

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	2
2	RECONOCIMIENTO.....	3
3	MORTALIDAD, MORBILIDAD E INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS. (cuadros 1 a 6)	4
4	ATENCION AMBULATORIA (cuadros 7 a 14).....	8
5	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 15 a 28)	13
5.1	Laboratorio Clínico	14
5.2	Farmacia	15
5.3	Otros servicios de apoyo	15
6	ATENCION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 29 a 66)	18
6.1	Utilización de las camas y producción general (cuadros 29 a 40)	18
6.2	Egresos, Estancias según Diagnóstico y Procedimiento y Atención de Partos (cuadros 41 a 43)	22
6.3	Atención hospitalaria por servicios (cuadros 44 a 66).....	24
6.3.1	Hospitalización en los servicios de Medicina y Psiquiatría (cuadros 48 a 50).....	25
6.3.2	Hospitalización en los servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica (cuadros 51 a 53).....	25
6.3.3	Hospitalización en los servicios de Cirugía (cuadros 54 a 62)	26
6.3.4	Hospitalización en el servicio de Ginecología (cuadros 63 y 64)	28
6.3.5	Hospitalización en el servicio de Obstetricia (cuadros 65 y 66)	28
7	SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 67 a 79)	30
7.1	El descenso de la fecundidad (cuadros 67 a 71).....	30
7.2	Resultados de la atención de las madres y de los recién nacidos (cuadros 71-79)	30

1 INTRODUCCIÓN

El Departamento de Estadística de Salud de la Dirección de Información de Salud de la Gerencia 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 para el año 2006.

Estos datos se tomaron de los tres subsistemas estandarizados de recolección continua con que se cuenta desde 1980: 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 algunas clínicas que tienen atención de partos y cirugía mayor ambulatoria, en los primeros diez días hábiles 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. Los tres subsistemas han ido evolucionando con la red de servicios, por lo tanto, no todos los datos existen desde 1980.

Tradicionalmente el Anuario Estadístico comprende información de diversos temas como son:

- Mortalidad, Morbilidad e Indicadores Nacionales de Consumo de Servicios de Salud de la CCSS. (Cuadros 1 a 6)
- Atención Ambulatoria (cuadros 7 a 14)
- Servicios Complementarios para la Atención de la Salud (cuadros 15 a 28)
- Atención en los Servicios de Hospitalización (cuadros 29 a 66)
- Salud Reproductiva (cuadros 67 a 79)

Para los usuarios de la Internet, esta publicación puede encontrarse en la dirección <http://www.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/diess.htm>.

Como es usual en todas nuestras publicaciones, las definiciones de los conceptos básicos de las estadísticas de la salud se encuentran en una sección especial al final de cada tomo del informe.

MSc. Ana Lorena Solís Guevara, Jefe
Departamento Estadística de Salud

2 RECONOCIMIENTO

La mayor parte de los datos en que se basa este documento provienen del Sistema de Estadísticas de la Red de 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 datos resultantes de su funcionamiento, y elabora el Informe Estadístico de Recursos y Servicios de Salud; los cuales, recibidos oportunamente en el Departamento de Estadísticas 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 brinda el Departamento de 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 Red Internet.

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

A todos ellos nuestro sincero reconocimiento y agradecimiento,

3 MORTALIDAD, MORBILIDAD E INDICADORES NACIONALES DE CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS. (cuadros 1 a 6)

Entre los servicios de atención de la salud a las personas que otorga la CCSS 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.

Para iniciar este informe se incluyen dos cuadros resumen con cifras absolutas de mortalidad nacional y morbilidad hospitalaria de 2000 a 2006, aunque el verdadero análisis de causas de muerte se debe realizar con la población (tasas por cada mil habitantes).

En general se produjeron en la CCSS 19 hospitalizaciones por cada defunción ocurrida en el país, este indicador varía según la causa de muerte. Si se comparan las cifras del **cuadro 1** (defunciones) con las del **cuadro 2** (egresos hospitalarios), respecto a las causas de muerte y de hospitalización en orden de frecuencia en 2006, se puede ver como cambia el panorama de salud si se describe solo con una de estas fuentes de datos. Las enfermedades del sistema circulatorio que ocupan desde hace años el primer lugar como causa de muerte, son la séptima causa de hospitalización a razón de 4 hospitalizaciones por cada defunción. En cambio, las causas relacionadas con el embarazo ocupan el primer lugar como causa de hospitalización y el décimo séptimo como causa de muerte, a razón de 3.331 hospitalizaciones por cada defunción. Tumores, como segunda causa de muerte ocupa el octavo lugar como causa de hospitalización con cerca de 4 hospitalizaciones por cada defunción, por supuesto esta relación varía según el tipo de tumor. Los accidentes y las agresiones, que en la Clasificación Internacional de Enfermedades se denominan “Causas Externas” ocupan actualmente el tercer lugar como causa de muerte y el cuarto como causa de hospitalización, con 10 egresos hospitalarios por cada defunción, desplazando en una posición a las enfermedades respiratorias, que se han ido reduciendo en ambas fuentes de información.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias, que hace 40 años eran la segunda causa de muerte, hoy producen menos de 400 defunciones al año y se ubican en el noveno lugar; pero son la causa de más de 8.845 hospitalizaciones en el décimo lugar, siendo la más frecuente la infección intestinal, esta paso de 5.257 casos en el año 2000 a 3.325 en el año 2006 quedando como la causa más frecuentes de hospitalización seguida del dengue que de 491 casos en 2000 subió hasta 6.319 en 2005 y disminuyó a 2.074 en el 2006.

Cinco principales causas de Muerte, Costa Rica, 2006

Causa de Muerte	Defunciones
E. Sistema Circulatorio	4.866
Tumores malignos	3.587
Causas Externas	2.142
E. Sistema Respiratorio	1.361
E. Sistema Digestivo	1.174

Cinco principales causas de hospitalización, CCSS, 2006

Causa de Hospitalización	Egresos Hospitalarios
Embarazo Parto y puerperio	93.265
E. Sistema Digestivo	34.134
E. Sistema Genitourinario	23.603
Causas Externas	22.357
E. Sistema Respiratorio	21.364

En el **cuadro 3** se incluyen las cifras oficiales de población nacional de 1980 a 2006, junto con la tasa de mortalidad bruta como indicador general de impacto, la cual en 27 años se mantiene la mayor parte del tiempo en menos de 4 por 1.000 habitantes (ambas cifras obtenidas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC) y en 3,8 o menos defunciones por cada mil habitantes en los últimos 10 años.

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 en salud (psicólogos, dietistas, enfermeras, etc.), la razón de hospitalizaciones por 100 habitantes, y dos indicadores de consumo de recursos intermedios, como son la razón de medicamentos despachados y 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 CCSS han ido aumentando desde 0,32 por cada habitante en 1984 hasta 1,05 en 2006, resultado no esperado en los planes de atención; su crecimiento parecía haberse detenido por fin, ya que en 2001 y 2002 se mantuvo en 0,87; pero volvió a incrementarse a 0,90 en 2003 y continua hasta una atención de urgencia al año por cada habitante en 2006. 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 3** la razón de **consultas por habitante** se ha dividido en tres componentes, lo cual permite ver que el principal es **la consulta médica**, que baja de 2,36 consultas en 1980 a 2,02 en 1993 y va creciendo paulatinamente hasta 2,28 consultas en 1999, luego se reduce a 2,15 en 2000 para volver a iniciar otro ascenso hasta 2,39 en 2004 y 2005, para luego disminuir levemente en el 2006; han pasado mas de 20 años para superar el valor observado en 1980. La reducción de la consulta médica por habitante en el año 2000 podría atribuirse en parte a las 220.000 consultas que se perdieron por la huelga de abril de ese año. 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 no solo contradicen esa opinión, sino que superan la situación de 1980. Así, si en 1980 entre atenciones de urgencia y consultas médicas se impartían 2,73 atenciones ambulatorias por habitante; en 2006 esa cifra alcanza a 3,38 (un incremento del 25,00%).

La **consulta de odontología** ha ido aumentando lenta y sostenidamente, hasta estabilizarse en poco más de 4 por cada 10 habitantes y la consulta a cargo de "**otro profesional en salud**" (psicólogos, dietistas, enfermeras, etc.) se mantiene igual desde el 2001.

La razón de **egresos hospitalarios (hospitalizaciones) por 100 habitantes** es muy sensible a los cambios en la práctica de la atención médica, por ese motivo, cuando ya ha alcanzado buena cobertura como es el caso que nos ocupa, sus variaciones dependen mas del desarrollo de la tecnología de apoyo al diagnóstico y al tratamiento que de la mayor o menor accesibilidad a cama hospitalaria por la población; en la CCSS se mantuvo por encima de 10 hasta 1989 y por encima de 9 entre 1990 y 1993; inicia una oscilación entre 8,51 y 8,83 egresos por habitante desde 1994 a 1999 e inició un descenso en 2000 que se mantiene al 2006. Aparte de cambios en la práctica de la medicina, que tienden a reducir la hospitalización, en Costa Rica además, aunque se mantenga alta la proporción de parto intrahospitalario, la reducción de la natalidad produce menos hospitalizaciones por esta causa desde hace años, situación que se analiza mejor en la sección dedicada a Salud Reproductiva e influye en la reducción del indicador comentado; por ejemplo en 1989 se produjeron 79.216 nacimientos en los hospitales de la CCSS, cuando la natalidad era de 28 por 1.000 habitantes; en 2002, con la natalidad nacional en 17,4 por 1.000 habitantes, sólo ocurrieron 67.707 nacimientos en esos mismos hospitales, sin embargo en 2003, con una natalidad de 17,2 por mil habitantes se registro un ligero aumento a 69.222 nacimientos en la CCSS, pero ésta cifra sigue siendo un 12,60% inferior a la de 1989; en 2006 la reducción continua.

El indicador de **exámenes de laboratorio por habitante** depende mucho de la tecnología disponible, de las variaciones en la práctica de la Medicina y del aumento de las enfermedades crónicas.

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 3**. Igual situación se presenta con el indicador de **medicamentos por habitante** que aparece en el mismo. Este fenómeno se repite en otros servicios de diagnóstico y terapéutica por lo que es necesario que se estipule en el contrato la obligación de enviar los datos estadísticos correspondientes a este Departamento para que la institución tenga suficiente información en este tema.

