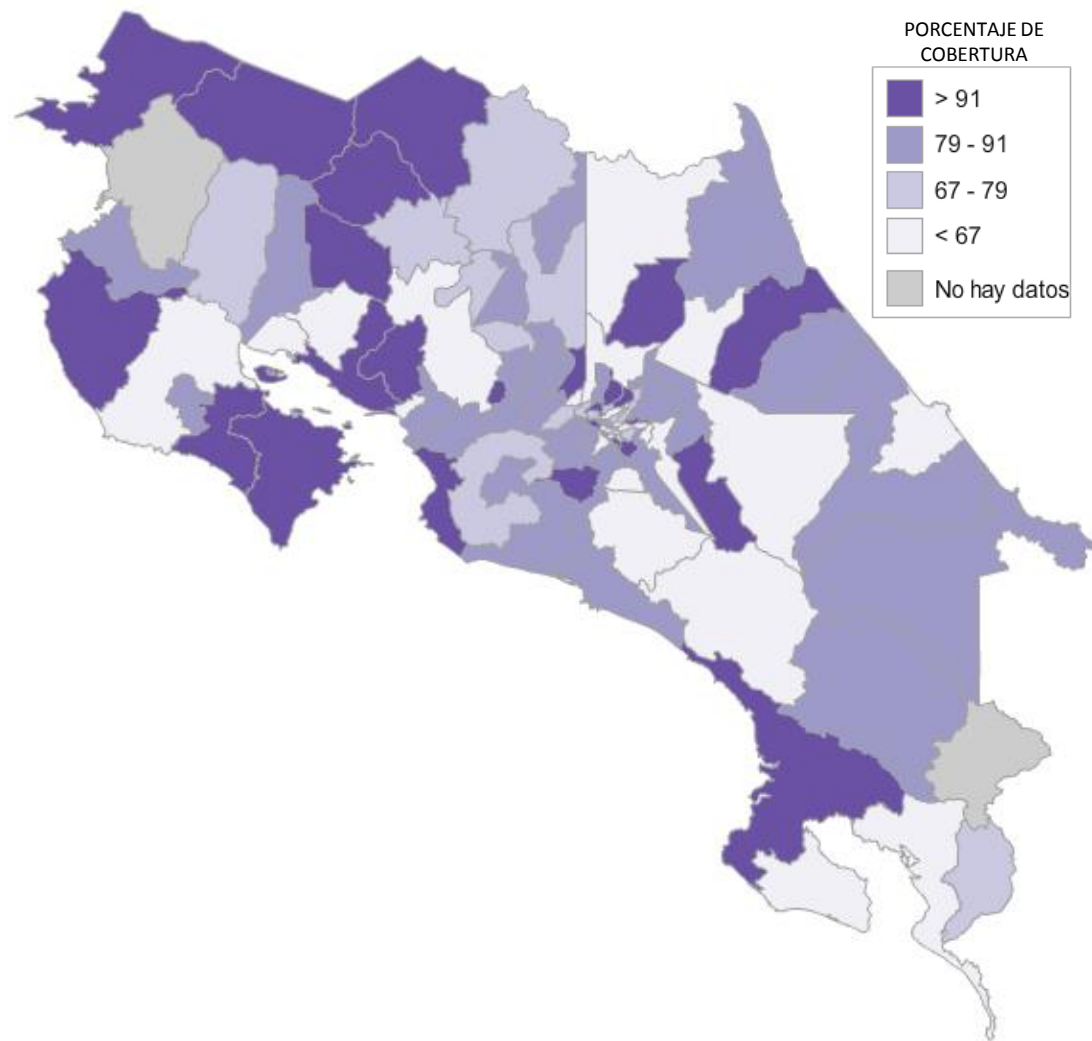
C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN
POR REGIÓN, 2012



ACCESO



MAPA A.M.2
C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL POR AREA DE SALUD, 2012
(porcentaje)



La Cobertura Promedio en Atención Prenatal es de **78,3%**, lo que demuestra el esfuerzo que realiza el primer nivel de atención en captación de grupos prioritarios.

Las regiones **Huetar Atlántica y Brunca** (74,4 y 67,5 respectivamente), son las dos regiones con menor cobertura, y son las dos regiones con mayor Tasa de **Desempleo Abierto de Mujeres** (12,5 y 10,8 respectivamente)ⁱ; dos factores **comúnmente asociados a la mortalidad materno-infantil**: el ingreso y el acceso a los servicios de salud.

ⁱProyecto Estado de la Nación (Costa Rica). Estadísticas Sociales. Consultado Agosto 2013.
<http://www.estadonacion.or.cr>



GRÁFICO A.2

C.C.S.S: COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL POR REGIÓN, 2012

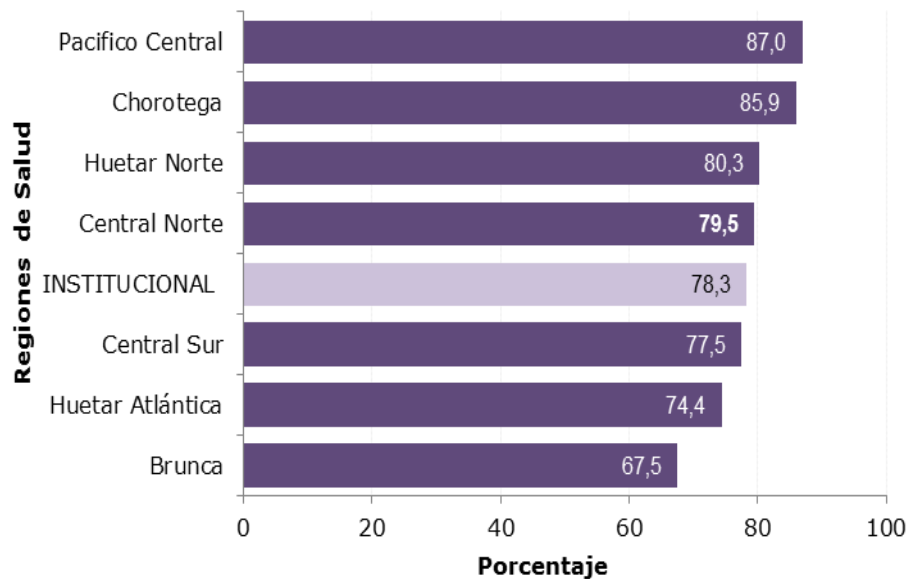
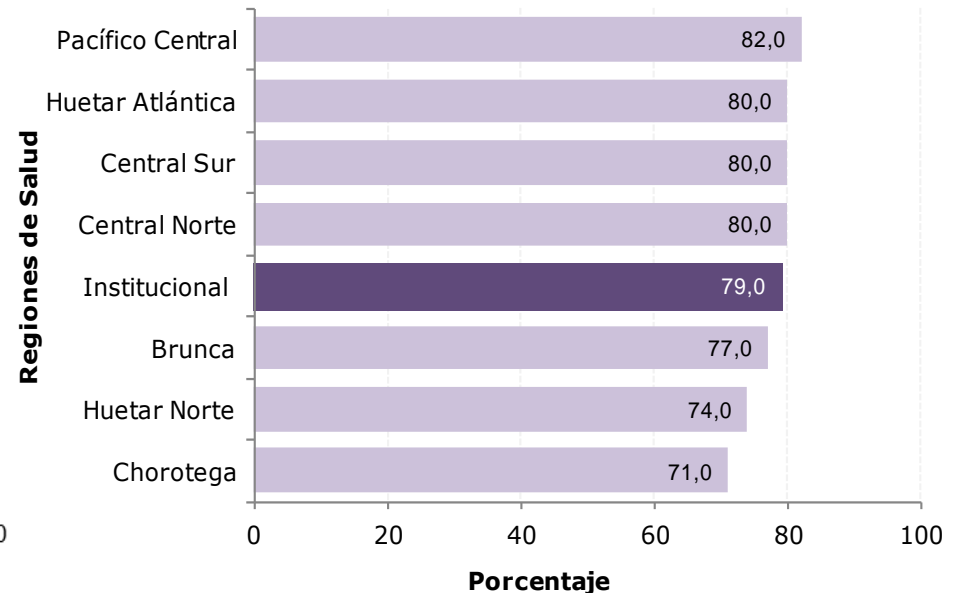


GRÁFICO A.1.8

C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE LAS EMBARAZADAS SEGÚN REGIÓN, 2012



Del **78%** de mujeres embarazadas captadas en el primer nivel para Atención Prenatal, en **79%** se logró hacer antes de la semana 13 de gestación.

Destaca la Región Pacífico Central con el más alto porcentaje de cobertura (**87,0%**), además de altos porcentajes de captación temprana (82,0%), tamizaje de sífilis (87,0%) y tamizaje de HIV-Sida (63,0%).

Sobresale la Región Chorotega, con un porcentaje alto de Cobertura de Atención Prenatal (**85,9%**), sin embargo, solo el **71,0%** de ellas son captadas tempranamente.



MAPA A.M.3

C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A MUJERES EN POSPARTO, POR ÁREA DE SALUD, 2012
(porcentaje)

La Cobertura de Atención Posparto es de **68,3%**, resultado que no es tan halagador como el de Atención Prenatal (**78,3%**).

Se evidencia que hay un grupo importante de mujeres que están siendo captadas para la atención prenatal, pero que no logran ser captadas una vez ocurrido el parto.

La atención en el posparto es fundamental para orientar la planificación familiar y promover el cuidado del recién nacido, fomentando el amamantamiento y brindando a las familias un buen comienzoⁱ.

ⁱWieggers TH. Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. Journal of Neonatal Nursing: 12, 2006.

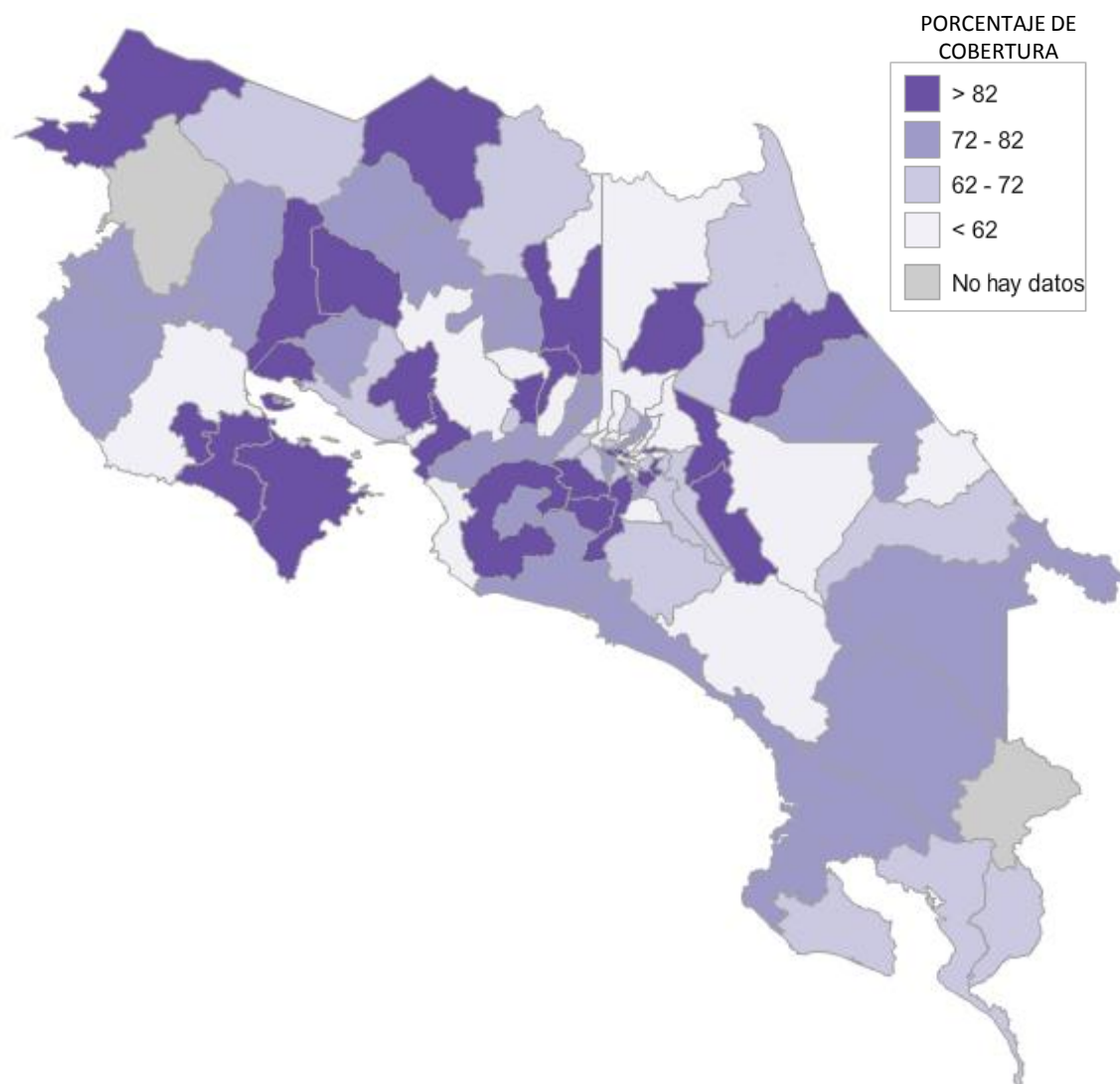




GRÁFICO A.3
C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A MUJERES EN POSPARTO
SEGUN REGIÓN, 2012

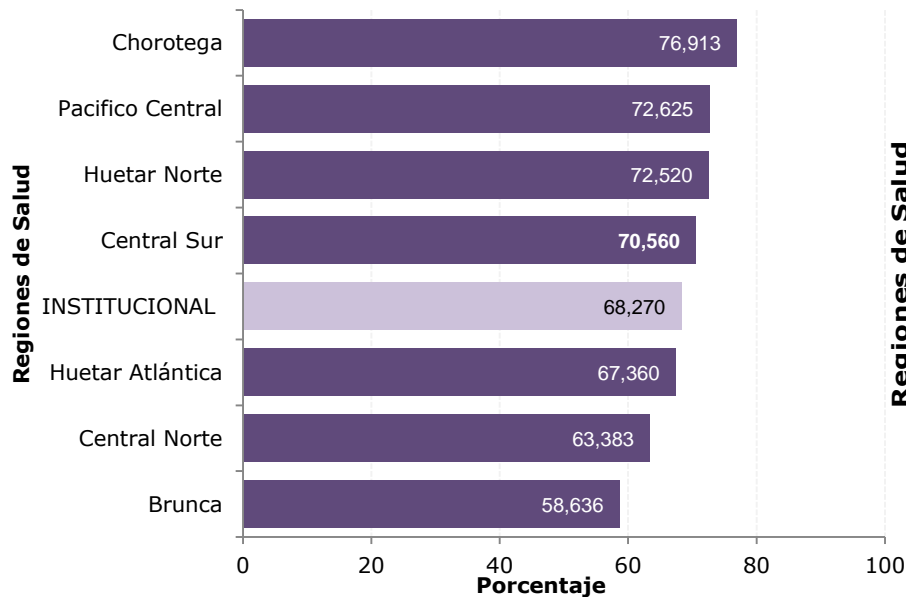
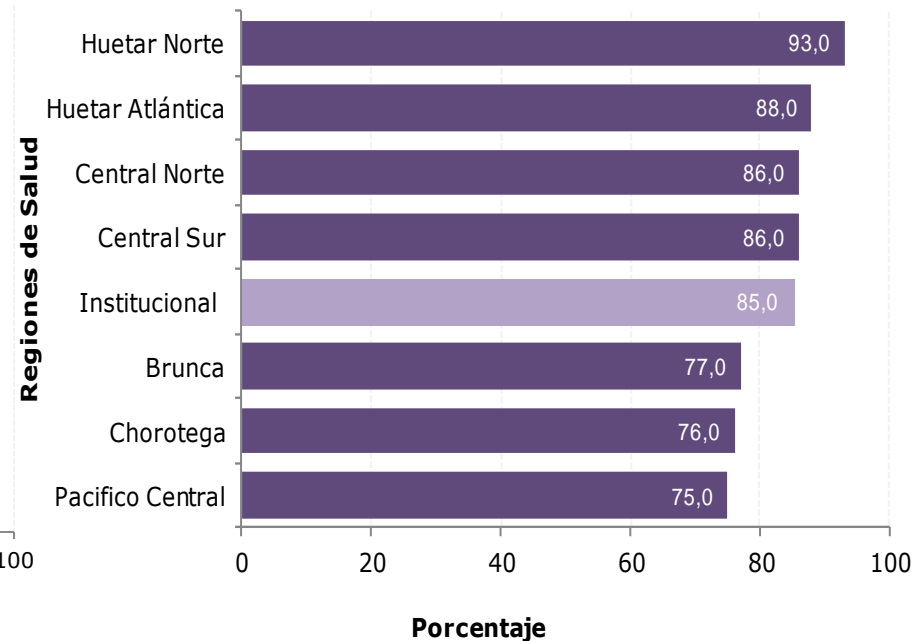


GRÁFICO A.4.8
C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE LA ATENCIÓN
POSPARTO, POR REGIÓN DE SALUD, 2012



De las mujeres que fueron captadas, en su gran mayoría (**85%**), recibieron la atención tempranamente, es decir, en los primeros 8 días posparto.

Destaca la Región Huetar Norte, conformada en su mayoría por población rural dispersa, que logra más de un 90% de captación temprana, demostrando que es posible ofrecer servicios oportunos a la población bajo esas circunstancias.

Las Regiones Chorotega y Pacífico Central, que logran las mejores coberturas en Atención Posnatal, son las dos regiones que muestran los menores porcentajes de captación temprana, por lo que se hace evidente que hay que reforzar estrategias como la concientización de la importancia de la atención posnatal, así como la organización de los servicios para brindar la atención a la madre y al niño (a) en un mismo momento.



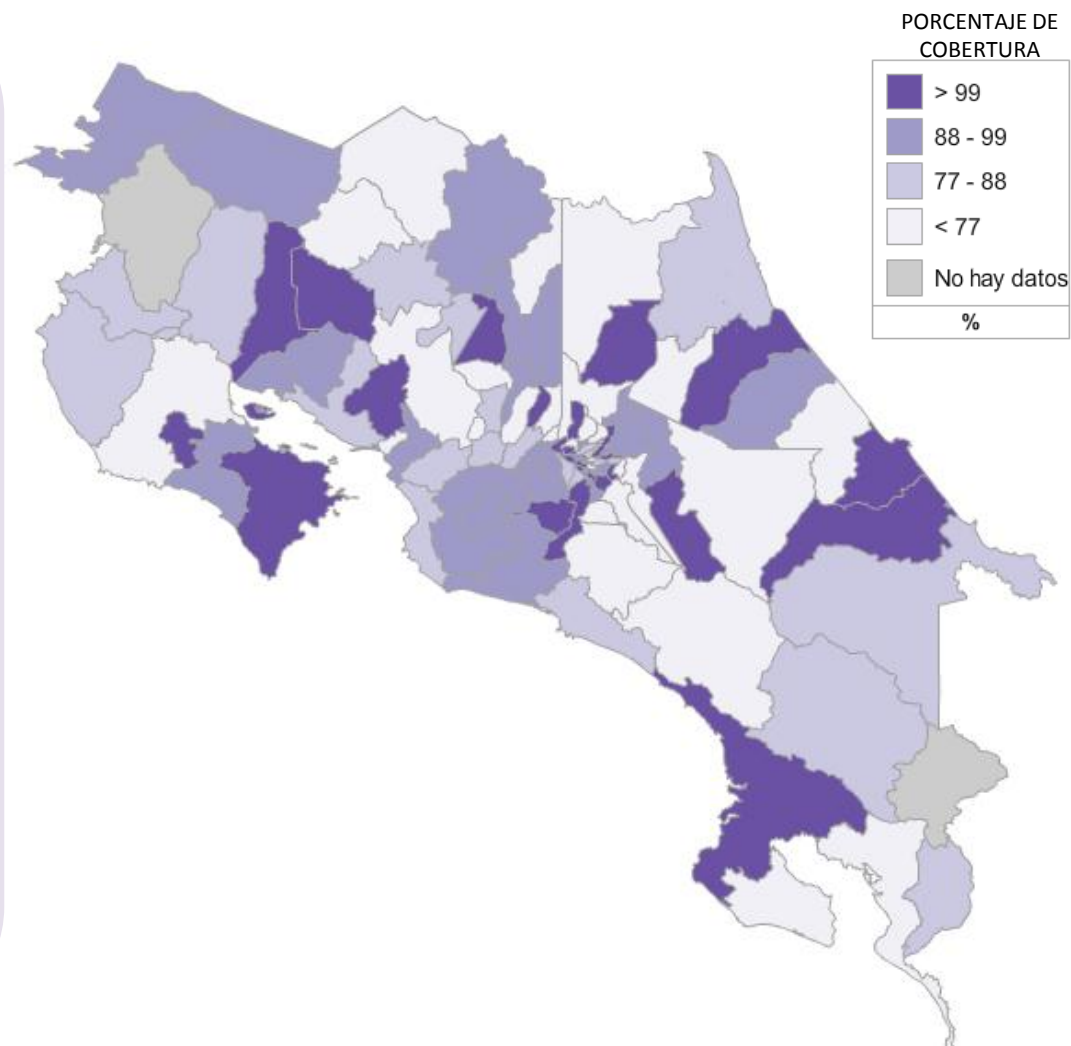
MAPA A.M.5
C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A MENORES DE UN AÑO POR ÁREA DE SALUD, 2012
(porcentaje)

La cobertura institucional de niños y niñas menores de un año es de **82,6%,**.

