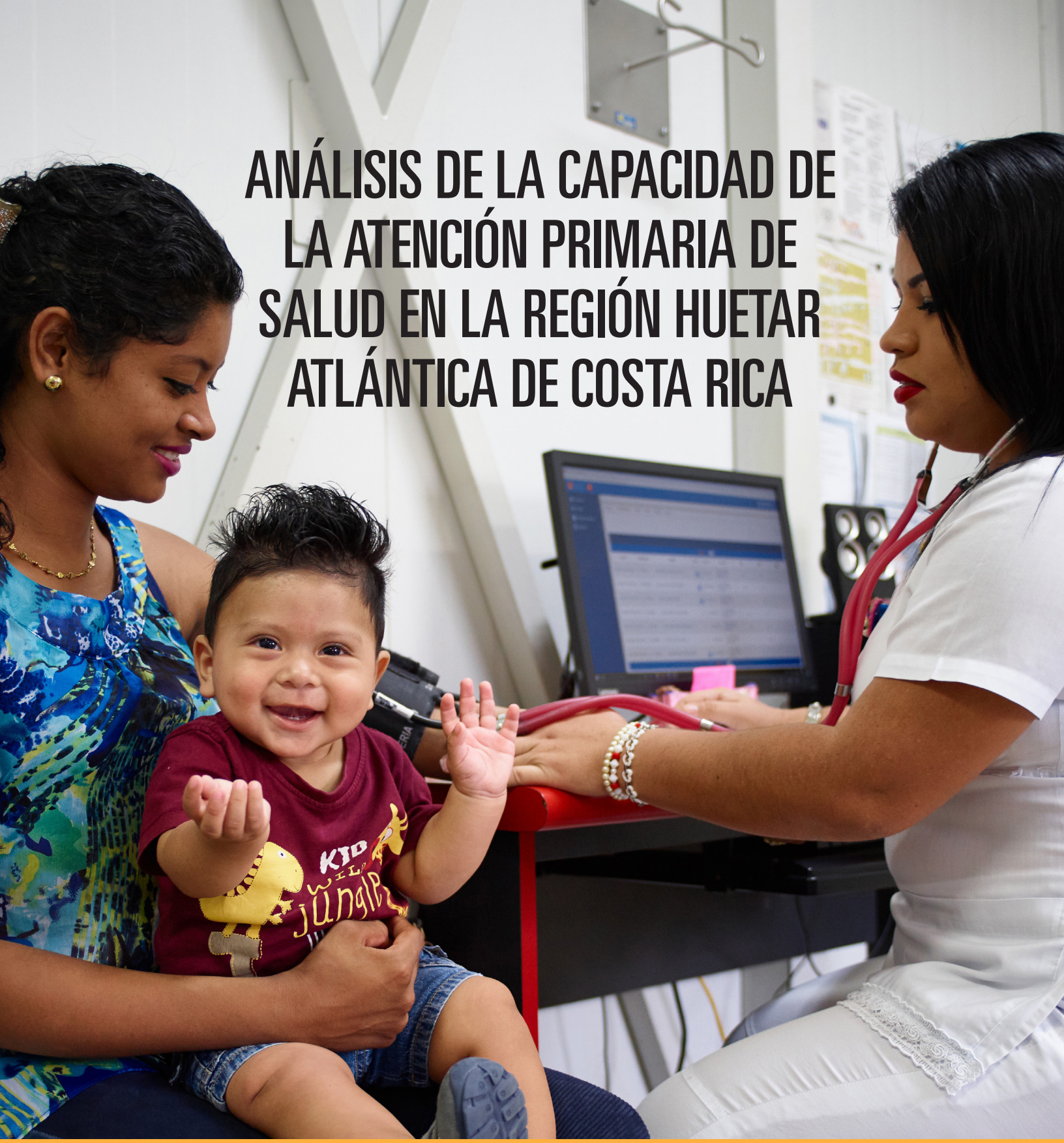
ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA DE COSTA RICA



Eesha Desai, Joseph Ross, Natalia Rovelo Velázquez, Oscar Bernal, Jess Wiken, Zeina Siam, Dan Schwarz, Manuela Villar Uribe

ARIADNE LABS
PRIMARY HEALTH CARE

WORLD BANK GROUP

phcpi
PRIMARY HEALTH CARE PERFORMANCE INITIATIVE

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA DE COSTA RICA

Autores:

Eesha Desai, MS, Joseph Ross, MPA, Natalia Rovelo, Oscar Bernal, MD, PhD, Jess Wiken, Zeina Siam, PhD, MS, Dan Schwarz, MD, MPH, Manuela Villar Uribe, PhD, MPH, y equipo del Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (PFPSS) de Costa Rica

Por favor dirija sus consultas a:

Communications Director
Ariadne Labs
401 Park Drive
Boston MA 02215
USA
www.ariadnelabs.org
info@ariadnelabs.org

Cita sugerida:

Desai, E., Ross, J., Velázquez, N. R., Bernal, O., Wiken, J., Siam, Z., Schwarz, D., Uribe, M. V. (2022). *Análisis de la Capacidad de la Atención Primaria de Salud en la Región Huetar Atlántica de Costa Rica.* Ariadne Labs.

EL ÍNDICE

Antecedentes 4

Contexto del País 4
Contexto regional de la Región Huetar Atlántica 6
Redes integradas de prestacion de servicos de salud 8
Objetivo 8
Enfoque 8

Hallazgos 11

Puntuaciones de la medida y significado 12
Dominio 1: Gobernanza 12
Dominio 2: Insumos 15
Dominio 3: Gestión de la salud de la poblacion y de los establecimientos 19

Discusión 23

Análisis de la capacidad de la APS de la Huetar Atlántica y consideraciones sobre la organizacion de la prestacion en RED 24
Fortalezas en materia de capacidad 24
Oportunidades 26

Anexo 1: Rúbricas Adaptadas 29

Anexo 2: Síntesis De Los Datos 67

CONTEXTO DEL PAÍS

Factores socioeconó micos

Estructura del sistema de salud

Cambios demográficos y respuesta del sistema

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

ENFOQUE

Tres dominios de medición

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

Antecedentes

CONTEXTO DEL PAÍS

El modelo de atención de Costa Rica sirve de fundamento para alcanzar la cobertura sanitaria universal del país, al haber establecido la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como primer punto de acceso a los servicios de salud para toda la población. Desde hace más de 40 años, Costa Rica ha priorizado la APS para atender al conjunto de su población mediante una red de servicios de salud que conjunta establecimientos de salud de diferente complejidad y conformados por equipos de trabajo a cargo de poblaciones que se ubican en territorios geográficos claramente definidos.

La estrategia de APS de Costa Rica se presenta constantemente como referencia para el desarrollo y la prestación de una atención de alta calidad en todo el mundo. Pero las recientes variaciones demográficas y los cambios en la carga de enfermedad del país enfrentan la estrategia de APS a retos diferentes de los que existían durante su diseño inicial. Por ello, Costa Rica implementa en la actualidad formas innovadoras de organización de la prestación para seguir adaptándose a las necesidades de salud producto de la dinámica poblacional y epidemiológica.

Factores socioeconómicos

Costa Rica es un país de Centroamérica de renta media-alta que cuenta con una población de 5 millones de habitantes y uno de los índices de pobreza más bajos de América Latina. Es desde 1948 una democracia estable que ha prosperado económica y socialmente. Una economía de libre mercado orientada hacia el exterior que ha impulsado el crecimiento económico constante de los últimos 25 años, junto con buenos resultados en el ámbito de la agricultura, las finanzas, los servicios empresariales, los productos farmacéuticos y el ecoturismo. Los costarricenses viven una vida más larga, tienen un mejor acceso a la educación y un mayor nivel de vida que otros países de la región, esto con base en métricas del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Entre 1990 y 2019, el valor del IDH de Costa Rica (una medida sintética de la esperanza de vida, los años de escolarización y el ingreso nacional bruto per cápita) aumentó de 0,665 a 0,810, lo que sitúa al país en el puesto 62 a nivel mundial.[2] En 2019, el gasto corriente en salud de Costa Rica representó el 7,27% de su PIB y constituyó 921,59 USD per cápita.[1] A partir de 2020 el promedio de vida de un costarricense es de 80,3 años, casi cinco años superior al promedio de América Latina y el Caribe.[1]

1 Banco Mundial, datos proporcionados por el Banco: https://data.worldbank.org/country/costa-rica. Consultado el 22 de abril de 2022

2 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano de 2020. La próxima frontera: desarrollo humano y el Antropoceno; *Nota informativa para los países sobre el Informe de desarrollo humano en el 2020.* 2020.

CONTEXTO DEL PAÍS

Factores socioeconó micos

Estructura del sistema de salud

Cambios demográficos y respuesta del sistema

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

ENFOQUE

Tres dominios de medición

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

Estructura del sistema de salud

Los avances en la longevidad y la calidad de vida de los costarricenses son, en parte, una prueba de que el país ha dado prioridad a la cobertura sanitaria universal, a la atención sanitaria de alta calidad y a la inversión en la APS. En la década de los años 40, Costa Rica tuvo notorios avances en aspectos sociales y educativos, que se plasmaron con la promulgación de las Garantías Sociales y el Código de Trabajo, así como la creación de la Universidad de Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguro Social, aspectos que influyeron de manera positiva en la organización del sistema nacional de seguridad social. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), creada en 1941 fue inicialmente diseñada para proporcionar acceso a la asistencia sanitaria a los trabajadores asalariados. En 1961, Costa Rica universalizó los servicios de salud, amplió las prestaciones a toda su población y se estableció como líder mundial en la creación de un marco político y de una institución de prestación de servicios para lograr la cobertura sanitaria universal a través de la atención primaria de salud.[3] A lo largo de su historia, Costa Rica se ha mantenido como un país promotor de la atención primaria de salud integral. En la actualidad, el financiamiento, la gestión y la prestación de la APS en el país recaen en la CCSS, que actúa como autoridad autónoma de prestación de servicios. En Costa Rica, el Ministerio de Salud, como ente rector del sistema nacional de salud, supervisa y cumple la gestión política, establece la normativa sanitaria, orienta la dirección de la investigación y dirige la planificación y coordinación del sector de salud en general.

El sistema de servicios públicos de salud de Costa Rica está organizado por territorios, por lo que el país está dividido en siete regiones sanitarias, entre las que se encuentra la región Huetar Atlántica. La principal unidad administrativa dentro de una región sanitaria es la Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), que constituye el gobierno de la Red. Una región sanitaria está formada por Áreas de Salud, las cuales se encargan de la prevención de enfermedades, la educación comunitaria en materia de salud, el cuidado domiciliario, el tratamiento, la medicación y la gestión de los cuidados de entre 30 000 y 11 000 ciudadanos. El tamaño de una Área de Salud depende de las necesidades geográficas y de la capacidad regional. Las Áreas de Salud se subdividen en unidades operativas denominadas Sectores de Salud, cada una de las cuales es atendida por un EBAIS—Equipo Básico de Atención Integral en Salud—que atiende de forma integral a un grupo específico ordenado geográficamente (sectorizado o asignado), de aproximadamente 5 000 personas. El número de EBAIS por región depende del tamaño del Área de Salud. Cada EBAIS está formado por médico general, auxiliar de enfermería, asistente técnico de atención primaria (ATAP), encargado del registros y estadísticas de salud (REDES) y algunos cuentan además con técnico de farmacia.

3 Pesec M, Ratcliffe H, Bitton A. "Crear un Sistema de atención primaria de salud próspero: la historia de Costa Rica." Estudio de caso, Ariadne Labs, 2017.

CONTEXTO DEL PAÍS

Factores socioeconó micos

Estructura del sistema de salud

Cambios demográficos y respuesta del sistema

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

ENFOQUE

Tres dominios de medición

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

Cambios demográficos y respuesta del sistema

Costa Rica vive actualmente un cambio demográfico acompañado de una prosperidad económica. El envejecimiento de la población produce una mayor incidencia de las enfermedades no transmisibles a medida que cambian los estilos de vida y los comportamientos en salud.[4] Las principales causas de fallecimiento y de discapacidad a nivel nacional son ahora las cardiopatías isquémicas y la diabetes. Ambas han aumentado su incidencia en más de un 40% y un 60% respectivamente en los últimos 20 años. También en los últimos 20 años,[5] en Costa Rica se ha producido un aumento del 41% en la incidencia de la hipertensión arterial, del 52,5% en la incidencia del índice de masa corporal elevado y del 61,9% en la incidencia de la glucosa plasmática en ayunas elevada. Esto, junto con la evolución de los avances tecnológicos, ha provocado un mayor consumo de recursos asistenciales y un aumento de la demanda de atención por parte de la población.

Este cambio epidemiológico ha ocasionado una sobrecarga en el sistema de salud de Costa Rica, por lo que han sido necesarias nuevas estrategias para fortalecer la prestación de servicios de salud y garantizar una atención integral, oportuna y de calidad frente a las necesidades y problemas de salud de la población y los retos del sistema en su conjunto. A nivel nacional, Costa Rica ha desarrollado el "Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud", el cual define la manera en que el país pretende responder a la demanda social y a los cambios epidemiológicos. De acuerdo con esta estrategia, el Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud (PFPSS) ha puesto en marcha un proyecto demostrativo de fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en la región Huetar Atlántica, a través de la conformación de una Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS). Las RIPSS pretenden fortalecer la prestación de los servicios, aplicar y ampliar el ámbito de Atención vigente para adaptar los sistemas de prestación de servicios a las necesidades en salud mediante la integración relacional e informativa entre los niveles de atención, con un enfoque de atención centrada en las personas (individuo-familia-comunidad).

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

En la región Huetar Atlántica, la atención primaria se gestiona en ocho Áreas de Salud que incluyen 118 EBAIS y 79 Sedes de EBAIS (Cifras de la CCSS de Diciembre 2021). Mientras algunos EBAIS tienen su propia sede, otros la comparten. La región Huetar Atlántica también incluye dos hospitales, el Hospital de Guápiles y el Hospital Dr. Tony Facio de Limón, donde ambos representan el segundo nivel de atención.[6] Desde el punto de vista epidemiológico, al igual que el resto del país, la región Huetar Atlántica ha presentado aumento en la carga de enfermedades no transmisibles, entre las cuales destacan la diabetes mellitus tipo II y la obesidad. Algunas Áreas de

4 Caja Costarricense de Seguro Social Gobierno de la Red—RIPSSHA. Plan de Gestión de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica; Plan de Gestión 2019-202. 2020.

5 IHME. Datos sanitarios: Costa Rica. https://www.healthdata.org/costa-rica. Consultado el 29 de abril de 2022.

6 Caja Costarricense de Seguro Social, Gobierno de la Red—RIPSSHA. Plan de Gestión de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica; Plan de Gestión 2019-202. 2020.

CONTEXTO DEL PAÍS

Factores socioeconó micos

Estructura del sistema de salud

Cambios demográficos y respuesta del sistema

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

ENFOQUE

Tres dominios de medición

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

Un niño espera en una camilla para un chequeo en su clínica EBAIS.

Salud de la región presentan distancias significativas, acompañadas de mal estado de las carreteras para acceder a los niveles superiores de atención, lo que sugiere la necesidad de un sistema bien integrado y con mecanismos alternativos de atención.

En 2019, la población de la región Huetar Atlántica contaba con 451 742 habitantes. De esta población, se estima que el 56,5% vive en zonas urbanas, el 42,2% son mujeres y el 61% son menores de 35 años.[5] Ubicada en un paraje singular en la parte oriental de Costa Rica, la región Huetar Atlántica es la única región que tiene frontera con dos países, Nicaragua y Panamá y en los últimos años se ha producido una fuerte migración. La región cuenta con una población altamente multicultural, en la que se reconocen autoidentificaciones que incluyen blanco/mestizo (74,4%), mulato (8,6%), indígena (7,1%), afrodescendiente (4,7%) y asiático (0,2%).[5]

Aunque el Índice de Desarrollo Humano de Costa Rica es de 0,810, el valor de la región Huetar Atlántica es inferior (0,69), lo que implica un nivel de vida menos favorable. Mientras que Costa Rica en general ha experimentado un aumento en el acceso a la educación, esta región presenta la tasa de abandono escolar más alta del país y una escolaridad media de 7,3 años. Esta región también tiene el nivel de rendimiento más bajo de Costa Rica en los indicadores del Índice de Desarrollo Social y el Índice de Pobreza Multidimensional. El 65% de los distritos de la región está clasificado en el nivel más bajo de desarrollo social.[5]

CONTEXTO DEL PAÍS

Factores socioeconó micos

Estructura del sistema de salud

Cambios demográficos y respuesta del sistema

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

ENFOQUE

Tres dominios de medición

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Desde 2019, Costa Rica ha desarrollado e iniciado la implementación de las RIPSS, una forma de organización en redes integradas de atención que constituye una prioridad estratégica de salud. La organización en Redes pretende ofrecer una atención integral, oportuna y de calidad, en todos los niveles prestación de servicios de salud, en respuesta a la cambiante epidemiología y a las necesidades de salud de la población. La implementación de la red integrada está inmersa en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estratégico Institucional y el Programa Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica.[7,8] Previo a la expansión nacional de atención en red integrada, la CCSS ha liderado la implementación demostrativa en la Región Huetar Atlántica durante el período 2019-2021. El proyecto demostrativo ha permitido la adaptación gradual de los servicios de salud a las necesidades de la población de la región Huetar Atlántica, al mismo tiempo que se ha desarrollado una estrategia de gobernanza, implementación y optimización que sirva de base para futuros esfuerzos de ampliación.

OBJETIVO

El objetivo del análisis de la capacidad de la estrategia de APS consiste en entender cómo funcionan actualmente los componentes subyacentes de los sistemas de APS y cómo estos componentes interactúan como facilitadores o barreras con respecto al formato de redes integradas de prestación. La estrategia de APS constituye la base de todos los servicios de salud en Costa Rica: el primer nivel de atención sirve como primer punto de contacto con los servicios de salud para la población y es responsable de evaluar continuamente, así como abordar de forma proactiva las necesidades individuales, familiares y comunitarias para proporcionar una atención centrada en las personas. Por lo tanto, las capacidades existentes de la estrategia de APS son parte integral del diseño y de la implementación de redes integradas en la región Huetar Atlántica. Este análisis informará y mejorará la organización de redes integradas en la región Huetar Atlántica, así como los esfuerzos de la CCSS para ampliar el formato a nivel nacional.

ENFOQUE

La Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de la Salud (PHCPI) ha desarrollado y validado una herramienta de evaluación de la capacidad de la estrategia de APS con métodos mixtos. La creación de esta herramienta de evaluación es el resultado de un proceso de desarrollo iterativo llevado a cabo por 75 consultores expertos que representan a investigadores y responsables políticos de países de ingresos bajos y medios.[9] Hasta ahora, la alianza ha aplicado y validado la herramienta en cerca de dos

7 Caja Costarricense de Seguro Social, Gobierno de la Red—RIPSSHA. Plan de Gestión de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Huetar Atlántica; Plan de Gestión 2019-202. 2020.

8 El Grupo del Banco Mundial. Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica: programa por resultados. Documento de evaluación, Grupo del Banco Mundial. 2016.

9 Ratcliffe et al. Modelo de progresión de la APS: una novedosa herramienta de métodos mixtos para medir la capacidad del sistema de atención primaria. (2019). BMJ Global Health.

CONTEXTO DEL PAÍS
Factores socioeconó micos
Estructura del sistema de salud
Cambios demográficos y respuesta del sistema
CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA
REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
OBJETIVO
ENFOQUE
Tres dominios de medición
Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas
Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

docenas de países. Cuando se menciona la atención primaria de salud (APS), el análisis se refiere a la atención continua, coordinada, integral y centrada en las personas que satisface la mayoría de las diversas necesidades de salud de una población a lo largo de su vida. En el contexto de Costa Rica, la APS, en forma de atención no especializada, se presta en todos los niveles del sistema, desde la atención primaria hasta la terciaria.

Tres dominios de medición

En este análisis, las capacidades de la atención primaria de salud abarcan tres ámbitos, que incluyen la gobernanza, los insumos y las medidas de gestión de la salud de la población y de los establecimientos. Estos tres dominios han sido identificados por la alianza PHCPI como capacidades fundamentales necesarias para un buen desempeño de la atención primaria. El dominio que trata sobre gobernanza intenta comprender si existe un marco político estratégico fundamental con una supervisión adecuada para promover un alto desempeño y flexibilidad ante las necesidades de la población.[10] Las políticas de gobierno adecuadas y el compromiso político proporcionan un andamiaje que sirve para la adquisición y el desarrollo de insumos clave. Los insumos representan la infraestructura básica, tanto física como informativa, que se necesita para optimizar el desempeño de la prestación de servicios de salud y prestar con equidad una atención eficiente de alta calidad en todas las Áreas de Salud y poblaciones. Por último, la gestión de la salud de la población y de los establecimientos (PHFM, por sus siglas en inglés) representan componentes de la prestación de servicios que son esenciales para una APS de alta calidad que sea integral, continua, coordinada, centrada en la persona y que mejore la accesibilidad desde el primer contacto. La PHFM lo promueve a través del análisis de la capacidad de un sistema para proporcionar una gestión proactiva de la salud de la población y la capacidad de los establecimientos de salud para evaluar y mejorar su propio desempeño. En conjunto, estos dominios abarcan las capacidades necesarias para una prestación de servicios eficaz y unos resultados positivos en materia de salud.[11]

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Dentro de los dominios correspondientes a la gobernanza, insumos, a la gestión de la salud de la población y de los establecimientos, se incluyen subdominios adicionales que agrupan las medidas en conceptos más específicos. Cada medida está dividida en componentes relevantes que destacan los aspectos importantes de una capacidad clave de la atención primaria de salud. Cada componente dentro de una medida recibe una puntuación independiente que puede ir del nivel 1 al nivel 4. El nivel 1 indica un bajo desempeño, mientras que el nivel 4 indica un alto desempeño. Las rúbricas de medición proporcionan detalles sobre las especificaciones

10 OMS. Seguimiento de los componentes básicos de los sistemas de salud. (2010). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734

11 PHCPI. El marco conceptual de la PHCPI. (2017). Iniciativa para la Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud. https://improvingphc.org/phcpi-conceptual-framework

CONTEXTO DEL PAÍS

Factores socioeconó micos

Estructura del sistema de salud

Cambios demográficos y respuesta del sistema

CONTEXTO REGIONAL DE LA REGIÓN HUETAR ATLÁNTICA

REDES INTEGRADAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

OBJETIVO

ENFOQUE

Tres dominios de medición

Puntuación ordinal al nivel de los componentes y de las medidas

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

requeridas para lograr una puntuación determinada. Aunque cada componente se puntúa individualmente, la puntuación global de la medida viene determinada por su componente de menor desempeño. El análisis emplea un enfoque de umbral por el que sólo se pueden alcanzar los distintos niveles de desempeño si se cumplen todos los criterios descritos en el nivel de la rúbrica.[5] Las medidas se analizan con un enfoque de métodos mixtos y utilizan datos de diversas fuentes, como estadísticas regionales, documentos políticos y consultas a informantes clave.

Adaptaciones de las herramientas y de las metodologías en función del contexto específico

El equipo técnico de Ariadne Labs y el Grupo del Banco Mundial han sido los encargados de adaptar la herramienta de análisis al contexto regional y de ajustarla para centrarse en los componentes clave de la capacidad de la estrategia de APS que interactúan con el formato de redes integradas. Las adaptaciones incluyen contenidos y definiciones guiadas por las fuentes de referencia fundamentales y las consultas con la CCSS y el Grupo del Banco Mundial. Se llevaron a cabo ajustes que permiten reflejar mejor la relevancia de la región Huetar Atlántica y la estructura de la atención primaria de Costa Rica en general. Los ajustes de contenido se realizaron principalmente a nivel de las definiciones de los componentes y de las rúbricas de puntuación relacionadas con el dominio de la gobernanza y el dominio de la gestión de la salud de la población y de los establecimientos. Por consiguiente, las rúbricas de capacidad utilizadas para esta evaluación y los resultados de ésta son únicos en el contexto de la región. Las definiciones de los componentes adaptados y las rúbricas de puntuación figuran en el anexo 1.

El equipo de análisis técnico realizó ajustes metodológicos para adaptarse a un calendario de evaluación acelerado. Los ajustes de la metodología tenían como objetivo promover una serie de análisis rápidos y minimizar el tiempo requerido de la CCSS para proceder a la recopilación de datos y a la puntuación. El enfoque adaptado incluía una puntuación preliminar a través de una investigación documental independiente por parte del equipo técnico, que identificó las fuentes de datos disponibles públicamente y las asignó a las rúbricas de puntuación cuando fue posible. Una vez identificada la información que faltaba, los expertos técnicos que representan el trabajo de la CCSS en la región Huetar Atlántica completaron un breve cuestionario para proporcionar datos cuantitativos que cubrieran el dominio de insumos. Las brechas de datos cualitativos restantes se discutieron durante un taller de dos horas con informantes clave de la CCSS que representaban las perspectivas de la estrategia de APS nivel nacional y regional de Huetar Atlántica. El equipo de análisis técnico sintetizó los datos recogidos mediante estos métodos y elaboró puntuaciones preliminares que se compartieron con la CCSS. Durante un segundo taller de dos horas, se discutieron y finalizaron las puntuaciones. La síntesis de los datos finales y la puntuación figuran en el anexo 2. Esta metodología se desvía de los enfoques estándar de la PHCPI en dos aspectos. En primer lugar, se redujeron las normas probatorias para permitir que la consulta de expertos sirviera como fuente de datos cuantitativos y cualitativos. En segundo lugar, no se realizó una validación externa por parte de la PHCPI. Por lo tanto, los resultados no deben considerarse globalmente comparables.

HALLAZGOS

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO
DOMINIO 1: GOBERNANZA
Resumen
Gobernanza y dirección
Ajuste a las necesidades de salud de la población
DOMINIO 2: INSUMOS
Resumen
Medicamentos y suministros
Infraestructura de las instalaciones
Sistemas de información
Talento Humano
Recursos Financieros
DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS
Resumen
Gestión de la salud de la población
Organización y gestión de los establecimientos

Hallazgos

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

Las rúbricas relativas a la capacidad de la atención primaria de salud utilizadas para este ejercicio, se basaron en el Modelo de Progresión de la PHCPI y se adaptaron al contexto subnacional de la Huetar Atlántica, Costa Rica (anexo 1). A continuación, se resumen las conclusiones relacionadas con el análisis de la capacidad de la atención primaria de salud realizado en la región Huetar Atlántica, Costa Rica. El resumen de los resultados incluye la articulación del significado a nivel de subdominio y de dominio. Los análisis se han realizado a partir de los datos recopilados tanto en los estudios como en los talleres descritos anteriormente. Mientras que la sección sobre las constataciones describe la importancia del análisis de la capacidad. En el anexo 2 se puede encontrar un desglose de las puntuaciones y las fuentes de pruebas para cada medida.

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

La RIPSS Huetar Atlántica presenta tanto puntos fuertes como áreas que necesitan mejorar a nivel de su capacidad en el ámbito de la gobernanza. La región sanitaria demuestra una sólida base de políticas de atención primaria de salud y un compromiso con la dirección. Un desarrollo claro de los planes e iniciativas de APS permite una regulación, supervisión, diseño, responsabilidad e incorporación eficaces al sistema de salud. Las políticas regionales se basan en datos, son participativas y traducen los objetivos nacionales en materia de atención primaria a las necesidades de la región Huetar Atlántica. La región cuenta con un sólido sistema de vigilancia que es operativo, tanto en tiempos de no emergencia como de emergencia y permite una respuesta integrada en todos los niveles del sistema de salud. La definición de prioridades para la región Huetar Atlántica se basa en los datos y sienta los cimientos de la asignación de recursos, lo que garantiza una distribución eficiente y equitativa de los mismos.

Existen posibilidades de mejora de la innovación y del aprendizaje. Aunque la Huetar Atlántica aplica y evalúa activamente las innovaciones en curso, como el propio formato de redes integradas de prestación, las pruebas demuestran la existencia de mecanismos limitados para ampliar las innovaciones exitosas más allá del nivel demostrativo. Los resultados sugieren que la ampliación de las innovaciones sólo se produce en algunas ocasiones y que la participación de las partes interesadas en las actividades de innovación y aprendizaje es mínima.

Gobernanza y dirección

La gobernanza y la dirección se refieren a la capacidad de un sistema para desarrollar una política fundamental de APS y una supervisión eficaz de la calidad. El análisis de la capacidad de la Huetar Atlántica en materia de gobernanza y dirección indica

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

que existe una sólida base de políticas e infraestructura de gestión de la calidad, con oportunidades para mejorar la dotación de personal de las autoridades de dirección y gestión y promover la planificación y la acción multisectorial relacionadas con la APS.

