



Informe de resultados de la **Evaluación** de la Prestación de Servicios de Salud **2017**



Gerencia Médica- Dirección Compra de Servicios de Salud

WA525

C139inf Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud.

Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2017 / Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud; Ana E. Guzmán Hidalgo, Coordinadora. - - San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2018. 339 p.; ilustraciones; 21.6 x 28 centímetros.

ISBN: 978-9968-916-70-7

1. SERVICIOS DE SALUD. 2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. 3. SALUD PÚBLICA. 4. ESTADÍSTICA. 5. COSTA RICA. I. Guzmán Hidalgo, Ana E., coordinadora. II. Título.

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2018.
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

“La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud se convierte en la manera objetiva y transparente que tiene la CCSS de mantener la obligación de la rendición de cuentas ante el Estado y ante la ciudadanía en general. Pero es la inteligencia institucional la que convierte los resultados de la evaluación en el dinamismo para la toma de decisiones que permitan impulsar los cambios que posibiliten su sostenibilidad y desarrollo”.

Dra. Ana E. Guzmán Hidalgo
Directora 1998 - 2018

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General:

Dra. Ana E. Guzmán Hidalgo

Grupo Ejecutor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo
Dr. André Castillo Barquero
Dr. Armando Cortés Ruiz
Dr. Edgar Pereira Barrantes
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 Viquez 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. Eiter Jesús Mata Jiménez
MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada
MSc. Jennifer Mendoza Vega
Licda. Marta Alguera Bolandi
MSc. Miriam León Solís
Licda. Shirley Soto Alpízar

Grupo de Apoyo:

Licda. Aura Bautista Argueta
Lic. Wildemar Jiménez Mena
Cindy Cordero Araya
Katherine Herrera Azofeifa
Victoria Chinchilla Corrales

Índice general

Lista de acrónimos, siglas y símbolos.....	15
Presentación	17
Aspectos metodológicos de la recolección de datos.....	24
Resumen de aspectos demográficos, morbilidad y producción de servicios de salud	29
CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD.....	44
Índice de prestación de servicios de salud (IPSS) 2017.....	45
1. Resultados evidencian nuevas oportunidades para la mejora en la salud materno infantil	71
2. Por segundo año consecutivo se logra la meta internacional en coberturas de vacunación en menores de dos años.....	83
3. El apoyo del laboratorio es fundamental en el adecuado abordaje de la anemia.....	94
4. Promoción de estilos de vida saludables, a paso lento pero decidido	109
5. Hipertensión arterial, hacia el control óptimo poblacional.....	118
6. Tendencia positiva en la atención de la diabetes mellitus.....	128
7. Cambios en el enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares.....	143
8. Se mantiene en 38 % la cobertura institucional en tamizaje de cáncer cervicouterino	149
9. CCSS realizó la vacunación más grande de la historia del país contra la influenza	159
10. Diferencias en productividad evidencian margen para mejorar la eficiencia de las áreas de salud.....	169
Anexos.....	183
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	202
1. La cantidad de casos en lista de espera para cirugía se mantiene invariable entre los años 2014 y 2017	203
2. La oportunidad en la ejecución de la colposcopia en los hospitales es de 85 %.....	213
3. Trombolisis oportuna en el 64 % de los casos con infarto del miocardio ST-elevado en servicios de urgencias de los hospitales.....	227
4. El 2,4 % de los egresos en los hospitales generales fueron defunciones	233
5. Limitaciones en los datos recopilados influye en las tasas institucionales de las infecciones asociadas a la atención en salud	240
6. El 23 % de las citas perdidas en la consulta médica especializada de los hospitales de la CCSS no se logró sustituir	249
7. La especialidad de Medicina Interna presenta el mayor porcentaje de personas con alta en el cuatrienio 2014-2017	255
8. Dieciséis hospitales con bajo porcentaje de ocupación, principalmente en Ginecología, Obstetricia y Pediatría	261

9. Los quirófanos se utilizan el 75 % de los días hábiles programables, con un tiempo promedio de 5,6 horas por día	275
10. Existe una amplia brecha para la mejora en la actividad quirúrgica ambulatoria	285
11. Programa de Cirugía Vespertina como estrategia para disminuir la lista de espera de la CCSS, 2014-2017	297
Anexos.....	307
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	318
1. Grupos de Apoyo Técnico (GAT) trabajando en todo el país	319
2. Disminución en la calidad de los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez.....	331

Índice de cuadros

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD.....	44
Cuadro A.1 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Brunca, 2017	64
Cuadro A.3 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Pacífico Central, 2017	65
Cuadro A.4 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Huetar Atlántica, 2017	66
Cuadro A.5 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Central Sur, 2017	67
Cuadro A.6 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Chorotega, 2017	68
Cuadro A.7 CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Central Norte, 2017.....	69
Cuadro 1.1 CCSS: Cobertura ^{1/} de atención de menores de un año, posparto y embarazadas según región e institucional, 2016-2017	73
Cuadro 1.2 CCSS: Captación temprana de menores de un año ^{1/} , posparto ^{2/} y embarazadas ^{3/} según región e institucional, 2016-2017	74
Cuadro 1.3 CCSS: Tamizaje ^{1/} para VIH y VDRL en embarazadas según región e institucional, 2016-2017	77
Cuadro 1.4 CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva ^{1/} según región e institucional, 2016-2017	79
Cuadro 2.1 CCSS: Cobertura ^{1/} vacunación a menores de un año con esquema básico según región, 2016-2017	84
Cuadro 2.2 CCSS: Cobertura ^{1/} vacunación a menores de dos años con esquema completo según región, 2016-2017	87
Cuadro 2.3 CCSS: Tasa de Deserción Pentavalente 1/Pentavalente 3 en niños menores de 12 meses según región, 2016-2017	89
Cuadro 3.1 CCSS: Niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina como tamizaje de anemia según región, 2016-2017.....	96
Cuadro 3.2 CCSS: Niños de seis a menos de 24 meses con anemia abordados adecuadamente según región, 2016-2017.....	101
Cuadro 6.1 CCSS: Cobertura ^{1/} de personas con diabetes mellitus tipo 2 según región, 2014-2017	130
Cuadro 6.2 CCSS: Control óptimo en personas con diabetes mellitus tipo 2 por parámetro individual y control óptimo global (COG), según región, 2017	133
Cuadro 8. 1 CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años según región e institucional, 2012-2017.....	151

Cuadro 8. 2 CCSS: Atención oportuna de las colposcopías según área de salud y año, 2014 – 2017.....	156
Cuadro 10.1 CCSS: Distribución de las áreas de salud de acuerdo al valor del Indicador de Eficiencia Relativa, según región e institucional, 2017	172
Cuadro 10.2 CCSS: Distribución de las áreas de salud según el valor del Indicador Costo Medio de la Consulta Médica ponderado por cobertura, 2017.....	176
Cuadro 10.3 CCSS: Distribución por quintiles de las áreas de salud de acuerdo con el Indicador Gasto Medio Ponderado por Cobertura, según región e institucional, 2017.....	178
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	202
Cuadro 1.1 CCSS: Distribución de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica por servicio, 2014-2017	206
Cuadro 1.2 CCSS: Distribución de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica de los servicios de Cirugía y Gineco-obstetricia, por especialidad, 2014-2017	207
Cuadro 1.3 CCSS: Número de casos institucionales pendientes por diagnóstico, 2014 a 2017 .	208
Cuadro 1.4 CCSS: Demora media institucional por diagnóstico, 2014 a 2017	209
Cuadro 1.5 CCSS: Distribución porcentual de casos según diagnóstico principal por grupo de espera, 2014 a 2017.....	210
Cuadro 2.1 CCSS: Población reportada, casos revisados, evaluables y oportunidad de la atención en colposcopia según diagnóstico de referencia a los hospitales, 2017.....	219
Cuadro 2.2 CCSS: Medidas de tendencia central de la demora excedida en la atención en colposcopia a las mujeres referidas con lesiones cuyo plazo de atención normado es menor de 90 días según causa, 2017.....	222
Cuadro 2.3 CCSS: Medidas de tendencia central de la demora excedida en la atención en colposcopia a las mujeres referidas con lesiones cuyo plazo de atención normado es menor de 30 días según causa, 2017.....	223
Cuadro 3.1 CCSS: Mediana y rango intercuartil del tiempo puerta-aguja en 55 ^{a/} casos atendidos por IAMCEST ^{1/} en los servicios de emergencias de los hospitales generales, según características de los casos, 2017.....	230
Cuadro 5.1 CCSS: Tasa de incidencia y rango de valores según dispositivo, 2017	244
Cuadro 5.2 CCSS: Tasa de incidencia acumulada IHQ por procedimiento según año, 2014-2017	245
Cuadro 5.3 CCSS: Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS por año, 2014-2017	246
Cuadro 6.1 CCSS: Ausentismo global en la consulta médica especializada por tipo de hospital según año, 2014-2017	251
Cuadro 7.1 CCSS: Consultas de primera vez ^{1/} , realizadas ^{1/} y totales ^{2/} por año, 2014-2017	257
Cuadro 7.2 CCSS: Personas con alta y altas en la consulta médica especializada por especialidad según año, 2014-2017	258
Cuadro 7.3 CCSS: Personas con alta en la consulta médica especializada por especialidad según tipo de hospital, 2017.....	259

Cuadro 9.1 CCSS: Distribución de quirófanos por tipo de establecimiento, 2017	276
Cuadro 9.2 CCSS: Rendimiento del promedio anual en el uso de quirófano en hospitales, 2014-2017.....	277
Cuadro 9.4 CCSS: Rendimiento anual del uso de quirófano por tipo de hospital, 2017	280
Cuadro 9.5 CCSS: Días hábiles utilizados de sala de operaciones, 2014-2017.....	280
Cuadro 10.1 CCSS: Variabilidad en el Índice ambulatorio de egresos con procedimiento quirúrgico electivo según tipo de centro, 2017	287
Cuadro 11.1 CCSS: Cantidad de casos pendientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos, distribuido por hospital 2014-2017.....	298
Cuadro 11.2 CCSS: Demora media en días de los casos en lista de espera, para procedimientos quirúrgicos, distribuido por hospital 2014-2017.....	299
Cuadro 11.3 Composición del gasto de la partida 2043 "Programa de Cirugía Vespertina", por centro, año 2017, en millones	302
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	318
Cuadro 1.1 CCSS: Cantidad de Grupos de Apoyo Técnicos según centros adscritos a la Gerencia Médica, 2017.....	321
Cuadro 2.1 CCSS: Hospitales que no cumplieron con la meta del indicador. Costa Rica, 2017.	333
Cuadro 2.2 CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Brunca que no cumplieron con el 90% del indicador, 2017.	333
Cuadro 2.3 CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Central Norte, que no cumplieron con el 90 % del indicador, 2017.....	334
Cuadro 2.4 CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Central Sur, que no cumplieron con el 90 % del indicador, 2017.....	334
Cuadro 2.5 CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Chorotega, que no cumplieron con el 90 % del indicador, 2017.....	335

Índice de gráficos

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD.....	44
Gráfico 9.1 CCSS: Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores según región ^{1/} , 2017.....	162
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	202
Gráfico 2.1 CCSS: Distribución de casos con reporte citológico en el expediente según laboratorio en el cual fue procesada la muestra, 2017.....	224
Gráfico 4.1 CCSS: Comportamiento de las defunciones ^{1/} de hospitales generales por grupo de enfermedad según CIE-10 y sexo ^{1/} , 2017	235
Gráfico 4.2 CCSS: Defunciones ^{1/} por grupo de edad según sexo, hospitales generales, 2017...	236
Gráfico 4.3 CCSS: Índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo, según hospital general ^{1/} , 2017	237
Gráfico 5.1 CCSS: Tasa de incidencia de infección asociada a dispositivo por año, 2014-2017.	243
Gráfico 6.1 CCSS: Ausentismo residual en la consulta médica especializada según distribución del total de citas perdidas, sustituidas, recargos por tipo de hospital, 2017	252
Gráfico 8.1 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio en hospitales Nacionales, 2017	263
Gráfico 8.2 CCSS: Ocupación ^{1/} de las camas e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Regionales, 2017	266
Gráfico 8.3 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 3, 2017.....	269
Gráfico 8.4 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 1 y 2, 2017.....	271
Gráfico 9.1 CCSS: Distribución porcentual de las causas de no utilización de quirófano en los centros, 2017.....	281
Gráfico 10.1 CCSS: ^{1/} Egreso electivo operado ambulatorio e índice ambulatorio electivo por año	288
Gráfico 10.2 CCSS: Egreso operado electivo con estancia menor a 24 horas sin registro en censo de camas según servicio ambulatorio, 2013-2017	291
Gráfico 10.3 CCSS: Egreso electivo operado el día del ingreso en servicios distintos al ambulatorio, 2013-2017.....	292
Gráfico 10.4 CCSS: Egreso electivo operado en servicios de cirugía vespertina, ambulatoria y otros servicios con manejo quirúrgico hospitalizado, 2008-2017.....	293
Gráfico 11.1 CCSS: Comportamiento del gasto en la partida 2043 "Programa Cirugía Vespertina", 2010-2017.	301
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	318

Gráfico 1.1 CCSS: Distribución de Grupos de Apoyo Técnico activos según nivel de acreditación, Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte, 2017	322
Gráfico 1.2 CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Central Sur, 2017	323
Gráfico 1.3 CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega, 2017	324
Gráfico 1.4 CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Brunca, 2017	325
Gráfico 1.5 CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Pacífico Central, 2017	326
Gráfico 1.6 CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios Huetar Atlántica, 2017.....	327
Gráfico 1.7 CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Hospitales Nacionales y Especializados, 2017.....	328
Gráfico 2.1 CCSS: Resultados obtenidos por establecimientos de salud en cuanto a calidad de la información. Costa Rica, 2016-2017.....	332
Gráfico 2.2 CCSS: Principales exámenes ausentes en los protocolos de referencia, 2017.	336

Índice de mapas

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD.....	44
Mapa 2.1: Distribución de las áreas de salud prioritarias en el esquema básico de vacunación, 2017.....	86
Mapa 2.2: Distribución de las áreas de salud prioritarias en cobertura de esquema completo de vacunación, 2017.....	88
Mapa 3.1 CCSS: Distribución de las áreas de salud con cumplimiento inferior al 69 % en tamizaje de anemia, 2017.....	98
Mapa 3.2 CCSS: Distribución de las 10 áreas de salud con mayor descenso en tamizaje de anemia, 2017.....	99
Mapa 3.3 CCSS: Distribución de las áreas de salud con logros superiores al 85% en adecuado abordaje de la anemia, 2017	103
Mapa 8.1 CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años según áreas de salud ^{1/} , 2017.....	152
Mapa 9.1 CCSS: Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores según área de salud ^{1/} , 2017	165

Índice de figuras

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD.....	44
Figura A.1 CCSS: Distribución de las áreas de salud según IPSS 2017	60
Figura 9.1 CCSS: Áreas de salud ubicadas en el quintil más bajo (<59 %) de cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores 1/, 2017	163
Figura 9.2 CCSS: Áreas de salud ubicadas en el quintil más alto (>85 %) de cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores 1/, 2017	164
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	202
Figura 1.1 CCSS: Distribución porcentual de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica por servicio, 2014-2017.....	207
Figura 2.1 CCSS: Casos referidos por citología cervicovaginal con VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG ^{1/} atendidos en colposcopia en el plazo normado según hospital, 2017	220
Figura 2.2 CCSS: Casos referidos por lesión clínica sospechosa o citología cervicovaginal con ASC-H o LIEAG ^{1/} atendidos en colposcopia en el plazo normado según hospital, 2017	221
Figura 7.1 CCSS: Número de hospitales con oferta de especialidades médicas según especialidad, 2014-2017	256
Figura 9.1 CCSS: Cantidad de quirófanos y rendimiento promedio anual del uso de quirófanos en los hospitales, 2017	278

Índice de anexos

CAPÍTULO I ÁREAS DE SALUD.....	44
Anexo 1 Indicadores incluidos en el cálculo del IPSS 2017	184
Anexo 2 Fórmulas y datos necesarios para calcular el IPSS 2017	185
Anexo 3 Fórmulas y datos necesarios para calcular el IPSS Regional	187
Anexo 4 Distribución de las áreas de salud según IPSS 2017, puesto y quintil.....	188
Anexo 5 Indicadores incluidos en el cálculo del ICA 2017	191
Anexo 6 Fórmulas y datos necesarios para calcular el ICA 2017.....	191
Anexo 7 Fórmulas y datos necesarios para calcular el ICA Regional 2017.....	192
Anexo 8 CCSS: Distribución de las áreas de salud según ICA 2017, puesto y quintil	193
Anexo 9 Cobertura ^{1/} , control óptimo y cobertura con control óptimo de presión arterial en personas con Hipertensión arterial según región y área de salud, 2017	196
Anexo 10 Tabla de predicción de riesgo AMR B de la OMS/ISH para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo.	200
Anexo 11 Recomendaciones para el manejo de la dislipidemia.....	201
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	202
Anexo 1 Número de casos atendidos en colposcopia según diagnóstico de referencia y hospital, 2017.....	308
Anexo 2 Total de casos, casos excluidos y casos medibles por IAMCEST1/ en el servicio de emergencias, según hospital, 2017	309
Anexo 3 Tasa de incidencia de infección asociada a dispositivo, 2017.....	310
Anexo 4 Tasa de incidencia acumulada de IHQ por procedimiento, 2017.....	311
Anexo 5 Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS, 2017	312
Anexo 6 Ausentismo en la consulta médica especializada por año según hospital, 2014-2017..	313
Anexo 7 Porcentaje ausentismo residual, sustitución y recargos en la consulta médica especializada, 2017.....	314
Anexo 8 Cantidad de consulta realizada, programada, cita perdida, sustituida, recargo, porcentaje de ausentismo global y residual en la consulta médica especializada, 2017	315
Anexo 9 Índice ambulatorio por componente según centro, 2017.....	316
Anexo 10 Distribución de egresos con servicio de ingreso 11 (Cirugía Vespertina) por centro, 2014-2017	317

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
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión.
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CLOF	Clínica Oftalmológica
CNCDYCP	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
DEA	Data Envelopment Analyst (Análisis Envoltante 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
HCG	Hospital Rafael Angel Calderón Guardia
HCHP	Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
HCLVV	Hospital Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-
HCN	Hospital De Ciudad Neily
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
HEB	Hospital Enrique Baltodano Briceño -Liberia-
HEP	Hospital Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-
HG	Hospital De Guápiles
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)
HLA	Hospital De La Anexión -Nicoya-
HLCH	Hospital De Los Chiles
HMEX	Hospital México
HMMV	Hospital Manuel Mora Valverde -Golfito-
HMP	Hospital Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-
HMS	Hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-
HMTV	Hospital Max Terán Valls -Quepos-

HNGG	Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
HNN	Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
HOMACE	Hospital De las Mujeres Adolfo Carit Eva
HSC	Hospital De San Carlos
HSFA	Hospital San Francisco de Asís -Grecia-
HSJD	Hospital San Juan de Dios
HSRA	Hospital San Rafael -Alajuela-
HSV	Hospital De San Vito
HSVP	Hospital San Vicente de Paúl -Heredia-
HTA	Hipertensión Arterial
HTC	Hospital De Osa Tomás Casas Casajús
HTF	Hospital Tony Facio Castro -Limón-
HU	Hospital De Upala
HWA	Hospital William Allen Taylor -Turrialba-
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

Hace 20 años nació la Dirección Compra de Servicios de Salud, cuando la Junta Directiva en el acuerdo N.º 7173, artículo 4, del 10 de junio de 1997, delegó en la Gerencia de División Administrativa la función de compra, cuyo objetivo principal fue vincular la producción de servicios con el gasto en salud; para ello se utilizó un instrumento llamado Compromiso de Gestión, que pactaba una determinada producción relacionada a un presupuesto específico. Para operativizar esto, el 28 de abril de 1998, en el artículo 18 de la sesión N.º 7219, creó esta dirección, iniciando así una nueva era en la rendición de cuentas a nivel institucional.

Durante los primeros años se sistematizó el ciclo contractual, se definieron los productos por nivel de atención, se estructuró el Compromiso de Gestión, se ajustó la temporalidad con la negociación de los presupuestos y se diseñó la evaluación de las metas planteadas; para el año 2000 se había logrado ya la firma del Compromiso de Gestión con todas las áreas de salud y hospitales.

Los indicadores que han conformado el Compromiso de Gestión han ido evolucionando en el tiempo, pasando principalmente de indicadores de insumo y proceso a indicadores de producto y resultado. Para el periodo 2010 - 2011 se incorporó el enfoque de desempeño, en un esfuerzo por traducir los objetivos estratégicos institucionales en cinco dimensiones: acceso, continuidad, efectividad, eficiencia y aceptabilidad, y seguridad del paciente.

A lo largo de todo este periodo, la Dirección lideró un intenso esfuerzo por implementar una metodología de asignación de recursos financieros, en conjunto con la Dirección de Presupuesto, que trascendiera de la asignación histórica a una ligada a las metas pactadas en producción y calidad, así como a los resultados obtenidos por cada unidad. En ese sentido, se ensayaron diferentes modelos, los cuales no lograron implantarse por los elevados costos estructurales a los que está sometida la institución y los desequilibrios financieros y políticos que implicaría una asignación por producción.

En el año 2012, después de 15 años de historia de los Compromisos de Gestión, la Junta Directiva en el Art. 5º de la sesión N.º 8596 aprobó la propuesta presentada por esta Dirección, la cual permitió a partir del año 2014 trascender de la función de compra, a la función de evaluación de la prestación de servicios de salud, ahora con metas institucionales para un conjunto de intervenciones estratégicas en salud, definidas en consenso con los grupos técnicos

institucionales de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer.

Entre las principales contribuciones hechas por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS), conducida por la Dra. Ana Guzmán Hidalgo, durante estas dos décadas, se pueden mencionar las siguientes:

- Empuje decisivo a la implantación del modelo readecuado de atención.
- Instauración de una fuerte cultura de rendición de cuentas y la introducción de una visión que asocia los recursos financieros con la producción en salud.
- Fortalecimiento y estímulo al crecimiento de las coberturas de atención a las personas en todo el territorio nacional.
- Mejoramiento evidente en la calidad de los registros en el expediente de salud.
- Estructuración, medición y análisis de resultados de la prestación de servicios de salud a nivel institucional.
- Impulso a la cultura de análisis de la producción y la complejidad hospitalaria como herramienta de la gestión.
- Utilización de bases de datos históricos que permiten definir las líneas base y los estándares institucionales para distintas áreas de producción, a partir de los cuales se establecen las metas institucionales de producción hospitalaria.
- Utilización de estándares internacionales adaptados a nuestra realidad y a la disponibilidad de recursos institucionales para establecer metas y así poder medir la producción hospitalaria de algunas áreas de producción que no contaban con registros históricos, tales como: producción de quirófanos, atención ambulatoria, tiempos de atención, entre otros.
- Incorporación dentro de la evaluación hospitalaria de medidas que determinan el grado de complejidad de los casos internados, la eficiencia en la gestión de las estancias y el uso de las camas, permitiendo, al mismo tiempo, la comparación entre centros con características similares en capacidad instalada.
- Promoción de la cirugía ambulatoria, sistematizándose por medio de un primer listado de cirugías susceptibles de ser realizadas bajo esta modalidad. Además, en su momento se implementaron incentivos a la producción de cirugía ambulatoria.

- Incorporación de una modalidad de recolección de datos en línea para todo el primer nivel de atención, abarcando al 100 % de los Ebáis (Premio BIANUAL a la Innovación en la mejora de la Gestión en Seguridad Social "Dr. Enrique Aguilar Paz" CISSCAD - 2017).
- Elaboración y presentación de 14 informes anuales de la evaluación de los Compromisos de Gestión y cuatro informes anuales de los resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud. Todos ellos publicados en la WEB institucional, en la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS) y socializados con los tres niveles de gestión. Los últimos tres de ellos, además, con ISBN (*International Standard Book Number*) y disponibles en el Sistema Nacional de Bibliotecas (SINABI).
- Desarrollo y publicación de más de 20 estudios complementarios de diversos temas relacionados con los resultados de la prestación de servicios de salud, disponibles en el sitio web de BINASSS.

En resumen, y sin pretender ser exhaustivos, por primera vez se tiene la información que le permite a la CCSS mostrar los resultados obtenidos en los servicios de salud con los recursos invertidos. Además, se puede afirmar que hoy por hoy las autoridades, tanto del nivel local como del nivel central, cuentan con información que les permite tomar decisiones pertinentes sobre problemas de gestión que podrían corregirse sin aumentar costos.

Es así como, después de esta larga trayectoria, se llega al cuarto año del primer quinquenio (2014 - 2018) de evaluar la prestación de servicios de salud; es decir, que solamente resta un año para hacer la medición definitiva de las metas institucionales planteadas para dicho quinquenio y con ello conocer los logros y debilidades de cara al inicio de un nuevo período de evaluación (2019 - 2023).

Cabe destacar, en ese sentido, que el establecimiento de metas institucionales ha representado un gran avance en la sistematización de los resultados, al hacerlos comparables entre sí, a diferencia de los Compromisos de Gestión, donde se tenían metas individuales por unidad. Esto ha ayudado de forma importante a direccionar la prestación de servicios de salud de todo el país hacia el logro de los objetivos institucionales.

Los resultados obtenidos en este periodo muestran un avance sostenido en la consecución de las metas en la mayoría de las intervenciones evaluadas; sin embargo, hay mucha expectativa en relación con cuál va a ser el logro definitivo

del quinquenio. Sobre todo, considerando que este periodo ha estado profundamente marcado por la implementación del EDUS a escala nacional, lo cual ha tenido diversas repercusiones en la medición de la producción y en la productividad misma de los servicios.

Es evidente que faltan grandes esfuerzos en algunas intervenciones si se quiere, como institución, alcanzar las metas 2018; por ello, es importante conocer, de acuerdo con los resultados 2017, cuáles de ellas muestran los mejores avances y cuáles son las más deficientes en términos de resultados globales.

En primera instancia, con respecto a áreas de salud, hay que destacar que algunas metas ya han sido alcanzadas, como el control óptimo de tensión arterial en personas con enfermedades crónicas no trasmisibles y la cobertura de vacunación en niños y niñas. Asimismo, resaltar que, en general, los indicadores de atención perinatal muestran un avance que no dista mucho de las metas institucionales.

Por otro lado, en estas unidades de primer nivel de atención hay dos indicadores que están más lejos de la meta 2018: el abordaje adecuado de los niños con anemia y el de embarazadas con tamizaje positivo para sífilis; en ambos casos la meta es de 100 %.

Con respecto a los hospitales, cabe señalar lo siguiente sobre algunas de las actividades de prestación evaluadas: en lista de espera para cirugía la mayoría de casos pertenecen a las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Ginecología, Oftalmología y Urología; y una proporción importante continúa registrando un lapso de espera superior al año. En cuanto a la gestión del recurso cama y las estancias en hospitales generales, la mayoría de centros continúan presentando servicios con un porcentaje de ocupación inferior al 85 %, principalmente Ginecología, Obstetricia y Pediatría. Además, varios centros registran al menos un servicio con una estancia mayor a la esperada, considerando la complejidad de los pacientes internados.

El análisis sistemático de esta situación ha mostrado una inadecuada distribución de las camas por servicio, lo cual, posiblemente, se debe a que en las unidades aún no se han logrado integrar del todo la gestión y administración de este recurso, que debe ser orientado al perfil de demanda de la población. Es decir, la disponibilidad de camas debería responder en la práctica a un modelo más dinámico y menos rígido, lo cual es función de los gestores de los centros.

Por otra parte, el uso del quirófano para cirugía programada en el turno ordinario, medido por la variable “tiempo de anestesia”, supera las cinco horas,

con algunas diferencias según el tipo de hospital. Asimismo, el aprovechamiento de los días hábiles disponibles para realizar cirugías registra un discreto incremento, siendo cercano al 75 %; en tanto que la disponibilidad de recurso humano es la principal causa que limita la programación de cirugía electiva. Respecto a la cirugía ambulatoria, para el año 2017, el 47 % de los casos operados ingresados vía consulta externa fueron intervenidos bajo esta modalidad.

Cabe señalar que la cirugía ambulatoria hace 20 años se realizaba únicamente en el hospital México, con la limitante de que desplazaba a la cirugía electiva. Ahora, en el 2018, se efectúa en los 23 hospitales generales y en cinco centros especializados de la CCSS. Sin embargo, no se ha logrado que la cirugía ambulatoria disponga de recurso propio en todos los centros (humano, quirófanos, salas de recuperación, de recepción para pacientes y acompañantes); por lo que de alguna forma continúa compitiendo con la cirugía electiva, generando un costo de oportunidad para la administración de los establecimientos, que deben de priorizar una modalidad sobre la otra. Como consecuencia, no se logra el impacto esperado en las listas de espera quirúrgica, tanto en procedimientos de baja como de alta complejidad.

Resultado del análisis de la producción hospitalaria por parte de esta Dirección, y ante la situación de las listas de espera en consulta externa, procedimientos y cirugía, las revisiones dan cabida a considerar que, con los recursos empleados en tiempo extraordinario como modalidad vespertina, jornadas de producción, guardias médicas y disponibilidades, se podría implementar un segundo turno. Esto permitiría incrementar la producción sin acudir a las estrategias anteriormente descritas, y que en contraste podrían afectar la productividad del tiempo ordinario de trabajo; además, no poseen impacto sobre los casos de una mayor complejidad.

Es así como este informe aborda de manera particular cada una de las intervenciones estratégicas en salud evaluadas, con el propósito de aportar información sistematizada, confiable y de calidad acerca de los resultados de la prestación de servicios de salud en la institución, para que ello sirva en la toma de decisiones informadas en los diferentes niveles de gestión, en hacer efectiva la rendición de cuentas y, sobre todo, en mejorar permanentemente la atención en salud a la población.

El documento está estructurado en tres capítulos; en el primero se analizan los resultados de la evaluación del primer nivel de atención, es decir, lo relacionado con las áreas de salud; el segundo está enfocado en el análisis de los resultados de

los hospitales y centros especializados; y finalmente, el tercer capítulo versa sobre intervenciones de gestión administrativa.

El informe de resultados, en su conjunto, tiene un enfoque dirigido a la mejora de los servicios de salud; por tanto, en la medida de lo posible, se busca identificar las principales barreras para la consecución de las metas institucionales y proponer, cuando es factible, posibles alternativas para solventar los obstáculos que impiden avanzar.

En el capítulo de Áreas de Salud se incorpora el Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS), el cual busca elaborar un escalafón de estas unidades según sus resultados se acerquen o se alejen de las metas institucionales 2018. Además, este año, por primera vez, se incluye una propuesta inicial para la construcción de un índice que permita valorar los alcances en coberturas de atención en el primer nivel de atención, elemento esencial en la medición del acceso de la población a los servicios de salud. Se pretende que para el próximo quinquenio de evaluación estos índices puedan estar integrados en uno solo.

Es importante mencionar que para la evaluación del año 2017 se logró incorporar al total de unidades de primer nivel a la modalidad de recolección de datos en línea, gracias a que se consiguió establecer este procedimiento en las áreas contratadas a terceros, en las que aún no había sido posible su desarrollo.

En el capítulo correspondiente a hospitales, se incluyeron los 23 generales y los ocho centros especializados. Respecto a la evaluación del 2017, se continuó con una metodología semipresencial, dividida en dos etapas: en la primera se revisó la información que los establecimientos facilitaron a la DCSS y la segunda etapa consistió en la visita presencial a cada centro, con el objetivo de evaluar los indicadores cuya fuente de información es el expediente de salud.

De forma paralela, se coordinó con la instancia institucional correspondiente el suministro de información referente a egreso hospitalario, producción en consulta externa y otros programas. Por otra parte, debe señalarse que para efecto de análisis, cuando se requirió agrupar a los hospitales según su tipo, el San Vicente de Paúl se incluyó dentro del grupo de Regionales (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], Dirección de Proyección de Servicios de Salud, 2017).

El tercer capítulo, denominado “Gestión Administrativa”, incluye los resultados de la evaluación de intervenciones de tipo administrativo que ejecutan directamente las unidades técnicas responsables de cada proceso a nivel

institucional, pero que se integran a esta evaluación como una forma de interrelacionar procesos y resultados. Las intervenciones de este tipo son: Grupos de Apoyo Técnico (GAT), seguridad de incendios y explosivos, gestión de recursos humanos, salud ocupacional, protocolo de referencia para calificación de la invalidez y gestión presupuestaria. No obstante, la particularidad de los resultados de cada uno de estos procesos hace que solo se presente en este apartado lo relacionado con GAT y calificación de la invalidez.

Se espera que estos resultados, y su análisis, sirvan de estímulo para hacer un esfuerzo conjunto que permita alcanzar las metas institucionales y, con ello, reforzar el proceso de mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud. Al respecto, se insta a darle una atención especial al nuevo diseño de evaluación, que abarcará el quinquenio 2019–2023, cuyas intervenciones estratégicas entrarán en vigor en el mes de enero del año 2019.

Aspectos metodológicos de la recolección de datos

En esta sección se incluyen los principales aspectos metodológicos de la EPSS 2017 referentes a la etapa de recolección de datos. Los detalles de las fuentes, así como del marco y el diseño muestral, pueden revisarse en el informe del año 2016 (DCSS-2017). Aquí se mencionan todos aquellos puntos a considerar que son propios de esta evaluación y diferentes a lo señalado en el informe del año pasado.

Consideraciones generales

En total, se evaluaron 16 indicadores (tres en los hospitales generales y el resto en áreas de salud).

En el caso de los hospitales generales, para la intervención de patología cervical se evaluaron tres indicadores, de los cuales solo uno se evaluó por muestreo:

1. Porcentaje de mujeres referidas por lesión sugestiva de presencia de VPH, ASC-US, AGUS o lesión de bajo grado (LIEBG) detectada en la citología cervicovaginal con colposcopia efectuada en un plazo de atención menor a 90 días.

En las áreas de salud 12 indicadores requirieron de muestreo:

1. Porcentaje de niños(as) menores de un año con captación temprana.
2. Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana.
3. Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación.
4. Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un VDRL antes de las 20 semanas de gestación.
5. Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal con captación temprana.
6. Niños(as) de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina.
7. Niños(as) de seis a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente.
8. Porcentaje de personas con hipertensión arterial atendidas con control óptimo de presión arterial.
9. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de hemoglobina glicosilada.

10. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de presión arterial.
11. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de LDL colesterol.
12. Porcentaje de mujeres con patología cervical a quienes se les realiza una colposcopia con oportunidad.

Este año, en todas y cada una de las áreas de salud, además de los indicadores señalados, se realizó una evaluación “piloto”, para lo cual se revisó una muestra de 50 expedientes de hombres de más de 40 años y de mujeres de más de 50 años atendidos por cualquier causa. Con esto se busca disponer de datos relacionados con riesgo cardiovascular, a fin de plantear una meta sobre el control óptimo en esta población, para evaluar en el próximo quinquenio (2019-2023).

La mayoría de los resultados de este informe se presentan para la institución en general y por región. Cuando es factible, se comparan los resultados con los obtenidos en el año 2016.

En los cuadros de coberturas de atención hay dos áreas de salud que no se reportan (Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas), por ser unidades con un porcentaje muy alto de usuarios foráneos, cuya pirámide poblacional no tiene relación con el tamaño de la población que realmente atiende, lo que hace que los datos de cobertura sean muy superiores al 100 % y, por tanto, no comparables con el resto de las áreas de salud.

En el siguiente apartado se presentan los aspectos más relevantes del proceso de muestreo que se deben tener en cuenta a la hora de revisar los resultados.

Aspectos del muestreo

La determinación de los tamaños de las muestras para la evaluación 2017, se hizo a partir de la fórmula estadística del muestreo simple al azar para la estimación de proporciones (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2017. p.22); definiendo como parámetros un nivel de confianza de 90 %, un error de muestreo de 10 % y una estimación de la varianza con base en los porcentajes de cumplimiento de la medición del año anterior; esto para cada indicador y para cada una de las áreas de salud y hospitales.

Cuando el número de casos fue inferior al tamaño de la muestra, se revisó toda la población. Esto sucedió en tres hospitales generales, en el indicador evaluado por muestreo, y en 25 áreas de salud en el indicador: niños(as) de seis a menos de 24

meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente.

Este año, por segunda vez en la historia, para las áreas de salud el muestreo se hizo distribuyendo la muestra de expedientes en todos los sectores que componen cada una de las áreas de salud, en lugar de solo hacerlo en dos de sus sectores. Esto mejora la representatividad de la muestra y por ende, la precisión de los resultados. Se esperaba, además, un comportamiento de los cumplimientos de los indicadores muy parecido al del año 2016; sin embargo, no fue así, los resultados variaron tanto como lo hacían cuando se muestreaban solo dos sectores.

- ***No respuesta***

Cuando se trabaja con muestras, siempre se tiene una tasa de respuesta y una tasa de no respuesta, las cuales por lo general se expresan en términos de porcentajes. Ambas son complementarias, entre mayor sea la tasa de respuesta menor será la tasa de no respuesta y viceversa.

El análisis de la no respuesta, sobre todo ahora con el EDUS, es un tema de interés porque permite conocer la calidad de los listados que se usan como marcos muestrales para la selección de los expedientes a evaluar, así como la calidad de los datos recopilados. En la medida en que las tasas de no respuesta sean pequeñas e inferiores a las estimadas, mayor será la confianza en la calidad de los listados y, por ende, su idoneidad para la estimación de los parámetros poblacionales que se están evaluando. Por esta razón, para la EPSS los tamaños de muestra se ajustan aumentándolos por estos porcentajes, evitando así que el error de muestreo se afecte por esta causa.

Es importante mencionar que para la EPSS la unidad de muestreo es el expediente de salud y, por tanto, a todos los expedientes que se pudieron evaluar se les denomina “expedientes evaluables”, mientras que a todos los expedientes que, por algún motivo, no se pudieron evaluar se les llama “expedientes no evaluables”.

De tal forma, la tasa de no respuesta corresponde al total de expedientes “no evaluables” dividido por el total de expedientes revisados, y multiplicado por 100.

$$\text{Tasa de no respuesta} = \frac{\text{total de expedientes no evaluables}}{\text{total de expedientes revisados}} * 100$$

En general, los porcentajes de no respuesta para todos los indicadores evaluados se ha venido reduciendo y se espera que con el avance en el EDUS llegue incluso a desaparecer.

Para esta evaluación, en las áreas de salud se revisaron un total de 50 526 expedientes y el porcentaje de no respuesta fue de un 5 % (2 584/50 526).

Solo en dos áreas de salud (AS de Upala y AS Puerto Viejo) para el indicador de niños(as) de seis a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les aborda adecuadamente, se registró un porcentaje de no respuesta muy superior al estimado, lo que llevó a dudar de la calidad de los listados y del registro, por lo que se colocó un 0 % en el indicador.

Para los hospitales también se hizo una valoración de la calidad de los listados a usar como marco muestral para la selección de las muestras de expedientes a evaluar. En estos los listados de expedientes a evaluar son generados por los centros y provienen de un registro manual que es imposible verificar.

Para determinar si el indicador era evaluable, se utilizó una metodología de control de calidad para marcos muestrales. La cantidad de casos para aceptar o rechazar la calidad del registro presentado se determinó aplicando un modelo estadístico para el control de la calidad que requiere de dos parámetros: el primero corresponde al nivel más bajo aceptable de casos evaluables y el segundo a la probabilidad de tener casos evaluables. Para la EPSS se definieron esos parámetros en 85 % y 75 % respectivamente, los cuales, según el comportamiento histórico de las unidades, señala que son alcanzables.

En aquellas situaciones en las que la lista entregada por el centro contenían casos correspondientes a exclusiones o que no cumplían los criterios de inclusión, la metodología permitió determinar en la muestra la cantidad de casos, a partir de la cual se consideró el resultado del indicador no adecuado para asumir su representatividad estadística sobre la población de interés.

Por otra parte, cuando el indicador se consideró “evaluable”, pero en la revisión de la muestra se encontraron casos de expedientes en los cuales no era factible determinar la medida del indicador por la ausencia o irregularidad en la escritura de alguna variable, o por falta de algún dato relevante, se efectuó un conteo de estos y cuando el número superó el esperado, el indicador quedó sin medirse, considerándose “no evaluable”, pasando, por tanto, a formar parte del porcentaje de no respuesta.

Para esta evaluación, en los hospitales generales y centros especializados se revisaron un total de 2 612 expedientes y el porcentaje de no respuesta fue de un 14 % (367/2 612).

En los hospitales generales, para el indicador de colposcopia seis centros tuvieron un porcentaje superior al estimado, por lo que se debe considerar la calidad los listados. Esos fueron: San Rafael -Alajuela-, San Francisco de Asís -Grecia-, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, Max Terán Valls -Quepos-, Tony Facio Castro -Limón- y Hospital de Upala.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2016*. San José, CR: EDNASSS-CCSS.

Vivanco, M. (2005). *Muestreo estadístico. Diseño y aplicaciones*. Santiago, Chile: Universitaria S.A.

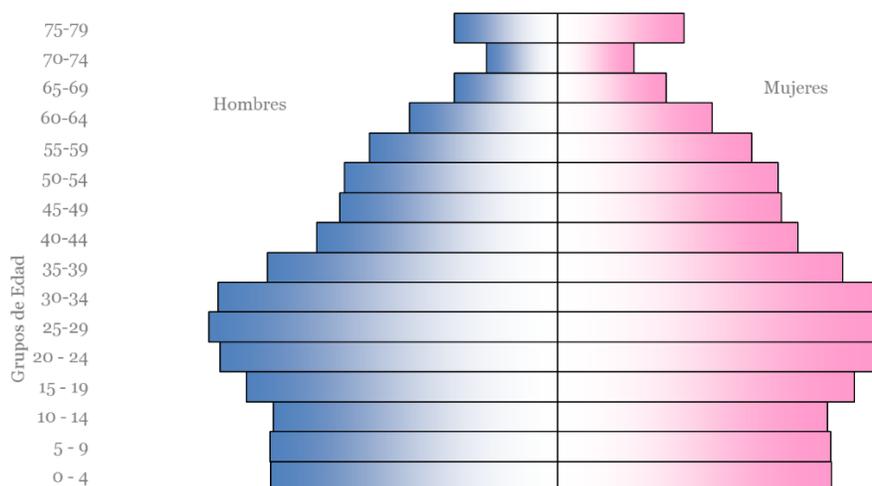
Resumen de aspectos demográficos, morbilidad y producción de servicios de salud

Aspectos demográficos

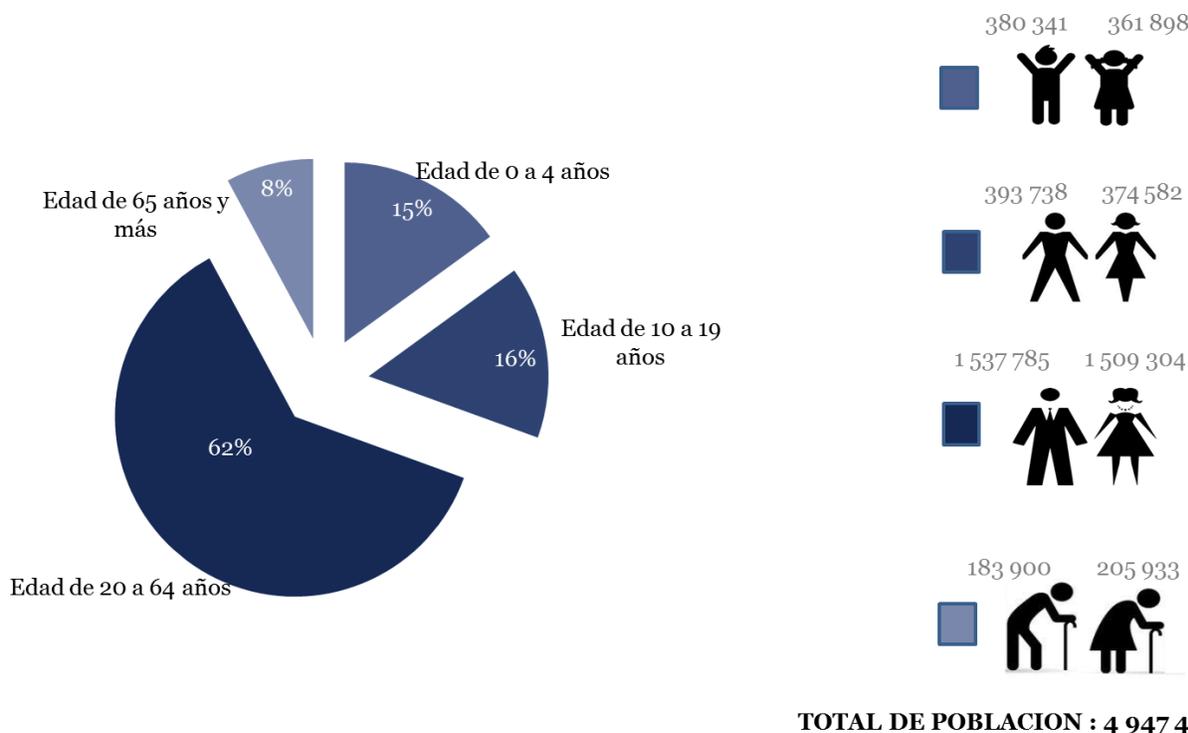
Costa Rica es un país pequeño, de habla hispana, que pertenece a Centroamérica; tiene una extensión territorial de 51 100 km². Limita al norte con la República de Nicaragua, al sur con la República de Panamá, al este con el Océano Atlántico y al oeste con el Océano Pacífico. Administrativamente, está dividido en siete provincias: San José, la capital; Alajuela, Cartago, Heredia, Guanacaste, Puntarenas y Limón



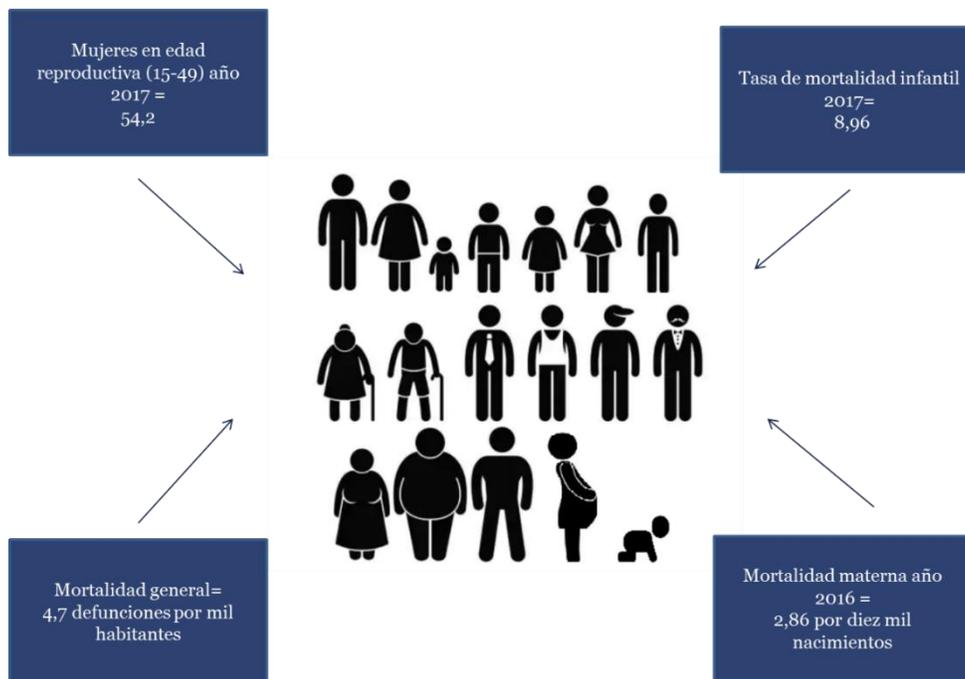
Las estimaciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), a partir del último censo realizado en el año 2011, señalan que la población para el año 2017 era de 4 947 481 habitantes, de los cuales el 50,4 % (2 495 764) eran hombres y el 49,6 % (2 451 717) mujeres. La pirámide poblacional muestra que Costa Rica continúa en proceso de envejecimiento demográfico, siendo cada vez mayor la proporción de personas adultas mayores y menor el grupo de niños y adolescentes.



Alrededor de un 30 % de la población está compuesta por niños y adolescentes; un 61 % tiene edades entre 20 y 64 años; y el restante 8 % son adultos mayores. En general, la proporción de hombres es ligeramente superior al de las mujeres en todos los grupos de edad, hasta el grupo de 65 años y más. En ese sentido, la razón de masculinidad es de 101 % (101 hombres por cada 100 mujeres); a partir del grupo de edad de 65 años y más es de 95 % (95 hombres por cada 100 mujeres).



Respecto a los indicadores demográficos, Costa Rica se caracteriza por tener una alta esperanza de vida, baja mortalidad y baja natalidad. Para el año 2016, las estimaciones y proyecciones del INEC reportaron una esperanza de vida de 80 años para la población general (77,5 años los hombres y 82,6 años las mujeres). La tasa de mortalidad general para ese mismo año fue de 4,6 por mil habitantes (5,2 para los hombres y 4,0 para las mujeres); mientras que la tasa bruta de natalidad fue de 14,3 nacimientos por mil habitantes. Además, se reportó un 54,2 % de mujeres en edad reproductiva, una tasa global de fecundidad de 1,7 por mujer y una tasa de mortalidad infantil de 7,9 defunciones infantiles por mil nacimientos. La razón de mortalidad materna fue de 2,7 muertes maternas por diez mil nacimientos.

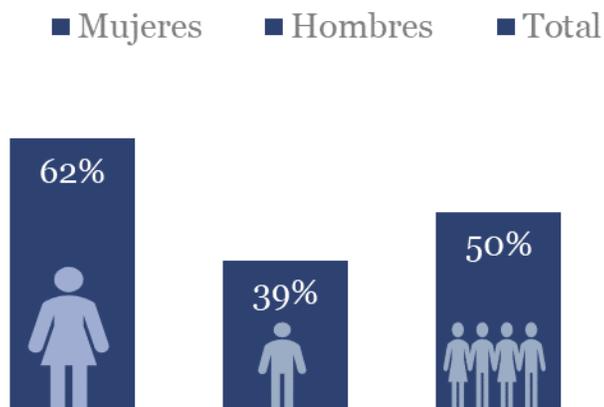


Indicadores de salud

1. Cobertura general

a. Cobertura general

En el año 2017, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) atendió en sus servicios de primer nivel a un 50 % de la población. Esta cobertura muestra una diferencia importante al segregarla por sexo, dado que la cobertura general de las mujeres fue de 62 %, mientras que la de los hombres fue de 39 %.



b. Morbilidad

Respecto a la morbilidad, la última encuesta de causas de consulta realizada por el Área de Estadística en Salud (AES) en el año 2012, reporta como primeras causas de consulta a las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio (12,5 %), destacando entre ellas las relacionadas con la hipertensión esencial (10,7 %). La segunda causa corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio (7,8 %); seguida por las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (7,9 %); las enfermedades del sistema osteomuscular (7,5 %); y las enfermedades del sistema genitourinario (5,3 %).

Es importante señalar que alrededor de una tercera parte de los motivos de consulta registraron atención sin patología.



Atención sin Patología= 27,77



Enfermedades de Sistema Circulatorio= 12,46



Enfermedades del Sistema Respiratorio= 8,81



Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas= 7,92



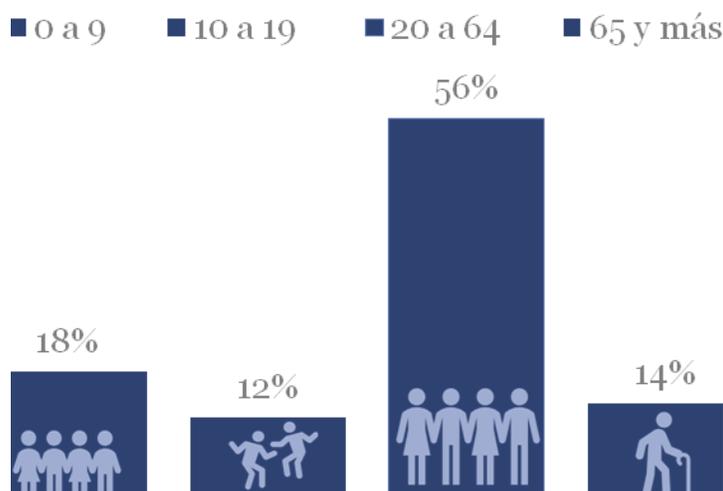
Enfermedades del Sistema Osteomuscular= 7,46



Enfermedades del Sistema Genitourinario= 5,28

c. Distribución porcentual de las consultas de primera vez por grupos de edad

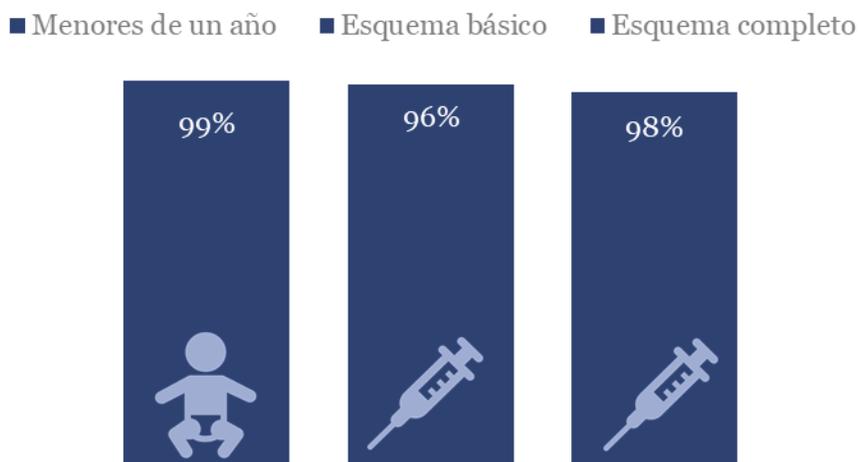
La distribución porcentual de consultas de primera vez por grupos de edad muestra que para el año 2017 las personas adultas de 20 a 64 años fueron las que en mayor proporción se atendieron en los servicios de primer nivel de atención. Mientras que los adolescentes representan el grupo con menos consultas del total dadas.



2. Coberturas de atenciones preventivas

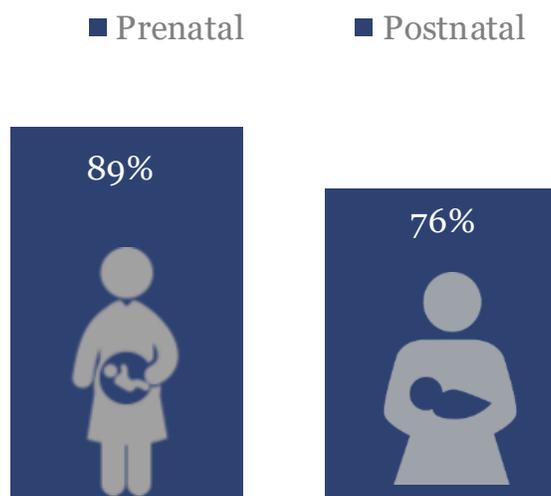
a. Coberturas de atención a niños

Las coberturas en las que la institución ha tenido más éxito, sobrepasando incluso las metas establecidas para la Región Latinoamericana, son las coberturas de atención a niños menores de un año, así como las coberturas de vacunación con esquema básico y esquema completo a niños menores de dos años.



b. Cobertura de atención perinatal

La atención perinatal a las mujeres en el primer nivel incluye tanto la atención prenatal como la postnatal, en las cuales se han logrado obtener coberturas altas a nivel institucional, principalmente en lo relacionado a la cobertura de mujeres antes del parto.



c. Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino

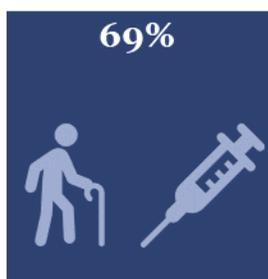
El tamizaje de cáncer cervicouterino ha sido una intervención que se ha desarrollado por muchos años en la institución, y actualmente sigue siendo prioritaria, dada la incidencia de este cáncer en la población femenina; es por ello que el Plan Nacional de Desarrollo estableció una meta específica para este indicador en la CCSS. No obstante, los resultados están lejos de alcanzar la meta de 45 % planteada para el año 2018.

■ 20 a menos de 35 años ■ 35 a 65 años



d. Cobertura de vacunación por influenza en adultos mayores

La vacunación por influenza en adultos mayores representa una importante inversión hecha por la CCSS para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, previniendo los egresos hospitalarios por enfermedad severa asociada a la influenza. Aunque se ha avanzado rápidamente en el aumento de la cobertura, aún faltan esfuerzos para alcanzar la meta del 80 %.



3. Coberturas de atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles

Las coberturas institucionales de atención a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención no han logrado alcanzar la mitad de la población blanco según la prevalencia estimada. Al respecto, es importante mencionar que se requieren estrategias innovadoras para captar a un segmento considerable de la población que no ha sido diagnosticada. Además, insistir en que los registros institucionales disponibles hacen difícil contabilizar en un solo rubro las personas que están siendo atendidas en otros niveles de atención.

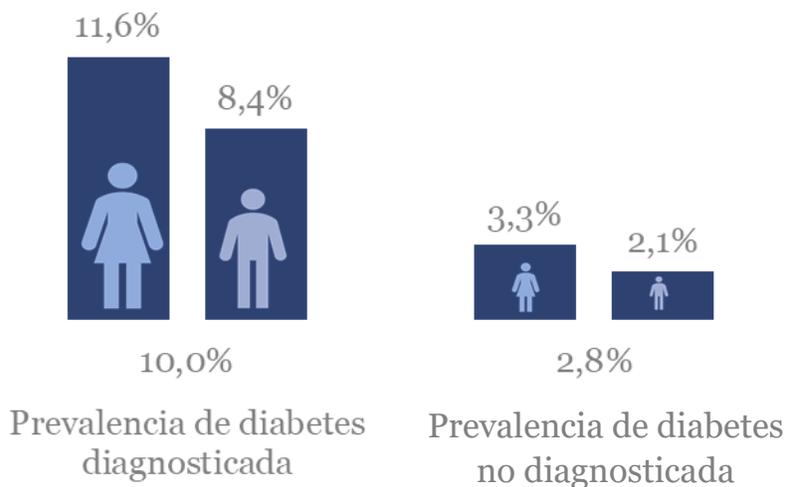
■ Hipertensión arterial ■ Diabetes mellitus



4. Prevalencia según Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovasculares de la CCSS, 2016

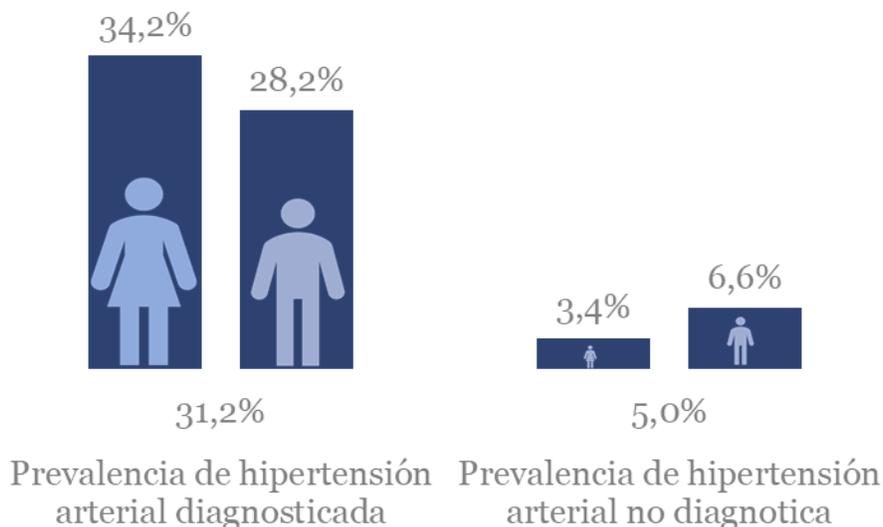
a. Prevalencia de diabetes

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 19 años ha ido creciendo rápidamente en Costa Rica, destacándose que, tanto entre las personas diagnosticadas como entre las no diagnosticadas, las mujeres muestran una mayor prevalencia.



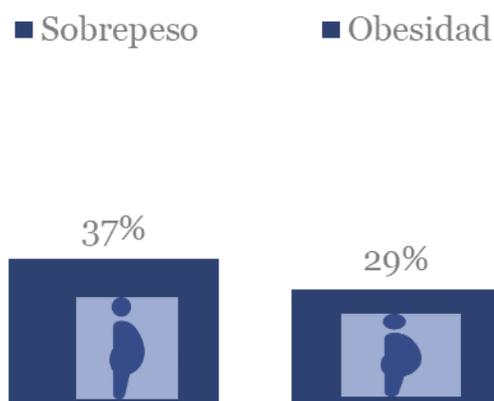
b. Prevalencia de hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión arterial en la población mayor de 19 años triplica la de diabetes mellitus, y aunque la prevalencia diagnosticada es también mayor entre las mujeres, son los hombres lo que muestran la mayor prevalencia no diagnosticada.



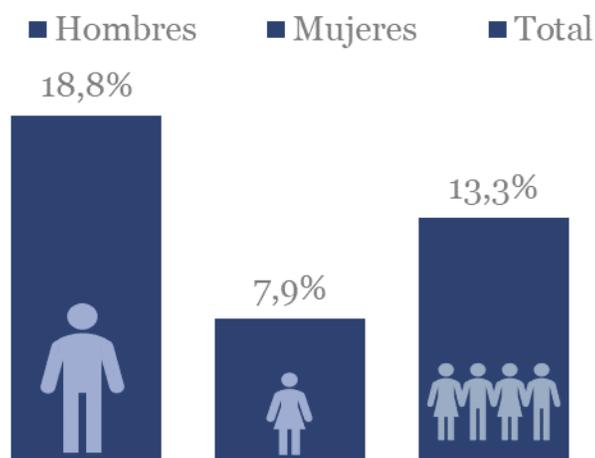
c. Prevalencia de sobrepeso y obesidad

En la población mayor de 19 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad, asociada al desarrollo de la enfermedad cardiovascular, representan un elemento fundamental a considerar en la elaboración de cualquier política relacionada con estilos de vida saludables en la población. Las cifras propiamente constituyen una alarma general para la institución, dado que dos de cada tres adultos (66,2 %) tiene sobrepeso u obesidad.



d. Porcentaje de la población mayor de 19 años que fuma en la actualidad

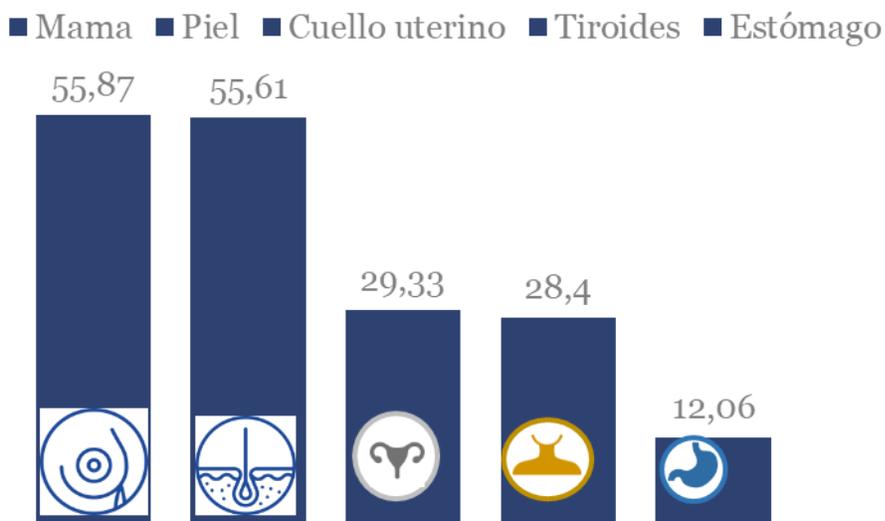
La proporción de la población mayor de 19 años tabaquista es aproximadamente de una de cada cinco, dentro del cual los hombres superan a las mujeres en más del doble. Aunque las políticas de salud públicas que ha adoptado el país en los últimos años han incidido en una reducción del consumo, el tabaquismo sigue siendo un frente de lucha desde los servicios de salud.



5. Incidencia de tumores según Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014

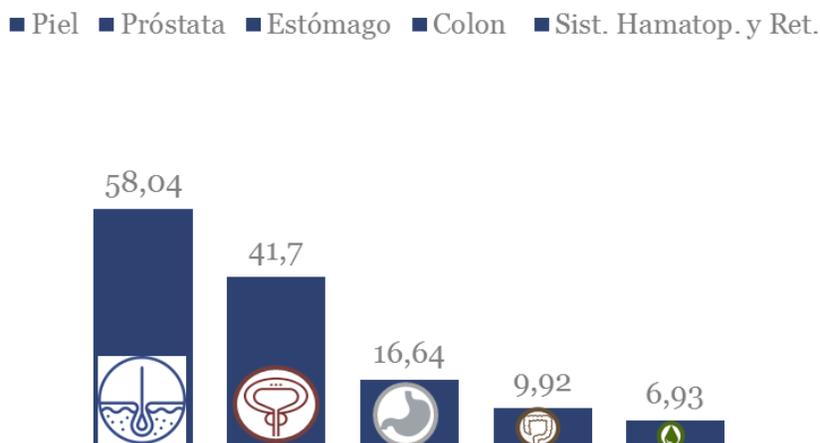
a. Tasa de incidencia de tumores malignos más frecuentes en mujeres, 2014

Los cinco tumores malignos que más afectan a las mujeres en Costa Rica son: mama, piel, cuello uterino, tiroides y estómago, con tasas de incidencia por cada 100 000 mujeres que van desde 55 hasta 12. Destacándose de manera muy similar los tumores de mama y piel.



b. Tasa de incidencia de tumores malignos más frecuentes en hombres, 2014

En el caso de los hombres, los cinco tumores malignos que más los afectan son: piel, próstata, estómago, colon, sistema hematopoyético y endotelial; con tasas de incidencia por cada 100 000 varones que van desde 58 hasta 7, destacándose de manera particular el tumor de piel.



Producción de servicios de salud hospitalarios

1. Producción hospitalaria

Se presenta la producción del año 2017 en las áreas de hospitalización, ambulatoria y consulta externa de los 29 hospitales de la CCSS (23 generales y seis centros especializados).

Producción en hospitales generales y especializados según área de atención. CCSS, año 2017

Área de atención	Total
Hospitalización	
Medicina	54 413
Cirugía	66 450
Gineco-obstetricia	105 664
Pediatría	46 609
Psiquiatría	5 122
Cirugía ambulatoria	59 812
Cirugía vespertina	9 776
Total de egresos	347 846
Consulta médica especializada ^{1/}	2 239 747
Urgencias	2 353 082

^{1/} Incluye la consulta efectuada en Clínica Oftalmológica y Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidado Paliativo.

Fuente: Base de egresos hospitalarios y Boletín Estadístico 2017, Área de Estadística en Salud. CCSS.

2. Consulta externa especializada

Durante el año 2017, en los 23 hospitales generales y ocho centros especializados se efectuaron 2 239 747 atenciones en consulta médica especializada, para un promedio de 186 646 consultas por mes.

Total de consultas médicas especializadas en los hospitales generales y especializados/¹ según servicio. CCSS, año 2017

Servicio	Consultas
Medicina	850 548
Cirugía	783 869
Gineco-obstetricia	202 980
Pediatría	289 965
Psiquiatría	112 385
Total	2 239 747

^{1/} No incluye la consulta brindada por médico general o residente.

Fuente: Boletín Estadístico 2017, Área de Estadística en Salud. CCSS.

3. Personas en lista de espera para cirugía en hospitales generales y centros especializados CCSS (fecha de corte 31 de diciembre de 2017)

A la fecha de corte realizada el 31 de diciembre de 2017, en 23 hospitales generales y cinco centros especializados (Nacional de Niños, De Las Mujeres, CENARE, Nacional de Geriatria y Gerontología y Clínica Oftalmológica), existe un total de 120 911 casos pendientes para realización de cirugía.

**Casos en lista de espera para cirugía distribuidos según servicio
y especialidad. CCSS, año 2017¹**

Servicio	Especialidad	Casos	Porcentaje
Cirugía	Cirugía General	28 977	24,0%
	Oftalmología	25 468	21,1%
	Ortopedia	23 506	19,4%
	Urología	8 919	7,4%
	Otras (13)	16 186	13,4%
Gineco-obstetricia	Ginecología	12 063	10,0%
	Oncología Ginecológica	114	0,1%
Pediatría	Cirugía Infantil	1 643	1,4%
	Ortopedia	1 626	1,3%
	Urología	737	0,6%
	Otros (7)	1 672	1,4%
Total		120 911	100%

¹ Fecha de corte al 31 de diciembre.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

**Casos en lista de espera para cirugía según tipo de
hospital. CCSS, año 2017¹**

Tipo de hospital	Casos
Nacional	38 013
Regional	63 308
Periférico 3	9 419
Periférico 1 y 2	2 862
Especializado	7 309
Total	120 911

¹ Fecha de corte al 31 de diciembre.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Casos pendientes de cirugía en los cinco diagnósticos más frecuentes a nivel institucional. CCSS, año 2017¹

Diagnóstico	Total
Catarata	16 002
Colelitiasis	8 935
Esterilización (femenina)	6 852
Gonartrosis	3 791
Hiperplasia prostática	2 981

¹ Fecha de corte al 31 de diciembre.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios, 2017.

4. Egresos operados

Para esta revisión se consideran los egresos operados durante el año 2017. Se utiliza la base de egreso oficializada por el Área de Estadística en Salud para este período.

De tal forma, durante el año 2017 se produjo un total de 177 877 egresos con procedimiento quirúrgico en los 23 hospitales generales, cuatro especializados (Nacional de Niños, De Las Mujeres, CENARE, Nacional de Geriatria y Gerontología) y la Clínica Oftalmológica, con utilización del presupuesto de operación anual asignado a cada centro. De estos, el 69,6 % corresponde a internamiento; y el 30,4 % a procedimientos ambulatorios (se operan y se egresan registrándolos en el servicio de cirugía ambulatoria, sin uso de cama hospitalaria).

Los demás casos operados (9 706) se realizaron por cirugía vespertina (servicio 11), que se caracterizan por manejar un presupuesto adicional, que es distinto del ordinario; por tal razón se ubican por separado.

**Total de egresos operados^{\1} en los hospitales generales y especializados.
CCSS, año 2017**

Servicio	Área de ingreso			Total
	Consulta Externa	Urgencias	Nacimientos	
Cirugía	2 951	4 052		7 003
Medicina	22 070	29 156	2	51 228
Ginecobstetricia	15 884	40 132		56 016
Pediatría	4 469	4 506	93	9 068
Psiquiatría		525		525
Total	45 374	78 371	95	123 840
Cirugía Ambulatoria ^{\2}	54 032	5		54 037
Total	99 406	78 376	95	177 877
Cirugía Vespertina ^{\3}	9 701	5		9 706
Total General	109 107	73 381	95	187 583

^{\1} Procedimiento tipo quirúrgico.

^{\2} Servicio 6.

^{\3} Servicio 11.

Fuente: Base de egresos hospitalarios 2017, Área de Estadística en Salud. CCSS.

Por área de ingreso, un 58,2 % de los egresos operados es ingresado en forma electiva (consulta externa). Ese egreso electivo se desagrega en 49,5 % de pacientes que se intervinieron mediante la modalidad ambulatoria; 41,6 % por servicios no ambulatorios. y un 8,9% mediante la modalidad vespertina.

Respecto al año 2016, el egreso vespertino prácticamente se duplicó, lo que asociado a un número invariable de procedimientos egresados por el servicio ambulatorio, provoca que el índice de procedimientos ambulatorios disminuyera en 2017 respecto a lo logrado en 2016.

5. Atenciones en servicios de Urgencia

Los servicios de Urgencias en los hospitales de la CCSS registraron un total de 2 353 082 atenciones durante el año 2017, para un promedio mensual de 196 090 atenciones.

CAPÍTULO I
ÁREAS DE SALUD

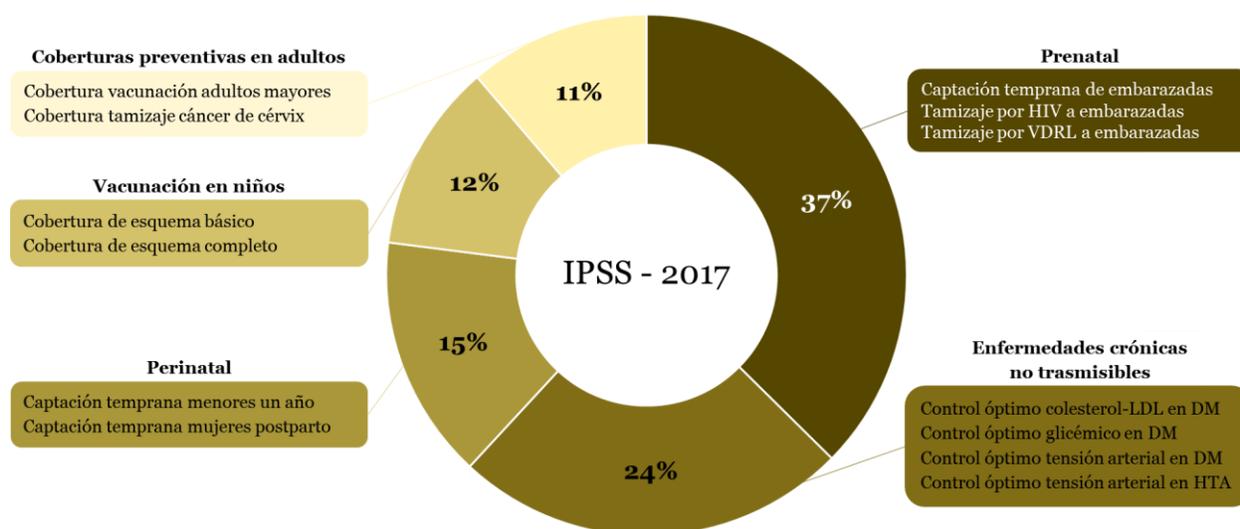
Índice de prestación de servicios de salud (IPSS) 2017

Se incluye, además, una propuesta para un índice de coberturas de atención (ICA)

El objetivo de la construcción y presentación anual del Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) es identificar, mediante una medida resumen, las áreas de salud que más se acercan al cumplimiento de las metas institucionales planteadas para el año 2018, así como las que muestran mayor rezago. En ese sentido, tiene la clara intención de reconocer las áreas que requieren un apoyo prioritario para lograr una mejora sustancial en los servicios de salud que prestan.

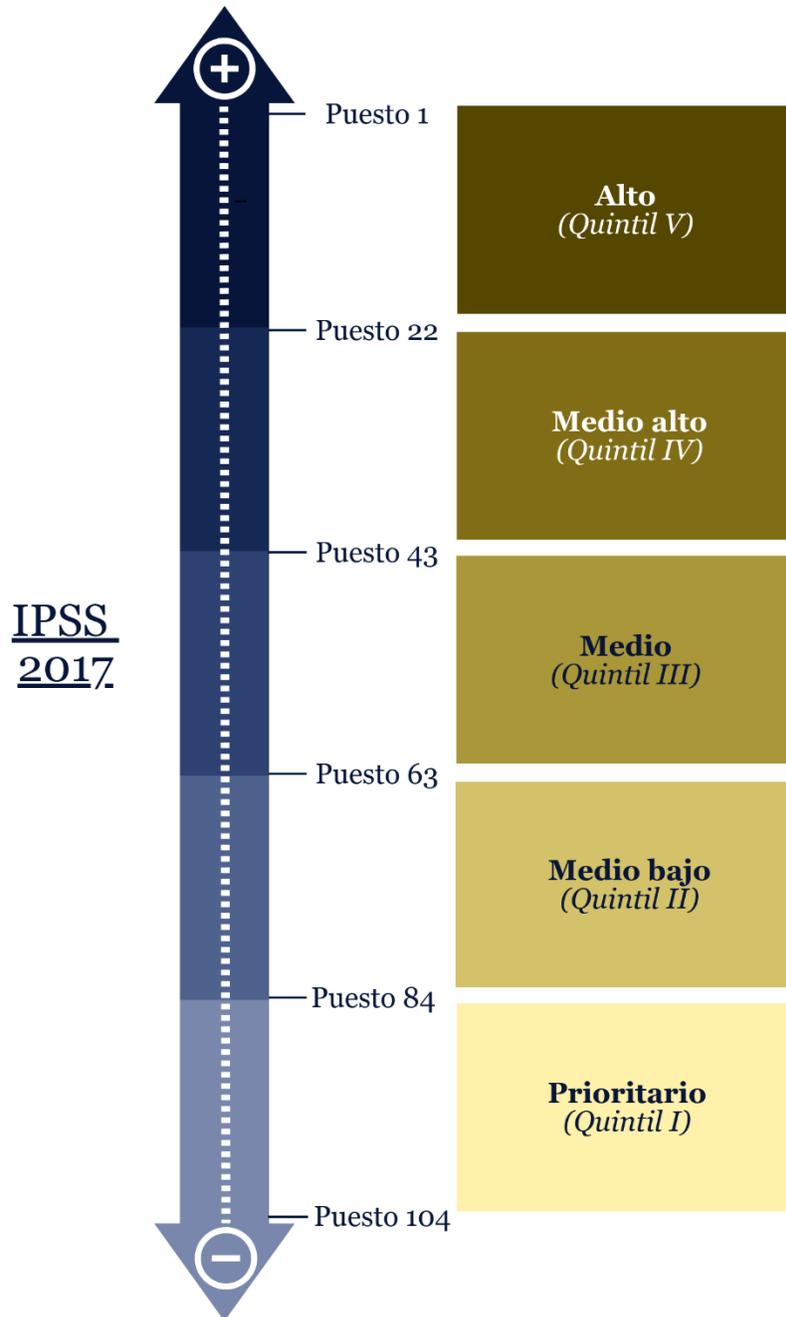
La metodología para su construcción es la misma utilizada en la elaboración del índice del año anterior (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017), (anexos 1 y 2).

Este año se conformaron cinco factores, cuya clasificación y peso relativos se muestran en la imagen siguiente:

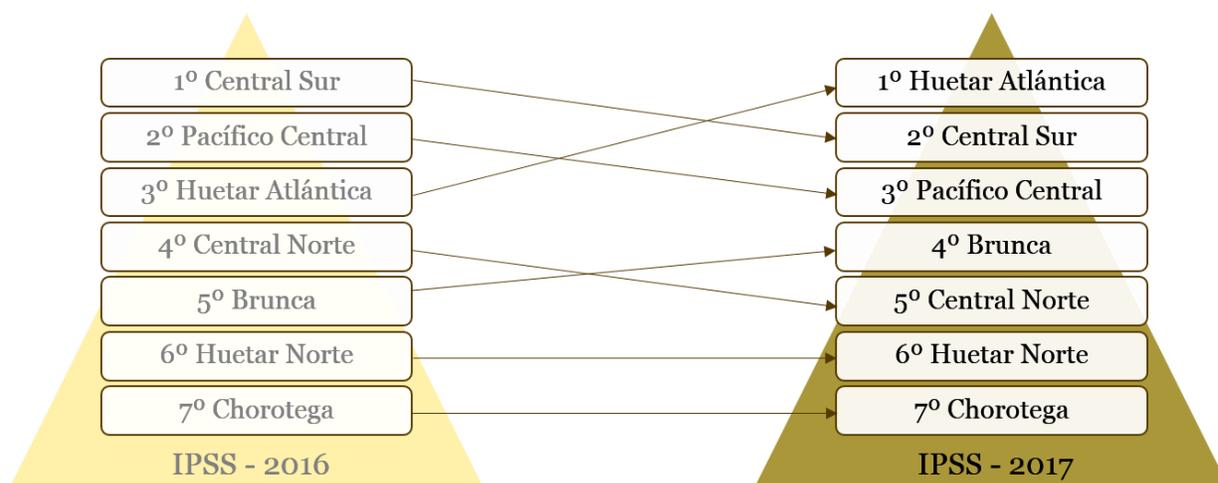


Es importante señalar que dos de los indicadores evaluados a todas las áreas de salud no forman parte del IPSS–2017: tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses y abordaje adecuado de niños con anemia. Se decidió no contemplarlos porque su comportamiento en relación con los otros indicadores impidió que pudieran confluir en uno de los factores.

