

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DE DIVISION MEDICA
DIRECCION DE INFORMACION EN SALUD
DEPARTAMENTO ESTADISTICA DE SALUD

ESTADISTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS
DE ATENCION DE LA SALUD, 1980-2004

SERIE: ESTADISTICAS DE LA SALUD
No.5-K
JULIO 2005

CONTENIDO

No.	TITULO	Pág. #
I.	INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA CCSS (cuadros 1 - 5)	1
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
1	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, 1980-2004	2
2	Atenciones de urgencias, consultas y egresos hospitalarios, según región de ocurrencia, CCSS, 2004	5
3	Atenciones de urgencias, consultas y egresos hospitalarios, por región de ocurrencia y condición de aseguramiento, CCSS, 2004	6
4	Egresos hospitalarios por condición de aseguramiento, según centro médico, CCSS, 2004	8
5	Consulta externa, porcentaje por años de ocurrencia, según condición de aseguramiento, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	9
II.	ATENCIÓN AMBULATORIA (cuadros 6 - 13)	10
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
6	Atenciones de urgencias y consulta externa, según personal que atendió, en instituciones de la CCSS y en servicios alternativos, 1980-2004	11
7	Total de consultas médicas, de primera vez y concentración en medicina general y especialidades, según región y centro médico, servicio de consulta externa, CCSS, 2004	12
8	Total de consultas médicas, promedio por hora programada y por hora utilizada según región y centro médico, CCSS, 2004	16
9	Consultas de especialista por año, servicio y especialidad, CCSS, 1998-2004	19
10	Consultas por especialistas, total, primera vez y concentración según servicio y especialidad, CCSS, 2004	21
11	Consultas de odontología, trabajo social y otro profesional, según región y centro médico, CCSS, 2004	24
12	Total de atenciones de urgencias, urgencias por tipo y porcentaje en observación porcentaje de no urgencias, según región y centro médico, CCSS, 2004	27
13	Urgencias atendidas por accidentes o violencias según lugar y causa, CCSS, 2004	31
III.	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 14 - 28)	32
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		

14	Ordenes y días promedio de incapacidad a los asegurados directos enfermedad, maternidad y licencias, según región y centro médico, CCSS, 2004	33
15	Citologías, biopsias y autopsias, total y porcentajes de apoyo a la red de servicios, según región y centro médico, CCSS, 2004	36
16	Exámenes de laboratorio realizados por áreas de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2004	37
17	Exámenes de laboratorio por cada atención de urgencia, consulta y hospitalización, CCSS, 1980-2004	38
18	Exámenes de laboratorio por área de atención empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2004	39
19	Medicamentos despachados por área de atención y para los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2004	42
20	Medicamentos por cada atención de urgencia, consultas y hospitalización, CCSS, 1980-2004	43
21	Medicamentos despachados por área de atención, copias empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2004	44
22	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2004	47
23	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2004	48
24	Fluoroscopías efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2004	49
25	Mamografías y tomografías efectuadas por área de atención, según región y centro médico, CCSS, 2004	50
26	Terapias total y por área de atención, según tipo y centro médico, CCSS, 2004	51
27	Visitas a domicilio total, primera vez y concentración horas por consulta, procedimientos y actividades según región y centro médico, CCSS, 2004	52
28	Visita a domicilio para cuidados paliativos total de atenciones, primera vez y concentración, horas por consultas, procedimientos y actividades según región y centro médico, CCSS, 2004	53
IV.	ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (cuadros 29 - 65)	54
4.1.	Utilización de las Camas y Producción General (29 - 40)	54
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
29	Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores, CCSS, 1980-2004	55
30	Camas, egresos, estancia promedio, porcentajes de ocupación, mortalidad e intervención quirúrgica, según hospital, CCSS, 2004	58
31	Egresos hospitalarios, por área de ingreso, CCSS, 1997-2004	31
32	Egresos hospitalarios por área de ingreso, según hospital, CCSS, 1997-2004	60
33	Porcentaje de egresos con traslado según hospital y año, CCSS, 1990, 1997-2004	62
34	Egresos hospitalarios y porcentaje con infección nosocomial, por región y centro médico, CCSS, 1999-2004	63
35	Egresos hospitalarios por años de ocurrencia, según hospital, CCSS, 1990-2004	64
36	Estancias promedio por año de ocurrencia, según hospital, CCSS, 1990-2004	65

37	Porcentaje de egresos con una estancia por año, según hospital, CCSS, 1980-1981, 1990-1991, 2000-2001, 2003-2004	67
38	Egresos hospitalarios, porcentajes por grupos de edad según hospital, CCSS, 2004	68
39	Estancias promedio por grupos de edad según hospital, CCSS, 2004	69
40	Egresos hospitalarios y porcentajes por bienios, según diagnóstico, CCSS, 1982-2004	70
4.2.	Estancias según diagnóstico y procedimiento (41-43)	71
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
41	Egresos hospitalarios, estancias promedio y percentil 75 por sexo, según diagnóstico principal, CCSS, 2004	72
42	Egresos hospitalarios y estancias promedio por tipos de hospitales y clínicas según diagnóstico principal, CCSS, 2004	77
43	Egresos hospitalarios y estancias promedio por tipo de hospitales y clínicas según procedimiento principal, CCSS, 2004	80
4.3.	Atención hospitalaria por servicio (44 - 64)	82
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
44	Total de camas y porcentajes por servicio según región y hospital, CCSS, 2004	83
45	Porcentaje de ocupación por servicio según región y hospital, CCSS, 2004	84
4.3.1.	Hospitalización en los servicios de Medicina y Psiquiatría (cuadros 48 - 50)	85
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
46	Estancia promedio por servicios según región y hospital, CCSS, 2004	86
47	Egresos hospitalarios y porcentajes por servicios según región y hospital, CCSS, 2004	87
48	Egresos hospitalarios del servicio de medicina por grupos de edad, según hospital, CCSS, 2004	88
49	Estancia promedio del servicio de medicina por grupos de edad, según hospital, CCSS, 2004	89
50	Egresos hospitalarios del servicio de psiquiatría por grupos de edad, según hospital, CCSS, 2004	91
4.3.2.	Hospitalización en los servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica (cuadros 51 - 53)	90
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
51	Egresos hospitalarios del servicio de pediatría por grupos de edad, según hospital, CCSS, 2004	92
52	Egresos hospitalarios del servicio de cirugía pediátrica por grupos de edad, según hospital, CCSS, 2004	93
53	Egresos de cirugía pediátrica, total, con intervención quirúrgica e índice quirúrgico por área de ingreso según hospital, CCSS, 2004	94
4.3.3.	Hospitalización en el servicio de Ginecología (cuadros 54 - 55)	95

DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
54	Egresos hospitalarios del servicio de ginecología por grupo de edad, según hospital, CCSS, 2004	96
55	Egresos hospitalarios de ginecología por área de ingreso total, con intervención quirúrgica e índice quirúrgico, según hospital, CCSS, 2004	97
4.3.4.	Hospitalización en los servicios de Cirugía (cuadros 56 - 64)	95
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
56	Egresos hospitalarios, porcentaje por área de ingreso y porcentaje sin cirugía, según hospital, CCSS, 2004	98
57	Total de intervenciones quirúrgicas por tipo según hospital, CCSS, 2004	99
58	Porcentaje de egresos hospitalarios con cirugía mayor ambulatoria por año, según hospital, CCSS, 1996-2004	101
59	Egresos hospitalarios del servicio de cirugía mayor ambulatoria por grupo de edad, según hospital, CCSS, 2004	102
60	Egresos hospitalarios del servicio de cirugía por grupo de edad, según hospital, CCSS, 2004	103
61	Egresos de cirugía por área de ingreso, total, con intervención e índice quirúrgico según hospital, CCSS, 2004	104
62	Egresos hospitalarios con un día de estancia del servicio de cirugía regular y del servicio de cirugía mayor ambulatoria, según procedimiento, CCSS, 2004	105
63	Egresos hospitalarios con un día de estancia del servicio de cirugía regular y del servicio de cirugía mayor ambulatoria, según hospital, CCSS, 2004	107
64	Egresos hospitalarios con un día de estancia del servicio de cirugía mayor ambulatoria, por edad, según procedimiento, CCSS, 2004	109
V.	SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 65 - 80)	111
5.1.	Hospitalización en el servicio de Obstetricia	111
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
65	Egresos hospitalarios del servicio de obstetricia por grupos de edad, según hospital, CCSS, 2004	112
66	Egresos hospitalarios del servicio de obstetricia por diagnóstico principal, según región y hospital, CCSS, 2004	113
67	Partos, porcentajes con cesárea, abortos, nacimientos, porcentaje de defunciones fetales y defunciones maternas, según hospital, CCSS, 2004	114
68	Tasas de fecundidad por 100, según edad, Costa Rica, 1950-1995, 2000-2004	116
69	Partos y abortos en hospitales y porcentaje por grupos de edad, CCSS, 1987. 1992, 1995-2004	116
70	Nacimientos inscritos y porcentajes según edad de la madre, Costa Rica, 1983-2004	117
71	Población, nacimientos, tasa de natalidad, porcentaje de nacimientos en la CCSS y mortalidad infantil, Costa Rica, 1960-2004	118
72	Partos, nacimientos y porcentajes de parturientas con atención prenatal y con cesárea, nacimientos con bajo e insuficiente peso al nacer, CCSS, 1980-2004	120

