

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA DE DIVISION MEDICA  
DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE SALUD  
DEPARTAMENTO DE INFORMACION ESTADISTICA  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**ESTADISTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS  
DE ATENCION DE LA SALUD, 1980 -2000**

**SERIE: ESTADISTICAS DE LA SALUD  
No.5G**

**MAYO 2001**

# CONTENIDO

#	TITULO	Página
<b>I.</b>	<b>INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA CCSS (cuadros 1 a 3)</b>	<b>1</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
1	Población, defunciones por 1000 habitantes de C.R. hospitalizaciones por 100 habitantes, consultas y atenciones de urgencias por habitante, CCSS, 1980-2000	
2	Atenciones de urgencias, consultas (médicas y de otro profesional) y egresos hospitalarios según región y centro médico, CCSS, 2000	4
3	Atenciones de urgencia, consultas y egresos hospitalarios por región de ocurrencia y condición de pago, CCSS, 1996, 1997 y 2000	5
<b>II.</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA (cuadros 4 a 8 )</b>	<b>7</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
4	Atenciones de urgencias y consulta externa, según personal que atendió, en instituciones de la CCSS, en empresa y medicina mixta 1980-2000	8
5	Consulta externa médica y atenciones de urgencia por mes CCSS, 1997-2000	9
6	Total de consultas médicas y de primera vez y concentración en medicina general y especialidad según región y centro médico, servicios de consulta externa, CCSS, 2000	10
7	Consultas de odontología y por otro profesional según región y centro médico, CCSS, 2000	12
8	Total de atenciones de urgencias por área de atención y porcentaje de observación y no urgencias según centro médico, servicios de urgencias, CCSS, 2000	15
<b>III.</b>	<b>SERVICIOS ESPECIALES DE APOYO (cuadros 9 y 10)</b>	<b>17</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
9	Incapacidades por región y centro médico, CCSS, 2000	18
10	Total de citologías, biopsias y autopsias y porcentajes de apoyo a la red de servicios, según región y centro médico, servicios de anatomía patológica, CCSS, 2000	20
<b>IV.</b>	<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA GENERAL (cuadros 11 a 28)</b>	<b>21</b>
<b>4.1.</b>	<b>Utilización de las Camas y Producción General (11 a 20 )</b>	<b>21</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
11	Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores, CCSS, 1980-2000	25

12	Camas, egresos, estancia promedio, porcentaje de ocupación, porcentaje de mortalidad y porcentaje intervenciones quirúrgicas según región y hospital, CCSS, 2000	26
13	Egresos, partos e intervenciones quirúrgicas hospitalarias por mes, CCSS, 1997-2000	27
14	Intervenciones quirúrgicas por tipo según tipo y hospital, CCSS, 2000	28
14B	Intervenciones quirúrgicas por mes, CCSS, 2000	29
15	Egresos hospitalarios y porcentajes por bienios y capítulos CIE-9, 10, CCSS, 1980-2000	30
16	Egresos hospitalarios totales y porcentaje de cirugía mayor ambulatoria, según hospital, CCSS, 1990, 1996-2000	31
17	Egresos hospitalarios por años de ocurrencia según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2000	32
18	Estancias promedio hospitalarias por años de ocurrencia según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2000	33
19	Egresos por traslado y porcentaje según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1996-2000	35
20	Egresos hospitalarios y porcentaje con afección nosocomial, por región y centro médico, CCSS, 1998-2000	37
<b>4.2.</b>	<b>Indicadores de Consumo de Estancias (GDR)- (cuadros 21 a 28)</b>	<b>38</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
21	Número de camas e índice de complejidad (case-mix) según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2000 1/(análisis de los GDR)	39
22	Número de camas e índice funcional según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2000 1/(análisis de los GDR)	41
23	Número de camas y porcentaje de egresos con estancias prolongadas (casos extremo) según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2000 1/(análisis de los GDR)	43
24	Número de camas y estancia promedio depurada según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2000 1/(análisis de los GDR)	44
25	Egresos hospitalarios y porcentaje por grupos de edad y clasificación de hospital, CCSS, 2000	45
26	Estancias promedio por grupos de edad según clasificación y hospitales, CCSS, 2000	46
27	50 GDR más frecuentes en egresos hospitalarios según tipo, hospitales nacionales, CCSS, 2000	48
28	25 GDR más frecuentes en egresos hospitalarios según tipo, hospitales regionales CCSS, 2000	49
<b>V.</b>	<b>ATENCIÓN HOSPITALARIA POR SERVICIOS (cuadros 29 a 36)</b>	<b>50</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
29	Total de camas y porcentaje por servicio según región y hospital, CCSS, 2000	51
30	Egresos y estancias promedio del servicio de cirugía hospitales, CCSS, 1996-2000	52
31	Egresos, operaciones e índice operatorio del servicio de cirugía, según región y hospital, CCSS, 2000	54
32	Egresos y estancias promedio del servicio de medicina, hospitales CCSS, 1995-2000	55

33	Egresos y estancias promedio del servicio de psiquiatría, hospitales, CCSS, 1995-2000	56
34	Egresos y estancias promedio del servicio de pensión, hospitales, CCSS, 1995-2000	57
35	Egresos y estancias promedio del servicio de pediatría, hospitales, CCSS, 1995-2000	58
36	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecobstetricia, hospitales, CCSS, 1995-2000	59
36 <sup>a</sup>	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecología, hospitales, CCSS, 1995-2000	60
36b	Egresos y estancias promedio del servicio de obstetricia, hospitales, CCSS, 1995-2000	61
<b>VI.</b>	<b>SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 37 a 47)</b>	<b>62</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
37	Población, nacimientos, tasa de natalidad, porcentaje ocurrido en la CCSS y mortalidad infantil, C.R. 1960-2000	63
38	Tasas de fecundidad por 100 según edad, C.R. 1950-1995	64
39	Partos y abortos en hospitales y porcentaje por grupos de edad, CCSS, 1987, 1992, 1995-2000	64
40	Porcentajes de parturientas, con atención prenatal y con cesárea; nacimientos con bajo e insuficiente peso al nacer, CCSS, 1980-2000	66
41	Partos y abortos hospitalarios, porcentajes por profesional que atendió y por consultas prenatales, CCSS, 1987, 1992, 1997-2000	67
42	Partos y abortos hospitalarios y porcentajes por profesional que atendió, según región y centro médico, CCSS, 2000	68
43	Partos y abortos hospitalarios y porcentaje por número de consultas prenatales según región y centro médico, CCSS, 2000	69
44	Partos, porcentaje con cesárea, abortos, nacimientos, porcentaje de defunciones fetales y defunciones maternas, según hospital, CCSS, 2000	71
45	Partos hospitalarios y porcentaje de cesáreas, por región y hospital, CCSS, 1997-2000	72
46	Nacimientos hospitalarios y porcentaje según peso y edad de la madre, CCSS, 1997-2000	73
47	Defunciones maternas por años de ocurrencia, región y centro médico, CCSS, 1990-2000	75
<b>VII.</b>	<b>SERVICIOS GENERALES DE APOYO (cuadros 48 a 54)</b>	<b>76</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE LOS CUADROS</b>		
48	Medicamentos despachados en la CCSS por área de atención y para los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2000	77
49	Medicamentos despachados en los establecimientos por área de atención y en los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 20000	78
50	Exámenes de laboratorio realizados por área de atención y para los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2000	80
51	Exámenes de laboratorio por área de atención y en los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, por establecimientos, CCSS, 2000	81
52	Placas de rayos x efectuadas por área de atención y en los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2000	83

53	Placas de rayos x tomadas por área de atención y en los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, según establecimientos, CCSS, 2000	
54	Fluoroscopias efectuadas por área de atención y en los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2000	85
<b>VIII.</b>	<b>DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>86</b>
8.1.	Atención de Urgencia	86
8.2.	Fallecidos en Urgencias	86
8.3.	Camas de Observación en Urgencias	86
8.4.	Consulta Externa	87
8.5.	Consultante	87
8.6.	Consulta de Primera Vez en la Vida	87
8.7.	Consulta de Primera Vez en el Año	87
8.8.	Consulta Subsecuente	88
8.9.	Consulta de Primera Vez en la Especialidad	88
8.10	Cama Hospitalaria	88
8.11	Dotación Normal de Camas	88
8.12	Días Cama	88
8.13	Días Paciente	88
8.14	Porcentaje de Ocupación	89
8.15	Giro de Camas	89
8.16	Estancias de Egresados	89
8.17	Estancia Promedio Bruta	89
8.18	Egreso Hospitalario	89
8.19	Estancia Preoperatoria	90
8.20	Diagnóstico o causa principal	90
8.21	Otros Diagnósticos	90
8.22	Caso	90
8.23	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	91
8.24	Clasificación Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos	92
8.25	Grupos de Diagnósticos Relacionados	92
8.26	La CASUISTICA	92
8.27	La NORMA	93
8.28	Estancia Promedio Depurada	93
8.29	Caso Extremo	93
8.30	Estancia Promedio Ajustada por Funcionamiento	93
8.31	Indice CASE-MIX	94
8.32	Estancia Promedio Ajustada por Casuística	94
8.33	Indice FUNCIONAL	94
8.34	Parto	94
8.35	Aborto	95
8.36	Defunción Fetal	95
8.37	Subgrupos de la Mortalidad Fetal	95
8.38	Nacimiento	95

8.39	Subgrupos de los Nacimientos	96
8.40	Defunción	96
8.41	Defunción Infantil	96
8.42	Subgrupos de la Mortalidad Infantil	96
8.43	Defunción Materna	96
8.44	Subgrupos de la Mortalidad Materna	97
8.45	Defunción Materna Tardía	97
8.46	Mortalidad Hospitalaria Bruta	97
8.47	Mortalidad Neonatal Hospitalaria	97
8.48	Mortalidad Fetal Hospitalaria	97
8.49	Mortalidad Materna Hospitalaria	98
8.50	Cirugía Mayor Ambulatoria	98
<b>IX.</b>	<b>OTROS NUMEROS PUBLICADOS</b>	<b>99</b>

## **PRESENTACION**

El Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud (antes Sección de Información Biomédica) de la Dirección Técnica de Servicios de Salud de la Gerencia de División Médica, es el encargado de proporcionar las estadísticas nacionales de los servicios de salud de esta institución.

Con el objetivo de actualizar los datos que más comúnmente se solicitan a este departamento, se presentan las ultimas cifras globales disponibles de los servicios de atención de la salud de la Caja Costarricense de Seguro Social hasta 2000 inclusive.

Estos datos se tomaron de los tres subsistemas estandarizados de recolección continua de los mismos con que se cuenta desde 1980 que son: el informe diario de la consulta externa (sustituido por la agenda diaria en el primer nivel de atención), el Informe Estadístico Mensual de Recursos y Servicios de Salud y el registro estadístico individual u hoja de egreso hospitalario. Los dos primeros deben ser enviados por áreas, clínicas y hospitales, y el último sólo por los hospitales, en los primeros quince días naturales del mes siguiente al que se refieren; de manera que puedan ser revisados y analizados sobre la marcha para que las estadísticas nacionales sean oportunas.

