

**INFORME Nro. DFOE-SOC-IF-26-2015**  
**21 de enero, 2016**

**DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA**

**ÁREA DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

**INFORME DE LA AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICIENCIA  
Y EFICACIA DE LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA  
EXTERNA-MEDICINA GENERAL EN EL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE  
DE SEGURO SOCIAL**

**2015**

## CONTENIDO

### Página nro.

#### RESUMEN EJECUTIVO

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
ORIGEN DE LA AUDITORÍA.....	1
OBJETIVO.....	1
NATURALEZA Y ALCANCE.....	1
GENERALIDADES.....	2
METODOLOGÍA APLICADA.....	4
PERCEPCIÓN DEL USUARIO RESPECTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	6
COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA .....	7
<b>2 RESULTADOS .....</b>	<b>8</b>
EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ....	8
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD NO SE HA FORTALECIDO FINANCIERAMENTE DE MANERA SIGNIFICATIVA .....	8
DETERIORO DE LA EFICIENCIA DEL SERVICIO DE CONSULTA MÉDICA QUE BRINDAN LAS ÁREAS DE SALUD .....	11
EL PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA EN LAS ÁREAS DE SALUD NO ALCANZA EL PARÁMETRO INSTITUCIONAL .....	14
EFICACIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	16
POBLACIÓN ASIGNADA A EBAIS SUPERA LOS PARÁMETROS INSTITUCIONALES DE COBERTURA Y AFECTA LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	16
ASPECTOS QUE INCIDEN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	19
DEBILIDADES EN EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN QUE SE REALIZA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	19
LOS ESFUERZOS EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD NO RESULTAN SUFICIENTES .....	22
<b>3. CONCLUSIONES .....</b>	<b>24</b>
<b>4. DISPOSICIONES.....</b>	<b>26</b>
A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN ESOS CARGOS .....	26
A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU CALIDAD DE GERENTE DE LA GERENCIA MÉDICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.....	27
AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE GERENTE FINANCIERO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO.....	27

CONSIDERACIONES FINALES .....	28
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO NRO. 1 OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME .....	31
ANEXO NRO. 2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA .....	34
ANEXO NRO. 3 GLOSARIO.....	35
<b>CUADROS</b>	
CUADRO NRO. 1 DETALLE DE EBAIS CON POBLACIÓN ASIGNADA CON MÁS DE 4.000 HABITANTES.....	17
<b>FIGURAS</b>	
FIGURA NRO. 1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	3
FIGURA NRO. 2 ORGANIZACIÓN ÁREAS DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	4
FIGURA NRO. 3 SEMAFORIZACIÓN.....	6
<b>GRÁFICOS</b>	
GRÁFICO NRO. 1 PORCENTAJE DISTRIBUCIÓN GASTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN.....	9
GRÁFICO NRO. 2 CRECIMIENTO ANUAL DE LOS GASTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN.....	10
GRÁFICO NRO. 3 COMPORTAMIENTO DEL GASTO Y LAS CONSULTAS EN MEDICINA GENERAL.....	12
GRÁFICO NRO. 4 PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA.....	15

## **INFORME Nro. DFOE-SOC-IF-26-2015**

### **RESUMEN EJECUTIVO**

#### ***¿Qué examinamos?***

*La auditoría evaluó la eficacia y eficiencia en la prestación del servicio de consulta externa-medicina general en el Primer Nivel de Atención, brindado por la CCSS, con el fin de propiciar mejorar en componentes de ese servicio, por medio del análisis de indicadores de eficiencia, eficacia del servicio y la satisfacción percibida por el usuario.*

#### ***¿Por qué es importante?***

*La Reforma del Sector Salud, cuyos objetivos primordiales estaban relacionados con el aumento de la capacidad institucional, que pretendió rediseñar la organización y funcionamiento del sistema de salud, impulsó un modelo de atención para poner énfasis en la atención primaria. Estos objetivos se enmarcaron en los principios orientadores de universalidad, equidad y solidaridad del Modelo de la Seguridad Social y entre los principales ejes se destacó la necesidad de canalizar una mayor proporción de los recursos hacia las acciones de salud preventiva y promoción de estilos de vida saludables en la población, que disminuyeran la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, redujeran la demanda por servicios de atención de la salud en el Segundo y Tercer Nivel de Atención y abarataran los costos del sistema de salud, de allí que resulta de especial relevancia para este Órgano Contralor valorar esta temática.*

#### ***¿Qué encontramos?***

*Una vez concluida la presente auditoría, esta Contraloría General determinó que los recursos asignados al Primer Nivel de Atención, durante los últimos diez años, han sido en promedio menores con respecto al Segundo y Tercer Nivel de atención, situación que va en dirección contraria respecto de lo que se pretendía en la Reforma del Sector, en el sentido de permitir una mayor capacidad resolutive de este Primer Nivel y reducir la demanda por servicios en el Segundo y Tercer nivel, y por ende, abaratar los costos del sistema de salud en su integralidad.*

*A mayor detalle, se tiene que el indicador aplicado por este Órgano Contralor arrojó que en promedio el Primer Nivel de Atención ha tenido una participación del 27% de total de los recursos disponibles para el período 2005-2014, en tanto el Segundo Nivel de Atención mantiene en promedio una participación mayor del 36% y el Tercer Nivel de Atención mantiene la mayor asignación de los recursos con un 40%, aunque con una tendencia a la baja en el 2014 del 37%.*

*A su vez se encontró que, el servicio de consulta médica que brindan las Áreas de Salud mostró un deterioro de la eficiencia, reflejado por un aumento real del costo por consulta en la atención del Primer Nivel de un 62%, al cabo de los últimos diez años.*

*Por su parte, el indicador relacionado con el "Promedio de consultas por hora en las Áreas de Salud", arrojó resultados que no alcanzan los parámetros institucionales establecidos, de cinco pacientes por hora atendidos en consulta externa, ni con el emitido en el 2014 como medida temporal para aquellos EBAIS que utilizan al 100% el módulo Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) del EDUS, el cual establece atender como mínimo cuatro pacientes por hora, debido a que el promedio máximo alcanzado por las Áreas de Salud, para los últimos diez años, en conjunto, fue de 3,78 consultas por hora realizadas, con una tendencia de las Áreas de Salud, de disminuir las consultas programadas y utilizadas en los últimos tres años.*

*Respecto del indicador “Porcentaje de EBAIS conformados con 4.000 habitantes o menos”, de acuerdo con el lineamiento estratégico institucional que señala como parámetro una relación máxima de 4.000 habitantes por EBAIS, se evidenció que de los 1.019 EBAIS conformados al 31 de diciembre del 2014, sólo el 39% tiene asignada una población igual o inferior al criterio indicado, mientras que el restante 61% lo supera, o sea, 624 EBAIS, mantienen poblaciones asignadas que van desde los 4.000 y hasta los 21.637 habitantes.*

*Por otra parte, el indicador denominado “Cantidad de habitantes por médico general en función clínica dedicado a la atención de la consulta externa-medicina general”, en donde se consideró como parámetro, el que deba existir un médico general por cada 4.000 habitantes como máximo, mostró que existe una relación de 4.684 habitantes en promedio por cada médico general en los EBAIS conformados al 2014.*

*Además se determinaron, debilidades en el proceso de seguimiento y evaluación de la gestión que se realizan en el Primer Nivel de Atención de la Salud, debido a que el proceso se sustenta en diferentes herramientas o informes que resultan ser esfuerzos individualizados, que no responden a un proceso interrelacionado de información y sus resultados no se constituyen en insumos que permitan tener una visión global y adecuada de los problemas que aquejan el servicio, para sustentar la toma de decisiones y mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión.*

*Por otra parte, considera esta Contraloría General que los esfuerzos realizados por la CCSS en materia de promoción de la salud no resultan suficientes, ya que los resultados evidenciaron que aproximadamente el 80% de las Áreas de Salud analizadas, programan actividades de promoción de la salud a menos del 1% de su población adscrita.*

*Destacar que para efectos de la presente auditoría esta Contraloría General realizó una encuesta a los usuarios del servicio en distintos EBAIS ubicados en todas las regiones del país, en cuyo caso, en términos generales los resultados obtenidos indican que la percepción de los usuarios en la mayoría de los aspectos consultados alcanzan porcentajes que se ubican en el rango de “No cumple”, en especial los referidos con el acceso para conseguir citas y la participación en actividades de promoción de la salud.*

*En conclusión, es criterio de esta Contraloría General, que las debilidades encontradas y señaladas dentro del presente informe le restan eficiencia y eficacia a la prestación del servicio de consulta externa-medicina general en el Primer Nivel de Atención, brindado por la CCSS, y por ende, éstas se constituyen en importantes oportunidades de mejora que de implementarse van a generar un efecto positivo en los servicios que reciben los usuarios dentro del Primer Nivel de Atención de la CCSS.*

### **¿Qué sigue?**

*Dadas las debilidades encontradas se emiten una serie de disposiciones dentro de las cuales cabe destacar que, se defina e incluya en la planificación institucional de mediano y largo plazo, acciones concretas para fortalecer financieramente el Primer Nivel de Atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector Salud.*

**INFORME Nro. DFOE -SOC-IF-26-2015**

**DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA**

**ÁREA DE FISCALIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES**

**INFORME DE LA AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICIENCIA  
Y EFICACIA DE LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA  
EXTERNA-MEDICINA GENERAL EN EL PRIMER NIVEL DE  
ATENCIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE  
DE SEGURO SOCIAL**

**1. INTRODUCCIÓN**

**ORIGEN DE LA AUDITORÍA**

- 1.1. La Contraloría General considera de especial relevancia evaluar la eficacia y eficiencia del servicio de consulta externa-medicina general en el Primer Nivel de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), pues este representa la puerta de entrada a los servicios de salud del país. Además, desde la óptica del usuario, existe una demanda constante por servicios de salud más eficientes, eficaces y oportunos, lo cual representa un reto para la institución prestadora de tales servicios, ante una realidad cada vez más compleja, por la variabilidad de los riesgos que enfrenta la población en materia de salud.

**OBJETIVO**

- 1.2. El objetivo de la auditoría fue evaluar la eficacia y eficiencia en la prestación del servicio de consulta externa-medicina general en el Primer Nivel de Atención.

**NATURALEZA Y ALCANCE**

- 1.3. El presente estudio constituyó una Auditoría Operativa sobre la eficiencia y eficacia del servicio que presta la CCSS en el Primer Nivel de Atención de la Salud y comprendió el examen de los procesos institucionales relacionados con la prestación del servicio de consulta externa-medicina general, en ese Primer Nivel de Atención; además comprendió el análisis de datos estadísticos, reglamentos, manuales de operación, normativa y otra documentación atinente, así como la consulta directa a los usuarios del servicio sobre la percepción que tienen del mismo.
- 1.4. La revisión de las operaciones abarcó el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2014 y se extendió en aquellos casos en los que se consideró pertinente.

- 1.5. La auditoría se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público y el Manual General de Fiscalización Integral, entre otra normativa atinente.

#### **GENERALIDADES**

- 1.6. La Ley General de Salud<sup>1</sup> establece en el artículo 3 el derecho que todo habitante tiene a las prestaciones de salud; asimismo, la Ley General de la Administración Pública<sup>2</sup>, en su artículo 4, señala que la actividad de los entes públicos deberá estar sujeta en su conjunto a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar su continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen, y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios.
- 1.7. Además, con la REFORMA DEL SECTOR SALUD<sup>3</sup>, cuyos objetivos primordiales estaban relacionados con el aumento de la capacidad institucional, se pretendió rediseñar la organización y funcionamiento del sistema de salud y se impulsó un modelo de atención para poner énfasis en la atención primaria. Estos objetivos se enmarcaron en los principios orientadores de universalidad, equidad y solidaridad del Modelo de la Seguridad Social.
- 1.8. Entre los principales ejes de la Reforma se destacó la necesidad de canalizar una mayor proporción de los recursos hacia las acciones de salud preventiva y promoción de estilos de vida saludables en la población, que disminuyeran la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, redujeran la demanda por servicios de atención de la salud en el Segundo y Tercer Nivel de Atención y abarataran los costos del sistema de salud. Además, la redefinición del Modelo de Atención de la Salud debía comprender, entre otras cosas, "...controles de calidad con satisfacción de los pacientes y asistencia técnica para los EBAIS" (Miranda, 2008, p.363).
- 1.9. La Reforma también incluía un modelo de evaluación basado en compromisos de gestión, para mejorar la eficiencia y disminuir el crecimiento sustancial en los costos de los servicios de consulta externa, cirugías y tratamientos en los hospitales y clínicas de la CCSS. Actualmente, la evaluación de la producción que lleva a cabo la CCSS en relación con los servicios que se prestan en el Primer Nivel de Atención, se realiza mediante el instrumento denominado "Plan-Presupuesto" que comprende indicadores de gestión de los distintos programas de atención integral que se brindan y permite evaluar tanto a las áreas que son administradas por la propia

---

<sup>1</sup> Ley nro. 5395, Ley General de Salud. Publicada en La Gaceta nro. 222 del 24 de noviembre de 1973. Alcance 172.

