



**MINISTERIO  
DE SALUD**

**GOBIERNO  
DE COSTA RICA**

# **Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud**

## **2024-2030**

**San José Costa Rica**



**658.5.613**

Ministerio de Salud.  
Plan Nacional de Calidad en Prestación de los Servicios de Salud. 2024-2030.  
Dirección Servicios de Salud. San José, Costa Rica.

186 p.11.2 MB

**ISBN 978-9977-62-287-3**

I. Calidad en la prestación de servicios de salud. 2. Costa Rica.

# Créditos

---

Mary Munive Angermüller, Vicepresidenta de la República de Costa Rica y Ministra de Salud  
Allan Mora Vargas, Viceministro de Salud

## Equipo técnico conductor

César Gamboa Peñaranda, Director de la Dirección de Servicios de Salud  
Yahaira Castro Pereira, Coordinadora Nacional del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, Dirección de Servicios de Salud.  
Gerardo Solano Elizondo, Equipo de apoyo, Unidad de Armonización de Servicios de Salud.

## Equipo técnico de apoyo

Jeanina Balma Castillo, Caja Costarricense de Seguro Social  
Yahaira On Cubillo, Caja Costarricense del Seguro Social  
Guillermo Fernández Aguilar, Hospital Clínica Bíblica  
Oscar Sánchez Serrano, Hospital Internacional la Católica  
David González Zúñiga, Hospital Internacional la Católica  
Stephanie Jeannette Soto Miranda, Instituto Nacional de Seguros  
Kenneth Rojas Calderón, Instituto Nacional de Seguros  
Hugo Villegas Del Carpio, Hospital CIMA  
Paula Farrar Aguilar, Hospital CIMA  
Antonio J. Acosta-Rúa, Cámara Costarricense de la Salud  
Ing. Rodolfo Romero Redondo. MSc. EEd., Universidad de Costa Rica  
Johanna Monge Chacón, ROCHE, Cámara Costarricense de la Salud  
Tatiana Calderón Díaz, ROCHE, Cámara Costarricense de la Salud



## **Equipo asesor de Planificación del Ministerio de Salud**

Mónica Gamboa Calderón

Adriana Bolaños Cruz

## **Equipo asesor de MIDEPLAN**

Geovanna Cerdas Ellis

Roberto Morales Saénz

## **Organización Panamericana de la Salud**

Alfonso Tenorio Gnecco, Representante OPS/OMS Costa Rica

Gustavo Mery Valdovinos, Asesor de Sistemas y Servicios de Salud

# Presentación

---

Con gran entusiasmo y compromiso, se presenta el Plan Nacional de Calidad en la Prestación de los Servicios de Salud 2024-2030. El plan es un hito que enmarca nuestro compromiso continuo con la mejora del acceso y la calidad de la atención entregada en los servicios de salud en Costa Rica. La calidad es uno de los pilares para el logro del bienestar y la satisfacción de nuestra población, los objetivos de salud pública y el acceso a los servicios de salud.

El Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud para el período 2024-2030 incluye principios de este ámbito centrados en la seguridad y eficiencia; además, se encuentran orientados en la persona usuaria, sin excluir los principios de eficacia, equidad, accesibilidad y sostenibilidad. Apunta a lograr que haya servicios de calidad para toda la población, independientemente de su nivel económico o geográfico.

En el escenario internacional, Costa Rica se ha destacado por su compromiso al bienestar de su gente; sin embargo, aún tiene desafíos y oportunidades de mejora de la calidad en términos de prestación de servicios de salud. La visión compartida por actores sociales se resume al logro de un sistema de salud eficiente, seguro y centrado en el paciente. Para hacer realidad esta visión, se requiere construir y mantener una cultura de calidad en todos los niveles de atención en salud, a fin de que cada persona que asiste a un servicio de este tipo obtenga una atención de calidad, con sus derechos respetados, con voz escuchada y se le brinden servicios oportunos.

Los usuarios de los servicios de salud deben ser considerados socios activos en la toma de decisiones y sentirse empoderados para solicitar una atención de calidad. Asimismo, deben tener acceso a información sobre su salud clara y comprensible, y deben conocer los servicios disponibles; para ello, es fundamental la participación ciudadana y la transparencia en la gestión de la calidad.

El Ministerio de Salud se compromete a mejorar la vigilancia y el control de la calidad, potenciar los sistemas de gestión de la calidad, utilizar indicadores y evaluar periódicamente los resultados de la atención. Estos mecanismos a corto, mediano y largo plazo permitirán a los servicios de salud identificar áreas que necesitan mejoras, facilitar la toma de decisiones informadas y garantizar la utilización óptima de los recursos.

Dra. Mary Denisse Munive Angermüller  
Vicepresidenta de la República y Ministra de Salud

Ing. Allan Mora Vargas  
Viceministro de Salud

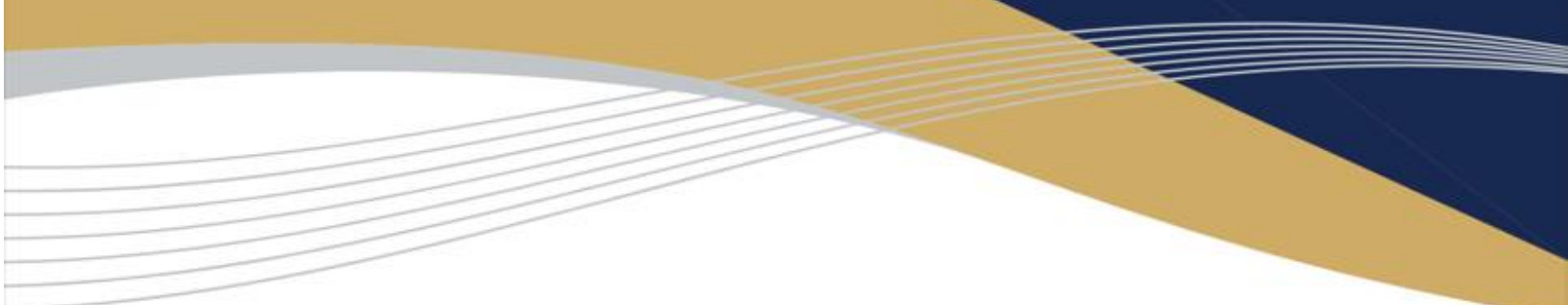
# Contenido

<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>PROPÓSITO DEL PLAN NACIONAL DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA</b> .....	<b>10</b>
<b>MARCO JURÍDICO Y NORMATIVO</b> .....	<b>13</b>
.....	<b>13</b>
<b>A NIVEL INTERNACIONAL</b> .....	<b>13</b>
<i>Objetivos de Desarrollo Sostenible ([ODS] (ONU, 2015)</i> .....	<b>13</b>
<i>Acuerdo Marco para el Fortalecimiento del Sector Salud en América Central (</i> .....	<b>14</b>
<i>Plan Estratégico Regional de Salud 2015-2020 del SICA.</i> .....	<b>14</b>
<i>Acciones emprendidas por la Comisión de Ministros de Salud de (COMISCA).</i> .....	<b>14</b>
<i>Declaración de Alma-Ata (1978).</i> .....	<b>14</b>
<i>Resolución WHA39.26 (1986).</i> .....	<b>14</b>
<i>Resolución WHA57.19 (2004).</i> .....	<b>15</b>
<i>Resolución WHA60.16 (2007).</i> .....	<b>15</b>
<i>Declaración de Tallin sobre sistemas de salud sostenibles y de alta calidad (2008).</i> .....	<b>15</b>
<i>Plan de Acción de Recursos Humanos para el Acceso Universal y Cobertura en Salud 2018-2023 de la OPS.</i> ..	<b>15</b>
<i>Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal (</i> .....	<b>15</b>
<i>Acción mundial en pro de la seguridad del paciente, Resolución WHA72.6 (OMS, 2019).</i> .....	<b>15</b>
<i>Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud, Plan de acción (2016-2030).</i> .....	<b>16</b>
<i>La Red de Integración de Servicios de Salud (RISS).</i> .....	<b>16</b>
<i>Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la cobertura universal de salud de la OPS.</i> .....	<b>16</b>
<i>Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.</i> .....	<b>16</b>
<i>Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).</i> .....	<b>17</b>
<b>A NIVEL NACIONAL</b> .....	<b>18</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>23</b>
<b>ANTECEDENTES RELEVANTES EN SALUD</b> .....	<b>26</b>
<b>ESTADO DE SITUACIÓN DE LA CALIDAD</b> .....	<b>30</b>
<b>INSUMOS Y PROCESOS</b> .....	<b>30</b>
<b>A. Financiamiento de salud</b> .....	<b>30</b>
<b>B. Personal de salud</b> .....	<b>31</b>
<b>C. Gobernanza</b> .....	<b>31</b>
<b>D. Infraestructura tecnológica</b> .....	<b>33</b>
<b>PRODUCTO</b> .....	<b>34</b>

A. Acceso y disponibilidad de los servicios .....	34
B. Calidad y seguridad de los servicios de salud .....	36
RESULTADO – REPERCUSIÓN .....	39
A. Estado de salud.....	39
B. Protección de riesgo financiero .....	40
C. Capacidad de respuesta.....	40
<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>42</b>
¿EN QUÉ CONSISTEN LAS POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE CALIDAD? .....	42
DEFINICIÓN DE CALIDAD EN SALUD PARA COSTA RICA.....	43
CALIDAD EN TODO EL SISTEMA DE SALUD.....	44
LA CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS EN SALUD.....	45
<b>GESTIÓN PARA RESULTADOS EN EL DESARROLLO .....</b>	<b>47</b>
<b>PREMISAS DE DISEÑO DEL PLAN .....</b>	<b>49</b>
<b>METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN BASADA EN LA GESTIÓN PARA RESULTADOS EN EL DESARROLLO .....</b>	<b>51</b>
<b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA .....</b>	<b>55</b>
<b>COMPONENTES DEL PLAN NACIONAL DE CALIDAD .....</b>	<b>61</b>
OBJETIVO GENERAL .....	63
EJES, OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS.....	63
<i>EJE 1. Prestación de servicios de salud centrados en la persona con seguridad y efectividad .....</i>	<i>63</i>
<b>PLAN DE ACCIÓN.....</b>	<b>66</b>
<b>MODELO DE GOBERNANZA Y GESTIÓN PARA EL PLAN NACIONAL DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA.....</b>	<b>71</b>
ASPECTOS GENERALES.....	71
ESTRUCTURA.....	72
<i>Nivel nacional.....</i>	<i>72</i>
<i>Nivel regional / local .....</i>	<i>74</i>
MECANISMOS DE GESTIÓN.....	74
<i>Articulación y comunicación.....</i>	<i>74</i>
<i>Coordinación técnica.....</i>	<i>74</i>
<i>Incentivos y sanciones.....</i>	<i>75</i>
<b>SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN NACIONAL PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA.....</b>	<b>77</b>
FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGUIMIENTO .....	79
1. <i>Recopilación de datos .....</i>	<i>79</i>
2. <i>Procesamiento de datos.....</i>	<i>80</i>
3. <i>Frecuencia de medición de los indicadores .....</i>	<i>82</i>
<b>SEGUIMIENTO DEL PLAN .....</b>	<b>84</b>
EVALUACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS .....	85
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>91</b>
ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA .....	92
ANEXO 2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO NACIONAL .....	93
ANEXO 3. PARTICIPACIÓN DE REPRESENTANTES DE LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COSTA RICA .....	94
ANEXO 4. FICHAS DE INDICADORES.....	97
<i>Plazo promedio de espera quirúrgica con prioridad baja .....</i>	<i>97</i>
<i>Tasa de infecciones del tracto urinario asociado a catéter vesical .....</i>	<i>99</i>
<i>Tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociada a vía venosa central .....</i>	<i>104</i>
<i>Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva .....</i>	<i>109</i>
<i>Tasa de infecciones intrahospitalarias por Clostridoides difficile.....</i>	<i>113</i>
<i>Tasa de caídas de personas usuarias hospitalizados .....</i>	<i>117</i>
<i>Tasa úlceras de presión en pacientes hospitalizados .....</i>	<i>120</i>
<i>Porcentaje de pacientes de 18 años o más que tuvieron una reintervención quirúrgica no planeada en los 30 días post operatorios.....</i>	<i>123</i>
<i>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso hospitalario por diabetes mellitus .....</i>	<i>126</i>
<i>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por crisis hipertensiva.....</i>	<i>129</i>
<i>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por mastectomía en cáncer de mama.....</i>	<i>132</i>
<i>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por prostatectomía radical.....</i>	<i>135</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados con estándares de seguridad de la atención .....</i>	<i>139</i>
<i>Porcentaje de Unidades de Cuidados Paliativos que reciben fondos públicos de la Junta de Protección Social acreditadas.....</i>	<i>142</i>
<i>Porcentaje de hogares de larga estancia que reciben fondos públicos que se encuentran en proceso de acreditación.....</i>	<i>144</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementa el programa de vigilancia de reportes de eventos adversos.....</i>	<i>146</i>
<i>Número de enfermedades trazadoras verificadas .....</i>	<i>149</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados que disponen de los protocolos clínicos de las primeras 5 causas frecuentes de consulta .....</i>	<i>152</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto implementando el programa de cultura justa y de seguridad del paciente .....</i>	<i>155</i>
<i>Porcentaje servicios de salud habilitados que implementan el monitoreo de satisfacción del usuario interno y externo. ....</i>	<i>160</i>
<i>Porcentaje de implementación del Disease Information System (DIS) obligatorio nacional en evaluación la eficiencia financiera del servicio de salud para tratar las ENTO .....</i>	<i>163</i>
<i>Número de eventos adversos asociados a Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con costo promedio anual .....</i>	<i>166</i>
<i>Número de readmisiones prevenibles con un costo promedio anual.....</i>	<i>168</i>
<i>Número reintervenciones quirúrgicas no programadas con un costo promedio anual .....</i>	<i>170</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que verifican los estándares de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud.....</i>	<i>172</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan programas de educación permanente.....</i>	<i>175</i>





<i>Porcentaje de hogares de larga estancia que implementan programas de educación permanente.....</i>	<i>178</i>
<i>Porcentaje de servicios de salud habilitados que aplican un instrumento de medición y monitorean la experiencia de la persona usuaria en forma permanente.....</i>	<i>181</i>

# Abreviaturas

---

APS	Atención Primaria de Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CRC	Colón costarricense
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measures
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IHME	Institute for Health Metrics
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INS	Instituto Nacional de Seguros
GpRD	Gestión para Resultados de Desarrollo
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica
MS	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCPSS	Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud
RIPSS	Redes Integradas en Prestación de Servicios de Salud
USD	Dólar estadounidense

# Glosario de términos

---

**Calidad en servicios de salud:** se define como el grado en el cual los servicios prestados a la población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible, siendo consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos, y siendo satisfactorios tanto para los usuarios internos como los externos (Ministerio de Salud, 2015).

La calidad de los servicios de salud implica satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades mediante las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo así a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás. Esto requiere una atención especial a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. La atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo, son atributos esenciales de la calidad en la prestación de servicios salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

**Continuidad de los servicios:** se refiere a la capacidad de una organización para mantener la entrega de productos y servicios dentro de plazos aceptables y **con** una capacidad predefinida durante eventos disruptivos (Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica [INTECO], 2023).

**Educación permanente:** se entiende como la construcción continua de la persona humana, de su conocimiento y habilidades, así como de su capacidad de juicio y decisión. Esta experiencia única e intransferible permite adquirir nuevos conocimientos, habilidades y competencias, mejorar el desempeño social y enriquecer las relaciones con los demás y con su entorno" (Centro Internacional de Prospectiva y Altos Estudios [CIPAE], 2023).

**Habilitación de servicios de salud:** proceso realizado por el Estado, a través del Ministerio de Salud, para autorizar el funcionamiento de servicios de salud, ya sean públicos, privados o mixtos (Ministerio de Salud, 2023).

**Indicadores:** son medidas que capturan información relevante sobre diversos aspectos del estado de salud y el desempeño del sistema de salud con el objetivo de reflejar la situación sanitaria de una población y permitir su vigilancia (Ministerio de Salud de Costa Rica [MS], 2023).

**Prestación de servicios de salud:** función que atiende las necesidades de salud de la población, tanto individuales como colectivas, mediante la entrega de intervenciones sanitarias (Ministerio de Salud, 2023).

**Seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud (seguridad del paciente):** se refiere a un conjunto de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que reducen constantemente los riesgos, disminuyen la aparición de daños evitables, minimizan la probabilidad de errores y reducen el impacto de los daños cuando ocurren (OPS, 2022).

**Sistema Nacional de Salud:** conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones y entidades, tanto públicas como privadas, así como de personas individuales, cuyo propósito es promover, mejorar, proteger y recuperar la salud de las personas usuarias.

**La teoría del programa:** enfoque que busca comprender cómo y por qué un programa o intervención produce ciertos resultados, analizando sus componentes, su lógica subyacente, las actividades realizadas y los resultados esperados.

**Valor público:** se define como el grado de beneficio que cada institución de la Administración Pública genera para los habitantes del país, mediante la prestación de bienes y servicios de calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas, proporcionando así el mayor bienestar humano (MIDEPLAN, 2019). Es un mecanismo poderoso para alcanzar el desarrollo sostenible, ya que permite unir objetivos sociales, económicos y ambientales en definiciones estratégicas e intervenciones de las instituciones públicas, además de admitir los principios de implementación indivisible, universal, participativa y democrática (Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social [ILPES], 2021).

# Introducción


---

El bienestar en salud, como resultado de la calidad en la prestación de servicios de salud, se basa en la generación de confianza en la persona usuaria de los servicios de salud, cuyo disfrute no puede excluir a nadie de la población que depende de ellos. El bienestar en salud va más allá de la curación de enfermedades; abarca el bienestar físico, espiritual y emocional en todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. La falta de calidad en los servicios de salud puede tener efectos negativos en la salud que, inclusive, afectan directa o indirectamente la calidad de vida.

Se han integrado, estratégicamente, temas de interés nacional para la Calidad de la Prestación de Servicios de Salud en otros instrumentos nacionales, tales como el Plan Nacional de Recursos Humanos, la Política Nacional de Salud de Costa Rica y su plan, con el fin de lograr un sistema de salud eficiente y centrado en la excelencia. El Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud considera estrategias para la gestión del talento en el ámbito sanitario, convirtiéndose en un agente clave para la formación de equipos capacitados y comprometidos con la mejora continua.

Al mismo tiempo, la Política Nacional de Salud y su plan establecen las bases para la equidad y el acceso a servicios de calidad para la población. La sinergia entre los recursos humanos y la atención en salud se fomenta mediante la convergencia de ambos instrumentos legales con el Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud; de esta forma se promueve una cultura organizacional centrada en la calidad, la seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud y la optimización de procesos. Esta relación estratégica sirve como un camino hacia la excelencia en la atención, alentando a los profesionales de la salud a trabajar de acuerdo con los principios rectores de la política de salud, para lograr los objetivos trazados en la planificación nacional.

Asimismo, la Ruta Digital del Ministerio de Salud tiene como objetivo mejorar la gestión de la información y facilitar el acceso a servicios de calidad al integrar la gestión eficiente de los recursos y la promoción de estándares de calidad. Esto mejora la capacidad del sistema de salud para brindar servicios seguros, eficientes y centrados en el paciente, lo que contribuye a los objetivos del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.



Los organismos internacionales están prestando cada vez más atención a la calidad en la prestación de servicio de salud a nivel mundial, especialmente en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluyen lograr la cobertura universal de salud, la protección del riesgo financiero, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de los servicios de salud es fundamental para mejorar los resultados en salud de la población y para lograr sistemas de salud más eficientes y sostenibles.

Las iniciativas de la OMS sobre políticas y estrategias nacionales de calidad intentan aumentar la conciencia, el conocimiento y las habilidades sobre las políticas y estrategias nacionales de calidad en los países de ingresos bajos y medianos; definir los procesos es clave para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad; brindar apoyo a los países en este ámbito; y continuar la elaboración conjunta y la documentación de los procesos relacionados con la elaboración y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad dentro de un plan de aprendizaje.

Costa Rica está trabajando en la implementación de estrategias que faciliten la ejecución de un marco de actuación y la medición sistemática de la calidad de prestación de servicios de salud. La necesidad de implementar un plan que, bajo la dirección del Ministerio de Salud, oriente las acciones para garantizar la calidad en los servicios de salud y fomente la mejora continua de los servicios de atención directa a las personas usuarias, tiene un impacto positivo en el perfil salud-enfermedad en el país.

# Propósito del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud en Costa Rica



Costa Rica está comprometida a llevar a cabo estrategias para establecer un marco de acción y una medición sistemática de la calidad en la prestación de servicios de salud. El país ha sido reconocido a nivel internacional por su dedicación al bienestar de sus ciudadanos, con un sistema de salud sólido y equitativo que ha logrado avances notables en atención primaria, cobertura universal y reducción de desigualdades en salud. Sin embargo, se reconocen obstáculos y oportunidades para mejorar la calidad de los servicios de salud que la población puede recibir.


La importancia de las mediciones para garantizar la calidad de los servicios se reconoce en las mesas de trabajo, con actores sociales, para identificar el problema central y su correspondiente abordaje. La medición de la calidad de la atención es fundamental para las diversas partes interesadas en el sistema de atención de salud, y constituye la base de muchas estrategias para garantizar y mejorar la calidad de la atención. Las auditorías y la retroalimentación dependen, en gran medida, de información confiable proporcionada por una variedad de proveedores de servicios y/o profesionales. Es imposible determinar en qué medida las nuevas regulaciones o medidas de mejora de la calidad realmente funcionan y mejoran la calidad sin indicadores de calidad confiables.

La existencia de un amplio marco legal para insumos, materiales, equipos, medicamentos y servicios de salud establece un sistema de gestión de la calidad y es una fortaleza en los servicios de salud identificada por actores sociales. La falta de seguimiento y estandarización de los indicadores, procesos, protocolos y conceptos de salud medibles son identificados como una gran debilidad. El creciente interés en la medición de la calidad a través de indicadores de desempeño de servicios de salud disponibles a nivel internacional se considera como una gran oportunidad; y una gran amenaza es la falta de datos relevantes e importantes en materia de calidad, así como la gestión inadecuada de la provisión de los servicios de salud que afectan directa o indirectamente a las personas usuarias de los servicios de salud.

La existencia del valor público es el resultado (efecto) de la interpretación que hace la persona usuaria de la utilidad, deseo, importancia, interés, calidad o bienestar de un bien o servicio (MIDEPLAN, 2019), su concepto debe ir más allá de las consideraciones financieras y, principalmente, abarcar el bienestar social. Este debe ser reconocido y valorado por el público en general, su no reconocimiento puede ocasionar que las instituciones no produzcan un valor público y, por lo tanto, no logren alcanzar sus objetivos.

A lo largo de los años, el país ha llevado a cabo iniciativas para mejorar la gestión pública mediante la formulación de políticas que abordan valores públicos como el respeto, el compromiso, la tolerancia, el profesionalismo, los derechos humanos, el sentido de pertenencia y la equidad en una variedad de temas en salud y servicios de salud. No obstante, algunas de estas políticas no han sido cumplidas adecuadamente, lo que ha llevado a los usuarios de los servicios de salud a creer que no satisfacen plenamente sus necesidades y expectativas en términos de valores públicos, afectando su bienestar de manera indirecta, su calidad de vida y sus derechos. A pesar de ello, tanto instituciones públicas como



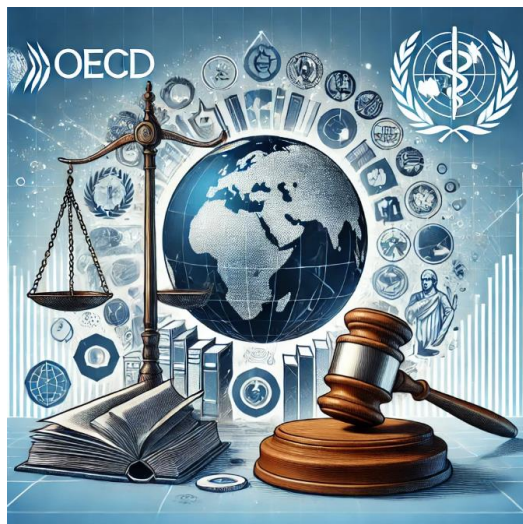


privados han hecho un esfuerzo individual para mejorar la calidad de los servicios de salud y, actualmente, se están llevando a cabo iniciativas para rescatar y estandarizar estas mejores prácticas a nivel nacional.

Dentro de los hallazgos relevantes de posibles causas a la problemática nacional mencionada anteriormente, se puede mencionar el no cumplimiento con las expectativas de atención en relación con las dimensiones de la calidad: efectividad, eficacia, seguridad de la persona usuaria interna y externa, oportunidad, acceso y lo relacionado a centrado en las personas, dándose un gran peso a la participación de las personas (internas y externas) en la toma de decisiones sobre procesos de mejora de la atención. Se menciona que los problemas en los procesos de gestión y provisión de servicios de salud tienen un impacto en la oportunidad y calidad del servicio (consultar el Anexo I).

El Plan Nacional de la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud de Costa Rica tiene como objetivo continuar el avance hacia una atención de salud de excelencia, eficiente, segura y centrada en la persona usuaria de los servicios de salud. El plan aborda los problemas que se identificaron y plasmaron en la herramienta árbol de problema y acoge las contribuciones de los diversos actores que componen el Sistema Nacional de Salud. Se prevé un futuro prometedor en el que todas las personas usuarias de los servicios de salud tengan acceso a una atención en salud con calidad.

# Marco jurídico y normativo<sup>1</sup>



## A nivel internacional

Uno de los principios más citados en la política sanitaria a nivel mundial es la calidad de la prestación de servicios de salud y, actualmente, ocupa un lugar destacado en la agenda de los responsables políticos a nivel internacional. Las declaraciones más importantes emitidas por entidades internacionales en relación con la calidad de la atención son:

## Objetivos de Desarrollo Sostenible ([ODS] (ONU, 2015)

- **ODS 3:** Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades. Este objetivo incluye la meta específica de "lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos.
- **ODS 9:** Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación. Aunque este objetivo no está directamente relacionado con la calidad de la atención, la infraestructura adecuada es un factor clave para proporcionar servicios de salud de calidad.”

---

<sup>1</sup> Apartado adaptado a partir del documento Estado de Situación Actual sobre la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud , Ministerio de Salud de Costa Rica- OPS, abril 2023.

## Acuerdo Marco para el Fortalecimiento del Sector Salud en América Central (iniciado en 2010 y renovado en 2022).

Su objetivo, acordado por los países que forman parte del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), es reforzar el sistema de salud en la zona; también, busca mejorar la gestión, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud, lo que mejora la calidad de la atención en salud.

## Plan Estratégico Regional de Salud 2015-2020 del SICA.

Este plan establece los lineamientos y prioridades para la salud en la región centroamericana. Si bien no se centra exclusivamente en la calidad de la atención, incluye medidas como capacitar al personal de salud y fomentar la participación ciudadana en su mejora.

## Acciones emprendidas por la Comisión de Ministros de Salud de (COMISCA).

- **Plan Regional de Salud 2018-2023:** este plan establece una serie de estrategias y líneas de acción para mejorar la calidad de la atención en

los países de Centroamérica. Incluye medidas como fortalecer la gobernanza y regulación de la calidad, promover la participación ciudadana en su mejora y fomentar la formación y capacitación del personal de salud.

- **Declaración de San Salvador sobre la Cobertura Universal de Salud (2013):** en esta declaración, los ministros de salud de los países de Centroamérica se comprometen a promover la calidad de la atención como un componente esencial de la cobertura universal de salud. Se enfatiza la necesidad de desarrollar sistemas de información y monitoreo para evaluar la calidad de la atención, así como fortalecer la formación y capacitación del personal de salud.

## Declaración de Alma-Ata (1978).

En esta declaración, emitida por la OMS y la UNICEF, se reconoció la importancia de brindar atención de calidad accesible, equitativa y centrada en las necesidades de las personas.

## Resolución WHA39.26 (1986).

Esta resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS insta a los Estados miembro a mejorar la calidad de la atención de salud, incluyendo la promoción de la seguridad de la persona usuaria de los

servicios de salud, la atención integral y la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

### **Resolución WHA57.19 (2004).**

En esta resolución, la Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados miembro a implementar políticas de salud sostenibles enfocadas en alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000." Se enfatiza la importancia de fortalecer los sistemas de atención primaria y asegurar una cobertura de salud universal y equitativa.

### **Resolución WHA60.16 (2007).**

Esta resolución de la Asamblea Mundial de la Salud enfatiza la importancia de la calidad en la atención primaria de salud. Insta a los países a desarrollar sistemas de calidad de atención y a promover la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su atención.

### **Declaración de Tallin sobre sistemas de salud sostenibles y de alta calidad (2008).**

Emitida por la Oficina Regional para Europa de la OMS, esta declaración destaca la importancia de los sistemas de salud centrados en el paciente, basados en evidencia y enfocados en la mejora continua de la calidad de la atención.

### **Plan de Acción de Recursos Humanos para el Acceso Universal y Cobertura en Salud 2018-2023 de la OPS.**

Reconoce la importancia de la calidad de la atención en salud y establece acciones concretas para mejorarla.

### **Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal (23 de Setiembre de 2019).**

Esta declaración busca garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud integrales, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, sin enfrentar dificultades financieras. La calidad de la atención es un elemento esencial para lograr la cobertura sanitaria universal, ya que implica brindar servicios seguros, efectivos, centrados en las personas, oportunos, eficientes y equitativos.

### **Acción mundial en pro de la seguridad del paciente, Resolución WHA72.6 (OMS, 2019).**

Fue adoptada por la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019. La resolución hace un llamado a que los Estados miembro tomen medidas concretas para mejorar la seguridad de la persona usuaria de los

servicios de salud, incluyendo el desarrollo e implementación de políticas y programas nacionales de seguridad del paciente, el fortalecimiento de los sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes y eventos adversos, la promoción de una cultura de seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud y la capacitación del personal de salud en prácticas seguras.

### **Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud, Plan de acción (2016-2030).**

La OMS estableció esta estrategia para abordar la calidad de la atención a través de la planificación y gestión efectiva de los recursos humanos en salud. Se enfoca en mejorar la formación y capacitación del personal de salud, así como en la retención y motivación de profesionales de calidad.

### **La Red de Integración de Servicios de Salud (RISS).**

Iniciativa de la OPS (2014) que busca promover la cooperación y la integración de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Su objetivo es mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios de salud en la región.

### **Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la cobertura universal de salud de la OPS.**

Reconoce la importancia de la calidad de la atención como parte fundamental para lograr la cobertura universal de salud. A través de acciones como la mejora de los servicios de salud, el fortalecimiento de la gestión de la calidad, la participación de los usuarios y la comunidad y la promoción de la equidad, se busca garantizar que la atención sanitaria sea segura, efectiva y centrada en las necesidades de las personas (Documento CD53/5, Rev. 2 y resolución CD53.R14, 2014).

### **Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.**

Establecido por la Resolución CD57.R12 de la OPS, tiene como objetivo principal mejorar la calidad de la atención sanitaria en la Región de las Américas y abordar diversos aspectos relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud. Esto incluye la seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud, el uso de evidencia científica, el fortalecimiento de la gobernanza y liderazgo en calidad, la participación de los usuarios y la comunidad y el monitoreo y evaluación de la calidad.

## Organización para Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

La OCDE ha abordado el tema de la calidad de la atención en el sector de la salud en varios informes y publicaciones. A continuación, se mencionan algunas iniciativas y documentos relevantes relacionados con este tema:

- **Estudio de la OCDE sobre la calidad de la atención de salud.** Ejecución de estudios comparativos sobre la calidad de la atención en los países miembros. Estos estudios analizan indicadores de calidad, como la seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud, la efectividad de los tratamientos, la accesibilidad y la equidad en la atención sanitaria.
- **Indicadores de calidad de la atención de salud.** Desarrollo de un conjunto de indicadores para medir la calidad de la atención de salud en los países miembros. Estos indicadores abarcan aspectos como la seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud, la eficiencia de los sistemas de salud, la experiencia del paciente y los resultados de salud.
- **Recomendaciones y políticas sobre calidad de la atención.** Emisión de recomendaciones y políticas relacionadas con la calidad de la atención en el sector de la salud. Estas recomendaciones se centran en

áreas como la mejora de la seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud, la reducción de la variabilidad en la práctica clínica, la promoción de la atención centrada en el paciente y la gestión de la calidad en los sistemas de salud.

- **Estudio de la OCDE sobre resultados en salud.** Existencia de análisis comparativos de los resultados en salud en los países miembros, evaluando indicadores como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad evitable y la satisfacción del paciente. Estos estudios proporcionan información sobre la calidad de la atención y los resultados obtenidos en diferentes sistemas de salud. Es importante tener en cuenta que la OCDE no tiene un mandato específico en el ámbito de la salud, pero ha desempeñado un papel importante en la promoción de la calidad de la atención y en el intercambio de buenas prácticas entre los países miembros. Sus informes y análisis contribuyen a la comprensión de los desafíos y las oportunidades para mejorar la calidad de la atención en el sector de la salud a nivel internacional.