Las regiones Centrales, Huetar Atlántica, Pacífico Central y Huetar Norte, tienen resultados altos que sobrepasan el 80%.

Las Regiones Chorotega y Brunca obtienen resultados muy inferiores, **67,2% y 63,2%,** respectivamente; situación que preocupa al ser estas dos regiones las que tiene los mayores porcentajes de hogares en situación de pobreza (32,6 y 34,9, respectivamente)¹.

¹Proyecto Estado de la Nación (Costa Rica). Estadísticas Sociales. Consultado Agosto 2013.
<http://www.estadonacion.or.cr>



Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud



GRÁFICO A.5
C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A MENORES DE UN AÑO
SEGUN REGIÓN, 2012

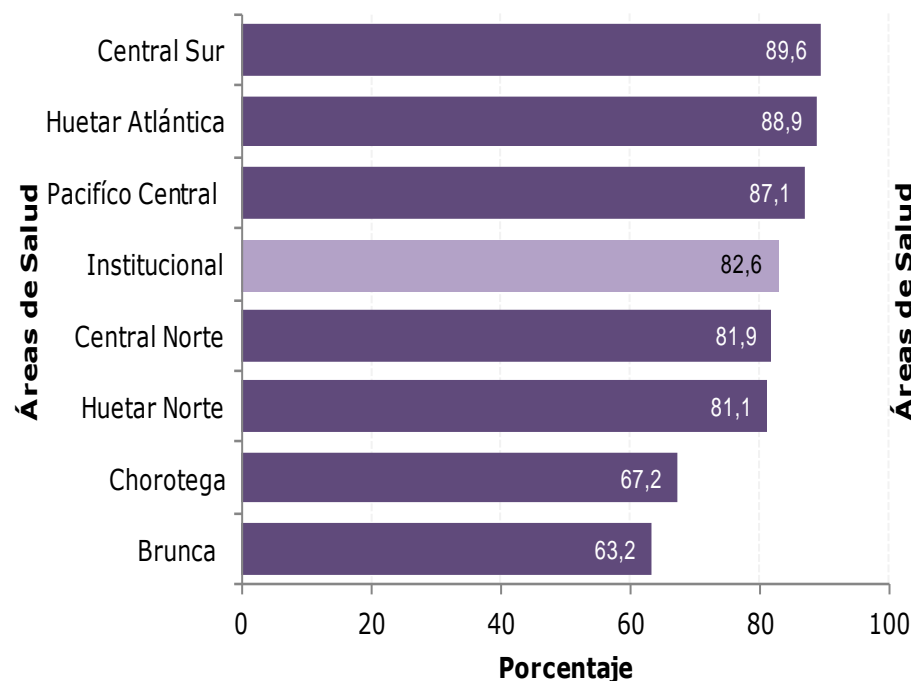
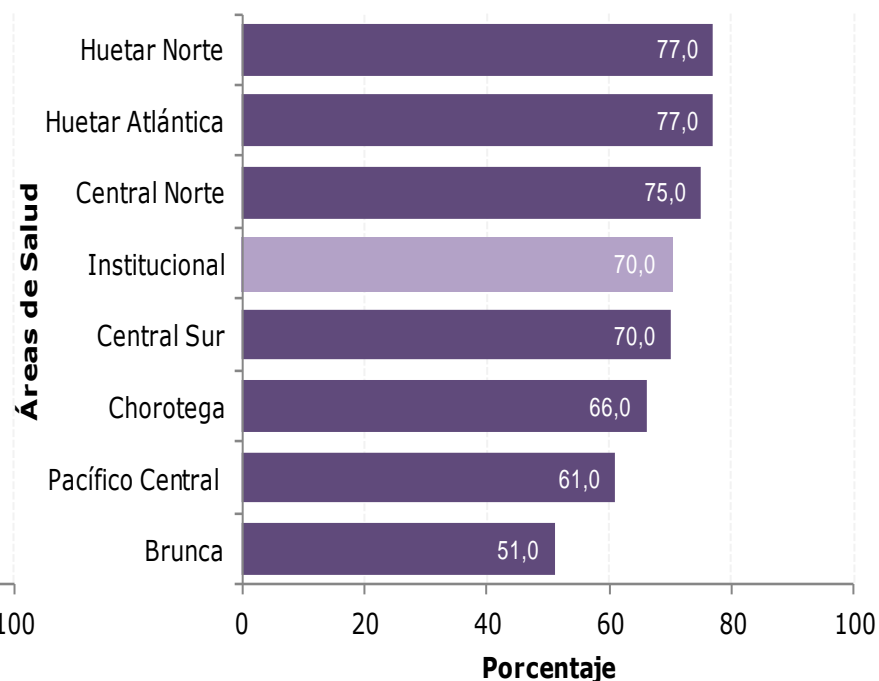


GRÁFICO A.5.8
C.C.S.S: CAPTACIÓN TEMPRANA DE MENORES DE UN AÑO,
POR REGIÓN DE SALUD, 2012



Del total de los niños y niñas captados, el **70%** recibió la atención de forma temprana (en los primeros 8 días).

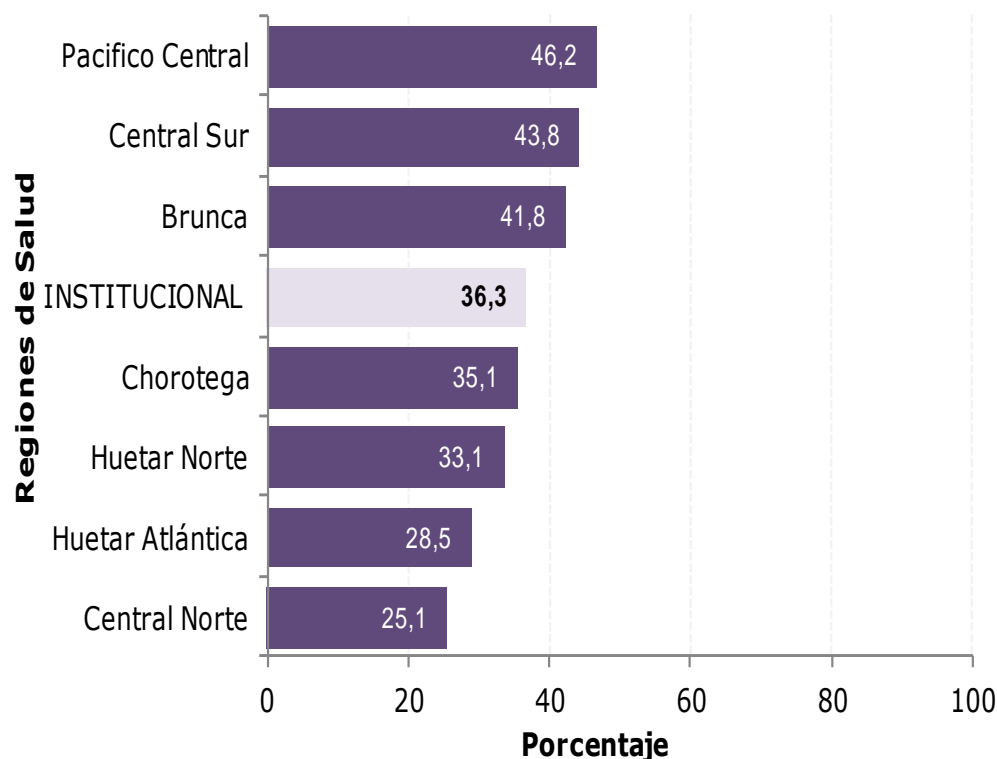
En la Región Brunca es la región con menor cobertura y solamente la mitad de los niños y niñas reciben la atención oportunamente

Las tres regiones que muestran los menores Porcentajes de Captación Temprana de Menores de un Año, Chorotega (66%), Pacífico Centra (61%) y la Brunca (51%), cuya población pertenece casi en su totalidad a las provincias de Guanacaste y Puntarenas, coinciden con las dos provincias que para el año 2012 mostraron las Tasas de Mortalidad Infantil (TMI) más elevadas del país.

ⁱ INEC (2013). *Mortalidad infantil y evolución reciente 2012: Boletín Anual*. Vol 2 Año 18. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, San José, Costa Rica.



GRÁFICO A.6.1
C.C.S.S: COBERTURA DE TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SEGUN REGIÓN, 2012

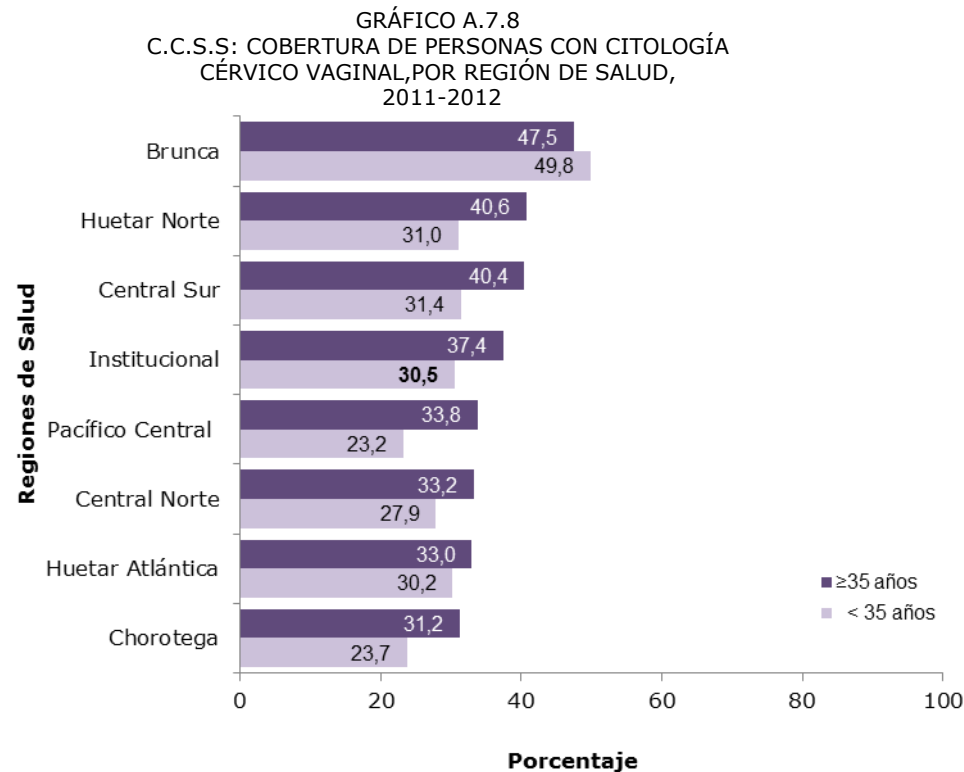


La prevalencia nacional estimada de hipertensión arterial es de 37,8% (1,663.000 habitantes) . (Tamizados 603,000)

La institución logró tamizar a un **36,3%** de la población blanco (población mayor de 20 años), sin embargo las coberturas logradas fueron muy diferentes entre las regiones, con un valor máximo de cobertura en la Región Pacífico Central de **46,2%** y un mínimo de **25,1%** en la Región Central Norte.

El bajo porcentaje obtenido por la Región Central Norte, constituida en su mayoría por áreas de salud urbanas densamente pobladas, significa que 3 cuartas partes de su población mayor de 20 años no fue tamizada.

Para mejorar la detección de la hipertensión arterial se hace necesario garantizar que todos los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) cuenten con técnicos de atención primaria comprometidos con el tamizaje y su registro, así como la educación a la población sobre la importancia de la detección temprana.



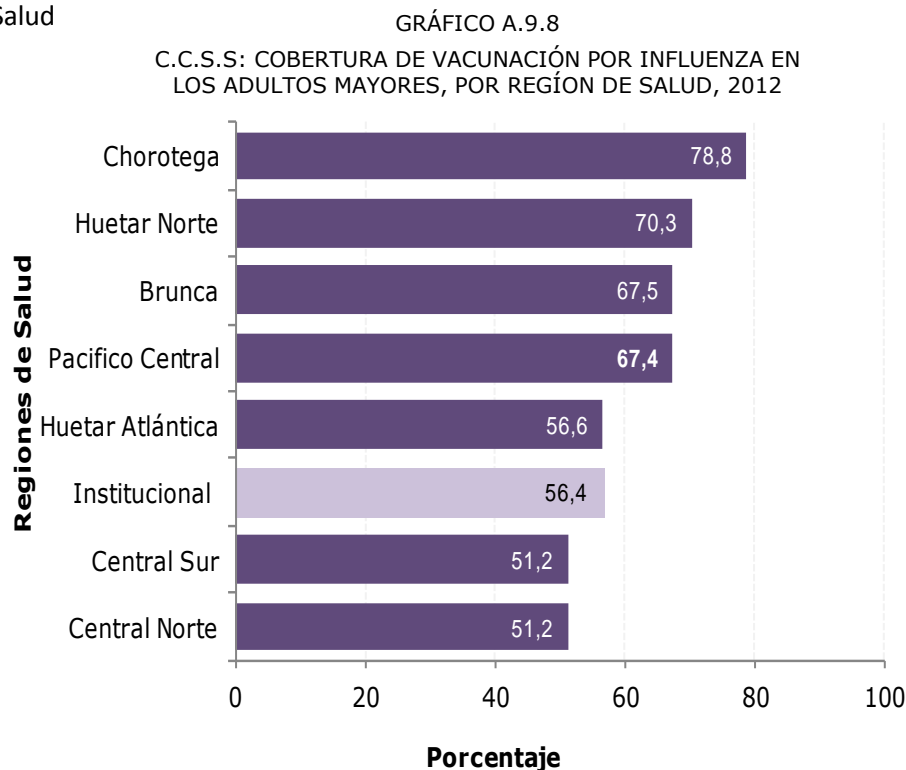
Se logra una Cobertura de Tamizaje Cérvico – Vaginal de **37,4%** en el grupo de mujeres de 35 años y más, mientras que en el grupo de 20 a 34 años se consiguió un **30,5%**.

Destaca la Región Brunca, donde casi la mitad de las mujeres de ambos grupos etarios fueron tamizadas.

La Región Chorotega muestra coberturas inferiores en más de cinco puntos porcentuales en ambos grupos etarios en comparación con los resultados institucionales.

A pesar de que en el país se han observado disminuciones en la incidencia y la mortalidad, el cáncer cérvico-uterino ocupa el tercer lugar de incidencia por cáncer en mujeres y es la cuarta causa de muerte en el país¹, razón por la que se debe continuar mejorando el acceso de las mujeres esta prueba de tamizaje, así como mejorando la respuesta de los servicios en la coordinación para el reporte oportuno de los resultados.

¹ Ministerio de Salud. Indicadores Básicos. San José, 2010.



La Cobertura fue de un **56,4%**, pero de acuerdo con las recomendaciones del CDC debería ser del 85%, para no poner en riesgo los resultados esperados de la intervención.

La variabilidad de los resultados encontrados entre las regiones es alto, lo que de alguna manera demuestra, a las regiones con pobres resultados que existen estrategias que pueden mejorar en mucho la captación de los adultos mayores para su vacunación.

Destaca la Región Chorotega donde casi el **80%** de los adultos mayores fueron cubiertos, mientras que por otro lado, se tiene que las dos regiones central, que aglomeran la mayoría de población, apenas sobrepasan la mitad de la población adulta mayor.

Es importante destacar el papel fundamental que juegan en el éxito de esta intervención los Técnicos de Atención Primaria

ⁱ CDC. Opciones para controlar la influenza. Recomendaciones 2010-11 para prevención y control de influenza. Atlanta. 2010

B. CONTINUIDAD

La continuidad se refiere a “la atención de las personas en las diferentes fases del ciclo de vida (**continuidad horizontal**), y en los diferentes niveles de atención (**continuidad vertical**) que conforman la red de servicios de salud”¹.

¹ CCSS. **La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social:** Del Seguimiento de la Producción y Programas hacia la Mejora del Desempeño. San José: DCSS; 2009: 32.

Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud



GRÁFICO B.1.9

C.C.S.S: PORCENTAJE DE COLPOSCOPÍAS REALIZADAS OPORTUNAMENTE O FUERA DE TIEMPO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN POR ÁREA DE SALUD, 2012

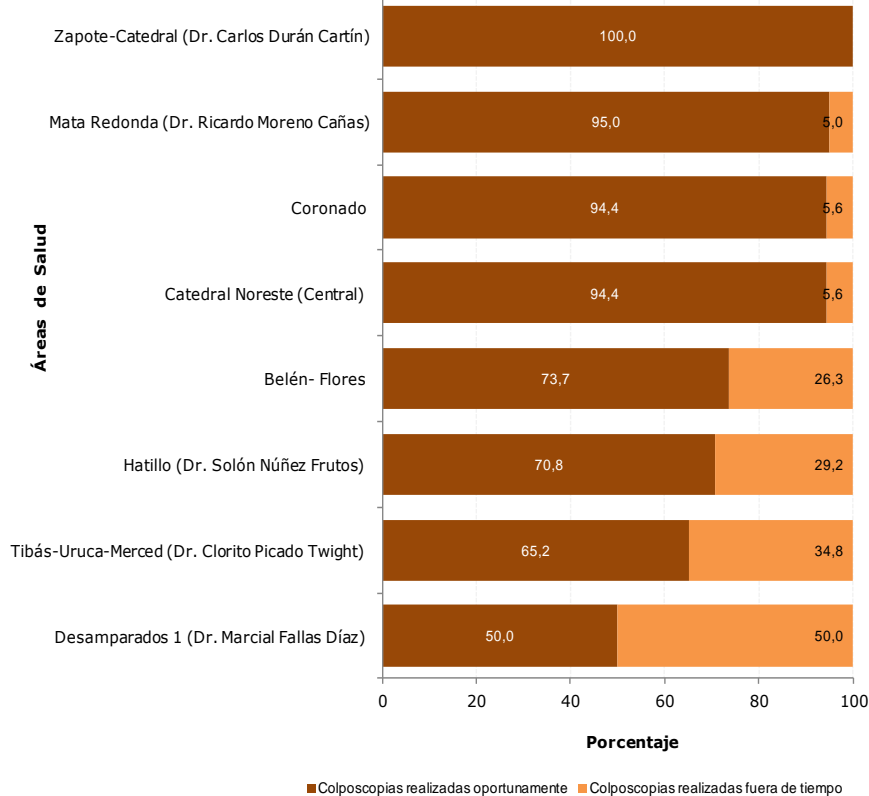
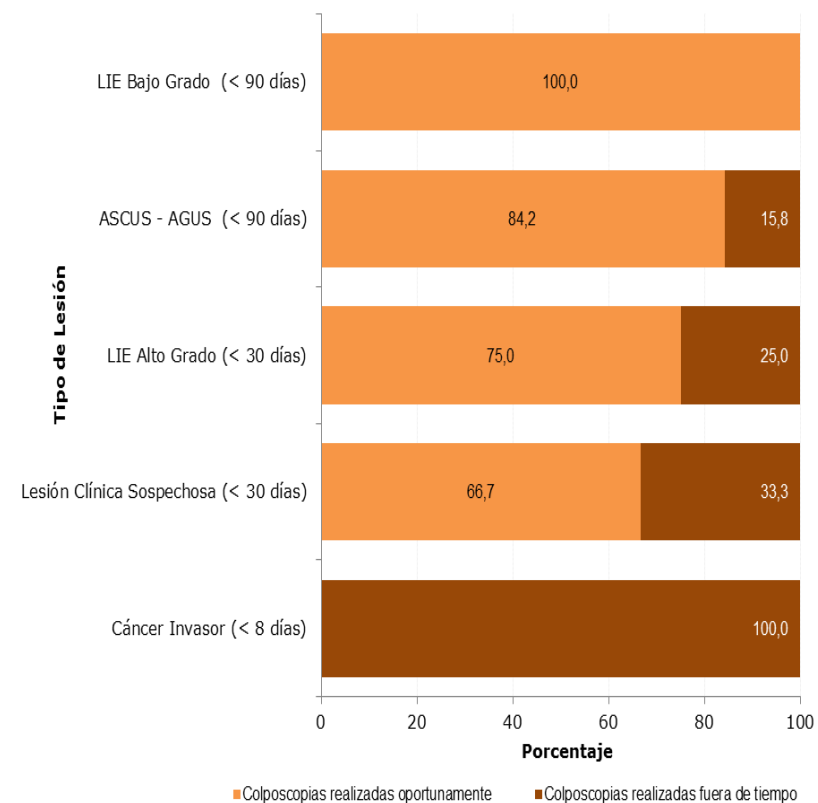


GRÁFICO B.1.10

C.C.S.S: PORCENTAJE DE COLPOSCOPÍAS REALIZADAS OPORTUNAMENTE O FUERA DE TIEMPO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN POR TIPO DE LESIÓN, 2012



CONTINUIDAD

Los resultados en la atención a las mujeres con citología cérvico-vaginal alterada, por parte de las áreas con segundo nivel y que realizan colposcopia, fueron muy variables.

