



INFORME Nro. **DFOE-BIS-IF-00012-2021**
19 de noviembre, 2021

INFORME DE AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICIENCIA
Y EFICACIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
BRINDADOS POR LOS EBAIS

2021

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	4
1. Introducción	7
ORIGEN DE LA AUDITORÍA.....	7
OBJETIVOS	7
ALCANCE	8
CRITERIOS DE AUDITORÍA	8
METODOLOGÍA APLICADA	8
ASPECTOS POSITIVOS QUE FAVORECIERON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.....	10
LIMITACIONES QUE AFECTARON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA.....	10
GENERALIDADES ACERCA DEL OBJETO AUDITADO	10
COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	11
SIGLAS.....	12
2. Resultados.....	13
EFICACIA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN MEDICINA GENERAL BRINDADO POR LOS EBAIS	13
Mejoras en la efectividad de la consulta externa en medicina general.....	13
Eficacia de la gestión de agendas de la consulta externa se mantiene en niveles aceptables.....	14
Limitaciones en el acceso a la consulta externa de los EBAIS.....	16
CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BRINDADOS POR LOS EBAIS	20
Debilidades en la calidad de los servicios de salud prestados por los EBAIS.....	20
EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BRINDADOS POR LOS EBAIS.	25
Oportunidades de mejora en la eficiencia técnica y asignativa de la prestación de los servicios de salud de los EBAIS y las A.S.....	25
3. Conclusiones.....	28
4. Disposiciones.....	29
AL DR. ROBERTO CERVANTES BARRANTES, EN SU CALIDAD DE GERENTE GENERAL DE LA CCSS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO	30
A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS	30
AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO DE LA CCSS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO	30

FIGURAS

FIGURA N.º 1 DIMENSIONES EVALUADAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS POR LOS EBAIS.....	8
FIGURA N.º 2 MARCO EVALUATIVO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS POR LOS EBAIS	9

CUADROS

CUADRO N.º 1 INDICADORES DE COBERTURA SEGÚN PROGRAMAS DE ATENCIÓN, 2019-2020.....	17
---	----

Resumen Ejecutivo

¿QUÉ EXAMINAMOS?

La auditoría tuvo como propósito determinar la eficiencia y eficacia de los servicios de atención prestados por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), con el fin de identificar posibilidades de mejora que incrementen el valor público de este servicio de salud y su contribución con el cumplimiento del objetivo N.º 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El período evaluado comprendió las operaciones entre el 2019 y 2020, extendiéndose cuando se consideró necesario.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

El primer nivel de atención de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), está conformado a octubre de 2021, por 1.079 EBAIS y 105 Áreas de Salud, y es la puerta de entrada al sistema de salud. En dicho nivel se pretende contribuir a mejorar los estilos de vida de la población y disminuir la carga de la enfermedad en las personas con algún padecimiento, al tiempo en que se impulsa el cumplimiento del ODS 3 relativo a garantizar una vida sana y el bienestar de toda la población.

Durante el 2020, la Institución destinó recursos por ₡491.794,6 millones al primer nivel de atención, en el cual se brindó el 75,7% del total de consultas realizadas por los usuarios. Al respecto, resulta relevante analizar la prestación de los servicios de salud en los EBAIS, a efectos de impulsar las mejoras para reducir las brechas en la atención oportuna, eficaz y eficiente de los servicios, y coadyuvar a prevenir la saturación de servicios en los siguientes niveles del sistema de salud.

¿QUÉ ENCONTRAMOS?

Se determinó que el servicio de consulta externa en medicina general brindado por los EBAIS es razonablemente efectivo y eficaz en la **gestión de agendas**. En el caso de la **efectividad** del servicio de consulta externa, entre 2019 y 2020, se identificó una caída en las tasas de atenciones de pacientes no urgentes en hospitales según EBAIS de procedencia, así como de hospitalizaciones evitables por área de salud de adscripción, lo cual posibilitó disminuir la presión sobre los niveles superiores de atención para el año 2020.

Además, a pesar de una leve desmejora en el 2020 en los porcentajes de ausentismo, uso de horas y cupos programados para consulta externa en los EBAIS, la gestión de agendas permitió que dichos indicadores se mantuvieran dentro de los parámetros aceptables entre el 2019 y 2020.

No obstante, se encontraron limitaciones en el **acceso** de la consulta externa, pues el porcentaje de EBAIS que alcanzaron los estándares institucionales de cobertura en el programa de atención de niños entre 1 y 10 años, pasó de 14,4% en 2019 a menos del 1,2% en el 2020. En el caso de la población adolescente, ese porcentaje fue de 4,2% en el 2019, y en el 2020 ninguno de los EBAIS lo alcanzó. Por su parte, para la población entre 20 y 64 años, así como la adulta mayor, los porcentajes de EBAIS que cumplían con

los parámetros fueron de 10,3% y 1,2% en el 2019, y del 5,9% y menos de 0,4% en el 2020, respectivamente.

Además, para el mismo período, se determinó que dos de cada tres EBAIS registraban una población adscrita mayor a 4.000 habitantes, lo que supera el parámetro tradicional de referencia. También, se mantienen brechas de acceso físico y servicios. Al respecto, según el censo realizado a 1069 médicos coordinadores y/o encargados de EBAIS, el 73,0% de ellos indicó que los usuarios tienen dificultades de acceso a cita, un 28,9% señaló dificultades referentes a la distancia y 12,6% a medicinas. Además, el 71,6% de los funcionarios mencionó insuficiencia en la cantidad de citas para satisfacer la demanda de servicios.

Por su parte, se evidenciaron debilidades en la **calidad** de los servicios de salud brindados por los EBAIS, relativas a la **continuidad** en la prestación de servicios a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), pues existe un bajo desempeño en los controles óptimos de personas con hipertensión y con diabetes mellitus tipo 2, respecto de los criterios establecidos, controles que tuvieron un retroceso evidente durante la pandemia. Tampoco se dispone de información adecuada sobre los controles de personas con dislipidemia (colesterol en la sangre).

En lo correspondiente a la **disponibilidad de recursos materiales y humanos** para el funcionamiento de los EBAIS, se identificó que 719 no tienen a disposición personal en Promoción de la Salud, 533 en Nutrición, 371 en Psicología y 279 de Laboratorio Clínico. Además, en al menos 47 EBAIS se encontró la falta de personal fundamental para su funcionamiento; mientras que en su totalidad se identificaron carencias de insumos y equipamiento básico en medicina general y atención en enfermería de los EBAIS.

Asimismo, se denotaron limitaciones en las acciones de **prevención de la enfermedad y promoción de la salud**, producto de bajos niveles de visita domiciliar efectiva y la cancelación desde 2020 de los proyectos de promoción de la salud, los cuales ya presentaban bajas coberturas de la población adscrita a las Áreas de Salud. También, se encontró que la población aún no está **satisfecha** con el servicio según las estimaciones del Índice Global de Satisfacción realizado por la Dirección de Contraloría de Servicios de Salud, mientras que en los Índices de **Coordinación** de la Información y la Gestión Clínica, elaborados por la CGR, no alcanzaron una nota satisfactoria de conformidad con el criterio experto de profesionales en salud y la literatura, en relación a una serie de prácticas consideradas razonables y la frecuencia con que estas se manifiestan.

Finalmente, se determinó que los EBAIS y las Áreas de Salud presentan una **eficiencia técnica** relativamente alta, en cuanto a la relación entre la atención de los servicios de salud brindados y los recursos disponibles para ello; sin embargo, entre el 42,4% y el 51,5% de Áreas de Salud presentan oportunidades de mejora en su eficiencia relativa según el modelo de referencia pues registran niveles de eficiencia menores al 100%, con valores desde el 76,0%. Asimismo, en el caso de la **eficiencia asignativa**, la proporción de recursos destinados al primer nivel de atención, en relación a los demás niveles, no alcanza la expectativa de asignación del 30% recomendada por la Organización Panamericana de la Salud.

¿QUÉ SIGUE?

Se dispone a las autoridades de la CCSS, definir y poner en funcionamiento la propuesta del plan de implementación para el reforzamiento y reducción de brechas en el primer nivel de atención. Además, definir e implementar una estrategia para mejorar los controles óptimos de pacientes con ECNT; precisar y divulgar formalmente los insumos y equipamiento básico mínimo estándar del cual deben disponer los EBAIS; ajustar los lineamientos internos, así como los indicadores de seguimiento en materia de visita domiciliar y proyectos de promoción de la salud; elaborar e implementar un mecanismo de control para mejorar la cobertura de las capacitaciones dirigidas a fortalecer las áreas de mejora de la satisfacción del usuario; y definir e implementar acciones específicas para impulsar el uso de los mecanismos de coordinación institucional existentes en las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud.

INFORME N.º DFOE-BIS-IF-00012-2021

**DIVISIÓN DE FISCALIZACIÓN OPERATIVA Y EVALUATIVA
ÁREA DE FISCALIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL BIENESTAR
SOCIAL**

**INFORME DE LA AUDITORÍA OPERATIVA SOBRE LA EFICACIA Y LA
EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD BRINDADOS
POR LOS EBAIS**

1. Introducción

ORIGEN DE LA AUDITORÍA

- 1.1. La auditoría se ejecutó con fundamento en las competencias que le confieren a la Contraloría General de la República los artículos 183 y 184 de la Constitución Política y los artículos 12, 17 y 21 de su Ley Orgánica, N.º 7428.
- 1.2. La Ley General de Salud establece en el artículo 3 el derecho que todo habitante tiene a las prestaciones de salud. Con la reforma del sector salud de los noventa, los objetivos primordiales del sector estaban dirigidos a aumentar la capacidad institucional, por lo cual se buscó rediseñar la organización y el funcionamiento del sistema de salud por medio de un modelo de atención con énfasis en la atención primaria cuya piedra angular son los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- 1.3. Durante el 2020, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) destinó 491.794,6 millones de colones al primer nivel de atención, donde se ubican los servicios de atención integral en salud brindados por los EBAIS, los cuales son la puerta de entrada al sistema de salud, donde se atiende el 75,7% del total de consultas realizadas en la institución en 2020
- 1.4. Así, es relevante fiscalizar el buen uso de los recursos públicos en materia de salud, pues el país se encuentra en plena atención de una pandemia con una frágil situación fiscal, que exige el empleo de los recursos de manera eficaz y eficiente, máxime en el nivel, cuyos objetivos buscan contribuir a mejorar los estilos de vida y disminuir la carga de la enfermedad en la población

OBJETIVOS

- 1.5. Evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios de atención prestados por los EBAIS con el fin de determinar posibilidades de mejora que incrementen el valor público de este servicio de salud y su contribución con el cumplimiento del objetivo N.º 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

ALCANCE

- 1.6. La auditoría se enfocó en el análisis de la eficacia de la consulta externa de medicina general, así como la calidad y eficiencia de los servicios de salud brindados por los EBAIS. El período evaluado comprendió las operaciones entre el periodo 2019 y el periodo 2020, extendiéndose cuando se consideró necesario. En la siguiente figura se detallan las dimensiones evaluadas.

