



Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2022

Investigación de base

Seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y financiamiento de los servicios de salud

Investigadores:

José Francisco Pacheco Jiménez
Déborah Itriago Henríquez

San José | 2022



368.4
P116s

Pacheco Jiménez, José Francisco
Seguimiento a los indicadores de cobertura, calidad y financiamiento de los servicios de salud / José Francisco Pacheco Jiménez, Déborah Itriago Henríquez. -- Datos electrónicos (1 archivo : 2.579 kb). -- San José, C.R. : CONARE - PEN, 2022.

ISBN 978-9930-618-29-5
Formato PDF, 53 páginas.
Investigación de Base para el Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2022 (no. 28)

1. SEGURIDAD SOCIAL. 2. SEGUROS DE SALUD. 3. COSTA RICA. I. Itriago Henríquez, Déborah. II. Título.



Tabla de contenido

Descarga de responsabilidad	4
Introducción.....	4
Consideraciones teórico-conceptuales.....	5
Salud Universal y Determinación Social de la Salud.....	6
Breve panorama de la salud en Costa Rica.....	8
Mortalidad según curso de vida.....	8
Carga global de la enfermedad.....	12
Análisis de Situación: Cobertura, Calidad y Sostenibilidad	15
Indicadores de cobertura	15
Cobertura nominal del seguro de salud	15
Equidad en la cobertura del seguro de salud.....	18
Cobertura de servicios esenciales.....	19
Cobertura de vacunación.....	22
Disponibilidad de infraestructura y personal de salud	25
Disponibilidad de infraestructura y personal para salud mental.....	28
Indicadores de calidad	30
Satisfacción con la calidad de los servicios	30
Listas (tiempos) de espera	31
Indicadores de calidad de servicio.....	37
Sostenibilidad financiera	40
Evolución de ingresos, egresos y saldo financiero de la Caja.....	40
Producción clínica y presiones financieras	45
La deuda del Estado con la CCSS	48
Reflexiones en torno al seguro de salud de la CCSS.....	49
Referencias	50

Descarga de responsabilidad

Esta investigación se realizó para el Informe Estado de la Nación 2022. El contenido de la ponencia es responsabilidad exclusiva de su autor, y las cifras pueden no coincidir con las consignadas en el Informe Estado de la Nación 2022 en el capítulo respectivo, debido a revisiones posteriores. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

Introducción

La población de Costa Rica es mucho más saludable de lo que pudiera predecirse según su nivel de desarrollo económico. Así, con base en datos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2018, Campbel y Marmot (2021) plantean que, si se hubiese considerado solo el ingreso nacional bruto per cápita, Costa Rica debía haberse ubicado 15 lugares más abajo que el puesto 63 que ocupó en el IDH de 2018. Por el contrario, si se hubiese tomado la esperanza de vida como criterio de clasificación, el país debió haberse ubicado 31 puestos más arriba.¹ Efectivamente, Costa Rica en 2020 tenía la mayor esperanza de vida al nacer en América Latina y la percepción de bienestar de la población costarricense superaba a la del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).² Esto, junto con otros indicadores de resultados, dan cuenta de un sistema de salud técnicamente fiable, fiel reflejo del compromiso nacional de larga data con la satisfacción del derecho a la salud.

Algunos de los hitos más relevantes que demuestran dicho compromiso son, entre otros, la creación el 1º de noviembre 1941, por Ley N.º 17, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para proteger a la población trabajadora, mediante un seguro social obligatorio.³ A partir de este momento, se inicia un proceso de incorporación paulatina de distintos grupos poblacionales al sistema de seguridad social, que tiene su máxima expresión en 1961, con una ley para la universalización de los seguros sociales vigentes en el país para ese entonces.⁴

Más adelante, en 1983, el Decreto Ejecutivo N.º 14313 SPPS-PLAN (llamado Constitución del Sector Salud) definió formalmente el sector salud de Costa Rica⁵. Por su parte, la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS), como tal, data del año 1989, por Decreto Ejecutivo N.º 19276-S. Así, el SNS está integrado por el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad principal la protección y el mejoramiento del estado de la salud de las personas, las familias

¹ Campbell Barr, Epsy y Marmot, Michael. 2020. Leadership, social determinants of health and health equity: the case of Costa Rica. Rev Panam Salud Publica. 2020;44: e139. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778463/>

² OCDE. 2020. Estudios Económicos de la OCDE. Costa Rica. Disponible en: <https://www.oecd.org/economy/surveys/costa-rica-2020-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>

³ De la Cruz, Vladimir. 2020. La Caja Costarricense del Seguro Social, los orígenes de una Institución estratégica en el país. La República.net. Miércoles 29 abril. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/la-caja-costarricense-del-seguro-social-los-origenes-de-una-institucion-estrategica-en-el-pais>

⁴ La Nación. 2012. Extensión y universalización de la CCSS. La Nación. 11 de enero. Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/foros/extension-y-universalizacion-de-la-ccss/EO3DNNBF6FENFI2MAYCYZBB64E/story/#:~:text=%C2%B0%202738%20del%2012%20de,no%20mayor%20a%20diez%20a%C3%B1os>.

⁵ Aunque ya desde el año 1979 se había estructurado en sus rasgos más generales.

y las comunidades, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo.⁶ En 1989 se establece también el Reglamento General del Sistema, mediante el cual se responsabilizó al Ministerio de Salud (MS) de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar la salud y el bienestar para toda la población.⁷

Además del MS y los usuarios de los servicios sanitarios, el SNS en Costa Rica está conformado, principalmente, por la CCSS, el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), instituciones educativas (universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud), así como instancias privadas de atención sanitaria (servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas). Las municipalidades y comunidades también tienen un cometido en el sistema.⁸

Por su relevancia para este informe, procede destacar que la CCSS moderna, además de ser responsable del aseguramiento público de toda la población, es la encargada de la provisión de la mayoría de los servicios de salud que se prestan en el país. Desde 1995, como resultado de la reforma del sistema de salud iniciada en los años 90⁹, ha estado a cargo no sólo de la atención de segundo y tercer nivel de la población asegurada, sino también de la atención primaria (primer nivel), hasta entonces competencia del MS.

El sistema de seguridad social costarricense, materializado a través de los servicios que presta la CCSS, ha sido un pilar fundamental en el desarrollo de Costa Rica en las últimas ocho décadas. Precisamente, por ese rol tan estratégico para el bienestar de la población costarricense y el crecimiento económico del país, es momento preciso para evaluar el desempeño de dicha institución en asuntos tan fundamentales como la *cobertura y calidad* de los servicios de salud que presta, así como en materia de su *sostenibilidad financiera*. Todo esto bajo el prisma de los principios rectores de la Salud Universal y reconociendo los desafíos que en materia de salud pública han resurgido con fuerza a raíz de la pandemia por el COVID-19.

Consideraciones teórico-conceptuales

La presente sección detalla brevemente algunos elementos teóricos sobre los cuales se desarrolla el análisis correspondiente a esta ponencia.

⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2019. Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: OPS; 2019. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Los pilares de la reforma de salud fueron: A) La readecuación del modelo de atención en el primer nivel a partir de (i) la incorporación de un modelo de planificación basado en necesidades de salud con base geográfico – poblacional, (ii) un aumento en la capacidad resolutoria de la atención de primer nivel, y (iii) la introducción de la atención integral a la salud a partir de la concentración de toda la provisión de servicios de salud en la CCSS; B) La implantación de nuevos mecanismos de asignación de recursos financieros con el instrumento de los compromisos de gestión. Traslado de riesgo financiero a prestadores con el otorgamiento de incentivos y la paulatina sustitución del presupuesto histórico por un presupuesto con base en la producción y C) El desarrollo de un programa de desconcentración de los servicios de salud.

Véase a: Rodríguez Herrera, Alfonso. 2005. La reforma de salud en Costa Rica. GTZ y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/La%20reforma%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.pdf>

Salud Universal y Determinación Social de la Salud

Durante el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrado en octubre de 2014, los Estados Miembros aprobaron la Estrategia para el alcance del acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud (Salud Universal), que "establece una hoja de ruta conjunta para el avance progresivo hacia el logro de la Salud Universal."¹⁰

Para la OPS, la Salud Universal "no solamente se refiere a la capacidad del sistema para asegurar una cobertura nominal de la población; implica también la eliminación de todas las barreras de acceso al sistema, entre ellas, las económicas, geográficas y culturales para asegurar el acceso efectivo al mismo."¹¹ Significa, por consiguiente, "que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, regulados a escala nacional de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, al tiempo que se asegure que el uso de estos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad."¹² Así, la equidad se convierte en una condición sine qua non para cumplir con los objetivos de cobertura universal.

En línea con los postulados de la Salud Universal, el SNS de Costa Rica y los servicios que presta la Caja se rigen por los siguientes principios:

Recuadro 1

Principios rectores del Sistema Nacional de Salud de Costa Rica

- **Universalidad:** cobertura de servicios de salud a toda la población residente en el territorio costarricense. De igual manera, se entiende la universalidad en cuanto a la cobertura contributiva de todos los participantes del sistema.
- **Solidaridad:** la carga financiera se debe distribuir de manera justa entre todos los miembros de la sociedad. Esto es, que la contribución al financiamiento se realice de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona.
- **Equidad:** se entiende como la distribución justa de los recursos. Busca asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, con oportunidad, eficiencia y calidad para la atención de las necesidades iguales de los usuarios.
- **Enfoque de atención primaria:** el modelo se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales (DSS) del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la Estrategia de Atención Primaria.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2019.

¹⁰ Pinzón Flórez, Carlos E. y otros. 2016. Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la "Salud Universal" en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(6):330-40. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28548/v39n6a3_330-340.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

Recuadro 2

Principios rectores del Modelo de prestación de servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social

El modelo de prestación de servicios de salud de la CCSS se basa en los principios de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, integralidad, participación social, evolución progresiva de beneficios y concordancia con la realidad económica. Tiene como objetivos el acceso, la continuidad, la aceptabilidad, la efectividad y la eficiencia, y promulga un enfoque centrado en las personas.

Fuente: Caja Costarricense del Seguro Social, 2019.

La idea de la estrecha relación entre los modos y las circunstancias de vida de las personas y los resultados (y desigualdades e inequidades¹³ en salud), asunto de primordial interés de la llamada “epidemiología social”, ha tomado más sentido que nunca¹⁴. Coherente con esto, el modelo de los determinantes de la salud (antes mencionado en el cuadro 1) plantea, en términos generales, que las condiciones materiales de vida de las personas (condiciones o circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, estudian, trabajan y envejecen) y los sistemas de salud, en interacción con aspectos conductuales¹⁵, biológicos¹⁶, psicosociales y de otra naturaleza (como, la cohesión social¹⁷, el capital social¹⁸ y el medio ambiente natural – incluido el cambio climático¹⁹), modulan los resultados e inequidades en salud. A su vez, estos factores o “determinantes intermedios” de la salud no se establecen aisladamente, sino que en su gran mayoría son el resultado de la influencia y configuración histórica de un contexto social macro (conformado, entre otros elementos, por instituciones sociales²⁰, políticas, jurídicas y económicas) que no solo delimitan las características y capacidades de dichos determinantes intermedios, sino que determinan cómo se concretan en la vida de las personas. Es decir, procesos sociales macro condicionan a los determinantes intermedios, y estos a su vez afectan a los procesos de salud y enfermedad en lo micro. Así, el contexto social de referencia de las personas, en sentido amplio, se convierte en un factor fundamental (estructural) para entender los resultados y las inequidades en salud. En el reconocimiento y valoración oportuna de una buena parte de los elementos que caracterizan a ese contexto de referencia de las personas y poblaciones, el primer nivel de atención, tal y como se establece en los principios rectores del SNS, tiene un rol indiscutible.

¹³ Hace referencia a desigualdades *evitables, injustas o remediables* entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

¹⁴ Véase, por ejemplo, a: Quantin, Catherine. 2022. COVID-19 and social inequalities: a complex and dynamic interaction. The Lancet. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00033-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00033-0/fulltext)

¹⁵ Hace referencia a aspectos como la nutrición, actividad física, y estilos de vida.

¹⁶ Como el sexo, la edad y la herencia genética.

¹⁷ “Desde el punto de vista sociológico, puede definirse a la cohesión social como “el grado de consenso de los miembros de un grupo social sobre la percepción de pertenencia a un proyecto o situación común.” Véase a Ferrelli, Rita María. 2015. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):272–7. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>

¹⁸ Entendido como “patrimonio simbólico de la sociedad en términos de la capacidad de manejo de normas y lazos sociales de confianza”. Véase a Ferrelli, Rita María. 2015. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):272–7; <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>

¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. COP26 Special Report on Climate Change and Health. The Health Argument for Climate Action. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/cop26-special-report>

²⁰ En este documento se refieren a imaginarios sociales, normas, tradiciones, códigos y prácticas culturales.

Breve panorama de la salud en Costa Rica

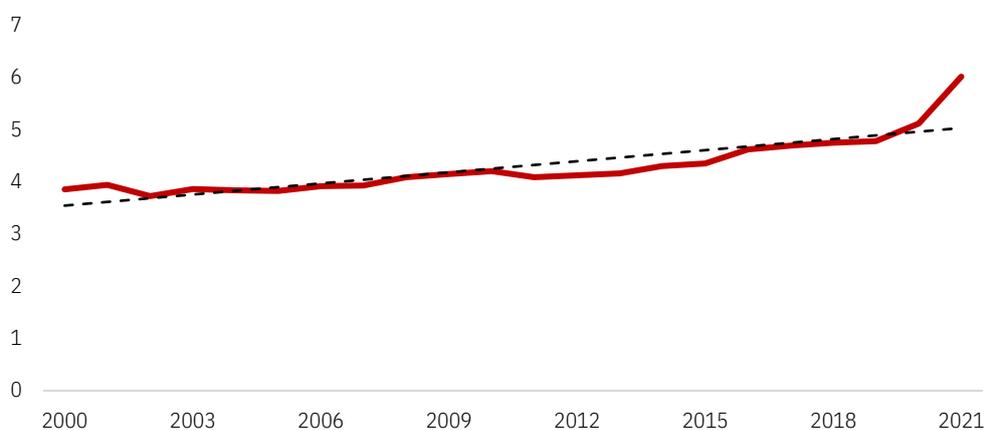
El presente apartado describe las principales tendencias del patrón epidemiológico de Costa Rica. Aspectos relacionados con mortalidad y morbilidad, así como los principales cambios en cuanto a la Carga Global de la Enfermedad.

Mortalidad según curso de vida

La tasa de mortalidad bruta²¹ del país muestra una tendencia ligeramente creciente en el periodo 2000-2021 (gráfico 1). Asunto que se encuentra muy asociado al proceso de envejecimiento poblacional que, a su vez, está muy relacionado con una tendencia *creciente* de la esperanza de vida y una *decreciente* de la tasa de fecundidad en el país. Sin embargo, tanto para el caso del año 2020 como para el 2021, el aumento de la tasa de mortalidad también se explica por las defunciones por el COVID-19.²²

Gráfico 1

Tasa de mortalidad bruta (2000-2021)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Costa Rica (INEC). Estadísticas vitales.

Desde una perspectiva de largo plazo y contrario a la tendencia de la tasa de mortalidad bruta, las tasas de mortalidad en edades tempranas muestran claramente tendencias decrecientes (gráfico 2). Esto, en buena medida, como consecuencia lógica de los importantes esfuerzos del país en materia de atención primaria y salud materno-infantil.

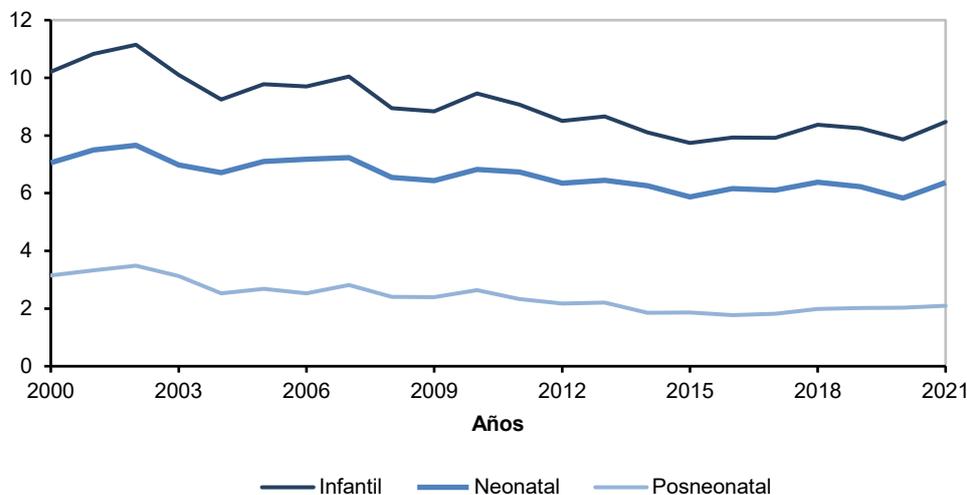
²¹ La tasa bruta de mortalidad es el indicador más utilizado en la medición de la mortalidad. Se obtiene de la relación entre el número de defunciones ocurridas en un período de tiempo determinado (generalmente un año) y una estimación de la población expuesta al riesgo de morir en el mismo período.

²² Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica. 2021. Panorama demográfico 2020. Disponible en: https://inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacdef-2020a-panorama_demografico_2020.pdf

Gráfico 2

Tasas de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal (2000-2021)

(por mil nacidos vivos)



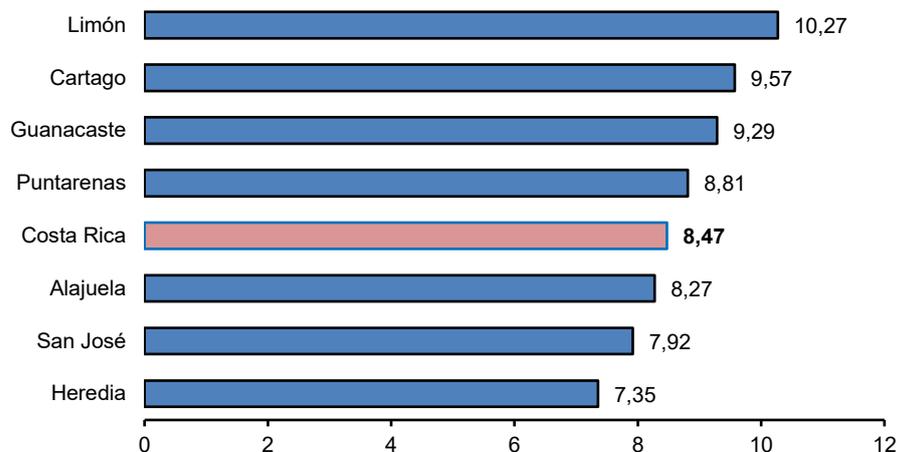
Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales.

Los datos presentados en los gráficos 3, 4 y 5 dan cuenta de brechas absolutas en cuanto a indicadores de mortalidad infantil que pueden estar asociadas a desigualdades socioeconómicas y/o de la calidad/capacidad de la gestión sanitaria a lo largo del territorio nacional (sobre las que se hará mención más adelante en este informe). Así, se identifican disparidades importantes entre regiones según su nivel de desarrollo económico y entre regiones de planificación para la atención sanitaria en el país que han sido establecidas por el Ministerio de Salud.

Gráfico 3

Tasa de mortalidad infantil, según provincia de residencia (2021)

(por mil nacimientos)

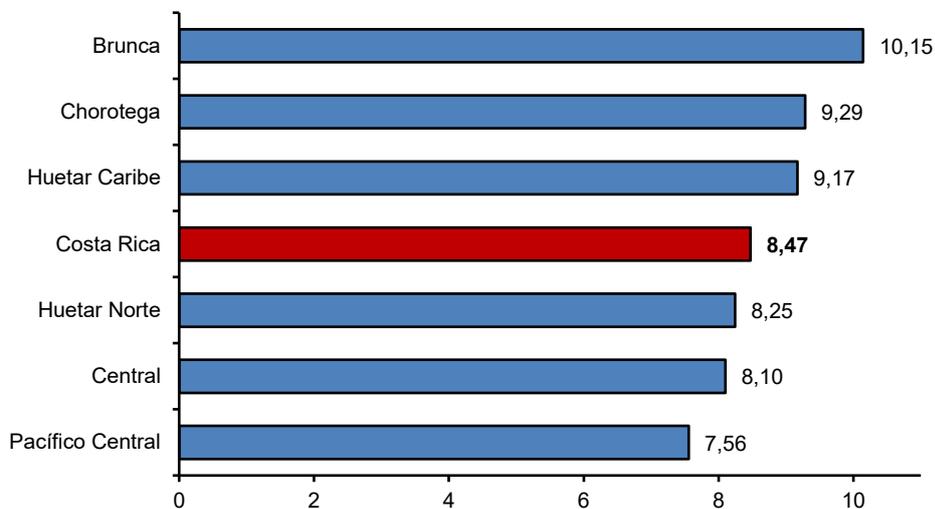


Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales.

