



Informe Estado de la Nación 2025

Investigación de base

Primer nivel de atención en salud
en Costa Rica: pilar de la seguridad
social

Investigadora:
Mariela Madrigal Meneses

San José | 2025



362.11
M183p

Madrigal Meneses, Mariela

Primer nivel de atención en salud en Costa Rica : pilar de la seguridad social / Mariela Madrigal Meneses. -- San José, C.R. : PEN, 2025.

1 recurso en línea (33 páginas): archivos de texto PDF, 1.150 KB

ISBN 978-9930-654-44-6

Investigación base para el Informe Estado de la Nación 2025 (no. 31)

1. ATENCIÓN MÉDICA. 2. SALUD PÚBLICA. 3. SEGURIDAD SOCIAL. 4. POLÍTICA PÚBLICA. 5. COSTA RICA. I. Título.



Información de la persona autora:

Mariela Madrigal Meneses <https://orcid.org/0009-0000-5810-5591>

Esta obra se comparte bajo la licencia
Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual
(CC-BY-NC-SA)

Permite usar una obra para crear otra obra o contenido,
modificando o no la obra original, siempre que se cite al autor,
la obra resultante se comparta bajo el mismo tipo de licencia y
no tenga fines comerciales



Índice

Descargo de responsabilidad	4
Introducción.....	4
Contexto	6
Contexto histórico	6
El surgimiento de los Ebais	7
Contexto sociodemográfico	9
Brechas en Ebais y redes integradas de servicios de salud.....	11
Metodología.....	12
Análisis de resultados.....	14
Conclusiones y recomendaciones	17
Referencias	20
Anexos.....	22

Descargo de responsabilidad

Esta investigación se realizó para el *Informe Estado de la Nación 2025*. El contenido es responsabilidad exclusiva de su autor, y las cifras pueden no coincidir con las consignadas en el capítulo respectivo, debido a revisiones posteriores. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

Introducción

Esta investigación, denominada “Primer nivel de atención de salud en Costa Rica: pilar de la seguridad social”, analiza por grandes grupos las características de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais), servicios gestionados por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a nivel nacional, con el fin de comprender las causas de la existencia de diferencias territoriales y de otra índole.

La CCSS está conformada por un conjunto de establecimientos de salud, organizados en tres niveles de complejidad con distintos grados de capacidad resolutive, interrelacionados entre sí y articulados de forma vertical u horizontal. Esta complementariedad asegura la provisión y continuidad de un conjunto de servicios en salud destinados a, por una parte, satisfacer necesidades y demandas de la población, y, por otra parte incrementar la capacidad operativa de la institución.

Desde el punto de vista de la respuesta de los servicios de salud a las necesidades del usuario, los niveles de complejidad corresponden a combinaciones funcionales de servicios, de los cuales los de menor complejidad resolutive, denominados de primer nivel, se encargan de las acciones más elementales o básicas del sistema. Por su parte, el segundo y tercer nivel se ocupan de servicios corresponden a agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y complejidad resolutive ascendente –el tercer nivel es más especializado y complejo que el segundo, y este, a su vez, es más especializado y complejo que el primero–. Estos, en general, actúan sobre la base de referencia del primer nivel. En suma, lo que distingue un nivel de otro es su capacidad tecnológica y la dotación de recurso humano, lo cual

brinda mayor capacidad de resolución de problemas conforme se asciende de un nivel a otro (CCSS, 2021a).

Este estudio se realizó para los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (Ebais) que estaban conformados para el fin del año 2023. Tales equipos se encargan de:

(...) la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para las necesidades en salud de las personas enfocadas como una unidad, en el contexto de su Equipo integrado por: un Médico, un Auxiliar de Enfermería, un Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) y, cuando corresponda un Atebais, un Técnico en Farmacia entre otros, asignados a los diferentes Sectores del Área de Salud para brindar servicios básicos de promoción, de prevención, de recuperación y de rehabilitación a la población adscrita. La coordinación funcional es responsabilidad del Médico y la autoridad jerárquica se mantiene en la especialidad respectiva (enfermería, farmacia, trabajo social, registros de salud, entre otros) (CCSS, 2022a, pág. 10 y 11).

La investigación se enmarca dentro de las metas 3.1.1 y 3.2.1 aprobadas en el Plan Operativo Anual del Programa Estado de la Nación (PEN) 2024 y tiene como objetivo desarrollar una investigación que realice un diagnóstico sobre el primer nivel de atención de salud en Costa Rica.

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó un análisis histórico apoyado por entrevistas, así como también un análisis cuantitativo de la información relacionada con los Ebais, de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) de Costa Rica en el año 2023. En conjunto, esto permitirá contar con un marco de análisis para reconocer el contexto histórico. Además, se registrarán los principales hallazgos del estudio de brechas a nivel de Ebais (CCSS, 2022b) y con las características existentes de los Ebais durante el año de estudio, se conformaron conglomerados analíticos y se analizaron sus características y ubicación geoespacial, todo esto con el propósito de reconocer sus diferencias.

Por último, en las conclusiones y recomendaciones se exponen los principales desafíos derivados de esta investigación.

Contexto

Contexto histórico

Según se registra, las primeras manifestaciones de la seguridad social en Costa Rica se remontan a la época precolombina: se evidenciaba, de forma superficial, la preocupación de la comunidad por el tema de salud. Posteriormente, debido al interés de las autoridades y de la iglesia en apoyar a las personas enfermas, se inició de forma incipiente un sistema asistencialista que, en su época, tuvo gran importancia. (CIDH, 2016).

El café y después el banano fueron los factores que sirvieron de base para una discusión en el tema de seguridad social, toda vez que sus trabajadores sufrieron una gran cantidad de pestes, epidemias y enfermedades, lo que conllevó al surgimiento de hospitales para su atención.

La promulgación de las encíclicas *Rerum Novarum* y *Quadragesimo Anno* fue de una gran influencia en el pensamiento político del país. Grandes debates sobre los seguros sociales se dieron a raíz de su contenido y en el año 1925 se promulgó la primera ley de Seguro Social en Costa Rica llamada “Proyecto de ley de reparación por accidentes de trabajo”. (CIDH, 2016, pág. 221).

Años después, en 1940, inicia la gestión presidencial Rafael Ángel Calderón Guardia, quien toma la decisión de elaborar el Proyecto de Código de Trabajo, el cual dio pie al establecimiento de las Garantías sociales. En 1941 se aprueba la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, con lo que oficialmente se crea el seguro social en el país (CIDH, 2016).

El nuevo seguro social, financiado de forma tripartita (estado, aporte patronal y aporte de la persona trabajadora) contemplaba otras características que incidieron en que se expandiera fácilmente, por ejemplo, el que todas las personas tuviesen los mismos derechos. Se comenzó

por asegurar a personas de espacios urbanos de bajos ingresos y, después, a las de altos ingresos (expansión ascendente) (Martínez Franzoni & Sánchez Ancochea, 2019).

El surgimiento de los Ebais

Como se deriva de las entrevistas realizadas, la creación de los Ebais se fundamenta en más de dos décadas de aprendizajes y experiencias tanto nacionales como internacionales en la atención de las necesidades de salud comunitaria. Entre los antecedentes nacionales que marcaron el camino hacia su desarrollo, destacan los programas de salud rural y comunitaria implementados en 1973 y 1976, respectivamente; el modelo denominado Hospital sin paredes, impulsado por el doctor Juan Guillermo Ortiz Guier (1924-2009) en el cantón de San Ramón, Alajuela (Asociación Costarricense de Hospitales, 2011-2024); la organización del Sistema Nacional de Salud en los años 1983 y 1989; y el Sistema de Atención en Medicina Familiar y Comunitaria, instaurado en la Clínica de Coronado en 1987. En el caso del Hospital sin paredes, se observó que, aunque este modelo tenía un enfoque innovador, la necesidad de especialistas en centros poblacionales limitaba su efectividad, ya que estos no podían desplazarse de comunidad en comunidad para la atención de casos relativamente aislados, debido a los altos costos que ello implicaba tanto en términos monetarios como en términos de tiempo de atención que no se daba debido a los traslados.