Estos documentos muestran la importancia de este tema y proporcionan orientación a los países para mejorar la calidad de la atención en sus sistemas de salud.

# A nivel nacional



El Ministerio de Salud (MS) de Costa Rica es el encargado de ejercer la rectoría de la salud, acción conjunta entre el Estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de la población (MS, s. f.). El MS también es responsable de asegurar el acceso a la atención de salud con calidad, la vigilancia y el control de las enfermedades y sus factores determinantes (protectores y de riesgo), establecer la regulación y el control de productos de interés sanitario (medicamentos, alimentos, cosméticos, productos naturales, equipos y materiales biomédicos, entre otros), la regulación de los servicios de salud, así como de establecimientos y actividades e

investigaciones en el campo de la salud (consultar Anexo 2).

Por medio de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, de la Organización Panamericana de la Salud (2020), se definieron 11 funciones esenciales de salud pública (FESP). Se trata de un marco, establecido por la OMS, necesario para fortalecer las capacidades de inteligencia; es decir, de análisis de la situación de salud de la población, la evaluación y el monitoreo del desempeño de los sistemas de salud y la investigación en salud. Algunas de las FESP relacionadas con la calidad de la atención que pueden destacarse son:

- **FESP 04.** Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población: esta función desempeña un papel fundamental en la promoción y garantía de la calidad de la atención, ya que hace referencia a la capacidad institucional para desarrollar un marco reglamentario que proteja la salud pública y para fiscalizar su cumplimiento. Se enfoca en la capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la

salud de la población, así como en fomentar el desarrollo de entornos saludables, buscando la protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

- **FESP 09.** Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad: Esta función es esencial para asegurar que los servicios de salud brinden una atención segura, efectiva, centrada en el paciente y de alta calidad. Se basa en la promoción de la implantación de sistemas de evaluación de los servicios de salud y en el mejoramiento de su calidad. Para ello, se elaboran las normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad, se y se supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación”.

La Ley 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud en su Artículo 2, inciso a y la Ley 5395, Ley General de Salud, en su Artículo 2, asignan al Ministerio de Salud la responsabilidad, la potestad y la obligatoriedad de conducir la formulación de la Política Nacional de Salud, así como su seguimiento y evaluación. Estos instrumentos jurídicos utilizan una serie de principios y ejes transversales para promover el acceso universal y la cobertura de los servicios de salud, considerando la

gestión de la calidad en los servicios de salud.

En el Artículo 70 de la Ley General de Salud, se establece que “todo establecimiento de atención médica deberá reunir los requisitos que dispongan las normas generales que el Poder Ejecutivo dicte para cada categoría de éstos, en especial, normas técnicas de trabajo y organización; tipo de personal necesario; planta física, instalaciones; equipos; sistemas de saneamiento y de eliminación de residuos y otras especiales que procedan atendiendo a la naturaleza y magnitud de la operación del establecimiento”.

Asimismo, la Ley General de Salud establece regulaciones en relación con:

- Las facultades y responsabilidades de las autoridades de salud en relación con la calidad de la atención.
- Los derechos que tienen las personas para recibir atención de calidad y participar activamente en su cuidado. Estos derechos están estrechamente relacionados con la calidad de la atención que se brinda, promoviendo una atención segura, efectiva y centrada en el paciente.
- Los deberes y restricciones a los que quedan sujetas las personas en consideración a la salud de terceros; estas disposiciones buscan garantizar que las personas cumplan con normas y regulaciones, tomen



decisiones responsables, prevengan riesgos y daños a terceros y denuncien prácticas perjudiciales. Esto contribuye a promover la calidad de la atención y proteger la salud de la población en general.

- Los deberes y restricciones en el ejercicio de las profesiones y oficios en ciencias de la salud, cuyo objetivo es establecer las responsabilidades y regulaciones que deben cumplir los profesionales de la salud para garantizar la calidad de la atención que brindan.
- Los deberes de las personas que operan establecimientos dedicados a la atención médica y las restricciones a que quedan sujetas tales actividades; además, las obligaciones y normativas necesarias para asegurar la calidad de los servicios de atención médica. Al cumplir con estos deberes y restricciones, los establecimientos de atención médica pueden brindar servicios de calidad, seguros y efectivos, garantizando la protección de la salud y el bienestar de los pacientes.
- Requisitos para operar laboratorios y bancos de sangre para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad. Al cumplir con estos requisitos y restricciones, los laboratorios de salud pueden brindar servicios de calidad, confiables y precisos, contribuyendo a la mejora de la atención médica y la toma de

decisiones clínicas basadas en resultados confiables y precisos.

- Requisitos para operar establecimientos farmacéuticos y restricciones a que quedan sujetas tales actividades, con el objetivo principal de asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, así como regular las actividades de los establecimientos farmacéuticos. Al cumplir con estos requisitos y restricciones, se busca garantizar que los medicamentos disponibles sean de calidad y que los establecimientos farmacéuticos operen de manera segura y responsable, protegiendo así la salud y bienestar de la población.
- Los deberes y restricciones de las personas en relación con estupefacientes que buscan regular el uso, la producción y la distribución de estas sustancias, con el objetivo de proteger la salud y prevenir su abuso.
- Las restricciones a las que quedan sujetas las actividades, equipos y aparatos médicos y similares que buscan regular el uso, la comercialización y la calidad de los equipos y aparatos médicos utilizados en la atención de la salud. Estas restricciones tienen como objetivo garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los equipos y aparatos utilizados, contribuyendo a la prestación de servicios de salud de calidad.

- Los deberes y restricciones a los que quedan sujetas las personas que, por acciones o actividades, puedan afectar la salud de terceros. Aunque no se aborda directamente el tema de calidad, las restricciones y regulaciones establecidas tienen como objetivo proteger la salud de terceros y asegurar que las acciones o actividades realizadas cumplan con estándares de calidad y seguridad adecuados.
- Los deberes y restricciones de las personas respecto al control nacional e internacional de las enfermedades transmisibles; tiene como objetivo establecer las responsabilidades y restricciones de las personas en el control de estas enfermedades. Aunque no se aborda directamente el tema, estas disposiciones buscan garantizar la calidad de las acciones de control, proteger la salud de la población y prevenir la propagación de enfermedades transmisibles.
- Los deberes y restricciones en relación con sustancias tóxicas y peligrosas; establece las responsabilidades y restricciones en el manejo de estas sustancias. La relación con el tema de calidad radica en garantizar la calidad y seguridad en el uso de sustancias tóxicas y peligrosas, protegiendo, así, la salud de las personas y minimizando los riesgos asociados a su manipulación.
- Disposiciones sobre la calidad y seguridad del agua destinada para el uso y consumo humano; aborda los deberes y restricciones que las personas deben cumplir para garantizar la calidad del agua, así como las responsabilidades de las autoridades de salud en su vigilancia y control.
- Las obligaciones y restricciones en la recolección y eliminación de residuos sólidos, que establece las disposiciones relacionadas con la calidad ambiental y la protección de la salud en la gestión de los residuos sólidos. También, aborda los mecanismos de control y regulación para garantizar una gestión adecuada de los residuos.
- Las obligaciones y restricciones para la evacuación sanitaria de excretas y aguas servidas y negras; establece las disposiciones relacionadas con la calidad del agua y la protección de la salud en la evacuación de estos desechos. Además de lo anterior, aborda los mecanismos de control y regulación para garantizar una evacuación sanitaria adecuada y proteger la salud pública y el medio ambiente.
- Los deberes y restricciones para evitar la contaminación del ambiente, ya sea de derecho privado o público, en los casos que la ley lo requiera; al cumplir, se previene la contaminación

del ambiente, preservar su calidad y proteger la salud de las personas.

A su vez, el artículo 343 de la **Ley General de Salud** establece que: “toda institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realice acciones de salud, ya sean de prevención, promoción, conservación o recuperación de la salud física y mental en las personas o de rehabilitación de persona usuaria, queda sujeto a las normas técnicas que el Ministerio dicte dentro de sus atribuciones, y al control y la vigilancia técnica de las autoridades de salud”, considerando así todos los procesos que involucran las modalidades de atención en salud.

Varias razones motivan el abordaje del tema de la calidad de la atención en la prestación de servicios, desde un compromiso general con la prestación de servicios de salud de alta calidad como un bien público y común (valor público) hasta un enfoque renovado en los resultados de los pacientes en el contexto de ideas basadas en evidencia. Actualmente, el país tiene un marco legal regulatorio amplio, que aborda la garantía de acceso y continuidad de la atención, lo relacionado con las personas usuarias de los servicios de salud, la autoridad sanitaria, la investigación y gestión de la documentación, la atención sanitaria y la tecnología.

# Antecedentes



Para la formulación de este plan, el Ministerio de Salud, como instancia rectora en salud, ha procurado un trabajo interinstitucional, incorporando los diferentes actores del Sistema Nacional. Lo anterior ha generado una serie de antecedentes que han permitido la definición, discusión y validación de los diferentes componentes presentes en este documento.

En el curso de estos antecedentes, en agosto del 2019, el Ministerio de Salud planteó la necesidad de abordar la calidad en la prestación de servicios de salud como respuesta a la Estrategia Regional de Calidad promulgada en la 71 sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (OPS, 2019). Con esta premisa, en noviembre de 2019, se llevó a cabo un taller con la participación del Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Nacional de Seguros, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y la Organización Panamericana de la Salud. A partir de esto, se obtuvieron las siguientes tres principales conclusiones:

- Reconocimiento de la Política Nacional de Salud como un instrumento guía que

orientaría la elaboración del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.

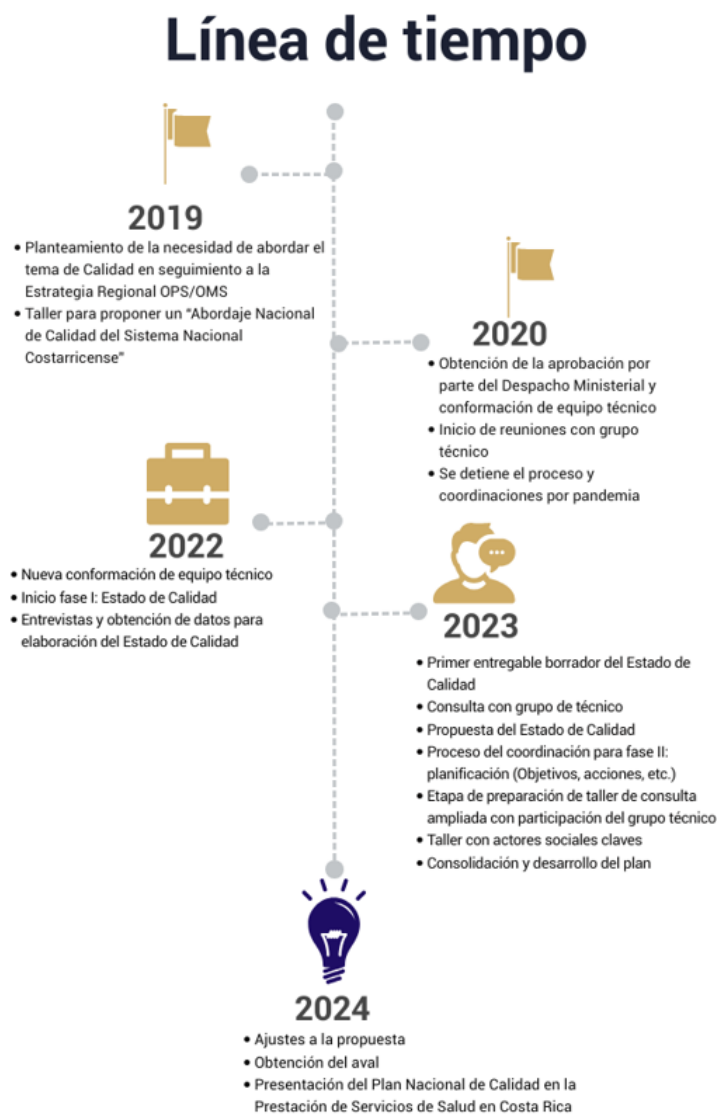
- Definición operativa de calidad, desde el punto de vista de los objetivos del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica.
- Elaboración de una hoja de ruta consensuada que guía los pasos para la construcción del abordaje nacional de calidad del Sistema de Salud de Costa Rica.

Entre febrero y marzo del 2020, el equipo técnico trazó una hoja de ruta y se conformaron grupos de trabajo para el desarrollo del plan, dando inicio así al trabajo de su primera etapa. El proceso se suspendió debido a la Declaración de Emergencia Nacional por la Pandemia del virus COVID-19.

En setiembre del 2022, se retomó el tema y se integró nuevamente un equipo técnico para iniciar la recolección de información durante los meses subsiguientes. Entre marzo y julio del 2023 se llevó a cabo la etapa de integración de la información recopilada en el Estado de la Situación de Calidad de la Prestación de los Servicios de Salud. Entre setiembre y noviembre del 2023, se inició el desarrollo de la etapa de integración de la información del producto de “Estado de la Calidad en la prestación de los servicios de salud” al proceso de planificación (MS & OPS, 2023). El proceso de planificación culminó entre julio y diciembre 2023 (Ministerio de Salud de Costa Rica -OPS , 2023) lográndose el producto final en el año 2024. (Ver figura I.)

**Figura 1.**

**Línea del tiempo para el desarrollo del Plan Nacional de la Calidad para la prestación de servicios de salud.**



**Nota.** Fuente: Dirección de Servicios de Salud del MS, 2023.

# Estado de la situación en la prestación de los servicios de salud<sup>2</sup>



## Antecedentes relevantes en salud

Costa Rica ha venido experimentado, desde el punto de vista demográfico, un continuo cambio en el crecimiento de su población y composición, al igual que otros países de Mesoamérica y el Caribe desde año 1950 (CEPAL, s. f.). El territorio nacional, con una extensión de 51 100 km<sup>2</sup>, ha pasado de una población de 868 934 habitantes en 1950 a 5 213 373 en el 2022, con un 50.4%

<sup>2</sup> Apartado adaptado a partir del documento Estado de Situación Actual sobre la calidad en la prestación de servicios de Salud (Ministerio de Salud de Costa Rica / OPS abril 2023).

de hombres y un 49.6% por mujeres, lo que ha generado un aumento de la demanda de los servicios de salud en el país.

La equidad en salud es un principio fundamental en la agenda de salud de Costa Rica, y el Ministerio trabaja de manera continua para promoverla y garantizar un acceso equitativo a servicios de calidad para toda la población. Desde el rol de rectoría, el Ministerio de Salud ha incorporado el componente de equidad de forma transversal en políticas, planes y proyectos, y ha generado normativas específicas para fortalecer la atención de las poblaciones vulnerables en el país.

En Costa Rica, los indicadores de salud se definen, en los instrumentos jurídicos nacionales, como políticas y programas de salud específico, y sirven para la prestación de los servicios de salud. En este contexto, seleccionar un conjunto básico de indicadores es un desafío importante debido a las limitaciones existentes en la disponibilidad de información, que va desde la falta de datos hasta la ausencia de estandarización en la gestión de la información.

El país se sitúa en la vanguardia de las naciones con una población longeva y saludable, con un promedio de vida en constante aumento durante las últimas décadas. Actualmente, Costa Rica es uno de los países de Centroamérica con una de las esperanzas de vida (80.89 años) más altas de la región, y el envejecimiento de la población es uno de los resultados del cambio demográfico y epidemiológico que recibe gran atención en todas las políticas nacionales de salud (ver Tabla I). Esto implica para el país, seguir invirtiendo en la mejora de la infraestructura y la capacidad del sistema de salud para brindar una atención integral y centrada en la persona, avanzando así hacia un futuro en el que todas las personas puedan disfrutar de una vida larga, saludable y digna.

**Tabla I.**  
**Principales indicadores demográficos y Estado de Salud, Costa Rica en el periodo 2000 – 2022.**

Componente demográfico	2000	2001	2021	2022 <sup>1</sup>
Población <sup>2</sup>	2000 <sup>2</sup>	2001 <sup>2</sup>	2021 <sup>2</sup>	2022 <sup>1</sup>
Total	3,872,349	3,953,393	5,163,0381/	5,213,373
Hombres	1,961,351	2,002,061	2,600,660	2,624,989
Mujeres	1,910,998	1,951,332	2,562,378	2,588,385
Esperanza de vida al nacimiento	77.82	78.07	80.75	80.89



**Nota.** Fuente: Estadísticas demográficas. 1950-2021. Principales indicadores demográficos]. Datos Publicado en 25 de enero 2023. Estadística del INEC (BIRRM 2021, Datos demográficos 2022). <sup>1</sup> Datos preliminares. <sup>2</sup> Los datos de población están actualizados según el documento de Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas), 1950-2050, noviembre 2013. Los nacimientos se tomaron de los cálculos de población sin las correcciones realizadas en el año 1965.

A lo largo de los últimos ocho años, el país ha evidenciado un descenso continuo en la tasa bruta de natalidad, lo que ha impactado la estructura por edades y por sexo de la población. Este descenso del número promedio de hijos por mujer podría estar relacionado con diversos factores, como la disponibilidad de los anticonceptivos en el mercado, un mejor acceso a la educación, la promoción de programas de planificación familiar en los servicios de salud y cambios en las prioridades de vida de la población. Esta situación podría afectar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud, dado que habrá menos personas potencialmente contribuyendo a la seguridad social. En la tabla 2 se presentan algunos indicadores esenciales en salud y que son relevantes para la toma de decisiones informadas, la planificación efectiva y la mejora continua del sistema de salud.

**Tabla 2.**  
**Principales indicadores de insumos, Costa Rica en el periodo 2000 – 2022.**

Insumos / Información general	2000	2001	2021	2022 <sup>1</sup>
Nacimientos	78178	71144	54288	53435
Tasa de crecimiento natural (por cien habitantes) <sup>2</sup>	16.33	15.38	0.45	0.47
Natalidad y fecundidad				
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	20.2	19.3	10.5	10.2
Tasa global de fecundidad (por mujer)	2.42	2.31	1.31	1.29
Tasa de reproducción (por mujer)		1.1	0.6	
Bruta	1.179	1.126	0.640	0.631
Neta	1.178	1.126	0.640	0.630

**Nota.** Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2002 – 2021 y Datos Publicado en 25 de enero 2023. Estadística del INEC (BIRRM 2021, Datos demográficos 2022). <sup>1</sup> Datos preliminares. <sup>2</sup> Los datos de población están actualizados según el documento de Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas), 1950-2050, noviembre 2013. Los nacimientos se tomaron de los cálculos de población sin las correcciones realizadas en el año 1965.

Dada la relevancia en salud y, por ende, en los servicios de salud, la mortalidad y la fecundidad son consideradas como los principales determinantes del cambio demográfico en una población.

Los nacimientos y las defunciones son los principales agentes de la dinámica de una población y delimitan su campo de acción (Colegio de Contadores Públicos, s.f.). Por lo anteriormente expuesto, se puede presumir que la disminución producida en la mortalidad (ver Tabla 3) es consecuencia de los avances en la ciencia médica, las mejoras en los procesos y procedimientos de atención, así como en las condiciones de vida e higiene de la población. Desde el punto de vista epidemiológico, estos determinantes y agentes son las principales causas que pueden impulsar la explosión demográfica y son un componente fundamental dentro de la transición demográfica que afecta a los países en general.

Para un mejor entendimiento de la problemática, es necesario considerar que las condiciones de vida, que incluyen aspectos ambientales, económicos, históricos, culturales y político-ideológicos, tienen un fuerte impacto en las probabilidades de enfermar y, en última instancia, de morir en una determinada etapa de la vida (OPS, 2000). Por esta razón, el nivel de la mortalidad infantil se considera un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida en una población y se utiliza para evaluar la situación de la infancia y de la salud de un país. A medida que desciende la mortalidad infantil, cambia la estructura de edad y el perfil de las causas de muerte (Behn, 2014).

De manera similar, la mortalidad materna es considerado otro indicador importante para el país, ya que refleja claramente las inequidades en la atención de salud de las mujeres. Por lo tanto, su monitoreo constante y seguimiento son prioridades para las autoridades de salud del país y de la región. Los resultados obtenidos por el país se presentan en la Tabla 3.

**Tabla 3.**  
**Principales indicadores de mortalidad de Costa Rica en el periodo 2000 – 2022.**

Datos de Mortalidad	2000	2001	2021	2022 <sup>1</sup>
Tasa de mortalidad				
General (por mil habitantes)	3.86	3.95	6.02	5.55
Infantil	10.20	10.82	8.68	9.58
Materno (No de eventos confirmados)	28	-	22	-
Maternas (Razón por 10 mil nacimientos)	-	-	4.05	-

**Nota.** Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2002 – 2021 y Datos Publicado en 25 de enero 2023. Estadística del INEC (BIRRM 2021, Datos demográficos 2022). 1 Datos preliminares

Los hallazgos más relevantes del estado de situación de la calidad se organizaron según esquema de Insumo Proceso-Producto-Resultado y Repercusión, y se presentan en la Figura 2.

## Estado de situación de la calidad

### Figura 2.

*Marco para el análisis del estado de situación de la calidad.*



## Insumos y procesos

### A. Financiamiento de salud

- ✓ De acuerdo con la Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (GHED, por sus siglas en inglés), el gasto corriente en salud de Costa Rica como porcentaje del PIB fue uno de los más altos de la región Latinoamericana y del Caribe (LAC) en el periodo 2011-2019. Para el 2019, el gasto público en salud representó el 5.6% del PIB, proporción que se acerca a la meta de la Estrategia de Salud Universal de al menos 6% del PIB. En términos absolutos, el gasto per cápita en paridad de poder adquisitivo de Costa Rica en 2019 ascendió a USD 1636, superior al promedio de la región (USD 696).
- ✓ Entre el 2017 y el 2019, el mayor monto de gasto se encontró en los hospitales, tanto de especialidades como generales, que para el 2019 concentraron el 49.75% del gasto total en la oferta de bienes y servicios. Esto muestra un balance del gasto en atención con internamiento en comparación con el gasto en atención primaria, que representó un 39% ese mismo año.
- ✓ Durante este mismo periodo (2017 y el 2019), el gasto público en APS experimentó un crecimiento real con una tasa del 12.2%, lo que representa el 39.2% del gasto público. Este indicador supera la meta del Pacto 30-30-30 de OPS/OMS y los países de América

Latina, que propone que el 30% del gasto público se destine al primer nivel de atención (Ministerio de Salud, 2022).

## **B. Personal de salud**

- ✓ A nivel nacional, en términos de oferta, actualmente existen 17 universidades que ofrecen programas de pregrado, grado y posgrado en ciencias de la salud y disciplinas afines. En cuanto a la disponibilidad total de profesionales activos para ejercer en cada una de las disciplinas, para el año 2021 se reportan, según información suministrada por colegios profesionales, un total de 77 756 profesionales agremiados activos en las áreas de la salud.
- ✓ Costa Rica cuenta con una oferta total de 56 programas de especialidades médicas, aunque no todos se ofrecen cada año. Para la formación de un especialista médico, el profesional debe cumplir con los criterios de admisión y selección establecidos por las universidades; la CCSS se encarga de definir el número de plazas disponibles dentro de la institución para los espacios de formación en sus diferentes establecimientos de salud a nivel nacional.
- ✓ Todos los profesionales activos en colegios profesionales tienen acceso a un programa de educación continua voluntario. Estos programas son válidos para certificación, recertificación o actualización científica, y son regulados y validados por el colegio profesional a través de sus instancias internas (Comisiones de Educación Continua, Dirección Científico Docente, Oficinas de Capacitación de Integración). En promedio, el 20% de los profesionales activos participa de las actividades planificadas en educación continua.

## **C. Gobernanza**

- ✓ Costa Rica cuenta con la Ley 8239 (4 de abril del 2002), Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados.
- ✓ En Costa Rica, los temas de interés de salud pública son regulados a través de la Ley General de Salud y otros instrumentos normativos específicos, como planes, estrategias, normas, directrices y lineamientos.
- ✓ El país cuenta con un sistema único de habilitación. Se visualiza como una necesidad la creación de un sistema de registro para servicios de salud centralizado y estandarizado

a nivel nacional. Todo prestador de servicios de salud debe contar con un Certificado de Habilitación en los Servicios de Salud para poder brindar servicio a una población determinada.

- ✓ La clasificación de los servicios de salud, para efectos del trámite de obtención del Certificado de Habilitación, los agrupa según el riesgo sanitario y ambiental en tres grupos:
  - Grupo A (riesgo alto): aquellos que ofrecen servicios de alta complejidad para la atención de los usuarios o que, por las características de sus actividades, pueden presentar un riesgo sanitario y ambiental alto.
  - Grupo B (riesgo moderado): aquellos que ofrecen servicios de mediana complejidad para la atención de los usuarios o que, por las características de las actividades que desarrollan, pueden presentar un riesgo ambiental moderado.
  - Grupo C (riesgo bajo): aquellos que ofrecen servicios de baja complejidad para la atención de los usuarios o que, por las características de las actividades que desarrollan, pueden presentar un riesgo ambiental bajo.
  
- ✓ La elaboración, manipulación, venta, expendio, suministro y depósito de los medicamentos solo podrán hacerse en establecimientos farmacéuticos debidamente autorizados y registrados. Es mediante normativa específica obligatoria que el Ministerio salvaguarda la seguridad de la población.
  
- ✓ Costa Rica cuenta con la Reglamentación Técnica Nacional para Registro Equipo Biomédico y la Reglamentación Técnica Centroamericana para medicamentos, vacunas y hemoderivados.
  
- ✓ Para el abordaje de la seguridad de los dispositivos médicos y las tecnologías conexas, Costa Rica establece el Sistema Nacional de Tecnovigilancia mediante Decreto Ejecutivo N.º 39342.
  
- ✓ Los servicios de atención extrahospitalarios deben cumplir con leyes y reglamentos pertinentes, los cuales son requisitos de calidad y seguridad. Tanto la Norma para la Habilitación de Ambulancias Modalidad Terrestre de Soporte Básico como la Norma para la Habilitación de Ambulancias Modalidad Terrestre de Soporte Avanzado incluyen definiciones generales de elementos de la atención extrahospitalaria. Entre ellos, se encuentran los requisitos del recurso humano, material necesario y documentación

requerida por la institución prestadora de servicios extrahospitalarios de salud, tanto para ambulancias de soporte básico (SVB) como para las de soporte vital avanzado (SVA).

- ✓ En el país se cuenta con diferente normativa, dirigida a garantizar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad como, por ejemplo, para realizar el registro sanitario, demostrar la bioequivalencia terapéutica de los medicamentos, asegurar la estabilidad y la utilización de los métodos analíticos apropiados para la adecuada verificación de la calidad y para el etiquetado de los medicamentos.
- ✓ Para garantizar la seguridad de los medicamentos, vacunas, hemoderivados y dispositivos médicos, el Ministerio de Salud cuenta con Reglamentación Técnica Nacional para Registro Equipo Biomédico y Reglamentación Técnica Centroamericana para medicamentos, vacunas y hemoderivados.

#### **D. Infraestructura tecnológica**

- ✓ A nivel nacional, el 100% de los EBAIS utiliza los aplicativos del EDUS, lo que garantiza que toda la información de los asegurados quede registrada en el expediente digital único de salud. Además, es importante destacar que el sistema EDUS integra otros módulos, como el Sistema Integrado de Vacuna (SIVA), el Sistema Integrado de laboratorio clínico (SILC), el módulo Sistema Integrado de Agendas y Citas (SIAC) y el Sistema Integrado de Expediente de Salud (SIES). Estos módulos han apoyado la gestión del proceso de atención, gracias a los controles y a la información que se genera para los directores en los establecimientos de salud, personal de salud tratante y población que obtiene los beneficios en general.
- ✓ Los establecimientos de salud que no son de la CCSS utilizan diferentes métodos de expediente. Algunos proveedores de servicio tienen su propio expediente digital que no están integrados al EDUS, mientras que otros mantienen registros en formato físico. Estos sistemas de información carecen de interoperabilidad entre centros de atención, lo que genera preocupación, ya que los datos disponibles suelen utilizarse solo para generar informes y no para tomar decisiones sobre la atención a la persona usuaria o sobre los procesos de gestión.
- ✓ En la actualidad, existen herramientas digitales disponibles que aumentan significativamente el acceso a los datos de salud y que permite un mayor control sobre la salud. Desde 2017, el Ministerio de Salud ha tomado acciones para unir esfuerzos con

otras instituciones como la CCSS, el Colegio de Médicos, la Universidad Estatal a Distancia (UNED), el Instituto Nacional de Seguros (INS) y el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MICIT) en la “Estrategia de Salud Digital”, cuya misión es adoptar un manejo de información estandarizado, oportuno, eficiente y confiable para contribuir al mejoramiento de la salud de la población.

- ✓ Actualmente, como parte de la Estrategia Salud Digital CR, el Ministerio de Salud dispone en su sitio web oficial el acceso a diferentes plataformas que permiten recolectar y actualizar información sobre eventos y factores determinantes de salud, cobertura de vacunación a nivel nacional, casos de tumores malignos, mortalidad materno infantil y seguimiento y prevención de embarazo adolescentes, entre otros temas de interés de salud pública.

## Producto

### A. Acceso y disponibilidad de los servicios

El sector privado está constituido por una amplia red de prestadores con y sin fines lucrativos, que ofrecen una variedad de servicios, tecnología, insumos y recurso humano en el campo de la salud. La salud es un incentivo para el desarrollo y expansión de servicios a lo largo del territorio nacional. En este sector, se encuentran los servicios médicos privados, compañías aseguradoras, cooperativas y asociaciones (organizaciones con fines de lucro), clínicas, farmacias, laboratorios, centros radiológicos, hospitales privados y el Instituto Nacional de Seguros (INS). La oferta de servicios incluye atención prehospitalaria, prevención, hospitalización, cirugías de baja y alta complejidad, rehabilitación, farmacia, imágenes, laboratorio, nutrición, entre otros. La Tabla 4 detalla servicios de salud disponibles a nivel nacional para la población.

La disponibilidad de camas de internamiento es un indicador que impacta directamente en la calidad de la atención brindada a las personas usuarias de los servicios de salud. Esto permite a las diferentes instancias operativas implementar estrategias para optimizar la utilización de camas, gestionar listas de espera, programar cirugías y procedimientos e identificar áreas de oportunidad para mejorar la eficiencia operativa. La Tabla 5 y la Tabla 6 resumen algunos recursos disponibles a nivel nacional.

**Tabla 4.**  
**Cantidad de Establecimientos disponibles en Servicios de Salud, 2023 en Costa Rica.**

Establecimientos	Público	Privado	Mixto	TOTAL
Hospitales	29	10	1	40
Áreas de salud o centros de salud	105	-	34	-
Puestos de visita médica	636	-	-	-
EBAIS	1083	-	-	-
Bancos de sangre	25	6	-	31
Laboratorios clínicos	104	434	-	578
Unidades transfusionales	4	3	-	7
Laboratorios especializados	24	22	-	46
Bancos de leche	1	-	-	1
Laboratorios de aguas y/o alimentos	1	-	-	1
Farmacias	4 988	14 979	240	20 307
Consultorios	8 489	9 268	123	17 880
Hogares de larga estancia para adultos mayores	0	96	0	96
Unidades Cuidados Paliativos	1	5	58	64

**Nota.** Fuente: Base de Datos del Ministerio de Salud 2023 y CCSS.

**Tabla 5.**  
**Cantidad de Recursos disponibles en Servicios de Salud, 2023, Costa Rica.**

Recursos	Público	Privado	Mixto	TOTAL
Nº. Camas de internamiento*	5323	198	262	5783
Nº Camas de cuidados intensivos*	323	24	4	351
Nº Camas de médico quirúrgica*	3125	342	258	3725
Nº Camas de gineco-obstetricia*	854	47	-	901

**Nota.** Fuente: Base de Datos del Ministerio de Salud 2023 y CCSS. \*El número de camas habilitadas al corte del mes de mayo 2023, recurso que varía en su disponibilidad.



**Tabla 6.**

**Cantidad de equipos registrados en la Unidad de Protección Radiológica de la Dirección de Protección Radiológica y Salud Ambiental del Ministerio de Salud – Costa Rica.**

Recursos	Públicos (CCSS, INS, Universidades Públicas, Poder Judicial)	Privados	TOTAL
Nº de equipos de mamografía	41	111	152
Nº de equipos de tomografía computarizada (general)	17	36	53
Nº de equipos de tomografía computarizada (simulación)	3	2	5
Nº de equipos de tomografía computarizada (SPECT/CT)	2	0	2
Nº de equipos de tomografía computarizada (PET/CT)	1	1	2

**Nota.** Fuente: Unidad de Protección Radiológica del Ministerio de Salud, 09 de mayo de 2022.

- ✓ La mayoría de los hospitales privados están ubicados en la meseta central, donde se concentra la mayor cantidad de población costarricense. En menor cantidad, se ubican en provincias lejanas fronterizas y costeras, como Guanacaste, Limón y Puntarenas.
- ✓ Según datos de la CCSS (2022), la cobertura contributiva del Seguro de Salud respecto a la población total alcanzó un 90.9% en 2021. Hasta el 31 de diciembre de 2021, el primer nivel de atención de la CCSS estaba conformado por 105 áreas de salud y 1088 EBAIS, que brindan atención a los usuarios desde 529 sedes de EBAIS y 547 puestos de visita periódica.

