

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

**ESTADISTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS
DE ATENCION DE LA SALUD, 1980-2003**

SEGUNDO TOMO

**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
ATENDIDA**

**SERIE: ESTADISTICAS DE LA SALUD
No.5-J.b**

SEPTIEMBRE 2004

CONTENIDO

#	TITULO SEGUNDO TOMO CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA	Pág.
I.	MORTALIDAD Y CONSUMO DE SERVICIOS SEGÚN REGIONES Y CANTONES (cuadros 1 - 7)	1
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
A	Población de Costa Rica, consultas, urgencias y hospitalizaciones por 100 habitantes, CCSS, 1980-2003	2
1	Costa Rica: defunciones, población y tasa de mortalidad general por región de residencia, 2001-2003	4
2	Costa Rica: defunciones infantiles, nacimientos y tasa de mortalidad infantil, por región de residencia, 2001-2003	4
3	Defunciones generales y tasas de mortalidad por cada 1000 según provincia y cantón de residencia, Costa Rica 1972, 1992, 1997 y 2002	5
4	Defunciones infantiles y tasas de mortalidad infantil por 1000 nacimientos según provincia y cantón de residencia, Costa Rica 1972, 1992, 1997 y 2002	8
5	Atenciones de urgencia, atenciones por 10 habitantes según cantón de residencia, CCSS, 1996 y 2001	11
6	Consulta externa y consultas por habitante según provincia y cantón de residencia, CCSS, 1987, 1992, 1997 y 2002	13
7	Egresos hospitalarios, egresos por 100 habitantes según provincia y cantón de residencia, CCSS, 1987-2002	15
II.	MORTALIDAD Y CONSUMO DE SERVICIOS SEGÚN SEXO Y EDAD (cuadros 8 - 11)	18
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
8	Defunciones, tasas de mortalidad por 1000 según edad y sexo, Costa Rica 1972, 1992, 1997 y 2002	19
9	Atenciones de urgencias, atenciones por cada 10 habitantes según año de ocurrencia, edad y sexo, CCSS, 1996 y 2001	20
10	Consultas, consultas por habitante según edad y sexo, CCSS, 1987-1992, 1987 y 2002	22
11	Egresos hospitalarios, egresos por 100 habitantes según edad y sexo, CCSS, 1987, 1992, 1997 y 2002	24
III.	MORTALIDAD Y CONSUMO DE SERVICIOS POR DIAGNOSTICOS (cuadros 12 - 15)	26
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
12	Tasas de mortalidad por 100 000 según causas de muerte, Costa Rica, 1972, 1992, 1997, 2001, 2002, 2003	27
13	Atenciones de urgencias según diagnóstico, CCSS, 1996 y 2001	30
14	Consulta externa, porcentajes por año de ocurrencia según causas, CCSS, 1997, 1992, 1997, 2002	33

15	Egresos hospitalarios según diagnóstico principal, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2001, 2002 y 2003	35
IV.	MORTALIDAD HOSPITALARIA (cuadros 16 - 20)	37
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
16	Defunciones hospitalarias por causa de muerte, CCSS, 1992, 1997, 2002 y 2003	38
17	Defunciones hospitalarias por causa desconocida según región y hospital, CCSS, 2002-2003	41
18	Mortalidad hospitalaria porcentajes según región y centro médico, CCSS, 1992, 1997, 2002 y 2003	43
19	Defunciones hospitalarias por grupos de edad según región y centro médico, CCSS, 2003	44
20	Mortalidad hospitalaria porcentajes por grupos de edad según región y centro médico, CCSS, 2003	45
V.	EGRESOS Y ESTANCIAS SEGÚN DIAGNOSTICO E INTERVENCION QUIRURGICA (cuadros 21 - 24)	46
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
21A	Egresos hospitalarios, estancias promedio y percentil 75 por sexo según diagnóstico principal, CCSS, 2003	47
21B	Egresos hospitalarios y porcentajes por bienios y capítulos CIE IX, X, CCSS, 1982-2003	50
22	Egresos hospitalarios y estancias promedio por clasificación de hospitales y clínicas según diagnóstico principal, CCSS, 2003	52
23	Egresos hospitalarios y estancias promedio por clasificación de hospitales y clínicas según procedimiento principal, CCSS, 2003	55
24	Egresos hospitalarios y porcentajes por sexo según diagnóstico principal servicio de cirugía, CCSS, 2003	57
VI.	SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 25 - 49)	59
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
25	Población, nacimientos, tasa de natalidad, porcentaje de nacimientos en la CCSS y mortalidad infantil, Costa Rica 1960-2003	60
26	Tasas de fecundidad por 100 según edad, Costa Rica, 1950-1995, 2000-2003	61
27	Partos y abortos en hospitales y porcentaje por grupos de edad, CCSS, 1987, 1992, 1995-2003	61
28	Nacimientos inscritos y porcentajes según edad de la madre, Costa Rica 1983-2003	62
29	Partos y abortos por edad de la madre región y centro médico, CCSS, 2003	63
30	Egresos hospitalarios con esterilización como diagnóstico principal según sexo y grupos de edad, CCSS, 1994-2003	65
31	Tasas de esterilización hospitalaria por 100 habitantes en bienios según sexo y grupos de edad, CCSS, 1994-2003	66
32	Egresos hospitalarios con esterilización según sexo, región y centro médico, CCSS, 2000-2003	67
33	Partos, nacimientos y porcentaje de parturientas con atención prenatal y con cesárea; nacimientos con bajo e insuficiente peso al nacer, CCSS, 1980-2003	68
34	Partos hospitalarios y porcentaje de cesáreas por región y hospital, CCSS, 1997, 1999-2003	69

35	Partos y abortos según número de consultas prenatales, por región y centro médico, CCSS, 2003	71
36	Partos y abortos con/sin atención prenatal por región y centro médico, CCSS, 2003	72
37	Partos y abortos hospitalarios porcentajes por profesional que atendió y por número de consultas prenatales, CCSS, 1987, 1992, 1997-2003	73
38	Partos y abortos por número de consultas prenatales según región de residencia, CCSS, 1998, 2002-2003	74
39	Partos y abortos por número de consultas prenatales según condición de pago, CCSS, 2003	76
40	Egresos hospitalarios por parto y aborto según condición de pago y grupos de edad, CCSS, 2002-2003	77
41	Egresos hospitalarios por parto y aborto según estado conyugal y edad, CCSS, 1990, 1998, 2000, 2002 y 2003	78
42	Nacimientos hospitalarios y porcentaje según peso al nacer y edad de la madre, CCSS, 1997-2003	79
43	Porcentaje de peso al nacer por región y cantón de residencia de la madre, CCSS, 1997-1998, 2002-2003	80
44	Nacimientos y porcentajes de peso anormal al nacer según edad de la madre y condición de pago, CCSS, 2003	82
45	Partos, abortos, defunciones fetales, nacimientos, porcentaje de aborto y mortalidad fetal, CCSS, 1980-2003	83
46	Partos y abortos hospitalarios, porcentaje de defunción fetal según provincia y cantón de residencia, CCSS, 2001-2003	84
47	Defunciones fetales por peso según región y centro médico, CCSS, 2003	86
48	Defunciones maternas según región y centro médico, CCSS, 1990-2003	89
49	Defunciones registradas por parto o aborto según causa, CCSS, 1992, 1998, 2002 y 2003	90
VII.	DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD	91
1.	Atención de urgencia	91
2.	Fallecidos en urgencias	91
3.	Camas de observación en urgencias	91
4.	Consulta externa	92
5.	Consultante	92
6.	Consulta de primera vez en la vida	92
7.	Consulta de primera vez en el año	92
8.	Consulta subsecuente	93
9.	Consulta de primera vez en la especialidad	93
10	Cama hospitalaria	93
11	Dotación normal de camas	93
12	Días cama	93
13	Días paciente	93
14	Porcentaje de ocupación	94
15	Giro de camas	94
16	Estancias de egresados	94
17	Estancia promedio bruta (EPB)	94
18	Egreso hospitalario	95