En 1992, la Asamblea Legislativa aprobó las leyes 7374 y 7441, que autorizaron créditos bancarios para poner en marcha la reforma sectorial de salud. Para cada uno de estos proyectos se definieron metas, actividades, fechas de cumplimiento, responsabilidades y criterios generales de evaluación. En junio de 1994 se inició su ejecución. Luego, se propuso la creación de los Centros de Atención Integral en Salud, por parte de la Dirección de Planificación Corporativa de la Caja Costarricense de Seguro Social, a fin de distribuir la carga de los hospitales. Con esta medida, se buscaba acercar los servicios a la comunidad, en especial aquellos de menor complejidad. El objetivo general de estos centros era fortalecer el nivel resolutivo mediante la construcción de clínicas de atención integral de mayor cobertura (CCSS, 2022a).

En 1993 se instauró el Modelo de prestación de servicios de salud de la CCSS –modelo readecuado de atención, el cual continúa vigente hasta la actualidad–. Este mostró una orientación hacia la atención integral de la salud, pues pretendió lograr “de manera eficiente y humanizada hacer frente a las nuevas necesidades y exigencias de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener y fortaleciendo los principios de la seguridad social” (CCSS, 2022a, pág. 44). En ese momento, que se comenzó a trabajar con los Ebais como tales.

En el año 2014, se revisó y se actualizó un documento que se había presentado a Junta Directiva de la CCSS en el año 2010. Se actualizaron requerimientos de recursos relativos a infraestructura, equipamiento, recurso humano e insumos necesarios para la prestación de servicios de salud. Además, se elaboró otro documento que identificó los problemas y necesidades de salud, los cuales fueron priorizados en función de estudios nacionales “de carga de enfermedad, incidencia, prevalencia y mortalidad del país, para los cuales se definen las intervenciones de salud nivel ¹con evidencia científica y grado de recomendación y más costo-efectivas para el abordaje de los problemas y necesidades de salud priorizados, en el orden de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y mantenimiento, y rehabilitación, según Nivel de Atención y escenario de salud donde se lleva a cabo” (CCSS, 2022a, pág. 46).

En la Norma para la Habilitación de los Establecimientos Sede de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais) de 2002 – que fue derogada en 2018–, se expusieron los requisitos para solicitar la habilitación de los Ebais por parte de Ministerio de Salud en el anexo A:

Para solicitar la habilitación de un Establecimiento Sede de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais), la persona interesada debe presentar la documentación preferentemente al Área de Salud, a la cual pertenezca el establecimiento, según su ubicación geográfica o a la Dirección de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. Los siguientes documentos deben estar debidamente llenos, completos y confrontados con los originales:

¹ Nota al pie no perteneciente a la cita, para anotar que la palabra “nivel” parece no debe estar pero se mantiene tal y como se encuentra en el documento original

- Formulario de habilitación de establecimientos de salud y afines, debidamente lleno con dos copias.
- Este formulario se retira en el Área de Salud del Ministerio Salud.
- Copia de los atestados profesionales de la persona responsable técnica del establecimiento, debidamente autenticado.
- Constancia del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica de la persona responsable técnica del establecimiento.
- Fotocopia de Cédula de Identidad, ambos lados, de la persona responsable técnica del establecimiento (*PGR, 2024*).

Contexto sociodemográfico

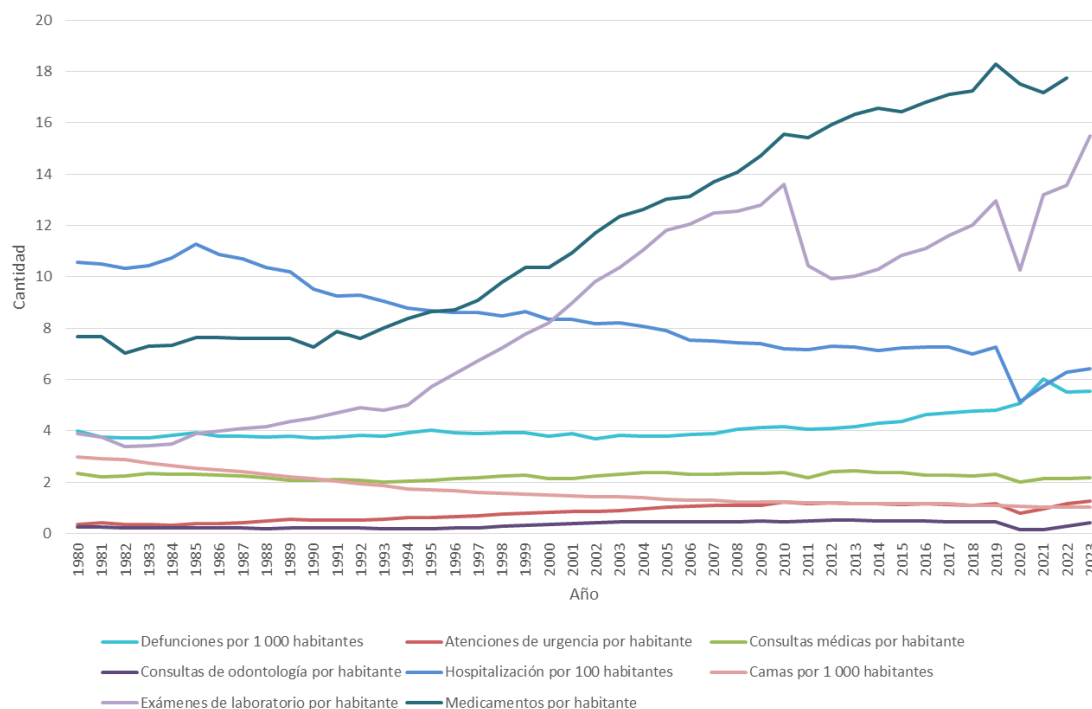
Con el fin de analizar este contexto, a continuación se presentan dos gráficos. En ellos, se muestra información que permite comprender el contexto de los últimos años en términos sociodemográficos.

El gráfico 1 muestra las series de algunos indicadores que se incorporan con el fin de presentar tendencias de algunos insumos y resultados de salud, así como información demográfica desde el año 1980 al 2023.

Durante el periodo contemplado, los medicamentos y exámenes por habitante incrementaron (posiblemente eso está asociado al envejecimiento de la población). A la vez, la hospitalización y las camas por cada 100 habitantes han disminuido (lo cual podría deberse al incremento en la atención primaria).

Gráfico 1

Serie de defunciones, consultas, exámenes de laboratorio, atenciones de urgencias, hospitalizaciones, medicamentos dispensados y camas por habitante en Costa Rica, de 1980 a 2023



Fuente: Elaboración propia, con base en estadísticas demográficas del INEC y estadísticas de salud de la CCSS (INEC, 2024) (CCSS, 2024).

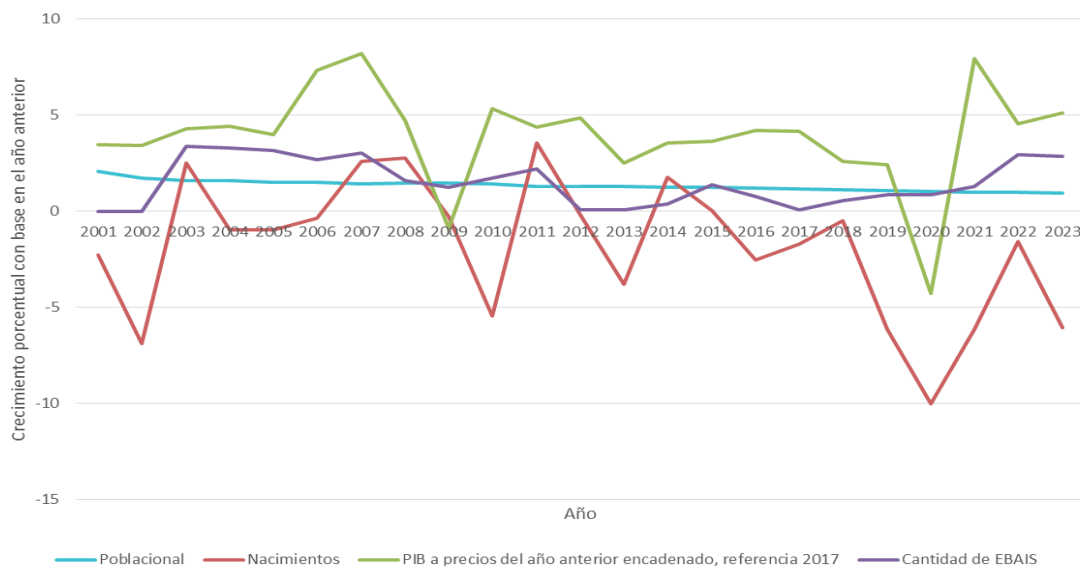
En el mismo gráfico se evidencia aumento en la atención de urgencias por habitante, que durante el periodo aumenta de 0,37 a 1,26; así como en las defunciones por cada 1 000 (lo que también podría estar relacionado al envejecimiento de la población).

