

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

ESTADISTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS
DE ATENCION DE LA SALUD, 1980-2001

SERIE: ESTADISTICAS DE LA SALUD
No.5H

AGOSTO 2002

CONTENIDO

#	TITULO	Pág.
I.	INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA CCSS (cuadros 1 - 3)	1
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
1.	Población, defunciones por 1000 habitantes en C.R., hospitalizaciones por 100 habitantes, consultas, atenciones de urgencias, medicamentos y exámenes de laboratorio por habitante, CCSS, 1980-2001	5
2.	Atenciones en urgencias, consultas (médicas, otro personal, odontología) y egresos hospitalarios según región de ocurrencia, CCSS, 2001	7
3.	Atenciones de urgencia, consultas y egresos hospitalarios por región de ocurrencia y condición de pago, CCSS, 1997, 2001	9
II.	ATENCIÓN AMBULATORIA (cuadros 4 - 10)	10
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
4.	Atenciones de urgencias y consulta externa, según personal que atendió en instituciones de la CCSS y en servicios alternativos, 1890-2001	11
5.	Consulta externa médica y atenciones de urgencia por mes, CCSS, 1998-2001	12
6.	Total de consultas médicas y de primera vez y concentración en medicina general y especialidad según región y centro médico, servicios de consulta externa, CCSS, 2001	13
7.	Total de consultas de medicina general y especialidad, horas programadas y promedio por hora, según región y centro médico, CCSS, 2001	16
8.	Total de consultas por especialistas por año, según servicio y especialidad, CCSS, 1997-2001	19
8b.	Consultas por especialistas, total, primera vez y concentración según servicio y especialidad, CCSS, 2001	20
9.	Consultas de odontología y otro profesional, según región y centro médico, CCSS, 2001	22
10.	Total de atenciones de urgencias por área de atención y porcentaje en observación y no urgencias según región y centro médico, CCSS, 2001	25
III.	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 11 a 21)	27
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
11.	Ordenes de incapacidad y días promedio en enfermedad y maternidad a los asegurados directos y a los empleados de la caja según región y centro médico, CCSS, 2001	28
12.	Total de citologías, biopsias y autopsias y porcentajes de apoyo a la red de servicios, según región y centro médico, CCSS, 2001	31
13.	Exámenes de laboratorio realizados por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2001	32

14.	Exámenes de laboratorio por cada atención de urgencia, consulta y hospitalización, CCSS, 1980-2001	33
15.	Exámenes de laboratorio realizados por área de atención, empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2001	34
16.	Medicamentos despachados por áreas de atención, empresas y medicina mixta, según años, CCSS, 1980-2001	37
17.	Medicamentos por cada atención de urgencia, consultas y hospitalización, CCSS, 1980-2001	38
18.	Medicamentos despachados por área de atención, copias empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2001	39
19.	Placas radiográficas efectuadas por áreas de atención, empresas y mixta, CCSS, 1980-2001	42
20.	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y mixta, según región y centro médico, CCSS, 2001	43
21.	Fluoroscopías efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, según año, CCSS, 1980-2001	44
IV.	ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (cuadros 22 - 45)	45
4.1.	Utilización de las Camas y Producción General (22 - 35)	45
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
22.	Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores, CCSS, 1980-2001	46
23.	Camas, egresos, estancia promedio, porcentaje de ocupación, porcentaje de mortalidad y porcentaje de intervenciones quirúrgicas, según región y hospital, CCSS, 2001	48
24.	Egresos hospitalarios por años de ocurrencia, según clasificación y hospital, CCSS, 1995-2001	50
25.	Estancias promedio hospitalarias por años de ocurrencia, según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2001	51
26.	Egresos hospitalarios, partos e intervenciones quirúrgicas por año, según mes, CCSS, 1998-2001	52
27.	Egresos hospitalarios y porcentaje por grupos de edad y clasificación de hospital, CCSS, 2001	53
28.	Estancias promedio por grupos de edad, según clasificación y hospitales, CCSS, 2001	54
29.	Egresos por traslado y porcentaje, según hospital y año, CCSS, 1990, 1996-2001	56
30.	Egresos hospitalarios y porcentajes por bienios y capítulos CIE-10, CCSS, 1980-2001	57
31.	Egresos hospitalarios y atenciones de urgencia por I.R.A. e infección intestinal, CCSS, 2000-2001	58
32.	Egresos hospitalarios y porcentaje con afección nosocomial, por región y centro médico, CCSS, 1998-2001	59
33.	Egresos hospitalarios totales y porcentaje de cirugía mayor ambulatoria por año, según hospital, CCSS, 1990, 1996-2001	60
34.	Total de intervenciones quirúrgicas por tipo según mes, CCSS, 2000-2001	62
35.	Intervenciones quirúrgicas, total y porcentajes por tipo, según clasificación de hospital, CCSS, 2001	63

4.2.	Resultados Generales del Análisis de los Grupos de Diagnóstico Relacionados por el Consumo de Recursos (GDR) (cuadros 36 - 46)	61
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
36.	Número de camas y porcentaje de egresos con estancias prolongadas, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2001	65
37.	Número de camas y estancia promedio depurada, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2001	66
38.	Porcentaje de egresos con una estancia por año, según centro médico, CCSS, 1980-1981, 1990-1991, 2000-2001	68
39.	Número de camas e índice de complejidad, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2001	69
40.	Número de camas e índice funcional, según clasificación de hospitales, CCSS, 1990, 1995-2001	71
41.	25 GDR más frecuentes en egresos hospitalarios, egresos, estancias hospitalarias, (brutas), estancia promedio (bruta), porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada (EPD) por GDR*, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2001	73
42.	25 GDR más frecuentes en el servicio de medicina, egresos, estancias hospitalarias, (brutas), estancia promedio (bruta), porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada (EPD) por GDR*, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2001	74
43.	25 GDR más frecuentes en el servicio de cirugía, egresos, estancias hospitalarias, (brutas), estancia promedio (bruta), porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada (EPD) por GDR*, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2001	75
44.	25 GDR más frecuentes en el servicio de cirugía mayor ambulatoria, egresos, estancias hospitalarias, (brutas), estancia promedio (bruta), porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada (EPD) por GDR*, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2001	76
45.	25 GDR más frecuentes en el servicio de pediatría, egresos, estancias hospitalarias, (brutas), estancia promedio (bruta), porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada (EPD) por GDR*, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2001	78
46.	25 GDR más frecuentes en el servicio de gineco-obstetricia, egresos, estancias hospitalarias, (brutas), estancia promedio (bruta), porcentaje de casos extremo y estancia promedio depurada (EPD) por GDR*, categoría diagnóstica mayor, tipo y descripción, CCSS, 2001	79
V.	ATENCION HOSPITALARIA (cuadros 47 - 59)	80
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
47.	Total de camas y porcentajes por servicio, según región y hospital, CCSS, 2001	81
48.	Egresos y estancias promedio del servicio de medicina, hospitales CCSS, 1995-2001	82
49.	Egresos y estancias promedio del servicio de psiquiatría, hospitales CCSS, 1995-2001	83
50.	Egresos y estancias promedio del servicio de pensión, hospitales CCSS, 1995-2001	85
51.	Egresos y estancias promedio del servicio de pediatría, hospitales CCSS, 1995-2001	86
52.	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecobstetricia, hospitales CCSS, 1995-2001	87
53.	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecología, hospitales CCSS, 1995-2001	88

54.	Egresos y estancias promedio del servicio de obstetricia, hospitales CCSS, 1995-2001	89
55.	Egresos y estancias promedio del servicio de cirugía, hospitales CCSS, 1996-2001	90
56.	Total de egresos y % de egresos con cirugía por área de ingreso, según centro médico, CCSS, 2001	91
57.	Egresos de cirugía con intervención quirúrgica e índice quirúrgico por área de ingreso, según región y hospital, CCSS, 2001	93
58.	Egresos de cirugía pediátrica con intervención quirúrgica e índice quirúrgico por área de ingreso, según región y hospital, CCSS, 2001	94
59.	Egresos de ginecología con intervención quirúrgica e índice quirúrgico por área de ingreso, según región y hospital, CCSS, 2001	95
VI.	SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 60 - 70)	96
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
60.	Población, nacimientos, tasas de natalidad*, porcentaje ocurrido en la CCSS y mortalidad infantil, Costa Rica 1964-2001	97
61.	Tasas de fecundidad por 100, según edad, Costa Rica, 1950-1995, 1999-2001	98
62.	Partos y abortos en hospitales y porcentaje por grupos de edad, CCSS, 1987, 1992, 1995-2001	98
63.	Partos, nacimientos y porcentajes de parturientas, con atención prenatal y con cesárea, nacimientos con bajo e insuficiente peso al nacer, CCSS, 1980-2001	100
64.	Partos y abortos hospitalarios, porcentajes por profesional que atendió y por consultas prenatales, CCSS, 1987, 1992, 1997-2001	101
65.	Partos y abortos hospitalarios y porcentajes por profesional que atendió, según región y centro médico, CCSS, 2001	102
66.	Partos y abortos hospitalarios y porcentaje por número de consultas prenatales, según región y centro médico, CCSS, 2001	103
67.	Partos, porcentaje con cesárea, abortos, nacimientos, porcentaje de defunciones fetales y defunciones maternas, según hospital, CCSS, 2001	105
68.	Partos hospitalarios y porcentaje de cesáreas, por región y hospital, CCSS, 1997-2001	106
69.	Defunciones maternas por años de ocurrencia, región y centro médicos, CCSS, 1990-2001	108
70.	Nacimientos hospitalarios y porcentaje, según peso y edad de la madre, CCSS, 1997-2001	109
VII.	RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 71-77)	110
DESCRIPCION DE LOS CUADROS		
71.	Región Central Norte, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	111
72.	Región Central Sur, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	112
73.	Región Brunca, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	113
74.	Región Huetar Norte, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	114
75.	Región Huetar Atlántica, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	115

