

**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, 1980-2002**

**SERIE: ESTADISTICAS DE LA SALUD
No.5-I**

SEPTIEMBRE 2003

CONTENIDO

#	TITULO	Pág.
I.	INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA CCSS (cuadros 1 - 3)	1
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
01	Población, defunciones por 1000 habitantes en Costa Rica, atenciones de urgencias, consultas* por habitante y hospitalizaciones por 100 habitantes exámenes de laboratorio y medicamentos por habitante, CCSS,	2
02	Atenciones de urgencias, consultas (médicas, otro profesional, odontología) y egreso hospitalario según región de ocurrencia, CCSS, 2002	9
03	Atenciones de urgencia, consultas y egresos hospitalarios por región de ocurrencia y condición de aseguramiento, CCSS, 2002	10
03a	Egresos hospitalarios por condición de aseguramiento, clasificación y centro médico, CCSS, 2002	11
03b	Consulta externa, porcentaje por año de ocurrencia según condición de aseguramiento, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	12
II.	ATENCIÓN AMBULATORIA (cuadros 4 - 10)	14
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
04	Atenciones de urgencia y consulta externa, según profesional que atendió, en instituciones de la CCSS y en servicios alternativos (empresa y medicina mixta), 1980-2002	15
05	Consulta externa médica y atenciones de urgencias por mes, CCSS, 1998-2002	16
06	Total de consultas médicas, de primera vez y concentración en medicina general y especialidades, según región y centro médico, servicios de consulta externa, CCSS, 2002	17
07	Total de consultas, promedio por hora programada y por hora utilizada en medicina general y especialidades, según región y centro médico, CCSS, 2002	21
08	Consultas de especialista por año, servicio y especialidad, CCSS, 1998-2002	24
08b	Consultas por especialista, total, primera vez y concentración según servicio y especialidad, CCSS, 2002	25
09	Consultas de odontología y otro profesional según región y centro médico, CCSS, 2002	26
10	Total de atenciones de urgencias por tipo y porcentaje en observación y no urgencias según región y centro médico, CCSS, 2002	29

III.	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 11 a 21)	33
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
11	Ordenes y días promedio de incapacidad a los asegurados directos, enfermedad (otro y empleados CCSS) y maternidad según región y centro médico, CCSS, 2002	34
12	Total de citologías, biopsias y autopsias y porcentajes de apoyo a la red de servicios, según región y centro médico, CCSS, 2002	37
13	Exámenes de laboratorio realizados por áreas de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2002	38
14	Exámenes de laboratorio por cada atención de urgencias, consulta y hospitalización, CCSS, 1980-2002	39
15	Exámenes de laboratorio realizados por área de atención, empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2002	40
16	Medicamentos despachados por área de atención, y para los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2002	43
17	Medicamentos por cada atención de urgencia, consultas y hospitalización, CCSS, 1980-2002	44
18	Medicamentos despachados por área de atención copias empresas y medicina mixta, según regional y centro médico, CCSS, 2002	45
19	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2002	47
20	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2002	48
21	Fluoroscopías efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2002	49
IV.	ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 22 - 59)	50
4.1.	Utilización de las Camas y Producción General (22 - 35)	50
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
22	Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores, CCSS, 1980-2002	51
23	Camas, egresos, estancia promedio, porcentaje de ocupación, mortalidad e intervención quirúrgica, según región y hospital, CCSS, 2002	54
24	Egresos hospitalarios por años de ocurrencia, según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2002	55
25	Estancias promedio hospitalarias por año, según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2002	56
26	Egresos hospitalarios, partos e intervenciones quirúrgicas por año según mes, CCSS, 1998-2002	58
27	Egresos hospitalarios, porcentajes por grupos de edad, según clasificación y hospital, CCSS, 2002	59
28	Estancias promedio por grupos de edad, según clasificación y hospital, CCSS, 2002	60
29	Total de egresos y porcentaje de traslados (a otro hospital), según clasificación y hospital y año, CCSS, 1990, 1997-2002	61

30	Egresos hospitalarios y porcentajes por bienios y capítulos CIE IX, X, CCSS, 1982-2002	63
31	Egresos hospitalarios y atenciones de urgencias por I.R.A. e infección intestinal, CCSS, 2000-2002	64
31b	Consultas externas, sistema respiratorio, porcentajes por región de residencia, según causas, CCSS, 2002	65
32	Egresos hospitalarios y porcentajes con afección nosocomial, por región y centro médico, CCSS, 1998-2002	66
33	Egresos hospitalarios totales y porcentaje de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por año, según hospital, CCSS, 1990, 1997-2002	67
4.2.	Resultados Generales del Análisis de los Grupos de Diagnóstico Relacionados por el Consumo de Recursos (GDR) (cuadros 36 - 46)	68
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
34	Intervenciones quirúrgicas hospitalarias por mes, CCSS, 2001-2002	69
35	Total de intervenciones quirúrgicas y porcentajes por tipo, clasificación y hospital, CCSS, 2002	70
36	Número de camas y porcentaje de egresos con estancias prolongadas, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2002	72
37	Número de camas y estancia promedio depurada, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2002	73
38	Porcentaje de egresos con una estancia por año, según centro médico, CCSS, 1980-1981, 1990-1991, 2000-2001, 2002	75
39	Número de camas e índice de complejidad, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2002	76
40	Número de camas e índice funcional, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2001	78
41	25 GDR más frecuentes en egresos hospitalarios, egresos, estancias hospitalarias, estancia promedio, porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada por GDR, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2002	80
42	25 GDR más frecuentes en el servicio de medicina, egresos, estancias hospitalarias, estancia promedio, porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada por GDR, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2002	81
43	25 GDR más frecuentes en el servicio de cirugía, egresos, estancias hospitalarias, estancia promedio, porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada por GDR, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2002	82
44	25 GDR más frecuentes en el servicio de cirugía mayor ambulatoria, egresos, estancias hospitalarias, estancia promedio, porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada por GDR, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2002	84
45	25 GDR más frecuentes en el servicio de pediatría, egresos, estancias hospitalarias, estancia promedio, porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada por GDR, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2002	85

46	25 GDR más frecuentes en el servicio de ginecobstetricia, egresos, estancias hospitalarias, estancia promedio, porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada por GDR, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2002	86
V.	ATENCION HOSPITALARIA (cuadros 47 - 59)	87
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
47	Total de camas y porcentajes por servicio según región y hospital, CCSS, 2002	88
48	Egresos y estancias promedio del servicio de medicina, hospitales, CCSS, 1997-2002	89
49	Egresos y estancias promedio del servicio de psiquiatría, hospitales, CCSS, 1997-2002	91
50	Egresos y estancias promedio del servicio de pensión, hospitales, CCSS, 1997-2002	92
51	Egresos y estancias promedio del servicio de pediatría, hospitales, CCSS, 1997-2002	93
51b	Egresos y estancias promedio del servicio de cirugía pediátrica, hospitales, CCSS, 1997-2002	94
52	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecobstetricia, hospitales, CCSS, 1997-2002	95
53	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecología, hospitales, CCSS, 1997-2002	96
54	Egresos y estancias promedio del servicio de obstetricia, hospitales, CCSS, 1997-2002	97
55	Egresos y estancias promedio del servicio de cirugía, hospitales, CCSS, 1997-2002	98
56	Total de egresos y % de egresos con cirugía por área de ingreso, según centro médico, CCSS, 2002	100
57	Egresos de cirugía con intervención e índice quirúrgico por área de ingreso, según clasificación y hospital, CCSS, 2002	101
58	Egresos de cirugía pediátrica con intervención e índice quirúrgico por área de ingreso, según clasificación y hospital, CCSS, 2002	102
59	Egresos de ginecología con intervención e índice quirúrgico por área de ingreso, según clasificación y hospital, CCSS, 2002	103
VI.	SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 60 - 70)	104
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
60	Población, nacimientos y tasa de natalidad, porcentaje ocurrido en la CCSS y mortalidad infantil, Costa Rica, 1964-2002	105
61	Tasas de fecundidad por 100* según edad, Costa Rica, 1950-1995, 2000-2002	107
62	Partos y abortos en hospitales y porcentaje por grupos de edad, CCSS, 1987, 1992, 1995-2002	107
63	Partos, nacimientos y porcentajes de parturientas, con atención prenatal y con cesárea, nacimientos con bajo e insuficiente peso al nacer, CCSS, 1980-1992	108
64	Partos y abortos hospitalarios, porcentajes por profesional que atendió y por consultas prenatales, CCSS, 1987, 1992, 1997-2002	109

65	Partos y abortos hospitalarios, porcentajes por profesional que atendió, según región y centro médico, CCSS, 2002	111
66	Partos y abortos hospitalarios y porcentaje por número de consultas prenatales según región y centro médico, CCSS, 2002	112
67	Partos, porcentajes con cesáreas, abortos, nacimientos, porcentaje de defunciones fetales y defunciones maternas, según hospital, CCSS, 2002	113
67a	Partos y abortos hospitalarios, porcentaje de defunción fetal, según provincia y cantón de residencia, CCSS, 2000-2002	115
68	Partos hospitalarios y porcentaje de cesáreas, por región y hospital, CCSS, 1997-2001	117
69	Defunciones maternas, según región y centro médico, CCSS, 1980-2002	119
70	Nacimientos hospitalarios y porcentaje según peso y edad de la madre, CCSS, 1997-2002	120
VII.	MORBILIDAD Y MORTALIDAD (cuadros 71 - 88)	121
7.1.	Morbilidad y mortalidad por sexo y edad (cuadros 71 - 74)	121
7.2.	Morbilidad y mortalidad por región, provincia y cantón de residencia (cuadros 75 - 80)	121
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
71	Atenciones de urgencias, atenciones por cada 10 habitantes según año de ocurrencia, edad y sexo, CCSS, 1996 y 2001	122
72	Consultas, consultas por habitante, según edad y sexo, CCSS, 1987-1992, 1987 y 2002	123
73	Egresos hospitalarios, egresos por 100 habitantes según edad y sexo, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	124
74	Defunciones, tasas de mortalidad por 1000 edad y sexo, Costa Rica, 1972, 1992, 1997 y 2002	125
75	Atenciones de urgencia, atenciones por 10 habitantes según cantón de residencia, CCSS, 1996 y 2001	126
76	Consulta externa, porcentajes y consultas por habitante según provincia y cantón de residencia, CCSS, 1987, 1992 y 1997	128
77	Egresos hospitalarios, egresos por 100 H, según provincia y cantón de residencia, CCSS, 1987-2002	130
78	Defunciones y tasas de mortalidad por cada 1000 según provincia y cantón de residencia, Costa Rica 1972, 1987, 1992, 1997 y 2002	132
79	Costa Rica: defunciones, población y tasa de mortalidad general, por región de residencia, según año, 2001-2002	134
80	Costa Rica: defunciones infantiles, nacimientos y tasa de mortalidad infantil, por región de residencia según año, 2001-2002	134
7.3.	Morbilidad por condición de aseguramiento (cuadros 81 - 83)	135
7.4.	Morbilidad y mortalidad por causas (cuadros 84 - 88)	135
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
81	Atenciones de urgencia, porcentajes por condición de aseguramiento, CCSS, 1996-2001	136

