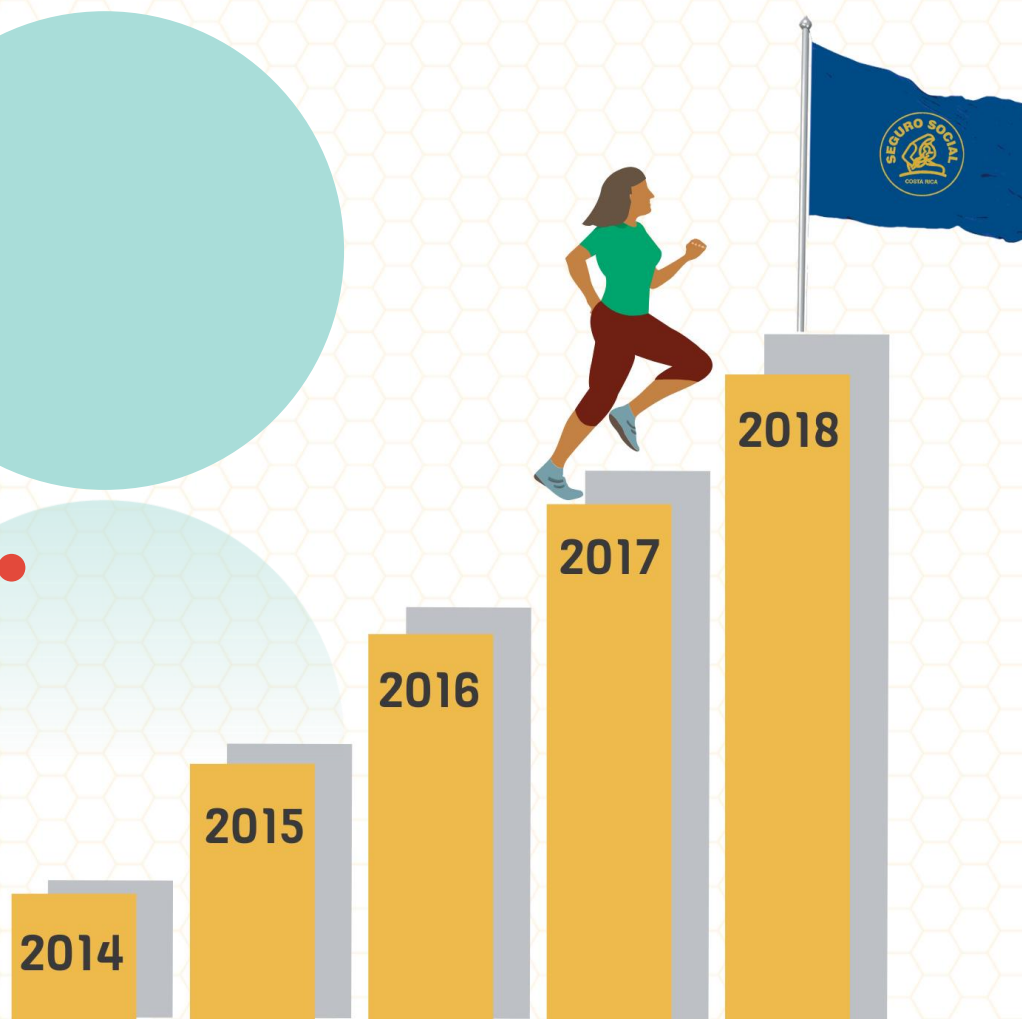




Informe de resultados de la **Evaluación** de la Prestación de Servicios de Salud **2014 - 2018**



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 2014-2018 / Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud. - - San José, C. R.: EDNASSS-CCSS, 2019.

331 páginas; ilustraciones; 21.6 x 28 centímetros.

ISBN: 978-9968-916-77-6

1. SERVICIOS DE SALUD. 2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
3. SALUD PÚBLICA. 4. ESTADÍSTICA. 4. COSTA RICA. I.
Título.

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS) 2019.

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

Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2018

In memoriam

*Para Edgar,
compañero, profesor y amigo,
por el valioso aporte dado durante quince años a la
evaluación y al mejoramiento de los servicios de salud.*

*Hasta siempre,
Sus compañeros de la DCSS.*

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación General:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Grupo Conductor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Dr. Edgar Pereira Barrantes†

Dra. Yahaira On Cubillo

MSc. Miriam León Solís

Grupo Ejecutor:

Dr. Armando Cortés Ruiz

MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez

Dr. Fernando Nassar Guier

Dr. Gustavo Madrigal Loría

Dr. Hernán Danilo Sancho Madriz

Dr. José María Molina Granados

Dr. Juan Carlos Morera Guido

Lic. Juan Esteban Calderón Rojas

Dra. Lucía Quirós Ramírez

Dra. Marianella Víquez Garro

Dra. Mariela Tarancón Reyes

Dr. Marlon Lizano Muñoz

Dra. Neyskmi Vega Medrano

Dr. Paul Ernesto Araya Vega

Grupo Asesor:

MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada

Bach. Jennifer Mendoza Vega

Licda. Marta Alguera Bolandi

Licda. Shirley Soto Alpízar

Grupo de Apoyo:

Licda. Aura Bautista Argueta

Bach. Katherine Herrera Azofeifa

Secretaria. Cindy Cordero Araya

Secretaria. Bleydi Jessenia Obando Rodríguez

Índice general

<i>Introducción</i>	23
<i>Metodología de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS)</i>	25
CAPÍTULO I PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	33
<i>RIPSS Huetar Atlántica en el primer puesto del índice de coberturas de atención y del índice de prestación de servicios de salud 2018</i>	34
<i>Salud materno infantil en el primer nivel de atención: alcances entre 2014 y 2018</i>	13
<i>En el último quinquenio los esquemas de vacunación en niños cumplen con los estándares internacionales</i>	34
<i>Trabajo en equipo de los diferentes servicios, un aliado para el diagnóstico y adecuado abordaje de la anemia en niños</i>	49
<i>Estilos de vida saludables, una potente estrategia educativa que favorece la salud de la población costarricense</i>	65
<i>Hipertensión arterial, principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares. Un problema de salud pública</i>	77
<i>Atención de la diabetes orientada a la mejora</i>	98
<i>En 45 mil aumentó el número de mujeres con citología cervicovaginal en los últimos cinco años</i>	112
<i>Alrededor de setenta mil adultos mayores más se vacunaron contra la influenza en los últimos cinco años</i>	124
<i>Un quinquenio de evaluación de la eficiencia de retos, logros y temas pendientes</i>	136
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	163
<i>Oportunidad de la aplicación de la terapia trombolítica IV en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en urgencias. Informe de los resultados</i>	164
<i>Patología cervical: oportunidad en la ejecución de la colposcopia</i>	181
<i>El alta en la consulta externa especializada en hospitales y centros especializados, 2018</i>	189
<i>Ausentismo en la consulta externa especializada. Hospitales y centros especializados, 2018</i>	217
<i>Comportamiento de la mortalidad intrahospitalaria en los hospitales generales de la Caja Costarricense de Seguro Social</i>	232

<i>Comportamiento del Índice de Estancias Ajustado por Complejidad y porcentaje de ocupación en hospitales Generales de la CCSS</i>	240
<i>Un quinquenio de evaluación de la eficiencia de retos, logros y temas pendientes en materia de listas de espera quirúrgica</i>	255
<i>CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA</i>	275
<i>Aumento en la calidad de los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez</i>	276
<i>Informe Técnico Certificación en Salud Ocupacional para Áreas de Salud y Hospitales Indicador: 6-01-E (V2)</i>	284

Índice de cuadros

CAPÍTULO I PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	33
<i>Cuadro 1.1 CCSS: Cobertura^{1/} de atención de embarazadas, posparto y menores de un año según región e institucional, 2014 y 2018.....</i>	<i>17</i>
<i>Cuadro 1.2 CCSS: Captación temprana de menores de un año^{1/}, posparto^{2/} y embarazadas^{3/} según región e institucional, 2014 y 2018.....</i>	<i>20</i>
<i>Cuadro 1.3 CCSS: Tamizaje^{1/} para VIH y VDRL en embarazadas según región e institucional, 2014 y 2018</i>	<i>24</i>
<i>Cuadro 1.4 CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva^{1/} según región e institucional, 2014-2018.....</i>	<i>27</i>
<i>Cuadro 5.1 CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes por abajo del percentil 10, 2014-2018</i>	<i>83</i>
<i>Cuadro 5.2 CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes sobre el percentil 90, 2014-2018.....</i>	<i>83</i>
<i>Cuadro 5.3 CCSS: Control óptimo de presión arterial a personas con hipertensión arterial, según región, 2016-2018.....</i>	<i>84</i>
<i>Cuadro 5.4 CCSS: Control óptimo de la presión arterial en personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes por abajo del percentil 10, 2018.....</i>	<i>85</i>
<i>Cuadro 5.5 CCSS: Control óptimo de la presión arterial en personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes sobre el percentil 90, 2018.....</i>	<i>86</i>
<i>Cuadro 5.6 CCSS: Estimación de la relación cobertura y control óptimo de la presión arterial en la población hipertensa atendida en las áreas de salud cuyos resultados están por abajo del percentil 10, 2018.....</i>	<i>88</i>
<i>Cuadro 5.7 CCSS: Estimación de la relación cobertura y control óptimo de la presión arterial en la población hipertensa atendida en las áreas de salud cuyos resultados están por arriba del percentil 90, 2018.</i>	<i>89</i>
<i>Cuadro 6.1 CCSS: Cobertura de personas con diabetes mellitus tipo 2 según región, 2014-2018</i>	<i>101</i>
<i>Cuadro 6.2 CCSS: Control óptimo en personas con diabetes mellitus tipo 2 por parámetro de control y año, según región, 2014 y 2018.....</i>	<i>105</i>
<i>Cuadro 7.1 CCSS: Atención oportuna de las colposcopías según área de salud, 2014-2016-2018</i>	<i>121</i>
<i>Cuadro 9.1 CCSS: Distribución de áreas de salud de acuerdo con el valor del indicador de eficiencia relativa, según región e institucional, 2018.....</i>	<i>139</i>

CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS163

Cuadro 1.1 CCSS: Distribución de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado seleccionados, con tiempo medible y con tiempo de 30 minutos o menos según hospital, 2018.....173

Cuadro 1.2 CCSS: Distribución de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado seleccionados, con tiempo medible y con tiempo de 30 minutos o menos según área de salud, 2018.....174

Cuadro 2.1 CCSS: Casos reportados, revisados, evaluados y oportunos por plazo de atención, 2018.....184

Cuadro 2.3 CCSS: Casos referidos por lesiones que ameritan plazo de atención menor a 30 días con demora en la ejecución de la colposcopia mayor a 90 días, por tipo de hospital, 2018.....186

Cuadro 2.4 CCSS: Casos referidos por lesiones que ameritan plazo de atención menor a 30 días con demora en la ejecución de la colposcopia mayor a 150 días, por tipo de hospital, 2018.....186

Cuadro 3.1 CCSS. Total, de consultas de primera vez, consultas realizadas y total de consultas por año, 2014-2018.....191

Cuadro 3.2 CCSS: Personas con alta y altas en la consulta médica especializada por especialidad según año, 2014-2018.....192

Cuadro 3.3 CCSS: Personas con alta en la consulta médica especializada por especialidad según tipo de hospital, 2018.....193

Cuadro 4.1 CCSS: Comportamiento del ausentismo total hospitalario en la consulta médica especializada por tipo de hospital, período 2014-2018.....220

Cuadro 7.1 CCSS: Longitud de la cola de procedimientos quirúrgicos por servicio, 2014-2018.....259

Cuadro 7.2 CCSS: Cantidad de cirugías realizadas en jornadas de producción por servicio, 2016-2018.261

CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....275

Cuadro 1.1 CCSS: Calidad de la información de hospitales que incumplieron, 2018. .277

Cuadro 1.2 CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que incumplieron, Dirección Regional Central Norte, 2018.277

Cuadro 1.3 CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que no cumplieron con el 90 % del indicador, Dirección Regional Central Sur, 2018.....278

<i>Cuadro 1.4 CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que no alcanzaron el 90% del indicador, Dirección Regional Chorotega, 2018.....</i>	<i>278</i>
<i>Cuadro 1.5 CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que no cumplieron con el 90% del indicador, Dirección Regional Huetar Atlántica, 2018.</i>	<i>279</i>
<i>Cuadro 1.6 CCSS: Centros médicos que obtuvieron 100 en la nota de cumplimiento de calidad de la información, según la cantidad de años que obtuvieron esa nota, 2014-2018.....</i>	<i>280</i>
<i>Cuadro 1.7 CCSS: Áreas de salud y hospitales que mantuvieron la máxima nota (100) durante los cinco años de calificación, según región o tipo de hospital, 2014-2018.....</i>	<i>281</i>
<i>Cuadro 1.8 CCSS: Centros médicos que no cumplieron con el criterio de calidad según cantidad de años de no cumplimiento, 2014-2018.</i>	<i>282</i>
<i>Cuadro 1.9 CCSS: Centros médicos que no cumplieron con la meta y reincidieron en al menos un año, 2014-2018.....</i>	<i>282</i>
<i>Cuadro 2.1 CCSS: Histórico de calificaciones de los Hospitales Nacionales y Centros de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>285</i>
<i>Cuadro 2.2 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Brunca de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>286</i>
<i>Cuadro 2.3 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Huetar Atlántica de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>287</i>
<i>Cuadro 2.4 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Chorotega de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>288</i>
<i>Cuadro 2.5 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Central Norte de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>290</i>
<i>Cuadro 2.6 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Central Sur de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>291</i>
<i>Cuadro 2.7 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Central Norte de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>292</i>
<i>Cuadro 2.8 CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Pacífico Central de los años 2014 al 2018.....</i>	<i>293</i>

Índice de gráficos

CAPÍTULO I PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 33

Gráfico 2.1 CCSS: Cobertura^{/1} vacunación a menores de un año con esquema básico según región, 2014-2018 38

Gráfico 2.2 CCSS: Cobertura^{/1} vacunación a menores de dos años con esquema completo según región, 2014-2018 42

Gráfico 3.1 CCSS: Tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses según región, 2014-2018 54

Cuadro 3.2 CCSS: Abordaje adecuado de niños de seis a menos de 24 meses con anemia según región, 2014-2018 58

Gráfico 5.1 CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial^{/1} según región, 2014²- 2018 82

Gráfico 6.1 CCSS: Control óptimo de personas con diabetes mellitus tipo 2 según criterio de control y año, 2014-2018 106

Gráfico 7.1 CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años, según región e institucional, 2014-2016-2018 115

Gráfico 8.1 CCSS: Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores según región, 2014-2018 128

CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS 163

Gráfico 1.1 CCSS: Distribución de 493 casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado según rango del tiempo inicio de los síntomas-primer centro, 2018 168

Gráfico 1.2 CCSS: Distribución de 18 hospitales según los atributos de calidad de sus listas de casos por infarto agudo ST-elevado con terapia trombolítica IV atendidos en las áreas de urgencias, 2018 169

Gráfico 1.3 CCSS: Mediana del tiempo puerta-aguja de 144 casos seleccionados por infarto agudo del miocardio ST-elevado según red integrada de prestación de servicios de salud, 2018 171

Gráfico 1.4 CCSS: Distribución de 147 casos seleccionados por infarto agudo del miocardio ST-elevado por tiempo puerta-aguja según centro, 2018 172

Gráfico 2.1 CCSS: Oportunidad en la ejecución de la colposcopia en mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa por plazo de atención según año, 2015-2018 184

Gráfico 2.2 CCSS: Oportunidad en la ejecución de la colposcopia por plazo de atención según tipo de hospital, 2018 185

Gráfico 3.1 CCSS: Personas con alta en la especialidad de pediatría general en hospitales especializados según año, 2014-2018	194
Gráfico 3.2 CCSS: Personas con alta en la especialidad de ginecología en hospitales nacionales según año, 2014-2018	194
Gráfico 3.3 CCSS: Personas con alta en la especialidad de oftalmología en hospitales Periféricos 1 y 2 según año, 2014-2018	195
Gráfico 3.4 CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de cirugía general, en hospitales, año 2018	197
Gráfico 3.5 CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de ginecología, en hospitales, año 2018	198
Gráfico 3.6 CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de medicina interna, en hospitales, año 2018	199
Gráfico 3.7 CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de ortopedia, en hospitales, año 2018	200
Gráfico 3.8 CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de pediatría, en hospitales, año 2018	201
Gráfico 3.9 CCSS: Personas con alta en la especialidad de cirugía general, en hospitales, período 2014-2018	202
Gráfico 3.10 CCSS: Personas con alta en la especialidad de ginecología, en hospitales, período 2014-2018	203
Gráfico 3.11 CCSS: Personas con alta en la especialidad de medicina interna, en hospitales, período 2014-2018	203
Gráfico 3.12 CCSS: Personas con alta en la especialidad de oftalmología, en hospitales, período 2014-2018	204
Gráfico 3.13 CCSS: Personas con alta en la especialidad de ortopedia, en hospitales, período 2014-2018	205
Gráfico 3.14 CCSS: Personas con alta en la especialidad de otorrinolaringología en hospitales, período 2014-2018	206
Gráfico 4.1 CCSS: Ausentismo total en la consulta médica especializada por hospital, promedio y percentiles, 2018	221
Gráfico 4.2 CCSS: Ausentismo residual en la consulta médica especializada según distribución del total de citas perdidas, sustituidas, recargos por tipo de hospital, 2018	222

Gráfico 5.1 CCSS: Comportamiento de las defunciones ^{1/} de hospitales generales por grupo de enfermedad según CIE-10 y sexo, 2018	235
Gráfico 5.2 CCSS: Defunciones ^{1/} por grupo de edad según sexo, hospitales generales, 2018	236
Gráfico 5.3 CCSS: Índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo, según hospital general ^{1/} , 2018	237
Gráfico 6.2 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Nacionales, 2018	243
Gráfico 6.2 CCSS: Ocupación ^{1/} de las camas e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Regionales, 2018	246
Gráfico 6.3 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 3, 2018	249
Gráfico 6.4 CCSS: Ocupación de las camas ^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad ^{2/} según servicio, hospitales Periféricos 1 y 2, 2018	251
Gráfico 7.1 CCSS: Distribución porcentual de aporte institucional de la cola de procedimientos quirúrgicos por especialidad, 2014-2018	260
Gráfico 7.2 CCSS: Distribución porcentual del aporte a la cola institucional de procedimientos quirúrgicos de los casos con diagnóstico de catarata y colelitiasis por tipo de hospital, 2014-2018	262
Gráfico 7.3 CCSS: Demora media institucional de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica, 2014-2018	263
Gráfico 7.4 CCSS: Demora media de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica de las cinco especialidades más frecuentes, 2014-2018	263
Gráfico 7.5 CCSS: Demora media de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de catarata por tipo de hospital, 2014-2018	264
Gráfico 7.6 CCSS: Demora media de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de colelitiasis por tipo de hospital, 2014-2018	265
Gráfico 7.7 CCSS: Distribución de casos que ingresaron y egresaron a la lista de espera quirúrgica institucional por mes, 2018	266
Gráfico 7.8 CCSS: Distribución de la medida de desempeño “saturación del sistema” para los casos con diagnóstico de catarata por centro, 2018	267
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA	275
Gráfico 1.1. CCSS: Principales exámenes ausentes en los protocolos de referencia, 2018.	280

Gráfico 2.1 CCSS: Promedio de calificaciones de los Hospitales Nacionales, Centros y Regiones, 2018. _____294

Índice de figuras

CAPÍTULO I PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	33
<i>Figura A.1 Puestos regionales según ICA e IPSS, 2018.</i>	<i>5</i>
<i>Figura A.2 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Huetar Atlántica, 2018.</i>	<i>6</i>
<i>Figura A.3 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Brunca, 2018.</i>	<i>7</i>
<i>Figura A.4 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Pacífico Central, 2018.</i>	<i>7</i>
<i>Figura A.5 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Central Sur, 2018.</i>	<i>8</i>
<i>Figura A.6 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Huetar Norte, 2018... ..</i>	<i>9</i>
<i>Figura A.7 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Central Norte, 2018.</i>	<i>10</i>
<i>Figura A.8 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Chorotega, 2018.</i>	<i>11</i>
<i>Figura 5.1 CCSS: Estimación de personas hipertensas con control adecuado de presión arterial atendidas en el primer nivel de la CCSS con relación al total de la población hipertensa del país, 2018.</i>	<i>87</i>
<i>Figura 5.2 CCSS: Acciones para mejorar la cobertura y el control óptimo de PA en el primer nivel de atención en salud de la CCSS, 2018.</i>	<i>91</i>
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	163
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	275

Índice de anexos

CAPÍTULO I PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	33
<i>Anexo 5.1 CCSS: Cobertura, control óptimo y cobertura con control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial, según región y área de salud, 2018.....</i>	<i>95</i>
<i>Anexo 9.1: Evolución del IER por área de salud: unidades que obtuvieron un IER igual o superior a 90 %* según año evaluado. 2014-2018.....</i>	<i>149</i>
<i>Anexo 9. 2 Variables utilizadas en el cálculo del IER con más posibilidades de mejora en términos de productividad o que hacen un mayor aporte positivo al indicador.....</i>	<i>152</i>
CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS	163
<i>Anexo 1.A Elementos del filtro para la identificación en el cubo Urgencias Salud de los casos por IAMCEST</i>	<i>177</i>
<i>Anexo 1.B Criterios de selección de los casos por IAMCEST</i>	<i>178</i>
<i>Anexo 1.C Flujo de la identificación de los casos por IAMCEST.....</i>	<i>179</i>
<i>Anexo 1.D Flujo de la selección de los casos por IAMCEST.....</i>	<i>180</i>
<i>Anexo 3.1a CCSS: Distribución consultas de primera vez y altas por especialidad según año, 2014-2018.....</i>	<i>211</i>
<i>Anexo 3.1b CCSS: Distribución consultas realizadas y altas por especialidad según año, 2014-2018</i>	<i>212</i>
<i>Anexo 3.1c CCSS: Distribución de consultas de primera vez y porcentaje de consultas de primera vez por especialidad según año, 2014-2018</i>	<i>213</i>
<i>Anexo 3.2 CCSS: Distribución consultas de primera vez y consultas realizadas por especialidad según tipo de hospital, 2018.....</i>	<i>214</i>
<i>Anexo 3.3 CCSS: Proporción de consultas de primera vez por especialidad, según tipo de hospital, 2018 (porcentaje)</i>	<i>215</i>
<i>Anexo 4.1 CCSS: Ausentismo en la consulta especializada por año y hospital, 2014-2018.....</i>	<i>228</i>
<i>Anexo 4.2 CCSS: Ausentismo residual en la consulta médica especializada por año por hospital, 2014-2018</i>	<i>229</i>
<i>Anexo 4.3 CCSS: ausentismo residual, sustitución y recargos consulta especializada, 2018.....</i>	<i>230</i>
CAPÍTULO III GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	275

Lista de acrónimos, siglas y símbolos

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



Introducción

El presente informe contiene los resultados obtenidos en la evaluación de la prestación de servicios de salud 2018, último año correspondiente al diseño de evaluación 2014 – 2018. Es por ello que se hace un recorrido por los resultados de las intervenciones estratégicas y sus indicadores para ese periodo.

El quinquenio estuvo fuertemente determinado por el desarrollo e implementación institucional del Expediente Digital Único en Salud (EDUS). El haber contado con los registros electrónicos en el primer nivel de atención permitió durante el período ir afinando cada vez más el registro de consultas y, por ende, el cálculo de las coberturas de atención en los diferentes grupos de población, llegando así en esta evaluación a determinar con mayor precisión el universo de personas atendidas en la institución y el correspondiente aporte de cada área de salud a su captación.

El panorama fue diferente en la evaluación de los hospitales, ya que el avance en la implementación del EDUS y la integración del ARCA está aún en proceso. No obstante, se pudo avanzar en la revisión de los indicadores para los cuales se tienen datos en el cubo de consulta externa y en el de emergencias. Se pretende ir avanzando en su uso conforme se tenga la información a partir de los CUBOS o reportes de datos que permitan la revisión de los datos de manera más rápida y la conversión de estos en información para la evaluación futura.

Si bien en ciertos indicadores es posible obtener ya listados de registros y hacer el cálculo de algunos indicadores directamente desde las herramientas de Business Intelligence (BI) del EDUS, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) definió seguir evaluando un año más de manera tradicional, no solo para poder establecer comparaciones de resultados en el quinquenio, sino para conocer con más detalle la calidad del dato registrado y la validez de los resultados ante una posible evaluación directa desde el registro actual en el EDUS. Además, es de vital importancia conocer la factibilidad de contar con las herramientas que permitan extraer los datos y lograr la entrega más oportuna de los resultados.

Es importante señalar que la calidad del registro en el EDUS ha mejorado, aunque todavía hace falta establecer algunos controles que reduzcan los datos inválidos e inconsistentes; sin embargo, como parte de un proceso esto es esperable. Preocupa más el porcentaje alto de registros ausentes, que para algunos indicadores supera al 50 %. Esto hace que aún no se pueda hacer una construcción de los indicadores directamente desde las herramientas BI del EDUS, que permita la comparación válida por centro.

Desde esta nueva perspectiva, es necesario replantear y redefinir de forma permanente la evaluación de la prestación de servicios de salud, adaptándola a las nuevas

tecnologías, para proporcionar datos y análisis cada vez más confiables y oportunos, para una mejor toma de decisiones.

Uno de los principales intereses de la DCSS es fortalecer el proceso, de manera que, ante el reto que plantea el avance en el sistema de información institucional mediante el EDUS y los aplicativos que lo integrarán, así como la consideración del Área de Estadística en Salud como fuente oficial de información, se logre contar con la calidad necesaria de los datos y de manera concurrente, para la oportuna comunicación de los resultados a las partes interesadas y su utilización efectiva para orientar la toma de decisiones.

Lo anterior requiere evitar paradigmas existentes e incursionar en nuevas formas de implementación del proceso, siempre velando por cumplir con los requisitos fundamentales para garantizar su validez y confiabilidad.

Dentro de ese contexto, se debe tener presente que el proceso de evaluación es relevante, porque refleja el interés por buscar puntos débiles para actuar sobre ellos con medidas correctivas y encontrar puntos favorables para potenciarlos. Su aplicación implica el deseo de mostrar transparencia y la importancia de mejorar cada día en la prestación de los servicios a la población usuaria y los consecuentes beneficios derivados de esta.



Metodología de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS)

Generalidades

La Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del año 2018 se caracterizó por ser la última del quinquenio (2014-2018). Esta se realizó en 104 áreas de salud, 23 hospitales generales y ocho especializados (Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut, Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes, Clínica Oftalmológica, Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), los cuales corresponden a los centros de salud que tradicionalmente se evalúan.

A pesar de que en la mayoría de las áreas de salud se contaba con los registros del Expediente Digital Único en Salud (EDUS), se tuvo que realizar la evaluación por muestreo. Esto se debió, en primer lugar, a que para el año 2018 se hizo el cierre del quinquenio que se venía evaluando, por lo cual era necesario poder comparar la evolución de los indicadores en el período 2014-2018. Por otro lado, se debió hacer de esta forma debido a las debilidades en los registros en el EDUS, por ejemplo, faltantes de datos, así como la inclusión de información inconsistente, principalmente en lo referente a los resultados de exámenes de laboratorio.

Por otra parte, en un inicio se planteó evaluar solo los expedientes que tuvieran disponibles los datos necesarios para la estimación de los porcentajes de cumplimiento de cada indicador. Sin embargo, modificar de esta manera la metodología implicaba cambiar la población sujeta de evaluación, empleando solo los expedientes que tuvieran registros. Por esta razón, se consideró como una mejor opción tomar una muestra del “universo” al azar; logrando así que cada una de las muestras estuviera conformada por una cantidad de expedientes que permitiera evaluar directamente del EDUS. De tal forma, las muestras contaron tanto con expedientes con datos debidamente digitados, así como con expedientes que requirieron ser revisados directamente del sistema, por no estar registrados de manera correcta o tener faltantes de información.

Dado lo anterior, se decidió evaluar por muestreo todos los indicadores, al igual que los años anteriores, tomando como marco muestral el listado de consultas registrado en el EDUS, que cubrió el universo para el 92 % de las áreas de salud sujetas a evaluación.

Indicadores evaluados

Para la EPSS 2018, a nivel de las áreas de salud se evaluaron 13 indicadores en total; en 12 se utilizó muestreo y en uno, VDRL positivo, toda la población. Adicionalmente, se evaluaron nueve coberturas de atención.

Para cada indicador de muestreo, el cumplimiento regional correspondió a la suma de los registros con cumplimiento por área de salud, a los cuales se les asignó un peso según el volumen de consultas de cada indicador; es decir, se calculó un promedio ponderado.

Por otra parte, para el cálculo de las coberturas de atención del primer nivel, en cinco de las nueve coberturas que forman parte de la EPSS (Cobertura de menores de un año, Cobertura de mujeres embarazadas, Cobertura de mujeres en periodo posnatal, Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 y Cobertura de Hipertensión Arterial) se hizo un ajuste a las consultas iniciales. Este ajuste se realizó restándole al total de consultas el porcentaje de expedientes identificado en la muestra que no pertenecían al indicador y/o que eran duplicados.

En lo que respecta a los hospitales, se evaluaron 21 indicadores en total, así como ocho certificaciones. En el caso del indicador Oportunidad de la aplicación de la terapia trombolítica en el Infarto Agudo al Miocardio (IAM), se abarcaron todos los pacientes atendidos. Por otro lado, en el indicador de Oportunidad de atención en colposcopia, debido al número de casos según el diagnóstico de referencia del Papanicolaou, se consideró una combinación entre todas las mujeres atendidas y muestreo. Por esta razón, en los casos referidos con lesiones de bajo grado atendidos en colposcopia, se hizo una muestra para la mayoría de los hospitales.

Fuentes de datos

En el primer nivel de atención, excluyendo ocho establecimientos de salud que no tienen EDUS, la fuente primaria de los datos fueron los registros del EDUS, principalmente los del SIAC (Sistema Integrado de Identificación de Agendas y Citas) y los del SIES (Sistema Integrado de Expediente en Salud). En el caso de los resultados de laboratorio, se consultaron los registros de los sistemas Infinity y Labcore®; de esta manera, se buscó completar el mayor número de reportes en la muestra.

En las ocho áreas de salud que no tenían implementado el EDUS, se utilizaron los listados aportados por estos establecimientos, los cuales provenían de los sistemas con los que contaban al momento de la evaluación para el registro respectivo de los datos.

En el caso de la evaluación de los indicadores de los hospitales, las fuentes de información utilizadas fueron: el cubo de emergencias, los listados de los casos referidos

a colposcopia generados por los centros, los registros del egreso hospitalario facilitados por el Área de Estadística, el cuadro 11 de consulta externa, la herramienta de sala de operaciones y la lista de espera quirúrgica aportada por cada establecimiento.

Instrumentos de recolección de datos

Usando MS_Excel, se desarrolló una entrada de datos con las variables y las fórmulas requeridas para la construcción de cada indicador, tanto para la evaluación de los indicadores de áreas de salud, como para la de los hospitales, la cual le asignó un “1” a cada expediente evaluado si cumplía con todos los criterios y un “0” cuando no.

El porcentaje de cumplimiento del indicador se obtuvo de la suma de todos los registros que se calificaron con un “1”, dividido entre el total de expedientes evaluados, multiplicado por 100.

Revisión de la calidad de los datos y determinación de marcos muestrales

La revisión de la calidad del dato para las áreas de salud se hizo en dos etapas; la primera, previo a la selección de las muestras, como parte de la depuración de marcos muestrales, y la segunda, al final de la etapa de recolección de datos.

En el caso de los listados obtenidos del cubo DCSS EPSS, estos se generaron de dos formas, según correspondiera: partiendo de los códigos CIE-10 reportados por las unidades o por edad de interés; por ejemplo, niños menores de un año.

Para todos los indicadores evaluados por muestreo en el primer nivel de atención, como parte de la depuración del marco, para la determinación de la población de interés de cada indicador en las 96 áreas de salud que cuentan con EDUS, se eliminaron todas las consultas duplicadas referidas a una misma persona. Este procedimiento se aplicó para las consultas realizadas en la misma área de salud o en unidades diferentes, así como para aquellas de una misma persona, pero que se registraron con diferente número de cédula o con nombre escrito de manera distinta. Por otra parte, para algunos de los indicadores, se depuraron aquellos casos que habían consultado el año anterior.

Posteriormente, para cada indicador se unificaron los listados de las 104 áreas de salud, determinando así el universo de atenciones. De esta manera, se logró obtener un dato más cercano al número de personas atendidas y una estimación más precisa de las coberturas de atención de la institución. Además, esto permitió reducir el porcentaje de expedientes “no evaluables”.

Por otra parte, una vez terminada la recolección de los datos, todos los formularios llenos para cada indicador se sometieron a una etapa de revisión y crítica, identificando variables con datos vacíos o inconsistentes (fuera de rango o mal registrados). Además, para garantizar la estandarización de los criterios de evaluación, al final del trabajo de campo todos los formularios fueron revisados por el evaluador responsable del indicador. En esta etapa, se encontraron problemas de registro o de criterio de evaluación, se discutieron los casos y se corrigieron cuando fue necesario, para reducir así la posibilidad de perderlos por una evaluación diferente.

Finalmente, cada evaluador hizo una revisión con los representantes locales de los casos que consideró necesarios, que en su mayoría correspondieron a los que no cumplían o que tenían datos incompletos.

Para la evaluación por muestreo en los hospitales (colposcopias), la determinación de la población de interés para cada centro se obtuvo a partir de los registros de casos certificados por los establecimientos. Al igual que en las áreas de salud, se depuraron aquellos casos que habían consultado el año anterior. Del total de 24 hospitales, hubo dos que requirieron de una revisión exhaustiva y construcción del registro de casos en el campo, para poder identificar la población de interés; lo anterior debido a una inadecuada calidad del registro de casos. En uno de estos centros, los resultados se presentaron con base en el 65 % de la población, debido al subregistro de la información requerida.

En relación con el indicador de IAM, la población de interés se construyó partiendo de los registros del cubo de emergencias del EDUS y se complementó con el reporte de casos presentado por los centros.

Muestreo

El muestreo utilizado es el mismo que se ha empleado desde el año 2016; estableciéndose el tamaño de la muestra mediante la fórmula para determinación de proporciones, con un margen de error de 10 % y un nivel de confianza de 90 %, con estimación de la varianza a partir de los resultados del año 2017. La selección de la muestra se hizo a partir de un muestreo sistemático.

Para determinar los tamaños de la muestra del indicador de colposcopias en hospitales, se utilizó la misma metodología empleada durante todo el quinquenio, ya que se trata de un indicador que presenta un comportamiento muy estable. Los detalles de cálculo se pueden revisar en el informe del año 2016 (Caja Costarricense de Seguro Social, 2017).

Para el primer nivel de atención, se revisaron en total 43 372 expedientes, de los cuales el 96 % fueron evaluables (41 629). El resto no pudieron evaluarse (no evaluables) por diferentes razones: expedientes duplicados, usuarios que contaban con consultas en otro

año, casos que no formaban parte de la población de interés para el indicador evaluado, datos mal registrados o mal clasificados, entre otras.

Cabe mencionar que los resultados de la evaluación 2016 y 2017 de las áreas de salud evidenciaron comportamientos diferentes entre ambos años, a pesar de que se empleó la misma metodología de muestreo, que selecciona expedientes de toda el área de salud, en lugar de solo dos sectores. Por esta razón, se tomaron los porcentajes de cumplimiento obtenidos por las unidades en la evaluación del año 2016 y 2017 para estimar la variancia de cada año y se utilizó la mayor para calcular los tamaños de muestra para la evaluación 2018. De la misma forma se procedió para la estimación de la no respuesta para cada área de salud. En este caso, se analizó la cantidad de expedientes “no evaluables” en el año 2016 y 2017 y el ajuste al tamaño de muestra se hizo tomando el porcentaje de no respuesta máximo entre esos años.

En el caso específico del indicador Niños(as) de seis a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia a los que se les realiza un abordaje adecuado, debido a que es uno de los indicadores cuya revisión conlleva más tiempo, se decidió reducir los tamaños de muestra calculados, primero, realizando un ajuste por la cantidad de consultas de cada unidad (empleado en poblaciones finitas) y después, disminuyendo la cantidad de expedientes no evaluables por el motivo “no corresponde al indicador”, debido a que se implementaron dos nuevas formas de depuración de listados que redujeron de manera significativa los pacientes con diagnóstico de anemia que en realidad no eran anemia. Las muestras oscilaron entre 40 y 87 expedientes; sin embargo, en algunas áreas de salud que presentaron una cantidad de niños con diagnóstico de anemia menor a la muestra, se procedió a revisar toda la población.

Para determinar los tamaños de muestra en los hospitales, se usó el resultado obtenido en la evaluación del 2017, y para los centros que completaron toda la muestra, se hizo un incremento de cinco expedientes para cubrir cualquier faltante que pudiera presentarse (ajuste por no respuesta).

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

Autoría:

Realizado por:

MSc. Miriam León Solís, Estadística

MSc. Jennifer Mendoza Vega, Estadística

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019



CAPÍTULO I

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

RIPSS Huetar Atlántica en el primer puesto del índice de coberturas de atención y del índice de prestación de servicios de salud 2018

Resumen.

Introducción. El informe presenta el escalafón hecho con base en el Índice de Coberturas de Atención (ICA) y el Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS), contruidos con los resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención 2018. Los índices constituyen medidas que resumen los logros de las redes integradas de salud y las áreas de salud, con el propósito de hacer más accesible el uso de la información y propiciar su utilización en la toma de decisiones para la gestión. En el año 2018 se simplificó la metodología usada para el cálculo de los valores del índice de cada establecimiento, basado en la sumatoria de los resultados alcanzados, ajustado por el número de metas estratégicas logradas, para el caso del IPSS.

Análisis de resultados. Los resultados muestran en el primer puesto de ambos índices a la Región Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) Huetar Atlántica, mientras que en las últimas posiciones están la Central Norte y la Chorotega, así como la Brunca, pero solo en el tema de coberturas de atención. A lo interno de las regiones hay áreas bien posicionadas en las dos dimensiones medidas: accesos y calidad; así como establecimientos con debilidades en solo una de ellas y otros con bajos resultados en ambos rubros. Gracias a los índices, se identifica claramente cuáles son esas

unidades, para que pueda iniciarse un proceso de apoyo a sus limitaciones. A la vez, se proponen algunos determinantes que podrían estar influyendo en los bajos resultados mostrados por las áreas ubicadas en las posiciones más bajas.

Conclusiones y recomendaciones. Se reconoce que el análisis conjunto de los resultados de la prestación de los servicios de salud mediante los dos índices contruidos, permite visualizar de manera más práctica el alcance de los resultados de las regiones y de las áreas de salud, lo que podría facilitar la toma de decisiones informadas. Por otro lado, se destaca la efectividad de las intervenciones implementadas en la RIPSS Huetar Atlántica, lo cual se refleja en su posicionamiento en los índices. Finalmente, se recomienda poner especial atención en la resolución de las limitaciones a la prestación de servicios en las RIPSS Chorotega y Central Norte, y de manera más específica, en las áreas de: Heredia-Cubujuquí, Alajuela Oeste, Alajuela Central, Alajuela Sur, Tibás-Uruca-Merced y Upala.

Introducción

Los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) son muy amplios y variados, por lo que se hace necesario el cálculo de índices que los resuman y permitan una comprensión general de estos, tanto a nivel de las regiones integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS) como de las propias áreas de salud.

Con este propósito se han utilizado durante el último quinquenio dos medidas: el Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS), que considera los indicadores evaluados en el marco de la EPSS; y el Índice de Coberturas de Atención (ICA), que permite monitorear los resultados de las coberturas de atención en el primer nivel de atención institucional.

Ambos índices se construyeron mediante promedio ponderado; cuyos pesos y agrupación se determinaban por medio de un análisis factorial; no obstante, ese método causaba molestia a las unidades, por cuanto no siempre, por la variabilidad de los resultados, permitía incluir para su construcción todos los indicadores evaluados, además de que su comprensión metodológica les resultaba compleja. Por ese motivo y con miras a migrar a una evaluación del universo, a partir de esta evaluación se optó por utilizar una medida resumen, que involucra los resultados de todos los indicadores evaluados y el logro de las metas planteadas para cada uno, y en donde la distribución de las unidades en el escalafón no difiere mucho de la que se obtendría mediante el análisis de factores. Específicamente, la metodología para el cálculo del IPSS 2018 consiste en la sumatoria de los resultados ajustada por el cumplimiento de las metas institucionales; mientras que para el ICA es simplemente la sumatoria de los resultados obtenidos en las coberturas de atención.

La importancia de la construcción de estos índices y de su divulgación, se relaciona con el interés institucional de promover mecanismos de mejora continua de los servicios y de hacer transparente y accesible la información, de manera tan sencilla que permita influenciar la toma de decisiones de diversa índole, en los diferentes niveles de gestión.

Se debe considerar que los índices son complementarios entre sí; el ICA aporta información acerca del acceso de la población a las intervenciones en salud, mientras que el IPSS contribuye al análisis de la calidad de la atención en salud y de los resultados obtenidos de esa atención.

En el presente informe se presentan de manera detallada los aspectos metodológicos para la construcción de los índices, así como los puestos ocupados en ellos por cada área de salud y cada región integrada de prestación de servicios de salud para el año 2018. No se hace ningún tipo de comparación con los años anteriores, dado el cambio metodológico indicado.

Es importante mencionar que estos índices constituyen un elemento para el análisis de los resultados en la prestación de servicios de salud, los cuales tienen que verse a la luz de aspectos tan complejos como la capacidad instalada, las modalidades de contratación, las características socioeconómicas de las poblaciones atendidas, la dispersión geográfica, las eventualidades y catástrofes, entre otras. En ese sentido, las posiciones no constituyen una calificación de la gestión local; por el contrario, reflejan cómo la interacción de esos determinantes facilita o limita los resultados en la prestación de los servicios ofertados.

Metodología

a. Índice de Coberturas de Atención (ICA)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “los indicadores de cobertura se calculan dividiendo el número de personas que recibe una intervención definida por la población que tiene derecho a recibirla o la necesita”, señalando al respecto que los registros administrativos tienden a sobreestimar la cobertura, debido a la duplicación de casos en el numerador y a la incertidumbre en el denominador (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009, p. 71). Por su parte, el Ministerio de Salud de Chile define cobertura como “la relación (expresada habitualmente en porcentaje) entre la población que ha recibido o va a recibir una determinada actividad y la población que debería recibirla o haberla recibido” (Gobierno de Chile. Ministerio de Salud, s.f.).

La construcción de las coberturas consideradas para el análisis de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) coinciden con las conceptualizaciones expuestas, dado que parten de una estimación más precisa del número de personas que efectivamente recibieron la atención, la vacunación o el tamizaje, respecto a la población que la requiere. Esto fue posible gracias al Expediente Digital Único en Salud (EDUS), donde se registra el 100 % de las atenciones brindadas por la institución.

Específicamente, las coberturas que conforman el Índice de Coberturas de Atención (ICA) son las siguientes:

1. Cobertura de atención a niños y niñas menores de un año.
2. Cobertura de niños menores de un año con esquema básico de vacunación.
3. Cobertura de niños de 12 a menos de 24 meses con esquema completo de vacunación.
4. Cobertura de tamizaje de citología cervicovaginal en mujeres de 35 a menos de 65 años.
5. Cobertura de atención prenatal.
6. Cobertura de mujeres en período posparto.
7. Cobertura de vacunación contra influenza en la población adulta mayor.
8. Cobertura de atención a personas de 20 años y más con hipertensión arterial.
9. Cobertura de atención a personas de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2.

El número de personas atendidas y tamizadas se extrajo del EDUS, mediante el cubo DCSS/EPSS; mientras que el número de personas vacunadas fue proporcionado por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE).

Por su parte, los datos de población y de nacimientos y defunciones infantiles se extrajeron de las publicaciones de la Dirección Actuarial y Económica de la institución; y los referentes de prevalencia de enfermedades cardiovasculares fueron tomados de los resultados de la Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovasculares 2014, realizada por la SAVE.

La fórmula de cálculo general de los indicadores de cobertura utilizada fue:

Indicador	Fórmula de cálculo
Cobertura de atención / vacunación / tamizaje	<i>Número de personas atendidas / vacunadas / tamizadas en el año X</i>
	<i>Población que requiere la atención / vacuna / tamizaje en el año X</i> *100

A partir de las coberturas de cada área de salud o región, se hizo la sumatoria de los resultados obtenidos en cada uno de los nueve indicadores:

$$ICA = \sum (Cobertura\ 1 + Cobertura\ 2 + Cobertura\ n + \dots)$$

Una vez estimada la sumatoria de coberturas para cada área de salud o región, se ordenaron de mayor a menor y se le asignó el puesto 1 al establecimiento con el valor de sumatoria más alto; el puesto 2 al siguiente y así sucesivamente, hasta el último puesto, que correspondería al valor de sumatoria de coberturas menor.

Es importante mencionar que para efectos de la construcción de este índice no se hace ningún tipo de ajuste por cumplimiento de metas institucionales, dado que el diseño de la EPSS 2014-2018 no contemplaba la mayoría de estas coberturas como indicadores de evaluación. Asimismo, no se hace ningún ajuste para los establecimientos con coberturas mayores a 100 %; es decir, que se toma el resultado tal cual se obtiene.

b. Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS)

El objetivo de la construcción del Índice de Prestación de Servicios de Salud (IPSS) es realizar una medida resumen con los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores evaluados, y con base en esta medida determinar las áreas que más se acercan al cumplimiento de metas institucionales, así como las que más aportan en la prestación de los servicios de salud.

La metodología empleada para la construcción del IPSS 2018 cambia en comparación a la utilizada en los últimos tres años, debido mayormente a la necesidad de que todos los indicadores utilizados para la evaluación formen parte de esta medida resumen, tomando en cuenta las metas institucionales, y que a la vez, sea de fácil construcción e interpretación, sin que la clasificación sea muy diferente a la que se obtendría mediante un análisis de factores.

Por esta razón, se implementa una nueva metodología a partir del informe del año 2018 y para la evaluación de todo el quinquenio 2019-2023, que incluye todos los indicadores que forman parte de las intervenciones estratégicas y donde cada indicador tiene el mismo peso relativo en el cálculo del índice, por lo que ya no se tienen ni factores ni componentes del índice.

Entre las ventajas que posee la implementación de esta nueva metodología se encuentra la mayor facilidad a la hora de calcular los resultados; es decir, que es de fácil construcción, lo que permite la automatización del cálculo por medio de herramientas de uso común, facilitando también la comprensión e interpretación de los resultados. Además, destaca que brinda un mayor peso a la cantidad de metas cumplidas por cada área de salud, de modo tal que las áreas que más metas han cumplido son las que se encuentran en las primeras posiciones. De tal forma, la posición de cada unidad está determinada en primer lugar por la cantidad de metas logradas y en los casos de igualdad, la suma de los porcentajes de cumplimiento es la que determina la posición de estas.

Los pasos empleados para la elaboración del IPSS por área de salud se utilizan también para calcular el IPSS regional e institucional; estos se resumen a continuación:

1. Sumar los porcentajes de cumplimiento de todos los indicadores.
2. Sumar el número de metas cumplidas o alcanzadas.
3. Calcular un porcentaje de metas cumplidas (número de metas cumplidas entre el total de metas a lograr).
4. Multiplicar la suma de los porcentajes de cumplimiento por el porcentaje de metas cumplidas.
5. Ordenar el resultado obtenido para crear el escalafón de las unidades.

Los indicadores que forman parte del IPSS son los siguientes:

1. Porcentaje de niños (as) menores de un año de edad con captación temprana.
2. Porcentaje de mujeres en su periodo posnatal captadas tempranamente.
3. Porcentaje de mujeres embarazadas con captación temprana.
4. Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un VDRL antes de las 20 semanas de gestación.
5. Porcentaje de mujeres embarazadas a quienes se les realizó un ELISA para VIH antes de las 20 semanas de gestación.

6. Cobertura de niños (as) con Esquema Básico.
7. Cobertura de niños (as) de 12 a menos de 24 meses con Esquema Completo de Inmunización.
8. Niños (as) de seis a menos de 24 meses a quienes se les realizó una hemoglobina.
9. Niños (as) de seis a menos de 24 meses con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro a quienes se les abordó adecuadamente.
10. Cobertura de mujeres de 35 a menos de 65 años de edad del área de salud a quienes se les realizó una citología vaginal en los dos últimos años.
11. Cobertura de vacunación de adulto mayor.
12. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de hemoglobina glicosilada.
13. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de presión arterial.
14. Porcentaje de personas con diabetes mellitus tipo 2 atendidas con control óptimo de LDL-colesterol.
15. Porcentaje de personas con hipertensión arterial atendidas con control óptimo de presión arterial.

En este punto es importante recalcar que no se pueden comparar los resultados del IPSS 2018 con los obtenidos el año anterior, por las diferencias metodológicas mencionadas.

Resultados

Los resultados se presentan primero para el ámbito regional; y posteriormente, por áreas de salud según RIPSS. En cada caso se compara la posición obtenida por el establecimiento en cada uno de los dos índices.

Figura A.1 Puestos regionales según ICA e IPSS, 2018.



El primer hallazgo que llama la atención es que la RIPSS Huetar Atlántica se posiciona de primera en ambas mediciones, demostrando que sus resultados en acceso y en calidad de la atención son los más altos entre las regiones.

Por otro lado, la RIPSS Brunca queda bien ubicada en el IPSS, pero en una posición baja en el ICA, lo que indica que su debilidad está relacionada con las coberturas de atención, probablemente determinadas en gran medida por los resultados del área de salud de Pérez Zeledón, la más grande de la región y con un número alto de habitantes por Ebáis.

Las RIPSS Central Sur y Pacífico Central quedan en posiciones intermedias en ambos índices, mientras que la Huetar Norte queda en una posición alta en coberturas y en un puesto intermedio en calidad de la atención. Estos resultados indican que estas regiones no tienen rezago importante en ninguna de las dos dimensiones.

En el caso de las regiones Central Norte y Chorotega, los índices muestran bajos resultados en comparación con sus homólogos, tanto en acceso como en calidad de la atención, lo que debe de encender las alertas que motiven el análisis regional de los determinantes modificables de esos resultados y la búsqueda de medidas que logren solventar las barreras que están impidiendo el avance en los resultados.

Figura A.2 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Huetar Atlántica, 2018.



En relación con las áreas de salud que conforma la RIPSS Huetar Atlántica, se tiene que Cariari, Limón y Guápiles logran buenos resultados en calidad, pero no así en las coberturas de atención. Por el contrario, Matina Guácimo y Siquirres se posicionan bien en las coberturas de atención, pero muestran resultados intermedios en calidad. Por su parte, Talamanca y Valle La Estrella muestran resultados intermedios en ambos índices, por lo que es en estos dos establecimientos en los que el nivel regional debe poner mayor atención para solventar las dificultades que las puedan estar limitando.

Figura A.3 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Brunca, 2018.



Las áreas de salud de Osa, Golfito y Buenos Aires de la RIPSS Brunca logran buenos resultados en las dos dimensiones medidas por los índices; mientras que Coto Brus y Corredores muestran posiciones intermedias. El área de salud de Pérez Zeledón también tiene un puesto intermedio en el IPSS, pero claramente en coberturas tiene resultados muy bajos, tal vez asociados a una capacidad instalada insuficiente (7 500 hab./Ebáis) y a la alta dispersión geográfica, que requiere de 61 puestos de visita periódica.

Figura A.4 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Pacífico Central, 2018.



Las áreas de salud de las RIPSS Pacífico Central que muestran buenos resultados en ambas dimensiones son: Parrita, San Rafael de Puntarenas y Peninsular; mientras que Montes de Oro

queda bien posicionada en coberturas de atención y en un puesto intermedio en calidad. El área de salud de Barranca solo muestra bajos resultados en los indicadores de calidad, mientras que el área de salud de Quepos solo en los relacionados a coberturas.

No obstante, hay dos establecimientos que reflejan debilidades en los dos tipos de resultados: Garabito y Chacarita; por lo que sería importante que los gestores locales y regionales analizaran en conjunto la implementación de estrategias que les permitan mejorar los resultados.

Figura A.5 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Central Sur, 2018.



Área de salud	Puesto ICA	Puesto IPSS
Pavas	34	2
La Unión	52	4
Mora-Palmichal	16	6
Concepción-San Juan-San Diego 2	83	8
Desamparados 2	47	9
Acosta	4	10
Los Santos	14	13
San Francisco-San Antonio	62	18
Puriscal-Turrubares	18	19
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	8	23
Coronado	24	27
Escazú	80	30
Curridabat 2	63	41
Goicoechea 2	55	43
Paraíso-Cervantes	6	47
Cartago	82	50
El Guarco	13	51
Zapote-Catedral	29	54
Desamparados 1	75	55
Corralillo	38	60
Santa Ana	97	72
San Sebastián-Paso Ancho	99	73
Desamparados 3	57	78
Catedral Noreste	17	83
Montes de Oca 2	101	84
Mata Redonda-Hospital	61	85
Aserri	53	87
Moravia	90	88
Goicoechea 1	64	90
Hatillo	59	91
Turrialba-Jiménez	46	96
Alajuelita	73	103

Con respecto a las áreas de salud de la RIPSS Central Sur, los índices muestran que siete de ellas tienen buenos resultados tanto en calidad como en coberturas: Pavas, Mora-Palmichal, Acosta, Los Santos, Puriscal-Turrubares, Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca y Coronado.

Ocho establecimientos presentan bajos resultados solo en la dimensión de calidad: Desamparados 3, Catedral Noreste, Mata Redonda-Hospital, Aserrí, Goicoechea 1, Hatillo, Turrialba- Jiménez y Alajuelita. Por el contrario, hay seis áreas con posiciones bajas solo en el ICA: Concepción-San Juan-San Diego, Escazú, Cartago, Desamparados 1, Santa Ana y San Sebastián-Paso Ancho.

Por su parte, Montes de Oca y Moravia ocupan posiciones bajas en ambos índices, por lo que deberían ser los dos establecimientos que se prioricen a nivel regional para el acompañamiento y seguimiento.

Figura A.6 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Huetar Norte, 2018.



En la RIPSS Huetar Norte, las áreas de Florencia y Guatuso denotan buenos resultados en coberturas de atención y en calidad. Aguas Zarcas, por su parte, se ubica bien en calidad y en una posición intermedia en coberturas.

Las áreas de La Fortuna, Ciudad Quesada, Santa Rosa y Pital muestran resultados intermedios en ambos índices. Por el contrario, Los Chiles, presenta debilidades en los resultados de las dos dimensiones; incluso, en calidad ocupa uno de los tres últimos puestos en el escalafón general; situación que debe ser analizada en el contexto de los fenómenos migratorios y su relación con la continuidad de la atención a las personas, en un medio con un Índice de Desarrollo Social muy bajo (44 %) y un elevado porcentaje de población no asegurada (31 %).

Al considerar las áreas de salud que conforman la RIPSS Central Norte, se tiene que solamente una de ellas queda bien posicionada en ambos índices, Barva, que además ocupa el puesto

número uno de las 104 áreas de salud de la institución. Por su parte, Atenas muestra buenos resultados en calidad y Naranjo en coberturas.

En esta región hay cuatro establecimientos que denotan bajos resultados, pero únicamente en la dimensión de calidad: San Ramón, Valverde Vega, Poás y Alfaro Ruiz. Mientras que con bajos resultados solo en coberturas están San Pablo, San Isidro, Santo Domingo, Alajuela Norte, Grecia, La Carpio-León XIII, Puerto Viejo, Santa Bárbara y Tibás.

Las áreas de salud de esta región que reflejan resultados bajos tanto en las coberturas de atención como en los indicadores de calidad son: Belén-Flores, San Rafael de Heredia, Heredia-Virilla, Heredia-Cubujuquí, Alajuela Oeste, Tibás-Uruca-Merced, Alajuela Central y Alajuela Sur. Entre ellas se ubican los últimos tres puestos en el ICA a nivel institucional, lo que en alguna medida podría estar asociado a que, a excepción de Heredia-Virilla y Alajuela Central, los establecimientos tienen una población por Ebáis mayor a 5 000 personas, llegando a 7 000 en el caso de Heredia-Cubujuquí.

Figura A.7 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Central Norte, 2018.

Puestos de
áreas de salud
RIPSS Central
Norte
ICA e IPSS
2018

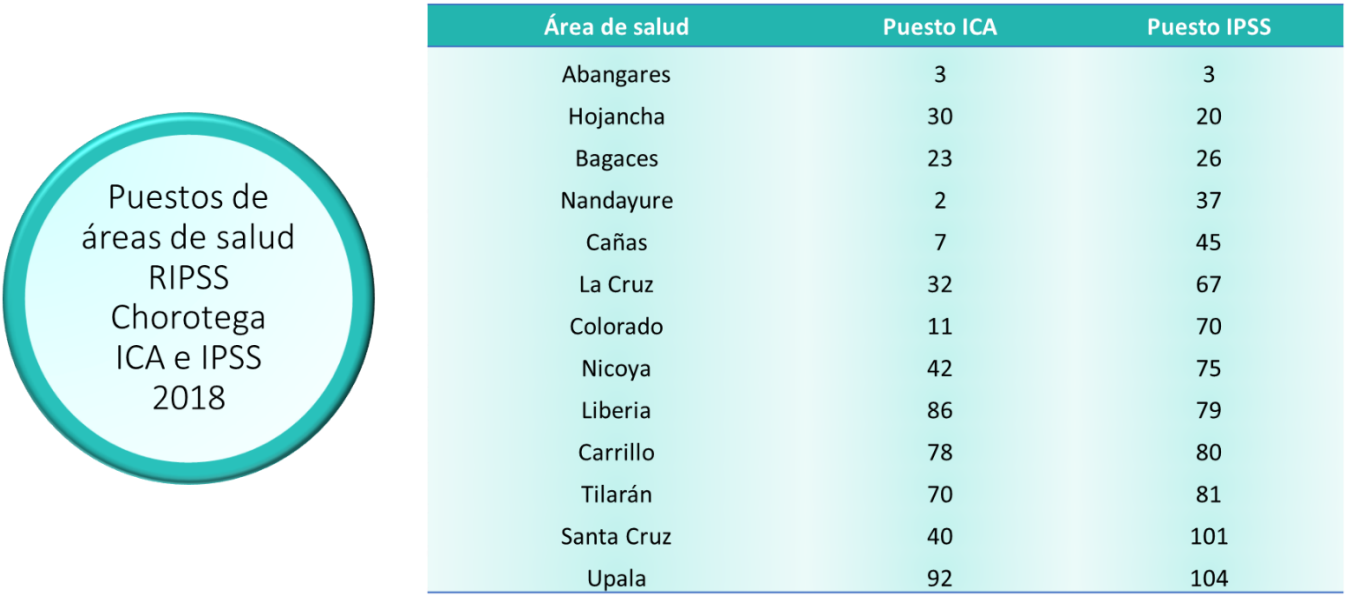
Área de salud	Puesto ICA	Puesto IPSS
Barva	15	1
San Pablo	79	17
Atenas	45	21
San Isidro	77	24
Santo Domingo	85	25
Alajuela Norte	84	38
Grecia	71	39
Palmares	67	40
La Carpio-León XIII	72	42
Puerto Viejo	74	52
Naranjo	20	59
Santa Bárbara	91	61
Horquetas-Río Frío	44	68
Tibás	96	69
Belén-Flores	88	71
San Rafael de Heredia	94	74
San Ramón	60	77
Valverde Vega	35	82
Poás	39	86
Heredia-Virilla	95	89
Alfaro Ruiz	51	93
Heredia-Cubujuquí	102	94
Alajuela Oeste	100	97
Tibás-Uruca-Merced	104	98
Alajuela Central	93	99
Alajuela Sur	103	100

Finalmente, la RIPSS Chorotega tiene un área de salud con muy buenos resultados en ambos índices, ocupando el tercer lugar en cada uno de ellos; se trata de Abangares. También Hojancha y Bagaces quedan bien posicionadas tanto en coberturas como en calidad.

Las áreas de Nandayure y Cañas, por su parte, tienen muy buenos resultados en coberturas, pero en calidad tienen resultados intermedios. La Cruz, Colorado, Nicoya y Santa Cruz también ocupan puestos altos o intermedios en coberturas; sin embargo, en calidad cuentan con bajos resultados.

Por otro lado, Liberia, Carrillo, Tilarán y Upala, según los índices, reflejan bajos resultados tanto en coberturas de atención como en calidad. De ellas, Upala se ubica en el último puesto en el escalafón general; este es un establecimiento que por su ubicación geográfica está expuesto al constante flujo migratorio, además de tener una población muy vulnerable, según el Índice de Desarrollo Social (47 %).

Figura A.8 Puesto en el ICA e IPSS según área de salud, RIPSS Chorotega, 2018.



Conclusiones y recomendaciones

La metodología utilizada para la construcción del ICA y del IPSS 2018 facilita la comprensión y permite dar una idea general de los resultados obtenidos en la prestación de servicios de salud por las redes integradas de servicios de salud, así como por las áreas de salud, por lo que se recomienda su continuidad en la EPSS para el próximo quinquenio.

En lo que respecta a los resultados, resulta muy importante destacar el posicionamiento de la RIPSS Huetar Atlántica en las mediciones hechas, ya que denota un avance integral, con la

implementación exitosa de estrategias de mejora y liderazgo en la gestión, a pesar de atender poblaciones dispersas y con condiciones precarias de accesibilidad y de desarrollo social.

En el ámbito regional, es necesario volcar la atención sobre las RIPSS Central Norte y Chorotega, con el propósito de priorizar intervenciones que mitiguen la problemática que enfrentan sus establecimientos, principalmente en el tema de capacidad instalada.

Asimismo, se considera de vital relevancia que tanto el nivel central, como regional y local, se enfoquen en el análisis y resolución de las barreras que impiden el desarrollo adecuado de las áreas de salud que tienen serias debilidades en el acceso de la población a la atención en salud, como en la calidad de los servicios prestados. Entre ellas, hay seis que según los puestos del ICA y del IPSS se consideran como prioritarias: Heredia-Cubujuquí, Alajuela Oeste, Alajuela Central, Alajuela Sur, Tibás-Uruca-Merced y Upala.

Referencias bibliográficas

Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. (s.f.). *Glosario APS*. Santiago.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Cobertura de los servicios de salud - Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: OMS.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Colaboradores:

MSc. Miriam León Solís

MSc. Jennifer Mendoza Vega

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

Salud materno infantil en el primer nivel de atención: alcances entre 2014 y 2018

Dirigiendo acciones hacia la atención con calidad en la red de servicios de salud, que garanticen la prevención de la morbilidad y mortalidad materno infantil.

Resumen.

Introducción. Pese a los avances en la reducción de la razón de mortalidad materna y de la mortalidad de los menores de cinco años a nivel mundial y nacional, tanto la Organización de Naciones Unidas (ONU) como la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) reconocen que la mortalidad materna es un problema de salud pública y de derecho humano; y su prevalencia deja en evidencia las limitaciones para el ejercicio de una maternidad segura. Al respecto, persisten fallas en el acceso a los servicios de salud y en la disponibilidad de servicios de apoyo, que inciden en la morbilidad y mortalidad materno infantil, situación que se visualiza en la carga continua de enfermedades transmisibles y el aumento en la incidencia y la prevalencia de causas no transmisibles, discapacidad y muerte. Teniendo en cuenta estas condiciones, se analiza los indicadores que miden el acceso y la continuidad de la atención de la madre y el recién nacido en los servicios de salud del primer nivel, con el objetivo de promover la implementación de acciones que garanticen la atención con calidad en la red de servicios institucional. **Análisis de resultados:** Tras comparar los datos de cobertura de atención institucional de embarazadas y menores de un año, se determina que entre 2014 y 2018, estas tienden a mantenerse por encima del 87 %; la de mujeres en periodo posparto aumenta cinco puntos porcentuales. Los resultados en captación temprana

institucional de las embarazadas, mujeres en periodo posparto y menores de un año durante el 2018, rondan el 80 %, acercándose a las metas quinquenales proyectadas. Los porcentajes de detección oportuna de sífilis congénita y VIH neonatal han avanzado entre cuatro y seis puntos, respectivamente, alcanzando un máximo de 78 %, logros cercanos a la meta proyectada al 2018 de un 80 %. En cuanto a las 621 embarazadas con serología positiva el 71 % recibe un abordaje oportuno y adecuado, aumentando este rubro en 38 puntos porcentuales desde 2014. **Conclusiones y recomendaciones:** El comportamiento de la atención de la madre y el recién nacido en la institución, revela las dificultades existen para lograr un ascenso continuado de las metas. Todas esas dificultades se asocian a: factores socioculturales; como la migración, o las condiciones propias de la usuaria; la hospitalización por factores biológicos como la prematuridad, y a factores administrativos, como el incremento de la demanda de los usuarios que acuden a los servicios que sobrepasa la capacidad instalada. Como parte de las estrategias, y con el propósito de solventar las barreras que inciden en la continuidad de la atención materno infantil, se recomienda: establecer una ruta de atención integral en todos los niveles, fortalecer los sistemas de información y priorizar los procesos de evaluación en los tres niveles de atención.

Definiciones

Mortalidad materna (MM): muerte que sucede mientras una mujer está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquiera de las siguientes causas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2018, p. 8):

Directas: resultan de complicaciones del embarazo, trabajo de parto y puerperio, tales como infecciones en el puerperio, hipertensión arterial inducida por el embarazo, complicaciones en el parto y abortos, así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de estas.

Indirectas: se derivan de una enfermedad preexistente o que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Razón de mortalidad materna (RMM): número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en un determinado año (Centro Centroamericano de Población [CCP], 2019).

Tasa de mortalidad infantil (TMI): número de defunciones de niños menores de un año por cada 1 000 nacidos vivos en un determinado año (CCP, 2019).

Índice de Desarrollo Social (IDS): es un valor que se calcula a partir de una serie de indicadores provenientes de las estadísticas administrativas de instituciones del sector público, cuyo resultado permite clasificar y ordenar los distritos del país según su nivel de desarrollo social (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2018, p. 3).

El IDS distrital es el insumo fundamental para la clasificación de los distritos y se agrupa de la siguiente manera (MIDEPLAN, 2018, p. 60):

Mayor desarrollo relativo: valores de corte máximo 100,00 y mínimo 76,88.

Menor desarrollo relativo:

Nivel medio: valores de corte máximo 76,87 y mínimo 62,02.

Nivel bajo: valores de corte máximo 62,01 y mínimo 47,45.

Nivel muy bajo: valores de corte máximo 47,44 y mínimo 0,00.

Atención materno infantil

La mortalidad materna (MM) constituye un problema de salud pública y de derecho humano; cuya prevalencia deja en evidencia las limitaciones para el ejercicio de una maternidad segura y para el acceso a servicios de salud que garanticen una atención orientada en la detección y el tratamiento oportuno de los factores riesgo que determinan la morbilidad y mortalidad de la madre y del recién nacido (INEC, 2018, p. 3).

Durante los últimos 25 años se han registrado grandes avances en materia de salud materna e infantil, alcanzando una reducción de un 53 % en la tasa de mortalidad mundial de menores de cinco años, y de un 44 % en la razón de mortalidad materna mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2016, p. iii).



UNICEF 2016: Tasa de mortalidad de menores de cinco años en el mundo desciende a menos de la mitad con respecto a las registradas en 1990.

En Costa Rica, entre el 2007 y 2017 se registra un comportamiento fluctuante en la razón de mortalidad materna (RMM), alcanzando la mayor disminución en 2013, con 33,86 %, mientras que en 2017 llega a un 18,86 % (INEC, 2018, p. 3).

En el caso de la tasa de mortalidad infantil, esta tiende a descender entre 2007 y 2017, manteniéndose durante 2016 y 2017 entre 7,93 y 7,92 por mil nacidos vivos (INEC, 2018, p. 13).




A pesar de estos logros, aún persisten fallas en cuanto a cobertura, calidad y continuidad de la atención; en el acceso a servicios de salud y en la disponibilidad servicios de apoyo en poblaciones más pobres o vulnerables, que inciden en la morbilidad y mortalidad materno infantil (MMMI), y se manifiesta a través de la carga continua de enfermedades transmisibles, así como en un aumento en la incidencia y la prevalencia de causas no transmisibles, discapacidad y muerte (UNICEF, 2016, p. iii).



OMS 2017: La falta de acceso y cobertura universal de salud afecta en mayor medida a las personas con condiciones de mayor vulnerabilidad.

Lo descrito anteriormente no difiere de la realidad que enfrenta el sistema de atención en salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y así se detalla en el informe de la Evaluación

de la Prestación de Servicios (EPSS) 2017; donde, a partir del análisis de las causas de acceso tardío a la atención en el primer nivel y a la trazabilidad de la información de los casos en la red de servicios, se identifican las principales condiciones de riesgo para la MMMI (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2018, p. 76). Estas condiciones incluyen los siguientes factores:

Biológicos	Socioculturales	Administrativos
<p>Hospitalización por parto prematuro, aborto, enfermedades transmisibles y no transmisibles. Atención especializada por complicaciones asociadas al embarazo y al parto</p>	<p>Migración, condición de aseguramiento, pobreza, población vulnerable, dispersión geográfica y oferta de servicios de salud de medicina de empresa y privada</p>	<p>Horarios de atención, frecuencias de consultas en puestos de visita periódica, capacidad instalada de los laboratorios clínicos y la calidad del registro de datos en los sistemas de información</p>
		

En cuanto a los factores biológicos, se identifican como las causas más frecuentes de MMMI los abortos, las enfermedades transmisibles como sífilis, hepatitis B y VIH, las enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial inducida por el embarazo (HTAIE) y diabetes gestacional (DMG); y las complicaciones relacionadas con el parto que llevan a un mayor riesgo de discapacidad, dentro de las cuales destacan la prematuridad, el bajo peso y talla al nacer, la asfixia neonatal, las infecciones neonatales y los defectos congénitos (CCSS, 2018, p. 75).

Teniendo en cuenta estas condiciones y sustentados en el “Reglamento sobre el sistema nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil”, publicado en 2018 (Ministerio de Salud [MINSa], 2018), y en el compromiso de la institución en el tema de prevención de la morbilidad materno infantil, se analiza en el presente informe el conjunto de indicadores que miden el acceso y la continuidad de la atención de la madre y el recién nacido en los servicios de salud del primer nivel, con el objetivo de promover la implementación de acciones que garanticen la atención con calidad en la red de servicios institucionales.

I. Cobertura de atención

Tras comparar los datos de cobertura de atención institucional de embarazadas y menores de un año, se determina que entre 2014 y 2018, estas tienden a mantenerse por encima del 87 %; mientras, que la cobertura de mujeres en periodo posparto registra un aumento de cinco puntos porcentuales, en este mismo periodo (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1
CCSS: Cobertura^{1/} de atención de embarazadas, posparto y menores de un año según región e institucional, 2014 y 2018

(En porcentajes)

Región	Menores de un año		Posparto		Embarazadas	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Institucional	101	97	71	76	83	87
Brunca	92	90	57	69	72	74
Central Norte	104	98	68	73	77	84
Central Sur	97	97	69	76	81	89
Chorotega	108	96	78	81	89	90
Huetar Atlántica	111	102	76	80	93	90
Huetar Norte	100	102	73	83	87	92
Pacífico Central	97	97	88	79	95	87

1/ Calculado a partir de los nacimientos preliminares 2018 publicados en el sitio web de la Dirección Actuarial y Económica el 28 de mayo de 2019

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

En lo correspondiente a la cobertura de atención de menores de un año, si bien el número de nacimientos pasa de 71 793 en 2014 a 68 479 en 2018, la institución alcanza y mantiene porcentajes de cobertura en atención integral y tamizaje neonatal por encima del 97 % durante ese mismo periodo, tal como se puntualiza en los informes de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) y los del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

Estos alcances se asemejan a los que se presentan en el sector educativo y están relacionados con las tendencias de la transición demográfica, tal y como se señala en el Sexto Informe Estado de la Educación (Programa Estado de la Nación, 2017, p. 42). Esto representa una oportunidad para la mejora en la calidad de la atención; ya que se trabaja con coberturas altas en una población cuyo crecimiento no registra mayores cambios.

Por otra parte, con respecto a la cobertura de atención en mujeres en periodo posparto, los resultados entre 2014 y 2018 reflejan un progreso paulatino en la mejora en el acceso que tienen estas usuarias a los servicios, siendo la región Brunca la que registra los mayores avances en este periodo, pasando del 57 % al 69 %.

Considerando que la CCSS en la Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto del 2009 establece que el control posparto consiste en una serie de actividades que se llevan a cabo con la mujer y su bebé con la finalidad de obtener un mejor grado de salud para ella y orientar la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido, se esperaría que ambos reciban atención de manera simultánea; pese a ello, las diferencias en los porcentajes de atención se mantienen, situación que podría ser explicada por el periodo establecido para la atención, ya que para el menor abarca todo su primer año de vida, en tanto para la madre es de un máximo 42 días después del parto.

Con referencia a la cobertura de atención de las embarazadas, del total de atenciones realizadas en 2018 en el primer nivel, el 16 % corresponde al grupo poblacional prioritario de 10 a menos de 20 años, y de este, el 5 % son menores de 15 años, grupo de mayor vulnerabilidad y riesgo social.



OMS 2018: en la región de América Latina y el Caribe, un 15 % de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años.

De las 10 729 atenciones de primera vez en adolescentes embarazadas, el 24 % se concentra en 20 áreas de salud cuyos porcentajes de atención superan el 24% con respecto al total de consultas para este programa, entre ellas destacan: Upala, La Cruz, Abangares, Santa Rosa, Pital, Los Chiles, Guatuso, Talamanca, Valle la Estrella, Peninsular, Puerto Viejo-Sarapiquí; todas ellas zonas de residencia predominantemente rurales con un índice de nivel bajo y muy bajo de desarrollo, siendo las unidades de la región Huetar Atlántica las de más bajo IDS en la institución.

También destacan Bagaces, Liberia, Matina, Parrita, Chacarita, Barranca, Golfito y La Carpio-León XIII, con un número similar de registros, pero, a diferencia de las anteriores, son zonas de residencia predominantemente urbanas con niveles medios, bajos y muy bajos de índice de desarrollo social.

Ante esos hallazgos, es importante fortalecer las estrategias educativas y de prevención, sobre métodos de control de la natalidad institucionales, tales como el implante subdérmico, los dispositivos intrauterinos, los gestágenos orales o intramusculares, entre otros, que permitan mejorar la salud reproductiva de la población adolescente.

De igual forma, del total de embarazas que acuden a los servicios de salud del primer nivel, 15 077 son extranjeras, y según el registro de atenciones 12 879 (85 %) se concentran en las regiones Central Sur, Central Norte, Huetar Norte y Chorotega.

Asimismo, del total de consultas de primera vez a inmigrantes embarazadas, 6 048 se concentran en 20 áreas de salud con porcentajes de atención que superan el 32 % del total, siendo Los Chiles, Pital y La Carpio León XIII, las que ocupan los primeros lugares, con un 61 %, 56 % y 53 %, respectivamente.

Igualmente sobresalen en este grupo las áreas de La Cruz, Puerto Viejo-Sarapiquí, que, junto con Los Chiles, se caracterizan por estar localizadas cerca de la frontera y se encuentran entre las localidades con mayor número de personas nacidas en Nicaragua, respecto al total de la población local (Morales et al, 2010, p. 17).

En lo relativo a las tres coberturas de atención, la región Brunca registra los menores logros institucionales, determinados principalmente por los alcances del área de salud de Pérez Zeledón de 75 % en menores de un año, 53 % en posparto y 58 % en embarazadas, los cuales pueden verse influenciados por la alta dispersión geográfica, el número y frecuencia de las consultas de los 61 puestos de visita periódica (PVP), y la población por Ebáis asignada, que supera los 7 000 habitantes.

Los resultados en cobertura de atención para menores de un año, posparto y embarazadas constituyen una oportunidad para analizar el efecto que tiene el comportamiento de la población vulnerable; la migrante y la adolescente, así como la dispersión geográfica, en el acceso temprano a los servicios.

II. Captación temprana

En cuanto a los resultados en captación temprana institucional de las embarazadas, mujeres en periodo posparto y menores de un año durante el 2018, estos rondan el 80 %, acercándose a las metas quinquenales 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, 2014 y 2018

(En porcentajes)

Región	Menores de un año		Posparto		Embarazadas	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Institucional	78	81	83	85	80	79
Brunca	62	78	74	76	85	80
Central Norte	81	82	84	85	78	78
Central Sur	79	80	85	85	73	83
Chorotega	73	79	81	84	70	72
Huetar Atlántica	86	91	86	86	81	81
Huetar Norte	90	88	93	95	76	70
Pacífico Central	70	82	71	85	73	86

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, 2014-2018.

A lo interno de las regiones, en los últimos cinco años sobresale la Pacífico Central con los mayores avances en los indicadores de captación temprana de menores de un año y mujeres en periodo posparto, con más de 12 y 14 puntos porcentuales, respectivamente. Seguida por la Brunca y la Chorotega, que aumentan el acceso oportuno de los menores en 13 y siete puntos.

Pese a los avances identificados, la Brunca mantiene los menores logros institucionales en captación temprana de menores de un año y mujeres en periodo posparto en el último quinquenio, en contraste con los avances en la cobertura de atención de este último grupo.

En lo concerniente a las áreas de salud, durante el 2018 Desamparados 1, Heredia-Cubujuquí, Upala, Zapote-Catedral, Pérez Zeledón, Chomes-Monteverde, Aserrí, Valle La Estrella, Catedral Noreste, Buenos Aires y Belén Flores, presentan los menores porcentajes en ambos indicadores, lo cual está relacionado principalmente con el ingreso de estas usuarias al sistema

institucional por medio del servicio de consulta externa especializada, las clínicas de lactancia, o para la realización de la prueba de tamizaje neonatal, sin que necesariamente medie una consulta de atención integral.

Por otra parte, La Fortuna, Pital, Golfito, Guatuso, Quepos, Cariari y Florencia registran porcentajes mayores al 91 % para la madre y el menor, destacando Pital con logros que superan el promedio institucional al 2018 y la meta del quinquenio para ambos indicadores; tal alcance puede estar relacionado con los procesos educativos y de aseguramiento desarrollados, así como a un mayor arraigo de las mujeres migrantes a la zona.

En cuanto a la captación temprana de embarazadas, la Pacífico Central es la única que sobrepasa la meta, con un 86 %, además de incrementar el acceso a los servicios de salud en 13 puntos porcentuales del 2014 al 2018. Le sigue la Central Sur, que se acerca a la meta, sumando diez puntos porcentuales en el mismo periodo. Según información suministrada por las áreas, este incremento se debe a las estrategias implementadas posterior al análisis de los factores que inciden en el acceso tardío, y que corresponde a los servicios solventar.

Caso contrario sucede en las regiones Brunca y Huetar Norte, donde se observa un decrecimiento de al menos cinco puntos porcentuales en el acceso temprano desde el 2014. Además, la Huetar Norte y la Chorotega distan 13 y 15 puntos de la meta al 2018, con los menores logros para este indicador.

A lo interno de las áreas, 21 alcanzan porcentajes en captación temprana de embarazadas menores a un 74 %, y de estas, nueve pertenecen a las regiones Huetar Norte y Chorotega, siendo Upala, Los Chiles, y Pital las de menores logros en la institución; todas ellas se caracterizan por ser zonas de residencia predominantemente rurales y compartir un IDS muy bajo o bajo; en tanto las dos últimas registran, además, una mayor demanda de atenciones por parte de población migrante nicaragüense.


En lo que respecta al avance en el cumplimiento de las metas de los indicadores de acceso temprano en atención de la madre y el recién nacido, los informes de la EPSS 2014 al 2017 desglosan de manera general las barreras que enfrentan las áreas de salud para alcanzar este objetivo. En tanto, en 2018, el acceso a la información registrada en los 16 487 expedientes evaluados permite dar un cierre al quinquenio, con un análisis exhaustivo de dichas barreras.

Barreras y/o determinantes	Menores	Posparto	Embarazadas
Administrativas	17 %	20 %	10 %
Socioculturales	22 %	43 %	62 %
Biológicas	34 %	22 %	1 %
No documentadas	27 %	15 %	27 %

Contar con datos de calidad sobre las barreras que enfrentan las áreas de salud para mejorar la oportunidad de la atención en los servicios, es esencial para la planificación y la toma de decisiones; sin embargo, entre un 15 % y un 27 % de los casos no se documenta la información objetiva en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) para realizar una clasificación adecuada.

De las barreras identificadas, para mujeres en periodo posparto y recién nacidos, sobresale la hospitalización por factores biológicos tales como prematuridad, ictericia neonatal, sepsis neonatal, asfixia perinatal, bajo peso al nacer y riesgo social, además del seguimiento de los casos en la consulta externa de un segundo o tercer nivel por servicios de especialidad médica o de enfermería.

Igual se identifican aquellas barreras relacionadas con factores socioculturales, como son las situaciones propias de la usuaria concernientes con la voluntad para solicitar los servicios, la migración, el acceso a la oferta de servicios privados y el acompañamiento del recién nacido de riesgo durante su internamiento o seguimiento.

CCSS – EDUS 2018: Principales barreras para mejorar la oportunidad de atención de mujeres en periodo posparto y recién nacidos			
CCSS 2018	Condiciones del usuario	Consulta especializada	Hospitalizaciones
Madres 	24 % acompañan al recién nacido de riesgo	15 % en clínica de lactancia	17 % por preeclampsia
Recién nacidos	23 % con tamizaje neonatal sin atención integral	17 % en clínica de lactancia	24 % por prematuridad

En lo que respecta a las barreras socioculturales identificadas para la atención de las embarazadas, la migración representa el 22 % de las causas de acceso tardío a los servicios de salud; de este porcentaje, el 80 % son migrantes internacionales, situación que añade un mayor reto para la institución, debido a las condiciones legales y económicas de estas, principalmente para aquellas que más demandan los servicios como son las nicaragüenses; como se detalla en la nota médica al momento de la atención y en los datos registrados en la adscripción de la embarazada.

CCSS – EDUS 2018: Áreas que registran más de un 10 % de embarazadas con captación tardía asociado a la migración internacional



Pital, Naranjo, Los Chiles, Valverde Vega, Puerto Viejo-Sarapiquí, Desamparados 3, Ciudad Quesada, Poás y San Sebastián-Paso Ancho.

Dentro de estos mismos factores socioculturales, el 31 % se atribuye a condiciones que aducen las propias usuarias, tales como el retraso asociado la presentación de documentos para realizar los trámites de aseguramiento, que afecta el ingreso temprano al control prenatal, la carencia de recursos económicos para desplazarse y la disponibilidad oportuna del resultado de una prueba sanguínea confirmatoria del estado de gestación.

Aunado a lo anterior, existen aspectos administrativos que también limitan el acceso, tal es el ejemplo de la distribución geográfica de algunos puestos de visita periódica de las áreas de salud descritas, ya que mientras más lejos de las ciudades o de zonas urbanas se encuentren, es más probable que la distancia para acudir a los servicios sea mayor, y por ende, mayores problemas en la disponibilidad de transporte o de recursos para estos, lo que dificulta el acceso y agrava las inequidades.

De igual forma la saturación de servicios, una infraestructura inadecuada, la escasez o ausencia de información, los horarios que no se ajustan a las preferencias y necesidades de la población, entre otras, fomentan la utilización excesiva de los servicios de urgencia, menoscabando tanto la continuidad como la calidad de la atención, y en general, provocando una mayor insatisfacción entre los usuarios y el personal de salud.

Según lo estudiado y los resultados obtenidos, se deben fortalecer las acciones que permitan un mejor acceso a los servicios de salud, en función de garantizar la prevención de la morbilidad materna infantil; tales como ampliar horarios para la atención en áreas de alta concentración de población laboral y PVP, así como la construcción planificada y el seguimiento a las mejoras en la infraestructura de estos puestos; entre otros.

Asimismo, fortalecer el funcionamiento articulado de la red, ya que representa un factor clave para conocer los determinantes en cada nivel de atención y con ello establecer líneas de acción en conjunto con las comunidades y otros gestores de la salud, que garanticen servicios de calidad para la población materna e infantil.

Tamizaje oportuno de la sífilis y el VIH

Los alcances en atención de la embarazada representan una oportunidad para la detección de las mujeres con mayor riesgo a desarrollar complicaciones, así como el seguimiento y el tratamiento de estas. Entre 2014 y 2018, los porcentajes institucionales de detección oportuna de sífilis congénita y VIH neonatal han avanzado entre cuatro y seis puntos, respectivamente, alcanzando un máximo de 78 %, logros cercanos a la meta proyectada al 2018 de un 80 % (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3
CCSS: Tamizaje^{1/} para VIH y VDRL en embarazadas según región e institucional, 2014 y 2018

(En porcentajes)

Región	Tamizaje VIH		Tamizaje VDRL	
	2014	2018	2014	2018
Institucional	70	76	74	78
Brunca	74	79	79	80
Central Norte	69	76	71	77
Central Sur	71	76	75	78
Chorotega	65	72	73	72
Huetar Atlántica	66	81	72	87
Huetar Norte	72	71	72	71
Pacífico Central	70	79	79	82

1/ En las primeras 20 semanas de gestación

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

En cuanto a la realización de la prueba serológica de VIH y VDRL, todas las regiones presentan avances entre 2014 y 2018, excepto la Chorotega y la Huetar Norte, cuyos logros en VDRL tienden a mantenerse. En este punto destaca la Huetar Atlántica, con un avance de 15 puntos porcentuales, superando la meta institucional en ambos indicadores y posicionándose con los mayores logros institucionales en 2018. La Brunca, por su parte, solo cumple la meta en tamizaje de VDRL en este último año, mientras que la Pacífico Central lo hace desde el 2016.