La RIPSS Huetar Atlántica cuenta con sólidas políticas de atención primaria de salud y un compromiso de dirección con la APS. Su plan de gestión del formato de redes integradas de atención es el aspecto más destacable, el cual se utiliza como mecanismo para implementar la estrategia más amplia de APS de Costa Rica a nivel de Huetar Atlántica y para reducir la fragmentación de la estrategia de APS de la región. La implantación del formato de redes integradas de atención se asienta en un marco legal apoyado y aplicado por la CCSS. La región Huetar Atlántica ha desarrollado un robusto marco de seguimiento y evaluación del formato de red y se ha transformado la autoridad coordinadora de la región, en forma de Dirección de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), que tiene alcance sobre cada Área de Salud. La DRIPSS es un órgano de gobierno regional creado inicialmente por la CCSS como Dirección Regional hace más de 40 años para todo el país; no obstante, a partir del año 2019 se aprobó una transformación hacia DRIPSS, que constituye el órgano de gobierno creado por la CCSS con el fin de coordinar la gobernanza y la gestión de la Red Integrada de prestación de servicios de salud, cuya implementación dio inicio en la región Huetar Atlántica. Aunque las autoridades y los sistemas de evaluación están establecidos en la política formal, los informantes clave señalan que es necesario mejorar la asignación del presupuesto y las capacidades y competencias del personal de las autoridades de dirección y gestión, para garantizar que sus responsabilidades puedan ser desempeñadas de forma coherente y eficaz.

La Huetar Atlántica también ha implantado una sólida infraestructura de gestión de la calidad en lo que respecta a su formato de redes integradas de atención, pero también a la seguridad general, el desempeño clínico y la opinión de los usuarios. La región cuenta con varios mecanismos para garantizar la calidad, la mejora y la satisfacción de la población atendida. Los ejemplos incluyen la supervisión rutinaria y la publicación de los resultados de calidad, así como la orientación técnica para las prácticas de atención estándar. Sigue existiendo la oportunidad de mejorar la cultura de aprendizaje de la región en materia de calidad, lo que puede contribuir a promover un sistema en el que los éxitos y los retos relacionados con la atención primaria puedan compartirse abiertamente y trabajarse de forma colectiva. Los datos indican que algunas iniciativas de aprendizaje se han puesto a prueba con anterioridad, pero se han interrumpido en gran medida desde la pandemia del COVID-19.

La región también ha establecido la base de un sistema de responsabilidad social, mediante la participación constante de las partes interesadas, para que den su opinión sobre la implementación de la atención primaria de salud y la publicación de los resultados y los progresos de implementación de la APS en el sitio web de la CCSS. Mejorar la capacidad del usuario para acceder y buscar información en línea puede contribuir a fomentar la transparencia. Por último, existe la posibilidad de mejorar la participación de los sectores no sanitarios en la planificación, ejecución y evaluación de

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

la APS. La región Huetar Atlántica tiene la oportunidad de involucrar mejor a los sectores no sanitarios, incluidos los sectores de la financiación, las infraestructuras, la educación y el transporte, para posibilitar una mejor planificación que, en última instancia, pueda aumentar el acceso de su población a informaciones sanitarias y a servicios de salud de alta calidad. El problema es que estos sectores normalmente sólo se pueden involucrar a través del Ministerio de Salud y no siempre es posible directamente desde la CCSS.

Un señor toma una clase de ejercicios brindada por el Área de Salud de Limón.

Ajuste a las necesidades de salud de la población

El análisis de la capacidad de un sistema de APS para ajustarse a las necesidades de salud de la población, es importante para comprender que un sistema es capaz de adaptar las prioridades de desarrollo y la prestación de servicios de manera que respondan a las necesidades cambiantes. Los resultados del análisis indican que la región sanitaria tiene una base sólida para la vigilancia y la definición de prioridades, y que es necesario desarrollar mejores mecanismos para ampliar la innovación y el aprendizaje.

La región Huetar Atlántica cuenta con un sistema de vigilancia capaz de hacer un seguimiento de la salud y del comportamiento de las enfermedades de su población, así como de responder rápidamente a las enfermedades de notificación obligatoria y a los posibles brotes de enfermedades. La recopilación y el uso de los datos de vigilancia se traducen en una sólida definición de prioridades en esta red de servicios, ya que la región está trabajando en un proceso de colaboración para trasladar las prioridades

nacionales al ámbito regional, utilizando la información sobre las enfermedades y los análisis de las necesidades locales para impulsar la asignación equitativa y eficiente de los recursos. El sistema de vigilancia es completamente electrónico e interoperable, ya que está integrado al sistema de información de salud del país.

En particular, la región Huetar Atlántica tiene la oportunidad de mejorar sus mecanismos para ampliar las innovaciones y los aprendizajes y mejorar así la gestión de la salud de la población. El demostrativo del formato de redes integradas de atención es un ejemplo útil de cómo la región Huetar Atlántica aborda la aplicación y la evaluación de la innovación. El proyecto demostrativo de innovación se supervisa de acuerdo con los marcos de evaluación específicos del plan de gestión de la red y sus resultados se publican al menos una vez al año. Aunque se realizan evaluaciones, los informantes clave sugieren que se necesita un mecanismo claro para ampliar las innovaciones que han tenido éxito y que existe la oportunidad de incluir a las partes interesadas no pertenecientes a la CCSS o al Ministerio de Salud en el proceso de innovación y aprendizaje. Incluir a más partes interesadas y establecer un mecanismo claro de ampliación puede ayudar a crear soluciones adaptadas a la población, que sean rápidamente escalables cuando se demuestre su eficacia. La mejora de la base para el ajuste a las necesidades de salud de la población, puede ayudar a la región Huetar Atlántica a recopilar de forma más adecuada la información necesaria para promover el aprendizaje continuo y la adaptación del sistema en función de las necesidades emergentes.

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Los insumos se refieren a los suministros, los sistemas físicos e informativos, la fuerza laboral y los fondos disponibles para la prestación de servicios de atención primaria de salud. La disponibilidad y distribución de los insumos es fundamental para comprender la capacidad de un sistema de asignar y seguir eficazmente los recursos para una prestación de servicios equitativa. La RIPSS Huetar Atlántica cuenta con una notable disponibilidad de estos insumos críticos para brindar una atención primaria efectiva, equitativa y de alta calidad en todas las Áreas de Salud de la región. El acceso a los insumos en las ocho Áreas de Salud de la región Huetar Atlántica presenta variaciones mínimas, lo que apunta a una cadena de suministro de alto rendimiento que garantiza unos insumos regulares y funcionales para la prestación de servicios de APS. La región Huetar Atlántica cuenta con un sólido sistema de información totalmente electrónico, interoperable e interconectado en todos los tipos de establecimientos y Áreas de Salud, el cual permite una prestación de servicios de alta calidad, la gestión de los establecimientos, la definición de prioridades y el seguimiento de la población. La región también cuenta con una sólida fuerza laboral sanitaria que es fundamental para prestar una atención de alta calidad por parte de una plantilla competente. Por último, la región Huetar Atlántica cuenta con un robusto sistema de gestión de fondos para que la prestación de servicios asistenciales en los establecimientos de salud no se vea restringida por las limitaciones financieras.

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO
DOMINIO 1: GOBERNANZA
Resumen
Gobernanza y dirección
Ajuste a las necesidades de salud de la población
DOMINIO 2: INSUMOS
Resumen
Medicamentos y suministros
Infraestructura de las instalaciones
Sistemas de información
Talento Humano
Recursos Financieros
DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS
Resumen
Gestión de la salud de la población
Organización y gestión de los establecimientos

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

Medicamentos y suministros

Los medicamentos y suministros se refieren a los medicamentos, equipos y diagnósticos esenciales necesarios para prestar una atención primaria segura, eficaz y completa. El análisis de la capacidad de la región Huetar Atlántica apunta a una distribución sólida y equitativa de medicamentos y suministros en todas las Áreas de Salud de la región. Los datos sobre la disponibilidad, distribución y variación de los medicamentos y suministros no están públicamente disponibles. Por esta razón, las pruebas para esta parte del análisis se obtuvieron a través de consultas directas con la CCSS y las partes interesadas pertinentes.

Las partes interesadas confirmaron que todas las Áreas de Salud de la región Huetar Atlántica disponen sistemáticamente de medicamentos esenciales, productos consumibles, equipos básicos y material de diagnóstico, tal y como establecen las normas y directrices internacionales. Y lo que es más importante, no hay variación a nivel de la disponibilidad de estos medicamentos y suministros entre las Áreas de Salud o entre los diferentes tipos de establecimientos de atención primaria. Esto indica que la región Huetar Atlántica cuenta con una infraestructura de cadena de suministro fiable y de alto desempeño. Estos datos se obtuvieron a través de las consultas con las partes interesadas, y es importante que esta información esté disponible públicamente para promover mejor la transparencia y la responsabilidad entre la población a la que sirve la región.

Infraestructura de las instalaciones

La infraestructura de las instalaciones se refiere a la distribución de los establecimientos de atención primaria, así como a la existencia de los servicios y equipos de seguridad necesarios para prestar la atención sanitaria. El análisis de la capacidad indica que la región Huetar Atlántica tiene una sólida base de infraestructuras de instalaciones que es dinámica para las necesidades de la población, con ciertas posibilidades de mejora. El enfoque de la región Huetar Atlántica, en lo que se refiere a la distribución de los establecimientos, constituye el aspecto más destacable. Los establecimientos de atención primaria de la región están arraigados en la distribución de los equipos multidisciplinares conocidos como EBAIS. La distribución de los EBAIS depende de la distribución de la población de la región Huetar Atlántica y se analiza y reevalúa periódicamente para satisfacer las necesidades de la población.

Las consultas directas a la CCSS fueron las que proporcionaron información sobre la disponibilidad, la distribución y la variación de las comodidades, así como las precauciones de seguridad, ya que estos datos no estaban disponibles públicamente. Los informantes clave revelaron que, si bien la disponibilidad de los servicios de los establecimientos y del equipo de seguridad estándar es constante, existe cierta variación en cuanto a la disponibilidad de los servicios entre las Áreas de Salud. Esto significa que, aunque la Huetar Atlántica tiene una base sólida para la infraestructura de las instalaciones, existen posibilidades de mejora para minimizar la variación y maximizar la equidad entre los puntos de prestación de servicios.

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

Un paciente demuestra el uso de la aplicación móvil EDUS para acceder a su registro de salud.

Sistemas de información

Los sistemas de información incluyen la captura de datos relacionados con las estadísticas vitales, la gestión de la salud y los registros de cuidado personal. La Huetar Atlántica cuenta con un sistema de información altamente funcional y capacitado. Todos los datos del registro civil y de las estadísticas vitales se recogen en la Huetar Atlántica y pueden desglosarse por Área de Salud. Cabe destacar que la Huetar Atlántica ha implantado plenamente el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) a partir de 2018. El EDUS es un sistema de información de gestión de la salud (HMIS, por sus siglas en inglés) totalmente digitalizado, integrado e interoperable que incluye los registros de cuidado a la persona usuaria. Permite acceder a la información exclusiva de una persona usuaria desde cualquier punto de prestación de servicios. El EDUS se mantiene constantemente actualizado y se utiliza para controlar tanto la salud de Las personas usuarias como el nivel de desempeño del sistema de salud. La capacidad de la Huetar Atlántica para mantener un HMIS altamente funcional y robusto es fundamental para entender las necesidades en salud de la población, para promover la continuidad relacional e informativa en el cuidado, y para gestionar y mejorar la prestación de servicios de salud de alta calidad con base en sistemas de información clínica.

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

Talento Humano

La fuerza laboral analiza la capacidad de un sistema para establecer y mantener una fuerza laboral sanitaria, que cuente con una distribución física adecuada y una diversidad de cuadros, así como para hacer cumplir las normas en materia de competencia y calidad. Los resultados del análisis de la capacidad en la Huetar Atlántica muestran que ésta dispone de una robusta fuerza laboral sanitaria y no existe una variación significativa en la distribución de la fuerza laboral de la APS en las Áreas de Salud de la Huetar Atlántica. La región Huetar Atlántica no cuenta con cifras de la tasa de personal de salud por cada 10,000 habitantes lo que dificulta establecer si es adecuada o insuficiente. La OMS establece un estándar de 44.5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10000 habitantes y Costa Rica cuenta con 49 médicos y enfermeras por cada 10000 habitantes según datos de la OPS. Si se tiene en cuenta solo el personal de salud inscrito a la CCSS esta tasa es de 17 profesionales de salud por cada 10000 habitantes.

La región Huetar Atlántica también tiene una gran capacidad para garantizar la calidad de su fuerza laboral sanitaria, mediante el establecimiento de las cualificaciones requeridas y las acreditaciones adecuadas para cada cuadro de miembros que ejercen activamente. Existen competencias para todos los cuadros de la fuerza laboral sanitaria, incluido el personal no clínico. Existen posibilidades de mejora de la capacidad del sistema para garantizar el cumplimiento de las normas relativas a la calidad, incluida la normalización de la renovación de licencias y las evaluaciones de desempeño.

La Huetar Atlántica también cuenta con un sistema bien establecido de promotores de salud comunitarios, llamados ATAP, quienes están altamente capacitados y bien integrados en el sistema rutinario de APS. Los ATAP desempeñan un papel importante en la educación en salud, el acercamiento a la población y en la calidad de la atención. El número de ATAP en cada EBAIS se define en función del tamaño de la población y número de viviendas dentro del sector de salud que atienden y también considera el riesgo de los hogares presentes en el sector lo que favorece una distribución adecuada y equitativa.

Recursos Financieros

El subdominio correspondiente a los fondos analiza la disponibilidad y la gestión de los fondos a nivel de las instalaciones. Los resultados del análisis de la capacidad en la Huetar Atlántica indican que la región cuenta con sólidos mecanismos para el establecimiento de presupuestos, la recopilación de información financiera y la dispersión de los pagos de la fuerza laboral. Aunque está muy centralizado y gobernado por la administración nacional de la CCSS, cada establecimiento de salud de la Huetar Atlántica mantiene un presupuesto que se somete a un control financiero mensual y se utiliza para un ejercicio de previsión anual que dicta la asignación y el uso adecuados de los fondos. El sistema de asignación presupuestaria es retrospectivo (con base histórica) y la institución debe avanzar en el desarrollo de mecanismos prospectivos de asignación presupuestaria a las unidades prestadoras de servicios de salud y además adicionar otras formas de asignación

de recursos financieros a la red. También existen posibilidades de mejora en la forma de asignación presupuestaria de las unidades de la Huetar Atlántica, aunque esto depende de decisiones de las autoridades centrales de la CCSS. Todos los establecimientos de salud de la Huetar Atlántica mantienen también un sistema de información de gestión financiera que permite hacer un seguimiento de los gastos. Esto permite a la región comprender la eficiencia, minimizar el despilfarro y mejorar la prestación de servicios. En general, la remuneración del personal de la Huetar Atlántica es estable, predecible y fiable en todos los cuadros de la fuerza laboral sanitaria. Existen posibilidades de mejora del sistema de remuneración del personal temporal y de sustitución, el cual dispone de contratos de trabajo distintos y a veces sufre retrasos en los pagos.

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

La gestión de la salud de la población es especialmente importante para integrar la participación y el acercamiento a la comunidad en la prestación de servicios de atención primaria, ya que permite una promoción proactiva de la salud en forma colectiva, en lugar de una gestión reactiva del del cuidado individual basado en la atención de la enfermedad. La organización y gestión de los establecimientos permite un despliegue eficaz de los recursos humanos, la supervisión del desempeño de los establecimientos y la capacidad de los gestores para apoyar y hacer cumplir las normas de atención primaria.

En la región Huetar Atlántica, es necesario incrementar la participación de la comunidad y el involucramiento de las Juntas de Salud en la identificación de necesidades de salud y la definición de estrategias para mejorar la prestación de los servicios de salud. Aunque las actividades locales de definición de prioridades se basan en los datos, la aportación de la comunidad sigue siendo escasa y una mayor implicación puede aumentar la capacidad del sistema para adaptarse eficazmente a las necesidades y deseos en materia de salud de los usuarios. Al mismo tiempo, la región cuenta con una sólida base para la sectorización y para el acercamiento proactivo que apoya el desarrollo de relaciones entre personas usuarias y proveedores con poblaciones vulnerables, así como el establecimiento de relaciones longitudinales con las personas usuarias de los servicios.

Gracias a una organización y a una gestión bien definidas de los establecimientos, la región sanitaria cuenta con equipos multidisciplinarios eficaces que supervisan y trabajan regularmente para alcanzar los objetivos en materia de calidad. Esto incluye la supervisión de apoyo para todos los cuadros de la fuerza laboral y la colaboración multidisciplinaria en los esfuerzos para mejorar la prestación de servicios. Aunque la base de la atención en equipo es sólida, podría reforzarse a través de la promoción de la responsabilidad mutua entre los miembros del equipo y mediante un seguimiento constante de las iniciativas de mejora de la calidad.

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO
DOMINIO 1: GOBERNANZA
Resumen
Gobernanza y dirección
Ajuste a las necesidades de salud de la población
DOMINIO 2: INSUMOS
Resumen
Medicamentos y suministros
Infraestructura de las instalaciones
Sistemas de información
Talento Humano
Recursos Financieros
DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS
Resumen
Gestión de la salud de la población
Organización y gestión de los establecimientos

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

Gestión de la salud de la población

La gestión de la salud de la población se refiere a la interacción con una comunidad o población para mejorar el estado de salud y satisfacer las necesidades. El concepto incluye la definición de prioridades locales, la participación de la comunidad, la sectorización y el acercamiento proactivo a la población. El análisis de la capacidad de actuación de la Huetar Atlántica en materia de Gestión de la Salud de la Población es variado y presenta tanto puntos fuertes, como posibilidades de mejora simultánea.

La Huetar Atlántica demuestra un uso sólido y coherente de los datos para orientar la definición de prioridades locales, aunque la participación de la comunidad es limitada. Actualmente, las comunidades no participan sistemáticamente en la interpretación de los datos ni en el desarrollo de las prioridades estratégicas. Aunque las Juntas de Salud proporcionan un mecanismo consistente para la participación de la comunidad en las Áreas de Salud y hospitales, éstas se limitan a proporcionar información sobre la calidad de los servicios de salud, en lugar de participar en el

Miembros de la comunidad asisten a un taller de educación en salud y cuidado preventivo proporcionado por su EBAIS local.

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

diseño colaborativo de los objetivos en materia de atención primaria. Este análisis sugiere que, aunque la definición de prioridades locales de la Huetar Atlántica se basa en los datos, existen posibilidades de mejora en cuanto a la aportación de la comunidad a la hora de definir las prioridades de la prestación de servicios.

El análisis de la capacidad muestra que la región Huetar Atlántica tiene toda su población asignada a los centros de atención primaria. Esto permite la prestación continua de una atención de alta calidad en todos los segmentos de la población y a lo largo de la vida de un individuo. La sectorización, junto con el acercamiento proactivo a la población, permite el seguimiento de la salud de ésta, así como la prestación de servicios a poblaciones de difícil acceso.

En la CCSS se ha discutido el tema de la libre elección de prestadores de salud y se ha determinado que hay argumentos para no incentivar esta práctica. La estrategia de Atención Integral está basada en la territorialización (a veces llamada asignación). Se busca lograr la continuidad de la atención, en la prestación de servicios de salud, como en la planificación y asignación de recursos, tanto a través del curso de vida con un enfoque en el cuidado de la salud en el ámbito domiciliar, comunitario, laboral, educativo y de servicios de salud.

Para fortalecer el acercamiento proactivo a la población, la RIPSS Huetar Atlántica cuenta con la información necesaria para elaborar registros robustos de personas usuarias que permitan monitorear e informar el acercamiento a las poblaciones de alto riesgo.

Organización y gestión de los establecimientos

El análisis indica que la Huetar Atlántica tiene una base consistente para la organización y gestión de las instalaciones, con algunas áreas de mejora que pueden fortalecer aún más el funcionamiento de la organización.

La Huetar Atlántica organiza la prestación de la atención primaria en EBAIS, que están conformados por una amplia gama de profesionales sanitarios como médico general, auxiliar de enfermería, ATAP, encargado del registro de datos de salud y algunos disponen además de un técnico de farmacia. Cada área de salud cuenta además con un equipo conformado por profesionales, técnicos y auxiliares, así como personal administrativo, que apoyan la gestión clínica y administrativa de la prestación de servicios de salud. En su conjunto (EBAIS y Equipo de Apoyo), conforman el llamado Equipo de Salud en cada área de salud de la región HA.

El carácter de equipo de los EBAIS, abordado en las medidas de las características de la atención en equipo, está fuertemente arraigado en las identidades de equipo, los roles claros y los objetivos compartidos para la prestación de servicios. Sin embargo, la mejora de las estructuras de responsabilidad mutua, o los mecanismos para que

PUNTUACIONES DE LA MEDIDA Y SIGNIFICADO

DOMINIO 1: GOBERNANZA

Resumen

Gobernanza y dirección

Ajuste a las necesidades de salud de la población

DOMINIO 2: INSUMOS

Resumen

Medicamentos y suministros

Infraestructura de las instalaciones

Sistemas de información

Talento Humano

Recursos Financieros

DOMINIO 3: GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Resumen

Gestión de la salud de la población

Organización y gestión de los establecimientos

los miembros del equipo se responsabilicen mutuamente de la calidad y trasciendan el ámbito unidisciplinario, pueden contribuir a aumentar la eficiencia y la eficacia de la prestación de la atención primaria. Los importantes requisitos de acreditaciones y formación de los gestores de los establecimientos de la Huetar Atlántica, la mayoría con altos grados de maestría o con formación en gestión pertinente, refuerzan la organización de los establecimientos de atención primaria. Este aspecto es importante para garantizar que quienes supervisan los servicios y regulan las actividades de los establecimientos, están formados con las habilidades y conocimientos adecuados para realizarlo.

De forma exclusiva, los EBAIS de la Huetar Atlántica disponen cada uno de un encargado del registro de datos de salud al que se le asigna la responsabilidad principal de acceder y mantener continuamente todos los registros de las personas y de gestión en el Sistema de Información en salud. Esto permite a la mayoría de los establecimientos de atención primaria utilizar sus sistemas de información para las actividades de mejora de la calidad, pero el análisis concluye que existen posibilidades de mejora al nivel de la eficacia del seguimiento que se deriva de las actividades de uso de la información para la toma de decisiones por parte de las autoridades nacionales, regionales y locales.

Por último, la Huetar Atlántica cuenta con una consistente base de gestión y medición del desempeño, que incluye la supervisión de apoyo de todo el personal. Esto permite un sistema de seguimiento, evaluación y mejora continua de la competencia de los proveedores y de la calidad de los servicios. En última instancia, la sólida base de organización y de gestión del establecimiento, dota a la Huetar Atlántica con una plataforma eficaz, coordinada y de alta calidad para la prestación de atención primaria.

DISCUSIÓN

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA APS DE LA HUETAR ATLÁNTICA Y CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN RED

FORTALEZAS EN MATERIA DE CAPACIDAD

Gobernanza

Insumos + Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

OPORTUNIDADES

Gobernanza

Gestión de la salud de la población y de los establec-imientos

Discusión

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA APS DE LA HUETAR ATLÁNTICA Y CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN RED

El análisis de la capacidad de la atención primaria de salud en la Huetar Atlántica ha permitido identificar varias fortalezas y oportunidades para una mayor inversión y desarrollo.

Costa Rica cuenta con más de tres décadas de implementación de una APS, que puede verse reflejada en los éxitos destacados por los distintos análisis de capacidad. Los resultados del análisis fueron consistentes gracias a la experiencia de la CCSS en la implementación del formato en red: las medidas de capacidad de la APS que se identificaron como establecidas o avanzadas sirven como facilitadores para la implementación del formato, mientras que las medidas de capacidad que se identificaron como en progreso o menos maduras, concuerdan con los desafíos. La integración del formato en los sistemas subyacentes de gobernanza e insumos de la APS, proporcionó a la CCSS numerosas ventajas durante su aplicación. De cara al futuro, la participación de la comunidad será fundamental para fortalecer la capacidad de la estrategia de APS en la región Huetar Atlántica, así como para diseñar, implementar y ampliar innovaciones en la prestación de servicios que satisfagan las necesidades cambiantes de la población. Aunque el análisis ayudó a identificar las fortalezas y las oportunidades de desarrollo, fue un reto identificar cómo la implementación de la red cambió el panorama de la APS sólo a través de este análisis.

FORTALEZAS EN MATERIA DE CAPACIDAD

Gobernanza

El sistema de atención primaria de la Huetar Atlántica cuenta con fortalezas considerables en materia de capacidad, las cuales fomentan sus posibilidades de prestar servicios de alta calidad a la población. En particular, se trata de un sistema de APS que presenta una fuerte armonización de sus **políticas de atención primaria de salud,** las cuales se centran en las prioridades regionales y los estándares de calidad. Entre ellas se encuentra la creación y aplicación del formato de redes integradas de atención, que ha contribuido a mitigar los problemas históricos de fragmentación del sistema. Las políticas de APS están integradas en las normativas jurídicas y apoyadas en su aplicación por la CCSS, lo que pone de manifiesto la existencia de un compromiso relativo a la dirección consistente en mejorar la atención primaria de salud en la región. La Huetar Atlántica ha desarrollado una **infraestructura de gestión de la calidad** bien establecida y que define normas y reglamentos hasta el nivel de la prestación de servicios. La infraestructura de gestión de la calidad de la Huetar Atlántica incluye un órgano de gobierno de la red que busca mejorar la coordinación entre los establecimientos. Aunque la estructura de gobierno se ha desarrollado, una mayor definición de sus

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA APS DE LA HUETAR ATLÁNTICA Y CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN RED

FORTALEZAS EN MATERIA DE CAPACIDAD

Gobernanza

Insumos + Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

OPORTUNIDADES

Gobernanza

Gestión de la salud de la población y de los establec-imientos

Pacientes en una sala de espera dentro de sus EBAIS.

procesos de toma de decisiones y de su composición, puede tener repercusiones positivas. En conjunto, la infraestructura de gestión de la calidad permite a la CCSS vigilar y promover la seguridad general, el desempeño clínico y la realimentación de los usuarios al implementar el formato de redes integradas de atención.

Insumos + Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

La Huetar Atlántica cuenta con considerables capacidades en todas las medidas relativas a los insumos, lo que indica que la región dispone de las cadenas de suministro, la infraestructura física e informativa, la fuerza laboral y los fondos adecuados para prestar servicios de forma coherente en todos los tipos de establecimientos que la conforman (áreas de salud y hospitales). Este logro aporta las necesidades básicas requeridas para que la Huetar Atlántica garantice un desempeño de alta calidad del sistema, siempre y cuando se refuercen simultáneamente otros aspectos de la atención primaria. El **sistema de información de gestión sanitaria** (EDUS) resultó ser especialmente importante para la implantación del formato de red. El EDUS proporcionó a la CCSS el acceso a los datos de **medición y gestión del desempeño** estandarizados institucionalmente, para supervisar la aplicación del formato en el nivel individual de los EBAIS donde se prestan los servicios. Unas funciones y competencias claramente definidas, basadas en una sólida

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA APS DE LA HUETAR ATLÁNTICA Y CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN RED

FORTALEZAS EN MATERIA DE CAPACIDAD

GOBERNANZA

Insumos + Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

OPORTUNIDADES

Gobernanza

Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

capacidad de gestión de los establecimientos y en la dirección, constituyen factores fundamentales para garantizar que los datos sobre el desempeño se utilicen para la evaluación de la calidad, la gestión y para la puesta en marcha de planes de mejora.

OPORTUNIDADES

Gobernanza

Al mismo tiempo, el sistema presenta varias oportunidades de mejora identificadas por el análisis, las cuales incluyen la **responsabilidad social y la acción multisectorial.** La acción multisectorial ofrece a las partes interesadas no relacionadas con la salud (incluidos otros departamentos gubernamentales y el sector privado), una oportunidad para ayudar al desarrollo y la promoción de la atención primaria. Dada la repercusión de los determinantes sociales en la salud, la asociación con organismos centrados en las infraestructuras, las finanzas, el transporte y la educación, puede ayudar a estimular la puesta en marcha de iniciativas de atención que se adapten mejor a una población y que puedan mejorar aún más el acceso a la atención sanitaria. Los informantes clave de la CCSS compartieron la opinión que la insuficiente planificación intergubernamental, así como la falta de claridad en los roles y la apropiación, contribuyeron en el planteamiento de desafíos en cuanto a la gestión de los recursos y la gobernanza del Formato de Atención en Red.