19	Estancia preoperatoria	95
20	Diagnóstico o causa principal	95
21	Otros Diagnósticos	95
22	Caso	95
23	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	96
24	Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	97
25	Grupos de diagnósticos relacionados (GDR)	97
26	La casuística	97
27	La norma	98
28	Estancia promedio depurada (EPD)	98
29	Caso extremo	98
30	Estancia promedio ajustada por funcionamiento (EPAF)	98
31	Índice case-mix (complejidad de la casuística)	99
32	Estancia promedio ajustada por casuística (EPAC)	99
33	Índice funcional (IF)	99
34	Parto	99
35	Aborto	100
36	Defunción fetal	100
37	Subgrupos de la mortalidad fetal	100
38	Nacimiento	100
39	Subgrupos de los nacimientos	101
40	Defunción	101
41	Defunción infantil	101
42	Subgrupos de la mortalidad infantil	101
43	Defunción materna	101
44	Subgrupos de la mortalidad materna	102
45	Defunción materna tardía	102
46	Mortalidad hospitalaria bruta	102
47	Mortalidad neonatal hospitalaria	102
48	Mortalidad fetal hospitalaria	102
49	Mortalidad materna hospitalaria	103
50	Cirugía mayor ambulatoria (CMA)	103
51	Servicio	103
	ANEXO	104
50	Egresos hospitalarios del servicio de obstetricia por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	105
51	Egresos hospitalarios del servicio de ginecología por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	106
52	Egresos hospitalarios del servicio de cirugía por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	107
53	Egresos hospitalarios del servicio de cirugía mayor ambulatoria por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	108
54	Egresos hospitalarios del servicio de cirugía pediátrica por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	109
55	Egresos hospitalarios del servicio de medicina por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	110

56	Egresos hospitalarios del servicio de pediatría por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	111
57	Egresos hospitalarios del servicio de psiquiatría por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	112
58	Egresos hospitalarios del servicio de pensión por grupo de edad según región y hospital, CCSS, 2003	113
VIII.	OTROS NUMEROS PUBLICADOS	114

PRESENTACION

El Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud (antes de 2000, 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 2003 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 por los hospitales y por las clínicas que tienen atención de partos y cirugía mayor ambulatoria, 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.

Para facilitar su utilización este número consta de **dos tomos**, en el primero, que se denomino **“Producción de Servicios”** y se publicó en agosto, además de las cifras de producción, se incluyeron algunos datos generales obtenidos de la base de datos de egresos hospitalarios sobre estancias por edad y por servicios y una sección con estadísticas resultantes del proceso de compra de servicios del compromiso de gestión. Este segundo, que se dedica a las **“Características de la Población Atendida”** se inicia con tasas por 1000 según cantón de residencia de mortalidad bruta y mortalidad infantil calculadas con las cifras oficiales del INEC, así como las razones de consumo de servicios por habitante también por cantones; los mismos indicadores se ofrecen según sexo y edad. Hay una sección con las causas más frecuentes de muerte y de morbilidad, otra con un análisis de los egresos hospitalarios y termina con una sección dedicada a Salud Reproductiva. Como es usual en todas nuestras publicaciones, las definiciones de los conceptos básicos de las estadísticas de la salud se encuentran en la sección VIII.

M.Sc. 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 el Departamento de 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. SEGUNDO TOMO

COMENTARIOS

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA

M.Sc. Ligia Moya de Madrigal

I. MORTALIDAD Y CONSUMO DE SERVICIOS SEGÚN REGIONES Y CANTONES (cuadros 1 - 7)

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 VI), su evolución en el tiempo en razones por cada 100 habitantes (cuadro A) muestra que desde 1980 las consultas anuales por cada 100 habitantes no han bajado de 200 (2 para c/u) ni han aumentado por encima de 236, mientras tanto las atenciones de urgencias se han casi triplicado evento asociado a problemas en la administración de la Consulta Externa y al incremento en la población de los no asegurados, los cuales al no tener los documentos requeridos para obtener cita en la consulta, recargan el servicio de Urgencias; con los cambios en la práctica de la Medicina y en la gestión de la red de servicios, era de esperar que las hospitalizaciones se redujeran como muestran los datos.

El análisis se inicia con las cifras de población y mortalidad nacionales producidas por el I.N.E.C.

En el **cuadro 1** se incluyen las NUEVAS cifras oficiales de población nacional y las

defunciones registradas (ambas cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC) de 2001 a 2003, junto con las **tasas de mortalidad** bruta y específicas por región como indicador general de impacto. En los tres años la tasa bruta se mantiene en menos de 3,9 por 1000 habitantes; pero es superior a esa cifra en las regiones Central Norte, Chorotega y Pacífico Central, y es más baja de 3 en la Huetar Norte.

Mientras tanto, la tasa de **mortalidad infantil** del **cuadro 2** como indicador mas sensible varía mas de un año a otro y en 2003 en cinco de las regiones la probabilidad de morir durante el primer año de vida fue inferior a la del país como conjunto, resultando la menor en la Región Pacífico Central (8,01 por 1000) y la más alta en las regiones Atlántica y Brunca, con 13,12 y 12,21 respectivamente. En cifras absolutas el mayor número de defunciones infantiles se produjo en las regiones centrales. 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) 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.

Con el detalle de las **tasas específicas de mortalidad hasta cantón** de residencia y la ampliación del periodo estudiado en el **cuadro 3**, se puede constatar que en 1972 la tasa bruta de mortalidad de Costa Rica era de 5,87 defunciones por 1000 habitantes y que 30 años después es de 3,67 lo que significa 2,10 defunciones menos por cada 1000 habitantes. Cantones con tasas de mortalidad bruta mas alta que todo el país en conjunto siguen siendo Montes de Oca, **San José**, Escazú, Puriscal, Mora, Tibás, Goicoechea, **Alajuela**, Atenas, Orotina, Flores, **Liberia**, **Puntarenas**, Montes de Oro y **Limón**; por lo tanto, con mortalidad más alta que la de todo el país están los cantones cabecera de cinco de las siete provincias y varios del valle central, lo que implica que, por ser de los más poblados tienen también el mayor número absoluto de defunciones. También se ve que sólo seis de los cantones (Dota, San Mateo, Belén, San Pablo, Tilarán y Abangares) tenían en 1972 una tasa de mortalidad inferior a la del país treinta años mas tarde (2002), sin embargo, todos ellos en 2002 superaron la probabilidad nacional de morir ese mismo año; dado que las tasas no son ajustadas por edad, podría pensarse que esta variación podría explicarse por el envejecimiento de la

población de esos cantones en particular; pero, al ser de los mas poblados, merecen un estudio especial pues podría ser por deterioro de sus condiciones socioeconómicas. Por muchas razones, incluido el costo beneficio, tasas altas en áreas pobladas deberían ser de mayor interés en la lucha por la salud, que tasas altas en áreas despobladas.