Con respecto a las áreas de salud, para 2018, sobresalen La Unión, Matina, Mora-Palmichal, San Pablo, Barva y Parrita, que realizan las pruebas de detección antes de las 20 semanas de gestación a más del 90 % de las embarazadas que acuden a los servicios. También destacan Los Chiles, Upala, Santa Cruz, Moravia, Valverde Vega, Guatuso, La Cruz, Catedral Noreste y

Heredia-Virilla, pero por presentar los menores logros institucionales en este rubro. De estas, se hace notar Los Chiles, con menos del 40 % en ambos indicadores; lo cual está principalmente influenciado por el inicio tardío del control en el servicio del primer nivel, con la consecuente toma tardía de las pruebas.

Al analizar en conjunto los cumplimientos de captación temprana y de detección oportuna de sífilis congénita y VIH neonatal, 11 áreas de salud se encuentran por debajo de los promedios institucionales del 2018 para todos los indicadores, de ellas, Upala, La Cruz y Santa Cruz se caracterizan por ser zonas de alta dispersión geográfica y, junto con Alajuela Central, enfrentan dificultades para alcanzar las metas, relacionadas a la saturación de los servicios por capacidad instalada.

Además, a este grupo se suman las áreas de Catedral Noreste, Valverde-Vega, San Sebastián-Paso Ancho, Puerto Viejo-Sarapiquí, Pital, Guatuso y Los Chiles con los mayores porcentajes de captación tardía asociada a la migración internacional.

En general, es importante mencionar que si bien los resultados institucionales tienden a mantenerse por debajo del 78 % durante los últimos cinco años, se han realizado esfuerzos y estrategias institucionales considerables en cuanto a la calidad de la gestión, tales como: implementación de las pruebas rápidas para la detección del VIH, coordinación de los equipos de laboratorio clínico y personal de los Equipos Básicos de Atención en Salud (Ebáis) para la realización de pruebas y la disponibilidad del resultado, así como la notificación y localización de los casos de riesgo; además de la consulta en línea de los resultados validados al momento de la atención y el registro inmediato en el EDUS.



CCSS 2018: la introducción de la prueba rápida de VIH en el primer nivel de atención facilita que el reporte esté disponible en menos de cuatro días.

No obstante, no se puede dejar de lado la persistencia de obstáculos que limitan los avances en las intervenciones, como la saturación de los servicios donde la demanda sobrepasa la capacidad instalada. Esta es la realidad de 80 establecimientos de salud que cubren una población mayor a 4 000 habitantes por Ebáis y, en parte, de 19 que carecen de un servicio de laboratorio clínico propio.

Otro obstáculo presente es el desplazamiento de 2 414 embarazadas a otras áreas de salud de la misma o de diferente región, por razones laborales o socioeconómicas y/o vínculos familiares con personas residentes en otras regiones, provocando un corte en la continuidad de la atención, con la consecuente pérdida de la oportunidad de realizar acciones preventivas de calidad y el seguimiento de las mujeres con riesgo.



CCSS 2018: el 64 % de los desplazamientos de las embarazadas de la Central Sur se realiza a áreas de la misma región, en tanto que el 67 % de los desplazamientos de la Chorotega se hace hacia áreas de otras regiones.

Respecto al principal grupo migrante, la OPS reconoce que posterior al Huracán Mitch el incremento en la demanda de los servicios de salud de la población nicaragüense, impactó de alguna manera la problemática relacionada con la salud (OPS et al, 2003, p. 27); situación que contrasta con los hallazgos encontrados, en especial en las zonas de mayor concentración de inmigrantes, entre las que destacan la zona norte y las regiones centrales del país, donde se evidencian dificultades para el logro de las metas debido al acceso tardío al control prenatal y la detección no oportuna de los casos de sífilis y VIH gestacional.

Abordaje oportuno y adecuado de la sífilis gestacional

En lo que respecta a las embarazadas con serología VDRL positiva, durante 2018, se realiza una rigurosa y exhaustiva revisión del listado que se obtiene de los sistemas de información de laboratorio clínico LabCore® y EDUS, para determinar el número real de casos detectados en la institución. Este listado incluye: el registro manual de casos generados por las áreas de salud, el reporte con las pruebas de serología VDRL positiva, las mujeres atendidas por primera vez en su embarazo y aquellas a quienes se les consignan los códigos diagnósticos CIE-10 relacionados con sífilis, como son A500, O981, R762 y Z369.

De acuerdo con la revisión realizada de tales atenciones, se identifican 764 registros, de los cuales 143 no son sujetos de evaluación, porque la mayoría corresponden a errores en la interpretación de la prueba o en la consignación diagnóstica, o se relaciona con casos abordados el año anterior o en la consulta externa hospitalaria.

Por consiguiente, el número de embarazadas con serología VDRL positiva de la institución durante el 2018 es de 621; 263 más que los reportados por las áreas de salud en 2014 (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4
CCSS: Total de embarazadas con serología VDRL positiva^{1/} según región e institucional, 2014-2018

Región	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Institucional	358	479	476	444	621
Brunca	5	7	13	21	45
Central Norte	75	103	109	115	119
Central Sur	137	179	170	152	218
Chorotega	25	50	69	34	58
Huetar Atlántica	67	78	66	68	100
Huetar Norte	24	23	16	24	41
Pacífico Central	25	39	33	30	40

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

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

El ascenso de los 177 casos entre 2017 y 2018 puede estar relacionado con el mejoramiento en el procedimiento aplicado para la revisión de la calidad de los listados de las regiones Brunca, Central Sur y Huetar Atlántica. Cabe mencionar, además, que desde el 2015 las regiones Central Norte y la Chorotega realizan un trabajo coordinado entre los servicios de atención y de laboratorio clínico, que les asegura un reporte real de los casos.

Por otra parte, en este mismo año, de las 621 embarazadas con serología positiva el 71 % recibe un abordaje oportuno y adecuado, aumentando este rubro en 38 puntos porcentuales desde 2014.

CCSS 2018: 621 casos de embarazadas con serología VDRL positiva



22

Sin
abordaje

444

Con abordaje
adecuado

155

Con abordaje no
adecuado

En total, el 73 % de las embarazadas con VDRL positivo se concentran en 29 áreas de la institución, siendo las áreas de Pavas y Limón las que mayor número de casos registran, con 44 y 29, respectivamente. Ambas caracterizadas por la presencia de grupos poblacionales cuya situación de vulnerabilidad los sitúa en una posición de riesgo social.

Por otro lado, de las 621 embarazadas, 232 cuentan con una prueba confirmatoria positiva para sífilis gestacional, y de estas, 187 (81 %) reciben la atención oportuna y el seguimiento adecuado.

En tanto, 45 embarazadas no reciben el tratamiento adecuado y/o el seguimiento correspondiente, quedando expuestas a un mayor riesgo de complicaciones en el parto o de transmisión materno infantil de la sífilis congénita. De ellas, 11 son de la Huetar Atlántica y nueve de la Central Norte.



CCSS: En 2018, al 93 % de las embarazadas con serología VDRL positiva se le reporta una prueba confirmatoria para sífilis gestacional, garantizando una mejor definición diagnóstica.

Respecto a las 232 embarazadas con sífilis gestacional, 74 presentan complicaciones como abortos y trabajo de parto prematuro; y de ellas se registran dos muertes neonatales, dos óbitos fetales y 49 recién nacidos a quienes se les consigna el diagnóstico presuntivo de sífilis congénita y reciben el tratamiento correspondiente en un centro hospitalario.

Al realizar el análisis global del comportamiento de la sífilis gestacional, en conjunto con la revisión de cada uno de los casos descritos, incluyendo el binomio madre hijo, se identifican otros factores en común que podrían predisponer a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública; entre ellos se encuentran los siguientes: subregistro de casos, áreas con sectores poblacionales de alta vulnerabilidad, y la presencia de determinantes socioculturales y económicos que se detallaron en el expediente único en salud, como consumo de drogas, condición migratoria, situaciones de violencia en todas sus ramas, desempleo, pobreza extrema, baja escolaridad y embarazo en adolescentes.

En general, los resultados institucionales con respecto a la atención de la madre y el recién nacido, revelan las dificultades que enfrentan las áreas de salud para lograr un ascenso. Tal situación hace reflexionar en los escenarios y las intervenciones necesarias que garanticen la mejora en el acceso temprano y la detección oportuna de los factores que inciden en la morbilidad materna en los distintos niveles de atención, como el abastecimiento de insumos para suplir las necesidades de esta población; además del seguimiento de los casos, y la evaluación de la atención con calidad en la red de servicios de la institución.

Planteando propuestas para la mejora

A la luz de los resultados de la EPSS de los últimos cinco años en materia de la atención materna infantil en el primer nivel de atención y teniendo claro que las intervenciones están diseñadas para prevenir y evitar la morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, es importante avocar esfuerzos en la implementación de estrategias integrales ejecutadas de una manera progresiva y sostenida, para establecer una dinámica de prestación de servicios de salud de calidad, que respondan a las necesidades de este grupo poblacional.

Los informes desde 2014 presentan información válida para determinar que los factores que inciden en el acceso, la detección oportuna y el seguimiento de los casos de riesgo se mantienen, y constituyen un reto para el sistema; no obstante, similar situación sucede en América Latina, el Caribe y Mesoamérica.

Para 2015 en América Latina y el Caribe, 88 % de las embarazadas asistieron a cuatro sesiones o más de consulta; 72 % se realizan una prueba de VIH y 83 % una prueba de VDRL, reportándose una tasa de casos de sífilis congénita de 1,7 por mil nacidos vivos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017, p. 9).

En tanto, en Mesoamérica, para 2017, 78 % de las mujeres asistió a por lo menos una consulta, 62 % por lo menos a cuatro consultas; y 56 % a una consulta con profesionales de la salud durante el primer trimestre del embarazo; en total, un 15 % de las embarazadas eran menores de 20 años (Dansereau et al, 2017, p. 3).

A partir de estos resultados, las conclusiones internacionales para América Latina, el Caribe y Mesoamérica, señalan la necesidad de que los países miembros de la región, incluyendo Costa Rica, realicen un análisis detallado de los datos desglosados por localidad, nivel socioeconómico, grupo étnico y grupos vulnerables; de tal manera que puedan comprender las brechas y tomar medidas apropiadas para mejorar el acceso a los servicios (OPS, 2017, p. 34).

Cabe destacar que en Costa Rica existen algunos factores socioculturales que no pueden ser resueltos exclusivamente por la CCSS, tales como la desigualdad social, la condición migratoria, la pobreza extrema y la baja escolaridad, entre otras. Sin embargo, existen determinantes para los cuales es factible desarrollar estrategias que en su conjunto contribuyan a la mejora del desempeño del sistema en relación con la salud de la madre y el recién nacido; tales como condiciones propias del usuario, la dispersión geográfica, la capacidad instalada de los servicios según la oferta y la demanda, así como la calidad de la atención y el seguimiento de esta población en los distintos niveles que constituyen la red institucional.

Como parte de las estrategias, y con el propósito de solventar las barreras que inciden en la continuidad de la atención materna infantil, se recomienda la valoración de los siguientes puntos:

1. Garantizar que el primer nivel amplíe la oferta de servicios apoyo y de atención, disminuya el impacto de la dispersión geográfica, mitigue el efecto del estado migratorio y de aseguramiento, y satisfaga las necesidades de la población vulnerable, y de la laboralmente activa, a través de acciones como:
 - ✓ Flexibilizar horarios de atención en el primer nivel.
 - ✓ Aumentar el número de Ebáis, considerando la población asignada y los determinantes como acceso, distancia, índice de desarrollo social, migración y otros.
 - ✓ Aumentar la frecuencia de atención en los puestos de visita periódica.
 - ✓ Referir con prioridad los casos que ingresan por los servicios de urgencias a la atención al primer nivel.
 - ✓ Fortalecer mediante procesos de educación y divulgación, los conocimientos de la población vulnerable, como migrantes, indígenas y adolescentes; en materia de realización de trámites de aseguramiento.
2. Robustecer las gestiones administrativas, para que el sistema de información EDUS presente datos de calidad sobre las distintas variables que se utilizan para medir los alcances en la prevención y reducción de la morbilidad materno infantil.
 - ✓ Asegurar el registro de datos en el expediente electrónico de cada usuario en los distintos niveles de atención de la institución, incluyendo atención general, externa especializada, hospitalización, urgencias y servicios de apoyo; pues a la fecha muchas de estas atenciones se registran en expedientes físicos o no se utilizan los énfasis de atención respectivos.
 - ✓ Consolidar la integración de las aplicaciones que conforman el EDUS, incluyendo laboratorio clínico, imágenes, farmacia y ficha familiar, ya que, a la fecha, para la visualización de los resultados de pruebas de laboratorio o gabinete, actualmente se depende de la disponibilidad en reporte físico y la transcripción de este, sin necesariamente tener acceso a las pruebas realizadas en otros servicios.
 - ✓ Evaluar la calidad de los datos y las salidas de la información de menores de un año, embarazadas y mujeres en periodo posparto, con la participación de distintas entidades que utilizan este servicio, incluyendo el área de estadística, informática, atención directa y evaluadores de la prestación de servicios de salud.
3. Mejorar el acceso equitativo y sostenible a las pruebas de laboratorio esenciales, que permitan prevenir, diagnosticar y tratar las patologías que se presentan durante la gestación, el parto y el posparto; entre ellas, las pruebas rápidas confirmatorias para sífilis.
 - ✓ Ampliar la toma y el procesamiento de muestras tanto en sedes como en otros escenarios de la comunidad.

- ✓ Estimar de manera prospectiva las necesidades de la población, de manera que se garantice el abastecimiento de los insumos necesarios (humano, tecnológico y estructural) para el abordaje integral.
 - ✓ Incluir en el paquete de suministros las pruebas rápidas confirmatorias para la detección oportuna de la sífilis gestacional; así como nuevas tecnologías diagnósticas.
4. Abordar las causas de morbilidad materna e infantil con enfoque integrado, de forma tal que se establezca una ruta de atención que permita estandarizar los criterios de calidad, garantizando un manejo de la madre y el recién nacido de acuerdo con su complejidad, en los diferentes niveles.
- ✓ Fortalecer el registro de información que garantice la identificación y seguimiento de la gestante y el recién nacido de riesgo.
 - ✓ Reforzar el registro de información en las referencias emitidas por el primer nivel y en las contrarreferencias del servicio especializado o de urgencias.
 - ✓ Actualizar periódicamente las guías de práctica clínica, normas oficiales y lineamientos técnicos para cada una de las intervenciones en la atención materna y perinatal.
5. Priorizar los procesos de evaluación continua de la calidad de la prestación de servicios de salud focalizados en intervenciones específicas, con el propósito de minimizar el impacto que tienen los factores identificados.
- ✓ Implementar la rendición de cuentas a partir de la ejecución de monitoreos más oportunos, que permitan visualizar la evolución de cada indicador.
 - ✓ Facilitar la comunicación oportuna de resultados y el seguimiento de las debilidades detectadas.
 - ✓ Conformar equipos multidisciplinarios locales con profesionales capacitados en los procesos de monitoreo y en la ejecución de medidas correctivas orientadas a mejorar la calidad de la atención y el registro de información.
 - ✓ Ampliar los procesos de evaluación al segundo y tercer nivel de atención, a fin de evidenciar la calidad en la continuidad de la atención brindada a esta población.
6. Fortalecer los mecanismos de comunicación entre los comités locales de análisis de mortalidad infantil y de vigilancia epidemiológica de los distintos niveles de atención, para el seguimiento oportuno de casos de riesgo detectados.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2018). *Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2017*. San José, Costa Rica: CCSS. Recuperado el 28 de junio de 2019, de https://www.ccss.sa.cr/servicios_salud?cat=314
- Centro Centroamericano de Población [CCP]. (15 de mayo de 2019). *Tasa de mortalidad infantil*. Recuperado el 22 de junio de 2019, de <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3411tmi.htm>
- Dansereau, E., McNellan, C., Gagnier, M., Desai, S., Haakenstad, A., Johanns, C., . . . Mokdad, A. (2017). *Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica*. Washington D.C., Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado el 21 de junio de 2019, de Obtenido de: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1018-5>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2016). *Estrategia de la salud para 2016-2030*. New York: UNICEF. Recuperado el 15 de mayo de 2019, de https://www.unicef.org/health/files/170601_Strategy_for_health_2016-30_report_Spanish.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2018). *Mortalidad infantil y evolución reciente 2017*. San José, Costa Rica: INEC. Recuperado el 14 de mayo de 2019, de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/repoblancevbm2017.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2018). *Mortalidad materna y su evolución reciente 2017*. San José, Costa Rica: INEC. Recuperado el 28 de junio de 2019, de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/repoblancevbmm2017.pdf>
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN]. . (2018). *Índice de desarrollo social 2017*. San José: MIDEPLAN, Área de Análisis del Desarrollo. Recuperado el 28 de junio de 2019, de http://www.conicit.go.cr/biblioteca/publicaciones/publica_cyt/informes/Indice_Desarrollo_Social_2017.pdf
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018). *Reglamento sobre el sistema nacional de evaluación y análisis de la mortalidad materna, perinatal e infantil*. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional. Obtenido de https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/06/15/ALCA118_15_06_2018.pdf
- Morales, A., Acuña, G., & Wing-Ching, K. (Setiembre de 2010). Migración y salud en zonas fronterizas: Nicaragua y Costa Rica. *Notas de población*, 17. Recuperado el 06 de

Agosto de 2019, de

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7236/1/S1000586_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016*. Washington D.C.: OPS.

Recuperado el 21 de junio de 2019, de

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf>

Organización Panamericana de Salud [OPS], Ministerio de Salud [MINSA] y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [FLACSO]. (2003). *Migración y Salud en Costa Rica: Elementos para su análisis*. San José, Costa Rica: OPS. Recuperado el 22 de mayo de 2019, de https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/migracion/p_analisis_migracionCR.pdf

Programa Estado de la Nación. (2017). *Sexto Informe Estado de la Educación*. San José, Costa Rica: Servicios Gráficos A.C. Obtenido de <https://www.estadonacion.or.cr/educacion2017/assets/preliminares-capitulo-1-ee6-en-baja.pdf>

Autoría:

Realizado por:

Dra. Lucía Quirós Ramírez y Dra. Neyskmi Vega Medrano

Colaboradores:

Equipo de Estadística e Informática DCSS

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

En el último quinquenio los esquemas de vacunación en niños cumplen con los estándares internacionales

Resumen

Introducción: En el campo de la salud, las inmunizaciones representan una de las intervenciones más costo-efectivas, logrando prevenir por año alrededor de 2,5 millones de muertes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013, p. 5). Dentro de ese contexto, se debe tener presente que el mundo nace anualmente más de 130 millones de niños, y todos tienen derecho a la vacunación. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2017 alrededor de 116,2 millones de niños menores de un año recibieron las tres dosis de la DPT. Sin embargo, ese mismo año, varias regiones de la OMS sufrieron brotes de sarampión, debido a la existencia de zonas con baja cobertura (OMS, 2018, p. 1-6). Por esa razón, en el 2018 la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realizó una vacunación extraordinaria contra el sarampión, enfocada en la población de niños entre los 15 meses y menos de 10 años. En general, con los diversos programas de vacunación, la CCSS busca alcanzar coberturas adecuadas a los estándares internacionales, además de garantizar la seguridad, la calidad y la disponibilidad de las vacunas, mediante la adecuada programación (OPS, 2006, p. 8-9).

Análisis de resultados. La meta para la cobertura de vacunación en menores de un año con el esquema básico se alcanzó en el 2016, manteniéndose en el 2017 por encima del 95 %. Del total de las 104 áreas de salud con las que cuenta la CCSS, el 53 % logró la meta; 23 % con coberturas de 100 %.

Algunas unidades presentaron cambios en los nacimientos asignados o en la distribución de su población, lo que impactó en los resultados de la vacunación. En el 2018, por su parte, se alcanzó una cobertura de vacunación de menores de dos años en esquema completo del 96 %. Para este esquema, el 66 % de las áreas de salud alcanzó la meta, mientras que un 9 % se debió clasificar como área prioritaria. En cuanto a la tasa de deserción institucional, en el último quinquenio esta se mantuvo dentro de los estándares internacionales, lo que evidencia el esfuerzo y el monitoreo constante que se le dio a los esquemas de vacunación a nivel nacional. **Conclusiones y recomendaciones.** La vacunación sigue siendo una de las principales actividades preventivas del primer nivel. Las unidades que no alcanzaron las coberturas indicaron que la migración de los usuarios es uno de los factores que más los ha afectado para el cumplimiento de las metas, por lo que en estos casos resulta fundamental contar con herramientas que permitan el seguimiento de las inmunizaciones en todo el país. A pesar de que en los primeros y en los últimos meses del año la CCSS presentó un desabastecimiento de la vacuna Pentavalente, mantuvo altas coberturas de vacunación y una tasa de deserción óptima, según los rangos establecidos a nivel internacional. Se espera que a futuro toda la inversión que se realice en vacunas dé frutos en el país y en todo el mundo

Introducción

A lo largo de la historia ha quedado demostrado que las inmunizaciones constituyen una de las intervenciones más costo-efectivas en materia de salud, logrando prevenir alrededor de 2,5 millones de muertes por año. Gracias a su implementación se erradicó la viruela, la incidencia mundial de la polio se redujo en un 99 %, y se disminuyeron los efectos de otras enfermedades como la difteria, el tétanos, el sarampión, la tosferina, la *Haemophilus influenzae* de tipo b y la meningitis meningocócica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013, p. 5, 12).

A nivel mundial nacen más de 130 millones de niños al año, los cuales, en su totalidad, tienen derecho a estar protegidos por medio de la vacunación. De tal forma, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2017 aproximadamente 116,2 millones de niños menores de un año recibieron las tres dosis de la DPT (OMS, 2018, p. 1, 6).

En el caso del sarampión, con los programas de vacunación implementados, desde el año 2010 se redujo su incidencia a menos de la mitad; sin embargo, en el 2017, debido a la existencia de zonas de baja cobertura, cuatro de las seis regiones de la OMS sufrieron brotes, aumentando la incidencia de 19 a 25 casos por millón (OMS, 2018, p. 5).

A mayo del 2019 eran 12 los países que habían notificado casos confirmados de sarampión en las Américas: Argentina, las Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela, sin que se hubieran reportado defunciones por esta enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019, p. 1).

Específicamente en Costa Rica, durante el 2019 se han notificado 10 casos confirmados de sarampión, de los cuales tres de ellos fueron importados. Los siete restantes fueron parte de la cadena de transmisión relacionada con un caso confirmado de una ciudadana de los Estados Unidos de América, que estuvo de visita en el país y tuvo contacto con estas personas (OPS, 2019, p. 8).

Cabe mencionar que, en este país, ante los casos de sarampión que aparecieron en la región, en el 2018 se realizó una vacunación extraordinaria, enfocada a la población de niños entre los 15 meses y menos de 10 años. No obstante, de acuerdo con la Subárea de Vigilancia Epidemiológica de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se debe considerar que, a pesar de la vacunación, un 10 % de los niños no quedan protegidos contra la enfermedad. Esto se debe a que las vacunas no son 100 % efectivas, ya que, al tratarse de bacterias o virus muertos o atenuados, la respuesta del sistema inmune varía en cada individuo. Según información publicada por la OMS, la mayoría de las vacunas de los esquemas de vacunación de rutina en niños, cuando se manipulan y aplican de forma correcta, tienen una efectividad que varía entre el 85 % y el 95 % (OMS, 2019).

Adicional a lo mencionado, existen situaciones en donde por otras razones los niños no han sido vacunados por sus padres. Sobre este tema, en el 2018, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) recibió 14 035 niños, niñas y adolescentes víctimas de negligencia por salud (Patronato Nacional de la Infancia [PANI], 2019). De acuerdo con esta entidad, la negligencia se define como aquellos actos de omisión que puedan poner en riesgo la vida, la seguridad física y el desarrollo integral del menor (PANI, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017, p. 9). En el caso de la salud, implicaría que la persona responsable del menor no le garantizó la atención médica, vacunación o dosis de medicinas recomendadas, entre otros. Este tipo de situaciones que ponen en riesgo la vida del menor, son reguladas tanto por el Código Penal (artículo 187) como por la Ley General de Salud, por lo que en Costa Rica cumplir con los esquemas de vacunación es obligación del adulto responsable del menor.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), por su parte, mediante los diferentes programas relacionados con la vacunación, busca alcanzar coberturas acordes con los estándares establecidos a nivel internacional y garantizar que todas las vacunas utilizadas sean seguras y de calidad, además de asegurar la disponibilidad de las vacunas mediante la adecuada programación (OPS, 2006, p. 8-9).

Actualmente, la institución cuenta con un esquema básico en el que se establecen las vacunas que se ofrecen de forma universal en los servicios de salud públicos, y otros esquemas recomendados para poblaciones específicas, según el riesgo; en el caso de los niños, el esquema los protege de más de 14 enfermedades (Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSAL], 2013, p. 22).

Para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) correspondiente a este quinquenio, en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles se valoraron tres indicadores, que corresponden a la cobertura del esquema básico de inmunizaciones, la cobertura del esquema completo de inmunizaciones y la Tasa de Deserción Pentavalente 1/Pentavalente 3 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017, p. 2).

Las coberturas estimadas por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) para la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) se calcularon empleando los datos certificados por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica.

Análisis de resultado

Cobertura esquema básico de vacunación

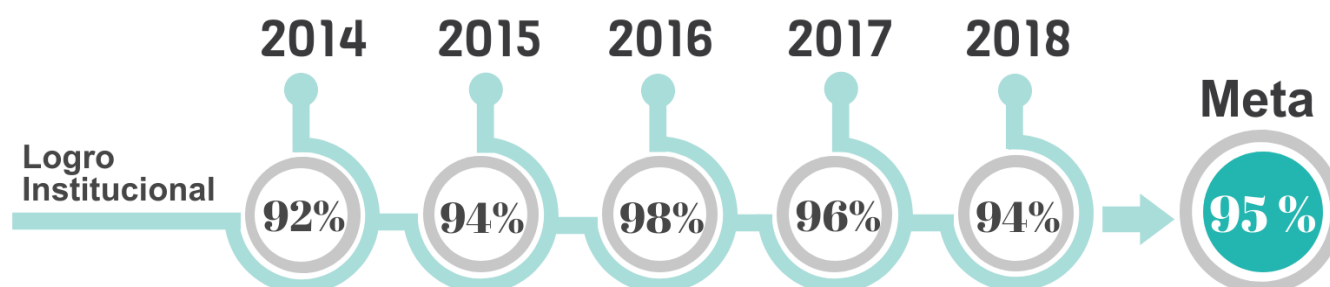
Vacuna
Pentavalente



Difteria	Tosferina	<i>Haemophilus influenzae</i>
Tétanos	Polio	tipo b

El esquema básico de vacunación incluye las terceras dosis de la vacuna Pentavalente, que es una vacuna combinada que se aplica a menores de un año (CCSS, 2017; p. 2).

La meta para la cobertura de vacunación en menores de un año con el esquema básico se alcanzó en el 2016, manteniéndose durante todo el quinquenio en valores cercanos al 95 %; es decir, en rangos óptimos según lo establecido a nivel internacional.



Sin embargo, para el 2018 únicamente la región Brunca aumentó las coberturas, mientras que el resto de las regiones las disminuyeron. De hecho, en este último año se presentó una ligera disminución de dos puntos porcentuales con respecto al 2017, con un logro institucional de 94 %.

Sobre este tema, es importante mencionar que en el 2018 se dio un desabastecimiento nacional de la vacuna Pentavalente en los meses de enero y febrero y, posteriormente, en noviembre y diciembre, esto debido a un atraso en la llegada de la vacuna al país, situación que afectó el cumplimiento de la meta institucional.

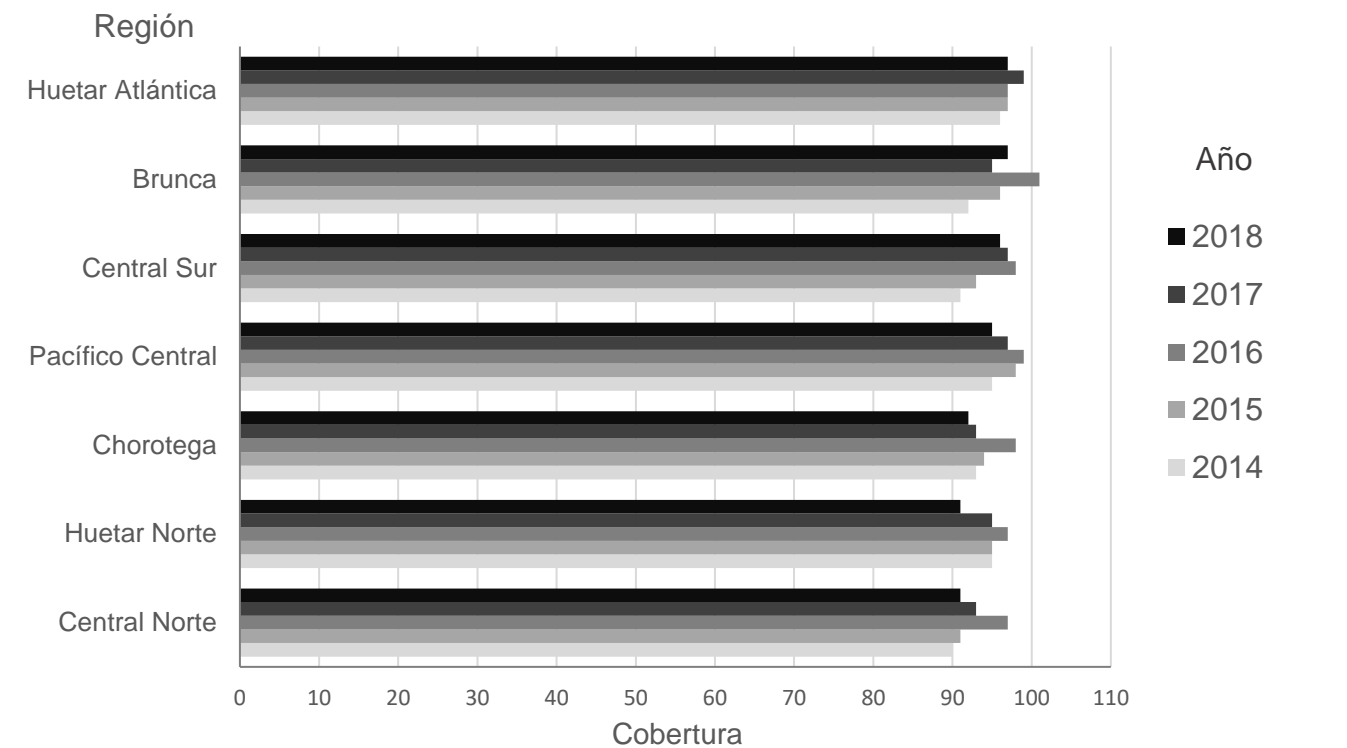
En cuanto a las atenciones de menores de un año, se debe tener en cuenta que para el 2018 la cobertura institucional fue de un 97 %, porcentaje que incluye a todos los menores de un año atendidos por primera vez en la vida en el primer nivel de atención de la CCSS. Este dato es relevante, ya que permite contar con una idea de los niños que acudieron a los centros de salud, lo cual representa una oportunidad para la vacunación.

Al hacer un análisis por regiones, se determinó que durante las 2018 tres regiones no alcanzaron coberturas del 95 %, dentro de las cuales la Huetar Norte fue la que más disminuyó su porcentaje con respecto a los años anteriores (91 %). De esta región, cuatro de sus áreas de salud disminuyeron la cantidad de dosis aplicadas, siendo Los Chiles la que más bajó. Al respecto, los representantes locales de esta área de salud indicaron que los conflictos en Nicaragua afectaron la migración de personas y con esto el seguimiento de los esquemas de vacunación de los niños.

Por otro lado, durante todo el quinquenio la región Central Norte se mantuvo en los rangos inferiores de cobertura, incluso, algunas unidades de esta región que habían alcanzado la meta no lograron sostener las coberturas. Ya para el 2018, el 50 % de sus establecimientos de salud no llegaron al 95 %, esto a pesar de que algunos de esos centros alcanzaron coberturas de

menores de un año cercanas o superiores al 100 %, lo que evidencia que se presentaron oportunidades para vacunar a estos niños y que no fueron aprovechadas.

Gráfico 2.1
CCSS: Cobertura^{1/} vacunación a menores de un año con esquema básico según región, 2014-2018
(En porcentaje)



1/ Calculada a partir de los nacimientos publicados en el sitio de intranet de la Dirección Actuarial y Económica en el mes de mayo de 2019.
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

La región Brunca, por su parte, logró en el 2018 uno de los porcentajes de coberturas más altos, junto con la Huetar Atlántica. Esta región tuvo un comportamiento bastante estable en el transcurso de estos cinco años, en donde tres de sus seis áreas de salud mantuvieron coberturas cercanas o superiores al 95 %.

En esta región se encuentra el caso particular del área de salud de Coto Brus, que permaneció siempre por debajo de la meta institucional. Esta unidad expresó en diferentes escenarios sus problemas con la población asignada por la Dirección Actuarial y Económica, la cual ha sido siempre superior a sus nacimientos reales, por lo que han argumentado que este dato les afectó en el cumplimiento de la meta.

En lo que respecta a la región Huetar Atlántica, al igual que la Brunca, esta mantuvo un comportamiento similar durante el quinquenio. Esta región tiene la particularidad de que tres de sus unidades tuvieron coberturas superiores a 100 %: Guápiles, que es una zona de población urbana, Valle la Estrella y Talamanca, que más bien son zonas de población muy dispersa. Llama la atención que el área de salud de Limón, siendo predominantemente una zona urbana, en los últimos tres años no logró alcanzar la meta establecida, con la característica de que obtuvieron coberturas en menores de un año superiores al 100 %.

Por otra parte, del total de las 104 áreas de salud con las que cuenta la CCSS, el 53 % alcanzó la meta institucional. Algunas de estos centros presentaron cambios en los nacimientos asignados o en la distribución de su población, lo que se vio reflejado en los resultados de la vacunación. Por ejemplo, en Valle la Estrella los nacimientos asignados disminuyeron en los últimos cinco años, lo que se reflejó en la cobertura con un logro del 100 % en el último año.

Existen también situaciones que ya se evidenciaron en años anteriores, 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 ha venido presentado entre las áreas de Goicoechea 2 y Goicoechea 1, y hasta la fecha no se han logrado establecer las estrategias necesarias para corregirlo.

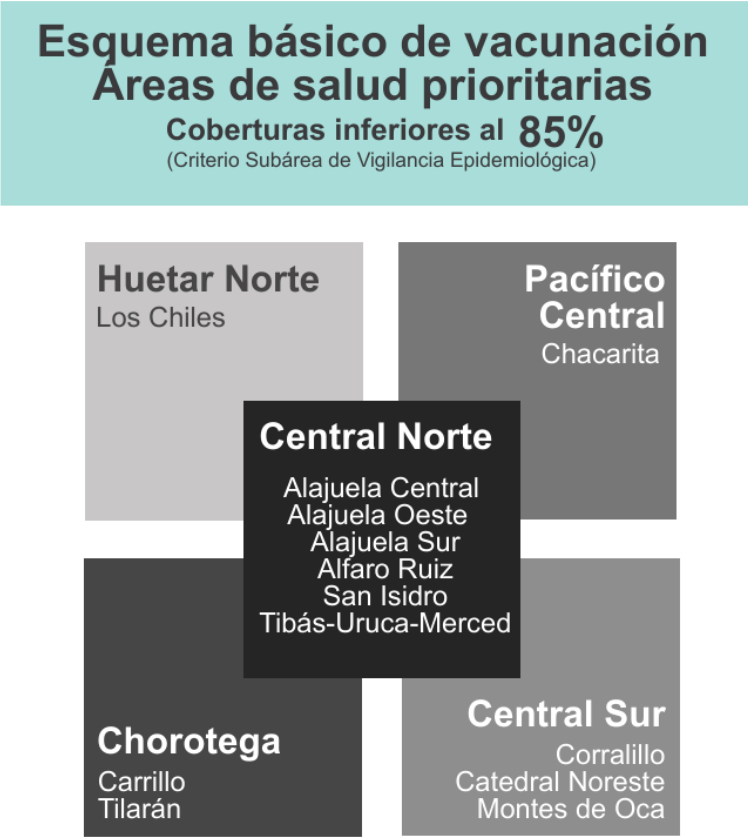
Con respecto a las unidades con logros inferiores al 85 %, la Subárea de Vigilancia Epidemiológica en el transcurso de este quinquenio realizó reuniones y talleres con cada una de las áreas de salud, y mediante controles cruzados de cuotas con registros de vacunas se evidenciaron fallas con los listados de las inmunizaciones en algunos de estos centros.

Sobre los establecimientos de salud catalogados como prioritarios, es importante hacer referencia a algunos casos puntuales. Primero, Alfaro Ruiz, que en el transcurso de los cinco años incrementó el porcentaje de cobertura de menores de un año, pero en el 2018 obtuvo la cobertura de vacunación en esquema básico más baja del quinquenio, lo cual en parte es producto del desabastecimiento de vacunas que hubo a nivel nacional.

Por otro lado, se encuentran las áreas de salud de Tibás-Uruca-Merced y Catedral Noreste, han tenido durante los cinco años coberturas bajas tanto en menores de un año como en el esquema básico de vacunación. En el caso específico de Catedral Noreste, al parecer estos resultados se deben a que se le ha asignado históricamente mayor cantidad de nacimientos de los que tienen en realidad. Según lo señalado por la unidad, esta situación se presenta por la cercanía con el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y por contar ellos con un segundo nivel, lo que ha hecho que muchos usuarios refieran su lugar de residencia en sus zonas de adscripción, aunque realmente viven en otros lugares; esto para así poder acceder con facilidad a las consultas con el especialista, ya sea en el área de salud o en el hospital.

Por último, destaca el caso de Heredia-Cubujuquí, que durante los primeros cuatro años tuvo coberturas inferiores a 85 %, hasta que en el 2018 logró aumentar su cobertura (87 %) y no

quedar entre las áreas prioritarias; sin embargo, es una unidad que realmente no ha progresado en lo que corresponde a coberturas de vacunación y no cuenta con estrategias claras para solventar esta situación.



En general, las áreas de salud que no alcanzaron las metas en vacunación indicaron que diferentes factores les afectaron para poder cumplir con los indicadores, los cuales se pueden agrupar en cinco categorías, como se observa a continuación:

Factores asociados a bajas coberturas

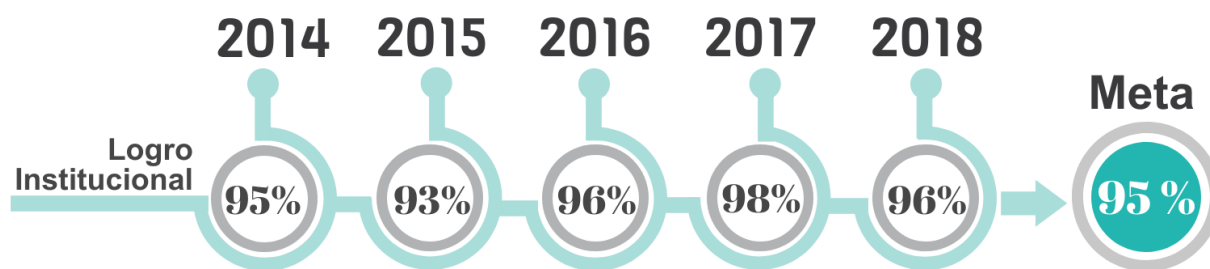


En total, para el año 2018, 43 áreas de salud lograron un 100 % en la cobertura de atención de menores de un año; pero 11 no alcanzaron la meta en vacunación. Las diferencias entre estos dos resultados podrían deberse a que el dato de menores de un año contempla a usuarios extranjeros en este rango de edad, que por alguna razón vinieron a vivir al país o requirieron de algún tipo de atención en el primer nivel, pero que no necesariamente ameritaban la aplicación de las vacunas. Sin embargo, esto no aplica para todas las regiones; en algunas podrían estarse reflejando situaciones en donde no se aprovechó el espacio de la consulta médica para realizar la inmunización, así como problemas de registro de las vacunas. Adicional a lo mencionado, se debe recordar que el desabastecimiento nacional de la vacuna Pentavalente es un factor que afectó las coberturas, en unas unidades más que en otras, dependiendo de la capacidad que tuvieran para localizar a los pacientes que quedaron con la inmunización pendiente.

Cobertura esquema completo de vacunación

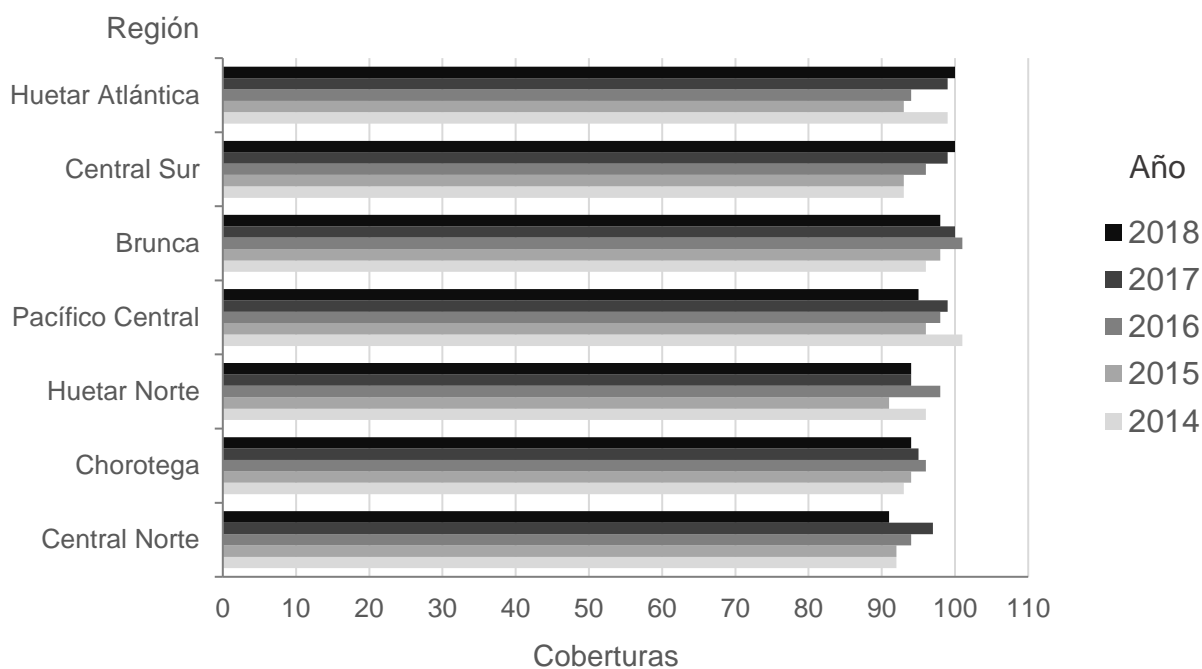

Esquema completo	Sarampión Rubeola Paperas	Neumococo 13 valente	Varicela
------------------	---------------------------------	-------------------------	----------

El esquema completo incluye vacunas aplicadas en niños y niñas menores de dos años (CCSS, 2017, pág. 2). En los últimos tres años, la institución logró alcanzar la meta de cobertura en este esquema, con un porcentaje de 96 % para el 2018.



En cuanto a los logros regionales, se encontró que, al igual que en las coberturas para el esquema básico, las regiones Huetar Atlántica, Central Sur y Brunca son las tres regiones con los mejores resultados. Mientras que las regiones Huetar Norte, Chorotega y Central Norte, no alcanzaron la meta institucional (gráfico 2.2).

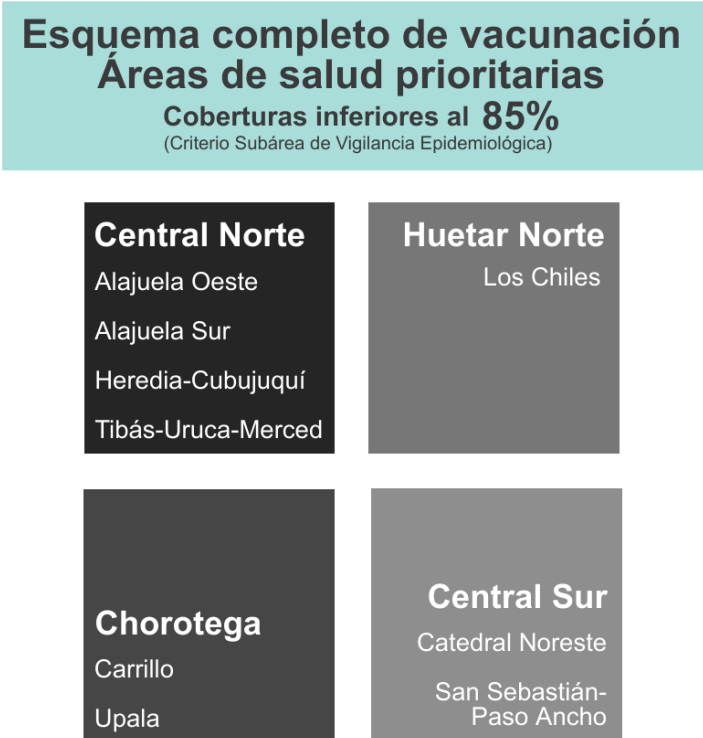
Gráfico 2.2
CCSS: Cobertura^{1/} vacunación a menores de dos años con esquema completo según región, 2014-2018
 (En porcentaje)



1/ Calculada a partir de los nacimientos publicados en el sitio de intranet de la Dirección Actuarial y Económica en el mes de mayo de 2019.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

En lo que respecta a la cobertura del esquema completo de vacunación en las áreas de salud, un 66 % de estas logró la meta, mientras que un 9 % se clasificó como área prioritaria, según los criterios de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica.



Al igual que en la cobertura del esquema básico, las áreas de salud de Tibás-Uruca-Merced y Catedral Noreste, han estado siempre entre las unidades prioritarias durante el quinquenio. Además, Alajuela Oeste, Alajuela Sur, Los Chiles y Carrillo aparecen de nuevo entre las prioritarias.

Por otra parte, la región Huetar Atlántica, a diferencia de años anteriores, para el 2018 no tuvo ningún área de salud entre las prioritarias. Esto se debe a que la región trabajó intensamente con el personal y en la realización de distintas campañas para mejorar sus resultados en los diferentes indicadores.

En general, los establecimientos de salud, principalmente aquellos que se encuentran en las zonas fronterizas, indicaron que la migración constante de poblaciones extranjeras o de bajos recursos, las actividades económicas como la recolección de café, las dificultades para desplazarse a los centros de atención, así como el nivel socioeconómico de la población, fueron factores que les afectaron en el cumplimiento de las metas establecidas.

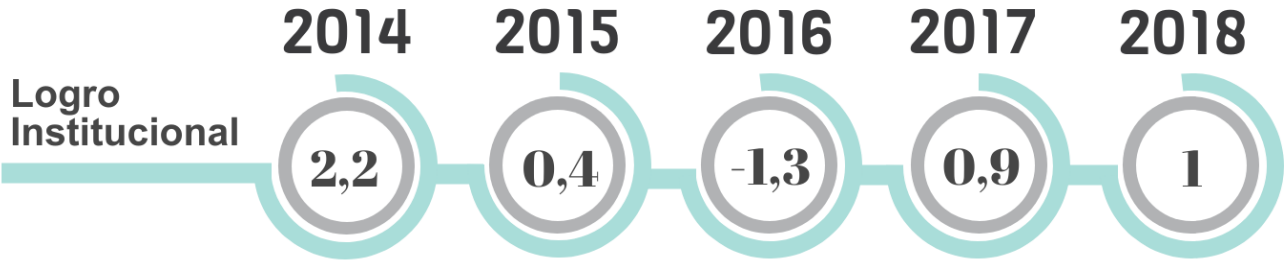
Llama la atención que a pesar de que no se dio faltante de la vacuna contra el sarampión y de que se realizaron vacunaciones extraordinarias, muchas unidades no mejoraron su desempeño en este indicador.

Tasa de deserción

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de deserción corresponde a la proporción de niños y niñas que inician el esquema de Pentavalente 1 (primera dosis) y no completan oportunamente la dosis de Pentavalente 3 (tercera dosis), por lo que es el mejor trazador para monitorear el seguimiento de los niños que se captaron en su primera dosis y cumplen con las siguientes (OPS, OMS, 2009, p. 18).

Estas mismas entidades han referido que es necesario analizar las tendencias de este indicador a lo largo de una serie de años (cinco a 10 años), para poder determinar si ya se ha estabilizado. Además, es importante estudiar tanto las tasas positivas, que reflejan abandono de esquemas, como las negativas, que podrían estar reflejando problemas en la calidad de los datos (OPS, OMS, 2014, p. 33).

En el último quinquenio, la tasa de deserción institucional se mantuvo dentro de los estándares internacionales, lo que ha evidenciado el esfuerzo y el monitoreo constante que se les dio a los esquemas de vacunación a nivel nacional.



Por otra parte, durante los últimos cuatro años, todas las regiones se mantuvieron en el rango entre 5 y - 5 establecido como meta para la tasa de deserción, siendo la Chorotega la que presentó la mejor tasa en el 2018.

Al analizar los datos de la tasa de deserción del 2018, se encontró que de las 104 áreas de salud, 79 (76 %) alcanzaron la meta institucional y 25 (24 %) no lo lograron. De estas 25 unidades, 20 tuvieron tasas de deserción positivas, lo que indica que no pudieron completar todos los esquemas iniciados. Por tratarse de establecimientos de salud con características tan diferentes entre sí, se procedió a analizar los datos por región, teniendo presente que el desabastecimiento de la vacuna Pentavalente no solo afectó el desempeño en el cumplimiento

del esquema básico, sino que también es un factor que impactó en los resultados de la tasa de deserción.

En las regiones Brunca, Huetar Atlántica y Huetar Norte, las áreas que no alcanzaron la meta son zonas fronterizas, con problemas de dispersión y de migración de la población. En el caso específico de la Huetar Norte, los representantes indicaron que durante el 2018 la situación política de Nicaragua generó un aumento en la migración de usuarios de regreso a ese país, ya que se encontraban en condición de ilegales en Costa Rica.

En lo que respecta a las regiones Central Norte y Central Sur, las autoridades de los establecimientos de salud indicaron que la variabilidad en la tasa de deserción de sus unidades se asoció a la migración de la población de bajos recursos. Sin embargo, algunos establecimientos, como Tibás-Uruca-Merced y Catedral Noreste, han tenido este comportamiento en todos los indicadores relacionados con vacunación.

Por otra parte, en la región Chorotega se evidenció que la variabilidad en los resultados de este indicador es algo que se ha presentado durante todo el quinquenio. Específicamente en Carrillo, se detectaron errores en el registro de los datos, los cuales se abordaron en conjunto con la Subárea de Vigilancia Epidemiológica; no obstante, las correcciones realizadas no se verán reflejadas hasta la evaluación del 2019.

De la misma manera, en la región Pacífico Central, el área de salud de Chacarita no cumplió con la tasa de deserción durante los cinco años, sin que se haya establecido por parte de los representantes locales una causa clara para esta situación.

En general, el 40 % de las unidades cumplieron en el último año con los tres indicadores de vacunación. Solo hubo cinco unidades que no cumplieron con ningún indicador y que por las coberturas alcanzadas se clasificaron como prioritarias para ambos esquemas de vacunación: Alajuela Oeste, Carrillo, Los Chiles, Tibás-Uruca-Merced y Catedral Noreste. Estos dos últimos establecimientos de salud, en particular, han sido prioritarios en ambos esquemas durante todo el quinquenio. Los dos han referido que situaciones de migración de población, nacimientos asignados superiores a los reales, así como problemas de registro de vacunas han afectado su desempeño.

Conclusiones y recomendaciones

La vacunación continúa siendo una de las principales actividades preventivas del primer nivel, por lo que se debe insistir en las estrategias para mantener, e incluso, llegar a mejorar, las coberturas, sobre todo en algunos establecimientos de salud que persisten con resultados bajos. Algunas de estas unidades indicaron que la migración de los usuarios ha sido uno de los factores que más los ha afectado para el cumplimiento de las metas, por lo que en estos casos

es fundamental contar con herramientas que permitan el seguimiento de las inmunizaciones en todo el país.

A pesar de que en los 10 últimos años se han realizado importantes progresos en materia de desarrollo e introducción de nuevas vacunas, así como en el alcance de los programas de inmunización (OMS, 2013, p. 5, 6), se han presentado nuevas amenazas de enfermedades que ya han sido controladas en el país, como lo es el sarampión. Esta situación hace aún más importante el seguimiento estricto de las intervenciones relacionadas con la vacunación.

Ante la amenaza de un posible brote de sarampión a nivel nacional, con el fin de proteger a los niños que pudieran estar en riesgo, la CCSS adquirió 770 mil dosis, las cuales fueron distribuidas en las 104 áreas de salud y 1 047 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebáis), con una inversión institucional de alrededor de \$ 1,2 millones.

Además, para el segundo semestre del 2018, se incluyó en el esquema de niños la vacuna contra el rotavirus, aplicándose en menores de un año, a los dos y a los cuatro meses. Para esto, la institución realizó una inversión de \$ 959 322, la cual se acompañó de un proceso de planificación y de capacitación del personal institucional, para garantizar que la vacunación fuera efectiva.

Por otro lado, aunque la institución presentó desabastecimiento de la vacuna Pentavalente en los primeros y últimos meses del año, se logró mantener coberturas altas de vacunación y la tasa de deserción entre los estándares internacionales. Sin embargo, son situaciones ante las que no se puede bajar la guardia y que ameritan un mayor esfuerzo por parte de las unidades, para lograr cubrir a la población que se vea afectada.

Todas estas acciones demuestran la importancia que tienen a nivel institucional las actividades relacionadas con las inmunizaciones. La inversión que se realice en vacunas verá sus frutos a futuro no solo a nivel de país, sino en todo el mundo, ya que los niños vacunados y protegidos de las amenazas de enfermedades prevenibles tienen la oportunidad de desarrollarse mejor.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2017). *Ficha Técnica: Enfermedades inmunoprevenibles. Esquema de vacunación en niños(as) menores a 2 años. Oportunidad y continuidad*. San José, Costa Rica: CCSS.

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

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020*. Suiza: OMS. Recuperado el 19 de junio de 2019, de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Informe de evaluación de 2018 acerca del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas*. Ginebra: OMS. Recuperado el 16 de Julio de 2019, de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277486/WHO-IVB-18.11-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Six common misconceptions about immunization*. Suiza: OMS. Obtenido de: https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/detection/immunization_misconceptions/en/index2.html
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2006). *Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Manual del Coordinador*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Actualización Epidemiológica Sarampión*. Washington DC: OPS. Recuperado el 01 de julio de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=48610-17-de-mayo-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Herramientas para el monitoreo de niños vacunados e indicadores del PAI*. Lima Perú: OPS. Recuperado el 2019 de junio de 24, de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=100-herramientas-para-monitoreo-ninos-vacunados-e-indicadores-pai-0&category_slug=documentos-trabajo-872&Itemid=1031
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS]. (15 de julio de 2014). *Caja de herramientas de Inmunización. Recursos para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)*. Recuperado el 24 de junio de 2019, de: <http://www.paho.org/immunization/toolkit/monitoring-reporting-es.html#>
- Patronato Nacional de la Infancia [PANI], Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2017). *Una revisión sistemática de los determinantes de la violencia que afectan a niños, niñas y adolescentes: Costa Rica*. San José, Costa Rica: UNICEF.
- Patronato Nacional de la Infancia [PANI]. (2019). *Vacunar a los niños y las niñas contra el sarampión es una obligación de los adultos*. San José, Costa Rica: PANI. Obtenido de: <https://pani.go.cr/publicaciones/noticias/1778-vacunar-a-los-ninos-y-las-ninas-contra-el-sarampion-es-una-obligacion-de-los-adultos>

Autoría:

Realizado por:

Dra. Marianella Víquez Garro

Colaboradores:

Dra. Leandra Abarca Gómez

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Trabajo en equipo de los diferentes servicios, un aliado para el diagnóstico y adecuado abordaje de la anemia en niños

Resumen

Introducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la deficiencia de hierro es uno de los trastornos nutricionales más comunes, afectando la salud de niños y mujeres en todo el mundo (<https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 2008 - 2009, en Costa Rica la prevalencia de anemia en los niños en edad preescolar fue de 7,6 %, con resultados más altos en el área metropolitana. En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) correspondiente al quinquenio 2014 – 2018, se incluyeron indicadores para la detección y el abordaje de la anemia. No obstante, ha sido necesario que estos evolucionen y se ajusten a los lineamientos institucionales vigentes. **Metodología.** La evaluación se realizó utilizando muestras de expedientes extraídas de listados obtenidos de los sistemas de información institucionales, y de los listados suministrados por las áreas de salud administradas por terceros. **Resultados.** Durante el año 2018, se atendieron en total 113 568 niños y niñas entre los seis y menos de 24 meses. De una muestra de 6 410 expedientes, 4 938 (76 %) tenían el resultado de la hemoglobina realizada de los seis a menos de 24 meses en el año evaluado. Para el año 2018, la Proporción de niños con anemia (PNA) fue de 18 %; esto posicionó a la anemia como un problema de salud pública leve, de

acuerdo con los criterios que establece la OMS (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011, p. 5). Con respecto al año 2017, la institución aumentó en seis puntos porcentuales los niños con anemia que se abordaron de manera adecuada (66 %). Además, se observó una mejoría en todas las regiones para este indicador. **Conclusiones y recomendaciones.** El diagnóstico y el abordaje de los niños con anemia requieren la coordinación entre los diferentes servicios. Se deben establecer estrategias que permitan aprovechar al máximo los recursos con los que disponen las áreas de salud, teniendo en cuenta que cada uno de los criterios establecidos, tanto en el tamizaje como en el adecuado abordaje de la anemia, tienen una razón clínica que los respalda. Por otra parte, se ha encontrado que persisten las debilidades en la atención de los niños con anemia. Debido a los efectos que puede tener la anemia en el desarrollo cognitivo de los niños, el tamizaje y el adecuado abordaje de la anemia continuará como parte de los indicadores que se estarán evaluando en el próximo quinquenio.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la deficiencia de hierro es uno de los trastornos nutricionales más comunes en el mundo, afectando la salud de niños y mujeres, no solo en los países en desarrollo sino también en los países industrializados, a pesar de que suele presentarse con mayor severidad en las regiones de escasos recursos (<https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>; <https://www.who.int/elena/titles/iron-children-6to23/es/>).

De acuerdo con los datos de la OMS, más del 30 % de la población padece anemia (<https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>); y se estima que en el año 2011, alrededor de 300 millones de niños en todo el mundo tenían esta afección.

En el caso de Costa Rica, según la Encuesta Nacional de Nutrición 2008 - 2009, la prevalencia de anemias en los niños en edad preescolar fue de 7,6 %; identificándose porcentajes más altos en el área metropolitana. Ya desde la primera encuesta, en 1966, se reconoció en este país la anemia como un problema de salud pública, la cual continúa afectando a grupos poblacionales como los niños preescolares y las mujeres en edad fértil (Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSAL], 2012, p. 3, 4 y 25).

Se debe considerar que el hierro es fundamental para muchas de las funciones del cuerpo, como el transporte de oxígeno y la protección celular del daño oxidativo; además de ser un mineral necesario para la producción de enzimas relacionadas con funciones cerebrales, entre ellas la mielinización y la síntesis de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina (McCann y Ames, 2007, p. 931, 945; Beard *et al*, 2003, p. 308).

En algunos grupos poblacionales, como los niños de seis a menos de 24 meses y las mujeres embarazadas, los requerimientos de hierro no pueden ser suplidos únicamente con la ingesta diaria (Stoltzfus y Dreyfuss, 1998, p. 11). Sobre este tema, cuando se trata de niños con lactancia materna exclusiva, se debe tener en cuenta que la concentración de hierro en la leche materna no es uniforme y puede que no se ajuste a los requerimientos del menor (Baker *et al*, 2010, p. 1041).

Por lo tanto, siendo la deficiencia de hierro una de las carencias nutricionales más comunes, y teniendo en cuenta la evidencia existente de la afectación que puede generar en el desarrollo cognitivo y de comportamiento de los niños, es importante minimizar el riesgo de las posibles consecuencias que a largo plazo puedan presentarse (Baker *et al*, 2010, p. 1047).

Por esa razón, a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) correspondiente al quinquenio 2014 – 2018, se incluyeron indicadores para la detección y el abordaje de la anemia. No obstante, fue necesario que estos evolucionaran y se ajustaran a los lineamientos institucionales vigentes.

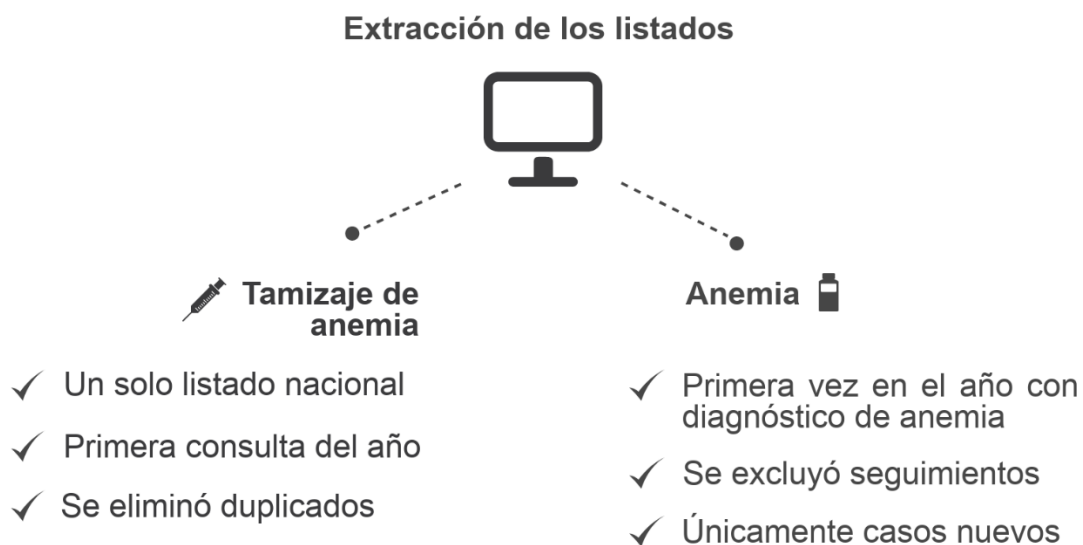
Metodología

Las intervenciones para el diagnóstico y el abordaje adecuado de la anemia en niños y niñas de seis a menos de 24 meses evaluadas en el quinquenio, se dividen en dos indicadores:

- Niños(as) a quienes se les realiza una hemoglobina, con una meta establecida al 2018 de un 80 %.
- Niños(as) con diagnóstico de anemia a los que se les realiza un abordaje adecuado, con meta al 2018 del 100 %.

En el 2018, al igual que en años anteriores, la EPSS se realizó utilizando una muestra de expedientes extraída, en el caso de las unidades con Expediente Digital Único en Salud (EDUS) implementado, de los listados obtenidos de los sistemas de información institucionales. En el caso de los establecimientos de salud de administración externa que aún no contaban con EDUS (ocho en total), los listados fueron suministrados por las mismas áreas a la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS).

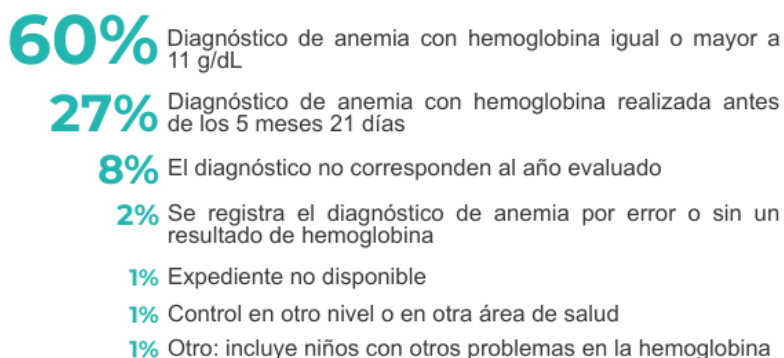
Con base en las experiencias de las evaluaciones anteriores, se realizaron algunas mejoras en la metodología para la muestra a evaluar.



Estos ajustes metodológicos permitieron mejorar la calidad de los listados extraídos, además de que se redujo la cantidad de expedientes clasificados como no evaluables.

En el caso del indicador de anemia, para el 2018 el total de expedientes no evaluables fue de 7 %, que significó una disminución de tres puntos porcentuales con respecto al 2017.

Motivos de no evaluables



De igual manera, el total de expedientes físicos no disponibles se redujo con respecto al 2017, pasando de un 3 % a un 1 %, evidenciando la importancia de contar con los datos de la evaluación en forma digital, tanto en lo que respecta a la consulta como a los resultados de laboratorio.

A nivel de la institución, se realizaron cambios en los sistemas de información que facilitaron el acceso a los datos y con esto la evaluación. Entre estos se encuentra la implementación del EDUS, que permitió el acceso al expediente de salud sin importar si el usuario se trasladó o si se encontraba en un Equipo Básico de Atención Integral en Salud (Ebáis) desconcentrado.

Asimismo, se logró obtener acceso a los laboratorios en línea mediante el sistema de información del Labcore®, lo que significó en muchos casos poder valorar los resultados de laboratorio sin necesidad de consultar el expediente físico.

Además, para este último año algunos centros de salud ya contaban con el Sistema Integrado de Laboratorio Clínico (SILC), lo que permitió la revisión de los resultados de laboratorio directamente en el expediente digital del usuario.

Por otra parte, cabe destacar que en el año 2016 el lineamiento técnico “Diagnóstico y manejo de la anemia ferropénica en niñas y niños” fue actualizado, lo que hizo necesario que para la evaluación del 2017 se ajustaran ambos indicadores de anemia.

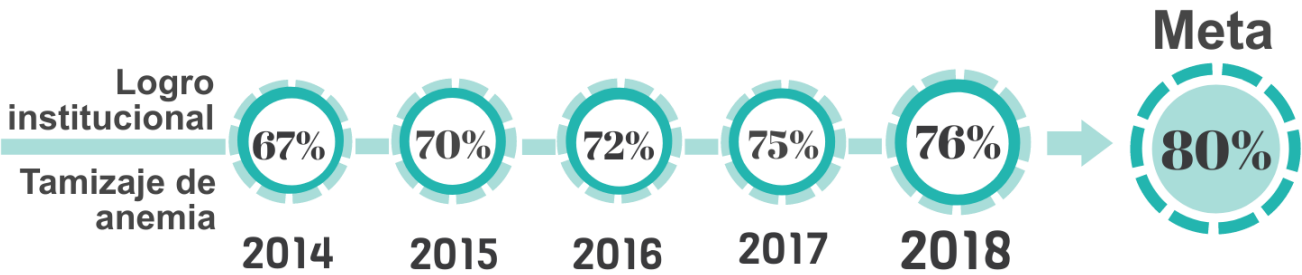
En el caso del tamizaje, se cambió la edad de inicio para el tamizaje, pasando de cinco meses a que se realizara a partir de los cinco meses 21 días. En cuanto al adecuado abordaje de la anemia, además de ajustarse el rango de edad de la hemoglobina de diagnóstico para que se realizara a los cinco meses 21 días, se incluyó la prueba terapéutica como parte del abordaje adecuado de la anemia. Para esto, fue necesario adecuar el tratamiento según el resultado de la prueba.

También se ampliaron los diagnósticos con los que se generaron los listados, pasando de que solo se utilizara el D50 (Anemias por deficiencia de hierro), a que se pudieran utilizar además el D539 (Anemia nutricional, no especificada) y el D649 (Anemia de tipo no especificado).

Análisis de resultados

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

En el 2018, se atendieron en el primer nivel un total de 113 568 niños y niñas de seis a menos de 24 meses. Para la evaluación se revisó una muestra de 6 410 expedientes, de los cuales 4 938 (76 %) tenían el resultado de laboratorio de la hemoglobina realizada entre los seis y menos de 24 meses en el año evaluado.



En el transcurso del quinquenio, la cantidad de niños atendidos en el primer nivel a los que se les realizó el tamizaje por anemia fue incrementando. En general, se observó durante los cinco años una tendencia de todas las regiones a aumentar este porcentaje. Es importante resaltar los esfuerzos realizados por la región Chorotega, que en el 2016 alcanzó la meta institucional (80 %) y logró mantener este resultado durante los últimos tres años.

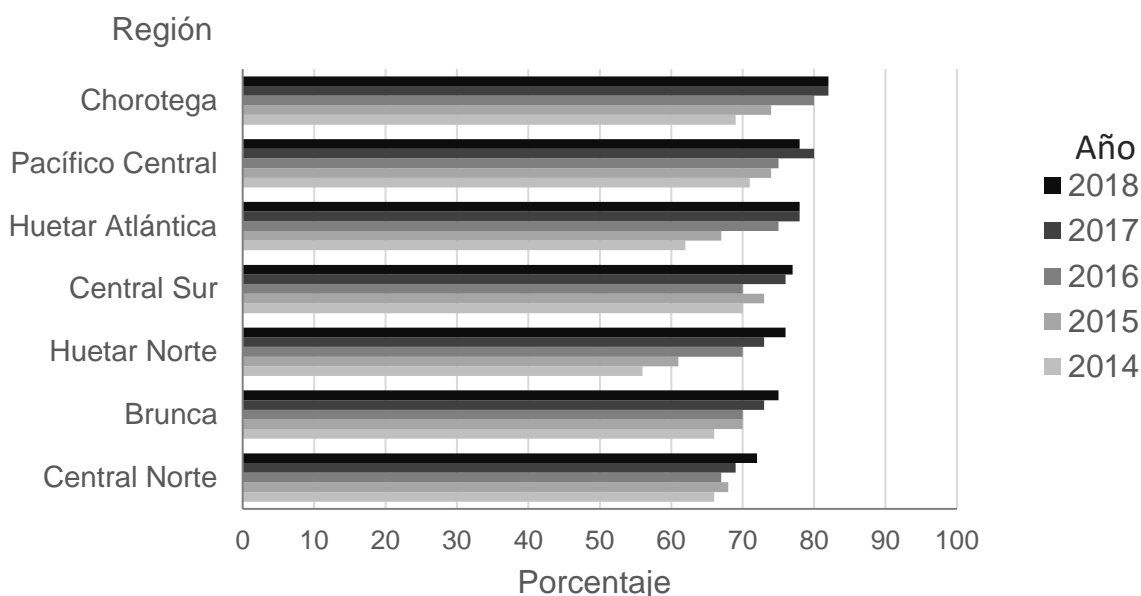
En los primeros dos años de evaluación de este indicador, la región Huetar Norte fue la que tuvo los porcentajes de tamizaje más bajos. No obstante, a partir del 2016 esta región aumentó en nueve puntos porcentuales la cantidad de niños tamizados, con lo que logró salir de las posiciones más bajas. Por el contrario, la región Central Norte fue la que menos aumentó el tamizaje de anemia, cerrando el quinquenio como la región con el porcentaje más bajo (72 %).

Con respecto a la región Pacífico Central, que en el 2017 había alcanzado la meta institucional en tamizaje de anemia, para el 2018 disminuyó el porcentaje de niños tamizados. Este comportamiento se presentó a pesar de que en ese último año más unidades de la región cumplieron con la meta. Sin embargo, cinco establecimientos disminuyeron sus logros, destacando el caso específico de Chacarita, que presentó una caída de 20 puntos porcentuales con respecto al 2017.

Gráfico 3.1

CCSS: Tamizaje de anemia en niños de seis a menos de 24 meses según región, 2014-2018

(En porcentaje)



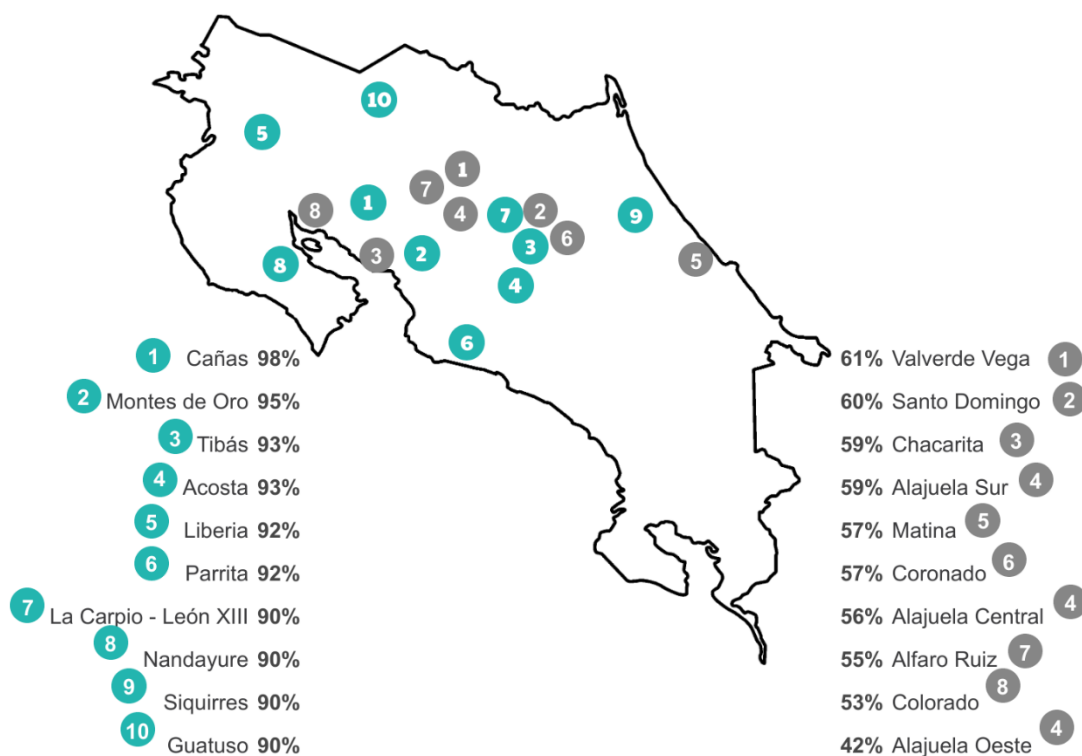
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014 - 2018.

La Central Norte, con un cumplimiento del 72 %, se posicionó como la región con el porcentaje más bajo de niños con hemoglobina realizada. Únicamente ocho de las 26 áreas con las que cuenta alcanzaron la meta institucional, de las cuales cuatro son establecimientos de salud administrados por terceros.

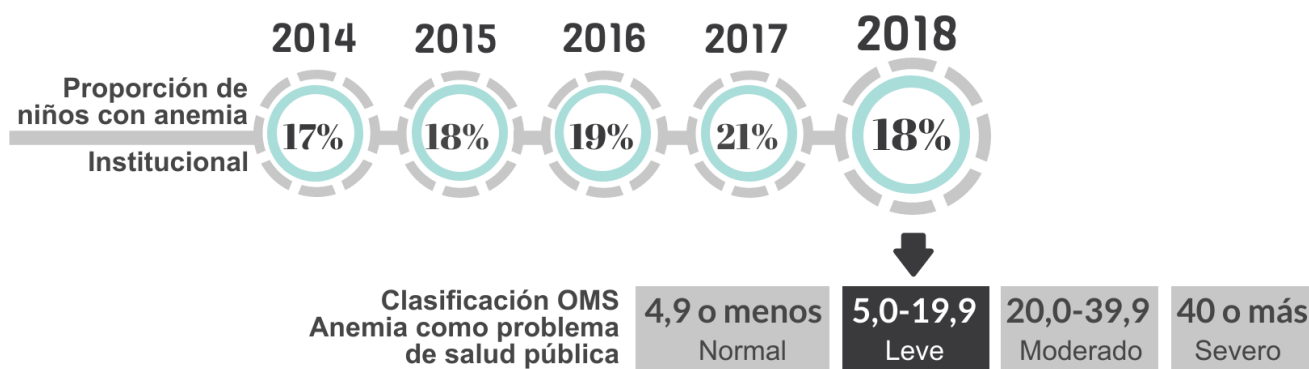
Para la última evaluación, de las 10 áreas de salud con mejor desempeño, tres corresponden a la región Chorotega. En total, ocho de las 13 áreas de salud con las que cuenta esta región, cumplieron con este indicador. Por otro lado, la región Brunca es la única que no tuvo unidades entre los mejores resultados ni tampoco en los más bajos; sin embargo, en el 2018 ninguno de sus establecimientos de salud cumplió con la meta institucional.

Tamizaje de anemia

10 resultados más altos y más bajos

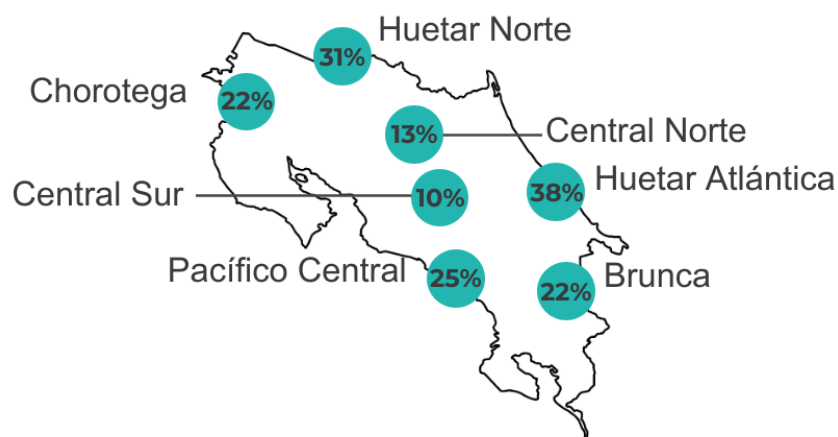


Con referencia a la cantidad de niños con hemoglobinas inferiores a 11 g/dL (anemia) que fueron identificados en la muestra de tamizaje, se logró calcular la Proporción de niños con anemia (PNA) para cada uno de los cinco años. En el 2018 la PNA fue de 18 %, posicionando a la anemia como un problema de salud pública leve de acuerdo con los criterios que establece la OMS (OMS, 2011, p. 5).



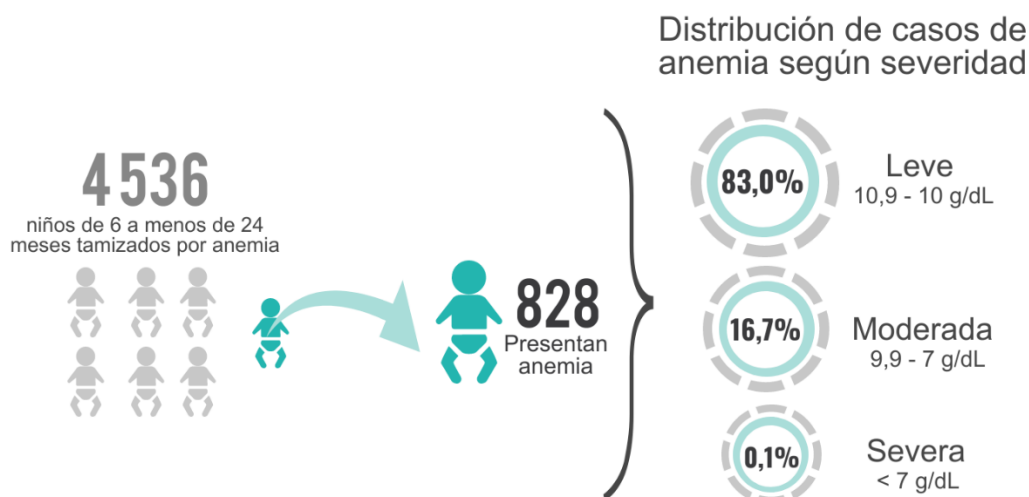
Como se puede observar, los resultados de la PNA durante el quinquenio rondan rangos que podrían ubicar a la anemia entre un problema de salud leve y uno moderado. Se debe aclarar, que estos resultados tienen determinantes que no dependen completamente de los servicios de salud y que están más en relación con aspectos socioeconómicos y culturales, así como de accesibilidad a los establecimientos de salud, situaciones que son más difíciles de modificar a corto plazo.

PNA por regiones 2018



Por otra parte, los datos regionales mostraron que las zonas centrales (región Central Sur y región Central Norte) son las que tienen menor proporción de niños con anemia con respecto al resto de las regiones. Estos valores podrían estar en relación con mayores carencias nutricionales de las zonas periféricas vinculadas a los índices de pobreza de estos lugares, lo cual replica los resultados obtenidos en un estudio realizado en la institución en el 2011, donde se evidenció la asociación entre la pobreza y la mayor proporción de niños con anemia (Barrantes, 2011, p. 3, 8).

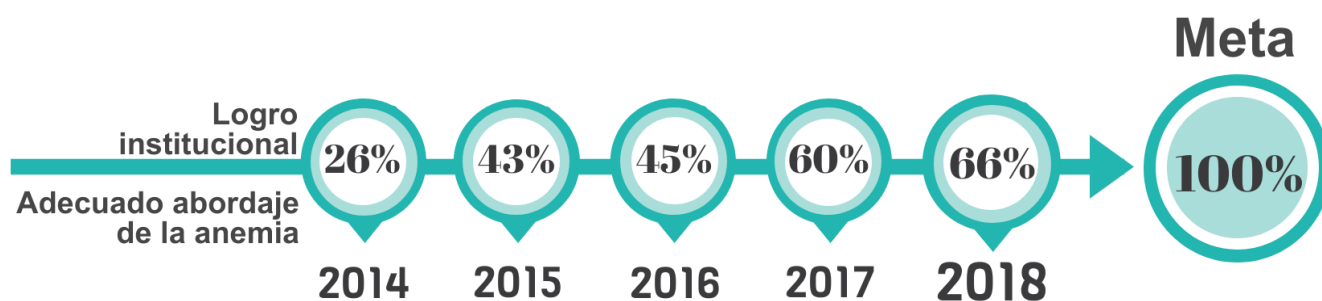
Con respecto a la severidad de los casos de anemia detectados con el tamizaje en el 2018, el mayor porcentaje se clasificó como anemia leve. Llama la atención que las regiones Pacífico Central (24 %), Chorotega (23 %) y Huetar Atlántica (23 %) tuvieron porcentajes de anemia moderada ligeramente más altos que el resto de las regiones.



Abordaje adecuado de la anemia en niños de seis a menos de 24 meses

Al enfocar la evaluación del indicador de adecuado abordaje de la anemia del 2018 en los niños con anemia captados en el año, se presentó una disminución en el total de niños con diagnóstico de anemia (16 622) con respecto al año anterior (17 223).

Sobre los resultados del adecuado abordaje de los niños y niñas con anemia, para la evaluación del 2018, se encontró que la institución incrementó su desempeño en seis puntos porcentuales con respecto al 2017.

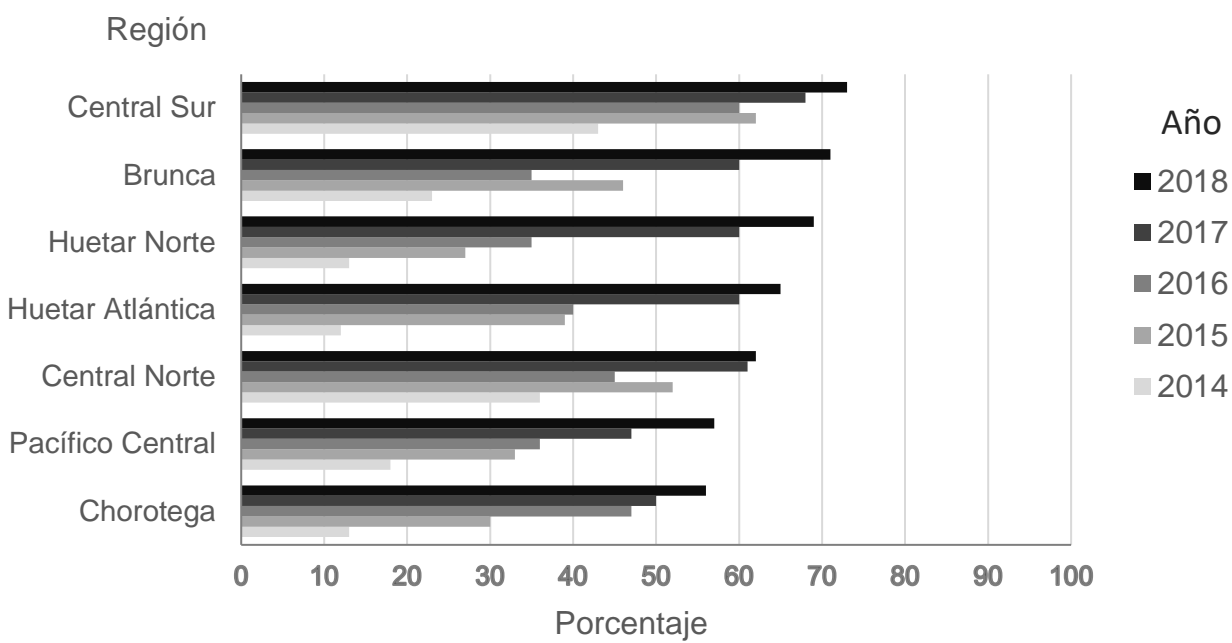


En general, en el transcurso del quinquenio, se observó mejoría en los resultados del indicador de adecuado abordaje de la anemia. La implementación del EDUS y las coordinaciones realizadas a lo interno de las unidades con otros servicios, principalmente el laboratorio, facilitaron el seguimiento de estos niños.