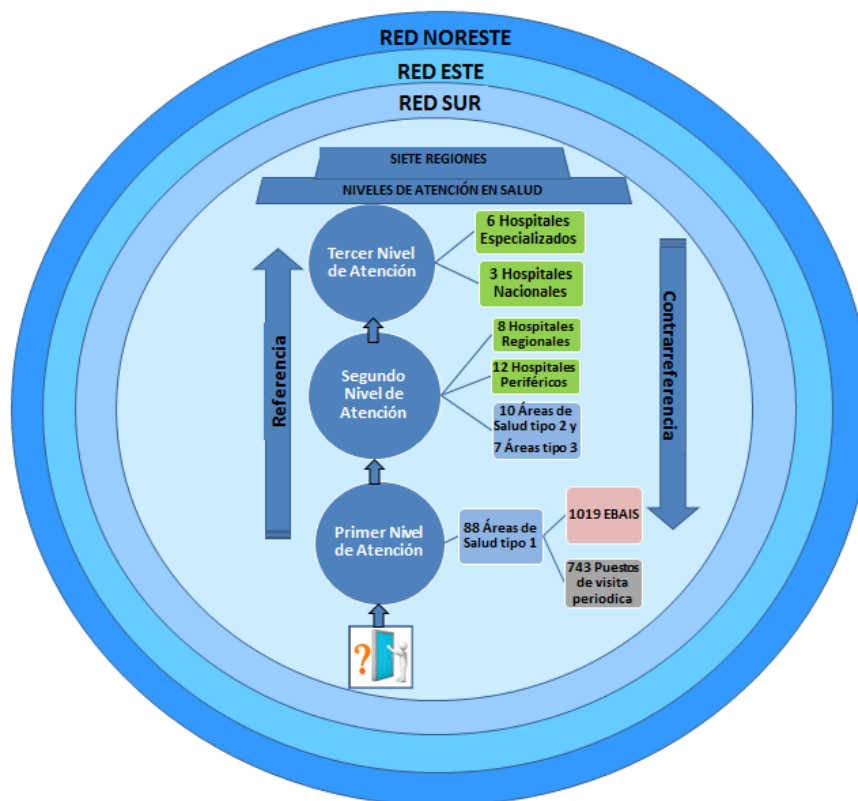
<sup>2</sup> Ley nro. 6227, Ley General de la Administración Pública, del 2 de mayo de 1978.

<sup>3</sup> Ley nro. 7441, Préstamo del BIRF para Proyecto Reforma del Sector Salud. La Gaceta nro. 216 del 14 de noviembre de 1994. Alcance 29.

institución, como aquellas gestionadas por proveedores externos, tales como cooperativas, universidades y asociaciones.

- 1.10. Respecto de la prestación de los servicios, la CCSS cuenta con tres Redes de Servicios de Salud<sup>4</sup>, las que operan en tres niveles de atención, mediante un mecanismo de referencia y contra-referencia entre los distintos establecimientos de salud, como se muestra en la siguiente figura:

**Figura nro. 1**  
**Estructura organizativa de los servicios de salud**



**Fuente:** Elaboración propia con base en información suministrada por la Dirección de Proyección de los Servicios de Salud-Área de Análisis de Proyección de Servicios de Salud-CCSS.

**Figura nro. 2**  
**Organización Áreas de Salud**

<sup>4</sup> Red Sur (comprende: Región Central Sur, Región Brunca), Red Este (comprende: Región Central Norte y Región Huetar Atlántica) y Red Noreste (comprende: Región Central Norte, Región Chorotega y Región Pacífico Central).



- 1.11. Cada Red a su vez, está compuesta por establecimientos del Primer Nivel de Atención, en el cual se centró el presente estudio, con sus respectivas Áreas de Salud, conformadas por EBAIS y Puestos de Visita Periódica. Cabe indicar, que dentro de los servicios que presta este Nivel, se encuentra la “Atención Médica General” que se brinda en cinco escenarios: comunitario, familiar, escolar, laboral y de servicios de salud. Las consultas en la Atención Ambulatoria del Primer Nivel de Atención, comprenden los programas de Atención Integral en Niños y Niñas Menores de 10 años, Adolescentes de 10 a Menos de 20 años, Hombre y la Mujer Adulta de 20 a Menos de 65 años, Población Indígena, entre otras actividades especiales como por ejemplo la Mujer Adulta, Odontología y Apoyo a la Red Oncológica, según las características de cada establecimiento de Salud y la población.



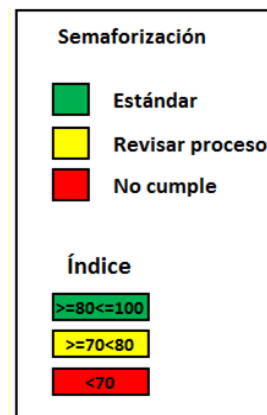
#### **METODOLOGÍA APLICADA**

- 1.12. La auditoría comprendió el estudio en tres áreas relacionadas con la eficiencia en el uso de los recursos; a saber, la producción de los servicios, su cobertura y la satisfacción del usuario respecto de los servicios que se prestan en el Primer Nivel de Atención.
- 1.13. Se analizaron las herramientas de planificación denominadas Plan-Presupuesto, elaboradas por las Áreas de Salud y los informes de evaluación preparados por las Direcciones Regionales, el Plan Táctico de la Gerencia Médica, los planes institucionales y estratégicos, así como también los planes nacionales de desarrollo de los últimos años.
- 1.14. La eficiencia en la gestión en relación con los recursos asignados al Primer Nivel de Atención, se determinó mediante el análisis del indicador “Porcentaje de gasto dedicado al Primer Nivel de Atención”, que comparó el comportamiento de los gastos en los últimos diez años, entre los tres Niveles de Atención. Asimismo, comprendió el examen de variables relacionadas con el comportamiento del costo promedio por consulta externa y la producción de la atención de la consulta externa.
- 1.15. La eficacia del servicio en materia de cobertura, se analizó mediante el indicador “Porcentaje de EBAIS conformados con 4.000 habitantes o menos”, que comprendió las variables relacionadas con el número de EBAIS conformados y la población asignada, de acuerdo con el lineamiento estratégico institucional que señala como parámetro una relación de 4.000 habitantes por EBAIS. Además, se consideró

también como parámetro, el que deba existir un médico general por cada 4.000 habitantes como máximo.

- 1.16. Asimismo, se realizó un cuestionario a todos los directores de las Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención, para obtener información respecto de las situaciones que se presentan en la gestión de las operaciones, relacionadas con la productividad para la prestación del servicio, coberturas, entre otras, respecto de la evaluación, actividades, con el propósito de tener una mejor comprensión en el análisis del tema en estudio.
- 1.17. Para el análisis de la satisfacción del usuario, se establecieron indicadores relacionados con los servicios brindados por el médico del EBAIS, por el personal de apoyo, el tiempo de espera para ser atendidos y el utilizado por el médico general, para la consulta del paciente, como también otros relacionados con la cercanía del EBAIS y el acceso para la obtención de citas.
- 1.18. Al respecto, se diseñó y aplicó una encuesta de percepción de satisfacción del servicio en el Primer Nivel de Atención de la Salud, lo que permitió conocer el sentir de los usuarios durante su atención en los EBAIS. Las encuestas se aplicaron en algunos EBAIS concentrados en las Áreas de Salud y otros EBAIS desconcentrados, para las siete regiones de la CCSS; a saber, Central Sur, Brunca, Central Pacífico, Central Norte, Chorotega, Huetar Norte y Huetar Atlántica. Dentro del grupo de Áreas de Salud y EBAIS, se evaluaron tanto los que son administrados por la CCSS, como también algunos gestionados por terceros.

**Figura nro. 3**



1.19. Para calificar los resultados obtenidos en la encuesta, se estableció una “semafización” con rangos porcentuales según las respuestas afirmativas obtenidas, respecto de la percepción que tienen los usuarios entrevistados en relación con los servicios que se prestan y otros relacionados con el acceso, lo que permitiría señalar que el servicio es considerado como “Estándar” si el porcentaje de usuarios contestó satisfactoriamente entre el 100% y el 80% a la pregunta, si las respuestas alcanzaron menos del 80% y hasta 70% se considera “Revisar proceso” y si los usuarios contestaron afirmativamente menos del 70% se considera que “No cumple”.

#### **PERCEPCIÓN DEL USUARIO RESPECTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

- 1.20. Como se observa en el Anexo nro. 2, los resultados de la encuesta permitieron conocer la percepción de los usuarios respecto de algunos de los servicios que se prestan en el Primer Nivel de Atención relacionados con actividades de promoción de la salud, acceso a los servicios, atención médica y de otro personal, como también la interrelación con los siguientes niveles de atención, entre otros aspectos que se consideraron de importancia.
- 1.21. De acuerdo con la calificación que se estableció para las respuestas obtenidas, como se comentó en el punto 1.19 del presente informe, se distinguen tres grupos de respuestas afirmativas.
- 1.22. El primer grupo de respuestas, que los usuarios consideraron como “Estándar” los servicios que se prestan, son la “cercanía del EBAIS” con el 87%, la “atención del personal administrativo” con el 84%, el “estado de las instalaciones” con el 83% y la “atención del médico” con el 82%, situación que permite señalar que dichos servicios tienen la mejor percepción de los usuarios.
- 1.23. En relación con el indicador “obtiene cita cuando la solicita” las respuestas afirmativas de los usuarios alcanzaron el 78%, rango que de acuerdo con la escala de valores indicada anteriormente, podría ser indicativo de que la CCSS debe “Revisar el proceso”. Sobre este tema, la principal queja de los usuarios es que deben hacer fila desde las 4:30 a.m. en promedio, para obtener la cita y si no la obtienen acuden al servicio de emergencia, lo que conlleva a su saturación.

- 1.24. Asimismo, las respuestas afirmativas en relación con el “tiempo utilizado por el médico” en consulta general alcanzó el 77% y las obtenidas en relación con la “atención del especialista” fue de un 74%, cuando el usuario es referido al Segundo Nivel de Atención. Estos indicadores también se ubican en el rango “Revisar el proceso”.
- 1.25. El tercer grupo constituye el mayor número de los aspectos consultados, que el usuario catalogó de “No cumple” con el proceso, a saber la “satisfacción en la obtención de citas” que alcanzó el 67%, la “referencia a otro nivel” de atención fue de 57%, la “oportunidad en la referencia” el 58%, si “conoce actividades de promoción” el 56%, el “tiempo de espera para ser atendido” el 54%, si “conoce otros medios para sacar cita” el 52% y los más bajos porcentajes fueron alcanzados por los aspectos de si “conoce la Contraloría de Servicios” con 27%, si “utiliza otros medios para sacar cita” con el 23% y finalmente si “ha asistido a alguna actividad de promoción” con el 15%.
- 1.26. Los resultados permiten señalar que la percepción de los usuarios en la mayoría de los aspectos consultados alcanzan porcentajes que se ubican en el rango de “No cumple”, lo cual bajo la lógica de que los servicios deben procurar satisfacer las necesidades y expectativas de esos usuarios, se convierte en una señal de alerta que justifica el análisis de la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención.

#### **COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA**

- 1.27. La comunicación preliminar de los resultados de la auditoría se efectuó por medio del oficio nro. 212 (DFOE-SOC-0017) del 08 de enero de 2016, con el cual se hizo entrega del borrador del presente informe a la Presidenta Ejecutiva en un disco compacto, para que en el plazo de cuatro días hábiles formulara y remitiera a esta Área de Fiscalización las observaciones pertinentes sobre su contenido con el sustento documental correspondiente.
- 1.28. Mediante oficio nro. PE-0104-2016 del 14 de enero del 2016 (NI 1155), la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la CCSS, planteó las observaciones cuyo detalle y análisis por parte de la Contraloría General se presenta en el Anexo nro. 1 a este documento.

