

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

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

**P R I M E R T O M O  
PRODUCCION DE SERVICIOS**

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

**AGOSTO 2004**

## CONTENIDO

#	<b>TITULO PRIMER TOMO Producción de Servicios</b>	Pág.
<b>I.</b>	<b>INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD DE LA CCSS (cuadros 1 a 5)</b>	<b>1</b>
<b>DESCRIPCION DE LOS CUADROS</b>		
1.	Población, defunciones por 1000 habitantes en Costa Rica, atenciones en urgencias, consultas por habitante y hospitalizaciones por 100 habitantes exámenes de laboratorio y medicamentos por habitante, CCSS, 1980-2003	3
2.	Atenciones de urgencias, consultas (médicas, otro profesional, odontología) y egreso hospitalario según región de ocurrencia, CCSS, 2003	5
3.	Atenciones de urgencias, consultas y egresos hospitalarios por región de ocurrencia y condición de aseguramiento, CCSS, 2003	6
4.	Egresos hospitalarios por condición de aseguramiento, clasificación y centro médico, CCSS, 2003	8
5.	Consulta externa, porcentaje por años de ocurrencia, según condición de aseguramiento, CCSS, 1987, 1992, 1997, 2002	9
<b>II.</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA (cuadros 6 a 13)</b>	<b>10</b>
<b>DESCRIPCION DE LOS CUADROS</b>		
6.	Atenciones de urgencias y consulta externa, según profesional que atendió en instituciones de la CCSS y en servicios alternativos (empresas y medicina mixta)*, 1980-2003	11
7.	Total de consultas médicas, de primera vez y concentración en medicina general y especialidades, según región y centro médico, servicios de consulta externa, CCSS, 2003	12
8.	Total de consultas, promedio por hora programadas y por hora utilizada en medicina general y especialidades, según región y centro médico, CCSS, 2003	16
9.	Consultas de especialista, por año, servicio y especialidad, CCSS, 1998-2003	19
10.	Consultas por especialistas total, primera vez, y concentración según servicio y especialidad, CCSS, 2003	20
11.	Consultas de odontología y otro profesional según región y centro médico, CCSS, 2003	21
12.	Total de atenciones de urgencias por tipo y porcentaje en observación y no urgencias según región y centro médico, CCSS, 2003	25
13.	Urgencias atendidas por accidentes o violencias según causa y lugar, CCSS, 2003	29

<b>III.</b>	<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 14 a 29 )</b>	<b>30</b>
<b>DESCRIPCION DE LOS CUADROS</b>		
14.	Ordenes y días promedio de incapacidad a los asegurados directos, enfermedad (otros y empleados de la CCSS), maternidad y permisos, según región y centro médico, CCSS, 2003	33
15.	Total de citologías, biopsias y autopsias y porcentajes de apoyo a la red de servicios, según región y centro médico, CCSS, 2003	34
16.	Exámenes de laboratorio realizados por áreas de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2003	35
17.	Exámenes de laboratorio por cada atención de urgencia, consulta y hospitalización, CCSS, 1980-2003	36
18.	Exámenes de laboratorio realizados por áreas de atención, empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2003	37
19.	Medicamentos despachados por áreas de atención, y para los sistemas de médico de empresa y medicina mixta, CCSS, 1980-2003	41
20.	Medicamentos por cada atención de urgencia, consultas y hospitalización, CCSS, 1980-2003	42
21.	Medicamentos despachados por área de atención, copias empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2003	43
22.	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2003	46
23.	Placas radiográficas efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, según región y centro médico, CCSS, 2003	47
24.	Fluoroscopías efectuadas por área de atención, empresas y medicina mixta, CCSS, 1980-2003	48
25.	Mamografías efectuadas por área de atención, según región y centro médico, CCSS, 2003	49
26.	Tomografías efectuadas por área de atención, según región y centro médico, CCSS, 2003	50
27.	Procedimientos médicos, según área de atención, CCSS, 2003	52
28.	Procedimientos médicos por clasificación de hospitales, CCSS, 2003	53
29.	Terapias según tipo, centro médico y área de atención, CCSS, 2003	54
<b>IV.</b>	<b>ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 30 a 58)</b>	<b>55</b>
<b>4.1.</b>	<b>Utilización de las Camas y Producción General (cuadros 30 a 41 )</b>	<b>55</b>
<b>DESCRIPCION DE LOS CUADROS</b>		
30.	Número de camas, porcentaje de ocupación, egresos, giro de camas, estancia promedio y porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores, CCSS, 1980-2003	56
31.	Camas, egresos, estancia promedio, porcentajes de ocupación, mortalidad e intervención quirúrgica, según región y hospital, CCSS, 2003	58
32.	Egresos hospitalarios por años de ocurrencia, según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2003	60
33.	Estancias promedio hospitalarias por año, según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2003	61

34.	Egresos hospitalarios porcentajes por grupos de edad, según clasificación y hospital, CCSS, 1990-2003	63
35.	Estancia promedio por grupos de edad, según clasificación y hospital, CCSS, 2003	64
36.	Porcentaje de egresos con una estancia, por año, según centro médico, CCSS, 1980-1981, 1990-1991, 2000-2001, 2003	65
37.	Egresos hospitalarios y porcentaje de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por año, según hospital, CCSS, 1997-2003	66
38.	Total de egresos y porcentaje de traslados (a otro hospital) según clasificación y hospital y año, CCSS, 1990, 1997-2002	67
39.	Egresos hospitalarios y porcentajes por capítulos CIE IX, X, CCSS, 1980-2003	69
40.	Egresos hospitalarios y porcentaje con infección nosocomial, por región y centro médico, CCSS, 1999-2003	70
41.	Total de intervenciones quirúrgicas, porcentajes por tipo, clasificación y hospital, CCSS, 2003	71
<b>4.2.</b>	<b>Resultados generales del análisis de los Grupos de Diagnósticos Relacionados por el consumo de recursos (GDR)</b>	<b>72</b>
<b>4.3.</b>	<b>Atención hospitalaria por servicios (cuadros 42 a 58)</b>	<b>72</b>
<b>DESCRIPCION DE LOS CUADROS</b>		
42.	Total de camas y porcentajes por servicio según región y hospital, CCSS, 2003	73
43.	Egresos hospitalarios y estancias promedio por servicio clasificación y centro médico, CCSS, 2003	75
44.	Egresos y estancias promedio del servicio de medicina, hospitales, CCSS, 1998-2003	76
45.	Egresos y estancias promedio del servicio de psiquiatría, hospitales, CCSS, 1998-2003	77
46.	Egresos y estancias promedio del servicio de pensión, hospitales, CCSS, 1998-2003	78
47.	Egresos y estancias promedio del servicio de pediatría, hospitales, CCSS, 1998-2003	79
48.	Egresos y estancias promedio del servicio de cirugía pediátrica, hospitales, CCSS, 1998-2003	80
49.	Egresos de cirugía pediátrica con intervención e índice quirúrgico por área de ingreso (consulta externa o urgencias), según clasificación y hospital, CCSS, 2003	82
50.	Egresos y estancias promedio del servicio de cirugía, hospitales, CCSS, 1998-2003	83
51.	Egresos de cirugía con intervención e índice quirúrgico pro área de ingreso (consulta externa o urgencias), según clasificación y hospital, CCSS, 2003	84
52.	Total de egresos y porcentaje de egresos con cirugía por área de ingreso, según centro médico, CCSS, 2003	86
53.	Egresos y estancias promedio del servicio de ginecología, hospitales, CCSS, 1998-2003	87
54.	Egresos de ginecología con intervención e índice quirúrgico pro área de ingreso (consulta externa o urgencias), según clasificación y hospital, CCSS, 2003	88
55.	Egresos y estancias promedio del servicio de obstetricia, hospitales, CCSS, 1998-2003	89