Los resultados del IPSS (anexo 4) se agruparon en quintiles ordenados como se muestra en la imagen:



Por otro parte, a partir de los porcentajes de cumplimiento regional y utilizando una media geométrica, se hizo un ordenamiento de las regiones como se señala en el anexo 3. Entre los resultados destaca que la región Huetar Atlántica se coloca en el primer puesto, después de que el año anterior se ubicara en el tercero, y el tras anterior en el quinto, demostrando que es la región con el mayor avance en el cumplimiento de las metas institucionales.



Los tres primeros puestos a nivel regional han estado ocupados por las mismas regiones en los últimos dos años (Huetar Atlántica, Central Sur y Pacífico Central), al igual que los últimos dos puestos, donde permanecen las regiones Huetar Norte y Chorotega. Lo que sí se advierte es que nuevamente la Central Norte desciende como región en el escalafón, llegando este año a ocupar el quinto lugar; ya en el año 2016 se había señalado su descenso de la segunda a la cuarta posición.

Asimismo, se hace necesario señalar el estancamiento de las regiones Huetar Norte y Chorotega, en donde las situaciones que enfrenta cada una de ellas han impedido su avance en la consecución de mejores resultados respecto a los alcanzados por el resto de las regiones.

Para analizar estos resultados, se hace necesario ver en detalle el comportamiento de las unidades de manera individual en relación con el IPSS. En primera instancia, destacar las unidades ubicadas en los extremos, es decir, con el IPSS más alto y aquellas cuyo índice las clasifica como prioritarias.

IPSS Alto – (Quintil V)		IPSS Prioritario – (Quintil I)	
1º Barva	Central Norte	84º Puerto Viejo	Central Norte
2º Matina	Huetar Atlántica	85º Alfaro Ruiz	Central Norte
3º San Pablo	Central Norte	86º Aguas Zarcas	Huetar Norte
4º Parrita	Pacífico Central	87º San Ramón	Central Norte
5º Puriscal – Turrubares	Central Sur	88º Osa	Brunca
6º Cariari	Huetar Atlántica	89º Coronado	Central Sur
7º Acosta	Central Sur	90º Garabito	Pacífico Central
8º Escazú	Central Sur	91º Catedral Noreste	Central Sur
9º Pavas	Central Sur	92º Liberia	Chorotega
10º San Francisco – San Antonio	Central Sur	93º Los Chiles	Huetar Norte
11º La Unión	Central Sur	94º Carrillo	Chorotega
12º San Sebastián – Paso Ancho	Central Sur	95º Alajuela Central	Central Norte
13º Valverde Vega	Central Norte	96º Goicoechea 1	Central Sur
14º Concepción – San Juan – San Diego 2	Central Sur	97º La Cruz	Chorotega
15º Tilarán	Chorotega	98º Heredia – Cubujuquí	Central Norte
16º Guácimo	Huetar Atlántica	99º Tibás – Uruca – Merced	Central Norte
17º San Rafael de Puntarenas	Pacífico Central	100º Alajuela Sur	Central Norte
18º Florencia	Huetar Norte	101º Pital	Huetar Norte
19º La Carpio – León XIII	Central Norte	102º Upala	Chorotega
20º Montes de Oca 2	Central Sur	103 Heredia – Virilla	Central Norte
21º Guápiles	Huetar Atlántica	104º Alajuela Norte	Central Norte

En el grupo con el IPSS alto destaca el área de salud de Barva, que se vuelve a posicionar en el primer lugar, con el índice más alto a nivel nacional por segundo año consecutivo. Además, sobresale San Pablo, también gestionada por COOPESIBA R.L., que pasa del cuarto puesto en el 2016 al tercero en el 2017.

Por otra parte, es importante destacar el avance que ha mostrado el área de salud de Matina, que en el año 2015 ocupó el puesto 96, en el 2016 avanzó al 33 y en el 2017 llegó al segundo puesto.

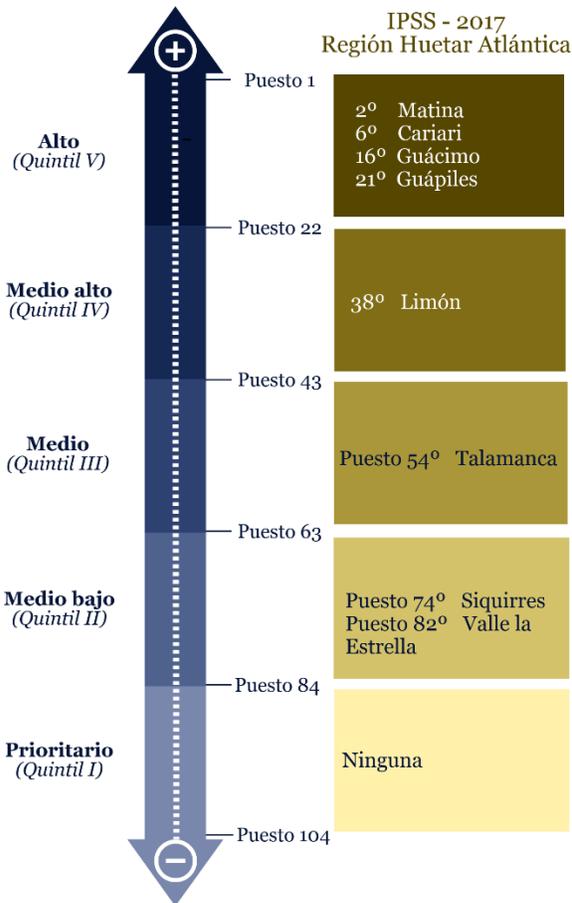
Igualmente destacable es que las áreas de Parrita, Puriscal–Turrubares, Cariari, Acosta y San Sebastián-Paso Ancho, a pesar de que ya se ubicaban en el quintil más alto en el año anterior, todas mejoraron su posicionamiento dentro de ese primer grupo.

En el grupo con IPSS prioritario, cabe resaltar las unidades que abandonaron este último quintil: Bagaces, Mora–Palmichal, Mata Redonda–Hospital, Limón, Desamparados 1, Goicoechea 2, Coto Brus, Alajuela Oeste, Valle la Estrella, Barranca, Talamanca y Zapote-Catedral.

Por el contrario, hay tres áreas dentro de este grupo que ya estaban ubicadas ahí en el 2016 y que más bien empeoraron su posición; estas son: Catedral Noreste, Upala y Alajuela Sur.

Región Huetar Atlántica

A nivel regional, la Huetar Atlántica se ubica en el primer lugar, lo que podría estar asociado a la mejoría observada en temas tales como la atención materno infantil, que ha generado resultados positivos en la mayoría de sus áreas de salud. Cabe destacar que algunas de estas unidades han mostrado interés en el apoyo que la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) suele ofrecer después de cada proceso de evaluación, con el fin de analizar los logros alcanzados e



identificar las principales debilidades en la gestión de los servicios. El área de salud que ha optado de manera más consistente por este acompañamiento ha sido Matina. Esta unidad muestra en el 2017 un avance muy destacable en sus resultados, lo que le permite por primera vez entrar en el grupo de unidades con el IPSS más alto.

Desde la evaluación del 2015 y con una periodicidad anual, Matina ha promovido la participación de la DCSS en la presentación de sus resultados a todos los equipos de atención del área. A esta actividad asisten todos los funcionarios involucrados, directa o indirectamente, en el cumplimiento de las intervenciones evaluadas. Las autoridades de esta unidad consideran que la presentación a cargo de un funcionario de la DCSS es fundamental

para generar compromiso y motivación en el personal responsable de los servicios. Esta interacción se ha verificado tanto de manera presencial como virtual, mediante el recurso de la videoconferencia.

Adicionalmente, los encuentros con funcionarios de la DCSS se han aprovechado para programar espacios de discusión, en compañía de representantes de los servicios de apoyo, con el fin de valorar estrategias que permitan ganar equidad en el acceso a los servicios e incrementar la efectividad de la atención. Estos esfuerzos han hecho posible acciones como la detección precoz de sífilis y VIH en las embarazadas desde el primer contacto, incluso en sitios alejados de atención.

Los resultados favorables obtenidos han motivado la extensión de estas acciones al resto de las unidades de la región, como experiencias de éxito.

Otro aspecto importante de destacar en relación con los esfuerzos de mejora a nivel regional, es que las tres áreas de salud que fueron catalogadas como prioritarias en el IPSS 2016 (Limón, Talamanca y Valle la Estrella), lograron mejores resultados en el 2017, lo cual les permitió salir del quintil más bajo y ocupar posiciones superiores.

Entre ellas, es importante señalar el avance de Limón, que en los últimos años ha permanecido entre los lugares más bajos del escalafón; sin embargo, en el 2017 ascendió tres quintiles, hasta la posición 38. A pesar de que Limón ya había mostrado signos de superación en su gestión clínica, estos esfuerzos no se habían reflejado en los resultados hasta este año.

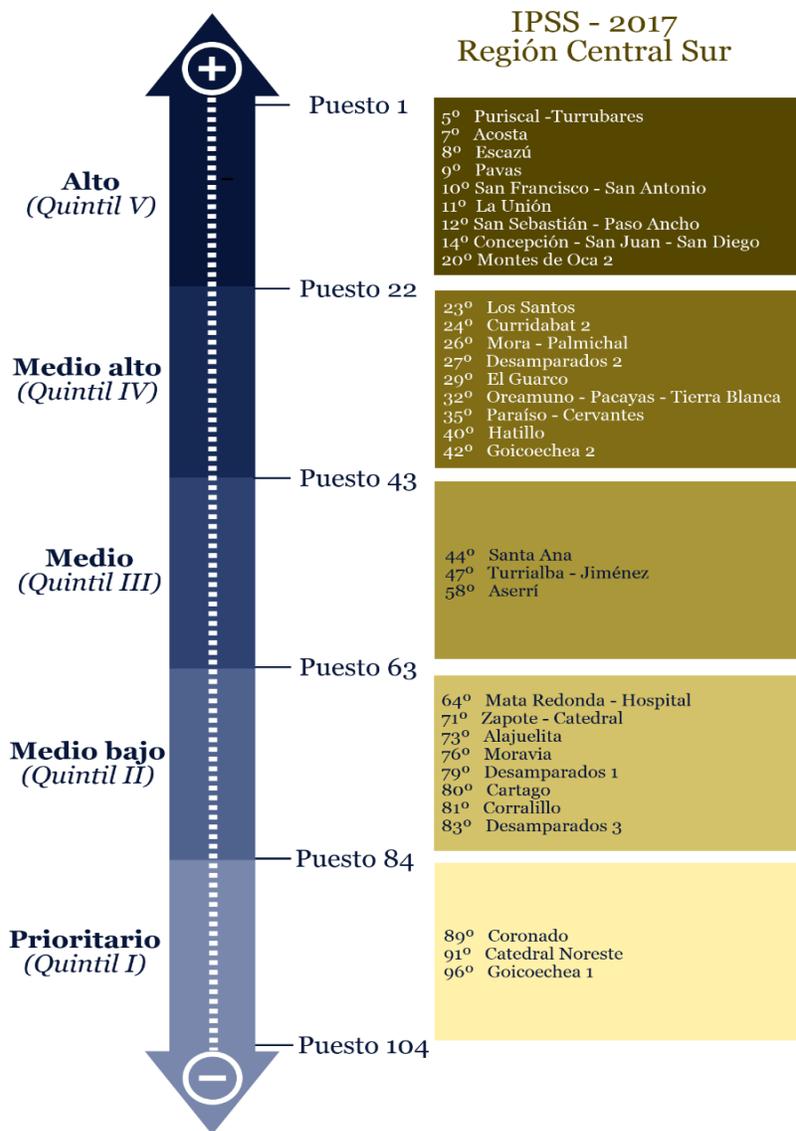
Por el contrario, la evolución de Siquirres no presentó el curso positivo de las demás unidades de la región. El estancamiento general en sus logros y el avance del resto de unidades, provocaron un retroceso considerable en su ubicación, al descender un quintil y perder 22 posiciones.

Región Central Sur

Esta región ha ocupado desde el año 2014 el primer lugar en el IPSS regional; no obstante, a pesar de que sus buenos resultados se mantienen para el año 2017, pasó al segundo puesto desplazada por la región Huetar Atlántica, que logró mayores avances.

Uno de los factores que pudo haber influido en esto, es que algunas de las unidades gestionadas por proveedores externos descendieron en su posicionamiento, cuando tradicionalmente habían venido ocupando el quintil más alto; tal es el caso de Curridabat 2, que descendió 11 puestos; Desamparados 2, que cayó 19 puestos; y Santa Ana, que bajó 39 puestos.

Por el contrario, las unidades de esta región que ya formaban parte del quintil más alto en el 2016 y que lograron escalar posiciones al 2017 fueron: Acosta, Puriscal – Turrubares y San Sebastián – Paso Ancho.



Asimismo, es necesario destacar al grupo de unidades que este último año logró un avance importante en el número de posiciones: Mora–Palmichal (60), Goicoechea 2 (49), Zapote–Catedral (32), Montes de Oca 2 (24), Mata Redonda – Hospital (23), Hatillo (21) y San Francisco – San Antonio (18). Esta mejora les permitió a algunas de ellas salir del grupo de áreas de salud prioritarias al que pertenecían el año anterior, lo que en cierta medida podría estar asociado a las ventajas de la implementación del EDUS en los servicios de consulta externa.

Por otra parte, hay siete unidades que descendieron de forma alarmante: Santa Ana, Desamparados 3, Coronado, Cartago, Alajuelita, Corralillo y Goicoechea 1. En ellas los factores que pudieron haber afectado son diversos; sin embargo, uno de los señalados por las propias unidades tiene que ver con el tiempo y el aprendizaje en la utilización del expediente digital.

Como áreas de salud prioritarias se tiene a tres unidades de esta región: Coronado y Goicoechea 1, las cuales por primera vez se ubican en este grupo; y Catedral Noreste, que además de que ya se ubicaba en este quintil el año anterior, empeoró su posicionamiento. A excepción de Coronado, las otras dos unidades tienen dificultades en la gestión clínica, dada la falta de un laboratorio propio del área, lo que podría ser una de las causas que determinan su bajo desempeño.

Región Pacífico Central

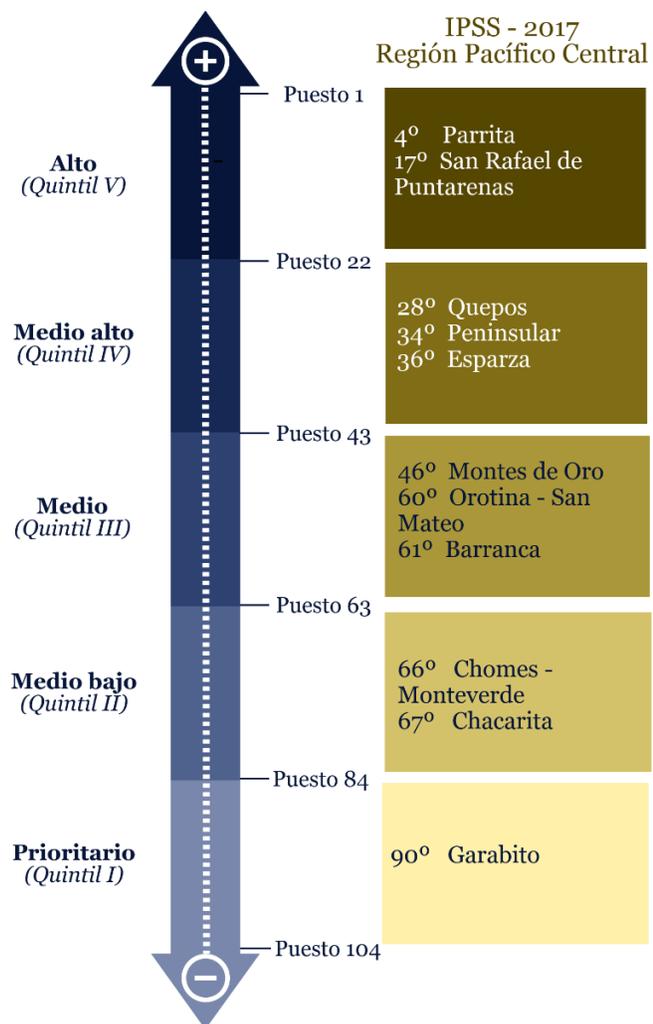
La región Pacífico Central se ha mantenido en los tres primeros puestos del IPSS regional durante los últimos tres años, demostrando con ello que los resultados de sus unidades ocupan posiciones destacadas a nivel nacional.

Entre ellas, los mejores resultados han sido los obtenidos por el área de salud de Parrita, que avanzó desde el puesto 23 en el año 2015 a la cuarta posición en el 2017. Algunos de los factores que podrían estar explicando esta evolución son: el involucramiento de los equipos de salud, la capacitación permanente, la implementación de la captación conjunta de los menores de un año y las mujeres en postparto, así como la oportunidad de la consulta en línea de los reportes de los exámenes de laboratorio.

Asimismo, otras áreas de salud que han logrado mejorar su posicionamiento son: San Rafael de Puntarenas, que pasó del IV al V quintil; Peninsular, que pasó del II al IV; y Barranca, que estaba como área prioritaria, que pasó del I al III quintil. Como estrategias exitosas que han ayudado en este avance sobresalen la capacitación del personal en los propios lugares de trabajo y el mejoramiento en los registros de vacunación.

Por su parte, las áreas de salud de Chacarita y Chomes-Monte Verde se mantienen en posiciones similares entre los años 2016 y 2017, formando ambas parte del grupo de unidades con IPSS medio bajo (II quintil).

Por otro lado, cuatro de los centros mostraron una disminución en el escalafón, que de mayor a menor descenso son: en primer lugar, el área de Orotina, que



bajó 40 puestos; Montes de Oro, que disminuyó 20 puestos; Quepos, que descendió 13 puestos; y Esparza, que bajó 12 puestos. Como principal determinante de esta caída en los resultados, las unidades mencionan la afectación por la implementación del Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES).

Finalmente, el área de salud de Garabito, que ya había sido prioritaria en el año 2015, vuelve en el 2017 a integrar ese grupo de unidades, dejando ver que no ha logrado implementar medidas que mejoren los resultados en la prestación de servicios de salud.

Región Central Norte

Esta región ha mostrado un descenso en su posicionamiento en el cumplimiento de metas, en comparación con el resto de las regiones, ocupando el quinto puesto en el 2017. Destaca que entre sus unidades se encuentra la que obtiene el puesto número uno y la que tiene la última posición a nivel institucional, Barva y Alajuela Norte, respectivamente.

Dentro de las causas de su descenso se podría mencionar la caída en puestos que han mostrado algunas de sus áreas de salud, como es el caso de San Ramón (65 puestos), Heredia - Virilla (43 puestos), Alajuela Norte (41 puestos) y Belén Flores (30 puestos), además de otras que también descendieron.

Este retroceso podría estar explicado en la mayoría de ellas por el declive en los resultados de captación temprana de embarazadas, en los cuales se evidencian disminuciones de hasta 15 a 20 puntos porcentuales, debido al ingreso tardío de embarazadas extranjeras o en alto riesgo social. Además del descenso en la captación de menores de un año, ante la ausencia de una exploración exhaustiva por parte del personal de salud de los motivos que expliquen la llegada tardía a los centros de atención. En el caso específico de San Ramón, hay una disminución en la realización oportuna de las pruebas de laboratorio, asociado a que el área depende del laboratorio clínico del Hospital Carlos Luis Valverde Vega, que no puede suplir la demanda de los 25 puestos de visita periódica con los que cuenta.

Otro de los motivos que podría explicar el descenso observado en esta región es que, según los resultados obtenidos, las unidades de Alfaro Ruiz, Heredia – Cubujuquí y Heredia – Virilla pasaron a ser prioritarias en el 2017. Para el área de salud de Alfaro Ruiz el cambio de sistema de información de MEDINET a

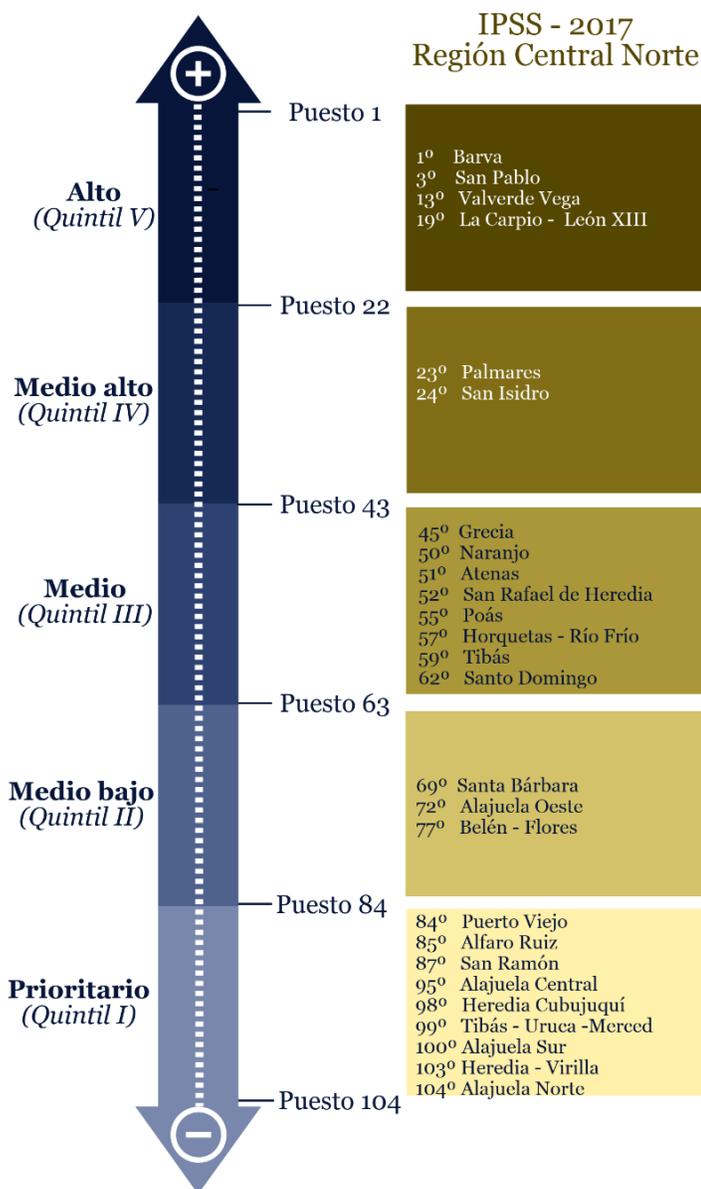
EDUS pudo haber limitado sus resultados, mientras que en las otras unidades la capacidad instalada pareciera ser el factor determinante.

Por otro lado, llama la atención el área de salud Alajuela Sur, ya que siendo una de las áreas de salud prioritarias en el 2016, empeoró su posición en el 2017, situación explicada por el abrupto descenso en la captación temprana de menores de un año, asociada en parte a tres factores: el área cuenta con 14 Ebáis, de los 24 que requiere, lo cual limita el acceso oportuno; la implementación del EDUS, que provocó en el 2017 una disminución en la oferta de aproximadamente el 23 %; y la ausencia de registros completos en la atención del menor.

En otro orden, destacan en la región las áreas de salud de Barva y San Pablo, las cuales son administradas por COOPESIBA R.L., que ocupan lugares preferenciales a nivel institucional; el primero y el tercer puesto, respectivamente, posiciones que han

mantenido o mejorado en los últimos años.

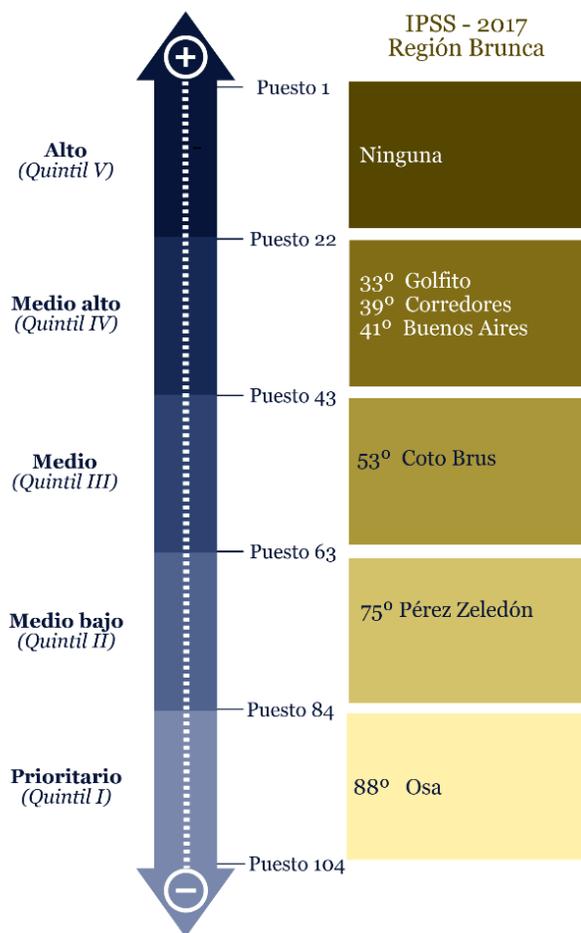
A la vez, sobresale el área de salud de Valverde Vega, que entró a formar parte del grupo de unidades con el IPSS más alto, pasando del puesto 27 en el 2016 al 13 en el 2017. De la misma manera, Alajuela Oeste muestra un avance importante, logrando pasar del grupo de áreas prioritarias del quintil V en el 2016 al IV en el 2017.



Región Brunca

La región Brunca sube al tercer puesto en el IPSS regional, después de haber permanecido en la cuarta posición durante los años 2015 y 2016, desplazando a la región Central Norte, que ha mostrado un descenso sostenido.

Una de las estrategias que pueden haber colaborado en el avance de esta región, es el apoyo permanente de los servicios de laboratorio clínico de los hospitales a las necesidades de las áreas de salud, iniciativa que está en ejecución desde el año 2016, a partir de una directriz de la dirección regional. Sin embargo, cabe destacar que a pesar de obtener una mejora en sus resultados, estos pudieron estar limitados en el 2017 por la tormenta tropical Nate, ya que se afectó el acceso a los servicios en todas las áreas de salud, situación que debe sumarse a las características típicas de poblaciones fronterizas y dispersas.



De manera específica, hay que destacar que cuatro de las seis áreas de salud que componen la región mejoraron su posición en el escalafón general: Golfito (46 puestos), Coto Brus (40), Buenos Aires (35) y Corredores (26). Es importante señalar que el área de Coto Brus pasó de ser prioritaria en los dos últimos años a tener un IPSS medio en el 2017; por su parte, las otras tres áreas subieron del quintil II al IV.

Por otro lado, se tiene a Pérez Zeledón, que bajó ocho puestos, manteniéndose en el grupo con IPSS medio bajo. Entre otras razones, esta unidad cuenta con múltiples puestos de visita periódica que en el 2017 debieron cerrar por orden sanitaria; asimismo, sigue enfrentando la dificultad de que alrededor de la mitad de su población no está cubierta por el área de salud, dada su limitada capacidad instalada, cuyo reforzamiento está aún pendiente.

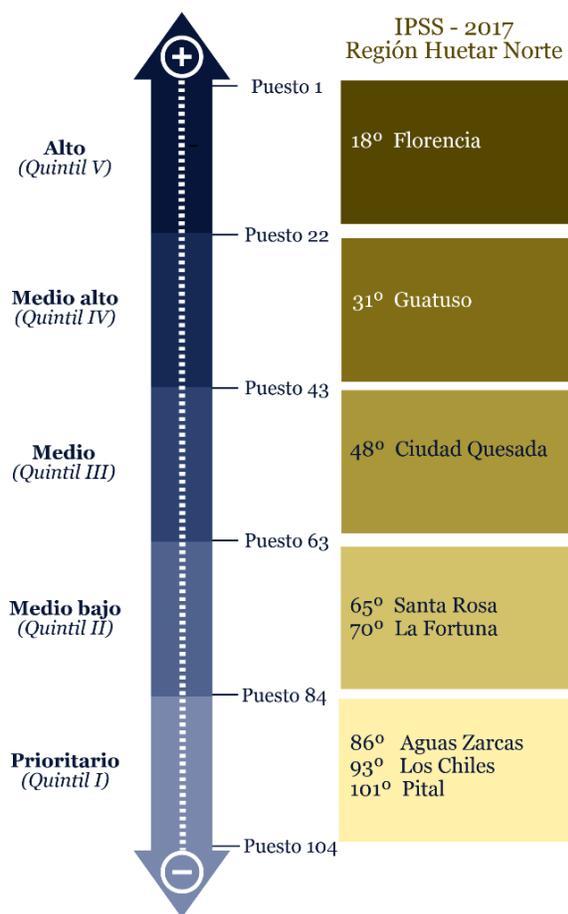
Por otra parte, está el área de salud de Osa, que descendió 65 puestos del 2016 al 2017, ubicándose ahora dentro del grupo de unidades prioritarias. En el año 2016 este centro enfrentó la inundación de un sector debido a la tormenta tropical Nate, lo cual ocasionó la pérdida de todos sus expedientes de salud, lo que podría haber incidido en los resultados, dado que es uno de los sectores con mejor acceso en el área de salud.

Región Huetar Norte

La región Huetar Norte ha permanecido estancada en la sexta posición del IPSS regional durante los últimos tres años. Para el año 2017 la mitad de las áreas de salud que la conforman bajaron su posicionamiento global, lo que no les ha permitido avanzar como conjunto.

Sin embargo, hay que destacar el ascenso de 16 puestos de Florencia, con lo que logró ubicar por primera vez en los últimos tres años a un área de salud de la región dentro de las unidades con el IPSS más alto a nivel institucional; asimismo, resalta el área de Guatuso, que escaló 18 puestos, pasando del III al IV quintil; en ambas hay que señalar los esfuerzos en gestión local realizados para el mejoramiento de los resultados.

La Fortuna y Aguas Zarcas, por otro lado, caen en más de 20 puestos cada una, ocasionando inclusive, que la última pase a integrar el grupo de áreas de salud prioritarias. Esta unidad se ve afectada por la capacidad instalada del laboratorio clínico, que es insuficiente para atender a toda la población adscrita; además, cuenta con un importante flujo de inmigrantes nicaragüenses embarazadas que inician tardíamente su control prenatal. El área de salud de La Fortuna, por su parte, tiene la particularidad de que la oferta de puestos de trabajo de su población varía con los ciclos turísticos, lo que



afecta la condición de aseguramiento de muchos de ellos, que durante la época baja quedan descubiertos, perjudicando la continuidad de la atención.

Adicionalmente, se encuentran las áreas de salud Los Chiles y Pital, ubicadas en el quintil más bajo desde el año anterior. Entre los elementos que podrían estar impidiendo su avance en la consecución de mejores resultados destacan, por un lado, su situación geográfica, ya que ambas tienen un amplio cordón fronterizo que les dificulta la captación temprana de la población; y por otro lado, la gran cantidad de plazas de servicio social que ocasiona discontinuidad en la atención de las personas y dificulta los procesos de capacitación. Además, en estas áreas de salud, tanto las vías de comunicación como las condiciones socioeconómicas locales limitan el acceso a los servicios.

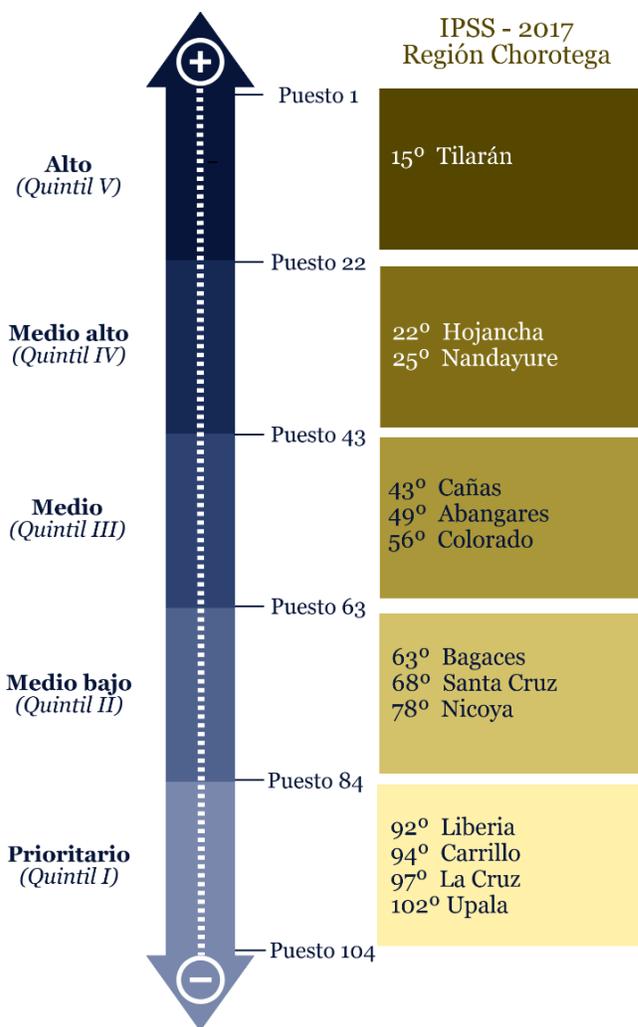
Por otro lado, se encuentra el Área de Salud de Pital, que ocupa el último puesto regional por segundo año consecutivo; esta posee serios problemas de capacidad instalada, condicionada por la población de los sectores de Pital 1 (mayor a 8 000 habitantes) y Santa Rita (mayor a 9 000 habitantes).

Región Chorotega

La región Chorotega por tres años consecutivos se ha mantenido en la última posición del IPSS regional, y para este último año 10 de sus 13 áreas de salud descienden en el escalafón global. Esta zona del país tiene algunas barreras que limitan el avance en la consecución de las metas planteadas, tales como una alta tasa de migración, condiciones socioeconómicas precarias, dispersión geográfica, afectación epidemiológica por factores climáticos y déficit de Ebáis respecto al tamaño de la población a cargo.

A pesar de estas condiciones, hay que destacar el avance sostenido que ha mostrado el área de salud Tilarán, que entra por primera vez al grupo con IPSS alto. Estos avances son producto de al menos tres años de trabajo coordinado y reorganizado entre los equipos de salud, un alto nivel de motivación y compromiso, monitoreos constantes y la implementación de planes de mejora permanentes.

También es importante mencionar el adelanto de posición de Bagaces, que sale del grupo de áreas prioritarias, superándose en 21 posiciones respecto al año anterior; avance que se relaciona con el análisis hecho de resultados en cada uno de los Ebáis, con propuestas de mejora específicas en cada uno de ellos.



Por otro lado, están las tres unidades que han descendido más posiciones: Carrillo (29), Cañas, (26) y Colorado (24); lo cual podría deberse a factores tales como la gestión del laboratorio clínico (toma y reporte oportuno de pruebas); la ausencia de monitoreos; análisis de alcances y planteamiento de medidas correctivas oportunas; así como personal sustituto no comprometido con las gestiones de la unidad.

Además, hay dos áreas de salud que muestran una clara tendencia a descender en su posicionamiento en el IPSS; se trata de Abangares y Upala. En el caso particular de Abangares, a pesar de que ha implementado monitoreos, análisis de sus resultados y ejecución de planes remediales en los últimos cuatro

años, esto solo ha sido factible en cuatro de sus cinco sectores; por lo tanto, es probable que el descenso esté relacionado con los resultados de un sector en específico.

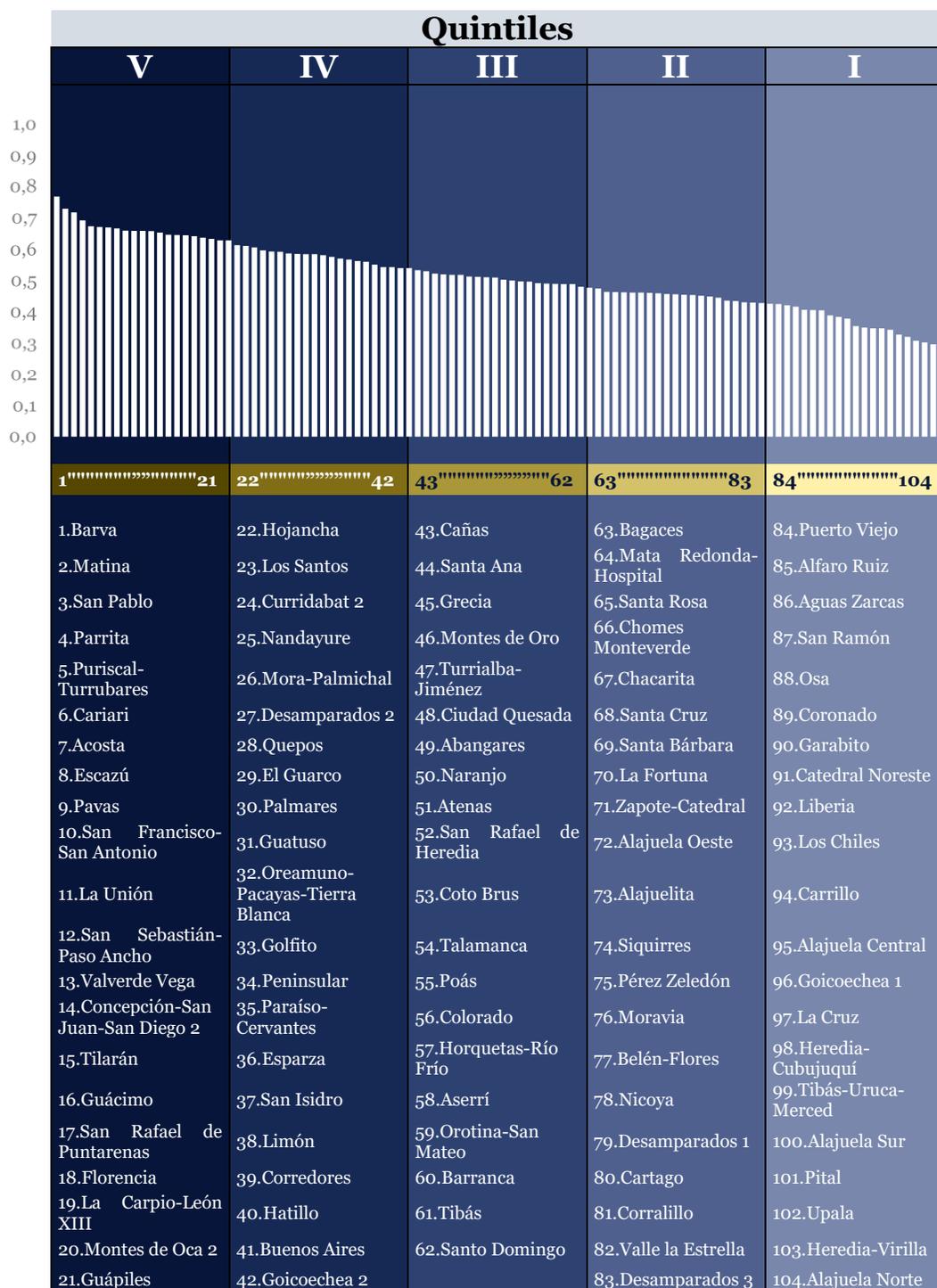
Por su parte, La Cruz y Carrillo regresan en el año 2017 a formar parte de las unidades prioritarias, donde se habían ubicado en el 2015, al igual que Liberia y Upala, que se mantienen en este grupo desde el año anterior. El área de salud de Liberia logró avanzar algunas posiciones producto de mejoras implementadas en los últimos dos años, en tanto que Upala empeora su posición, en parte explicado por su limitada capacidad instalada y condiciones geográficas, además de los constantes cambios en la coordinación de los procesos administrativos.

Consideraciones finales IPSS-2017

A manera de consideración final, se quiere destacar que el IPSS permite identificar de forma objetiva un resultado global, con el cual establecer la tendencia de una región o área de salud a cambiar de posición, en relación con el resultado obtenido por el conjunto de unidades. Se podría hacer el ejercicio de comparar los resultados de una unidad contra los institucionales o los regionales, y con base en ello establecer su evolución, pero no es práctico hacerlo para conjuntos grandes de unidades.

Tomando en cuenta lo anterior, se insiste en que este índice es para posicionar los resultados de la unidad entre el conjunto total de áreas de salud. Por tanto, no constituye una calificación de los gestores, ni señala quien lo hace mejor y quien peor; lo que busca es incentivar el análisis de los resultados y la identificación de los determinantes asociados a la posición lograda en el índice, ya sean estos elementos propios de la gestión de la unidad o aspectos externos, procurando canalizar de manera efectiva los esfuerzos para el mejoramiento continuo de la atención a la salud de las personas.

Figura A.1
CCSS: Distribución de las áreas de salud según IPSS 2017



Índice de coberturas de atención (ICA): otra perspectiva de los resultados del primer nivel de atención

La cobertura de atención a las personas en los servicios de salud, entendida como el porcentaje de población que recibe un servicio en relación con la población que lo requiere, representa un indicador importante del acceso de la población a la atención en salud, así como de la utilización de los servicios y la oferta de ellos en las diferentes regiones del país (Kroeger & Luna, 1987). El mejoramiento de las coberturas debe ir emparejado al de la calidad de la atención, sin descuidar ninguno de ellos.

En el año 2017, los resultados de la tesis “*Coberturas de atención de servicios de salud de primer nivel en la Caja Costarricense de Seguro Social en los años 2014 y 2015 por área de salud: análisis de situación, brechas de acceso y construcción de un índice*”, mostraron que el posicionamiento de las áreas de salud a partir de un índice construido con las coberturas de atención en la CCSS difiere sustancialmente del escalafón que se obtiene con el IPSS, por lo que se recomienda su incorporación en la EPSS como una medida que fortalezca la dimensión de acceso en el desempeño de las unidades del primer nivel de atención (Barrantes, 2017).

Siguiendo la recomendación y dado que la mayoría de los indicadores de cobertura no forman parte de la evaluación de la prestación de servicios de salud, se muestra un escalafón obtenido a partir de un índice de coberturas de atención, con la perspectiva de que pueda integrarse al IPSS. Sobre este punto, cabe mencionar que en la actualidad se está analizando la viabilidad de incorporarlo como parte de dicho índice, para lo cual se revisará su comportamiento en tres años.

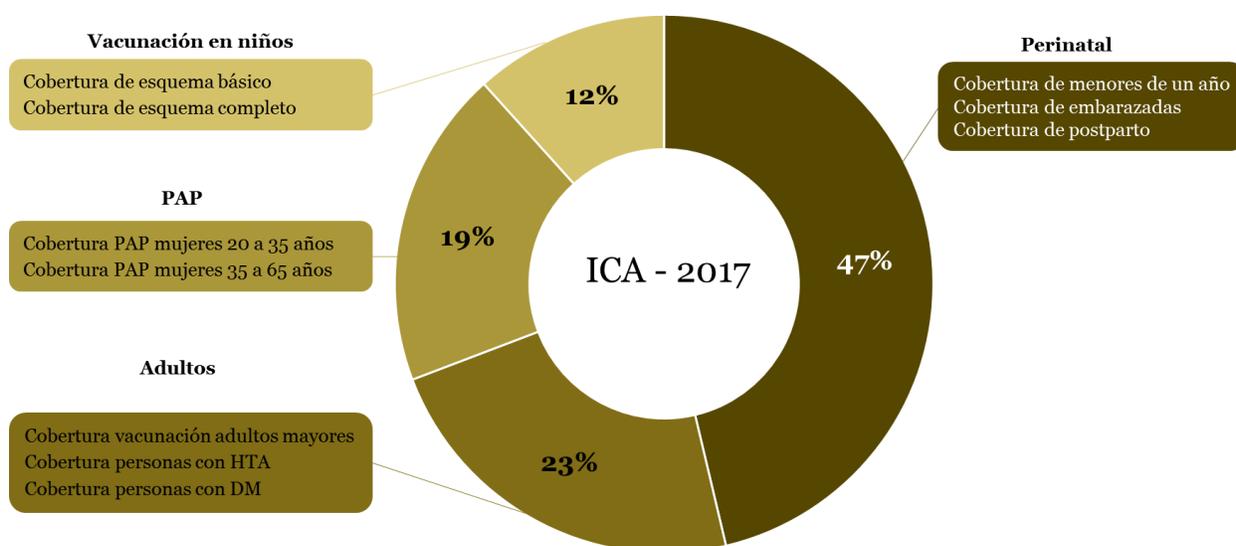
Su construcción sigue la misma metodología utilizada para el cálculo del IPSS; es decir, a partir de un análisis factorial (AF) se hace la agrupación de coberturas y se determinan los pesos de cada factor y de cada cobertura dentro del factor (anexos 5, 6, 7 y 8).

Es importante dejar claro que este índice, como medida resumen que ayuda en la valoración de los resultados del primer nivel de atención, requiere inicialmente el mejoramiento de los registros de las consultas de primera vez y su depuración, así como la revisión de la conformación de las pirámides poblacionales, de acuerdo con las comunidades que efectivamente atiende cada área de salud.

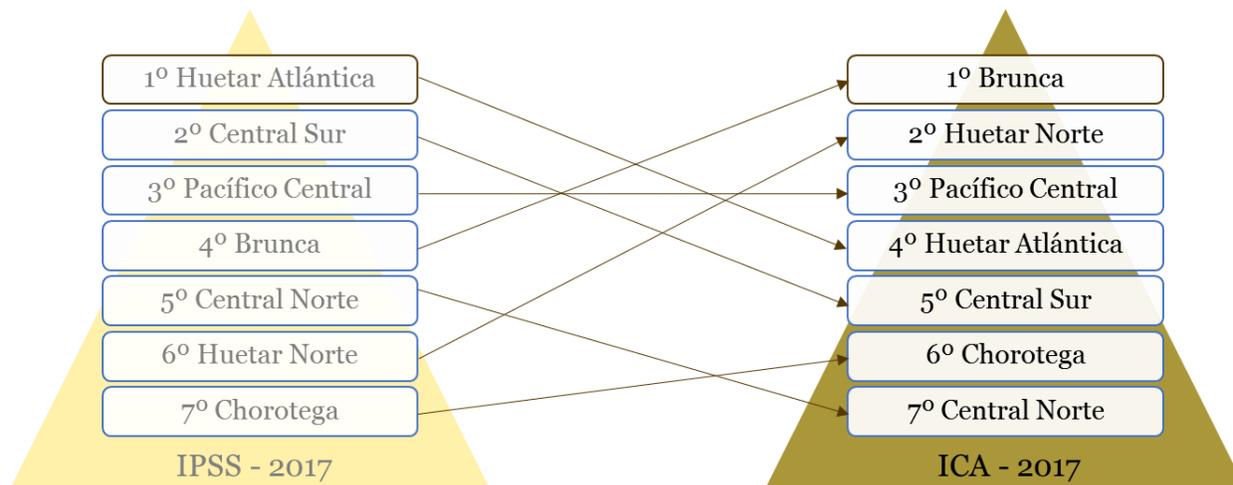
Resultados obtenidos

En el análisis efectuado, se excluyó la cobertura de tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses, por la imposibilidad de estimar la población blanco de forma certera, ya que no se cuenta con un registro individual de los niños en esas edades. Asimismo, fue necesario excluir dos áreas de salud: Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas, por lo expuesto en el apartado de aspectos metodológicos.

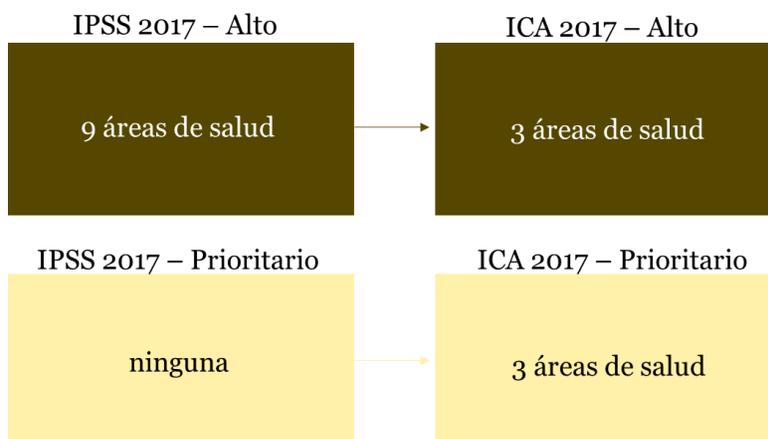
Según el AF realizado, se conformaron cuatro factores, cuyos pesos relativos se muestra en la siguiente imagen.



Como puede observarse, los resultados del ICA 2017 muestran efectivamente un panorama diferente al que se tiene con el IPSS; por ejemplo, la región Brunca y Huetar Norte pasan a ocupar los dos primeros puestos, mientras que la Huetar Atlántica, Central Sur y Central Norte quedan en posiciones más bajas en relación con el IPSS. Solamente la región Pacífico Central y Chorotega quedan ocupando una posición similar en ambos índices.



Otro hallazgo que llama la atención es que las unidades administradas por terceros en este índice no quedan tan bien ubicadas como en el IPSS:



Por otra parte, destacan ocho unidades que en ambos índices quedan ocupando el quintil más alto:

- Barva.
- San Pablo.
- Parrita.
- Acosta.
- San Francisco – San Antonio.
- Valverde Vega.
- Florencia.
- La Carpio – León XIII.

Por el contrario, se tiene que hay ocho áreas de salud que tanto en el IPSS como en el ICA quedan ubicadas en el quintil de prioritarias; estas son:

- Aguas Zarcas.
- Liberia.
- Alajuela Central.
- Heredia – Cubujuquí.
- Tibás – Uruca – Merced.
- Alajuela Sur.
- Heredia – Virilla.
- Garabito.

Por otro lado, la región Brunca, que ocupa el primer puesto a nivel regional en el ICA, logra posicionar a la mayoría de sus unidades entre los quintiles más altos; únicamente un área de salud se posicionó dentro del quintil I.

Cuadro A.1

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Brunca, 2017

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Osa	12	V
Golfito	21	V
Buenos Aires	33	IV
Corredores	39	IV
Coto Brus	45	III
Pérez Zeledón	98	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Los resultados de la región Huetar Norte en relación con el ICA son destacables, dado que dos de sus unidades quedan entre los primeros cinco puestos a nivel nacional; además de que solo una de ellas quedó en el quintil I.

Cuadro A.2

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Huetar Norte, 2017

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Florencia	3	V
Guatuso	5	V
Santa Rosa	25	IV
Ciudad Quesada	48	III
Pital	53	III
La Fortuna	66	II
Los Chiles	69	II
Aguas Zarcas	83	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

En relación con la región Pacífico Central, seis de sus 10 unidades muestran buenos resultados según su posicionamiento en el índice, y solo una de sus áreas quedó como prioritaria.

Cuadro A.3

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Pacífico Central, 2017

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Chomes-Monteverde	15	V
Parrita	18	V
Peninsular	19	V
Orotina-San Mateo	22	IV
Montes de Oro	23	IV
Quepos	37	IV
Esparza	46	III
Barranca	58	III
Chacarita	68	II
Garabito	84	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

La región Huetar Atlántica es la única que no tiene ningún área de salud con un ICA alto; sus resultados en general son intermedios, con solo una unidad prioritaria.

Cuadro A.4

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Huetar Atlántica, 2017

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Matina	32	IV
Guácimo	35	IV
Cariari	50	III
Guápiles	57	III
Siquirres	60	III
Limón	77	II
Talamanca	78	II
Valle la Estrella	100	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

En el caso de la región Central Sur, los resultados muestran que solo tres de sus unidades se ubican en el quintil de ICA alto, mientras que ocho unidades se encuentran en el quintil más bajo, lo que de alguna forma explica el cambio de ubicación del segundo puesto en el IPSS regional al quinto en el ICA.

En esta región es importante destacar el posicionamiento del área de salud de Acosta, que logra el primer puesto a nivel nacional en el ICA, siendo una unidad que además logró un lugar muy destacado en el IPSS (7° puesto).

Por el contrario, se tiene al área de salud de Escazú, que a pesar de que también queda con una muy buena posición en el IPSS (8° puesto), pasa a formar parte de las áreas de salud prioritarias en el ICA, planteando con ello la necesidad de estudiar los factores asociados a este resultado.

Cuadro A.5**CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Central Sur, 2017**

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Acosta	1	V
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	14	V
Desamparados 3	16	V
Corralillo	24	IV
Goicoechea 1	26	IV
Coronado	27	IV
Pavas	30	IV
Desamparados 2	34	IV
El Guarco	36	IV
Puriscal-Turrubares	38	IV
Los Santos	42	III
Paraíso-Cervantes	43	III
Mata Redonda-Hospital	54	III
Concepción-San Juan-San Diego 2	62	II
Mora-Palmichal	65	II
San Francisco-San Antonio	70	II
Aserrí	71	II
La Unión	73	II
Curridabat 2	74	II
Moravia	75	II
Desamparados 1	76	II
Turrialba-Jiménez	80	II
San Sebastián-Paso Ancho	81	II
Hatillo	82	I
Zapote-Catedral	85	I
Goicoechea 2	86	I
Alajuelita	87	I
Escazú	88	I
Montes de Oca 2	91	I
Cartago	95	I
Santa Ana	97	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

La región Chorotega, por su parte, logra mejores resultados en comparación con los logrados en el IPSS, dado que cinco de las 13 áreas de salud que la conforman quedan ubicadas entre el quintil V. Asimismo, solo una de sus unidades quedó catalogada como prioritaria según el resultado de sus coberturas.

Cuadro A.6

CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Chorotega, 2017

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Nandayure	4	V
Abangares	6	V
Colorado	7	V
Cañas	9	V
Hojancha	10	V
Tilarán	28	IV
Bagaces	29	IV
Nicoya	40	IV
Upala	44	III
La Cruz	47	III
Carrillo	52	III
Santa Cruz	59	III
Liberia	90	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Finalmente, los resultados de la región Central Norte la posiciona en el séptimo lugar; en general, un puesto intermedio, probablemente influenciado por tener ocho de sus unidades como prioritarias, con lo que se posiciona como la región con el mayor número relativo de unidades en ese quintil.

Entre ellas, se identificaron cinco áreas de salud que quedan catalogadas como prioritarias en ambos índices; se trata de las áreas de: Alajuela Central, Alajuela Sur, Heredia – Virilla, Heredia – Cubujuquí y Tibás – Uruca – Merced.

Cuadro A.7
CCSS: Distribución de las áreas de salud según puesto y quintil del ICA, Región Central Norte, 2017

Área de salud	Puesto ICA	Quintil ICA
Valverde Vega	2	V
Naranjo	8	V
Barva	11	V
La Carpio-León XIII	13	V
San Pablo	17	V
Alfaro Ruiz	20	V
Horquetas-Río Frío	31	IV
Poás	41	IV
San Rafael de Heredia	49	III
Santo Domingo	51	III
Palmares	55	III
San Ramón	56	III
Grecia	61	III
Alajuela Norte	63	II
Alajuela Oeste	64	II
Puerto Viejo	67	II
Atenas	72	II
Santa Bárbara	79	II
San Isidro	89	I
Tibás	92	I
Alajuela Central	93	I
Belén-Flores	94	I
Heredia-Virilla	96	I
Alajuela Sur	99	I
Tibás-Uruca-Merced	101	I
Heredia-Cubujuquí	102	I

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Consideraciones finales ICA-2017

A este momento, los resultados del ICA no pretenden ser concluyentes respecto a cuánta población está teniendo acceso a los servicios del primer nivel de atención; por eso solo se hace una descripción somera de los resultados, lo cual se plantea como un ejercicio de exploración para revisar su comportamiento.

Con estos datos se busca hacer conciencia de la importancia de implementar mejoras locales en la calidad y depuración de los registros de las consultas de primera vez en el SIAC, ya que sin ello no será posible avanzar en un índice que permita discriminar con mayor precisión los resultados obtenidos por las unidades en relación con el acceso de las personas a los servicios.

Finalmente, señalar que se requiere un esfuerzo conjunto entre el nivel local, regional y central, en la determinación precisa del tamaño de población asignado a cada área de salud, la conformación territorial, la identificación de inconsistencias y la coordinación para su corrección, dado que este es un elemento esencial tanto para la planificación como para la evaluación de los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

Barrantes, A. (2017). *Coberturas de atención de servicios de salud de primer nivel en la Caja Costarricense de Seguro Social en los años 2014 y 2015 por área de salud: análisis de situación, brechas de acceso y construcción de un índice*. Madrid: OISS - Universidad de Alcalá.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016*. San José: EDNASSS-CCSS.

Kroeger, A., & Luna, R. (1987). *Atención primaria de salud: principios y métodos*. México: Editorial Pax, Librería Carlos Césarman, S.A.

1. Resultados evidencian nuevas oportunidades para la mejora en la salud materno infantil

Factores biológicos, socioculturales y de gestión administrativa de los servicios de salud condicionan el cumplimiento de las metas

El Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC) reporta una reducción de nacimientos en el 2017 con respecto al 2016, lo que ocasiona decrecimiento de la natalidad y disminución en la tasa global de fecundidad, que no asegura el nivel de reemplazo de la población. Estos datos estadísticos ratifican la tendencia en la caída de la tasa de natalidad y la fecundidad, así como el envejecimiento de la población, colocando a Costa Rica entre los países con la fecundidad más baja en América Latina y la segunda más baja en toda América (Ávalos Á. , 2018).

Año	Nacimientos		Tasa global de fecundidad
2016	70 004		1,78
2017	68 816		1,67

Además, según los datos de la División de Población de Naciones Unidas, Costa Rica se encuentra dentro los países con más alto conocimiento de métodos anticonceptivos entre hombres y mujeres, independientemente de si están en unión o no, con una prevalencia de uso de algún método del 78 % en mujeres de 15 a 49 años en unión, del 50 % en las mayores de 20 años y del 58,6 % en los hombres de 15 a 59 años en unión (Costa Rica, Ministerio de Salud [MINSAL], 2016).

Tal resultado puede estar asociado a la interacción de múltiples factores, entre ellos el aporte en materia de salud materno infantil de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), a través de la implementación de intervenciones articuladas en programas dirigidos a la salud reproductiva y a la atención del embarazo, el parto y el puerperio, que garantizan la salud de la mujer y la sobrevivencia infantil.

En este particular, la institución ha logrado incrementar la cobertura de los programas de planificación, ofreciendo a la población intervenciones orientadas a

la salud sexual y reproductiva, tales como la atención diferenciada y el acceso a los anticonceptivos acordes a la edad, con el objetivo de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), postergar el inicio de la maternidad, ampliar el periodo entre los embarazos, y contribuir consecuentemente a la disminución de la tasa de natalidad y fecundidad.

Asimismo, en el 2017 la institución comienza con la modernización de la infraestructura y mobiliario, y la implementación del Modelo de Atención Calificada del Parto en las 25 maternidades distribuidas en todo el territorio nacional. El objetivo de este modelo de atención es mejorar de manera integral la atención del parto y el posparto y de la familia gestante, promoviendo buenas prácticas que garanticen a las mujeres la misma atención en las salas de parto (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2018).

Se espera que a futuro la implementación de estas acciones en los centros de atención fortalezca el acceso a estos servicios, y con ello se aumente el número de nacimientos tanto en las maternidades de hospitales regionales y periféricos, como en los Centros de Atención Integral en Salud (CAIS).

Año		Nacimientos en maternidades de la CCSS
2017		94 de cada 100

Además de lo mencionado, el primer nivel brinda atención integral del recién nacido y de la mujer durante el embarazo y el periodo posparto, mediante acciones orientadas a fortalecer el acceso y la continuidad en los servicios de salud. Alcances que se reflejan en los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), en los indicadores que miden la cobertura, el inicio temprano del control y la realización de pruebas de tamizaje con el propósito de prevenir la sífilis y el VIH en la gestante y el recién nacido.

Coberturas de atención y captación temprana

El indicador de cobertura permite conocer el acceso a los servicios, y su resultado hace referencia a la capacidad de la institución para satisfacer la demanda de estos grupos, así como su contribución a la reducción de la morbilidad materno infantil, estableciendo de manera oportuna acciones preventivas y terapéuticas tras la identificación de factores de riesgo durante el embarazo.

Dichas acciones impactan en la prevención, la detección temprana y el manejo oportuno de complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, tales

como: preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional e infecciones maternas asociadas a partos prematuros u otras condiciones de riesgo en el recién nacido, entre las que destacan el síndrome de insuficiencia respiratoria en el neonato, el bajo peso al nacimiento, la prematuridad, la sepsis neonatal y la ictericia (Valencia-Mendoza A. , Danese-dlSantos, Sosa-Rubi, & Belkis-Aracena, 2011).

En la CCSS, las coberturas de atención de la embarazada, de la mujer en período posparto y de los niños menores de un año en el primer nivel tienden a mantenerse a mantenerse durante el 2017, variando solo de dos a tres puntos porcentuales, según los resultados de la EPSS (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1

CCSS: Cobertura^{1/} de atención de menores de un año, posparto y embarazadas según región e institucional, 2016-2017

(porcentajes)

Región	Menores de un año		Posparto		Embarazadas	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Institucional	99	99	73	76	87	89
Brunca	96	96	64	68	74	79
Central Norte	101	102	71	74	86	93
Central Sur ^{2/}	96	98	71	75	85	86
Chorotega	101	102	77	82	89	93
Huetar Atlántica	100	95	79	77	90	83
Huetar Norte	100	102	79	82	98	90
Pacífico Central ^{3/}	102	102	82	84	96	98

1/ Calculado a partir de los nacimientos preliminares publicados en el sitio web de la Dirección Actuarial el 04 de junio de 2018

2/ No contempla Catedral Noreste

3/ No contempla San Rafael de Puntarenas

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

Los porcentajes alcanzados en la mayoría de las regiones sugieren una mejora en la calidad del registro de datos y, consecuentemente, un acercamiento al comportamiento real con respecto al número de nacimientos y a la cobertura de tamizaje neonatal.

	Cobertura	Tamizaje neonatal	Captación temprana
	98 %	97,7 %	80 %

Según los resultados de la EPSS 2017, la captación temprana de niños menores de un año, mujeres en período posparto y embarazadas, tienden a mantenerse con respecto al año anterior y se aproximan a la meta 2018, de 85 %, 90 % y 85 % respectivamente (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2

CCSS: Captación temprana de menores de un año^{1/}, posparto^{2/} y embarazadas^{3/} según región e institucional, 2016-2017

(porcentajes)

Región	Menores de un año		Posparto		Embarazadas	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Institucional	79	80	83	82	79	79
Brunca	65	75	71	75	75	77
Central Norte	81	79	84	86	78	78
Central Sur	78	80	84	82	83	82
Chorotega	77	76	77	81	70	72
Huetar Atlántica	84	92	85	89	78	85
Huetar Norte	89	89	90	88	71	73
Pacífico Central	77	82	82	83	83	84

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, 2016-2017.

En el caso del indicador de captación temprana institucional de menores de un año, existe una tendencia a mantenerse en un 80 %, con mayores avances en las regiones Brunca y la Huetar Atlántica.

A nivel local, 22 unidades distan en más de 13 puntos porcentuales de la meta institucional, mientras que 51 áreas sí la cumplen. En este último grupo se ubican las áreas de Guatuso, Ciudad Quesada, La Fortuna, Aguas Zarcas y Florencia, en la región Huetar Norte, así como todas las que conforman la Huetar Atlántica, excepto Valle la Estrella.

El resultado institucional en captación temprana de la mujer en período posparto, al igual que en el indicador de menores de un año, se mantiene, documentando los mayores progresos en las regiones Brunca, Chorotega y Huetar Atlántica.

A nivel local, 20 unidades distan en más de 14 puntos porcentuales de la meta institucional, mientras que 23 áreas sí la alcanzan. En el primer grupo, nueve unidades corresponden a la región Central Sur y ninguna a la región Huetar Norte; en tanto, en el segundo grupo no se ubica ninguna de las áreas de la región Pacífico Central.

En cuanto a la captación temprana de la embarazada, en la mayoría de las regiones se comporta similar al institucional, observándose mayores logros de un año a otro en cinco de ellas. Las regiones Brunca, Chorotega y Huetar Norte aumentan mientras que la Huetar Atlántica alcanza la meta institucional al 2018.

En este mismo indicador, 33 áreas cumplen la meta, mientras que 20 distan en más de 12 puntos porcentuales. Entre estas últimas se ubican las áreas de Upala, La Cruz, Carrillo y Nicoya, en la región Chorotega; y Santa Rosa, Los Chiles, Pital, La Fortuna y Aguas Zarcas, en la Huetar Norte.

En términos generales, la captación tardía está asociada al inicio del control en otro centro de salud institucional o privado, a la hospitalización y a otras relacionadas con situaciones propias del usuario, como ausentismo a controles y al trámite no oportuno de aseguramiento, así como a limitaciones del sistema asociadas con el número de cupos disponibles y los tiempos destinados para la atención en los puestos de visita periódica.

Principales causas de captación tardía		
Otras condiciones	Hospitalización	
Embarazadas	Posparto	Menores de un año
Migración externa	Parto prematuro	Prematuridad
Migración interna	Aborto	Sepsis neonatal
Condición de aseguramiento	Preeclampsia y eclampsia	Ictericia neonatal
Población vulnerable: indígena y adolescente	Hospitalización del recién nacido	Síndrome insuficiencia respiratoria
	Problema social	Problema social

Puntualmente, en las unidades que comparten los menores logros en los tres indicadores de captación temprana, se pueden identificar características particulares que permiten clasificarlas en dos grupos. Uno conformado por aquellas localizadas en la gran área metropolitana (GAM) y otro con las que se encuentran fuera de esa zona. Estas características influyen en el acceso tardío a los servicios de salud y pueden orientar gestiones a futuro para su abordaje.

Características fuera de la GAM

Alta dispersión geográfica

Alta migración interna y externa

Población vulnerable: indígenas y adolescentes

Aseguramiento determinado por condición legal, laboral o económica



Características de la GAM

Concentraciones de pobreza y riqueza

Alta migración interna y externa

Población vulnerable: indigentes y adolescentes

Acceso a servicios privados por condición laboral o económica



Áreas fuera de la GAM

Pérez Zeledón, Coto Brus, Upala, Buenos Aires, Nicoya, Los Chiles, Chomes Monteverde, Valle la Estrella, Alfaro Ruíz, La Cruz, Pital, Bagaces, Aguas Zarcas, Carrillo, Santa Rosa y La Fortuna

Áreas dentro de la GAM

Heredia Cubujuquí, Heredia Virilla, Hatillo, Desamparados 1, Alajuela Norte, Alajuela Sur, Alajuela Central, Zapote Catedral, Goicoechea 1, Goicoechea 2, Coronado, Aserrí, Catedral Noreste, Tibás Uruca Merced y Alajuelita

Al realizar un análisis de la relación que existe entre los resultados de captación temprana obtenidos por las unidades, el comportamiento de sus coberturas y los determinantes del no cumplimiento, se identifican 30 unidades con un amplio margen de mejora, situación que les plantea a futuro una oportunidad para implementar estrategias que les permitan progresar de manera positiva hacia el cumplimiento de la meta.

Estas unidades son: Acosta, Alajuela Central, Alajuela Norte, Alajuela Sur, Alfaro Ruíz, Aserrí, Atenas, Bagaces, Belén Flores, Carrillo, Chomes Monteverde, Coronado, Corralillo, Coto Brus, Desamparados 1, Desamparados 3, Goicoechea 1, Goicoechea 2, Hatillo, Heredia Cubujuquí, La Cruz, La Fortuna, Nicoya, Orotina San Mateo, Pérez Zeledón, Santa Bárbara, Santa Cruz, Santa Rosa, Upala y Zapote Catedral.

Tamizaje y abordaje en el embarazo

Las infecciones son de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo; la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no son

diagnosticadas y tratadas de manera oportuna, pues conllevan a un incremento significativo en la morbilidad y mortalidad, tanto en la madre como en el feto.

Para este fin, la institución implementa programas dirigidos a la detección y el abordaje del VIH y la sífilis gestacional y congénita, mediante la realización de pruebas serológicas en las primeras 20 semanas de gestación o al inicio del control prenatal.

Producto de estas acciones, se registran avances en el cumplimiento de la meta 2018 (80 %) para los indicadores de tamizaje de VDRL y VIH, quedando a dos y a cuatro puntos porcentuales, respectivamente (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3

CCSS: Tamizaje^{1/} para VIH y VDRL en embarazadas según región e institucional, 2016-2017

(porcentajes)

Región	Tamizaje VIH		Tamizaje VDRL	
	2016	2017	2016	2017
Institucional	72	76	76	78
Brunca	67	72	71	77
Central Norte	72	72	73	74
Central Sur	73	78	78	79
Chorotega	72	74	71	74
Huetar Atlántica	70	80	76	86
Huetar Norte	72	71	72	73
Pacífico Central	78	80	80	82

1/ En las primeras 20 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

En cuanto al indicador de VIH, sus avances son positivos, pero no se igualan a los de VDRL, ya que el primer nivel continúa realizando la toma de la muestra y remitiéndola a los 19 laboratorios que tienen equipo e infraestructura para el procesamiento de las pruebas, procedimiento que prolonga los tiempos de entrega de reportes.

Aunque la institución ha avanzado en el cumplimiento de la meta para estos indicadores, todavía existe una brecha con la misma, la cual podría estar determinada por aspectos como: plétora del servicio, condiciones socioeconómicas y culturales de la población, dispersión geográfica entre los puestos de visita periódica y la sede, capacidad instalada de los servicios para suplir las necesidades de la población (sean cupos, horarios o personal) y aquellas relacionadas con transporte, rutas de comunicación terrestres o alternativas.

Considerando que la detección precoz de la infección del VIH es crucial para la embarazada y el recién nacido, debido a que el inicio temprano de la terapia y el seguimiento tienen un impacto favorable en la calidad y cantidad de vida de ellos; la institución, para solventar las limitaciones antes señaladas, está dirigiendo esfuerzos hacia programas más eficaces, como el uso de pruebas rápidas en el lugar de la consulta, acción que rige a partir de la oficialización del lineamiento técnico nacional para la prescripción y manejo de la prueba rápida de detección del VIH (CCSS, 2018).

Los resultados regionales en tamizaje de VIH y VDRL se mantienen o aumentan, siendo la Brunca y la Huetar Atlántica las regiones con mayores avances de un año a otro, y de ellas, la Huetar Atlántica junto con la Pacífico Central alcanzan más de un 80 %, superando así la meta institucional del 2018.

Producto de las gestiones realizadas entre el primer nivel y los servicios de laboratorio, la mayor parte de las áreas que conforman las regiones Brunca y Huetar Atlántica aumentan entre ocho y 23 puntos porcentuales en ambos indicadores. Sin embargo, no se observan los mismos resultados en Osa, donde disminuyen en 15 y 20 puntos porcentuales, a causa de los daños provocados por la tormenta Nate en la infraestructura y los activos tales como expedientes físicos y reportes de los resultados.

Por otra parte, los progresos en el indicador de tamizaje VDRL contribuyen a la detección de 444 casos de embarazadas con serología positiva, y se suman a la mejora en el porcentaje de embarazadas que reciben abordaje oportuno y adecuado, el cual aumenta en 10 puntos porcentuales, pasando de un 58 % en 2016 a un 68 % en 2017, con un amplio margen para la mejora, ya que la meta es de un 100 % (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4

CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva^{1/} según región e institucional, 2016-2017

(porcentajes)

Región	Casos por año			
	2014	2015	2016	2017
Institucional	358	479	476	444
Brunca	5	7	13	21
Central Norte	75	103	109	115
Central Sur ^{2/}	137	179	170	152
Chorotega	25	50	69	34
Huetar Atlántica	67	78	66	68
Huetar Norte	24	23	16	24
Pacífico Central ^{3/}	25	39	33	30

1/ En cualquier semana de gestación e independientemente de las titulaciones

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

Además, de las 302 embarazadas con VDRL positivo con abordaje oportuno y adecuado, 239 reciben atención en el primer nivel antes de las 24 semanas de gestación, periodo clave para intervenir y evitar la infección materno infantil.

Aunado a esa mejora, los resultados permiten analizar el total de embarazadas con VDRL y prueba confirmatoria positivas, y con ello determinar la presencia de un porcentaje mayor de embarazadas con sífilis gestacional que reciben un abordaje oportuno y adecuado con respecto al año anterior, pasando de un 69 % a un 83 %.

Lo anterior está relacionado al compromiso que han asumido las áreas de salud en la prevención de la sífilis congénita, implementando estrategias orientadas a eliminar las barreras identificadas en cuanto al acceso oportuno al tratamiento y seguimiento de los casos.

	VDRL positivos	Sífilis materna	Sífilis congénita*
	444	165	58

*casos reportados por Ministerio de Salud para el 2017

En lo que respecta al número de casos de VDRL positivo por región, estos se mantienen igual en los últimos tres años, excepto en la Brunca, donde aumenta de forma progresiva, y la Chorotega, que disminuye en aproximadamente un

50 % en el último año. En ambos casos el trabajo coordinado entre los servicios de atención y de laboratorio clínico asegura el reporte real de casos detectados.

El 35 % del total de casos reportados se concentra en áreas que tienen en común el contar con sectores poblacionales cuya situación de vulnerabilidad los sitúa en una posición de riesgo social, como son: Pavas, Heredia Virilla, Limón, La Carpio León XIII, Desamparados 2, Tibás Uruca Merced, Cartago, Corredores y Guácimo.

Comparando los resultados institucionales del 2016 con los del 2017, si bien la Brunca no obtuvo los mayores logros, si se convierte en la región que más se supera, alcanzando mayores porcentajes tanto en la cobertura de atención como en la captación temprana, así como en el tamizaje oportuno, la detección y el abordaje de los casos positivos por VDRL.

Por otra parte, al analizar los resultados, se observan una serie de factores causantes de la captación tardía por hospitalización, que a su vez se interrelacionan con los causales de la morbilidad materno infantil, situación que pone de manifiesto la necesidad de implementar acciones dirigidas a abordar dichos factores.

En este sentido, la institución desarrolla una serie de intervenciones prioritarias centradas en la detección y el abordaje oportuno de infecciones y patologías durante el embarazo, el parto, el posparto (tanto dirigidas a la madre como al recién nacido), así como en la promoción de la planificación familiar, con el fin de evitar los riesgos asociados con la gestación.

Usuario (a)	Complicación	Factor	Intervención	Prevención
	Parto prematuro Aborto	Preeclampsia y Eclampsia	Toma de presión arterial después de las 20 semanas	Planificación familiar
		Sepsis urinaria	Prueba de orina antes de las 16 semanas	
		Infección por streptococcus del grupo B	Cultivo recto vaginal entre las 35 y 37 semanas	
	Infecciones	Hepatitis B	Prueba serológica HBsAg antes de las 20 semanas	
		Sífilis gestacional	Prueba serología VDRL antes de las 20 semanas	

Usuario (a)	Complicación	Factor	Intervención	Prevención
	Sífilis congénita	Sífilis gestacional	Abordaje en los primeros 8 días del VDRL positivo	
	Sepsis neonatal	Infección por streptococcus del grupo B	Profilaxis intraparto	

Los resultados evidencian que los factores biológicos, socioculturales y de gestión administrativas de los servicios impactan directamente en el cumplimiento de las metas.

En relación con los factores biológicos, la institución documenta avances en la implementación de las intervenciones estratégicas orientadas a prevenir y abordar de manera oportuna estos factores y con ello fortalecer la salud de la madre y el recién nacido. La evaluación de estas intervenciones a futuro aportará los avances en esta materia.

En cuanto a los factores socioculturales, la institución debe intensificar los procesos de divulgación y educación sobre las políticas públicas de salud en el marco del estado migratorio o condición legal en el país y aseguramiento, además de otras relacionadas con las necesidades particulares de los grupos vulnerables como son las adolescentes, las personas indígenas y aquellas en estado de pobreza.

Acerca de los factores asociados a la gestión administrativa de los servicios de salud, se sugiere a los tomadores de decisión incorporar en sus planes y programas acciones destinadas a la organización y la estructura de los servicios, con el propósito de solventar las limitaciones asociadas a horarios de atención, frecuencias de las consultas en los puestos de visita periódica y la oferta de servicios de laboratorio clínico en cada área.

Finalmente, es necesario dar seguimiento a cada acción mediante el monitoreo, la evaluación, el análisis de la calidad de la información y la aplicación de los planes remediales, para garantizar la atención integral y la consecución de las metas.

Referencias bibliográficas

- Ávalos, Á. (21 de abril de 2018). Nacimientos en Costa Rica se reducen a menos de 70.000 por año. *Periódico La Nación*. (Internet). Recuperado el 18 de Mayo de 2018, de <http://ccp.ucr.ac.cr/index.php/publicaciones/notas-de-presnsa.html>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (14 de Mayo de 2018). 94 de cada 100 nacimientos se atienden en maternidades de la CCSS. *Noticias*. (Internet). Recuperado el 14 de Mayo de 2018, de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?94-de-cada-100-nacimientos-se-atienden-en-maternidades-de-la-ccss>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (17 de Abril de 2018). *Lineamiento técnico nacional e instrucción técnica para la prescripción y manejo de la prueba rápida de detección del VIH en las personas usuarias de los servicios de salud*. San José: CCSS.
- Costa Rica, Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016). *II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015*. (Internet). San José: MINSAL. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/Informe-2daEncuesta-2015.pdf>
- Valencia-Mendoza, A., Danese-dlSantos, L., Sosa-Rubí, S., & Belkis-Aracena, G. (2011). Costo-efectividad de las prácticas en salud pública: revisión bibliográfica de las intervenciones de la Iniciativa Mesoamericana de la Salud. *Salud Pública de México*, 53(3): 375-385.

2. Por segundo año consecutivo se logra la meta internacional en coberturas de vacunación en menores de dos años

Se debe trabajar en el adecuado registro de las vacunas para mejorar las metas en las áreas de salud rezagadas

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha insistido en la importancia de la inmunización, clasificándola como la intervención sanitaria preventiva más costoefectiva, evitando de dos a tres millones de muertes anuales por difteria, tétanos, tosferina y sarampión (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.).

De acuerdo con el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, realizado por la OMS, en los últimos decenios se ha reducido la incidencia mundial de la polio en un 99 % (Kroeger & Luna, 1987) y se ha disminuido la enfermedad, discapacidad y muerte a causa de *Haemophilus Influenzae* de tipo b y la meningitis meningocócica (OMS, 2013).

Asimismo, la OMS hace referencia a la inmunización sistemática como un componente fundamental de una atención primaria fortalecida. La vacunación temprana proporciona a los niños la posibilidad de gozar de una vida saludable desde sus primeros años. Sin embargo, esta organización hace un llamado a reforzar los esfuerzos para mejorar las coberturas, y en los casos de los países que ya han logrado el objetivo, se les insta a trabajar para que estos esfuerzos perduren (OMS, 2018).

En Costa Rica, el impacto de la vacunación ha generado un efecto de protección poblacional, disminuyéndose la probabilidad de contagio. Ha sido una estrategia universal e integral, que ha permitido un mayor desarrollo social, fomentándose principios de equidad y solidaridad en todo el país (Costa Rica. Ministerio de Salud Pública [MINSAL], 2013).

Al igual que en años anteriores, las coberturas estimadas por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) para la evaluación se calculan empleando los datos certificados por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

De las 104 áreas de salud evaluadas, para coberturas de vacunación se excluyeron del análisis San Rafael de Puntarenas y Catedral Noreste, debido a que estas

unidades brindan atención a gran número de pacientes foráneos, aumentando considerablemente sus coberturas.

Cobertura esquema básico de vacunación

En años anteriores se venía presentando un aumento paulatino en las coberturas institucionales de esquema básico. Para el año 2017, se encuentra que todas las regiones, a excepción de la Huetar Atlántica, mostraron una disminución en esta cobertura, lo que repercute en el logro institucional, alcanzándose un 96 %.

Cuadro 2.1

CCSS: Cobertura^{1/} vacunación a menores de un año con esquema básico según región, 2016-2017

(porcentajes)

Región	2016	2017
Institucional	98	96
Brunca	101	95
Central Norte	97	93
Central Sur ^{2/}	98	97
Chorotega	98	91
Huetar Atlántica	97	99
Huetar Norte	97	95
Pacífico Central ^{3/}	99	96

1/ Calculado a partir de los nacimientos preliminares publicados en el sitio web de la Dirección Actuarial el 04 de junio de 2018.