Algunas de las áreas de salud lograron coordinar que los Ebáis tuvieran acceso a los resultados de laboratorio en línea, lo que facilitó la interpretación de las hemoglobinas. No obstante, estos permisos se limitaron a la minoría de los establecimientos, e inclusive, en algunos fueron

revocados en el último año de la evaluación por parte de las jefaturas de los Servicios de Laboratorio. Estas jefaturas alegaron que no se cuenta con una normativa clara de cómo y a quienes se deben otorgar estos permisos.

Cuadro 3.2
CCSS: Abordaje adecuado de niños de seis a menos de 24 meses con anemia según región, 2014-2018
(En porcentaje)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014 - 2018.

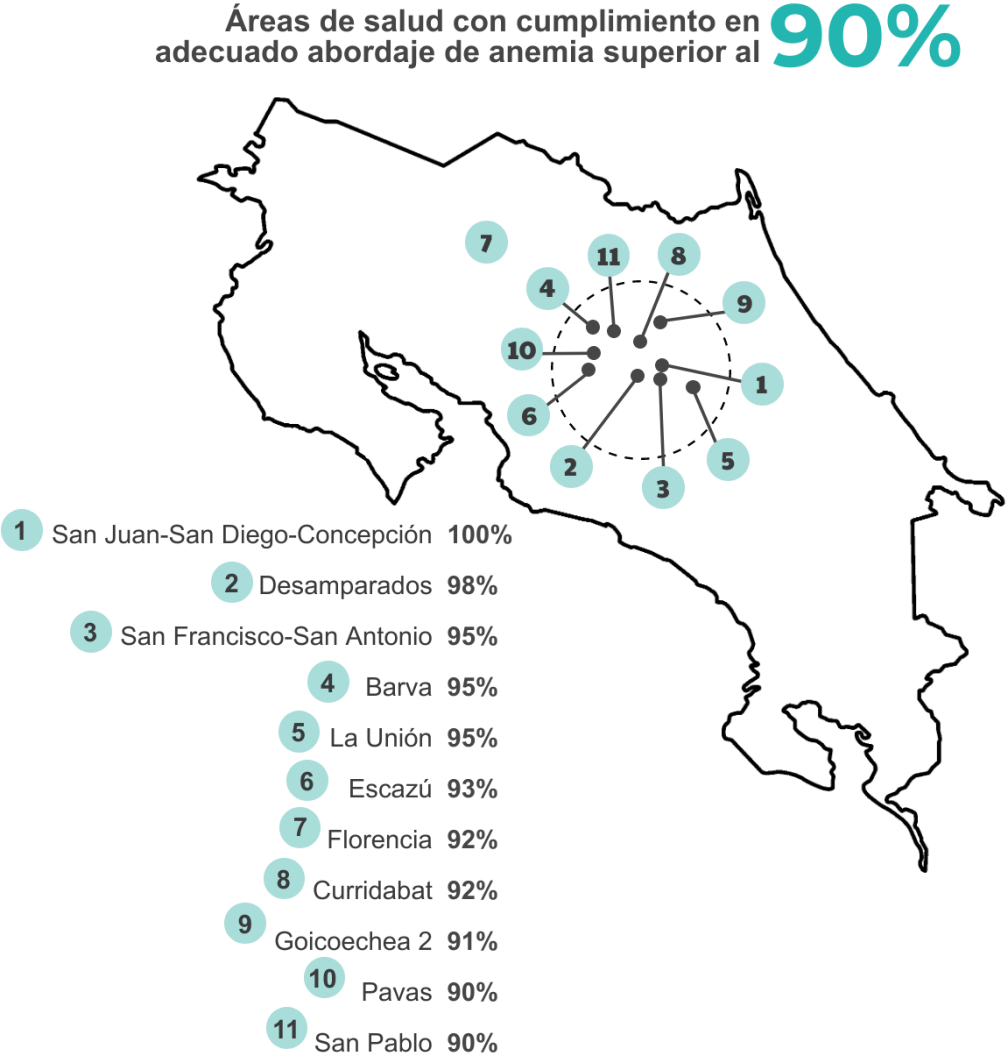
En esta última evaluación, todas las regiones aumentaron el porcentaje de niños con abordaje adecuado de la anemia, con la Central Sur como la región que presentó el logro más alto y la Chorotega con el cumplimiento más bajo, esto a pesar de que es la región con el mayor porcentaje de niños tamizados.

Sobre este tema, se encontró que en la región Chorotega cinco de sus áreas de salud aumentaron el porcentaje de adecuado abordaje de anemia, con mejorías de más de 20 puntos porcentuales con respecto al año 2017. Los representantes locales indicaron que estas mejorías fueron producto de gestiones internas enfocadas a la prescripción adecuada del tratamiento.

Sin embargo, otras unidades de esta región, aunque realizaron estas mismas gestiones, no lograron impactar en el adecuado abordaje de la anemia. Un ejemplo de esto fue el área de

salud de Colorado, que tiene la particularidad de que depende del servicio de laboratorio clínico de otra unidad. Esta situación significó que solo tuvieran asignados un número limitado de muestras por día, que no cubrieron las necesidades de la unidad. Además, en el tiempo de la huelga este número se limitó a solo urgencias y no se realizaron laboratorios de control. En la mayoría de estas áreas se detectaron debilidades durante la evaluación, tanto en la prescripción del tratamiento como en la coordinación con el servicio de laboratorio para garantizar el seguimiento de los usuarios.

En cuanto a las áreas de salud que tuvieron mejor rendimiento en el adecuado abordaje de los niños con anemia, al ubicarlas en el mapa se evidenció que estas se encuentran concentradas en las regiones centrales del país. La facilidad de acceso a los Ebáis, así como a los servicios de laboratorio de estos establecimientos de salud, pudieron ser factores determinantes en estos resultados.



Para la evaluación del 2018, el área de salud de San Juan - San Diego - Concepción fue la única unidad que alcanzó la meta institucional en anemia (100 %). Este centro de salud aumentó los niños tamizados, el número de casos de anemia diagnosticados y, además, abordó adecuadamente a todos los niños con diagnóstico de anemia. Sus representantes locales indicaron que se implementaron a lo interno una serie de estrategias para obtener estos resultados, tales como el seguimiento estricto de los niños, involucrando a todos los servicios, y el monitoreo constante de los Ebáis a partir del listado de pacientes registrados en el sistema con el diagnóstico de anemia.

Al comparar los resultados de tamizaje con los de adecuado abordaje de la anemia, se encontró que algunas de las unidades con mejores resultados en el tratamiento de los niños con anemia no alcanzaron la meta en tamizaje. Se debe estar alerta ante este tipo de situaciones, ya que en estos centros de salud se está dejando descubierta población en riesgo, que podría estar cursando con anemia y no estar recibiendo tratamiento por no haberse identificado.

Otro comportamiento que llama la atención se detectó al realizar un análisis de los cinco años, donde se aprecia la tendencia de ciertas áreas de salud a mejorar el abordaje de los niños con anemia asociado a una disminución en la cantidad de menores con este diagnóstico.

Los datos anteriores dan la impresión de que en algunas unidades se le podría estar restando importancia al tamizaje, orientando sus esfuerzos al tratamiento con hierro en los niños ya identificados, dejando de lado que el abordaje de los niños con anemia se inicia desde la detección oportuna, para así evitar los posibles efectos nocivos que se puedan presentar en el desarrollo de estos.

No obstante, también se encontraron unidades que han realizado grandes avances, dirigiendo sus esfuerzos al trabajo en equipo, con lo que lograron aumentar la cantidad de tamizados, asociado a un incremento en el número de niños diagnosticados como anemia y mejorando el porcentaje de menores abordados adecuadamente.

Por otro lado, a pesar de las retroalimentaciones sobre los resultados de las evaluaciones que se han brindado a las áreas de salud, se encuentra que persisten las fallas en el abordaje adecuado. En un 2 % de los expedientes no se registró el tratamiento con hierro y un 10 % no contaban con el laboratorio de control. Otro de los hallazgos fue que a algunos niños se les prescribió el hierro en gotas o a dosis inferiores a las recomendadas como terapéuticas.

Por otra parte, con respecto al año 2017, en el 2018 se presentó un aumento de dos puntos porcentuales en los expedientes que contaban con laboratorio de control (87 %). Algunas de las áreas de salud que mejoraron en este punto indicaron que tener acceso a Labcore® les facilitó la valoración de los niños con anemia, ya que este sistema les permitió revisar los laboratorios en línea al momento de la consulta, sin tener que emplear el expediente físico. Al respecto, se debe tener en cuenta que la mayoría de los Ebáis no tienen esta facilidad, por lo

que tuvieron que trabajar, en coordinación con el servicio de laboratorio, para que los resultados estuvieran en físico en la consulta de seguimiento.

A pesar de estos resultados, se debe continuar trabajando en la coordinación con los diferentes servicios y, sobre todo, en la educación de los adultos responsables de los menores, ya que solo el 65 % de los expedientes tenían el laboratorio de control en el rango entre los 30 y los 59 días.

Sobre los casos que sí recibieron algún tratamiento y que además tenían un laboratorio de control en el rango, el 24 % fueron pruebas terapéuticas positivas y 76 % negativas, porcentajes similares a los del 2017; en donde el 47 % de estos niños resolvió su anemia. No obstante, teniendo en cuenta que no todos los pacientes recibieron la dosis adecuada de hierro, es de suponer que este porcentaje podría ser mayor.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de pruebas terapéuticas negativas es considerablemente superior, se resalta la importancia de que la institución ya cuenta con los lineamientos que se deben seguir para el adecuado abordaje de las anemias. Esto les da a los servicios de salud de la institución las herramientas necesarias para guiarse y para que el primer nivel logre diferenciar a los niños con anemia que no responden al tratamiento con hierro por mal apego al tratamiento, de aquellos que tienen otra enfermedad de fondo.

En ese contexto, es importante la historia clínica detallada, por cuanto existe una tendencia de los padres a reducir la dosis, la frecuencia o suspender del todo el tratamiento cuando el niño indica que presenta algunos efectos secundarios, como dolor abdominal, vómito o heces negras con la ingesta del hierro. En caso de detectarse alguna alteración de la terapia recomendada por el médico, se debe repetir el tratamiento y realizar los controles al mes con supervisión del caso, para así poder asegurarse el apego al tratamiento y descartar una anemia refractaria (Bhatia *et al*, 2017, p. 49).

Por otra parte, a los niños con prueba terapéutica negativa se les debe dar el seguimiento establecido en el lineamiento para el adecuado diagnóstico y manejo de la anemia ferropénica, ya que muchos son producto de la falta de apego al tratamiento. Sin embargo, no se debe perder de vista factores que podrían señalar hacia otro tipo de anemia, como lo son la historia de hermanos con anemia crónica con pobre respuesta al tratamiento, microcitososis e hipocromía extrema comparada a los rangos de anemia por deficiencia de hierro, recuento de glóbulos rojos alto y reticulocitos bajos, entre otros (Bhatia *et al*, 2017, p. 49).

En general, las áreas de salud refirieron que, para mejorar en el adecuado abordaje de los niños con anemia, fue fundamental la coordinación entre los diferentes servicios involucrados en el proceso. Se trabajó en la capacitación al personal, se establecieron estrategias con el servicio de laboratorio para lograr que a los niños se realizaran los laboratorios en tiempo, así como la programación de las citas y las alertas en los casos en los que se detectaron dosis inadecuadas de hierro. En algunos casos, en donde los recursos del centro de salud lo permitieron, se

lograron establecer monitoreos enfocados estrictamente al seguimiento de los niños con anemia, además de visitas a las casas para poder asegurar el apego al tratamiento y el cumplimiento de los controles.

Conclusiones y recomendaciones

El diagnóstico y el abordaje de los niños con anemia requieren de la coordinación entre los diferentes servicios, tales como Laboratorio, REDES, Consulta Externa, entre otros. Se deben establecer estrategias que permitan aprovechar al máximo los recursos con los que disponen las áreas de salud, teniendo en cuenta que cada uno de los criterios establecidos, tanto en el tamizaje como en el adecuado abordaje de la anemia, tienen una razón clínica que los respalda. Por ejemplo, realizar la hemoglobina de tamizaje o de control antes del tiempo establecido puede llevar al diagnóstico inadecuado de la anemia, así como a errores en el seguimiento de los casos; se pierde el sentido del examen de laboratorio, se desperdician los recursos de la institución, además de que no se le está brindando al niño la atención que necesita.

Las capacitaciones que se realicen en las áreas de salud no solo deben enfocarse al personal de nuevo ingreso. Es importante realizar refrescamientos al personal de planta, con la participación de todos los servicios involucrados; esto permitirá que todos los funcionarios relacionados con el proceso logren mejorar el abordaje adecuado de los niños con anemia.

Sobre este tema, se ha encontrado que persisten los errores en la atención de los niños con anemia, los cuales fueron señalados en evaluaciones anteriores. Por ejemplo, se detectaron fallas en la realización de los laboratorios, con hemoglobinas de diagnóstico tomadas antes de los cinco meses 21 días y hemoglobinas de control realizadas fuera del rango de los 30 a 59 días. Por otro lado, se detectó que en ocasiones se les registra el diagnóstico de anemia a niños que no tienen un resultado de hemoglobina o cuyo valor es igual o superior a 11 g/dL. Además, en cuanto al hierro, se continúa con la prescripción inadecuada del medicamento tanto en la dosis como en la duración del tratamiento.

Se debe recordar que, a pesar de que el seguimiento de las pruebas terapéuticas negativas no entra dentro de los criterios de la evaluación, el lineamiento institucional para el abordaje de los niños con anemia establece claramente los pasos a seguir ante este resultado, descartando inicialmente la falta de apego al tratamiento, sin dejar de lado la historia clínica donde se registran los antecedentes familiares, para descartar otras enfermedades que pudieran ser la causa de la anemia.

En general, es importante que las unidades trabajen en el correcto registro de los datos en el expediente electrónico, así como implementar el EDUS en las áreas de salud de administración por terceros que están pendientes, ya que el contar con los datos en forma digital en el sistema de información institucional, facilita el seguimiento de los problemas de salud que tenga el usuario, sin importar si cambia de centro de adscripción.

Finalmente, cabe destacar que el primer nivel ha logrado mejorar la calidad de la atención que se les brinda a los niños con anemia, al implementar estrategias a nivel local. Para esto, se ha aprovechado el recurso humano y de infraestructura que poseen; sin embargo, existen todavía debilidades que se pueden y deben corregir. Tomando en cuenta los efectos que tiene este problema de salud en el desarrollo cognitivo de los niños, se evidencia la necesidad de no dejar de lado el tamizaje y el adecuado abordaje de la anemia, por lo que son indicadores que seguirán siendo parte de las evaluaciones en el próximo quinquenio.

Referencias bibliográficas

- Baker, R. y Greer, F. The Committee on Nutrition. (2010). Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age). *Am. Acad. Pediatr.*, 126(5), 1041, 1047. doi:10.1542/peds.2010-2576
- Barrantes, A. (junio de 2011). Anemia y exclusión social: la situación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad, según áreas de salud en Costa Rica. 3 y 8. San José. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/serviciosdesalud/anemia2011.pdf>
- Beard, J., Wiesinger, A., Connor, R. (2003). Pre- and postweaning iron deficiency alters myelination in sprague-dawley rats. *Dev. Neurosci.*, 25, 308. doi:10.1159/000073507
- Bhatia, P., Jain, R., Singh, A. (2017). A structured approach to iron refractory iron deficiency anemia (IRIDA) diagnosis (SAID): The more is “SAID” about iron, the less it is. *Pediatric Hematology Oncology Journal*, 2(2), 49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.phoj.2017.08.003>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). *Fichas Técnicas 2014 - 2018. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Dirección Compra de Servicios de Salud*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (Febrero de 2016). Lineamiento técnico LT.GM.DDSS.AAIP.25022016 Diagnóstico y manejo de anemia ferropénica en niñas y niños. San José, Costa Rica: CCSS.
- Costa Rica. Ministerio de Salud [MINSA]. (2012). *Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009. Fascículo 2: Micronutrientes*. San José: MINSA. Recuperado el 12 de junio de 2019, de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/centro-de-informacion/material-publicado/investigaciones/encuestas-de-salud/encuestas-de-nutricion/1566-encuestas-nacional-de-nutricion-2008-2009-fasciculo-micronutrientes-ii/file>
- McCann, J. y Ames, B. (2007). An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency during development and deficits in cognitive or behavioral function. *The Am. J. Clin. Nutr.*, 85, 931 y 945. doi:10.1093/ajcn/85.4.931

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra, Suiza: OMS. Obtenido de <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>, consultado el 05 de octubre de 2017.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Administración diaria de suplementos de hierro a niños de 6 a 23 meses de edad*. Ginebra, Suiza: OMS. Obtenido de <https://www.who.int/elena/titles/iron-children-6to23/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Carencia de micronutrientes*. Ginebra, Suiza: OMS. Obtenido de <https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>

Stoltzfus, R. y Dreyfuss, M. (1998). *Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia*. USA: INACG. Obtenido de https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/1-57881-020-5/en/, consultado el 11 de junio de 2019.

Autoría:

Realizado por:

Dra. Marianella Víquez Garro

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Estilos de vida saludables, una potente estrategia educativa que favorece la salud de la población costarricense

Resumen

La intervención de estilos de vida saludables comprende una estrategia sistemática desarrollada en al menos ocho sesiones educativas con la población de 20 a menos de 65 años, en todas las áreas de salud a nivel institucional, durante cinco años consecutivos. Además, involucra el apoyo de al menos dos medios de comunicación por unidad, quienes se encargan de promover y motivar a la población a formar parte de los procesos educativos.

El fomento de una alimentación saludable, la actividad física, el autocuidado y la autoestima, son las temáticas claves de esta estrategia educativa.

Durante el periodo de ejecución, se crearon nuevos grupos por año, con el objetivo de que más personas pudieran conocer las herramientas de cambio necesarias para favorecer un estilo de vida saludable y, a la vez, extendieran esta motivación a las familias y al resto de la población, para generar una cadena con efectos positivos sobre la salud pública y el sistema de salud.

De tal forma, durante cinco años 32 762 personas adultas participaron por lo menos una vez en estos procesos educativos, lo que representa el 87 % de la meta. Por otra parte, 76 áreas de salud lograron que al menos dos medios de comunicación por año divulgaran la acción grupal. Las regiones

Chorotega, Huetar Atlántica y Brunca alcanzaron la meta del quinquenio.

Mantener la motivación de las personas a seguir practicando estilos de vida saludables y alcanzar así los beneficios que estas conductas generan en la salud a mediano y a largo plazo, representan un reto para la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Por tal motivo, esta institución debe considerar la continuidad de la intervención con una nueva estrategia de seguimiento, que brinde resultados de forma sistemática y que favorezca la toma de decisiones para el primer nivel de atención.

Introducción

El estilo de vida de las personas se ha vinculado estrechamente con algunas enfermedades crónicas que afectan la salud de la población a nivel mundial, entre ellas la obesidad, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares (ECV) y algunos tipos de cáncer. Solo en Estados Unidos, en el año 2012 casi la mitad de los adultos (117 millones de personas) tenía una o más de estas afecciones (Ward *et al*, 2014, p. 2), comportamiento que se mantuvo dos años después, tal como lo indican Smith y Ansa (2016, p. 2). Por lo anterior, se han desarrollado investigaciones con programas dirigidos a las comunidades y con un enfoque integral, los cuales han demostrado ser efectivos para abordar dicha problemática, tras obtener resultados positivos en el Índice de Masa Corporal (IMC), la presión arterial, el colesterol en sangre, el LDL-colesterol y la glicemia (Drozek *et al*, 2014, p. 3-6).

Adicional a lo mencionado, anualmente mueren más personas por enfermedad cardiovascular que por cualquier otra enfermedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019, p. 6). Asimismo, más del 80 % de la carga de este grupo de enfermedades recae en países de bajos y medios ingresos, condición por la cual se recomienda a las autoridades en salud implementar intervenciones más rentables a nivel individual, grupal y poblacional, para controlar las ECV (Singh *et al*, 2018, p. 1).

Estudios realizados en países desarrollados indican que en el manejo de estilos de vida saludables y salud aún existen desafíos que afectan a las comunidades rurales, los cuales están asociados con pobreza, vivienda, transporte, problemas de comunicación y educación limitada (Drozek *et al*, 2014, p. 1-2). En los Estados Unidos, por ejemplo, un 16,9 % de la población adulta con enfermedades crónicas múltiples presentó retraso en la atención médica y el porcentaje de personas atendidas por un profesional en salud aumentó a medida que lo hacía el número de enfermedades que padecía. Esto toma mayor relevancia si se considera que para el sistema de salud es evidente que los costos de atención se incrementan con el número de padecimientos y la edad avanzada (Ward, 2017, p. 1).

En la actualidad, el consenso internacional centra su interés en abordar la problemática de las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, y apoyan a los profesionales en salud con directrices que consideran las herramientas dirigidas tanto a la población como al individuo, que se traduzcan en servicios de atención en salud local. En general, se manifiesta la necesidad de implementar estrategias con enfoques que promuevan estilos de vida saludables en la población de forma estructurada y planificada, trabajando en temáticas relacionadas con una alimentación de calidad, fomento de la actividad física y prevención del tabaquismo, optimizando los factores de riesgo o eliminando las conductas de riesgo para la salud (Piepoli *et al*, 2016, p. 2320, 2325, 2332-2338, 2341; Grundy *et al*, 2018, p. e1047-e1049, e1055, e1061; Royo-Bordonada *et al*, 2017, p. 1, 4, 8-10, 14-18).

Específicamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció cuatro principales factores conductuales sobre los cuales deben desarrollarse acciones para intervenir la aparición de estas enfermedades: alimentación poco saludable, actividad física insuficiente, consumo de tabaco y consumo nocivo del alcohol. Se tiene claridad que este proceso involucra cambios en el comportamiento de la población, que el tema es complejo, requiere de tiempo, debe trabajarse por etapas, no es un evento único e incluso, que las personas pueden avanzar o retroceder por razones distintas a las etapas, y esto no implica que los individuos no cambien, pues finalmente se adoptan nuevas prácticas en salud (OMS y OPS, 2019, p. 15).

Por otra parte, hay estudios que han evaluado la rentabilidad de la implementación de intervenciones, como el efectuado por el *U.S. Prevention Services Task Force* (LeFevre, 2014, p. 1), donde se recomienda el asesoramiento conductual para promover una dieta saludable y actividad física en adultos, y donde se indica que este tipo de intervenciones intensivas que consideran la promoción de estilos de vida saludables y los factores de riesgo identificados, son costo efectivas. Adicionalmente, otras investigaciones con sus hallazgos pretenden apoyar la toma de decisiones políticas a nivel poblacional e indican que las diferencias individuales son menos relevantes (Lin *et al*, 2017, p. 645; U.S. Preventive Services Task Force, 2017, p. 167-168).

Para los prestadores de servicios de salud es fundamental comprender todo el proceso de cambio conductual de una intervención educativa, para apoyar correctamente a las personas y asesorar a quien así lo requiera, siempre enfocados en los factores de riesgo identificados y ajustados a las nuevas circunstancias de vida o variables que influyan en la adherencia de las prácticas en salud planteadas.

Royo-Bordonada *et al* (2017) mencionan en su investigación la importancia de implementar medidas preventivas que realmente favorezcan una correcta eliminación de las conductas de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, ya que con ello se puede prevenir hasta el 80 % de las enfermedades cardiovasculares y un 40 % de los cánceres (p. 4).

Promoción de estilos de vida saludables en Costa Rica

Considerando el panorama descrito, la estrategia institucional de promoción de estilos de vida saludable desarrollada durante cinco años con la población costarricense, en el primer nivel de atención, cobra gran relevancia para el sistema de salud, en especial por el beneficio que trae consigo este tipo de intervenciones, ante la problemática de salud nacional e internacional. Además de que es la primera vez que en la CCSS se mide y evalúa de forma sistemática una intervención educativa de tal magnitud, proyección y planificación. Del mismo modo, debe rescatarse el esfuerzo realizado en cada una de las áreas de salud y el trabajo en equipo logrado por el personal de salud involucrado durante todo el período.

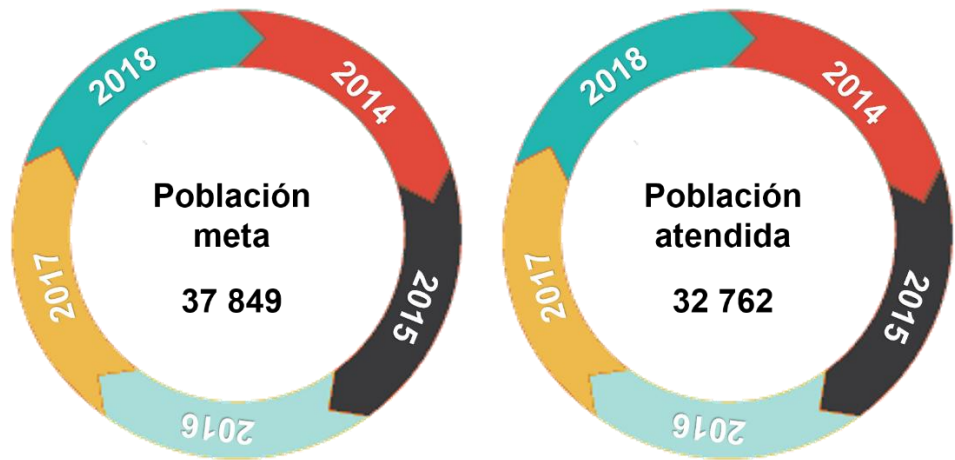
En general, estos procesos educativos en promoción de estilos de vida saludables contaron con una variedad de herramientas, que le permitían a la población tomar decisiones saludables y fomentar el autocuidado y el manejo de factores de riesgo para la salud; prácticas que al ser incorporadas en la rutina diaria, podrían ofrecer resultados positivos en su calidad de vida.

Dentro de este contexto, la intervención institucional contempla dos indicadores:

- *La acción grupal*, que comprende la participación del 1,25 % de la población de 20 a menos de 65 años, durante cinco años, en los procesos educativos sobre promoción de estilos de vida saludables. Estas personas debían recibir al menos ocho sesiones educativas en temáticas enfocadas en alimentación saludable y el fomento de la actividad física.
- *La acción colectiva*, que consiste en la participación de al menos dos medios de comunicación por año en cada unidad, quienes debían divulgar y motivar a la población a participar de los procesos educativos programados a nivel local.

Acción grupal

La acción grupal alcanzó el 87 % de la meta institucional establecida, resultado que requirió de una fuerte coordinación entre las diferentes redes de apoyo establecidas durante el período, la cual se encontraba conformada por representantes de la Dirección Compra de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales y las áreas de salud con los enlaces locales de promoción de estilos de vida saludables:

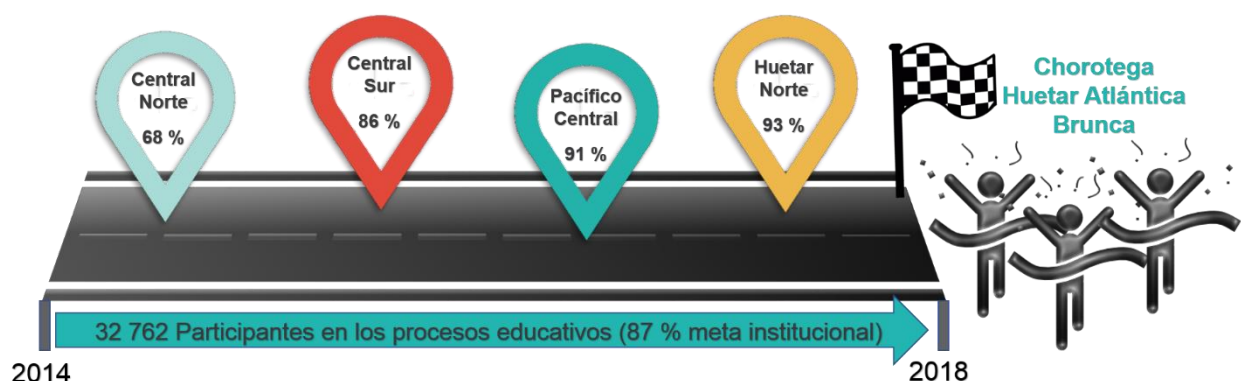


En promedio, 99 unidades ejecutaron la intervención de promoción de estilos de vida saludables tal como fue diseñada a nivel institucional; es decir, como una estrategia sistemática y estandarizada durante cinco años.

Durante el periodo de ejecución, las áreas de salud manifestaron tener diferencias en aspectos como:

- Los recursos disponibles.
- El apoyo recibido por parte de las jefaturas para la ejecución.
- La disponibilidad de tiempo para participar y desarrollar material didáctico.
- Tiempo para la organización entre los integrantes del equipo de salud.
- Tiempo para realizar las actividades de control y monitoreo con los equipos de salud que ejecutan los procesos educativos, de tal forma que permitiera garantizar el éxito de la estrategia educativa.
- Disponibilidad de tiempo para coordinar la divulgación de la acción grupal con los medios de comunicación.

Los resultados por regiones demuestran el esfuerzo realizado durante los cinco años consecutivos, en términos de la participación lograda según la meta institucional:



Durante todo el periodo se presentaron múltiples factores que influyeron en el producto alcanzado. En los tres primeros años de la intervención se observó un crecimiento en la participación de la población y no todas las unidades lograron mantener esta respuesta con las personas adultas de sus comunidades.

El 56 % de las unidades en la institución está representado en las regiones Central Sur y Norte, mientras que el otro 44 % se distribuye entre las cinco regiones restantes. En esas dos grandes regiones también se ubicó el mayor número de áreas de salud con un bajo resultado de ejecución para la acción grupal.

En general, se reportaron algunos elementos que no estaban completamente bajo el control de los equipos de salud. En primer lugar, el ausentismo al programa de sesiones educativas, que podría asociarse a múltiples factores, como el interés por la temática, la duración y la frecuencia de las sesiones, el sentimiento de pertenencia en el grupo, ambientes no propicios para desarrollar la estrategia propuesta, entre otros.

En segundo lugar, se reportaron dificultades en la disponibilidad de la población trabajadora para participar en los procesos educativos, en especial por desarrollarse durante la jornada laboral. En estos casos, las unidades recurrieron a las empresas, instituciones u organización para trabajar con los funcionarios en su propio ámbito laboral, quienes en muchos casos contaban con un programa de salud ocupacional o lo visualizaron como tal para lograr alianzas de trabajo.

En tercer lugar, la motivación individual, clave para lograr cambios en los hábitos de salud y proyectar este interés a sus familiares o a la comunidad. Este elemento sigue siendo crucial para el logro de los objetivos en cualquier proceso de cambio, pues toda persona necesita sentir que la nueva conducta le traerá un beneficio a su salud; sin embargo, muchas veces estos resultados no se logran en el corto plazo, por el contrario, requieren de tiempo, esfuerzo y el convencimiento de que realmente existe la necesidad de mantener la conducta para beneficiar su salud.

El cuarto factor tiene relación con los recursos disponibles, entre ellos los humanos, de infraestructura, económicos y de tiempo. En el caso de los recursos humanos, algunas unidades contaban con un mayor número de profesionales de las disciplinas disponibles en el primer nivel o, por el contrario, con equipos poco involucrados, y en muchas ocasiones las responsabilidades recaían sobre la minoría de estos. En cuanto a la infraestructura disponible para trabajar, en comunidades lejanas esta no favoreció la ejecución de los procesos educativos; aun así, algunas áreas lograron el apoyo de organizaciones o instituciones, e hicieron alianzas que permitieron la utilización de espacios más amplios, cómodos y con un ambiente más propicio para el trabajo en grupo. Respecto a lo económico, se mencionó la necesidad de material para el desarrollo de los temas o la posibilidad de brindar un refrigerio saludable, en especial si se requiere impactar en conductas positivas.

Finalmente, la falta de permisos de tiempo a los funcionarios para involucrarse en los procesos educativos con el objetivo de realizar la planificación y el desarrollo de las sesiones educativas, fue otro elemento que no siempre se logró solucionar y en muchas ocasiones produjo desmotivación en el equipo de salud, ya que requirieron de horas fuera de la jornada laboral para cumplir con la acción grupal.

Acción colectiva

En lo que respecta al indicador acción colectiva, durante los cinco años de la intervención, el apoyo que brindaron los medios de comunicación a las áreas de salud para motivar a la población a participar en los procesos educativos fue muy variable y asociada a las gestiones individuales que cada unidad hiciera en relación con la población que tenía programado trabajar.

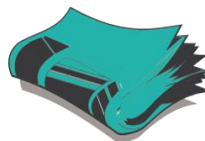
FACEBOOK



Redes sociales y sitios web de instituciones, organizaciones, periódicos y otros



Programas de radio, televisión



**Periódicos nacionales y locales
Boletines en Iglesias**



**Divulgación Interna:
Instituciones públicas y privadas,
asociaciones, grupos comunales y
comercio en general**

Los resultados de la acción grupal permitieron constatar el logro alcanzado con la colaboración brindada por los medios de comunicación y fortalecer ese vínculo entre la CCSS y las instituciones y organizaciones participantes, para motivar el involucramiento de la población en los procesos educativos. Sin embargo, en un inicio la participación de los medios no fue tan efectiva como se esperaba, quizás porque en pocas ocasiones se había procedido con este tipo de alianzas, es decir entre una institución de salud y los medios de divulgación.

Las estrategias utilizadas para estimular o motivar a la participación fueron variadas; se fomentó la utilización al máximo de los recursos locales disponibles, como es el caso de los boletines parroquiales y el comercio, así como el uso de las tecnologías que en la actualidad son frecuentemente visitadas por las personas: las redes sociales y los sitios web de las instituciones u organizaciones.

Otras unidades, por su parte, iniciaron estrategias de divulgación a lo interno de las instituciones y organizaciones, permitiendo así trabajar con población cautiva y con grupos más estables y consolidados.

Participantes

Los grupos de participantes en la intervención durante los cinco años fueron muy heterogéneos; sin embargo, sobresalieron los conformados por alianzas con instituciones u organizaciones en las diferentes comunidades:

Trabajadores de:



Empleados de Instituciones



Grupos comunales



Las personas participantes provenían de una gran variedad de sitios y comunidades. Las unidades de la gran área metropolitana fueron las que mencionaron mayor dificultad en la captación, para lo cual tuvieron que recurrir a múltiples métodos de divulgación, ya que el involucramiento no fue tan positivo en los primeros años.

En las comunidades rurales fue usual el trabajo con grupos de padres y madres conformados por instituciones u organizaciones, como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), que tenía un grupo de personas incluidas en la estrategia nacional denominada “Puente al Desarrollo”, para la reducción de la pobreza y la desigualdad social. En este caso, se establecieron alianzas de apoyo conjunto durante varios años, que permitieron el trabajo con grupos de participación muy estables. El IMAS tiene consolidado su plan de trabajo con las personas en condiciones especiales en las comunidades, y la CCSS unió fuerzas apoyando y enlazando la promoción de estilos de vida saludables en un contexto interinstitucional, permitiendo que la proyección y el abordaje que ofrecen ante una problemática social se vieran fortalecidos.

Los cambios conductuales alcanzados en el estilo de vida de la población, luego de cinco años de intervención, requieren de continuidad y soporte

Conclusiones y recomendaciones

La intervención de promoción de estilos de vida saludables ha generado un grupo de profesionales trabajando temáticas educativas relacionadas con el manejo de los factores de riesgo y los cambios en el comportamiento, así como en una estrategia potente para el primer nivel de atención en el ámbito institucional.

Para lograr mayor impacto en las intervenciones desarrolladas, es necesario contar con mayor apoyo, que va desde el involucramiento activo de todos los funcionarios de salud, hasta las jefaturas con el soporte necesario para la disponibilidad de tiempo de ejecución, que garantice el éxito.

Las áreas de salud que tienen recurso humano involucrado, trabajo en equipo, planificación y seguimiento de las acciones propuestas para ejecutar procesos educativos, tienen mejores resultados en el desarrollo de la promoción de estilos de vida saludables y en los beneficios alcanzados con la población participante.

Por otro lado, quedó demostrado que la *formación de alianzas* con organizaciones e instituciones funciona como una estrategia de éxito en el desarrollo de procesos educativos a nivel comunitario, en especial cuando se desea proyectar hacia la comunidad con herramientas didácticas y sin necesidad de asistir a los centros de salud. Adicionalmente, estos actores sociales apoyan a las unidades compartiendo los recursos disponibles, como la infraestructura, los grupos cautivos o los grupos de personas con algún grado de vulnerabilidad.

En cuanto a los temas tratados, se recomienda para futuras intervenciones considerar la incorporación de la temática sobre la prevención en el consumo de tabaco, ya que diversos estudios han comprobado su relevancia dentro de los programas de estilos de vida saludables, por su efecto positivo sobre la salud cardiovascular, por su relación con las muertes atribuibles al consumo, por el efecto acumulativo en la vida al consumir cigarrillos, por las tasas de mortalidad asociadas y por considerarse una prioridad política de control o vigilancia en salud.

Adicionalmente, en futuras intervenciones debe reforzarse lo que representa el componente de adherencia al cambio en el estilo de vida, que comprende la motivación individual a continuar con las conductas saludables aprendidas y contar con la convicción del beneficio en la salud asociado a las nuevas prácticas o a las modificaciones realizadas para mejorar su calidad de vida. De esta forma, se estaría fortaleciendo la participación en los procesos educativos desarrollados y se crearía una necesidad por mejorar las prácticas en salud, teniendo presente que los resultados alcanzados realmente son positivos, los cuales van apareciendo desde el mediano hasta el largo plazo.

Para alcanzar mejores resultados en el largo plazo en relación con los cambios de las conductas saludables promovidas durante cinco años, es importante que las áreas de salud consideren brindar monitoreos o refuerzos educativos con la población. Dicha acción permitiría mantener

la motivación de las personas que recibieron las herramientas necesarias para hacer modificaciones en el estilo de vida y favorecería el logro de los efectos que estos tienen sobre la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- Díaz, J., Ruiz, M., Gea, A., Fernández, A., & Martínez, M. (2018). Relación entre un índice de estilo de vida saludable y el riesgo de enfermedad cardiovascular en la cohorte SUN. *Rev. Esp. Cardiol.*, 71(12),1001-1009.
- Drozek, D., Diehl, H., Nakazawa, M., Kostohryz, T., Morton, D., & Shubbrook, J.H. (2014). Short-term effectiveness of a lifestyle intervention program for reducing selected chronic disease risk factors in individuals living in rural appalachia: a pilot cohort study. *Adv. Prev. Med.*, 798184.
- Forouzanfar, M.H., Afhkan, A., Alexander L.T., Anderson, H.R., Bhutta, Z.A., Biryukov, S., ... Murray, Ch. J. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053),1659-1724.
- Grundy, S., Stone, N., Bailey, A., Beam, C., Birtcher, K., Blumenthal, R., ... Forman, D. (2018). AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPMADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol. *Circulation*, S0735-1097 (18), 39033-39038.
- Instituto Mixto de Ayuda Social [IMAS]. (2018). *Puente al desarrollo estrategia nacional para la reducción de la pobreza*. San José, C.R. Obtenido de <http://www.imas.go.cr/general/estrategia-nacional-para-la-reduccion-de-la-pobreza-extrema-puente-al-desarrollo>
- LeFevre, M.L. (2014). Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Satatement. *Ann. Intern. Med.*, 161(8), 587-593.
- Lin, J., Zhuo, X., Bardenheier, B., Rolka, D., Gregg, E., Hong, Y., ... Zhang, P. (2017). Cost-effectiveness of the 2014 U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for Intensive Behavioral Counseling Interventions for Adults With Cardiovascular Risk Factors. *Diabetes Care*, 40(5), 640-646.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes-Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud*. Obtenido de www.paho.org:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (abril de 2019). *Hearts Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Guía de implementación*. Obtenido de www.paho.org: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50887>
- Pérez, F., Pascual, V., Meco, J., Pérez, P., Delgado, J., Domenech, M., ... Ros, E. (2018). Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. *Clin. Investig. Arterioscler.*, 30(6), 280-310.
- Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L., ... ESC Scientific Document Group. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of societies and by invited experts) developed with the special contribution of the european association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *Eur. Heart. J.*, 37(29), 2315-2381.
- Royo-Bordonada, M., Armario, P., Lobos, J., Pedro-Botet, J., Villar, F., Elosua, R., ... CEIPC. (2017). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Clin. Investig. Arterioscler.*, 29(2), 69-85.
- Singh, K., Chandrasekaran, A.M., Bhaumik, S., Gamage, A.U., De Silva, P., Roy, P., ... Tandon, N. (2018). Cost-effectiveness of interventions to control cardiovascular diseases and diabetes mellitus in south asia: A systematic review. *BMJ open*, 8(4), e017809.
- Smith, S. y Ansa, B. (2016). A systematic review of lifestyle interventions for chronic diseases in rural communities. *J. Ga. Public. Health. Assoc.*, 5(4): 304–313.
- U.S. Preventive Services Task Force, Grossman, D.C., Bibbins-Domingo, K., Curry, S.J., Barry, M.J., Davidson, K.W., ... Tseng, C.W. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 318(2), 167-174.
- Ward, B.W. (2017). Barriers to Health Care for Adults With Multiple Chronic Conditions: United States, 2012–2015. *NCHS Data Brief*, (275), 1-8.
- Ward, B., Schiller, J., & Goodman, R. (2014). Multiple chronic conditions among us adults: A 2012 Update. *Prev. Chronic. Dis.*, 11, E62.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Marlon A. Lizano Muñoz, Nutricionista

Colaboradores:

MSc. Miriam León Solís

Licda. Shirley Soto Alpízar

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: julio, 2019

Hipertensión arterial, principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares. Un problema de salud pública

Análisis de la cobertura y el control óptimo en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (2014-2018).

Resumen

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible, que cambió su definición y control clínico en los últimos años, pero que continúa siendo uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, por su aporte a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de HTA en el mundo es de 22 %; en América Latina y el Caribe esta va desde 22 % hasta 35 % (Panamerican Health Organization [PAHO], 2017); y en CR es de 36,2 % (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2014, p. 34). La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone disminuir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad, prevenibles y evitables, debidas a enfermedades no transmisibles, mediante la reducción relativa de un 25 % de la prevalencia de hipertensión arterial (World Health Organization [WHO], 2015). En Costa Rica (CR), el Estado de la Nación expone que las muertes relacionadas con la HTA, como el infarto agudo al miocardio, son la primera causa específica de muerte, y aumentarán en un 17,5 % durante el período 2013-2030 (Benavides, 2013, p. 19); también manifiesta que los días de estancia promedio por enfermedades del sistema circulatorio aumentarán en un 85 % y que el porcentaje de personas mayores de 65 años se duplicará, por lo que se deben tomar las medidas necesarias para reducir la prevalencia y las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Para

lograr la reducción relativa que propone la OMS, el modelo de atención en salud de CR debe adaptarse a un enfoque centrado en las personas y en redes integradas de servicios de salud, incrementando la inversión en la atención primaria, priorizando las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Siguiendo esa línea de acción, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) realiza la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) por medio de indicadores, entre ellos el de “control óptimo de presión arterial en el primer nivel de atención en salud”. De acuerdo con este, en el 2018 el 65,7 % de las personas con HTA tenían cifras de presión arterial adecuadas, según su condición de salud. Entre el 2016 y el 2018 dicho porcentaje se incrementó; sin embargo, durante ese trienio persistieron regiones y áreas de salud con resultados limitados. El indicador también evidencia que la cobertura de atención en HTA durante el quinquenio 2014-2018 se incrementó, pasando de 38 % a 42 %. Además de lo indicado, se muestran otros resultados de las áreas de salud de la CCSS.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es la tensión alta en los vasos sanguíneos en forma persistente, causada por la fuerza de la sangre sobre las paredes arteriales, al ser impulsada por el corazón, pudiendo dañarlos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

El JNC-7 (Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) del 2003, define la hipertensión con cifras iguales o superiores a 140/90 mmHg; mientras que el American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) del 2017, la definen con cifras sobre 130/80 mmHg. Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en la guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, elaborada en el 2009 y aún vigente, la define como: personas de 18 años o más con presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg; esta última definición es la utilizada para el análisis del indicador de control óptimo de HTA en el presente informe.

En general, la HTA se considera un factor de riesgo cardiovascular, en conjunto con la diabetes, la dislipidemia y las enfermedades cardiovasculares (ECV) ya establecidas. También es la principal causante de enfermedad isquémica cardíaca y accidente cerebrovascular; estando entre las principales causas de mortalidad durante los últimos 15 años, ocasionando 15,2 millones de defunciones en 2016 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Considerando lo anterior, la OMS identificó una serie "inversiones óptimas" o intervenciones costo eficaces para prevenir y controlar las ECV, las cuales recomienda realizar a nivel poblacional e individual.

Para llevar a cabo ambas intervenciones, es fundamental la detección precoz y el tratamiento temprano de la HTA, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos (OMS, 2017); esto debido a que el adecuado control es una medida costo-efectiva para evitar las muertes prematuras.

Sin embargo, aún existen personas que desconocen su condición o en su defecto no tienen la presión arterial controlada. De tal forma, en América Latina y el Caribe la prevalencia de HTA va incrementándose; y en el caso específico de Suramérica, por ejemplo, según estudios realizados, solo el 18,8 % de las personas con hipertensión arterial tienen su presión arterial controlada (OPS, 2017).

Respecto a las intervenciones poblacionales, estas proponen disminuir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad, prevenibles y evitables, debidas a enfermedades no transmisibles, por medio de una reducción relativa del 25 % de la prevalencia de hipertensión arterial en cada país (WHO, 2013).

En esta línea, el Ministerio de Salud de Costa Rica elaboró la “Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las ECNT y Obesidad 2014-2021”, y estableció la meta de reducción relativa del 17 % de la mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica, insuficiencia renal crónica y enfermedad hipertensiva y tumores malignos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018).

En cuanto a las intervenciones individuales, cabe destacar que estas constituyen una manera de prevenir los infartos agudos al miocardio (IAM) y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) (OMS, 2017), y van dirigidas a las personas que presentan un riesgo cardiovascular medio y alto, o a los individuos que presentan un solo factor de riesgo, con niveles superiores a los umbrales de tratamiento recomendados, por ejemplo: diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia.

Dicho esto, la hipertensión arterial es una enfermedad crónica que acompaña al individuo desde su diagnóstico hasta la muerte, pero que se puede prevenir, tratar y controlar. Para lograr su buen control se necesita que el personal de salud y la población en general conozcan de ella, así como de un sistema de medición de ese control, que permita identificar los resultados y los puntos de mejora; de ahí la importancia de los indicadores de “cobertura y control óptimo de presión arterial en el primer nivel de atención en salud de la CCSS”.

Metodología y descripción de la muestra evaluada

Para el cálculo de la cobertura, se utilizó una lista de personas atendidas en cada una de las áreas de salud. Como criterio de extracción del listado, se utilizaron los códigos diagnósticos CIE-10 con que fue registrada la atención en el EDUS (en el año 2017 se le solicitaron a cada una de las áreas de salud los códigos utilizados para el registro de las atenciones por HTA):

Código CIE-10	Número de áreas de salud que lo utilizaron
I10X: Hipertensión esencial (primaria)	95
I150: Hipertensión renovascular	1
I151: Hipertensión secundaria a otros trastornos renales	1
I152: Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos	1
I158: Otros tipos de hipertensión secundaria	1
I159: Hipertensión secundaria, no especificada	2
Z95: Presencia de implante e injertos cardiovasculares	1
Z098: Examen de seguimiento consecutivo a otro tratamiento por otras afecciones	15
Z136: Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	3
Z135: Examen de pesquisa especial para trastornos del ojo y del oído	1

A este respecto, el uso de varios códigos diagnósticos para registrar las atenciones por hipertensión arterial dificultó la extracción de los listados en forma automatizada, ya que es frecuente que cada área de salud utilice combinaciones de códigos diagnósticos y en ocasiones más de uno para registrar el mismo tipo de atención. Incluso, de esta lista de códigos diagnósticos algunos no se refieren directamente a hipertensión arterial (Z95, Z098, Z136, Z135).

Una vez extraídos los listados del total de registros de personas atendidas por HTA (529 411), se presentaron las siguientes inconsistencias:

- Ausencia de cifras de presión arterial. En 18 785 personas solo hay constancia de la consulta médica brindada en el sistema de agendas y citas (SIAC), pero no hay datos de presión arterial de esa consulta, ya que no tenían expediente electrónico (SIES).
- Cifras de presión arterial registradas que impresionan ser incorrectas.
 - PAS inferior a 90 o PAD inferior a 60 mmHg (se relacionarían con hipotensión arterial), incluso registros inferiores a 1 mmHg.
 - PA >180/120 mmHg (se relacionaría con crisis hipertensiva).

Por otra parte, considerando que 529 411 atenciones es un elevado número de registros y ante la necesidad de verificar la calidad de los datos registrados, se extrajo una muestra de 6 596 expedientes, para obtener el resultado de control óptimo de presión arterial. Se observaron los datos y se subsanaron las inconsistencias, y al final, de la totalidad de la muestra solo 13 expedientes fueron no evaluables.

Entre otras generalidades del muestreo y la metodología de evaluación del indicador, para realizar el análisis y la comparación de los resultados del control óptimo de presión arterial, se utilizaron únicamente los resultados del período 2016–2018, ya que en estos tres años se tomó la muestra del total de atenciones independientemente del sector del área de salud al que pertenecía, mientras que en los años 2014 y 2015 se había efectuado un muestreo de solo dos sectores, haciendo que los resultados de estos dos años no sean comparables.

Otro aspecto a destacar, es que se realizó un manejo diferenciado de las cifras de presión arterial en el caso de las personas con diabetes mellitus mayores de 80 años. Esto porque en años anteriores se manejó una cifra de control de PA menor a 150/90 mmHg (asociado a edad), mientras que lo adecuado es una cifra de PA menor a 140/90 mmHg (asociado a la diabetes mellitus).

Análisis de resultados

1. Cobertura de HTA

La cobertura sanitaria universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos; abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad; desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OMS, 2019).

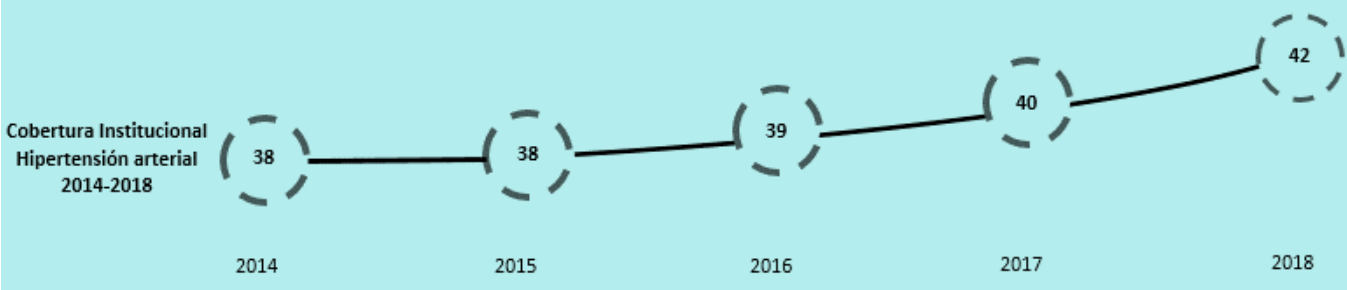
Una manera en que la OMS mide la CSU es mediante indicadores que muestren el nivel y la equidad de la cobertura; entre estos indicadores se encuentran los de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial (OMS, 2019).

En este contexto, el indicador de cobertura de HTA en el primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) muestra la oferta de servicios y la oportunidad de acceso que presta la institución a la población susceptible (que requiere de acciones específicas en salud para la detención y control de su enfermedad), a través de las áreas de salud.

Es importante destacar que en el mundo la prevalencia de hipertensión arterial alcanza el 22 %, mientras que en Costa Rica, la Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular del 2014 estableció una prevalencia general de hipertensión arterial para la población de 20 años y más de 36,2 % (31,2 % diagnosticada y 5 % no diagnosticada).

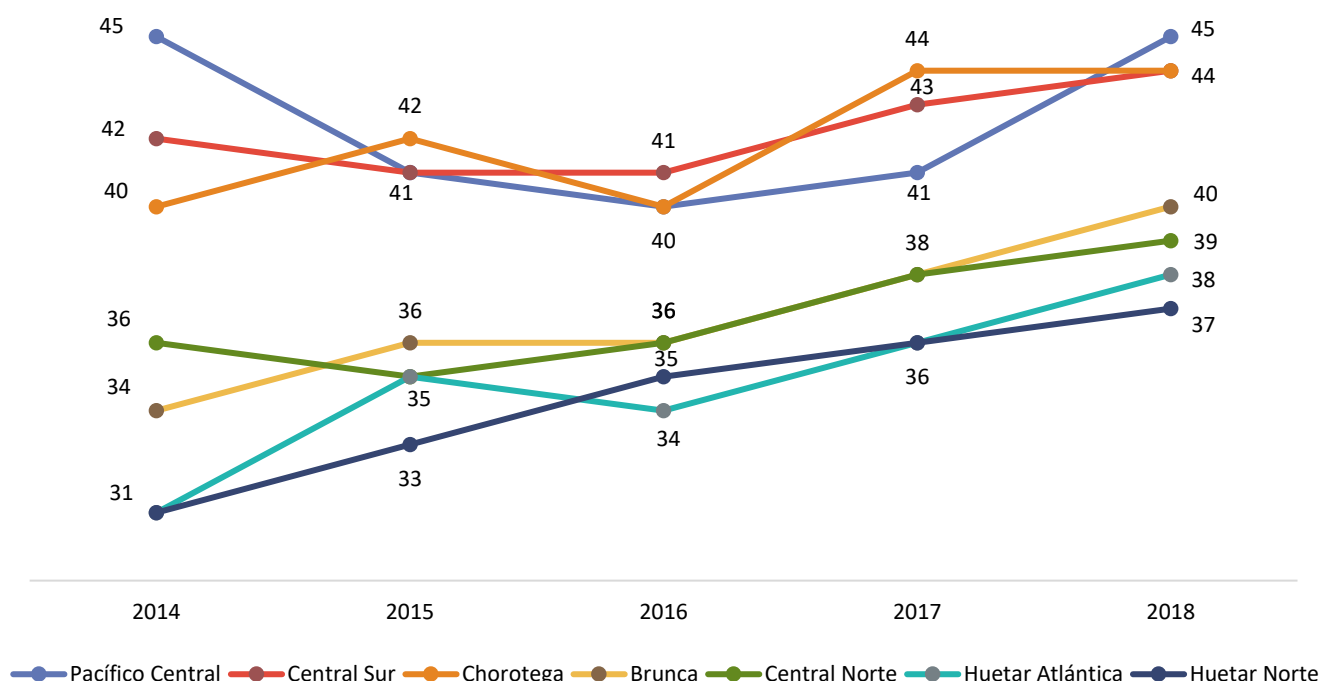
Tomando en consideración esa prevalencia, se considera que para el año 2018 la población susceptible de ser hipertensa es de 1 266 052 personas; de estas, el primer nivel de atención de la CCSS brindó al menos una consulta por HTA a 529 411 personas, obteniéndose una cobertura de 42 %.

En lo que respecta a las coberturas del quinquenio 2014-2018, se evidenció un aumento sostenido de la cobertura institucional.



En el gráfico 5.1, se evidencia que en el período 2016-2018, todas las regiones incrementaron su cobertura. En este punto, cabe mencionar que el comportamiento de las regiones permite dividirlos en dos grupos: las que en todos los años superan la cobertura de 40 % (quienes además han estado todos los años sobre los resultados institucionales) y las que han están bajo ese porcentaje.

Gráfico 5.1
CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial^{/1} según región,
2014^{/2}- 2018
 (En porcentaje)



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

/2 Datos del 01 de abril al 31 de diciembre 2014, para Áreas de Salud UNIBE.

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014 - 2018.

a. Cobertura de HTA en las áreas de salud

Para el informe del año 2018, se enfatiza en el análisis del quinquenio (2014-2018), donde se evidenciaron comportamientos variados en los resultados de cobertura: algunas áreas de salud han incrementado sus coberturas, otras las han mantenido y otras las han disminuido. Sin embargo, hay casos particulares, y entre ellos están las áreas de salud que persisten con los resultados más bajos de cobertura en todos los años evaluados (están entre las últimas 11 de 104 áreas de salud, lo que a la vez correspondió al percentil 10 de cobertura). Dentro de este grupo, las áreas de salud de San Pablo y Talamanca no solo presentaron las coberturas más bajas en todos los años, sino que además las fueron disminuyendo. En estas áreas no se logró identificar alguna razón de fondo que explicara estos resultados (Cuadro 5.1).

Cuadro 5.1**CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes por abajo del percentil 10, 2014-2018**

(En porcentaje)

Área de salud	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
San Pablo	25	24	25	24	22
Talamanca	25	26	28	27	25
Alajuela Sur	23	24	25	25	26
Pital	20	25	25	25	26
Alajuelita	11	28	28	29	31

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014 - 2018.

En el extremo opuesto están las áreas que mantuvieron una alta cobertura durante el período 2014-2018, estando siempre entre las 11 áreas de salud con coberturas más elevadas, lo que a su vez correspondió al percentil 90 de cobertura (Cuadro 5.2). En este grupo sobresalen las áreas de salud de Catedral Noreste, San Rafael de Puntarenas, Corralillo, Coronado y Montes de Oro, que además de presentar los mejores resultados, los incrementaron año con año.

De esas áreas mencionadas destacan dos, por sobrepasar el 100 % de cobertura de la población hipertensa estimada: Catedral Noreste y San Rafael de Puntarenas. Estas áreas de salud justifican este hallazgo en que brindan atenciones no solo a su población adscrita, sino también a personas adscritas a otras áreas de salud y que por motivos de trabajo viven ahí.

Cuadro 5.2**CCSS: Cobertura de atención a personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes sobre el percentil 90, 2014-2018**

(En porcentaje)

Áreas de Salud	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Catedral Noreste	223	88	110	129	129
San Rafael de Puntarenas	117	75	79	82	82
Corralillo	54	54	60	59	66
Coronado	68	69	65	63	64
Montes de Oro	55	56	53	61	61
Paraíso-Cervantes	54	52	53	54	56
Tilarán	58	57	53	57	55

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014 - 2018.

2. Control óptimo de presión arterial

La actualización de las guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial de la CCSS, estableció como metas óptimas del tratamiento de la HTA los siguientes valores de presión arterial, según la condición diagnóstica asociada:

“Condición/Diagnóstico”	Cifras Meta
Población general	PA < 140/90 mmHg
Población general mayor de 80 años	PA < 150/90 mmHg
Diabetes mellitus	PA < 140/80 mmHg
Nefropatía (incluye microproteinuria y/o insuficiencia renal crónica)	PA < 140/80 mmHg

De acuerdo con estas cifras, el resultado institucional de control óptimo de presión arterial en las personas con HTA fue de 65,7 % (IC 64,7-66,7), asociado a una mejoría en los resultados de los últimos tres años y sobrepasando la meta de 65 % establecida para el período 2014 - 2018.

Por otra parte, en el ámbito regional, la Huetar Atlántica es la que presenta el porcentaje más alto de control óptimo de presión arterial; mientras que la Huetar Norte es la que presenta el porcentaje más bajo, a más de cinco puntos porcentuales del institucional, situación que se ha mantenido en los tres años evaluados, aun así, ha mejorado sus resultados (Cuadro 5.3).

Cuadro 5.3
CCSS: Control óptimo de presión arterial a personas con hipertensión arterial, según región, 2016-2018
 (En porcentaje)

Región	Año		
	2016	2017	2018
Institucional	63,2	64,8	65,7
Huetar Atlántica	55,6	62,9	69,1
Central Sur	65,7	66,8	67,2
Brunca	58,9	59,6	67,0
Central Norte	63,9	65,0	66,9
Pacífico Central	60,0	64,2	63,4
Chorotega	56,0	64,0	60,7
Huetar Norte	52,1	57,0	59,6

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2016 - 2018.

a. Control óptimo de presión arterial en las áreas de salud.

Para el año 2018, se evidenciaron comportamientos variados en los resultados de las áreas de salud. Uno de los principales hallazgos fue que las áreas de salud con los resultados más bajos están a más de 12 puntos porcentuales del resultado institucional (las últimas 10 de 104 áreas de salud, lo que corresponde a su vez al percentil 10 de control óptimo).

En este grupo, el área de salud de Hatillo obtuvo el resultado más bajo (42,9 %), a más de 22 puntos porcentuales del resultado institucional (65,7 %) y de la meta quinquenal (65 %); los representantes locales de esta área de salud relacionan este resultado con el mal estado de los equipos y el uso de brazaletes inadecuados para realizar la medición de la presión arterial.

Cabe destacar que de todas las áreas de salud, solo Liberia persiste con resultados bajo el percentil 10 en los últimos tres años (42 en el 2016, 53 en el 2017 y 53 en el 2018) (Cuadro 5.4).

Cuadro 5.4
CCSS: Control óptimo de la presión arterial en personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes por abajo del percentil 10, 2018.

Áreas de Salud	Porcentaje
Liberia	53
Alajuela Sur	52
Desamparados 1	52
San Rafael de Heredia	52
Horquetas-Río Frío	51
Santa Cruz	49
Barranca	49
Guatuso	47
Matina	45
Hatillo	43

Fuente: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Por otra parte, están las áreas de salud con resultados sobre el percentil 90 de control óptimo de presión arterial, donde se hacen notar las tres áreas de salud administradas por la Universidad Iberoamericana (UNIBE), que junto con otras cuatro áreas de salud de compra externa suman siete de las mejores 10. Incluso, las áreas de salud de Barva, Concepción–San Juan–San Diego, Montes de Oca, San Sebastián-Paso Ancho y Santa Ana han estado sobre el percentil 90 en los últimos tres años, en forma consecutiva (Cuadro 5.5).

Cuadro 5.5**CCSS: Control óptimo de la presión arterial en personas con hipertensión arterial, según las áreas de salud con porcentajes sobre el percentil 90, 2018.**

(En porcentaje)

Áreas de Salud	Porcentaje
Barva	98
Concepción–San Juan–San Diego 2	90
Desamparados 2	90
Montes de Oca 2	90
Curridabat 2	84
Guápiles	84
Santa Bárbara	84
Santa Ana	82
San Sebastián–Paso Ancho	82
Parrita	82

Fuente: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

3. Cobertura y Control óptimo de la presión arterial

En el ámbito internacional, la iniciativa HEARTS de la OPS (aplicada en centros de salud de seis países de Latinoamérica: Cuba, Panamá, Bahamas, Colombia, Ecuador y Chile), promueve la adopción de las mejores prácticas mundiales para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares y la mejora en el desempeño de los servicios a través de un mejor control de la presión arterial alta y la promoción de la prevención secundaria, con énfasis en el primer nivel de atención (OPS, 2019).

Como parte de esta iniciativa, la OPS estableció como objetivo para los países de las Américas, que el 35 % de las personas con hipertensión arterial estén con su presión arterial controlada para el 2019 (tasa de control de HTA); por el momento, esto solo lo han logrado: Canadá (68 %), Estados Unidos (52 %) y Cuba (36 %) (OPS, 2019).

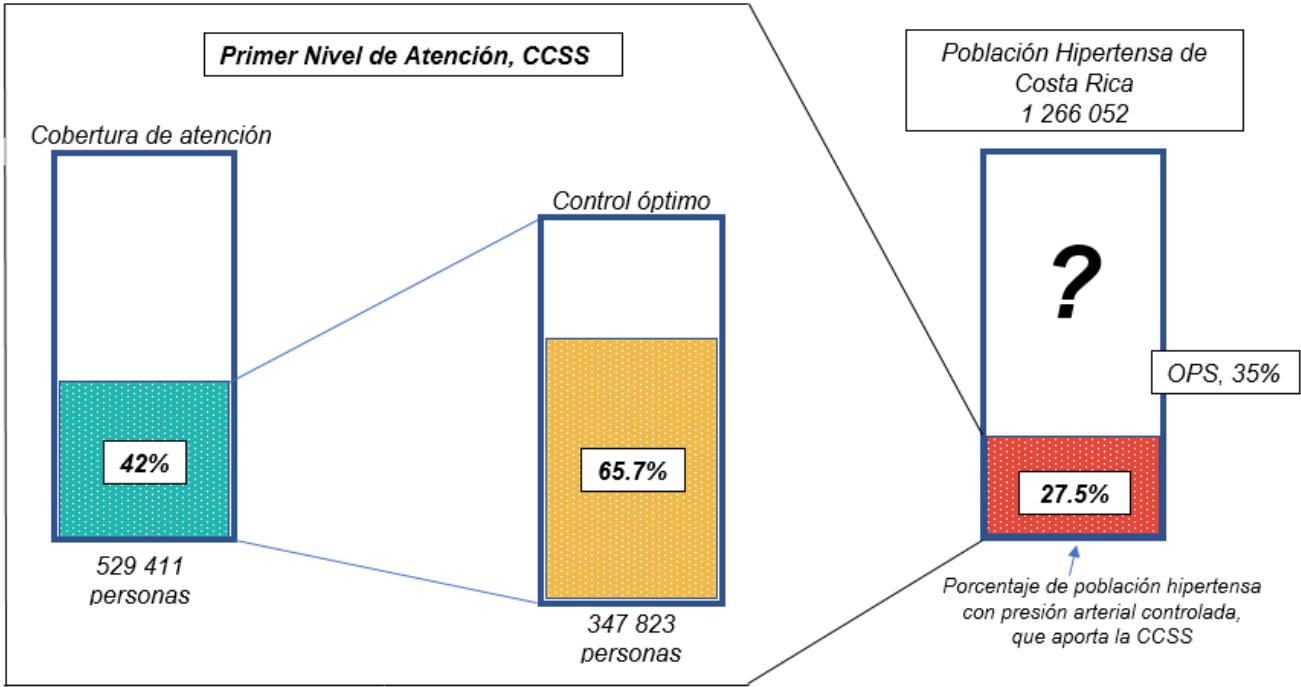
Considerando que la CCSS ofrece una cobertura del 94 % de la población (CCSS, 2017) y una cobertura de prestaciones del 100 % del país (CCSS, 2018), se realizó el ejercicio de estimar para el primer nivel de atención, la relación (porcentaje) de personas hipertensas con control adecuado de presión arterial atendidas, respecto al total de la población hipertensa del país.

Utilizando los resultados de cobertura (42 %) y control óptimo (65,7 %), se logró estimar que la CCSS atiende y tiene controlada de su presión arterial en el primer nivel de atención al 27,5 % de las personas hipertensas del país. Lo que en números totales significa que de las 1 266 052

personas hipertensas estimadas en Costa Rica para el 2018, la CCSS atendió a 529 411, y de estas aproximadamente 347 823 tenían un control óptimo de presión arterial (Anexo 5.1).

Esto quiere decir que aproximadamente 181 588 de las personas que tuvieron al menos una consulta por hipertensión en la CCSS, no tienen presiones arteriales adecuadas (control óptimo) y que alrededor de 736 641 personas con HTA no tienen control en el primer nivel de atención. Estas personas pueden tener control en el segundo o tercer nivel de atención en la CCSS o incluso, fuera de ella (medicina de empresa, mixta o privada); sin embargo, pueden no tener control en ningún sitio, convirtiéndose en una población de riesgo cardiovascular aumentado y desprovista de los servicios de salud (Figura 5.1).

Figura 5.1
CCSS: Estimación de personas hipertensas con control adecuado de presión arterial atendidas en el primer nivel de la CCSS con relación al total de la población hipertensa del país, 2018.
(En porcentaje)



Fuente: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

En el cuadro 5.6 se identifican las áreas de salud que presentan los resultados más bajos en la relación de población hipertensa atendida y la población hipertensa con control óptimo de presión arterial; esto puede deberse a que presenten baja cobertura, bajo control óptimo de presión arterial o ambas situaciones.

Tres de las áreas de salud que presentaron estos resultados pertenecen a la región Central Norte. Dos de ellas (Heredia-Cubujuquí y Alajuela Sur) tuvieron resultados limitados tanto en cobertura como en control óptimo, mientras que la otra (San Pablo) presentó baja cobertura y un control óptimo elevado, incluso sobre la meta y el resultado institucional.

Cuadro 5.6

CCSS: Estimación de la relación cobertura y control óptimo de la presión arterial en la población hipertensa atendida en las áreas de salud cuyos resultados están por abajo del percentil 10, 2018.

(En porcentajes)

Áreas de Salud	Cobertura	Control óptimo	Relación
Liberia	36	53	19
Los Chiles	32	53	18
Matina	40	45	18
Talamanca	25	75	18
San Pablo	22	77	17
Heredia-Virilla	31	55	17
Alajuelita	31	55	17
Pital	26	58	15
Alajuela Sur	26	52	14

Fuente: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

La importancia de esta relación (cobertura/control óptimo) es que los resultados limitados favorecen el pobre control de la población y esto se asocia a un aumento en el riesgo cardiovascular, con detrimento en la calidad de vida de los pacientes por las complicaciones y las secuelas asociadas a la enfermedad hipertensiva. También para la institución implica un mayor gasto económico en la ejecución de acciones en salud de mayor complejidad (revascularización miocárdica o la diálisis) para tratar y rehabilitar a esta población vulnerable. De tal forma, es fundamental conocer el grupo de áreas con resultados limitados, para tratar de mejorar la calidad de la atención al paciente hipertenso.

A este respecto, los representantes locales de algunas áreas de salud refieren dos situaciones que consideran impactan directamente estos resultados y sobre los que se debe gestionar:

- Por un lado, se afecta la cobertura de atención y el control óptimo de las cifras de presión arterial por la alta demanda de citas para la atención de morbilidad y el aumento de la población con enfermedades crónicas.
Esta situación no permite establecer citas programadas a los pacientes con hipertensión arterial, reduciendo así la posibilidad de una concentración de citas adecuada, puesto

que se amerita de dos y hasta cuatro citas de control anuales, según los factores de riesgo presentes en cada persona.

- La otra situación planteada afecta la cobertura de atención y se relaciona con la población no asegurada, ya que esta no puede acceder al control de hipertensión arterial por su condición de aseguramiento, aumentando el riesgo en este tipo de población.

En el otro extremo de los resultados se encuentran las áreas de salud con coberturas y control óptimo alto, donde seis de ellas pertenecen a la región Central Sur (Cuadro 5.7). Desde el punto de vista del abordaje adecuado de la población con hipertensión, estas unidades representan el comportamiento deseable, ya que una proporción importante de su población susceptible es atendida y a su vez, está bien controlada de sus cifras de presión arterial, por lo que están sobre el 35 % sugerido por la OPS.

Cuadro 5.7
CCSS: Estimación de la relación cobertura y control óptimo de la presión arterial en la población hipertensa atendida en las áreas de salud cuyos resultados están por arriba del percentil 90, 2018.
 (En porcentaje)

Áreas de Salud	Cobertura	Control óptimo	Relación
Catedral Noreste	129	68	88
Coronado	64	71	45
San Rafael de Puntarenas	82	54	45
Goicoechea 2	54	77	41
Coto Brus	54	75	40
El Guarco	54	74	40
Corralillo	66	60	40
Montes de Oro	61	63	39
Nicoya	48	79	38
Zapote Catedral	57	66	38

Fuente: DCSS, Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Conclusiones

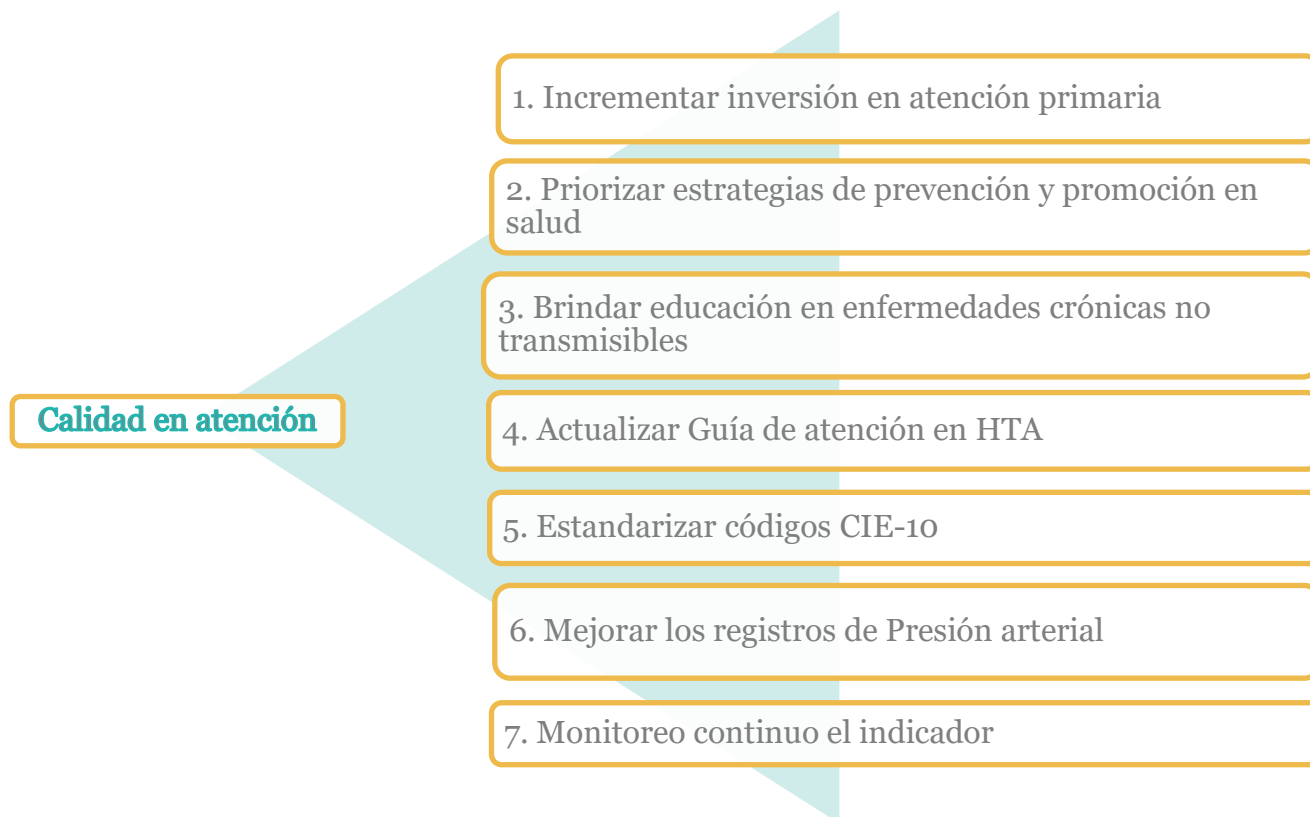
1. Las inconsistencias en el registro de las cifras de presión arterial en las áreas de salud limitan los resultados del indicador:
 - Algunas áreas solo tienen el sistema de agendas y citas; esto sobre todo por problemas de implementación del EDUS en los lugares de visita periódica.
 - Hay errores humanos en la digitación, con cifras incoherentes de hasta menos de 1 mmHg.
 - Ciertas áreas de salud refieren utilizar equipo de toma de presión arterial con brazaletes inadecuados o dañados, lo que afecta la calidad en la toma.
2. El uso de varios códigos diagnósticos para registrar las atenciones por hipertensión arterial dificulta extraer listados en forma automatizada desde las herramientas que posee el EDUS. Por otra parte, en algunas áreas de salud se colocan códigos diagnósticos que no se refieren a hipertensión arterial, en pacientes que sí son conocidos hipertensos.
3. La cobertura institucional ha mejorado en forma persistente desde el 2014; sin embargo, aún no alcanza el 50 % de la población hipertensa estimada.
4. Diversas áreas de salud presentaron bajos resultados en la cobertura o en el control óptimo de presión arterial (bajo el percentil 10), incluso algunas no evidenciaron progreso en sus resultados durante los cinco años en que se evaluó este indicador.
5. Se ha incrementado el resultado de control óptimo año con año durante el trienio 2016-2018. Algunas áreas de salud presentaron resultados de control óptimo de presión arterial elevados (sobre el percentil 90), e incluso, lo mantuvieron durante los últimos tres años, lo que no es fácilmente apreciable en la literatura internacional en indicadores de esta índole.

Recomendaciones

La hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial y para reducir la morbilidad asociada a esta enfermedad en la población, la Caja Costarricense de Seguro Social debe realizar múltiples acciones. Como parte de estas, se sugieren a continuación algunas que se desprenden del indicador evaluado (figura 5.2).

Figura 5.2

CCSS: Acciones para mejorar la cobertura y el control óptimo de PA en el primer nivel de atención en salud de la CCSS, 2018.



En primer lugar, se debe incrementar la inversión en atención primaria, aumentando las capacidades de gestión, diagnóstico y resolutivez del Primer Nivel, y de esta manera no tener que destinar recursos a intervenciones en salud más onerosas para solventar la demanda impuesta por los pacientes con enfermedad cardiovascular ya establecida, a los que solo se les podrá brindar prevención terciaria (disminución de las complicaciones y rehabilitación).

Adicionalmente, se requiere priorizar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en “alimentación saludable, actividad física, ambiente libre de tabaco, recreación, disminución del consumo nocivo de alcohol y la salud mental”, como una forma de evitar el deterioro en la calidad de vida y el aumento de la cantidad de años de vida productiva perdidos de la población en general.

También se debe fomentar la educación a la población en temas de enfermedades crónicas no transmisibles en los centros de salud. Para las enfermedades cardiovasculares, específicamente en hipertensión arterial, se debe procurar que los pacientes conozcan sus cifras de presión arterial y si estas son adecuadas o no.

Por otra parte, no se puede dejar de lado la capacitación continua de los equipos de salud. Como primer paso a este respecto, se debe realizar la actualización de la guía para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial que data del 2009. En los últimos años el abordaje clínico y terapéutico ha cambiado, al igual que las cifras meta de presión arterial. El mantener información desactualizada induce a error al personal de salud, limitando la calidad de la atención a las personas.

Por otro lado, hay que mejorar el registro de las personas con hipertensión, con el fin de establecer en forma más certera y automatizada (mediante el EDUS) la verdadera cantidad de personas atendidas por HTA. Esto se puede lograr estandarizando el código diagnóstico I10x de la CIE-10 para las atenciones por HTA en la consulta médica.

A nivel de los centros de salud, los encargados de verificar la calidad de la atención que brinda el personal de salud, deben insistir en la importancia de realizar la toma de presión arterial con la técnica correcta y su adecuado registro en el expediente médico.

A nivel de las direcciones regionales, como el ente de control más cercano a los centros que brindan la atención en salud, se debe procurar la realización de monitoreos continuos en las áreas de salud, de manera que se puedan hacer las correcciones pertinentes y con la mayor celeridad posible.

Como apoyo a este proceso, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) efectuará un monitoreo del indicador de control óptimo de presión arterial de los primeros seis meses del año, y sus resultados serán accesibles para las regiones y áreas de salud, como una manera de brindar información oportuna para la toma de decisiones.

En esta misma línea, se deben instaurar planes remediales de corto y mediano plazo para las áreas de salud con resultados limitados, tanto en cobertura como en control óptimo de presión arterial. Por otra parte, las áreas de salud que presentan una baja proporción de personas atendidas con cifras de presión arterial controlada deben ser consideradas como prioritarias, por lo que ameritan un mayor control y supervisión, así como apoyo para solventar las limitantes que se pudieran identificar, para mejorar sus resultados.

De continuar estas condiciones, se aumenta el riesgo cardiovascular y se reduce la posibilidad de ejecutar acciones preventivas en estas poblaciones. Con esto disminuye la calidad de vida y aumentan los años de vida potencialmente perdidos; con el consecuente impacto económico en la productividad y el incremento en los gastos en salud para hacer frente a las complicaciones y las secuelas de esta enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Benavides, D. R. (2013). *Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egreso hospitalarios en el período 2013-2030*. San José: Estado de la Nación.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2014). *Encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular*. San José: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (17 de abril de 2017). *CCSS ofrece cobertura con EBAIS al 94 % de la población*. Obtenido de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-ofrece-cobertura-con-ebais-al-94-de-la-poblacion>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2018). *Indicadores de la Seguridad Social*. Dirección de Actuarial y Económica. Obtenido de: https://www.ccss.sa.cr/est_indicadores
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de mayo de 2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (03 de mayo de 2019). *Hipertensión*. Obtenido de: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (17 de mayo de 2019). *Día Mundial de la Hipertensión 2019*. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15077:dia-mundial-de-la-hipertension-2019&Itemid=3465&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (17 de mayo de 2017). *Día Mundial de la Hipertensión 2017: conoce tus números*. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (30 de julio de 2019). *La OPS/OMS pide dar más atención al control de la hipertensión*. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10957:2015-paho-urges-more-attention-to-blood-pressure-control&Itemid=1926&lang=es. doi:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12518/pdf>
- Panamerican Health Organization [PAHO]. (2017). *Día Mundial de la Hipertensión 2017: conoce tus números*. Obtenido de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es

World Health Organization [WHO]. (19 de enero de 2015). *Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos*. Obtenido de:
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>

World Hypertension League. (2019). *World Hypertension League*. Obtenido de:
<http://www.whleague.org/index.php>

Autoría:

Realizado por:

Dr. Paul Ernesto Araya Vega

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

ANEXOS

Anexo 5.1

CCSS: Cobertura, control óptimo y cobertura con control óptimo de presión arterial en personas con hipertensión arterial, según región y área de salud, 2018

(porcentajes)

UNIDAD PROGRAMÁTICA	ÁREA DE SALUD	CONTROL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL	COBERTURA	COBERTURA CON CONTROL ÓPTIMO
2556	ABANGARES	56	54	31
2334	ACOSTA	56	55	31
2473	AGUAS ZARCAS	66	38	25
2281	ALAJUELA CENTRAL	68	38	26
2216	ALAJUELA NORTE DR. MARCIAL RODRIGUEZ	69	36	25
2277	ALAJUELA OESTE	62	35	22
2276	ALAJUELA SUR	52	26	14
2336	ALAJUELITA	55	31	17
2272	ALFARO RUIZ	67	49	33
2335	ASERRÍ	62	43	26
2251	ATENAS	79	47	37
2557	BAGACES	56	39	22
2590	BARRANCA DR. ROBERTO SOTO	49	43	21
2131	BARVA (COOPESIBA)	98	36	35
2233	BELEN-FLORES	57	40	23
2732	BUENOS AIRES	65	42	27
2555	CAÑAS	67	49	32
2652	CARIARI	77	38	29
2560	CARRILLO	61	41	25
2342	CARTAGO	68	44	30
2210	CATEDRAL NORESTE	68	129	87
2586	CHACARITA DR. FRANCISCO QUINTANA	58	35	20
2554	CHOMES-MONTEVERDE	72	49	35
2483	CIUDAD QUESADA	58	42	24
2582	COLORADO	65	44	29
2358	SAN JUAN-SAN DIEGO-CONCEPCIÓN 2	90	32	29
2217	CORONADO	71	64	45
2390	CORRALILLO	60	66	39
2758	CORREDORES	79	36	28
2762	COTO BRUS	75	54	40
2356	CURRIDABAT 2	84	38	32
2315	DESAMPARADOS 1 DR. MARCIAL FALLAS	52	50	26

UNIDAD PROGRAMÁTICA	ÁREA DE SALUD	CONTROL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL	COBERTURA	COBERTURA CON CONTROL ÓPTIMO
2317	DESAMPARADOS 2 (COOPESALUD)	90	39	35
2339	DESAMPARADOS 3	60	34	21
2392	EL GUARCO	74	54	40
2345	ESCAZÚ (COOPESANA)	72	36	26
2552	ESPARZA	64	46	30
2481	FLORENCIA	61	48	29
2592	GARABITO	72	30	22
2212	GOICOECHEA 1	63	37	23
2211	GOICOECHEA 2 DR, JIMÉNEZ NÚÑEZ	77	54	41
2761	GOLFITO	67	36	24
2236	GRECIA	77	45	35
2655	GUÁCIMO	56	42	24
2634	GUÁPILES	84	32	27
2477	GUATUSO	47	47	22
2312	HATILLO DR, SOLÓN NÚÑEZ	43	47	20
2214	HEREDIA-CUBUJUQUÍ	55	39	21
2274	HEREDIA-VIRILLA	55	31	17
2563	HOJANCHA	60	47	28
2650	HORQUETAS-RIO FRIO	51	43	22
2319	LA CARPIO-LEÓN XIII (ASEMECO)	79	25	20
2559	LA CRUZ	56	41	23
2471	LA FORTUNA	60	34	20
2333	LA UNIÓN	55	46	25
2534	LIBERIA	53	36	19
2632	LIMÓN	73	42	31
2484	LOS CHILES	57	32	18
2352	LOS SANTOS	61	57	34
2311	MATA REDONDA-HOSPITAL DR. MORENO CAÑAS	63	40	25
2654	MATINA	45	40	18
2357	MONTES DE OCA 2	90	36	32
2553	MONTES DE ORO	63	61	38
2382	MORA-PALMICHAL	60	46	28
2215	MORAVIA	57	41	24
2562	NANDAYURE	66	54	35
2235	NARANJO	74	44	33
2535	NICOYA	79	48	38
2395	OREAMUNO-PACAYAS-TIERRA BLANCA	58	52	30
2256	OROTINA-SAN MATEO	68	52	35
2759	OSA	75	47	36

UNIDAD	ÁREA DE SALUD	CONTROL ÓPTIMO DE PRESIÓN ARTERIAL	COBERTURA	COBERTURA CON CONTROL ÓPTIMO
PROGRAMÁTICA				
2332	PARAÍSO-CERVANTES	56	56	31
2351	PARRITA	82	41	33
2218	PAVAS (COOPESALUD)	77	37	29
2579	PENINSULAR	64	43	28
2760	PEREZ ZELEDÓN	58	36	21
2475	PITAL	58	26	15
2253	POAS	57	50	29
2474	PUERTO VIEJO-SARAPIQUI	63	32	20
2331	PURISCAL-TURRUBARES	71	43	31
2594	QUEPOS	67	37	25
2318	SAN FRANCISCO-SAN ANTONIO (COOPESANA)	74	31	23
2273	SAN ISIDRO	69	43	30
2230	SAN PABLO (COOPESIBA)	77	22	17
2232	SAN RAFAEL DE HEREDIA	52	42	22
2511	SAN RAFAEL DE PUNTARENAS	54	82	45
2237	SAN RAMÓN	70	45	32
2347	SAN SEBASTIÁN-PASO ANCHO (ASEMECO)	83	36	29
2387	SANTA ANA (COOPESANA)	83	31	26
2278	SANTA BÁRBARA	83	43	36
2531	SANTA CRUZ	49	49	24
2472	SANTA ROSA	65	33	22
2231	SANTO DOMINGO	73	46	34
2631	SIQUIRRES	64	44	28
2680	TALAMANCA	73	25	18
2219	TIBÁS (COOPESAIN)	66	50	33
2213	TIBÁS-URUCA-MERCEDES DR. CLORITO PICADO	72	45	33
2558	TILARÁN	59	55	33
2348	TURRIALBA-JIMÉNEZ	53	51	27
2536	UPALA	64	40	25
2651	VALLE LA ESTRELLA	69	34	24
2254	VALVERDE VEGA	67	44	30
2314	ZAPOTE-CATEDRAL DR. CARLOS DURÁN	66	57	38
	INSTITUCIONAL	65,4	42,0	27,5

Atención de la diabetes orientada a la mejora

Resumen

Introducción. Contexto del problema de salud. La diabetes mellitus constituye en la actualidad una de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor peso en la morbimortalidad cardiovascular, en la carga económica para las personas y en el sistema de salud. El problema crece paralelamente con la obesidad y con el sedentarismo. Para los países con alta prevalencia, como el caso de Costa Rica, se proyectan retos de proporciones abrumadoras en la atención de este problema de salud. **Coberturas.** Se logró un 46°% en el primer nivel de atención (PNA), a partir de la prevalencia de 12,8°% en personas de 20 años y más. Este resultado confirma la tendencia creciente de las coberturas, pese al aumento de la población diabética y al menor ritmo de crecimiento de la capacidad instalada de los servicios. Cinco regiones mantuvieron un comportamiento creciente durante todo el quinquenio y dos no experimentaron mejoría en este período. Aunque aún no se ha logrado precisar la contribución de los niveles superiores de atención a la cobertura institucional, información indirecta sugiere que debe ser menor al 14,5°%. Dado que la prevalencia de diabetes no diagnosticada en el país es relativamente baja, es probable que los servicios extrainstitucionales se encarguen de cubrir una importante cantidad de personas. Estos hallazgos, sumados al 21 % de adultos sin aseguramiento, apuntan a que el límite de la cobertura institucional se encuentra más

cerca de lo que antes se pensaba. **Control óptimo.** Un 44°% de las personas atendidas de 20 años y más alcanzaron un control óptimo glicémico (hemoglobina glicosilada < 7 % y < 8 % en mayores de 80 años), el 55 % controló de manera óptima su presión arterial (< 140/80 mmHg) y el 40 % presentó un control lipídico óptimo (colesterol-LDL < 100 mg/dl). Los resultados institucionales no variaron con respecto al 2017 y aún se identifican claras oportunidades de mejora en el indicador de control glicémico. La región Central Sur y la Pacífico Central mejoraron en los tres indicadores, mientras la Huetar Norte y la Chorotega no mejoraron en ninguno. Esta última presentó la mayor caída interanual en el indicador de control glicémico. Desde una perspectiva quinquenal, el rumbo del control metabólico en el PNA ofrece una orientación favorable.