En general, en relación con la población del país, si se compara 1980 con 2006 se ve que las hospitalizaciones se han reducido y las consultas han aumentado muy lentamente, pero los exámenes de laboratorio se multiplicaron por 3 y los medicamentos por 1,7; este crecimiento explicaría los graves problemas que se han presentado para lograr atención oportuna en Laboratorios y Farmacias de la CCSS; esto pone de manifiesto un problema general: dentro de la política impuesta de reducción del tamaño del Estado (PAE, Autoridad

Presupuestaria, etc.); 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 2006 (último año incluido), los datos del **cuadro 4** muestran en resumen las cifras absolutas, de los productos finales desglosadas por Red de Servicios de Salud y tipo de centro médico. Como es usual, los hospitales concentran la mayor parte de las atenciones de urgencia y en las áreas de salud se concentran las consultas médicas; sin embargo, el volumen de urgencias es un poco más de un tercio del volumen de consultas y, como veremos en cuadros siguientes, esto implica que cerca de un 39% de la demanda de servicios ambulatorios no es programada y fluye directamente hacia los hospitales, desvirtuando las funciones de la red de servicios y de sus Servicios de Urgencias; desde este punto de vista es importante destacar el crecimiento de la atención de urgencias también en las áreas de salud.

El **consumo de servicios por condición de aseguramiento y región** aparece en el **cuadro 5**, aunque los asegurados directos más sus familiares siguen siendo el grueso de los usuarios, el peso de los que no pagan seguro alcanza cifras cada vez más altas. En los egresos hospitalarios que es la porción más cara de la atención médica, tiene una proporción por Cuenta del Estado de 26,89% en la Región Brunca y la proporción más baja de hospitalizaciones de asegurados directos se encuentra en las regiones Chorotega y Pacífico Central.

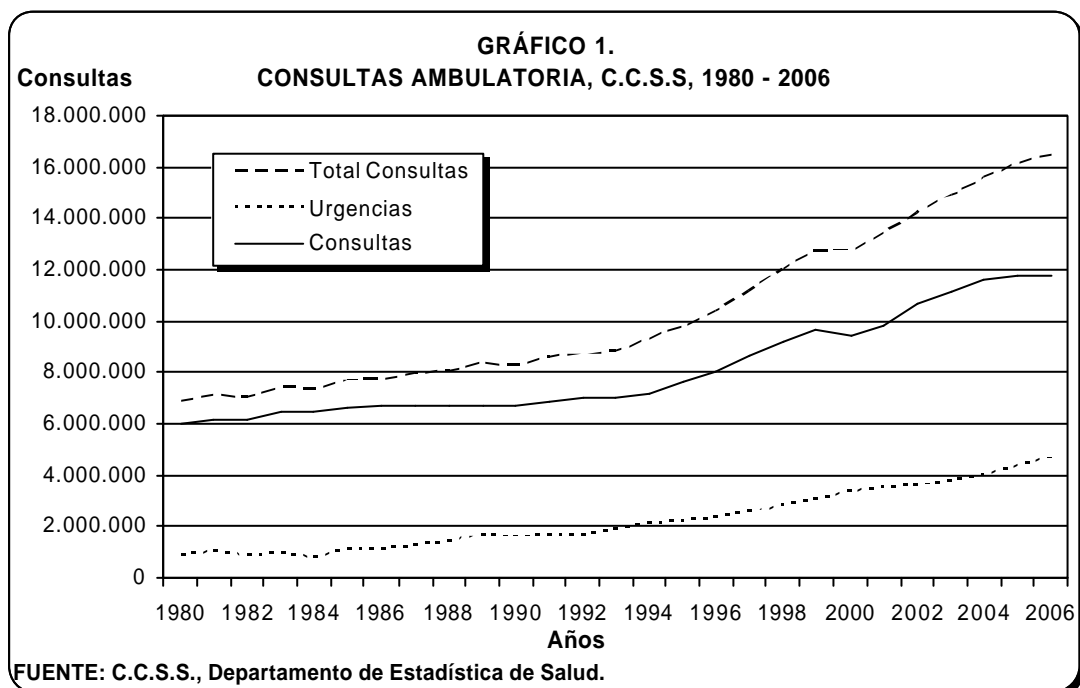
Si se toma en cuenta que sólo el asegurado directo paga cuotas a la CCSS y que hay un buen número de patronos morosos, debe preocupar el hecho de que sean no asegurados los que más utilizan los servicios, especialmente fuera del Valle Central, ya que las cifras disponibles, a través de la Encuesta de 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 CCSS no se rechaza a los indigentes que son los llamados "Cuenta Estado" en los que se incluyen costarricenses indigentes o no asegurados, indocumentados que ocultan su condición de extranjeros y las personas del Régimen No Contributivo.

Para ahondar un poco más en este tema, los egresos hospitalarios de 2006 se tabularon por Red de Servicios y hospital, según **condición de aseguramiento en el cuadro 6** así se observa que, como ha ocurrido en años anteriores, los extranjeros que no ocultan su condición, se concentran en varios Hospitales de la red, siendo mas afectada la Red NorOeste y los Servicios Nacionales; del grupo de "Servicios Nacionales" los mas afectados son el Carit y el Chapuí; de la Red Este, el hospital Tony Facio; de la Sur están el Hospital San Juan de Dios y Tomás Casas; y de la NorOeste, el Hospital San Vicente de Paúl, San Carlos, San Rafael de Alajuela, Enrique Baltodano, Los Chiles, las clínicas y sobre todos Upala, en el que más del 14,00% de sus hospitalizaciones son de extranjeros no asegurados. Mas del 18% en los Servicios Nacionales, el 9% en la Red Este, 12% en la Red, Sur y 13% en la Red Noroeste son egresos hospitalarios de "No Asegurados", los hospitales que presentan las proporciones más altas son: 64% el hospital Psiquiátrico, 48% en Upala, 23% Max Terán, 22% Tony Facio, 21% Monseñor Sanabria, 20% del San Juan de Dios y el 18% en Enrique Baltodano.

4 ATENCION AMBULATORIA (cuadros 7 a 14)

El resumen general de la atención ambulatoria de los servicios de salud de la CCSS en cifras absolutas y su comportamiento en el tiempo se encuentra en el **cuadro 7**. Si se comparan estos datos se confirma que la consulta médica es el principal componente; sin embargo, las atenciones de urgencia no han dejado de aumentar desde 1985, y después de 1993 es notable también el paulatino incremento en las atenciones odontológicas. De ahí que, si se sumaran todas las atenciones ambulatorias por año (consulta externa y urgencias) del **cuadro 3** se vería que se mantienen por encima de 3 por habitante desde 1996. Sin embargo en el **cuadro 7**, el incremento de las **cifras absolutas de atenciones de urgencia** se ha mantenido desde 1993, alcanza cifras bajas en 1995 y de nuevo comienza a crecer hasta el 2002 con apenas 57.000 atenciones mas, para luego crecer de nuevo en el 2003 con un incremento de 189.000, en 2004 aumentaron en 252.000, en el 2005 el incremento fue de 329.000, aun creció un poco mas en el 2006; 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 mas de 200.000, en el 2002 en cerca de 600.000 y más de 300.000 del 2003 a 2005, para comenzar a disminuir en algo mas de 84.000 en el 2006; esto podría explicarse por los paros ocurridos en los centros médicos, repercutiendo en alguna medida en los servicios de emergencias donde recurren las personas que realmente están enfermas.

El gráfico 1 muestra el comportamiento de éstos servicios, donde es claro el creciente aumento de todas las consultas ambulatorias (urgencias, consultas y total), con algunos decrecimientos leves observados, por ejemplo en el año 2000.



El **cuadro 8** se refiere sólo a la **consulta por médico**, que para el 2006 se incremento de 4.000 a 6.000 consultas en la red Este y los Servicios Nacionales, pero disminuyo de 43.000

a 57.000 en las redes Sur y Oeste.

En casi toda la Red de Servicios, la mayor parte de las consultas de los Hospitales son por especialista, principalmente en los hospitales nacionales; pero en las Clínicas y Áreas, por supuesto, predominan las consultas de Medicina General. Con esto tenemos que el 72,3% de las consultas médicas son de medicina general y el restante 27,7% corresponde a medicina especializada.

En el mismo cuadro 8 se ve que en Medicina General la **concentración** (número de consultas por cada consultante) respecto al 2002 **continuo subiendo** de 2,53 a 2,66 consultas por consultante en el 2003, se mantiene en 2,8 entre el 2004 y el 2006, mientras que las consultas por especialista están alrededor de 1,9 consultas por consultante.

En el total de consultas médicas, las variaciones en la concentración significan variaciones absolutas en las consultas de primera vez, que en 2006 disminuyó alrededor de 12.000 en Medicina General y aumentó en una mínima cifra de 1.255 consultas en Especialidades:

Consultas de primera vez en medicina general y especialidades 2002-2006

Primera vez en	2002	2003	2004	2005	2006
Medicina General	2.374.276	2.379.652	2.335.151	2.408.367	2.396.671
Especialidades	1.335.519	1.305.651	1.404.810	1.367.698	1.368.953

El comportamiento de las consultas de primera vez en Medicina General ha mostrado una tendencia estable, las variaciones experimentadas oscilan alrededor del 1%, sin embargo entre el año 2005 y 2006 esta variación es cero; en Especialidades la tendencia es diferente pues en el año 2004 esta variación fue de 8% y se redujo en un 3% en el 2005 y para el 2006 esta variación fue de 0.1%.

Las cifras de **rendimiento** en el **cuadro 9**, consultas por hora programada y hora utilizada según red de servicios en el período analizado, muestran muy poca variabilidad como se aprecia en el siguiente resumen:

Consultas por horas programadas y horas utilizadas en medicina general y especializada, según red de servicios, CCSS, 2006

Red de Servicios	Consultas por hora programada		Consultas por hora utilizada	
	Medicina General	Especialidad	Medicina General	Especialidad
Este	3,4	2,8	3,7	3,3
Sur	3,5	2,8	3,8	3,1
NorOeste	3,6	3,3	4,0	3,5

Globalmente no se puede decir que haya habido faltante de horas, pues el promedio no paso de 4 consultas por hora en las tres redes ni cuando se refiere a horas utilizadas, (en general es más bajo cuando se calcula con las horas programadas); esto no sucede en algunos establecimientos en los que sin reforzar las horas utilizadas con horas extra, y cargando las horas utilizadas en consulta del personal, resulta que las horas utilizadas son más que las programadas, esto sucede en la Red NorOeste en el caso particular del Hospital México y en Medicina General.

Cuando se separan los mismos indicadores de los **hospitales de referencia de tercer nivel**, entre los cuales la comparación muestra mayores disparidades porque las consultas de **Medicina general**, van de 3.000 en el Calderón Guardia a 4.178 del San Juan de Dios y tiene un promedio de consultas por hora programada muy alto el México y un promedio mínimo el Calderón Guardia.