82	Consulta externa, porcentajes según condición de aseguramiento, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	137
83	Egreso hospitalario, porcentaje por condición de aseguramiento, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	138
84	Total de atenciones de urgencia por año de ocurrencia, según diagnóstico, CCSS, 1996 y 2001	139
85	Consulta externa, porcentajes por año de ocurrencia según causas, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	142
86	Egresos hospitalarios según diagnóstico principal, CCSS, 1987, 1992, 1997 y 2002	144
87	Tasas de mortalidad por 100.000 según causa de muerte, Costa Rica, 1972, 1992, 1997, 2002	146
88	Egresos y estancia promedio hospitalaria por tuberculosis, CCSS, 2002	150
VIII.	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 89 - 101)	151
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
89	Cobertura lograda y con calidad de niños y niñas menores de un año y captación temprana, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	152
90	Cobertura lograda y con calidad de niños y niñas de uno a seis años y captación temprana, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	154
91	Cobertura lograda de inmunizaciones, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	156
92	Cobertura lograda de agudeza visual, auditiva, valoración nutricional, profilaxis antiparasitaria y exámenes de laboratorio, primer grado escolar, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	158
93	Cobertura lograda de agudeza visual, auditiva, valoración nutricional, profilaxis antiparasitaria y exámenes de laboratorio, tercer grado escolar, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	160
93a	Cobertura lograda de agudeza visual, auditiva, valoración nutricional, profilaxis antiparasitaria y exámenes de laboratorio, cuarto grado escolar, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	162
94	Cobertura lograda y con calidad de atención adolescentes, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	164
95	Cobertura lograda de PAP por grupos de edades, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	166
96	Cobertura lograda de PAP por grupos de edades, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	167
97	Cobertura lograda y con calidad de citologías alterados, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	169
98	Cobertura lograda y con calidad de atención prenatal, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	171
99	Cobertura lograda y con calidad de diabéticos e hipertensos, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	174
100	Cobertura lograda y con calidad de atención individual del adulto mayor, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	176
101	Cobertura lograda de atención preventiva en odontología, por grupos de edad y embarazadas, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2002	178

IX.	DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD	180
9.1.	Atención de urgencia	180
9.2.	Fallecidos en urgencias	180
9.3.	Camas de observación en urgencias	180
9.4.	Consulta externa	181
9.5.	Consultante	181
9.6.	Consulta de primera vez en la vida	181
9.7.	Consulta de primera vez en el año	181
9.8.	Consulta subsecuente	182
9.9.	Consulta de primera vez en la especialidad	182
9.10	Cama hospitalaria	182
9.11	Dotación normal de camas	182
9.12	Días cama	182
9.13	Días paciente	182
9.14	Porcentaje de ocupación	183
9.15	Giro de camas	183
9.16	Estancias de egresados	183
9.17	Estancia promedio bruta	183
9.18	Egreso hospitalario	184
9.19	Estancia preoperatorio	184
9.20	Diagnóstico o causa principal	184
9.21	Otros diagnósticos	184
9.22	Caso	184
9.23	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	185
9.24	Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	186
9.25	Grupos de diagnósticos relacionados	186
9.26	La CASUISTICA	186
9.27	La NORMA	187
9.28	Estancia promedio depurada	187
9.29	Caso extremo	187
9.30	Estancia promedio ajustada por funcionamiento	187
9.31	Indice CASE-MIX	188
9.32	Estancia promedio ajustada por casuística	188
9.33	Indice FUNCIONAL	188
9.34	Parto	188
9.35	Aborto	189
9.36	Defunción fetal	189
9.37	Subgrupos de la mortalidad fetal	189
9.38	Nacimiento	189
9.39	Subgrupos de los nacimientos	190
9.40	Defunción	190
9.41	Defunción infantil	190
9.42	Subgrupos de la mortalidad infantil	190

9.43	Defunción materna	190
9.44	Subgrupos de la mortalidad materna	191
9.45	Defunción materna tardía	191
9.46	Mortalidad hospitalaria bruta	191
9.47	Mortalidad neonatal hospitalaria	191
9.48	Mortalidad fetal hospitalaria	191
9.49	Mortalidad materna hospitalaria	192
9.50	Cirugía mayor ambulatoria	192
9.51	Servicio	192
9.52	Especialidad	192
9.53	Examen de laboratorio clínico	193
9.54	Prescripción farmacológica	193
9.55	Admisión	193
X.	OTROS NUMEROS PUBLICADOS	194

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 2002 inclusive. Estos datos se tomaron de los tres subsistemas estandarizados de recolección continua 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 de hospitalización o informe 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 número, además de las cifras de producción, se incluyen algunos datos generales obtenidos de la base de datos de egresos hospitalarios sobre indicadores de gestión hospitalaria con base en GDR y estancias por edad y por servicios; una sección dedicada a Salud Reproductiva y algunas estadísticas nacionales de fecundidad, mortalidad y población, proporcionadas por el INEC; una sección con estadísticas resultantes del proceso de compra de servicios del compromiso de gestión y otra con datos resultantes de las encuestas de los servicios de Consulta Externa y de Urgencias mas recientes.

Los comentarios sólo pretenden llamar la atención sobre ciertas cifras; pero siempre la interpretación y uso de los datos de un informe estadístico dependen sobretodo del lector, de sus conocimientos y necesidades.

Como es usual en todas nuestras publicaciones, las definiciones de los conceptos básicos de las estadísticas de la salud se encuentran en la sección IX.

M.S. Ligia Moya de Madrigal, Jefe
Información Estadística de los 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.

A todos ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento.

ESTADÍSTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA C.C.S.S.

COMENTARIOS

M.S. Ligia Moya de Madrigal

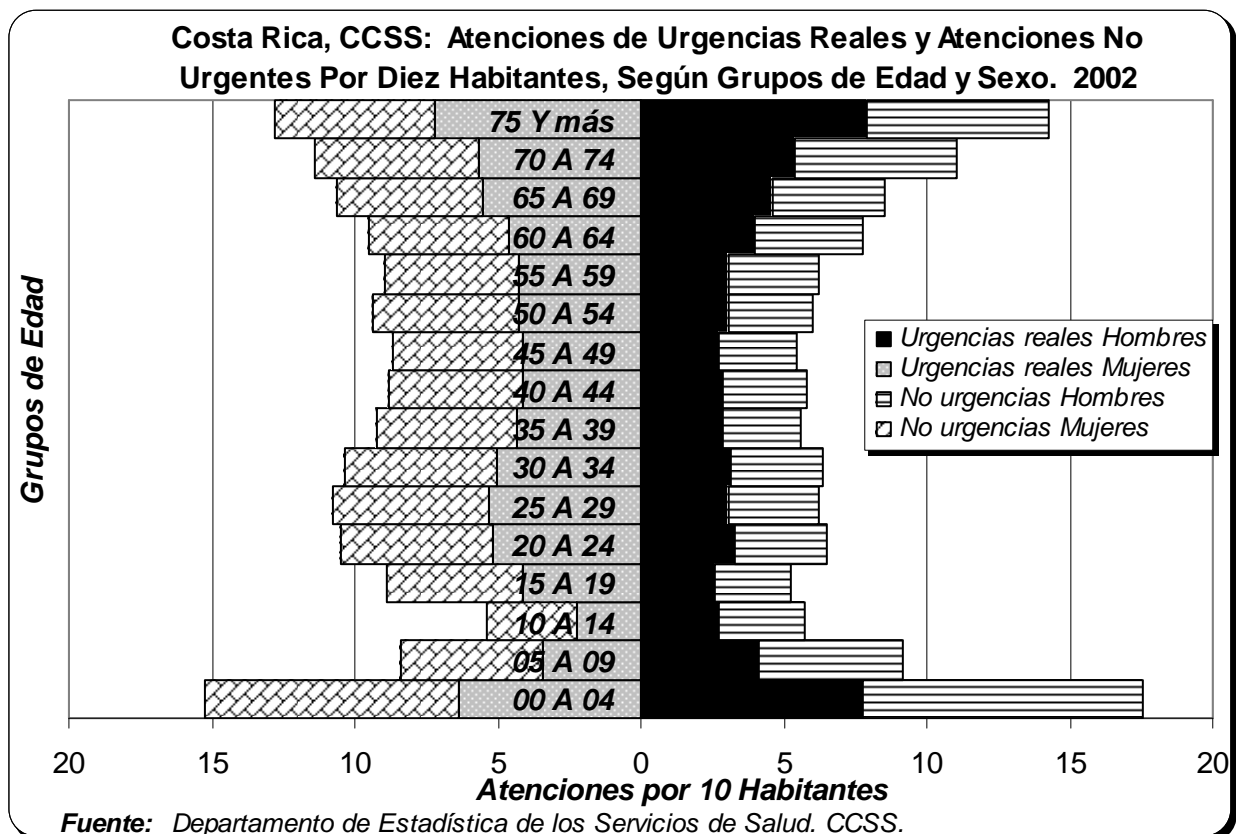
I. INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA C.C.S.S. (cuadros 1, 2 y 3)

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 toda la población del país, difieren en el tipo de paciente, el consumo de recursos y la estructura administrativa, por ese motivo sus datos estadísticos se presentan y analizan como universos separados; estos son: atenciones de urgencia, consulta externa y hospitalizaciones (definiciones en el capítulo VIII).

En el **cuadro 1** se incluyen las NUEVAS cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2002, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 23 años se mantiene la mayor parte del tiempo, en menos de 4 por 1000 habitantes (ambas cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC). Como indicadores de consumo de los servicios institucionales de salud hemos calculado para el mismo período: la razón de atenciones de urgencia por habitante, la razón de consultas externas por habitante separada en médica, odontológica y por otro profesional, la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes, y dos indicadores de consumo de recursos intermedios, como son la razón de medicamentos despachados y la de exámenes de laboratorio por habitante. Los tres primeros se calcularon también por sexo y edad, aprovechando el censo de población de 2000 y se representan en los gráficos 1, 2 y 3; el gráfico 4 es la pirámide de población según el mismo censo. Estos gráficos fueron tomados del documento "Consumo de servicios de salud de la C.C.S.S. por sexo y edad en el año 2000", presentado por este departamento en la VIII Jornada de Análisis Estadístico, Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica.

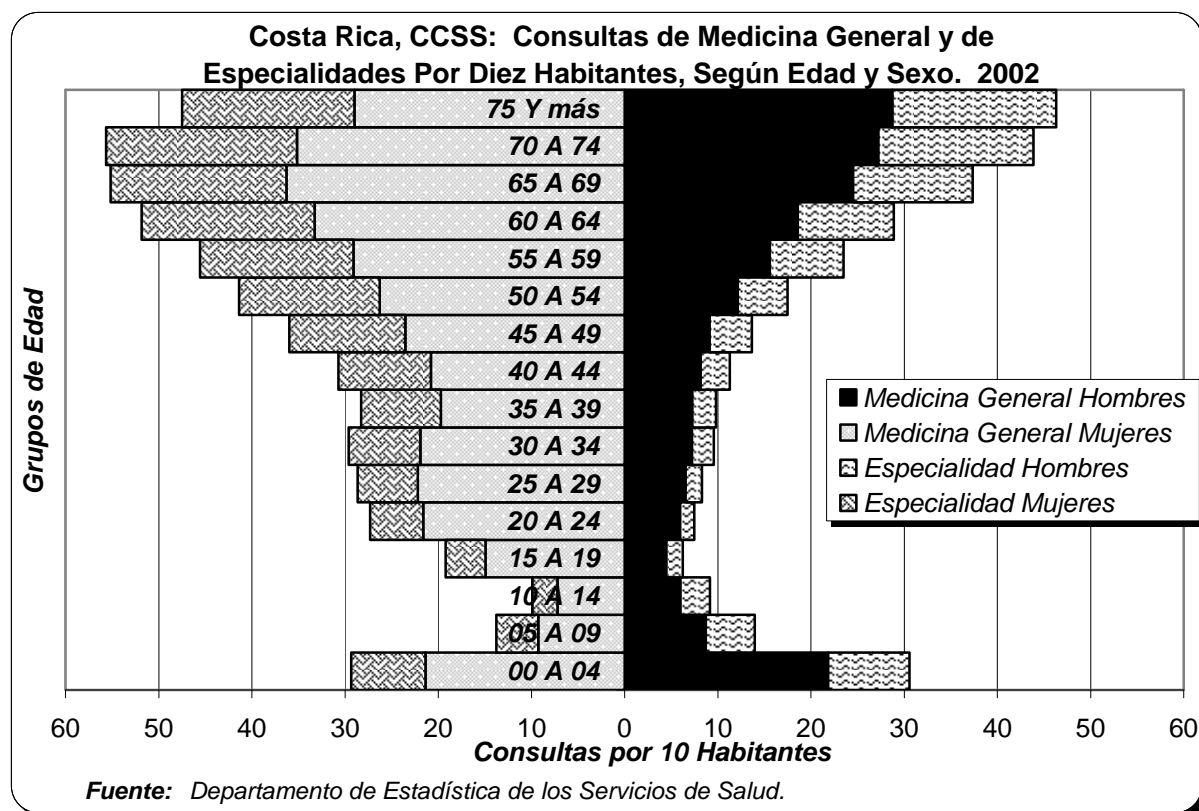
El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante es el indicador de consumo de servicios que más debe llamar la atención por su magnitud y continuo incremento; ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la C.C.S.S. han ido aumentando desde 0,37 por cada habitante en 1984 hasta 0,87 en 2001, resultado no esperado en los planes de atención; su crecimiento parece haberse detenido por fin, ya que en 2002 se mantuvo en 0,87. 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, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible. La distribución por sexo y edad de este indicador (gráfico 1) muestra muy poca relación con esas dos características de las personas que consumen este servicio, ni las urgencias verdaderas (zona oscura), ni las no urgencias varían mucho por sexo y edad. Para elaborar este gráfico se tomaron los datos de la II Encuesta de las Atenciones de Urgencia hecha en junio de 2001 y se proyectaron al 2002.