76.	Región Chorotega, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	116
77.	Región Pacífico Central, evaluación compromisos de gestión año 2001 coberturas con cumplimiento de los criterios establecidos en las normas de atención	117
VIII.	DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD	118
8.1.	Atención de urgencia	118
8.2.	Fallecidos en urgencias	118
8.3.	Camas de observación en urgencias	118
8.4.	Consulta externa	119
8.5.	Consultante	119
8.6.	Consulta de primera vez en la vida	119
8.7.	Consulta de primera vez en el año	119
8.8.	Consulta subsecuente	120
8.9.	Consulta de primera vez en la especialidad	120
8.10.	Cama hospitalaria	120
8.11.	Dotación normal de camas	120
8.12.	Días cama	120
8.13.	Días paciente	120
8.14.	Porcentaje de ocupación	121
8.15.	Giro de camas	121
8.16.	Estancias de egresados	121
8.17.	Estancia promedio bruta	121
8.18.	Egreso hospitalario	122
8.19.	Estancia preoperatoria	122
8.20.	Diagnóstico o causa principal	122
8.21.	Otros Diagnósticos	122
8.22.	Caso	122
8.23.	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	123
8.24.	Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	124
8.25.	Grupos de diagnósticos relacionados	124
8.26.	La CASUISTICA	124
8.27.	La NORMA	125
8.28.	Estancia promedio depurada	125
8.29.	Caso extremo	125
8.30.	Estancia promedio ajustada por funcionamiento	125
8.31.	Indice CASE-MIX	126
8.32.	Estancia promedio ajustada por casuística	126
8.33.	Indice FUNCIONAL	126
8.34.	Parto	126
8.35.	Aborto	127

8.36	Defunción fetal	127
8.37	Subgrupos de la mortalidad fetal	127
8.38	Nacimiento	127
8.39	Subgrupos de los nacimientos	128
8.40	Defunción	128
8.41	Defunción infantil	128
8.42	Subgrupos de la mortalidad infantil	128
8.43	Defunción materna	128
8.44	Subgrupos de la mortalidad materna	129
8.45	Defunción materna tardía	129
8.46	Mortalidad hospitalaria bruta	129
8.47	Mortalidad neonatal hospitalaria	129
8.48	Mortalidad fetal hospitalaria	129
8.49	Mortalidad materna hospitalaria	129
8.50	Cirugía mayor ambulatoria	130
IX.	OTROS NUMEROS PUBLICADOS	131

PRESENTACION

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

Con el objetivo de actualizar los datos que más comúnmente se solicitan a este departamento, se presentan las ultimas cifras globales disponibles de los servicios de atención de la salud de la Caja Costarricense de Seguro Social hasta 2001 inclusive. Estos datos se tomaron de los tres subsistemas estandarizados de recolección continua de los mismos con que se cuenta desde 1980 que son: el informe diario de la consulta externa (sustituido por la agenda diaria en el primer nivel de atención), el Informe Estadístico Mensual de Recursos y Servicios de Salud y el registro estadístico individual de hospitalización u hoja de egreso hospitalario. Los dos primeros deben ser enviados por áreas, clínicas y hospitales, y el último sólo por los hospitales, en los primeros quince días naturales del mes siguiente al que se refieren; de manera que puedan ser revisados y analizados sobre la marcha para que las estadísticas nacionales sean oportunas.

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

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

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

RECONOCIMIENTO

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

Como son el resultado de la labor de la red de servicios de salud de la Institución, es necesario reconocer la participación del personal que, en los servicios de atención registra, codifica y revisa los formularios de recolección, y elabora el Informe Estadístico de Recursos y Servicios de Salud; los cuales, recibidos oportunamente en Estadísticas de los Servicios de Salud, permiten elaborar todo tipo de estudios y publicaciones. También merece reconocimiento las Direcciones Regionales, que brindan su apoyo a los Supervisores de Registros y Estadísticas de la Salud, en su tarea de instruir, capacitar y supervisar a los centros médicos bajo su responsabilidad.

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

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

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

A todos ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento.

ESTADÍSTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS

COMENTARIOS

M.Sc. Ligia Moya de Madrigal

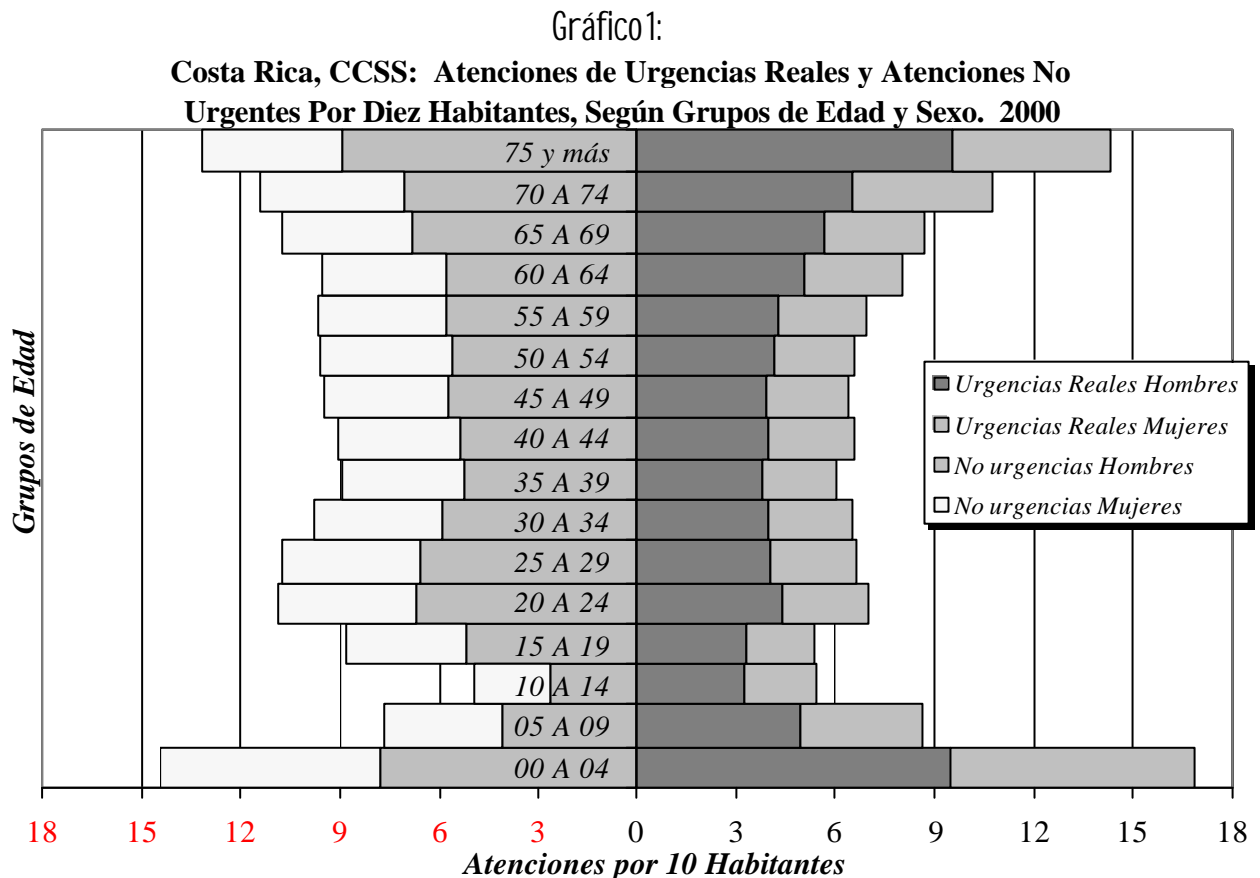
I. INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS (cuadros 1, 2 y 3)

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

En el cuadro 1 se incluyen las NUEVAS cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2001, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 21 años se mantiene alrededor de sólo 4 por 1000 habitantes (ambas cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC), y como indicadores de consumo de los servicios institucionales de salud hemos calculado para el mismo período, la razón de 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, que no habíamos incluido anteriormente. Los tres primeros se calcularon también por sexo y edad, aprovechando el censo de población de 2000 y se representan en los gráficos 1, 2 y 3; el gráfico 4 es la pirámide de población según el mismo censo. Estos gráficos fueron tomados del documento "Consumo de servicios de salud de la C.C.S.S. por sexo y edad en el año 2000", presentado por este departamento en la VIII Jornada de Análisis Estadístico, Escuela de Estadística, Universidad de Costa Rica.

El comportamiento de la razón de atenciones de urgencia por habitante es el indicador de consumo de servicios que más debe llamar la atención por su magnitud y continuo incremento; ya que las atenciones de urgencia en los servicios de salud de la C.C.S.S. han ido aumentando desde 0,32 por cada habitante en 1984

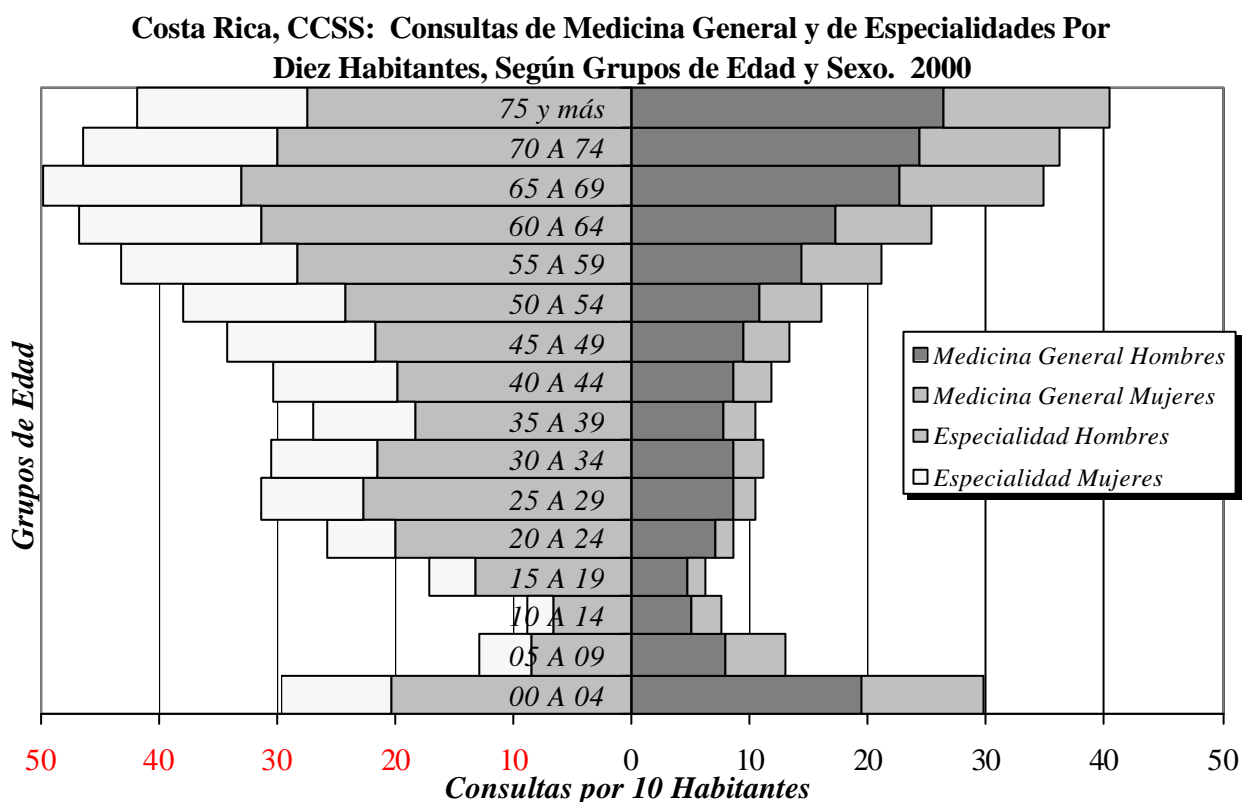
hasta 0,87 en 2001, resultado no esperado en los planes de atención. Conviene recordar aquí que para ser atendido en urgencias no se requiere cita ni documentos, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que parecen no haber podido hacerle frente al crecimiento de la población, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al estar indocumentados, prefieren acudir a estos servicios, con una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible. La distribución por sexo y edad de este indicador (gráfico 1) muestra muy poca relación con esas dos características de las personas que consumen este servicio, ni las urgencias verdaderas (zona oscura), ni las no urgencias. Para elaborar este gráfico se tomaron los datos de la II Encuesta de las Atenciones de Urgencia hecha en junio de 2001.