73	Partos y abortos hospitalarios porcentajes por profesional que atendió y por número de consultas prenatales, CCSS, 1987, 1992, 1997-2004	121
74	Partos y abortos por número de consultas prenatales según región de residencia, CCSS, 1998, 2002-2004	122
75	Egresos hospitalarios por parto y aborto según condición de pago y grupos de edad, CCSS, 2003-2004	123
76	Nacimientos hospitalarios y porcentaje según peso al nacer y edad de la madre, CCSS, 1997, 199-2004	125
77	Porcentaje de peso al nacer por región y cantón de residencia de la madre, CCSS, 1997-1998, 2003-2004	126
78	Partos y abortos hospitalarios, porcentaje de defunción fetal según provincia y cantón de residencia, CCSS, 2000-2004	128
79	Defunciones maternas según región y centro médico, CCSS, 1990-2004	131
80	Tasas de esterilización hospitalaria por 100 habitantes en bienios, según sexo y grupos de edad, CCSS, 1994-2004	132
VI.	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 81 - 86)	130
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
81	Cobertura de atención de niños menores de 1 año, 1 a 6 y adolescentes por año, según región, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2000-2004	133
82	Cobertura de atención de cuidados prenatales por año, según región, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2000-2004	134
83	Cobertura de toma de citología vaginal en mujeres de 15 a 34 años y de 35 y más por año, según región, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2000-2004	135
84	Cobertura de atención en el escenario escolar por región, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2000-2004	136
85	Cobertura de atención post-parto por región, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2000-2004	136
86	Cobertura de atención a las personas diabéticas e hipertensas por años, según región, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2000-2004	137
VII.	DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD	138
7.1	Atención ambulatoria	138
7.2	Internamiento	138
7.3.	Atención de urgencia	138
7.4.	Fallecidos en urgencia	138
7.5.	Camas de observación en urgencias	139
7.6.	Consulta externa	139
7.7.	Consultante	139
7.8.	Consulta de primera vez en la vida	139
7.9.	Consulta de primera vez en el año	140
7.10	Consulta subsecuente	140
7.11	Consulta de primera vez en la especialidad	140
7.12	Cama hospitalaria	140
7.13	Dotación normal de camas	141

7.14	Días cama	141
7.15	Días paciente	141
7.16	Porcentaje de ocupación	141
7.17	Giro de camas	141
7.18	Estancias de egresados	142
7.19	Estancia promedio bruta	142
7.20	Egreso hospitalario	142
7.21	Estancia preoperatorio	142
7.22	Diagnóstico principal	143
7.23	Otros diagnósticos	143
7.24	Caso	143
7.25	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)	144
7.26	Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	144
7.27	Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR)	144
7.28	La CASUÍSTICA	145
7.29	La NORMA	145
7.30	Estancia promedio depurada (EPD)	145
7.31	Caso extremo	146
7.32	Estancia promedio ajustada por funcionamiento (EPAF)	146
7.33	Índice case-mix (complejidad de la casuística)	146
7.34	Estancia promedio ajustada por casuística (EPAC)	146
7.35	Índice funcional (IF)	146
7.36	Parto	147
7.37	Aborto	147
7.38	Defunción fetal	147
7.39	Subgrupos de la mortalidad fetal	147
7.40	Nacimiento	148
7.41	Subgrupos de los nacimientos	148
7.42	Defunción	148
7.43	Defunción infantil	148
7.44	Subgrupos de la mortalidad infantil	148
7.45	Defunción materna	149
7.46	Subgrupos de la mortalidad materna	149
7.47	Defunción materna tardía	149
7.48	Mortalidad hospitalaria bruta	150
7.49	Mortalidad neonatal hospitalaria	150
7.50	Mortalidad fetal hospitalaria	150
7.51	Mortalidad materna hospitalaria	150
7.52	Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	150
7.53	Servicio	151
7.54	Especialidad	151
7.55	Examen de laboratorio clínico	151
7.56	Prescripción farmacéutica	151
7.57	Admisión	151

7.58	Consulta social	152
VIII.	OTROS NUMEROS PUBLICADOS	153

PRESENTACION

El Departamento de Estadística de Servicios de Salud de la Dirección Técnica de Servicios de Salud con la estructuración de la Gerencia de División Médica se transformo en el Departamento de Estadística de Salud de la Dirección de Información de la Salud, y sigue siendo 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 2004 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 informe consta de varias secciones, las primeras permiten analizar la oferta general de servicios por medio de las cifras de producción en las diferentes áreas de los establecimientos de atención de salud de las personas y una sección con estadísticas resultantes del proceso de compra de servicios del compromiso de gestión. Hay además una sección dedicada a Salud Reproductiva y algunas estadísticas nacionales de fecundidad, mortalidad y población, proporcionadas por el INEC. Para los usuarios de la Internet, esta publicación puede encontrarse en la dirección <http://www.ccss.sa.cr/germed/dtss/diess/diess.htm>

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 una sección especial al final del informe.

M.Sc. Ligia Moya de Madrigal, Jefe
Estadística 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 Servicios de Apoyo en la reproducción oportuna de los documentos resultantes y la Subgerencia de Tecnología de la Información a través de la Dirección de Informática, para desarrollar sistemas que permiten captar y elaborar electrónicamente datos que, por su volumen y complejidad, sería imposible ordenar de otra manera, así como colocar la información en la Internet.

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.Sc. Ligia Moya de Madrigal

I. INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA C.C.S.S. (cuadros 1 a 5)

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 último capítulo).

En el **cuadro 1** se incluyen las NUEVAS cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2003, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 24 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.

El comportamiento de la razón de **atenciones de urgencia por habitante** es el indicador de consumo de servicios que más debe llamar la atención por su magnitud y continuo incremento; ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la C.C.S.S. han ido aumentando desde 0,32 por cada habitante en 1984 hasta 0,94 en 2004, resultado no esperado en los planes de atención; su crecimiento parecía haberse detenido por fin, ya que en 2001 y 2002 se mantuvo en 0,87; pero volvió a incrementarse a 0,90 en 2003 y continua a 0,94 en 2004 lo que es prácticamente una atención de urgencia al año por cada habitante. 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.

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 1,86 en 1994 e ir aumentando paulatinamente hasta 2,10 en 1999 se redujo a 1,97 en 2000 para volver iniciar otro ascenso a 2,18 en 2004. 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. 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 últimos tres años contradicen esa opinión.

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 razón de **egresos hospitalarios (hospitalizaciones) 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 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 hasta 2004. Además de cambios en la practica 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 en la sección dedicada a Salud Reproductiva e influye 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, sin embargo en 2003, con una natalidad de 17,2 se registro un ligero aumento a 69 222 nacimientos en la CCSS, pero ésta cifra sigue siendo un 12,6% inferior a la de 1989; en 2004 la reducción continua.

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 2004 y a pesar de que respecto a la población, las hospitalizaciones se han reducido y las consultas se han mantenido casi igual, los exámenes de laboratorio se multiplicaron por 2,8 y los medicamentos, por 1,6; este crecimiento explicaría los graves problemas que se han presentado para lograr atención oportuna en Laboratorios y Farmacias de la C.C.S.S. y pone de manifiesto un problema general: dentro de la política impuesta de reducción a destajo del tamaño del Estado (PAE, Autoridad Presupuestaria, etc.) a los servicios de apoyo no se les ha permitido crecer junto con las plazas de medico, y muchos de los problemas de oportunidad y calidad actuales radican en esa situación.

Ampliando detalles para el último año, los datos del **cuadro 2** muestran en resumen las cifras absolutas del 2004 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 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 30% 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. Desde este punto de vista es importante destacar el crecimiento de la atención de urgencias en las áreas de salud de las regiones Huetar Atlántica y Chorotega, al punto de que sus cifras son superiores a las de los hospitales respectivos.