Conclusiones y recomendaciones. Se deben superar los obstáculos para ejecutar las pruebas de laboratorio, en particular, la hemoglobina glicosilada (HbA1c). A la vez, es necesario reforzar las habilidades terapéuticas de los equipos de atención para reducir la inercia terapéutica; se requieren espacios educativos efectivos y de mayor acceso, estimular el manejo sistemático del sobrepeso/obesidad en todos los usuarios y finalmente, se deben completar las funciones del sistema de información con respecto al módulo de laboratorio, para mejorar el monitoreo del programa de atención.

Contexto del problema de salud

La diabetes mellitus es una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y está alcanzando proporciones epidémicas en muchos países en vías de desarrollo y en naciones recientemente industrializadas (Ceriello *et al*, 2008, p. 17).

La diabetes mellitus tipo 2 es el tipo más común de diabetes, presente aproximadamente en el 90% de todos los casos. En este tipo, la hiperglicemia es el resultado de una inadecuada producción de insulina y de la respuesta incompleta del organismo a su acción, definida como resistencia a la insulina. La diabetes tipo 2 es más comúnmente vista en adultos mayores, aunque se está incrementando la cantidad de niños, adolescentes y adultos jóvenes que la padecen, debido a los crecientes niveles de obesidad, inactividad física y hábitos dietéticos inadecuados (Federación Internacional de Diabetes [FID], 2017, p. 18).

Un pobre control de la diabetes mellitus está asociado con la aparición de insuficiencia renal, pérdida de la visión, enfermedades macrovasculares y amputaciones. Estudios clínicos controlados han demostrado que el tratamiento intensivo de la diabetes puede disminuir significativamente el desarrollo y la progresión de sus complicaciones microvasculares (Ceriello *et al*, 2008, p. 17).

Según los resultados de la última encuesta de base poblacional, Costa Rica se encuentra entre los países con más alta prevalencia en el mundo. Se estima que un 12,8 % de las personas de 20 años o mayores presentan diabetes (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016, p. 33). En Latinoamérica solo superan esa cifra Belice (17,1%) y Puerto Rico (12,9%), según informes de la Federación Internacional de Diabetes. Los países con mayor prevalencia del mundo se ubican en pequeños territorios insulares: las Islas Marshall (30,5 %) en el Pacífico y la República de Mauricio (22%) en el África Oriental (FID, 2017, p. 74, 76, 78, 80).

Proyecciones mundiales recientes señalan que la prevalencia de la diabetes podría llegar a estabilizarse alrededor del 2045 en todas las grandes regiones del orbe (Cho *et al*, 2018, p. 276). Sin embargo, la fuerza de esta predicción también depende del comportamiento futuro de las poblaciones con respecto a dos determinantes claves de su aparición: el sedentarismo y la alimentación no saludable. Utilizando modelos dinámicos de incidencia, un escenario intermedio (considerando niveles moderados de mortalidad) muestra que la prevalencia de diabetes en la población adulta de los Estados Unidos podría alcanzar un 25% en 2050, con mínimos incrementos interanuales posteriores (Boyle *et al*, 2010).

El rumbo de la prevalencia en Costa Rica parece estar representado en las tendencias mundiales, debido al comportamiento del exceso de peso en la población. Más aún, el sobrepeso y la obesidad continúan afectando con mayor fuerza a la población infantil y adolescente (NCD Risk Factor Collaboration, 2017, p. 2629, 2630). Consecuentemente, es previsible que estos determinantes impongan retos cada vez mayores a los servicios de salud para satisfacer en calidad y cantidad las necesidades de los usuarios diabéticos.

Coberturas de atención

En 2018 los servicios del primer nivel de atención cubrieron el 46°% de la población diabética de 20 años y más. La cantidad de personas diabéticas en ese rango de edad, estimada con la prevalencia del 12,8°%, fue de 447 665.

Históricamente, ha sido difícil calificar globalmente el alcance de la cobertura en el primer nivel de atención, ya que se desconoce la cantidad de personas diabéticas cubiertas de manera formal por otros servicios, incluyendo la consulta externa hospitalaria. Aunque se espera que el expediente electrónico resuelva muy pronto el vacío de información en los niveles de atención superiores, tampoco se dispone de registros precisos sobre las personas seguidas en ámbitos extrainstitucionales: medicina de empresa, medicina privada y medicina mixta.

Se ha intentado estimar el aporte de los niveles superiores de atención a la cobertura institucional, a partir del número de personas que reciben tratamiento hipoglicemiante en los servicios de farmacia de la CCSS. En el 2017, el número de usuarios que recibió hipoglicemiantes en hospitales generales fue de 64 949. Sin embargo, solo una fracción de estas personas fue atendida exclusivamente en estos centros hospitalarios, de tal forma que la contribución neta a la cobertura institucional no podría superar el 14,5°% y, probablemente, sea mucho menor. Tras comparar la información de los servicios farmacéuticos de áreas de salud con la cobertura real del primer nivel de atención, en el mismo año, se observó una sobreestimación del 27°%, debido a las personas que retiraron hipoglicemiantes en más de un establecimiento.

Por otro lado, en la segunda encuesta de Vigilancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular, realizada en el 2014, se encontró que un 21°% de los adultos de 20 años y más refirieron no contar con seguro institucional (CCSS, 2016, p. 78). El impedimento de acceso a los servicios no solo conduce al diagnóstico tardío de la diabetes, sino que el sistema debe asumir el costo de la atención de las personas no aseguradas cuando presentan complicaciones urgentes.

En la misma encuesta se determinó que un 22°% de los diabéticos del país no han sido diagnosticados (2,8 % de la población en el rango de edad). Se desconoce si esta condición es atribuible al déficit de aseguramiento o a una insuficiente detección durante la fase asintomática de la enfermedad. Sin embargo, lo destacable de este dato es que en el contexto internacional figura como uno de los porcentajes de diabetes no diagnosticada más bajos del mundo.

Por otra parte, el Informe Estadístico Nacional de Diabetes de los Estados Unidos mostró en 2015 que el 24 % de los diabéticos con edades de 18 años y más no estaban diagnosticados (Centers for Disease Control and Prevention, 2017, p. 2). En el 2017, la Federación Internacional de Diabetes publicó cifras más altas (38°%) de diabéticos no diagnosticados entre 20 y 70 años. Además, estimó para ese mismo rango de edad, que los países de alto ingreso económico presentan en promedio un 37°% de diabetes no diagnosticada (FID, 2017, p. 47,48). Estos

informes y las encuestas de población locales sugieren que los servicios disponibles en el país se complementan en alguna medida para detectar una cantidad apreciable de personas con diabetes.

Durante la última década, los servicios institucionales del primer nivel han logrado aumentar de forma gradual el número de personas atendidas por diabetes tipo 2. El análisis de este período ha demostrado también que este incremento en la atención ha sobrepasado proporcionalmente el aumento poblacional, lo que ha permitido obtener coberturas crecientes (Barrantes, 2017, p.º22). A pesar de la amenaza que supone la saturación de los servicios, el 2018 registró la cifra histórica de 204 728 personas diabéticas atendidas, unas 12 000 más que en 2017.

Aunque el avance institucional en las coberturas parezca de poca magnitud, representa un esfuerzo sostenido durante todo el quinquenio. Tal y como se ha señalado en otros informes, este hecho es destacable porque en este período la atención también ha crecido a un ritmo mayor que la capacidad instalada del primer nivel.

El cuadro 6.1 muestra la evolución quinquenal de las coberturas institucionales y regionales a partir del 2014.

Cuadro 6.1
CCSS: Cobertura de personas con diabetes mellitus tipo 2 según región, 2014-2018
(porcentajes)

Región	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Institucional	41	43	41	44	46
Brunca	35	38	39	41	43
Central Norte	39	38	38	37	38
Central Sur	41	44	44	46	49
Chorotega	46	47	41	55	56
Huetar Atlántica	41	43	34	41	41
Huetar Norte	35	37	37	41	43
Pacífico Central	54	54	53	55	57

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

En el nivel regional, las coberturas mantuvieron en el 2018 su línea de crecimiento en cinco de las siete regiones y, en general, conservaron las mismas posiciones alcanzadas en el 2017. La Pacífico Central (57°%) y la Chorotega (56°%) continuaron como las más altas; la Central Sur con un logro menor, superó la cobertura institucional (49°%). Nuevamente, las regiones Brunca y Huetar Norte se ubicaron por debajo de la cobertura institucional y las regiones Huetar Atlántica (41°%) y Central Norte (38 %) presentaron las coberturas más bajas. Estas dos últimas fueron, además, las únicas que no exhibieron mayor cambio en las coberturas a lo largo del quinquenio.

Adicionalmente, se ha documentado que la transición del sistema de información en el 2016 se asoció con subregistros y fluctuaciones importantes en las coberturas, notorias sobre todo en áreas de salud pertenecientes a las regiones Chorotega y Huetar Atlántica.

Calidad del control metabólico

Como enfermedad crónica y compleja, la diabetes requiere atención médica continua, con estrategias que reduzcan múltiples factores de riesgo, más allá del control glicémico. El autocuidado del usuario, la educación y el apoyo de los servicios son factores críticos para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo (American Diabetes Association [ADA], 2019, p. S1).

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECV), que en conjunto define a la enfermedad coronaria del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad arterial periférica, es la primera causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes. Condiciones comunes que coexisten con la diabetes mellitus tipo 2, como la hipertensión y la dislipidemia son claros contribuyentes de la enfermedad cardiovascular, que se agregan como factores de riesgo independientes. Numerosos estudios han demostrado la eficacia de controlar individualmente los factores de riesgo cardiovascular para prevenir o disminuir la ECV en personas con diabetes. Estos factores de riesgo incluyen exceso de peso, hipertensión, dislipidemia, fumado, historia de enfermedad coronaria prematura y enfermedad renal crónica (ADA, 2019, p.°S103).

La intervención “Control óptimo de los parámetros metabólicos de las personas con diabetes mellitus tipo 2” ha formado parte de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) durante el último quinquenio y se mide mediante tres indicadores. Cada uno determina la proporción de personas diabéticas atendidas que alcanza el nivel óptimo en un parámetro de interés: glicemia, presión arterial y lípidos séricos. La normativa técnica institucional vigente establece que la hemoglobina glicosilada (HbA1c) debe realizarse al menos cada seis meses y el perfil lipídico una vez al año, mientras que la presión arterial debe tomarse en todas las consultas (Ministerio de Salud-CCSS, 2007, p.°108).

El alcance del nivel óptimo en cada parámetro define una condición de seguimiento denominada “control óptimo”, deseable en el usuario, a partir de los siguientes criterios técnico-operativos (CCSS, 2015, p.º69,º71):

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

La proporción de personas atendidas que lograron en el 2018 el nivel óptimo, según cada indicador, fue la siguiente:

	Control glicémico	Control de PA	Control lipídico	
	44%	55%	40%	

En términos generales, estos resultados son muy semejantes a los logros del 2017. En el contexto de los últimos años, este hallazgo podría considerarse una pausa en la línea de mejoramiento del control metabólico.

Aunque en sentido estricto, el *control glicémico óptimo* (44 %, IC 90 43,2 - 45,2) se encuentra un punto porcentual por debajo del resultado del 2017, esa diferencia no es significativa, porque está contenida en el intervalo de confianza de la medición. De cualquier forma, se ha documentado que la lenta evolución de este indicador se ha acompañado también de oportunidades perdidas de mejora en aspectos del proceso de la atención, como la realización de la prueba de HbA1c.

No es fácil referenciar el resultado institucional en el contexto latinoamericano porque la mayoría de los países de la región no utilizan la prueba de HbA1c para realizar estudios de extensión nacional (Guzmán *et al*, 2010, p.º469). Por otro lado, los informes de los países desarrollados guardan diferencias metodológicas que impiden una comparación directa. Los últimos datos disponibles de la principal encuesta de base poblacional de los Estados Unidos (National Health and Nutrition Examination Survey -NHANES-) muestran un nivel óptimo del 51°% de las personas diabéticas atendidas en el 2014, cifra que permanecía inalterable desde años previos

(Carls *et al*, 2017, p.º863). En estos estudios, a cargo del National Centers of Health Statistics, las encuestas se realizaron junto con las mediciones físicas y las pruebas de laboratorio.

Por su parte, las áreas de salud de la institución aún presentan un promedio alto de pruebas de HbA1c no realizadas (24°%), apenas un punto porcentual menos que en 2017. Entre las 10 unidades que presentaron menor cumplimiento del examen hubo representantes de todas las regiones, con excepción de la Huetar Norte. Los porcentajes de realización de la prueba en este grupo oscilaron entre 53 % y 65 %. Como contraparte de esta situación, las 10 áreas de salud que lograron el mayor cumplimiento de las pruebas variaron entre 87°% y 94°%. Nueve de ellas se ubicaron en las regiones centrales y una en la Chorotega.

En relación con el *control de la presión arterial* (55 %, IC 90 53,5 - 55,5) y el *control lipídico* (40 %, IC 90 38,7 - 40,7) tampoco se observaron variaciones interanuales. El incremento de un punto porcentual en el control lipídico también está contenido en el intervalo de confianza de la medición. A diferencia del control glicémico, el avance en estos dos últimos indicadores es más complicado, porque son pocos los aspectos mejorables en su proceso de atención, lo cual obliga a buscar mayor efectividad en otras acciones que complementen la consulta y permitan incidir sobre factores conductuales del usuario.

Comparaciones del 2010, basadas en estudios de representación nacional con pacientes diabéticos de 18 años y más en España y los Estados Unidos, demostraron niveles óptimos de presión arterial de 22°% y 51°%, respectivamente. En estos informes se utilizó una presión arterial sistólica inferior a 130 mmHg para establecer el nivel óptimo, un criterio más estricto que el recomendado en la normativa técnica institucional (Caja Costarricense de Seguro Social, 2015, p.º69). También se encontraron diferencias importantes en el control óptimo de lípidos, donde se informó un 36°% (España) y 57°% (Estados Unidos) de personas con colesterol-LDL menor a 100°mg/dl (Graciani *et al*, 2014, p. 152).

En lo que respecta al *control óptimo global* (COG) en la población diabética, este constituye una medida resumen de la intervención adoptada a lo largo del ciclo quinquenal de evaluación. Representa la proporción de personas que alcanzaron un nivel óptimo en los tres parámetros analizados. En el 2018 este valor también se mantuvo estable en el primer nivel de atención (12°%).

Variantes de este tipo de medición han cobrado importancia en otros países, por la necesidad de conocer la cantidad de personas diabéticas que reciben el máximo beneficio de la intervención y que, en consecuencia, cursan con menor riesgo cardiovascular. Por esta razón, algunos informes han incluido en esta medida el porcentaje de quienes no consumen tabaco y/o la proporción de quienes mantienen un peso corporal normal.

En el cuadro 6.2 se muestra la evolución regional del 2014 al 2018, con respecto al alcance en los tres indicadores estudiados.

Cuadro 6.2
CCSS: Control óptimo en personas con diabetes mellitus tipo 2 por parámetro de control y año, según región, 2014 y 2018
 (porcentajes)

Región	Glicemia		Presión arterial		Lípidos	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Institucional	39	44	50	55	34	40
Central Sur	50	50	52	54	38	45
Central Norte	39	47	51	53	32	38
Brunca	34	45	58	59	32	38
Huetar Atlántica	23	37	39	61	27	38
Pacífico Central	26	40	45	56	29	33
Huetar Norte	23	37	47	55	30	32
Chorotega	31	33	45	46	31	32

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014 y 2018.

La variación de los resultados durante el quinquenio denota una respuesta favorable de las unidades prestadoras ante la necesidad de mejorar la calidad del control de los usuarios con diabetes. Todas las regiones mostraron una tendencia creciente en más de un indicador, lo cual ha sido determinante en la mejoría alcanzada a nivel institucional.

Como se ha observado en el campo internacional, este tipo de indicadores permite obtener resultados satisfactorios a partir de mejoras en la ejecución del programa de atención, hasta un nivel máximo razonable, cuyo valor es considerablemente inferior al 100%. Este límite se encuentra más próximo para aquellas unidades o regiones que han alcanzado resultados relativamente altos. Este comportamiento justifica el poco o nulo crecimiento en el control óptimo glicémico de la región Central Sur y de presión arterial en la Brunca. A pesar de este atenuante, la Central Sur logró aumentar en siete puntos porcentuales el control óptimo lipídico.

Por otro lado, es muy destacable el progreso de la región Huetar Atlántica, que alcanzó el máximo incremento quinquenal en cada uno de los tres indicadores. El más notable de ellos es el aumento de 22 puntos porcentuales en el control óptimo de presión arterial.

Otras regiones que mostraron un avance considerable en el control glicémico fueron la Huetar Norte y la Pacífico Central, que mejoraron en 14 puntos porcentuales cada una. En este mismo indicador, la región Brunca aumentó nueve puntos porcentuales y la Central Norte, ocho.

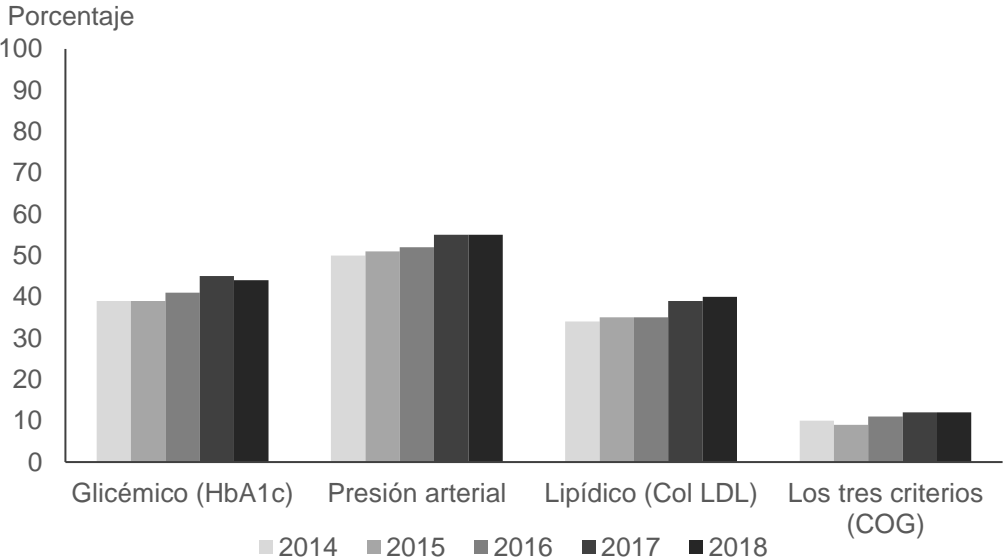
Por otra parte, la región Chorotega ha mostrado una evolución lenta en los tres indicadores y no ha logrado incrementar de manera sustancial sus resultados, a pesar de que inició el quinquenio con logros relativamente bajos. Un análisis a lo interno de esta región mostró que en 2018 seis áreas de salud se ubicaron entre las 10 unidades con menor control glicémico del país. Esta situación no se asocia con un bajo cumplimiento de la prueba de HbA1c, ya que la mayoría presentó un nivel de realización cercano al promedio institucional o incluso mayor. Se requiere de una valoración más completa del programa de atención para identificar las oportunidades de mejora y detectar las barreras que han impedido el crecimiento de la región.

Perspectiva quinquenal del control metabólico

El cierre quinquenal del ciclo de evaluación ha dejado importantes enseñanzas sobre el comportamiento de los indicadores que miden el control de las personas con diabetes mellitus.

El gráfico X.1 muestra la evolución de los resultados institucionales durante el período 2014-2018, según el nivel óptimo alcanzado en cada uno de los criterios evaluados.

Gráfico 6.1
CCSS: Control óptimo de personas con diabetes mellitus tipo 2 según criterio de control y año, 2014-2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

El análisis quinquenal aporta mayor claridad acerca del rumbo favorable de los tres indicadores centrales de la intervención, que a lo largo del período incrementaron entre cinco y seis puntos porcentuales. Si bien esta tendencia positiva es el producto de un crecimiento pausado, debe destacarse que su sentido ascendente se mantiene durante todo el período. Además, estos resultados son congruentes con dos mediciones complementarias que funcionan como

indicadores resumen: el control óptimo global (COG), que experimentó un aumento de 10°% a 12°%, y el porcentaje de quienes no lograron un control óptimo en ninguno de los criterios, que descendió de 24°% a 18°%.

En informes anteriores se había señalado que los avances en indicadores que evalúan la efectividad de la atención se aprecian mejor en períodos amplios, no solo por el carácter poblacional de la medición, sino que su evolución se enlentece por las múltiples dimensiones de los condicionantes involucrados. Particularmente, el alcance de los resultados positivos se dificulta cuando se intentan modificar conductas no saludables relacionadas con condiciones de vida propias de un contexto socioeconómico adverso.

Aunado a lo anterior, algunas experiencias internacionales confirman que el control de la diabetes evoluciona de una manera particularmente lenta, con poca o ninguna variación interanual. En los Estados Unidos, se ha encontrado que el porcentaje de adultos con diabetes que alcanzó la meta de HbA1c ($< 7\%$) en el 2003 se mantuvo muy constante hasta el 2010, permaneciendo alrededor del 51°. A pesar del desarrollo continuo de nuevas alternativas terapéuticas para la diabetes, la proporción de pacientes que alcanzó las metas de control glicémico en el 2014 tampoco presentó variaciones (Carls *et al*, 2017, p.º868).

Durante el quinquenio de evaluación, el seguimiento metódico de los aspectos operativos del programa de atención ha identificado la principal tarea pendiente de las unidades prestadoras: mejorar el cumplimiento de las pruebas de laboratorio. Desde que este problema fue evidenciado en la EPSS, se supo que el avance inicial en los indicadores de control glicémico y lipídico dependería de la rapidez con que aumentara la regularidad las pruebas. Aunque el incumplimiento de los perfiles lipídicos representa un problema relativamente menor, algunas unidades atienden a más del 20°% de sus usuarios sin la prueba, siendo un criterio que se cumple una sola vez en cualquier momento del año.

Por otra parte, la disponibilidad del resultado de HbA1c en la consulta no ha mejorado con la rapidez deseada. En los últimos tres años, el incumplimiento del examen correspondiente al segundo semestre ha variado de 27°% a 24°%. Este descenso parece insuficiente si se asume que estas acciones están, en alguna medida, bajo el control de los servicios. Recientemente, observaciones originadas en las mismas unidades prestadoras revelan un conjunto de factores motivacionales del usuario, relacionados con el incumplimiento de las pruebas, que deben analizarse para mejorar los resultados generales del programa.

Conclusiones y recomendaciones

Con el cierre del ciclo de evaluación, es importante reconocer que las unidades prestadoras del primer nivel de atención han orientado sus esfuerzos en el sentido correcto, tanto en la cobertura de sus servicios como en la calidad del control de sus usuarios. Paralelamente, la institución finaliza la implementación de una moderna plataforma de información que brinda acceso preciso y oportuno a los registros de salud y que revolucionará de forma permanente la metodología de las futuras evaluaciones.

Aunque se desconoce el momento en que las áreas de salud alcanzarán el límite de su capacidad para responder a la demanda creciente, lo logrado alcanza para contar con una prevalencia considerablemente baja de adultos diabéticos no diagnosticados. Por otra parte, a pesar de la complejidad del programa de atención y su difícil impacto, los indicadores de control han mostrado una línea de crecimiento favorable y sostenida.

La agenda de servicios para las personas diabéticas en los próximos años contempla nuevos retos y de diferente complejidad, que obligará a considerar cambios institucionales en el enfoque tradicional de la prestación como única forma de superar o al menos, mantener los logros alcanzados. Estos retos deben asumirse como acciones estratégicas y se pueden resumir en cinco puntos fundamentales:

1. Aumentar el cumplimiento de las pruebas de laboratorio (HbA1c y perfil de lípidos). Tanto los usuarios como los equipos de atención deben considerar los exámenes como requerimientos esenciales de las consultas de seguimiento. Así, deben adoptarse acciones locales para reforzar su cumplimiento y reducir, en lo posible, las limitaciones de acceso al servicio de laboratorio. En cuanto a la ejecución de la prueba de HbA1c, la Región Chorotega debe atenderse con carácter de prioridad, debido al retroceso en el control óptimo glicémico en sus áreas de salud, aunque también deben analizarse otras que presentan un avance insuficiente, como la Huetar Atlántica y la Huetar Norte.
2. Reducir la inercia terapéutica en el manejo de la enfermedad. Debe evitarse la decisión tardía de ajustar el tratamiento en personas que no logran un adecuado nivel de control. Si bien, una mejor disponibilidad del examen podría disminuir este problema, la inercia terapéutica constituye por sí sola una importante debilidad en la ejecución del programa. Múltiples observaciones indican que es necesario fortalecer las habilidades terapéuticas de los equipos de atención, para ajustar oportuna y adecuadamente los planes de tratamiento y con ello, mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
3. Generar espacios efectivos que complementen la atención brindada en la consulta tradicional. A pesar de que la institución ha implementado intervenciones educativas

innovadoras destinadas a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, el principal desafío ha sido resolver el acceso limitado a esas atenciones.

Es muy clara la necesidad de estimular en toda la población atendida el sentido del autocuidado, el conocimiento de su enfermedad y el apego a su plan terapéutico. La consulta de atención farmacéutica provee un escenario adecuado para la educación y el mejoramiento de la adherencia terapéutica, pero está destinada a los individuos de más alto riesgo. De igual manera, el Programa de Intervención Nutricional en Enfermedades Crónicas (PINEC), que incorpora una valiosa intervención educativa multidisciplinaria, no cuenta con una plataforma operativa tan amplia. Si bien se reconoce que la educación es una parte fundamental del tratamiento, la consulta tradicional no es el mejor escenario para llevarla a cabo.

4. Prevenir y tratar el exceso de peso. Más del 80°% de la población diabética atendida en la institución presenta exceso de peso. La inactividad física y la alimentación no saludable componen un tema que trasciende los servicios de salud y que debería activar la acción intersectorial del país. Sin embargo, si fuera posible trabajar los determinantes del sobrepeso y la obesidad de manera sistemática desde los servicios, no solo se ayudaría a mejorar la condición de control de la persona diabética, sino que se brindaría contención al mayor disparador de la prevalencia.
5. Optimizar el uso del sistema de información. A pesar de que el expediente digital único en salud (EDUS) es una herramienta ágil y poderosa, que ofrece múltiples posibilidades de consulta, la calidad de los datos recolectados depende de la precisión y del orden de la información ingresada. La correspondencia de los códigos asignados con los diagnósticos de los usuarios, así como la ubicación correcta de los registros en el expediente, son requisitos claves para ejecutar consultas automatizadas completas y confiables.

Asimismo, para obtener mayor provecho de la herramienta, se necesita la integración del módulo de laboratorio clínico al expediente digital. Esto evitaría depender de sistemas de información complementarios (Labcore/Infinity), que han cumplido un papel crítico en la modernización del proceso de evaluación, pero que operan desligados de la plataforma institucional.

Referencias bibliográficas

- American Diabetes Association. (2019). Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl.1), S103-S123. doi:10.2337/dc19S010
- American Diabetes Association. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes care*, 42(Supplement 1), S1-S2.
- 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.
- Boyle, J., Thompson, T., Gregg, E., Barker, L., & Williamson, D. (2010). Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence. *Popul Health Metr*, 8, 29. doi:10.1186/1478-7954-8-29
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2015). *Guía para la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares*. San José: EDNASSS-CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Segunda encuesta*. San José, Costa Rica: EDNASSS.
- Carls, G., Huynh, J., Tuttle, E., Yee, J., & Edelman, S. (2017). Achievement of glycated hemoglobin goals in the US remains unchanged through 2014. *Diabetes Ther*, 2017(8), 863-873.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *National Diabetes Statistics Report 2017*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services. Recuperado el 04 de junio de 2019, de. <https://www.cdc.gov/diabetes/data/statistics-report/index.html>
- Ceriello, A., Colagiuri, S., Gerich, J., & Tuomilehto, J. (Mayo de 2008). Guidelines for management of postmeal glucose. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 18(4), S17-33.
- Cho, N., Shaw, J., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha, J., Ohlrogge, A., & Malanda, B. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*, 138, 271-281. doi:<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>
- Federación Internacional de Diabetes. (2017). *Atlas de la Diabetes de la FID. 8va. Edición*. Bruselas, Bélgica: FID.

- Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F., Navarro, B., & Banegas, J. (2014). Glycemic control using individualized targets among diabetic patients in Spain: a population-based study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 67(2), 151-155.
- Guzmán, J., Lyra, R., Aguilar, C., Cavalcanti, S., Escaño, F., Tambasia, M., . . . Group., A. C. (2010). Treatment of type 2 diabetes in Latin America: a consensus statement by the medical associations of 17 latin American countries. *Rev Panam Salud Pública*, 28(6), 463-471.
- Ministerio de Salud-Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). *Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud.
- NCD Risk Factor Collaboration. (December de 2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measerument studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*, 390(10113), 2627-2642. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

Autoría:

Realizado por:

Dr. José María Molina Granados.

Colaboradores:

Equipo Técnico de Áreas de Salud, Equipo de Estadística e Información, DCSS.

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo.

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

En 45 mil aumentó el número de mujeres con citología cervicovaginal en los últimos cinco años

Resumen

Introducción. El cáncer cervicouterino es a nivel mundial el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres. La gran mayoría de defunciones por esta causa ocurre en países de ingresos bajos y medianos, debido al acceso limitado a los servicios de detección y tratamiento (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013, p. 2). En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528 000 casos nuevos, 266 000 mujeres murieron por esta enfermedad y casi el 90 % de ellas en países de ingresos bajos o medianos. En Costa Rica, el cáncer de cuello uterino es el tercer tumor más frecuente en mujeres, seguido del de mama y piel, representando una tasa de incidencia de 29 por cada 100 mil mujeres. Además, es el cuarto tumor con la más alta mortalidad, con una tasa de 5 por 100 mil (Ministerio de Salud [MINSAL], 2015). **Metodología.** 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. **Resultados.** En el año 2018, el logro institucional de citología cervicovaginal en mujeres de 35 a menos de 65 años fue de 37 %. A pesar de que no se alcanzó la meta institucional, en el bienio 2017-2018 se tamizaron 45 mil mujeres más con relación al periodo 2013-2014. Un elemento por analizar es la competencia que existe entre las unidades, los servicios privados y la

medicina de empresa, variables que definitivamente juegan un rol importante en los logros alcanzados. Con respecto a la ejecución oportuna de la colposcopia en las áreas de salud que cuentan con este servicio, los resultados fueron satisfactorios al igual que en el año 2017. De las nueve unidades que realizaron el procedimiento, cinco alcanzaron la meta (100 %). **Conclusiones y recomendaciones.** Las comunidades urbanas y con un alto desarrollo social tienen más acceso al tamizaje de forma privada, lo que dificulta mejorar la cobertura en esas zonas. Las comunidades más rurales y con bajo desarrollo social tienen un mayor acceso relativo al tamizaje en el ámbito institucional, lo que puede ser analizado como un elemento de equidad, en el sentido que se logran mejores resultados donde más se requiere.

Introducción

El cáncer cervicouterino es a nivel mundial el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres. La gran mayoría de defunciones por esta causa ocurre en países de ingresos bajos y medianos, debido al acceso limitado a los servicios de detección y tratamiento (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013, p. 2).

En el 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 528 000 casos nuevos, 266 000 mujeres murieron por esta enfermedad y casi el 90 % de ellas eran de países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25 % durante los próximos 10 años (OPS, 2016, p. 8).

En América Latina, el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común en mujeres, alcanzando una incidencia de 21,2 casos por 100 mil. Este valor supera los 30 en países como Perú, Honduras y Nicaragua (Marañón et al, 2017, p. 191).

En Costa Rica, el cáncer de cuello uterino es el tercer tumor más frecuente en mujeres, seguido del de mama y piel, representando una tasa de incidencia de 29 por cada 100 mil mujeres. Además, es el cuarto tumor con la más alta mortalidad, con una tasa de 5 por 100 mil (Ministerio de Salud [MINSA], 2015).

La mayoría de las defunciones por cáncer cervicouterino se pueden evitar mediante un acceso universal a programas integrales de prevención y control, conformados por el tamizaje y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas a todas las mujeres de riesgo (OPS, 2016, p. 28).

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 la 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 (Marañón et al, 2017, p. 196)

Metodología

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.

Por medio de la EPSS se evalúa la intervención en 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 vigente, tomando el dato del año de evaluación y el del año anterior. Es decir, para efectos de este reporte, el dato de las mujeres tamizadas para cada área de salud es el total de mujeres que se realizaron una citología cervicovaginal en los años 2017 y 2018.

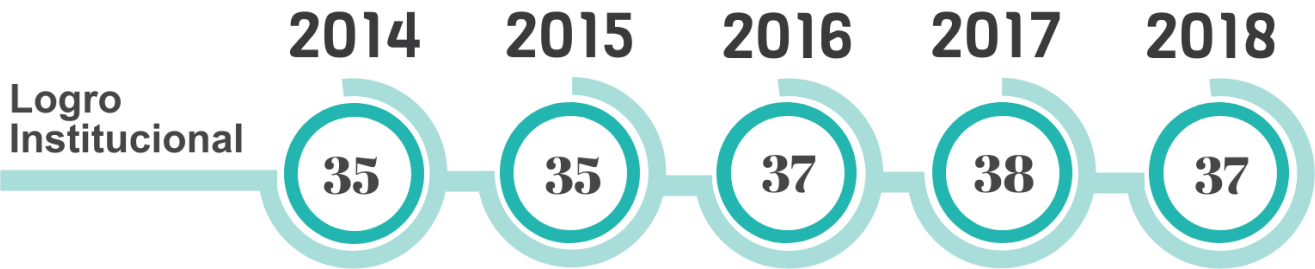
Este resultado se divide entre la población de mujeres de 35 a menos de 65 años del área de salud en el año evaluado, para obtener la cobertura.

Para el análisis, las áreas de salud se organizaron en quintiles y se hizo la relación con el porcentaje de población rural e índice de desarrollo social (IDS). Los rangos de cada quintil se describen a continuación:

<u>Quintil</u>	<u>Cobertura (%)</u>
I	menor a 30
II	de 30 a menos de 37
III	de 37 a menos de 41
IV	de 41 a menos de 47
V	mayor a 47

Resultados

En el año 2018, la cobertura institucional de citología cervicovaginal en mujeres de 35 a menos de 65 años fue de 37 %.

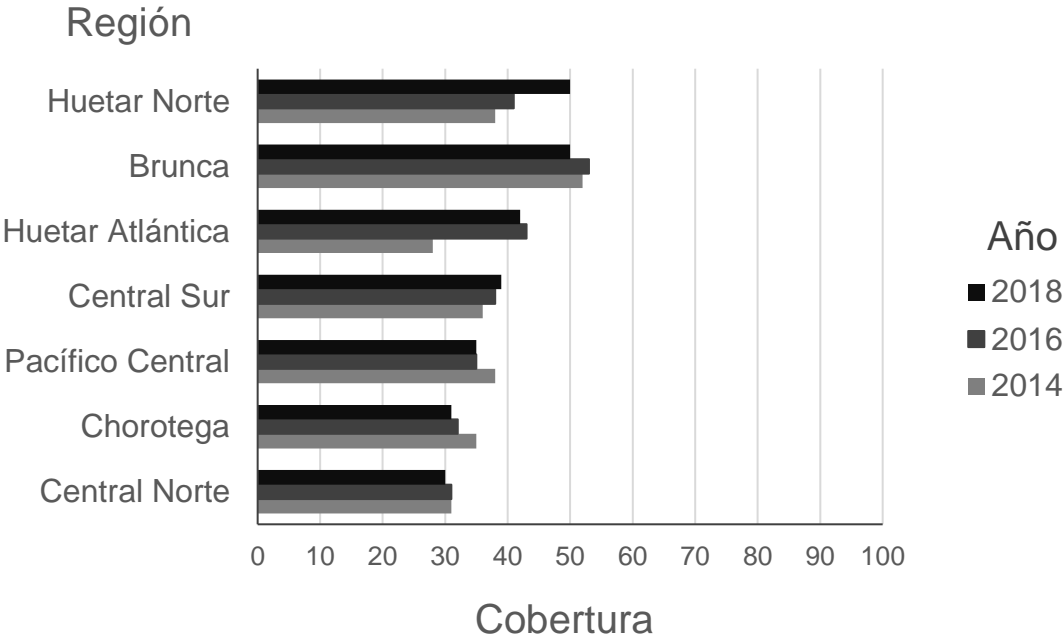


A pesar de que no se alcanzó la meta institucional, en el bienio 2017-2018 se tamizaron 45 mil mujeres más con relación al periodo 2013-2014:

Bienio	Mujeres con citología 35-64 años	Población femenina 35-64 años
2013-2014	285 092	812 733
2014-2015	291 240	832 543
2015-2016	315 367	852 242
2016-2017	328 294	871 046
2017-2018	330 638	889 180

Si se analiza la cobertura, se observa un estancamiento en el logro institucional; sin embargo, las áreas de salud del primer nivel de atención han realizado un enorme esfuerzo, pese a mantener la misma capacidad instalada y una población meta en aumento. Otro elemento por analizar es la competencia que existe entre las unidades, los servicios privados y la medicina de empresa, variables que definitivamente juegan un rol importante en los resultados alcanzados.

Gráfico 7.1
CCSS: Cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 a menos de 65 años, según región e institucional, 2014-2016-2018
(En porcentaje)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

El esfuerzo sostenido durante el quinquenio se refleja en los resultados, y el hecho más reconocible es que durante el periodo la capacidad instalada de las áreas de salud no creció en la misma proporción que la población meta, situación común en el análisis de algunos indicadores de cobertura.

Por otro lado, es importante resaltar que en el 2018 las regiones Brunca (50 %) y Huetar Norte (50 %) superaron la meta institucional (45 %). En el caso de la Brunca, todos los años se ubicó por encima de la meta y la Huetar Norte la alcanzó desde el año 2017. El resto de las regiones no pudo alcanzarla.

A lo interno de las regiones que lograron la meta destacan las áreas de salud Florencia y Osa, con una de cobertura de 65 %. Ambas unidades tienen características en común que podrían determinar el logro: áreas de salud con menos de 4 000 habitantes por Ebáis, con población predominantemente rural y de desarrollo social bajo o medio (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2018, p. 59)

El resto de las áreas de salud de las dos regiones antes mencionadas tienen, en su mayoría, porcentajes de población no asegurada menores al 25 %, bajos índices de desarrollo social y alta ruralidad. Por ejemplo, Los Chiles presentó una cobertura cercana a la meta (43 %), una población rural del 80 % y 14 puestos de visita periódica.

Coto Brus, por su parte, cuenta con 38 puestos de visita periódica y alcanzó una cobertura del 59 %. Esta área tiene una población rural cercana al 80 %, similar a Los Chiles, y posee un bajo porcentaje de población no asegurada (13 %).

La región Huetar Atlántica tuvo un incremento de 14 puntos porcentuales desde el inicio del periodo, pero a partir del año 2016 se estancó. La cobertura más alta durante el 2018 (61 %) en esta región la tuvo el área de salud Matina, que cuenta con 15 puestos de visita periódica y 11 Ebáis, y su población no asegurada es del 10 %. Guácimo, por su parte, superó la meta institucional (46 %), y al igual que Matina tiene puestos de visita periódica y un bajo porcentaje de población no asegurada. En el caso de Siquirres, que cuenta con la mayor cantidad de puestos de visita periódica de la región, cabe destacar que estuvo muy cerca de lograr la meta institucional (42 %).

En esta región, las áreas de salud Limón, Guápiles y Valle La Estrella fueron las que presentaron los porcentajes más bajos (38 %); de estas tres áreas, Valle La Estrella cuenta con características muy diferentes a las demás, como una alta ruralidad y un índice de desarrollo social bajo (29 %).

Por otra parte, la región Central Sur alcanzó en el año 2018 el porcentaje más alto durante el quinquenio (39 %) y en el 2015 presentó su cobertura más baja (35 %). Entre las áreas de salud con los logros más bajos figura el Área de Salud San Sebastián- Paso Ancho (27 %). Entre los factores que podrían haber incidido en estos resultados es que al ser un área de salud de alta densidad y 100 % urbana, tiene una alta oferta de servicios privados; por otro lado, se ha documentado fuga de usuarias a centros especializados (Hospital de las Mujeres) o a servicios de segundo nivel (Clínica Carlos Durán).

Otra unidad con porcentajes bajos en esta región es Cartago (27 %), la cual tiene una oferta de servicios saturada, ya que cuenta con 21 Ebáis con un promedio de 6 000 habitantes cada uno. Además, en esta zona juega un papel muy importante la oferta privada.

Hatillo, al igual que las unidades anteriores, presentó una cobertura baja (29 %) y también se ve afectada por los servicios privados, el común denominador de las áreas de salud ubicadas en esta región.

Cabe destacar que las áreas de salud con varios puestos de visita periódica y una alta ruralidad documentan mejores resultados; tal es el caso de Acosta (66 %), con 83 % de ruralidad y cinco puestos de visita periódica, y Corralillo, con un porcentaje de ruralidad de 86 % y que superó la meta institucional (46 %), lo que sugiere también una baja oferta de servicios privados asociado a un menor poder adquisitivo de su población (IDS 66 %).

Caso contrario es Zapote-Catedral, que superó la meta institucional (47 %), pero no cuenta con población rural y tiene un alto IDS (80 %). Los Santos también se ubicó en el quinto quintil, logrando un porcentaje de cobertura del 49 %, pero a diferencia de Zapote-Catedral, más de la mitad de su población es rural.

En cuanto la región Pacífico Central, esta presentó su cobertura más alta en el año 2014 (38 %) y en los últimos tres años el porcentaje ha sido de 35 %. Los resultados entre áreas de salud muestran cierto grado de variabilidad, con cifras que van desde 19 % en Garabito hasta 59 % en San Rafael de Puntarenas. En el caso de Garabito, es importante mencionar que esta constituye el área de salud con la mayor cantidad de habitantes por Ebáis en la región (aproximadamente 5 300); esta saturación en la oferta podría explicar en parte su bajo nivel de cobertura, aunado al hecho de contar con un alto porcentaje de población no asegurada (22 %).

San Rafael de Puntarenas, por su parte, aunque casi no cuenta con población rural, logró el porcentaje de cobertura más alto en la región (59 %). Esta área de salud es la que posee menos población por Ebáis de la región y documentó un bajo porcentaje de población no asegurada.

La región Chorotega, por otro lado, presenta un estancamiento desde el año 2015, con porcentajes entre 31 % y 32 %; además tiene el área de salud con la cobertura más baja del país (Liberia, 17 %). En el primer quintil también se ubican Santa Cruz (22 %) y La Cruz (28 %). Estas tres unidades tienen la particularidad de contar con altos índices de población no asegurada (por encima del 20 %) y Liberia, en específico, tiene una demanda aproximada de 7 000 habitantes por Ebáis.

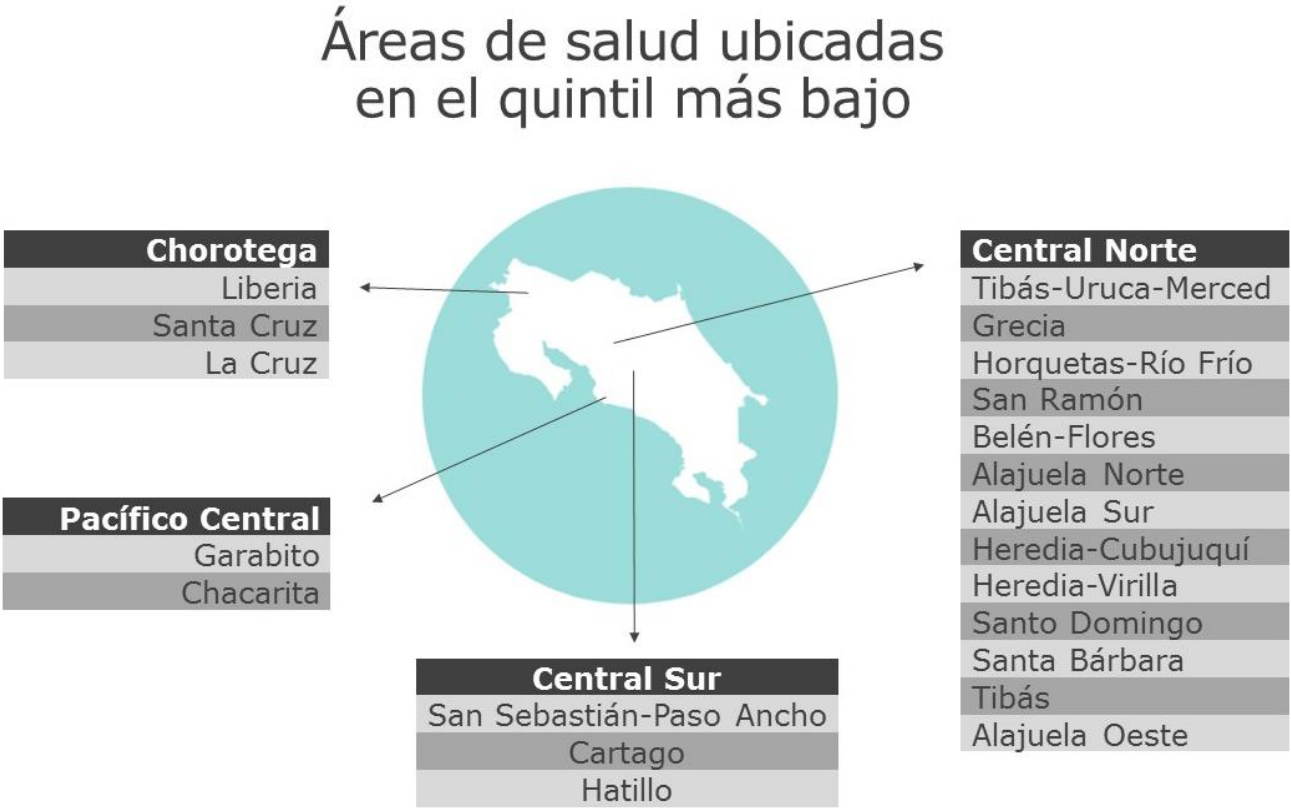
En esta región Abangares y Nandayure superaron la meta institucional; ambas áreas tienen alta ruralidad y cuentan con más de 10 puestos de visita periódica cada uno. Abangares se ubica en el cuarto quintil y Nandayure en el quintil más alto de evaluación.

Por otro lado, la región Central Norte es la que presentó la cobertura más baja de todas las regiones en el 2018 (30 %) y además mantuvo un nivel constante entre todo el quinquenio, sin pasar de 31 %. Las áreas de salud de esta región ubicadas en el primer quintil son: Tibás-Uruca-Merced, Grecia, Horquetas-Río Frío, San Ramón, Belén-Flores, Alajuela Norte, Alajuela

Sur, Heredia-Cubujuquí, Heredia-Virilla, Santo Domingo, Santa Bárbara, Tibás y Alajuela Oeste; es decir, de las 21 unidades ubicadas en el quintil más bajo, 62 % pertenecen a la Central Norte.

Las unidades ubicadas en la región Central Norte se caracterizan por ser comunidades urbanas en su mayoría, y lo que más llama la atención es que su población por Ebáis se encuentra entre los 4 000 y los 7 000 habitantes, lo que podría estar indicando saturación de los servicios y que el acceso de las mujeres al tamizaje está limitado por la oferta.

A excepción de Horquetas-Río Frío, que muestra un IDS bajo, las restantes 12 unidades ubicadas en el primer quintil tienen un desarrollo social alto, lo que se podría asociar a un mayor poder adquisitivo y una alta demanda de servicios privados.



Naranjo (49 %), Barva (50 %) y Alfaro Ruiz (57 %) son las únicas tres unidades de la Central Norte que se encuentran en el quintil más alto de desempeño. Naranjo y Alfaro Ruiz son comunidades similares en cuanto a porcentaje de ruralidad, cantidad de puestos de visita periódica y el alto índice de desarrollo social. Barva, que también superó la meta institucional, es un área de salud administrada por terceros y posee un alto índice de desarrollo social y un bajo porcentaje de ruralidad.

El comportamiento del primero y del quinto quintil según los promedios de porcentaje de cobertura, población rural e índice de desarrollo social se resume a continuación:

<u>Quintil</u>	<u>Cobertura promedio</u>	<u>Población rural</u>	<u>IDS</u>
	(%)	(%)	(%)
I	25	16	72
V	62	61	54

Lo anterior demuestra una constante y es que, en las zonas con alto porcentaje de población rural, donde hay áreas de salud con un desarrollo social bajo, los logros son elevados. Por otro lado, en unidades donde hay un porcentaje elevado de población urbana y un nivel mayor de desarrollo social, las coberturas tienden a ser más bajas, tal es la situación de algunas áreas de salud de la región Central Norte.

Cabe destacar que un elemento fundamental en la construcción de este indicador y que definitivamente influye en los resultados, es la calidad de los registros de atenciones, ya que en ocasiones se utilizan códigos CIE-10 diferentes o la citología se anota como un procedimiento, lo que conlleva a un subregistro.

De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2015, en lo que se refiere a la detección temprana del cáncer, casi todas las mujeres de 35 años y más se han hecho una citología. No obstante, la proporción de mujeres que se hacen la citología con la frecuencia recomendada según la norma vigente es mucho menor; por ejemplo, del grupo de 45-49 años, solo el 39 % reportó haberse realizado una citología cada dos años, dato similar a la cobertura institucional para el año 2018 (37 %) (Ministerio de Salud [MINSA], 2016, p. 49).

La encuesta antes mencionada también reportó que para el grupo de mujeres que se realizaron una citología cada dos años, el 37 % tenían un nivel educativo de primaria o menos y solo el 18 % tenían estudios universitarios. Lo anterior podría relacionarse con que las mujeres que tienen más escolaridad asisten a los servicios privados.

Aunque existe un porcentaje aceptable de mujeres que se han hecho al menos una citología en su vida, hay un 15 % que nunca se ha hecho el estudio, por lo que aún queda camino por recorrer en este tema, para que las usuarias sean tamizadas y así reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino.

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, generando así afectación de los resultados 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.

Con base en todo lo mencionado, se deben identificar oportunidades de mejora en la detección temprana del cáncer cervicouterino, basadas en los recursos disponibles y las estrategias de ejecución de procedimientos, con el fin de obtener mejores resultados.

Oportunidad en la ejecución de colposcopia

La neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC) es una lesión premaligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: NIC1, NIC2 o NIC3. Si no se trata, una NIC2 o una NIC3 (conjuntamente denominadas NIC2+) pueden progresar hacia cáncer cervicouterino (OPS, 2014, p. 1)

La práctica generalizada consiste en someter a tamizaje a las mujeres utilizando citología (prueba de Papanicolaou); si los resultados de esta son positivos, el diagnóstico de la NIC se basa en una posterior colposcopia, biopsia de las lesiones sospechosas y tratamiento solo cuando se haya confirmado histológicamente la presencia de una NIC2+ (OPS, 2014, p. 1)

Con respecto a la ejecución oportuna de la colposcopia en las áreas de salud que cuentan con este servicio, los resultados fueron satisfactorios al igual que en el año 2017. De las nueve unidades que realizaron el procedimiento, cinco alcanzaron la meta (100 %).

Cuadro 7.1**CCSS: Atención oportuna de las colposcopías según área de salud, 2014-2016-2018**

(En porcentaje)

Área de Salud	Año		
	2014	2016	2018
Talamanca	-	87	100
Coronado	96	100	100
Zapote-Catedral	95	100	100
Cañas	-	100	100
Tibás-Uruca-Merced	57	93	100
Barranca	-	92	98
Mata Redonda-Hospital	97	85	98
Belén-Flores	86	95	93
Buenos Aires	93	95	83
Desamparados 1	38	-	-
Hatillo	85	77	-

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

Los resultados anteriores demuestran que este es uno de los programas con mayor cumplimiento en lo que a oportunidad se refiere y que ha coadyuvado a mejorar las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino. Para el año 2015, la tasa de mortalidad en algunos cantones de la provincia de San José fue de cero (Mora, Acosta, Montes de Oca, Turrubares, Dota y León Cortés), reflejo de las acciones en salud pública para el abordaje desde la sospecha al momento de la citología hasta la ejecución del estudio colposcópico.

Cabe destacar que durante el proceso de recolección de información en la evaluación de prestación de servicios de salud 2018, se revisaron en total 611 expedientes en nueve áreas de salud. Hatillo y Desamparados 1 quedaron fuera del proceso, ya que durante el 2018 presentaron problemas en la oferta del servicio; por ejemplo, en Hatillo se dañó un colposcopio, por lo que el ginecólogo se movió al hospital de referencia para cubrir la demanda del servicio.

Del total de expedientes, cinco casos correspondieron a NIC3 y tres casos a carcinoma *in situ*. El resto de los casos se distribuyeron en displasias leves, moderadas, ASC-US, AGUS o lesiones clínicamente sospechosas.

Se debe continuar con el desarrollo de estrategias que permitan darle seguimiento a las usuarias que fueron sometidas a una biopsia durante el procedimiento, para garantizar la continuidad en el tratamiento, principalmente en pacientes con estados más avanzados de la enfermedad.

Conclusiones y recomendaciones

Las comunidades urbanas y con un alto desarrollo social tienen más acceso al tamizaje de forma privada, lo que dificulta mejorar la cobertura en esas zonas.

Las comunidades más rurales y con bajo desarrollo social, por su parte, tienen un mayor acceso relativo al tamizaje en el ámbito institucional, lo que puede ser analizado como un elemento de equidad, en el sentido de que se logran mejores resultados donde más se requiere.

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte en Costa Rica y aunque hay áreas de salud con porcentajes altos, existen otras con resultados muy lejanos a la meta, principalmente unidades ubicadas en la región Central Norte, por lo que hay que enfocar los esfuerzos en esas localidades, para aumentar los tamizajes; al respecto, se debe tomar en cuenta que esta región se mantuvo en 31 % de cobertura durante todo el quinquenio.

Además de lo anterior, no se puede dejar de lado el tema de la calidad de los registros, ya que a partir de la información del expediente digital se toman los datos para establecer las coberturas; un mal registro de la información conlleva a resultados erróneos, por ende, se deben estandarizar los códigos CIE-10 requeridos para el análisis.

Por otra parte, cabe mencionar que la institución actualmente está desarrollando el tamizaje primario a través de la prueba ADN–VPH para la detección del Virus de Papiloma Humano (VPH) en algunas áreas de salud de la región Chorotega, con la idea de extenderlo a otras unidades. Esta acción es fundamental, debido a que la causa primaria de las lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino es la infección crónica por uno o más de los tipos de alto riesgo de VPH. Al cabo de 10 a 20 años, si estas lesiones no se tratan pueden evolucionar hacia un cáncer (OPS, 2016, p. 27).

En cuanto a los resultados, uno de los factores que inciden en estos es la modalidad de aseguramiento; por lo que es fundamental educar a todos los involucrados, tanto al personal de salud como a las usuarias, en los requisitos necesarios para la obtención de un seguro y así evitar que este elemento afecte negativamente la salud de las mujeres.

Adicionalmente, se debe efectuar un análisis de la oferta de servicios y la capacidad instalada de las unidades, el cual debe realizarse en conjunto con las direcciones regionales, para conocer los factores que limitan las coberturas de atención en tamizaje por cáncer cervicouterino.

Por último, se debe considerar que la educación sanitaria, la participación comunitaria y la orientación son componentes esenciales en todo programa de prevención y control para garantizar una elevada cobertura de tamizaje y seguimiento del régimen terapéutico. Las estrategias de extensión deben llegar a las niñas, para promover la vacunación contra el VPH, y también a los niños, para trabajar conjuntamente en la prevención de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Marañón, T., Mastrapa, K., Flores, Y., Vaillant, L., & y Landazuri, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Correo Científico Médico*, 21(1), 187-203.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN]. (2018). *Índice de desarrollo social 2017*. San José, CR: MIDEPLAN.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2015). *Estadísticas de cáncer*. Obtenido de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2016). *II Encuesta Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2015*. San José, CR: Asociación Demográfica Costarricense, Centro Centroamericano de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2013). *Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales*. Washington, D.C.: OPS.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Armando Cortés Ruiz

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

Alrededor de setenta mil adultos mayores más se vacunaron contra la influenza en los últimos cinco años

Resumen

Introducción. Las personas mayores de 65 años se consideran entre los principales grupos de riesgo para sufrir las complicaciones graves de la influenza, una enfermedad altamente infecciosa, que se presenta en forma estacional y provoca elevadas tasas de ataque, con el consiguiente incremento en las consultas y en las hospitalizaciones. 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. **Metodología.**

La intervención estratégica incluida en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), consiste en la medición de 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 el país. Para el análisis de los resultados, las áreas de salud se organizaron en quintiles y se hizo la relación con el porcentaje de población rural e Índice de Desarrollo Social (IDS).

Resultados. La población de adultos de 65 años y más proyectada al año 2018 fue de 409 251 (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2019). Del total de dosis adquiridas ese año por la seguridad social, 277 016 se aplicaron a adultos mayores, lo que representó una cobertura del 68 %. Durante el último quinquenio, los servicios institucionales del primer nivel de atención de la Caja aumentaron en un 34 % la

cantidad de adultos mayores vacunados contra la influenza (69 685); en el año 2018 las regiones ubicadas a nivel central fueron las que presentaron los resultados más bajos. En general, el proceso de vacunación puede verse afectado por problemas de abastecimiento a cada área de salud o por resistencia del usuario a la vacuna; a pesar de lo anterior, el 2018 fue el año en que se registró la mayor cantidad de personas de 65 años y más vacunadas, lo que supone un esfuerzo importante de cada unidad.

Conclusiones y recomendaciones. El lograr buenos resultados en inmunización constituye un reto para los programas tanto en países industrializados como en países en desarrollo (Cruz *et al*, 2013, p. 303). En el caso de Costa Rica, el no haber obtenido la meta de 80 % al 2018, podría suponer que ni la demanda de la población ni la oferta del servicio fueron óptimos. Por tanto, se debe trabajar en mejorar las tasas de aceptación y, a la vez, ampliar los tiempos de campaña en el nivel local. Además, se deben calcular las dosis y distribuirlas a cada unidad considerando los cambios demográficos y migratorios. Dentro de este contexto, se debe tomar en cuenta que el profesionalismo y la entrega por parte de los trabajadores son fundamentales para alcanzar las metas propuestas.

Introducción

El incremento en la población adulta mayor se ha considerado un fenómeno global, y a futuro no solo serán más ancianos, sino que el número de adultos con una edad avanzada va a ser mayor. 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 (Valencia, 2012, p. 193).

De acuerdo con las cifras del censo de población 2011 y las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), para el año 2014 las personas mayores de 65 años representaban alrededor del 7 % de la población total; para el año 2018 alrededor del 8 % y para el 2050 se calcula que representarán el 21 %, con más de un millón de adultos mayores.

Las personas mayores de 65 años se consideran entre los principales grupos de riesgo para sufrir las complicaciones graves de la influenza, enfermedad causada por un virus con características muy particulares y con una enorme capacidad de variación antigénica que explica su constante circulación. Su impacto en términos de morbilidad y mortalidad crea la necesidad de revacunar cada año, para proteger a la población de la infección asociada con las nuevas cepas (Trejo *et al*, 2012, p. 40).

En países como México, las infecciones respiratorias agudas (IRA) bajas son la séptima causa de mortalidad y las enfermedades del sistema respiratorio son la cuarta causa de egresos hospitalarios en personas de 65 y más (Gutiérrez y Bertozzi, 2005, p. 235). En Costa Rica, las enfermedades de las vías respiratorias del pulmón, influenza y neumonía representan la segunda causa de muerte en los adultos mayores, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2018).

Por otro lado, la influenza es una enfermedad altamente infecciosa, que se presenta en forma estacional y provoca elevadas tasas de ataque, con el consiguiente incremento en las consultas y en las hospitalizaciones. La mortalidad se asocia no solo a la enfermedad ocasionada por el virus, sino también a las complicaciones que provoca en personas con patologías crónicas y en grupos de población vulnerables, así como en personas con mayor exposición por condición laboral y de vida (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2018, p. 1).

La realidad de Costa Rica no dista de la de países de alto ingreso, en donde el problema del envejecimiento ha ido imponiendo retos a los servicios de salud, para poder satisfacer la demanda de atención en este grupo poblacional. De tal forma, países como Francia, Alemania y los Estados Unidos, al igual que Costa Rica, ofrecen la vacunación antigripal a los grupos de alto riesgo (Moreno *et al*, 2009, p. 88), incluidos los adultos mayores.

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, 2018, p. 1).

Durante el 2018, la jornada de inmunización en Costa Rica inició el 11 de junio y se extendió por un periodo aproximado de seis semanas. Se utilizó la vacuna cuadrivalente con la siguiente composición de cepas de influenza estacional del hemisferio sur:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09
- A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)
- B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria)
- B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata)

En este punto, es importante destacar que la CCSS realiza un esfuerzo económico y logístico cada año en la compra y distribución de las vacunas. Cuando inició esta vacunación en el 2004, se adquirieron 90 mil dosis; pero como el objetivo siempre ha sido proteger a la mayor cantidad posible de habitantes del país, año con año se han ido adquiriendo más dosis.

La cantidad de vacunas adquiridas por la CCSS y la inversión económica realizada durante el último quinquenio fue la siguiente:

<u>Año</u>	<u>Dosis adquiridas</u>	<u>Inversión económica (\$)</u>
2014	332 mil	800 mil
2015	715 mil	3 millones
2016	1,2 millones	4 millones
2017	1,3 millones	5 millones
2018	1,3 millones	7,3 millones

La vacunación contra la influenza en adultos mayores es económicamente justificable; sin embargo, se debe asumir una alta cobertura, lo que requiere de un alto grado de aceptación (Gutiérrez y Bertozzi, 2005, p. 238).

Metodología

La intervención estratégica incluida en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), consiste en la medición de 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 el país.

La fuente de datos fue la certificación emitida por la Subárea de Vigilancia Epidemiológica (SAVE), de donde se tomó el número de dosis aplicadas a adultos mayores, mientras que la fuente de la población fue la Dirección de Actuarial y Económica. Este resultado es diferente al calculado por el SAVE, ya que está planteado en términos poblacionales, y no como un porcentaje de dosis aplicadas con respecto a la meta fijada.

Resultados

Análisis del quinquenio

La población de adultos de 65 años y más proyectada al año 2018 fue de 409 251. Del total de dosis adquiridas por la seguridad social, 277 016 se aplicaron a adultos mayores, lo que representó un logro del 68 %.

El resultado alcanzado por Costa Rica es similar al de otros países de Latinoamérica. Un estudio sobre inmunización contra la influenza en México, documentó que la cobertura para los adultos de 65 años y más fue de 63,3 % (Cruz *et al*, 2013, p. 303). Otro análisis realizado sobre vacunación en la población adulta mayor de 60 años de la ciudad de Bogotá, determinó que el 73 % se vacunó contra la influenza (Cano *et al*, 2016, p. 25).

Por otra parte, destaca que durante el último quinquenio, los servicios institucionales del primer nivel de atención aumentaron en 34 % la cantidad de adultos mayores vacunados contra la influenza (69 685):

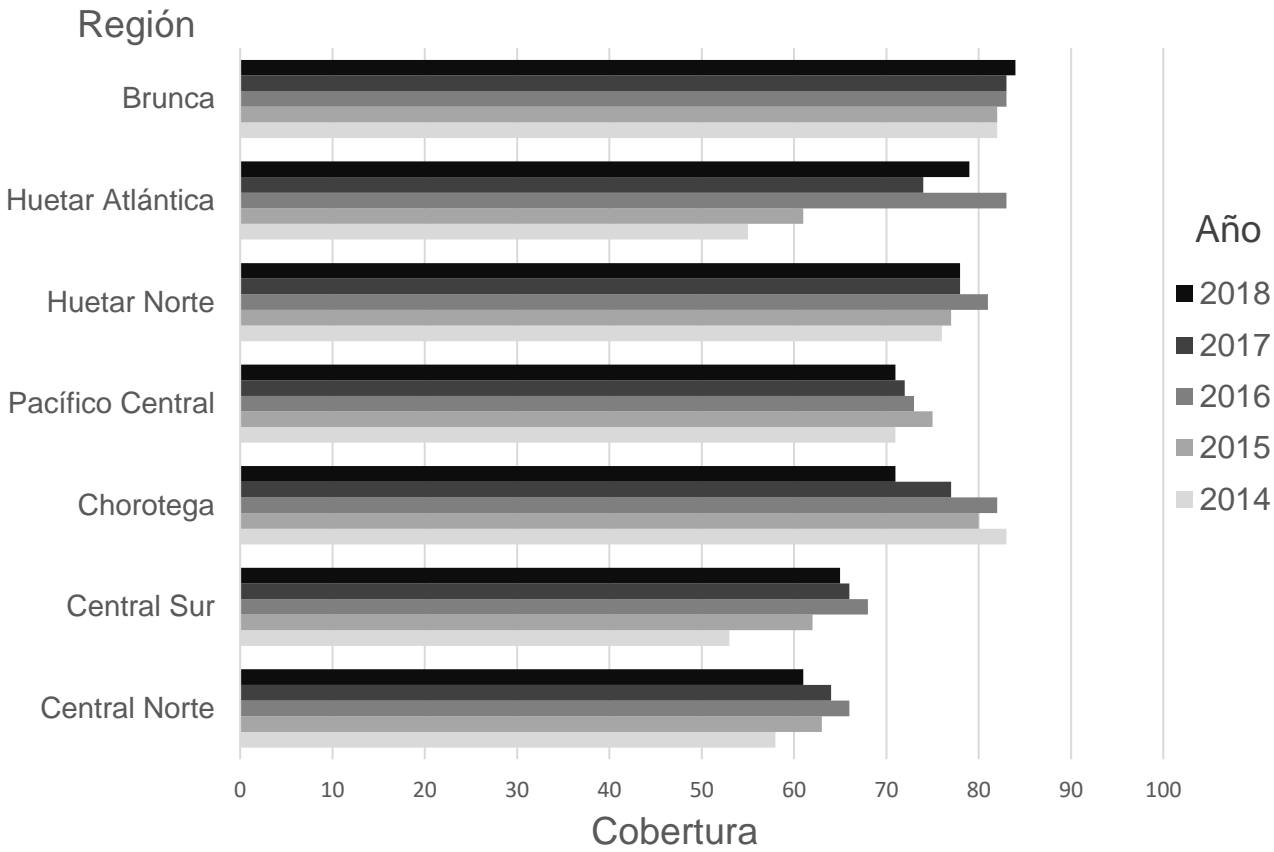
<u>Año</u>	<u>Adultos mayores vacunados</u>
2014	207 331
2015	236 899
2016	266 388
2017	268 746
2018	277 016

El análisis del periodo ha demostrado que el incremento en la inmunización ha sobrepasado proporcionalmente al crecimiento de la población adulta mayor (20 %). Sin embargo, esto no ha

sido suficiente para mejorar, y aunque ha existido un avance institucional en el total de dosis aplicadas, la cobertura se mantuvo estable desde el año 2015.

El proceso de vacunación puede verse afectado por problemas de abastecimiento a cada área de salud o por resistencia del usuario a la vacuna; a pesar de ello, el 2018 fue el año en que se registró la mayor cantidad de personas de 65 años y más vacunadas, lo que supone un esfuerzo importante de cada unidad.

Gráfico 8.1
CCSS: Cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores según región, 2014-2018
 (En porcentaje)



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2014-2018.

De tal forma, aunque los resultados no lo reflejan, se ha demostrado un esfuerzo sostenido durante el quinquenio por lograr un incremento gradual en la cantidad de adultos mayores vacunados. Este hecho es aún más reconocible si se considera que durante el quinquenio la capacidad instalada de las áreas de salud no creció en la misma proporción que la población meta.

Desde el punto de vista institucional, el crecimiento más importante en vacunación de adulto mayor se dio entre los años 2014 y 2016 (11 puntos porcentuales); luego de ese periodo, los números presentaron una tendencia estable, a pesar de que la cantidad de adultos de 65 años y más ha ido creciendo año con año.

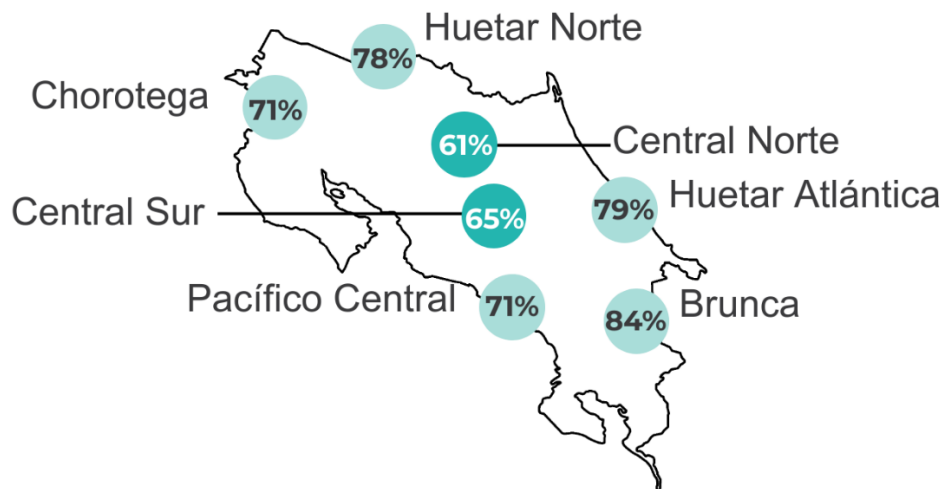
Desde el año 2014, la región Brunca ha superado la meta institucional y en el año 2018 alcanzó el porcentaje más alto entre las regiones (84 %). Al respecto, el personal realizó un trabajo intenso en las áreas de aduanas, procurando captar personas que provenían de Panamá y que no se habían vacunado en ese país, situación que en parte puede explicar los resultados obtenidos.

En el 2016, la Huetar Norte logró la meta institucional (81 %) y durante los cinco años en estudio mantuvo números estables. Por otro lado, la Chorotega superó por tres años la meta institucional y en el 2018 documentó la cobertura más baja (71 %). Una de las principales razones que argumenta este descenso, es que las disposiciones administrativas de la Subárea de Vigilancia Epidemiológica limitaron la capacidad resolutive de algunas unidades. Esto se debe a que el número de dosis se define desde el año anterior, por lo que al aumentar el número de adultos mayores se afecta la vacunación.

En el caso de la Huetar Atlántica, se dio un crecimiento significativo en los dos primeros años del periodo (28 puntos porcentuales), superando la meta institucional en el 2016, para llegar a su tope en los dos últimos años. Por su parte, la región Pacífico Central mantuvo números estables, alcanzando sus mejores resultados en el 2015 (75 %).

Con respecto a la Central Sur, en el año 2014 presentó la cobertura más baja de todas las regiones durante el quinquenio (53 %), mientras que la Central Norte obtuvo el logro más bajo en el año 2018 (61 %). Esta última pudo haber visto afectado su desempeño por situaciones tales como la oferta del biológico, el periodo de huelga que impactó la prestación del servicio y la resistencia a la vacuna por parte de algunos usuarios.

Cabe destacar que durante el año 2018, las regiones ubicadas a nivel central presentaron los resultados más bajos:



Históricamente, por parte del nivel local se ha argumentado resistencia de algunos usuarios para la aplicación de la vacuna, ya que consideran que les va a producir algún efecto adverso serio; por otro lado, el número de Asistentes Técnicos de Atención Primaria (ATAP) por habitante o el acceso a la vacuna en forma privada son elementos que igualmente podrían limitar la cobertura en esas regiones. Otro factor relacionado con las oportunidades perdidas es que la jornada de vacunación es de dos meses al año, lo que afecta de manera directa, debido al poco tiempo disponible para vacunar.

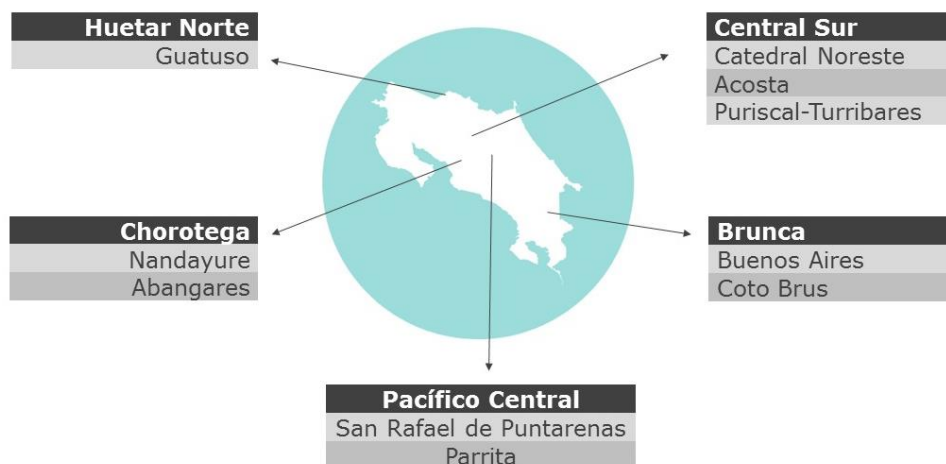
Áreas de salud

Para el análisis de los resultados, las unidades se organizaron en quintiles y se hizo la relación con el porcentaje de población rural e Índice de Desarrollo Social (IDS). Los rangos de cada quintil se describen a continuación:

<u>Quintil</u>	<u>Cobertura (%)</u>
I	menor a 58,98
II	de 58,98 a menos de 68,33
III	de 68,33 a menos de 76,83
IV	de 76,83 a menos de 82,24
V	mayor a 82,24

En general, las áreas de salud presentaron amplias diferencias en el 2018. Durante ese año, tres de cada 10 superaron la meta institucional planteada (80 %); siendo Guatuso, San Rafael de Puntarenas y Nandayure las áreas con los resultados más altos (100 %), seguidas de Buenos Aires, Coto Brus, Acosta, Parrita y Abangares, con logros por encima del 90 %. A excepción de San Rafael de Puntarenas, estas unidades poseen un IDS entre medio, bajo y muy bajo, y cuentan con una alta ruralidad (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN], 2018, p. 59).

10 áreas de salud con resultado más alto



Por otro lado, cabe mencionar que todas las regiones tienen establecimientos que superaron la meta institucional; entre ellas Goicoechea 2, Naranjo, Talamanca, Florencia, Hojancha, Chomes-Monteverde y Coto Brus. La primera mostró características muy diferentes al resto de las unidades: población 100 % urbana y un nivel alto de desarrollo social; mientras que las otras mostraron alta ruralidad y niveles bajos o muy bajos de IDS.

Llama la atención que las unidades con resultados en vacunación más altos se ubican en las costas del país, las fronteras sur y norte y las zonas periféricas; mientras que hacia el centro, propiamente en el valle central, se encuentran las áreas de salud con porcentajes más bajos.

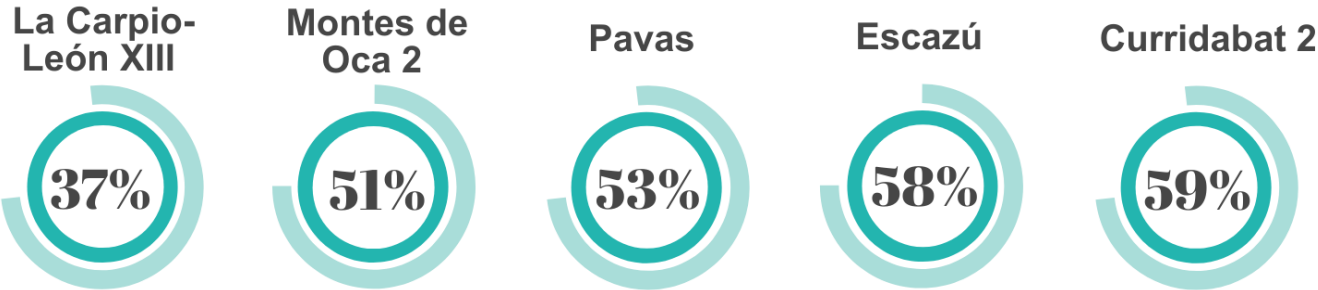
Por otra parte, resalta que las regiones con centros de salud caracterizados por niveles bajos de IDS y alta ruralidad, superaron la meta institucional en algún momento del periodo. Por ejemplo, unidades como Buenos Aires o Coto Brus alcanzaron coberturas por arriba del 90 %; la última con un porcentaje de población urbana de 22 % y un IDS de 51 %. Estos logros son destacables por lo complicado del acceso en esas localidades, lo que demuestra un esfuerzo por parte de los prestadores de los servicios en llegar a la población.

Otro aspecto a destacar es que desde el 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 Coto Brus, que recibe a los migrantes que ingresan vía Río Sereno o por Paso Canoas.

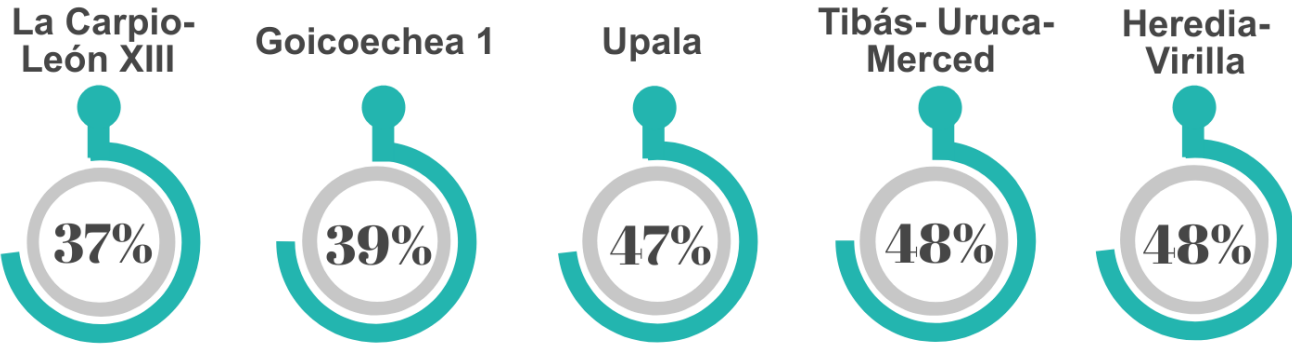
Por otra parte, se debe mencionar que el área de salud La Carpio-León XIII, perteneciente a la región Central Norte y administrada por un proveedor externo (ASEMECO), históricamente es la que ha presentado los resultados más bajos, y el año 2018 no fue la excepción (37 %). Después de esta área, Goicoechea 1 presentó la cobertura más baja (39 %); mientras que su

par, Goicoechea 2, superó la meta institucional (85 %). Estos dos últimos establecimientos se ubican en el mismo cantón y poseen características similares; sin embargo, existe una amplia diferencia, lo que supone que los usuarios asisten más a un lugar que a otro.

Es importante destacar que en el quintil más bajo se ubican principalmente las áreas de salud de las regiones centrales, aunque hay también unidades de la Pacífico Central y la Chorotega. En este quintil se encuentran cinco unidades de compra externa (de las 13 existentes): cuatro pertenecen a la región Central Sur y una a la Central Norte (La Carpio-León XIII). No obstante, debe señalarse que los resultados de las cuatro unidades de la Central Sur están por encima de las metas estratégicas pactadas según el contrato vigente.



En lo que respecta a los resultados más críticos del 2018, cabe indicar que estos pertenecen a tres unidades de la Central Norte, una de la Central Sur y una de la Chorotega:



En cuanto a las unidades ubicadas en el primer quintil, el 50 % pertenecen a la Central Norte. Estas se caracterizan por contar con población 100 % urbana y documentar un alto IDS.

Conclusiones y recomendaciones

Alcanzar una buena cobertura constituye un reto para los programas de vacunación en países industrializados y en países en desarrollo (Cruz *et al*, 2013, p. 303). Diversos estudios han sugerido que entre los adultos mayores la tasa de aceptación para intervenciones nuevas es menor que en otros grupos de edad; por tanto, para obtener buenos resultados, habría que considerar costos adicionales para una campaña de promoción (Gutiérrez y Bertozzi, 2005, p. 238), elemento que podría ser un coadyuvante para mejorar las coberturas en las regiones centrales, al disminuir la resistencia a la inmunización.

El no haber logrado la meta de 80 % al 2018, podría suponer que tanto la demanda de la población como la oferta del servicio no son óptimos. De tal forma, por un lado, se debe trabajar en mejorar las tasas de aceptación, y por otro, se deben ampliar los tiempos de campaña en el nivel local. Además, se deben calcular las dosis y distribuirlas a cada unidad considerando los cambios demográficos y migratorios.

El éxito de esta intervención va a depender de la capacidad institucional de cubrir a la mayor cantidad posible de adultos de 65 años y más durante las campañas de inmunización, para que los efectos puedan ser medidos de manera confiable y eficiente.