Gráfico 1:



En el mismo cuadro #1, 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 2,36 en 1980 a 1,85 en 1993 e ir aumentando paulatinamente hasta 2,10 en 1999 se redujo a 1,97 en 2000 para volver a 2,10 en 2002. La **consulta de odontología** ha ido aumentando lenta y sostenidamente, y la consulta a cargo de **otros profesionales** (psicólogos, dietistas, enfermeras, etc.) se mantuvo igual. La reducción de la consulta médica por habitante en el año 2000 podría atribuirse en parte a las 220 mil consultas que se perdieron por la huelga de abril, pero como veremos en el cuadro 4, la reducción absoluta ese año es de más de 300 mil. Algunos opinaron 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 mantendría 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; pero las cifras de los años 2001 y 2002 contradicen esa opinión. En el **gráfico 2**, se separan las consultas de medicina general (zona oscura) de las consultas por especialista, y se calculan las razones de consultas por 10 habitantes para 2002. Puede verse con mayor claridad un patrón de consumo que se inicia con más consultas por habitante en los menores de 5 años que en los grupos siguientes, y un aumento paulatino con la edad que sobrepasa al consumo de los menores de 5 años, a partir de los 65 años. En general, las mujeres consultan más que los hombres a partir de los 15 años y sobrepasan a las menores de 5 años a partir de los 45 años. Para elaborar este grafico se proyectaron los datos de la IV Encuesta de la Consulta Externa hecha en junio de 2002. Si se compara con el gráfico del 2000, publicado en nuestro número anterior, se vería un incremento importante en las consultas por 10 habitantes menores de 5 años y de 65 años y más, como veremos en la sección VIII.

Gráfico 2



La razón de egresos hospitalarios por 100 habitantes 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 8,51 y 8,83 desde 1994 e inicio un descenso en 2000 que se mantiene en 2001 y 2002. En Costa Rica, además, como se ha tenido una alta proporción de parto intrahospitalario desde hace años, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa (cuadros 46-56) y ha influido en la reducción del indicador comentado; por ejemplo en 1989 se produjeron 79 216 nacimientos en los hospitales de la CCSS, cuando la natalidad era de 28 por 1000; en 2002, con la natalidad nacional en 17,4 por 1000, sólo ocurrieron 67 707 nacimientos en esos mismos hospitales. En el gráfico 3 se separan las causas obstétricas con un sombreado más claro para poder comparar mejor el patrón de consumo de hospitalizaciones en el 2002, el cual es similar al de las consultas; pero si se compara con el del año 2000 que aparece a continuación, se verá la reducción comentada en la sección “por causas obstétricas”.

Gráfico 3

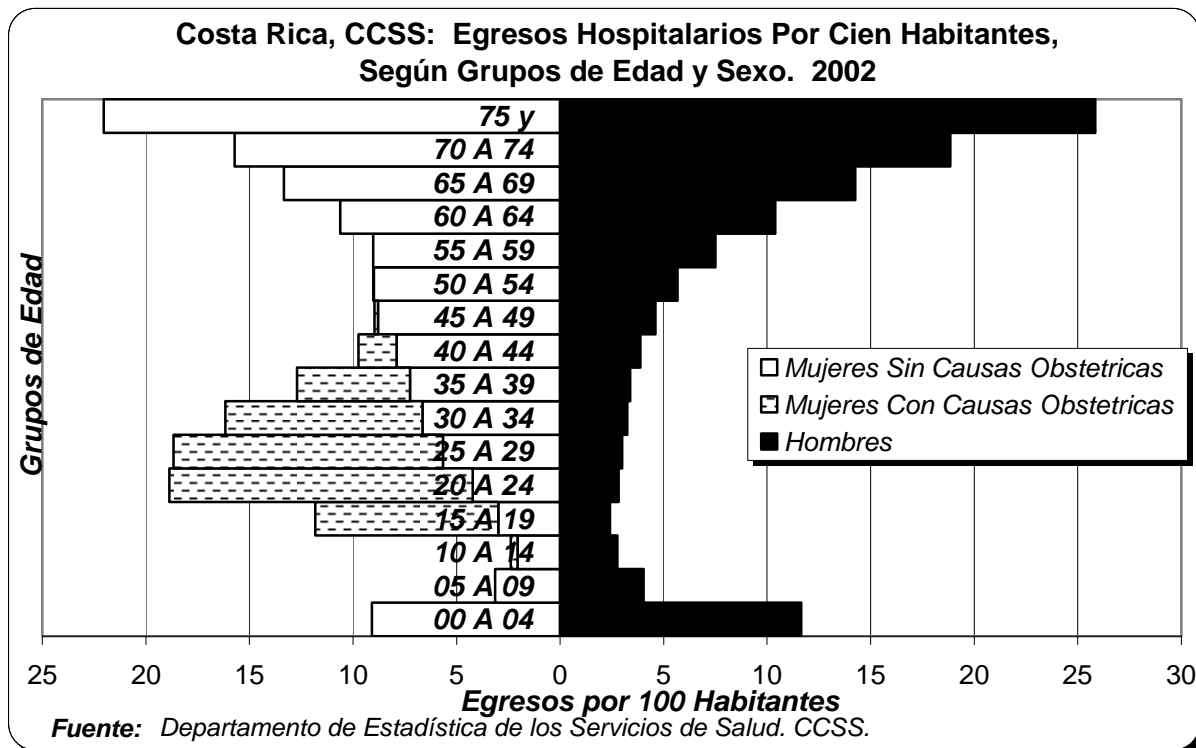
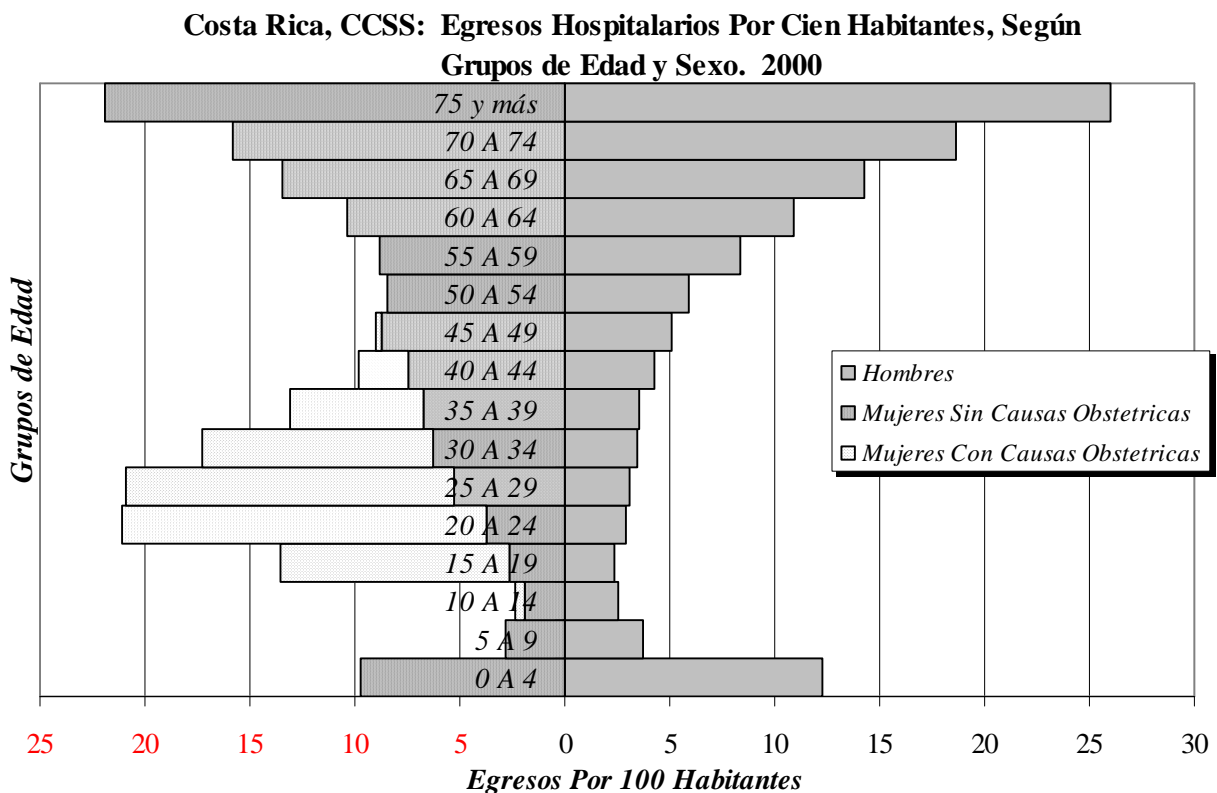


Gráfico 3a:

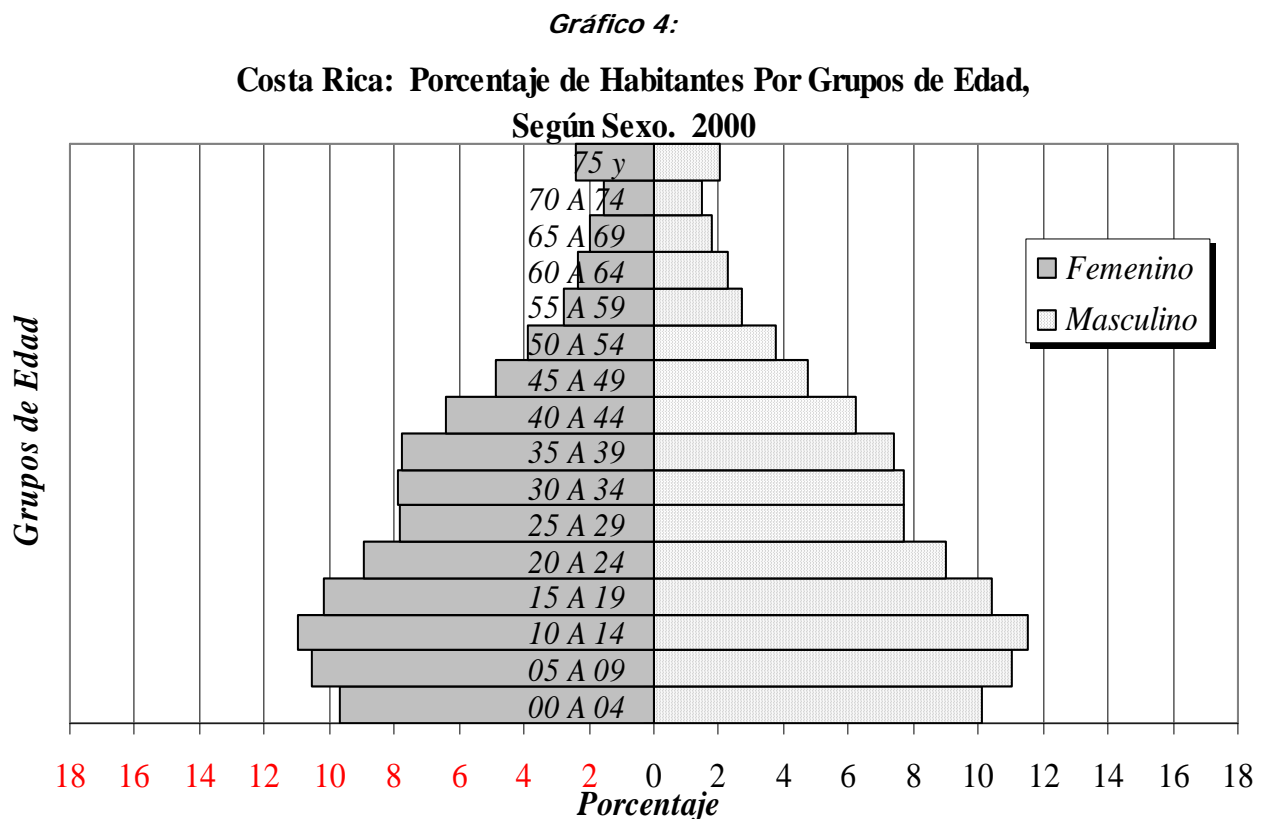


El indicador de exámenes de laboratorio por habitante depende mucho de la

tecnología disponible y de sus avances, y esta íntimamente ligado a las variaciones en la práctica de la Medicina. Dado que en los últimos años se ha autorizado la compra de estos servicios a laboratorios privados sin que se les exijan los datos estadísticos correspondientes, las cifras actuales podrían ser mayores que las que aparecen en el cuadro 1. Lo mismo sucede con el indicador de **medicamentos por habitante** que aparece en el mismo cuadro 1.