Dado que la **mortalidad infantil** es mas sensible y por cantones es mas específica que la mortalidad general, porque se refiere a la población mas vulnerable y no sufre el efecto de la estructura por edad, se incluye el **cuadro N° 4** en el que fácilmente se ve como el principal factor de la reducción de la mortalidad general es la reducción de la tasa de mortalidad infantil, que en 1972 era de 52,86 defunciones por 1000 nacimientos en todo el país; también en 1972 era inferior a 21 solo en cuatro cantones (Atenas, Palmares, San Isidro y Flores); pero superior a 50 en 41 de ellos ; sobresaliendo con más de 100 por 1000 Cañas y Guácimo, seguidos por Orotina, Alvarado, Puntarenas y Limón con más de 90. Treinta años más tarde, en 2002 hay 32 cantones en los que la tasa de mortalidad infantil es inferior a 10 por 1000; y es inferior a 12 en todos los cantones de la provincia de Cartago excepto Turrialba. No se puede decir que los cantones con mortalidad general mayor(cuadro 3) tengan también la mortalidad infantil más alta, en algunos resulta todo lo contrario; Montes de Oca, por ejemplo nunca tuvo de las más altas tasas de mortalidad infantil, tampoco San José; en cambio Liberia, Puntarenas y Limón han tenido también alta mortalidad infantil. Aunque la reducción ha sido general, en 2002 aparecen dos cantones con mortalidad infantil superior a 20 por 1000: León Cortes y Alfaro Ruiz, pero en ellos los nacimientos son tan pocos que la tasa se triplicó sólo por 2 o 3 defunciones de mas respecto a 1997, cuando en esa época tenían de las tasas más bajas.

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 y la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes para cada cantón, las cuales aparecen en los cuadros 5, 6 y 7.

El comportamiento de la razón de **atenciones de urgencia al año por 10 habitantes** 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 3,2 por cada 10 habitantes en 1984 hasta 8,7 en 2001, resultado no esperado en los planes de atención; conviene recordar aquí que para ser atendido en urgencias no se requiere cita ni documentos, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que parecen no haber podido hacerle frente al crecimiento de la población, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al estar indocumentados, prefieren acudir a

estos servicios, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible. También ocurre que para no utilizar el expediente completo, mucha consulta sobretodo de medicina general sin cita previa se atiende con la hoja de Urgencia y se clasifica como tal. Su distribución por cantones (**cuadro 5**) según las encuestas quinquenales de 1996 y 2001 permite observar que el incremento mencionado se extiende por todo el país, pues sólo se redujo en once de los 81 cantones de tres de las siete provincias (Tarrazú, Coronado, Dota, y León Cortés de la provincia de San José; Grecia y San Mateo de la provincia de Alajuela; Cartago, Paraíso, La Unión, Oreamuno y El Guarco de la provincia de Cartago). En 25 cantones la razón de atenciones de urgencia por 10 habitantes se incremento en 2001 a más del doble de 1996, y en 26 de ellos es superior a 10, sobresaliendo Osa y Corredores con más de 21 y Flores con 19,19 atenciones de urgencia al año por cada 10 habitantes.

En el **cuadro 6**, la razón de **consultas al año por habitante** se redujo de 1987 a 1992, se incremento en 1997 y se mantuvo igual en 2002. 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. Este indicador es superior a 2 desde 1987 para los residentes en 25 cantones, sobresaliendo entre ellos con más de 3 consultas al año por habitante: Tibás, Atenas, Tilarán, Puntarenas, Montes de Oro y Parrita.

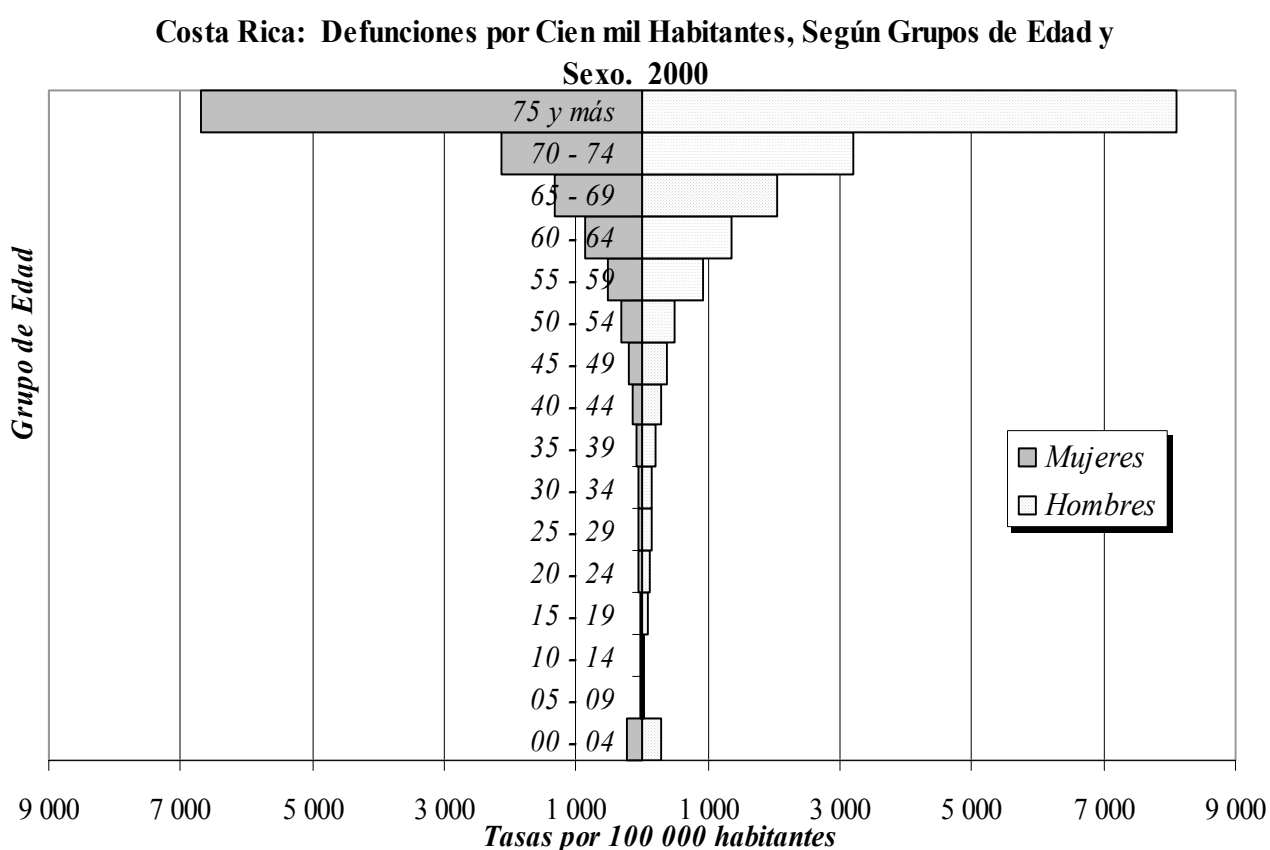
En el **cuadro 7** esta la distribución por cantón de residencia de la razón de **egresos hospitalarios (hospitalizaciones) por 100 habitantes** que es muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso, sus variaciones dependen mas 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 2002, incluyendo la Cirugía Mayor Ambulatoria. Además de cambios en la práctica de la medicina, 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 como se vera mas adelante e influye en la reducción del indicador comentado; por ejemplo en 1987 cuando la natalidad era de 28 por 1000, se produjeron 74.470 nacimientos en los hospitales de la CCSS; en 2002, con la natalidad nacional en 17,4 por 1000, sólo ocurrieron 67 708 nacimientos en esos mismos hospitales. La distribución de este indicador de consumo de recursos por cantón de residencia muestra la reducción

general esperada de 1987 a 2002; solo en Los Chiles, Turrialba, Puntarenas, Osa, Aguirre, Golfito, Parrita y Corredores todavía en 2002 es superior a 10.