2/ No contempla Catedral Noreste

3/ No contempla San Rafael de Puntarenas

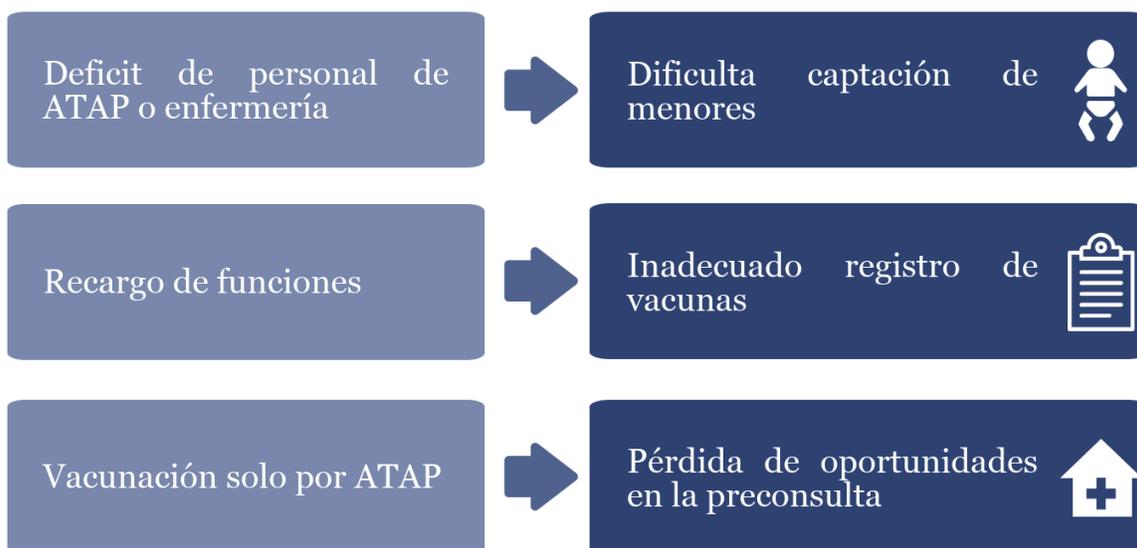
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

En el cuadro 2.1 se puede observar que para el 2017 hay dos regiones que no alcanzan la meta institucional (95 %), siendo la Chorotega la que más disminuyó su porcentaje de cobertura con respecto al año anterior, bajando siete puntos porcentuales. En cuanto a las regiones que sí alcanzan la meta, la Huetar Atlántica es la que logra el porcentaje de cobertura más alto.

El 63 % de las unidades presentaron logros iguales o superiores a la meta institucional y de estas el 47 % con coberturas superiores a 100 %. Las características socioeconómicas tan distintas que se presentan entre estas áreas de salud, llevan a pensar que las coberturas altas podrían estar relacionadas más bien a situaciones migratorias o de sectorización.

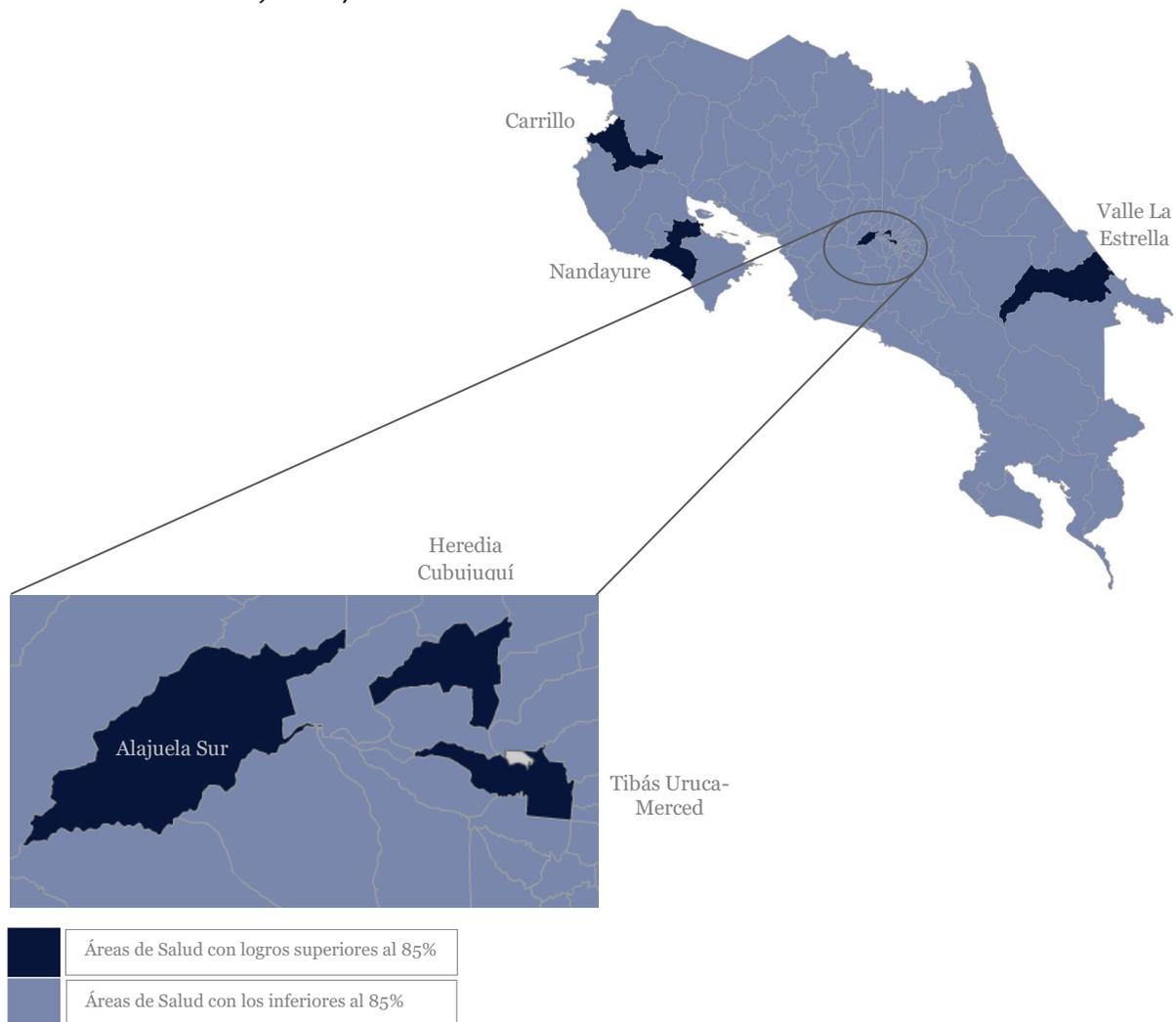
También deben considerarse condiciones de las unidades, en donde por asuntos de accesibilidad un área termina aplicando las vacunas a niños adscritos a sectores vecinos, lo cual podría estar afectando los resultados de ambas unidades. Un ejemplo de esto se presenta entre las áreas de Goicoechea 2 y Goicoechea 1. La primera no logra alcanzar la meta para esquema básico, mientras que la segunda supera el 100 % de vacunación. Los representantes de estas áreas alegan que asuntos con la sectorización podría estar afectando su desempeño en diferentes indicadores, entre ellos las inmunizaciones de niños. Esta situación se ha venido presentando por años y de momento no se han logrado establecer las estrategias necesarias para corregirla.

Además, algunas áreas de salud refieren tener faltante de recurso humano en atención primaria o enfermería, lo que les ha afectado para cubrir ciertas actividades relacionadas con vacunación. Asimismo, en otras unidades las jefaturas han girado directrices, destinando la labor de vacunación únicamente a los Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS), situaciones que podrían repercutir en las coberturas.



De acuerdo con los criterios de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, las áreas prioritarias en cobertura de vacunación son aquellas con logros inferiores al 85 % (Mapa 2.1).

Mapa 2.1:
Distribución de las áreas de salud prioritarias en el esquema básico de vacunación, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017

La Subárea de Vigilancia Epidemiológica ha realizado talleres con las áreas de salud, en donde mediante controles cruzados de cuotas con registros de vacunas ha evidenciado fallas en el registro de las inmunizaciones en algunos centros de específicos.

Por otra parte, al comparar los datos de las coberturas de atención de menores de un año con respecto a las de vacunación del esquema básico, se encontró que un 28 % de las unidades que tenían coberturas altas en atención de menores, no alcanzaron el 95 % en cobertura de vacunación.

Las unidades que no alcanzan la meta en vacunación muestran características socioeconómicas muy distintas entre ellas, por lo que este comportamiento se debe a factores propios de cada unidad. Por ejemplo, en zonas como Valle la Estrella, Los Santos, Turrialba-Jiménez y Corralillo se presentan dificultades para la accesibilidad, además de población migrante asociada a la actividad laboral, lo que podría repercutir en las coberturas. Asimismo, en áreas como Santa Ana, Curridabat 2 y Escazú, el nivel socioeconómico más alto y la posibilidad de llevar al menor a la consulta particular podrían ser las causas de que ambas coberturas estén por debajo del 95 %.

Si se analizan los datos anteriores, se podría pensar que, en algunas de estas áreas de salud, los menores de un año son llevados a la consulta, pero por diferentes razones no completan su esquema, ya sea porque en el momento no se les aplica la vacuna, se trasladan a vivir a otro sector o llevan un control particular paralelo.

Cobertura esquema completo de vacunación

Al igual que en el esquema básico, la institución alcanza la meta en cobertura en esquema completo de vacunación, logrando un 98 %.

Cuadro 2.2

CCSS: Cobertura^{1/} vacunación a menores de dos años con esquema completo según región, 2016-2017

(porcentajes)

Región	2016	2017
Institucional	96	98
Brunca	101	100
Central Norte	94	97
Central Sur ^{2/}	96	99
Chorotega	96	94
Huetar Atlántica	94	99
Huetar Norte	98	94
Pacífico Central ^{3/}	98	98

1/ Calculado a partir de los nacimientos preliminares publicados en el sitio web de la Dirección Actuarial el 04 de junio de 2018.

2/ No contempla Catedral Noreste

3/ No contempla San Rafael de Puntarenas

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

Se encuentra que de las siete regiones, la Brunca, la Chorotega y la Huetar Norte bajan sus coberturas; la Pacífico Central las mantiene; y mientras que el resto de

las regiones la mejoran. Sin embargo, solo la Chorotega y la Huetar Norte no alcanzan la meta institucional (95 %).

Para el esquema completo de vacunación, 61 % de las áreas de salud lograron la meta. El siguiente mapa presenta las áreas de salud prioritarias.

Mapa 2.2:
Distribución de las áreas de salud prioritarias en cobertura de esquema completo de vacunación, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017

Las áreas de Tibás-Uruca-Merced, Valle la Estrella y Goicoechea 2 ya han venido siendo prioritarias desde años anteriores. En Valle la Estrella y Goicoechea 2 se tienen claramente identificados los factores que influyen en sus coberturas: en la primera se presentan problemas socioeconómicos, además de tratarse de una zona de difícil acceso; en la segunda también se hace referencia a un asunto de accesibilidad, pero más bien relacionado a la sectorización, ya que los pacientes de esta área prefieren desplazarse a Goicoechea 1 para vacunarse.

En general, los centros de salud indican que la migración de poblaciones, actividades como recolección del café, dificultades para desplazarse, así como nivel socioeconómico de la población se encuentran entre los factores que les afectan en el cumplimiento de las metas establecidas. Esta situación no solo se presenta a nivel nacional; se ha visto que en las áreas rurales de algunos países la cobertura de la vacuna antisarampionosa es un 33% inferior a la de las áreas urbanas (OMS,2013).

Tasa de Deserción

La tasa de deserción continúa dentro de los estándares internacionales, evidenciándose el esfuerzo institucional y el monitoreo constante que se les da a los esquemas de vacunación.

Cuadro 2.3

CCSS: Tasa de Deserción Pentavalente 1/Pentavalente 3 en niños menores de 12 meses según región, 2016-2017

Región	2016	2017
Institucional	-1,3	0,88
Brunca	1	2,4
Central Norte	-1,3	2
Central Sur ^{1/}	-2	-0,6
Chorotega	-0,8	3,9
Huetar Atlántica	-2,2	-1,1
Huetar Norte	-1,9	1,2
Pacífico Central ^{2/}	0,5	0,8

1/ No contempla Catedral Noreste

2/ No contempla San Rafael de Puntarenas

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

Como se puede observar en el cuadro 2.3, todas las regiones logran alcanzar la meta para la tasa de deserción, siendo la Huetar Atlántica la que presenta la

mejor tasa. De las 102 áreas de salud incluidas para el análisis, el 83 % cuentan con una tasa de deserción entre 5 y -5.

Al analizar los casos de las áreas de salud que más variaron su tasa de deserción con respecto a la evaluación anterior, se encontró que algunas correspondían a unidades ubicadas en zonas fronterizas, las cuales se ven afectadas por la constante migración de los usuarios. Por otro lado, están las unidades que cuentan con zonas de precarios, en donde la problemática se enfoca en el aseguramiento, la educación y la migración de la población. Finalmente, está el grupo de áreas que tienen menor cantidad de nacimientos, donde se presentan grandes variaciones en la tasa de deserción cuando alguno de los pacientes se traslada de domicilio.

En general, para los logros en vacunación se encuentra que el 36 % de las áreas de salud cumplieron con los tres indicadores de vacunación; mientras que un 8 % de las áreas no cumplieron ninguno.

Algunas áreas presentaron situaciones particulares que explican los resultados y que se consideran importantes de mencionar:

- Las áreas de salud de Colorado y Hojanca, que corresponden a las que tienen menor cantidad de nacimientos, presentaron cambios en su población (traslados) que afectaron sus resultados de forma considerable.
- En las áreas de Carrillo, San Ramón y San Isidro se presentó escasez de ATAPS que no pudieron ser sustituidos por periodos muy prolongados, afectándose las actividades relacionadas con la vacunación y en consecuencia, los logros de estas unidades.
- El área de salud de Liberia, además de verse afectada por la migración de pacientes, continúa presentando problemas con el procesamiento de los registros, por estar ligados al hospital.

Finalmente, hay unidades para las cuales no se han logrado detectar factores específicos que pudieran estar afectando su desempeño; no obstante, es importante aclarar que este comportamiento no es nuevo, porque ya desde años anteriores estas áreas de salud han venido manejando este tipo de resultados. Tal es el caso de Tibás-Uruca-Merced, Heredia-Cubujuquí y Alajuela Sur.

La migración de usuarios sigue siendo uno de los factores a los que más hacen referencia las áreas de salud como justificación de las coberturas y variaciones en la tasa de deserción. En casos específicos como Colorado, Hojanca y Nandayure,

que se encuentran entre las áreas de salud con menor cantidad de nacimientos, como ya se mencionó anteriormente, sus metas se ven fácilmente afectadas con pequeñas variaciones en la cantidad de menores vacunados.

Por otra parte, para tratar de establecer si existe una relación entre las coberturas y la cantidad de ATAPS, se analizaron los datos de los logros en vacunación de menores de 2 años con respecto al número de ATAPS del área de salud. Para esto se utilizó la información recolectada para la elaboración del Índice de Eficiencia Relativa (IER).

A pesar de que no se logró establecer la carencia de ATAPS como una constante para todas las áreas de salud con coberturas bajas, sí hay áreas de salud que se vieron afectadas por este factor. En ese sentido, se debe tener en cuenta que la inmunización en los niños es una actividad que no solo se realiza durante la visita del ATAPS, y que se deben aprovechar las citas de control de menores para aplicarlas cuando el paciente es traído al Ebáis.

La vacunación es una de las principales actividades preventivas del primer nivel, por lo que se deben maximizar las oportunidades para inmunizar a los niños. Un adecuado registro de las vacunas, el seguimiento de los casos y vacunar tanto durante la consulta al Ebáis como en las visitas del ATAPS, son algunas de las estrategias que se deben reforzar para mantener, e inclusive llegar a mejorar, las coberturas en algunas de las unidades que continúan con resultados bajos en vacunación.

Es por esta razón que es importante insistir en la implementación del sistema nacional de registro de vacunas, mediante el cual se pueda dar seguimiento a las inmunizaciones de los niños, acercándose más a la realidad de las áreas de salud. De acuerdo con la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, este es un proyecto que se tiene programado que inicie el próximo año, ya que actualmente se está trabajando en los reportes que el sistema generaría, buscando obtener la información necesaria para una adecuada toma de decisiones. Con esto se vendría a resolver el problema de la migración de usuarios y le facilitaría al personal el acceso a los registros de vacunas de los usuarios, para así continuar esquemas iniciados en otras unidades.

En lo que respecta a la parte económica, es importante mencionar que de acuerdo con el Plan de Acción Mundial sobre vacunas 2011-2020, durante el último decenio se ha aumentado el financiamiento dedicado a programas de vacunación, y en 154 de los 193 Estados miembros se afirma contar con una partida presupuestaria concretamente dedicada a la inmunización (OMS, 2013).

En el caso de Costa Rica, durante el año 2017 la CCSS invirtió más de 3 600 millones de colones para la compra de vacunas del esquema básico y completo, lo que corresponde a un 49 % de la inversión que realizó para la compra de vacunas, quedando en evidencia el compromiso nacional para mantener los logros alcanzados en enfermedades inmunoprevenibles.

A nivel mundial, se está contemplando a futuro la inclusión de vacunas nuevas y más complejas, que conllevarán nuevas necesidades de financiamiento (OMS, 2013), y Costa Rica no está exenta de esta realidad; actualmente se están haciendo los estudios necesarios para contar con la vacuna del rotavirus en el esquema de vacunación de niños, si los resultados demuestran un beneficio neto para nuestro medio, se deberá asignar recursos para su compra.

El trabajo que se viene realizando en todos los niveles de la institución orientado al adecuado seguimiento y registro de las vacunas, evidencian la importancia que tiene para la CCSS el control de las enfermedades inmunoprevenibles. No obstante, se debe continuar trabajando y así procurar mantenerse dentro de los estándares internacionales de inmunizaciones.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Fichas Técnicas 2014-2018. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Dirección Compra de Servicios de Salud*. San José: CCSS.

Costa Rica, Ministerio de Salud Pública [MINSA]. (2013). *Norma Nacional de Vacunación*. San José: MINSA.

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2017). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016*. CCSS. San José: EDNASSS-CCSS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020*. (Internet). Suiza: OMS. Recuperado el 23 de mayo de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (22 de Mayo de 2018). *Organización Mundial de la Salud. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Semana Mundial de la Inmunización 2017: las vacunas funcionan*. (Internet). Suiza: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/event/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud. Inmunizaciones*. (Internet). Suiza: OMS. Recuperado el 22 de mayo de 2018, de: <http://www.who.int/topics/immunization/es/>

3. El apoyo del laboratorio es fundamental en el adecuado abordaje de la anemia

Programación de citas y facilidades en la consulta de reportes de laboratorio, elementos claves para el diagnóstico y el adecuado abordaje

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo 600 millones de niños en edad preescolar y escolar sufren de anemia y que alrededor de la mitad de estos casos podrían ser anemia por deficiencia de hierro (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Este mismo comportamiento se ve reflejado en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de Argentina, en la que se encontró que el 16 % de los menores de cinco años presentaban anemia y que su prevalencia era mayor entre los seis a menos de 24 meses (Argentina, Ministerio de Salud Pública, 2007).

Dada la importancia que tiene la anemia a nivel mundial, muchos países han decidido desarrollar intervenciones para reducir esta patología, principalmente en los grupos susceptibles, como los niños y las mujeres embarazadas (OMS, 2008).

La OMS recomienda que en los lugares con prevalencia de anemia superior al 40 % en niños menores de un año o en caso de que la dieta no incluya alimentos ricos en hierro, se debe administrar hierro profiláctico (2 mg/kg/día) a todos los niños de seis a 23 meses de edad (OMS, 2015).

Además, aconsejan el uso de la concentración de la hemoglobina como el indicador para medir la anemia en las poblaciones, ya que se trata de un examen fácil de realizar y de bajo costo. Pero se debe tener en cuenta que el objetivo principal de esta medición es que el personal de salud valore los resultados, analice el caso e identifique la causa de fondo de la anemia, para que a partir de ahí se puedan tomar decisiones (OMS, 2008).

En la CCSS, se ha mantenido la indicación de realizar un hemograma completo a los seis meses y al año de edad a todos los niños, y tanto la transcripción como la

interpretación del resultado deben registrarse en el expediente clínico. Asimismo, en caso de detectarse una hemoglobina menor a 11 g/dL, es necesario realizar la prueba terapéutica y a partir del resultado determinar el tratamiento a seguir (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

Tamizaje de anemia en niños(as) de seis a menos de 24 meses

Un total de 115 352 niños entre seis y menos de 24 meses consultaron en el primer nivel de atención de la CCSS durante el 2017, aumentándose, con respecto al año anterior, el total de niños atendidos.

Durante el año 2016, algunas áreas de salud todavía no contaban con el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) en todos sus Ebáis por lo que los listados eran facilitados por las unidades. Al implementar este sistema, los registros de consultas de niños de seis a menos de 24 meses se obtuvieron directamente de los cubos del EDUS, lo que generó un aumento en el total de atenciones en algunas unidades. Los ejemplos más claros de esto son las áreas de Coronado y Los Santos; en el 2017 al extraerse la información directamente del sistema se obtuvo más del doble de consultas con respecto al año anterior.

Por otro lado, se encuentran las áreas de salud que ya teniendo el EDUS implementado han disminuido el número de consultas, lo cual se podría explicar por mejoras en la calidad de los listados, al reducirse los registros duplicados.

Para el año 2017, a nivel institucional, el 75 % de los niños atendidos contó con al menos una hemoglobina en el año evaluado y que por lo tanto, fueron tamizados para anemia, siendo la meta establecida para el 2018 de un 80 %.

Cuadro 3.1

CCSS: Niños de seis a menos de 24 meses a quienes se les realiza una hemoglobina como tamizaje de anemia según región, 2016-2017
(porcentajes)

Región	2016	2017
Institucional	72	75
Brunca	70	73
Central Norte	67	69
Central Sur	70	76
Chorotega	80	82
Huetar Atlántica	75	78
Huetar Norte	70	73
Pacífico Central	75	80

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

En el cuadro 3.1 se puede ver que las regiones Chorotega y Pacífico Central son las únicas que alcanzaron la meta institucional. De las 13 áreas de salud con las que cuenta la Región Chorotega, únicamente cuatro no alcanzaron la meta. Asimismo, para la Región Pacífico Central, de sus 11 áreas de salud solo cinco alcanzaron la meta; el resto de las unidades presentaron cumplimientos por arriba del 70 %.

La Región Central Norte, con cumplimiento del 69 %, es la que tuvo el porcentaje más bajo de niños con hemoglobina realizada. Únicamente cuatro de las 26 áreas de salud de esta región alcanzan la meta institucional, tres de las cuales son contratos por terceros.

Las áreas de salud con cumplimiento más alto son Montes de Oro y La Carpio-León XIII; ambas con un 95 %. Es importante mencionar que para el año 2017 el área de salud de Montes de Oro implementó el uso del LabCore®, sistema en el que se gesta la toma, análisis y reporte de muestras de laboratorio, permitiendo la consulta en línea de los resultados. Gracias a esta facilidad, esta área de salud mejoró en siete puntos porcentuales el desempeño de un año a otro.

Respecto al 2016, hay áreas de salud que incrementaron el tamizaje en más de 20 puntos porcentuales. Tal es el caso del área de salud de Moravia, que el año anterior fue la unidad con el desempeño más bajo en este indicador y que aumentó de un 31,7 % a un 69 %. Las condiciones del servicio de laboratorio de Moravia no han variado, sigue siendo de un área que depende del laboratorio de otra unidad, sin embargo, el tener acceso al sistema de LabCore® para consultar los resultados de laboratorio le permitió aumentar el número de niños con resultado disponible.

Muchas áreas de salud mejoraron el tamizaje de anemia gracias a la facilidad de consultar los laboratorios en línea, pero esta condición no se presenta en todos los centros de salud.

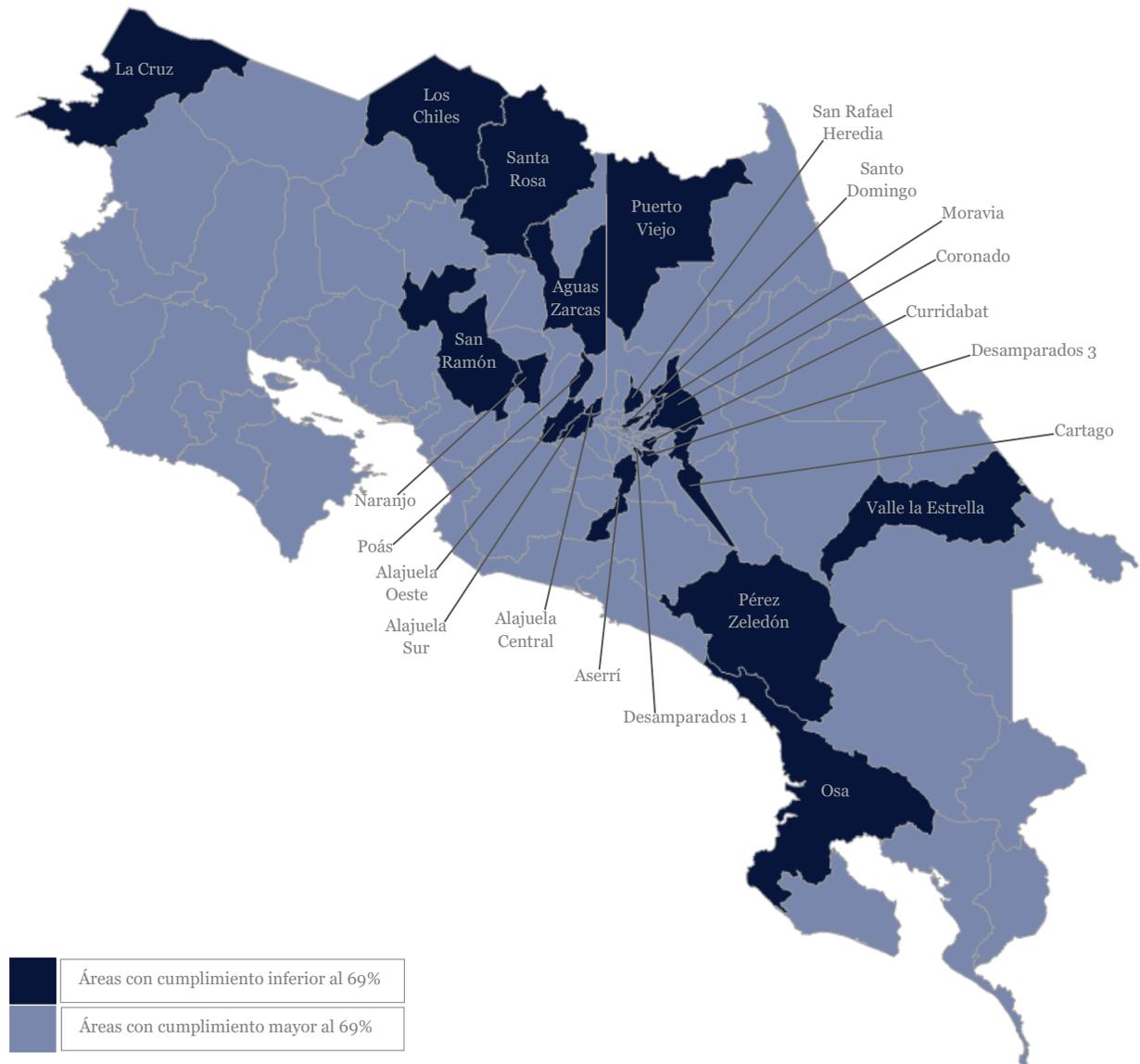
Están también los casos como el de Alajuelita, cuyo laboratorio cuenta con el sistema Infinity; aunque este sistema no permite la consulta en línea, Alajuelita dejó de estar entre las áreas prioritarias y en el 2017 superó la meta en tamizaje (89 %). Algunas de las estrategias que esta área de salud ha implementado son: la programación de citas, habilitar cupos e involucrar a las jefaturas en el proceso.

Por otra parte, hay unidades que tuvieron un cumplimiento inferior al 69 %, lo que las sitúa debajo del percentil 20.

De estas unidades prioritarias, Moravia, Cartago, Aguas Zarcas, Santo Domingo Alajuela Sur, Alajuela Oeste, Coronado, San Ramón y Alajuela Central ya se encontraban en este mismo grupo desde el año anterior. No obstante, la mayoría de estas áreas han mejorado la cantidad de niños tamizados con respecto al año 2016.

Como se puede observar en el mapa 3.1, un grupo importante de las áreas prioritarias se ubica en las zonas fronterizas del país. Se trata de poblaciones con problemas de aseguramiento, que se encuentran en zonas de difícil acceso y que están migrando constantemente, condiciones que podrían afectar el tamizaje de anemia.

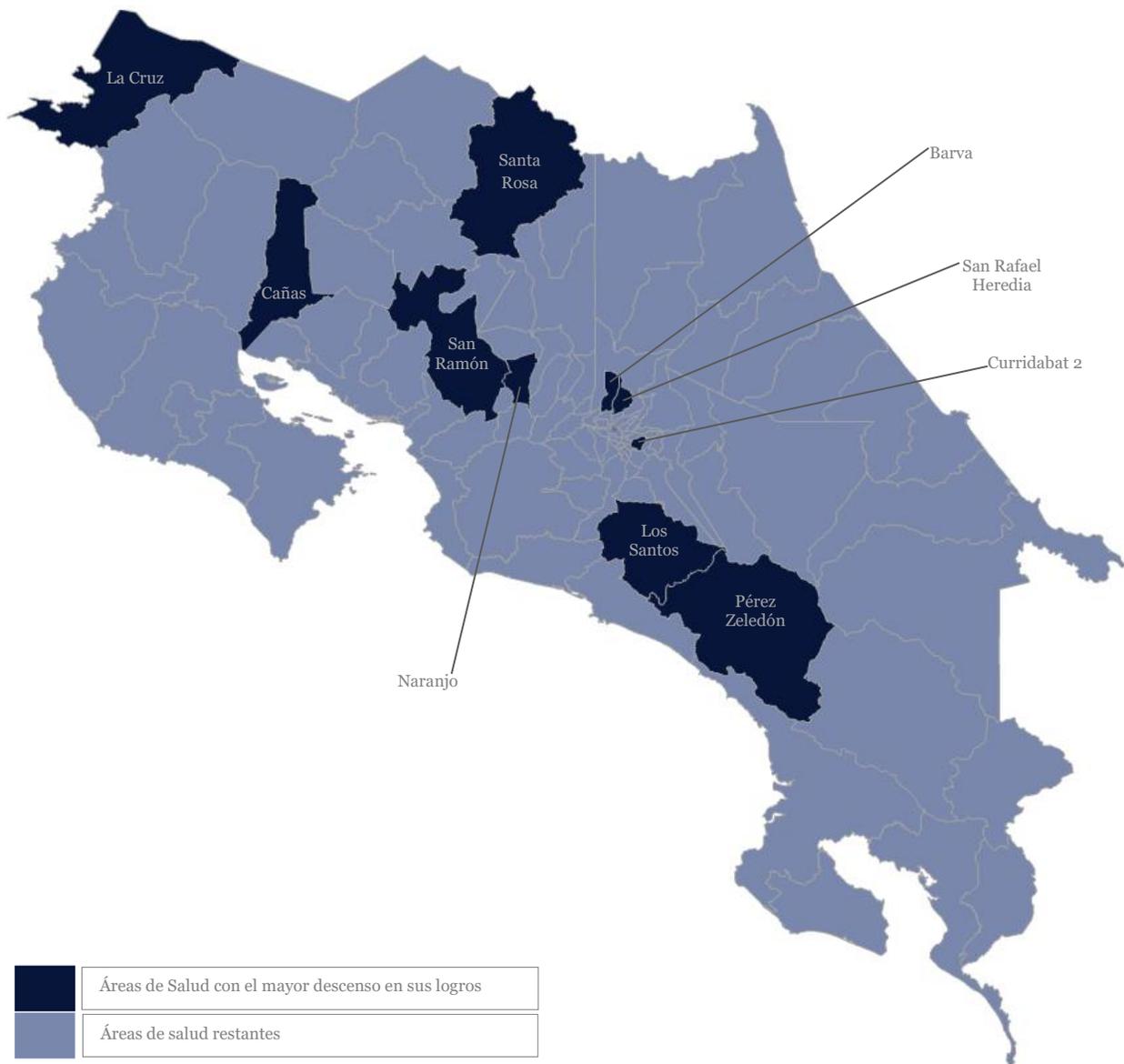
Mapa 3.1
CCSS: Distribución de las áreas de salud con cumplimiento inferior al 69 % en tamizaje de anemia, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017

En el mapa 3.2 se incluyen las 10 áreas de salud con mayor descenso en sus logros con respecto al año anterior.

Mapa 3.2 CCSS: Distribución de las 10 áreas de salud con mayor descenso en tamizaje de anemia, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017

Al analizar los casos de estas unidades, no se encuentran factores en común, sino más bien situaciones internas que afectaron a cada una de las áreas y que tuvieron impacto en su desempeño. Por ejemplo, Los Santos presentó cambios en el sistema de registro al migrar al EDUS; con ello se mejoraron los registros, lo cual implicó un aumento en el total de consultas.

Por otra parte, algunas unidades señalaron que un grupo de la población se realizó las pruebas de forma particular, y que no fue posible documentar el resultado de la hemoglobina, ya que no les aportaron los reportes; mientras que en otras áreas, debido a cambios en el personal y a que se debió iniciar nuevos procesos de capacitación, en ciertos casos se omitió la indicación de la prueba.

De la información recolectada durante la evaluación, se obtiene que del total de niños tamizados (4 281) el 21 % (882) tienen hemoglobinas inferiores a 11 g/dL, las cuales se pueden clasificar según su severidad.

	Anemia leve (10 - 10,9 g/dL) ^{/1}	Anemia moderada (9,9 - 7 g/dL) ^{/1}	Anemia severa (< 7 g/dL) ^{/1}
Casos detectados durante el tamizaje	81,8 %	18,0 %	0,2 %

/1 Valores establecidos por la OMS

De acuerdo con los datos de la OMS, en los países desarrollados el porcentaje de niños con anemia es del 20 %, mientras que en los países no industrializados este valor puede llegar hasta un 39 %, por lo que el comportamiento de la anemia en Costa Rica se aproxima al de los países industrializados (OMS, 2001). Asimismo, mediante la proporción de niños con anemia se puede determinar la severidad de la anemia como problema de salud pública a nivel nacional.

Anemia como problema de salud pública según la proporción

Normal < 4,9 ^{/1}	Leve 5,0-19,9 ^{/1}	Moderado 20,0-39,9 ^{/1}	Severo ≥ 40 ^{/1}
--------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

/1 Valores establecidos por la OMS



Costa Rica

Contar con un sistema de laboratorio que permita la consulta en línea de los resultados de los exámenes, es uno de los factores que más impacto ha generado en el tamizaje de anemia, sobre todo en las áreas de salud que dependen de otros servicios de laboratorio o en Ebáis desconcentrados, ya que ahora pueden consultar la hemoglobina antes de recibir el reporte impreso.

Sin embargo, no todas las áreas emplean este sistema; por lo que tuvieron que establecer otras estrategias para aumentar el número de niños a los que se les realizó el hemograma y que este se encontrara disponible en el expediente. Entre ellas, se ha coordinado con el servicio de laboratorio para que la prueba se efectúe el mismo día que el paciente llega a la consulta, se han habilitado cupos en los laboratorios para estos casos y, a la vez, se ha involucrado más a las jefaturas de servicio en el proceso.

Abordaje adecuado de la anemia

Durante el 2017, se registraron 17 223 niños de seis a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia, disminuyendo el total de atenciones con respecto al año anterior.

Debido a que en algunas unidades se está iniciando con la implementación del EDUS, se está trabajando en el adecuado registro de los casos, por lo que la diferencia no se puede considerar como una disminución en la cantidad de niños diagnosticados; más bien, se debe esperar a que se establezca la implementación del EDUS en todas las unidades para poder valorar el comportamiento de las consultas.

En general, durante el 2017, la institución mejora en 15 puntos porcentuales el abordaje de niños con anemia con respecto a la evaluación del año anterior.

Cuadro 3.2

CCSS: Niños de seis a menos de 24 meses con anemia abordados adecuadamente según región, 2016-2017

(porcentajes)

Región	2016	2017
Institucional	45	60
Brunca	35	60
Central Norte ^{1/}	45	61
Central Sur	60	68
Chorotega	47	50
Huetar Atlántica	40	60
Huetar Norte	35	60
Pacífico Central	36	47

1/ No contempla Puerto Viejo

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

Todas las regiones aumentaron el porcentaje de niños con abordaje adecuado de la anemia, siendo la Central Sur la que presentó el logro más alto y la Pacífico Central la del cumplimiento más bajo.

En el caso de la Región Pacífico Central, solo las áreas de salud de Orotina y Chomes-Monteverde no mejoraron en este indicador y más bien presentaron un menor desempeño con respecto a la evaluación anterior. Ambas áreas de salud iniciaron durante el 2017 con la implementación del EDUS en todos sus Ebáis, afectando los resultados en abordaje de la anemia. Esto se presentó porque los médicos se encontraban en el proceso de adaptación al sistema y se cometieron errores en la prescripción del tratamiento e indicación de laboratorios. Además, en el caso específico de Orotina, a diferencia de otros centros de salud de esta región, no contaba con un sistema de información de laboratorio clínico que facilitara la consulta de los resultados en línea.

En la Región Pacífico Central la mayoría de las áreas de salud mencionan como limitantes para este indicador la rotación constante de personal por las plazas de servicio social y la gran cantidad de puestos de visita periódica que tienen, alegando que esto dificulta el seguimiento de los casos. Aun así, otras regiones con puestos de visita periódica han logrado coordinar con el servicio de laboratorio para que esta condición no afecte el seguimiento de los niños con anemia.

Las 10 áreas de salud que lograron el mejor desempeño en el 2017 presentaron cumplimientos superiores al 85 % y se detallan en el mapa 3.3.

Mapa 3.3

CCSS: Distribución de las áreas de salud con logros superiores al 85 % en adecuado abordaje de la anemia, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017

De este grupo, se debe resaltar la labor realizada por las áreas de Mora-Palmichal, Goicoechea 2 y Montes de Oca 2. Estas unidades pasaron de tener

cumplimientos por debajo del 70 % a estar ubicadas entre las 10 áreas de salud con mejores resultados.

Del total de la muestra (6 729), el 10 % fueron no evaluables; de estos el 96 % no correspondieron al indicador. Algunas de las razones por las que el caso no correspondía al indicador son:

- Niños que no contaban con una hemoglobina realizada en el año evaluado y que no se trataba de un seguimiento de anemia.
- Anemia resuelta a la que se le sigue poniendo el diagnóstico.
- Niños a los que se les diagnosticó anemia con un valor de hemoglobina igual o mayor a 11 g/dL.
- Anemia resuelta a la que se le puso el diagnóstico para poder inactivarlo o darlo de alta.

De las anteriores, la única que es producto de cómo está diseñado el EDUS es el niño que resuelve la anemia, pero se le debe poner el diagnóstico para poder cerrar el caso. Esta situación se vio en varias áreas de salud y de momento las unidades no tienen otra forma para dar de alta a estos niños sin tener que incluir el diagnóstico de anemia; por lo que se seguirá presentando en las próximas evaluaciones.

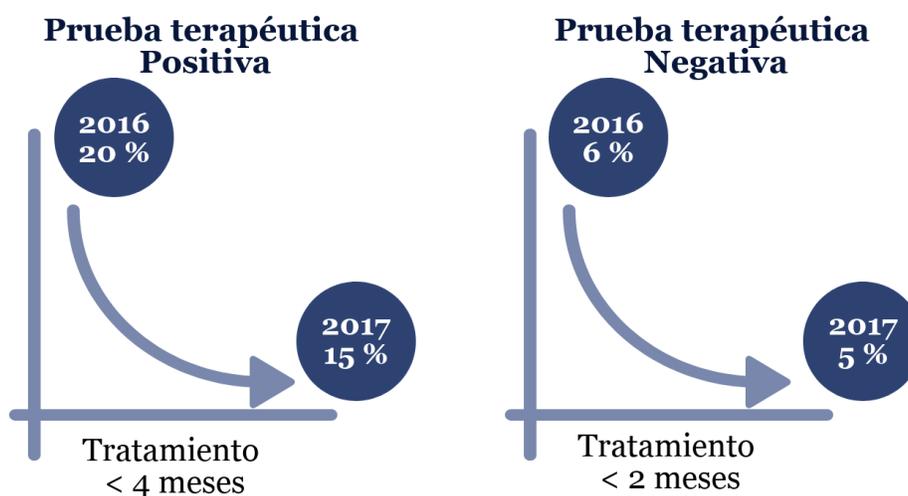
Por otra parte, cuando el expediente es no evaluable producto de que se pone el diagnóstico de anemia sin tener un resultado de laboratorio o con hemoglobina mayor o igual a 11 g/dL, corresponde a un error de registro del diagnóstico por parte del personal de salud. Pese a que se ha brindado capacitaciones a las áreas de salud, en aquellas que cuentan con personal que rota constantemente, como es el caso de los centros que tienen médicos de servicio social, se ha visto que este proceso de capacitación debe ser más frecuente.

El total de casos evaluados para el año 2016 fue de 6 042, mientras que para el 2017 fue de 6 068. Para esta última evaluación, el 40 % (2 425) no cumplen con el indicador. Al igual que el año anterior, se siguen encontrando errores en la prescripción del tratamiento, duración del tratamiento y hemograma de control; no obstante, se presentan variaciones en estos rubros.

En la evaluación del 2016, al 96 % (5 774) de los niños con diagnóstico de anemia se les registró el tratamiento en el expediente, porcentaje que se mantiene para el 2017. Sobre este punto, a diferencia de la evaluación anterior, el porcentaje de niños a los que se les indicó de forma incorrecta el tratamiento con hierro disminuyó (2 %).

En relación con este mismo tema, en el 2016 al 92 % (5 581) de los casos se les indicó el tratamiento a dosis terapéutica, mientras que para el 2017 fue de 93 % (5 674). De estos últimos, 20 % fueron pruebas terapéuticas positivas y 80 % pruebas terapéuticas negativas, porcentajes que se mantienen con respecto al año anterior. Al igual que en el 2016, la prueba terapéutica no se evalúa, pero es necesario contar con este dato para determinar si la duración del tratamiento es la adecuada.

En cuanto al tratamiento, para la evaluación del 2017 se encontró una reducción en el porcentaje de pacientes que recibieron el hierro por menos tiempo del que correspondía de acuerdo con el resultado de la prueba terapéutica.



Sobre el hemograma de control, se presentó una mejoría en el porcentaje de niños a quienes se les realizó dicho estudio en el rango de los 30 a los 59 días posteriores al inicio del tratamiento con hierro.

	Año 2016	Año 2017
Cuentan con hemograma de control	84%	85%
Cuentan con hemograma de control entre los 30 a 59 días	59%	72%

Estos resultados evidencian las gestiones realizadas por las áreas de salud para mejorar en el abordaje adecuado de la anemia, logrando coordinar con los servicios de laboratorio para que el paciente se realice el examen de control en el rango establecido. Además, se encuentra que al igual que en el caso del tamizaje para anemia, existe un efecto positivo del acceso a LabCore®, al poder revisar los resultados en línea.

La realización del hemograma entre los seis y menos de 24 meses, es un componente fundamental del abordaje de anemia, ya que permite la detección oportuna de los casos. El personal de salud debe tener claro que no solo se trata de hacerle la prueba al menor en este rango de edad, sino que además debe ser valorado el resultado, ya que su fin es detectar los posibles casos de anemia y que sean atendidos con prontitud, para poder establecer la causa de fondo.

En los casos de áreas de salud con bajo desempeño en el abordaje de la anemia, se buscó determinar posibles factores que pudieran explicar el comportamiento. Algunas de las áreas de salud han indicado que uno de los factores determinantes para el no cumplimiento del abordaje de la anemia ha sido el hecho de contar con puestos de visita periódica, donde el acceso oportuno a los servicios de laboratorio es limitado. Sin embargo, al analizar el caso de la Región Brunca, en donde todas sus áreas de salud cuentan con puestos de visita periódica, se encontró que lograron mejorar de forma considerable el abordaje de los pacientes con anemia mediante la coordinación con el servicio de laboratorio.

Contar con acceso a los resultados de pruebas de laboratorio clínico en línea, ha permitido que las unidades mejoren su desempeño, tanto para el tamizaje como en el abordaje adecuado de la anemia; no obstante, para el manejo de los niños con anemia se requiere más que contar con ellos. Para lograr que el abordaje de la anemia sea adecuado, se necesita de una programación apropiada de citas de laboratorios para controles, coordinación con otros niveles para la realización de los exámenes, en algunos casos búsqueda de los pacientes prioritarios y finalmente contar con el resultado de laboratorio.

Cabe destacar que los laboratorios son insumos de la institución que deben ser empleados de forma efectiva. Realizar los exámenes de control fuera del rango establecido, le genera a la institución un gasto que a lo último no tiene el valor agregado que se pretende, porque para poder efectuar el diagnóstico de anemia es necesario que el examen se realice de 30 a menos de 60 días después de haber iniciado el tratamiento.

Sobre este último punto se ha venido trabajando con las áreas de salud, ya que durante el 2016 a pesar de que la gran mayoría de los pacientes contaban con el hemograma de control, un poco menos de la mitad de los exámenes se habían realizado fuera del tiempo establecido.

Las estrategias empleadas por las áreas de salud han generado un impacto positivo en el abordaje de la anemia, aumentando la cantidad de pacientes que cuentan con los resultados en tiempo. Se debe recordar que este último punto no solo depende del área de salud, por lo que siempre se puede esperar un porcentaje de pacientes a los que los padres o encargadas no los llevan a realizar los exámenes por razones socioeconómicas, nivel educativo, accesibilidad a los servicios de salud, entre otras.

Sin embargo, los errores en el abordaje que dependen del personal de salud persisten. Se siguen encontrando casos en los que no se registra la dosis de hierro, pacientes con prescripción de hierro inferior a la terapéutica, niños a los que se les prescribe el tratamiento en gotas o que se les da por menos tiempo del recomendado.

Es importante recordar el impacto que tiene la anemia en el desarrollo cognitivo de los niños, por lo que se debe continuar trabajando en la capacitación del personal, tanto en los lineamientos para el adecuado abordaje de la anemia como en el uso de los diferentes sistemas con los que cuenta la institución. El monitoreo constante e involucrar a las diferentes jefaturas en el proceso son fundamentales y generan un efecto positivo en el seguimiento de estos casos.

Referencias bibliográficas

Argentina, Ministerio de Salud Pública. (2007). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Argentina: Ministerio de Salud Pública.

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: 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: 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: CCSS.

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Fichas Técnicas 2014-2018. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Dirección Compra de Servicios de Salud*. San José: CCSS.
- Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2017). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016*. CCSS. San José: EDNASSS-CCSS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Anemia por deficiencia de hierro: evaluación, prevención y control: una guía para los directores de programas*. Suiza: OMS
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Prevalencia mundial de la anemia, 1993 a 2005*. (Internet). Suiza: OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43894/9789241596657_eng.pdf;jsessionid=3FCBD59BCB69DAB48BD4AE6B5F3356A7?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (22 de febrero de 2015). *Organización Mundial de la Salud. Administración de suplementos de hierro en niños de 6 a 23 meses de edad*. (Internet). Recuperado el 31 de mayo de 2018, de http://www.who.int/elena/titles/iron_supplementation_children/es/

4. Promoción de estilos de vida saludables, a paso lento pero decidido

102 Áreas de salud desarrollan actividades educativas en las comunidades costarricenses

La promoción de la salud se ha establecido en su concepto, principios y áreas de acción desde la carta de Ottawa en 1986 hasta Bangkok en el 2005, la declaración de Helsinki en el año 2013 y Shangai en el 2016. Esta estrategia consiste en un enfoque integral que apoya a los pueblos con los medios necesarios para mejorar su salud y tener un mayor control sobre esta, según lo definido en el marco de la globalización (Universidad de Guanajuato, 2018).

Promover la salud va más allá de las acciones para su cuidado y sobrepasa las labores que están circunscritas a los establecimientos de salud. Tal como se estableció desde sus orígenes, la promoción de la salud incluye cinco estrategias: elaboración de una política pública sana, la creación de entornos saludables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales en torno a estilos de vida saludables y, finalmente, la reorientación de los servicios de salud (Coronel & Marzo, 2017).

Todas estas acciones buscan el compromiso con la equidad en salud y disfrutar de esta como un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Además de reconocer que los gobiernos tienen una responsabilidad con la salud de la población y que la equidad en salud constituye una expresión de justicia social (Márquez y otros, 2014).

De tal forma, cuando se hace mención a los estilos de vida saludables como estrategia base de la promoción de la salud, se debe tener presente que existe una responsabilidad país en el establecimiento de políticas que propicien y dirijan las acciones a desarrollar por parte de cada uno de los involucrados. Por ejemplo, en Costa Rica las áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) son las encargadas de brindar la atención con intervenciones desarrolladas en este contexto, cuyas acciones promuevan en la población la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017).

Sin embargo, el Ministerio de Salud en Costa Rica, como ente rector, es el responsable de dirigir a las instituciones del Sector Salud en los procesos que involucran el abordaje de la promoción de la salud como una estrategia país, integrando los aportes de cada una de las partes en este esfuerzo común.

Basado en este marco, promover estilos de vida saludables se refiere a todas aquellas actividades dirigidas a una persona, familia, grupo social o población, las cuales se realizan con determinada frecuencia; considerando las necesidades, las posibilidades económicas, entre otros factores. También, procura que las personas cuenten con las herramientas necesarias para tomar decisiones positivas y hábitos personales que favorezcan la salud, brindando, de esta forma, cierto control sobre su bienestar general (Giraldo y otros, 2010).

Algunos estudios al respecto sugieren que las intervenciones que promueven hábitos saludables tienen un efecto favorable sobre la modificación de conductas negativas en las personas, que están asociadas a la calidad de vida (Vallejo & Martínez, 2017; Jensen y otros, 2014). De igual manera, existen múltiples intervenciones que se adaptan a la población, a los recursos disponibles y a una serie de variables propias de quienes diseñan los programas en este campo, por lo cual se considera un ámbito complejo de acción, pero con resultados efectivos y rentables (Loveman y otros, 2011; Ma y otros, 2017).

En Costa Rica hay pocas investigaciones publicadas que aborden propiamente el tema de estilos de vida saludables y sus beneficios (Jensen y otros, 2014). Sin embargo, los elevados índices de obesidad descritos desde el desarrollo de la Encuesta Nacional de Nutrición (Ministerio de Salud y otros, 2009), y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles citada en el estudio de vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular realizado en el 2014 por la CCSS (Wong, 2014), contribuyeron al establecimiento de diversas acciones en promoción de la salud a nivel institucional.

Adicionalmente, se establecieron a nivel nacional una serie de políticas y lineamientos que definieron el accionar para el Sector Salud, en el cual la CCSS tiene una función vital en la prestación de los servicios de salud. Por esta razón, para el año 2014 se inició una intervención estandarizada de promoción de estilos de vida saludables en todas las áreas de salud a nivel institucional.

Desde un inicio, el programa ha estado dirigido a toda la población de 20 a menos de 65 años de edad, fomentando estilos de vida saludables, alimentación saludable y actividad física. Dichos procesos educativos utilizan metodologías

participativas, con al menos ocho sesiones de trabajo, que tienen con fin lograr que las personas tomen mejores decisiones sobre su salud.

Para el año 2018 se espera que las acciones programadas lleguen a 38 602 costarricenses. Entre el 2014 y el 2017 se logró la participación de 25 695 personas adultas en todas las áreas de salud a nivel institucional. A pesar de que es una cantidad importante, a menos de un año de finalizar las acciones de la intervención, pareciera que no se logrará llegar a la meta propuesta, ya que faltan 12 907 personas, valor que representa aproximadamente la mitad de lo alcanzado en cuatro años.

Específicamente en lo que corresponde al año 2017, se logró la participación de 6 997 personas; a paso lento, pero firmes en el desarrollo de los procesos educativos.

Por otra parte, cabe mencionar que en la intervención se considera un componente de coordinación de los servicios de salud con los actores sociales, denominado acción colectiva, el cual está representado por el apoyo que las áreas de salud reciben de otras entidades, al divulgar en algún medio de comunicación los procesos educativos que a nivel local se están desarrollando.

De esta manera, la acción colectiva tendría como resultado aumentar la motivación de las personas a formar parte de los grupos organizados por los equipos multidisciplinares que integran el programa de estilos de vida saludables. Para ello, cada año las unidades de salud deben lograr que al menos dos medios de comunicación colaboren en esta divulgación y motivación a la participación.

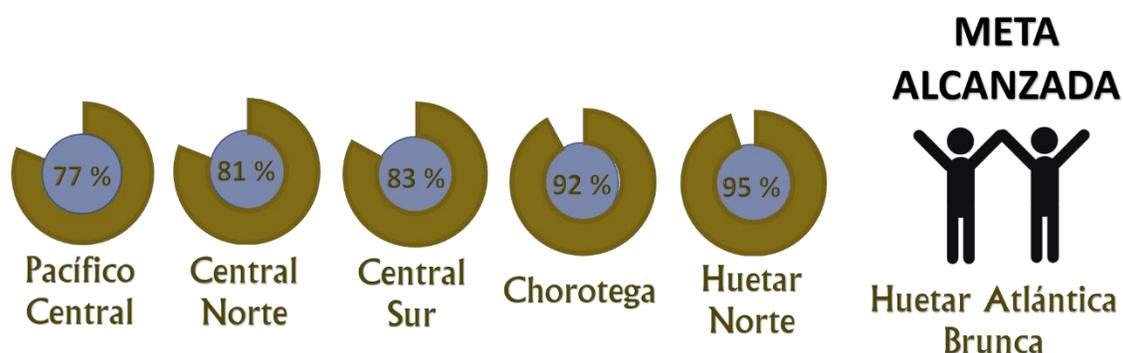
¿Hacia dónde se dirige la intervención?

Durante los cuatro años en que la intervención ha venido ejecutándose, se ha estado promoviendo la modificación de prácticas en salud con los participantes y la necesidad de cambiar el estilo de vida en forma individual, familiar y colectiva, convirtiendo de esta forma a cada individuo en un multiplicador de calidad de vida en las comunidades costarricenses. En este contexto, el proceso se convierte en un reto tanto a nivel individual como grupal para el personal de salud involucrado en esta estrategia, cuyos resultados son paulatinos y se construyen poco a poco.

Los miembros de los equipos de salud responsables de promover estilos de vida saludables manifiestan que trabajar en la modificación de la conducta en la población adulta no es tan sencillo y que enfrentan múltiples barreras para su ejecución; entre ellas, la motivación de las personas para participar, la falta de un espacio físico apto para el desarrollo de procesos educativos grupales, el poco trabajo en equipo, entre otros. Aun así, la respuesta de los participantes durante los procesos educativos ha sido positiva, y se enriquece cada vez más.

Las áreas de salud, por su parte, a pesar de realizar acciones en sus comunidades, no han logrado documentar correctamente la intervención como fue definida a nivel institucional, quedando en algunos casos evidencia de la falta de medidas de control en la calidad del trabajo realizado por parte de los funcionarios de salud involucrados, situación que podría mejorar con algunas medidas de control durante el desarrollo de las actividades educativas.

Los resultados obtenidos en los procesos educativos a nivel local finalmente repercuten en los logros cuando se agrupa por regiones; tal es el caso del año 2017, donde se pueden hacer análisis internos de la labor realizada en ese periodo:



La imagen anterior muestra la posición alcanzada por región, según la meta de participantes establecida para la intervención en la acción grupal para el año 2017. Sobresalen la región Huetar Atlántica y la Brunca, que lograron que el 0,25 % de su población de 20 a menos de 65 años culminara los procesos educativos en promoción de estilos de vida saludables, resultado que refleja el esfuerzo realizado por las áreas de salud que las componen.

Cabe mencionar que en el año 2016 las regiones Huetar Norte, Brunca y Pacífico Central fueron las que alcanzaron la meta de participación en los procesos educativos; de estas solo la región Brunca mantuvo sus logros un año después.

Por otra parte, si se analiza el trabajo efectuado a nivel local, las unidades lograron llevar la intervención de promoción de estilos de vida saludables a una variedad de grupos en la población costarricense, entre ellos los padres de familia en las escuelas, colegios y Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI). También, a los trabajadores de instituciones como las municipalidades, la Fuerza Pública, el Tribunal Supremo de Elecciones (TSE), la Contraloría General de la República, el Ministerio de Educación Pública (MEP), el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), el Ministerio de Salud (MS) y los mismos empleados de la CCSS.

Adicionalmente, se reportó la implementación de la acción grupal a nivel comunal, a través de los grupos organizados de mujeres líderes, otros grupos ya establecidos enfocados a promover la actividad física, grupos religiosos, miembros de comités de salud, entre otros.

A pesar de los esfuerzos generales realizados, durante el año 2017 las áreas de salud de Alajuela Sur y Santa Bárbara de Heredia indicaron no haber efectuado acciones asociadas a la intervención. Alajuela Sur no ha reportado ninguna labor desde el año 2014 y Santa Bárbara de Heredia en los dos últimos años ha señalado que la infraestructura disponible no es apta para el desarrollo de este tipo de intervenciones.

De igual manera, se identificaron áreas de salud que reportaron acciones asociadas a la intervención, pero que no cumplieron con la meta establecida para la acción grupal; en esta condición se encuentran San Rafael de Heredia, Los Santos, Mora-Palmichal, Paraíso-Cervantes y Quepos. Los principales aspectos en los que fallaron para el logro de la intervención fueron el incumplimiento de la estrategia educativa y la falta de información de los participantes.

En los casos anteriores, las unidades no lograron evidenciar que los participantes recibieron al menos ocho sesiones educativas en las temáticas de la intervención durante el año evaluado, por ausencia de datos o un inadecuado registro de la información.

En cuanto a la participación de los medios de comunicación colectiva, el ideal es que todas las unidades logren el apoyo de al menos dos medios, pero esto no ha sido posible. Sin embargo, de las 104 áreas de salud que conforman el primer nivel de atención, se observa un aumento en el número de unidades que alcanzaron dicho objetivo para el último año.



En general, durante la evaluación 2017 se observó una mejoría en el apoyo que los actores sociales han brindado a la divulgación de los procesos educativos programados por las áreas de salud a nivel institucional. Este resultado puede estar asociado a una mejor coordinación de los equipos de salud, a un mayor interés por contribuir con la salud de la comunidad y a la concientización sobre la responsabilidad e importancia que tienen todos los actores en una sociedad que trabaja sobre un mismo interés común, en este caso la salud de la población.



De tal forma, en las áreas de salud, múltiples medios de comunicación ayudaron a motivar a sus comunidades a involucrarse en los procesos educativos de promoción de estilos de vida saludables, logrando aprovechar la amplia gama de recursos disponibles en sus localidades. Por ejemplo, en las zonas urbanas la divulgación se llevó a cabo mediante periódicos locales y nacionales, la radio, revistas e instituciones, entre otros recursos; mientras que en zonas rurales la divulgación fue más frecuente en las iglesias, boletines parroquiales, redes sociales de instituciones, como las municipalidades, e incluso, mediante grupos organizados en las diferentes comunidades.

Aun con este resultado, es necesario un mayor involucramiento o apoyo para motivar a las personas a formar parte de los procesos educativos programados en materia de promoción de estilos de vida saludables.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados alcanzados por los equipos de salud en cada unidad, se hace necesario fortalecer la capacitación del personal para estimular tanto el trabajo en equipo como la implementación de la acción educativa en las diferentes comunidades a nivel institucional.

De esta forma, se estarían abordando aspectos que al parecer aún requieren apoyo, como es el caso de la distribución no equitativa de las funciones a nivel local, la responsabilidad y el liderazgo en la ejecución de la intervención; así como el aprovechamiento del espacio físico y de los recursos disponibles a nivel local y comunal.

En este sentido, hay un factor que no está siendo considerado y que puede ser incluido para otra etapa a nivel institucional, y es la evaluación de las barreras que enfrentan las personas para lograr una modificación de la conducta y el empoderamiento de su salud; acción que permitiría abordar los procesos educativos desde otra perspectiva y tener mejores resultados en la calidad de vida.

Respecto a ello, algunas investigaciones hacen referencia a la necesidad de abordar en los programas educativos aspectos que influyen negativamente sobre los cambios en la conducta de las personas, como la motivación deficiente; las presiones ambientales y sociales; la falta de tiempo, salud y limitaciones físicas; los estados de ánimo negativos; las restricciones socioeconómicas; y la falta de disfrute del ejercicio (Burgess y otros, 2017).

Finalmente, en el transcurso de los años se ha podido observar que las intervenciones en promoción de estilos de vida saludables a nivel institucional son factibles y cuentan con el recurso mínimo necesario para su ejecución, pero pueden ser aún más productivas si se contara con mayor apoyo, motivación y distribución de las funciones a nivel local, para garantizar mejores resultados. A pesar de todo, se ha avanzado a paso firme.

Referencias bibliográficas

- Burgess, E., Hassmén, P., & Pumpa, K. (2017). Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. *Clinical Obesity*, 7(3): 123-135.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Plan estratégico para el fortalecimiento de la promoción de la salud desde los servicios de salud institucional*. San José, CR: CCSS: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Coronel Carbo, J., & Marzo Páez, N. (2017). Health promotion: evolution and challenges in Latin America. *MEDISAN*, 21(7): 926.
- Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M., Macías Ladino, A., Valencia Garcés, C., & Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1): 128-143.
- Jensen, M., Ugalde, M., Araya, S., & Chinnock, A. (2014). Promoción de estilos de vida saludables en funcionarios públicos, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*, 23: 31-38.
- Loveman, E., Frampton, G., Shepherd, J., Picot, J., Cooper, K., Bryant, J., . . . Clegg, A. (2011). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. *Health Technol Assess*, 15(2): 1-182.
- Ma, C., Avenell, A., Bolland, M., Hudson, J., Stewart, F., Robertson, C., . . . MacLennan, G. (2017). Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 359: j4849.
- Márquez, S., Villegas, R., & Gosalbes, V. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1): 116-123.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2006). *Plan de acción estrategia nacional de alimentación saludable, actividad física y salud Costa Rica, 2006 - 2021*. San José, CR: MINSAL.

- Ministerio de Salud [MINSa], Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Instituto Costarricense sobre Drogas & Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Encuesta nacional de nutrición Costa Rica: 2008-2009*. San José: CR: MINSa.
- Ministerio de Salud [MINSa], Ministerio de Deporte y Recreación. (2011). *Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021*. San José, CR: MINSa.
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2011). *Política nacional para la seguridad alimentaria y nutricional 2011-2021*. San José, CR: MINSa.
- Ministerio de Salud [MINSa]. (2014). *Estrategia nacional abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013 - 2021*. San José, CR: MINSa.
- Universidad de Guanajuato. (2018). *Unidad didáctica 1: conceptos y antecedentes de la promoción de la salud*. Guanajuato.
- Vallejo Alviter, N., & Martínez Moctezuma, E. (2017). Impact of promoting healthy lifestyles to improve quality of life. *Drugs Addict Behav*, 2(2): 225-235.
- Wong, R. (2014). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular*. San José: C.R.: EDNASSS-CCSS.

5. Hipertensión arterial, hacia el control óptimo poblacional

Conociendo nuestros números

“Conoce tus números” fue el lema utilizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el día mundial de la hipertensión arterial (17 de mayo 2018). Con este lema se promueve que los profesionales en salud conozcan datos para la adecuada gestión y el control de la hipertensión arterial (HTA), entre ellos: la población meta, el número de pacientes a su cargo (cobertura) y los indicadores de control de la hipertensión.

Esta enfermedad afecta entre el 20-40 % de la población adulta en América, alrededor de 250 millones de personas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018), siendo el principal factor de riesgo para sufrir otras enfermedades cardiovasculares (ECV) (Narayan y otros, 2010).

Factores de riesgo de HTA	<ul style="list-style-type: none">• HTA (13 %).• Tabaquismo (9 %).• Diabetes mellitus (6 %).• Sedentarismo (6 %).• Sobrepeso/obesidad (5 %).• Hipercolesterolemia (4 %).
----------------------------------	---

Además, aumenta el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), accidente vascular cerebral (AVC) y enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, el control de la presión arterial podría reducir en 40 % el riesgo de ictus y 15 % el de infarto agudo de miocardio (Morales, 2015).

Se estima que la HTA causa más de 7,5 millones de fallecimientos por año, y que una tercera parte de estos se presentan en menores de 70 años. Estas muertes se consideran prematuras y pueden evitarse con intervenciones orientadas a: disminución del consumo de sal, alimentación rica en frutas y verduras, ejercicio físico y mantenimiento del peso corporal saludable, así como facilidades de acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento y control de la presión arterial (OPS, 2018).

Para “conocer nuestros números”, en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se parte de la población de 20 años y más (3 436 922 habitantes) en el 2017, con una población hipertensa aproximada de 1 244 165 (calculada con una prevalencia estimada de 36,2 %).

La cobertura institucional de HTA en el primer nivel de atención es de 40 % (498 689 personas), la cual aumentó en dos puntos porcentuales respecto al resultado del año anterior.

A esta población atendida, se le solicitaron las siguientes cifras de presión arterial (PA) para definir su control óptimo, y se obtuvieron los siguientes resultados:

Condición / Diagnóstico	Cifras Meta	Control óptimo (%)
Sin comorbilidades	<140/90 mmHg	72
Con comorbilidades: cardiopatía isquémica, diabetes mellitus o nefropatía	<140/80 mmHg	48
Mayores de 80 años	<150/90 mmHg	78

El resultado institucional del indicador de control óptimo de PA, considerando estos tres subgrupos fue de 66 %, manteniéndose sobre la meta institucional de 65 % para el 2018, pero siendo inferior al 68 % alcanzado en el 2016 (Cuadro 5.1)

Cuadro 5.1

CCSS: Control óptimo de la presión arterial en personas con hipertensión arterial según región e institucional 2016-2017
(porcentaje)

Región	Control óptimo	
	2016	2017
Institucional	68	66
Brunca	61	61
Central Norte	68	66
Central Sur	71	69
Chorotega	62	62
Huetar Atlántica	60	70
Huetar Norte	57	58
Pacífico Central	67	64

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016-2017.

Existen iniciativas mundiales que relacionan el indicador de cobertura con el de control óptimo de presión arterial, ya que son “los más importantes para evaluar la carga de enfermedad asociada con la presión arterial elevada y determinan el éxito de los programas de prevención y control de HTA” (OPS, 2018).

Conociendo esas iniciativas y utilizando los resultados obtenidos en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) 2017, se relacionan ambas variables (cobertura/control óptimo) para el análisis del indicador de HTA, al considerar que el control de la presión arterial en la población hipertensa reside en la capacidad de acceder a los servicios y beneficiarse del control adecuado.

Dicho esto, se puede establecer la relación cobertura/control óptimo, multiplicando los resultados, 40 % de cobertura y 66 % de control óptimo; y dividirlo entre 100 ó realizando los siguientes pasos (como ejemplo se utiliza el resultado institucional):

a) *Estimación de población hipertensa = 1 239 987 personas con HTA¹.*

- *(Población de 20 años y más) * (prevalencia de HTA)*

b) *Si se tiene 498 689 personas con HTA atendidas¹ = Cobertura de 40,22 %.*

- *Cobertura = $\left(\frac{\text{Personas atendidas}}{\text{Población HTA estimada}} \right) \times 100$*

c) *Si se tiene 328 287 personas con PA controlada = Control óptimo de 65,83 %*

- *Control óptimo = $\left(\frac{\text{Personas con PA controlada}}{\text{Personas atendidas}} \right) \times 100$*

d) *Por tanto, de 1 239 987 personas con HTA, 328 287 tienen PA controlada = Cobertura con control óptimo de 26,48 %.*

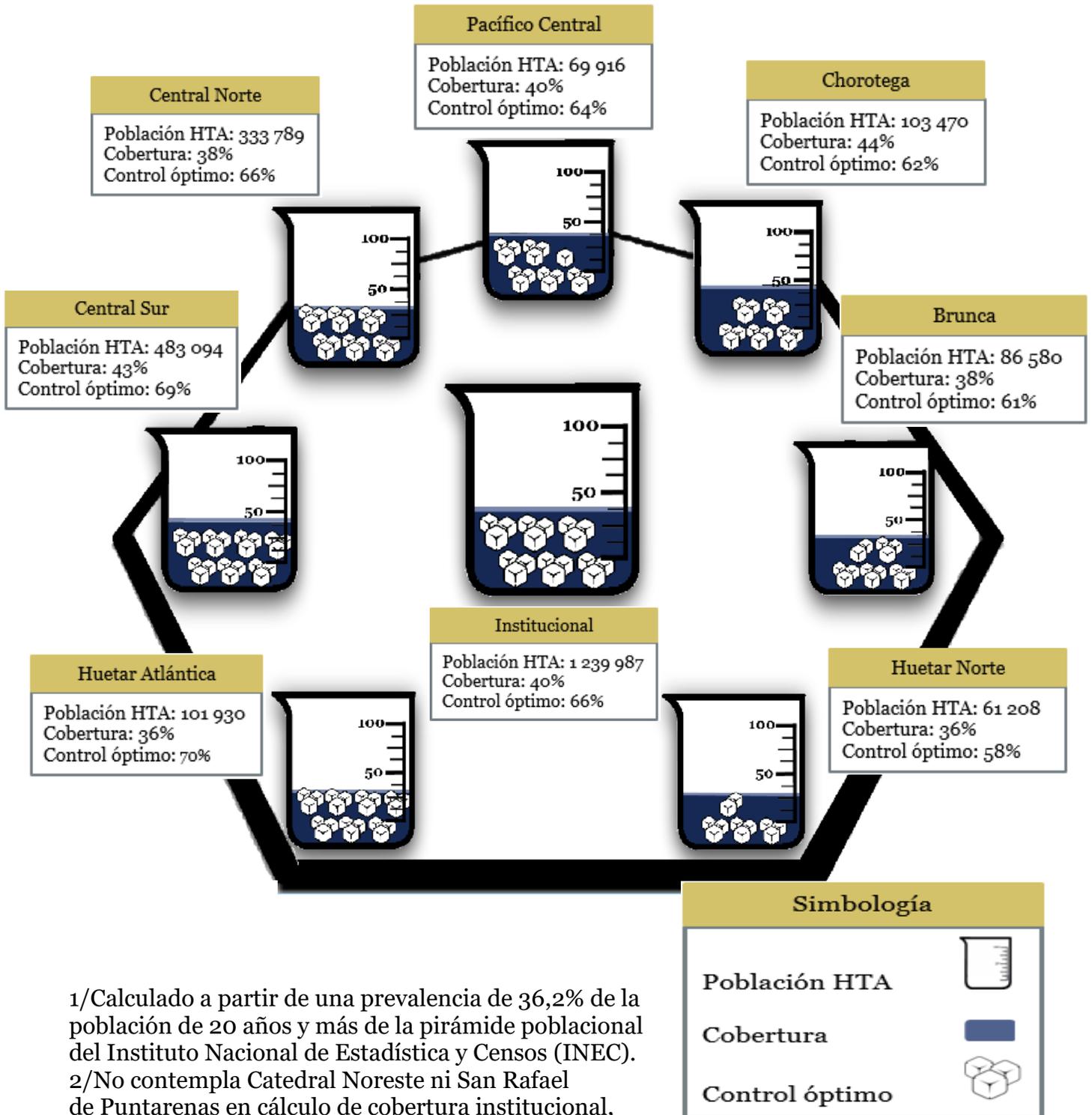
- *Cobertura con control óptimo = $\left(\frac{\text{Personas con PA controlada}}{\text{Estimación de Población Hipertensa}} \right) \times 100$*

En la figura 5.1 se observan los resultados de cada una de las regiones y en el Anexo 1, los de cada área de salud.

¹ No se incluyeron poblaciones ni consultas de Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas, por problemas de cobertura.

Figura 5.1

CCSS: Control óptimo y cobertura^{1,2/} de presión arterial en personas con HTA según región, 2017



1/Calculado a partir de una prevalencia de 36,2% de la población de 20 años y más de la pirámide poblacional del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
 2/No contempla Catedral Noreste ni San Rafael de Puntarenas en cálculo de cobertura institucional, y de las regiones Central Sur y Pacífico Central.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

En la figura anterior se evidencia que los niveles de control óptimo de todas las regiones son iguales o superiores a 58 % (meta 65 %), mientras que el acceso a los servicios es menor al 45 %. Además, se observa que la región Huetar Atlántica supera la meta de control de PA, pero con poca cobertura; la región Central Norte supera la meta de control óptimo y su cobertura se encuentra entre las más altas, y la Huetar Norte presenta el menor porcentaje en ambos indicadores.

Por otra parte, a nivel internacional, la iniciativa HEARTS de la OPS (aplicada en seis países de Latinoamérica: Cuba, Panamá, Bahamas, Colombia, Ecuador y Chile), también desarrolla indicadores de cobertura y control de la HTA; en el análisis que realizan de sus resultados, evidencian que niveles altos de control de presión arterial se asocian a coberturas bajas y que cuando estas últimas aumentan, los porcentajes de control disminuyen. Siendo lo adecuado que ambos porcentajes sean altos (Ordúñez, 2018).

La OPS/OMS propone para el 2019 en las Américas, una tasa de control de HTA del 35 % (Ordúñez y otros, 2015). En el caso de Costa Rica, se debe considerar que se conocen los porcentajes de la CCSS (40 % de la población hipertensa), pero no los del 60 % restante, que accede a centros privados, medicina de empresa, medicina mixta o no asiste a ningún control médico. De esta población, en la CCSS no se conoce ni la cobertura de servicios de salud, ni sus cifras de PA (Figura 5.1).

Gráfico 5.1
CCSS: Cobertura con control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial en Costa Rica, 2017

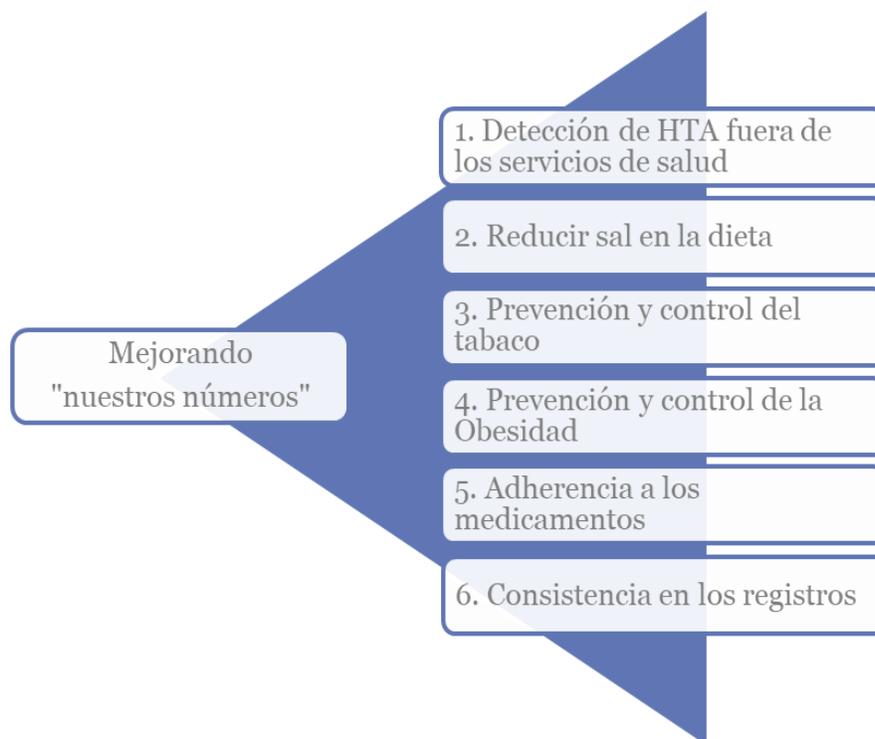


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

De tal forma, las estrategias para alcanzar el 35 % de control en la población hipertensa que propone la OMS, tendrán que ser intersectoriales y regidas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, la CCSS puede realizar cambios para mejorar “nuestros números”, entre ellos los indicados en la figura 5.2.

Figura 5.2

CCSS: Acciones para mejorar la cobertura y control óptimo de PA en el primer nivel de atención en salud de la CCSS, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Estas acciones tienen su fundamento en:

1. Detección de HTA fuera de los servicios de salud: la prevención primaria y la secundaria 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 en ocasiones son necesarias cuando la enfermedad no se diagnostica y no se trata a tiempo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Sin embargo, para este año 2017, no se pudo evaluar el indicador de tamizaje de HTA, ya que los registros de las tomas de PA no se efectuaron de la misma forma en las áreas de salud (cuadro 20, de información estadística).

2. Reducción del consumo diario de la sal en la dieta (a 2 g/día): esto ha demostrado una caída en la presión arterial de 3-5 mmHg en personas con HTA y de 1-2 mmHg en personas normotensas. Además, con esta medida en personas con HTA se lograría reducir la mortalidad en 14 % por accidentes cerebrovasculares y 9 % en cardiopatía isquémica (OPS, 2009).
3. Prevención y control del tabaco: en la región de las Américas, el 21 % de las personas mayores de 15 años son fumadoras y el 16 % de las muertes en personas de más de 30 años se da por esta causa, constituyendo la principal causa evitable de muerte en el mundo (OPS, 2013).
4. Prevención y control de la obesidad y del síndrome metabólico: la obesidad (IMC > 30 kg/m²) es un factor de riesgo cada vez más prevalente para el desarrollo de hipertensión y de enfermedad cardiovascular.

El sobrepeso y la obesidad representan un problema a nivel mundial y Costa Rica no es la excepción; según la “Encuesta Nacional de Nutrición, 2008-2009”, el 60 % de las mujeres de 20 a 44 años y el 77 % de 45 a 65 años, presentaban sobrepeso u obesidad, mientras que esta condición estuvo presente en el 62 % de los hombres de 20 a 64 años.

Por otro lado, según el informe ejecutivo “Censo Escolar Peso/Talla” Costa Rica 2016, el 14 % de los niños de seis a 12 años presentó algún grado de obesidad y el 20 % sobrepeso. Los cantones de Atenas, Puriscal, San Mateo y Hojancha presentaron una prevalencia mayor al 40 %.

Para este 2017, la muestra evaluada por HTA (6 219 expedientes) evidenció que el 36 % de las personas tenía sobrepeso y que el 42 % presentaba algún grado de obesidad (grado 1: 26 %; grado 2: 11 %; grado 3: 6 %). Además, 21 áreas de salud (AS) tenían más de un 50 % de personas obesas (AS León XIII-La Carpio, con 73 %).

5. Uso y adherencia de los medicamentos antihipertensivos para alcanzar las metas de presión arterial: con niveles de PA superiores en 20/10 mmHg a 140/90 mmHg debería considerarse utilizar dos agentes antihipertensivos, uno de los cuales usualmente es un diurético (OMS, 2004).

Por otra parte, cabe destacar que la atención farmacéutica ha demostrado junto con la educación en salud, mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Schroeder, 2004), y está demostrado que los pacientes que se adhieren a su tratamiento, mejoran los

objetivos de la presión arterial y de presión arterial/colesterol total (Rodríguez y otros, 2011).

Para este 2017, en la muestra evaluada por HTA (6 219), solo 55 expedientes presentaban atención farmacéutica, por lo que el trabajo en este campo debe mejorar en infraestructura y en cantidad de recurso humano.

6. Consistencia en los registros: la mejora en los registros clínicos y/o ambulatorios se asocia a una mejora en el control clínico: a la vez que aporta mejores estimaciones demográficas de la prevalencia de hipertensión y tasas de control (OPS, 2018).

Como es conocido, los desafíos en la implementación de un sistema de información se relacionan con los costos de creación y mantenimiento de este, con la capacitación de los usuarios y, en la medida de lo posible, en evitar el error humano. Pero también es imprescindible evitar el exceso de información y elaborar herramientas que garanticen su obtención oportuna (Navarro, 2012).

Por tanto, para que el EDUS pueda convertirse en un sistema de información gerencial, se debe trabajar en todos estos desafíos.

Además, para mejorar la calidad de la información recopilada en la evaluación de este y otros indicadores, se debe terminar el proceso de implementación de EDUS y paralelamente trabajar en mejorar la calidad de los datos (códigos diagnósticos, claridad en los registros de las atenciones de primera vez y subsecuentes, entre otros). Asimismo, se deben crear herramientas que permitan extraer información y relacionarla, para construir indicadores compuestos que faciliten la toma de decisiones a nivel gerencial.

Consideraciones finales

Dicho lo anterior, se puede concluir que ante la realidad del país, donde se va incrementando la población envejecida, las prevalencias por enfermedades crónicas no trasmisibles, las enfermedades cardiovasculares (HTA, DM, dislipidemias, etc.) y las tasas de mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cardiovascular; los resultados obtenidos no son satisfactorios.