Figura N.º 1

Dimensiones evaluadas en la prestación de los servicios de salud brindados por los EBAIS.



Fuente: Elaboración propia.

CRITERIOS DE AUDITORÍA

- 1.7. Los criterios de auditoría utilizados en el presente proceso de fiscalización se validaron con la elaboración y aplicación de un instrumento, que involucró la participación de 62 profesionales de la administración de salud de la CCSS, de funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud y la Auditoría General de Salud del Ministerio de Salud. Dicho instrumento se aplicó entre el 23 de julio de 2021 y el 29 de julio de 2021. Asimismo, se presentaron en reunión virtual a la Administración el 06 de agosto de 2021 y comunicados mediante oficio N.º 11979 (DFOE-BIS-0228) del 13 de agosto de 2021, al Dr. Román Macaya Hayes, Presidente Ejecutivo de la CCSS.

METODOLOGÍA APLICADA

- 1.8. La auditoría se realizó de conformidad con las Normas Generales de Auditoría para el Sector Público, con el Manual General de Fiscalización Integral de la CGR y el Procedimiento de Auditoría vigente, establecido por la DFOE.
- 1.9. El análisis de la eficacia en la consulta externa de medicina general, la calidad y eficiencia de los servicios brindados por los EBAIS, contempló la identificación de dimensiones para evaluar con sus respectivos indicadores y parámetros, cuyo marco evaluativo se resume a continuación:

Figura N.º 2

Marco evaluativo de la prestación de los servicios de salud brindados por los EBAIS.



Fuente: Elaboración propia.

- 1.10. Asimismo, se construyó un instrumento para obtener la información para el análisis de las dimensiones de cita. El mismo fue aplicado a modo de censo a los médicos coordinadores y/o encargados de 1.079 de EBAIS¹, en todo el país, alcanzando la participación de 1.069 centros.
- 1.11. También, se utilizó la metodología del Análisis Envolvente de Datos (DEA)² cuyo objetivo es estimar la eficiencia técnica relativa en un conjunto de unidades por medio del análisis de los insumos y productos. Mediante la definición de una frontera de producción, dicha metodología genera, un índice de eficiencia (donde 100 es una unidad eficiente), un ranking, las unidades eficientes y los rezagos en las unidades ineficientes de manera que del conjunto de unidades es posible observar quienes requieren implementar acciones para lograr un mejor desempeño. Así, para la presente auditoría, el conjunto de unidades de comparación fueron las Áreas de Salud (A.S).
- 1.12. De esa forma, el DEA se estimó con orientación a las salidas³ y usando retornos variables a escala bajo dos modelos. En el primero se recurrió a una lista de resultados de los servicios de salud de las A.S, que consideró los inversos de la Tasa de Mortalidad, la Tasa de Mortalidad Infantil, y las Hospitalizaciones Evitables de personas adscritas al Área de Salud; también, los promedios de de Controles Óptimos de diabéticos (glicémico y lipídico) y de Controles Óptimos de hipertensos; así como, la cantidad de Emergencias atendidas y el porcentaje medio de vacunación.
- 1.13. El segundo empleó una lista de productos de los servicios de salud de las A.S a saber: el inverso del porcentaje de ausentismo, porcentaje de niños con tamizaje oportuno;

¹ Según datos de la webmaster de la CCSS.

² Análisis Envolvente de Datos, por sus siglas en inglés "Data Envelopment Analysis (DEA)", siguiendo a Puig (2000), Martín y López (2007), Xirinachs- Salazar (2012), Coelli et al. (2005), Coll & Blasco (2006), Morera Salas (2015), Perera (2018) y las mismas Evaluaciones de Prestación de Servicios de Salud de la Dirección de Compras de Servicios de Salud.

³ Maximización de la producción sujeto a los insumos. Se utiliza la palabra salidas para referenciar a productos o resultados dentro de la cadena de valor.

promedios de Controles Óptimos de diabéticos (glicémico y lipídico) y de Controles Óptimos de Hipertensos, la cantidad de visitas domiciliarias efectivas, la cantidad de consultas externas totales y promedio de esquemas de vacunación.

- 1.14. En ambos modelos las variables que representan los insumos fueron: cantidad de medicinas (propias y en apoyo a la red) y gasto en millones como insumos controlables; mientras que las variables no controlables contemplan la población del área de salud; y las no discrecionales la región y el tipo de área de salud. Para la estimación se utilizó el software estadístico R⁴.
- 1.15. Además, se utilizó la información suministrada en entrevistas a funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como en las respuestas a las consultas planteadas por escrito ante diferentes unidades de esa institución.

ASPECTOS POSITIVOS QUE FAVORECIERON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

- 1.16. En el desarrollo de la presente auditoría se contó con la colaboración de funcionarios de la Auditoría Interna de la CCSS. Asimismo, el equipo designado como enlace, propició una comunicación ágil y fluida con las diversas instancias de la institución, lo cual facilitó una amplia participación de los funcionarios en la aplicación de los instrumentos de auditoría.

LIMITACIONES QUE AFECTARON LA EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

- 1.17. No fue posible contar con información relacionada a la atención de embarazadas y las hospitalizaciones evitables según EBAIS de procedencia, lo cual limitó la posibilidad de contar con resultados más detallados del servicio.
- 1.18. Un aspecto que merece la atención de la administración es la debilidad en la información disponible de los controles óptimos de colesterol LDL según prioridad clínica (Ficha Técnica 3.1-07) pues, según oficio GM-DCSS-0224-2021 de fecha 21 de julio de 2021, no se dispone de los registros necesarios para su estimación. Por otra parte, controles óptimos de hipertensos y diabéticos se monitorean a través de muestreos⁵, lo cual podría ser más eficaz y eficiente si se logra la integración de la información mediante el EDUS.

GENERALIDADES ACERCA DEL OBJETO AUDITADO

- 1.19. Según el Modelo de Prestación de Servicios de Salud de la CCSS, el Primer Nivel de Atención se enfoca en las necesidades y problemas de la población brindando intervenciones esenciales de menor complejidad, privilegiando las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por su parte, el Segundo Nivel brinda soporte al Primer Nivel, atendiendo a personas con problemas de salud que requieren intervenciones complejas, mientras que el Tercer Nivel se encarga de personas con problemas de salud que requieren intervenciones de la más alta complejidad, ya sea por la condición del paciente o la tecnología y especialización del recurso humano requerido.

⁴ El paquete utilizado fue deaR.

⁵ Control glicémico y lípido óptimo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no tienen suficiente información integrada al EDUS para un cálculo sobre la totalidad de la población.

- 1.20. El Primer Nivel de Atención se atiende bajo un esquema de Áreas de Salud (105), cada una cuenta con un Equipo de Apoyo y un determinado número de EBAIS (1.079). Las principales características operativas del modelo de atención, se circunscriben a la definición de una población o número de familias ubicadas en un área geográfica claramente determinada o sector de salud, la constitución de un equipo de salud y una oferta básica de servicios, la cual debe ser garantizada a toda la población, en igualdad de condiciones. Varios sectores conforman un área de salud, con su respectivo equipo de apoyo. A partir de ello, se definen los niveles de atención o complejidad y el sistema de referencia y contrarreferencia⁶.
- 1.21. Los EBAIS, son los principales actores del primer nivel de atención, pues representan el contacto inicial con el paciente, la familia y la comunidad, en el marco de la atención integral de la salud. Están conformados por un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP, pueden ser más), un Auxiliar de Enfermería, un Técnico de Registros Médicos y Estadísticas en Salud (REDES) y un Médico General.
- 1.22. Los servicios de los EBAIS se brindan en establecimientos específicos, a saber: Puesto de Visita Periódica (PVP) ubicado en localidades con problemas de accesibilidad; Sede de EBAIS, corresponde a un establecimiento en el cual se alberga a uno o más EBAIS; y Sede de Área de Salud, cuyo establecimiento es el mismo del del Área de Salud y alberga uno o más EBAIS no desconcentrados, en el cual se ubica el Equipo de Apoyo, los servicios de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento así como la Dirección y la Administración.
- 1.23. Según la normativa interna y externa de la CCSS⁷, los EBAIS brindan servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, mediante atenciones fuera del establecimiento, consultas externas, cirugía menor, atención de urgencias, diagnóstico y tratamiento de menor complejidad para contribuir a mejorar los estilos de vida y disminuir la carga de la enfermedad en la población. Lo anterior, resulta relevante pues contribuye de manera importante en el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, el cual busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.

COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

- 1.24. Mediante el oficio N° 17653 (DFOE-BIS-0472) del 09 de noviembre de 2021, se convocó a la Administración Activa a la exposición verbal de resultados y se entregó el borrador del informe para su conocimiento y envío de observaciones en caso de considerarlo pertinente.
- 1.25. La comunicación preliminar de los resultados, conclusiones y disposiciones producto de la auditoría se efectuó virtualmente el 15 de noviembre de 2021, a los jefes institucionales, auditores internos y funcionarios de la Caja Costarricense del Seguro Social por medio de la herramienta Google Meet.