II. MORTALIDAD Y CONSUMO DE SERVICIOS SEGÚN SEXO Y EDAD (cuadros 8 - 11)

Las tasas específicas de mortalidad por 1000 según datos del INEC (cuadro 8) tienen un patrón por sexo y edad muy similar al de los egresos hospitalarios (cuadro 11); y de 1972 a 2002 se han reducido para todos los grupos de edad en ambos sexos, sobre todo para los menores de un año; pero también para los de 65 años y más. El gráfico siguiente se elaboro con las cifras del año 2000 y muestra la forma de pirámide invertida de la mortalidad por sexo y edad que hemos comentado.

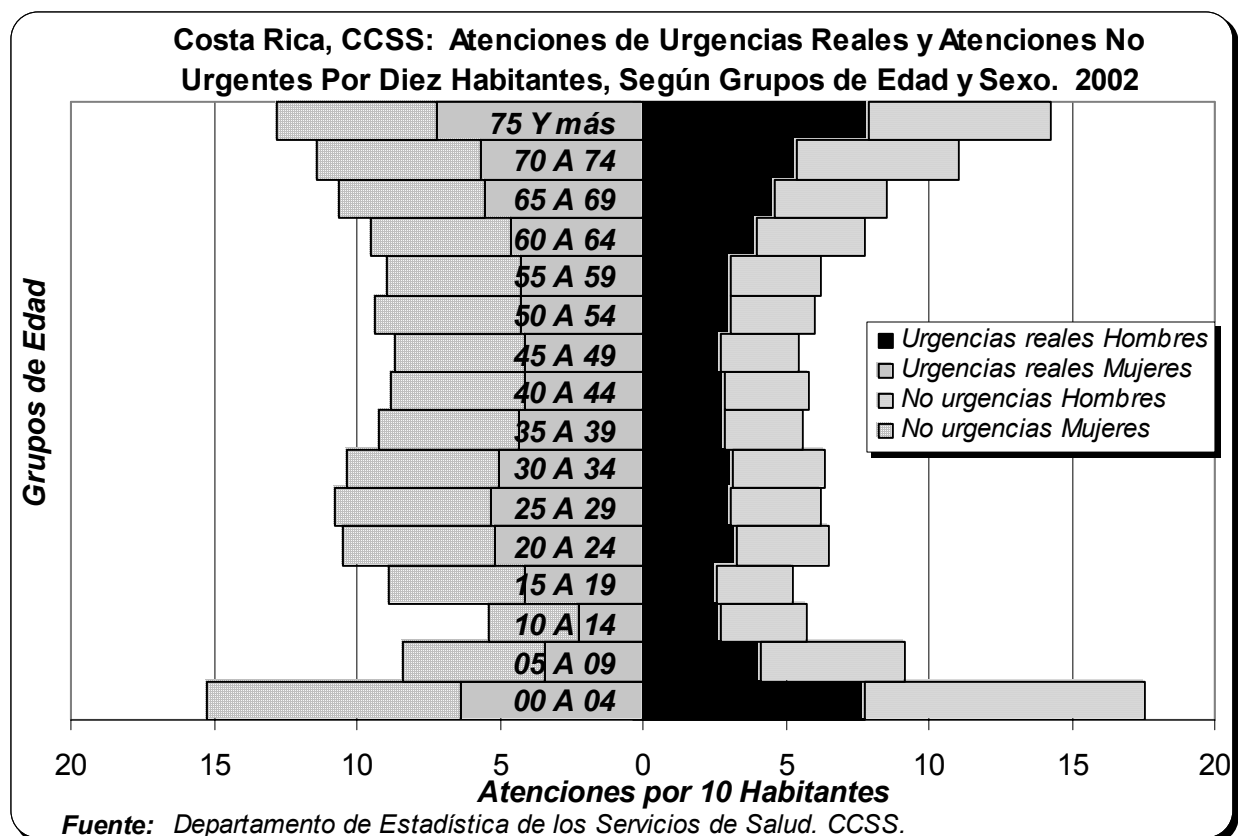
Gráfico 1:



En el **cuadro 9** 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 lapso 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

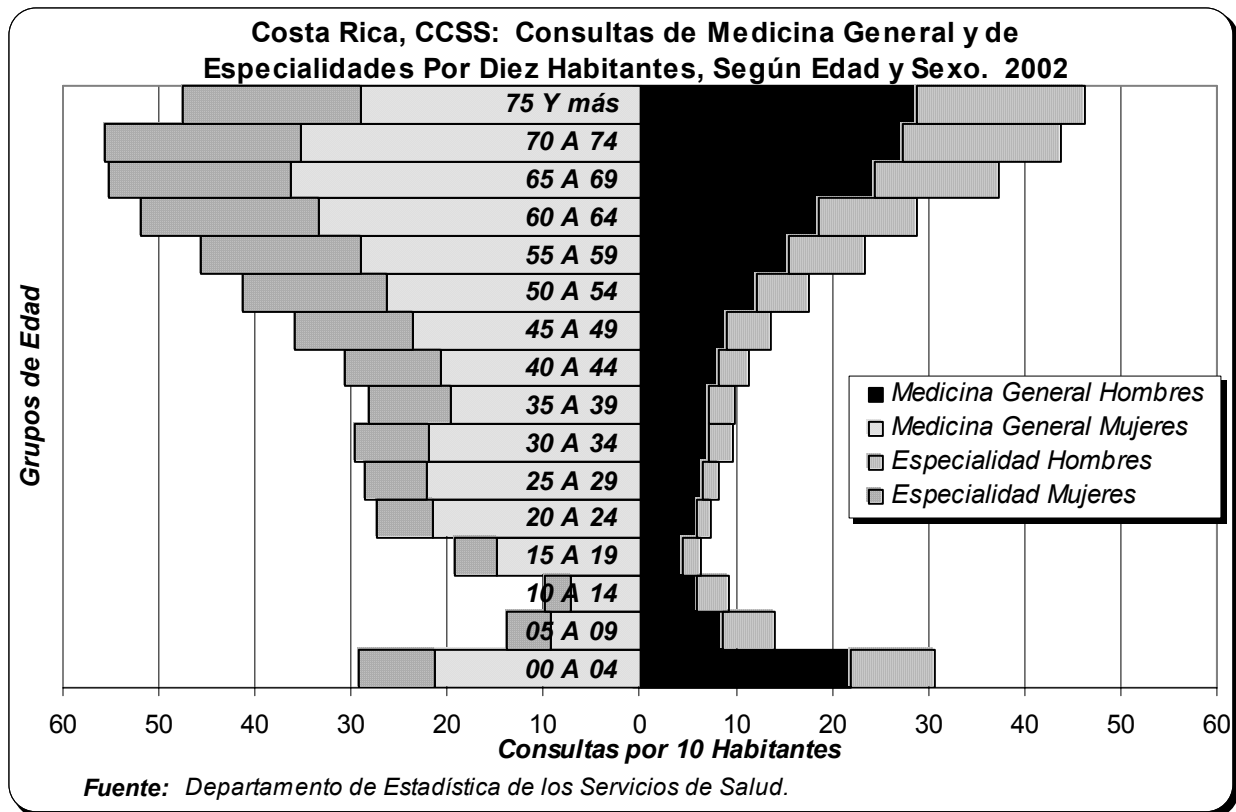
avanzar esta. La distribución de este indicador (**gráfico 2**) muestra muy poca relación con el sexo y la edad de las personas que consumen este servicio, ni las urgencias verdaderas (zona oscura), ni las no urgencias varían mucho por sexo y edad. Para elaborar este gráfico se tomaron los datos de la II Encuesta de las Atenciones de Urgencia hecha en junio de 2001 y se proyectaron al 2002.