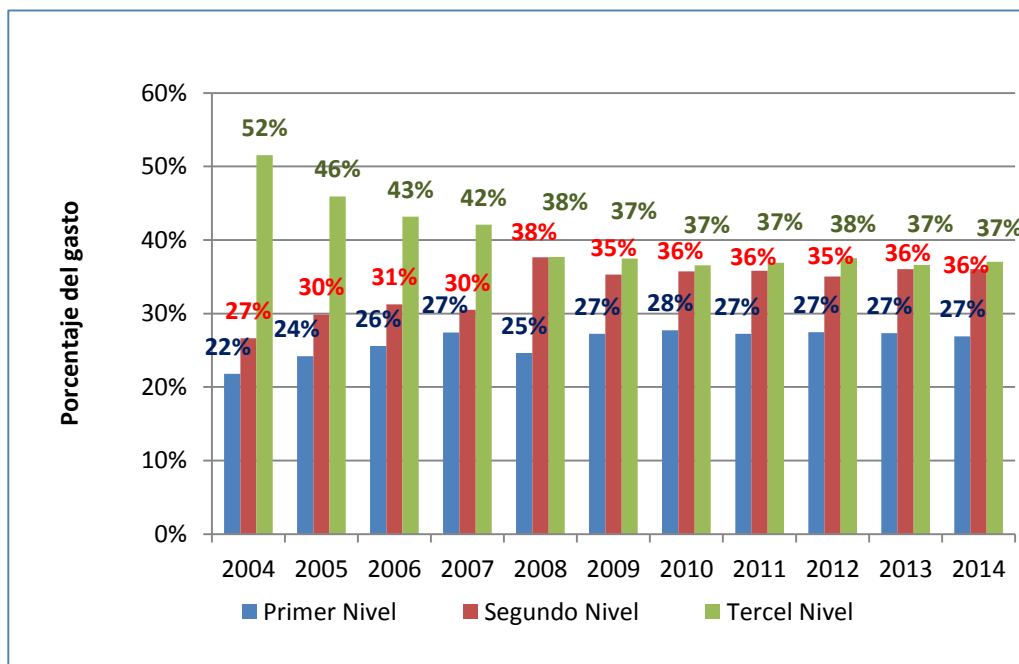
## 2 RESULTADOS

### EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

#### **El Primer Nivel de Atención de la Salud no se ha fortalecido financieramente de manera significativa**

- 2.1. Entre los principales ejes de la REFORMA DEL SECTOR SALUD (Ayala, Carvajal, Fonseca, Guzmán y Marín, 1993) se destacó la necesidad de canalizar una mayor proporción de los recursos disponibles hacia el Primer Nivel de Atención, para fortalecer gradualmente las acciones de salud preventiva y promoción de estilos de vida saludables en la población, de manera que disminuyera la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Así, dicha Reforma propuso otorgar una mayor capacidad resolutoria a ese Primer Nivel de Atención, para reducir la demanda por servicios en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, pero más allá de esto, lo más importante es que se planteaba con los esfuerzos de promoción de salud y prevención de la enfermedad, reducir la dependencia de la medicina correctiva para abaratar así los costos del sistema de salud en su integralidad.
- 2.2. En esa lógica, surge como indicador de eficiencia para medir el cumplimiento de tales objetivos, el porcentaje de los recursos totales del Seguro de Salud que anualmente se destinan al Primer Nivel de Atención. De acuerdo con los resultados obtenidos del análisis realizado, en términos absolutos, el comportamiento del indicador “Porcentaje de gasto dedicado al Primer Nivel de Atención”, revela que no se le ha dado un fortalecimiento significativo al Primer Nivel de Atención con respecto a los otros niveles, como lo pretendía la Reforma del Sector, según se muestra en el siguiente gráfico:

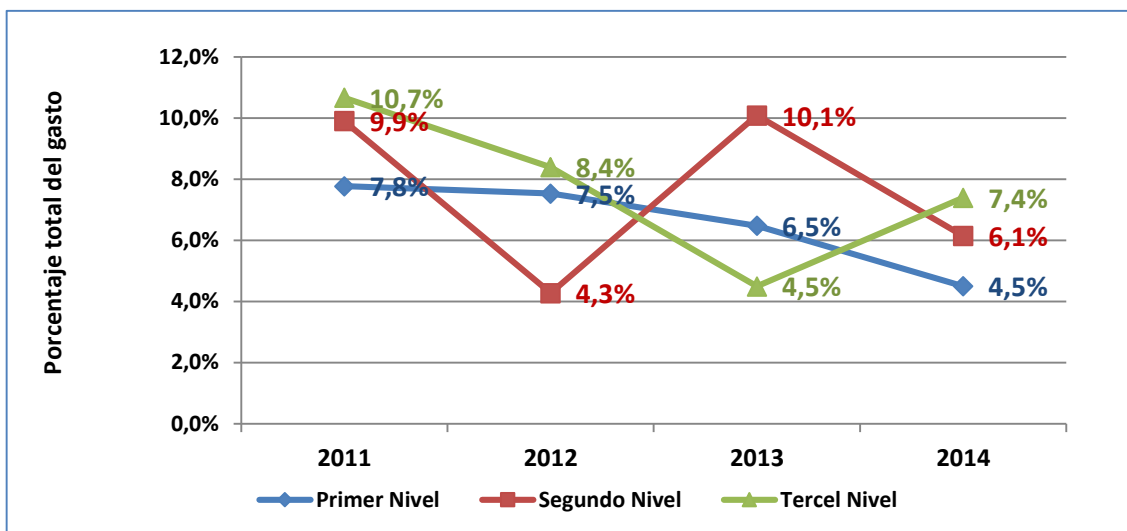
**Gráfico nro. 1**  
**Porcentaje distribución gastos por nivel de atención**  
**Periodo 2004-2014**



**Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Presupuesto aportados mediante Oficio DP-280-2015-(NI 29753)**

- 2.3. Según se extrae del gráfico anterior, el Primer Nivel de Atención presentó en promedio una participación en la asignación de los recursos del 26% y a partir del año 2009 una participación sostenida del 27%, con excepción del año 2010 con un 28%, mientras que el Segundo Nivel de Atención registró en promedio una participación mayor con 34% y en los años 2013 y 2014 aumentó al 36%. Finalmente, el Tercer Nivel de Atención mantiene en promedio la mayor asignación de los recursos con el 40%, aunque con una tendencia a la baja ya que el año 2004 fue del 52% y al 2014 presentó una baja sustancial con un 37%.
- 2.4. Asimismo, en los últimos cinco años el Primer Nivel de Atención en términos relativos presentó una disminución en el crecimiento de su participación porcentual con respecto al gasto total del Seguro de Salud, de manera sostenida, como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico nro. 2**  
**Crecimiento anual de los gastos por nivel de atención**  
**Periodo 2005-2014**



**Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Presupuesto aportados mediante Oficio DP-280-2015-CCSS.**

- 2.5. Sobre este tema, la Administración indicó<sup>5</sup> que la CCSS ha procurado fortalecer el Primer Nivel de Atención y ello se demuestra con la emisión de la Política Presupuestaria del ejercicio 1999, en donde se había indicado como actividad prioritaria de interés institucional el dotar de recursos a las Áreas de Salud o EBAIS rezagados, especialmente de zona rural, así como la mejora en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; no obstante, fue hasta la emisión de las Políticas del 2014-2015 y 2016-2017, cuando se dan lineamientos tendentes a brindar un fortalecimiento gradual al Primer Nivel de Atención.
- 2.6. A pesar de la existencia de estas políticas, los resultados obtenidos en el presente estudio son claros al mostrar que desde la promulgación de la Reforma del Sector Salud, materializada mediante la aprobación y emisión de la Ley nro. 7441, las autoridades de la CCSS han sido omisas en la adopción de acciones concretas, claras y sostenidas para fortalecer gradualmente el Primer Nivel de Atención.
- 2.7. Lo anterior, se denota también en la no existencia de un seguimiento periódico que permita evaluar los avances obtenidos respecto del cumplimiento de los objetivos planteados en dicha Reforma, lo que ha impedido retroalimentar el proceso de planificación institucional y mejorar la metodología empleada en la asignación de los recursos del SEM, de ahí que se continúen aplicando procesos basados en el gasto histórico y en el comportamiento del gasto, sin que se consideren otros criterios,

<sup>5</sup> Oficio DP-280-2015 del 29 de octubre de 2015-CCSS.

como la necesidad de fortalecer financieramente el Primer Nivel de Atención para avanzar hacia un sistema de salud a nivel nacional, más eficiente y sostenible financieramente.

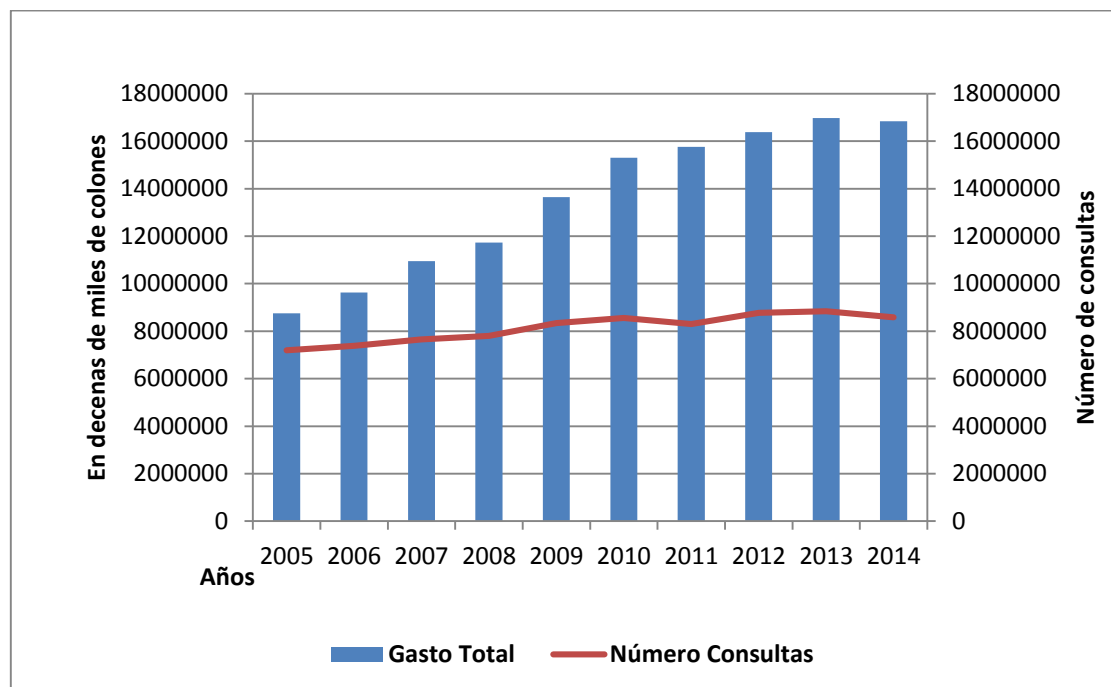
- 2.8. Al respecto la Norma 4.5.1 de las Normas de Control Interno, señala que el jerarca y los titulares subordinados, según sus competencias, deben ejercer una supervisión constante sobre el desarrollo de la gestión institucional y la observancia de las regulaciones atinentes al Sistema de Control Interno, así como emprender las acciones necesarias para la consecución de los objetivos.
- 2.9. Cabe indicar, que en la Resolución CE132.R5 del 44° Consejo Directivo: 55ª Sesión del Comité Regional (OPS/OMS, 2003), se resolvió solicitar a los Estados Miembros, entre otras cosas, velar porque “el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las desigualdades en salud” y “renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud” (p. 2).

#### **Deterioro de la eficiencia del servicio de consulta médica que brindan las Áreas de Salud**

- 2.10. El análisis del indicador “Promedio del costo del servicio por consulta externa en las Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención”, mostró que en los últimos diez años, las Áreas de Salud han experimentado un incremento importante de los recursos que gastan con respecto al número de consultas que brindan, ya que se determinó que el crecimiento en términos reales en el gasto total fue de 93%; es decir, en el 2014 se gastó casi el doble de la cantidad correspondiente al 2005, mientras que el total de consultas aumentó sólo un 19%, lo cual incidió en el aumento real del costo por consulta en la atención del Primer Nivel en un 62%, como se observa en el siguiente gráfico:



**Gráfico nro. 3**  
**Comportamiento del gasto y las consultas en medicina general**  
**Periodo 2005-2014**



**Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por el Área de Contabilidad de Costos de la CCSS.**

2.11. Cabe señalar, que de acuerdo con el Área de Contabilidad de Costos de la CCSS, el costo por consulta externa, se obtiene a partir del monto del gasto que presenta cada Área de Salud, de acuerdo con el “Estado Mensual de Gastos Acumulados a Diciembre” -que emite la Dirección de Presupuesto-, entre el número de consultas externas, que reporta el Área de Estadísticas de Salud cada año, para cada Área de Salud, resultado que se denomina “costo por consulta externa”. Lo anterior, por cuanto el sistema de costos que utiliza la CCSS, solo comprende los 29 hospitales existentes y diez Áreas de Salud denominadas “clínicas mayores” y no las Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención.