## **B. Calidad y seguridad de los servicios de salud**

- ✓ Los estándares de habilitación considerados en el proceso de habilitación del servicio de salud son esenciales, ya que delimitan el punto en el cual los beneficios superan los riesgos en la prestación de servicios de salud. Estos estándares incluyen requisitos y criterios de las condiciones de habilitación, considerando el riesgo sanitario y ambiental de cada tipo de servicio de salud. Su acatamiento debe ser obligatorio por parte de todos los administrados que pretendan brindar un servicio de salud.

- ✓ Se han identificado debilidades en la calidad de los servicios de salud brindados por los EBAIS, especialmente en lo que respecta a la continuidad que se da a personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Se observa un bajo desempeño en los controles óptimos de personas con hipertensión y con diabetes mellitus tipo 2, respecto de los criterios establecidos, controles que tuvieron un retroceso evidente durante la pandemia.
- ✓ Se han registrado limitaciones en las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud debido a bajos niveles de visita domiciliar efectiva y la cancelación, desde 2020, de proyectos de promoción de la salud que ya presentaban bajas coberturas de la población adscrita a las Áreas de Salud.
- ✓ Según las estimaciones del Índice Global de Satisfacción realizado por la Dirección de Contraloría de Servicios de Salud, la población aún no está satisfecha con el servicio. Además, los Índices de Coordinación de la Información y la Gestión Clínica elaborados por la CGR no alcanzaron una nota satisfactoria de conformidad con el criterio experto de profesionales en salud y la literatura, en relación con una serie de prácticas consideradas razonables y la frecuencia con que estas se manifiestan.
- ✓ Existe un mecanismo de notificación de incidentes relacionados con la seguridad de la persona usuaria de los servicios de salud, con formatos oficiales para informar sobre eventos adversos relacionados con medicamentos y equipo y material biomédico, en concordancia con OMS, y un mecanismo centralizado para notificar los efectos adversos de los medicamentos a través de un Sistema de Farmacovigilancia. La actualización de la información está en proceso y actualmente solo se generan alertas remitidas por entes internacionales.
- ✓ Se están implementando otras iniciativas en algunos establecimientos de salud, como programas de utilización racional de antibióticos (PROA), seguridad en medicamentos que lucen parecido / suenan parecido, conciliación de medicamentos que toma el paciente en forma ambulatoria, estandarización de interacciones entre medicamentos y entre medicamentos con comida, con participación de los departamentos de nutrición.
- ✓ A nivel nacional, tanto los establecimientos de salud privados como públicos han optado voluntariamente por someterse a procesos de acreditación, sin que estos sustituyan la habilitación obligatoria establecida por el ente rector. En Costa Rica, hay dos hospitales

privados cuyos procesos ambulatorios están acreditados internacionalmente por sus procesos hospitalarios centrados en la seguridad del paciente. Además, hay un establecimiento mixto acreditado por el Ministerio de Salud como Hospital Seguro, verde e inteligente. Las unidades de Cuidados Paliativos han sido acreditadas por el Ministerio de Salud por cumplir con estándares de calidad en sus procesos de atención.

- ✓ Algunos laboratorios se han acreditado según la normativa ISO 15189 (4 privados) y la Norma ISO 17025 (1 privado y el de Paternidad de la CCSS). Existe un plan en marcha por parte de la CCSS, titulado “Manual de apoyo para la Implementación de la Gestión de Calidad en los Laboratorios Clínicos de la Caja Costarricense de Seguro Social” para la acreditación con la norma ISO de sus laboratorios.
- ✓ Los establecimientos de salud públicos y privados cuentan con uno o varios programas orientados a prevención y control de infecciones adquiridas en centros de salud. Estos se enfocan en infecciones asociadas a dispositivos (sonda vesical, vía venosa central, ventilación mecánica), infección del sitio quirúrgico o infecciones relevantes epidemiológicamente, como la enfermedad asociada a *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), entre otras. También, se incluyen programas de higiene de manos, que involucran la capacitación y las observaciones de su cumplimiento. Asociado a esto, se implementan programas de manejo de desechos bioinfecciosos y patológicos y, programas de manejo de lesiones punzocortantes a través del sistema de riesgo laboral, en conjunto con INS.
- ✓ Aunque no existe un programa nacional de prevención y control de infecciones, se ha oficializado el "Manual de bioseguridad para establecimientos de salud y afines, mediante el cual se establecen medidas generales de bioseguridad, precauciones estándares y de transmisión, desinfección y esterilización de equipo médico". Su vigilancia y correcta aplicación es responsabilidad de las autoridades del Ministerio de Salud (Decreto Ejecutivo N.º 37552-S).
- ✓ La evaluación de resultados de los programas de cirugía segura en el país se dificulta debido a la falta de un repositorio centralizado y estandarizado de reportes de métricas a nivel nacional.
- ✓ Se implementan programas de capacitación y educación al personal en la CCSS, INS y algunos centros privados, junto con la presencia de protocolos de atención, cuidado, detección, valoración y manejo de úlceras por presión, con miras a disminuir la incidencia

y severidad de las úlceras por presión en una población de alto riesgo, a través de una intervención multidisciplinaria que pudiese incluir a la familia. Sin embargo, dicha información no está consolidada a nivel nacional.

- ✓ No existe un protocolo nacional único; cada institución cuenta con sus propias guías de referencia, contrarreferencia y protocolos. Es necesario fortalecer el sistema de referencia de pacientes para evitar el aumento de la lista de espera y garantizar el control y seguimiento clínico adecuado.
- ✓ En cuanto a los tiempos de espera, se observa un aumento en la consulta externa y los procedimientos médicos en la CCSS. Para cirugías, la espera se ha prolongado considerablemente, siendo esta la lista más afectada. El informe anual de labores 2021-2022, resume lo siguiente:

**Consulta externa:** aumentó el plazo de espera por consultas, cuyo promedio pasó de 151 días en diciembre de 2019 a 157 en diciembre de 2020.

**Procedimientos:** para procedimientos, el plazo en días de espera promedio, para diciembre del 2019, fue de 142 días; en diciembre de 2020, de 116 días, y, con la información adicional a diciembre del 2021, el promedio era de 134 días.

**Cirugías:** el área quirúrgica pasó de una espera de 341 días en diciembre de 2019 a 495 días al cierre del 2020; y, a diciembre del 2021, un promedio de 594 días, esta lista es la más afectada (Informe Anual de Labores 2021-2022, Defensoría de los Habitantes de la República, s.f.).

- ✓ No existe un formato estandarizado para evaluar la experiencia de los usuarios en los servicios de salud. Cada centro de atención es responsable de escoger los componentes de la encuesta, su análisis y las acciones a implementar.

## Resultado – repercusión

### A. Estado de salud

- ✓ Durante el periodo noviembre 2021 – octubre 2022, se registró una tasa de mortalidad infantil interanual (TMII) de 9.46 decesos de niños menores de un año por mil nacimientos. Las defunciones infantiles ocurrieron principalmente en el periodo neonatal, y las principales causas fueron "afecciones originadas en el periodo perinatal" y


"malformaciones congénitas" que, en conjunto, representaron el 87.9% del total de defunciones infantiles.

## **B. Protección de riesgo financiero**

- ✓ El pago directo de los hogares, mejor conocido como gasto de bolsillo, cubrió, durante el 2019, el 22% del gasto corriente anual en salud, ligeramente superior al 20% señalado por el Informe de la Salud en el Mundo de 2010 de la OMS como el nivel umbral por encima del cual se incrementa el riesgo financiero para los hogares (OMS, 2010). Estos pagos directos se pueden convertir en una barrera para el acceso a la atención de la salud; durante el periodo 2017-2019, los datos de cuentas de salud muestran que el gasto de bolsillo ha crecido en términos reales un 14.5%, superando los 600 mil millones CRC para 2019.
- ✓ Se desconoce el dato nacional de los costos asociados en los que se incurre en readmisiones prevenibles por la misma causa en los primeros 30 días posteriores a su egreso, así como en los que se incurren por reintervenciones quirúrgicas no programadas y eventos asociados a infecciones intrahospitalarias.

## **C. Capacidad de respuesta**

- ✓ El instrumento más utilizado por los establecimientos de salud para esta medición es el Net Promoter Score (NPS), como un indicador que se utiliza en los programas de experiencia del cliente para medir la satisfacción del usuario. Es un medio de retroalimentación en la red de servicios de la CCSS, red de servicios del INS y en algunas entidades prestadoras de servicios de salud a nivel privado.
- ✓ No se cuenta con un formato estandarizado para la recolección y medición de información objetiva relacionada con la experiencia del usuario, debido a la diversidad y enfoques establecidos por cada centro de atención. Es responsabilidad de cada centro de atención la escogencia de los componentes de la encuesta, su análisis y acciones a implementar. Como estrategias en su proceso de mejora, algunos establecimientos implementan programas de comunicación e incentivos para motivar la excelencia en el trato del personal con los usuarios y tienen programas establecidos para divulgar la retroalimentación brindada por usuarios.

- 
- ✓ Para velar por el cumplimiento de la Ley 8239, el Ministerio de Salud cuenta con la Auditoría General de Servicios de Salud (AGSS), y, por parte de la CCSS, se crean las Contralorías de Servicios de Salud, las cuales están a cargo de la Dirección Institucional de Servicios de Salud (DICSS), dichas instancias dentro de sus funciones deben atender las inconformidades de los usuarios según dicha Ley.

# Marco conceptual



## ¿En qué consisten las políticas y estrategias nacionales de calidad?

Según el manual para elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad de la OPS: Se trata de una iniciativa impulsada por un país para promover y planificar una mayor calidad de la atención. A menudo se describe en un documento que incluye una declaración oficial y explícita del enfoque y las medidas necesarios para mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud de un país, y debe conectarse estrechamente con las políticas y procesos nacionales más amplios de planificación de la salud. La responsabilidad de la preparación de tales documentos generalmente corresponde al Ministerio de Salud, que trabaja en estrecha colaboración con una variedad de instancias normativas y ejecutoras (OPS, 2018).

En el caso de Costa Rica, ya desde el año 2015, en la formulación de la Política Nacional de Salud se incorpora el concepto de calidad en salud y este Plan Nacional de la Calidad para la Prestación de Servicios de Salud está vinculado al primer eje de la Política 2023-2033 que está en proceso de actualización (Ministerio de Salud, 2023), definido como: Eje I: Calidad Acceso y Cobertura Universal en Salud.

## **Definición de Calidad en Salud para Costa Rica**

La Política Nacional de Salud de Costa Rica considera la calidad en salud como un área de intervención y la define como:

El grado en el cual los servicios que se prestan a la población incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible y que son consistentes con el conocimiento profesional vigente y los avances tecnológicos, siendo estos satisfactorios para los usuarios tanto internos como externos (Ministerio de Salud, 2015).

Plantea, además, que la calidad en salud está determinada por los procesos de gestión orientada a la satisfacción de necesidades y requerimientos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Además, está vinculada con aspectos técnicos, con la efectividad y eficiencia, así como con la calidez, accesibilidad y comodidad.

Existen siete características fundamentales y medibles que reflejan la calidad en los servicios de salud. Estas características se asocian con una mayor probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y están alineadas con el conocimiento profesional vigente, lo que permite asegurar que la atención sea efectiva, segura y centrada en la persona (Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2020, p. 31).

Esto implica que, para alcanzar una atención de calidad, es necesario: una coordinación fluida entre distintos servicios y niveles de atención (integrada), aplicar prácticas que demuestren resultados positivos y minimicen riesgos innecesarios (seguridad), adaptar la atención a las necesidades y preferencias de cada paciente (centrado en la persona), ofrecer una atención oportuna, sin demoras que afecten la salud, asegurar que todas las personas reciban el mismo nivel de calidad sin distinción de origen o circunstancias (equidad), y emplear los recursos de forma óptima para evitar desperdicios y maximizar el valor de la atención (eficiencia).



**Figura 3.**

***Elementos que caracterizan la calidad en la atención en salud.***



## **Calidad en todo el Sistema de Salud**

Mejorar la calidad de la atención en torno a las necesidades, las prioridades y la participación de las personas usuarias de los servicios de salud puede suponer un paso firme para institucionalizar la calidad de la atención. Sin embargo, en Costa Rica se requiere un abordaje integral que, además, refuerce la interoperabilidad de los componentes del Sistema Nacional de Salud, definido en el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social como el conjunto de entes públicos y privados, nacionales e internacionales, interrelacionados entre sí, que tienen, como parte de sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios; finales, intermedios y de apoyo, destinados explícitamente a la protección y mejoramiento de la salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo.

Entre los entes que lo componen se encuentran, además de los que conforman el Sector Salud, los servicios de salud privados de atención directa a las personas y de protección y mejoramiento del hábitat humano, las organizaciones comunitarias que realizan actividades destinadas a proteger y mejorar la salud de las personas y su hábitat, la población en general, cuando participa activamente en la realización de acciones estratégicas en salud, incluida la toma de decisiones, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias, los organismos de cooperación internacional, como la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la Food and Agriculture Organization (FAO), entre otras (Ministerio de Salud, 2011). En la actualidad, el Ministerio de Salud dispone de información de los servicios de salud públicos y privados, cuenta con la descripción de los recursos y oferta de servicios, que requiere ser actualizada y estandarizada (Ministerio de Salud de Costa Rica -OPS , 2023).

Tal y como lo plantea el manual de OPS:

si bien la calidad de la atención se expresa predominantemente en la interacción entre el proveedor y el receptor, se produce dentro de un sistema de salud mucho más amplio y complejo, y los encargados de planificar las iniciativas nacionales para mejorar la calidad de la atención deberían tener en cuenta este contexto. Para evitar que estos esfuerzos se conviertan en una iniciativa vertical e independiente, se requiere el apoyo decidido a la mejora de la calidad entre el liderazgo existente a todos los niveles de los sistemas de salud (OPS, 2018).

La calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades, con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás. Ello implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición (OPS, 2023).

## **La continuidad de los servicios en salud**

La continuidad del servicio es capacidad de una organización para continuar la entrega de productos y servicios dentro de plazos aceptables a una capacidad predefinida durante un evento disruptivo (INTECO, 2023). Como un “elemento clave” en la atención de la persona usuaria; en ella, se ven involucrados mecanismos de organización entre los diferentes niveles

de atención. Se destaca lo relacionado con la formación profesional, la planificación y valoración interdisciplinaria, la provisión del servicio y el seguimiento profesional (MS & OPS, 2023).

Según el informe del IOM *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Instituto de Medicina, 2001), la coordinación e integración de la atención “es fundamental debido a la vulnerabilidad que suele acompañar a una enfermedad o lesión. En este contexto, resulta esencial que los proveedores de atención se encarguen de organizar adecuadamente los servicios (como exámenes, consultas o procedimientos) para asegurar que la información necesaria llegue a las personas indicadas en el momento preciso. La atención enfocada en el paciente responde a la necesidad de facilitar transiciones sin contratiempos entre distintos entornos o de un centro de atención sanitaria a uno de autoservicio”.

La Joint Commission International (JCI) destaca la importancia de la continuidad de la atención en sus estándares para hospitales, considerándola un “aspecto clave de la calidad de los servicios de salud y enfatiza la necesidad de una adecuada coordinación entre los diferentes niveles y servicios de atención para reducir la probabilidad de errores y mejorar la experiencia del paciente, lo cual es fundamental para una atención segura y eficaz” (Joint Commission International, 2021).

En Costa Rica, se emplea el “Sistema de Referencia y Contrarreferencia” como un procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención médica, actuando como una red coordinada de servicios. Su propósito es facilitar el envío y recepción de pacientes, garantizando una atención médica oportuna, integral y de calidad; también, busca garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido. Aunque no se dispone de un protocolo nacional, cada institución cuenta con sus propias guías de referencia entre los diferentes niveles de atención, así como sus instrumentos relacionados con el tema de referencia y contrarreferencia. Esto se debe a que cada red de servicios de salud determina los requisitos necesarios para la atención de un paciente.

# Gestión para resultados en el desarrollo



La gestión para resultados en el desarrollo (GpRD) orienta la acción, colectiva y coherente, mediante la cual los gestores del desarrollo promueven la generación de mayor valor público. Su implementación fomenta el cambio sociocultural al transformar la gestión institucional; busca garantizar la efectividad de los bienes y servicios públicos que generan valor para la población y que se traducen en su satisfacción. Este enfoque establece responsabilidades por el logro de resultados, promueve una rendición de cuentas más efectiva, oportuna y veraz, y permite la verificación por parte de la opinión pública y la ciudadanía.

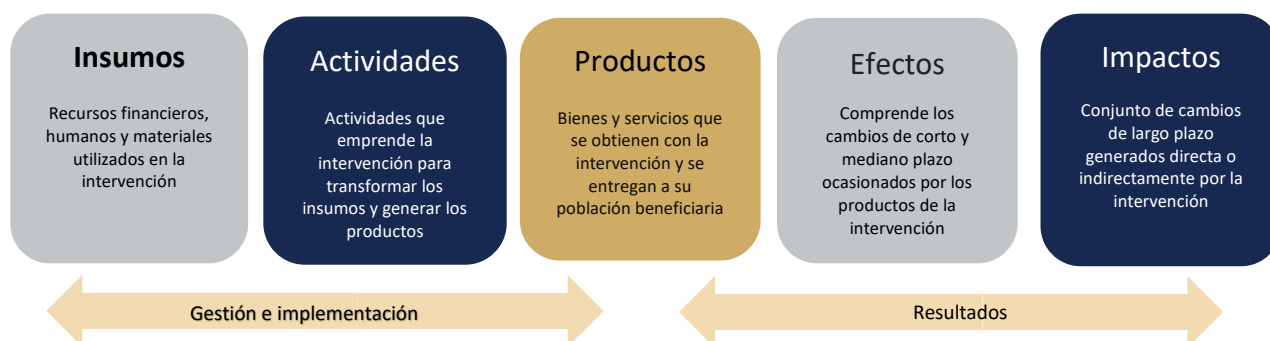
Un instrumento básico en la GpRD es la cadena de resultados, la cual establece la causalidad entre sus elementos, que van desde los insumos y las actividades hasta los productos, efectos

e impactos. Responde a tres preguntas esenciales: ¿cuáles son los resultados esperados?, ¿cómo lograrlos? y ¿cómo medir su cumplimiento? (MIDEPLAN, 2023).

En el centro del concepto de GpRD se encuentra el término "valor público", referido a los cambios sociales observables y medibles que el Estado realiza como respuesta a las necesidades o demandas sociales. Estos cambios constituyen los resultados que el sector público busca alcanzar. La noción de resultado en la GpRD está asociada al cambio social producido por la acción del Estado, no solamente a las actividades o los productos que contribuyen a ese cambio.

La gestión basada en resultados se centra en una noción de causalidad, donde diversos insumos y actividades conducen lógicamente a órdenes mayores de resultados (productos, efectos e impacto). Los cambios se reflejan en la cadena de resultados que ilustra las relaciones de causa y efecto.

**Figura 4.**  
**Cadena de Resultados GpRD.**



**Nota.** Fuente: MIDEPLAN. (2017). Manual de evaluación para intervenciones públicas.

# Premisas de diseño del plan

A partir del diagnóstico del estado actual de la calidad en los servicios de salud dentro del Sistema Nacional de Salud, así como del análisis prospectivo realizado por la Dirección de Servicios de Salud (DSS) del Ministerio de Salud, se derivan las premisas para la formulación de este plan (Figura 4).

**Figura 5.**

***Declaraciones que orientan la planificación de las acciones estratégicas.***



- 1** La visión del país es clara, aspira a la construcción de un sistema de salud que se distinga por su excelencia, seguridad y un enfoque centrado en el paciente. Se persigue la meta de que cada individuo que acceda a un servicio de salud experimente una atención de calidad, donde se respeten sus derechos, se le escuche y reciba una atención integral y oportuna.


- 2** Para materializar esta visión, es imperativo fortalecer y fomentar una cultura de calidad en todos los estratos del sistema de salud. Esto conlleva un compromiso constante con la mejora continua, lo cual redundará indirectamente en la continuidad de los servicios y directamente en la adopción de las mejores prácticas en la prestación de servicios de salud.


- 3** La calidad debe erigirse como una prioridad en la planificación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud, así como en la formación continua y desarrollo del talento humano en salud, que desempeña un papel activo en la prevención de eventos adversos.



# 4

Desde esta perspectiva, resulta crucial integrar el concepto de valor público, con el fin de orientar la necesidad de mejorar el bienestar de la población mediante la promoción de condiciones seguras de atención, que propicien una mejor salud, equidad y calidad en los servicios. Esto debe hacerse bajo los principios de gestión para resultados de desarrollo que impulsa el Estado costarricense.



# 5

Además, es esencial fortalecer la participación ciudadana y promover la transparencia en la gestión de la calidad. Los usuarios del sistema de salud deben ser considerados como socios activos en la toma de decisiones, deben sentirse facultados para exigir una atención de calidad y tener acceso a información clara y comprensible sobre su salud y los servicios disponibles.



# 6

Es necesario mejorar la interoperabilidad de las Redes Integradas en la Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) entre todos los actores del Sistema Nacional de Salud, así como el sistema de referencia de pacientes, para evitar el aumento de la lista de espera por casos que podrían ser atendidos en el primer nivel de atención. También se debe garantizar la contrarreferencia de los asegurados dados de alta, para asegurar un control y seguimiento clínico adecuado.



# 7

Asimismo, es pertinente redefinir un marco de referencia, normas y estándares de calidad para la prestación de servicios de salud, con el fin de fortalecer los esquemas de certificación y habilitación de servicios en el marco del Sistema Nacional de Salud.



# 8

Se deben evaluar y monitorear la experiencia de las personas usuarias, los costos y la inversión en servicios de salud para tomar decisiones que propicien una mejor utilización de los recursos disponibles.



# 9

Costa Rica se compromete a fortalecer la vigilancia, y el control de la calidad, promoviendo la implementación de sistemas de gestión de la calidad, el uso y publicación de indicadores y la evaluación sistemática de los servicios que se brindan en el contexto del Sistema Nacional de Salud. Estos mecanismos a corto, mediano y largo plazo permitirán identificar áreas de mejora, tomar decisiones informadas y garantizar que los recursos se utilicen de manera efectiva y eficiente.




# Metodología de formulación basada en la gestión para resultados en el desarrollo



La gestión para resultados en el desarrollo (GpRD) ha sido impulsada ampliamente por organismos internacionales como una estrategia de desarrollo, y el MIDEPLAN la define como una estrategia de gestión que se centra en el logro de los objetivos para el desarrollo y los resultados (productos, efectos e impactos), regida por principios como la eficacia-calidad, transparencia, integridad, participación ciudadana, continuidad y fomento del aprendizaje (MIDEPLAN, 2016). Al planificar, no solo se deben identificar los resultados buscados, sino que también es necesario definir cómo se lograrán y evaluarán dichos resultados. Es decir, la planificación debe asegurar las actividades para la consecución de los objetivos en el plazo definido.





El contenido de este plan se debe entender como un proceso sistémico que implica la transformación de recursos para atender las necesidades de las personas usuarias y del mismo Sistema Nacional de Salud a corto y mediano plazo. Por lo tanto, responde a principios de participación, integralidad, racionalidad, continuidad y previsión para garantizar la calidad en los servicios.

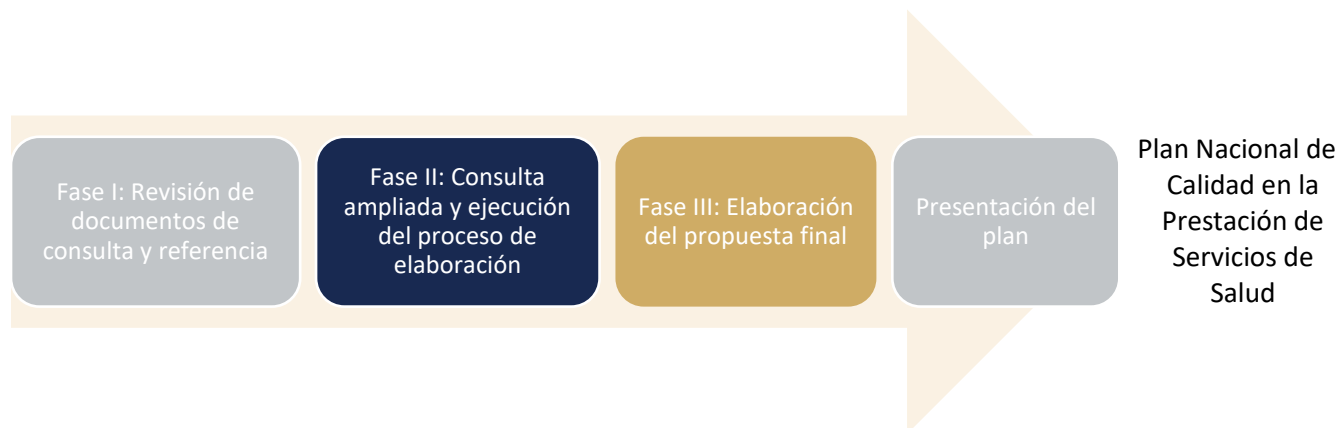
Bajo esta perspectiva, la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud logró recopilar diversos insumos, proporcionados por los actores sociales involucrados en la prestación de servicios de salud, mediante el empleo de la técnica del árbol de problemas; con esto, pudo identificar, de manera organizada, las problemáticas que afectan a los servicios de salud, así como el problema central, sus causas y efectos. El objetivo de utilizar el árbol de problemas es proporcionar a la planificación estratégica una base sólida para el diseño de estrategias y soluciones efectivas en la planificación del presente plan. Al comprender las relaciones entre los problemas, sus causas y efectos, se logra priorizar las acciones, definir un objetivo claro y desarrollar las intervenciones que aborden las raíces del problema. Estos hallazgos (ver Anexo I) orientarán los esfuerzos de mejora de la calidad en la prestación de servicios de salud para los próximos años (2024-2030).

La metodología para formular y estructurar este documento hace énfasis en el logro de objetivos de desarrollo significativos y sostenibles, orientado por los impactos asociados al fin o propósito de la Política Nacional de Salud y los resultados (efectos) relacionados con los objetivos y las actividades a nivel del plan de acción.

Desde un punto de vista metodológico, sigue principalmente métodos cualitativos y utiliza diferentes técnicas para recopilar y analizar información. Para la estrategia de construcción, se definieron cuatro fases interrelacionadas que apoyan su desarrollo a través de un proceso participativo de múltiples partes interesadas (ver Figura 6).

**Figura 6.**

**Esquema de metodología de formulación del PNCPS basadas en gestión para resultados en el desarrollo.**



**Nota.** Fuente: Dirección de Servicios de Salud.

**Etapa 1. Revisión de documentos de consulta y referencia.**

Se realizó una revisión de las bases conceptuales, del marco normativo y de la documentación técnica para orientar la discusión y presentación de los resultados del Estado de Calidad y para la elaboración del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud. Esta revisión documental incluyó la Política y Plan Nacional de Salud, la Estrategia Regional, el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, las Políticas y Planes Nacionales en Salud Pública, la Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud 2020-2025, el Manual para la Elaboración de Políticas y Estrategias Nacionales de Calidad de 2018, el Informe de Taller para Proponer un Abordaje Nacional de Calidad del Sistema de Salud Costarricense y el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030.

**Etapa 2. Consulta ampliada y ejecución del proceso de planificación.**

Una vez establecido el Estado de Calidad, como parte del proceso de caracterización del contexto y situación actual que recopila información cualitativa a partir de entrevistas semiestructuradas a los actores clave, se procedió a un proceso de consulta ampliada. Este involucró a un grupo de actores vinculados en la prestación de servicios de salud mediante la ejecución de dos talleres de trabajo. En los talleres se recopilaron insumos para la formulación

de la propuesta del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud en el marco de la Hoja de Ruta Trazada:

- **Primer taller. Identificación del problema, causas y efectos.**

Se abordaron los problemas identificados en el estado de situación de calidad para identificar uno central, establecer posibles causas (en algunos casos, el origen de estas) y efectos provocados por el problema central. De acuerdo con la Metodología para Elaborar el Plan Nacional Sectorial del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de 2021, el árbol de problemas tiene una relación directa con la generación de diseño de intervenciones públicas y gran aplicabilidad en la PpRD. Esta técnica participativa permitió identificar el problema y organizar la información recolectada, también, facilitó la generación de un modelo de relaciones causales.

- **Segundo taller. Desarrollo de estrategias.**

Durante el desarrollo se logró validar el planteamiento del árbol de problemas, el objetivo principal y el específico, y trabajar en las acciones estratégicas y posibles indicadores, insumos plasmados en el Plan Nacional de Calidad en Prestación de Servicios de Salud.

- **Etapas 3. Elaboración del Plan Nacional de Calidad.**

Con base en los insumos generados en las dos etapas anteriores, y tomando en consideración las tres Líneas Estratégicas de Acción propuestas en la Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025, se integraron, homologaron y unificaron los distintos insumos para plasmar el texto y definición final del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.

- **Etapas 4. Presentación del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud con los diferentes actores involucrados.**

# Participación ciudadana



Para la elaboración del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, se llevó a cabo un proceso que aseguró la participación ciudadana con el objetivo de comprender las necesidades de salud de las personas, familias, comunidades y diversas instituciones y organismos. Con ello, se pretendía aumentar la probabilidad de alcanzar los resultados deseados con el menor riesgo posible (ver Anexo 3).

Se ha asignado un peso a cada uno de los actores en función de su participación en el proceso de elaboración del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud. Este es un proceso complejo que depende, en gran medida, del contexto específico, los objetivos del plan y las relaciones de poder entre los diferentes actores. A continuación, se detallan los criterios seleccionados.

- **Criterio I. Importancia del rol.** Considera el papel que desempeña cada actor en el sistema de salud y en la elaboración del plan. Por ejemplo, el Ministerio de Salud podría tener un peso significativo debido a su autoridad en la regulación y gestión del sistema

de salud.

- **Alto:** este peso lo tienen aquellos actores cuya participación es crucial para el éxito del proceso de elaboración. Aquí se pueden incluir instituciones gubernamentales claves que tienen autoridad y recursos para elaborar recomendaciones y políticas en salud. También, pueden ser actores que representan a grupos de pacientes o a la sociedad civil, cuya participación garantiza que las necesidades y preocupaciones de los usuarios de los servicios de salud se tengan en cuenta en las decisiones y acciones posteriores.
  - **Medio:** lo tienen actores cuya participación puede ser valiosa para aportar conocimientos técnicos, análisis y recursos, pero es posible que no tengan la misma influencia directa en la toma de decisiones que los actores de alto nivel.
  - **Bajo:** es el peso de aquellos actores que aún pueden proporcionar perspectivas útiles o recursos adicionales.
- **Criterio 2. Recursos y capacidad.** Este criterio considera los recursos y la capacidad de cada actor para influir en el proceso de elaboración del plan. Los actores con mayores recursos técnicos o de influencia pueden tener un peso mayor.
    - **Alto:** es el peso de aquellos que tienen abundantes recursos técnicos, humanos y políticos, así como una sólida capacidad técnica y organizativa. Tienen la capacidad de movilizar recursos significativos y tienen experiencia y conocimientos técnicos para contribuir de manera sustancial al proceso de elaboración.
    - **Medio:** corresponde al peso de actores con recursos y capacidades moderadas, pero pueden no ser tan abundantes o sólidos como los actores de alto nivel. Aunque pueden no tener tantos recursos como los actores de alto nivel, aún pueden aportar experiencia y conocimientos técnicos valiosos al proceso de elaboración.
    - **Bajo:** es el peso de actores con recursos y capacidad bajos; tienen recursos limitados y una capacidad técnica y organizativa limitada. Aunque su capacidad de contribuir puede ser limitada, aún pueden proporcionar perspectivas valiosas desde su experiencia local y desempeñar un papel importante a nivel comunitario.

- **Criterio 3. Representatividad.** Este criterio evalúa la capacidad de cada actor para representar los intereses de diferentes grupos de la sociedad, especialmente aquellos que son más vulnerables o marginados.
  - **Alto:** los actores con este nivel de representatividad son aquellos que reflejan la diversidad de la población afectada por el proceso de elaboración. Tienen la capacidad de abogar por los intereses de sus respectivas comunidades y garantizar que se escuchen y se tengan en cuenta en el proceso de evaluación.
  - **Medio:** acá se ubican actores que representan a ciertos segmentos de la población. Esto puede incluir organizaciones de profesionales de la salud, grupos empresariales o instituciones académicas. Aunque pueden representar ciertos intereses o perspectivas, es posible que no representen completamente la diversidad de la población.
  - **Bajo:** se trata de los que tienen una representación limitada a ciertos grupos de interés o comunidades. Esto puede incluir grupos de interés del sector privado que representan solo a ciertos sectores de la industria o individuos con acceso limitado a recursos o información. Su participación puede excluir a ciertos grupos de interés importantes.
  