Gráfico 2:



Un patrón similar y mas marcado, con incrementos menos notorios, muestran las **consultas externas (cuadro 10)**, con un incremento importante en las consultas por 10 habitantes menores de 5 años y de 65 años y más. En el **gráfico 3**, 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, con lo que se ve 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.

Gráfico 3:



La razón de **egresos hospitalarios por 100 habitantes** (incluida Cirugía Mayor Ambulatoria) que aparece en el **cuadro 11** 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 mas 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 y ha influido en la reducción del indicador comentado; por ejemplo en 1987 cuando la natalidad era de 28 por 1000, se produjeron 74.470 nacimientos en los hospitales de la CCSS; en 2002, con la natalidad nacional en 17,4 por 1000, sólo ocurrieron 67 708 nacimientos en esos mismos hospitales. En el **gráfico 4** 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 (**gráfico 5**), se vera la reducción comentada en la sección “por causas obstétricas”.

Gráfico 4:

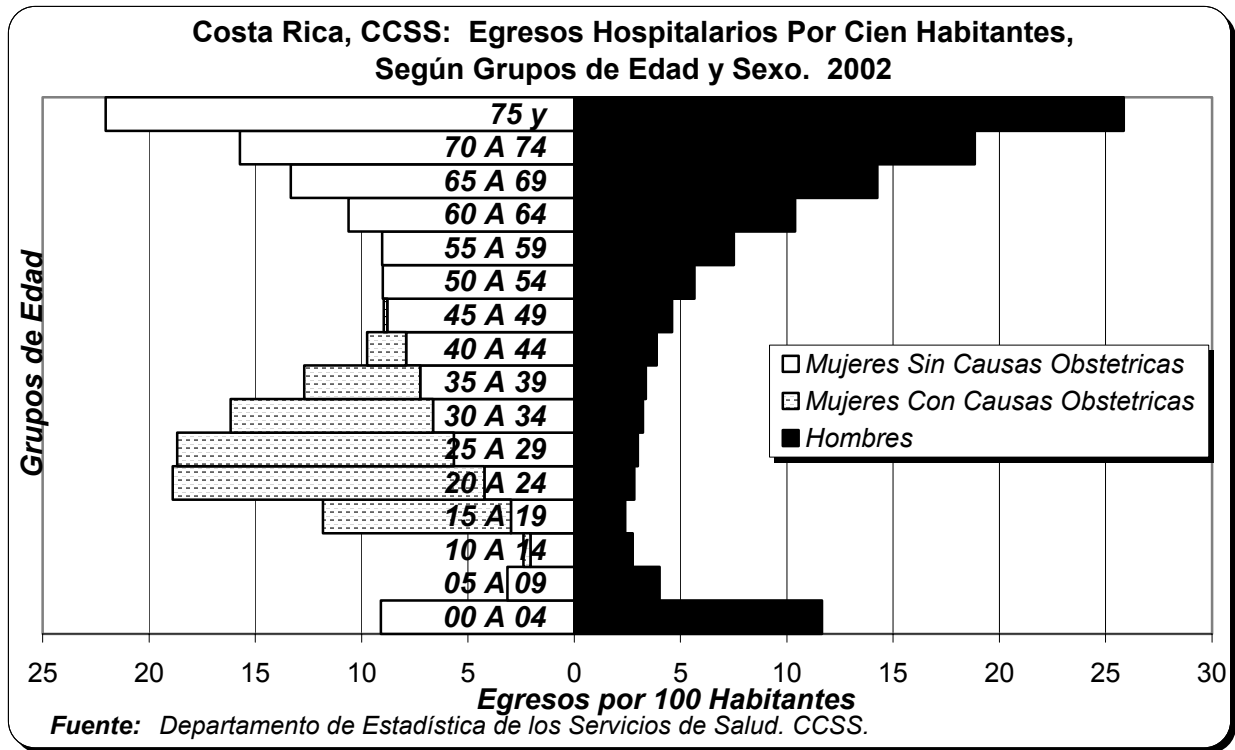
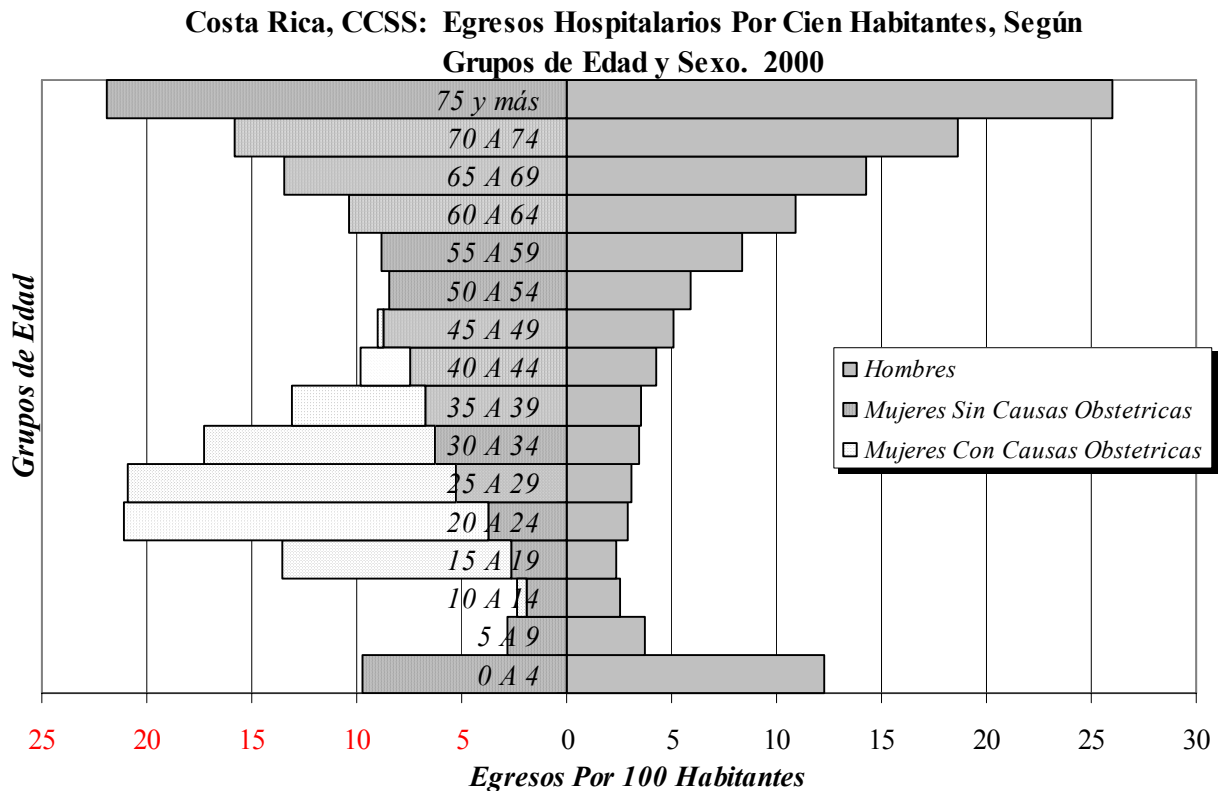


Gráfico 5:



III. MORTALIDAD Y CONSUMO DE SERVICIOS POR DIAGNOSTICOS (cuadros 12 a 15)

Aprovechando que las últimas 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.