56.	Partos, porcentajes con cesáreas, abortos, nacimientos, porcentaje de defunciones fetales y defunciones maternas, según hospital, CCSS, 2003	90
57.	Partos y abortos hospitalarios y porcentaje por número de consultas prenatales según región y centro médico, CCSS, 2003	91
58.	Partos y abortos hospitalarios, porcentaje por profesional que atendió, según región y centro médico, CCSS, 2003	92
<b>V.</b>	<b>RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 59 a 67)</b>	<b>93</b>
59.	Embarazos esperados, atención prenatal por grupos de edad, con evaluación del compromiso de gestión, CCSS, 2003	94
60.	Mujeres por grupos de edad en control prenatal, con curso psicopedagógico y cobertura lograda, según región y áreas de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	97
61.	Cobertura lograda en vacunas, según región y área de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	100
62.	Cobertura lograda y con calidad de niños y niñas menores de seis años por captación temprana, según región y área de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	103
63.	Adolescentes tamizados y adolescentes individuales cobertura lograda y con calidad, según región y áreas de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	106
64.	Coberturas logradas en mujeres con papanicolau, pap alterados, según región y áreas de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	109
65.	Coberturas logradas en atención preventiva en odontología por grupos de edad y embarazadas, según región y área de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	112
66.	Coberturas logradas y con calidad de atención del adulto mayor, según región y área de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	116
67.	Coberturas logradas y con calidad de diabéticos e hipertensos, según región y área de salud, evaluación compromisos de gestión, CCSS, 2003	119
<b>VI.</b>	<b>DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	<b>122</b>
6.1.	Atención de urgencia	122
6.2.	Fallecidos en urgencias	122
6.3.	Camas de observación en urgencias	122
6.4.	Consulta externa	123
6.5.	Consultante	123
6.6.	Consulta de primera vez en la vida	123
6.7.	Consulta de primera vez en el año	123
6.8.	Consulta subsecuente	124
6.9.	Consulta de primera vez en la especialidad	124
6.10.	Cama hospitalaria	124
6.11.	Dotación normal de camas	124
6.12.	Días cama	124
6.13.	Días paciente	124
6.14.	Porcentaje de ocupación	125

6.15	Giro de camas	125
6.16	Estancias de egresados	125
6.17	Estancia promedio bruta	125
6.18	Egreso hospitalario	126
6.19	Estancia preoperatorio	126
6.20	Diagnóstico o causa principal	126
6.21	Otros Diagnósticos	126
6.22	Caso	126
6.23	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	127
6.24	Clasificación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	128
6.25	Grupos de Diagnósticos Relacionados	128
6.26	La casuística	128
6.27	La NORMA	129
6.28	Estancia promedio depurada	129
6.39	Caso extremo	129
6.30	Estancia promedio ajustada por funcionamiento	129
6.31	Indice case-mix	130
6.32	Estancia promedio ajustada por casuística	130
6.33	Indice funcional	130
6.34	Parto	130
6.35	Aborto	131
6.36	Defunción fetal	131
6.37	Subgrupos de la mortalidad fetal	131
6.38	Nacimiento	131
6.39	Subgrupos de los nacimientos	132
6.40	Defunción	132
6.41	Defunción infantil	132
6.42	Subgrupos de la mortalidad infantil	132
6.43	Defunción materna	132
6.44	Subgrupos de la mortalidad materna	133
6.45	Defunción materna tardía	133
6.46	Mortalidad hospitalaria bruta	133
6.47	Mortalidad neonatal hospitalaria	133
6.48	Mortalidad fetal hospitalaria	133
6.49	Mortalidad materna hospitalaria	134
6.50	Cirugía mayor ambulatoria	134
6.51	Servicio	134
6.52	Especialidad	134
<b>VII.</b>	<b>OTROS NUMEROS PUBLICADOS</b>	<b>135</b>

## PRESENTACION

El Departamento de Información Estadística de Servicios de Salud 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 últimas cifras globales disponibles de los servicios de atención de la salud de la Caja Costarricense de Seguro Social hasta 2003 inclusive. Estos datos se tomaron de los tres subsistemas estandarizados de recolección continua con que se cuenta desde 1980 que son: el informe diario de la consulta externa (sustituido por la agenda diaria en el primer nivel de atención), el Informe Estadístico Mensual de Recursos y Servicios de Salud y el registro estadístico individual de hospitalización o informe de egreso hospitalario. Los dos primeros deben ser enviados por áreas, clínicas y hospitales, y el último por los hospitales y por las clínicas que tienen atención de partos y cirugía mayor ambulatoria, en los primeros quince días naturales del mes siguiente al que se refieren; de manera que puedan ser revisados y analizados sobre la marcha para que las estadísticas nacionales sean oportunas.

Para facilitar su utilización este número consta de **dos tomos**, el primero, permite analizar la **oferta de servicios** por medio de las cifras de producción en las diferentes áreas de los establecimientos de atención de salud de las personas y una sección con estadísticas resultantes del proceso de compra de servicios del compromiso de gestión. El segundo tomo se enfoca en la **demand**a por medio de distribuciones por sexo, edad, diagnóstico y otras características de las personas que reciben los servicios de atención de la salud, con 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 siempre la interpretación y uso de los datos de un informe estadístico dependen sobretodo del lector, de sus conocimientos y necesidades.

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

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

## **RECONOCIMIENTO**

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

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

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

También debemos reconocer el apoyo constante que nos brindan Servicios de Apoyo en la reproducción oportuna de los documentos resultantes y la Subgerencia de Tecnología de la Información a través de la Dirección de Informática, para desarrollar sistemas que permiten captar y elaborar electrónicamente datos que, por su volumen y complejidad, sería imposible ordenar de otra manera, así como colocar la información en la Internet.

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

A todos ellos nuestro reconocimiento y agradecimiento.



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

## COMENTARIOS

### PRIMER TOMO: *PRODUCCION*

*M.Sc. Ligia Moya de Madrigal*

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

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

En el **cuadro 1** se incluyen las NUEVAS cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2003, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 24 años se mantiene la mayor parte del tiempo, en menos de 4 por 1000 habitantes (ambas cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC). Como indicadores de consumo de los servicios institucionales de salud hemos calculado para el mismo período: la razón de atenciones de urgencia por habitante, la razón de consultas externas por habitante separada en médica, odontológica y por otro profesional, la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes, y dos indicadores de consumo de recursos intermedios, como son la razón de medicamentos despachados y la de exámenes de laboratorio por habitante.

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

aquí que para ser atendido en urgencias no se requiere cita ni documentos, por lo cual esta situación puede estar reflejando problemas de gestión en los servicios de consulta externa que parecen no haber podido hacerle frente al crecimiento de la población, agravados por el creciente flujo de grupos de población, que al estar indocumentados, prefieren acudir a estos servicios, lo que produce una alta proporción de atenciones no urgentes, en un área de servicios de salud que debería mantenerse lo más despejada posible.

En el mismo cuadro #1, la razón de **consultas por habitante** se ha dividido en tres componentes, lo cual permite ver que el principal es la **consulta médica**, que después de reducirse de 2,36 en 1980 a 2,02 en 1993 e ir aumentando paulatinamente hasta 2,28 en 1999 se redujo a 2,15 en 2000 para volver iniciar otro ascenso a 2,34 en 2003. La **consulta de odontología** ha ido aumentando lenta y sostenidamente, y la consulta a cargo de **otros profesionales** (psicólogos, dietistas, enfermeras, etc.) se mantuvo igual. La reducción de la consulta médica por habitante en el año 2000 podría atribuirse en parte a las 220 mil consultas que se perdieron por la huelga de abril, pero como veremos en el cuadro 4, la reducción absoluta ese año es de más de 300 mil. Algunos opinaron que esto podría ser un indicador de que, en una población saturada de consultas, el primer nivel de atención ha iniciado el cambio de dirección esperado hacia la atención integral, y que, si eso es así, esta reducción se mantendría en los próximos años, hasta llegar a estabilizarse en lo que podría ser el verdadero número de consultas médicas que realmente requiere el mantenimiento de la salud de la población; pero las cifras de los últimos tres años contradicen esa opinión.