En general se ve que, si se compara 1980 con 2002 y a pesar de que respecto a la población, las hospitalizaciones se han reducido y las consultas se han mantenido igual, los exámenes de laboratorio se multiplicaron por 2,3 y los medicamentos, por 1,4; este crecimiento explicaría los graves problemas que se han presentado para lograr atención oportuna en Laboratorios y Farmacias de la C.C.S.S.

Como complemento a la interpretación de los gráficos anteriores se ofrece la **pirámide de población** de Costa Rica según el censo de 2000.



Ampliando detalles, los datos del **cuadro 2** muestran en resumen las cifras

absolutas del reciente año 2002; 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 un 25% 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 2001), consultas externas (encuesta 2002) y egresos hospitalarios (2002) 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 2002 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., debe preocupar el hecho de que sean no asegurados los que más utilizan los servicios, especialmente fuera del Valle Central, ya que las cifras disponibles a través de la Encuesta de Hogares sobre población general incapaz de pagar sus cuotas no son tan altas. Este grupo afecta sobre todo en urgencias y hospitalización, lo cual pone de manifiesto que no todos los atendidos pagan las cuotas respectivas y que en los servicios de salud de la C.C.S.S. no se rechaza a los indigentes que son los llamados "cuenta Estado" en los que se incluyen costarricenses indigentes o no asegurados, indocumentados que ocultan su condición de extranjeros y las personas del Régimen No Contributivo que por definición son indigentes.

Para ahondar un poco mas en este tema, los egresos hospitalarios se tabularon por hospital y condición de aseguramiento en el **cuadro 3a** y se observa que los extranjeros que no ocultan su condición, se concentran en hospitales nacionales y los "por cuenta del Estado" llegan a más del 50% en el Chapui, Upala, La Anexión, San Vito, Tomas Casas y Los Chiles.

En el **cuadro 3b** se incluyen los resultados de las cuatro encuestas hechas en la Consulta Externa y es evidente que los asegurados directos y sus familiares consumen la mayoría de las consultas; pero los por cuenta del Estado han ido en aumento sostenido de 15,77% en 1987 a 20,98% en 2002 y los asegurados directos, que son los que pagan las cuotas del Seguro Social, se redujeron de 30,44% en 1992 a 24,99% en 2002.

Estas cifras deben llamar la atención porque pueden ser evidencia de evasión creciente del pago de las cuotas a la Seguridad Social y de creciente influencia de

la deuda del Gobierno Central en el financiamiento de los servicios de salud de la C.C.S.S.

II. ATENCION AMBULATORIA (cuadros 4 a 10)

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 1, 4 y 5. Si se comparan estos cuadros se confirma que la consulta médica es y ha sido su principal componente; sin embargo las atenciones de urgencia no dejaron de aumentar hasta 2001, y después de 1993 es notable también el paulatino incremento en las atenciones odontológicas. De ahí que, todas las atenciones ambulatorias juntas (consulta externa y urgencias) se mantienen por encima de 3 al año por habitante desde 1996 (**cuadro 4**). A diferencia de los últimos años, el incremento de las cifras absolutas de atenciones de urgencia no se mantuvo en alrededor de 300 mil al año como había sucedido hasta 2000, ya que, si bien en 2001 se redujo el incremento a 100mil atenciones más, en 2002 apenas se registraron 18 918 más; en cambio la consulta medica que se redujo en 2000 en mas de la cifra esperada por causa de la huelga, aumento en 2001 en poco mas de 200mil y en 2002 en cerca de 617mil, esto podría explicarse por un aumento en la cobertura y por una mejor canalización de la no-urgencia, que en los años anteriores estuvo recargándose en los servicios de emergencia.

Si se comparan las cifras de 2001 y 2002 del **cuadro 5**, se observa aumento en el volumen de consultas en casi todos los meses excepto en el mes de marzo. Las atenciones de urgencia se redujeron en marzo, mayo, junio y julio.

Con base en el Informe Estadístico Mensual que elaboran y envían los hospitales, clínica y áreas, se construyeron los cuadros 6, 7, 8, 9 y 10 en los cuales aparecen los datos anuales de atención ambulatoria correspondientes al pasado año 2002, 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 2001 subió de 2,45 a 2,53 consultas por consultante en Medicina General, y bajo de 1,99 a 1,93 en las consultas por especialista. Como se trata de millones de consultas al año, estas pequeñas variaciones en la concentración significan aumento absoluto de alrededor de 100mil consultas de primera vez, lo cual puede interpretarse como un aumento de cobertura:

	2001	2002	Diferencia
Medicina General	2.243.133	2.374.276	+ 131.143
Especialidades	1.242.227	1.335.519	+ 93.292

Los mismos datos aparecen en el **cuadro 7** con el indicador clásico de rendimiento, consultas por hora. En medicina general el rendimiento bajo de 3,56 a 3,46 consultas por hora programada y de 4,01 a 3,93 si se toman sólo las horas utilizadas. Este rendimiento es menor y se reduce de 3,16 a 3,11 y de 3,63 a 3,55 en la consulta por especialistas. En general, las consultas de Medicina General aumentaron de 5.505.425 en 2001 a 6.014.003 en 2002 (+508.578).

En el **cuadro 8** aparece el desglose de la consulta por especialista según especialidad, lo que mas llama la atención es que el total de consultas por especialista en 2001 es el mismo que en 1997 y fue más bajo en los tres años intermedios, a pesar de los esfuerzos Institucionales por aumentarlas, sin embargo esta situación cambia en 2002 con 2.581.638, que es la cifra mayor alcanzada en los cinco años. Los mayores aumentos se registran en Medicina Interna y Rehabilitación, Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología, Ginecología y Salud Reproductiva. En el **cuadro 8b** se presenta la concentración por especialidad; las mas altas son las de Hematología y de Cuidados Paliativos.

Las consultas ODONTOLÓGICAS y por OTROS profesionales aparecen en el **cuadro 9**, en el que sobresalen las Clínicas Metropolitanas por su elevada participación en el total de consultas de Odontología.

En general se percibe que esta variando lo observado a través de los años, ya que los hospitales nacionales en 2002 atienden ya menos del 12,5% de las consultas médicas (era más del 25% en 1998), y entre ellas el 40,36% de las especializadas, junto con el 37,4% 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 URGENCIA en el **cuadro 10**, siguen la tendencia observada y comentada en el 1, sobrepasando ya los 3,5 millones con un 52,8% de no-urgencias y dispersándose por todos los centros médicos, de manera que los grandes hospitales nacionales aunque continúan atendiendo la mayoría, atienden sólo el 16,5% con un 22% de no urgencias. Es notoria la participación del hospital San Vicente de Paul, en el que se imparten más atenciones de Urgencia que en cualquier otro hospital del país; pero 90,3 de cada 100 no son urgencias reales.

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 50,2% en 2000 y a 52,8% en 2001 y 2002. 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.

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, 23,6% en 2001 y 23,2% en 2002. Siempre llama la atención el servicio de emergencias del Hospital Nacional de Niños, que en los últimos años no registra pacientes en observación y sólo el 1,3% son falsas urgencias. En el San Vicente de Paul esta proporción se redujo de 43,8% en 1999 a 1,97 % en 2000, 3,9% en 2001 y 7,5% en 2002, también la proporción de NO urgentes se ha ido incrementando en este hospital (de 39,5 a 63,7%, 77,3% y 90,3%).

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 11 a 21)

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 trabajar por Enfermedad para los primeros que hospitalizaciones para toda la población, con un período promedio teóricamente en el HOGAR que aumento de 8,86 días en 1998 a 9,32 en 2000, y se redujo a 8,9 días en 2001 y 2002; esta cifra varía entre 2,8 días en las áreas de salud de Barva y Poás hasta 28 en el hospital Carit. El hospital Calderón Guardia es el que más órdenes de incapacidad expide (34 747) con un promedio de 17,3 días, seguido por el Hospital México con 24 678 y 17,9 días y la Clínica Marcial Rodríguez con 19 596 y 8,9 días (cuadro 11).

En el cuadro 12 se encuentran los datos de 2002 de los Servicios de **ANATOMIA PATOLOGICA**, a saber: citologías, biopsias y autopsias en cifras totales y las proporciones de apoyo a la red de servicios. Así vemos que las autopsias a otros centros se hicieron principalmente en el Calderón Guardia, y aumento la proporción de 1,35% en 2000 y 0,43 en 2001, a 1,94% en 2002. En cuanto a biopsias, los hospitales regionales Escalante Pradilla y San Rafael muestran proporciones altas de apoyo a la red; situación que se repite.

Los tres cuadros siguientes (13, 14 y 15) se refieren al **LABORATORIO CLINICO**. En el cuadro 13 están las cifras absolutas anuales registradas de 1980 a 2002 que muestran un aumento continuo al punto de que en 2002 los laboratorios clínicos de la institución realizaron 4,4 veces más exámenes que en 1980, parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la población; pero como se comento en el cuadro 1 también aumento la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso del laboratorio que hace 23 años. Esto se aprecia mejor en el cuadro 14, en el que se tomaron los datos del 13 y se relacionaron con los productos finales de los mismo años; así puede verse que la relación exámenes por cada atención se cuadriplico en Urgencias, se multiplico por 2,5 en Consulta Externa y por 2 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 54% de los exámenes de laboratorio producidos. En el cuadro 15 esta el detalle por centro de 2002, así se ve que como siempre, la tercera parte de los exámenes de laboratorio se hace en los hospitales nacionales, y en las regiones son los hospitales los que concentran el mayor numero, pues no todas las clínicas y áreas de salud cuentan con este servicio, por lo que el buen funcionamiento del "apoyo a la red" es muy importante.

Los cuadros 16, 17 y 18 se refieren al Servicio de **FARMACIA**. En el **cuadro 16** 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 2002, separados por área de atención; estas muestran un aumento continuo al punto de que en 2002 las farmacias de la institución despacharon 2,7 veces más recetas que en 1980, parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la población; pero como se comentó en el cuadro 1 también aumentó la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso de los medicamentos que hace 23 años. Esto se aprecia mejor en el **cuadro 17**, en el que se tomaron los datos del 16 y se relacionaron con los productos finales de los mismos años; así puede verse que la relación medicamentos por cada atención se multiplica por 1,3 en Urgencias, por 1,7 en Consulta Externa y por 2,3 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 65,7% de los medicamentos despachados. En el **cuadro 18** está el detalle por centro de 2002, y a diferencia del Laboratorio, el servicio de Farmacia está más distribuido entre hospitales, clínicas y áreas de salud, pues requiere menos infraestructura.