A medida que la Huetar Atlántica continúa abordando y promoviendo formatos innovadores, como el de redes integradas de atención, es importante que el PFPSS desarrolle mecanismos más claros para la expansión de la ***innovación y del aprendizaje*** más allá de la fase demostrativa. Los informantes clave de la CCSS indicaron que la implementación del formato en redes se hubiera visto beneficiada por la existencia de plataformas y mecanismos más establecidos para compartir experiencias y aprendizajes que permitan generar, capturar y compartir las innovaciones y aprendizajes continuos en diferentes servicios. Existen posibilidades de avance mediante la ampliación del alcance de las partes interesadas involucradas en la innovación y el aprendizaje en materia de APS, y a través del fortalecimiento de su compromiso. Este compromiso debe incluir funciones y responsabilidades claramente definidas entre las partes interesadas para crear una responsabilidad compartida y facilitar el éxito en materia de innovación y aprendizaje más allá de la fase demostrativa. La mejora de los beneficios que conlleva la innovación y el aprendizaje mediante la participación de diversas partes interesadas internas y externas (incluidas las comunidades, los prestadores de servicios, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, etc.), es un medio de garantizar que los servicios de salud estén adaptados a las necesidades específicas de la población.

Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

En la Huetar Atlántica se ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar varias medidas del dominio correspondiente a la gestión de la salud de la población, la cual es esencial para garantizar que el sistema de salud satisfaga de forma proactiva las necesidades

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD DE LA APS DE LA HUETAR ATLÁNTICA Y CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN RED

FORTALEZAS EN MATERIA DE CAPACIDAD

Gobernanza

Insumos + Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

OPORTUNIDADES

Gobernanza

Gestión de la salud de la población y de los establecimientos

Un médico brinda una sesión de consejería de salud familiar.

de una población y sea lo suficientemente dinámico como para ajustarse al momento en que las circunstancias cambian. Tanto ***la definición de prioridades locales*** como la ***participación de la comunidad*** pueden beneficiarse gracias al incremento de las oportunidades de las comunidades que hagan aportaciones durante la definición de prioridades y el diseño de la APS. Los miembros de la comunidad proporcionan una oportunidad para comprender mejor el contexto a la hora de interpretar los datos necesarios al proceso de definición de prioridades. Tener conocimiento tanto de las necesidades como de los deseos en materia de salud de una comunidad, puede permitir el diseño de un sistema de APS favorable, que refuerce tanto la salud de la población como su percepción y confianza en la calidad de la atención que se le ofrece. Los informantes clave de la CCSS señalaron que, si bien las Juntas de Salud proporcionan un mecanismo con el fin de favorecer el compromiso a nivel comunitario, la participación en la toma de decisiones para la planificación y prestación de servicios sigue siendo débil. La voz de la comunidad proporciona aportaciones distintas y repercute de forma variable según el Área de Salud. Las inversiones destinadas a sostener el proceso de definición de prioridades locales y la participación de la comunidad, están armonizadas con el elemento fundamental n°1 del Plan de Gestión de la Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud en la Huetar Atlántica, “Identificación de las necesidades de las personas en el ámbito de la prestación de servicios de salud.”

ANEXO 1
RÚBRICAS ADAPTADAS

Medida 1: políticas de atención primaria de salud (1/2)

Las políticas de atención primaria de salud son decisiones y planes que emprenden los gobiernos con la aportación de otras partes interesadas para lograr objetivos específicos en el ámbito de la atención primaria de salud. Las políticas de APS promueven, apoyan y establecen la orientación del sistema, la financiación, los insumos y los mecanismos de prestación de servicios para garantizar la calidad y mejorar y desarrollar las funciones y los resultados a nivel de la APS.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Política basada en la evidencia—Incorpora soluciones o enfoques eficaces identificados por la investigación, conocimientos y experiencia, y valores y objetivos. **Revisión conjunta—**Un enfoque compartido que incluye una amplia gama de partes interesadas para evaluar la progresión, los resultados, las fortalezas y las debilidades de una política.	Número de elementos indicados a continuación que pueden ser respondidos positivamente: ☐ ¿Existe un Plan Regional de Salud de APS o un Plan Estratégico Regional de APS activo en la región Huetar Atlántica? ☐ ¿El Plan de salud Regional y/o el Plan Estratégico Regional están diseñados en torno a la APS? ¿Esto podría ocurrir a través de la existencia de un plan, estrategia o política explícita de APS y/o a través de la integración de los principios básicos de la APS en el Plan? ☐ ¿Están las políticas en torno a la APS basadas en la evidencia? ☐ ¿Se formulan las políticas en torno a la APS mediante un proceso participativo? ☐ ¿Están las políticas en torno a la APS integradas en un marco legal? ☐ ¿Incluyen las políticas en torno a la APS los aspectos fundamentales? a. Paquete de servicios definido b. Mecanismo de financiación c. Marco de M&E ☐ ¿Existe una revisión conjunta de la progresión hacia los objetivos establecidos en las políticas relacionadas con la APS?	2 or fewer	3-4	5-6	All 7

MEDIDA 1: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida está diseñada para evaluar el compromiso gubernamental de la región Huetar Atlántica con la APS tanto en la teoría como en la práctica. Se refiere a las políticas, en sentido amplio, como las leyes, los principios rectores, los marcos de trabajo y las modalidades de trabajo que guían la práctica, las decisiones de prestación de servicios y las acciones.

Huetar Atlántica puede priorizar firmemente la APS sobre el papel, pero esto no se traducirá en una implementación efectiva si los sistemas son inadecuados para actuar sobre estas estrategias, políticas y/o planes. La formulación de políticas a través de una amplia participación de las partes interesadas y la incorporación de la política a las leyes y reglamentos son mecanismos para apoyar la traducción de la política en acción. No sólo es importante que la APS tenga prioridad en las políticas, sino que es necesario incluir los fundamentos de un paquete de servicios definido, formas de financiación de la APS y un sistema de seguimiento y evaluación.

Nótese que esta medida no evalúa a propósito si Huetar Atlántica dispone de una "política de APS" La región podría, en cambio, integrar las funciones y los principios de la APS en su política de salud más amplia. Las políticas diseñadas en torno a la APS significan que estas políticas sitúan a la APS en el centro de una estrategia de salud para Huetar Atlántica; hacen hincapié en las cinco funciones clave de la atención primaria de salud: primer punto de contacto, continuidad, integralidad, coordinación y atención centrada en el paciente;[2] integran la atención primaria con otras estructuras de prestación de servicios y otras metas y objetivos políticos; y hacen hincapié en el individuo y la comunidad en el centro de la política y la implementación.

Incorporar las políticas en un marco jurídico significa aprovechar la existencia de leyes y reglamentos para establecer una "hoja de ruta" para el proceso de planificación de la política de salud nacional y la creación de un amplio sistema de normas que sirva de "mecanismo clave de implementación para traducir los principales objetivos de las políticas en acciones mediante el establecimiento de normas y requisitos, así como el uso de sanciones e incentivos para ejercer influencia sobre el sistema de salud".[3] Esto puede incluir instrumentos jurídicamente vinculantes (constituciones estatales, leyes, actos, decretos, órdenes, reglamentos y ordenanzas) e instrumentos jurídicamente no vinculantes (directrices, normas, reglas de funcionamiento, procedimientos administrativos o reglas) y otros instrumentos (protocolos, resoluciones y acuerdos intersectoriales o interministeriales).[4]

Para que los procesos de revisión conjunta sean eficaces deben incluir la evaluación del análisis de la situación y la programación, el proceso, los costes y la financiación, las disposiciones de implementación y gestión, los resultados, el seguimiento y los mecanismos de revisión. La inclusión de una gama diversa de partes interesadas incrementa la calidad de las evaluaciones y favorece la amplia confianza en las estrategias, además de mejorar la coordinación y la armonización de cara al futuro.[5]

Medida 2: políticas de atención primaria de salud (2/2)—Dirección

Las políticas son decisiones y planes que emprenden los gobiernos con la aportación de otras partes interesadas para lograr objetivos específicos en el ámbito de la atención sanitaria Las políticas de APS promueven, apoyan o establecen la orientación del sistema, la financiación, los insumos y los mecanismos de prestación de servicios para garantizar la calidad, así como mejorar y desarrollar las funciones y los resultados a nivel de la APS.

Esta medida se refiere a la dirección para la coordinación, el seguimiento, la integración y la aplicación de las políticas relacionadas con la APS. Se refiere a una(s) autoridad(es) regional(es) que se pueda(n) identificar para la atención primaria de salud dentro del Gobierno. Esta persona o entidad gubernamental se encarga de la administración de la atención primaria de salud y debe coordinar, supervisar, integrar y aplicar las políticas regionales relacionadas con la APS con una autoridad definida, una responsabilidad clara, un presupuesto adecuado y un personal suficientemente competente. El mandato de esta autoridad debe incluir el sector público, así como la supervisión y regulación del sector privado, cuando proceda. La autoridad regional debe ser responsable de toda la gama de servicios integrales de APS definidos por las políticas, estrategias y/o planes de salud de Huetar Atlántica. La autoridad debe supervisar todas las unidades que son relevantes para la APS con el fin de garantizar una armonización y coordinación activas que permita una prestación eficaz y eficiente de los servicios de APS.

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Existe(n) una(s) autoridad(es) de coordinación (ya sea un individuo u otra entidad organizativa gubernamental) que es(son) responsable(s) de coordinar, supervisar, integrar e implementar las estrategias y políticas de APS al nivel de la Región de Salud de Huetar Atlántica	No	Sí, con un mínimo de responsabilidad	Sí, con un grado moderado de responsabilidad y con cierto margen de mejora	Sí, con una responsabilidad clara y completa todo el tiempo
Capacidad operativa subregional y alcance de la(s) autoridad(es) coordinadora(s) de la Región de Salud de Huetar Atlántica	N/A (no hay autoridad de coordinación de Huetar Atlántica)	Mínimo, y sólo en algunas Áreas de Salud (<50%)	Moderada en la mayoría de las Áreas de Salud (>50%, pero menos que todas)	Suficiente (en todas las Áreas de Salud)
Proporción de tiempo en que la(s) autoridad(es) regional(es) de coordinación tiene(n) autoridad, presupuesto y personal adecuados	N/A (no hay autoridad de coordinación de Huetar Atlántica)	Raras veces, y sólo a nivel de la Región de Salud de Huetar Atlántica	En ocasiones, a nivel de la Región de Salud de Huetar Atlántica y a nivel del Área de Salud	Todo el tiempo a nivel de la Región de Salud de Huetar Atlántica y a nivel del Área de Salud

Medida 2: Información Contextual

Esta medida evalúa la capacidad de Huetar Atlántica para seguir las políticas y estrategias, específicamente a través de la dirección de una autoridad de coordinación regional. Una(s) autoridad(es) regional(es) puede(n) ser un individuo o una organización, pero el énfasis de esta medida está en su capacidad para dirigir la visión y las estrategias de Huetar Atlántica para la APS; implementar estrategias y políticas; reunir todas las actividades relacionadas con la APS para asegurar la concienciación, la coordinación y la armonización entre ellas; y supervisar la implementación a nivel regional y del Área de Salud. A través de una administración y supervisión eficaces, una autoridad de coordinación regional puede promover una prestación de servicios de APS eficaz y eficiente, reduciendo la duplicación y el desperdicio de recursos e identificando las lagunas a nivel de los servicios o la cobertura. Para ser eficaz, la(s) autoridad(es) regional(es) debe(n) contar con un presupuesto adecuado, lo que significa que dispone(n) de fondos suficientes para ejecutar su mandato de coordinar, supervisar, integrar e implementar operativamente la APS regional en los niveles del Área de Salud.

Para calificar como autoridad regional de APS, no se requiere que la APS sea el único objetivo de esta persona o entidad, aunque debe tener suficiente tiempo y capacidad para dedicarse a la APS para poder ejecutar su mandato.

Medida 3: infraestructura de gestión de la calidad

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados en materia de salud deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales actuales.6 Los servicios de salud de alta calidad implican la atención adecuada, en el momento adecuado, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que se minimizan los daños y el desperdicio de recursos. La gestión de la calidad incluye tres conceptos interrelacionados, necesarios para mejorar la calidad en todo el sistema de salud: planificación de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad. La planificación de la calidad incluye los objetivos, procesos y metas necesarios para crear un entorno de mejora continua. El control de la calidad implica el seguimiento de los procesos establecidos para garantizar su funcionamiento. La mejora de la calidad es la acción de todas las personas que trabajan para implementar cambios iterativos y medibles, con el fin de que los servicios de salud sean más eficaces, seguros y centrados en las personas.[7] Garantizar la calidad requiere el desarrollo de una sólida infraestructura de calidad.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Intervenciones de calidad para: **Crear un entorno de sistemas propicio** • Registro y licencia • Evaluación externa/acreditación • Gobernanza clínica • Informes públicos y evaluaciones comparativas **Reducir el daño** • Inspección de las instituciones para comprobar el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad • Protocolos de seguridad • Listas de control de la seguridad • Notificación de eventos adversos *continued...*	Número de elementos de la infraestructura de gestión de la calidad, a continuación, que están en funcionamiento: ☐ Articulación de la dirección regional de Huetar Atlántica en materia de calidad, a menudo esbozada como una política o estrategia regional de calidad, o integrada en una planificación más amplia de los sistemas de salud, que está alineada con la política nacional general ☐ Uso de un paquete (más de 2 intervenciones) para crear un entorno de sistemas propicio ☐ Uso de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para reducir los daños para el paciente ☐ Uso de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para mejorar la eficacia clínica de los servicios de salud *continued...*	2 o menos	3-4	5-6	7-8

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Mejorar la eficacia clínica • Herramientas de apoyo a la decisión clínica • Normas, vías y protocolos clínicos • Auditoría clínica y retroalimentación • Revisiones de morbilidad y mortalidad • Ciclos de mejora en colaboración y en equipo **Implicar a los pacientes, las familias y las comunidades** • Mecanismos formales de participación y empoderamiento de la comunidad • Alfabetización en materia de salud • Toma de decisiones compartida • Grupos de pacientes expertos y de apoyo mutuo • Experiencia de los pacientes en la atención sanitaria • Herramientas de autogestión del paciente	☐ Uso de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para contar con la participación de los pacientes, familias y comunidades ☐ Sistemas activos que recopilan y publican habitualmente datos sobre sistemas de salud de calidad ☐ Una cultura de aprendizaje en torno a la calidad de todo el sistema de salud, incluido el desarrollo de sistemas para recopilar y compartir el aprendizaje sobre la calidad de la atención en los establecimientos, a nivel subnacional y nacional ☐ Compromiso de dirección claramente establecido para institucionalizar la calidad de la atención en todo el sistema de salud	2 o menos	3-4	5-6	7-8

MEDIDA 3: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La infraestructura de gestión de la calidad contribuye a que un sistema de salud preste una atención segura, eficaz y eficiente que mejore los resultados en materia de salud y fomente poblaciones sanas. Se refiere a la planificación, las actividades de control y los esfuerzos de mejora que sustentan la prestación de servicios de salud de calidad. La identificación e implementación de intervenciones de calidad adecuadas como parte de la infraestructura de gestión de la calidad puede ejercer un impacto significativo en los servicios de salud específicos prestados y en el sistema de salud en general. Se han identificado cuatro categorías de intervenciones clave en materia de calidad por su posible impacto en la calidad al reducir el daño a los pacientes; mejorar la eficacia clínica; crear un entorno de sistemas propicio; e implicar a los pacientes, las familias y las comunidades.[6] En las definiciones se indican las intervenciones que se consideran necesarias para cada categoría.

Medida 4: responsabilidad social (1/2)

La responsabilidad social es una medida que indica si una región es responsable de las preocupaciones y prioridades sociales existentes y emergentes basadas en las necesidades relevantes para la APS de las partes interesadas internas y externas (por ejemplo, la comunidad, los empleados, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, organizaciones, cargos directivos y propietarios). La responsabilidad social puede promoverse a través de una estrecha implicación y colaboración entre los grupos de ciudadanos, las poblaciones marginadas, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, los agentes no sanitarios y otras partes interesadas en los ámbitos de la planificación, la formulación de políticas, el seguimiento y la evaluación de la atención sanitaria. Los sistemas de responsabilidad social deben demostrar cómo las aportaciones de los sectores no gubernamentales se traducen en cambios que reflejan y responden a las preocupaciones de las partes interesadas externas.

En su mejor forma, la responsabilidad social debe ser un proceso bidireccional en el que el gobierno busca y prioriza las aportaciones externas, mientras que los actores no gubernamentales también buscan amplificar o mejorar los esfuerzos relativos a la APS dirigidos por el gobierno. La responsabilidad social a nivel local se aborda por separado en el apartado dedicado a la *Gestión de la Salud de la Población.*

Nota: la responsabilidad social a nivel local se aborda por separado en el apartado dedicado a la *Gestión de la Salud de la Población.*

ANEXO 1: RÚBRICAS ADAPTADAS

CRITERIOS	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Participación ad hoc—Organizada o solicitada para un fin determinado, según sea necesario. La estructura y el proceso de participación cambian a menudo y no suelen ser sometidos a deliberación. **Participación sistemática—** Los métodos y la estructura para la participación se establecen y se utilizan de forma sistemática a intervalos regulares y a medida que surgen oportunidades para la consulta de las partes interesadas y la difusión de la información. **Implicación mínima—** El sector privado, la sociedad civil, los gobiernos locales y/o las organizaciones no gubernamentales están informados de la planificación, la formulación de políticas, el seguimiento y la evaluación de la atención sanitaria, pero tienen pocas o ninguna oportunidad de hacer aportaciones. **Implicación moderada—** El sector privado, la sociedad civil, los gobiernos locales y/o las organizaciones no gubernamentales son informados de la planificación, la formación de políticas, el seguimiento y la evaluación de la atención sanitaria pertinente y se les da la oportunidad de proporcionar información sobre el estado de la implementación y los resultados, las alternativas y/o las decisiones a lo largo del proceso. **Implicación significativa—** El sector privado, la sociedad civil, los gobiernos locales y/o las organizaciones no gubernamentales colaboran en la planificación de la atención sanitaria, la formulación de políticas, el seguimiento y la evaluación, y tienen la misma voz y poder de decisión que otras partes interesadas, como los dirigentes del sistema de salud y los funcionarios de los gobiernos locales de decisión como otras partes interesadas, como los líderes del sistema de salud y los funcionarios del gobierno local.	El sector privado, la sociedad civil, los gobiernos locales y/o las organizaciones no gubernamentales (ONG) se comprometen con las cuestiones relacionadas con la APS	Rara vez, o nunca	Sólo cuando sea necesario, y en función de los diversos métodos y estructura	Solo cuando sea necesario y de manera coherente en cuanto a los métodos y la estructura	Regularmente y de manera coherente en cuanto a los métodos y la estructura
	Alcance de las partes interesadas implicadas en la planificación de la APS, la formulación de políticas y el seguimiento y la evaluación • Sociedad civil • Gobiernos locales • Organizaciones no gubernamentales • Sector privado	No hay partes interesadas que se impliquen	1	2-3	4
	Implicación de las partes interesadas en la planificación de la atención sanitaria, la formulación de políticas y el seguimiento y la evaluación	No hay implicación	Mínimo (se les informa, pero con pocas oportunidades para hacer aportaciones)	Moderado (se les informa y se les da la oportunidad de dar su opinión)	Significativo (capaces de expresar perspectivas e influir en las decisiones)
	Se hace pública la situación de la implementación de la APS y los resultados	No ocurre	Rara vez, y la inforación no es fácilmente accesible	Ocasionalmente, y la información es fácilmente accesible	Sistemáticamente

MEDIDA 4: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida está relacionada y a menudo se confunde con la participación de la comunidad (medida 26). A diferencia de la participación de la comunidad, que se produce a nivel local y supone que se produce una consulta directa con los pacientes que viven en la comunidad y que son atendidos en los establecimientos locales, la responsabilidad social en este contexto se refiere a la colaboración y la aportación a nivel regional. Los gobiernos y los dirigentes deben rendir cuentas sobre el contenido de las políticas y la prestación de servicios de salud por parte de las poblaciones a las que atienden. Esto se ve facilitado por el establecimiento de procesos y mecanismos definidos para permitir que el sistema de salud involucre a las partes interesadas, y para que éstas participen en el sistema de salud. Más allá de la participación, las partes interesadas deben participar en todo el proceso de dirección y gobernanza—desde la planificación de la atención sanitaria, la formulación de políticas y el seguimiento y la evaluación—y el sistema debe responder a sus aportaciones. El impacto de la participación de las partes interesadas en las prioridades políticas se aborda en la medida 7: definición de prioridades

Medida 5: responsabilidad social (2/2)—Acción multisectorial

La responsabilidad social es una medida que indica la capacidad de una región a atender las preocupaciones y prioridades sociales existentes y emergentes basadas en las necesidades relevantes en materia de APS de las partes interesadas internas y externas (por ejemplo, la comunidad, los empleados, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, los cargos directivos y los propietarios). La responsabilidad social puede promoverse a través de una estrecha implicación y colaboración entre los grupos de ciudadanos, las poblaciones marginadas, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, los agentes no sanitarios y otras partes interesadas en el ámbito de la planificación y la gobernanza de la atención sanitaria. Los sistemas de responsabilidad social deben demostrar cómo las aportaciones de los sectores no gubernamentales se traducen en cambios que reflejan y responden a las preocupaciones de las partes interesadas externas. En su mejor forma, la responsabilidad social debe ser un proceso bidireccional en el que el gobierno busca y prioriza las aportaciones externas, mientras que los actores no gubernamentales también buscan amplificar o mejorar los esfuerzos relativos a la APS dirigidos por el gobierno. La responsabilidad social a nivel local se aborda por separado en el apartado dedicado a la *Gestión de la Salud de la Población.*

Esta medida se refiere específicamente a la acción multisectorial. La acción multisectorial—la integración de las entidades gubernamentales cuyo trabajo se cruza e interactúa con la Atención Primaria de Salud—es un medio importante para garantizar la responsabilidad social y un enfoque de Salud en Todas las Políticas.[8] Ejemplos de estos grupos son los grupos interparlamentarios de salud u otros grupos que coordinan los temas relacionados con la APS en los ministerios pertinentes.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
La salud en el **enfoque** de **todas las políticas** "Un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que tiene en cuenta sistemáticamente las implicaciones de las decisiones en materia de salud busca sinergias y evita los efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud".[9]	Grupos intergubernamentales de atención primaria de salud	No existen	Existen, pero las funciones no están claramente definidas	Existen, con funciones claramente definidas, pero con una transparencia mínima	Existen, con funciones claramente definidas y procedimientos transparentes.
	Existen evidencias sobre una planificación integrada intersectorial y evaluaciones conjuntas	No existen	Existen, pero son poco frecuentes y en gran medida promovidos por individuos	Existen, con procesos algo sistemáticos y una representatividad mínima	Existen, con procesos sistemáticos y participación de los representantes

MEDIDA 5: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Los grupos intergubernamentales se refieren a diferentes organismos a nivel nacional y/o subnacional cuyo mandato y trabajo están relacionados con la salud. Algunos ejemplos de estos grupos son los grupos interparlamentarios sobre salud, u otros grupos que coordinan los temas relacionados con la APS en los ministerios pertinentes. Por ejemplo, el ministerio de Salud puede colaborar con el ministerio de Educación, Hacienda, Vivienda o Interior en diversas cuestiones relacionadas con la salud. Es importante que el Gobierno en su conjunto sea capaz de rendir cuentas en temas relacionados con la salud, incluso involucrando a aquellas áreas que intervienen, impactan o son impactados por la salud y los servicios de salud. Los sectores que pueden incluirse en estos grupos son, entre otros, la educación, el agua potable, la vivienda, las finanzas, el transporte, etc.

Medida 6: vigilancia

La vigilancia es la "recopilación, el análisis y la interpretación continuos y sistemáticos de datos relacionados con la salud, esenciales para la planificación, la aplicación y la evaluación de la práctica de la salud pública".[10] Los sistemas de vigilancia eficaces desempeñan sistemáticamente las cuatro funciones que se enumeran a continuación.[11-13]

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Interoperabilidad—La interoperabilidad es la capacidad de los diferentes sistemas, procesos, dispositivos o aplicaciones de vigilancia para conectarse, de forma coordinada, dentro y fuera de los límites organizativos o geográficos para acceder, intercambiar y utilizar de forma cooperativa los datos entre las partes interesadas y así responder a los casos de enfermedad, con el objetivo de optimizar la salud de las personas y las poblaciones.[14] **Interconectado—**La vinculación o conexión facilitada de todas las partes constituyentes del sistema de vigilancia. Se refiere a la conexión de los componentes del sistema de vigilancia—sistemas de datos, actividades de detección, notificación e investigación, y circuitos de retroalimentación—dentro de una red de sistemas de salud subnacionales. Se refiere igualmente a la vinculación entre diferentes redes de sistemas de salud subnacionales.	Número de la(s) función(es) de un sistema de vigilancia eficaz (enumeradas a continuación) que se realizan sistemáticamente en la mayoría de las unidades del Área de Salud: ☐ Seguimiento de las métricas de salud y carga de la enfermedad (morbilidad, mortalidad, incidencia) ☐ Detectar, notificar e investigar enfermedades de declaración obligatoria, eventos, síntomas y sospechas de brotes o sucesos extraordinarios ☐ Recopilar, cotejar y analizar continuamente los datos resultantes ☐ Presentar informes oportunos y completos de los niveles locales a los niveles superiores del sistema y de los niveles superiores del sistema a los niveles inferiores/comunitarios	0-1	2	3	4 *Nota: para alcanzar el Nivel 4, todas las sub-unidades de Huetar Atlántica (Áreas de Salud) deben utilizar un sistema de vigilancia eficaz que realice de forma consistente las 4 funciones descritas.*
	Formato de los sistemas de vigilancia	Principalmente en papel	Sólo algunas partes son electrónicas	Mayoritariamente electrónico con interoperabilidad e interconexión limitadas	Totalmente electrónico, e interoperable e interconectado

MEDIDA 6: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida evalúa la presencia y el funcionamiento de los sistemas de vigilancia sanitaria. Los sistemas de vigilancia sólidos son redes dinámicas y multimodales que informan de la capacidad de una región para responder a las necesidades en salud emergentes y crear resiliencia. Esto va más allá de la recopilación de datos sobre la incidencia de las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública y la notificación de los sistemas de respuesta a las emergencias, ya que se trata de una recogida dinámica de información sobre la salud de la población para informar sobre la prestación de servicios. Por ejemplo, un sistema de vigilancia eficaz cubriría tanto las funciones de detección, notificación e investigación de un incidente de meningitis vírica, como la de señalar un aumento estacional de las complicaciones de la diabetes o el aumento de las lesiones por accidentes de tráfico. Para desempeñar estas funciones, los sistemas de vigilancia deben hacer un seguimiento de la información sobre la salud y la carga de la enfermedad para una amplia gama de enfermedades, eventos y síntomas, e integrarse estrechamente con los sistemas de información de gestión de la salud (medida 16).

La recopilación y el registro de datos tienen poca utilidad si no existen mecanismos para detectar incidencias o tendencias de problemas, canales de comunicación identificados a los que informar y personal formado con los conocimientos y procesos necesarios para investigar y responder a estas incidencias o tendencias. Recientemente, la epidemia de ébola puso de manifiesto la importancia de contar con sistemas de vigilancia sensibles y sólidos. Los circuitos de retroalimentación entre los establecimientos, el EBAIS, las Áreas de Salud, Huetar Atlántica y los niveles centralizados del sistema de salud son fundamentales para garantizar que los datos realmente informen la acción. El flujo de información desde los equipos nacionales/de la región de Huetar Atlántica/ del Área de Salud/EBAIS hasta el nivel de los establecimientos es especialmente importante para la respuesta a los incidentes, y la implantación de canales de comunicación y el uso de sistemas de información desempeñan un papel importante (medida 31), así como para la integración general del sistema de vigilancia en la salud de la población y la gestión de los establecimientos.

Medida 7: definición de prioridades

La definición de prioridades implica la toma de decisiones sobre la mejor manera de asignar recursos limitados para mejorar la salud de la población. La definición efectiva de prioridades implica la evaluación de las necesidades en salud existentes y emergentes (véase la medida 6: vigilancia), la participación de las partes interesadas y la responsabilidad social, el uso de un proceso explícito, la consideración de los valores y el contexto, la financiación de los programas, la comunicación de las decisiones y la gestión de la retroalimentación y las demandas de las partes interesadas a nivel de la región Huetar Atlántica y del Área de Salud.