La razón de **egresos hospitalarios (hospitalizaciones) por 100 habitantes** es muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen más del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población; en la C.C.S.S. se mantuvo por encima de 10 hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993; había estado oscilando entre 8,51 y 8,83 desde 1994 e inicia un descenso en 2000 que se mantiene en 2002 y 2003. Además de cambios en la práctica de la medicina, en Costa Rica además, como se ha tenido una alta proporción de parto intrahospitalario desde hace años, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa (cuadros 46-56) e influye en la reducción del indicador comentado; por ejemplo en 1989 se produjeron 79 216 nacimientos en los hospitales de la CCSS, cuando la natalidad era de 28 por 1000; en 2002, con la natalidad nacional en 17,4 por 1000, sólo ocurrieron 67 707 nacimientos en esos mismos hospitales, sin embargo en 2003, con una natalidad de 17,2 se registro un ligero aumento a 69 222 nacimientos en la CCSS, pero esta cifra sigue siendo un 12,6% inferior a la de 1989.

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

En general se ve que, si se compara 1980 con el 2003 y a pesar de que respecto a la población, las hospitalizaciones se han reducido y las consultas se han mantenido casi igual, los exámenes de laboratorio se multiplicaron por 2,6 y los medicamentos, por 1,6; este crecimiento explicaría los graves problemas que se han presentado para lograr atención oportuna en Laboratorios y Farmacias de la C.C.S.S. y pone de manifiesto un problema general: a los servicios de apoyo no se les ha permitido crecer junto con las plazas de médico, y muchos de los problemas de oportunidad y calidad actuales radican en esa situación.

Ampliando detalles para el último año, los datos del **cuadro 2** muestran en resumen las cifras absolutas del 2003; 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. Desde este punto de vista es importante hacer notar el crecimiento de la atención de urgencias en las áreas de salud de las regiones Huetar Norte, Chorotega y Huetar Atlántica, al punto de que sus cifras son superiores a las de los hospitales respectivos.

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 del 2003 con base en la encuesta del 2001, de las consultas externas del 2003 con base en la encuesta de 2002 y de los egresos hospitalarios del 2003 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 el 2003 en dos regiones giran alrededor del 50% de los egresos hospitalarios, que es la porción más cara de la atención médica. La proporción más baja de asegurados directos se encuentra en las regiones Chorotega y Pacífico Central.

Si se toma en cuenta que sólo el asegurado directo paga cuotas a la C.C.S.S. y que hay un buen número de patronos morosos entre ellos el Gobierno Central, debe preocupar el hecho de que sean no asegurados los que más utilizan los servicios, especialmente fuera del Valle Central, ya que las cifras disponibles a través de la Encuesta de Hogares sobre población general incapaz de pagar sus cuotas no son tan altas. Este grupo afecta sobre todo en urgencias y hospitalización, lo cual pone de manifiesto que no todos los atendidos pagan las cuotas respectivas y que en los servicios de salud de la C.C.S.S. no se rechaza a los indigentes que son los llamados "Cuenta del Estado" en los que se incluyen costarricenses indigentes o no asegurados, indocumentados que ocultan su condición de extranjeros y las personas del Régimen No Contributivo que por definición son indigentes.

Para ahondar un poco mas en este tema, los egresos hospitalarios del 2003 se tabularon por hospital y condición de aseguramiento en el **cuadro 4** y se observa que, como ha ocurrido en años anteriores, los extranjeros que no ocultan su condición se concentran en hospitales nacionales (San Juan de Dios, Carit y Chapuí), San Carlos y San Francisco de Asís de Grecia; y los "por cuenta del Estado" llegan al 48% o más en el Sáenz Herrera, Chapui, Monseñor Sanabria, Enrique Baltodano, La Anexión, Max Terán, Los Chiles, San Vito y Upala. Vale la pena destacar que el "pago directo" es mayor en los hospitales que todavía mantienen su servicio de Pensión, con la excepción del Hospital San Vicente de Paul, que no tiene ese Servicio.

En el **cuadro 5** se incluyen los resultados de las cuatro encuestas hechas en la Consulta Externa y es evidente que los asegurados directos y sus familiares consumen la mayoría de las consultas; pero su peso relativo se ha ido reduciendo de 30,44% en 1992 a 24,99% en el 2002 y los por Cuenta del Estado han ido en aumento sostenido de 15,77% en 1987 a 20,98% en el 2002.

Estas cifras deben llamar la atención porque pueden ser evidencia de evasión creciente del pago de las cuotas a la Seguridad Social y de creciente influencia de la deuda del Gobierno Central en el financiamiento de los servicios de salud de la C.C.S.S.

## II. ATENCION AMBULATORIA (cuadros 6 a 13)

El resumen general de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la C.C.S.S. en cifras absolutas y su comportamiento en el tiempo se encuentra en los cuadros 1 y 6. Si se comparan estos cuadros se confirma que la consulta médica es y ha sido su principal componente; sin embargo las atenciones de urgencia no han dejado de aumentar desde 1985, y después de 1993 es notable también el paulatino incremento en las atenciones odontológicas. De ahí que, si se suman todas las atenciones ambulatorias por habitante (consulta externa y urgencias) del **cuadro 1** se vera que se mantienen por encima de 3 al año por habitante desde 1996, pero a base del incremento a las atenciones de urgencia Sin embargo, el incremento de las cifras absolutas de atenciones de urgencia no se ha mantenido en alrededor de 300 mil al año como había sucedido hasta el 2000, ya que en el 2001 se redujo el incremento a 232mil atenciones más, en el 2002 apenas se registraron 57 333 más y en el 2003 el incremento fue de 189 013; en cambio la consulta médica que se redujo en el 2000 en más de la cifra esperada por causa de la huelga, aumento en el 2001 en poco más de 200mil, en el 2002 en cerca de 600mil y más de 300mil en el 2003, esto podría explicarse por un aumento en la cobertura, pero sobre todo por una mejor canalización de la no-urgencia, que en los años anteriores estuvo recargándose en los servicios de emergencias.

Con base en el Informe Estadístico Mensual que elaboran y envían los hospitales, clínica y áreas, se construyeron los cuadros siguientes, en los cuales aparecen los datos anuales de atención ambulatoria correspondientes al pasado año 2003, desglosados por centro médico y con subtotales según la región programática de ubicación de cada uno, o por especialidad.

El **cuadro 7** se refiere sólo a la CONSULTA POR 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 2002 subió de 2,53 a 2,66 consultas por consultante en Medicina General, y de 1,93 a 1,99 en las consultas por especialista. Esta cifra es muy alta en Medicina General de hospitales que sólo prestan este servicio a sus empleados, las mayores se registran en el México y el San Rafael de Alajuela. En el total de consultas al año, las pequeñas variaciones en la concentración significan pequeñas variaciones absolutas en las consultas de primera vez, que aumentaron poquísimos en Medicina General y se redujeron en Especialidades:

	2002	2003	Diferencia
Medicina General	2.374.276	2.379.652	+ 5.376
Especialidades	1.335.519	1.305. 651	- 49.868

En general, las consultas de Medicina General aumentaron de 6.014.003 en el 2002 a 6.327.772 en el 2003 (+363.637) porque aumento la concentración.