Consultas por horas programadas y horas utilizadas en medicina general y especializada, según hospitales base, CCSS, 2006

Hospital base	Consultas por hora programada		Consultas por hora utilizada	
	Medicina General	Especialidad	Medicina General	Especialidad
Calderón Guardia	1,0	2,7	1,0	3,2
San Juan de Dios	2,3	3,0	4,0	3,4
México *	6,5	3,6	5,1	3,3

*horas Utilizadas son más que las programadas.

En el **cuadro 10** aparece el desglose de la **consulta por especialista** según especialidad, lo que más llama la atención es que el total de consultas por especialista entre 1999 y 2004 ha crecido muy lentamente, a pesar de los esfuerzos institucionales por aumentarlas. A partir de 2005 inicia un suave descenso que continua en el 2006, situación consistente en todos los servicios.

En el **cuadro 11** se presenta la **concentración por especialidad**; las más altas son las de Reumatología Infantil, Inmunología, Adolescentes, Hematología, Audiología y Foniatría, Medicina Nuclear, Nefrología y Oncología.

Las consultas ODONTOLÓGICAS y por OTROS profesionales de salud aparecen en el **cuadro 12a**. En el total de **consultas de Odontología** de este cuadro sobresale la red NorOeste con un 37,78%, seguida por la red Este con un 37,51% y en tercer plano la red Sur con un 23,27%, además se puede ver que la consulta odontológica especializada se presenta solo en los hospitales y en algunos de ellos el 100% de las atenciones son especializadas, como se puede apreciar en el **cuadro 12a**. En el **cuadro 12** se puede observar la consulta individual a cargo de otros profesionales en disciplinas como Enfermería, Psicología, Nutrición, Optometría, Trabajo Social y Otras, que como se vio en los cuadros 3 y 7, no han variado en volumen, cabe destacar que la consulta de los trabajadores sociales se inicio formalmente desde el 2005, la cual se imparte en todos los

niveles de atención

En general se percibe que está variando lo observado a través de los años, ya que los hospitales nacionales (de Referencia en su red) atienden algunas consultas médicas generales, pero siguen a cargo de la mayoría de consultas especializadas y en una buena proporción 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.

Consultas médicas * y de otros profesionales en la salud en hospitales de referencia en su red.

Hospital	Total de consultas	Consulta médica			Otros profesional
		Total	General	Especializada	
Total de CCSS.	11.793.977	9.334.572	6.747.717	2.586.855	2.459.405
Calderón Guardia	422.575	290.257	3.002	287.255	132.318
San Juan de Dios	257.927	235.828	4.178	231.650	21.819
México	353.405	305.947	3.618	302.329	47.458

* No incluye atenciones de urgencias.

Las **atenciones de urgencias** en el **cuadro 13**, podemos observar que ha sobrepasado ya los 4.000.000 atenciones (que equivale a casi la mitad del total de consultas regulares) con un aumento sostenido de la proporción de no urgencias, de 52,8% en 2002, 53,57% en 2003, 56,43% en 2004, 55,1% en 2005 y 54,7% en 2006 y dispersándose por todos los centros médicos, de manera que los **hospitales especializados** continúan atendiendo en 2006 sólo el 7,4% de urgencias y un 8,2% dejados en Observación. Siempre llama la atención el servicio de emergencias del Hospital Nacional de Niños que es el que tiene la mayor cantidad de atenciones de urgencias, en los últimos años no registraba pacientes en observación y para este año tuvo un 6,08% y sólo el 0,90% son falsas urgencias. Además, es notoria la gran cantidad de Atenciones de urgencias que se da en la red NorOeste alcanzando casi el doble que en las otras redes de servicio con un total de 2.105.465 atenciones. En esta red de servicios tienen especial participación los hospitales, San Vicente de Paúl y el San Rafael de Alajuela y en forma especial este año el San Francisco de Asís, en los que se imparten más atenciones de Urgencia que en el México y con proporciones de NO urgentes muy alta en el caso del San Francisco.

Es notorio además el aumento que han experimentado las Clínicas Metropolitanas Marcial Fallas y Solón Núñez del 2004 al 2006, pasando de 92.000 a 165.000 y de 101.000 a 158.000 atenciones respectivamente, produciéndose un intercambio de atenciones de urgencias de hospitales hacia las Clínicas.

El indicador contrario, las urgencias cuya gravedad requirió unas horas de observación, se presenta de la siguiente forma: el mayor porcentaje se encuentra en la red Este con 30,90% siguiendo la red NorOeste con 25,00% y posteriormente 25,61% en la Sur. No es

igual la situación en los Hospitales Nacionales, que representa el tercer nivel de atención, presentado el Hospital Calderón Guardia un 20,25%, el San Juan de Dios con 34,08% y el México con 37,68% de urgencias que requirieron observación.

Las cifras del **cuadro 14**, sobre atenciones de urgencia **por accidentes y violencias** según **el lugar** donde ocurrieron y **la causa** del mismo, muestran que en el total se produjo un aumento del 36.00%, pues de 299.835 en el 2003 pasó en el 2004 a 408.590, en el 2005 fueron 430.516 y en 2006 alcanzaron a 480.279 accidentes; lo cual significa que son el 17,30% de las verdaderas urgencias en 2003, ya en 2004 representan el 23,50%, en el 2005 el 21,65% y en el 2006 el 22,96%.

Con respecto a los fallecidos, en el 2004 estos representan el 5,30% de atenciones de urgencias, sin embargo para el 2005 se presenta una ligera reducción de la mortalidad en un 1,00%; situación que se mantiene para el 2006, además, la cifra absoluta de hospitalizaciones por esta causa disminuyó, lo cual es significativo en la reducción de las listas de espera por una cama, al ser esta una atención no programada que no puede esperar.

El mayor problema para la interpretación de estos datos sigue siendo el poquísimos registro de la agresión doméstica y la alta frecuencia de causa externa desconocida que para el 2004 fue de 22,3%, en el 2005 de 30,27% y para el 2006 fue de 38,5%; igualmente dificulta la interpretación el lugar de ocurrencia desconocido que en 2004 fue de 25,7% , en 2005 de 31,7% y en 2006 fue de 39,2%; representado un incremento de 8% y 6% en los respectivos rubros por deficiencias en el llenado del formulario llamado “hoja de puerta”.

Entre las cifras conocidas, las caídas en la vivienda siguen siendo la principal causa externa registrada en las atenciones por accidentes y violencias en los servicios de urgencias de la CCSS.

5 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (cuadros 15 a 28)

En el **cuadro 15** se incluyen los datos sobre órdenes y días de incapacidad para el año 2006, hay que recordar que para este año se utilizó un nuevo sistema informático RCPI para capturar y pagar las incapacidades, lo cuál introdujo variantes que todavía no se han corregido completamente, esto debido a que el objetivo de este sistema no es estadístico sino financiero, razón por la cual no es posible comparar esta información con la obtenida en años anteriores.

Las llamadas “incapacidades” son aplicables sólo a los asegurados directos e implican que, dado su estado de salud, se libera transitoriamente a la persona de sus obligaciones en el trabajo, dándole un determinado período de permanencia en el hogar. 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 CCSS se producen más órdenes de **Incapacidades** por Enfermedad, que hospitalizaciones para toda la población, con un aumento constante:

Incapacidades y hospitalizaciones según año CCSS. 2003-2006

Año	Incapacidades	Hospitalizaciones
2003	581.686	338.868
2004	607.127	338.685
2005	680.972	337.072
2006	765.745	326.582

Alrededor del 16% en el 2004, 15% en el 2005 y 14% en el 2006 de estas órdenes de incapacidad son para los empleados de la CCSS.. Los empleados de otros organismos recibieron un período promedio de internamiento teórico en el hogar de 5,6 días y los de la CCSS 5,3 días.

Los hospitales nacionales Calderón Guardia, México y San Juan de Dios son los que más órdenes de incapacidad por enfermedad expiden para empleados de **otros organismos**, el periodo promedio en días son también de los más prolongados.

Órdenes y días promedio por incapacidad de enfermedad a funcionarios de otros organismos por año según Hospital, CCSS 2003 – 2006

Hospital	2003		2004		2005		2006	
	Ordenes	Días	Ordenes	Días	Ordenes	Días	Ordenes	Días
Calderón Guardia	29.947	15,3	27.066	14,5	22.160	14,1	23.292	14,5
Hospital México	16.940	16,9	17.002	17,1	18.112	16,8	17.765	15,6
San Juan de Dios	13.652	21,6	14.406	21,7	14.917	22,0	12.646	21,5

Cabe destacar para el 2006 la cantidad de órdenes por enfermedad para empleados que se dan en el Hospital Tony Facio son más que las otorgadas en el México o en el San Juan de

Dios; a ellos se suman la Clínica Marcial Rodríguez así como la de Coronado, en cuyo caso la diferencia la da el menor número de días por cada incapacidad. A diferencia de los Hospitales especializados y los de tercer nivel en 2006 los mayores promedios de días por incapacidad se dan en los siguientes hospitales: Máx Peralta con 15,8 días; Monseñor Sanabria con 12,1 días; San Vicente con 10,9 días; San Rafael con 10,3 días y Valverde Vega con 10,3 días. El mayor número de órdenes de incapacidad para empleados las dieron los Hospitales: el México con 8.075 órdenes y 7,4 días y el Calderón Guardia con 4.680 ordenes con 7,4 días y el San Juan de Dios con 3.764 ordenes con 9,5 días (**cuadro 15**).

5.1 Laboratorio Clínico

En relación con la producción en el Laboratorio Clínico, las cifras absolutas anuales registradas de 1980 a 2006 muestran un aumento continuo, en el año 2006 los laboratorios clínicos de la institución realizaron 5,8 veces más exámenes que en 1980; parte de este crecimiento se puede atribuir al incremento de la población y de la cobertura; pero como se comentó en el cuadro 3 también aumentó la razón exámenes de laboratorio por habitante, dado que el indicador depende mucho de la tecnología y en la actualidad se hace más uso del laboratorio que hace 27 años (**ver cuadro 16**). La consulta externa, por su volumen, consume el 58,4% de los exámenes de laboratorio producidos (esto porque incluye los exámenes de laboratorios que brinda el servicio de apoyo a la red), mientras que las hospitalizaciones y las urgencias juntas, consumen tan solo el 37,8% de los exámenes, y el restante 3,8% es consumido por servicios alternativos.

En el **cuadro 17**, se relacionan los totales de exámenes de laboratorio por año y los totales de personas atendidas según servicio; así puede verse que la relación exámenes por cada atención se cuadruplico en Urgencias, se triplicó en Consulta Externa y en Hospitalización aumento en 2,3 por cada internamiento, desde 1980.