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 2004 en una región sobrepasa el 50% de los egresos hospitalarios, que es la porción más cara de la atención médica. La proporción más baja de hospitalizaciones asegurados directos se encuentra en las regiones Chorotega y Huetar Atlántica (**cuadro 3**).

Si se toma en cuenta que sólo el asegurado directo paga cuotas a la C.C.S.S. y que hay un buen número de patronos morosos entre ellos el Gobierno Central, 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 de 2004 se tabularon por hospital y condición de aseguramiento en el **cuadro 4** y se observa que, como ha ocurrido en años anteriores, los extranjeros que no ocultan su condición se concentran en hospitales nacionales (San Juan de Dios, Carit y Chapui), San Carlos, San Francisco de Asís de Grecia y Ciudad Neilly; y los "por cuenta del Estado" llegan al 47% o más en el Sáenz Herrera, Chapuí, Enrique Baltodano, La Anexión, Tomas Casas y Upala. Vale la pena destacar que el "pago directo" es mayor en hospitales que todavía mantenían su servicio de Pensión. El cual desapareció en estos días por confusión entre un llamado "biombo" y una persona que abiertamente pagaba alojamiento y servicios de diagnóstico y terapéutica.

En el **cuadro 5** 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 su peso relativo se ha ido reduciendo de 30,44% en 1992 a 24,99% en 2002 y los por Cuenta del Estado han ido en aumento sostenido de 15,77% en 1987 a 20,98% 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 6 a 13)

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 el **cuadro 6**. 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 han dejado de aumentar desde 1985, y después de 1993 es notable también el paulatino incremento en las atenciones odontológicas. De ahí que, si se sumaran todas las atenciones ambulatorias por habitante (consulta externa y urgencias) del **cuadro 1** se vería que se mantienen por encima de 3 al año por habitante desde 1996, pero a base del incremento de las atenciones de urgencia. Sin embargo en el **cuadro 6**, el incremento de las cifras absolutas de **atenciones de urgencia** no se ha mantenido en alrededor de 300 mil al año como había sucedido hasta 2000, ya que en 2001 se redujo el incremento a 232mil atenciones más, en 2002 apenas se registraron 57mil más, en 2003 el incremento fue de 189mil y en 2004 aumentaron en 252mil; en cambio la **consulta médica** que se redujo en 2000 en mas de la cifra esperada por causa de la huelga, aumento en 2001 en poco mas de 200mil, en 2002 en cerca de 600mil y mas de 300mil en 2003 y 2004, esto podría explicarse por aumento en la cobertura, pero sobre todo por alguna mejor canalización de la

nourgencia, que en los años anteriores estuvo recargándose en los servicios de emergencias, en el que la documentación y el expediente del consultante son menos exigentes.

Con base en el Informe Estadístico Mensual que elaboran y envían los hospitales, clínica y áreas, se construyeron los cuadros siguientes, en los cuales aparecen los datos anuales de atención ambulatoria correspondientes al pasado año 2004, desglosados por centro médico y con subtotales según la región programática de ubicación de cada uno, o por especialidad.

El **cuadro 7** se refiere sólo a la **consulta por médico**, 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** o consultas por cada consultante respecto a 2002 **continuo subiendo** de 2,53 a 2,66 en 2003 y a 2,82 en 2004 en Medicina General, y **se redujo** de 1,93 a 1,99 y 1,91 en las consultas por especialista. Este indicador es muy alto en Medicina General de hospitales que solo prestan este servicio a sus empleados; las mayores concentraciones se registran en el México, en el de Los Chiles y el San Rafael de Alajuela. En el total de consultas al año, las variaciones en la concentración significan variaciones absolutas en las consultas de primera vez, que se redujeron en Medicina General y aumentaron en Especialidades:

Primera vez en:	2002	2003	2004
Medicina General	2.374.276	2.379.652	2.335.151
Especialidades	1.335.519	1.305. 651	1.404.810

En general, el total de **consultas de Medicina General** aumento de 6.014.003 en 2002 a 6.327.772 en 2003 y 6.590.569 en 2004, porque aumento más la concentración, es decir, el número de consultas por cada consultante que la cobertura (consultas por cada habitante o consultas de primera vez por cada cien).

Es importante destacar aquí que aunque en los acuerdos laborales se ha determinado que una consulta de primera vez equivale en tiempo medico a dos subsecuentes, eso no significa que las consultas de primera vez se registran dos veces, pues de ser así, se perdería el numerador del indicador de cobertura, y el denominador del indicador de concentración (ver definiciones en la sección

correspondiente).

Los mismos datos aparecen en el **cuadro 8** con el indicador clásico de **rendimiento**, (consultas por hora), calculado sin el ajuste de las consultas de primera vez (para ajustarlo es necesario duplicar las consultas de primera vez antes de hacer el calculo); pero si ha aumentado la concentración es porque aumento la relación consultas subsecuentes/consultas de primera vez. Consecuentemente, en Medicina General este **rendimiento** subió respecto a 2003 de 3,36 a 3,42 consultas por hora programada y de 3,78 a 3,81 si se toman sólo las horas utilizadas. Este rendimiento es menor y se mantiene alrededor de 3,00 y de 3,3 en la consulta por especialistas.

En el **cuadro 9** aparece el desglose de la **consulta por especialista** según especialidad, lo que mas llama la atención es que el total de consultas por especialista entre 1998 y 2004 ha crecido muy lentamente, a pesar de los esfuerzos Institucionales por aumentarlas. A partir de 2000 inicia un suave ascenso en 2001 que se mantiene hasta 2004, que es la cifra mayor alcanzada en los siete años. Los mayores aumentos se registran en Dermatología, Medicina Interna y Rehabilitación, Oftalmología, y Urología, Obstetricia y Psiquiatría, algunas otras redujeron o mantuvieron su producción respecto a 2002.

En el **cuadro 10** se presenta la **concentración por especialidad**; las más altas son las de Reumatología Infantil, Inmunología, Medicina Psicosomática, Medicina Nuclear, Medicina del Dolor, Hematología, Oncología y Nefrología.

Las consultas ODONTOLÓGICAS y por OTROS profesionales aparecen en el **cuadro 11**, con dos nuevas columnas, una para la consulta y la otra para las actividades educativas, ambas a cargo de las Trabajadoras Sociales. En este cuadro sobresalen las Clínicas y Areas de Salud Metropolitanas por su elevada participación en el total de **consultas de Odontología**; además, en algunos hospitales comienza a aparecer la consulta odontológica especializada. En el mismo cuadro aparecen las consultas por otros profesionales, que como se vio en los cuadros 1 y 6, no han variado en volumen, y se agrega la **consulta social**, la cual se imparte en todos los niveles de atención; cerca del 40% de esta consulta se concentra en los hospitales nacionales.

En general se percibe que esta variando lo observado a través de los años, ya que los hospitales nacionales atienden ya menos del 1% de las consultas médicas

generales, pero siguen a cargo del 41% de las especializadas, junto con el 37,6% de la consulta por otros profesionales; el mayor volumen de consultas de medicina general se produce en 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 y en el primer nivel de atención; o sea, fuera de los hospitales ubicados en la ciudad capital.

Las **atenciones de urgencias** en el **cuadro 12**, siguen la tendencia observada y comentada en el 1, sobrepasando ya los 3,9 millones con un aumento sostenido de la proporción de no urgencias, de 52,8% en 2002, 53,57% en 2003 y 56,43% en 2004 y dispersándose por todos los centros médicos, de manera que los grandes hospitales nacionales continúan atendiendo en 2004 sólo el 15,4% con un aumento de 21,7% a 26,6% de no urgencias y un 12,37% dejados en Observación. 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 0,86% son falsas urgencias. Además, sigue siendo notoria la participación del hospital San Vicente de Paul, en el que se imparten más atenciones de Urgencia que en el San Juan de Dios y en el México; pero 66,6 de cada 100 no son urgencias reales, esta proporción de NO urgentes se había ido incrementando en este hospital de 39,5 en 1999 a 63,7% en 2000; 77,3% en 2001, 90,3% en 2002 y 94,1 en 2003; daba la impresión de que en su área de atracción funcionaba cada vez menos el primer nivel de atención, situación que parece empezar a corregirse en 2004.

El indicador contrario, las urgencias cuya gravedad requirió unas horas de observación eran en general el 23,2% en 2002, mostrando un ligero aumento a 24,9% en 2004. En el San Vicente de Paul esta proporción se redujo de 43,8% en 1999 a 1,97 % en 2000; aumento lentamente a 3,9% en 2001; 7,5% en 2002 y 10,97% en 2003; reduciéndose nuevamente a 2,1% en 2004.