⁶ CCSS y UCR (2003). Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud. Fundamentos Conceptuales y Operativos Del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud.

⁷ Modelo de Prestación de Servicios de Salud de 2014, Fundamentos Conceptuales y Operativos Del Sistema Nacional de Salud y del Modelo de Atención de la Salud de 2003 y Plan Estratégico Institucional 2019-2022.

- 1.26. Las observaciones al borrador de informe fueron remitidas por la Administración mediante oficio PE-4005-2021 recibido por la Contraloría General el 17 de noviembre de 2021. Lo resuelto sobre los planteamientos efectuados se comunicó mediante oficio N° 18313 (DFOE-BIS-0517) del 19 de noviembre de 2021, y se ajustó lo pertinente en el contenido de este informe.

SIGLAS

- 1.27. A continuación se detallan las siglas utilizadas en este informe:

SIGLA	Significado
CGR	Contraloría General de la República
DFOE	División de Fiscalización Operativa y Evaluativa de la CGR
LGCI	Ley General de Control Interno
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
BIS	Área de Fiscalización para el Desarrollo del Bienestar Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
RIPS	Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
A.S	Áreas de Salud
REDES	Registros Médicos y Estadísticas en Salud
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud
EDUS	Expediente Digital Único de Salud
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
IDS	Índice de Desarrollo Social
DEA	Análisis Envolverte de Datos

2. Resultados

EFICACIA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN MEDICINA GENERAL BRINDADO POR LOS EBAIS

- 2.1. La eficacia del servicio de consulta externa en medicina general brindado por los EBAIS, contempló el análisis del grado con que este servicio permite alcanzar razonablemente los objetivos de salud referentes al acceso y la efectividad, así como la gestión eficaz de la agenda.

Mejoras en la efectividad de la consulta externa en medicina general

- 2.2. Se determinó una mejora en la efectividad de la consulta externa en lo relativo a disminuir las presiones sobre los niveles superiores para el año 2020, con respecto al año 2019. Al efectuar un análisis sobre la tasa de atenciones de pacientes no urgentes⁸ en hospitales por EBAIS de procedencia, así como el comportamiento de las tasas de hospitalizaciones evitables⁹ según el área de salud de adscripción, entre el 2019 y 2020 hubo una mejoría en los promedios de ambos indicadores, pues mostraron una reducción de un año a otro.

- 2.3. En lo referente a la tasa promedio nacional de atenciones de pacientes no urgentes en los servicios de emergencias en hospitales, según EBAIS de procedencia, por cada mil habitantes se identificó un descenso de 235 en 2019 a 140 personas en 2020¹⁰. Los resultados muestran que los EBAIS semi desconcentrados, los de atención a poblaciones indígenas y los institucionales, tienden a presentar mayores tasas de atenciones no urgentes en hospitales. Además, los EBAIS de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) Brunca y Pacífico Central, aunque registran una disminución del 2019 al 2020, sus tasas están por encima del doble del promedio nacional, así para 2019 en promedio esos establecimientos registraron 703 y 564, mientras que para 2020 de 402 y 385, respectivamente.

Ha mejorado la efectividad de la consulta externa:

La tasa de hospitalizaciones evitables y la tasa de atenciones no urgentes han disminuido lo que podría incidir en menos presiones en los niveles superiores

- 2.4. En relación con el comportamiento de la tasa de hospitalizaciones evitables, por cada mil habitantes adscritos a un área de salud, se determinó una reducción entre 2019 y 2020,

⁸ Se refiere a pacientes clasificados en condición “No urgente” o “Blanco” de acuerdo al Triage o priorización que manejan los hospitales de la CCSS. Son condiciones que pueden ser agudas pero no urgentes, así como condiciones que pueden ser parte de un problema crónico con o sin evidencia de deterioro. La investigación o intervención para algunas de estas enfermedades o lesiones pueden ser retrasadas o inclusive referidas a otras áreas del hospital o del sistema de salud.

⁹ Son un grupo de 20 patologías identificadas dentro del Clasificador Internacional de Enfermedades CIE-10 como evitables.

¹⁰ Es decir, de cada mil habitantes de un EBAIS, en promedio 140 personas fueron atendidas en hospitales en categoría no urgente durante 2020.

pues pasó de 7,28 a 3,5¹¹ en promedio. Sin embargo, las Áreas de Salud de la RIPPS Brunca muestran tasas promedio superiores a la nacional, 10,4 en 2019 y 7 como en 2020.

- 2.5. La disminución en las tasas promedio nacionales de ambos indicadores se encuentran explicadas por la implementación de una serie de restricciones por parte de la CCSS para que las personas usuarias de los servicios de salud, salvo casos especiales, asistan a los servicios de emergencias de los hospitales, a razón de la pandemia por COVID-19. Por ejemplo, el oficio GG-0585-2020 de fecha 9 de marzo de 2020, define una serie de medidas para mitigar la transmisión del virus y proteger la salud de las personas trabajadoras de la CCSS. A lo anterior, se le añade el temor de la población al contagio de COVID-19 que redujo la afluencia en centros hospitalarios.
- 2.6. Además, cabe mencionar que la CCSS ha promovido, mediante campañas educativas, el uso racional de los servicios hospitalarios durante la pandemia, y en los últimos años ha incrementado la oferta de servicios en el primer nivel de atención mediante la creación de 32 EBAIS entre el 2018 y el 2021.
- 2.7. Asimismo, la disminución en las hospitalizaciones evitables está asociada a la reducción de los internamientos producto de enfermedades de vías aéreas inferiores, asma e infección de oídos, nariz y garganta, cuya sintomatología a su vez está relacionada con el virus que produce el COVID-19, y pudo haber reemplazado estas patologías. A lo anterior, se sumó la menor disponibilidad de camas de hospitalización para patologías no COVID-19, durante la actual pandemia.
- 2.8. Si bien los resultados son positivos, ello puede implicar una presión en las agendas disponibles en los EBAIS, ante el temor de la población para asistir a los centros hospitalarios. Además, se puede presentar una mayor resolutivez de los servicios de urgencias de las Áreas de Salud, para la atención de patologías que podrían llegar a ser clasificadas como no urgentes en hospitales.

Eficacia de la gestión de agendas de la consulta externa se mantiene en niveles aceptables

- 2.9. La **gestión de agendas** se relaciona con la medida en que las citas, cupos y horas responden a la demanda. Sobre el particular, el porcentaje de ausentismo¹² a nivel institucional, así como el porcentaje de utilización de horas y cupos programados¹³ para consulta externa en medicina general, se encuentran dentro de los parámetros definidos para dicho servicio. Sin embargo, los resultados reflejan un leve aumento del ausentismo, así como una disminución en el aprovechamiento y cantidad de horas y cupos del 2020 con respecto al 2019, lo cual implicaría una disminución en la eficacia en la gestión de agendas y citas de la consulta externa en los EBAIS en ese período.

¹¹ En otras palabras, en promedio 3,5 personas de cada mil adscritas a un área de salud fueron hospitalizadas en condición evitable a nivel nacional.

¹² Se refiere al porcentaje de inasistencia de los pacientes a sus citas previamente programadas respecto del total de citas programadas.

¹³ Porcentaje de horas y cupos que fueron utilizados realmente en atención de consulta externa respecto de lo programado.

2.10. El ausentismo neto, tanto a nivel nacional como por RIPSS, es menor al 10% durante el periodo evaluado, lo que ubica a este indicador en “zona normal”, según el parámetro definido en el “Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un plan de atención oportuna (versión 1.8)”. Sin embargo, el promedio nacional aumentó de 3,6% en el 2019, a 3,9% en 2020. Sin embargo, el promedio nacional aumentó de 3,6% a 3,9% entre 2019 y 2020. Asimismo, el porcentaje de EBAIS en “zona de riesgo”, según dicha normativa (ausentismo entre el 10% y 50%) aumentó del 1,6% al 3,9% de los EBAIS, en el periodo evaluado, y se ubican principalmente en la RIPSS Brunca. En dichos EBAIS, el ausentismo neto se mantuvo superior al 10%, con un nivel máximo de 13,0% en el 2019 y de 17,6% para el 2020.

La eficacia en la gestión de agendas se mantiene en niveles aceptables:

Los porcentaje de ausentismo, horas y cupos utilizados se encuentran en parámetros aceptables pero tuvieron una desmejora en 2020.

2.11. Al respecto, el 89,5% de los EBAIS del país, según un censo elaborado por la CGR¹⁴ al personal médico coordinador y/o encargado de estos equipos, indicaron que han implementado estrategias para atender el ausentismo, principalmente la sustitución de pacientes; además, recordatorios por medio de llamadas telefónicas o mensajes de texto a los pacientes, consultas médicas no presenciales realizadas por medios alternativos (llamada/videollamada), entre otras. Por su parte, el leve aumento del ausentismo puede estar relacionado con el temor de la población al contagio en los centros de salud durante la pandemia por COVID-19.

2.12. La administración ha implementado mecanismos para mantener la información actualizada en EDUS, que han permitido mantener los niveles de ausentismo en rangos razonables. Sin embargo, hay otros factores exógenos que podrían limitar la asistencia de los usuarios, como por ejemplo cambios en los datos para la localización sin reportar, a efectos de generar recordatorios, o el acceso a transporte público que pueden estar influenciando dicho aumento en el ausentismo.

2.13. El porcentaje promedio de utilización de horas programadas para consulta externa de los EBAIS fue de 94,7% para 2019 y 90,3% para 2020, lo cual se considera aceptable según la “Guía para la Gestión de los Servicios de Consulta Externa para el uso eficiente de los recursos a través de la capacidad instalada (versión 1.7)”, la cual define un valor objetivo entre el 90% y el 100% para la programación de horas utilizadas. No obstante, para el 2020, el resultado promedio de los EBAIS de las RIPSS Brunca fue de 80,5%, Chorotega de 84,5%, Huetar Atlántica 89,3% y Pacífico Central 89,8%, por lo que no logran alcanzar el parámetro aceptado de ese indicador. Del 2019 al 2020, la cantidad de EBAIS con porcentajes menores al 90% aumentó, pasando del 15,0% al 35,1% del total de los EBAIS, esto evidencia una desmejora en la eficacia del servicio en lo relacionado a este indicador.