El mayor dispensador de medicamentos es el Hospital Calderón Guardia que tenía adscrita la Clínica Central; las áreas de salud que no aparecen es porque: o no estaban conformadas en 2002 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 2002 los Servicios de Farmacia registraron casi 46 millones de órdenes de medicamentos (11 al año por habitante); la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en las Clínicas Metropolitanas.

Los cuadros 19 y 20 se refieren al Servicio de **RAYOS X** y como es de esperar, son muy pocos los centros que cuentan con él, por ese motivo el "apoyo a la red" es tan importante. El cuadro 21 se refiere a **FLUOROSCOPIAS**.

IV. ATENCION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 22 a 59)

4.1. Utilización de las camas y producción general (cuadros 22 a 35)

Obviamente, la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo se incluyeron cuadros como el 1 y el 2 en el que aparecen los grandes volúmenes de atención de los servicios ambulatorios y de hospitalización. Esta sección trata solamente de los servicios individuales de atención de salud a las personas que se prestan mediante la ocupación de una cama hospitalaria.

El cuadro 22 contiene las cifras generales de esta área en la C.C.S.S. y su evolución de 1980 a 2002. Se ve así que aunque el número total de camas hospitalarias de dotación normal se ha reducido lentamente desde 1982, su porcentaje de ocupación general se ha mantenido entre 74,4 en 1982 y 82,3% en 2001 sin una tendencia claramente definida; además en 2002 hay una reducción de 20 camas con una reducción de 1% en la ocupación; una vez más se evidencia que en la red de hospitales de la C.C.S.S. los problemas de camas son más de distribución que de faltante. 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 y un incremento a 333.541 y 333 013 en 2001 y 2002), y ha habido una reducción sostenida de la estancia promedio (de 7,91 a 5,22 días), lo que, junto a la reducción de las camas (de 6926 a 5860), produjo aumento en el giro de camas (de 35,4 a 56,8) sin aumento sensible en el porcentaje de ocupación.

Sobre este tema conviene recalcar que para un porcentaje de ocupación "ideal", el indicador para actuar sobre la utilización de una cama es siempre la estancia promedio y de esta 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 con 1980, en 2002 los hospitales de la C.C.S.S. redujeron el periodo promedio de permanencia en el hospital en 2,5 días por paciente lográndose una reducción de más de 800mil estancias, junto con un aumento en los egresos; además tienen mas de 1mil camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 85%, con mas de 1mil 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. Por ese motivo la queja por faltante de camas debe verse como problema de casos particulares y no de la red de servicios.

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 emergencias, al mejoramiento de los servicios auxiliares de diagnostico 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 22 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 2000 un 48,49% ; un 49,69% en 2001 y un 50,83% en 2002. 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 25). Series cronológicas de algunos de estos indicadores por hospital se presentan en varios de los cuadros siguientes.

El cuadro 23 presenta el panorama general del área de hospitalización de

2002 por hospital. La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia se mantuvo entre 5,3 y 6,6 días, con ligeras variaciones en los porcentajes de ocupación y en el número de egresos; por ejemplo, la estancia promedio estuvo entre 2,23 y 6,61 días en los hospitales Carit y San Juan de Dios respectivamente; en el Calderón Guardia se mantuvo en 5,27 días, y en el México se mantuvo en 6 días por paciente; en ellos la proporción de egresos con alguna intervención quirúrgica es superior a 60% en el México y alcanza su máximo en el Calderón Guardia con 64,7%. 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 se ha reducido sustancialmente la estancia promedio en el Dr. Chapuí de 92,4 días en 1999 a 48,62 en 2002. Largas estancias tienen también los Hospitales Nacional de Rehabilitación y el Geriátrico Dr. Blanco Cervantes. Con cifras inferiores a los generales 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 40,97% en el Monseñor Sanabria y 57,23% en el Maximiliano Peralta. Datos de este cuadro 23 están desglosados por hospital y servicio en la sección correspondiente.

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 24), lo mismo que la reducción de la estancia promedio (cuadro 25), 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 período 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; si se compara con 1999 por ejemplo, en 2002 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.

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 4,1 días en 2002.

Las variaciones estacionales observadas en años anteriores respecto a egresos, partos e intervenciones quirúrgicas aparecen en el **cuadro 26**.

Un factor reconocido como influyente en la duración de la permanencia en el hospital, es la EDAD de las personas; en los cuadros 27 y 28 se desglosan los egresos y la estancia promedio de 2002 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 27**), lo cual influye en su estancia promedio total pues algunos de ellos son los que tienen en general los promedios de estancia más altos; una diferencia que llama la atención es la existente en la estancia promedio de las personas de 65 años y más en los hospitales generales nacionales, los tres tienen más de 5mil egresos cada uno pertenecientes a ese grupo de edad y solo el San Juan de Dios tiene una estancia mayor que el promedio nacional de 10,6 días (**cuadro 28**).

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 29**. En general, la proporción de traslados aumenta conforme se reduce el nivel de resolución, así, los hospitales periféricos 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 Padilla 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 esta 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.

EL gran peso de la obstetricia en el porcentaje total de egresos se ve en el **cuadro 30**, que muestra la distribución de los egresos hospitalarios por DIAGNOSTICO PRINCIPAL según los capítulos de la CIE, y 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. Es interesante observar el lento aumento relativo de los Tumores como causa de hospitalización y la lenta reducción de las causas externas (accidentes y violencias), a pesar del aumento de las muertes por estas últimas; lo que indica que la mayor parte de ellas ocurre en el lugar de ocurrencia, no llega a los hospitales.

En el **cuadro 31** se amplía el desglose de las enfermedades respiratorias por diagnóstico principal en los egresos hospitalarios y en las atenciones de Urgencia, y al final del cuadro, también de las infecciones intestinales. En el **cuadro 31 b** aparecen las consultas por enfermedades respiratorias según región estimadas con la VI encuesta.

A veces la permanencia en el hospital se prolonga por infecciones adquiridas en el mismo, en el **cuadro 32** se presenta la proporción de afecciones nosocomiales registradas que, aunque es muy baja, muestra ligeros aumentos de 1998 a 2002 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, sin embargo se registra en el un aumento en 2002 que es necesario resaltar.

En el **cuadro 33** aparece el total de egresos de cada hospital durante 1990 y los últimos seis años y la proporción de CIRUGIA 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 5,66% en 1997 y 10,26% en 2002) 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% y bajo a 16,57%. 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 86%.

Dos de los eventos más frecuentes en los egresos hospitalarios son los partos y las intervenciones quirúrgicas; en el **cuadro 34** aparecen estas cifras de 2001 y 2002 por mes. Como ha continuado la reducción en el total

de partos atendidos y esta se distribuye entre varios meses, algunas de las variaciones de las intervenciones quirúrgicas pueden explicarse por variaciones en las cesáreas y episiotomías causadas por la reducción del número de partos, la cual se produce por la baja natalidad, como veremos en la sección dedicada a Salud Reproductiva.

El desglose de los componentes del Porcentaje de INTERVENCIONES QUIRURGICAS por hospital según nivel de complejidad se encuentra en el **cuadro 35**, vale la pena destacar que, respecto a 2001 y a pesar de la reducción del número de cesáreas y episiotomías por la reducción de la natalidad ya comentada, en 2002 se registro un aumento de 3233 egresos con intervención quirúrgica que se concentran en Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía no obstétrica, llegando estos en total a 169 061 (50,83% del total de egresos- cuadros 22 y 23); de ellos el 20,42% de intervenciones obstétricas en el parto (9,77% cesáreas y 10,65% episiotomías) que hubo en 2001 como era de esperar se redujo a 17,32% en 2002 por causa de la reducción de la natalidad comentada en otras partes ; en tanto que el 17,05 de cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) aumento a 18,46% y el 62,52% de cirugía mayor que hubo en 2001 llego a 64,21% en 2002; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital.

4.2. Resultados generales del análisis de los Grupos de Diagnósticos Relacionados por el consumo de recursos (GDR) (cuadros 36 a 46)

Utilizando el número de camas de 2002 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.

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.

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 IX); en el **cuadro 36** 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 el Hospital de Niños y el Tony Facio con 10%; ya en 2002 los hospitales generales con el mayor porcentaje de casos extremo son el San Juan de Dios (10%), La Anexión (7,8%), el Nacional de Niños (7,6%) y el Enrique Baltodano (7,3%). De 1998 a 2002 son notorias las reducciones mostradas por Hospitales como el México, Carit, el Dr. Maximiliano Peralta, Tony Facio, Escalante Pradilla, Ciudad Neilly, San Vicente de Paul y Max Terán.

Aunque probablemente no van a desaparecer y aunque lleguen a ser muy pocos, el Comité de Expedientes de Salud de cada Hospital debería hacer de rutina 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 extremos sean justificados. Al principio muchos de 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; este el tipo de caso extremo que talvez sea ha reducido mas en estos cinco años, pues se ha insistido mucho con los médicos en la forma correcta de escribir los diagnósticos. 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 que se resuelven por medios que no son precisamente médicos.

La estancia promedio recalculada sin los casos extremo se denomina estancia promedio "depurada" (EPD) y aparece en el **cuadro 37** que, por definición, debe contener siempre cifras menores o iguales a las del cuadro 25. Estos son promedios HIPOTETICOS, los que habría tenido cada hospital si no hubiera tenido casos extremo; por comparación con el cuadro 25 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 36, y han ido aumentando en

aquellos pocos en los que esta última ha aumentado.

Un factor que ha influido en la reducción del porcentaje de casos extremos y de la estancia promedio es el aumento en la proporción de egresos hospitalarios con sólo un día de estancia si se compara con la que tenían los hospitales en 1980 y 1981 (cuadro 38), por ejemplo los tres hospitales nacionales tenían menos del 19% en 1980-81, diez años más tarde los pacientes con un día de estancia son mas del 30% y el 51% en el Sáenz Herrera, este incremento se ha producido en buena parte por el fortalecimiento de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria (cuadros 44 y 55).

En los cuadros 39 y 40 se presentan los indicadores resumen del análisis de los Grupos de Diagnósticos Relacionados: los índices de COMPLEJIDAD y de FUNCIONAMIENTO respectivamente. Hay que recordar que ambos se calculan e interpretan respecto a la estancia promedio de la NORMA que en este caso es 4,8 días, por lo que, en ambos casos, el índice de la NORMA es igual a 1,0000 ($4,8 / 4,8 = 1,0$). Esta NORMA en cada año se obtuvo de todos los hospitales juntos como se explica en las definiciones básicas. Además, como puede deducirse de varios cuadros, 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 bastante en esta NORMA.

Todos los hospitales que tengan un índice de COMPLEJIDAD SUPERIOR a 1,0000 (uno) es porque proporcionalmente tienen MAS casos COMPLEJOS que la NORMA (cuadro 39) por lo tanto, su estancia promedio es superior a los 4,8 días de la NORMA y la cifra por encima de 1 de su índice de complejidad 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 en 2002 el hospital San Juan de Dios que es del tercer nivel de atención tiene una estancia promedio de 6,6 días (más alta que los 4,8 días de la NORMA) y un índice de complejidad de 1,2441 se puede decir que el 24,4% de esa estancia más prolongada se explica por su mayor complejidad; en el caso del hospital Carit, con una estancia de 2,2 días y un índice de 0,6027 lo que se puede decir es que tiene un 39,73% menos de casos complejos que la NORMA ($1 - 0,6027$), lo cual es de esperar en un hospital de Ginecobstetricia.

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 de Salud Reproductiva), sin embargo se ha visto 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 2000 y 2001, lo mismo que respecto a 1995. A finales de 1996 se inició la capacitación en la metodología de los GDR y en 1997 dio inicio el plan piloto de los compromisos de gestión, y estos hechos de seguro han hecho variar estos indicadores.