Realmente esta situación no se ha estudiado bien, 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, se incremento 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, a 53,57% en 2003 y a 56,4% en 2004. 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. En otros momentos esta aglomeración en Urgencias se ha resuelto con la ampliación de las horas de consulta en el servicio de Consulta Externa.

Las cifras del **cuadro 13** sobre la causa y el lugar de ocurrencia en las **atenciones de urgencia por accidentes y violencias** muestran que se produjo un aumento del 36% pues de 299.835 en 2003 llegaron a 408.590 en 2004; de manera que si en 2003 eran el 8% del total de atenciones de urgencia, en 2004 representaron el 10,2%; lo cual significa que del 17,3% de las verdaderas urgencias en 2003, ya en 2004 representan el 23,5%; con un aumento de los fallecimientos de 4 a 5,3 por 10.000; además, aumento también la cifra absoluta de hospitalizaciones por estas causas, con el consiguiente agravamiento de las listas de espera por una cama, pues esta es una atención no programada que no puede esperar. El mayor problema para la interpretación de estos datos sigue siendo el poquísimo registro de la agresión doméstica y la alta frecuencia de causa externa desconocida (22,3%) y lugar de ocurrencia desconocido (25,7%) por deficiencias en el llenado del formulario respectivo, la llamada hoja de puerta; las caídas en la vivienda siguen siendo la principal causa externa registrada en las atenciones por accidentes y violencias en los servicios de urgencias de la CCSS.

III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 14 a 28)

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** por Enfermedad para los primeros, que hospitalizaciones para toda la población; 581.686 en 2003 y 607.127 en 2004; de las cuales alrededor del 16% son para empleados de la misma institución. Los empleados de otros organismos recibieron un período promedio teóricamente en el HOGAR de 6,7 días y los de la CCSS 6,1 días. El hospital Calderón Guardia es el que más órdenes de incapacidad por enfermedad expide para empleados de otros organismos (34 747 en 2002, 29 947 en 2003 y 27.066 en 2004) con un promedio de 17,3 días en 2002, 15,27 en 2003 y 14,5 en 2004; seguido por el Hospital México que extendió 24 678 con 17,9 días en 2002; y 16940 con 16,98 días en 2003 y 17002 con 17,1 días en 2004; a ellos se agrega la Clínica Marcial Rodríguez que confirió 19 596 con 8,9 días en 2002; 16651 con 9,47 días en 2003 y 15769 con 10 días en 2004. El mayor número de órdenes de incapacidad para empleados las dieron en ese orden los Hospitales México, Calderón Guardia, San Juan de Dios, Monseñor Sanabria y Tony Facio, y en general por períodos más cortos (**cuadro 14**).

En el **cuadro 15** se encuentran los datos de 2004 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, que obviamente es más alta en citologías y casi cero en autopsias.

Los tres cuadros siguientes (16, 17 y 18) se refieren al **LABORATORIO CLINICO**. En el **cuadro 16** están las cifras absolutas anuales registradas de 1980 a 2004 que muestran un aumento continuo al punto de que en 2004 los laboratorios clínicos de la institución realizaron 5,2 veces más exámenes que en 1980; parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la población y de la cobertura; pero como se comentó en el cuadro 1 también aumentó la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso del laboratorio que hace 24 años. Esto se aprecia mejor en el **cuadro 17**, en el que se tomaron estos datos y se relacionaron con los productos finales de los mismos años; así puede verse que la relación exámenes por cada atención se cuadruplicó en Urgencias, se multiplicó 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 18** esta el detalle por centro de 2004, 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 número, 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. En 2004 los Servicios de Laboratorio registraron más de 46 millones de órdenes atendidas (10 al año por habitante) con un incremento de 4 millones respecto al 2003; la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en las Clínicas Metropolitanas. Los servicios de Consulta Externa consumieron casi la mitad del total y el doble de hospitalización; los servicios de Urgencias consumieron casi 8 millones de exámenes de laboratorio en 2004.

Los cuadros 19, 20 y 21 se refieren al Servicio de **FARMACIA**. En el **cuadro 19** 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 2004, separados por área de atención; estas muestran un aumento continuo al punto de que en 2004 las farmacias de la institución despacharon 3 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 24 años. Esto se aprecia mejor en el **cuadro 20**, en el que se tomaron los datos del 19 y se relacionaron con los productos finales de los mismos años; así puede verse que la relación medicamentos por cada atención se multiplicó por 1,3 en Urgencias; por 1,7 en Consulta Externa, reduciéndose de 2 en 2003 a 1,8 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 65,7% de los medicamentos despachados. En el **cuadro 21** está el detalle de 2004 por centro, 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. En la columna "apoyo a la red" aparecen los medicamentos que, por convenio, el centro despacha a pacientes de otros centros. En 2004 los Servicios de Farmacia registraron más de 53 millones de órdenes de medicamentos (12 al año por habitante); la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en la Clínica

Metropolitanas.

Los **cuadros 22 y 23** se refieren al Servicio de **RAYOS X** y como es de esperar, son muy pocos los centros que cuentan con el, por ese motivo el "apoyo a la red" es tan importante; en 2004 el volumen de las placas radiográficas hechas para ese rubro, es superior a las hechas a pacientes hospitalizados; el máximo consumidor de este medio de diagnóstico es el servicio de Urgencias, seguido por el de Consulta Externa; sólo en las Clínicas Metropolitanas esta relación se invierte, probablemente por que en ellas las verdaderas urgencias son menos del 50% de las atenciones en esta área, como se mostró en su oportunidad (cuadro 12). El **cuadro 24** se refiere a **FLUOROSCOPIAS**, que es un procedimiento cada vez menos utilizado por el avance de las tecnologías de diagnóstico por imágenes.

En los cuadros siguientes se presentan datos de servicios complementarios menos tradicionales en la atención de la salud, que son cada vez mas frecuentes y tienen un alto costo en equipo, recurso humano apropiado y materiales requeridos. En el **cuadro 25** están las **MAMOGRAFIAS** y las **TOMOGRAFIAS axiales computarizadas (TAC)**; estos procedimientos se realizan principalmente en hospitales nacionales.

Algunos de los procedimientos médicos con fines terapéuticos que se llevan a cabo en los servicios de salud de la CCSS, principalmente en el tercer nivel de atención, aparecen en el **cuadro 26** con el nombre de **TERAPIAS** física, respiratoria, ocupacional o cardíaca, en el que se ve que en 145.516 sesiones de terapia física se realizaron 767.967 tratamientos, la mayor parte en la Consulta Externa y en el Centro Nacional de Rehabilitación.

En esta sección se incluyen dos cuadros sobre **Atención a Domicilio**. En el **cuadro 27** están las atenciones a domicilio de pacientes que requieren atención especial por diversas causas sin requerir hospitalización; pero que tienen dificultades físicas para acudir todos los días al centro médico a recibirlas; por lo que se destina un equipo especial para que les preste la atención en el domicilio lo que dio un total de 10.505 visitas a domicilio en el año; durante esas visitas se realizaron 27.135 tratamientos y 30.964 actividades. Con este programa en 2004 se beneficiaron 2018 personas, que recibieron en promedio 5,2 visitas cada una con una duración

promedio de 1 hora por visita. Las mayores cifras de concentración (visitas por persona) se registran en Barva*, Poás, Alajuela Norte, Santa Ana*, Cañas, Pavas* y Goicoechea 2, con más de 12 visitas por persona cuya duración varía entre menos de 30 minutos por visita en Alajuela Norte y casi 3 horas en Barva; las tres marcadas con asterisco funcionan bajo la modalidad de cooperativa.

Las **visitas a domicilio** del **cuadro 28** se refieren únicamente al programa de **cuidados paliativos** y no están incluidas en el cuadro anterior. En primer lugar vale la pena destacar que bajo este programa se produjeron más visitas (12.070) y se beneficiaron más personas (2.482) que en el mencionado anteriormente.

IV. ATENCION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 29 a 65)

4.1. Utilización de las camas y producción general (cuadros 29 a 40)

Obviamente, la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo se incluyeron cuadros como el 1 y el 6 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 29** contiene las cifras generales del área de hospitalización en la C.C.S.S. y su evolución de 1980 a 2004. 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, la reducción de 20 camas y reducción de 1% en la ocupación de 2002 cambia a un aumento de 19 camas y aumento de 0,3% en la ocupación en 2004. 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 a poco más de 338 mil en 2003 y 2004. También había habido una reducción sostenida de la **estancia promedio** (de 7,91 en 1980 a 5,22 días en 2002) que se revierte en 2003 a 6,3 días (la misma de 1988) lo que, junto a la reducción de las camas (de 6926 a 5860), había producido aumento en el **giro de camas** (de 35,4 a 56,8) el cual en 2003 vuelve a 51,4 como en 1997 sin aumento sensible en el porcentaje de ocupación. En 2004 se mantiene esta tendencia. Cabe recordar aquí que el proceso de reforma se inicio oficialmente en 1997. Sin embargo no es prudente seguir adelante sin llamar la atención sobre altísimo porcentaje de ocupación del Enrique Baltodano como se vera en el cuadro siguiente.

