



---

Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2024

---

## Investigación

---

# Desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud pública (CCSS)

**Investigador:**

José Francisco Pacheco Jiménez

San José | 2024



362.11  
P116d

Pacheco Jiménez, José Francisco

Desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud pública (CCSS) / José Francisco Pacheco Jiménez. -- Datos electrónicos -- San José, C.R. : CONARE - PEN, 2024.

1 recurso en línea (37 páginas): archivos de texto PDF, 2.500 KB

ISBN 978-9930-636-72-5

Investigación para el Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2024

1. ACCESO A LA SALUD. 2. PRESUPUESTO. 3. POLÍTICA PÚBLICA. 4. IGUALDAD. 5. COSTA RICA I. Título.

## **Indice**

Descargo de responsabilidad .....	4
Introducción .....	4
Mortalidad en Costa Rica: perspectiva general .....	5
Tendencias y características en mortalidad .....	5
Factores de Riesgo.....	17
Distribución de recursos con perspectiva territorial .....	18
Asignación presupuestaria .....	18
Disponibilidad de EBAIS.....	22
Provisión y uso de servicios.....	25
Acceso a servicios de salud y potenciales barreras de acceso.....	30
Conclusiones .....	33
Bibliografía.....	34
Anexos .....	36

## **Descargo de responsabilidad**

Esta investigación se realizó para el *Informe Estado de la 2024*. 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.

### **Palabras claves**

Seguridad social, servicios salud, áreas salud, EBAIS, mortalidad, demografía, presupuestos, financiamiento salud, desigualdades territoriales, consultas, especialidades, urgencias, diagnósticos.

## **Introducción**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo sistema sanitario debe estar orientado al mejoramiento de las condiciones de vida de la población a través de un conjunto de prestaciones que tengan capacidad de respuesta a las necesidades de las personas y les eviten incurrir en costos catastróficos. Para ello, la organización del sistema de salud debe apuntar hacia la universalización del acceso, la provisión de servicios con la máxima calidad posible y con los mayores niveles de eficiencia de manera que el impacto de cada unidad monetaria invertida sea el mayor posible. Esto se alcanza con un sólido marco regulatorio, un modelo de financiamiento justo, efectivo y sostenible, una dotación apropiada de recurso humano, físico y tecnológico y una distribución equitativa de esos recursos según condiciones epidemiológicas.

Como parte de esta visión global, el tema de la asignación equitativa por entre grupos poblacionales y territorios de muy diversa naturaleza emerge como un tema clave para facilitar la consecución de los objetivos intermedios vinculados a cobertura, acceso, calidad y eficiencia. Los temas alrededor de ese núcleo son amplios: generación y asignación de recursos financieros, capacidad para convertir presupuestos en prestaciones estratégicas, vinculación entre perfil epidemiológico y asignación monetaria a lo largo del territorio nacional y evaluación de los resultados según fondos distribuidos, entre otros temas.

Costa Rica no escapa a esas reflexiones. A medida que la sociedad se transforma y los procesos de envejecimiento, perfil epidemiológico crónico y modificación de los mercados laborales se consolidan, los mecanismos de gestión del Seguro Social se complejizan. Con las demandas sociales al alza y las significativas presiones adversas sobre los ingresos, el país requiere revisar el alcance y funcionamiento del seguro de salud para evitar que algunos territorios queden rezagados en su utilización del sistema sanitario cuando así lo requieran, generando diferencias injustas que pueden ser evitadas.

El objetivo de esta ponencia es analizar las desigualdades territoriales en la asignación de recursos, su acceso y uso de los servicios de salud pública, con el fin de detectar áreas de mejora desde un enfoque multitemático. Como preguntas específicas se identifican las siguientes:

- ¿Cuál ha sido la evolución de los presupuestos ejecutados en los servicios de salud pública en la última década según áreas de salud y hospitales, por tipo de gasto?
- ¿Cuáles son los patrones territoriales en el acceso de la población a los servicios de salud pública en el último año disponible (distancia a establecimiento más cercano, población adscrita)?
- ¿Cuáles disparidades territoriales se identifican en el uso de los servicios de salud pública por parte de la población?