2.12. Los resultados permiten señalar, que el crecimiento de la producción resulta mínimo si se compara con el alto nivel de crecimiento del gasto, situación que refleja una disminución gradual en la eficiencia en la prestación del servicio, entendiendo la eficiencia como la prestación del servicio al menor costo posible. Cabe indicar, que esta condición se agudizó en el año 2014, ya que se presentó una disminución de 1,8% en el número de consultas realizadas, o sea, 137.589 consultas de medicina general menos respecto del año 2013<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Memoria Anual 2014-CCSS.

- 2.13. Si bien el indicador utilizado en el presente análisis muestra una merma gradual de la eficiencia el Primer Nivel de Atención, resulta claro que la CCSS no ha introducido evaluaciones que permitan medir la eficiencia productiva de las Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención, mediante el uso de información de calidad que muestre los costos reales de producción en cada una de ellas; en consecuencia, no ha contado con insumos para la adecuada toma de decisiones en procura de aumentar los niveles de eficiencia de la gestión.
- 2.14. Al respecto, en el documento METODOLOGÍA DE GESTIÓN PRODUCTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (OPS, 2010), se señala que la clave del éxito de un sistema de salud y de una institución prestadora de servicios de salud eficiente y es la generación adecuada de información que permita un adecuado análisis del problema y un proceso de toma de decisiones informado. Para ello, indica que se deben incorporar cuatro pilares fundamentales, a saber: "...la PRODUCCIÓN como la expresión operativa del cumplimiento, los RECURSOS o los insumos necesarios para generar productos, la EFICIENCIA como un factor de relación de insumos y productos y los COSTOS como la expresión financiera del proceso, enmarcados todos en los objetivos institucionales y las metas de salud" (p. 28).
- 2.15. En relación con esta temática, en el documento INVENTARIO Y ANÁLISIS DE ÁREAS DE SALUD, SECTORES, EBAIS, SEDES Y PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL (CCSS, 2014) se señala, entre otras cosas, que al concebirse la estrategia de desconcentración de los EBAIS, como una forma más eficiente y oportuna de darle el servicio de salud a la población, bajo el modelo de atención integral, "...nunca se ha costeado el rubro económico de lo que esto ha significado, así como tampoco se ha evaluado si esta estrategia de EBAIS desconcentrados realmente es la forma más eficiente y oportuna de darle el servicio de salud a la población, bajo el modelo de atención integral" (p. 70).

### **El promedio de consultas por hora en las Áreas de Salud no alcanza el parámetro institucional**

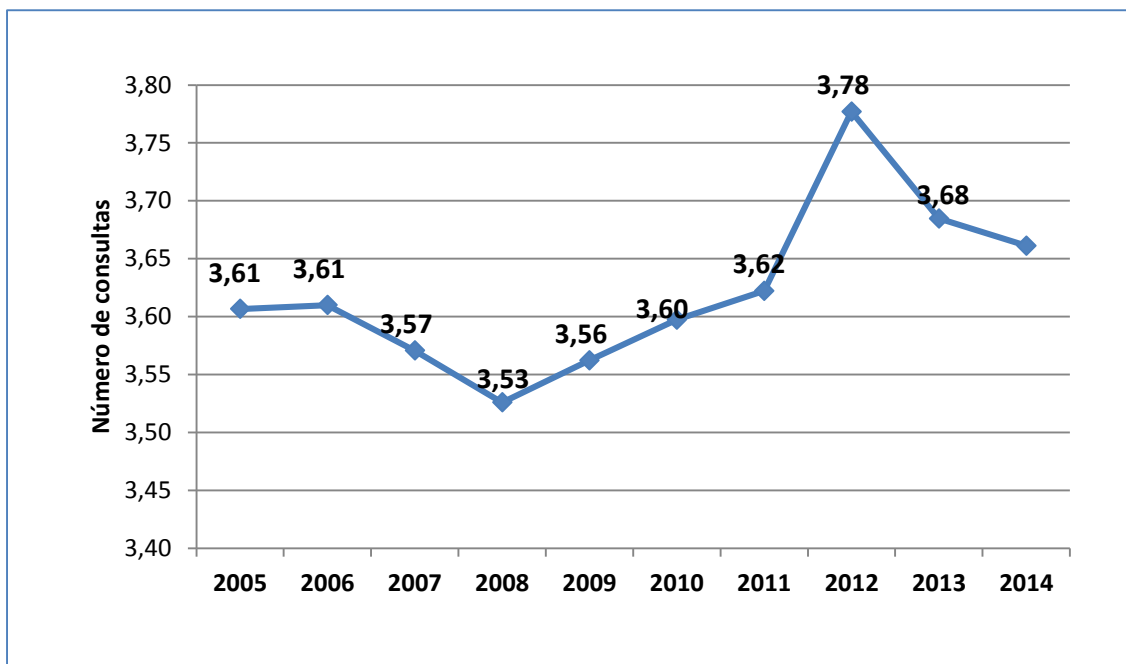
- 2.16. Un indicador relevante en el análisis de la eficiencia de la gestión de consulta externa en el Primer Nivel de Atención lo constituye el promedio de consultas por hora que brindan las Áreas de Salud. Al respecto, la CCSS desde el 2004, estableció en el artículo 108 de las "NORMAS QUE REGULAN LAS RELACIONES LABORALES, CIENTÍFICAS, ACADÉMICAS, PROFESIONALES Y SINDICALES, ENTRE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y LOS PROFESIONALES EN MEDICINA, MICROBIOLOGÍA, FARMACIA, ODONTOLOGÍA Y PSICOLOGÍA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, LA UNIÓN MÉDICA NACIONAL Y EL SINDICATO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS MÉDICAS DE LA CCSS E INSTITUCIONES AFINES"<sup>7</sup>, que se debían atender cinco pacientes por hora en consulta externa o consulta ambulatoria, considerando para ello que un paciente nuevo equivale a dos pacientes subsecuentes. Si se tiene establecido que la atención de cada paciente demora en promedio 12 minutos, lo anterior implica, por ejemplo, que en un Área de Salud se deberían de atender por hora a dos pacientes nuevos y uno subsecuente, o a un paciente nuevo y 3 pacientes subsecuentes y así sucesivamente, para cumplir con el parámetro institucional.
- 2.17. A finales del año 2014<sup>8</sup>, se emitieron directrices temporales para que aquellos EBAIS que utilizaran al 100% el módulo Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) del EDUS, pudieran atender cuatro pacientes por hora y no cinco como lo establece la Norma citada en el aparte anterior, directrices que han sido prorrogadas para el año 2015.
- 2.18. Analizada la información obtenida para cada Área de Salud, sobre las consultas por hora realizadas y promediando a nivel nacional esos resultados, se determinó que para el período 2005-2014 dicho parámetro institucional no se alcanzó, y que el promedio máximo alcanzado por las Áreas de Salud, en conjunto, fue de 3,78 consultas por hora realizadas, en el 2012, según se puede observar en el siguiente gráfico:

---

<sup>7</sup> Aprobado por la Junta Directiva en la Sesión nro. 7861 de 27 de mayo de 2004. La Gaceta nro. 129 de 2 de julio de 2004.

<sup>8</sup> Oficios GM-S-48795-14 y GM-S-49156-14 del 15 de diciembre del 2014.

**Gráfico nro. 4**  
**Promedio de consultas por hora**



**Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas de Salud de la CCSS.**

- 2.19. Aunado a lo anterior, se tiene que de acuerdo con el cuadro estadístico denominado “Total de Consultas Médicas, Promedio por Hora Programada y Utilizada según Red de Servicios y Establecimientos de Salud, CCSS”<sup>9</sup>, años 2012, 2013 y 2014 la tendencia de las Áreas de Salud, en esos últimos tres años analizados, ha sido una disminución de las consultas programadas y utilizadas.
- 2.20. Al respecto, se determinó que entre el 2012 y el 2013 el 48% de las Áreas de Salud programaron en promedio menos de cuatro consultas por hora y al 2014 las Áreas que incurrieron en este proceder pasaron a ser el 56%. Por otro lado, en relación con las horas efectivamente utilizadas, el comportamiento fue similar, debido a que entre el 2012 y el 2013 eran 56% las Áreas de Salud las que lograron aumentar el número de cuatro consultas por hora utilizadas en promedio, pero en el 2014 disminuyeron puesto que pasaron a ser solo el 45% de las Áreas.

<sup>9</sup> Cuadros estadísticos de salud No. 9 denominado: “Total de Consultas Médica, Promedio por Hora Programa y Utilizada según Red de Servicios y Establecimientos de Salud, C.C.S.S”. Años: 2012, 2013 y 2014.

- 2.21. Al respecto, los Directores de las Áreas de Salud consultados, argumentaron que en el comportamiento de este indicador afecta la asignación de tareas diferentes a la consulta externa, como por ejemplo, la participación en comisiones institucionales.
- 2.22. Un ejemplo de lo anterior, se observó en una visita que realizara esta Contraloría al Área de Salud de la Fortuna, ya que los médicos de los seis EBAIS que la conforman se encontraban en una reunión de “Consejo Ampliado”, por lo que no brindaron consulta ese día, en consecuencia los usuarios encuestados manifestaron su molestia debido a que no pudieron acceder a la consulta o tuvieron que recurrir al servicio de emergencias, lo que generó la saturación de ese servicio.
- 2.23. En síntesis, la situación comentada permite evidenciar que la institución no ha logrado, en los últimos diez años, mejorar la eficacia y la eficiencia requeridas en cuanto a la productividad de consultas, sino que contrario a lo normado, se han reducido el número de consultas, situación que repercute evidentemente en el servicio que se brinda, pues se limita la oferta y por ende no se cubre la demanda, generando la insatisfacción de los usuarios.

#### **EFICACIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

##### **Población asignada a EBAIS supera los parámetros institucionales de cobertura y afecta la calidad en la prestación del servicio**

- 2.24. Con la REFORMA DEL SECTOR SALUD (Ayala et al., 1993) que readecuó el Modelo de Atención, se estableció como parámetro un “Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS), el cual identifica el recurso mínimo a ser asignado a poblaciones de 3500-4000 habitantes” (p. 165), a efecto de asegurar la calidad del servicio a brindar. En igual forma, se estableció que “la asignación del médico general se efectúa en una relación de uno por cada 2500 a 4000 habitantes” (p. 167).
- 2.25. Asimismo, en la estrategia institucional UNA CCSS RENOVADA HACIA EL 2025 (CCSS, 2007), se planteó un reto mayor, al señalar en uno de sus lineamientos estratégicos “Incrementar gradualmente el número de EBAIS hasta llegar a alcanzar una relación promedio de uno por cada 3000 habitantes; y mejorar su dotación de recursos humanos y físicos; dando prioridad a las zonas rurales y urbano-marginales del país” (p.41).
- 2.26. A efecto de medir el cumplimiento de dichos parámetros, se utilizó el indicador denominado “Porcentaje de EBAIS conformados con 4.000 habitantes o menos”, el cual evidenció que al año 2014, la mayor parte de los EBAIS conformados de la CCSS registran una población asignada que supera el promedio de 4.000 habitantes; en concreto, de los 1.019 EBAIS conformados al 31 de diciembre del 2014, sólo un 39% tiene asignada una población igual o inferior al criterio indicado, mientras que el restante 61% lo supera.