Por otra parte, en el gráfico 2 se muestran las tasas de crecimiento porcentual de la población, los nacimientos, el Producto Interno Bruto (PIB) a precios del año anterior encadenados, con referencia a 2017, y la cantidad de Ebais. Como se observa, la tasa de crecimiento poblacional es decreciente en el periodo; no obstante, a la vez, se muestran tendencias similares entre la tasa de crecimiento de los nacimientos y el PIB. Pese a ello, a excepción del año 2009, la tasa de crecimiento del PIB estuvo por encima de la de nacimientos.

Por su parte, la tasa de crecimiento porcentual de los Ebais se ubicó por encima de la del crecimiento poblacional entre 2003 y 2007, así como los años 2010, 2011 y 2015 y del 2021 al 2023. Además, en la mayor parte del periodo estuvo entre las tasas de crecimiento porcentual de nacimientos y del PIB.

Gráfico 2

Crecimiento porcentual de la población, nacimientos, PIB a precios del año anterior encadenado, con referencia a 2017, y cantidad de Ebais^{a/}: 2001 a 2025



a/ Se aplicaron tasas de crecimiento geométrico a la serie de los EB AIS por falta de información para los años 2003, 2004 y 2022.

Fuente: Elaboración propia con información de estadísticas demográficas del INEC, de estadísticas económicas del BCCR e información de la CCSS (CCSS, 2021b) (INEC, 2024) (BCCR, 2024).

Brechas en Ebais y redes integradas de servicios de salud

El Programa fortalecimiento de la prestación de servicios de salud de la Gerencia General de la CCSS, en el Plan de reducción de brechas en el primer nivel de atención en el corto y mediano plazo, del año 2022, encuentra brechas de Ebais por Redes integradas de prestación de servicios de salud (RIPSS). En el anexo 2, se muestran dos tablas con los resultados (CCSS, 2022b).

Para determinar las brechas, se empleó la línea base existente. Como referencia, se recurrió a los estándares mínimos definidos para cada uno de los recursos. Según si se cumplía o no con esos estándares, se el Plan citado en el párrafo anterior evidenció que las RIPSS Central Norte y Sur son las que presentan mayores brechas (anexo 2.2). Además, en la Huetar Caribe se observa la brecha más alta en los Registros y Estadísticas de Salud (Redes) por terceros, con un valor de 42 (en la Central Norte el valor es de 27 y en la Central Sur es de 20).

En lo que respecta al equipo de apoyo, en el anexo 2.2, se muestra que no hubo brechas en trabajo social ni enfermería en ninguna de las redes. En psicología hay siete en la RIPSS Chorotega y en la Huetar Norte. En médico de familia y comunidad, en la Central Sur, el valor es de 14, mientras que es de ocho en la Central Norte y Huetar Norte. Con respecto a nutrición, la brecha en la Central Sur es de 11 y en la Chorotega de 10. En farmacia, en la Central Sur hay una brecha de 26 profesionales y de 25 en la Central Norte.

Las brechas en el primer nivel de atención en materia de odontología muestran mayor tamaño en la RIPSS Central Norte, con brechas de 32 en odontología y de 33 en asistencia dental. Por su parte, en la RIPSS Central Sur se determinaron valores de 18 tanto en odontología como en asistencia dental.

Metodología

Como se mencionó en la introducción, el abordaje de este estudio se realizará con base en las preguntas de investigación. A continuación, se describirá la metodología empleada para dar respuesta a cada una de las preguntas.

Para contestar a la pregunta ¿cómo se logró una presencia territorial generalizada de la oferta de servicios de salud del nivel primario?, se realizarán entrevistas a personas con amplio conocimiento del funcionamiento del sistema de salud costarricense, con el fin de comprender el proceso de creación de los Ebais y de su oferta de servicios. Además, como antecedente, se mostró en el contexto histórico el proceso de la creación del Seguro Social y de los Ebais.

Se pretende analizar la transición de puestos de salud a áreas, por un lado, y cómo se fue conformando la red, por otro lado. Para ello, se utilizarán mapas y georreferenciación por etapas, a partir de información brindada por la CCSS (CCSS, 2023).

La siguiente pregunta busca averiguar si la oferta de servicios de salud que ofrece el primer nivel en la actualidad, desagregada y georreferenciada territorialmente, genera desigualdades espaciales en el acceso a la salud; asimismo, se indaga sobre la suficiencia de los servicios de salud. Esto se resolverá mediante un análisis cuantitativo, para lo cual se solicitó información a la Gerencia Médica de la CCSS –además, se solicitó información acerca de los puntos por

indagar, por niveles de complejidad y diversidad de atención—. Para este proceso, se empleó Google Colab con Python, que es una herramienta de acceso libre.

Se pretende obtener patrones de asociación vinculados con niveles de complejidad, a partir de lo cual se realizará un análisis de conglomerados por cercanía y distancias euclidianas².

Para realizar este análisis, se contó con la información detallada en el cuadro 1³.

Cuadro 1

Variables empleadas en el análisis de conglomerados para los Ebais del primer nivel de atención

Variables	Codificación (si aplica)
LN de Población 2023 (II semestre)	
Condición de ubicación	0: Desconocida 1: Desconcentrada 2: Concentrada 3: Semidesconcentrada
Atención pueblo indígena	1: Sí 0: No
Jornada	1: Diurna 0: Vespertina
TIP_CENTRO_SALUD B	1: Área de Salud tipo 1 2: Área de Salud tipo 2 3: Área de Salud tipo 3 4: Sede de EBAIS 0: Puestos de Vigilancia Periódica
Condición planta física A nivel de sede área	1: Propiedad de la CCSS 2: Propiedad de compra a terceros 3: Alquilada 4: Prestada

1/ Primer nivel. Comprende las acciones más elementales o básicas del sistema. Los otros niveles, segundo nivel y tercer nivel, corresponden a agrupaciones de servicios de diferente grado de especialización y de complejidad mayor resolutive ascendente, que actúan en general sobre la base de referencia del primer nivel. En suma, lo que distingue un nivel de otro es su capacidad tecnológica y la dotación de recurso humano, lo que incide en la resolución de problemas (CCSS, 2021a).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la CCSS (CCSS, 2023).

² Se eligió este método porque se requiere obtener relaciones entre los datos mediante estructuras subyacentes que permitan la segmentación en grupos. Se emplea el análisis por conglomerados porque permite clasificar los datos por cercanía, de modo que se minimice la variabilidad dentro de los grupos y se maximice entre grupos. La distancia euclidiana es una medida estándar que mide espacios entre puntos en un espacio multidimensional. Dicha medida facilita la interpretación de los datos y es útil cuando los estos presentan estructura continua y se pueden representar en espacio métrico (DATAtab, 2025)

³ Debido a que, por una parte, se requiere información a nivel de Ebais o, como en el caso de la condición de la planta física, a nivel de área de salud y a que, por otra parte, no se desea emplear productos o resultados de la atención de los servicios de salud, estas son las variables que posibilitan obtener características de los Ebais que permitan realizar la clasificación que se requiere.

Adicionalmente, se cuenta con la variable AS administrada por terceros, la cual permitirá evaluar de forma posterior a la conformación de los conglomerados la distribución de los Ebais en los grupos resultantes. Para ello, se eliminan los Ebais que aún no están conformados (16) y los que en el segundo semestre atendieron a una población igual a cero (4). Así, se registran 1140 Ebais para el estudio.

Otro elemento por destacar es que, para observar la distribución en el mapa de Costa Rica, se solicitó información de la ubicación georreferenciada de los establecimientos de la CCSS⁴. Con esta información y con la ubicación de los conglomerados en un mapa con su georreferencia, se pueden analizar algunas diferencias espaciales para enriquecer el análisis.

Con respecto a si las dimensiones de la arquitectura política del primer nivel de atención están asociadas con diferencias en el desempeño de este nivel, se analizarán los resultados con el fin de asociar las variables con la forma de agrupación de los Ebais.