- **Criterio 4. Apoyo político.** Este criterio considera el nivel de apoyo político que cada actor tiene dentro del gobierno y entre otros actores clave.
  - **Alto:** son aquellos que cuentan con el respaldo explícito y comprometido de líderes políticos y autoridades gubernamentales de alto nivel. Esto puede incluir ministros, legisladores, gobernadores u otros funcionarios electos que lo respaldan públicamente y están comprometidos con su éxito.
  - **Medio:** actores que pueden tener cierto respaldo por parte de líderes políticos o autoridades gubernamentales, pero puede que no sea tan sólido o explícito como el de los actores de alto nivel. Esto puede incluir funcionarios de nivel medio en el gobierno, líderes locales o legisladores que expresan interés en ellos, pero pueden no comprometer recursos o tomar medidas concretas para apoyarlo.
  - **Bajo:** actores que pueden enfrentar oposición activa o indiferencia por parte de líderes políticos o autoridades gubernamentales. Esto puede dificultar la asignación de recursos, la elaboración de recomendaciones y la sostenibilidad del proceso de evaluación.

- **Criterio 5. Participación.** Este criterio evalúa el grado de involucramiento de cada actor en el proceso de elaboración del plan, incluyendo su contribución a la formulación de políticas, la generación de evidencia y la movilización de recursos.
  - **Alto:** este nivel indica el mayor grado de compromiso y contribución de los actores; son aquellos que están profundamente involucrados en todas las etapas del proceso de elaboración. Contribuyen con ideas, análisis, datos y recursos, participan en reuniones, discusiones y actividades de trabajo, y están comprometidos con los objetivos y resultados del proceso.
  - **Medio:** actores que pueden estar involucrados en algunas etapas o aspectos del proceso de elaboración, pero pueden no estar tan comprometidos o involucrados como los actores de alto nivel. Pueden participar en reuniones o proporcionar comentarios ocasionalmente, pero su contribución puede ser irregular o limitada en comparación con otros actores. Aunque su participación puede ser valiosa, puede haber margen para aumentar su compromiso y contribución al proceso de elaboración.
  - **Bajo:** actores que pueden mostrar un interés limitado o una contribución mínima al proceso de elaboración. Pueden estar presentes en reuniones o recibir información sobre el proceso, pero pueden no participar activamente en discusiones, aportar datos o recursos, o tomar medidas concretas para apoyar el proceso.

**Tabla 7.**  
**Aplicación de criterios en función a la participación ciudadana en el proceso de elaboración del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.**

Institución/Organización	Importancia del Rol	Recurso y capacidad	Representatividad	Apoyo Político	Participación
Área Rectora de Salud de Escazú- Ministerio de Salud	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Auditoría General de Servicios de Salud - Ministerio de Salud	Medio	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
Cámara Costarricense de la Salud	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio
Colegio de Enfermeras	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colegio de Farmacéuticos	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colegio de Médicos y Cirujanos	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colegio de Nutricionistas	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colegio de Odontólogos	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Colegio de Psicólogos	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
CONAPAM	Medio	Bajo	Medio	Medio	Bajo
CONAPDIS	Medio	Bajo	Medio	Medio	Medio
Dirección de Producto de Interés Sanitario - Ministerio de Salud	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio
Dirección de Servicios de Salud – Ministerio de Salud	Alto	Medio	Bajo	Medio	Alto
Dirección de Vigilancia de Salud - Ministerio de Salud	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio
Dirección General de Salud - Ministerio de Salud	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo



Institución/Organización	Importancia del Rol	Recurso y capacidad	Representatividad	Apoyo Político	Participación
Unidad de Rectoría de la Región Central Sur- Ministerio de Salud	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Federación de Pacientes de Costa Rica	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio
Gerencia Médica – CCSS	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio
Hospital CIMA	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto
Hospital Clínica Bíblica	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto
Hospital Metropolitano	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo
Hospital México – CCSS	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo
Hospital Nacional de Niños – CCSS	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
INCIENSA	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio
Instituto Nacional de Seguros – INS Salud	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Medio	Medio	Alto	Medio	Bajo
SINAEMET	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio
Sistema de Emergencia 911	Medio	Medio	Bajo	Medio	Medio
Unidad de Rectoría de la Región Central Sur - Ministerio de Salud	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Universidad de Costa Rica	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Universidad Latina	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio

**Nota:** Elaboración propia de la Dirección de Servicios de Salud.

# Componentes del Plan Nacional de Calidad



El Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud se fundamenta en acciones estratégicas que promueven un enfoque centrado en las personas usuarias, con una mayor participación. Se enfoca en la eficiencia, eficacia, acceso, seguridad de la atención en los servicios de salud y la participación del personal de salud como elemento esencial para garantizar la implementación efectiva de prácticas de calidad.

Con el propósito de tener un impacto positivo en el perfil salud-enfermedad en el país, el plan establece una hoja de ruta para mejorar la calidad de los servicios de salud con estándares medibles. Esto implica involucrar activamente a las personas usuarias en las iniciativas y promover una cultura de mejora continua en todos los niveles de atención. De esta manera, se

garantiza que los servicios de salud no solo cumplan con estándares de calidad técnica, sino que también contribuyan de manera significativa al bienestar y la salud de la población en general.

Se reconoce la importancia de abordar de manera sistemática los temas identificados durante la aplicación de la herramienta de planificación del árbol de problemas. El objetivo es analizar gráficamente un problema, sus causas, sus causas subyacentes y las consecuencias generadas por el problema principal. Esta herramienta participativa considera tanto fuentes de información externas (datos producidos) como internas (opiniones de las personas que participan en los procesos en los servicios de salud). A través de este ejercicio, se promueve la personalización de la atención, la optimización de recursos, la mejora de los resultados clínicos, entre otros aspectos fundamentales para la calidad y seguridad de la atención en salud.

Es importante mencionar que el plan no incluye temas relacionados con avances tecnológicos, continuidad en la prestación de servicios a personas con enfermedades no transmisibles y obesidad (ENTO), interoperabilidad de sistemas, formación de profesionales de la salud, ni acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Estas temáticas son abordadas en otros instrumentos jurídicos normativos como Estrategias de Salud Digital (Ruta), la Política Nacional de Salud, y su plan de acción, la Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades no Transmisibles y Obesidad 2022-2030, el Plan Nacional de Recursos Humanos en Salud en proceso de elaboración y el Plan Nacional de Desarrollo, el cual se integra de manera complementaria para fortalecer la calidad y continuidad de los servicios de salud.

Las acciones estratégicas propuestas en este plan son transversales a todos los niveles de atención en el sistema de salud; es decir, se aplican consistentemente desde la atención primaria hasta la atención especializada y hospitalaria. Esto se hace con el objetivo de proporcionar una atención integral y coherente para todas las personas usuarias de los servicios de salud y promover la colaboración entre los diferentes niveles de atención. Con ello, se pretende que las personas usuarias valoren y evalúen la consistencia y confianza de los servicios de salud, además de fomentar una relación continua con su proveedor de atención médica y una transición fluida entre diferentes proveedores y niveles de atención.

## Objetivo general

Asegurar la calidad en los servicios de salud mediante la promoción de la mejora continua en la atención directa a las personas, con el fin de tener un impacto positivo en el perfil salud-enfermedad de la población en Costa Rica.

## Ejes, objetivos, indicadores y metas

El Plan contará con un eje que se detalla a continuación.

### EJE 1. Prestación de servicios de salud centrados en la persona con seguridad y efectividad

Se enfoca en garantizar que la atención sea segura, efectiva y centrada en las personas usuarias, mediante la implementación de estrategias que previenen eventos adversos, reducen los tiempos de espera, minimizan las reintervenciones quirúrgicas no programadas y evitan las readmisiones innecesarias. Tiene la cualidad de ser integral, y busca mejorar la experiencia y los resultados de atención para los usuarios del sistema de salud.

Con el desarrollo de este eje y su plan de acción, los resultados esperados, objetivos específicos e indicadores se presentan en la tabla 8.

**Tabla 8**

#### **Resultados esperados e indicadores según objetivo específico**

Objetivo específico	Resultado esperado	Indicador	Línea de base	Meta al 2030
1. Reducir los tiempos de espera quirúrgica para la población, asegurando un acceso oportuno a la atención en salud	Población con acceso a una atención oportuna que ve reducido el tiempo de espera quirúrgica	1.1 Plazo promedio de espera quirúrgica con prioridad baja	2023: 583 días	365 días

Objetivo específico	Resultado esperado	Indicador	Línea de base	Meta al 2030
2. Implementar medidas de seguridad en los servicios de salud para reducir y mitigar los eventos adversos asociados a la atención en salud	Población con acceso a una atención segura que ve mitigado los eventos adversos asociados a la atención en salud	2.1 Tasa de infecciones del tracto urinario asociado a catéter vesical	ND	0- 3.1 / 1000 días catéter vesical
		2.2 Tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociado a vía venosa central	ND	0- 5.3 / 1000 días catéter de vía venosa central
		2.3 Tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva	ND	0-11.4 / 1000 días de ventilación mecánica invasiva
		2.4 Tasa infecciones intrahospitalarias por <i>Clostridoides difficile</i>	ND	0- 3.5/10.000 días pacientes
		2.5 Tasa de caídas de personas usuarias hospitalizados en servicios de salud	ND	0- 3.44/1000 días pacientes
		2.6 Tasa de úlceras de presión en personas usuarias hospitalizados en servicios de salud	ND	0- 3.44/1000 días pacientes
3. Optimizar la eficiencia en la atención en salud para minimizar el riesgo de complicaciones y evitar readmisiones o reintervenciones quirúrgicas innecesarias	Población con acceso a una atención eficiente que ve reducido el riesgo de tener complicaciones como consecuencia de readmisiones o reintervenciones quirúrgicas	3.1 Porcentaje de personas usuarias de servicios de salud de 18 y más años con reintervención quirúrgica no planeada en los 30 días post operatorio	ND	0-0.6% de reintervenciones quirúrgicas no planeadas
		3.2 Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por diabetes mellitus	ND	0- 24.5 % readmisiones por la misma causa
		3.3 Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por crisis hipertensiva	ND	0- 10.6% de readmisiones por la misma causa

Objetivo específico	Resultado esperado	Indicador	Línea de base	Meta al 2030
		3.4 Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por mastectomía por cáncer de mama	ND	0- 4.9 % de readmisiones por la misma causa
		3.5 Porcentaje readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por prostatectomía radical	ND	0- 4.2 % de readmisiones por la misma causa

**Nota.** Las fichas de cada indicador se muestran en el Anexo 3. ND: no hay datos nacionales.

# Plan de acción

El plan de acción consiste en definir las acciones estratégicas para alcanzar las metas establecidas en el eje. Para cada acción estratégica se establecen metas operativas, indicadores para medir su cumplimiento y la línea base, estimación presupuestaria, responsable y plazo de cumplimiento de cada acción definida. En el Anexo 4 se detalla cada indicador del plan de acción.

Acciones estratégicas	Indicadores de cumplimiento	Línea de base	Metas	Estimación presupuestaria (CRC)	Responsables	Periodo / plazo
A. Habilitación de los servicios de salud con enfoque en seguridad de la atención	A.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados con estándares de seguridad de la atención.	ND	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	2025-2030: Total: 171 175 584	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud	2025-2030
B. Acreditación de los servicios de salud para Unidades de Cuidados Paliativos y hogares de larga estancia	B.1 Porcentaje de unidades de cuidados paliativos que solicitan fondos públicos de la JPS acreditadas	ND	2024: 70% 2025:100%	2024-2025 Total: 67 800 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud	2024-2025
	B.2 Porcentaje de hogares de larga estancia que solicitan fondos públicos en proceso de acreditación	ND	2026: 20% 2028: 30% 2029: 40% 2028: 50% 2029: 70% 2030: 100%	2026-2030 Total: 290 380 320	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud	2026-2030
C. Programa de vigilancia de eventos adversos centralizado y estandarizado de reporte obligatorio para los servicios de salud clasificados con riesgo alto públicos y privados a nivel nacional.	C.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan el reporte de eventos adversos	ND	2026: 20% 2027: 40% 2028: 60% 2029: 80% 2030: 100%	2026-2030 Total: 178 500 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2026-2030

Acciones estratégicas	Indicadores de cumplimiento	Línea de base	Metas	Estimación presupuestaria (CRC)	Responsables	Periodo / plazo
D. Fortalecimiento de la atención de enfermedades trazadoras a través de la implementación de metodologías de verificación de la atención como fuentes de oportunidad de mejora	D.1 Número de enfermedades trazadoras verificadas	ND	2027: Una enfermedad trazadora verificada 2028: Una enfermedad trazadora verificada 2029: Una enfermedad trazadora verificada 2030: Una enfermedad trazadora verificada	2027-2030 Total: 194 117 056	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/, Unidad de Armonización de Servicios de Salud	2027-2030
E. Estandarización de la práctica clínica basada en evidencia en las primeras 5 causas frecuentes de consulta en los servicios de salud con internamiento para disminuir la variabilidad del cuidado de la salud en los establecimientos de salud	E.1 Porcentaje de establecimiento de salud habilitados que disponen de los protocolos clínicos de las primeras 5 causas frecuentes de consulta	ND	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	2025-2030 Total: 291 175 584	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/ Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2025-2030
F. Programa de cultura justa y de seguridad del paciente implementado en los servicios de salud clasificados con riesgo alto, públicos y privados	F.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que tienen implementado un programa de cultura justa y de seguridad del paciente en los servicios de salud	ND	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	2025-2030 Total: 291 175 584	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2025-2030



Acciones estratégicas	Indicadores de cumplimiento	Línea de base	Metas	Estimación presupuestaria (CRC)	Responsables	Periodo / plazo
G. Implementación del monitoreo de la satisfacción de los usuarios internos y externos en los servicios de salud con internamiento públicos y privados a nivel nacional	G.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados que implementan el monitoreo de satisfacción del usuario interno y externo	ND	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	2025-2030 Total: 428 400 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2025-2030
H. Implementación de un sistema de monitoreo de la eficiencia financiera de los servicios de salud en eventos relevantes en salud (enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad), para una toma de decisiones informada basada en evidencia	H.1 Porcentaje de implementación del Disease Information System (DIS) obligatorio nacional en evaluación de la eficiencia financiera del sistema de salud para tratar las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad	ND	2025 20% 2027: 50% 2028: 70% 2029: 80% 2030:100%	2025-2030 Total: 72 000 000	Ministerio de Salud/ Dirección de Servicios de Salud/ Unidad de Economía de la Salud	2025-2030
I. Implementación de un sistema de monitoreo de la eficiencia financiera en eventos relevantes (Continua en la siguiente página)	I.1 Número de eventos adversos asociados a Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con costo promedio anual	ND	2027: 3 de las primeras causas de eventos adversos asociados a IAAS con el gasto total	2027: Total: 12 000 000	Ministerio de Salud/ Dirección de Servicios de Salud/ Unidad de Economía de la Salud	

Acciones estratégicas	Indicadores de cumplimiento	Línea de base	Metas	Estimación presupuestaria (CRC)	Responsables	Periodo / plazo
en calidad de los servicios de salud para una toma de decisiones informada basada en evidencia	I.2 Número de readmisiones prevenibles con costo promedio anual	ND	2028: 3 primeras causas de las readmisiones prevenibles	2028: Total: 12 000 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/ Unidad de Economía de la Salud	
	I.3. Número reintervenciones quirúrgicas no programadas con costo promedio anual	ND	2029: 3 de las primeras causas de reintervenciones quirúrgicas no programadas	2029: Total: 12 000 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Economía de la Salud	
J. Programa de evaluación de la conformidad de los estándares de seguridad del paciente establecidos como obligatorios en los servicios de salud clasificados con riesgo alto	J.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que verifican los estándares de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud	ND	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	2025-2030 Total 293 832 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2025-2030
K. Programas de educación permanente en servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto y servicios de salud acreditados, dirigidos a profesionales en salud y orientados a la seguridad del paciente, (continua en la siguiente página)	K.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan programas de educación permanente	ND	2025: 10% 2026: 20% 2027: 40 % 2028: 60% 2029: 80% 2030: 100%	2025-2030 Total 293 832 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/ Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2025-2030

Acciones estratégicas	Indicadores de cumplimiento	Línea de base	Metas	Estimación presupuestaria (CRC)	Responsables	Periodo / plazo
trato humanizado, comunicación efectiva, trabajo en equipo, prevención de infecciones intrahospitalarias y mecanismos de notificación de eventos adversos						
	K.2 Porcentaje de hogares de larga estancia que implementan programas de educación permanente	ND	2026: 20% 2028: 30% 2029: 40% 2028: 50% 2029: 70% 2030: 100%	2026-2030 Total 290 380 320	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud con la colaboración de hospitales nacionales, regionales y periféricos públicos y privados, red de INS, otros servicios de salud públicos, privados y mixtos	2026-2030
L. Implementación y monitoreo en forma permanente del reporte de experiencia del usuario en los servicios de salud habilitados con internamiento públicos y privados	L.1 Porcentaje de servicios de salud habilitados que que aplican un instrumento de medición y monitorean la experiencia del usuario en forma permanente	ND	2026: 10% 2027: 20 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	2026-2030 Total 357 000 000	Ministerio de Salud/Dirección de Servicios de Salud/Unidad de Armonización de Servicios de Salud con colaboración de la Auditoría General de Servicios de Salud	2026-2030

**Nota.** Las fichas de cada indicador se muestran en el Anexo 4. ND: no hay datos nacionales.

# Modelo de gobernanza y gestión para el Plan Nacional de la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud en Costa Rica.



## Aspectos generales

La gobernanza se concibe como una forma de entender e interpretar las capacidades estatales y las relaciones entre el Estado y la sociedad. Por lo tanto, es un concepto dinámico que puede adoptar diversas concepciones según los cambios o exigencias de una sociedad

determinada. No existe un concepto único de gobernanza, por lo que esta debe ser contextualizada y matizada en función de los niveles en los que participa (Peters, 2005).

Por su parte, el modelo de gestión tiene como objetivo establecer la organización, enfoques de trabajo, estilo de funcionamiento y recursos necesarios para garantizar la orientación, ejecución y seguimiento del Plan Nacional de Calidad. Se basa en los siguientes principios:

- Coordinación multinivel entre actores nacionales, regionales y locales.
- Mecanismos de articulación y comunicación para la toma de decisiones.
- Enfoque participativo con representación de todos los actores relevantes.
- Monitoreo y evaluación continua.
- Rendición de cuentas y transparencia.

## Estructura

La gobernanza determina los factores que organizan la interacción entre los actores involucrados, las dinámicas de los procesos y las reglas en la formulación e implementación de este plan. En términos prácticos, la gobernanza de este plan debe contemplar los tres niveles de gestión (nacional / regional / local) donde exista participación de todos de acuerdo con sus alcances.

## Nivel nacional

El Ministerio de Salud, por medio de la Dirección de Servicios de Salud, será el encargado de la dirección, conducción, formulación de políticas, regulación y monitoreo de este Plan como instancia rectora del Sistema Nacional de Salud.

- Se conformará un Equipo Técnico Consultivo con representación de:
  - Prestadores de servicios de salud con roles de mediana importancia:
  - CCSS (Gerencia Médica) con altos recursos y capacidad, alta representatividad.
  - Hospitales nacionales (por ejemplo, Hospital Nacional de Niños) con recursos y capacidad medios, representatividad media.
  - Hospitales privados (por ejemplo, Internacional La Católica, Clínica Bíblica, CIMA, Hospital México) con altos recursos y capacidad, alta representatividad.

- Aseguradoras como el Instituto Nacional de Seguros (INS) con rol medio, altos recursos y capacidad, representatividad media.
- Sociedades científicas con roles medios:
  - Colegio de Médicos y Cirujanos con recursos y capacidad media, representatividad media.
  - Colegio de Enfermeras con recursos y capacidad media, representatividad media.
  - Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos con recursos y capacidad media, representatividad media.
  - Colegio de Farmacéuticos con recursos y capacidad media, representatividad media.
- Organizaciones de pacientes como la Federación de Pacientes Costa Rica con bajo rol, pero alta representatividad.
- Comunidades representadas por CONAPDIS y CONAPAM con roles y recursos bajos, pero representatividad media.
- Academia (por ejemplo, Universidad de Costa Rica, Universidad Latina) con roles, recursos y representatividad media.

El Ministerio de Salud y el equipo técnico consultivo desempeñan un papel fundamental en el marco nacional de seguimiento y evaluación. El equipo consultivo técnico asume la responsabilidad de asesorar en metodologías, indicadores y metas que sirvan de base para este proceso. Cada año, elabora un informe exhaustivo que refleja los datos recopilados.

Ambas entidades, también, promoverán convenios con proveedores, estableciendo metas al cumplimiento de las normas. Además, se incentivará la creación de espacios para compartir experiencias y buenas prácticas en los diferentes niveles de gestión. El Ministerio de Salud, con el apoyo del equipo técnico asesor, establecerá reglamentos, normas, incentivos y sanciones relacionadas con la implementación del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud. Este enfoque integral garantizará una supervisión efectiva y una mejora continua de la calidad de los servicios de salud en el país.

## Nivel regional / local

Se conformarán equipos técnicos multidisciplinarios con representación de instituciones relevantes como las Unidades de Rectoría Regional y Áreas Rectoras de Salud del Ministerio de Salud, con roles y recursos de nivel medio, para el seguimiento de la implementación de estándares de calidad específicos y planes de mejora.

## Mecanismos de gestión

### Articulación y comunicación

- Reuniones de coordinación. Se llevará a cabo una serie de reuniones trimestrales de coordinación con los niveles de gestión nacional, regional y local para revisar los avances y los desafíos, y acordar soluciones o ajustes para la implementación del Plan Nacional de Calidad.
- Sesiones interactivas de retroalimentación sobre el progreso y los desafíos. Se organizarán talleres presenciales o virtuales para recopilar comentarios de las partes interesadas dentro del sistema de salud y los usuarios. Esto permitirá recoger percepciones, sugerencias y observaciones sobre el desarrollo del Plan de Calidad y sus resultados provisionales.
- Sistema integral de información para monitoreo en tiempo real. Se establecerá una plataforma informática centralizada con acceso a todos los involucrados, que integre la información de indicadores y metas de calidad desde los niveles locales a nacional, para facilitar el monitoreo en línea, seguimiento gerencial y toma de decisiones basadas en evidencia.
- Reportes estandarizados. Se utilizarán formatos simplificados y gráficos de los avances en indicadores de calidad, emitidos de forma periódica para mantener informados a todos los actores.

### Coordinación técnica

- Estándares de calidad específicos. Se elaborarán documentos técnicos con parámetros de calidad en procesos de atención, desarrollados de forma conjunta entre especialistas nacionales y contrapartes para la estandarización de procesos.

- Evaluaciones rápidas de capacidad resolutive en regiones y establecimientos. Equipos conjuntos de expertos en calidad realizarán, de forma periódica, valoraciones in situ, utilizando herramientas ágiles para determinar fortalezas y debilidades en capacidades instaladas en los servicios de salud, cuyos resultados orienten planes de mejoramiento.
- Acompañamiento in situ a equipos locales por personal especializado. Profesionales experimentados en implementación de mejoras en calidad apoyarán temporalmente a equipos locales para resolver problemas específicos.

### **Incentivos y sanciones**

- Convenios de gestión por resultados entre rectoría y prestadores. Se establecerán compromisos de cumplimiento de metas de mejora en indicadores trazadores de calidad.
- Reconocimiento público e incentivos al personal por logros destacados. Se otorgarán agradecimientos públicos y compensaciones no monetarias al personal que más contribuya al logro de mejoras en calidad.
- Amonestaciones y sanciones por incumplimiento de implementación de plan de mejora. Se aplicarán advertencias y actos administrativos por causas previamente definidas como incumplimiento reiterado, negligencia o conductas antiéticas en relación con el mejoramiento continuo de calidad.



**Figura 7.**  
**Modelo de Gobernanza para el Plan Nacional de la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud en Costa Rica.**



**Nota.** Fuente: Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud.

# Seguimiento y evaluación del Plan Nacional para la Prestación de Servicios de Salud en Costa Rica



Los sistemas de seguimiento de los planes, programas y proyectos de salud son fundamentales para determinar el progreso, identificar potenciales problemas y facilitar el cambio que permita la mejora en la implementación y el alcance de los resultados esperados.

Para el sistema de seguimiento del Plan Nacional de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud en Costa Rica 2024-2030, la Dirección de Servicios de Salud ha elegido la herramienta informática avanzada Power BI (diseñada por Microsoft). Con ella, se realizan análisis de datos,

además, cuenta con funcionalidades de inteligencia artificial y creación de informes fácilmente accesibles. Este instrumento complementa el proceso de planificación y está destinado a ser utilizado en la fase de implementación del Plan, elaborado por el Equipo de la Dirección de Servicios de Salud (DSS), entidad responsable de gestionar la información y realizar los ajustes necesarios para que el sistema se convierta en un mecanismo de comunicación efectiva entre los actores sociales y un instrumento de gobernanza en el proceso de implementación del Plan, procesando la información facilitada por las partes interesadas.

La herramienta Power BI es una colección de servicios de software, aplicaciones y conectores que trabajan en conjunto para convertir fuentes de datos no relacionadas en información coherente, interactiva y visualmente atractiva. Sus datos pueden provenir de una hoja de cálculo de Excel o una colección de almacenes de datos híbridos locales y basados en la nube. Permite conectarse fácilmente a los orígenes de datos, visualizar y descubrir qué es importante y compartirlo con cualquier usuario o grupo de usuarios deseado.

Este sistema de seguimiento forma parte de la gobernanza de la implementación del Plan, entendida como la interrelación de instituciones u organizaciones consideradas actores sociales que, según las normas, reglamentos, procedimientos, leyes y mecanismos de coordinación de competencia, realizan acciones estratégicas orientadas al cumplimiento de los objetivos establecidos en dicho Plan. Para garantizar una gobernanza eficaz acorde a los asuntos críticos identificados en la situación actual de la calidad, se requiere la colaboración y compromiso de cada una de las partes involucradas, según sus respectivas potestades y responsabilidades.

El sistema propuesto para el seguimiento del Plan contempla pasos metodológicos del proceso de datos: recopilación, procesamiento, análisis y presentación a través de tablas y gráficos automatizados, con un cuadro de mando o dashboard para dar seguimiento al avance de las metas del indicador de las acciones estratégicas. De esta manera, se dispone de una herramienta de gestión práctica y de uso ágil, que procesa la información requerida para el seguimiento del Plan, considerando los siguientes aspectos:

- Datos sujetos a medición de fuentes confiables y precisas.
- Definición de procedimientos e instrumentos para la recolección y procesamiento de los datos establecidos (fichas de indicadores).
- Presentación de la información de forma objetiva, oportuna, comprensible y relevante para ser utilizada en la preparación de informes que, posteriormente, serán divulgados

a las instituciones y organizaciones involucradas en la implementación de las acciones estratégicas del Plan.

El propósito esencial de este sistema es apoyar la toma de decisiones y la implementación de las acciones estratégicas, así como contribuir a la sostenibilidad de la planificación del Plan. Por lo tanto, la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, responsable de las funciones rectoras en el tema de calidad en la prestación de servicios de salud, analizará la información producida con el fin de orientar estratégicamente el cumplimiento. En caso necesario, realizará los ajustes correspondientes para garantizar la adecuada implementación de acciones estratégicas que contribuyan a la consecución de los objetivos del plan. Este sistema de seguimiento permitirá a la Dirección de Servicios de Salud conocer el avance del cumplimiento de las acciones hacia la meta planteada y detectar desviaciones en los resultados hacia el logro de objetivos.

## Funcionamiento del sistema de seguimiento

El sistema de seguimiento para el Plan está conformado por el proceso de recopilación, procesamiento y visualización de datos que permiten ver, gráficamente y en tablas, los resultados, los cuales serán comunicados para utilizarse por los usuarios pertinentes. Este sistema de seguimiento registrará la información resultante de la implementación de las acciones estratégicas en el cumplimiento de los indicadores y sus metas establecidas en el Plan, considerando los siguientes aspectos:

### I. Recopilación de datos

#### a) Base de datos

Como parte de la recopilación de datos, se diseñó una herramienta de registro en hojas de cálculo del programa Microsoft Excel, mediante la cual se recopila la información de las fuentes indicadas por acción estratégica.

El sistema propuesto está directamente relacionado con las acciones estratégicas del Plan y se alimenta de tres fuentes de información: la plantilla de planificación, la ficha del indicador y el reporte del seguimiento del avance por parte de los actores sociales correspondientes.

## **b) Plantilla de la acción estratégica:**

Las plantillas de las acciones estratégicas se formularon en la fase de planificación, en conjunto con los actores sociales involucrados en su construcción. Adicionalmente, por cada acción estratégica, se estableció el indicador correspondiente, línea de base, meta del indicador y el responsable de su implementación. El sistema de seguimiento propuesto permitirá recopilar toda la información generada con la implementación de las acciones estratégicas y reportada por los actores responsables.

## **c) Ficha del indicador**

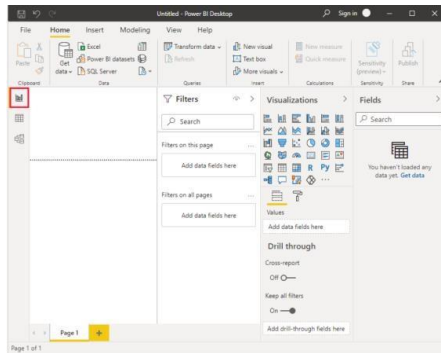
El indicador o indicadores planteados para cada acción estratégica del Plan son la principal fuente de información sobre la que se sustentará el sistema de seguimiento. La información se recopilará en uno de los instrumentos institucionales nacionales delimitados por el MIDEPLAN, denominada Ficha del indicador, que se aplica a cada acción estratégica, la cual recopila, ordena y sistematiza toda la información requerida para su adecuada interpretación.

La ficha del indicador contiene la siguiente información: nombre del indicador, definición conceptual, fórmula de cálculo, componentes involucrados, unidad de medida, interpretación, desagregación: geográfica y temática, línea de base, descripción detallada de la meta por año, periodicidad de medición del indicador, fuente de información, clasificación, tipo de operación estadística y comentarios generales.

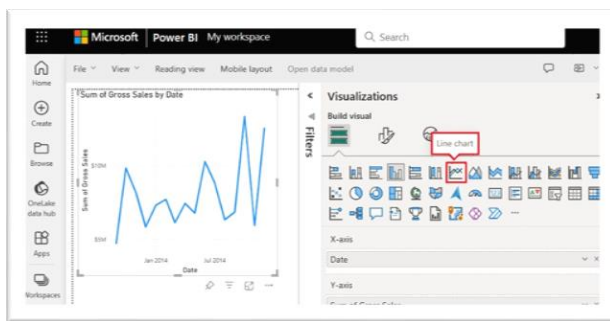
## **2. Procesamiento de datos**

En esta etapa, se procesarán los datos correspondientes, mediante vínculos o fórmulas inteligentes, que generarán información porcentual del avance anual de las metas por cada acción estratégica. Esta información se visualizará mediante gráficos, cuadros, figuras o tablas resumen generadas a partir de la información disponible, tal y como se representa en la figura 8, 9 y 10.

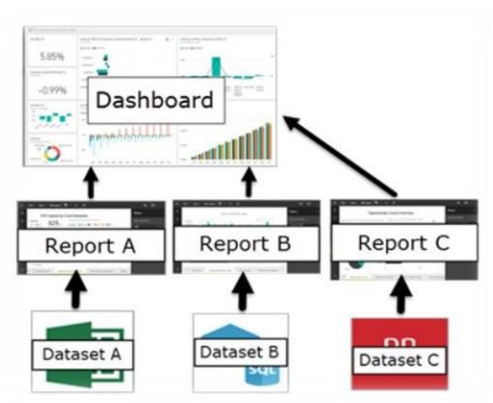
**Figura 8.**  
Representación de las funciones del software.



**Figura 9.**  
Representación del procesamiento de los datos.



**Figura 10.**  
Representación de la presentación de la información.




### 3. Frecuencia de medición de los indicadores

Considerando la importancia de obtener información precisa que permita la medición de los indicadores en la implementación del Plan, cada uno de estos fue analizado para asegurar que cumple con las características necesarias para medir su avance en la ejecución del Plan. Como parte del Sistema de Seguimiento, y según la información de la base de datos, la Dirección de Servicios de Salud definió que cada año se medirán los indicadores para conocer el progreso en las metas propuestas y determinar el estado actual de las acciones estratégicas correspondientes. Por lo tanto, estos serán evaluados en enero de los años 2026, 2027, 2028, 2029 y 2030 por parte de la DSS del Ministerio de Salud. Durante el periodo 2024 se elaborarán los instrumentos jurídicos necesarios para operativizar las acciones estratégicas a partir del año 2025.

Para la aplicación del Sistema, la Dirección de Servicios de Salud asignará el respectivo recurso humano. El Sistema está diseñado para consultar a los actores sociales mediante el registro de datos en hojas del programa Microsoft Excel, que la DSS podrá enviar a cada una de las instancias responsables de reportar el avance de la acción estratégica, según el indicador y su meta. Se reportarán los avances de las acciones estratégicas del Plan, indicando el porcentaje o cifra alcanzados anualmente, junto con comentarios sobre los avances, riesgos y evidencia, según la información de la ficha del indicador respectiva.