Gráfico 4

Tasa de mortalidad infantil, según región de planificación (2021)

(por mil nacimientos)

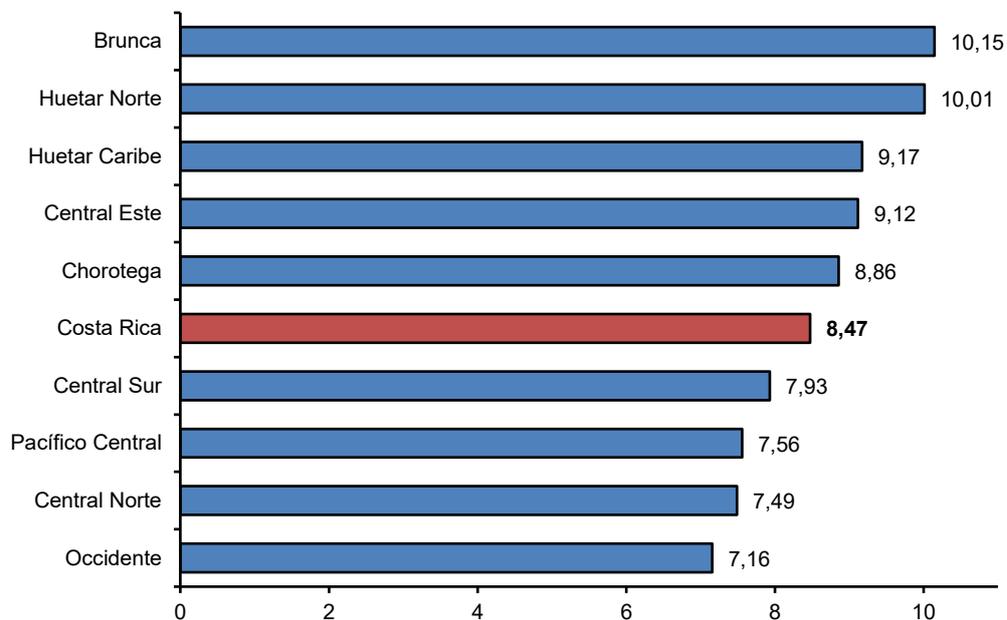


Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales.

Gráfico 5

Tasa de mortalidad infantil, según regiones del Ministerio de Salud (2021)

(por mil nacimientos)

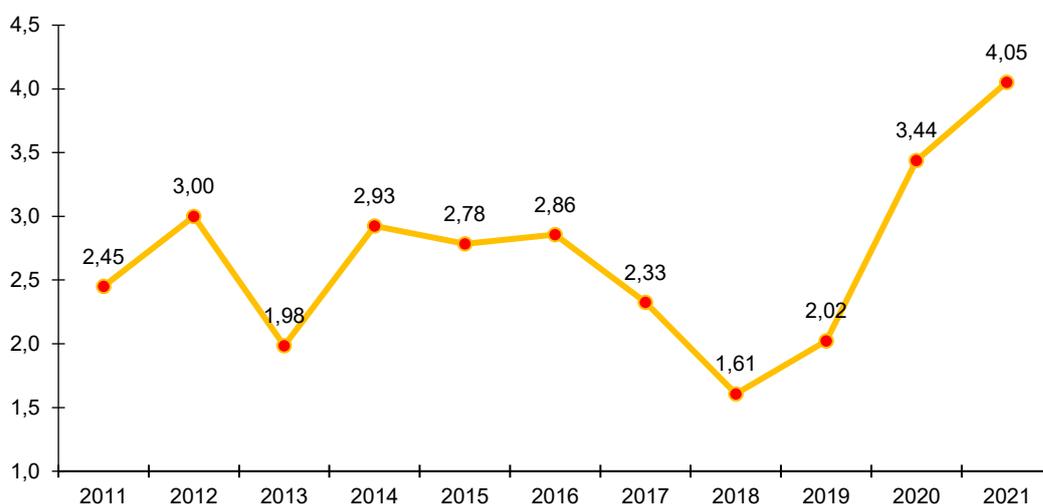


Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales.

Otro indicador que debe monitorearse por ser, junto a los indicadores presentados en el gráfico 2, asunto considerado en el conjunto de objetivos de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, es el indicador de razón de mortalidad materna (RMM)²³. En este sentido, debe mencionarse que, desde 2018, dicho indicador viene incrementándose sistemáticamente. Además, datos publicados por el INEC también dan cuenta de disparidades territoriales en este indicador de salud.²⁴

El gráfico 6 a continuación indica que la RMM en 2021 casi duplica a la de inicios de la década. El incremento pronunciado de la RMM, particularmente en los dos últimos años de datos disponibles, puede estar asociado a las interrupciones en algunos servicios regulares de atención sanitaria que se produjeron en el país a raíz de la pandemia por el COVID-19.

Gráfico 6
Razón de mortalidad materna (2011-2021)
(por diez mil nacimientos)



Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales.

Tal y como se observa en el gráfico a continuación, las enfermedades no transmisibles (ENT) han ganado peso como causa de la mortalidad en el país. Así, en 2019, las ENT explicaron el 82% de la mortalidad en ese año (11% fueron por causas externas y 7% se asociaron a enfermedades transmisibles). Cabe resaltar que estas enfermedades son más comunes en la población adulta. Por ejemplo, en 2016, un 51 % de las muertes prematuras en la población costarricense de 30 a 69 años se debió a enfermedades no transmisibles.²⁵

²³ La defunción materna es definida como aquella muerte que se da durante el embarazo o en los 42 días de haber terminado el embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo.

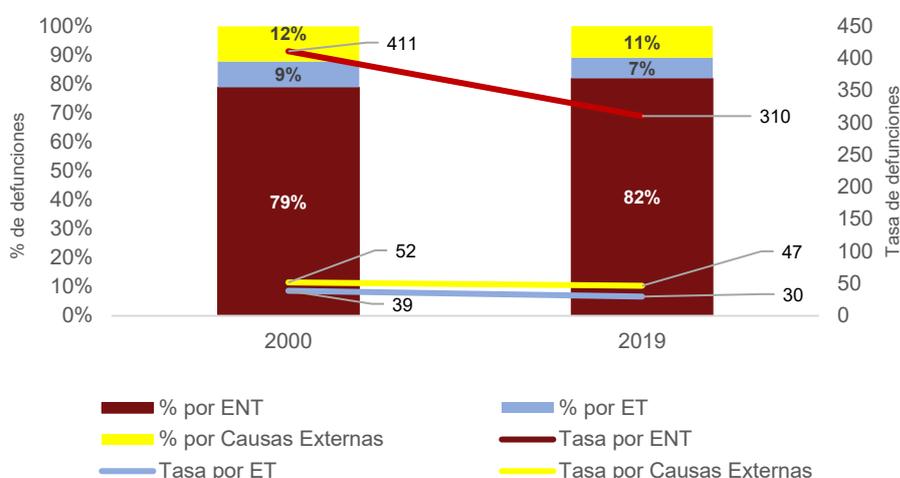
²⁴ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica. 2021. Panorama demográfico 2020. Disponible en: https://inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/replacdef-2020a-panorama_demografico_2020.pdf

²⁵ Ministerio de Salud (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud. Análisis de la Situación Integral en Salud.

Gráfico 7

Tasa y porcentaje de defunciones por enfermedades no transmitible, enfermedades transmisibles y causas externas

(por 10,000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos del Portal de Datos Básicos de la OPS; <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>

Carga global de la enfermedad

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) o ENT desde hace varias décadas no solo representan las primeras causas de muerte sino también de discapacidad en Costa Rica;²⁶ lo que significa que, en el país, al igual que en otros países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), la ECNT han substituido a la carga de la enfermedad²⁷ de las enfermedades infecciosas. De hecho, la carga de la enfermedad de las enfermedades no transmisibles pasó de representar un 66.7% del total en 1990 a un 80.1% en el año 2015, mientras que las enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales, que representaron un 21.9% en la década de los noventa, representaron un 9.4% en 2015.²⁸

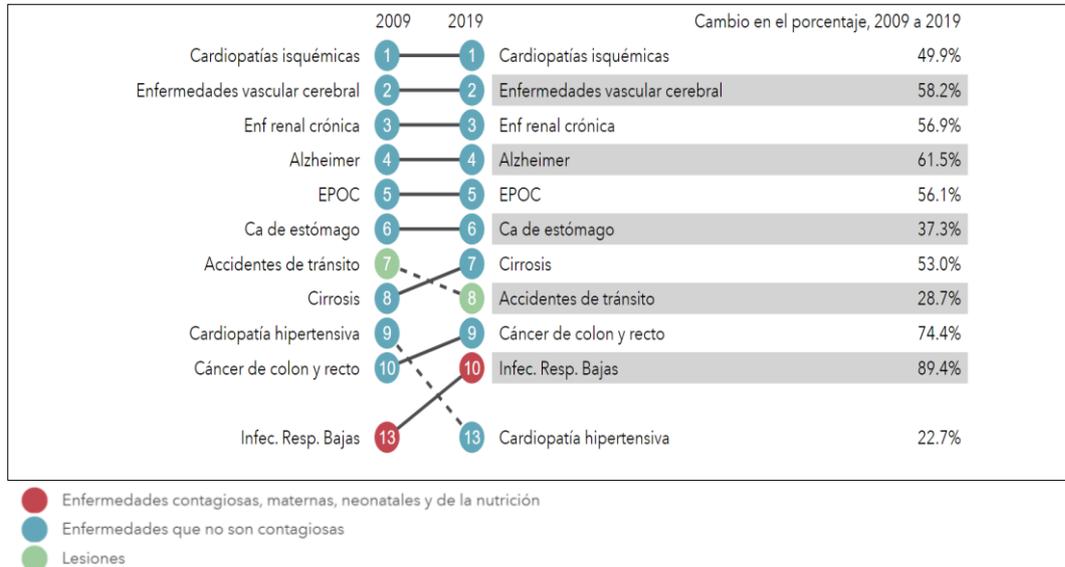
²⁶ Ministerio de Salud de Costa Rica. 2014. Estrategia Nacional. Abordaje Integral de La Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/5080-estrategia-ecnt/file>

²⁷ La carga de enfermedad, cuyo principal indicador para su medición son los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY, Disability Adjusted Life Years por sus siglas en inglés)), mide las pérdidas de salud en la población asociadas tanto a las consecuencias mortales como a las no mortales de las enfermedades y los factores de riesgo asociados a ellas. Se calcula como el número de años vividos con discapacidad (AVD, es decir, el tiempo pasado en condiciones de salud menos que óptimas) más el número de años de vida perdidos (AVP).

²⁸ Caja Costarricense del Seguro Social. 2019. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

Figura 1

Principales causas de muertes en 2009 y 2019, y cambio porcentual entre 2009 y 2019, para todas las edades mixtas



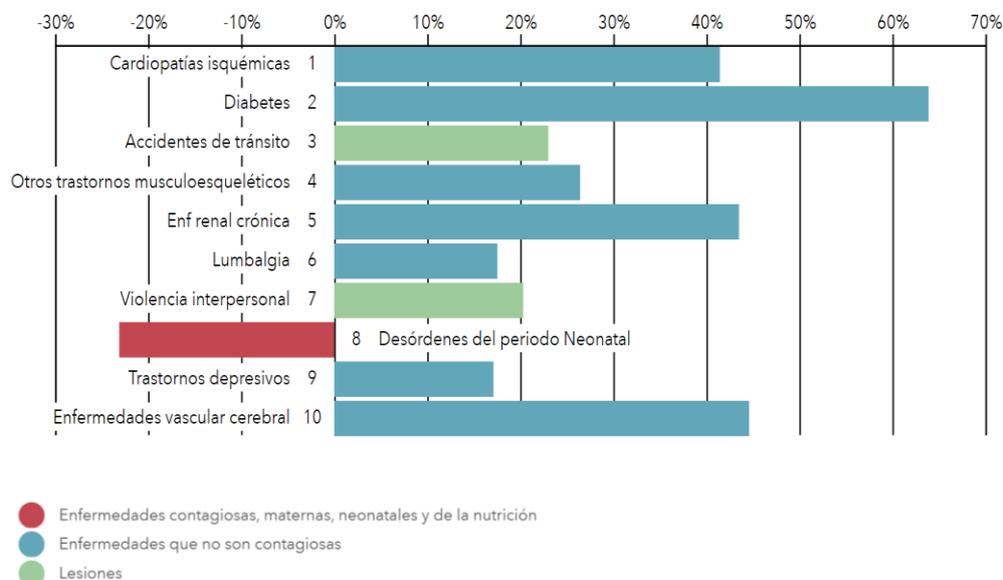
Nota: el cambio porcentual entre 2009 y 2019 hace referencia a cambios en los valores absolutos de muertes asociadas a cada enfermedad indicada en la figura.

Fuente: página web del IHME con base en *The Lancet*, 2020; <https://www.healthdata.org/costa-rica?language=149>

Efectivamente, la Figura 1 confirma la relevancia de las ENT en el conjunto de las causas de muertes en el país. De la misma forma, las enfermedades no transmisibles explican, en gran medida, la pérdida total de salud de la población costarricense o carga global de la enfermedad (medida en AVAD) (gráfico 8). Así, por ejemplo, los AVAD por diabetes, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad renal crónica y cardiopatías isquémicas se han incrementado en más de un 40% en una década.

Gráfico 8

Las diez causas principales de muertes y discapacidades combinadas en 2019, y cambio porcentual entre 2009 y 2019 (para todas las edades mixtas)



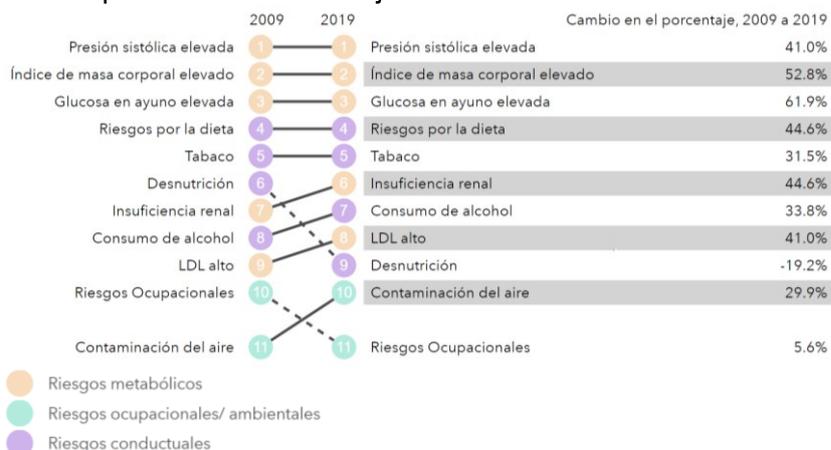
Nota: el cambio porcentual entre 2009 y 2019 hace referencia a cambios en los valores absolutos de AVAD.

Fuente: página web del IHME con base en *The Lancet*, 2020; <https://www.healthdata.org/costa-rica?language=149>

La gráfica anterior muestra los diez principales factores de riesgo, asociados con la pérdida total de salud de la población costarricense, que fueron identificados por investigadores de la prestigiosa Revista *The Lancet*. Sin embargo, es preciso indicar que la taxonomía presentada en la Figura 2 solo refleja el conjunto de factores de riesgo sobre los que se han realizado estudios específicos (es decir, que puede haber otros factores relevantes no reflejados en la Figura 2) y que buena parte de los factores identificados se asocian, a su vez, a factores o determinantes sociales y económicos de la salud.

Figura 2

Los diez factores de riesgo identificados en las muertes y discapacidades combinadas en 2009 y 2019, y cambio porcentual entre 2009 y 2019



Nota: el cambio porcentual entre 2009 y 2019 hace referencia a cambios en los valores absolutos de AVAD.

Fuente: página web del IHME con base en *The Lancet*, 2020; <https://www.healthdata.org/costa-rica?language=149>.

Análisis de Situación: Cobertura, Calidad y Sostenibilidad

Antes de analizar algunos indicadores relevantes para los objetivos de este informe, se precisa indicar que, como se mencionó previamente, el modelo de cobertura poblacional del país se rige por un sistema de seguro público universal. A la CCSS le corresponde administrar y aplicar el seguro social de salud, financiado de manera tripartita: Estado, patrono y trabajador.²⁹ En este sentido, son tres los regímenes que administra la CCSS moderna: 1) el seguro de enfermedad y maternidad (SEM); 2) el seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM); y 3) el régimen no contributivo.

Para la prestación de los servicios de salud de los asegurados, la CCSS cuenta con Redes de Servicios de Salud (siete en total)³⁰, que operan en los tres niveles de atención antes mencionados (cada uno con distintos grados de complejidad y capacidad resolutoria), mediante referencias y contrarreferencias entre los distintos establecimientos de salud³¹ en dichos niveles.

El primer nivel de atención está conformado por Áreas de Salud que, a su vez, están conformadas los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y los puestos de visita y de visita periódica.³² La función de este nivel es proveer atención médica general o ambulatoria. El segundo nivel está conformado por una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y hospitales regionales que proporcionan servicios de urgencias, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada, tratamientos quirúrgicos sencillos e internamientos cortos.³³ El tercer nivel cuenta con servicios de internamiento y servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad tecnológica que se brindan en los hospitales nacionales de concentración y especializados.³⁴

Indicadores de cobertura

Cobertura nominal del seguro de salud

El objetivo de cobertura universal de la salud de la población que habita en el país sigue sin alcanzarse. Así, en los últimos cuatro años (2018-2021), el porcentaje de población con seguro de salud se ha mantenido en una cifra cercana a 91% (gráfico 9).

²⁹ Definido así en el Artículo 1° de la Ley N°17 Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

³⁰ Para el fortalecimiento de la integración de las redes, se está llevado a cabo un proyecto piloto en las regiones Huetar Atlántica y Huetar Norte.

³¹ Que son principalmente públicos y otros de naturaleza privada (como las cooperativas en el primer nivel de atención). Véase a: Sáenz, María del Rocío y otros. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2: S156-S167.

Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es/>

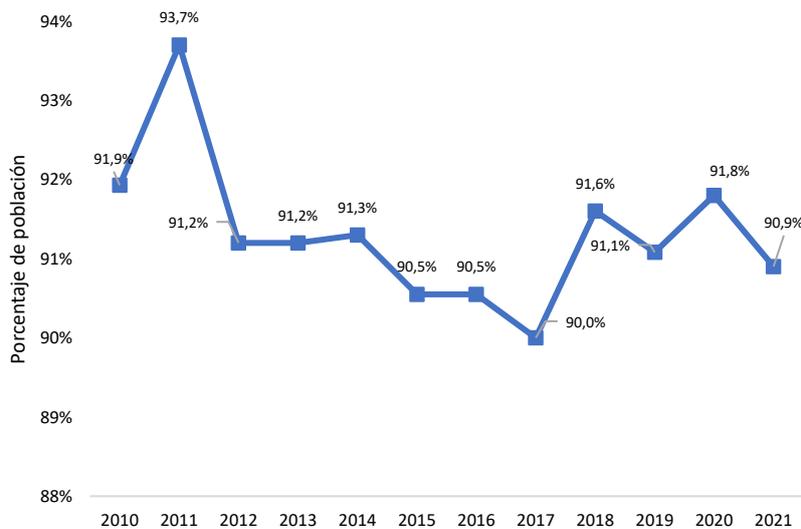
³² CCSS 2021. Memorial Anual de la Caja (2020). Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/4033>

³³ Sáenz, María del Rocío y otros. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2: S156-S167.

Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es/>

³⁴ Ibid.

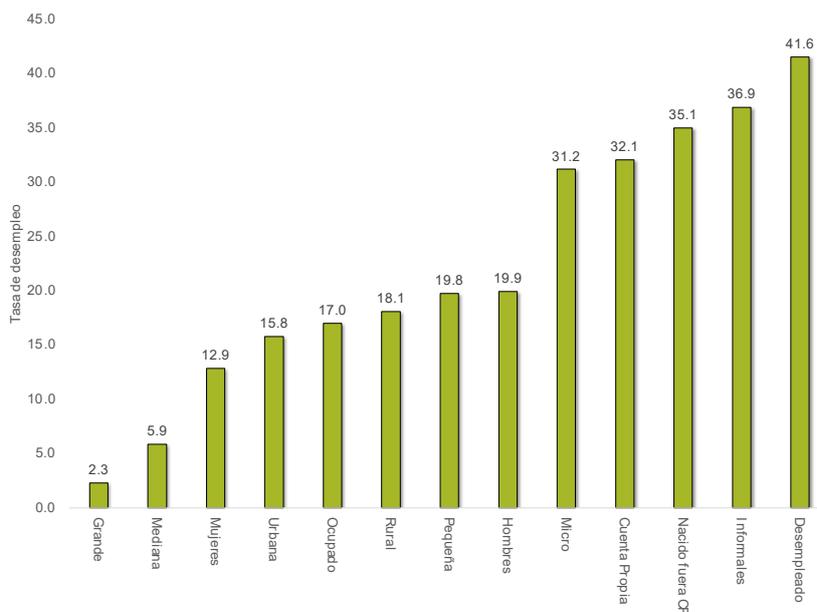
Gráfico 9
Porcentaje de población con cobertura de salud (2010-2021)



Fuente: Elaboración con datos del Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS.