Es importante que cada área de salud desarrolle su estrategia de trabajo a partir de su realidad demográfica, social, geográfica, de salud y los recursos disponibles, con el fin de incrementar su cobertura. Algunas estrategias implementadas hasta el momento por las diversas unidades se resumen a continuación:

- Puestos de vacunación dentro y fuera de las sedes.
- Involucramiento de todo el personal de atención primaria para llegar a los hogares.
- Puestos en las iglesias y salones comunales.
- Visita a los hogares de ancianos, hogares de día y centros de desarrollo, con el objetivo de vacunar población cautiva.

Por último, es de reconocer que los funcionarios de la CCSS dedicados a vacunación, principalmente los técnicos de atención primaria, se destacan por su compromiso y esfuerzo en proteger a la población, aun cuando en muchas ocasiones no cuentan con todos los recursos que necesitan. Este profesionalismo y entrega son fundamentales para alcanzar las coberturas propuestas.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2018). *Lineamiento de vacunación jornada de influenza estacional 2018*. San José, Costa Rica: CCSS.
- Cano Gutiérrez, C., Reyes-Ortiz, C., & Borda, M. G. (2016). El auto reporte de vacunación en los adultos mayores: estudio SABE Bogotá, Colombia. *Colombia Medica*, 47(1), 25.
- Cruz Hervert, L. P., Ferreira Guerrero, E., Díaz Ortega, J. L., Trejo Valdivia, B., Téllez Rojo, M. M., Mongua Rodríguez, N., . . . García García, L. (2013). Cobertura de vacunación en adultos y adultos mayores en México. *Salud Pública Mex*, 55(2), 300-306.
- Gutiérrez, J. P., & Bertozzi, S. M. (2005). Vacunación contra influenza para adultos mayores en México: consideraciones económicas. *Salud Pública de México*, 47(3), 234-239.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Total de defunciones por grupos de edades, según grupos de causas de muerte*. San José, Costa Rica: INEC.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (10 de 06 de 2019). *Información demográfica*. Recuperado el 20 de agosto de 2019, de Estadísticas actuariales: https://www.ccss.sa.cr/est_demografica
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica [MIDEPLAN]. (2018). *Índice de Desarrollo Social 2017*. San José, CR: MIDEPLAN.
- Moreno, J., De la Hoz, F., Rico, A., & Porras, A. (2009). Efectividad de la vacuna contra influenza: metanálisis de literatura. *Biomédica*, 29(1), 87-97.
- Trejo Valdivia, B., Mendoza Alvarado, L. R., Palma Coca, O., Hernández Ávila, M., & María, T.-R. S. (2012). Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (influenza, neumococo y tétanos) en adultos mayores de 60 años en México. *Salud Publica Mex*, 54(1), 39-46.
- Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Rev Colomb Anestesiol*, 40(3), 192-194.

Autoría:

Realizado por:

Dr. Armando Cortés Ruiz

Colaboradores:

Dr. José María Molina Granados

Revisado por:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

Un quinquenio de evaluación de la eficiencia de retos, logros y temas pendientes

Resumen

Introducción. En el contexto de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), la eficiencia de las áreas de salud se evalúa desde el año 2014. La eficiencia es una dimensión transversal a la prestación de los servicios, la cual, en la medida en que determina el buen uso de los recursos, tiene impacto tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de salud por parte de la población. La evidencia de variabilidad y heterogeneidad en los costos de las áreas de salud hace necesaria la evaluación de la eficiencia técnica, es decir, la productividad de los recursos.

Metodología. Para la evaluación de la eficiencia de las áreas de salud se utiliza un indicador que se obtiene a partir del Análisis Envolvente de Datos (DEA, por sus siglas en inglés), metodología que permite comparar procesos productivos multi-insumo y multi-producto, a partir de las cantidades de recursos y productos asociados a procesos productivos similares, que se realizan en un periodo de un año natural. El DEA genera el IER, un índice de eficiencia relativa que asume valor de 100 % para las unidades con mayor productividad y valores positivos inferiores a 100 % para las unidades que no logran alcanzar la productividad máxima alcanzada por sus similares. En el caso de las áreas de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se utiliza un modelo con siete recursos y seis productos. Los datos utilizados se obtienen de las bases de datos institucionales y se ajustan a partir de una metodología participativa, que

les permite a las áreas exponer situaciones no controlables, que pudieron afectar sus procesos productivos. **Resultados.** Los resultados arrojados por el DEA muestran que 58 de las 89 áreas de salud obtuvieron un IER mayor a 90 %; de estas, un 35 % obtuvo un IER de 100 %. La región con mayor porcentaje de áreas con IER superior a 90 % fue la Huetar Norte (88 %), mientras que la región Chorotega fue la que mostró un mayor porcentaje de áreas con IER inferior a 90%. Al analizar el comportamiento del IER en el quinquenio 2014-2018, se encontró relativa uniformidad, con excepción del primer año del periodo. Se calculó un indicador alternativo de eficiencia, para incluir las áreas de gestión externa, el cual no mostró asociación estadística significativa con el IER.

Conclusiones y recomendaciones. El IER mostró un comportamiento relativamente consistente en cuanto a la distribución de las áreas de salud en los cinco años en que se utilizó como indicador de eficiencia. Algunas situaciones y/o características de las áreas de salud y sus poblaciones, que aún no se logran evidenciar en los ajustes a los datos de recursos y productos propuestos por las áreas, podrían estar interfiriendo en la distribución del IER. El DEA, al dar mayor ponderación a las fortalezas productivas, no evidencia de forma directa las posibilidades de mejora de todos los grupos profesionales. Los nuevos indicadores de eficiencia 2019-2023, pretenden corregir esta deficiencia.

Introducción

A nivel macro, el sistema de salud costarricense es, sin duda, un sistema eficiente; sus resultados en salud, de niveles similares a los de los países más desarrollados, así lo demuestran (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2017, p. 12). No obstante, a nivel micro, queda margen para mejorar la eficiencia. En el primer nivel de atención de la CCSS, esta situación se evidencia en los resultados observados a través de los años, tanto en términos de productividad como de calidad de la atención. La variabilidad reportada en el conjunto de indicadores utilizados en la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), de la que es parte integral el Indicador de Eficiencia, evidencia un desempeño diferenciado entre áreas de salud.

La eficiencia es una dimensión transversal a la prestación de los servicios, la cual, al determinar el buen uso de los recursos, tiene impacto tanto en la calidad como en el acceso a los servicios de salud por parte de la población. Identificar y corregir las debilidades en productividad permite elevar la eficiencia, mejorando la atención de la población y la equidad, la cual no solo depende de la cantidad de recursos que disponen las unidades, sino también de la eficiencia con que se utilizan tales recursos. De ahí la importancia de evaluar esta dimensión, identificando principalmente las posibilidades de mejora en las unidades que no logran alcanzar una producción óptima, en relación con lo que consiguen sus similares.

La eficiencia se define en varios niveles. El concepto más amplio es el de eficiencia económica, que se define en términos de costos y beneficios, identificando como eficiente al proceso o programa que proporciona un mayor beneficio o rendimiento en términos monetarios. La eficiencia económica requiere que el proceso productivo se realice al menor costo, lo que implica que este sea técnicamente eficiente. De esta condición deriva el concepto de eficiencia técnica, el cual se define como una situación en la que no es posible obtener un mayor nivel de producción (en términos de unidades de producto) sin utilizar más recursos productivos (en términos de unidades de recurso)¹ (Economía 48, s.f.).

En el contexto de la EPSS, la eficiencia se evalúa en términos técnicos, es decir, en términos de la productividad de los recursos de las áreas de salud. Las diferencias en los costos de producción de las unidades explicadas por regulaciones de la contratación pública, así como por características geográficas y poblacionales, entre otras, impiden utilizar los costos como

¹ Alternativamente, la eficiencia se define como la utilización de la menor cantidad de recursos para obtener una producción determinada. En el caso de los servicios de salud, los recursos son poco flexibles, primero, por la dificultad para reducir o incrementar el recurso humano, por ejemplo, y segundo, porque la producción la define la demanda de la población y no es razonable fijarle un límite.

indicadores de eficiencia (Rodríguez, 2006, p. 58-59). De tal manera, el indicador contrasta, en términos no monetarios, la producción con los recursos con los que disponen las áreas de salud, utilizando estadísticas de producción y datos de recursos humanos y materiales.

Por el lado de los recursos, las variables que utiliza el modelo definido para la obtención del indicador de las áreas de salud son la cantidad de ATAPs, de profesionales en medicina, odontología, enfermería, trabajo social, psicología y nutrición y la cantidad de población adscrita al área de salud, como variable no controlable² determinante del nivel de producción. Los productos incluidos en el análisis son las atenciones de cada grupo profesional, ponderando la suma por el tiempo de duración de cada tipo de atención y los porcentajes de población con al menos una consulta médica en el año evaluado y con control óptimo de hipertensión arterial.

Los datos obtenidos de las bases de datos institucionales se ajustan según las observaciones realizadas por las áreas de salud, con el fin de eliminar los efectos sobre la productividad de situaciones diversas ajenas a la eficiencia en la gestión.

Es importante mencionar que una condición de la evaluación de la eficiencia es la dificultad para definir estándares de productividad para muchos de los procesos productivos, lo cual es evidente en la prestación de servicios de salud, donde cada atención tiene sus particularidades. Por tal razón, se recurre a la construcción de escalafones, donde cada unidad productiva se compara con un grupo de similares, mediante un índice de productividad.

De tal forma, con los datos de recursos y productos se calcula el Índice de Eficiencia Relativa (IER), utilizando como herramienta el análisis envolvente de datos (DEA, por sus siglas en inglés), metodología que ordena las áreas de salud en un escalafón de valores positivos con valor máximo de 100 % para las unidades con mayor productividad, y por debajo de dicho valor para las que muestran productividades menores. El DEA es ampliamente utilizado a nivel internacional para comparar, en términos de eficiencia, unidades productivas similares, tanto en el tipo de recursos productivos con que trabajan como en la producción que generan.

Cabe destacar que una de las características de esta metodología es que identifica y pondera las fortalezas de cada unidad, de manera tal que en el valor del índice no se ven reflejadas eventuales debilidades productivas de algunos recursos.

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos para 89 áreas de salud gestionadas directamente por la CCSS³. Se analizan los resultados según región, se comparan los resultados con los del año 2017 y se hace un resumen de la evolución del índice durante los

² En el sentido de que el área de salud no puede modificar la cantidad de población adscrita.

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 vinculadas.

cinco años en los que se ha evaluado en las 89 áreas de salud. Posteriormente, se comparan los resultados con los de un indicador de eficiencia alternativo, que se calcula por segundo año, para incluir las 13 áreas de salud gestionadas por agentes externos. Por último, se exponen las conclusiones y las recomendaciones.

Análisis de resultados

Los resultados del análisis envolvente de datos indican que, de las 89 áreas de salud incluidas en el análisis, 31 (35 %) alcanzaron la frontera de producción eficiente para el 2018, con un IER del 100 %. En total, 58 áreas de salud alcanzaron un IER igual o mayor a 90 %; de las restantes 31 unidades, 18 se ubicaron en el rango entre 80 % y 90 %, 11 entre 70 % y 80 % y dos obtuvieron un IER menor a 70 %. Ninguna área obtuvo un IER inferior a 65 %.

Estos resultados difieren de los obtenidos en el año 2017, en el que el número de unidades en la frontera de producción fue de 37 (42 %), y en total, un 70 % obtuvo un IER por encima del 90 %. En ese año ninguna unidad obtuvo un IER por debajo del 70 %.

En relación con los resultados por regiones (ver Cuadro X.1), la región Huetar Norte es la que muestra un mayor porcentaje de unidades con IER mayor a 90 %, seguida por la Huetar Atlántica y la Central Norte. En el otro extremo aparece la región Chorotega, con menos de la mitad de sus unidades con IER mayor a 90 %, seguida por las regiones Pacífico Central y Central Sur, ambas por debajo de la media institucional de 65 %.

Cuadro 9.1
CCSS: Distribución de áreas de salud de acuerdo con el valor del indicador de eficiencia relativa, según región e institucional, 2018
(Absolutos y relativos)

Región	Áreas de salud con IER menor a 90 %		Áreas de salud con IER mayor a 90 %		Total
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos	
Institucional	<u>31</u>	<u>35 %</u>	<u>58</u>	<u>65 %</u>	<u>89</u>
Huetar Norte	1	13 %	7	88 %	8
Huetar Atlántica	2	25 %	6	75 %	8
Central Norte	6	27 %	16	73 %	22
Brunca	2	33 %	4	67 %	6
Central Sur	9	39 %	14	61 %	23
Pacífico Central	5	45 %	6	55 %	11
Chorotega	6	55 %	5	45 %	11

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Cambio en la posición de las áreas dentro del IER 2017-2018

El IER es una medida relativa, definida para un conjunto de unidades, cuyo valor en sí mismo ofrece poca información y no es comparable entre diferentes periodos.⁴ Para solventar este problema y poder comparar los resultados de la evaluación del indicador en los años 2017 y 2018, se dividieron las áreas de salud en dos grandes grupos. El primero, se define como el grupo eficiente, cercano a la frontera de producción y en el que se incluyen las áreas que obtienen un IER mayor o igual a 90 %. El segundo, es el grupo con mayores posibilidades de mejora en términos de productividad de sus recursos; en este se incluyen las áreas de salud con IER menor a 90 %.

Los resultados obtenidos al comparar la composición de estos dos grupos en los años 2017 y 2018 se muestran en el siguiente infográfico.



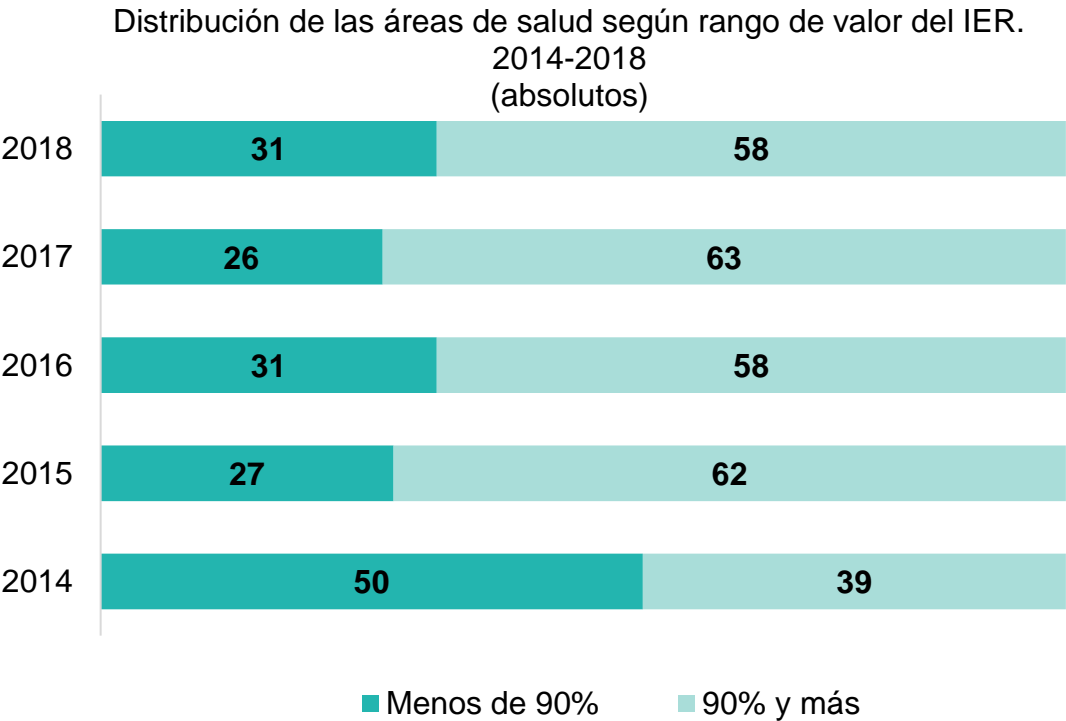
⁴ Un ejemplo numérico puede ayudar a entender la idea anterior: no es lo mismo obtener un IER de 85 % y ocupar el último puesto del escalafón de eficiencia, que obtener ese mismo valor, pero ubicarse entre las primeras 40, debido a que las 49 unidades restantes obtuvieron un índice inferior.

En relación con el año 2017, los resultados del IER 2018 muestran 15 áreas que bajaron su posición, pasando a estar por debajo de 90 %, mientras que 10 de estas lograron superar dicha línea, acercándose a la frontera de producción. Sin cambio, en relación con la pertenencia de grupo, aparecen 64 unidades, 16 de las cuales se mantuvieron por debajo de 90 % y las restantes 48 por encima de dicho valor; de estas últimas, 21 se mantuvieron en la frontera de producción, con un IER de 100 %.

Entre las 10 áreas que más mejoraron se encuentran: Goicoechea 1, Moravia, Nandayure, Guatuso y Horquetas. Entre las 15 que más bajaron, alejándose del 100 %, destacan las áreas de Zapote Catedral, Goicoechea 2, Atenas, Cañas, Acosta y Montes de Oro.

Un quinquenio de evolución del IER

El año 2018 cierra un quinquenio de evaluación de la eficiencia de las áreas de salud con el Índice de Eficiencia Relativa. El resumen del quinquenio se muestra en el siguiente infográfico, en el cual se muestra la distribución de las áreas según los dos grupos de valor del IER utilizados en el apartado anterior.



En términos generales, se observa un comportamiento bastante homogéneo a partir del año 2015, con una composición aproximada de la distribución de un tercio de las áreas con IER inferior al 90 % y dos tercios con IER superior a este valor.

Al analizar el detalle, por área de salud, se identifican 20 áreas de salud que obtuvieron un IER superior a 90 % durante todo el periodo, dentro de las que destacan ocho áreas que se mantuvieron en la frontera de producción. Estas son: Alajuela Central, Catedral Noreste, Garabito, Grecia, Palmares, Pital, Poás y Valverde Vega. Otras 22 unidades obtuvieron IER mayor a 90 % durante cuatro de los cinco años y 20 durante tres años.

En el otro extremo se identificaron ocho unidades que no alcanzaron un IER superior a 90 % en ninguno de los años. Estas son: Alajuela Norte, Belén Flores, Buenos Aires, Cartago, La Cruz, Mata Redonda, Siquirres y Talamanca. Además, 13 áreas solo sobrepasaron el 90 % en dos de los periodos y seis solamente en uno.

Un indicador de eficiencia alternativo para incluir en el análisis las áreas de salud de compra externa

Al igual que en el año 2017, con el fin de analizar la eficiencia en el total de las áreas de salud, aunque sin fines evaluativos, se aplicó un indicador de eficiencia alternativo, el cual pondera el gasto promedio por consulta médica de las áreas de salud por el porcentaje de población con al menos una consulta médica en el año. Al ponderar el costo por el inverso del porcentaje de población con consulta médica, 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 resolutiveidad del sistema. El indicador se define como:

Costo medio de la consulta ponderado por el porcentaje de población con al menos una consulta médica en el año (CMCM):

$$\frac{\text{Gasto total del área de salud}}{\text{Total de consultas médicas}}$$
$$\frac{\text{Consultas médicas de primera vez en el año}}{\text{Población total}}$$

Los datos utilizados para el cálculo del indicador se obtuvieron de las bases de datos de la Dirección de Presupuesto (datos de gasto), mientras que 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 2018. 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), y 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. Con el fin de estabilizar los

datos, se utilizaron medias bianuales de recursos, producción y población, utilizando los datos de los años 2017 y 2018.

El indicador presenta algunas debilidades, que deben considerarse a la hora de analizar los resultados, entre las cuales destacan 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 sobre todo 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 en su totalidad las diferentes estructuras de costos asociadas a población dispersa o a infraestructura desproporcionada para la demanda, entre otras causas, lo cual perjudica principalmente a las áreas de salud con un mayor porcentaje de población rural.
- No considera 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 la comparabilidad, se construyó un escalafón con los valores del indicador, los cuales se dividieron en tres grupos (CMCM bajo, CMCM medio y CMCM alto), buscando identificar alguna caracterización de estos. En el primer grupo se encuentran las unidades con un menor costo medio y/o un mayor porcentaje de población con al menos una atención médica en el año, y en el último grupo se incluyen las unidades con costos más altos y/o menor porcentaje de población con consulta médica en el año. El grupo CMCM medio resulta difícil de tipificar debido a que incluye unidades con combinaciones variadas de costos y porcentaje de población con consulta médica en el año.

En el infográfico se muestran las áreas de salud según ubicación en el segmento de CMCM bajo, medio o alto. Se observa que en el primer grupo aparecen cuatro áreas de salud con segundo nivel y un CAIS, así como 12 de las 13 áreas de salud de gestión externa. Sin embargo, en los grupos de CMCM medio y alto también aparecen varias unidades con segundo nivel o con CAIS.

Por otro lado, buscando identificar variables asociadas a la variabilidad del CMCM, y puesto que en otros análisis se identificó una relación negativa entre población por EBAIS y costos por consulta, se construyó un escalafón con dicha variable. Se calculó el coeficiente de correlación entre ambos escalafones, encontrándose un valor de 0,24, significativo al 5 %.

Agrupación de las áreas de salud según el Costo Medio de la Consulta Médica (CMCM), ponderado por porcentaje de población con al menos una consulta médica en el año

Grupo CMCM bajo	Grupo CMCM medio	Grupo CMCM alto
Catedral Noreste	Horquetas-Río Frío	Puriscal-Turrubares
Pavas	Montes de Oca	Carrillo
Coronado	Atenas	Mata Redonda-Hospital
Matina	Paraíso-Cervantes	Los Santos
Tibás	Limón	Desamparados 3
Desamparados 2	Coto Brus	Esparza
La Carpio-León XIII	Hatillo	Pital
Barva	Alajuelita	Moravia
Santa Ana	Heredia-Virilla	Desamparados 1
Guácimo	Alajuela Norte	Tibás-Uruca-Merced
San Sebastián-Paso Ancho	Montes de Oro	Corredores
Escazú	Alajuela Oeste	Mora-Palmichal
Cariari	Guatuso	Santa Cruz
Peninsular	Poás	Santa Bárbara
Curridabat	Nandayure	Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca
Valle la Estrella	Alajuela Central	Santo Domingo
Aguas Zarcas	Turrialba-Jiménez	Grecia
San Francisco-San Antonio	Orotina-San Mateo	Chacarita
Zapote-Catedral	El Guarco	Cañas
Goicoechea 2	San Rafael de Heredia	Alajuela Sur
Talamanca	Golfito	Bagaces
Puerto Viejo	Garabito	Parrita
San Pablo	Tilarán	Buenos Aires
Barranca	Colorado	Los Chiles
Naranjo	Ciudad Quesada	Guápiles
Aserrí	Chomes-Monte Verde	Goicoechea 1
Concepción-San Juan-San Diego	Osa	Quepos
San Rafael de Puntarenas	Valverde Vega	Alfaro Ruiz
Santa Rosa	San Isidro	Belén-Flores
Abangares	Florencia	Nicoya
Heredia-Cubujuquí	Corralillo	Cartago
Siquirres	La Cruz	Palmares
Acosta	San Ramón	Pérez Zeledón
La Fortuna	La Unión	Hojancha

Con el fin de comparar los resultados del CMCM con el IER, se procedió a agrupar las áreas en tres grupos, según el valor de este último indicador⁵. El primer grupo se constituyó con las 31 áreas con IER de 100 %, y las restantes áreas se dividieron en dos grupos de 29 unidades.

Al comparar los resultados del indicador de costo medio con el Índice de Eficiencia Relativa (IER), se encontró que 32 áreas de salud se ubicaron en el mismo grupo en ambos indicadores, de las cuales 11 resultan eficientes con ambos indicadores, 10 aparecen en el segmento medio y 11 en el segmento de menor eficiencia. Además, 21 de las 89 áreas presentan un cambio radical en la posición entre uno y otro indicador: 9 aparecen con IER de 100 % pero con CMCM alto y 11 tienen bajos costos, pero IER bajo.

Finalmente, 36 áreas cambian a un grupo inmediato: 11 con IER de 100 % muestran CMCM medio, 11 con IER entre 90 % y 100 % aparecen con CMCM alto, ocho con IER entre 90 % y 100 % muestran CMCM bajo y seis con IER más bajo tienen CMCM medio.

Por otra parte, cuando se calculó el coeficiente de correlación entre ambos escalafones no se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de la evaluación del indicador de eficiencia para el año 2018 muestran un desplazamiento hacia abajo del valor del indicador, que se evidencia en un menor número de unidades que alcanzaron la frontera de producción, así como una mayor distancia entre el valor mínimo del IER y la frontera eficiente, respecto al año 2017. Una posible causa de este resultado es la dificultad para ajustar los datos de las áreas por situaciones especiales que afectaron sus procesos productivos durante el año evaluado, debido a la escasa información que proporcionaron las unidades al respecto.

En un año en que sucedieron situaciones como la prolongada huelga de un alto número de funcionarios de servicios de salud, muy pocas unidades reportaron la afectación de servicios por dicha causa, situación que muy probablemente impactó la productividad. La metodología participativa que se ha venido implementando para la evaluación del Indicador de Eficiencia, busca precisamente ajustar los datos de recursos y de producción por situaciones especiales no ligadas de manera directa a la eficiencia y a la buena gestión, para hacer a las unidades más comparables. Esta metodología, sin embargo, no ha sido aprovechada en el mismo grado por todas las áreas de salud, lo que podría estar afectando los resultados y la dispersión del indicador.

⁵ Este análisis se realizó únicamente para las áreas de salud de gestión directa de la CCSS.

En términos de comportamiento del indicador por regiones, al igual que en el año 2017, 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 con IER igual o mayor a 90 %. Este resultado se reitera en la distribución del indicador alternativo, donde seis de sus 11 unidades incluidas en el análisis se ubican en el grupo de CMCM más alto. Esta región se caracteriza por tener población dispersa y una menor cantidad de población por EBAIS (83 % en relación con la media nacional), situación que afecta la demanda y, por tanto, podría estar afectando la productividad de los recursos.

Observando los valores del IER por área de salud durante el quinquenio 2014-2018, se puede identificar un comportamiento relativamente consistente, en el que resalta un grupo de unidades con tendencia a ubicarse en la frontera de producción o cerca de esta y otro que permaneció en los últimos puestos de este escalafón, resultados que muestran la capacidad relativa del indicador para discriminar las diferencias en productividad de las unidades. Sin embargo, un tercer grupo mostró un comportamiento menos estable en su posición respecto a las demás áreas de salud. Estos resultados se ven afectados por la calidad y la homogeneidad de los datos utilizados en los análisis; sobre todo porque la cantidad y la calidad de la información proporcionada por las unidades para el ajuste de sus datos varían entre las diferentes unidades y de un año a otro.

En relación con el indicador CMCM, debido a que este presenta algunas debilidades (ya mencionadas) y diferencias respecto a lo captado por el IER en términos de eficiencia, no son comparables. Como todo indicador, el CMCM posee debilidades y fortalezas, y se considera conveniente continuar con su proceso de mejora, utilizando, por ejemplo, promedios móviles para incluir datos de periodos más extensos, que permitan limar el efecto de comportamientos no uniformes en el tiempo.

Hacia nuevos Indicadores de Eficiencia

Siendo el año 2018 el último en que se utilizará el IER como indicador de eficiencia, es importante hacer un recuento de su evolución. Este indicador se diseñó en el año 2009, con un importante componente participativo en su diseño, y se aplicó a las unidades que voluntariamente aceptaron participar (69 en total). El primer quinquenio de utilización del IER fue de gran valor, pues permitió realizarle ajustes para mejorar la calidad del indicador, además de permitir su socialización y aceptación por parte de las unidades, que dudaron en principio de una metodología desconocida y aparentemente compleja.

En los últimos años, el IER ha jugado un papel importante, al evaluar de manera integral a todo el equipo de atención directa de la salud de la población (alrededor de ocho grupos profesionales), los cuales, en diversos grados y según unidades y periodos evaluados, han sentido su responsabilidad en los resultados de la evaluación de este indicador. Se debe reconocer, no obstante, que el sesgo de la metodología a favor del grupo profesional más

productivo (al que le da automáticamente una mayor ponderación) y la calificación de la unidad, resumida en un índice que no evidencia de forma directa las deficiencias productivas de los diferentes grupos profesionales, no contribuyen a señalar las deficiencias y las posibilidades de mejora.

Con el fin de subsanar esta debilidad implícita del Indicador de Eficiencia Relativa, a partir del año 2019 la eficiencia se evaluará para cada grupo profesional, mediante un escalafón de productividad diseñado para cada uno de estos. La metodología participativa se mantendrá y se espera que con este cambio los grupos profesionales muestren un mayor compromiso en el análisis y reporte de las situaciones que afecten su eficiencia en el transcurso del año. Como un aporte a la adaptación a los nuevos indicadores, se incluye en el anexo 2 un cuadro con las fortalezas y oportunidades de mejora, en términos de productividad, para cada área de salud.

Cabe destacar que los nuevos indicadores continúan teniendo el enfoque “productivista” del IER, en el sentido de que no toman en cuenta la calidad de las atenciones, evaluada en otras dimensiones de la EPSS. Sin embargo, se espera que estos tengan una mayor efectividad en señalar las debilidades productivas por grupo profesional y faciliten, por tanto, su corrección.

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; por tanto, se debe hacer un esfuerzo mayor para continuar limando las diferencias. Comparar permite identificar posibilidades de mejora e, incluso, necesidades de las unidades, lo cual puede aportar tanto a la mejora de la eficiencia como de la equidad de los servicios.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Compra de Servicios de Salud. (2018). *Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2017*. San José: EDNASSS.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2017). *Estudios de la OCDE sobre Sistemas de Salud: Costa Rica. Evaluación y recomendaciones*. San José: Ministerio de Salud.
- Economía 48. (s.f.). *Eficiencia económica*. Recuperado el 05 de Junio de 2019, de <http://www.economia48.com/spa/d/eficiencia-economica/eficiencia-economica.htm>
- Rodríguez, E. (2006). Asignación de recursos a áreas de salud. Entre las propuestas, lo posible y lo necesario. *Gestión*. Recuperado el 20 de junio de 2019, de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592006000100003

Autoría:

Realizado por:

Licda.Elizabeth Rodríguez Jiménez, Economista

Revisado por:

Dr. Alexánder Barrantes Arroyo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Anexos

Anexo 9.1: Evolución del IER por área de salud: unidades que obtuvieron un IER igual o superior a 90 %* según año evaluado. 2014-2018

Área de Salud	2014	2015	2016	2017	2018
Catedral Noreste	1	1	1	1	1
Goicoechea 2	1	-	-	1	-
Goicoechea 1	1	-	-	-	1
Tibás-Uruca-Merced	1	1	1	1	1
Heredia Cubujuquí	-	-	1	-	-
Moravia	1	-	-	-	1
Alajuela Norte	-	-	-	-	-
Coronado	1	1	1	1	1
Santo Domingo	-	1	1	1	-
San Rafael	1	1	1	1	1
Belén-Flores	-	-	-	-	-
Naranjo	1	1	1	1	1
Grecia	1	1	1	1	1
San Ramón	-	1	-	1	1
Atenas	-	1	1	1	-
Palmares	1	1	1	1	1
Poás	1	1	1	1	1
Valverde Vega	1	1	1	1	1
Orotina-San Mateo	1	1	1	1	1
Zarcero	-	1	1	1	1
San Isidro	1	-	1	1	1
Heredia-Virilla	-	-	-	1	1
Alajuela Sur	-	1	1	1	1
Alajuela Oeste	-	1	1	1	1
Santa Bárbara	-	-	1	1	1
Alajuela Central	1	1	1	1	1
Mata Redonda	-	-	-	-	-
Hatillo	1	1	-	1	1
Zapote-Catedral	-	-	-	1	-
Desamparados 1	-	1	1	1	1
Puriscal-Turrubares	1	-	-	-	-
Paraíso-Cervantes	1	1	1	1	1
La Unión	1	1	1	1	1
Acosta	-	1	1	1	-
Aserri	-	1	1	1	1
Alajuelita	1	1	1	1	-

Desamparados 3	1	1	1	1	1
Cartago	-	-	-	-	-
Turrialba-Jiménez	-	1	1	1	1
Parrita	-	1	-	-	-
Los Santos	1	-	-	-	-
Mora-Palmichal	1	-	1	1	-
Corralillo-La Sierra	1	1	1	1	1
El Guarco	-	1	1	-	1
Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca	-	1	1	1	1
Fortuna	-	-	1	1	-
Santa Rosa de Pocosol	-	-	-	1	1
Aguas Zarcas	-	1	1	1	1
Puerto Viejo	-	1	1	1	-
Pital	1	1	1	1	1
Guatuso	-	1	-	-	1
Florencia	1	1	-	1	1
Ciudad Quesada	1	1	1	1	1
Los Chiles	-	1	-	1	1
San Rafael de Puntarenas	1	1	1	-	-
Santa Cruz	1	1	1	1	-
Nicoya	-	1	-	1	-
Esparza	-	-	1	1	1
Montes de Oro	-	1	1	1	-
Chomes-Monteverde	1	1	1	-	-
Cañas	1	1	1	1	-
Abangares	1	1	1	1	-
Bagaces	-	1	1	-	1
Tilarán	1	1	1	1	1
La Cruz	-	-	-	-	-
Carrillo	-	1	-	1	1
Nandayure	-	-	1	-	1
Hojancha	1	-	-	-	-
Peninsular	-	1	1	1	1
Colorado	1	1	1	1	1
Chacarita	-	1	-	1	1
Barranca	-	-	1	1	-
Garabito	1	1	1	1	1
Quepos	-	1	-	1	1
Siquirres	-	-	-	-	-
Limón	-	1	1	1	1

Guápiles	-	1	-	1	1
Horquetas-Río Frío	-	1	1	-	1
Valle La Estrella	1	1	1	-	1
Cariari	-	1	1	1	1
Matina	1	1	-	1	1
Guácimo	-	1	1	1	1
Talamanca	-	-	-	-	-
Buenos Aires	-	-	-	-	-
Corredores	-	1	-	1	1
Osa	-	-	1	-	1
Pérez Zeledón	-	1	1	-	-
Golfito	-	1	-	-	1
Coto Brus	1	-	1	1	1

*1: obtuvieron IER mayor a 90 % en el año respectivo. 0: obtuvieron IER inferior a 90 % en el respectivo año.

Anexo 9. 2

Variables utilizadas en el cálculo del IER con más posibilidades de mejora en términos de productividad o que hacen un mayor aporte positivo al indicador

UE	Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia			Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2210	ATAP	Odontología	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA
2211	Odontología	Profesionales en Medicina		Control Óptimo de HTA	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año
2212	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales	
2213	Odontología	Profesionales en Medicina		ATAP	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA y Grupo Otros Profesionales
2214	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología	ATAP y Control Óptimo HTA	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	
2215	Odontología	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Control Óptimo HTA y Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	
2216	Gasto Medio por Consulta	Odontología	Profesionales en Medicina	Grupo Otros Profesionales	ATAP	Control Óptimo de HTA
2217	Odontología			Grupo Otros Profesionales	ATAP	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año y Profesionales en Medicina
2231	Odontología	ATAP	Profesionales en Medicina	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	

UE	Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia			Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2232	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales
2233	ATAP	Odontología	Profesionales en Medicina y Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales		
2235	Gasto Medio por Consulta	Odontología		Control Óptimo de HTA	ATAP	Grupo Otros Profesionales y Cons-1
2236	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año			Control Óptimo de HTA	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales y Odontología
2237	ATAP	Odontología		Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA	Profesionales en Medicina
2251	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta		Control Óptimo de HTA	ATAP	Odontología y Grupo Otros Profesionales
2252	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina	Grupo Otros Profesionales	ATAP	Odontología
2253	Control Óptimo de HTA	Gasto Medio por Consulta	Odontología	Grupo Otros Profesionales	ATAP	Profesionales en Medicina y Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año
2254	Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina		ATAP	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año
2256	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año			Odontología	Profesionales en Medicina	ATAP
2272	Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA		

UE	Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia			Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2273	Grupo Otros Profesionales	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año		Odontología	Profesionales en Medicina	Control Óptimo de HTA y ATAP
2274	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año		ATAP	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta
2276	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Control Óptimo de HTA	Odontología	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	ATAP
2277	Gasto Medio por Consulta	ATAP	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina		
2278	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA	Odontología	
2281	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina		Grupo Otros Profesionales	Odontología	Control Óptimo de HTA
2311	Profesionales en Medicina	Odontología		Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Gasto Medio por Consulta	ATAP
2312	Control Óptimo de HTA	Odontología		Gasto Medio por Consulta	ATAP	Profesionales en Medicina y Grupo Otros Profesionales
2314	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta		Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales	ATAP
2315	Control Óptimo de HTA	Odontología	Gasto Medio por Consulta	ATAP	Profesionales en Medicina	
2331	Profesionales en Medicina	Odontología	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales

Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia				Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2332	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales		ATAP	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina y Odontología
2333	Profesionales en Medicina	Control Óptimo de HTA	Odontología	Grupo Otros Profesionales	ATAP	
2334	Control Óptimo de HTA	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales	
2335	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología		Profesionales en Medicina	ATAP	Grupo Otros Profesionales
2336	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales	Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina	
2339	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina	Control Óptimo de HTA	ATAP	Gasto Medio por Consulta	
2342	Gasto Medio por Consulta	Odontología	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA
2348	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales		ATAP	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina
2351	Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina		Control Óptimo de HTA	Odontología	ATAP y Grupo Otros Profesionales
2352	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología		ATAP	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales
2382	Odontología	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Porcentaje de población con consulta médica		

UE Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia				Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
				de primera vez en el año		
2390	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA		Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina	Odontología
2392	Grupo Otros Profesionales	Gasto Medio por Consulta		Control Óptimo de HTA	Profesionales en Medicina	ATAP
2395	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA		ATAP	Grupo Otros Profesionales	Odontología
2471	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA		Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina	Odontología
2472	Grupo Otros Profesionales	Odontología		Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año
2473	Grupo Otros Profesionales			Odontología	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año
2474	Grupo Otros Profesionales	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología	Profesionales en Medicina	ATAP	
2475	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	ATAP
2477	Control Óptimo de HTA	ATAP		Gasto Medio por Consulta	Odontología	Profesionales en Medicina
2481	ATAP	Gasto Medio por Consulta		Odontología	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	
2483	ATAP	Control Óptimo de HTA		Grupo Otros Profesionales y Gasto medio por consulta	Gasto Medio por Consulta	Odontología
2484	Odontología	Control Óptimo de HTA	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	

UE	Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia			Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2511	Profesionales en Medicina	Odontología	ATAP y Gasto medio por consulta y Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales	
2531	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	Odontología	Gasto Medio por Consulta
2535	Grupo Otros Profesionales	ATAP	Profesionales en Medicina	Control Óptimo de HTA	Gasto Medio por Consulta	
2552	ATAP	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año		Odontología	Grupo Otros Profesionales	
2553	Grupo Otros Profesionales	ATAP	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año		
2554	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	ATAP	
2555	Gasto Medio por Consulta	ATAP	Odontología	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	
2556	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año		
2557	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología	Profesionales en Medicina	
2558	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	Profesionales en Medicina	Odontología	
2559	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	Profesionales en Medicina		
2560	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	ATAP		Profesionales en Medicina	Odontología	
2562	ATAP	Profesionales en Medicina	Odontología	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Gasto Medio por Consulta	

UE	Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia			Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2563	Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología		
2579	ATAP	Profesionales en Medicina		Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Gasto Medio por Consulta	Odontología y Grupo Otros Profesionales
2582	Odontología	ATAP	Grupo Otros Profesionales y Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	
2586	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	ATAP	Odontología	
2590	Odontología	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina	Grupo Otros Profesionales	
2592	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Gasto Medio por Consulta	ATAP	Odontología	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA
2594	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	ATAP	Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	
2631	Odontología	Gasto Medio por Consulta	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	

UE	Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia			Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
2632	ATAP	Gasto Medio por Consulta	Profesionales en Medicina	Odontología	Control Óptimo de HTA	
2634	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA	Odontología	ATAP
2650	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales		ATAP	Profesionales en Medicina	Gasto medio por consulta
2651	Grupo Otros Profesionales	ATAP	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología	Control Óptimo de HTA
2652	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año			Profesionales en Medicina	Control Óptimo de HTA	Odontología
2654	Control Óptimo de HTA	Grupo Otros Profesionales		Profesionales en Medicina	Gasto Medio por Consulta	Odontología
2655	Control Óptimo de HTA	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Odontología
2680	Profesionales en Medicina	Odontología	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Control Óptimo de HTA
2732	Profesionales en Medicina	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Gasto Medio por Consulta	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	
2758	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Profesionales en Medicina	Grupo Otros Profesionales	Control Óptimo de HTA	Odontología	

Ámbitos con mayores oportunidades de mejora en términos de eficiencia				Ámbitos con mayor aporte al Indicador de Eficiencia		
UE						
2759	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina	ATAP	Odontología	Gasto Medio por Consulta	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año y Control Óptimo de HTA
2760	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año	Grupo Otros Profesionales	Profesionales en Medicina			
2761	Profesionales en Medicina	ATAP		Gasto Medio por Consulta	Odontología	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año
2762	Profesionales en Medicina	ATAP	Grupo Otros Profesionales	Gasto Medio por Consulta	Control Óptimo de HTA	Porcentaje de población con consulta médica de primera vez en el año y Odontología



CAPÍTULO II HOSPITALES Y CENTROS ESPECIALIZADOS

Oportunidad de la aplicación de la terapia trombolítica IV en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en urgencias. Informe de los resultados

Resumen

Introducción. La oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica IV a los pacientes con infarto agudo del miocardio ST-elevado (IAMCEST) es evaluada desde el año 2004 por la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS). En este informe se presentan los resultados de los casos atendidos en urgencias de 21 hospitales generales y de cuatro áreas de salud, del 1º de enero al 31 de diciembre de 2018. La meta fue en el 100 % de los casos el tiempo puerta-aguja fuera de 30 minutos o menos.

Metodología. Los casos se identificaron a partir de los registros del cubo Urgencias Salud, actualizado al 31 de enero de 2019, así como de las listas elaboradas en los hospitales. La recopilación de los datos se hizo de febrero a junio de 2019. Según la variable, se calcularon frecuencias y estadísticas descriptivas.

Resultados. En EDUS se revisaron 1 871 expedientes, y se identificaron 673 casos por IAMCEST. La razón de masculinidad fue de 3:1; mientras que la edad promedio fue de 70 años en las mujeres y de 65 años en los hombres. La mediana (rango intercuartil) de la demora desde el inicio o exacerbación de los síntomas hasta la primera atención fue de 115 (56 a 193) min en los 493 casos en que se midió. De ellos, se seleccionaron 219 casos. En 147 (67 %) se logró medir el tiempo puerta-aguja, cuya mediana (rango intercuartil) fue de 30 (19 a 49) min. En 76 casos (52 %) el tiempo puerta-aguja fue de

30 min o menos. La red de prestación de servicios de salud con el mejor desempeño fue la Pacífico Central (mediana, 21 min). Sin embargo, considerando los centros, la meta se alcanzó únicamente en el hospital de Guápiles (tres casos) y en el área de salud de Desamparados 1 (un caso). Por otro lado, en 124 casos se logró medir el tiempo total de isquemia. En el 38 % (47 casos) este se ubicó dentro del lapso de referencia de 120 min o menos. La contribución del tiempo puerta-aguja al acumulado del tiempo total de isquemia fue del 21 % (4 193 / 23 360 min). La mayoría de la demora, por lo tanto, no fue atribuible a la atención, sino a los pacientes.

Conclusiones y recomendaciones. La meta, medida con el porcentaje de casos con tiempo puerta-aguja de 30 min o menos, no se alcanzó. No obstante, el desempeño general, medido por la mediana del tiempo puerta-aguja, fue el esperado. Dependiendo del centro, y con el propósito de que se implementen las acciones correctivas que correspondan, se recomienda revisar el procedimiento para elaborar las listas de casos, así como el flujo de los casos por IAMCEST. A la vez, se aconseja investigar las causas de la ausencia del registro del momento de la aplicación de la estreptoquinasa, y analizar las atenciones con valores atípicos en sus tiempos puerta-aguja.

Introducción.

Desde el año 2004, la Dirección Compra de Servicios de Salud (DCSS) evalúa, con la medida del tiempo puerta-aguja, la oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica IV a los pacientes con infarto agudo del miocardio ST-elevado (IAMCEST).

Hasta el año 2017, los casos eran primero identificados y seleccionados por los encargados en los hospitales, y después, a partir de las listas que remitían a la DCSS, eran verificados por los evaluadores.

Sin embargo, para la evaluación del año 2018, se utilizaron por primera vez los registros generados por el cubo Urgencias Salud, como las fuentes principales del listado de la población de casos por infarto agudo del miocardio (código I21), el cual se complementó con las listas confeccionadas en los hospitales. Cualquier sesgo introducido por estas, se eliminó.

Por otro lado, la implementación del expediente digital único de salud (EDUS) en todos los centros posibilitó usarlo como fuente primaria de los datos, e hizo posible seguir a la mayoría de los casos a lo largo de la cadena de atenciones, hospitalizaciones y consultas a las que dieron lugar. Ello obligó a extender el alcance de la evaluación hasta abarcar, además de los hospitales nacionales, regionales y periféricos, a las áreas de salud de tipo 1, 2 y 3 en las que también pudiera aplicarse el indicador.

Si se considera lo expuesto, se entiende que la evaluación del año 2018 no es comparable metodológicamente con las anteriores. Sabiendo esto, los resultados se presentan en tres apartados:

- El primero, Resultados preliminares, expone los hallazgos de la verificación de los casos en los listados del cubo Urgencias Salud y de los hospitales, así como las características de los pacientes identificados.
- El segundo, Resultados del seguimiento y medición, detalla aquellos aspectos que atañen al control local de los registros y al desempeño relativo a la meta cuyo logro se evaluó.
- El último apartado, Resultados intermedios, contextualiza los resultados del tiempo puerta-aguja dentro del tiempo total de isquemia, haciendo énfasis en aquellos significativos desde la perspectiva de los pacientes.

El documento incluye, además, cuatro anexos; todos ellos parte integrante de este.

Objeto y campo de aplicación.

Este informe presenta los resultados de la evaluación de la prestación de los servicios de salud relativa a los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado con reperfusión primaria por terapia trombolítica IV, que fueron atendidos en urgencias de 21 hospitales y de cuatro áreas de salud del 1º de enero al 31 de diciembre de 2018.

Su alcance se limita a verificar la oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica IV, según se especifica en la ficha técnica 3-4-A Infarto agudo del miocardio segmento ST-elevado. Infusión trombolítica IV. Determinación de la oportunidad.

Por la naturaleza de la evaluación, dentro del campo de aplicación de este informe no está considerar lo adecuado o no del uso de la terapia trombolítica IV en cualquiera de los casos, así como tampoco elucubrar acerca de las causas del menor o mayor desempeño de un centro.

Metodología

La evaluación fue hecha por un único evaluador. El trabajo se distribuyó en cuatro etapas: 1) identificación de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado; 2) selección de los casos que cumplieran con los criterios; 3) recopilación de los datos; y 4) verificación.

Para la identificación de los casos se utilizaron los registros del cubo Urgencias Salud (cuyo acceso autorizó el Área de Estadística en Salud), actualizado al 31 de enero de 2019, según el filtro en el [anexo 1.A](#), y las listas remitidas por los 23 hospitales generales. Concurrentemente, la selección de los casos según los criterios en el [anexo 1.B](#).

La recopilación de los datos se hizo de febrero a junio de 2019, inclusive. Su verificación posterior fue por excepción; es decir, se limitó a los datos faltantes, dudosos o inconsistentes, y la hizo el mismo evaluador. En lo que respecta a los casos evaluados de los hospitales, la verificación se dio conforme los resultados fueron aceptados por parte de los responsables, con la firma del acta de la evaluación.

Para calcular las frecuencias y las estadísticas descriptivas, se utilizaron los programas informáticos Microsoft® Excel® 2016 y Minitab® v. 15; con este, además, se elaboraron los gráficos.

Resultados preliminares

Identificación de los casos

De las listas de los hospitales se acumularon 338 pacientes y del cubo Urgencias Salud se obtuvo un Listado Registros de 2 117 pacientes (incluyendo 261 pacientes también en las listas). Todos los registros del primer grupo y el 88 % (1 871/2 117) del segundo, se verificaron en el EDUS.

Al final, se lograron identificar 673 casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado atendidos en las áreas de urgencias durante el año 2018. En el [anexo 1.C](#) se muestra el flujo de la identificación.

Características de los pacientes con IAMCEST

Variables demográficas

Los 673 casos correspondieron a 672 pacientes: 504 (75 %) hombres y 168 (25 %) mujeres. Respecto a la edad, la media fue de 65 años (SD 12; mínima, 27 años; máxima, 97 años); sin embargo, fue mayor en las mujeres que en los hombres: 70 años y 64 años, respectivamente.

Los casos de mujeres con menos de 65 años y de hombres con menos de 55 años (casos prematuros) acumularon el 25 % (170/673) del total. No obstante, su frecuencia fue mayor en las mujeres, 33 % (55/168), que en los hombres, 23 % (115/505).

Tiempo inicio de los síntomas-primer centro

El tiempo inicio de los síntomas-primer centro es la demora en minutos desde la hora en que empezaron los síntomas que motivaron al paciente a consultar, o de su exacerbación, hasta la hora registrada más temprana en el primer centro al que llegó.

De los 673 casos por IAMCEST, en 143 (21 %) la hora del inicio no se registró por el personal médico ni de enfermería en ninguno de los centros donde se atendió el caso, o su descripción no permitió que se calculara; además, en otros 37 (5 %) no se encontró el registro en EDUS de la primera consulta. En ambos grupos, la demora no fue medible.

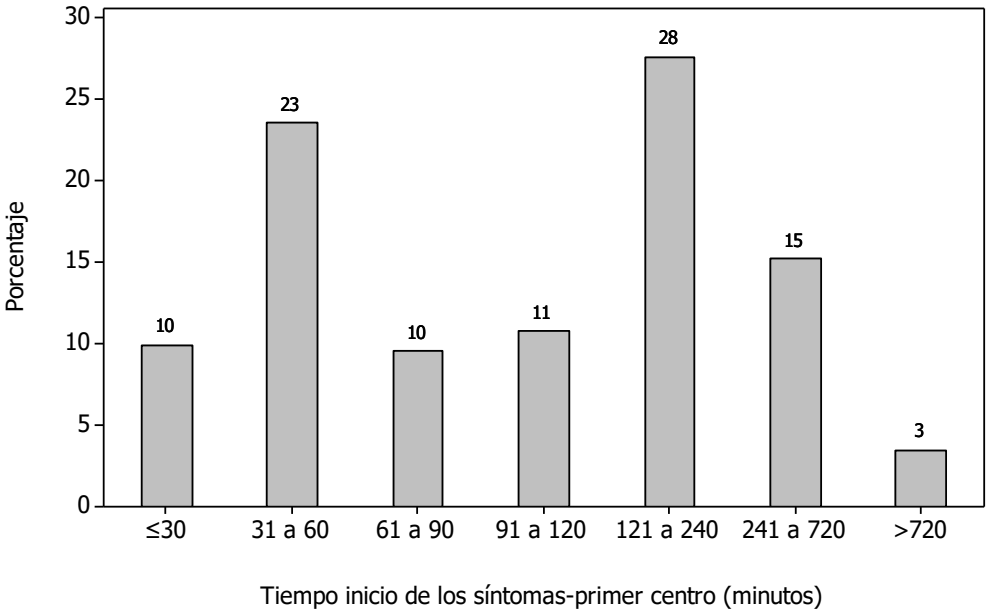
En los 493 casos restantes, la mediana (rango intercuartil) del tiempo inicio de los síntomas-primer atención fue de 115 (56 a 193) min, aunque en las mujeres fue mayor, como se muestra a continuación:

- Mujeres 126 (60 a 230) min
- Hombres 106 (55 a 180) min

Esta mayor demora en el grupo femenino implica de por sí una desventaja en términos de los resultados intermedios.

En el gráfico 1.1 se muestra la distribución general de los casos por rango de la demora. Según se observa, en poco menos de la mitad, el tiempo inicio de los síntomas-primera atención fue mayor a los 120 minutos. Sin embargo, aquellos cuyos pacientes llegaron más allá de la ventana terapéutica de las 12 horas, fueron minoría.

Gráfico 1.1
CCSS: Distribución de 493 casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado según rango del tiempo inicio de los síntomas-primer centro, 2018



Fuente: DCSS, CCSS. (2018). Evaluación de la prestación de los servicios de salud.

Selección de los casos

De los 673 casos identificados, se seleccionaron 219 (33 %) con terapia trombolítica IV: 122 casos de las listas, y 97 casos del cubo Urgencias Salud (incluyendo nueve casos atendidos en cuatro áreas de salud). El flujo de la selección se presenta en el [anexo 1.D](#).

Resultados del seguimiento y medición

Calidad de las listas de los hospitales

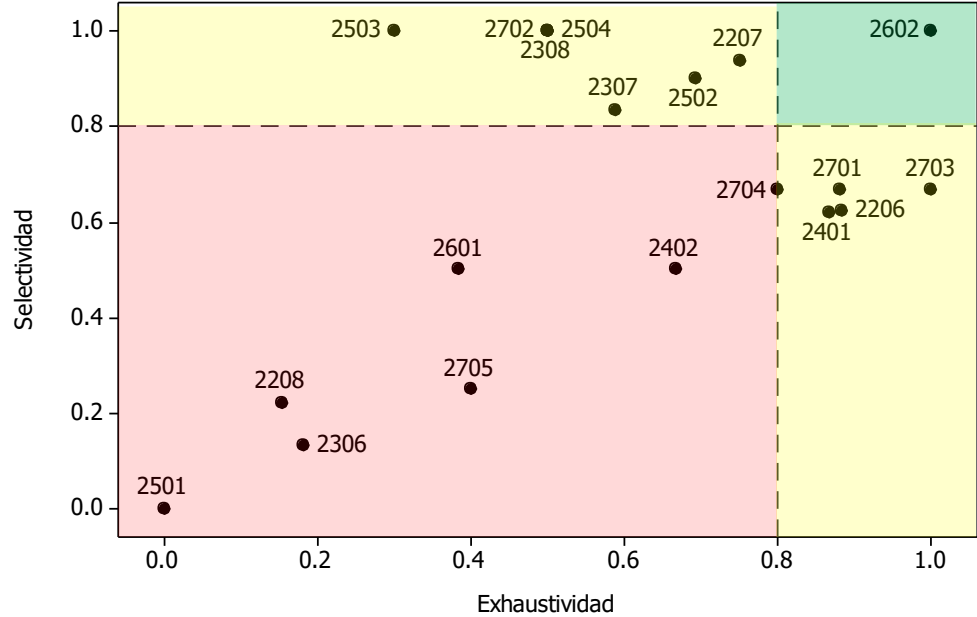
La calidad se refiere aquí a la adecuación de las listas para su uso según los atributos de selectividad y exhaustividad, respecto a un valor mínimo arbitrario de 0,8 para cada uno de ellos. La medida se incluyó como un indicador indirecto del control local de los casos en cuestión.

La selectividad se definió como la proporción de casos seleccionados de la lista respecto al total de los casos en la lista; y la exhaustividad, como la proporción de casos seleccionados en la lista respecto al total de casos seleccionados (tanto de la lista como del cubo).

Para el cálculo global se excluyeron las listas de los hospitales Rafael Ángel Calderón Guardia, San Juan de Dios y México (porque son, principalmente, de casos con intervención coronaria percutánea), así como la del hospital San Rafael -Alajuela- (porque la construcción de su lista no permitió una medida fiable de los atributos). Tampoco se tomaron en cuenta los casos con registros únicamente en el expediente físico en las listas de los hospitales Maximiliano Peralta Jiménez (15 casos) y de San Vito (un caso).

En las otras, ambos atributos alcanzaron, para el conjunto, valores de 0,6. A pesar de eso, según el centro, el resultado fue dispar (gráfico 1.2).

Gráfico 1.2
CCSS: Distribución de 18 hospitales según los atributos de calidad de sus listas de casos por infarto agudo ST-elevado con terapia trombolítica IV atendidos en las áreas de urgencias, 2018



2206: San Francisco de Asís. 2207: Carlos Luis Valverde Vega. 2208: San Vicente de Paúl. 2306: Maximiliano Peralta Jiménez. 2307: William Allen Taylor. 2308: Max Terán Valls. 2401: de San Carlos. 2402: Los Chiles. 2501: Víctor Manuel Sanabria Martínez. 2502: Enrique Baltodano Briceño. 2503: La Anexión. 2504: de Upala. 2601: Tony Facio Castro. 2602: de Guápiles. 2701: Fernando Escalante Pradilla. 2702: Manuel Mora Valverde. 2703: de Osa Tomás Casas Casajús. 2704: de Ciudad Neily. 2705: de San Vito.

Fuente: DCSS, CCSS. (2018). Evaluación de la prestación de los servicios de salud.

De la matriz anterior se resalta la ubicación única de la lista del hospital de Guápiles: al tener los dos atributos valores de 1, el grado de su calidad fue el óptimo.

Tiempo puerta-aguja

Por tiempo puerta-aguja se entiende el intervalo en minutos desde la hora de la llegada del paciente al centro (puerta), que equivale a la hora más temprana de la atención registrada en EDUS, hasta la hora del inicio de la aplicación de la terapia trombolítica IV registrada por el personal de enfermería (aguja). Su valor de referencia es de 30 minutos o menos (American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, 2017).

De los 219 casos seleccionados con terapia trombolítica IV, en 68 (31%) no se encontró el registro de la aguja o no se tuvo certeza del dato.

Además, en otros cuatro casos la aguja que se registró precedió a la hora de la puerta, volviendo el dato inconsistente. Sin embargo, el hallazgo no necesariamente se debe interpretar como un error del personal, pues por lo menos en tres de los casos es probable que la atención se haya dado antes de su registro. Cualesquiera que fuera la causa, los tiempos puerta-aguja no fueron medibles.

En los 147 casos restantes, con tiempo puerta-aguja medible, su mediana (rango intercuartil) fue de 30 min (19 a 49; mínimo: 1, máximo: 480).

En relación con las características de los pacientes, su correlación con el tiempo inicio de los síntomas-primer centro fue positiva ($r = 0,12$); pero con la edad, fue muy débil ($r = 0,09$). Además, la mediana (rango intercuartil) del intervalo fue mayor en las mujeres, como se detalla a continuación:

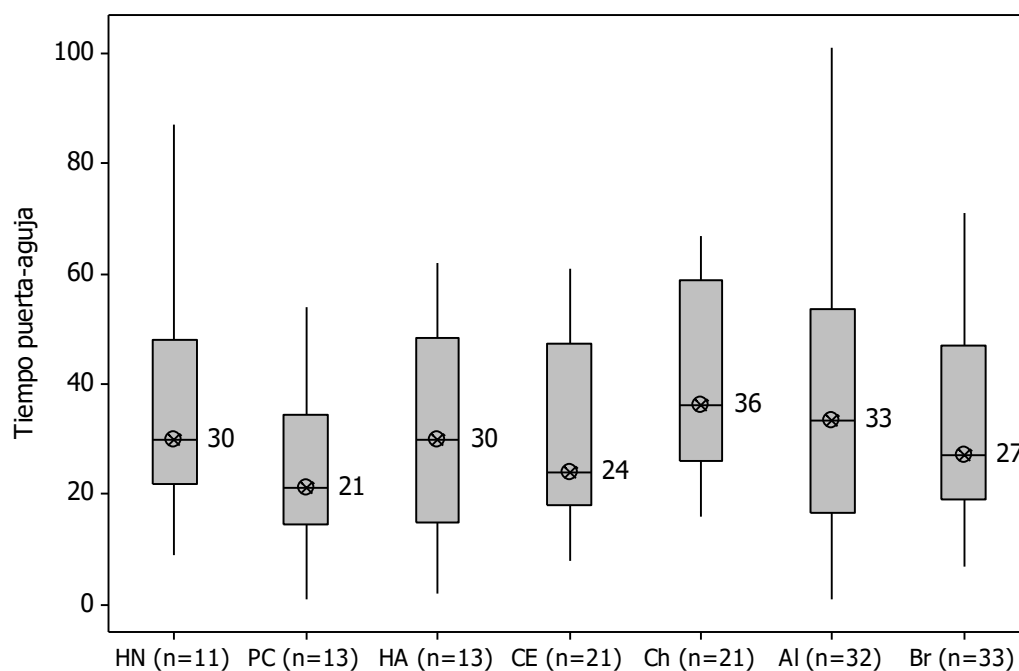
- Mujeres 33 (19 a 59) min
- Hombres 27 (19 a 48) min

Por otro lado, según la red integrada de prestación de servicios de salud (RIPSS), el menor lapso se encontró en la Pacífico Central, y el mayor, en la Chorotega (gráfico 1.3). Como se observa también, en la de Alajuela se encontró la dispersión más amplia, que fue causada, principalmente, por las atenciones en el hospital San Francisco de Asís.

Gráfico 1.3

CCSS: Mediana del tiempo puerta-aguja de 144 casos seleccionados por infarto agudo del miocardio ST-elevado según red integrada de prestación de servicios de salud, 2018

(En minutos)



Al: Alajuela. Br: Brunca. CE: Central Este. Ch: Chorotega. HA: Huetar Atlántica. HN: Huetar Norte. PC: Pacífico Central.

Notas

1/ Las redes de Heredia (dos casos: 12 min y 54 min) y Central Sur (un caso: 23 min), no se muestran, debido a las cantidades de casos.

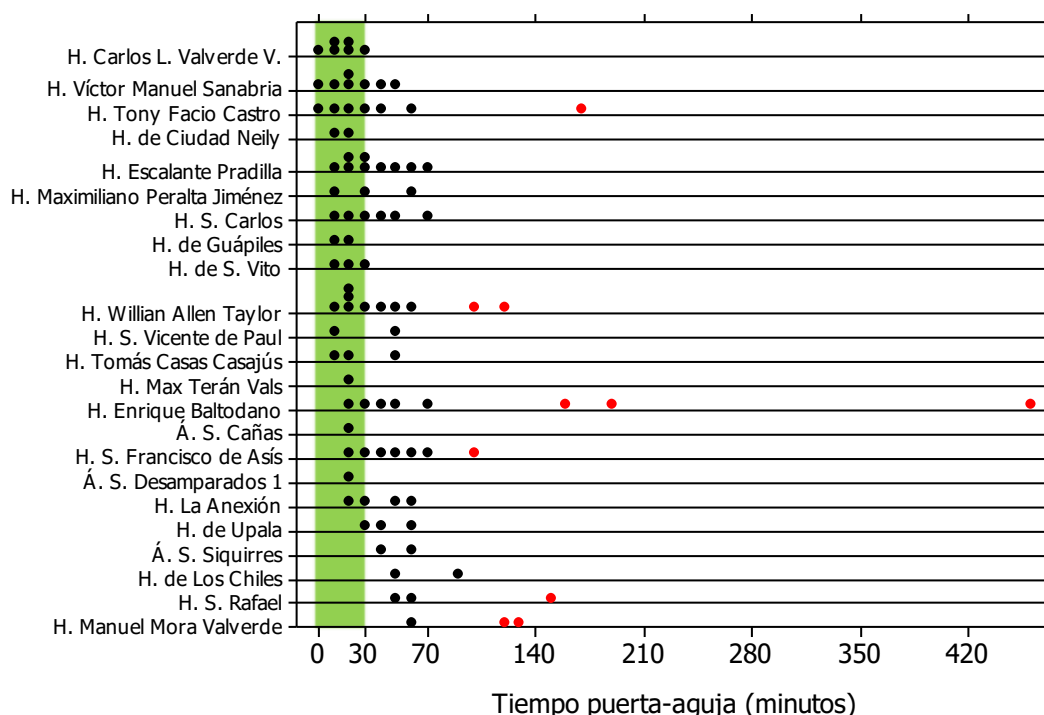
2/ De las redes Central y Central Noreste no se seleccionaron casos.

Fuente: DCSS, CCSS. (2018). Evaluación de la prestación de los servicios de salud.

Considerando los centros, los resultados fueron desiguales (gráfico 1.4). Según se muestra, en los hospitales San Rafael, Manuel Mora Valverde y Los Chiles, así como en el área de salud de Siquirres, el tiempo puerta-aguja en todos sus casos fue mayor a 30 min. Además, se encontraron casos con valores atípicos (94 minutos o más) en los hospitales Tony Facio Castro, William Allen Taylor, Enrique Baltodano Briceño, San Francisco de Asís, Los Chiles y Manuel Mora Valverde.

Gráfico 1.4

CCSS: Distribución de 147 casos seleccionados por infarto agudo del miocardio ST-elevado por tiempo puerta-aguja según centro, 2018



■ rango meta. ● valor atípico.

Cada punto representa hasta tres observaciones.

Fuente: DCSS, CCSS. (2018). Evaluación de la prestación de los servicios de salud.

Porcentaje de casos con tiempo puerta-aguja ≤ 30 minutos

En el 52 % (76/147) de los casos con tiempo puerta-aguja medible, este fue de 30 min o menos. Sin embargo, respecto al total de los casos seleccionados, el porcentaje fue del 35 % (76/219).

En el cuadro 1.1 se detalla la distribución de los casos según el hospital, y en el cuadro 1.2 según el área de salud. Como se observa, en el hospital de Guápiles y en el área de salud Desamparados 1, el tiempo puerta-aguja de todos los casos fue de 30 min o menos.

Además, en los hospitales de San Vito, de Ciudad Neily y Max Terán Valls, así como en el área de salud de Cañas, el tiempo puerta-aguja de los casos en que se logró medir también fue de 30 min o menos.

Por otro lado, en el hospital Max Terán Valls, la cantidad mayoritaria de los casos con tiempo puerta-aguja no medible restringe la interpretación de los resultados, volviendo el indicador no

evaluables. La situación es la misma para los hospitales Maximiliano Peralta Jiménez, San Vicente de Paúl y San Rafael -Alajuela-, y para el área de salud de Siquirres.

Cuadro 1.1

CCSS: Distribución de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado seleccionados, con tiempo medible y con tiempo de 30 minutos o menos según hospital, 2018

(Ordenados por la proporción: casos con tiempo ≤ 30 min / casos con tiempo medible)

Hospital ^{1/}	Total de casos seleccionados	Casos con tiempo ^{2/} medible	Casos con tiempo ^{2/} ≤ 30 min
TOTAL	209	143	74
De Guápiles	3	3	3
Max Terán Valls	6	2	2
De Ciudad Neily	5	3	3
De San Vito	5	3	3
Carlos Luis Valverde vega	20	13	12
De San Carlos	15	9	6
De Osa Tomás Casas Casajús	6	3	2
Víctor Manuel Sanabria Martínez	13	11	7
William Allen Taylor	17	16	10
Maximiliano Peralta Jiménez	11	5	3
Tony Facio Castro	13	8	4
San Vicente de Paúl	12	2	1
Fernando Escalante Pradilla	24	21	10
La Anexión	7	6	2
De Upala	6	3	1
Enrique Baltodano Briceño	13	11	3
San Francisco de Asís	17	15	2
San Rafael	9	4	-
Manuel Mora Valverde	4	3	-
De los Chiles	3	2	-

1/No se muestra el hospital México (un caso, con tiempo no medible).

2/ Tiempo puerta-aguja.

Fuente: CCSS, DCSS. (2018). Evaluación de la prestación de los servicios de salud.

Cuadro 1.2

CCSS: Distribución de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado seleccionados, con tiempo medible y con tiempo de 30 minutos o menos según área de salud, 2018

(Ordenadas por la proporción: casos con tiempo ≤ 30 min / casos con tiempo medible)

Área de salud	Total de casos seleccionados	Casos con tiempo ^{1/} medible	Casos con tiempo ^{1/} ≤ 30 min
TOTAL	9	4	2
Desamparados 1 Dr. Marcial Fallas	1	1	1
Cañas	2	1	1
Siquirres	5	2	-
Abangares	1	-	-

1/ Tiempo puerta-aguja.

Fuente: CCSS, DCSS. [2018]. Evaluación de la prestación de los servicios de salud.

Resultados intermedios

Tiempo total de isquemia

Por tiempo total de isquemia se entiende el lapso en minutos desde la hora en que empezaron los síntomas que motivaron al paciente a consultar, o de su exacerbación, hasta la hora del inicio de la terapia trombolítica IV. Para lo que interesa, el valor de referencia fue de 120 minutos (Denkas *et al*, 2011).

De los 219 casos seleccionados, en 124 (57 %) se registraron ambas variables. De esos, en el 38 % (47/124) el tiempo total de isquemia fue de 120 minutos o menos.

No obstante, el 21 % (4 193/23 360 min) del acumulado del tiempo total de isquemia fue causado por el tiempo puerta-aguja. En el conjunto de los casos, por lo tanto, la mayor parte de la demora no fue atribuible a la demora en atención sino a los pacientes.

Conclusiones y recomendaciones

Acerca del desempeño de la atención

La meta, medida por el porcentaje de casos seleccionados con tiempo puerta aguja de 30 minutos o menos, se alcanzó únicamente en uno de los hospitales evaluados: el de Guápiles, y en una de las áreas de salud: Desamparados 1 Dr. Marcial Fallas. El desempeño global, en contraste, medido por la mediana del tiempo puerta-aguja, fue el esperado.

Sin embargo, respecto al impacto, es probable que el aporte de lo logrado sea insuficiente, en tanto su contribución relativa a la disminución del tiempo total de isquemia, en general, fue baja.

Recomendaciones

Con el propósito de mejorar la eficacia en lo que respecta a la oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica IV, así como su efectividad en los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado, se recomienda a la Gerencia Médica que considere solicitar que:

- I. en los hospitales Manuel Mora Valverde, Los Chiles, Tony Facio Castro, William Allen Taylor, Enrique Baltodano Briceño y San Francisco de Asís, se analicen las atenciones con valores atípicos en su tiempo puerta-aguja, y se implementen las acciones correctivas pertinentes;
- II. en los hospitales Manuel Mora Valverde, Los Chiles y San Rafael -Alajuela-, así como en el área de salud de Siquirres, se revise el flujo de los casos por IAMCEST, y se implementen las acciones correctivas que tocan;
- III. la unidad institucional responsable dentro del macroproceso misional de curación o estabilización de la persona con una condición de salud investigue las causas de los tiempos inicio de los síntomas-primer centro prolongados, e implementen las acciones correctivas pertinentes;
- IV. la Dirección Compra de Servicios de Salud verifique el seguimiento de estas recomendaciones, como corresponda.

Acerca del desempeño de la gestión

En general, el control de los registros, medido por la calidad de los listados de casos enviados de los hospitales y por la proporción de casos sin el registro de la aguja en el EDUS, no fue el adecuado.

Como excepción, únicamente en el hospital de Guápiles la calidad de la lista calificó como óptima. Además, destaca que en la totalidad de sus casos seleccionados se encontró el registro de la aguja.

Recomendaciones

Con el propósito de mejorar el control local de las atenciones de los casos por infarto agudo del miocardio ST-elevado evaluables en lo que respecta a la oportunidad en la aplicación de la terapia trombolítica IV, se recomienda a la Gerencia Médica que considere solicitar que:

- I. en los hospitales Víctor Manuel Sanabria Martínez, San Vicente de Paúl, Maximiliano Peralta Jiménez, de San Vito, Tony Facio Castro, de los Chiles, de Osa Tomás Casas Casajús y San Rafael, se revise el procedimiento que siguen para elaborar los listados, y se implementen las acciones correctivas que tocan;
- II. en los hospitales Max Terán Valls, Maximiliano Peralta Jiménez, San Vicente de Paúl y San Rafael, así como en el área de salud de Siquirres, se investiguen las causas de la ausencia del registro de la aguja por parte del personal de enfermería, y se implementen las acciones correctivas pertinentes;
- III. la Dirección Compra de Servicios de Salud verifique el seguimiento de estas recomendaciones, como corresponda.

Referencias bibliográficas

Denkas, A. E., Anderson H. V., McCarthy J., Smalling, R. W. (2011). Total ischemic time. *JACC: Cardiovasc Interv*, 4(6), 599-604. doi: 10.1016/j.jcin.2011.02.012

American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. (2017). 2017 AHA/ACC Clinical performance and quality measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 10(10), e000032. doi: 10.1161/HCQ.0000000000000032

Autoría:

Realizado por:

Dr. Fernando Nassar Guier

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Anexos

Anexo 1.A

Elementos del filtro para la identificación en el cubo Urgencias Salud de los casos por IAMCEST

(Este anexo es parte integrante de este informe)

- **Año**

2018

- **Centro Salud. Centro Salud – tipo**

ÁREA DE SALUD TIPO 1

Se incluyeron:

- Buenos Aires
- Abangares
- Cañas
- Siquirres

ÁREA DE SALUD TIPO 2

Se incluyó:

- Tibás

ÁREA DE SALUD TIPO 3

Se incluyeron:

- Coronado
- Desamparados 1
- Hatillo

HOSPITAL PERIFÉRICO TIPO 1

HOSPITAL PERIFÉRICO TIPO 2

HOSPITAL PERIFÉRICO TIPO 3

HOSPITAL REGIONAL

HOSPITAL GENERAL CLASE A

HOSPITAL GENERAL CLASE B

HOSPITAL NACIONAL GENERAL.

- **Diagnóstico full**

I21 – INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

- **Edad simple**

(≥ 18 años)

Nota. Todas las áreas de salud según el cuadro: Consulta Presupuesto Despacho por Producto, de la Dirección de Farmacoepidemiología, para el producto: 3792 (ESTREPTOQUINASA 1.5000.000 UI. INYECTABLE. FRASCO-AMPOLLA), aplicable al período de la evaluación.

Anexo 1.B

Criterios de selección de los casos por IAMCEST

(Este anexo es parte integrante de este informe)

C.1 Población

Casos de pacientes con edad ≥ 18 años atendidos en las áreas de urgencias del 1° de enero al 31 de diciembre de 2018, por infarto agudo del miocardio ST-elevado, con registro de la atención en EDUS.

C.2 Criterios de inclusión

- Síntomas sugestivos de isquemia cardiaca aguda al llegar⁶
- Infarto agudo del miocardio ST-elevado o equivalente en el primer ECG realizado en el centro de la atención
- Con reperusión primaria por terapia trombolítica IV

C.3 Criterios de exclusión

- Paro cardiaco extrahospitalario
- Traslado por dolor torácico, dolor precordial, síndrome coronario agudo o infarto agudo del miocardio
- Paro cardiaco *in situ* antes de la atención
- Inicio de los síntomas > 12 horas⁷
- Contraindicación absoluta para la terapia trombolítica IV

⁶ Según el médico que recibió al paciente. El evaluador también pudo inferir la condición, aunque no de manera exhaustiva, con la clasificación del paciente en la categoría CTAS I (ROJO) y con el registro a la llegada de alguno de los códigos diagnósticos de **R07.2 (Dolor Precordial)**, **R07.4 (Dolor en el pecho, no especificado)**, **I20 (Angina pectoris)**, o **I21 (Infarto agudo del miocardio)**, entre otros.

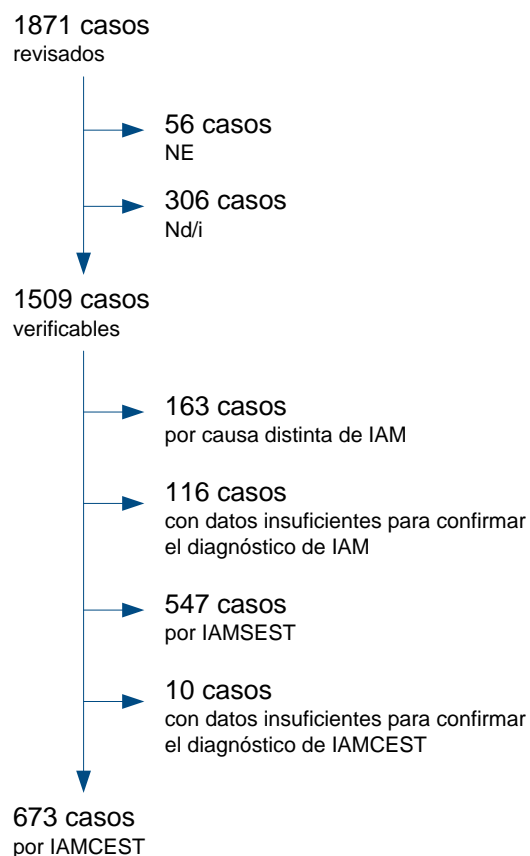
En su defecto, el criterio fue sustituible por el registro del diagnóstico clínico, descriptivo o estadístico de infarto agudo del miocardio ST-elevado o equivalente dentro de los primeros 30 minutos desde la llegada del paciente al área de Urgencia.

⁷ La ausencia del dato o la imprecisión en el cálculo del lapso no fueron equivalentes al criterio de exclusión.

Anexo 1.C

Flujo de la identificación de los casos por IAMCEST

(Este anexo es parte integrante de este informe)



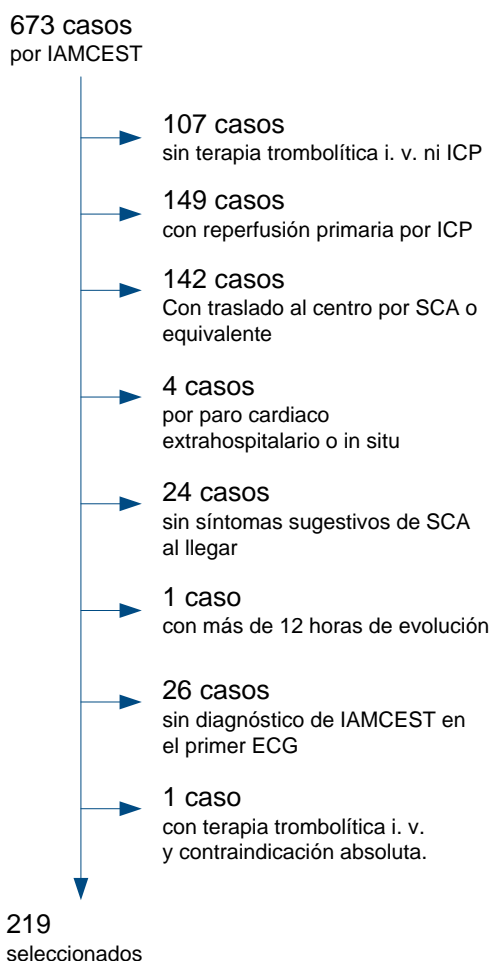
IAM: infarto agudo del miocardio. IAMCEST: infarto agudo del miocardio ST-elevado IAMSEST: infarto agudo del miocardio no ST-elevado. Nd/i: registro en blanco o con datos insuficientes. NE: no se encontró el registro la atención.

Nota. Por registro debe entenderse: de la atención donde se dio la reperfusión primaria o se decidió no darla, o, en su defecto, donde se descartó el diagnóstico de IAM o de IAMCEST.

Anexo 1.D

Flujo de la selección de los casos por IAMCEST

(Este anexo es parte integrante de este informe)



IAM: infarto agudo del miocardio. IAMCEST: infarto agudo del miocardio ST-elevado. ICP: intervención coronaria percutánea. SCA: síndrome coronario agudo.

Nota. Todos los casos se descartaron según el primer criterio de selección que incumpliera siguiendo el orden del flujo. Ningún caso se repite.

Patología cervical: oportunidad en la ejecución de la colposcopia

Resumen

Aunque el cáncer cervicouterino forma parte de las enfermedades que pueden prevenirse, se ubica en el cuarto lugar de incidencia y mortalidad en las mujeres a nivel mundial. En Costa Rica, según los datos del Ministerio de Salud (MINSAL), cada año se diagnostican más de 600 casos nuevos y fallecen alrededor de 130 mujeres por esta enfermedad.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), dentro de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS), incluye la medición de la oportunidad en la atención de las mujeres referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix para la ejecución de la colposcopia, con el objetivo de identificar las demoras en el proceso de atención y a partir de estas, plantear estrategias que permitan la mejora continua en pro de las usuarias.

Los datos se obtuvieron de la EPSS del año 2018 de los 23 hospitales generales de la CCSS y de uno especializado. Se incluyeron todas las usuarias referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix a las que se les ejecutó la colposcopia, y se excluyeron las que se encontraban en control y aquellas que en el momento de la atención contaban con colposcopia y toma de biopsia en otro establecimiento de salud. Se utilizó Microsoft Excel 2010 para el procesamiento de datos y para la construcción de cuadros y gráficos.

Como resultado del análisis, se determinó que la oportunidad en la ejecución de la colposcopia se ha mantenido estable en los últimos cuatro años. Destaca que los hospitales regionales, periféricos 3 y especializado presentan los mayores porcentajes de oportunidad en la ejecución de la colposcopia en las lesiones que ameritan un plazo de atención menor a 90 días. Asimismo, sobresale el hecho de que en el hospital especializado, la atención en la totalidad de casos de lesiones con plazo de atención menor a 30 días se dio de forma oportuna.

Es importante tener presente que la priorización de los casos según el tipo de lesión permite detectar y tratar lesiones que puedan evolucionar a un mayor grado. En ese sentido, la demora en la ejecución de la colposcopia debe analizarse con el fin de encontrar soluciones y mejorar la atención del servicio que se brinda a estas mujeres.

Introducción

Costa Rica cuenta con un sistema de salud único en el mundo, que presta servicios integrales basados en un modelo de seguridad social, representado por la CCSS, entidad pública a cargo de este sistema.

A lo largo de varias décadas, nuestro país ha tenido importantes logros que lo ubican en la vanguardia de los países latinoamericanos en materia de seguridad social y cobertura de salud universal; sin embargo, la carga de la enfermedad liderada por las enfermedades no transmisibles, entre las que se encuentra el cáncer, genera grandes desafíos para Costa Rica y para la CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2016).

Entre los tipos de cáncer en los que se ha invertido recursos en prevención, detección, tratamiento y rehabilitación se encuentra el cervicovaginal, también llamado cervicouterino, de cérvix o de cuello uterino.

Aunque el cáncer cervicouterino es una enfermedad en gran parte prevenible, constituye una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Según el Observatorio Mundial del Cáncer (GCO), del Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (<http://gco.iarc.fr/>), en el año 2018 a nivel mundial se registraron 569 847 casos nuevos de mujeres con este tipo de cáncer, ocupando el cuarto lugar en incidencia y mortalidad, con tasas de 13,1 y 6,9 por 100 000 mujeres, respectivamente. En la Región de las Américas, más de 72 000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino y casi 34 000 fallecieron por esta enfermedad. En Costa Rica, según los últimos datos disponibles por el MINSA, en el año 2014 este tipo de cáncer ocupó el tercer lugar en incidencia, con una tasa de 29,33, y el cuarto lugar en mortalidad, con una tasa de 5,42 por 100 000 mujeres (<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/mortalidad>).

La CCSS ha aunado esfuerzos para evaluar la oportunidad en la atención de las mujeres referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa de cáncer de cérvix para la ejecución de la colposcopía, que es el método diagnóstico y terapéutico de lesiones en el cuello uterino.

La norma nacional existente estipula el tiempo de atención para la ejecución de la colposcopía según el tipo de lesión (Poder Ejecutivo, Costa Rica, 2006):

- Menor a 8 días: lesiones invasoras
- Menor a 30 días: LIEAG (carcinoma in situ/ NIC 3, displasia cervical severa/NIC 3 y displasia cervical moderada/NIC 2), ASC-H y lesiones clínicas sospechosas de cáncer de cérvix
- Menor a 90 días: ASCUS, AGUS, VPH y LIEBG (displasia cervical leve/NIC 1)

La evaluación puede evidenciar si existen demoras en la atención, información que puede servir de insumo para la identificación de causas y para la definición de estrategias que permitan la mejora de la prestación de los servicios de salud.

Metodología

En el año 2018, al igual que en años anteriores, para determinar si la colposcopia se ejecutó en el plazo establecido según la norma nacional (Cuadro 2.1), fue necesario que en el expediente de la usuaria referida por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa, se encontrara la fecha de recepción de la referencia o solicitud de consulta externa en el hospital respectivo.

El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el programa Microsoft Excel 2010.

Se incluyeron las mujeres referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa con colposcopia efectuada en el año 2018 en los hospitales de la CCSS. De estas, se excluyeron las que se encontraban en control y seguimiento por la misma causa en el hospital y las que en el momento de la atención contaban con colposcopia y toma de biopsia realizadas en otro establecimiento de salud, independientemente del lugar (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2015).

Para las lesiones cuyo plazo de atención establecido por la norma nacional es menor a 30 u ocho días, se evaluó la población reportada por los centros hospitalarios, y en las lesiones con plazo de atención menor a 90 días, cuando la población reportada superó el tamaño muestral definido en la metodología de muestreo, se evaluó una muestra (Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS], 2017).

Análisis de resultados

Se evaluaron los 23 hospitales generales y uno especializado (HOMACE). La población total reportada de mujeres referidas por una citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa a las que se les ejecutó colposcopia fue de 5 773; se revisó el 32,8 % de los casos, y en el 72,6 % se pudo determinar la oportunidad (Cuadro 2.1).