Es importante considerar que algunos indicadores no cuentan con línea de base, y podrían requerir periodos más largos en la implementación de ciertas acciones estratégicas para su medición. Por lo tanto, en esos casos, se incorporó el indicador de manera porcentual o numérica para ir conociendo su nivel de cumplimiento de la acción estratégica. Esto significa que observar progresos, cambios o avances significativos en el resultado del indicador podría llevar más tiempo en unos casos que en otros, y, por ende, este factor debe ser considerado en el respectivo proceso de medición y posterior análisis.

Los datos de línea de base de los indicadores se utilizarán para establecer los valores iniciales de indicadores básicos y constituirán la base para establecer y/o ajustar las metas que se espera alcanzar con la implementación del Plan. Esta información será comparada con los resultados obtenidos en la implementación, tanto en los periodos de seguimiento del Plan como al final del cumplimiento de cada acción estratégica.



La información de la línea base aparece en la plantilla de planificación y en la ficha del indicador. A la mayoría de los indicadores no se les identificó línea de base debido a que son acciones estratégicas que no se han implementado con anterioridad a la construcción del Plan.



# Seguimiento del Plan



El sistema de seguimiento producirá información relevante para determinar el progreso alcanzado en el cumplimiento de las metas de los indicadores de las acciones estratégicas del Plan. Dicha información podrá ser utilizada no solo para la elaboración de informes de avance, sino también para tomar decisiones relacionadas con la planificación y la gestión de las acciones estratégicas y dar a conocer los logros y las lecciones aprendidas de Costa Rica, que contribuyen a alcanzar los objetivos propuestos en materia de calidad para el 2024-2030.

En el proceso de planificación, se proyecta el desarrollo de la fase de evaluación, tomando como base los resultados del seguimiento realizado. En caso de realizar esta fase, será un complemento muy importante, ya que permitirá generar resultados que contribuirán al fortalecimiento de las acciones estratégicas del Plan o incorporar las que sean necesarias para la calidad en la prestación de servicios de salud en el período 2024- 2030, dentro del marco jurídico correspondiente.

El Ministerio de Salud ha determinado el trabajo conjunto de las diferentes partes involucradas para fortalecer y mejorar los procesos de gestión e implementación del Plan, enfocados en el logro del objetivo y los lineamientos estratégicos en el ámbito de la Prestación de Servicios de Salud.

El ciclo de la planificación estratégica se cierra con la etapa de evaluación del Plan en el marco del presente componente, lo cual permitirá identificar los principales problemas operativos, las oportunidades existentes y las buenas prácticas o fortalezas en la implementación del plan, todo con el fin de tomar decisiones estratégicas orientadas a mejorar su gestión. En este sentido, una evaluación permitirá determinar el nivel de contribución de las acciones estratégicas para la consecución de los objetivos estratégicos nacionales en el abordaje de la temática Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.

## **Evaluación y rendición de cuentas**

La evaluación es un proceso interno que llevará a cabo la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud para medir los componentes del plan de manera cuantitativa; este debe adaptarse conforme cambien las circunstancias y las necesidades de la población. Es importante tener en cuenta que la evaluación del plan puede ser un proceso complejo y multidimensional que requiere la participación de diversas partes interesadas y la aplicación de enfoques metodológicos adecuados.

La Dirección ha definido las etapas para dar seguimiento al cumplimiento de las acciones estratégicas planificadas y su funcionamiento, así como los indicadores que serán medidos cada año a fin de dar seguimiento. Además, se llevará a cabo una evaluación de los resultados a medio término de dicho plan, para lo que se coordinará con la Unidad de Seguimiento y Evaluación de la Dirección de Planificación, con el fin de definir las herramientas metodológicas y los procesos que se requieran para alcanzar las metas establecidas en las temáticas de interés nacional.

Ante la ausencia de datos nacionales, es importante considerar que algunos indicadores podrían requerir periodos más largos en la implementación de ciertas acciones estratégicas para su medición. Esto implica una repercusión en la observación de progresos, cambios o avances significativos en el resultado de algunos indicadores. Por lo tanto, este factor debe tenerse en cuenta en el proceso de medición y posterior análisis.

Es altamente recomendable llevar a cabo una evaluación interna entre los años 2030 y 2031, dirigida por la Dirección de Servicios de Salud con el apoyo de la Dirección de Planificación.

Esta evaluación interna permitirá identificar aprendizajes y resultados a través de juicios de valor sobre el cumplimiento de estándares, resultados clínicos, eficiencia en la prestación de servicios de salud, sostenibilidad y seguridad de la atención ofrecida a los usuarios de los servicios de salud. Estos resultados servirán como insumo para la planificación estratégica del Ministerio de Salud.

Algunos pasos por considerar en la evaluación interna son:

1. Teoría del Programa. Es importante comprender sus objetivos, alcance, instrumentos y población objetivo con el fin de comprender los elementos esenciales del plan antes de proceder con su evaluación.
2. Definir indicadores clave. Identificar indicadores claros, medibles, relevantes y específicos para los objetivos de la política.
3. Recopilar datos. Reunir los datos necesarios para evaluar los indicadores identificados.
4. Analizar los datos. Utilizar los datos recopilados para analizar el impacto del plan en relación con los indicadores definidos. Esto podría incluir análisis cuantitativos y cualitativos.
5. Evaluar los criterios. Evaluar la pertinencia, eficacia, eficiencia y sostenibilidad del plan.
6. Identificar lecciones aprendidas. Analizar qué aspectos de la política han funcionado bien y cuáles pueden mejorarse.
7. Presentar hallazgos y recomendaciones. Comunicar los resultados de la evaluación de manera clara y transparente.
8. Repetir según sea necesario. Utilizar los resultados de la evaluación para mejorar el plan existente o informar el diseño de nuevas acciones estratégicas en el futuro.

La Dirección de Servicios de Salud establecerá un mecanismo para divulgar y difundir los resultados con el fin de rendir cuentas a las partes interesadas (academia, población y servicios de salud) sobre el proceso de mejora.


# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Behn, H. (2014). Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(1), 1-31.  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-02012014000100010](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012014000100010)  
Centro Internacional de Prospectiva y Altos Estudios. (s. f.).  
<https://www.cipae.edu.mx/>
- Centro para la Prevención y Control de Enfermedades. (2024). Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and Non-central Line Associated Bloodstream Infection). *National Healthcare Safety Network*.  
[https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc\\_clabscurrent.pdf](https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf)
- Centro para la Prevención y Control de Enfermedades. (2024). Multidrug-Resistant Organism & *Clostridioides difficile* Infection (MDRO/CDI) Module. *National Healthcare Safety Network*. [https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/12pscmdro\\_cdadcurrent.pdf](https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/12pscmdro_cdadcurrent.pdf)
- Centro para la Prevención y Control de Enfermedades. (2024). Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator associated Pneumonia [PNEU]) Event. *National Healthcare Safety Network*.  
<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvapcurrent.pdf>
- Centro para la Prevención y Control de Enfermedades. (2024). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events. *National Healthcare Safety Network*.  
<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscscauticurrent.pdf>
- Colegio de Contadores Públicos de Costa Rica. (s. f.). 6. *Mortalidad*.  
[https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia\\_03/materia/6\\_mortalidad.htm](https://ccp.ucr.ac.cr/cursos/demografia_03/materia/6_mortalidad.htm)
- Daniel J. Rubin and Arnav A. Shah. (2021). Predicting and Preventing Acute Care Re-Utilization by Patients with Diabetes  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8418292/>
- Decreto Ejecutivo n.º 43432. Reglamento general para permisos sanitarios de funcionamiento, permisos de habilitación y autorización para eventos temporales de concentración masiva de personas, otorgados por el Ministerio de Salud. (9 de marzo de 2022).

- [https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?paramI=NRTC&nValorI=1&nValor2=96613&nValor3=129492&strTipM=TC](https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?paramI=NRTC&nValorI=1&nValor2=96613&nValor3=129492&strTipM=TC)
- Evelyn Balsells, Ting Shi, Callum Leese, Iona Lyell, John Burrows, Camilla Wiuff, Harry Campbell, Moe H Kyaw, Harish Nair. (2019). Global burden of *Clostridium difficile* infections: a systematic review and meta-analysis  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30603078/>
- Feng-Chen Kao, MD, PhD, Yun-Chi Chang, Tzu-Shan Chen, Ping-Hsin Liu, MD, PhD, and Yuan-Kun Tu, MD, PhD. (2021). Risk factors for unplanned return to the operating room within 24 hours  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8663871/>
- Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social. (2021). *Enfoque de Resultados y Valor Público*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica. (2023). *INTE G130:2022/Cor 1:2023*.  
[https://erp.inteco.org/en\\_US/shop/inte-g130-2022-cor-1-2023-sistemas-de-gestion-de-continuidad-de-servicios-para-organizaciones-publicas-y-sin-fines-de-lucro-requisitos-y-orientacion-para-su-uso-10436#attr=](https://erp.inteco.org/en_US/shop/inte-g130-2022-cor-1-2023-sistemas-de-gestion-de-continuidad-de-servicios-para-organizaciones-publicas-y-sin-fines-de-lucro-requisitos-y-orientacion-para-su-uso-10436#attr=)
- Institute of Electrical and Electronics Engineering. (2000). *The Authoritative Dictionary of IEEE Standards Terms, Seventh Edition*. IEEE.
- Instituto de Medicina. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press.
- Jennifer Yu, MD, I Margaret A. Olsen, PhD, MPH,2 and Julie A. Margenthaler, MD. (2020). Indications for Readmission Following Mastectomy for Breast Cancer: An Assessment of Patient and Operative Factors.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7722119/>
- Ley n.º 5395. Ley General de Salud. (30 de octubre de 1973).  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?paramI=NRTC&nValorI=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?paramI=NRTC&nValorI=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC)
- Ley n.º 5412. Ley Orgánica del Ministerio de Salud. (8 de noviembre de 1973).  
[http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?paramI=NRTC&nValorI=1&nValor2=8204&nValor3=96263&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?paramI=NRTC&nValorI=1&nValor2=8204&nValor3=96263&strTipM=TC)
- Ministerio de Planificación y Política Económica. (2016). *Manual de Planificación con enfoque para resultados en el desarrollo*.
- Muddasir Ashraf, Viviana Zlochiver, Alexander Bolton, Suhail Q Allaqaband, Tanvir Bajwa, M Fuad Jan. (2022). Thirty-Day Readmission Rate Among Patients With Hypertensive Crisis: A Nationwide Analysis.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35869656/>

- Ministerio de Salud. (2015). Política Nacional de Salud de Costa Rica. Ministerio de Salud. (2023). Plan Nacional de Salud 2023-2033.
- Ministerio de Salud. (s. f.). Trámite Habilitaciones.  
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/tramites/empresas/31-tramites/habilitaciones/116-tramite-para-la-habilitacion-de-servicios-de-salud-y-afines>
- Ministerio de Planificación y Política Económica. (2018, 28 de agosto). *MIDEPLAN promueve implementación de la Gestión para Resultados en procesos de planificación*.  
<https://www.mideplan.go.cr/mideplan-promueve-implementacion-de-la-gestion-para-resultados-en-procesos-de-planificacion>
- Oficina de Naciones Unidas para el Desarrollo. (15 de 11 de 2023). *17 objetivos para transformar nuestro mundo*. Objetivos de Desarrollo Sostenible.  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*.
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Redes integradas de servicios de salud*.  
<https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Salud Universal*.  
<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2021). *Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe*.
- Parkland Health (2024). *Nursing Sensitive Indicators*.  
<https://www.parklandhealth.org/nursing-indicators>
- Peters, G. (2005). *La gobernanza hoy. 10 textos de referencia*. Estudios Goberna.
- Poder Ejecutivo de Costa Rica. (1989). *Reglamento General del Sistema de Salud*. Gaceta Número 230.
- Rosenthal, V. D., Al-Abdely, H. M., El-Kholy, A., AlKhawaja, S. A., Leblebicioglu, H., Mehta, Y., ... & Zeggwagh, A. A. (2021). International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 45 countries for 2013–2018, adult and pediatric units, device-associated module. *American Journal of Infection Control*, 49(9), 1040-1048.  
[https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(21\)00272-8/abstract](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(21)00272-8/abstract)



Shiva Balasubramanian B.A., Xi Wang M.S., An-Lin Cheng Ph.D. a, Jignesh Shah M.D.,  
M.P.H. a, William, P. Parker M.D. (2023). Radical prostatectomy readmissions: Causes,  
risk factors, national rates, & costs.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1078143922004239>



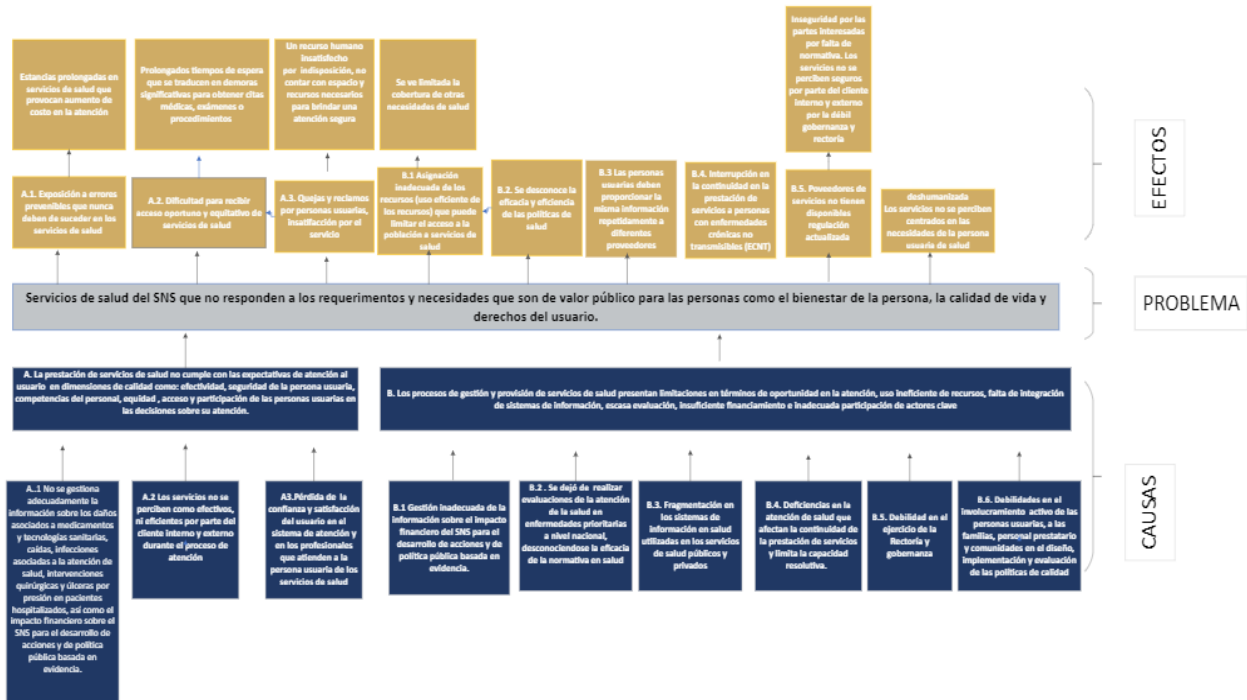
# Anexos



# Anexo I. Árbol de problema en la prestación de servicios de salud en Costa Rica.

El Ministerio de Salud, junto con los actores clave del Sistema Nacional de Salud (setiembre 2023), definieron el problema principal, las causas y efectos más importantes relacionados a los servicios de salud en Costa Rica como insumo para el desarrollo de este plan, a partir de la metodología de gestión para resultados de desarrollo (GpRD).

**Figura I.**  
**Árbol de problema calidad en la prestación de servicios de salud de Costa Rica.**



**Nota.** Elaboración propia de la Dirección de Servicios de Salud.

## Anexo 2. Marco legal y normativo nacional.

El marco legal Nacional relacionado a este plan considera los siguientes documentos que se presentan en la Tabla II.

**Tabla 9.**  
**Marco legal y normativo nacional relacionado a este Plan Nacional de la calidad para la prestación de servicios de salud de Costa Rica.**

Nombre del documento	Link disponible en el siguiente sitio web
Ley Orgánica del Ministerio de Salud de Costa Rica	<a href="http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&amp;nValor2=85308">http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&amp;nValor2=85308</a>
La Ley General de Salud N.º 5395	<a href="http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&amp;nValor2=6581">http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&amp;nValor2=6581</a>
Política Nacional de Salud 2023-2033	<a href="https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planes-y-estrategias-en-salud">https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planes-y-estrategias-en-salud</a>
Plan Nacional de Salud 2024-2028	<a href="https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planes-y-estrategias-en-salud">https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/ministerio-de-salud/politicas-planes-y-estrategias-en-salud</a>

Nota. Fuente: Ministerio de Salud.

### Anexo 3. Participación de representantes de las instituciones del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica.

Nombre	Institución - organización
Adirman Miranda Mejía	CCSS-Hospital Nacional de Niños
Alexandra Núñez Fletes	ONG que trabajan con pacientes con cáncer
Alejandra Blanco Acuña	Ministerio de Salud
León de Mezerville Cantillo	Hospital Metropolitano
Freddy Arias	Federación ONG Pacientes Costa Rica
Hugo Villegas Del Carpio	Hospital CIMA
Jaime Cortés Ojeda	Caja Costarricense de Seguro Social-HNN
Lezahairam Thomas Cornejo	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
Marco Molina Escobar	Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos
Marvin Palma Siles	Sistema de Emergencia 911
Geovanna Cerdas Ellis	MIDEPLAN
Maryam Vásquez Jiménez	Federación ONG Pacientes Costa Rica
Michael Rodríguez Garnacha	Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Norbel Román Garita	CONAPAM
Roger De López	Ministerio de Salud
Silvia María Ulloa Porras	Ministerio de Salud
Paula Farrar Aguilar	Hospital CIMA
Oscar Sánchez Serrano	Hospital Internacional la católica
Guillermo Fernández Aguilar	Hospital Clínica Bíblica
Stephanie Jeannette Soto Miranda	Instituto Nacional de Seguros
Oscar Molina	Cámara Costarricense de la Salud
Yahaira Castro Pereira	Ministerio de Salud
Tatiana Calderón Díaz	Cámara Costarricense de la Salud
Allan Varela Rodríguez	Ministerio de Salud
Gloriana Mora Cascante	Ministerio de Salud
Allan Rímola Rivas	Ministerio de Salud
Rodrigo Marín Rodríguez	Ministerio de Salud Dirección de Vigilancia de la Salud
Marianella Monge Fallas	Colegio de Psicólogos

Nombre	Institución - organización
Karla Obando Mata	Ministerio de Salud
Allan Mora Vargas	Ministerio de Salud
Lenny Centeno Víctor.	Ministerio de Salud
Francisco Oviedo Gómez	Ministerio de Salud
Álvaro Flores Téllez	Ministerio de Salud
Jeanina Balma Castillo	Caja Costarricense de Seguro Social
Sharon Matamoros Ramírez	CONAPDIS
Tomás Ayón Calvo	Hospital CIMA
Laura Maroto Vargas	Hospital Clínica Bíblica
Marcela González Rodríguez	Ministerio de Salud
Mónica Gamboa Calderón	Ministerio de Salud
Eilyn Rojas Navarrete	Ministerio de Salud
Xenia Fallas Garbanzo	Ministerio de Salud
Laura Calvo Ardón	Ministerio de Salud
Johana Mora Arias	Ministerio de Salud
Ileana Roverssi Picado	Ministerio de Salud
Emilia Mora Campos	CONAPAM
Jaime Rumoroso Solís	Ministerio de Salud
Kevin Víquez Villegas	Ministerio de Salud-AGSS
Gerardo Solano Elizondo	Ministerio de Salud, UASS
Lezahairam Thomas Conejo	IAFA
Laura Maroto Vargas	Hospital Clínica Bíblica
Jean C. Apuy Morua	Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica
Yaslin Alvarado Rodríguez	HH-Dirección Medicina
Daniela Rojas Chacón	Universidad de Costa Rica
Glen González Granados	Universidad de Costa Rica
Alejandra Blanco Acuña	Ministerio de Salud
Ingrid Solano Camacho	Sistema de Emergencias 9-1-1
Antonio Acosta Rua	Cámara Costarricense de la Salud
Johanna Monge Chacón	Cámara Costarricense de la Salud

Nombre	Institución - organización
Key Cortés Sequeira	CONAPDIS
Helbert Josué Zeledón Gómez	CONAPDIS
Adriana Bolaños	Ministerio de Salud
Yahaira On Cubillo	Caja Costarricense del Seguro Social
Oscar Villegas del C.	Caja Costarricense del Seguro Social
Mariana Chavarría Mora	Colegio de cirujanos Dentistas
Antonieta Muñoz Solís	Colegio de Cirujanos Dentistas
Oscar Roberto Quesada Pacheco	Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica
Ernestina Aguirre Vidaurre	Colegio de Enfermeras de Costa Rica
Carlos Navarro	Universidad Latina
José Angel Castro Granados	Gerencia Médica C.C.S.S.
David González Zúñiga	Hospital Internacional la Católica

**Nota.** Fuente: Lista de asistencia. Dirección de Servicios de Salud del MS, 2023.

## Anexo 4. Fichas de indicadores

Indicador # I.I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Plazo promedio de espera quirúrgica con prioridad baja</b>
Definición conceptual	<p>Indicador de desempeño que mide el comportamiento de los registros de las personas usuarias (pacientes) esperando para una cirugía de prioridad baja, utilizando como medida el plazo promedio de dicha espera.</p> <p>Este indicador se utiliza para evaluar el acceso, la oportunidad y la calidad del servicio de salud en la gestión de la lista de espera quirúrgica con prioridad baja, así como para identificar posibles áreas de mejora en la planificación y asignación de recursos.</p> <p>Plazo promedio de espera quirúrgica: se refiere al tiempo medio que transcurre para una cirugía de prioridad baja y sin prioridad, desde que el paciente ingresa al sistema (Módulo quirúrgico ARCA) hasta el último día de cada mes cumplido, el cual varía según la fecha de corte requerida. Este plazo se mide en días.</p> <p>En términos generales, la espera quirúrgica se refiere al período durante el cual un paciente espera para ser sometido a una intervención quirúrgica. Esta espera puede ser determinada por diversos factores, como la disponibilidad de quirófanos, el personal médico y la infraestructura hospitalaria, así como las políticas y protocolos de asignación de recursos del sistema de salud.</p> <p>El término de prioridad baja indica que la necesidad de la cirugía para el paciente no es urgente y puede ser programada con cierta flexibilidad en el tiempo. La priorización se realiza según criterios médicos que evalúan la gravedad de la condición del paciente, la progresión esperada de la enfermedad y la disponibilidad de recursos.</p> <p><b>Para calcular este indicador solo se considerarán los días de espera con prioridad baja y sin prioridad</b>, incluye el reporte de tiempo de espera de cirugía general, ortopedia y oftalmología ginecología y urología, que constituyen el 80% de lista de espera quirúrgica. Se excluye el resto de las cirugías para efectos de calcular este indicador.</p>

Fórmula de cálculo	$PL = \frac{\sum DE}{\sum NRE}$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<b>PL:</b> plazo promedio de espera quirúrgica con prioridad baja <b><math>\sum</math>:</b> sumatoria <b>DE:</b> días de espera de la totalidad de registros de casos prioridad baja <b>NRE:</b> número de registros en espera con prioridad baja	
Unidad de medida	Número de días promedio de espera.	
Interpretación	Proporciona un número de días promedio que llevan esperando las personas usuarias de los servicios de salud para una cirugía de prioridad baja, desde que ingresa al sistema de información (Módulo ARCA) y hasta el último día de cada mes cumplido, el cual varía según la fecha de corte requerida.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Calidad, acceso, oportunidad
Línea base	2023: 583 días	
Meta	2030: 365 días	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Mensual	
Fuente de información	CCSS, Módulo Quirúrgico ARCA	
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto	
Tipo de operación estadística	Base de datos Nacional/Registro Administrativo	
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1	
Tipo de relación con ODS	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica	
Comentarios generales	<b>NOTA IMPORTANTE.</b> La meta del indicador corresponde a la disminución reflejada en el promedio de número de días de espera para casos de prioridad baja. Para calcular este indicador se debe considerar a toda persona usuaria hospitalizada. Es decir, toda persona que se encuentre admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento o cuidado continuo debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere de atención médica intensiva o especializada. <b>Aplica para servicios de salud públicos (CCSS).</b>	

Indicador # 2.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Tasa de infecciones del tracto urinario asociado a catéter vesical</b>
Definición conceptual	<p>Infección del tracto urinario asociada a catéter vesical (ITU): se define como una infección del tracto urinario que involucra cualquier parte del sistema urinario (uretra, vejiga, uréteres, riñón) en presencia de un catéter vesical insertado durante <b>48 horas o más</b>, sin evidencia clínica, de laboratorio o microbiológica de infección en el momento de la inserción del catéter vesical.</p> <p><b><u>Criterios clínicos establecido por CDC:</u></b></p> <p>Infección del tracto urinario asociada a catéter (IACU) en pacientes de cualquier edad</p> <p><i>La persona usuaria (paciente) <b>debe cumplir con los puntos 1, 2 y 3</b> a continuación:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ha tenido un catéter urinario durante más <b>de 2 días consecutivos</b> hospitalizados en la fecha del evento <b>Y</b> estaba: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente durante cualquier día en la fecha del evento,</li> <li><b>O</b></li> <li>• fue removido el día antes de la fecha del evento</li> </ul> </li> <li>2. Presenta <b>al menos uno</b> de los siguientes signos o síntomas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (&gt;38.0 °C)</li> <li>• Sensibilidad suprapúbica*</li> <li>• Dolor en el ángulo costovertebral o sensibilidad*</li> <li>• Urgencia urinaria ^</li> <li>• Frecuencia urinaria ^</li> <li>• Disuria ^</li> </ul> </li> </ol> <p>*: sin otra causa reconocida (la “flora mixta” no está disponible en la lista principal de organismos del laboratorio y no puede reportarse como patógeno para cumplir con los criterios de ITU establecidos por el CDC. Además, la “flora mixta” representa al menos dos especies de organismos y no puede usarse para cumplir con los criterios de ITU. Cualquier organismo adicional recuperado del mismo cultivo se sumaría a la “flora mixta”, lo que significa que hay al menos tres organismos presentes, lo que hace que el cultivo no sea elegible para su uso para cumplir con los criterios de UTI.</p>



	<p>^: estos síntomas no se pueden utilizar cuando el catéter está colocado. Un catéter urinario presente podría provocar que los pacientes se quejen de “frecuencia”, “urgencia” o “disuria”.</p> <p>3. Tiene un urocultivo con no más de dos microorganismos identificados, al menos uno de los cuales es una bacteria con más de <math>\geq 10^5</math> UFC/ml.</p> <p><b>Comentarios:</b> los siguientes organismos no pueden usarse para cumplir con la definición de ITU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cualquier especie de <i>Candida</i>, así como un informe de “levadura” que no esté especificado de otra manera</li> <li>- Moho</li> <li>- Hongos dimórficos</li> <li>- Parásitos</li> </ul> <p><b>Nota.</b> La fiebre es un síntoma no específico de infección y no puede excluirse de la determinación de ITU, aunque clínicamente se considere que se deba a otra causa reconocida.</p> <p>En general, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) define la infección como la invasión y multiplicación de microorganismos, como bacterias, virus y hongos, en el cuerpo humano. Estas infecciones pueden ocurrir en diferentes partes del cuerpo y pueden causar una variedad de síntomas, desde leves hasta graves.</p> <p>El tracto urinario incluye los siguientes órganos y estructuras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riñones: filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre para producir orina.</li> <li>• Uréteres: tubos que transportan la orina desde los riñones hasta la vejiga.</li> <li>• Vejiga: almacena la orina antes de ser eliminada del cuerpo.</li> <li>• Uretra: tubo que transporta la orina desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo durante la micción.</li> </ul> <p>Las infecciones del tracto urinario (ITU) son un problema común y pueden afectar a cualquier parte de este sistema. La mayoría de las ITU involucran la vejiga y la uretra (infecciones del tracto urinario inferior), pero también pueden afectar los riñones (infecciones del tracto urinario superior), lo que puede ser más grave. Las ITU pueden ser causadas por bacterias u otros microorganismos y pueden provocar una serie de síntomas,</p>
--	---

	<p>como dolor o ardor al orinar, urgencia o frecuencia urinaria aumentada, y, en casos más graves, fiebre y dolor en la parte baja de la espalda (ver criterios clínicos para clasificarla de acuerdo con el CDC).</p> <p>Un catéter vesical es un tubo delgado y flexible que se introduce a través de la uretra hasta la vejiga para drenar la orina cuando una persona no puede orinar de manera normal o necesita una forma de controlar el vaciado de la vejiga. Se utiliza en situaciones médicas diversas, como en pacientes con retención urinaria aguda o crónica, durante cirugías que requieren un control preciso de la salida de orina, en pacientes con trastornos neurológicos que afectan la función de la vejiga, o en personas que están inconscientes o incapacitadas y no pueden vaciar la vejiga por sí mismas.</p> <p>Existen diferentes tipos de catéteres vesicales que varían en tamaño, forma y material, dependiendo de la necesidad clínica específica del paciente. Algunos catéteres son temporales y se utilizan por períodos cortos, mientras que otros pueden ser permanentes o de larga duración. El catéter se mantiene en su lugar mediante un globo inflable que se llena con agua o solución salina una vez que el extremo del catéter está dentro de la vejiga.</p> <p>Es importante que los catéteres vesicales se utilicen de manera adecuada y se vigilen de cerca para prevenir complicaciones, como infecciones del tracto urinario o lesiones en la uretra o la vejiga.</p> <p>El término "número de días catéter vesical" se refiere a la cantidad de días que un paciente tiene un catéter vesical colocado en su vejiga. Es una medida que se utiliza para hacer un seguimiento de la duración de la necesidad de tener el catéter insertado.</p> <p>Una tasa es una medida que representa la proporción o la frecuencia de un evento en relación con una unidad de tiempo, población o cantidad de interés. Se utiliza comúnmente en estadística, epidemiología, economía y otros campos para comparar la ocurrencia de un evento en diferentes grupos o períodos de tiempo.</p>
Fórmula de cálculo	$\% ITu = \frac{ITUAC}{DC} \times 1000$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<b>ITu:</b> tasa de Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical

		<p><b>ITUAC:</b> número total de infecciones del trato urinario asociado a catéter reportadas en un periodo y lugar determinado</p> <p><b>DC:</b> número total de días catéter reportadas en un periodo y lugar determinado</p> <p><b>I1000:</b> constante fija, es decir, es el valor numérico utilizado en el cálculo del indicador</p>
Unidad de medida		Tasa
Interpretación		Expresa la ocurrencia de infecciones urinarias asociadas a catéter vesical por 1000 días de uso del catéter vesical.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, infecciones intrahospitalarias, seguridad del paciente, calidad
Línea base		ND
Meta		2030: 0- 3.1 / 1000 días catéter vesical
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Mensual
Fuente de información		Servicios de salud públicos y privados con internamiento
Clasificación		<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador ODS		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<p><b>NOTA IMPORTANTE.</b> El número de días catéter vesical se obtiene contabilizando a una hora determinada todos los días el número de pacientes que tienen catéter vesical; se suman al final de mes todos los números obtenidos de cada día y eso dará el número de días catéter vesical del período evaluado. Para calcular este indicador se debe considerar a toda B. Es decir, toda persona que se encuentre admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento o cuidado continuo debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere de atención médica intensiva o especializada.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p>