Los principales desafíos actuales de la gestión y el financiamiento del primer nivel de atención de salud se anotarán en las conclusiones.

Análisis de resultados

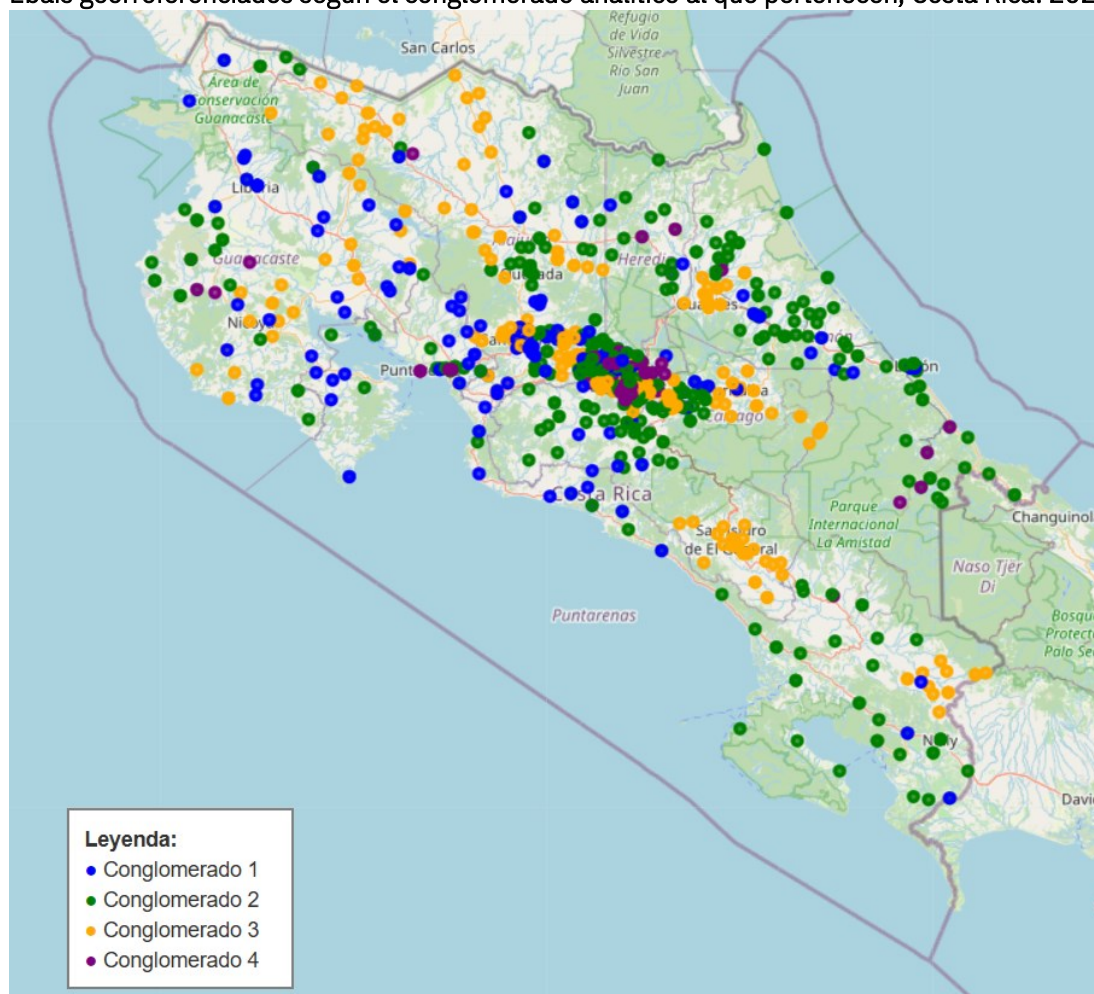
En el mapa 1, se visualiza el resultado de la programación para obtener conglomerados (en el Anexo 3 se muestra el endograma y el gráfico del método de codo resultantes)⁵. Cada grupo incluye entre 13,8% y 39,9% de los Ebais y, en términos poblacionales, entre 15,6% y 38,0%. Los límites inferiores coinciden en el conglomerado cuatro y los superiores en el dos.

⁴ No se contó con información georreferenciada de 32 EBAIS (2,8% de la población), por lo que, en tales casos, se utilizó la del Área de Salud respectiva.

⁵ Del análisis de codo, se observa que hay dos puntos de inflexión. Al analizar la segunda derivada, el mayor cambio se da en el conglomerado tercero; pero, debido a que se tiene una cantidad de 1 140 observaciones, a que interesa una caracterización de cada grupo y a que con cuatro conglomerados se tiene una distribución más proporcionada en cantidad y población, se decidió utilizar cuatro como número.

Mapa 1

Ebais georreferenciados según el conglomerado analítico al que pertenecen, Costa Rica. 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la CCSS (CCSS, 2023).

En el cuadro 2, se detalla información para cada uno de los conglomerados resultantes. Estos datos funcionan como apoyo para realizar la caracterización de cada uno de ellos.

Cuadro 2
Características de los conglomerados analíticos, Costa Rica. 2023

Indicadores	Conglomerado				Total (%)	Cantidad total
	1	2	3	4		
EBAIS	Cantidad	214	455	314	157	1 140
	Porcentaje	18,8	39,9	27,5	13,8	
Población	Cantidad	1 020 447	2 070 683	1 506 550	849 763	5 447 443
	Porcentaje	18,7	38,0	27,7	15,6	
Contratación a terceros*						
Contratados a terceros	Porcentaje	23,9	15,2	40,6	20,3	138
Autogestionados		18,1	43,3	25,7	12,9	1 002
Atención a pueblos indígenas						
Sí	Porcentaje	3,0	77,6	10,4	9,0	67
No		19,8	37,6	28,6	14,1	1 073
Tipo de centro de salud						
Área de Salud tipo 1		98,5			1,5	205
Área de Salud tipo 2		2,3			97,7	87
Área de Salud tipo 3	Porcentaje			4,2	95,8	72
Sede de EBAIS			59,4	40,6		766
Puesto de vigilancia periódica		100,0				10
Tipo de ubicación						
Ubicación desconcentrada		1,3	58,6	40,1		776
Ubicación concentrada	Porcentaje	54,7		0,8	44,5	353
Ubicación semidesconcentrada		100,0				11
Jornada						
Atención vespertina	Porcentaje	28,3	18,9	32,1	20,8	53
Atención diurna		18,3	40,9	27,3	13,4	1 087

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la CCSS (CCSS, 2023).

Conglomerado 1 (color azul): **puestos de vigilancia periódica y con ubicación concentrada o semidesconcentrada, con alta proporción de atención vespertina.** Acumula casi el 19% de los EBAIS y de la población. Los valores superiores en los indicadores relacionados son los porcentajes de tipo de Centro de Salud Puesto de vigilancia periódica (PVP), que agrupan a los 10 que hay en total, así como el 98,5% de las Áreas de Salud tipo 1, al 100% de los Ebais en ubicación semidesconcentrada (los 11 Ebais con esta característica pertenecen a este grupo) y también el 54,7% con ubicación concentrada. En resumen, estos datos remiten a EBAIS de Áreas de Salud tipo 1 o PVP, con ubicación concentrada o semidesconcentrada, e incluye al 28,3% de los Ebais que brindan atención vespertina y 18,3% de los que brindan atención diurna.

Conglomerado 2 (color verde): **menor densidad poblacional, proporción alta de territorios indígenas, ubicación desconcentrada y atención vespertina.** Representa casi el 40% de los EBAIS y el 38% de la población (es el único que presenta mayor proporción de EBAIS por más

de un punto porcentual), es decir, es el grupo de menor densidad poblacional promedio. El 77,6% de los Ebais que atiende población en territorios indígenas pertenece a este grupo, el cual aglutina al 59,4% de las sedes de Ebais (y únicamente tiene Ebais en este grupo). Así mismo, en este grupo se encuentra la mayoría de los Ebais con ubicación desconcentrada, el 58,6% de ellos, además del 18,9% de los Ebais con atención vespertina. Complementando estos resultados con lo que se observa en el mapa 1, se puede decir que un grupo importante se encuentra en áreas de baja densidad poblacional o de población algo dispersa.