2.14. Por su parte, el porcentaje de utilización de cupos programados para consulta externa fue del 97% en el 2019 y del 91% en el 2020, tanto a nivel nacional como por RIPSS, lo que

¹⁴ 1.069 EBAIS fueron consultados sobre las estrategias implementadas para atender el ausentismo mediante un formulario de LimeSurvey.

supera el 85% de parámetro considerado aceptado según el “Manual para la gestión de los Servicios de Consulta Externa en el marco de un plan de atención oportuna (versión 1.8)”. Sin embargo, la cantidad de EBAIS que no cumplieron con el parámetro aumentó del 2019 al 2020, pasando del 2,9% al 20,4%, respectivamente, determinando una pérdida en la eficacia de este servicio en relación a la gestión de agendas, pues no se aprovecharon los cupos.

- 2.15. El cumplimiento de los citados indicadores de ausentismo, utilización de cupos y horas, son de constante seguimiento y monitoreo por parte de la Administración, pues forman parte de indicadores clave de desempeño (KPI, por sus siglas en inglés), los cuales están disponibles y en tiempo real en los Cubos de Información EDUS.
- 2.16. Según criterio de la Administración¹⁵, el ausentismo podría estar condicionado por el temor de la población a acercarse a los servicios de salud por el COVID-19. Adicionalmente, la reconversión de servicios y la creación de la consulta "especial" para sintomáticos respiratorios tuvo efectos en la disponibilidad de cupos y citas durante la pandemia.
- 2.17. Si bien estos resultados son positivos, también pueden indicar una saturación general de la consulta externa de medicina general en el primer nivel de atención, que a su vez pueden ir en detrimento de la salud de la población. Asimismo, se potencia el riesgo de demanda insatisfecha de usuarios que no encuentran cupos disponibles para morbilidad, provocando por consiguiente que dicha población busque otros medios para satisfacer sus necesidades de salud, como la medicina privada o los servicios de emergencias en los niveles de atención superior. Lo anterior, también puede tener incidencia en la baja cobertura de los programas de atención integral como se verá más adelante.
- 2.18. Asimismo, la situación descrita puede limitar la creación de condiciones favorables que coadyuven al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, relativo a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Limitaciones en el acceso a la consulta externa de los EBAIS

- 2.19. En lo que respecta al acceso a la consulta externa de los EBAIS, lo cual implica ofrecer los servicios que la población necesita en el lugar y tiempo adecuado, ante ausencia o mitigación de barreras económicas, geográficas y organizacionales, se encontraron debilidades relativas a la cobertura, acceso físico y económico; al tiempo que mejoró el aprovechamiento en el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs).
- 2.20. Sobre el particular, las **coberturas** de los programas de atención no cumplen con los parámetros señalados en el “Plan de Acción para la Conformación de EBAIS y Fortalecimiento de las Áreas de Salud de la CCSS” (estudio de cierre de brechas). Este documento indica que las coberturas óptimas para cada área de salud¹⁶ dependen de su Índice de Desarrollo Social (IDS). Si el IDS se encuentra entre 0,7688-100, se espera una cobertura teórica del 60%; si el IDS se encuentra entre 0,6202-0,7687, la cobertura

¹⁵ “Taller de Causas” realizado el 14 de octubre de 2021 con 18 personeros de la CCSS.

¹⁶ Para el caso del análisis a nivel de EBAIS se supuso el mismo porcentaje de cobertura del área al que se encuentra vinculado, utilizando una variante de la estimación que relaciona la cantidad de personas de consulta por primera vez en el año y la adscrita a un EBAIS en particular.

esperada es del 70% y si el IDS es menor a 0,6201 una cobertura del 80% es la esperada.

Cuadro N.º 1
Indicadores de cobertura según programas de atención del Primer Nivel de Atención, Costa Rica 2019-2020.

Programa de Atención	2019		2020	
	% de EBAIS que cumplen con criterio	% promedio de cobertura	% de EBAIS que cumplen con criterio	% promedio de cobertura
Menores de un año.	91,5%	138,0%	94,4%	146,0%
Niños y niñas de 1 año a menores de 10 años.	14,4%	113,0%	1,2%	40,0%
Adolescentes de 10 a menos de 20 años.	4,2%	137,0%	0,0%	36,0%
Hombre y mujer adulta de 20 a menos de 65 años.	10,3%	109,0%	5,9%	51,0%
Población adulta mayor.	1,2%	68,0%	0,4%	29,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del Área de Estadísticas de Servicios de Salud de la CCSS.

- 2.21. El único programa que alcanzó dicho criterio es la cobertura de los menores de un año, puesto que el 91,5% de los EBAIS en 2019 y el 94,4% en el 2020, cumplieron aceptablemente con el parámetro. Por su parte, la tasa de cobertura promedio de niños entre 1 y 10 años de los EBAIS, disminuyó de manera considerable entre el 2019 y 2020, pasando de 113,0% al 40,0%. En 2019, tan sólo el 14,4% de los EBAIS cumplía satisfactoriamente con el criterio definido en el estudio de cierre de brechas, mientras en el 2020, menos del 1,5% de los EBAIS lo hacía. De igual forma, la tasa de cobertura promedio de los EBAIS disminuyó entre el 2019 y 2020, pasando de 137% a 36,0%. Para el primer año evaluado, el 4,2% de los EBAIS logró el porcentaje definido como cobertura y para 2020, ningún EBAIS lo superó.
- 2.22. La tasa promedio de cobertura a adultos en los EBAIS se redujo de 109,0% para el 2019 a 51,0% para el 2020. Solamente el 10,3% y 5,9% de los EBAIS obtuvieron porcentajes de cobertura aceptables en el 2019 y 2020, respectivamente. Asimismo, la tasa promedio de cobertura a adultos mayores de los EBAIS también disminuyó, de 68,0% para el 2019 a 29,0% en 2020. Para el primer año, únicamente el 1,2% de los EBAIS cumplió con los parámetros de cobertura definidos, cantidad que cae a menos del 0,5% en el 2020.

- 2.23. No se encontraron diferencias significativas al realizar el análisis a nivel de A.S¹⁷. Sin embargo, los EBAIS desconcentrados e institucionales tienden a presentar mejores coberturas respecto a los concentrados y administrados por terceros, respectivamente.
- 2.24. Adicionalmente, se determinó que dos de cada tres EBAIS conformados para 2019 (66,2%) y 2020 (66,7%), registraban una población adscrita mayor a 4.000 habitantes, por lo que no cumplían con dicho estándar tradicional.
- 2.25. En cuanto al **acceso físico**, el cual es la medida en que las barreras físicas reales y percibidas son una limitante para el acceso a los servicios por parte de los usuarios, se identificó que la población no percibe grandes barreras de acceso a los servicios de salud, lo anterior con base en los resultados de las Encuestas Nacionales de Percepción de los Servicios Públicos de la CGR¹⁸, por cuanto el porcentaje de personas que calificaron de manera positiva la cercanía del EBAIS con la comunidad fue de 88,5% en 2021, porcentaje que supera el parámetro de 80% validado por la CGR por medio del “Instrumento de validación de Criterios”¹⁹.
- 2.26. Sin embargo, el 28,9% del personal médico coordinador y/o encargado de los EBAIS mencionaron²⁰ que los usuarios presentan dificultades de acceso relacionadas con la distancia, un 21,8% con la oferta de servicios, un 73,0% a citas, 12,6% a medicinas y solo 16,2% no visualizan dificultades de ningún tipo en su EBAIS. Además, el 71,6% indicaron que la disponibilidad de citas no satisface la demanda. Dichos elementos constituyen dificultades de acceso a este nivel de atención.
- 2.27. Asimismo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos aplicada por la Contraloría General de la República en el 2021, la mayoría de los encuestados (57,6%) manifiestan que no es fácil obtener una cita para asistir al EBAIS y no dan suficientes cupos por día (69,4%), lo cuál representa una limitante para la población al acceso de los servicios de salud.
- 2.28. Adicionalmente, el 10,9% del personal médico coordinador y/o encargado de EBAIS indicaron tener dificultades para disponer de los servicios de apoyo de Farmacia y Laboratorio Clínico, el 30,9% indicaron disponer en sus EBAIS de al menos uno de ellos, y únicamente el 58,2% tienen disponibilidad de ambos. La RIPPS Brunca destaca según los resultados obtenidos con el mayor porcentaje de sus EBAIS (21,9%) con dificultades de acceso para ambos servicios de apoyo. El acceso a estos servicios es relevante en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Existen limitaciones en el acceso a la consulta externa:

Las tasa de cobertura de los EBAIS son bajas y un porcentaje alto de la población ha pagado por medicinas y servicios de salud privados.

¹⁷ El análisis a nivel de Área de Salud consideró la relación de cantidad de personas de consulta por primera vez en el año y la población proyectada para un área en particular.

¹⁸ Estas encuestas son desarrolladas por el ente Contralor cada 3 años y tienen un alcance nacional. Para el 2021 la muestra fue de 700 personas estimada mediante muestreo para variables dicotómicas con nivel de confianza del 95% y un error de 4 puntos porcentuales.

¹⁹ Ver la sección de [Criterios](#).

²⁰ Para obtener esta información se realizó un censo a los encargados y/o coordinadores de 1069 EBAIS mediante un formulario de LimeSurvey (aplicativo para encuestas en línea).