Sobre este tema conviene recordar que para un porcentaje de ocupación "ideal", el indicador para actuar sobre la utilización de una cama es siempre la estancia promedio y el giro de esa cama es un resultado; 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 1997, en 2003 los hospitales de la C.C.S.S. produjeron 22.415 egresos de mas; en 2004 la cifra total fue similar a la de 2003 con una reducción en el período promedio de permanencia en el hospital de 0,4 días por paciente; además comunican 44 camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 81%, con mas de 1mil camas desocupadas durante el año. Esta situación 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 gestión 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, a la visita a domicilio, al mejoramiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y de la red de servicios de su área de atracción, con los consiguientes beneficios para el bienestar del paciente y del personal que lo atiende. Dentro de las normas de desempeño ya no se fijara el porcentaje de ocupación máximo deseable, si no el mínimo aceptable dentro de la correcta administración de los recursos.

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, en este cuadro 29 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, y alrededor

del 48% desde 2001; a partir de ese año se ha incrementado y se mantiene alrededor del 50%. Esta cifra incluye la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía mayor regular, la ginecológica y la obstétrica con las cesáreas y las episiotomías (ver también el cuadro 56). Series cronológicas de algunos de estos indicadores por hospital se presentan en varios de los cuadros siguientes.

El **cuadro 30** presenta el panorama general de 2004 en el área de hospitalización por hospital. La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia que se mantuvo entre 5,3 y 6,6 días en 2002 aumento ligeramente variando entre 5,9 y 7,4 días en 2003 y, entre 5,8 y 7,2 en 2004 con ligeras variaciones en los porcentajes de ocupación y en el número de egresos; por ejemplo, la estancia promedio en todo el país varió entre 2,64 en el hospital Carit y 7,17 en el hospital San Juan de Dios; en el Calderón Guardia bajo de 5,87 días a 5,82, y en el México Ilego a 7,12 días por paciente; o sea que por primera vez, la estancia promedio del San Juan de Dios es igualada por la de uno de los otros dos grandes hospitales generales del tercer nivel de atención, el México. En los tres la proporción de egresos con alguna intervención quirúrgica es superior a 60% y alcanza el máximo en el Calderón Guardia con 64,95% en 2003 y 63,16% en 2004.

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 había reducido sustancialmente la estancia promedio en el Dr. Chapuí de 92,4 días en 1999 a 48,62 en 2002; aumento a 80,9 días en 2003 y volvió a reducirse a 54,2 días en 2004.

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 38,5% en el Dr. Tony Facio y 54,3% en el Maximiliano Peralta. Datos de este cuadro 30 están desglosados por hospital y servicio en la sección correspondiente.

El **cuadro 31** muestra la evolución de la vía de ingreso a hospitalización desde que se inició la reforma; se ve así que aunque se ha ido reduciendo, sobre todo por la reducción de la fecundidad que veremos mas adelante, la proporción de ingresados desde el servicio de Urgencias es superior al 60%. Esta cifra varia según hospital (**cuadro 32**), es mas baja en los hospitales nacionales generales que en los Regionales, y es más alta en los hospitales periféricos y varía desde 43% en el México hasta 99% en el Psiquiátrico, sólo el Centro Nacional de Rehabilitación, por su naturaleza, no tiene ingresos a hospitalización por el servicio de urgencias.

Otro 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 33**. 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; sin embargo a través de los años se observa una reducción general de la proporción de egresos por traslado en casi todos los hospitales, con algunas excepciones como el Psiquiátrico y Golfito, lo cual sugiere mejoramiento en la capacidad resolutive de cada uno y acción del primer nivel de atención, que evita que los casos se compliquen. En general, los egresos por traslado a otro hospital dependen también del desarrollo de la atención de urgencias del hospital que traslada, pues lo hace una vez que ha internado al paciente y este ya le ha producido estancias.

A veces la permanencia en el hospital se prolonga por infecciones adquiridas en el mismo, en el **cuadro 34** se presenta la proporción de **infecciones nosocomiales** registradas que, aunque es muy baja, muestra ligeros aumentos de 1999 a 2004 en varios de los hospitales, los cuales podrían explicarse por el mejoramiento en los registros de este fenómeno que han traído los compromisos de gestión; parte de la alta proporción en el Blanco Cervantes se explicaría por la avanzada edad de sus pacientes, sin embargo se registra un aumento en 2002 que es necesario resaltar, una baja en 2003 y otro aumento en 2004.

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 35**), lo mismo que la reducción de la **estancia promedio** (**cuadro 36**), 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 2004 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.

Los regionales y periféricos, como ya tenían estancias muy cortas, se mantienen igual; la única excepción es Golfito, que en 1991 tenía una estancia promedio bruta de 6,53 días como algunos nacionales, y desde 1997 se incorpora a su categoría de hospital periférico con 4,34 días en 2003 y 4,5 en 2004.

Un factor que ha influido en la reducción 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 37**), por ejemplo los tres hospitales nacionales tenían menos del 19% en 1980-81, veinte años mas tarde los pacientes con un día de estancia en esos hospitales son mas del 30%, este incremento se ha producido en buena parte por el fortalecimiento de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Factor reconocido como influyente en la duración de la permanencia en el hospital, es la EDAD de las personas; en los cuadros 38 y 39 se desglosan los **egresos y la estancia promedio de 2004 por edad y hospital**, lo que permite ver que varios hospitales generales aumentaron de un 12% que tenían hace pocos años a más de un 15% de egresos de personas de 65 años y más (**cuadro 38**), lo cual influye en su estancia promedio total pues algunos de ellos son los que tienen en general los promedios de estancia más altos; llama la atención las variaciones de la estancia promedio de las personas de

65 años y más de 10,6 días en 2002 a 14,29 días en 2003 y 11,42 días en 2004 (**cuadro 39**).

La estructura de los egresos hospitalarios según diagnóstico y sus variaciones en los últimos 24 años del **cuadro 40** muestra que el capítulo de embarazo, parto y puerperio ha explicado más de la tercera parte de las hospitalizaciones en la CCSS desde 1980-81 con un 33%, alcanzó su máximo diez años más tarde con un 35,6% en 1990-91, y se ha reducido desde entonces hasta alcanzar el 28% en 2002-03 y 2004, lo cual es congruente con la reducción nacional de la fecundidad que se comenta más adelante. La reducción del gran peso de la obstetricia en el porcentaje total de egresos influye por supuesto, en el peso relativo de los otros diagnósticos, pero no en su orden, así, hasta 1986-87 le seguían en segundo lugar con menos del 10%, las lesiones de causa externa cuyo peso relativo se ha ido reduciendo también y, a partir de 1988-89, las enfermedades del sistema digestivo que mantienen un aumento sostenido desde entonces. En el tercero y cuarto lugares se alternan las enfermedades de los sistemas genitourinario y respiratorio, 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 podría indicar que los accidentes y agresiones se han vuelto tan violentos, que la mayor parte de esas muertes se produce en el lugar de ocurrencia, no llega a los hospitales.

4.2. Estancias según Diagnósticos y Procedimientos (cuadros 41 a 43)

Dado que desde septiembre de 2002 no contamos con el software requerido, tampoco en 2004 se pudo hacer el análisis de los grupos de diagnósticos relacionados por el consumo de recursos (GDR); pero un análisis general del quehacer hospitalario no puede eludir los diagnósticos y los periodos de hospitalización según diagnósticos y según procedimientos quirúrgicos. Dado que un análisis cronológico complica bastante la presentación de los datos se utilizaron sólo los de 2004, que son los más recientes a la fecha, para elaborar los cuadros 41, 42 y 43. Como medida de la duración de los episodios de hospitalización se escogieron dos indicadores: la **estancia promedio** porque es más conocida y usada, y, en el cuadro 41, el **percentil 75** el cual es un valor de la estancia tal que el 75%

de los egresados con ese diagnóstico permanece por un período igual o menor que ese valor. Se utiliza esta medida porque en la mayoría de los diagnósticos 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 período de hospitalización de esos diagnósticos. Además, en el 42 y en el 43, se agruparon los hospitales según capacidad resolutive: nacionales, regionales y periféricos, con una columna especial para las clínicas que atienden parto normal o hacen cirugía mayor ambulatoria (CMA).