- 2.27. En total se evidenciaron 624 EBAIS con poblaciones asignadas mayores a 4.000 habitantes, detectándose casos de Equipos Básicos con coberturas asignadas de más de 14.000 habitantes, como son los casos del EBAIS de San Antonio Centro del Área de Coronado con 21.637 habitantes asignados, y los EBAIS Central 5 y 7 del Área de Desamparados 1, con 15.113 y 14.514 habitantes, respectivamente.
- 2.28. A continuación se presenta un detalle que contiene el número de EBAIS, según la cantidad de población asignada, como se muestra en el siguiente cuadro:

**Cuadro nro. 1**  
**Detalle de EBAIS con población asignada con más de 4.000 habitantes**

<b>RANGOS DE POBLACIÓN</b>	<b>Nro. EBAIS</b>
De 10.000 a 22.000	15
De 8.000 a 10.000	27
De 6.000 a 8.000	124
De 5.000 a 6.000	169
De 4.000 a 5.000	289
<b>TOTAL</b>	<b>624</b>

**Fuente: Elaboración propia con base en información suministrada por la Dirección Actuarial y Estadística.**

- 2.29. Por otra parte, el indicador denominado “Cantidad de habitantes por médico general en función clínica dedicado a la atención de la consulta externa-medicina general”, mostró que existe una relación de 4.684 habitantes en promedio por cada médico general en los EBAIS conformados al 2014, situación que permite concluir la existencia de brechas importantes respecto del número de EBAIS y médicos generales a alcanzar, a efecto de proporcionar un mejor servicio en la atención de la población y sobre todo mejorar la accesibilidad a la demanda insatisfecha.
- 2.30. La CCSS, con el fin de organizar la prestación de los servicios de salud, divide el territorio del país en redes, regiones, áreas de adscripción directa e indirecta y en sectores; de manera que se asigna un sector geográfico a cada EBAIS para que atienda a una determinada población.
- 2.31. La organización espacial se encuentra ligada a la variable de accesibilidad de la población, por lo que si esta sufre cambios, puede dar lugar a una modificación del área de adscripción correspondiente y con ello a una re-sectorización de las Áreas de Salud; no obstante, tras el nuevo censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos en el 2011, no se ha completado el proceso de re-sectorización de las Áreas de Salud, ya que a la fecha sólo a 66 de las 104 Áreas de Salud se les

ha realizado el estudio; sin embargo, resulta evidente que la oferta del Primer Nivel de Atención no está distribuida de la manera más adecuada en términos de igualdad y equidad para toda la población.

- 2.32. Esta situación, resulta contraria al principio de equidad propuesto en el Modelo de Atención tras la citada REFORMA DEL SECTOR SALUD (Ayala et al., 1993), el cual planteaba entre sus principales propósitos: “Reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional, que puedan ser evitadas o minimizadas con la intervención del Sistema” y “Asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios” (p.122).
- 2.33. Al respecto, es importante señalar que de acuerdo con los resultados de la encuesta aplicada por este Órgano Contralor a los usuarios del Primer Nivel de Atención, sólo el 67% de ellos indicaron estar satisfechos con el acceso a la obtención de citas en los EBAIS. El resto de la población entrevistada manifestó su inconformidad principalmente porque deben de realizar filas a partir de las 4:30 a.m. en promedio para tratar de obtener una cita, lo cual no siempre se logra, condición que se corrobora en el INFORME CONSOLIDADO DE INCONFORMIDADES DE GESTIONES ANUAL (CCSS, 2014), preparado por la Dirección Institucional de Contraloría de Servicios de Salud, en el que se presenta como segunda causa de inconformidades el “acceso a citas o servicios” con un 18%.
- 2.34. Al producirse una menor accesibilidad a los servicios, se generan consecuentemente demandas insatisfechas, ya que el acceso a los servicios de salud se ven limitados, como se evidenció en la encuesta realizada por esta Contraloría General a los usuarios, donde el 27% de los encuestados indicaron que ante la falta de cupos para citas, acudían a los servicios de emergencias del Segundo y Tercer Nivel de Atención, lo que implica un servicio menos eficiente, debido a que los costos por los servicios prestados en esos niveles son mucho mayores.
- 2.35. En suma, la CCSS no ha logrado cubrir la brecha de EBAIS conforme la estrategia institucional, ni ha traducido esas estrategias en acciones que permitan establecer la cantidad adecuada de población a cubrir por EBAIS acorde con la demanda y otros factores de la salud según cada región, con el fin de reducir las brechas gradualmente y concretar el modelo de atención en salud según la Reforma del Sector. Si bien se reitera que la estrategia institucional planteó alcanzar una relación promedio máxima de un EBAIS por cada 4.000 habitantes como paso intermedio, para llevarla luego a un EBAIS por cada 3.000 habitantes en el 2025, estos objetivos plantean un reto institucional importante de cara a los resultados aquí expuestos.
- 2.36. Lo anterior, a pesar de que el documento denominado INVENTARIO Y ANÁLISIS DE ÁREAS DE SALUD, SECTORES, EBAIS, SEDES Y PUESTOS DE VISITA PERIÓDICA EN EL ÁMBITO NACIONAL (CCSS, 2014) señala que “...la asignación de población debe estar ligada a características socioeconómicas, perfil epidemiológico, accesibilidad, dispersión geográfica; entre otros factores condicionantes de la salud...” y “...no se

debe trabajar con un parámetro de población estándar, esto provoca una brecha no real a las necesidades de la población y la capacidad de la Institución. Se debe tener presente los costos, efectividad y oportunidad de los servicios” (p.110).

- 2.37. Asimismo, el documento METODOLOGÍA DE GESTIÓN PRODUCTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (OPS, 2010), expresa que “Las intervenciones para identificar, analizar y disminuir estas brechas son un aspecto crucial de la función gerencial donde el equilibrio entre la producción, eficiencia, recursos y costos, se convierten en la clave del éxito de un sistema de salud y de una institución prestadora de servicios de salud eficiente...” (p.29).

#### **ASPECTOS QUE INCIDEN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

##### **Debilidades en el seguimiento y evaluación de la gestión que se realiza en el Primer Nivel de Atención de la Salud**

- 2.38. De las valoraciones e indagaciones realizadas, se determinaron algunas debilidades propias de los procesos de seguimiento y evaluación de la gestión que se realiza en el Primer Nivel de Atención, que pueden devenir en ineficiencias e ineficacias de la gestión misma.
- 2.39. En esa línea, se tiene que el proceso de seguimiento y evaluación de la gestión en el Primer Nivel de Atención que emplea la CCSS, se sustenta en diferentes herramientas o informes que resultan ser esfuerzos individualizados, que no responden a un proceso interrelacionado de información, y sus resultados no se constituyen en insumos que permitan tener una visión adecuada de los problemas que aquejan el servicio, para sustentar la toma de decisiones y mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión que realizan las Áreas de Salud. Lo anterior, en razón de que:
- a) La herramienta Plan-Presupuesto que se utiliza para evaluar la gestión productiva, no se utiliza como insumo para asignar los recursos en función de los logros alcanzados, no evalúa la calidad de los servicios de salud, ni considera las limitaciones particulares de cada Área de Salud. Por lo anterior, no se constituye en un instrumento que aporte a la planificación institucional y que dirija la asignación de los recursos, pese a que la norma No. 2.1.4 de las Normas Técnicas sobre Presupuesto Público<sup>10</sup>, establece que el presupuesto debe sustentarse en la planificación institucional para que responda adecuadamente al cumplimiento de sus objetivos y contribuya a la gestión de la institución de frente a las demandas sociales en su campo de acción.

---

<sup>10</sup> Normas Técnicas sobre Presupuesto Público N-1-2012-DC-DFOE/R-DC-24-2012 del 27 de febrero de 2012.



- b) El informe RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2014 (CCSS, 2014), que comprende la evaluación de las intervenciones estratégicas en la salud (Atención Perinatal, Tamizaje de Hipertensión Arterial, Vacunación contra influenza en el adulto mayor-cobertura, Promoción de estilos de vida saludables, Anemia por deficiencia de hierro, Enfermedades inmunoprevenibles en niños, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, e Hipertensión arterial), se utiliza para determinar los avances anuales respecto de las metas en salud establecidas por la Institución para el quinquenio 2014-2018, pero no incluye otros indicadores para completar todos los programas relacionados con la Atención Integral, como por ejemplo la “Atención de los pacientes adultos mayores” y la “Atención de niños de 1 a 9 años”. En este sentido, la ausencia de una evaluación que comprenda todos los indicadores, limita contar con una visión integral de la gestión de las Áreas de Salud y podría estar afectando su eficacia y su eficiencia. La presencia de este riesgo se confirma, ya que “...los indicadores que no se evalúan en la Dirección de Compras presentan porcentajes de cumplimiento más bajos que el resto”, según se indicó en el Informe de Evaluación 2014 emitido por la Dirección Regional Central Sur.

2.40. La ausencia de una visión global para la gestión, mediante el uso de la información como verdaderas fuentes de referencia para llevar a cabo un proceso concatenado, impide no solo la adecuada asignación de los recursos presupuestarios, de recurso humano y de infraestructura, sino que además, no permite que se valore la eficacia y eficiencia de las operaciones y la calidad de la gestión, acorde con las estrategias, objetivos y metas institucionales, con base en los resultados alcanzados.

2.41. Al respecto la Oficina Panamericana de la Salud, en el documento UN MODELO DE EVALUACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (OPS, 2010), señala la importancia de contar con una metodología y herramientas que faciliten “...el procesamiento de los datos para la gestión, seleccionando y relacionando componentes críticos de las distintas fuentes de información para presentar una visión global de la productividad, ayudar a detectar problemas estratégicos y formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción del establecimiento o red de servicios de salud” (p.18).

2.42. En lo que respecta a la citada herramienta Plan-Presupuesto, utilizada para evaluar la gestión productiva de las Áreas de Salud, resulta necesario señalar que igualmente presenta debilidades que impiden valorar con propiedad los resultados alcanzados por dichas Áreas, por lo siguiente:

- a) Las metas o programaciones propuestas para la producción de cada indicador, se estiman de acuerdo con los comportamientos históricos y la oferta. La ausencia de parámetros individualizados por Área de Salud, conlleva a que la programación de las metas no resulten desafiantes, en este sentido la herramienta permite obtener fácilmente resultados calificados como “Meta cumplida” de acuerdo con los parámetros institucionales.

Evidencia de lo anterior es que el 100% de las evaluaciones consolidadas del 2014 que realizaron las Direcciones Regiones, mostraron a todas las Áreas de Salud con indicadores cuyos resultados fueron superiores al 100%, incluso, en el caso del indicador “Cobertura de atención integral de niños y niñas menores de un año”, el 80% de las Áreas de Salud presentaron resultados de cumplimiento, superiores que van desde el 100% hasta el 440% como “Meta cumplida”.

- b) La herramienta Plan-Presupuesto presenta omisiones en la información que debe contener y errores en los datos, así como información que en algunos casos carece de coherencia. Al respecto, la Norma 5.6 de las Normas de Control Interno para el Sector Público, señala que la información debe ser de calidad para asegurar, razonablemente, que los sistemas de información contemplen los procesos requeridos para recopilar, procesar y generar información que responda a las necesidades de los distintos usuarios, basados en un enfoque de efectividad y de mejoramiento continuo.
- c) Finalmente, no todos los indicadores que contiene la herramienta Plan-Presupuesto, son incluidos en las evaluaciones consolidadas que realizan las Direcciones Regionales de Salud, por ejemplo algunos de los indicadores que no se incluyen son los relacionados con la Promoción de la Salud como “Actividades de Educación” (Indicadores AD-10 “Número Actividades de Educación a la población adscrita al Área”, AD-12 “Número de proyectos realizados de promoción de salud”) y otros relacionados con la Prevención de la Enfermedad como “Visitas Domiciliarias” realizadas por el Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) (Indicadores A1-78 “Número de visitas domiciliarias: ATAP”, A1-79 “Número de visitas domiciliarias efectivas de primera vez: ATAP”, A1-81 “Número de viviendas habitadas”), situación que no permite que se valore la gestión que realizan otros servicios no médicos, pero que están interrelacionados con la Atención Integral de la Salud.

2.43. Las debilidades comentadas impiden igualmente contar con una herramienta idónea para planificar y evaluar la efectividad de la gestión, ya que no proporciona información de calidad para tomar decisiones adecuadas.

2.44. En suma, el análisis realizado refleja un debilitamiento en las actividades de control relacionadas con el seguimiento y evaluación de la gestión en el Primer Nivel de Atención, lo cual impacta negativamente la eficiencia y la eficacia de las operaciones. Lo anterior, a pesar de que los jefes deben establecer actividades de control que orienten la ejecución, tomando en cuenta la normativa, la naturaleza de las operaciones y los riesgos relevantes a las cuales puedan verse sometidas, acorde con lo que al respecto establecen las Normas de Control Interno para el Sector Público vigentes.