Si la cobertura con seguro de salud se desagrega por características individual o condición laboral, los resultados muestran amplias diferencias entre grupos. Las personas con mejores niveles de protección son aquellas que trabajan en empresas medianas y grandes y las mujeres, todas con tasas de desprotección por debajo del 15%. Por su lado, los mayores problemas de ausencia de cobertura se dan entre personas trabajadoras en micro-empresa, por cuenta propia, personas nacidas fuera de Costa Rica, personas con trabajo informal y desempleadas, categorías todas con tasa por encima del 30%.

Gráfico 10
Población sin cobertura con seguro de salud por característica, 2021



Fuente: Elaboración con base en ECE IV-2022.

Al analizar la composición de la población asegurada, los datos de 2019 muestran que el grupo de trabajadores asalariados y sus dependientes representan casi el 55 % de la población total (cerca del 60% de la población asegurada), mientras que el 15% del total de la población está cubierta por cuenta del Estado. Además, el porcentaje de la población no asegurada en dicho año ascendía a 8.7% (véase el cuadro 1).

Cuadro 1

Composición de población asegurada en Costa Rica, por categoría (2010, 2019 y 2021)

INDICADOR	2010	2019	2021
Población nacional por condición de aseguramiento	4,562,087	5,059,730	5,163,413
Asegurado directo Asalariado	1,075,528	1,314,691	1,316,019
Asegurado directo por Cuenta Propia	283,814	398,608	410,221
Asegurado directo por Convenio	77,588	61,234	68,236
Asegurado por cuenta del Estado (familiar)	486,984	753,394	867,453
Dependientes de asegurado directo activo	1,814,698	1,446,368	1,364,485
Otras formas de seguro (estudiante)	27,550	46,283	50,721
Pensionados de I.V.M.	170,257	280,433	312,304
Pensionados de Regímenes Especiales	59,942	66,468	68,872
Pensionados Régimen No Contributivo	88,164	123,128	131,711
Dependientes de pensionado	109,286	117,795	103,520
<i>Población No Asegurada</i>	<i>359,683</i>	<i>439,530</i>	<i>458,634</i>
Seguro Privado o del extranjero	8,593	11,798	11,237
Porcentaje cobertura	91.93	91.08	90.90

Fuente: Elaboración propia, con datos del Área de Estadística de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS.

Desde una perspectiva contributiva, la población se puede agrupar en tres grupos diferenciados. El grupo No. 1 comprende a personas que cotizan directamente como trabajadoras o pensionadas, o bien como personas que están cubiertas por regímenes especiales. El grupo No. 2 agrupa a dependientes. Finalmente, el grupo No. 3 se refiere a la población no asegurada.

Entre 2010 y 2021 se identifican algunos cambios importantes: a) el grupo 2 que representaba el 40% de la población total en 2010, pasa a representar el 26% de la misma en 2021, b) la proporción de población total cubierta por el Estado ha venido incrementándose.³⁵ Así, la misma pasó de 11% en 2010 para ubicarse en 17% en 2021.

Es preciso indicar que datos aportados por el Instituto Costarricense de Estadísticas y Censos (INEC), a través de la Encuesta Nacional de Hogares 2019, indican que el número de personas que declaran no estar cubierta por un seguro (y, por lo tanto, sin acceso al seguro de salud) ascendió a 753,543 personas, un 14.89 % de la población nacional y un 71 % mayor al dato reportado por la Caja en 2019³⁶. La proporción de personas que declaran no

³⁵ Cabe indicar, que esto incluye a la población en condición de pobreza según las encuestas nacionales pertinentes, la población cubierta por leyes especiales (como SIDA y protección contra el cáncer) y por el código de la niñez y adolescencia.

³⁶ Cálculos propios, con datos de INEC. Encuesta Nacional de Hogares 2019.

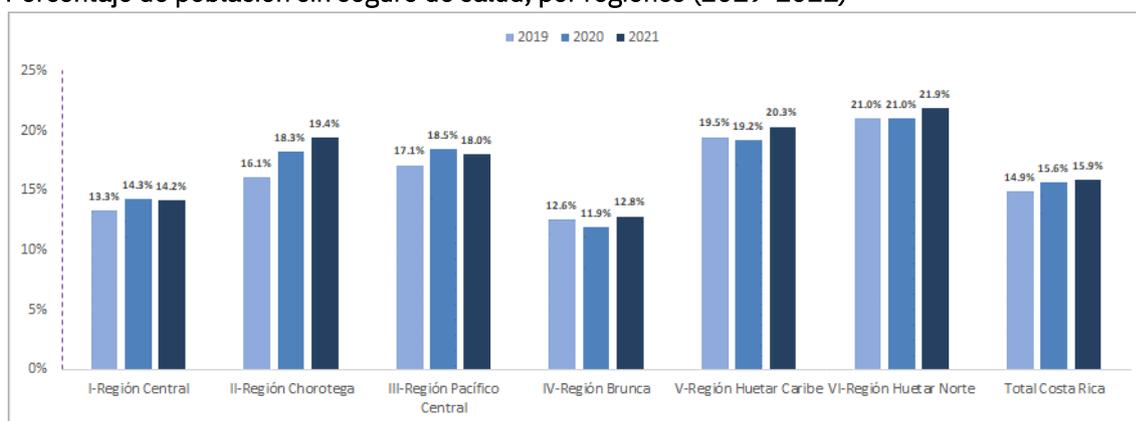
estar aseguradas tanto en 2020 (15.64%)³⁷ como en 2021 (15,90%)³⁸ se mantiene en una magnitud ligeramente superior a la reportada por el INEC en 2019. Importante hacer notar que las diferencias entre la CCSS y las Encuestas Nacionales de Hogares podrían estar siendo explicadas por el hecho de que en la encuesta las personas pobres declaran no tener seguro cuando en realidad la legislación actual ya las cubre.

Equidad en la cobertura del seguro de salud

En términos generales, en el conjunto de la población que se encuentra sin acceso a la seguridad social, se pueden identificar a las personas refugiadas y en condición de pobreza que no son cubiertos por el Estado (actualmente cubiertos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados), trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales en algunas poblaciones indígenas o población en condición de pobreza que no conoce sus derechos.³⁹ De hecho, a pesar de los esfuerzos del país por regular la incorporación de distintos grupos poblacionales a la seguridad social⁴⁰, los datos disponibles confirman la presencia de brechas de desigualdad en el acceso al seguro de salud. Por ejemplo, la desigualdad absoluta entre la región socioeconómica del país con *mayor* (Brunca) y *menor* (Huetar Norte) cobertura del seguro público de salud superaba los ocho puntos porcentuales en 2019. Desigualdad que, según los datos aportados por el INEC, se ha mantenido en una magnitud similar durante el 2020 y 2021.

Gráfico 11

Porcentaje de población sin seguro de salud, por regiones (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia, con datos de las Encuestas de Hogares ENAHO 2019-2021.

El análisis de datos aportados por el INEC permite desvelar otras desigualdades atribuibles a características demográficas como el origen nacional. Así, se identifica a la población migrante como el grupo con mayor rezago: cerca una de cada tres personas migrantes se encontraba sin protección adecuada de salud en 2019, tres veces superior al porcentaje de

³⁷ Cálculos propios, con datos de INEC. Encuesta Nacional de Hogares 2020.

³⁸ Cálculos propios, con datos de INEC. Encuesta Nacional de Hogares 2021.

³⁹ OPS. 2019. Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>

⁴⁰ Cabe indicar aquí que todas las personas en Costa Rica, indistintamente que estén aseguradas o no, pueden acceder a los servicios de emergencia.

la población costarricense sin acceso al seguro de salud.⁴¹ Cabe destacar que un 40% de la población migrante nicaragüense no tenía cobertura en 2019.⁴²

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, se identifican importantes gradientes sociales en el acceso al seguro de salud. Es decir, menor o peor acceso a medida que empeora la situación socioeconómica de las personas o grupos poblacionales. Por ejemplo, la Región Huetar Norte (con la menor cobertura del seguro de salud según el gráfico 11) agrupa cantones como Los Chiles, Sarapiquí, Guatuso o Upala, los cuales también forman parte del grupo de cantones con los menores niveles de desarrollo humano en 2021⁴³. Por lo tanto, inequidades sociales podrían estar explicando desigualdades en el acceso a la salud en el país. De hecho, cuando se identifican otros elementos del contexto social que podrían explicar la falta de acceso, Pacheco (2022) señala lo siguiente: "la relación entre tasa de desprotección y nivel de pobreza crece en contra de grupos con mayores limitaciones socioeconómicas al punto que el porcentaje de personas en pobreza extrema y sin seguro es casi 3 veces superior a la tasa de personas que no se encuentran en condición de pobreza".⁴⁴ Además, en términos de pobreza multidimensional⁴⁵, mientras el 10 % de las personas sin condición de pobreza no tienen seguro, entre aquellas en situación de pobreza, la proporción aumenta a 33.7 %.⁴⁶

Cobertura de servicios esenciales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) monitorea anualmente la cobertura de servicios esenciales de salud a través de un índice compuesto (Índice de cobertura de los servicios de salud esenciales (ICSE) -UCI *por sus siglas en inglés*). Este índice es propicio para ir más allá de sólo el análisis de la cobertura nominal del seguro de salud antes presentado. Así, el ICE se basa en un conjunto de 14 indicadores agrupados en cuatro grandes componentes: a) Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (RMNCH, *por sus siglas en inglés*); b) Enfermedades infecciosas (ID, *por sus siglas en inglés*); c) Enfermedades no transmisibles (NCD, *por sus siglas en inglés*) y d) Capacidad de servicio y acceso.⁴⁷

Como indica el cuadro a continuación, aunque hay espacio considerable de mejora, Costa Rica ha evolucionado favorablemente en términos de la cobertura de servicios esenciales. En todo el período de análisis (2000-2019), supera al conjunto de los países del mundo y a países con los que comparte la clasificación según el nivel de ingresos (países de ingresos medianos altos). Además, muestra un desempeño muy similar a la del conjunto de los países de la Región Europea (muchos de los cuales hacen parte de la OCDE).

⁴¹ Pacheco, José Francisco. 2022. Financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS: Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional. Fundación Friedrich Ebert. Costa Rica.

⁴² Ibid.

⁴³ Véase a: Sánchez Ramírez, Sofía. 2022. Presentación de Índice de Desarrollo Humano. Santa Ana, Escazú y Belén se quedan con el mayor desarrollo humano y Matina con el peor, según el Atlas Cantonal. Semanario Universidad. 16 de febrero. Disponible en: <https://semanariouniversidad.com/universitarias/santa-ana-escazu-y-belen-se-quedan-con-el-mayor-desarrollo-humano-y-matina-con-el-peor-segun-el-atlas-cantonal/>

⁴⁴ Pacheco, José Francisco. 2022. Financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS: Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional. Fundación Friedrich Ebert. Costa Rica.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Para más información sobre la metodología de cálculo del índice, véase a: OMS y el Banco Mundial. 2021. Tracking universal health coverage 2021. Global Monitoring Report. Conference edition, págs. 62-64. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

Cuadro 2
Porcentaje de cobertura de servicios esenciales (2000-2019)

País	2000	2005	2010	2015	2017	2019
Costa Rica	65	69	73	74	77	78
Mundo	45	50	58	64	65	67
Región (clasificación OMS)						
Región Africana	24	30	39	43	44	46
Región de las Américas	65	71	74	76	77	77
Región del Mediterráneo Oriental	35	42	48	52	55	57
Región Europea	64	66	73	77	78	79
Región del Sureste de Asia	30	34	47	54	57	61
Región del Pacífico Occidental	51	60	68	75	78	80
Grupo de Ingresos (Banco Mundial)						
Ingresos altos	74	78	80	≥80	≥80	≥80
Ingresos medianos altos	62	59	68	74	77	77
Ingresos medianos bajos	49	55	47	52	55	58
Ingresos bajos	28	32	37	38	42	42

Legenda:

	Muy alta cobertura (>80)
	Alta cobertura (60-79)
	Cobertura media (40-59)
	Baja cobertura (20-39)
	Muy baja cobertura (<20)

Notas: A los países para los que el valor del índice es 80 o superior se les asigna un ≥ 80 para fines de presentación y para evitar comparaciones poco significativas.

Fuente: OMS y Banco Mundial, 2021.

Cuando se indaga acerca del desempeño del ICSE para Costa Rica en 2019, aparece que la mayor cobertura (≥ 80) se registra en el primer componente del índice que está asociado con servicios de salud de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, mientras que el componente de enfermedades no transmisibles refleja una cobertura menor (69%).⁴⁸

Lo anterior, es consistente con algunos de los resultados de informes recientes de evaluación de los servicios de la Caja. Así, por ejemplo, en 2019 la CCSS registró 63,040 atenciones de primera vez en la vida de menores de un año, alcanzando una cobertura de 98 % de los 64,287 nacimientos registrados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Costa Rica.⁴⁹ De igual forma, 56793 mujeres en periodo posparto recibieron atención en la CCSS (cobertura de 80%), “la más alta de los últimos seis años”.⁵⁰ Además, 60.118 mujeres embarazadas accedieron a los servicios de atención del primer nivel, para una cobertura de 85%.⁵¹ A pesar de un contexto sanitario marcado por el COVID-19, todos estos datos de cobertura se mantuvieron en cifras muy similares en 2020 (véase la cuadro 3).

⁴⁸ OMS y el Banco Mundial. 2021. Tracking universal health coverage 2021. Global Monitoring Report. Conference edition, págs. 66. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

⁴⁹ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y Monitoreo 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág.34. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/3647>

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

Cuadro 3

CCSS. Porcentaje de cobertura de atención de menores de un año, mujeres en periodo posparto y embarazadas por población atendida en el primer nivel de atención, por Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS), 2019-2020

RIPSS	Menores de un año ^{1/}		Posparto ^{2/}		Embarazadas ^{2/}	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Institucional	97	95	80	80	85	84
Brunca	90	90	71	74	74	78
Central Norte	98	93	77	76	86	82
Central Sur	98	94	79	78	84	82
Chorotega	99	97	86	84	86	86
Huetar Atlántica	101	103	87	87	87	89
Huetar Norte	103	99	86	83	86	90
Pacífico Central	100	97	85	84	95	85

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 36.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, los datos de la Caja también confirman menores coberturas relativas. Por ejemplo, en 2019, la cobertura de pacientes hipertensos se ubicó en 42% (40% en 2020) y la de atención a personas diabéticas fue de 45% (tanto en 2019 como en 2020).⁵² También son bajas las coberturas de citología vaginal (PAP) (34% en 2019 y 27% en 2020) y de mamografía (31% en 2019 y 29% en 2020).⁵³

El cuadro 4 muestra que el grupo de personas con HTA entre los 20 y 39 años es el que menos accede para el control de su presión arterial en el primer nivel de atención del sistema de salud costarricense. La RIPSS Central Norte presenta la cobertura más baja en los grupos de 20 a 39 años y de 40 a 64 años (tanto en 2019 como en 2020). El grupo etario de 65 años y más presenta la menor cobertura en la región Chorotega en 2020.

⁵² CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág.29.

⁵³ Ibid.

Cuadro 4

CCSS. Porcentaje de cobertura de atención de personas con hipertensión arterial en el primer nivel de atención por grupo de edad, por RIPSS, 2019-2020

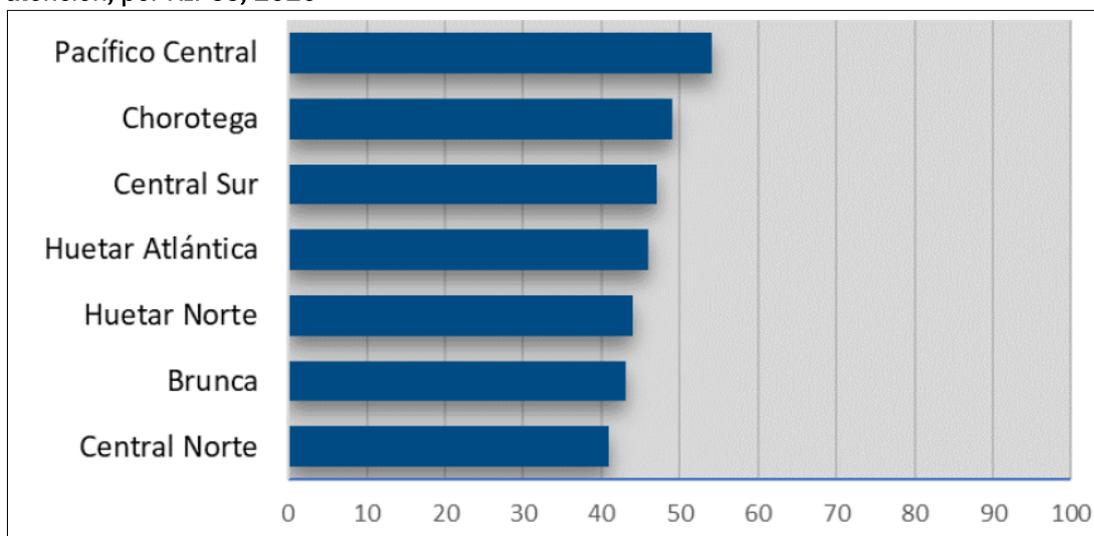
RIPSS	Grupo de edad						Total	
	20-39		40-64		65 y más		2019	2020
	2019	2020	2019	2020	2019	2020		
Institucional	13	12	44	41	71	66	42	40
Brunca	13	14	44	45	66	66	41	42
Central Norte	12	10	40	36	68	61	40	37
Central Sur	12	12	45	43	73	70	44	43
Chorotega	15	13	49	41	70	60	45	39
Huetar Atlántica	14	13	44	40	68	62	40	36
Huetar Norte	12	13	44	46	77	80	40	41
Pacífico Central	16	15	46	44	69	68	44	43

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 70.

La variabilidad de los resultados en las RIPSS en el 2020 en cuanto a la cobertura de la atención de la diabetes fue muy similar a la observada en años previos,⁵⁴ con resultados que van del 41 % (Central Norte) al 54 % (Pacífico Central) (véase el gráfico 12).

Gráfico 12

CCSS: Porcentaje de cobertura de atención a personas con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención, por RIPSS, 2020



Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 86.

Cobertura de vacunación

En Latinoamérica y el Caribe (LAC) se identifican rezagos importantes en materia de inmunización. Una buena proporción de países registran coberturas nacionales de

⁵⁴ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 85.

vacunación para niños <= a un año de entre 70 y 89%, siendo Venezuela el país claramente más rezagado al registrar coberturas muy bajas (podría decirse que de gravedad) de la mayoría de las vacunas analizadas (cuadro 5). Por el contrario, Costa Rica, junto con otros países de la Región como Cuba, Chile, Honduras, Nicaragua y Uruguay, destacan positivamente por coberturas relativamente altas (de 90% o más) para todas las vacunas sobre las que se dispone de información.

Cuadro 5

Cobertura nacional de vacunación contra ciertas enfermedades (2018)

País	Menores de un año					Niños de un año
	Difteria, tétanos y tosferina (vacuna DTP3)	Circovirus porcino tipo 3 (PCV3)	Rotavirus	Poliomielitis de tipo 3 (polio3)	Tuberculosis (vacuna BCG)	SRP1
Argentina	86%	88%	80%	84%	93%	94%
Bolivia	83%	83%	87%	83%	90%	89%
Brasil	83%	84%	80%	85%	97%	84%
Chile	95%	93%	ND	95%	96%	93%
Colombia	92%	94%	90%	92%	89%	95%
Costa Rica	94%	96%	ND	94%	92%	94%
Cuba	99%	NA	NA	99%	100%	100%
Ecuador	85%	85%	85%	85%	90%	83%
El Salvador	81%	75%	82%	83%	81%	81%
Guatemala	86%	85%	87%	85%	88%	87%
Honduras	91%	91%	92%	91%	93%	91%
México	88%	88%	77%	88%	96%	97%
Nicaragua	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Paraguay	76%	79%	79%	75%	79%	81%
Perú	84%	82%	85%	83%	81%	85%
Rep. Dominicana	94%	70%	82%	89%	100%	95%
Uruguay	91%	93%	NA	91%	98%	97%
Venezuela	60%	7%	18%	53%	92%	74%
Mediana	87%	85%	84%	87%	93%	92%

✓ Cobertura de 90% o más.

⚠ Cobertura entre 70% y menos de 90%.