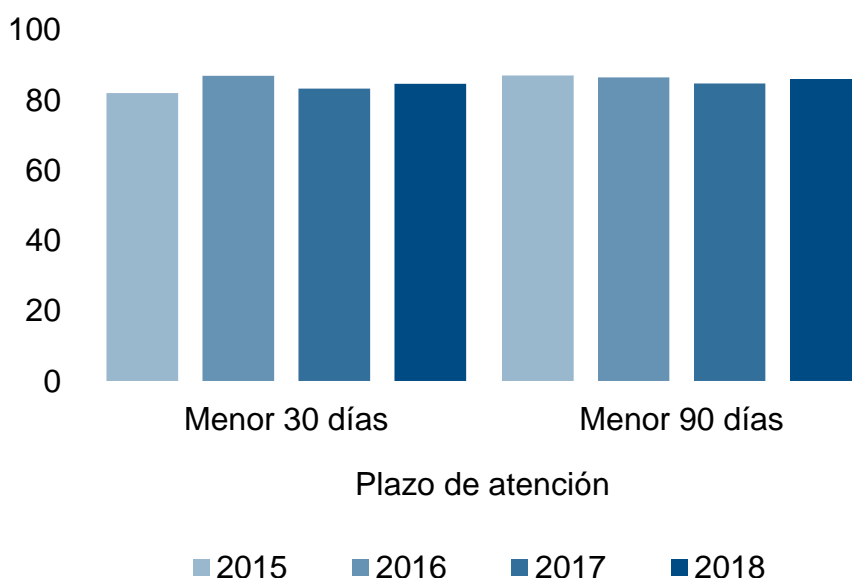
Cuadro 2.1
CCSS: Casos reportados, revisados, evaluados y oportunos por plazo de atención, 2018

Plazo de atención	Casos reportados	Casos revisados	Evaluables	Oportunos
Total	5773	1896	1376	1179
Menor a 8 días	5	5	3	3
Menor a 30 días	510	510	385	326
Menor a 90 días	5258	1381	988	850

Fuente: DCSS, CCSS, EPSS, 2018

Según datos de años anteriores, en el periodo 2015-2018, para las lesiones con plazos de atención menor a 30 y 90 días, el porcentaje de oportunidad en la ejecución de la colposcopia ha tenido muy poca variación (Gráfico 2.1). En el caso de las lesiones invasoras, plazo de atención menor a ocho días, la cantidad de casos por año y la oportunidad en la ejecución de la colposcopia fue de: cinco de siete casos para el año 2015, dos de tres casos para el 2017; y tres de tres casos para los años 2016 y 2018.

Gráfico 2.1
CCSS: Oportunidad en la ejecución de la colposcopia en mujeres referidas por citología cérvico vaginal alterada o lesión clínica sospechosa por plazo de atención según año, 2015-2018
 (Porcentaje)



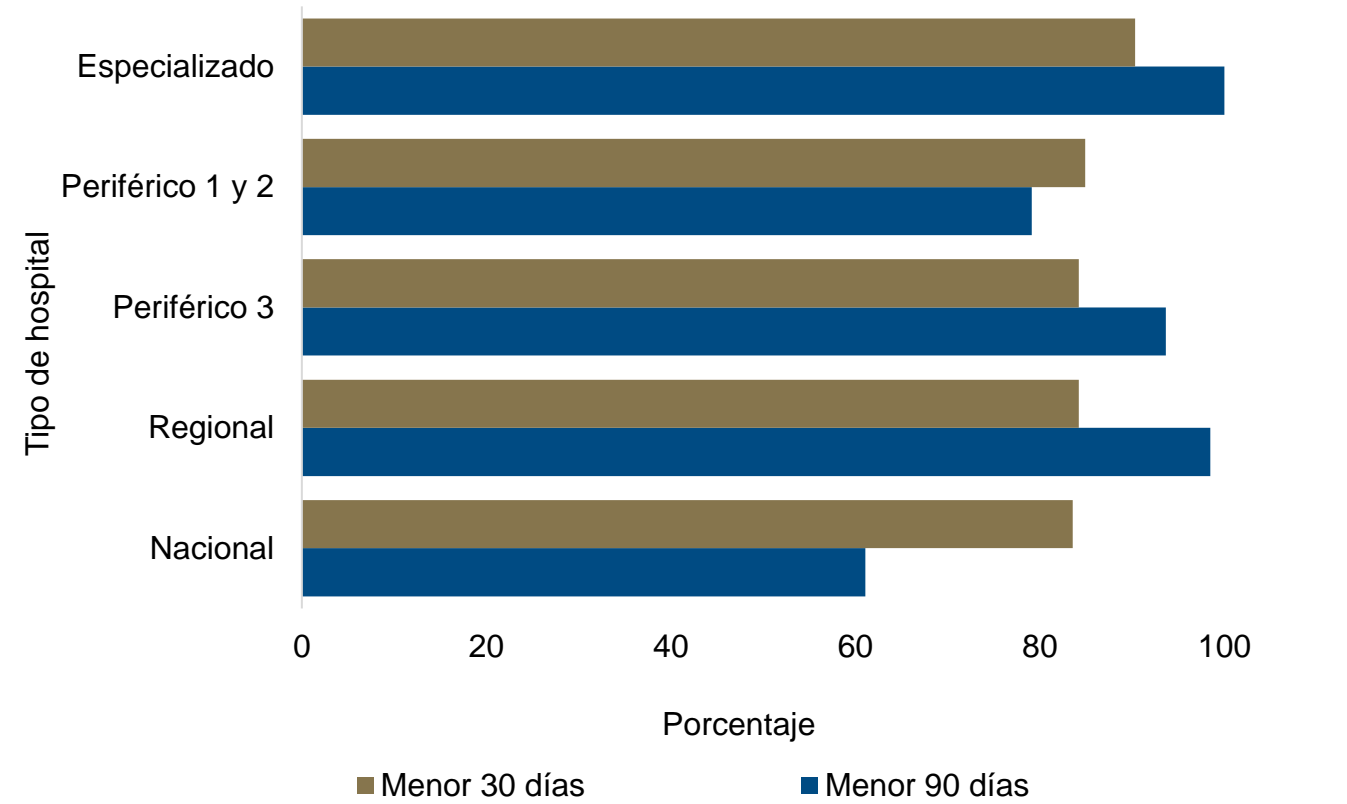
Fuente: DCSS, CCSS, EPSS, 2015 - 2018

Los tres casos evaluables de lesiones invasoras, plazo de atención menor a 8 días, se atendieron con oportunidad, meritorio de rescatar por ser las lesiones que pueden poner en riesgo la vida de la usuaria.

Para las lesiones con un plazo de atención menor a 30 días, el porcentaje de oportunidad en la ejecución de la colposcopia en los cinco grupos de hospitales se encuentra por encima del 83 %, llegando al 90 % en el especializado.

Por otro lado, para las lesiones con un plazo de atención menor a 90 días este porcentaje fue significativamente mayor en los hospitales regionales, periféricos 3 y especializado, llegando este último al 100 % de oportunidad en la ejecución de la colposcopia (Gráfico 2.2).

Gráfico 2.2
CCSS: Oportunidad en la ejecución de la colposcopia por plazo de atención según tipo de hospital, 2018
(Porcentaje)



Fuente: DCSS, CCSS, EPSS, 2018

Del total de casos con colposcopia ejecutada de forma no oportuna, en ambos plazos de atención existe un porcentaje en los que el tiempo se prolongó considerablemente.

Para el plazo menor a 30 días, de los 59 casos cuya atención fue no oportuna, en 12 (20,3 %) el tiempo de atención se prolongó más allá de los 90 días, llegando incluso a 270 días de espera para la atención. El mayor porcentaje se presentó en los hospitales regionales (29,6 %) y periféricos 1 y 2 (25,0 %). En el especializado no se registraron casos con demoras prolongadas (Cuadro 2.3).

Cuadro 2.3

CCSS: Casos referidos por lesiones que ameritan plazo de atención menor a 30 días con demora en la ejecución de la colposcopia mayor a 90 días, por tipo de hospital, 2018

Tipo de hospital	Casos con atención no oportuna	Casos con demoras mayor a 90 días
Total	59	12
Especializado	3	0
Nacional	12	1
Regional	27	8
Periférico 3	9	1
Periférico 1 y 2	8	2

Fuente: DCSS, CCSS, EPSS, 2018

Para el plazo menor a 90 días, el 26.1 % de los 138 casos no oportunos se atendieron posterior a los 150 días, encontrándose casos en los que la atención superó los 300 días. Al igual que el plazo anterior, los hospitales periféricos 1 y 2 presentan el porcentaje más altos de demora (33,9 %), sin embargo, los hospitales regionales no presentaron casos con demoras prolongadas, Cuadro 2.4.

Cuadro 2.4

CCSS: Casos referidos por lesiones que ameritan plazo de atención menor a 30 días con demora en la ejecución de la colposcopia mayor a 150 días, por tipo de hospital, 2018

Tipo de hospital^{1/}	Casos con atención no oportuna	Casos con demoras mayor a 150 días
Total	138	36
Nacional	58	13
Regional	4	0
Periférico 3	14	2
Periférico 1 y 2	62	21

^{1/}Se excluye el especializado por no tener casos no oportunos.

Fuente: DCSS, CCSS, EPSS, 2018

Conclusiones y recomendaciones

Si bien es cierto, la atención oportuna de las mujeres referidas por citología cervicovaginal alterada o lesión clínica sospechosa se ha mantenido en los últimos cuatro años, se hace necesario insistir en la importancia de la priorización de los casos según el tipo de lesión, ya que de esto depende la identificación de lesiones que pueden evolucionar a una lesión de mayor grado y poner en riesgo la vida de las usuarias, produciendo altos costos para la institución y para ellas mismas.

Por otro lado, es importante rescatar que desde el año 2016 solo se han reportado tres casos por año de lesiones invasoras, lo que pudiera estar relacionado con la atención de las mujeres en estadio temprano de la enfermedad, así como la efectividad de los programas de promoción y prevención en la CCSS.

Las demoras en el proceso de atención deben ser objeto de análisis en cada uno de los establecimientos involucrados, de forma tal que permita la identificación de barreras existentes con la finalidad de buscar soluciones y mejorar la atención.

Finalmente, a nivel local, debe revisarse la gestión de citas para la atención oportuna de las mujeres con este tipo de enfermedad y monitorear los tiempos establecidos en la norma nacional, con el objetivo de orientar la toma de decisiones que contribuya a la mejora continua del servicio que se brinda a estas mujeres.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2016). Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS centenaria. San José: CCSS.

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (23 de noviembre de 2015). Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Obtenido de Dirección Compra Servicios de Salud:
http://intranet/Organizacion/GM/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Continuidad_H/2-06-A%20Patologia%20cervical%20Citolog%C3%ADa%20cervico%20vaginal%20alterada%20o%20lesi%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20sospechosa%20de%20cancer%20de%20cervix.pdf

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (11 de diciembre de 2017). Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. Obtenido de Dirección Compra Servicios de Salud:
<http://intranet/Organizacion/GM/DCSS/Hospitales/SitePages/Evaluaci%C3%B3n%2018.aspx>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Washington, DC: OPS.

Poder Ejecutivo, Costa Rica. (7 de julio de 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, págs. 1-21.

Lista de siglas y acrónimos

AGUS	Células glandulares de significado indeterminado
ASC-H	Células escamosas de significado indeterminado de alto riesgo
ASCUS	Células escamosas de significado indeterminado de bajo riesgo
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
GCO	Observatorio Mundial de Cáncer
IARC	Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer
LIEAG	Lesión intraepitelial de alto grado
LIEBG	Lesión intraepitelial de bajo grado
MINSA	Ministerio de Salud
NIC	Neoplasia cervical
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
VPH	Virus del Papiloma Humano

Autoría:

Realizado por:

Dra. Mariela Tarancón Reyes

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: setiembre, 2019

El alta en la consulta externa especializada en hospitales y centros especializados, 2018

Resumen

El flujo continuo de la atención integral del paciente a través de la red de servicios de salud requiere de un monitoreo periódico, que permita detectar oportunidades de mejora en la gestión del proceso.

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.

Para calcular el porcentaje de personas dadas de alta, debe definirse primero el total de personas atendidas durante el año.

Este dato se obtiene al sumar las consultas de primera vez en la vida, primera vez en el año y primera vez en la especialidad. El número resultante se divide entre el número total de personas atendidas en cada una de las especialidades. Las variables se obtienen del cuadro 11 del informe estadístico del año 2018.

El 48,6 % de la consulta médica especializada en los hospitales y centros especializados de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se concentra en nueve especialidades: cirugía general, ginecología, medicina interna, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría y urología. Las consultas de

primera vez representan el 62 % de estas consultas.

Medicina interna es la especialidad que muestra el mayor porcentaje de personas dadas de alta en el 2018 (6 %). Por el contrario, las especialidades de pediatría y psiquiatría muestran los menores porcentajes. Oftalmología y urología han atendido más personas, pero son las especialidades quirúrgicas con menores porcentajes de personas dadas de alta a través del quinquenio.

Los hospitales especializados registraron el mayor porcentaje de personas dadas de alta en las especialidades de ginecología, medicina interna y oftalmología; sin embargo, fueron los de menor porcentaje en cirugía general, ortopedia y urología, liderando estas especialidades los hospitales periféricos 1 y 2.

En el quinquenio 2014-2018, el número de personas dadas de alta en las principales especialidades quirúrgicas disminuyó, lo cual pudo influir en el incremento en los plazos de espera para atención en las especialidades quirúrgicas más críticas, a saber: oftalmología, cirugía general, ortopedia, ginecología y urología.

Introducción

La mejora continua en la calidad de los procesos y la metodología de registro de las variables alta y consulta es indispensable para poder generar mayor disponibilidad de cupos, para la atención más oportuna de pacientes nuevos y subsecuentes. La continuidad asistencial se convierte en el elemento clave que incorpora una visión integral del proceso de atención sanitaria, considerando prioritariamente las necesidades de atención en salud del paciente. La colaboración entre profesionales para la mejora en la gestión de la consulta especializada favorece esa continuidad asistencial.

El Plan para la Atención Oportuna a las Personas, de la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE), del año 2017, establece tres cadenas de resultados: procedimientos diagnósticos ambulatorios, procedimientos quirúrgicos y consulta externa especializada. En esta última, el objetivo principal es la reducción de los tiempos de espera de los pacientes para recibir una consulta especializada. Para lograr este resultado, se plantean tres productos: la mejora en las solicitudes de consulta especializada que llegan desde el primer nivel de atención, la atención de los pacientes más antiguos de la lista de espera y el aumento y maximización de la oferta de consulta especializada. En cuanto al aumento y maximización de la oferta, cabe mencionar que esto depende de múltiples actividades, entre las que destacan: la derivación de pacientes, la mejora en la utilización de la capacidad instalada, la habilitación de segundos turnos y el aumento de las altas médicas (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2017).

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 *et al*, 2002). En la 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 última consulta registrada (Madrigal, 2012). En este punto, es necesario aclarar que debido a las actualizaciones que se le hacen en el presente al expediente digital único en salud (EDUS), podría existir una variabilidad relativa de los datos presentados en años anteriores, para efectos de comparación.

Metodología

Para la medida del indicador, se consideraron las consultas con otorgamiento de alta en relación con las consultas realizadas, tal como se describe en la ficha técnica de evaluación. Además, se obtuvo el número de personas atendidas por especialidad y el porcentaje de esas personas a las que les fue otorgada el alta según la especialidad, con el fin de obtener una mejor precisión de la demanda de los servicios y la gestión en el flujo de la consulta externa especializada.

Para calcular el porcentaje de personas con alta, se definió primero el total de personas atendidas durante el año. Este dato se obtuvo al sumar las consultas de primera vez en la vida, primera vez en el año y primera vez en la especialidad. Cabe aclarar que las tres son

mutuamente excluyentes, por lo que una misma persona no aparece más de una vez en este cálculo. Finalmente, se dividió la cantidad de altas entre el total de personas atendidas. Las variables se obtuvieron del cuadro 11 del informe estadístico del año 2018.

Para efectos de comparación, a través del quinquenio, no fueron considerados los datos de las especialidades de los siguientes centros: cirugía general en el HOMACE; pediatría general en el CENARE, HNP y hospitales nacionales; así como psiquiatría en el CENARE. En el caso del HNN, solo se consideró la especialidad de pediatría general, sin considerar las subespecialidades pediátricas.

En total, se analizaron nueve especialidades, a saber: cirugía general, ginecología, medicina interna, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría y urología, las cuales están presentes en la mayoría de los centros hospitalarios.

Análisis de resultados

En 2018, el total de consultas realizadas en estas especialidades contabilizaron un 48,6 % del total de consultas realizadas. Además, el 62,0 % correspondió a las consultas de primera vez, porcentaje significativamente mayor respecto a los años anteriores, a pesar de que el número de consultas realizadas es menor (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1
CCSS. Total, de consultas de primera vez, consultas realizadas y total de consultas por año, 2014-2018

Consultas	2014	2015	2016	2017	2018
Primera vez	657 111	692 182	680 052	645 125	681 813
Realizadas ¹	1 240 545	1 260 206	1 225 280	1 123 145	1 083 044
Totales ²	2 455 069	2 487 579	2 448 153	2 263 473	2 227 516

¹ corresponde a las especialidades de cirugía general, ginecología, medicina interna, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría y urología.

² Total de consultas brindadas por médico especialista independientemente de la especialidad.

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2018

En general, se observan diferencias que van desde el 0,04 hasta el 6,21 % en el porcentaje de personas con alta en 2018 con respecto al año 2014 en las nueve especialidades analizadas. A pesar de ser medicina interna la especialidad con mayor porcentaje de personas con alta en 2018 (18,0 %), esta presentó una variación negativa de 6,0 % con respecto a 2014. Psiquiatría, al contrario de medicina interna, es la especialidad con el menor porcentaje de altas de las nueve especialidades en 2018 (8,0 %), con una variación negativa de un 1,0 % (cuadro 3.2).

Por otra parte, en oftalmología se atendieron 18 038 personas más en 2018 con respecto al año 2014. En el caso de urología, esta diferencia fue de 8 666 personas; sin embargo, ambas son las dos especialidades quirúrgicas con menores porcentajes de personas dadas de alta en 2018. Adicionalmente, se logra apreciar un discreto aumento en el porcentaje de personas dadas de alta en las especialidades de psiquiatría y pediatría general (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2
CCSS: Personas con alta y altas en la consulta médica especializada por especialidad según año, 2014-2018
 (porcentaje)

Especialidades	Personas con alta					Altas				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Cirugía General	20	21	20	20	15	12	12	12	12	10
Ginecología	16	15	16	19	14	9	10	9	11	9
Medicina Interna	24	25	23	23	18	11	12	12	13	11
Oftalmología	12	12	11	11	9	6	6	5	6	5
Ortopedia	20	22	20	22	16	11	12	12	14	11
Otorrinolaringología	17	19	19	20	14	10	12	12	13	10
Pediatría General	16	17	14	14	15	8	8	7	8	8
Psiquiatría	9	10	7	8	8	4	4	3	3	4
Urología	10	11	10	11	10	6	6	7	7	8

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2018

En las especialidades de cirugía general, ortopedia y urología, los hospitales periféricos 1 y 2 presentaron los mayores porcentajes de altas, mientras que los especializados presentan los porcentajes más bajos. Los especializados presentaron mayores porcentajes en ginecología, medicina interna y oftalmología. Pediatría general no es comparable con todos los grupos, ya que no se brinda en hospitales nacionales (cuadro 3.3).

Cuadro 3.3
CCSS: Personas con alta en la consulta médica especializada por especialidad según tipo de hospital, 2018
 (porcentaje)

Especialidad	Especializados	Nacionales	Regionales	Periféricos 3	Periféricos 1 y 2
Cirugía General	3	11	16	14	27
Ginecología	19	9	16	10	18
Medicina Interna	43	10	20	20	14
Oftalmología	23	6	9	4	3
Ortopedia	3	14	17	13	25
Otorrinolaringología	NA	13	15	10	13
Pediatría General	21	NA	15	17	11
Psiquiatría	5	6	12	3	7
Urología	3	10	11	15	22

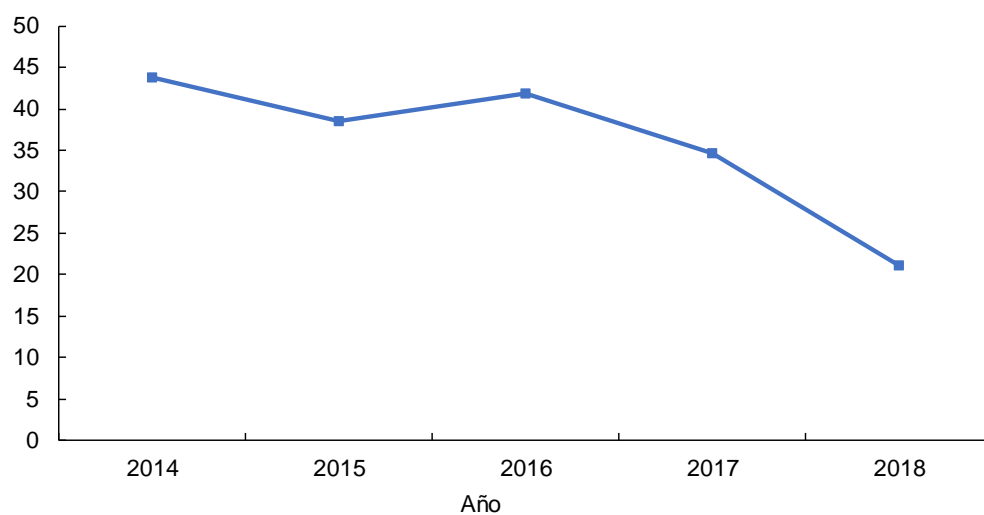
Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018.

Al analizar el comportamiento quinquenal de las diferentes especialidades según el tipo de hospital, se observó que en los hospitales especializados la especialidad de pediatría registró un descenso continuo en el porcentaje de personas con alta, llegando a alcanzar un 30 % (gráfico 3.1)

Por otra parte, en los hospitales nacionales, en medicina interna la diferencia en el porcentaje de personas con alta es de un 21,0 % y en otorrinolaringología de 15,0 %. En el caso de ginecología, se observó una disminución sostenida del porcentaje de personas dadas de alta durante el quinquenio, con una diferencia de 13,6 % (gráfico 3.2).

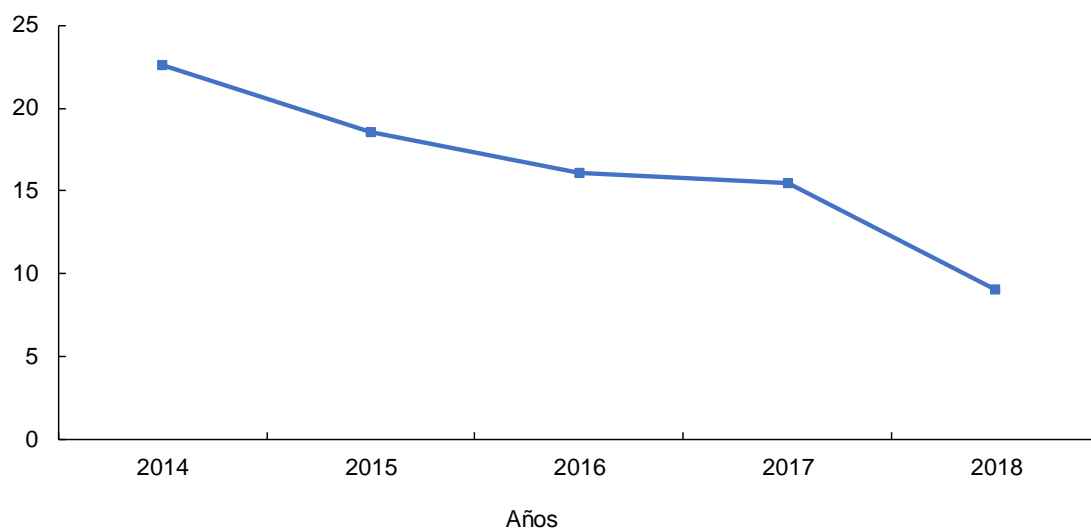
En los hospitales regionales y periféricos 3 no se presentaron mayores variaciones entre las especialidades durante el período; sin embargo, en los hospitales periféricos 1 y 2 se atendieron 660 personas menos en la especialidad de oftalmología, donde además se presentó una disminución de 30,0 % de personas con alta (gráfico 3.3).

Gráfico 3.1
CCSS: Personas con alta en la especialidad de pediatría general en hospitales especializados según año, 2014-2018
(porcentaje)



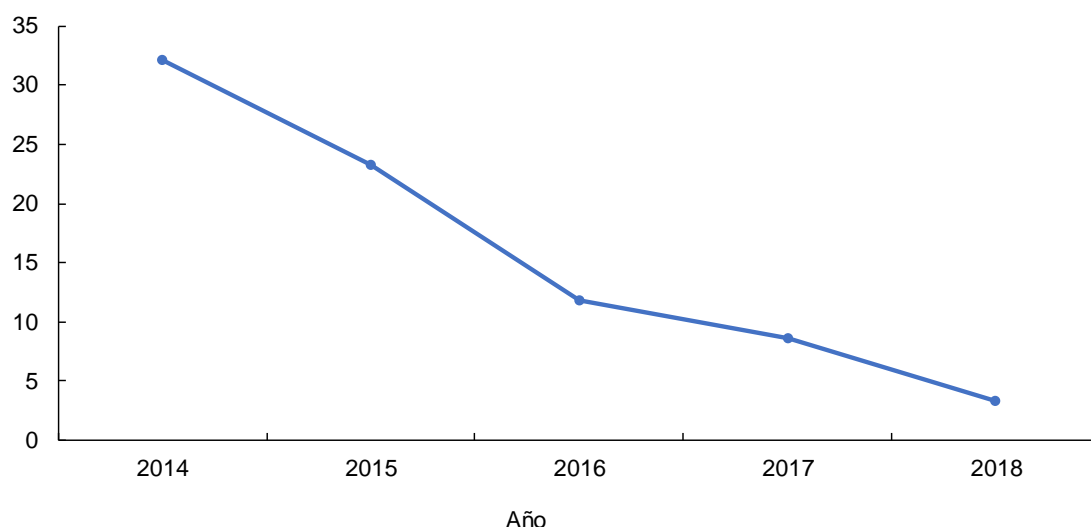
Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

Gráfico 3.2
CCSS: Personas con alta en la especialidad de ginecología en hospitales nacionales según año, 2014-2018
(porcentaje)



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

Gráfico 3.3
CCSS: Personas con alta en la especialidad de oftalmología en hospitales Periféricos 1 y 2 según año, 2014-2018
(porcentaje)



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

En relación con el volumen de consultas, ortopedia es la especialidad que muestra un mayor número de consultas de primera vez, siendo la única especialidad que supera las 100 000 consultas de primera vez durante todo el período. Esta especialidad, al igual que oftalmología, implica el concepto de bilateralidad. Le siguen las especialidades de oftalmología y ginecología (anexos 3.1a y 3.1b)

Sin embargo, al considerar la proporción de consultas de primera vez en relación con el total de consultas realizadas, los mayores porcentajes están presentes en urología y otorrinolaringología para el año 2018. Por el contrario, psiquiatría y pediatría general son las especialidades con menores proporciones (anexo 3.1.c).

Destaca que los hospitales regionales registraron un mayor volumen de consultas de primera vez que los demás hospitales (anexo 3.2)

La proporción de consultas de primera vez en relación con las consultas realizadas es mayor en ortopedia en los nacionales; otorrinolaringología en los periféricos y regionales, y cirugía general en los especializados (anexo 3.3)

Por otro lado, cabe mencionar que nueve especialidades presentaron un descenso en el porcentaje de personas con alta entre 2014 y 2018.

En los hospitales periféricos 1 y 2, se observó un descenso de un 29,0 % en el porcentaje de personas dadas de alta en la especialidad de oftalmología y de un 15,05 % en otorrinolaringología durante el quinquenio.

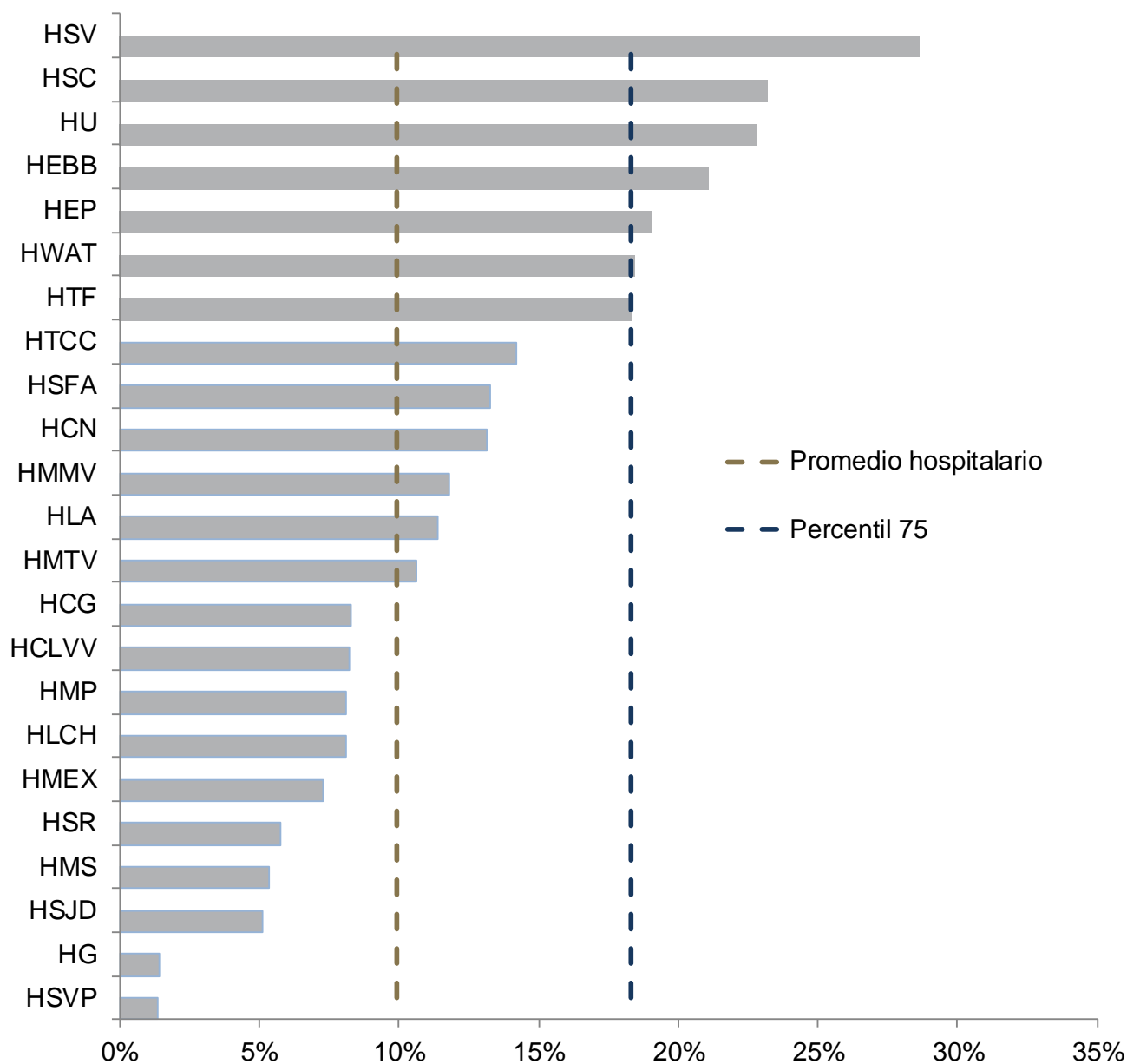
Llama la atención que el HSJD se mantiene por debajo del percentil 25 en medicina interna, cirugía general, ginecología y ortopedia; este resultado puede estar asociado a la alta complejidad que se aborda en este centro, lo que hace que los pacientes deban permanecer por más tiempo recibiendo la atención (gráficos 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7)

Por otra parte, los hospitales HMS y HG mantienen bajos porcentajes de personas con alta en especialidades prioritarias como cirugía general, ortopedia y ginecología (gráficos 3.4, 3.5 y 3.7), mientras que el HTCC presenta bajos porcentajes en pediatría y medicina interna (gráficos 3.6 y 3.8).

Los HMP y HSC, por el contrario, tienen altos porcentajes de alta en ortopedia y ginecología, lo cual estaría relacionado a la implementación de proyectos para la lista de espera quirúrgica y la depuración de los listados de pacientes con procedimientos pendientes. Lo contrario ocurre con las mismas especialidades en el HG (gráficos 3.4, 3.5 y 3.7).

Gráfico 3.4

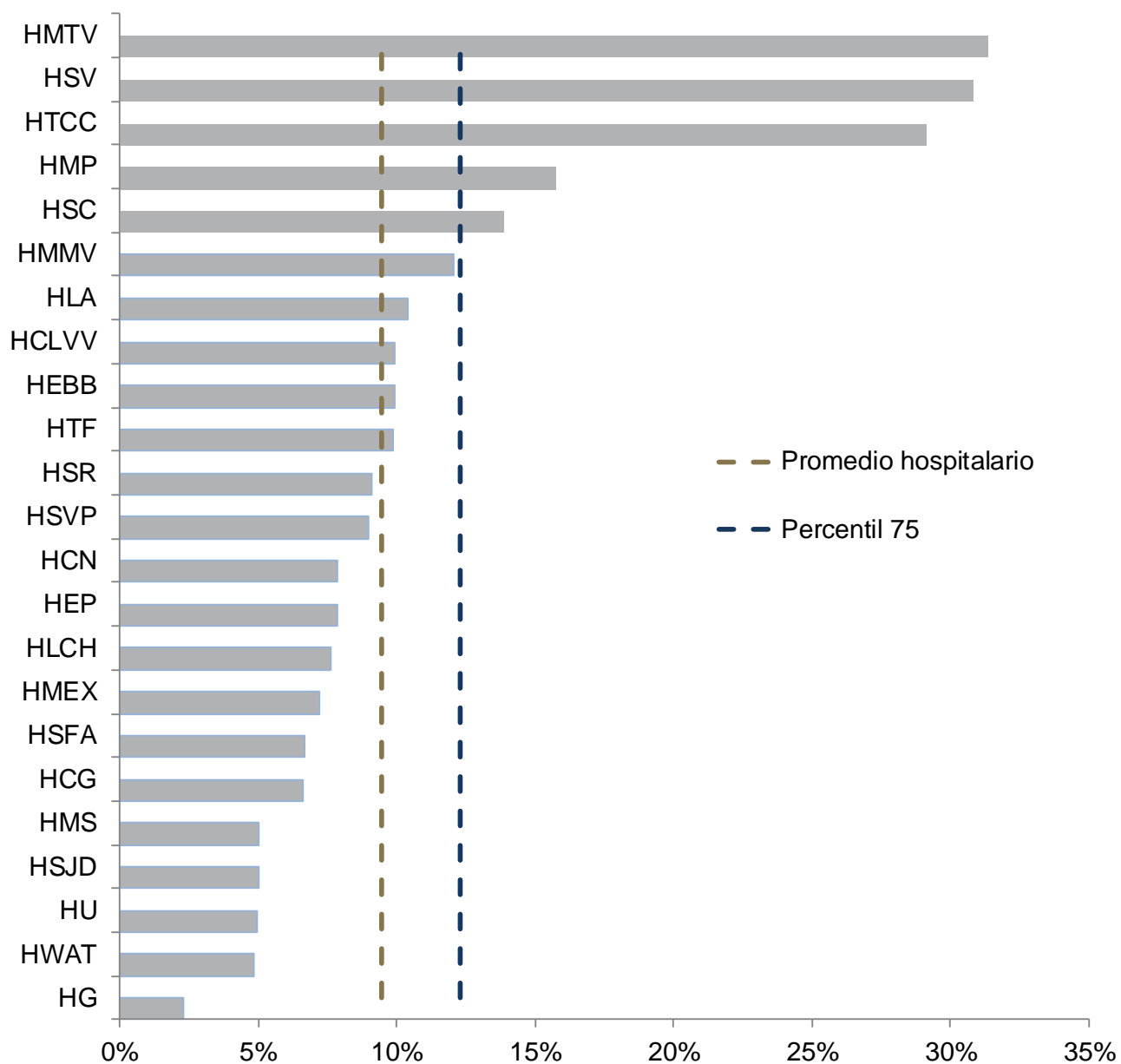
CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de cirugía general, en hospitales, año 2018



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

Gráfico 3.5

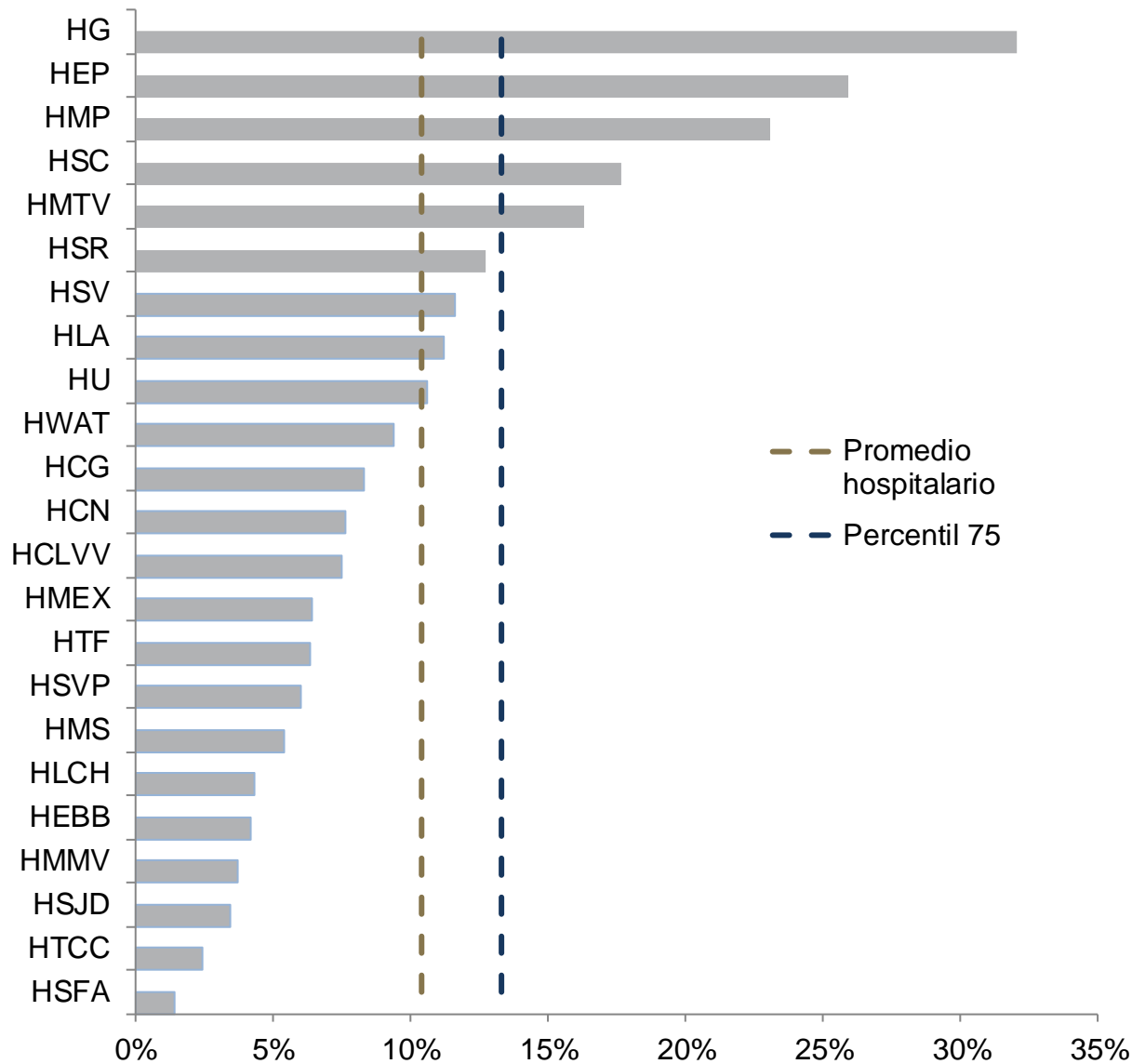
CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de ginecología, en hospitales, año 2018



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

Gráfico 3.6

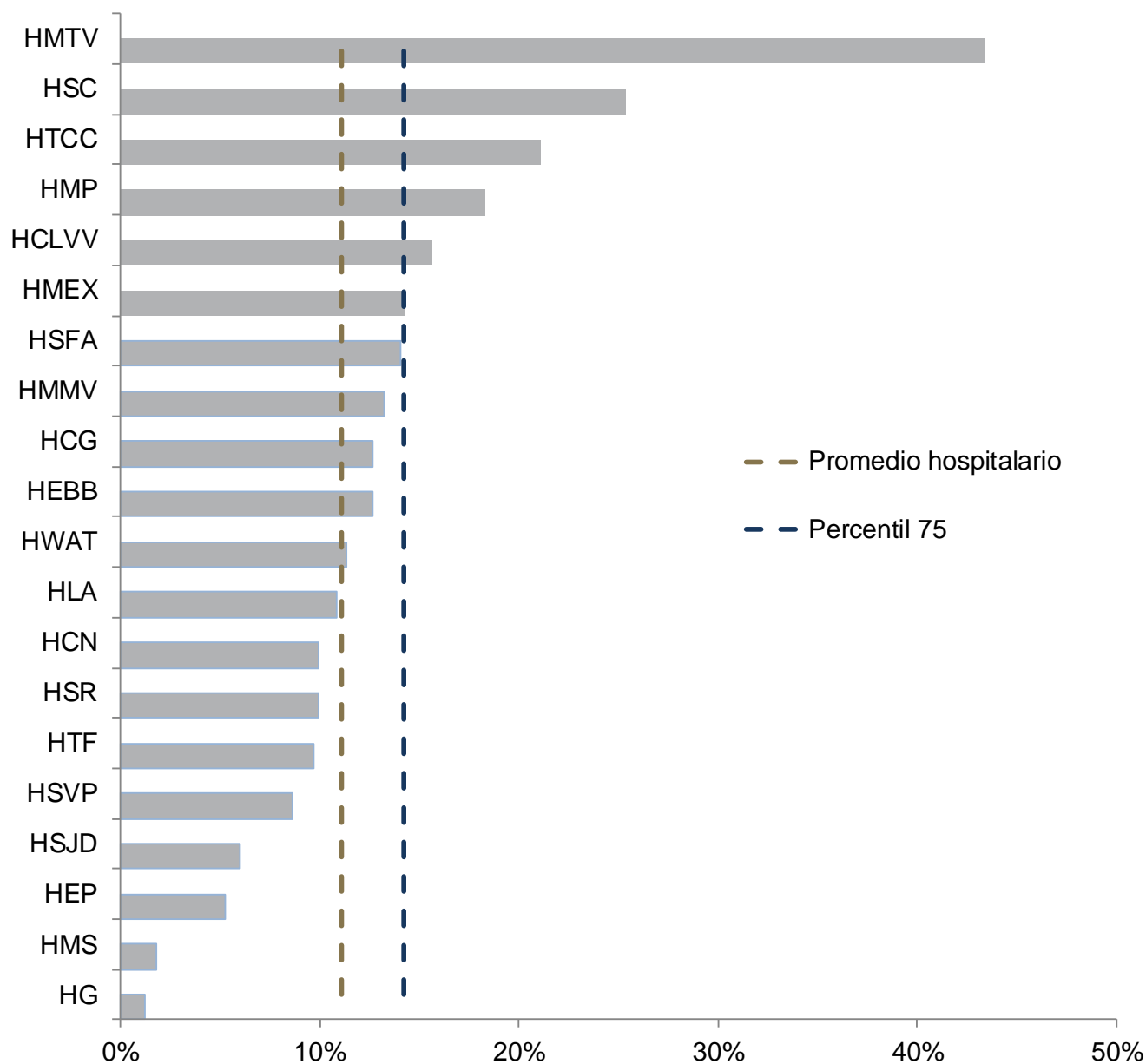
CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de medicina interna, en hospitales, año 2018



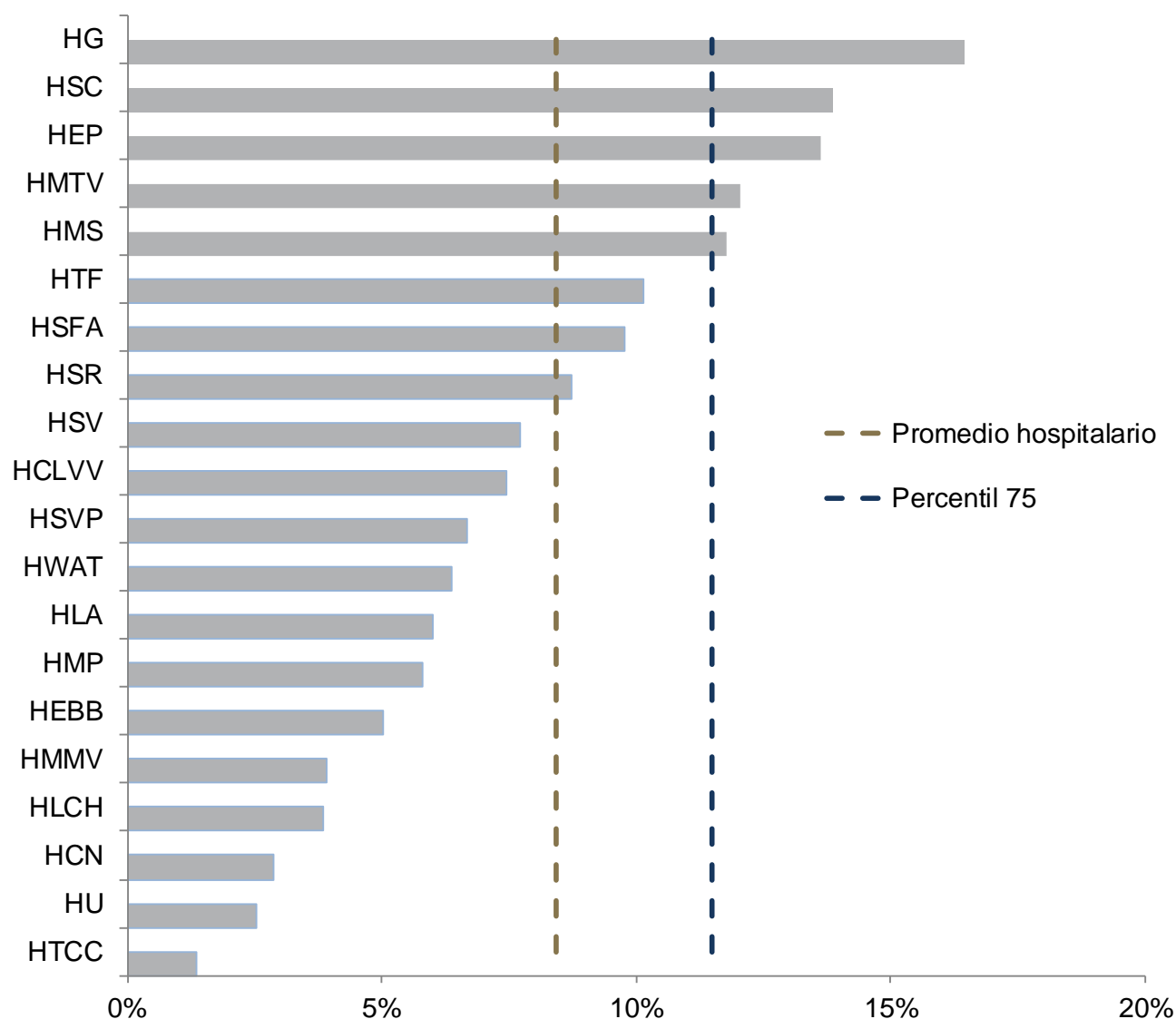
Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

Gráfico 3.7

CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de ortopedia, en hospitales, año 2018



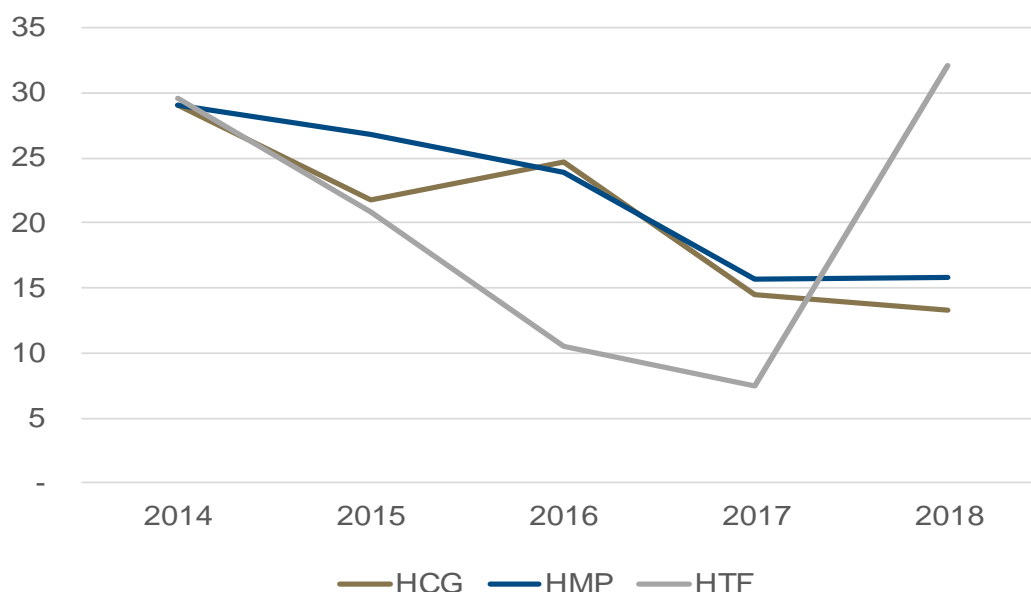
Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

Gráfico 3.8**CCSS: Consultas con otorgamiento de alta en la especialidad de pediatría, en hospitales, año 2018**

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018

A través del quinquenio se observó una disminución del porcentaje de altas en especialidades y centros específicos. Por ejemplo, en el HCG y HMP, la especialidad de cirugía general presentó una disminución de un 15,0 % de personas dadas de alta en ambos centros, entre 2014 y 2018. El HTF también mantuvo un comportamiento de descenso de hasta un 22 % hasta el año 2017, con un incremento súbito en el 2018. Los hospitales HWA y HG presentaron un comportamiento muy heterogéneo a través del quinquenio (gráfico 3.9).

Gráfico 3.9
CCSS: Personas con alta en la especialidad de cirugía general, en hospitales, período 2014-2018
 (porcentaje)

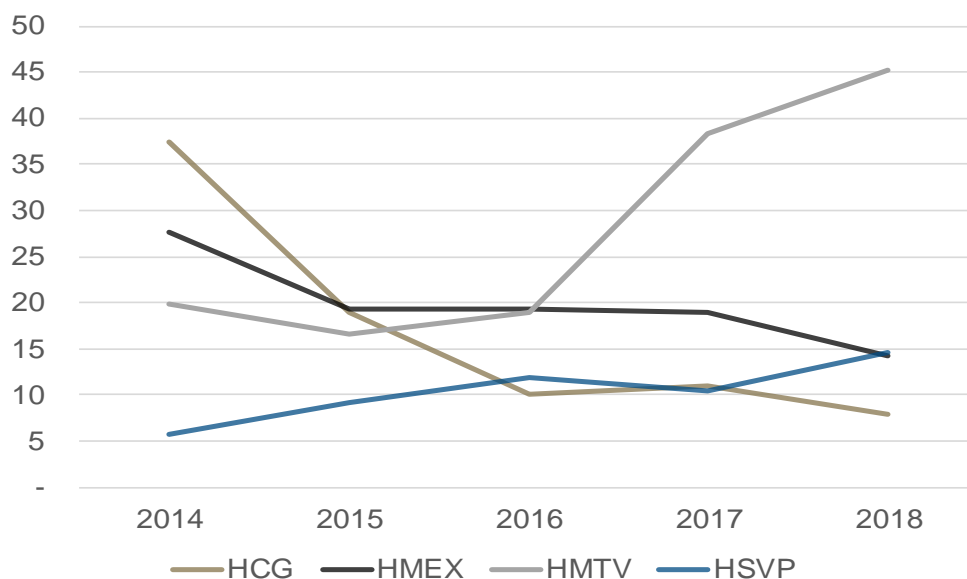


Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018

En la especialidad de ginecología, al igual que en cirugía general, el HCG también presentó una disminución considerable en el porcentaje de personas con alta (29,7 %) entre 2014 y 2018. En el caso del HMEX, la disminución entre estos dos años fue de un 13,5 %. Por el contrario, el HSVP presentó un aumento de 8,83 %, que podría reflejar la respuesta a los proyectos UTLE que se han desarrollado en los últimos años. Los otros hospitales de la región Central Norte no presentaron una tendencia específica. El HMTV presentó un incremento del 25,3 % entre 2014 y 2018 en esta misma especialidad (gráfico 3.10).

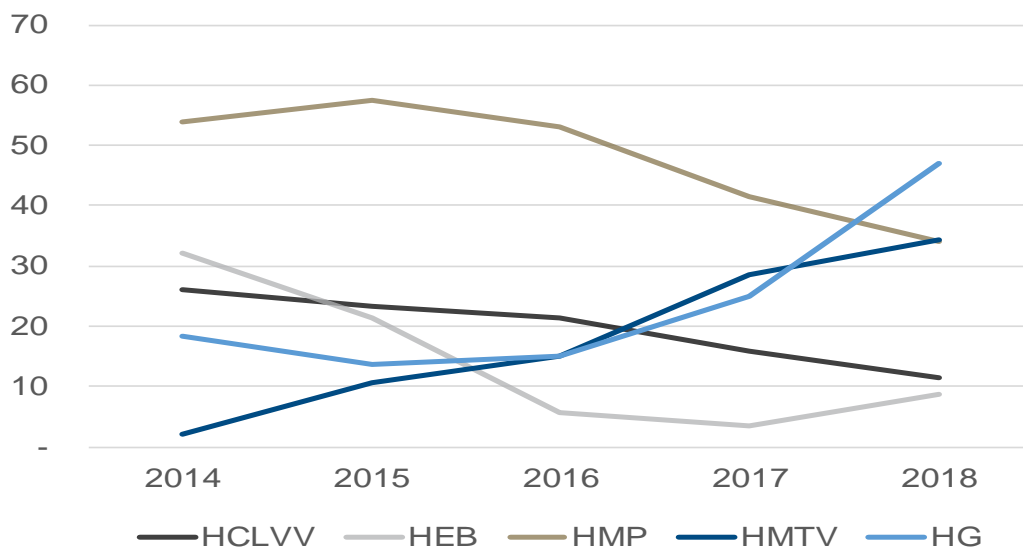
En cuanto a la especialidad de medicina interna, el HEB presentó una disminución en el porcentaje de altas de hasta un 23,4 % entre 2014 y 2018. Igualmente, el HCLVV experimentó una disminución de un 14,8 % en este mismo período (gráfico 3.11).

Gráfico 3.10
CCSS: Personas con alta en la especialidad de ginecología, en hospitales, período 2014-2018
 (porcentaje)



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018

Gráfico 3.11
CCSS: Personas con alta en la especialidad de medicina interna, en hospitales, período 2014-2018
 (porcentaje)

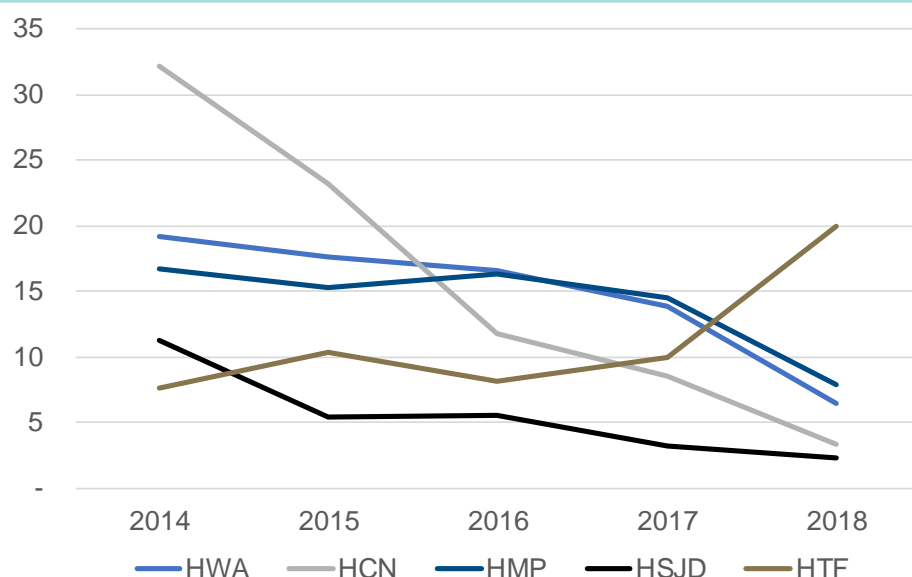


Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018

En la especialidad de oftalmología, se observó una disminución en el porcentaje de personas con alta en el período, de hasta un 28,8 % en el HCN y de un 8% en el HSJD, principal centro de referencia. En el caso del HCN, se atendieron 109 personas más en comparación con el año 2014, y 536 en el caso del HSJD. A pesar de no observarse una tendencia específica en relación con el porcentaje de personas con alta en el HEP, se advirtió un aumento de personas atendidas de 2 156 entre 2014 y 2018. Por otra parte, el HMP registró una variación negativa de 8,8 % en 2018 con respecto al 2014; en el caso del HWA, esta variación fue de un 12,6 %. Por el contrario, el HTF presentó un aumento de 12,4 % en el mismo periodo (gráfico 3.12).

Gráfico 3.12

CCSS: Personas con alta en la especialidad de oftalmología, en hospitales, período 2014-2018
(porcentaje)



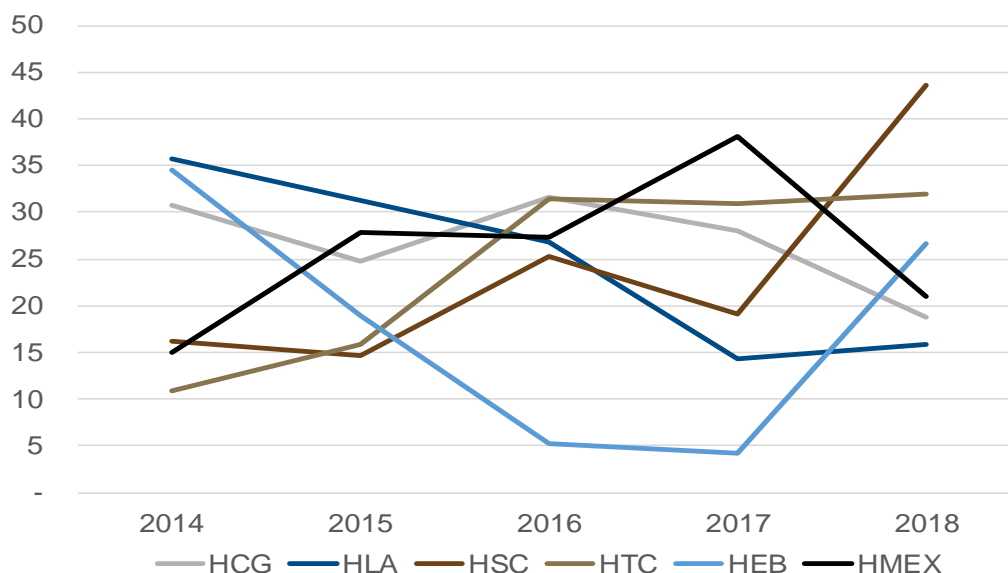
Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018

En ortopedia, en el HLA se presentó una disminución de 19,9 % en 2018 con respecto al 2014; en el HEB la disminución fue de hasta un 30,0 % al año 2017, con un aumento posterior durante el 2018. De igual forma, el HCG presentó una disminución de 12,0 % en el quinquenio. Por el contrario, el HMEX aumentó en un 6,0 % y el HSC en un 27,4 % entre 2014 y 2018. Por otra parte, el HTCC mostró un aumento de un 21,1 % (gráfico 3.13).

Gráfico 3.13

CCSS: Personas con alta en la especialidad de ortopedia, en hospitales, período 2014-2018

(porcentaje)



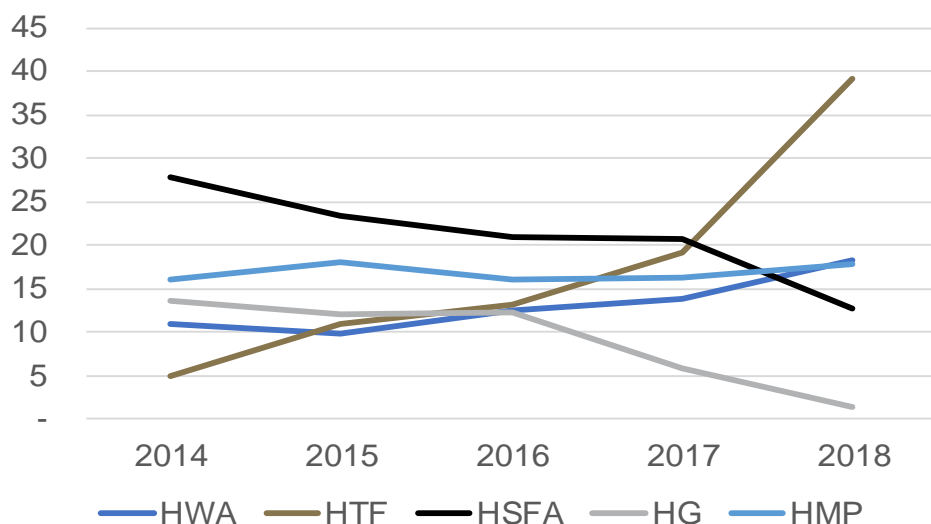
Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018

En la especialidad de otorrinolaringología, curiosamente, mientras el HG presentó una disminución de hasta un 12,0 % entre 2014 y 2018, el HTF experimentó un aumento de 34,1 % en ese mismo período. Igualmente, el HWA tuvo un aumento de un 8,0 % durante ese mismo período. El HMP no presentó mayor variación. Por otra parte, en esta misma especialidad, el HSF, único hospital periférico 1 con plaza de otorrinolaringología, mostró un descenso de casi un 14,0 % (gráfico 3.14).

En pediatría general, el HNN presentó una disminución sostenida en el porcentaje de personas con alta a través del quinquenio, de hasta un 22,67 % entre 2014 y 2018. El análisis podría ampliarse para comparar esta especialidad con las demás subespecialidades que brinda este establecimiento, ya que las altas podrían tener un comportamiento distinto. Otros centros, como el HTCC y el HLA, por el contrario, han tenido un incremento en el porcentaje de personas con alta (un 13,4 % en el caso del HLA).

Gráfico 3.14

CCSS: Personas con alta en la especialidad de otorrinolaringología en hospitales, período 2014-2018
(porcentaje)



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018

En el caso del HCHP, se ha presentado un aumento de hasta un 13,7 % en el porcentaje de personas con alta en su especialidad principal (psiquiatría), entre los años 2014 y 2018. Este establecimiento atendió en consulta externa un promedio de 380 personas por año durante el quinquenio. El HNP por su parte, ha mantenido un descenso discreto en los porcentajes de personas con alta a través del mismo período; sin embargo, atendió un promedio de 4 550 personas por año de 2014 a 2018.

Finalmente, en urología, el HCG presentó una disminución de 12,0 % en el porcentaje de personas con alta entre 2014 y 2018, mientras que el HCLVV presentó un incremento del 5,8 %

Conclusiones

El alta depende en gran parte del criterio médico y de las condiciones del paciente. El proceso de interacción médico-paciente está fuertemente asociado a diversos factores adicionales a esta dinámica; factores que son inherentes al prestador de los servicios y otros que son atribuibles concretamente al usuario. Entre los que atañen al proveedor, están la capacidad instalada disponible en el establecimiento, la agilidad en el proceso de tramitación de las diferentes solicitudes de procedimientos de diagnóstico y terapéutica y la saturación del sistema de lista de espera de procedimientos médicos y

quirúrgicos, algunos de los cuales podrían representar una resolución completa del problema de salud y su consecuente condición de alta. En el caso de los relacionados con el paciente, se encuentran el cumplimiento puntual de las citas programadas, la adherencia al tratamiento indicado y el seguimiento de las indicaciones.

En general, el comportamiento de las altas entre las diferentes especialidades analizadas es muy variado. La disminución en la cantidad de personas con alta en las distintas especialidades quirúrgicas brindadas en la consulta externa evidencia la necesidad de identificar con mayor detalle los factores que podrían modificarse para una gestión más fluida del proceso de alta en este servicio, de modo que esto permita mejorar la disponibilidad para la atención de pacientes nuevos y una mayor resolución de los casos pendientes.

Las especialidades quirúrgicas con mayores tiempos de espera (oftalmología, cirugía general, ortopedia, ginecología y urología) representan la tercera parte de la consulta médica especializada, por lo que adicional a los proyectos vespertina-UTLE, se requiere una mejora en la gestión de los servicios de consulta externa en estas especialidades, lo cual podría tener un impacto positivo.

Dentro de ese contexto, se debe considerar que el aumento de casos de primera vez supone una disminución en el porcentaje de personas con alta en ortopedia y oftalmología por aumento en el denominador (personas) y porque los pacientes de primera vez deben ser valorados en forma subsecuente para revisión de estudios complementarios o tratamientos prescritos por el médico especialista, por lo que no pueden ser dados de alta en forma inmediata. También se debe tener presente que un flujo poco eficiente en la consulta externa produce una prolongación del tiempo de espera para la realización de procedimientos médicos, de los cuales algunos se realizan en la consulta, siendo en muchos casos prioritarios para el paciente, en especial cuando se trata de un paciente de primera vez.

Tomando en cuenta lo anterior, se recomienda que en las especialidades donde se presente un aumento en la demanda de acuerdo con el número de atenciones, se revise el proceso para la valoración del otorgamiento del alta, ya que en la medida en que se controlen y mejoren las actividades relacionadas con la gestión del alta en la consulta externa especializada, habrá mayor oportunidad de atención para los pacientes nuevos que se encuentren en la lista de espera.

Por otro lado, cabe destacar que en el sistema de referencia-contrarreferencia, las solicitudes de atención en la consulta médica especializada, en algunos casos, se ajustan a criterios específicos de referencia, previamente establecidos y consensuados entre los niveles de atención correspondientes. Por tanto, la comunicación entre los establecimientos es fundamental a la hora de la contrarreferencia o derivación para

continuidad de cuidados en el primer nivel a los pacientes cuyo problema de salud ha sido resuelto o se considera estable. Este dato se puede correlacionar con otras variables, como la edad, el sexo y el diagnóstico, con el fin de identificar posibles carruseles, casos en los que existe policonsulta y casos que serían susceptibles de ser atendidos en la consulta de medicina general, previa referencia del médico especialista.

En lo que respecta propiamente a la metodología de registro de las altas y las consultas, así como el rendimiento y la capacidad de los sistemas de información, es importante señalar que estas deben revisarse; aunque se destaca el hecho de que la integración del cuadro 11 del boletín estadístico institucional con las nuevas plataformas (EDUS, SIAC, Arca), permite obtener en el presente datos más precisos.

Cada alta supone una oportunidad de atención que se traduce en un nuevo cupo disponible para la atención de pacientes de primera vez. Por ello, en cada establecimiento se debe analizar siempre el número de altas generadas y compararlo con el número de atenciones nuevas en el año, con el fin de determinar el aprovechamiento de estos cupos con pacientes pendientes para ser atendidos.

En hospitales de alta complejidad, un análisis local permitiría determinar las causas de la baja cantidad de altas, considerando que esto depende también de la capacidad de resolución y de atención de los primeros niveles de atención.

Según la demanda y la dotación de recursos, es factible que se presenten diferencias en cuanto a las altas concedidas en una o más especialidades en un mismo hospital o, por el contrario, en una misma especialidad en diferentes centros, por lo cual se sugiere se hagan estudios específicos para cada centro.

Recomendaciones

1. Se observó una disminución generalizada en los porcentajes de altas en nueve especialidades, principalmente en oftalmología, ortopedia y ginecología, especialidades quirúrgicas con mayores plazos de espera. Por lo tanto, se recomienda la implementación de un indicador de subsecuencia, que permita determinar el rango estimado de citas por usuario una vez visto por primera vez, con la finalidad de establecer si factores como la bilateralidad y la atención posquirúrgica son los determinantes de este aumento.
2. En relación con el sistema de referencia y contrarreferencia, es pertinente su estandarización, con el fin de proceder al agendamiento de casos con requisitos mínimos de referencia, que le permitan al especialista aumentar su capacidad resolutoria desde la primera consulta.

3. Para el seguimiento de casos posquirúrgicos, se recomienda habilitar agendas especificadas, para determinar los posibles casos de alta y diferenciar los resueltos en evolución con respecto al resto.
4. En casos complejos en situaciones específicas, como los que se presentan en la especialidad oftalmología, se recomienda realizar un estudio de secuencialidad, ya que debe considerarse que en estos pacientes aplica el concepto de bilateralidad, lo que implica dos procedimientos por paciente por esta condición en momentos diferentes, puesto que se requiere la recuperación del ojo en la primera intervención, para programar después la del otro ojo, con el fin de reducir al máximo la discapacidad temporal durante el proceso mismo de recuperación. En esta especialidad, incluso en una única intervención por un diagnóstico específico, pueden aparecer también otros hallazgos que requieran una intervención simultánea o reintervención posterior. Ejemplo de ello son las cirugías por retinopatía diabética y la patología ocular asociada.

Referencias bibliográficas

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (18 de 08 de 2017). Plan para la atención oportuna a las personas. San José: CCSS, Gerencia Médica, UTLE. Obtenido de:

<https://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/bitstream/handle/20.500.11764/651/planatencion.pdf?sequence=1>

Madrigal, R. (21 de agosto de 2012). Catálogo de definiciones de actividades de Atención en los Servicios de salud de la CCSS: 1. Consulta Externa. San José: Caja Costarricense de Seguro Social. Obtenido de:

http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8_Catalogo_de_definiciones_Oficio_36966-5_8-8-12.pdf

Servicio Andaluz de Salud. (01 de marzo de 2010) Procedimiento de gestión de la demanda en consultas externas del hospital la Inmaculada. Gestión de la demanda. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. Obtenido de:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/intranet/protocolos/prot_dm03_gestion_demanda_ccee.pdf

Ramos, A., & Martínez, C. (2002). Gestión de Consultas Externas y Pruebas Diagnósticas Programadas en Atención Especializada. Obtenido de:

<http://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc72bf758f6pm-11-4-004.pdf>

Rodríguez Argain, F., Martín Castilla, B., Serrano Contreras, Y., & Jiménez Puente, A. (19 de mayo de 2015). Gestión de listas de espera en consulta externa hospitalaria. Obtenido de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X04776629>

Autoría:

Realizado por:

Dr. Hernán Danilo Sancho Madriz

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Anexos

Anexo 3.1a

CCSS: Distribución consultas de primera vez y altas por especialidad según año, 2014-2018

Especialidad	Consultas primera vez					Altas				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Ortopedia	114 685	114 685	123 326	113 591	118 203	22 532	25 764	24 783	24 783	19 138
Oftalmología	77 094	77 094	81 299	85 204	95 132	9 159	9 372	9 185	9 185	8 566
Medicina Interna	78 169	78 169	79 986	79 291	72 601	18 570	19 826	18 506	18 506	12 739
Cirugía General	70 256	70 256	70 811	71 283	71 551	13 733	14 591	13 985	13 985	10 817
Ginecología	91 873	91 873	81 165	68 631	84 791	14 472	14 199	12 996	12 996	11 916
ORL	70 548	70 548	73 513	67 614	71 990	11 891	13 220	13 709	13 709	9 770
Pediatría General	58 548	58 548	59 208	58 314	55 986	9 437	9 799	8 142	8 142	8 233
Urología	48 483	48 483	59 084	55 082	57 149	5 082	5 364	5 898	5 898	5 968
Psiquiatría	47 455	47 455	51 660	46 115	54 410	4 280	4 618	3 478	3 478	4 282

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2018.

Anexo 3.1b**CCSS: Distribución consultas realizadas y altas por especialidad según año, 2014-2018**

Especialidad	Consultas realizadas					Altas				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Ortopedia	203 730	209 720	199 903	181 462	172 466	22 532	25 764	24 783	24 783	19 138
Oftalmología	158 586	167 994	169 903	155 023	161 270	9 159	9 372	9 185	9 185	8 566
Medicina Interna	165 853	164 776	158 830	140 884	119 668	18 570	19 826	18 506	18 506	12 739
Cirugía General	117 233	121 753	118 879	117 711	109 152	13 733	14 591	13 985	13 985	10 817
Ginecología	158 758	147 595	141 871	120 170	128 273	14 472	14 199	12 996	12 996	11 916
ORL	114 294	114 248	112 629	102 043	100 617	11 891	13 220	13 709	13 709	9 770
Pediatría General	114 704	116 914	111 851	107 583	102 394	9 437	9 799	8 142	8 142	8 233
Urología	88 192	92 484	90 544	87 614	79 562	5 082	5 364	5 898	5 898	5 968
Psiquiatría	119 195	124 722	120 870	110 655	109 642	4 280	4 618	3 478	3 478	4 282

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2018.

Anexo 3.1c**CCSS: Distribución de consultas de primera vez y porcentaje de consultas de primera vez por especialidad según año, 2014-2018**

Especialidad	Consultas de primera vez					Consultas de primera vez (porcentaje)				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
Ortopedia	114 685	114 685	123 326	113 591	118 203	56	59	62	63	69
Oftalmología	77 094	77 094	81 299	85 204	95 132	49	49	48	55	59
Medicina Interna	78 169	78 169	79 986	79 291	72 601	47	50	50	56	61
Cirugía General	70 256	70 256	70 811	71 283	71 551	60	60	60	61	66
Ginecología	91 873	91 873	81 165	68 631	84 791	58	58	57	57	66
ORL	70 548	70 548	73 513	67 614	71 990	62	67	65	66	72
Pediatría General	58 548	58 548	59 208	58 314	55 986	51	54	53	54	55
Urología	48 483	48 483	59 084	55 082	57 149	55	58	65	63	72
Psiquiatría	47 455	47 455	51 660	46 115	54 410	40	41	43	42	50

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2018.

Anexo 3.2

CCSS: Distribución consultas de primera vez y consultas realizadas por especialidad según tipo de hospital, 2018

Especialidad	Primera vez					Realizadas				
	Especializado	Nacional	Regional	Periférico 3	Periférico 1 y 2	Especializado	Nacional	Regional	Periférico 3	Periférico 1 y 2
Total	33 853	17 1679	332 850	74 853	74 853	74303	265 664	506 383	121367	115 327
Cirugía General	835	21957	30 846	9769	7688	1110	34 763	52 587	15838	13413
Ginecología	10 067	24 481	32 738	6 708	8 616	16 177	34 087	48 888	6 554	14 464
Medicina Interna	1 796	15 751	29 958	12 331	14 494	3 321	29 070	55 436	23 034	30 023
Oftalmología	6 918	19 732	61 157	5 764	1 969	23 485	33 443	87 112	8 702	2 281
Ortopedia	3 722	39 694	49 092	12 734	12 465	5 400	60 380	81 175	16 575	17 932
ORL	NA	16 410	43 089	9 289	3 494	NA	27 513	57 642	12 439	4 449
Pediatría General	2 530	NA	33 076	8 253	10 379	5 466	NA	62 673	18 930	20 514
Psiquiatría	6 496	12 627	22 069	7 047	4 160	20 389	26 716	42 289	12 843	8 418
Urología	1 489	21 027	30 825	2 958	826	2 450	33 304	45 195	5 564	1 101

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018.

Anexo 3.3**CCSS: Proporción de consultas de primera vez por especialidad, según tipo de hospital, 2018 (porcentaje)**

Especialidad	Proporción de consultas de primera vez				
	Especializado	Nacional	Regional	Periférico 3	Periférico 1 y 2
Cirugía General	74	66	67	67	55
Ginecología	69	70	63	70	50
Medicina Interna	57	57	69	63	57
Oftalmología	29	57	68	55	116
Ortopedia	65	73	65	67	70
ORL	NA	62	74	77	91
Pediatría General	51	NA	57	48	46
Psiquiatría	35	52	54	49	36
Urología	69	72	73	61	81

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018.

Lista de siglas y acrónimos

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas
CNCDYCP	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
CLOF	Clínica Oftalmológica
HCG	Rafael Angel Calderón Guardia
HCHP	Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
HCLVV	Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-
HCN	De Ciudad Neily
HEBB	Enrique Baltodano Briceño -Liberia-
HEP	Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-
HG	De Guápiles
HLA	De La Anexión -Nicoya-
HLCH	De Los Chiles
HMEX	México
HMMV	Manuel Mora Valverde -Golfito-
HMP	Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-
HNGG	Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
HNN	Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera
HNP	Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
HMS	Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-
HMTV	Max Terán Valls -Quepos-
HOMACE	De las Mujeres Adolfo Carit Eva
HSC	De San Carlos
HSFA	San Francisco de Asís -Grecia-
HSJD	San Juan de Dios
HSR	San Rafael -Alajuela-
HSV	De San Vito
HSVP	San Vicente de Paúl -Heredia-
HTCC	De Osa Tomás Casas Casajús
HTF	Tony Facio Castro -Limón-
HU	De Upala
HWAT	William Allen Taylor -Turrialba-
REDES	Registros de Salud
SIAC	Sistema Institucional de Agendas y Citas
UTLE	Unidad Técnica de Listas de Espera

Ausentismo en la consulta externa especializada. Hospitales y centros especializados, 2018

Resumen

El ausentismo de pacientes a la consulta externa especializada repercute de manera directa en la calidad asistencial, el nivel de satisfacción de los usuarios y la economía de los hospitales.

Cuando el paciente no asiste a su cita, el cupo se pierde y el caso se registra como ausente. El cupo puede ser sustituido para ser aprovechado en otra consulta, con el objetivo de hacer uso eficiente de los recursos disponibles, considerando como prioridad la atención del paciente en la consulta externa.

Las consultas programadas se calculan restándole a las realizadas, las sustituidas y las de recargo. Al dividir las citas perdidas entre las programadas se obtiene el porcentaje de ausentismo total. A las citas perdidas se les restan las sustituidas y los recargos y el residuo se divide entre las perdidas, para obtener el ausentismo residual.

Los datos se obtienen del cuadro 11 del Boletín Estadístico de Consulta Externa de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), correspondientes al quinquenio 2014-2018.

El ausentismo total en hospitales en el 2018 representó un 16,6 %, el porcentaje más bajo registrado en el quinquenio. La disminución ha sido mínima, aunque progresivo año con año. De 2 318 628

consultas programadas, hubo 385 725 citas perdidas. Los hospitales regionales presentan el mayor número de citas perdidas en relación con los demás hospitales; sin embargo, su ausentismo ha experimentado una reducción progresiva y sostenida de hasta un 4,3 % entre el 2014 y el 2018.

El ausentismo residual hospitalario en general aumentó un 3,5 % en este quinquenio.

Más de un 50,0 % de las citas perdidas fueron compensadas por medio de la modalidad de recargos; siendo que entre el 2017 y el 2018 el porcentaje de recargo aumentó un 8,4 %.

Según el análisis realizado del quinquenio 2014-2018, se observa que en hospitales especializados hay un ausentismo total más bajo, un ausentismo residual más alto y un porcentaje de recargo más bajo, con respecto a los otros hospitales, lo cual podría estar relacionado con el nivel de complejidad y especificidad de estos centros.

El incremento en el ausentismo residual muestra que la sustitución y los recargos constituyen una estrategia insuficiente, pudiéndose valorar la implementación de otras estrategias para procurar un uso efectivo de los cupos.

Introducción

El ausentismo de pacientes a la consulta externa especializada (CEE) repercute directa y negativamente en la calidad asistencial, en el nivel de satisfacción de los usuarios y en la economía de los hospitales (Pereira-Victorio *et al*, 2006).

Un informe publicado en la revista científica ScienceDirect, sobre las visitas a las consultas externas especializadas, revela que, “dependiendo de la complejidad de la enfermedad, del tiempo de espera, del tipo de consulta y otros factores, el ausentismo en la consulta externa en España oscila entre el 15 % y el 23 %. La principal causa es el desconocimiento de la cita con el facultativo. Este dato tiene consecuencias en la calidad del sistema, ya que, a mayor ausentismo, mayor cantidad de recursos utilizados de manera inadecuada. Las horas muertas en la agenda laboral de los trabajadores en los consultorios repercute negativamente en la calidad asistencial, con un incremento de las listas de espera y una disminución en la accesibilidad a los servicios sanitarios” (<https://www.consalud.es>).

En Inglaterra, en el año 2009, se estimaba que alrededor del 11 % de los pacientes fallaba a sus consultas médicas; en los Estados Unidos la tasa de inasistencia de pacientes variaba entre 5 y 34 %; mientras que en Australia era de 13 a 23%. En Chile, de acuerdo con las cifras oficiales, en el año 2010 se registraron 1 271 859 inasistencias de pacientes a consultas médicas de especialistas en el sector público de salud, lo que equivale a un 16,1% de todas las consultas médicas programadas, con una pérdida económica para el país de 28 millones de dólares norteamericanos anuales, si se considera solo el arancel de la consulta por profesional (Salinas *et al*, 2014).

Considerando la importancia de este tema, dentro de los lineamientos estratégicos establecidos por la CCSS en el documento técnico denominado “Una CCSS renovada al 2025”, desde la perspectiva de los usuarios, se contempla reducir las inequidades existentes en salud y pensiones, y mejorar el acceso a los diversos servicios que presta la institución, ampliando los horarios de la consulta externa y los servicios de apoyo, para facilitar el acceso de la población trabajadora, en forma prioritaria en las áreas rurales del país, alejadas de los centros de referencia (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2006).

La actividad asistencial de prestación de servicios de consulta externa especializada se planea bajo el término “consulta programada”, teniendo en cuenta la capacidad instalada y la demanda de servicios. Para realizar la programación, a cada persona que acude a la consulta para recibir atención se le asigna un cupo o cita en una hora y fecha determinada. Incluye pacientes de primera vez y subsecuentes. Cuando un paciente no asiste a la cita que se le ha asignado transcurrida la hora límite indicada en el comprobante de cita, el cupo se pierde y el caso se registra como cita perdida o ausente.

De modo que la proporción de citas perdidas en relación con las citas programadas es lo que se conoce como ausentismo.

Las citas perdidas pueden ser sustituidas por el personal de registros médicos para brindar el servicio a otras personas que se encuentran en la lista de espera de un cupo para recibir la atención. 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. Podría ocurrir que todas las citas disponibles producto de las ausencias logren ser sustituidas y aun así, existan otras personas que requieran ser atendidas, por lo que para su atención se recurre a las citas de recargo, como 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).

Metodología

La consulta programada se calcula sumando las consultas realizadas más la cantidad de citas perdidas, menos el número de consultas sustituidas y el número de consultas de recargo. Estas variables se registran en el cuadro 11 del Boletín Estadístico de Consulta Externa de 2018.

Una vez que se calcula la proporción de ausentes en relación con las consultas programadas, se obtiene un ausentismo total. Aun considerando las consultas de recargo, se mantiene un remanente de citas ausentes sin sustituir, lo cual se conoce como ausentismo residual, que se obtiene al restarle a las citas perdidas las citas sustituidas y los recargos; y dividiendo esta diferencia entre el total de citas perdidas se obtiene la proporción de citas no sustituidas en relación con la totalidad de las perdidas.

Se puede calcular el porcentaje de sustitución al dividir las citas sustituidas entre las citas perdidas.

Los indicadores (ausentismo total, ausentismo residual) se calculan considerando exclusivamente la consulta médica especializada brindada por el médico especialista respectivo. Inicialmente, se calcula para cada indicador el total institucional hospitalario (incluye hospitales y centros especializados). Luego se calculan los valores específicos para los diferentes grupos de hospitales y centros especializados (ver acrónimos).

Análisis de resultados

El porcentaje de ausentismo total a nivel institucional hospitalario en 2018 mostró una baja variación con respecto al año 2017; no obstante, se observaron cambios importantes entre los hospitales, al compararlos entre sí mismos.

En el año 2018 se programaron 2 318 628 consultas, de las cuales hubo un total de 385 725 citas perdidas, lo que representa un 16,64 % de ausentismo total hospitalario, el más bajo registrado durante el quinquenio.

En general, se observa que, aunque los hospitales regionales concentran el mayor número de citas perdidas, se han caracterizado por presentar un descenso del porcentaje de ausentismo, con una diferencia de 4,3 % entre 2014 y 2018. En el caso de los hospitales regionales y periférico 3, en el 2018 estos presentaron mayores porcentajes de ausentismo en relación con los demás hospitales. Por el contrario, los nacionales y especializados presentaron porcentajes de ausentismo total inferiores al 16,0 % durante el quinquenio (cuadro 4.1).