Después de 20 años de evaluar los indicadores de HTA, persisten áreas de salud y regiones con controles óptimos limitados y coberturas deficientes, las cuales se

han mantenido en el tiempo. Por lo tanto, los directores de las áreas de salud deben considerar que no solo se está incrementando la población hipertensa, sino que también van aumentándose sus comorbilidades y su riesgo cardiovascular, lo que irremediablemente desemboca en una demanda aumentada de recursos del sistema de salud, dejando mayor cantidad de personas dependientes de cuidados y mermando la capacidad productiva del país.

Se necesita un cambio y este es ahora. El trabajo por realizar en los centros de salud es mucho; conocer y gestionar sus números les permitirá mejorar la calidad de los servicios brindados y la salud de su población.

Las acciones de promoción y prevención en salud a nivel local deben ejecutarse con la mayor celeridad posible, para evitar las complicaciones, que en la mayoría de los casos son prevenibles con un control adecuado de cifras de presión arterial y que están al alcance de los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud [MINSA], Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Instituto Costarricense sobre Drogas & Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Encuesta nacional de nutrición Costa Rica: 2008-2009*. San José: CR: MINSA.

Ministerio de Salud [MINSA]. (2014). *Estrategia nacional abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021*. San José, CR: MINSA.

Morales, A., Wyss, F., Coca, A., Ramírez, A., Osiris, V., Valerio, L.F. (2015). Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3): 172-178.

Narayan, V., Ali, M. K., & Koplan, J. (2010). Global noncommunicable diseases—where worlds meet. *N Engl J Med*, 363: 1196-1198.

Navarro, R. (2012). *Sistema de información gerencial*. (Internet). Recuperado de: http://sig-sosw2012-2.blogspot.com/2012/11/desafios-de-un-sistema-de-informacion_4.html

Ordúñez, P. (16 de Mayo de 2018). *Seminario virtual "Conoce tus números"*.

- Ordúñez, P., Martínez, R., Niebylski, M., & Campbell, N. (2015). Hypertension Prevention and Control in Latin America and the Caribbean. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 17(7): 499-502.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Washington, DC: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (16 de mayo de 2018). *Marco de Monitoreo y Evaluación para programas de control de la hipertensión. Seminario virtual: "Conoce tus números"*. Washington, DC: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Declaración Política sobre la Prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria de toda la población*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *El consumo de tabaco y la hipertensión aumentan riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular*. Washington DC: OPS.
- Rodríguez, M.A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez, A., Pérez, E.M., Martínez, F., & Faus M.J. (2011). Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria*, 43: 245-53.
- Schroeder, K., Fahey, T., & Ebrahim, S. (2004). Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD004804.

6. Tendencia positiva en la atención de la diabetes mellitus

Se observa un crecimiento lento pero generalizado en los tres parámetros de control

La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor repercusión social y económica en la actualidad, no solo por las múltiples demandas que recaen sobre el sistema de salud y las personas que la padecen, sino por la limitación física que afecta a las poblaciones económicamente productivas del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la prevalencia mundial de la diabetes casi se ha duplicado desde 1980 en la población adulta. Además, tres cuartas partes de las personas con diabetes viven en países de bajos o medianos ingresos y la enfermedad es responsable de un 12 % del gasto mundial en salud (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2017). Sin embargo, no todas las poblaciones del mundo sufren en igual medida las devastadoras consecuencias de este problema de salud.

Costa Rica pertenece a una de las regiones con mayor prevalencia del orbe. En la última encuesta nacional disponible se determinó que, a partir de los 20 años de edad, un 12,8 % de las personas presentan diabetes y que de estas, una de cada cinco personas no sabe que padece la enfermedad (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016). Estas cifras se asemejan a las observadas en los Estados Unidos, donde la prevalencia en adultos de 18 años y mayores se estimó en 12,2 % (2015), de los cuales el 23,8 % no sabía o no informó tener diabetes (*Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2017*).

Por causa de la enfermedad, una importante y creciente cantidad de personas sufre un deterioro en su calidad de vida, adquiere el riesgo de padecer una variedad de complicaciones vasculares y presenta una mayor probabilidad de morir prematuramente. Esta realidad, trasladada al nivel operativo de la prestación institucional, contribuye con la presión asistencial que afecta a los centros de atención de todo el país y con el consumo de una gran variedad de recursos institucionales.

La necesidad de contener el rápido avance de la enfermedad y la aparición de sus graves consecuencias ha generado el interés institucional de brindar un seguimiento especial al problema y de movilizar recursos para la coordinación de

acciones en los tres niveles de atención. En el primer nivel, estas iniciativas pretenden mejorar la efectividad del programa de atención establecido en la normativa técnica, cuyo objetivo fundamental es aumentar la cobertura y la cantidad de usuarios que alcanzan niveles óptimos en sus principales parámetros de control.

Cobertura de atención

El análisis de la cobertura institucional de la diabetes se ha convertido en un reto particular, debido al dinamismo de los factores que determinan su denominador: una prevalencia en ascenso rápidamente cambiante y el envejecimiento poblacional.



La cobertura institucional alcanzada en el 2017 fue de 44 %. Como es usual, esta proporción se calculó a partir del total de personas de 20 años y mayores, atendidas por causa de la diabetes mellitus tipo 2, con base en la prevalencia actual de la enfermedad (12,8 %).

Debido a los obstáculos para unificar y depurar los registros que se generan a partir de sistemas de información distintos, no ha sido posible cuantificar la cobertura de atención de los servicios de Medicina Mixta y de Empresa. De igual forma, la actual transición al expediente electrónico en el ámbito hospitalario no ha permitido conocer aún la fracción de asegurados que se atiende de forma exclusiva en los niveles de mayor complejidad. Parece todavía más distante obtener datos confiables sobre la participación de los servicios de salud exclusivamente privados.

Un rubro adicional y no menos importante es la población no asegurada. En la segunda encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular (CCSS, 2016) un 21 % de los adultos de 20 años y mayores refirieron que no contaban con ningún tipo de aseguramiento. No se conoce la cantidad de diabéticos no diagnosticados que podrían encontrarse en esta condición. De cualquier forma, cerrar esta brecha podría ser una tarea institucional más que compleja, si no se reduce la población que carece de derecho a la atención. Esta es solo una consecuencia de un serio problema social, a nivel país, ligado en buena parte al ejercicio de la economía informal.

En síntesis, ante el desconocimiento de un máximo teórico de cobertura en el primer nivel de atención, el análisis objetivo de las coberturas solo puede basarse en su evolución histórica.

En un reciente estudio comparativo de coberturas se documentó que durante el período comprendido entre 2008 y 2014, la institución logró un aumento real en el primer nivel de atención. Este ascenso fue posible gracias a un considerable incremento en el número de personas atendidas (48 %), el cual sobrepasó de manera amplia el crecimiento de la población de 20 años y más (19 %) (Barrantes, 2017). En los últimos años, ese aumento productivo se desaceleró y actualmente las diferencias en las coberturas institucionales parecen extinguirse, como se muestra en el cuadro 6.1. Se observa un comportamiento variable, con tendencia a la estabilización, donde se alternan valores entre 41 % y 44 %.

Cuadro 6.1

CCSS: Cobertura^{1/} de personas con diabetes mellitus tipo 2 según región, 2014-2017
(porcentajes)

Región	Año			
	2014	2015	2016	2017
Institucional	41	43	41	44
Brunca	35	38	39	41
Central Norte	40	39	38	37
Central Sur ^{1/}	40	44	44	46
Chorotega	46	46	41	55
Huetar Atlántica	41	44	34	41
Huetar Norte	36	38	37	41
Pacífico Central ^{2/}	55	38	39	41

1/ No contempla Catedral Noreste.

2/ No contempla San Rafael de Puntarenas para el año 2016 y 2017.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2017.

Aun en el contexto de coberturas institucionales estables, es importante señalar que las unidades prestadoras han logrado ajustar su capacidad de respuesta al incremento absoluto de usuarios diabéticos en la consulta. Este hecho es destacable, porque la capacidad instalada de las áreas de salud, en términos de equipos de atención, ha variado muy poco en los últimos años y la mayoría de las unidades opera con agendas saturadas a causa de la demanda no programada.

Esta situación debe advertirse desde ahora como una amenaza para el acceso de los usuarios a los servicios del primer nivel, ya que la enfermedad viene en aumento y cada vez más extiende su afectación a grupos de menor edad.

En el nivel regional, destacan las coberturas relativamente altas de la región Chorotega (55 %) y de la región Pacífico Central (53 %), en contraposición con las alcanzadas por la región Central Norte (37 %). La otra región que superó el logro institucional fue la Central Sur (46 %); mientras que las regiones Brunca, Huetar Atlántica y Huetar Norte se ubicaron por debajo de la cobertura institucional, todas con 41 %. Frente a estos resultados, nuevamente queda la interrogante sobre el papel de los servicios de salud no institucionales, dado que tienen mayor presencia en comunidades de perfil urbano.

En su evolución, la mayor parte de las regiones exhibió cambios pequeños en las coberturas del 2014 al 2017. Se observa una discreta tendencia al aumento en las regiones Brunca, Huetar Norte y Central Sur. La región Pacífico Central, que había aventajado al resto de las regiones con coberturas superiores a 50 %, parece estabilizarse y ha cedido su puesto tradicional al empuje de la región Chorotega.

Por su parte, la Huetar Atlántica incrementó siete puntos porcentuales, con lo cual recupera el nivel mostrado en los años 2014 y 2015. Este repunte debe atribuirse a la mejoría en la calidad de los registros de salud, ya que la caída en el 2016 coincide con la curva de aprendizaje del nuevo sistema de información y del expediente de salud. Además, muchos registros de atenciones brindadas en los puestos de visita periódica no fueron incorporados al Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC), fuente primordial de información para la evaluación. Este fenómeno parece explicar que el 2016 haya sido un período de bajas coberturas para la mayoría de las regiones.

La variación más evidente del 2017 la presentó la región Chorotega, con el aumento de 14 puntos porcentuales. De nuevo, este cambio obedece más al manejo de los registros de salud que a los incrementos esperados en la producción. Particularmente, el cambio se debió al uso no reportado de códigos excepcionales (E149 y E109) para el registro de la diabetes tipo 2 durante el 2016. En el 2017, estos códigos fueron incluidos para obtener el total de personas atendidas, lo que explica el rápido ascenso en la cobertura. Además, es probable que otras estrategias para mejorar el acceso de esta población se agreguen a esta explicación, porque se alcanzaron los resultados históricamente más altos, a partir de listados de atención válidos y verificados.

Control óptimo

Se ha demostrado que el manejo óptimo de la diabetes requiere más que el simple control de los niveles de glicemia. Muchos estudios no han logrado documentar un aumento en el beneficio cardiovascular cuando el seguimiento se limita al control glicémico (Mitri & Gabbay, 2016). En la actualidad, el seguimiento de resultados intermedios como la presión arterial y los niveles de colesterol-LDL debe ser parte de cualquier programa de atención. Se conoce claramente que el control de los factores de riesgo se asocia con una mejoría en la salud cardiovascular, aunque esta depende también de las conductas adoptadas por el usuario y de las estrategias utilizadas para modificar esas conductas (Mitri & Gabbay, 2016).

En la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), la intervención en salud denominada “Control óptimo de los parámetros metabólicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2” está compuesta por tres indicadores: control glicémico, control de la presión arterial y control lipídico. El alcance del control óptimo en cada uno de los parámetros define su cumplimiento, de la siguiente manera:

- ***Control glicémico:*** valor inferior a 7 % en la última hemoglobina glicosilada (HbA1c) del segundo semestre, para personas de 20 a 80 años. En personas mayores de 80 años el resultado debe ser menor a 8 %.
- ***Control de la presión arterial:*** cifras inferiores a 140/80 mmHg para personas de 20 a 80 años y menores que 150/90 mmHg para mayores de 80 años. Las cifras tensionales evaluadas corresponden al registro en la última consulta médica del año brindada en el área de salud.
- ***Control lipídico:*** colesterol-LDL inferior a 100 mg/dL en el último perfil lipídico del año. Cuando este perfil presenta un valor de triglicéridos igual o superior a 400 mg/dL, el nivel óptimo se determina a partir del colesterol no-HDL, con niveles inferiores a 130 mg/dL.

En el siguiente cuadro se muestran los resultados institucionales y regionales obtenidos en el 2017, con respecto a estos indicadores.

Cuadro 6.2

CCSS: Control óptimo en personas con diabetes mellitus tipo 2 por parámetro individual y control óptimo global (COG), según región, 2017

(porcentajes)

Región	Año			COG
	Glicemia	Presión arterial	Lípidos	
Institucional	43	55	33	12
Brunca	45	55	39	8
Central Norte	42	53	36	12
Central Sur ^{1/}	46	51	37	15
Chorotega	48	59	44	8
Huetar Atlántica	38	46	33	11
Huetar Norte	37	59	34	6
Pacífico Central ^{2/}	35	50	31	10

1/ No contempla Catedral Noreste.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2017.

1. Control glicémico

Aunque se conoce claramente que el abordaje de la enfermedad debe ser multifactorial, el control glicémico continúa siendo el eje central del seguimiento de la persona con diabetes y es el criterio aislado que mejor predice la evolución de su salud microvascular. Esta medición constituye un indicador de interés institucional, que suele presentar pequeños cambios de un año a otro. Debido a la multiplicidad de factores que lo determinan, la única vía que conduce a resultados progresivamente favorables es la adopción de un plan que defina acciones coordinadas, efectivas, sostenibles y de amplia cobertura institucional. La CCSS ha dado los primeros pasos para concretar esta iniciativa, con énfasis en el primer nivel de atención.

En el 2017, la proporción de usuarios que presentó un control glicémico óptimo fue de 45 % (IC 90 43,6 - 45,5), cuatro puntos porcentuales por arriba del resultado del 2016. A pesar de que esta cifra aún dista en siete puntos porcentuales de la meta institucional propuesta al 2018 (52 %), es evidente que esta diferencia se va estrechando cada año. Si bien no se han podido aprovechar del todo las oportunidades de mejora a lo interno de los servicios, esta evolución

histórica positiva ofrece esperanzas de lograr y consolidar mejores resultados para la población atendida.

Los resultados por región presentaron una variabilidad menor a la de otros años y una tendencia general a la mejora. Este comportamiento es esperable cuando las unidades realizan ajustes para mejorar su cumplimiento, ya que mientras algunas aventajadas se aproximan a su máximo, otras vienen atrás recortando diferencias.

Todas las regiones alcanzaron resultados superiores a los del 2016 y el mínimo regional alcanzado subió de 29 % a 35 %. Es destacable que la región que mostró una evolución más positiva en el 2017 fue la que mostró el resultado más bajo en el 2016: la Huetar Atlántica, que tuvo un repunte de nueve puntos porcentuales. Por su parte, la Pacífico Central mejoró en seis puntos y las regiones Huetar Norte y Brunca, en cinco.

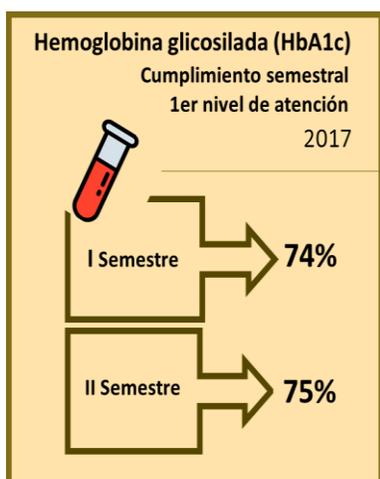
Las áreas de salud que presentaron los porcentajes más altos de usuarios con un control glicémico óptimo fueron: La Unión (67 %), Zapote Catedral (64 %), Escazú (63 %), Goicoechea 2 (62 %) y Atenas (61 %); mientras que las que mostraron mayor rezago en este indicador fueron: Talamanca (26 %), Cañas (25 %), Limón (22 %) y Upala (20 %).

En términos generales, los avances observados coinciden en cierta medida con una mejoría en la realización de los exámenes de hemoglobina glicosilada durante el 2017. Aunque con respecto al 2016, la disponibilidad del examen en el segundo semestre (75 %) representó un incremento de solo dos puntos porcentuales, el análisis de este cumplimiento en la muestra de usuarios atendidos indica que las diferencias entre las unidades se han reducido y que aquellas con mayores problemas han respondido favorablemente.

El área de salud con el menor porcentaje de exámenes realizados en el segundo semestre del 2017 fue Corralillo, que cumplió con el 52 % de sus usuarios, una proporción que se encuentra 10 puntos porcentuales por arriba del mínimo encontrado en el 2016. A la vez, cuatro unidades continúan ubicadas entre las 10 áreas de salud con más bajo cumplimiento; sin embargo, tres de ellas exhiben una mejoría ostensible: Colorado (42 % a 62 %), Pital (46 % a 59%) y Alajuela Central (43 % a 57 %). Talamanca fue la única unidad que mantuvo su porcentaje (57 %).

El resto de las unidades con bajo cumplimiento de la HbA1c en el segundo semestre fueron: Orotina-San Mateo (63 %), Upala (62 %), Siquirres (59 %), Aguas Zarcas (57 %) y Santo Domingo (53 %).

Como contraparte, entre las 10 unidades con mejor cumplimiento del examen, cuatro repiten con respecto al 2016: Turrialba-Jiménez (89 %), Escazú (87 %), Hojanca (87 %) y La Unión (87 %). Completan este grupo Tilarán (94 %), Zapote-Catedral (94 %), Puriscal-Turrubares (91 %), Peninsular (89 %), San Francisco-San Antonio (87 %) y Pavas (86 %).



En relación con la disponibilidad del examen en el primer semestre, un 74 % de los usuarios en la muestra contó con un resultado de HbA1c, apenas un punto porcentual menos que el cumplimiento observado en el segundo semestre. Este dato es destacable porque demuestra que el proceso de atención se conduce de manera equilibrada. Al respecto, conviene recordar que desde el punto de vista técnico los resultados de cada semestre tienen la misma importancia en el seguimiento del usuario y que la selección del segundo semestre, para efectos de evaluación, solo responde a una necesidad de definición metodológica.

2. Control de la presión arterial

El control óptimo de la presión arterial en personas diabéticas fue de 55 % (IC 90 53,9 - 55,8), con lo cual se supera en tres puntos porcentuales el logro del 2016. Aunque todavía se observa una tendencia ascendente entre las áreas de salud, los incrementos son relativamente menores a los que se presentaron en años anteriores, lo que sugiere un acercamiento a un nivel de estabilización.

En informes pasados se había advertido que una amplia mayoría de las unidades ya había alcanzado la meta institucional al 2018, fijada en 40 %. En su momento, la redefinición de las cifras meta de presión arterial permitió que una proporción considerablemente mayor de usuarios alcanzara el nivel óptimo. Con los resultados obtenidos del 2017, se acumula suficiente información para fijar una meta institucional que sirva como referente para próximos períodos.

Cuando se revisan las experiencias internacionales relacionadas con este tema, se identifican diferencias metodológicas que dificultan la comparación de los datos. La mayoría de los estudios incluyen personas con los diagnósticos de diabetes e hipertensión y utilizan cifras de corte distintas. Estos porcentajes no superan el 20 % de personas controladas en la mayoría de los trabajos (García y otros, 2003) (Jiménez, Aguilar, Rojas y Hernández, 2013). Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Examen Nutricional de los Estados Unidos (NHANES) mostró que entre 2007 y 2010 un 51,3 % de las personas diabéticas de 18 años y más controlaron óptimamente su presión arterial. Sin embargo, para ese período el nivel óptimo se establecía con cifras inferiores a 130/80 mmHg (Ali y otros, 2013).

A diferencia de los otros dos parámetros evaluados en esta intervención, que dependen de exámenes de laboratorio, el propio registro de la presión arterial no determina diferencias en el cumplimiento del indicador, porque rara vez se omite en la preconsulta. Por el contrario, las iniciativas para mejorar la precisión de la toma y la búsqueda de las mejores alternativas terapéuticas en favor de un control más estricto se apuntan como los principales responsables del éxito en este programa.

Entre regiones, es usual encontrar en este indicador resultados poco variables, como los mostrados en el cuadro 6.2. La diferencia máxima es de 13 puntos porcentuales y la marcan las regiones Huetar Atlántica y Central Sur con respecto a la Región Chorotega. Esta última junto con la región Huetar Norte fueron las únicas que no mostraron ningún progreso en el 2017.

En comparación con el 2016, las regiones Huetar Atlántica y Pacífico Central fueron las que alcanzaron el mayor incremento, con cinco puntos porcentuales, seguidas por la región Brunca, con cuatro puntos.

Las unidades con los porcentajes más altos de usuarios controlados óptimamente en su presión arterial fueron: Barva (87 %), Escazú (86 %), Santa Ana (84 %), San Juan-San Diego-Concepción (81 %) y San Sebastián-Paso Ancho (79 %); mientras que las que alcanzaron el porcentaje más bajo fueron: Colorado (34 %), Turrialba-Jiménez (30 %), Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca (29 %), Alfaro Ruiz (27 %) y Nicoya (25 %).

3. Control lipídico

Por su naturaleza, el nivel de colesterol-LDL es un parámetro difícil de controlar en una persona diabética. Además de los múltiples factores que pueden afectar el perfil lipídico en una persona sana, los usuarios con diabetes mellitus tipo 2 deben aceptar una alteración lipídica de base, como parte de su trastorno metabólico (American Diabetes Association, 2018).

De igual forma, uno de los principales retos del control lipídico en los individuos con diabetes surge de la necesidad de utilizar tratamiento farmacológico para alcanzar un nivel óptimo (Ministerio de Salud de Chile [Minsal], 2010). En ese sentido, en el medio institucional no se dispone de alternativas farmacológicas que ofrezcan una reducción adicional del colesterol-LDL, si este fuera requerido, lo cual podría dificultar el alcance de la meta en usuarios de difícil control.

En el 2017, el promedio institucional en control lipídico alcanzó un 39 % (IC 90 38,1 - 40,0), dato que supera en cuatro puntos porcentuales al valor alcanzado en el 2016 y que, en alguna medida, es congruente con la mejoría general observada en el control de los otros dos parámetros. A pesar de este avance, solo nueve áreas de salud alcanzaron la meta institucional al 2018 (52 %), una más que en el 2016.

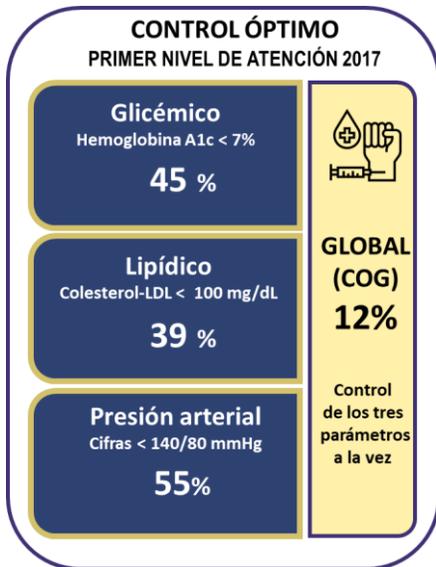
Estas nueve áreas de salud forman parte de las regiones centrales y corresponden a unidades de administración externa. El éxito en este indicador debe atribuirse a factores específicos de cada unidad, ya que sus resultados difieren mucho del promedio en sus regiones (Central Sur 44 % y Central Norte 37 %). A lo interno de cada una de estas regiones se encuentran diferencias tan amplias entre las unidades como de 40 puntos porcentuales. Semejante variabilidad no se observa entre las áreas de salud de las demás regiones.

En la comparación de los resultados regionales destaca el notable logro superior de la región Central Sur, frente a diferencias relativamente pequeñas entre las regiones restantes (cuadro 6.1).

Las áreas de salud que presentaron los porcentajes más altos de usuarios con control óptimo de lípidos fueron: San Francisco-San Antonio (71 %), Santa Ana (67 %), Escazú (67 %), La Carpio-León XIII (65 %) y Curridabat 2 (59 %).

4. Control óptimo global

Resulta cada vez más claro para los prestadores de servicios que el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere ser enfocado como un problema de múltiples aristas. La adopción de la gestión integrada en la prestación de servicios requiere abandonar la visión tradicional que fracciona la atención y exige el desarrollo de indicadores cuyos resultados se relacionen con una realidad más completa del usuario.



Como parte de esta perspectiva, el control óptimo global (COG) representa la integración de tres de los mayores determinantes de la salud cardiovascular en la persona diabética: glicemia, presión arterial y colesterol LDL. La proporción de usuarios diabéticos que logra el nivel óptimo en cada uno de los tres parámetros descritos constituye el valor del COG. A pesar de no formar parte del conjunto oficial de indicadores de la EPSS, el aporte del COG es un complemento valioso para conocer la condición de los usuarios atendidos.

Un factor contribuyente al descontrol de los parámetros y que con frecuencia es incorporado a las escalas clínicas para valorar de una manera más integral el estado metabólico del usuario es el peso corporal, medido a través del índice de masa corporal (IMC). En la EPSS se encontró que el 83 % de las personas atendidas presentaron exceso de peso (IMC \geq 25), un dato muy constante en la población diabética y el más alto entre quienes padecen de una enfermedad crónica no transmisible (ECNT).

A nivel institucional, el COG alcanzó el 12 % (IC 90, 11,7 - 13,0), lo cual señala un progreso lento, pero constante del indicador con respecto a los años anteriores; en el 2015 se logró un 9 % y en el 2016 subió a 11 %.

Adicionalmente, el porcentaje de usuarios que no alcanzó el nivel óptimo en ninguno de los criterios evaluados fue de un 19 %, lo que significa una mejoría de cuatro puntos porcentuales con respecto al año anterior. No obstante, el dato indica que una considerable cantidad de personas aún está expuesta a la mayor carga de riesgo.

Los estudios internacionales que más se relacionan con esta medición muestran que el porcentaje esperado de personas diabéticas que alcanzan un control óptimo global en otros países es bajo. En Estados Unidos, la encuesta NHANES (2010) mostró que solo el 14,3 % había logrado la meta en las tres medidas y además, habían evitado el consumo de tabaco. En esta encuesta, el criterio de presión arterial fue más estricto (< 130/80 mmHg) (Ali y otros, 2013).

A nivel regional, los resultados según el COG 2017 muestran una evolución positiva al ser comparados con el 2016. Con excepción de la región Central Norte, que se mantuvo en 12 %, todas presentaron un incremento. La región que alcanzó el porcentaje mayor fue la Central Sur, con 15 %. La región Huetar Atlántica (11 %) logró el avance máximo de tres puntos porcentuales. El COG más bajo nuevamente fue obtenido por la región Huetar Norte, aunque aumentó un punto porcentual.

A continuación, se detallan las áreas de salud que alcanzaron los porcentajes más altos de control óptimo global (COG), asociados con el nivel de cobertura logrado.

 Área de salud	COG (%)	Cobertura de atención (%)
Escazú	40	40
San Francisco-San Antonio	36	31
Santa Ana	34	45
San Sebastián-Paso Ancho	31	41
Barva	30	56

Desde el punto de vista de la población a cargo, será siempre de interés que los beneficios derivados de un alto porcentaje de COG se extiendan a la mayor cantidad de personas posible. En este sentido, Barva y Santa Ana no solo logran un control global alto de sus usuarios diabéticos, sino que además alcanzan un nivel de cobertura satisfactorio, por encima de la cobertura institucional (44 %).

Consideraciones finales

El manejo de la diabetes es complejo, por lo que no sorprende que exista una gran brecha entre la atención ideal y la que realmente recibe el usuario. Cuando los sistemas de salud se encuentran más orientados a atender problemas específicos, la prestación de servicios no está preparada para enfrentar las necesidades de tratamiento de las enfermedades crónicas. Se requiere concentrar

esfuerzos para apoyar el autocuidado, el compromiso del usuario, la coordinación multidisciplinaria y el enfoque de atención poblacional (Mitri & Gabbay, 2016).

A pesar de que el EDUS ha permitido un avance considerable, tanto en el seguimiento como en la depuración de los usuarios atendidos, es claro que los servicios deben mejorar la aplicación de procedimientos estandarizados de registro. La carencia de sistematicidad en el registro de las atenciones y el uso discrecional de una variedad de códigos diagnósticos dificultan la obtención de coberturas precisas.

Por otro lado, a la luz de los resultados y desde una perspectiva global, el 88 % de los usuarios con diabetes tipo 2 están expuestos a mayor riesgo cardiovascular debido a que no cumplen con alguno de los criterios de control. Dado que estos factores actúan de manera silente, la ausencia de síntomas no debería restar importancia al seguimiento estricto ni al ajuste oportuno del plan terapéutico.

En los últimos informes se ha propuesto que las medidas coordinadas para mejorar el control de la persona diabética deben plantearse de lo simple hacia lo complejo. Esto significa corregir o fortalecer primero aspectos operativos fundamentales del seguimiento de los usuarios, como el cumplimiento de los exámenes y otras acciones complementarias descritas en la normativa técnica institucional. Sobre esa base, se puede planificar un proceso continuo de capacitación de los equipos de atención, con el fin de optimizar los recursos terapéuticos disponibles. Debe buscarse la reducción de la inercia terapéutica, la incorporación oportuna de la insulina al plan de tratamiento y la asociación apropiada con modalidades complementarias de atención.

Además, el enfoque global de prestación implica que las tareas tradicionales deben integrarse con espacios que mejoren el conocimiento del usuario sobre su enfermedad, que aumenten su adherencia terapéutica y refuercen la adopción de hábitos saludables.

Tanto en las encuestas nacionales de nutrición como en los informes de la EPSS, se ha descrito la frecuente asociación del exceso de peso con la diabetes mellitus tipo 2. También se conoce que esta nociva coexistencia limita el alcance de las metas en los parámetros de control metabólico.



El exceso de peso en las personas diabéticas puede ser causa y consecuencia de hábitos perjudiciales como el sedentarismo y una inadecuada alimentación. Por su parte, la atención tradicional no ha sido capaz de interrumpir este círculo vicioso.

Ante esta necesidad, la institución ha tratado de responder con dos estrategias promisorias, basadas en intervenciones de tipo educativo, cuyo propósito es el mejoramiento de la calidad de vida y el control de las personas portadoras con ECNT. La primera, parte del Programa de Intervención Nutricional en Enfermedades Crónicas (PINEC), el cual aplica una metodología nutricional innovadora, multidisciplinaria e integrada al tratamiento médico (CCSS, 2017). Esta se encuentra dirigida a los tres niveles de atención y su implementación inicia en el 2018.

La segunda estrategia surge de la Política Institucional de Atención Farmacéutica, que contempla una consulta personalizada para educar a cada usuario sobre la utilización apropiada de los medicamentos, los estilos de vida saludables y las alternativas para mejorar el control (CCSS, 2015). El programa tiene varios años de operar en el primer nivel de atención y se espera que para el 2018 se encuentre disponible en todas las áreas de salud.

Aunque son independientes, ambas estrategias parecieran complementarse adecuadamente y constituyen una esperanza de progreso para la población diabética que accede a los servicios de salud.

Referencias bibliográficas

- Ali, M., Bullard, K., Saadine, J., Cowie, C., Imperatore, G., & Gregg, E. (2013). Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999-2010. *New England Journal of Medicine*, 368(17): 1613-24.
- American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 40(Suppl.1): s1-s135.

- Barrantes, A. (2017). Coberturas de atención de servicios de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social en los años 2014 y 2015 por área de salud: análisis de situación, brechas de acceso y construcción de un índice. (*Tesis de maestría*). Universidad de Alcalá, Madrid, España.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Política institucional de atención farmacéutica. Versión 02*. San José: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Manual de procedimiento multidisciplinario para la atención y enseñanza de las enfermedades crónicas no transmisibles*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)-CCSS.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2017). *National diabetes statistics report, 2017*. Atlanta: CDC, U.S. Dept of Health and Human Services.
- Federación Internacional de Diabetes. (2017). *Atlas de la diabetes de la FID*. Bruselas: International Diabetes Federation.
- García, R., García, O., Vicente, J., Vegazo, O., Jiménez, F., Llisteri, J., & Redon, J. (2003). Control de la presión arterial de los pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria. Estudio DIAPA. *Medicina Clínica*, 120(14): 529-34.
- Jiménez, A., Aguilar, C., Rojas, R., & Hernández, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México*, 55(suppl 2): S137-S143.
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Guía clínica diabetes mellitus tipo 2*. Santiago: Minsal.
- Mitri, J., & Gabbay, R.A. (2016). Measuring the quality of diabetes care. *The American Journal of Managed Care*, 22(Special issue 4): SP123, SP147-148.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Informe mundial sobre la diabetes*. Ginebra: OMS.

7. Cambios en el enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares

Medición de Colesterol-LDL óptimo, según la estimación de riesgo cardiovascular total

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), son un conjunto de trastornos que afectan el corazón y los vasos sanguíneos. Por lo general se manifiestan en forma de: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, enfermedad arterial periférica, cardiopatía reumática o insuficiencia cardíaca, constituyendo una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo; tres cuartas partes de las defunciones por estas causas se producen en los países de ingresos medios y bajos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

En el año 2009, se planteó que la región de América Central y el Caribe aumentaría en más de un 60 % el número de muertes atribuidas a las enfermedades cardiovasculares entre los años 2000 y 2020 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009). Este período no ha concluido, por lo que la variación en este porcentaje no se conoce aún. Sin embargo, la tasa de mortalidad por ECV en el año 2000 fue de 91 por cada 100 000 habitantes (considerando cinco países) mientras que para el 2014 fue de 80 (considerando seis países), lo que sugiere una disminución. Por otra parte, en Costa Rica esta tasa también disminuyó, e incluso para el 2014 fue menor a la que presentó la región, evidenciando además para ese mismo año una pérdida de 7,43 años de esperanza de vida por ECV (OPS, 2018).

Tasas de Mortalidad (100 000 habitantes)	2000	2014
Costa Rica por ECV (total)	94	79
○ Enfermedad isquémica del corazón	50	44
○ Enfermedad cerebrovascular	18	15
○ Otras enfermedades cardiovasculares	10	9

Entre los mecanismos que acordó la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir la carga evitable de Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT) está el "Plan de acción mundial para la prevención y el control de las

enfermedades no transmisibles 2013-2020", cuyo objetivo es reducir en un 25 % el número de muertes prematuras asociadas a las ECNT para el 2025 (OMS, 2017).

Dichas estrategias de control y prevención se han instaurado de dos formas: la primera, a escala poblacional, abordando los tres principales factores de riesgo modificables: consumo de tabaco, inactividad física y alimentación poco saludable (reducir el consumo de sal alimentaria y grasas trans) (OPS, 2009). La segunda, a escala individual, con la “estrategia de alto riesgo en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares”, basada en la estimación del Riesgo Cardiovascular Total (RCVT) en cada persona en forma sistemática. Esta además considera que la interacción constante de los factores de riesgo multiplica sus efectos, de tal manera que, para prevenir la morbilidad, la mortalidad temprana y mejorar de la calidad de vida de las personas con un alto riesgo cardiovascular total, los factores deben abordarse integralmente, visualizándolos como un conjunto y no considerando cada uno como independiente (OMS, 2008).

Ambas estrategias pretenden facilitar que las “personas sanas” sigan siéndolo, y que las que padecen enfermedades cardiovasculares o tienen un elevado riesgo cardiovascular modifiquen su comportamiento (OMS, 2018).

Si bien los factores de riesgo utilizados para estimar el nivel de riesgo de las personas han variado en el tiempo, se ha logrado identificar los que en conjunto predicen con más certeza la presencia o no de episodios cardiovasculares a 10 años en las poblaciones estudiadas.

Por esta razón y tomando en consideración las recomendaciones de la OMS, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) presentó en mayo del 2016 la “Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares”, con el fin de establecer los grupos poblacionales de riesgo y estandarizar su proceso de atención. Esta guía plantea cambios importantes en el abordaje y en el control lipídico de las personas, entre ellos, el uso de la tabla de predicción de riesgo AMR B (Costa Rica se encuentra en la subregión epidemiológica B en las Américas, ya que presenta baja mortalidad en la niñez y en adultos) para personas “aparentemente sanas”, así como los valores de colesterol-LDL para cada uno de los riesgos identificados (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2015) (Anexo 1).

Además, utilizando los lineamientos de esta guía de práctica clínica, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS), en la Evaluación de la Prestación de Servicios (EPSS) 2017, recopiló información sobre el logro de los objetivos

definidos por la OMS para el manejo de la dislipidemia (Anexo 2), con el fin de conocer los resultados en las diferentes áreas de salud y a su vez, identificar una línea de base, que permita establecer la meta institucional para el proceso de evaluación 2019-2023.

Para esto se realizó una evaluación “piloto” que contempló una muestra de 5200 expedientes; para cada área de salud se tomaron 50 expedientes del total de hombres de 40 años y más, y mujeres de 50 años y más atendidos por cualquier causa (muestra que no utilizó el porcentaje de confianza y error del diseño muestral del resto de los indicadores evaluados).

En estos expedientes se determinó la existencia o no de un perfil lipídico completo (triglicéridos, colesterol total, Hdl y Ldl) realizado en el año 2017, la presencia de enfermedad cardiovascular establecida: diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), infarto agudo del miocardio (IAM), síndrome coronario agudo (SCA), intervención coronaria percutánea (ICP), enfermedad arterial periférica (EAP), entre otros; así como el valor de presión arterial sistólica (PAS), edad, sexo, fumado activo y valor de colesterol total en sangre.

Con estos datos, se estableció el nivel de riesgo, prioridades y metas de cada persona según los siguientes datos:

Nivel de riesgo	Riesgo episodio cardiovascular según tabla de AMR B (%)	Presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) establecida	Niveles de colesterol-LDL/no colesterol-HDL meta*
Bajo	<10	No	< 115 mg/dl
Moderado	10-20	No	
Alto	20-30	Dislipidemia familiar, DM1 o DM2 sin factores de riesgo cardiovascular (RCV) o lesión a órgano diana, ERC moderada	< 100 mg/dl
Muy alto	> 30	ECV documentada, IAM, SCA, ictus isquémico, EAP, DM1 o DM2 con uno o dos factores de RCV o lesión a órgano diana, ERC grave	< 70 mg/dl

*Valores de no Colesterol-HDL= valor de Ldl + 30 mg/dl.

Los resultados obtenidos utilizando la estimación de RCVT, evidenciaron un control óptimo de Colesterol-LDL institucional de 28 %, con un valor máximo de control de 49 % y un mínimo de 8 %, ambos en áreas de salud de la región Central Norte (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1

CCSS: Porcentaje de control óptimo de Colesterol-LDL/no Colesterol-HDL, valor máximo y mínimo según región, 2017

Región	Valor regional	Valor máximo	Valor mínimo
Brunca	27	33	18
Central Norte	27	49	8
Central Sur	31	49	12
Chorotega	30	46	20
Huetar Atlántica	21	26	12
Huetar Norte	26	36	20
Pacífico Central	30	43	10

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017

Estos resultados son influenciados por varios determinantes, como los aspectos geográficos, económicos y culturales (externos a la CCSS), pero también por aspectos estructurales y administrativos (internos), sobre los que se pueden gestionar para lograr una mejora en los resultados, entre ellos:

- El acceso a realización y reporte del perfil lipídico completo, ya que el 24 % de los expedientes evaluados no contaban con al menos un perfil lipídico completo realizado en el año 2017.
- Los procesos de implementación de guías de práctica clínica, ya que se constató que no existió un proceso de capacitación formal para que todos los profesionales en salud que brindan la atención en las áreas de salud conocieran la “Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares” y cómo aplicarla.
- Actualización de los sistemas de registro de información. El Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) utiliza un perfil (énfasis) obsoleto para el abordaje de la dislipidemia, que se basa en las “Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención, 2004”.

Según esta guía, debe mediar para la atención un diagnóstico de dislipidemia (E78) en personas mayores de 30 años, se consignan factores que ya no tienen vigencia para establecer el riesgo coronario del paciente (valor de colesterol-HDL, antecedente de cardiopatía familiar prematura en familiares, entre otros). Además, la clasificación es únicamente en tres categorías (bajo, moderado y alto riesgo), con metas de control de colesterol-LDL diferentes.

Todo lo anterior puede inducir al médico a confusión y error en su valoración sobre el RCV y en los objetivos de control de los pacientes.

- Aplicar la estimación de riesgo cardiovascular total (RCVT) para el abordaje de enfermedades cardiovasculares (ECV), ya que los factores de riesgo no se deben considerar de forma aislada (hiperlipemia, DM o HTA), por ser poco discriminantes en identificar realmente a los individuos de alto riesgo y porque tampoco permiten el establecimiento de estrategias poblacionales, que el enfoque multifactorial sí facilita.

Para el diseño de la EPSS 2019-2023, se espera contar indicadores basados en la estimación del RCVT, para fomentar en los profesionales en salud las acciones más efectivas y eficientes para el control de las ECV en el primer nivel de atención (Córdoba García & Hernández Moreno, 1999).

Referencias bibliográficas

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

Córdoba García, R., & Hernández Moreno, A. (1999). Medición del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria*, 23: 376-383.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular*. Ginebra, Suiza: OMS/ISH.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Programa de enfermedades cardiovasculares*. Ginebra, Suiza: OMS/ISH. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1939&Itemid=1819&lang=es

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (23 de Mayo de 2018). *Prevención y Control de las enfermedades cardiovasculares*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *OPS: Datos de mortalidad*. Recuperado de: <https://hiss.paho.org/pahosys/cro.php>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas, Hoja Informativa*. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1939&Itemid=1819&lang=es

8. Se mantiene en 38 % la cobertura institucional en tamizaje de cáncer cervicouterino

Existe una variabilidad creciente en las coberturas de tamizaje entre las áreas de salud

El cáncer de cuello uterino tiene una evolución lenta y silenciosa. Puede tardar hasta una década en presentar los primeros síntomas, debido a que en la primera etapa se desarrollan las lesiones premalignas y en la segunda, las lesiones de alto grado (Rico-Morlán y otros, 2009).

Esta primera etapa da muy pocas manifestaciones clínicas, que no le permiten a la usuaria darse cuenta que está enferma; aquí es cuando cumplen un rol muy importante el Papanicolaou y la colposcopia. El Papanicolaou es un método que tiene más de 60 años de uso y mantiene su vigencia y validez; la colposcopia, por su parte, es un método que ha alcanzado gran desarrollo y modernidad en las dos últimas décadas (Rico-Morlán y otros, 2009).

La detección precoz del cáncer de cérvix es una medida costo-efectiva que permite salvar vidas y se encuentra estrechamente relacionada con la calidad de vida de la población. Lo que más terreno está ganando en la reducción de la incidencia y mortalidad por esta patología, es incrementar la cobertura de atención a mujeres que nunca se han hecho una citología y a aquellas que lo hacen de forma irregular. Se debe dar especial importancia a la prevención, realizar acciones dirigidas a la modificación de actitudes, aumentar la educación tanto a la población como al personal involucrado, además de prestar una atención especial a los grupos vulnerables que se identifiquen en las comunidades (Marañón, 2017).

En Costa Rica, de acuerdo con el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud respecto al cáncer de cérvix para el año 2014, se presentó una mortalidad de cinco mujeres por cada 100 000, y una incidencia de 29 mujeres por cada 100 000 (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014).

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.

Coberturas de citología vaginal

De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015, se estima que más del 97 % de las mujeres se han realizado una citología vaginal después de los 35 años. De ellas, aproximadamente el 85 % se lo ha realizado al menos cada dos años, demostrando que gran parte de la población femenina mayor de 35 años acuden a algún servicio de salud a efectuarse este procedimiento (MINSA y otros, 2016).

Basado en este contexto, hay alrededor de un 15 % de mujeres mayores de 35 años que se hicieron la citología vaginal con una periodicidad mayor a los dos años o nunca se la habían hecho. Esto implica formular estrategias en el sistema de salud, para que estas usuarias sean tamizadas adecuadamente para el cáncer de cérvix y mejorar los indicadores de salud, y por ende, la cobertura como tal.

En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, por medio de la EPSS, se estudia el grupo de mujeres de 35 a menos de 65 años, grupo con mayor riesgo de presentar cáncer de cérvix. La cobertura se mide en forma bienal, según la normativa, 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 2016 y 2017. Este resultado se divide entre la población de mujeres de 35 a menos de 65 años del área de salud, para obtener la cobertura.

En el año 2017, de acuerdo con los análisis efectuados, la cobertura a nivel institucional de citología vaginal en mujeres de 35 años a menos de 65 años se mantuvo en un 38 %, igual que el año anterior, quedando a siete puntos porcentuales de alcanzar la meta.

Con esto se evidencia que, en el último quinquenio, la cobertura de mujeres que se realizan este procedimiento se ha mantenido a nivel institucional, por lo cual se genera la necesidad de conocer si hay un estancamiento, que puede estar relacionado al hecho de que la mujer acude más a servicios no institucionales para la toma del Papanicolaou, o si se debe más bien al límite de la capacidad de las unidades para lograr el cumplimiento de este indicador en el transcurso del año (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, 2012-2017 (porcentaje)

Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Institucional	38	36	35	35	38	38
Brunca	49	40	51	48	53	66
Huetar Norte	39	41	39	39	42	45
Huetar Atlántica	34	28	28	37	43	43
Central Sur ^{1/}	40	37	35	35	38	37
Pacífico Central ^{2/}	39	36	38	37	34	34
Chorotega	27	32	34	31	32	32
Central Norte	35	34	32	32	31	31

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

^{2/} No contempla el Área de Salud San Rafael de Puntarenas para el año 2016 y 2017.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

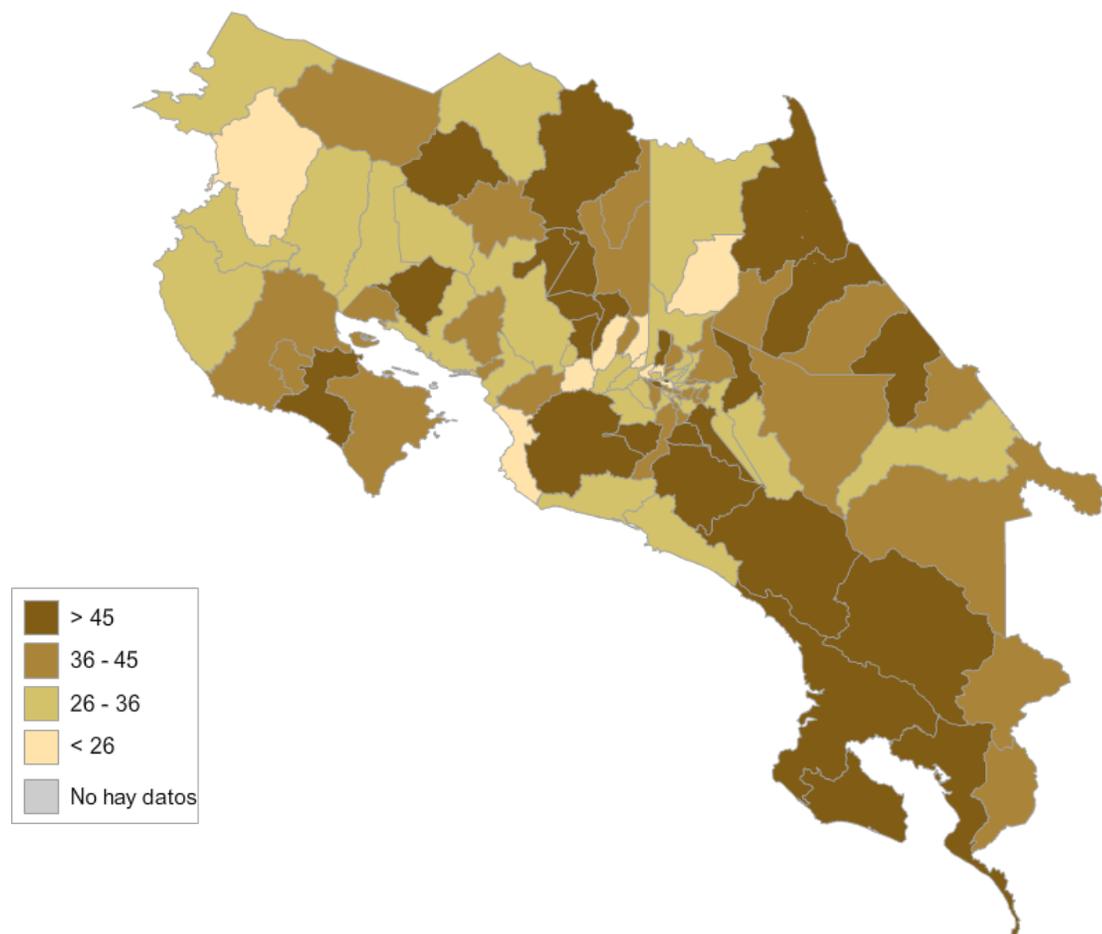
Las regiones que superaron la meta al 2018 (45 %) fueron la Huetar Norte y la Brunca; esta última obtuvo el aumento más significativo a nivel nacional, con 13 puntos porcentuales más en comparación al año anterior; destacando que este incremento se debió en gran parte a que Pérez Zeledón obtuvo una cobertura de 89 % y representa más del 40 % de toda la región.

Por otra parte, las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica, Chorotega y Central Norte mantuvieron los mismos porcentajes de cobertura que el año anterior, mientras que la región Central Sur disminuyó un punto porcentual.

En el siguiente mapa se observa la cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino por áreas de salud en el 2017, en mujeres de 35 a menos de 65 años, según el rango que se presentó para esta evaluación.

Mapa 8.1

CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años según áreas de salud^{1/}, 2017 (porcentajes)



1/ No contempla las Áreas de Salud Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Del total de áreas de salud, un 24 % alcanzaron la meta institucional al 2018. Dentro de las áreas de salud que contaron con la cobertura de citología vaginal más alta a nivel institucional (mayor al 50 %) se encuentran Pérez Zeledón, Buenos Aires, Golfito, Osa, Carpio-León XIII, Alfaro Ruiz, Barva, Acosta, Puriscal-Turrubares, Nandayure, Florencia y Guácimo. Cabe destacar que la mayoría de estas unidades se encuentran en áreas con menor densidad poblacional, donde el porcentaje de cobertura tiende a ser mayor.

Por el contrario, las áreas de salud que presentaron las menores coberturas institucionales son Horquetas-Río Frío, Alajuela Central, Grecia, Alajuela Norte y Heredia-Cubujuquí, todas con un 25 %. De manera descendente le siguen Belén-Flores con 24 % y Liberia con un 20 %, mientras que Garabito y Tibás-Uruca-Merced presentaron una cobertura de un 18 %; las más bajas a nivel institucional para la EPSS del 2017.

Es importante destacar que Pérez Zeledón fue el área de salud que obtuvo el mayor cambio en puntos porcentuales, pasando de tener una cobertura de 54 % en el 2016 a un 88 % en el 2017. Parte de la población que habita en este cantón es atendida en el Hospital Escalante Pradilla, donde las mujeres se realizan las citologías vaginales. El resto de la población es atendida en el área de salud, donde las mujeres se efectúan el procedimiento según su centro de adscripción. Por tal motivo, este resultado es producto de las gestiones realizadas entre el Hospital Escalante Pradilla y el área de salud de Pérez Zeledón para garantizar el registro total de las citologías efectuadas, que por área de atracción corresponden al primer nivel.

Al hacer una comparación entre todas las áreas de salud, se observa una brecha de 70 puntos porcentuales entre el área de mayor cobertura y la de menor cobertura (se excluye Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas), aumentándose esta diferencia en 21 puntos porcentuales más en comparación al año anterior. Con estos datos se muestra que existe una diferencia significativa entre las unidades, la cual continúa incrementándose.

Desde la evaluación realizada el año anterior, se han observado algunos posibles factores que pueden influir en el cumplimiento de este indicador, y por lo tanto, debe prestársele atención. Por ejemplo, un aspecto fundamental que debe mejorarse en las unidades es la calidad de los registros de atenciones, los cuales afectaron de manera directa la medición de las coberturas, debido a que no permite establecer el número real de casos. Considerando que esta condición se repite año con año, es indispensable establecer las acciones necesarias para garantizar la calidad de los datos y con ello, la cobertura real de este indicador.

Por otra parte, las barreras culturales hacen que en algunos lugares las mujeres no consulten con frecuencia para realizarse el control de salud sexual y reproductiva. Se ha documentado que el sentimiento de vergüenza para hacerse el procedimiento, el descuido de su salud o ser examinada por personal masculino, son factores que inciden en la no asistencia a los centros para la toma de la citología cervicovaginal (García, 2013).

Un aspecto que se ha mencionado en las unidades que prestan servicios de salud, es la dificultad en lograr una actitud positiva hacia el procedimiento, aunado a la educación sobre el objetivo del tamizaje de cáncer cervicouterino, por lo que no se logra el convencimiento o aceptación en la usuaria, a pesar de que conocen su importancia (Camey, 2015)

De acuerdo a lo anterior, se sugiere como estrategia institucional delegar en las funciones de las enfermeras obstetras la realización del Papanicolaou como parte de las agendas diarias, ya que ellas pueden generar mayor confianza a la usuaria y, además, podría existir mayor disponibilidad de cupos para hacer este tipo de procedimiento que en la consulta externa del médico.

Aparte de lo indicado, existe un factor que se presenta en algunas áreas de salud con localidades más densamente pobladas, que influye en las coberturas de citologías, y es la oferta de servicios no institucionales, como los centros médicos privados cercanos y accesibles a la población blanco, donde las usuarias pueden realizarse este tipo de procedimientos, conllevando así a una disminución en la asistencia de estas a la institución.

Por el contrario, en regiones menos pobladas, donde quizá la oferta de servicios no institucionales es menor o hay menos recursos para pagar el servicio de manera privada, estos pueden ser factores que favorezcan la cobertura del Papanicolaou, y con ello, aumentar el tamizaje de cáncer de cérvix institucional.

Al comparar los datos con los obtenidos en la Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015, se logra deducir que más del 40 % de las mujeres que se realizan el Papanicolaou consultan de manera extrainstitucional para hacerse el procedimiento; aproximadamente la misma cantidad de aquellas que se lo realizan en la institución, siendo un factor importante que influye en las coberturas de algunas áreas de salud, y por lo tanto, las institucionales.

Hay otro grupo de mujeres a quienes se les ha dificultado el acceso a los servicios de salud por su condición de aseguramiento. En este grupo se encuentran mujeres que por desconocimiento de información acerca de los trámites para obtener una modalidad de aseguramiento, no lo realiza y no puede recibir atención en el centro de salud. Otro grupo de usuarias no posee seguro porque no cumplen con algún requisito para que este se les pueda brindar, por lo que no pueden acceder a los servicios a realizarse la toma de su citología vaginal, generando así afectación de las coberturas institucionales.

En general, no se puede definir el porcentaje exacto de usuarias que por falta de aseguramiento no se realizan el Papanicolaou, ya que algunas no se presentan a los servicios de salud institucionales a hacerse el procedimiento y otras que llegan no lo tienen al momento de consultar y tampoco queda el registro como tal.

Pueden existir factores particulares en cada área de salud que modifiquen este indicador; sin embargo, es necesario identificar cuáles son los que inciden en el tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años, con el objetivo de plantear estrategias que logren superarlos, y, por ende, mejorar las coberturas.

De lo contrario, definir si efectivamente el porcentaje de cobertura obtenido responde a la capacidad funcional máxima de la unidad para realizar este tipo de procedimientos, según sus recursos, con las estrategias en su ejecución. Cada área de salud debe responsabilizarse de conocer cuáles son los factores que están incidiendo en sus coberturas y agotar todas las medidas necesarias para demostrarlo.

Para poder generar un aumento de estas coberturas para la población blanco, y así alcanzar la meta institucional, es necesario que las 25 áreas de salud que cumplieron la meta mantengan y mejoren sus estrategias de captación y que las 79 faltantes por cumplirla, puedan identificar algún factor y trabajar en ello para lograrlo.

Mejora la oportunidad de colposcopia en las áreas de salud

La colposcopia es uno de los métodos de diagnóstico más precisos para lesiones premalignas. Es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos (O'Connor, 2008).

La colposcopia nació por obra de Hans Hinselmann, quien estaba convencido de que la magnificación que se obtenía con la visión colposcópica, permitía aclarar muchos diagnósticos y, sobre todo, diagnosticar el carcinoma de cuello uterino en su fase inicial. Actualmente, una de las indicaciones para la colposcopia es un resultado anormal de la citología cervicovaginal (O'Connor, 2008).

Su importancia radica en que las lesiones premalignas pueden ser tratadas oportunamente y detener el avance del cáncer hacia la etapa invasora, donde tendría mayor gravedad y peor pronóstico. La realización de la colposcopia tras un Papanicolaou le permite al médico ver las características del cuello uterino y si

se encuentra una lesión sospechosa, realizar una biopsia (Rico-Morlán y otros, 2009).

Con respecto a la realización oportuna de la colposcopia a nivel institucional, se obtuvo un resultado satisfactorio en las nueve áreas de salud que efectúan el procedimiento, ya que presentaron un porcentaje de cumplimiento mayor al 91%, demostrando la eficacia con que estas unidades responden ante una citología vaginal alterada.

A continuación, se presenta el porcentaje de cumplimiento, de acuerdo con las lesiones presentadas en el reporte de la citología vaginal, de las áreas de salud que cuentan con los recursos para realizar la colposcopia (Cuadro 8.2).

Cuadro 8. 2
CCSS: Atención oportuna de las colposcopias según área de salud y año, 2014 – 2017
 (porcentaje)

Área de Salud	2014	2015	2016	2017
Coronado	96	95	100	98
Zapote-Catedral	95	95	100	100
Cañas	-	-	100	95
Belén-Flores	86	98	95	97
Buenos Aires	93	87	95	92
Tibás-Uruca-Merced	57	51	93	93
Talamanca	-	78	87	95
Mata Redonda-Hospital	97	98	85	98
Hatillo	85	94	77	94

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

La lesión que presentó el mayor motivo de referencia a colposcopia fue la displasia leve, con un 44 %, seguida del ASC-US, con un 42 %. Se encontró como tercera causa la displasia moderada y las lesiones clínicamente sospechas, ambas con un 4 %, seguidas de la displasia severa y AGUS, con 2 % cada una. Las causas más bajas por las cuales se envió a la usuaria a colposcopia fue el ASC-H y el carcinoma *in situ*, presentándose cada lesión en 1 % de los casos.

Cabe destacar que la mayoría de los casos que no cumplieron el indicador fue porque las mujeres no asistieron a la cita, a pesar del esfuerzo que realizan las

unidades en localizar a la usuaria; sin embargo, el programa como tal se encuentra bien consolidado en todas las áreas evaluadas en este proceso.

El hecho de que el cumplimiento de colposcopia haya llegado a más de un 91 % en todas las áreas de salud, plantea la necesidad de desarrollar una estrategia que permita darle seguimiento a las usuarias a quienes se les realizó una biopsia durante el procedimiento, para así garantizar la continuidad en el tratamiento de las condiciones patológicas que puedan conllevar a un cáncer de cérvix. Es necesario enfatizar que en el momento en que se hace una colposcopia y se evidencia una lesión exocervical, se debe realizar la toma de biopsia para detectar con oportunidad las lesiones premalignas, y así evitar el cáncer de cérvix invasor.

Conclusiones y recomendaciones

Es necesario que las áreas de salud generen un análisis de la situación que presentan sus unidades, identificar los factores por los cuales no se logran cumplir las metas propuestas y cuáles estrategias pueden llevar a cabo para alcanzar el objetivo según el indicador.

Se insta para que las áreas de salud puedan mejorar la calidad en los registros de atenciones, ya sea en el expediente digital o en los listados que se confeccionan para tal fin, en los que todas las consultas donde se realice una citología vaginal sea contabilizada esta como tal y no perder información valiosa, que podría llevar a la afectación de la cobertura por un mal registro.

Por otra parte, la educación tanto al personal de salud, como a las usuarias de los centros es fundamental para dar a conocer desde los requisitos que existen y la manera correcta de solicitar una modalidad de aseguramiento, hasta la importancia y el objetivo de realizarse un Papanicolaou, para así evitar que estos factores incidan en las coberturas de tamizaje para cáncer de cérvix.

Por último, es importante que exista una búsqueda activa de las pacientes en riesgo, así como fomentar la participación de la comunidad en las campañas de tamizaje de citologías que efectúan las unidades, con las cuales se logra mejorar este indicador y el cumplimiento de las metas locales, institucionales y nacionales.

Referencias bibliográficas

Camey, C. (2015). *Factores que influyen en la renuencia al examen de Papanicolaou*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.

- García, R. & Vieto, A. (2013). *Causas de bajas coberturas en Papanicolaou en Desamparados II al año 2005*. San José, CR: Universidad Estatal a Distancia.
- Marañón, T.M., Mastrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L., & Landazuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1): 187-203.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2014). *Estadísticas de cáncer*. San José, CR: MINSA. Registro Nacional de Tumores.
- Ministerio de Salud [MINSA], Asociación Demográfica Costarricense, Centro Centroamericano de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). *II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015*. San José, CR: MINSA. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/documentos/portal/Informe-2daEncuesta-2015.pdf>
- O'Connor, D.M. (2008). El sustrato histológico de los hallazgos colposcópicos. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*, 35(4): 565-582.
- Rico-Morlán, Barra-Martínez, R., Martínez-Macías R., Santiago-Vázquez, RY. (2009). Cáncer cervicouterino; la importancia para el médico general. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 8(3): 127-132.

9. CCSS realizó la vacunación más grande de la historia del país contra la influenza

Se invirtieron \$5 millones en la compra de la vacuna

El problema del envejecimiento mundial es, hoy por hoy, un tema de estudio de enorme importancia, sobre todo en lo que respecta a la búsqueda de soluciones que permitan enfrentar los próximos desafíos (Pan, 2017). Para el año 2012, el 8 % de la población mundial tenía más de 65 años, y se espera que para el 2032 este porcentaje aumente; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años. El incremento en la población adulta mayor se ha considerado un fenómeno global, y en algunos textos se le ha llamado el “envejecimiento de la población mayor”, haciendo alusión a que no solo serán más ancianos, sino que aumentará sustancialmente el número de adultos mayores con una edad más avanzada (Valencia, 2012).

Costa Rica no escapa del fenómeno del envejecimiento. De acuerdo con las cifras del Censo de Población 2011 y las Proyecciones de Población del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), publicadas en el 2017 por la Dirección de Actuarial, para el año 2011 las personas mayores de 65 años representaban alrededor del 6 % de la población total; para el año 2017 alrededor del 8 % y para el 2050 se calcula que representarán el 21 %, con más de un millón de adultos mayores (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017).

La influenza estacional es una de las patologías que más morbimortalidad causa en el mundo. Estudios del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades mostraron que, entre el año 1976 y el 2007, el 90 % de todas las muertes relacionadas con influenza se presentó en personas de 65 años y más. Este grupo poblacional posee un alto riesgo de complicaciones debido a la influenza, incluyendo altas tasas de hospitalización y un aumento de la mortalidad (Grohskopf, 2017).

La mortalidad por influenza se asocia a la enfermedad ocasionada por el virus y a las complicaciones que provoca en personas con patologías crónicas y grupos de población vulnerables, así como en personas con mayor exposición por condición laboral y de vida (CCSS, 2017).

En el año 2004, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) 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 de vida.

La disponibilidad de una vacuna para la prevención de la influenza estacional plantea la alternativa de una intervención costo-efectiva a los programas de inmunización y salud pública en los países. La eficacia de la vacuna depende de la edad y el estado inmunológico de la persona vacunada, así como del grado de similitud entre las cepas que se encuentren circulando, con respecto a las cepas incluidas en la vacuna que está siendo utilizada (CCSS, 2017).

Específicamente, para la temporada 2017 se usó la vacuna del hemisferio sur, la cual es inactivada y contiene las cepas: A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09, A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2), B/Brisbane/60/2008 (V) (CCSS, 2017). Lo anterior se definió de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de las infecciones respiratorias en el país y a la vigilancia que se lleva a cabo en el laboratorio de salud pública del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

Cabe recalcar que el virus que más circuló en el 2017 fue la Influenza H3N2 y el H1N1 en menor proporción; también circularon el sincitial respiratorio, el parainfluenza y el adenovirus (CCSS, 2018). La jornada de vacunación inició el 05 de junio y se extendió hasta el 14 de Julio de 2017.

Para cumplir con el objetivo institucional de vacunación contra el virus de la influenza estacional, de reducir sus complicaciones y la mortalidad, el Seguro Social invirtió alrededor de \$5 millones para la adquisición de 1,3 millones de dosis de vacuna. Lo anterior representa la vacunación más grande que la CCSS ha realizado en toda su historia, en términos de dosis aplicadas (CCSS, 2018).

La intervención estratégica incluida en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), muestra la cobertura de vacunación contra la influenza, que representa el total de personas de 65 años y más vacunadas en el año, con respecto a la población de adultos mayores del área de salud, la región o nacional. La fuente de datos es la certificación emitida por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, de donde se tomó el número de adultos mayores vacunados, para establecer la cobertura.

De acuerdo con las cifras del Censo de Población 2011 y las Proyecciones de Población 2017 del INEC, publicadas por la Dirección de Actuarial en diciembre

de 2017, la población nacional de 65 años y más fue de 389 833 adultos mayores, de los cuales la institución vacunó a 266 695 en las 104 áreas de salud del país.

Excluyendo las áreas de salud Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas, la población adulta mayor de las restantes 102 áreas fue de 388 293; por lo que la cobertura institucional de vacunación por influenza en esta población en el 2017 fue de 69 %, tres puntos porcentuales menos que el año 2016.

Durante el 2017 la institución colocó más dosis de vacuna (1 893); sin embargo, la cobertura disminuyó con respecto al año 2016. Este fenómeno se presentó debido a que la población adulta mayor aumentó en 18 228 personas y esto dio como resultado una disminución en la cobertura, a pesar de que se colocaron más dosis de biológico.

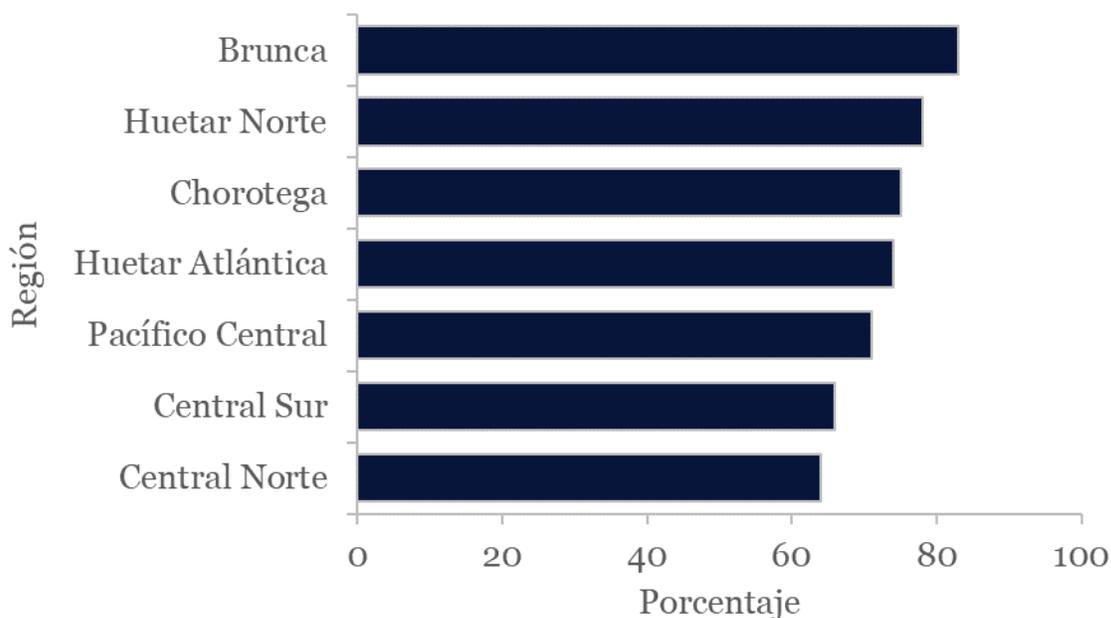
Cinco de las siete regiones aumentaron el número de dosis de vacuna aplicada a adultos mayores, en relación con el año 2016:

Región	2016	2017
Brunca	21 000	21 953
Central Norte	67 840	68 431
Central Sur	102 965	104 727
Chorotega	25 977	24 868
Huetar Atlántica	20 380	19 229
Huetar Norte	11 961	12 117
Pacífico Central	14 679	15 370
Total	264 802	266 695

Sin embargo, desde el punto de vista de cobertura regional todas bajaron, a excepción de la región Brunca, que mantuvo su nivel de cobertura con respecto al año anterior (Gráfico 9.1).

Gráfico 9.1

CCSS: Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores según región ^{1/}, 2017



^{1/} No incluye las Áreas de Salud Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

En comparación con el año 2016, la región Huetar Atlántica redujo en nueve puntos porcentuales su cobertura; la Chorotega en siete; la Huetar Norte en tres; la Central Norte y la Central Sur en dos puntos; y la Pacífico Central en uno; todo en relación con el aumento en la cantidad de población adulta mayor. Las regiones Chorotega y Huetar Atlántica fueron las que más redujeron su cobertura; en ambas, además de que su población adulta mayor aumentó, se disminuyó el total de dosis aplicadas.

Los resultados de cobertura entre áreas de salud presentaron amplias diferencias. Nuevamente el Área de Salud La Carpio-León XIII obtuvo el resultado más bajo, con un 34 %, (tres puntos porcentuales menos que el año anterior).

En el quintil más bajo se ubican principalmente las áreas de salud de las regiones centrales, aunque hay también unidades de la región Pacífico Central y la Chorotega.

Por otro lado, seis unidades de compra externa, de las 13, se encuentran en el quintil más bajo: La Carpio – León XIII, Montes de Oca 2, Pavas, Concepción – San Juan – San Diego, Escazú y Curridabat 2.

Figura 9.1

CCSS: Áreas de salud ubicadas en el quintil más bajo (<59 %) de cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores^{1/}, 2017



^{1/} No incluye las Áreas de Salud Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

En el quintil más alto, por otra parte, se ubican áreas de salud de todas las regiones; sin embargo, no hay áreas de salud de compra externa.

Al igual que el año anterior, las áreas de salud de Guatuso y Nandayure presentaron coberturas por encima del 100 %.

Figura 9.2

CCSS: Áreas de salud ubicadas en el quintil más alto (>85 %) de cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores ^{1/}, 2017



^{1/} No incluye las Áreas de Salud Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

El mapa 9.1, que se muestra a continuación, presenta visión general de las coberturas en las áreas de salud del país. Las unidades con coberturas altas (que aparecen con colores fuertes) son las que se ubican en las costas del país, las fronteras sur y norte y las zonas periféricas; mientras que hacia el centro del país, propiamente en la meseta central, se encuentran las áreas de salud con coberturas más bajas (representadas con colores tenues).

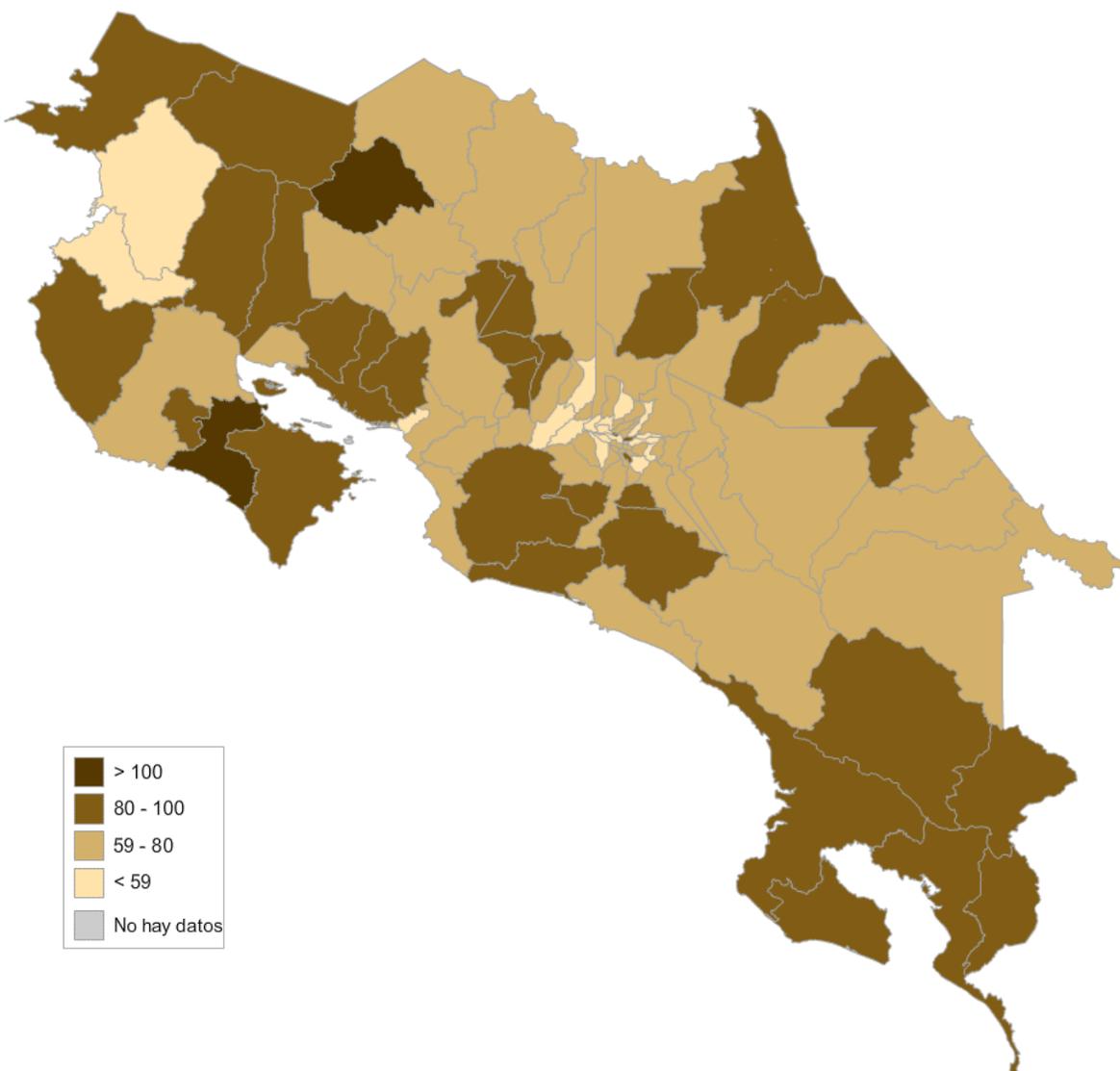
Cabe recalcar que las áreas de Salud Carrillo y Liberia presentan baja cobertura en la región Chorotega, y las áreas de salud ubicadas en el segundo, tercero y

cuarto quintil tienen representación en las costas, fronteras y meseta central, lo cual refleja variabilidad del comportamiento antes descrito.

Mapa 9.1

CCSS: Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores según área de salud ^{1/}, 2017

(porcentajes)



^{1/} No incluye las Áreas de Salud Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Es importante mencionar que la CCSS realiza un esfuerzo económico y logístico cada año en la compra y distribución de las vacunas; por ejemplo, cuando inició esta vacunación en el 2004, se adquirieron 90 mil vacunas. El objetivo siempre

ha sido proteger la mayor cantidad de habitantes del país, por lo que año con año se han adquirido más dosis.

Seguidamente se resume la cantidad de vacunas adquiridas por la CCSS y la inversión económica realizada durante los últimos cuatro años:

Año	Dosis adquiridas	Inversión económica
2014	332 mil	\$800 mil
2015	715 mil	\$3 millones
2016	1,2 millones	\$4 millones
2017	1,3 millones	\$5 millones

Según datos de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica, de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, hubo una disminución de la incidencia de infecciones de vías respiratorias superiores y enfermedad tipo influenza en relación con años anteriores, toda vez que su tasa varió de 2 773 casos por 10 mil habitantes en el 2016, a 1 768 en el 2017 (CCSS, 2018).

La mortalidad también se redujo considerablemente. En el 2016 se registraron 119 defunciones, mientras que en el 2017 fallecieron 76 personas por estos virus; es decir, 43 menos (CCSS, 2018).

También se redujo la severidad y la cantidad de hospitalizaciones por esta causa en las unidades de cuidados intensivos. Esta situación se observó precisamente en las fechas en las que suele producirse un incremento de casos: principio, mitad y final de cada año (CCSS, 2018).

A pesar de lo anterior, aún queda trabajo por hacer. La meta institucional establecida al 2018 es lograr una cobertura de vacunación contra influenza en el adulto mayor del 80 %, por lo que aún faltan 11 puntos porcentuales para lograrla; en este momento, solo la región Brunca ha superado la meta al 2018.

En el año 2017 los servicios del primer nivel atendieron a 338 891 adultos mayores, lo que representa una cobertura del 87 %, por lo que, en relación con los vacunados, existe un 18 % de ellos que no recibieron la vacuna, representando un porcentaje de oportunidades perdidas; un comportamiento muy similar al año anterior.

Las regiones Central Norte y Central Sur concentran la mayor cantidad de adultos mayores del país, y las áreas de salud históricamente han argumentado resistencia de algunos usuarios para la aplicación de la vacuna, ya que consideran

que les va a producir algún efecto adverso serio, situación que afecta la cobertura en esas regiones. Otro elemento relacionado con las oportunidades perdidas es que la jornada de vacunación es de dos meses al año, lo que afecta directamente las coberturas, debido al poco tiempo disponible para vacunar.

En el caso de la región Huetar Atlántica, que fue la que más redujo su cobertura con respecto al 2016, una de las razones definidas es que la disposición administrativa de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica limitó la capacidad resolutoria de cada unidad, afectando la cobertura real de la región, porque en principio, el número de dosis se define desde el año anterior y con la población del año anterior. Esta situación perjudicó a todas las regiones, pero en particular a la Huetar Atlántica.

Por otra parte, cabe destacar que desde el año 2016 se viene reforzando el trabajo de inmunización en las zonas fronterizas entre Costa Rica y las naciones de Panamá y Nicaragua. Este esfuerzo adicional tiene como objetivo disminuir la posibilidad de que se presenten brotes de influenza estacional; por esa razón, se dotó con más dosis a los vacunatorios del Área de Salud San Vito, que recibe a los migrantes que ingresan vía Río Sereno y a través de Paso Canoas.

Al respecto, el personal de la CCSS en la región Brunca ha hecho un trabajo intenso en las áreas de aduanas, procurando captar personas que provengan de Panamá y que no hayan sido vacunadas en ese país, situación que en parte puede explicar su alto porcentaje de cobertura.

Conclusiones

Prevenir la infección por virus de influenza se ha convertido en uno de los principales retos institucionales, con el cual deben estar comprometidos tanto las autoridades como los equipos de atención. 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.

Por otro lado, se deben reforzar las medidas que se han venido implementando, tales como: vigilancia estricta que se realiza de los virus circulantes y de los casos en todo el territorio nacional, dotar de más dosis de vacuna a todos los niveles de atención, continuar con la estrategia de lavado de manos y la aplicación del protocolo del estornudo (implementada desde el 2006), además del soporte que ofrecen todos los medios de comunicación.

Finalmente, la población adulta mayor está definida y va en aumento, por lo que la distribución de las vacunas a cada área de salud se debe efectuar con base en las poblaciones proyectadas, para así lograr el 80 % de cobertura real de adultos mayores vacunados contra el virus de la influenza estacional.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Información demográfica*. San José, CR: CCSS. Recuperado de: http://www.ccss.sa.cr/est_demografica
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Lineamiento de Vacunación Jornada de Influenza Estacional 2017*. San José, CR: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2018). Intervenciones contra Influenza impactan salud de población. *CCSS Noticias*.
- Grohskopf, S. L. (2017). Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep*, 66(2): 1-20.
- Pan, L. T. (2017). Vejez y envejecimiento en China. *Estudios de Asia y África*, 52(2): 459-470.
- Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3): 192-194.

10. Diferencias en productividad evidencian margen para mejorar la eficiencia de las áreas de salud

Existen posibilidades de mejora en los diversos campos que componen la atención integral

El Sistema de salud costarricense es, sin duda, muy eficiente si se le compara con diferentes sistemas de salud alrededor del mundo en términos de gasto, nivel de ingreso e indicadores de salud de la población. Estos indicadores muestran un país pequeño, de ingresos medios, alcanzando índices de salud muy cercanos a los de los países con el mayor desarrollo económico y social a nivel mundial. Indicadores como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, entre otros, ponen a Costa Rica cerca de países con niveles de ingreso y de gasto en salud muy superiores al nuestro (Banco Mundial, 2017).