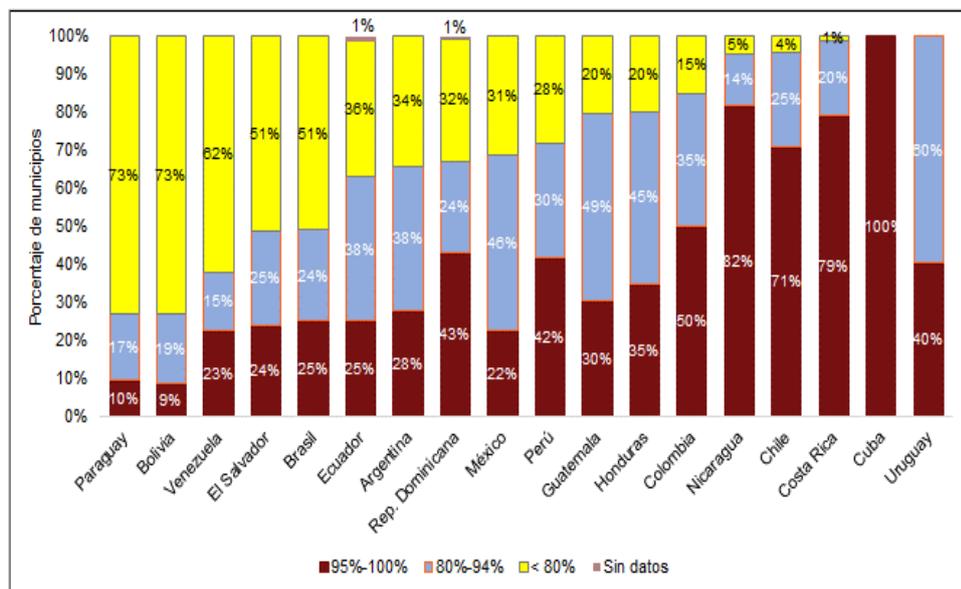
✗ Cobertura menor al 70%.

Notas: todos los datos corresponden a 2018, excepto cobertura de inmunización contra el rotavirus en Venezuela (2017), PCV3 en Venezuela (2016) y en Brasil (2016). *SRP1: primera dosis de vacuna contra el sarampión, la rubeola y la parotiditis. NA: No aplica. ND: No disponible.

Fuente: Elaboración propia con base en OPS-OMS, 2019, pág. 27.

En términos de equidad, Costa Rica, después de Cuba y Nicaragua, es uno de los países de la región de LAC con menores disparidades territoriales en cuanto a la vacuna DTP3 (gráfico 13); lo que contrasta con países como Paraguay, Bolivia, Venezuela, El Salvador y Brasil donde la mayoría de sus municipios registran coberturas de la vacuna DTP3 menores a 80%.

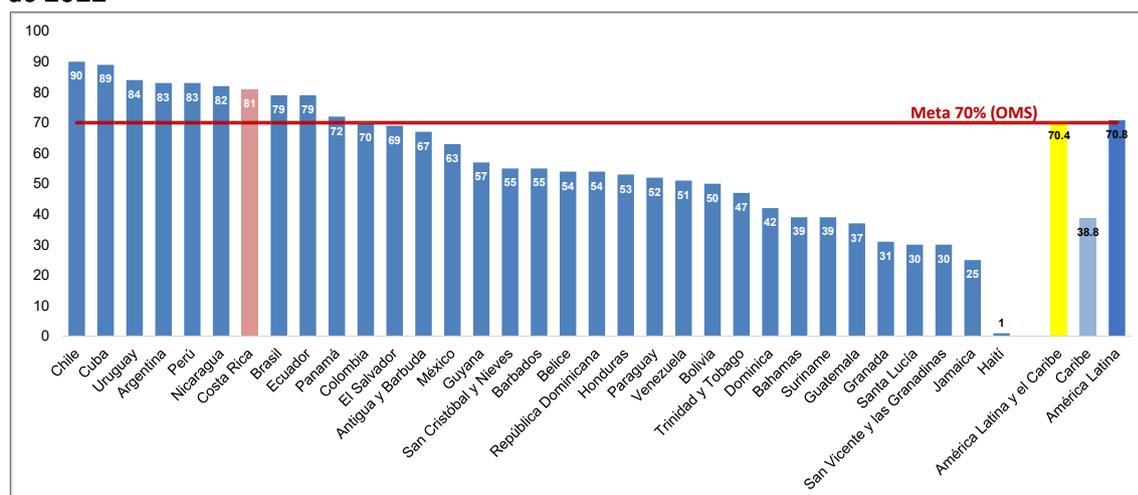
Gráfico 13
Distribución de municipios según porcentaje de cobertura con DTP3 (2019)



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de PAHO (s.f.). Immunization Data and Statistics. District Coverage Table for: 2019. Disponible en: http://ais.paho.org/imm/IM_ADM2_COVERAGE-MAPS-Américas.asp.

A julio de 2022, más del 80% de la población de Costa Rica tenía la pauta completa (dos dosis) de la vacunación contra el COVID-19. De esta forma, el país se encuentra en el conjunto de los pocos países de LAC (11 de 33) que, a la fecha indicada, habían cumplido con la meta establecida por la OMS al respecto.

Gráfico 14
Porcentaje de población total con esquema de vacunación completo contra el COVID-19, al 31 de julio de 2022



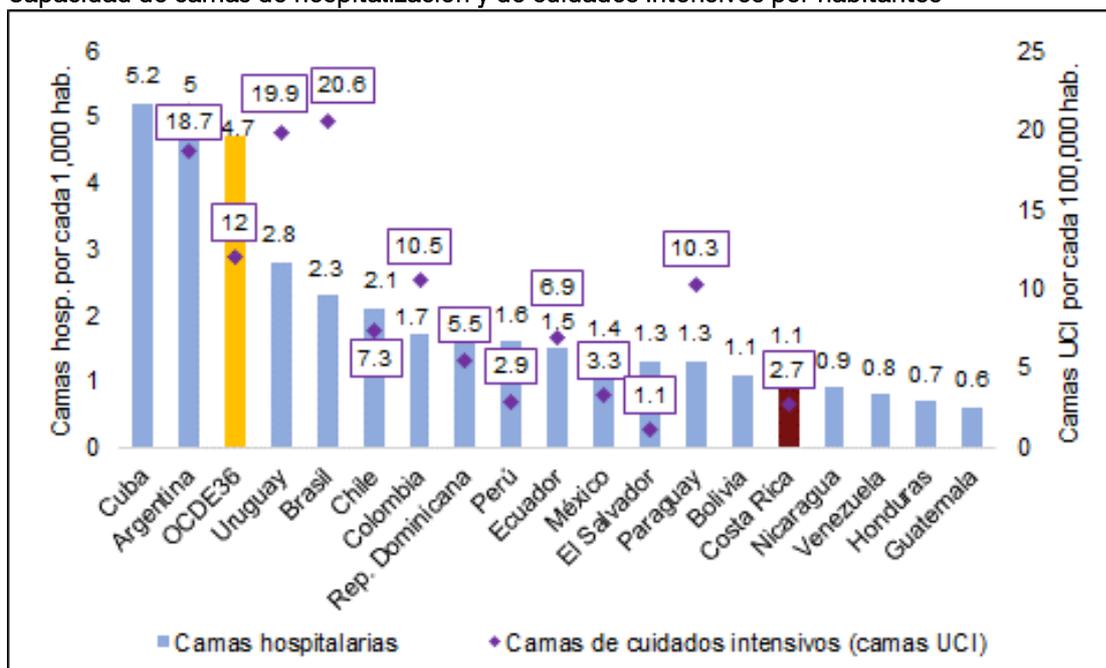
Nota: el gasto total en salud incluye el gasto público y privado en salud. El gasto público corresponde al gasto en salud del gobierno general en la nomenclatura de cuentas nacionales de salud y se refiere al gobierno general, gobierno estatal/provincial, gobierno local/municipal, y fondos de seguridad social.

Fuente: Alberto Arenas de Mesa. Director de la División de Desarrollo Social, CEPAL. Seminario Internacional (híbrido). Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles. Chile, 10 de agosto de 2022.

Disponibilidad de infraestructura y personal de salud

Con la excepción de países de la Región como Cuba y Argentina, por una parte, y de Argentina, Brasil y Uruguay, por la otra, que superan al promedio de los países de la OCDE en cuanto a capacidad de atención en camas de hospitalización y de cuidados intensivos (UCI), respectivamente, los rezagos en ambos aspectos son particularmente marcados en Costa Rica y en todos los países de LAC identificados en el gráfico 15. Así, Costa Rica con 1.1 camas hospitalarias por 1000 habitantes queda muy rezagada en relación con el número promedio de camas hospitalarias de un conjunto de países de LAC⁵⁵ (2.1 por 1.000 habitantes) y de la OCDE (4.7). Al mismo tiempo, en promedio hay alrededor de 9.1 camas de UCI por 100,000 habitantes en 13 países de LAC, lo cual es mucho más bajo que las 12 camas UCI que en promedio se registra en países de la OCDE. El Salvador con 1.1 camas UCI por 100,000 habitantes y Costa Rica con 2.7 son los países de la Región con las menores tasas. Eso sí, debe tenerse consideración que la comparación directa del número de camas podría no ser del todo válida por varias razones. Por ejemplo, un número elevado de camas podría sugerir un sistema de atención primaria deficitario y por lo tanto ser una señal de ineficiencia. Asimismo, las necesidades de camas deberían ser ajustadas por el perfil epidemiológico de la población.

Gráfico 15
Capacidad de camas de hospitalización y de cuidados intensivos por habitantes



Notas: datos de camas hospitalarias de 2017 para Costa Rica, México, Colombia y Chile, de 2013 para Ecuador, 2012 para Brasil, 2011 para Paraguay, y de 2014 para los países restantes.

Datos de 2020 para camas UCI, excepto para Ecuador y Uruguay, 2018. Datos no disponibles para los países para los que no se muestra información en el gráfico.

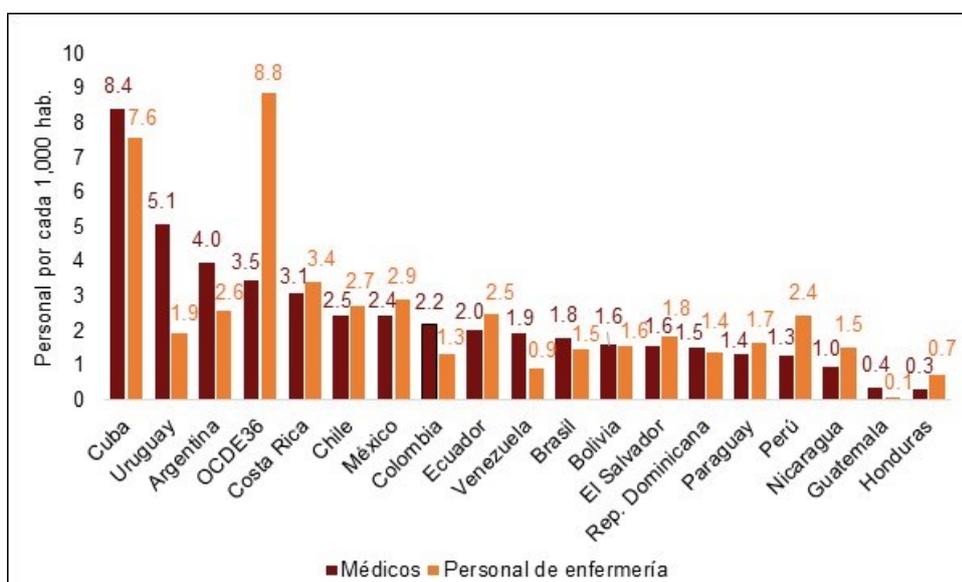
Datos de OCDE de camas hospitalarias correspondientes a 36 países y de camas UCI de 22 países.

Fuente: Elaboración propia, con base en datos de OCDE y Banco Mundial, 2020, págs. 12, 29 y 127.

⁵⁵ Cuando se incluyen a otros países de la Región (además de los que se registran en el Gráfico 14).

Actualmente en el país se está llevando a cabo un plan de mejoramiento y modernización de la infraestructura sanitaria^{56,57,58,59}. Sin embargo, la ampliación en número de camas no será demasiado importante dado que, en realidad, cada hospital nuevo sustituirá a uno viejo⁶⁰. Además, los indicadores de utilización hospitalaria sugieren que más camas podría no ser necesariamente la respuesta, aunque podría valorarse una redistribución de la misma. En los tres años previos a pandemia, la tasa de ocupación de camas promedió 83.6% con una estancia media de 6.9 días. La ocupación media en la Unión Europa se estima en 77% según base de datos de la OMS para el 2014. En cualquier caso, la inversión en camas hospitalarias o para UCI en el país debe ir de la mano de un plan eficaz y factible para un mejor aprovechamiento de la infraestructura sanitaria. Tan solo en 2020, el costo institucional de la Caja por camas desocupadas ascendía a casi 280 mil millones de colones.⁶¹ Dicho de otra forma, el costo diario de una cama desocupada ese año, representaba el 60% del costo de una cama ocupada.⁶²

Gráfico 16
Personal de salud por cada 1,000 habitantes



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de OCDE y Banco Mundial, 2020, págs. 29 y 121.

⁵⁶ Presidencia de la República. 2020. CCSS revela como se verá el nuevo hospital de Puntarenas. 4 de junio. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/06/ccss-revela-como-se-vera-el-nuevo-hospital-de-puntarenas/>

⁵⁷ Presidencia de la República. 2022. Nuevo hospital de Turrialba muestra importante avance constructivo. 15 de marzo. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2022/03/nuevo-hospital-de-turrialba-muestra-importante-avance-constructivo/>

⁵⁸ Ávalos, Ángela. 2020. Limonenses están más cerca de tener nuevo hospital. La Nación. 26 de enero. Disponible en: <https://www.bcie.org/novedades/noticias/articulo/bcie-financia-torre-medica-en-costarica-que-reforzara-sistema-de-salud-para-atencion-de-la-emergencia>

⁵⁹ Presidencia de la República. 2022. Torre quirúrgica del hospital México revoluciona la atención médica en el país. 14 de marzo. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2022/03/torre-quirurgica-del-hospital-mexico-revoluciona-la-atencion-medica-en-el-pais/#:~:text=%E2%80%9CLa%20Nueva%20Torre%20del%20Hospital,presidente%20Alvarado%20durante%20el%20recorrido.>

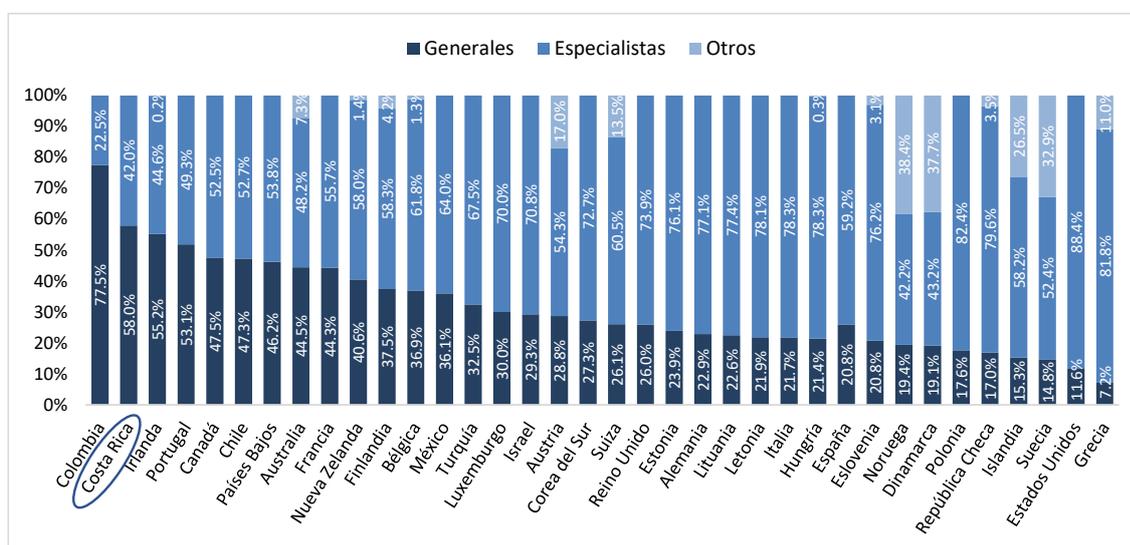
⁶⁰ Macaya, Román. Expresidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (2018-2022). Entrevista realizada el 23 de junio de 2022.

⁶¹ Cálculos propios con base en Anuario Estadístico de la Caja Costarricense de Seguro Social (2020).

⁶² Ibid.

Los déficits de capacidad en el país también se manifiestan en materia de personal de salud, específicamente en cuanto a médicos especialistas y personal de enfermería. La disponibilidad de 31 médicos por cada 10,000 habitantes en Costa Rica se encuentra muy cerca de la tasa promedio de 35 médicos por cada 10,000 habitantes que alcanzan los países de la OCDE (gráfico 16) y, además, supera ligeramente a los parámetros recomendados por la OMS al respecto (30 médicos por cada 10,000 habitantes como mínimo)⁶³. Sin embargo, Costa Rica no está formando suficientes médicos especialistas. Para lograr el promedio de la relación entre médicos generales y especialistas de los países OCDE, se tendrían que formar unos 4,000 especialistas nuevos.⁶⁴ Costa Rica, Colombia, Irlanda y Portugal son los únicos países de la OCDE presentados en el gráfico 16 en donde la cantidad de médicos generales supera a la de especialistas. Como se detallará más adelante, la falta de especialistas va en contra sentido de las necesidades sanitarias de una población que envejece rápidamente y que enferma por padecimientos crónicos y degenerativos.

Gráfico 17
Proporción de médicos generales y especialistas (2019 o año más reciente)



Nota: Datos de 2019 para todos los países, excepto: Costa Rica, Dinamarca y Suecia, 2018, Luxemburgo y Polonia (2017) y Finlandia (2015). "Otros": no son Médicos Generales. Podrían ser médicos de familia, que en Costa Rica se clasificaría como una especialidad.

Fuente: Elaboración propia, con datos de Costa Rica proporcionados por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, y del conjunto de datos de Recursos para el Cuidado de la Salud (Health Care Resources), OCDE, para los demás países.

Otro asunto que puede estar comprometiendo la atención sanitaria en el país es el bajo número de profesionales de enfermería. Así, los datos presentados en el gráfico 16 informan de apenas un poco más de un profesional de enfermería por médico en el país: tasa que representa menos de la mitad de lo que se registra en el promedio de la OCDE —donde hay un poco más 2.5 profesionales de enfermería por cada médico.

⁶³ CEPAL y OPS. 2021. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf

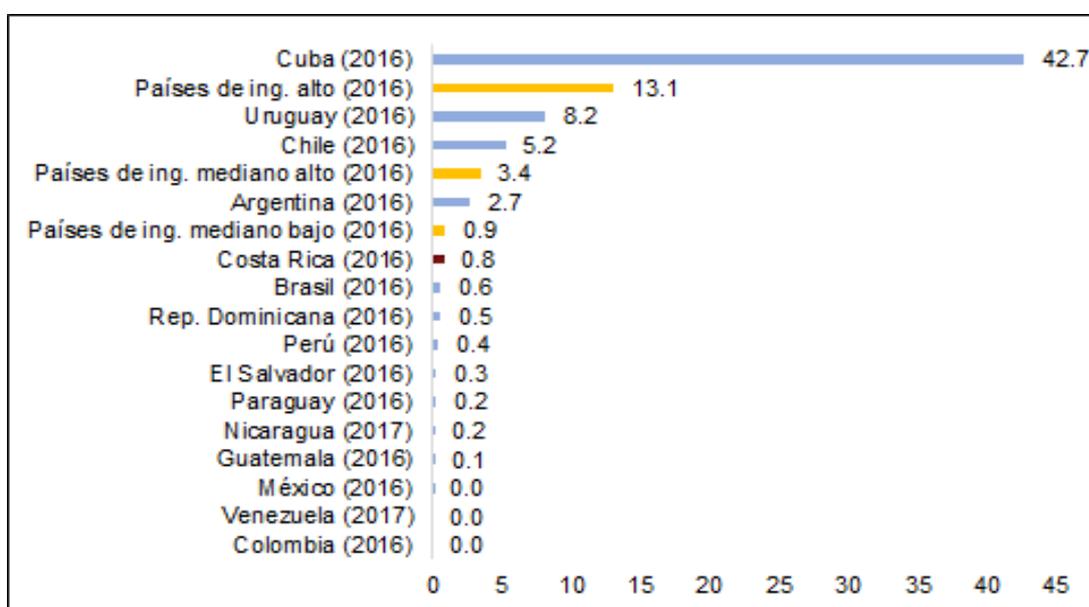
⁶⁴ Macaya, Román. Expresidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (2018-2022). Entrevista realizada el 23 de junio de 2022.

Disponibilidad de infraestructura y personal para salud mental

En términos generales, Costa Rica evidencia rezagos importantes en infraestructura sanitaria para salud mental, situación que supone todo un desafío en términos de la atención sanitaria de asuntos como, por ejemplo, los trastornos depresivos y la violencia intrapersonal (que conforman el grupo de las principales enfermedades detrás de la carga de la enfermedad global del país). En este sentido, con la excepción de las instalaciones ambulatorias para salud mental, el país muestra un desempeño inferior a lo que refleja el conjunto de países con los que comparte el mismo nivel de ingresos. Por ejemplo, según se desprende del siguiente gráfico, el número de camas para salud mental en el país ni siquiera llega al nivel de países de ingreso medio bajo, siendo unas 6 veces menor a la de países de ingreso medio alto.