## **Mortalidad en Costa Rica: perspectiva general**

Este apartado muestra las principales tendencias en materia de mortalidad en Costa Rica. Si bien la orientación de la ponencia enfatiza los patrones territoriales, este segmento de

### **Tendencias y características en mortalidad**

Durante el 2023, en Costa Rica fallecieron 29.189 personas según reporta el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Esto representó una tasa de 5,65 decesos por cada 1.000 personas residentes en el país, la segunda tasa más alta desde inicios de siglo después de la tasa del 2021. Con ello, el país mantiene una tendencia al alza en la tasa bruta de mortalidad que se ha venido observando al menos desde el 2004, según se puede observar en el gráfico 1.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la tasa estandarizada de mortalidad en Costa Rica alcanzó las 3,9 muertes por 1.000 habitantes en el 2019, un decrecimiento del 22% respecto a la tasa de 5 decesos por 1.000 personas observada en el 2000. En general, el país mostró progresos importantes a lo largo de las primeras décadas del siglo en materia de mortalidad, cualquiera que fuera la métrica utilizada<sup>1</sup>. Por ejemplo, siempre al 2019, la tasa ajustada de mortalidad prematura potencialmente evitable fue de 155,9 muertes por cada 100.000 habitantes lo que significó una caída del 22,1% desde 2000.

Por grupo de enfermedad, los resultados muestran progresos en todo nivel. Así, para enfermedades transmisibles, la tasa ajustada de mortalidad fue de 29,9 por 100.000 habitantes mientras para causas no transmisibles fue de 310,2 decesos, es decir, casi 10 veces más alta. Finalmente, en el caso de causas externas como violencia y accidentes, la tasa respectiva se ubicó en 46,7 fallecimientos. Las causas no transmisibles no sólo son las principales razones de muerte en Costa Rica sino que siguen creciendo a un ritmo mucho más acelerado que el resto. De esta forma, mientras en el 2000 esta categoría representó el 78,9% de las muertes, para el 2019 ese porcentaje había crecido a 82,0%. Si bien las otras dos causas declinaron en su participación, la mayor caída se observó en enfermedades transmisibles, mismas que pasaron del 8,9% al 7,1% de participación.

---

<sup>1</sup> Ver <https://hia.paho.org/en/countries-22/costa-rica-country-profile>

Las diferencias por sexo son relevantes especialmente en tasas externas. Según el siguiente cuadro, la mortalidad en hombres es 4.5 veces superior que la de mujeres en causas externas mientras en las otras dos categorías se ubica en diferencias de 1,6 veces (transmisibles) y 1,4 veces (no trasmisibles).

#### Cuadro 1

##### Tasas estandarizadas de mortalidad por causa y sexo, 2019

Causa	General	Hombres	Mujeres
Transmisibles	29,9	37,6	22,9
No transmisibles	310,2	363,5	263,7
Externas	46,7	76,8	16,9

Fuente: PAHO (2022)

La principal causa de muerte en Costa Rica es la enfermedad isquémica del corazón. Para el 2023, uno de cada diez decesos se debió a ese motivo. Otras causas de fallecimientos relevantes en la estructura de mortalidad son las enfermedades en glándulas endocrinas y metabólicas, los tumores digestivos, enfermedades víricas y virales y enfermedades hipertensivas. Cuatro de cada 10 muertes se clasifican en alguna de esas cinco causas. En total, las diez principales causas de decesos en el país (ver cuadro 1) explican las dos terceras partes de la mortalidad nacional.

En relación con el 2018, tres condiciones prevalecen. La primera es que las 10 principales causas de muerte han aumentado ligeramente su participación en la estructura de mortalidad, de 64,5% a 65,9%. Segundo, de esas diez principales causas, dos de ellas (accidentes de transporte y enfermedades del aparato urinario y de la mama) perdieron protagonismo y se ubican hoy día fuera de esa lista (lugares 14 y 12, respectivamente) dando paso “ciertas enfermedades víricas e infecciones virales, hepatitis viral, VIH por virus” y a la “enfermedad hipertensiva”. El incremento de estas dos causas de muerte ha sido significativo si consideramos que en la estructura 2023 se ubicaron, respectivamente, en los puestos 4 y 5 habiendo sido 24 y 11 en el 2018.

A lo interno de las ocho principales causas que persisten en ambos años, los movimientos también fueron variados. La enfermedad isquémica del corazón persiste en ambos años como la principal causa de muerte. Perdieron su posición entre un año y otro los tumores de órganos digestivos, las enfermedades de vías respiratorias, las cerebrovasculares, la enteritis y colitis no infecciosas, los tumores malignos de los órganos genitourinarios y las enfermedades de la circulación pulmonar. Únicamente una causa, las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas, donde sobresale la diabetes, aumentó su posición. De hecho, esta categoría, que significó el 5,4% de las muertes en el 2018 (1.295 casos), pasó a representar el 8,0% (2.294 casos).