En Costa Rica, la reducción mas importante de la tasa de **mortalidad** por 100mil habitantes entre 1972 y 2003 se produce en el capítulo de enfermedades infecciosas y parasitarias, especialmente infección intestinal, tuberculosis pulmonar, tétanos, septicemia, sarampión y helmintiasis. El capítulo de los tumores malignos 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, y próstata (**cuadro 12**). 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.

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 13**. 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 14**). 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 15**).

IV. MORTALIDAD HOSPITALARIA (cuadros 16 a 20)

Las defunciones que ocurren y se certifican en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, representan desde hace muchos años el 42% de todas las muertes que se registran en el país, y su evolución y distribución relativa por causas es muy similar a la nacional. Si se toman del **cuadro 16** las primeras cinco causas de defunción hospitalaria en 1992 y 2003, se observa una reducción en el peso relativo de todas con excepción de la Diabetes:

Causas defunción hospitalaria	1992	2003
E. S. Circulatorio	26,7	23,5
Tumores malignos	15,8	15,5
E.S. Respiratorio	12,5	11,2
E.S. Digestivo	8,8	10,0
Diabetes	3,5	8,9
Causas Externas	9,3	6,8
Causas Idefinidas	0,3	4,7

Además, se ve también un aumento de las causas indefinidas que se origina en parte en los obstáculos que el Organismo Medico Forense ha puesto en los últimos años para conseguir la causa de muerte de los casos de interés legal que fallecen en los hospitales, entre los que deben encontrarse muchas defunciones por causas externas que están en las manos de ese organismo y que explican parte de la reducción relativa de estas en la mortalidad hospitalaria (de 9,3% a 6,8%) desplazándolas del cuarto al sexto lugar; otra parte de esta reducción podría explicarse porque los accidentes y violencias son actualmente tan graves que las personas fallecen en el sitio, el resto de la reducción se explicaría porque los hospitales están mejor equipados para tratar a los sobrevivientes.

En el **cuadro 17** se distribuyen las defunciones hospitalarias por **causas indefinidas** según hospital, poniéndose en evidencia que la mayor parte se originan en los hospitales nacionales sobre todo en el Calderón Guardia, en el México y en el Sáenz Herrera. Vale la pena mencionar al Hospital San Juan de Dios que a pesar de tener más egresos y mas defunciones hospitalarias que los dos primeros, tiene un numero muy pequeño de defunciones por causas indefinidas porque se encarga directamente de conseguirlas en el Organismo Médico Forense.

Los **porcentajes de mortalidad** por región y hospital se encuentran en el **cuadro 18**, el total es menor al 2% de los egresos desde hace años y como es de esperar la proporción máxima la tiene el hospital geriátrico Blanco Cervantes, seguido por el México, el San Juan de Dios, el Calderón Guardia y La Anexión.

La distribución según **edad** de las defunciones hospitalarias de 2003 (**cuadro 19**) muestra que la mayoría se concentra en las personas de 45 años y más, y que la mayor proporción (**cuadro 20**) de mortalidad la tienen las personas de 65 años y mas que egresaron del Blanco Cervantes, seguidas por las del San Vicente de Paul en la misma edad, las del hospital de Guápiles y las de La Anexión.

V. EGRESOS Y ESTANCIAS SEGÚN DIAGNOSTICO E INTERVENCION QUIRURGICA (cuadros 21 a 23)

La estructura de los egresos hospitalarios según diagnostico y sus variaciones en los últimos 24 años del **cuadro 21a** muestra que el capítulo de embarazo, parto y puerperio ha explicado mas de la tercera parte de las hospitalizaciones en la CCSS desde 1980-81 con un 33%, alcanzó su máximo diez años mas tarde con un 35,6% en 1990-91, y se ha reducido desde entonces hasta alcanzar el 28% en 2002-03, lo cual es congruente con la reducción nacional de la fecundidad ya comentada.

Un análisis general del quehacer hospitalario no puede eludir los períodos de hospitalización según diagnósticos y según intervenciones quirúrgicas, dado que esto complica bastante la presentación de los datos se utilizaron sólo los de 2003, que son los mas recientes a la fecha. Como medida de la duración de los episodios de hospitalización se escogieron dos indicadores: la **estancia promedio** porque es mas conocida y usada, y el **percentil 75** el cual es un valor de la estancia tal que el 75% del conjunto permanece por un periodo igual o menor que ese valor, esto porque con frecuencia la estancia tiene marcada asimetría positiva o sea que en la mayor parte de los pacientes es corta y en unos cuantos se prolonga bastante y por lo tanto el promedio no siempre representa bien al grupo.

En el **cuadro 21b** están los 338.868 egresos hospitalarios que se registraron en 2003 en las dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social, su estancia promedio y el percentil 75 de la estancia por sexo según diagnostico principal. De el se desprende que si bien la mayor parte son mujeres (66,4%), su permanencia en el hospital es mucho mas corta que la de los varones, esto es cierto si se toma la estancia promedio o si se toma el percentil 75; el hecho de que estos dos valores de la estancia sean muy cercanos entre si, tanto para los hombres como para las mujeres, implica un mejor control de los casos que permanecían largos períodos en los hospitales o casos extremo.

Cuando este análisis se extiende a los diagnósticos principales se encuentran diferencias por sexo mayores y que el orden relativo de los más frecuentes es diferente según el sexo:

HOMBRES	112.815	MUJERES	225.053
E.S. Digestivo	15,2	Embarazo, parto y puerperio	42,3
Causas Externas	13,3	E.S. Digestivo	7,9
E.S. Respiratorio	11,5	E.S. Genitourinario	7,0
E.S. Circulatorio	8,4	Sin hallazgo patológico	6,4
E.S. Genitourinario	7,2	E.S. Respiratorio	5,4
A. Perinatales	6,0	Tumores	5,0
E. Infecciosas y parasitarias	5,8	E. S. Circulatorio	4,1
Tumores	5,1	Causas Externas	3,7

Por lo tanto, la razón principal para que la estancia de las mujeres sea menor que la de los hombres es que el 42,3% de las hospitalizaciones de las mujeres son por causas obstétricas y el 6,4% son por causas no patológicas, y estas tienen las estancias mas bajas, ya se escoja el promedio o el percentil 75.

En el mismo cuadro se puede ver que los promedios mas altos de estancia los tienen las mujeres con trastornos mentales orgánicos (170,6 días) y con cáncer de mama (138,4 días), sin embargo el percentil 75 de la estancia en ambos casos es 25 y 9 días respectivamente. En los varones la estancia más prolongada es también por trastornos mentales orgánicos (113,1 día) y por esquizofrenia (105,8) y el percentil 75 en esos casos es 29 y 33 días respectivamente.

La distribución de los **diagnósticos según categoría de hospital** en que se producen los egresos se encuentra en el **cuadro 22**. Los hospitales nacionales, casi todos de tercer nivel de atención, concentran la mayor parte de las hospitalizaciones y por casi todas las causas, excluidas las enfermedades del sistema respiratorio y las causas obstétricas, que son mas frecuentes como causa de hospitalización en los hospitales regionales y en los periféricos; los síntomas y signos son mas frecuentes en los hospitales regionales. La estancia promedio es más alta en los hospitales nacionales. Las clínicas atienden Cirugía Mayor Ambulatoria y atención de parto normal y los diagnósticos de sus egresos son consistentes con esas actividades.