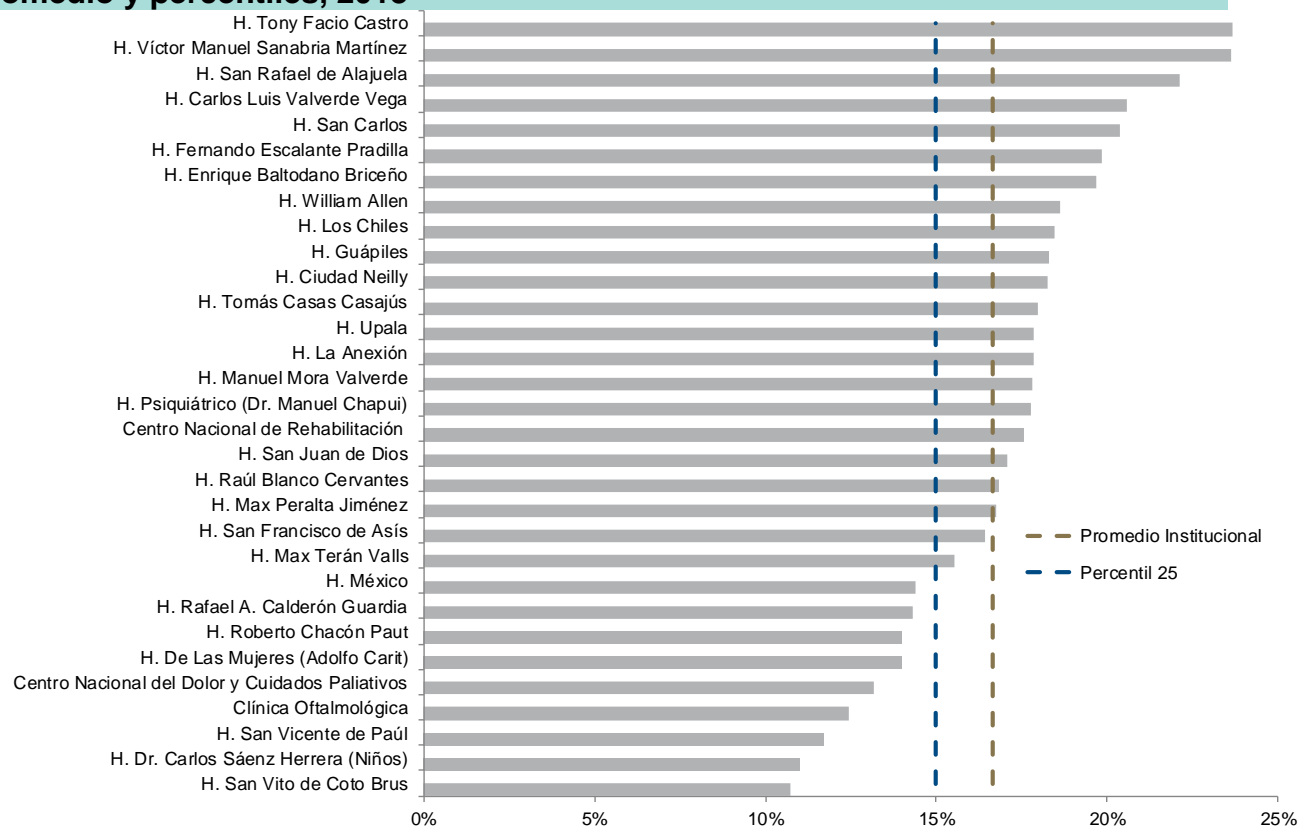
Cuadro 4.1
CCSS: Comportamiento del ausentismo total hospitalario en la consulta médica especializada por tipo de hospital, período 2014-2018
(porcentaje)

Tipo de hospital	2014	2015	2016	2017	2018
Total	18	17	17	17	17
Regional	23	22	21	20	19
Periférico 1 y 2	21	18	20	19	17
Periférico 3	20	17	17	18	19
Nacional	15	14	14	13	15
Especializado	13	13	13	15	13

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014- 2018.

Por otra parte, se encontró que 20 de los 31 centros presentan un porcentaje de ausentismo mayor al total hospitalario. Además, 13 de los 31 centros evaluados presentaron aumento en los porcentajes de ausentismo total con respecto al año 2014. Por otro lado, seis hospitales regionales se encuentran dentro del percentil 75 de la distribución del conjunto de hospitales, lo cual podría esperarse por la cantidad de citas perdidas en este tipo de hospitales (gráfico 4.1 y anexo 4.1).

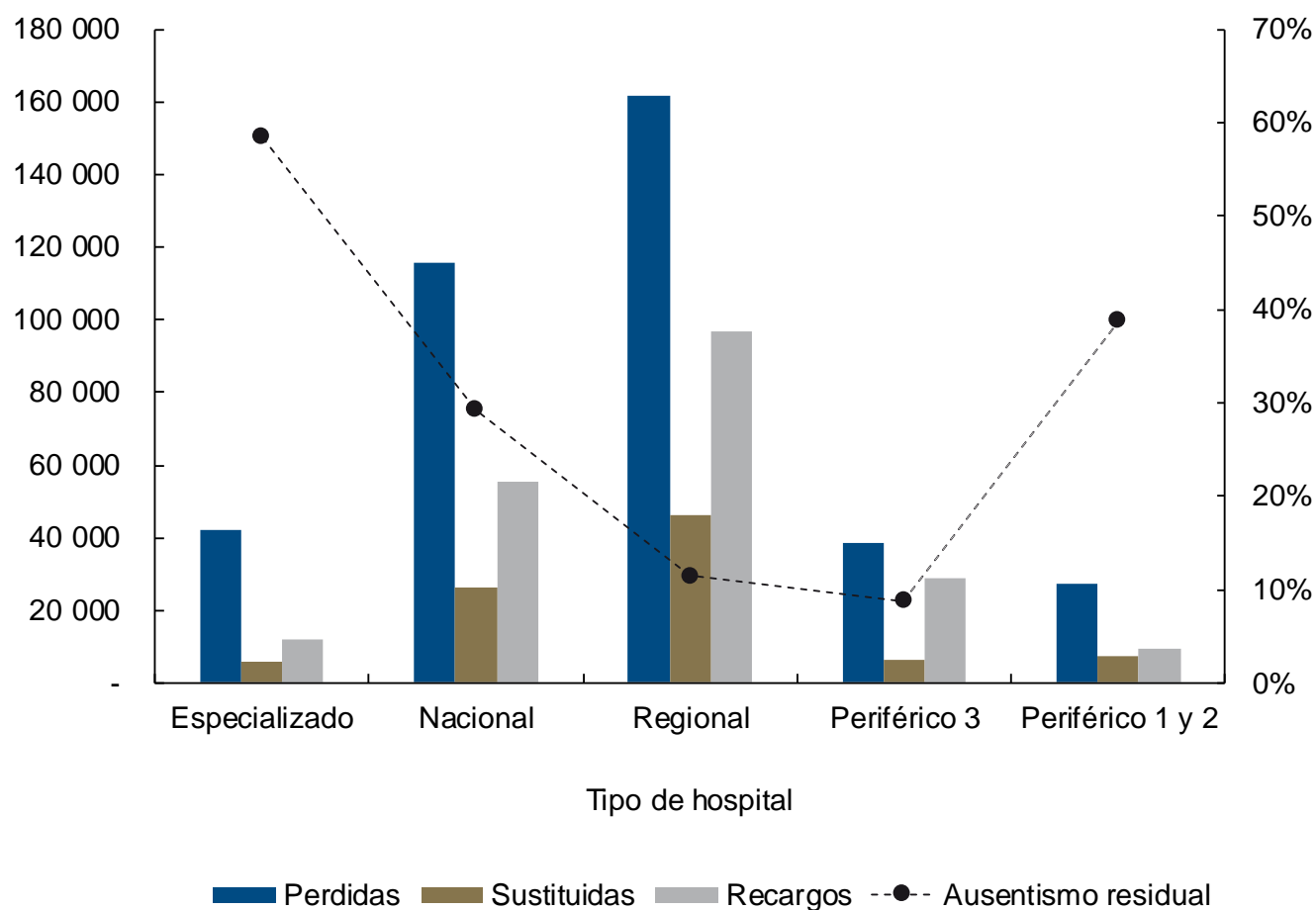
Gráfico 4.1
CCSS: Ausentismo total en la consulta médica especializada por hospital, promedio y percentiles, 2018



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018.

En lo que respecta al comportamiento del ausentismo residual hospitalario (la parte de las citas pérdidas que no logró sustituirse), se registró un aumento de 3,5 % durante el período 2014-2018 (pasó de 20 a 24,3 %). En el caso de los hospitales especializados, el ausentismo residual se registró en un 58,0 % para el año 2018. Al mismo tiempo, los hospitales nacionales aumentaron hasta un 15,0 % en el período y los hospitales periféricos 1 y 2, hasta un 22,9 %. Llama la atención que, al contrario de estos grupos, los hospitales periféricos 3 lograron una drástica reducción de un 31,0 % en el ausentismo residual durante este mismo período (gráfico 4.2 y anexo 4.2).

Gráfico 4.2
CCSS: Ausentismo residual en la consulta médica especializada según distribución del total de citas perdidas, sustituidas, recargos por tipo de hospital, 2018



Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018.

Más de un 50,0 % de las citas perdidas en la consulta médica especializada de los hospitales de la CCSS fueron compensadas con citas de recargo. El porcentaje de recargo pasó de un 43,6 % en 2017 a un 52,0 % en 2018, para un aumento de 8,4 puntos porcentuales. En el caso específico de los hospitales periféricos tipo 3, las citas de recargo representan hasta un 74 %. Llama la atención que los hospitales regionales son los que presentan una mayor cantidad de citas perdidas, pero, su vez, los que presentan una mayor cantidad de citas de recargo (anexo 4.3).

Por otro lado, es pertinente señalar que los hospitales nacionales y centros especializados mantienen un ausentismo total más bajo y al mismo tiempo, un ausentismo residual más alto que el resto de los hospitales. Esta tendencia ha permanecido durante el quinquenio.

El HTF disminuyó en un 11,59 % su ausentismo con respecto al año anterior, aunque se mantiene como el centro con el mayor porcentaje de ausentismo total en comparación con los demás hospitales (anexo 4.1).

Un comportamiento similar al del HTF fue observado en el HMMV, donde se presentó una reducción progresiva del ausentismo anualmente, hasta llegar a ser de un 16,7 % entre 2014 y 2018 (anexo 4.1).

De igual forma, el HSVP presentó una reducción de 9,0 % en el ausentismo entre el año 2014 y el año 2018 (anexo 4.1). Esto podría estar asociado a una mejora de su capacidad instalada dentro de una infraestructura moderna y funcional, lo cual lleva a considerar la posibilidad de fortalecer otras unidades que han presentado mayores índices de ausentismo, mediante la dotación de recursos humanos, equipamiento y condiciones de infraestructura. En este punto es importante considerar que esta unidad atiende a una numerosa población de atracción directa e indirecta, semejante a la que atienden hospitales de mayor complejidad.

El HSV, por su parte, mantiene porcentajes de ausentismo entre 10,0 y 12,0 % durante el quinquenio, permaneciendo dentro del percentil 25 del ausentismo en la distribución del conjunto de hospitales durante los cinco años, lo que significa que este establecimiento se encuentra entre los centros que han logrado un mayor control del ausentismo (anexo 4.1). Dentro de las estrategias particulares que le han permitido al centro mantener bajos porcentajes de ausentismo y que podrían ser aplicables a otras unidades, destacan: la información al usuario por parte del personal de REDES que otorga las citas; la planificación de la programación de la consulta médica, intentando que no se produzca la reprogramación de citas; así como el análisis en conjunto de los indicadores de los diferentes servicios; y la toma de decisiones oportunas por parte de la administración activa, en función de los puntos débiles encontrados.

Por el contrario, el HLA presentó un aumento progresivo de su porcentaje de ausentismo de hasta un 8,02 % entre 2014 y 2018; y el CENARE de un 5,0 % durante el mismo período.

En cuanto al ausentismo residual, para el año 2018, los hospitales HMMV, HCHP y HOMACE así como el CNCDYCP, presentaron valores por encima del 70,0 %. Por otro lado, entre el 2014 y el 2018, el CENARE presentó un aumento en el ausentismo residual de hasta un 23,0 %. Por otra parte, el HLA redujo su ausentismo residual en un 64% con respecto al año 2017, y los HSC, HTF y HU lograron llevar a cero este indicador (anexo 3.2).

Además de esos resultados, se ha observado un elevado porcentaje de ausentismo residual en algunos de los centros especializados, que no debería controlarse únicamente

por medio de un incremento en el recargo de la consulta médica, sino que deben considerarse otras estrategias.

Otra situación detectada, es el largo plazo al que están programadas muchas de las citas, que hacen que el paciente pueda olvidar su cita o bien, deban recurrir a servicios externos a la institución para resolver su problema de salud.

Conclusiones

Durante 2018, el ausentismo total a nivel hospitalario mantuvo su tendencia al descenso, lo cual podría estar relacionado a una mejora en el seguimiento y control del proceso de programación y gestión de la atención en la consulta externa especializada. Por el contrario, la elevación en el porcentaje de ausentismo residual muestra la necesidad de mejorar la gestión de la sustitución de los pacientes ausentes con estrategias que vayan más allá del aumento en el número de recargos.

Esa variabilidad que existe en los porcentajes de ausentismo total y ausentismo residual entre centros podría ser atribuida a diferencias en cuanto a condiciones geográficas (por ejemplo, el acceso difiere para un paciente que se encuentra en el área metropolitana, donde las condiciones de transporte y desplazamiento son más favorables a las que existen en zonas rurales), así como a la capacidad instalada y la complejidad (en unidades con una capacidad instalada básica o reducida podría existir ausentismo especialmente en pacientes subsecuentes que no asisten al control en los hospitales del primer nivel de atención que son referidos desde niveles de mayor complejidad).

Por otro lado, tras analizar el ausentismo total por centro hospitalario, se determinó que cerca de la mitad de las unidades mostraron una tendencia hacia el aumento, lo que sugiere la necesidad de valorar la implementación de estrategias para una utilización más eficiente de los recursos disponibles, según la capacidad instalada y el nivel de complejidad de los centros.

Entre las estrategias que podrían contribuir a la reducción del ausentismo y, por ende, ser de gran ayuda para mejorar el aprovechamiento de la consulta programada, destacan los sistemas de recordatorio de citas para los usuarios por vía de mensajes de texto, correo electrónico, llamadas telefónicas o actualizaciones en segundo plano de la aplicación EDUS; por lo que podría valorarse su aplicación en los establecimientos de la institución donde se considere necesario.

Cabe destacar que el ausentismo residual se ha reducido de manera drástica en algunas unidades, lo cual es favorable en términos de aprovechamiento del recurso disponible; sin embargo, esto se da a expensas de un aumento considerable de las consultas de recargo.

Aunado a lo anterior, con la información obtenida no es posible determinar si los pacientes de primera vez que estuvieron ausentes fueron atendidos posteriormente en citas programadas, sustituidas o de recargo.

En este punto, es importante mencionar que la apropiada gestión de las citas repercute en las listas de espera para la atención en consulta médica especializada, situación que influye en la resolución de los problemas de salud de las personas que tienen riesgo incrementado de complicaciones, derivadas de dichos problemas.

Por otra parte, llama la atención que hay algunos establecimientos, como el HTF, donde persisten los altos porcentajes de ausentismo a través del tiempo, por lo que sería interesante indagar sobre las causas que explican dicha situación.

Si fuera un asunto de accesibilidad, por ejemplo, se podría pensar en fortalecer las visitas de especialistas a las comunidades alejadas, dándole al paciente la facilidad de recibir la atención de un modo más accesible. También se podría coordinar con las instituciones encargadas de darle mantenimiento a las vías de comunicación, para el estudio de posibilidades de mejora, considerando la necesidad de las personas que habitan en zonas alejadas.

En lo que respecta a los centros especializados, la complejidad específica que allí se atiende podría limitar, en ciertos casos, la sustitución de pacientes ausentes el mismo día de la cita; sin embargo, algunos establecimientos han logrado instruir a los pacientes en espera, de modo que se puedan aprovechar posibles cupos disponibles.

En otros casos, existen factores específicos inherentes a la patología del paciente en espera de un cupo para ser atendido (discapacidad física o mental) que no le permiten asistir a una cita no programada, a la cual se le ha convocado. Por lo tanto, se recomienda que las unidades especializadas puedan establecer acciones que favorezcan una sustitución más eficiente de las citas perdidas, de modo que también se permita una atención más ágil para pacientes nuevos con padecimientos de alta complejidad.

Por último, es importante analizar si durante los cambios y mejoras en la infraestructura de estos establecimientos han existido medidas de contención para mitigar los efectos derivados de los cambios en la logística habitual de la consulta externa, los cuales puedan afectar el flujo normal de atención de pacientes en estas unidades, y de ser así, valorar su aplicabilidad o buscar nuevas estrategias que mejoren el control del impacto de estos factores.

Recomendaciones

1. Según las fuentes consultadas a nivel internacional, el porcentaje general de ausentismo en Costa Rica (15 al 17 %) es similar a los porcentajes de ausentismo de

países como España, Inglaterra y Chile (15-23%). A pesar de esta información, debe valorarse la posibilidad de realizar estudios en conjunto con las agencias internacionales de gestión de la calidad, en procura de estandarizar las mediciones, según las condiciones de prestación de las distintas unidades, ya que existen diferencias en la modalidad de prestación de servicios de salud en consulta especializada entre los diversos países, que no permiten una comparabilidad suficientemente estandarizada (indicadores de sistema, indicadores por unidad).

2. Es importante la implementación de estrategias para la actualización de los datos de los usuarios, por cuanto el envío de recordatorios parece ser una de las mejores estrategias ya implementadas; sin embargo, la desactualización de los datos de las personas suele ser la barrera más frecuente para su eficiente ejecución.
3. Es deseable el desarrollo continuo de la aplicación de EDUS, que le permite actualmente al paciente consultar su expediente personal y ver las citas pendientes. En ese sentido, se debe considerar que la innovación continua es el norte que orienta la mejora en los servicios de atención.
4. Se aconseja la habilitación de líneas gratuitas para la consulta de citas pendientes, lo cual también ayuda a mejorar el recordatorio de citas de los usuarios.
5. Se recomienda desarrollar el benchmarking de las estrategias desarrolladas por el hospital de San Vito para el control de la gestión de la consulta externa especializada en lo que se refiere al ausentismo.
6. Se considera oportuno el desarrollo de una metodología de coordinación que permita la colaboración de las unidades de atención de primer nivel en cuanto a las facilidades requeridas por los pacientes, en los casos en los que se puedan sustituir citas perdidas en la consulta especializada de los centros especializados.

Referencias bibliográficas

- La voz del Tajo. (23 de abril de 2014). *Campaña del hospital de Talavera para reducir el ausentismo de pacientes*. Obtenido de: <https://www.lavozdeltajo.com/noticia/7299/talavera/campana-del-hospital-de-talavera-para-reducir-el-absentismo-de-los-pacientes-a-las-citas-medicas-y-quirurgicas.html>
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (27 de Setiembre de 2006). *La CCSS hacia el año 2025*. San José: CCSS. Obtenido de: <http://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=15>
- Consalud.es. (29 de enero de 2018). *El absentismo de pacientes en la consulta del especialista*. Obtenido de: https://www.consalud.es/pacientes/el-absentismo-de-pacientes-en-la-consulta-del-especialista-supera-el-15-en-espana_46472_102.html
- Madrigal, R. (21 de agosto de 2012). *Catálogo de definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: 1. Consulta Externa*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social. Obtenido de: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Medica/Proyeccion_Servicios_Salud/Estadistica_en_Salud/Documentos/TabOtros/2012-8_Catalogo_de_definiciones_Oficio_36966-5_8-8-12.pdf
- Pereira-Victorio, C., Vázquez-Moliner, V., Lizán-García, M., Gómez-Guardiola, J., & González López-Valcárcel, B. (2006). Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. *Medicina General y de Familia*, 5(3), 83-90.
- Salinas Rebolledo, E., De La Cruz, R., & Bastías, G. (2014). Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile. *Medwave*, 14(9), e6023.

Autoría:

Realizado por:

Hernán Danilo Sancho Madriz

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Anexos

Anexo 4.1

CCSS: Ausentismo en la consulta especializada por año y hospital, 2014-2018 (porcentaje)

Centros	2014	2015	2016	2017	2018
HMX	12	12	13	13	14
HSJD	15	16	15	17	17
HCG	17	15	16	15	14
HNN	13	13	13	12	11
HOMACE	11	12	11	11	14
HRBC	15	15	16	17	17
CENARE	12	12	13	14	18
HNP	13	12	12	15	18
HCHP	14	15	17	14	14
CLOF	9	10	13	15	12
CNCDYCP	19	18	18	16	13
HMP	21	19	18	19	17
HSR	24	24	19	18	22
HSC	20	22	23	23	20
HEB	25	24	22	25	20
HEP	17	15	16	19	20
HTFC	34	30	30	35	24
HMS	21	25	24	24	24
HSVP	21	17	17	14	12
HCLVV	22	20	21	21	21
HWA	16	16	17	17	19
HG	24	24	16	15	18
HLA	10	8	9	15	18
HSFa	19	14	18	17	16
HMT	24	22	21	21	16
HU	14	13	17	21	18
HMMV	34	28	27	23	18
HTCC	20	22	19	19	18
HSV	13	14	12	14	11
HCN	22	22	25	23	18
HLCH	16	14	16	19	18

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2018.

Anexo 4.2**CCSS: Ausentismo residual en la consulta médica especializada por año por hospital, 2014-2018 (porcentaje)**

Centros y tipo	2014	2015	2016	2017	2018
Institucional	20	17	21	23	24
Nacionales	15	19	19	26	29
HMX	16	26	32	34	30
HSJD	6	14	5	25	29
HCG	22	19	20	20	29
Especializados	70	65	70	60	59
HNN	77	67	73	74	62
HOMACE	62	56	61	60	75
HRBC	67	65	69	65	68
CENARE	38	41	58	64	61
HNP	66	65	66	67	53
HCHP	68	76	75	77	89
CLOF	39	51	61	-100	-42
CNCDYCP	93	93	89	82	71
Regionales	1	-4	-4	7	11
HMP	17	8	3	18	51
HSR	-26	-18	-28	-19	0
HSC	-19	5	15	-6	-22
HEB	33	-2	14	25	17
HEP	-44	-59	-97	-73	-19
HTC	17	18	30	14	-5
HMS	4	0	-7	-10	6
Periférico 3	40	36	44	42	9
HSVP	47	40	46	53	30
HCLVV	20	18	51	66	24
HWA	21	25	20	33	25
HG	33	35	19	8	12
HLA	88	94	95	28	-37
Periférico 1 y 2	16	5	16	29	39
HSFA	12	6	27	19	47
HMT	-36	-73	-71	8	2
HU	47	-5	13	32	46
HMMV	-2	13	47	73	80
HTCC	25	62	51	58	52
HSV	28	28	15	-14	5
HCN	47	-5	13	32	46
HLCH	64	64	64	62	61

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018.

Anexo 4.3 CCSS: ausentismo residual, sustitución y recargos consulta especializada, 2018 (porcentaje)

Tipo de hospital	Centro	Sustitución	Recargo	Ausentismo residual
Total		24	52	24
Especializado		13	28	59
	CNCDYCP	20	9	71
	HCHP	10	1	89
	HNN	8	30	62
	HNP	32	16	53
	HNGG	20	12	68
	CENARE	9	30	61
	HOMACE	10	15	75
	CLOF	24	117	-42
Nacional		23	48	29
	HMEX	6	64	30
	HSJD	40	31	29
	HCG	22	49	29
Regional		29	60	11
	HSVP	31	39	30
	HEB	29	54	17
	HMP	28	22	51
	HTF	22	83	-5
	HSC	17	105	-22
	HMS	31	63	6
	HSR	34	66	0
	HEP	32	87	-19
Periférico 3		17	74	9
	HCLVV	12	63	24
	HWA	26	49	25
	HLA	20	117	-37
	HG	11	78	12
Periférico 1 y 2		27	34	39
	HMMV	8	12	80
	HLCH	7	32	61
	HTC	9	39	52
	HCN	31	23	46
	HU	74	38	-12
	HSFA	27	25	47
	HMTV	18	80	2
	HSV	34	61	5

Fuente: Área de Estadística en Salud. Boletín Estadístico. Cuadro 11, 2014-2018.

Lista de siglas y acrónimos

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
DCSS	Dirección Compra de Servicios de Salud
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EPSS	Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas
CNCDYCP	Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
CLOF	Clínica Oftalmológica
HCG	Rafael Angel Calderón Guardia
HCHP	Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
HCLVV	Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón-
HCN	De Ciudad Neily
HEBB	Enrique Baltodano Briceño -Liberia-
HEP	Fernando Escalante Pradilla -Pérez Zeledón-
HG	De Guápiles
HLA	De La Anexión -Nicoya-
HLCH	De Los Chiles
HMEX	México
HMMV	Manuel Mora Valverde -Golfito-
HMP	Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago-
HNGG	Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes
HNN	Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera
HNP	Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
HMS	Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas-
HMTV	Max Terán Valls -Quepos-
HOMACE	De las Mujeres Adolfo Carit Eva
HSC	De San Carlos
HSFA	San Francisco de Asís -Grecia-
HSJD	San Juan de Dios
HSR	San Rafael -Alajuela-
HSV	De San Vito
HSVP	San Vicente de Paúl -Heredia-
HTCC	De Osa Tomás Casas Casajús
HTF	Tony Facio Castro -Limón-
HU	De Upala
HWAT	William Allen Taylor -Turrialba-
OMS	Organización Mundial de la Salud
REDES	Registros de Salud

Comportamiento de la mortalidad intrahospitalaria en los hospitales generales de la Caja Costarricense de Seguro Social

Resumen

Con el fin de analizar el comportamiento de la mortalidad intrahospitalaria en los 23 hospitales generales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en el año 2018, se utilizó el Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo (IMHAR), el cual se basa en la metodología empleada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud. Para su aplicación, se utilizó la base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística en Salud de la CCSS.

Del total de egresos registrados en los hospitales generales, se presentaron 7 284 defunciones, lo que equivale a un 2,5 %. En comparación con los años

anteriores, las tasas registradas no han variado de forma significativa.

De los 23 centros evaluados, solo cinco presentaron una tasa de mortalidad superior a la esperada.

Por otra parte, a partir del modelo multivariado, se determinó que existe una mayor probabilidad de muerte en los hombres que en las mujeres, y en los grupos de edad avanzada respecto a los primeros años de vida.

En general, 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 clínicos.

Introducción

La evaluación de la prestación de los servicios de salud se convierte en una obligación por parte de la CCSS. Esto con el fin de brindar una atención oportuna a los pacientes en los centros hospitalarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evalúa en el presente informe la mortalidad hospitalaria del año 2018 en los 23 centros generales de la CCSS, mediante el Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo (IMHAR), analizando el comportamiento de la mortalidad en los pacientes hospitalizados en el período evaluado, según sus principales características y el tipo de centro donde son atendidos.

Cabe destacar que 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. Además, la cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de efectividad de la intervención hospitalaria (Sanclemente *et al*, 2004).

La medición de la mortalidad hospitalaria indica la necesidad de una revisión detallada de los eventos que ocurren con cierta frecuencia. Estos son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias y comparar el desempeño pasado con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos (Paneque, 2004).

Adicionalmente, los datos de mortalidad hospitalaria son 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).

En los Estados Unidos, la disminución de las defunciones en varios hospitales se ha asociado principalmente a la implementación de mejoras en la atención de determinados grupos de pacientes, a un equipo exitoso de respuesta rápida, al establecimiento de una comisión de revisión de la mortalidad y de informes estrictos de errores, así como a la identificación de eventos adversos. Además, ha sido 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).

Metodología

Mediante el Índice de Mortalidad Hospitalaria Ajustado por Riesgo (IMHAR), se analiza el comportamiento de la mortalidad en los pacientes hospitalizados durante el año 2018, 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 calcula el IMHAR con base en la metodología utilizada por el Instituto Canadiense para la Información en Salud (CIHI, 2012; Morera, 2013). Esto por cuanto la casuística entre los hospitales es diferente.

Esta es una medida resumen de calidad de la atención hospitalaria que ha sido utilizada por la mayoría de las agencias de evaluación del desempeño, con el objetivo de mejorar la atención hospitalaria (Jarman *et al*, 1999).

Los egresos fueron seleccionados según diagnóstico CIE-10, considerando solo el 80 % de las muertes hospitalarias en el año 2018, y se calculó el intervalo de confianza al 95 % (Morera M, 2013).

Como fuente de información se utilizó la base de datos de egresos hospitalarios suministrada por el Área de Estadística en Salud de la CCSS. Como se mencionó, el período de análisis es el año 2018 y los centros objeto de la evaluación son 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.

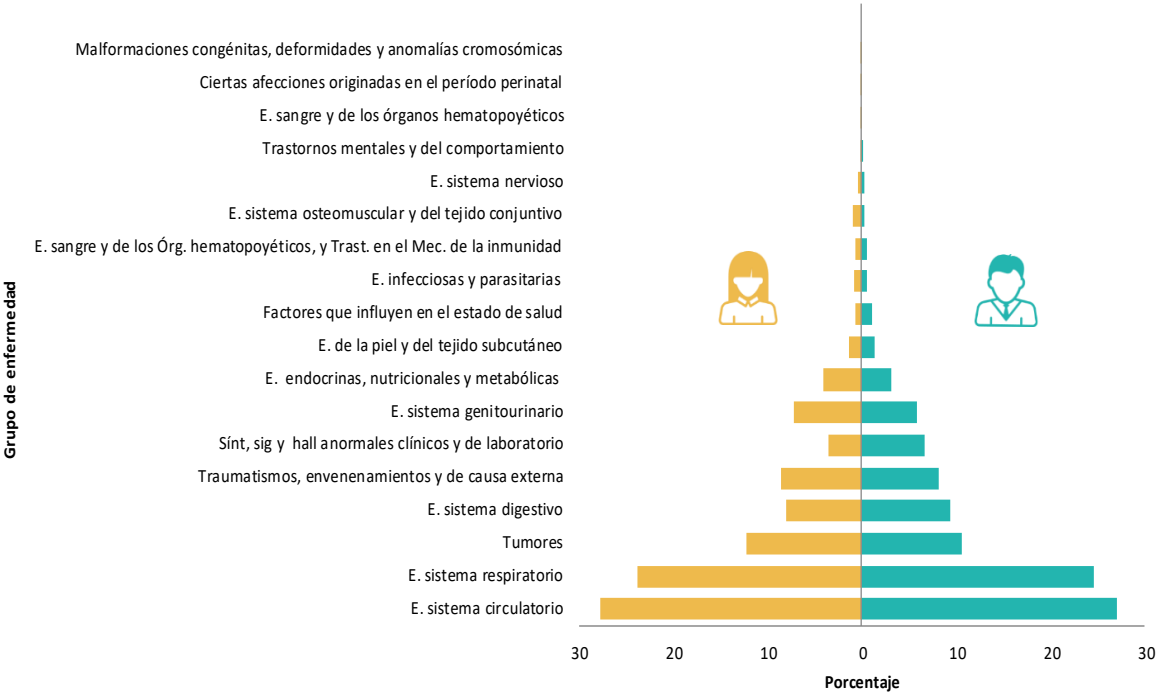
Resultados

El 2,5 % de los egresos en los hospitales generales fueron defunciones y cinco centros presentaron una tasa de mortalidad superior a la esperada.

De los egresos registrados en los hospitales generales, se presentaron en total 7 284 defunciones, lo que equivale a un 2,5 %; si se compara con los años anteriores, las tasas registradas no han variado de forma significativa.

El gráfico 1.1 muestra la distribución porcentual de las defunciones registradas en los hospitales generales por grupo de enfermedad. Cabe destacar que aproximadamente el 80,1 % de las defunciones intrahospitalarias registradas en el año 2018 se concentró en cinco códigos diagnósticos: enfermedades del sistema circulatorio (27,3 %), enfermedades del sistema respiratorio (24,3 %), tumores (11,3 %), enfermedades del sistema digestivo (8,8 %), y traumatismo, envenenamiento y de causa externa (8,4 %). En este punto, es importante mencionar que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal causa de muerte en el mundo es la cardiopatía isquémica, y Costa Rica no queda excluida en esa estadística (Salud, 2018).

Gráfico 5.1
CCSS: Comportamiento de las defunciones^{1/} de hospitales generales por grupo de enfermedad según CIE-10 y sexo, 2018

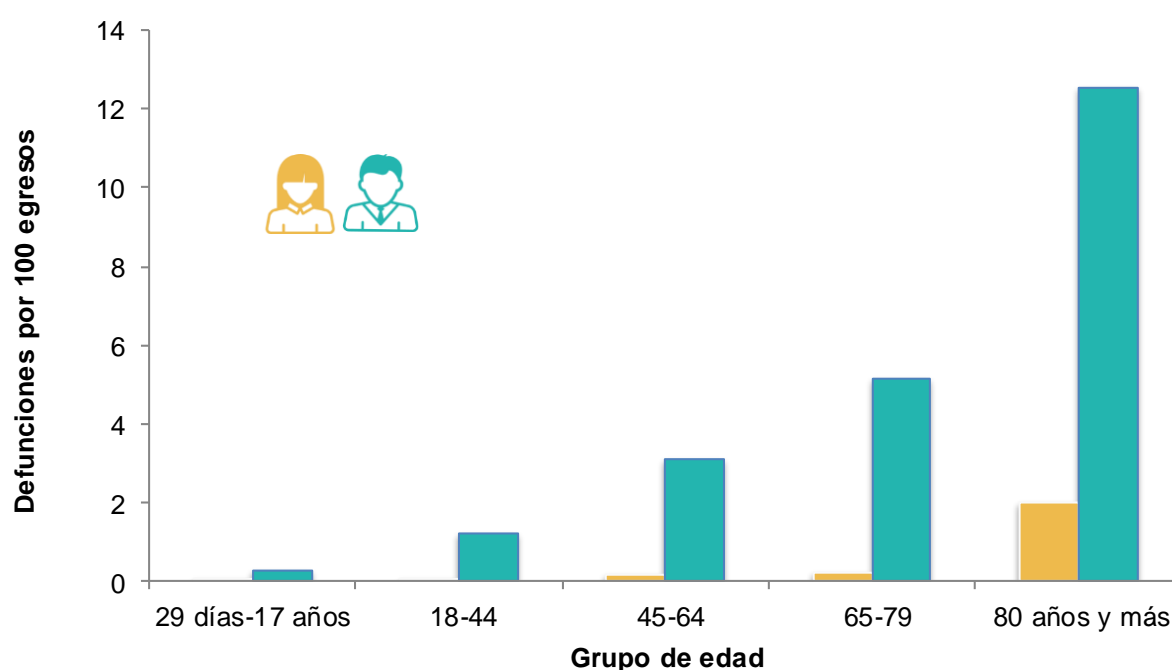


^{1/} Se incluye el 80 % de las muertes hospitalarias registradas, periodo 2018.

Fuente: AES y DCCS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Por otra parte, se analizó la distribución de las defunciones intrahospitalarias por grupos de edad y por sexo. En el gráfico 1.2 se observa una tendencia creciente de las defunciones respecto a la edad, pasando del 0,8 % en el grupo de menores de 18 años, a 7,5 % en edades de 18-44 años y a 37,4 % en el grupo de 80 años y más. Los hombres registran un mayor porcentaje de mortalidad respecto a las mujeres y esta diferencia es más acentuada en el grupo etáreo de 80 años y más.

Gráfico 5.2
CCSS: Defunciones^{1/} por grupo de edad según sexo, hospitales generales, 2018



^{1/}Se incluye el 80 % de las muertes hospitalarias registradas, periodo 2018.

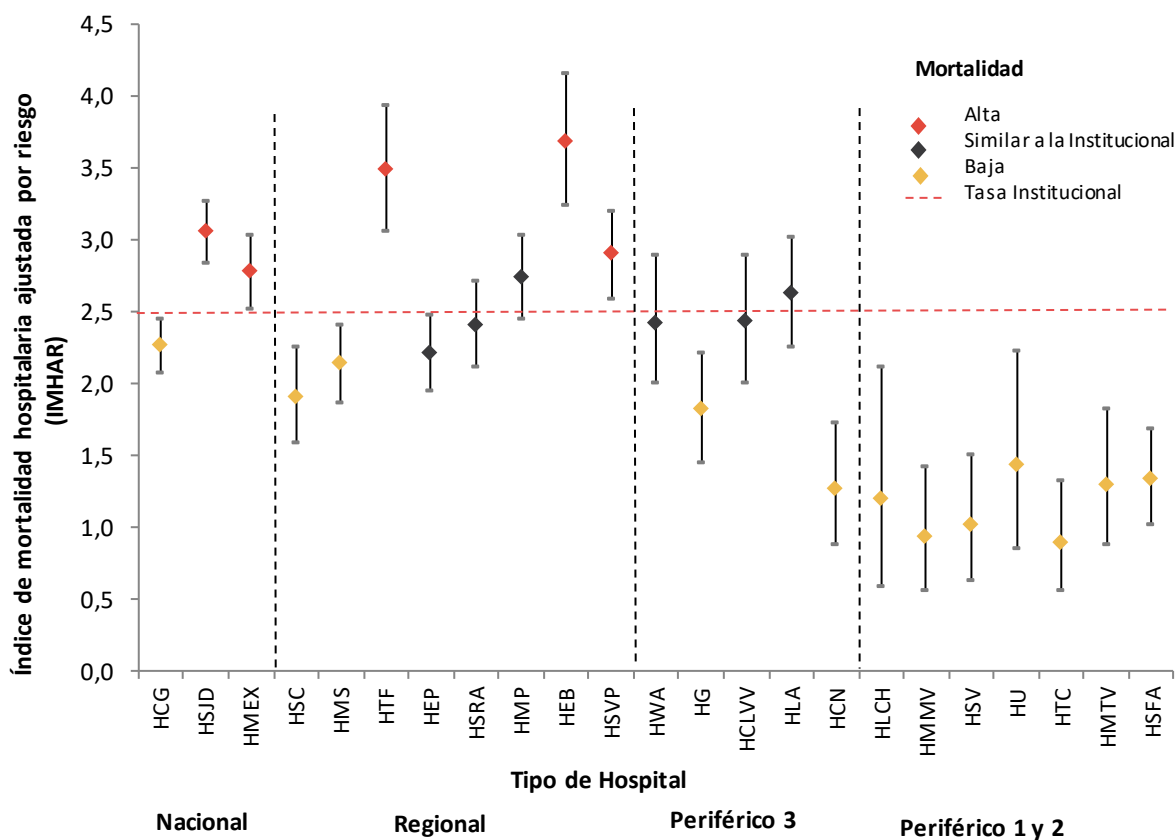
Fuente: AES y DCCS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Al analizar la mortalidad hospitalaria por centro (gráfico 1.3), se evidencia que cinco hospitales presentaron un IMHAR superior al esperado:

- Hospitales Nacionales: San Juan de Dios (HSJD) y México (HMEX).
- Hospitales Regionales: Tony Facio Castro (TF), Enrique Baltodano Briceño (HEB) y San Vicente de Paúl (HSVP).

Gráfico 5.3

CCSS: índice de mortalidad hospitalaria ajustado por riesgo, según hospital general^{1/}, 2018



^{1/}Incluye los egresos con diagnóstico del grupo que concentra el 80% de las muertes intrahospitalarias del período 2018.

Fuente: AES y DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Conclusiones y recomendaciones

El comportamiento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria en los últimos cinco años se ha mantenido prácticamente constante. Al igual que años anteriores, los hospitales periféricos 1 y 2 se caracterizaron por registrar una tasa de mortalidad baja; lo que podría estar explicado en el supuesto de que los casos de mayor complejidad son referidos a los hospitales de mayor capacidad resolutive.

El 80,1 % de las defunciones intrahospitalarias registradas en el año 2018 se concentraron en cinco grupos diagnósticos.

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

En este sentido, es necesario facilitar o seguir promoviendo la implementación de monitoreo y control de la mortalidad intrahospitalaria por parte de los gestores clínicos, tomando como base estrategias utilizadas a nivel internacional (Whittington *et al*, 2005). Esto con el objeto de reducir la probabilidad del evento muerte, sobre todo cuando este no es lo esperado acorde a las características de los pacientes.

Asimismo, es necesario fortalecer las estrategias que se dirijan a mejorar la calidad del proceso asistencial en los hospitales de la CCSS, las cuales deben ser conducidas y monitoreadas por los gestores clínicos.

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.

Chinchilla, N. M. (1999). La infección intrahospitalaria y los compromisos de gestión en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Rev Cienc Adm Financ Segur*, 7(2), 7-22.

Dirección Compra de Servicios de Salud [DCSS]. (2016). Informe de resultados de la evaluación de la prestación de servicios de salud 2015. San José: CCSS.

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*. San José, Costa Rica: Dirección de Compra de Servicios de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. Recuperado el 09 de Junio de 2015, de: http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/Hospitales/SiteAssets/SitePages/Doc_Efectividad_H/Calidad.%20Mortalidad%20intrahospitalaria.%20Ajuste%20por%20riesgo.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2007). *Health Care Quality Indicators Project 2006. Data Collection Update*. París: OCDE.

- Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana de Salud Pública*, 30(1).
- Sanclemente, C., Barcons, M., Moleiro, M., Alonso, F., Pañella, D., Carrera, R., . . . Anglada, A. V. (2004). Mortalidad hospitalaria en un Servicio de Medicina. *An Med Interna*, 21(7), 317-321.
- Whittington J, S.T. (2005). Reducing hospital mortality rates (Part 2). Cambridge: MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Wright J, D. B. (2006). Learning form death: a hospital mortality reduction programme. *J R Soc Med*, 99, 303-8.

Autoría:

Realizado por:

Lic. Juan Esteban Calderón Rojas, Economista

Colaborador:

Dr. Juan Carlos Morera Guido

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Comportamiento del Índice de Estancias Ajustado por Complejidad y porcentaje de ocupación en hospitales Generales de la CCSS

Resumen

Se analizó el comportamiento de las estancias hospitalarias y el porcentaje de ocupación en los 23 hospitales generales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, durante el año 2018.

Para medir la eficiencia de los centros hospitalarios en relación con el uso de cama y estancia, se comparó el nivel de ocupación de las camas (PO), que mide el uso eficiente en el manejo de las camas, y el Índice de Estancias Ajustado por Complejidad (IEAC), que mide el uso adecuado en la administración de las estancias. El análisis se realizó mediante gráficos de dispersión, donde interactúan las variables.

Tras el análisis efectuado, se determinó que los hospitales nacionales registran adecuados consumos de estancias en los servicios evaluados.

En el caso de los hospitales regionales, en la mayoría se registraron porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en al menos dos servicios, principalmente Ginecología y Pediatría.

Los hospitales Periféricos 3, por su parte, presentaron en general bajos porcentajes de ocupación en los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Mientras que los hospitales Periféricos 1 y 2, registraron tres o más servicios con porcentajes de ocupación inferiores al 85 %.

Con base en los resultados obtenidos y con el fin de mejorar la gestión hospitalaria, se aconseja a las autoridades institucionales, entre otras cosas, indagar la experiencia y el éxito en otras instituciones (privadas o públicas) en la planificación de la gestión hospitalaria.

Introducción

La estancia es el promedio en días que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama; dicho de otra forma, es el tiempo promedio que utiliza un servicio de hospitalización para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente durante el internamiento.

Para establecer el manejo de la cama hospitalaria en términos de eficiencia, se comparan los porcentajes de ocupación y la utilización de las estancias (Pabón-Lasso, 1986; Morera, 2014), suponiendo que existe una adecuada distribución interna de las camas entre servicios, según la configuración oferta-demanda.

Metodología

Tomando como fuentes de información el Anuario Estadístico y la base de egresos hospitalarios del 2018, del Área de Estadística en Salud (AES) de la CCSS, se analizaron los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, de los 23 hospitales generales de la CCSS.

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. Este índice es el resultado de la división de las estancias observadas entre las esperadas.

Para medir la eficiencia de los 23 centros hospitalarios respecto al uso de cama y estancia, se comparó el nivel ocupación de las camas (PO), que mide el uso eficiente en el manejo de las camas, y el IEAC, que mide el uso adecuado en la administración de las estancias. El análisis se hizo mediante gráficos de dispersión, donde interactúan las variables. Para ello, se excluyeron los datos atípicos⁸ y se descartaron los casos extremos en todos los servicios evaluados.

Lo esperable es que los centros hospitalarios presenten 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.

⁸ Valor atípico es una observación que es numéricamente distante del resto de los datos.

Resultados

En total, 17 hospitales registraron bajo porcentaje de ocupación en tres o más servicios, principalmente en Ginecología, Obstetricia y Pediatría

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 2018 indican que los porcentajes de ocupación y el consumo de estancias no variaron en forma significativa respecto al año 2017.

En el gráfico 6.1 se observa el grupo de hospitales nacionales, donde el hospital Rafael Ángel Calderón Guardia tuvo un IAEC < 1 en el consumo de estancias en todos los servicios. No obstante, los servicios de Medicina y Cirugía registraron una ocupación superior al 100 %; por otra parte, los servicios de Ginecología y Obstetricia presentaron baja ocupación; y únicamente el servicio de Neonatología presentó un óptimo porcentaje de ocupación.

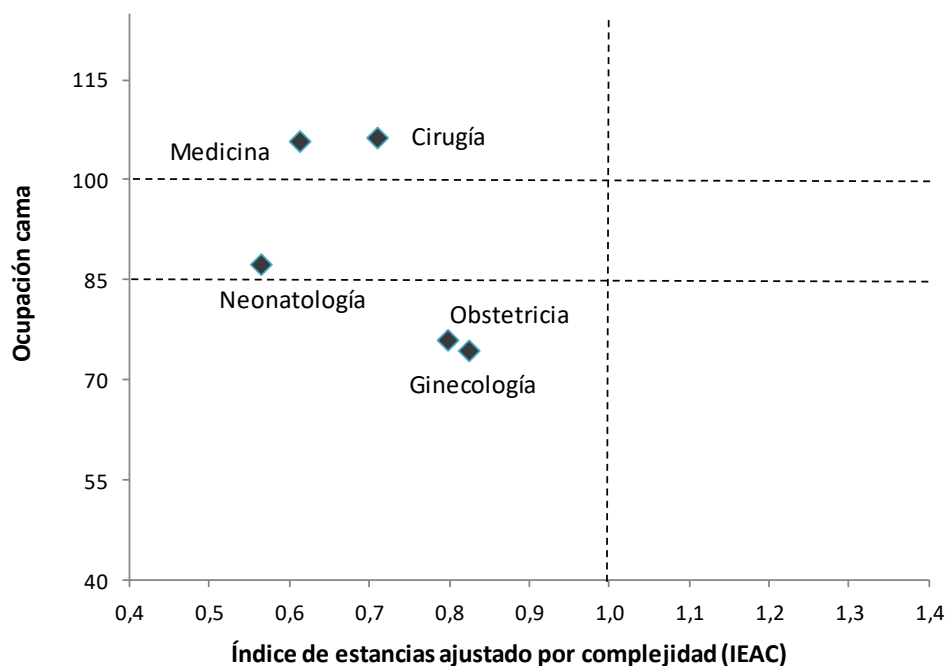
El hospital San Juan de Dios, por su parte, mostró eficiencia en el manejo de estancias en todos sus servicios. Además, los servicios de Cirugía, Obstetricia, y Ginecología presentaron porcentajes por debajo del 85 % de ocupación. En tanto los servicios de Neonatología y Medicina registraron un consumo de estancias y porcentaje de ocupación adecuado.

El hospital México registró un consumo adecuado de estancias en todos los servicios; en lo que respecta a los porcentajes de ocupación registrados en los servicios de Ginecología, Neonatología, Medicina y Obstetricia, estos fueron inferiores al 85 %; únicamente el servicio de Cirugía presentó un adecuado porcentaje de ocupación.

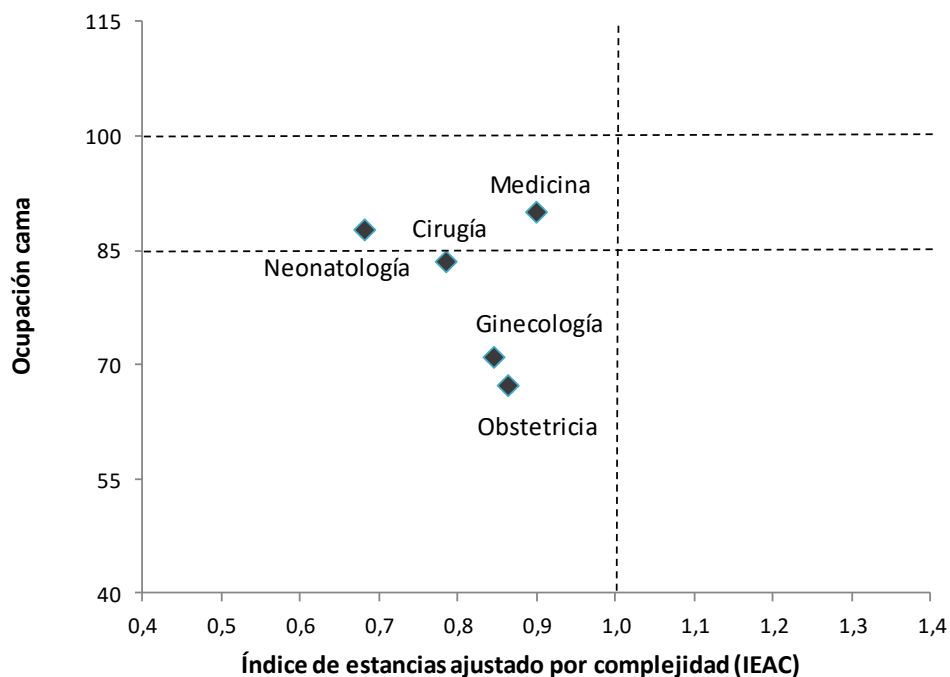
En general, este tipo de centros se caracterizaron por registrar adecuados consumos de estancias en los servicios evaluados.

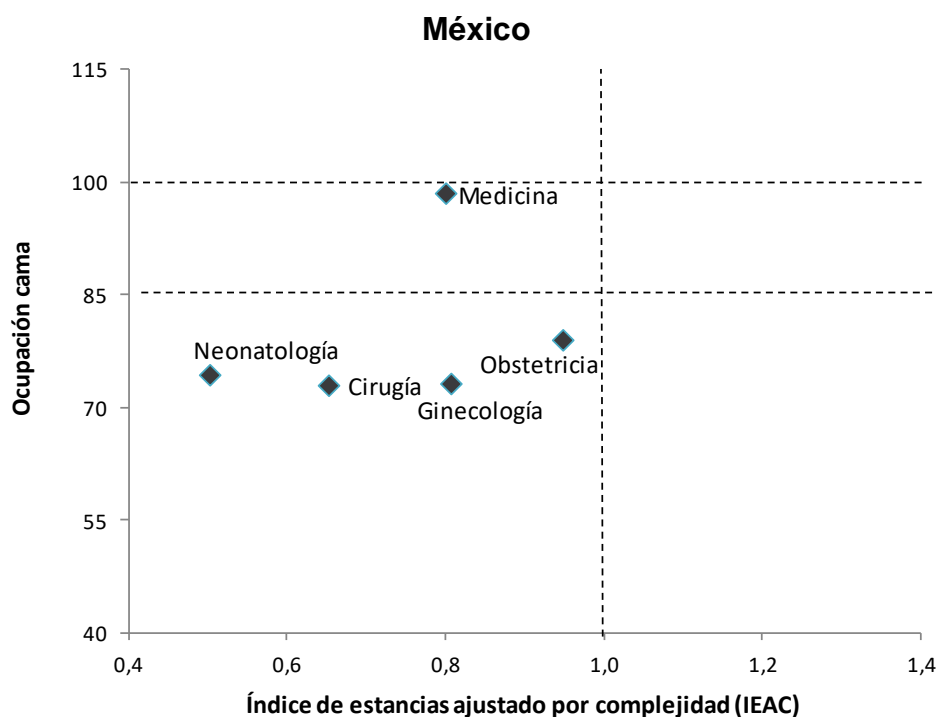
Gráfico 6.2
CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/}
según servicio, hospitales Nacionales, 2018

Rafael Ángel Calderón Guardia



San Juan de Dios





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.

En relación con los hospitales Regionales (gráfico 6.2), se observa que el hospital San Rafael de Alajuela registró baja ocupación de camas en los servicios de Pediatría y Ginecología, mientras que los servicios de Obstetricia, Medicina, Cirugía y Neonatología fueron superiores al 100 %. Por otro lado, los servicios de Cirugía y Ginecología consumieron más estancias de las esperadas, según el IEAC.

El hospital Fernando Escalante Pradilla, registró baja ocupación en los servicios de Ginecología y Pediatría; únicamente el servicio de Obstetricia presentó un exceso en el consumo de estancias.

EL hospital Maximiliano Peralta Jiménez presentó porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en los servicios de Ginecología, Obstetricia, Neonatología y Pediatría. En los servicios de Cirugía y Medicina mostró un adecuado consumo de estancias y porcentaje de ocupación. Solo 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, Neonatología y Obstetricia; mientras que los servicios Medicina, Ginecología y Cirugía registraron porcentajes de ocupación superiores al 100 %. Solamente el servicio de Ginecología mostró un consumo de estancias inadecuado.

El hospital Tony Facio Castro registró en los servicios de Pediatría y Medicina porcentajes de ocupación inferiores al 85 %, mientras que los servicios de Ginecología y Obstetricia mostraron porcentajes de ocupación superiores al 100 %. En cambio, los servicios de Cirugía y Neonatología presentaron un uso adecuado en los porcentajes de ocupación y del IEAC. Asimismo, el servicio de Obstetricia registro un IEAC superior a uno.

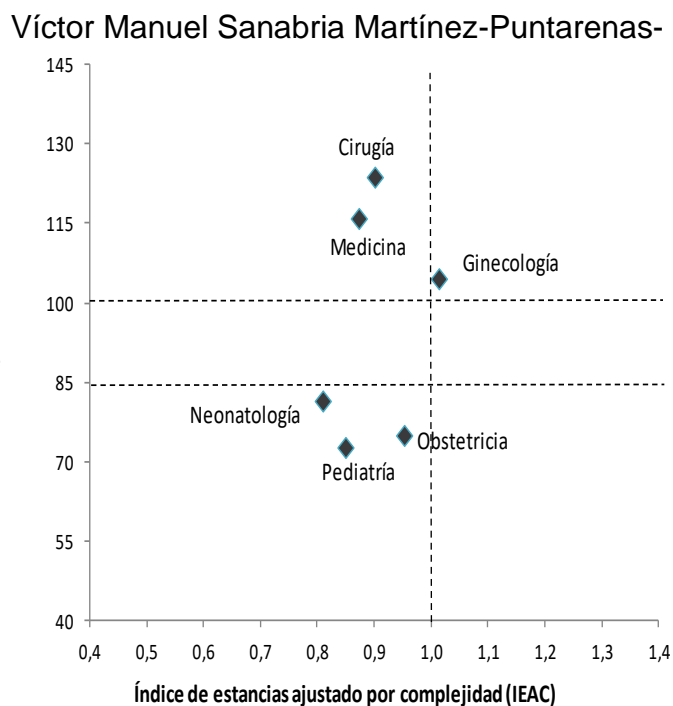
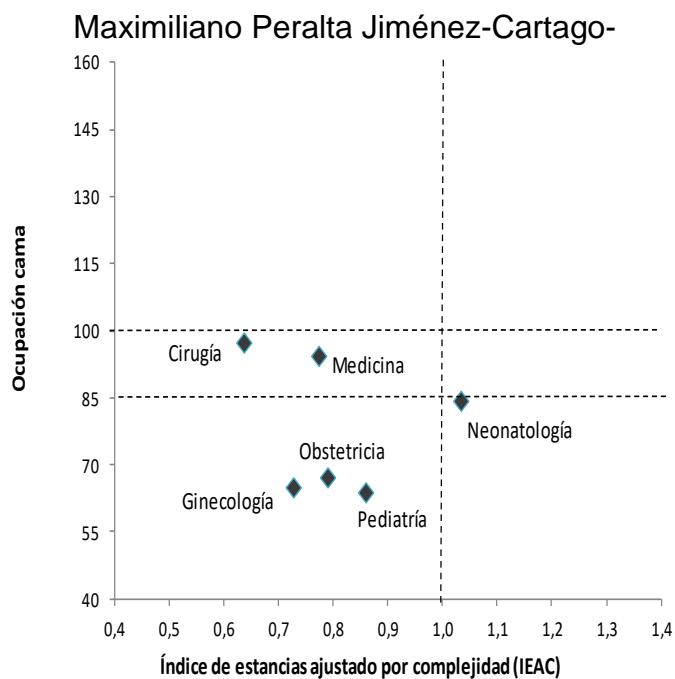
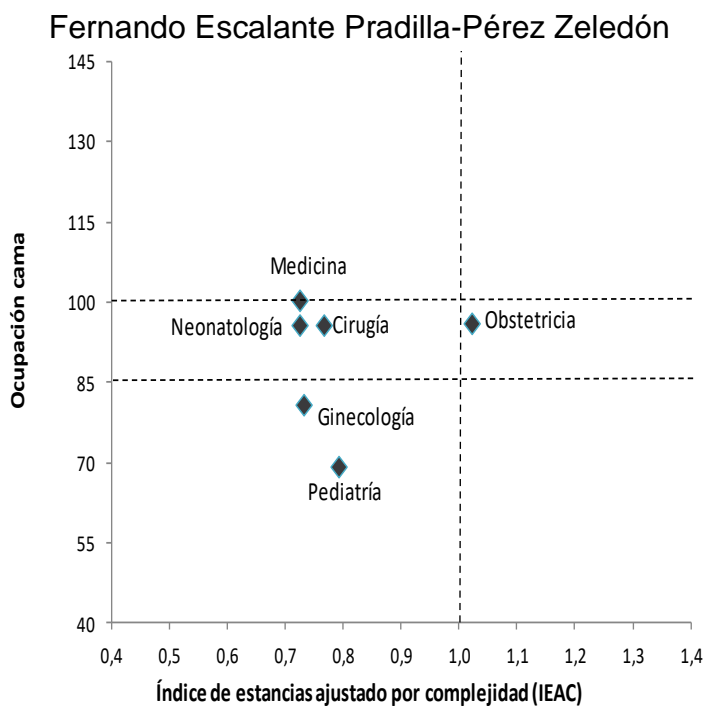
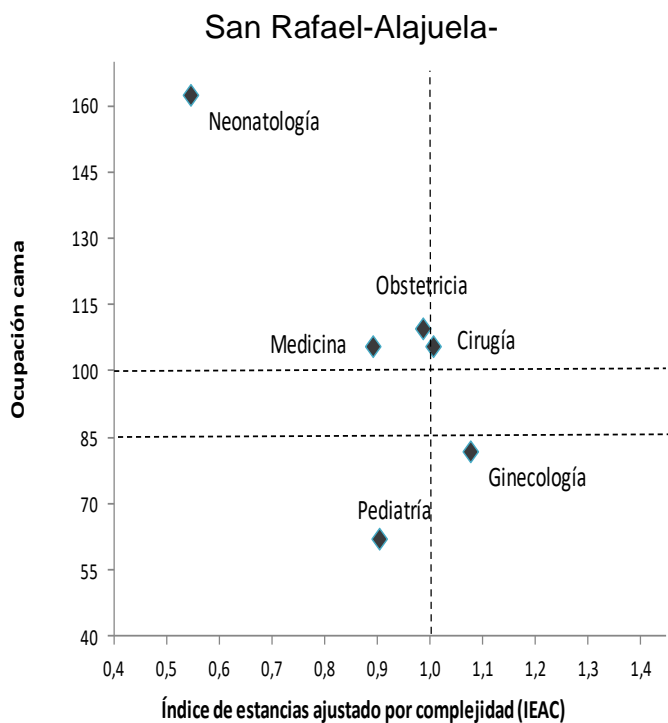
El hospital Enrique Baltodano mostró un consumo adecuado en las estancias hospitalarias en la totalidad de los servicios, excepto en Ginecología. En lo referente al porcentaje de ocupación, los servicios de Neonatología y Cirugía mostraron porcentajes superiores al 100 % y los servicios de Pediatría y Ginecología obtuvieron un porcentaje inferior al 85 %. Cabe resaltar que los servicios de Obstetricia y Medicina presentaron porcentajes adecuados.

El hospital de San Carlos presentó un adecuado uso de las estancias en todos los servicios. En cuanto a la ocupación, los servicios de Neonatología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia registraron porcentajes inferiores al 85 %.

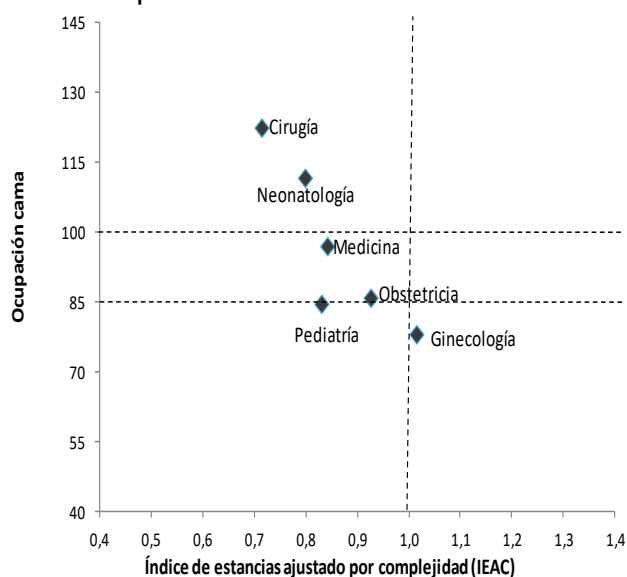
El hospital San Vicente de Paúl registró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Neonatología, mientras que en el servicio de Cirugía presentó una ocupación superior al 100 %. Destaca el servicio de Medicina, que presentó un adecuado porcentaje de ocupación. Además, sobresale que todos los servicios de este centro 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 Ginecología y Pediatría.

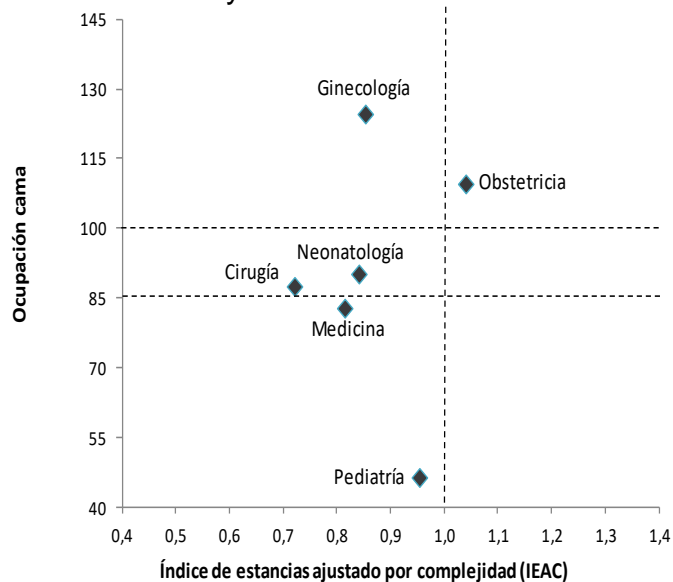
Gráfico 6.2
CCSS: Ocupación^{1/} de las camas e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/}
según servicio, hospitales Regionales, 2018



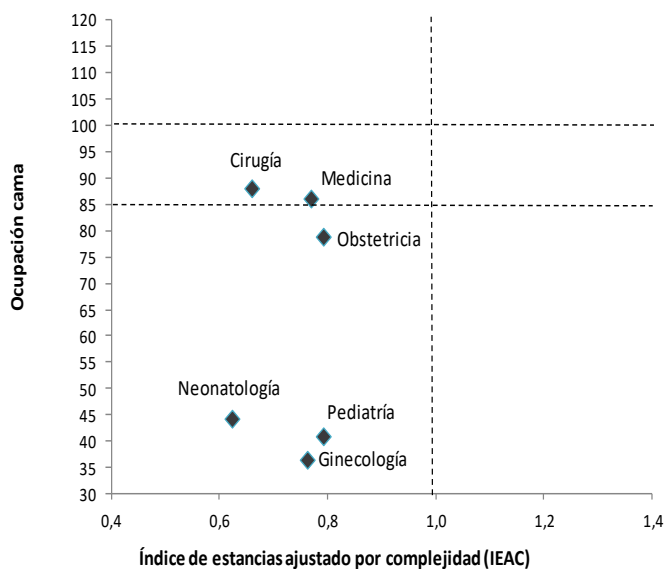
Enrique Baltodano Briceño-Liberia



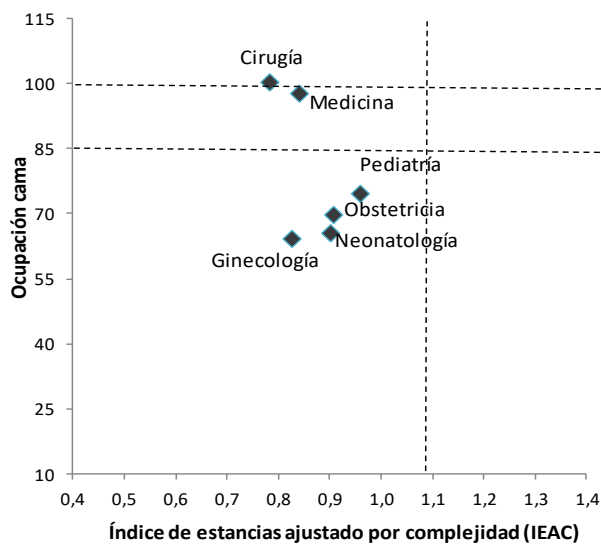
Tony Facio Castro-Limón-



De San Carlos



San Vicente de Paúl



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, 2018.

En lo que respecta a los establecimientos Periféricos 3 (gráfico 6.3), se observa que el hospital William Allen Taylor registró bajos niveles de ocupación de camas en la mayoría de los servicios, excepto en Neonatología, donde se presentaron porcentajes de ocupación superiores al 100 %,

y en el servicio de Pediatría, donde se obtuvo un óptimo porcentaje de ocupación. Todos los servicios registraron un adecuado consumo de estancias, según el IEAC.

El hospital de Guápiles presentó un alto consumo de estancias en cuatro servicios, contrario a los servicios de Medicina y Cirugía, que registraron un adecuado consumo de estancias. Por otra parte, el servicio de Cirugía registró un porcentaje de ocupación superior al 100 % y el servicio de Medicina registró un porcentaje de ocupación inferior al 85 %.

El hospital Carlos Luis Valverde Vega registró en todos los servicios porcentajes de ocupación inferiores al 85 % y un óptimo uso de estancias.

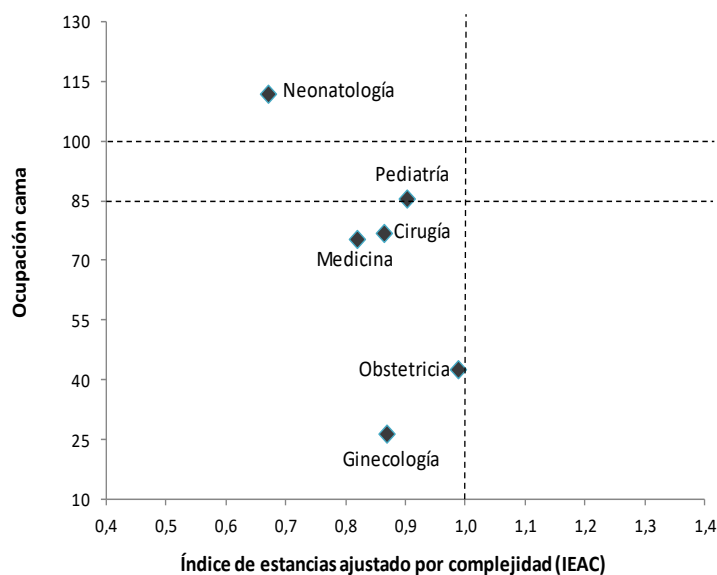
El hospital La Anéxion mostró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Ginecología, Neonatología, Obstetricia y Pediatría, y presentó un mayor consumo de estancias en los servicios de Medicina y Cirugía; los datos son similares a los registrados años atrás.

Finalmente, el hospital de Ciudad Neily mostró una ocupación inferior al 85 % en casi todos los servicios, excepto en Medicina. En cuanto a las estancias, este recinto presentó un óptimo consumo.

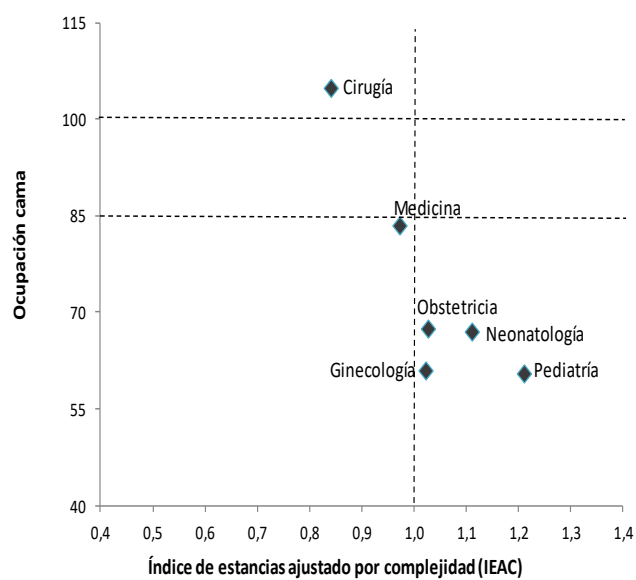
En general, los hospitales Periféricos 3 se caracterizaron por registrar bajos porcentajes de ocupación en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Pediatría.

Gráfico 6.3
CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/}
según servicio, hospitales Periféricos 3, 2018

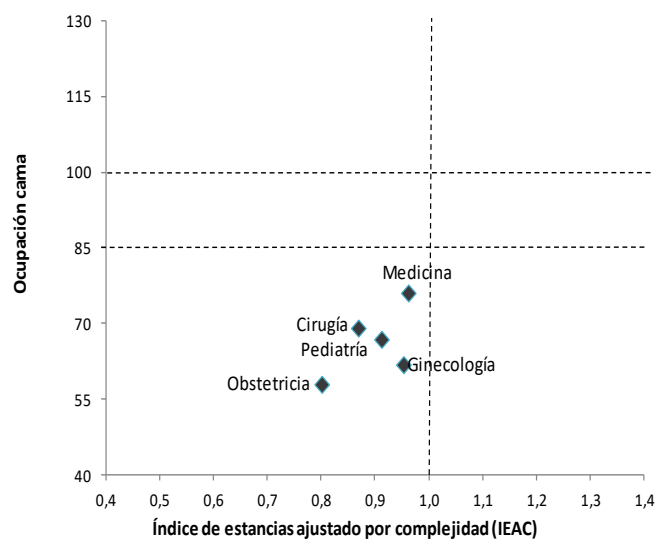
William Allen Taylor-Turrialba



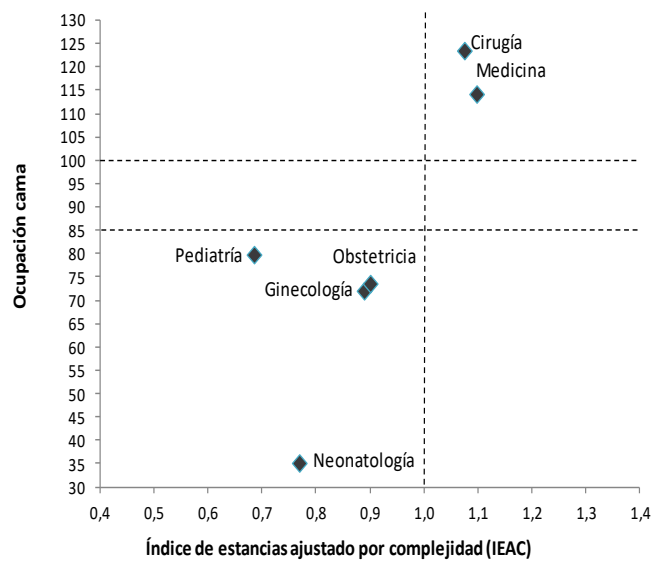
Guápiles

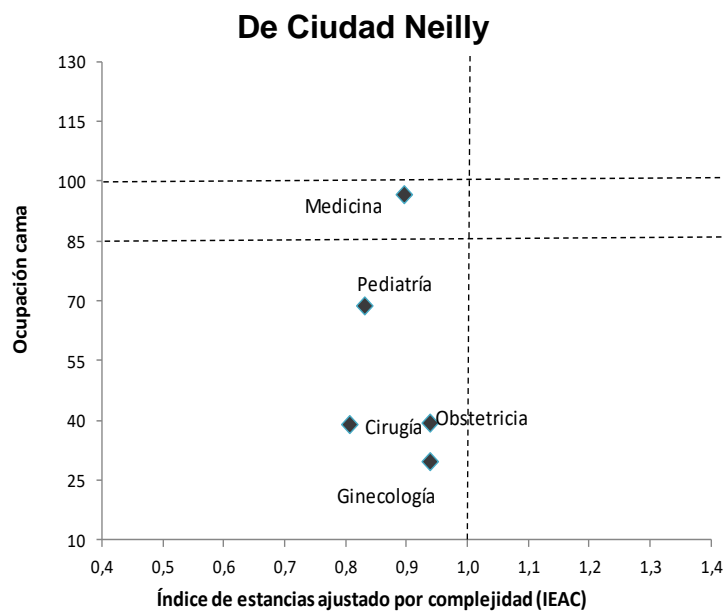


Carlos Luis Valverde Vega-San Ramón-



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, 2018.

En el grupo de hospitales Periféricos 1 y 2 (gráfico 6.4), el hospital San Francisco de Asís presentó una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Cirugía; mientras que los servicios de Obstetricia, Medicina y Ginecología presentaron un alto consumo estancias; solamente el servicio de Medicina registró un porcentaje de ocupación adecuado.

Por su parte, el hospital Max Terán Valls registró en los servicios de Obstetricia, Medicina, Ginecología y Pediatría un porcentaje de ocupación inferior al 85 %. Únicamente los servicios de Cirugía y Neonatología mostraron un uso adecuado del recurso cama; sin embargo, cabe resaltar que este centro registró en todos los servicios un IEAC inferior a uno.

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 Medicina presentaron porcentajes de ocupación adecuados, contrario a Pediatría, Cirugía y Ginecología, que presentaron porcentajes de ocupación inferiores al 85 %.

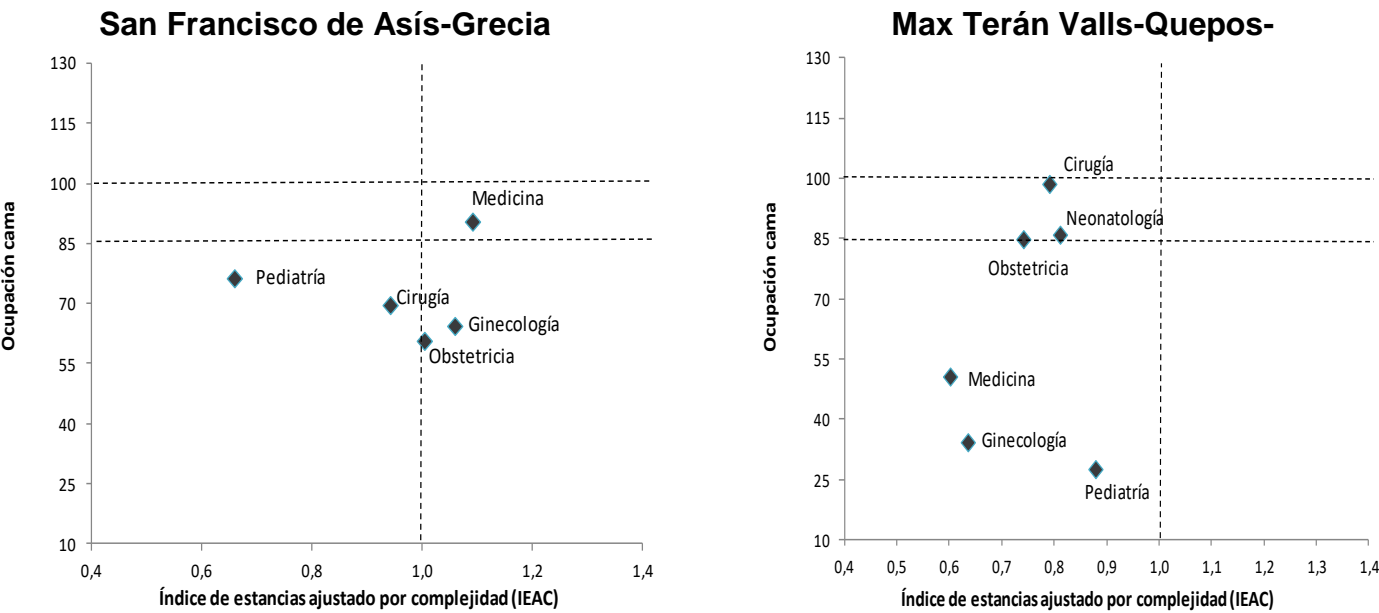
En el caso de la Región Brunca, los hospitales Manuel Mora Valverde (Golfito) y de Osa Tomás Casas Casajús presentaron porcentajes de ocupación inferiores al 85 % en la mayoría de los servicios. El hospital Manuel Mora Valverde registró un IEAC inferior a uno en todos los servicios, mientras que el hospital de Osa registró un IEAC mayor a uno en los servicios de Obstetricia y Pediatría; únicamente en el servicio de Cirugía presentó un adecuado porcentaje de ocupación.

En el caso del hospital de San Vito, este registró una ocupación inferior al 85 % en los servicios de Ginecología y Pediatría. Además, presentó un inadecuado consumo de estancias en los servicios de Cirugía y Pediatría, contrario a los servicios de Medicina, Obstetricia y Ginecología, que registraron un consumo de estancias adecuado.

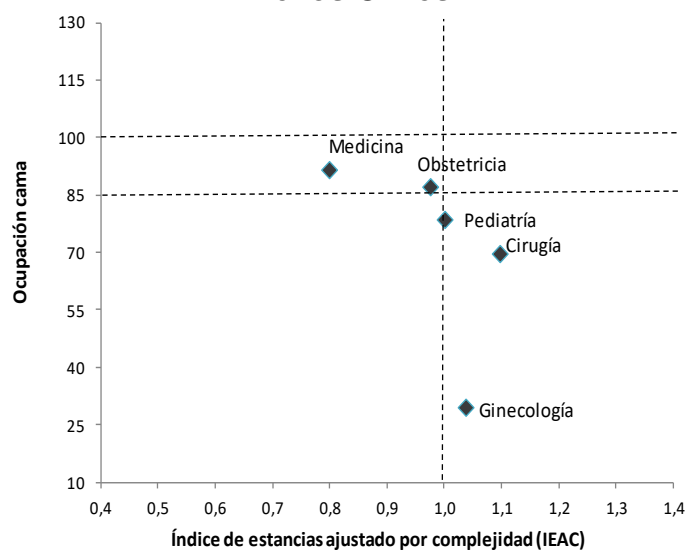
Por otro lado, el hospital de Upala, de la Región Chorotega, registró un inadecuado consumo de estancias en el servicio de Ginecología, con un IEAC > 1. En los servicios de Medicina y Obstetricia los porcentajes de ocupación fueron superiores al 100 %, mientras que en Cirugía, Pediatría y Ginecología fueron inferiores al 85 %.

En síntesis, este grupo de centros se caracterizó por presentar tres o más servicios con porcentajes de ocupación inferiores al 85 %; predominantemente fueron los servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Además, tres centros registraron mayor consumo de estancias en Ginecología, y dos en Obstetricia y Cirugía.

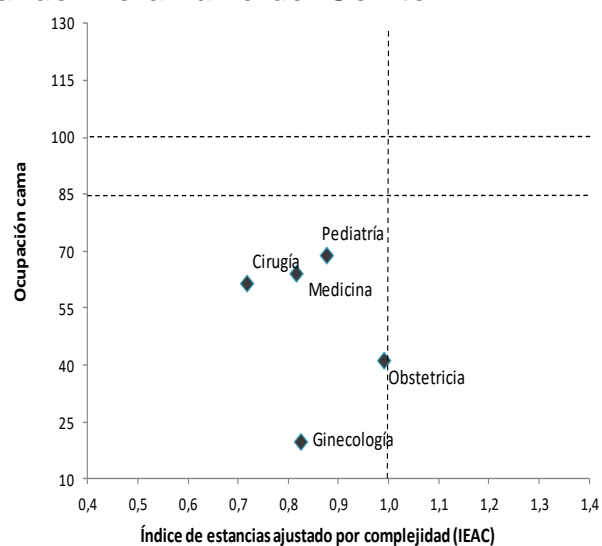
Gráfico 6.4
CCSS: Ocupación de las camas^{1/} e índice de estancias ajustado por complejidad^{2/}
según servicio, hospitales Periféricos 1 y 2, 2018



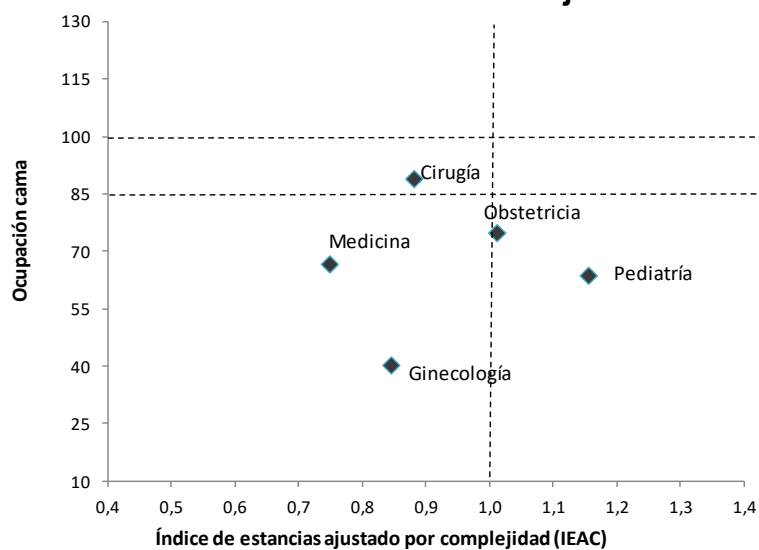
De los Chiles



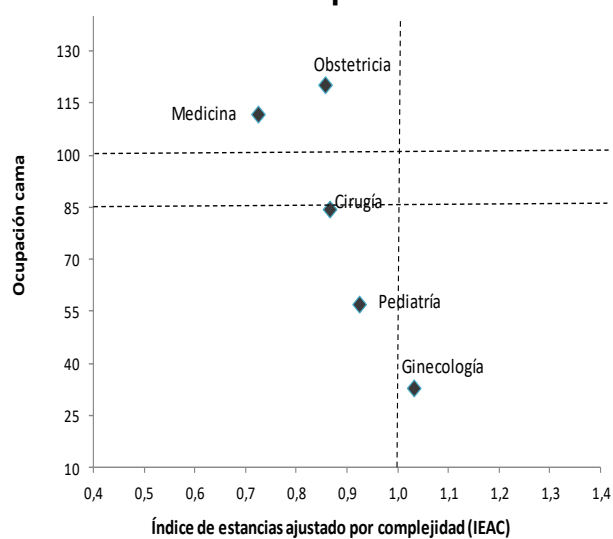
Manuel Mora Valverde- Golfito-

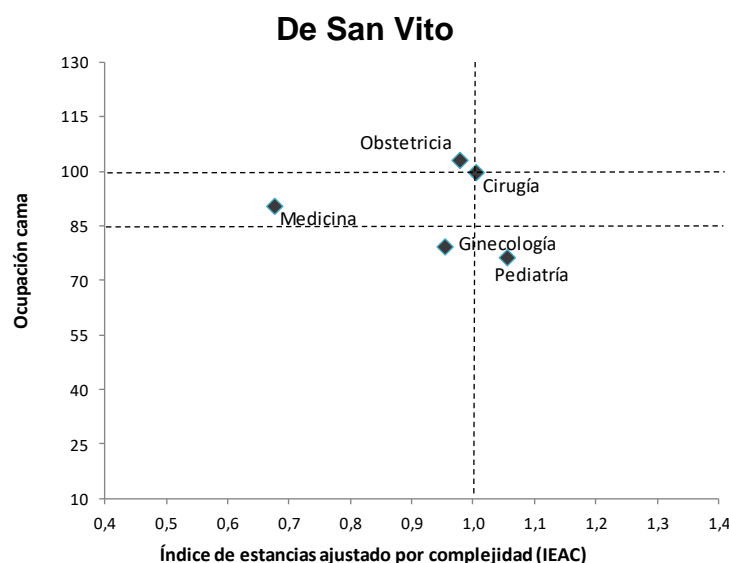


De Osa Tomás Casas Casajús



De Upala





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, 2018.

Conclusiones y recomendaciones

En resumen, se determinó que 17 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 13 hospitales generales registraron un consumo de estancias mayor al esperado según el IEAC; sin embargo, el hospital de Grecia registró tres servicios con estancias superiores a la esperada y el hospital de Guápiles registró cuatro servicios con un IEAC > 1. Los servicios que se caracterizaron principalmente por lo anterior son: Obstetricia y Ginecología.

Con el propósito de brindar un mejor servicio al usuario en términos de una mayor oportunidad y eficiencia, se recomienda analizar los factores causales por parte del nivel local, regional y de las instancias competentes, a efecto de identificar áreas de mejora en la utilización de los recursos institucionales.

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.

Se podría pensar en implementar un plan de redistribución de camas en la CCSS, considerando las limitaciones de infraestructura, recurso humano y de recursos presupuestarios, que para la

CCSS 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. La evaluación de este tipo de indicador brinda al gestor local una herramienta para identificar en cuales servicios y/o especialidades existe exceso de falta de camas.