La razón de consultas por habitante se ha dividido en tres componentes, lo cual permite ver que el principal es la consulta médica, que después de reducirse de 2,36 en 1980 a 1,85 en 1993, e ir aumentando paulatinamente hasta 2,10 se redujo a 1,97 en 2000 para incrementarse a 2,46 en 2001 que es la cifra más alta de los 22 años analizados; la consulta de odontología que ha ido aumentando lenta y sostenidamente, y la de consulta a cargo de otros profesionales (psicólogos,

dietistas, enfermeras, etc.) se mantuvo igual. La reducción de la consulta médica por habitante en el año 2000 podría atribuirse a las 220 mil consultas que se perdieron por la huelga de abril, pero como veremos en el cuadro 4, la reducción absoluta es de más de 300 mil. Algunos opinan que esto podría ser un indicador de que, en una población saturada de consultas, el primer nivel de atención ha iniciado el cambio de dirección esperado hacia la atención integral, y que, si eso es así, esta reducción se mantendrá en los próximos años, hasta llegar a estabilizarse en lo que podría ser el verdadero número de consultas médicas que realmente requiere el mantenimiento de la salud de la población; pero las cifras del año 2001 contradicen esa opinión. En el gráfico 2, se separan las consultas de medicina general (zona oscura) de las consultas por especialista, y se calculan las razones de consultas por 10 habitantes. Puede verse con mayor claridad un patrón de consumo que se inicia con mas consultas por habitante en los menores de 5 años que en los grupos siguientes, un aumento paulatino con la edad que sobrepasa al consumo de los menores de 5 años, a partir de los 65. En general, las mujeres consultan más que los hombres a partir de los 15 años. Para elaborar este grafico se tomaron los datos de la III Encuesta de la Consulta Externa hecha en octubre de 1997, ya que la que se hizo en junio de 2002 tiene todavía muchos datos pendientes, especialmente de las clínicas metropolitanas.

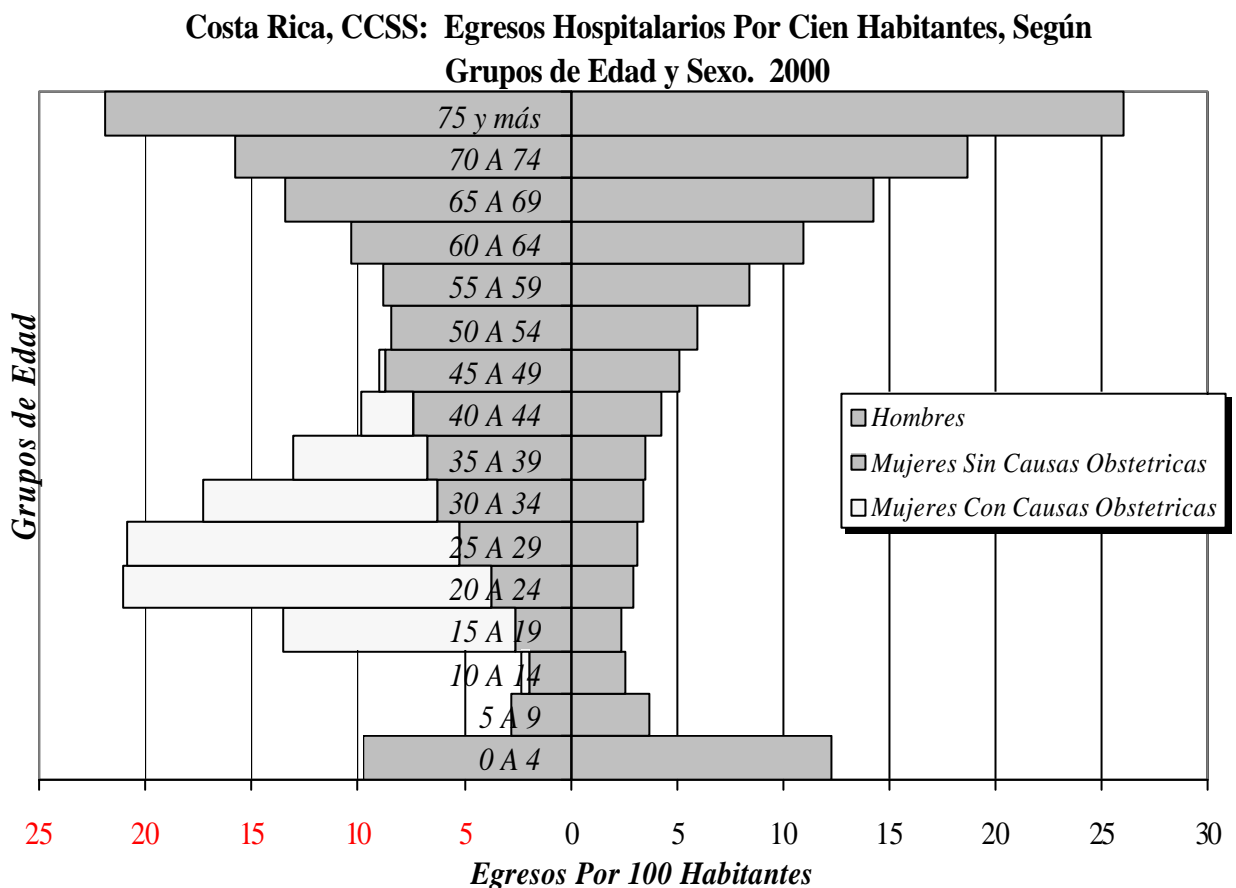
Gráfico 2:



La razón de egresos hospitalarios es muy sensible a los cambios en la práctica de la

atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen más del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población; en la C.C.S.S. se mantuvo por encima de 10 hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993, había estado oscilando entre 8,51 y 8,83 desde 1994 en inicio un descenso en 2000 que se mantiene en 2001. En Costa Rica, además, como se tiene una alta proporción de parto intrahospitalario, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa (cuadros 46-56) y ha influido en la reducción del indicador comentado. En el gráfico 3 se separan las causas obstétricas con un sombreado mas claro para poder comparar mejor el patrón de consumo de hospitalizaciones, que es similar al de las consultas.

Gráfico 3:



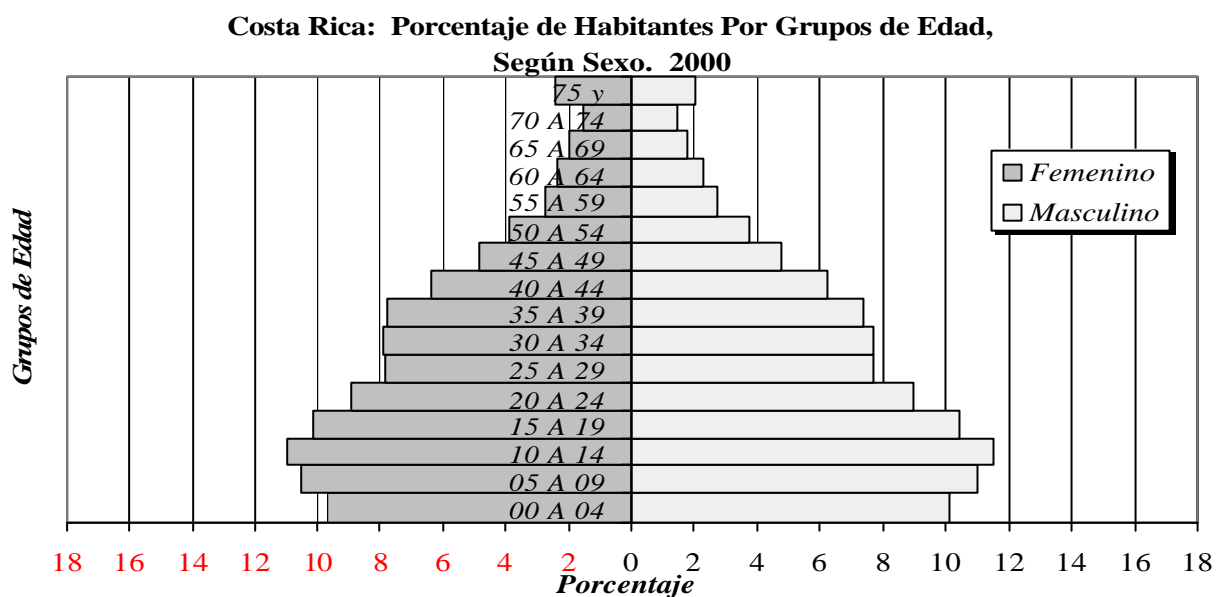
El indicador de exámenes de laboratorio por habitante depende mucho de la tecnología disponible y de sus avances, y esta íntimamente ligado a las variaciones

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.

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 2001 y a pesar de que respecto a la población, las hospitalizaciones se han reducido y las consultas se han mantenido igual, los exámenes de laboratorio se multiplicaron por 2,3 y los medicamentos, por 1,4; este crecimiento explicaría los graves problemas que se han presentado para lograr atención oportuna en Laboratorios y Farmacias de la C.C.S.S.