De los 338 868 egresos hospitalarios de 2003, el 60% fue sometido a algún procedimiento quirúrgico o médico complejo en cualquiera de los servicios y especialidades; la distribución de esos 203 162 egresos hospitalarios según categoría de hospital y **procedimiento** principal se encuentra en el **cuadro 23**. Como era de esperar, la estancia promedio de estos casos es mas corta y se reduce según la categoría del hospital. Las intervenciones quirúrgicas y procedimientos obstétricos son los mas frecuentes en toda la red de servicios y explican el 26,3% del total, siguen en frecuencia las intervenciones en los órganos genitales femeninos con un 15,3%, lo cual significa que el 41,9% se aplican a las mujeres. También son muy frecuentes las intervenciones del sistema digestivo (14,8%) y del sistema musculoesquelético (8,1%).

Si, se separan los egresos del servicio de **Cirugía Mayor Ambulatoria**, que son el 10,8 % del total y se tabulan por sexo y diagnostico principal, resulta el **cuadro 24** en el que se ve que el 11 % son atenciones para la anticoncepción (esterilizaciones electivas); el 9,8% cataratas, el 9% hernias; 6,6% amigdalitis y adenoiditis; 5,1% tumores benignos y 4,8% trastornos de la conjuntiva.

VI. SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 25 a 49)

Cuando comentamos los cuadros 4 y 7 se menciona la reducción de la fecundidad como un factor que ha contribuido a la reducción de la mortalidad infantil y de las hospitalizaciones; el **cuadro 25** refuerza esta observación, pues aunque la proporción de nacimientos registrados que ocurre en la CCSS se mantiene por encima del 95%, la tasa de natalidad se ha reducido tanto que la cifra absoluta de nacimientos se redujo también. Esta sección se refiere únicamente a los datos que se generan a partir de la **atención de las embarazadas** por el evento final (parto o aborto), las cuales generan alrededor del 30% de los egresos hospitalarios en la C.C.S.S. y el 41% de las hospitalizaciones femeninas; las definiciones utilizadas se encuentran entre los números 36 a 49 de la sección VII. Es conveniente aclarar que, por razones de accesibilidad, en algunas clínicas (que no son hospitales) ocasionalmente ocurren partos y se registran dentro de los egresos hospitalarios en aras de la integridad de tales datos, son números absolutos muy pequeños que aparecen en las cifras totales de todos los cuadros con partos y están, por supuesto, incluidos en el total de egresos. Como complemento se incluyen las cifras nacionales de fecundidad y las institucionales sobre esterilizaciones electivas.

En el **cuadro 26** 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%; en 1990-95 es de 9,2% y va por 7,3% en el periodo 2000-03; 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 y su fecundidad actual es 3 veces menor, por ese motivo, aunque la probabilidad de embarazo se haya reducido para las menores de 20 años, el **peso relativo** de los embarazos (partos y abortos) de madres menores de 20 años en el total de mujeres embarazadas, se ha incrementado (**cuadro 27**), lo que da la falsa impresión de que lo que ha aumentado es la probabilidad de embarazo (fecundidad) en la población de las adolescentes.

El efecto de la reducción de la fecundidad se puede apreciar también en el **cuadro 28** de los nacimientos inscritos en el país, que en cifras absolutas alcanzaron el máximo en 1985 con 84 337, y el 75,38% de madres entre los 20 y los 34 años; en 2003 se registraron solo 72 938 (11 399 menos) y un 68,9% de madres de 20 a 34 años. De acuerdo con el **cuadro 29** de partos y abortos de 2003 según edad, hospital y región, la proporción de madres menores de 20 años es mayor en los hospitales de las regiones Pacífico Central y Brunca.

Algunos creen que un factor asociado a la reducción de la fecundidad podría ser la esterilización quirúrgica, que se puso al alcance de la población recientemente y que se incremento a partir de 2000-01; en el **cuadro 30** aparecen los datos de los egresos hospitalarios de la CCSS por esterilización según sexo y edad a partir de 1994; aunque se ha incrementado con el tiempo, la esterilización masculina representa solo el 3,2% de las esterilizaciones registradas y se concentra en los varones de 35 a 44 años, que es también el grupo mas numeroso entre las mujeres que hacen uso de este servicio; seguidas por las de 30 a 34 y 25 a 29, en ese orden. Las tasas de esas esterilizaciones según sexo por 100 habitantes se encuentran en el **cuadro 31**, según el cual, por lo menos desde 1994-95 el grupo de mujeres de 30-34 años es el que con mayor frecuencia ha estado utilizando este procedimiento con 6,5 esterilizaciones al año por cada 100 mujeres, seguido por el de 25 a 29 con 5,4. La distribución de las esterilizaciones por hospital del **cuadro 32** muestra que la mayor parte de las esterilizaciones femeninas se realizan en los hospitales nacionales, sobre todo en el hospital de la mujer Carit; en cambio las pocas realizadas a los varones se concentran en el México, San Carlos, Escalante Pradilla y Monseñor Sanabria.

En el **cuadro 33** se presentan en serie de veinticuatro años, cuatro indicadores derivados de la **atención de los partos** en la red de servicios de salud de 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 25**); 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, sobrepaso el 60% en 1997 y llega al 91,5% en 2003; este es un indicador del desempeño del primer nivel de atención, el cual ha sido favorecido por los procesos de modernización de la CCSS. Luego tenemos el porcentaje de **partos por cesárea** que ha ido aumentando de 14,1% en 1983 a 22% entre 2001 y 2003. Los otros dos indicadores se refieren a **peso al nacer**: el bajo peso se ha mantenido por encima de 6,1 y por debajo de 7,1% y el peso insuficiente ha estado entre 21 y 23,1% sin tendencia marcada desde 1980.

La distribución de los partos y del porcentaje de partos por **cesárea** según hospital de 1997 a 2003, aparece en el **cuadro 34**; la Región Central Norte sigue destacándose por los altos porcentajes de cesáreas de sus hospitales, todos mayores de 20%; pero desde 2001 la superan los de la Huetar Norte, ya que el primer lugar lo ocupa el Hospital San Carlos con 32% de partos por cesárea y Los Chiles, que no practicaba cesáreas en años anteriores, contribuye con un poco menos del 15%; les siguen el Hospital San Rafael de Alajuela con 29% y sus hospitales periféricos.

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 20%, 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 35** de 2003 se deduce que esta situación se corrigió bastante en el San Juan de Dios, pero no en La Anexión. Con un 44,8% 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 la proporción con 0 consultas prenatales es menos del 8%, 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 el extremo optimo están varios hospitales que muestran más de 75% con 4 consultas prenatales o más: Calderón Guardia, Adolfo Carit, San Francisco de Asís, Valverde Vega, Max Peralta, San Carlos, Escalante Pradilla. Este es un indicador de desempeño del primer nivel de atención.

En el **cuadro 36** y con los datos de 2003, se examinan los porcentajes de embarazadas con y sin atención prenatal, separadas según el resultado: parto o aborto para cada hospital. La proporción más alta de aborto se presenta en la Región Pacífico Central con un 12%.

La distribución de los partos y abortos por **personal que los atendió** del **cuadro 37** muestra una proporción atendida por Médico de 50,9% en 1987 que se ha ido reduciendo hasta 39,5 en 2003; mientras tanto han aumentado las atenciones por Obstétrica que aumentaron del 41 al 48%. Además, la proporción de embarazadas con aborto o parto en el hospital sin haber recibido atención prenatal (cero consultas) era de 50% en 1992 y es de 15,5% en 2003, con incrementos notorios en las embarazadas con una o con seis y mas consultas prenatales. Las distribuciones de esta características por región en 1998, 2002 y 2003 se encuentran en el **cuadro 38**, notándose una notable mejoría en las regiones Pacífico Central y Chorotega que en 1998 tenía más del 60% con 0 consultas prenatales.