En este numero, además de las cifras de producción, se incluyen algunos datos generales sobre estancias por edad y por servicios, obtenidos de la base de datos de egresos hospitalarios; una sección dedicada a Salud Reproductiva y algunas estadísticas nacionales de fecundidad, mortalidad y población, proporcionadas por el INEC.

Los comentarios sólo pretenden llamar la atención sobre ciertas cifras; pero la interpretación y uso de los datos dependen del lector, de sus conocimientos y necesidades. Las definiciones de los conceptos básicos se encuentran en la sección VIII.

M.Sc. Ligia Moya de Madrigal, Jefe  
Información Estadística de Servicios de Salud

## **RECONOCIMIENTO**

La mayor parte de los datos en que se basa este documento provienen del Sistema de Estadísticas de los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual está bajo la responsabilidad de nuestro Departamento, que es el que diseña, supervisa, dirige, capacita al personal y suministra las estadísticas resultantes.

Como son el resultado de la labor de la red de servicios de salud de la Institución, es necesario reconocer la participación del personal que, en los servicios de atención registra, codifica y revisa los formularios de recolección, y elabora el Informe Estadístico de Recursos y Servicios de Salud; los cuales, recibidos oportunamente en Estadísticas de los Servicios de Salud, permiten elaborar todo tipo de estudios y publicaciones.

También merece reconocimiento las Direcciones Regionales, que brindan su apoyo a los Supervisores de Registros y Estadísticas de la Salud, en su tarea de instruir, capacitar y supervisar a los centros médicos bajo su responsabilidad.

A todo el personal que en nuestro Departamento controla la recepción oportuna, critica, corrige y graba los datos para su elaboración electrónica, nuestro reconocimiento también. Así como para aquellos que resumen, analizan, reproducen y distribuyen entre su amplia clientela, el producto de tan ardua labor.

También debemos reconocer el apoyo constante que nos brindan la Dirección de Informática para desarrollar sistemas que permiten elaborar electrónicamente datos que, por su volumen y complejidad, sería imposible ordenar de otra manera, y la de Servicios de Apoyo en la reproducción oportuna de los documentos resultantes.

Del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) tomamos las cifras nacionales de fecundidad, mortalidad y población, incluyendo las del censo de 2000.

A todos ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento.

**ESTADISTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE**



# **SALUD DE LA CCSS**

## **COMENTARIOS**

*M.Sc. Ligia Moya de Madrigal*

### **I. INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS (cuadros 1, 2 y 3)**

Entre los servicios de atención de salud a las personas que otorga la C.C.S.S. se diferencian tres tipos, los cuales, aunque se prestan a la población del país, difieren en el tipo de paciente, el consumo de recursos y la estructura administrativa; estos son: atenciones de urgencia, consulta externa y hospitalizaciones (definiciones en el capítulo VIII).

En el cuadro 1 se incluyen las cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2000, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 21 años se mantiene alrededor de sólo 4 por 1000 habitantes (ambas cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC), y como indicadores de consumo de los servicios institucionales de salud hemos calculado para el mismo período, la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes, la razón de consultas externas por habitante y la razón de atenciones de urgencia por habitante.

La razón de hospitalizaciones es muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen más del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población; en la C.C.S.S. se mantuvo por encima de 10 hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993, había estado oscilando entre 8,75 y 8,98 desde 1994 y en 2000 se redujo a 8,57 (en el cuadro 11 se tratará mejor este tema). En Costa Rica, además, como se tiene una alta proporción de parto intrahospitalario, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa (cuadros 37-47) y ha influido en la reducción del indicador comentado.

La razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, lo cual permite ver que el principal es la consulta médica, que después de reducirse de 2,38

en 1980 a 1,85 en 1993, e ir aumentando paulatinamente hasta 2,17 se redujo a 2,02 en 2000; no sucedió lo mismo con la consulta de odontología que ha ido aumentando sostenidamente, ni con la de consulta a cargo de otros profesionales (psicólogos, dietistas, enfermeras, etc.) que se mantuvo igual. Esta reducción de la consulta médica por habitante en el año 2000 podría atribuirse a las 220 mil consultas que se perdieron por la huelga de abril, pero como veremos en el cuadro 4, la reducción absoluta es de mas de 300 mil. Algunos opinan que esto podría ser un indicador de que, en una población saturada de consultas, el primer nivel de atención ha iniciado el cambio de dirección esperado hacia la atención integral, y que, si eso es así, esta reducción se mantendrá en los próximos años, hasta llegar a estabilizarse en lo que podría ser el verdadero número de consultas médicas que realmente requiere el mantenimiento de la salud de la población.

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante es el indicador de consumo de servicios que más debe llamar la atención por su magnitud y continuo incremento; ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la C.C.S.S. han ido aumentando desde 0,32 por cada habitante en 1984 hasta 0,87 en 2000, resultado no esperado en los planes de atención . Conviene recordar aquí que para ser atendido en urgencias no se requiere cita ni documentos, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que parecen no haber podido hacerle frente al crecimiento de la población, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al estar indocumentados, prefieren acudir a estos servicios, con una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible.

Reforzando este punto de vista, los datos del cuadro 2 muestran en resumen las cifras absolutas del presente año 2000; desglosadas por región y tipo de centro médico. Como es usual, los hospitales concentran la mayor parte de las atenciones de urgencia y en las clínicas y áreas de salud se concentran las consultas externas, pero el volumen de urgencias es casi un tercio del de consultas y, como veremos en cuadros siguientes, esto implica que cerca de 2,5% de la demanda de servicios ambulatorios no es programada y fluye directamente hacia los hospitales, desvirtuando las funciones de la red de servicios y de sus Servicios de Urgencias.

Para finalizar esta sección sobre la producción general de los servicios de salud de la C.C.S.S., en el cuadro 3 se incluye la distribución de las atenciones de urgencia (encuesta 1996, se hará otra en 2001), consultas externas (encuesta 1997, se hará otra en 2002) y egresos hospitalarios (2000) según condición de aseguramiento o calidad (como habitualmente se le llama) y región de ocurrencia de la atención.

Conviene recordar aquí que entre los asegurados se incluyen los que trabajan con patronos morosos. Aunque los asegurados directos más sus familiares siguen siendo el grueso de la clientela, el peso de los que no pagan seguro alcanza cifras

cada vez más altas y en 2000 en dos regiones sobrepasan el 50% de los egresos hospitalarios. Si se toma en cuenta que sólo el asegurado directo paga cuotas a la C.C.S.S., debería preocupar el hecho de que parezca que sean indigentes los que más utilizan los servicios, especialmente fuera del Valle Central, ya que las cifras disponibles sobre población general incapaz de pagar sus cuotas no es tan alta. Este grupo afecta sobre todo en urgencias y hospitalización, lo cual contradice las opiniones de que todos los atendidos pagan las cuotas respectivas y de que en los servicios de salud de la C.C.S.S. se rechaza a los indigentes (como los llamados "Cuenta Estado" en los que se incluyen indigentes e indocumentados que no reconocen ser extranjeros y las personas del Régimen No Contributivo que por definición también son indigentes); talvez sea más realista considerar estas cifras como parte de la manifestación de la evasión del pago de la Seguridad Social. Siguen patrón similar los extranjeros que no ocultan su condición, los cuales se concentran en los hospitales nacionales.

## **II. ATENCION AMBULATORIA (cuadros 4 a 8)**

El resumen general de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la C.C.S.S. en cifras absolutas y su comportamiento en el tiempo se encuentra en los cuadros 4 y 5. Si se comparan los cuadros 1 y 4 se confirma que la consulta médica es y ha sido su principal componente; sin embargo las atenciones de urgencia no han dejado de aumentar, y después de 1993 es notable también el paulatino incremento en las atenciones odontológicas. De ahí que, aunque las consultas por habitante se redujeron a 2 (cuadro 1), todas las atenciones ambulatorias juntas (consulta externa y urgencias) se mantienen por encima de 3 al año por habitante (cuadro 4).

Igual que en los últimos años, el incremento de las cifras absolutas de atenciones de urgencia se mantuvo en alrededor de 300 mil al año en 2000; en cambio la consulta médica es la única actividad que entre 1999 y 2000 se redujo en más de la cifra esperada por causa de la huelga, lo cual implica que no se redujo sólo por ese motivo. El cuadro 5 permite observar reducciones en el volumen de consultas en los meses de marzo, abril, junio, julio, septiembre, noviembre y diciembre. Probablemente las nuevas modalidades de entrega de medicamentos a los pacientes crónicos y la atención integral en el primer nivel de atención estén comenzando a influir en la reducción de las consultas médicas por mejoramiento de la calidad de la atención y de la eficiencia de los servicios auxiliares; pero esta es sólo una hipótesis esperando tiempo suficiente para ser sometida a prueba. Las atenciones de urgencia sólo se redujeron en el mes de abril, a pesar de que la huelga pudo haber producido un incremento más notorio que en los otros meses.

Con base en el Informe Estadístico Mensual que elaboran y envían los hospitales, clínicas y áreas, se construyeron los cuadros 6, 7 y 8, en los cuales aparecen los datos anuales de atención ambulatoria correspondientes al año pasado 2000, desglosados por centro médico y con subtotales según la región programática de ubicación de cada uno.

El cuadro 6 se refiere sólo a la CONSULTA POR MEDICO, y en casi todas las regiones y centros, la mayor parte de las consultas de los HOSPITALES son por especialista, especialmente en los hospitales nacionales; pero en las CLINICAS y AREAS, por supuesto predominan las consultas de Medicina General; la concentración respecto a 1999 se redujo de 2,7 a 2,5 consultas por consultante en Medicina General, y se mantuvo igual en las consultas por especialista. Las consultas ODONTOLOGICAS y por OTROS profesionales aparecen en el cuadro 7, en el que sobresalen las Clínicas Metropolitanas por su elevada participación en el total de consultas de Odontología, la cual se incremento del 19 al 22% entre 1999 y 2000, reduciéndose en ellas la consulta por otro profesional (enfermera, psicólogo, dietista, etc.).

En general se percibe que está variando lo observado a través de los años, ya que

los hospitales nacionales en 2000 atienden ya sólo el 13,8% de los 7 736 860 consultas médicas de ese año (era más del 25% en 1998), y entre ellas el 41,7% de las especializadas, junto con el 37,3% de la consulta por otros profesionales; seguidos por las clínicas metropolitanas y los centros de las Regiones Central Norte y Sur; o sea que, lógicamente la mayor parte de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la C.C.S.S. se imparte en la zona del país donde se concentra la mayor parte de la población; pero fuera de los hospitales ubicados en la ciudad capital.