En el **cuadro 18** está el detalle por red de servicio y centros médicos del 2006, en él se puede observar como se destaca dentro de los hospitales de servicios nacionales el Hospital Nacional de Niños y dentro de la las redes de servicio destaca la red NorOeste con 21.774.656 exámenes de laboratorio. Sin embargo, el hospital que realiza el mayor volumen de exámenes es el Calderón Guardia, seguido del San Juan de Dios y posteriormente el México. En un segundo plano se encuentran los hospitales regionales que realizan de 1.000.000 a 1.600.000 exámenes como el Max Peralta, San Vicente de Paúl, San Rafael, Monseñor Sanabria, Enrique Baltodano, Tony Facio y Guápiles. Además destacan los centros que concentran alrededor de 700.000 exámenes como son las clínicas Marcial Fallas, Marcial Rodríguez, Clínica de Coronado, Jiménez Núñez, así como algunos hospitales periféricos como son el William Allen, San Francisco de Asís, San Carlos y Anexión.

Existen algunas áreas de salud que no cuentan con este servicio, por lo que el buen funcionamiento del "apoyo a la red" es muy importante. En el 2006 los Servicios de Laboratorio registraron 52.130.049 exámenes realizados (11 al año por habitante) con un incremento de 1.700.000 respecto al 2005; consulta externa es el área de atención que da origen casi a la mitad de los exámenes y poco más del doble de hospitalización; los

servicios de Urgencias consumieron casi 9.000.000 de exámenes de laboratorio en 2006.

5.2 *Farmacia*

En cuanto 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 CCSS de 1980 a 2006, separados por área de atención; estos muestran un aumento continuo, en el 2006 las farmacias de la institución despacharon 3 veces más recetas que en 1980; parte de este crecimiento se puede atribuir al crecimiento de la población; pero como se comentó en el cuadro 3 también aumentó la razón por habitante, en la actualidad se hace más uso de los medicamentos que hace 24 años. Es necesario reconocer que en los últimos años hay un subregistro en estas cifras, que se origina en la compra del servicio de despacho de medicamentos en farmacias privadas, donde no existe regulación respecto al reporte de esta actividad al Sistema de Estadística de Salud.

En el **cuadro 20**, se relaciona el total de medicamentos con el total de personas atendidas según servicio; así puede verse que la relación medicamentos por cada atención se multiplica por 1,3 tanto en Urgencias como en Consulta Externa desde 1980 a 2006. Por otro lado, en las hospitalizaciones se duplicó el número de medicamentos de 1980 a 2002, en los años más recientes la tendencia es hacia el descenso.

Otro punto interesante es que la Consulta Externa, por su volumen, consume el 73,1% de los medicamentos despachados (esto porque incluye los medicamentos que otorga el servicio de apoyo a la red), mientras que las hospitalizaciones y las urgencias juntas, consumen tan solo el 22,4% de los medicamentos, y el restante 7,4% es consumido por servicios alternativos.

En el **cuadro 21** está el detalle del 2006 por redes de servicios y centros médicos, donde el 43,7% de los medicamentos corresponde a la red NorOeste, el 30,1% a la red Este y el 22,6% a la red Sur. Un aspecto interesante de observar es que los hospitales de servicios nacionales juntos, despachan tanto medicamentos como el hospital Escalante Pradilla (un poco menos de los 2.000.000 de medicamentos). Por otra parte, solo 8 centros sobrepasan al millón de medicamentos despachados, donde es notoria la participación de dos clínicas, la Marcial Rodríguez y la de Coronado. El mayor dispensador de medicamentos es el Hospital Calderón Guardia que tiene adscrita la Clínica Catedral Noreste, dato que se refleja en la columna "apoyo a la red" donde aparecen los medicamentos que, por convenio, el centro despacha a pacientes de otros centros.

5.3 *Otros servicios de apoyo*

Según el **cuadro 22**, el servicio de Consulta Externa es el que consume el 45,1% de las placas radiográficas realizadas en el año 2006 (esto porque incluye las otorgadas por el servicio de apoyo a la red), mientras que las urgencias se llevan el segundo lugar con 41,4%. Las hospitalizaciones realizan el 10,2% de placas y finalmente los servicios de Medicina Mixta y de Empresa representan el 3,3% restante.

Observando el **cuadro 23**, son muy pocos los centros que cuentan con el Servicio de **Rayos**

X, por ese motivo el "apoyo a la red" es tan importante; en el 2006 el volumen de las placas radiográficas, es superior a las hechas a pacientes hospitalizados; el máximo consumidor de este medio de diagnóstico es el servicio de urgencias, seguido por el de consulta externa; sólo en las Clínicas Metropolitanas esta relación se invierte, probablemente por que en ellas las verdaderas urgencias son menos del 50% de las atenciones en esta área, como se mostró en su oportunidad (cuadro 13).

Observando las **Fluoroscopias** del **cuadro 24**, se visualiza que este es un procedimiento cada vez menos utilizado por el avance de las tecnologías de diagnóstico por imágenes como son los ultrasonidos y las tomografías.

En los cuadros **25a - 25c** se encuentran datos de servicios complementarios menos tradicionales en la atención de la salud, que son a su vez más frecuentes y tienen un alto costo en equipo, recurso humano apropiado y materiales requeridos. La mayor cantidad de **Mamografías** se realizan en el Hospital Max Peralta (9.800 mamografías) seguida por el hospital Calderón Guardia y el San Juan de Dios. Algunos servicios, no se prestan en todos los centros de salud debido a su complejidad, como lo son las **Tomografías axiales computarizadas (TAC)** que en su mayoría son realizadas por el hospital México (43%). Finalmente los **Ultrasonidos** son realizados primordialmente por las cabeceras de redes, dado que son las que están en mejor condición de brindar este servicio; los ultrasonidos ginecobstétricos son en su mayoría realizados en el hospital Calderón Guardia. Además es notorio el auge presentado por los ultrasonidos que actualmente alcanzan alrededor de 323.603 exámenes, entre generales y ginecológicos, la concentración más alta se da en la consulta externa y en la red NorOeste.

Algunos de los procedimientos médicos con fines terapéuticos que se llevan a cabo en los servicios de salud de la CCSS, principalmente en el tercer nivel de atención, aparecen en el **cuadro 26** con el nombre de **Terapias** (física, respiratoria, ocupacional, cardíaca y otras) en el se puede observar que en 157.891 sesiones de terapia física se realizaron 978.047 tratamientos, la mayor parte en la Consulta Externa, en el Centro Nacional de Rehabilitación y en el hospital Monseñor Sanabria.

En el **cuadro 27** están las atenciones a domicilio de pacientes que requieren cuidados especiales por diversas causas sin requerir hospitalización; pero que tienen dificultades físicas para acudir todos los días al centro médico a recibirlos; por lo que se destina un equipo especial para que les preste la atención en el domicilio, presentando un total de 24.046 atenciones en el año; durante esas atenciones se realizaron 58.659 procedimientos y 77.099 actividades. Con este programa en 2006 recibieron en promedio 3,10 atenciones, cada una con una duración promedio de 55 minutos (0,92 hora) por atención. La mayor concentración de atenciones por persona se registran en: Alajuela Oeste, Barva, Heredia Virilla, Santa Ana y Osa, con más de 7 atenciones por persona; si observamos el tiempo por consulta, tenemos que la duración varía hasta 2 horas y media en Guápiles.

Las **atenciones a domicilio** del **cuadro 28** se refieren únicamente al programa de **Cuidados Paliativos** y no están incluidas en el cuadro anterior. En primer lugar, es importante destacar que bajo este programa se produjeron 12.336 atenciones y se beneficiaron 2.593 personas. Los centros con más atenciones por persona son los hospitales

Máx Terán Vals, Monseñor Sanabria, San Vicente de Paúl y Ciudad Neily, y las áreas de Cariari y Alfaro Ruiz.

6 ATENCION EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (cuadros 29 a 66)

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

La atención hospitalaria no es independiente de la atención ambulatoria, por ese motivo se incluyeron cuadros como el 3 y el 7 en los que aparecen los grandes volúmenes de atención de los servicios ambulatorios y de hospitalización. Esta sección trata solamente de los servicios individuales de atención, que se prestan mediante la ocupación de una cama hospitalaria, y para interpretar las variaciones en las cifras es necesario tener siempre presente que esta es el área de atención individual de la salud mas sensible a los cambios en la atención médica; la cual a su vez se modifica conforme los medios de diagnóstico y terapéutica evolucionan.

El **cuadro 29** contiene las cifras generales del área de hospitalización en la CCSS y su evolución de 1980 a 2006. 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 82,2% en 2006 sin una tendencia claramente definida. En el año 2002 se presenta una reducción de 20 camas y un descenso del 1,0% en la ocupación, para el 2003 pasa a 19 camas más y aumenta un 0,30% en la ocupación, de nuevo hay una reducción de 46 camas y 0,7% en ocupación para el 2004. En el 2005 se presenta una reducción considerable de 145 camas, consecuentemente la ocupación sube en 2,2%, situación explicable por el siniestro ocurrido en el hospital Calderón Guardia, sin embargo para el 2006 encontramos 58 camas menos y el porcentaje de ocupación disminuye muy ligeramente. Con estos datos se evidencia que en la red de hospitales de la CCSS 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 3, se ha incrementado el número absoluto de **egresos hospitalarios** de 245.048 en 1980 a 331.856 en 1999, con una pequeña reducción a 327.675 en 2000 y un incremento a poco más de 338.000 en los años siguientes. Para 2005 por la circunstancia mencionada anteriormente (incendio del Calderón Guardia) la reducción de camas se acompaña de una reducción de 1.614 egresos, para el 2006 se presenta una baja 10.190 egresos con respecto al año anterior y muy posiblemente producto de la disminución de las camas.

También se da una reducción sostenida de la **estancia promedio** de 1980 al 2002, pasando de 7,91 a 5,22 días de estancia promedio, situación que se revierte en 2003, subiendo a 6,3 días (la misma de 1988), a partir de ese momento comienza un ligero ascenso hasta 6,79 días en 2006.

La reducción de la estancia promedio, junto a la reducción de las camas (de 6.926 a 5.860), produjo un aumento en el **giro de camas** de 1980 – 1994, el cual pasó de 35,4 a 50,4 egresos por cama; luego va sufriendo ligeros cambios hasta el 2006 que desciende a 49,83 donde estaba hace 10 años, esta coyuntura permite porcentajes de ocupación muy estables a través del tiempo.