La distribución de las embarazadas según consultas prenatales y condición de pago se encuentra en el **cuadro 39**, y según edad y condición de pago, en el **cuadro 40**; en ambos cuadros se ve que el 36% en 2002 son embarazadas de “cuenta del Estado” o sea que no contribuyen, 35% indigentes; esta proporción se redujo a 31,8% en 2003, en tanto que aseguradas directas son sólo 18% y familiares del asegurado directo, 38,9%. Estos dos grupos tienen mas del 60% con 4 consultas prenatales o mas. El 60,6% de las 586 embarazadas menores de 15 años son indigentes, a ese grupo pertenece también el 48% de las 15550 embarazadas entre 15 y 19 años.

El **estado civil según edad** de las mujeres atendidas por parto o por aborto en los hospitales de la CCSS, aparece en el **cuadro 41** para 1990, 1998 y los últimos tres años del presente milenio. Aunque siguen siendo la mayoría, llama la atención la reducción en el peso relativo de las casadas, con el correspondiente incremento de las solteras y en unión libre. Es necesario tener presente que el incremento del divorcio entre los adultos jóvenes, va creando un acumulado de hombre y mujeres en edad fértil con predisposición a la unión libre o la procreación en soltería (cada uno por su lado), y la distribución por edad parece apoyar esta observación.

Explorando las condiciones de los recién nacidos, en el **cuadro 42** aparecen las cifras de los partos atendidos de 1997 a 2003 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 afecto a todos los grupos de edad de la madre, cambio en 2001 por un aumento que continua en 2003, lo mismo no sucede con el peso insuficiente. Se incluye también el **cuadro 43** con los datos de **peso al nacer y cantón de residencia** en dos períodos, 1997-98 y 2002-03, y el **cuadro 44** que es un cruce de tres característica, **condición de pago, edad de la madre y peso anormal al nacer** en 2003.

El **cuadro 45** incluye desde 1980-81, todos los centros médicos de la CCSS que tienen atención de partos y abortos; el máximo de partos atendidos se alcanzo en 1988-89 con 156.167 y de ahí comenzó a descender con oscilaciones; pero la reducción sostenida se inicia diez años mas tarde en 1998-99 con 149 857 y llega a 137.111 en 2002-03; como efecto, esta reducción es similar a la sufrida por el número de nacimientos inscritos en todo el país por la reducción de la natalidad. Los partos dan origen a nacimientos (cuarta columna del cuadro) y a defunciones fetales, las cuales unidas a las resultantes de las mujeres que terminaron su embarazo por aborto en los hospitales de la C.C.S.S., permiten calcular la **proporción de mortalidad fetal hospitalaria** que se expresa en defunciones fetales en hospital por cada 100 partos y abortos ocurridos en hospital, que

también se ha incrementado en los últimos años de 10,8 a 11,4 por cada 100 embarazadas (partos más abortos), o sea que, además de menos nacimientos, hay también mas abortos.

Cuando la mortalidad infantil (**cuadro 4**) se reduce tanto como en Costa Rica, es necesario poner especial atención en la **mortalidad fetal**, por lo que, como en muchos otros 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 46** 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 cuatro últimos años. En primer lugar, vale la pena hacer notar que en general la proporción de mortalidad fetal hospitalaria esta alrededor del 12% en los cuatro años, con un ligero aumento en 2002 que no se mantiene en 2003. Consultando ambos cuadros, el 4 y el 46, es necesario recordar que la **tasa de mortalidad infantil** es la relación entre las defunciones de menores de un año por cada **1000** nacimientos registrados en el país (cuadro 4). En términos generales llama la atención que en estos años la mortalidad fetal hospitalaria es mayor del 13% en cuatro cantones de la provincia de San José: Central, Puriscal, Aserrí y Montes de Oca, y que este último con una tasa de mortalidad infantil de 9,3 por 1000 en 2002 registro un 17% de mortalidad fetal hospitalaria. En la provincia de Alajuela la mortalidad fetal es alta en Atenas y particularmente alta en San Mateo, cantón que se ha distinguido por su escasa mortalidad infantil. De la provincia de Cartago llaman la atención los cantones de Paraíso y Jiménez con muy baja mortalidad infantil y alta proporción de mortalidad fetal hospitalaria. La misma situación se presenta en San Isidro y Belén de la provincia de Heredia, en tanto que el cantón de San Rafael llama la atención por su muy alta mortalidad infantil y su relativamente alta mortalidad fetal hospitalaria. Igualmente sucede en Guanacaste en los cantones de Liberia, Hojancha y Nicoya; la situación se invierte en La Cruz. Baja mortalidad infantil con alta mortalidad fetal se presenta en los cantones de Montes de Oro, Aguirre, Garabito, Parrita y Coto Brus de la provincia de Puntarenas. El cantón central de Limón registra cifras altas para ambos eventos. Aunque no contamos con la mortalidad infantil de sus países de residencia, con base en los datos de la C.C.S.S. se puede decir que la proporción de mortalidad fetal hospitalaria es muy alta entre las embarazadas que se atienden en Costa Rica y residen en Panamá y en Nicaragua, entre las residentes en el extranjero y residencia desconocida sobrepasaba el 18% en 2002 y se redujo a 14,2% en 2003. El **peso al nacer** de las defunciones fetales hospitalarias se puede ver en el **cuadro 47**.

Se incluye el **cuadro 48** 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 absoluta se mantiene por debajo de 20, destacándose en su reducción los hospitales nacionales. La distribución de estas defunciones por edad y causa en años seleccionados se incluye en el **cuadro 49**, la mayor parte son de mujeres de 20 años y más.

Las definiciones utilizadas en esta sección se encuentran entre los números 36 y 49 de la sección VI.

Los egresos hospitalarios de cada servicio según hospital y edad se encontrarán en el ANEXO así:

Cuadro 50	Obstetricia
Cuadro 51	Ginecología
Cuadro 52	Cirugía
Cuadro 53	Cirugía Mayor Ambulatoria
Cuadro 54	Cirugía Pediátrica
Cuadro 55	Medicina
Cuadro 56	Pediatría
Cuadro 57	Psiquiatría
Cuadro 58	Pensión

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

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.

2. Fallecidos en Urgencias

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

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.

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.

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).

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.

7. Consulta de primera vez en el año

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

8. 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. 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.

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).

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 esta dada por el número de camas de dotación normal, sino por la estructura interna de los casos que esta en capacidad de resolver eficientemente.

12. Días cama

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

13. Días paciente

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

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.

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.

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).

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.

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.

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.

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.

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.

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.).

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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).

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.

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".

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.

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.

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.

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.

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.

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).

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.

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)

40. Defunción

Desaparición de todo signo de vida, después del nacimiento.

41. Defunción Infantil

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

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.

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.

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 una 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

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.

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.

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.

48. Mortalidad fetal hospitalaria

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

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.

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; no pernocta; 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 pernocten o permanezcan en el hospital por más de un día.

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.

a. 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).

ANEXO

Egresos hospitalarios de cada SERVICIO según hospital y edad, 2003

Cuadro 50	Obstetricia
Cuadro 51	Ginecología
Cuadro 52	Cirugía
Cuadro 53	Cirugía Mayor Ambulatoria
Cuadro 54	Cirugía Pediátrica
Cuadro 55	Medicina
Cuadro 56	Pediatría
Cuadro 57	Psiquiatría
Cuadro 58	Pensión

VIII. 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
5E	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
5JA	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2003	Agosto, 04
5JB	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2003	Setiembre, 04

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
8C	Cambios en la morbilidad y mortalidad por sexo y edad, Costa Rica, 1987, 1992, 1997 y 2002	Noviembre, 03
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
13A	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