### **Los esfuerzos en materia de promoción de la salud no resultan suficientes**

- 2.45. La CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (OMS, 1986) define cinco grandes líneas de acción para el logro de este objetivo: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.
- 2.46. En ese sentido, “La Asociación Canadiense de Salud Pública, para argumentar que el estar sano implica inversión en salud, nos recuerda que ‘No es posible tener resultados positivos en salud a no ser que exista un compromiso de invertir en la salud total del individuo y de la comunidad’. Este compromiso debe reflejarse a través de una gama balanceada y comprensible de prestaciones de servicios, que incluya una intervención rápida, mantención de la salud, educación en salud, prevención de enfermedades y protección de la salud” (Solano, 2002, p.12).
- 2.47. Además, en el marco de la REFORMA DEL SECTOR SALUD (Ayala et al., 1993) y de acuerdo con el “Modelo Readecuado de Atención”, los servicios integrales en el Primer Nivel de Atención deben comprender el “Programa de Atención Integral Básico”; es decir, la Atención Integral del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, de la tercera edad y otras actividades generales para todos los grupos, entre las que se citó, la Educación y la promoción de la salud.
- 2.48. En línea con los anteriores criterios, se tiene que la promoción de la salud es en sí misma una actividad preventiva de la enfermedad, en tanto involucra todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable. Desde la perspectiva de eficiencia, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad resultan indispensables para abaratar los costos de un sistema de salud, por la alta inversión que supone la atención de las enfermedades mediante la medicina curativa.
- 2.49. A pesar de que la herramienta Plan-Presupuesto incorpora un indicador denominado “A1-55 Número de personas que participan en actividades de Educación y Capacitación en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad”, para que las Áreas de Salud programen el número de personas que participarán en esas actividades de acuerdo con sus proyecciones, no existe una evaluación de su comportamiento por parte de las Direcciones Regionales, de ahí que por esta vía, se carece de evaluaciones relativas al tipo de actividades llevadas a cabo y la productividad alcanzada, acorde con las políticas establecidas institucionalmente.
- 2.50. Sin embargo, en el informe RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2014 (CCSS, 2014), se presentaron resultados sobre las “...áreas de salud que se suman a desarrollar procesos educativos de promoción de estilos de vida saludables con la población” y entre otras cosas, se señaló que “desde el año 2012 la institución ha venido desarrollando acciones dirigidas hacia la

Promoción de Estilos de Vida Saludables”, y se agregó que los resultados obtenidos lograron identificar la participación de 96 Áreas de Salud y el involucramiento de 5.610 personas registradas en los procesos educativos (p.43).

- 2.51. No obstante lo indicado en el citado informe, los resultados del presente estudio evidenciaron que aproximadamente el 80% de las Áreas de Salud analizadas, programan para actividades de promoción de la salud a menos del 1% de su población adscrita, situación que conlleva a señalar que la institución no ha logrado impactar significativamente respecto de las actividades de promoción de la salud que se llevan a cabo.
- 2.52. Al respecto, los resultados obtenidos en la encuesta realizada por esta Contraloría General a los usuarios del servicio, muestran que a pesar de que el 54% de los entrevistados manifestaron conocer que las Áreas de Salud realizan actividades de promoción de la salud, solo el 15% manifestó haber participado en al menos una al año, lo anterior básicamente porque el horario del trabajo les impide participar.
- 2.53. Si bien podrían ser variadas las causas que conlleven a estos resultados, algunas de las más señaladas por los Directores de las Áreas de Salud encuestados, fueron: que “las políticas institucionales enfocan sus evaluaciones de producción en la enfermedad y no da prioridad a la promoción”, “aumento de enfermedades crónicas”, “el personal de salud tiene múltiples funciones y el tiempo disponible para actividades de promoción es poco”, “el recurso humano es insuficiente y no se cuenta con los perfiles requeridos”, “no existe uniformidad de criterios institucionales para la evaluación ya que dentro de la misma institución existen dos instancias diferentes pidiendo cuentas en promoción de la salud con indicadores distintos, lo que hace la labor aún más difícil”, “la revisión del modelo de atención no se ha dado, la consulta médica sigue siendo el principal rubro e indicador sobre el cual gira la evaluación y resultados”.
- 2.54. Al respecto, en el citado informe RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CCSS 2014 (CCSS, 2014) se reconoce sobre la actividad de promoción de la salud que “...es necesario fortalecer su ejecución por medio de la dotación de recursos materiales, equipamiento, y en algunas ocasiones, según se disponga de recursos financieros y recurso humano”, pero resalta que si bien la capacidad de resolución y la distribución de los recursos es variada incluso dentro de una misma región, los resultados también refieren a los esfuerzos de los equipos de salud comprometidos con la comunidad para alcanzar resultados favorables sobre la calidad de vida en las personas en un corto o mediano plazo (p. 44-45).
- 2.55. En suma, el panorama descrito permite concluir que la institución no ha logrado avanzar de manera significativa en el tema de la Promoción de la Salud, y se mantienen falencias que no han permitido concretar las políticas contenidas en la Reforma del Sector. Con ello, el impacto en este campo ha sido mínimo, y la gestión

del Segundo y Tercer Nivel de Atención de la Salud continúa encareciendo los costos del Seguro de Enfermedad y Maternidad.

### 3. CONCLUSIONES

- 3.1. Los indicadores relacionados con la eficiencia en la prestación de los servicios en el Primer Nivel de Atención revelan que no se le ha dado un fortalecimiento significativo, como lo pretendía la Reforma del Sector para otorgar una mayor capacidad resolutive y reducir la demanda por servicios en el Segundo y Tercer Nivel de Atención y así abaratar los costos del sistema de salud en su integralidad, debido a que en los últimos diez años, se presentó en promedio una participación sostenida en la asignación de los recursos del 27%, mientras que el Segundo Nivel de Atención registró en promedio una participación mayor del 36% al 2014 y el Tercer Nivel de Atención mantiene en promedio la mayor asignación de los recursos con el 40%, aunque con una tendencia a la baja al 2014 con un 37%. La no existencia de un seguimiento constante que permita evaluar los avances obtenidos respecto del cumplimiento de los objetivos planteados en dicha Reforma, ha impedido retroalimentar el proceso de planificación institucional y mejorar la metodología empleada en la asignación de los recursos del SEM, para fortalecer gradualmente el Primer Nivel de Atención.
- 3.2. El servicio de consulta médica que brindan las Áreas de Salud mostró un deterioro de la eficiencia, ya que el crecimiento en términos reales en el gasto total fue de 93%, dado que en el 2014 se gastó casi el doble de la cantidad correspondiente al 2005, mientras que el total de consultas, para ese mismo periodo, aumentó sólo un 19%, lo cual incidió en el aumento real del costo por consulta en la atención del Primer Nivel en un 62%. Aunado a lo anterior, la ausencia de información de calidad que muestre los costos reales de producción, impide introducir valoraciones que permitan medir la eficiencia productiva de las Áreas de Salud, mediante el uso de información de calidad para la adecuada toma de decisiones en procura de aumentar los niveles de eficiencia de la gestión.
- 3.3. El indicador relacionado con el "Promedio de consultas por hora en las Áreas de Salud", no alcanza el parámetro institucional, establecido en cinco pacientes por hora en consulta externa, ni con el emitido en el 2014 como medida temporal para aquellos EBAIS que utilizan al 100% el módulo Sistema Integrado de Expediente en Salud (SIES) del EDUS, el cual establecer atender cuatro pacientes por hora y no cinco como lo señala la Norma citada, debido a que en el período 2005-2014 el promedio máximo alcanzado por las Áreas de Salud, en conjunto, fue de 3,78 consultas por hora realizadas; asimismo, una tendencia de las Áreas de Salud, de disminuir las consultas programadas y utilizadas en los últimos tres años, ya que entre el 2012-2013 el 48% de las Áreas de Salud programaron en promedio menos de cuatro consultas por hora y al 2014 las Áreas que incurrieron en este proceder pasaron a ser el 56% y en relación con las horas efectivamente utilizadas, el comportamiento fue similar, ya que entre el 2012-2013 eran 56% las Áreas de Salud

las que lograron aumentar el número de cuatro consultas por hora utilizadas en promedio, pero en el 2014 disminuyeron pues pasaron a ser solo el 45% de las Áreas.

- 3.4. Respecto del indicador “Porcentaje de EBAIS conformados con 4.000 habitantes o menos”, de acuerdo con el lineamiento estratégico institucional que señala como parámetro una relación de 4.000 habitantes por EBAIS, se evidenció que al año 2014, la mayor parte de los EBAIS conformados de la CCSS registran una población asignada que supera el promedio de 4.000 habitantes, de acuerdo con la Reforma del Sector Salud, debido a que de los 1.019 EBAIS conformados al 31 de diciembre del 2014, sólo un 39% tiene asignada una población igual o inferior al criterio indicado, mientras que el restante 61% lo supera, o sea 624 EBAIS, con poblaciones asignadas que van desde más de los 4.000 y hasta los 21.637 habitantes, como el caso del EBAIS de San Antonio Centro del Área de Coronado. En consecuencia, esa estrategia institucional que pretende además, llevar a un EBAIS por cada 3.000 habitantes en el 2025, plantea a las autoridades de la CCSS un reto importante para alcanzar dicho objetivo.
- 3.5. Por otra parte, el indicador denominado “Cantidad de habitantes por médico general en función clínica dedicado a la atención de la consulta externa-medicina general”, en donde se consideró como parámetro, el que deba existir un médico general por cada 4.000 habitantes como máximo, mostró que existe una relación de 4.684 habitantes en promedio por cada médico general en los EBAIS conformados al 2014 y en consecuencia la existencia de brechas importantes, a efecto de proporcionar un mejor servicio en la atención de la población y sobre todo mejorar la accesibilidad a la demanda insatisfecha.
- 3.6. Debilidades en el seguimiento y evaluación de la gestión que se realizan en el Primer Nivel de Atención de la Salud, también devienen en ineficiencias e ineficacias, debido a que el proceso se sustenta en diferentes herramientas o informes, resultan ser esfuerzos individualizados, que no responden a un proceso interrelacionado de información y sus resultados no se constituyen en insumos que permitan tener una visión global y adecuada de los problemas que aquejan el servicio, para sustentar la toma de decisiones y mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión que realizan las Áreas de Salud.
- 3.7. Aunado con lo anterior, la herramienta Plan-Presupuesto, utilizada para valorar la gestión productiva de las Áreas de Salud, presenta debilidades que impiden analizar con propiedad los resultados alcanzados por dichas Áreas, debido a que las metas o programaciones están basadas en comportamientos históricos y la oferta y no en parámetros individualizados por Área de Salud, lo que conlleva a que la programación de las metas no resulten desafiantes y fácilmente sobrepasen el 100% y en algunos casos se presentan metas cumplidas en el 440%. Asimismo, dicha herramienta presenta debilidades en la calidad de la información debido a omisiones y errores en los datos y no todos los indicadores son incluidos en las evaluaciones realizadas por las Direcciones Regionales de Salud.

- 3.8. Los esfuerzos realizados por la CCSS en materia de promoción de la salud no resultan suficientes, ya que los resultados evidenciaron que aproximadamente el 80% de las Áreas de Salud analizadas, programan actividades de promoción de la salud a menos del 1% de su población adscrita, situación que conlleva a señalar que la institución no ha logrado impactar significativamente respecto de las actividades de promoción de la salud que se llevan a cabo y se mantienen falencias que no han permitido concretar las políticas contenidas en la Reforma del Sector.
- 3.9. Los resultados obtenidos en relación con la encuesta realizada a los usuarios por parte de esta Contraloría General, indican que su percepción en la mayoría de los aspectos consultados alcanzan porcentajes que se ubican en el rango de “No cumple”, en especial los referidos con el acceso para conseguir citas y la participación en actividades de promoción de la salud. En consecuencia, procurar satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, se convierte en una señal de alerta que justifica el análisis de la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención.
- 3.10. En conclusión, la ejecución de los procesos no ha contribuido a incrementar la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios en el Primer Nivel de Atención, por lo que no se han cumplido a cabalidad con las expectativas que motivaron la promulgación de la Ley nro. 7441 de la Reforma del Sector Salud.

#### **4. DISPOSICIONES**

- 4.1. De conformidad con las competencias asignadas en los artículos 183 y 184 de la Constitución Política, los artículos 12 y 21 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, nro. 7428, y el artículo 12 inciso c) de la Ley General de Control Interno, se emiten las siguientes disposiciones, las cuales son de acatamiento obligatorio y deberán ser cumplidas dentro del plazo conferido para ello, por lo que su incumplimiento no justificado constituye causal de responsabilidad.
- 4.2. Este Órgano Contralor se reserva la posibilidad de verificar, por los medios que considere pertinentes, la efectiva implementación de las disposiciones emitidas, así como de valorar el establecimiento de las responsabilidades que correspondan, en caso de incumplimiento injustificado de tales disposiciones.