Sobre este tema conviene recordar que para un porcentaje de ocupación "ideal", el indicador para actuar sobre la utilización de una cama es siempre la estancia promedio y el

giro de esa cama es un resultado; por ejemplo con **85% de ocupación**, los días cama disponibles en un año serían 311 por cada cama, y así:

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

Si el enfoque de la modernización es la gestión del paciente y no la utilización de las camas, los porcentajes de ocupación se van reduciendo naturalmente hasta que se encuentra la mejor estancia de acuerdo con el bienestar del paciente; los hospitales tienen que dejar de medir su importancia y su producción mediante el número de camas y su porcentaje de ocupación, y dedicar recursos suficientes a la organización de su consulta externa, de su servicio de emergencias, a la visita a domicilio, al mejoramiento de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y de la red de servicios de su área de atracción, con los consiguientes beneficios para el bienestar del paciente y del personal que lo atiende.

Como la decisión de internamiento varía con los cambios en la práctica de la Medicina y con la disponibilidad de recursos, en el **cuadro 29** se agregó el **porcentaje de intervenciones quirúrgicas**, el cual indica muy claramente que el número de egresos hospitalarios con intervención quirúrgica que se mantenía alrededor del 42% desde 1980, se redujo a 39,8% en 1989, y ha estado oscilando entre 47% y 49% a partir de 1996, desde el 2004 se ha incrementado y se mantiene alrededor del 50%. Esta cifra incluye la cirugía mayor regular, la ginecológica y la obstétrica con las cesáreas y las episiotomías (ver también el cuadro 55).

El **cuadro 30** presenta el panorama general de 2006 en el área de hospitalización por Red de servicio y centro médico. La estancia promedio bruta que ya es muy baja, pareciera estar ajustándose, pues en hospitales nacionales de corta estancia se mantuvo entre 5,3 días y 6,6 días en 2002, aumentó ligeramente variando entre 5,9 días y 7,4 días en 2003, entre 5,8 días y 7,2 días en 2004 y entre 4,7 días y 6,6 días en el 2005 y entre 5,5 días y 7,8 días en el 2006, con porcentajes de ocupación entre 71,67% y 85,74% y el número de egresos oscila entre 15.710 en el Hospital de Niños a 31.794 en el México. La estancia promedio en todo el país varió entre 2,6 días en el hospital Carit y 7,8 días en el hospital San Juan de Dios, subiendo ligeramente con respecto al año anterior.

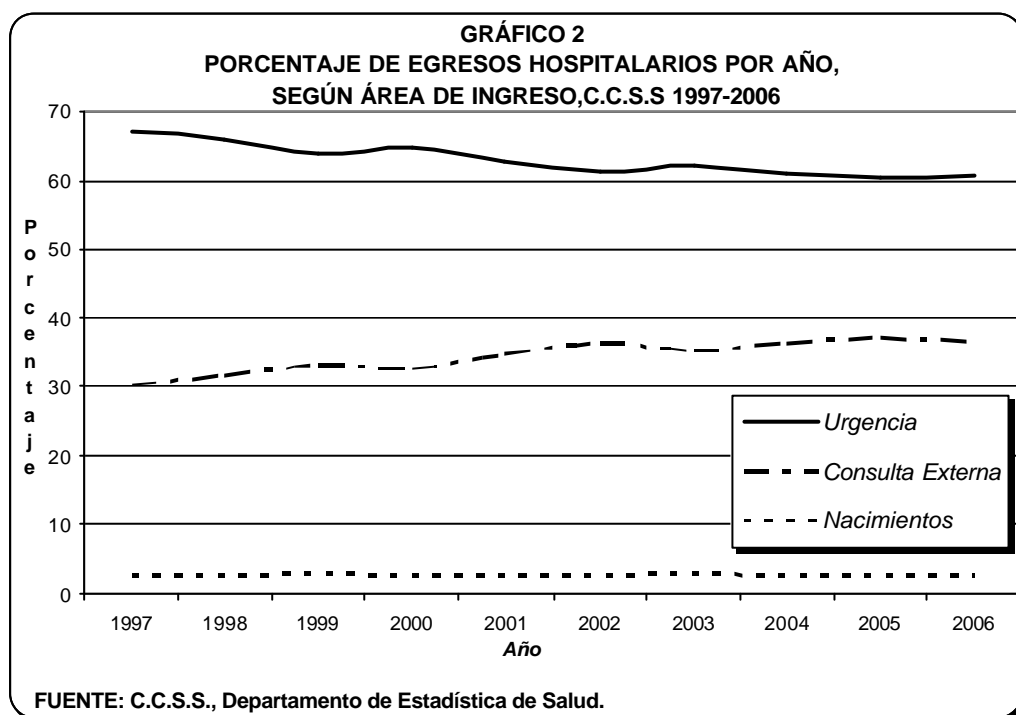
En el Calderón Guardia, la estancia promedio paso de 4,7 días a 5,5 días, y en el México de 5,8 días a 7,4 días por paciente; o sea que este año, la estancia promedio del San Juan de Dios permanece ligeramente superior a la de los otros dos grandes hospitales generales del tercer nivel de atención. En los tres hospitales la proporción de egresos con alguna intervención quirúrgica es superior a 60,00% y alcanza el máximo en el Calderón Guardia con 63,16% en 2004 y 66,60% en 2005 y 70,67% en 2006.

Los dos hospitales psiquiátricos son los que consumen 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 Hospital Dr. Manuel

Antonio Chapuí de 92,4 días en 1999 a 48,6 días en 2002; aumentó a 80,9 días en 2003, volvió a reducirse a 54,2 días en 2004, sube levemente a 56,9 días en el 2005 y vuelve a subir a 85,0 días en el 2006. Como es de esperar el Chacón Paut tiene la mayor estancia promedio con 167,4 días en el 2004, 214,0 días en el 2005 y 359,0 días en el 2006.

Los hospitales regionales son los que producen más egresos en su respectiva red, con estancias promedio entre 4,0 días y 5,0 días y porcentajes de egresos con alguna cirugía que varían entre 38,30% en el hospital Dr. Tony Facio y 57,20% en el hospital Max Peralta.

El **cuadro 31** y el **gráfico 2**, muestran la evolución de la vía de ingreso a hospitalización desde que se inició la reforma (1997); se ve así que aunque se ha ido reduciendo el número de hospitalizaciones, sobre todo por la disminución de la fecundidad que veremos más adelante (menos partos), la proporción de ingresados desde el servicio de urgencias se mantiene por encima del 60%, probablemente por los resultados de hechos cada vez más frecuentes y más violentos en nuestra sociedad.



La cifra de hospitalizados por urgencias varía según hospital (**cuadro 32**), desde 37,53% en el México hasta 59,50% en el San Juan de Dios; es más alta en los hospitales regionales y periféricos. En los hospitales de servicio nacional especializado, el porcentaje de hospitalización por urgencia más bajo lo tiene el Hospital de Niños con 52,51% y el más alto está en el Psiquiátrico con 99,80%, sólo el Centro Nacional de Rehabilitación, por su naturaleza, no tiene ingresos a hospitalización por el servicio de urgencias.

Otro dato de interés, para evaluar el desempeño de la red hospitalaria institucional es el de

los **Traslados** de un hospital a otro que aparece en el **cuadro 33**. En general, la proporción de traslados aumenta conforme se reduce el nivel de resolución, así, los hospitales periféricos más pequeños trasladan más que los más grandes, y estos más que los regionales y los que menos trasladan son los nacionales, el comportamiento este año sigue siendo igual al de años anteriores; 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, lo cual sugiere mejoramiento en la capacidad resolutive de cada uno y acción del primer nivel de atención, que evita que los casos se compliquen.

A veces la permanencia en el hospital se prolonga por infecciones adquiridas en el mismo, en el **cuadro 34** se presenta la proporción de **infecciones nosocomiales** registradas, que aunque es muy baja, muestra ligeros aumentos de 2000 a 2006 en varios de los hospitales, los cuales podrían explicarse por el mejoramiento en los registros de este fenómeno que han traído los Compromisos de Gestión; parte de la alta proporción en el Blanco Cervantes se explicaría por la avanzada edad de sus pacientes; sin embargo, se registra un aumento en 2002 que es necesario resaltar, una baja en 2003, un aumento en 2004 y de nuevo baja ligeramente hasta el 2006.

A pesar de la reducción total de las camas ya comentada, las variaciones cronológicas según hospital y año desde 1990 muestran un aumento sostenido en los egresos bajando para el 2006 (**cuadro 35**), la estancia promedio total a través de los años ha tenido ligeras oscilaciones hasta el 2006 que presenta la estancia promedio más alta (**cuadro 36**), en la que no se ven cambios recientes muy acentuados porque desde su traspaso de las Juntas de Protección Social hace más de 20 años, la atención en los hospitales, bajo la administración de la CCSS, tiende a la reducción del período de permanencia de cada paciente internado y, consecuentemente, a la ampliación de los Servicios de Consulta Externa y al mejoramiento de 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 2005 y 2006, la tendencia pareciera estarse ajustando, pues se puede apreciar 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 30.000 egresos al año cada uno.

Los hospitales 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 6,5 días como algunos nacionales, y desde 1997 se incorpora a su categoría de hospital periférico con 4,3 días en 2003 y 4,5 días en 2006

Un factor que ha influido en la reducción de la **estancia promedio** es el aumento en la proporción de egresos hospitalarios con sólo un día de estancia si se compara con la que tenían los hospitales en 1980 y 1981 (**cuadro 37**). Por ejemplo, los tres hospitales nacionales tenían menos del 18% de egresos con un día de estancia en 1980-1981, veinte años más tarde los pacientes con un día de estancia en esos hospitales son más del 30%, este incremento se ha producido en buena parte por el fortalecimiento de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, el ejemplo mas notorio es el Hospital Calderón Guardia y el aumento de egresos con un día de estancia que pasa de 14,92% a 50,49% en el período 1980-2006.

Factor reconocido como influyente en la duración de la permanencia en el hospital, es la edad de las personas; en los **cuadros 38 y 39** se desglosan los **egresos y la estancia promedio de 2006 por edad y hospital**, llama la atención las variaciones de la estancia promedio de las personas de 65 años, más de 10,6 días en 2002, 14,3 días en 2003, 11,4 días en 2004, 13,6 días en el 2005 y 15,3 días en 2006 (**cuadro 39**). Lo que permite ver que las personas adulta mayores (65 años y más) utilizan el 16% de los egresos hospitalarios y a la vez son quienes tiene las estancias promedio más elevadas.