	<p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
--	---

<b>Indicador #2.2</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>Tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociada a vía venosa central</b>
Definición conceptual	<p>Infección del torrente sanguíneo asociado a vía venosa central: se define como una infección del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio que no es secundaria a la infección en algún otro sitio en pacientes con vía venosa central.</p> <p>Criterios del CDC:</p> <p>Definiciones específicas de vigilancia de infección del torrente sanguíneo asociada a vía central (ITSAVC):</p> <p><b><u>Infección del torrente sanguíneo (ITS) primaria:</u></b> una infección del torrente sanguíneo confirmada por laboratorio (LCBI) <b>que no es secundaria a una infección en otro sitio del cuerpo.</b></p> <p><b><u>ITS secundaria:</u></b> una ITS que se cree que proviene de una infección específica en otro sitio del cuerpo.</p> <p><b><u>Criterios para determinar una ITS primaria</u></b></p> <p style="padding-left: 40px;">A) Persona usuaria (paciente) de cualquier edad con al menos uno de los siguientes signos o síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fiebre (&gt;38 grados centígrados)</li> <li>– Escalofríos</li> <li>– Hipotensión</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <p style="padding-left: 40px;">B) Un microorganismo identificado en sangre no relacionado a infección en otra ubicación</p> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <p style="padding-left: 40px;">C) El microorganismo es identificado en dos o más muestras sanguíneas recolectadas en distintos momentos</p> <p>Vía central (VC): es un catéter intravascular que termina en el corazón o cerca de él, o en uno de los grandes vasos Y se utiliza para infusión, extracción de sangre o monitorización hemodinámica. Considere los siguientes grandes vasos al tomar determinaciones sobre eventos ITSAVC y contar los días del dispositivo VC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aorta</li> <li>• Arteria pulmonar</li> <li>• Vena cava superior</li> <li>• Vena cava inferior</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Venas braquiocefálicas</li> <li>• Venas yugulares internas</li> <li>• Venas subclavias</li> <li>• Venas ilíacas externas</li> <li>• Venas ilíacas comunes</li> <li>• Venas femorales</li> <li>• En recién nacidos, la arteria/vena umbilical.</li> </ul> <p>Tipos de vías centrales para propósitos de reporte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vía central permanente, incluye:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Catéteres tunelizados, incluidos catéteres de diálisis tunelizados.</li> <li>b. Catéteres implantados (incluidos los puertos).</li> </ol> </li> <li>2. Vía central temporal: un catéter no implantado ni tunelizado.</li> <li>3. Catéter umbilical: un catéter vascular insertado a través de la arteria o vena umbilical en un recién nacido. Todos los catéteres umbilicales son vías centrales.</li> </ol> <p>Dispositivos que <b>no</b> se consideran vías centrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Catéteres arteriales, a menos que estén en la arteria pulmonar, aorta o arteria umbilical.</li> <li>• Fístula arteriovenosa</li> <li>• Injerto arteriovenoso.</li> <li>• Catéteres auriculares (también conocidos como catéteres intracardiacos transtorácicos, aquellos catéteres insertados directamente en el lado derecho o aurícula izquierda a través de la pared del corazón).</li> <li>• Soporte vital extracorpóreo (ECMO).</li> <li>• Catéter de diálisis de flujo de salida confiable para hemodiálisis (HERO).</li> <li>• Dispositivos de bomba con balón intraaórtico (IABP).</li> <li>• IV periférico o líneas medias.</li> <li>• Dispositivo de asistencia ventricular (VAD).</li> </ul> <p>El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) define las infecciones del torrente sanguíneo como aquellas que ocurren cuando los microorganismos patógenos, como bacterias, virus u hongos, ingresan al torrente sanguíneo y causan una respuesta inflamatoria en el cuerpo. Estas infecciones pueden surgir a partir de una variedad de fuentes, como catéteres intravenosos, heridas quirúrgicas, infecciones en otros sitios del cuerpo que se diseminan a través del torrente sanguíneo (bacteriemia secundaria) o a partir de infecciones adquiridas en la comunidad o en el entorno hospitalario.</p> <p>Las infecciones del torrente sanguíneo pueden ser graves y potencialmente mortales, especialmente en personas con sistemas</p>
--	---

	<p>inmunológicos debilitados, pacientes hospitalizados, recién nacidos prematuros o personas que reciben tratamientos médicos invasivos. Los síntomas de estas infecciones pueden variar, pero pueden incluir fiebre, escalofríos, hipotensión, dolor muscular, confusión mental y otros signos de sepsis (<b>ver criterios del CDC para que se clasifique como infección del torrente sanguíneo</b>).</p> <p>El diagnóstico y tratamiento oportunos de las infecciones del torrente sanguíneo son fundamentales para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados clínicos.</p> <p>Una vía venosa central, también conocida como acceso venoso central, es un tipo de acceso vascular que proporciona una entrada directa al torrente sanguíneo a través de una vena grande, como la vena subclavia, la vena yugular o la vena femoral. Se utiliza cuando se necesita una administración intravenosa prolongada, la infusión de medicamentos que pueden irritar las venas periféricas, la administración de líquidos en grandes cantidades o la monitorización hemodinámica precisa.</p> <p>La inserción de una vía venosa central generalmente se realiza mediante técnicas estériles bajo anestesia local o sedación, y puede ser realizada por personal médico especializado. Una vez colocada, la vía venosa central se utiliza para administrar medicamentos, líquidos intravenosos, nutrición parenteral, hemoderivados o para la toma de muestras de sangre para análisis.</p> <p>Existen varios tipos de vías venosas centrales que incluyen catéteres de acceso central de corta y larga duración, catéteres totalmente implantables (también conocidos como "<i>portacath</i>"), y catéteres externos que se utilizan temporalmente. El tipo específico de vía venosa central utilizada dependerá de las necesidades clínicas del paciente y la duración esperada del tratamiento.</p> <p>El término "días catéter de vía venosa central" se refiere a la cantidad de días durante los cuales se ha utilizado un catéter de vía venosa central en un paciente para administrar medicamentos, líquidos intravenosos u otros tratamientos. Es una medida importante en el ámbito médico y de enfermería para hacer un seguimiento de la duración del uso del catéter y evaluar la necesidad de su permanencia.</p> <p>El número de días que se deja un catéter de vía venosa central en su lugar puede variar según la indicación clínica y la condición del</p>
--	--

	<p>paciente. Se busca retirar el catéter tan pronto como sea seguro y posible para reducir el riesgo de complicaciones asociadas con su uso prolongado, como infecciones del torrente sanguíneo, trombosis venosa profunda o lesiones en las venas.</p> <p>El seguimiento de los días catéter de vía venosa central es importante para garantizar una gestión óptima del acceso vascular y para identificar oportunamente cualquier necesidad de retirada o reemplazo del catéter. Además, puede ser utilizado como un indicador de calidad en la atención del paciente y para evaluar el cumplimiento de las prácticas de prevención de infecciones asociadas con el uso de catéteres intravasculares.</p> <p>Una tasa es una medida que representa la proporción o la frecuencia de un evento en relación con una unidad de tiempo, población o cantidad de interés. Se utiliza comúnmente en estadística, epidemiología, economía y otros campos para comparar la ocurrencia de un evento en diferentes grupos o períodos de tiempo.</p>	
Fórmula de cálculo	$BACVC = \frac{ITSVVC}{DVVC} \times 1000$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>BACVC:</b> tasa de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a vía venosa central</p> <p><b>ITSVVC:</b> número total de infecciones del torrente sanguíneo con vía venosa central del período determinado</p> <p><b>DVVC:</b> número total de días catéter de vía venosa central del período determinado</p> <p><b>1000:</b> constante fija, es decir, es el valor numérico utilizado en el cálculo del indicador.</p>	
Unidad de medida	Tasa	
Interpretación	Expresa la ocurrencia de infecciones del torrente sanguíneo por 1000 días catéter de vía venosa central.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, Infecciones intrahospitalarias, seguridad del paciente, calidad
Línea base	ND	
Meta	2030: 0- 5.3 / 1000 días catéter de vía venosa central	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Mensual	
Fuente de información	Servicios de salud públicos y privados con internamiento	
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto	
Tipo de operación estadística	Registro administrativo	
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.I	



Tipo de relación con ODS	( ) Directa (X) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p><b>NOTA IMPORTANTE.</b> Número de días catéter de vías venosa central. Se obtiene contabilizando a una hora determinada todos los días el número de pacientes que tienen catéter de vía venosa central; se suman al final de mes todos los números obtenidos de cada día y eso dará el número de días de vía venosa central del período evaluado. Para calcular este indicador <b>se debe considerar a toda persona usuaria hospitalizada.</b> Es decir, toda persona que se encuentre admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento o cuidado continuo debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere de atención médica intensiva o especializada.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>

Indicador # 2.3	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva</b>
Definición conceptual	<p>Neumonía asociada a ventilación mecánica: se refiere a la neumonía diagnosticada en pacientes que han estado sometidos a ventilación mecánica invasiva <b>por más de dos días consecutivos</b>.</p> <p>Criterios de acuerdo con el CDC:</p> <p><u>Neumonía clínicamente definida (PNUI):</u></p> <p>A) <u>Evidencia de pruebas de imágenes:</u>  <u>Dos o más resultados seriados de imágenes de tórax con al menos uno de los siguientes hallazgos (sean estos nuevos y persistentes o progresivos y persistentes):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Infiltrado</u></li> <li>- <u>Consolidación</u></li> <li>- <u>Cavitación</u></li> <li>- <u>Neumatoceles, en bebés ≤1 año</u></li> </ul> <p><u>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (como síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica), se acepta el resultado definitivo de una prueba de imágenes.</u></p> <p>B) <u>Signos y síntomas:</u>  Para CUALQUIER persona usuaria (paciente), al menos <b>uno</b> de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (&gt; 38,0 °C)</li> <li>• Leucopenia (≤ 4000 WBC/mm<sup>3</sup>) o leucocitosis (≥ 12 000 WBC/mm<sup>3</sup>)</li> <li>• En adultos ≥ 70 años, estado mental alterado sin otra causa reconocida</li> </ul> <p>Y al menos <b>dos</b> de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nueva aparición de esputo purulento o cambio en el carácter del esputo, o aumento de las secreciones respiratorias o aumento de los requisitos de succión.</li> <li>- Disnea o taquipnea, o tos de nueva aparición o que empeora.</li> <li>- Estertores o ruidos respiratorios bronquiales.</li> <li>- Empeoramiento del intercambio de gases (por ejemplo, desaturaciones de O<sub>2</sub> [por ejemplo, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 240],</li> </ul>

	<p>aumento de las necesidades de oxígeno o aumento de la demanda de ventilador).</p> <p>La ventilación mecánica invasiva es un procedimiento médico en el cual se utiliza un ventilador mecánico y se inserta un tubo endotraqueal o una cánula traqueal en la tráquea del paciente para facilitar la respiración cuando este no puede hacerlo de manera adecuada por sí mismo. Requiere la inserción de un dispositivo dentro del sistema respiratorio del paciente, lo que se considera una intervención invasiva.</p> <p>Durante la ventilación mecánica invasiva, el tubo endotraqueal o la cánula traqueal se coloca a través de la boca o la nariz del paciente y se avanza hacia la tráquea, permitiendo que el ventilador mecánico administre aire o una mezcla de aire y oxígeno directamente a los pulmones. Este proceso es utilizado en situaciones en las que el paciente presenta insuficiencia respiratoria aguda o crónica severa, como en casos de neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), trauma grave, intoxicación, o durante ciertas cirugías.</p> <p>La ventilación mecánica invasiva proporciona un soporte respiratorio vital mientras se trata la condición subyacente que causa la insuficiencia respiratoria. Sin embargo, debido a que implica la inserción de un dispositivo en el sistema respiratorio del paciente, también conlleva riesgos potenciales, como lesiones en las vías respiratorias, infecciones asociadas a la ventilación y daño pulmonar inducido por la ventilación. Por lo tanto, se utiliza con precaución y bajo la supervisión de personal médico capacitado.</p> <p>El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) define la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) como una infección pulmonar que se desarrolla en pacientes que están recibiendo ventilación mecánica por medio de un tubo endotraqueal o una cánula traqueal. Esta condición se presenta en pacientes hospitalizados que han estado recibiendo asistencia respiratoria por un período de tiempo prolongado y es una de las infecciones nosocomiales más comunes y graves en las unidades de cuidados intensivos.</p> <p>La neumonía asociada a la ventilación mecánica se produce cuando los microorganismos presentes en la orofaringe del paciente o en el ambiente hospitalario ingresan al sistema respiratorio a través del tubo endotraqueal o la cánula traqueal y colonizan los pulmones. Esto puede ocurrir debido a la falta de habilidad del paciente para eliminar las secreciones pulmonares de manera efectiva, la alteración de las defensas naturales del cuerpo o el uso prolongado de ventilación</p>
--	--

	<p>mecánica que puede dañar la mucosa respiratoria y favorecer la proliferación bacteriana.</p> <p>Los pacientes con neumonía asociada a la ventilación mecánica pueden presentar síntomas como fiebre, tos, dificultad para respirar, aumento de la producción de secreciones y deterioro en los resultados de los análisis de gas en sangre (<b>ver criterios clínicos del CDC para que clasifique como neumonía asociada a ventilación mecánica</b>).</p> <p>Una tasa es una medida que representa la proporción o la frecuencia de un evento en relación con una unidad de tiempo, población o cantidad de interés. Se utiliza comúnmente en estadística, epidemiología, economía y otros campos para comparar la ocurrencia de un evento en diferentes grupos o períodos de tiempo.</p>	
Fórmula de cálculo	$NaVM = \frac{TNaVM}{DVM} \times 1000$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>NaVM:</b> tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica  <b>TNaVM:</b> número de neumonías asociadas a ventilación mecánica en un periodo determinado  <b>DVM:</b> número de días de ventilación mecánica en un periodo determinado  <b>1000:</b> constante fija, es decir, es el valor numérico utilizado en el cálculo del indicador.</p>	
Unidad de medida	Tasa	
Interpretación	Expresa la ocurrencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica invasiva por 1000 días de ventilación mecánica.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, infecciones intrahospitalarias, seguridad del paciente, calidad
Línea base	ND	
Meta	2030: 0- 11.4 / 1000 días de ventilador mecánico	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Mensual	
Fuente de información	Servicios de salud públicos y privados con internamiento	
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto	
Tipo de operación estadística	Registro administrativo	
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1	
Tipo de relación con ODS	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No Aplica	

Comentarios generales	<p>Número de días de ventilación mecánica. Se obtiene contabilizando a una hora determinada todos los días el número de pacientes que tienen ventilación mecánica invasiva; se suman al final de mes todos los números obtenidos de cada día y eso dará el número de días de ventilación mecánica del mes. Para calcular este indicador <b>se debe considerar a toda persona usuaria hospitalizada</b>. Es decir, toda persona que se encuentre admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento o cuidado continuo debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere de atención médica intensiva o especializada.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
-----------------------	--

Indicador #2.4	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Tasa de infecciones intrahospitalarias por <i>Clostridoides difficile</i></b>
Definición conceptual	<p>Infección comprobada por laboratorio por <i>Clostridoides difficile</i> (<i>C. difficile</i>) en personas usuarias (pacientes) hospitalizadas.</p> <p>De acuerdo con el CDC:</p> <p><u>Definiciones:</u> estudio de laboratorio positivo para <i>C. difficile</i>. Se considera positiva cualquier prueba de laboratorio para la toxina A y/o B de <i>C. difficile</i>. Esto incluye ensayos moleculares [PCR] y/o ensayos de toxinas analizados en una muestra de heces no formadas, <b>así como</b> la detección de <i>C. difficile</i> producto de toxinas, detectado mediante cultivo u otros medios de laboratorio realizados en dichas muestras.</p> <p><u>Duplicado de prueba positiva para <i>C. difficile</i>:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Cualquier resultado de laboratorio positivo para toxina <i>C. difficile</i> del mismo paciente y ubicación, luego de un resultado de laboratorio previo positivo para toxina <i>C. difficile</i> dentro de los 14 días, incluso entre meses calendario y reingresos en la misma ubicación del centro.</u></li> <li>• <u>Deben pasar 14 días sin resultados de laboratorio positivos para la toxina de <i>C. difficile</i> para el paciente y la ubicación específica antes de que se ingrese otro evento de <i>C. difficile</i> para el paciente y la ubicación.</u></li> <li>• <u>La fecha de recolección de muestras de un evento de <i>C. difficile</i> enviado previamente se considera el día 1.</u></li> </ul> <p><u>Nota.</u> Se recomienda que cada establecimiento mantenga un registro interno de todas las muestras positivas como referencia en el informe de eventos para garantizar que el periodo de 14 días se cumpla. La regla de 14 días es específica de la ubicación y se restablece cada vez que un paciente se transfiere a una nueva ubicación para pacientes hospitalizados.</p> <p><u>Todos los eventos de <i>C. difficile</i> deben reportarse por ubicación y por separado e independientemente de los eventos reportados mediante la opción de informes de vigilancia de infecciones por <i>C. difficile</i> y/o del sistema de vigilancia nacional del Ministerio de Salud.</u></p> <p>El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) define la Tasa de Infecciones Intrahospitalarias por <i>Clostridoides difficile</i> (<i>C. difficile</i>) como la frecuencia de infecciones causadas por la</p>

	<p>bacteria <i>C. difficile</i> entre los pacientes hospitalizados en una institución de salud durante un período de tiempo específico.</p> <p><i>Clostridoides difficile</i>, anteriormente conocido como <i>Clostridium difficile</i>, es una bacteria anaerobia grampositiva que puede causar infecciones gastrointestinales en humanos, siendo una de las principales causas de diarrea asociada a antibióticos (DAA) y colitis pseudomembranosa.</p> <p>La infección por <i>Clostridium difficile</i> es aquella que suele ocurrir después de la alteración del equilibrio normal de la microbiota intestinal, que puede ser causada por el uso de antibióticos. Cuando se produce este desequilibrio, la bacteria <i>Clostridium difficile</i> puede proliferar y producir toxinas que dañan la mucosa del colon, lo que conduce a síntomas como diarrea, dolor abdominal, fiebre y, en casos severos, colitis pseudomembranosa y complicaciones potencialmente mortales como perforación intestinal y sepsis (<b>ver criterios clínicos del CDC para que clasifique como Infección por <i>Clostridoides difficile</i></b>).</p> <p>El término "días paciente" generalmente se refiere a la cantidad total de días que todos los pacientes han pasado en un hospital o centro de atención médica durante un período de tiempo específico.</p> <p>Para calcular los "días paciente", se suman los días que cada paciente ha pasado en el hospital durante el período de interés. Por ejemplo, si un paciente A estuvo hospitalizado durante 5 días, un paciente B durante 3 días y un paciente C durante 7 días, entonces el total de días pacientes para ese período específico sería <math>5 + 3 + 7 = 15</math> días pacientes.</p> <p>Una tasa es una medida que representa la proporción o la frecuencia de un evento en relación con una unidad de tiempo, población o cantidad de interés. Se utiliza comúnmente en estadística, epidemiología, economía y otros campos para comparar la ocurrencia de un evento en diferentes grupos o períodos de tiempo.</p>
Fórmula de cálculo	$IlaCDI = \frac{CDI}{nDP} \times 10\,000$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>IlaCDI:</b> tasa de infecciones intrahospitalarias por <i>Clostridoides difficile</i></p> <p><b>CDI:</b> número total de casos de infecciones intrahospitalarias por <i>Clostridoides difficile</i> ocurridos dentro del hospital durante un período y lugar determinado</p>


		<p><b>nDP:</b> número total de días paciente durante un período y lugar determinado</p> <p><b>10.000:</b> constante fija, es decir, es el valor numérico utilizado en el cálculo del indicador</p>
Unidad de medida		Tasa
Interpretación		Expresa la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias por <i>Clostridoides difficile</i> por 10.000 días pacientes.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, infecciones intrahospitalarias, seguridad del paciente, calidad
Línea base		ND
Meta		0- 3.5/10.000 días paciente
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Mensual
Fuente de información		Servicios de salud públicos y privados con internamiento
Clasificación		<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto.
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<p><b>IMPORTANTE.</b> El número de días paciente se obtiene contabilizando a una hora determinada todos los días el número de pacientes; se suman al final de mes todos los números obtenidos de cada día y eso dará el número de días pacientes para el mes. Para calcular este indicador <b>se debe considerar a toda persona usuaria hospitalizada.</b> Es decir, toda persona que se encuentre admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento o cuidado continuo debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere de atención médica intensiva o especializada.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p>



	<p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
--	--

Indicador # 2.5	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Tasa de caídas de personas usuarias hospitalizados</b>
Definición conceptual	<p>La caída de un paciente se define como un descenso no planificado al suelo, ya sea con o sin lesión para el paciente. Este término abarca situaciones en las cuales un paciente cae sobre una superficie inesperada, así como todas las caídas asistidas y no asistidas, tanto por motivos fisiológicos (como desmayos) como ambientales (como suelos resbaladizos). También, se considera dentro de esta definición a los pacientes que se caen de una cama baja y aterrizan sobre una colchoneta.</p> <p>Pacientes hospitalizados: paciente con internamiento en un centro de atención de salud, es decir, una persona que ha sido admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento médico, o cuidado continuo, debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere atención médica intensiva o especializada.</p> <p>El término "días paciente" generalmente se refiere a la cantidad total de días que todos los pacientes han pasado en un hospital o centro de atención médica durante un período de tiempo específico.</p> <p>Para calcular los "días paciente", se suman los días que cada paciente ha pasado en el hospital durante el período de interés. Por ejemplo, si un paciente A estuvo hospitalizado durante 5 días, un paciente B durante 3 días y un paciente C durante 7 días, entonces el total de días paciente para ese período específico sería <math>5 + 3 + 7 = 15</math> días paciente.</p> <p>Una tasa es una medida que representa la proporción o la frecuencia de un evento en relación con una unidad de tiempo, población o cantidad de interés. Se utiliza comúnmente en estadística, epidemiología, economía y otros campos para comparar la ocurrencia de un evento en diferentes grupos o períodos de tiempo.</p>
Fórmula de cálculo	$TC = \frac{NC}{NdDP} \times 1000$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>TC:</b> tasa de caídas de personas usuarias hospitalizados</p> <p><b>Nc:</b> número de caídas que ocurrieron durante un periodo y lugar determinado</p> <p><b>NdDP:</b> número total de días pacientes durante un periodo y lugar determinado</p> <p><b>1000:</b> constante fija, es decir, es el valor numérico utilizado en el cálculo del indicador</p>

Unidad de medida	Tasa
Interpretación	Expresa la ocurrencia de caídas de personas usuarias hospitalizados en un periodo o lugar determinado
Desagregación	Geográfica
	Temática
	Nacional
	Salud, calidad, seguridad del paciente
Línea base	ND
Meta	2030: 0- 3.44/1000 días paciente
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Mensual
Fuente de información	Servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación	( ) Impacto (X) Efecto ( ) Producto.
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador ODS vinculado	ODS 3.8.I
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (X) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p>Nota. Número de días paciente se obtiene contabilizando a una hora determinada todos los días el número de pacientes; se suman al final de mes todos los números obtenidos de cada día y eso dará el número de días pacientes para el mes. Para calcular este indicador <b>se debe considerar a toda persona usuaria hospitalizada.</b></p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la</p>



	atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b>
--	---

Indicador # 2.6	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Tasa úlceras de presión en pacientes hospitalizados</b>
Definición conceptual	<p>Se entiende por úlceras por presión el daño localizado en la piel y/o tejido subyacente que suele ocurrir en áreas de prominencia ósea debido a la presión continua. Este daño puede manifestarse como piel intacta o como una úlcera abierta.</p> <p>El "daño localizado a la piel y/o tejido subyacente" se refiere a lesiones o alteraciones que afectan directamente la piel y los tejidos que se encuentran debajo de ella. La gravedad del daño puede variar desde lesiones menores que afectan solo la capa externa de la piel hasta lesiones más graves que pueden afectar los tejidos más profundos, como músculos, tendones o huesos.</p> <p>Se <b>excluyen</b> los pacientes que, al internarse, ya tienen una úlcera de presión; <b>solo se incluyen</b> los pacientes que desarrollan la úlcera de presión durante su estancia hospitalaria.</p> <p>La "estancia hospitalaria" se refiere al período de tiempo durante el cual un paciente permanece ingresado en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento médico o cuidados especializados.</p> <p>Una persona usuaria (<b>paciente</b>) <b>hospitalizado</b> es aquella que ha sido admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento médico, o cuidado continuo, debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere atención médica intensiva o especializada.</p> <p>El término "<b>días paciente</b>" generalmente se refiere a la cantidad total de días que todos los pacientes han pasado en un hospital o centro de atención médica durante un período de tiempo específico.</p> <p>Para calcular los "días paciente", se suman los días que cada paciente ha pasado en el hospital durante el período de interés. Por ejemplo, si un paciente A estuvo hospitalizado durante 5 días, un paciente B durante 3 días y un paciente C durante 7 días, entonces el total de días pacientes para ese período específico sería <math>5 + 3 + 7 = 15</math> días pacientes.</p> <p>Una <b>tasa</b> es una medida que representa la proporción o la frecuencia de un evento en relación con una unidad de</p>

		tiempo, población o cantidad de interés. Se utiliza comúnmente en estadística, epidemiología, economía y otros campos para comparar la ocurrencia de un evento en diferentes grupos o períodos de tiempo.
Fórmula de cálculo		$TTuP = \frac{NTUp}{NDP} \times 1000$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<b>TTuP:</b> tasa de úlceras de presión en pacientes hospitalizados <b>NTUp:</b> número total de úlceras de presión reportadas en un periodo y lugar determinado <b>NDP:</b> número de días pacientes en un periodo y lugar determinado <b>1000:</b> constante fija, es decir, es el valor numérico utilizado en el cálculo del indicador
Unidad de medida		Tasa
Interpretación		Esta medida expresa la ocurrencia de úlceras de presión en pacientes hospitalizados, representa a los pacientes que desarrollaron una nueva úlcera por presión después del ingreso al hospital. Los números más bajos son mejores.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, calidad, seguridad del paciente
Línea base		ND
Meta		2030: 0- 3.44/1000 días paciente
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Mensual
Fuente de información		Servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación		( ) Impacto (X) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (X) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		Nota. Número de días paciente se obtiene contabilizando a una hora determinada todos los días el número de pacientes; se suman al final de mes todos los números obtenidos de cada día y eso dará el número de días pacientes para el mes. Para calcular este indicador <b>se debe considerar a toda persona usuaria hospitalizada</b> . Es decir, toda persona que se encuentre admitida en un hospital o centro de atención médica para recibir tratamiento o cuidado continuo debido a una enfermedad, lesión o afección médica que requiere de atención médica intensiva o especializada.

	<p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
--	---

<b>Indicador # 3.1</b>	
<b>Elemento</b>	<b>Descripción</b>
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de pacientes de 18 años o más que tuvieron una reintervención quirúrgica no planeada en los 30 días post operatorios</b>
Definición conceptual	<p>La reintervención quirúrgica no planificada dentro de los 30 días (naturales) posteriores a una cirugía inicial se refiere a cualquier procedimiento quirúrgico adicional necesario en un paciente durante ese período de tiempo. Esto ocurre cuando se presentan complicaciones no anticipadas relacionadas con la cirugía original, que requieren intervención quirúrgica adicional para abordar y resolver el problema. Estas reintervenciones pueden abarcar una variedad de procedimientos, desde correcciones de complicaciones quirúrgicas hasta la reparación de tejidos dañados. Este indicador es importante para evaluar la calidad de la atención quirúrgica y la efectividad de los procesos de seguimiento postoperatorio, además de identificar áreas de mejora en la gestión de riesgos y la prevención de complicaciones quirúrgicas.</p> <p>El término "no planificado", en el contexto de una intervención quirúrgica, se refiere a cualquier procedimiento quirúrgico que no estaba programado previamente como parte del plan de tratamiento del paciente. Esto significa que la cirugía adicional no estaba contemplada en el plan inicial y, generalmente, surge como resultado de una complicación inesperada o una situación imprevista durante la cirugía original. Las reintervenciones no planificadas pueden ser necesarias para abordar complicaciones quirúrgicas, como hemorragias, perforaciones u otros problemas que surjan durante el procedimiento inicial.</p> <p>El término "postoperatorio" se refiere al período de tiempo que sigue inmediatamente después de una intervención quirúrgica. El postoperatorio puede abarcar desde las primeras horas después de la cirugía hasta varias semanas, dependiendo del tipo de procedimiento realizado y de la velocidad de recuperación del paciente. Durante este periodo, es común que el paciente sea observado en un entorno hospitalario para recibir cuidados especializados, aunque en algunos casos puede continuar la recuperación en su hogar con seguimiento médico regular. Para efectos de este indicador se ha establecido 30 días naturales.</p> <p>El "porcentaje" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>



		Los " <b>días naturales</b> " se refieren a la medida del tiempo que transcurre desde un evento o punto de referencia hasta otro, sin tener en cuenta los días festivos o feriados. Estos días se cuentan consecutivamente desde el inicio hasta el final del periodo especificado, sin importar si caen en días laborables o no laborables.
Fórmula de cálculo		$RNP = \frac{NRNP}{NPQx} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<b>RNP:</b> porcentaje de pacientes de 18 años o más que tuvieron una reintervención quirúrgica no planeada en los 30 días postoperatorios <b>NRNP:</b> número de reintervenciones quirúrgicas no planeadas en pacientes de 18 años o más en los 30 días posterior al procedimiento quirúrgico en un periodo y lugar determinado <b>NPQx:</b> número total de pacientes con procedimientos quirúrgicos en pacientes de 18 años o más en un periodo y lugar determinado
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de pacientes de 18 años o más que fueron sometidos a reintervenciones quirúrgicas no planeadas en los en 30 días post operatorio.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, seguridad del paciente, calidad
Línea base		ND
Meta		2030: 0- 0.6% de reintervenciones quirúrgicas no programadas
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Mensual
Fuente de información		Servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación		( ) Impacto (X) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (X) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		Nota. En el contexto de la atención médica, los pacientes de 18 años y más se consideran adultos y tienen derechos legales y autonomía para tomar decisiones sobre su atención médica y tratamiento. Es decir, se refiere a individuos que han alcanzado la mayoría de edad legal en el país o jurisdicción (Costa Rica), lo que los hace responsables legalmente de sus acciones y decisiones

	<p>médicas. Esta categoría incluye a personas que tienen 18 años o más y que pueden recibir tratamiento médico y participar en decisiones relacionadas con su salud sin la necesidad de consentimiento de los padres o tutores legales.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
--	---

Indicador # 3.2	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso hospitalario por diabetes mellitus</b>
Definición conceptual	<p>La diabetes es una enfermedad crónica (de larga duración) que afecta la forma en que el cuerpo convierte los alimentos en energía. Se requiere de un diagnóstico médico. *** <b>Se incluye la diabetes tipo I y II.</b></p> <p>La "readmisión por la misma causa diabetes mellitus" se refiere al retorno de un paciente al hospital o centro de atención médica debido a complicaciones o problemas relacionados específicamente con su diabetes mellitus, después de haber sido dado de alta previamente por el mismo motivo. En otras palabras, cuando un paciente con diabetes mellitus es dado de alta del hospital después de recibir tratamiento.</p> <p><u>La readmisión debe ser dentro de los 30 días de la fecha de egreso de la admisión durante la cual se había ingresado por diabetes mellitus.</u></p> <p>En detalle, el término de readmisiones se refiere al número de ingresos por la afección por la cual hubo al menos un ingreso hospitalario <b>posterior dentro de los 30 días naturales</b> dividido por el número total de ingresos de enero a diciembre de un año x. Es decir, cuando los pacientes son dados de alta del hospital, se les da seguimiento durante 30 días en los datos. Si se produce algún reingreso en el mismo hospital o en uno diferente durante este período, el ingreso se cuenta como un reingreso. <b>No se cuenta más de una readmisión</b> dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". <u>Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, los traslados no se consideraban una readmisión.</u></p> <p>El "egreso hospitalario" se refiere al proceso mediante el cual un paciente es dado de alta y sale del hospital o centro de atención médica después de haber recibido tratamiento médico o cuidados durante una estancia hospitalaria.</p> <p><b>Admisión o ingreso:</b> es la aceptación formal de un paciente por la instalación, para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a</p>

	<p>hospitalización y el mantenimiento de una historia clínica, durante el período que dure su internamiento.</p> <p>El "porcentaje" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p> <p>Los "<b>días naturales</b>" se refieren a la medida del tiempo que transcurre desde un evento o punto de referencia hasta otro, sin tener en cuenta los días festivos o feriados. Estos días se cuentan consecutivamente desde el inicio hasta el final del periodo especificado, sin importar si caen en días laborables o no laborables.</p>	
Fórmula de cálculo	$\% \text{MDm} = \frac{\text{cDM}}{\text{IcDM}} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>MDm:</b> porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso específicamente por diabetes mellitus</p> <p><b>cDM:</b> número de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior al egreso, anual, específicamente por diabetes mellitus en periodo y lugar determinado</p> <p><b>IcDM:</b> número total de ingresos específicamente por diabetes mellitus en un periodo y lugar determinado</p>	
Unidad de medida	Porcentaje	
Interpretación	Expresa la proporción de reingresos por diabetes mellitus dentro de los 30 días posterior a su egreso hospitalario	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base	ND	
Meta	2030: 0- 24.5%	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Mensual	
Fuente de información	Servicios de salud habilitados con internamiento	
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto	
Tipo de operación estadística	Registro administrativo	
Indicador de ODS	ODS 3.8.1	
Tipo de relación con ODS	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica	

Comentarios generales	<p><b>Nota.</b> No se cuenta más de una readmisión dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, <b>los traslados no se consideraban una readmisión.</b> Este indicador <b>se debe ser reportado por todos los servicios que cuentan con internamiento.</b></p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
-----------------------	--