En el **cuadro 41** están los 338.686 egresos hospitalarios que se registraron en 2004 en las dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social, su estancia promedio y el percentil 75 de la estancia por sexo según diagnóstico principal. De él se desprende que si bien la mayor parte son mujeres (66,8%), 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 actual de los casos que permanecían largos períodos en los hospitales o **casos extremo**.

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

HOMBRES	112 482	MUJERES	226 199
(porcentajes)			
E.S. Digestivo	15,1	Embarazo, parto y puerperio	42,1
Causas externas	13,3	E.S. Digestivo	8,1
E.S. Respiratorio	10,0	E.S. Genitourinario	7,1
E.S. Circulatorio	9,4	Sin hallazgo patológico	6,2
E.S. Genitourinario	7,2	Tumores	5,4
A. Perinatales	6,0	E.S. Respiratorio	4,8
E. Ojos y Anexos	5,7	E.S. Circulatorio	4,3
Tumores	5,2	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 42,1% de las hospitalizaciones de las mujeres son por causas obstétricas y el 6,2% son por causas no patológicas (observación o exámenes que requieren internamiento y el resultado es negativo, sin hallazgo patológico), y estas tienen las estancias más bajas, ya se escoja el promedio o el percentil 75. A pesar del efecto de la gran concentración en causas obstétricas en las mujeres, las hospitalizaciones por tumores son menos frecuentes en los hombres.

En el mismo cuadro 41 se puede ver un buen ejemplo del **efecto de los casos extremo** ya que los promedios más altos de estancia los tienen las mujeres con trastornos mentales orgánicos (93,1 días) y los hombres con esquizofrenia (61,3 días), sin embargo el percentil 75 de la estancia en ambos casos es 25 y 32 días respectivamente. En casi todos los diagnósticos es más baja para ambos sexos la estancia promedio que el percentil 75 de la estancia, lo que indica que tienen una alta proporción de hospitalizaciones de muy baja estancia; lo que en algunos se puede estar reflejando el efecto de la **cirugía mayor ambulatoria (CMA)**, la cual está incluida en los egresos hospitalarios; por ejemplo, fíjese la atención en los diagnósticos del capítulo de “enfermedades de los ojos y sus anexos”, pues en todos el promedio de la estancia es inferior a dos días y el percentil 75 es un día.

La distribución de los **diagnósticos según categoría de hospital** en que se producen los egresos se encuentra en el **cuadro 42**. 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 más frecuentes como causa de hospitalización en los hospitales regionales y en los periféricos; los síntomas y signos son más frecuentes en los hospitales regionales, lo que puede indicar imprecisión en los diagnósticos o traslados urgentes a otro hospital. La estancia promedio es más alta en los hospitales nacionales. Las clínicas atienden Cirugía Mayor Ambulatoria y parto normal y los diagnósticos de sus egresos son consistentes con esas actividades. Si se excluyen las enfermedades mentales, los diagnósticos con estancias por encima de 14 días en los hospitales nacionales son:

DIAGNOSTICO	H. NACIONAL	H. REGIONAL	H. PERIFERICO
Sida/VIH	16,9	9,4	8,9
Cáncer gástrico	16,3	11,9	9,4
Parálisis cerebral	15,9	9,5	5,9
Complic. Diabetes Mellitus	15,0	11,0	8,4
E. Pulmonar Obst. Crónica	14,9	9,1	7,8
T. Cerebrovasculares	14,7	9,2	8,1

Obviamente, esos diagnósticos tienen estancias mas cortas en los regionales y periféricos; pero se presentan en todos.

De los 338 686 egresos hospitalarios de 2004, el 62% fue sometido durante su internamiento a algún procedimiento quirúrgico o médico complejo en cualquiera de los servicios y especialidades; la distribución de esos 209 975 egresos hospitalarios según categoría de hospital y **procedimiento** principal se encuentra en el **cuadro 43**. Como era de esperar, la estancia promedio de este subgrupo es mas corta y se reduce según la categoría del hospital. El 11% son procedimientos diagnósticos y no quirúrgicos, entre los que sobresalen los ultrasonidos diagnósticos. Entre las intervenciones quirúrgicas, que representan el 89%, los procedimientos obstétricos son los mas frecuentes en toda la red de servicios y explican el 24,4% del gran total, siguen en frecuencia las intervenciones en los órganos genitales femeninos con un 15%, lo cual significa que el 39,4% se aplican solo a las mujeres. También son muy frecuentes las intervenciones del sistema digestivo (14,7%) y del sistema músculo esquelético (8%). En general son muy pocos los procedimientos que sólo se realizan en hospitales nacionales: procedimientos diagnósticos del corazón y el pericardio para revascularización cardiaca; otros pocos sólo se realizan en nacionales y regionales, y muy pocos se realizan también en algunas clínicas mayores.

4.3. Atención hospitalaria por servicios (cuadros 44 a 64)

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. La tendencia moderna es reducir el uso de la cama a lo estrictamente indispensable, mediante la especialización y el desarrollo de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento, por ese motivo, para prestarles servicios especializados las personas son separadas por las grandes áreas de los servicios médicos: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría.

La distribución de las camas por servicio en 2004 y los datos de egresos y estancia promedio de cada servicio se encuentran en los cuadros 44 a 64 separados por región y hospital. Por su abundancia y complejidad, los datos del servicio de Obstetricia están en el capítulo de Salud Reproductiva.

El 25% de las 5833 **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 ésta en la estancia promedio; por ejemplo, en los hospitales nacionales generales las camas de Cirugía son más del 42% de las camas de dotación normal, sobre todo en el San Juan de Dios (54%) y en el México (47%), seguido por el servicio de Medicina; en la mayor parte de los regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia (**cuadro 44**). Vale la pena anotar aquí que 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. Eso todavía no ocurre en Costa Rica.

El **cuadro 45** contiene los **porcentajes de ocupación** de las camas por hospital para cada servicio y en ellos se refleja claramente los efectos de la reducción de la fecundidad en el país, ya que, como la distribución de las camas sigue siendo la misma, los porcentajes de ocupación de servicios relacionados con la atención de partos y abortos tiene los mas bajos porcentajes de ocupación, así como los de Pediatría; el servicio de

Medicina continua siendo el de mayor ocupación, y posiblemente parte de la baja ocupación en los servicios de Cirugía se pueda explicar por el incremento de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Sin embargo, con algunas excepciones, la mayor parte de los problemas de faltante de camas se resolverían si se hiciera una redistribución de las existentes. Por otro lado, llaman muchísimo la atención los altísimos porcentajes de ocupación del hospital Dr. Enrique Baltodano con 5 de sus 7 servicios por encima del 100%, y que no concuerdan con los de los hospitales de La Anexión y de Upala que pertenecen a su área de atracción, ni con los del Monseñor Sanabria que sería la segunda alternativa para resolver ese problema. Otros servicios con más de 100% de ocupación son los de Neonatología del Calderón Guardia, del William Allen y del Monseñor Sanabria; también estuvo por encima del 100% de ocupación los servicios de Medicina y de Cirugía del Tomás Casas, el de Obstetricia de Los Chiles y del Tony Facio, el de Ginecología de Los Chiles y del Escalante Pradilla, y el de Pediatría del Carlos Luis Valverde

El **cuadro 46** contiene los datos complementarios de estancia promedio según servicios para cada hospital, agrupados según su posición en la red. Como es de esperar, si se excluye Psiquiatría, la estancia promedio de Medicina es la más alta en todos los hospitales sobretodo en el Geriátrico y en los tres hospitales generales de tercer nivel, seguida por Cirugía y Neonatología.

La distribución por servicio de los egresos hospitalarios se encuentra en el **cuadro 47**, y concordantemente con la distribución por diagnósticos 26,56% son de Obstetricia mas 8,5% de Ginecología; en segundo lugar esta Cirugía junto con CMA con el 32,85% de los egresos hospitalarios y en tercero Medicina con el 15%. Estas proporciones varían según la región y el nivel de atención.