Asimismo, es pertinente que las jefaturas de los servicios, directores médicos, directores regionales y la Gerencia Médica profundicen en el análisis de los egresos que registren estancias prolongadas, con el fin de tomar las medidas correspondientes para minimizar su impacto en la producción hospitalaria y poder mejorar la rotación de camas.

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, con el objetivo de 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, S. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. *Acta Méd Costarric*, 56(3), 109-114.

Pabón-Lasso, H. (1986). Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators. *Rev Panam Salud Pública*, 20, 341-57.

Autoría:

Realizado por:

Lic. Juan Esteban Calderón Rojas, Economista

Colaborador:

Dr. Juan Carlos Morera Guido

Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019

Un quinquenio de evaluación de la eficiencia de retos, logros y temas pendientes en materia de listas de espera quirúrgica

Resumen

En los sistemas de salud, las listas de espera tienen su origen en el desbalance entre la capacidad instalada y la solicitud del servicio brindado. Uno de los problemas asociado es la insuficiencia de los prestadores de servicios.

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) no escapa a esta realidad, siendo las listas de espera un tema recurrente en la gestión de los servicios de salud que se enfoca en la revisión de los determinantes del comportamiento y en la búsqueda de estrategias para la mejora de los servicios. Es por lo anterior que la evaluación toma un papel protagónico, al brindar información que puede ser utilizada como insumo para ello.

Específicamente, la evaluación se enfoca en la longitud de la cola (cantidad de casos en espera), la demora media y la saturación del sistema; estos tres indicadores fueron seleccionados con base en la teoría de colas, que tiene como fin obtener información que permita tomar decisiones para mejorar la gestión.

Los datos necesarios para el análisis de los indicadores se extrajeron de los archivos enviados por los 28 hospitales durante los años del 2014 al 2018, y la información se procesó por medio del aplicativo Excel.

Se utilizaron tablas dinámicas para los conteos, promedios, distribuciones y demás cálculos, obteniendo los resultados de la

longitud de la cola y de la demora media, los cuales se compararon de manera retrospectiva. También se compararon los cálculos de la saturación del sistema con los parámetros expuestos en la teoría de colas.

Los resultados indican que disminuyó la demora media, a pesar del aumento de casos pendientes; además, al calcular la saturación del sistema, este arrojó un 1,09, lo que implica que la CCSS está muy cercana a la relación ideal entre ingresos y resoluciones de la lista de espera quirúrgica (LEQ).

De acuerdo con los datos analizados, más del 75 % de la LEQ está compuesta por casos de Cirugía general, Oftalmología, Ortopedia, Ginecología y Urología en cada año.

La demora media de mayor magnitud es la de Ortopedia, pero con una tendencia a disminuir. En otro tanto está la demora media de Oftalmología que se ha mantenido estable menor a 270 días (nueve meses) durante el quinquenio.

Introducción

Los sistemas de salud deben sus listas de espera al desbalance entre la capacidad instalada para la oferta de servicios y las personas que solicitan dichos servicios (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2016). La génesis y el aumento de la cola (casos en espera) se dan cuando los prestadores de servicios se tornan insuficientes ante la demanda.

Esta insuficiencia tiene varios orígenes, desde componentes básicos (recurso humano, suministros e infraestructura) hasta estructuras más complejas (logística de los servicios, financiamiento de los programas y sistemas de información) (Roncal, 2018).

Asociado a los asuntos propios del prestador de servicios, se encuentra la perspectiva de las personas que solicitan los servicios; las cuales tienen derecho a la salud y también al acceso oportuno a los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

La CCSS, como ente prestador de los servicios de salud pública en Costa Rica, no escapa de esta realidad, por lo que se ha planteado como objetivo “reducir las listas de espera por medio de estrategias que incrementen la calidad y oportunidad de los servicios de cirugía, los procedimientos diagnósticos y la consulta externa” (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2019).

Es por lo anterior que durante el quinquenio 2014-2018, la Dirección Compras de Servicios de Salud (DCSS) ha evaluado el proceso de cirugía electiva por medio de indicadores basados en la teoría de colas; utilizando como fuente la lista de espera de procedimientos quirúrgicos (LEQ) de los hospitales de la CCSS.

Este análisis se enfoca en tres indicadores: la longitud de la cola (cantidad de casos en espera), la demora media de los casos pendientes y la saturación del sistema (relación entre los casos que ingresan y que egresan de la LEQ).

Metodología

Inicialmente, se solicitó la lista de espera de procedimientos quirúrgicos con corte al 31 de diciembre de 2018 a los hospitales generales, los hospitales especializados y los centros especializados, para un total 28 centros, a saber:

- Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG)
- San Juan de Dios (HSJD)
- México (HMEX)
- Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera (HNN)
- De las Mujeres Adolfo Carit Eva (HOMACE)
- Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes (HNGG)
- Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas (CENARE)
- San Rafael -Alajuela- (HSR)
- San Francisco de Asís -Grecia- (HSFA)
- Carlos Luis Valverde Vega -San Ramón- (HCLVV)
- San Vicente de Paúl -Heredia- (HSVP)
- Maximiliano Peralta Jiménez -Cartago- (HMP)
- William Allen Taylor -Turrialba- (HWAT)
- Max Terán Valls -Quepos- (HMTV)
- De San Carlos (HSC)
- De Los Chiles (HLCH)
- Víctor Manuel Sanabria Martínez -Puntarenas- (HMS)
- Enrique Baltodano Briceño - Liberia- (HEBB)
- De La Anexión -Nicoya- (HLA)
- De Upala (HU)
- Tony Facio Castro -Limón- (HTF)
- De Guápiles (HG)
- Fernando Escalante Pradilla - Pérez Zeledón- (HEP)
- Manuel Mora Valverde -Golfito- (HMMV)
- De Osa Tomás Casas Casajús (HTCC)
- De Ciudad Neily (HCN)
- De San Vito (HSV)
- Clínica Oftalmológica (CLOF)

Para realizar la comparación durante el quinquenio, se utilizaron las bases de datos enviadas por los centros del 2014 al 2018, aplicando el mismo método a los datos de los cinco años.

Posterior a la recopilación de las bases de datos, se utilizó la variable UP como código de referencia para crear la variable centro, que consiste en el nombre de este, y para incorporar la variable tipo de hospital; teniendo en consideración que se toma al HSVP como regional (a pesar de que se asigna esta categoría en el 2017) y al HCN como periférico 3 (a pesar de que se asigna esta categoría en el 2018) en los cinco años.

Seguidamente, se agruparon los códigos diagnósticos según afinidad de patología, siendo los grupos más frecuentes catarata, colelitiasis, gonartrosis, hiperplasia prostática y esterilización.

Sin embargo, existen diagnósticos que solo utilizan un código, como lo es hiperplasia prostática (N40X). Además, se debe aclarar que el código de esterilización se segregó en masculino y femenino, debido a que se utiliza el mismo código para ambos, aunque el procedimiento quirúrgico es totalmente diferente.

A cada base de datos anual se le hizo una copia, incorporando en estas solamente los casos pendientes. Luego se revisaron las variables necesarias para la construcción del indicador, con base en la Guía de ingreso, resolución y depuración de listas de espera para procedimientos médicos y quirúrgicos (CCSS, 2015).

Con las bases de casos pendientes de los cinco años, se realizó el análisis de dos indicadores: longitud de la cola (cantidad de casos en espera) y su demora media.

En lo que respecta a la longitud de la cola, cabe destacar que esta se refiere a un conteo simple de los casos, desde el institucional hasta las agrupaciones más pequeñas. Por su parte, el indicador de demora media se calcula realizando la sumatoria de los días en espera de cada caso y dividiéndolos entre la cantidad de casos; esta operación se efectúa individualmente para cada una de las agrupaciones.

Por otro lado, se encuentra el tercer indicador (saturación del sistema), que utiliza los registros de la base de datos del 2018, para realizar tres cálculos; el primero es un conteo simple de los casos que ingresan a la LEQ. Para esto, se usa la variable fecha de ingreso, seleccionando las fechas entre el 01/01/2018 y el 31/12/2018 y agrupándolas luego por mes.

El segundo cálculo también es un conteo simple con posterior agrupación, pero de los casos resueltos de la LEQ. Para esto se utiliza la variable fecha de atención, seleccionando las fechas entre el 01/01/2018 y el 31/12/2018.

El tercer y último cálculo consiste en relacionar los primeros cálculos, por medio de una razón, donde el numerador se compone de los casos ingresados y el denominador de los casos resueltos por unidad de tiempo.

El resultado de esta relación se debe comparar con los parámetros expuestos en la teoría de colas (Peraza, 2013):

- Igual a uno:
 - La cantidad de casos que entran y salen del sistema son similares.
- Superior a uno:
 - El tiempo de llegada de los casos es inferior al del servicio; por tanto, los prestadores de servicios no son capaces de hacer frente a la demanda.
- Inferior a uno:
 - Implica que el tiempo de llegada de los casos es superior al del servicio; por tanto, existen tiempos en que los prestadores de servicios se encuentran ociosos.

Análisis de resultados

Longitud de la cola (cantidad de casos pendientes)

La suma de todos los casos pendientes en las bases de datos del 2018 es de 147 289, con una demora media de 366 días. Incluye cuatro servicios: Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Medicina; en donde Medicina aporta 37 casos, de los cuales 28 pertenecen a Dermatología y nueve a Medicina Paliativa, con diagnósticos asociados a procedimientos que requieren de sala de operaciones, como excisión radical de lesión cutánea o inyección de anestésico en conducto espinal para analgesia.

Los casos de Medicina, al ser una cantidad de poco impacto, y los procedimientos médicos se excluyen del informe, disminuyendo esa cantidad en el total de casos y sin cambios en la demora media.

En general, la longitud de la cola institucional aumentó durante el quinquenio (Cuadro 7.1), con una disminución en el 2017 y un gran crecimiento en el 2018, con una diferencia mayor a 25 000 respecto al año anterior. Al distribuir la cola por servicio, se observa que el Servicio de Cirugía representa el mayor aporte a la cola en cada año, siendo su comportamiento igual al institucional.

Cuadro 7.1
CCSS: Longitud de la cola de procedimientos quirúrgicos por servicio, 2014-2018.
(valores nominales de casos pendientes)

Servicio	2014	2015	2016	2017	2018
Total	120 660	124 280	127 814	120 952	147 252
Cirugía	98 088	102 247	106 714	102 878	127 343
Gineco-Obstetricia	12 737	14 600	15 198	12 231	13 896
Pediatría	9 835	7 433	5 902	5 843	6013

Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Al calcular el porcentaje de crecimiento del 2018 con respecto al año 2017 para los tres servicios, tomando los datos del cuadro 7.1, el resultado mayor se obtiene en el Servicio de Cirugía, con 23,5 %.

Por otro tanto, al distribuir la totalidad de los casos por tipo de hospital y comparar las cantidades del 2014 y del 2018 se observa que:

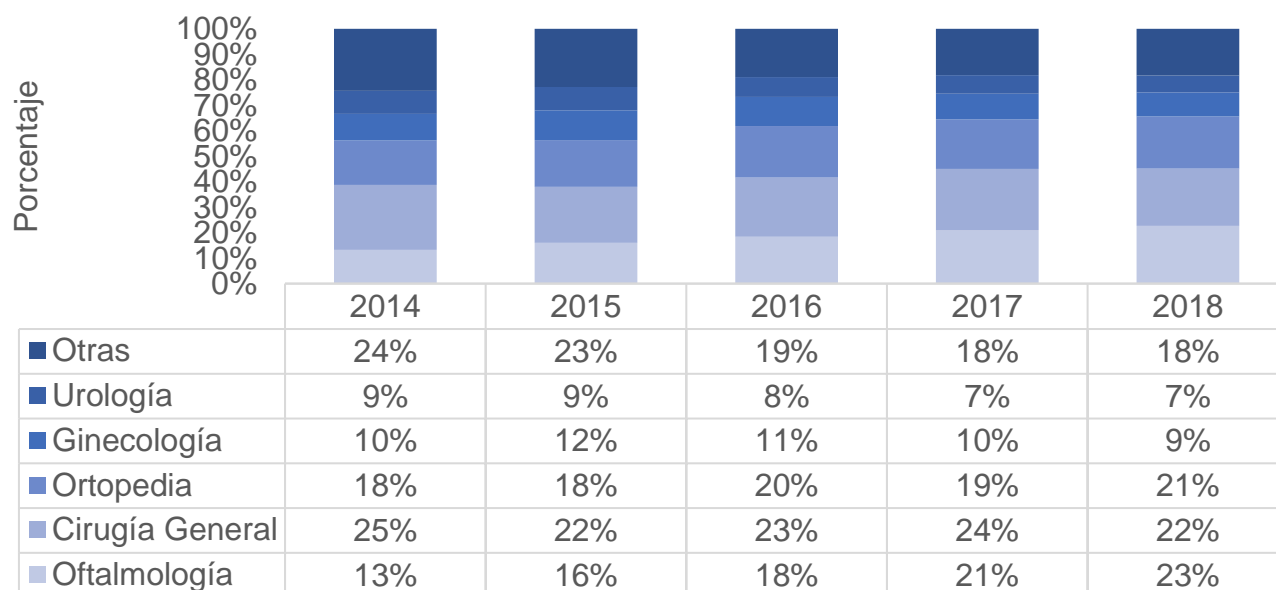
- Hospitales regionales aumentan 29 224 casos.
- Hospitales periféricos 3 aumentan 1 890 casos.
- Hospitales periféricos 1 y 2 aumentan 1 849 casos.
- Hospitales nacionales disminuyen 3 618 casos.
- Hospitales y centros especializados disminuyen 2 753 casos.

Al realizar este cálculo para cada hospital, sobresalen el HSVP, con un aumento de 15 332 casos, y el HSJD, por la disminución de 5 075 casos.

Por otra parte, al distribuir los casos entre todas las especialidades incorporadas en la LEQ y tras ordenarlas según frecuencia de mayor a menor, se determina que Cirugía general, Oftalmología, Ortopedia, Ginecología y Urología son las más frecuentes, dejando 17 especialidades entre la variable otras (Gráfico 7.1). Al sumar el porcentaje de casos que pertenecen a estas cinco especialidades, se concluye que va desde un 76 % de casos en el 2014 hasta un 82 % de casos en el 2017 y el 2018.

Por otro lado, de estas cinco especialidades se procedió a comparar la longitud de la cola a Cirugía general, Oftalmología y Ortopedia, observando que Oftalmología crece constantemente, y que Cirugía general y Ortopedia no tienen un comportamiento definido, mostrando disminuciones y aumentos entre años.

Gráfico 7.1
CCSS: Distribución porcentual de aporte institucional de la cola de procedimientos quirúrgicos por especialidad, 2014-2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018

Con respecto a los comportamientos observados en el gráfico 7.1, es importante mencionar que la Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE) ha implementado proyectos para contener la LEQ, llamados “Jornadas de producción”, que tienen como objetivo mejorar los resultados de estos indicadores (Cuadro 7.2), principalmente la longitud de la cola y la demora media.

Cuadro 7.2
CCSS: Cantidad de cirugías realizadas en jornadas de producción por servicio, 2016-2018.
 (Valores nominales)

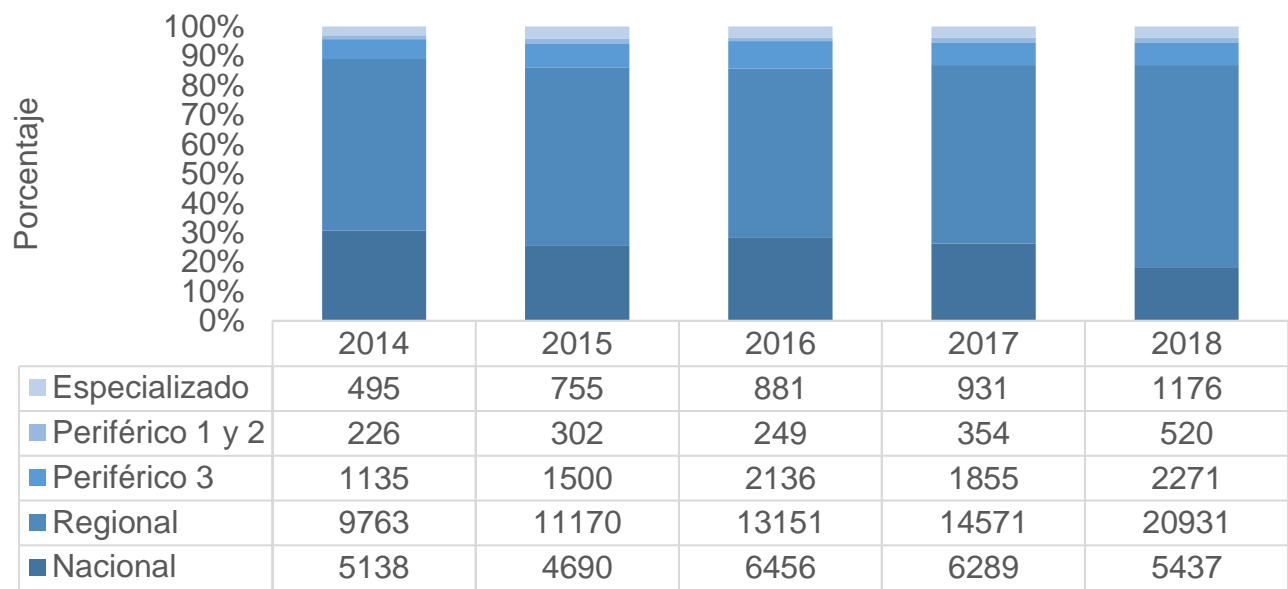
Especialidad	2016	2017	2018	Total
<u>Total</u>	<u>4068</u>	<u>5821</u>	<u>13716</u>	<u>23605</u>
Ortopedia	419	1815	5149	7383
Cirugía general	981	1187	2186	4354
Oftalmología	848	220	3126	4194
Otros	1820	2599	3255	7674

Fuente: UTLE. Jornadas de producción, 2016-2018.

Estos proyectos han generado incremento en la cantidad de cirugías realizadas durante el quinquenio, siendo Ortopedia la especialidad con mayor cantidad de casos.

Por otra parte, cabe mencionar que, entre las especialidades con mayor frecuencia en la LEQ, se encuentran los diagnósticos de catarata y colelitiasis, los cuales utiliza la UTLE como centinela, debido a que son los que tienen mayor cantidad de casos. Al distribuir estos dos por tipo de hospital, se observa que el mayor aporte lo realizan los hospitales regionales, con un aumento bruto de 6 360 casos entre los cortes de 2017 y 2018 (Gráfico 7.2).

Gráfico 7.2
CCSS: Distribución porcentual del aporte a la cola institucional de procedimientos quirúrgicos de los casos con diagnóstico de catarata y coleditiasis por tipo de hospital, 2014-2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

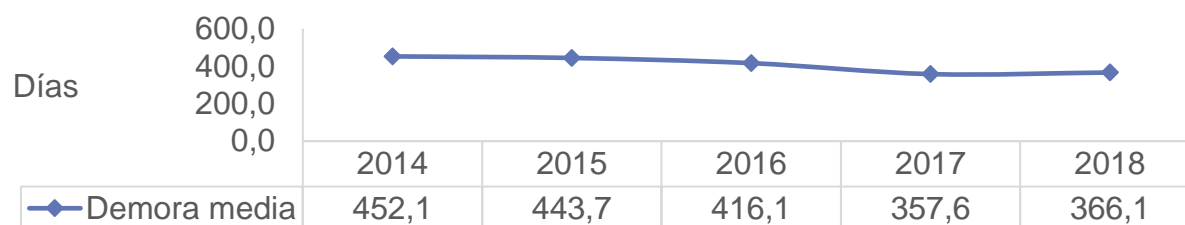
El comportamiento que se observa en el gráfico anterior es el esperado, debido a que los hospitales regionales son los de mayor cantidad y además son los que se espera resuelvan la mayor cantidad de casos de baja y mediana complejidad, para que de esta manera los hospitales nacionales evoquen sus esfuerzos en patologías de alta complejidad.

Demora media

Al calcular la demora media para la LEQ hospitalaria, se puede observar en el gráfico 7.3 que este indicador ha disminuido en 86 días entre los años 2014 y 2018; pasando de 452 días (un año, dos meses y 27 días) en el 2014 a 366 días (un año y un día) en el 2018.

Gráfico 7.3

CCSS: Demora media institucional de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica, 2014-2018



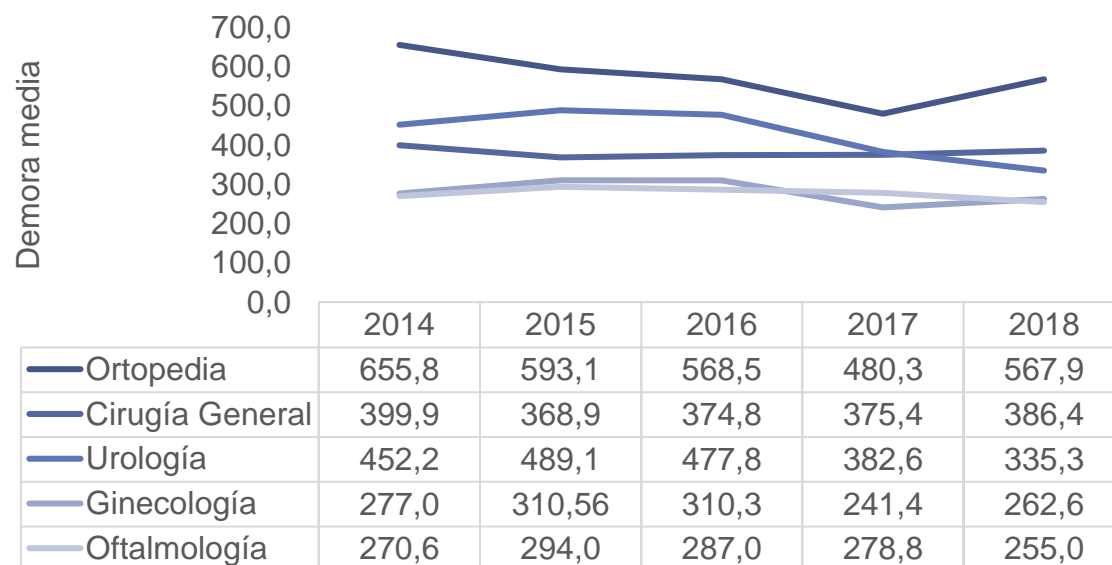
Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Al calcular la demora media por servicio y realizar una comparación entre 2014 y 2018, se observa una disminución para cada uno, siendo Pediatría el de mayor disminución, con 270,0 días de diferencia. Sin embargo, esta baja no fue constante durante el quinquenio, ya que hubo un aumento entre los años 2017 y 2018.

En el gráfico 7.4 se exponen las demoras medias de las cinco especialidades más frecuentes, observándose que Ortopedia es la de mayor demora, con 567,9 días; mientras que entre las de menor demora se encuentran Oftalmología, con 255,0 días, y Ginecología, con 262,6 días.

Gráfico 7.4

CCSS: Demora media de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica de las cinco especialidades más frecuentes, 2014-2018

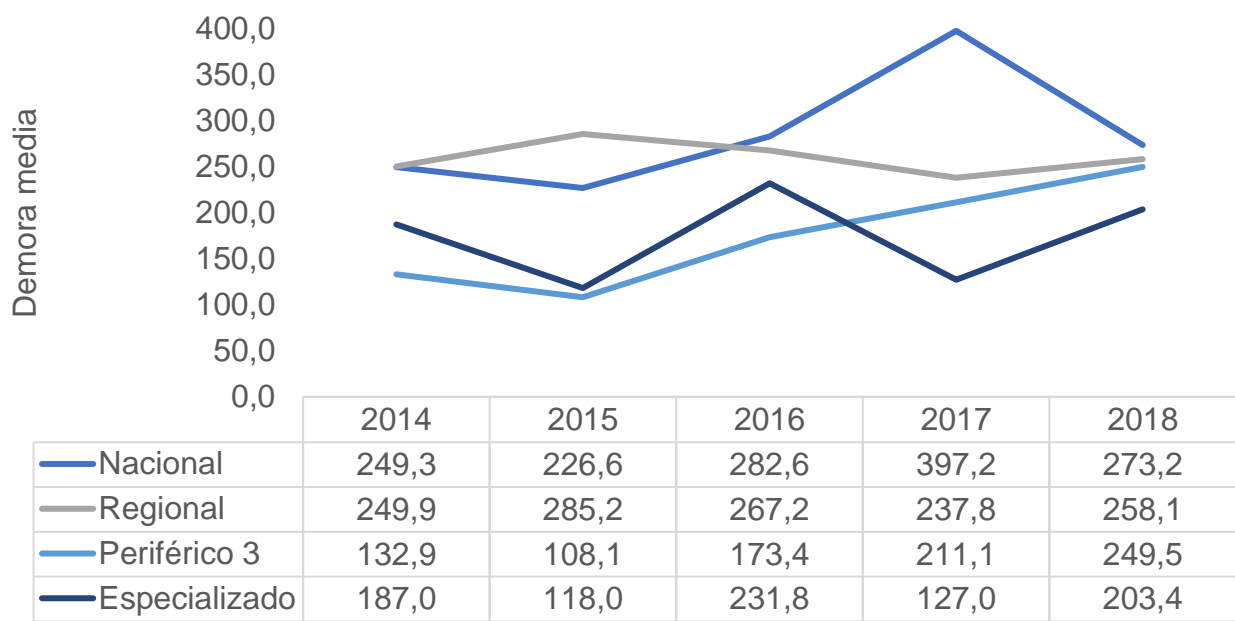


Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Además de lo indicado, la especialidad de Ortopedia posee una de las longitudes más largas de cola, con 7 383 casos, y presenta la mayor demora media en el 2018. Sin embargo, se observa que en el quinquenio tiene un comportamiento descendente, siendo el punto más bajo en el año 2017.

En relación con la demora media de los diagnósticos centinela (catarata y colelitiasis), en el gráfico 7.5 se observa que los casos con diagnóstico de catarata en hospitales regionales, periféricos 3 y especializados tienen una demora media inferior a 365 días (equivalentes a un año).

Gráfico 7.5
CCSS: Demora media de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de catarata por tipo de hospital, 2014-2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

En cuanto a la demora media entre los tipos de hospitales, se observa que durante el quinquenio se presentaron variaciones que no reflejan alguna tendencia, siendo los hospitales y centros especializados los que tienen mayor variabilidad y los hospitales regionales los de menor variabilidad. Sin embargo, se denota un comportamiento ascendente en los hospitales periféricos 3 y los hospitales nacionales.

Al cruzar la demora media con la longitud de la cola, se observa que los hospitales HCN, HEB, HMP, HMEX, HSJD, HSV y HMS aumentaron la demora y la longitud de la cola, situación que

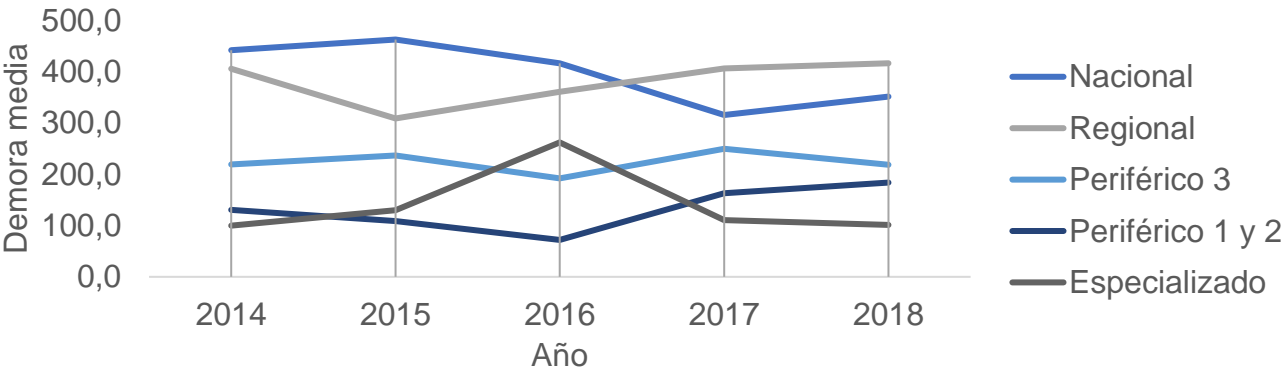
debe analizarse para la búsqueda de estrategias que permitan responder a las solicitudes de cirugía de catarata.

En el caso del HG y el HTF, estos presentaron un aumento de demora y disminución de la longitud de la cola; es decir, tuvieron menos casos, pero duraron más en resolverse, situación que debe revisarse.

De los nueve hospitales restantes, el HNN, el HSC y la CLOF se encuentran en una situación de tendencia a la disminución de la demora y aumento de la longitud de la cola. Este dato puede significar que la gestión permite responder a la demanda del servicio, la cual es creciente.

Por otra parte, con respecto al diagnóstico de coleditiasis, en el gráfico 7.6 se observa que hay un descenso en la demora media desde el 2015 en los hospitales nacionales; mientras que desde ese año esta medida incrementa en los regionales.

Gráfico 7.6
CCSS: Demora media de los casos pendientes en lista de espera quirúrgica con diagnóstico de coleditiasis por tipo de hospital, 2014-2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

Como se visualiza en el gráfico anterior, los hospitales periféricos 3 muestran una tendencia constante, mientras que los periféricos 1 y 2 se incrementan ligeramente en el 2018; los especializados, luego de un pico en el año 2016, presentan una disminución en la demora media para la resolución de este problema de salud. De tal forma, cada uno de los tipos de hospitales tiene una variación distinta en el comportamiento de este indicador.

Por otro lado, al calcular la demora media por hospital, se observa que 13 de los 26 hospitales con lista de espera de coleditiasis exponen una tendencia al aumento. Al cruzar con la longitud de la cola se observa que ocho aumentaron ambos indicadores (HLA, HEB, HNN, HSC, HSFA, HSRA, HU y HMS). Por tanto, al igual que en catarata, son unidades en las cuales se podría

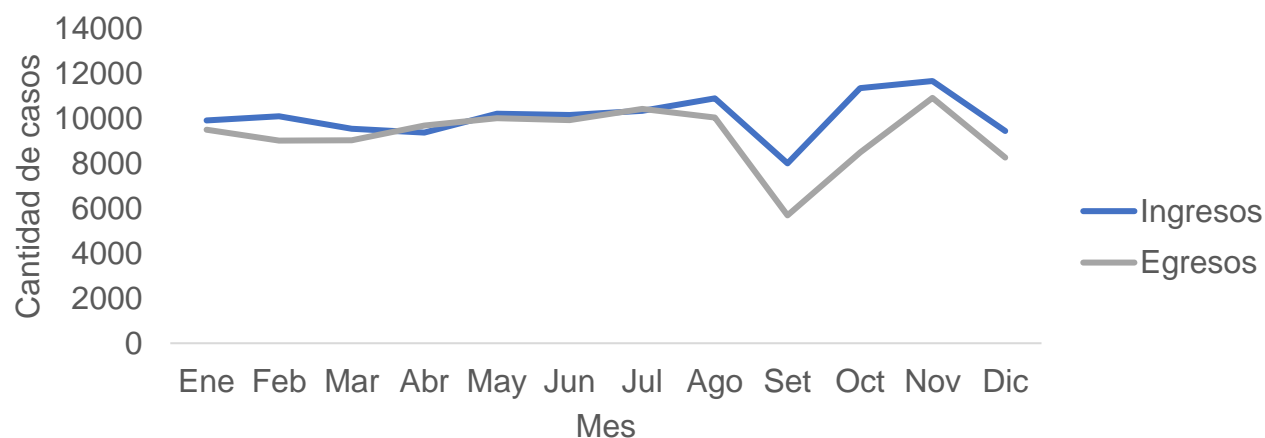
valorar la implementación de proyectos de gestión que permitan una respuesta más adecuada a la demanda por este tipo de cirugía.

Saturación del sistema

Este indicador compara la cantidad de ingresos a la LEQ con los casos resueltos durante el año 2018. Al distribuir por mes la cantidad de casos que ingresaron a la LEQ en el 2018, se observa que en la institución hubo un comportamiento estable de enero a agosto; en el mes de setiembre la cantidad de ingresos disminuyó (relacionado con la huelga nacional); mientras que en los meses de octubre y noviembre se presentó un aumento considerable.

Los casos que egresaron de la LEQ como resueltos durante el año 2018 tuvieron un comportamiento similar a los que ingresan, con un descenso en el mes de setiembre, que vuelve al nivel previo en noviembre y tiende a volver a disminuir en diciembre (gráfico 7.7).

Gráfico 7.7
CCSS: Distribución de casos que ingresaron y egresaron a la lista de espera quirúrgica institucional por mes, 2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

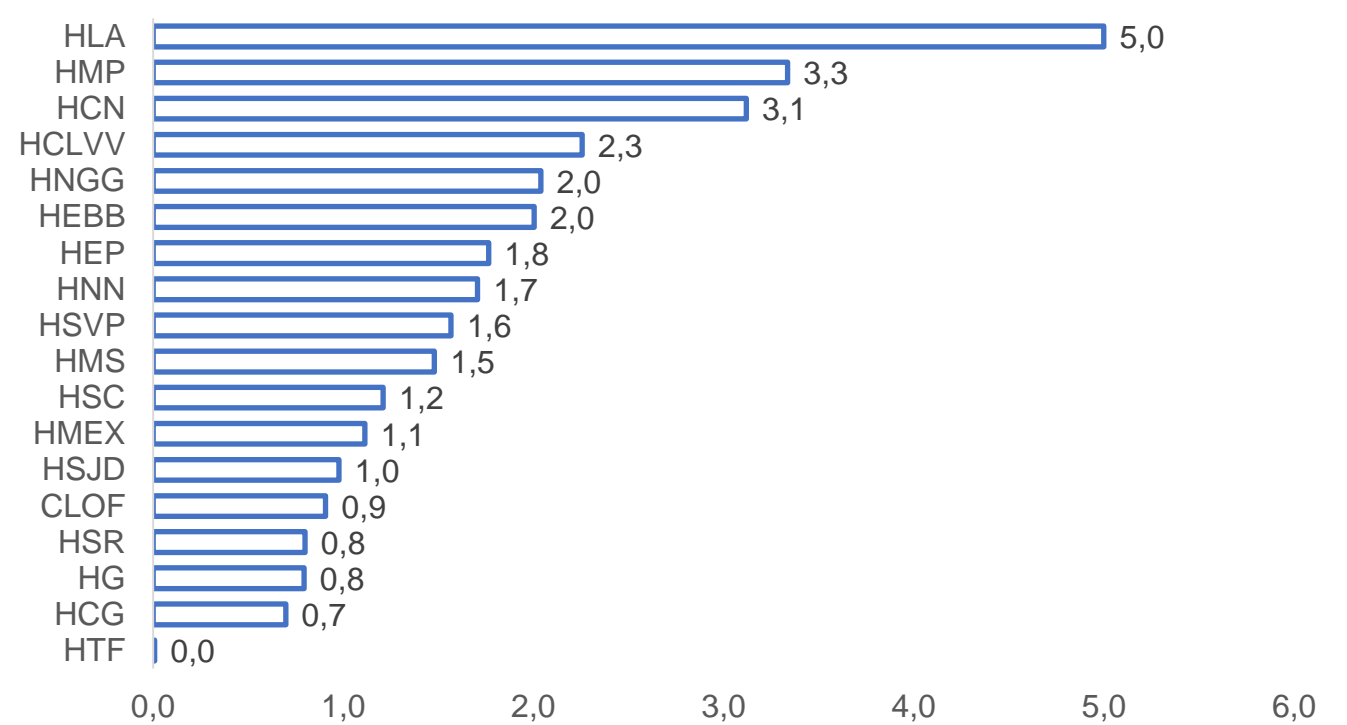
Al realizar el cálculo anual de la saturación del sistema institucional, se tiene que para el 2018 es de 1,09; esto significa que el sistema tiende al equilibrio o está cerca de alcanzarlo.

Sin embargo, cabe destacar que como prueba inicial se realizó el cálculo de este indicador para el diagnóstico de catarata, y tras segregarlo por tipo de hospital, se observó que los hospitales regionales, periféricos y especializados están sobre el uno ideal.

Lo anterior significa que la cantidad de ingresos a la LEQ de 12 hospitales es mucho mayor que la cantidad de los casos resueltos (Gráfico 7.8), siendo lo ideal que ambas cantidades sean iguales. El hospital de La Anexión es el que tiene una separación mayor; sin embargo, la cantidad de casos es poca, por lo que el problema pueda ser solucionado con mayor facilidad.

Para este indicador lo esperado es que la relación se encuentre en uno o menor a uno, como se observó en cinco hospitales. Aunque en el HTF hay una relación muy cercana al cero, lo cual puede deberse a que ellos incorporaron el sistema Arca en los últimos meses del año.

Gráfico 7.8
CCSS: Distribución de la medida de desempeño “saturación del sistema” para los casos con diagnóstico de catarata por centro, 2018



Fuente: DCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud, 2018.

De los hospitales cuyo resultado es mayor a uno, se debe poner especial atención a aquellos que se alejan en gran cantidad, como el hospital Max Peralta, con una relación de 5 a 1 (Gráfico 7.8)

Discusión

Longitud de la cola

El comportamiento de la longitud de la cola institucional durante el quinquenio tendió al aumento, con una leve disminución en el 2017; siendo el servicio de Cirugía el de mayor peso en este indicador.

Es importante tomar en cuenta que la cola se está concentrando principalmente en los hospitales regionales, con un aumento de 29 224 casos entre 2017 y 2018; sin esto ser un dato negativo, basándose en la capacidad resolutive y la cantidad de establecimientos de cada tipo de hospital.

En lo que respecta a la distribución de los casos entre las especialidades de la LEQ, sobresalen cinco con mayor frecuencia. De estas, cuatro pertenecen al servicio de Cirugía y una a Gineco-Obstetricia, dejando al servicio de Pediatría como el de menor aporte a la cola; asociado a esto, los casos de este servicio se diluyen en sus ocho especialidades quirúrgicas.

Se debe aclarar que en Pediatría no solamente se encuentran los casos del Hospital Nacional de Niños; también se le suman los casos de los hospitales generales que tienen la especialidad de Cirugía infantil o alguna otra especialidad quirúrgica que incorpore casos al servicio de Pediatría.

De las cinco especialidades de mayor frecuencia, se hizo una comparación de la longitud de la cola para Oftalmología, Cirugía general y Ortopedia, obteniéndose como resultado que la cantidad de casos de la primera crece, mientras que en las otras dos esto no es definido. Este comportamiento puede corresponder a las “Jornadas de producción” efectuadas por la UTLE, en donde se realizaron procedimientos como: colecistectomías, hernioplastias, artroscopias, extracción de catarata, escisión de pterigión, cirugía bariátrica, entre otros.

En cuanto a los casos pendientes con colelitiasis (diagnóstico centinela), en los hospitales regionales se observa un comportamiento de crecimiento porcentual de la totalidad de casos durante el quinquenio, iniciando en 40 % y terminando con un 63 %, sin disminución en el período. Al agrupar por centro, se observa que los hospitales HSRA, HSVP y HMS aportaron el 50 % de los casos para el 2018.

Los hospitales nacionales, por su parte, tendieron a disminuir la cantidad porcentual de casos durante el quinquenio, pasando de un 47 % en el 2014 a un 22 % en el 2017. El resto de los hospitales tienen un comportamiento constante en sus porcentajes.

En lo referente a los casos pendientes con catarata, se observa que en el 2018 había mayor cantidad en los hospitales regionales, siendo 4,4 veces mayor que los hospitales nacionales; 11,2 veces mayor que los periféricos 3; y 12,9 veces mayor que los especializados. Entre los hospitales regionales, los hospitales HSVP, HMP y HMS fueron los que mostraron un crecimiento mayor. Aunque los hospitales HTF y HSRA lograron disminuir estos casos entre 2017 y 2018.

En general, se debe tomar en cuenta que las jornadas de producción de ultrasonidos abdominales pudieron incidir en el aumento de diagnósticos de colelitiasis, ergo ello aumenta la cantidad de ingresos a la LEQ. Además, también se han venido realizando jornadas para pacientes que requieren ser vistos por Oftalmología, lo cual tendría el mismo efecto que lo anterior, pero en esta especialidad.

Demora media

Se observa que la demora media tiene un comportamiento descendiente, a pesar del aumento de 8,4 días entre el 2017 y 2018, el cual se podría catalogar como mínimo al contraponer con el aumento de más de 26 000 casos entre esos años.

Al calcular este indicador por servicio, se observa que Pediatría es el que tiene la mayor disminución; esto siendo consecuencia de la longitud de su cola, que al ser la más pequeña de los tres servicios analizados, permite mayor margen de gestión, manifestándose en el cambio de los indicadores en el periodo.

Por otro lado, tras aplicar el indicador en las cinco especialidades más frecuentes, se observa que Ortopedia tiene la mayor demora media durante el quinquenio y la tercera en longitud de cola; pero su tendencia durante el quinquenio es a la disminución, siendo el punto más bajo en el 2017. Este comportamiento es extraño, debido a que es la especialidad que obtuvo la mayor cantidad de casos en jornadas de producción durante 2018. De tal forma, esto podría deberse a un aumento en su demanda de cirugías, a tal punto que, a pesar del apoyo, el sistema no pudo disminuir la cola ni la demora media.

La especialidad de Oftalmología, por su parte, cuenta con gran cantidad de casos en espera y la longitud de la cola va en aumento constante, pero su demora media se ha mantenido por debajo de los 270 días (nueve meses) durante el quinquenio.

Al realizar el cruce de los indicadores para los diagnósticos centinela, hay centros donde ambos indicadores aumentaron, lo cual puede ser reflejo de que el sistema está siendo insuficiente o la gestión de la lista no es la óptima.

En cuanto a los hospitales que disminuyeron la cola, pero aumentaron la demora media, esto implica que los casos de la lista de espera son de larga data, por lo que hay que revisar si pueden ser prontamente resueltos o en su defecto, justificar su espera.

Saturación del sistema

Respecto a la saturación del sistema, es importante mencionar que en setiembre de 2018 hubo una disminución en los ingresos a la LEQ, lo cual estuvo relacionado con la huelga nacional, ya que posterior al término de esta se presentó un aumento.

El resultado de este índice durante el 2018 fue de 1,09, lo cual indica que de forma general el sistema está muy cerca de la estabilidad, aunque al ver las particularidades, estas no responden de la misma forma, como sucede con el diagnóstico de catarata.

En este caso, el resultado tiende a alejarse del punto de equilibrio (igual a uno), ya que inició el año con un porcentaje de saturación de 0,70 y concluyó con 1,36. Al calcularlo por hospital, se observó gran variabilidad, con algunos centros donde se presentaron saturaciones mayores, que, de continuar con las mismas gestiones realizadas hasta el momento, provocarían que el sistema se vuelva incontrolable, incrementado la cantidad de casos en espera, así como la demora media.

Conclusiones y recomendaciones

En el quinquenio 2014-2018 la cantidad de casos en espera aumentó en 26 592. Esto se puede relacionar con la mejora de los sistemas de salud, específicamente Arca y Edus, los cuales, al incorporar el módulo de Listas de espera y sala de operaciones, obligan al centro a mejorar el proceso de ingreso y resolución de la LEQ, además de las jornadas de producción en consulta externa y procedimientos.

En este mismo sentido, las herramientas utilizadas previamente entraron en desuso, porque en el año 2018 ya todos los centros hospitalarios contaban con los sistemas supra citados.

Por otra parte, la demora media institucional se redujo de 452,1 días en el 2014 a 366,1 días en el 2018; una diferencia de 86 días, lo que asociado al aumento de casos en espera implica que las acciones realizadas por la CCSS están logrando que (aunque exista un aumento de demanda) el tiempo promedio de espera disminuya.

Respecto al indicador de saturación del sistema, se debe mencionar que solo la mitad de los datos necesarios para su construcción eran veraces antes del 2018, lo que imposibilitó su incorporación. Fue hasta ese año que pudo calcularse, debido a la utilización en todos los hospitales del módulo de lista de espera que se encuentra en el sistema Arca.

El cálculo de este indicador arrojó como resultado un 1,09 institucional para el año 2018, estando cercano al ideal para tener un sistema estable.

Por otro lado, se determinó que las cinco especialidades con mayor cantidad de casos en espera durante el quinquenio son: Cirugía general, Oftalmología, Ortopedia, Ginecología y Urología; estas aumentaron su porcentaje de participación de 76 % a 82 %.

La demora media de estas especialidades tiene comportamientos diferentes; sin embargo, Ortopedia es la de mayor demora con tendencia a disminuir y Oftalmología es la de menor demora con comportamiento estable.

De estas cinco especialidades, los diagnósticos más frecuentes se han mantenido constantes durante el quinquenio: coledoclitiasis (Cirugía general), catarata (Oftalmología), gonartrosis (Ortopedia), esterilización femenina (Ginecología) e hiperplasia prostática (Urología); siendo diagnósticos considerados como centinela: coledoclitiasis y catarata.

Ambos diagnósticos tienen la mayor parte de sus casos en espera en los hospitales regionales, concentrando el 50 % de los casos con diagnóstico de coledoclitiasis y catarata en tres hospitales regionales. No obstante, aunque estos dos diagnósticos se encuentran entre los de mayor cantidad de casos, su demora media se encuentra estable: en catarata por debajo de los nueve meses (271,5 días); mientras que en coledoclitiasis tuvo un descenso durante los primeros cuatro años, estando levemente por debajo de un año y con un leve aumento en el último año, que lo llevó a 368,6 días

De estos dos diagnósticos se utilizó el de catarata para revisar la saturación del sistema en los hospitales de la CCSS, debido a que tiene la mayor cantidad de casos y la menor demora media, obteniendo que 12 de los 18 hospitales tienen una saturación superior a uno, lo que implica que de seguir con la misma gestión que tienen en estos momentos para este diagnóstico, la lista de espera y la demora media continuarán aumentando.

Al observar lo anteriormente expuesto y la información extraída de la UTLE, se recomienda continuar (de ser posible) con la gestión de casos por medio de Cirugía Mayor Ambulatoria de cada uno de los centros, ya que este servicio ha demostrado su eficiencia.

En el mismo sentido, hay que impulsar a los centros de menor complejidad, como Clínicas y CAIS, para que se conviertan en centros resolutivos de casos en LEQ que se puedan enviar, utilizando así las redes de servicios de una manera más eficiente y descongestionando los hospitales nacionales, brindándoles la oportunidad de mejorar el abordaje de patologías más complejas.

Como última recomendación, se aconseja utilizar la información generada por los proyectos realizados, para formalizar algún nuevo proceso que dé apoyo a los centros, pero que sea económicamente factible mantenerlo en el tiempo.

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, Costa Rica: CCSS.

Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (22 de mayo de 2019). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. San José, Costa Rica: CCSS. Recuperado el 08 de julio de 2017, de: <http://www.ccss.sa.cr/normativa?pagina=7>

Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2016). *Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud*. BID, Criteria.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (diciembre de 2015). *Salud y derechos humanos*. Ginebra: OMS. Recuperado el 22 de mayo de 2019, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Roncal Vargas, R. E. (2018). *Evaluación de la implementación del registro de pacientes en la lista de oportunidad quirúrgica en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD-Lima 2014-2015* (Tesis de maestría). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Autoría:

Realizado por:

Gustavo Madrigal Loría

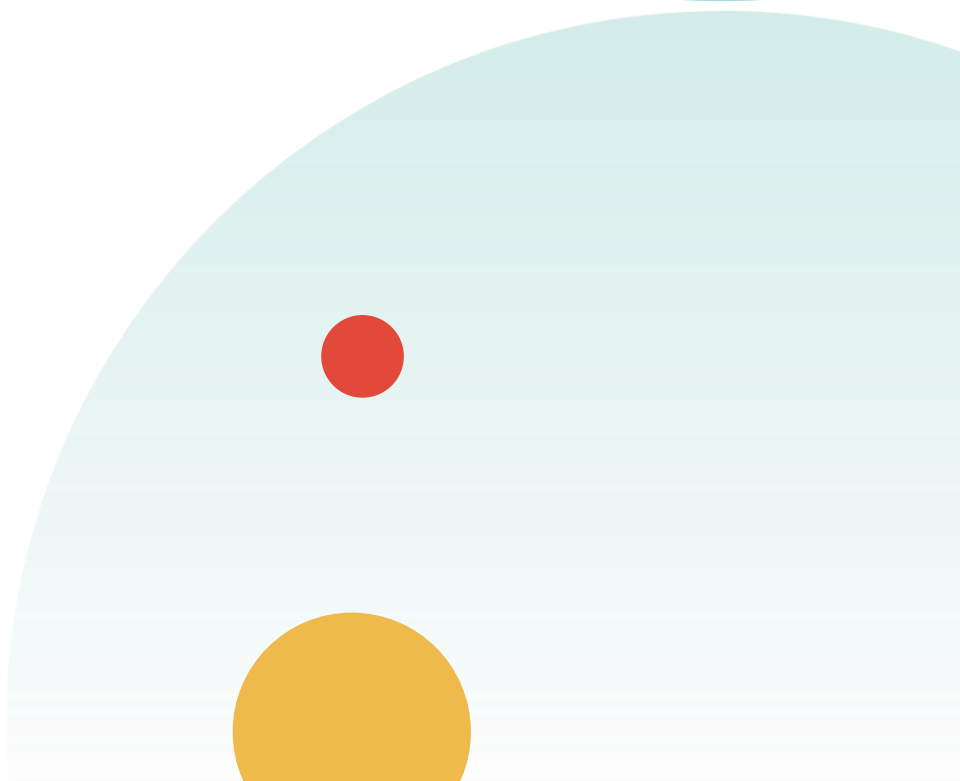
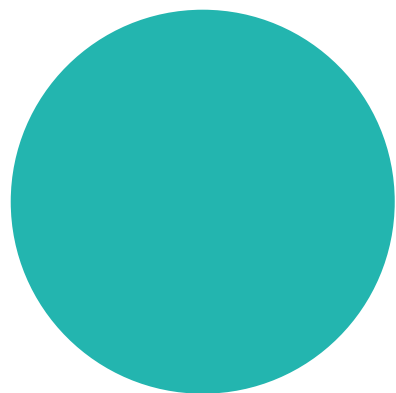
Revisado por:

Dra. Yahaira On Cubillo

Aprobado por:

Dra. Tania Melissa Jiménez Umaña

Fecha: agosto, 2019



CAPÍTULO III

GESTIÓN ADMINISTRATIVA



Aumento en la calidad de los Protocolos de Referencia para la Evaluación del Estado de la Invalidez

Introducción

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.
- 02 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.

Resultados

Del total de 135 centros médicos, 30 no cumplieron con los criterios de calidad en al menos uno de los protocolos enviados.

En el caso de la evaluación de los 29 hospitales, para el 2018, se determinó que seis de estos no alcanzaron la meta de cumplimiento, los cuales se muestran en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1
CCSS: Calidad de la información de hospitales que incumplieron, 2018.

Hospital	Porcentaje
Dr. Fernando Escalante Pradilla	85
Dr. Max Peralta Jiménez	79
Monseñor Sanabria	79
San Carlos	79
La Anexión	78
Golfito	76

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la invalidez, 2018.

En lo que respecta a las áreas de salud, de las seis áreas que componen la Dirección Regional Brunca, solo Coto Brus no alcanzó la meta establecida.

En la Dirección Regional Central Norte, de las 25 áreas de salud, 23 alcanzaron la meta y dos no lo lograron (cuadro 1.2).

Cuadro 1.2
CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que incumplieron, Dirección Regional Central Norte, 2018.

Área de Salud	Porcentaje
Barva	69
Tibás-Uruca-Merced	76

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la invalidez, 2018.

En el caso de la Dirección Regional Central Sur, de las 32 áreas de salud que la componen, 26 alcanzaron la meta y seis no lo lograron (cuadro 1.3).

Cuadro 1.3
CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que no cumplieron con el 90 % del indicador, Dirección Regional Central Sur, 2018.

Área de Salud	Porcentaje
Mata Redonda	71
Desamparados 1	75
Desamparados 2	76
Puriscal-Turubares	77
Curridabat	73
Montes de Oca	72

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la invalidez, 2018.

Para el caso de la Dirección Regional Chorotega, de las 13 áreas de salud que la componen, 10 alcanzaron la meta y tres no lo lograron (cuadro 1.4).

Cuadro 1.4
CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que no alcanzaron el 90% del indicador, Dirección Regional Chorotega, 2018.

Área de Salud	Porcentaje
Santa Cruz	85
Liberia	76
La Cruz	68

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la invalidez, 2018.

En el caso de la Dirección Regional Huetar Atlántica, de las ocho áreas de salud que la componen, cinco alcanzaron la meta de cumplimiento y tres no lo lograron (cuadro 1.5).

Cuadro 1.5

CCSS: Calidad de la información de las áreas de salud que no cumplieron con el 90% del indicador, Dirección Regional Huetar Atlántica, 2018.

Área de Salud	Porcentaje
Valle La Estrella	73
Cariari	77
Guácimo	75

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la invalidez, 2018.

En la Dirección Regional Huetar Norte, de las ocho áreas de salud que la componen, todas alcanzaron la meta.

En el caso de la Dirección Regional Pacífico Central, de las 11 áreas de salud que la componen, 10 alcanzaron la meta y solo el área de salud de Montes de Oro no lo logró.

En cuanto a los centros especializados, los dos alcanzaron la meta de cumplimiento de información en los protocolos.

Cumplimiento criterios de calidad

Para el 2018 un 22 % del total de centros médicos no cumplieron con los criterios de calidad en al menos uno de los protocolos enviados. La causa principal de no cumplimiento fue la misma en los últimos cinco años: 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 donde se indican claramente los exámenes requeridos por grupos de enfermedades; este se dio a conocer a nivel nacional durante las capacitaciones que realizó la Dirección Compra de Servicios de Salud, en relación con este tema.

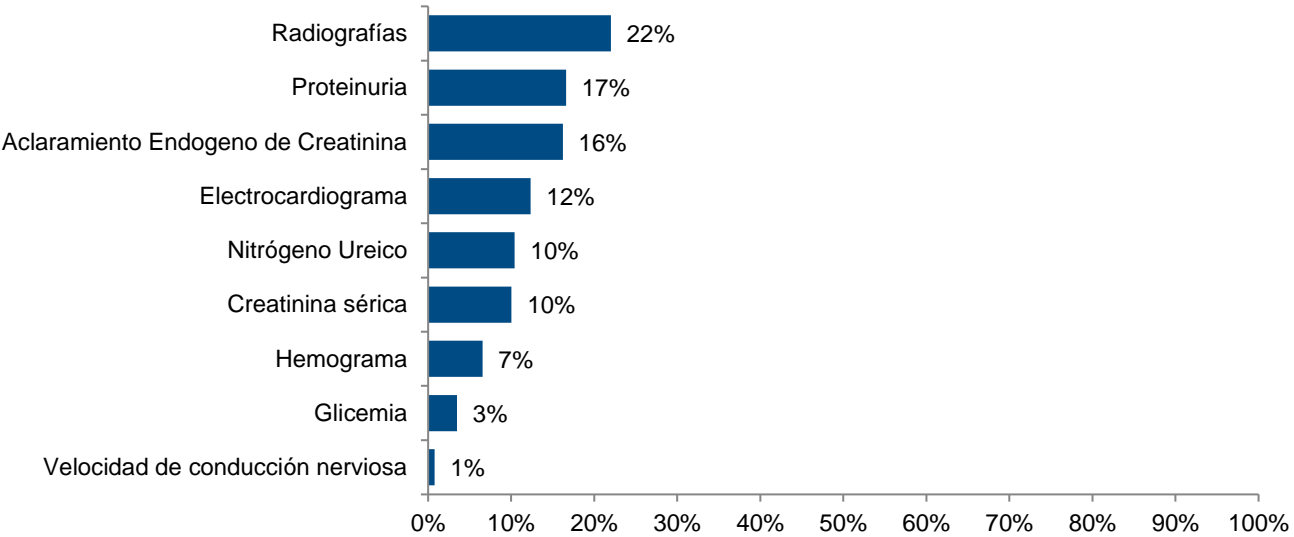
Es importante destacar que este instructivo de llenado de protocolos fue aprobado por las gerencias de Pensiones, Médica y Financiera de la institución desde el año 2009, implementándose su uso a partir del 17 de agosto de ese mismo año. Dicho acuerdo fue publicado en la Webmaster el 06 de agosto del 2009, mediante circular GP 29.055-09/GM 35.028-09/ GF 38.149-09, de fecha 30 de julio de 2009; por lo tanto son de acatamiento obligatorio.

Como se mencionó anteriormente, dado que la causa principal de no cumplimiento en la calidad de información fue la misma en el transcurso de estos cinco años, se hizo un análisis para

cuantificar cuáles de estos exámenes son los que tienen mayor ausencia en los protocolos del 2018; los resultados se pueden observar en el gráfico 1.1.

También se realizó una revisión de las guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial y la 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.

Gráfico 1.1.
CCSS: Principales exámenes ausentes en los protocolos de referencia, 2018.



Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2018.

En el Cuadro 1.6 se observa que de los 135 centros en el país evaluados del 2014 al 2018, 55 de ellos obtuvieron nota de 100 en forma continua. Estos centros se enlistan en el Cuadro 1.7.

Cuadro 1.6
CCSS: Centros médicos que obtuvieron 100 en la nota de cumplimiento de calidad de la información, según la cantidad de años que obtuvieron esa nota, 2014-2018.

Años	Número	Porcentaje
5	55	41 %
4	41	30 %
3	30	22 %

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2018.

Cuadro 1.7

CCSS: Áreas de salud y hospitales que mantuvieron la máxima nota (100) durante los cinco años de calificación, según región o tipo de hospital, 2014-2018

Región / tipo	Área de salud u hospital	Región / tipo	Área de salud u hospital
Brunca	Corredores Golfito	Especializado	Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos Clínica oftalmológica De las Mujeres Adolfo Carit Eva Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes Psiquiátrico Roberto Chacón Paut Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí
Central Norte	Alajuela Norte Alajuela Oeste Alfaro Ruiz Atenas Heredia Cubujuquí Heredia Virilla Horquetas Naranjo Palmares Santa Bárbara Santo Domingo	Huetar Atlántica Huetar Norte	Guápiles Aguas Zarcas Fortuna Guatuso Pital Santa Rosa de Pocosal
Central Sur	Escazú Goicoechea 1 Goicoechea 2 Hatillo Los Santos Mora-Palmichal Moravia Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca Paraíso-Cervantes San Sebastián-Paso Ancho	Nacional Pacífico Central	México Aguirre Barranca Chacarita Chomes-Monte Verde Orotina-San Mateo Peninsular
Chorotega	Bagaces Cañas Colorado Hojancha Nandayure Tilarán Upala	Periférico 1 y 2 Periférico 3 Regional	Tomás Casas Casajús San Vito de Coto Brus Upala Guápiles Enrique Baltodano Briceño San Carlos

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2018.

En el Cuadro 1.8 se aprecian la cantidad de centros de salud que durante los cinco años no cumplieron con el criterio de calidad y que reincidieron al menos una vez.

Cuadro 1.8
CCSS: Centros médicos que no cumplieron con el criterio de calidad según cantidad de años de no cumplimiento, 2014-2018.

Años	Centros de salud	
	Cantidad	Porcentaje
4	1	1 %
3	1	1 %
2	12	9 %

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2018.

En el Cuadro 1.9 se enlistan los centros médicos, tanto áreas de salud como hospitales, que no cumplieron con la meta y reincidieron en al menos un año. Se aprecia que el hospital Max Peralta Jiménez reincidió en cuatro ocasiones, siendo solo en el año 2017 que logró obtener la nota mayor a 90 y calificar. El área de salud de Barva, por su parte, reincidió en los últimos tres años de estudio, no cumpliendo con la meta.

Cuadro 1.9
CCSS: Centros médicos que no cumplieron con la meta y reincidieron en al menos un año, 2014-2018

Región / tipo	Área de salud u hospital	Año					Cantidad de años que no cumplió meta
		2014	2015	2016	2017	2018	
Brunca	Coto Brus	100	100	100	75	75	2
Central Norte	Barva	100	100	70	72	68	3
	Grecia	100	100	76	78	100	2
Central Sur	Catedral Noreste	100	100	68	68	100	2
	Mata Redonda	100	100	100	75	71	2
	Desamparados 1	100	100	100	77	74	2
	Curridabat	100	100	72	100	73	2
	Montes de Oca	100	100	100	64	72	2
Chorotega	Santa Cruz	100	100	100	72	84	2
Huetar Atlántica	Valle La Estrella	100	100	68	100	72	2
Periférico 1 y 2	Dr. Max Terán Valls	100	100	78	75	100	2
Periférico 3	San Vicente de Paúl	100	100	78	77	99	2
Regional	Max Peralta Jiménez	79	79	79	99	78	4
	Fernando Escalante Pradilla	99	100	98	82	85	2

Fuente: DCI, Evaluación de cumplimiento de los Protocolos de Referencia para valoración de la Invalidez, 2018.

Referencias bibliográficas

- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2007). *Guías para la atención de las personas Diabéticas tipo 2*. II edición. San José, Costa Rica: CCSS.
- Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS]. (2009). *Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento hipertensión arterial*. III edición. San José, Costa Rica: 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, Costa Rica: Dirección de Calificación de la Invalidez, CCSS.

Autoría

Realizado por:

Dra. Stephany Siles López, Área de Normalización de Invalidez, Dirección de Calificación de Invalidez

Bach. María Esperanza Umaña Castro, Área de Normalización de Invalidez, Dirección de Calificación de Invalidez

Revisado por:

Dr. Álvaro Arias Morera, Asistente de la Dirección de Calificación de Invalidez

Aprobado por:

Dra. Rosibel Arias Calvo, Jefe del Área de Normalización de la Invalidez. Dirección de Calificación de Invalidez

Fecha: agosto, 2019

Informe Técnico Certificación en Salud Ocupacional para Áreas de Salud y Hospitales Indicador: 6-01-E (V2)

Introducción

La Caja Costarricense de Seguro Social a través del Área de Salud Ocupacional busca que la gestión de la salud ocupacional sea de acuerdo con la capacidad resolutive de cada centro de trabajo y que se realicen acciones concretas para el bienestar laboral de las personas trabajadoras de los diferentes centros de trabajo de nuestra institución.

El presente informe muestra los resultados de la evaluación realizada a las Oficinas de Salud Ocupacional, Comisiones de Salud Ocupacional y Médicos responsables de la Atención Integral al Trabajador (AIT) bajo la responsabilidad de la máxima autoridad de cada una de ellas, así como los puntajes obtenidos a partir del año 2010.

Metodología de evaluación

El Área de Salud Ocupacional cuenta con la **Ficha Técnica denominada Certificación en Salud Ocupacional para Áreas de Salud y Hospitales, Indicador: 6-01-E (V2)**, para la Evaluación del Desempeño de la Prestación de Servicios de Salud Áreas de Salud y Hospitales año 2018, coordinado y conducido por la Dirección de Compra de Servicios de Salud. La cual es evaluada de forma presencial, en los meses de noviembre y diciembre por funcionarios del Área de Salud Ocupacional, para determinar el cumplimiento de cada uno de los ítems que contiene la ficha.

Análisis de resultados

En este apartado se hace un análisis de los resultados obtenidos, y a la vez se incluyen recomendaciones específicas para cada grupo de unidades.

Hospitales Nacionales y Especializados

La evaluación fue realizada en 10 centros hospitalarios. De los centros que cuentan con oficina de Salud Ocupacional, Comisión de Salud Ocupacional y AIT, el Hospital Nacional de Niños es el que obtuvo la mayor nota con 94. A continuación, en el Cuadro 2.1 se muestra el histórico de notas de los diferentes Hospitales para los años 2010-2018:

Cuadro 2.1
CCSS: Histórico de calificaciones de los Hospitales Nacionales y Centros de los años 2014 al 2018.

Área de Salud /Hospital	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	80,5	87,0	87,6	86,2	81,8
CENARE	71,0	100,0	100,0	92,0	93,0
H. Calderón Guardia	77,0	100,0	95,0	64,0	86,0
H. México	98,0	100,0	93,0	94,0	90,0
H. Nacional de Geriatria y Gerontología	83,8	89,0	90,6	99,0	89,0
H. Nacional de las Mujeres	98,0	76,0	97,0	98,0	98,0
H. Nacional de Niños	100,0	100,0	90,0	99,0	94,0
H. Nacional Psiquiátrico	99,0	98,0	89,0	98,0	91,0
H. San Juan de Dios	100,0	74,5	98,0	65,0	74,0
H. Maximiliano Peralta	35,7	82,0	82,0	89,0	92,5
Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos	42,8	50,0	41,0	64,0	10,0

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

En términos generales, se muestra una gestión práctica y en función de cumplir los ítems de la Ficha, sin embargo, se debe mejorar en la planificación, programación y ejecución de las actividades en las distintas unidades. En algunas unidades no existe un trabajo coordinado entre el médico de atención integral al trabajador y la comisión de salud ocupacional, por lo que las actividades de promoción y prevención no son tan efectivas para cubrir las necesidades de la población trabajadora. Además, se debe recalcar la importancia del control médico anual entre la población trabajadora buscando estrategias para aumentar la cobertura y de esta manera cumplir con lo establecido en la Normativa de Relaciones Laborales.

1.1. Región Brunca

La Región Brunca está conformada por cinco unidades hospitalarias y seis Áreas de Salud. En el cuadro 2.2, se presenta el registro del puntaje de evaluación obtenido:

Cuadro 2.2
CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Brunca de los años 2014 al 2018.

Área de Salud /Hospital	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	83,9	87,8	87,5	96,3	90,8
AS Buenos Aires	0,0	86,0	99,0	100,0	100,0
AS Corredores	94,0	86,0	87,0	81,0	88,0
AS Coto Brus	66,0	55,0	100,0	100,0	100,0
AS Golfito	86,0	86,0	92,0	96,0	64,5
AS Osa	99,0	100,0	70,0	88,0	90,3
AS Pérez Zeledón	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
H. Escalante Pradilla	99,0	98,0	99,0	100,0	90,0
H. Ciudad Neilly	92,0	84,0	72,3	100,0	100,0
H. Manuel Mora	94,0	82,0	68,0	100,0	100,0
H. San Vito	100,0	95,0	100,0	100,0	100,0
H. Tomás Casas	93,0	94,0	75,0	94,0	66,0

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

Como se puede observar, son sobresalientes las notas obtenidas de la mayoría de las unidades en el año 2018, lo cual denota una constancia en la gestión de la Salud Ocupacional, por el trabajo en conjunto entre Dirección Médica, Administración, Mantenimiento y Comisión de Salud Ocupacional, todas ellas sin contar con un profesional en el Área destinado a labores propias de la Salud Ocupacional a tiempo completo.

1.2. Región Huetar Atlántica

La Región Huetar Atlántica está conformada por ocho Áreas de Salud y 2 Hospitales para un total de 10 unidades. A continuación, se muestra en el cuadro 2.3, el histórico de notas en la Región del periodo 2014-2018 por unidad:

Cuadro 2.3

CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Huetar Atlántica de los años 2014 al 2018.

Área de Salud /Hospital	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	72,2	97,9	94,5	97,3	95,8
AS Cariari	73,0	100,0	95,0	100,0	100,0
AS Guácimo	55,5	99,0	100,0	100,0	100,0
AS Guápiles	72,4	100,0	100,0	100,0	100,0
AS Limón	95,2	99,0	99,2	87,0	100,0
AS Matina	91,0	89,0	99,2	100,0	87,0
AS Siquirres	38,4	97,0	87,0	93,0	100,0
AS Talamanca	10,3	99,0	83,3	100,0	89,5
AS Valle de la Estrella	90,3	96,0	81,0	97,0	95,0
H. Tony Facio	96,5	100,0	100,0	97,0	87,6
H. de Guápiles	99,0	100,0	100,0	99,0	99,0

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

En la mayoría de las unidades adscritas para la gestión de salud ocupacional se cuenta con el apoyo por parte de la Dirección Médica y la Administración. En la región se realiza el control médico anual para el 100 % de la población trabajadora.

1.3. Región Chorotega

La Región Chorotega está conformada por 13 Áreas de Salud y tres Hospitales para un total de 16 unidades evaluadas. La unidad con el mejor puntaje en el 2018 fue el Área de Salud de Cañas y por su parte la unidad del Hospital y Área de Salud de Upala, se les asignó la calificación de cero, debido a que no se presentaron a la evaluación. A continuación, en el cuadro 2.4, se presenta el histórico de notas:

Cuadro 2.4
CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Chorotega de los años 2014 al 2018.

Región Chorotega	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	82,7	75,8	81,6	75,5	69,2
AS Abangares	96,0	47,0	81,0	50,0	63,5
AS Bagaces	74,0	96,0	68,0	61,0	40,0
AS Cañas	96,0	90,0	94,0	100,0	100,0
AS Carrillo	100,0	81,0	91,0	91,0	95,0
AS Colorado	90,0	87,0	35,0	22,0	40,0
AS Hojancha	100,0	100,0	90,0	90,0	89,0
AS La Cruz	32,0	54,0	84,0	89,0	29,3
AS Nandayure	82,5	54,0	94,0	87,0	53,3
AS Nicoya	96,0	100,0	100,0	100,0	99,0
AS Santa Cruz	100,0	99,0	89,0	100,0	96,0
AS Tilarán	0,0	0,0	47,0	91,0	70,0
H. Enrique Baltodano y AS Liberia	99,0	78,0	88,0	96,0	97,3
H. de Upala Y AS Upala	97,0	96,0	*	0,0	0,0
H. La Anexión	95,0	79,0	100,0	80,0	96,8

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

Por la cantidad de nuevos integrantes de comisiones, se observa la necesidad de recibir el Curso Básico de Salud Ocupacional en el 2019, para que los nuevos miembros de comisiones puedan asumir sus responsabilidades con un mayor conocimiento de todo lo implica que el trabajo de la Comisión de Salud Ocupacional.

1.4. Región Central Norte

La Región Central Norte está conformada por cuatro unidades hospitalarias y 22 Áreas de Salud. En el cuadro 2.5, se presenta el registro del puntaje de evaluación. Se debe aclarar que la ausencia de calificación entre los años 2010 y 2013, donde no se indica nota, corresponde a unidades que no habían aceptado desarrollar la Ficha Técnica de Salud Ocupacional, cuando fue de carácter optativa, por lo que algunas de estas unidades aún presentan un rezago en el desarrollo de esta gestión.

Son sobresalientes los puntajes obtenidos por las Áreas de Salud de Poás, Alajuela Sur, San Rafael, Santo Domingo y San Isidro que son las que obtuvieron un 100 % del cumplimiento de la evaluación durante el 2018. Por otro lado, los puntajes más bajos son las Áreas de Grecia,

Heredia-Cubujuquí, Palmares, Belén-Flores, Santa Bárbara y Alfaro Ruiz, con notas entre 69,5 % y 37,5 %.

En esta Región en a las Direcciones Médicas, se les recomienda cumplir con lo estipulado en el artículo 282 del Código de Trabajo, y con el Título VI de la Normativa de Relaciones Laborales, brindando su apoyo al quehacer de la Comisiones y Oficinas de Salud Ocupacional y del Médico responsable de la Atención Integral al Trabajador.

A la Dirección Regional, se recomienda considerar contar con otro Profesional de Salud Ocupacional o al menos un técnico en esta materia, a fin de que apoye la labor operativa del Ing. Quirós, y optimizar la Gestión de la Salud Ocupacional. Realizar las acciones administrativas que competan en el Área de Salud de Alfaro Ruiz, para que no se entorpezca la Gestión de la Salud Ocupacional, y dar un seguimiento constante y específico en el cumplimiento de la obligatoriedad estipulada por ley en materia de Salud Ocupacional.

Cuadro 2.5**CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Central Norte de los años 2014 al 2018.**

Área de Salud /Hospital	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	79,4	83,9	81,3	78,7	81,7
AS Alajuela Central	100,0	98,0	99,0	100,0	93,0
AS Alajuela Norte	22,0	52,0	53,5	56,5	97,0
AS Alajuela Oeste	100,0	100,0	100,0	100,0	82,0
AS Alajuela Sur	100,0	97,0	75,7	79,0	100,0
AS Alfaro Ruiz	58,6	0,0	8,0	0,0	37,5
AS Atenas	71,9	70,0	72,7	42,0	71,9
AS Belén Flores	95,6	94,0	95,3	86,0	55,0
AS Grecia	60,6	93,0	95,3	91,0	69,5
AS Heredia- Cubujuquí	0,0	0,0	58,0	43,0	56,6
AS Heredia Virilla	67,1	93,0	99,0	100,0	99,0
AS Horquetas- Río Frío	96,8	100,0	77,0	97,5	98,0
AS Naranjo	96,8	98,0	82,4	86,5	96,0
AS Palmares	97,7	96,4	55,5	59,0	55,5
AS Poás	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
AS Puerto Viejo-Sarapiquí	82,0	77,0	80,0	65,0	76,0
AS San Isidro	97,6	99,0	100,0	100,0	100,0
AS San Rafael de Heredia	85,0	100,0	100,0	73,0	100,0
AS San Ramón	61,0	92,5	62,3	42,5	70,0
AS Santa Bárbara de Heredia	97,8	100,0	100,0	92,5	44,0
AS Santo Domingo	93,5	100,0	100,0	100,0	100,0
AS Tibás Uruca Merced	99,0	99,2	93,5	80,0	80,0
AS Valverde Vega	82,0	100,0	100,0	96,0	97,0
H. San Rafael de Alajuela	0,0	30,5	26,7	92,0	76,0
H. Carlos Luis Valverde Vega	100,0	100,0	87,0	96,0	86,0
H. San Francisco de Asís	99,5	91,0	100,0	75,0	89,6
H. San Vicente Paul	99,0	100,0	93,5	92,4	94,1

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

Región Central Sur

La Región Central Sur está compuesta por 23 Áreas de Salud y dos Hospitales para un total de 25 centros de trabajo evaluados. A continuación, en el cuadro 2.6, se muestran las notas obtenidas por los diferentes centros de trabajo:

Cuadro 2.6
CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Central Sur de los años 2014 al 2018.

Región Central Sur	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	88,3	88,5	84,8	91,3	90,3
AS Acosta	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
AS Alajuelita	100,0	86,0	60,0	100,0	92,0
AS Aserri	25,2	85,0	44,9	61,0	92,6
AS Cartago	100,0	98,0	99,0	100,0	100,0
AS Catedral Noreste	100,0	100,0	98,8	98,0	95,4
AS Coronado	0,0	69,5	29,3	48,0	0,0
AS Corralillo	94,0	30,0	75,9	90,0	94,0
AS Desamparados 1	100,0	99,0	56,4	78,0	61,0
AS Desamparados 3	100,0	97,0	100,0	99,0	100,0
AS El Guarco	100,0	94,0	91,0	100,0	100,0
AS Goicoechea 1	54,7	75,0	71,0	94,0	94,0
AS Goicoechea 2	99,4	100,0	98,0	100,0	100,0
AS Hatillo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
AS La Unión	100,0	100,0	100,0	94,0	100,0
AS Los Santos	88,1	92,0	85,0	95,0	85,0
AS Mata Redonda	82,8	100,0	100,0	99,0	95,0
AS Mora-Palmichal	100,0	76,0	100,0	95,0	93,5
AS Moravia	100,0	100,0	94,0	98,0	87,0
AS Oreamuno Pacayas Tierra Blanca	100,0	100,0	100,0	79,0	100,0
AS Paraíso	91,0	96,0	80,0	77,0	95,0
AS Puriscal	100,0	100,0	100,0	99,0	100,0
AS Turrialba-Jiménez	100,0	99,3	92,0	100,0	100,0
AS Zapote Catedral	100,0	100,0	100,0	99,0	99,6
H. Dr. Roberto Chacón Paut	79,6	87,0	58,9	83,0	75,0
H. William Allen	92,6	28,0	85,0	97,0	98,4

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

De acuerdo con lo anterior, se destaca que, de las 25 unidades, 10 tienen una nota de excelencia de 100%, la única unidad que se les asignó la calificación de cero es el Área de Salud de Coronado, debido a que no se presentaron a la evaluación. Se evidenció en la mayoría de las Áreas una mejoría significativa en la gestión de la Salud Ocupacional, por el trabajo en conjunto entre Dirección Médica, Administración, Mantenimiento, Médico Especialista en Medicina del Trabajo o Médico General que brinda Atención Integral y la Comisión de Salud Ocupacional.

Es la segunda región más grande del país, por lo cual se debe de fortalecer en aspectos de planificación y ejecución de las actividades, propias de la gestión en salud ocupacional, así como en la ejecución de las observaciones realizadas por el encargado regional en los seguimientos. Además, es primordial contar con mayor recurso en la Dirección Regional, ya que para un solo profesional es muy complejo brindar un seguimiento cercano a todas las unidades.

1.5. Región Huetar Norte

La Región Huetar Norte está conformada por ocho Áreas de Salud y dos Hospitales para un total de 10 unidades. A continuación, se muestra en el cuadro 2.7 el histórico de notas:

Cuadro 2.7
CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Central Norte de los años 2014 al 2018.

Región Huetar Norte	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	78,6	98,1	89,7	96,6	92,4
AS Aguas Zarcas	97,8	99,1	100,0	100,0	100,0
AS Ciudad Quesada	40,4	97,0	92,6	75,0	92,0
AS Florencia	62,6	100,0	100,0	100,0	100,0
AS Fortuna	96,0	100,0	84,3	94,0	100,0
AS Guatuso	67,0	90,8	73,5	99,0	100,0
AS Los Chiles	99,0	96,3	85,2	99,0	90,0
AS Pital	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
AS Santa Rosa de Pocosol	75,4	100,0	83,6	100,0	79,8
H. San Carlos	48,0	97,7	77,8	99,0	62,2
H. Los Chiles	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

De acuerdo con lo anterior, se destaca que, de las 10 unidades, seis tienen una nota de excelencia de 100 %, por su parte la unidad con el promedio más bajo es el Hospital de San

Carlos con una calificación de 62,2. Esta es una excelente región, que ha tenido un importante liderazgo por parte de la Encargada Regional de Salud Ocupacional.

Región Pacífico Central

La Región Pacífico Central está compuesta por 14 Áreas de Salud y dos Hospitales para un total de 16 unidades evaluadas. A continuación, en el cuadro 2.8 se muestra el histórico de notas en la Región:

Cuadro 2.8
CCSS: Histórico de calificaciones de la Región Pacífico Central de los años 2014 al 2018.

Región Pacífico Central	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
Promedio	98,2	97,4	94,8	93,1	92,5
AS Aguirre-Quepos	99,4	100,0	99,0	96,0	55,5
AS Barranca	100,0	100,0	100,0	100,0	99,0
AS Chacarita	98,6	89,2	72,4	52,0	90,4
AS Chomes	99,7	100,0	100,0	100,0	93,3
AS Monteverde	99,7	100,0	100,0	71,0	93,3
AS Esparza	94,3	93,5	99,0	100,0	100,0
AS Garabito	85,5	100,0	80,0	96,0	95,0
AS Miramar	99,2	100,0	95,5	100,0	100,0
AS Orotina-San Mateo	100,0	100,0	100,0	100,0	93,0
AS Parrita	100,0	100,0	95,6	100,0	99,0
AS Peninsular (Cóbano)	98,6	98,0	100,0	100,0	97,3
AS Peninsular (Jicaral)	98,6	100,0	100,0	100,0	97,3
AS Peninsular (Paquera)	98,6	99,6	100,0	92,0	97,3
AS San Rafael	100,0	100,0	91,5	100,0	90,0
H. Monseñor Sanabria	98,8	77,8	95,0	100,0	100,0
H. Max Terán	100,0	100,0	88,6	82,0	80,0

Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

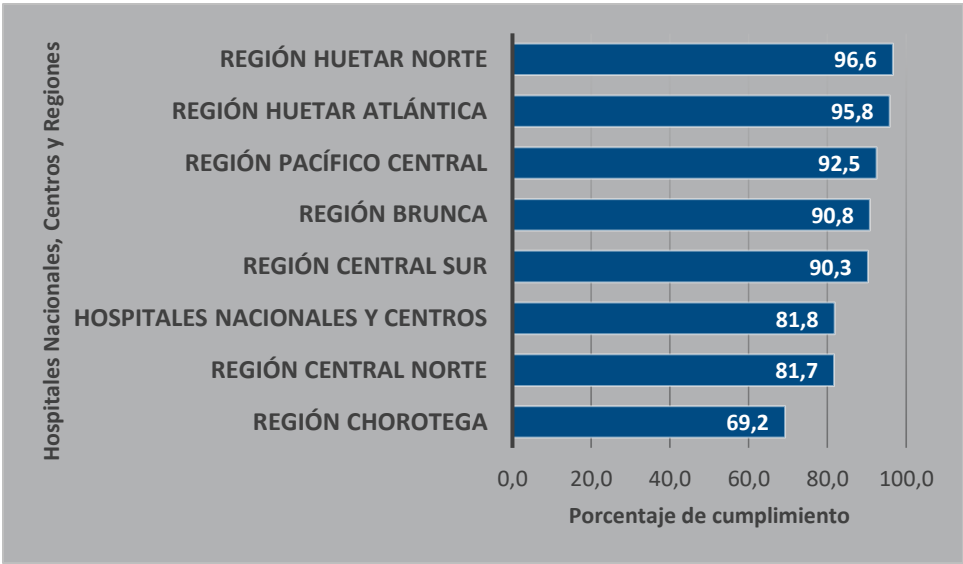
De acuerdo con lo anterior, se destaca que, de las 16 unidades, tres tienen una nota de excelencia de 100%, por su parte la unidad con el promedio más bajo es el Área de Salud Quepos, con una calificación de 55,5. En el 2018 se inscribe la Oficina de Salud Ocupacional del Hospital Monseñor Sanabria, por lo que es importante indicar que este año se evaluó por primera vez como Oficina y Comisión de Salud Ocupacional.

Hay unidades que presentan los mismos funcionarios en las comisiones de salud ocupacional desde hace varios años, y en algunos hay un sentido de desilusión por la falta de apoyo de las jefaturas y la administración.

Estadística general

Como resumen general, se muestra el siguiente gráfico 2.1, con el puntaje obtenido por los grupos de unidades en el año 2018.

Gráfico 2.1
CCSS: Promedio de calificaciones de los Hospitales Nacionales, Centros y Regiones, 2018.



Fuente: ASO, CCSS (2019). Evaluaciones de Intervenciones Estratégicas: Resultados 2018.

En el mismo se puede observar que hay un comportamiento muy constante entre los diferentes grupos de unidades, sin embargo, se evidencian dos extremos la Región Chorotega, que presenta un promedio inferior a los demás grupos y la Región Huetar Atlántica con un promedio superior a las demás.

Conclusiones

Durante la evaluación de la ficha técnica en el período 2010 al 2018, se evidencia que se requiere de más apoyo a la gestión en la Salud Ocupacional, por parte de las Direcciones Médicas y Administrativas, con el fin de promover la importancia del bienestar y la salud laboral de las personas trabajadoras.

La administración activa, se encuentra en el deber de cumplir con lo estipulado en la normativa vigente en salud ocupacional a nivel nacional e institucional.

Las unidades que muestran avances importantes en la Gestión de la Salud Ocupacional son aquellas que tienen el respaldo de la Dirección Médica y la Administración.

Se requiere del apoyo de más profesionales en Salud Ocupacional a nivel Regional y local para una adecuada gestión de la salud ocupacional, a fin de promover el bienestar y la salud de las personas trabajadoras de la institución, ya que las comisiones han sido capacitadas, pero no ha tenido la formación técnica que se requiere para lograr este objetivo.

2. Recomendaciones

Se debe reforzar la importancia del trabajo en conjunto entre los gestores de la Salud Ocupacional (Nivel Regional, encargados de oficinas de Salud Ocupacional, Comisión de Salud Ocupacional y el Médico de Atención Integral al Trabajador) ya que algunas ocasiones las cargas de trabajo no son equitativas.

En términos generales, se debe mejorar lo que corresponde a la organización interna para el reporte de accidentes en el centro de trabajo, y en la técnica para la investigación de accidentes.

Se insta a la Administración Activa a brindar apoyo en la gestión de la Salud Ocupacional, para la planificación, programación y ejecución de las actividades en las distintas unidades, con el fin de obtener un desempeño óptimo y que se mantenga en el tiempo.

Es importante que las funciones de los miembros de las Comisiones de Salud Ocupacional, sea equitativo, con el fin de que contar con una participación activa en el desarrollo de las actividades para la gestión en Salud Ocupacional.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales, se debe planificar de acuerdo al análisis de la situación de salud de la persona trabajadora, y de acuerdo a los principales factores de riesgo identificados.

Autoría:

Realizado por:

Dra. Michelle Alfaro Herrera, Ing. Susan Álvarez Fernández

Colaboradores:

Dra. Soraya Solano Acuña, Dra. Rosana Nyreen Rinker, Msc. Riyel Ureña Garreta, Ing. Esteban Corrales Vega, Ing. Cindy Zamora Zamora, Dra. Michelle Alfaro Herrera

Revisado por:

Dra. Patricia Redondo Escalante

Aprobado por:

Dra. Patricia Redondo Escalante

Fecha: agosto, 2019

ISBN: 978-9968-916-77-6



Contacto:

Dirección Compra de Servicios de Salud

<http://intranet/Organizacion/GA/DCSS/SitePages/Informes.aspx>

Teléfono: 2539-0000 Ext: 3809 o 3813

Dirección: Av. 4 Calles 5 y 7 – Edificio Genaro Valverde – Piso 2