Indicador #3.3	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por crisis hipertensiva</b>
Definición conceptual	<p><b>Crisis hipertensiva:</b> es una urgencia que corresponde a una hipertensión severa (PAS 180 mmHg o más, y/o PAD 120 mmHg o más) sin signos de compromiso agudo o de daño de órgano blanco. Incluye la emergencia hipertensiva, que corresponde a una presión sanguínea elevada con signos de daño agudo de órgano blanco y que requiere tratamiento inmediato intrahospitalario y amerita evaluar con rapidez y de la normalización PA de acuerdo con la etiología.</p> <p>La "<b>readmisión</b> por la misma causa crisis hipertensiva" se refiere al retorno de un paciente al hospital o centro de atención médica debido a complicaciones o problemas relacionados específicamente con su crisis hipertensiva, después de haber sido dado de alta previamente por el mismo motivo. En otras palabras, cuando un paciente con crisis hipertensiva es dado de alta del hospital después de recibir tratamiento.</p> <p>La readmisión <u>debe ser dentro de los 30 días de la fecha de egreso de la admisión durante la cual se había ingresado por crisis hipertensiva.</u></p> <p>En detalle, el término de readmisiones se refiere al número de ingresos por la afección por la cual hubo al menos un ingreso hospitalario <b>posterior dentro de los 30 días naturales</b> dividido por el número total de ingresos de enero a diciembre de un año x. Es decir, cuando los pacientes son dados de alta del hospital, se les da seguimiento durante 30 días en los datos. Si se produce algún reingreso en el mismo hospital o en uno diferente durante este período, el ingreso se cuenta como un reingreso. <b>No se cuenta más de una readmisión</b> dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". <u>Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, los traslados no se consideraban una readmisión.</u></p> <p>El "<b>egreso hospitalario</b>" se refiere al proceso mediante el cual un paciente es dado de alta y sale del hospital o centro de atención</p>

		<p>médica después de haber recibido tratamiento médico o cuidados durante una estancia hospitalaria.</p> <p><b>Admisión o ingreso:</b> es la aceptación formal de un paciente por la instalación, para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a hospitalización y el mantenimiento de una historia clínica, durante el período que dure su internamiento.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p> <p>Los "<b>días naturales</b>" se refieren a la medida del tiempo que transcurre desde un evento o punto de referencia hasta otro, sin tener en cuenta los días festivos o feriados. Estos días se cuentan consecutivamente desde el inicio hasta el final del periodo especificado, sin importar si caen en días laborables o no laborables.</p>
Fórmula de cálculo		$\% \text{MCM} = \frac{\text{cHTA}}{\text{IcTHA}} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<p><b>MCM:</b> porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso específicamente por crisis hipertensiva.</p> <p><b>cHTA:</b> número de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior al egreso en un periodo y lugar determinado, específicamente por crisis hipertensiva.</p> <p><b>IcHTA:</b> número total de ingresos (admisiones) en un periodo y lugar determinado, específicamente por crisis hipertensiva.</p>
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de readmisiones por crisis hipertensiva dentro de los 30 días posterior a su egreso.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base		ND
Meta		2030: 0- 10.68% de readmisión
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Servicios de salud habilitados con internamiento.
Clasificación		<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo

Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (X) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p>Nota. No se cuenta más de una readmisión dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, <b>los traslados no se consideraban una readmisión</b>. Este indicador <b>se debe ser reportado por todos los servicios que cuentan con internamiento</b>.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>



Indicador #3.4	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por mastectomía en cáncer de mama</b>
Definición conceptual	<p><b>Cáncer de mama:</b> de acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de cáncer de mama. El tipo de cáncer de mama depende de qué células de la mama se vuelven cancerosas.</p> <p>"La mama" se refiere a una de las glándulas mamarias que forman parte del sistema reproductivo femenino. La mama es un órgano glandular compuesto por tejido glandular y adiposo, ubicado en la parte anterior del tórax, sobre los músculos pectorales. Las mamas son susceptibles a varias condiciones médicas, incluyendo el cáncer de mama, que es una de las formas más comunes de cáncer en las mujeres. Otros problemas de salud relacionados con las mamas incluyen la mastitis (infección de la mama), los quistes mamarios, los fibroadenomas (tumores no cancerosos) y la enfermedad fibroquística de la mama, entre otros.</p> <p><b>Mastectomía:</b> de acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer, es una cirugía para extirpar toda o parte de la mama (seno), esto puede incluir el pezón, la areola (área de piel oscura alrededor del pezón) y la piel que cubre la mama. También, es posible que se extirpen algunos ganglios linfáticos de la axila para determinar si hay cáncer.</p> <p>La "<b>readmisión</b> por la misma causa cáncer de mama" se refiere al retorno de un paciente al hospital o centro de atención médica debido a complicaciones o problemas relacionados específicamente con su cáncer de mama, después de haber sido dado de alta previamente por el mismo motivo. En otras palabras, cuando un paciente con cáncer de mama es dado de alta del hospital después de recibir tratamiento.</p> <p><u>La readmisión debe ser dentro de los 30 días de la fecha de egreso de la admisión durante la cual se había ingresado por cáncer de mama.</u></p> <p>En detalle, el término de readmisiones se refiere al número de ingresos por la afección por la cual hubo al menos un ingreso hospitalario <b>posterior dentro de los 30 días naturales</b> dividido por el número total de ingresos de enero a diciembre de un año x. Es decir, cuando los pacientes son dados de alta del hospital, se les da seguimiento durante 30 días en los datos. Si se produce algún reingreso en el mismo hospital o en uno diferente durante este</p>

	<p>período, el ingreso se cuenta como un reingreso. <b>No se cuenta más de una readmisión</b> dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". <u>Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, los traslados no se consideraban una readmisión.</u></p> <p>El "egreso hospitalario" se refiere al proceso mediante el cual un paciente es dado de alta y sale del hospital o centro de atención médica después de haber recibido tratamiento médico o cuidados durante una estancia hospitalaria.</p> <p><b>Admisión o ingreso:</b> es la aceptación formal de un paciente por la instalación, para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a hospitalización y el mantenimiento de una historia clínica, durante el período que dure su internamiento.</p> <p>El "porcentaje" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p> <p>Los "días naturales" se refieren a la medida del tiempo que transcurre desde un evento o punto de referencia hasta otro, sin tener en cuenta los días festivos o feriados. Estos días se cuentan consecutivamente desde el inicio hasta el final del periodo especificado, sin importar si caen en días laborables o no laborables.</p>	
Fórmula de cálculo	$\% MCM = \frac{CAm}{ICAm} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>MCM:</b> porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso específicamente por mastectomía por cáncer de mama</p> <p><b>CAm:</b> número de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior al egreso de la mastectomía en cáncer de mama, en un periodo y lugar determinado</p> <p><b>ICAm:</b> número de ingresos (admisiones) por mastectomía en cáncer de mama en un periodo y lugar determinado</p>	
Unidad de medida	Porcentaje	
Interpretación	Expresa la proporción de readmisiones por mastectomía en cáncer de mama dentro de los 30 días posterior a su egreso.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base	ND	

Meta	2030: 0- 4.9 %
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Mensual
Fuente de información	Servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación	( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.I
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p><b>Nota.</b> No se cuenta más de una readmisión dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, <b>los traslados no se consideraban una readmisión</b>. Este indicador <b>se debe ser reportado por todos los servicios que cuentan con internamiento</b>.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>

Indicador #3.5	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso por prostatectomía radical</b>
Definición conceptual	<p><b>Prostatectomía radical:</b> es una cirugía para extirpar toda la glándula prostática y los ganglios linfáticos circundantes para tratar a hombres que padecen cáncer de próstata localizado (tratamiento estándar en el manejo del cáncer de próstata clínicamente localizado).</p> <p>La "glándula prostática" es un órgano glandular presente en el sistema reproductivo masculino, situado justo debajo de la vejiga y delante del recto. Su principal función es producir parte del líquido seminal, que ayuda a transportar y proteger a los espermatozoides durante la eyaculación. La glándula prostática rodea la uretra, el conducto que transporta la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo, y también está compuesta por músculos lisos que ayudan a expulsar el semen durante la eyaculación.</p> <p>Los problemas de salud más comunes asociados con la glándula prostática incluyen la hiperplasia prostática benigna (HPB) y el cáncer de próstata. La HPB es un agrandamiento no canceroso de la próstata que puede causar dificultad para orinar y otros síntomas urinarios, mientras que el cáncer de próstata es un crecimiento anormal de células prostáticas malignas que puede requerir tratamiento médico.</p> <p>Por otro lado, los "ganglios linfáticos" son pequeños órganos del sistema linfático que se encuentran distribuidos por todo el cuerpo y que forman parte del sistema inmunológico. Su función principal es filtrar y eliminar bacterias, virus, células muertas y otras sustancias extrañas del líquido linfático antes de que éste regrese al torrente sanguíneo.</p> <p>Los ganglios linfáticos son sitios importantes para la producción de células inmunitarias, como linfocitos y células plasmáticas, que ayudan a combatir las infecciones y otras enfermedades. Cuando el cuerpo está luchando contra una infección, los ganglios linfáticos pueden aumentar de tamaño y volverse sensibles al tacto debido al aumento de la actividad inmunitaria en esa área.</p> <p>Los ganglios linfáticos pueden agrandarse también debido a enfermedades como el cáncer, ya que son sitios comunes de metástasis, donde las células cancerosas se propagan a través del</p>

sistema linfático desde su sitio original de crecimiento. Por lo tanto, la evaluación del tamaño y la textura de los ganglios linfáticos es importante para el diagnóstico y la estadificación de ciertos tipos de cáncer, así como para la detección de enfermedades infecciosas.

La "readmisión por la misma causa prostatectomía radical" se refiere al retorno de un paciente al hospital o centro de atención médica debido a complicaciones o problemas relacionados específicamente con su prostatectomía radical, después de haber sido dado de alta previamente por el mismo motivo. En otras palabras, cuando un paciente con es dado de alta del hospital después de recibir tratamiento.

La readmisión debe ser dentro de los 30 días de la fecha de egreso de la admisión durante la cual se había ingresado por una prostatectomía radical .

En detalle, el término de readmisiones se refiere al número de ingresos por la afección por la cual hubo al menos un ingreso hospitalario **posterior dentro de los 30 días naturales** dividido por el número total de ingresos de enero a diciembre de un año x. Es decir, cuando los pacientes son dados de alta del hospital, se les da seguimiento durante 30 días en los datos. Si se produce algún reingreso en el mismo hospital o en uno diferente durante este período, el ingreso se cuenta como un reingreso. **No se cuenta más de una readmisión** dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, los traslados no se consideraban una readmisión.

El "**egreso hospitalario**" se refiere al proceso mediante el cual un paciente es dado de alta y sale del hospital o centro de atención médica después de haber recibido tratamiento médico o cuidados durante una estancia hospitalaria.

**Admisión o ingreso:** es la aceptación formal de un paciente por la instalación, para su atención médica, que implica ocupar una cama hospitalaria en cualquiera de las áreas destinadas a hospitalización y el mantenimiento de una historia clínica, durante el período que dure su internamiento.

El "**porcentaje**" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de

		<p>100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p> <p>Los "<b>días naturales</b>" se refieren a la medida del tiempo que transcurre desde un evento o punto de referencia hasta otro, sin tener en cuenta los días festivos o feriados. Estos días se cuentan consecutivamente desde el inicio hasta el final del periodo especificado, sin importar si caen en días laborables o no laborables.</p>
Fórmula de cálculo		$\% RPR = \frac{XPR}{I} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<p><b>%RPR:</b> porcentaje de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso, específicamente por prostatectomía radical</p> <p><b>XPR:</b> número de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior al egreso del procedimiento quirúrgico prostatectomía radical, en un periodo y lugar determinado</p> <p><b>I:</b> número total de ingresos (admisiones) por prostatectomía radical en un periodo y lugar determinado</p>
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de readmisiones por prostatectomía radical dentro de los 30 días posterior a su egreso.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base		ND
Meta		2030: 0- 4.2 % al año
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Mensual
Fuente de información		Servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación		<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.I
Tipo de relación con ODS		<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<p><b>Nota.</b> No se cuenta más de una readmisión dentro del período de 30 días, porque la medida de resultado evaluada aquí es "porcentaje de admisiones que son readmitidas". Si un paciente fue transferido a un hospital diferente el mismo día o fue transferido dentro del mismo hospital, los dos eventos se combinaron como una sola estadía y el segundo evento no se contabiliza como reingreso; es decir, <b>los</b></p>

	<p><b>traslados no se consideraban una readmisión.</b> Este indicador se debe ser reportado por todos los servicios que cuentan con internamiento.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
--	--

Indicador #A.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados con estándares de seguridad de la atención</b>
Definición conceptual	<p>"Habilitados con estándares de seguridad de la atención" se refiere instalaciones o establecimientos de salud que cumplen con los estándares y protocolos <b>establecidos por el Ministerio de Salud</b> para garantizar la seguridad y calidad de la atención médica proporcionada a los pacientes. Aplica para servicios de salud públicos y privados.</p> <p>De acuerdo con la Joint Commission International (2020) un estándar es un enunciado que detalla expectativas de rendimiento, estructura, funciones o procesos que deben existir para que una organización ofrezca atención del paciente, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.</p> <p>Estos estándares de seguridad de la atención pueden incluir una variedad de prácticas y procedimientos diseñados para prevenir errores médicos, minimizar riesgos para los pacientes y mejorar los resultados clínicos.</p> <p><b>Estándares de seguridad de la atención:</b> prácticas buenas y seguras, aplicadas a lo largo de toda la atención del paciente, para mejorar y hacer eficientes los procesos de registro y control, disminuir la aparición de errores o minimizar sus consecuencias y realizar actividades de vigilancia de la calidad de todos los procesos involucrados en la atención.</p> <p>Se debe entender por <b>servicio de salud</b> aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud. La habilitación de estos</p>



	<p>servicios implica que han cumplido con ciertos estándares y requisitos establecidos por las autoridades de salud para garantizar la calidad y seguridad de la atención proporcionada.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p><b>Servicios de salud:</b> servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>	
Fórmula de cálculo	$\% \text{ SC} = \frac{\text{AA1}}{\text{EA2}} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>SC:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados con estándares de seguridad de la atención</p> <p><b>AA1:</b> número de servicios de salud habilitados con estándares de seguridad de la atención en un período y lugar determinado</p> <p><b>EA2:</b> número total de servicios de salud en un periodo y lugar determinado</p>	
Unidad de medida	Porcentaje	
Interpretación	Expresa la proporción de servicios de salud habilitados con estándares de seguridad de la atención.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base	DN	
Meta	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40%	

	2029: 50% 2030: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Anual
Fuente de información	Informe de servicios de salud habilitados
Clasificación	( ) Impacto (X) Efecto ( ) Producto.
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p><b>NOTA IMPORTANTE.</b> El numerador solo debe considerar los servicios de salud públicos y privados que se habilitan con normativas que han incorporado los estándares de seguridad de la atención. El denominador debe incluir todos los servicios de salud que optan por la habilitación.</p> <p>La Dirección de Servicios de Salud hará llegar a las Direcciones Regionales el listado actualizado de las normativas que contengan los estándares para efectos del cálculo de este indicador.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados. Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p>

Indicador #B.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de Unidades de Cuidados Paliativos que reciben fondos públicos de la Junta de Protección Social acreditadas</b>
Definición conceptual	<p><b>Unidades de cuidados paliativos:</b> es un recurso especialista independiente de camas dedicado exclusivamente a la atención de pacientes con enfermedades avanzadas y terminales y sus familias.</p> <p><b>"Acreditadas"</b> se refiere instituciones, programas o servicios que, según evaluación y certificación emitida por una entidad acreditadora reconocida, cumplen con ciertos estándares de calidad, competencia o desempeño establecidos por la entidad acreditadora. La finalidad de la acreditación es proporcionar una garantía de calidad y confianza tanto para los consumidores como para otras partes interesadas, demostrando que la entidad acreditada cumple con ciertos criterios y estándares establecidos.</p> <p><b>Acreditación de servicios de salud:</b> procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que busca garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados.</p> <p>Los fondos públicos de la Junta de Protección Social (JPS) son recursos financieros que esta institución recibe y administra para cumplir con sus objetivos y funciones. La Junta de Protección Social es una entidad costarricense encargada de administrar los juegos de lotería y otros juegos de azar, destina los ingresos generados por estas actividades a programas sociales y de beneficencia en Costa Rica.</p> <p>En términos generales, estos fondos se utilizan para financiar programas y proyectos en áreas como la salud, la educación, el deporte, la cultura con el fin de contribuir al bienestar social y al desarrollo del país.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>
Fórmula de cálculo	$\% \text{UCPA} = \frac{D1}{EA2} \times 100$

Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<p><b>UCPA:</b> porcentaje de Unidades de Cuidados Paliativos que solicitan fondos públicos en la Junta de Protección Social acreditadas.</p> <p><b>DI:</b> número total de Unidades Cuidados Paliativos que solicitan fondos públicos en la Junta de Protección Social acreditadas en un periodo y lugar determinado</p> <p><b>EA2:</b> número total de Unidades Cuidados Paliativos que solicitan fondos públicos en la Junta de Protección Social en un periodo y lugar determinado</p>
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de Unidades de Cuidados Paliativos que reciben fondos públicos de la JPS que se han acreditado en un periodo determinado
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base		2023: 3%
Meta		2024: 70% 2025: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Informe de servicios de salud habilitados
Clasificación		<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<p><b>NOTA IMPORTANTE.</b> Por ser el proceso de acreditación voluntario, se excluye a cualquier Unidad de Cuidados Paliativos que no opte por la utilización de fondos públicos de la Junta de Protección Social. Aplica para servicios de salud <b>públicos y privados.</b></p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p>

Indicador #B.2	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de hogares de larga estancia que reciben fondos públicos que se encuentran en proceso de acreditación.</b>
Definición conceptual	<p><b>Los hogares de larga estancia:</b> de acuerdo con información publicada en el sitio web del CONAPAM, son establecimientos en donde residen personas adultas mayores de forma permanente y en los cuales se brindan servicios integrales (residencia, médicos y paramédicos, rehabilitación física y ocupacional, trabajo social, alimentación, estimulación mental).</p> <p><b>Encontrarse en un proceso de acreditación de servicios de salud</b> es haber iniciado la preparación para someterse al procedimiento de evaluación de los recursos institucionales. Proceso voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados.</p> <p><b>"Acreditadas"</b> se refiere instituciones, programas o servicios que, según evaluación y certificación emitida por una entidad acreditadora reconocida, cumplen con ciertos estándares de calidad, competencia o desempeño establecidos por la entidad acreditadora. La finalidad de la acreditación es proporcionar una garantía de calidad y confianza tanto para los consumidores como para otras partes interesadas, demostrando que la entidad acreditada cumple con ciertos criterios y estándares establecidos.</p> <p>En Costa Rica, recibir fondos públicos para actividades, proyectos o servicios relacionados con la salud pública implica un proceso estructurado y regulado. Este proceso tiene como objetivo garantizar que los recursos del Estado se empleen de manera eficiente y transparente, en beneficio de la salud de la población.</p> <p>El <b>"porcentaje"</b> es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>
Fórmula de cálculo	$\% \text{ HLEA} = \frac{\text{AA1}}{\text{EA2}} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>HLEA:</b> porcentaje de hogares de larga estancia que reciben fondos públicos que se encuentran en proceso de acreditación.</p> <p><b>AAI:</b> número total de hogares de larga estancia que reciben fondos públicos en un periodo y lugar determinado.</p>

		<b>EA2:</b> número total de hogares de larga estancia que reciben fondos públicos en un periodo y lugar determinado
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de hogares de larga estancia que reciben fondos públicos que se encuentran en un proceso de acreditación
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base		ND
Meta		2026: 20% 2028: 30% 2029: 40% 2028: 50% 2029: 70% 2030: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Informe de servicios de salud
Clasificación		( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<p><b>NOTA IMPORTANTE.</b> Para considerar al hogar de la larga estancia en el numerador y denominador, debe recibir fondos públicos más no requiere estar acreditada sino haber iniciado el proceso de acreditación ante el Ministerio de Salud.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados. Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p>

Indicador # C.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementa el programa de vigilancia de reportes de eventos adversos</b>
Definición conceptual	<p>Un <b>programa</b> es un sistema oficial y organizado que orienta acciones para alcanzar un objetivo. Puede incluir narrativas, planes, protocolos, políticas, procedimientos, guías, mapas temáticos o una combinación de cualquiera de ellos. (Joint Commission International,2020).</p> <p>Un <b>programa de vigilancia de reportes de eventos adversos</b> se refiere al establecimiento de un sistema de detección y reporte de eventos adversos, que incluya pero que no esté limitado a, lo establecido por ley. <b>La Dirección de Servicios de Salud establecerá los eventos sujetos a vigilancia.</b></p> <p><b>Evento adverso:</b> situación o evento sujeto a vigilancia de los servicios en el cual el cuidado de la salud tiene como consecuencia un resultado clínico no deseado, que puede o no causar daño a la persona usuaria. No está relacionada a la enfermedad subyacente.</p> <p>Se debe entender por <b>servicio de salud</b> aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud. La habilitación de estos servicios implica que han cumplido con ciertos estándares y requisitos establecidos por las autoridades de salud para garantizar la calidad y seguridad de la atención proporcionada.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de</p>

	<p>atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p>Los servicios de salud de riesgo alto son todas aquellas actividades clasificadas como <b>Grupo A</b>: hospitalización, emergencias, cirugía, atención al parto, lavandería hospitalaria, trasplantes, radioterapia, diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, farmacia hospitalaria, fertilización in vitro, bancos de sangre, órganos, tejidos, componentes anatómicos humanos y leche, así como ambulancias de soporte avanzados.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>	
Fórmula de cálculo	$\% \text{ SAV} = \frac{\text{AA1}}{\text{EA2}} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>SAV</b>: porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan el programa de vigilancia de reportes de eventos adversos</p> <p><b>AA1</b>: número total de servicios de salud con clasificación de riesgo alto que implementan el programa de vigilancia de reportes de eventos adversos</p> <p><b>EA2</b>: número total de servicios de salud clasificados con riesgo alto</p>	
Unidad de medida	Porcentaje	
Interpretación	Expresa la proporción de servicios de salud habilitados con riesgo alto que implementan un programa de vigilancia de reportes de eventos adversos	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud
Línea base	ND	
Meta	2026: 20% 2027: 40% 2028: 60% 2029: 80% 2030: 100%	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Anual	
Fuente de información	Informe de servicios de salud habilitados con riesgo alto	
Clasificación	() Impacto	



	(x) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p><b>NOTA IMPORTANTE.</b> Aplica para servicios de salud públicos y privados clasificados con riesgo alto.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados con riesgo alto.</b></p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p>

Indicador D.I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Número de enfermedades trazadoras verificadas</b>
Definición conceptual	<p>El indicador pretende que, al menos una vez al año, cada Dirección Regional aplique a un servicio de salud público y privado el instrumento de verificación de la atención de enfermedades trazadoras.</p> <p>La "<b>Atención a Enfermedades Trazadoras</b>" es un concepto utilizado en el ámbito de la salud para referirse a un conjunto específico de enfermedades o condiciones médicas que se utilizan como indicadores de la calidad de la atención médica proporcionada en un sistema de salud. Estas enfermedades trazadoras son seleccionadas debido a su importancia clínica, su capacidad para reflejar la efectividad de los servicios de salud y su relevancia para la salud pública.</p> <p>El objetivo principal de monitorear y evaluar la atención a enfermedades trazadoras es identificar áreas de mejora en la prestación de servicios de salud, así como detectar posibles problemas de calidad o deficiencias en el sistema de atención.</p> <p>El monitoreo y la mejora continua de la atención a enfermedades trazadoras son componentes importantes de la gestión de la calidad en los sistemas de salud y ayudan a garantizar que los pacientes reciban atención médica segura, efectiva y oportuna.</p> <p>Se considera <b>enfermedades trazadoras</b> a un conjunto limitado de enfermedades o condiciones específicas que la autoridad sanitaria ha definido en función de estudios epidemiológicos y de seguimiento para que su vigilancia sirva como instrumento para priorizar las actividades y definir las necesidades más urgentes.</p> <p>Para efectos de indicador se consideran enfermedades trazadoras: <b><u>diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer de próstata y cáncer de mama.</u></b></p> <p>La Dirección de Servicios de Salud elaborará un instrumento basado en la norma de atención e informará a la Direcciones Regionales cuándo y qué trazadora se deberá aplicar a un servicio de salud.</p> <p><b>Servicios de salud:</b> servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil en el que profesionales o técnicos debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo, u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de</p>

	<p>promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Verificados: aplicación de un instrumento para la verificación de los criterios críticos a evaluar por el Ministerio de Salud.</p> <p>Los "procesos de verificación" se refieren a los procedimientos y actividades llevadas a cabo para confirmar, validar o comprobar la exactitud, autenticidad, integridad o cumplimiento de ciertos criterios, requisitos o estándares establecidos.</p>	
Fórmula de cálculo	<b>SST = X</b>	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>SST:</b> número de enfermedades trazadoras verificadas  <b>X:</b> total de enfermedades trazadoras verificadas en un periodo determinado</p>	
Unidad de medida	Número	
Interpretación	Expresa la cantidad de enfermedades trazadoras verificada en un periodo determinado.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, Rendición de cuentas
Línea base	ND	
Meta	<p>2027: Una enfermedad trazadora verificada  2028: Una enfermedad trazadora verificada  2029: Una enfermedad trazadora verificada  2030: Una enfermedad trazadora verificada</p>	
Periodicidad del PNC para el seguimiento	Anual	
Fuente de información	Direcciones Regionales	
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input type="checkbox"/> Efecto <input checked="" type="checkbox"/> Producto	
Tipo de operación estadística	Registro administrativo	
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1	
Tipo de relación con ODS	<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta	
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica	
Comentarios generales	<b>NOTA IMPORTANTE.</b> Debe ser aplicado en un servicio de salud público o privado.	

	<p>Los <b>servicios de salud públicos</b> son proporcionados y financiados por el gobierno, ya sea a nivel nacional, regional o local. Estos servicios de salud están dirigidos a toda la población y su financiamiento proviene principalmente de los impuestos y fondos públicos.</p> <p>Los <b>servicios de salud privados</b> son proporcionados por entidades privadas, como hospitales, clínicas, consultorios médicos y proveedores de atención médica independientes. Estos servicios de salud son financiados por los pacientes a través de seguros de salud privados, pagos directos o planes de salud empresariales.</p>
--	---

Indicador # E.I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados que disponen de los protocolos clínicos de las primeras 5 causas frecuentes de consulta</b>
Definición conceptual	<p>Se debe entender por servicio de salud aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos.</p> <p>Para el cálculo de este indicador solo se tomará en cuenta los centros que ofrecen atención con internamiento.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p>La habilitación de estos servicios implica que han cumplido con ciertos estándares y requisitos establecidos por las autoridades de salud para garantizar la calidad y seguridad de la atención proporcionada.</p> <p>Las "<b>causas frecuentes de consulta</b>" se refieren a los motivos comunes por los cuales las personas buscan atención médica en centros de salud, consultorios médicos u otros establecimientos de atención médica. Estas son las razones más habituales por las cuales los pacientes solicitan atención médica, ya sea por síntomas específicos, preocupaciones de salud o necesidades de seguimiento médico.</p>

	<p>Las causas frecuentes de consulta pueden variar según la población, el contexto geográfico y las características demográficas de los pacientes.</p> <p>Los "<b>protocolos clínicos</b>" son conjuntos de pautas o directrices que describen los procedimientos y pasos específicos a seguir para el diagnóstico, tratamiento y manejo de una enfermedad o condición médica particular. Estos protocolos están diseñados para estandarizar la atención médica y garantizar que los profesionales de la salud sigan prácticas clínicas basadas en la evidencia y las mejores prácticas.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>	
Fórmula de cálculo	$PPC = \frac{A}{F} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>PPC:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados que disponen de los protocolos clínicos de las primeras 5 causas frecuentes de consulta</p> <p><b>A:</b> número de servicios de salud habilitados con internamiento que disponen de los protocolos clínicos de las primeras 5 causas frecuentes de consulta en un lugar y periodo determinado</p> <p><b>F:</b> número total de servicios de salud con internamiento en un lugar y periodo determinado</p>	
Unidad de medida	Porcentaje	
Interpretación	Expresa la proporción de servicios de salud públicos y privados habilitados que disponen de los protocolos clínicos de las primeras 5 causas frecuentes de consulta en un periodo determinado.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, Atención segura y estandarizada
Línea base	ND	
Meta	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Anual	
Fuente de información	Informe de servicios de salud habilitados con internamiento	
Clasificación	( ) Impacto	

	(X) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (X) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p>Cada servicio de salud de acuerdo con la frecuencia de motivos de consulta, establece las 5 primeras causas de consulta. El indicador valora la disponibilidad de consulta y acceso a los protocolos para el personal que atiende al usuario. Se pretende que estos sean de conocimiento del personal y que se encuentren accesibles para consultas que requiera realizar el personal de salud.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>


Indicador #F.I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto implementando el programa de cultura justa y de seguridad del paciente</b>
Definición conceptual	<p>El término programa sirve para denotar aquella agrupación de actividades que, tanto en secuencia o simultáneas, son ejecutadas por un equipo de individuos a fin de que se cumpla un objetivo; en este caso, en los temas de cultura justa y seguridad del paciente.</p> <p><b>El programa de cultura justa y de seguridad del paciente:</b> es el conjunto de elementos estructurales, de procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.</p> <p>Considera el:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar riesgos.</li> <li>• Promover las buenas prácticas.</li> <li>• Divulgar las medidas de seguridad física.</li> <li>• Crear un mecanismo de participación.</li> <li>• Generar un presupuesto.</li> </ul> <p>La cultura justa es aquella en la que no se castiga a los operadores y demás personal de primera línea por sus acciones, omisiones o decisiones cuando sean acordes con su experiencia y capacitación, pero en la cual no se toleran la negligencia grave, las infracciones intencionadas ni los actos destructivos.</p> <p>Desarrollar e instaurar una "cultura justa" en una organización significa crear las condiciones de confianza necesarias para que la información fluya. También, significa definir los comportamientos que deben ser reconocidos y valorados y, a la inversa, los comportamientos inaceptables que deben ser sancionados. "Reaccionar de manera justa" es un ingrediente esencial del liderazgo en seguridad.</p> <p>La "<b>cultura justa</b>" es un componente importante de la cultura de seguridad en salud que se centra en promover la transparencia, la responsabilidad y el aprendizaje organizacional en el ámbito de la atención médica. Se refiere a un entorno en el que se fomenta la comunicación abierta, se reconoce la importancia de aprender de los errores y se evita culpar o castigar a los individuos por errores o incidentes no intencionales.</p>



	<p>En un entorno de cultura justa en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad compartida: se reconoce que la seguridad del paciente es responsabilidad de todos los miembros del equipo de atención médica, desde los médicos y enfermeras hasta el personal de apoyo y administrativo.</li> <li>• Comunicación abierta: se promueve una comunicación abierta y transparente entre todos los miembros del equipo de atención médica, así como con los pacientes y sus familias, para fomentar la confianza y la colaboración.</li> <li>• Aprendizaje organizacional: se valora el aprendizaje continuo y se alienta a identificar las causas subyacentes de los errores o incidentes para implementar mejoras en los procesos y sistemas de atención médica.</li> <li>• No culpabilidad: se evita la cultura de culpar o castigar a los individuos por errores o incidentes no intencionales, reconociendo que la mayoría de los errores son el resultado de sistemas deficientes en lugar de acciones individuales.</li> <li>• Justicia y equidad: se busca garantizar que los procesos y políticas relacionados con la seguridad del paciente sean justos y equitativos para todos los miembros del equipo de atención médica, independientemente de su posición o función.</li> </ul> <p>La OMS define la "seguridad del paciente" como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención médica hasta un mínimo aceptable. Esta definición reconoce que el cuidado de la salud conlleva ciertos riesgos, pero busca minimizarlos y prevenir los eventos adversos que puedan ocurrir durante el proceso de atención médica.</p> <p>La <b>seguridad del paciente</b> promueve un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que los errores sean menos probables y minimizan el impacto de los daños cuando se producen.</p> <p>Se debe entender por <b>servicio de salud</b> aquel ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p>
--	--

	<p>Los <b>"servicios de salud habilitados"</b> se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud. La habilitación de estos servicios implica que han cumplido con ciertos estándares y requisitos establecidos por las autoridades de salud para garantizar la calidad y seguridad de la atención proporcionada.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p>Servicios de salud: servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los servicios de salud de <b>riesgo alto</b> son todas aquellas actividades clasificadas como Grupo A: hospitalización, emergencias, cirugía, atención al parto, lavandería hospitalaria, trasplantes, radioterapia, diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, farmacia hospitalaria, fertilización in vitro, bancos de sangre, órganos, tejidos, componentes anatómicos humanos y leche, así como ambulancias de soporte avanzados.</p> <p>El <b>"porcentaje"</b> es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>
Fórmula de cálculo	$PSSx = \frac{AA2}{BB2} \times 100$

Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<p><b>PSSx:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto implementando el programa de cultura justa y de seguridad del paciente</p> <p><b>AA2:</b> número de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan el programa de cultura justa y de seguridad del paciente en un lugar y periodo determinado</p> <p><b>BB2:</b> número total de servicios de salud clasificados con riesgo alto en un lugar y periodo determinado</p>
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de servicios de salud públicos y privados de riesgo alto habilitados que cumplen con la implementación de un programa de cultura justa y de seguridad de pacientes en un periodo determinado.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Calidad, seguridad del paciente
Línea base		ND
Meta		2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Informe de servicios de salud habilitados
Clasificación		<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		<input type="checkbox"/> Directa <input checked="" type="checkbox"/> Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<p><b>NOTA IMPORTANTE. Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b></p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p>