Las atenciones de urgencias en el cuadro 8, siguiendo la tendencia observada y comentada sobrepasaron ya los 3,3 millones y continúan dispersándose por todos los centros médicos, de manera que los grandes hospitales nacionales aunque continúan atendiendo la mayoría, atienden sólo el 17,8% gracias sobre todo al notorio incremento el hospital Escalante Pradilla y en los hospitales de la Región Central Norte específicamente en el San Vicente de Paul, en los que se imparten más atenciones de Urgencia que en cualquier otro hospital. Esta situación no es muy clara, porque en este servicio se concentran las personas que no consiguen cita en la Consulta Externa o que por falta de documentos o de tiempo, no están en condiciones de acudir a la consulta regular; lo cual como se vio en el cuadro 1, parece haberse incrementando en los últimos años, al punto de que en 1999 un 47,6% de las atenciones fueron calificadas por el médico como atenciones NO URGENTES, proporción que aumento a 50,22% en 2000. Esta proporción de no-urgencias sobrepasa el 60% en varios hospitales y clínicas, lo que hace que las causas más frecuentes de demanda sean las mismas de la consulta regular, como se ha visto en las encuestas. Los hospitales nacionales muestran proporciones de no urgencias que varían entre 20 y 44%. El indicador contrario, las urgencias cuya gravedad requirió unas horas de observación eran el 24,9% en 1999 y se redujeron a 23,54% en 2000. Siempre llama la atención el servicio de emergencias del Hospital Nacional de Niños, que en los últimos años no registra pacientes en observación y muy pocas no urgencias. En el San Vicente de Paul ésta proporción se redujo de 43,8% en 1999 a 1,97 % en 2000, también la proporción de NO urgentes se incremento en este hospital (de 39,5 a 63,7%), lo cual es síntoma o de cambios sustanciales en los criterios de registro de los datos o en la organización de la atención de las personas en ese hospital; pero no se pueden atribuir a variaciones en la demanda sin un estudio específico.

### **III. SERVICIOS ESPECIALES DE APOYO (cuadros 9 y 10)**

A pesar de que la población de asegurados directos es mucho más pequeña que la población general, en los servicios de atención de salud de la C.C.S.S. se producen más órdenes de incapacidad para los primeros que hospitalizaciones para toda la población, con un período promedio de cuidados en el HOGAR que aumento de 8,86 días en 1998 a 9,03 en 1999 y a 9,32 en 2000, esta cifra varía entre 3,48 días en Chacarita y 34,71 en el hospital Carit. El hospital Calderón Guardia es el que más órdenes de incapacidad expide (37 554) con un promedio de 17,12 días, seguido por el Area de Salud de Alajuela Norte con 27 394 y 10,55 días y el Hospital México con 25 169 y 17,4 días (cuadro 9).

Los promedios más altos de días por orden lo tienen la Carit y San Juan de Dios. Llama la atención el promedio de días de los hospitales Los Chiles y San Vito con más de 16 días por orden y de Upala con 13,80.

En el cuadro 10 se encuentran los datos de 2000 de los Servicios de Anatomía Patológica, a saber: citologías, biopsias y autopsias en cifras totales y las de apoyo a la red de servicios, por separado. Así vemos que de las autopsias (que se hacen sólo en algunos hospitales), se incremento la proporción que se hizo por solicitud de otros centros médicos de 0,94% en 1999 a 1,35 en 2000. El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital México es el que muestra mayores volúmenes de actividades tanto propias como de apoyo a otros centros. Y como era de esperar, por lo menos en cuanto a citologías, los hospitales regionales también muestran proporciones altas de apoyo a la red.

## **IV. ATENCION HOSPITALARIA GENERAL (cuadros 11 a 28)**

### **4.1. Utilización de las camas y producción general (cuadros 11 a 20)**

Como la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, se incluyeron los cuadros 1 y el 2 en los que aparecen los grandes volúmenes de atención de los servicios ambulatorios y de hospitalización.

Esta sección trata solamente de los servicios a personas mediante la ocupación de una cama hospitalaria.

El cuadro 11 contiene las cifras generales de esta área en la C.C.S.S. y su evolución de 1980 a 2000. Observe que aunque el número total de camas hospitalarias de dotación normal se ha reducido en 1224 desde 1982, su porcentaje de ocupación general se ha mantenido entre 74,4 en 1982 y 81,6% en 2000, sin una tendencia claramente definida. Por otro lado, a pesar de la reducción en la razón de egresos por 100 habitantes observada en el cuadro 1, se ha incrementado el número absoluto de egresos hospitalarios (de 245.048 en 1980 a 331.856 en 1999, con una pequeña reducción a 327.675 en 2000 que se visualiza mejor en el cuadro 14), y presenta una reducción sostenida de la estancia promedio (de 7,91 a 5,42 días), lo que, junto a la reducción de las camas (de 6926 a 5861), produjo aumento en el giro de camas (de 35,4 a 55,9) sin aumento en el porcentaje de ocupación.

Sobre este tema conviene recalcar que para un porcentaje de ocupación "ideal" (el cual ha perdido importancia en el nuevo enfoque de la administración hospitalaria), el indicador para actuar sobre la utilización de una cama es siempre la estancia promedio y de ésta, resulta el giro de esa cama; por ejemplo con 85% de ocupación los días cama disponibles en un año serían 311 por cada cama, y así:

- a) Una cama de Cirugía con 5 días de estancia promedio, daría un giro máximo de camas de 62 pacientes al año.
- b) Una cama de Medicina con 12 días de estancia promedio, daría un giro máximo de camas de 26 pacientes al año.

Si se comparan los hospitales de la C.C.S.S. en 2000 con 1980 se reduce el

período promedio de permanencia en el hospital en 2,5 días por paciente, correspondiendo a 815.911 estancias, junto con un aumento de 82.627 egresos; además tienen 1065 camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 85%, con 1078 camas desocupadas durante el año. Esta tendencia se mantendrá en tanto la gestión hospitalaria siga orientada a la gestión del paciente, y como resultado su estancia en el hospital se ajuste al período indispensable para su óptima atención y se incremente la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Si el enfoque de la modernización es la atención del paciente y no la utilización de las camas, los porcentajes de ocupación se van reduciendo naturalmente hasta que se encuentra la mejor estancia de acuerdo con el bienestar del paciente; los hospitales tienen que dejar de medir su importancia y su producción mediante el número de camas y su porcentaje de ocupación, y dedicar recursos suficientes a la organización de su consulta externa, de su servicio de urgencias, al mejoramiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y de la red de servicios de su área de atracción, con los consiguientes beneficios para el bienestar del paciente y del personal que lo atiende. Dentro de las normas de desempeño ya no se fija el porcentaje de ocupación máximo deseable, si no el mínimo aceptable dentro de la correcta administración de los recursos, y los indicadores de evaluación del desempeño hospitalario son los que se incluyen en la sección 4.2 sobre indicadores del consumo de estancias.

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, en este cuadro 11 se agregó el porcentaje de intervenciones quirúrgicas, el cual indica muy claramente que el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que se mantenía alrededor del 42% desde 1980, se redujo a 39,8% en 1989, y ha estado oscilando entre 47 y 49% a partir de 1995, alcanzando en 1999 un 48,75% y un 48,49% en 2000. Esta cifra incluye la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía mayor, la ginecológica y la obstétrica con las cesáreas y las episiotomías (ver también el cuadro 14). Series cronológicas con algunos de estos indicadores por hospital se presentan en varios de los cuadros siguientes.

El cuadro 12 contiene las cifras del panorama general del área de internamiento de pacientes en 2000. Se ve así que el 55,7% de las camas está en los hospitales nacionales, y que el menor número de camas lo tiene el hospital Los Chiles con 10; también los hospitales nacionales atienden el 42% de los egresos hospitalarios con una estancia promedio de 7,3 días ya que entre ellos se encuentran los hospitales de estancia prolongada y el hospital Mateno Infantil Carit que es el de menor estancia de la red. El porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias de dotación normal aumentó un poco de 1999 a 2000 pues en el año anterior había variado



entre 58,13% en San Vito y 94,35% en el hospital Dr. Calderón Guardia, y para el 2000 el más bajo fue el hospital de Golfito con 62,9% y el más alto lo mantuvo el Calderón Guardia con incremento a 95,36%; nivel de ocupación indeseable en un hospital general del tercer nivel de atención. Dado que, como ya se dijo, la decisión de internamiento varía con las variaciones en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, se utiliza también el porcentaje de intervenciones quirúrgicas, el cual indica muy claramente que el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica (esta cifra incluye toda la cirugía mayor, la mayor ambulatoria, la ginecológica y la obstétrica con cesáreas y episiotomías - ver cuadro 14), varía según el nivel de atención, en 1999 desde 9,08% en Los Chiles hasta 68,2% en el hospital Calderón Guardia, y en 2000 entre 6,41 y 62,40% en los mismos hospitales, cuadro 12 de ahí la reducción general observada en el cuadro 11.

La estancia promedio bruta que como se ha visto ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia muestra en todos un leve aumento en 2000 con respecto a 1999, con ligero aumento en los porcentajes de ocupación y poca reducción en el número de egresos; por ejemplo, en 1999 varió entre 2,29 días en el hospital Carit y 6,56 en el San Juan de Dios y en 2000 entre 2,30 en el hospital Carit y 6,66 en el San Juan de Dios, en el Calderón Guardia aumento de 5,15 a 5,35, y en el México de 5,72 a 6 días por paciente. Entre los dos psiquiátricos consumen mucho más días de hospitalización a pesar de que sus egresos representan menos del 2%, ya que tienen las estancias más prolongadas, pero en ambos se redujo sustancialmente la estancia promedio entre 1999 con 92,4 días el Nacional Psiquiátrico Chapuí y 170,11 el Chacón Paut; en 2000 con 67,67 y 168,11 respectivamente. Largas estancias tienen también los Hospitales Nacional de Rehabilitación y el Geriátrico Dr. Blanco Cervantes. Con cifras inferiores a los nacionales, los hospitales regionales son los que producen más egresos en su respectiva región, con estancia promedio alrededor de 4 días y porcentajes de egresos con alguna cirugía que varían entre 40,79% en el Escalante Pradilla y 38,70% en el William Allen. Datos de este cuadro 12 están desglosados por hospital y servicio en los cuadros 29 a 36 de la sección siguiente.

Dos de los eventos más frecuentes en los egresos hospitalarios son los partos y las intervenciones quirúrgicas, en el cuadro 13 aparecen estas cifras de 1997 a 2000 por mes. En primer lugar se ve claramente que el grupo afectado por la huelga de abril fue el de intervenciones quirúrgicas, con 3500 intervenciones menos; pero también hubo reducciones en marzo, mayo, julio y septiembre. Como hubo una reducción en el total de partos atendidos y ésta se distribuyó entre varios meses, algunas de las variaciones de las intervenciones quirúrgicas pueden explicarse por reducción en las cesáreas y episiotomías (por reducción del número de partos) dada la reducción de la

natalidad (ver también cuadro 14b).

El desglose de los componentes del Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas por hospital según nivel de complejidad se encuentra en el cuadro 14, en el que se aprecia claramente que de los 158.880 egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que forman el numerador de este indicador ya comentado en los cuadros 11 y 12, el 23,96% son obstétricas en el parto (10,08% cesáreas y 13,88% episiotomías), 14,8 es cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) y el 61,24% es cirugía mayor; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital. Por el cuadro 14b se ve que la mayor reducción del número de intervenciones quirúrgicas comentada en el cuadro 13 que se produjo en abril afectó las cirugías no relacionadas con la atención del parto.