La interpretación cambia en el **cuadro 40**, 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, o sea que tienen una estancia menor que la NORMA en algunos grupos de diagnósticos. Por ejemplo, si el hospital San Juan de Dios tiene una estancia promedio de 6,6 días y un índice de función de 1,3557, se puede decir que el 35,57% de esa estancia mas prolongada ya no se explica por su mayor complejidad, por alguna otra razón necesita más estancias que la NORMA para tratar los mismos pacientes, son problemas de su desempeño que el hospital debe tratar de corregir; en el caso del hospital Carit, con una estancia de 2,2 días y un índice de 0,9315; lo que se puede decir es que consume un 6,85% menos estancias que la NORMA ($1 - 0,9315$) 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 su mantenido mal funcionamiento; en cambio entre los regionales y periféricos son muy pocos los que son menos eficientes que todos juntos. En 2001 y respecto a 1997 ganaron eficiencia los hospitales Calderón Guardia, Dr. Max Peralta, San Carlos, Monseñor Sanabria, de La Anexión, todos los de las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica y Brunca.

Si se les compara con los regionales, los tres hospitales generales nacionales, tienen estancia promedio bruta más alta (cuadro 23), 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 (cuadro 27), 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.

Para cerrar esta presentación general del análisis de los GDR en el **cuadro 41** están los 25 GDR más frecuentes en todos los egresos hospitalarios de la C.C.S.S. en 2002 y que explican el 51,6% del total. Como era de esperar, 6 de los 7 grupos más frecuentes se refieren a embarazo, parto y puerperio, 2 de los cuales son quirúrgicos; la cesárea sin complicaciones es el segundo en frecuencia y tiene un 12,7% de casos extremo; pero la estancia es ya tan corta (3 días) que para eliminar esos casos extremo habría que reducirla apenas en medio día por paciente (2,47); en cambio en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 6,5% de casos extremo podría reducirse la estancia en más de un día (de 9,4 días a 7,7).

En los cuatro cuadros siguientes se separan los GDR y se presentan los 25 más frecuentes de cada servicio (todos los hospitales juntos, dado que los grupos de diagnósticos son homogéneos).

La variabilidad de la estructura interna de los casos del servicio de **MEDICINA**, hace que sólo el 52,9% se explique por los 25 GDR más frecuentes, entre los que predominan los padecimientos de los sistemas CIRCULATORIO y RESPIRATORIO y altas proporciones de casos extremo. La mayor proporción de casos extremo se encuentra en los trastornos degenerativos del sistema nervioso, que ocupa el vigésimo lugar en cuanto a frecuencia general, con una estancia promedio de 12,9 días que se reduciría a 7,1 sin el 19,4% de casos extremo; el asterisco en la estancia promedio bruta indica que en los hospitales de la CCSS, la estancia de este grupo tiene una gran dispersión, es muy variable, no sigue patrón conocido, ya que la desviación estándar es mayor que el promedio (**cuadro 42**).

Los casos del servicio de **CIRUGIA** son muy variables pues en 2002 (**cuadro 43**) sólo el 42,8% de los casos esta comprendido en los 25 GDR más frecuentes; alta proporción de casos extremo esta en el vigésimo segundo GDR “intervenciones de hombro, codo y antebrazo sin complicaciones” (14,2%) y en el octavo “intervenciones de pierna, tobillo y humero en mayores de 17 años sin complicaciones” (8%).

En el **cuadro 44** se excluye la Cirugía Mayor Ambulatoria, (que por definición tiene un día de estancia) y se define como: 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 esta a cargo de especialistas y 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. No se definen como egresos de CMA los del servicio regular de Cirugía con un día de estancia que no se generen en el programa de CMA, ni los ingresos por el programa que permanezcan en el hospital por más de un día. Sin que importe la causa, los traslados de CMA al área de hospitalización sólo se registraran como egresos del servicio de hospitalización al que hayan sido trasladados.

Los 25 GDR más frecuentes de **CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA** están en el **cuadro 44** y en 2002 incluyen el 77% de los casos, que por definición tienen todos un día de estancia, no hay casos extremo. Más del 32% están entre intervenciones del cristalino que es el GDR más frecuente, laparoscopia con interrupción tubarica incisional, procedimientos quirúrgicos extraoculares en mayores de 17 años excepto orbita y amigdalectomía o adenoidectomía o ambas en menores de 18 años.

La estructura interna de los casos de **PEDIATRIA** (**cuadro 45**) tiene menos variabilidad que Medicina y Cirugía, por ese motivo en 2002 el 69,2% esta explicado por los 25 GDR más frecuentes, encontrándose entre ellos seis de la categoría diagnóstica mayor 15 que agrupa los problemas perinatales. La estancia promedio más prolongada esta en el séptimo GDR "neonato con extrema inmadurez y distres respiratorio" que tiene 12,5 días que sin el 7,3% de casos extremo podría reducirse a 8,5 días; tiene además una gran dispersión en el periodo de permanencia, pues el asterisco en la estancia promedio bruta indica que la desviación estándar es mayor de 12,5 que es el promedio. En este cuadro llama también la atención que Bronquitis y Asma explican un 7% de los casos hospitalizados y ocupan el segundo lugar en frecuencia; además, el prematuro sin problemas mayores en el decimoséptimo lugar, tiene 11,6% de casos extremo, lo cual aumenta su estancia promedio de 4,4 a 7,2 días.

La menos variable de todas es la estructura interna de los casos del servicio de **GINECOBSTERIA**; en 2002 los 25 GDR más frecuentes explican el 97,1% de los egresos hospitalarios (**cuadro 46**) y la mayor proporción de casos extremo (12,9%) esta en las cesáreas sin complicaciones, que de 3,1 días de estancia, podría haber tenido 2,5 y ocupa el segundo lugar en frecuencia.

V. ATENCION HOSPITALARIA POR SERVICIOS (cuadros 47 a 59)

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. Para prestarles servicios especializados estas personas son 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 IX). La tendencia moderna es reducir el uso de la cama a lo estrictamente indispensable, mediante el desarrollo de la tecnología de diagnóstico y tratamiento.

La distribución de las camas por servicio en 2002 y los datos de egresos y estancia promedio de cada servicio de 1995 a 2002 se encuentran en los cuadros 47 a 55 separados por región y hospital, junto con otros tres cuadros que amplían la información sobre el servicio de Cirugía.

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 (56,8%) y en el México (46,8%), seguido por el servicio de Medicina; en la mayor parte de los regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia (**cuadro 47**). Al pasar de la modalidad de gestión de camas a la de gestión de pacientes, 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.

El **cuadro 48** se refiere al servicio de **Medicina** (excluida Psiquiatría que aparece en el cuadro 49), el cual tuvo más de 48700 egresos en 2001 y 2002, con una estancia promedio general de 9,6 días desde 1997. La tercera parte de estos egresos se produce en los hospitales nacionales con estancias que van de 11,7 días en el Calderón Guardia a 19,6 en el Geriátrico Blanco Cervantes. En los regionales, la estancia más prolongada desde 1997 es la del Dr. Max Peralta con más de 10 días y en los periféricos la estancia promedio del servicio de Medicina va de 5,16 días en el Dr. Tomás Casas a 10,2 en el San Vicente de Paul.

Los Servicios de **Psiquiatría** no son comunes a todos los hospitales, en el **cuadro 49** se ve que, además del Hospital Psiquiátrico Chapuí y el Dr. Chacón Paut, que muestran la estancia promedio más alta, sólo en doce hospitales generales hay

Servicio de Psiquiatría y con estancias mucho más cortas, y que el conjunto atiende alrededor de 6000 pacientes al año.

Como **cuadro 50** 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 2400 pacientes con la estancia promedio más baja de todas, 2 días.

En el **cuadro 51a** aparecen los datos del Servicio de **Pediatría**, el cual es común a todos los hospitales regionales y periféricos que en conjunto atienden el doble de los niños que atiende el Sáenz Herrera, con estancias promedio muy bajas desde hace varios años, y que en 2002 van de 2,8 días en el Dr. Valverde Vega hasta 5,74 días en Los Chiles. Los datos de los hospitales nacionales de adultos corresponden sólo a Neonatología con estancias superiores a 8 días. El cuadro 51a No incluye los egresos de **Cirugía Pediátrica**, que se encuentran en el **cuadro 51b** y en esta especialidad, que no es común a todos, los casos vistos en los hospitales regionales y periféricos son más de 4 veces los del hospital de Niños y probablemente de menor complejidad.

Los datos de **Ginecobstetricia**, el servicio más voluminoso de todos, se presentan en el **cuadro 52**, como es de esperar la estancia promedio de estos servicios es la más baja, en muy pocos hospitales pasa de 2,5 días. Aun así aumento de 2,23 en 1999 a 2,33 en 2002, que aunque es sólo 10 centésimos de día, en 119762 egresos representa 11976 estancias más. Si se separan los datos de Ginecología de los de Obstetricia (**cuadros 53 y 54**) se ve que el 25% de los casos son de **Ginecología**, con una estancia promedio casi constante alrededor de 2,7 días; además se observa la reducción comentada de los casos de **Obstetricia** que es más marcada en el San Juan de Dios y en el Calderón Guardia.

En el **cuadro 55** 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 1995 a 2001 por hospital y región, incluyendo la Cirugía Pediátrica. Como se comentó anteriormente, la tendencia observada hasta 1999 cambio en 2000, la estancia promedio total de Cirugía llegó a 7 días en 1996 y desde entonces se redujo hasta 6,4 en 1999 o sea 1 día menos, que en más de 70 mil egresos represento más de 70 mil estancias menos, muchas de ellas ahorradas probablemente por los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria; sin embargo en 2001 se registra un aumento de 0,24 días con 17 mil estancias más que en 1999. Entre 1995 y 1999, los egresos regulares de Cirugía se incrementaron en un 12% y la CMA en 134%, de manera que si en 1995 se producían 5,15 egresos de Cirugía por cada CMA, en 1999 al aumentar la CMA esta relación bajo a 2,46; relación que se mantuvo en 2000 es de 2,26 en 2002. 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 ellos este indicador en 2002 esta entre 2,5 días en Upala y 6,36 días en el Monseñor Sanabria. Llama la atención la ausencia de CMA en el William Allen y en Golfito.

Como indicadores generales, del **total de egresos hospitalarios**, la mayor parte de los que fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica (25,1%) ingreso por la consulta externa y el 21,4% ingreso por el servicio de urgencias; en poquísimos casos y solo en los hospitales que tienen servicio de Obstetricia, se intervino quirúrgicamente a recién nacidos en el hospital. El 53,5% de los egresos hospitalarios de 2002 no tuvo intervención quirúrgica. Estas cifras varían según el hospital e incluyen hasta las cesáreas y las episiotomías (**cuadro 56**). Los cuadros 57, 58 y 59 contienen los mismos indicadores referidos solo a los egresos hospitalarios de los servicios de Cirugía, Cirugía Pediátrica y Ginecología respectivamente.

El **cuadro 57** permite ver que, de los egresos del servicio de **Cirugía de adultos**, se intervino quirúrgicamente al 72,8% de los que ingresaron por la Consulta Externa y al 60% de los que ingresaron por Urgencias; este **índice quirúrgico** varia por hospital, así, entre los que ingresaron **por la Consulta Externa** en los hospitales periféricos el más bajo es el 45,2% del Tomás Casas y el más alto, el 92,6% de Upala; en los regionales el menor es el 53,9% del Monseñor Sanabria y el mayor el 82,1% del San Rafael, en los hospitales nacionales el menor es el 65,3% del Calderón Guardia y el mayor el 85,5% del CENARE. En los ingresos a **Cirugía por Urgencias**, el menor es el 38,5% del Tomás Casas y el mayor, el 74,4% del Maximiliano Peralta.