A esos resultados contribuye no solamente el Sistema de Salud, sino también y de manera importante, el conjunto de políticas económicas y sociales² que ha seguido el país por décadas, entre las que se encuentran el acceso a la educación pública, las políticas redistributivas, la cobertura universal de los servicios de salud, entre otros.

Aunque como país Costa Rica ha sido muy exitoso en lograr indicadores de salud altos, al interior de su sistema de salud queda un margen para mejorar la productividad y los resultados en salud de la población.

Entre las áreas de salud, que atienden el primer nivel de atención y parte del segundo nivel, se encuentran unidades muy diversas en relación con sus características y las características de su población, así como respecto a su productividad. Diferentes estilos de gestionar los recursos, tanto humanos como materiales, producen naturalmente distintos resultados en términos de eficiencia y de calidad de la atención a la población.

² Existe abundante literatura respecto a los determinantes de la salud. Ver, por ejemplo: Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas. Washington, DC: OPS. En: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es

La evaluación de la eficiencia de las unidades busca identificar esas diferencias en productividad, con el fin de que cada área conozca el nivel en el que se encuentra y pueda tomar las medidas correctivas. El conocimiento y esfuerzo por corregir las debilidades en productividad hacen avanzar al sistema como un todo hacia niveles más elevados y homogéneos de eficiencia, lo cual redundará en una mejora en la atención de la población y en una mayor equidad, pues esta no solo depende de la cantidad de recursos con los que disponen las unidades, sino también de la eficiencia con que se utilizan tales recursos.

Por séptimo año, el esfuerzo de la evaluación de los servicios de salud incluye la eficiencia de los servicios como una de sus dimensiones. Para evaluarla, se utiliza como herramienta el análisis envolvente de datos, DEA, método que permite comparar las unidades en términos de los recursos con los que disponen y de las diversas atenciones a la población que se producen con esos recursos. El resultado que genera esta metodología es un índice (el Índice de Eficiencia Relativa, IER), el cual ordena las áreas de salud según su productividad.

La aplicación del DEA, que ha venido evolucionando en el transcurso de los años en términos de la definición del modelo, se complementa con un esfuerzo por homogenizar la información, buscando limar diferencias entre las unidades, tanto respecto a sus propias características como a las de sus respectivas poblaciones. Este esfuerzo se materializa en un instrumento mediante el cual las áreas de salud aportan información que le permite a la parte evaluadora ajustar

La eficiencia del sistema de salud costarricense



Fuente: Elaboración propia sobre datos del Banco Mundial (2014) y OCDE (2016)

Fuente: Setton, A. ¿Qué país de Latinoamérica tiene el sistema sanitario más eficiente? Consultado el 24 de mayo de 2018, en: <https://es-us.finanzas.yahoo.com/noticias/que-pais-de-latinoamerica-tiene-el-sistema-sanitario-mas-eficiente-221252211.html>.

En el gráfico se observa como Costa Rica se sitúa en niveles muy cercanos a los países de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)* en términos de esperanza de vida (eje vertical), mientras en términos de ingreso per cápita está muy por debajo de esos países (eje horizontal). Ambos indicadores -esperanza de vida e ingreso per cápita- superan el Sistema de Salud, en el sentido de que son producto de políticas que van más allá del sistema (políticas educativas, de distribución del ingreso, etc.). Esta es la razón por la que, a pesar de tener un sistema de salud muy eficiente, en el nivel micro las unidades tienen aún mucho margen para mejorar.

los datos, de acuerdo con situaciones particulares experimentadas en el año a evaluar y que estuvieron fuera del control de la gestión.

Con el fin de liberar a las unidades de la tarea de llenar el instrumento y conseguir que se concentraran en hacer las observaciones a los datos, para la evaluación del periodo 2017 se introdujo una variante en el proceso de recolección de la información. El cambio consistió en el envío del instrumento lleno, para lo cual se utilizaron las bases de datos construidas con la información del Área de Estadística en Salud, desde donde se vació de manera automática la información de producción de cada unidad. En relación con los datos de recurso humano, se utilizó la información del año 2016, de manera que cada unidad debió reportar únicamente los cambios que se produjeron durante el periodo a evaluar.

En el siguiente apartado se presentan los resultados del análisis envolvente de datos para 89 áreas de salud gestionadas directamente por funcionarios de la CCSS; se analizan los resultados según región y se comparan los resultados con los del año 2016. Después se comparan los resultados generales con los de un indicador de eficiencia alternativo, en el que se incluyen 13 áreas de salud gestionadas por agentes externos. Por último, se exponen las conclusiones y recomendaciones.

Análisis de resultados 2017

Los resultados del análisis envolvente de datos indican que 37 de las 89 áreas de salud incluidas³ (42 %) alcanzaron la frontera de producción eficiente para el 2017, obteniendo un IER del 100 %; mientras que 26 (29 %) obtuvieron un IER entre 90 % y 100 %. Por debajo de 90 % se encuentran 15 unidades con IER entre 80 % y 90 % y 11 unidades por debajo de 80 %. Ninguna unidad obtuvo un IER inferior a 70 %.

En relación con los resultados por regiones, en la Central Norte y la Pacífico Central más de la mitad de sus unidades obtuvieron un IER del 100 %, seguidas por la región Central Sur, con un 45 % de áreas con dicho resultado. Esto indica que un porcentaje importante de las áreas de salud en estas regiones obtienen una cantidad de producción elevada con relación a los recursos que consumen y a

³ Se excluyen del DEA las áreas de salud de gestión externa, cuyo nivel de eficiencia está implícito en los términos del contrato. También se excluyen las áreas de salud de Liberia y de Upala, por la dificultad para separar sus datos, particularmente de recursos, de los hospitales a los que están adscritas.

lo que obtienen otras áreas de salud con recursos similares. Estas tres regiones se sitúan por encima del porcentaje institucional, el cual fue de 42 % de áreas de salud con IER óptimo.

En el otro extremo, en la región Chorotega solo un 18 % de sus áreas de salud (dos de 11 unidades) obtuvo IER de 100 %, y en la región Huetar Atlántica un 22 % (dos de nueve áreas) se situó en la frontera de producción. En la región Chorotega, sin embargo, un 64 % de las unidades obtuvo un IER por encima de 90 %. Estos resultados se detallan en el cuadro 10.1.

Cuadro 10.1

CCSS: Distribución de las áreas de salud de acuerdo al valor del Indicador de Eficiencia Relativa, según región e institucional, 2017 (absolutos)

Región	Rangos de valor del IER				Total
	Menor a 80 %	80 % a menos de 90 %	90 % a menos de 100 %	100 %	
Institucional	11	15	26	37	89
Brunca	1	3	0	2	6
Central Norte	2	2	5	13	22
Central Sur ^{2/}	3	3	6	10	22
Chorotega	3	1	5	2	11
Huetar Atlántica	1	3	3	2	9
Huetar Norte	0	1	5	2	8
Pacífico Central	1	2	2	6	11

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Cambio en la posición de las áreas dentro del IER 2016-2017

Si se analiza el comportamiento del indicador en los cuatro años en que se han evaluado las 89 áreas de salud, se observa, en términos generales, una tendencia hacia la reducción de la dispersión. Así, de un valor mínimo de 53,6 % en el 2014, el IER pasó a un mínimo de 72,4 % en el 2017. Comportamiento similar se observa en indicadores como la desviación estándar y el coeficiente de variación,

que mostraron una tendencia a la baja en el periodo. La excepción a esa tendencia se presentó en el año 2016, en el que la variabilidad aumentó levemente respecto al 2015, pero sin llegar a alcanzar los niveles del 2014.

Con el fin de realizar una comparación más detallada, el análisis se concentra en el cambio en los dos últimos años evaluados; esto es, 2016-2017.

En relación con la distribución del indicador, como ya se mencionó, en el año 2017 se da una menor dispersión del IER comparado con el año 2016; así lo muestra la reducción de la desviación estándar de 10 % a 8 %, y del coeficiente de variación de 11 % a 9 %.

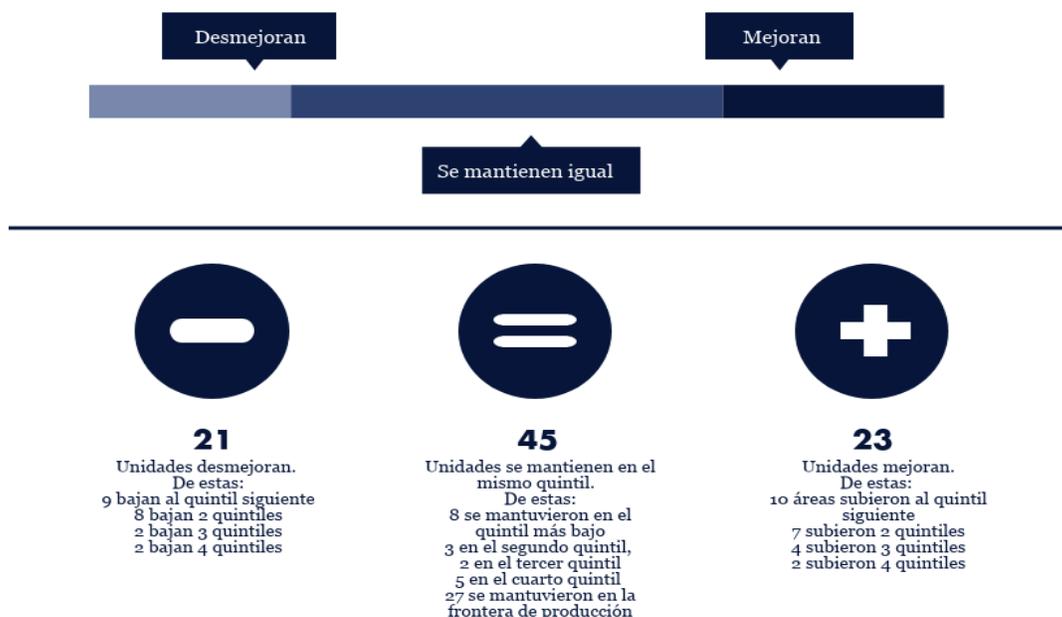
Al realizar la comparación de ambos años por área de salud, se observa que hubo 27 unidades que se mantuvieron en la frontera de producción, con un IER de 100 %, mientras 62 unidades obtuvieron posiciones diferentes en la distribución del indicador en uno y otro año.

El infográfico que se presenta a continuación, muestra el movimiento entre “quintiles”, según una definición modificada de quintil⁴, de las áreas entre el año 2016 y el 2017.

⁴ Puesto que en ambos años hay un 40 % o más de las áreas que alcanzó un IER de 100 %, para efectos de agrupar los datos se separaron esas áreas que se ubicaron en la frontera de producción y se identificaron como el quinto quintil, independientemente del tamaño del grupo (en el 2016 fueron 39 áreas y en el 2017 fueron 37). Las restantes unidades, con IER inferior a 100 %, se dividieron en cuartiles en ambos años.

Índice de Eficiencia Relativa 2017 - 2016

Movimiento entre quintiles de las Áreas de Salud



El infográfico muestra que más de la mitad de las unidades se mantuvo en el mismo quintil de la distribución (45 de 89), mientras que 64 unidades (72 %) se mantuvieron en el mismo o se movieron a un quintil inmediato.

En el otro extremo, dos áreas se desplazaron del quintil superior al inferior y en otras dos el desplazamiento fue a la inversa: del quintil inferior al superior.

Un indicador de eficiencia alternativo para incluir en el análisis las áreas de salud de compra externa

Con el fin de analizar la eficiencia en el total de las áreas de salud, aunque sin fines evaluativos, se diseñó un indicador alternativo, el cual pondera el gasto promedio por consulta médica de las áreas por la cobertura médica general de cada unidad. Al ponderar el costo por el inverso de la cobertura, este indicador da un mayor peso a las consultas de primera vez, lo cual además de reconocer el mayor costo que tiene una consulta de primera vez, “castiga” en algún grado la policonsulta, que no solo tiene un menor costo, sino que es además un indicador de no resolutivez del sistema. El indicador se define como:

Costo medio ponderado por cobertura:

$$\left[\frac{\text{Gasto total del área de salud}}{\text{Total de consultas médicas}} \right] // \left[\frac{\text{Consultas médicas de primera vez en el año}}{\text{Población Total}} \right]$$

Los datos utilizados para el cálculo del indicador se obtuvieron de las bases de datos de la Dirección de Presupuesto (datos de gasto), y los datos de consultas y de población se obtuvieron de las bases de datos de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud del año 2017. De las cifras de gasto total se excluyeron las partidas de gasto que no se distribuyen de manera uniforme entre las áreas, tales como las asociadas a distancia respecto al nivel central (transporte y zonaje), así como las partidas de inversión en equipo, cuya ejecución tampoco se distribuye de manera uniforme en el tiempo, además de que no se dispone de datos apropiados de depreciación del equipo para todas las unidades.

El indicador presenta algunas debilidades, que es importante considerar a la hora de analizar los resultados, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- En la producción solo se incluye la consulta médica, dejando de lado producción importante y de elevado costo, como son los exámenes diagnósticos, que no se distribuyen uniformemente entre las áreas, y la producción odontológica, que tiene características similares. Esta deficiencia del indicador puede perjudicar principalmente a las áreas con segundo nivel y a las que se les ha reforzado su capacidad diagnóstica con equipo y recurso humano.
- No toma en cuenta las diferentes estructuras de costos asociadas a población dispersa o a infraestructura desproporcionada para la demanda, entre otras causas, lo cual perjudica sobre todo a las áreas de salud con un mayor porcentaje de población rural.
- No toma en cuenta las diferencias entre unidades en lo que respecta a costos asociados a incentivos laborales al empleado público, como son la antigüedad y la carrera profesional, que no se distribuyen de manera uniforme entre las unidades internas.

- Tampoco se controla el sesgo producido por la eventual selección de riesgo que podrían practicar algunas unidades; esto es, la referencia inmediata al segundo nivel de los pacientes que requieren un seguimiento continuo y que suelen ser también los de mayor costo. Si bien tal selección reduce la producción de consultas subsecuentes, al descongestionar los servicios deja un mayor margen para mejorar la cobertura, lo cual impacta positivamente en el indicador.

Para facilitar la comprensión y comparabilidad, se construyó un escalafón con los valores del indicador, el cual se dividió en quintiles, como una forma de agrupar las unidades, tratando de identificar alguna caracterización de los grupos. En el primer quintil se encuentran las unidades con un menor costo medio por consulta, ponderado por cobertura, y en los restantes quintiles unidades con costos medios ponderados sucesivamente más elevados. El último quintil corresponde a unidades con costos más altos y/o coberturas más bajas.

Los resultados obtenidos para este indicador se presentan en el cuadro 10.2.

Cuadro 10.2

CCSS: Distribución de las áreas de salud según el valor del Indicador Costo Medio de la Consulta Médica ponderado por cobertura, 2017

I Quintil		II Quintil	
Desamparados 2	1	Montes de Oca 2	22
Pavas	2	Barva	23
Escazú	3	Florencia	24
San Sebastián-Paso Ancho	4	Golfito	25
Matina	5	Corralillo-la Sierra	26
Curridabat 2	6	Barranca	27
Coronado	7	San Ramón	28
Alajuela Oeste	8	La Carpio-León XIII	29
San Francisco-San Antonio	9	Corredores	30
Heredia Cubujuquí	10	Ciudad Quesada	31
Alajuela Central	11	Aserrí	32
Concepción-San Juan-San Diego 2	12	Desamparados 3	33
Santa Ana	13	Guácimo	34
Tibás	14	Naranjo	35
Heredia-Virilla	15	Grecia	36
San Pablo	16	Pérez Zeledón	37
Poás	17	Colorado	38
Paraíso-Cervantes	18	Talamanca	39

Chacarita	19	Guápiles	40
Turrialba-Jiménez	20	Tibás-Uruca-Merced	41
Limón	21		

III Quintil		IV Quintil	
-------------	--	------------	--

Valverde Vega	42	Santa Bárbara	62
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	43	Osa	63
El Guarco	44	Puerto Viejo	64
Peninsular	45	Alfaro Ruiz	65
Alajuelita	46	Acosta	66
Moravia	47	La Unión	67
Los Chiles	48	Cariari	68
Santa rosa de Pocosol	49	Mora-Palmichal	69
Nicoya	50	Esparza	70
Orotina-San Mateo	51	San Rafael de Heredia	71
Goicoechea 1	52	Valle la Estrella	72
San Isidro de Heredia	53	Atenas	73
Horquetas-Río Frío	54	Nandayure	74
San Rafael de Puntarenas	55	Alajuela Norte	75
Fortuna	56	Garabito	76
Quepos	57	Carrillo	77
Coto Brus	58	Montes de Oro	78
Alajuela Sur	59	Pital	79
Aguas Zarcas	60	Palmares	80
Cartago	61	Santo Domingo	81

V Quintil	
-----------	--

Bagaces	82
La Cruz	83
Zapote-Catedral	84
Siquirres	85
Guatuso	86
Los Santos	87
Goicoechea 2	88
Puriscal-Turrubares	89
Hatillo	90
Tilarán	91
Chomes-Monteverde	92
Abangares	93
Cañas	94
Catedral Noreste	95
Hojancha	96
Belén-Flores	97

Buenos Aires	98
Santa Cruz	99
Parrita	100
Desamparados 1	101
Mata Redonda	102

Fuente: Elaboración propia, con base en cifras institucionales.

En el cuadro anterior se observa que las cuatro unidades con menor costo medio ponderado por cobertura son unidades de gestión externa. En el quintil de menor costo medio, aparecen 10 unidades de gestión externa y 11 unidades de gestión directa de la CCSS. En el siguiente quintil aparecen las restantes tres unidades externas y 17 unidades de gestión directa. Los últimos tres quintiles están compuestos por unidades de gestión directa de la CCSS.

En el otro extremo, el último quintil está compuesto principalmente por áreas con CAIS o segundo nivel, así como áreas con mayor porcentaje de población rural.

La distribución del indicador por región se presenta en el cuadro 10.3

Cuadro 10.3

CCSS: Distribución por quintiles de las áreas de salud de acuerdo con el Indicador Gasto Medio Ponderado por Cobertura, según región e institucional, 2017

Región	Quintiles				
	I	II	III	IV	V
Institucional	21	20	20	20	21
Brunca	-	3	-	1	1
Central Norte	7	6	5	6	2
Central Sur	11	4	5	3	7
Chorotega	-	1	1	2	7
Huetar Atlántica	2	3	-	3	1
Huetar Norte	-	2	4	1	1
Pacífico Central	1	1	5	4	2

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Entre los resultados llama la atención que un 64 % de las áreas de la región Chorotega se ubican en el último quintil de distribución del indicador; es decir, en el de mayor costo medio por consulta ponderado por cobertura. En el otro

extremo, la región Central Sur es la que tiene un mayor porcentaje de unidades en el primer quintil (35 %), aunque esta región ocupa también un segundo puesto, después de la región Chorotega, en porcentaje de áreas ubicadas en el último quintil.

Al comparar los resultados del indicador de costo medio con el Índice de Eficiencia Relativa (IER) se observan tanto coincidencias como diferencias importantes. En términos de coincidencias, existe una correlación positiva entre ambos escalafones, la cual, aunque moderada (coeficiente de Spearman de 0,313), resultó significativa al 1 %.⁵

En relación con las diferencias entre ambos indicadores, estas se desprenden también del coeficiente de correlación, que al tener un valor de 0,31 indica que hay unidades que se ubican en posiciones sustancialmente diferentes entre uno y otro escalafón. Entre estas últimas unidades se identifican básicamente dos grupos: las que bajaron su posición en el escalafón en relación con el IER y las que mejoraron de forma significativa con respecto al mismo indicador. En el primer grupo se identifican sobre todo CAIS y otras áreas con segundo nivel de atención, mientras que en el segundo grupo aparecen áreas con deficiencias históricas en recurso humano y en infraestructura y, por tanto, de menor costo.⁶

Conclusiones y recomendaciones

Respecto al Índice de Eficiencia Relativa, IER, su proceso de consolidación se muestra en unos resultados cada vez más consistentes y estables entre diferentes periodos de evaluación. Los cambios bruscos en las posiciones de las áreas en el índice se dan en pocas unidades, explicadas, en la mayoría de los casos, por cambios en la calidad y cantidad de la información aportada por las unidades para ajustar los datos de recursos y producción.

La mejora en la calidad de la información utilizada para evaluar la eficiencia en las áreas es un proceso que avanza año con año, pero que aún deja un margen de mejora importante. Con la calidad actual de la información y, en especial, con el

⁵ Este análisis se realizó únicamente para las áreas de salud de gestión directa de la CCSS.

⁶ Entre estas áreas de salud, se puede identificar un grupo que fue creado con el proceso de reforma, a las que aún no se les han asignado los recursos humanos y de infraestructura en cantidad y calidad similar al de las unidades con más antigüedad. Esta situación de carencia hace que tengan un menor gasto tanto en recurso humano como en mantenimiento de edificios, vigilancia, servicios públicos, entre otros rubros. Tal es el caso de las áreas de Heredia Cubujuquí, Heredia Virilla y Limón, principalmente.

grado de homogeneidad logrado, no se puede garantizar que las diferencias en el IER respondan solo a diferencias en el nivel de eficiencia. Aún queda una parte del indicador explicada por la cantidad y pertinencia de la información aportada por las unidades. Particularmente, llaman la atención las unidades que presentan saltos bruscos en el valor del indicador, pasando del primero al último quintil y a la inversa, lo cual podría ser explicado al menos de forma parcial por la situación mencionada.

El cambio en la metodología de recolección de datos, implementada en la presente evaluación, le permitió a las áreas concentrarse en los ajustes en lugar del llenado, lo que tal vez impactó positivamente la calidad de la información utilizada para el cálculo del indicador. Se debe continuar en el proceso de mejora continua de la calidad de los datos, con el fin de ir reduciendo el impacto que esta genera en la distribución del indicador.

En términos de comportamiento del indicador por regiones, la región Chorotega es la que muestra una menor productividad de sus recursos, pues en cuanto al IER es la que presenta un menor porcentaje de unidades en la frontera de producción y un mayor porcentaje con IER inferior a 80 %. Este resultado se reitera en la distribución del indicador alternativo, donde siete de sus 11 unidades incluidas en el análisis se ubican en el quintil más alto de costo medio de la consulta ponderado por cobertura. Se requiere un análisis más detallado para identificar las causas de estos resultados, las cuales podrían estar explicadas parcialmente por características geográficas y sociales que aún no se logran incorporar en los ajustes a los datos.

Es importante tener presente que la eficiencia se mide como una relación de los recursos con la producción; desde esa perspectiva, el IER es un indicador “productivista”, que incluye como única variable de calidad el porcentaje de personas hipertensas con control óptimo. Por esta razón, la posición de un área de salud dentro del IER no necesariamente está relacionada con su posición en otros indicadores de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud.

Respecto al indicador de costo medio, se considera oportuno continuar desarrollándolo, para poder contar con un indicador que, aunque sin fines evaluativos, permita comparar a todas las áreas de salud en términos de productividad. Aunque los resultados obtenidos con el IER y con el Costo Medio Ponderado no son completamente comparables, el hecho de encontrar coincidencias en la distribución de uno y otro indicador pareciera indicar que se avanza en la dirección correcta en materia de evaluación de la eficiencia.

Evaluar la eficiencia no es una tarea fácil; puesto que esta dimensión solo se puede evaluar en términos comparativos, y las unidades no son absolutamente comparables, se debe hacer un esfuerzo mayor para continuar limando las diferencias. En este sentido, se propone como estrategia realizar investigaciones detalladas de temas específicos, en áreas de salud que se identifiquen como representativas de problemáticas particulares, con el fin de ir avanzando en mejorar los ajustes de información, así como el indicador en sí mismo.

En relación con la eficiencia a nivel macro, es importante tener presente que el sistema de salud costarricense funciona en un entorno social, político y económico, que le ha permitido al país tener indicadores de salud que sobresalen en el mundo y, en particular, en países con niveles de ingreso similares a Costa Rica. Las áreas de salud forman parte del engranaje que permite que la población nacional tenga los indicadores de salud mencionados; mejorar la eficiencia en el desempeño de las áreas contribuye a mejorar los resultados del sistema, es decir, la salud de la población.

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial. (2017). *Banco de datos. Indicadores de Desarrollo Mundial*. (Internet). Recuperado de: <http://databank.bancomundial.org/data/indicator/SP.DYN.LE00.IN/1ff4a498/Popular-Indicators>
- Banxia. (2010). *Software limited. Frontier Analyst Guide*. (Internet). England: Banxia. Recuperado de: <http://www.banxia.com/frontier/index.html>
- Charnes, A., Cooper, W.W., & Rhodes E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *Europ J Operational Res*, 2(6): 429-444.
- Coll, V. & Blasco, O.M. (2006). *Evaluación de la eficiencia mediante el análisis envolvente de datos*. España: Universidad de Valencia.
- García, F.J., Marcuello, C., & Serrano, G.D. (1996). Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos. *Rev Esp Salud Pública*, 70: 211-270.
- Piug-Junoy, J. (2000). Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera. *Rev Esp Salud Pública*, 74(5-6): 00-00.

Setton, A. *¿Qué país de Latinoamérica tiene el sistema sanitario más eficiente?* (Internet). Consultado el 24 de mayo de 2018, en: <https://es-us.finanzas.yahoo.com/noticias/que-pais-de-latinoamerica-tiene-el-sistema-sanitario-mas-eficiente-221252211.html>.

Anexos

Anexo 1

Indicadores incluidos en el cálculo del IPSS 2017

Factor	Indicador	Abreviatura	Nombre del indicador evaluado
1	1	EMB	Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana
	2	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)
	3	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)
2	4	DCOL	Porcentaje de Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de LDL-Colesterol
	5	DHB	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de Hemoglobina Glicosilada
	6	DHTA	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de Presión Arterial.
	7	HTA	Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial atendidas con control óptimo de presión arterial
3	8	MEN	Porcentaje de niños menores de un año de edad con captación temprana
	9	POS	Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal captadas tempranamente
4	10	VACninEBAS	Cobertura de niños menores de un año con Esquema Básico.
	11	VACninECOM	Cobertura de niños de 12 a menos de 24 meses con Esquema completo
5	12	VACinfAmay	Cobertura de Vacunación contra influenza en el Adulto Mayor
	13	PAP_35a65	Cobertura bienal de tamizaje de cancer cervicouterino de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad

Anexo 2

Fórmulas y datos necesarios para calcular el IPSS 2017

1. Calcular el IPSS 2017 como sigue:

$$IPSS\ 2017 = \sum_{i=1}^5 F_i \quad (\text{Fórmula de cálculo})$$

Donde,

$$F_1 = \text{Peso } F_1 * \sum_{j=1}^3 P_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_2 = \text{Peso } F_2 * \sum_{j=4}^7 P_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_3 = \text{Peso } F_3 * \sum_{j=8}^9 P_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_4 = \text{Peso } F_4 * \sum_{j=10}^{11} P_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

$$F_5 = \text{Peso } F_5 * \sum_{j=12}^{13} P_j * (X_j - \text{Meta}_j)$$

F = Factor

P_j = Peso del indicador j en el Factor

X_j = Porcentaje de cumplimiento del indicador j

Meta_j = Meta del indicador j

2. Normalización del IPSS 2017, aplicando lo siguiente:

$$\frac{x_i - x_{min}}{x_{m\acute{a}x} - x_{min}}$$

Donde,

x_i = es el valor del IPSS 2017

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 2017

$x_{m\acute{a}x}$ = 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 2017

La determinación de x_{min} y $x_{m\acute{a}x}$ se hizo aplicando las fórmulas para el cálculo del IPSS 2017 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 de cada factor obtenidos como resultado del análisis de factores, se muestran a continuación:

Factor	Indicador	Cumplimiento		Peso del indicador en el factor	Peso del factor
		Mínimo	Máximo		
1	EMB	0,5946	0,9787	0,2697	0,3740
	HIV	0,5313	0,9265	0,3671	
	VDRL	0,5469	0,9412	0,3632	
2	DCOL	0,1642	0,7143	0,2837	0,2449
	DHB	0,1967	0,6667	0,2129	
	DHTA	0,2535	0,8657	0,2531	
	HTA	0,4559	0,9512	0,2504	
3	MEN	0,5000	1,0000	0,4838	0,1513
	POS	0,5893	0,9800	0,5162	
4	VACninEBAS	0,6571	1,1774	0,5017	0,1172
	VACninECOM	0,7680	1,2451	0,4983	
5	PAP_35a65	0,1760	0,8847	0,5589	0,1127
	VACinfAmay	0,3421	1,0684	0,4411	

Anexo 3

Fórmulas y datos necesarios para calcular el IPSS Regional

Los pasos empleados para la estimación del IPSS Regional se resumen a continuación:

- A. Para las siete regiones, calcular las diferencias con respecto a las metas:
 $(X_j - Meta_j)$
- B. Normalizar los resultados de las diferencias utilizando la siguiente fórmula:

$$\frac{(X_j - Meta_j) - (Min_j - Meta_j)}{(Máx_j - Meta_j) - (Min_j - Meta_j)}$$

Donde,

$X_j =$ Cumplimiento regional del indicador j

$Meta_j =$ Meta del indicador j

$Min_j =$ es el cumplimiento mínimo del indicador j

$Máx_j =$ es el cumplimiento máximo del indicador j

3. Calcular una media geométrica con los datos obtenidos en el paso anterior, usando la siguiente fórmula:

$$IPSS \text{ Regional } 2017 = \sqrt[j]{x_1 * x_2 * \dots * x_j}$$

Donde:

$x_1 =$ Porcentaje de cumplimiento regional del indicador 1

.

.

$x_j =$ Porcentaje de cumplimiento regional del indicador j

Anexo 4

Distribución de las áreas de salud según IPSS 2017, puesto y quintil

Área de salud	IPSS 2017*	Puesto	Quintil
Barva	0,7679	1	V
Matina	0,7284	2	V
San Pablo	0,7172	3	V
Parrita	0,6918	4	V
Puriscal-Turrubares	0,6727	5	V
Cariari	0,6704	6	V
Acosta	0,6691	7	V
Escazú	0,6660	8	V
Pavas	0,6590	9	V
San Francisco-San Antonio	0,6581	10	V
La Unión	0,6578	11	V
San Sebastián-Paso Ancho	0,6575	12	V
Valverde Vega	0,6523	13	V
Concepción-San Juan-San Diego 2	0,6459	14	V
Tilarán	0,6447	15	V
Guácimo	0,6441	16	V
San Rafael de Puntarenas	0,6410	17	V
Florencia	0,6360	18	V
La Carpio-León XIII	0,6324	19	V
Montes de Oca 2	0,6275	20	V
Guápiles	0,6273	21	V
Hojancha	0,6126	22	IV
Los Santos	0,6102	23	IV
Curridabat 2	0,6051	24	IV
Nandayure	0,5962	25	IV
Mora-Palmichal	0,5919	26	IV
Desamparados 2	0,5913	27	IV
Quepos	0,5858	28	IV
El Guarco	0,5841	29	IV
Palmares	0,5836	30	IV
Guatuso	0,5836	31	IV
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	0,5800	32	IV
Golfito	0,5750	33	IV
Peninsular	0,5694	34	IV
Paraíso-Cervantes	0,5665	35	IV

Área de salud	IPSS 2017*	Puesto	Quintil
Esparza	0,5615	36	IV
San Isidro	0,5589	37	IV
Limón	0,5503	38	IV
Corredores	0,5424	39	IV
Hatillo	0,5419	40	IV
Buenos Aires	0,5394	41	IV
Goicoechea 2	0,5389	42	IV
Cañas	0,5318	43	III
Santa Ana	0,5289	44	III
Grecia	0,5210	45	III
Montes de Oro	0,5192	46	III
Turrialba-Jiménez	0,5172	47	III
Ciudad Quesada	0,5171	48	III
Abangares	0,5115	49	III
Naranjo	0,5110	50	III
Atenas	0,5092	51	III
San Rafael de Heredia	0,5090	52	III
Coto Brus	0,5016	53	III
Talamanca	0,4992	54	III
Poás	0,4966	55	III
Colorado	0,4956	56	III
Horquetas-Río Frío	0,4910	57	III
Aserrí	0,4897	58	III
Tibás	0,4890	59	III
Orotina-San Mateo	0,4882	60	III
Barranca	0,4881	61	III
Santo Domingo	0,4792	62	III
Bagaces	0,4760	63	II
Mata Redonda-Hospital	0,4736	64	II
Santa Rosa	0,4627	65	II
Chomes Monteverde	0,4625	66	II
Chacarita	0,4616	67	II
Santa Cruz	0,4608	68	II
Santa Bárbara	0,4603	69	II
La Fortuna	0,4599	70	II
Zapote-Catedral	0,4581	71	II
Alajuela Oeste	0,4563	72	II

Área de salud	IPSS 2017*	Puesto	Quintil
Alajuelita	0,4555	73	II
Siquirres	0,4538	74	II
Pérez Zeledón	0,4525	75	II
Moravia	0,4505	76	II
Belén-Flores	0,4482	77	II
Nicoya	0,4444	78	II
Desamparados 1	0,4346	79	II
Cartago	0,4335	80	II
Corralillo	0,4296	81	II
Valle la Estrella	0,4286	82	II
Desamparados 3	0,4268	83	II
Puerto Viejo	0,4249	84	I
Alfaro Ruiz	0,4239	85	I
Aguas Zarcas	0,4202	86	I
San Ramón	0,4155	87	I
Osa	0,4057	88	I
Coronado	0,4044	89	I
Garabito	0,4035	90	I
Catedral Noreste	0,3878	91	I
Liberia	0,3828	92	I
Los Chiles	0,3777	93	I
Carrillo	0,3714	94	I
Alajuela Central	0,3531	95	I
Goicoechea 1	0,3490	96	I
La Cruz	0,3462	97	I
Heredia-Cubujuquí	0,3460	98	I
Tibás-Uruca-Merced	0,3419	99	I
Alajuela Sur	0,3191	100	I
Pital	0,3068	101	I
Upala	0,3012	102	I
Heredia-Virilla	0,2954	103	I
Alajuela Norte	0,2912	104	I

*Actualizado posterior a la resolución de los recursos de revocatoria

Anexo 5

Indicadores incluidos en el cálculo del ICA 2017

Factor	Indicador	Abreviatura	Nombre del indicador evaluado
1	1	CobMen	Cobertura de atención a niños menores de un año de edad
	2	CobEmb	Cobertura de atención prenatal
	3	CobPosp	Cobertura de atención postparto
2	4	CobHta	Cobertura de atención a personas con Hipertensión Arterial
	5	CobDm	Cobertura de atención a personas con Diabetes Mellitus tipo 2
	6	VACinfAamay	Cobertura de Vacunación contra influenza en el Adulto Mayor.
3	7	PAP_20a35	Cobertura bienal de tamizaje de cancer cervicouterino de mujeres de 20 a menos de 35 años de edad
	8	PAP_35a65	Cobertura bienal de tamizaje de cancer cervicouterino de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad
4	9	VACninEBAS	Cobertura de niños menores de un año con Esquema Básico
	10	VACninECOM	Cobertura de niños de 12 a menos de 24 meses con Esquema completo

Anexo 6

Fórmulas y datos necesarios para calcular el ICA 2017

1. Calcular el ICA 2017 como sigue:

$$ICA\ 2017 = \sum_{i=1}^4 F_i \quad (\text{Fórmula de cálculo}) \quad ICA\ 2017 = \sum_{i=1}^4 F_i \quad (\text{Fórmula de cálculo})$$

Donde,

$$F_1 = \text{Peso } F_1 * \sum_{j=1}^3 P_j * X_j$$

$$F_2 = \text{Peso } F_2 * \sum_{j=4}^6 P_j * X_j$$

$$F_3 = \text{Peso } F_3 * \sum_{j=7}^8 P_j * X_j$$

$$F_4 = \text{Peso } F_4 * \sum_{j=9}^{10} P_j * X_j$$

F = Factor

P_j = Peso de la cobertura j en el Factor

X_j = Cobertura

Los pesos de cada indicador y de los factores, se muestran a continuación:

Factor	Indicador	Peso del indicador en el factor	Peso del factor
1	CobMen	0,3174	0,4646
	CobEmb	0,3530	
	CobPosp	0,3296	
2	CobHta	0,3852	0,2300
	CobDm	0,3437	
	VACinfAmay	0,2710	
3	PAP_20a35	0,5323	0,1924
	PAP_35a65	0,4677	
4	VACninEBAS	0,4402	0,1129
	VACninECOM	0,5598	

Anexo 7

Fórmulas y datos necesarios para calcular el ICA Regional 2017

Los pasos empleados para la estimación del ICA Regional se resumen a continuación:

1. Calcular una media geométrica con las coberturas regionales de cada indicador, usando la siguiente fórmula:

$$ICA \text{ Regional } 2017 = \sqrt[j]{x_1 * x_2 * \dots * x_j}$$

Donde:

$$x_1 = \text{Porcentaje de cumplimiento regional del indicador 1}$$

.

.

$$x_j = \text{Porcentaje de cumplimiento regional del indicador } j$$

Anexo 8

CCSS: Distribución de las áreas de salud según ICA 2017, puesto y quintil

Área de salud	ICA 2017*	Puesto	Quintil
Acosta	0,8391	1	V
Valverde Vega	0,8249	2	V
Florencia	0,8045	3	V
Nandayure	0,7992	4	V
Guatuso	0,7989	5	V
Abangares	0,7978	6	V
Colorado	0,7945	7	V
Naranjo	0,7940	8	V
Cañas	0,7906	9	V
Hojancha	0,7864	10	V
Barva	0,7858	11	V
Osa	0,7833	12	V
La Carpio-León XIII	0,7812	13	V
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	0,7790	14	V
Chomes Monteverde	0,7743	15	V
Desamparados 3	0,7742	16	V
San Pablo	0,7736	17	V
Parrita	0,7730	18	V
Peninsular	0,7730	19	V
Alfaro Ruiz	0,7664	20	V
Golfito	0,7651	21	V
Orotina-San Mateo	0,7646	22	IV
Montes de Oro	0,7631	23	IV
Corralillo	0,7629	24	IV
Santa Rosa	0,7614	25	IV
Goicoechea 1	0,7573	26	IV
Coronado	0,7543	27	IV
Tilarán	0,7476	28	IV
Bagaces	0,7461	29	IV
Pavas	0,7447	30	IV
Horquetas-Río Frío	0,7364	31	IV
Matina	0,7343	32	IV
Buenos Aires	0,7343	33	IV

Área de salud	ICA 2017*	Puesto	Quintil
Desamparados 2	0,7324	34	IV
Guácimo	0,7291	35	IV
El Guarco	0,7229	36	IV
Quepos	0,7225	37	IV
Puriscal-Turrubares	0,7221	38	IV
Corredores	0,7220	39	IV
Nicoya	0,7218	40	IV
Poás	0,7210	41	IV
Los Santos	0,7198	42	III
Paraíso-Cervantes	0,7168	43	III
Upala	0,7142	44	III
Coto Brus	0,7139	45	III
Esparza	0,7128	46	III
La Cruz	0,7115	47	III
Ciudad Quesada	0,7096	48	III
San Rafael de Heredia	0,7014	49	III
Cariari	0,7010	50	III
Santo Domingo	0,7009	51	III
Carrillo	0,6986	52	III
Pital	0,6980	53	III
Mata Redonda-Hospital	0,6966	54	III
Palmares	0,6960	55	III
San Ramón	0,6955	56	III
Guápiles	0,6947	57	III
Barranca	0,6928	58	III
Santa Cruz	0,6926	59	III
Siquirres	0,6885	60	III
Grecia	0,6876	61	III
Concepción-San Juan-San Diego 2	0,6847	62	II
Alajuela Norte	0,6844	63	II
Alajuela Oeste	0,6833	64	II
Mora-Palmichal	0,6824	65	II
La Fortuna	0,6817	66	II
Puerto Viejo	0,6810	67	II
Chacarita	0,6792	68	II
Los Chiles	0,6775	69	II
San Francisco-San Antonio	0,6759	70	II

Área de salud	ICA 2017*	Puesto	Quintil
Aserrí	0,6756	71	II
Atenas	0,6721	72	II
La Unión	0,6674	73	II
Curridabat 2	0,6617	74	II
Moravia	0,6616	75	II
Desamparados 1	0,6613	76	II
Limón	0,6612	77	II
Talamanca	0,6610	78	II
Santa Bárbara	0,6605	79	II
Turrialba-Jiménez	0,6599	80	II
San Sebastián-Paso Ancho	0,6592	81	II
Hatillo	0,6583	82	I
Aguas Zarcas	0,6569	83	I
Garabito	0,6568	84	I
Zapote-Catedral	0,6552	85	I
Goicoechea 2	0,6533	86	I
Alajuelita	0,6531	87	I
Escazú	0,6507	88	I
San Isidro	0,6493	89	I
Liberia	0,6468	90	I
Montes de Oca 2	0,6327	91	I
Tibás	0,6308	92	I
Alajuela Central	0,6283	93	I
Belén-Flores	0,6224	94	I
Cartago	0,6224	95	I
Heredia-Virilla	0,6196	96	I
Santa Ana	0,6130	97	I
Pérez Zeledón	0,6101	98	I
Alajuela Sur	0,6050	99	I
Valle la Estrella	0,5872	100	I
Tibás-Uruca-Merced	0,5556	101	I
Heredia-Cubujuquí	0,5403	102	I

*Actualizado posterior a la resolución de los recursos de revocatoria

Anexo 9

Cobertura^{1/}, control óptimo y cobertura con control óptimo de presión arterial en personas con Hipertensión arterial según región y área de salud, 2017

(porcentajes)

Región	Cobertura	Control óptimo	Cobertura con control óptimo
Región Brunca	38	61	23
Buenos Aires	41	64	26
Corredores	36	65	23
Coto Brus	53	61	32
Golfito	33	72	24
Osa	44	54	24
Pérez Zeledón	34	58	19
Región Central Norte	38	66	25
Alajuela Central	35	64	23
Alajuela Norte	33	65	21
Alajuela Oeste	34	62	21
Alajuela Sur	25	69	17
Alfaro Ruiz	47	63	30
Atenas	45	82	37
Barva	38	85	32
Belén-Flores	36	55	20
Grecia	45	65	29
Heredia-Cubujuquí	38	60	23
Heredia-Virilla	31	65	20
Horquetas-Río Frío	40	65	26
La Carpio-León XIII	33	78	26
Naranjo	44	65	29
Palmares	48	69	33
Poás	52	74	38
Puerto Viejo	32	53	17
San Isidro	43	67	28
San Pablo	25	80	20
San Rafael de Heredia	39	73	29
San Ramón	44	67	29

Región	Cobertura	Control óptimo	Cobertura con control óptimo
Santa Bárbara	39	70	27
Santo Domingo	43	48	21
Tibás	50	68	34
Tibás-Uruca-Merced	41	66	27
Valverde Vega	45	55	25
Región Central Sur	43	69	30
Acosta	52	65	34
Alajuelita	29	58	17
Aserrí	41	70	28
Cartago	39	76	30
Concepción-San Juan-San Diego 2 2/	31	63	20
Coronado	63	62	39
Corralillo	59	86	51
Curridabat 2 2/	37	59	22
Desamparados 1	46	67	31
Desamparados 2	39	49	19
Desamparados 3	34	73	25
El Guarco	53	80	42
Escazú	35	57	20
Goicoechea 1	39	75	29
Goicoechea 2	50	63	32
Hatillo	47	76	36
La Unión	44	56	25
Los Santos	58	58	33
Mata Redonda-Hospital	35	88	31
Montes de Oca 2 2/	35	57	20
Mora-Palmichal	45	50	22
Moravia	39	74	29
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	53	74	39
Paraíso-Cervantes	54	63	34
Pavas	38	74	28
Puriscal-Turrubares	45	91	41
San Francisco-San Antonio	29	95	27
San Sebastián-Paso Ancho	37	95	35

Región	Cobertura	Control óptimo	Cobertura con control óptimo
Santa Ana	31	88	27
Turrialba-Jiménez	47	63	29
Zapote-Catedral	54	58	32
Región Chorotega	44	62	27
Abangares	52	71	37
Bagaces	39	58	23
Cañas	47	59	28
Carrillo	39	66	26
Colorado	42	54	23
Hojancha	46	64	29
La Cruz	40	55	22
Liberia	37	53	19
Nandayure	60	56	34
Nicoya	46	65	30
Santa Cruz	49	63	31
Tilarán	57	77	44
Upala	40	60	24
Región Huetar Atlántica	36	70	25
Cariari	37	79	30
Guácimo	40	58	23
Guápiles	31	84	26
Limón	40	61	24
Matina	38	78	30
Siquirres	39	63	24
Talamanca	27	63	17
Valle la Estrella	31	71	22
Región Huetar Norte	36	58	21
Aguas Zarcas	37	50	18
Ciudad Quesada	41	65	27
Florencia	46	69	32
Guatuso	44	53	24
La Fortuna	31	65	20
Los Chiles	32	53	17

Región	Cobertura	Control óptimo	Cobertura con control óptimo
Pital	25	46	12
Santa Rosa	31	58	18
Región Pacífico Central	40	64	26
Barranca	36	71	25
Chacarita	37	56	20
Chomes-Monteverde	50	61	31
Esparza	44	69	30
Garabito	29	56	16
Montes de Oro	61	67	41
Orotina-San Mateo	40	60	24
Parrita	40	68	27
Peninsular	41	73	30
Quepos	34	58	20

1/ Calculado a partir de una prevalencia de 36,2% de la población de 20 años y más de la pirámide poblacional del INEC.

2/No contempla Catedral Noreste, ni San Rafael de Puntarenas por particularidades de la cobertura.

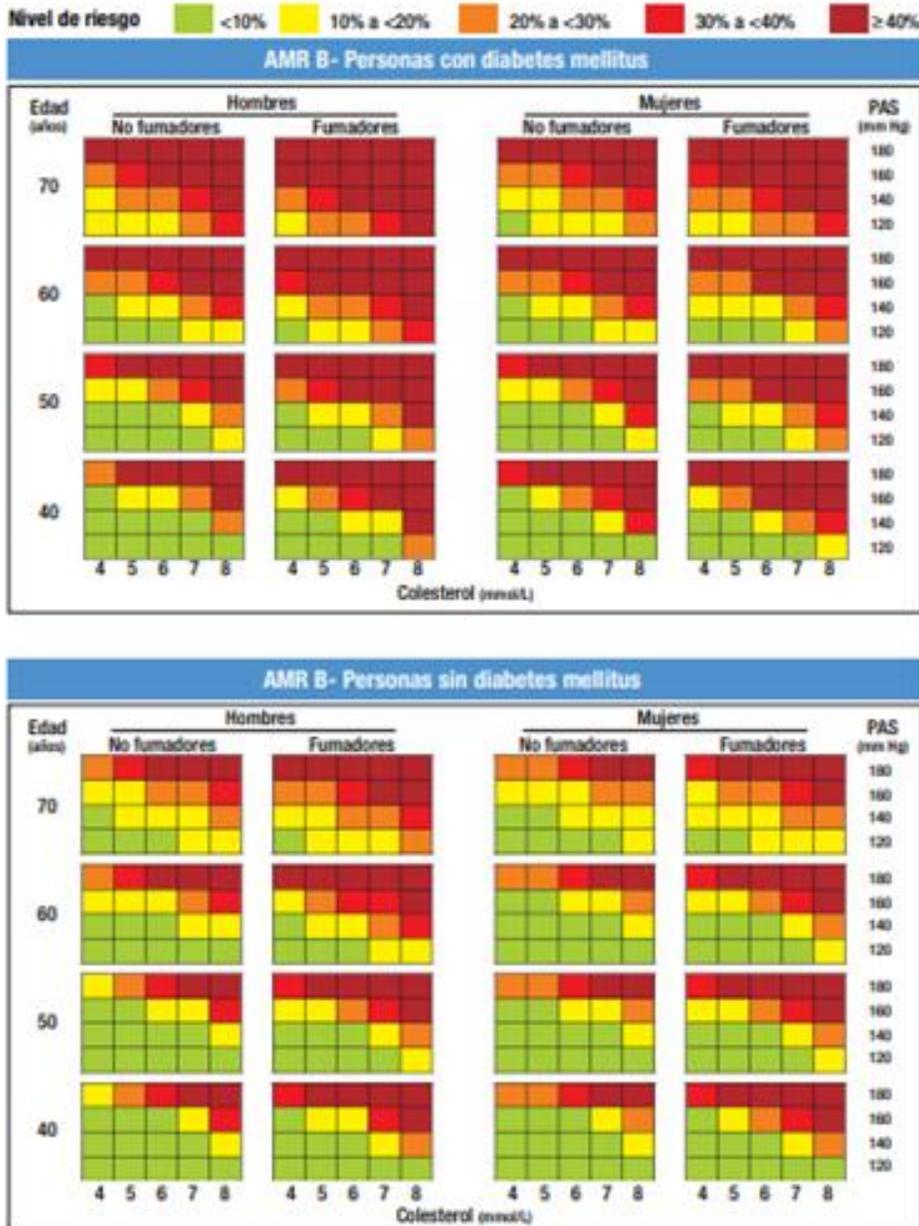
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Anexo 10

Tabla de predicción de riesgo AMR B de la OMS/ISH para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo.

Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un período de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

(1 mmol/L equivale a 38,61mg/dl)



Fuente: Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Caja Costarricense de Seguro Social, 2015.

Anexo 11

Recomendaciones para el manejo de la dislipidemia

Recomendaciones	Clase	Nivel	GRADO
Los objetivos recomendados son: <190 mg/dl para el colesterol total y <115 mg/dl para el LDL en personas con riesgo bajo o moderado.	I	A	Fuerte
En pacientes con riesgo elevado de ECV, se recomienda un objetivo para el LDL <100 mg/dl.	I	A	Fuerte
En pacientes con muy alto riesgo de ECV, se recomienda un objetivo para el LDL <70 mg/dl o una reducción \geq 50% del LDL cuando no se logre alcanzar el objetivo recomendado.	I	A	Fuerte
A todas las personas con hipercolesterolemia familiar se les debe considerar de alto riesgo y deben recibir tratamiento hipolipemiante.	I	A	Fuerte
En personas con SCA se debe iniciar tratamiento con estatinas a altas dosis durante el ingreso hospitalario.	I	A	Fuerte
Prevención del ictus no hemorrágico: el tratamiento con estatinas se debe iniciar en todas las personas con enfermedad aterosclerótica establecida y en personas con riesgo muy alto de sufrir ECV. Las personas con historia de ictus isquémico no cardioembólico deben iniciar tratamiento con estatinas.	I	A	Fuerte
La enfermedad oclusiva de las extremidades inferiores y la enfermedad carotídea son equivalentes de riesgo coronario y se deben tratar con fármacos hipolipemiantes	I	A	Fuerte
Las estatinas deben ser consideradas tratamiento de primera línea para personas trasplantadas que presentan dislipidemias.	Ila	B	Fuerte
La enfermedad renal crónica (estadios 2 al 5) se considera equivalente de riesgo coronario, y el objetivo para el LDL en estas personas debe adaptarse al grado de insuficiencia renal.	Ila	C	Fuerte

Fuente: Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Caja Costarricense de Seguro Social, 2015.

CAPÍTULO II
HOSPITALES Y CENTROS
ESPECIALIZADOS

1. La cantidad de casos en lista de espera para cirugía se mantiene invariable entre los años 2014 y 2017

Las especialidades de Cirugía general, Ortopedia, Oftalmología, Ginecología y Urología conforman el 84 % de los casos pendientes de ser operados

Uno de los temas estratégicos en los sistemas de salud, con interés nacional e internacional, son las listas de espera. Lo anterior debido a que reflejan la problemática existente entre el balance de la oferta y la demanda de los servicios de salud (Julio y otros, 2016); además de la riqueza en análisis por sus múltiples aristas, según sea el proceso evaluado, desde la consulta externa hasta los egresos hospitalarios.

Aunado al interés administrativo de los sistemas de salud, coexiste el de la persona que considera a la salud como un bien preciado (Organización Mundial de la Salud, 2015) y la sensación de urgencia (Creemers y otros, 2007), aspectos que constituyen el fundamento de la evaluación.

Específicamente, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) estableció como uno de sus objetivos “reducir las listas de espera”, basado en un sistema de control.

En concordancia con ese objetivo, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) incorporó en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud el indicador “Demora media para la realización de intervenciones quirúrgicas según especialidad y diagnóstico prequirúrgico”, con el cual compara el tiempo de espera para la resolución quirúrgica de los casos que se encuentran pendientes, según diagnóstico en las cinco especialidades con mayor cantidad de casos (Dirección Compras de Servicios de Salud, 2013).

Para este análisis, la DCSS solicitó a los centros que realizan procedimientos quirúrgicos (28)⁷, la lista de espera quirúrgica (LEQ) con fecha de corte al 31 de diciembre de 2017.

⁷ HCG, HSJD, HMEX, HSRA, HMP, HSC, HMS, HEBB, HTF, HEP, HWAT, HG, HCLVV, HSVP, HLA, HSFA, HLCH, HU, HMMV, HTC, HSV, HCN, HMTV, HNN, HOMACE, HNGG, CENARE, CLOF.

La fuente de información utilizada para 25 centros corresponde al sistema Arca y tres a sistemas propios (Hospital México -HMEX-, Hospital Nacional de Niños -HNN- y Hospital Tony Facio -HTF-); esto a diferencia de años anteriores, donde la mayoría de los centros utilizaron sistemas propios de recolección de los datos, debido al proceso de incorporación y migración al sistema Arca.

El archivo enviado por cada centro consta de al menos 37 variables, de las cuales se procesaron 11 y se eliminaron las restantes.

Como paso siguiente, se extrajeron los casos con “Estado de cita: Pendiente”, uniéndolas en un archivo nuevo donde existieran solamente este tipo de casos.

Se construyó un nuevo archivo con los casos “Pendiente” en la variable “Estado de cita” de cada uno de los centros.

Posteriormente, las variables “Servicio”, “Especialidad”, “Código diagnóstico” y “Descripción diagnóstica”, se homologaron según los criterios de calidad emitidos por la Unidad Técnica de Listas de Espera (Unidad Técnica de Listas de Espera, 2015) y se creó la variable “Plazo de espera”, la cual se expresa en días y su fórmula de cálculo es la siguiente:

$$\text{Plazo de espera} = (\text{fecha de corte} - \text{fecha de registro})$$

El resultado es igual a la cantidad de días que cada caso esperó desde su ingreso a la LEQ (fecha de registro) hasta el día de corte para el análisis (fecha de corte).

Para el cálculo de la demora media, se eligieron los diagnósticos más frecuentes en las especialidades con mayor cantidad de casos, y para cada diagnóstico se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{Demora media} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Demoras}}{\text{total de casos}}$$

Además, se construyó la variable “Grupo de espera”, con los rangos en días:

- 0 a 90.
- 91 a 180.
- 181 a 365.
- 366 y más.

Para efectos de comparación con años anteriores, se utilizaron las LEQ del 2014, 2015 y 2016, procesadas con la misma metodología aplicada con fecha de corte 31 de diciembre 2017.

Durante el proceso de revisión se evidenció una mejora continua en los registros: orden de las variables, cantidad de campos vacíos, apego a los listados institucionales para servicios y especialidades y códigos diagnósticos, entre otras.

Lo anterior contribuyó a la disminución en el tiempo utilizado para la revisión y homologación de la información, facilitando el cruce de variables, como por ejemplo, servicios y especialidad, estado de la cita y fechas de atención, y especialidad y diagnóstico.

De estos cruces de variables, llama la atención la existencia de 2 185 casos con diagnósticos poco frecuentes para la especialidad, como los que se describen a continuación:

- Cirugía general:
 - Abdomen agudo.
 - Blefaroptosis.
 - Calacio [chalazión].
 - Carcinoma *in situ* de otros órganos genitales masculinos.
 - Gonartrosis.
 - Hematuria recurrente y persistente.
- Ginecología:
 - Abdomen agudo.
 - Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas.
 - Otras malformaciones congénitas de la parte superior del tubo digestivo.
 - Supervisión del uso de drogas anticonceptivos.
- Oncología
 - Fractura de la pierna, parte no especificada.
 - Prolapso del vítreo.
 - Síndrome cervicobraquial.
 - Trastorno de los discos intervertebrales, no específica.

Ante este hallazgo, se solicitó a los centros la revisión de los casos, con excepción del hospital de Ciudad Neilly (HCN) y el hospital Tomás Casas Casajús (HTCC), debido a que en estos no se encontraron diagnósticos poco frecuentes para la especialidad.

De los 26 centros a los que se les pidió la revisión, se obtuvo respuesta de 21, con las justificaciones de algunos casos y la corrección de otros. De la lista correspondiente a los cinco centros que no respondieron, se eliminaron 500 casos, considerando la confiabilidad de la información.

Para analizar los cinco diagnósticos con mayor cantidad de casos en la LEQ del año 2017 y poder compararlos con los años 2014-2016, se tomaron en cuenta únicamente los códigos diagnósticos específicos para cada una de las siguientes patologías: colelitiasis, gonartrosis, catarata, hiperplasia prostática y esterilización (femenina). Es necesario aclarar que en los años 2014-2016 se realizaron agrupaciones diferentes de códigos para un mismo diagnóstico, por lo que el número de casos varía.

El diagnóstico “Esterilización”, código Z302, se refiere a la esterilización quirúrgica de ambos sexos, pero como el procedimiento es diferente para cada sexo (“Vasectomía” en masculinos y “Otra destrucción u oclusión bilateral trompa de Falopio” en femeninas), se hizo una separación por sexo.

En general, la LEQ del 2017 la conforman 120 911 casos pendientes; al comparar esta cifra con el corte del 2016 se observa una disminución de 5,4 % (6 868 casos), pero con respecto al 2014 hay un incremento de 0,2 % (251 casos). A pesar de que la tendencia en el trienio 2014-2016 fue de aumento, en el 2017 es de disminución (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1

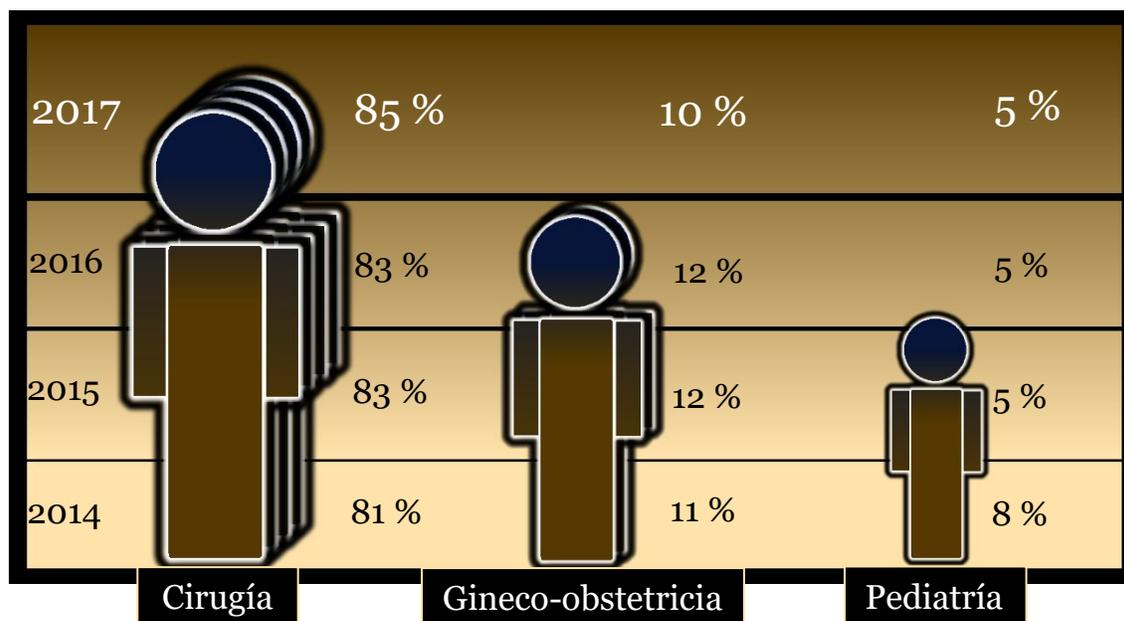
CCSS: Distribución de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica por servicio, 2014-2017

Servicio	2014	2015	2016	2017
Cirugía	98 088	102 359	106 714	103 056
Gineco-Obstetricia	12 737	14 568	15 163	12 177
Pediatría	9 835	7 385	5 902	5 678
Total	120 660	124 312	127 779	120 911

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Los casos pendientes en la LEQ de los servicios de Cirugía y Ginecología constituyen el 95 % de todos los casos pendientes, tal como se muestra en la Figura 1.1.

Figura 1.1
CCSS: Distribución porcentual de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica por servicio, 2014-2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

En el cuatrienio 2014-2017 se mantienen las mismas especialidades con la mayor cantidad de casos pendientes, las cuales concentran el 84 % de los casos en la LEQ (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2
CCSS: Distribución de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica de los servicios de Cirugía y Gineco-obstetricia, por especialidad, 2014-2017

Especialidad	2014	2015	2016	2017
Cirugía general	30 703	27 396	29 953	28 980
Ortopedia	23 993	25 342	27 995	25 138
Oftalmología	16 239	20 143	23 605	25 768
Ginecología	12 737	14 568	15 162	12 089
Urología	11 840	12 291	10 873	9 659

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Al igual que en los años 2014-2016, los diagnósticos con mayor frecuencia son: catarata, colelitiasis, esterilización (femenina), gonartrosis e hiperplasia prostática, para un total de 38 561 casos, lo que representa el 32 % del total de pendientes de la LEQ; de estos, el 82,5 % se concentra en 10 hospitales:

- Nacionales:
 - Rafael Ángel Calderón Guardia 13 %.
 - San Juan de Dios 12 %.
- Regionales
 - San Rafael -Alajuela- 14 %.
 - San Vicente de Paúl -Heredia- 10 %.
 - Enrique Baltodano Briceño -Liberia- 8 %.
 - Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago- 6 %.
 - Tony Facio Castro -Limón- 6 %.
 - De San Carlos 5 %.
 - Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón- 5 %.
- Periférico 3
 - De La Anexión -Nicoya- 4 %.

Al comparar los cinco diagnósticos principales, se observa que los casos de catarata han ido aumentando en cantidad y en demora (Cuadros 1.3 y 1.4).

Cuadro 1.3
CCSS: Número de casos institucionales pendientes por diagnóstico, 2014 a 2017

Diagnóstico	2014	2015	2016	2017
Catarata	7 553	9 530	13 570	16 002
Colelitiasis	5 168	7 989	9 217	8 935
Esterilización (femenina)	5 861	8 376	9 027	6 852
Gonartrosis	4 070	4 061	4 200	3 791
Hiperplasia prostática	2 681	2 975	3 070	2 981

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Los casos de colelitiasis y esterilización femenina, por su parte, tienden a ir en aumento al comparar el año 2014 con el 2017, pero disminuyen entre los años 2016 y 2017; mientras que para la gonartrosis y la hiperplasia prostática la cantidad de casos se mantuvieron estables entre los años 2014-2016, con una disminución en el 2017, al igual que los diagnósticos anteriores (Cuadros 1.3).

En lo que respecta a la variabilidad de la demora media, en la colelitiasis es de 10 días, lo que indica que puede existir un sistema estable para la resolución de estos casos. En la esterilización femenina y en la hiperplasia prostática se observa un aumento de la demora media hasta el año 2016 y un descenso en el 2017, incluso inferior al 2014. La gonartrosis es el único diagnóstico con tendencia clara a disminuir la demora media, con una diferencia de 450 días entre 2014 y 2017 (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4
CCSS: Demora media institucional por diagnóstico, 2014 a 2017

Diagnóstico	2014	2015	2016	2017
Catarata	244	231	261	271
Colelitiasis	363	352	352	355
Esterilización (femenina)	281	327	367	252
Gonartrosis	978	858	754	528
Hiperplasia prostática	595	638	609	449

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Al analizar los casos según diagnóstico y por grupo de espera en días (Cuadro 1.5), se observa que para el año 2017 el grupo de “366 y más” contiene la mayor cantidad de casos para todos los diagnósticos, a excepción de la esterilización femenina, que posee más casos en “0-90”.

Al comparar los diagnósticos de catarata y colelitiasis de los cortes 2014 y 2017, el grupo más grande y con tendencia al aumento en proporción es el de “366 días y más”; sin embargo, para estos mismos cortes los diagnósticos de esterilización femenina, gonartrosis e hiperplasia prostática tienen una tendencia a la disminución.

Cuadro 1.5

CCSS: Distribución porcentual de casos según diagnóstico principal por grupo de espera, 2014 a 2017 (en días)

Diagnóstico	Grupo de espera	2014	2015	2016	2017
Catarata	0-90	22,55%	26,51%	23,05%	26,71%
	91-180	18,88%	25,55%	18,66%	16,29%
	181-365	35,68%	28,27%	32,73%	26,50%
	366 y más	22,89%	19,67%	25,56%	30,50%
Colelitiasis	0-90	20,88%	20,64%	19,36%	21,22%
	91-180	14,90%	17,82%	14,43%	14,72%
	181-365	25,35%	26,00%	25,65%	22,55%
	366 y más	38,87%	35,54%	40,57%	41,51%
Esterilización femenina	0-90	22,86%	18,71%	18,98%	32,01%
	91-180	20,87%	17,44%	17,05%	21,41%
	181-365	26,55%	25,85%	25,80%	27,88%
	366 y más	29,72%	38,00%	38,17%	18,71%
Gonartrosis	0-90	5,90%	9,95%	9,19%	13,82%
	91-180	5,90%	9,04%	9,36%	11,63%
	181-365	10,44%	14,75%	13,79%	16,78%
	366 y más	77,76%	66,26%	67,67%	57,77%
Hiperplasia prostática	0-90	12,42%	11,70%	11,89%	18,89%
	91-180	9,55%	11,83%	11,01%	13,55%
	181-365	14,92%	16,44%	16,84%	24,09%
	366 y más	63,11%	60,03%	60,26%	43,48%

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Conclusiones y recomendaciones

De este análisis se concluye que debido a que la lista de espera es un proceso dinámico entre oferta y demanda, es necesario el control y la evaluación constante. En este sentido, se deben gestionar los recursos para lograr el objetivo institucional de disminuir la LEQ.

Si bien todavía se encuentran problemas en la información recopilada, como por ejemplo los diagnósticos poco frecuentes para las especialidades, el registro de los datos ha mejorado en el transcurso del tiempo. Lo anterior puede deberse a que los datos ingresados al sistema tienen un proceso de revisión, garantizando su calidad, aunado al proceso de evaluación.

En lo referente a los casos pendientes en la LEQ del 2017 respecto al 2016, se observa una disminución de 5,4 %, cumpliéndose así uno de los objetivos institucionales. Sin embargo, al comparar el 2017 con el 2014, hubo un aumento de 0,2 %.

Por otra parte, la cantidad de casos pendientes en el grupo de espera de 366 días y más en cuatro de los cinco diagnósticos prioritarios, así como en la especialidad de Oftalmología, tanto en casos como en demora media, pone de manifiesto que los gestores deben ejercer un mayor control y avocar esfuerzos para disminuir la LEQ.

En informes previos, se ha expuesto la necesidad de impulsar las guías de prácticas clínicas, así como el monitoreo y control de las salas de operaciones, con el fin de prevenir en forma y tiempo, problemas asociados al balance entre la oferta y demanda de los servicios quirúrgicos de la CCSS (Rodríguez y otros, 2008).

Finalmente, recalcar que hay mucho trabajo por hacer para disminuir la LEQ, lo que produciría un impacto positivo en la salud costarricense.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos*. San José: CCSS, Unidad Técnica de Listas de Espera.

Creemers, S., Vandaele, N., & Labercht, M. (2007). Queueing models in healthcare [Modelo de colas en salud]. *Tijdschrift voor Economie en Management*, 52(3): 471-497.

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2015). *Evaluación Prestación de Servicios de Salud 2014*. San José: EDNASSS-CCSS.

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2016). *Evaluación Prestación de Servicios de Salud 2015*. San José: EDNASSS-CCSS.

- Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (06 de setiembre de 2013). *Lista de Espera. Especialidades quirúrgicas. Determinación del tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social, DCSS.
- Julio, C., Wolff, P., & Yarza, M. (2016). Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Rev Med Chile*; 144: 787-794.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Salud y derechos humanos*. (Internet). Recuperado el 10 de junio de 2017, de: OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Rodríguez, E., Álvarez, B., & Abad, P. (2008). Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 24(3): 702-707.

2. La oportunidad en la ejecución de la colposcopia en los hospitales es de 85 %

Las recomendaciones basadas en evidencia pueden contribuir para gestionar esta atención

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo. En el año 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones y se estima que en la actualidad una de cada seis defunciones se debe a esta enfermedad. La mayor parte de las muertes por cáncer (70 %) se dan en países de ingresos medios y bajos. Su detección en fases avanzadas y la falta de diagnóstico y de tratamiento son elementos que influyen en esta tendencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Es importante tener en consideración estos aspectos, ya que entre el 30 y el 50 % de los cánceres se pueden evitar con acciones que permitan reducir los factores de riesgo, muchos de los cuales tienen que ver con estilos de vida y patrones de comportamiento. La prevención abarca también la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento oportuno, con lo que se incrementan de forma considerable las posibilidades de recuperación para muchos tipos de cáncer (OMS, 2018).

En Costa Rica, el cáncer de cuello uterino ocupa el tercer lugar en incidencia (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014) y el cuarto en mortalidad (MINSAL, 2015) por neoplasias malignas en mujeres. Este es altamente prevenible a través de programas organizados de detección temprana y tratamiento oportuno, que pueden evitar la progresión de las lesiones premalignas, siempre considerando aplicarlos en función de la historia natural de la enfermedad y, por tanto, de la edad de la mujer (Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, s.f.).

En el contexto de la prevención del cáncer de cérvix, la citología cervicovaginal o Papanicolaou es el método de tamizaje que permite la detección temprana de lesiones precursoras, y ante un resultado alterado, la mujer debe referirse a colposcopia para su valoración en un plazo de atención establecido por norma (Costa Rica, Poder Ejecutivo, 2006).

La colposcopia es el “procedimiento clave necesario para evaluar las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino anormales o no concluyentes, así como los

síntomas o hallazgos físicos relacionados con el cáncer de cuello uterino” (Khan y otros, 2017). Esta permite la definición del tratamiento a seguir y la vigilancia de los casos a lo largo del tiempo.

Se dice que las estrategias de prevención óptimas deberían identificar aquellas anormalidades relacionadas con el Virus del Papiloma Humano (VPH) que probablemente evolucionen a cáncer invasivo, y evitar, a la vez, el tratamiento de anormalidades que no están destinadas a convertirse en cancerosas.

En el año 2013, la Asociación Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP, por sus siglas en inglés), publicó las pautas de consenso actualizadas para el manejo de pruebas anormales de detección de cáncer de cuello uterino y precursores (Massad y otros, 2013). Al respecto, se estudian las recomendaciones para el manejo de mujeres cuyo resultado citológico es células escamosas de significado indeterminado (ASCUS), ya que es la anormalidad más común, aunque conlleva el riesgo más bajo de neoplasia intraepitelial grado 3 (NIC 3) (entre uno y dos tercios no están asociados a los serotipos de riesgo de VPH):

1. Se recomienda hacer la prueba conjunta (citología y prueba de VPH al mismo tiempo) antes que hacer colposcopia. Incluso, sin posibilidad de hacer pruebas de VPH, el control con citología al año es aceptable. Si el resultado es persistente o peor, se refiere a colposcopia; si es negativo, se continúa control con citología cervicovaginal a intervalos cada tres años (evidencia IIB).
2. Edad 21 a 24 años: se prefiere la citología sola en intervalos de 12 meses, pero la prueba de VPH es aceptable. Si la lesión progresa a células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo (ASC-H), lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) o células glandulares atípicas (AGC), se refiere a colposcopia (evidencia IIB).
3. Edad 65 años y más: conducta similar al punto 1, con la salvedad de que ante prueba de VPH negativa, se recomienda vigilancia adicional con evaluaciones repetidas en un año. Se prefiere la prueba conjunta, pero la citología es aceptable (evidencia IIB).
4. Condición de embarazo: la conducta es similar a la descrita para la mujer no embarazada; sin embargo, es aceptable posponer la colposcopia hasta seis semanas después del parto (evidencia IIIC).

Cabe mencionar que para las mujeres con resultado citológico de lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG), aplica la recomendación del punto 2, puesto que antes de los 25 años el riesgo de cáncer de cérvix es bajo. En su mayoría, estas lesiones resuelven de forma espontánea sin necesidad de tratamiento, comportamiento similar al ASCUS.

Por otra parte, en las mujeres de menos de 21 años no se recomienda el tamizaje para el cáncer del cuello uterino, mientras que en las mujeres de 30 años o más se está utilizando la prueba conjunta (ASCCP, 2013).

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) emitió el “Lineamiento para la mejora en la prevención y detección del cáncer de cérvix”, en el cual se define la población blanco para el tamizaje y se plantea un flujograma de atención donde se consideran las recomendaciones internacionales descritas para la referencia a colposcopia. Además, se anota que *“la referencia debe incluir los datos de identificación y clínicos completos de la paciente, los resultados de la citología y una copia del reporte cuando sea posible”* (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2014).

Para efectuar la evaluación de la oportunidad en la ejecución de la colposcopia a las usuarias referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix, atendidas en los 23 hospitales generales (nacionales, regionales y periféricos) y el hospital especializado de las Mujeres Adolfo Carit Eva, se utiliza el marco estadístico establecido por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS).

De tal forma, se revisa el expediente de salud de los casos reportados por cada hospital, sea población (donde el plazo de atención debe ser menor de 30 u ocho días) o muestra (donde el plazo de atención debe ser menor de 90 días), y se recopila la información necesaria para calcular la demora en la atención y el porcentaje de casos que se atienden en el plazo establecido en la norma, según diagnóstico de referencia (Costa Rica, Poder Ejecutivo, 2006), tal como se muestra en la tabla 2.1.

Tabla 2.1
Plazos de atención en colposcopia establecidos en la norma según diagnóstico de referencia

< 90 días	< 30 días	< 8 días
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de VPH • ASCUS • Células glandulares de significado indeterminado (AGUS) • LIEBG: displasia leve/NIC 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión clínica sospechosa de cáncer en cérvix • ASC-H • LIEAG: displasia moderada/NIC 2, displasia severa y carcinoma <i>in situ</i>/NIC 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión invasora

Fuente: Costa Rica, Poder Ejecutivo. (2006). Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología (Decreto N 33119-S). *Diario Oficial La Gaceta* N° 131, 1-21.

Para determinar la demora, se mide el tiempo desde la fecha de recepción de la referencia en el hospital hasta la fecha en que se ejecutó la colposcopia. Los casos en los que no se registra la fecha de ejecución de la colposcopia, se consideran como no medibles, por la imposibilidad de medir la demora.

Cuando el registro que falta es la fecha de recepción de la referencia, se busca el registro de alguna fecha previa que permita medir la demora. Se considera el tiempo cuando se encuentra dentro del plazo establecido; caso contrario, se consigna como caso no medible, puesto que se desconoce el punto exacto en el flujo de atención en el cual excede la demora y por tanto, no es atribuible al hospital.

Los casos no medibles constituyen valores perdidos, al igual que los casos cuyo expediente no está disponible, los que no cumplen criterio de inclusión (otro diagnóstico de referencia, año de ejecución de la colposcopia diferente al evaluado, sin colposcopia efectuada en el año evaluado) o los que cumplen criterio de exclusión (expediente duplicado en el registro de casos aportado por el centro, primera colposcopia efectuada en otro establecimiento de salud y casos controles). Todos estos casos son no evaluables, por lo que no se utilizan para el análisis.

Cuando se revisa una muestra de la población reportada, si la cantidad de expedientes no evaluables alcanza el valor previamente establecido, a partir del cual está definido que afecta su representatividad estadística para concluir sobre la población de interés, los resultados obtenidos no pueden utilizarse para análisis y el indicador se considera no evaluable.

Lo anterior se presentó en los hospitales San Rafael -Alajuela-, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Francisco de Asís -Grecia-, Tony Facio Castro-Limón-, Max Terán Valls -Quepos- y de Upala, en la muestra revisada de casos referidos por lesiones cuyo plazo de atención en colposcopia debe ser menor de 90 días según la norma.

Esto no aplica cuando se revisa la población reportada, como sucede con los casos referidos por lesiones cuyo plazo de atención establecido por norma es menor de 30 u ocho días.

Por otro lado, se determinan las causas de la demora excedida del plazo normado (atención no oportuna) y las medidas de tendencia central según la causa. Se identifica la cantidad de casos referidos que cuentan con el informe citológico, el laboratorio en el cual se procesa la citología, la distribución de casos en los hospitales por diagnóstico de referencia y el porcentaje de casos con resultado citológico de ASCUS y LIEBG por grupo de edad.

Para el año 2017 los hospitales de la CCSS reportaron una población de 5 282 mujeres referidas por citología cervicovaginal alterada o por lesión clínica sospechosa, a quienes se les efectuó colposcopia; de este total se revisaron 1 814 casos.

El 75 % de los casos corresponde al registro de mujeres referidas por lesiones cuyo plazo de atención para la realización de la colposcopia debe ser menor de 90 días; el 24 % al de mujeres referidas por lesiones para las que este plazo debe ser menor de 30 días; y cuatro casos al de mujeres referidas por lesión invasora cuya colposcopia debe efectuarse en menos de ocho días.

Del total de 1 814 casos, se analizaron los datos de 1 330 que fueron considerados evaluables; los 484 casos restantes constituyen valores perdidos, ya que no cumplen con los criterios y el marco de referencia estadístico para la evaluación:

- Ocho no disponibles.
- 85 no cumplen criterio de inclusión.

- 87 cumplen criterio de exclusión.
- 52 tienen demora en la atención para la ejecución de la colposcopia indeterminable (no medible) por falta de registro de variables.
- 252 no pueden tomarse en cuenta, ya que los resultados se obtienen de una muestra que no permite representar la población blanco (la cantidad de casos no evaluables alcanza el criterio estadístico establecido).

Al respecto, se debe tener presente que es muy importante el control local que se hace sobre el registro de casos, ya que incide en la representatividad de los resultados de la evaluación; esto sobre todo considerando que hay hospitales en los cuales la cantidad de valores perdidos ha impedido de forma recurrente, que el indicador sea evaluado (desde el año 2015 en el hospital San Rafael -Alajuela- y a partir del 2016 en los hospitales Tony Facio Castro -Limón- y San Francisco de Asís -Grecia-).

Por otra parte, tras el análisis efectuado, se determinó que el 85 % de los casos referidos a los hospitales de la institución para la realización de la colposcopia fueron atendidos en el tiempo normado; porcentaje ligeramente inferior al del año 2016 (87 %) (CCSS, 2017).

La distribución de los casos y la oportunidad de la atención según el diagnóstico de referencia se observa en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1

CCSS: Población reportada, casos revisados, evaluables y oportunidad de la atención en colposcopia según diagnóstico de referencia a los hospitales, 2017

Diagnóstico de referencia	Población reportada	Casos			
		Revisados	Evaluables	Atendidos en el plazo	
				Número	Porcentaje
Total	5282	1814	1330	1127	85
VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG ^{1/}	4834	1366	967	825	85
Lesión clínica sospechosa, ASC-H o LIEAG ^{2/}	444	444	360	300	83
Lesión invasora	4	4	3	2	67

1/VPH: Virus del Papiloma Humano; ASCUS: células escamosas de significado indeterminado; AGUS: células glandulares de significado indeterminado; LIEBG: lesión intraepitelial de bajo grado (displasia leve/NIC 1). No incluye datos de los hospitales San Rafael -Alajuela-, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Francisco de Asís -Grecia-, Tony Facio Castro -Limón-, Max Terán Valls -Quepos- y de Upala.

2/ASC-H: células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo; LIEAG: lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada/NIC 2, displasia severa y carcinoma *in situ*/NIC 3).

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Se aclara que uno de los casos referidos por lesión invasora no cumple criterio de inclusión porque la colposcopia fue ejecutada en otro año diferente al evaluado. De los tres casos evaluables por este tipo de lesión, uno fue atendido en el hospital La Anexión el mismo día que se recibió la referencia; otro fue atendido en el hospital San Rafael -Alajuela- a los seis días; y el otro en el hospital México a los 10 días.