- 2.29. Por su parte, el **acceso económico**, es decir, la medida en que los usuarios han tenido costos adicionales para acceder a servicios de salud privados y medicamentos, también presenta limitaciones pues según la Encuesta Nacional de Percepción de los Servicios Públicos de la CGR de 2021, el 67,3% de las personas entrevistadas señalaron haber incurrido en gastos adicionales para acceder a servicios privados de atención médica. Asimismo, el 65,3% de los encuestados mencionaron haber incurrido en gastos adicionales para la compra de medicamentos que no se brindaban en el EBAIS, clínica u hospital. Finalmente, aun y cuando ambos indicadores tienden a una mejoría en las respuestas de la población consultada, se siguen presentando resultados superiores al 60% del criterio validado²¹ por la CGR para este fin, lo que indicaría problemas de acceso económico en general de los servicios de salud.
- 2.30. Ahora bien, en cuanto al aprovechamiento en el **uso de TICs**, la pandemia transformó buena parte del servicio de consulta externa, pues las consultas por medios alternativos, como las telefónicas y videollamadas, pasaron de ser nulas o no registradas en 2019, a realizar 2.171.874 en los EBAIS y A.S durante el 2020. Así, el 95,6% de estos equipos básicos de atención integral en salud utilizaron una modalidad alterna a la atención médica presencial en 2020, principalmente la llamada telefónica, cumpliéndose con el parámetro del 80% validado para este fin²².
- 2.31. Este tipo herramientas junto con el EDUS tienen el potencial de lograr ampliar las coberturas por medio de una verdadera red integrada de prestación de servicios de salud, pues podrían llegar a complementarse en diferentes EBAIS sin necesidad de un desplazamiento físico de los funcionarios que conforman estos equipos de atención. Además, según consulta realizada a los médicos coordinadores y/o encargados de los EBAIS, la mayoría (90%) considera que dicha modalidad debe continuar brindándose post-pandemia, lo cual podría beneficiar el acceso a estos servicios de salud.
- 2.32. Las dificultades en el acceso, se atribuyen a que La CCSS mantiene las brechas en la conformación y apertura de EBAIS en relación a las estrategias institucionales definidas, según se identificó en el estudio “Plan de Acción para la Conformación de Ebais y Fortalecimiento de las Áreas de Salud de la CCSS”. Para ello, la Gerencia General se encuentra en la elaboración de un plan de implementación para el reforzamiento y reducir las brechas en el primer nivel de atención en el corto y mediano plazo en cumplimiento del Acuerdo Cuarto del artículo 29° de la sesión N. ° 9139, celebrada el 12 de noviembre del año 2020 por la Junta Directiva, el cual se encuentra rezagado con respecto a los plazos previstos por la Junta Directiva de la Institución.
- 2.33. En cuanto a las coberturas de los programas de atención, el incumplimiento de los parámetros institucionales también puede estar relacionado a los efectos de la pandemia, así como a la saturación de las agendas médicas en los EBAIS, las cuales son superiores al 90%, tal y como se indicó previamente.
- 2.34. En consecuencia, se aumenta la posibilidad de que las personas deban incurrir en gastos extraordinarios para solventar sus necesidades de servicios de salud, ante la baja cobertura, la saturación de agendas y los problemas de acceso a los Servicios de

²¹ Criterio validado mediante “Instrumento de validación de Criterios” y comunicados oficialmente a la administración. Ver la sección de [Criterios](#).

²² *Ibidem*.

Laboratorio Clínico y Farmacia. Asimismo, los profesionales en salud pueden estar enfrentando limitaciones en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

- 2.35. Asimismo, las bajas coberturas y los problemas de acceso físico y económico detectados pueden tener incidencia en el estado de salud de la población derivado de atenciones no oportunas o falta de prevención. Además, provoca pérdida de confianza en la institución, que es un pilar del valor público con un riesgo potencial de crear un sistema de dos niveles²³ tal y como lo ha venido advirtiendo la OCDE²⁴. Todo lo anterior, limita la contribución de la institución en el cumplimiento de los ODS, en lo relacionado al Objetivo 3 sobre Salud y Bienestar.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BRINDADOS POR LOS EBAIS

- 2.36. La calidad de los servicios en salud brindados por los EBAIS se entiende como aquella atención que maximiza el bienestar del paciente con el menor riesgo para este, tomando en consideración los recursos disponibles para brindarla. Se logró definir 4 sub-dimensiones explicativas de la calidad, a saber: continuidad (longitudinalidad), integralidad, satisfacción del usuario con el servicio y coordinación.

Debilidades en la calidad de los servicios de salud prestados por los EBAIS

- 2.37. Se determinaron debilidades en la calidad de los servicios de salud brindados por los EBAIS, entre el período 2019-2020, entendida esta como aquella atención que maximiza el bienestar del paciente con el menor riesgo para este, tomando en consideración los recursos disponibles para brindarla. En ese sentido, las debilidades se refieren a:
- Controles óptimos²⁵ en población con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), entendido como lograr mantener a la enfermedad bajo rangos clínicos aceptables (continuidad).
 - Disponibilidad del recurso humano y material de los EBAIS.
 - Población usuaria de los servicios de salud no satisfecha.
 - La coordinación de la gestión clínica y de la información.
- 2.38. Para llevar a cabo el análisis de la **continuidad (longitudinalidad)**, se evaluó que los problemas de salud de las personas usuarias tengan un seguimiento óptimo de sus enfermedades y que este sea realizado por los mismos profesionales médicos de manera continua. Al respecto, se tomaron como referencia las metas establecidas en las Fichas Técnicas 2019-2023 de la Dirección Compra de Servicios de Salud de la CCSS para el Control Óptimo de los Diabéticos y los Hipertensos y el Tamizaje Oportuno de los recién nacidos.
- 2.39. En cuanto a los **controles óptimos en población con ECNT**, se determinó que en el caso de los diabéticos²⁶, un 83,1% y el 98,1%, de las A.S para el 2019 y 2020,

²³ Sistema en el cual la provisión pública se dirige solo a los estratos económicos más bajos que no pueden pagar por servicios privados.

²⁴ OCDE (2017). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica. Evaluación y recomendaciones.

²⁵ Se refiere a que la población presente evaluaciones de su patología en rangos establecidos como aceptables y que no pongan en riesgo su estado de salud.

respectivamente, no alcanzaron la meta institucional del 52,0% de personas adscritas con dicha patología, en niveles óptimos de “azúcar en sangre”. En cuanto al control del colesterol en los diabéticos, un 67,9% de las A.S en 2019 no lograron la meta del 45% de estas personas con niveles de colesterol óptimos, porcentaje que aumentó al 86,7% en 2020. En lo que respecta al manejo de la presión arterial en los diabéticos, el 71,7% de las A.S no cumplieron con la meta del 60,0% de esta población con presión arterial óptima en el 2019 y de igual forma, los resultados desmejoran en 2020, por cuanto un 93,3% de las A.S no lograron alcanzar esa meta.

- 2.40. Con respecto a la meta del 64,0% de personas hipertensas con control óptimo de su presión arterial²⁷, en el grupo de edad entre los 24 y 64 años se obtuvo un aumento importante en la cantidad de A.S que no alcanzaron ese parámetro, puesto que pasaron de un 37,1% a un 96,2% entre el 2019 y 2020. Asimismo, en cuanto a las personas adultas mayores hipertensas, el porcentaje de A.S que no cumplieron con la meta pasó de 52,4% a 94,3% en ese periodo.
- 2.41. Al analizar el porcentaje de recién nacidos con tamizaje neonatal oportuno²⁸, cuya meta esperada es del 95% de los recién nacidos con dicho tamizaje, se identificó que en el 2019 el 61,3% de las A.S no lograron la meta y contrario a los casos anteriores, en el 2020 se observó una mejoría, por cuanto las A.S que no llegaron al nivel establecido disminuyeron a 29,2%.
- 2.42. Lo anterior, se encuentra relacionado a que la administración no dispone de un plan de contingencia, en el contexto de atención de la pandemia, para mejorar y alcanzar los controles óptimos sobre los enfermos crónicos no transmisibles, con el propósito de prevenir presiones sobre niveles superiores derivadas de complicaciones en los estados de salud de esta población. Tampoco se cuenta con toda la información necesaria para el cálculo de los indicadores de seguimiento de los controles óptimos de los pacientes con ECNT²⁹.
- 2.43. Otros factores considerados relevantes y que influyen en los bajos niveles de controles óptimos identificados en los pacientes con ECNT son la predisposición genética, la adherencia a los medicamentos y el comportamiento del paciente al plan prescrito por el profesional de salud.
- 2.44. Por otra parte, en lo correspondiente a la **integralidad**, entendida como la disponibilidad y funcionalidad de los servicios de manera que permitan cubrir las necesidades y problemáticas de salud de los

Las debilidades en la calidad de los servicios brindados en los EBAIS están relacionadas con:

Bajos controles óptimos de ECNT, limitaciones en la disponibilidad de recurso humano y material, población no satisfecha y problemas de coordinación.

²⁶ Diabetes mellitus tipo 2. Ver Fichas Técnicas 2019-2023, Código 3.3-11: Sobre Control metabólico de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

²⁷ Presión arterial óptima en HTA. Ver Fichas Técnicas 2019-2023, Código 3.2-09. En lo referente a los indicadores 3.2-09-1 y 3.2-09-2, ambos con una meta del 64% o más de personas con control óptimo.

²⁸ Porcentaje de recién nacidos a los cuales se les practica la prueba del talón entre el tercer y séptimo día de vida. Ver Fichas Técnicas 2019-2023 Código 2.3-06: Sobre Detección Temprana de Enfermedades de tipo Metabólico, Genético y del Sistema Endocrino en los recién nacidos.

²⁹ Por ejemplo no se cuenta con información para el seguimiento del control óptimo de colesterol LDL según prioridad clínica. Ver párrafo 1.18 de este informe.

diversos grupos que conforman la población usuaria, se tomó en consideración la disponibilidad de insumos básicos para la prestación de los servicios (humanos y materiales), y la ejecución de acciones de prevención y promoción de la salud realizadas por los EBAIS.