**Cuadro 2**  
**Diez principales causas de muerte en Costa Rica, 2018 y 2023**

Año 2018		
Causa de fallecimiento	Número de decesos	Participación en total
29- Enfermedad isquémica del corazón	2.870	12.08%
10- Tumor maligno de otros órganos digestivos	2.164	9.11%
33- Enfermedades de las vías respiratorias (superiores e inferiores), del pulmón, influenza y neumonía	2.127	8.95%
31- Enfermedades cerebrovasculares, de las venas y las arterias	1.738	7.31%
37- Enteritis y colitis no infecciosas, enfermedades del peritoneo, del hígado, de la vesícula e intestinos	1.501	6.32%
20- Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	1.295	5.45%
13- Tumor maligno de los órganos genitourinarios	975	4.10%
30- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	963	4.05%
51- Accidentes de transporte	859	3.62%
39- Enfermedades del aparato urinario y de la mama	833	3.51%
Total	15.325	64.5%
Año 2023		
Causa de fallecimiento	Número de decesos	Participación en total
29- Enfermedad isquémica del corazón	3.101	10,8%
20- Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	2.294	8,0%
10- Tumor maligno de otros órganos digestivos	2.148	7,5%
6- Ciertas enfermedades víricas e infecciones virales, hepatitis viral, VIH por virus	2.145	7,5%
28- Enfermedad hipertensiva	1.801	6,3%
31- Enfermedades cerebrovasculares, de las venas y las arterias	1.781	6,2%
33- Enfermedades de las vías respiratorias- superiores e inferiores-, del pulmón, influenza y neumonía	1.751	6,1%
13- Tumor maligno de los órganos genitourinarios	1.502	5,2%
37- Enteritis y colitis no infecciosas, enfermedades del peritoneo, del hígado, de la vesícula e intestinos	1.428	5,0%
30- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón	1.008	3,5%
Total	18,959	65,9%

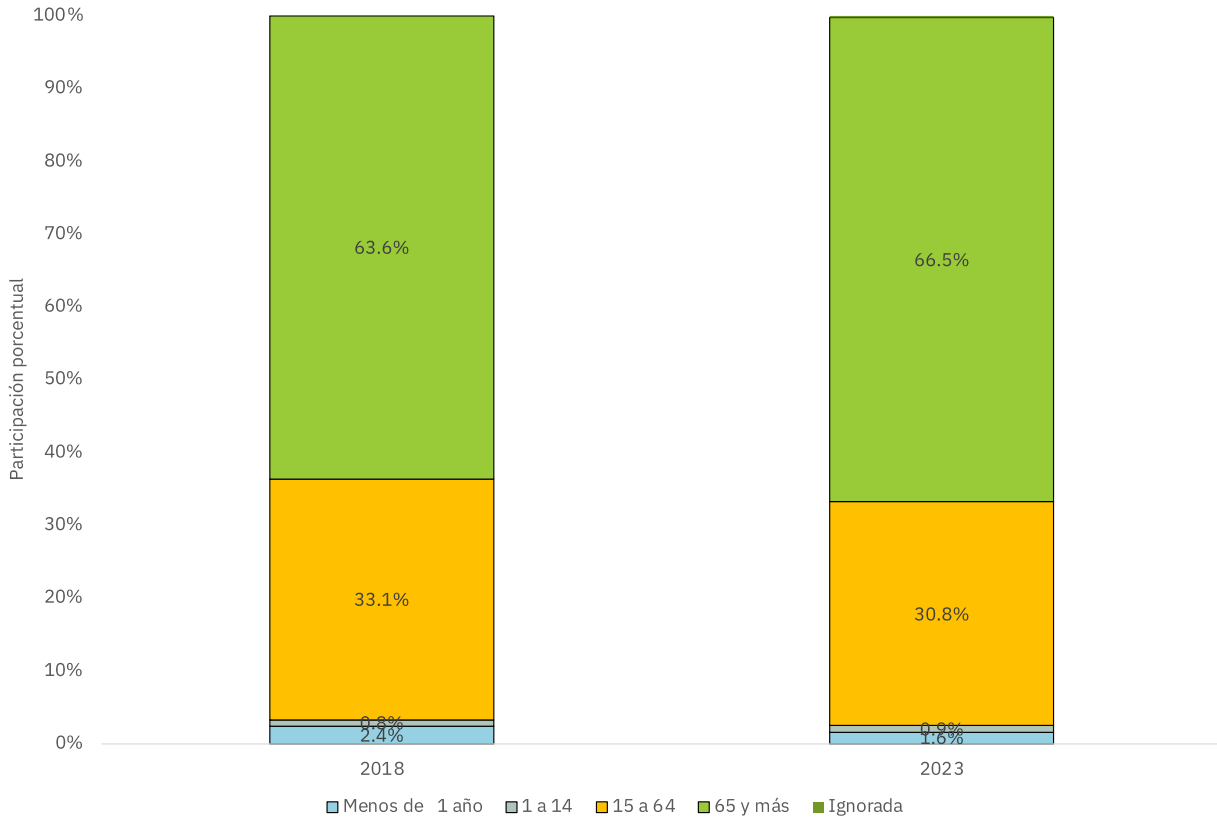
Fuente: Elaboración con base en anuarios del INEC (2018 y 2024)