Nota: esta sección se refiere a la definición de prioridades a nivel de la región Huetar Atlántica y del Área de Salud. La definición de prioridades locales se aborda por separado en la medida 25, en el apartado *Gestión de la salud de la población.*

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Evaluación de la prestación de servicios—Recopilación y valoración de la información sobre el progreso y la ejecución de las actividades del programa o la intervención, las características, los resultados/el impacto, la consideración de si se han alcanzado los resultados deseados y la determinación del mérito o el valor del programa o la intervención.[15]	Grado de utilización de los datos (salud, carga de la enfermedad, necesidades y preferencias de los usuarios, evaluación de los programas e intervenciones y la rentabilidad) para definir las prioridades de la prestación de servicios a nivel nacional y subnacional	Rara vez, o nunca	Ocasionalmente	Sistemáticamente para algunos ejercicios de definición de prioridades	Sistemáticamente para todos los ejercicios de definición de prioridades

Continued...

ANEXO 1: RÚBRICAS ADAPTADAS

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Participación de las partes interesadas—Proceso mediante el cual el sistema de salud hace partícipes a las personas que se verán afectadas por las decisiones, las prioridades y los cambios en la prestación de servicios y/o a las personas que pueden influir en la aplicación de las prioridades definidas, con el fin de establecer y mantener una relación abierta y constructiva y mejorar la implementación y la prestación de servicios.[16]	Proporción de ejercicios de definición de prioridades en los que se produce la participación de las partes interesadas	La participación de las partes interesadas no se produce	<50%, con métodos, estructura y composición variables	50-90%, con métodos, estructura y composición variables	Sistemáticamente para todos (>90%)
CRITERIOS	Frecuencia con la que la asignación de recursos se basa en los resultados del ejercicio de definición de prioridades	Ninguna	<50%	50-90%,	Toda o casi todo el tiempo (>90%)
Rara vez se utiliza—Los datos están disponibles, se presentan, se discuten y se aplican en <50% de los ejercicios de definición de prioridades.					
Utilizado ocasionalmente— Los datos están disponibles, se presentan, se discuten y se aplican en el 50% o más de los ejercicios de definición de prioridades.					
Utilización sistemática— Los datos están disponibles, se presentan, se discuten y se aplican a través de procesos coherentes para >90% de los ejercicios de definición de prioridades.					
Participación sistemática de las partes interesadas—Los procesos para identificar, comunicar y convocar a las partes interesadas son transparentes y coherentes, acompañados de compromisos que se producen a intervalos regulares y predefinidos, así como sobre una base ad hoc, según sea necesario.					

MEDIDA 7: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida evalúa los sistemas de Huetar Atlántica y los sistemas del Área de Salud para identificar las prioridades sanitarias y asignar los recursos adecuadamente. La definición de prioridades a nivel de todo el sistema es un proceso complejo e intrínsecamente político en el que interviene un conjunto diverso de partes interesadas, responsables de la toma de decisiones y actores, cuyas motivaciones y acciones suelen estar imperfectamente armonizadas. La definición eficaz de prioridades navega por estos diferentes intereses y motivaciones a través de procesos claros, identificando los programas e intervenciones más apropiados y basados en la evidencia para abordar las necesidades y demandas más importantes de una población. Esto depende del uso de diversas fuentes de datos: información sobre la

salud y la carga de la enfermedad; evaluaciones de la prestación de servicios; evaluaciones de rentabilidad y las aportaciones de las partes interesadas para priorizar los programas e intervenciones más apropiados e informar sobre la asignación de recursos. La participación de las partes interesadas desempeña un papel importante en la definición de prioridades porque garantiza que éstas reflejen las necesidades de la población y que las intervenciones y los programas seleccionados sean aceptables, adecuados y deseados.

Medida 8: innovación y aprendizaje

La innovación y el aprendizaje se definen como la existencia de un sistema, una organización y una cultura que permiten la flexibilidad y la adaptación para modificar el comportamiento, la práctica, las prioridades y las políticas a fin de reflejar nuevos conocimientos y perspectivas (externas o de la propia región). Esto requiere la incorporación rutinaria de nuevas pruebas procedentes de la investigación o los datos, así como la revisión y el debate rutinarios de los avances y los retos, de modo que se identifiquen las lecciones sacadas de los acontecimientos pasados y puedan utilizarse para predecir y/o mejorar la respuesta a futuras amenazas o a las cambiantes necesidades en salud.

La innovación y el aprendizaje pueden producirse en una amplia variedad de áreas, incluyendo cambios en el diseño de servicios, productos y procesos de producción (elemento tecnológico); formas nuevas o alteradas de organizar o administrar actividades (elemento organizativo); formas nuevas o mejoradas de interactuar con otras organizaciones y bases de conocimiento (elemento de interacción del sistema); y nuevas visiones del mundo, racionalidades, misiones y estrategias (elemento conceptual). La innovación implica cambios interrelacionados en los elementos tecnológicos, organizativos e institucionales de la asistencia sanitaria.[17]

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Incipiente—Recién creado o en existencia y que apenas comienza a mostrar signos del potencial futuro. **Formalizado—**Con una estructura definida y acordada, procesos establecidos y el respaldo de la gobernanza y la dirección del sistema de salud. **Sistemático—**Los métodos y la estructura para reconocer y evaluar el éxito y decidir la ampliación de la escala están establecidos, son ampliamente comprendidos y se utilizan de forma coherente a medida que surgen las innovaciones.	Estado de los mecanismos para reconocer, evaluar y ampliar las innovaciones exitosas	N/A	Incipiente y a menudo dependiente de defensores o relaciones individuales	Formalizado, pero puede no ser sistemáticamente implementado y/o transparente	Formalizado, sistemático y transparente
	Alcance de las partes interesadas (gubernamentales y privadas) que participan en la innovación y el aprendizaje en el ámbito de la APS	N/A (no hay partes interesadas)	Sólo algunas partes interesadas	Partes interesadas en todos los niveles relevantes del sistema de salud O partes interesadas de múltiples sectores	Partes interesadas en todos los niveles pertinentes del sistema de salud Y partes interesadas de múltiples sectores
	Participación de las partes interesadas (gubernamentales y privadas) en los procesos de innovación y de aprendizaje en el ámbito de la APS	N/D (no hay partes interesadas)	Sólo algunas partes interesadas se comprometen	Las partes interesadas están comprometidas, pero las funciones y responsabilidades no están claramente definidas	Las partes interesadas están involucradas, con funciones y responsabilidades claramente definidas

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
	El desempeño de los componentes anteriores tiene como resultado el desarrollo de la innovación y del aprendizaje en al ámbito de la APS y la ampliación de las innovaciones exitosas	No ocurre	Sobre todo a nivel de pilotos	Las innovaciones que tienen éxito se amplían ocasionalmente	Las innovaciones que tienen éxito se amplían sistemáticamente más allá del nivel piloto. Existen estructuras sistemáticas para compartir las enseñanzas entre las partes interesadas de los distintos niveles del sistema de salud

MEDIDA 8: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida evalúa si una región cuenta con los mecanismos subyacentes para aprender de las nuevas pruebas, investigaciones y datos, y para poner en práctica e incorporar estos aprendizajes en cambios a escala. Esto requiere mecanismos para reconocer y evaluar las innovaciones, así como la capacidad operativa para ampliar las intervenciones y los programas exitosos. Es importante que las innovaciones se evalúen antes de que se tomen las decisiones de ampliación, en lugar de que se amplíen como resultado de las presiones internas o externas. Las normas y los criterios para ser considerados "exitosos" deben estar claramente definidos y ser transparentes, y las normas deben aplicarse de forma coherente. La decisión de adoptar y difundir las innovaciones puede estar centralizada en un pequeño número de actores clave, o delegada en comités, departamentos y/o grupos de trabajo. Es importante que estos procesos de toma de decisiones estén alineados con la planificación de la estrategia regional y los ciclos presupuestarios, con el fin de incorporar las innovaciones de manera sostenible. La amplia participación de las partes interesadas favorece una cultura general de innovación, y la definición clara de las funciones ayuda a garantizar que los mecanismos para reconocer el éxito y la ampliación no dependan de personas concretas o de las relaciones entre ellas, sino que se formalicen en un sistema.

Medida 9: disponibilidad de medicamentos esenciales y productos consumibles

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades en salud prioritarias de la población. Se seleccionan teniendo en cuenta la importancia para la salud pública, las pruebas de eficacia y seguridad y la rentabilidad comparativa. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en el contexto de los sistemas de salud que funcionan en todo momento en cantidades adecuadas, en las formas de dosificación apropiadas, con calidad garantizada e información adecuada, y a un precio que el individuo y la comunidad puedan pagar".[18] Los productos consumibles básicos son los artículos y productos identificados como necesarios para tratar, curar y/o prevenir las prioridades del sistema de salud. Pueden ser vacunas, anticonceptivos, productos contra la malaria, gasas estériles, agujas desechables, etc.[19]

La disponibilidad de medicamentos esenciales y productos consumibles depende de una cadena de suministro que funcione para gestionar la planificación eficaz, la coordinación, la adquisición, la gestión de inventarios, el transporte, la distribución, el almacenamiento, la recopilación de datos y la presentación de informes, así como para garantizar que el flujo de medicamentos esenciales y productos consumibles llegue al paciente en el centro de atención primaria.

CRITERIOS	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Variación—La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de medicamentos esenciales y consumibles, medida por el desabastecimiento de existencias, entre las Áreas de Salud y los tipos de establecimientos es >30%. **Variación moderada—** La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de medicamentos esenciales y productos consumibles entre las Áreas de Salud y los tipos de establecimientos se situa entre el 30% y el 10%. **Variación mínima—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de medicamentos esenciales y productos consumibles entre las Áreas de Salud y los tipos de establecimientos es <10%.	Proporción de establecimientos de atención primaria que disponen de todos los medicamentos esenciales y productos consumibles disponibles, medidos por la cantidad de desabastecimientos de un único elemento	Menos de un tercio	Entre un tercio y dos tercios	Entre dos tercios y el 90%	Al menos el 90% disponen de todos los medicamentos esenciales y productos consumibles específicos a la atención primaria
	Variación de la disponibilidad entre las Áreas de Salud y tipos de establecimientos	Significativa >30%	Moderada 10-30%	Mínima <10%	Ninguna

MEDIDA 9: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La lista de medicamentos esenciales y productos consumibles debe ser definida a nivel de país y puede ser adaptada regionalmente por Huetar Atlántica. Esta lista puede encontrarse a menudo en una lista nacional de medicamentos esenciales. Describe los medicamentos aprobados para abordar (tratar, curar y/o prevenir) las necesidades en salud prioritarias de una población. Pueden existir listas de medicamentos esenciales definidas específicamente para los diferentes niveles de atención en el sistema de salud, y la evaluación de esta medida debe centrarse en la atención primaria de salud, tal como se definió en la fase 1 del proceso de evaluación. Si no se ha definido una lista de medicamentos esenciales/productos básicos, esta medida debe puntuarse como Nivel 1.

Para que los medicamentos esenciales y los productos básicos consumibles se consideren “disponibles” en el centro de atención primaria debes darse las siguientes condiciones: los medicamentos y productos básicos correctos deben estar presentes en las cantidades adecuadas para satisfacer las necesidades y prioridades de los pacientes, deben estar en condiciones seguras y viables (es decir, no caducados), y deben poder dispensarse o utilizarse según sea necesario. El nivel de desempeño de esta medida depende, por tanto, de la gestión de la cadena de suministro de medicamentos esenciales y productos consumibles.

Medida 10: equipos básicos

Los equipos básicos se refieren a los suministros esenciales necesarios para "la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación seguros y eficaces de las enfermedades y dolencias"[20] en todos los establecimientos de atención primaria.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Equipos básicos • Escalas • Cinta métrica • Termómetro • aparato de presión arterial • Estetoscopio* **Esta lista de equipos básicos se extrajo de la encuesta SARA, la encuesta SPA, la IDE y la "Lista de dispositivos médicos por establecimiento" de la OMS*[21-24]	Proporción de establecimientos de atención primaria que cuentan con todos los equipos básicos y están en funcionamiento	Menos de un tercio	Entre un tercio y dos tercios	Entre dos tercios y el 90%	Al menos el 90% tiene todo el equipamiento básico
CRITERIOS					
Variación significativa—La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de todos los equipos básicos entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos, medida por el desabastecimiento de existencias, es >30%. **Variación moderada—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos básicos entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos, medida por el desabastecimiento, se sitúa entre el 30% y el 10%. **Variación mínima—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos básicos entre Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos, medida por el desabastecimiento de existencias, es <10%.	Variación de la disponibilidad entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos	Significativa >30%	Moderada 10-30%	Mínima <10%	Ninguna

MEDIDA 10: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

En todos los establecimientos de atención primaria se necesitan equipos esenciales para prevenir enfermedades, realizar diagnósticos, controlar, tratar y aliviar afecciones, y tomar decisiones relacionadas con la prestación de servicios. El desempeño en esta medida está influenciado por "la fabricación, regulación, planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas" de los equipos esenciales.[20] La lista de equipos básicos mencionada anteriormente se seleccionó a partir de la lista de dispositivos médicos de la OMS por establecimiento[21] porque esta información puede extraerse de los datos de un SARA,[22] SPA[23] y/o la encuesta SDI.[24] Si un país no ha realizado una de estas encuestas en los últimos 5 años y/o dispone de datos más recientes procedentes de otra fuente, es admisible que la lista exacta de equipos básicos evaluados varíe ligeramente; por ejemplo, algunos países pueden evaluar la disponibilidad de una fuente de luz manual pero no la disponibilidad de una cinta métrica.

Si Huetar Atlántica tiene una lista más robusta de equipos básicos, también puede evaluar el progreso con respecto a esa lista, pero un país no debe recibir una puntuación más baja por utilizar requisitos más estrictos. Por ejemplo, si sólo el 50% de los establecimientos tienen todos los equipos definidos en la lista interna de un país, más sólida, pero el 80% de los establecimientos tienen los cinco elementos enumerados anteriormente, el establecimiento debería recibir una puntuación de 3, no de 2 (suponiendo que se cumplan las condiciones relativas a la equidad).

Medida 11: suministros de diagnóstico

Los suministros de diagnóstico se refieren a los materiales necesarios para llevar a cabo pruebas de diagnóstico esenciales, con el objetivo de proporcionar información sobre la condición de un paciente con fines de diagnóstico, seguimiento, detección, predicción o pronóstico en el nivel de los establecimientos de atención primaria.[25]

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Suministros de diagnóstico Los materiales necesarios para llevar a cabo: • Pruebas de hemoglobina • Pruebas de glucosa en sangre • Tiras reactivas para medir las proteínas en la orina • Tiras reactivas para medir la glucosa en la orina • Pruebas de embarazo en orina • Otras pruebas definidas por las necesidades o directrices sanitarias locales (por ejemplo, paludismo, sífilis, VIH)*. Estos materiales pueden incluir "reactivos, calibradores, materiales de control, recipientes para muestras, programas informáticos e instrumentos o aparatos relacionados u otros artículos"[25] **Esta lista de suministros de diagnóstico se extrajo de la encuesta SARA, la encuesta SPA, la IDE y la "Lista de dispositivos médicos por establecimiento" de la OMS*[21-24]	La proporción de establecimientos de atención primaria que disponen de todos los suministros necesarios para realizar las pruebas de diagnóstico se muestra a la derecha	Menos de un tercio	Entre un tercio y dos tercios	Entre dos tercios y el 90%	Al menos el 90% de los establecimientos disponen de todos los suministros necesarios para realizar las pruebas de diagnóstico identificadas disponibles de forma consistente.
	Variación de la disponibilidad entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos	Significativa >30%	Moderada 10-30%	Mínima <10%	Ninguna
CRITERIOS					
Variación—La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de suministros de diagnóstico, medida por el desabastecimiento de existencias, entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos es >30%. **Variación moderada—** La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos básicos, medida por el desabastecimiento de existencias entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos se sitúa entre el 30% y el 10%. **Variación mínima—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos básicos, medida por el desabastecimiento de existencias entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos es <10%.					

MEDIDA 11: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Los diagnósticos son una aportación crucial para la prestación de servicios, ya que proporcionan información sobre las condiciones del paciente y de la enfermedad y pueden utilizarse para orientar la toma de decisiones clínicas y determinar qué tipo de servicios, medicamentos o tratamientos, si los hay, son necesarios. La lista de material de diagnóstico anterior se seleccionó a partir de la lista de productos de salud de la OMS por establecimiento[21] porque esta información puede extraerse de los datos de un SARA,[22] SPA[23]y/o la encuesta SDI.[24] Si un país no ha completado una de estas encuestas en los últimos 5 años y/o tiene datos más recientes de otra fuente, se admitirá que la lista exacta de suministros de diagnóstico evaluados varíe ligeramente. Antes de la evaluación, debe consultar las normas pertinentes del país para determinar si el país ha considerado necesaria alguna prueba adicional y debe añadirse a esta lista.

Medida 12: distribución de los establecimientos

Garantizar que todas las poblaciones tengan un acceso oportuno y geográfico a la atención requiere una infraestructura suficiente de establecimientos. El número y el tipo de establecimientos necesarios dependen de muchos factores, como la distribución de la población y la dotación de personal de los establecimientos, entre otros, por lo que no existen directrices normativas globales sobre la densidad o la distribución de los establecimientos. En cambio, es importante que los países y las regiones evalúen sus propias necesidades de densidad y distribución de los establecimientos y definan objetivos que reflejen estas necesidades y el contexto local.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Densidad de los establecimientos—Número de establecimientos de atención primaria por número de habitantes. Algunos indicadores se basan en la densidad de los establecimientos por cada 10 000 personas, otros por cada 5 000 o 100 000. El denominador debe ser coherente.	¿Se ha realizado una evaluación de la densidad y la distribución de la atención sanitaria primaria en Huetar Atlantica?	No	Sí, pero no en los últimos 5 años	Sí, pero no incluye explícitamente los establecimientos de atención primaria	Sí, e incluye explícitamente los establecimientos de atención primaria
	¿Existen objetivos documentados sobre la densidad y distribución óptimas de los establecimientos de atención primaria para satisfacer las necesidades en salud de la población?	No	Un poco, los objetivos existen, pero no están bien documentados	Sí, existen objetivos, pero no especifican los establecimientos de atención primaria	Sí, los objetivos existen y especifican los establecimientos de atención primaria
	¿Qué medidas se han tomado para alcanzar los objetivos?	N/A	Ninguna acción o una acción limitada	Se han tomado medidas y se ha avanzado, aunque todavía no se han alcanzado los objetivos	Se han tomado medidas y se han cumplido los objetivos

MEDIDA 12: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La densidad y distribución de los establecimientos de atención primaria se refiere a la ubicación física de los establecimientos de atención primaria. Las deficiencias infraestructurales plantean problemas para el acceso geográfico de los pacientes a la atención y la capacidad del sistema de salud para prestar servicios. Para esta medida debe utilizarse la definición de "centro de atención primaria" establecida al principio de la evaluación. Dado que no existe una orientación normativa mundial sobre la densidad y la distribución óptimas de los establecimientos, esta medida evalúa si las regiones han realizado su propia evaluación de la densidad y la distribución de los establecimientos, han establecido objetivos de densidad/distribución óptimos basados en el contexto local y en las necesidades en salud de la población, y han tomado medidas para alcanzar estos objetivos.

Para evaluar la densidad y la distribución de los establecimientos, es importante conocer el número de establecimientos de salud, el número de los diferentes tipos de establecimientos, el tamaño de la población y la coincidencia entre el lugar donde vive la población (densidad de población) y el lugar donde se encuentran los establecimientos (densidad de establecimientos), desglosado por subregiones/Áreas de Salud.

Medida 13: servicios de los establecimientos

Los servicios de los establecimientos son características y comodidades que permiten que los establecimientos de atención primaria estén preparados y sean capaces de ofrecer una atención primaria de calidad y centrada en la persona.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Servicios de los establecimientos • Electricidad • Agua potable • Sala de examen con privacidad auditiva y visual • Fuente de luz • Instalaciones de saneamiento (retrete/letrina: inodoros de cisterna a la red de alcantarillado o fosa séptica, letrina de pozo, retrete de compostaje) • Equipo de comunicación (teléfono móvil, teléfono fijo y/o radio de onda corta) • Ordenador con conexión a Internet o a la red • Acceso a transporte de emergencia* **Esta lista de servicios de los establecimientos se extrajo de la encuesta SARA, la encuesta SPA y la IDE de la OMS*[22-24]	Proporción de establecimientos de atención primaria que cuentan con todos los servicios identificados	Menos de un tercio	Entre un tercio y dos tercios	Entre dos tercios y el 90%	Al menos el 90% dispone de todos los servicios identificados de forma sistemática
CRITERIOS **Variación—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de servicios de los establecimientos entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos es >30%. **Variación moderada—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de servicios de los establecimientos entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos se sitúa entre el 30% y el 10%. **Variación mínima—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de servicios de los establecimientos entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos es <10%.	Variación de la disponibilidad entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos	Significativa >30%	Moderada 10-30%	Mínima <10%	Ninguna

MEDIDA 13: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Los servicios de los establecimientos se consideran un componente esencial de la disponibilidad de los establecimientos de salud para prestar servicios.[26] La lista de servicios de los establecimientos se ha extraído de la encuesta SARA,[22] de la encuesta SPA[23]y de la encuesta SDI.[24] Si un país no ha realizado una de estas encuestas en los últimos 5 años y/o dispone de datos más recientes procedentes de otra fuente, es posible que la lista exacta de servicios evaluados varíe ligeramente. Si el país ha definido una lista más sólida de servicios básicos necesarios para los establecimientos de atención primaria, también puede evaluar los avances con respecto a esa lista, pero un país no debe recibir una puntuación inferior por utilizar requisitos más estrictos. Por ejemplo, si sólo el 50% de los establecimientos tienen todos los servicios definidos en la lista interna de un país, más sólida, pero el 80% de los establecimientos tienen los servicios enumerados anteriormente, el establecimiento debería recibir una puntuación de 3, no de 2 (suponiendo que se cumplan las condiciones relativas a la equidad).

Medida 14: equipos y precauciones de seguridad estándar

Las precauciones y el equipo de seguridad estándar son los procesos y materiales establecidos que apoyan la prestación segura de servicios de atención primaria y previenen la transmisión de enfermedades transmisibles.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Equipos y precauciones de seguridad estándar • Equipos de esterilización • eliminación final segura de objetos punzantes • Eliminación final segura de los residuos médicos • Caja/contenedor de objetos punzantes en la sala de examen • Papelera con tapa y bolsa en la sala de examen • Desinfectante de superficies (también llamado desinfectante ambiental) • Jeringas desechables o auto-desechables estándar de un solo uso • Jabón (en barra o líquido de concentración total) y agua corriente o desinfectante de manos a base de alcohol • Guantes de látex • Directrices para las precauciones estándar contra la infección* ** Esta lista de precauciones y equipos estándar se extrajo de la encuesta SARA, la encuesta SPA, la IDE, el "Marco de evaluación de la prevención y el control de las infecciones en el ámbito de los establecimientos" de la OMS y las "Directrices de los componentes básicos de los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y en los establecimientos de atención sanitaria a nivel agudo" de la OMS.*[22-24,27,28] *Continued...*	Proporción de establecimientos de atención primaria que disponen de todos los equipos y precauciones de seguridad estándar necesarios identificados	Menos de un tercio	Entre un tercio y dos tercios	Entre dos tercios y el 90%	Al menos el 90% dispone de todas las precauciones y equipos de seguridad estándar identificados
	Variación de la disponibilidad entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos	Significativa >30%	Moderada 10-30%	Mínima <10%	Ninguna

CRITERIOS	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Variación—La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos y precauciones de seguridad estándar entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos es >30%. **Variación moderada—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos y precauciones de seguridad estándar entre las Áreas de Salud y/o tipos de establecimientos se sitúa entre el 30% y el 10%. **Variación mínima—**La máxima diferencia absoluta en la disponibilidad de equipos y precauciones de seguridad estándar entre las Áreas de Salud y/o los tipos de establecimientos es <10%.					

MEDIDA 14: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Las precauciones y el equipo de seguridad estándar, a veces denominados precauciones estándar sobre la prevención de infecciones, se consideran un componente básico de la preparación de los establecimientos de salud para prestar servicios de alta calidad y garantizar la seguridad de los pacientes y los proveedores.[26] La lista de precauciones y equipos estándar anterior se ha extraído de la encuesta SARA,[22] la encuesta SPA,[23] la encuesta SDI,[24] el "Marco de evaluación de la prevención y el control de las infecciones en los establecimientos" de la Organización Mundial de la Salud[27] y las "Directrices de los componentes básicos de los programas de prevención y control de las infecciones a nivel nacional y de los establecimientos de atención sanitaria de urgencia" de la OMS.[28] Si un país no ha realizado una de estas encuestas en los últimos 5 años y/o dispone de datos más recientes procedentes de otra fuente, se admitirá que la lista exacta de precauciones de seguridad estándar y equipos evaluados varíe ligeramente.

Si se ha definido una lista más robusta de equipos básicos por país, también puede evaluar el progreso con respecto a esa lista, pero un país no debe recibir una puntuación más baja por utilizar requisitos más estrictos. Por ejemplo, si sólo el 50% de los establecimientos tienen todos los equipos y precauciones de seguridad estándar definidos en la lista interna de un país, más sólida, pero el 80% de los establecimientos tienen los equipos y precauciones de seguridad estándar enumerados anteriormente, el establecimiento debería recibir una puntuación de 3, no de 2 (suponiendo que se cumplan las condiciones relativas a la equidad).

Medida 15: registro civil y estadísticas vitales

Huetar Atlántica debe tener un sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales (RCEV) que funcione bien y que registre todos los nacimientos y defunciones, emita certificados de nacimiento y de defunción, y recopile y difunda estadísticas vitales, incluyendo información sobre la causa de la defunción. También puede registrar otros acontecimientos como el matrimonio, el divorcio, la adopción y la legitimación. Los sistemas RCEV generan datos administrativos, que sirven de base para las bases de datos, o registros de población, en múltiples sectores y pueden ser compilados para producir estadísticas vitales.[29]

CRITERIOS	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Exhaustividad—La proporción del número total de nacimientos y defunciones reales que se registraron en el sistema de registro civil y estadísticas vitales. Un sistema completo captaría el 100% de todos los nacimientos y defunciones.	Exhaustividad del registro de nacimientos a nivel regional	Limitada (<50%)	50-74%	75-90%	>90%
	Exhaustividad del registro de defunciones a nivel regional	Limitada (<50%)	50-74%	75-90%	>90%

MEDIDA 15: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La información sobre el número de personas que nacen y mueren cada año en una región, así como las causas de defunción, es esencial para la planificación sanitaria y la prestación de servicios eficaces. "La única manera de contar a todo el mundo y de hacer un seguimiento de todos los nacimientos y defunciones es a través del registro civil. El registro civil proporciona la base de la identidad legal individual, pero también permite a los países identificar sus problemas en salud más urgentes."[30] Los sistemas de registro civil y estadísticas vitales proporcionan datos rutinarios y actualizados sobre la fecundidad y la mortalidad de una población que pueden utilizarse para establecer la base de muchas políticas de salud y proporcionan un denominador significativo para el seguimiento y la evaluación de los datos sobre la carga de la enfermedad. La evaluación de la exhaustividad de un sistema RCEV suele comparar el número de nacimientos y defunciones registrados con el de la población estimada.