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

Los mismos datos aparecen en el **cuadro 8** con el indicador clásico de rendimiento, consultas por hora, calculado sin el ajuste de las consultas de primera vez (para ajustarlo es necesario duplicar las consultas de primera vez antes de hacer el cálculo). En medicina general este **rendimiento** bajo de 3,46 a 3,36 consultas por hora programada y de 3,93 a 3,78 si se toman sólo las horas utilizadas. Este rendimiento es menor y se reduce de 3,11 a 3,00 y de 3,55 a 3,39 en la consulta por especialistas.

Si aumentó la concentración y se redujo el rendimiento, no se puede afirmar que en el 2003 aumentó la cobertura de la Consulta Médica de la CCSS, que a lo mejor esta llegando a su punto de saturación.

En el **cuadro 9** aparece el desglose de la consulta por especialista según especialidad, lo que mas llama la atención es que el total de consultas por especialista en el 2000 fue el mas bajo entre 1998 y 2003, a pesar de los esfuerzos Institucionales por aumentarlas. Sin embargo esta situación cambio en el 2003 con 2.595.002, que es la cifra mayor alcanzada en los seis años. Los mayores aumentos se registran en Dermatología, Medicina Interna y Rehabilitación, Oftalmología, Urología, y Obstetricia, todas las demás redujeron o mantuvieron su producción respecto al 2002. En el **cuadro 10** se presenta la **concentración por especialidad**; las más altas son las de Medicina Psicosomática, Medicina Nuclear, Medicina del Dolor, Adolescentes, Hematología y Oncología.

Las consultas ODONTOLÓGICAS y por OTROS profesionales aparecen en el **cuadro 11**, en el que sobresalen las Clínicas y Areas de Salud Metropolitanas por su elevada participación en el total de consultas de Odontología; además, en algunos hospitales comienza a aparecer la consulta odontológica especializada. En el mismo cuadro aparecen las consultas por otros profesionales, que como se vio en los cuadros 1 y 6, no ha variado en volumen.

En general se percibe que esta variando lo observado a través de los años, ya que los hospitales nacionales en 2003 atienden ya menos del 1% de las consultas médicas generales, pero siguen a cargo del 41% de las especializadas, junto con el 37,6% de la consulta por otros profesionales; el mayor volumen de consultas de medicina general se produce en las clínicas metropolitanas y los centros de las Regiones Central Norte y Sur; o sea que, lógicamente la mayor parte de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la C.C.S.S. se imparte en la zona del país donde se concentra la mayor parte de la población; pero fuera de los hospitales ubicados en la ciudad capital.

Las ATENCIONES DE URGENCIA en el **cuadro 12**, siguen la tendencia observada y comentada en el 1, sobrepasando ya los 3,7 millones con un aumento de 52,8% a 53,57% de no-urgencias y dispersándose por todos los centros médicos, de manera que los grandes hospitales nacionales continúan atendieron en el 2003 sólo el 15,4% con un 21,7% de no urgencias y un 11,35% dejados en Observación. Siempre llama la atención el servicio de emergencias del Hospital Nacional de Niños, que en los últimos años no registra pacientes en observación y sólo el 2,1% son falsas urgencias. Además siendo notoria la participación del hospital San Vicente de Paul, en el que se imparten más atenciones de Urgencia que en cualquier otro hospital del país; pero 94,1 de cada 100 no son urgencias reales; la proporción de NO urgentes se ha ido incrementando en este hospital de 39,5 en 1999 a 63,7% en el 2000; 77,3% en el 2001 y 90,3% en el 2002; da la impresión de que en su área de atracción funciona cada vez menos el primer nivel de atención.

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 el 2000, 23,6% en el 2001 y 23,2% en el 2002. En el San Vicente de Paul esta proporción se redujo de 43,8% en 1999 a 1,97 % en el 2000, 3,9% en el 2001, 7,5% en el 2002 y 10,97% en el 2003.

Realmente esta situación no sea ha estudiado bien, porque en este servicio se concentran las personas que no consiguen cita en la Consulta Externa o que por falta de documentos o de tiempo, no están en condiciones de acudir a la consulta regular; lo cual como se vio en el cuadro 1, se incremento en los últimos años, al punto de que en 1999 un 47,6% de las atenciones fueron calificadas por el médico como atenciones NO URGENTES, proporción que aumento a 50,2% en el 2000 y a 52,8% en el 2001 y 2002 y a 53,57% en el 2003. 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 **cuadro 13** indica la causa y el lugar de ocurrencia en las 299.835 atenciones de urgencia por accidentes y violencias (8% del total de atenciones y 17,3% de las verdaderas urgencias), incluyendo las hospitalizaciones (3,7%) y los fallecimientos (4 por 10.000). El mayor problema para la interpretación de estos datos sigue siendo la alta frecuencia de causa externa desconocida (22,3%) y lugar de ocurrencia desconocido (25,7%) por deficiencias en el llenado del formulario respectivo.



### III. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 14 a 29)

A pesar de que la población de asegurados directos es mucho más pequeña que la población general, en los servicios de atención de salud de la C.C.S.S. se producen más órdenes de **INCAPACIDAD** por Enfermedad para los primeros, que hospitalizaciones para toda la población; 581.686 en el 2003, de las cuales el 15,5% son para empleados de la misma institución. Los empleados de otros organismos recibieron un período promedio teóricamente en el HOGAR de 6,84 días y los empleados de 6,15 días. El hospital Calderón Guardia es el que más órdenes de incapacidad por enfermedad expide para empleados de otros organismos (34 747 en el 2002 y 29 947 en el 2003) con un promedio de 17,3 días en el 2002 y 15,27 en el 2003; seguido por el Hospital México que extendió 24 678 con 17,9 días en el 2002, y 16940 con 16,98 días en el 2003 y la Clínica Marcial Rodríguez que confirió 19 596 con 8,9 días en el 2002 y 16651 con 9,47 días en el 2003. El mayor número de órdenes de incapacidad para empleados las dieron en ese orden los Hospitales México, Calderón Guardia, Monseñor Sanabria, San Juan de Dios y Tony Facio, y en general por períodos más cortos (**cuadro 14**).

En el **cuadro 15** se encuentran los datos del 2003 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.

Los tres cuadros siguientes (16, 17 y 18) se refieren al **LABORATORIO CLINICO**. En el **cuadro 16** están las cifras absolutas anuales registradas de 1980 al 2003 que muestran un aumento continuo al punto de que en el 2003 los laboratorios clínicos de la institución realizaron 4,8 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 24 años.

Esto se aprecia mejor en el **cuadro 17**, 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 cuadriplicó en Urgencias, se multiplicó por 2,5 en Consulta Externa y por 2 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 54% de los exámenes de laboratorio producidos. En el **cuadro 18** está el detalle por centro del 2003, así se ve que como siempre, la tercera parte de los exámenes de laboratorio se hace en los hospitales nacionales, y en las regiones son los hospitales los que concentran el mayor número, pues no todas las clínicas y áreas de salud cuentan con este servicio, por lo que el buen funcionamiento del "apoyo a la red" es muy

importante. En el 2003 los Servicios de Laboratorio registraron más de 42 millones de órdenes de medicamentos (10 al año por habitante); la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en las Clínicas Metropolitanas.