Conglomerado 3 (color amarillo): remarca el territorio como si fuese una columna vertebral; alta proporción de contratación por terceros, sede de Ebais, ubicación desconcentrada. Agrupa casi el 28% de la población y de los Ebais, no obstante, el 40% de los que son contratados por terceros pertenece a este grupo. El 40,6% son sede de Ebais y un porcentaje similar de los de ubicación desconcentrada se ubican en este grupo. Se podría decir que este grupo es algo así como la columna vertebral y fronteriza, pues es el que está hacia el centro a lo largo del territorio nacional.

Conglomerado 4: **mayor densidad poblacional; aglomera más del 95% de las áreas de salud tipo 2 y 3; ubicación concentrada.** Este grupo comprende 13,8% de los Ebais y 15,6% de la población. Esto confirma lo que se visualiza en el mapa 1: corresponde a las áreas más densamente pobladas. Además, es relevante mencionar que abarca más del 95% de las Áreas de Salud tipo dos y tipo tres, que son las de más alta complejidad, y que todos los Ebais del grupo tienen ubicación concentrada. Los Ebais que se agrupan en este conglomerado se ubican en cantones más densamente poblados. En su mayoría, pertenecen a los dos grupos –de cinco– con mayor Índice de Desarrollo Social (Mideplan, 2023), tal como se muestra en el anexo 4.

Conclusiones y recomendaciones

En este estudio se conformaron los conglomerados de los Ebais del país con base en información del segundo semestre del año 2023. Como resultado, se comprueba que la ubicación de estos equipos no se ubica de manera aleatoria en el espacio físico (si la tuvieran, no podrían definirse patrones o porcentajes mayores en ninguno de ellos y, posiblemente,

tampoco podrían aglutinarse en más de un grupo), con lo que se confirma que se han tomado decisiones técnicas y políticas que han incidido en su conformación.

Una de las personas entrevistadas (anexo 1.1) señaló que el desarrollo del sistema de salud se ha ido constituyendo alrededor de las vías nacionales. Esto se evidencia cuando en el conglomerado tres se observa que los Ebais de este grupo están cercanos a las principales vías nacionales del país. Además, la contratación de servicios se observa en mayor proporción en los Ebais que pertenecen a este mismo grupo y que muestran una ubicación desconcentrada. Lo anterior implica que también podría haber otros elementos asociados al acceso que favorezcan la cobertura y la atención y, por lo tanto, los resultados en salud.

En el otro extremo, se ubica el conglomerado dos, que podría caracterizarse por una mayor dispersión poblacional; es decir, el área de cobertura sería más amplia, pero la población sería menor. Entonces, en términos de acceso, este conglomerado podría presentar más dificultades debido a la distancia que deben recorrer las personas adscritas.

Tener en consideración los grupos propuestos en este estudio es útil para el análisis de resultados en salud; de hecho, esa es la primera recomendación que se emite: es recomendable analizar los resultados de los Ebais considerando las brechas ya establecidas y mencionadas en el apartado 2.3 de este estudio; pero, además, deben tomarse en cuenta estos conglomerados para detectar diferencias o segmentaciones adicionales, a fin de lograr adaptar la atención de la población en aras de obtener mejores resultados.

En otra de las entrevistas (anexo 1.4), se argumentó sobre la necesidad de brindar servicios y atención diferenciada según la población y sus características. Reconociendo este elemento, podría ser útil que se considere información adicional de la población adscrita a nivel de Ebais, más allá de la densidad poblacional. Es decir, se pueden establecer parámetros específicos, con estructuras de Ebais diferenciadas para que se atienda de forma más adecuada a la población según sus necesidades (más allá de si es desconcentrado o del Tipo de Área de Salud) y que esas características sean parte del compendio estadístico para que facilite el monitoreo y evaluación del cambio y se puedan estandarizar las transiciones entre formas de

atención y conformación de Ebais, esto con el fin de que además, se establezcan prioridades y ejes según esas variables.

Esta organización permitiría, Ebais compartir experiencias y mejorar las condiciones de salud de la población costarricense de acuerdo a las necesidades físicas y demográficas de la población e incluso considerando elementos geográficos, es posible que muchos de estos ajustes se realicen en la práctica y según demanda, pero en este informe se sugiere que el ajuste sea sistematizado y con parámetros de acuerdo a las necesidades y que permitan valorar los resultados, de modo que además las asimetrías cuando los Ebais o Áreas de Salud a los que están adscritos los Ebais no realicen solicitudes, o las realicen pero sin suficiente argumentación.

De esta forma, además sería posible asignar presupuestos diferenciados y contrataciones que justifiquen montos inferiores o superiores según las características de la población adscrita.

Referencias

- Asociación Costarricense de Hospitales. (2011-2024). *Juan Guillermo Ortiz Guier: Benemérito de la Patria*. Obtenido de <https://ach.sa.cr/juan-guillermo-ortiz-guier-benemerito-de-la-patria/>
- BCCR. (2024). *Indicadores económicos*. Obtenido de <https://www.bccr.fi.cr/indicadores-economicos>
- CCSS. (Diciembre de 2021a). *Organización y establecimientos de salud de la CCSS*. (D. P. Gerencia Médica, Ed.) Obtenido de <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/4066/Organizaci%C3%B3n%20y%20Establecimientos%20de%20Salud%20de%20la%20CCSS%20al%2031-12-2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- CCSS. (21 de Diciembre de 2021b). *Memoria de áreas de salud (ÁS), sectores, EBAIS, sedes de área y de ebáis y puestos de visita periódica (PVP) en el ámbito nacional al 31 de diciembre 2021*. Obtenido de CCSS: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/4066/Informe%20Ejecutivo%20Memoria%20de%20EBAIS%20y%20PVP%20II%20Semestre%202021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- CCSS. (2022a). *Informe clasificación de las Áreas de Salud de la CCSS*. CCSS, Dirección de Proyección de Servicios de Salud. CCSS. Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2022/9254/Articulo24/GM-5210-2022-GF-1511-2022-ANEXO1.pdf>
- CCSS. (2022b). *Plan de Reducción de Brechas en el Primer Nivel de Atención en el Corto y Mediano Plazo*. CCSS, Programa Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de. San José: Gerencia General.
- CCSS. (2022c). Propuesta de reclasificación de Áreas de Salud para el aumento de la capacidad instalada y resolutive en respuesta a las necesidades de la población, para el periodo 2022-2028. *Oficio GM-5210-2022 / GF-1511-2022*. Obtenido de

<https://www.ccss.sa.cr/arc/actas/OFICIOS/2022/9254/Articulo24/GM-5210-2022-GF-1511-2022.pdf>

CCSS. (2023). *Compendio estadístico de ÁS, Sedes, EBAIS y PVP de la CCSS, II sem 2023*. San José: CCSS.

CCSS. (2024). *Estadísticas de Salud*. Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-salud>

CIDH. (Junio de 2016). *La Historia de la Seguridad Social en Costa Rica*. (C. I. Humanos, Ed.) *Revista Judicial, Costa Rica, N° 119, junio 2016*.

DATAtab. (2025). *Análisis jerárquico de conglomerados*. (D. Team, Editor) Obtenido de <https://datatab.es/tutorial/hierarchical-cluster-analysis>

INEC. (2024). *Estadísticas demográficas*. Obtenido de <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>

Martínez Franzoni, J., & Sánchez Ancochea, D. (2019). *La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas*. (E. UCR, Ed.) San Pedro, San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

MIDEPLAN. (2023). *Índice de Desarrollo Cantonal 2023*. Obtenido de Mapa de cantones IDS: https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/01aWVKpKT7q8M9Fwn7_vzQ

PGR. (2024). *Norma para la Habilitación de los Establecimientos Sede de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS)*. Obtenido de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?param1=NRM&nValor1=1&nValor2=49292&nValor3=0&strTipM=FN

Anexos

Anexo 1: Entrevistas

A continuación, se muestra el extracto de cuatro entrevistas realizadas. Se sigue un orden cronológico en la presentación.

Entrevista 1.1: Persona experta en gestión pública sanitaria

¿Cómo ha sido el proceso desde el inicio de la oferta de servicios de primer nivel hasta la presencia que se tiene actualmente en Costa Rica? ¿Conoce de experiencias que han influenciado este proceso? ¿Recomienda alguna otra fuente para obtener la información?