Gráfico 18

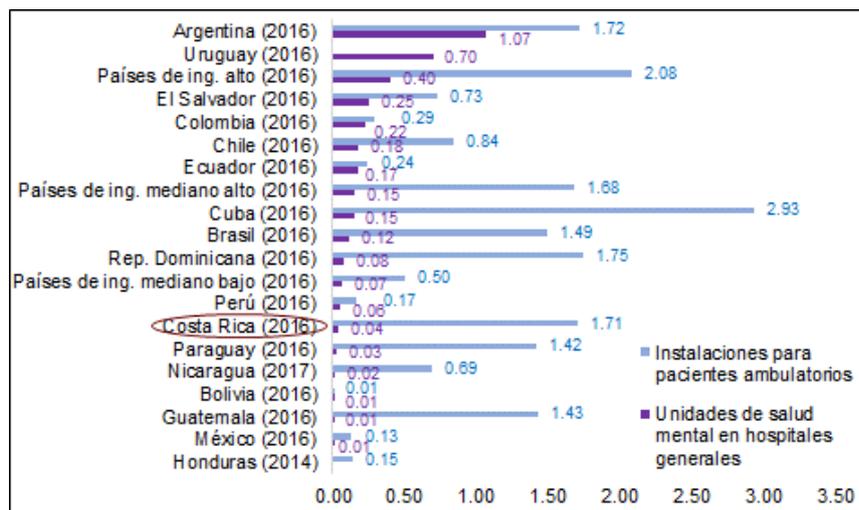
Camas para salud mental en hospitales generales por cada 100,000 habitantes



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de WHO (s.f.). Global Health Observatory data repository y de WHO, 2018. Mental Health Atlas 2017, pág. 37, tabla 4.1.2.

La situación mejora levemente cuando se considera, por ejemplo, el número de instalaciones para pacientes ambulatorios (1.71 por cada 100,000 habitantes) en relación con lo observado en otros países de América Latina. La situación del país, por ejemplo, es comparable con Argentina y República Dominicana y se ubica por encima de los países de ingreso medio alto.

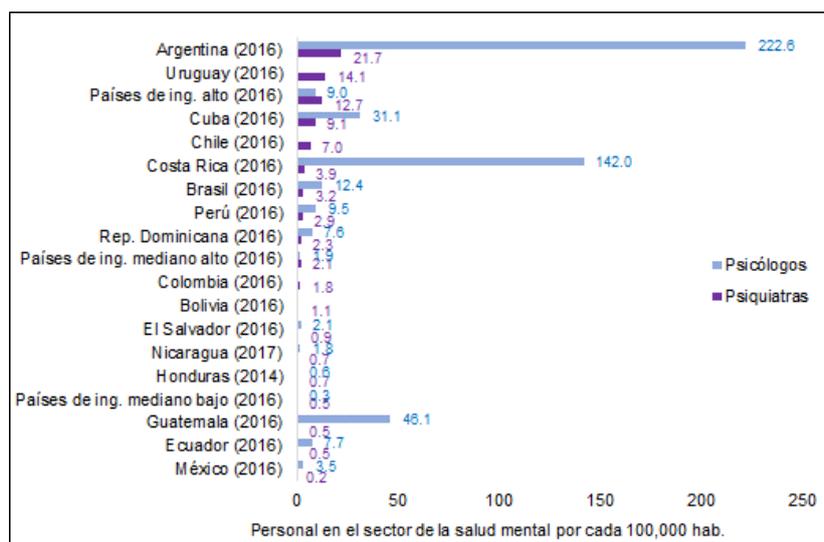
Gráfico 19
Otras instalaciones de salud mental por cada 100,000 habitantes



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de WHO (s.f.). Global Health Observatory data repository y de WHO, 2018. Mental Health Atlas 2017, pág. 37, tabla 4.1.2.

Con respecto al personal de salud mental, el gráfico 20 muestra un desempeño del país superior a sus homólogos (países de ingresos mediano alto, agrupados) en lo que respecta a la tasa de psicólogos por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, en términos de médicos psiquiatras y personal de enfermería para salud mental, el rezago es significativo cuando se contrastan las tasas de Costa Rica con las de los países de ingresos altos y la OCDE, respectivamente.

Gráfico 20
Médicos que trabajan en el sector de la salud mental por cada 100,000 habitantes



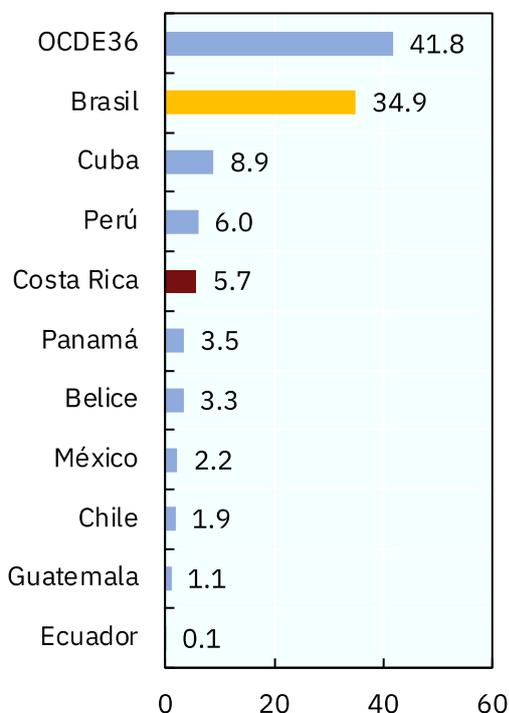
Fuente: Elaboración propia, con base en datos de WHO (s.f.). Global Health Observatory data repository y de WHO, 2018. Mental Health Atlas 2017, págs. 33 y 34.

En materia de personal de enfermería, Costa Rica se ubica en posición intermedia a nivel latinoamericano con un valor de 5.7 trabajadores del ramo por cada 100,000 habitantes. Este

valor se encuentra considerablemente por debajo de Brasil y la OCDE (34.9 y 41.8 trabajadores) pero se posiciona como primero en la región centroamericana.

Gráfico 21

Personal de enfermería del sector salud mental por cada 100,000 habitantes (2016 o último año disponible)



Fuente: OMS, Observatorio Mundial de la Salud, 2019.

Cabe cerrar esta subsección sobre indicadores de cobertura, indicando que varios análisis señalan heterogeneidad entre las instalaciones que conforman el sistema de salud en el primer y segundo nivel de atención, especialmente en cuanto a dotación de recursos y formas de organización.

Indicadores de calidad

Satisfacción con la calidad de los servicios

El gráfico 22 muestra a una Costa Rica donde la percepción generalizada acerca de la oportunidad de la atención sanitaria es baja. Varias encuestas y señalamientos asocian estos resultados con lo que ha venido a ser unos de los asuntos recientes más discutidos en el país en torno a la calidad del sistema de salud: las listas (tiempo) de espera^{65,66}. Según lo detalla dicha figura, uno de cada tres ticos declara estar insatisfecho con la disponibilidad de

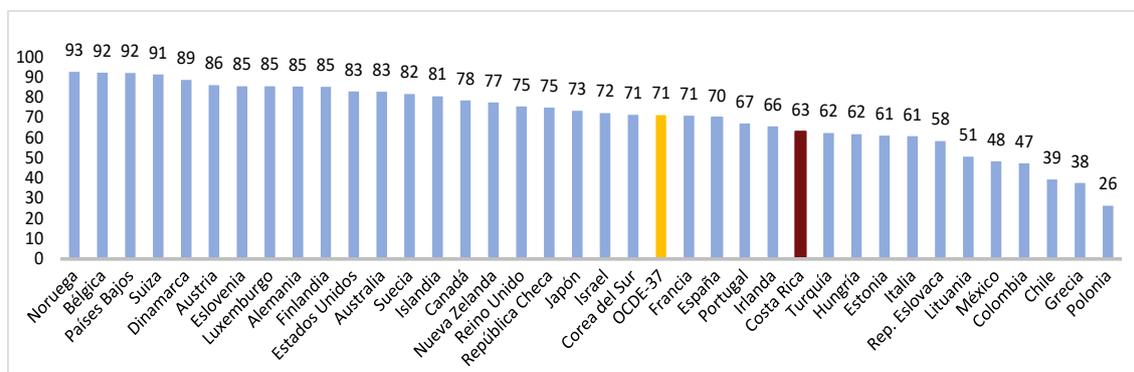
⁶⁵ Véase, por ejemplo, a: Sala Constitucional. 2019. Sala Constitucional ordena a CCSS diseñar en 6 meses sistema para reducir listas de espera en hospitales. 1 de abril. Disponible en: <https://salaconstitucional.poder-judicial.go.cr/index.php/component/content/article/72-comunicados/405-sala-constitucional-ordena-a-ccss-disenar-en-6-meses-sistema-para-reducir-listas-de-espera-en-hospitales?Itemid=437>

⁶⁶ Véase, por ejemplo, a: Instituto Centroamericano de Administración Pública. 2014. Propuesta para la Medición del Servicio al Cliente y Análisis de la Calidad Percibida por el Usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia en el segundo semestre del 2014. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Propuesta%20medici%C3%B3n%20del%20servicio%20al%20cliente%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20la%20calidad%20percibida%20por%20el%20usuario%20de%20emergencias%20del%20Hosp.%20Dr.%20Enrique%20Baltodano....pdf>

servicios de salud en su zona de residencia, cifra que es unos 8 puntos mayor a la opinión media en la OCDE.

Gráfico 22

Porcentaje de población satisfecha con la disponibilidad de servicios de salud de calidad en su área de residencia, 2020 (o año más cercano)



Fuente: Base de datos de la Encuesta Mundial de Gallup, 2020 citada en OCDE, 2021.

Listas (tiempos) de espera

Las "listas de espera" suelen ser el resultado natural de modelos de cobertura universal de salud. Esto es particularmente cierto en el caso de Costa Rica, donde, por diseño, existen pocos incentivos para limitar la demanda de servicios de salud⁶⁷. Sin embargo, esto no implica que deban evitarse y que, sobre todo, se reduzcan los plazos de permanencia en listas de espera de las personas que necesitan servicios de salud (tiempos de espera). En la medida en que aumentan los tiempos de espera, se atenta en contra de varios de los postulados de la Salud Universal antes delineados.

En marzo de 2020, previo al inicio de la pandemia por el COVID-19, en promedio, un asegurado en el país esperaba "335 días por una cirugía electiva, 143 días por un procedimiento y 189 días por una consulta externa"⁶⁸. A este panorama de base, se le unieron los obstáculos generados por los impactos de la COVID-19. Así, según la OMS y la CEPAL (2022), la prioridad dada a la atención sanitaria de la pandemia en países de LAC ha supuesto la interrupción (o paralización temporal) de servicios regulares de atención a la salud —preventivos y curativos— no asociados directamente con el coronavirus.⁶⁹ De hecho, en 2021, en promedio un 35% de los países de la Región (donde se incluye a Costa Rica) registró algún tipo de interrupción en la provisión de servicios integrados de salud.⁷⁰

Un informe de la CCSS de mayo del 2021, solicitado por la Defensoría de los Habitantes, confirma lo anterior y describe claramente el impacto de la pandemia en lo que a tiempos de espera se refiere y a merma en la producción de servicios sanitarios en Costa Rica. A

⁶⁷ Por ejemplo, no hay deducibles, copagos ni exclusiones por enfermedades preexistentes.

⁶⁸ Semanario Universidad. 2020. Román Macaya espera que próximos presupuestos extraordinarios incluyan partida para la Caja. 13 de abril. Disponible en: <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/roman-macaya-espera-que-proximos-presupuestos-extraordinarios-incluyan-partida-para-la-caja/>

⁶⁹ CEPAL y OPS. 2021. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf

⁷⁰ Ibid.

diciembre del 2020, se registraban importantes afectaciones en cirugías, consultas externas y procedimientos médicos.

Con respecto a las cirugías, el informe antes mencionado destaca que, desde marzo al 31 de diciembre 2020, en vez de realizarse 102 mil cirugías programadas, se realizaron solo 40,590; es decir, se dejaron de realizar 61,536 cirugías (60% de las cirugías programadas). En consecuencia, los tiempos de espera para cirugías también sufrieron un grave incremento: pasándose de 341 días, en diciembre 2019, a un tiempo promedio de espera de 495 días, al cierre de 2020. Es decir, en el periodo 2019-2020, aumentó el tiempo promedio de espera por una cirugía en 154 días (45%).⁷¹

En el apartado de las consultas externas, “las autoridades de la Caja acreditaron que el plazo de atención de los pacientes también se incrementó, pasando de 151 días, en diciembre 2019; a 157 días de espera, promedio, en diciembre 2020 (es decir, 6 días más)”. Sin embargo, “se dejaron de realizar 2,337,544 citas en consulta externa, lo cual corresponde al 21% de las atenciones totales que debió haber brindado ese servicio de conformidad con las proyecciones del trabajo anual.”⁷²

Los procedimientos médicos que brinda la CCSS también se vieron muy afectados: se estima que “en el año 2020 se dejaron de realizar 100,083 procedimientos respecto al año 2019, siendo en términos absolutos las mamografías y las gastroscopías (en un país de alta incidencia en cáncer detectables, precisamente, a través de tales procedimientos) las que presentan la mayor cantidad de procedimientos no realizados: 29,027 y 19,326 respectivamente.”⁷³

Para analizar las causas de las listas (tiempos) de espera, debe partirse de que se producen por un desajuste entre la demanda y el servicio que se presta. Es decir, pueden producirse por exceso de demanda o por defecto de servicio (o por ambas cuestiones al mismo tiempo). Asenjo (2020) menciona que la capacidad del servicio en específico está determinada, principalmente, por dos grandes conjuntos factores: aquellos relacionados con la *utilización hospitalaria* y otros asociados con los *promedios de estancia*.

Los factores relacionados con la utilización hospitalaria incluyen aspectos de índole administrativa (disponibilidad de servicios, sistema de pago, organización -interna, de la asistencia privada, de los médicos disponibles, etc.-), clínicos, sociodemográficos y culturales (como la edad y hábitos de la población, morbilidad y normas sociales), el tipo de hospitales participantes (por ejemplo, privados o universitarios), la provisión o disponibilidad de médicos, el funcionamiento de los servicios centrales (rapidez en la entrega de resultados, facilidad de acceso a servicios de diagnóstico, tratamiento y quirúrgicos, entre otros) e, incluso, la proximidad al hospital y la disponibilidad de vivienda, ayuda familiar y centros extra-hospitalarios.⁷⁴

⁷¹ Atención de otros padecimientos sufrió alto impacto negativo por la focalización en el Covid-19. Defensoría lanza Segunda Alerta Roja por el estado de las Listas de Espera: Informe enciende luces rojas. 10 de mayo de 2021. Disponible en: La Defensoría de los Habitantes.2021. Atención de otros padecimientos sufrió alto impacto negativo por la focalización en el covid-19, Defensoría lanza Segunda Alerta Roja por el estado de las Listas de Espera: Informe enciende luces rojas. 10 de mayo. Disponible en:

http://www.dhr.go.cr/informacion_relevante/acciones_dhr_covid19/acciones_2021/fecha_10_05_2021.pdf

⁷² Ibid.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Asenjo, Miguel Ángel. 2020. ¿Tienen remedio las listas de espera sanitarias? redacción médica. 4 de febrero. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/miguel-angel-asenjo/-tienen-remedio-las-listas-de-espera-sanitarias--8196>

Por su parte, los factores que inciden en el promedio de estancia hospitalaria son otros tantos. Algunos están relacionados con los recursos (número de camas y de personal, entrada de nuevos residentes, cantidad de personal no médico, dotación tecnológica y en investigación); otros, con aspectos organizativos o administrativos (existencia de programa docente, protocolización en enfermería, acceso a hospitales de crónicos, cantidad de actividad en consultas externas, estilo administrativo de los centros, control estricto sobre las estancias); o con características clínicas, sociodemográficas y culturales de la población y/o de los médicos (índice de mortalidad, estado socioeconómico de la población, preferencias culturales de los usuarios, tipo de diagnóstico, juicio clínico y hábitos médicos). Finalmente, otros factores que también influyen en el tiempo medio de estancia hospitalaria son el número de enfermos por facultativo, la antigüedad en la especialidad, el porcentaje de ingresos en urgencias, la demanda y el día de la semana en que se realiza el ingreso.⁷⁵

En base a la taxonomía presentada por Asenjo (2020), además de la falta de personal (que se expuso previamente en este informe), varios asuntos dan pistas acerca del problema de las listas y tiempos de espera en el país:

A. Costa Rica envejece aceleradamente

En 2008, la población con más de 65 años representaba el 6,2% % de la población total de Costa Rica, en 2019 el 9,2% y para el 2050 se espera que esta cifra, en relación con la de 2008, haya crecido más de tres veces hasta ubicarse en 20,7%.⁷⁶ En consecuencia, la tasa de dependencia demográfica⁷⁷ mostrará “un aumento sostenido hasta alcanzar el 57,3% en 2050, luego de haber alcanzado un mínimo histórico de 43,4% en 2016, esto como consecuencia del aumento de la población adulta mayor en términos absolutos y relativos.”⁷⁸

El envejecimiento poblacional se asocia con disminución de capacidades físicas y mentales; lo que presiona a los sistemas de protección social y a los presupuestos públicos de salud. La población adulta mayor (con más de 65 años) suele requerir servicios de salud con más intensidad que personas en edades intermedias. En general, “los adultos mayores suelen enfrentarse a situaciones de comorbilidad; es decir, padecen varias enfermedades al mismo tiempo; como consecuencia, tienen que recurrir frecuentemente a los servicios de salud por la incertidumbre en el origen de dolores o malestares. A su vez, se acostumbran a manejar recetas de varios medicamentos (“polifarmacia”), lo cual puede complicar la vida cotidiana.”⁷⁹

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Universidad de Costa Rica (UCR) y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Capítulo 1. Envejecimiento poblacional y desarrollo. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/I%20Informe%20estado%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20persona%20adulta%20mayor%20en%20Costa%20Rica.pdf>

⁷⁷ Que se calcula como el cociente de la cantidad de personas en edades dependientes (Menores de 15 años y personas con 65 y más años) entre la población activa (personas entre 15 y 64 años).

⁷⁸ Contraloría General de la República (CGR). 2019. Impacto fiscal del cambio demográfico: Reto para una Costa Rica que Envejece. DFOE-SAF-OS-00001-2019. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2019/SIGYD_D_2019006226.pdf

⁷⁹ Universidad de Costa Rica (UCR) y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Capítulo 1. Envejecimiento poblacional y desarrollo. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/I%20Informe%20estado%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20persona%20adulta%20mayor%20en%20Costa%20Rica.pdf>

B. Cambios en el perfil de morbilidad del país.

El incremento de la importancia relativa de las enfermedades no transmisibles en el conjunto de las muertes y discapacidades en el país impone retos significativos al sistema de salud.

Las ECNT "son condiciones que tienen una etiología compleja, multifactorial, con largos períodos de incubación o latencia. Este tipo de enfermedades tienen extensos períodos subclínicos, prolongado curso clínico, con frecuencia episódica y avance progresivo a complicaciones; sin resolución espontánea en el tiempo". Es decir, se refieren a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamientos y cuidados continuos y a largo plazo.⁸⁰ Esto, entre otros factores, ayuda a comprender el hecho de que la esperanza de vida saludable⁸¹ en el país llegara en 2019 a 69 años, mientras que para ese mismo año la esperanza de vida al nacer ascendiera a 80 años.⁸²

C. Deficiencias en el primer nivel de atención.

Aunque el primer nivel de atención se considera uno de los pilares del sistema público de salud del país, presenta algunos problemas estructurales que redundan en incrementos de las listas (tiempos) de espera de los servicios en los otros niveles de atención.

Una primera cuestión radica en que la mayoría de los EBAIS tienen un horario de funcionamiento reducido (desde la mañana hasta horas tempranas de la tarde). Adicionalmente, en las Áreas de Salud, los EBAIS tienen una adscripción de población que supera a la establecida por diseño⁸³; lo que limita el acceso de la población y "ocasiona múltiples referencias a otros servicios, a fin de satisfacer la demanda."⁸⁴

Tal y como planteaba la reforma de los 90 y en plena coherencia con el enfoque de los DSS, el nivel de atención es clave en materia de prevención de enfermedades (particularmente las crónicas que están fuertemente asociadas a modos y circunstancias de vida de las personas). Así, las Áreas de Salud y EBAIS, mediante la prevención, tienen un rol de contención de la demanda de pacientes en los hospitales de los niveles de atención superiores. Sin embargo, la propia Caja, en un informe reciente indica que la atención del primer nivel sigue siendo poco alineada a las necesidades de la población⁸⁵ y, en este sentido, se identifican oportunidades de mejora importantes en materia de prevención⁸⁶.

Todo lo anterior indica que la capacidad resolutoria del primer nivel de atención sigue siendo menor a la esperada (establecida en la reforma del sistema en los 90).⁸⁷ Un indicador *proxy*

⁸⁰ OPS. OMS. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

⁸¹ Se define como el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad). Este indicador combina información de mortalidad y de morbilidad.

⁸² Global Health Metrics (2020). Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.

⁸³ Caja Costarricense del Seguro Social. 2019. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.

⁸⁴ Ibid.