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

Gráfico 4:



Ampliando detalles, los datos del cuadro 2 muestran en resumen las cifras absolutas del reciente año 2001; desglosadas por región y tipo de centro médico. Como es usual, los hospitales concentran la mayor parte de las atenciones de urgencia y en las clínicas y áreas de salud se concentran las consultas externas, pero el volumen de urgencias es casi un tercio del de consultas y, como veremos en cuadros siguientes, esto implica que cerca de un 25% de la demanda de servicios ambulatorios no es programada y fluye directamente hacia los hospitales, desvirtuando las funciones de la red de servicios y de sus Servicios de Urgencias. Para finalizar esta sección sobre la producción general de los servicios de salud de la C.C.S.S., en el cuadro 3 se incluye la distribución de las atenciones de urgencia

(encuesta 2001), consultas externas (encuesta 1997, se hará otra en 2002) y egresos hospitalarios (2001) según condición de aseguramiento o calidad (como habitualmente se le llama) y región de ocurrencia de la atención. Conviene recordar aquí que entre los asegurados se incluyen los que trabajan con patronos morosos. Aunque los asegurados directos más sus familiares siguen siendo el grueso de la clientela, el peso de los que no pagan seguro alcanza cifras cada vez más altas y en 2001 en dos regiones sobrepasan el 50% de los egresos hospitalarios.

Si se toma en cuenta que sólo el asegurado directo paga cuotas a la C.C.S.S., debería preocupar el hecho de que sean indigentes 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 es tan alta. Este grupo afecta sobre todo en urgencias y hospitalización, lo cual contradice las opiniones de que todos los atendidos pagan las cuotas respectivas y de que en los servicios de salud de la C.C.S.S. se rechaza a los indigentes (los llamados "Cuenta Estado" en los que se incluyen indigentes e indocumentados que no reconocen ser extranjeros y las personas del Régimen No Contributivo que por definición también son indigentes); talvez sea más realista considerar estas cifras como parte de la manifestación de la evasión del pago de las cuotas legales a la Seguridad Social y de la creciente influencia del Gobierno Central en el financiamiento de los servicios de salud de la CCSS. Los extranjeros que no ocultan su condición, se concentran en los hospitales nacionales.

II. ATENCION AMBULATORIA (cuadros 4 a 10)

El resumen general de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la

C.C.S.S. en cifras absolutas y su comportamiento en el tiempo se encuentra en los cuadros 1, 4 y 5. Si se comparan estos cuadros se confirma que la consulta médica es y ha sido su principal componente; sin embargo las atenciones de urgencia no han dejado de aumentar, y después de 1993 es notable también el paulatino incremento en las atenciones odontológicas. De ahí que, todas las atenciones ambulatorias juntas (consulta externa y urgencias) se mantienen por encima de 3 al año por habitante desde 1996 (cuadro 4).

A diferencia de los últimos años, el incremento de las cifras absolutas de atenciones de urgencia no se mantuvo en alrededor de 300 mil al año como había sucedido hasta 2000, ya que, si bien se incremento sólo lo hizo en 100mil atenciones más; en cambio la consulta medica que se redujo en 2000 en mas de la cifra esperada por causa de la huelga, aumento en 2001 en poco más de 200 mil. El cuadro 5 permite observar aumento en el volumen de consultas en los meses de enero, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Las atenciones de urgencia solo se redujeron en enero y febrero.

Con base en el Informe Estadístico Mensual que elaboran y envían los hospitales, clínica y áreas, se construyeron los cuadros 6, 7, 8, 9 y 10 en los cuales aparecen los datos anuales de atención ambulatoria correspondientes al pasado año 2001, desglosados por centro médico y con subtotales según la región programática de ubicación de cada uno.

El cuadro 6 se refiere sólo a la CONSULTA POR MEDICO, y en casi todas las regiones y centros, la mayor parte de las consultas de los HOSPITALES son por especialista, especialmente en los hospitales nacionales; pero en las CLINICAS y AREAS, por supuesto predominan las consultas de Medicina General; la concentración respecto a 2000 se mantuvo en 2,5 consultas por consultante en Medicina General, y en 2 en las consultas por especialista.

Los mismos datos aparecen el cuadro 7 con el indicador clásico de rendimiento, consultas por hora. En medicina general el rendimiento es de 3,6 consultas por hora programada y de 4 si se toman sólo las horas utilizadas. Este rendimiento se reduce a 3,2 y 3,6 en la consulta por especialistas. En el cuadro 8 aparece el desglose de la consulta por especialista según especialidad, lo que mas llama la atención en el es que el total de consultas por especialista en 2001 es el mismo que en 1997 y fue mas bajo en los tres años intermedios, a pesar de los esfuerzos Institucionales por aumentarlas.

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

En general se percibe que esta variando lo observado a través de los años, ya que los hospitales nacionales en 2001 atienden ya menos del 13% de las consultas médicas (era más del 25% en 1998), y entre ellas el 41,7% de las especializadas, junto con el 37,3% de la consulta por otros profesionales; seguidos por las clínicas metropolitanas y los centros de las Regiones Central Norte y Sur; o sea que, lógicamente la mayor parte de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la C.C.S.S. se imparte en la zona del país donde se concentra la mayor parte de la población; pero fuera de los hospitales ubicados en la ciudad capital.

Las ATENCIONES DE URGENCIA en el cuadro 10, siguen la tendencia observada y comentada en el 1, sobrepasando ya los 3,4 millones y dispersándose por todos los centros médicos, de manera que los grandes hospitales nacionales aunque continúan atendiendo la mayoría, atienden sólo el 17,2% gracias sobre todo al notorio incremento en el San Vicente de Paul, en el que se imparten más atenciones de Urgencia que en cualquier otro hospital, de las cuales el 77% no son urgencias reales.

Esta situación no es muy clara, porque en este servicio se concentran las personas que no consiguen cita en la Consulta Externa o que por falta de documentos o de tiempo, no están en condiciones de acudir a la consulta regular; lo cual como se vio en el cuadro 1, parece haberse incrementando en los últimos años, al punto de que en 1999 un 47,6% de las atenciones fueron calificadas por el médico como atenciones NO URGENTES, proporción que aumento a 50,22% en 2000 y a 52,81% en 2001. Esta proporción de no-urgencias sobrepasa el 60% en varios hospitales y clínicas, lo que hace que las causas más frecuentes de demanda sean las mismas de la consulta regular, como se ha visto en las encuestas.

El indicador contrario, las urgencias cuya gravedad requirió unas horas de observación eran el 24,9% en 1999 y se redujeron a 23,54% en 2000 y 23,6% en 2001. 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 menos del 2% son falsas urgencias. En el San Vicente de Paul esta proporción se redujo de 43,8% en 1999 a 1,97 % en 2000 y 3,9% en 2001, también la proporción de NO urgentes se incremento en este hospital (de 39,5 a 63,7% y 77,3%).

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

A pesar de que la población de asegurados directos es más pequeña que la

población general, en los servicios de atención de salud de la C.C.S.S. se producen más órdenes de INCAPACIDAD para los primeros que hospitalizaciones para toda la población, con un período promedio teóricamente en el HOGAR que aumento de 8,86 días en 1998 a 9,32 en 2000, y se redujo a 8,9 días en 2001; esta cifra varía entre 3,8 días en el área de salud de Miramar y 30,4 en el hospital Carit. El hospital Calderón Guardia es el que más órdenes de incapacidad expide (32 972) con un promedio de 18 días, seguido por la Clínica Marcial Rodríguez con 26 132 y 9,6 días y el Hospital México con 22 601 y 16,87 días (cuadro 11).

En el cuadro 12 se encuentran los datos de 2001 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. El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital México es el que muestra mayores volúmenes de actividades tanto propias como de apoyo a otros centros. Así vemos que las autopsias a otros centros se hicieron sólo en el México y en el San Juan de Dios, y se redujo la proporción de 1,35% en 2000 a 0,43 en 2001. En cuanto a biopsias, los hospitales regionales también muestran proporciones altas de apoyo a la red; pero respecto a citologías la situación es más irregular: el Hospital Tony Facio no hizo ni para sus propias pacientes y el San Juan de Dios y San Carlos no apoyan a la red.

Los tres cuadros siguientes (13, 14 y 15) se refieren al LABORATORIO CLINICO. En el número 13 están las cifras absolutas anuales registradas de 1980 a 2001 que muestran un aumento continuo al punto de que en 2001 los laboratorios clínicos de la institución realizaron 4 veces más exámenes que en 1980, parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la población; pero como se comento en el cuadro 1 también aumento la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso del laboratorio que hace 22 años. Esto se aprecia mejor en el cuadro 14, en el que se tomaron los datos del 13 y se relacionaron con los productos finales de los mismo años; así puede verse que la relación exámenes por cada atención se cuadruplico en Urgencias, se multiplico por 2,5 en Consulta Externa y por 2 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 54% de los exámenes de laboratorio producidos. En el 15 esta el detalle por centro de 2001, la tercera parte se hacen en los hospitales nacionales, pues no todas las clínicas y áreas de salud cuentan con este servicio, por lo que el "apoyo a la red" es muy importante.

Los cuadros 16, 17 y 18 se refieren al Servicio de FARMACIA. En el 16 se puede apreciar el comportamiento cronológico de los volúmenes de medicamentos despachados por las farmacias de los servicios de salud de la C.C.S.S. de 1980 a 2001, separados por área de atención; estas muestran un aumento continuo al punto de que en 2001 las farmacias de la institución despacharon 2,5 veces mas recetas que en 1980, parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la

población; pero como se comento en el cuadro 1 también aumento la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso de los medicamentos que hace 22 años. Esto se aprecia mejor en el cuadro 17, en el que se tomaron los datos del 16 y se relacionaron con los productos finales de los mismo años; así puede verse que la relación medicamentos por cada atención se multiplico por 1,3 en Urgencias, por 1,7 en Consulta Externa y por 2,3 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 65,7% de los medicamentos despachados. En el 18 esta el detalle por centro de 2001, y a diferencia del Laboratorio, el servicio de Farmacia esta más distribuido entre hospitales, clínicas y áreas de salud, pues requiere menos infraestructura.

El mayor dispensador de medicamentos es el Hospital Calderón Guardia que tiene adscrita la Clínica Central; las áreas de salud que no aparecen es porque: o no estaban conformadas en 2001 o no despachan medicamentos, o, por alguna razón no válida, no están enviando los datos. En la columna "apoyo a la red" aparecen los medicamentos que, por convenio, el centro despacha a pacientes de otros centros. En 2001 los Servicios de Farmacia registraron casi 42 millones de órdenes de medicamentos (11 al año por habitante); la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en las Clínica Metropolitanas.

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

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

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

Obviamente, la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo se incluyeron cuadros como el 1 y el 2 en el que

aparecen los grandes volúmenes de atención de los servicios ambulatorios y de hospitalización. Esta sección trata solamente de los servicios individuales de atención de salud a las personas mediante la ocupación de una cama hospitalaria.

El cuadro 22 contiene las cifras generales de esta área en la C.C.S.S. y su evolución de 1980 a 2001. Se ve así que aunque el número total de camas hospitalarias de dotación normal se ha reducido 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. 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 en 2001) lo cual se visualiza mejor en el cuadro 23), y ha habido una reducción sostenida de la estancia promedio (de 7,91 a 5,36 días), lo que, junto a la reducción de las camas (de 6926 a 5880), produjo aumento en el giro de camas (de 35,4 a 56,7) sin aumento sensible en el porcentaje de ocupación.