	<p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p>
--	---

Indicador # G.I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje servicios de salud habilitados que implementan el monitoreo de satisfacción del usuario interno y externo.</b>
Definición conceptual	<p>El "monitoreo de satisfacción del usuario" se refiere al proceso de recopilación sistemática y análisis de la percepción de los usuarios o clientes con respecto a un producto, servicio o proceso específico. En el contexto de la atención médica, se enfoca en la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud que reciben.</p> <p>La <b>satisfacción de la persona usuaria</b> es la medición subjetiva del resultado de las interacciones mencionadas con respecto a la atención del paciente.</p> <p>Los usuarios internos son aquellos que forman parte de la misma organización y están involucrados en el funcionamiento interno. Puede incluir empleados, directivos, gerentes, personal administrativo y cualquier otro individuo que trabaje dentro de la entidad. (recomendado)</p> <p>Un usuario externo es aquel que no forma parte de la organización y no está directamente vinculado a su funcionamiento interno en este caso son las personas usuarias de los servicios de salud.(Obligatorio)</p> <p><b>Servicio de salud:</b> aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud.</p>

	<p>Los "<b>servicios de salud con internamiento</b>" se refieren a los establecimientos de atención en salud que ofrecen servicios los cuales requieren que los pacientes sean admitidos y permanezcan durante un período de tiempo en instalaciones específicas, como hospitales, clínicas especializadas o centros de rehabilitación. Estos servicios pueden incluir atención médica aguda, cirugía, cuidados intensivos, cuidados paliativos, rehabilitación, atención psiquiátrica, entre otros.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p>Incluye los servicios de salud <b>de riesgo alto</b> son todas aquellas actividades clasificadas como Grupo A: hospitalización, emergencias, cirugía, atención al parto, trasplantes, radioterapia, diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, farmacia hospitalaria, fertilización in vitro, bancos de sangre, órganos y de leche, así como ambulancias de soporte avanzados.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>	
Fórmula de cálculo	$PSS = \frac{A2}{B2} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>PSS:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados que implementan el monitoreo de la satisfacción del usuario</p> <p><b>A2:</b> número de servicios de salud habilitados que implementan el monitoreo de la satisfacción de la persona usuaria en un periodo determinado</p> <p><b>B2:</b> número total de servicios de salud con internamiento en un periodo determinado</p>	
Unidad de medida	Porcentaje	
Interpretación	Expresa la proporción de servicios de salud con internamiento habilitados que implementan el monitoreo de la satisfacción de la persona usuaria en un periodo determinado.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Calidad, capacidad de respuesta, salud

Línea base	ND
Meta	2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Anual
Fuente de información	Servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación	( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.I
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p><b>NOTA IMPORTANTE. Aplica para servicios de salud públicos y privados con internamiento.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>

Indicador # H.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de implementación del Disease Information System (DIS) obligatorio nacional en evaluación la eficiencia financiera del servicio de salud para tratar las ENTO</b>
Definición conceptual	<p>Este indicador mide el grado de implementación del sistema DIS (Disease Information System) a nivel nacional y su impacto en la eficiencia financiera del sistema de salud en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad (ENTO).</p> <p>El "<b>Sistema de Información de Enfermedades</b>" (<b>Disease Information System, DIS</b>) es una herramienta de gestión de datos diseñada para recopilar, almacenar, procesar y analizar información relacionada con enfermedades específicas o condiciones de salud en una población determinada. El sistema DIS puede abordar una amplia gama de enfermedades, desde las infecciosas hasta las crónicas no transmisibles y condiciones de salud mental. Dependiendo de los objetivos y necesidades específicas, el sistema DIS puede incluir datos clínicos, de laboratorio, de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento de pacientes, así como información demográfica, geográfica y socioeconómica relacionada.</p> <p>La "<b>evaluación de la eficiencia financiera</b>" se refiere al análisis y la medición del rendimiento económico y financiero de una organización, empresa o entidad, con el objetivo de determinar cómo se están utilizando los recursos financieros disponibles para lograr los objetivos establecidos.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p> <p>La OMS define las "<b>enfermedades no transmisibles</b>" (ENT) como afecciones crónicas de larga duración, de progresión lenta y generalmente de origen multifactorial. Estas no se pueden transmitir de una persona a otra y son resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales y de comportamiento. Algunos ejemplos comunes de ENT incluyen enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos mentales.</p> <p>La <b>obesidad</b>, por otro lado, es una condición médica caracterizada por un exceso de grasa corporal que puede tener efectos negativos</p>



		en la salud. Se considera un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, ciertos tipos de cáncer.
Fórmula de cálculo		<b>Porcentaje de avance</b> = $\frac{\text{Elementos implementados}}{\text{Total de elementos planificados}} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<b>Elementos implementados:</b> representa el número de elementos del sistema DIS que ya han sido implementados <b>Total de elementos planificados:</b> total de elementos planificados es el número total de elementos que se planea implementar en el sistema DIS
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Indica la proporción de los elementos implementados sobre el total de elementos a ser implementados para que el DIS sea obligatorio, lo que se traduce en una mayor eficiencia en el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad (ENTO).
Desagregación	Geográfica	A nivel nacional
	Temática	Salud y eficiencia financiera
Línea base		ND
Meta		2025 20% definidas en ENTO 2027: 50% definidas en ENTO 2028: 70% definidas en ENTO 2029: 80% definidas en ENTO 2030: 100% definidas en ENTO
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Cuentas Nacionales de Salud
Clasificación		( ) Impacto ( ) Efecto (x) Producto
Tipo de operación estadística		Monitoreo de implementación del DIS
Indicador de ODS vinculado		ODS 3
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		El indicador se alinea con este enfoque al evaluar la implementación de un sistema de información de salud obligatorio para abordar enfermedades crónicas. El consenso destaca la importancia del acceso a la información, incluyendo la información relacionada con la salud. La implementación de un sistema DIS puede contribuir al acceso a datos críticos sobre enfermedades no transmisibles y crónicas.

Comentarios generales

**NOTA IMPORTANTE.** Este indicador se centra en evaluar el progreso hacia la implementación total del DIS, contribuyendo así a mejorar la eficiencia en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Indicador # I.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Número de eventos adversos asociados a Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con costo promedio anual</b>
Definición conceptual	<p>Cuantifica el número de eventos adversos asociados a Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) con el costo promedio en un periodo determinado; el costo se centra en las 3 primeras causas de eventos adversos asociados a IAAS.</p> <p>Los "eventos adversos asociados a Infecciones Intrahospitalarias Asociadas a la Atención de la Salud" se refieren a complicaciones o consecuencias negativas que surgen como resultado de la presencia de infecciones adquiridas durante la atención médica en un entorno hospitalario o de salud. Estas infecciones, también conocidas como Infecciones Nosocomiales, son aquellas que no estaban presentes ni en proceso de incubación al momento del ingreso del paciente al hospital y que se desarrollan durante su estancia en el centro de salud.</p> <p>El tratamiento de las infecciones intrahospitalarias puede resultar en costos adicionales para el paciente, el sistema de salud y la sociedad en general, incluyendo el costo de los medicamentos, los procedimientos médicos y la atención adicional necesaria.</p> <p>El "costo promedio anual" es un término utilizado en finanzas para referirse al cálculo del costo promedio de un determinado concepto o partida financiera a lo largo de un año calendario</p>
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número total de eventos adversos} = \text{Gasto total asociado a las 3 primeras causas}}{\text{Gasto total de eventos adversos}} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>Número Total de Eventos Adversos:</b> representa la cantidad total de eventos adversos asociados a IAAS</p> <p><b>Gasto Total Asociado a las 3 Primeras Causas:</b> corresponde al costo total relacionado con los eventos adversos causados por las tres principales razones identificadas en un periodo determinado</p> <p><b>Gasto Total de Eventos Adversos:</b> es el costo total asociado con todos los eventos adversos, independientemente de su causa en un periodo determinado</p>
Unidad de medida	Número
Interpretación	Representa el costo de los tres primeros eventos adversos asociados a IAAS, priorizando las 3 primeras causas y su impacto financiero en el sistema de salud.

Desagregación	Geográfica	A nivel nacional
	Temática	Seguridad del paciente, calidad y eficiencia financiera
Línea base		ND
Meta		2027: 3
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Cuentas Nacionales de Salud, Información del DIS (Disease Information System), Registros de Área de estadística CCSS
Clasificación		( ) Impacto ( ) Efecto (x) Producto.
Tipo de operación estadística		Monitoreo de eventos adversos a IIAS
Indicador de ODS vinculado		ODS 3
Tipo de relación con ODS		(x) Directa ( ) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		El Consenso de Montevideo reconoce la importancia de la salud en el desarrollo sostenible. El consenso destaca la importancia del acceso a la información, incluyendo la información relacionada con la salud.
Comentarios generales		<b>NOTA IMPORTANTE.</b> Este indicador se centra en mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia financiera al abordar las causas más frecuentes de eventos adversos asociados a IAAS.

Indicador # I.2		
Elemento	Descripción	
Nombre del indicador	<b>Número de readmisiones prevenibles con un costo promedio anual</b>	
Definición conceptual	<p>Cuantifica el número de readmisiones por la misma causa en los primeros 30 días posterior a su egreso con el costo promedio anual, solo se realizará en 3 tipos de readmisiones: diabetes, hipertensión arterial y cáncer.</p> <p>El "<b>costo promedio anual</b>" es un término utilizado en finanzas para referirse al cálculo del costo promedio de un determinado concepto o partida financiera a lo largo de un año calendario.</p> <p>Las "<b>readmisiones prevenibles</b>" se refieren a las hospitalizaciones repetidas de pacientes que podrían haberse evitado mediante una atención médica adecuada y oportuna durante su estadía inicial en el hospital o después del alta. Estas readmisiones suelen estar relacionadas con complicaciones médicas, recaídas o falta de seguimiento del plan de cuidados médicos tras el alta hospitalaria.</p>	
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número total de readmisiones prevenibles} = \text{Gasto total asociado a las 3 primeras causas}}{\text{Gasto total de readmisiones prevenibles}} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>Número total de readmisiones prevenibles:</b> representa la cantidad total de casos en los que un paciente es readmitido al hospital debido a condiciones de salud que podrían haberse evitado mediante una atención médica adecuada y preventiva</p> <p><b>Gasto total asociado a las 3 primeras causas:</b> corresponde al costo total relacionado con las tres principales causas de readmisiones en el periodo determinado</p> <p><b>Gasto total de readmisiones prevenibles:</b> es el costo total asociado con todas las readmisiones prevenibles, independientemente de su causa en el periodo determinado</p>	
Unidad de medida	Número	
Interpretación	Mide el número de readmisiones prevenibles con un costo promedio en las 3 primeras causas y evalúa su impacto financiero en el sistema de salud.	
Desagregación	Geográfica	A nivel nacional
	Temática	Calidad de servicios de salud y eficiencia financiera
Línea base	ND	
Meta	2028: 3 primeras causas de las readmisiones prevenibles mapeadas con el gasto total	
Periodicidad del PNS para el seguimiento	Anual	

Fuente de información	Cuentas Nacionales de Salud, Información del DIS (Disease Information System), Registros de Área de estadística CCSS
Clasificación	<input type="checkbox"/> Impacto <input checked="" type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/> Producto
Tipo de operación estadística	Monitoreo de readmisiones prevenibles. Estadístico
Indicador de ODS vinculado	ODS 3
Tipo de relación con ODS	<input checked="" type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	El Consenso de Montevideo reconoce la importancia de la salud en el desarrollo sostenible. El consenso destaca la importancia del acceso a la información, incluyendo la información relacionada con la salud.
Comentarios generales	<b>NOTA IMPORTANTE.</b> Este indicador se centra en mejorar la calidad del servicio y la eficiencia financiera al abordar las causas más frecuentes de readmisiones prevenibles.

Indicador # I.3		
Elemento	Descripción	
Nombre del indicador	<b>Número reintervenciones quirúrgicas no programadas con un costo promedio anual</b>	
Definición conceptual	<p>Mide el número de reintervenciones quirúrgicas no programadas con el costo promedio anual, enfocándose en las 3 primeras causas y mapeándolas con el gasto total asociado.</p> <p>Las "<b>reintervenciones quirúrgicas no programadas</b>" se refieren a procedimientos quirúrgicos adicionales que deben realizarse en un paciente después de una cirugía inicial y que no estaban planeados previamente.</p> <p>El "<b>costo promedio anual</b>" es un término utilizado en finanzas para referirse al cálculo del costo promedio de un determinado concepto o partida financiera a lo largo de un año calendario.</p>	
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número total de reintervenciones quirúrgicas} = \text{Gasto total asociado a las 3 primeras causas}}{\text{Gasto total de reintervenciones quirúrgicas no programadas}} \times 100$	
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>Número total de reintervenciones quirúrgicas no programadas:</b> representa la cantidad total de casos en los que un paciente debe someterse a una reintervención quirúrgica de manera no programada, es decir, que no estaba planificada inicialmente</p> <p><b>Gasto total asociado a las 3 primeras causas:</b> corresponde al costo total relacionado con las tres principales razones identificadas como causas de las reintervenciones quirúrgicas no programadas en un periodo determinado</p> <p><b>Gasto total de reintervenciones quirúrgicas no programadas:</b> es el costo total asociado con todas las reintervenciones quirúrgicas no programadas, independientemente de su causa en un periodo determinado</p>	
Unidad de medida	Número	
Interpretación	Indica el número de reintervenciones quirúrgicas no programadas con el costo promedio de un periodo determinado, priorizando las 3 primeras causas, y evalúa su impacto financiero en el sistema de salud.	
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Calidad de servicios de salud, seguridad del paciente y eficiencia financiera
Línea base	ND	
Meta	2029: 3 de las primeras causas de reintervenciones quirúrgicas no programadas mapeadas con el gasto total	

Periodicidad del PNS para el seguimiento	Anual
Fuente de información	Cuentas Nacionales de Salud, Información del DIS (Disease Information System), Registros de Área de estadística CCSS
Clasificación	( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto
Tipo de operación estadística	Monitoreo de reintervenciones quirúrgicas no programadas. Estadístico
Indicador de ODS vinculado	ODS 3
Tipo de relación con ODS	(x) Directa ( ) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	El Consenso de Montevideo reconoce la importancia de la salud en el desarrollo sostenible. El consenso destaca la importancia del acceso a la información, incluyendo la información relacionada con la salud.
Comentarios generales	<b>NOTA IMPORTANTE.</b> Este indicador se enfoca en mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia financiera al abordar las causas más frecuentes de reintervenciones quirúrgicas no programadas.



Indicador # J.I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que verifican los estándares de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud</b>
Definición conceptual	<p>Este indicador busca incentivar a los establecimientos a realizarse autoevaluaciones que les permitan identificar áreas de mejora. El servicio de salud debe contar, al menos, con una auditoría interna para ser considerado en el numerador.</p> <p><b>Servicio de salud:</b> aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p>De acuerdo con la Joint Commission International (2020) un estándar es un enunciado que detalla expectativas de rendimiento, estructura, funciones o procesos que deben existir para que una organización ofrezca atención del paciente, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.</p> <p><b>Seguridad del paciente:</b> se refiere a un conjunto de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que reducen constantemente los riesgos, disminuyen la aparición de</p>

	<p>daños evitables, minimizan la probabilidad de errores y reducen el impacto de los daños cuando ocurren (OPS, 2022). La Dirección de Servicios de Salud establecerá los estándares de seguridad del paciente.</p> <p>Aplica para los servicios de salud de <b>riesgo alto</b>, es decir, todas aquellas actividades clasificadas como Grupo A: hospitalización, emergencias, cirugía, atención al parto, lavandería hospitalaria, trasplantes, radioterapia, diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, farmacia hospitalaria, fertilización in vitro, bancos de sangre, órganos, tejidos, componentes anatómicos humanos y leche, así como ambulancias de soporte avanzados.</p> <p>Los "<b>servicios de salud verificados</b>" son aquellos que han sido sometidos a una evaluación detallada y sistemática por parte de un auditor <b>interno</b> para verificar el cumplimiento de estándares, políticas, normativas o procedimientos establecidos en seguridad del paciente. Esta auditoría puede realizarse con el fin de asegurar la calidad de la atención médica, garantizar el cumplimiento de regulaciones gubernamentales o de la industria, identificar áreas de mejora en la gestión o en los procesos o evaluar el desempeño financiero de la institución de salud.</p> <p><b>Verificados:</b> aplicación de un instrumento para la verificación de los criterios críticos a evaluarse. Debe documentarse.</p> <p>Los "procesos de verificación" se refieren a los procedimientos y actividades llevadas a cabo para confirmar, validar o comprobar la exactitud, autenticidad, integridad o cumplimiento de ciertos criterios, requisitos o estándares establecidos para la seguridad del paciente.</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>
Fórmula de cálculo	$\% \text{ SSA} = \frac{\text{SSA1}}{\text{SSH2}} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>%SSA:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que verifican mediante auditorías internas los estándares de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud</p> <p><b>SSAI:</b> número de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que verifican mediante auditorías internas los estándares</p>

		de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud en un periodo y lugar determinado. <b>SSH2:</b> número total de servicios de salud de riesgo alto en un periodo determinado
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de servicios de salud de riesgo alto que verifican a lo interno de sus instancias el cumplimiento de estándares.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, seguridad del paciente y calidad
Línea base		ND
Meta		2025: 10% 2026: 20% 2027: 30 % 2028: 40% 2029: 50% 2030: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Informe de establecimientos habilitados
Clasificación		( ) Impacto ( ) Efecto (x) Producto
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.I
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<b>NOTA IMPORTANTE. Aplica para servicios de salud públicos y privados con clasificación de riesgo alto. Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.  <b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.

Indicador # K. I	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan programas de educación permanente</b>
Definición conceptual	<p>El indicador busca conocer qué servicios de salud implementan los programas de educación permanente en los siguientes temas: seguridad del paciente, trato humanizado, comunicación efectiva, trabajo en equipo, prevención de infecciones y mecanismos de notificación de eventos adversos, temas que deben ser de dominio del proveedor del servicio hacia la población.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> no se debe incluir a los establecimientos de hogares de larga estancia acreditados.</p> <p><b>Servicio de salud:</b> aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p> <p>Los servicios de salud de <b>riesgo alto</b> son todas aquellas actividades clasificadas como Grupo A: hospitalización, emergencias, cirugía, atención al parto, lavandería hospitalaria,</p>


		<p>trasplantes, radioterapia, diagnóstico por imágenes, medicina nuclear, farmacia hospitalaria, fertilización in vitro, bancos de sangre, órganos, tejidos, componentes anatómicos humanos y leche, así como ambulancias de soporte avanzados.</p> <p><b>Educación permanente:</b> un concepto derivado de la nueva concepción educativa; se entiende como una "construcción continua de la persona humana, de su saber y de sus aptitudes, pero también de su capacidad de juicio y de decisión". Este concepto corresponde a una "experiencia única e intransferible y en la cual la persona se apropia de conocimientos, construye saberes, adquiere nuevas competencias, mejora sus desempeños sociales, enriquece sus relaciones con los demás y con su entorno y consigo misma" (CIPAE, 2023).</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>
Fórmula de cálculo		$\% \text{SS} = \frac{\text{SA}}{\text{SB}} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<p><b>%SS:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto que implementan programas de educación permanente</p> <p><b>SA:</b> número de servicios de salud habilitados con clasificación de riesgo alto en un lugar y periodo determinado, que implementan programas de educación permanente, <u>excepto los establecimientos de HLE acreditados</u></p> <p><b>SB:</b> total de servicios de salud de riesgo alto habilitados, en un periodo determinado</p>
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de servicios de salud de riesgo alto habilitados que implementan en sus servicios programas de educación permanente en cualquiera de estos temas: seguridad del paciente, trato humanizado, comunicación efectiva, trabajo en equipo, liderazgo, mecanismos de notificación de eventos adversos y efectividad clínica.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, educación, seguridad del paciente
Línea base		ND
Meta		2025: 10% 2026: 20% 2027: 40% 2028: 60%

	2029: 80% 2030: 100%
Periodicidad del PNC para el seguimiento	Anual
Fuente de información	Informe de establecimientos habilitados
Clasificación	( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto.
Tipo de operación estadística	Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado	ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS	( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo	No aplica
Comentarios generales	<p>***No se incluyen las habilitaciones de servicios de salud clasificados como bajo riesgo ni los servicios de salud que se someten a procesos de acreditaciones.</p> <p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados.</b>  <b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p>

Indicador # K.2	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de hogares de larga estancia que implementan programas de educación permanente</b>
Definición conceptual	<p>El indicador busca incentivar que los hogares de larga estancia implementen programas de educación permanente en cualquiera de estos temas: seguridad del paciente, trato humanizado, comunicación efectiva, trabajo en equipo, liderazgo, mecanismos de notificación de eventos adversos y efectividad clínica, los cuales deben ser brindados al proveedor del servicio hacia la población.</p> <p><b>Los hogares de larga estancia:</b> son establecimientos en donde residen personas adultas mayores en forma permanente y en los cuales se brindan servicios integrales (servicios de residencia, médicos y paramédicos, rehabilitación física y ocupacional, trabajo social, alimentación, estimulación mental).</p> <p><b>La implementación de programas de educación permanente</b> se refiere al proceso de diseño, desarrollo, ejecutar y evaluación de iniciativas educativas que fomenten el aprendizaje continuo en temas varios para el desarrollo de habilidades a lo largo de toda la vida.</p> <p><b>Educación permanente:</b> un concepto derivado de la nueva concepción educativa; se entiende como una “construcción continua de la persona humana, de su saber y de sus aptitudes, pero también de su capacidad de juicio y de decisión”. Este concepto corresponde a una “experiencia única e intransferible y en la cual la persona se apropia de conocimientos, construye saberes, adquiere nuevas competencias, mejora sus desempeños sociales, enriquece sus relaciones con los demás y con su entorno y consigo misma” (CIPAE, 2023).</p> <p>El "<b>porcentaje</b>" es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.</p>
Fórmula de cálculo	$\% \text{ HLE} = \frac{A}{B} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo	<p><b>%HLE:</b> porcentaje de hogares de larga estancia que implementan programas de educación permanente</p> <p><b>A:</b> número de hogares de larga estancia que implementan programas de educación permanente en cualquiera de estos temas: seguridad del paciente, trato humanizado, comunicación efectiva, trabajo en</p>

		equipo, liderazgo, mecanismos de notificación de eventos adversos y efectividad clínica, en un periodo y lugar determinado B: número total de hogares de larga estancia en un lugar y periodo determinado
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de hogares de larga estancia que implementan programas de educación permanente en cualquiera de estos temas: seguridad del paciente, trato humanizado, comunicación efectiva, trabajo en equipo, liderazgo, mecanismos de notificación de eventos adversos y efectividad clínica.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Salud, educación, seguridad del paciente
Línea base		ND
Meta		2026: 20% 2028: 30% 2029: 40% 2028: 50% 2029: 70% 2030: 100%
Periodicidad del PNS para el seguimiento		Anual
Fuente de información		Informe de establecimientos habilitados
Clasificación		( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto.
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<b>NOTA IMPORTANTE. Aplica para servicios de salud públicos y privados que reciben fondos públicos y que se encuentran en un proceso de acreditación.</b>  <b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.  <b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales. <b>Encontrarse en un proceso de acreditación de servicios de salud</b> es haber iniciado la





	<p>preparación para someterse al procedimiento de evaluación de los recursos institucionales. Proceso voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados.</p>
--	---

Indicador # L.1	
Elemento	Descripción
Nombre del indicador	<b>Porcentaje de servicios de salud habilitados que aplican un instrumento de medición y monitorean la experiencia de la persona usuaria en forma permanente</b>
Definición conceptual	<p><b>Aplicar un instrumento de medición de la experiencia del usuario:</b> este proceso implica poner en marcha un sistema o mecanismo para recopilar retroalimentación directa de los usuarios sobre su experiencia con los servicios o productos de la organización. Esto puede incluir la creación de encuestas, formularios de retroalimentación, sistemas de seguimiento de quejas y sugerencias o cualquier otro medio para recopilar información sobre la satisfacción del usuario. La implementación también implica integrar estos mecanismos en los procesos operativos de la organización y asegurarse de que el personal esté capacitado y comprometido para recopilar y utilizar la retroalimentación de la persona usuaria de manera efectiva.</p> <p><b>Monitorear el reporte de experiencia de la persona usuaria en forma permanente:</b> una vez implementado, implica mantener una vigilancia constante sobre los datos y comentarios recopilados de los usuarios a lo largo del tiempo. Esto implica analizar regularmente los resultados de las encuestas o formularios de retroalimentación, realizar un seguimiento de las tendencias y patrones en la retroalimentación del usuario, identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora y tomar medidas correctivas según sea necesario. El monitoreo permanente también implica mantener abiertos los canales de comunicación con los usuarios para fomentar una retroalimentación continua y mantenerse al tanto de las necesidades y expectativas cambiantes de los usuarios.</p> <p>De acuerdo con la Joint Commission International (2020) la experiencia del paciente es la forma que un paciente es afectado (física, emocional y psicológicamente) por su visita o estancia en unas instalaciones de atención sanitaria. La experiencia del paciente se ve afectada por elementos tales como la gestión del dolor, las interacciones con el personal, las preferencias, necesidades y valores del paciente y el entorno físico.</p> <p><b>Experiencia del usuario:</b> se refiere a la percepción global y holística de un usuario sobre su interacción con un producto, servicio o proceso. Se centra en todos los aspectos de la interacción del usuario, desde el primer contacto hasta la conclusión de la experiencia. Incluye aspectos como la facilidad de uso, la accesibilidad, la calidad del servicio, la comunicación, la empatía del personal, la eficacia del proceso, entre otros. Es una evaluación</p>

	<p><b>objetiva</b> más amplia que abarca toda la experiencia de la persona usuaria y considera múltiples factores que influyen en la satisfacción y el éxito del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede no estar completamente relacionada con las expectativas del usuario, ya que incluso si se cumplen las expectativas, la experiencia de la persona usuaria aún puede ser negativa debido a otros factores.</li></ul> <p>Algunos aspectos clave a evaluar en la experiencia de la persona usuaria en servicios de salud incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Accesibilidad:</b> evaluar la facilidad con la que los pacientes pueden acceder a los servicios de salud, incluyendo la disponibilidad de citas, la accesibilidad física de las instalaciones y la disponibilidad de transporte.</li><li>• <b>Comunicación:</b> evaluar la efectividad de la comunicación entre los proveedores de atención médica y los pacientes, incluyendo la claridad de la información proporcionada, la escucha activa y la capacidad de los proveedores para responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes.</li><li>• <b>Tiempo de espera:</b> evaluar el tiempo que los pacientes pasan esperando para recibir atención médica, incluyendo el requerido programar citas, estancia en la sala de espera y el que toma recibir atención médica una vez dentro de la consulta.</li><li>• <b>Calidad de la atención médica:</b> evaluar la calidad y eficacia de la atención médica proporcionada, incluyendo la precisión del diagnóstico, la efectividad del tratamiento y la satisfacción con los resultados del tratamiento.</li><li>• <b>Empatía y trato humano:</b> evaluar la sensibilidad, empatía y respeto mostrado por los proveedores de atención médica hacia los pacientes, incluyendo la atención a las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes.</li><li>• <b>Coordinación y continuidad del cuidado:</b> evaluar la eficacia de la coordinación y continuidad del cuidado entre diferentes proveedores de atención médica y servicios, incluyendo la comunicación entre especialistas, la continuidad del cuidado y la gestión de la transición entre diferentes niveles de atención.</li><li>• <b>Instalaciones y comodidades:</b> evaluar la comodidad y la calidad de las instalaciones físicas, incluyendo la limpieza, comodidad y disponibilidad de servicios adicionales como estacionamiento, cafetería y wifi.</li><li>• <b>Resolución de problemas y quejas:</b> evaluar la efectividad de los mecanismos de resolución de problemas y quejas,</li></ul>
--	---

	<p>incluyendo la accesibilidad de los canales de comunicación, la prontitud de la respuesta y la satisfacción con la resolución del problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación y participación del paciente: evaluar el grado en que los pacientes están informados y participan en su propio cuidado, incluyendo la comprensión de su condición médica, el seguimiento de las recomendaciones de tratamiento y la participación en decisiones relacionadas con su atención médica.</li> <li>• La experiencia de la persona usuaria es lo que siente una persona cuando interactúa con un proceso de atención.</li> </ul> <p><b>Reporte de experiencia del usuario:</b> es una medición objetiva de puntos o aspectos específicos del proceso de atención del paciente a lo largo de la estancia o interacción con un servicio de salud; contiene un conjunto de factores y componentes asociados a la interacción de la persona usuaria con un entorno o dispositivo concretos, lo que dará como resultado una percepción positiva o negativa del servicio, lo anterior será delimitado por la Auditoría General de Servicios de Salud.</p> <p><b>Servicio de salud:</b> aquel servicio ofrecido en un establecimiento o unidad móvil, en el que profesionales o técnicos, debidamente autorizados por el colegio profesional respectivo u otro órgano competente, realizan actividades generales o especializadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación o rehabilitación de la enfermedad o cuidados paliativos. La atención puede ser ofrecida de forma ambulatoria o con internamiento. Se incluyen también dentro de estos servicios los procedimientos estéticos realizados por profesionales de la salud.</p> <p>Los "<b>servicios de salud habilitados</b>" se refieren a aquellos establecimientos, centros de atención médica o proveedores de servicios de salud que han sido autorizados por el Ministerio de Salud de Costa Rica para ofrecer servicios de atención médica a la población. Para ser considerados "habilitados", los establecimientos de salud deben cumplir con ciertos estándares y requisitos establecidos por el Ministerio de Salud.</p> <p>La habilitación de servicios de salud es un proceso administrativo que busca garantizar que los establecimientos y proveedores de atención médica cumplan con los estándares mínimos requeridos para ofrecer servicios de calidad y seguros a la población. Esto incluye la realización de inspecciones regulares, evaluaciones de calidad y revisión de documentación por parte de las autoridades de salud para asegurar el cumplimiento continuo de los estándares establecidos.</p>
--	---

		El " <b>porcentaje</b> " es una medida que expresa una proporción o relación entre dos cantidades, representada como una fracción de 100. Se utiliza comúnmente para expresar la parte de un todo o la relación entre dos cantidades en términos relativos.
Fórmula de cálculo		$\% E = \frac{NEA}{TEA} \times 100$
Componentes involucrados en la fórmula del cálculo		<b>%E:</b> porcentaje de servicios de salud habilitados que aplican un instrumento de medición y monitorean la experiencia de la persona usuaria en forma permanente <b>NEA:</b> número de servicios de salud habilitados que aplican un instrumento de medición y monitorean la experiencia de la persona usuaria en un lugar y periodo determinado <b>TEA:</b> número total de servicios de salud con internamiento en un lugar y periodo determinado
Unidad de medida		Porcentaje
Interpretación		Expresa la proporción de servicios de salud habilitados que están implementando y monitoreando la experiencia del usuario.
Desagregación	Geográfica	Nacional
	Temática	Calidad, capacidad de respuesta, salud
Línea base		ND
Meta		2028: 50% 2029: 70% 2030: 100%
Periodicidad del PNC para el seguimiento		Anual a partir del 2028
Fuente de información		Informe de servicios de salud habilitados con internamiento
Clasificación		( ) Impacto (x) Efecto ( ) Producto.
Tipo de operación estadística		Registro administrativo
Indicador de ODS vinculado		ODS 3.8.1
Tipo de relación con ODS		( ) Directa (x) Indirecta
Medida priorizada por el Consenso de Montevideo		No aplica
Comentarios generales		<b>NOTA IMPORTANTE.</b> El interés por la experiencia y la participación de los usuarios en los servicios de salud ha aumentado durante las últimas décadas. Agentes internacionales y locales se han sumado al llamado de incorporar las opiniones y perspectivas de los usuarios en el diseño y gestión de políticas y servicios, así como en las decisiones clínicas y administrativas que afectan directamente su salud.

	<p><b>Aplica para servicios de salud públicos y privados con internamiento.</b> Cuando se habla de servicios de salud "públicos y privados habilitados con internamiento", se hace referencia a dos tipos de establecimientos de atención médica que tienen la capacidad de ofrecer servicios de internamiento y que han sido autorizados o habilitados por las autoridades competentes para brindar este tipo de atención.</p> <p><b>Servicios de salud públicos:</b> son aquellos gestionados y financiados por el gobierno o entidades públicas, y suelen estar disponibles para toda la población, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p><b>Servicios de salud privados:</b> son aquellos operados por entidades privadas, como hospitales privados, clínicas especializadas o centros de atención médica privados. Estos servicios suelen ser financiados por el pago directo de los pacientes, seguros de salud privados o planes de salud empresariales.</p> <p><b>Internamiento:</b> ingreso de un paciente en un servicio de salud, mediante un acto formal de admisión indicado por un profesional de la salud autorizado, para ocupar una plaza o cama y recibir la atención requerida hasta el momento de recibir el alta. <b>No se incluye las estancias de observación en servicios ambulatorios o de emergencias.</b></p>
--	---