- 2.45. Así, a nivel de recurso humano, de 1.069 EBAIS censados, en 10 indicaron no disponer de al menos 2 funcionarios del equipo que conforma el EBAIS y 37 no contar con al menos 1 funcionario; mientras que, en 15 EBAIS indicaron la ausencia del profesional de REDES, 16 del auxiliar de enfermería y 15 del Asistente Técnico de Atención Primaria.
- 2.46. Además, en cuanto al equipo de apoyo, se encontró que 719 EBAIS no tienen a disposición personal en Promoción de la Salud, 533 de personal en Nutrición, 371 de personal en Psicología y un 279 de Laboratorio Clínico. Esta situación obedece principalmente a las brechas citadas en la conformación y fortalecimiento del primer nivel de atención, aspecto en el cual como se mencionó previamente la Institución está en proceso de atender.
- 2.47. Por su parte, en cuanto a los recursos materiales, se determinó que un 63,2% de los insumos y equipamiento básico, requeridos para la atención en Medicina General, se encuentran disponibles y en buen estado en los EBAIS del país, donde la gran parte de carencias se presenta en lo relativo a la atención de urgencias. Igualmente, en promedio un 79,1% de los insumos y equipamiento básico para la atención en enfermería se encuentran disponibles y en buen estado; situación similar se da en el 90,4% de los insumos disponibles para la atención en escenarios fuera del establecimiento de salud. Lo anterior, con base en un censo aplicado al personal médico encargado y/o coordinador de EBAIS³⁰.
- 2.48. En ese sentido, lo señalado, se explica por la falta de precisión formal de los insumos y equipamiento básico mínimo, con los cuales deben contar los EBAIS para la prestación óptima de los servicios de salud en estos establecimientos. Actualmente coexisten dos instrumentos técnico³¹ que los definen, cuyos objetivos son diferentes y por lo tanto, no hay homogeneidad en los requerimientos considerados como básicos. Lo anterior, a efectos de generar condiciones adecuadas que faciliten el control y administración de los recursos por parte de los EBAIS.
- 2.49. En lo que respecta al uso del EDUS, como una herramienta vital en el proceso de atención en los servicios integrales de salud, se identificó un alto grado de utilización por parte de los EBAIS (99,3%). No obstante, la Ley N° 9162, Expediente Digital Único de Salud, indica en su transitorio único, que su implementación debió completarse entre el quinquenio 2013-2018. Las RIPSS Brunca, Pacífico Central, Central Norte y la Huetar Atlántica, son las regiones que aún poseen EBAIS con esta falencia.
- 2.50. Además, en el caso de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se validó³² una meta del 60% o más de visitas domiciliarias efectivas, con respecto del total de visitas, tomando como referencia lo dispuesto en el Manual Técnico de Gestión del

³⁰ 1.069 EBAIS fueron consultados sobre la disponibilidad y estado de los insumos mediante el censo realizado por LimeSurvey.

³¹ Perfil de Complejidad de Sedes de EBAIS y Propuesta de Modelo de Prestación de Servicios de Salud.

³² Criterio validado mediante "Instrumento de validación de Criterios" y comunicados oficialmente a la administración. Ver la sección de [Criterios](#).

Programa de Visita Domiciliar. Los resultados obtenidos se encuentran por debajo de dicha meta, dado que el porcentaje de visita domiciliar efectiva promedio fue de 58,8% y 55,2% para el 2019 y 2020, respectivamente. La meta solo fue alcanzada por un 50,9% (54) de las A.S en el 2019 y 39,0% (41) en el 2020.

- 2.51. En cuanto a los programas de promoción de la salud³³, para el 2019 se obtuvieron altos índices de ejecución (más del 90%). No obstante, en promedio cada A.S realizó 4 programas de este tipo y la población cubierta por estos programas es baja, pues la cobertura alcanza como máximo un 6,8% de la población adscrita. Durante 2020 se cancelaron los proyectos de promoción de la salud³⁴.
- 2.52. A raíz de lo anterior, se observó que los lineamientos establecidos para las acciones de promoción de la salud y la visita domiciliar de los Asistentes Técnicos de Atención Primaria, no han logrado adaptarse a las nuevas dinámicas sociales y contexto de pandemia, aunado a que en los últimos años han presentado oportunidades de mejora en lo relativo a la necesidad de nuevas estrategias.
- 2.53. En lo que respecta al tema de **satisfacción**, la cual es el grado en que se está cumpliendo con las expectativas de la población, la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud³⁵ establece los siguientes parámetros: más del 90% se considera una percepción satisfecha, entre 90% y 80% una percepción pasiva y menos de 80% una percepción insatisfecha. Según los Índices Globales de Satisfacción de la CCSS del 2019 y 2020, el nivel de satisfacción se encuentra en un nivel “pasivo” sin cumplir las expectativas de la población, debido a que el citado índice fue de 80,1% para 2019 y de 81,2% para 2020.
- 2.54. Las áreas de mejora identificadas están relacionadas con aspectos tales como: 1) velocidad con la que los empleados ofrecen un servicio, 2) anuencia de los empleados por ayudar, 3) atención y comportamiento confiable y cortés por parte de los funcionarios, 4) confianza de los usuarios sobre los diagnósticos y tratamientos, 5) percepción del usuario de mejoría en su salud y 6) claridad del personal al brindarle información sobre su salud, así como otros factores, entre los que se puede mencionar la facilidad para obtener cita, tiempos para la atención³⁶ y el estado de la infraestructura del centro de salud.
- 2.55. Al respecto, las acciones de capacitación emprendidas para fortalecer las áreas de mejora detectadas de la aplicación del índice Global de Satisfacción, son insuficientes para cubrir las 105 Área de Salud de la CCSS, pues únicamente se desarrollan en las 53 A.S que disponen con oficina de Contraloría de Servicios de Salud³⁷. Dichas capacitaciones se han enfocado en temas como buen trato, niñez y adolescencia, población adulta mayor y otros.

³³ Corresponde a los indicadores AD-12 (Alimentación Saludable y actividad física, salud sexual y mental) y A1-59 (Alimentación Saludable y actividad física) del Plan Presupuesto de las Áreas de Salud.

³⁴ Mediante oficio GM-DDSS-1231-2020 con fecha 14 de julio 2020 y GM-DRSS-0440-2020 con fecha 16 de julio 2020.

³⁵ Estos rangos son establecidos en el documento “Generalidades proceso aplicación y resultados encuestas de satisfacción de las personas usuarias en consulta externa y hospitalización 2018, 2019, 2020”.

³⁶ Consiste en que la cita se efectuó en el horario definido y que el tiempo de espera para su atención cumplió con sus expectativas.

³⁷ Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud, mediante oficio PE-DICSS-DIR-1418-2021 del 20 de octubre del 2021 y sus anexos.

- 2.56. Por otra parte, la coordinación, la cual se relaciona con los mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia entre los diversos niveles de atención y su capacidad para evitar la fragmentación de la atención en salud, conlleva el análisis de la coordinación de la gestión clínica³⁸ y de la coordinación de la información³⁹.
- 2.57. En ese sentido, se calcularon índices de coordinación de la gestión clínica y coordinación de la información a partir del censo aplicado a 1.069 EBAIS, cuyo resultado fue de un 60,0% en ambos tipos de coordinación. Es decir, respecto de una serie de prácticas consideradas razonables y la frecuencia con que estas se manifiestan, los EBAIS del país alcanzan una nota de 60 sobre 100, la cual los posiciona por debajo de la meta validada del 80%⁴⁰ considerado como un nivel razonable de coordinación.
- 2.58. En cuanto a la coordinación de la gestión clínica los aspectos que más denotan oportunidades de mejora son: 1) contrarreferencia de los pacientes que fueron referidos a otro nivel o especialidad, 2) posibilidad de que los médicos generales puedan coordinar la programación del servicio a un nivel de atención superior, 3) frecuencia en que los especialistas hacen recomendaciones al médico general acerca del diagnóstico, tratamiento y otras orientaciones para el seguimiento del paciente, 4) dificultades de los médicos generales para poder consultar a los especialistas las dudas que tienen sobre el seguimiento de los pacientes. Por su parte, sobre la coordinación de la información, los tópicos sujetos a mejora son: 1) la frecuencia del intercambio de información clínica de los pacientes entre los médicos generales y los especialistas, y 2) la frecuencia en que el expediente de salud contiene información biopsicosocial relevante para la atención de los pacientes.
- 2.59. Esta debilidad se origina en la necesidad de impulsar el uso de mecanismos de coordinación disponibles, para que los médicos especialistas y generales en los diferentes niveles, puedan compartir y tener acceso a la información clínica de los pacientes, así como realizar gestiones clínicas en materia de referencia, contrarreferencia y agenda médica. Lo anterior, con el propósito de facilitar el abordaje integral de los pacientes y el uso eficiente de los recursos.
- 2.60. En lo que a la coordinación respecta, la Administración manifestó que no se ha podido controlar del todo la fragmentación de la atención especialmente en el campo de la gestión clínica, a pesar de los esfuerzos realizados. Asimismo, la coordinación interniveles en este momento requiere de la implementación funcional en el EDUS, además de una simplificación del proceso de acceso a especialidades⁴¹.
- 2.61. En consecuencia, las situaciones expuestas por la Contraloría General, potencian el riesgo de que, en el corto y mediano plazo, se presente un aumento en la presión de los servicios en los siguientes niveles de atención, debido a las complicaciones médicas de pacientes con ECNT. Además, las diferencias entre la disponibilidad de recursos tanto

³⁸ Comprende la provisión de atención de manera secuencial y complementaria, dentro de un plan de atención compartido por los diferentes niveles de atención y servicios que participan.

³⁹ Se refiere a la transferencia y uso de información sobre episodios anteriores de enfermedad y situación biopsicosocial del paciente.

⁴⁰ Criterio validado mediante "Instrumento de validación de Criterios" por 62 personeros de salud y comunicados oficialmente a la administración.

⁴¹ "Taller de Causas" realizado el 14 de octubre de 2021 con 18 personeros de la CCSS.

humanos como materiales provoca que puedan estarse dando disparidades en los servicios de salud ofrecidos por los EBAIS a la población.