La estructura de los egresos hospitalarios según diagnóstico y sus variaciones en los últimos 24 años, **cuadro 40**, muestra que el capítulo de embarazo, parto y puerperio ha explicado más de la tercera parte de las hospitalizaciones en la CCSS desde 1980-1981 con un 33,89%, alcanzó su máximo diez años mas tarde con un 35,56% en 1990-1991, y se ha reducido desde entonces hasta alcanzar el 28,56% en 2002-2006 donde se mantiene estable, lo cual es congruente con la reducción nacional de la fecundidad que se comenta más adelante. La reducción del gran peso de la obstetricia en el porcentaje total de egresos influye por supuesto, en el peso relativo de los otros diagnósticos, pero no en su orden, así, hasta 1986-1987 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 1988-1989, las enfermedades del sistema digestivo que mantienen un aumento sostenido desde entonces, alcanzando 10,45% en el 2006. 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 ultimas; lo que podría indicar que los accidentes y agresiones se han vuelto tan violentos, que la mayor parte de esas muertes se produce en el lugar de ocurrencia, no llega a los hospitales y que los servicios de emergencias están mejor equipados, lo que les permite tratar a las personas sin necesidad de internarlas.

6.2 Egresos, Estancias según Diagnóstico y Procedimiento y Atención de Partos (cuadros 41 a 43)

La distribución de los diagnósticos y los procedimientos principales según categoría de hospital en que se producen se encuentra en los **cuadros 41 y 42**, se agrupan los hospitales según capacidad resolutive: nacionales, regionales y periféricos, con una columna especial para las clínicas que atienden parto normal.

La distribución de los **diagnósticos y estancias promedio según tipos de hospital** en que se producen los egresos se encuentra en el **cuadro 41**. Los hospitales nacionales, casi todos de tercer nivel de atención, concentran la mayor parte de las hospitalizaciones y por casi todas las causas, excluidas las enfermedades infecciosas y parasitarias, ojos y anexos, del sistema respiratorio, piel y tejido subcutáneo y las causas obstétricas, que son mas frecuentes como causa de hospitalización en los hospitales regionales y en los periféricos así como los síntomas, lo que puede indicar imprecisión en los diagnósticos o traslados urgentes a hospitales nacionales

La estancia promedio es más alta en los hospitales nacionales. **Si se excluyen las enfermedades mentales**, los diagnósticos con estancias por encima de 14 días son:

Enfermedades con estancias promedio más altas por clasificación de hospitales, CCSS, 2006

Diagnóstico	Hospital		
	Nacional	Regional	Periférico
Sida/VIH	20,3	13,6	10,2
Cáncer gástrico	18,5	11,4	8,5
E. Pulmonar Obst. Crónica	18,0	9,0	7,8
Diabetes mellitus	15,5	11,6	8,6
T. Cerebrovasculares	15,2	9,5	7,6

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

De los 326.582 egresos hospitalarios en el 2006, el 64% fue sometido durante su internamiento a algún procedimiento quirúrgico o médico complejo en cualquiera de los servicios y especialidades; la distribución de esos 209.028 egresos hospitalarios según categoría de hospital y procedimiento principal se encuentra en el **cuadro 42a**.

En el **cuadro 42b** se puede apreciar que las intervenciones quirúrgicas representan el 88,15% respecto a los no quirúrgicos, además que los procedimientos obstétricos son los más frecuentes en toda la red de servicios y explican el 24,6% del gran total, en conjunto con la frecuencia de las intervenciones en los órganos genitales femeninos que alcanzan un 13,7%, significan un 38,3% de los procedimientos quirúrgicos aplicados sólo a las mujeres.

También son muy frecuentes las intervenciones del sistema digestivo (14,3%) y del sistema músculo esquelético (8,3%). En general son muy pocos los procedimientos que sólo se realizan en hospitales nacionales: procedimientos diagnósticos del corazón y el pericardio para revascularización cardiaca; otros pocos sólo se realizan en hospitales nacionales y regionales, y muy pocos se realizan también en algunas clínicas mayores.

El 11,9% son procedimientos diagnósticos y no quirúrgicos, entre los que sobresalen los ultrasonidos diagnósticos.

El **cuadro 43** muestra el movimiento general de la atención obstétrica en las diferentes redes de servicio y en los hospitales para el 2006; en este se observa que la mayoría de los partos y abortos se atiende en el Hospital de la Mujer Adolfo Carit que es la maternidad especializada; a nivel de redes, la **NorOeste** atiende 33.599 partos y abortos, le sigue la red **Este** con 21.926, y finalmente la red **Sur** con 13.178, este orden se presenta en todo el panorama de la atención materna. El porcentaje de partos por cesárea más alto es el de la red NorOeste (24,30%), en la que se encuentra el Hospital San Carlos con el porcentaje más alto de todos (31,8%); además, esta misma red tiene 10 de las 18 defunciones maternas registradas en los servicios de la CCSS en 2006; la red Sur tiene la mayor proporción de defunciones fetales (11,9%) y en ella se encuentra el hospital de Golfito con la más alta de todos (18,8%) y 6 de las 18 defunciones maternas.

6.3 Atención hospitalaria por servicios (cuadros 44 a 66)

Como se aclaró en la sección anterior, los servicios de salud de atención hospitalaria no son independientes de los de atención ambulatoria, son solamente aquellos que requieren que las personas ocupen una cama hospitalaria. La tendencia moderna es reducir el uso de la cama a lo estrictamente indispensable mediante la especialización y el desarrollo de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento, por ese motivo, para prestarles servicios especializados las personas son separadas por las grandes áreas de los servicios médicos: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría.

La distribución de las camas por servicio en 2006 y los datos de egresos y estancia promedio de cada servicio se encuentran en los **cuadros 44 a 66** separados por Red de servicios, y tipos de hospital. Por su abundancia y complejidad, muchos de los datos de los servicios de Ginecología y de Obstetricia están en el capítulo de Salud Reproductiva.

El 26,2% de las 5.630 **camas hospitalarias** de la CCSS pertenecen al Servicio de Medicina (adultos) y el 26,1% al de Cirugía, o sea que prácticamente el 50% de ellas se utiliza en estos dos servicios, el resto se distribuye entre Psiquiatría (18%), Obstetricia (11,6%), Pediatría (8,6%), Ginecología (5,1%) y Neonatología (4,4%). El número y distribución de este instrumento de la atención de la salud, varían según la red de servicios y hospitales, y depende en gran medida del grado de resolución del hospital, de la evolución de la práctica médica y de la influencia de ésta en la estancia promedio; por ejemplo, en los hospitales nacionales generales, cabeza de red, las camas de Cirugía son más del 44% de las camas de dotación normal, en el San Juan de Dios representan el 52,58%, en el México el 47,65% y en Calderón Guardia el 44,21%, seguido por el servicio de Medicina; en la mayor parte de los regionales y periféricos las camas se concentran en los servicios de Medicina y de Obstetricia (**cuadro 44**).

El **cuadro 45** contiene los **porcentajes de ocupación** de las camas por hospital para cada servicio y en ellos se refleja claramente los efectos de la reducción de la fecundidad en el país, ya que, como la distribución de las camas sigue siendo la misma, los porcentajes de ocupación de servicios relacionados con la atención de partos y abortos tiene los más bajos porcentajes de ocupación (pediatría). El servicio de Medicina y Neonatología tienen los mayores porcentajes de ocupación. Parte de la baja ocupación en los servicios de Cirugía se pueda explicar por el incremento de las cifras de ocupación de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Sin embargo, con alguna excepción, la mayor parte de los problemas de faltante de camas se resolverían si se hiciera una redistribución de las existentes. Por otro lado, llama la atención los altos porcentajes de ocupación del Hospital Enrique Baltodano con 6 de sus 7 servicios por encima del 100%, y que no concuerda con el Hospital de Upala que pertenece a su área de atracción. Otro servicio con más del 100% de ocupación, es Neonatología del Calderón Guardia, San Juan de Dios, Tony Facio, Max Peralta y William Allen.

Además, si se consulta el **cuadro 46**, que contiene los datos complementarios de estancia promedio según servicio para cada hospital, agrupados según su posición en la red. En Psiquiatría se presenta la estancia promedio más alta, seguido del servicio de medicina y cirugía, que tiene el segundo y tercer lugar respectivamente.

Se observa que, aunque la estancia promedio bruta de los tres hospitales guanacastecos concuerda con la de otros de su categoría, la estancia promedio de sus servicios de Medicina es un poco más alta, lo cual podría explicar parte de los altos porcentajes de ocupación comentados en esos mismos servicios.

La distribución proporcional por servicio, de los egresos hospitalarios, se encuentra en el **cuadro 47**, y concordantemente con la distribución por diagnósticos presentada en los cuadros 2 y 41, el 27,1% son egresos de Obstetricia, 8,3% de Ginecología; en segundo lugar esta Cirugía junto con CMA con el 33,9% de los egresos hospitalarios y en tercero Medicina con el 15,0%. Estas proporciones varían según red y nivel de atención.

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

Datos típicos de cada servicio se incluyen a continuación, comenzando con los **cuadros 48 y 49** que se refieren a la distribución por edad de los egresos hospitalarios del servicio de **Medicina** y a la estancia promedio (excluida Psiquiatría que aparece por separado en el cuadro 50). El servicio de Medicina tuvo 49.060 egresos hospitalarios en el 2006 con una estancia promedio general de 9,9 días, el 42% de los egresos de este servicio corresponden a personas de 65 años de edad o más y en el 2004 había tenido 50.786 egresos con 9,5 días cada uno; o sea que atendió 1.726 episodios menos de hospitalización con estancias muy similares.

En las edades de 45 años y más el porcentaje alcanzado es de 71,2%, por lo que es de esperar una estancia promedio mayor que la de los otros grupos de edad (20,9 días en promedio).

De los hospitales nacionales, es el hospital México con 4.745 egresos y el hospital San Juan de Dios con 4.268 egresos los que atienden más egresos en ese servicio. En los hospitales regionales, la mayoría se encuentra en el Escalante Pradilla con 3115 egresos y de los periféricos es el Hospital La Anexión con 2.762.

Cabe destacar (**cuadro 49**), que el hospital que tiene la estancia promedio más alta es el San Juan de Dios, en el grupo de edad de 20-44 años (17,3 días); en el México el grupo de 10-14 años tiene la mayor estancia (14,2 días de estancia promedio), y en el Calderón Guardia es el grupo de 15-19 años con una estancia de 14,3 días.

Los Servicios de **Psiquiatría** no son comunes a todos los hospitales, en el **cuadro 50** se ve que el mayor número de los egresos hospitalarios son del Hospital Psiquiátrico Chapuí y que sólo en trece hospitales se brinda este servicio. En cuanto a la distribución total por grupo de edad según hospital, el 53% está entre 20 y 44 años, cifra que casi en todos los hospitales es superior al 50,00%, y solo en tres hospitales es inferior a este porcentaje. Es importante destacar el 7,5% de los egresos del servicio de psiquiatría del Hospital Escalante Pradilla se reportan en personas con edades entre 10 -14 años.