Este gran peso de la obstetricia en el porcentaje total de egresos con intervención quirúrgica no es inesperado si, de acuerdo con el cuadro 15, la distribución de los egresos hospitalarios por diagnóstico principal según los capítulos de la CIE, muestra que desde 1980-81 más de la tercera parte son por causas relacionadas con embarazo, parto y puerperio, siguiendo en segundo lugar con menos del 10%, las lesiones de causa externa hasta 1986-87 y las enfermedades del sistema digestivo a partir de 1988-89. También son importantes las enfermedades de los sistemas genitourinario y respiratorio que se alternan entre el tercero y cuarto lugares, y en quinto las del sistema circulatorio.

En el cuadro 16 aparece el total de egresos de cada hospital durante 1990 y los últimos cinco años y la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria que estos incluyen. Si bien no todos los hospitales prestan este servicio, puede verse un incremento sostenido en la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en general (de 0 en 1990 a 4,5 en 1996 y 10,07% en 2000) y en algunos hospitales en particular. El Calderón Guardia tomó la iniciativa y se mantiene por encima del 12% en todo el período, en tanto que el México pasó de 6,01 a 19,14%. Otro incremento notable es el del Centro Nacional de Rehabilitación. Algunas clínicas mayores que aparecen como "otros centros" ingresan pacientes sólo para Cirugía Mayor Ambulatoria y por ese motivo tienen proporciones de más del 85%.

A pesar de la reducción total de las camas ya comentada, las variaciones cronológicas según hospital y año desde 1990 muestran que el aumento sostenido en los egresos ha ocurrido en casi todos (cuadro 17), lo mismo que la reducción de la estancia promedio (cuadro 18), en la que no se ven

cambios recientes muy acentuados porque desde su traspaso de las Juntas de Protección Social hace más de 20 años, la atención en los hospitales bajo la administración de la C.C.S.S. se ha empeñado en la reducción del periodo de permanencia de cada paciente internado ampliando los Servicios de Consulta Externa y mejorando la atención de las Urgencias; lo cual se ha venido a complementar con la introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria; en 2000 la tendencia pareciera estarse ajustando, pues se puede apreciar pequeñas reducciones en el número de egresos y pequeños aumentos en la estancia promedio que, como en el caso de los hospitales generales nacionales no son nada despreciables pues tienen alrededor de 30 mil egresos al año cada uno.

Lo mismo puede decirse del Sáenz Herrera y de los especializados de Rehabilitación, y Blanco Cervantes. Solo los Psiquiátricos muestran reducción de la estancia en el año 2000.

Los regionales y periféricos, como ya tenían estancias muy cortas, se mantienen igual; la única excepción es Golfito, que en 1990 tenía una estancia promedio bruta de 6,68 días como algunos nacionales, y desde 1997 se incorpora a su categoría de hospital periférico con 4,6 días en 2000.

Un dato de interés para evaluar el desempeño de la red hospitalaria institucional es el de los traslados de un hospital a otro que aparece en el cuadro 19. En general, la proporción de traslados aumenta conforme se reduce el nivel de resolución, así, los hospitales más pequeños trasladan más que los más grandes, y estos más que los regionales y los que menos trasladan son los nacionales. Esto depende también de la ubicación geográfica, porque lógicamente las personas tienden a ir al hospital más grande que les queda más cerca; por ejemplo el Escalante Pradilla y el Enrique Baltodano que son los hospitales más grandes más cercanos para zonas geográficas muy grandes y alejadas de los grandes hospitales de la capital, tienen mayor proporción de traslados que los otros regionales, similar a los periféricos, y el San Vicente de Paul que es periférico, pero como está muy cerca de la capital, tiene que trasladar menos. En general, los egresos por traslado a otro hospital dependen también del desarrollo de la atención de urgencias del hospital que traslada, pues lo hace una vez que ha internado al paciente y este ya le ha producido estancias.

A veces la permanencia en el hospital se prolonga por infecciones adquiridas en el mismo, en el cuadro 20 se presenta la proporción de afecciones nosocomiales registradas, que aunque es muy baja, muestra ligeros aumentos de 1998 a 2000 en varios de los hospitales, los cuales podrían explicarse por el mejoramiento en los registros que han traído los

compromisos de gestión; parte de la alta proporción en el Blanco Cervantes se explicaría por la edad de las personas que son atendidas en el, sin embargo se registra en el una reducción en 2000 que vale la pena resaltar.

#### **4.2. Indicadores de consumo de Estancias (GDR) (cuadros 21 a 28)**

Utilizando el número de camas como indicador de las dimensiones de cada hospital, en los cuatro cuadros siguientes se incluyen algunos de los indicadores tomados de los informes que se han entregado a todos los directores de los mismos, como resultado del análisis de los grupos de diagnósticos relacionados por el consumo de recursos (GDR) para la gestión de las hospitalizaciones. Gran número de diagnósticos mal especificados y lentitud en la corrección de los mismos, hicieron que se atrasara esta publicación y que a la fecha (abril de 2001) no se pudiera disponer todavía de la información totalmente limpia correspondiente a 2000 de los Hospitales México y San Vicente de Paul.

Conviene recordar aquí que los cuatro indicadores incluidos en estos cuadros, son indicadores del desempeño general del área de internamiento del hospital, y que el origen de sus distorsiones debe buscarse en todo el equipo humano y tecnológico que interviene en la atención de estos pacientes.

En los cuadros 21 y 22 se presentan los indicadores resumen del análisis de los GDR: los índices de COMPLEJIDAD y de FUNCIONAMIENTO respectivamente. Hay que recordar que ambos se interpretan respecto a la estancia promedio de la NORMA que en este caso es 4,8 días, por lo que su índice es igual a 1,0000. Esta NORMA en cada año se obtuvo de todos los hospitales combinados como se explica en las definiciones básicas; sólo en 1998 y 1999 se utilizó la misma de 1997. Además, como puede deducirse del cuadro 17, el número de egresos de los hospitales nacionales representa el 42% del total nacional, por lo que sus prácticas sobre las estancias de sus casos pesan mucho en esta NORMA.

Todos los hospitales que tengan un índice de COMPLEJIDAD SUPERIOR a 1,0000 es porque proporcionalmente tienen MAS casos COMPLEJOS que la NORMA (cuadro 21) por lo tanto, su estancia promedio es superior a los 4,8 días de la NORMA y la cifra por encima de 1 es la proporción de las estancias propias de tales hospitales que se explica por tener más casos de los de mayor complejidad. Los que tienen un índice inferior a 1, simplemente es porque tienen menos casos complejos que la NORMA y por esa razón su estancia promedio es más baja. Por ejemplo, si el hospital San Juan de Dios según los cuadros 12 y 21, tiene una estancia promedio de 6,7 días (más alta que los 4,8 días de la NORMA) y un índice de complejidad de 1, 1972, se puede decir que el 19,72% de esa estancia más prolongada se explica por su mayor complejidad; en el caso del hospital Carit, con una estancia de 2,3 días y un índice de 0,5943; lo que se puede decir es que tiene un 40,57% menos de casos complejos que la NORMA ( $1 - 0,5943$ ).

Si la red funcionara apegada a su estructura, los hospitales nacionales serían,

como lo son, los más complejos con excepción del Carit que por la estructura interna de sus casos tiene que ser el menos complejo de todos; seguirían luego los regionales y en tercer lugar los periféricos, sin embargo hay algunos periféricos que parecen más complejos que sus regionales; parte del problema aquí es que se trata de hospitales muy pequeños, con muy pocos egresos respecto a los regionales y nacionales generales, otros periféricos se caracterizan por una muy alta proporción de partos por cesárea lo que aumenta la complejidad y algunos regionales tienen en cambio una alta proporción de parto normal, lo cual baja la complejidad (ver también el capítulo 6 de Salud Reproductiva), sin embargo en el cuadro 15 se ve que los egresos por embarazo, parto y puerperio contribuyen en buena parte a la estancia promedio de la NORMA porque son frecuentes en todo el país. Según el año que se utilice como referencia, algunos hospitales, se han mantenido igualmente complejos, otros han aumentado su complejidad y a unos se les ha reducido; por ejemplo, respecto a 1990, varios hospitales perdieron complejidad en 1999 y 2000, lo mismo que respecto a 1995. A finales de 1996 se inicio la capacitación en la metodología de los GDR y en 1997 dio inicio el plan piloto de los compromisos de gestión, y si se fija la atención en los hospitales nacionales que desde entonces forman parte de este proceso, vemos que comparando 1997 con 2000 sólo el Calderón Guardia gana un poco de su perdida complejidad.

La interpretación cambia en el cuadro 22, ya que inversamente, todos los hospitales que tengan un índice de FUNCIONAMIENTO MENOR de 1,0000 son MAS EFICIENTES que la NORMA, porque utilizan menos estancias para tratar los mismos grupos de diagnósticos, tienen una estancia menor que la NORMA en algunos grupos de diagnósticos. Por ejemplo, si el hospital San Juan de Dios según los cuadros 12 y 21, tiene una estancia promedio de 6,7 días y un índice de función de 1,4242, se puede decir que el 42,42% de esa estancia más prolongada ya no se explica por su mayor complejidad, por alguna otra razón necesita más estancias que la NORMA para tratar los mismos pacientes; en el caso del hospital Carit, con una estancia de 2,3 días y un índice de 0,9058; lo que se puede decir es que consume un 9,42% menos estancias que la NORMA ( $1 - 0,9058$ ) para tratar los mismos pacientes.

Todos los hospitales nacionales, excepto el Dr. Sáenz Herrera y el Carit, están por encima de 1 desde 1990, entre ellos llaman la atención San Juan de Dios y México por el persistente incremento de su mal funcionamiento ; en cambio entre los regionales y periféricos son muy pocos los que son menos eficientes que todos juntos. En 2000 y respecto a 1997 ganaron eficiencia los hospitales Calderón Guardia, Dr. Max Peralta, San Carlos, Dr. Enrique Baltodano, de La Anexión, todos los de las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica y Brunca. Casi todos los hospitales regionales y algunos periféricos muestran un incremento de ineficiencia entre 1999 y 2000.