Medida 16: sistemas de información de gestión de salud (SIGS)

Los SIGS son sistemas de información rutinarios de los establecimientos que se utilizan para controlar los datos de servicio. "Los datos de servicio se generan a nivel de los establecimientos e incluyen los resultados clave de los informes rutinarios sobre los servicios y la atención ofrecidos y los tratamientos administrados".[26]

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Proporción de establecimientos de atención primaria en los que se han implantado los sistemas de información de gestión de salud	Menos de la mitad	Más de la mitad	Más de la mitad	Más de dos tercios, y son interoperables e interconectados.
Formato del SIGS	Todos los formatos o principalmente en papel	Todos los formatos o principalmente en papel	Sólo algunas partes son digitales	Totalmente digitalizado

MEDIDA 16: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida se refiere a la presencia y digitalización del SIGS. Los registros de cuidados del paciente se evalúan por separado en la siguiente medida. Los SIGS son importantes sistemas de recopilación de datos que pueden utilizarse para planificar, gestionar y tomar decisiones en los establecimientos de salud y en toda una región. Esto va más allá del simple seguimiento y evaluación, para facilitar la recopilación y evaluación activa de los datos de servicio. Los sistemas SIGS deben integrarse en un marco de seguimiento nacional/subnacional construido sobre una lista estandarizada de indicadores y definiciones de prestación de servicios. Una lista estandarizada de indicadores y definiciones, denominada diccionario de datos en algunos contextos, garantiza que todos los usuarios de un SIGS definan y midan los indicadores de la misma manera y, por tanto, "hablen el mismo idioma"

Medida 17: registros de cuidado del paciente

Los registros de cuidado del paciente proporcionan un historial sanitario longitudinal de los pacientes. Los registros completos de cuidado del paciente deben incluir

- Identificación única del paciente (ID)
- Listas de problemas
- Historial de cuidados y notas
- Listas de medicamentos y alergias
- Remisiones y resultados de las mismas
- Resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Interoperabilidad— La interoperabilidad es la capacidad de los diferentes sistemas de información, dispositivos o aplicaciones de vigilancia para conectarse, de forma coordinada, dentro y fuera de los límites organizativos para acceder, intercambiar y utilizar de forma cooperativa los datos entre las partes interesadas, con el objetivo de optimizar la salud de las personas y las poblaciones.[14] **Longitudinal—**Contiene información recopilada durante un largo periodo de tiempo. **Incipiente—**Recién creado o en existencia y que apenas comienza a mostrar signos del futuro potencial.	Uso de los registros de cuidado del paciente	La mayoría de los establecimientos de atención primaria no utilizan registros de cuidado del paciente, dependen de los pacientes para llevar sus propios registros de cuidado del paciente en papel, o utilizar otro sistema de registro de cuidado del paciente en papel que no registre la información del paciente de forma longitudinal	La mayoría de los establecimientos de atención primaria utilizan registros longitudinales de cuidado del paciente que incluyen de 1 a 4 de los componentes descritos anteriormente	La mayoría de los establecimientos de atención primaria utilizan registros longitudinales de cuidado del paciente que incluyen entre 5 y 6 de los componentes descritos anteriormente	Casi todos los establecimientos de atención primaria (<90%) utilizan un registro longitudinal completo de cuidado del paciente que incluye los seis
	Formato de los registros de cuidado del paciente	N/A	Casi exclusivamente en papel	En papel y con un formato estándar. Algunas instalaciones aisladas o unidades subnacionales pueden utilizar registros electrónicos incipientes.	Totalmente digitalizado e interoperable entre niveles y áreas subnacionales

ANEXO 1: RÚBRICAS ADAPTADAS

MEDIDA 17: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Los registros de cuidado del paciente completos registran el historial y la "historia" clínica de un paciente, resumiendo sus experiencias con el sistema de salud a lo largo del tiempo en un solo lugar. Mientras que los SGIS y los RCEV tienen un valor incalculable para la planificación, la gestión y la toma de decisiones a nivel de establecimiento, subregional, subnacional y nacional, los registros de cuidado del paciente desempeñan un papel importante en el fomento de una atención de calidad, continua y coordinada. El personal sanitario de atención primaria y de otros niveles del sistema de salud, así como los pacientes, pueden revisar la información completa de los registros de cuidado del paciente y actuar en consecuencia para evaluar, diagnosticar, controlar, tratar y/o derivar mejor al paciente. Al mantener la información relevante en un solo lugar, los registros de cuidado del paciente facilitan la identificación y el seguimiento de las tendencias, la comprensión de las condiciones crónicas y la solución de cualquier brecha en la atención.

Se considera que los registros de cuidado del paciente son interoperables cuando se captura la misma información en el mismo formato o en uno similar y se establecen canales para que los registros de cuidado del paciente puedan ser compartidos entre los médicos y los establecimientos.

Esto significa que el historial de los cuidados de los pacientes puede ser seguido cuando éstos se desplazan geográficamente o entre niveles del sistema de salud.

Un registro longitudinal significa que hay un sistema dentro del registro de cuidado del paciente que permite a los proveedores hacer un seguimiento de la atención de un paciente a lo largo del tiempo y a raíz de múltiples encuentros que tienen que ver con la prestación de servicios de salud.

Los registros electrónicos de cuidado del paciente pueden considerarse incipientes si no cuentan con todos los componentes o funcionalidades de los registros completos de cuidado del paciente o si el personal clínico no está totalmente adaptado a la plataforma electrónica.

Medida 18: densidad y distribución de la fuerza laboral

Lograr una cobertura efectiva de los servicios de salud depende de la existencia de un número suficiente de profesionales sanitarios cualificados que estén distribuidos de forma equitativa y sean accesibles para la población.[31] La Organización Mundial de la Salud ha definido una densidad requerida de promotores de salud cualificados para satisfacer las necesidades en salud básicas y para lograr la cobertura de la amplia gama de servicios de atención primaria a los que se dirige la cobertura sanitaria universal, en la que la densidad se mide como la proporción de médicos, enfermeras y comadronas con respecto a la población total.[31,32]

Nota: los promotores de salud comunitarios se consideran por separado en la medida 21.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Profesionales sanitarios cualificados—Médicos, enfermeras y parteras que prestan atención clínica de forma activa.	Densidad de la fuerza laboral (Proporción de profesionales sanitarios cualificados en activo por cada 10 000 habitantes)	Grave escasez de la fuerza laboral necesaria para satisfacer las necesidades en salud básicas (<22.8)	Insuficiente densidad de la fuerza laboral para lograr una alta cobertura en la amplia gama de servicios de atención primaria a los que se dirige la cobertura sanitaria universal (>22.8 pero no <44.5)	Insuficiente densidad de la fuerza laboral para lograr una alta cobertura en la amplia gama de servicios de atención primaria a los que se dirige la cobertura sanitaria universal (>22.8 pero no <44.5)	Densidad de la fuerza laboral suficiente para lograr una alta cobertura en la amplia gama de servicios de atención primaria a los que se dirige la cobertura sanitaria universal (>44.5)
	Porcentaje de unidades administrativas del Área de Salud que tienen una densidad de la fuerza laboral en salud inferior al 50% de la densidad media regional de Huetar Atlántica	N/A	>50%	<50%	N/A

MEDIDA 18: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La densidad y distribución del personal sanitario es un "punto de partida fundamental para comprender la situación de los recursos del sistema de salud de un país".[33] Para esta medida, sólo se debe contar a médicos, enfermeras y parteras que estén ejerciendo la medicina de forma activa (es decir, que no estén jubilados, trabajando en otro campo, etc.) para mantener la fidelidad a las medidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Los cargos de tipo promotor de salud comunitario se consideran por separado en la medida 21. La calidad de la formación y la práctica de todos los "promotores de salud de atención primaria" se consideran por separado en las medidas 19 y 20.

Medida 19: garantía de calidad de la fuerza laboral en atención primaria de salud

Esta medida se refiere a la funcionalidad y la cobertura de un sistema continuo para garantizar que la fuerza laboral en atención primaria en activo tenga la formación y las cualificaciones adecuadas, que se mantengan listas de esa fuerza laboral debidamente formada y cualificada, y que se tomen las medidas adecuadas con respecto a los miembros de la fuerza laboral que no cumplan las normas establecidas.

Tenga en cuenta que las evaluaciones de las competencias de la fuerza laboral y la calidad de la atención prestada durante las interacciones con los pacientes se incluyen en el pilar de desempeño del Perfil de signos vitales.

DEFINICIONES

Mecanismos para garantizar que la fuerza laboral tiene las cualificaciones necesarias—Puede incluir normas establecidas para los resultados del aprendizaje y las instituciones de formación, acreditaciones de las instituciones de formación y/o un sistema para licenciar o certificar a los graduados de las instituciones de formación.

Mecanismos para garantizar que toda la fuerza laboral en activo esté cualificada, incluida la fuerza laboral con títulos obtenidos en el extranjero—Puede incluir la garantía de que toda la fuerza laboral en activo esté licenciada y/o acreditada, y/o una lista de toda la fuerza laboral cualificada se actualice de forma rutinaria para garantizar que está al día.

Mecanismos para garantizar el cumplimiento de las normas de calidad en la práctica—Puede incluir un medio para emitir e investigar quejas, el desarrollo profesional continuo, incluyendo la revalidación periódica de credenciales/registro/licencia, y/o la capacidad de corregir el curso de los miembros de la fuerza laboral que no cumplen con los estándares, incluyendo la posibilidad de remoción si no se hacen mejoras.

CRITERIOS

Capacidad deficiente—La cobertura del sistema no incluye todas las ocupaciones de la fuerza laboral en atención primaria y los mecanismos de garantía de calidad no se aplican ni funcionan de forma coherente debido a la escasez de personal y/o de fondos en los organismos reguladores responsables.

Capacidad moderada—La cobertura del sistema no incluye todas las ocupaciones de la fuerza laboral en atención primaria, pero los mecanismos de garantía de calidad que están en pie se aplican y funcionan de forma coherente debido a la existencia de personal y fondos suficientes en los organismos reguladores responsables. ***O*** La cobertura del sistema incluye todas las ocupaciones de la fuerza laboral en atención primaria de salud, pero los mecanismos de garantía de calidad no se aplican ni funcionan de forma coherente debido a la escasez de personal y/o de fondos en los organismos reguladores responsables.

Capacidad suficiente—La cobertura del sistema incluye todas las ocupaciones de la fuerza laboral en atención primaria de salud y los mecanismos de garantía de calidad establecidos se aplican y funcionan de forma coherente debido a la existencia de personal y fondos suficientes en los organismos reguladores responsables.

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Capacidad del sistema para garantizar que la fuerza laboral en atención primaria tenga las cualificaciones necesarias	Ninguna	Débil	Moderada	Suficiente
Capacidad del sistema para garantizar que toda la fuerza laboral en atención primaria en activo esté cualificada, incluida la fuerza laboral con títulos obtenidos en el extranjero	Ninguna	Débil	Moderada	Suficiente
Capacidad del sistema para garantizar el cumplimiento de las normas de calidad en la práctica	Ninguna	Débil	Moderada	Suficiente

MEDIDA 19: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida evalúa los sistemas para garantizar la calidad tanto de la formación como de la práctica de la fuerza laboral, lo que refleja la necesidad de contar con una coherencia de las normas de calidad, desde la formación hasta la práctica, y una continuidad de las partes interesadas que trabajan para garantizar la calidad en cada fase de la formación y la práctica. La capacidad de los sistemas se evalúa tanto por su nivel de funcionalidad como por su cobertura. A la hora de evaluar la cobertura, debe hacer referencia a la lista de ocupaciones de la fuerza laboral en atención primaria de salud definida al principio de la evaluación.

Medida 20: competencias de la fuerza laboral en atención primaria de salud

"Las competencias son las habilidades observables de los promotores de salud individuales en relación con actividades específicas de trabajo que integran conocimientos, habilidades y comportamientos. Las competencias son duraderas, intruibles y medibles".[34] La fuerza laboral en atención primaria de salud debe tener competencias relacionadas con la atención a las personas, la comunicación, la toma de decisiones, la colaboración, la práctica basada en la evidencia y la conducta personal para poder ofrecer el paquete de servicios de APS.

Esta medida evalúa si se han definido las competencias basadas en la evidencia y adaptadas localmente relevantes para la prestación de servicios de APS para la fuerza laboral en APS y si se han establecido estándares para los resultados de la educación basados en estas competencias.

Tenga en cuenta que las evaluaciones de las competencias de la fuerza laboral y la calidad de la atención prestada durante las interacciones con los pacientes se incluyen en el pilar de desempeño del Perfil de signos vitales.

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
¿Se han establecido las competencias específicas del paquete de servicios de APS para todas las ocupaciones de la fuerza laboral en APS?	No	Sí	Sí	Sí
Número de elementos indicados a continuación que pueden ser respondidos positivamente: ☐ Las competencias relevantes para la APS están basadas en la evidencia ☐ Las competencias relevantes para la APS se adaptan al contexto regional, lo que significa que las competencias reflejan la lista de intervenciones a nivel de la APS y la estructura de la fuerza laboral en APS en Huetar Atlántica ☐ Las competencias relevantes para la APS incorporan todas las funciones clave de la atención primaria: acceso al primer contacto, continuidad, integralidad, coordinación y centrado en las personas ☐ Se han establecido normas de formación basadas en las competencias pertinentes para la APS para todas las ocupaciones de la fuerza laboral en APS	N/A	0-2	3	4

MEDIDA 20: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La definición de competencias en relación con el paquete de servicios de APS para todas las ocupaciones de la fuerza laboral en APS es un insumo esencial para alinear los programas de educación y la práctica de la fuerza laboral con las necesidades en salud de la población y garantizar que la fuerza laboral en APS esté capacitada para cumplir con las funciones centrales de la APS (primer punto de contacto, continuidad, integralidad, coordinación y centrado en la persona). Entre las competencias se encuentran la orientación hacia las personas, la comunicación, la toma de decisiones, la colaboración, la práctica basada en la evidencia y la conducta personal.[34] La definición de estas competencias en relación con el paquete de servicios de la APS es un mecanismo para garantizar que todas las ocupaciones de la fuerza laboral en APS sean capaces de demostrar estas competencias básicas para ejecutar los requisitos de su trabajo en APS y ofrecer las funciones básicas de la APS.

ANEXO 1: RÚBRICAS ADAPTADAS

Existen muchos marcos de competencias diferentes que se basan en la evidencia. Sin embargo, para garantizar que estas competencias sean pertinentes para el conjunto de servicios de APS específicos de la región, para la forma en que se organizan los proveedores de atención sanitaria y para la definición de sus ámbitos de trabajo, es esencial que las regiones adapten las competencias basadas en la evidencia a su contexto.

Obsérvese que las ocupaciones que componen la fuerza laboral en APS en un país determinado se definen al principio de la evaluación.

Medida 21: promotores de salud comunitarios

Esta medida se refiere a la ocupación de promotor de salud comunitario cuya responsabilidad principal es acercarse proactivamente a la comunidad para satisfacer las necesidades en salud de la población local. Esta ocupación puede denominarse promotor de salud comunitario, o Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP) en el contexto de Costa Rica, pero puede tener otras denominaciones.[35]

Nota: este tipo de promotor de salud también participará en la prestación de los servicios descritos en la medida 27: acercamiento proactivo a la población.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Acreditado—Reconocido oficialmente que tiene un estatus particular o cualificado para realizar una actividad concreta. **Empleado formalmente**—Tiene un acuerdo o contrato de trabajo. **Remuneración adecuada**—La Organización Mundial de la Salud recomienda que los promotores de salud comunitarios sean remunerados con un paquete financiero que "podría adoptar diferentes formas (salario, estipendio, honorarios, incentivos monetarios), de acuerdo con el estatus de empleo y las leyes y reglamentos aplicables en la jurisdicción".[35]	¿Existe una ocupación de promotor de salud cuya responsabilidad principal sea llevar a cabo un acercamiento proactivo a la comunidad para satisfacer las necesidades en salud de la población local?	No	Sí, con un alcance limitado de los servicios y sólo en determinadas zonas geográficas	Sí, con un alcance amplio y sólo en determinadas zonas geográficas de necesidad	Sí, con una amplia gama de servicios y funcionamiento en todas las áreas geográficas de necesidad
	Número de criterios siguientes cumplidos por la ocupación: ☐ Formados y acreditados para prestar un conjunto de servicios de salud preventivos, promocionales y curativos (en su caso), adaptados a la población local ☐ Empleado formalmente y remunerado adecuadamente, de acuerdo con la escala salarial del personal sanitario local ☐ Apoyo a intervalos frecuentes y regulares por parte de un supervisor designado ☐ Integrados en el sistema o equipos de prestación de servicios de los establecimientos de salud locales ☐ Integrado en los sistemas locales de información y retroalimentación de datos de salud	N/A	2-3	4	5

MEDIDA 21: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

"Los PSC y otros tipos de promotores de salud comunitarios son eficaces en cuanto a la prestación de una serie de servicios de salud preventivos, promocionales y curativos, y pueden contribuir a reducir las desigualdades de acceso".[35] Esta medida se refiere a una ocupación (cuadro) de promotor de salud cuya responsabilidad principal es llevar a cabo un acercamiento proactivo a la población, independientemente de cómo se llame este tipo de trabajador. Las cinco características evaluadas en esta medida se consideran las mejores prácticas para los promotores de salud comunitarios basadas en la "Guía de la OMS sobre políticas de salud y apoyo al sistema para optimizar los programas de los promotores de salud comunitarios."[35]

Medida 22: presupuestos de los establecimientos

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Mantenimiento de un presupuesto anual para los establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria	Ninguno	<50% de los establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria	50%-90% de los establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria	>90% de los establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria
Proporción de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan un presupuesto anual completo para realizar un ejercicio de previsión sistemático	N/A	N/A	Al menos el 25%	Todos

MEDIDA 22: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Esta medida se refiere únicamente a la presencia y al uso de los presupuestos y no se refiere a la cantidad/suficiencia específica del flujo de entrada y salida de liquidez de los establecimientos. Los presupuestos de establecimientos determinan cuánto dinero entra en ellas, de dónde procede, y cuánto dinero se gasta y en qué. Los presupuestos pueden simplemente hacer un seguimiento del flujo de fondos a medida que se mueven en tiempo real/retroactivo, pero a niveles más altos de desempeño los establecimientos también pueden utilizar los presupuestos para planificar proactivamente las actividades y los gastos futuros. Estos ejercicios de previsión proporcionan la información que los establecimientos necesitan para tomar decisiones estratégicas como qué y cuántos medicamentos y suministros comprar, qué personal contratar, etc.

Hay que tener en cuenta que no todos los establecimientos pueden estar obligados o tener autonomía para mantener su propio presupuesto de establecimiento; este mantenimiento puede ser realizado para ellos o en colaboración con ellos por un establecimiento de nivel superior que forme parte de la misma "red de atención primaria". "Red de atención primaria" es un término definido al principio de la evaluación y se refiere a un grupo de establecimientos que comparten estructuras y procesos operativos y de gestión, por ejemplo, un grupo de puestos de salud que dependen de un establecimiento de salud que es responsable de los requisitos de gestión y notificación para todo el grupo de establecimientos. Las redes de atención primaria también suelen compartir la responsabilidad de la atención a los pacientes, y los centros de nivel superior de la red prestan servicios más avanzados o especializados para apoyar la prestación de servicios en toda la red.

Medida 23: sistema de información de gestión financiera

Los sistemas de información de gestión financiera administran y hacen un seguimiento de los gastos, el personal y los presupuestos de las partidas.[36]

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Mantenimiento de un sistema de información de gestión financiera para los establecimientos de atención primaria/ redes de atención primaria para seguir los flujos de ingresos y gastos	No se mantiene un sistema de información de gestión financiera para la mayoría (>50%) de los establecimientos de atención primaria/ redes de atención primaria	Un sistema de información de gestión financiera que incluye 1 de los componentes enumerados se mantiene para la mayoría (>50%) de los estableci-mientos de atención primaria/ redes de atención primaria	Se mantiene un sistema de información de gestión financiera que incluye 2 de los componentes enumerados anteriormente para la mayoría (>50%) de los establecimientos de atención primaria/ redes de atención primaria	Se mantiene un sistema de información de gestión financiera que incluye los 3 componentes mencionados anteriormente para todos los establecimientos de atención primaria/ redes de atención primaria

MEDIDA 23: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Los Sistemas de Información de Gestión Financiera (SIGF) son una herramienta para mejorar la asignación estratégica de los recursos, minimizar el despilfarro y alinear el gasto para la eficiencia operativa, establecer la credibilidad de los presupuestos y mejorar la prestación de servicios. Apoyar la asignación y el uso de los recursos por parte del Gobierno mediante el SIGF ayuda a aumentar la eficiencia y la eficacia, cuando se lleva a cabo siguiendo los principios de exhaustividad, legitimidad, flexibilidad, previsibilidad, contestabilidad, honestidad, transparencia y responsabilidad. [36] La transición de "sistemas de información fragmentados y anticuados a modernos sistemas de información de gestión financiera integrados ofrece grandes oportunidades para mejorar la movilización y la gestión de los recursos públicos, la apertura y los servicios públicos."[37]

Hay que tener en cuenta que no todos los establecimientos pueden estar obligados o tener autonomía para mantener su propio SGIF; este mantenimiento puede ser realizado para ellos o en colaboración con ellos por un establecimiento de nivel superior que forme parte de la misma "red de atención primaria". "Red de atención primaria" es un término definido al principio de la evaluación y se refiere a un grupo de establecimientos que comparten estructuras y procesos operativos y de gestión. Por ejemplo, un grupo de puestos de salud que dependen de un establecimiento de salud que es responsable de la gestión y los requisitos de información de todo el grupo de establecimientos. Las redes de atención primaria también suelen compartir la responsabilidad de la atención a los pacientes, y los centros de nivel superior de la red prestan servicios más avanzados o especializados para apoyar la prestación de servicios en toda la red.

Medida 24: remuneración

La remuneración es el(los) pago(s) que se hace a los promotores de atención primaria por su trabajo o servicios. Esta medida se refiere al pago de sueldos y salarios (incluidas las prestaciones y los subsidios) y a los honorarios de consultoría, en su caso.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Empleado formalmente— Tiene un acuerdo o contrato de trabajo **Estable—**Coherente con la cantidad especificada en el acuerdo o contrato de trabajo. *Continued...*	Estabilidad de la remuneración del personal de atención primaria	Muy inestable	Moderadamente inestable	Moderadamente estable	Muy estable
	Puntualidad en la remuneración del personal de atención primaria	Casi siempre con retraso	Más a menudo con retraso que a tiempo	Más a menudo a tiempo que con retraso	Siempre a tiempo

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Previsible—Se puede anticipar el momento y el mecanismo de entrega. **Oportuno—**Que se produce con prontitud y cuando se especifica en el acuerdo o contrato de trabajo.	Previsibilidad de la remuneración del personal de atención primaria	Muy imprevisible	Moderadamente imprevisible	Moderadamente predecible	Muy predecible
	Diferencias en la fiabilidad (estabilidad, puntualidad y previsibilidad) de la remuneración entre las Áreas de Salud y/o el tipo de establecimiento	N/A	Diferencias significativas	Pocas diferencias	No hay diferencias

MEDIDA 24: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Se trata de una medida relacionada con la fiabilidad y seguridad de la remuneración del personal de atención primaria. No es una medida de la adecuación del importe del pago. Es importante que los fondos de un sistema de salud se gestionen de forma que la remuneración del personal de atención primaria se produzca de forma fiable. Esto significa que el importe de la remuneración esperado se paga en su totalidad, que es predecible cuándo y cómo se entrega la remuneración al personal, y que se hace a tiempo. Debe utilizar la definición de "personal de atención primaria" establecida por el país al inicio de la evaluación.

Medida 25: definición de prioridades locales

La definición de prioridades locales implica la concretización de las políticas nacionales o subnacionales en planes de acción estratégicos locales que respondan a la carga de la enfermedad y a las necesidades y preferencias de la población.

Nota: la definición de prioridades a nivel nacional y subnacional se trata en la medida 7 "Ajuste de las necesidades en salud de la población: definición de prioridades*".*

CRITERIOS[40]	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Participación mínima—Se informa a las comunidades de los datos relevantes y de las prioridades resultantes, pero se les da poca o ninguna oportunidad de hacer aportaciones. **Participación moderada—**Se informa a las comunidades de los datos pertinentes y se les da la oportunidad de opinar sobre el análisis, las alternativas y/o las decisiones a lo largo del proceso de definición de prioridades. **Participación significativa—**Las comunidades colaboran en la interpretación de los datos y en el proceso de definición de prioridades y tienen la misma voz y poder de decisión que otras partes interesadas, como los dirigentes del sistema de salud y los funcionarios de la administración local.	Porcentaje de unidades del Área de Salud que recopilan y utilizan datos de los EBAIS para concretizar eficazmente las políticas nacionales y/o subnacionales en prioridades locales de APS y planes de acción estratégicos al menos una vez al año (o con mayor frecuencia, si así lo estipulan las directrices nacionales)	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Implicación de las comunidades y los líderes locales en la interpretación de los datos y la definición de prioridades	Ninguna	Mínima	Moderada	Significativa

MEDIDA 25: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La definición de prioridades locales es el proceso de identificar las prioridades en salud específicas de de la comunidad local y desarrollar planes de acción basados en las necesidades de la comunidad y en las prioridades nacionales o regionales.[39] Al igual que la definición de prioridades a nivel nacional y subnacional, la definición de prioridades locales debe ser un proceso participativo y basado en evidencias. La participación de los miembros de la comunidad y de los usuarios de salud la definición de prioridades

ayuda al sistema de salud a ser más eficiente, mejora la pertinencia de los servicios ofrecidos y el estado de salud de la comunidad, y puede facilitar un mayor respeto y confianza entre pacientes y proveedores. La implicación de las comunidades y de los líderes locales en la interpretación de los datos y en la definición de prioridades es mayor cuando la participación empodera a la comunidad considerándolos como socios en la identificación y la toma de decisiones en torno a los problemas y las soluciones.[40]

La medida se refiere a la definición de prioridades a nivel subregional (Área de Salud), tal como se definió al principio de la evaluación, pero en algunos países la definición de prioridades locales puede producirse a un nivel aún más próximo a la comunidad.

Medida 26: participación de la comunidad

La participación de la comunidad es un proceso de desarrollo de relaciones que permite a las partes interesadas colaborar para abordar los problemas relacionados con la salud y promover el bienestar en miras de lograr impacto y resultados positivos en la salud.[41] Las partes interesadas pueden ser miembros de la comunidad, pacientes, cuidadores, profesionales sanitarios, responsables políticos y otros sectores. Las relaciones deseadas entre las comunidades y el sistema de salud se caracterizan por el respeto, la confianza y el sentido de propósito.

CRITERIOS	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Impacto mínimo—Se tienen en cuenta las contribuciones de la comunidad sobre la estructura y la prestación de la APS y se informa sobre si las aportaciones han influido en la toma de decisiones y cómo lo han conseguido. **Impacto moderado—**Las contribuciones de la comunidad sobre la estructura y la prestación de la APS suelen incorporarse directamente a las decisiones y soluciones, pero el poder de decisión final recae en representantes no comunitarios. **Impacto significativo—**Las comunidades colaboran a la hora de determinar la manera de estructurar y prestar la APS y tienen la misma voz y poder de decisión que otras partes interesadas, como los dirigentes del sistema de salud y los funcionarios de la administración local.	Porcentaje de unidades de la Área de Salud que solicitan regularmente contribuciones a los EBAIS sobre el diseño, la financiación, la gobernanza y la implementación de la APS	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Impacto de la participación/contribución de la comunidad en la manera de estructurar y prestar los servicios	Casi ningún	Mínimo	Moderado	Significativo

MEDIDA 26: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La participación de la comunidad consiste en la inclusión de los usuarios del sistema de salud local y los miembros de la comunidad en todos los aspectos de la planificación, la prestación y la gobernanza de la salud. Es un componente central para garantizar que los servicios prestados se adapten a las necesidades, prioridades y valores de la población, lo que puede lograrse mediante la participación de las comunidades en el diseño, la financiación, la gobernanza y la implementación de la APS. Para garantizar que se satisfacen las necesidades de todos los miembros de la comunidad, es importante que los esfuerzos de participación comunitaria incluyan la representación de diversos miembros de la comunidad. Esto puede requerir múltiples medios de participación, para captar mejor las necesidades y opiniones de los miembros de la comunidad tradicionalmente poco representados.

Medida 27: sectorización

"La sectorización/territorialización (a veces denominada *asignación*) es un proceso continuo e iterativo para identificar y asignar poblaciones a los establecimientos, equipos de atención o proveedores que tienen la responsabilidad de conocer a las personas de su población asignada y prestarles de forma proactiva una atención primaria coordinada... Tanto los pacientes como los proveedores deben ser conscientes de su relación, y los paneles resultantes (listas de pacientes) deben revisarse y actualizarse periódicamente".

Existen diferentes métodos para asignar a las personas a los paneles, entre ellos la territorialización geográfico, la territorialización basada en el seguro y la elección individual. Lo más importante es que se conozca, se siga y se gestione a lo largo del tiempo a cada una de las personas, y no sólo el número de ellas. Es importante destacar que las zonas de captación geográficas no equivalen a la territorialización geográfica, que requiere que todos los individuos específicos dentro de una zona de captación sean conocidos y puedan ser rastreados

CRITERIOS	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Panel de pacientes—La lista de personas asignadas a un proveedor/establecimiento/ equipo de atención.	Proporción de la población que está asignada a un proveedor, equipo de atención o establecimiento	Mínima (<25%)	Menos de la mitad (sólo para categorías específicas de pacientes, es decir, según el estado del seguro, según diagnósticos específicos o sólo para pacientes de zonas de captación/ geográficas específicas)	La mayoría (>50%)	Completa o casi completa (>90% de la población)
	Frecuencia con la que se actualizan los paneles de pacientes	N/A	N/A	Los paneles de pacientes no se actualizan regularmente	Los paneles de pacientes se actualizan al menos una vez al año
	Elección del paciente	N/A	N/A	N/A	Los pacientes pueden elegir y/o cambiar el establecimiento/ proveedor/ equipo al que están asignados

MEDIDA 27: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La territorialización va más allá de la identificación de la población de captación de un establecimiento; significa que los establecimientos/ proveedores/equipos de atención saben no sólo de cuántas personas son responsables, sino exactamente quiénes son todos los individuos que componen ese grupo. La territorialización establece una lista (panel) de personas de las que son responsables los establecimientos/proveedores/equipos de atención, independientemente de que esas personas busquen activamente atención en un establecimiento. La territorialización constituye la base organizativa para la gestión de la salud de la población; establece un punto de atención para las personas y, al mismo tiempo, responsabiliza a los proveedores y a los equipos de atención de la gestión activa de la atención de un panel enumerado de personas. La territorialización también proporciona un denominador de población para los esfuerzos de medición para seguir el rendimiento y planificar eficazmente los servicios. Por último, la selección no es un proceso estático; los paneles deben revisarse y actualizarse periódicamente para tener en cuenta los nacimientos, las defunciones, los traslados, etc.