Cuatro de las ocho unidades que realizan este procedimiento logran atender oportunamente a más del **90%**.

Hay cuatro áreas de salud cuyos resultados demuestran que entre 20% y 50% de las mujeres no fueron atendidas según los tiempos establecidos en la normativa institucional.

La situación en el área de salud de Desamparados 1 es crítica, ya que del total de mujeres que fueron referidas a ese centro en el 2012, la mitad no fueron atendidas oportunamente.

Los resultados muestran preocupantemente que en ninguno de los casos de Cáncer invasor la colposcopia fue hecha en el tiempo requerido (8 días).

Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud



CONTINUIDAD

GRÁFICO B.3.8

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE NIÑOS (AS) DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON
AL MENOS UN RESULTADO DE HEMOGRAMA INTERPRETADO, POR
REGIÓN, 2012

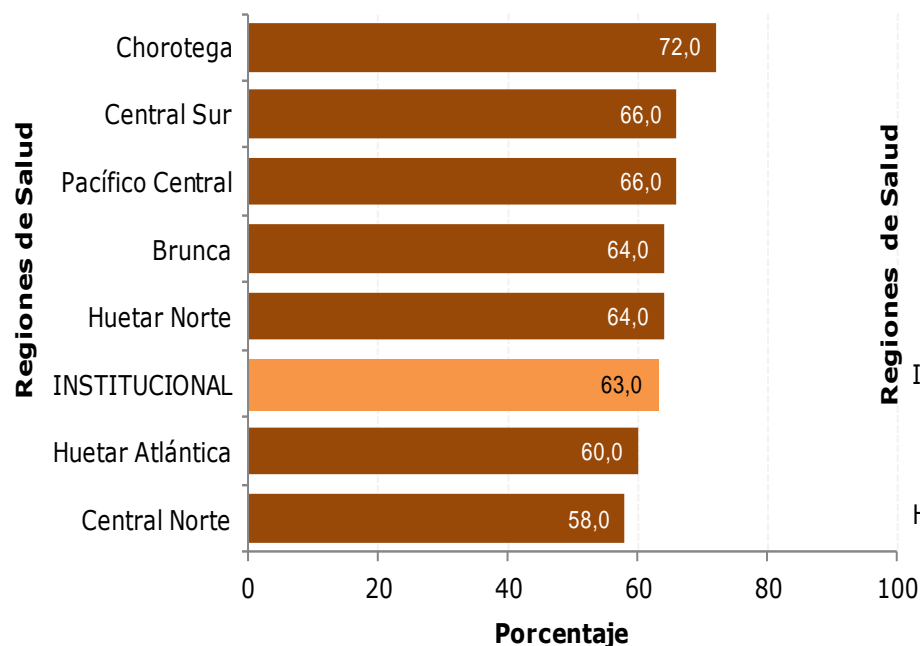
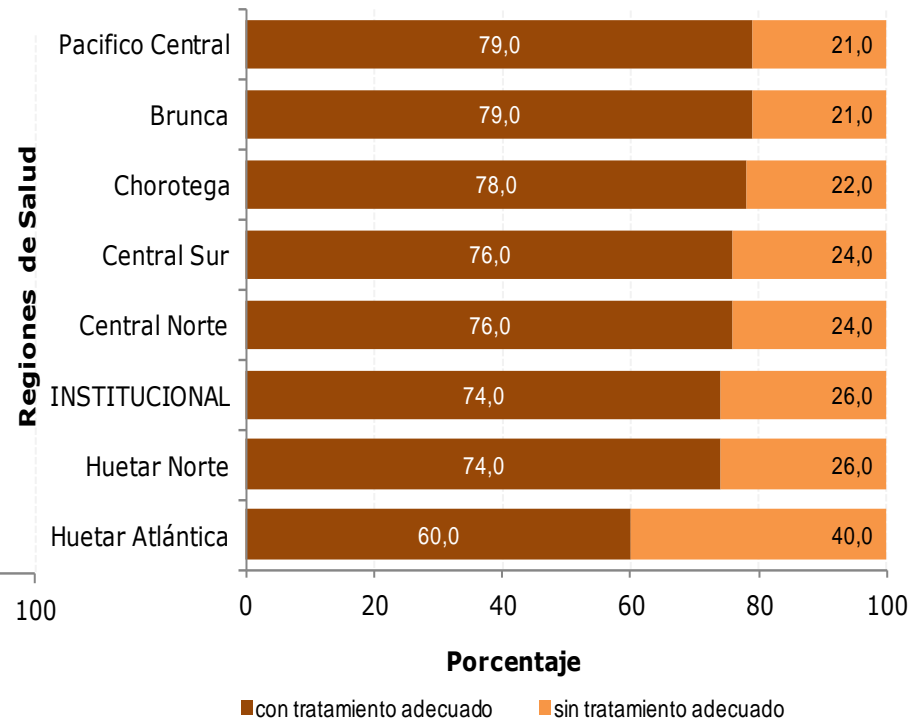


GRÁFICO B.4.8

C.C.S.S.: PORCENTAJE DE NIÑOS (AS) DE 6 A MENOS DE 24 MESES CON
DIAGNÓSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, CON O SIN,
TRATAMIENTO ADECUADO CON HIERRO, POR REGIÓN, 2012



Se logró pesquisar con hemograma a **63%** de los niños de entre 6 y 24 meses que atendió en sus servicios, resultado que fue similar en cada una de las regiones, entre las que se destaca la Región Chorotega con **72%**

Aproximadamente a una tercera parte de los niños de esa edad que fueron atendidos en los servicios no se les indicó el examen o bien, este no fue interpretado en la consulta médica, lo que refleja un importante porcentaje de oportunidades perdidas.

Se encontró que **26%** de los niños y niñas que fueron diagnosticados con anemia no recibieron un adecuado tratamiento con hierro.

Lo anterior es especialmente importante en la Región Huetar Atlántica, donde el **40%** de los niños con diagnóstico de anemia no recibió un adecuado tratamiento,

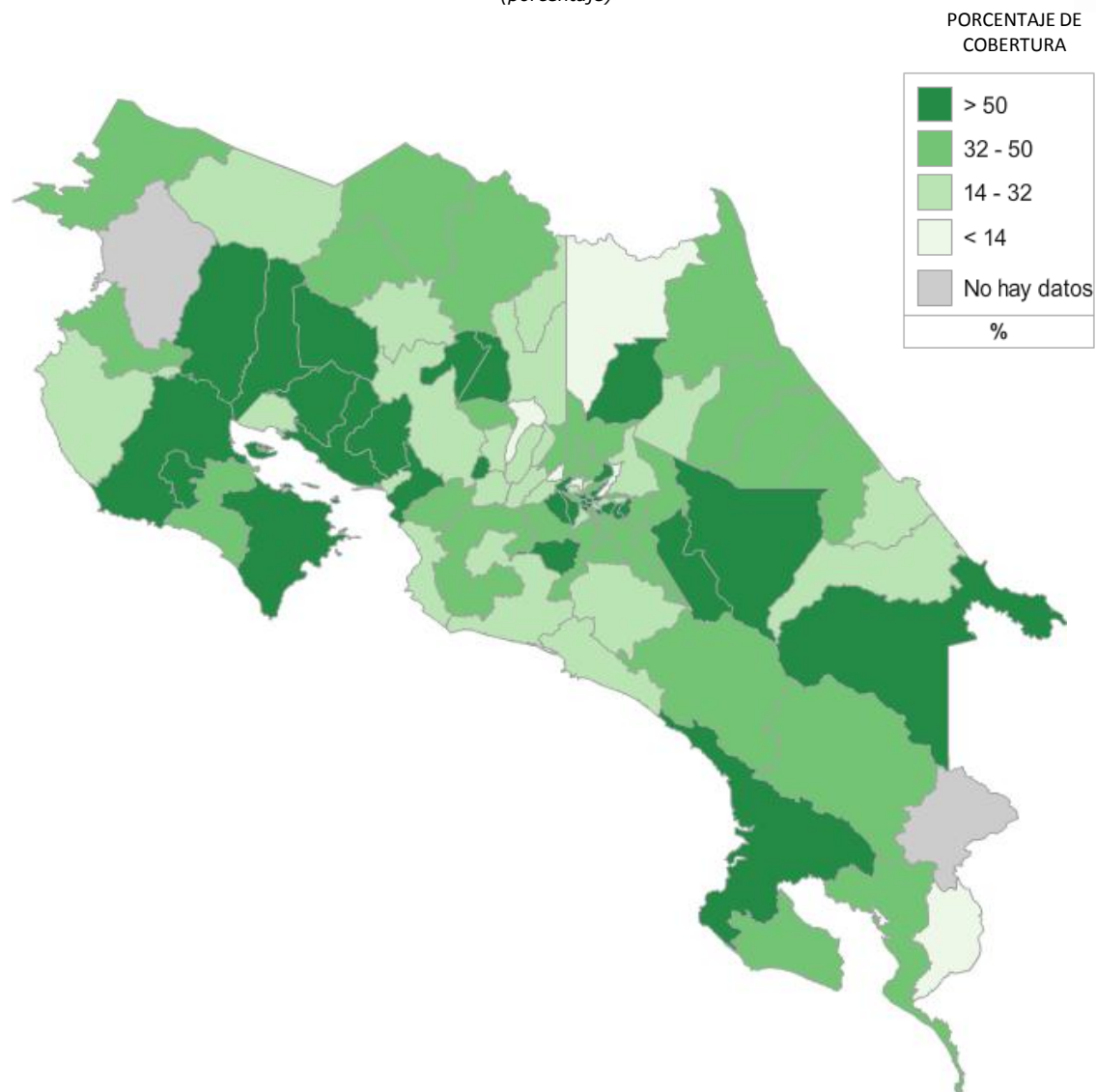
C. EFECTIVIDAD

Se entiende por efectividad, la “resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica.”¹. Así, en esta dimensión se procuran evaluar resultados que permitan mostrar el efecto de ciertas intervenciones en la salud de la población.

1) Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.



MAPA C.M.1
C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISLIPIDEMIA POR AREA DE SALUD, 2012
(porcentaje)



EFFECTIVIDAD

La prevalencia de dislipidemia en la población costarricense se estima en un **25,3%** del total de la población de 20 años o más (1.113.000 habitantes). De ellos, la institución logró, para el año 2012, cubrir a un **42,3%** (470,890)

Entre las regiones, las dos Centrales fueron las que se distanciaron más en cuanto al resultado, ya que la Central Sur logró un **49,1%** y la Central Norte un **33,9%**.

Ensayos clínicos han identificado al LDL- colesterol, como la meta primaria para la terapia de reducir el colesterolⁱ.

ⁱ NECP. *Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*. Final Report. NIH Publication N° 02-5215. 2002.

Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud



GRÁFICO C.6
C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISLIPIDEMIA
SEGÚN REGIÓN, 2012

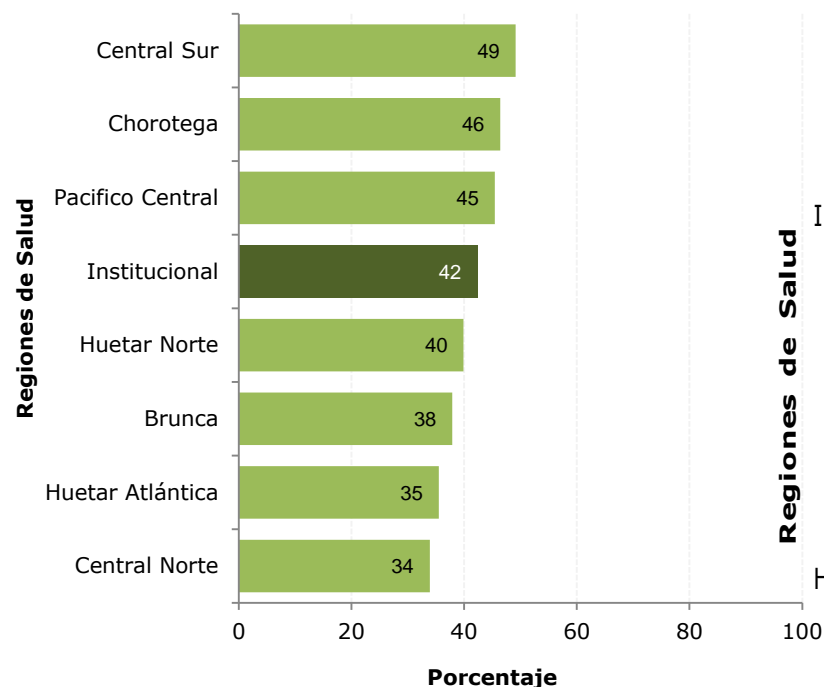
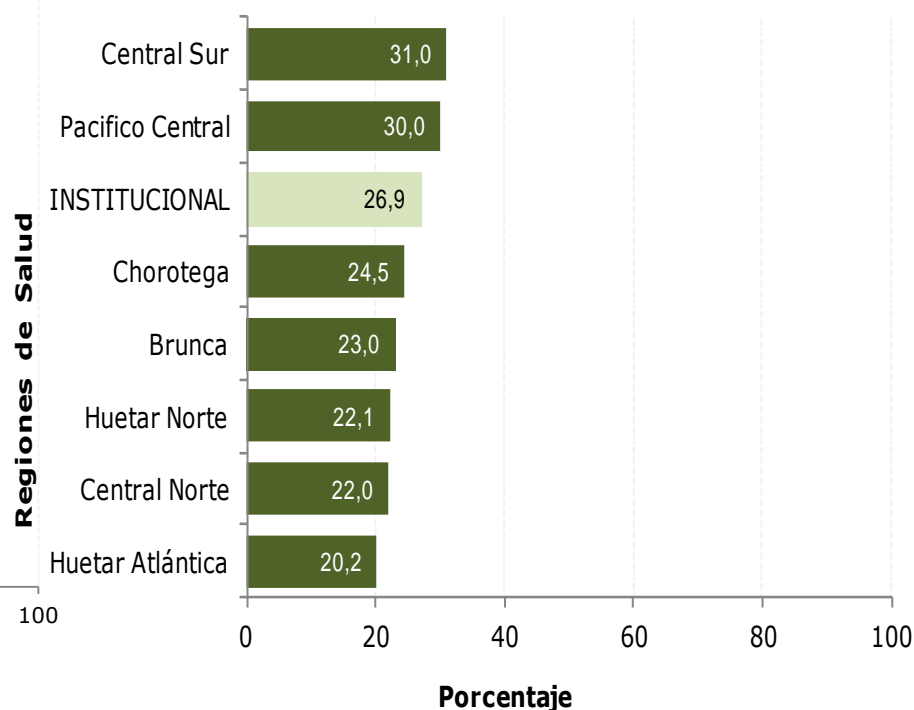


GRÁFICO C.1.8
C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON DISLIPIDEMIA, CON
NIVEL ÓPTIMO DE LDL-COLESTEROL, POR REGIÓN, 2012



EFFECTIVIDAD

El Porcentaje de personas atendidas con dislipidemia con un nivel óptimo de LDL-Colesterol fue de **26,9%** (126.670)

Hay que reconocer que los determinantes involucrados en el nivel óptimo de colesterol no son exclusivas del abordaje médico, aunque la comparación entre las unidades permite identificar experiencias exitosa en la gestión clínica.

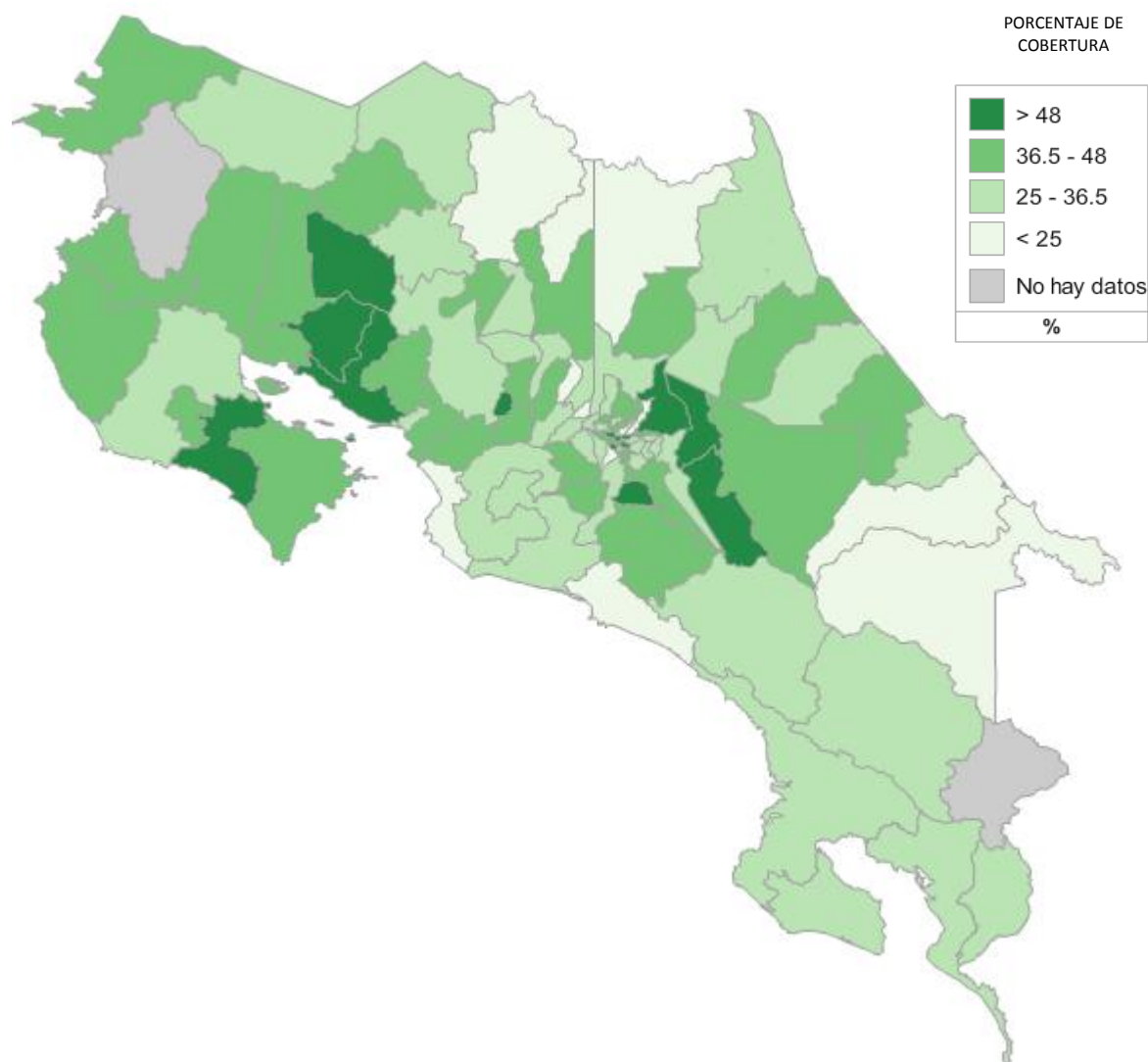
Los resultados obtenidos por las regiones Central Sur y Pacífico Central destacan, ya que las dos obtienen coberturas mayores al promedio institucional , y a la vez, son las dos regiones con mayores porcentajes de personas dislipidémicas con niveles óptimos de LDL-Colesterol.

Las regiones Huetar Atlántica y Central Norte son dos regiones que coinciden con los menores porcentajes de cobertura y los más bajos porcentajes de personas con nivel óptimo de LDL.



MAPA C.M.2

C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR ÁREA DE SALUD, 2012
(porcentajes)



EFFECTIVIDAD

En el país existe una prevalencia diagnosticada de 31.5%, y de hipertensión no diagnosticada de 6.3%, lo cual indica una prevalencia global de **37.8%**ⁱ.

La institución logró una cobertura para el año 2012 de **36,1%**.

Sobresale la Región Chorotega con **41,9%**, cuya población es en su mayoría considerada rural, mientras que en las regiones Huetar Atlántica y Huetar Norte, también con población rural, las coberturas fueron de **31,9%** y **31,3%**, respectivamente.

Estas dos regiones, mostraron, a su vez, coberturas de Tamizaje de Hipertensión bajas para el promedio institucional.