En el cuadro 57 se excluyeron los datos de **Cirugía Pediátrica** que aparecen en el **cuadro 58**, de manera que se puede ver que en los niños el índice quirúrgico entre los que ingresan por Consulta Externa es de 77% y entre los que ingresan por Urgencias es de 63,8%. Por hospitales el menor por Consulta Externa es el 70% del Sáenz Herrera y el mayor, el 95% del Carlos Luis Valverde Vega. Por Urgencias el menor se dio en el Monseñor Sanabria con 36,6% y el más alto es el del Maximiliano Peralta con 79%.

En **Ginecología** se opero al 78% de las que ingresaron por Consulta Externa y al 64,3% de las ingresaron por Urgencias. En general los índices quirúrgicos de Ginecología por hospital son más altos que en Cirugía y que en Cirugía Pediátrica (**cuadro 59**).

VI. SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 60 a 70)

Esta sección se refiere únicamente a la atención de las embarazadas y al evento final (parto o aborto), las cuales generan más del 30% de los egresos hospitalarios

en la CCSS. 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 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 en el **cuadro 60**, muestra que la tasa de Costa Rica se ha reducido de 43 nacimientos por cada 1000 habitantes en 1964 a 17,4 en 2002. 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 (baja natalidad y alta proporción de parto intrahospitalario). También permiten explicar en parte la reducción de la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes del cuadro 1, pues al reducirse tanto la natalidad, se ha reducido la cifra absoluta de nacimientos en el país (de 81 132 en 1994 a 71 144 en 2002) y, por lo tanto, el total de partos atendidos en la C.C.S.S.

Congruentemente con las cifras anteriores, en los últimos 38 años se observa en el mismo cuadro 60 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 10,8 en 2001 y a 11,15 en 2002. Antes de alarmarse por lo que parece un aumento de los menores de un año fallecidos en 2002, es necesario tomar en cuenta que:

- a. el denominador de la tasa de mortalidad infantil son los nacimientos registrados, y estos fueron 76 401 en 2001 y 71 144 en 2002 (reducción de 5257)
- b. el numerador de la misma es el número de defunciones de menores de un año, y estas fueron 827 en 2001 y 793 en 2002 (reducción de 34)
- c. por lo tanto hubo una reducción absoluta en las defunciones infantiles en 2002; pero fue mayor la reducción absoluta en los nacimientos, lo cual definitivamente aumento la magnitud de la tasa porque ya su numerador es muy pequeño.

En el **cuadro 61** 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 62) y su fecundidad se ha reducido casi en un 50% .

Por ese motivo, en el **cuadro 62 del peso relativo de las embarazadas (parto o aborto) atendidas por la C.C.S.S. según edad**, se nota un aumento en el del grupo en edad de 10 a 19 años, 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 63** se excluyeron los abortos y se presentan en, serie de veintidós 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, sin que por ese motivo se haya reducido la proporción de nacimientos ocurridos en la institución (cuadro 63); el primer indicador es la proporción de parturientas atendidas 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 90% en 2002; este es un indicador del desempeño del primer nivel de atención, el cual ha sido favorecido por los procesos de modernización. Luego tenemos el porcentaje de partos por cesárea que ha ido aumentando de 14 a 22% en 2001 y 2002; los otros dos indicadores se refieren a peso al nacer: el bajo peso se había mantenido por encima de 6,1 y por debajo de 7,1%; pero en 2002 subió a 7,7% y el peso insuficiente, ha estado entre 21 y 23,1% sin tendencia marcada.

La distribución de los partos y abortos por **personal que los atendió** del **cuadro 64** muestra una proporción atendida por Médico de 50,9% en 1987 que se ha ido reduciendo hasta 39,8 en 2002; también las atenciones por Obstétrica que aumentaron del 41 al 47% se redujeron a 43,5% en 2001, en cambio las por Estudiante subieron de menos de 1 a 7,8 en 2001. 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 17,1% en 2002, con incrementos notorios en las embarazadas con una o con seis y más consultas prenatales. Las distribuciones de estas dos características por hospital en 2002 se encuentran en los cuadros 65 y 66.

Una proporción de atención por médico menor del 30% se presentó en 2001 en cuatro hospitales, en 2002 la lista se amplió a seis, agregándose San Francisco de Asís y William Allen a Los Chiles, Upala, Guápiles, Ciudad Neilly y San Vito; y los valores máximos de esta atención de partos y abortos por médico era en 2001

mayor del 60% en Tomás Casas, Max Peralta y Max Terán, se mantuvo sólo en el Max Peralta. La atención de partos por Estudiantes se redujo; pero sigue siendo alta en el Hospital de la Mujer Carit, en el San Juan de Dios, y en el Enrique Baltodano. En Upala hay una alta proporción de partos extrahospitalarios, le siguen San Vito, San Carlos, Los Chiles y Liberia; como es de esperar el parto extrahospitalario es muy frecuente en las clínicas que sólo dan esta atención por emergencia (**cuadro 65**).

En 2001 llamo la atención la alta proporción de partos y abortos sin atención prenatal registrados en las Regiones Chorotega y Pacífico Central y, en especial, en los Hospitales de la Anexión y San Rafael; pero sobre todos el San Juan de Dios con un 71% y dijimos que a estas alturas del proceso de adecuación del modelo de atención y sin ser muy exigentes, siempre que esta proporción fuera mayor de 35%, debería sospecharse de subregistro del dato en el hospital respectivo, directamente en el expediente o al hacer la transcripción al informe de egreso; pues si el dato era real, tendrían que revisar el quehacer del primer nivel de atención, que en el caso del San Juan de Dios, lo constituyen las áreas de salud de la Región Central Sur. Del **cuadro 66** de 2002 se deduce que esta situación se corrigió bastante en La Anexión y en el San Juan de Dios; con un 50,17% el hospital San Rafael sigue mostrando el problema. En otros hospitales como el México, el William Allen y el San Vicente de Paul, en los que con la proporción con 0 consultas prenatales es menos del 10%, la mayor parte tiene sólo 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 2002 esta proporción se redujo en el Monseñor Sanabria. En el extremo óptimo están varios hospitales que muestran más de 50% con 4 consultas prenatales o más, habiéndose incrementado el número de ellos del 2001 al 2002. Este es un indicador de desempeño del primer nivel de atención.

El **cuadro 67** incluye todos los centros médicos de la CCSS que tienen atención de partos y abortos; en 2000 se habían registrado 75 306 partos, en 2001 se redujeron a 73 072 y en 2002 a 67 850, reducción que es similar a la sufrida por el número de nacimientos inscritos en todo el país por la reducción de la natalidad (recordar cuadro 60). Estos partos de 2002 dieron origen a 67 767 nacimientos, pues el resto resultó en defunciones fetales; las cuales unidas a las de las 8 332 que terminaron su embarazo por aborto en los hospitales de la C.C.S.S., dan una mortalidad fetal de 12,8 (10,85 en 2001 y 11,4 en 2000) por cada 100 embarazadas (partos más abortos), o sea que, además de menos nacimientos, en términos relativos hubo también más abortos.

Aunque aumento en casi todos, la mayor proporción de defunciones fetales se mantiene en los Hospitales San Juan de Dios (13,59% en 2000, 13,49% en 2001 y 14,79% en 2002), Monseñor Sanabria (13,52% en 2000, 13,04% en 2001 y 14,71% en 2002), Max Terán (12,15 en 2000, 13,08% en 2001 y 16,22% en 2002) y Ciudad

Neilly (14,03 en 2000, 13,14% en 2001 y 13,99% en 2002) con una reducción importante en el San Vicente de Paul (13,4% en 2000, 11,36% en 2001 y 15,31% en 2002); a los que se agregan el Tomas Casas con 14,98%. De las 77036 mujeres atendidas por estas causas, 16 fallecieron (3 en el Hospital México y en el Enrique Baltodano, 2 en el Calderón Guardia y en el Max Peralta, y 1 en cada uno de los hospitales Carit, San Juan de Dios, Valverde Vega, San Vicente de Paul, Dr. Tony Facio y Escalante Pradilla). Conviene recordar que por definición, las defunciones fetales son más que los abortos, y los nacimientos son menos que los partos (ver sección IX de Definiciones Básicas).

Cuando la mortalidad infantil se reduce tanto como en Costa Rica, es necesario poner especial atención en la **mortalidad fetal**, por lo que, dado que el registro oficial de la mortalidad fetal es difícil y no es de buena calidad en el país, en este numero hemos agregado el **cuadro 67a** con los datos de partos y abortos intrahospitalarios registrados en los servicios de la C.C.S.S. y el porcentaje que termino en defunción fetal, indicador que se calculo por provincia y cantón de residencia y para los tres últimos años. En primer lugar, vale la pena hacer notar que en general la proporción de mortalidad fetal esta alrededor del 12% en los tres años, con un ligero aumento en 2002; en el año pasado es mayor del 13% en las provincias de San José, Heredia, Puntarenas y Limón; entre los residentes en el extranjero y residencia desconocida sobrepasa el 18%. Entre los cantones de San José llaman la atención Turrubares, Montes de Oca, León Cortes y Escazú; Orotina en Alajuela; Alvarado y Jiménez en Cartago; San Pablo, Barva y Santa Bárbara en Heredia; Tilarán en Guanacaste; Parrita, Osa, Aguirre y Esparza en Puntarenas; Siquirres y Limón. Algunos de ellos, como Escazú y Turrubares muestran altas proporciones en los tres años estudiados. Es importante resaltar al cantón de San Mateo, famoso por tener cero mortalidad infantil, y que muestra un 10% de esta mortalidad fetal.

La distribución de los partos y del porcentaje de partos por cesárea según hospital de 1997 a 2002, aparece en el **cuadro 68**; la Región Central Norte sigue destacándose por los altos porcentajes de cesáreas de sus hospitales, todos mayores de 20%; pero en 2001 y 2002 la superan los de la Huetar Norte, ya que el primer lugar lo ocupa el Hospital San Carlos con mas de 30% y Los Chiles, que no practicaba cesáreas en años anteriores, contribuye con un 15%. Los cambios más notorios son el inicio de la práctica de la cesárea en Los Chiles (15%) y Upala (20%); paradójicamente en 2002 se observa reducción en tres hospitales del tercer nivel, en el William Allen y en el Max Terán; hay aumento de 2001 a 2002 en el San Juan de Dios, el San Francisco de Asis, Dr. Valverde Vega, Enrique Baltodano, Monseñor Sanabria, Tony Facio y Ciudad Neilly. Después de haberse mantenido por años por debajo del 15%, el Escalante Pradilla alcanzo el 20,3% en 2000 y lo mantuvo en 2001, con reducción en el 2002. Dadas estas variaciones, el porcentaje general de partos por cesárea continúa aumentando (cuadro 68): era

menor de 15,89% en 1980; sobrepasa el 20% desde 1992 y llegó a 22,18% en 2001 y 21,95% en 2002.

Se incluye el **cuadro 69** con las defunciones maternas ocurridas en los hospitales de la C.C.S.S., 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.

Para terminar, en el **cuadro 70** aparecen las cifras de los partos atendidos de 1997 a 2002 por edad de la madre y peso al nacer. En el se nota que la reducción sostenida del bajo peso de 6,97% en 1997 a 6,58% en 2000 y que afectó a todos los grupos de edad de la madre, cambió en 2001 por un aumento que continúa en 2002, lo mismo sucede con el peso insuficiente.

VII. ESTADISTICAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD (cuadros 71 a 88)

Aprovechando que las ultimas dos encuestas nacionales sobre morbilidad ambulatoria se realizaron en 2001 la de Urgencias y en 2002 la de Consultas, hemos incluido esta sección en este anuario, complementándola con las cifras correspondientes de egresos hospitalarios y de mortalidad general.