La territorialización puede adoptar muchas formas. En algunos países, la territorialización se enfoca en el seguro, en la medida en que un plan de seguros asigna a los pacientes a un proveedor/establecimiento/equipo de atención primaria responsable de su atención. En otros países, la población está *empanelada* geográficamente, lo que significa que todas las personas que se encuentran en una determinada zona de captación están empaneladas a un equipo de salud/proveedor que es responsable de su atención. Obsérvese que esto va más allá de la simple demarcación de las zonas de captación, ya que se trata de la identificación real de las personas (no sólo de un denominador de pacientes) y de la asignación activa de estas personas a la responsabilidad específica del equipo/proveedor/establecimiento de atención.

Algunos países han *empanelado* a toda su población, pero la mayoría no lo ha realizado. *La territorialización* también puede producirse para determinados grupos de pacientes; por ejemplo, en algunos países las personas que viven con el VIH pueden ser asignadas a un equipo de salud para recibir una atención continua.

Medida 28: acercamiento proactivo a la población

El acercamiento proactivo a la población implica que los sistemas de salud se acerquen activamente a las comunidades, especialmente a las que están desatendidas o marginadas, para prestar los servicios necesarios en consonancia con las prioridades locales y la carga de morbilidad, y poner en contacto a quienes lo necesitan con el establecimiento de atención primaria. Algunos ejemplos de intervenciones proactivas de acercamiento a la población son las unidades de salud móviles, los sistemas de transporte, la atención domiciliaria, la telemedicina y el seguimiento proactivo de los pacientes con enfermedades crónicas.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Subatendidos o marginados[43] —Persona(s) y/o comunidades excluidas de la vida general por motivos de raza, religión, sexo, cultura o situación económica. Los ejemplos pueden incluir: • Los enfermos crónicos y los discapacitados; • Las comunidades de bajos ingresos y sin hogar; • Las comunidades de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y queer (LGBTQ); • Las comunidades geográficamente desatendidas (remotas o rurales); • Los inmigrantes; • Los grupos indígenas, etc.	Porcentaje de unidades del Área de Salud que realizan un acercamiento proactivo a la población según las necesidades y prioridades del Área de Salud	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Porcentaje de unidades del Área de Salud que cuentan con registros o listas para identificar a los pacientes pertinentes para el acercamiento proactivo (es decir, pacientes con VIH/TB; pacientes con ENT; mujeres embarazadas; zonas geográficas vulnerables; etc.)	<25%	25-50%	51-75%	>75%

MEDIDA 28: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

El acercamiento proactivo a la población es la prestación activa de atención en los hogares y las comunidades, en lugar de hacerlo exclusivamente en los establecimientos. Estos servicios suelen ser preventivos o promocionales (aunque también pueden ser curativos) y son iniciados por el sistema de salud y no por los pacientes. Estos servicios suelen ser prestados por promotores de salud comunitarios (PSC) o profesiones similares. Entre los ejemplos de servicios de acercamiento proactivo comunes se encuentran las actividades de promoción de la salud, la educación en salud, la identificación de casos agudos y de mujeres embarazadas que necesitan ser derivadas a establecimientos de salud, la prestación de servicios de planificación familiar y el seguimiento de la adherencia a las enfermedades crónicas.

La “unidad subregional” se definió para el país al principio de la evaluación como Área de Salud. Hay que tener en cuenta que los tipos de registros pertinentes diferirán según el contexto y la carga de la enfermedad.

Medida 29: organización de la atención en equipo

La atención en equipo es una redistribución estratégica del trabajo entre los miembros del equipo de la consulta. La atención en equipo significa que todos los miembros del equipo desempeñan un papel integral en la prestación de la atención al paciente y comparten responsabilidades para una mejor atención al paciente.[44] Los equipos de atención se caracterizan por:

- Una identidad de equipo
- Reuniones periódicas de equipo
- Funciones y responsabilidades claramente definidas y comprendidas de manera uniforme por todos los miembros del equipo
- Objetivos compartidos para proporcionar una atención de calidad al paciente que los compañeros de equipo no pueden alcanzar por sí solos
- Estructuras de responsabilidad mutua en las que cada miembro del equipo puede ser responsabilizado por cualquier otro miembro del equipo

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Identidad de equipo—Tener una identidad de equipo significa que los miembros del equipo se ven a sí mismos como parte de una unidad mayor y cohesionada con métodos, ideales y objetivos compartidos.	Porcentaje de establecimientos (o redes de atención primaria, si los equipos están divididos en ubicaciones físicas) en los que todos los proveedores de atención primaria trabajan como parte de un equipo, definido como: "cuando las 5 características mencionadas anteriormente están presentes"	<25%	25-50%	51-75%	>75%

MEDIDA 29: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Tal y como se ha definido anteriormente, contar con equipos de atención significa más que tener varios miembros del personal trabajando en el mismo lugar. Los equipos de atención eficaces funcionan como una sola unidad con una identidad compartida para proporcionar una atención eficaz y coordinada. Para ello, los equipos se reúnen periódicamente para debatir sus objetivos y los progresos realizados en su consecución, así como para identificar a los pacientes que les preocupan y acordar un plan de apoyo al paciente. Los miembros del equipo tienen la responsabilidad compartida de proporcionar una atención de calidad al paciente que ningún miembro del equipo podría lograr por sí solo.

Tenga en cuenta que no todos los miembros del equipo pueden trabajar en el mismo establecimiento. Por ejemplo, un promotor de salud comunitario que está basado en la comunidad se consideraría miembro de una organización de atención basada en equipos si forma parte de una estructura de información y supervisión de un equipo más amplio basado en el establecimiento. "Red de atención primaria" es un término definido al principio de la evaluación y se refiere a un grupo de establecimientos que comparten estructuras y procesos operativos y de gestión, por ejemplo, un grupo de puestos de salud que dependen de un establecimiento de salud que es responsable de los requisitos de gestión y notificación para todo el grupo de establecimientos. Las redes de atención primaria también suelen compartir la responsabilidad de la atención a los pacientes, y los centros de nivel superior de la red prestan servicios más avanzados o especializados para apoyar la prestación de servicios en toda la red. En algunos países, puede considerarse que el equipo de atención primaria abarca toda la red de atención primaria.

Medida 30: dirección y capacidad de gestión del establecimiento

La capacidad de gestión de los establecimientos y la dirección son esenciales para facilitar la prestación continua de servicios de salud de alta calidad.45 Muchas de las tareas y funciones que desempeñan los buenos gestores se describen en otra sección (véase la medida 26: participación de la comunidad, medida 29: organización de la atención en equipo, medida 31: uso de los sistemas de información, y la medida 32: medición y gestión del desempeño). Esta medida se centra, en cambio, en el grado de profesionalización de la gestión de los establecimientos y en si los gestores de establecimientos son evaluados regularmente en función de sus capacidades de gestión y su desempeño.

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Porcentaje de establecimientos de atención primaria que están dirigidos por un gestor o gestores con formación oficial en gestión (por ejemplo, una certificación, un diploma o un título)	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Porcentaje de directores de establecimientos de atención primaria que reciben una revisión anual y comentarios sobre sus capacidades de gestión y su desempeño	<25%	25-50%	51-75%	>75%

MEDIDA 30: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La formación sobre gestión de establecimientos puede adoptar muchas formas. Lo ideal sería que la formación se centrara en las funciones básicas de la gestión, como la organización de las operaciones de los establecimientos; la contratación, motivación y gestión del personal; la gestión de los presupuestos y el despliegue de los recursos; y la reacción ante los nuevos retos. Estas competencias pueden definirse como una combinación de conocimientos, motivos, destrezas y autoestima. Sin embargo, la revisión de los programas de formación queda fuera del alcance de esta evaluación. La formación en materia de gestión debe definirse a nivel nacional.

Medida 31: uso de sistemas de información

El uso de los sistemas de información incluye la recopilación y notificación rutinaria y oportuna de los datos de salud pública (incluidos los datos de vigilancia) y los datos de los establecimientos, así como el uso de estos datos con fines clínicos y de mejora de la calidad en todos los niveles de la APS. El uso eficaz de los datos depende de la capacidad del personal para capturar, informar y revisar los datos utilizando la infraestructura del sistema de información disponible. Los niveles más altos de desempeño pueden impulsar la mejora de la calidad.

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Capacidad del personal para utilizar los sistemas de información—Capacidad del personal para introducir datos en los sistemas de información, posteriormente acceder a ellos, interpretarlos, analizarlos, comprenderlos y tomar decisiones basadas en el contenido de los sistemas de información. **Rutina—**Se realiza como parte de un procedimiento regular y no por una razón especial.	Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que cuentan con personal capacitado para el uso de sistemas de información	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan habitualmente sistemas de información para captar y comunicar oportunamente datos completos de los pacientes y de los establecimientos	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan habitualmente sistemas de información para realizar actividades de mejora de la calidad	<25%	25-50%	51-75%	>75%

MEDIDA 31: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

El uso de sistemas de información es la utilización efectiva de los sistemas de información existentes y de los datos que producen a nivel del establecimiento para coordinar y hacer un seguimiento de la atención al paciente e impulsar las actividades de mejora de la calidad. Tenga en cuenta que esta medida se refiere específicamente al uso de los sistemas de información. En cambio, las medidas 14, 15 y 16 abordan la presencia y el funcionamiento de los sistemas de información. El uso eficaz de los sistemas de información implica la recopilación e interpretación de datos y puede servir de apoyo a una variedad de propósitos que van desde la definición de prioridades en la prestación de servicios cotidianos hasta las tareas clínicas y la educación. Para ello, es necesario que el personal esté suficientemente preparado y capacitado para captar, comunicar y revisar los datos, transformarlos en información pertinente y, a continuación, aprovechar esa información para prestar una atención de calidad. A efectos de esta medida, la "capacidad del personal" no significa que el establecimiento debe contar con una persona dedicada que sea la única responsable del uso de los sistemas de información, sino que haya al menos una persona (e idealmente muchas) en el establecimiento con conocimientos y habilidades para utilizar los sistemas de información. El uso rutinario de los sistemas de información significa que los sistemas de información se utilizan como parte del procedimiento habitual y no por una razón especial.

Tenga en cuenta que no todos los establecimientos pueden esperar o tener la autonomía para introducir su propia información. "Red de atención primaria" es un término definido al principio de la evaluación y se refiere a un grupo de establecimientos que comparten estructuras y procesos operativos y de gestión. Por ejemplo, un grupo de puestos de salud que dependen de un establecimiento de salud que es responsable de la gestión y los requisitos de información de todo el grupo de establecimientos. Las redes de atención primaria también suelen compartir la responsabilidad de la atención a los pacientes, y los centros de nivel superior de la red prestan servicios más avanzados o especializados para apoyar la prestación de servicios en toda la red. En algunos países, el uso de los sistemas de información puede ser un esfuerzo conjunto de múltiples establecimientos en una red, lo que es aceptable para esta medida siempre que los establecimientos de nivel inferior sean socios activos en el uso de los sistemas de información y no receptores pasivos de información o resultados.

Medida 32: medición y gestión del desempeño (1/2)

La medición y gestión del desempeño incluye ambas, la supervisión de apoyo contínua (ver medida 33), así como la definición rutinaria de metas de desempeño, seguimiento del progreso hacia estas metas y la implementación de iniciativas de mejora de la calidad para abordar las brechas identificadas.[44,46]

DEFINICIONES	COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Indicadores de desempeño establecidos—Métricas cuidadosamente elegidas que son reconocidas y aceptadas por el personal de todo el establecimiento; designan las metas del establecimiento e indican cómo se realizará el seguimiento del progreso hacia las metas. **Rutina—**Se realiza como parte de un procedimiento regular y se integra en el entorno y las prácticas existentes.	Porcentaje de establecimientos de atención primaria/ redes de atención primaria que utilizan indicadores de desempeño establecidos para la APS	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que realizan un seguimiento rutinario de estos indicadores de desempeño	<25%	25-50%	51-75%	>75%
	Porcentaje de establecimientos de atención primaria/ redes de atención primaria que han documentado el trabajo de mejora de la calidad vinculado a las áreas de bajo desempeño	<25%	25-50%	51-75%	>75%

MEDIDA 32: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La medición y gestión del desempeño implica un proceso continuo de definición de metas, seguimiento del desempeño con respecto a estas metas y aplicación y adaptación de los esfuerzos de mejora. Los objetivos de un establecimiento de salud pueden referirse a un sinfín de funciones o resultados, como el equipamiento y los suministros, el proceso o los resultados de intervenciones clínicas o de calidad específicas, la eficiencia, la calidad, la competencia de los proveedores o la satisfacción de los pacientes y los proveedores, por nombrar sólo algunos. Los indicadores de desempeño deben proporcionar información útil sobre el estado de consecución de estas metas. Los establecimientos deben medir estos indicadores utilizando sistemas que se integren fácilmente en su entorno y prácticas ya existentes para facilitar su recopilación rutinaria. Una vez que se reciben los datos sobre el desempeño de los establecimientos, las partes interesadas de los sistemas de salud deben disponer de procesos para interpretar los datos y utilizar los resultados con el fin de impulsar los procesos de adaptación y mejora.

Hay que tener en cuenta que no todos los establecimientos pueden tener autonomía para fijar sus propias metas. “Red de atención primaria” es un término definido al principio de la evaluación y se refiere a un grupo de establecimientos que comparten estructuras y procesos operativos y de gestión. Por ejemplo, un grupo de puestos de salud que dependen de un establecimiento de salud que es responsable de la gestión y los requisitos de información de todo el grupo de establecimientos. Las redes de atención primaria también suelen compartir la responsabilidad de la atención a los pacientes, y los centros de nivel superior de la red prestan servicios más avanzados o especializados para apoyar la prestación de servicios en toda la red. En algunos países, la medición y gestión del desempeño puede ser un esfuerzo conjunto de múltiples establecimientos en una red, lo que es aceptable para esta medida siempre que los establecimientos de nivel inferior sean socios activos en el uso de los sistemas de información y no receptores pasivos de información o resultados.

Medida 33: medición y gestión del desempeño (2/2)—Supervisión de apoyo

La medición y gestión del desempeño incluye tanto la supervisión de apoyo y continua del personal como la definición rutinaria de metas de desempeño, el seguimiento de los avances hacia estos objetivos y la aplicación de iniciativas de mejora de la calidad para abordar las brechas identificadas.[44,46]

Esta medida se refiere específicamente a la supervisión de apoyo, un componente de la medición y gestión del desempeño. La supervisión de apoyo se caracteriza por la colaboración en el proceso de resolución de problemas y el diálogo abierto. La supervisión incluye habitualmente la tutoría para abordar las brechas en el desempeño, los conocimientos y las aptitudes, así como la definición de metas individuales y la revisión de los avances hacia su consecución.[47,48]

COMPONENTES	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Porcentaje de establecimientos de atención primaria que aplican o reciben supervisión de apoyo al menos una vez al año (o con mayor frecuencia si así lo estipulan las directrices nacionales y/o Huetar Atlántica)	<25%	25-50%	51-75%	>75%

MEDIDA 33: INFORMACIÓN CONTEXTUAL

La supervisión de los proveedores individuales constituye un componente clave en la medición y gestión del desempeño. En lugar de utilizar medidas punitivas o correctivas, la supervisión de apoyo se centra en la resolución colectiva de problemas y en la identificación de brechas y oportunidades para cubrirlas. Este enfoque refuerza las relaciones entre el personal y crea vías de mejora apoyándose en la colaboración activa entre proveedores y supervisores.

Annex 1 Bibliografía

1. Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. *An approach to addressing governance from a health system framework perspective.* BMC Int Health Hum Rights. Dic 2011 2;11:13.
2. Bitton A, Veillard JH, Basu L, Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR. *The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries.* BMJ Glob Health. Oct 2018 2;3(Suppl 3):e001020.
3. Clarke D. Law, regulation and strategizing for health. In: G S, D R, S K, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook.* Ginebra. Organización Mundial de la Salud.; 2016
4. Organización Mundial de la Salud. *Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties.* Abril 2013.
5. International Health Partnership. *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans, Joint Assessment Tool: the attributes of a sound national strategy.* Nov. 2012, versión 2
6. Organización Mundial de la Salud., Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Banco TW. *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage.* Ginebra, 2018.
7. Referencia de la OMS próximamente disponible.
8. Organización Mundial de la Salud. *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.* 2018.
9. Organización Mundial de la Salud. The Helsinki Statement on Health in All Policies. Health Promot Int. 2014 Jun;29 Suppl 1:i17-8.
10. OMS| Public health surveillance [Internet]. [Cita 1 de Feb. de 2019]. Extraída de: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
11. Estadísticas de las NU. Indicador 3.d.1: *International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness.* 1 de ag. de 2016..
12. Organización Mundial de la Salud. *Joint External Evaluation Tool.* 2005.
13. Organización Mundial de la Salud. *International Health Regulations.* 2005.
14. *What is Interoperability?* | HIMSS [Internet]. [cita del 15 marzo de 2019 . Extraído de: https://www.himss.org/library/interoperability-standards/what-is-interoperability
15. Organización Mundial de la Salud. Alianza internacional por la Salud. *Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability.* 10 de nov. de 2011.
16. Grupo del Banco Mundial. Stakeholder Engagement and Grievance Mechanisms. *Guideline Notes on Tools for Pollution Management.* 2012.
17. Organización Mundial de la Salud. *Innovation towards integrated, people-centered health services.* Organización Mundial de la Salud; 2016 pág.3
18. OMS | Medicamentos esenciales [Internet]. [cita del 15 de marzo de 2019]. Extraída de: https://www.who.int/topics/essential_medicines/en/
19. USAID. *The Logistics Handbook: A Practical Guide for the Supply Chain Management of Health Commodities*. 2011.
20. OMS | Medicamentos esenciales [Internet]. [cita del 15 de marzo de 2019]. Extraída de: https://www.who.int/medical_devices/en/
21. OMS | Medical devices by health care facility. OMS [Internet]. 2015 [cita del 13 de nov. de 2018]; Extraída de: https://www.who.int/medical_devices/innovation/health_care_facility/en/index1.html
22. Organización Mundial de la Salud. OMS | Service Availability and Readiness Assessment (SARA). 2015.
23. The DHS Program—Service Provision Assessments (SPA). [cita del 21 de enero de 2018]; Extraída de: https://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm
24. Service Delivery Indicators (SDI) | Data Catalog [Internet]. [Cita del 15 de marzo de 2019]]. Extraída de: https://datacatalog.worldbank.org/dataset/service-delivery-indicators
25. Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS, apéndice 4. *Fifty-first report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2017, pág. 103-77
26. Organización Mundial de la Salud. 1. Health service delivery. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010, pág. 2-22.
27. Organización Mundial de la Salud. *Infection Prevention and Control Assessment Framework at the Facility Level.* 2018.
28. *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
29. Organización Mundial de la Salud. *SCORE to reach your health goals technical package* [in press].
30. *Civil registration: why counting births and deaths is important* [Internet]. [Cita del 15 de marzo de 2019]. Extraída de: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/civil-registration-why- counting-births-and-deaths-is-important
31. Organización Mundial de la Salud. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.* 2016.
32. Organización Mundial de la Salud. *Working Together for Health: The World Health Report.* 2006.
33. Organización Mundial de la Salud. 2. *Health Workforce. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.* 2010. pág. 24–42.
34. Marzo de 2019: *Working Draft of the Global Competency Framework for Universal Health Coverage.* Organización Mundial de la Salud., marzo de 2019.
35. *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018
36. Dener C, Watkins J, Dorotinsky WL. *Financial management information systems: 25 years of world bank experience on what works and what doesn't.* Banco Mundial; 2011.
37. Grupo del Banco Mundial. Managing Change in PFM System Reforms: A Guide for Practitioners. *Financial Management Information System Community of Practice.* Junio de 2015.
38. Kindig D, Stoddart G. *What is population health?* Am J Public Health. Mar 2003;93(3):380–3.
39. McDonald J, Ollerenshaw A. *Priority setting in primary health care: a framework for local catchments. Rural Remote Health.* 6 de junio de 2011;11(2):1714.
40. International Association of Public Participation. Public participation pillars. Extraído de: https://c.ymcdn.com/sites/iap2.site-ym.com/resource/resmgr/files/IAP2_Federation_-_P2_Pillars.pdf
41. Organización Mundial de la Salud. *WHO Community engagement framework for quality, people-centered and resilient health services.* 2017.
42. The Joint Learning Network for Universal Health Coverage Person-Centered Integrated Care Collaborative. *Empanelment and Panel Management: A Foundational Component of Primary Health Care* (in progress) .
43. Popay J. *Understanding and Tackling Social Exclusion.* WHO Social Exclusion Knowledge Network; 2008 Feb.
44. Sinsky C, Rajcevich E. *Engage the entire team in caring for patients | Implementing Team-Based Care | STEPS Forward.* [Cita del 9 de agosto de 2018]; Extraída de: https://www.stepsforward.org/modules/team-based-care
45. Bloom N, Sadun R, Van Reenen J. *Does Management Matter in Healthcare?* 2013.
46. Armstrong, M. & Baron, A. (1998), Performance Management Handbook, IPM, London [Internet]. [Cita del 30 de enero de 2019]. Extraída de: http://www.sciepub.com/reference/151290
47. Expanded Programme on Immunization of the Department of Immunization Vaccines and Biologicals. Training for mid-level managers (MLM). Organización Mundial de la Salud; 2008.
48. Vallières F, Hyland P, McAuliffe E, Mahmud I, Tulloch O, Walker P, et al. *A new tool to measure approaches to supervision from the perspective of community health workers: a prospective, longitudinal, validation study in seven countries.* BMC Health Serv Res. 22 de oct. de 2018;18(1):806.

ANEXO 2
SÍNTESIS DE LOS DATOS

Síntesis de los datos y las puntuaciones: desglose de los componentes

DOMINIO	MEDIDA	PUNTUACIÓN
GOBERNANZA Y DIRECCIÓN	1: Políticas de atención primaria en salud (1/2)	Nivel 4
	2: Políticas de atención primaria en salud (2/2) - Dirección	Nivel 3
	3: Infraestructura para la gestión de la calidad	Nivel 4
	4: Responsabilidad social (1/2)	Nivel 4
	5: Responsabilidad social (2/2) - Acción multisectorial	Nivel 2
AJUSTE A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN	6: Vigilancia	Nivel 4
	7: Definición de prioridades	Nivel 4
	8: Innovación y aprendizaje	Nivel 2
MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS	9: Disponibilidad de medicamentos esenciales y productos consumibles	Nivel 4
	10: Equipo básico	Nivel 4
	11: Suministros de diagnóstico	Nivel 4
INFRAESTRUCTURA DE LAS INSTALACIONES	12: Distribución de los establecimientos	Nivel 4
	13: Servicios de los establecimientos	Nivel 3
	14: Precauciones y equipos de seguridad estándar	Nivel 4
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	15: Registro civil y estadísticas vitales	Nivel 4
	16: Sistemas de información de gestión de salud (HMIS)	Nivel 4
	17: Registros de cuidado del paciente	Nivel 4
FUERZA LABORAL	18: Densidad y distribución de la fuerza laboral de la APS	Datos insuficientes
	19: Aseguramiento de la calidad de la fuerza laboral de la APS	Nivel 3
	20: Competencias de la fuerza laboral de la APS	Nivel 4
	21: Promotores de salud comunitarios	Nivel 4
FONDOS	22: Presupuestos de los establecimientos	Nivel 4
	23: Sistema de información de gestión financiera	Nivel 4
	24: Remuneración	Nivel 3
GESTIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN	25: Definición de prioridades locales	Nivel 2
	26: Participación de la comunidad	Nivel 2
	27: Sectorización	Nivel 3
	28: Acercamiento proactivo a la población	Nivel 4
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS INSTALACIONES	29: Organización del cuidado en equipo	Nivel 3
	30: Dirección y capacidad de gestión de las instalaciones	Nivel 4
	31: Uso de sistemas de información	Nivel 3
	32: Medición y gestión del desempeño (1/2)	Nivel 4
	33: Medición y gestión del desempeño (2/2)—Supervisión de apoyo	Nivel 4

Síntesis de los datos y las puntuaciones: desglose de los componentes

MEDIDA 1: POLÍTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (1/2)		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
¿Existe un plan nacional de salud activo o un plan estratégico nacional en el país?	El Proyecto de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud es un plan/estrategia de salud basado en la APS que es específico para Huetar Atlántica. El plan se centra en abordar la fragmentación del sistema que se identificó en los análisis de situación anteriores para crear una red integrada de prestación de servicios en Huetar Atlántica. También existen otros planes y estrategias de salud a nivel nacional que influyen en el desarrollo del plan específico de Huetar Atlántica.	Nivel 4
¿El plan nacional de salud y/o el Plan Estratégico Nacional están diseñados en torno a la APS?	La organización y prestación de servicios en el modelo de la Red de Salud busca operativizar la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Costa Rica. La atención primaria de salud también está integrada en cada nivel del sistema, desde el nivel primario hasta el terciario.	Sí
¿Están las políticas en torno a la APS basadas en la evidencia?	El Proyecto de Red Integrada de Servicios de Salud de Huetar Atlántica fue creado a partir de las evidencias de un análisis situacional realizado por la CCSS. Además, la gestión del Modelo de Red Sanitaria, DRIPSS, depende de la recopilación de evidencias de las Áreas de Salud tanto en forma de datos como de participación o de grupos conformados por equipos interdisciplinarios de las unidades de la Red que se conjuntan para trabajar objetivos comunes de la Red. Esto incluye análisis de tendencias, contexto, demanda, demografía, epidemiología y oferta.	Sí
¿Se formulan las políticas en torno a la APS mediante un proceso participativo?	El Plan de la Red de Huetar Atlántica se crea mediante la recopilación de datos que también incluye la comprensión de la distribución de la salud y la enfermedad. La identificación de las necesidades de salud incluye aspectos relacionados con el comportamiento, los valores, las creencias y otros elementos culturales. Esta información se obtiene directamente de la población de interés, los líderes de la comunidad, las Juntas de salud, los informantes clave, los líderes religiosos y las autoridades locales. Costa Rica cuenta con Juntas de Salud como mecanismo oficial de participación, sin embargo su influencia en el proceso de planificación y toma de decisiones en salud es limitada.	Sí
¿Están las políticas en torno a la APS integradas en un marco legal?	El Modelo de Red de Salud de Huetar Atlántica está integrado en la política y apoyado en su implementación por la CCSS. Todos los acuerdos relacionados con la prestación de servicios están recogidos en la ley.	Sí
¿Incluyen las políticas en torno a la APS los elementos fundamentales: un paquete de servicios definido, un mecanismo de financiación y un marco de seguimiento y evaluación?	La DRIPSS es responsable de garantizar del desarrollo de los elementos fundamentales en la Región Huetar Atlántica. Estos procesos incluyen: la determinación de los recursos que se necesitan en función de la programación, el establecimiento de la gestión de bienes y servicios, el seguimiento de la gestión de las infraestructuras y los recursos físicos, la gestión de los recursos humanos, la gestión de los recursos financieros y la gestión de las tecnologías de la información. Esto incluye indicadores para el seguimiento y la evaluación.	Sí
¿Existe una revisión conjunta del progreso hacia los objetivos establecidos en las políticas relacionadas con la APS?	Existe un proceso de control retrospectivo que se realiza anualmente.	Sí
Medida 1 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS, Nov 2020