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

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

Si se comparan con 1980, en 2001 los hospitales de la C.C.S.S. redujeron el período promedio de permanencia en el hospital en 2,5 días por paciente lográndose una reducción de más de 800mil estancias, junto con un aumento en los egresos; además tienen más de 1mil camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 85%, con más de 1mil camas desocupadas durante el año. Esta tendencia se mantendrá en tanto la gestión hospitalaria siga orientada a la gestión del paciente, y como resultado su estancia en el hospital se ajuste al período indispensable para su óptima atención y se incremente la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por ese motivo la queja por faltante de camas debe verse como problema de casos particulares y no de la red de servicios.

Si el enfoque de la modernización es la atención del paciente y no la utilización de las camas, los porcentajes de ocupación se van reduciendo

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

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, en este cuadro 22 se agregó el porcentaje de intervenciones quirúrgicas, el cual indica muy claramente que el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que se mantenía alrededor del 42% desde 1980, se redujo a 39,8% en 1989, y ha estado oscilando entre 47 y 49% a partir de 1995, alcanzando en 1999 un 48,75%, un 48,49% en 2000 y un 49,69% en 2001. Esta cifra incluye la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía mayor, la ginecológica y la obstétrica con las cesáreas y las episiotomías (ver también el cuadro 25). Series cronológicas de algunos de estos indicadores por hospital se presentan en varios de los cuadros siguientes.

El cuadro 23 presenta el panorama general del área de hospitalización de 2001. La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia se mantuvo entre 5 y 6,5 días, con ligeras variaciones en los porcentajes de ocupación y en el número de egresos; por ejemplo, en 1999 varío entre 2,29 días en el hospital Carit y 6,56 en el San Juan de Dios, en 2000 entre 2,30 en el hospital Carit y 6,66 en el San Juan de Dios, en 2001 estuvo entre 2,33 y 6,56 días en esos mismos hospitales; en el Calderón Guardia se redujo de 5,35 a 5,26 días, y en el México se mantuvo en 6 días por paciente; en ellos la proporción de egresos con alguna intervención quirúrgica es superior a 58% en el México y alcanza su máximo en el Calderón Guardia con 64,3%. Entre los dos psiquiátricos consumen mucho más días de hospitalización a pesar de que sus egresos representan menos del 2%, ya que tienen las estancias más prolongadas, pero se ha reducido sustancialmente la estancia promedio en el Dr. Chapuí de 92,4 días en 1999 a 67,67 en 2000 y 54,1 en 2001. 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 41,28% en el

Escalante Pradilla y 56,05% en el Maximiliano Peralta. Datos de este cuadro 23 están desglosados por hospital y servicio en la sección correspondiente.

A pesar de la reducción total de las camas ya comentada, las variaciones cronológicas según hospital y año desde 1990 muestran que el aumento sostenido en los egresos ha ocurrido en casi todos (cuadro 24), lo mismo que la reducción de la estancia promedio (cuadro 25), en la que no se ven cambios recientes muy acentuados porque desde su traspaso de las Juntas de Protección Social hace más de 20 años, la atención en los hospitales bajo la administración de la C.C.S.S. se ha empeñado en la reducción del período de permanencia de cada paciente internado ampliando los Servicios de Consulta Externa y mejorando la atención de las Urgencias; lo cual se ha venido a complementar con la introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria; en 2001 la tendencia pareciera estarse ajustando, pues se puede apreciar pequeños aumentos en el número de egresos y pequeños aumentos en la estancia promedio que, como en el caso de los hospitales generales nacionales no son nada despreciables pues tienen alrededor de 30 mil egresos al año cada uno. Lo mismo puede decirse del Sáenz Herrera y de los especializados de Rehabilitación, y Blanco Cervantes.

Los regionales y periféricos, como ya tenían estancias muy cortas, se mantienen igual; la única excepción es Golfito, que en 1990 tenía una estancia promedio bruta de 6,68 días como algunos nacionales, y desde 1997 se incorpora a su categoría de hospital periférico con 4,5 días en 2001.

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

Un factor reconocido como que influye en la permanencia en el hospital, es la EDAD de las personas; en los cuadros 27 y 28 se desglosan los egresos y la estancia promedio de 2001 por edad y hospital, lo que permite ver que varios hospitales generales tienen más de un 12% de egresos de personas de 65 años y más (cuadro 27), lo cual influye en su estancia promedio total pues algunos de ellos son los que tienen en general los promedios de estancia más altos (cuadro 28).

Un dato de interés para evaluar el desempeño de la red hospitalaria institucional es el de los TRASLADOS de un hospital a otro que aparece en el cuadro 29. En general, la proporción de traslados aumenta conforme se reduce el nivel de resolución, así, los hospitales más pequeños trasladan más que los más grandes, y estos más que los regionales y los que menos trasladan son los nacionales. Esto depende también de la ubicación geográfica, porque lógicamente las personas tienden a ir al hospital más grande que les queda más cerca; por ejemplo el Escalante Padilla y el Enrique Baltodano que son los hospitales más grandes más cercanos para zonas geográficas muy grandes y alejadas de los grandes hospitales de la

capital, tienen mayor proporción de traslados que los otros regionales, similar a los periféricos, y el San Vicente de Paul que es periférico, pero como esta muy cerca de la capital, tiene que trasladar menos. En general, los egresos por traslado a otro hospital dependen también del desarrollo de la atención de urgencias del hospital que traslada, pues lo hace una vez que ha internado al paciente y este ya le ha producido estancias.

EL gran peso de la obstetricia en el porcentaje total de egresos se ve en el cuadro 30, que muestra la distribución de los egresos hospitalarios por DIAGNOSTICO PRINCIPAL según los capítulos de la CIE, y desde 1980-81 más de la tercera parte son por causas relacionadas con embarazo, parto y puerperio, siguiendo en segundo lugar con menos del 10%, las lesiones de causa externa hasta 1986-87 y las enfermedades del sistema digestivo a partir de 1988-89. También son importantes las enfermedades de los sistemas genitourinario y respiratorio que se alternan entre el tercero y cuarto lugares, y en quinto las del sistema circulatorio.

En el cuadro 31 se amplía el desglose de las enfermedades respiratoria por diagnostico principal en los egresos hospitalarios y en las atenciones de Urgencia.

A veces la permanencia en el hospital se prolonga por infecciones adquiridas en el mismo, en el cuadro 32 se presenta la proporción de afecciones nosocomiales registradas, que aunque es muy baja, muestra ligeros aumentos de 1998 a 2001 en varios de los hospitales, los cuales podrían explicarse por el mejoramiento en los registros que han traído los compromisos de gestión; parte de la alta proporción en el Blanco Cervantes se explicaría por la edad, sin embargo se registra en el una reducción en 2000 que vale la pena resaltar.

En el cuadro 33 aparece el total de egresos de cada hospital durante 1990 y los últimos seis años y la proporción de CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA que estos incluyen. Si bien no todos los hospitales prestan este servicio, puede verse un incremento sostenido en la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en general (de 0 en 1990 a 3,9 en 1996 y 9,0% en 2001) y en algunos hospitales en particular. El Calderón Guardia tomó la iniciativa y se mantiene por encima del 12% en todo el período, en tanto que el México pasó de 6,01 a 19,14% y bajo a 16,57%. Otro incremento notable es el del Centro Nacional de Rehabilitación. Algunas clínicas mayores que aparecen como "otros centros" ingresan pacientes sólo para Cirugía Mayor Ambulatoria y por ese motivo tienen proporciones de más del 86%.

Dos de los eventos más frecuentes en los egresos hospitalarios son los partos y las intervenciones quirúrgicas, en el cuadro 34 aparecen estas cifras de 2000 y 2001 por mes. Como hubo una reducción en el total de partos

atendidos y esta se distribuyó entre varios meses, algunas de las variaciones de las intervenciones quirúrgicas pueden explicarse por variaciones en las cesáreas y episiotomías por reducción del número de partos dada la baja natalidad.

El desglose de los componentes del Porcentaje de INTERVENCIONES QUIRURGICAS por hospital según nivel de complejidad se encuentra en el cuadro 35, en el que se aprecia claramente que de los 165.828 egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que forman el numerador de este indicador ya comentado, el 20,42% son obstétricas en el parto (9,77% cesáreas y 10,65% episiotomías), 17,05 es cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) y el 62,52% es cirugía mayor; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital.

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

Utilizando el número de camas de 2001 como indicador de las dimensiones de cada hospital, en los cuatro cuadros siguientes se incluyen algunos de los indicadores tomados de los informes que se han entregado a todos los directores de los mismos, como resultado del análisis de los grupos de diagnósticos relacionados por el consumo de recursos (GDR) para la gestión de las hospitalizaciones.

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

Un concepto fundamental en el análisis de los GDR es el de "CASO EXTREMO" respecto a la duración de la estancia (ver definiciones básicas en la sección VIII); en el cuadro 36 se encuentra el indicador resultante de dividir los casos extremo (con estancia prolongada) entre el total de egresos, o sea, el porcentaje de casos extremo de cada hospital. Aunque muestra reducciones importantes, este indicador es muy elevado en el caso de los hospitales de larga estancia, en parte porque se están comparando sus casos con casos similares vistos en los hospitales generales, lo cual no es del todo correcto. Entre los hospitales generales destacaban por su alta proporción de casos extremo el San Juan de Dios y el de Golfito que en 1990 tenían 12,2 y 19,9% respectivamente, y que, aunque en 1999 la habían reducido a 9,2 y 5,8% que era una proporción de casos extremo igual que la del Hospital de

Niños y menor que Upala, Monseñor Sanabria y Escalante Pradilla, en 2000 aumentaron y seguían teniendo de las proporciones más altas de los hospitales generales acompañados del Hospital de la Anexión; y en 2001 estos son los tres hospitales generales con el mayor porcentaje de casos extremo con mejoría sólo en el San Juan de Dios. De 1998 a 2001 son notorias las reducciones mostradas por Hospitales como el Calderón Guardia, Carit, el Dr. Maximiliano Peralta, San Carlos y Monseñor Sanabria, mostrando otros incrementos en 2001 tales como los de los hospitales San Rafael (4,8%), de La Anexión con 7,8%, San Vito y Los Chiles.