ⁱ CCSS, Subárea Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular. DDSS, Área Salud Colectiva. 2011

Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud

GRÁFICO C.2.9

C.C.S.S: COBERTURA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SEGUN REGIÓN, 2012

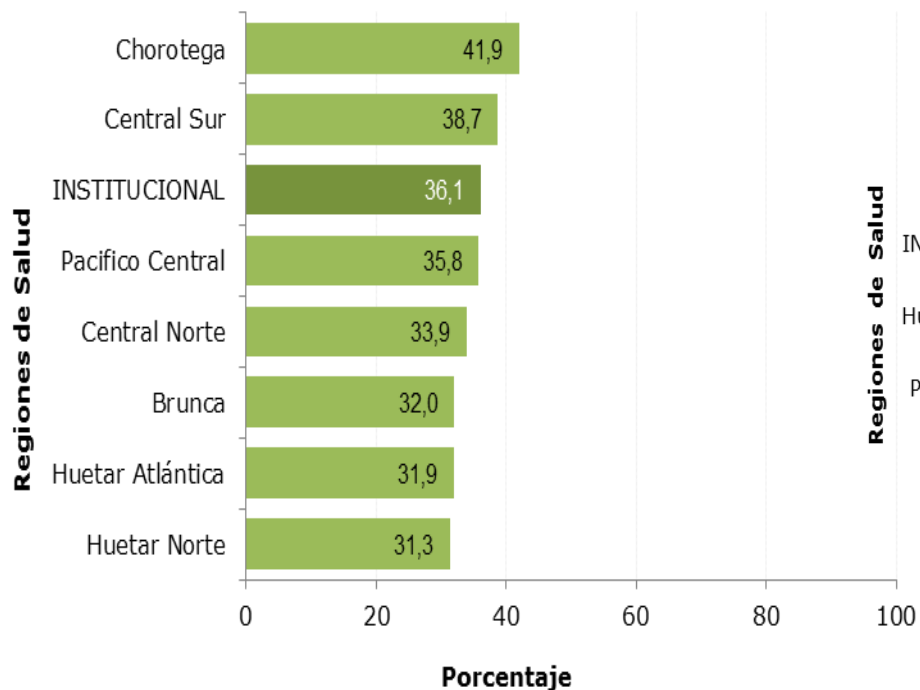
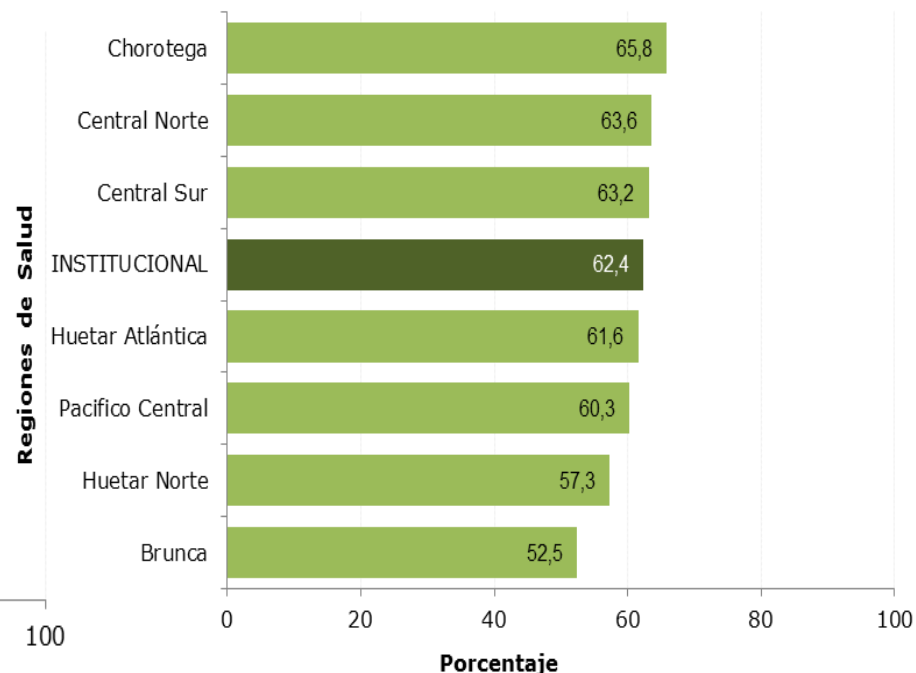


GRÁFICO C.2.8

C.C.S.S: PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON HIPERTENSIÓN,
CON PRESIÓN ARTERIAL ÓPTIMA, POR REGIÓN, 2012



El porcentaje de personas hipertensas atendidas que tuvieron en la última consulta del año una presión arterial óptima fue un **62,4%**,

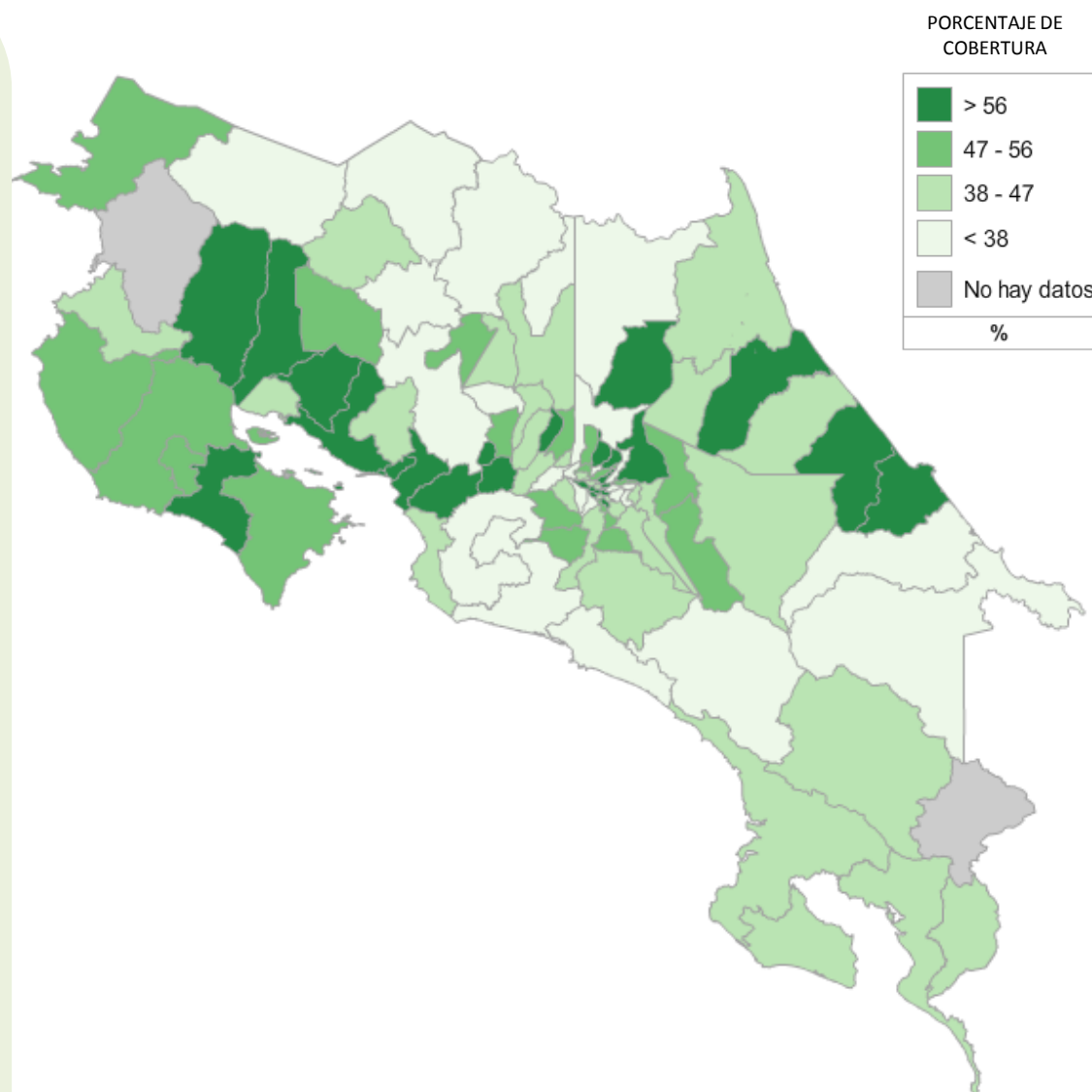
De acuerdo a la prevalencia mencionada tenemos 1.663.200 hipertensos en el País pero solo a 376.272 controlados.

La Región Chorotega además de mostrar la cobertura más amplia de hipertensos, se posiciona como la región con el mayor porcentaje de hipertensos con control óptimo **65,8%**.

En Región Brunca se observa una cobertura cuatro puntos porcentuales por abajo de la institucional, pero además, aproximadamente la mitad de los hipertensos muestran cifras no óptimas de tensión arterial. Una situación similar se detecta en la Región Huetar Norte.



MAPA C.M.3
C.C.S.S: COBERTURA DE PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES MELLITUS,
POR UNIDAD, SEGÚN REGIÓN, 2012



EFFECTIVIDAD

Se considera que el país tiene una prevalencia de Diabetes tipo 2 de **10.8%** según Encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo 2011, sobre la población de 20 a 75 años. (475.200 habitantes)

La institución logró cubrir en el año 2012 a un **46,6%**, (221.443) sin embargo el comportamiento entre las regiones fue muy diverso, con diferencias de más de 30 puntos porcentuales.

Predomina en esta cobertura la Región Pacífico Central con un **57,1%**, mientras que la Región Brunca ocupa el último lugar con un **36,8%**.

Considerando que la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades no transmisibles más costosa y compleja para los sistemas de saludⁱ, resulta estratégico para la institución mejorar las coberturas para con ello abordar de forma temprana y adecuada a estas personas.

ⁱADA-NID. The Prevention or Delay of Type 2 Diabetes. Diabetes Care, Volume 26, Supplement 1, January 2003.



GRÁFICO C.3.8

C.C.S.S: COBERTURA DE PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES MELLITUS, POR REGIÓN, 2012

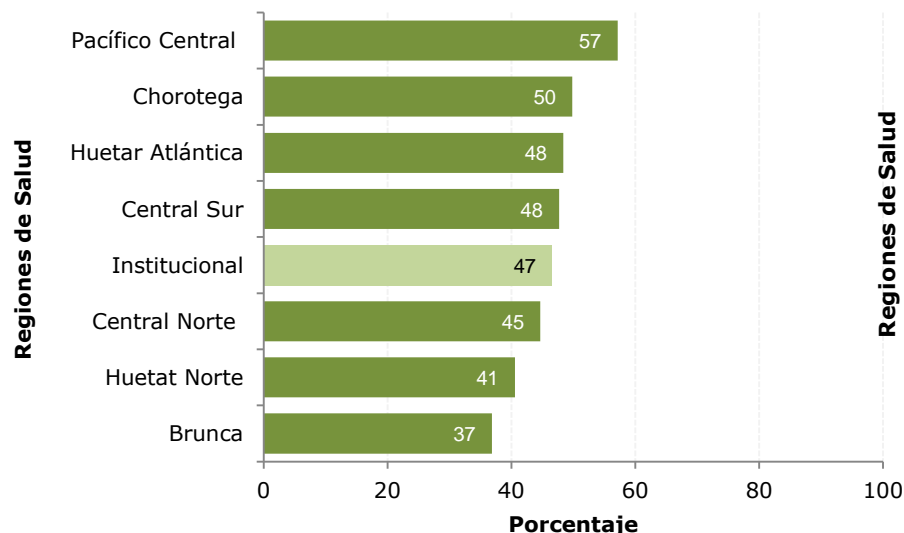
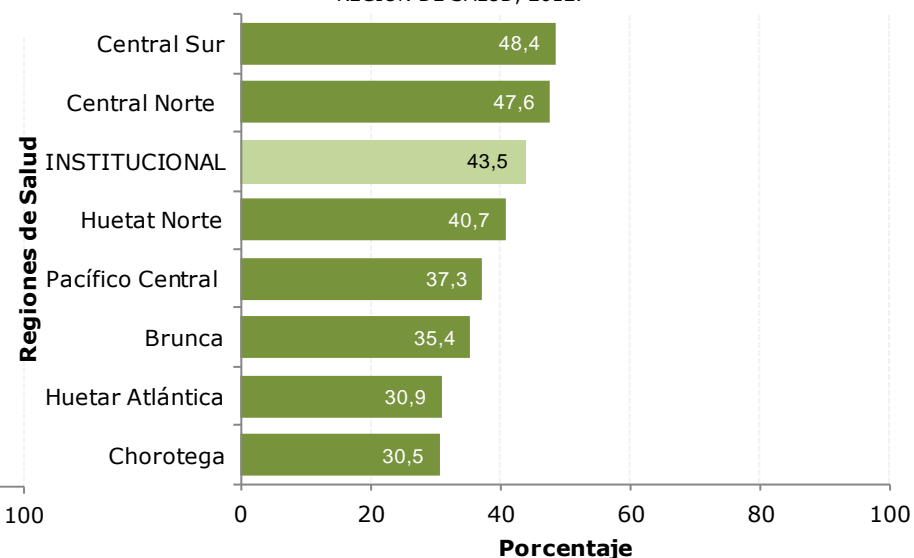


GRÁFICO C.3.16

C.C.S.S: CONTROL GLICÉMICO ÓPTIMO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS CON DIABETES MELLITUS POR UNIDAD, RPOR REGIÓN DE SALUD, 2012.



La hemoglobina glicosilada (HbA1c), se considera el estándar para juzgar la efectividad del control glicémico en la práctica clínicaⁱ. Los resultados obtenidos muestran que un **43,5%** de las personas diabéticas atendidas tuvieron una hemoglobina glicosilada inferior a 7%. (96.328)

Los resultados claramente muestran que hay una gran espacio para la mejora primero en cuanto a cobertura tenemos una brecha de más del 50% y luego en efectividad del abordaje de las personas diabéticos, para lo cual, además de la estricta observancia de las Guías de Atención y la educación a la población, se debe coordinar entre los niveles operativos y central, la disposición de los reactivos de laboratorio que permitan oportunamente realizar las pruebas de hemoglobina glicosilada a los diabéticos y con ello monitorear los resultados del abordaje clínico.

Las regiones Huetar Atlántica y Chorotega deberían iniciar un proceso de identificación de las debilidades en la atención a las personas diabéticas, que les permita mejorar la efectividad de la atención brindada a estas personas.

ⁱ Jeffcoate SL. Diabetes control and complications: the role of glycated haemoglobin, 25 years on. Diabet. Med. 21, 657–665 .2004

Índice de desempeño (IDPSS)

El Índice de Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud (IDPSS), es una medida resumen del desempeño alcanzado por las unidades prestadoras, permite determinar en cada unidad el grado de desempeño logrado con respecto al resto de Áreas de Salud.

Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud

El Índice facilita la revisión de los resultados para aproximarse a conocer el estado de situación e identificar centros prioritarios para brindar un mayor seguimiento y apoyo técnico y administrativo.

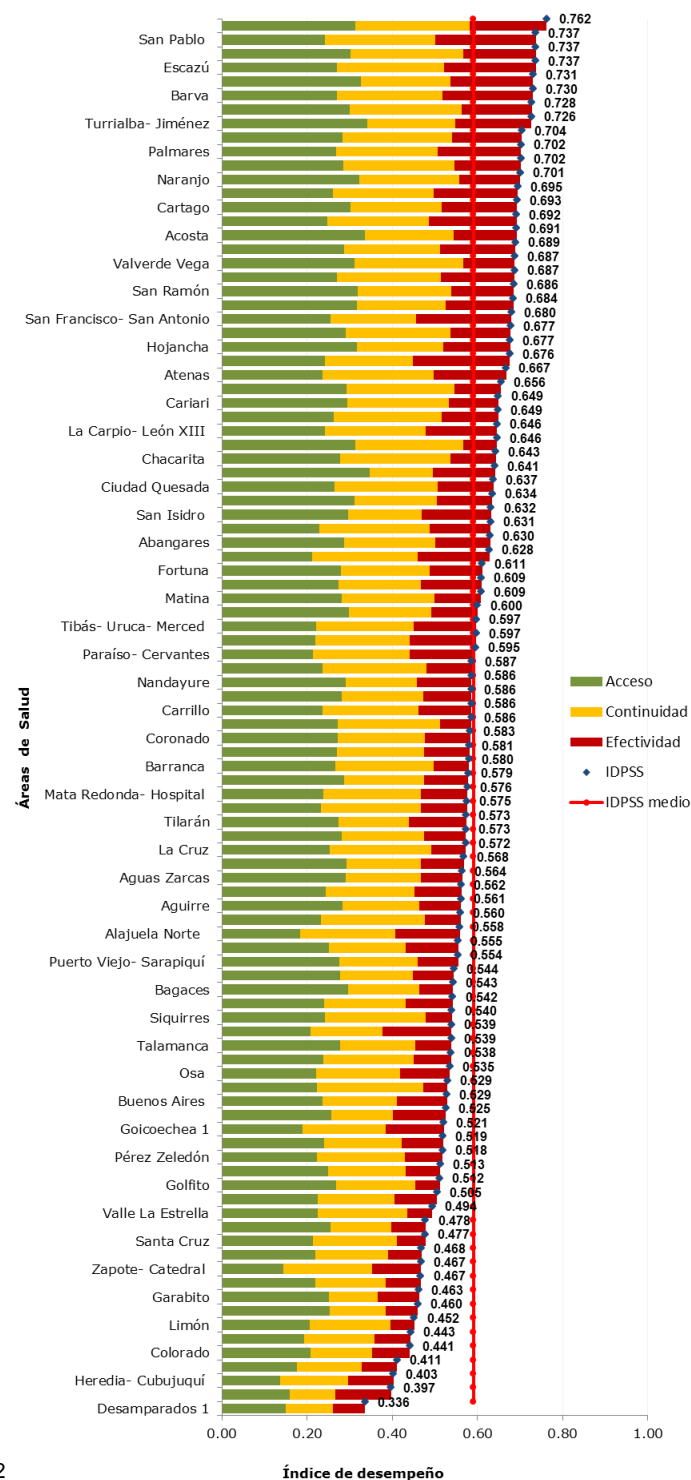
Escala de Desempeño		Número de AS
	Alto	25
	Medio Alto	26
	Medio Bajo	24
	Bajo	25

La contribución media de cada una de las dimensiones utilizadas para construir el IDPSS, es la siguiente:

Dimensión	Contribución	
	Valor Medio	%
Acceso	0,258	44
Continuidad	0,207	35
Efectividad	0,126	21
IDPSS medio	0,591	100

FUENTE: CCSS- DCSS. Evaluación del Desempeño de la Prestación de los Servicios de Salud, 2012

GRÁFICO E.9 C.C.S.S: ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA DIMENSIÓN, POR UNIDAD, 2012



ÍNDICE DE DESEMPEÑO

Informe de Resultados 2012

Evaluación del Desempeño de la
Prestación de Servicios de Salud



GRÁFICO E.9.1

C.C.S.S: ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD, Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA DIMENSIÓN
POR UNIDAD, **CUARTIL 1**, 2012

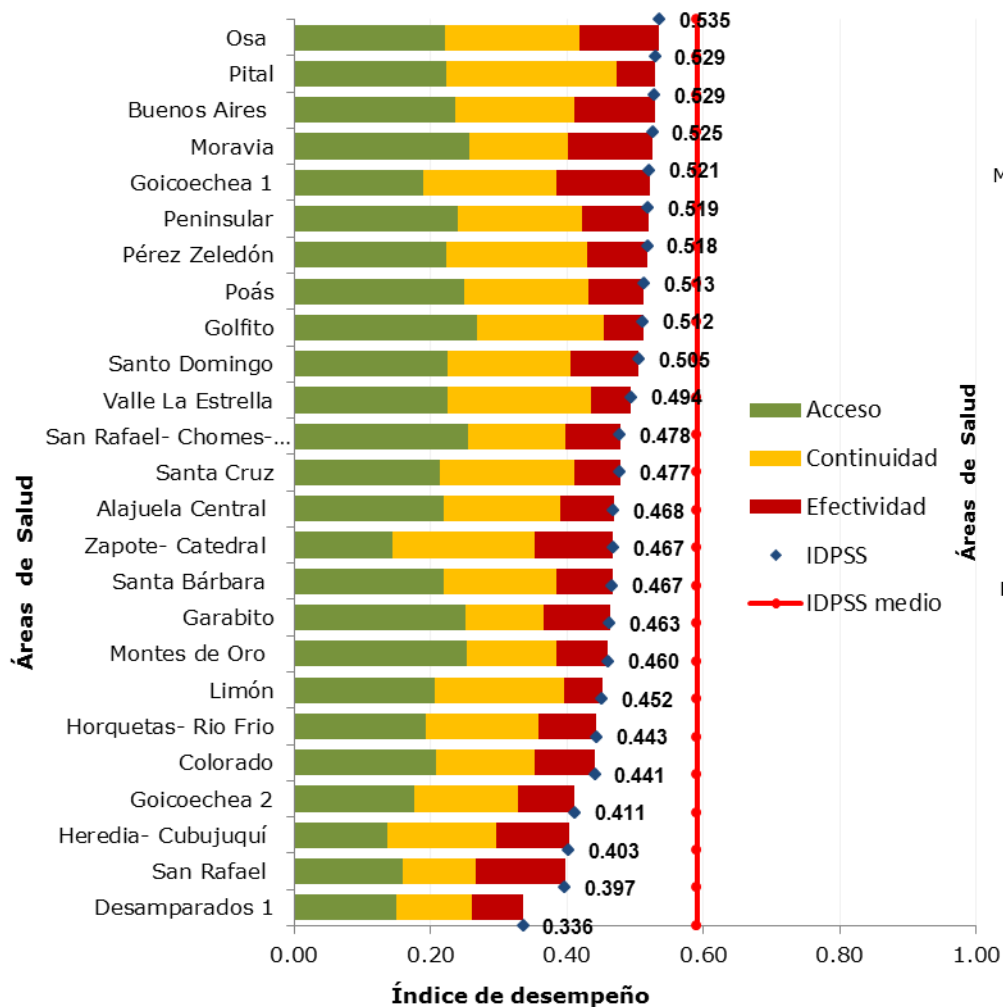
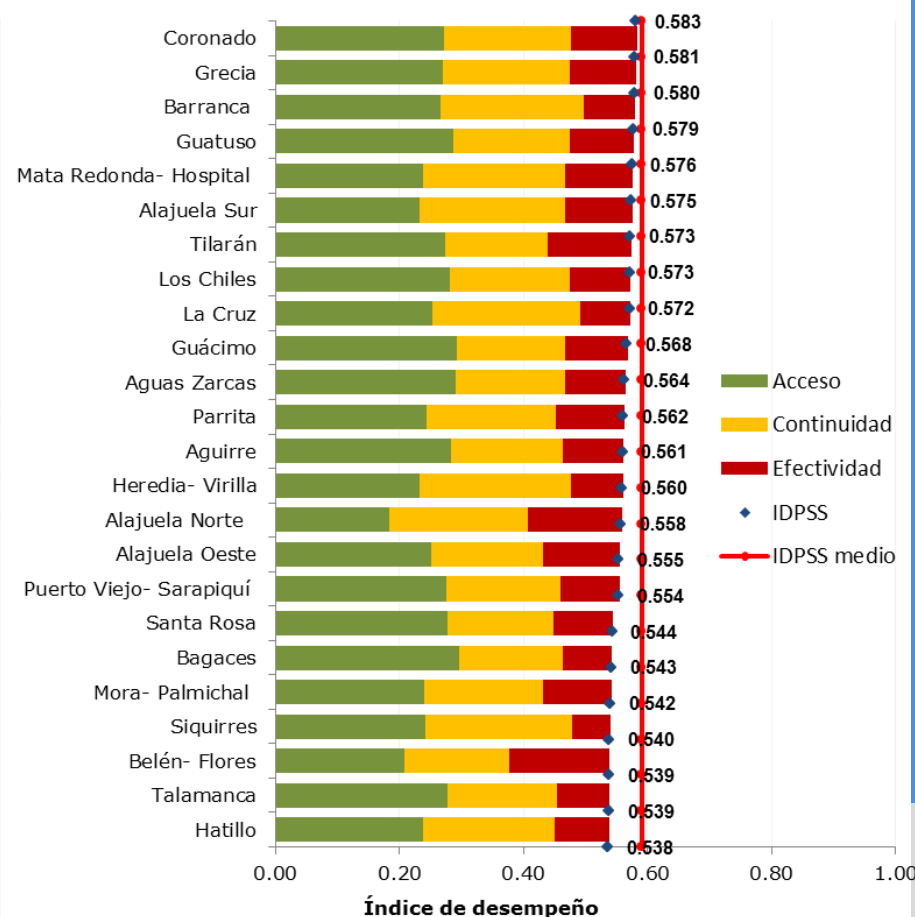