ANEXO 2: SÍNTESIS DE LOS DATOS

MEDIDA 2: POLÍTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (2/2)—DIRECCIÓN		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Existe una autoridad nacional de coordinación (ya sea un individuo u otra entidad organizativa gubernamental) que es responsable de coordinar, supervisar, integrar y aplicar las estrategias y políticas nacionales de APS.	La Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS) está formada por un director y un equipo de gestión de la red. El Equipo de Gestión de la Red incluye el Consejo Asesor de la Red y el Consejo de Juntas de Salud. La función y el papel de la DRIPSS están claramente articulados en la definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS.	Nivel 4
Capacidad operativa subnacional/subregional y alcance de la(s) autoridad(es) coordinadora(s) nacional(es)	La capacidad operativa y el alcance de la DRIPSS están claramente ilustrados en su documento guía, donde se establece una estructura que ayuda a articular las diversas estructuras que existen a todos los niveles dentro de la Región Huetar Atlántica. Esto incluye la interactuación con todas las Áreas de Salud y los Hospitales Periféricos y Regionales, tanto en los niveles de atención primaria como secundaria, y acaba formando parte de la DRIPSS a nivel regional.	Nivel 4
Proporción de tiempo en que la(s) autoridad(es) nacional(es) de coordinación tiene(n) autoridad, presupuesto y personal adecuados	Las respuestas de los informantes clave y la discusión del taller sobre puntuación de Costa Rica indican que Huetar Atlántica y sus Áreas de Salud tienen un presupuesto adecuado y una autoridad clara para coordinar las actividades. Sin embargo, no siempre tienen la capacidad a nivel de los recursos humanos y el personal para cumplir sin problemas todo lo que se requiere de su función.	Nivel 3
Medida 2 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 3: INFRAESTRUCTURA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Articulación de la dirección nacional en materia de calidad, a menudo esbozada como una política o estrategia nacional de calidad, o integrada en una planificación más amplia de los sistemas de salud.	En el Proyecto para el desarrollo de la RIPSS Huetar Atlántica se utiliza como base teórica conceptual el documento "Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS" Este documento articula el marco de evaluación y los criterios de calidad de los servicios prestados por las unidades del modelo de red de salud de Huetar Atlántica. La evaluación se realiza de forma anual y retrospectiva para valorar el desempeño individual de cada unidad de la red en cuanto al cumplimiento de los indicadores que el nivel de gestión ha establecido. Esto incluye una clasificación de los resultados en quintiles de desempeño. Estos también son estándares en regulaciones institucionales a nivel nacional.	Sí
Identificación y aplicación de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para crear un entorno de sistemas propicio.	1. La dirección de calidad de la red incluye una evaluación anual/retrospectiva del desempeño de cada unidad de la red (Red de Salud Huetar Atlántica, establecida). 2. Esta evaluación anual incluye una clasificación de los resultados en quintiles de desempeño.	Sí
Identificación y aplicación de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para reducir los daños para el paciente.	1. Protocolo de atención a la persona usuaria—una guía para proporcionar una atención centrada en el paciente y de calidad a los pacientes (CCSS, establecida). 2. Orientación farmacológica para la selección y prescripción segura de medicamentos (CCSS, establecida).	Sí

MEDIDA 3: INFRAESTRUCTURA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Identificación y aplicación de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para mejorar la eficacia clínica de los servicios de salud.	1. Marco normativo de las intervenciones, incluida la aplicación de normas, guías, directrices y fichas técnicas. (Equipo de Gestión de la Red, establecido) 2. Supervisión directa: incluye el seguimiento directo del personal, la formación, los objetivos de desempeño, etc (Cada centro asistencial, establecido por los equipos de gestión clínica).	Sí
Identificación y aplicación de un paquete (más de 2 intervenciones) de intervenciones de calidad adecuadas para contar con la participación de los pacientes, familias y comunidades.	1. La dirección de calidad de la red incluye la medición de la satisfacción de los usuarios. La satisfacción de los usuarios se mide a nivel de cada establecimiento y es un proceso establecido a nivel institucional (Área de Salud/Red de Salud, establecida). 2. Las Juntas de Salud solicitan las aportaciones locales y comunitarias sobre la prestación y la calidad de la atención primaria. (Área de Salud/Red de Salud, establecida).	Sí
Sistemas activos que recopilan y publican habitualmente datos sobre sistemas de salud de calidad.	Sí, la "Evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud de la red y sus unidades" es un informe publicado por la CCSS y realizado para cada unidad de la Red de Salud por el Departamento de Compras de Servicios de Salud. Esta evaluación se realiza anualmente y de forma retrospectiva. Reúne una serie de fichas técnicas en las que se observan los indicadores que se van a evaluar. Esta evaluación considera las dimensiones de acceso, continuidad, aceptabilidad y eficacia.	Sí
Una cultura de aprendizaje sobre la calidad en todo el sistema de salud, incluido el desarrollo de sistemas para recopilar y compartir el aprendizaje sobre la calidad de la atención en los establecimientos, a nivel subnacional y nacional.	Aunque el equipo de gestión de la red lleva a cabo una "normalización de competencias" para orientar al personal en el conocimiento y la aplicación de normas, directrices y fichas técnicas, no se han establecido convocatorias rutinarias de foros para compartir aprendizajes sobre calidad y desarrollo en todo el sistema. Los informantes clave sugieren que existe una cultura de aprendizaje a nivel de unidad, pero que hay margen de mejora dentro del propio modelo de red. Los informantes también señalan que en años anteriores ha habido éxitos con foros demostrativos, pero que ha habido pocos o ninguno desde la pandemia de COVID-19.	No
Compromiso de liderazgo claramente establecido para institucionalizar la calidad de la atención en todo el sistema de salud.	Sí, en Huetar Atlántica la "Evaluación del Cumplimiento de los Criterios de Calidad de las prestaciones de Servicios de Salud de la Red también manifiesta un claro compromiso de liderazgo con la calidad.	Sí
Medida 3 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Definición, conformación y funcionamiento del Gobierno de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud en la CCSS
Protocolo de atención a la persona usuaria
Estudio de caso de Ariadne Labs Costa Rica, página 46
Reglamento de Decreto, Juntas de Salud, sin fecha
"Evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud de la red y sus unidades"
Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 4: RESPONSABILIDAD SOCIAL (1/2)		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
El sector privado, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG) se comprometen con las cuestiones relacionadas con la APS:	Regularidad y coherencia en los métodos y la estructura. Las Juntas de Salud son mecanismos formalizados para el compromiso con los actores locales que representan una variedad de intereses a través de funciones elegidas. Todos los hospitales, clínicas y áreas de salud rinden cuentas a las Juntas de Salud. Existen directrices y funciones explícitas escritas en la ley por la CCSS para lograr el compromiso con las Juntas de Salud.	Nivel 4
Involucramiento del sector privado, la sociedad civil y/o las ONG en la planificación de la atención de salud, la formulación de políticas y el seguimiento y la evaluación	Es importante. Según el "REGLAMENTO DE LAS JUNTAS DE SALUD", las funciones del Consejo de Salud son las siguientes: a. Colaborar con los Directores de los establecimientos de salud, en la elaboración de anteproyectos y modificaciones presupuestarias de estos centros, de acuerdo con las asignaciones presupuestarias y los límites fijados por el Consejo de Administración de la Caja b. Garantizar la correcta ejecución del presupuesto aprobado c. Emitir criterios, previos a la prenegociación, sobre los Compromisos de Gestión del centro de salud d. Emitir criterios sobre los candidatos al cargo de director general del establecimiento de salud, antes de su nombramiento, siempre que éste sea por concurso en plaza vacante, o por sustituciones por más de un año o de forma indefinida e. Participar con opiniones y recomendaciones, en la definición de las prioridades y políticas generales del establecimiento en materia de inversión, contratación administrativa y promoción e incentivos para los promotores de los centros de salud, de acuerdo con las políticas de la Caja	Nivel 4
Se hace pública la situación de la aplicación y los resultados de la APS:	Los informantes clave concluyen que la divulgación pública sobre el estado de la implementación de la APS es sistemática, se produce en un calendario preestablecido y se publica en línea en el sitio web de la Caja. En particular, la publicación sobre la aplicación de la situación de la APS se realiza semestralmente para los EBAIS y las AS. Sin embargo, todos los informantes clave coinciden en que, aunque está disponible públicamente y se puede descargar, la información es a menudo difícil de navegar y puede ser un área que requiere mejora.	Nivel 4
Medida 4 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Reglamento Juntas de Salud

Compromisos de Gestión (desde 2008-2009)

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 5: RESPONSABILIDAD SOCIAL (2/2) - ACCIÓN MULTISECTORIAL		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Grupos intergubernamentales de atención primaria de salud	Los informantes clave indican que existen algunos grupos intergubernamentales, pero su alcance es limitado y no están claramente definidos. La mayoría de los ejemplos de acción multisectorial existen entre el ministerio de Salud y la CCSS, sin embargo, ambas son entidades relacionadas con la salud. En los casos en los que participan otros sectores, la colaboración se produce de forma más ad hoc y en función de la situación.	**Nivel 2**
Existen pruebas de la planificación integrada intersectorial.	Los informantes clave indican que existe una mínima integración intersectorial y que en gran medida la defienden personas o departamentos/iniciativas específicas. Al igual que la formación de grupos intergubernamentales, esto es en gran medida ad hoc y depende de la situación.	**Nivel 2**
Medida 5 Puntuación		**Nivel 2**

FUENTE DE DATOS DE MEDICIÓN

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 6: VIGILANCIA		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Seguimiento de las métricas de salud y carga de la enfermedad (morbilidad, mortalidad, incidencia)	Sí. La CCSS proporciona estadísticas actuariales que pueden descargarse y ofrece un desglose por regiones y áreas de salud. Esto incluye a Huetar Atlántica y sus 8 Áreas de Salud. Se trata de datos que van desde las tasas generales de natalidad y mortalidad hasta datos más específicos sobre la carga de la enfermedad, incluyendo la incidencia de las muertes por diversos eventos cardíacos, varios tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y el consumo de alcohol, entre otros. También incluye la incidencia de enfermedades como el dengue, la neumonía, etc.	Sí
Detectar, notificar e investigar enfermedades de declaración obligatoria, eventos, síntomas y sospechas de brotes o sucesos extraordinarios	Sí. La Huetar Atlántica cuenta con enfermedades de declaración obligatoria desglosadas por la vigilancia basada en el laboratorio, la vigilancia especializada y la vigilancia reglamentaria. Los distintos métodos de vigilancia incluyen: la vigilancia basada en el laboratorio, la vigilancia sanitaria, la vigilancia epidemiológica, la vigilancia entomológica, la vigilancia nutricional, la farmacovigilancia y la vigilancia sindrómica. Estos son reportados al Centro Nacional de Virología. Existe un Informe Epidemiológico semanal que documenta las enfermedades de declaración obligatoria y que es cotejado por los REDES y por el equipo epidemiológico de cada Área de Salud. Parece que existen procesos para investigar las enfermedades de declaración obligatoria, ya que un estudio sugiere que el Informe Epidemiológico semanal puede utilizarse para movilizar recursos de contención.	Sí
Recopilar, cotejar y analizar continuamente los datos resultantes	Sí. El Centro Nacional de Referencia Virológica recopila, coteja y analiza los datos en informes que se publican y ponen a disposición del público. La CCSS también lo hace para diferentes datos de morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad. Esta información también se publica y está a disposición del público.	Sí
Presentar informes oportunos y completos de los niveles locales a los niveles superiores del sistema y de los niveles superiores del sistema a los niveles inferiores/comunitarios	Sí. Las enfermedades de declaración obligatoria se notifican en un sistema en línea y por teléfono. La cadencia de la información y si es en línea o por teléfono depende de cuál sea la enfermedad. Hay eventos que se notifican semanalmente, y las enfermedades de alta prioridad se notifican en las 24 horas siguientes a su identificación. La denuncia oportuna también es un artículo dentro de la ley de vigilancia de Costa Rica. La ley del sistema de vigilancia de Costa Rica también exige la integración entre los distintos niveles del sistema.	Sí
Formato de los sistemas de vigilancia	Basándose en la ley de Costa Rica que establece un protocolo para el sistema de vigilancia del país, hay un objetivo escrito que es la meta de la CCSS para que todo el sistema sea electrónico, interoperable e interconectado. Esto se ha logrado en Huetar Atlántica mediante el uso y la implementación de su Sistema electrónico de información de gestión de la salud, "EDUS."	Nivel 4
Medida 6 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Informe estadístico del cantón de Limón
Informe estadístico de Costa Rica, incluido el desglose de Huetar Atlántica
Estadísticas Actuariales de la CCSS
Informes del Centro Nacional de Referencia Virológica sobre: Influenza, Sarampión/Rubéola, ArboVirus
Eventos bajo vigilancia
Ley de Vigilancia
Reforzar la recogida y el uso de datos para la mejora de la calidad en la atención primaria: el caso de Costa Rica
Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

ANEXO 2: SÍNTESIS DE LOS DATOS

MEDIDA 7: DEFINICIÓN DE PRIORIDADES		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Grado de utilización de los datos (salud, carga de la enfermedad, necesidades y preferencias de los usuarios, evaluaciones de la prestación de servicios y rentabilidad) para establecer las prioridades de la prestación de servicios a nivel nacional y subnacional.	La evidencia indica que la identificación de necesidades es un paso crítico en el proceso de planificación, establecimiento de prioridades y asignación de recursos tanto a nivel del Área de Salud como de Huetar Atlántica. La identificación de las necesidades es un paso formal impulsado por los datos de la aplicación EDUS, los Sistemas Integrados de Agenda y Citas (SIAC), de Ficha Familiar (SIFF) y de Expedientes Individuales de Salud (SIES), que recogen la carga de la enfermedad, la utilización de los servicios de salud y otros datos epidemiológicos. Hay dos pasos clave en la identificación de las necesidades: 1. crear informes de situación de las áreas de salud y 2. divulgar y socializar los resultados. El objetivo de la identificación de las necesidades de salud es impulsar la prestación de servicios y la planificación, tanto médica como de salud pública, en todas las Regiones y Áreas de Salud.	Nivel 4
Proporción de ejercicios de establecimiento de prioridades en los que se produce la participación de las partes interesadas	Las pruebas indican que tanto los funcionarios de la RIPSS como las Áreas de Salud participan en la identificación de necesidades y en el proceso de establecimiento de prioridades. Hay dos pasos clave necesarios para identificar las necesidades, en los que participan tanto la RIPSS como las Áreas de Salud. Informes de las áreas de salud: cada una de ellas debe realizar un informe tras aplicar la metodología de identificación de necesidades. Dicho informe debe: • Resumir las necesidades de salud identificadas en las personas del espacio poblacional asignado • Presentar las conclusiones y recomendaciones que permitan orientar la planificación local y regional • Proporcionar información sobre la metodología aplicada para identificar las necesidades de salud La DRIPSS valida cada uno de los informes de las áreas de salud, sin embargo, no es factible elaborar o validar el informe sin antes verificar que las etapas previas de la metodología, es decir, la Planificación, la Recopilación de Datos y el Procesamiento y Análisis, se hayan realizado efectivamente. Los informes de las Áreas de Salud serán validados por la DRIPSS y los informes de la DRIPSS por la autoridad superior que los administra. También pueden programar sesiones de discusión, las cuales pueden ser planeadas como actividades de retroalimentación en las que se aclare a los participantes la ejecución de la metodología los cambios sugeridos y las razones de los mismos. Una vez que se han atendido las observaciones realizadas como respuesta a los informes por la autoridad superior, el informe se declara terminado y listo para la siguiente fase. Las conclusiones sobre las necesidades identificadas y las líneas de actuación sugeridas serán aportaciones para la elaboración de la planificación local y regional. Esto ocurre en todos los casos de establecimiento de prioridades: las Áreas de Salud y la RIPSS colaboran estrechamente.	Nivel 4
Frecuencia con la que la asignación de recursos se basa en los resultados del ejercicio de establecimiento de prioridades.	La evidencia del Plan de Gestión RIPSS actual indica claramente un proceso de asignación de recursos en Huetar Atlántica y sus Áreas de Salud se produce siempre en función de los resultados del ejercicio de establecimiento de prioridades. Las pruebas indican claramente que el proceso de identificación de necesidades da lugar a líneas de actuación que se aplican en la planificación regional y local. Una vez que se ha completado la identificación de las necesidades, los resultados se socializan y difunden para garantizar su incorporación en las actividades de asignación y planificación.	Nivel 4
Medida 7 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Programa de refuerzo de la prestación de servicios de salud. Metodología para la identificación de las necesidades de salud. Diciembre de 2020.
Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud de Huetar Atlántica. Identificación de las necesidades de prestación de servicios de salud. Área de Salud de Cariari
Reforzar la recopilación y el uso de datos para la mejora de la calidad en la atención primaria: el caso de Costa Rica

MEDIDA 8: INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Estado de los mecanismos para reconocer, evaluar y ampliar las innovaciones exitosas	Los informantes clave sugieren documentación para cada innovación y la intención de producir un informe anual para tales innovaciones. Sin embargo, si bien estos mecanismos pueden ser formales y transparentes, no parecen ser sistemáticos. Ejemplos de innovaciones incluyen modalidades de atención no convencionales, e incluso el propio modelo de red.	Nivel 4
Alcance de las partes interesadas (gubernamentales y privadas) que participan en la innovación y el aprendizaje en el ámbito de la APS	Los informantes clave indican que, desde la perspectiva de la CCSS, la participación de otros gobiernos y/o entidades privadas en los procesos de innovación o evaluación es limitada. Estas partes interesadas sólo se transmiten con fines específicos. Las partes interesadas en la innovación y el aprendizaje en el ámbito de la APS suelen proceder de la CCSS y del ministerio de Salud.	Nivel 2
Participación de las partes interesadas (gubernamentales y privadas) en los procesos de innovación y de aprendizaje en el ámbito de la APS	Los informantes clave indican que las partes interesadas que están implicadas en los procesos de innovación y de aprendizaje se involucran cuando se les necesita, pero sus funciones y responsabilidades no siempre están claramente definidas. Aunque el alcance de las partes interesadas es mínimo, el grupo de actores que se implican demuestra el compromiso con sus funciones, pero es necesario aclarar y definir mejor sus funciones y responsabilidades.	Nivel 3
El desempeño de los componentes anteriores tiene como resultado el desarrollo de la innovación y del aprendizaje en al ámbito de la APS y la ampliación de las innovaciones exitosas	Los informantes clave indican que las innovaciones que tienen éxito se amplían ocasionalmente más allá del nivel demostrativo. En particular, las innovaciones demostrativas con resultados satisfactorios reciben a veces apoyo para ser reproducidas y ampliadas en otras zonas del país. Esto ocurre con mayor frecuencia con las innovaciones que se ponen a prueba en un Área de Salud y que pueden ser implementadas en otra. Los informantes clave también indican que falta una estructura sistemática para compartir los aprendizajes sobre las innovaciones entre las partes, por lo que actualmente no se está produciendo una escala consistente de innovaciones.	Nivel 3
Medida 8 Puntuación		**Nivel 2**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Proyecto de red integrada.

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 9: DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y PRODUCTOS CONSUMIBLES		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de establecimientos de atención primaria que disponen de todos los medicamentos esenciales y productos consumibles específicos a la atención primaria	Según la Caja, en consulta con el Supervisor de Farmacia de la DRIPSS de Huetar Atlántica, al menos el 90% de los establecimientos de atención primaria en HA disponen de todos los medicamentos esenciales y productos consumibles específicos de atención primaria de forma constante.	Nivel 4
Variación de la disponibilidad entre zonas subnacionales y/o tipos de establecimientos.	Según la Caja, en consulta con el Supervisor de Farmacia de la DRIPSS de Huetar Atlántica, no hay variación de medicamentos esenciales y productos consumibles entre las Áreas de Salud en HA y los hospitales.	Nivel 4
Medida 9 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Lista Oficial Medicamentos Y Normativas, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE FARMACOEPIDEMIOLOGÍA COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA, 2014

Consulta directa con la CCSS y la DRIPSS

ANEXO 2: SÍNTESIS DE LOS DATOS

MEDIDA 10: EQUIPOS BÁSICOS		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de establecimientos de atención primaria que cuentan con todos los equipos básicos y están en funcionamiento	Según la Caja, al menos el 90% de los establecimientos de atención primaria de HA tienen todos los equipos básicos enumerados presentes y en funcionamiento.	Nivel 4
Variación de la disponibilidad entre zonas subnacionales y/o tipos de establecimientos	Según la Caja, no hay variación en la disponibilidad de equipos básicos entre las áreas de salud de HA ni en los hospitales.	Nivel 4
Medida 10 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Catálogo de Equipamiento Médico,Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia de Infraestructura y Tecnologías Dirección Equipamiento Institucional, Área Gestión Tecnológica, 2015

GUÍA BÁSICA PARA MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, sin fecha

Consulta directa con la CCSS y la DRIPSS

MEDIDA 11: SUMINISTROS DE DIAGNÓSTICO		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de establecimientos de atención primaria que disponen de todos los suministros identificados necesarios para realizar las pruebas de diagnóstico.	Según la Caja, al menos el 90% de los establecimientos disponen de todos los suministros necesarios para realizar las pruebas de diagnóstico identificadas de forma consistente.	Nivel 4
Variación de la disponibilidad entre zonas subnacionales y/o tipos de establecimientos	Según la Caja, no hay variación en la disponibilidad de suministros de diagnóstico entre las Áreas de Salud ni en los Hospitales de HA.	Nivel 4
Medida 11 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Consulta directa a la CCSS

MEDIDA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
¿Se ha realizado una evaluación de la densidad y la distribución de la atención sanitaria primaria en el país?	La distribución de los establecimientos de APS se desarrolla en función de la organización de los EBAIS para atender a la población de Huerta Atlántica. • En Huerta Atlántica hay 118 equipos de EBAIS con base en 79 sedes de EBAIS. Algunos EBAIS tienen su propia sede, otros la comparten. • Los establecimientos de APS también incluyen los 2 hospitales de la región de Huetar Atlántica	Nivel 4
¿Existen objetivos documentados sobre la densidad y distribución óptimas de los establecimientos de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población?	El número de EBAIS formados está directamente relacionado con la distribución de la población asignada a la RIPSS; esto significa que las RIPSS con mayor cantidad de población son los que más EBAIS registran.	Nivel 4

MEDIDA 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
¿Qué medidas se han tomado para alcanzar los objetivos?	El estudio del Repositorio EBAIS se actualiza dos veces al año y los datos del último periodo del informe sirven de parámetro de referencia para introducir cambios con criterios técnicos.	Nivel 4
Medida 12 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Memoria de áreas de salud, sectores, EBAIS, sedes de área, sedes de ebáis y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 30 de junio de 2019, Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud (ÁAPSS), agosto de 2019

MEDIDA 13: SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de establecimientos de atención primaria que cuentan con todos los servicios identificados	Según la Caja, al menos el 90% de los establecimientos de atención primaria de HA tienen todos los equipos básicos identificados están disponibles de manera consistente.	Nivel 4
Variación de la disponibilidad entre zonas subnacionales y/o tipos de establecimientos	Según la Caja, existe una variación mínima (< 10%) en la disponibilidad de los servicios de los establecimientos entre los tipos de establecimientos y las Áreas de Salud de Huetar Atlántica.	Nivel 3
Medida 13 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Consulta directa a la CCSS

MEDIDA 14: EQUIPOS Y PRECAUCIONES DE SEGURIDAD ESTÁNDAR		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de establecimientos de atención primaria que disponen de todos los equipos y precauciones de seguridad estándar necesarios identificados	Según la Caja, al menos el 90% de los establecimientos de atención primaria de HA cuentan con todos los equipos estándar y precauciones de seguridad identificados.	Nivel 4
Variación de la disponibilidad entre zonas subnacionales y/o tipos de establecimientos	Según la Caja, no hay variación en la disponibilidad de las precauciones de seguridad y los equipos estándar entre las áreas de salud ni en los hospitales de HA.	Nivel 4
Medida 14 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Consulta directa a la CCSS

MEDIDA 15: REGISTRO CIVIL Y ESTADÍSTICAS VITALES		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Exhaustividad del registro de nacimientos a nivel nacional	Los datos de captación de nacimientos son completos y se publican en la página web de Estadísticas Actuariales, se pueden descargar por regiones y se desglosan por áreas de salud. Esto incluye a la región de Huetar Atlántica y sus 8 Áreas de Salud.	Nivel 4
Exhaustividad del registro de defunciones a nivel nacional	Los datos de captación de defunciones son completos y se publican en la página web de Estadísticas Actuariales, se pueden descargar por regiones y se desglosan por áreas de salud. Esto incluye a la región de Huetar Atlántica y sus 8 Áreas de Salud.	Nivel 4
Medida 15 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Página web de Estadísticas Actuariales, Región de Huetar Atlántica

MEASURE 16: HEALTH MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS (HMIS)		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de establecimientos de atención primaria en los que se han implantado los sistemas de información de gestión de salud	La evidencia describe la existencia de una iniciativa a nivel de Costa Rica para capturar la información relacionada con la salud, incluyendo la atención al paciente, las referencias y la información administrativa, en un único registro de salud digital a través de la aplicación EDUS. El sistema EDUS está pensado para aplicarse en todas las regiones sanitarias y sus áreas de salud, y en todos los niveles del sistema de salud (desde la atención primaria hasta la terciaria). Se pretende que sea accesible para todos los niveles del sistema de salud, que esté integrado en todo el país y que sea seguro para la toma de decisiones tanto a nivel clínico como de gestión. Los cinco objetivos/beneficios descritos incluyen: 1) integración de la información del paciente de forma segura e inmediata, 2) acceso a la información desde cualquier centro de salud, 3) estandarización de la atención clínica y de los procesos administrativos, 4) ahorro/optimización del uso de los recursos institucionales, 5) mejora de la percepción institucional al disminuir los tiempos de espera de las citas y aumentar el acceso. El informe proporcionado indica que todos los hospitales de Costa Rica, incluidos los dos hospitales de Huetar Atlántica, habían implementado el sistema en 2018. Los datos del informe también indican que todas (100%) las 1041 unidades EBAIS de Costa Rica, incluidas las de Huetar Atlántica, han implementado los componentes necesarios del sistema EDUS implementados en 2016: • SIFF - el sistema integrado de ficha familiar • SIAC - el sistema integrado de identificación de agendas y citas • SIES - el sistema integrado de expediente de salud Los datos sugieren que, aunque se ha implantado plenamente, un mayor desarrollo de los flujos de trabajo y de los procesos clínicos puede ayudar a promover aún más la calidad, la eficiencia y la seguridad. El sitio web del sistema EDUS ofrece manuales complementarios para el uso y la navegación de este sistema. Estos datos se utilizan para crear los informes estadísticos mensuales que catalogan todos los diagnósticos vistos, los procedimientos realizados y las citas realizadas por las Áreas de Salud.	Nivel 4
Formato del SIGS	EDUS, el sistema SIGS está totalmente digitalizado y es interoperable en toda Costa Rica a través de la conexión a Internet. La evidencia de datos del informe EDUS indica que en Costa Rica no hay ninguna unidad EBAIS que sea sólo en papel a partir de 2018. Además, Costa Rica está creando una aplicación móvil para digitalizar y facilitar el acceso de los pacientes.	Nivel 4
Medida 16 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, EXPEDIENTE DIGITAL ÚNICO EN SALUD. Proyecto de Unidad EDUS. 2019.

Página web del EDUS de la CCSS- vista de la página de inicio (consultada en marzo de 2022)

Reforzar la recopilación y el uso de datos para la mejora de la calidad en la atención primaria: el caso de Costa Rica

ANEXO 2: SÍNTESIS DE LOS DATOS

MEDIDA 17: REGISTROS DE CUIDADO DEL PACIENTE		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Uso de los registros de cuidado del paciente	Sí, todos los establecimientos de atención primaria disponen de un registro de cuidado del paciente completo y longitudinal que cumple los criterios siguientes.	Nivel 4
Identificación única del paciente (ID)	Sí, cada paciente tiene un Expediente Sanitario Digital Único, que es la base del sistema EDUS.	Sí
Listas de problemas	Sí - El Expediente Digital Único en Salud EDUS tiene un espacio que enumera los diagnósticos médicos.	Sí
Historial de cuidados y notas	Sí - La Historia Clínica Digital Única (EDUS) incluye documentación de informes, procedimientos, ingresos hospitalarios, historiales quirúrgicos y de pacientes. Esto incluye antecedentes y notas médicas/de atención, así como notas de antecedentes epidemiológicos y sociales. Huetar Atlántica también tiene un sistema de registros familiares que se incluye en un archivo familiar, pero aún no se ha integrado en un registro individual del paciente.	Sí
Listas de medicamentos y alergias	Sí - El Expediente Digital Único en Salud EDUS tiene un espacio para registrar medicamentos y alergias.	Sí
Remisiones y resultados de las mismas	Sí - El Expediente Digital Único en Salud incluye un espacio para la programación y las citas (agenda y citas).	Sí
Resultados de laboratorio, radiología y otras pruebas	Sí - El Expediente Digital Único en Salud EDUS incluye funciones para resultados de laboratorio, patología e imágenes médicas.	Sí
Formato de los expedientes de atención personal	Electrónico: las pruebas indican que ya no hay unidades EBAIS que utilicen principalmente el papel. Interoperable en todos los niveles de la salud y en todo el país. El sistema EDUS se implantó en todos los EBAIS en 2016 y en toda la atención secundaria/terciaria en 2018.	Nivel 4
Medida 17 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Página web del EDUS de la CCSS

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, EXPEDIENTE DIGITAL ÚNICO EN SALUD. Proyecto de Unidad EDUS. 2019.