Los cuadros 19, 20 y 21 se refieren al Servicio de **FARMACIA**. En el **cuadro 19** se puede apreciar el comportamiento cronológico de los volúmenes de medicamentos despachados por las farmacias de los servicios de salud de la C.C.S.S. de 1980 al 2003, separados por área de atención; estas muestran un aumento continuo al punto de que en el 2003 las farmacias de la institución despacharon 2,9 veces más recetas que en 1980, parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la población; pero como se comentó en el cuadro 1 también aumentó la razón por habitante porque aparentemente en la actualidad se hace más uso de los medicamentos que hace 24 años. Esto se aprecia mejor en el **cuadro 20**, en el que se tomaron los datos del 19 y se relacionaron con los productos finales de los mismos años; así puede verse que la relación medicamentos por cada atención se multiplicó por 1,3 en Urgencias, por 1,7 en Consulta Externa y por 2,3 en Hospitalización; obviamente la Consulta Externa, por su volumen, consume el 65,7% de los medicamentos despachados. En el **cuadro 21** está el detalle por centro del 2003, y a diferencia del Laboratorio, el servicio de Farmacia está más distribuido entre hospitales, clínicas y áreas de salud, pues requiere menos infraestructura.

El mayor dispensador de medicamentos es el Hospital Calderón Guardia que tenía adscrita la Clínica Central. En la columna "apoyo a la red" aparecen los medicamentos que, por convenio, el centro despacha a pacientes de otros centros. En el 2003 los Servicios de Farmacia registraron más de 49 millones de órdenes de medicamentos (12 al año por habitante); la mayor parte en los establecimientos de la Región Central Norte, en los Hospitales Nacionales y en las Clínicas Metropolitanas.

Los **cuadros 22 y 23** se refieren al Servicio de **RAYOS X** y como es de esperar, son muy pocos los centros que cuentan con él, por ese motivo el "apoyo a la red" es tan importante. El **cuadro 24** se refiere a **FLUOROSCOPIAS**.

En los cuadros siguientes se presentan datos de servicios complementarios menos tradicionales en la atención de la salud, que son cada vez más frecuentes y tienen un alto costo en equipo, recurso humano apropiado y materiales requeridos. En el **cuadro 25** están las **MAMOGRAFIAS** y en el **26**, las **TOMOGRAFIAS axiales computarizadas**.

Algunos de los procedimientos médicos con fines diagnósticos o terapéuticos que se llevan a cabo en los servicios de salud de la CCSS, principalmente en el tercer nivel de atención, aparecen en los cuadros 27 y 28, en ellos llaman la atención las 29mil **GASTROSCOPIAS**, casi 16mil **HEMODIALISIS**, las más de 27mil **QUIMIOTERAPIAS** y las cerca de 21mil **RADIOTERAPIAS**. Además, con el nombre de **TERAPIAS** física, respiratoria, ocupacional o cardíaca, se realizan una serie de actividades que aparecen en el cuadro 29.

#### IV. ATENCION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 30 a 58)

##### 4.1. Utilización de las camas y producción general (cuadros 30 a 41)

Obviamente, la atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo se incluyeron cuadros como el 1 y el 6 en el que aparecen los grandes volúmenes de atención de los servicios ambulatorios y de hospitalización. Esta sección trata solamente de los servicios individuales de atención de salud a las personas que se prestan mediante la ocupación de una cama hospitalaria.

El **cuadro 30** contiene las cifras generales de esta área en la C.C.S.S. y su evolución de 1980 a 2003. Se ve así que aunque el número total de **camas** hospitalarias de dotación normal se ha reducido lentamente desde 1982, su **porcentaje de ocupación** general se ha mantenido entre 74,4% en 1982 y 82,3% en 2001 sin una tendencia claramente definida; además, la reducción de 20 camas y reducción de 1% en la ocupación del 2002 cambia a un aumento de 19 camas y aumento de 0,3% en la ocupación en el 2003. Una vez más se evidencia que en la red de hospitales de la C.C.S.S. los problemas de camas son más de distribución que de faltante. Por otro lado, a pesar de la reducción en la razón de egresos por 100 habitantes observada en el cuadro 1, se ha incrementado el número absoluto de **egresos hospitalarios** (de 245.048 en 1980 a 331.856 en 1999, con una pequeña reducción a 327.675 en el 2000 y un incremento a 333.541 y 338.868 en el 2001 y 2003). También había habido una reducción sostenida de la **estancia promedio** (de 7,91 en 1980 a 5,22 días en el 2002) que se revierte en el 2003 a 6,3 días la misma de 1988, lo que, junto a la reducción de las camas (de 6926 a 5860), había producido aumento en el **giro de camas** (de 35,4 a 56,8) el cual en el 2003 vuelve a 51,4 como en 1997 sin aumento sensible en el porcentaje de ocupación. Conviene recordar aquí que el proceso de reforma se inicio oficialmente en 1997.

Sobre este tema conviene recalcar que para un porcentaje de ocupación "ideal", el indicador para actuar sobre la utilización de una cama es siempre la estancia promedio y el giro de esa cama es un resultado; por ejemplo con **85% de ocupación**, los días cama disponibles en un año serían 311 por cada cama, y así:

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

Si se comparan con 1997, en el 2003 los hospitales de la C.C.S.S. produjeron 22.415 egresos de más, con un aumento en el período promedio de permanencia en el hospital de 0,6 días por paciente; además comunican 45 camas menos, y todavía el porcentaje de ocupación está por debajo del 82%, con más de 1mil camas desocupadas durante el año. Esta situación se mantendrá en tanto la gestión hospitalaria siga orientada a la gestión del paciente y como resultado, su estancia en el hospital se ajuste al período indispensable para su óptima atención y se incremente la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por ese motivo la queja por faltante de camas debe verse como problema de casos particulares y no de la red de servicios.

Si el enfoque de la modernización es la gestión del paciente y no la utilización de las camas, los porcentajes de ocupación se van reduciendo naturalmente hasta que se encuentra la mejor estancia de acuerdo con el bienestar del paciente; los hospitales tienen que dejar de medir su importancia y su producción mediante el número de camas y su porcentaje de ocupación, y dedicar recursos suficientes a la organización de su consulta externa, de su servicio de emergencias, 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.

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, en este cuadro 30 se agregó el **porcentaje de intervenciones quirúrgicas**, el cual indica muy claramente que el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que se mantenía alrededor del 42% desde 1980, se redujo a 39,8% en 1989, y ha estado oscilando entre 47 y 49% a partir de 1995, y alrededor del 49% desde el 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 31). Series cronológicas de algunos de estos indicadores por hospital se presentan en varios de los cuadros siguientes.

El **cuadro 31** presenta el panorama general del área de hospitalización del 2003 por hospital. La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia que se mantuvo entre 5,3 y 6,6 días en el 2002 aumentó ligeramente variando entre 5,9 y 7,4 días, con ligeras variaciones en los porcentajes de ocupación y en el número de egresos; por ejemplo, la estancia promedio vario entre 2,44 en el hospital Carit y 7,39 días en el

hospital México; en el Calderón Guardia subió de 5,27 a 5,87 días, y en el San Juan de Dios llegó a 7,33 días por paciente; o sea que por primera vez, la estancia promedio del San Juan de Dios es superada por la de uno de los otros dos grandes hospitales generales del tercer nivel de atención, el México. En los cuatro la proporción de egresos con alguna intervención quirúrgica es superior a 60% y alcanza el máximo en el Calderón Guardia con 64,95%. Entre los dos psiquiátricos consumen mucho más días de hospitalización a pesar de que sus egresos representan menos del 2%, ya que tienen las estancias más prolongadas, pero se había reducido sustancialmente la estancia promedio en el Dr. Chapuí de 92,4 días en 1999 a 48,62 en el 2002, y aumento a 80,9 días en el 2003. Largas estancias tienen también los Hospitales Nacional de Rehabilitación y el Geriátrico Dr. Blanco Cervantes. Con cifras inferiores a los generales nacionales, los hospitales regionales son los que producen más egresos en su respectiva región, con estancia promedio alrededor de 4 días y porcentajes de egresos con alguna cirugía que varían entre 40,7% en el Dr. Tony Facio y 55,7% en el Maximiliano Peralta. Datos de este cuadro 31 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 32**), lo mismo que la reducción de la **estancia promedio** (**cuadro 33**), en la que no se ven cambios recientes muy acentuados porque desde su traspaso de las Juntas de Protección Social hace más de 20 años, la atención en los hospitales bajo la administración de la C.C.S.S. se ha empeñado en la reducción del período de permanencia de cada paciente internado ampliando los Servicios de Consulta Externa y mejorando la atención de las Urgencias; lo cual se ha venido a complementar con la introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria; si se compara con 1999 por ejemplo, en el 2003 la tendencia pareciera estarse ajustando, pues se puede apreciar pequeñas reducciones en el número de egresos y pequeños aumentos en la estancia promedio que, como en el caso de los hospitales generales nacionales no son nada despreciables pues tienen alrededor de 30 mil egresos al año cada uno.