Un concepto fundamental en el análisis de los GDR es el de "caso extremo" respecto a la duración de la estancia (ver definiciones básicas en la sección VIII); en el cuadro 23 se encuentra el indicador resultante de dividir los casos extremo (con estancia prolongada) entre el total de egresos, o sea, el porcentaje de casos extremo de cada hospital. Aunque muestra reducciones importantes, este indicador es muy elevado en el caso de los hospitales de larga estancia, en parte porque se están comparando sus casos con casos similares vistos en los hospitales generales, lo cual no es del todo correcto. Entre los hospitales generales destacaban por su alta proporción de casos extremo el San Juan de Dios y el de Golfito que en 1990 tenían 12,2 y 19,9% respectivamente, y que, aunque en 1998 la habían reducido a 10,31 y 8,28% todavía seguían teniendo de las proporciones más altas de los hospitales generales; sin embargo, en 1999 el Hospital de Golfito llegó a 5,8% que es una proporción de casos extremo igual que la del Hospital de Niños y menor que Upala, Monseñor Sanabria y Escalante Pradilla, pero aumento en el año 2000 a 6,7%. De 1998 a 1999 son notorias las reducciones mostradas por hospitales como el Calderón Guardia, Carit, todos los de la Región Central Norte, el Dr. Max Peralta, San Carlos, Dr. Enrique Baltodano, La Anexión, Monseñor Sanabria, Dr. Tony Facio, Guápiles, Ciudad Neilly, Golfito y San Vito de Coto Brus, mostrando algunos de ellos incrementos en 2000 tales como los de los hospitales de La Anexión con 7,1%, el Monseñor Sanabria con 6,7%, Sáenz Herrera con 6,6%, Enrique Baltodano y William Allen con 6,1%.

Aunque probablemente no van a desaparecer y aunque lleguen a ser muy pocos, el Comité de Expedientes de Salud del Hospital, debería hacer una revisión de los expedientes de los "casos extremo" para determinar su justificación. Si el porcentaje de ellos es muy alto, debería revisarse las pautas de atención de todo el servicio u hospital completo; de manera que poco a poco se vaya reduciendo y todos los casos extremo sean justificados. A veces los casos extremo se producen porque el médico tratante omite la anotación de las complicaciones y causas coexistentes con el diagnóstico principal de egreso en el expediente individual del paciente, por lo que en el análisis estadístico estos son asignados a grupos menos complejos que el que verdaderamente les corresponde, convirtiéndose en casos extremo artificiales de ese grupo menos complejo. Otras veces se trata de fallas en la organización o en el equipo disponible de los servicios de diagnóstico o de tratamiento, o problemas sociales.

La estancia promedio recalculada sin los casos extremo se denomina estancia promedio "depurada" (EPD) y aparece en el cuadro 24 que, por definición, debe contener siempre cifras menores o iguales a las del cuadro 18. Estos

son promedios HIPOTETICOS, los que habría tenido cada hospital si no hubiera tenido casos extremo; por comparación con el cuadro 18 que contiene los promedios brutos o verdaderos, puede verse que en 1990 había grandes diferencias (gasto innecesario de estancias?), las cuales se han ido reduciendo lógicamente en los hospitales donde se ha reducido la proporción de casos extremo del cuadro 23, y han ido aumentando en aquellos pocos en los que esta última ha aumentado.

Un factor reconocido como que influye en la permanencia en el hospital, es la EDAD de las personas; en los cuadros 25 y 26 se desglosan los egresos y la estancia promedio de 2000 por edad y hospital, lo que permite ver que varios hospitales generales tienen más de un 12% de egresos de personas de 65 años y más (cuadro 25) que son los que tienen en general los promedios de estancia más altos (cuadro 26), lo cual influye en su estancia promedio total. Por ejemplo, si se les compara con los regionales, los tres hospitales generales nacionales, tienen estancia promedio bruta más alta, tienen también índices de complejidad que explican parte de esa estancia mayor y gran número de egresos con alta proporción de personas de 65 años y más, sin embargo, sólo en el San Juan de Dios la diferencia en su estancia es importante, lo que vendría a explicar parte de su alta proporción de casos extremo y su deficiente índice de función.

En los cuadros 27 y 28 aparecen los grupos de diagnósticos relacionados por el consumo de recursos (GDR) más frecuentes en los hospitales nacionales y regionales en 2000. Si se comparan los totales de egresos del cuadro 17, por ejemplo, con los de estos cuadros, notaremos grandes diferencias de menos porque en los GDR no se están tomando todos, sólo los más frecuentes, y tampoco se ha tomado en cuenta la Cirugía Mayor Ambulatoria. Como era de esperar, el parto vaginal sin complicación (373) y la cesárea sin complicación (371) son los GDR más frecuentes en todos estos hospitales; también son muy frecuentes el aborto con legrado/histerotomía y los falsos dolores de parto. Fuera del capítulo de embarazo y puerperio, que ocupa 6 de los primeros 10, en los hospitales nacionales se agregan las colecistectomías y las apendicectomías; en los regionales en cambio, los que aparecen son esofagitis/gastroenteritis, y bronquitis y asma en menores de 18 años.

## **V. ATENCION HOSPITALARIA POR SERVICIOS (cuadros 29 a 36)**

Como se aclaró en la sección anterior, los servicios de salud de atención hospitalaria



no son independientes de los de atención ambulatoria, son solamente aquellos que requieren que las personas ocupen una cama hospitalaria, separadas por las grandes áreas especiales de los servicios médicos: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría; por lo tanto entre ellas están los partos y los abortos de la sección siguiente (ver definición en la sección VIII). La tendencia moderna es reducir el uso de la cama a lo indispensable, mediante el desarrollo de la tecnología de diagnóstico y tratamiento.

La distribución de las camas por servicio en 2000 y los datos de egresos y estancia promedio de cada servicio de 1995 a 2000 se encuentran en los cuadros 29 a 36 separados por hospital y región.

Cerca del 24% de las camas hospitalarias de la C.C.S.S. pertenecen al Servicio de Medicina (adultos) y el 26% al de Cirugía, o sea que prácticamente el 50% de ellas se utiliza en estos dos servicios. El número y distribución de este instrumento de la atención de la salud, varían según regiones y hospitales y dependen mucho del grado de resolución del hospital, de la evolución de la práctica médica y de la influencia de esta en la estancia promedio; por ejemplo, en los hospitales nacionales generales las camas de Cirugía son más del 42% de las camas de dotación normal, sobre todo en el San Juan de Dios (54,9%) y en el México (48,6%), seguido por el servicio de Medicina; en la mayor parte de los regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia (cuadro 29); en el hospital moderno las camas se distribuyen por edad y sexo, y son los pacientes y sus médicos los que se registran por servicio, con ese criterio se elaboraron los cuadros siguientes.

En el cuadro 30 se encuentra el número de egresos del Servicio de Cirugía (egresos regulares), su estancia promedio (excluida la CMA) y el número de Cirugías Mayores Ambulatorias de 1996 a 2000 por hospital y región, incluyendo la Cirugía Pediátrica. Como se comentó anteriormente, la tendencia observada hasta 1999 cambió en 2000, la estancia promedio total de Cirugía llegó a 7 días en 1996 y desde entonces se redujo hasta 6 en 1999 o sea 1 día menos, que en más de 70 mil egresos representó más de 70 mil estancias menos, muchas de ellas ahorradas probablemente por los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria; sin embargo en 2000 se registra un aumento de 0,32 días con 22 mil estancias más que en 1999. Como es de esperar, en general, la estancia promedio de los egresos regulares de Cirugía (excluida la CMA) es casi el doble en los hospitales nacionales respecto a los regionales y periféricos, en los cuales en 2000 este indicador está entre 2,78 días en el San Vicente de Paul y 6,13 días en el Escalante Pradilla. Llama la atención la ausencia de CMA en el San Vicente de Paul y su reciente aparición en el San Rafael.

Excluyendo la Cirugía Mayor Ambulatoria y sólo con datos de 2000, en el cuadro 31, aparecen los egresos regulares del servicio de Cirugía, el número de intervenciones quirúrgicas y el índice operatorio resultante que fue en general del 66% en 1999 y bajó a 65% en 2000; esto significa que el 65% de las admisiones a Cirugía egresó con intervención quirúrgica. Esta proporción varía entre 34,6% en

Golfito y 77% en el San Vicente de Paul (recordar que este último no informo sobre CMA en el cuadro anterior).

El cuadro 32 se refiere al Servicio de Medicina, el cual en 2000 tuvo más de 47000 egresos con una estancia promedio general de 9,6 días, excluida Psiquiatría que aparece en el cuadro 33. La tercera parte de estos egresos se produce en los hospitales nacionales y con estancias que van de 11,5 días en el Calderón Guardia a 18,37 en el geriátrico; llama la atención el Servicio de Medicina del hospital general San Juan de Dios con una estancia promedio superior a la del CENARE que es de rehabilitación, sin tendencia definida entre 1995 y 2000. En los regionales, la estancia más prolongada es la del Dr. Max Peralta y en los periféricos la estancia promedio del Servicio de Medicina va de 4,81 días en el Dr. Tomás Casas a 10,57 en el San Vicente de Paul.

Los Servicios de Psiquiatría no son comunes a todos los hospitales, en el cuadro 33 se ve que, además del Hospital Psiquiátrico Chapuí que muestra la estancia promedio más alta, sólo en catorce hospitales generales hay Servicio de Psiquiatría con estancias mucho más cortas, y que el conjunto atiende alrededor de 5500 al año.

Como cuadro 34 aparecen los datos de los pocos hospitales que mantienen servicio formal de Pensión, en el cual el paciente paga oficialmente al hospital los gastos de su atención. Se trata de alrededor de 3000 pacientes con la estancia promedio más baja de todas.

Como cuadro 35 aparecen los datos del Servicio de Pediatría, el cual es común a todos los hospitales regionales y periféricos, con estancias promedio muy bajas desde hace varios años, y que en 2000 van de 2,8 días en el San Vicente de Paul hasta 5,37 días en Upala. No incluye los egresos de Cirugía Pediátrica, que se encuentran en el cuadro 30 del servicio de Cirugía.

Los datos de Ginecobstetricia, el servicio más voluminoso de todos, se presentan en los cuadros 36 36a y 36b, y como era de esperar, en todos los hospitales al haber más egresos de Obstetricia que de Ginecología, la estancia promedio de estos servicios es la más baja, en muy pocos hospitales sube de 2,5 días. Aun así se redujo de 2,35 en 1995 a 2,23 en 1999, que aunque es sólo 12 centésimos de día, en 127 319 egresos representa 15 278 estancias menos; sin embargo, esta reducción no se mantuvo en 2000.

## **VI. SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 37 a 47)**

Es conveniente aclarar que, por razones de accesibilidad, en algunas clínicas (que no son hospitales) ocasionalmente ocurren partos y se registran como egresos hospitalarios en aras de la integridad de tales datos, sin embargo los números absolutos son tan pequeños que sólo aparecen en las cifras totales de todos los cuadros con partos y están, por supuesto, incluidos en el total de egresos.

Como se ha visto en otros informes, el comportamiento de la natalidad, que puede observarse también en el cuadro 37, muestra que la tasa de Costa Rica se ha reducido de 48 nacimientos por cada 1000 habitantes en 1960 a 20,44 en 2000. En forma simultánea se ha incrementado la proporción de nacimientos ocurridos en los hospitales de la C.C.S.S. hasta alcanzar niveles superiores al 95%. Estos son dos buenos indicadores a tomar en cuenta para examinar el tema de acceso a los servicios de salud y para explicar en parte la reducción de la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes del cuadro 1.