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

En el **cuadro 51** se muestra la distribución por edad de los egresos hospitalarios del

servicio de Pediatría, incluyendo Neonatología y excluyendo Cirugía Pediátrica que aparece en el cuadro 52. El servicio de Pediatría como el de Medicina, es común a todos los hospitales regionales y periféricos, que en conjunto tienen 2,3 veces más egresos que el Sáenz Herrera, que es el hospital nacional de referencia. Los datos de los hospitales nacionales generales corresponden a Neonatología, por ese motivo en la distribución por edad del conjunto total, el 47,04% son de menores de 1 año.

Los egresos de **Cirugía Pediátrica**, se encuentran en el **cuadro 52**, esta especialidad no es común a todos, por lo tanto es interesante observar, que los casos vistos en los hospitales regionales y periféricos no alcanzan el volumen atendido por el Hospital de Niños y en los niños menores de 9 años se concentran el 74%.

Con los datos de **Cirugía Pediátrica por área de ingreso** que aparecen en el **cuadro 53**, se puede ver que en los niños el índice quirúrgico, entre los que ingresan por consulta externa es de 78,4% y entre los que ingresan por urgencias es de 67,4%. Por hospitales, el menor índice quirúrgico de los ingresos por consulta externa es el 62,3% del San Vicente de Paúl y el mayor es el 92,7% del hospital Ciudad Neilly, como consecuencia entre los ingresos a cirugía pediátrica por el área de urgencias, el menor índice se dio en el Ciudad Neilly con 26,7% y el más alto es el del hospital San Rafael con 85,3%.

6.3.3 Hospitalización en los servicios de Cirugía (cuadros 54 a 62)

De los 326.582 egresos hospitalarios del 2006, durante su internamiento, el 64% fue sometido a algún procedimiento quirúrgico o médico complejo en cualquiera de los servicios y especialidades; la distribución de esos 209.028 egresos hospitalarios según categoría de hospital y procedimiento principal se encuentra en el cuadro 42; en ese cuadro se ve que el 12% son procedimientos diagnósticos y médicos (no quirúrgicos), o sea que del total de los egresos hospitalarios en el 2006, el 52% fue sometido a alguna intervención quirúrgica, o sean 168.999 (ver cuadro 29).

En el **cuadro 54** se presenta la distribución del total de egresos por hospital con las proporciones “con cirugía” y “sin cirugía”. La proporción “con cirugía” se desglosa por área de ingreso, se puede ver que el 26,34% de los egresos que tuvo cirugía, ingresó por la consulta externa y el 25,36% ingresó 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, lo cual representa el 0,05%. La proporción de egresos con intervención quirúrgica varía según el hospital e incluye las cesáreas, las episiotomías, la cirugía ambulatoria y la cirugía regular como veremos en el cuadro 55.

Como se trata de una red de servicios, la proporción de egresos hospitalarios **sin cirugía** se incrementa conforme se reduce el nivel de resolución del hospital, así como se incrementa la proporción de egresos por traslado, como se vio en el cuadro 33. A menor resolución mayor proporción de egresos por traslado y de egresos sin cirugía.

En el **cuadro 55** se puede ver el desglose de los componentes del total de **Intervenciones Quirúrgicas** por hospital según nivel de complejidad. El 16,54% del total de los 168.999 egresos con intervención quirúrgica son intervenciones obstétricas en el parto (8,78% cesáreas y 7,76% episiotomías); por causa de la reducción de la natalidad comentada, esta

proporción es menor que la registrada en los últimos años; en tanto que la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria (sin ocupar camas de dotación normal de los servicios de Cirugía y Ginecología) aumentó de 19,89% en 2003 a 24,18% en 2006, y la proporción de cirugía mayor regular se redujo de 62,62% en 2003 a 59,28% en 2006; estas proporciones varían según nivel de complejidad y hospital.

En el **cuadro 56**, aparece la proporción de los egresos con **Cirugía Mayor Ambulatoria** de cada hospital durante los últimos once años. Si bien no todos los hospitales prestan este servicio, puede verse un incremento sostenido hasta el 2005 estabilizándose en el 2006 la proporción de Cirugía Mayor Ambulatoria en general y en algunos hospitales en particular. El Calderón Guardia tomó la iniciativa y se mantiene por encima del 12% en todo el período alcanzando en el 2006 18,7% de egresos con Cirugía Mayor Ambulatoria, en tanto que el México pasó de 6,01% a 21,9%. Otro incremento notable es el del Centro Nacional de Rehabilitación que alcanza el porcentaje mas alto con 35,5% y el Raúl Blanco Cervantes en 2004 tenía 5,34% y para el 2006 consiguió 16,49% egresos en este servicio .

En casi todos los hospitales, la Cirugía Mayor Ambulatoria se concentra en pacientes entre 20 y 64 años; como es lógico sólo en el Hospital Nacional de Niños la mayor parte de los intervenidos tiene entre 1 y 14 años, también hay una proporción importante de adultos mayores atendidos en clínicas(**cuadro 57**).

En la Cirugía regular (**cuadro 58**), en los hospitales Nacionales se concentran casi el 50% de todos los egresos y dentro de ellos el que tiene la mayor cantidad de egresos es el San Juan con 12.005, seguidos del hospital Calderón Guardia y el México. De los hospitales regionales el que tiene más egresos es hospital Monseñor Sanabria con 4.446 egresos, dentro de los hospitales periféricos ocupan una posición semejante el San Vicente y el Valverde Vega con alrededor de 1.900 egresos cada uno. En cuanto a la distribución por grupos de edad la Cirugía Regular se concentra en pacientes de 20 años y más (89.9%).

No todos los egresos de Cirugía son intervenidos quirúrgicamente, el cuadro 59 permite ver que en 2006, de los egresos del servicio de Cirugía regular, se intervino quirúrgicamente al 75,46% de los que ingresaron por la Consulta Externa y al 65,15% 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 porcentaje más bajo es el 41,06% del Tomás Casas y el más alto corresponde al Hospital Los Chiles con 89,6% de intervenciones quirúrgicas; en los regionales el Monseñor Sanabria tiene el porcentaje más bajo con el 52,54% y el hospital San Carlos el mayor con el 84,39%. En los hospitales nacionales, el de Rehabilitación es el más alto con 87,35%, el San Juan de Dios y el México, ambos con 72,70%. En los ingresos a Cirugía por Urgencias, el hospital con el menor porcentaje el Golfito con un 22,60% y el mayor, el San Rafael con 87,75% .

Para terminar el análisis de los servicios de Cirugía se incluyen los cuadros 60 al 62. El 60 y el 61 se refieren a los casos de Cirugía Mayor Ambulatoria que por definición no pernoctan en el hospital, y los de Cirugía Regular con sólo un día de estancia, separando los que ingresaron y egresaron el mismo día.

Dentro de los egresos de Cirugía regular con un día de estancia, sólo 2.345 entraron y

salieron el mismo día lo que significa que esos casos pudieron realizarse en Cirugía Mayor Ambulatoria a diferencia de los que pernoctaron en el hospital fueron (9.173).

En el **cuadro 60** están desglosados los egresos que tuvieron algún tipo de procedimiento y además un día de estancia, desglosados por tipo de **procedimiento** y en el 61 se observan los mismos casos pero desglosados por **hospital**. La mayor parte de las cirugías regulares con un día de estancia son operaciones del aparato digestivo y del aparato músculo esquelético, mientras que la mayoría de operaciones en Cirugía Mayor Ambulatoria son en los ojos. El hospital Calderón Guardia y el San Juan de Dios, son los que realizan más intervenciones quirúrgicas con un día de estancias (**cuadro 61**).

En la Cirugía Mayor Ambulatoria el que tiene la mayor cantidad de casos es el México seguido muy de cerca por el Calderón Guardia. La distribución por procedimiento y edad se encuentra en el **cuadro 62**, siendo las operaciones del ojo el 26,5% del total y especialmente en personas de 20 años y más. El procedimiento específico con mayor número de casos es la extirpación de trompas de Falopio, con 3.132 mujeres intervenidas.

6.3.4 Hospitalización en el servicio de Ginecología (cuadros 63 y 64)

Continuando con los cuadros 63 y 64 se analiza el servicio de **Ginecología** cuya estancia promedio por hospital se vio en el cuadro 46 y la conclusión es que su estancia promedio es de las más bajas en cualquier hospital; por el **cuadro 63** se concluye que es un servicio común a todos los hospitales nacionales y que más del 64% de las hospitalizaciones están en la edad fértil (de 20 a 44 años), llamando la atención el hospital México que tiene menos de 1.500 egresos. En el grupo de edad de 15 a 19 años, es importante observar el porcentaje de atenciones, específicamente en los hospitales San Vito (26,7%), Tony Facio (16,2%) y Guápiles (14,3%), dado que indican que una proporción importante de mujeres que empieza a necesitar éste servicio.

Además de las mujeres que ingresaron por Consulta Externa, se operó al 76,7% y de las que ingresaron por Urgencias al 62,4%. En general los índices quirúrgicos de Ginecología por hospital son más altos que los de Cirugía regular y los de Cirugía Pediátrica (**cuadro 64**).

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

Los internamientos en el servicio de Obstetricia se da fundamentalmente para la atención del parto, sin embargo existen otros internamientos para el cuidado del embarazo, por ejemplo, los embarazos de alto riesgo pueden tener más de una hospitalización antes del parto. En el **cuadro 65** se muestra la distribución de egresos por edad y hospital; es así como podemos observar que el San Juan de Dios fue el que tuvo el mayor número de egresos (8.516), seguido por la Carit, donde la mayor concentración se da por supuesto en las edades de 20 a 44 años con un 79,45%.

En el **cuadro 66**, la distribución de los egresos se da por diagnóstico principal y centro médico, así se tiene a continuación, las principales causas de internamiento en el servicio de Obstetricia.

**Principales causas de hospitalización en el servicio de
obstetricia, CCSS 2006**

Diagnóstico principal	Porcentaje
Parto Complicado	38,85
Parto Normal	23,69
Parto con desgarro	13,00
Complicación del embarazo	11,86
Falsa labor de parto	9,02
Aborto	3,57

Como es de esperar, el parto complicado es más frecuente en los hospitales nacionales (47,97%), sobre todo en el Calderón Guardia alcanza un 69,92%; sin embargo el parto normal sigue siendo frecuente en el tercer nivel de atención con (14,78%), especialmente en la Carit donde se presenta la mayoría con 28,39%.