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

Un factor reconocido como influyente en la duración de la permanencia en

el hospital, es la EDAD de las personas; en los cuadros 34 y 35 se desglosan los **egresos y la estancia promedio del 2003 por edad y hospital**, lo que permite ver que varios hospitales generales aumentaron de 12 a más de un 15% de egresos de personas de 65 años y más (**cuadro 34**), lo cual influye en su estancia promedio total pues algunos de ellos son los que tienen en general los promedios de estancia más altos; llama la atención el aumento de la estancia promedio de las personas de 65 años y más de 10,6 días en 2002 a 14,29 días en 2003 (**cuadro 35**).

Un factor que ha influido en la reducción de la **estancia promedio** es el aumento en la proporción de egresos hospitalarios con sólo un día de estancia si se compara con la que tenían los hospitales en 1980 y 1981 (**cuadro 36**), por ejemplo los tres hospitales nacionales tenían menos del 19% en 1980-81, veinte años más tarde los pacientes con un día de estancia en esos hospitales son más del 40%, este incremento se ha producido en buena parte por el fortalecimiento de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que representan un 33.0% del total de egresos con esa condición.

En el **cuadro 37** aparece el total de egresos de cada hospital durante los últimos siete años y la proporción de **CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA** que estos incluyen. Si bien no todos los hospitales prestan este servicio, puede verse un incremento sostenido en la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en general (de 0 en 1990 a 5,66% en 1997 y 10,83% en el 2003) 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 13,5 a 19,1%. Otro incremento notable es el del Centro Nacional de Rehabilitación. Algunas clínicas mayores que aparecen como “otros centros” ingresan pacientes sólo para Cirugía Mayor Ambulatoria y por ese motivo tienen proporciones de más del 87%.

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 38**. En general, la proporción de traslados aumenta conforme se reduce el nivel de resolución, así, los hospitales periféricos más pequeños trasladan más que los más grandes, y estos más que los regionales y los que menos trasladan son los nacionales; sin embargo a través de los años se observa una reducción general de la proporción de egresos por traslado en casi todos los hospitales, con algunas excepciones como el Psiquiátrico y Golfito. 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 39**, que muestra la distribución de los **egresos hospitalarios por DIAGNOSTICO PRINCIPAL** según los capítulos de la CIE. Desde 1980-81 más de la tercera parte de los egresos hospitalarios en los hospitales de la CCSS han sido por causas relacionadas con embarazo, parto y puerperio, con un máximo de 35,56% en el bienio 90-91; desde entonces esta proporción se ha ido reduciendo hasta llegar a 28,15% en el bienio 2002-03. Hasta 1986-87 le seguían en segundo lugar con menos del 10%, las lesiones de causa externa cuyo peso relativo se ha ido reduciendo también y, a partir de 1988-89, las enfermedades del sistema digestivo que mantienen un aumento sostenido desde entonces. En el tercero y cuarto lugares se alternan las enfermedades de los sistemas genitourinario y respiratorio, y en quinto las del sistema circulatorio. Es interesante observar el lento aumento relativo de los Tumores como causa de hospitalización y la lenta reducción de las causas externas (accidentes y violencias), a pesar del aumento de las muertes por estas últimas; lo que indica que la mayor parte de ellas ocurre en el lugar de ocurrencia, no llega a los hospitales.

A veces la permanencia en el hospital se prolonga por infecciones adquiridas en el mismo, en el **cuadro 40** se presenta la proporción de **infecciones nosocomiales** registradas que, aunque es muy baja, muestra ligeros aumentos de 1999 al 2003 en varios de los hospitales, los cuales podrían explicarse por el mejoramiento en los registros que han traído los compromisos de gestión; parte de la alta proporción en el Blanco Cervantes se explicaría por la edad, sin embargo se registra en el un aumento en el 2002 que es necesario resaltar y que baja en el 2003.

El desglose de los componentes del Porcentaje de **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** por hospital según nivel de complejidad se encuentra en el **cuadro 41**, vale la pena destacar que, respecto al 2002 y a pesar de la reducción del número de cesáreas y episiotomías por la reducción de la natalidad ya comentada, en el 2003 se registro un aumento de 184 egresos con intervención quirúrgica que se concentran en Cirugía Mayor Ambulatoria y Cirugía no obstétrica, llegando estos en total a 169 245 (50% del total de egresos); de ellos el 17,49% de intervenciones obstétricas en el parto (9,0% cesáreas y 8,49% episiotomías) es menor que la registrada en los últimos años por causa de la reducción de la natalidad comentada en otras partes ; en tanto que la proporción de cirugía mayor ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) aumentó a 19,89% y la proporción de cirugía mayor se redujo a 62,62% en el 2003; 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)

Dado que desde septiembre del 2002 no contamos con el software requerido, en el 2003 no se pudo hacer este análisis. En su lugar, en el segundo tomo de esta publicación se incluyen los egresos, la estancia promedio y el percentil setenticinco de la estancia según los diagnósticos más frecuentes por Servicio y categoría de hospital.

#### 4.3. Atención hospitalaria por servicios (cuadros 42 a 58)

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

La distribución de las camas por servicio en el 2003 y los datos de egresos y estancia promedio de cada servicio se encuentran en los cuadros 42 a 58 separados por región y hospital.

Cerca del 25% 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 43% de las camas de dotación normal, sobre todo en el San Juan de Dios (55,4%) y en el México (46,8%), seguido por el servicio de Medicina; en la mayor parte de los regionales y periféricos predominan los servicios de Medicina y de Obstetricia (**cuadro 42**). Vale la pena anotar aquí que al pasar de la modalidad de gestión de camas a la de gestión de pacientes, en el hospital moderno las camas se distribuyen por edad y sexo, y son los pacientes y sus médicos los que se registran por servicio.

El **cuadro 43** contiene los datos complementarios al 42, de egresos y estancia promedio según servicios para cada hospital, agrupados según su posición en la red.

El **cuadro 44** se refiere al servicio de **Medicina** (excluida Psiquiatría que aparece por separado en el cuadro 45), el cual tuvo más de 48700 egresos en el 2001 y 2002, con una estancia promedio general de 9,6 días desde 1997; pero que en el 2003 se redujo a 9,4 días con 51754 egresos. La tercera parte de estos egresos se produce en los hospitales nacionales con estancias que van de 11,1 días en el Calderón Guardia a 20,78 en el Geriátrico Blanco Cervantes, cuya estancia promedio ha ido aumentando lentamente. En el 2003 se nota un aumento importante en los egresos de Medicina de los hospitales regionales con reducción de la estancia promedio; la más prolongada desde 1997 era la del Dr. Max Peralta con más de 10 días, pero es superada actualmente por el San Rafael de Alajuela. En los periféricos la estancia promedio del servicio de Medicina va de 5,20 días en el de Upala a 9,76 en el San Vicente de Paul.