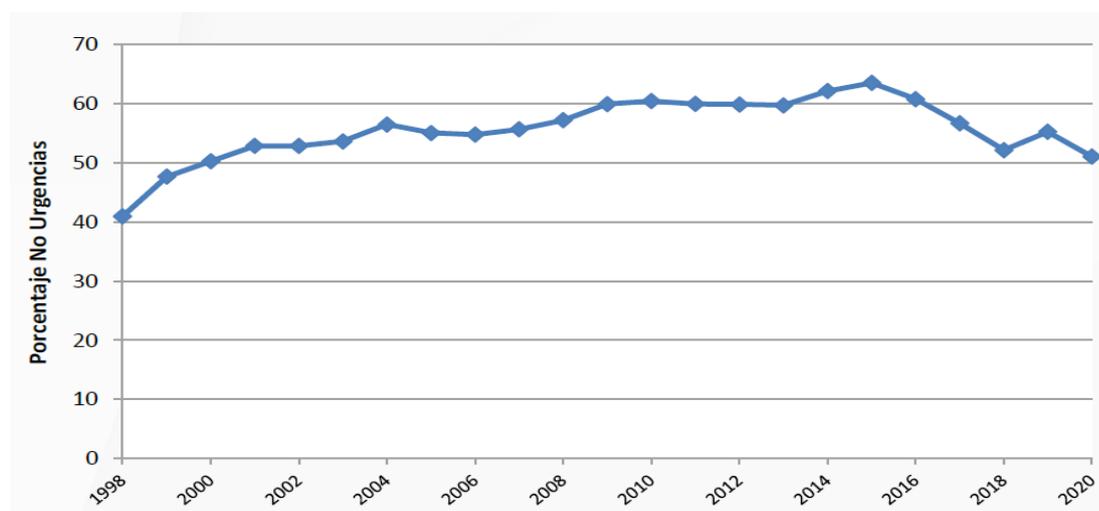
⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Macaya, Román. Expresidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (2018-2022). Entrevista realizada el 23 de junio de 2022.

⁸⁷ Véase a: CGR. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa Área de Fiscalización de Servicios Sociales. 2015. Informe DFOE-SOC-IF-26-2015. 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. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016001358.pdf

que habla por sí mismo acerca de esta deficiencia en el primer nivel de atención es el *porcentaje de no urgencias en el conjunto de las atenciones de los servicios de urgencia*. Así, en la propia Memoria Anual 2020 de la Caja se plantea: “el volumen de las atenciones en urgencias sigue siendo alto, se da una atención de urgencia por cada 2,8 consultas en el área ambulatoria, esto significa que aproximadamente el 27% de la demanda de servicios ambulatorios es no programada (incluyendo la consulta de odontología y otros profesionales en salud), afectando todo el sistema de atención de la salud.”⁸⁸ De forma similar a otros años recientes, tal y como indica el gráfico 23, más de la mitad del total de atenciones en urgencias (51%) en 2020 se consideraron no urgencias.⁸⁹ Cabe mencionar que esta situación no solo complica el normal funcionamiento del SNS sino que, además, lo encarece.

Gráfico 23
Servicio de Urgencias de la CCSS. Porcentaje de No Urgencias, 1998-2020



Fuente: CCSS. 2021. Memorial Anual de la Caja, 2020, pág. 61. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/4033>

D. Ineficiencias en la operación del sistema.

El promedio de consultas por hora que lleva a cabo el profesional de salud puede ser un indicador relevante a la hora de analizar la eficiencia en la gestión de la consulta ambulatoria y externa.

Al respecto, la CCSS estableció en 2004, que el médico de medicina general que trabaja en consulta externa o consulta ambulatoria debería atender a cinco pacientes por hora. En el caso de los médicos especialistas, la tasa debería ser cuatro pacientes por hora en consulta externa.⁹⁰ Entendiéndose, además, que un paciente nuevo⁹¹ equivale a dos subsecuentes.

⁸⁸ CCSS. 2021. Memorial Anual de la Caja (2020), pág. 59. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/4033>

⁸⁹ Ibid.

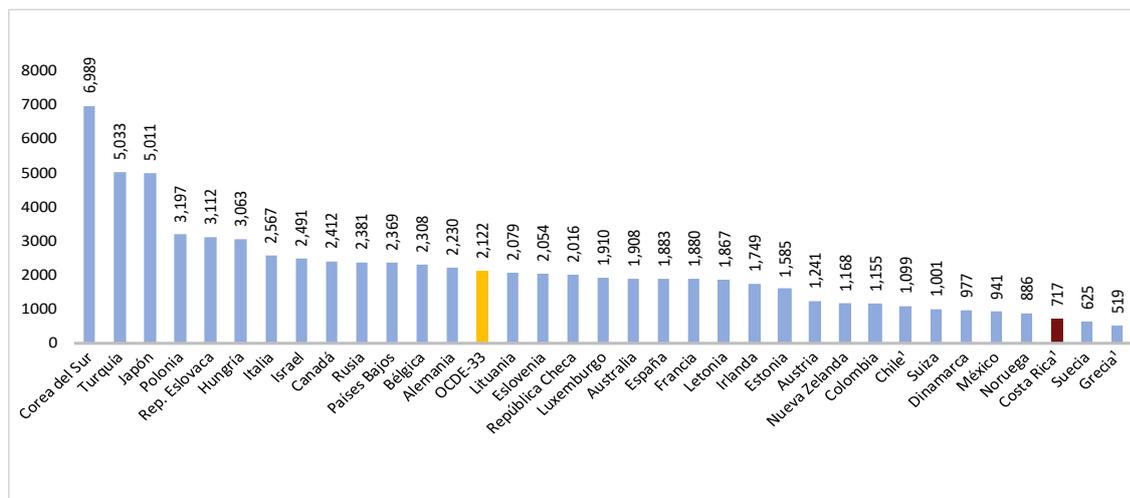
⁹⁰ Artículo 108. Número de pacientes atendidos en consulta externa o consulta ambulatoria. Normas regulan las relaciones laborales, científicas, académicas, profesionales y sindicales, entre la CCSS y profesionales en medicina, microbiología, farmacia, odontología, psicología y otros. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=53067&nValor3=57753&strTipM=TC

⁹¹ Según la norma en cuestión, un paciente nuevo es aquel que consulta por primera vez por una enfermedad de causa nueva, distinta y sin relación íntima directa con otras ya conocidas anteriormente o como consecuencia de estas. También se considerará "paciente nuevo" cuando, aun siendo su padecimiento de causa ya conocida, el paciente dejó de controlarse por más de un año; aquel al cual se le abre un expediente clínico en un centro asistencial y aquel que por primera vez es atendido

A finales del año 2014 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 previamente; directrices que se han mantenido sin cambio hasta la fecha (a pesar de que el EDUS tiene varios años de funcionamiento)⁹². No sorprende entonces que, en el análisis del número de consultas en persona por médico, Costa Rica se sitúe en los niveles más bajos del grupo de países de la OCDE que se identifican en el gráfico a continuación.

Gráfico 24

Número estimado de consultas en persona, por doctor (2019 o año más cercano)



Fuente: Elaboración propia, con datos de Estadísticas de Salud de la OCDE (OECD Health Statistics), 2021.

Los resultados que se presentan en el gráfico anterior son consistentes con los hallazgos de la Contraloría General de la República (CGR) en una valoración de la eficiencia de los servicios en el primer nivel de atención llevada a cabo en 2016. En dicha evaluación, la CGR concluye que el indicador relacionado con el “Promedio de consultas por hora en las Áreas de Salud”, no alcanza ni el parámetro institucional (cinco pacientes por hora en consulta externa), ni el emitido en 2014 como medida temporal para aquellos EBAIS que utilizan al 100% el módulo SIES del EDUS. Según la CGR, en el período 2005-2014, “el promedio máximo alcanzado por las Áreas de Salud, en conjunto, fue de 3,78 consultas por hora realizadas.”⁹³

Como se indicó, otro indicador relevante para el análisis de la eficiencia en la gestión es la *Estancia Media Hospitalaria*, que indica el tiempo promedio que pasa desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recibe el alta hospitalaria, ya sea porque regresa al domicilio, por traslado a otro centro asistencial, por fallecimiento o por alta voluntaria. La estancia media en 2015-2019 fue un 9% superior al periodo 2005-2009 (CCSS, 2020) siendo las regiones Central Norte y Pacífico Central las principales impulsoras. En este sentido, cabe indicar que un estudio publicado en 2017 estimó que el 43% de los hospitales del país tenían

en una determinada especialidad. En consecuencia, se entiende que, se trata de un paciente nuevo, cuando los médicos especialistas atienden a un paciente que anteriormente no ha sido valorado por él u otro especialista en la misma especialidad.
⁹² Macaya, Román. Expresidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (2018-2022). Entrevista realizada el 23 de junio de 2022.

⁹³ CGR. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa Área de Fiscalización de Servicios Sociales. 2015. Informe DFOE-SOC-IF-26-2015. 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. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016001358.pdf

una inadecuada gestión de las estancias, dado que registraban mayores días de hospitalización que los esperados, de acuerdo con lo que correspondería por la casuística (características sociodemográficas y clínicas de los pacientes).⁹⁴

Indicadores de calidad de servicio

Una medida importante de calidad en materia de servicios de salud se asocia con la captación temprana para la prevención o detección oportuna de enfermedades o desequilibrios que pongan en riesgo el bienestar y/o la vida de las personas. Aunque con valores promedio (nacionales) aun mejorables, el cuadro siguiente muestra que, en el periodo 2019-2020, se produjo un ligero aumento en la captación temprana en distintos momentos clave del ciclo de vida (periodo neonatal, posparto y embarazo), a saber: en los primeros ocho días de vida de una persona, en los ocho días posteriores al parto y en la mujer embarazada a través de la atención prenatal durante las primeras 13 semanas de la gestación.

Cuadro 6

CCSS. Porcentaje de captación temprana de menores de un año, posparto y embarazadas por año en el primer nivel de atención según RIPSS, 2019-2020

RIPSS	Menores de un año ^{1/}		Posparto ^{2/}		Embarazadas ^{3/}	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Institucional	75	78	81	83	78	81
Brunca	67	72	71	78	82	81
Central Norte	74	77	82	84	78	80
Central Sur	73	76	81	82	76	84
Chorotega	75	77	78	79	74	74
Huetar Atlántica	81	82	84	86	82	82
Huetar Norte	81	84	86	87	72	75
Pacífico Central	76	80	80	83	85	86

1/: en los primeros ocho días de vida 2/ en los ocho días posteriores al parto 3/ en las primeras 13 semanas de la gestación.

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud, 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 38.

De acuerdo con el cuadro 6, la región Brunca aparece como la más rezagada en términos de captación temprana neonatal y en el posparto en 2020 (72% y 78%, respectivamente), mientras que, para ese mismo año, la RIPSS Chorotega presenta los menores porcentajes de captación temprana en embarazadas (74%).

Los controles sanitarios son otra tipología de indicadores relevantes en materia de calidad de los servicios de salud. Así, por ejemplo, el resultado a nivel nacional del control óptimo de personas con hipertensión arterial (HTA)⁹⁵ de 20 años y más fue del 50 % para el año 2020 (15 puntos porcentuales menos que en 2019).⁹⁶ A nivel de las RIPSS, la Brunca presentó el

⁹⁴ Morera-Salas, Melvin. 2017. Índice de internación ajustado por riesgo en hospitales públicos de Costa Rica. Revista Gerencia y Políticas de Salud 15(31). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312643811_Indice_de_internacion_ajustado_por_riesgo_en_hospitales_publicos_de_Costa_Rica

⁹⁵ Que es un factor de riesgo cardiovascular.

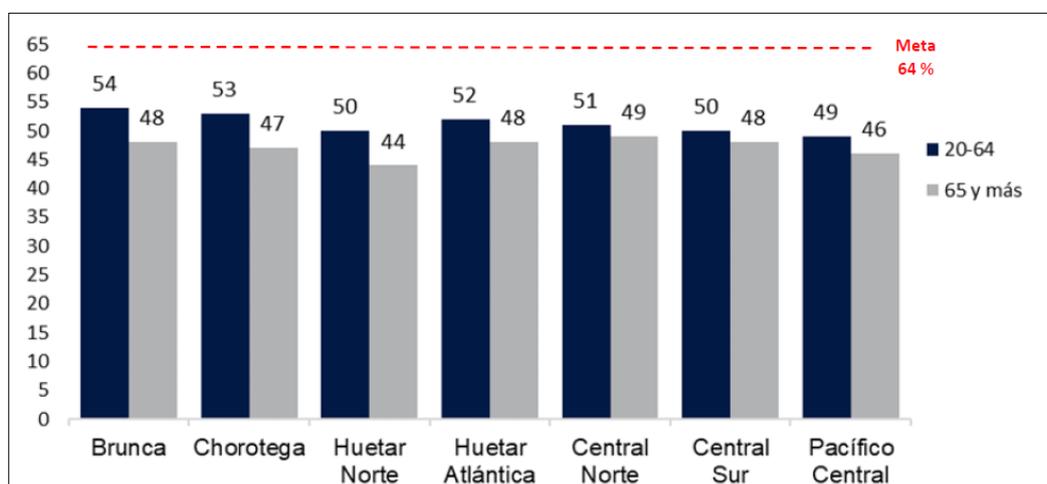
⁹⁶ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 71.

resultado más alto (52 %) y la Pacífico Central el más bajo (47 %).⁹⁷ En todos los casos, los resultados están lejos de la meta establecida por la Caja (Gráfico 25).

La Caja reporta que el brusco descenso en 2020 de las cifras de control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas se debió a la reorganización implementada en marzo de 2020 en el contexto de la pandemia por el COVID-19. En este sentido, algunas de las medidas que tuvieron impacto negativo en dicho control fueron, entre otras: la suspensión de las visitas de los técnicos de atención primaria (ATAP) a los hogares; lo que redujo el tamizaje por HTA. Además, se suspendieron las giras médicas a las localidades donde suelen realizarse consultas de forma periódica y la consulta presencial fue substituida por teleconsulta y llamada telefónica. Esto último impidió la toma de la presión arterial y limitó la posibilidad de readecuar el esquema terapéutico.⁹⁸

Gráfico 25

CCSS. Control óptimo de presión arterial en personas con HTA del primer nivel de atención por grupo etario según RIPSS, 2020 (en porcentaje)



Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud, 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 72.

Al evaluar el control óptimo de la HTA según las RIPSS y dos grupos de edad (de 20 a 64 años y de 65 años y más) se observa que el comportamiento es similar en los dos grupos etarios, aunque tiende a ser menor en el caso del segundo (gráfico 24). En 2020, la RIPSS que presentó el resultado más alto en términos del control óptimo de la hipertensión en personas adultas fue la Central Norte y el más bajo la Huetar Norte.

La calidad del control metabólico de las personas diabéticas se mide a partir de tres indicadores que muestran el porcentaje de personas atendidas que alcanzó un nivel óptimo en cada uno de los siguientes criterios básicos o indicadores: control glicémico, control de la presión arterial y control lipídico.⁹⁹

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, págs. 68-69.

⁹⁹ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, págs. 68-69.

El contexto pandémico también afectó el control de pacientes diabéticos. En los tres indicadores antes indicados, entre 2019 y 2020, se produjo una merma en el porcentaje de personas atendidas que lograron los niveles óptimos según los parámetros correspondientes. El indicador que presentó un marcado deterioro fue el porcentaje de personas en control glicémico (17 puntos porcentuales menos en 2020 en relación con 2019).¹⁰⁰ Esto, debido a las condiciones adversas para el cumplimiento de la prueba de hemoglobina A1c.

Al hilo de lo anterior, y observando los resultados del cuadro 6, la propia Caja indica: “es importante destacar que los resultados en las RIPSS no solo reflejan el notable descenso en los indicadores de control metabólico, sino que exponen algunas diferencias significativas en los indicadores que dependen de las pruebas de laboratorio. En el porcentaje de personas diabéticas con control glicémico óptimo, la mayor diferencia entre las redes fue de 15 puntos porcentuales (19 % - 34 %), mientras que en el indicador de control lipídico óptimo fue de 12 puntos (28 % - 40 %). Esta variabilidad no se presentó en el indicador de personas diabéticas con control óptimo de presión arterial, donde el rango fue apenas de cinco puntos porcentuales (46 %- 51 %). A partir del análisis de sus determinantes, es muy probable que la variabilidad en los resultados del indicador de control óptimo glicémico en las RIPSS indique algún nivel de inequidad en el acceso a los servicios de laboratorio en momentos de la pandemia.”¹⁰¹

Cuadro 7

CCSS. Personas atendidas con diabetes mellitus tipo 2 que lograron el nivel óptimo en cada parámetro de control, según RIPSS, 2020

(en porcentaje)

RIPSS	Control glicémico (HbA1c)	Control de presión arterial	Control lipídico (CoL-LDL)
Institucional	26	48	35
Brunca	19	51	40
Huetar Atlántica	19	50	33
Chorotega	20	46	31
Pacífico Central	21	51	28
Central Norte	26	49	31
Central Sur	31	46	39
Huetar Norte	34	48	35

Fuente: CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud, 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 88.

¹⁰⁰ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 87.

¹⁰¹ CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2020 y Tendencias del 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág. 88.

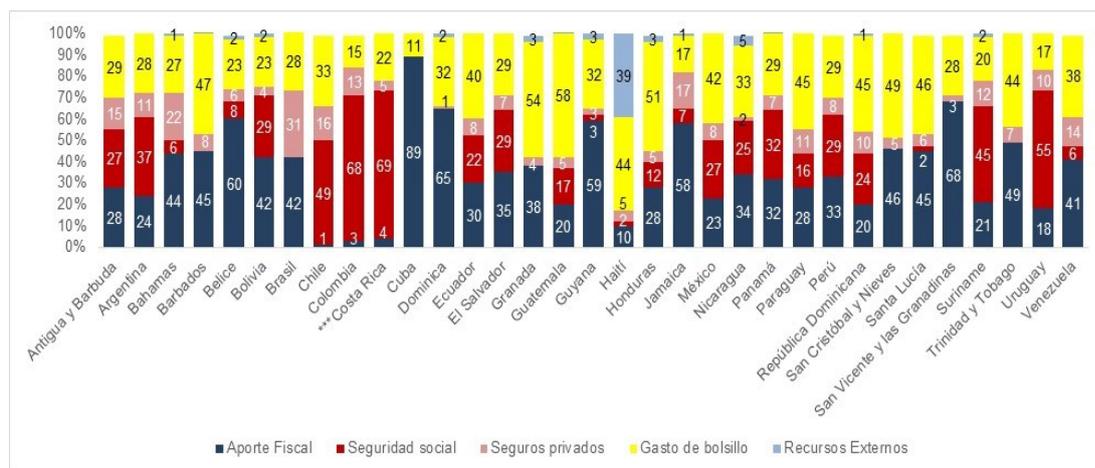
Sostenibilidad financiera

Los agentes de financiamiento del sistema de salud se pueden dividir en agentes de seguro de salud (la CCSS y el INS), el Gobierno Central, agencias de seguros privados y los hogares. Se identifica como principal agente de financiamiento del SNS a la CCSS. En su dimensión sanitaria, la CCSS es financiada, principalmente, por medio de las contribuciones sociales. Estos son recursos que se perciben por medio de patronos, empleados, trabajadores independientes, pensionados y el Estado, ya sea de carácter obligatorio o voluntario. Los recursos provenientes de los regímenes no contributivos son financiados por el Estado a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), así como con cargas específicas a las actividades de venta de cigarrillos (Ley 9028), licores y lotería electrónica.¹⁰²

El gráfico a continuación muestra la relevancia de las contribuciones sociales recibidas por la CCSS en el conjunto de las fuentes de financiamiento del sistema de salud costarricense representado en 2018, el 69% de los gastos totales del sistema (gráfico 26).

Gráfico 26

Fuentes de financiamiento de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe, 2018



Fuente: Alberto Arenas de Mesa. Director de la División de Desarrollo Social, CEPAL. Seminario Internacional (híbrido). Aprendizajes y lecciones internacionales para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales y sostenibles. Chile, 10 de agosto de 2022.

El gráfico 25, muestra también que Costa Rica en 2018 era el país de la región con el mayor aporte de las contribuciones sociales como fuente de financiamiento del sistema de salud y uno de los que menor aporte fiscal recibe dicho sistema.