Estudio de caso de Ariadne Labs

MEDIDA 18: DENSIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA FUERZA LABORAL		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Densidad de la fuerza laboral (Ratio de profesionales de la salud cualificados en activo por cada 10 000 habitantes)	La región Huetar Atlántica no cuenta con cifras de la tasa de profesionales de salud por cada 10,000 habitantes lo que dificulta establecer si es adecuada o insuficiente. La OMS establece un estándar de 44.5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10000 habitantes y Costa Rica cuenta con 49 médicos y enfermeras por cada 10000 habitantes según datos de la OPS. Si se tiene en cuenta solo el personal de salud inscrito a la CCSS esta tasa es de 17 profesionales de salud por cada 10000 habitantes. https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590	No se cuenta con datos en la Región Huetar Atlántica
Porcentaje de unidades administrativas del Área de Salud que tienen una densidad de la fuerza laboral en salud inferior al 50% de la densidad media regional de Huetar Atlántica	El Plan de Desarrollo Humano Cantonal de Limón para 2016-2041 (Plan de Desarrollo Humano Cantonal Local: Cantón de Limón 2016-2041) incluye datos de las 8 Áreas de Salud de la RIPSS Huetar Atlántica y desglosa la distribución de los EBAIS por Área de Salud. En 2008, no había ninguna Área de Salud que tuviera una densidad EBAIS inferior al 50% de la densidad media de Huetar Atlántica.	Nivel 4
Medida 18 Puntuación		**Datos insuficientes**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica, OPS/OMS/Salud Universal, 2019

Página 64, Plan de Desarrollo Humano Cantonal Local: Cantón de Limón 2016-2041

MEDIDA 19: GARANTÍA DE CALIDAD DE LA FUERZA LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Capacidad del sistema para garantizar que la fuerza laboral en atención primaria tenga las cualificaciones necesarias	Los datos indican que hay unas pocas entidades encargadas de garantizar que la fuerza laboral disponga de la cualificación necesaria. Esto incluye el CENDEISSS, una unidad dentro de la CCSS que se encarga de la planificación y el desarrollo estratégico del personal de servicio. El CENDEISSS también ofrece cursos virtuales acreditados para otras certificaciones de la fuerza laboral en salud, incluidos los auxiliares de enfermería, los ATAP y la gestión. La segunda entidad es el Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud, que monitorea las tendencias de la fuerza laboral y apoya el diálogo entre las asociaciones profesionales, el ministerio de Salud, la CCSS, los empleadores privados, la academia y otras partes interesadas. El Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES) gestiona las normas y la acreditación de las escuelas de medicina y enfermería. El SINAESS también establece los niveles de competencias necesarios para convertirse en médico.	Nivel 4
Capacidad del sistema para garantizar que toda la fuerza laboral en atención primaria en activo esté cualificado, incluida la fuerza laboral con títulos obtenidos en el extranjero	Costa Rica cuenta con una normativa sobre la formación de cada profesional de la salud. Costa Rica tiene un sistema de licencias para todos los profesionales de la salud, incluidos los ATAP. Por ejemplo, todos los médicos deben inscribirse en el Colegio de Médicos. También tienen una normativa para autorizar temporalmente a los médicos formados en el extranjero. El proceso para que los médicos formados en el extranjero obtengan la licencia en Costa Rica está incluido en el sitio web de la embajada y señala la necesidad de aprobar un examen de licencia en español.	Nivel 4
Capacidad del sistema para garantizar el cumplimiento de las normas de calidad en la práctica	Los informantes clave indican que existen mecanismos para garantizar los estándares de calidad, incluyendo la investigación de las quejas y el registro/rehabilitación de los profesionales por parte de las asociaciones profesionales. La CCSS también ofrece oportunidades de formación para los ATAP. Sin embargo, la capacidad del sistema para garantizar el cumplimiento sistemático de estas normas de calidad se consideró moderada. En particular, los informantes clave señalan que hay margen para mejorar el proceso de renovación de licencias, ya que actualmente existen diferencias entre los cuadros de la fuerza laboral. Un ejemplo que se dio fue que el proceso de renovación de licencias y sanciones es más estricto para los enfermeros que para los médicos. Además, la revalidación periódica es necesaria para los profesionales de enfermería, pero no para los médicos.	Nivel 3
Medida 19 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: COSTA RICA EVALUACIÓN Y RECOMENDACIONES. Febrero de 2017. Versión inglesa. Versión en español

Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior (SINAES)

Ciencias de la Salud - Medicina

REGLAMENTO DEL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (ATAPS)

Normativa para la autorización temporal del ejercicio profesional para médicos generales y médicos especialistas

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 20: COMPETENCIAS DE LA FUERZA LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
¿Se han establecido las competencias específicas del paquete de servicios de la APS para todas las ocupaciones de la fuerza laboral en APS?	Según los datos recogidos, toda la fuerza laboral en APS, incluidos los médicos, los profesionales de enfermería, los farmacéuticos, los ATAP y los REDES, tiene competencias relacionadas con la prestación de la APS. Algunos ejemplos son: • Los ATAP - las responsabilidades incluyen la actualización de la Ficha Familiar, la toma de constantes vitales, la divulgación y educación de la comunidad, e incluso la autorización de vacunas. No están autorizados a realizar ningún otro procedimiento médico. Estas competencias se imponen/enseñan a través de un año de formación obligatoria (Estudio de caso de Costa Ricap. 35). • REDES - las responsabilidades incluyen la admisión de pacientes, la verificación de la identidad y el seguro, la carga de información a los organismos de vigilancia correctos, y la recopilación/cotejo/estandarización del formato de los datos epidemiológicos (Estudio de caso de Costa Ricap. 35). • SINAES: establece las competencias y las normas de acreditación de las facultades de medicina y enfermería.	Nivel 4
Número de elementos indicados a continuación que pueden ser respondidos positivamente: • Las competencias relevantes para la APS están basadas en la evidencia • Las competencias relevantes para la APS se adaptan al contexto del país, lo que significa que las competencias reflejan la lista de intervenciones a nivel de la APS y la estructura de la fuerza laboral en APS en el país • Las competencias relevantes para la APS incorporan todas las funciones clave de la atención primaria: acceso al primer contacto, continuidad, amplitud, coordinación y centrado en las personas • Se han establecido normas de formación basadas en las competencias pertinentes para la APS para todas las ocupaciones de la fuerza laboral de la APS	La evidencia sugiere que Costa Rica utiliza las competencias para los equipos de APS propuestas por la OPS. Estas competencias genéricas incluyen la comunicación, la gestión de la información, la gestión de los recursos y la salud pública. Las recomendaciones de la OPS adoptadas por Costa Rica están basadas en la evidencia e incluyen competencias relevantes para la APS. Las pruebas también sugieren que la Región Huetar Atlántica ha adaptado las competencias a su contexto. Por ejemplo, la evidencia muestra que Huetar Atlántica tiene un enfoque específico para comprometerse con su población indígena. También hay indicios de que se adapta el enfoque a cada momento (es decir COVID-19). Por último, existen pruebas sobre las normas de formación de todos los miembros de la fuerza laboral de la APS que son relevantes para la APS.	Nivel 4
Medida 20 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Estudio de caso de Costa Rica, pg 35

Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. OPS 2008.

Los ATAP hacen trabajo especial en zona indígena de Chirripó durante la pandemia

MEDIDA 21: PROMOTORES DE SALUD COMUNITARIOS		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
¿Existe una ocupación de promotor de salud cuya responsabilidad principal sea llevar a cabo una divulgación proactiva en la comunidad para satisfacer las necesidades de salud de la población local?	Sí, el Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP), o asistente técnico, actúa como enlace de la clínica EBAIS con la comunidad, proporcionando educación y actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de visitas de grupo y a domicilio.	Nivel 4
Número de criterios siguientes cumplidos por la ocupación: • Formados y acreditados para prestar un conjunto de servicios de salud preventivos, promocionales y curativos (en su caso), adaptados a la población local • Empleado formalmente y remunerado adecuadamente, de acuerdo con la escala salarial del personal sanitario local • Apoyo a intervalos frecuentes y regulares por parte de un supervisor designado • Integrados en el sistema o equipos de prestación de servicios de los establecimientos de salud locales • Integrado en los sistemas locales de información y retroalimentación de datos de salud	Los ATAP son formados por profesionales de la enfermería en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) y en algunos centros de educación superior autorizados. Los ATAP están altamente capacitados con un año completo de formación obligatoria más allá de la escuela secundaria. Proporcionan servicios de extensión comunitaria, educación y vacunas. No están autorizados a realizar ningún otro procedimiento médico. Se emplean formalmente en los equipos de EBAIS. Este cuadro de profesionales está contratado por la CCSS con un contrato de trabajo y procedimientos de seguimiento/ formación continuos. Una de sus funciones preliminares es rellenar la Ficha Familiar, que recoge los datos domésticos y epidemiológicos por familia y fluye hacia el sistema EDUS. Así se cumplen los 5 criterios de este componente.	Nivel 4: se cumplen todos los criterios
Medida 21 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Estudio de caso de Ariadne Labs Costa Rica (2017 2017)

REGLAMENTO DEL ASISTENTE TÉCNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (ATAP)

Los ATAP constituyen un pilar fundamental en el proceso de vacunación contra el covid-19

MEDIDA 22: PRESUPUESTOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Mantenimiento de un presupuesto anual para los establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria	Este proceso en Costa Rica está muy centralizado. La CCSS establece un presupuesto anual para cada región y cada EBAIS. El presupuesto y su utilización pueden consultarse en el sitio web de la CCSS. Se proporciona un informe anual que resume el presupuesto, la ejecución, los ingresos/gastos, la aplicación, etc. Los establecimientos individuales también preparan un presupuesto anual cada mes de septiembre/octubre de acuerdo con las normas de la CCSS para su aprobación. Deben preparar un informe mensual sobre las actualizaciones financieras para la CCSS. Además de los presupuestos locales, Huetar Atlántica también establece un presupuesto para cumplir con los objetivos del Modelo de Atención en Red.	Nivel 4
Proporción de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan un presupuesto anual completo para realizar un ejercicio de previsión sistemático	La CCSS utiliza los datos anualmente para realizar ejercicios sistemáticos de previsión y presupuestación para el futuro. Esto incluye todas las regiones de salud, EBAIS y tipos de servicios.	Nivel 4
Medida 22 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Página web de información presupuestaria de la CCSS

Informe de evaluación anual y plan de ejecución - presupuesto 2021 (31 Diciembre 2021)

Financiamiento y cobertura del Seguro de Salud en Costa Rica: desafíos de un modelo exitoso

REGIÓN HUETAR CARIBE PLAN DE DESARROLLO Competitividad y Ordenamiento Territorial al 2030

MEDIDA 23: SISTEMA DE INFORMACIÓN DE GESTIÓN FINANCIERA		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Mantenimiento de un sistema de información de gestión financiera para los establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria para seguir los flujos de ingresos y gastos	Los informantes clave indican que existe un sistema de información de gestión financiera con capacidad para gestionar y seguir los gastos, el personal y los presupuestos de las partidas en todos los establecimientos de atención primaria y en la red.	Nivel 4
Medida 23 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja

MEDIDA 24: REMUNERACIÓN		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Estabilidad de la remuneración del personal de atención primaria	Los informantes clave indican que la CCSS dispone de un mecanismo eficaz para pagar los salarios de forma estable y regular. La remuneración es estable y el salario es fijo y está disponible/descubierto por categoría de trabajo.	Nivel 4
Puntualidad en la remuneración del personal de atención primaria	Según los informantes clave, la mayoría de las veces la remuneración es puntual, ya que el pago suele recibirse a través de un depósito directo. Sin embargo, hay algunos casos en los que se puede retrasar el pago a los interinos que son temporales o que sustituyen a otros empleados. A menudo, esto no se debe a los retrasos institucionales, sino a las situaciones en curso a nivel local.	Nivel 3
Previsibilidad de la remuneración del personal de atención primaria	Los informantes clave indican que la remuneración es muy predecible porque se puede anticipar tanto el momento como el mecanismo de entrega del pago. Los intervalos de pago pueden anticiparse mediante un contrato individual, y el mecanismo de entrega suele ser la transferencia bancaria. El sistema de nómina de la CCSS es el mismo desde hace muchos años.	Nivel 4
Diferencias en la fiabilidad (estabilidad, puntualidad y previsibilidad) de la remuneración entre las áreas subnacionales y/o el tipo de establecimiento	Los informantes clave indican que no hay diferencias en la fiabilidad de la remuneración entre las áreas de salud y/o los tipos de establecimientos, ya que todos forman parte del mismo sistema institucional.	Nivel 4
Medida 24 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 25: DEFINICIÓN DE PRIORIDADES LOCALES		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de unidades subregionales que recopilan y utilizan datos para traducir eficazmente las políticas nacionales y/o subnacionales en prioridades locales de APS y planes de acción estratégicos al menos una vez al año (o con mayor frecuencia, si así lo estipulan las directrices nacionales)	Existen grupos comunitarios (llamados "Juntas de Salud") para participar en la "planificación y gestión" de los establecimientos de salud y para "controlar" la calidad de los servicios. Según la evidencia, las Juntras de Salud se implementan en todas las Áreas de Salud, clínicas y hospitales como entidades auxiliares. Hay varias fuentes de datos que se utilizan a nivel de Área de Salud y de Establecimiento de Salud para orientar el establecimiento de prioridades locales. Esto incluye: • Plan de gestión local. Un repositorio de datos con más de 300 indicadores que se utiliza para la planificación estratégica del Área de Salud y se recoge cuatro veces al año. Estos datos se envían tanto a la Región de Salud (Huetar Atlántica) como al departamento nacional de presupuestos. Los datos se utilizan para supervisar la actividad y estimular los cambios en la programación para alcanzar los objetivos en salud. • Informe estadístico. Un catálogo mensual de todos los diagnósticos, procedimientos y citas asumidos por un Área de Salud. Esta información se envía al área de estadística nacional y se utiliza para garantizar que todos los departamentos atienden al número adecuado de pacientes y para mejorar la calidad. • El Índice de Prestación de Servicios de Salud. Cada año se realiza una clasificación de la calidad de todas las Áreas de Salud basada en la evaluación de los historiales de los pacientes, que se envía a la dirección regional y nacional. Esto se utiliza para supervisar el progreso hacia los objetivos de mejora. • Auditoría Regional y Supervisión por DRIPSS. Se realiza anualmente para hacer un seguimiento de los objetivos generales y específicos de la región para las Áreas de Salud. Se utiliza a nivel regional para garantizar la calidad del Área de Salud.	Nivel 4

ANEXO 2: SÍNTESIS DE LOS DATOS

MEDIDA 25: DEFINICIÓN DE PRIORIDADES LOCALES		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Implicación de las comunidades y los líderes locales en la interpretación de los datos y el establecimiento de prioridades	Según los informantes clave, la implicación de las comunidades en la interpretación de los datos y el establecimiento de prioridades locales es un área de mejora estratégica para Huetar Atlántica. La implicación de las comunidades en los establecimientos depende de la Junta de Salud. En el ámbito hospitalario, suele haber más participación. Sin embargo, hay una diferencia significativa en la participación de la comunidad según el Área de Salud. Aunque hay participación, el nivel de participación de la comunidad no suele estar relacionado con el establecimiento de prioridades y no suele ser decisivo.	Nivel 2
Medida 25 Puntuación		**Nivel 2**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica 2ª edición, OPS, 27 de mayo de 2022 (no compartida por el Banco Mundial / revisión interna de AL)
Reglamento de Decreto, Juntas de Salud, sin fecha
CCSS convocó elección de integrantes de las 138 Juntas de Salud, Noticias de la CCSS (Sharmila Gomez Solis), 26 de agosto de 2021
Reforzar la recopilación y el uso de datos para la mejora de la calidad en la atención primaria: el caso de Costa Rica
Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 26: PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de unidades subregionales que solicitan regularmente a diversos miembros de la comunidad aportaciones locales sobre el diseño, la financiación, la gobernanza y la ejecución de la APS	Las Juntas de Salud son una entidad legal presente en todas las Áreas de Salud de Huetar Atlántica. Los miembros de la junta son elegidos por compromiso y proporcionan información sobre la calidad de los servicios de salud y también ayudan a promover las actividades de atención preventiva en las comunidades. Estas Juntas de Salud no co-diseñan ni hacen aportaciones periódicas sobre el diseño, la financiación, la gobernanza y la aplicación de la APS. Hay algunas unidades, entre el 25 y el 50%, que ofrecen este tipo de aportación local, pero no es más consistente.	Nivel 2
Impacto del involucramiento/ contribución de la comunidad en la forma en que se estructuran y prestan los servicios	Según las pruebas y las entrevistas con informantes clave, parece que las comunidades aportan su percepción de la prestación de servicios de APS, pero no necesariamente la forma en que están estructurados. Las Juntas de Salud se encargan de que los servicios de salud cumplan/se orienten a las necesidades prioritarias de un área, sin embargo, los informantes clave indican que el impacto de su aportación depende de la propia Área de Salud, pero que es al menos mínimo.	Nivel 2
Medida 26 Puntuación		**Nivel 2**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica 2ª edición, OPS, 27 de mayo de 2022 (no compartida por el Banco Mundial / revisión interna de AL)
Reglamento de Decreto, Juntas de Salud, sin fecha
CCSS convocó elección de integrantes de las 138 Juntas de Salud, Noticias de la CCSS (Sharmila Gomez Solis), 26 de agosto de 2021
Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 27: SECTORIZACIÓN		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Proporción de la población que está adscrita a un proveedor, equipo de atención o establecimiento	El 100% de la población con estatus legal en Costa Rica está adscrita a un proveedor, equipo de atención o establecimiento. No hay datos sobre la población que sale sin estatus legal en Costa Rica. Por ejemplo, 200.000 personas de Nicaragua https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=a218e87e-ffe2-955f-3809-9ca9206c3f8a&groupId=252038	Nivel 4
Frecuencia con la que se actualizan los paneles de pacientes	Los paneles de pacientes se actualizan al menos una vez al año, ya que los ATAP visitan cada hogar y actualizan la Ficha Familiar al menos una vez al año. Estos datos de la población alimentan la actualización de los paneles de pacientes y la distribución de EBAIS.	Nivel 4
Elección del paciente	En Costa Rica sólo hay un seguro y la CCSS ofrece una única red de prestaciones. La asignación de la población se hace por lugar de vivienda y no hay libertad de elección. Los pacientes también pueden acceder al sector privado. Esto responde a una decisión política y no a un problema de aplicación. Sin embargo, dado que la presencia de la elección del paciente en los sistemas de sectorización es un estándar normativo global, este componente no puede recibir una puntuación de nivel 4. Posteriormente, se le ha otorgado un nivel 3.	Nivel 3
Medida 27 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

800 000 personas carecen de seguro de salud de la CCSS, Silvia Arativa (La Nación), 4 de diciembre de 2019

Estudio de caso de Costa Rica: logros y desafíos de la atención primaria de salud en el marco del seguro social de salud, Banco Mundial, enero de 2019

MEDIDA 28: ACERCAMIENTO PROACTIVO A LA POBLACIÓN		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de unidades subregionales que realizan una divulgación proactiva de la población según las necesidades y prioridades de salud locales	Todos los EBAIS de Huetar Atlántica ofrecen unidades de salud móviles, sistemas de transporte, atención domiciliaria y telemedicina. Todos ellos son ejemplos de acercamiento proactivo a la población. Los ATAP también tienen un papel importante en la difusión de las vacunas y en la realización de al menos una visita anual a domicilio a todas las familias.	Nivel 4
Porcentaje de unidades subregionales que cuentan con registros o listas para identificar a los pacientes pertinentes para la divulgación proactiva (es decir, pacientes con VIH/TB; pacientes con ENT; mujeres embarazadas; zonas geográficas vulnerables; etc.)	Las Áreas de Salud tienen acceso a datos sobre las características sociales, económicas y sanitarias de la población en forma de registros de salud familiar recogidos por los ATAP e integrados en el EDUS. Para fortalecer el acercamiento proactivo a la población, la RIPSS Huetar Atlántica cuenta con la información necesaria para elaborar registros robustos de personas usuarias que permitan monitorear e informar el acercamiento a las poblaciones de alto riesgo.	Nivel 4
Medida 28 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Expediente Digital Único en Salud, Seguro Social de Costa Rica, 2022

Versión divulgable del ISR (Informe de resultados y del estado de implementación) - Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud en Costa Rica - P148435 - Secuencia No : 05 (inglés)

La construcción de un sistema de atención primaria próspero: la historia de Costa Rica, Ariadne Labs, 2017

ANEXO 2: SÍNTESIS DE LOS DATOS

MEDIDA 29: ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO EN EQUIPO		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de establecimientos (o redes de atención primaria, si los equipos están divididos en ubicaciones físicas) en los que todos los proveedores de atención primaria trabajan como parte de un equipo, definido como cuando las 5 características están presentes	Todos los proveedores de atención primaria trabajan como un "equipo EBAIS". Los equipos de EBAIS trabajan en todas las Áreas de Salud y prestan servicios en el ámbito de la atención primaria. Los equipos EBAIS cumplen cuatro de las cinco características exigidas por las medidas. Existe insuficiente evidencia sobre la existencia de estructuras de responsabilidad mutua, que son fundamentales para el funcionamiento y la garantía de calidad de un equipo.	**Nivel 3**
Medida 29 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

La construcción de un sistema de atención primaria próspero: la historia de Costa Rica, Ariadne Labs, 2017

MEDIDA 30: DIRECCIÓN Y CAPACIDAD DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de establecimientos de atención primaria que están dirigidos por un gestor o gestores con formación oficial en gestión (por ejemplo, una certificación, un diploma o un título)	Todos los gerentes tienen una formación superior, en la mayoría de los casos un máster en administración de servicios, que se requiere para desempeñar la función de gerente de instalaciones.	Nivel 4
Porcentaje de directores de establecimientos de atención primaria que reciben una revisión anual y comentarios sobre sus capacidades de gestión y su desempeño	Todas las unidades del Área de Salud gestionadas por la CCSS son evaluadas anualmente. Según las pruebas, los evaluadores locales, los representantes y un DSCC realizan una evaluación sincrónica y en línea de la unidad del Área de Salud.	Nivel 4
Medida 30 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención, Sexta Unidad Modular: Gestión en Atención Primaria, Caja, 2004

Evaluación en línea de los servicios de salud de atención primaria en Costa Rica, Armando Mauricio Cortes Ruiz (CCSS), 19 de noviembre de 2020

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 31: USO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que cuentan con personal capacitado para el uso de sistemas de información	Cada equipo EBAIS debe emplear un funcionario encargado del registro de datos de salud (REDES) cuya responsabilidad es la recopilación de datos en cada clínica EBAIS. Los REDES asisten en la admisión de pacientes y en la verificación de la identidad, y proporciona esta información a la administración de su Área de Salud, quien, a su vez, envía la información a la sede de la CCSS. Los REDES también cotejan los datos epidemiológicos recogidos por el equipo EBAIS y los envía en un formato estandarizado a nivel regional y nacional. Los REDES se encargan de recopilar y contribuir a los siguientes tipos de datos: Informe Epidemiológico, Plan de Gestión Local, Informe Estadístico, Auditoría Regional y Vigilancia Interna del Área de Salud.	Nivel 4

MEDIDA 31: USO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan habitualmente sistemas de información para captar y comunicar oportunamente datos completos de los pacientes y de los establecimientos	Todos los equipos de EBAIS y los hospitales utilizan habitualmente sistemas de información para recoger de forma exhaustiva tanto los datos de los pacientes como los de los establecimientos. Se recogen en el EDUS y son interoperables en toda la región. Los registros de atención al paciente se actualizan diariamente, los informes epidemiológicos semanalmente, los planes de gestión local cuatro veces al año, los informes estadísticos mensualmente y las auditorías regionales anualmente. Muchas de estas recopilaciones de datos/evaluaciones se realizan a partir del EDUS, que debe mantenerse siempre actualizado.	Nivel 4
Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan habitualmente sistemas de información para realizar actividades de mejora de la calidad	Los informantes clave indican que la mayoría de los establecimientos de atención primaria utilizan los datos de los sistemas de información para generar iniciativas de mejora de la calidad, sin embargo, hay margen de mejora en cuanto a las métricas de calidad que se rastrean y la eficacia del seguimiento que se deriva del uso de dicha información, lo que lleva a los informantes clave a una puntuación de nivel 3.	Nivel 3
Medida 31 Puntuación		**Nivel 3**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

La construcción de un sistema de atención primaria próspero: la historia de Costa Rica, Ariadne Labs, 2017

Página web del EDUS de la CCSS

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL, EXPEDIENTE DIGITAL ÚNICO EN SALUD. Proyecto de Unidad EDUS. 2019.

Reforzar la recopilación y el uso de datos para la mejora de la calidad en la atención primaria: el caso de Costa Rica

Perspectivas de los informantes clave del taller sobre puntuación y recopilación de datos con la Caja.

MEDIDA 32: MEDICIÓN Y GESTIÓN DEL DESEMPEÑO (1/2)		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que utilizan indicadores de desempeño establecidos para la APS	Existe una evaluación institucional que ha reemplazado a los compromisos de gestión con indicadores de calidad y desempeño. A nivel del Área de Salud, también hay una Auditoría Regional que tiene lugar anualmente para hacer un seguimiento de los objetivos generales y específicos de la región para las Áreas de Salud.	Nivel 4
Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que realizan un seguimiento rutinario de estos indicadores de desempeño	El Plan de Gestión Local es un repositorio de datos con más de 300 indicadores para la planificación estratégica a largo plazo de un Área de Salud. Incluye los datos introducidos por los REDES de cada establecimiento de salud/equipo EBAIS y se envía a la Región de Salud. Las Áreas de Salud reciben entonces informes sobre los progresos realizados y mantienen debates sobre los objetivos. Esto sugiere que todos los establecimientos de atención primaria realicen un seguimiento rutinario de estos indicadores de calidad/desempeño. Además, el Índice de Prestación de Servicios de Salud clasifica anualmente la calidad de todas las Áreas de Salud basándose en la evaluación de los historiales de los pacientes. Esta información se envía a la dirección regional y nacional y se publica. En última instancia, se utiliza para estimular las actividades de mejora de la calidad para el año siguiente.	Nivel 4
Porcentaje de establecimientos de atención primaria/redes de atención primaria que han documentado el trabajo de mejora de la calidad vinculado a las áreas de bajo desempeño	El Plan de Gestión Local y el Índice de Prestación de Servicios de Salud ayudan anualmente a identificar los avances en los esfuerzos de mejora de la calidad que se han definido. Además, se utilizan para mantener conversaciones entre las Áreas y Regiones de Salud con el fin de identificar los objetivos para el año siguiente.	Nivel 4
Medida 32 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Reforzar la recopilación y el uso de datos para la mejora de la calidad en la atención primaria: el caso de Costa Rica

MEDIDA 33: MEDICIÓN Y GESTIÓN DEL DESEMPEÑO (2/2)—SUPERVISIÓN DE APOYO		
COMPONENTES	**JUSTIFICACIÓN**	**PUNTUACIÓN PRELIMINAR**
Porcentaje de establecimientos de atención primaria que aplican o reciben supervisión de apoyo al menos una vez al año (o con mayor frecuencia si así lo estipulan las directrices nacionales)	Todos los trabajadores de una unidad, región, hospital, área de salud, EBAIS o CAIS reciben una supervisión de apoyo directo al menos una vez al año. El personal es supervisado por los jefes/supervisores inmediatos en los tres niveles de atención, de acuerdo con la estructura organizativa de la institución. El objetivo de estos "recorridos de supervisión" es abordar las deficiencias de desempeño y promover los conocimientos, actitudes y habilidades que son esenciales para el éxito del desempeño del individuo. Los supervisores utilizan instrumentos/manuales avalados por la Dirección Médica (DCSS) para guiar este proceso. Este proceso ofrece a los supervisores la oportunidad de "aprender del trabajo realizado; reflexionar de forma crítica sobre el asunto; proporcionar retroalimentación al personal local; y, en su caso, proporcionar orientación específica para realizar mejoras". A partir de las evidencias, parece que se trata de un proceso de colaboración que se da en todas las unidades del Área de Salud, lo que apoya una puntuación de nivel 4.	Nivel 4
Medida 33 Puntuación		**Nivel 4**

FUENTES DE DATOS DE MEDICIÓN

Evaluación de la prestación de servicios de salud: Informe 2013, CCSS, julio de 2014

Manual de supervisión de enfermería para los tres niveles de atención, DCSS, 2018

Ariadne Labs
401 Park Drive
Boston MA 02215

Please visit us at:
www.ariadnelabs.org

ARIADNE LABS

PRIMARY HEALTH CARE