La falsa labor de parto representan más del 15% de las hospitalizaciones el Hospital de San Vito, Ciudad Neilly, La Anexión y Escalante Pradilla.

7 SALUD REPRODUCTIVA (cuadros 67 a 79)

7.1 El descenso de la fecundidad (cuadros 67 a 71)

En el **cuadro 67** se ve claramente que el descenso en la **fecundidad** ha afectado a todas las edades fértiles de la mujer, incluyendo la adolescencia, pues de 1950-1955 la fecundidad de este grupo era del 11,90% y el 2006 es de 6,31% lo cual es un efecto deseable para esta población; también es deseable que la reducción se dé entre las mujeres de 30 años y más. Sin embargo, las mujeres en edad ideal para la procreación y que contribuyen con más nacimientos a la natalidad general son las de 20 a 29 años y su fecundidad actual es 3 veces menor con respecto al periodo 1950 -1955.

Por ese motivo, aunque la probabilidad de embarazo se haya reducido para las menores de 20 años, el **peso relativo** de los embarazos (partos y abortos) de madres menores de 20 años en el total de mujeres embarazadas, también se ha reducido (**cuadro 68**), peso relativo que se mantiene mas o menos estable desde el 2001. Este fenómeno se aprecia mejor en los totales absolutos del cuadro 68, donde se ve claramente como el número de embarazos atendidos en la CCSS se ha reducido de 85.645 en 1999 a 76.027 en 2006.

El efecto a nivel nacional de la reducción de la fecundidad se puede apreciar en el **cuadro 69 con los nacimientos inscritos** en todo el país, que en cifras absolutas alcanzaron el máximo en 1985 con 84.337, con el 75,38% de madres entre los 20 y los 34 años; en 2006 se registraron sólo 71.291 (13.046 menos) y un 70,26% de madres de 20 a 34 años; desde 1992 la reducción del porcentaje de nacimientos en madres de 35 y más años es sostenida.

En el comentario de los cuadros 3 y 40 se mencionó la reducción de la fecundidad como un factor que ha contribuido al descenso de la mortalidad infantil y de las hospitalizaciones; el **cuadro 70** refuerza esta observación, pues aunque la proporción de nacimientos registrada y que ocurre en la CCSS se mantiene alrededor del 94%, la tasa de natalidad ha disminuido, de 48,3 nacimientos a 16,2 nacimientos por 1000 habitantes, debido a que la cifra absoluta de nacimientos se redujo también. La tasa de mortalidad infantil se ha mantenido en descenso desde durante los últimos 40 años y en la actualidad se encuentra en 9,70 fallecidos por 1000 nacimientos.

7.2 Resultados de la atención de las madres y de los recién nacidos (cuadros 71-79)

Esta sección se refiere únicamente a los datos que se generan en la CCSS a partir de la **atención de las embarazadas** por el evento final (parto o aborto), las cuales producen alrededor del 23% de todos los egresos hospitalarios y el 34,80% de las hospitalizaciones femeninas.

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

En el **cuadro 71** se presentan en serie de veintisiete años, cuatro indicadores derivados de la **atención de los partos** en la red de servicios de salud de la CCSS. En cifras absolutas, en las primeras dos columnas se refleja el efecto de la reducción comentada de la fecundidad en Costa Rica, lo cual explica la reducción de la cifra absoluta de partos atendidos en la CCSS, sin que por ese motivo se haya reducido la proporción de los nacimientos que ocurre en la institución. El primer indicador es la proporción de parturientas atendidas que declararon por lo menos haber tenido una **atención prenatal en el momento de la atención final del embarazo**, la cual, después de estar variando entre 51% y 57% desde 1980, sobrepasó el 60% en 1997 y llegó al 93% en 2006; este es un indicador del desempeño del primer nivel de atención, el cual ha sido favorecido por los procesos de modernización de la CCSS que se iniciaron en 1997. Luego tenemos el porcentaje de **partos por cesárea** que ha ido aumentando de 14,1% en 1983 a más del 21,6% desde 1999 manteniéndose a su alrededor hasta el presente año. Los otros dos indicadores se refieren a **peso al nacer**: los nacimientos con bajo peso se ha mantenido por encima de 6% y por debajo de 7% y el peso insuficiente ha estado entre 21% y el 23% sin tendencia marcada desde 1980.

Estas cifras se complementan con las del **cuadro 72**, en el que se distribuyen los partos y abortos atendidos desde 1987 según número de **consultas prenatales** recibidas por la madre y otorgada por un **profesional**. La distribución de los partos y abortos por **personal que los atendió** muestra una proporción atendida por Médico de 50,9% en 1987 que se ha ido reduciendo hasta 39,9% en 2004 y tiene un aumento apenas perceptible para 2005 y 2006; mientras tanto las atenciones por Obstétrica aumentaron constantemente hasta llegar al 52%.

Además, la proporción de embarazadas con parto o aborto en el hospital sin haber recibido **atención prenatal** (cero consultas) era de 50% en 1992 y disminuyó considerablemente para el 2006 a 13,5%, con incrementos notorios en las embarazadas con 1 consulta, 7 u 8 consultas y especialmente con 9 y más consultas prenatales.

La distribución de la atención prenatal por región en 1998, 2003-2006 se encuentran en el **cuadro 73**, notándose una mejoría en las regiones Pacífico Central y Chorotega que en 1998 tenía más del 60% de embarazadas con 0 consultas prenatales y en 2006 estos porcentajes bajaron notablemente alrededor del 15%, aumentando así los porcentajes a 40% para las mujeres que reciben entre 4 y 8 consultas.

Las embarazadas extranjeras o de residencia desconocida representaban un 87,90% sin atención prenatal y en 2006 la proporción se redujo a 37,00% y el 27,70 % recibió entre 4 y 8 consultas prenatales.

La distribución de las embarazadas según edad y condición de pago se encuentra en el **cuadro 74a**; donde se observa que el 18,15% en el año 2005 son embarazadas de “cuenta del Estado” o sea que no contribuyen; esta proporción se redujo a 16,02% en 2006, en tanto que las aseguradas directas son sólo 21,9% y las familiares del asegurado directo son el 38,90% para éste último año. Por otra parte, para el 2006 el 17% de los egresos por parto o abortos, son de mujeres no aseguradas.

En cuadro **74b**, se puede observar la disminución de los partos y abortos atendidos en el 2005 y 2006 bajo el seguro integral de salud (condición para las personas aseguradas) y desde luego el incremento en **No Aseguradas** “nacionales” y “extranjeras”, principalmente en el grupo de 45 y más años.

Explorando las condiciones de los recién nacidos, en el **cuadro 75** aparecen las cifras de los nacimientos ocurridos de 1999 al año 2005 clasificados por **edad de la madre y la distribución de porcentajes por el peso al nacer**. En él se nota que solo en el 2003 hubo una ligera variación en cuanto al porcentaje total de bajo peso y de peso alto al nacer, en el resto del periodo de 1999 a 2006 las condiciones de peso en los recién nacidos, en este país no han sufrido cambios significativos que se pueda destacar. La situación es diferente si se analiza la situación según edad de la madre, donde si podemos encontrar cambios un poco más visibles, por ejemplo en las adolescentes de 10 a 14 años el peso normal tuvo porcentajes entre 53,6% y 59,2%, este último lo alcanza en el año 2000, además se tiene en el grupo de edad de 45 y más, en el bajo peso el porcentaje estuvo entre 3,7% en 2005 y 13,0% en el 2004, subiendo nuevamente a 12,3% en el 2006.

Se incluye también el **cuadro 76** con los datos de **peso al nacer y cantón de residencia** en dos períodos de tiempo, 1997-1998 cuando inicio la readecuación del modelo de atención y el período más reciente 2005-2006.

Conviene subrayar que todavía en el período 2005-2006 hubo 6 cantones con más de 9% de bajo peso al nacer: Escazú, Mora, León Cortés, Alvarado, Liberia y Cañas.

Cuando la mortalidad infantil (cuadro 70) se reduce tanto como en Costa Rica, es necesario poner especial atención en la **mortalidad fetal**, por lo que, como en muchos otros el registro oficial de la mortalidad fetal es difícil y no es de buena calidad en el país, en este número hemos agregado el **cuadro 77** con los datos de partos y abortos intrahospitalarios registrados en los servicios de la CCSS y el **porcentaje** de ellos que terminó en **defunción fetal**, indicador que se calculó por provincia y cantón de residencia, para los últimos siete años. En primer lugar, es importante anotar que en general la proporción de mortalidad fetal hospitalaria esta alrededor del 12% en los seis años anteriores y para el 2006 bajo un punto porcentual.

En términos generales, llama la atención que en el 2006 la mortalidad fetal hospitalaria es mayor del 13% en tres cantones de la provincia de San José: Puriscal, Santa Ana y Acosta; existe un cantón particular que disminuyó considerablemente, Turrubares cambió favorablemente a 7% en el 2006. En la provincia de Alajuela la mortalidad fetal más alta se da en San Mateo y Atenas, con una mortalidad alrededor del 13%. De la provincia de Cartago llaman la atención los cantones de La Unión y Jiménez. Siguen preocupando los cantones de Santa Cruz y Carrillo en la provincia de Guanacaste con 16,26% y 15% respectivamente, lo mismo sucede con San Isidro de Heredia que tiene 15% de mortalidad fetal hospitalaria. Alta mortalidad fetal se presenta en los cantones de Garabito y Osa de la provincia de Puntarenas.

Se incluye el **cuadro 78** con las **defunciones maternas** ocurridas en los hospitales de la CCSS.; como las cifras son tan pequeñas, es difícil establecer una tendencia, sólo se puede

decir que desde 1998 la cifra absoluta se mantiene por debajo de 20 defunciones maternas. Se destaca por su incremento el Hospital México, que atienden los embarazos con mayor riesgo y los partos con mayores complicaciones, en el Hospital Escalante Pradilla también es notoria su situación que ya antes había sucedido en el 2003.

Un factor asociado a la reducción de la fecundidad podría ser la **esterilización quirúrgica**, que se puso al alcance de la población recientemente y que se incremento a partir del periodo 2000-2001; en el **cuadro 79** aparecen las tasas de esterilización según sexo por 100 habitantes, en los años 1994 -1995 en el grupo de mujeres de 30-34 años es donde con mayor frecuencia se ha presentado este procedimiento con 6,5 esterilizaciones al año por cada 100 mujeres, seguido por el grupo de 25 a 29 años con 5,4 esterilizaciones en 2002-2003; en 2004-2005 se registra una reducción para las mujeres en todas las edades, la cual sugiere que se deshizo la demanda que se acumuló cuando este procedimiento estuvo suspendido.