7.1. Morbilidad y mortalidad por sexo y edad (cuadros 71 a 74)

En el **cuadro 71** tenemos las atenciones y la razón de atenciones por 10 habitantes en **urgencias** de 1996 y 2001 según sexo y edad; de acuerdo con este indicador, la demanda de atenciones en urgencias es mas frecuente en las mujeres que en los hombres y se incremento para ambos sexos en el intervalo de cinco años para todas las edades. Es muy frecuente durante el primer año de vida, se reduce al aumentar la edad hasta los 15 años, para incrementarse paulatinamente al avanzar esta. Un patrón similar y más marcado, con incrementos menos notorios, muestran las **consultas** externas (**cuadro 72**) y los **egresos** hospitalarios (**cuadro 73**), en los que el predominio femenino es mayor por la edad fértil. Las tasas generales de **mortalidad** por 1000 (según datos del INEC) tienen un patrón por sexo y edad muy similar al de los egresos hospitalarios; aunque de 1972 a 2002 se han reducido para todos los grupos de edad en ambos sexos (**cuadro 74**).

7.2. Morbilidad y mortalidad por región, provincia y cantón de residencia (cuadros 75 a 80)

A pesar de que mas del 35% de las atenciones de **urgencia** se prestan a personas residentes en la provincia de San José, las atenciones por 10 habitantes son mas altas entre las personas que residen en las provincias de Heredia, Guanacaste, Puntarenas y Limón (**cuadro 75**), sobre todo en los cantones de Aguirre, Osa, Corredores, Siquirres, Liberia, Cañas, Abangares, Flores y Barba. No sucede lo mismo en la **consulta** externa, ya que sólo las provincias de Puntarenas y Guanacaste superan la cifra nacional de consultas por habitante; del análisis por cantones llaman la atención los cantones de Aguirre, Osa, Cañas y Abangares, porque así como tenían más atenciones de urgencia por 10 habitantes, muestran también más consultas por habitante que la cifra nacional (**cuadro 76**). Como los **egresos hospitalarios** son muy poquitos en relación a los servicios ambulatorios, el indicador se calcula por 100 habitantes, y así tenemos mayor frecuencia en las hospitalizaciones de las personas que residen en la provincia de Puntarenas, sobresaliendo entre los cantones Aguirre, Osa y Corredores

(cuadro 77). Por otro lado, la tasa de **mortalidad** es más alta en los residentes de las provincias de San José y Guanacaste, y de los cantones Central de San José, Montes de Oca, Orotina y Flores (cuadro 78).

La tasas de **mortalidad por región** de residencia durante los dos últimos años muestran que la **general** es más alta en la región Central Norte, Pacífico Central y Chorotega (cuadro 79) y la **infantil**, en la Atlántica y Chorotega; llama la atención la última, que se redujo en cifras absolutas de 2001 a 2002 en todas las regiones excepto la Chorotega en la que hubo 19 defunciones infantiles más (cuadro 80).

7.3. Morbilidad por condición de aseguramiento (cuadros 81 a 83)

La distribución proporcional de las atenciones de **urgencia** por condición de aseguramiento obtenida de las encuestas de 1996 y 2001, muestra una pequeña reducción en los familiares de los asegurados por enfermedad y maternidad y un pequeño aumento de los indigentes (cuadro 81). Ambas variaciones son mucho más marcadas en las **consultas** externas, donde se ve una reducción de 47 a 41% en los primeros y un aumento de 13 a 15% en los segundos (cuadro 82); y sobre todo en los **egresos hospitalarios** (cuadro 83), en los que los asegurados se redujeron al 52% y los indigentes representan el 27%.

7.4. Morbilidad y mortalidad por causas (cuadros 84 a 88)

Entre 1996 y 2001 en los servicios de **urgencias** se nota un incremento en la proporción de atenciones por enfermedades infecciosas y parasitarias (de 5,75 a 8,34%) y por infección aguda de las vías respiratorias (de 17,26 a 21%) según el cuadro 84. Esta última causa muestra una gran reducción en la **consulta externa**, en la que, en general la estructura de las causas se mantiene desde 1987 (cuadro 85). Entre los **egresos hospitalarios** se nota un ligero incremento en el peso relativo de las hospitalizaciones por tumores malignos, por afecciones del ojo y sus anexos, apendicitis, hernia de la cavidad abdominal, colelitiasis y fracturas; las mayores reducciones, por supuesto, se presentan en el capítulo de embarazo, parto y puerperio (cuadro 86). Las tasas de **mortalidad** por 100mil habitantes, aunque se ha reducido por causa de cáncer gástrico y cáncer uterino, han aumentado por otros tipos de cáncer como colon y recto, hígado y vías biliares, mama y próstata (cuadro 87). Aunque ha habido una reducción general de la probabilidad de morir, conforme envejece la población continúan aumentando también las tasas de mortalidad por diabetes mellitus,

enfermedades del sistema circulatorio y obstrucción crónica de las vías respiratorias; se han reducido las muertes por anemia, alcoholismo, neumonía y bronconeumonía, complicaciones del parto, malformaciones congénitas y causas perinatales.

Una enfermedad emergente es la **tuberculosis**, en el **cuadro 88** se presenta la distribución de las 475 hospitalizaciones que hubo en 2002 por esta causa y su estancia promedio.

VIII. RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 89 a 101)

Se inicio esta sección con la esperanza de incluir cada vez más datos provenientes de la evaluación de los compromisos de gestión, esta vez con las coberturas logradas por las áreas de salud (incluyendo EBAIS) en los grandes programas de atención a las personas.

El **cuadro 89** se refiere a los porcentajes de cobertura de la atención de salud a los **menores de un año** y a la proporción de esa cobertura que se hizo con “calidad” o apego a las normas específicas de atención, según región y área de salud; así se ve que la cobertura de los **menores de un mes** según áreas de salud varía entre el 13,4% en San Rafael de Desamparados y 100% en Desamparados 3, El Guarco, Hojancha, Colorado, Orotina, Montes de Oro, Jicaral y Guapiles; en general la más alta cobertura se logró en la Región Pacífico Central y la más baja en las regiones centrales Norte y Sur, lo mismo sucede en cuanto a calidad o cumplimiento de las normas de atención; aquí llama la atención la Región Huetar Atlántica que logro un 76% de cobertura de los menores de un mes, pero con la calidad más baja, pues sólo en el 39,7% cumplió con las normas de atención. En cuanto a los **menores de un año**, la cobertura más alta se registro en la Región Huetar Norte, con la más alta calidad (76,9%). Estas proporciones bajan cuando se trata de los niños de **1 a 6 años** de edad que aparecen en el **cuadro 90**, destacándose la Región Brunca con la mayor cobertura (76,4%) y la mejor calidad (62,1%).

Por otro lado, como lo muestra el **cuadro 91**, las **coberturas de vacunación** con dosis completas fueron del 93% en todos los tipos (DPT, Polio, Hepatitis B y H. Influenza) y en todas las regiones, y de 100% en SRP.

Los **cuadros 92 primer grado escolar, 93 tercer grado escolar y 93a cuarto grado escolar**, muestran las coberturas de ciertas actividades clave del primer nivel de atención de la población escolar: agudeza visual, agudeza auditiva, esquema completo de vacunación, valoración nutricional, profilaxis antiparasitaria, exámenes de hemoglobina y hematocrito.

La cobertura y calidad se reducen notoriamente si se evalúa la atención a **adolescentes** (**cuadro 94**) y la del **PAP** (**cuadro 95 y 96**) a pesar de que la proporción de citologías alteradas es muy alta (**cuadro 97**).

La cobertura de 87% lograda con la **atención prenatal** observada por medio de la Evaluación de los Compromisos de Gestión (**cuadro 98**) coincide con la observada por medio de los partos y abortos atendidos en los hospitales (**cuadros 63 y 66**); lo interesante de este cuadro es la bajísima proporción de esa cobertura que se hizo con calidad o sea, apegándose a las normas de atención, la cual apenas alcanzo un

29,4%, lo cual apoya el hallazgo del cuadro 65, en el que se observó una alta proporción de parturientas con sólo una consulta prenatal.

La cobertura lograda por el primer nivel en la atención de **diabéticos** e **hipertensos** con sus porcentajes de cumplimiento de normas, aparece en el cuadro **99** y en la atención individual del **adulto mayor** se puede ver en el cuadro **100**.

La **atención preventiva en odontología** alcanzó un 40% en los menores de 10 años y 37% en las embarazadas (cuadro **101**).

IX. DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADISTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

9.1. 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.

9.2. Fallecidos en Urgencias:

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

9.3. 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 más de 24 horas, debe recibir orden de internamiento y ubicársele en una cama de dotación normal de un servicio de hospitalización.

9.4. 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.

9.5. 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).

9.6. 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.

9.7. 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.

9.8. 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.

9.9. 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.

9.10. 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).

9.11. 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.

9.12. Días cama:

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

9.13. Días paciente:

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

9.14. 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.

9.15. 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.

9.16. 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).

9.17. 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.

9.18. 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.

9.19. 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.

9.20. 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.

9.21. 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.

9.22. 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:

- a. **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 períodos 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.).

9.23. 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.

9.24. 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.

9.25. 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.

9.26. 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.

9.27. 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.

9.28. 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.

9.29. 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).

9.30. 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.

9.31. 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".

9.32. 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.

9.33. 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.

9.34. 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.

9.35. 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 periodo de gestación, la talla menor de 25 cms de coronilla a talón.

9.36. 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 palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

9.37. 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).

9.38. 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 palpitations 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.

9.39. 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)

9.40. Defunción:

Desaparición de todo signo de vida, después del nacimiento.

9.41. Defunción Infantil:

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

9.42. 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.

9.43. 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.

9.44. 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

9.45. 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.

9.46. Mortalidad hospitalaria bruta:

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

9.47. 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.

9.48. 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.

9.49. 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.

9.50. 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, solo se registraran como egresos del servicio de hospitalización al que hayan sido trasladados. No se definen como egresos de CMA los del servicio de Cirugía con un día de estancia que no se generen en el programa de CMA, ni los ingresos por el programa que permanezcan en el hospital por más de un día.

9.51. Servicio:

En el contexto de los servicios de salud, se entiende por Servicio la dependencia destinada a funciones técnicas especializadas (Farmacia, Laboratorio, Obstetricia, Cirugía). Debe contar con la dotación de recursos suficiente para el cumplimiento de las funciones específicas y debe estar a cargo de un jefe especialista de servicio y del personal subalterno necesario.

9.52. Especialidad:

En el contexto de los servicios de salud, se entiende por Especialidad la rama de la Medicina que se dedica al estudio del diagnóstico y tratamiento de grupos de enfermedades (psiquiatría, infectología, oncología) o enfermedades que afectan un área específica del cuerpo humano (neumología, nefrología, cardiología) o que afectan determinado grupo de edad (neonatología, pediatría, geriatría, medicina interna).

9.53. Examen de Laboratorio Clínico:

Es la prueba efectuada en un laboratorio clínico a una persona con fines de diagnóstico, pronóstico o investigación.

Con respecto a las pruebas de laboratorio se debe registrar el número total de exámenes realizados y no el número de componentes de dichos exámenes. Por ejemplo, una biometría hemática debe contarse con un todo y no como tres exámenes separados, como en el caso del recuento de eritrocitos, el valor globular y el por ciento de hemoglobina. (En Costa Rica se cuenta cada uno por separado).

9.54. Prescripción Farmacológica:

Es cada uno de los medicamentos ordenados por un profesional calificado a una persona, independientemente de su cantidad, en cada consulta externa o en cada visita al paciente hospitalizado.

9.55. Admisión:

Admisión de un paciente ambulatorio para la atención en los servicios de hospitalización; puede ser referido de la Consulta Externa o de Urgencias. No son ingresos al hospital ni los traslados internos ni los recién nacidos en el mismo. Sólo el nacimiento en el hospital con morbilidad propia que es referido de Obstetricia y se le abre expediente en Neonatología para su tratamiento, es también un ingreso al hospital.

X. OTROS NUMEROS PUBLICADOS

Nº	TITULO	FECHA
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
5G	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2000	Mayo, 01
5H	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2001	Agosto, 02
5I	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2002	Setiembre, 03
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
10D	Cuarta encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS, 2002	Agosto, 03
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
13B	Segunda encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de urgencias de la C.C.S.S., 2001	Noviembre, 01

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