El contexto histórico es muy amplio. Las cabeceras de cantón son muy importantes en este proceso y la organización de las comunidades fue esencial, pero la construcción de la Carretera Interamericana fue clave en el proceso de inicio de prestación de servicios, pues se fue poblando a los alrededores y los servicios de salud llegaron asociados a este desarrollo, que se fue ampliando desde Liberia hasta Puntarenas y a la zona de Occidente, donde San Ramón fue un espacio políticamente destacado.

En los años 60, se tenían Unidades Sanitarias del Ministerio de Salud, que tenían maternidad, enfermería, laboratorio clínico y cuartos para hombres, mujeres y niños. Además, se tenían hospitales periféricos con pediatría, medicina general, ginecobstetricia y cirugía. En la Zona Norte no había prácticamente atención.

La desnutrición prevalecía en prácticamente todo el país. También hubo una figura muy importante, que fue la del Inspector de higiene, que velaba porque la basura se recogiera, porque los animales no estuvieran en espacios cerrados, porque las personas tuviesen comida para el día y por formas de evitar parásitos. Gracias a la red de agua potable, a los Centros de Educación y Nutrición (CEN) y a que con la electricidad llegó la refrigeración, la mortalidad infantil comenzó a decrecer.

En la Zona Sur y Caribe, la Compañía bananera fue predominante y, entonces, los servicios médicos eran proveídos por ellos; pero, cuando se va la Compañía, los pobladores quedaron

sin servicio. Los profesionales, posteriormente, formaron las clínicas privadas Católica y Bíblica.

Las tierras sin ocupar de Guápiles fueron entregadas por el Instituto de Tierras y Colonización a personas en situación de pobreza. Entonces, la CCSS también puso un hospital (a este punto ya existían los hospitales de Alajuela, Liberia y San Ramón, que eran de la Junta de Protección Social de San José, y en los años de 1970 se construyeron los de Nicoya y Pérez Zeledón con un crédito Alemán a la CCSS).

En la atención primaria, se contrataron especialistas hasta que surgió la idea del doctor Ortiz del “Hospital sin paredes”. Luego, se evidenció que, si los especialistas estaban dispersos, era un problema y, por tanto, posteriormente los especialistas no se desplazaron, con lo que se alcanzó el modelo de los Ebais.

¿Cómo se determinan las prioridades en cuanto a centros de salud que atienden primer nivel de salud, según su conocimiento en la CCSS?

Se determinan principalmente según las necesidades planteadas por las comunidades organizadas; así ha sido históricamente.

¿La atención de los servicios de salud presenta asimetrías en lo que respecta a acceso y suficiencia de servicios? ¿Por qué?

Sí, por lo antes mencionado.

Si la respuesta fue sí, ¿cuáles podrían ser algunas estrategias para cerrar estas brechas?

Siempre van a existir diferencias. Se requieren políticas para invertir en provincias con peor situación económica y peores indicadores económicos, pues el desarrollo lleva a especialistas y, por tanto, se puede proveer mejor servicio de salud.

¿Según su conocimiento, el desempeño de los centros de atención de primer nivel se relaciona con elementos de arquitectura política o modalidades de gestión? ¿Conoce alguna otra fuente de información relevante que podamos analizar?

Se deben anticipar las respuestas de salud pública a las necesidades de la población, para evitar la toma de decisiones en reacción.

Según su experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos de gestión y financiamiento del primer nivel de atención? ¿Se está avanzando en alguno de ellos?

La Asamblea Legislativa debe trabajar en temas de recursos humanos y congelamiento de salarios del personal médico y de especialistas, para evitar que el personal salga de la CCSS. Se está evidenciando que cada vez hay más incentivos para que las personas que terminan la especialidad paguen la multa a la CCSS y se vayan al sector privado. Actualmente, hay listas de espera en el sector público y privado, y eso habla de la fuga de cerebros.

Para la atención del cáncer y enfermedades cardiovasculares, es urgente contratar de alguna forma a terceros para suplir estas necesidades.

Entrevista 1.2: Persona experta en ciencias actuariales en materia de sistemas de salud

Desde su conocimiento: ¿qué estudios, recomendaciones y acompañamiento conoce que se dan desde la Dirección a la Presidencia Ejecutiva y demás dependencias con respecto al tema de espacios de crecimiento y desarrollo de la Red de primer nivel de atención, previendo zonas de mayor prioridad y demás, así como estudios que hayan realizado relacionados con los Ebais y con el primer nivel de atención?

A nivel de Ebais, se conoce que la Dirección Actuarial y Económica se especializa en sostenibilidad. Desde la Gerencia Médica, la Dirección de Proyección de Servicios de Salud es la que obtiene el Estudio de brechas y, en este, también se reportan los recursos asociados de la Dirección de presupuesto. Este Estudio de cierre de brechas se emplea como parte de escenarios de la valuación actuarial junto con otros programas, para conocer el impacto de estos en la sostenibilidad del seguro de salud.

Entrevista 1.3: Persona experta en política de salud

Esta entrevista, por tema de coordinación de agendas, no se llevó a cabo de forma sincrónica, sino que la persona contestó la guía de preguntas enviada previamente.

¿Cómo ha sido el proceso desde el inicio de la oferta de servicios de primer nivel hasta la presencia que se tiene actualmente en Costa Rica? ¿Conoce de experiencias que han influenciado este proceso? ¿Recomienda alguna otra fuente particular para obtener la información?

Este es un proceso de muchos años.

Desde la reforma de los años 1970 inicia el proceso, pero en los años 1990, con la reforma, se comienzan a reconocer los Ebais como tales. Se nutre de la experiencia de atención primaria internacional de Alma-Ata y de Cuba e Inglaterra.

Recomienda el libro: La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas, y referencias que hay en él.

¿Desde su punto de vista y conocimiento de la CCSS, cómo se determinan las prioridades en cuanto a centros de salud que atienden primer nivel de salud?

En su momento, se hizo en función de cada 3500 a 4000 habitantes. En lo que respecta a criterios de priorización más recientes, se puede conversar con alguien que haya estado en el proceso más recientemente. El entrevistado brinda dos nombres de personas de referencia en cada una de las épocas.

¿La atención de los servicios de salud presenta asimetrías en lo que respecta a acceso y suficiencia de servicios? ¿Por qué?

El proceso de expansión de atención primaria ha contribuido mucho a mejorar acceso, suficiencia y equidad. Sin embargo, perduran problemas que son los que justifican la incorporación de una gran cantidad de Ebais en el portafolio de inversiones –portafolio que la actual administración interrumpió en 2022 y que posteriormente planteó tercerizar–.

¿Cree que pueda haber diferencias en cuanto a cobertura o servicios entre áreas o regiones de Costa Rica? ¿A qué considera que se podría deber?

Sí, y se debe a procesos previos de priorización, a cambios demográficos, al desarrollo institucional previo y a la expansión de los servicios que tienden a ser por olas

Si la respuesta fue sí, ¿cuáles podrían ser algunas estrategias para cerrar estas brechas?

Entiendo que el último portafolio de inversiones se basó en un diagnóstico detallado de necesidades poblacionales. La idea de la reforma de salud de los años 1990, que sustenta la creación de Ebais, fue el que los servicios de atención primaria se planificaran en función de las necesidades de la población (a su vez, identificadas a partir de criterios de planificación basados en perfiles demográficos y epidemiológicos).

¿Según su conocimiento, el desempeño de los centros de atención de primer nivel se relaciona con elementos de arquitectura política o modalidades de gestión? ¿Conoce alguna otra fuente de información relevante que podamos analizar?

La noción de arquitectura que usamos incluye elegibilidad, financiamiento, proveedores, beneficios y regulación de lo privado. La CCSS tiene proveedores públicos y privados, tanto con, como sin fines de lucro. Sería importante analizar y comparar desempeño y costos entre modalidades de provisión.

Según su experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos de gestión y financiamiento del primer nivel de atención?

Un reto es el acceso a citas: en muchos casos, se siguen necesitando filas a las 4:00 am, mientras que, en otros, se resuelve súper bien porque se sacan citas por teléfono o en línea. Otro tiene que ver con los pasos que llevan las derivaciones a especialistas (siempre hablando desde el primer nivel).

En términos del financiamiento, los retos son los de financiamiento de la seguridad social, en general, aunque hay propuestas para financiar este primer nivel con impuestos creados para tal efecto, a fin de separarlo del financiamiento del resto de la seguridad social. En el contexto actual de ataque y desmantelamiento del Estado, me parecería más prudente no partir la conversación del financiamiento del primer nivel del resto de niveles.