GRÁFICO E.9.2

C.C.S.S: ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD, Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA DIMENSIÓN,
POR UNIDAD, **CUARTIL 2**, 2012



ÍNDICE DE DESEMPEÑO

GRÁFICO E.9.3
C.C.S.S: ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD, Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA DIMENSIÓN,
POR UNIDAD, **CUARTIL 3**, 2012

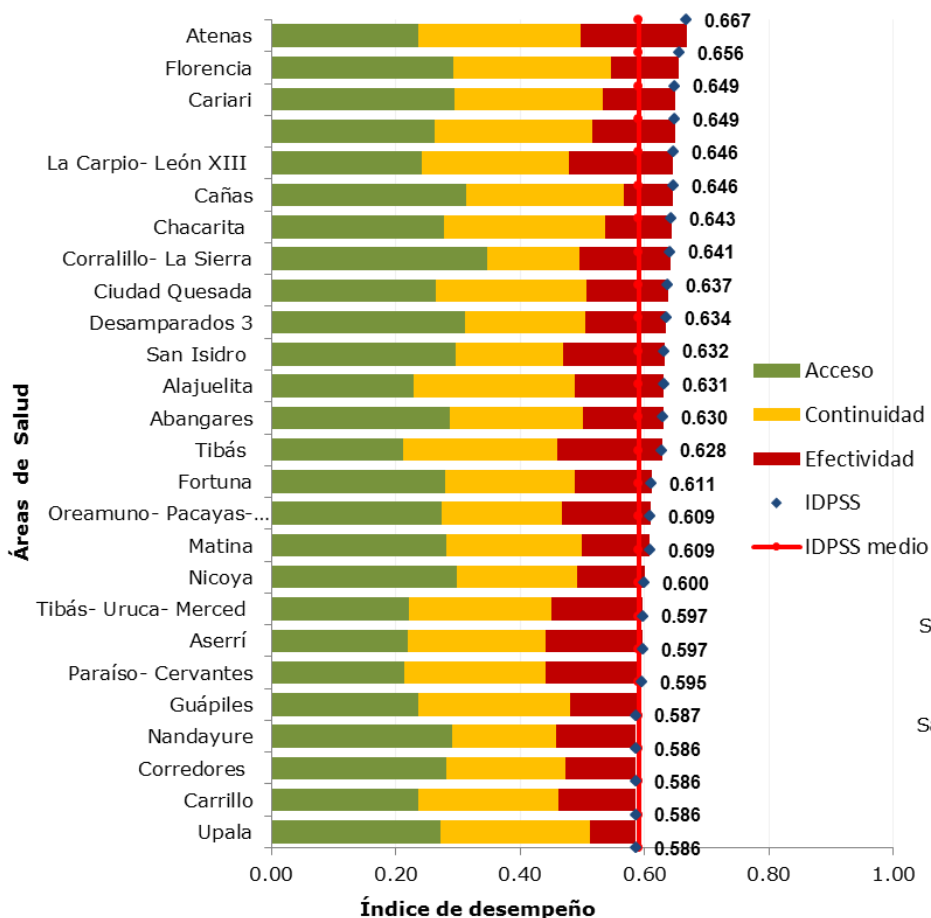
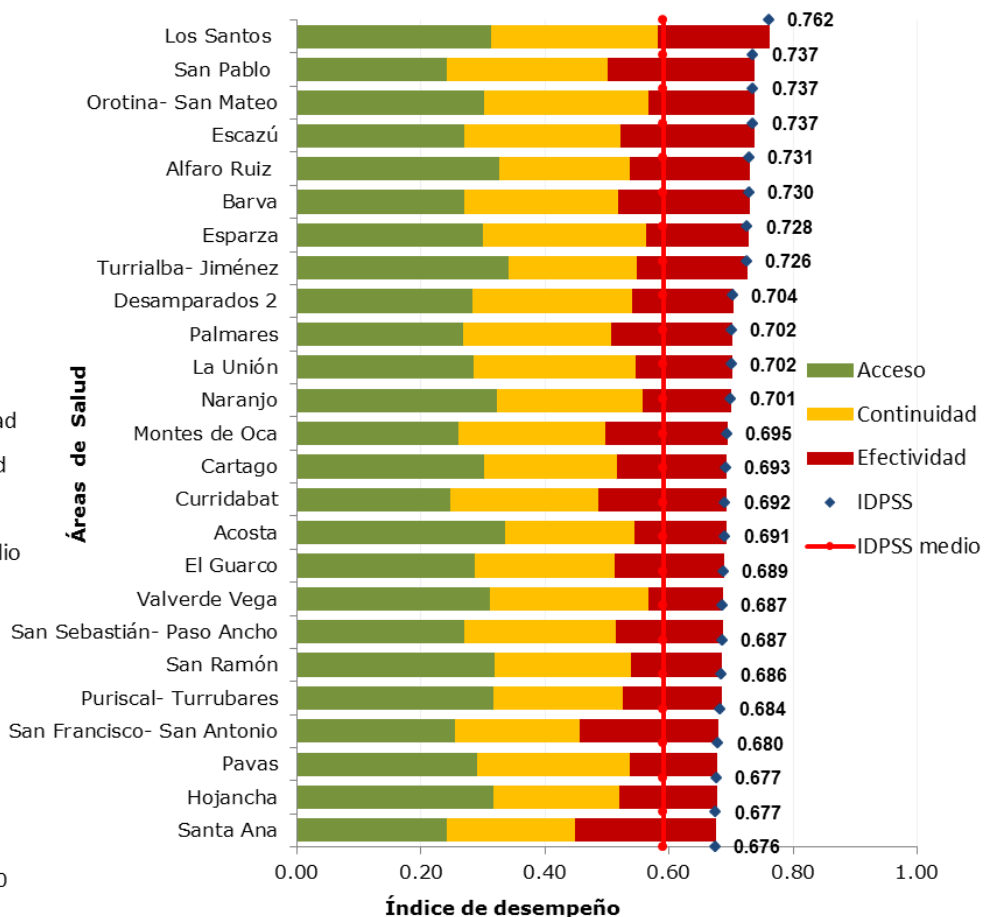
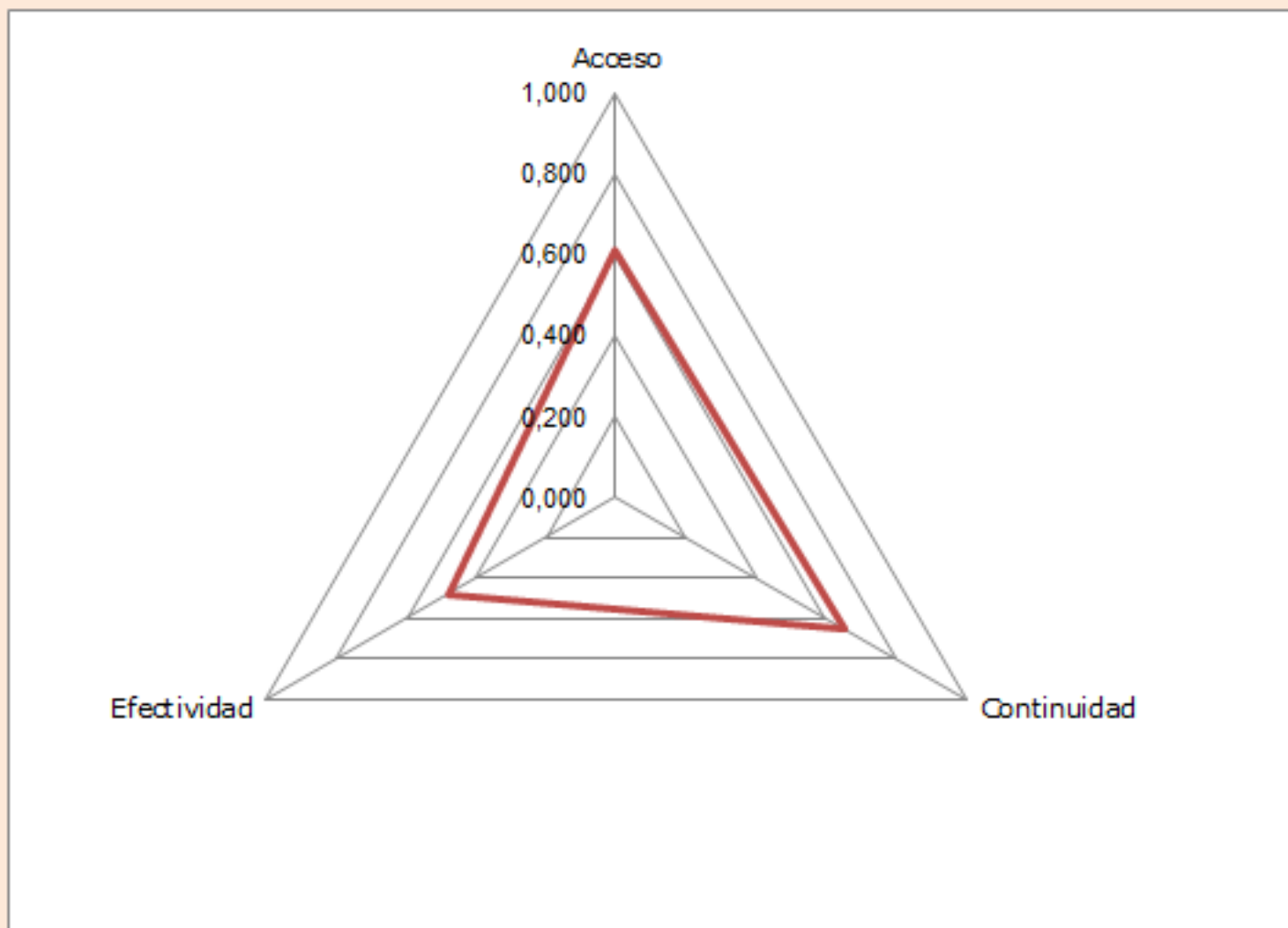


GRÁFICO E.9.4
C.C.S.S: ÍNDICE DE DESEMPEÑO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD, Y LA CONTRIBUCIÓN DE CADA DIMENSIÓN, POR UNIDAD,
RESULTADOS ENTRE EL CUARTIL 3 Y EL VALOR MÁXIMO, 2012



ÍNDICE DE DESEMPEÑO

Resultados del IDPSS por dimensión, en el nivel institucional, año 2012



Resultados de Hospitales

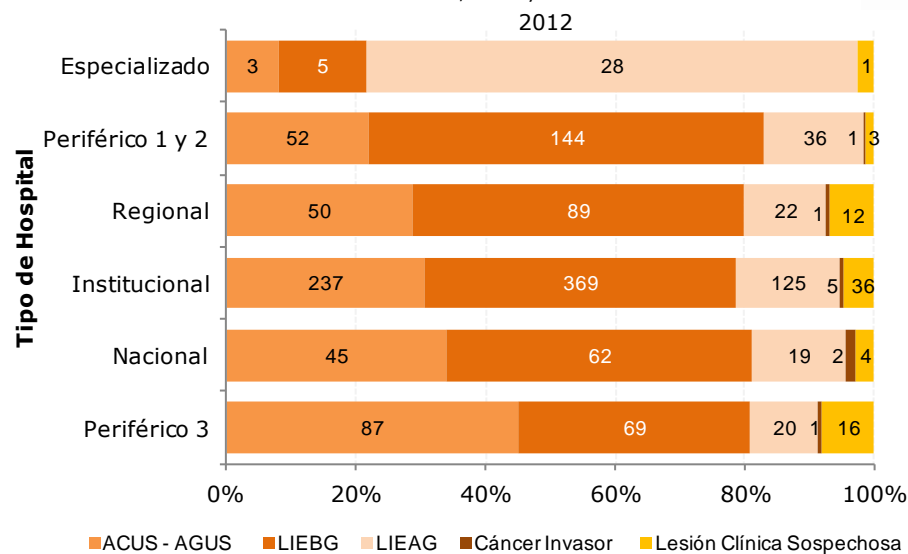
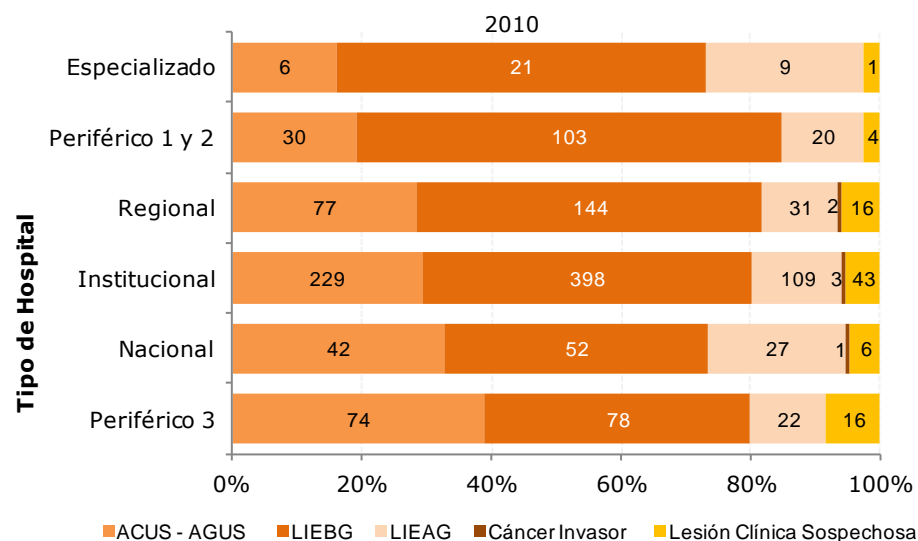
CONTINUIDAD

La continuidad se refiere a “la atención de las personas en las diferentes fases del ciclo de vida (**continuidad horizontal**), y en los diferentes niveles de atención (**continuidad vertical**) que conforman la red de servicios de salud”¹.

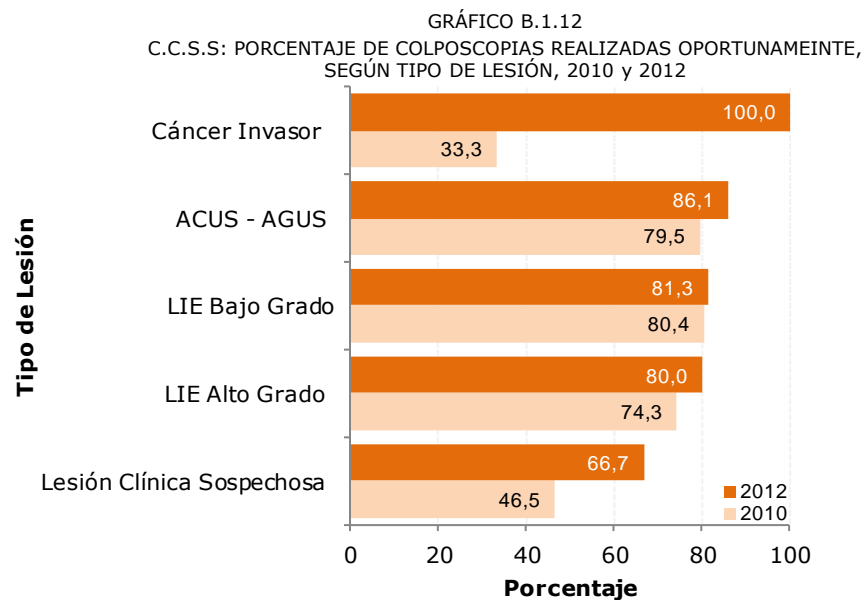
¹ CCSS. La Compra Estratégica de Servicios de Salud en la Caja Costarricense de Seguro Social: Del Seguimiento de la Producción y Programas hacia la Mejora del Desempeño. San José: DCSS; 2009: 32.

GRÁFICO B.1.11

C.C.S.S: DISTRIBUCIÓN DE LAS COLPOSCOPÍAS REALIZADAS SEGÚN LESIÓN Y POR TIPO DE HOSPITAL, 2010 y 2012



El 82% de las colposcopias fueron realizadas en el tiempo establecido según tipo de lesión el cumplimiento superó el 80%.



EFFECTIVIDAD

Se entiende por efectividad, la “resolución o control de un problema de salud y la atención apropiada, basada en evidencia científica.”¹. Así, en esta dimensión se procuran evaluar resultados que permitan mostrar el efecto de ciertas intervenciones en la salud de la población.

1) Modificado de: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas. Washington DC, 2001.