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

La estancia promedio recalculada sin los casos extremo se denomina estancia promedio "depurada" (EPD) y aparece en el cuadro 37 que, por definición, debe contener siempre cifras menores o iguales a las del cuadro 25. Estos son promedios HIPOTETICOS, los que habría tenido cada hospital si no hubiera tenido casos extremo; por comparación con el cuadro 25 que contiene los promedios brutos o verdaderos, puede verse que en 1990 había grandes diferencias (gasto innecesario de estancias?), las cuales se han ido reduciendo lógicamente en los hospitales donde se ha reducido la proporción de casos extremo del cuadro 36, y han ido aumentando en aquellos pocos en los que esta última ha aumentado.

Un factor que ha influido en la reducción del porcentaje de casos extremos y de la estancia promedio es el aumento en la proporción de egresos hospitalarios con sólo un día de estancia, si se compara con la que tenían los hospitales en 1980 y 1981 (cuadro 38).

En los cuadros 39 y 40 se presentan los indicadores resumen del análisis de los Grupos de Diagnósticos Relacionados: los índices de COMPLEJIDAD y de FUNCIONAMIENTO respectivamente. Hay que recordar que ambos se interpretan respecto a la estancia promedio de la NORMA que en este caso es

4,8 días, por lo que, en ambos casos, el índice de la NORMA es igual a 1,0000. Esta NORMA en cada año se obtuvo de todos los hospitales combinados como se explica en las definiciones básicas. Además, como puede deducirse de varios cuadros, el número de egresos de los hospitales nacionales representa el 42% del total nacional, por lo que sus prácticas sobre las estancias de sus casos pesan mucho en esta NORMA.

Todos los hospitales que tengan un índice de COMPLEJIDAD SUPERIOR a 1,0000 (uno) es porque proporcionalmente tienen MAS casos COMPLEJOS que la NORMA (cuadro 39) por lo tanto, su estancia promedio es superior a los 4,8 días de la NORMA y a cifra por encima de 1 es la proporción de las estancias propias de tales hospitales que se explica por tener más casos de los de mayor complejidad. Los que tienen un índice inferior a 1, simplemente es porque tienen menos casos complejos que la NORMA y por esa razón su estancia promedio es más baja. Por ejemplo, si en 2001 el hospital San Juan de Dios tiene una estancia promedio de 6,6 días (más alta que los 4,8 días de la NORMA) y un índice de complejidad de 1,2100, se puede decir que el 21% de esa estancia más prolongada se explica por su mayor complejidad; en el caso del hospital Carit, con una estancia de 2,3 días y un índice de 0,6163; lo que se puede decir es que tiene un 38,37% menos de casos complejos que la NORMA ($1 - 0,6163$).

Si la red funcionara apegada a su estructura, los hospitales nacionales serían, como lo son, los más complejos con excepción del Carit que por la estructura interna de sus casos tiene que ser el menos complejo de todos; seguirían luego los regionales y en tercer lugar los periféricos, sin embargo hay algunos periféricos que parecen más complejos que sus regionales; parte del problema aquí es que se trata de hospitales muy pequeños, con muy pocos egresos respecto a los regionales y nacionales generales, otros periféricos se caracterizan por una muy alta proporción de partos por cesárea lo que aumenta la complejidad y algunos regionales tienen en cambio una alta proporción de parto normal, lo cual baja la complejidad (ver también el capítulo de Salud Reproductiva), sin embargo se ha visto que los egresos por embarazo, parto y puerperio contribuyen en buena parte a la estancia promedio de la NORMA porque son frecuentes en todo el país.

Según el año que se utilice como referencia, algunos hospitales, se han mantenido igualmente complejos, otros han aumentado su complejidad y a unos se les ha reducido; por ejemplo, respecto a 1990, varios hospitales perdieron complejidad en 2000 y 2001, lo mismo que respecto a 1995. A finales de 1996 se inició la capacitación en la metodología de los GDR y en 1997 dio inicio el plan piloto de los compromisos de gestión, y estos hechos de seguro que han hecho variar estos indicadores.

La interpretación cambia en el cuadro 40, ya que inversamente, todos los

hospitales que tengan un índice de FUNCIONAMIENTO MENOR de 1,0000 son MAS EFICIENTES que la NORMA, porque utilizan menos estancias para tratar los mismos grupos de diagnósticos, tienen una estancia menor que la NORMA en algunos grupos de diagnósticos. Por ejemplo, si el hospital San Juan de Dios tiene una estancia promedio de 6,6 días y un índice de función de 1,3705, se puede decir que el 37,05% de esa estancia mas prolongada ya no se explica por su mayor complejidad, por alguna otra razón necesita más estancias que la NORMA para tratar los mismos pacientes; en el caso del hospital Carit, con una estancia de 2,3 días y un índice de 0,9179; lo que se puede decir es que consume un 8,21% menos estancias que la NORMA ($1 - 0,9179$) para tratar los mismos pacientes.

Todos los hospitales nacionales, excepto el Dr. Sáenz Herrera y el Carit, están por encima de 1 desde 1990, entre ellos llaman la atención San Juan de Dios y México por su mantenido mal funcionamiento; en cambio entre los regionales y periféricos son muy pocos los que son menos eficientes que todos juntos. En 2001 y respecto a 1997 ganaron eficiencia los hospitales Calderón Guardia, Dr. Max Peralta, San Carlos, Monseñor Sanabria, de La Anexión, todos los de las regiones Pacífico Central, Huetar Atlántica y Brunca.

Por ejemplo, si se les compara con los regionales, los tres hospitales generales nacionales, tienen estancia promedio bruta más alta (cuadro 23), tienen también índices de complejidad que explican parte de esa estancia mayor y gran número de egresos con alta proporción de personas de 65 años y más (cuadro 27), sin embargo, sólo en el San Juan de Dios la diferencia en su estancia es importante, lo que vendría a explicar parte de su alta proporción de casos extremo y su deficiente índice de función.

Para cerrar esta presentación general del análisis de los GDR, en el cuadro 41 están los 25 GDR más frecuentes en todos los egresos hospitalarios de la CCSS, y que explican el 50,9% del total. Como era de esperar 6 de los primeros 8 grupos se refieren a embarazo, parto y puerperio. En los cuatro cuadros siguientes se separan los GDR y se presentan los 25 más frecuentes de cada servicio (todos los hospitales juntos, dado que los grupos de diagnósticos son homogéneos).

La gran variabilidad de la estructura interna de los casos del servicio de MEDICINA, hace que solo el 54,4% se explique por los 25 GDR más frecuentes entre los que predominan los padecimientos de los sistemas CIRCULATORIO y RESPIRATORIO. La mayor proporción de casos extremo se encuentra en los trastornos degenerativos del sistema nervioso, que ocupa el vigésimo lugar en cuanto a frecuencia general, con una estancia promedio

de 15,6 días que se reduciría a 7,4 sin los casos extremo; el asterisco indica que en los hospitales de la CCSS, la estancia de este grupo tiene una gran dispersión, es muy variable, no sigue patrón conocido (cuadro 42).

También en el servicio de CIRUGIA solo el 43,1% de los casos esta comprendido en los 25 GDR más frecuentes; la mayor proporción de casos extremo esta en el decimoquinto GDR Intervenciones del cristalino, cuya estancia promedio podría reducirse de 2,4 días a 1,8 (cuadro 43). En este cuadro se excluye la, Cirugía Mayor Ambulatoria, que por definición tiene un día de estancia) y se define como:

Cirugía de tipo mayor (realizada bajo anestesia general o con asistencia respiratoria) programada y practicada en el marco de un programa del mismo nombre, formalmente establecido en el centro de atención. Su característica principal es que esta a cargo de especialistas, no tiene camas de dotación normal porque el paciente ingresa y egresa el mismo día; se cuenta como egreso hospitalario con un día de estancia total y cero estancias preoperatorias. No se definen como egresos de CMA los del servicio regular de Cirugía con un día de estancia que no se generen en el programa de CMA, ni los ingresos por el programa que permanezcan en el hospital por más de un día. Sin que importe la causa, los traslados de CMA al área de hospitalización, sólo se registraran como egresos del servicio de hospitalización al que hayan sido trasladados.

Los 25 GDR más frecuentes de CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA están en el cuadro 44 e incluyen el 78,5% de los casos, que por definición tienen todos un día de estancia, no hay casos extremo. Más del 25% están entre intervenciones del cristalino que es el GDR más frecuente, laparoscopia con interrupción tubarica incisional, y procedimientos quirúrgicos extraoculares en mayores de 17 años excepto orbita.

La estructura interna de los casos de PEDIATRIA (cuadro 45) tiene menos variabilidad, por ese motivo, el 71,5% esta explicado por los 25 GDR más frecuentes, encontrándose entre ellos seis de la categoría diagnóstica mayor que agrupa los problemas perinatales. La estancia promedio más prolongada esta en el sexto GDR neonato con extrema inmadurez que tiene 11,9 días; 7,2% de casos extremo y una gran dispersión en el periodo de permanencia.

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

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

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

La distribución de las camas por servicio en 2001 y los datos de egresos y estancia promedio de cada servicio de 1995 a 2001 se encuentran en los cuadros 47 a 55 separados por región y hospital, junto con otros tres cuadros que amplían la información sobre el servicio de Cirugía.

Cerca del 24% de las camas hospitalarias de la C.C.S.S. pertenecen al Servicio de Medicina (adultos) y el 26% al de Cirugía, o sea que prácticamente el 50% de ellas se utiliza en estos dos servicios. El número y distribución de este instrumento de la atención de la salud, varían según regiones y hospitales y dependen mucho del grado de resolución del hospital, de la evolución de la práctica médica y de la influencia de esta en la estancia promedio; por ejemplo, en los hospitales nacionales generales las camas de Cirugía son más del 42% de las camas de dotación normal, sobre todo en el San Juan de Dios (54,8%) y en el México (48,6%), seguido por el servicio de Medicina; en la mayor parte de los regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia (cuadro 47). En el hospital moderno las camas se distribuyen por edad y sexo, y son los pacientes y sus médicos los que se registran por servicio.

El cuadro 48 se refiere al servicio de Medicina, el cual tuvo más de 48700 egresos en 2001, con una estancia promedio general de 9,6 días desde 1997, excluida Psiquiatría que aparece en el cuadro 49. La tercera parte de estos egresos se produce en los hospitales nacionales y con estancias que van de 11,6 días en el San Juan de Dios a 18,6 en el Geriátrico. En los regionales, la estancia mas prolongada desde 1997 es la del Dr. Max Peralta y en los periféricos la estancia promedio del servicio de Medicina va de 4,87 días en el Dr. Tomás Casas a 9,9 en el San Vicente de Paul.

Los Servicios de Psiquiatría no son comunes a todos los hospitales, en el cuadro 49 se ve que, además del Hospital Psiquiátrico Chapuí y el Dr. Chacón Paut, que muestran la estancia promedio más alta, sólo en doce hospitales generales hay Servicio de Psiquiatría con estancias mucho más cortas, y que el conjunto atiende alrededor de 5800 pacientes al año.