Es importante mirar estos temas con un enfoque de economía política, en tanto las relaciones de poder son endógenas al diseño e implementación de reformas en esta materia y respecto a cualquier otra dimensión de la arquitectura de los servicios de salud. Los recursos públicos implicados son de enorme volumen y es inevitable que surjan conflictos de interés que hay que administrar y manejar en función del bien común.

Entrevista 1.4: Persona experta en estimaciones de demanda de sistemas de salud

¿La atención de los servicios de salud presenta asimetrías en lo que respecta a acceso y suficiencia de servicios? ¿Por qué?

Sí: no toda la población se encuentra concentrada en el mismo lugar y no hay igual oportunidad, a pesar de que se han hecho esfuerzos para que toda la población tenga igual acceso.

No debería estar así porque el acercamiento implica, además, adaptarse a comportamientos propios de la población; por ejemplo, las costumbres y necesidades epidemiológicas de la población indígena. También es relevante adaptar la oferta de servicios a las necesidades de la población, pues dependiendo de la demanda se ajusta la oferta de las patologías o de los perfiles epidemiológicos.

¿Cree que pueda haber diferencias en cuanto a cobertura o servicios entre áreas o regiones de Costa Rica? ¿A qué considera que se podría deber?

Sí, hay y debe haberlas. Por lo anterior.

Si la respuesta fue sí, ¿cuáles podrían ser algunas estrategias para cerrar estas en cuanto a tiempos de acceso y equipo?

La institución ha logrado identificar las brechas e implementar programas, como el Programa de Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. Con el estudio de brechas se creó una metodología para brindar, con criterios técnicos, respuestas a esta población.

Uno de los criterios, es obtener la relación entre las dimensiones de la arquitectura de política del primer nivel de atención y modalidades de gestión que coexisten, con diferencias en el desempeño de este nivel.

¿Según su conocimiento, el desempeño de los centros de atención de primer nivel se relaciona con elementos de arquitectura política o modalidades de gestión? ¿Conoce alguna otra fuente de información relevante que podamos analizar?

Cuando se establece la necesidad de una población, se define el nivel de complejidad y, dependiendo de eso, los recintos. Cada Ebais debe atender alrededor de 4000 personas. Sin embargo, en la actualidad, se han estandarizado las composiciones de las Áreas de Salud. Puede que algunas regiones tengan particularidades, pero hay distribución arquitectónica que depende de las particularidades de la población. Con esto se asegura que la calidad del servicio sí sea la misma (entre regiones distintas).

Según su experiencia, ¿cuáles son los principales desafíos de gestión y financiamiento del primer nivel de atención?

Mencionan el financiamiento, pero sin más referencia, pues se anota que es más atinente a la Gerencia Financiera de la CCSS. Pese a ello, sí mencionan que el Estado y la parte patronal faltan a su responsabilidad, lo que impacta la sostenibilidad financiera.

En términos de la gestión, el ambiente de cambio que promueve el programa de fortalecimiento, porque la distribución de la población demográfica y funcional ha cambiado. La pirámide poblacional ha ido en transición y esto también tiende a modificar el perfil epidemiológico de la población: se pasa de atención de edades primarias a geriátricas.

Otro desafío puede ser que la población está más informada y, al contar con más herramientas, se vuelve más exigente, por lo que solicita alternativas más costosas.

La atención geriátrica implica tratar enfermedades que se prolongan más en el tiempo debido a las enfermedades crónicas.

Anexo 2: Brechas de la red integrada de prestación de servicios de Salud (RIPSS)

Anexo 2.1

Brecha de recursos de Ebais por RIPSS

Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud	Cálculo de brechas en EBAIS							
	Brechas de EBAIS completos			Brechas de funcionarios en EBAIS incompletos				
	Sectores delimitados sin ningún recurso	Nuevos sectores según Modelo	Total	Auxiliar de enfermería	Médico General	ATAP	REDES	REDES por terceros
Brunca	24	9	33	6	6	3	8	0
Central Norte	26	64	90	16	0	20	8	27
Central Sur	16	86	102	18	1	7	32	20
Chorotega	11	31	42	0	0	2	4	0
Huetar Atlántica	8	14	22	0	0	6	1	42
Huetar Norte	7	21	28	0	0	1	0	0
Pacífico Central	12	5	17	5	0	3	0	6
Total general	104	230	334	45	7	42	53	95

Fuente: Tomado de CCSS (2022b, pág. 40).

Anexo 2.2

Brecha de recursos de equipo de apoyo por RIPSS

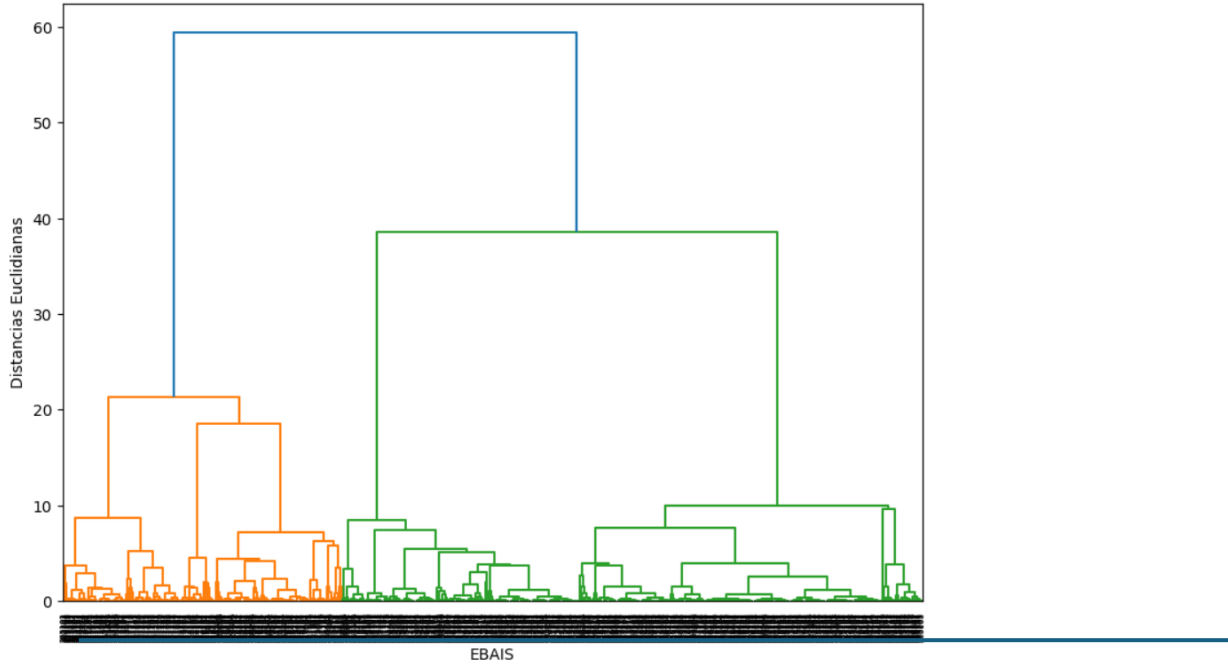
RIPSS	Nº de Áreas de Salud	Equipo de Apoyo							
		Psicólogo	Trabajador Social	Médico de Familia y Comunidad	Nutricionista	Enfermera profesional	Farmacéutico	Odontólogo	Asistente dental
Brunca	6	4	0	5	3	0	11	11	8
Central Norte	26	6	0	8	9	0	25	32	33
Central Sur	31	1	0	14	11	0	26	18	18
Chorotega	14	7	0	2	10	0	11	7	6
Huetar Atlántica	8	0	0	3	4	0	6	10	10
Huetar Norte	8	7	0	8	4	0	8	8	7
Pacífico Central	12	3	0	7	8	0	4	7	6
Total general	105	28	0	47	49	0	91	93	88

Fuente: Tomado de CCSS (2022b, pág. 41).