#### **A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS O A QUIENES EN SU LUGAR OCUPEN ESOS CARGOS**

- 4.3. Definir e incorporar en la planificación institucional de mediano y largo plazo, las acciones específicas que se desarrollarán para fortalecer financieramente al Primer Nivel de Atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector

Salud. Para el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a la Contraloría General de la República, al 30 de junio de 2016, copia certificada del acuerdo mediante el cual acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas e incorporadas en la planificación institucional de mediano y largo plazo. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos del 2.1 al 2.9, párrafos del 2.16 al 2.23 y párrafos del 2.45 al 2.55 de este informe.

**A LA DRA. MARÍA EUGENIA VILLALTA BONILLA, EN SU CALIDAD DE GERENTE DE LA GERENCIA MÉDICA O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

- 4.4. Elaborar un estudio técnico que determine la cantidad adecuada de la población a asignar por EBAIS, que sirva como instrumento para reducir gradualmente las brechas de cobertura, mediante la definición de las acciones, objetivos e indicadores que correspondan. Para dar cumplimiento a esta disposición, remitir a esta Contraloría General, al 30 de agosto de 2016, una certificación que acredite, que dicho estudio fue debidamente elaborado. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.24 al 2.37 del presente informe.
- 4.5. Elaborar e implementar una metodología de evaluación, con el fin de incrementar la producción de los servicios de salud que se prestan en el Primer Nivel de Atención, metodología que estará basada en la revisión integral que deberá realizarse de los procesos de seguimiento y evaluación de la gestión de dichas Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a esta Contraloría General, a más tardar el 30 de noviembre de 2016, una certificación donde se acredite que dicha metodología de evaluación fue debidamente elaborada y al 30 de noviembre del 2017, otra certificación que indique que dicha metodología fue debidamente implementada. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.38 al 2.44 de este informe.

**AL LIC. GUSTAVO PICADO CHACÓN, EN SU CALIDAD DE GERENTE FINANCIERO O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO**

- 4.6. Definir acciones específicas, conjuntamente con los responsables de su cumplimiento y los plazos estimados en los que esas acciones se van a ejecutar, para que las Áreas de Salud cuenten con un sistema de costos y este brinde información de calidad que permita realizar las evaluaciones pertinentes y medir la eficiencia de cada Área de Salud del Primer Nivel de Atención. Para dar cumplimiento a lo anterior, deberá remitir a la Contraloría General de la República, a más tardar el 30 de junio de 2016, una certificación en la que se acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas y remitir en forma semestral un informe mediante el cual se detalle el avance en el proceso de implementación de dichas acciones, iniciando el 31 de diciembre de 2016. Asimismo, deberá remitirse ante este Órgano Contralor, como máximo al 31 de diciembre de 2018, una certificación donde se acredite que las citadas acciones fueron debidamente implementadas. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.10 al 2.15 del presente informe.



#### **CONSIDERACIONES FINALES**

- 4.7. La información que se solicita en este informe para acreditar el cumplimiento de las disposiciones anteriores, deberá remitirse, en los plazos y términos antes fijados, al Área de Seguimiento de Disposiciones de la Contraloría General de la República. La Administración debe designar y comunicar al Área de Seguimiento de Disposiciones, en un plazo no mayor de cinco días hábiles, el nombre, número de teléfono y correo electrónico de la persona que fungirá como el contacto oficial con esa Área, con autoridad para informar sobre el avance y cumplimiento de las disposiciones correspondientes. El plazo de cinco días correrá a partir de la fecha de la sesión de Junta Directiva inmediata posterior al recibo de la comunicación del informe. En caso de incumplimiento en forma injustificada del tiempo otorgado, podrá considerarse que se incurrió en falta grave y dar lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el artículo 69 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, con garantía del debido proceso.
- 4.8. De conformidad con lo establecido por los artículos 343, 346 y 347 de la Ley General de la Administración Pública, contra el presente informe caben los recursos ordinarios de revocatoria y apelación, que deberán interponerse dentro del tercer día a partir de la fecha de su comunicación, y en el caso de los órganos colegiados a partir de la fecha en que sea conocido en su respectiva sesión, correspondiéndole a esta Área de Fiscalización la resolución de la revocatoria y al Despacho Contralor la apelación.
- 4.9. De presentarse conjuntamente los recursos de revocatoria y apelación, esta Área de Fiscalización, en caso de rechazo del recurso de revocatoria, remitirá el recurso de apelación al Despacho Contralor para su resolución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayala, N., Carvajal X., Fonseca J., Guzmán, A., & Marín F. (1993). *Proyecto Reforma Sector Salud: Componente Readecuación del Modelo de Atención. Informe Final*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). *Una CCSS renovada hacia el 2025*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2012). *Catálogo de Definiciones de actividades de atención en los servicios de salud de la CCSS: Área de Consulta Externa*. Gerencia Médica-Dirección de Proyección de Servicios de Salud-Área de Estadísticas de Salud. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). *Informe consolidado de Inconformidades Anual*. Dirección Institucional de Contraloría de Servicios de Salud. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). *Resultados de la evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2014*. Gerencia Médica-Dirección Compra Servicios de Salud. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Inventario y Análisis de Áreas de Salud, Sectores, EBAIS, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2014*. Gerencia Médica-Dirección de Proyección de Servicios de Salud. San José, Costa Rica.
- Macinko J., Montenegro H., Nebot Adell C., Etienne C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Rev. Panam. Salud Pública, 21(2/3):73-84. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>
- Miranda Gutiérrez, Guido. (2008). *La Seguridad Social y el Desarrollo en Costa Rica* (3ª ed.). San José, C.R.: EUNED.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante"*. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2021*. San José, Costa Rica.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Asamblea Mundial de la Salud, Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud. (2003). 44° Consejo Directivo/55ª. Sesión del Comité Regional. *Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://www.cedu-sedu.org.uy/docinteres/apsamerica.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud. (2010). *Metodología de gestión productiva de los servicios de salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Procuraduría General de la República. (2007). *Dictamen NRO. C-146-2007 del 10 de mayo de 2007*. San José, Costa Rica.
- Solano Siles, A. (2002). *La promoción de la salud*. Revista de Trabajo Social, 26(63), 5-17. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v27n632002/art1.pdf>

**Anexo nro. 1**  
**OBSERVACIONES AL BORRADOR DEL INFORME DE LA AUDITORÍA OPERATIVA**  
**SOBRE LA GESTIÓN DE LA EFICIENCIA Y LA EFICACIA DEL SERVICIO DE**  
**CONSULTA EXTERNA-MEDICINA GENERAL**  
**EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO**  
**SOCIAL**

Nro. Párrafos	Disposición 4.3		
<b>Observaciones Administrativas</b>	<p>Se indica que en “el Plan Estratégico Institucional 2015-2018, aprobado por la Junta Directiva en sesión 8818 artículo 22 del 17 de diciembre del 2015, se han definido e incorporado lineamientos tendientes a contribuir en la mejora del Primer Nivel de Atención, abarcando temas relacionados con la asignación de recursos, satisfacción al usuario, promoción de la salud y prevención. Entre las estrategias citadas se señalaron: para el Eje Estratégico: Prestación de Servicios “La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como ejes fundamentales del proceso de atención integral que brinda la Institución”, “Reducción de las inequidades existentes en salud y la mejora del acceso a los diversos servicios de salud que presta la institución, considerando e Implementación de acciones de evaluación integral de la calidad y gestión de la satisfacción de las personas usuarias y la percepción de la gestión institucional, entre otras; para el Eje Estratégico: Gestión Institucional “Implementación del Expediente Digital Único en Salud en todas las unidades prestadoras de servicios de salud del primer nivel”, entre otras y para el Eje: Financiamiento “Propuesta de asignación de recursos del primer nivel ajustada por riesgo”, entre otras.</p> <p>Además, expresan que la Junta Directiva instruyó a las gerencias para la operacionalización de estos lineamientos en los planes tácticos gerenciales (en sesión 8818 artículo 22 del 17 de diciembre del 2015), proceso que será desarrollado en los primeros tres meses del presente año, en consecuencia recomiendan la revisión del planteamiento y el alcance de lo establecido en la disposición 4.3, por cuanto se estima que las acciones en ese punto señaladas están siendo atendidas por la Institución, tal y como se evidencia en el Plan Estratégico Institucional aprobado por la Junta Directiva y otras disposiciones internas.</p>		
<b>¿Se acoge?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Argumentos CGR</b>	<p>La CGR mantiene su posición en virtud de que el objetivo fundamental es fortalecer financieramente el Primer Nivel de Atención, para lograr una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud y con ello disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector Salud.</p> <p>A pesar de que la Administración informa sobre la existencia de “lineamientos tendientes a contribuir en la mejora del Primer Nivel de Atención”, estos no contienen acciones concretas para el logro del fortalecimiento financiero de ese Primer Nivel. Si bien se señala que en las estrategias 2015-2018, se establece, entre otras, la “Propuesta de asignación de recursos del Primer Nivel ajustada por riesgo”, como parte de los esfuerzos institucionales por introducir mejoras al servicio que se brinda, lo cierto es que no se informa sobre los detalles de esa propuesta ni la forma en que se va a materializar. Sobre este tema, se indica que la Junta Directiva instruyó a las gerencias para que en los tres meses del presente año se operacionalicen los lineamiento en los planes tácticos gerenciales.</p>		

	<p>Por lo anterior, esta Contraloría General mantiene la orientación de la disposición comunicada, en tanto lo que se pretende es definir las acciones concretas que adoptará la CCSS para el fortalecimiento financiero de ese Primer Nivel de Atención según se indicó anteriormente. No obstante lo anterior, la disposición en comentario se ajusta para que indique lo siguiente:</p> <p>“Definir e incorporar en la planificación institucional de mediano y largo plazo, las acciones específicas que se desarrollarán para fortalecer financieramente al Primer Nivel de Atención y lograr de esta forma una mejor respuesta a las demandas de los usuarios en materia de salud, contribuyendo con ello a disminuir la presión por servicios que en este momento afrontan tanto el Segundo como el Tercer Nivel de Atención, todo ello en consonancia con los postulados de la Reforma del Sector Salud. Para el cumplimiento de esta disposición, se deberá remitir a la Contraloría General de la República, al 30 de junio de 2016, copia certificada del acuerdo mediante el cual acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas e incorporadas en la planificación institucional de mediano y largo plazo”.</p>
--	---

<b>Nro. Párrafos</b>	<b>Disposición 4.4</b>		
<b>Observaciones Administración</b>	No hubo observaciones en relación con los plazos y lo solicitado. En el oficio se comenta sobre algunas acciones que se están llevando a cabo para la identificación de las brechas por medio de la resectorización de las Áreas de Salud, tanto con la conformación de nuevos EBAS y la creación de plazas, infraestructura y otros gastos por servicios básicos.		
<b>¿Se acoge?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
<b>Argumentos CGR</b>			

<b>Nro. Párrafos</b>	<b>Disposición 4.5</b>		
<b>Observaciones Administración</b>	La CCSS solicita ampliar el plazo al 30 de noviembre del 2017, para la implementación de la metodología de evaluación que se plantea, la cual permitirá el monitoreo y el seguimiento de la calidad de la atención, para la toma de decisiones oportunas sobre el cumplimiento de las metas propuestas.		
<b>¿Se acoge?</b>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>
<b>Argumentos CGR</b>	<p>Esta Contraloría General considera pertinente la observación señalada para que se amplíe el plazo a la fecha indicada, con el propósito de implementar la metodología de evaluación que se indica. En razón de lo anterior, la disposición queda de la siguiente forma:</p> <p>“Elaborar e implementar una metodología de evaluación, con el fin de incrementar la producción de los servicios de salud que se prestan en el Primer Nivel de Atención, metodología que estará basada en la revisión integral que deberá realizarse de los procesos de seguimiento y evaluación de la gestión de dichas Áreas de Salud del Primer Nivel de Atención. Para acreditar el cumplimiento de esta disposición, deberá remitirse a esta Contraloría General, a más tardar el 30 de noviembre de 2016, una certificación donde se acredite que dicha metodología de evaluación fue debidamente elaborada y al 30 de noviembre del 2017, otra certificación que indique que dicha metodología fue debidamente implementada. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.38 al 2.44 de este informe”.</p>		