Como cuadro 50 aparecen los datos de los pocos hospitales que mantienen servicio formal de Pensión, en el cual el paciente paga oficialmente al hospital los gastos de su atención. Se trata de alrededor de 2400 pacientes con la estancia promedio más baja de todas.

En el cuadro 51 aparecen los datos del Servicio de Pediatría, el cual es común a todos los hospitales regionales y periféricos, con estancias promedio muy bajas desde hace varios años, y que en 2001 van de 2,9 días en el Dr. Valverde Vega hasta 5,88 días en Upala. Los datos de los hospitales nacionales corresponden sólo a Neonatología y el cuadro No incluye los egresos de Cirugía Pediátrica, que se encuentran en el cuadro 55 del servicio de Cirugía.

Los datos de Ginecobstetricia, el servicio más voluminoso de todos, se presentan en el cuadro 52, como es de esperar la estancia promedio de estos servicios es la más baja, en muy pocos hospitales sube de 2,5 días. Aun así aumento de 2,23 en 1999 a 2,29 en 2001, que aunque es sólo 6 centésimos de día, en 125 006 egresos representa 7500 estancias más. Si se separan los datos de Ginecología de los de Obstetricia (cuadros 53 y 54) se ve que el 25% de los casos son de Ginecología, con

una estancia promedio casi constante alrededor de 2,7 días.

En el cuadro 55 se encuentra el número de egresos del Servicio de Cirugía (egresos regulares), su estancia promedio (excluida la CMA) y el número de Cirugías Mayores Ambulatorias de 1995 a 2001 por hospital y región, incluyendo la Cirugía Pediátrica. Como se comentó anteriormente, la tendencia observada hasta 1999 cambio en 2000, la estancia promedio total de Cirugía llegó a 7 días en 1996 y desde entonces se redujo hasta 6,4 en 1999 o sea 1 día menos, que en más de 70 mil egresos represento más de 70 mil estancias menos, muchas de ellas ahorradas probablemente por los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria; sin embargo en 2001 se registra un aumento de 0,24 días con 17 mil estancias mas que en 1999. Entre 1995 y 1999, los egresos regulares de Cirugía se incrementaron en un 12% y la CMA en 134%, de manera que si en 1995 se producían 5,15 egresos de Cirugía por cada CMA, en 1999 esta relación bajo a 2,46; relación que se mantuvo en 2000 a pesar de que se redujeron en 3000 los egresos y es de 2,4 en 2001. Como es de esperar, en general, la estancia promedio de los egresos regulares de Cirugía (excluida la CMA) es casi el doble en los hospitales nacionales respecto a los regionales y periféricos, en los cuales en 2001 este indicador esta entre 2,6 días en Upala y 6,48 días en el Escalante Pradilla. Llama la atención la ausencia de CMA en el William Allen y en Golfito y su reciente aparición en el San Vicente de Paul.

La mayor parte de los egresos con cirugía (23,5%) ingreso por la consulta externa y el 20,9% ingreso por el servicio de urgencias. Estas cifras varían según el hospital (cuadro 56).

El cuadro 57 permite ver que, de los egresos de Cirugía, se intervino quirúrgicamente al 70,9% de los que ingresaron por la Consulta Externa y al 58,7% de los que ingresaron por Urgencias; este índice quirúrgico varia por hospital, así, entre los que ingresaron por la Consulta Externa el mas bajo es el 55,7% del Tomas Casas y el más alto, el 84,1% del Max Terán; en los hospitales nacionales el menor es el 64,2% del Calderón Guardia y el mayor el 80,1% del CENARE. En los ingresos a Cirugía por Urgencias, el menor es el 35,7% de Golfito y el mayor, el 72,5% del hospital México.

En Cirugía Pediátrica (cuadro 58) el índice quirúrgico entre los que ingresan por Consulta Externa es de 69% y entre los que ingresan por Urgencias es de 71,3%. Por hospitales el menor por Consulta Externa es el 57,9% del Sáenz Herrera y el mayor, el 94% del Carlos Luis Valverde Vega. Por Urgencias el menor se dio en el William Allen con 27% y el más alto es el del Carlos Luis Valverde con 85%.

En Ginecología (cuadro 59) se opero al 76% que ingreso por Consulta Externa y al 62,6% de los ingresaron por Urgencias. En general los índices quirúrgicos de Ginecología por hospital son más altos que en Cirugía y que en Cirugía Pediátrica.

VI. SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 60 a 70)

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

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

Como se ha visto en otros informes, el comportamiento de la natalidad, que puede observarse en el cuadro 60, muestra que la tasa de Costa Rica se ha reducido de 43 nacimientos por cada 1000 habitantes en 1964 a 19 en 2001. En forma simultánea se ha incrementado la proporción de nacimientos ocurridos en los hospitales de la C.C.S.S. hasta alcanzar niveles superiores al 95%. Estos son dos buenos indicadores a tomar en cuenta para examinar el tema de acceso a los servicios de salud (baja natalidad y alta proporción de parto intrahospitalario) y para explicar en parte la reducción de la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes del cuadro 1, pues al reducirse tanto la natalidad, se ha reducido la cifra absoluta de nacimientos y, por lo tanto, el total de partos atendidos.

Congruentemente con las cifras anteriores, en los últimos 38 años se observa en el mismo cuadro 60 una muy marcada reducción de la mortalidad infantil sobre todo en el periodo 1964-80, ya que en 1964 era de 79,2 por cada 1000 nacimientos, en seis años se había reducido a 61,5 en 1970 (17,7 defunciones menos de cada 1000 nacimientos), y diez años más tarde a 19,1 en 1980 (42,4 defunciones menos por cada 1000 nacimientos), después de este espectacular descenso se requirió diez años más para reducirla en 3,8 defunciones por cada 1000 nacimientos y lograr 15,3 en 1990 y, después de esfuerzos muy importantes desde los servicios de salud se llega a 10,8 en 2001.

En el cuadro 61 se ve claramente que la reducción en la fecundidad ha afectado a todas las edades fértiles de la mujer incluyendo la adolescencia, pues en 1950-55 la fecundidad de este grupo era del 11,9% y en 1990-95 es de 9,2; obviamente las más afectadas por esta reducción son las mujeres de 30 años y más; pero las que contribuyen con más nacimientos a la natalidad general son las de 20 a 29 años (cuadro 61) y su fecundidad se ha reducido casi en un 50%.

Por ese motivo, en el cuadro 62 el peso relativo de las embarazadas (parto o aborto) atendidas por la C.C.S.S. en edad de 10 a 19 años, se ha incrementado, lo que da la falsa impresión de que lo que ha aumentado es la probabilidad de embarazo (fecundidad) en la población de las adolescentes.

En el cuadro 63 se excluyeron los abortos y se presentan en, serie de veintidós años, cuatro indicadores derivados de la atención intrahospitalaria de los partos en la C.C.S.S. En las primeras dos columnas se refleja el efecto de la reducción comentada de la fecundidad en Costa Rica, lo cual explica la reducción de la cifra absoluta de partos atendidos en la CCSS, sin que por ese motivo se haya reducido la proporción de nacimientos ocurridos en la institución (cuadro 63); el primer indicador es la proporción de parturientas atendidas que declararon por lo menos una atención prenatal, la cual, después de estar variando entre 51 y 57% desde 1980, sobrepasó el 60% en 1997 y llega al 87,9 en 2001; este es un indicador del desempeño del primer nivel de atención, el cual ha sido favorecido con los procesos de modernización. Luego tenemos el porcentaje de partos por cesárea que ha ido aumentando de 14 a 22% en 2001; los otros dos indicadores se refieren a peso al nacer: el bajo peso se ha mantenido por encima de 6 y por debajo de 7,5% y el peso insuficiente, entre 20 y 23,1% sin tendencia marcada.

La distribución de los partos y abortos por personal que los atendió del cuadro 64 muestra una proporción atendida por Médico de 50,9% en 1987 que se ha ido reduciendo hasta 40,4 en 2001; también las atenciones por Obstétrica que aumentaron del 41 al 47% se redujeron a 43,5% en 2001, en cambio las por Estudiante de menos de 1 a 7,8 en 2001. Además, la proporción de embarazadas con aborto o parto en el hospital sin haber recibido atención prenatal (cero

consultas) era de 49,8 y es de 21,8% en 2001. Las distribuciones de estas dos características por hospital en 2001 se encuentran en los cuadros 65 y 66.

La proporción de atención por médico menor del 30% se presenta en cuatro hospitales: Los Chiles, Guápiles, Ciudad Neilly y San Vito, y es mayor del 60% en Tomas Casas, Max Peralta y Max Terán, en el San Juan de Dios es del 53%. La atención de partos por Estudiantes sigue siendo alta; es muy alta en el Hospital de la Mujer Carit, en el San Juan de Dios, San Francisco de Asís y San Rafael de Alajuela. En Upala hay una alta proporción de partos extrahospitalarios, le siguen San Carlos, Los Chiles, Liberia y San Vito (cuadro 65).

Del cuadro 66 llama la atención la alta proporción de partos y abortos sin atención prenatal registrados en las Regiones Chorotega y Pacífico Central y, en especial, en los Hospitales de la Anexión y San Rafael; pero sobre todos el San Juan de Dios con un 71%; a estas alturas del proceso de adecuación del modelo de atención, siempre que esta proporción sea mayor de 35%, debería sospecharse de subregistro del dato en el hospital respectivo, directamente en el expediente o al hacer la transcripción al informe de egreso; si el dato es real, tendrán que revisar el quehacer del primer nivel de atención, que en el caso del San Juan de Dios, lo constituyen las áreas de salud de la Región Central Sur (cuadro 72). En otros hospitales, en los que con 0 consultas prenatales es menos del 10%, como el William Allen, el México, el Monseñor Sanabria, y el San Vicente de Paul, la mayor parte tiene sólo una atención prenatal, lo cual también implica necesidad de estudio para determinar si es por subregistro o por falta de acción del primer nivel de atención. En el extremo óptimo están varios hospitales que muestran más de 50% con 4 consultas prenatales o más, habiéndose incrementado el número de ellos del 2000 al 2001.

El cuadro 67 incluye todos los centros médicos de la CCSS que tienen atención de partos y abortos; en 2000 se habían registrado 75 306 partos y en 2001 se redujeron a 73 072, que es similar a la sufrida por el número de nacimientos inscritos en todo el país por la reducción de la natalidad. Estos partos dieron origen a 73 019 nacimientos, pues el resto resultó en defunciones fetales; las cuales unidas a las de las 8 220 que terminaron su embarazo por aborto en los hospitales de la C.C.S.S., dan una mortalidad fetal de 10,85 (11,4 en 2000) por cada 100 embarazadas (partos más abortos), o sea que, además de menos nacimientos hubo también menos abortos.