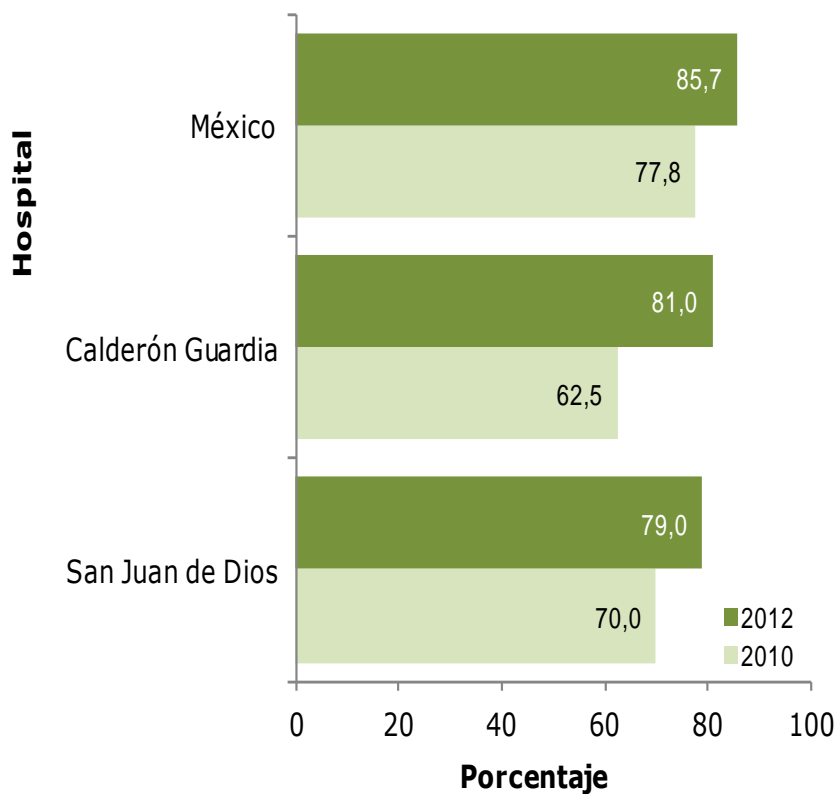


GRÁFICO C.4.1.
C.C.S.S.: PERSONAS CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
(IAM) CON REPERFUSIÓN CORONARIA OPORTUNA,
HOSPITAL NACIONAL 2010 Y 2012

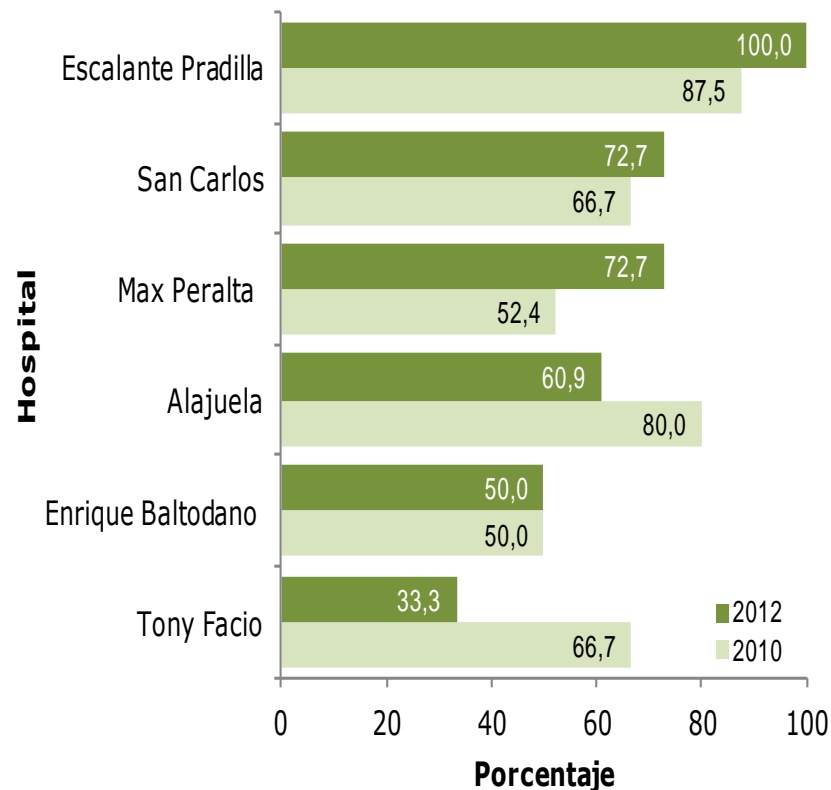


GRÁFICO C.4.2
C.C.S.S.: PERSONAS CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
(IAM) CON REPERFUSIÓN CORONARIA OPORTUNA,
HOSPITAL REGIONAL 2010 Y 2012

La medición del tiempo meta en los casos válidos mostró que al 72% de las personas con IAM, la terapia trombolítica fue aplicada dentro de los primeros treinta minutos. En el año 2010, este porcentaje representó un 76%.

EFICIENCIA

La eficiencia se define como la relación entre los recursos empleados y los efectos obtenidos; es decir, analiza los recursos requeridos para producir una determinada cantidad de servicios ya sean éstos intermedios, finales o que logren determinados efectos en la salud de las personas.



GRÁFICO E.2.19
C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ALTAS EN RELACION AL
TOTAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, SEGÚN TIPO
DE HOSPITAL, 2007 y 2012

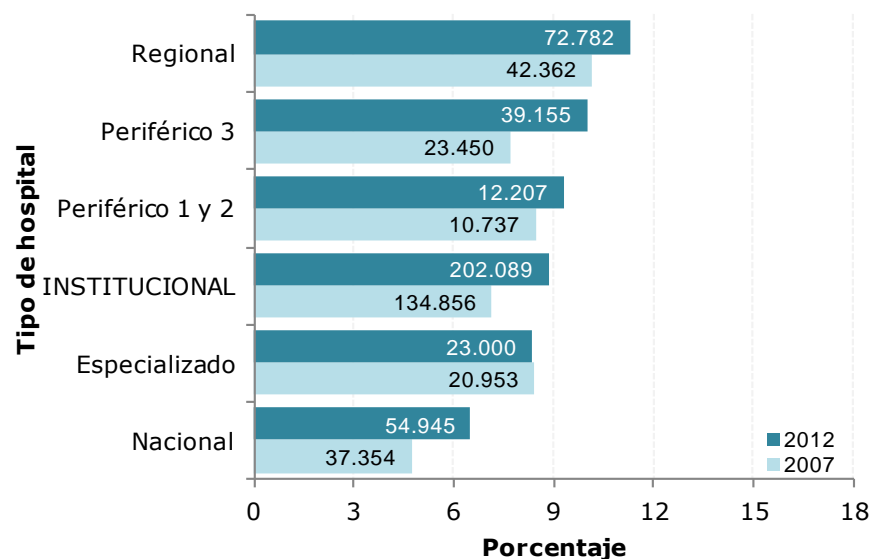
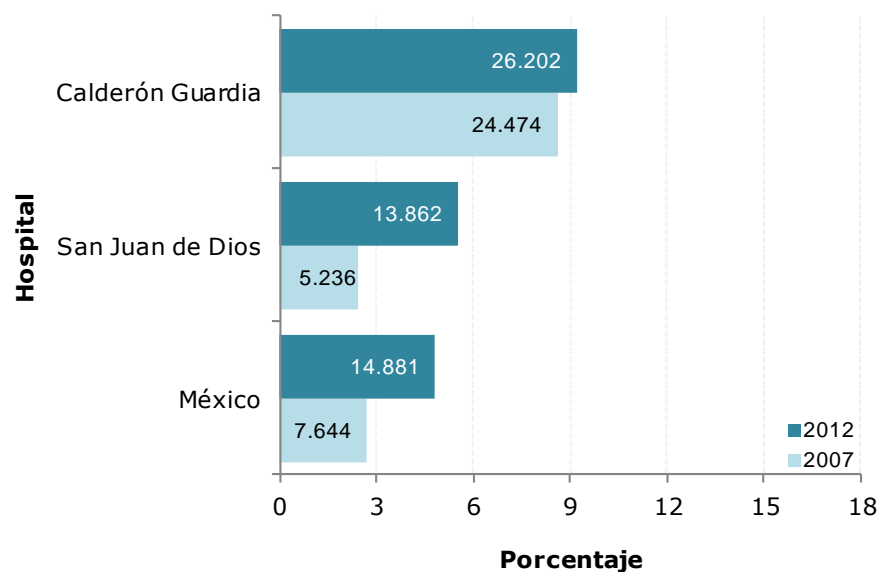


GRÁFICO E.2.20
C.C.S.S.: PORCENTAJE DE ALTAS EN RELACION AL
TOTAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, HOSPITAL
NACIONAL 2007 y 2012



El volumen de altas generadas por las diferentes especialidades de los 29 centros hospitalarios, creció un 50% respecto al año 2007. Solo representa un 9% del total de consultas.

ALTAS



En el año 2012
aumentaron los egresos
un 3% respecto al año
2007

GRÁFICO E.5.1
C.C.S.S.: EGRESOS TOTALES POR SERVICIO,
2007 y 2012

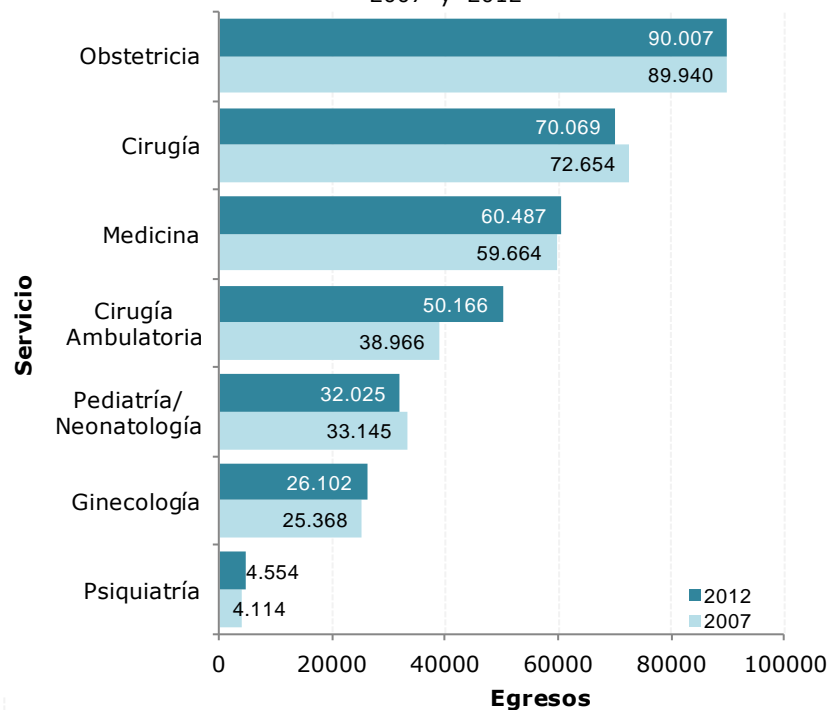
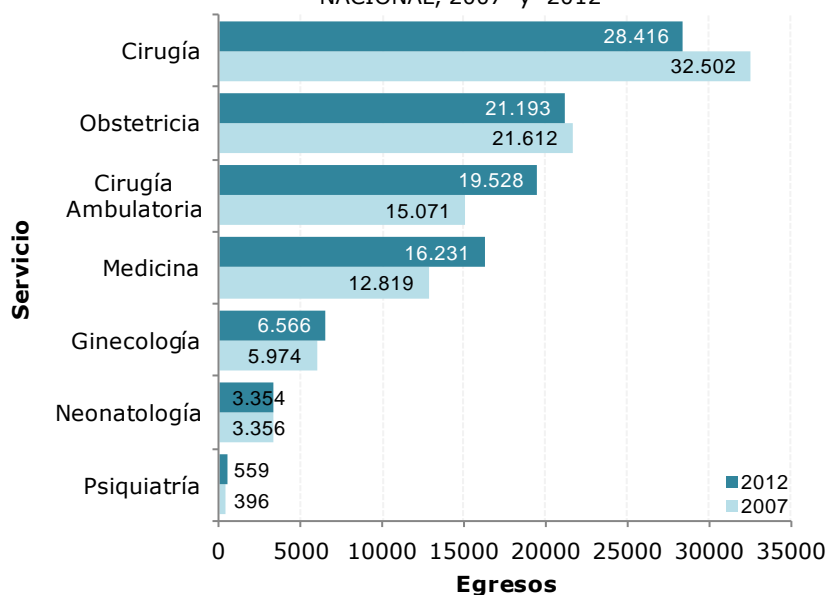


GRÁFICO E 5.2.
C.C.S.S.: EGRESOS POR SERVICIO, HOSPITAL
NACIONAL, 2007 y 2012



La Cirugía Ambulatoria representa el 15% del total de egresos. Esta proporción en el año 2007 fue 12%.

GRÁFICO E.5.32
C.C.S.S.: EGRESOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA, A NIVEL
INSTITUCIONAL 2007- 2012

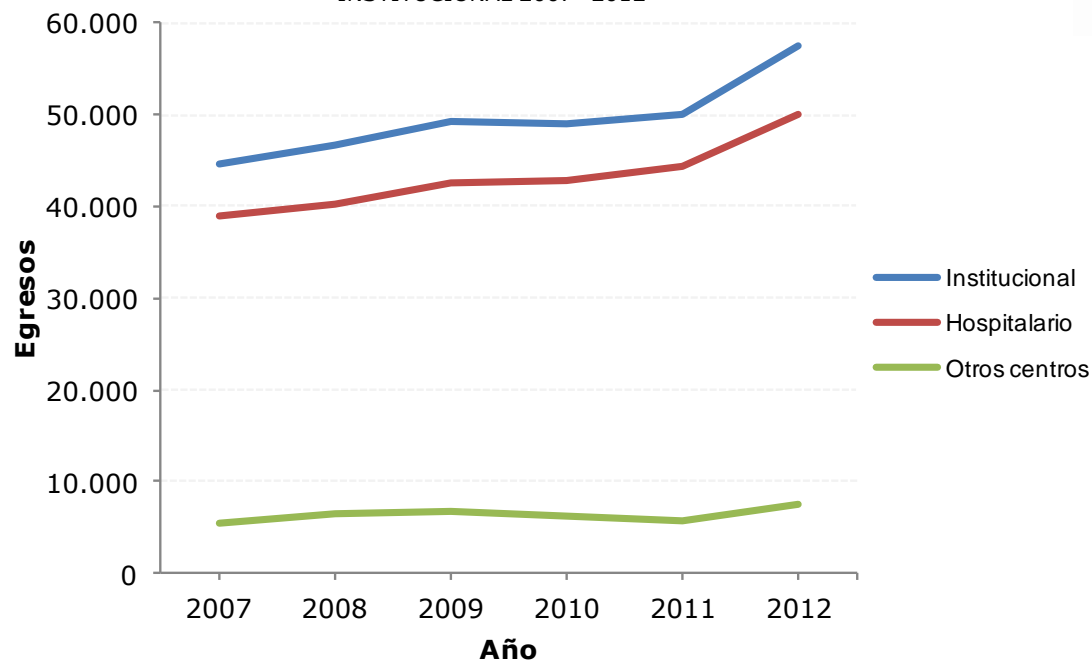
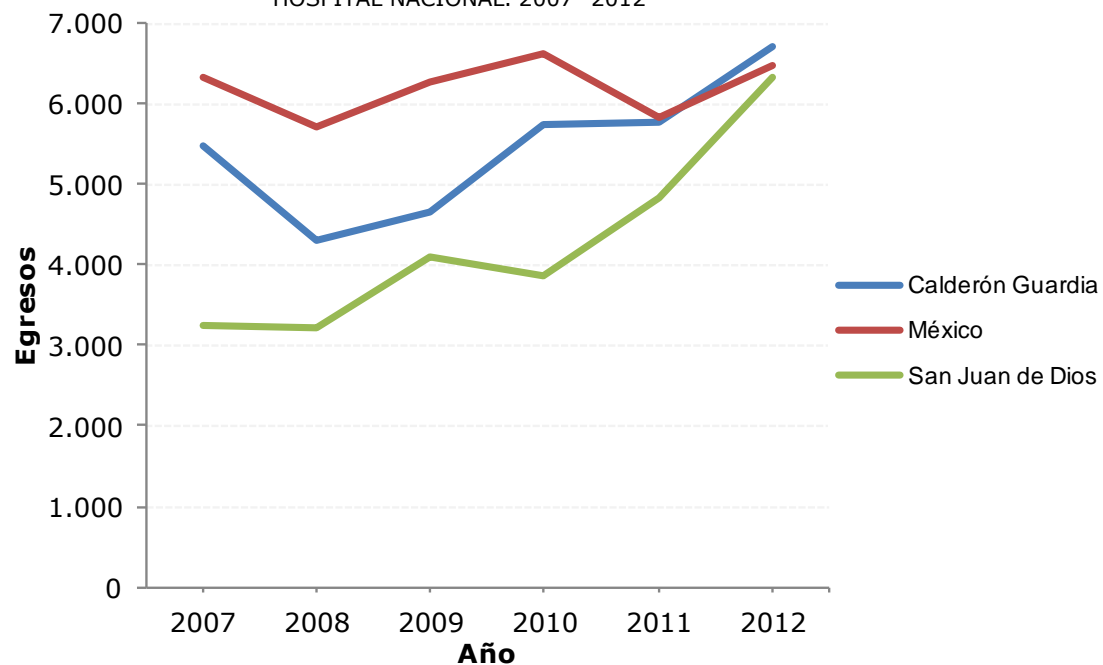
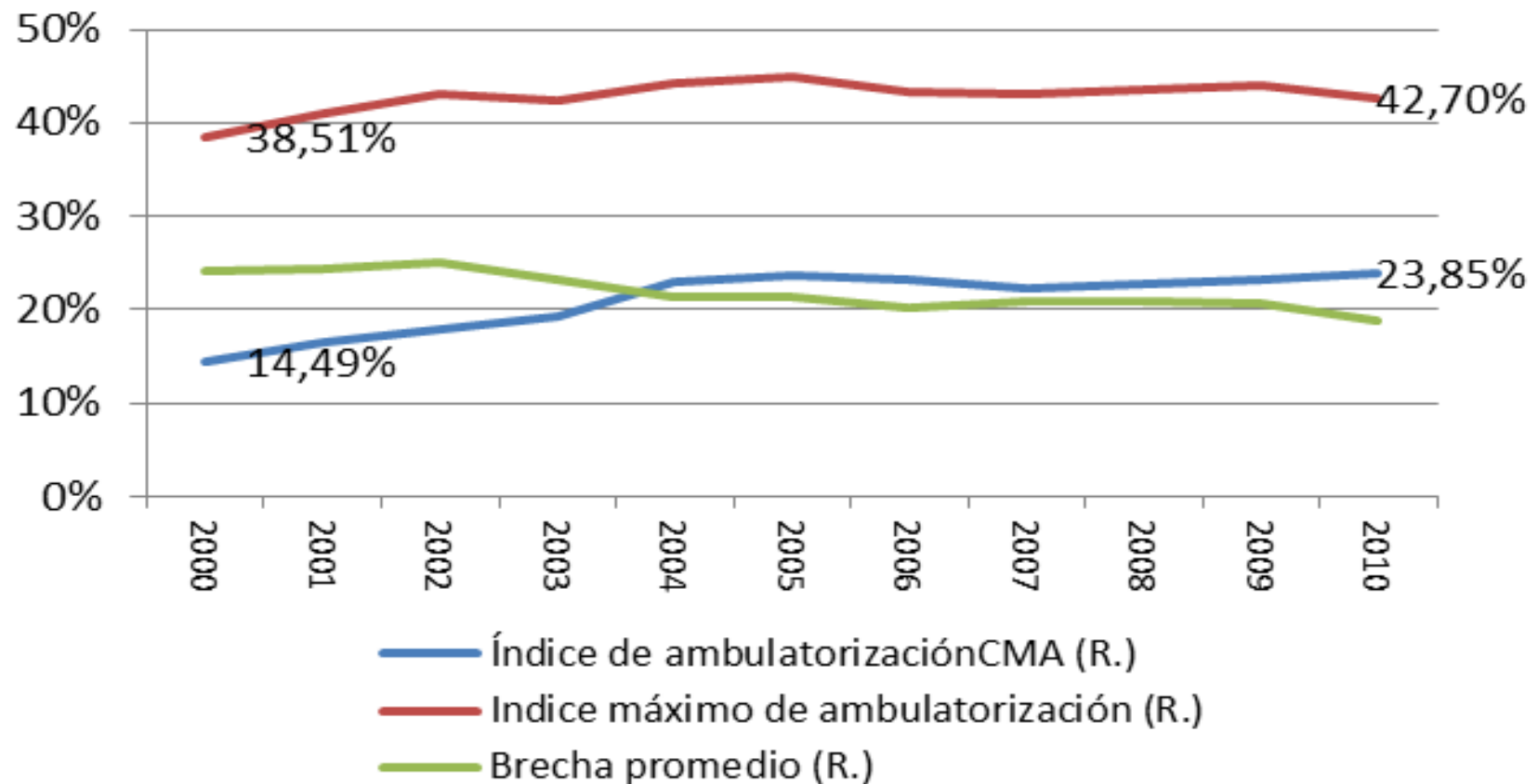


GRÁFICO E.5.33
C.C.S.S.: EGRESOS DE CIRUGÍA AMBULATORIA,
HOSPITAL NACIONAL. 2007- 2012



EGRESOS CIRUGÍA AMBULATORIA

Índice de ambulatorización CMA , 2000-2010

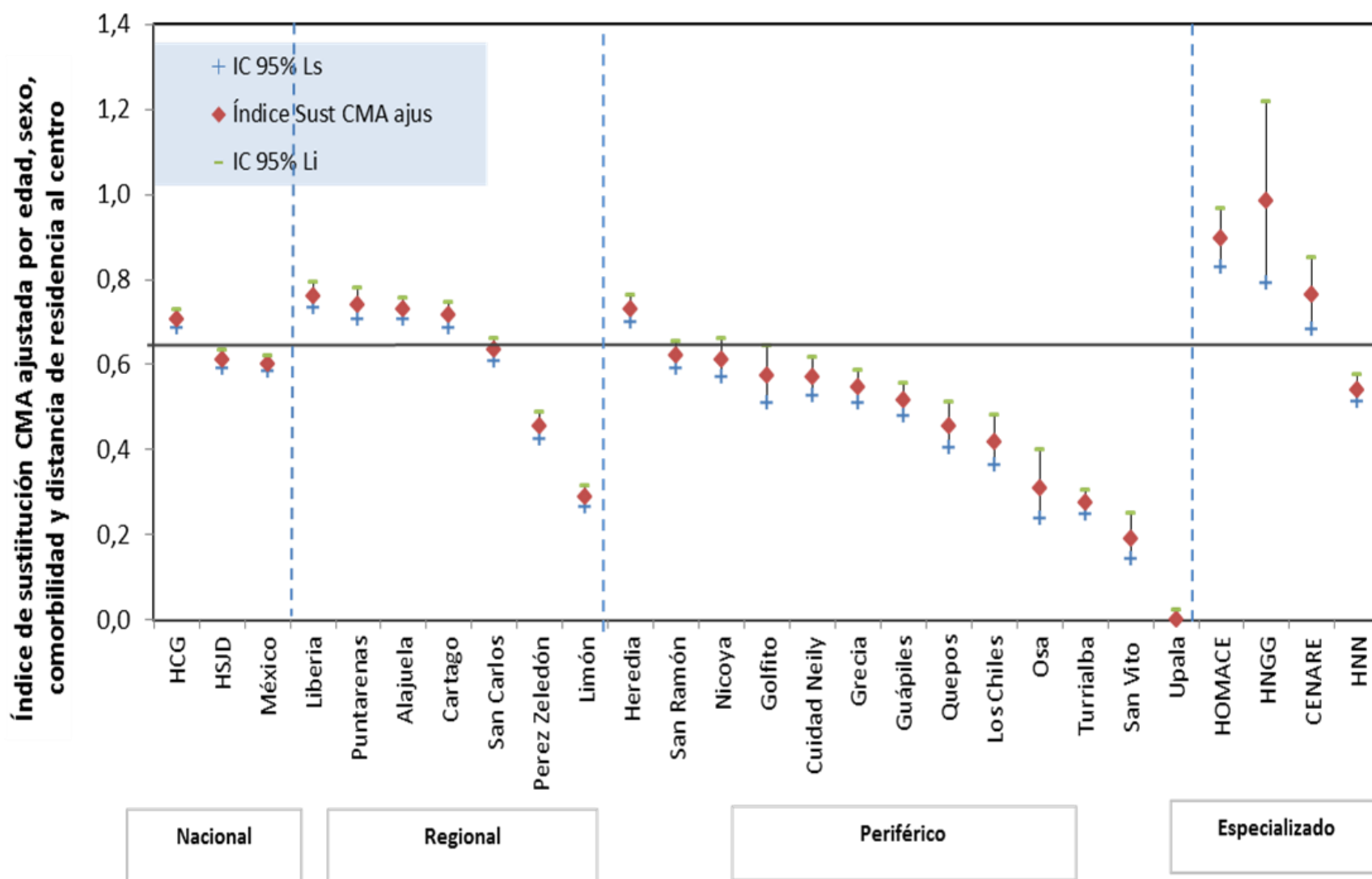


La línea azul representa el porcentaje de cirugías que se realiza mediante la modalidad de CMA respecto al total operado en la CCSS.