Evolución de ingresos, egresos y saldo financiero de la Caja

Los *ingresos totales* de la CCSS (ingresos corrientes, de capital y financiamiento) promediaron 5.8 % del PIB entre 1992 y 2020 y mostraron una tendencia al alza a lo largo de este periodo. De esta forma, mientras entre 1992 y 1999 los ingresos representaron 4.7 % del PIB, en las siguientes dos décadas dichos valores aumentaron al 5.5 % (2000-2009) y 7.0 % del PIB

¹⁰² OPS. 2019. Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>

(2010-2020). La tasa media real de crecimiento anual se estima en 7.8 %, aunque se observa una desaceleración a lo largo del periodo analizado, de 9.2 % en 1992-1999 a 7.4 % en 2010-2019.¹⁰³

Los ingresos corrientes, que son la principal fuente de ingresos de la Caja, representaron 5.2 % del PIB (4.4 %, 4.9 % y 6.0 % para cada uno de los periodos arriba descritos, respectivamente). Su tasa media de crecimiento real se ubicó en 6.1 % por año, por debajo del crecimiento de los ingresos totales.¹⁰⁴

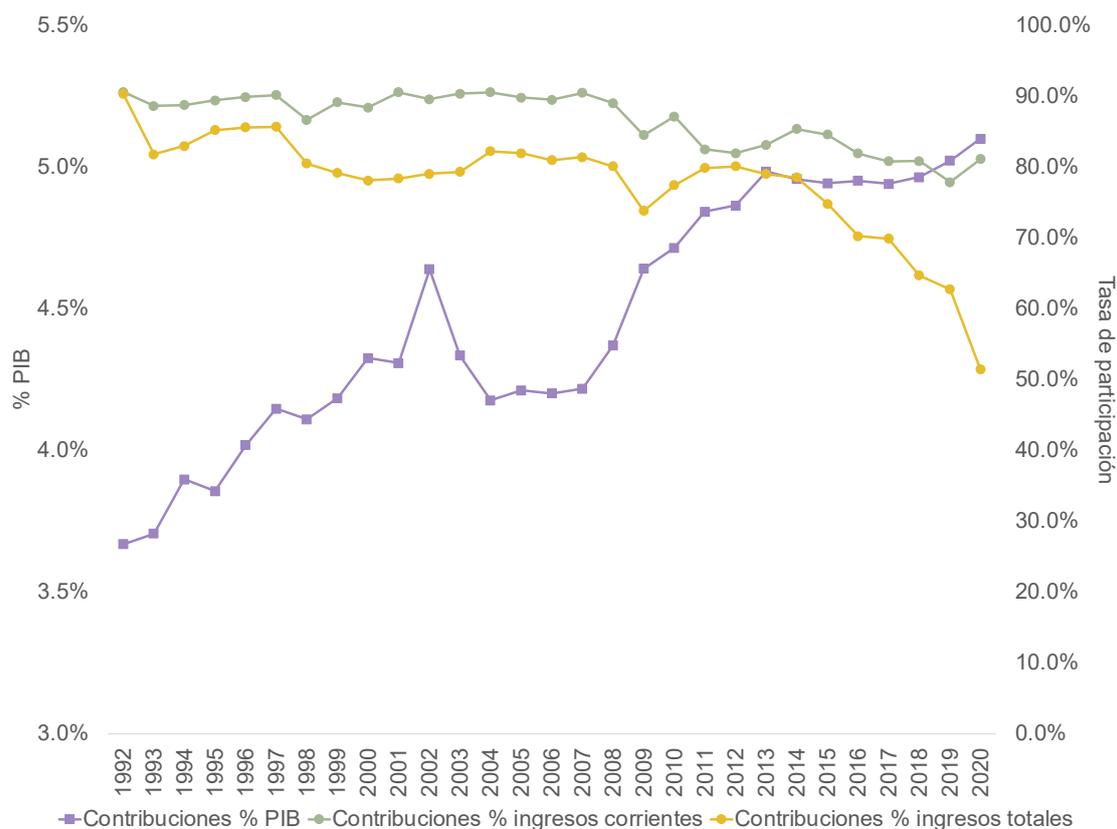
Tal y como se planteó previamente, de los ingresos corrientes y totales de la CCSS, las contribuciones sociales son su principal fuente. Sin embargo, su aportación ha venido disminuyendo peligrosamente. Así, como porcentaje de los ingresos corrientes, las contribuciones cayeron del 89.5 % en el quinquenio 1992-1996 al 81.2% en el periodo 2015-2019. Como proporción de los ingresos totales, las contribuciones pasaron de 85.2% (1992-1996) a 68.5% (2015-2019). Sin embargo, como consecuencia de la pandemia, se identifica en 2020 un declive aún más pronunciado, por lo que dicha participación se ubicó en cerca de 51% de los ingresos totales en dicho año.

En contraste, como porcentaje del PIB, las contribuciones han crecido de manera paulatina desde 3.7 % a inicios de los 90 hasta 5 % previo a la pandemia (véase el Gráfico 27). El crecimiento tiene dos momentos. En 2007-2013, la contribuciones crecieron un ritmo acelerado del 14.7% por año en contraposición a la economía que lo hizo al 11.9%. Desde el 2014, el crecimiento tendió a converger (6.9% versus 6.7% respectivamente) y durante la pandemia, año donde ambas variables se contrajeron, las contribuciones cayeron a un menor ritmo (-2.4% versus -3.9%).

¹⁰³ Pacheco, José Francisco. 2022. Financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS: Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional. Fundación Friedrich Ebert. Costa Rica.

¹⁰⁴ Ibid.

Gráfico 27
Participación de contribuciones sociales en ingresos de la CCSS y PIB, 1992-2020



Fuente: Pacheco, 2022 con base en datos de la CCSS.

Por su parte, *los gastos totales* de la CCSS muestran una tendencia de crecimiento desde 1992. Así, a partir de ese año, han crecido en términos reales a un ritmo anual del 6.9 %. Cuando la valoración se hace en términos reales per cápita, “el gasto pasó de ¢135 048 a ¢548942 por persona, es decir, se multiplicó por 4 en cuestión de 28 años.”¹⁰⁵

Es crucial indicar que, en los 90, las contribuciones eran suficientes para financiar el 89 % del gasto del seguro de salud en específico. Sin embargo, esa cifra experimenta un declive progresivo y si bien las contribuciones siguen siendo la mayor fuente de financiamiento de todo el sector, su desempeño reciente debe llamar a reflexión. Así, si se descuenta el efecto COVID-19 en el 2020, cuando dichas contribuciones apenas cubrieron el 65.5 % de los gastos, los datos indican que el grado de cobertura ha venido cayendo a un ritmo medio de 2.5 puntos porcentuales por década. Así, en el periodo 2000-2009, la tasa media alcanzó el 86.9 % de los gastos, unos 2.3 puntos porcentuales menos que en la década previa. Posteriormente, entre 2010 y 2019, las contribuciones financiaron el 84.1% de los gastos, una merma adicional de 2.8 puntos respecto a la década anterior y en el periodo (2018-2019), los aportes contributivos promediaron menos del 80 %.

Cuando se analiza la descomposición del gasto, las tres principales partidas (remuneraciones, servicios y materiales y suministro) han contabilizado históricamente un 86.9% del gasto total institucional desde 2005. A lo largo del tiempo, sin embargo, su

¹⁰⁵ Ibid.

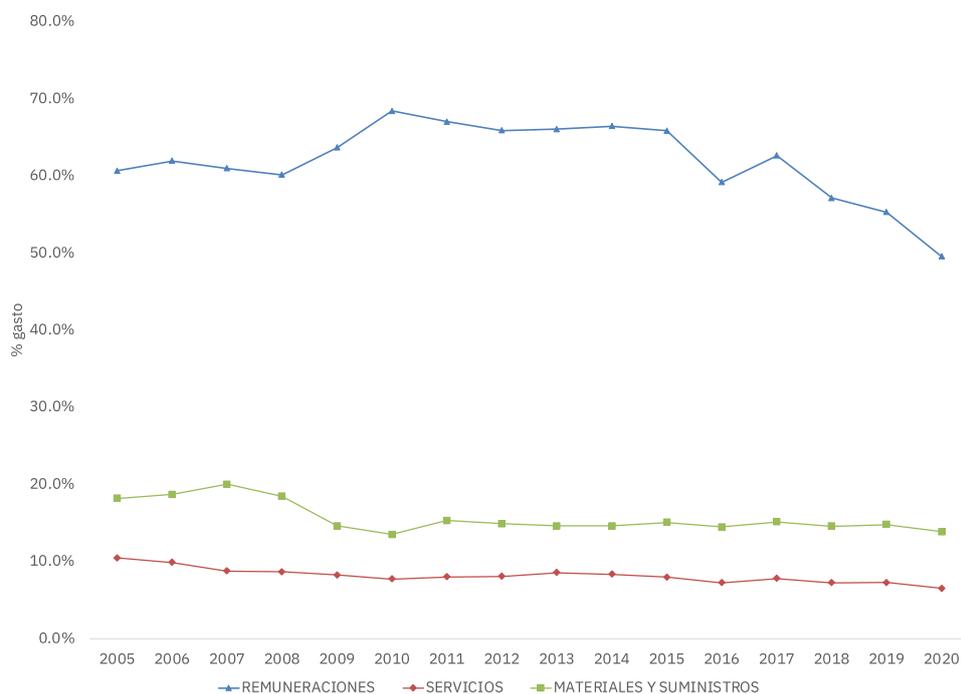
participación conjunta ha caído al punto que para 2018-2019 ese porcentaje representaba el 77.4%, bajando aún más durante el primer año de pandemia (70%). Tres aspectos merecen consideración sobre este comportamiento. El primero es la participación declinante de las remuneraciones, mismas que llegaron a representar el 68.5% del gasto total en el 2010. A partir de allí, su crecimiento se desacelera al punto que para 2018-2019 su contribución a las erogaciones totales se ubicó en 56.2% (49.6% en 2020).

Segundo, la partida de materiales y suministros también tuvo un patrón similar pasando del 18.5% en 2005-2006 al 14.7% en 2018-2019. A lo largo del periodo de análisis, la principal partida de esta categoría fue Productos Químicos y Conexos, siendo medicamentos el rubro más representativo con un 60% de su gasto. En el agregado, no obstante, el gasto en medicamentos propiamente dicho ha caído de forma paulatina desde un 11.7% del gasto de la CCSS previo al 2010 al 8.8% en los dos años previos a pandemia. Durante el 2020, ese porcentaje se ubicó en 7.1%.

Finalmente, el gasto en servicios también tendió a la baja para ubicarse en un 7.3% del gasto total del seguro de salud (6.5% en primer año de COVID-19). Alquileres y servicios de gestión contabilizaron más del 54% del gasto acá ejecutado.

Gráfico 28

CCSS: Participación de las principales tres cuentas de gasto, 2005-2020



Fuente: Elaboración con base en CCSS.

Con respecto al *saldo financiero*¹⁰⁶ del SEM, cabe comentar que, en este aspecto, históricamente la CCSS ha experimentado saldos superavitarios (véase el cuadro 7). Es decir, los ingresos han superado ligeramente a los gastos del seguro de salud.

¹⁰⁶ Que se calcula como la diferencia entre los gastos totales y los ingresos excluyendo financiamiento.

Cuadro 7

Saldos financieros del SEM como proporción del PIB, por periodo

Periodo	Saldo (% PIB)
1992-1999	0.08
2000-2009	0.05
2010-2020	0.16

Fuente: Pacheco, 2022 con base en datos de la CCSS.

Sin embargo, los saldos financieros positivos o superavitarios de la Caja, en lo correspondiente al seguro de salud, deben mirarse con cautela dado que, al margen de maniobra de por sí estrecho, se le unen aspectos como, entre otros: factores estructurales que apuntan a previsibles incrementos en el presupuesto público de salud en los próximos años (asociados a los cambios demográficos¹⁰⁷ y del perfil de morbilidad del país, ya enunciados previamente en este informe), ineficiencias operativas costosas que persistirán si no se toman acciones eficaces y oportunas para su reversión, el hecho de que el Estado adeuda a la Caja montos aún no acordados entre la partes y sobre los que no se ha establecido un cronograma de pago claro¹⁰⁸ y la expectativa de una caída de ingresos de la Caja por el régimen contributivo de la seguridad social, producto de los impactos económicos de corto y mediano plazo asociados a la pandemia (y a lo que se le ha unido recientemente el conflicto bélico entre Rusia y Ucrania). Otros factores que podrían afectar aún más a las contribuciones son las nuevas modalidades laborales (por ejemplo, plataformas de servicios con relaciones laborales difusas y la mayor presencia de los llamados “nómadas digitales” en los mercados de trabajo), así como el hecho de que generaciones más jóvenes no ven incentivos de contribuir a la seguridad ante la perspectiva de contar con pensión muy baja en la vejez.

Consistente con las cautelas antes señaladas, Cortés Rodríguez y Robles (2022) con base en el informe “Valuación Actuarial del seguro de Salud de 2019”¹⁰⁹, para el periodo de proyección 2020-2034, indican que:

- Cuando se considera un *enfoque de ingresos efectivos*¹¹⁰ se observan saldos deficitarios para todo el período de proyección. Esto, sin considerar partidas por provisiones, reservas ni gastos de inversión de los proyectos. Cuando se consideran dichas partidas, se obtiene un saldo superavitario hasta el 2023, por lo que a partir del 2024 se estima el agote de tales provisiones y reservas.

¹⁰⁷ Para la CGR, tan solo el envejecimiento implica un aumento esperado del gasto en hospitalización y consulta externa de al menos el 86% hacia 2030 y de 129% para 2035, con respecto a 2016. Véase a: CGR. 2019. Impacto fiscal del cambio demográfico: Reto para una Costa Rica que Envejece. DFOE-SAF-OS-00001-2019. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2019/SIGYD_D_2019006226.pdf

¹⁰⁸ Presidencia de la República. 2020. Gobierno y CCSS se reúnen en busca de ruta para el pago de deuda del estado y soluciones para sostenibilidad estructural de seguros de salud y pensiones. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/05/gobierno-y-ccss-se-reunen-en-busca-de-ruta-para-el-pago-de-deuda-del-estado-y-soluciones-para-sostenibilidad-estructural-de-seguros-de-salud-y-pensiones/>

¹⁰⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. 2020. Valuación Actuarial del Seguro de Salud, 2019 (Incluyendo el impacto del COVID-19 del 2020). Presidencia Ejecutiva, Dirección Actuarial y Económica, Área de Análisis Financiero. San José, Costa Rica.

¹¹⁰ Hace referencia a solo los ingresos que efectivamente recibió la caja en un período dado, sin tomar en cuenta las cuentas por pagar y cobrar.

- Cuando se considera un *enfoque de ingresos reglamentarios*¹¹¹, el año de insuficiencia de ingresos corrientes se presenta hasta el 2033, es decir, se obtiene una diferencia de 13 años con respecto a los ingresos efectivos. Además, se obtiene suficiencia de las provisiones y reservas para todo el período, es decir, una diferencia de 11 años respecto al enfoque de ingresos efectivos. Sin embargo, este escenario parte de la premisa de se aclare el monto total que el Estado adeuda a la Caja y que dichas deudas se atiendan oportunamente.

Producción clínica y presiones financieras

Muchos de los elementos acá considerados que ejercen presión sobre la sostenibilidad financiera del seguro de salud tienen naturaleza macro y se han ubicado como parte del contexto en el cual la CCSS opera (envejecimiento poblacional, cambios estructurales del mercado laboral, cambio tecnológico¹¹², entre otros).

Adicional a ello, existen a su vez tendencias de tipo micro que surgen propiamente de la operación del seguro mismo (provisión del paquete de beneficios) desde lo clínico y los servicios de apoyo que brinda. Se incluyen acá temas como el número de visitas promedio por persona, hospitalizaciones y consumo de medicamentos y exámenes de laboratorio, entre otros.

En materia de utilización de servicios clínicos, representados por el número de consultas médicas y atenciones de urgencia por habitante, los números demuestran una relativa estabilidad en el patrón observado en el primer caso y un incremento en el total de consultas en el segundo.

Propiamente en cuanto al número de consultas médicas por habitante, el promedio histórico 2015-2019 fue de 2.33 visitas por personas con una ligera tendencia a caer a lo largo de los años. De esta forma, mientras en el quinquenio 2005-2009 la tasa media de utilización fue de 2.34 visitas, para 2015-2019 ese valor había descendido a 2.29 visitas, un 2.1% de caída. En el 2020, primer año de pandemia, las consultas médicas cayeron a 1.99 visitas, un 13.4% menos respecto al 2019.

Una contratendencia en la caída de las consultas podría estarse observando en el número de urgencias por persona. En este caso, el promedio pasó de 1.07 a 1.14 consultas por habitantes en los mismos quinquenios arriba detallados, un incremento del 6.5% en los últimos 15 años. En pandemia, el mismo coeficiente cayó en cerca de un tercio.

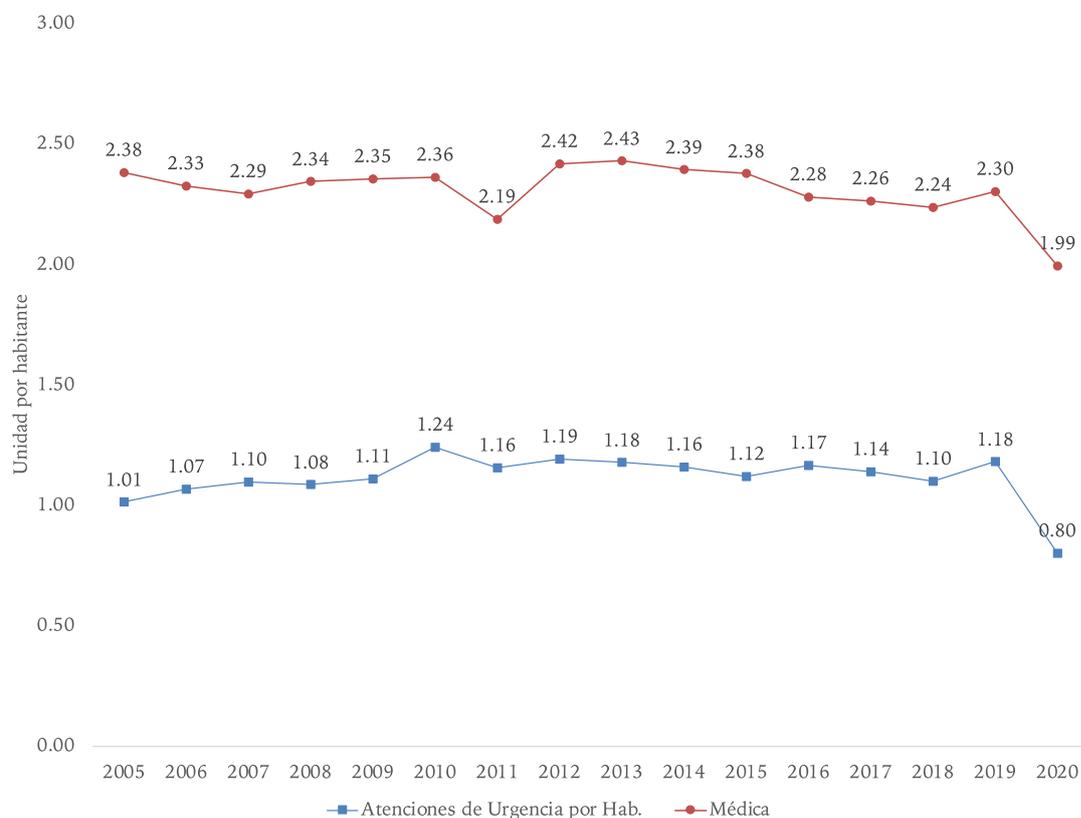
Sobre este último tema en particular, vale comentar varias cosas. En primer lugar, las consultas en urgencias suelen ser más costosas que las visitas médicas regulares. Por lo tanto, la existencia de estas dos tendencias podría generar un saldo neto deficitario para el seguro. En segundo lugar, tal y como se ha indicado previamente, el porcentaje de urgencias que se declaraban “no urgencias” ha fluctuado entre el 60-50% del volumen total de visitas a dicho departamento en el periodo 2010-2020. Tercero, surge la consideración sobre si el particular comportamiento de ambos indicadores refleja un debilitamiento de la capacidad

¹¹¹ Considera las cuentas por pagar y cobrar para la estimación de ingresos de la CCSS.

¹¹² En el caso del factor tecnológico, las mejoras en el equipo sanitario y en otros rubros como los medicamentos suelen ejercer presión de segmentos poblacionales que reclaman nueva maquinaria en sus centros de atención.

resolutiva del primer nivel de atención, situación que obliga a los usuarios a trasladar su demanda de servicios de nivel primario (puerta esperada de ingreso al sistema) a los departamentos de emergencias.

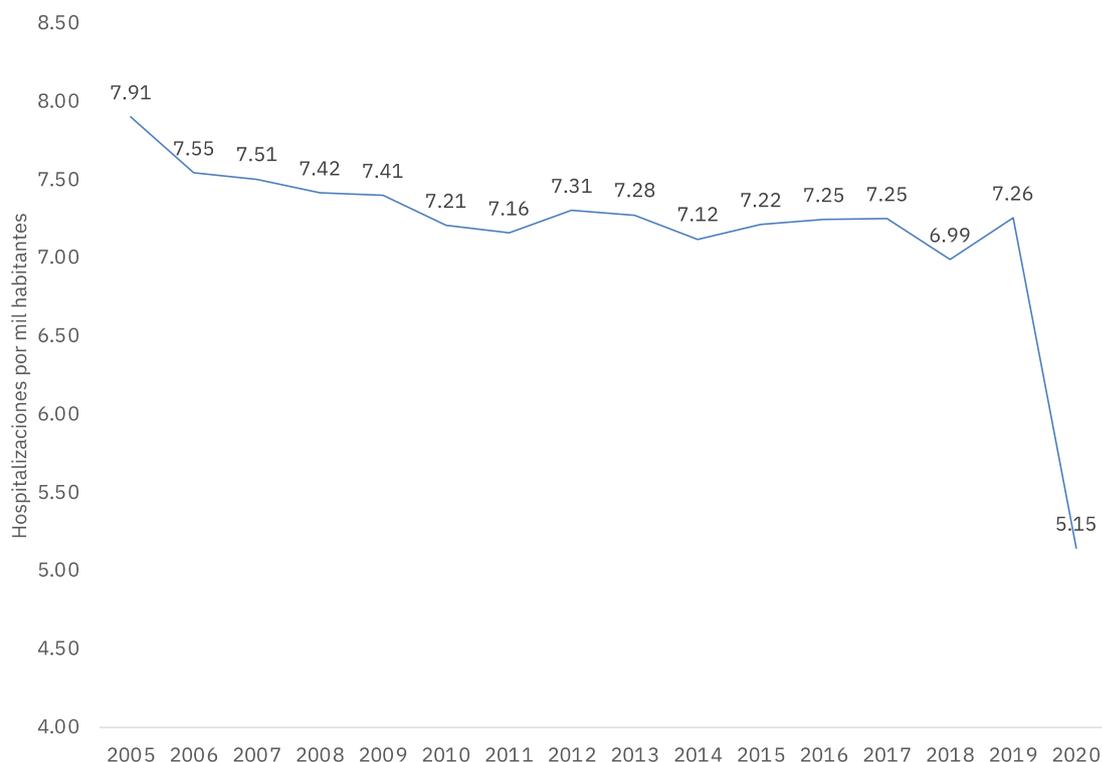
Gráfico 29
CCSS. Visitas y urgencias por habitante, 2005-2020



Fuente: Anuarios Estadísticos de la CCSS.