4.3.1 Hospitalización en los servicios de Medicina y Psiquiatría (cuadros 48 a 50)

Datos típicos de cada servicio se incluyen a continuación, comenzando con los **cuadros 48 y 49** que se refieren a la distribución por edad de los egresos hospitalarios del servicio de **Medicina** y a la estancia promedio (excluida Psiquiatría que aparece por separado en el cuadro 50). Medicina tuvo más de 48700 egresos

en 2001 y 2002, con una estancia promedio general de 9,6 días desde 1997; en 2003 se redujo a 9,4 días con 51754 egresos y en 2004 registro 50786 egresos con 9,5 días de estancia. La tercera parte de estos egresos se produce en los hospitales nacionales con mas del 70% en edades de 45 años y más y estancias que van de 10,7 días en el Calderón Guardia a 20,15 en el Geriátrico Blanco Cervantes. En 2004 la estancia promedio de los servicios de Medicina de los hospitales regionales varió entre 6,37 días en el Tony Facio y 9,46 en el Enrique Baltodano. En los hospitales periféricos la estancia promedio del servicio de Medicina esta entre 4,9 días en Los Chiles y 10,1 en el San Vicente de Paul, que tuvo un 50% de egresos de 65 años y más.

Los Servicios de **Psiquiatría** no son comunes a todos los hospitales, en el **cuadro 46** se ve que, además del Hospital Psiquiátrico Chapuí y el Dr. Chacón Paut, que muestran la estancia promedio más alta, sólo en diez hospitales generales hay Servicio de Psiquiatría y con estancias mucho más cortas. Aunque lentamente, entre los doce hospitales atienden cada vez más pacientes, de 5202 en 1998 a 6440 en 2003 y 6628 en 2004. En el **cuadro 50** aparece la distribución por edad según hospital, para darse cuenta de que el 53,76% esta entre 20 y 44 años cifra que llega a 60% en el Escalante Pradilla.

4.3.2. Hospitalización en los servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica (cuadros 51 a 53)

El análisis por servicio continúa con **Pediatría**. En el **cuadro 51** aparecen los datos del Servicio de Pediatría incluyendo Neonatología y excluyendo Cirugía Pediátrica que aparece en el cuadro 52. El servicio de Pediatría como el de Medicina, es común a todos los hospitales regionales y periféricos que en conjunto tienen más del doble de los egresos de niños que tiene el Sáenz Herrera; las estancias promedio en este servicio son bajas desde hace varios años, (en 2004 ver el cuadro 46). Los datos de los hospitales nacionales de adultos corresponden sólo a Neonatología. Los egresos de **Cirugía Pediátrica**, se encuentran en el **cuadro 52** y en esta especialidad, que no es común a todos, los casos vistos en los hospitales regionales y periféricos tienen menor volumen que los del Hospital de Niños y menor complejidad.

Con los datos de **Cirugía Pediátrica** que aparecen en el **cuadro 53**, se puede ver que en los niños el índice quirúrgico entre los que ingresan por Consulta Externa es de 79% y entre los que ingresan por Urgencias es de 63%. Por hospitales el menor por Consulta Externa es el 59% del San Vicente de Paul y el mayor, el 92% del Escalante Pradilla. Por Urgencias el menor se dio en el Monseñor Sanabria con 34% y el más alto es el del Maximiliano Peralta con 73,8%.

4.3.3. Hospitalización en el servicio de Ginecología (cuadros 54 a 55)

Continuando con los cuadros 54 y 55 se analiza el servicio de **Ginecología** cuya estancia promedio por hospital se vio en el cuadro 46 y la conclusión es que su estancia promedio es de las más bajas en cualquier hospital; por el **cuadro 54** se concluye que es un servicio común a todos los hospitales generales y que más del 65% de las hospitalizaciones en este servicio están en la edad fértil (de 20 a 44 años). Además, se operó al 74% de las que ingresaron por Consulta Externa y al 63,6% de las que ingresaron por Urgencias. En general los índices quirúrgicos de Ginecología por hospital son más altos que en Cirugía y que en Cirugía Pediátrica (**cuadro 55**).

4.3.4. Hospitalización en los servicios de Cirugía (cuadros 56 a 64)

Del **total de 338 686 egresos hospitalarios** la mayor parte del 50,8% que fue sometido a alguna intervención quirúrgica ingreso por la consulta externa (26,2%) y el 24,55% ingreso por el servicio de urgencias; en poquísimos casos y sólo en los hospitales que tienen servicio de Obstetricia, se intervino quirúrgicamente a recién nacidos en el hospital. El 54,29% de los egresos hospitalarios de 2003 no tuvo intervención quirúrgica; esa proporción bajó a 49,2% en 2004. Estas cifras varían según el hospital e incluyen hasta las cesáreas y las episiotomías (**cuadro 56**).

El desglose de los componentes del total de **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** por hospital según nivel de complejidad se encuentra en el **cuadro 57**; vale la pena destacar que, respecto a 2003, a pesar de la reducción del número de cesáreas y episiotomías por la reducción de la natalidad comentada, en 2004 se registró un aumento

de 2793 egresos con intervención quirúrgica que se concentran en Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía no obstétrica. De manera que del total de 172 038 egresos con intervención quirúrgica el 16,45% son intervenciones obstétricas en el parto (8,7% cesáreas y 7,75% episiotomías), esta proporción es menor que la registrada en los últimos años por causa de la reducción de la natalidad comentada en otras partes ; en tanto que la proporción de cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) aumento de 19,89% en 2003 a 23,67% en 2004, y la proporción de cirugía mayor regular se redujo de 62,62% en 2003 a 59,89% en 2004; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital.

En el **cuadro 58** aparece la proporción de los egresos con **CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA** de cada hospital durante los últimos nueve años. Si bien no todos los hospitales prestan este servicio, puede verse un incremento sostenido en la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en general 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 19,1%. 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%.

La Cirugía Mayor Ambulatoria aumenta lentamente en el Hospital Sáenz Herrera (cuadros 58 y 59) porque, por su edad, los pacientes de Pediatría requieren de otras personas de la familia para su cuidado en el hogar. La CMA se concentra en pacientes entre 20 y 64 años (**cuadro 59**), y en la Cirugía Regular, a ese grupo se le agregan los de 65 años y más (**cuadro 60**).

No todos los egresos de Cirugía son intervenidos quirúrgicamente, el **cuadro 61** permite ver que en 2004, de los egresos del servicio de **Cirugía** de adultos, se intervino quirúrgicamente al 73,7% de los que ingresaron por la Consulta Externa y al 61,59% de los que ingresaron por Urgencias; este **índice quirúrgico** varía por hospital, así, entre

los que ingresaron **por la Consulta Externa** en los hospitales periféricos el mas bajo es el 45% del Tomás Casas y el más alto, el 88,8% de Upala; en los regionales el menor es el 55,4% del Monseñor Sanabria y el mayor el 80,2% del San Rafael; en los hospitales nacionales el menor es el 71,2% del Calderón Guardia y el mayor el 87,6% del CENARE. En los ingresos a Cirugía **por Urgencias**, el menor es el 20,3% de Gofito y el mayor, el 74,9% del San Rafael de Alajuela.

Para terminar el análisis de los servicios de Cirugía se incluyen los **cuadros 62 y 63**, ambos se refieren a los casos de CMA que por definición no pernoctan en el hospital y a los de Cirugía Regular con solo un día de estancia, separando los que ingresaron y egresaron el mismo día (solo 1800), de los que pernoctaron en el hospital (9070); en el cuadro 62 están por **procedimiento** y en el 63 por **hospital**. La mayor parte son operaciones sobre el aparato digestivo y se llevan a cabo en los hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia. La distribución por procedimiento y edad de sólo la Cirugía Mayor Ambulatoria se encuentra en el **cuadro 64**, siendo las operaciones del ojo el 25% del total y especialmente en personas de 20 años y más.

V. SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 65 a 80)

5.1. Hospitalización en el servicio de Obstetricia (cuadros 65 y 66)

Los internamientos en el servicio de Obstetricia no siempre terminan en parto, por ejemplo, los embarazos de alto riesgo pueden tener mas de una hospitalización antes del parto, en el **cuadro 65** se muestra su distribución por edad y dentro según orden de magnitud; las clínicas tuvieron 236 en el año, y el San Juan de Dios 9250, concentrándose, por supuesto entre los 20 y los 44 años. Y en el **cuadro 66**, la distribución es por centro y diagnostico principal, así se ve que las causas de internamiento en Obstetricia son:

Parto complicado	38%
Parto normal	23,6%
Parto con desgarro perineal	14,3%
Complicaciones del embarazo	11,5%
Falsa labor de parto	9,2%
Aborto	3,5%

El parto complicado es mas frecuente en los hospitales nacionales (47,45%), sobre todo en el Calderón Guardia alcanza un 67%, sin embargo el parto normal sigue siendo frecuente en el tercer nivel de atención. La falsa labor de parto representa más del 15% de las hospitalizaciones en el Enrique Baltodano, La Anexión y Ciudad Neilly.