- 2.62. Por su parte, las debilidades en los servicios dirigidos a promoción de la salud y visita domiciliar podrían reducir el alcance e impacto de esas iniciativas en la población. Mientras que lo descrito en cuanto a la coordinación de la gestión clínica y de la información, puede generar procesos menos eficientes, que se traducen en mayores tiempos de espera para la atención en un nivel superior y por ende, para el conocimiento de resultados fiables sobre la salud de los pacientes.
- 2.63. Asimismo, como se mencionó previamente, este tipo de situaciones tampoco se configuran en elementos que permitan impulsar el cumplimiento del ODS 3 sobre Salud y Bienestar, con énfasis en la meta 3.4 referente a reducir la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles

EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BRINDADOS POR LOS EBAIS.

- 2.64. A nivel del sector salud, la eficiencia está vinculada con verificar la incidencia en la mejora de la salud de la población objetivo con el mejor uso de los recursos disponibles. Se pueden distinguir dos dimensiones de la eficiencia, la primera relacionada a la asignación de recursos (asignativa) y la segunda referente a la productividad de los servicios (técnica). La eficiencia asignativa se relaciona con que los recursos son asignados a actividades en donde éstos tienen el máximo valor, mientras la eficiencia técnica con alcanzar la máxima cantidad de servicios o resultados efectivos físicos empleando un determinado nivel de insumos.

Oportunidades de mejora en la eficiencia técnica y asignativa de la prestación de los servicios de salud de los EBAIS y las A.S

- 2.65. La CGR determinó que los EBAIS y las A.S presentan una eficiencia técnica relativamente alta, en cuanto a la relación entre la atención de los servicios de salud brindados y los recursos disponibles para ello; la cual presenta espacio para mejorar. Asimismo, en el caso de la eficiencia asignativa, la proporción de recursos destinados al primer nivel de atención, en relación con los demás niveles, no alcanza la asignación a la cual se comprometió el país.
- 2.66. Al respecto, la eficiencia del personal médico se puede aproximar mediante un indicador de productividad media como el promedio de consultas médicas por hora. Este indicador es de seguimiento para la CCSS y según el “Manual para la Gestión de la Consulta Externa en el marco de la Atención Oportuna de las Personas” en cada hora de consulta médica externa se deben atender entre 3 a 5 pacientes. En ese sentido, la cantidad promedio de consultas médicas por hora en medicina general en los EBAIS se mantiene en ese rango, en promedio la cantidad de personas atendidas por hora en los EBAIS fue de 4 y de 3,8 para el 2019 y 2020, respectivamente. Tan solo 22 EBAIS en el 2019 y 4 en el 2020 se encontraban por debajo de 3 pacientes por hora. Esto implica que aun cuando se cumple el criterio establecido se observó una leve disminución de la productividad médica promedio entre esos años.

- 2.67. La RIPPS Brunca presentó en el 2019 un 4,5% de sus EBAIS por debajo de 3 consultas por hora, mientras que en el 2020 ese porcentaje fue de 8,2%, siendo la de mayor porcentaje en la cual no se alcanzó el rango establecido. Asimismo, un mayor porcentaje de EBAIS institucionales (2,2%) en 2020 en comparación con los administrados por terceros (0,9%) no cumplieron el parámetro.
- 2.68. La alta productividad media de los médicos está vinculada con la disponibilidad de parámetros ampliamente conocidos en la productividad de la consulta externa, el cual, al igual que los indicadores de ausentismo, utilización de cupos y horas antes mencionados, forma parte de los indicadores clave de gestión (KPI, por sus siglas en inglés) localizado en los Cubos de Información EDUS.
- 2.69. Aunado a lo anterior, la CGR estimó Índices de Eficiencia Relativa con la aplicación del DEA, conforme a lo expuesto en apartado de metodología de este informe. Así, los resultados evidenciaron una alta eficiencia técnica relativa tanto en el enfoque de resultados como en el de productos, cercanos al 100%.
- 2.70. Para el modelo orientado en los resultados⁴² se obtuvo un promedio de eficiencia relativa de las A.S del 95,1% para 2019 y de un 95,2% para 2020, mostrando pocos cambios entre esos años en la eficiencia a pesar de la pandemia. Sin embargo, aumentó la cantidad de unidades no eficientes entre ese periodo, pues el porcentaje de estas pasó de un 46,3% a un 51,5%, es decir, poco más de la mitad de las A.S presentan oportunidades de mejora en su eficiencia relativa.
- 2.71. En cuanto al modelo orientado en los productos⁴³, la eficiencia promedio en los centros de salud pasó de un 98,3% para 2019 a un 99,1% para 2020, denotando un aumento en el promedio de eficiencia en las A.S. No obstante, similar al caso anterior, aumentaron la cantidad de unidades no eficientes entre 2019 y 2020, pues el porcentaje de estas pasó de un 42,4% a un 43,5%. En conclusión, entre el 42,4% y el 51,5% de A.S presentan oportunidades de mejora en su eficiencia relativa según el modelo de cálculo utilizado y el año de referencia.
- 2.72. Las oportunidades de mejora en la eficiencia, si bien depende de cada Área de Salud o EBAIS y su contexto específico, también pueden estar asociadas en términos generales a inequidades la distribución de recursos, así como a la falta de compleción de equipos de apoyo y EBAIS (en los casos que corresponde) según el análisis realizado anteriormente en la dimensión de calidad

La eficiencia de los servicios de salud brindados en los EBAIS y A.S puede mejorar:

Aun con tasas promedio de eficiencia un porcentaje importante de A.S. puede aumentar sus productos dados los insumos con los que cuenta y el porcentaje de recursos destinados al primer nivel de podría ser mayor.

⁴² Se utilizó el inverso de la Tasa de Mortalidad, el inverso de la Tasa de Mortalidad Infantil, el inverso de las Hospitalizaciones Evitables de personas adscritas al Área de Salud, el Promedio de Controles Óptimos de diabéticos (glicémico y lipídico), el Promedio de Controles Óptimos de hipertensos, la cantidad de Emergencias atendidas dentro del Área de Salud y el porcentaje medio de vacunación.

⁴³ Se utilizó el Porcentaje de niños con tamizaje oportuno, el inverso de porcentaje de ausentismo, el Promedio de Controles Óptimos de diabéticos (glicémico y lipídico), el Promedio de Controles Óptimos de Hipertensos, la cantidad de visitas domiciliarias efectivas, la cantidad de consultas externas totales y promedio de esquemas de vacunación.

- 2.73. Por su parte, también se identificó que, entre el 2015 y 2020, el porcentaje de recursos destinados al primer nivel de atención, con respecto al segundo y tercer nivel, fue del 27% en promedio. Sin embargo, este porcentaje aún no se encuentra en los niveles de referencia recomendados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los documentos “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, “Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal 30-30-30” e “Informe final del 57° Consejo Directivo”, los cuales establecen que, al 2030, se debería destinar al menos el 30% de los recursos de salud al primer nivel de atención con el fin de acelerar el cumplimiento de los ODS.
- 2.74. Al analizar la evolución en el tiempo de los recursos asignados al primer nivel, se determinó que su tasa de crecimiento real por año es de 2,5%, inferior a la correspondiente al 3,8% y 3,3% del segundo y tercer nivel. Ello evidencia que las inversiones se siguen orientando mayormente a la hospitalización y curación, en lugar de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, objetivos previstos a ser cumplidos por los EBAIS.
- 2.75. En ese sentido, la OPS en el documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” expone que los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) son capaces de mejorar la equidad, pues su enfoque es menos costoso para los individuos y más rentable para la sociedad a la hora de compararlos con los sistemas orientados hacia la atención especializada.
- 2.76. La concentración de recursos financieros en los niveles superiores como el segundo y tercer nivel está estrechamente vinculado con las brechas persistentes en la transición entre un Modelo Hospitalo-Centrista y un modelo centrado en la Atención Primaria de Salud. En ese sentido, según se indicó previamente, la CCSS ha identificado la existencia de brechas en la conformación y apertura de EBAIS, para lo cual, entre otros procesos, está elaborando un plan de implementación para su reforzamiento y reducción en el primer nivel de atención, en el corto y mediano plazo.
- 2.77. La distribución de los recursos en detrimento del primer nivel de atención provoca que persistan o aumenten las brechas en cuanto a las necesidades de equipo y profesionales en los EBAIS y A.S orientados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Generando que los problemas de salud de la población sean atendidos en niveles superiores, y por ende una mayor inversión de recursos para atender esas necesidades.
- 2.78. Lo anterior, también pone el riesgo del cumplimiento de los ODS en lo referente al Objetivo 3, pues las A.S tienen una influencia directa y positiva en disminuir las tasas de mortalidad de la población (Rosero-Bixby, 2004; Mora, Pesec y Prado, sf). Entre los temas que abarca este objetivo se encuentra la tasa de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. En ese sentido, los espacios de mejora en la eficiencia técnica relativa también implican que las unidades no eficientes podrían aportar aún más al cumplimiento de este Objetivo.