Aunque se redujo en casi todos, la mayor proporción de defunciones fetales se mantiene en los Hospitales San Juan de Dios (13,59% en 2000 y 13,49% en 2001), Monseñor Sanabria (13,52% en 2000 y 13,04% en 2001), Max Terán (12,15 en 2000 y 13,08% en 2001) y Ciudad Neilly (14,03 en 2000 y 13,14% en 2001) con una reducción importante en el San Vicente de Paul (13,4% en 2000 y 11,36% en 2001). De las 82 134 mujeres atendidas por estas causas, 17 fallecieron (3 en el Hospital México y en el Tony Facio, 4 en el Calderón Guardia, 2 en el San Juan de

Dios y en Guápiles, y 1 en cada uno de los hospitales Carit, Dr. Max Peralta y San Rafael). Conviene recordar que por definición, las defunciones fetales son más que los abortos, y los nacimientos son menos que los partos (ver sección VIII de Definiciones Básicas).

La distribución de los partos y del porcentaje de partos por cesárea según hospital aparece en el cuadro 68; la Región Central Norte sigue destacándose por los altos porcentajes de cesáreas de sus hospitales, todos mayores de 20%; pero en 2001 la superan los de la Huetar Norte, ya que el primer lugar lo ocupa el Hospital de San Carlos con el 31,4% y Los Chiles, que no practicaban cesáreas en años anteriores, contribuyen con un 14,25%. Los cambios más notorios son el inicio de la práctica de la cesárea en Los Chiles (14%) y Upala (15%); reducción sólo se observa en el hospital México, en el William Allen y en el Max Terán; hay aumento de 2000 a 2001 en el Calderón Guardia, en el Hospital Carit, en el San Vicente de Paul, en San Carlos, Tomas Casas y Golfito. El periférico Max Terán, nuevamente sobrepasa a su regional Monseñor Sanabria; lo mismo ocurrió entre el Max Peralta y el William Allen. Después de haberse mantenido por años por debajo del 15%, el Escalante Pradilla alcanza el 20,3% en 2000 y lo mantuvo en 2001. Dadas estas variaciones, el porcentaje general de partos por cesárea ha continuado aumentando (cuadro 68): era de menos de 15,89% en 1980; sobrepasa el 20% desde 1992 y llegó a 22,18% en 2001.

Se incluye el cuadro 69 con las defunciones maternas ocurridas en los hospitales de la CCSS, como las cifras son tan pequeñas, es difícil establecer una tendencia; solo se puede decir que desde 1998 la cifra se mantiene por debajo de 20, destacándose en su reducción los hospitales nacionales.

Para terminar, en el cuadro 70 aparecen las cifras de los partos atendidos de 1997 a 2001 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, lo mismo sucede con el peso insuficiente.

VI. RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 71 a 77)

Se inicia 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).

Todas las áreas de la Región Central Norte se encuentran en el cuadro 71, en el que se puede verificar que la cobertura en la captación de niños y niñas vario entre un 0,7% en Alajuela Norte y 86,7% en Tibás-Merced-Uruca; en tanto que la atención de menores de un año estuvo entre 6,6% en Grecia hasta 90,4% en Barva. En general se puede decir que las coberturas más bajas en esta región, se presentan en la atención a las personas diabéticas y en la atención integral al adulto mayor. Las más altas, en detección de cáncer de cérvix.

Al comentar el cuadro 66 se hizo notar la altísima proporción de parturientas con cero consultas prenatales que recibe el hospital San Juan de Dios (71%); y, las bajas cifras de cobertura con atención prenatal de las áreas de salud de la Región Central Sur (cuadro 72) parecen confirmar esta situación. Conviene recordar que en las cifras del hospital se incluye toda la atención prenatal recibida por las pacientes (pública y privada), en tanto que las de las áreas sólo incluye la suministrada por los servicios de la CCSS; pero en ambos casos indican una muy baja cobertura de la atención prenatal en esta región, con excepción de El Guarco, Mata Redonda y Curridabat. Las coberturas más altas se lograron en detección de cáncer de cérvix.

En la Región Brunca (cuadro 73) las mejores coberturas se registraron en la atención de los menores de un año y en la detección de cáncer de cérvix; y las más bajas, en atención a hipertensos y a diabéticos. Lo mismo ocurrió en las regiones Huetar Norte (cuadro 74), Huetar Atlántica (cuadro 75) y Chorotega (cuadro 76). La situación cambia un poco en la Región Pacífico Central, en la que hay pocas cero 100% de cobertura, y la mayoría esta entre 20 y 70% (cuadro 77).

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

8.1. Atención de Urgencia

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

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

8.2. Fallecidos en Urgencias

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

8.3. Camas de Observación en Urgencias

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

8.4. Consulta Externa

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

8.5. Consultante

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

8.6. Consulta de primera vez en la vida

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

8.7. Consulta de primera vez en el año

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

8.8. Consulta subsecuente

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

8.9. Consulta de primera vez en la especialidad

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

8.10. Cama hospitalaria

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

8.11. Dotación normal de camas

Es el número FIJO de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinadas para el alojamiento y cuidado permanente de pacientes internados. En el concepto moderno de hospital, su importancia no 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.

8.12. Días cama

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

8.13. Días paciente

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

8.14. Porcentaje de ocupación

Indicador hospitalario tradicional por excelencia, que ha perdido importancia

si no se le acompaña de la estancia promedio (17). Es la relación entre los días paciente y los días cama durante cualquier período, expresada como porcentaje. Se calcula para todo el hospital o por servicio; por un día, una semana, un mes, o un año. Mide la utilización de las camas.

8.15. Giro de camas

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

8.16. Estancias de egresados

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

8.17. Estancia promedio bruta (EPB)

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

8.18. Egreso Hospitalario

Se define como egreso hospitalario o episodio de hospitalización, el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser vivo

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

A los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria también se les toma como egreso hospitalario. También se incluyen los nacimientos ocurridos en el hospital que hayan sido tratados por morbilidad propia y a los que fallezcan en el, minutos, horas o días después de su nacimiento en el mismo.

8.19. Estancia preoperatoria

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

8.20. Diagnóstico o causa principal

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

8.21. Otros diagnósticos

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

8.22. Caso

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

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

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 periodo, pero por diferentes enfermedades o causas.

b. **Reingreso:**

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

c. **Control:**

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

d. **Caso Cesado:**

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

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

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

8.24. Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos

Para tratar estadísticamente el detalle de los procedimientos médicos y quirúrgicos que se realizan en la Consulta Externa, en el Servicio de Urgencias, en las Salas de Hospitalización y hasta en el hogar, se utiliza la Clasificación de Procedimientos en Medicina, desarrollada en 1978 en los

Estados Unidos, que se aplica también en Europa y que se va actualizando cada vez con mayor frecuencia. Desde 1997 se está aplicando la traducción de su cuarta edición (1992) cuya coordinación esta a cargo de un Comité de Mantenimiento y Coordinación formado por la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Americana de Registros Médicos, la Administración Financiadora de los Cuidados de Salud y el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos.

8.25. Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR)

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

8.26. La CASUISTICA

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

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

8.27. La NORMA

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

"NORMA".

En los hospitales de la C.C.S.S. se producen anualmente más de 300.000 egresos hospitalarios, cuyos datos estadísticos del año 1997 conforman la base nacional o NORMA de comparación actual. No se tomo como "NORMA" el 100% de los egresos de los hospitales de la C.C.S.S. porque además de la Cirugía Ambulatoria en cualquier hospital, en la construcción de la NORMA se excluyeron los hospitales Geriátrico, Psiquiátrico y los periféricos con menos de 2000 egresos al año.

8.28. Estancia promedio depurada (EPD)

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

8.29. Caso extremo

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

8.30. Estancia promedio ajustada por funcionamiento (EPAF)

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

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

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

Si el resultado es MAYOR de UNO es porque el "hospital" tiene una

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

8.32. Estancia promedio ajustada por casuística (EPAC)

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

8.33. Indice funcional (IF)

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

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

8.34. Parto

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

8.35. Aborto

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

talla menor de 25 cms de coronilla a talón.

8.36. Defunción Fetal

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

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

8.37. Subgrupos de la mortalidad fetal

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

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

8.38. Nacimiento

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

Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un recién nacido.

8.39. Subgrupos de los nacimientos

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

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

8.40. Defunción

Desaparición de todo signo de vida, después del nacimiento.

8.41. Defunción infantil

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

8.42. Subgrupos de la mortalidad infantil

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

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

8.43. Defunción materna

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

8.44. Subgrupos de la mortalidad materna

Las defunciones maternas pueden dividirse en dos grupos:

- a. ***Defunciones obstétricas directas:***
Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

b. Defunciones obstétricas indirectas:

Son las que resultan de un enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo

8.45. Defunción materna tardía

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

8.46. Mortalidad hospitalaria bruta

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

8.47. Mortalidad neonatal hospitalaria

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

8.48. Mortalidad fetal hospitalaria

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

8.49. Mortalidad materna hospitalaria

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

8.50. Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

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

programa que permanezcan en el hospital por más de un día.

IX. 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	Mayo, 93

	más de 1985 a 1990	
3	Calidad y causas más frecuentes de consulta y de hospitalización en los servicios de la CCSS, 1980-1986	Setiembre, 88 Agotado
5A	Estadísticas básicas de consulta externa y egreso hospitalario, 1987	Febrero, 89 Agotado
5B	Estadísticas básicas de los servicios médicos, 1980-1990	Marzo, 92
5C	Estadísticas generales de los servicios médicos, 1980-1992	Abril, 93
5D	Estadísticas generales de los servicios médicos, 1980-1998	Junio, 99
5E	Estadísticas generales de los servicios de salud, cifras preliminares 1999	Enero, 00
5F	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-1999	Julio, 00
5G	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2000	Mayo, 01 Agotado
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	Mayo, 99

	servicios de consulta externa de la CCSS, 1997	
11	Causas de consulta y de hospitalización de las personas de 10 a 19 años de edad, CCSS, 1987	Agosto, 91
12	Atención de las mujeres de 45 a 59 años de edad en los servicios médicos, CCSS, 1989	Octubre, 92
13	Primera encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de urgencias de la CCSS, 1996	Setiembre, 98
14A	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997. Cuadros descriptivos para cada hospital	Abril, 98
14B	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1998. Cuadros descriptivos para cada hospital	Mayo, 99
14C	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1999. Cuadros descriptivos para cada hospital	Mayo, 00
15A	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997. Cuadros comparativos para cada hospital	Junio, 98
15B	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1998. Cuadros comparativos para cada hospital	Mayo, 99

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

--	--	--