Los Servicios de **Psiquiatría** no son comunes a todos los hospitales, en el **cuadro 45** se ve que, además del Hospital Psiquiátrico Chapuí y el Dr. Chacón Paut, que muestran la estancia promedio más alta, sólo en diez hospitales generales hay Servicio de Psiquiatría y con estancias mucho más cortas. Aunque lentamente, entre los doce hospitales atienden cada vez más pacientes, de 5202 en 1998 a 6440 en el 2003.

Como **cuadro 46** 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 2000 pacientes con la estancia promedio más baja de todas, 2 días.

En el **cuadro 47** aparecen los datos del Servicio de **Pediatría incluyendo Neonatología**, el cual es común a todos los hospitales regionales y periféricos que en conjunto atienden más del doble de los niños que atiende el Sáenz Herrera y con estancias promedio bajas desde hace varios años, que en el 2003 van de 2,9 días en el Dr. Valverde Vega hasta 5,75 días en Los Chiles. Los datos de los hospitales nacionales de adultos corresponden sólo a Neonatología con estancias superiores a 8 días. El cuadro anterior No incluye los egresos de **Cirugía Pediátrica**, que se encuentran en el **cuadro 48** y en esta especialidad, que no es común a todos, los casos vistos en los hospitales regionales y periféricos tienen el mismo volumen que los del Hospital de Niños y probablemente menor complejidad. La Cirugía Mayor Ambulatoria aumenta lentamente en este grupo de edad.

Con los datos de **Cirugía Pediátrica** que aparecen en el **cuadro 49**, se puede ver que en los niños el índice quirúrgico entre los que ingresan por Consulta Externa es de 79% y entre los que ingresan por Urgencias es de 64,45%. Por hospitales el menor por Consulta Externa es el 62% del San Vicente de Paul y el mayor, el 95,7% del Escalante Pradilla. Por Urgencias el menor se dio en el William Allen con 40% y el más alto es el del Maximiliano Peralta con 82,5%.

En el **cuadro 50** 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 1998 al 2003 por hospital y región, excluyendo en ambas columnas la Cirugía Pediátrica del cuadro 48. 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 60 mil egresos represento más de 60 mil estancias menos, muchas de ellas ahorradas probablemente por los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria; sin embargo en el 2001 se registra un aumento de 0,24 días con 17 mil estancias más que en 1999, y en el 2003 aumenta en 0,5 días respecto al 2002. Como es de esperar, en general, la estancia promedio de los egresos regulares de Cirugía (excluida la CMA) es casi el doble en los hospitales nacionales respecto a los regionales y periféricos, en ellos este indicador en el 2003 esta entre 2,4 días en Upala y 6,7 días en el San Rafael de Alajuela. En el 2003 llama la atención la ausencia de CMA en el William Allen, en Golfito, en el Max Terán y en Upala.

El **cuadro 51** permite ver que en el 2003, de los egresos del servicio de **Cirugía** de adultos, se intervino quirúrgicamente al 73,7% de los que ingresaron por la Consulta Externa y al 61,57% de los que ingresaron por Urgencias; este **índice quirúrgico** varía por hospital, así, entre los que ingresaron **por la Consulta Externa** en los hospitales periféricos el más bajo es el 31,82% de Golfito y el más alto el 89,3% de La Anexión; en los regionales el menor es el 53,3% del Monseñor Sanabria y el mayor el 82,1% de San Carlos; en los hospitales nacionales el menor es el 71,56% del San Juan de Dios y el mayor el 85,7% del CENARE. En los ingresos a Cirugía **por Urgencias**, el menor es el 32,5% del Tomas Casas y el mayor, el 75,97% del San Rafael de Alajuela.

Como indicadores generales, del **total de egresos hospitalarios**, la mayor parte de los que fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica (24,6%) ingreso por la consulta externa y el 21,1% ingreso por el servicio de urgencias; en poquísimos casos y sólo en los hospitales que tienen servicio de Obstetricia, se intervino quirúrgicamente a recién nacidos en el hospital. El 54,29% de los egresos hospitalarios del 2003 no tuvo intervención

quirúrgica. Estas cifras varían según el hospital e incluyen hasta las cesáreas y las episiotomías (**cuadro 52**).

En el **cuadro 53** se ve que en **Ginecología**, ha habido una estancia promedio casi constante de alrededor de 2,7 días. Además, se opero al 75,7% de las que ingresaron por Consulta Externa y al 64,96% de las ingresaron por Urgencias (**cuadro 54**). En general los índices quirúrgicos de Ginecología por hospital son más altos que en Cirugía y que en Cirugía Pediátrica.

En el **cuadro 55** se observa la reducción general comentada de los egresos de **Obstetricia** por causa de la reducción de la natalidad, y que su estancia promedio es siempre de 2,1 días. El **cuadro 56** muestra el movimiento general por hospital, de el se deriva que el 36,2% de los partos se atiende en los hospitales nacionales, en los cuales el porcentaje de cesáreas varía entre 17,35 en el Carit y 23,53% en el San Juan de Dios; también en ellos se atiende el 35,57% de los abortos, ocurre el 36,3% de los nacimientos con una mortalidad fetal que varía entre 10,27% en el México y 13,81% en el San Juan de Dios, además, en ellos acaecieron 7 de las 15 defunciones maternas que se registraron en la CCSS en el 2003. Entre los hospitales regionales y periféricos destaca el Escalante Pradilla con 4 defunciones maternas, San Carlos, San Rafael y Golfito con 31,95%, 29,02% y 27,9% de partos por cesárea respectivamente. La mortalidad fetal más alta se registro en los dos hospitales de la Región Pacífico Central. Estas cifras se complementan con las de los **cuadros 57 y 58**, en los que se distribuyen los partos y abortos atendidos en el 2003 según número de **consultas prenatales** recibidas por la madre y por **profesional** que atendió. En el primero vale la pena destacar el incremento casi generalizado de los grupos con cuatro consultas prenatales o más, y la alta frecuencia de pacientes con una sola consulta prenatal en los hospitales México, San Vicente de Paul, William Allen y San Juan de Dios; las persona sin consulta prenatal (0 consultas) se concentran en las clínicas que atienden emergencias y en los hospitales San Rafael, La Anexión, San Vito, San Juan de Dios, Golfito y Tony Facio. Algunas cifras de estas no son del todo compatibles con las del cuadro 59 que aparece a continuación, por ejemplo ¿Cómo puede registrar sin atención prenatal un 44% de los partos y abortos atendidos el Hospital San Rafael, si todas las áreas de salud de su área de atracción registran altas coberturas de atención prenatal?.

## V. RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS DE GESTION (cuadros 59 a 67)

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

La cobertura de la **atención prenatal** se puede medir a través de la atención hospitalaria de partos y abortos (**cuadro 57**) y por la observada por medio de la evaluación de los Compromisos de Gestión (**cuadro 59**); lo interesante de este último es la baja proporción de esa cobertura que se hace con calidad o sea, apegándose a las normas de atención, la cual varió entre 4,32% en el área de salud de Heredia Cubujuquí y 85% en Corredores. En general 5 unidades tuvieron una cobertura total de menos del 45% y sólo 25 unidades alcanzaron el 100% de cobertura total; entre estos últimos la cobertura con calidad varió entre 31,4% en San Isidro de Heredia y 84% en Pavas. Un complemento es el **cuadro 60** sobre las coberturas logradas del curso psicopedagógico en las mujeres con control prenatal, aunque en general son bajas, llama la atención el área de El Guarco con 100% de cobertura.