3. Conclusiones

- 3.1. Los EBAIS juegan un rol preponderante en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, principalmente en el logro del Objetivo 3, pues el primer nivel de atención contribuye a disminuir las tasas de mortalidad de la población (Rosero-Bixby, 2004; Mora, Pesech y Prado, sf), las cuales son clave en el seguimiento y monitoreo de este objetivo mundial. Asimismo, dichos equipos influyen en las metas relacionadas con lograr la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud de calidad, a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.2. Sin embargo, de conformidad con los resultados del análisis efectuado por la Contraloría General, es posible señalar que los servicios de atención prestados por los EBAIS, presentan oportunidades de mejora, que de implementarse podrían incrementar el valor público que brindan a la población.
- 3.3. Por esta razón, es fundamental mantener un monitoreo sobre el valor público que estos equipos brindan y sus posibles limitaciones. En ese sentido, la pandemia por COVID-19 ha comprometido a los sistemas de salud a nivel mundial y Costa Rica no es la excepción. Según lo analizado en el informe, se han presentado avances que han permitido la disminución de las presiones en niveles de atención superiores.
- 3.4. Así por ejemplo, la efectividad de la consulta externa en medicina general brindada por los EBAIS, aunado a la implementación de las consultas por medios alternativos como llamada telefónica y/o videollamada. También, el uso del EDUS en casi la totalidad de los EBAIS del país, y la gestión eficaz en la utilización de cupos, citas y bajos niveles de ausentismo.
- 3.5. No obstante, también se han potenciado las limitaciones en el acceso y calidad de los servicios de salud brindados por los EBAIS, tal y como se mostró en las bajas coberturas de los programas de atención integral en salud; el alto porcentaje de población que menciona haber incurrido en gastos por la compra de medicamentos y servicios médicos privados; diversos problemas de acceso relacionados con la distancia física, la oferta de servicios, la disponibilidad de citas y medicinas, así como de servicios de Farmacia y Laboratorio Clínico.
- 3.6. Asimismo, las debilidades detectadas en los controles óptimos de ECNT, la falta de integralidad en los equipos de trabajo y los insumos disponibles, el bajo desempeño de las visitas domiciliarias efectivas, las falencias en coordinación, las nulas acciones de promoción de salud durante 2020 y la insatisfacción de los usuarios son elementos que pueden ir en perjuicio de la salud de la población y del mismo cumplimiento del Objetivo 3 de los ODS, además de perjudicar la legitimidad y confianza en la institución pilares del valor público que se debe considerar en conjunto con los servicios y los resultados.
- 3.7. Dichas limitaciones antes comentadas son, ante todo, sistémicas ya que existe una interrelación entre ellas, aunado a la multicausalidad (pueden ser explicadas por muchos factores internos y externos), aspectos locales y estructurales del sistema provoca que se

esté en presencia de problemas complejos. Sin embargo, lejos de que esta complejidad deba preocupar a la administración, debe ocuparla en la búsqueda de soluciones igualmente complejas por medio de la innovación, la co-creación y el aprovechamiento de los sistemas de información, entre ellos los módulos del EDUS. Lo anterior, debe ir de la mano de retomar la senda de un sistema de salud basado en la atención primaria tomando en cuenta los efectos prioritarios de la emergencia sanitaria.

- 3.8. Al respecto, es necesario procurar la orientación de los recursos económicos al primer nivel, según lo recomienda la OPS, y su máxima eficiencia, pues los sistemas basados en la atención primaria de salud presentan, con mayor probabilidad, mejores grados de salud y menores costos.
- 3.9. Si bien, la pandemia ha potenciado las limitaciones en el acceso y calidad de los servicios de salud brindados por los EBAIS; acciones dirigidas a avanzar en la reducción de brechas, las cuales han sido reconocidas por la misma institución, resultan clave para impulsar cambios ante las limitaciones en el acceso a la consulta externa de los EBAIS, la calidad de los servicios de atención Integral y maximizar los niveles de eficiencia.
- 3.1. Finalmente, el presente informe presenta una motivación para repensar el modelo de prestación de servicios de salud y su futuro de cara a un mundo post-pandemia, así como el futuro de la promoción de la salud, el cual deberá ser un tema de discusión nacional que involucre diversas partes interesadas, entre los que destaca el rector en materia de salud, en procura de una política nacional articulada con este fin, en la que también se defina los roles de cada actor. Ambos temas serán relevantes para afrontar posibles nuevas pandemias y en general, para mejorar los niveles de salud de la población costarricense.

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 (o en el término) conferido para ello, por lo que su incumplimiento no justificado constituye causal de responsabilidad.
- 4.2. Para la atención de las disposiciones incorporadas en este informe deberán observarse los “Lineamientos generales para el cumplimiento de las disposiciones y recomendaciones emitidas por la Contraloría General de la República en sus informes de auditoría”, emitidos mediante resolución Nro. R-DC-144-2015, publicados en La Gaceta Nro. 242 del 14 de diciembre del 2015, los cuales entraron en vigencia desde el 4 de enero de 2016
- 4.3. 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.

AL DR. ROBERTO CERVANTES BARRANTES, EN SU CALIDAD DE GERENTE GENERAL DE LA CCSS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 4.4. Definir e implementar la propuesta del plan de implementación para el reforzamiento y reducir las brechas en el primer nivel de atención en el corto y mediano plazo, en cumplimiento del Acuerdo Cuarto del artículo 29° de la sesión N.º 9139, celebrada el 12 de noviembre del año 2020 por la Junta Directiva, con el fin de atender las necesidades de EBAIS diagnosticadas en el “Plan de Acción para la Conformación de EBAIS y Fortalecimiento de las Áreas de Salud” de la CCSS en el 2020, rediseño que deberá contemplar al menos: el grado mínimo de homogeneidad en la oferta de las áreas de salud que asegure razonablemente la disponibilidad de un equipo de apoyo elemental, los insumos y el equipamiento básico de operación en EBAIS de manera estándar, las fuentes de financiamiento, el cronograma y los responsables de ejecución y seguimiento. Enviar dicha propuesta a la Junta Directiva de la CCSS para lo de su competencia. Para efectos del cumplimiento de la presente disposición se deberá remitir a la Contraloría General a más tardar el 11 de marzo de 2022 una certificación en la cual se acredite la definición de la propuesta con la incorporación de los aspectos mínimos señalados y envío de la propuesta a la Junta Directiva. Además, remitir un informe de avance en la implementación de dicha propuesta a más tardar el 23 de setiembre de 2022. (ver párrafos del 2.19 al 2.32, del 2.44 al 2.46, del 2.69 al 2.76)
- 4.5. Ajustar lineamientos internos y los indicadores de seguimiento vigentes en materia de visita domiciliar y los proyectos de promoción de la salud, en aras de una mayor cobertura e impacto de las actividades que se desarrollen sobre estos particulares. Para el cumplimiento de esta disposición se debe remitir a la Contraloría General de la República, una certificación, en la cual conste que se efectuó el ajuste a dichos lineamientos e indicadores tanto en materia de visita domiciliar como en acciones de promoción de la salud, a más tardar el 27 de mayo de 2022 (ver párrafos del 2.50 al 2.52).

A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CCSS

- 4.6. Resolver en lo que corresponde con respecto a la propuesta del plan de implementación para el reforzamiento y reducir las brechas en el primer nivel de atención en el corto y mediano plazo, que le remita el Gerente General en respuesta al punto 4.4 del presente informe. Remitir a la Contraloría General una copia del acuerdo de Junta, donde se acredite lo resuelto sobre dicha propuesta por ese Órgano, a más tardar el 13 de mayo de 2022. (ver párrafos del 2.19 al 2.32, del 2.44 al 2.46, del 2.69 al 2.76)

AL DR. MARIO RUIZ CUBILLO, EN SU CALIDAD DE GERENTE MÉDICO DE LA CCSS O A QUIEN EN SU LUGAR OCUPE EL CARGO

- 4.7. Definir e implementar una estrategia que incorpore al menos objetivos, acciones, responsables, indicadores y metas, para mejorar los controles óptimos de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, que considere al menos lo referente a dislipidemias, hipertensión y diabetes mellitus 2; lo anterior, con el fin de priorizar acciones

en aquellos pacientes que deben retomar controles óptimos en sus patologías. Para el cumplimiento de esta disposición se debe remitir a la Contraloría General una certificación en la cual conste la elaboración de la estrategia en mención a más tardar el 1 de marzo de 2022. Además, remitir un informe de avance en la implementación de dicha estrategia al 12 de agosto de 2022 (ver párrafos del 2.38 al 2.42).

- 4.8. Precisar y divulgar formalmente los insumos y equipamiento básico mínimo estándar que se debe disponer en todos los EBAIS, a efectos de homogeneizar estos recursos materiales en los establecimientos de salud y facilitar el monitoreo y control de los mismos en los EBAIS y Áreas de Salud. Para el cumplimiento de esta disposición remitir a la Contraloría General de la República, una certificación en la cual conste que se precisó y divulgó lo referente a los insumos y equipamiento básico con que deben contar dichos establecimientos de salud, a más tardar el 8 de abril de 2022. (ver párrafos del 2.47 al 2.48).
- 4.9. Ajustar lineamientos internos y los indicadores de seguimiento vigentes en materia de visita domiciliar y los proyectos de promoción de la salud, en aras de procurar una mayor cobertura e impacto de las actividades que se desarrollen sobre estos particulares. Para el cumplimiento de esta disposición se debe remitir a la Contraloría General de la República, una certificación, en la cual conste que se efectuó el ajuste a dichos lineamientos e indicadores tanto en materia de visita domiciliar como en acciones de promoción de la salud, a más tardar el 27 de mayo de 2022 (ver párrafos del 2.50 al 2.52).
- 4.10. Elaborar e implementar un mecanismo de control para asegurar que las capacitaciones dirigidas a fortalecer las áreas de mejora detectadas de la aplicación del Índice Global de Satisfacción, abarquen la totalidad de Áreas de Salud de la CCSS. Para el cumplimiento de esta disposición se debe remitir a la Contraloría General de la República una certificación en la cual se indique que dicho mecanismo fue diseñado, al 15 de abril de 2022. Asimismo, un informe de avance en la implementación del citado mecanismo a más tardar el 9 de setiembre de 2022 (ver párrafos del 2.53 al 2.55).
- 4.11. Definir e implementar acciones específicas para impulsar en las Direcciones de Red Integradas de Prestación de Servicios de Salud, el uso de los mecanismos de coordinación institucional existentes para la comunicación entre médicos generales y médicos especialistas, así como la divulgación de los protocolos y/o lineamientos en materia de referencia y contrareferencia. Para efectos del cumplimiento de la presente disposición se deberá remitir a la Contraloría General una certificación a más tardar el 31 de julio de 2022. Asimismo, un informe de avance en la implementación del citado mecanismo a más tardar el 31 de enero de 2023. (ver párrafos del 2.56 al 2.59).

Manuel Corrales Umaña
Gerente de Área

Marvin Mejía Vargas
Asistente Técnico

Humberto Perera Fonseca
Coordinador

Daniela Arrieta Arrieta
Colaboradora