Anexo 3: Dendograma y método de codo

Anexo 3.1

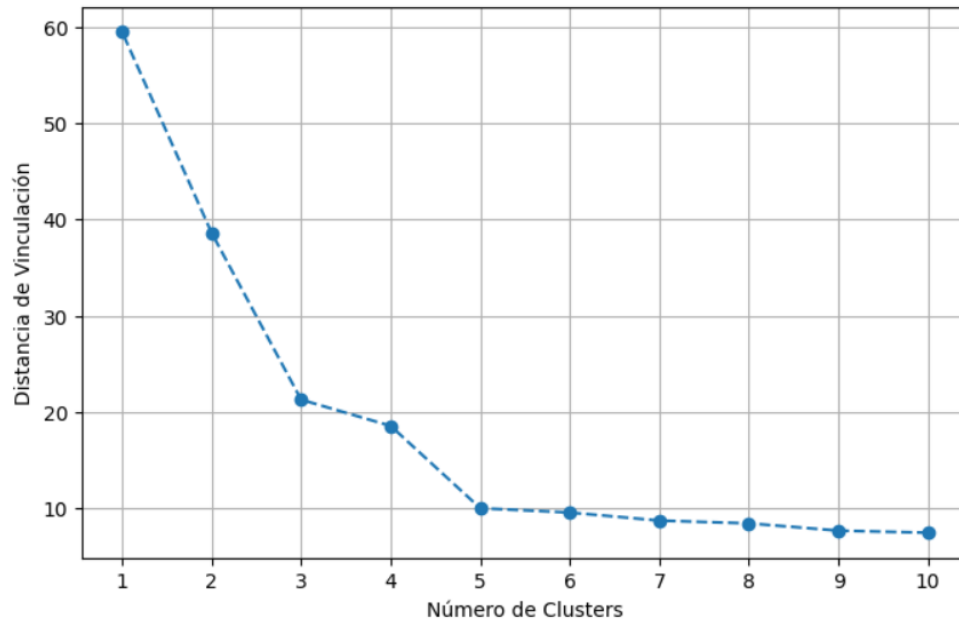
Dendograma



Fuente: Procesamiento propio en Python de Google Colab.

Anexo 3.2

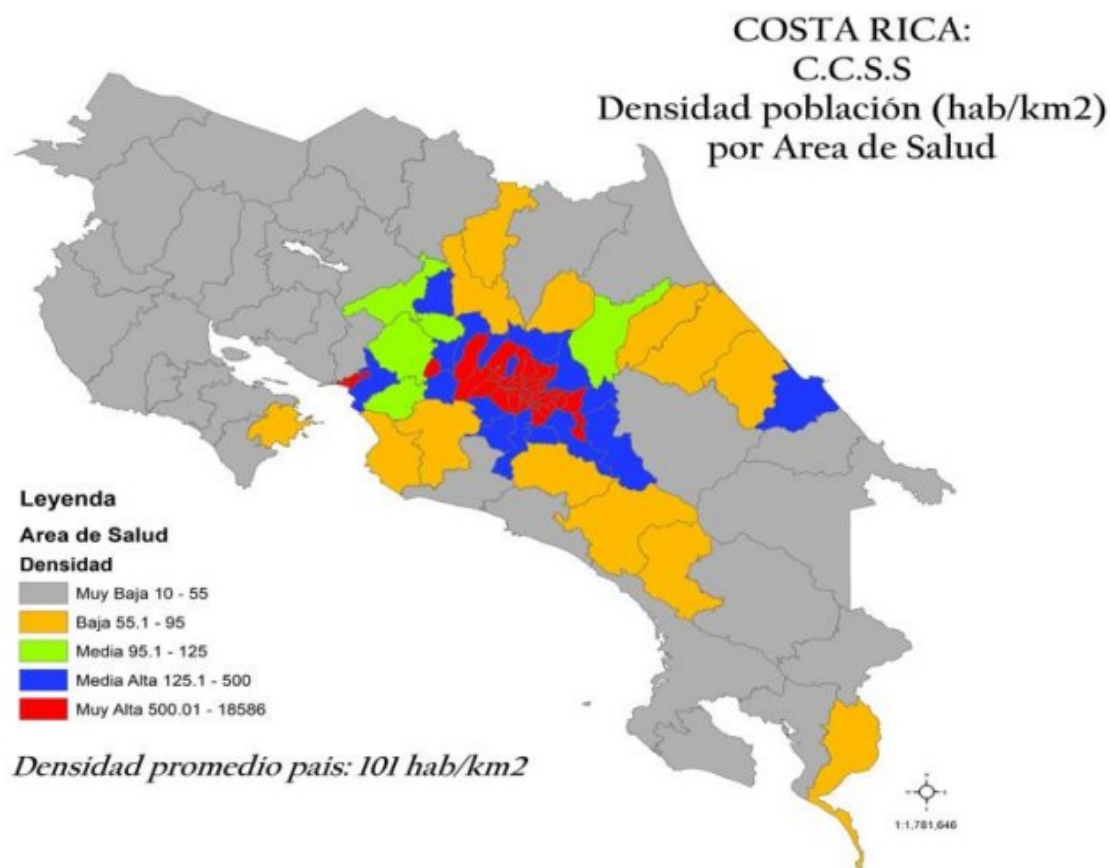
Método del Codo



Fuente: Procesamiento propio en Python de Google Colab.

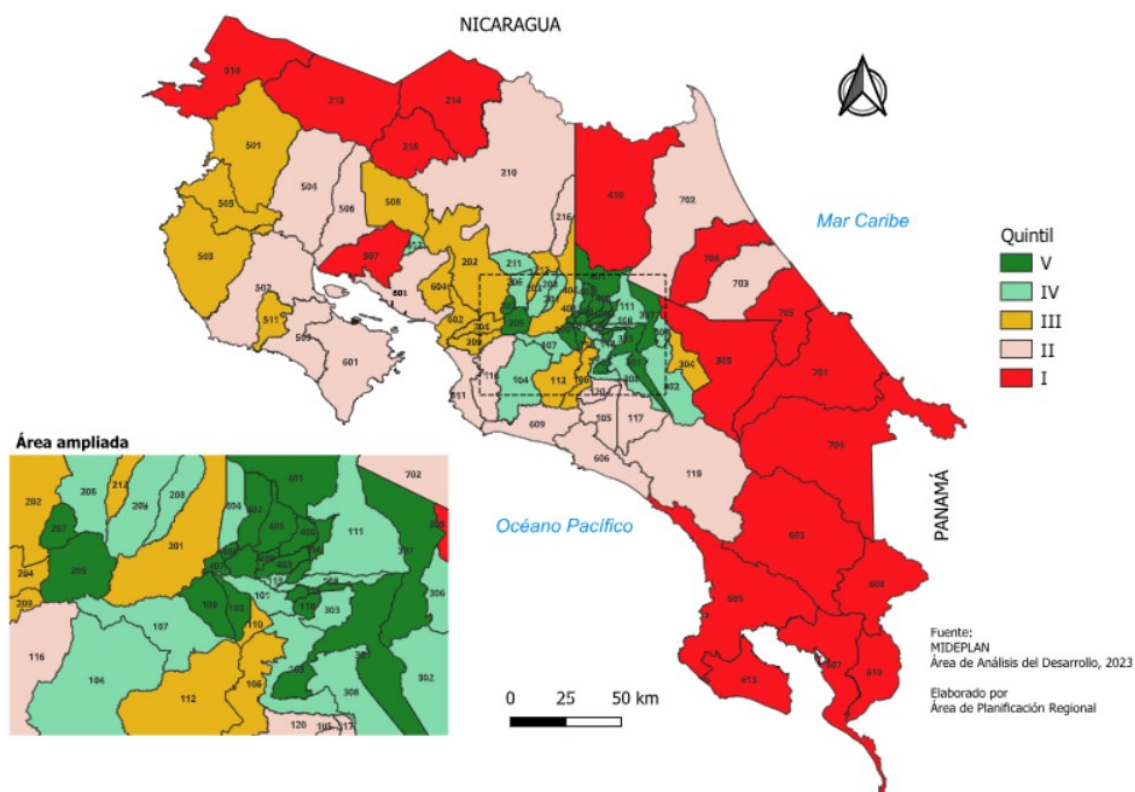
Anexo 4: Mapas de otras fuentes

Anexo 4. 1 Otras fuentes



Fuente: tomado de la Propuesta de reclasificación de Áreas de Salud para el aumento de la capacidad instalada y resolutiva en respuesta a las necesidades de la población, para el periodo 2022-2028 (CCSS, 2022c, pág. 8).

Anexo 4.2
Otras fuentes



Fuente: Índice de Desarrollo Social (Mideplan, 2023).

Prevalecen las publicadas en el Informe.