En cuanto a hospitalizaciones, las mismas mantienen una caída ya observada desde inicios de siglo en donde los servicios hospitalarios pierden relevancia en la provisión general de servicios de salud para dar paso a un fortalecimiento de la atención primaria. Esto va en línea con la reforma del sector a mediados de los 90. Producto de ello, en el largo plazo, el total de camas por 1,000 habitantes es hoy día un 28% menor que en el 2000 mientras las hospitalizaciones por 100 habitantes pasaron de 7.56 a 7.20 egresos entre 2005-2009 y 2015-2019 según se deriva de los Anuarios Estadísticos de la CCSS. Sin embargo, la caída en la tasa de hospitalizaciones no significa necesariamente una disminución en los costos asociados. La complejidad, estancia, modelo de asignación de recursos (i.e. forma de presupuestación) y otras variables asociadas podrían detener los ahorros esperados. Por ejemplo, el incremento en la estancia media entre el periodo 2015-2019, ya comentado, puede inducir a incrementos de costos de hospitalización. A su vez, la mayor complejidad de los casos tratados parece haberse disparado también: mientras en el 2011 el 50.8% de las hospitalizaciones tuvieron una cirugía, en el 2019 ese porcentaje había crecido al 54.6% (Anuario Estadístico de la CCSS 2020).

Gráfico 30
CCSS. Hospitalizaciones por mil habitantes, 2005-2020

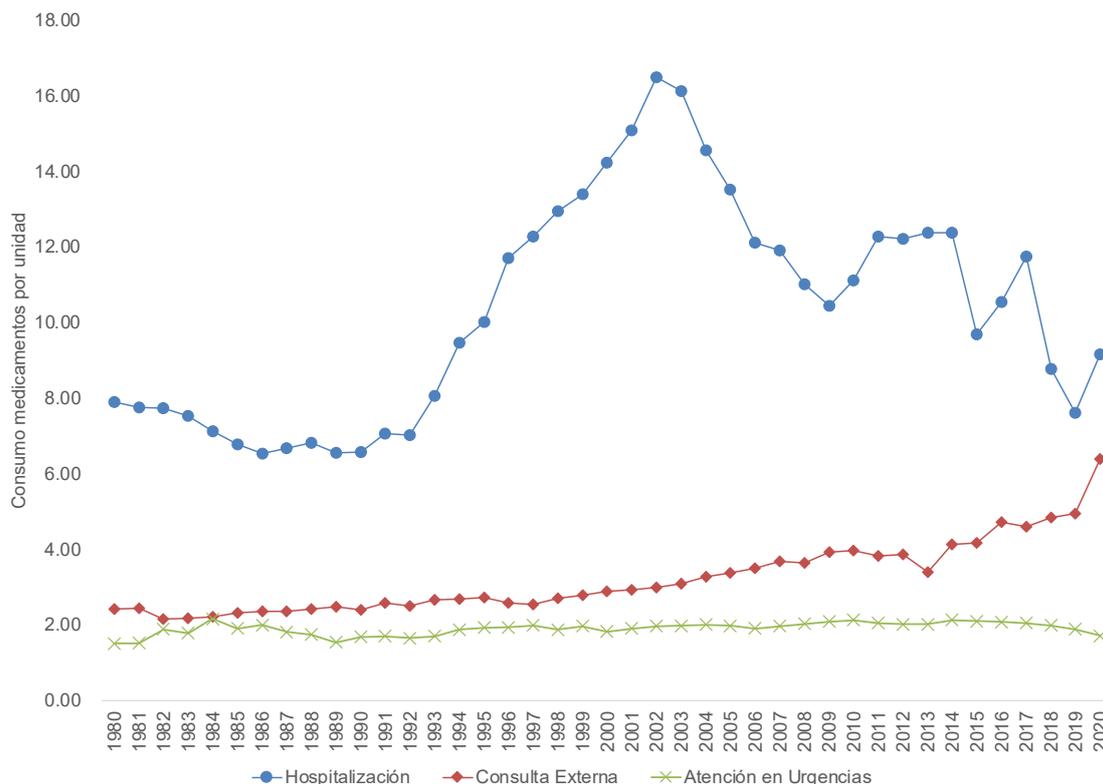


Fuente: Anuarios Estadísticos de la CCSS.

El consumo de medicamentos es otro indicador importante en materia de presiones financieras. Si se integran todos los servicios que reciben medicinas, el consumo de ellas pasó de 13.7 en 2005-2009 a 17.2 medicamentos por habitante en 2015-2019. A su interior se observa una serie de tendencias y contratendencias, mismas que en mucho siguen el mismo patrón de hospitalizaciones y consulta externa previamente analizado, esto es, decrecimiento en el número de medicamentos por hospitalización y crecimiento en el segundo caso. Contrario al comportamiento de las visitas, eso sí, en el 2020 el consumo de medicamentos rompió tendencia en materia hospitalaria (i.e. creció de forma importante luego de un periodo de caídas) y aumentó de forma atípica en consulta externa respecto a los pasados 7 años.

En el mediano plazo (2010-2019), el consumo de medicamentos experimentó vaivenes según el servicio que origina su consumo. Entre 2010-2014 y 2015-2019, el consumo de medicamentos por hospitalización cayó en un 20%, situación que contrasta con el incremento en el consumo por consulta externa (21.3%). Por su lado, los medicamentos por urgencia también tendieron a contraerse ligeramente (2.3%) si bien a lo largo del tiempo su volatilidad es baja. Temas como el crecimiento del porcentaje de consultas externas que terminan en cirugía o la complejidad misma de los casos tratados son algunos de los posibles determinantes de dicho comportamiento.

Gráfico 31
CCSS. Consumo de medicamentos por unidad de servicio, 2005-2020



Fuente: Anuarios Estadísticos de la CCSS.

La deuda del Estado con la CCSS

El problema de deuda que el Estado mantiene con la CCSS es de larga data. Datos aportados por la misma entidad indican una deuda estimada en $\text{¢}2.5$ billones al 2022, cifra equivalente al 5.7% del PIB proyectado para el presente año. De ella, un 82% se vincula al seguro de salud y el resto al IVM (pensiones) y, a lo interno de la primera, los rubros que más pesan en el monto adeudado son aquellos gastos vinculados al Código de Niñez y Adolescencia, el traslado del primer nivel de atención del Ministerio de Salud a la CCSS hace varias décadas y las cuotas complementarias de trabajadores independientes y asegurados voluntarios.

En la pasada década, el Ministerio de Hacienda y la Caja misma han optado por diversos mecanismos que permitan reducir el monto de dicha deuda, pero tal situación no ha sido posible. Por ejemplo, en el 2016 el Banco Mundial otorgó un préstamo por US\$420 millones tendiente a reducir, en aquel entonces, la deuda negociada entre las dos partes y que ascendía a unos $\text{¢}700$ mil millones. Durante el 2020, la Asamblea Legislativa aprobó una moción que dirigía el 10% de los créditos de apoyo presupuestario que tramitara el Gobierno a la CCSS, como una forma de paliar la deuda. No obstante estas soluciones, el monto sigue creciendo de forma acelerada al punto que para 2022 el monto nominal es casi las 4 veces que en 2016.

La factibilidad de cancelar en definitiva la deuda estatal con la CCSS y evitar situaciones similares a futuro es sombría. Los múltiples destinos específicos creados con cargo al Presupuesto Nacional (sólo con la CCSS) nunca fueron financiados con una fuente estable y sostenible que permitiera cubrir tales responsabilidades. Esto creó una obligación legal sin

contenido monetario que es registrada por la CCSS y que, en su condición de deuda, genera intereses moratorios. El pago parcial vía préstamos no detiene el problema máxime que parte de los préstamos cancelan intereses y otra parte se destina al principal. En la medida que la actual legislación se mantenga tal y como está planteada, parece poco posible que la deuda se reduzca de forma permanente.

Reflexiones en torno al seguro de salud de la CCSS

Las siguientes son algunas de las reflexiones en torno a las principales conclusiones emanadas de la presente ponencia:

- El seguro de salud administrado por la CCSS ha sido un pilar de la cohesión social y de los altos niveles de desarrollo humano sanitario que muestra el país desde hace décadas.
- La permanencia del seguro y su influencia positiva en la sociedad costarricense, tanto la actual como la futura, depende de una serie de determinantes que hoy día presentan fortalezas producto de un desempeño histórico favorable con retos derivados de cambios en entorno y gestión interna que desafían su sostenibilidad.
- El entorno cambiante, pasado y futuro, pone a la CCSS en un cruce de caminos y obliga a plantear reformas de visión más extensa. A las presiones regulares por envejecimiento, tecnología aplicada al sector y economía de moderado crecimiento, el seguro se enfrenta a un mercado laboral que perpetúa altos niveles de informalidad (inclusive entre personas asalariadas), ingresos que crecen a tasas bajas y cambios en las estructuras tradicionales que dejan de lado los contratos laborales típicos para dar paso a nuevas modalidades de empleo (plataformas, por ejemplo).
- Aunado a lo anterior, el perfil epidemiológico persiste en su alta concentración de enfermedades crónicas cuyas presiones financieras crecerán conforme temas como el envejecimiento tenga más relevancia.
- La ponencia ha dado muestras de un seguro con elevadas tasas de cobertura que, sin embargo, están desigualmente distribuidas entre distintos segmentos poblacionales. La evidencia inicial muestra la existencia de amplias brechas entre segmentos de bajos niveles socioeconómicos que correlacionan con bajos niveles de protección y grupos en mejores condiciones laborales que además reciben seguro casi a nivel universal.
- Si bien la amplitud del paquete de servicios y el nivel de protección financiera que ofrece el esquema se encuentra en márgenes elevados y razonables, cerca de un tercio de los residentes considera pobre su acceso a servicios en su comunidad.
- Si bien pareciera contradictoria esta conclusión a partir de la amplia cobertura de EBAIS en el país, lo cierto es que los problemas de listas de espera confirman esa visión antes mencionada.
- Las listas de espera persisten como el resto más frontal para la CCSS en cuanto a su relación con la población y por lo tanto la entidad urge de una estrategia que acelere la atención de estos casos. Si bien una parte del problema se explica por limitaciones de recurso humano e infraestructura, otra parte podría solventarse vía mejoras en la gestión clínica que permita elevar la eficiencia de estos recursos. Instrumentos financieros como la presupuestación atada a resultados y mecanismos de pago modernos podrían coadyuvar en esa tarea.
- La CCSS requiere agilizar tanto sus procesos prospectivos de estimación de necesidades en recurso humano e infraestructura como aquellos propiamente definidos para la ejecución de proyectos. Puesto en simple, es necesario agilizar la generación de

infraestructura clínica en vista que las necesidades poblacionales podrían superar la capacidad institucional para resolver sus demandas.

- El modelo de financiamiento sustentado en contribuciones derivadas del empleo asalariado (y, en cierto porcentaje, del independiente) podría estar dando visos de agotamiento. Las contribuciones a la seguridad social representan cada vez más un porcentaje menor de los ingresos del seguro de salud. Es necesario, pues, elevar la discusión al respecto en cuanto a las posibles opciones de espacio fiscal para salud así como las reformas respectivas en los mecanismos de administración financiera que eleven el impacto de los nuevos recursos en la población. La discusión internacional apunta hacia el financiamiento del primer nivel de atención con impuestos generales, la expansión de la base contributiva a las rentas totales, no solo laborales, y al uso de mecanismos de pago ajustados por riesgo y desempeño por el lado del gasto.

Referencias

- Asamblea Legislativa de Costa Rica (1943) Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
- Asenjo, Miguel Ángel. 2020. ¿Tienen remedio las listas de espera sanitarias? redacción médica. 4 de febrero. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/miguel-angel-asenjo/-tienen-remedio-las-listas-de-espera-sanitarias--8196>
- Ávalos, Ángela. 2020. Limonenses están más cerca de tener nuevo hospital. La Nación. 26 de enero. Disponible en: <https://www.bcie.org/novedades/noticias/articulo/bcie-financia-torre-medica-en-costa-rica-que-reforzara-sistema-de-salud-para-atencion-de-la-emergencia>
- Caja Costarricense del Seguro Social (2020) Anuario Estadístico del Seguro de Salud. Acceso en línea.
- Caja Costarricense del Seguro Social. 2019. Marco Conceptual y Estratégico para el Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud.
- Campbell Barr, Epsy y Marmot, Michael. 2020. Leadership, social determinants of health and health equity: the case of Costa Rica. Rev Panam Salud Publica. 2020;44: e139. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778463/>
- CCSS 2021. Memorial Anual de la Caja (2020). Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/4033>
- CCSS. Gerencia Médica. Dirección Compra de Servicios de Salud. 2021. Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y Monitoreo 2021. Situación de la prestación de servicios en el primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, pág.34. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/3647>
- CEPAL y OPS. 2021. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf
- CGR. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa Área de Fiscalización de Servicios Sociales. 2015. Informe DFOE-SOC-IF-26-2015. 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. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016001358.pdf

- CGR. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa Área de Fiscalización de Servicios Sociales. 2015. Informe DFOE-SOC-IF-26-2015. 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. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2016/SIGYD_D_2016001358.pdf
- Contraloría General de la República (CGR). 2019. Impacto fiscal del cambio demográfico: Reto para una Costa Rica que Envejece. DFOE-SAF-OS-00001-2019. Disponible en: https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docs_cgr/2019/SIGYD_D_2019006226.pdf
- Cordero, Monserrat. Deuda del Estado con la CCSS asciende los ₡2,5 billones. Semanario Universidad, versión en línea. 22 abril, 2022
- De la Cruz, Vladimir. 2020. La Caja Costarricense del Seguro Social, los orígenes de una Institución estratégica en el país. La República.net. Miércoles 29 abril. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/la-caja-costarricense-del-seguro-social-los-origenes-de-una-institucion-estrategica-en-el-pais>
- Defensoría de los Habitantes (2021). Atención de otros padecimientos sufrió alto impacto negativo por la focalización en el Covid-19. Defensoría lanza Segunda Alerta Roja por el estado de las Listas de Espera: Informe enciende luces rojas. 10 de mayo de 2021. Disponible en: http://www.dhr.go.cr/informacion_relevante/acciones_dhr_covid19/acciones_2021/fecha_10_05_2021.pdf
- Ferrelli, Rita María. 2015. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsocial. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):272-7. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/272-277/es>
- Global Health Metrics (2020). Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.
- IHME (2020) Costa Rica. Acceso vía <https://www.healthdata.org/costa-rica?language=149>.
- INEC. Encuesta Nacional de Hogares, varios años. Acceso vía página www.inec.cr
- Instituto Centroamericano de Administración Pública. 2014. Propuesta para la Medición del Servicio al Cliente y Análisis de la Calidad Percibida por el Usuario del Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia en el segundo semestre del 2014. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Propuesta%20medici%C3%B3n%20del%20servicio%20al%20cliente%20y%20an%C3%A1lisis%20de>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica. 2021. Panorama demográfico 2020. Disponible en: https://inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacdef-2020a-panorama_demografico_2020.pdf
- La Nación. 2012. Extensión y universalización de la CCSS. La Nación. 11 de enero. Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/foros/extension-y-universalizacion-de-la-ccss/EO3DNNBF6FENFI2MAYCYZBB64E/story/#:~:text=%C2%B0%202738%20de%2012%20de,no%20mayor%20a%20diez%20a%C3%B1os>.
- Macaya, Román. Expresidente ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social (2018-2022). Entrevista realizada el 23 de junio de 2022.
- Ministerio de Salud (2019). Dirección de Vigilancia de la Salud. Análisis de la Situación Integral en Salud.

- Ministerio de Salud de Costa Rica. 2014. Estrategia Nacional. Abordaje Integral de La Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Obesidad. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-estrategicos-institucionales/5080-estrategia-ecnt/file>
- Morera-Salas, Melvin. 2017. Índice de internación ajustado por riesgo en hospitales públicos de Costa Rica. Revista Gerencia y Políticas de Salud 15(31). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312643811_Indice_de_internacion_ajustado_por_riesgo_en_hospitales_publicos_de_Costa_Rica
- OCDE.2020. Estudios Económicos de la OCDE. Costa Rica. Disponible en: <https://www.oecd.org/economy/surveys/costa-rica-2020-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>
- OMS/Banco Mundial. 2021. Tracking universal health coverage 2021. Global Monitoring Report. Conference edition, págs. 62-66. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- OPS. 2019. Perfil del sistema y servicios de salud de Costa Rica con base al marco de monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal. San José: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>
- OPS. OMS. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021. COP26 Special Report on Climate Change and Health. The Health Argument for Climate Action. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/cop26-special-report>
- Pacheco, José Francisco. 2022. Financiamiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS: Experiencias y opciones a partir de la evidencia internacional. Fundación Friedrich Ebert. Costa Rica.
- Pinzón Flórez, Carlos E. y otros. 2016. Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(6):330-40. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28548/v39n6a3_330-340.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Presidencia de la República. 2020. CCSS revela como se verá el nuevo hospital de Puntarenas. 4 de junio. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/06/ccss-revela-como-se-vera-el-nuevo-hospital-de-puntarenas/>
- Presidencia de la República. 2020. Gobierno y CCSS se reúnen en busca de ruta para el pago de deuda del estado y soluciones para sostenibilidad estructural de seguros de salud y pensiones. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2020/05/gobierno-y-ccss-se-reunen-en-busca-de-ruta-para-el-pago-de-deuda-del-estado-y-soluciones-para-sostenibilidad-estructural-de-seguros-de-salud-y-pensiones/>
- Presidencia de la República. 2022. Nuevo hospital de Turrialba muestra importante avance constructivo.15 de marzo. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2022/03/nuevo-hospital-de-turrialba-muestra-importante-avance-constructivo/>
- Presidencia de la República. 2022. Torre quirúrgica del hospital México revoluciona la atención médica en el país. 14 de marzo. Disponible en: <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2022/03/torre-quirurgica-del->

[hospital-mexico-revoluciona-la-atencion-medica-en-el-pais/#:~:text=%E2%80%9CLa%20Nueva%20Torre%20del%20Hospital,presidente%20Alvarado%20durante%20el%20recorrid](#)

Quantin, Catherine. 2022. COVID-19 and social inequalities: a complex and dynamic interaction. The Lancet. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00033-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00033-0/fulltext)

Rodríguez Herrera, Alfonso. 2005. La reforma de salud en Costa Rica. GTZ y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/La%20reforma%20de%20salud%20en%20Costa%20Rica.pdf>

Sáenz, María del Rocío y otros. Sistema de salud de Costa Rica. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2: S156-S167. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s156-s167/es/>

Sala Constitucional. 2019. Sala Constitucional ordena a CCSS diseñar en 6 meses sistema para reducir listas de espera en hospitales. 1 de abril. Disponible en: <https://salaconstitucional.poder-judicial.go.cr/index.php/component/content/article/72-comunicados/405-sala-constitucional-ordena-a-ccss-disenar-en-6-meses-sistema-para-reducir-listas-de-espera-en-hospitales?Itemid=437>

Sánchez Ramírez, Sofía. 2022. Presentación de Índice de Desarrollo Humano. Santa Ana, Escazú y Belén se quedan con el mayor desarrollo humano y Matina con el peor, según el Atlas Cantonal. Semanario Universidad. 16 de febrero. Disponible en: <https://semanariouniversidad.com/universitarias/santa-ana-escazu-y-belen-se-quedan-con-el-mayor-desarrollo-humano-y-matina-con-el-peor-segun-el-atlas-cantonal/>

Semanario Universidad. 2020. Román Macaya espera que próximos presupuestos extraordinarios incluyan partida para la Caja. 13 de abril. Disponible en; <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/roman-macaya-espera-que-proximos-presupuestos-extraordinarios-incluyan-partida-para-la-caja/>

Universidad de Costa Rica (UCR) y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Capítulo 1. Envejecimiento poblacional y desarrollo. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/I%20Informe%20estado%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20la%20persona%20adulta%20mayor%20en%20Costa%20Rica.pdf>