Por otro lado, en el **cuadro 61** que contiene las **coberturas de vacunación** destacan 15 áreas de salud que lograron el 100% en todos los tipos: DPT, Polio, Hepatitis B, H. Influenza y SRP.

El **cuadro 62** se refiere a los porcentajes de cobertura de la atención de salud a los **menores de seis años** y a la proporción de esa cobertura que se hizo con “calidad” o apego a las normas específicas de atención, según área de salud; así se ve que la cobertura de los **menores de un mes** según áreas de salud varía entre el 9,89% en Heredia Cubujuquí y 100% en San Juan-San Diego-Concepción de La Unión, Pavas, Zarcero, Cartago, Nandayure, Peninsular y Pérez Zeledón; en cuanto a calidad o cumplimiento de las normas de atención la más baja fue Cubujuquí con 3,6% y la más alta Cartago con 98%. En cuanto a los **menores de un año**, las coberturas generales más altas se registraron en la región Central Norte, con la más alta calidad. Estas proporciones bajan cuando se trata de los niños de **1 a 6 años** de edad que aparecen en el mismo cuadro.

La cobertura y calidad se reducen notoriamente si se evalúa la atención a **adolescentes** (**cuadro 63**) y la del **PAP** (**cuadro 64**) a pesar de que la proporción de citologías alteradas es muy alta.

La **atención preventiva en odontología** además de los menores de 10 años y las embarazadas se extendió a los adolescentes (**cuadro 65**).

Las coberturas logradas por el primer nivel en la atención en **adulto mayor** se pueden ver en el cuadro **66**, y a **diabéticos** e **hipertensos** con sus porcentajes de cumplimiento de normas, en el cuadro **67**.

Por otro lado las hospitalizaciones por diabetes y por hipertensión no se han reducido:

<u>AÑO</u>	<u>EGRESOS HOSPITALARIOS</u>	
	<u>DIABETES MELLITUS</u>	<u>HIPERTENSION</u>
2000	3267	3061
2001	3626	2940
2002	3122	2907
2003	3616	3160

## **VI. DEFINICIONES BASICAS DE LAS ESTADISTICAS DE LAS ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **6.1. 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.

### **6.2. Fallecidos en Urgencias**

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

### **6.3. 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.

#### **6.4. 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.

#### **6.5. Consultante**

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

#### **6.6. 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.

#### **6.7. 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.



#### **6.8. 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.

#### **6.9. 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.

#### **6.10. 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).

#### **6.11. Dotación normal de camas**

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

#### **6.12. Días cama**

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

#### **6.13. Días paciente**

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

#### **9.14. Porcentaje de ocupación**

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

#### **6.15. 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.

#### **6.16. 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).

#### **6.17. 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.

#### **6.18. 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.

#### **6.19. 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.

#### **6.20. 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.

#### **6.21. 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.

#### **6.22. Caso**

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

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

**a. Caso Nuevo:**

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

**b. Reingreso:**

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

**c. Control:**

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

**d. Caso Cesado:**

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

### **6.23. 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.

### **6.24. 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.

#### **6.25. 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.

#### **6.26. 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.

#### **6.27. 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.

#### **6.28. 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.

#### **6.29. 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).

#### **6.30. 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.

#### **6.31. 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".

#### **6.32. 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.

#### **6.33. 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.

#### **6.34. 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.

#### **6.35. Aborto**

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

#### **6.36. Defunción Fetal**

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

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

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

Para algunos estudios la mortalidad fetal según el período 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).

#### **6.38. Nacimiento**

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

#### **6.39. 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)

#### **6.40. Defunción**

Desaparición de todo signo de vida, después del nacimiento.

#### **6.41. Defunción Infantil**

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

#### **6.42. 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.

#### **6.43. 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.

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

Las defunciones maternas pueden dividirse en dos grupos:

**a. *Defunciones obstétricas directas.***

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

**b. *Defunciones obstétricas indirectas.***

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

**6.45. 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.

**6.46. Mortalidad hospitalaria bruta**

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

**6.47. 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.

**6.48. Mortalidad fetal hospitalaria**

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

**6.49. 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.

#### **6.50. Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)**

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

#### **6.51. Servicio**

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

#### **6.52. Especialidad**

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

## **VII. OTROS NUMEROS PUBLICADOS**

<b>No.</b>	<b>TITULO</b>	<b>FECHA</b>
1	Edad y causas más frecuentes de consulta y hospitalización en los servicios médicos de la CCSS, 1980-1985	Febrero, 87 Agotado
2A	Consultas médicas y egresos hospitalarios de las personas de 60 años y más, 1985	Setiembre, 85 Agotado
2B	Egresos hospitalarios y consultas médicas de las personas de 60 años y más, 1987	Agosto, 90 Agotado
2C	Cambios en los patrones de atención de la salud de las personas de 60 años y más de 1985 a 1990	Mayo, 93
3	Calidad y causas más frecuentes de consulta y de hospitalización en los servicios de la CCSS, 1980-1986	Setiembre, 88 Agotado
5A	Estadísticas básicas de consulta externa y egreso hospitalario, 1987	Febrero, 89 Agotado
5B	Estadísticas básicas de los servicios médicos, 1980-1990	Marzo, 92
5C	Estadísticas generales de los servicios médicos, 1980-1992	Abril, 93
5D	Estadísticas generales de los servicios médicos, 1980-1998	Junio, 99
5f	Estadísticas generales de los servicios de salud, cifras preliminares 1999	Enero, 00
5F	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-1999	Julio, 00
5G	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2000	Agosto, 02
5H	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2001	Setiembre, 03
5I	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2002	Setiembre, 04
5Ja	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2003 Primer Tomo: Producción de Servicios	Setiembre, 04
5Jb	Estadísticas generales de los servicios de salud, 1980-2003 Segundo Tomo: Características de las personas	

6A	Algunas características de la atención de los menores de un año en los	Junio, 89
----	--	-----------

	hospitales de la CCSS, 1980-1987	Agotado
6B	Algunas características de la atención de los menores de un año y sus madres, 1988-1992	Febrero, 95
6C	El parto por cesárea en la CCSS, 1993	Noviembre, 95
6D	Algunas características de la atención de los menores de un año y sus madres, 1988-98	Agosto, 00
7	Algunas características de la demanda de servicios médicos de la población masculina de 20 a 59 años de edad, 1980-1987	Enero, 90
8	Cambios en la morbilidad y mortalidad por sexo y edad, Costa Rica, 1987 y 1992	Agosto, 95
8B	Cambios en la morbilidad y mortalidad por sexo y edad, Costa Rica, 1987, 1992 y 1997	Julio, 99
9	Causas de consulta y de hospitalización de la niños de 1 a 9 años de edad, CCSS, 1987	Diciembre, 90
10A	Encuesta nacional de causas de consulta a los servicios médicos de la CCSS, 1987	Marzo, 91
10B	Segunda encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS, 1992	Diciembre, 98
10C	Tercera encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS, 1997	Mayo, 99
	Cuarta encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de consulta externa de la CCSS, 2002	Agosto, 03
11	Causas de consulta y de hospitalización de las personas de 10 a 19 años de edad, CCSS, 1987	Agosto, 91
13	Primera encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de urgencias de la CCSS, 1996	Setiembre, 98
	Segunda encuesta nacional sobre las características de los usuarios de los servicios de urgencias de la CCSS, 2001	Noviembre, 01
14A	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base en grupos de diagnósticos relacionados, 1997. Cuadros descriptivos para cada hospital	Abril, 98
14B	Indicadores para la gestión de los servicios de hospitalización con base	Mayo, 99

	en grupos de diagnósticos relacionados, 1998. Cuadros descriptivos para cada hospital	
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