Congruentemente con las cifras anteriores, en los últimos 39 años se observa en el cuadro 37 una muy marcada reducción de la mortalidad infantil sobre todo en el período 1964-80, ya que en 1964 era de 79,2 por cada 1000 nacimientos, en seis años se había reducido a 61,5 en 1970 (17,7 defunciones menos de cada 1000 nacimientos), y diez años más tarde a 19,1 en 1980 (42,4 defunciones menos por cada 1000 nacimientos), después de este espectacular descenso se requirió diez años más para reducirla en 3,8 defunciones por cada 1000 nacimientos y lograr 15,3 en 1990 y, después de esfuerzos muy importantes desde los servicios de salud se llega a 10,21 en 2000.

En el cuadro 38 se ve claramente que la reducción en la fecundidad ha afectado a todas las edades fértiles de la mujer incluyendo la adolescencia, pues en 1950-55 la fecundidad de este grupo era del 11,9% y en 1990-95 es de 9,2; obviamente las más afectadas por esta reducción son las mujeres de 30 años y más; pero las que contribuyen con más nacimientos a la natalidad general son las de 20 a 29 años (cuadro 39) y su fecundidad se ha reducido casi en un 50% .

Por ese motivo, en el cuadro 39 el peso relativo de las embarazadas (parto o aborto) atendidas por la C.C.S.S. en edad de 10 a 19 años, se ha incrementado, lo que da la falsa impresión de que lo que ha aumentado es la probabilidad de embarazo (fecundidad) en la población de las adolescentes.

En el cuadro 40 se excluyeron los abortos y se presentan en serie de veinte años,

cuatro indicadores derivados de la atención intrahospitalaria de los partos en la C.C.S.S. En las primeras dos columnas se refleja el efecto de la reducción comentada de la fecundidad en Costa Rica, lo cual explica la reducción de la cifra absoluta de partos atendidos en la CCSS a partir de 1989 sin que por ese motivo se haya reducido la proporción de nacimientos ocurridos en la institución (cuadro 37); el primer indicador es la proporción de partos atendidos que declararon por lo menos una atención prenatal, la cual, después de estar variando entre 51 y 57% desde 1980, sobrepasó el 60% en 1997 y llega al 82,20% en 2000; este es un indicador del desempeño del primer nivel de atención, el cual ha sido favorecido con los procesos de modernización. Luego tenemos el porcentaje de partos por cesárea que ha ido aumentando de 14 a 21,7% y se redujo a 21,28% en 2000; los otros dos indicadores se refieren a peso al nacer: el bajo peso se ha mantenido por encima de 6 y por debajo de 7,1% y el peso insuficiente, entre 21 y 23,1%.

La distribución de los partos y abortos por personal que los atendió del cuadro 41 muestra una proporción atendida por Médico de 50,9% en 1987 que se había reducido a 40,1% en 1999 y aumentó a 41,6 en 2000; en cambio las atenciones por Obstétrica que aumentaron del 41 al 47% se redujeron a 46,5% en 2000, así como las por Estudiante de menos de 1 a 6,5% y 4,6% en 2000. Además, la proporción de embarazadas con aborto o parto en el hospital sin haber recibido atención prenatal (cero consultas) era de 49,8 en 1992 y es de 27,19% en 2000. Las distribuciones de estas dos características por hospital en 1999 se encuentran en los cuadros 42 y 43.

La proporción de atención por médico es mucho menor del 30% sólo en dos hospitales Guápiles y Ciudad Neilly, y es mayor del 50% en Tomas Casas, Los Chiles, Max Peralta, Max Terán, San Vito y San Juan de Dios. La atención de partos por estudiantes sigue siendo alta es muy alta en el Hospital de la Mujer Carit, en el Monseñor Sanabria, San Juan de Dios y San Rafael de Alajuela. En Los Chiles hay una alta proporción de partos extrahospitalarios, le siguen Upala y San Vito (cuadro 42).

Del cuadro 43 llama la atención la alta proporción de partos y abortos sin atención prenatal registrados en las Regiones Chorotega y Pacífico Central y, específicamente, en los Hospitales de la Anexión, Monseñor Sanabria, San Rafael y San Vito; pero sobre todos el San Juan de Dios con un 78,7%; a estas alturas del proceso de adecuación del modelo de atención, siempre que esta proporción sea mayor de 50%, debería sospecharse de subregistro del dato, directamente en el expediente o al hacer la transcripción al informe de egreso; si el dato es real, tendrán que revisar el quehacer del primer nivel de atención. En hospitales, que con 0 consultas prenatales tienen menos del 10%, como el William Allen, el México y el San Vicente de Paul, la mayor parte corresponde a una atención prenatal, lo cual

también implica necesidad de estudio para determinar si es por subregistro o por falta de acción del primer nivel de atención. En el extremo óptimo están varios hospitales que muestran más de 30% con 4 consultas prenatales o más, entre los que destacan Guápiles y Ciudad Neilly.

El cuadro 44 incluye todos los centros médicos de la CCSS que tienen atención de partos y abortos; en ellos en 2000 se registraron 75 306 partos, los cuales dieron origen a 75 184 nacimientos, pues el resto resultó en defunciones fetales; las cuales unidas a las de las 9711 que terminaron su embarazo por aborto en los hospitales de la C.C.S.S., dan una mortalidad fetal de 11,40 (11,51 en 1999) por cada 100 embarazadas (partos más abortos). La mayor proporción de defunciones fetales se mantiene en los Hospitales San Juan de Dios (13,87% en 1999 y 13,59% en 2000), San Vicente de Paul (13,73% en 1999 y 13,44% en 2000), Ciudad Neilly (12,76% en 1999 y 14,03 en 2000) y Monseñor Sanabria (12,34% en 1999 y 13,52% en 2000). De las 84 145 mujeres atendidas por estas causas, 16 fallecieron (4 en el Hospital México, 2 en el Calderón Guardia, Enrique Baltodano, Tony Facio y Escalante Pradilla, y 1 en cada uno de los hospitales Dr. Max Peralta, San Carlos, Guápiles y Ciudad Neilly). Conviene recordar que por definición, las defunciones fetales son las de parto más los abortos, y los nacimientos son menos que los partos (ver sección VIII de Definiciones Básicas).

La distribución de los partos y del porcentaje de partos por cesárea según hospital aparece en el cuadro 45; la Región Central Norte sigue destacándose por los altos porcentajes de cesáreas de sus hospitales, ya que aunque en 1999 con respecto a 1998 se observa una importante reducción en el San Vicente de Paul, esta se compenso con el aumento registrado en el San Rafael. Los cambios más notorios son el aumento de 1999 a 2000 observado en el Max Terán; que, nuevamente sobrepasa al Monseñor Sanabria, que es el regional; lo mismo ocurrió entre el Max Peralta y el William Allen; después de haberse mantenido por años por debajo del 15%, el Escalante Pradilla alcanzó el 20,3% en 2000, a esta tendencia se agrega la región Chorotega. Dadas estas variaciones, el porcentaje general de partos por cesárea ha continuado aumentando (cuadro 40): era de menos de 15,89% en 1980; sobrepasa el 20% desde 1992 y llegó a 21,28% en 2000. Los hospitales nacionales permanecen entre un 20 y 26,13% de partos por cesárea, el Carlos Luis Valverde ocupa el primer lugar con casi el 29% y en el de Golfito continua la reducción que se inició en 1997.

Ampliando la información del cuadro 40, en el 46 aparecen las cifras de los partos atendidos de 1997 a 2000 por edad de la madre y peso al nacer. En el se nota una reducción sostenida del bajo peso de 6,94% en 1997 a 6,60% en 1999 y 6,54 en el año 2000 que afecta a todos los grupos de edad de la madre.

Para terminar esta sección, se incluye el cuadro 47 con las defunciones maternas ocurridas en los hospitales de la CCSS, como las cifras son tan pequeñas, es difícil establecer una tendencia; sólo se puede decir que desde 1998 la cifra se mantiene

por debajo de 20, destacándose en su reducción los hospitales nacionales hasta llegar a un total de 16 en el 2000.

## **VII. SERVICIOS GENERALES DE APOYO (cuadros 48 a 54)**

Los cuadros 48 y 49 se refieren al Servicio de FARMACIA. En el 48 se puede apreciar el comportamiento cronológico de los volúmenes de medicamentos despachados por las farmacias de los servicios de salud de la C.C.S.S. de 1980 a 2000, separados por área de atención; como es de esperar, en la consulta externa se consume alrededor de dos terceras partes del volumen total, esta cifra es mayor si se le agregan los consumos de los sistemas de "médico de empresa" y "medicina mixta", que también son consulta externa. En el número 49 están los mismos datos, sólo de 2000 desglosados por centro de atención; el mayor dispensador de medicamentos es el Hospital Calderón Guardia que tiene adscrita la Clínica Central; las áreas de salud que no aparecen es porque: o no estaban conformadas en 2000 o no despachan medicamentos, o, por alguna razón no válida, no están enviando los datos. En la columna "apoyo a la red" aparecen los medicamentos que, por convenio, el centro despacha a pacientes de otros centros. En 2000 los Servicios de Farmacia registraron casi 39 millones de órdenes de medicamentos (10 al año por habitante); la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en las Clínica Metropolitanas.

El comportamiento cronológico de los exámenes de laboratorio de 1980 a 2000 se puede ver en el cuadro 50, en el 51 esta el detalle por centro de 2000. Más de la tercera parte se hacen en los hospitales nacionales, pues no todas las clínicas y áreas de salud cuentan con este servicio, por lo que el "apoyo a la red" es muy importante, en 2000 se realizaron 8,4 exámenes por habitante.

Los cuadros 52 y 53 se refieren al Servicio de Rayos X y como es de esperar, son muy pocos los centros que cuentan con el, por ese motivo el "apoyo a la red" es tan importante.

Como complemento tenemos el cuadro 54 que se refiere a fluoroscopias.

## **VIII. DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADISTICAS DE LAS**

## **ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **8.1. Atención de urgencia**

Se define como "urgencia" toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa, en cualquier instante de las veinticuatro horas del día de cualquier día, por justificarlo así su aparente grave estado de salud, ya que de acuerdo con el sentir del paciente o de sus acompañantes o del médico que lo refiere, esta en serio peligro su vida o integridad física. El afectado no tiene que pedir cita, acude y se le atiende; en algunas clínicas y áreas, este servicio no funciona las 24 horas del día ni todos los días de la semana. Para su registro se utiliza el formulario #4-70-05-0420 Atención de Urgencia, el cual debe incorporarse al expediente de salud que ya tenga la persona afectada o que se le abra para su atención posterior en el mismo centro; si es un paciente de primera vez y es dado de alta o trasladado, después de su manipulación estadística, el formulario se guardara alfabética y cronológicamente y siguiendo las normas ordinarias de conservación de expedientes, de manera que sea fácilmente accesable.

Cuando, una vez llevada a cabo la atención, el médico determina que no era una emergencia, la atención se califica como NO URGENCIA y se anota así en el formulario mencionado.