En cuanto a los resultados de la oportunidad en la atención en colposcopia según plazo de atención por hospital, se debe mencionar que estos muestran variabilidad. En cerca de la mitad de los establecimientos, el grado de cumplimiento es mayor en el grupo de casos cuyo plazo de atención debe ser menor de 90 días respecto al grupo de casos en donde el plazo debe ser inferior a 30 días, según diagnóstico de referencia. Los motivos deben revisarse, puesto que la atención para estos últimos debe priorizarse. Los resultados se muestran en las figuras 2.1 y 2.2.

Figura 2.1
CCSS: Casos referidos por citología cervicovaginal con VPH, ASCUS, AGUS o LIEBG^{1/} atendidos en colposcopia en el plazo normado según hospital, 2017

Hospital ^{2/}	Total	Atendidos en < 90 días (porcentaje)
San Vicente de Paúl -Heredia- San Juan de Dios Manuel Mora Valverde -Golfito-	70 68 25	100
De Ciudad Neily De San Carlos	53 52	98
De Guápiles	73	97
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas- México	56 54	96
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	49	94
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	54	93
De La Anexión -Nicoya-	52	90
De Los Chiles	52	88
William Allen Taylor -Turrialba-	54	87
De Osa Tomás Casas Casajús	18	83
De San Vito	50	74
Rafael Angel Calderón Guardia	48	69
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	70	61
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	69	26

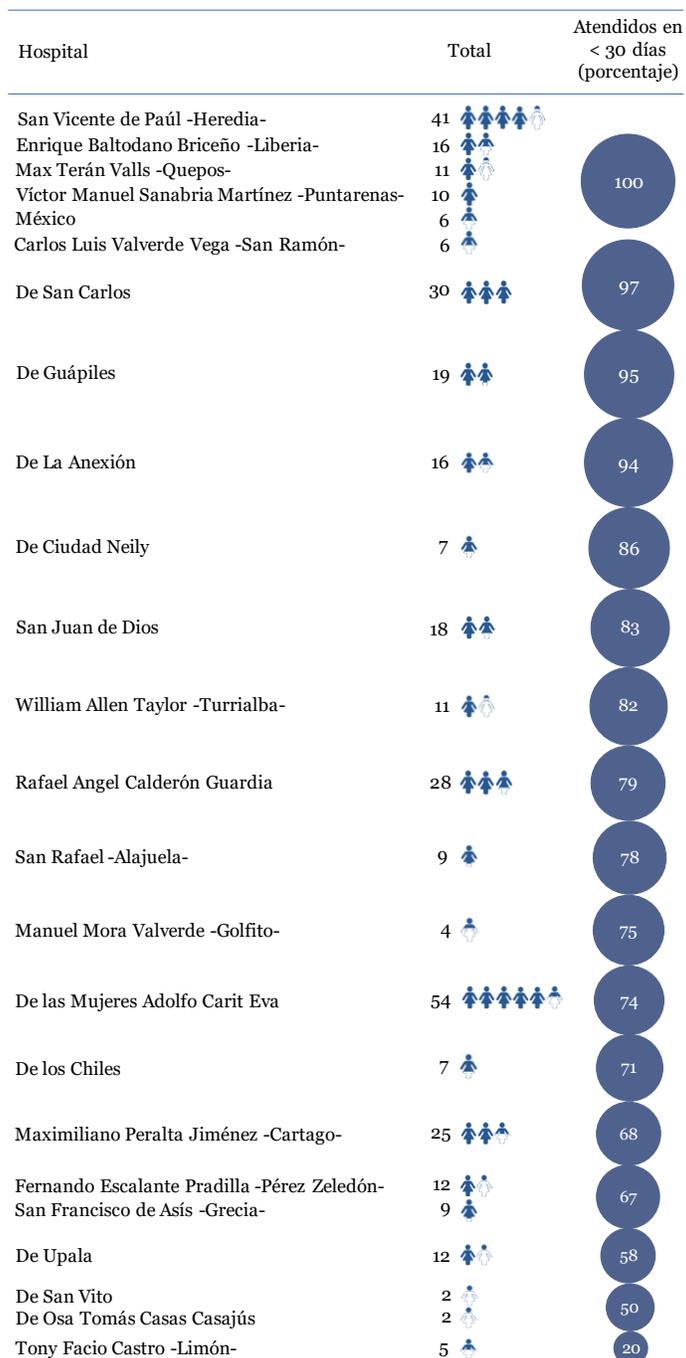
 =10

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

2/No incluye datos de los hospitales Tony Facio Castro -Limón-, San Rafael -Alajuela-, Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-, San Francisco de Asís -Grecia-, Max Terán Valls -Quepos- y De Upala.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Figura 2.2
CCSS: Casos referidos por lesión clínica sospechosa o citología cervicovaginal con ASC-H o LIEAG^{1/} atendidos en colposcopia en el plazo normado según hospital, 2017



 =10

1/ASC-H: Células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo, LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada/NIC 2, displasia severa y carcinoma in situ/NIC 3).

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Del total de casos revisados, 203 se atendieron en colposcopia en un plazo mayor o igual al establecido a la norma:

- 142 referidos por lesiones cuyo plazo de atención debe ser menor de 90 días.
- 60 referidos por lesiones cuyo plazo de atención debe ser menor de 30 días.
- Un caso de cáncer invasor cuyo plazo de atención debe ser menor de ocho días.

De estos, no se encuentra registro de la causa de la demora en 178 casos, en donde había, incluso, uno referido por cáncer invasor. Excluyendo este caso, las causas y las medidas de tendencia central de la demora excedida se muestran en los cuadros 2.2 y 2.3.

Cuadro 2.2

CCSS: Medidas de tendencia central de la demora excedida en la atención en colposcopia a las mujeres referidas con lesiones cuyo plazo de atención normado es menor de 90 días según causa, 2017

Causa	Número de casos	Demora excedida (días)				
		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo
No registrada	126	134	105	198	90	306
Menstruación	8	115	97	144	90	307
Embarazo	3	119	NA	NA	104	561
Ausencia	4	101	NA	NA	95	265
Hallazgo clínico	1	NA	NA	NA	197	NA

NA: No aplica por el número de casos.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Cuadro 2.3

CCSS: Medidas de tendencia central de la demora excedida en la atención en colposcopia a las mujeres referidas con lesiones cuyo plazo de atención normado es menor de 30 días según causa, 2017

Causa	Número de casos	Demora excedida (días)				
		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo
No registrada	51	47	35	63	30	153
Menstruación	4	38	NA	NA	35	42
Embarazo	2	NA	NA	NA	109	217
Ausencia	3	39	NA	NA	34	40

NA: No aplica por el número de casos.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Se encuentra registro de la causa de la demora en la atención por reprogramación de cita solamente en 25 casos (16 de mujeres referidas por lesión cuyo plazo de atención debe ser menor de 90 días y nueve cuyo plazo debe ser menor de 30 días). Además, se observa una variabilidad en la demora en la atención, sobre todo en el grupo de mujeres referidas por lesiones cuyo plazo de atención normado es menor de 90 días.

En los casos cuya causa para la reprogramación de la cita en colposcopia fue el embarazo, esta se ejecutó alrededor de los cuatro meses en tres de ellas, una a los siete meses y otra a los 17 meses. En este sentido, sería interesante revisar estos casos a partir de la fecha de parto y según el diagnóstico de referencia en relación con lo recomendado en las guías internacionales, en donde se considera aceptable posponer la colposcopia hasta seis semanas posparto (Massad y otros, 2013).

Respecto al informe citológico, del total de 1 330 casos, este reporte solo se encuentra en el expediente de 1 236 casos (92%), lo cual indica que se adjunta a la referencia en la mayoría. La citología fue procesada en el Laboratorio Nacional de Citología en el 81 % de los casos (n=997) (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1

CCSS: Distribución de casos con reporte citológico en el expediente según laboratorio en el cual fue procesada la muestra, 2017



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

La pertinencia del procesamiento de las muestras de la citología cervicovaginal en los laboratorios de patología de los hospitales de la CCSS podría revisarse.

Según el diagnóstico de referencia, el 72 % de los casos se refirió por VPH (n=9), ASCUS (n=472) o LIEBG (n=470); mientras que el 27 % por lesión clínica sospechosa (n=21), ASC-H (n=49) o LIEAG (n=290); y el 1 % restante por AGUS (n=16); solo tres casos por lesión invasora. La distribución se observa en el anexo 1.

Estos resultados reflejan que la mayoría de casos se atienden en etapas tempranas de la enfermedad y considerando la historia natural; se espera que el seguimiento prevenga la aparición de lesiones de mayor riesgo de cáncer de cérvix.

Al analizar la distribución de mujeres referidas por ASCUS o LIEBG por grupo de edad, de las 942, el 10 % tienen menos de 21 años, el 9 % entre 21 y 24 años, el 78 % entre 25 y 64 años y el 3 % 65 años y más.

De forma más precisa, del total de 942 mujeres con estos diagnósticos, 472 (con edades entre 14 y 76 años) fueron referidas por ASCUS y 119 (con edades entre 14 y 24 años) por LIEBG. Son 591 mujeres que constituyen el 61 % de los casos evaluables cuyo plazo de atención normado en colposcopia es menos de 90 días, y el 44 % del total de casos evaluables.

Con base en lo anterior, se plantea la necesidad de revisar las recomendaciones actuales nacionales e internacionales citadas al inicio de este capítulo, dado que en 17 % de los casos evaluables cuyo plazo de atención normado es menos de 30 días (equivalente al 5 % del total de evaluables), se prolonga el plazo en la ejecución de la colposcopia respecto al establecido en la norma, y podría ser que no se logre priorizar su atención, por la cantidad de usuarias referidas con diagnóstico ASCUS o LIEBG, las cuales tal vez no han sido controladas con citología a intervalos de 12 meses, para determinar la persistencia de las lesiones citológicas antes de ser referidas a colposcopia.

Por último, múltiples factores pueden incidir en los porcentajes logrados de atención oportuna en colposcopia; corresponde a cada centro investigar al respecto y gestionar acciones que permitan mejorar esta atención. El recurso de la red de servicios de salud y la medicina basada en la evidencia pueden contribuir para la revisión de los criterios de referencia que apliquen según las recomendaciones de manejo actualizadas y valorar posteriormente los resultados.

Referencias bibliográficas

Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. (s.f.). *Infección por el Virus del Papiloma Humano. Lesiones premalignas y cáncer*. (Internet). Recuperado el 24 de mayo de 2018, de: <http://www.aepcc.org/infeccion-por-el-vph/>

American Society for Colposcopy and Cervical Pathology [ASCCP]. (2013). *Algorithms. Recomendaciones Actualizadas para el Manejo de las Anormalidades detectadas durante el cribaje del carcinoma de cérvix y sus precursores*. Frederick, MD: ASCCP.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). *Lineamiento en mejora de la prevención y detección del cáncer de cérvix*. San José: CCSS, Coordinación Técnica del Cáncer.

- Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2017). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2016*. San José: EDNASSS-CCSS.
- Costa Rica, Poder Ejecutivo. (2006). Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorios de Citología (Decreto N 33119-S). *Diario Oficial La Gaceta N° 131*, 1-21.
- Khan, M.J., Werner, C.L., Darragh, T.M., Guido, R.S., Mathews, C., Moscicki, A.B.,... & Huh, W.K. (2017). ASCCP Colposcopy standards: role of colposcopy, benefits, potential harms, and terminology for colposcopic practice. *J Low Genit Tract Dis*, 21(4): 223-229.
- Massad, L.S., Einstein, M.H., Huh, W., Katki, H.A., Kinney, W.K., Schiffman, M.,... & Lawson, H.W. (2013). 2012 Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors 2013. *J Low Genit Tract Dis*, 17(5) : S1-S27.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2014). *Incidencia de tumores malignos más frecuentes en la población femenina según localización anatómica y grupos de edad Costa Rica 2014 (Tasas por 100,000 mujeres)*. San José: Registro Nacional de Tumores.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2015). *Mortalidad por tumores malignos más frecuentes en la población femenina según localización anatómica por grupos de edad Costa Rica 2015 (tasas por 100,000 mujeres)*. San José: Registro Nacional de Tumores.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1 de febrero de 2018). Cáncer. (Internet). OMS, Centro de Prensa. Recuperado el 17 de mayo de 2018, de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

3. Trombolisis oportuna en el 64 % de los casos con infarto del miocardio ST-elevado en servicios de urgencias de los hospitales

Deficiencias en los registros afectan los resultados

Desde el año 2004 se viene evaluando la oportunidad en la atención de los casos por infarto agudo de miocardio ST-elevado (IAMCEST) atendidos en los servicios de emergencias de los hospitales generales de la Caja Costarricense de Seguro (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2013).

La medida utilizada es el tiempo puerta-aguja (Masoudi y otros, 2008), con una demora aceptada de 30 minutos o menos en el 100 % de los casos (O`Gara, 2013; CCSS, 2013). Ese tiempo puerta aguja corresponde a los minutos que transcurren desde que el paciente solicita atención en el servicio de Emergencias (puerta), hasta que da inicio la aplicación de la estreptoquinasa (aguja).

La selección de los casos por IAMCEST la realizan los encargados de cada hospital, según requisitos establecidos en la ficha técnica (CCSS, 2013).

La lista final recibida por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) contenía 150 casos, procedentes de 23 hospitales generales. Al respecto, cabe mencionar que el hospital México y el de Los Chiles no reportaron ningún caso.

En el proceso de revisión de expedientes, no se encontró un caso y 46 se excluyeron de la evaluación por calidad en el registro del listado: 23 casos por incumplir con un criterio de inclusión y 23 casos por cumplir con el criterio de exclusión al haber sido referidos por síndrome coronario agudo.

Los datos de los restantes expedientes (46 electrónicos y 57 físicos), fueron registrados en el formulario desarrollado para tal fin (Cuadro 3.1).

Posterior a la verificaron de los datos de los 103 casos que sí fueron evaluables, se procedió a una segunda revisión de los expedientes electrónicos y a la corrección de inconsistencias. Como resultado, se excluyeron 47 casos por problema de calidad en el registro del dato de medición del tiempo puerta-aguja: en 25 casos la hora del tratamiento no fue anotada y en dos fue irregular; en 17 casos el

registro de la hora del triaje faltó, cuando esta es la puerta de entrada del flujo de atención del hospital; y en tres casos los tiempos fueron retrospectivos (Cuadro 3.1, ver anexo 2).

De tal forma, de los 149 expedientes disponibles, 103 fueron evaluados; de estos, en 47 casos el indicador no fue medible; por lo que el tiempo puerta aguja solo se logró medir en 56 casos, que representan el 38 % del listado inicial. Para el cálculo de las frecuencias y estadísticas descriptivas de las variables de estos casos, se utilizó el programa informático Excel 2010.

Las principales características de los 103 casos evaluados fueron: 82 % hombres y 18 % mujeres, con una razón hombre/mujer de 4,5. Las edades oscilaron entre 39 y 88 años; y el promedio de edad en hombres fue de 12 años menos respecto al de las mujeres (63 y 75 años, respectivamente).

La proporción de IAMCEST prematuros fue mayor en el grupo de hombres (23/86) que en el de las mujeres (1/19). En este sentido, cabe mencionar que se cataloga infarto prematuro cuando este ocurre a una edad temprana: menor a 55 años en hombres y menor a 65 años en mujeres (National Institutes of Health, 2002).

Una cuarta parte del total de casos se trasladó al centro hospitalario mediante la Cruz Roja, y el resto llegó por sus propios medios. Mayor proporción de hombres a la llegada de urgencias tenían menor tiempo de evolución de los síntomas; por el contrario, a más horas de evolución el porcentaje en mujeres es mayor.

Inicio de los síntomas	Hombre	Mujer
Menos de 2 horas	38	6
De 2 a 4 horas	22	6
Mayor de 4 a 12 horas	17	2
Mayor de 12 horas	3	4
NS/NR	4	1
Casos revisados	84	19

A la llegada a emergencias, 19 de los 20 servicios realizaron el triaje para determinar el abordaje en la atención, excepto en el hospital Tomás Casas Casajús, donde no se implementó. Lo realizan en forma permanente 16 centros y aún mantienen restricciones en horarios y días para su aplicación los hospitales: Escalante Pradilla, Guápiles y San Vito.

El triaje constituyó la puerta de entrada o primer sitio de recepción del registro de datos en 38 casos, seguido por la ventanilla (36), primera atención del médico o enfermera (9) y el resto no definida por falta de datos.

En el triaje, la mayoría de los centros priorizan al paciente con la clasificación *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), a excepción de los hospitales San Rafael y San Carlos, que aplican la escala modificada. La distribución de los 103 casos revisados según esta clasificación fue:

Clasificación Canadian Triage and Acuity Scale	Casos
Sin clasificar	20
CTAS I	21
Con criterios de CTAS I pero sin clasificar	3
CTAS II	39
CTAS III-IV	20

Los pacientes sin clasificar no presentaron ningún justificante: ni situaciones peculiares, ni registro del triaje, y la mayoría llegó a emergencias por sus propios medios, solo tres utilizaron el transporte de la Cruz Roja. La cifra de estos casos se redujo respecto al año 2016, pasando de 28 a 20 casos (CCSS, 2016).

Preocupan los casos por IAMCEST que no fueron clasificados y los CTAS III-IV; por cuanto una clasificación errada podría inducir a retrasos en la atención. Esto refleja problemas en capacitación del personal y/o supervisión por los gestores locales.

También resalta la no coincidencia entre el total de casos clasificados (83) y los que tuvieron registro de la hora de triaje (66). En estos últimos, solo cuatro estaban sin clasificación.

Por otra parte, para el análisis de los resultados de la medición del tiempo puerta aguja, que pudo efectuarse en 55 casos (se excluyó un caso extremo con un tiempo de 111 minutos), la mediana alcanzó 23 minutos, y un valor mínimo y máximo de 3 y 96 minutos, respectivamente.

Según el género, la mediana en el grupo de hombres fue mayor respecto al de mujeres y los mayores valores los presentó la puerta por ventanilla y los clasificados con CTAS I (Cuadro 3.2).

Impresiona el tiempo puerta aguja prolongado en los casos clasificados CTAS I. En algunos hospitales, hubo una intención inicial del traslado inmediato del paciente a angioplastia primaria. Cuando no se logró hacer efectivo el traslado en ese momento, el inicio de la aplicación de la estreptoquinasa fue tardío y los tiempos aumentaron (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1

CCSS: Mediana y rango intercuartil del tiempo puerta-aguja en 55^a/ casos atendidos por IAMCEST^{1/} en los servicios de emergencias de los hospitales generales, según características de los casos, 2017

Características de los casos	Mediana	Rango intercuartil
Sexo		
Hombre	25	15 a 35
Mujer	23	17 a 35
Puerta del caso		
Ventanilla	25	16 a 36
Triaje	23	17 a 42
Médico/Enfermera	16	11 a 27
Clasificación del paciente^{2/}		
CTAS I o con criterios de CTAS I	30	16 a 35
CTAS II	20	14 a 30
Sin clasificar	16	11 a 27

a/No se incluye un caso con tiempo extremo de 111 minutos

1/ IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

2/ No se incluyen 12 casos, 11 clasificados CTAS III y uno CTAS IV

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2017.

En los hombres en edades tempranas con infarto prematuro, es menos de la mitad la proporción de casos con tiempo puerta aguja de 30 minutos o menos, en relación con el grupo de mayor edad.

Tiempo puerta aguja	Casos de hombres 39 a 55 años	Casos de hombres Más de 55 años
Menor o igual a 30 minutos	5	26
De 31 a 60 minutos	6	8
Mayor de 60 minutos	3	1

En la población de 65 años y más, los hombres presentaron mayor proporción de casos respecto a las mujeres, con tiempos menores a 30 minutos o menos.

Tiempo puerta aguja	Casos de hombres	Casos de mujeres
Menor o igual a 30 minutos	17	5
De 31 a 60 minutos	5	1
Mayor de 60 minutos	0	1

En general, los datos muestran la prioridad de los casos de IAMCEST en adultos mayores en los servicios de emergencias.

Conclusiones y recomendaciones

En el 65 % (36/55) de los casos, la estreptoquinasa se aplicó en 30 minutos o menos desde la llegada del paciente a emergencias. En ese sentido, hubo una reducción en la proporción de casos oportunos respecto al logro del año anterior 67 % (46/69) (CCSS, 2016).

Sin embargo, no se pueden obviar las implicaciones en los registros, a la luz del proceso de transición de migrar del expediente físico al EDUS, y la dinámica del traslado fallido de pacientes para angioplastia primaria, con retrasos en la aplicación de la terapia.

Tampoco se puede obviar el no registro en 27 casos de la hora de inicio de la aplicación intravenosa de la estreptoquinasa en el expediente de salud, actividad a cargo del personal de Enfermería (CCSS, 2014).

Estos hallazgos de registros incompletos dentro del marco del proceso de transición de migrar del expediente físico al electrónico, sin lugar a duda obligan a tener cautela en el uso e interpretación de los resultados.

Por otro lado, se recomienda tener presente que la correcta clasificación de los pacientes con IAMCEST en el servicio de Emergencias requiere de una capacitación permanente del personal médico y de Enfermería responsable de esa actividad, junto a una supervisión activa por parte de los gestores locales.

Además, se insiste en el cumplimiento de la normativa, de anotar la hora de inicio de la aplicación de la terapia trombolítica IV por parte del personal de Enfermería.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2013). *Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado. Infusión trombolítica IV. Determinación de la oportunidad. Ficha técnica 3-04-B*. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección de Compra de Servicios de Salud.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). *Manual de procedimientos de enfermería Versión 02*. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, Coordinación Nacional de Enfermería.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS] (2016). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2016*. San José: CCSS, Gerencia Médica, Dirección de Compra de Servicios de Salud.
- Masoudi, F.A., Bonow, R.O., Brindis, R.G., Cannon, C.P., Fitzgerald, S., Wharton T.P., Jr. (2008). ACC/AHA statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task force on performance measures. *J Am Coll Cardiol*, 52(24): 2100-2112.
- National Institutes of Health [NIH] (2002). *Third report of 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 N^o02-5215.
- O` Gara, P.T., Kuser, F.G., Ascheim, D.D., Casey, D.E., Jr., Chung, M.K., Lemos, J.A.,... & Yancy, C.W. (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*, 127(4): e362-425.

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

Cinco centros presentaron una tasa de mortalidad superior a la esperada

En la actualidad los datos de mortalidad continúan siendo de gran utilidad para evaluar el estado de salud de la población, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto con la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias, dadas las limitaciones que presentan otro tipo de indicadores sanitarios para la realización de comparaciones geográficas y temporales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

La medición de la mortalidad hospitalaria indica la necesidad de una revisión detallada de los eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, así como para detectar tendencias y comparar el desempeño pasado con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos (Paneque, 2004).

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).

Mediante el índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo (IMHAR), se trata de analizar el comportamiento de la mortalidad en los pacientes hospitalizados en el período de estudio, 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.

Se empleó este método porque la casuística entre los hospitales es diferente; el IMHAR se calculó basándose en la metodología utilizada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud (CIHI 2012; Morera, 2013).

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 y otros, 1999).

Se escogieron los egresos según diagnóstico, que concentraron el 80 % de las muertes hospitalarias en el 2017, y se calculó el intervalo de confianza al 95 % (Morera, 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 fue el año 2017 y los sujetos de la evaluación fueron los 23 hospitales generales de la institución.

De acuerdo con la metodología, 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.

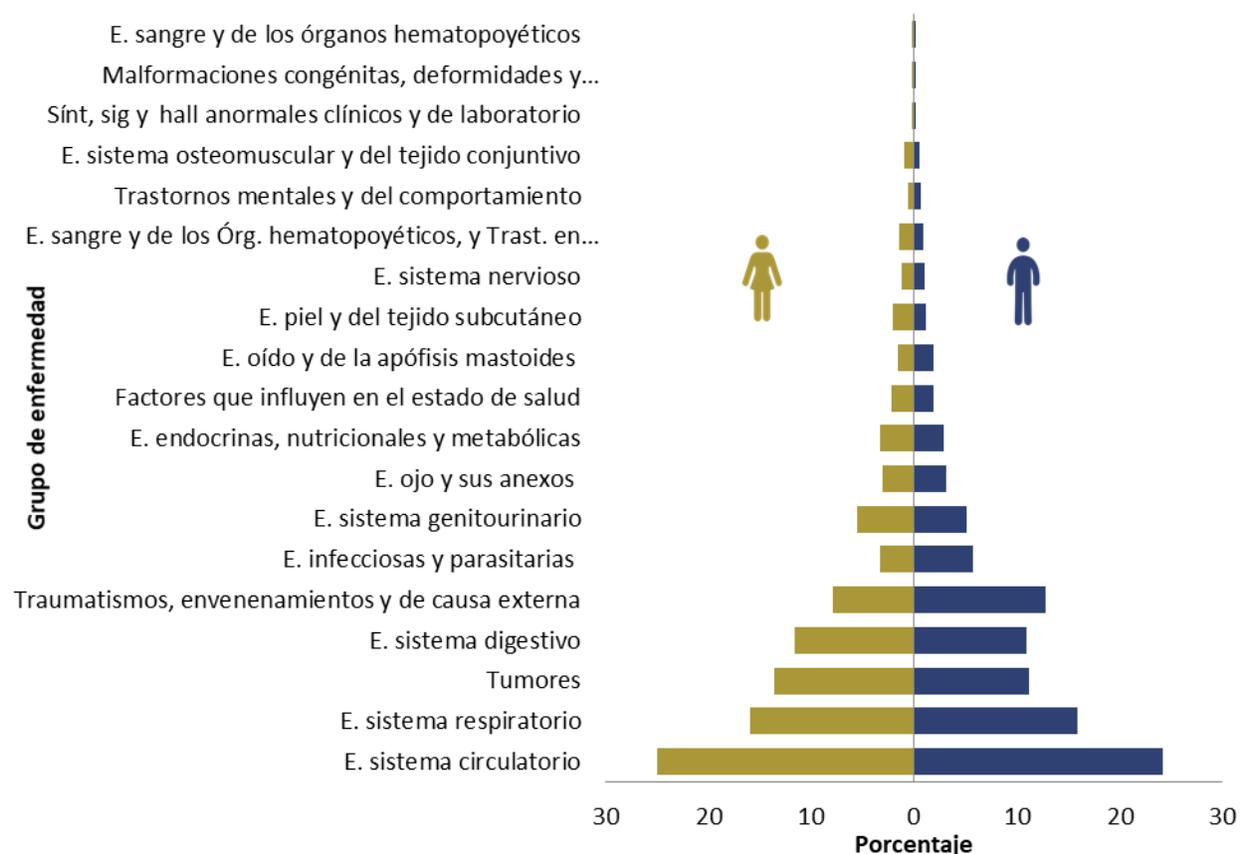
Los valores superiores a la tasa institucional no son deseables, dado que registran mayores defunciones que las esperadas según las características de los pacientes atendidos.

De los egresos registrados en los hospitales generales, se presentaron en total 7 222 defunciones, lo que equivale a un 2,4 %; si se compara esta tasa con la del año 2016 se considera una tasa inferior, ya que en ese año el registro fue de 2,5 % (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017).

El gráfico 4.1 muestra la distribución porcentual de las defunciones registradas en los hospitales generales por grupo de enfermedad. Cabe destacar, que de las defunciones intrahospitalarias en el año 2017, cinco grupos de enfermedades concentran el 74,6 %; estos son: circulatorio (24,6 %); respiratorio (15,9 %); tumores (12,3 %); digestivo (11,2 %); y traumatismo, envenenamiento y de causa externa (10,6 %).

Gráfico 4.1

CCSS: Comportamiento de las defunciones^{1/} de hospitales generales por grupo de enfermedad según CIE-10 y sexo^{1/}, 2017



1/Se incluye el 80 % de las muertes hospitalarias registradas, periodo 2017.

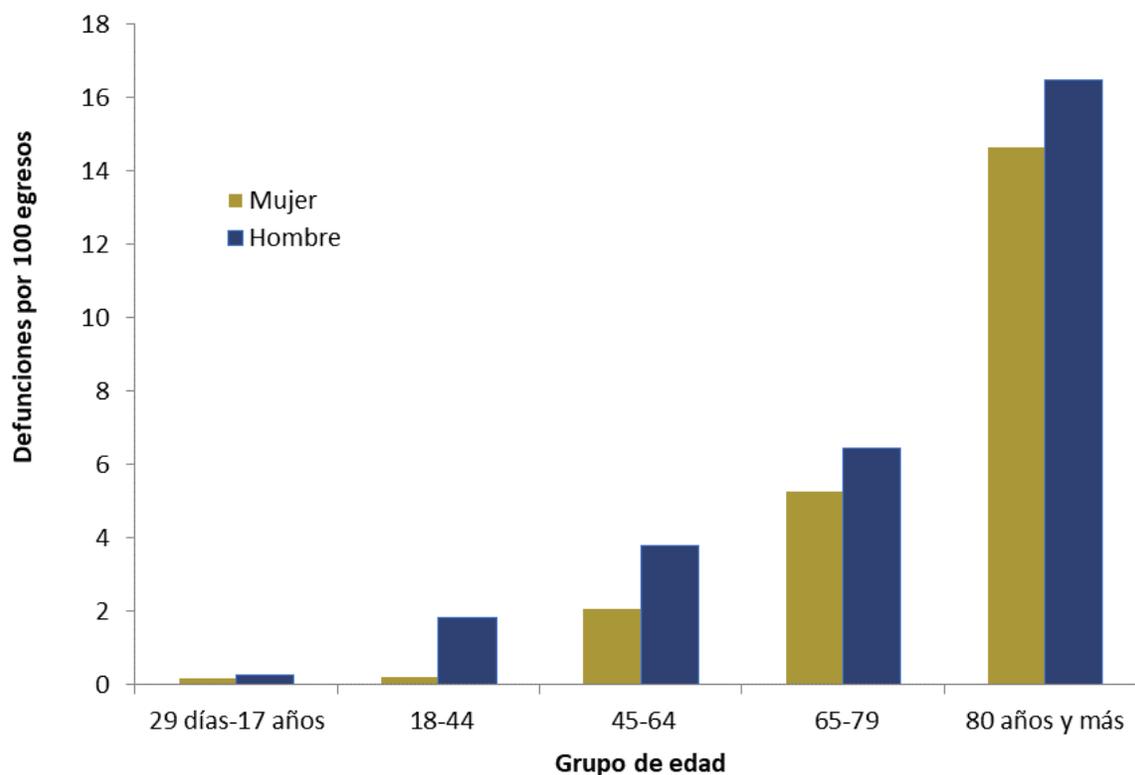
Fuente: Área de Estadística en Salud y Dirección Compra Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Según la Organización Mundial de la Salud, la principal causa de muerte en el mundo es la cardiopatía isquémica y, como se observa, Costa Rica no queda excluida en esa estadística (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por otra parte, en lo que respecta al análisis de la distribución de las defunciones intrahospitalarias por grupos de edad y por sexo, se observa una tendencia creciente de las defunciones respecto a la edad, pasando del 1,0 % en el grupo de menores de 18 años, a 10,1 % en edades de 18-44 años y a 32,8 % en el grupo de 80 años y más; registrando los hombres un mayor porcentaje de mortalidad que las mujeres, y esta diferencia es más acentuada en el grupo etáreo de 18 a 44 años (gráfico 4.2).

Gráfico 4.2

CCSS: Defunciones^{1/} por grupo de edad según sexo, hospitales generales, 2017



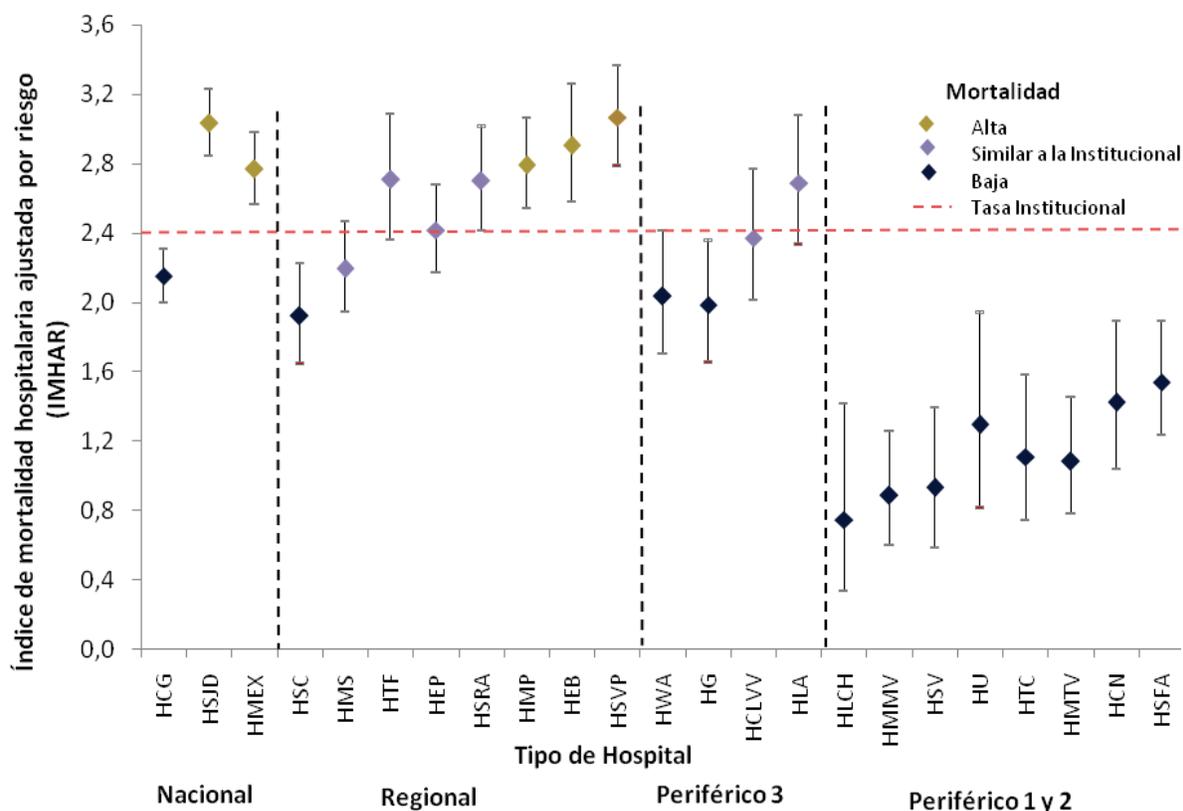
1/Se incluye el 80% de las muertes hospitalarias registradas, periodo 2017.

Fuente: Área de Estadística en Salud y Dirección Compra Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Al analizar la mortalidad hospitalaria por centro (gráfico 4.3), se evidencia que los cinco hospitales que se mencionan a continuación presentaron un IMHAR superior al esperado:

- Hospitales Nacionales: San Juan de Dios (HSJD) y México (HMEX).
- Hospitales Regionales: Maximiliano Peralta Jiménez (HMP), Enrique Baltodano Briceño (HEB) y San Vicente de Paúl (HSVP).

Gráfico 4.3
CCSS: Índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo, según hospital general^{1/}, 2017



^{1/}Incluye los egresos con diagnóstico del grupo que concentra el 80 % de las muertes intrahospitalarias del período 2017.

Fuente: Área de Estadística en Salud y Dirección Compra Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Conclusiones y recomendaciones

En general, el comportamiento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en los últimos cuatro años se ha mantenido prácticamente constante. Al igual que años anteriores, los hospitales periféricos 1 y 2 se caracterizaron por presentar una tasa de mortalidad baja, similar a la de los años 2015 y 2016; lo que podría estar explicado en el supuesto de que los casos de mayor complejidad son referidos a los hospitales con mayor capacidad resolutive.

Por otra parte, 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.

Como se ha descrito en informes anteriores, es necesario facilitar o seguir promoviendo la implementación de monitoreo y control de la mortalidad intrahospitalaria por parte de los gestores clínicos, tomando como base estrategias utilizadas a nivel internacional (Whittington y otros, 2005).

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

Finalmente, se recomienda fortalecer las estrategias dirigidas a mejorar la calidad del proceso asistencial en los hospitales de la CCSS, las cuales deben ser conducidas y monitoreadas por los gestores locales.

Referencias bibliográficas

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: CCSS.

Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2012). *Health indicators 2012*. Canadá: CIHI.

Chinchilla, N.M. (1999). La infección intrahospitalaria y los compromisos de gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Rev Cienc Adm Financ Secur Soc*, 7(2).

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2016). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2015*. San José: EDNASSS-CCSS.

Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S., Cook, A.,... & Iezzoni, LI. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ*, 318(7197): 1515-1520.

- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. (2017). *Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Morera, M. (2013). *Ficha Técnica 3-05-A Calidad. Mortalidad intrahospitalaria. Ajuste por riesgo*. (Internet). Recuperado el 09 de Junio de 2015, de Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud.: http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Efectividad_H/Calidad.%20Mortalidad%20intrahospitalaria.%20Ajuste%20por%20riesgo.pdf
- OECD. (2007). *Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update*. París.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Las 10 principales causas de defunción*. (Internet). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- Paneque, R.E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1): 17-36.
- Sanclemente, C., Barcons, M., Moleiro, M., Alonso, F., Pañella, D., Carrera, R., . . . & Anglada, A. V. (2004). Mortalidad hospitalaria en un Servicio de Medicina. *Anales de Medicina Interna*, 21(7): 317-321.
- Whittington, J., Simmonds, T., & Jacobsen, D. (2005). *Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2)*. Cambridge: MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Wright, J., Dugdale, B., Hammond, I., Jarman, B., Neary, M., Newton, D., . . . & Warren, E. (2006). Learning from death: a hospital mortality reduction programme. *J R Soc Med*, 99(6): 303-308.

5. Limitaciones en los datos recopilados influye en las tasas institucionales de las infecciones asociadas a la atención en salud

No se realiza vigilancia activa de los dispositivos seleccionados en todas las especialidades y servicios de hospitalización

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) constituyen un marcador de calidad de atención médica que, junto a otros indicadores de morbilidad, mortalidad e indicadores de rendimiento, mide la eficiencia de un hospital. No se considera eficiente un hospital que tiene una alta incidencia de IAAS (Kafati y otros, 2009).

La tasa de IAAS se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internamiento. Esta tasa según los parámetros de alerta temprana es de 5 por cada 100 pacientes hospitalizados y no debe exceder el 7 % (Vásquez y otros, 2015).

Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018):

- Entre el 5 % y el 10 % de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.
- En los Estados Unidos, uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferma gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80 000 muertes al año.
- En Inglaterra, más de 100 000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5 000 muertes directamente relacionadas con la infección.
- En México, se calcula que 450 000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100 000 habitantes por año.

Aunque las IAAS son el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria, su verdadera carga mundial aún no se conoce con exactitud debido a la dificultad de reunir datos fiables: la mayoría de los países carece de sistemas de vigilancia de las IAAS, y aquellos que disponen de ellos se ven confrontados con la complejidad y la falta de uniformidad de los criterios para diagnosticarlas (OMS, 2018).

En Costa Rica, en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se realiza la vigilancia activa de IAAS (ITUACU, NAVM, BACVC, IHQ -cesárea, colecistectomía abierta y cerrada y hernioplastia inguinal-)⁸, sin embargo, aunque esta vigilancia se hace desde hace varios años, las tasas de incidencia y de incidencia acumulada, se encuentran muy por debajo de los parámetros internacionales.

Para el año 2017 los datos fueron recopilados por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE) y depurados por la Dirección de Compra de Servicios de Salud (DCSS) en conjunto con la SAVE. De esa depuración llama la atención lo siguiente:

- Los hospitales no realizan vigilancia activa de los dispositivos seleccionados en todas las especialidades y servicios.
- Existe ausencia de datos en varios hospitales:
 - HNN: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de catéter venoso central en los servicios de Medicina y Cirugía y de ventilación mecánica en el servicio de Cirugía.
 - HSJD: no realizó vigilancia activa de los días de exposición en el servicio de Emergencias.
 - HSRA:
 - Catéter venoso central: sin datos en Medicina Mujeres en el mes de setiembre, Cirugías Hombres en abril, Cirugía Mujeres en mayo, Ortopedia en febrero y un registro en abril incompleto, en Emergencias en agosto se implementa el registro, sin embargo, los datos están incompletos de agosto a noviembre, en octubre y noviembre no hay datos.
 - Catéter uretral: sin datos en Medicina Mujeres en el mes de setiembre, Cirugía Mujeres en enero y mayo, Ortopedia en agosto, en

⁸ BACVC: bacteremia asociada a catéter venoso central, NAVM: neumonía asociada a ventilación mecánica, ITUACU: infección del tracto urinario asociado a catéter uretral, IHQ: infección de herida quirúrgica.

Emergencias en agosto se implementa el registro, sin embargo, los datos están incompletos de agosto a noviembre, en octubre y noviembre no hay datos, existen 9 registro en el mes de julio incompletos.

- HMMV: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de catéter uretral en los servicios de Cirugía y Ortopedia.
- HCN: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de catéter uretral en los servicios de Cirugía y de catéter venoso central en el servicio de Medicina.
- HMP: no registró datos en el mes de setiembre en todos los procedimientos quirúrgicos seleccionados.
- Se encontraron meses en los cuales no se registró evento alguno en varios hospitales.
- Aunque existen varios hospitales con servicio de hospitalización en especialidades específicas, solo se reportan casos en un hospital (Hematología/Oncología -HSJD-, Geriatria -HNGG-, Ortopedia -HSRA-).

Además, el HU, al igual que años anteriores, y el HMTV no realizaron vigilancia activa de los eventos de notificación obligatoria de las IAAS.

Infección asociada a dispositivos seleccionados: CU⁹, VM¹⁰, CVC¹¹

La ITUACU representa el 20 % de las IAAS y la tasa de incidencia (TI) es de 3,1 a 7,5 infecciones por 1 000 días CU (Gould y otros, 2017).

En los hospitales de la CCSS esta tasa se ha mantenido entre los rangos internacionales con una disminución entre el 2014 y 2016, e igual cifra al inicio y finalización del cuatrienio (Gráfico 5.1).

En estudios epidemiológicos de ámbito nacional de diferentes países, existe una importante variabilidad en las TI de NAVM, por ejemplo, en España se registraron tasas superiores a 15,5 por 1 000 días VM entre el 1999 y 2005, con una disminución a partir del 2006 y una TI de 11,5 por 1 000 días VM en el 2010 (Tella, 2017).

A nivel institucional para el año 2017 se registró una tasa de 18,36 por 1 000 días VM, siendo la más alta del cuatrienio (Gráfico 5.1 y Anexo 3).

⁹ CU: catéter uretral

¹⁰ VM: ventilación mecánica

¹¹ CVC: catéter venoso central

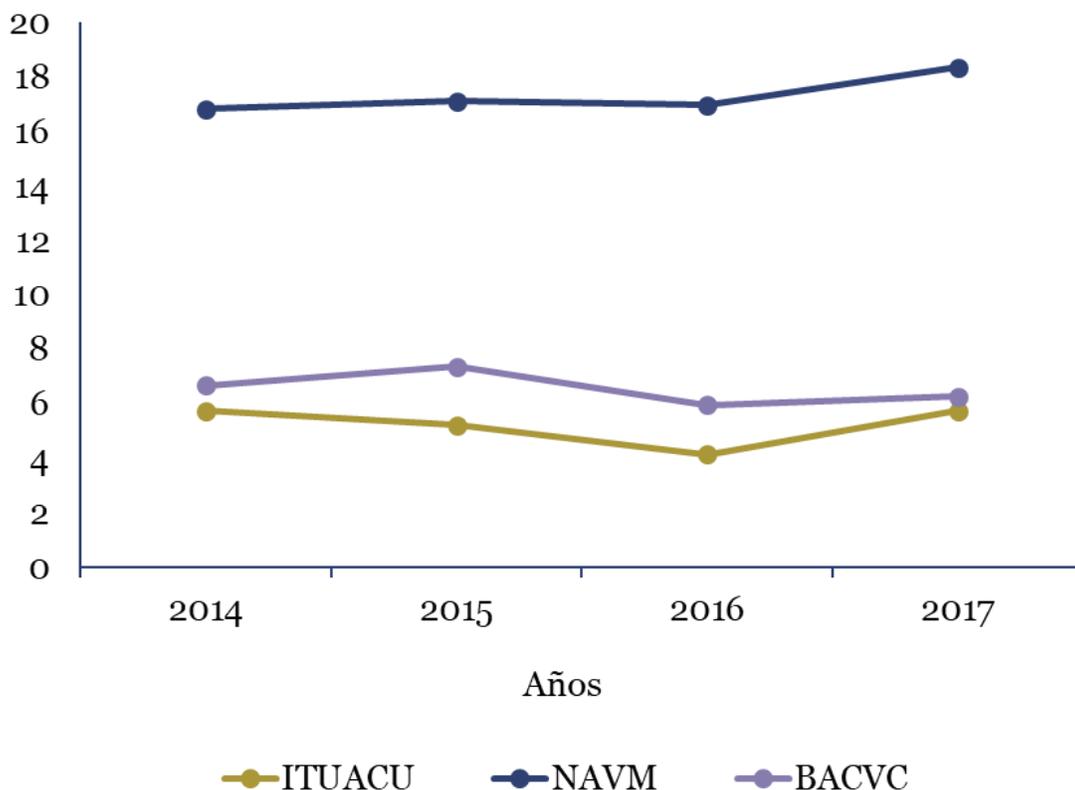
En cuanto a la TI de BACVC se ha reportado en varios países una variación entre el 3 y 10 por 1 000 días CVC, dato probablemente subestimado, dado el subregistro de este diagnóstico en las historias clínicas. Según la “Encuesta de prevalencia puntual de Infecciones asociadas con el sistema de salud y uso de antimicrobianos en hospitales de cuidados agudos de Europa 2011-2012”, la tasa se encuentra en 7,5 por 1 000 días de exposición al CVC (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2013).

En Costa Rica, en los hospitales de la CCSS, la TI BACVC tuvo una tendencia al aumento entre los años 2014-2015 y 2016-2017. El comportamiento de los valores en el cuatrienio se observa en el Gráfico 5.1.

Gráfico 5.1

CCSS: Tasa de incidencia de infección asociada a dispositivo por año, 2014-2017

(por 1 000)



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2017.

Se presentó gran variabilidad en las TI según dispositivo, la NAVM registró la mayor variabilidad (Cuadro 5.1 y Anexo 3).

Cuadro 5.1

CCSS: Tasa de incidencia y rango de valores según dispositivo, 2017 (por 1 000)

Dispositivo	TI	Rango
CU	5,74	0,00 – 24,32
CVC	6,27	0,00 – 16,64
VM	18,36	2,18 – 43,95

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE, 2017.

Infección de herida quirúrgica en procedimientos seleccionados: cesárea, colecistectomía abierta y cerrada, hernioplastía inguinal

La IHQ es el tipo de IAAS más estudiado y frecuente en los países de bajos y medianos ingresos, afectando hasta un tercio de los pacientes que se han sometido a un procedimiento quirúrgico. La incidencia acumulada de IHQ fue de 11,8 por 100 procedimientos quirúrgicos (rango 1,2 a 23,6). Aunque la incidencia es mucho menor en los países de altos ingresos, sigue siendo el segundo tipo de IAAS más frecuente en Europa y los Estados Unidos de América (OMS, 2016).

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) informó datos sobre la vigilancia de IHQ para 2016 (ECDC, 2018). La incidencia acumulada por 100 operaciones realizadas fue de:

- Cesárea: 1,9 con un rango entre 0,5 a 5,2
- Colecistectomía cerrada: 1,5 con un rango de 0,6 a 3,2
- Colecistectomía abierta: 3,4 con un rango de 0,0 a 10,1

La literatura informa de 0 a 9 infecciones de hernioplastía inguinal por cada 100 procedimientos realizados y de 1 a 3 si se realizó con cobertura de antibióticos (Pardhan y otros 2013).

El comportamiento de la TIA IHQ en los procedimientos seleccionados durante los años 2014-2017 en los hospitales de la CCSS, se puede ver en el Cuadro 5.2.

Cuadro 5.2

CCSS: Tasa de incidencia acumulada IHQ por procedimiento según año, 2014-2017

(por 1 000)

Procedimiento	2014	2015	2016	2017
Cesárea	2,75	2,45	2,44	2,48
Colecistectomía abierta	1,20	2,11	2,48	2,22
Colecistectomía cerrada	0,71	0,57	0,30	0,41
Hernioplastía inguinal	1,29	1,38	1,29	1,26

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2017.

Sin embargo, en el 2017, de los hospitales que realizan los procedimientos seleccionados, un alto porcentaje no reportó IHQ (Anexo 4):

- Cesárea: 5 de 22 para un 22,7 %
- Colecistectomía abierta: 8 de 20 para un 40,0 %
- Colecistectomía cerrada: 12 de 18 para un 66,7 %
- Hernioplastía inguinal: 11 de 23 para un 47,8 %

Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS

En países desarrollados la TIA del total de IAAS se encuentra entre 5 y 10 infecciones por cada 100 egresos. En países en desarrollo se desconoce la carga de enfermedad producida por estas infecciones, sin embargo, el índice de ataque puede sobrepasar el 25 % (Kafati y otros, 2009).

Para efectos de poder comparar la TIA, se excluyeron los hospitales que no presentaron datos en alguno de los años (HNN, HSJD y HU) y el HCHP dada las características propias del centro y la poca cantidad de egresos que registra.

Entre los años 2014-2016 la TIA se mantuvo casi invariable (1,96 a 2,01 infecciones por 100 egresos) y para el año 2017 experimentó un leve incremento (Cuadro 5.3 y Anexo 5) pero continúa muy por debajo de lo esperado según los parámetros internacionales.

Cuadro 5.3

CCSS: Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS por año, 2014-2017 (por 100)

Año/¹	IAAS	Egresos	TIA
2014	6 445	329 460	1,96
2015	5 746	286 371	2,01
2016	5 764	287 961	2,00
2017	6 962	292 588	2,38

¹Se excluye HNN, HSJD, HCHP y HU.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10:Y95 y SISVE. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2017.

Si bien algunas tasas tuvieron un aumento en el 2017 respecto a años anteriores, esto no debe atribuirse a un mayor número de infecciones, ya que la vigilancia epidemiológica de las IAAS en los hospitales de la CCSS continúa deficiente, lo que trae consigo un importante subregistro de datos.

La vigilancia y notificación de las IAAS debe realizarse de forma continua en todas las especialidades y servicios de hospitalización y no limitarse a unos pocos, enfatizando en las áreas de mayor riesgo como Cirugía, Ortopedia, Neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos, entre otros.

Por otra parte, la calidad de los datos recopilados influye en el cálculo de las tasas, por lo que hay que insistir en la metodología de recolección y confiabilidad de los mismos.

Como se ha insistido en años anteriores, es importante realizar el ajuste de los factores de riesgo, como, por ejemplo, enfermedades concomitantes, edad, tipo de tratamiento y procedimiento realizado, para poder realizar las comparaciones de tasas dentro del mismo hospital o con otros hospitales. Sin estos ajustes las comparaciones no deben realizarse ya que pueden resultar inválidas.

Por último, es importante señalar lo descrito en el Paso VIII del documento “Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud. Módulo III – Información para gerentes y directivos” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), *“Si los datos que aporta el sistema de vigilancia no se usan para lograr cambios en las prácticas de prevención y control de la infección, el sistema de vigilancia servirá solo para despilfarrar recursos”* (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2012).

Referencias bibliográficas

- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012*. (Internet). Recuperado de: ECDC, en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2018). *Annual epidemiological report for 2016 surgical site infections*. (Internet). Recuperado de: ECDC, en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
- Gould, C., Umscheid, C., Agarwal, R., Kuntz, G., Pegues, D., & Committee, H.I. (2017). *Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections 2009*. (Internet). Recuperado de: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), en: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>
- Kafati, R., Muñoz, I., Benavides, K., & López, S. (2009). *Normas y procedimientos para prevención y control de infecciones intrahospitalarias*. (Internet). Recuperado de: Organización Panamericana de la Salud (OPS), en: <http://www1.paho.org/hon/dmdocuments/Normas%20y%20Procedimientos%20Nacionales%20Infecciones%20Intrahospitalarias.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Global Guidelines for the prevention of surgical site infection*. (Internet). Recuperado de: OMS, en: <http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria*. (Internet). Recuperado de: OMS, en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Una atención más limpia es una atención más segura*. (Internet). Recuperado de: OMS, en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2012). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención*. (Internet). Recuperado de: OPS, en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/173284>
- Pardhan, A., Mazahir, S., Alvi, A.R., & Murtaza, G. (2013). Surgical site infection following hernia repair in the day care setting of a developing country: a retrospective review. *J Pak Med Assoc*, 63(6): 760-762.
- Tella, V. (2017). *Neumonía asociada a ventilación mecánica*. (Internet). Recuperado de: Publicaciones Didácticas, en: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/084033/articulo-pdf>
- Vásquez, Y., Ilarraza, J., Ruiz, Y., Wong, R., Morales, C., & Moy, F. (2016). Incidencia de infección asociada a la atención de salud en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Bol Venez Infectol*, 27 (16): 10-14.

6. El 23 % de las citas perdidas en la consulta médica especializada de los hospitales de la CCSS no se logró sustituir

En el cuatrienio 2014-2017 el ausentismo global presentó muy poca variabilidad

El ausentismo en la consulta médica especializada es atribuible a factores relacionados con la gestión de los servicios y a condiciones inherentes al usuario. Específicamente, algunos autores sugieren que la inasistencia a una cita podría estar asociada a una mayor demora para recibir la atención, el tipo de especialidad, el ser menor de edad y la procedencia urbana (Alcolea & Gorgemans, 2009). Este ausentismo puede considerarse como un desperdicio de recursos que implica trastornos en la gestión (Lizano & Alvarado, 2011).

En la mayoría de las ocasiones los pacientes no se presentan a sus citas por “motivos evitables”, que son aquellos sobre los cuales se puede intervenir para evitar que sucedan; solo una minoría se debe a causas “no evitables”.

Por tanto, lograr una gestión de calidad y oportunidad en la consulta externa es fundamental para determinar y controlar periódicamente el comportamiento del ausentismo, implementando al mismo tiempo las debidas acciones para minimizarlo. En este sentido, el "Plan Estratégico Institucional 2015-2018" señala que la Caja Costarricense de Seguro Social (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 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

El ausentismo se refiere a todas aquellas citas previamente programadas que se consideraron como perdidas. A nivel institucional se define una cita perdida como la inasistencia de un paciente a una cita previamente programada, transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita. Esta condición es suficiente para que el personal de Registro y Estadísticas de Salud (REDES) 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 (Madrigal, 2012).

La consulta programada, como la palabra lo indica, es el conjunto de citas que ha sido programado en la agenda diaria de atención. El número total de consultas programadas equivale a la suma del total de consultas realizadas más la cantidad de citas perdidas, menos el número de consultas sustituidas y el número de consultas de recargo. Es importante aclarar que las consultas programadas efectivas son aquellas que constituyen la parte de la consulta programada que efectivamente fue brindada.

El ausentismo global, por su parte, se define como el total de citas programadas que resultaron perdidas, cuyo cálculo se realiza al dividir el total de citas perdidas entre el número total de citas programadas. Se denomina “global” para diferenciarlo del ausentismo residual, que es aquella parte de las citas perdidas que no se logró sustituir. El porcentaje de sustitución se obtiene dividiendo las citas sustituidas entre las citas perdidas. En algunos casos la cuota de cupos disponibles por pacientes programados ausentes queda cubierta y adicionalmente, se realizan atenciones de más en relación con las programadas a partir de los recargos, lo que puede explicar valores negativos en el ausentismo residual.

En la presente evaluación se analizó el comportamiento de las citas perdidas, sustituidas, recargos, ausentismo global y residual, en la consulta médica especializada de los 23 hospitales generales y ocho centros especializados de la CCSS, con base en la información del Cuadro 11 del Boletín Estadístico de los años 2014-2017, generado por el Área de Estadística en Salud (AES).

Del total de consulta médica especializada programada (2 329 022) a nivel hospitalario en el año 2017, el ausentismo global fue de 17 %.

El comportamiento del cuatrienio 2014-2017 se muestra en el Cuadro 6.1, donde se observa que los hospitales periféricos 3 y centros especializados fueron los únicos que incrementaron el ausentismo global (1,86 %).

Cuadro 6.1

CCSS: Ausentismo global en la consulta médica especializada por tipo de hospital según año, 2014-2017

(porcentaje)

Tipo de hospital	2014	2015	2016	2017
Total	17,96	17,04	16,80	17,06
Regional	22,85	22,16	20,83	20,02
Periférico 1 y 2	20,50	18,18	19,62	19,43
Periférico 3	19,60	17,24	16,76	17,77
Nacional	14,79	14,17	14,46	13,07
Especializado	12,92	12,83	13,37	14,79

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2017.

Al analizar el comportamiento del período 2014-2017, se determinó que el HTF fue el único hospital cuyo ausentismo resultó superior al 30 %. Además, 12 centros incrementaron el ausentismo en el año 2017 con respecto al 2016. Los establecimientos con un mayor incremento porcentual fueron el HLA, el HTF y el HU. Llama la atención el HLA, que venía presentando valores porcentuales de ausentismo inferiores al 10 % en los últimos tres años, pero en el 2017 subió seis puntos porcentuales con respecto al 2016. Por el contrario, el HMMV, a pesar de ser uno de los centros con mayor ausentismo, ha disminuido año con año, particularmente entre el 2016 y el 2017 (Anexo 6).

Por otro lado, en el 2017 el porcentaje de sustitución¹² en los hospitales de la CCSS fue de 33,5 %; el porcentaje de recargo¹³ de 43,6 %; y el porcentaje de ausentismo residual¹⁴ de 22,9 % (Anexo 7).

Los hospitales regionales concentran la mayor cantidad de citas perdidas; sin embargo, apenas siete de cada 100 no logra ser sustituida. Por el contrario, los hospitales especializados tienen menor cantidad de citas perdidas, pero más de la mitad de estas citas no logran ser sustituidas; hay más de 100 000 citas perdidas en el grupo de hospitales nacionales y una cuarta parte de estas no logra ser sustituida. En general, las sustituciones se realizan más por medio de citas de recargo que por citas de sustitución, a excepción de los hospitales periféricos 1 y 2 (Gráfico 6.1).

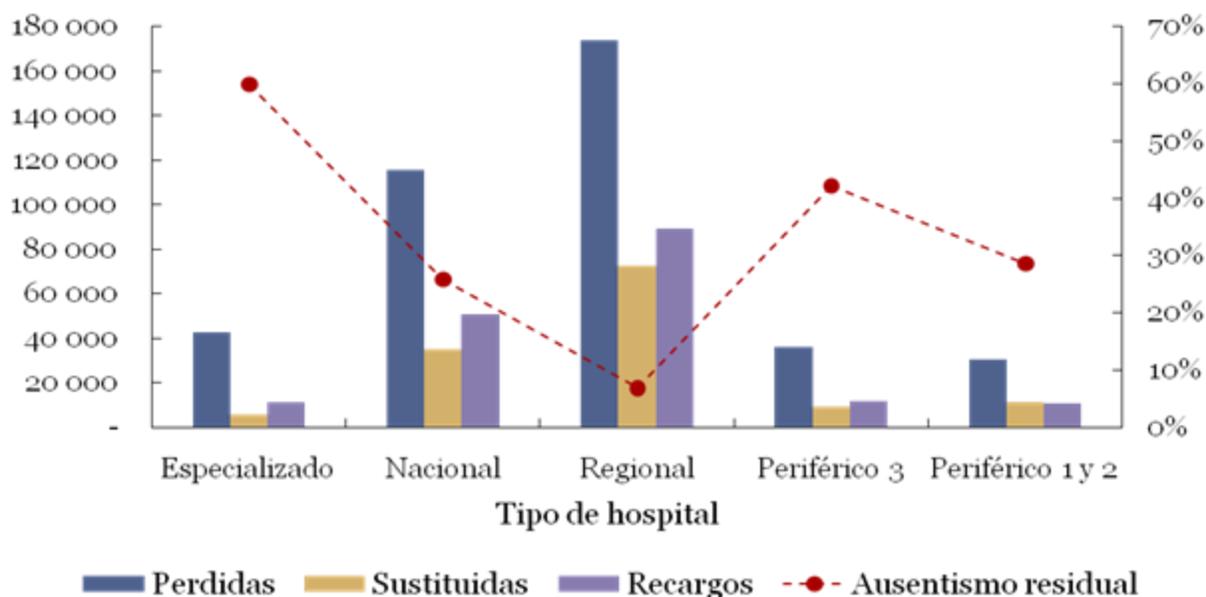
¹²Porcentaje de sustitución = (citas sustituidas / citas perdidas) * 100.

¹³Porcentaje de recargo = (recargos / citas perdidas) * 100.

¹⁴Porcentaje de ausentismo residual = [(citas perdidas - citas sustituidas - recargos) / citas perdidas] * 100.

Gráfico 6.1

CCSS: Ausentismo residual en la consulta médica especializada según distribución del total de citas perdidas, sustituidas, recargos por tipo de hospital, 2017



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2017.

Entre los centros de tipo regional existen algunas diferencias; por ejemplo, el HSVP presenta más de la mitad de sus citas perdidas sin haberse podido sustituir; mientras que el HSRA, el HMS y el HSC presentan importantes porcentajes de recargo, logrando sustituir todas sus citas perdidas; incluso, la producción de consultas realizadas supera la cantidad de citas programadas, reflejando valores negativos en el ausentismo residual. En el caso de los centros especializados, a pesar de tener menor cantidad de citas perdidas, estos tienden a presentar un mayor ausentismo residual que los demás centros. Por otra parte, llama la atención el caso del HCLVV, con una cantidad de citas perdidas muy similar al encontrado en hospitales de tipo regional, pero con un ausentismo residual que supera el de los hospitales regionales (Anexo 8).

En cuanto a los servicios de consulta externa especializada, cabe mencionar que en general, los resultados del ausentismo muestran una variabilidad. El incumplimiento en una parte de la consulta programada 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.

Frente a esta situación, las consultas de recargo podrían aumentar la producción de los servicios y contrarrestar el impacto de las citas perdidas que no logran ser sustituidas.

Actualmente, en algunos centros (como en los hospitales con menor ausentismo, como el HMMV y el HSVP) se implementan diversas estrategias para disminuir el ausentismo; entre ellas, la utilización de los servicios de mensajería de texto, whatsapp y correo electrónico para recordarle al paciente su cita programada.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de que la sustitución de pacientes permite un mejor aprovechamiento de los recursos y una utilización eficiente de la capacidad instalada, persiste una parte de las citas perdidas que no logra sustituirse; en este sentido, no se debe olvidar que la disponibilidad de estos espacios es importante para todos aquellos pacientes que se encuentran en espera para ser atendidos, en particular aquellos que van a ser atendidos por primera vez en su vida en los servicios.

Por otra parte, debe considerarse la comparación de los resultados de la evaluación del ausentismo con otras variables, como por ejemplo, la demora en la atención reflejada en los plazos de espera de pacientes en los servicios de consulta externa especializada, el olvido de citas, la asistencia a servicios privados o el fallecimiento, con el fin de determinar si existe alguna relación entre estas variables, que permita explicar mejor las diferencias encontradas entre los establecimientos, así como el comportamiento del ausentismo según la edad del paciente y la ubicación del domicilio, entre otros. Estos análisis se podrían implementar con los nuevos sistemas de consulta e información institucionales.

Lo anterior debido a que los largos períodos de espera para la atención (citas a muy largo plazo), el fallecimiento previa cita, y la falta de recursos (económicos o de transporte, por la distancia) para acudir a los servicios de consulta externa, constituyen un riesgo de ausentismo, que en caso de materializarse afecta especialmente a los pacientes que no logran ser valorados de forma oportuna, sino hasta que se encuentran en estados más avanzados de su enfermedad.

Por otro lado, es importante aclarar que los resultados de esta evaluación deben ser considerados en el contexto actual de los hospitales y la población de atracción a la cual atienden, así como sus procesos de gestión local.

Aún queda pendiente la identificación de las características comunes a los hospitales con menores porcentajes de ausentismo.

Referencias bibliográficas

- Alcolea, M., & Gorgemans, S. (2009). *Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras*. (Internet). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2942218.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. San José, CR: CCSS.
- Lizano, M., & Alvarado, Ó.M. (2011). *Propuesta estratégica para disminuir el ausentismo en la consulta externa de especialidades en hospital México*. San José, CR: Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP).
- Madrigal, R. (2012). *Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS*. San José, CR: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Rodríguez, F., Martín, B., Serrano, Y., & Jiménez, A. (2004). Gestión de listas de espera en consulta externa hospitalaria. Aplicación de un protocolo de alta de consulta de cirugía ortopédica y traumatología. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(1): 11-15.

7. La especialidad de Medicina Interna presenta el mayor porcentaje de personas con alta en el cuatrienio 2014-2017

Los hospitales periféricos 1 y 2 registran el mayor porcentaje de personas con alta en cinco de las nueve especialidades analizadas en el año 2017

La prestación de servicios de salud a nivel hospitalario ha evolucionado más allá de la atención intrahospitalaria compleja, el internamiento y la intervención quirúrgica de alta complejidad, cuyos procesos implican el consumo de estancias, horas profesionales, recursos materiales e infraestructura con mayor costo. De tal forma, actualmente se utiliza cada vez más en el medio hospitalario la atención ambulatoria, una modalidad de prestación de servicios de menores costos y mayores facilidades de recuperación y acceso para el paciente. La consulta externa especializada como parte de la atención ambulatoria, permite la continuidad de la atención del paciente que ha egresado de los servicios de hospitalización y de aquel referido por el mismo centro u otro centro de la red.

Dentro de ese contexto, la gestión del alta médica por parte del personal médico especializado es básica en procura de un flujo continuo de pacientes, muchos de los cuales podrían ser parte de una larga lista de espera de personas que requieren ser atendidas, algunas de estas en forma prioritaria. Adicionalmente, los recursos que intervienen en la atención y los condicionantes de la oferta y la demanda de los servicios, pueden afectar las listas de espera, con una consecuente insatisfacción del paciente en contra del sistema de salud.

La racionalización de un índice de revisiones en consulta especializada, mediante la aplicación de protocolos de alta, permite reducir el número absoluto de consultas y puede mejorar los tiempos de espera para consultas de primera vez (Rodríguez y otros, 2004).

El alta médica en consulta se produce cuando, a juicio del médico especialista, la entidad patológica por la que el paciente fue remitido a la consulta ha sido resuelta (Ramos y otros, 2002).

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y con fines de reporte estadístico, la condición de alta debe ser expresamente indicada por el profesional en salud en el expediente del paciente, en la hoja de evolución, en la última consulta registrada (Madrigal, 2012).

Para calcular los datos referentes al alta a nivel institucional, se utilizó el Cuadro 11 del Boletín Estadístico de los años 2014-2017 del Área de Estadística en Salud. Es necesario aclarar que debido a las actualizaciones que se le hacen a este, los datos pueden variar respecto a los presentados en años anteriores.

Para poder realizar comparaciones entre los cuatro años, se eliminaron los datos de los hospitales que no tenían esta información en alguna de las especialidades y/o en alguno de los años: Cirugía general en HOMACE; Pediatría general en CENARE y HNP; Psiquiatría en CENARE, HMMV y HSV; y Oftalmología en HCLVV. En el caso del HNN solo se consideró la especialidad de Pediatría general.

Se debe tener presente que la oferta de servicios de la consulta externa de los hospitales de la CCSS está conformada por nueve especialidades, entre las cuales se encuentran tres especialidades quirúrgicas con importantes plazos de espera para la realización de procedimientos quirúrgicos: Cirugía general, Ortopedia y Oftalmología (Figura 7.1).

Figura 7.1

CCSS: Número de hospitales con oferta de especialidades médicas según especialidad, 2014-2017



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2017.

En el cuatrienio 2014-2017, en las nueve especialidades señaladas anteriormente, las consultas de primera vez¹⁵ representaron más del 52 % de las consultas realizadas; mientras que las consultas realizadas representaron el 50 % del total de consultas del médico especialista (Cuadro 7.1).

Cuadro 7.1

CCSS: Consultas de primera vez¹, realizadas¹ y totales² por año, 2014-2017

Consultas	2014	2015	2016	2017
Primera vez	657 111	692 182	680 052	645 125
Realizadas	1 240 545	1 260 206	1 225 280	1 123 145
Totales	2 455 069	2 487 579	2 448 153	2 263 473

¹Especialidades analizadas: Ortopedia, Oftalmología, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Cirugía General, Ginecología, Pediatría General, Urología y Psiquiatría.

²Incluye todas las consultas brindadas por el médico especialista en todas las especialidades.

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2017.

El número de personas atendidas en las diferentes especialidades fue variable durante el período 2014-2017. Ortopedia registró el mayor número de consultas de primera vez y realizadas (Anexo 7.1).

Las especialidades con mayor porcentaje de personas con alta¹⁶ y porcentaje de altas¹⁷ en los hospitales de la CCSS fueron: Medicina Interna, Ortopedia y Otorrinolaringología. Caso contrario sucedió con las especialidades de Psiquiatría, Urología y Oftalmología (Cuadro 7.2).

¹⁵Consultas de primera vez = consultas de primera vez en la vida + consultas de primera vez en el año + consultas de primera vez en la especialidad.

¹⁶Porcentaje de personas con alta = altas / consultas de primera vez * 100.

¹⁷Porcentaje de altas = altas / (consultas de primera + consultas subsecuentes) * 100.

Cuadro 7.2

CCSS: Personas con alta y altas en la consulta médica especializada por especialidad según año, 2014-2017

(porcentaje)

Especialidades	Personas con alta				Altas			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Medicina Interna	23,76	25,36	23,14	23,34	11,20	12,03	11,65	13,14
Ortopedia	19,65	22,47	20,10	21,82	11,06	12,28	12,40	13,66
Otorrinolaringología	16,86	18,74	18,65	20,28	10,40	11,57	12,17	13,43
Cirugía General	19,55	20,77	19,75	19,62	11,71	11,98	11,76	11,88
Ginecología	15,75	15,46	16,01	18,94	9,12	9,62	9,16	10,81
Pediatría General	16,12	16,74	13,75	13,96	8,23	8,38	7,28	7,57
Oftalmología	11,88	12,16	11,30	10,78	5,78	5,58	5,41	5,92
Urología	10,48	11,06	9,98	10,71	5,76	5,80	6,51	6,73
Psiquiatría	9,02	9,73	6,73	7,54	3,59	3,70	2,88	3,14

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2017.

Al observar el comportamiento de las consultas de primera vez y realizadas en el año 2017 por tipo de hospital, los regionales y nacionales registran el mayor número de consultas de primera vez y realizadas (Anexo 7.2). Sin embargo, al comparar el porcentaje de personas con alta, los periféricos 1 y 2 presentan mayores porcentajes en cinco de las nueve especialidades analizadas (Cuadro 7.3).

Cuadro 7.3

CCSS: Personas con alta en la consulta médica especializada por especialidad según tipo de hospital, 2017

(porcentaje)

Especialidad	Especializados	Nacionales	Regionales	Periféricos 3	Periféricos 1 y 2
Cirugía General	10,55	14,61	18,99	15,45	29,12
Ginecología	13,67	15,47	13,26	11,71	22,23
Medicina Interna	29,81	34,76	17,76	21,48	13,94
Oftalmología	20,34	4,67	9,52	0,55	8,58
Ortopedia	4,62	20,28	15,37	12,58	22,25
Otorrinolaringología	NA	25,27	14,15	11,96	20,66
Pediatría General	34,62	NA	12,47	12,07	15,00
Psiquiatría	5,09	6,31	7,10	4,86	18,05
Urología	9,71	9,26	11,15	17,15	24,46

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2017.

Conclusiones y recomendaciones

El alcance de los resultados es limitado y debe observarse con cuidado, debido a la 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 en materia de capacidad instalada y el proceso de gestión desarrollado.

Con la reducción del modelo asilar en los hospitales psiquiátricos, la demanda de atención en la consulta externa especializada de Psiquiatría podría ser cada vez mayor, por lo cual serían requeridas nuevas estrategias para mejorar el proceso de altas en una consulta cuya demanda de pacientes es también creciente. El tipo de patología y la condición social podría justificar en parte la permanencia de los pacientes consultantes.

Por otra parte, se debe tener presente que la gestión de las altas está relacionada con la disponibilidad de infraestructura, el recurso humano y las horas especialista dedicadas a la consulta externa. Considerando estos aspectos, se debe

analizar la pertinencia de las referencias enviadas (ajustadas a protocolos), la coordinación de la red y el perfil del paciente atendido, para determinar la existencia de pacientes que están consultando en forma permanente en los servicios de consulta externa sin ser derivadas a los siguientes niveles de atención. Los pacientes que permanecen en la especialidad recibiendo atención, podrían estar consumiendo recursos y aumentando la espera de pacientes que van a ser valorados por primera vez en el nivel más especializado.

Por último, es necesario reflexionar sobre las medidas que se requieren desde el punto de vista de la gestión médica administrativa, en el sentido de priorizar el proceso de alta médica, con el fin de agilizar los servicios que continuamente están aumentando su demanda. Como parte de los cambios requeridos para una efectiva gestión del alta hospitalaria se encuentra el facilitar al especialista los recursos complementarios en forma oportuna.

Referencias bibliográficas

- Madrigal, R. (2012). *Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1. Consulta Externa*. San José, CR: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Ramos, A., Martínez, C., & Escoms, V. (2002). Gestión de consultas externas y pruebas diagnósticas programadas en atención especializada. *Papeles Médicos*, 11(4): 166-181.
- Rodríguez, F., Martín, B., Serrano, Y., & Jiménez, A. (2004). Gestión de listas de espera en consulta externa hospitalaria. Aplicación de un protocolo de alta de consulta de cirugía ortopédica y traumatología. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(1): 11-15.

8. Dieciséis hospitales con bajo porcentaje de ocupación, principalmente en Ginecología, Obstetricia y Pediatría

Nueve centros registraron al menos un servicio con un consumo de estancias mayor al esperado

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), un modelo de regresión que permite estimar las estancias esperadas en un centro hospitalario, en función de las características de los pacientes y el tipo de hospital donde son atendidos.

Con el fin de excluir los datos atípicos, se descartaron los casos extremos en todos los servicios evaluados. Consecutivamente, se compararon 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.

Posteriormente, se comparó mediante gráficos de dispersión el nivel de 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, para analizar la gestión de las camas y las estancias.

Lo esperable era que los centros hospitalarios presentaran en sus servicios un consumo de estancias acorde 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.

Las fuentes de información utilizadas fueron el Anuario Estadístico y la base de egresos hospitalarios del 2017, proporcionados por el Área de Estadística en Salud (AES) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En específico, se analizaron los siguientes servicios: Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología.

Resultados obtenidos

A continuación, se muestran los resultados, según tipo de hospital: Nacionales, Regionales, Periféricos 3 y Periféricos 1 y 2.

En términos generales, los resultados del año 2017 indican que los porcentajes de ocupación y el consumo de estancias no variaron en forma significativa respecto al año 2016.

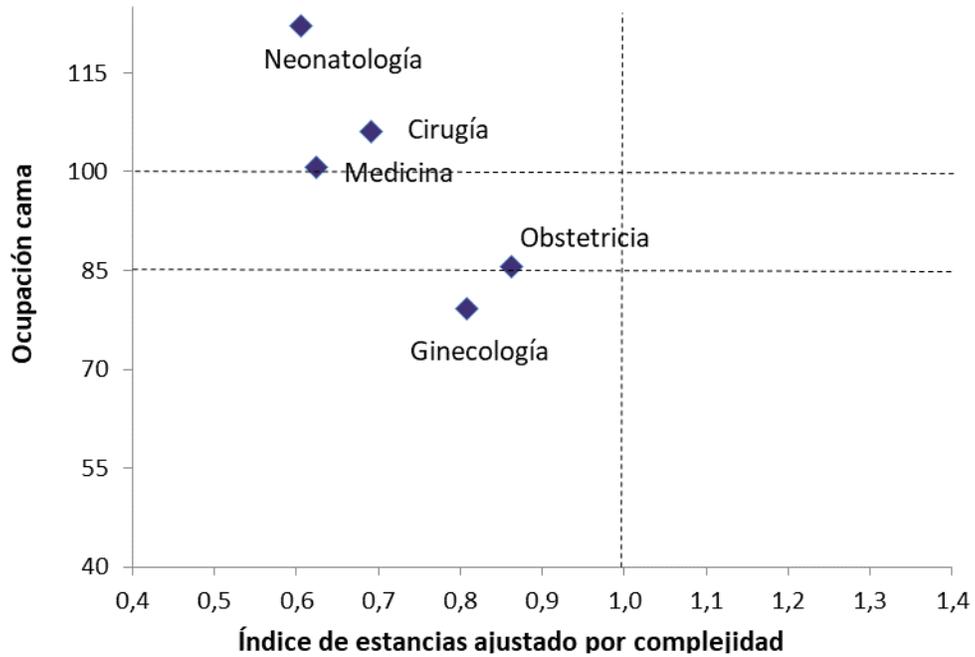
En el gráfico 8.1 se observa el grupo de hospitales nacionales, donde el hospital Rafael Ángel Calderón Guardia tuvo un IEAC < 1 en el consumo de estancias en todos los servicios. No obstante, los servicios de Medicina, Cirugía y Neonatología presentaron una ocupación superior al 100 %; mientras que el servicio de Ginecología presentó una baja ocupación; y únicamente el servicio de Obstetricia presentó un óptimo porcentaje de ocupación.

El hospital San Juan de Dios, por su parte, mostró eficiencia en el manejo de estancias en todos sus servicios. Además, los servicios de Neonatología, Obstetricia y Ginecología presentaron porcentajes por debajo del 85 % de ocupación. En tanto los servicios de Cirugía y Medicina registraron un consumo de estancias y porcentaje de ocupación adecuado.

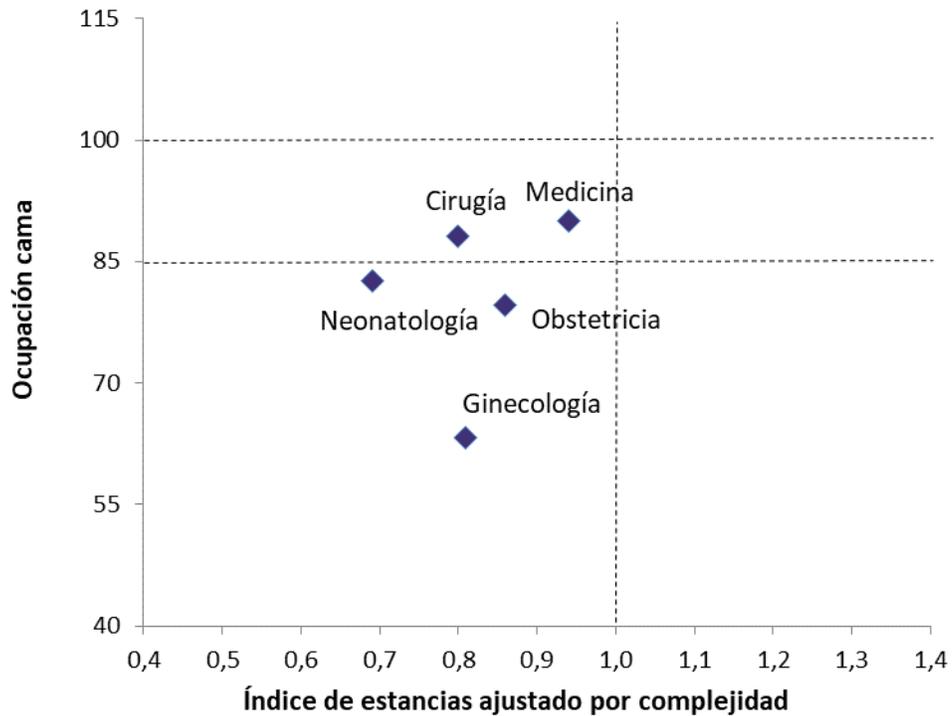
En el caso del hospital México, este registró un consumo adecuado de estancias en todos los servicios. Adicionalmente, el porcentaje de ocupación registrado en los servicios de Neonatología, Medicina y Ginecología fue adecuado; por otro lado, los servicios de Cirugía y Obstetricia presentaron una ocupación inferior al 85 %.