La línea roja corresponde al máximo porcentaje de cirugías posibles por la modalidad ambulatoria según la lista de CMA de la CCSS aprobada en el 2006 .

Se observa que los hospitales han aumentado el porcentaje de cirugías realizadas ambulatoriamente. Sin embargo, aún existe un alto porcentaje de cirugías que se podrían realizar ambulatoriamente.

Índice de cirugía mayor ambulatoria ajustado (CMA) , 2010-2011



- Los hospitales eficientes son los que tienen un rango superior a la tasa nacional.
- Se destaca un gran número de hospitales con un porcentaje de CMA inferior al esperado según la lista sugerida por el Sistema de Salud Español y revisada por la DCSS. Por lo que existe un amplio margen de mejora.



GRÁFICO E.6.1
C.C.S.S.: ESTANCIA PREOPERATORIA DE LOS EGRESOS OPERADOS,
CON INGRESO POR CONSULTA EXTERNA,
SERVICIO DE CIRUGÍA
2007 y 2012

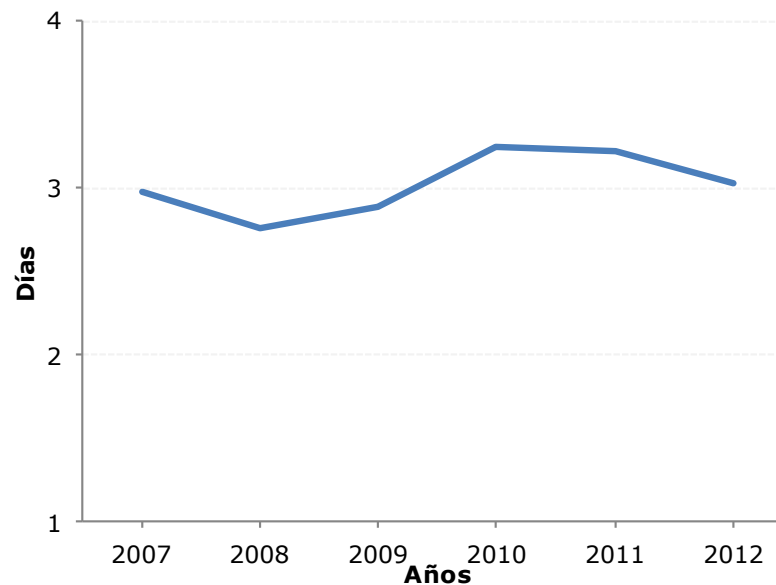


GRÁFICO E.6.2
C.C.S.S.: ESTANCIA PREOPERATORIA DE LOS EGRESOS OPERADOS,
CON INGRESO POR CONSULTA EXTERNA, SERVICIO DE CIRUGÍA
HOSPITAL NACIONAL
2007 y 2012

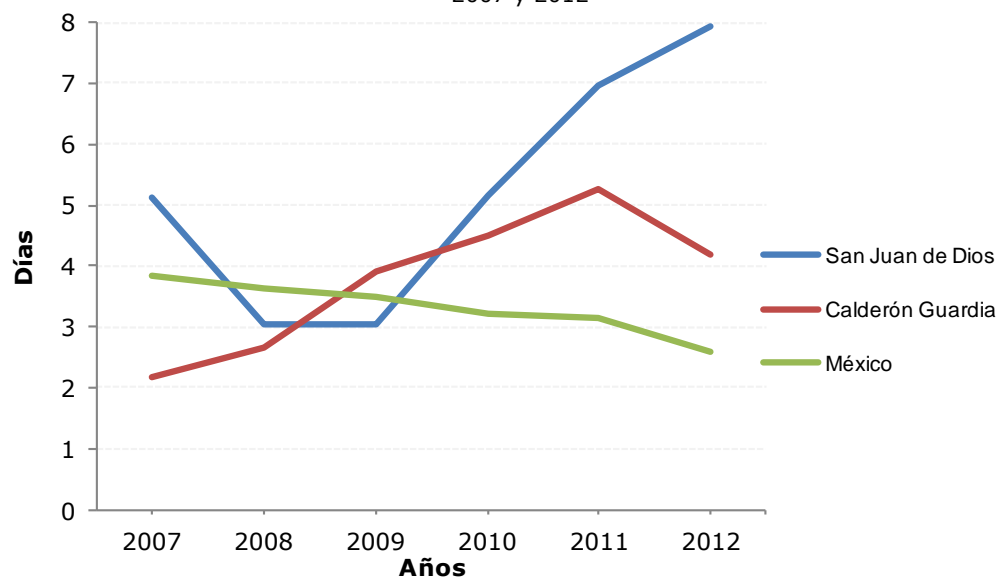


GRÁFICO E.6.7
C.C.S.S.: ESTANCIA PREOPERATORIA DE LOS EGRESOS OPERADOS,
CON INGRESO POR CONSULTA EXTERNA, DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA
2007 y 2012

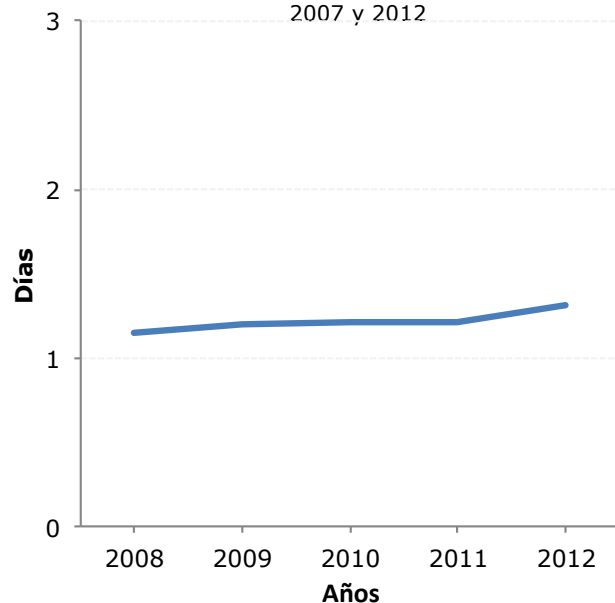
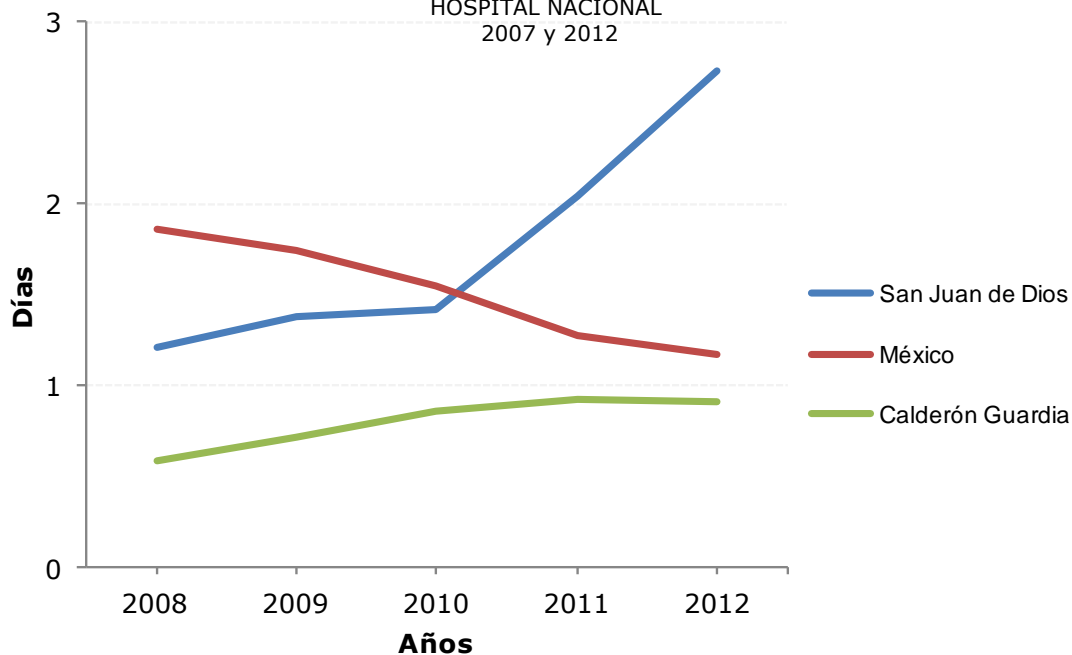
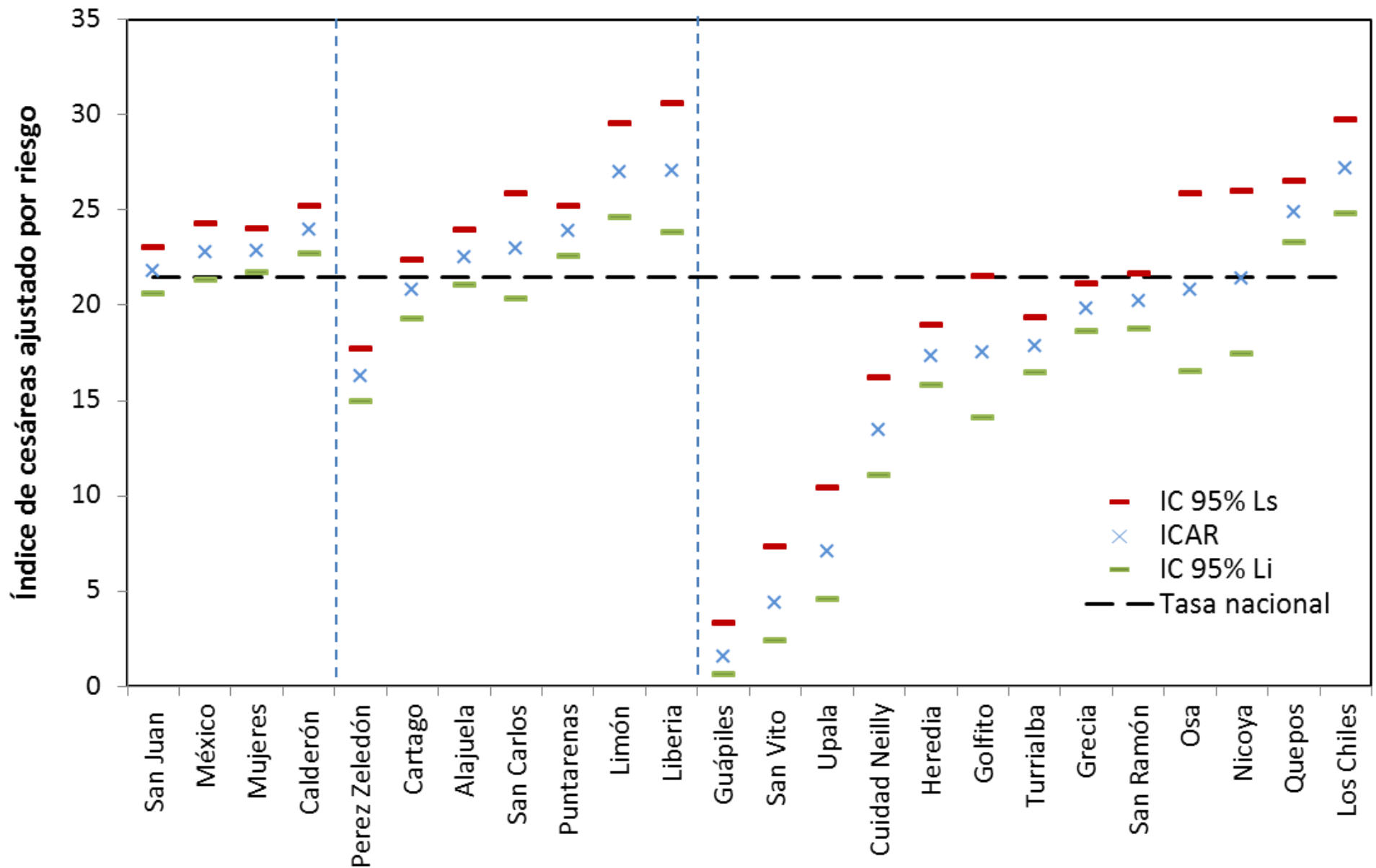


GRÁFICO E.6.8
C.C.S.S.: ESTANCIA PREOPERATORIA DE LOS EGRESOS OPERADOS, CON INGRESO
POR CONSULTA EXTERNA, SERVICIO DE GINECOLOGÍA
HOSPITAL NACIONAL
2007 y 2012



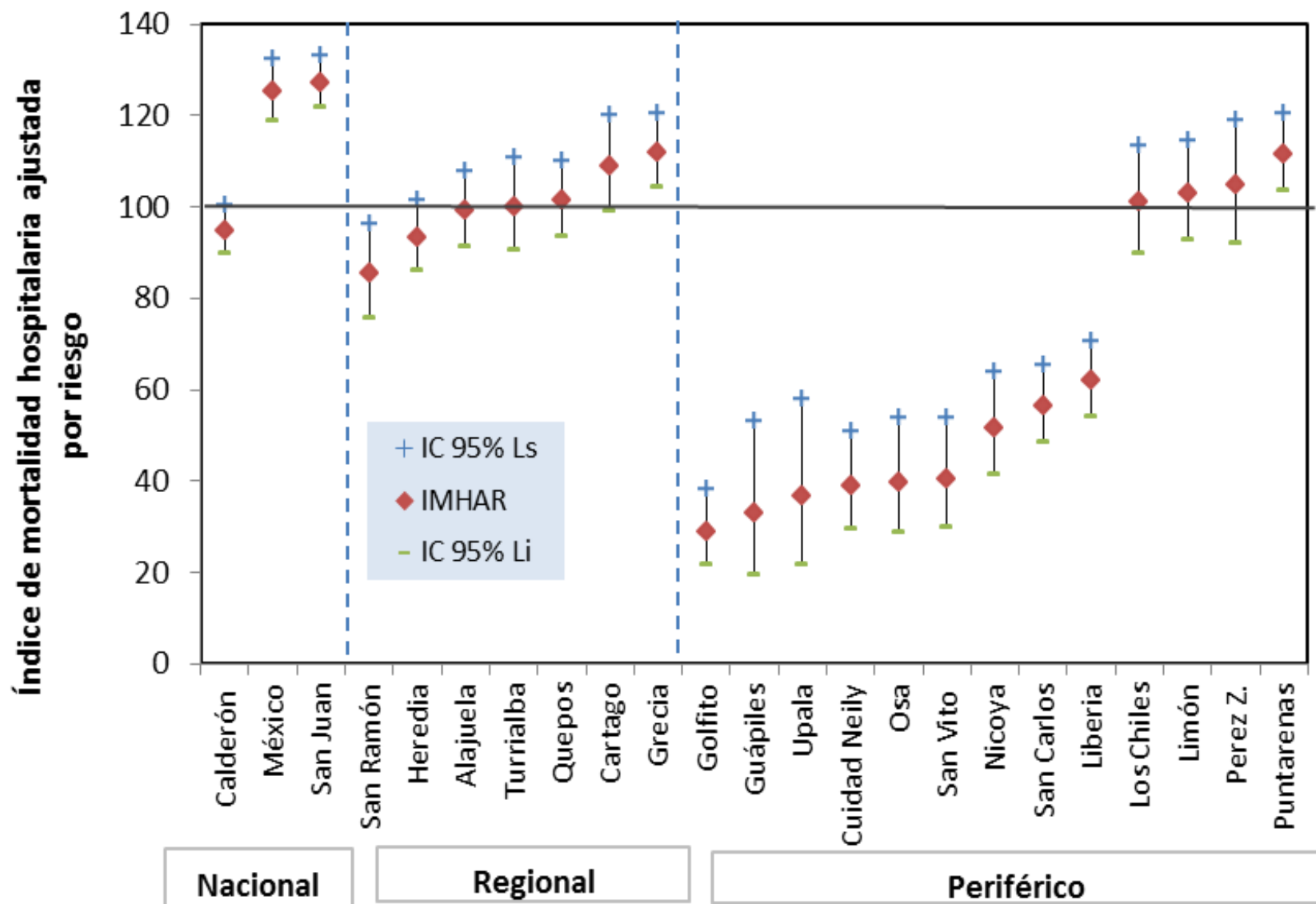
ESTANCIA PREOPERATORIA GINECOLOGÍA

Índice de Cesáreas ajustado por riesgo (ICAR), 2012



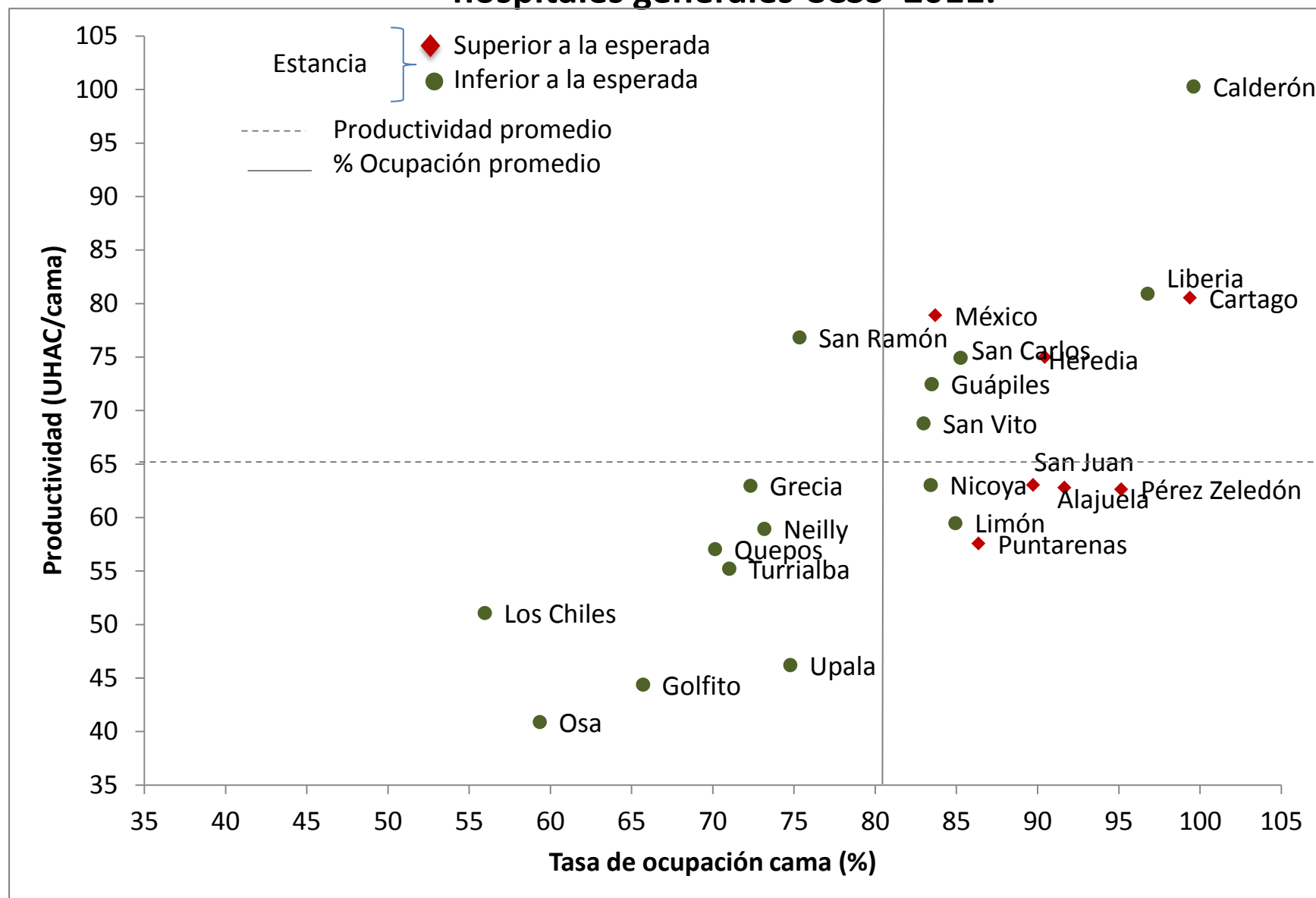
- Los hospitales eficientes son los que tienen un rango inferior a la tasa nacional.
- Hay muy pocos hospitales que cumplen el rango recomendado por la OMS (10-15%)

Índice de mortalidad hospitalaria ajustada por riesgo (IMHAR). Hospitales generales CCSS, 2010-2011.