### **8.2. Fallecidos en urgencias**

Pacientes que fallecen durante su atención en este servicio, ya sea en el ingreso, en rayos x, en observación, etc.

### **8.3. Camas de observación en urgencias**

Camas ubicadas en el área de Urgencias para la observación de los pacientes de cierta gravedad, antes de decidir si se hospitalizan o no. Estas NO son camas hospitalarias de dotación normal (ver 10 y 11) y en ellas los pacientes no deben permanecer más de 24 horas. Si su estado de salud requiriera atención continua por mas de 24 horas, debe recibir orden de internamiento y ubicársele en una cama de dotación normal de un servicio de hospitalización.

### **8.4. Consulta externa**



Es la atención regular de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada ni en el Servicio de Urgencias. El cliente tiene que pedir cita con el médico general y esperar a que este lo refiera al especialista.

Es el servicio más voluminoso de la atención de salud. Implica apertura y uso de expediente individual de salud.

### **8.5. Consultante**

Es cada una de las personas que busca la atención de un profesional calificado en los servicios de consulta externa de un establecimiento o área determinada. Por lo tanto se le registra sólo una vez en el período estudiado (consulta de primera vez). Es el denominador de los indicadores de concentración y cobertura; y el numerador de la cobertura global del establecimiento. Para poder conocerlo es necesario introducir varias definiciones en los registros estadísticos de la Consulta Externa (6 a 9).

### **8.6. Consulta de primera vez en la vida**

Es la que hace el paciente por primera vez en su vida a determinado establecimiento de salud, lo cual implica que debe pasar por los trámites de identificación, apertura de expediente, etc. Las consultas de primera vez en la vida permiten medir el crecimiento del archivo y de la demanda de los servicios de apoyo. Para determinar coberturas no es suficiente conocer las consultas totales y las de primera vez en la vida, pues estos son una pequeña porción de los consultantes. Las consultas de primera vez en la vida son parte de las consultas de primera vez en el año y algunas son también de primera vez en la especialidad.

### **8.7. Consulta de primera vez en el año**

Es la primera consulta que hace un paciente durante el año calendario en el establecimiento respectivo, por lo que al inicio del año la mayoría de las consultas serán de este tipo. Si no se están registrando las consultas de primera vez en la vida por separado, las consultas de primera vez en el año indicarán el número de consultantes o personas que han demandado algún servicio del establecimiento en el período considerado. Si las de primera vez en la vida se registran por separado, deberán sumarse a las de primera vez en el año para obtener el mismo dato, que es el número absoluto de consultantes o personas atendidas en un año, para calcular las coberturas globales del centro.

### **8.8. Consulta subsecuente**

Toda consulta que reciba cierto paciente después de la consulta de primera vez en el año al mismo establecimiento; una parte de ellas será también de

primera vez en la especialidad.

### **8.9. Consulta de primera vez en la especialidad**

Paciente que por primera vez en el año recibe en ese establecimiento atención en una especialidad determinada, aunque ya lo haya hecho en otra o en medicina general en el mismo año (subsecuente en el establecimiento). El registrar este dato aparte del total de consultas subsecuentes, permite completar el numerador para medir cobertura y concentración de las especialidades médicas; pero debe excluirse en el cálculo de las coberturas globales del centro, para evitar duplicaciones.

### **8.10. Cama hospitalaria**

Aquella dispuesta para el alojamiento de un paciente internado durante las 24 horas del día. Se considera como cama hospitalaria la dedicada a la atención regular de los pacientes internados, las de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría (Neonatología).

### **8.11. Dotación normal de camas**

Es el número FIJO de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados. En el concepto moderno de hospital, su importancia no está dada por el número de camas de dotación normal, sino por la estructura interna de los casos que está en capacidad de resolver eficientemente.

### **8.12. Días cama**

Períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria, ocupada o no, se mantiene dispuesta para los pacientes internados.

### **8.13. Días paciente**

Períodos de 24 horas durante los cuales una cama hospitalaria se encuentra ocupada, sea por el mismo o por diferentes pacientes.

### **8.14. Porcentaje de ocupación**

Indicador hospitalario tradicional por excelencia, que ha perdido importancia si no se le acompaña de la estancia promedio (17). Es la relación entre los días paciente y los días cama durante cualquier período, expresada como

porcentaje. Se calcula para todo el hospital o por servicio; por un día, una semana, un mes, o un año. Mide la utilización de las camas.

### **8.15. Giro de camas**

Representa este índice el número de pacientes que en promedio recibió cada cama hospitalaria de dotación normal en un período determinado que suele ser el año; también se le llama "velocidad cama" o índice de renovación. Se calcula dividiendo los egresos hospitalarios de un periodo determinado entre el número de camas de dotación normal.

### **8.16. Estancias de egresados**

Períodos de 24 horas de permanencia del mismo paciente en un hospital o servicio de internamiento. Se cuentan al finalizar el episodio de hospitalización, restando la fecha de ingreso a la fecha de egreso. Cuando un paciente ingresa y egresa el mismo día (ejemplo: Cirugía Mayor Ambulatoria) se le cuenta un día de estancia. No toma en cuenta los traslados internos (de un servicio a otro del mismo Hospital).

### **8.17. Estancia promedio bruta (EPB)**

Se obtiene sumando las estancias de los egresados en un período y dividiendo entre el número de egresos o episodios de hospitalización del mismo periodo. En los análisis específicos por causas se excluye de su cálculo la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), cuya estancia promedio es siempre un día. Se puede calcular para el hospital, los servicios, las causas de internamiento, etc. Es el período promedio de permanencia REAL en el hospital. Los indicadores de desempeño del hospital moderno giran alrededor de este concepto.

### **8.18. Egreso hospitalario**

Se define como egreso hospitalario o episodio de hospitalización, el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser vivo o por defunción. No toma en cuenta este concepto, los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital), ni los recién nacidos sanos en el mismo. El egreso vivo puede producirse por orden médica, por salida exigida por el paciente, por traslado formal a otro centro o por fuga del paciente. En todo caso se establece la forma de egresar del paciente y se anota en su expediente con la firma del médico responsable y de los testigos cuando se requiera.

A los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria también se les toma como egreso hospitalario. También se incluyen los nacimientos ocurridos en el

hospital que hayan sido tratados por morbilidad propia y a los que fallezcan en el, minutos, horas o días después de su nacimiento en el mismo.

### **8.19. Estancia preoperatoria**

Número de días que un paciente permanece hospitalizado antes de una intervención quirúrgica. Se obtiene restando a la fecha del procedimiento, la fecha de ingreso. Sirve para calcular la estancia promedio preoperatoria.

### **8.20. Diagnóstico o causa principal**

Se entiende como diagnóstico o causa principal la condición establecida después de estudio, como la razón principal de la atención actual del paciente.

### **8.21. Otros diagnósticos**

Otras condiciones que coexisten al inicio o durante la hospitalización y que afectan el tratamiento o la estadía del paciente. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio de atención anterior, y que no tienen que ver con el que ha ocasionado el actual.

### **8.22. Caso**

Episodio de una enfermedad determinada en forma independiente de la persona que la sufre y del servicio donde se trate. Una persona puede dar origen a varios casos simultáneamente o en secuencia.

Cada episodio de enfermedad puede ser tratado en urgencias (atención), en consulta externa (consulta) o en hospitalización (egreso) y se puede clasificar en una de cuatro categorías:

#### **Caso Nuevo:**

Paciente que por primera vez acude en demanda de atención por determinada enfermedad. El mismo paciente podría aparecer como caso nuevo varias veces en el mismo período, pero por diferentes enfermedades o causas.

b. Reingreso:

Paciente que acude en busca de atención por una causa por la cual ya había sido dado de alta (Ej: diarrea, infección respiratoria aguda).

c. Control:

Paciente que está recibiendo atención por un mismo episodio de enfermedad, después de que ha sido registrado como caso nuevo o como caso de reingreso en periodos anteriores o en el de estudio; pero que no se le ha dado de alta.

d. Caso Cesado:

Paciente que por diversas razones interrumpe el control (se le da de alta, fallece, se fuga, exige el alta, etc.).

### **8.23. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)**

Para tratar estadísticamente el detalle de los diagnósticos y causas de atención de urgencia, de consulta, de hospitalización y de muerte en el mundo y en Costa Rica se utiliza la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" (CIE), que es actualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada diez o quince años. La última aprobada por este organismo en la "Décima Revisión" (CIE-10) que en Costa Rica se puso en vigencia a partir del 1o. de Enero de 1997.

### **8.24. Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos**

Para tratar estadísticamente el detalle de los procedimientos médicos y quirúrgicos que se realizan en la Consulta Externa, en el Servicio de Urgencias, en las Salas de Hospitalización y hasta en el hogar, se utiliza la Clasificación de Procedimientos en Medicina, desarrollada en 1978 en los Estados Unidos, que se aplica también en Europa y que se va actualizando cada vez con mayor frecuencia. Desde 1997 se está aplicando la traducción

de su cuarta edición (1992) cuya coordinación esta a cargo de un Comité de Mantenimiento y Coordinación formado por la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Americana de Registros Médicos, la Administración Financiadora de los Cuidados de Salud y el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos.

### **8.25. Grupos de diagnósticos relacionados (GDR)**

Este criterio, produce alrededor de 500 "grupos de diagnósticos relacionados" por su complejidad clínica, de manera que todos los pacientes de un GDR deben consumir una cantidad parecida de recursos porque reciben cuidados hospitalarios similares. Por lo tanto, la relación entre los diagnósticos de un grupo se da no solo por su manifestación clínica sino por su similitud en el consumo de recursos. Los GDR constituyen una metodología reconocida internacionalmente que se basa en los códigos de la CIE y permite calcular indicadores que reflejan mejor el desempeño del hospital.

### **8.26. La CASUISTICA**

A la estructura interna de los casos del hospital, se le denomina en inglés "CASE-MIX", concepto que en español se ha traducido como "CASUISTICA", y que es la combinación de tipos diferenciados de pacientes similares respecto a los cuidados requeridos, tratados en los servicios de internamiento del hospital.

El conocimiento directo y detallado de la casuística se obtiene si clasificamos los egresos hospitalarios según las categorías de la CIE y las de la clasificación de procedimientos médicos y quirúrgicos.

### **8.27. La NORMA**

La aplicación de los GDR requiere conocer la "casuística" del hospital, o de un servicio o de una especialidad, y COMPARARLA con la de otro similar o con la de un conjunto de hospitales nacionales o extranjeros que se denomina "NORMA". Conviene tener presente que se necesitan por lo menos 200000 egresos hospitalarios con datos de buena calidad, para poder fijar una "NORMA".

En los hospitales de la C.C.S.S. se producen anualmente más de 300.000 egresos hospitalarios, cuyos datos estadísticos del año 1997 conforman la

base nacional o NORMA de comparación actual. No se tomo como "NORMA" el 100% de los egresos de los hospitales de la C.C.S.S. porque además de la Cirugía Ambulatoria en cualquier hospital, en la construcción de la NORMA se excluyeron los hospitales Geriátrico, Psiquiátrico y los periféricos con menos de 2000 egresos al año.