Gráfico 8.2 CCSS: Ocupación de las camas¹/ e índice de estancias ajustado por complejidad²/ según servicio en hospitales Nacionales, 2017

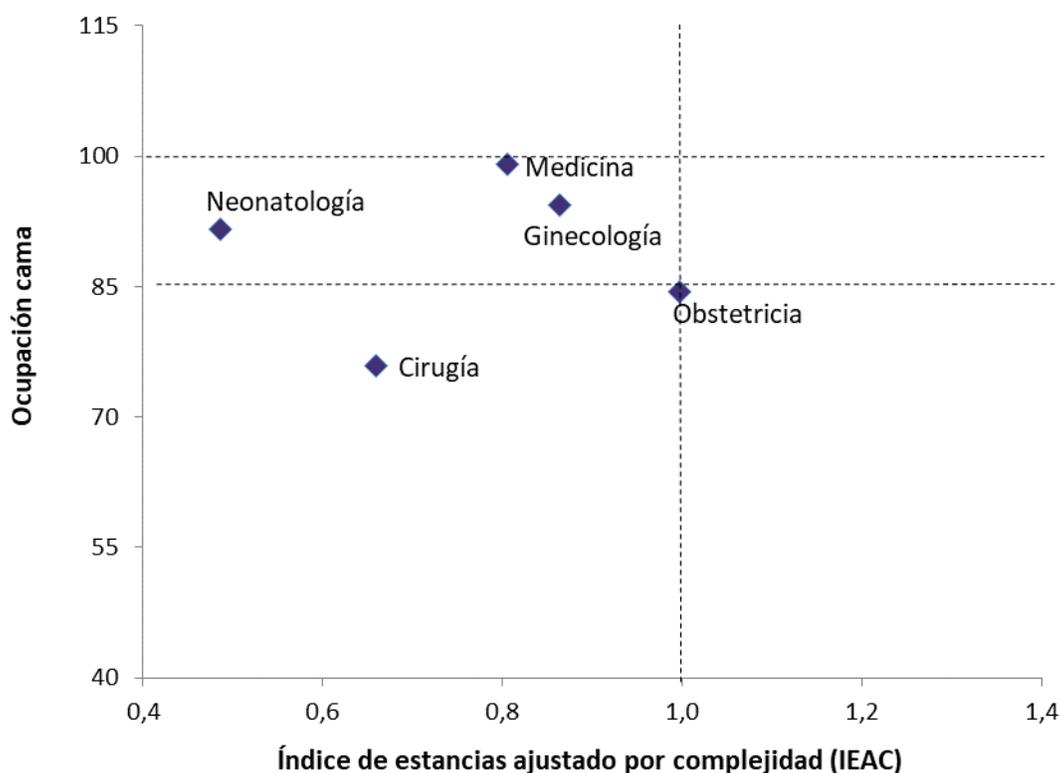
Rafael Ángel Calderón Guardia



San Juan de Dios



México



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, 2017.

En relación con los hospitales Regionales (Gráfico 8.2), se observa que el hospital San Rafael de Alajuela registró baja ocupación de camas en los servicios de Pediatría y Ginecología, mientras que en Neonatología fue superior al 140 % y en Obstetricia ligeramente sobre el 100 %. Por otro lado, los servicios de Cirugía y Ginecología consumieron más estancias de las esperadas según el IEAC.

El hospital Fernando Escalante Pradilla, por su parte, 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, Obstetricia y Pediatría. En los servicios de Cirugía y Medicina mostró un adecuado consumo de estancias y

porcentaje de ocupación. Únicamente en Neonatología tuvo un mayor consumo de estancias en el IEAC > 1.

El hospital Víctor Manuel Sanabria Martínez mostró niveles de ocupación inferiores al 85 % en los servicios de Pediatría (76,3 %), Neonatología (68,4 %), Obstetricia (77,4 %) y Ginecología (82,9 %); mientras que en los servicios de Medicina y Cirugía se registraron porcentajes de ocupación superiores al 100 %. En general, este centro hospitalario presentó un consumo de estancias óptimo en todos los servicios.

El hospital Tony Facio Castro tuvo niveles de ocupación inferiores al 85 % en los servicios de Cirugía, Neonatología y Pediatría; no obstante, mostró niveles de ocupación superiores al 100 % en Ginecología y Obstetricia. Este último con un IEAC superior a 1. En el caso del servicio de Medicina, cabe mencionar que este mostró un adecuado consumo de estancias y porcentaje de ocupación.

El hospital Enrique Baltodano mostró un consumo adecuado en las estancias hospitalarias en la totalidad de los servicios, excepto en Ginecología. En lo referente al porcentaje de ocupación, los servicios de Neonatología y Cirugía mostraron porcentajes superiores al 100 %; mientras que el servicio de Pediatría obtuvo un porcentaje inferior al 85 %. Cabe resaltar, que los servicios de Obstetricia y Medicina presentaron porcentajes adecuados.

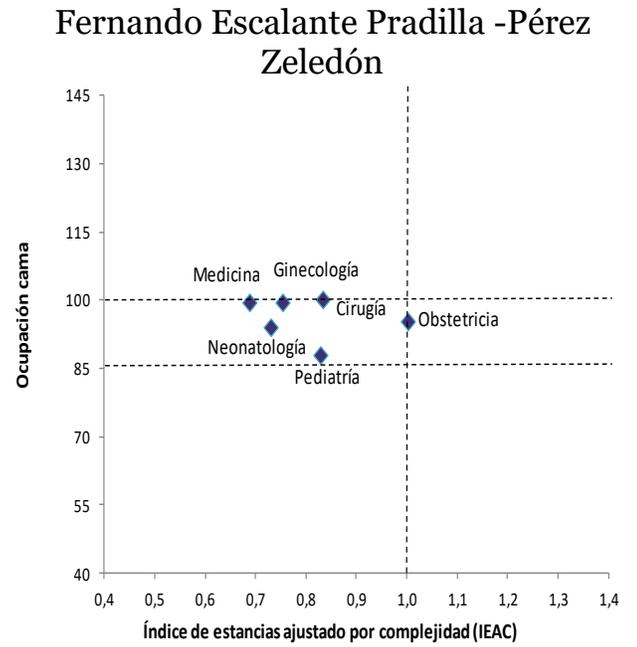
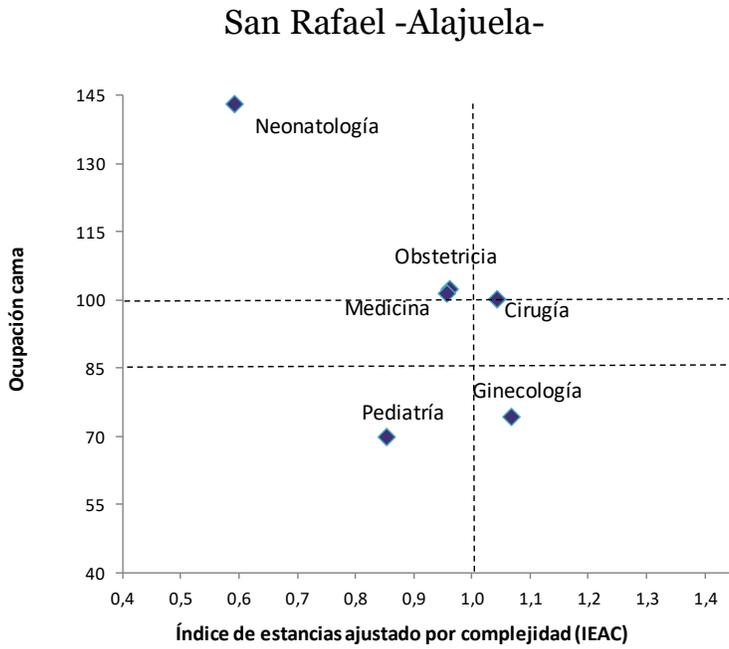
El hospital de San Carlos también presentó un adecuado uso de las estancias en todos los servicios. En cuanto al porcentaje de ocupación, en los servicios de Cirugía y Medicina registraron porcentajes superiores al 100 %, contrario a los servicios de Obstetricia, Pediatría y Ginecología, que registraron porcentajes de ocupación cercanos al 75 %, 56 % y 44 %, respectivamente.

El hospital San Vicente de Paúl registró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Neonatología, mientras que en el servicio de Cirugía se presentó una ocupación superior al 100 %. Además, el servicio de Medicina presentó un adecuado porcentaje de ocupación. Por otra parte, todos los servicios mostraron un eficiente consumo de estancias.

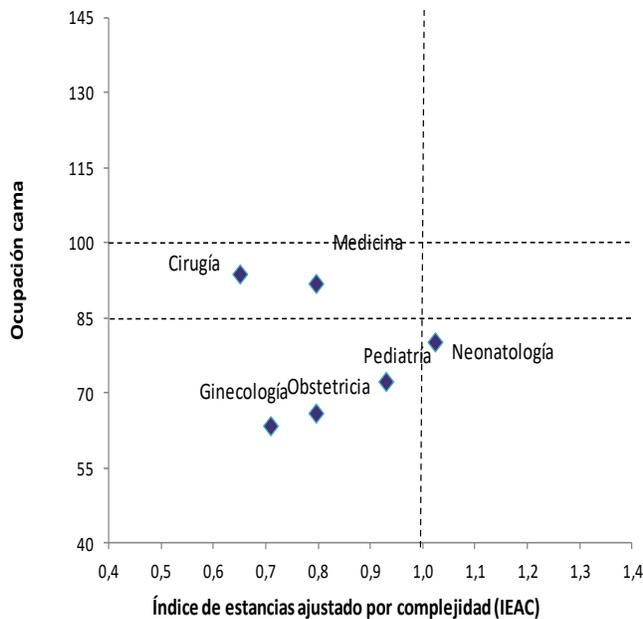
En general, este grupo de hospitales se caracterizó por mostrar porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en al menos dos servicios, principalmente en Obstetricia, Neonatología, Ginecología y Pediatría.

Gráfico 8.2

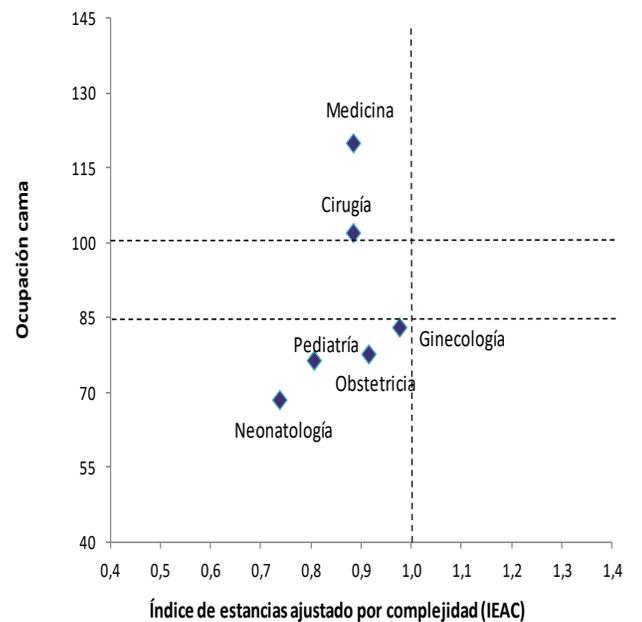
CCSS: Ocupación^{1/} de las camas e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio, hospitales Regionales, 2017



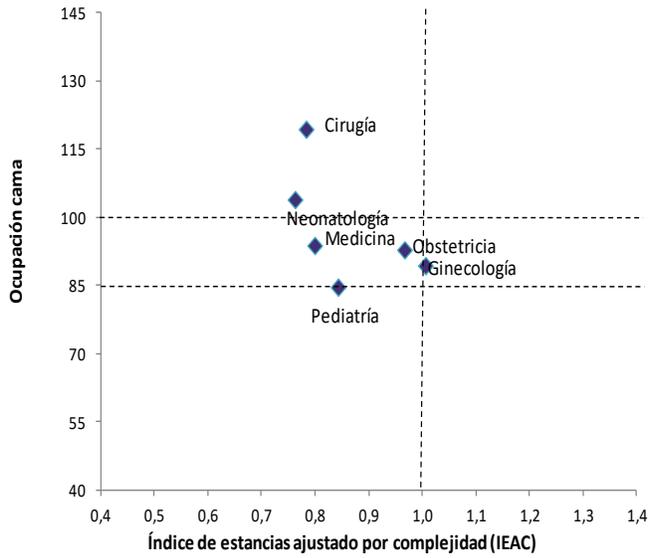
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-



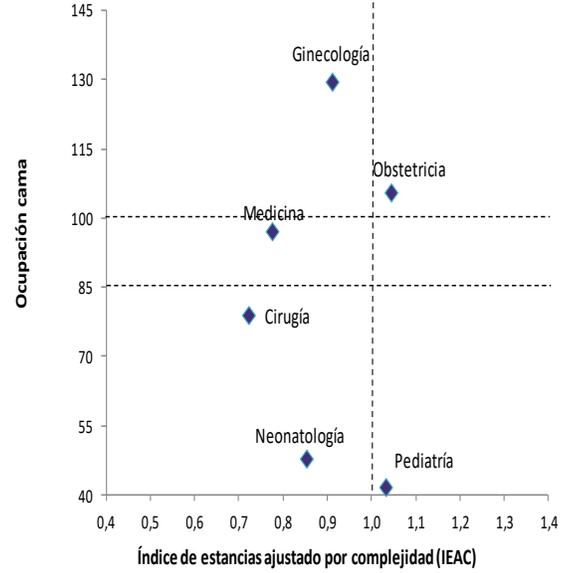
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-



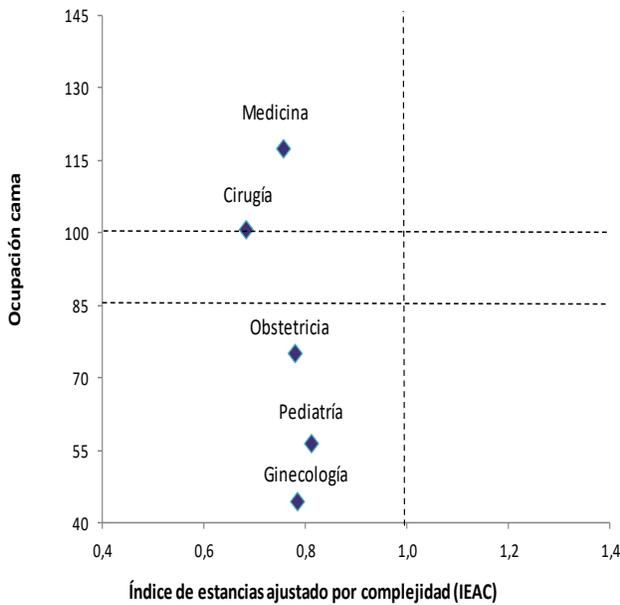
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-



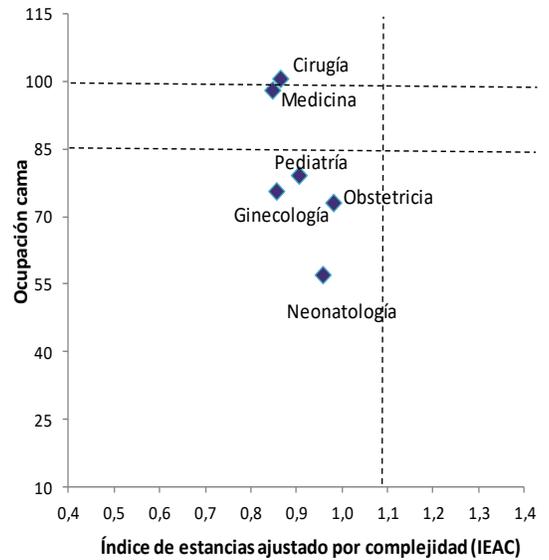
Tony Facio Castro -Limón-



De San Carlos



San Vicente de Paúl -Heredia-



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, 2017.

En el caso de los establecimientos Periféricos 3 (Gráfico 8.3), se observa que el hospital William Allen Taylor registró bajos niveles de ocupación de camas en la mayoría de los servicios, excepto en Neonatología y Pediatría, donde presentó porcentajes de ocupación superiores al 100 %. Con respecto al consumo de estancias, únicamente en el servicio de Obstetricia se registró un mayor consumo de estancias respecto al esperado, según el IEAC.

El hospital de Guápiles presentó un alto consumo de estancias en tres servicios, uno menos que el año 2016. Solamente el servicio de Medicina registró un adecuado consumo de estancias y porcentaje de ocupación. Asimismo, el servicio de Cirugía registró un porcentaje de ocupación superior al 100 %.

El hospital Carlos Luis Valverde Vega registró porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en casi todos los servicios; excepto en el servicio de Pediatría. En cuanto al uso de estancias, este centro registró un consumo óptimo en todos los servicios.

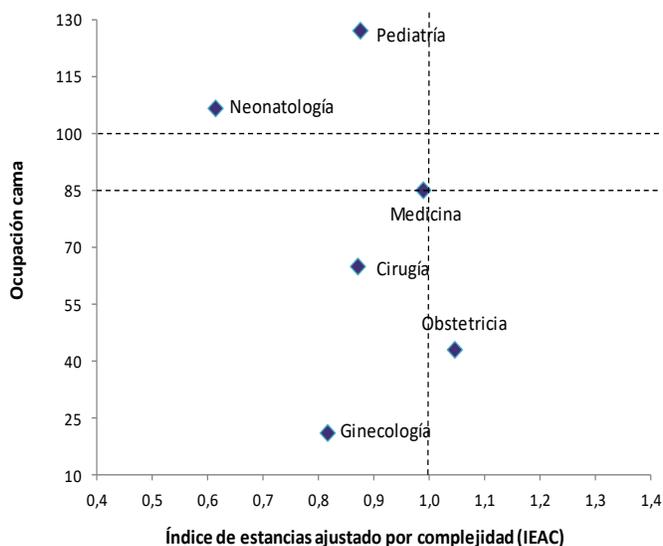
El hospital La Anexión mostró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, mientras que en los servicios de Medicina y Cirugía presentó un mayor consumo de estancias. Cabe destacar, que estos valores son similares a los registrados en el año 2016.

En general, los hospitales Periféricos 3 se caracterizaron por registrar bajos porcentajes de ocupación en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría. Además, dos centros registran mayor consumo de estancias en el servicio de Medicina.

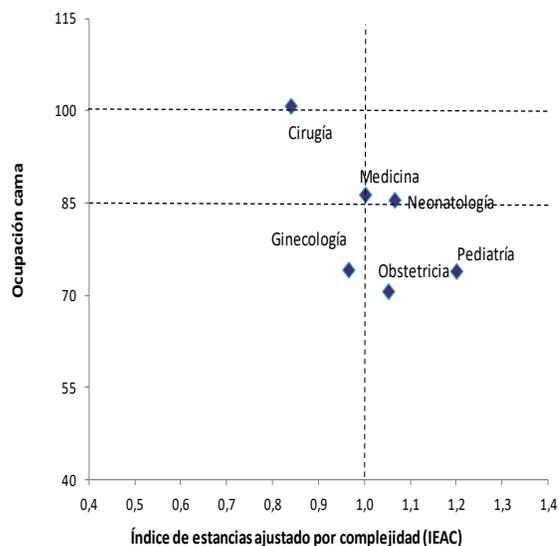
Gráfico 8.3

CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 3, 2017

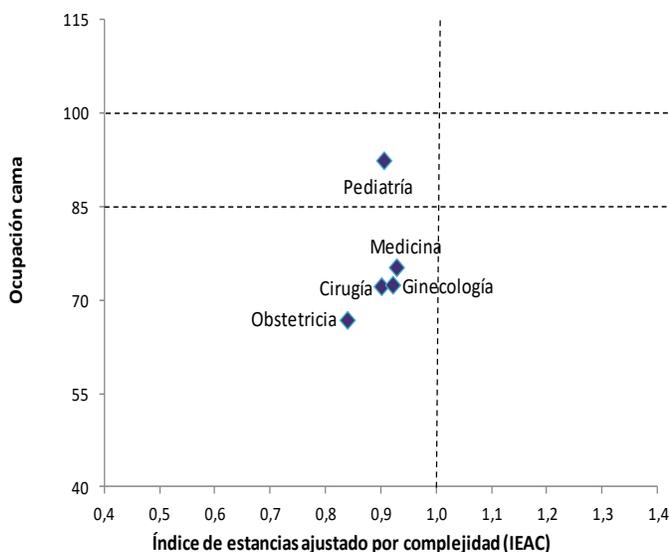
William Allen Taylor -Turrialba-



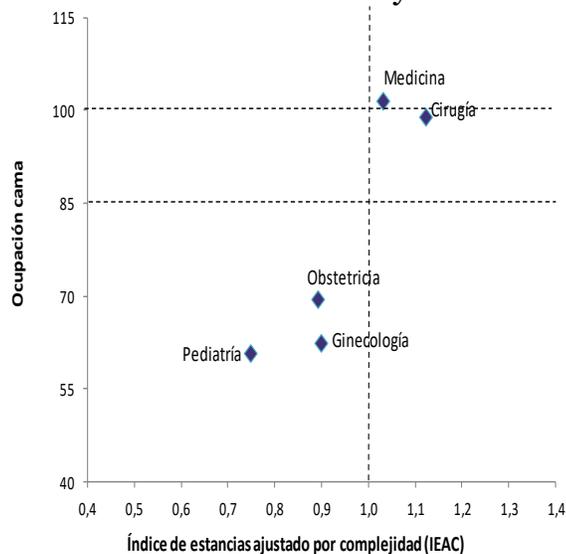
Guápiles



Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-



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, 2017.

En el grupo de 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 de estancias; solamente el servicio de Medicina registró un porcentaje de ocupación adecuado.

Por su parte, el hospital Max Terán Valls registró un porcentaje de ocupación inferior al 85 % en los servicios de Obstetricia, Medicina, Ginecología y Pediatría. Únicamente el servicio de Cirugía mostró un uso adecuado del recurso cama; sin embargo, cabe resaltar que en el año 2017 este centro registró en todos los servicios un IEAC inferior a 1.

Los hospitales Ciudad Neilly, Manuel Mora Valverde (Golfito) y de Osa Tomás Casas Casajús, de la Región Brunca, también presentaron porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en la mayoría de los servicios. De estos centros, el hospital de Osa registró un IEAC mayor a 1 en los servicios de Obstetricia y Pediatría; mientras que los hospitales Manuel Mora Valverde y de Ciudad Neilly registraron un IEAC inferior a 1 en todos sus servicios.

El hospital de Upala, por otro lado, registró un inadecuado consumo de estancias en los servicios de Cirugía y Ginecología (IEAC > 1). En cuanto a los porcentajes de ocupación, los servicios de Medicina y Obstetricia registraron porcentajes superiores al 100 %; Pediatría y Ginecología de 55 % y 26 %, respectivamente; y el servicio de Cirugía de 94 %.

El hospital de los Chiles registró un IEAC > 1 en los servicios de Cirugía y Ginecología, mientras que en los servicios de Pediatría, Obstetricia y Medicina registró un consumo adecuado de estancias. Los servicios de Obstetricia y Cirugía presentaron porcentajes de ocupación adecuados, contrario al servicio de Medicina, donde el porcentaje de ocupación fue de 103 %, y los servicios de Pediatría y Ginecología donde fueron inferiores al 85 %.

En el caso del hospital de San Vito, este registró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Medicina, Ginecología y Pediatría. Además, presentó un inadecuado consumo de estancias en los servicios de Obstetricia, Cirugía y Pediatría; en cambio, en los servicios de Medicina y Ginecología registró un consumo de estancias adecuado.

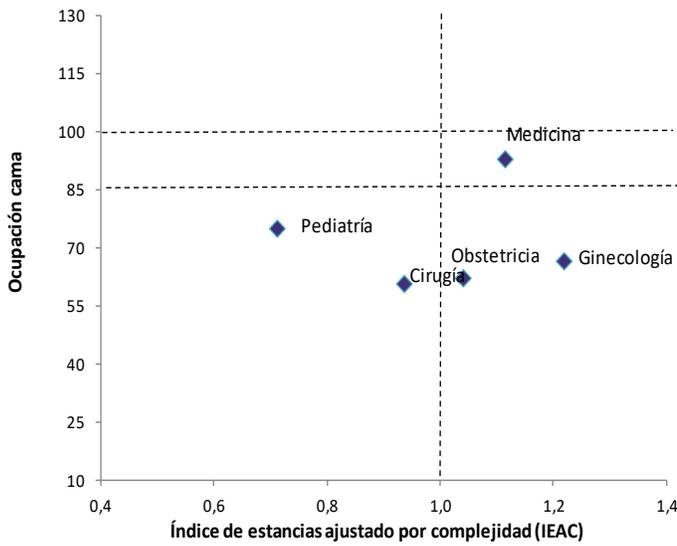
En síntesis, este grupo de centros se caracterizó por presentar tres o más servicios con porcentajes de ocupación inferiores al 85 %; predominantemente son los

servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Además, tres centros registran mayor consumo de estancias en Ginecología, y dos en Obstetricia y Cirugía.

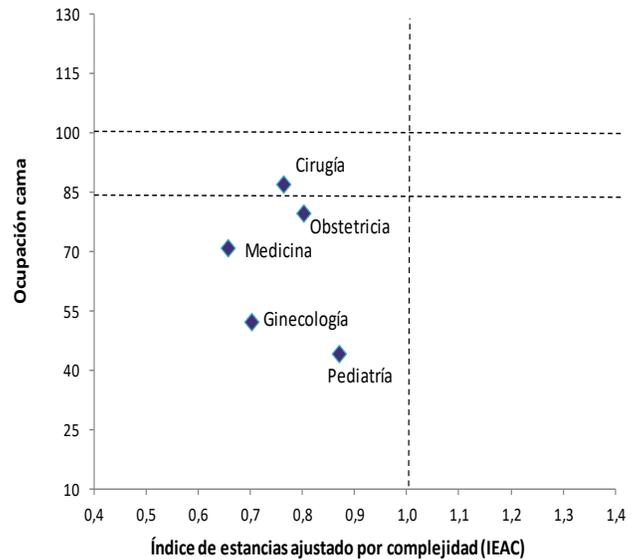
Gráfico 8.4

CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 1 y 2, 2017

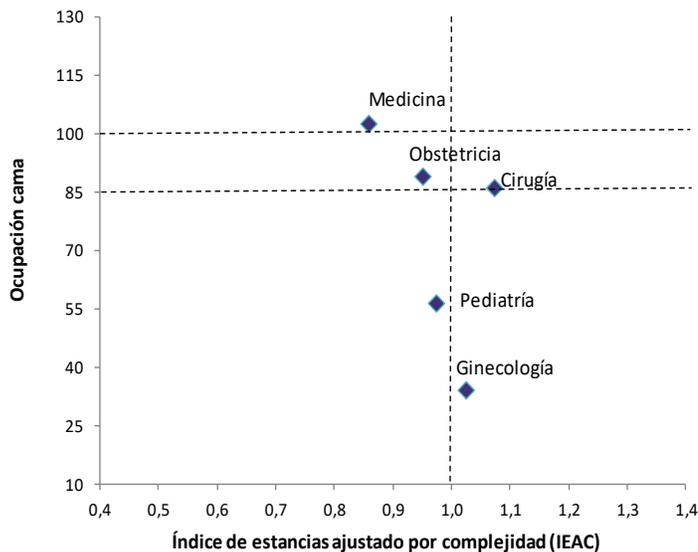
San Francisco de Asís-Grecia



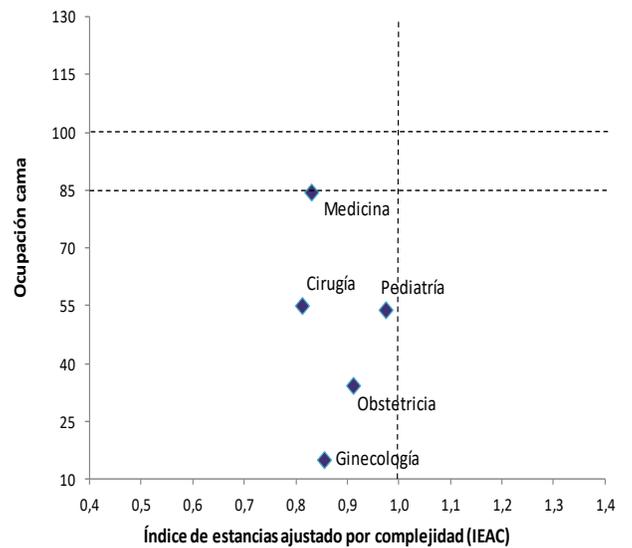
Max Terán Valls-Quepos-



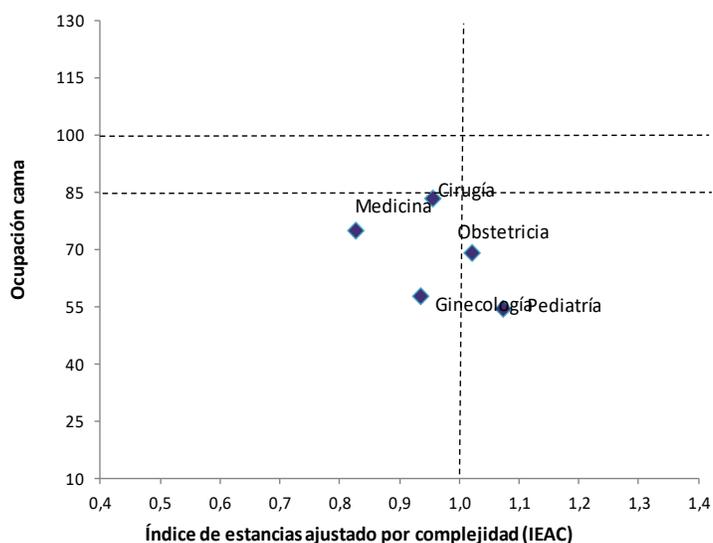
De los Chiles



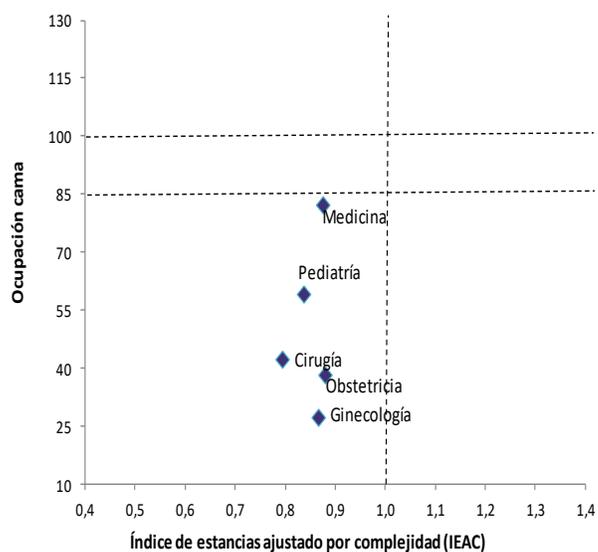
Manuel Mora Valverde- Golfito-



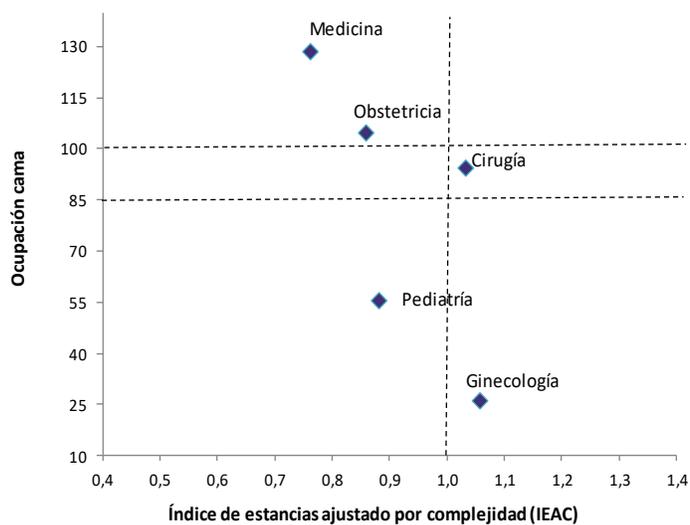
De Osa Tomás Casas Casajús



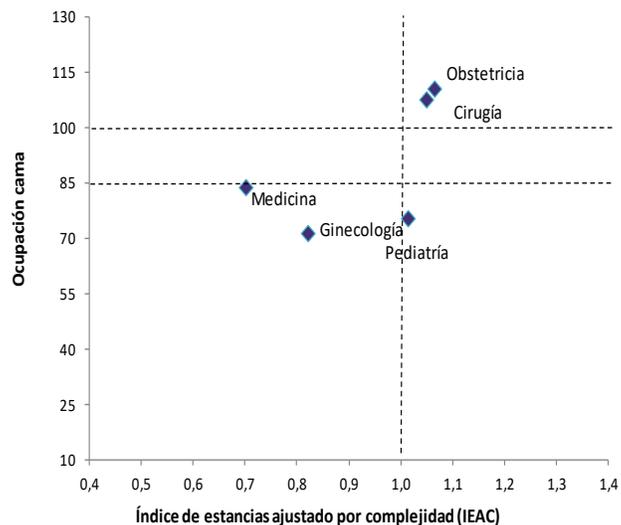
De Ciudad Neilly



De Upala



De San Vito



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, 2017.

Conclusiones y recomendaciones

En resumen, se determinó que 16 de 23 de hospitales generales registraron al menos tres servicios con porcentajes de ocupación inferiores al 85 %; los servicios que con mayor frecuencia presentaron esta particularidad fueron Ginecología, Obstetricia y Pediatría.

Por otra parte, resalta el hecho de que nueve hospitales generales registraron un consumo de estancias mayor al esperado según el IEAC; al igual que los hospitales de Grecia y San Vito, que registraron tres servicios con estancias superiores a la esperada, y el hospital de Guápiles que registró cuatro servicios con un IEAC > 1. Los servicios que se caracterizaron principalmente por lo anterior son: Obstetricia, Ginecología y Cirugía.

El servicio de Medicina se caracterizó por presentar un óptimo consumo de estancias y porcentaje de ocupación en los siguientes centros:

- Nacionales: San Juan de Dios y México.
- Regionales: Fernando Escalante Pradilla, Maximiliano Peralta Jiménez, Enrique Baltodano Briceño, Tony Facio Castro y San Vicente de Paúl.
- Periféricos 3: William Allen Taylor y Guápiles.

Con respecto a lo mencionado, cabe destacar que por segundo año consecutivo el hospital Escalante Pradilla presentó un adecuado consumo de estancias y porcentaje de ocupación en todos los servicios.

Por otro lado, con el propósito de brindar un mejor servicio al usuario en términos de una mayor oportunidad, eficiencia y calidad, se recomienda en general 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.

Como se ha descrito en anteriores informes, los 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 un cambio demográfico y en el perfil epidemiológico de la población.

Asimismo, debe considerarse la ejecución de un plan de redistribución de camas, considerando las limitaciones de infraestructura, recurso humano 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.

También 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.

Finalmente, se insta a las autoridades institucionales a indagar e investigar la experiencia y el éxito en otras instituciones (privadas o públicas) en la planificación de la gestión hospitalaria, específicamente en materia de distribución de camas según demanda; llevando resultados eficaces y eficientes. En este sentido, se podría valorar la posibilidad de implementar otras estrategias o modelos en la institución.

Referencias bibliográficas

- 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.
- Cortés, M. (2010). La economía de la salud en el hospital. *Gerenc Polit Salud*, 9: 138-149.
- Morera. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. *Acta Méd Costarric*, 56(3): 109-114.
- Pabón-Lasso. (1986). Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. *Rev Panam Salud Pública*, 20: 341-57.

9. Los quirófanos se utilizan el 75 % de los días hábiles programables, con un tiempo promedio de 5,6 horas por día

La asignación de salas para procedimientos especiales y falta de disponibilidad de recurso humano constituyen el 86 % de las causas de no utilización de los quirófanos

La eficiencia de los servicios sanitarios se puede definir como el grado en el que una intervención específica ha producido los resultados esperados; teniendo en cuenta los recursos económicos, el personal y el tiempo que se ha invertido. Para poder evaluar la eficiencia en el rendimiento de quirófanos, es importante trabajar con aspectos concretos, medibles y no abstractos para facilitar su interpretación (Sutton, 2011).

Entre los aspectos a tomar en cuenta están: preparación del paciente e instrumental, inducción y finalización de anestesia, cirugía, reanimación, incorporación de datos al sistema de información, limpieza, entre otros.

Lo anterior implica la coordinación de la programación de quirófanos, profesionales y pacientes; y el ajuste de la programación del tiempo agendado y utilizado para una adecuada distribución de recursos (Sutton, 2011).

Por tanto, se observa que el bloque quirúrgico genera consumo de recursos, donde los gestores locales tienen que velar por el uso eficiente y así incidir de forma positiva en la lista de espera de cirugías electivas (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2015).

Ahora bien, parte de la evaluación del bloque quirúrgico en el 2017 realizada por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS), tiene como fuente de información los archivos con los tiempos de utilización de sala de operaciones, tiempos de anestesia por paciente intervenido y justificaciones de no uso, enviados por los 23 hospitales generales y cinco centros especializados de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

A continuación, se detalla la distribución de hospitales según el tipo de establecimiento y la cantidad total de quirófanos en cada uno.

Cuadro 9.1

CCSS: Distribución de quirófanos por tipo de establecimiento, 2017

Tipo de establecimiento	Cantidad de quirófanos
Hospitales Generales	64
Hospitales Regionales	60
Hospitales Periféricos	31
Hospitales Especializados	23
Total	178

Fuente: Listado quirúrgico de hospitales institucionales, 2017.

La evaluación se realiza mediante dos indicadores: tiempo efectivo de uso diario de cada quirófano utilizado y la determinación del total de días de tiempo hábil en que se ejecutan las cirugías.

La primera medición cuantifica el tiempo de anestesia al que es sometido el paciente dentro del quirófano; inicia desde el primer contacto del paciente con el médico anestesiólogo hasta la entrega del paciente al salón de recuperación. Se mide en tiempo ordinario exclusivamente, es decir, de lunes a jueves de 7 am a 4 pm y viernes de 7 am a 3 pm, excluyendo días feriados o asuetos nacionales.

La segunda medición corresponde al porcentaje utilizado de los 250 días hábiles ordinarios que tuvo el año 2017, donde se programa actividad quirúrgica bajo inducción de anestesia local, espinal o total, asistido por el médico anestesiólogo. Cuando corresponde, se solicitan las justificaciones de no uso del quirófano; esto es si en alguno de los 250 días no se realiza del todo algún procedimiento en ese quirófano o procedimientos que requieran de anestesia.

Se considera como días hábiles no programados a la diferencia emanada de restar el total de días registrados con programación efectiva al producto del total de salas disponibles por 250.

Tiempo de uso de anestesia por quirófano

El rendimiento institucional hospitalario en tiempo de anestesia por quirófano utilizado durante los días programados fue en promedio de 5,60 horas.

A continuación, se detalla el rendimiento promedio general anual de los últimos cuatro años, en la utilización de quirófano según el tiempo de anestesia.

Cuadro 9.2

CCSS: Rendimiento del promedio anual en el uso de quirófano en hospitales, 2014-2017

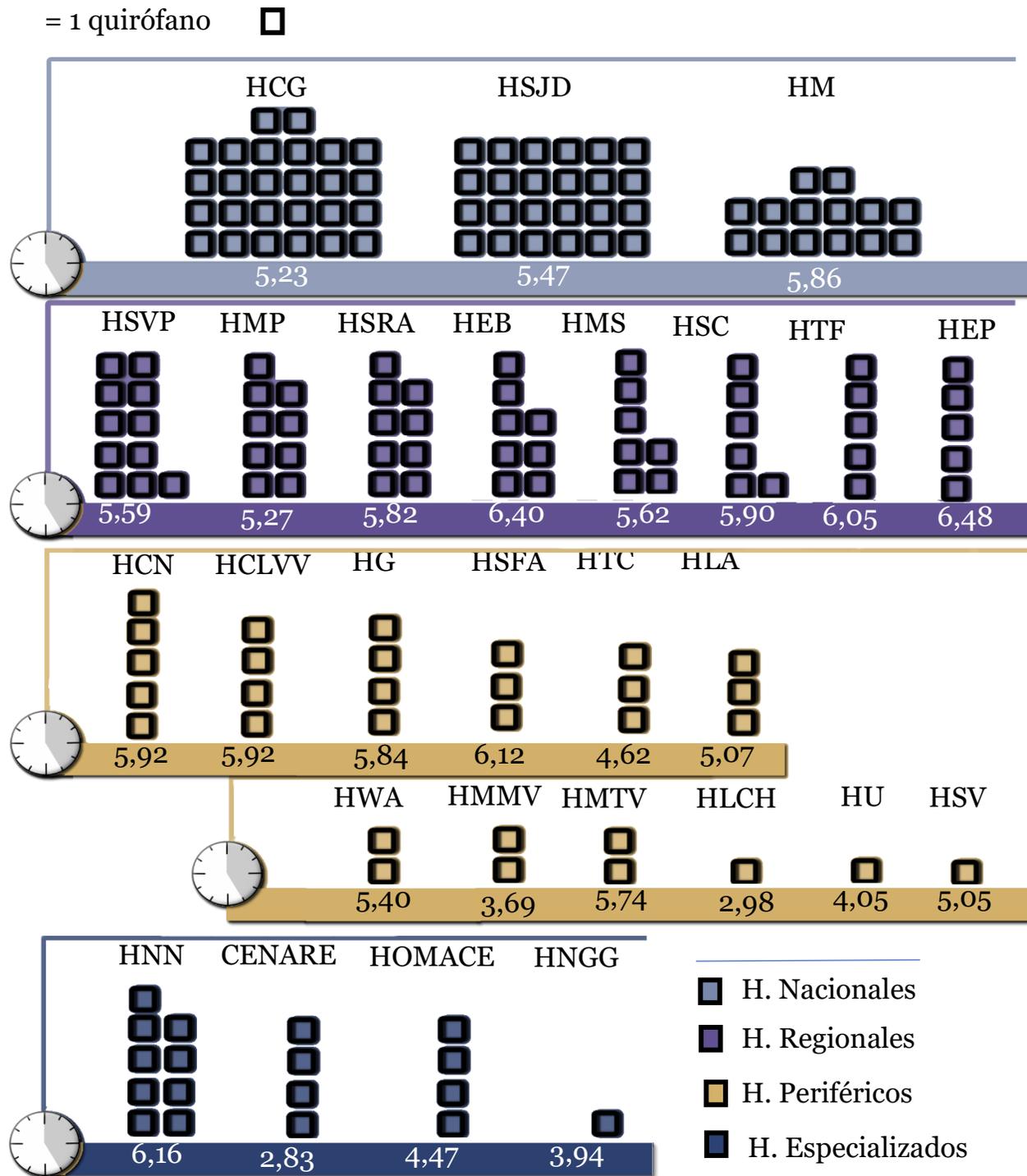
Año	Tiempo en horas
2014	5,19
2015	5,26
2016	5,52
2017	5,60

Fuente: Listado quirúrgico de hospitales institucionales, 2014-2017.

El rendimiento anual en la utilización de quirófanos ha tenido un crecimiento paulatino en horas efectivas de uso del quirófano en los hospitales y centros especializados. Existen varios hospitales que superan el promedio de seis horas, y el promedio institucional se acerca cada vez más a ese valor.

Sin embargo, si se desagregan los datos de los tiempos de utilización de sala por tipo de establecimiento, se obtienen panoramas distintos, según la complejidad de los centros (figura 9.1).

Figura 9.1
CCSS: Cantidad de quirófanos y rendimiento promedio anual del uso de quirófanos en los hospitales, 2017
(en horas)



Fuente: Listado quirúrgico de hospitales institucionales, 2017.

El promedio de utilización de sala al emplear el tiempo anestésico en los Hospitales Nacionales Generales es de 5,47 horas, el cual es menor al institucional.

El promedio del rendimiento de todos los hospitales regionales es de 5,81 horas, siendo mayor al institucional. De los ocho hospitales regionales, solo el San Vicente de Paúl y el Maximiliano Peralta están por debajo del promedio institucional. Por otra parte, el Escalante Pradilla es el que presenta mejor rendimiento del grupo.

Los Hospitales Periféricos obtuvieron un rendimiento promedio de 5,40 horas y solamente cinco hospitales periféricos tienen un rendimiento mayor al promedio institucional: HCLVV, HG, HSFA, HCN y HMTV.

El Hospital San Francisco de Asís de Grecia fue el hospital con el mayor tiempo de utilización de quirófano; la segunda posición la comparten el HCLVV y el HCN; por otro lado, el HLC fue el de menor aprovechamiento de quirófano, convirtiéndose también en la segunda menor cifra institucional presentada.

En los Hospitales Nacionales Especializados el promedio fue de 5,55 horas, siendo también el promedio menor por tipo de hospital en la institución. El HNN fue el que mayor tiempo de utilización obtuvo y fue el único que superó el promedio institucional.

Por otro lado, CENARE posee la menor cifra en rendimiento anual, tanto en el grupo de los Hospitales Nacionales Especializados como en la institucional.

Por último, el Centro Especializado Clínica Oftalmológica reportó cinco quirófanos; sin embargo, en este centro en su mayoría no se emplea la anestesia general a los pacientes, sino la de tipo local. Por tanto, no se contempla para el promedio institucional, ya que no cumple con los criterios de inclusión de la ficha técnica.

Cuadro 9.4

CCSS: Rendimiento anual del uso de quirófano por tipo de hospital, 2017

Tipo de establecimiento	Tiempo en horas
Hospitales Generales	5,47
Hospitales Regionales	5,81
Hospitales Periféricos	5,40
Hospitales Especializados	5,55
Promedio institucional	5,60

Fuente: Listado quirúrgico de hospitales institucionales, 2017.

Utilización de los días hábiles disponibles

El aprovechamiento de los días hábiles disponibles en el 2017 en los hospitales de la CCSS fue de 75 %, (33 091 días), mejorando en cuatro puntos porcentuales respecto al año 2016, que fue de 71%.

En este análisis se incluye información de 178 quirófanos (incluyendo los cinco de la Clínica Oftalmológica), equivalente a 44 500 días de quirófano programable, cifra que supera en 1 660 días la reportada en el año 2016.

Cuadro 9.5

CCSS: Días hábiles utilizados de sala de operaciones, 2014-2017 (en porcentaje)

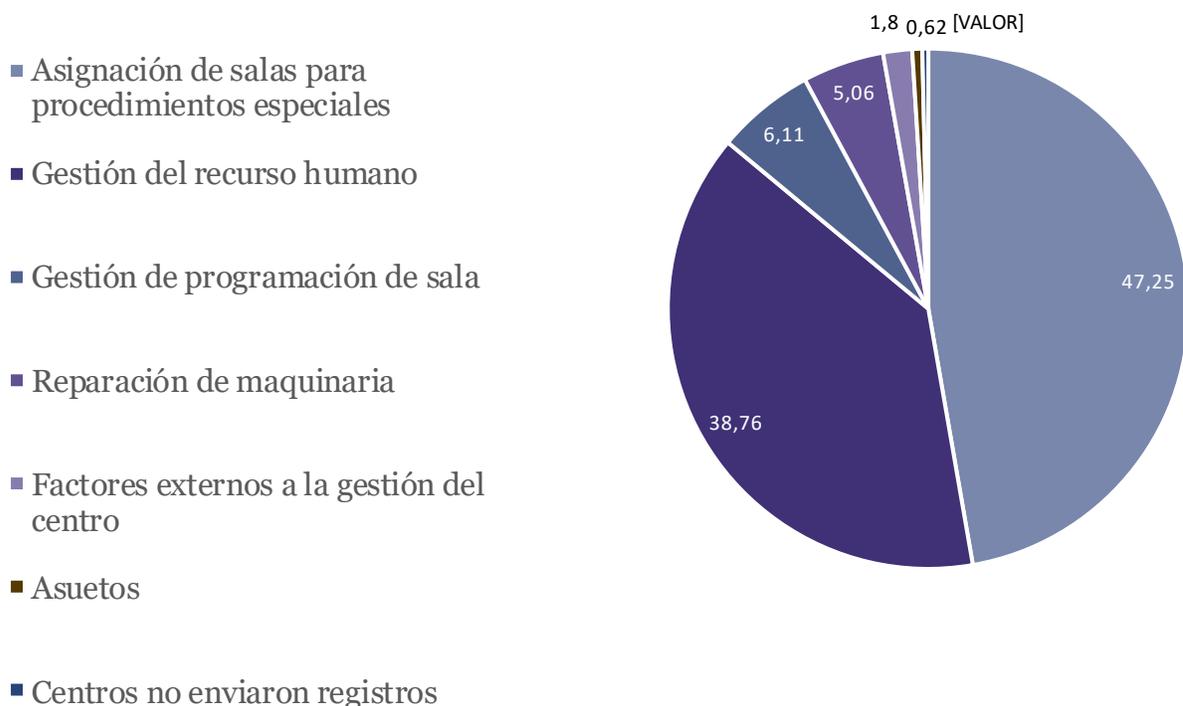
Año	Porcentaje
2014	68,00 %
2015	69,00 %
2016	70,70 %
2017	74,78 %

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2017.

El porcentaje utilizado de días hábiles ordinados disponibles ha sido cada vez mayor año con año, lo que indica que más días al año se logra utilizar una mayor cantidad las salas de operaciones. En el último cuatrienio se ha tenido un crecimiento constante, sin que este sea muy marcado.

Gráfico 9.1

CCSS: Distribución porcentual de las causas de no utilización de quirófano en los centros, 2017



Fuente: Listado quirúrgico de hospitales institucionales, 2017

A continuación, se detalla cada justificación del gráfico anterior:

- La asignación de salas para procedimientos especiales: incluye salas que se encuentran disponibles, pero no se sabe si serán utilizadas o no durante el día (partos, sépticas o de emergencias), además de aquellas que son utilizadas para actividades que normalmente no generan tiempo de anestesia (procedimientos médicos bajo anestesia local o bloqueos, cirugía menor ambulatoria, entre otras).
- Gestión del recurso humano: se trata de aquellos días que no se programan por la imposibilidad de utilizar una plaza existente o de sustituir al personal: vacaciones, incapacidades, permisos, huelgas, paros, requerimientos judiciales o civiles, comisiones, entre otros.
- Gestión de la programación de sala: implica aquellas causas que no pueden ser previstas por el gestor local: disponibilidad de camas hospitalarias,

espacios en recuperación, unidades de cuidados críticos, carencia de pacientes y otros.

- Reparación de maquinaria, equipo e infraestructura: se agrupa todas las actividades relacionadas con la remodelación y reparación de las salas, así como la no utilización por daño o período de reparación preventivo del equipo que contiene la sala.
- Factores externos a la gestión del centro no asociado al recurso humano: incluye múltiples factores que estando fuera del rango de acción de la administración y sin corresponder a la inopia del recurso humano, interrumpe la programación de sala: inundaciones, contaminación de salas, cortes eléctricos, falta de insumos, ausencia de medicamentos, emergencia local o nacional.
- Asuetos: se dan específicamente en el cantón donde se ubica el centro y esto lleva a la no programación de cirugía electiva.
- Centro no envía registro de tiempos: el centro no envió los tiempos de anestesia dentro de un plazo prudencial. Para el año 2017 los hospitales en esta situación fueron: Centro Nacional de Rehabilitación (26 días), San Juan de Dios (cuatro días), Los Chiles (cuatro días), San Vicente de Paúl (tres días), Maximiliano Peralta (tres días), Tony Facio (tres días), y Manuel Mora Valverde (un día).

La principal causa de no programación en días hábiles fue la asignación de salas para procedimientos especiales, seguida de la gestión de recurso humano. Ambas suman 86 % del total. El tercer lugar lo ocupa la gestión de programación de sala (6,11%). El detalle se observa en el gráfico 9.1.

Sin embargo, si se hace una segregación en los diferentes centros hospitalarios, la justificación varía en el orden. El comportamiento en Hospitales Nacionales Generales es similar al institucional, mientras que en el resto de centros (regionales, periféricos y especializados) hay una variación del primero con el segundo, siendo la principal justificación la gestión del recurso humano y la segunda justificación la asignación de salas para procedimientos especiales.

En años anteriores, como se ha descrito en informes previos, la gestión del recurso humano es la que ha predominado a nivel institucional; no obstante, la

asignación de salas para procedimientos especiales ha sido de predominio en hospitales nacionales, de manera constante.

Otra variante en el orden de las justificaciones fue la tercera posición, gestión de la programación de sala, ya que en años anteriores ha sido la de reparación de maquinaria, equipo e infraestructura, pero esta fue desplazada a un cuarto lugar en el informe del 2017, con tan solo 5,06 %.

Recomendaciones

La no programación de cirugías en días completos o fraccionados, justificada o no, representa un impacto en los servicios quirúrgicos; con ella se desaprovecha la oportunidad de producir actividades en un espacio provisionado con recursos de todo tipo, cuya existencia significa una erogación permanente para la institución, que se debiera traducir en soluciones dirigidas a las necesidades de la población; con el consiguiente impacto en la economía de la institución y la morbilidad del paciente.

Por otra parte, el tiempo de uso de anestesia por quirófano, llamado localmente tiempo de utilización de sala hospitalario (TUSH), ha mantenido un promedio institucional mayor a cinco horas por día en los últimos años, por lo que se deben valorar estrategias para aumentar el rendimiento del indicador o empezar a considerar que esa cifra sea el piso en la cantidad total de horas de aprovechamiento en cada centro.

Se propone considerar que el horario para programación electiva, actualmente de 7 am a 4 pm de lunes a jueves y los viernes de 7 am a 3 pm, se aumente con la implementación de un segundo turno quirúrgico, pasando a ser el horario de lunes a viernes con un primer turno de 6 am a 2 pm y un segundo turno de 2 pm a 10 pm. Esta medida aumentaría en forma significativa el total de quirófanos utilizados, así como los pacientes operados; impactando significativamente las listas de espera y volviendo más eficientes y efectivos los servicios institucionales.

Por último, cabe mencionar que el aprovechamiento de los quirófanos incide en las listas de espera quirúrgica (LEQ), tanto en la cantidad de personas operadas como en la demora esperada para un procedimiento quirúrgico; por lo que es de vital importancia procurar una mejora constante del clima laboral dentro de la sala de operaciones y promover capacitaciones para que los gestores de salas de operaciones se instruyan en estrategias para lograr la optimización del uso de quirófanos.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía de ingreso, resolución y depuración de la lista de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos*. San José: CCSS, Unidad Técnica de Lista de Espera.

Ministerio de Salud. (2010). *Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.

Sutton, M.S. (2011). *Eficiencia en la utilización de los bloques quirúrgicos. Definición de indicadores*. España: Ministerio de Ciencia e Innovación.

10. Existe una amplia brecha para la mejora en la actividad quirúrgica ambulatoria

La Cultura local, la carencia de recursos y la falta de lineamientos claros condicionan la disminución del índice ambulatorio

La cirugía ambulatoria se constituye en una estrategia de abordaje costo efectiva cuando se requiere atender las necesidades de pacientes que tienen una situación de salud cuya resolución quirúrgica se puede abordar mediante un procedimiento poco complejo, en asocio a un escenario personal, psicosocial y económico que no contraindique la recuperación en el hogar (Vásquez y otros, 2015).

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se considera que un usuario tuvo un alta por un procedimiento quirúrgico manejado ambulatorio cuando el egreso se registra en el servicio denominado Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA: código 6 AES). Esto supone que en el centro se ha verificado el cumplimiento de los requisitos que para tal efecto ha normado la institución.

De no darse tal situación, el egreso operado se registrará como egresado por un servicio distinto, lo que significa que el usuario se contabiliza como ocupante de una cama en el censo de pacientes de media noche, que no cumplió con todos los parámetros pre/post quirúrgicos para catalogarse como ambulatorio o que en el financiamiento de la actividad se utilizó una partida no ordinaria.

Considerando solo lo registrado en aquellos centros con capacidad quirúrgica y disponibilidad de un área de hospitalización, a saber, los 23 hospitales generales, el hospital Nacional de Niños, el Centro Nacional de Rehabilitación, el hospital Nacional de Geriatria y Gerontología y el hospital de las Mujeres, durante el año 2017 se egresaron en la CCSS 183 576 casos con un procedimiento quirúrgico.

Dado que la gran mayoría de pacientes intervenidos por la modalidad de cirugía ambulatoria corresponde a cirugías electivas (en el 2017 solo cinco egresos tuvieron una vía de ingreso distinta), este análisis se ocupará del comportamiento de los 105 100 casos operados que tuvieron ingreso por consulta externa (cirugía electiva) (Área de Estadística en Salud, 2018).

Según el tipo de centro, los egresos se concentran principalmente en dos tipos: 33 % en centros de tipo Nacional (34 731) y un 41,6 % en centros de tipo Regional (43 747). El restante 25,4 % de los egresos se registran en otro tipo de centro.

Por otra parte, cabe destacar que durante el año 2017 un 47,8 % de los casos operados electivos (50 269/105 100) se manejaron por la modalidad operatoria.

Al determinar la proporción que se ambulatoriza de ese egreso según cantón de adscripción, obviando las diferencias en la distribución del egreso operado electivo cantonal total, se determina que son los residentes de áreas de salud ubicadas en la red noroeste los que más se seleccionan para ser intervenidos mediante la modalidad ambulatoria.

Por el contrario, los residentes de la parte norte de la provincia de Heredia y aquellos que habitan las porciones pacífico sur y atlántica sur (exceptuando Corredores y Golfito), son los menos seleccionados para el manejo por esa modalidad.

A pesar de registrar poca cantidad de egresos respecto a los centros de tipo Nacional o Regional, los tipos de centro que más ambulatorizaron su egreso electivo fueron los Periféricos 3, donde el 60,1 % del egreso operado electivo fue ambulatorio (5 432/9 026), y los Periféricos 2, con un 59,7 % de egreso electivo ambulatorizado (2 209/3 698). Los centros que menos ambulatorizan sus procedimientos son los agrupados como especializados, con un 25 % del egreso electivo manejado ambulatorio (3 673/11 032).

Al profundizar la proporción ambulatorizada individual de los hospitales que se agrupan en cada tipo de centro, se observa una diferencia importante entre ellos (Anexo 9; Cuadro 10.1); así, por ejemplo, en el tipo de centro Especializado, grupo con el promedio por tipo más bajo (33,3%), se ubica el centro con el segundo mejor promedio ambulatorio evaluado (69,7%). Además, obviando que los centros tienen distintas estructuras de egreso, en este grupo existe una diferencia porcentual en el índice ambulatorio de 44,6 % entre el centro con el promedio ambulatorio más alto y el que ostenta el promedio ambulatorio más bajo (26,9%).

Cuadro 10.1

CCSS: Variabilidad en el Índice ambulatorio de egresos con procedimiento quirúrgico electivo según tipo de centro, 2017

Tipo de centro	Egreso servicio ambulatorio	Egreso operado electivo total	Índice Ambulatorio (porcentaje)			Desviación estándar (porcentaje)
			Promedio	Máximo	Mínimo	
Especializado	3 673	11 032	33,3	69,7	25,0	17,5
Periférico 1	1 118	2 866	39,0	58,4	26,9	12,7
Periférico 2	2 209	3 698	59,7	65,8	37,5	12,2
Regional	21 624	43 747	49,4	63,2	37,5	8,7
Periférico 3	5 432	9 026	60,2	71,8	50,9	7,8
Nacional	16 213	34 731	46,7	52,9	39,2	5,6

Fuente: Base de egresos institucionales 2017. Área de Estadística en Salud. CCSS.

Antecedente del indicador

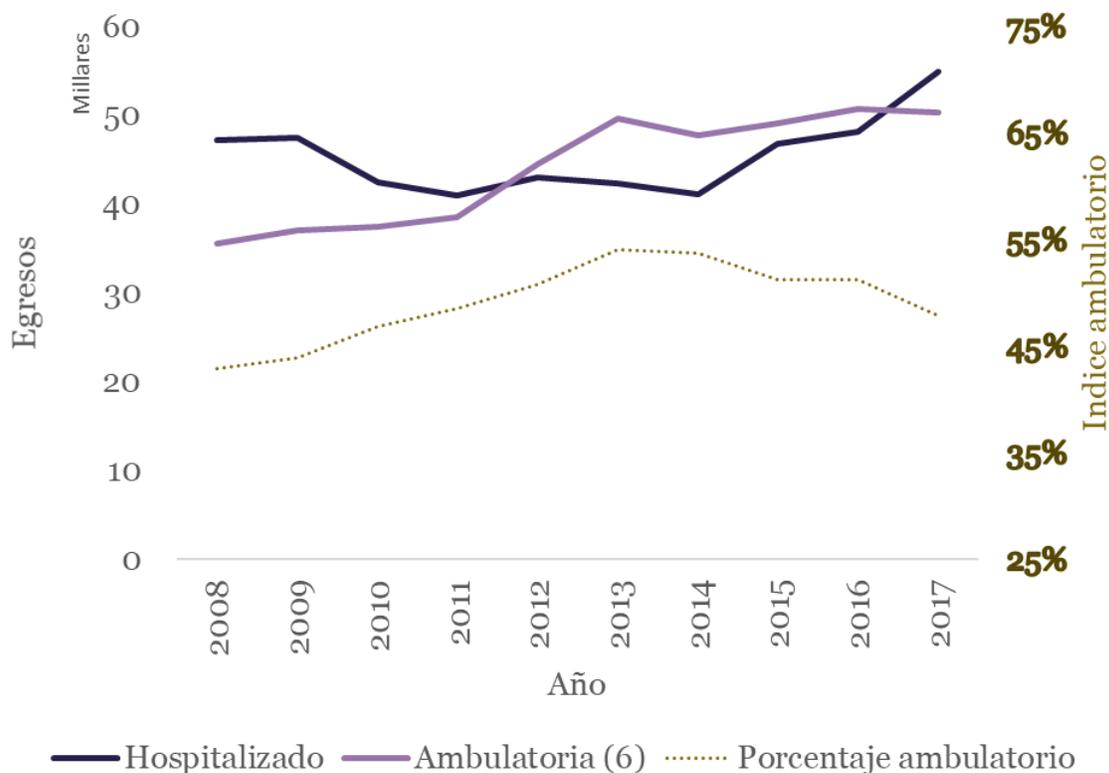
Comparativamente, durante el año 2016 se egresaron 98 883 casos operados electivos, de los cuales 50 713 correspondieron a la modalidad ambulatoria. Esto significó que el 51,3 % de los casos electivos operados durante ese año se manejaron ambulatoriamente; siendo 3,5 % mayor que el índice ambulatorio del año 2017.

El gráfico 10.1 muestra cómo la conducta de selección quirúrgica ambulatoria ha tenido un inicio lento y que fue hasta en el año 2012 cuando por primera vez las cirugías electivas manejadas por la modalidad ambulatoria superaron a las cirugías electivas que se hospitalizan previo o posterior al procedimiento.

En ese año el porcentaje ambulatorio electivo fue de 50,8 %, interviniendo por la modalidad a 44 425 pacientes electivos, en tanto que se hospitalizaron post quirúrgicamente a 42 990 pacientes electivos.

Gráfico 10.1

CCSS: ^{1/}Egreso electivo operado ambulatorio e índice ambulatorio electivo por año



1/ Segregación del egreso electivo en dos componentes según servicio de egreso:

- Hospitalizado: servicios Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia, Psiquiatría y Cirugía Vespertina.
- Ambulatorio: servicio cirugía mayor ambulatoria.

Índice ambulatorio: cociente de la división entre el egreso electivo ambulatorio operado y el egreso electivo total operado.

Fuente: Base de egresos Área de Estadísticas en Salud 2008-2017.

El año 2013 fue el que mostró mayor proporción del egreso electivo operado ambulatorio (49 643) respecto al egreso electivo total operado (91 910), mostrando un índice ambulatorio electivo del 54 %.

De forma llamativa, posterior a esto, la tendencia en la relación operado ambulatorio/operado total se modificó: en ese lapso se encuentran contrastes anuales donde el indicador tiende a la disminución.

Disminución del egreso electivo ambulatorio

Cuando se profundiza en las causas de la tendencia del índice ambulatorio en los últimos cuatro años, se identifican una serie de determinantes que, sin ser completamente objetivables por falta de registros asociados, explican hasta cierto punto porqué se dificulta predecir el comportamiento anual de la medida.

Primero, a partir de las experiencias recolectadas anecdóticamente en la consulta al personal encargado del indicador durante la evaluación de la prestación del servicio, se encontró que no existe estandarización en la selección de la modalidad quirúrgica entre los centros; y, peor aún, esta falencia se extiende incluso a los procesos entre servicios de una misma unidad. Esta inconstancia en el criterio hace difícil programar y predecir con eficiencia el logro ambulatorio esperado anual.

Al respecto, se identifica que ni la administración local ni la institucional aplican algún indicador de gestión que permita conocer, entender, direccionar y monitorear a cabalidad los determinantes de la cultura de programación ambulatoria quirúrgica en cada centro, mucho menos calcular una línea de programación común en un grupo de ellos.

De ese acercamiento se desprende que la predisposición o prejuicio del personal hacia una u otra modalidad de cirugía, la carencia de espacios específicos para acomodar los procesos, el insuficiente recurso humano, la inexistencia de estímulos para incorporar el manejo ambulatorio y la carencia de una directriz clara para seleccionar la modalidad de intervención, entre otros, se convierten en variables que hacen disímil la respuesta del centro a la demanda de procedimientos potencialmente ambulatorios y por tanto, dificulta anticipar con certeza un logro institucional anual.

La aparición y el reforzamiento de actividades que distraen hacia la atención de procedimientos de baja complejidad, sin la necesidad de cumplir con los criterios del proceso de cirugía ambulatoria, puede estar favoreciendo también la selección de modalidades operatorias más cómodas o convenientes para el ejecutor en lo individual o lo local, pero menos costo eficiente para la institución o para el usuario.

A partir de una revisión de expedientes realizada durante la evaluación del año 2014, donde se analizó el egreso potencialmente ambulatorio finalmente hospitalizado, se determinó que de 1 029 expedientes, en 138 casos se desestimó

la opción ambulatoria debido al tiempo de acceso poco razonable por complicación domiciliaria (13,4 %); además, 120 casos presentaron una complicación trans o post quirúrgica que ameritó el internamiento (11,6 %); en 58 casos la valoración anestesiológica prequirúrgica inhabilitó la cirugía ambulatoria (5,64 %); y un 10,3 % de los expedientes reflejan grupos pequeños de casos con alguna otra condición o situación del servicio que impidió la selección ambulatoria (Morera, 2015).

Lo más llamativo fue que en 583 expedientes (56,6 %) no se identificó registro de una causa, ni se percibió por parte del revisor del documento la razón por la cual se decidió hospitalizar al usuario.

Esto confirma, en lo que cabe, que la cultura local de selección, por su falta de estandarización, es una variable difícil de cuantificar, que tiene un gran peso para explicar la variación del indicador entre períodos de medición y que para el año 2017 no es posible calcular.

Siempre en el ámbito del análisis del factor cultural local, impresiona que en algunos centros existen prácticas de registro particulares que invisibilizan procedimientos que en su ejecución cumplen todos los criterios para considerarse ambulatorios, pero en cuya selección, inducción y egreso se omite el protocolo ambulatorio, porque se desconoce o no existe, a veces pareciendo, incluso, que simplemente se decidió no registrarlos como egresos de dicho servicio.

Formalmente, el criterio utilizado para cuantificar el egreso como ambulatorio consiste en contrastar lo registrado por el servicio de cirugía ambulatoria respecto al total de egreso operado.

Con esto se presupone que la cirugía ambulatoria, por su uso diferenciado y óptimo de insumos, se enmarca en un proceso bien definido, donde se debe cumplir con una serie de requisitos para aceptar un caso.

Consistente con ese concepto, sería de esperar que todo procedimiento electivo que egrese del centro el mismo día del ingreso, en el marco de optimizar recursos y asegurar la visibilización de esta optimización, al catalogarse como una intervención de baja complejidad, haya sido incorporado al proceso de elección y ejecución de cirugía ambulatoria.

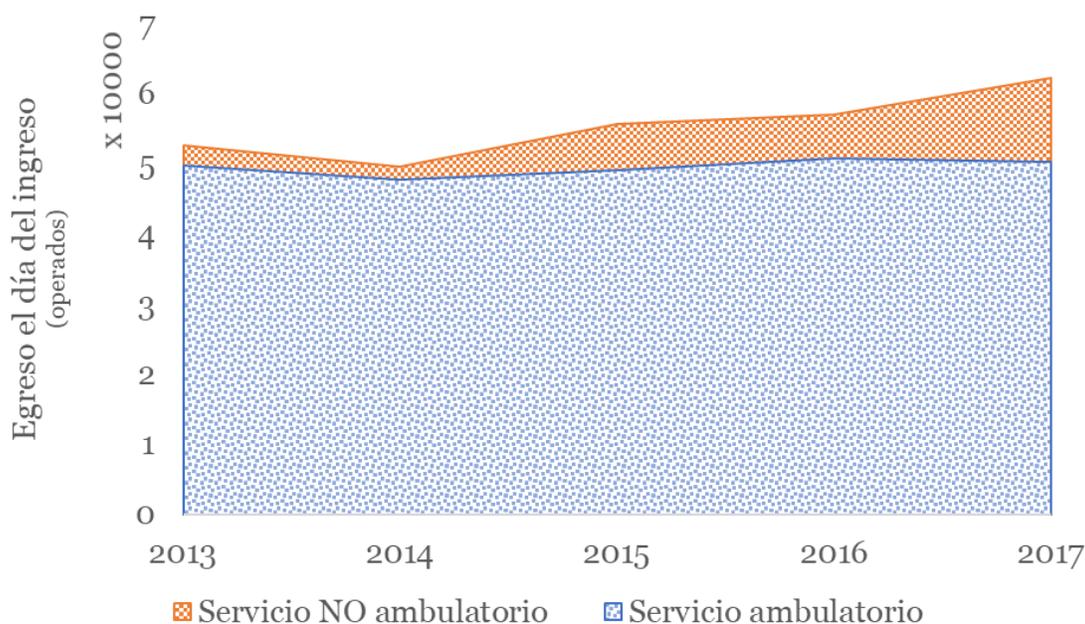
Sin embargo, al analizar el comportamiento de la cirugía electiva efectuada con ingreso hospitalario menor a un día (ingreso y egreso el mismo día) y registrada

en un servicio no ambulatorio, se observa que desde el año 2014 hay una tendencia al crecimiento en la medición anual (Gráfico 10.2).

Asociando esa singularidad con una tendencia a la baja del egreso registrado en el servicio ambulatorio, se tiene como resultado la amplificación del número de cirugías con alta el mismo día del internamiento que no se registran en CMA.

Gráfico 10.2

CCSS: Egreso operado electivo con estancia menor a 24 horas sin registro en censo de camas según servicio ambulatorio, 2013-2017



Fuente: Base de egresos institucionales 2013-2017. Área de Estadísticas en Salud, CCSS.

Por otra parte, de acuerdo con la información recopilada, entre el año 2016 y el año 2017 el egreso electivo total aumentó en 6 217 casos. De estos, 929 casos tuvieron estancias de uno o más días, mientras que 5 288 casos tuvieron una intervención quirúrgica con un ingreso de menos de 24 horas de estancia, sin inclusión en el censo de camas. Esto significa que el incremento del egreso electivo entre esos dos años está constituido en un 85 % por procedimientos realizados en pacientes que ingresan y egresan el mismo día de la operación.

Esos casos de menos de un día responden a la disminución de 443 casos en el servicio ambulatorio y un aumento de 5 731 casos en lo registrado en otros servicios.

Con ello, la brecha entre el egreso operado electivo total con estancia menor a un día y el registro del servicio de cirugía ambulatoria se elevó de 6 253 casos en el 2016 a 11 984 casos en el 2017.

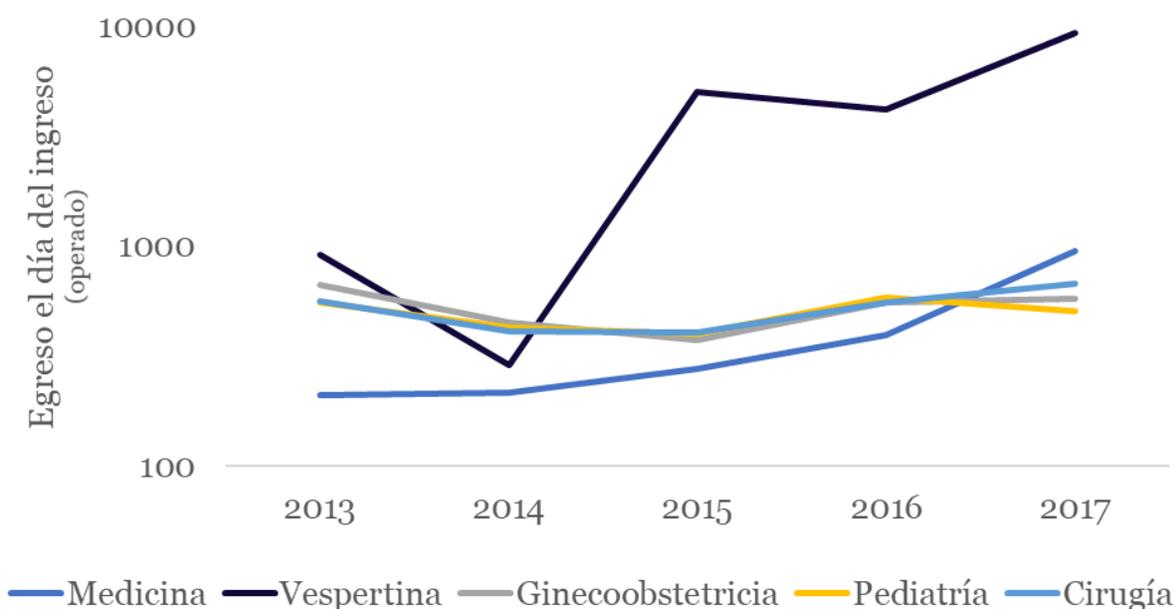
Sin poder profundizar en los causales del registro de ese egreso en servicios no ambulatorios, su impacto es tan significativo que el porcentaje de procedimientos electivos con menos de un día de ingreso podría incrementar el índice ambulatorio hasta el 59,2 %, 10 puntos porcentuales más que el índice reflejado a partir del registro ambulatorio oficial en el año 2017.

La cuestionante sería si, con un adecuado análisis e intervención en los procesos locales de atención, enfatizando en el protocolo quirúrgico ambulatorio, esa brecha pudo haberse abordado dentro del flujo de eventos propios de la cirugía ambulatoria.

Desagregando por servicio la participación en el aumento de la brecha, se identifica que este no es un producto homogéneo, si no que pueden identificarse servicios que han aumentado significativamente su participación en cirugías con egreso operado el día del ingreso.

Gráfico 10.3

CCSS: Egreso electivo operado el día del ingreso en servicios distintos al ambulatorio, 2013-2017



Fuente: Base de egresos institucionales 2013-2017. Área de Estadísticas en Salud. CCSS.

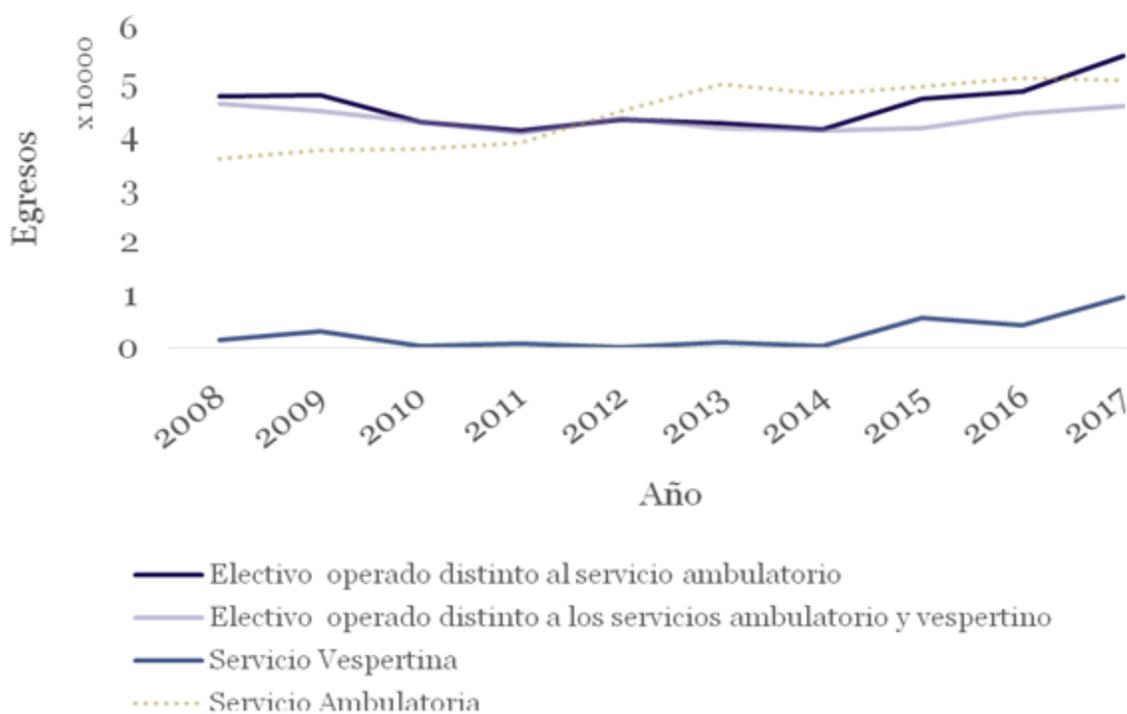
Es claro que en los últimos tres años el servicio que más ha ampliado la brecha, absorbiendo cirugías manejadas sin hospitalización, es la cirugía vespertina, identificándose que en ese servicio, el 96 % del egreso se realiza el mismo día en que se ingresa el usuario para ser operado.

Para entender mejor el papel de la cirugía vespertina y los programas equivalentes sobre el índice ambulatorio, vale decir que la primera es una modalidad de ejecución quirúrgica que característicamente se programa con presupuesto independiente al centro que ejecuta la cirugía, lo que le permite utilizar reglas de remuneración y horario distintas al pago y programación usuales.

Por ello, se ha constituido en una de las estrategias utilizadas para abordar listas de espera prioritarias, enfocándose en patologías programadas con mayor cantidad de casos no resueltos en el corto plazo.

Gráfico 10.4

CCSS: Egreso electivo operado en servicios de cirugía vespertina, ambulatoria y otros servicios con manejo quirúrgico hospitalizado, 2008-2017



Fuente: Base de egresos institucionales 2008-2017. Área de Estadística en Salud. CCSS.

Del gráfico 10.4 se desprende que, al desagregar el egreso por servicios distintos al ambulatorio, tanto el registro del egreso operado del servicio de vespertina como el de los servicios con manejo quirúrgico hospitalizado tradicional ha aumentado.

En cifras, esto significa que la magnitud del aumento del egreso del servicio vespertino fue de 5 233 registros entre 2016 y 2017: una diferencia del 123,8 % respecto al egreso vespertino del año 2016, que a su vez corresponden a un nada despreciable 4,98 % del egreso electivo total del año 2017.

Por su parte, el aumento del egreso electivo en servicios quirúrgicos tradicionales fue de 1 428 registros: una diferencia del 3,2 % en el egreso quirúrgico electivo tradicional respecto al año 2016, pero que, a diferencia del egreso vespertino, solo significó un 1,36 % del egreso electivo total del año 2017.

Ambos valores son importantes al compararse con una disminución del egreso electivo del servicio ambulatorio en el orden de los 444 casos durante el mismo período (-0,9% del egreso ambulatorio del año 2016).

Visto desde la perspectiva ambulatoria, sin menospreciar el valor de lo logrado con acciones propias del servicio de cirugía vespertina, que en el corto plazo compensan la urgencia de la demanda, se puede suponer que, al tratarse el egreso vespertino de cirugías esencialmente ambulatorias y suponiendo que en el futuro cercano se organiza la atención en los servicios ambulatorios normales con un funcionamiento y aprovisionamiento óptimo de recursos, la migración del egreso vespertino al servicio ambulatorio potenciaría el rendimiento quirúrgico en todos los centros, con un impacto sostenido sobre las listas de espera.

Conclusiones y recomendaciones

La selección oportuna y segura de la modalidad ambulatoria en casos que requieren cirugías de baja complejidad es sin duda la estrategia más eficiente para afrontar el crecimiento de la demanda en los servicios quirúrgicos.

En la institución existen prácticas locales que priorizan la ejecución de cirugías mediante modalidades distintas a la ambulatoria, alentadas por la carencia de un lineamiento claro, la dificultad para romper lo culturalmente establecido, así como la falta de incentivos y recursos de todo tipo que apoyen la ejecución ambulatoria.

En última instancia, se provoca que procedimientos de baja complejidad en pacientes ideales y con buen acceso a los servicios de salud, abarrotan las listas de espera, cuando su resolución podría ser más expedita y no dependiente del componente hospedero institucional, que a la postre es de los más caros.