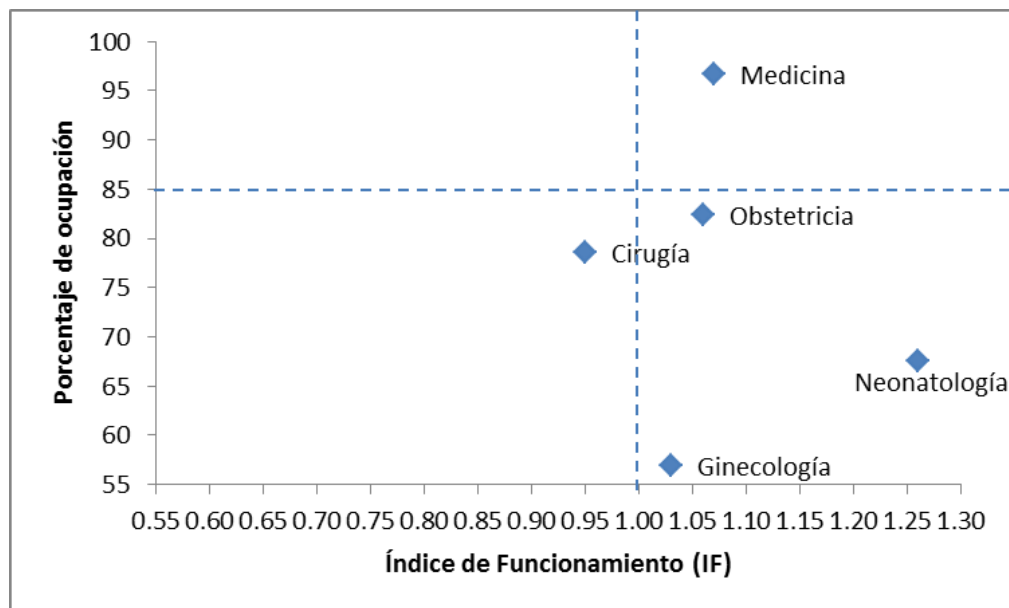
-Los hospitales eficientes son los que tienen un rango inferior a la tasa nacional (inferiores a 100).

Eficiencia en la gestión de la cama. Diagrama de Pabón Lasso **hospitales generales CCSS 2011.**

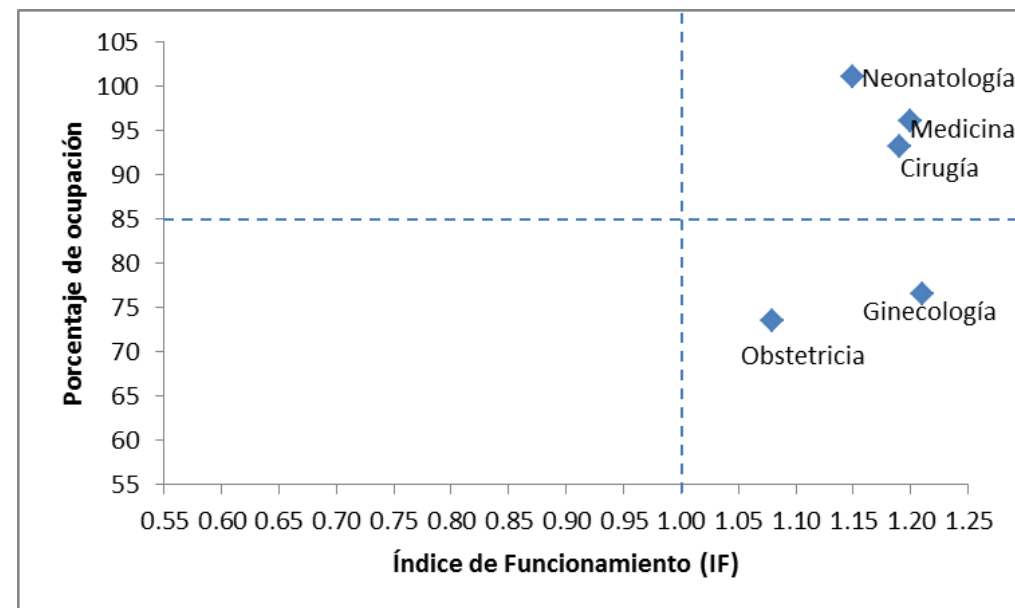


Los hospitales eficientes son los que registran una ocupación y una productividad superior al promedio nacional y que tienen una estancia igual o inferior a la esperada de acuerdo a la complejidad de sus casos (cuadrante superior derecho etiquetados con la bola verde)

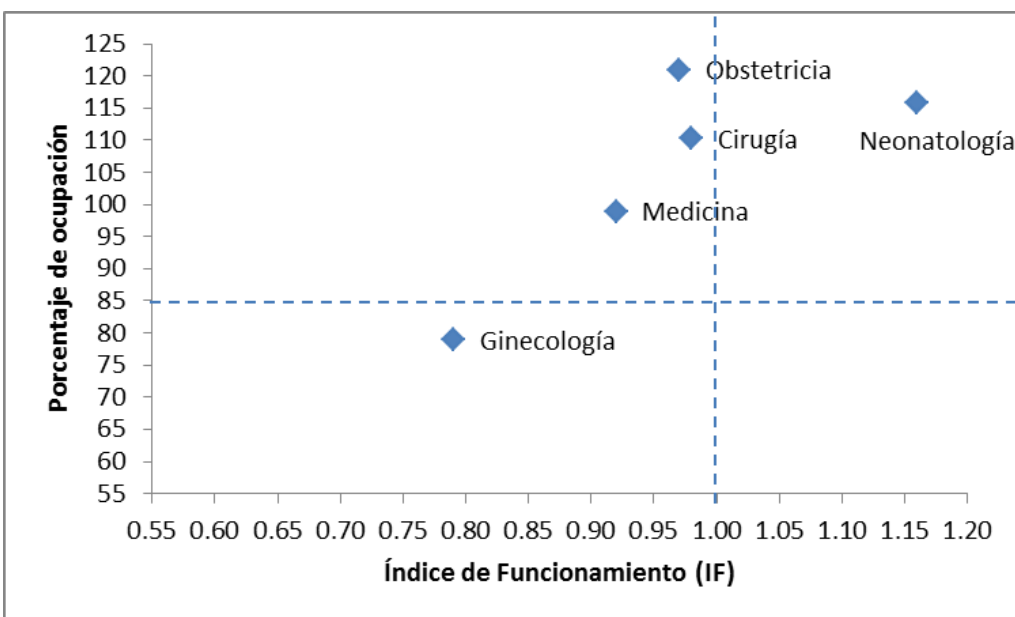
Eficiencia en el uso de la cama y el manejo de las estancias, Hospitales Nacionales, 2012



El **México** tiene mala distribución interna de las camas, con una alta ocupación en el servicio de Medicina y baja en Ginecología y Neonatología. Además tiene un mal manejo de sus estancias en todos los servicios excepto en cirugía.

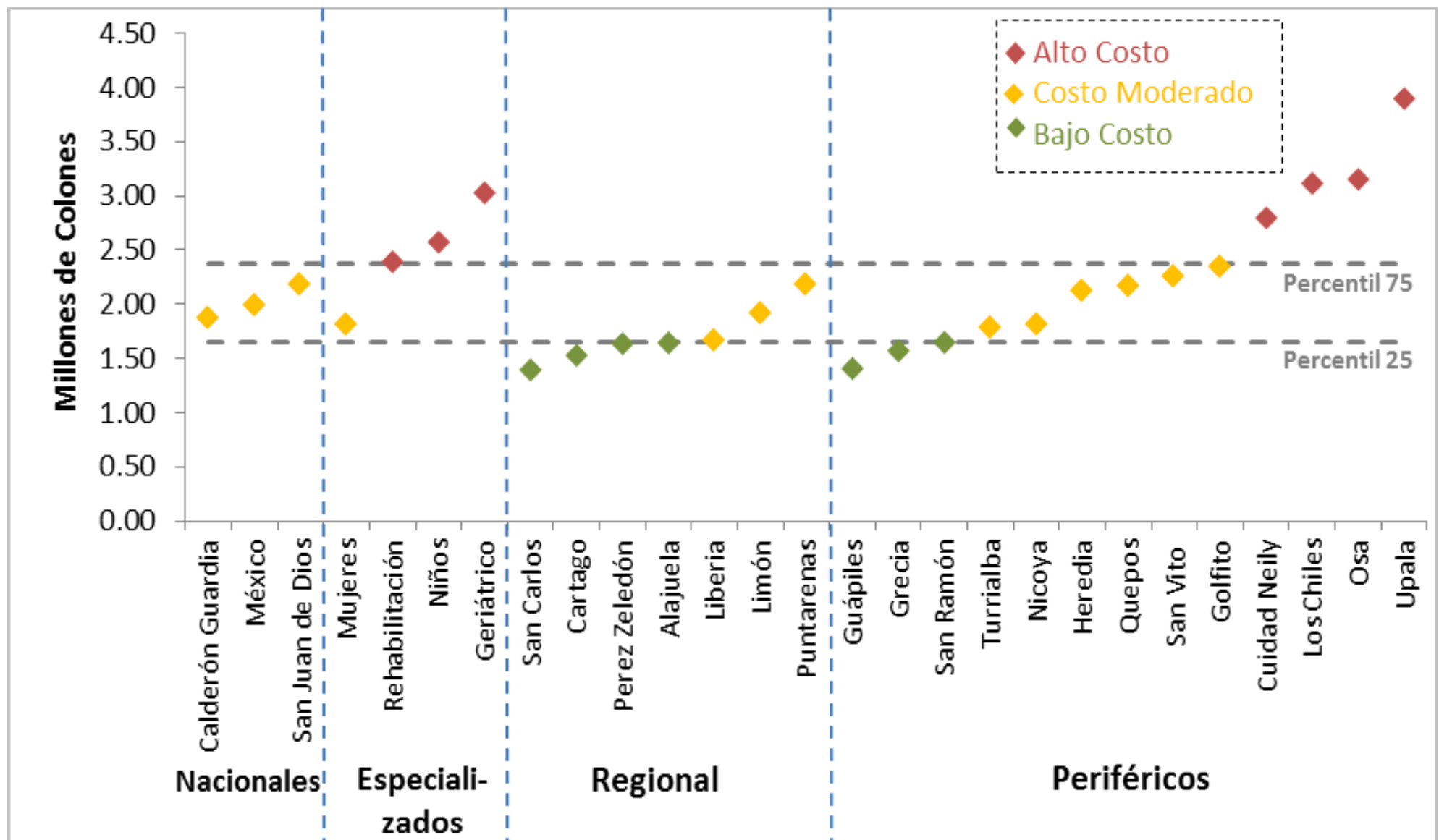


El **San Juan** es ineficiente en el manejo de las estancias en todos los servicios, dado que consume más estancias que la norma para resolver casos de una complejidad dada. Además, presenta una mala distribución interna de sus camas, ya que tiene alta ocupación en los servicios de Medicina, Cirugía y Neonatología y baja ocupación en Ginecología y Obstetricia.



El **Calderón** presenta alta ocupación en todos sus servicios menos en Ginecología donde está por debajo del óptimo (85% de ocupación). Además, tiene un mal manejo de las estancias en Neonatología.

Costo por Unidad de Hospitalización Ajustada por Casuística (UHAC), Hospitales CCSS, 2011



-Los hospitales con altos costos son los de viñeta roja (por encima del percentil 75). Muchos de ellos están ubicados en zonas alejadas y su alto costo se asocian a otros objetivos de acceso y equidad en la atención.

Se reportó un total de 132 quirófanos, en los veinticinco hospitales evaluados.

El 85% estuvo en uso y el resto no funcionó por motivos de cierres para remodelación y mantenimiento

GRÁFICO E.8.1
C.C.S.S.:DÍAS UTILIZADOS EN QUIRÓFANOS,
POR TIPO DE HOSPITAL.2012
(porcentaje)

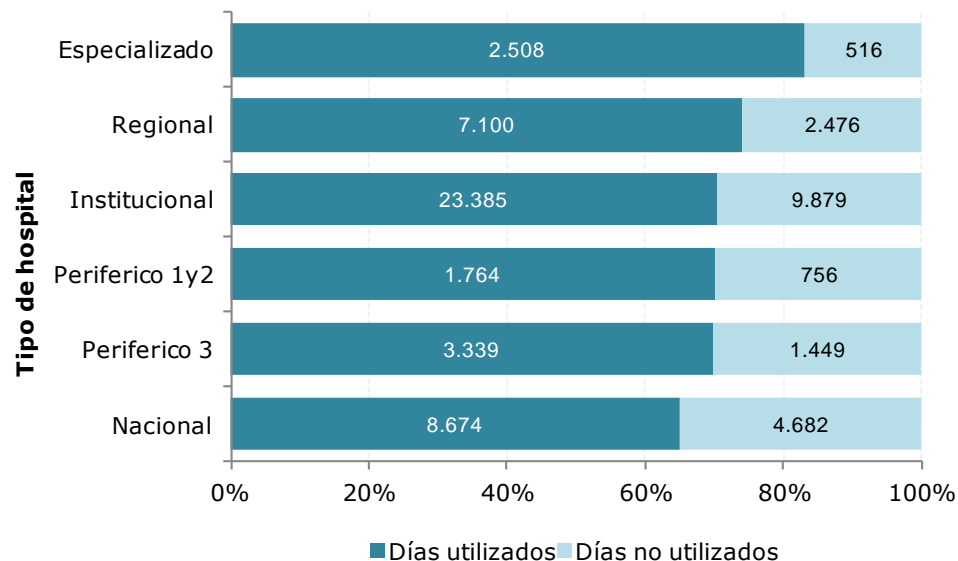
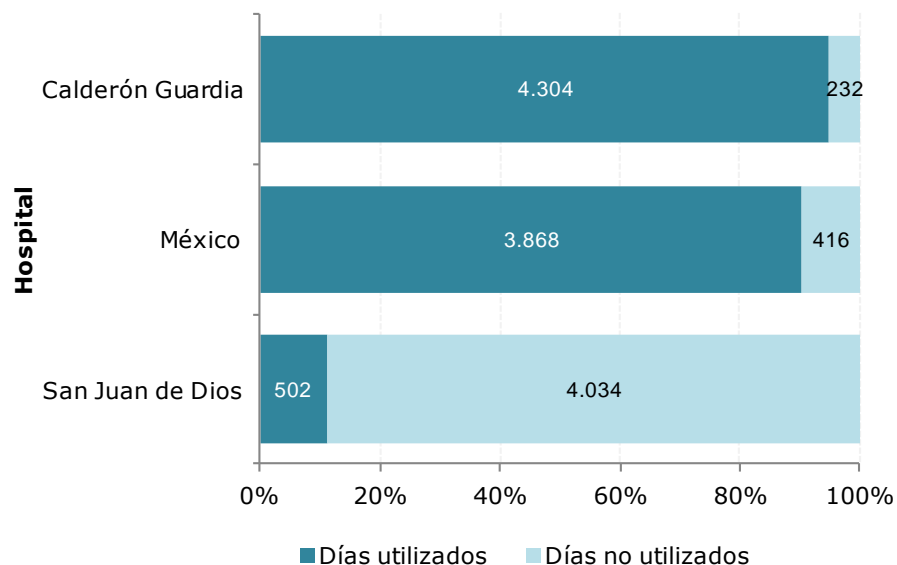


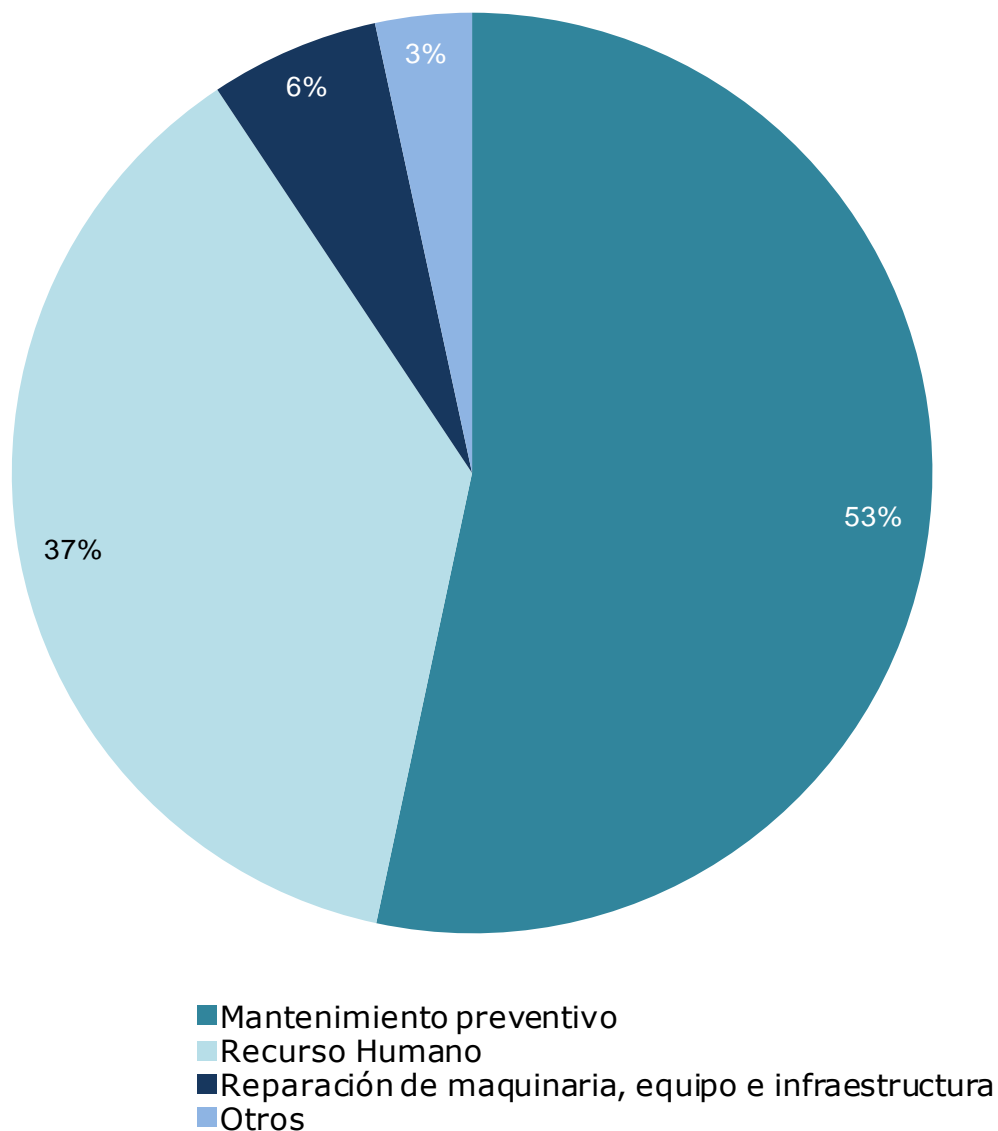
GRÁFICO E.8.2
C.C.S.S.:DÍAS UTILIZADOS EN QUIRÓFANOS,
HOSPITAL NACIONAL. 2012
(porcentaje)



En el año 2012 las salas en uso estuvieron funcionando el 70% de los días hábiles; es decir, cada quirófano se utilizó en promedio 177 días.

USO DE QUIRÓFANOS

GRÁFICO E.8.7
C.C.S.S.: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE NO
UTILIZACIÓN DE LOS QUIRÓFANO, 2012



La justificación del no uso de los quirófanos se presentó en el 95% de los días disponibles no utilizados. El mantenimiento preventivo resultó ser el 53% de las causas de no utilización. El no contar con recurso humano el 37%, estuvo asociado a factores de jubilación, huelga o paro, vacaciones, incapacidades, permisos e inopia de anestesiólogo, cirujano o resto del personal de sala.

USO DE QUIRÓFANOS



Gracias