### **8.28. Estancia promedio depurada (EPD)**

Es la estancia promedio calculada por GDR, servicio u hospital excluyendo los "casos extremo". Es un valor HIPOTETICO o ideal, aunque calculado con base en la realidad, es la estancia promedio que se TENDRIA si no hubiera casos extremo.

### **8.29. Caso extremo**

Se califica como "caso extremo" aquel que, perteneciendo a cierto GDR, permanece en el hospital más allá de cierto límite o "valor particular" de la estancia. Este límite se establece para cada GDR con base en los casos de la "NORMA", sumando al Percentil 75 de la estancia de cada uno, una vez y media su intervalo intercuartil (la estancia tiene distribución asimétrica positiva en casi todos los GDR).

### **8.30. Estancia promedio ajustada por funcionamiento (EPAF)**

Es la estancia promedio que TENDRIA cada "hospital" si tratara su propia casuística (sus propios GDR) con las estancias promedio de esos GDR en la "NORMA", es decir, si funcionara como la NORMA. Es una estancia promedio HIPOTETICA, ajustada por EFICIENCIA.

### **8.31. Indice case-mix (complejidad de la casuística)**

Es la razón de la estancia promedio "ajustada por funcionamiento" del "hospital" (EPAF) entre la estancia promedio "bruta" (EPB) de la "NORMA". Mide la COMPLEJIDAD relativa de la casuística de cada "hospital" respecto a la "NORMA" en términos de consumo de estancias.

Si el resultado es MAYOR de UNO es porque el "hospital" tiene una proporción mayor que la "NORMA" de GDR de estancia prolongada, o sea que la casuística del "hospital" es más compleja desde el punto de vista de días de hospitalización. Si es MENOR de UNO, la casuística del "hospital" es

menos compleja que la de la "NORMA".

### **8.32. Estancia promedio ajustada por casuística (EPAC)**

Es la estancia promedio que TENDRIA cada "hospital" si su complejidad o casuística fuera la de la "NORMA" (GDR de la norma) y la tratara con las estancias promedio con que trata su propia casuística (de sus propios GDR). Es una estancia promedio HIPOTETICA, ajustada por COMPLEJIDAD.

### **8.33. Indice funcional (IF)**

Dividiendo la estancia promedio "ajustada por casuística" (EPAC) del "hospital" entre la estancia promedio "bruta" (EPB) de la "NORMA" se obtiene el INDICE FUNCIONAL (IF) que es un indicador de la EFICIENCIA relativa del "hospital" respecto a la "NORMA".

Cuando este indicador es MENOR de UNO, el "hospital" tiene, para los mismos GDR, estancias más cortas que la "NORMA"; por lo tanto se puede decir que, desde el punto de vista de utilización de sus camas es más eficiente. Si es MAYOR de UNO, el "hospital" tiene estancias más prolongadas en ciertos GDR que ya no puede explicar porque sea más complejo; pues se ha hecho el ajuste a una complejidad común ("NORMA"); por lo tanto es menos eficiente.

### **8.34. Parto**

Es el proceso fisiológico por medio del cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta a las 22 semanas de gestación o más, o si no se conociera el período de gestación, expulsa un feto de 500 grs. o más, o de 25 cm. o más de coronilla a talón. Este acto da origen a un nacimiento o a una defunción fetal.

### **8.35. Aborto**

Expulsión o extracción de toda (completa) o cualquier parte de la placenta (incompleta) o membranas sin un feto identificable o con una defunción fetal o recién nacido sin posibilidades de sobrevivir, que pesa menos de 500 gramos. En la ausencia del conocimiento del peso puede utilizarse una estimación de la duración de la gestación de menos de 22 semanas completas (154 días) teniendo en cuenta desde el primer día del último período menstrual normal; o si no se conociera el período de gestación, la talla menor de 25 cms de coronilla a talón.

### **8.36. Defunción fetal**



Muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, en forma independiente del período de gestación.

La defunción fetal indica la circunstancia que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna señal de vida, como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

### **8.37. Subgrupos de la mortalidad fetal**

Para algunos estudios la mortalidad fetal según el periodo de gestación, se clasifica en tres grupos:

- a. mortalidad fetal temprana (menos de 22 semanas o menos de 154 días).
- b. mortalidad fetal intermedia (de 22 a 27 semanas y de 154 a 195 días) y
- c. mortalidad fetal tardía (de 28 semanas y más o de 196 días o más).

### **8.38. Nacimiento**

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de dicha separación respire o de cualquier otra señal de vida, tal como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un recién nacido.

### **8.39. Subgrupos de los nacimientos**

Para algunos estudios los nacimientos, según el período de gestación, se clasifican en tres grupos:

- a. pretérmino (antes de cumplir las 37 semanas de gestación)
- b. a término (entre 37 a 41 semanas o 259 a 283 días)
- c. postérmino (42 semanas o más, o 294 días o más)

### **8.40. Defunción**

Desaparición de todo signo de vida, después del nacimiento.

#### **8.41. Defunción infantil**

Defunción de una persona durante el primer año de vida, o antes de cumplir el primer año de edad.

#### **8.42. Subgrupos de la mortalidad infantil**

Para estudios específicos y si el conjunto es suficientemente grande se divide en tres subcategorías de edad en días y en meses, así:

- a. **defunción infantil precoz o neonatal temprana:**  
Defunción de un niño de menos de siete días de vida.
- b. **defunción neonatal:**  
Defunción de una persona en los primeros 28 días de vida (incluye la neonatal temprana)
- c. **defunción infantil residual:**  
Aquella que ocurre entre los 28 días y los 11 meses de vida.

#### **8.43. Defunción materna**

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

#### **8.44. Subgrupos de la mortalidad materna**

Las defunciones maternas pueden dividirse en dos grupos:

- a. **Defunciones obstétricas directas.**  
  
Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- b. **Defunciones obstétricas indirectas.**  
  
Son las que resultan de un enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos

fisiológicos del embarazo

#### **8.45. Defunción materna tardía**

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

#### **8.46. Mortalidad hospitalaria bruta**

Relación entre el número de defunciones ocurridas en el hospital en un período y el número de egresos de dicho período.

#### **8.47. Mortalidad neonatal hospitalaria**

Relación entre las defunciones de recién nacidos en el hospital en un período, y los nacidos vivos en el hospital en dicho período.

#### **8.48. Mortalidad fetal hospitalaria**

Relación entre las defunciones fetales ocurridas en el hospital y el total de nacimientos más defunciones fetales ocurridos en él en un período.

#### **8.49. Mortalidad materna hospitalaria**

Relación entre el número de defunciones de pacientes obstétricas (embarazo, parto y puerperio) ocurridas en el hospital en un período y el número de egresos del servicio de obstetricia en ese período.

#### **8.50. Cirugía mayor ambulatoria (CMA)**

Cirugía de tipo mayor (realizada bajo anestesia general o con asistencia respiratoria) programada y practicada en el marco de un programa del mismo nombre, formalmente establecido en el centro de atención. Su característica principal es que no tiene camas de dotación normal porque el paciente ingresa y egresa el mismo día; se cuenta como egreso hospitalario con un día de estancia total y cero estancias preoperatorias. Los traslados de CMA al área de hospitalización, sin importar la causa, deben tratarse como egresos del programa e ingresos a hospitalización. No se definen como tales los egresos de Cirugía con un día de estancia que no se generen en el

programa de CMA.

## **IX. OTROS NUMEROS PUBLICADOS**

<b>Nº</b>	<b>TITULO</b>	<b>FECHA</b>
1	Edad y causas más frecuentes de consulta y hospitalización en los servicios médicos de la CCSS, 1980-1985	Febrero, 87 Agotado
2A	Consultas médicas y egresos hospitalarios de las personas de 60 años y más, 1985	Setiembre, 85 Agotado
2B	Egresos hospitalarios y consultas médicas de las personas de 60 años y más, 1987	Agosto, 90 Agotado
2C	Cambios en los patrones de atención de la salud de las personas de 60 años y más de 1985 a 1990	Mayo, 93
3	Calidad y causas más frecuentes de consulta y de hospitalización en los servicios de la CCSS, 1980-1986	Setiembre, 88 Agotado
5A	Estadísticas básicas de consulta externa y egreso hospitalario, 1987	Febrero, 89 Agotado
5B	Estadísticas básicas de los servicios médicos, 1980-1990	Marzo, 92
5C	Estadísticas generales de los servicios médicos, 1980-1992	Abril, 93
5D	Estadísticas generales de los servicios médicos, 1980-1998	Junio, 99
5f	Estadísticas generales de los servicios de salud, cifras preliminares 1999	Enero, 00
5F	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-1999	Julio, 00
6A	Algunas características de la atención de los menores de un año en los hospitales de la CCSS, 1980-1987	Junio, 89 Agotado
6B	Algunas características de la atención de los menores de un año y sus madres, 1988-1992	Febrero, 95
6C	El parto por cesárea en la CCSS, 1993	Noviembre, 95
6D	Algunas características de la atención de los menores de un año y sus madres, 1988-98	Agosto, 00
7	Algunas características de la demanda de servicios médicos de la población masculina de 20 a 59 años de edad, 1980-1987	Enero, 90

8	Cambios en la morbilidad y mortalidad por sexo y edad, Costa Rica, 1987 y 1992	Agosto, 95
8B	Cambios en la morbilidad y mortalidad por sexo y edad, Costa Rica, 1987, 1992 y 1997	Julio, 99
9	Causas de consulta y de hospitalización de la niños de 1 a 9 años de edad, CCSS, 1987	Diciembre, 90
10A	Encuesta nacional de causas de consulta a los servicios médicos de la CCSS, 1987	Marzo, 91
10B	Segunda encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS, 1992	Diciembre, 98
10C	Tercera encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS, 1997	Mayo, 99
11	Causas de consulta y de hospitalización de las personas de 10 a 19 años de edad, CCSS, 1987	Agosto, 91
12	Atención de las mujeres de 45 a 59 años de edad en los servicios médicos, CCSS, 1989	Octubre, 92
13	Primera encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de urgencias de la CCSS, 1996	Setiembre, 98
14A	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997. Cuadros descriptivos para cada hospital	Abril, 98
14B	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1998. Cuadros descriptivos para cada hospital	Mayo, 99
14C	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1999. Cuadros descriptivos para cada hospital	Mayo, 00
15A	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997. Cuadros comparativos para cada hospital	Junio, 98
15B	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1998. Cuadros comparativos para cada hospital	Mayo, 99

15C	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1999. Cuadros comparativos para cada hospital	Junio, 00
16A	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997. Análisis nacional comparativo, 1990, 1995-1997	Octubre, 98
16B	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1998. Análisis nacional comparativo, 1997 y 1998	Junio, 99
16C	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados 1999. Análisis nacional comparativo 1997 y 1999	Agosto, 00
17	Morbilidad por sexo y edad según región de atención, servicios de salud de la CCSS: Urgencias, 1996; Consulta Externa y Egresos 1997	Junio, 99