El **cuadro 67** muestra el movimiento general por hospital; en el se observa que la mayor parte de los partos se atiende en los hospitales nacionales, en los cuales el porcentaje de cesáreas varía entre 19,6 en el Carit y 23,63% en el San Juan de Dios; también en ellos se atiende más abortos, y más nacimientos con una mortalidad fetal que varía entre 9,44% en el México y 14,62% en el San Juan de Dios, además, en ellos acaecieron 6 de las 12 defunciones maternas que se registraron en la CCSS en 2004. Entre los hospitales regionales y periféricos destacan Max Peralta con 3 y Escalante Pradilla con 2 defunciones maternas; San Carlos, San Rafael, Max Terány San Vicente de Paul con más 25% de partos por cesárea. Mortalidad fetal mayor a 14% se registro en el San Juan de Dios, en el San Vicente de Paul, La Anexión, Monseñor Sanabria y Tomas Casas.

En el **cuadro 68** 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 7,2% en el período 2000-04; 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 69**), 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 en el **cuadro 70** 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 2004 se registraron sólo 72 247 (11 490 menos) y un 69,2% de madres de 20 a 34 años.

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 71** refuerza esta observación, pues aunque la proporción de nacimientos registrados que ocurre en la CCSS se mantiene alrededor 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 72** se presentan en serie de veinticinco años, cuatro indicadores derivados de la **atención de los partos** en la red de servicios de salud de la C.C.S.S. En cifras absolutas, 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; 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 91,7% en 2004; 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 más del 21% desde 1999. 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.

Estas cifras se complementan con las del **cuadro 73**, en el que se distribuyen los partos y abortos atendidos desde 1987 según número de **consultas prenatales** recibidas por la madre y por **profesional** que atendió. En la segunda parte vale la pena destacar el incremento casi generalizado de los grupos con cuatro consultas prenatales o más. La distribución de los partos y abortos por **personal que los atendió** muestra una proporción atendida por Médico de 50,9% en 1987 que se ha ido reduciendo hasta 39,9 en 2004; mientras tanto las atenciones por Obstétrica aumentaron del 41 al 50%. 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 2004, con incrementos notorios en las embarazadas con una o con seis y más consultas prenatales. Las distribuciones de esta características por región en 1998, 2002, 2003 y 2004 se encuentran en el **cuadro 74**, 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 edad y condición de pago se encuentra en el **cuadro 75**; se ve que el 31,8% en 2003 son embarazadas de “cuenta del Estado” o sea que no contribuyen, 31,4% indigentes; esta proporción se redujo a 26,2% en 2004, en tanto que aseguradas directas son solo 20% y familiares del asegurado directo 41,2%. El 52,6% de las 513 embarazadas menores de 15 años son indigentes, a ese grupo pertenece también el 41% de las 15540 embarazadas entre 15 y 19 años.

Explorando las condiciones de los recién nacidos, en el **cuadro 76** aparecen las cifras de los partos atendidos de 1997 a 2004 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 continuaba en 2003, lo mismo no sucede con el peso insuficiente; mientras que el sobrepeso se mantiene por debajo del 6%.

Se incluye también el **cuadro 77** con los datos de **peso al nacer y cantón de residencia** en dos períodos, 1997-98 y 2003-04, conviene subrayar que todavía el año pasado hubo cantones con más de 8% de bajo peso al nacer: San Rafael y San Pablo de Heredia; Escazú, Tarrazú y Mora; Alvarado, Oreamuno y El Guarco; Carrillo y La Cruz; San Mateo y Limón.

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 número hemos agregado el **cuadro 78** con los datos de partos y abortos intrahospitalarios registrados en los servicios de la C.C.S.S. y el **porcentaje** que terminó en defunción fetal, indicador que se calculó por provincia y cantón de residencia y para los últimos cuatro años. En primer lugar, vale la pena hacer notar que en general la proporción de mortalidad fetal hospitalaria está alrededor del 12% en los cuatro años. Consultando ambos cuadros, el 4 y el 78, 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 2004

registro un 15% de mortalidad fetal hospitalaria. En la provincia de Alajuela la mortalidad fetal es 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 Turrialba y Jiménez con muy baja mortalidad infantil y alta proporción de mortalidad fetal hospitalaria. La misma situación se presenta en Barva y Flores de la provincia de Heredia. Igualmente sucede en Guanacaste en los cantones de Liberia, Santa Cruz, Abangares, Hojancha y Nicoya. Baja mortalidad infantil con alta mortalidad fetal se presenta en los cantones de Montes de Oro, Esparza y Golfito 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 14,9% en 2004.

Se incluye el **cuadro 79** 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; solo se puede decir que desde 1998 la cifra absoluta se mantiene por debajo de 20, destacándose en su reducción los hospitales nacionales.

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 80** aparecen las tasas de esterilizaciones según sexo por 100 habitantes, 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 en 2002-03; pero, como se esperaba, en 2004 se registra una clara reducción para las mujeres en todas las edades, la cual sugiere que se deshizo la demanda que se había acumulado cuando este procedimiento estuvo suspendido.

Las definiciones utilizadas en esta sección se encuentran en el capítulo final.

VI. RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 81 a 86)

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 desde el año 2000. Lo interesante de estas cifras es el incremento sostenido de la proporción de esa cobertura que se hace con calidad o sea, apegándose a las normas de atención.

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

7.1. Atención Ambulatoria

Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona no hospitalizada, que no pernocta en el centro de atención.

7.2. Internamiento

Es la atención de salud impartida por personal calificado a una persona hospitalizada, que utiliza una cama de dotación normal para pernoctar en el servicio de salud.

7.3. Atención de Urgencia

Se define como "urgencia" toda atención inmediata, no programada, brindada a un paciente no hospitalizado ni con cita previa (ambulatorio), 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 internamiento o 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.

7.4. Fallecidos en Urgencias

Pacientes que fallecen durante su atención en este servicio, ya sea en el

ingreso, en rayos x, en observación, etc.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. 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).

7.8. 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.

7.9. 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.

7.10. 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.

7.11. 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.

7.12. 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).

7.13. 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.

7.14. Días cama

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

7.15. Días paciente

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

7.16. 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.

7.17. 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.

7.18. 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).

7.19. 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.

7.20. 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.

7.21. 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.

7.22. 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.

7.23. 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.

7.24. 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.).

7.25. 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.

7.26. 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.

7.27. 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 sólo 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.

7.28. 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.

7.29. 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.

7.30. 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.

7.31. 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).

7.32. 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.

7.33. 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".

7.34. 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.

7.35. 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.

7.36. 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.

7.37. Aborto

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

7.38. 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.

7.39. 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).

7.40. Nacimiento

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

7.41. 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).

7.42. Defunción

Desaparición de todo signo de vida, después del nacimiento.

7.43. Defunción Infantil

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

7.44. 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.

7.45. 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.

7.46. 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

7.47. 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.

7.48. Mortalidad hospitalaria bruta

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

7.49. 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.

7.50. Mortalidad fetal hospitalaria

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

7.51. 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.

7.52. 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, sólo

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.

7.53. 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.

7.54. 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).

7.55. Examen de laboratorio clínico

Son todos los exámenes de laboratorio realizados por el Laboratorio Clínico en un Establecimiento de Salud. En este rubro están todos los exámenes que prescriben los profesionales en salud autorizados, a los pacientes en las "órdenes de examen de laboratorio".

7.56. Prescripción farmacéutica

Indica los medicamentos prescritos por los profesionales de salud autorizados para recetar medicamentos. El rubro incluye los medicamentos prescritos y despachados por la Farmacia.

7.57. Admisión

La admisión de un paciente a un establecimiento de salud, se puede originar por dos vías, ambulatoria o hospitalaria.

7.57.1 Admisión ambulatoria

Es el registro de un paciente al momento de solicitar servicios ambulatorios, ya sea en la Consulta Externa o en el Servicio de Urgencias.

7.57.2 Admisión hospitalaria

Es cuando se registra a un paciente que demanda servicios de Hospitalización, ya sea que este vaya a ocupar camas de dotación normal o camas de tránsito, como en el caso de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

7.58. Consulta Social

Es la consulta impartida por un profesional en Trabajo Social a un paciente que demande este servicio en la Consulta Externa. La Consulta Social no incluye, las entrevistas, charlas u otras actividades que brinda este(a) profesional.

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
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

5Ja	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2003 Primer Tomo: Producción de Servicios	Setiembre, 04
-----	---	---------------

5Jb	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2003 Segundo Tomo: Características de las personas	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
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

	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
	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	Junio, 00

	con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1999. Cuadros comparativos para cada hospital	
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