De igual forma, con la salvedad de que en este caso se salvaguarda el beneficio financiero institucional y se protege al usuario, el desconocimiento, la manipulación o la omisión de las reglas de registro, imposibilitan que se conozca la ejecución real ambulatoria.

La inercia generada a partir de esa conjunción de situaciones obliga al sistema a recurrir emergentemente a modalidades de abordaje que, utilizando criterios de selección y resultados inmediatos similares a la ambulatoria, son menos permanentes y en apariencia más onerosas para la institución.

Es necesario, por tanto, generar una estrategia de revisión del manejo quirúrgico de este tipo de casos, priorizando en la elaboración de una norma que estandarice los flujos de atención y direcciona la selección, la inducción y el alta de los pacientes. Esta revisión debe llevar apareada una intervención en la dinámica funcional de los centros, donde se alineen las expectativas y voluntades del funcionario ejecutante con lo protocolizado, teniendo como objetivo un manejo estandarizado institucional.

Conjuntamente, se deben ajustar y revisar los criterios de registro, de manera que estos puedan reflejar a cabalidad lo actuado y permitan conocer con certeza el estado de la situación.

Concomitantemente con la alineación de los procesos y las responsabilidades, se debe considerar la ejecución de acciones de optimización en el uso del recurso sala, asegurando la utilización máxima del espacio quirúrgico durante el primer turno y abriendo la posibilidad de extender la utilización de este espacio para cirugía electiva durante un segundo turno.

Al respecto, los programas de cirugía vespertina han mostrado que, con una adecuada organización, estímulo y acuerdo, la ejecución de procedimientos ambulatorios electivos en el segundo turno es factible y manejable por las unidades tanto de segundo como de tercer nivel.

Por tanto, se debe analizar el costo de los programas vespertinos respecto a la cirugía ambulatoria extendida a un segundo turno, a partir de lo cual decidir y organizar la erogación de recursos dirigidos al manejo quirúrgico más costo eficiente para la institución.

Referencias bibliográficas

Área de Estadísticas en Salud. *Bases de egresos institucionales 2013-2017*. San José, CR: Caja Costarricense de Seguro Social.

Morera, J.C. (2015). *La cirugía ambulatoria en los hospitales y centros especializados de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS): producción y monitoreo al año 2014*. (Versión Borrador sin publicar). San José, CR: Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección Compra de Servicios de Salud.

Vásquez, Y., Cruz, J., Zurbano, J., Vasallo, N.L., Fernández, C., & Cruz, A. (2005). Evaluación de la calidad en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía. *Cir May Amb*, 10(4): 165-174.

11. Programa de Cirugía Vespertina como estrategia para disminuir la lista de espera de la CCSS, 2014-2017

El gasto del Programa Cirugía Vespertina se concentró en cuatro hospitales (73 %) en el año 2017

El 53,5 % de los egresos en Cirugía Vespertina en el año 2017 se llevó a cabo en dos centros

La lista de espera de procedimientos quirúrgicos (LEQ) es un problema internacional, estudiado en países como España, Canadá, Inglaterra, Australia, Brasil, entre otros. Los indicadores utilizados se evocan a medir cantidad de casos y tiempo de demora, lo cual permite observar el comportamiento de la cantidad de casos, pero sobre todo el tiempo medio de demora.

De tal forma, se han intentado “múltiples estrategias enfocadas bien a reducir el tamaño, o a disminuir el tiempo, o simplemente orientadas a racionalizar las listas. Entre las estrategias utilizadas a nivel internacional están adquiriendo importancia las siguientes: aplicación de tiempos de atención garantizada, la priorización de las listas en función de criterios explícitos y la incorporación de estrategias para mejorar la indicación de una intervención o prueba” (Bernal, 2002).

En el caso de Costa Rica, en el año 2001, se creó la Unidad de Listas de Espera, actualmente llamada Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), para documentar estrategias nacionales e internacionales en el ámbito de listas de espera, desarrollar aquellas válidas de aplicarse en nuestro país, promover la reducción de las listas de espera, monitorear la productividad, mantener y actualizar el sistema de registro de pacientes en lista de espera, entre otros (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2001).

Según el corte al 31 de diciembre de 2017, la LEQ tiene un total de 120 911 casos pendientes, distribuidos en 28 centros de salud (hospitales generales, hospitales regionales y centros especializados). El 60 % lo aportan seis hospitales: HSJD, HCG, HMEX, HSVP, HSRA y HMP.

De acuerdo con la información recolectada por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) respecto a la LEQ en el periodo comprendido entre los años 2014-2017, se observó un aumento general entre el 2014 y el 2016, y una disminución en el 2017. Sin embargo, en el caso del HSJD y el HMP su comportamiento individual es diferente, ya que ambos presentaron un leve incremento en el 2017 (Cuadro 11.1).

Cuadro 11.1

CCSS: Cantidad de casos pendientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos, distribuido por hospital 2014-2017

Centro	2014	2015	2016	2017
Total general	120 660	124 312	127 779	120911
HSJD	20000	15787	14397	15235
HCG	13253	16943	17219	13980
HSRA	13185	13227	12921	12291
HSVP	11630	11133	12384	10012
HMP	7998	8022	9036	9248
HMEX	9105	9450	9368	8798
Otros	45 489	49 750	52 454	51 347

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Como se observa en el siguiente cuadro, a nivel institucional la demora media ha disminuido en los últimos cuatro años. Solo el HSRA registró un incremento en la demora media al comparar el 2014 con el 2017. En general, al comparar el cuatrienio completo se observa una variación en la tendencia entre los diferentes centros (Cuadro 11.2).

Cuadro 11.2

CCSS: Demora media en días de los casos en lista de espera, para procedimientos quirúrgicos, distribuido por hospital 2014-2017

Centro	2014	2015	2016	2017	Diferencia entre (2014 – 2017)
Institucional	452	444	417	356	96
HSJD	531	498	395	385	146
HCG	581	664	584	414	167
HSRA	508	543	548	536	-28
HSVP	385	330	339	274	111
HMP	373	347	387	333	39
HMEX	504	515	537	472	32

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Como parte de las estrategias utilizadas por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para lograr el objetivo propuesto en el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, están contempladas la Cirugía Electiva, la Cirugía Mayor Ambulatoria, la depuración administrativa de la LEQ y la Cirugía Vespertina. De estas estrategias las tres primeras utilizan el tiempo ordinario (lunes a jueves de 7 a.m. a 4 p.m. y viernes de 7 a.m. a 3 p.m.), mientras que la vespertina utiliza tiempos extraordinarios. Esta última consiste en la programación extemporánea de casos por parte de los hospitales con el nivel central, debido a que se cuenta con financiamiento extraordinario.

Para el análisis de la cirugía vespertina durante el 2017, se utilizaron los datos de producción de “egresos hospitalarios” aportados por el Área de Estadística en Salud; en el archivo estaban contemplados todos los centros de salud -Hospitales y Áreas de Salud- en donde se reportaron egresos.

Del archivo anterior se separaron los datos de los egresos de cirugía vespertina, para lo cual se utilizaron los siguientes filtros:

- Vía de ingreso: 1 (consulta externa).
- Servicio de ingreso: 11 (Cirugía vespertina).
- Tipo de procedimiento 1: 2 (quirúrgico).

Es por estos filtros que existe una leve diferencia con el capítulo de Cirugía Mayor Ambulatoria, debido a que en este último se utilizó el Servicio de Egreso en vez del Servicio de Ingreso.

Tras el estudio realizado se observa que en los últimos cuatro años ha aumentado la actividad de Cirugía Vespertina, presentando un incremento mayor al 100 % entre los años 2016-2017 (ver anexo 10), registrando en el último año una producción de 10 479 egresos. De los egresos hospitalarios por Cirugía Vespertina registrados en el año 2017, el 53,5 % se concentró en el HSVP y en el HCG.

Por otra parte, se detectó que los centros que utilizan esta modalidad no tienen el mayor aporte a la LEQ y tampoco los mayores tiempos de demora; por ejemplo, el HSJD posee el mayor número de casos de la LEQ; sin embargo, no aporta producción mediante esta modalidad.

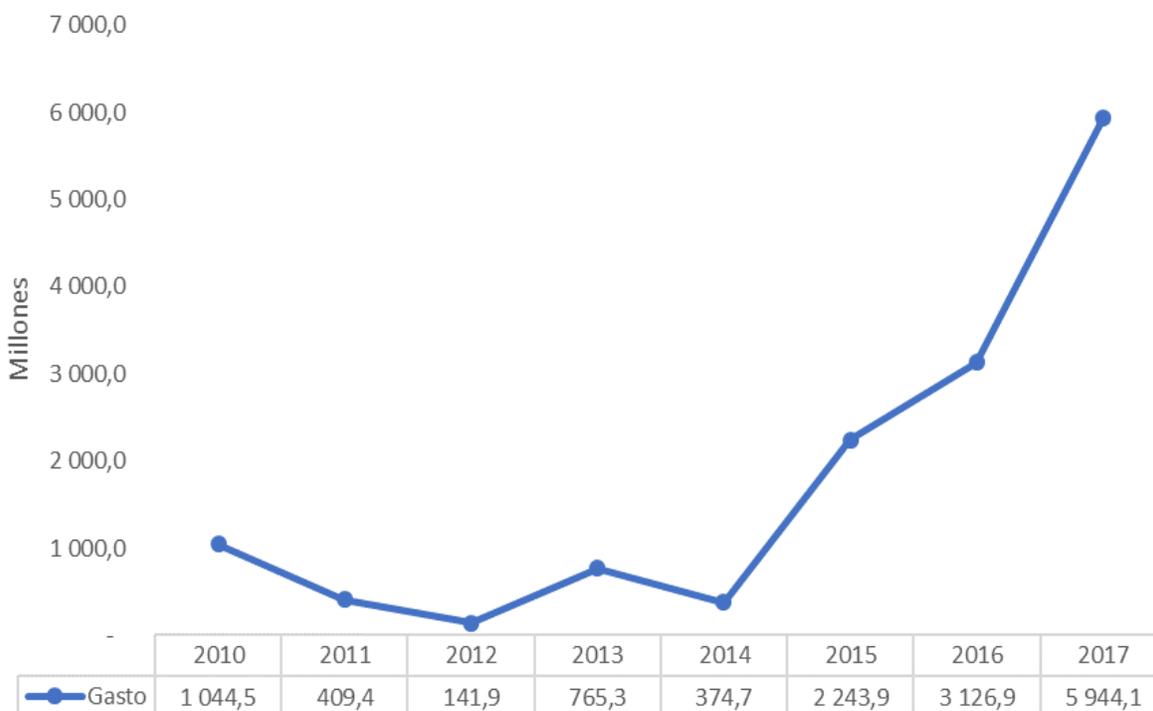
En lo que respecta a la parte económica, cabe mencionar que la Junta Directiva de la CCSS, en el artículo 09 de la sesión 8208, celebrada el 06 de diciembre de 2007, aprobó: *“... el sistema de pago para cirugía vespertina, el cual tiene el propósito de disminuir las listas de espera de los hospitales. El uso de esta subpartida se limita a las unidades ejecutoras que realizan acciones derivadas del programa mencionado a cargo de la Gerencia Médica, conforme a lo aprobado por Junta Directiva y el procedimiento establecido...”*.

Durante el periodo 2014-2017 el gasto de la partida 2043 “Programa Cirugía Vespertina” tuvo una tendencia creciente; específicamente, en el año 2017 se registró un crecimiento real del 90,1 % (gráfico 11.1).

Gráfico 11.1

CCSS: Comportamiento del gasto en la partida 2043 "Programa Cirugía Vespertina", 2010-2017.

Datos reales 2017=100, en millones



Fuente: Dirección de Presupuesto.

Cabe mencionar que en los últimos cuatro años esta partida, según la asignación presupuestaria conocida, ha mostrado una ineficiente ejecución presupuestaria, pues solamente se ha ejecutado en promedio un 48,5 % del presupuesto asignado, mostrando una muy insatisfactoria gestión en la utilización de los recursos.

En el cuadro 11.3 se desglosa la participación de las unidades en el gasto de la partida 2043 "Programa Cirugía Vespertina" en el año 2017. Destaca que el 73 % del gasto registrado se concentró en los siguientes hospitales: HSVP, HSJD, HCG y HMEX.

Cuadro 11.3
Composición del gasto de la partida 2043 "Programa de Cirugía Vespertina", por centro, año 2017, en millones

Descripción	Gasto	% Part.
Total	₡5.944,18	100,0%
Hospital San Vicente de Paúl	₡1.391,41	23,4%
Hospital San Juan de Dios	₡1.131,80	19,0%
Hospital Calderón Guardia	₡1.099,00	18,5%
Hospital México	₡713,84	12,0%
Centro Nacional de Rehabilitación	₡353,76	6,0%
Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera	₡319,63	5,4%
Hospital de San Carlos	₡260,59	4,4%
Otros ¹	₡674,16	11,3%

Nota¹: Otros; incluye las siguientes unidades: Gerencia Médica, hospital Monseñor Sanabria, Clínica Oftalmológica, Área de Salud de Coronado, Dirección Regional de Servicios Médicos Brunca, hospital de Guápiles, hospital Fernando Escalante Pradilla y Área de Salud Goicochea.

Fuente: Dirección de Presupuesto.

Por otro lado, se detectó que los centros HSRA y HMP no registraron gastos en la partida 2043 "Programa Cirugía Vespertina" en el año 2017, pero sí se registraron egresos por este tipo de cirugía vespertina. Al consultar este hallazgo con la Dirección de Presupuesto, de forma verbal, indicaron que se financió con la partida 2021 "tiempo extraordinario", justificándolo de la siguiente manera: "disminuir la LEQ por acuerdo sindical con autoridades mayores y por inopia de recurso humano".

De forma contraria, se encontró que el HSJD presentó gasto en la partida 2043 "Programa Cirugía Vespertina" durante el lapso 2014-2017, a pesar de no reportar egresos por el Servicio 11 (Cirugía Vespertina) en los años 2014, 2016 y 2017; lo cual puede ser indicativo de un registro deficiente.

Por otra parte, se trató de analizar específicamente el gasto de los rubros "procedimientos y cirugías en modalidad vespertina", por lo que se consultó a la Gerencia Médica, la UTLE y los centros hospitalarios; sin embargo, la información enviada no se pudo segregar; imposibilitando el análisis.

Depuración

El otro método utilizado por los hospitales de la CCSS para reducir la LEQ es la “Depuración”, la cual consiste en: “... la acción que se debe realizar cuando al paciente se le deba cambiar de estado en la lista de espera sin haberle realizado el procedimiento, siendo posibles causas las siguientes: cuando el paciente ya no amerite, no desee, o haya resuelto su problema de alguna otra forma o no sea localizable...” (CCSS, 2015).

La depuración realizada en el año 2017 por parte de los centros hospitalarios de la CCSS fue de 28 950 casos de la LEQ; sin embargo, de los seis hospitales con mayor participación en la LEQ, tanto el HCG como el HMEX no brindaron datos a la DCSS.¹⁸

Considerando los datos anteriores, se puede indicar que el método de la depuración es más eficiente en la reducción de la LEQ, debido a que disminuyó en mayor cantidad los casos en el año 2017. No obstante, se debe dejar claro que a pesar de que se puede considerar como un objetivo de control y gestión de los establecimientos a efecto de administrar los recursos, el propósito de la institución es la resolución de los problemas de salud del usuario.

Conclusiones

Además de que no se logró obtener la metodología o los criterios utilizados por la UTLE para la asignación de los recursos en la partida 2043 “Programa Cirugía Vespertina” a los centros hospitalarios, tampoco se pudo determinar que se le haya dado prioridad a los centros hospitalarios que muestran mayor de volumen de pacientes en LEQ.

Lo anterior, debido a que se observó que la asignación de los recursos fue precisamente a centros con menor lista de espera o demora media, esto sobre otros centros que muestran números superiores en ambos rubros.

Por otro lado, se confirmó que el proceso de incorporación, resolución y depuración de la LEQ no está estandarizado en la CCSS, dado que la mayoría de los hospitales utilizan el sistema ARCA; sin embargo, en el año 2017 el HMEX, el HTF y el HNN utilizaron otros sistemas.

¹⁸ Únicamente se utilizó la información del año 2017, ya que son los datos más cercanos a la realidad.

En lo que respecta al gasto registrado en el periodo de análisis en la partida 2043 “Programa Cirugía Vespertina”, este no es congruente con el comportamiento de la lista de espera, ya que los recursos destinados para este fin presentaron un crecimiento constante desde el año 2014 hasta el 2017, sin mostrar reducción de casos en la LEQ como resultado de esta estrategia.

Adicionalmente, algunas unidades están financiando este tipo de producción por medio de otra partida 2021 “Tiempo Extraordinario”, lo cual puede estar explicado por un mal registro de la información; afectado de forma negativa la contabilidad institucional y el propósito de los recursos.

Finalmente, se puede indicar que, por falta de información y por registros deficientes, no se logró demostrar que la implementación de la modalidad “Programa de Cirugía Vespertina” en la CCSS haya logrado disminuir la LEQ.

En relación con lo indicado en el párrafo anterior, cabe mencionar que el alcance del análisis realizado se vio restringido porque parte de la información requerida no estuvo disponible en forma oportuna, estaba incompleta o se encontraba fragmentada entre varias instancias (UTLE, Gerencia Financiera, hospitales, entre otros), lo que imposibilitó visualizar los resultados del programa y la posterior toma de decisiones informada por parte de las autoridades superiores.

Recomendaciones

Tras la evaluación realizada se recomienda lo siguiente:

- Estandarizar a nivel institucional los registros referentes a listas de espera, quirúrgicas, procedimientos, consulta externa, entre otros, e instruir su obligatoriedad al registro único y estandarizado en el ARCA.
- Instruir a la UTLE para que muestre de manera amplia y transparente los registros sobre listas de espera, tiempos y demora media, así como toda la información detallada de los gastos de este fondo por centro hospitalario y por actividad según sea LEQ, procedimientos o consulta externa.
- Toda estrategia que utilice la CCSS para reducir la LEQ deberá emplear criterios de prioridad según patología y complejidad, de tal forma que estas estrategias no afecten el dinamismo y la fluidez propias de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA); es decir, que esta estrategia no venga a sustituir la demostrada eficiencia de la CMA, logrando así maximizar el uso de quirófanos y recurso humano, entre otros.

- Publicar abiertamente los criterios para asignación de recursos adicionales por concepto de Cirugía Vespertina.
- Realizar evaluaciones sistemáticas de las diferentes estrategias utilizadas para el abordaje de las listas de espera, con el propósito de mostrar el impacto de estas, o bien, redireccionar los esfuerzos hacia otras estrategias probadas con evidencia científica y, sobre todo, garantizar el uso óptimo de los recursos.
- La depuración de listas de espera deberá convertirse en una práctica continua y sistemática del centro hospitalario. El gestor local deberá fortalecer a lo interno el proceso de depuración de la LEQ, con el fin de mejorar la fidelidad y calidad del dato.
- La CCSS podría implementar la resolución de la lista de espera global institucional y no por centro, como hoy en día. Con esta modalidad se genera el flujo interhospitalario, en el cual estaría disponible toda la oferta quirúrgica institucional según la capacidad resolutoria de cada centro, en atención a la totalidad de las listas de la institución; de esta manera, se podría maximizar la capacidad instalada en respuesta a esta problemática, haciendo más efectivo y eficiente el uso de los recursos existentes.
- Se podría emplear también la estrategia utilizada a nivel internacional de tiempos de atención garantizada, la cual consiste en garantizar un tiempo máximo de espera, idealmente no más de tres a seis meses; en caso de que este sea mayor, el excedente podría ser resuelto por la contratación a terceros o darle al usuario la ayuda económica requerida para que por libre elección acuda al médico de su preferencia, que cuente con la acreditación requerida, y se le realice el procedimiento o cirugía de manera oportuna.
- Se recomienda a las autoridades locales extremar esfuerzos en viabilizar dichas listas de espera hacia la modalidad de CMA, ya que esta resulta ser una modalidad más costo efectiva y, lo más importante, sostenible en el tiempo. Además, se aconseja monitorear de forma constante la LEQ; y así velar por la adecuada gestión de las modalidades de resolución.

Para ello, el nivel regional y central deberán también maximizar esfuerzos en dotar a los centros hospitalarios de los recursos y las condiciones necesarias para impulsar la CMA.

Una opción es utilizar los recursos del Programa de Cirugía Vespertina, sumándolo al gasto en guardias, horas extra, disponibilidades, etc., y emplear estos recursos en implementar un segundo turno que elevaría la producción hospitalaria en general.

- Por otra parte, las autoridades superiores deberían valorar la pertinencia de mantener la estrategia de la Cirugía Vespertina para la disminución de las LEQ.
- Por último, se recomienda analizar la conveniencia de mantener la UTLE, ya que, retomando el objetivo primordial de su creación y competencia, después de 17 años no se observa una disminución constante de la LEQ.

Referencias bibliográficas

Bernal, E. (2002). ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gaceta Sanitaria*, 16(5): 436-439.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (31 de mayo de 2001). Sesión No. 7552. *Reglamento del funcionamiento de la Unidad técnica de listas de espera*. San José, CR: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos*. San José, CR: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. San José, CR: CCSS.

Anexos

Anexo 1

Número de casos atendidos en colposcopia según diagnóstico de referencia y hospital, 2017

Hospital	Diagnóstico de referencia ^{1/}									
	VPH	ASCUS	AGUS	LIEBG	Lesión clínica sospechosa	ASC-H	LIEAG			Lesión invasora
				Displasia leve			Displasia moderada	Displasia severa	Carcinoma in situ	
Total	9	472	16	470	21	49	223	38	29	3
De las Mujeres Adolfo Carit Eva	-	37	1	31	10	4	31	2	7	-
Rafael Angel Calderón Guardia	-	26	2	20	6	7	11	2	2	-
San Juan de Dios	-	31	2	35	-	2	12	2	2	-
México	-	29	-	25	-	2	2	-	2	1
Maximiliano Peralta Jiménez - Cartago-	-	28	1	20	-	6	16	1	2	-
William Allen Taylor -Turrialba-	-	27	-	27	-	2	7	2	-	-
Tony Facio Castro -Limón-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-
De Guápiles	-	41	-	32	-	3	13	2	1	-
Fernando Escalante Pradilla - Pérez Zeledón-	1	2	-	67	-	-	12	-	-	-
Manuel Mora Valverde -Golfito-	-	3	-	22	-	-	4	-	-	-
De Ciudad Neily	-	39	1	13	-	2	4	-	1	-
De San Vito	-	22	3	25	-	-	2	-	-	-
De Osa Tomás Casas Casajús	-	-	-	18	-	-	2	-	-	-
San Rafael -Alajuela-	-	-	-	-	1	2	5	-	1	1
San Vicente de Paúl -Heredia-	-	44	1	25	-	5	24	10	2	-
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	-	-	-	-	-	1	5	-	-	-
San Francisco de Asís -Grecia-	-	-	-	-	-	1	5	2	1	-
Víctor Manuel Sanabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Martínez -Puntarenas-	7	24	2	23	-	-	7	2	1	-
Max Terán Valls -Quepos-	-	-	-	-	2	2	6	-	1	-
De San Carlos	1	30	-	21	-	2	18	7	3	-
De Los Chiles	-	26	-	26	-	3	2	2	-	-
Enrique Baltodano Briceño - Liberia-	-	32	1	21	-	2	12	1	1	-
De La Anexión -Nicoya-	-	31	2	19	1	1	10	3	1	1
De Upala	-	-	-	-	1	1	9	-	1	-

1/VPH: Virus del Papiloma Humano; ASCUS: células escamosas de significado indeterminado; AGUS: células glandulares de significado indeterminado; LIEBG: lesión intraepitelial de bajo grado (displasia leve/NIC 1); ASC-H: células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo; LIEAG: lesión intraepitelial de alto grado (displasia moderada/NIC 2, displasia severa y carcinoma in situ/NIC 3).

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2017.

Anexo 2

Total de casos, casos excluidos y casos medibles por IAMCEST₁/ en el servicio de emergencias, según hospital, 2017

Hospital	Total de casos ²	Casos excluidos		Casos medibles
		Listado Inicial	Sin dato	
Total	149	46	47	56
De San Carlos	23	17	4	2
Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-	20	4	11	5
San Francisco de Asís -Grecia-	17	7	3	7
San Vicente de Paúl -Heredia-	13	2	1	10
Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-	10	1	5	4
William Allen Taylor -Turrialba-	10	2	1	7
De Guápiles	6		2	4
Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-	6	1	5	
San Rafael -Alajuela-	6	1	5	
De Ciudad Neilly	5		2	3
De La Anexión -Nicoya-	5	2		3
De San Vito	5	3	1	1
De Upala	4	1	1	2
Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-	3		1	2
Tomás Casas Casajús	3		3	
Enrique Baltodano Briceño -Liberia-	3	1		2
Max Terán Valls -Quepos-	3	3		
Manuel Mora Valverde -Golfito-	2		2	
Tony Facio Castro -Limón-	2			2
San Juan de Dios	2	1		1
Rafael Ángel Calderón Guardia	1			1

1/ IAMCEST = infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

2/Un caso no disponible en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de los Servicios de Salud, 2017.

Anexo 3

Tasa de incidencia de infección asociada a dispositivo, 2017

(por 1 000)

Hospitales ¹	ITUACU			NAVM			BACVC		
	Eventos	Días de exposición	TI	Eventos	Días de exposición	TI	Eventos	Días de exposición	TI
Total	728	126 777	5,74	813	44 282	18,36	746	118 968	6,27
HCG	29	23 333	1,24	108	9 219	11,71	125	27 575	4,53
HSJD ²	270	24 363	11,08	191	5 952	32,09	118	21 695	5,44
HNN ³	18	2 721	6,62	13	5 956	2,18	41	14 032	2,92
HMEX	81	15 790	5,13	177	8 199	21,59	208	20 384	10,20
HOMACE	NA	NA	NA	15	676	22,19	13	1 425	9,12
HNGG	20	2 515	7,95	4	193	20,73	2	1 468	1,36
CENARE ⁴	11	1 789	6,15	NA	NA	NA	0	161	0,00
HSRA ⁵	11	5 086	2,16	31	3 113	9,96	26	4 461	5,83
HSFA	7	1 861	3,76	NA	NA	NA	2	496	4,03
HCLVV	6	2 089	2,87	1	76	13,16	1	125	8,00
HSVP	27	12 757	2,12	33	3 018	10,93	26	6 806	3,82
HMP	80	10 464	7,65	145	3 299	43,95	153	9 195	16,64
HWA	2	1 114	1,80	NA	NA	NA	NA	NA	NA
HSC	1	1 176	0,85	8	670	11,94	2	779	2,57
HLCH	0	23	0,00	NA	NA	NA		NA	NA
HMS	19	5 292	3,59	13	577	22,53	10	3 214	3,11
HEB	7	5 593	1,25	29	1 427	20,32	1	2 430	0,41
HLA	5	1 148	4,36	13	405	32,10	1	354	2,82
HTF	12	3 065	3,92	11	867	12,69	9	2 170	4,15
HG	1	1 085	0,92	5	263	19,01	0	297	0,00
HEP	102	4 194	24,32	16	372	43,01	7	1 808	3,87
HMMV ⁶	0	102	0,00	NA	NA	NA	NA	NA	NA
HTC	6	370	16,22	NA	NA	NA	1	93	10,75
HCN ⁷	8	429	18,65	NA	NA	NA	NA	NA	NA
HSV	5	418	11,96	NA	NA	NA	NA	NA	NA

¹HMTV y HU: no realizaron vigilancia activa de los días de exposición de los dispositivos seleccionados.

²HSJD: No realizó vigilancia activa de los días de exposición en el servicio de Emergencias.

³HNN: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de catéter venoso central en los servicios de Medicina y Cirugía y de ventilación mecánica en el servicio de Cirugía.

⁴CENARE: aunque el indicador de ITUACU, no es de vigilancia activa de días de exposición permanente, se consideró el cateterismo intermitente realizado por Enfermería.

⁵HSRA: CVC: sin datos en Medicina Mujeres en el mes de setiembre; Cirugía Hombres en abril; Cirugía Mujeres en mayo; Ortopedia en febrero y un registro en abril incompleto; en Emergencias en agosto se implementa el registro; sin embargo, los datos están incompletos de agosto a setiembre, y en octubre y noviembre no hay datos. VM: en UCI en SISVE aparecen 12 casos, pero son 11, ya que un caso aparece duplicado; en Emergencias un caso del mes de julio es importado, por lo que no se incluyó. CU: sin datos en Medicina Mujeres en el mes de setiembre; Cirugía Mujeres en enero y mayo; Ortopedia en agosto; en Emergencias en agosto se implementa el registro; sin embargo, los datos están incompletos de agosto a setiembre y en octubre y noviembre no hay datos; existen nueve registros en el mes de julio incompletos; en Medicina un caso del mes de agosto es importado por lo que no se incluyó.

⁶HMMV: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de CU en los servicios de Cirugía y Ortopedia.

⁷HCN: no realizó vigilancia activa de los días de exposición de CU en el servicio de Cirugía y de CVC en el servicio de Medicina.

NA: no aplica.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE. 2017

Anexo 4

Tasa de incidencia acumulada de IHQ por procedimiento, 2017

(por 100)

Hospitales/ ¹	Cesárea			Colecistectomía abierta			Colecistectomía cerrada			Hernioplastía inguinal		
	Infecciones	Realizados	TIA	Infecciones	Realizados	TIA	Infecciones	Realizados	TIA	Infecciones	Realizados	TIA
Total	359	14 482	2,48	47	2 116	2,22	15	3 635	0,41	44	3 500	1,26
HCG	35	1 405	2,49	8	44	18,18	3	488	0,61	3	176	1,70
HSJD	42	781	5,38	8	35	22,86	6	183	3,28	7	44	15,91
HNN	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	111	0,00
HMEX	6	879	0,68	1	65	1,54	0	404	0,00	0	122	0,00
HOMACE	86	1 568	5,48	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
HNGG	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	26	0,00	0	29	0,00
CENARE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
HSRA	22	1 009	2,18	4	41	9,76	3	373	0,80	0	196	0,00
HSFA	0	218	0,00	0	6	0,00	0	172	0,00	1	141	0,71
HCLVV	12	511	2,35	4	144	2,78	0	54	0,00	1	164	0,61
HSVP	5	1 113	0,45	0	48	0,00	0	578	0,00	1	464	0,22
HMP/ ²	33	1 346	2,45	9	88	10,23	1	137	0,73	9	134	6,72
HWA	2	208	0,96	0	107	0,00	0	110	0,00	0	114	0,00
HSC	16	857	1,87	0	433	0,00	NA	NA	NA	1	202	0,50
HLCH	0	108	0,00	0	60	0,00	0	55	0,00	0	70	0,00
HMS	12	729	1,65	2	53	3,77	0	125	0,00	2	247	0,81
HEB	26	880	2,95	0	32	0,00	1	362	0,28	0	126	0,00
HLA	8	465	1,72	0	157	0,00	NA	NA	NA	0	90	0,00
HTF	6	533	1,13	3	227	1,32	0	111	0,00	3	390	0,77
HG	28	640	4,38	1	38	2,63	0	141	0,00	3	146	2,05
HEP	18	885	2,03	5	402	1,24	1	66	1,52	12	249	4,82
HMMV	0	66	0,00	0	91	0,00	NA	NA	NA	0	44	0,00
HTC	0	112	0,00	1	41	2,44	NA	NA	NA	0	70	0,00
HCN	2	93	2,15	1	4	25,00	0	58	0,00	0	95	0,00
HSV	0	76	0,00	NA	NA	NA	0	192	0,00	1	76	1,32

¹Se excluyen HNP, HCHP, CENARE por no hacer estos procedimientos y HU, HMTV por no realizar vigilancia de los eventos de estos procedimientos.

²HMP no registró datos en el mes de setiembre en todos los procedimientos quirúrgicos seleccionados.

³NA: no aplica.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE. 2017

Anexo 5

Tasa de incidencia acumulada del total de IAAS, 2017

(por 100)

Hospitales	Total de IAAS	Total de egresos	TIA
Total	8 593	347 846	2,47
HCG	992	34 303	2,89
HSJD	739	35 902	2,06
HNN	688	16 369	4,20
HMX	1 351	25 953	5,21
HOMACE	218	10 269	2,12
HNGG	338	3 347	10,10
CENARE	83	4 161	1,99
HSRA	459	21 279	2,16
HSFA	46	6 587	0,70
HCLVV	103	8 970	1,15
HSVP	225	24 993	0,90
HNP	135	3 874	3,48
HCHP	204	421	48,46
HMP	1 198	21 653	5,53
HWA	56	6 308	0,89
HMTV	25	4 041	0,62
HSC	115	17 494	0,66
HLCH	10	2 275	0,44
HMS	276	14 688	1,88
HEB	234	14 762	1,59
HLA	101	9 929	1,02
HU ¹	SD	2 566	SD
HTF	89	15 505	0,57
HG	174	10 703	1,63
HEP	537	17 849	3,01
HMMV	10	2 913	0,34
HTC	103	2 956	3,48
HCN	69	4 931	1,40
HSV	15	2 845	0,53

¹No realizó vigilancia activa de los eventos de notificación obligatoria de las IAAS.

SD: sin datos.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Bases de datos CIE-10: Y95 y SISVE. 2017

Anexo 6

Ausentismo en la consulta médica especializada por año según hospital, 2014-2017

(porcentaje)

Centros	2014	2015	2016	2017
HTF	33,58	30,36	30,41	35,25
HEB	24,62	23,87	21,84	24,68
HMS	20,57	24,93	23,95	24,11
HMMV	33,97	27,97	26,96	23,21
HCN	22,30	22,19	24,94	23,10
HSC	20,22	22,25	23,03	22,64
HCLVV	22,41	19,93	20,95	21,02
HU	13,88	13,17	16,81	20,88
HMTV	24,24	22,19	21,38	20,57
HTC	19,88	21,99	19,15	19,31
HLCH	15,86	13,53	16,34	19,24
HEP	17,17	15,16	15,87	18,94
HMP	20,91	18,75	17,72	18,51
HSRA	24,34	23,75	18,57	17,71
HWA	16,44	16,45	17,30	17,23
HSFA	18,89	14,38	17,66	17,19
HNGG	14,74	15,39	16,18	17,07
HSJD	15,40	15,53	15,23	17,03
CNCDYCP	19,26	17,58	18,28	15,61
HG	24,33	24,45	16,24	15,49
HCG	16,74	15,40	15,72	14,88
HLA	9,82	7,96	8,97	14,87
CLOF	8,98	9,55	13,14	14,86
HNP	12,81	11,90	12,32	14,81
HSVP	20,65	16,84	17,08	14,49
HCHP	13,52	15,02	16,70	14,49
HSV	12,51	14,02	11,71	13,94
CENARE	12,13	11,54	13,04	13,63
HMX	12,45	11,86	12,64	12,76
HNN	12,76	12,66	12,86	11,64
HOMACE	11,09	11,50	10,86	11,49

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2017.

Anexo 7

Porcentaje ausentismo residual, sustitución y recargos en la consulta médica especializada, 2017

(porcentaje)

Tipo de hospital	Centro	Sustitución	Recargo	Ausentismo residual
Total		33,46	43,65	22,89
Especializado		13,43	26,69	59,88
	CNCDYCP	8,66	9,33	82,00
	HCHP	10,77	188,91	77,29
	HNN	8,82	17,01	74,17
	HNP	22,29	17,61	66,68
	HNGG	19,37	15,80	64,83
	CENARE	9,84	26,53	63,63
	HOMACE	30,88	2,44	60,10
	CLOF	17,97	4,75	-99,69
Nacional		30,15	43,99	25,86
	HMEX	29,17	50,95	33,74
	HSJD	38,49	36,81	24,70
	HCG	21,56	44,70	19,88
Regional		41,75	51,36	6,89
	HSVP	58,95	60,20	52,57
	HEB	30,50	16,93	24,97
	HMP	45,56	36,03	18,40
	HTF	29,05	77,37	14,29
	HSC	44,41	65,13	-6,43
	HMS	26,01	49,02	-9,55
	HSRA	31,79	53,92	-19,15
	HEP	76,79	96,34	-73,14
Periférico 3		24,89	32,94	42,18
	HCLVV	38,60	28,50	65,84
	HWA	14,47	77,03	32,90
	HLA	27,23	6,94	27,64
	HG	12,42	59,93	8,50
Periférico 1 y 2		36,84	34,53	28,63
	HMMV	50,86	29,80	73,12
	HLCH	8,80	29,05	62,15
	HTC	48,51	27,32	58,21
	HCN	6,74	20,14	32,11
	HU	9,06	32,73	24,17
	HSFA	48,62	65,82	19,34
	HMTV	45,94	21,95	7,81
	HSV	24,34	67,85	-14,44

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2017

Anexo 8

Cantidad de consulta realizada, programada, cita perdida, sustituida, recargo, porcentaje de ausentismo global y residual en la consulta médica especializada, 2017

Tipo de hospital	Centro	Consulta		Cita		Recargo	Ausentismo global	Ausentismo residual
		Realizada	Programada	Perdida	Sustituida			
Total		2 238 043	2 329 022	397 434	132 994	173 461	17,06%	22,89%
Especializado		298 289	323 625	42 313	5 683	11 294	13,07%	59,88%
	CNCDYCP	19 990	22 924	3578	310	334	15,61%	82,00%
	CLOF	19 862	17 299	2 571	277	4 857	14,86%	-99,69%
	HNN	142 010	155 425	18 087	1 596	3 076	11,64%	74,17%
	HOMACE	34 642	37 212	4 276	953	753	11,49%	60,10%
	HNGG	30 640	34 452	5 880	1 139	929	17,07%	64,83%
	CENARE	31 862	34 887	4 754	468	1 261	13,63%	63,63%
	HNP	17 475	19 390	2 872	887	70	14,81%	66,68%
	HCHP	1 808	2 036	295	53	14	14,49%	77,29%
Nacional		751 596	781 482	115 571	34 843	50 842	14,79%	25,86%
	HCG	253 332	261 055	38 852	11 335	19 794	14,88%	19,88%
	HSJD	231 419	241 578	41 137	15 835	15 143	17,03%	24,70%
	HMEX	266 845	278 849	35 582	7 673	15 905	12,76%	33,74%
Regional		854 149	866 096	173 374	72 381	89 046	20,02%	6,89%
	HSRA	144 690	139 943	24 787	14 611	14 923	17,71%	-19,15%
	HSVP	195 175	211 271	30 617	9 337	5 184	14,49%	52,57%
	HMP	154 179	159 618	29 552	13 465	10 648	18,51%	18,40%
	HSC	71 546	70 520	15 967	4 639	12 354	22,64%	-6,43%
	HMS	69 132	67 577	16 290	7 235	10 610	24,11%	-9,55%
	HEB	73 073	77 872	19 217	4 998	9 420	24,68%	24,97%
	HTF	61 500	64 763	22 831	7 258	12 310	35,25%	14,29%
	HEP	84 854	74 532	14 113	10 838	13 597	18,94%	-73,14%
Periférico 3		186 867	202 008	35 897	8 933	11 823	17,77%	24,89%
	HWA	42 864	45 439	7 827	3 021	2 231	17,23%	32,90%
	HG	37 783	38 287	5 929	858	4 567	15,49%	8,50%
	HCLVV	63 766	74 008	15 557	4 236	1 079	21,02%	65,84%
	HLA	42 454	44 274	6 584	818	3 946	14,87%	27,64%
Periférico 1 y 2		147 142	155 811	30 279	11 154	10 456	19,43%	28,63%
	HSFA	53 139	54 967	9 450	4 806	2 816	17,19%	19,34%
	HLCH	7 229	8 211	1 580	139	459	19,24%	62,15%
	HU	16 762	17 653	3 686	1 788	1 007	20,88%	24,17%
	HMMV	10 514	12 663	2 939	198	592	23,21%	73,12%
	HTC	8 171	9 206	1 778	161	582	19,31%	58,21%
	HSV	9 781	9 588	1 337	650	880	13,94%	-14,44%
	HCN	20 360	21 991	5 080	2 334	1 115	23,10%	32,11%
	HMTV	21 186	21 532	4 429	1 078	3 005	20,57%	7,81%

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2017

Anexo 9

Índice ambulatorio por componente según centro, 2017

Centro	Tipo	Egreso total	Egresos servicio ambulatorio	Índice ambulatorio
H. Guápiles	Periférico 3	2 365	1 699	71,84%
H. Raúl Blanco Cervantes	Especializado	768	535	69,66%
H. San Francisco de Asís	Periférico 2	1 826	1 201	65,77%
H. Monseñor Sanabria	Regional	3 406	2 153	63,21%
H. Enrique Baltodano Briceño	Regional	3 334	2 053	61,58%
H. Ciudad Neilly	Periférico 2	1 358	815	60,01%
H. La Anexión	Periférico 3	2 357	1 392	59,06%
H. Upala	Periférico 1	500	292	58,40%
H. Carlos Luis Valverde Vega	Periférico 3	3 199	1 779	55,61%
H. San Rafael de Alajuela	Regional	6 003	3 336	55,57%
H. Manuel Mora V.	Periférico 1	488	260	53,28%
H. San Juan de Dios	Nacional	12 524	6 626	52,91%
H. Max Peralta Jiménez	Regional	7 165	3 723	51,96%
H. San Carlos	Regional	5 594	2 863	51,18%
H. William Allen	Periférico 3	1 105	562	50,86%
H. Fernando Escalante Pradilla	Regional	4 333	2 107	48,63%
H. México	Nacional	10 544	5 015	47,56%
H. Rafael A. Calderón Guardia	Nacional	11 663	4 572	39,20%
H. San Vicente de Paúl	Regional	10 328	4 046	39,18%
H. Tomás Casas Casajús	Periférico 1	412	161	39,08%
H. San Vito de Coto Brus	Periférico 2	514	193	37,55%
H. Tony Facio Castro	Regional	3 584	1 343	37,47%
Centro Nac. de Rehabilitación	Especializado	2 879	957	33,24%
H. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	Especializado	5 255	1 649	31,38%
H. Los Chiles	Periférico 1	663	189	28,51%
H. Max Terán Valls	Periférico 1	803	216	26,90%
H. de Las Mujeres (Adolfo Carit)	Especializado	2 130	532	24,98%

Fuente: Base de egresos institucionales 2017. Área de Estadística en Salud. CCSS.

Anexo 10**Distribución de egresos con servicio de ingreso 11 (Cirugía Vespertina) por centro, 2014-2017**

Centro	2014	2015	2016	2017	Total
Total	1096	5890	5158	10479	22623
H. San Vicente de Paúl	0	892	2264	3558	6714
H. Rafael A. Calderón Guardia	0	389	701	2109	3199
H. San Rafael de Alajuela	206	676	504	687	2073
Clínica Oftalmológica	786	17	785	244	1832
Centro Nacional de Rehabilitación	0	135	0	1386	1521
H. Fernando Escalante Pradilla	0	401	469	612	1482
H. Max Peralta Jiménez	104	808	45	206	1163
H. México	0	546	288	13	847
H. Carlos Sáenz Herrera (Niños)	0	0	0	822	822
H. Monseñor Sanabria	0	453	77	106	636
H. San Carlos	0	265	2	341	608
H. Guápiles	0	278	0	208	486
H. Enrique Baltodano Briceño	0	303	7	0	310
H. La Anexión	0	248	16	0	264
H. San Juan de Dios	0	247	0	0	247
AS. Desamparados	0	0	0	187	187
H. William Allen	0	175	0	0	175
H. San Francisco de Asís	0	57	0	0	57

Fuente: Área de Estadística en Salud base de datos “egresos hospitalarios” 2014-2017, CCSS.

CAPÍTULO III
GESTIÓN ADMINISTRATIVA

1. Grupos de Apoyo Técnico (GAT) trabajando en todo el país

En total existen 105 grupos activos, lo que representa el 80,31 % del total de GAT que deberían existir en la Gerencia Médica.

La Caja Costarricense de Seguro Social ha venido desarrollando acciones de atención y prevención del conflicto laboral en el ámbito del clima organizacional; como parte de esas acciones, en el año 1996, la Dirección Corporativa de Recursos Humanos, específicamente el Área de Relaciones Laborales (hoy Dirección de Bienestar Laboral y Área Desarrollo Laboral), fortaleció el proceso de desconcentración, mediante la creación de los Grupos de Apoyo Técnico (GAT).

Los GAT son equipos interdisciplinarios, integrados por personas que laboran en los distintos centros de trabajo: gerencias, direcciones regionales de servicios de salud, direcciones regionales de sucursales, hospitales nacionales y especializados, hospitales regionales y áreas de salud.

El equipo cumple un rol facilitador de espacios participativos con los funcionarios, y como parte del proceso de estudio y mejoramiento del clima organizacional, conduce a los involucrados a la identificación de aquellas situaciones que afectan el ambiente laboral, así como a la construcción de las alternativas de solución, las cuales se transformarán posteriormente en compromisos que serán ejecutados por los involucrados. El GAT continúa con una labor de seguimiento para determinar el nivel de avance y cumplimiento de estos compromisos.

El Manual de Organización de la Dirección de Bienestar Laboral, aprobado el 18 de setiembre del 2008 mediante sesión N° 8 284, en su 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).

De tal forma, el Área Desarrollo Laboral de la Dirección de Bienestar Laboral, mediante el Programa Atención de Situaciones Sociolaborales (PASS), ejerce la rectoría en esta materia, por lo que le corresponde la organización y funcionamiento de dichos equipos, así como la evaluación de su trabajo.

El proceso de evaluación consiste en la revisión anual de las acciones ejecutadas por el Grupo de Apoyo Técnico, con el fin de determinar el nivel alcanzado en el cumplimiento efectivo de sus sistemas de trabajo, relacionado principalmente a:

- Acciones de divulgación.
- Ejecución de estudios de clima organizacional (estudios pre-diagnóstico del centro de trabajo y diagnóstico en los servicios).
- Acciones de fortalecimiento de clima organizacional.
- Evaluación de los estudios de clima organizacional.
- Desarrollo del equipo de trabajo.

Los niveles de acreditación establecidos son los siguientes:

- A (puntaje de 83 a 100): grupo que ha alcanzado un alto nivel de desempeño y madurez en sus áreas de responsabilidad, al desarrollar de forma efectiva sus acciones.
- B (puntaje de 68 a menos de 83): grupo que posee las habilidades básicas y la capacidad para enfrentar y solucionar la mayor parte de los aspectos técnicos del trabajo. El avance es adecuado y puede desarrollar de forma efectiva el sistema de trabajo.
- C (puntaje de 55 a menos de 68): grupo que posee ciertas habilidades, han iniciado el desarrollo de los subsistemas de trabajo encaminándose a un nivel superior de avance.
- D (puntaje de 20 a menos de 55): grupo que ha desarrollado las acciones mínimas.
- No acreditado (puntaje de 0 a menos de 20): grupo conformado o de reciente conformación, que podría haber o no recibido la capacitación para funcionar, pero no cumplen con las tareas solicitadas.

A continuación, se presenta el resultado de la evaluación de los GAT adscritos a la Gerencia Médica en concordancia con la Ficha técnica 6-01-2 Certificación de los Grupos de Apoyo Técnico.

Cuadro 1.1

CCSS: Cantidad de Grupos de Apoyo Técnicos según centros adscritos a la Gerencia Médica, 2017

Tipo de unidad adscrita a la Gerencia Médica	Unidades que deberían tener GAT	Unidades con GAT activos	Unidades sin GAT
Hospitales nacionales y Especializados	11	9	2
DRSS Central Sur	26	24	2
DRSS Central Norte	27	22	5
DRSS Huetar Norte	11	1	10
DRSS Chorotega	15	9	6
DRSS Pacífico Central	14	14	0
DRSS Brunca	12	12	0
DRSS Atlántica	11	11	0
Total	127	102	25

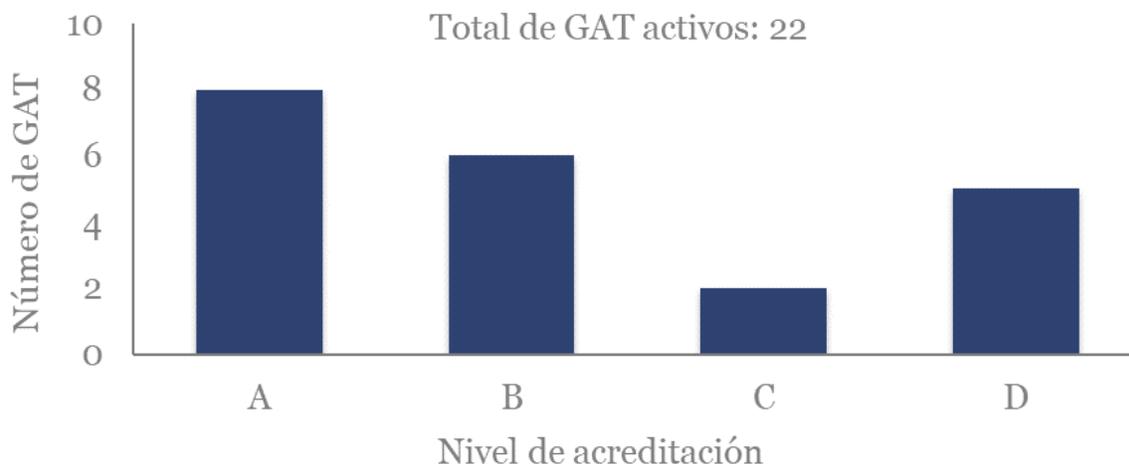
Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

Tal como se evidencia en el Cuadro 1.1, en el año 2017 la mayoría de los establecimientos adscritos a la Gerencia Médica, incluyendo la sede de las Direcciones Regionales de Servicios de Salud, cuenta con Grupos de Apoyo Técnico, los cuales representan el 80,3 % de la totalidad de los centros (aún falta su implementación en 25 unidades). Con respecto al año 2016, hubo un aumento de dos equipos.

Tres direcciones regionales continúan destacando por la existencia total de GAT en sus centros de trabajo; estas son: la Pacífico Central, la Huetar Atlántica y la Brunca. Mientras que la Dirección Regional Huetar Norte tiene participación casi nula en la integración de equipos de trabajo en esta materia.

Gráfico 1.1

CCSS: Distribución de Grupos de Apoyo Técnico activos según nivel de acreditación, Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte, 2017



Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

Tal como se evidencia en el gráfico anterior, en la Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte, ocho centros obtuvieron la mayor acreditación (A); se trata de los GAT del Hospital San Vicente de Paúl, Área de Salud Belén-Flores, Área de Salud Alajuela Norte, Área de Salud San Pedro Poás, Área de Salud Heredia Virilla, Área de Salud Horquetas - Río Frío, Área de Salud Santo Domingo y Área de Salud San Isidro - Heredia.

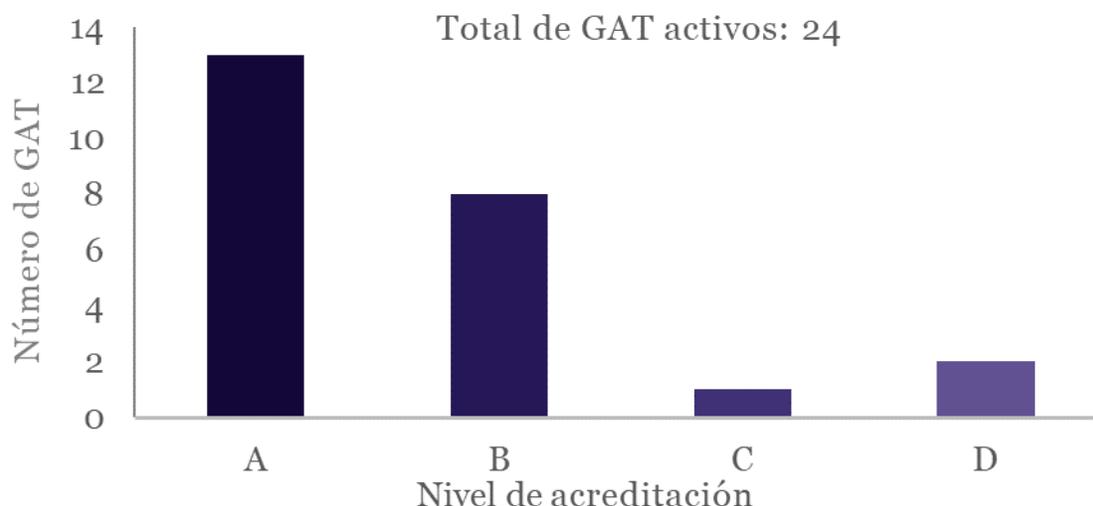
Seguidamente, sobresalen siete equipos con una acreditación B; estos son: Área de Salud Tibás, Uruca, Merced, Área de Salud Naranjo, Hospital San Francisco de Asís, Área de Salud Alajuela Sur, Área de Salud Alajuela Oeste, Área de Salud Palmares y Área de Salud Santa Bárbara.

Por otra parte, dos equipos fueron acreditados con una C: Hospital Carlos Luis Valverde Vega y Área de Salud San Rafael de Heredia; mientras que otros cinco fueron acreditados con una D: Área de Salud Alajuela Central, Área de Salud Heredia Cubujuquí, Área de Salud Grecia, Área de Salud Valverde Vega y Hospital San Rafael Alajuela.

En total, cinco centros no cuentan con un GAT activo; estos son: Área de Salud Zarcero, Área de Salud San Ramón, Dirección Regional Servicios de Salud Central Norte, Área de Salud Puerto Viejo - Sarapiquí y Área de Salud Atenas.

Gráfico 1.2

CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Central Sur, 2017



Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

Respecto a la Región Central Sur, se observa que 13 GAT obtuvieron acreditación A: Área de Salud Hatillo, Área de Salud Zapote - Catedral, Área de Salud Desamparados 3, Área de Salud Mata Redonda-Hospital, Área de Salud Cartago, Área de Salud El Guarco, Área de Salud Oreamuno, Área de Salud Paraíso-Cervantes, Área de Salud Turrialba-Jiménez, Área de Salud Puriscal-Turrubares, Área de Salud La Unión, Área de Salud Catedral Noreste y Área de Salud Goicoechea 2.

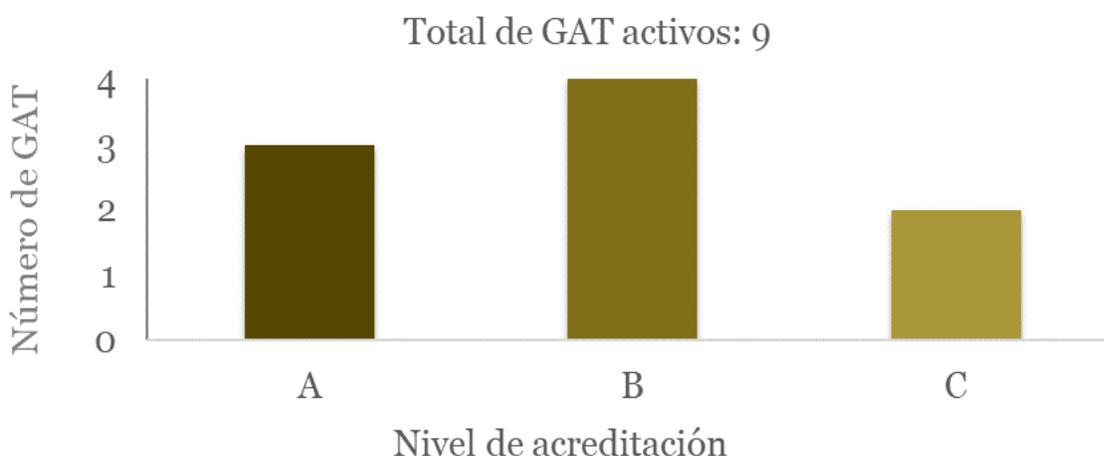
Adicionalmente, ocho GAT fueron acreditados con una B: Área de Salud Moravia, Área de Salud Coronado, Área de Salud Desamparados 1, Área de Salud Alajuelita, Hospital William Allen, Área de Salud Acosta, Área de Salud Aserrí y Área de Salud Goicoechea 1.

Solo el GAT del Área Mora- Palmichal alcanzó una C y otros dos una D: Área de Salud Los Santos y Área de Salud Corralillo.

Dos centros tenían un GAT inactivo: Hospital Dr. Max Peralta y la Dirección Regional Servicios de Salud Central Sur.

Gráfico 1.3

CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega, 2017



Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

En el caso de la Región Chorotega, el gráfico muestra que solo tres equipos fueron acreditados con nivel A; se trata del Área de Salud Bagaces, Área de Salud Cañas y Área de Salud Abangares.

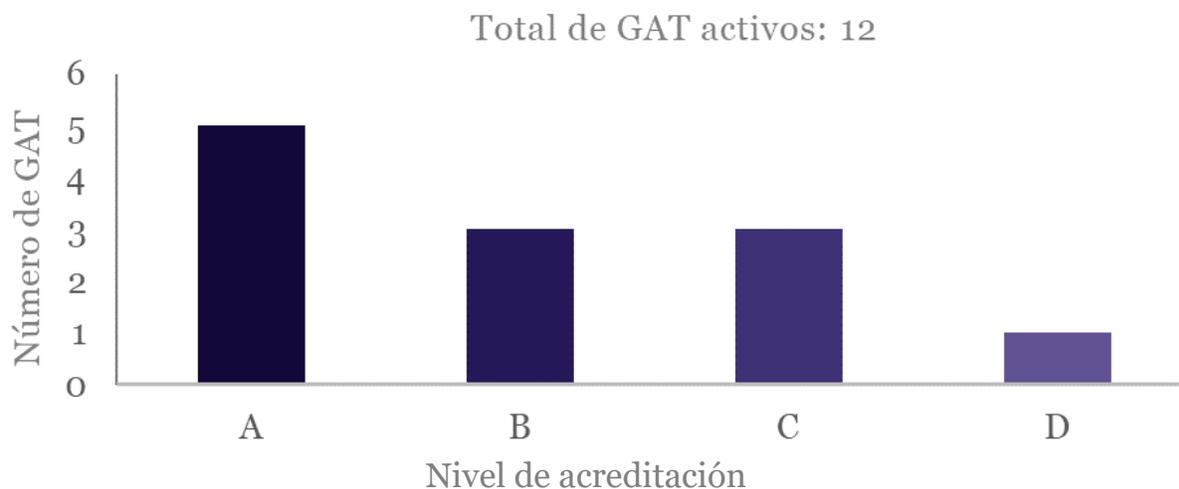
Adicionalmente, cuatros GAT resultaron con acreditación B: Área de Salud Hojancha, Área de Salud colorado, Área de Salud Carrillo y Hospital Enrique Baltodano/Área de Salud Liberia; y dos con una acreditación C: Hospital de Upala/Área de Salud Upala y la Dirección Regional Servicios de Salud Chorotega.

En esta Región, se encuentran cinco centros que no cuentan con GAT: Área de Salud Nicoya, Área de Salud Tilarán, Área de Salud Nandayure, Área de Salud La Cruz y Área de Salud Santa Cruz.

Por otra parte, el GAT del Hospital La Anexión brindó una justificación para no presentarse a la evaluación, por lo que no fueron acreditados.

Gráfico 1.4

CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Brunca, 2017



Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

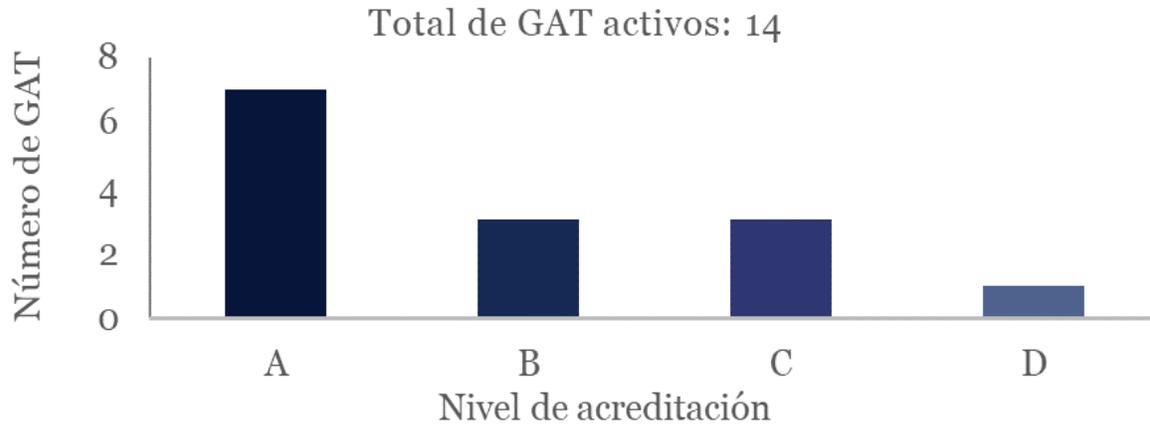
Tal como se desprende del gráfico anterior, se destacan cinco equipos con una acreditación A: Área de Salud Golfito, Hospital de Golfito, Hospital San Vito, Área de Salud Coto Brus y Área de Salud Pérez Zeledón.

Tres GAT alcanzaron una B: Área de Salud Buenos Aires, Hospital Ciudad Neily y Área de Salud Corredores; mientras que otros tres obtuvieron una C: Hospital Dr. Tomas Casas Casajús, Dirección Regional Servicios de Salud Brunca y Área de Salud Osa.

Por último, el GAT del Hospital Escalante Pradilla obtuvo una D.

Gráfico 1.5

CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios de Salud Pacífico Central, 2017



Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

En relación con la Región Pacífico Central, siete GAT fueron acreditados con una A: Hospital Monseñor Sanabria, Área de Salud Aguirre Quepos, Área de Salud Parrita, Área de Salud Esparza, Área de Salud Chomes-Monteverde, Dirección Regional Servicios de Salud Pacífico Central y Área de Salud Peninsular.

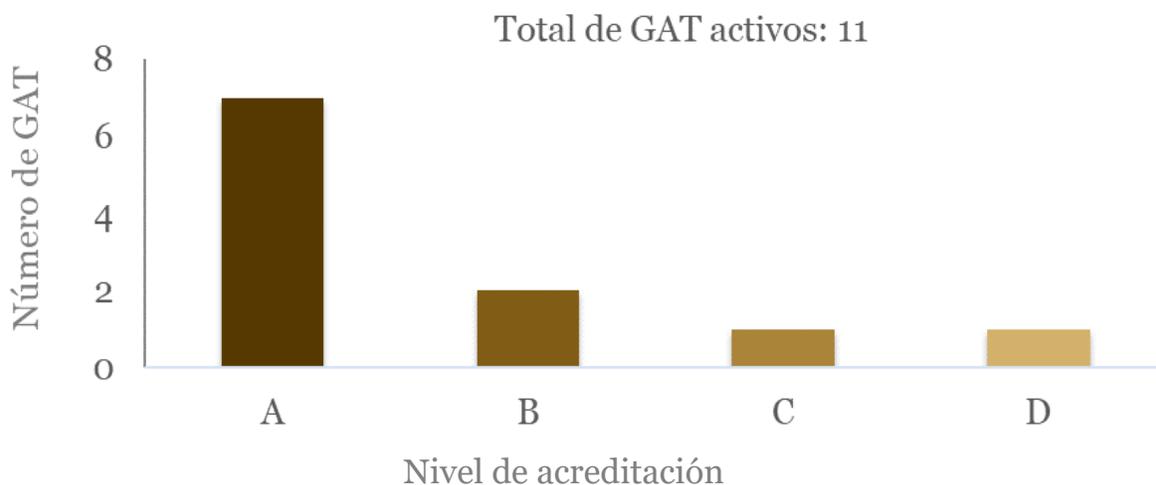
Por otra parte, tres obtuvieron una B: Área de Salud Barranca, Área de Salud San Rafael de Puntarenas y Área de Salud Chacarita.

Seguidamente otros tres equipos recibieron una C: Área de Salud Garabito, Área de Salud San Mateo Orotina y Área de Salud Montes de Oro (Miramar).

El GAT que alcanzó una D fue el Hospital Max Terán Valls.

Gráfico 1.6

CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Dirección Regional Servicios Huetar Atlántica, 2017



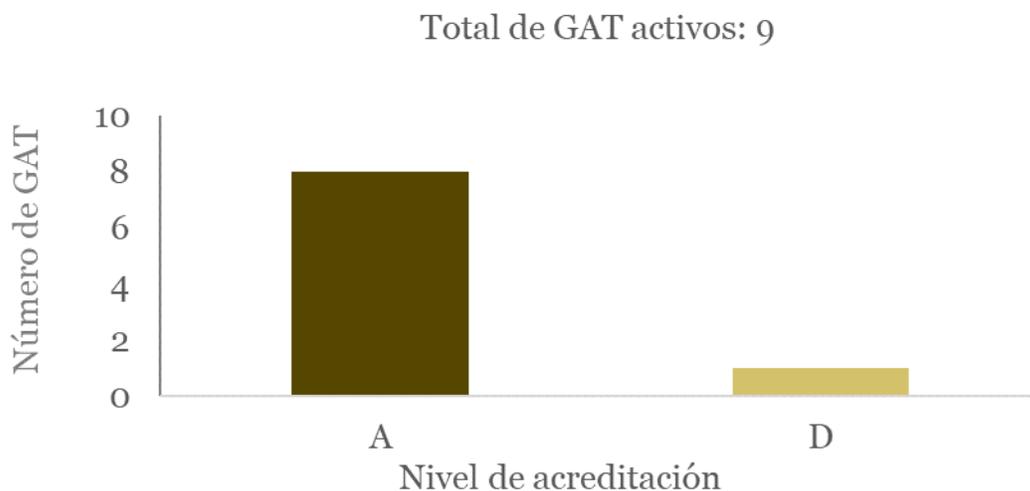
Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

Según la información que presenta el gráfico 1.6, en la Dirección Regional Huetar Atlántica, un grupo importante de siete GAT alcanzaron una A: Área de Salud Matina-Bataán, Área de Salud Siquirres, Dirección Regional Servicios de Salud Huetar Atlántica, Área de Salud Cariari, Área de Salud Guápiles, Hospital de Guápiles y Área de Salud Limón.

Otros dos equipos obtuvieron una B: Área de Salud Valle la Estrella y Hospital Tony Facio; mientras un equipo alcanzó la C: Área de Salud Tamanca; y otro una D: Área de Salud Guácimo.

Gráfico 1.7

CCSS: Distribución de los Grupos de Apoyo Técnico según nivel de acreditación, Hospitales Nacionales y Especializados, 2017



Fuente: Programa Atención Situaciones Sociolaborales, Evaluación Grupos Apoyo Técnicos, 2017.

Tal como lo demuestra el gráfico 1.7, ocho hospitales nacionales y especializados alcanzaron la acreditación A: Hospital Nacional Psiquiátrico, Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital México, Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, Hospital de las Mujeres, Hospital Nacional de Niños y Hospital San Juan de Dios.

Tanto la Clínica Oftalmológica como el Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos no cuentan con GAT.

Otros resultados

En el caso de la Región Huetar Norte, esta se ha caracterizado en los últimos años por no realizar acciones de clima organizacional, ya que las siguientes unidades no cuentan con un GAT: Área de Salud Fortuna, Área de Salud Florencia, Área de Salud Ciudad Quesada, Dirección Regional Servicios de Salud Huetar Norte, Área de Salud Pital, Área de Salud Guatuso, Hospital los Chiles, Área de Salud Aguas Zarcas y Área de Salud Santa Rosa de Pocosol.

Únicamente el Hospital San Carlos cuenta con un GAT; sin embargo, para el año 2017 descendió y obtuvo una acreditación D.

Premiación GAT

A los grupos que demostraron un nivel de avance exitoso en las acciones de trabajo, se les concedió el Premio Institucional “Fortaleciendo el ambiente laboral Lic. Humberto Rojas Corrales”, el cual consta de tres categorías de premiación: Oro, Plata y Bronce.

Oro:

- AS Golfito.
- AS Matina.
- AS Puriscal Turrubares.
- Hospital Nacional de Niños.

Plata:

- AS Pérez Zeledón.
- AS Turrialba Jiménez.

Bronce:

- AS Cañas.
- AS Cariari.
- AS Guápiles.
- AS Belén Flores.
- AS Santo Domingo.

Consideraciones finales

La Institución cuenta con una plataforma de equipos de trabajo conformados en los distintos centros de trabajo, cuyo objetivo es facilitar procesos para el mejoramiento de los ambientes laborales. A lo largo de estos 20 años, la intervención en clima organizacional se ha posesionado en el ámbito gerencial, regional y local; sin embargo, se presentan desafíos importantes en términos de enfrentar la deficiente capacidad instalada de los equipos y el compromiso por parte de autoridades y funcionarios en general.

Una vez presentado el resultado según Direcciones Regionales y Hospitales Nacionales y Especializados, se desprende que en total existen 105 grupos activos, lo cual representa el 80,31 % de la cantidad total de GAT que deberían existir en la Gerencia Médica.

Si bien la meta es cumplir con el 100 %, se reconoce el interés e iniciativa de las autoridades y del personal a cargo, por responder a un programa que trabaja con y para los trabajadores de la Institución.

Con respecto a la evaluación de la ficha técnica, se destaca que casi la mitad de este grupo, es decir el 48,57 % (51 grupos), alcanzaron una acreditación A. El 25,71 % (27 GAT) obtuvieron una acreditación B; mientras que un 11, 4 % (12 GAT) obtuvieron una acreditación C o D.

Recomendaciones

Es importante que las autoridades superiores continúen apoyando la gestión de los Grupos de Apoyo Técnico, los cuales se convierten en un ente estratégico para la gestión del talento humano.

Por su parte, la Dirección de Bienestar Laboral, a través del PASS-Área de Desarrollo Laboral, debe continuar brindando capacitación, seguimiento y acompañamiento a los GAT y generar espacios para la revisión, realimentación y fortalecimiento de la metodología de trabajo.

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. Disminución en la calidad de los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez

El incumplimiento de la calidad de la información en los protocolos tuvo un aumento de ocho puntos porcentuales con respecto al 2016.

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 Áreas de Salud, Hospitales y Centros Especializados, para un total de 135 establecimientos de salud divididos en:

- 104 áreas de salud.
- 29 hospitales.
- 2 centros especializados.

El indicador utilizado para la medición de la calidad de la información contenida en los Protocolos de Referencia incluye los siguientes parámetros:

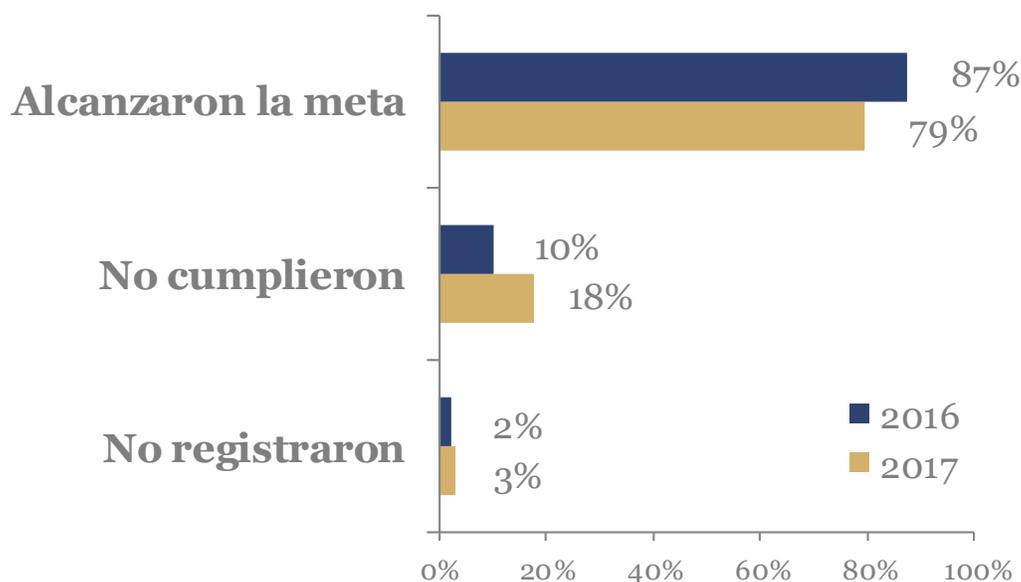
- Componente 1: consiste en la sumatoria del número de protocolos que cumplen criterios de calidad, entre la sumatoria del total de protocolos enviados por hospital y/o área de salud. Este componente equivale al 75 % del indicador.
- Componente 2: consiste en la sumatoria del número de protocolos devueltos y debidamente corregidos en la primera ocasión, entre la sumatoria del total de protocolos devueltos en la primera ocasión. Este componente equivale al 25 % del indicador.

La meta de dicho indicador es alcanzar el 90 % o más en la calidad de la información contenida en el protocolo de referencia.

En el siguiente cuadro se observan los resultados de la evaluación de los establecimientos de salud en cuanto a la calidad de los protocolos recibidos durante los años 2016 y 2017.

Gráfico 2.1

CCSS: Resultados obtenidos por establecimientos de salud en cuanto a calidad de la información. Costa Rica, 2016-2017.



FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2016-2017.

Del Grafico 2.1 se desprende que durante el año 2016 el 10 % de las unidades prestadoras de servicios de salud no cumplieron con los criterios de calidad de la información en los protocolos de referencia; mientras que en el año 2017 este porcentaje de incumplimiento fue del 18 %; observándose, de tal forma, un aumento de ocho puntos porcentuales de un año a otro.

En cuanto a la evaluación de los 29 hospitales, se determinó que 25 de estos alcanzaron la meta de cumplimiento durante el año 2017. Los cuatro que no alcanzaron la meta del indicador se muestran en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1

CCSS: Hospitales que no cumplieron con la meta del indicador. Costa Rica, 2017

Hospital	Porcentaje
Fernando Escalante Pradilla	82
Víctor Manuel Sanabria Martínez	78
San Vicente de Paúl	77
Max Terán Valls	76

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2017.

En el caso de las áreas de salud, de las seis áreas que componen la Dirección Regional Brunca, cuatro alcanzaron la meta y dos no.

Cuadro 2.2

CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Brunca que no cumplieron con el 90% del indicador, 2017

Área de Salud	Porcentaje
Buenos Aires	76
Coto Brus	75

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2017.

De las 26 áreas de salud que componen la Dirección Regional Central Norte, 17 alcanzaron la meta, ocho no lo lograron y una de estas no registró envío de protocolos.

Cuadro 2.3

CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Central Norte, que no cumplieron con el 90 % del indicador, 2017.

Área de Salud	Porcentaje
Alajuela Central	86
Alajuela Sur	84
Grecia	76
Tibás	73
Barva	73
La Carpio-León XIII	64
San Isidro	53
Puerto Viejo	53

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2017.

De igual manera, en el caso de la Dirección Regional Central Sur, de las 32 áreas de salud que la componen, 27 alcanzaron la meta y cinco no lo lograron.

Cuadro 2.4

CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Central Sur, que no cumplieron con el 90 % del indicador, 2017.

Área de Salud	Porcentaje
Desamparados 1	77
Mata Redonda	76
Corralillo	73
Catedral Noreste	66
Montes de Oca 2	64

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2017.

Para el caso de la Dirección Regional Chorotega, de las 13 áreas de salud que la componen, 11 alcanzaron la meta y dos no.

Cuadro 2.5

CCSS: Áreas de salud de la Dirección Regional Chorotega, que no cumplieron con el 90 % del indicador, 2017

Área de Salud	Porcentaje
Santa Cruz	72
Carrillo	65

FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2017.

En el caso de la Dirección Regional Huetar Atlántica, de las ocho áreas de salud que la componen, todas alcanzaron la meta de cumplimiento.

En la Dirección Regional Huetar Norte, de las ocho áreas de salud que la componen, siete alcanzaron la meta y una no registró envío de protocolos.

Se tiene, además, que para la Dirección Regional Pacífico Central, de las 11 áreas de salud que la componen, nueve alcanzaron la meta, una no lo logró (Área de Salud de Parrita) y otra no registró envío de protocolos.

Finalmente, los dos Centros Especializados alcanzaron la meta de cumplimiento de información en los protocolos.

La mayor incidencia del no cumplimiento en la calidad de la información se da principalmente en las áreas de salud pertenecientes a las siguientes Direcciones Regionales: Central Sur y Central Norte; además de algunos Hospitales Regionales y Periféricos. Este comportamiento se ha mantenido en los últimos dos años.

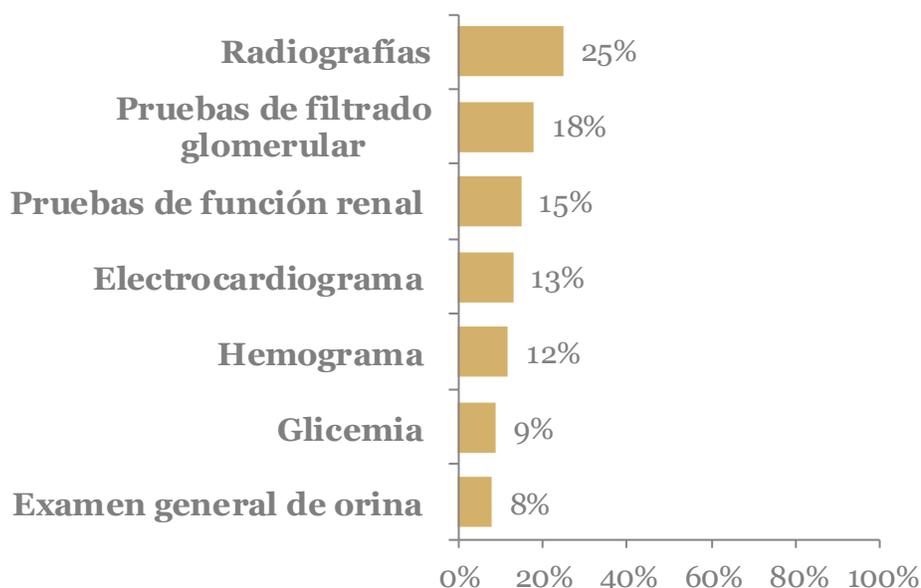
La causa principal de no cumplimiento sigue siendo la misma en los últimos cuatro años, y es la falta de exámenes relacionados con la patología de solicitud. Esto a pesar de que desde agosto del 2009 se implementaron los tres tipos de protocolos de referencia, con el instructivo de llenado respectivo, en el cual se indican claramente los exámenes requeridos por grupos de enfermedades, el cual se dio a conocer a nivel nacional durante las capacitaciones que realizó esta Dirección, en relación con este tema.

Debido a que la causa principal de no cumplimiento en la calidad de la información ha sido la misma, se hizo un análisis para cuantificar cuáles de estos

exámenes son los que tienen mayor ausencia en los protocolos del 2017; los resultados se pueden observar en el gráfico 2.2.

Gráfico 2.2

CCSS: Principales exámenes ausentes en los protocolos de referencia, 2017.



FUENTE: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2017.

También se hizo revisión de las guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial y diabetes mellitus utilizadas en la institución, y se pudo determinar que muchos de estos exámenes no son de uso regular en el control médico del primer nivel de atención; sin embargo, estos son indispensables en la valoración del estado de la invalidez. Además, este instructivo de llenado de protocolos fue aprobado por las gerencias de Pensiones, Médica y Financiera de la institución desde el año 2009, implementándose su uso a partir del 17 de agosto de ese mismo año; dicho acuerdo fue publicado en la Webmaster el 06 de agosto del 2009, mediante circular de fecha 30 de julio de 2009 GP 29.055-09/GM 35.028-09/ GF 38.149-09; por lo tanto, son de acatamiento obligatorio.

Se propone para el 2018 las siguientes acciones, para intentar mitigar la disminución en el cumplimiento de la calidad de la información de los protocolos de referencia:

1. Utilizar EDUS como parte del análisis de protocolos en la DCI, solicitar perfil de Consultor del EDUS.
2. Revisión inicial por parte de los encargados del EDUS de esta Dirección, de aquellas variables que ya existen dentro del expediente clínico; así como la valoración de la inclusión de aquellas que no lo estén, conforme a la sección adecuada en el expediente para la implementación de los tres protocolos de referencia para la evaluación de la invalidez dentro del EDUS.
3. Comunicación oportuna por medio de Skype empresarial de la CCSS, con encargados de llenar protocolos en las áreas de salud y en los hospitales.
4. Solicitar la participación en el curso de inducción para médicos de servicio social impartido por el CENDEISS.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2007). *Guías para la atención de las personas Diabéticas tipo 2*. II edición. San José, CR: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2009). *Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento hipertensión arterial*. III edición. San José, CR: CCSS.
- 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, CR: Dirección de Calificación de la Invalidez, CCSS.



Fuente: Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2017

Dirección Compra de Servicios de Salud

Correo electrónico: gm_dcoss@ccss.sa.cr