<b>Nro. Párrafos</b>	<b>Disposición 4.6</b>		
<b>Observaciones Administración</b>	<p>Se aclara que las Unidades Médicas cuentan con información de costos unitarios que les permite cobrar servicios y se reconoce la necesidad de contar con un sistema de Costeo institucional que involucre todas las áreas de salud de la institución, aspecto que se ha plasmado en las metas estratégicas de la CCSS. Se comenta sobre tres proyectos que se han planteado: 1. Proyecto de ampliación del registro de gasto para todas las Unidades Médicas, 2. Plan de Innovación para la mejora de la Gestión Financiero, Administrativo y Logístico de la Caja, basados en soluciones tecnológicas y 3. Sistemas de información de Gestión médica para el desarrollo de indicadores de evaluación. En este sentido, se señala que la institución ha avanzado en la generación de propuestas para el desarrollo de un sistema que le permita integrar el costeo de sus servicios; sin embargo, se indica que la atención total de la presente disposición queda sujeta a los avances del citado Plan de Innovación, el cual ya fue aprobado por la Junta Directiva y que tiene previsto desarrollarse la Fase Cero hasta noviembre 2016, con la cual estaría definiendo en cronograma con las actividades, para atender dicha disposición y se definiría el seguimiento según el plan de trabajo definido.</p>		
<b>¿Se acoge?</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Parcial <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Argumentos CGR</b>	<p>Esta Contraloría General acepta las observaciones realizadas por la Administración, que se refieren a la complejidad de la instauración de un sistema de costos en las Áreas de Salud, por lo cual amplía hasta el 31 de diciembre del 2018 el plazo otorgado para el cumplimiento de ese objetivo. Al respecto, es importante señalar que la Administración si bien se refiere a la complejidad del proyecto, omite establecer plazos que sirvan como referencia para la medición de los avances respectivos, de ahí que se modifica la disposición de la siguiente manera:</p> <p>“Definir acciones específicas, conjuntamente con los responsables de su cumplimiento y los plazos estimados en los que esas acciones se van a ejecutar, para que las Áreas de Salud cuenten con un sistema de costos y este brinde información de calidad que permita realizar las evaluaciones pertinentes y medir la eficiencia de cada Área de Salud del Primer Nivel de Atención. Para dar cumplimiento a lo anterior, deberá remitir a la Contraloría General de la República, a más tardar el 30 de junio de 2016, una certificación en la que se acredite que dichas acciones fueron debidamente definidas y remitir en forma semestral un informe mediante el cual se detalle el avance en el proceso de implementación de dichas acciones, iniciando el 31 de diciembre de 2016. Asimismo, deberá remitirse ante este Órgano Contralor, como máximo al 31 de diciembre de 2018, una certificación donde se acredite que las citadas acciones fueron debidamente implementadas. Sobre el particular véase lo comentado en los párrafos 2.10 al 2.15 del presente informe”.</p>		

Anexo nro. 2  
 Resultados de la encuesta



**Anexo nro. 3**  
**Glosario**

<b>Acceso a los servicios de salud</b>	Proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad. Este proceso involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción.
<b>Área de Salud</b>	Organización definida para la prestación de los servicios integrales de salud, que otorga servicios a la población ubicada en un espacio territorial asignado previamente. Se clasifican en: Área de Salud Tipo 1 menor complejidad, Área de Salud Tipo 2 y 3 con mayor complejidad (especialidades).
<b>Atención médica general</b>	Comprende cinco escenarios: comunitario, familiar, escolar, laboral y de servicios de salud.
<b>Atención Integral de la salud</b>	Se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones discapacitantes, con énfasis en las dos primeras.
<b>Brecha de capacidad resolutive</b>	Entre la demanda y la capacidad de producción se puede presentar una <i>brecha de capacidad resolutive</i> , en el cual la capacidad instalada del servicio (centro de salud) no soporta el nivel de demanda de los usuarios sobre los servicios de salud.
<b>Calidad de los servicios de salud</b>	Servicios de salud oportunos, continuos, humanizados, eficaces, efectivos y eficientes. Incluye los aspectos técnico-científicos, interpersonales y de las instalaciones, que en interacción generan satisfacción del personal y de las necesidades en salud de personas y grupos sociales. Conlleva la capacidad crítica y la búsqueda permanente de la excelencia de los servicios, por parte de todos los actores, para buscar los mayores beneficios y disminuir al mínimo los riesgos.
<b>Consulta</b>	Una consulta regular se conceptualiza como la atención personalizada que brinda un profesional en salud calificado, con propósitos preventivos o asistenciales, a una persona en la consulta externa, en la cual ha sido admitida mediante cita programada o conforme a la demanda diaria.



<b>Consulta Externa- medicina general</b>	La Consulta Externa es el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada, y en un tiempo determinado para recibir la información necesaria, que comprende, entre otros, el proceso impartido por un profesional en Medicina General para brindar servicios en la atención a los usuarios en el Primer Nivel de Atención.
<b>Contrarreferencia</b>	Es la emitida por el profesional en salud con el propósito de que el establecimiento o área de salud que refirió a la persona, conozca de lo actuado por éste y pueda incorporarlo en el expediente de salud, que de ella se tiene.
<b>Cupo</b>	En medicina general el cupo comprende el tiempo institucional por caso "control" es de 12 minutos, por lo que una hora cuenta con cinco cupos, los cuales pueden disponerse en las siguientes combinaciones: 5 casos control, 3 casos control+1 caso nuevo, 1 caso control+2 nuevos. Cada caso nuevo equivale a dos cupos (24 minutos).
<b>EBAIS</b>	Equipo humano integrado por un Médico General, un Auxiliar de Enfermería, un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP), un Asistente de REDES (Asistente Técnico de REDES en el caso de EBAIS desconcentrados) y un Técnico de Salud en Farmacia 3.
<b>EBAIS conformado</b>	Se refiere al EBAIS que cuenta con el recurso humano completo, con una infraestructura (prestada, alquilada, cedida o construida por la Institución) para brinda atención a la población de un Sector delimitado y que trabaja bajo el modelo de atención integral.
<b>EBAIS concentrado</b>	Se refiere al o los EBAIS que se ubican dentro de la Sede de Área.
<b>EBAIS desconcentrado</b>	Se refiere al o los EBAIS que se ubican fuera de la Sede de Área, en una Sede de EBAIS.
<b>Eficacia</b>	La institución debe tener la capacidad para producir el efecto que se espera, de acuerdo con las metas de los planes nacionales, estrategias y políticas institucionales, como también en las metas establecidas en los planes tácticos y operativos, con el fin de satisfacer las necesidades y las expectativas de salud de la población.

<b>Eficiencia</b>	La institución debe estar orientada al logro de los objetivos y las metas institucionales, mediante una utilización racional de los recursos disponibles, con el fin de satisfacer las necesidades y las expectativas de salud de la población.
<b>Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención</b>	Los diferentes tipos de organización que se diseñen para la operación de las Áreas de Salud, deben disponer de los recursos necesarios para la atención de la problemática en salud desde el Primer Nivel de atención, con el fin de garantizar en forma oportuna la prestación de los servicios de salud a la población.
<b>Sede de Área</b>	Planta física en la cual se ubica la Dirección Médica, la Administración, los Servicios de Apoyo tales como Farmacia, Laboratorio Clínico, REDES, Enfermería, Trabajo Social, y otros; además puede contar con un Servicio de Emergencias. Puede albergar también uno o más EBAIS.
<b>Sede de EBAIS</b>	Planta física que alberga uno o más EBAIS; suele ubicarse en el Sector a cubrir. En el caso de que el EBAIS tenga Puestos de Visita Periódica asignados, esta se considera su Sede principal de operaciones debido a que es aquí donde el EBAIS pasa la mayor parte del tiempo.
<b>Segundo Nivel de Atención</b>	El Segundo Nivel de Atención apoya al Primer Nivel de Atención a través de una red de establecimientos formado por los hospitales regionales y hospitales periféricos tipo 1,2 y 3 tales como: el Enrique Baltodano de Liberia, Fernando Escalante Pradilla de Pérez Zeledón, Max Peralta de Cartago, Monseñor Sanabria, San Carlos, San Rafael de Alajuela, Tony Facio de Limón, Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón, Guápiles, La Anexión, San Vicente de Paúl, William Allen Taylor, San Francisco de Asís en Grecia, San Vito, Ciudad Neily, Los Chiles, Manuel Mora Valverde de Golfito, Max Terán Vals, Tomás Casas y Upala y diez clínicas mayores ubicadas en la gran área metropolitana, en los que se ofrecen servicios de consulta externa especializada y atención médico-quirúrgica de las especialidades básicas de medicina, cirugía, ginecología y obstetricia y pediatría, así como de algunas especialidades medicoquirúrgicas de gran demanda poblacional como oftalmología, dermatología y urología. La producción de consultas de segundo nivel por regiones sanitarias y clínicas metropolitanas.

<b>Paciente nuevo</b>	Se considera un paciente nuevo aquel al cual se le abre un expediente clínico en un centro asistencial. Cada paciente nuevo equivale a dos cupos (24 minutos).
<b>Paciente subsecuente</b>	Se considera un paciente subsecuente aquel que asiste por segunda o más veces a un centro asistencial. Cada paciente subsecuente equivale a un cupo (12 minutos).
<b>Plan-Presupuesto</b>	Herramienta bianual que utiliza la CCSS para programar las metas y evaluar la gestión productiva de las Áreas de Salud. Comprende indicadores relacionados con los programas de atención integral de la salud, odontología, urgencias, atención integral a la población indígena, apoyo a la Red Oncológica, Servicios de Apoyo Ambulatorio, entre otros indicadores de gestión administrativa.
<b>Población</b>	La organización de las Áreas de Salud debe asegurar la prestación oportuna de los servicios a la población, de acuerdo con dos elementos básicos: 1. El número de habitantes adscritos. 2. La dispersión y /o concentración de la población.
<b>Primer Nivel de Atención</b>	Es uno de los tres niveles de atención que tiene la CCSS para prestar servicios básicos de salud, que involucra a las Áreas de Salud de menor complejidad o Tipo 1, a los EBAIS conformados (concentrados o desconcentrados) y a los puestos de visita periódica. Se orienta a la prevención, la promoción, la curación y la rehabilitación de las patologías, de menor nivel de complejidad. El nivel de complejidad es entendido como el grado de diferenciación de las tareas que componen las actividades de un establecimiento de salud y el grado de desarrollo alcanzado por éste.
<b>Promoción de la salud</b>	Es uno de los ejes fundamentales del Primer Nivel de Atención y se enfoca en actividades de educación para la salud y participación en el desarrollo de entornos saludables y proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
<b>Prevención de la enfermedad</b>	Es uno de los ejes fundamentales del Primer Nivel de Atención, que hace énfasis en las acciones preventivas de la enfermedad, tales como vacunación y suplementos alimentarios, detección temprana y abordaje oportuno de riesgos y problemas de salud.

<b>Puesto de Visita Periódica (PVP)</b>	Edificación ubicada usualmente en localidades con problemas de accesibilidad donde en forma periódica, un EBAIS se desplaza de la Sede de Área o de una Sede de EBAIS, a prestar servicios de salud con la finalidad de acercar estos a la población. Existen edificaciones propiedad del CCSS y otras suelen ser edificaciones facilitadas por la comunidad para tal fin.
<b>Red de Servicios</b>	Es la relación que debe existir entre los diversos establecimientos de salud que conforman la red de atención en los distintos niveles, de acuerdo con sus respectivas capacidades operativas y resolutorias. Debe permitir un sistema de comunicación fluido entre los distintos integrantes, estableciendo sistemas de información estandarizados que permitan valorar la magnitud de los problemas para su adecuada atención, con el objeto de retroalimentar el desarrollo de la gestión, la toma de decisiones y la asignación de los recursos.
<b>Referencia</b>	Es la emitida por el profesional en salud de un establecimiento o área de salud, para que el consultante sea atendido en otro centro. Tiene como objetivo informar a los profesionales de salud del centro de referencia las razones que motivaron el traslado del caso y de lo actuado en el establecimiento o área de salud que lo refirió.
<b>Tercer Nivel de Atención</b>	El Tercer Nivel de Atención comprende la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de la mayor complejidad y especialización dentro del sistema de servicios de salud y cuenta con tres hospitales nacionales generales, seis hospitales nacionales especializados y 10 centros especializados entre los que se encuentran el Banco Nacional de Sangre, Laboratorio de Productos Farmacéuticos, Laboratorio de Soluciones Parenterales, Laboratorio Nacional de Citologías, Laboratorio Óptico, entre otros.
<b>Usuario</b>	Persona que acude a los servicios de salud de la CCSS para ser atendida en forma directa, individual o conjuntamente con otras personas, por uno o varios profesionales en salud calificados.