En cuanto al aspecto etario, las dos terceras partes de la mortalidad se ubica en personas de 65 años o más. Los fallecimientos en personas menores de 15 años han mostrado tendencias opuestas entre 2018 y 2023. Así, entre personas menores de 1 año, el total de muertes bajó de 573 a 459 decesos en tanto aquellas del grupo 1-14 años aumentó de 197 a 262 casos. En

conjunto, los fallecimientos en personas menores de 15 años pasaron de representar el 3,2% al 2,5% del total en los respectivos años.

Gráfico 1

Estructura de la mortalidad en Costa Rica por grupo etario, 2018 y 2023



Fuente: Elaboración con base en anuarios del INEC (2018 y 2024)

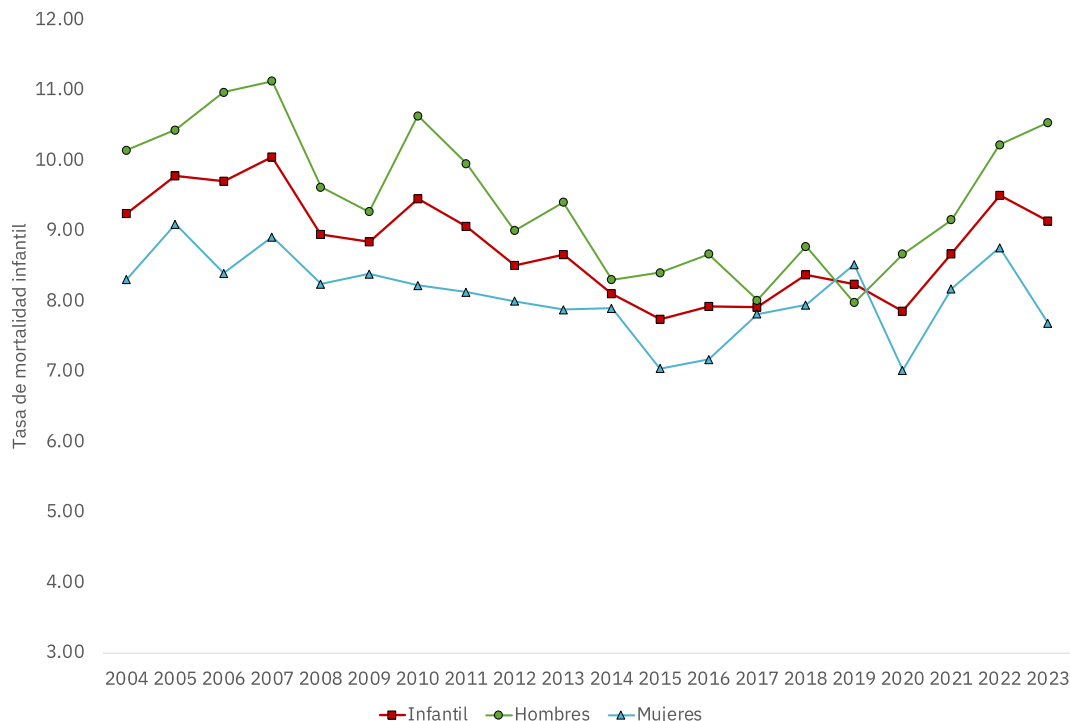
Dentro de este apartado, resulta destacable analizar la tasa de mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos) así como la tasa de mortalidad materna. En cuanto a la primera, el promedio del 2022-2023 fue de 9,3 muertes, tasa que es 1,6 puntos superior a la mínima de las pasadas dos décadas (2015 = 7,7 muertes). Es decir, la mortalidad infantil ha venido creciendo de forma persistente en los pasados nueve años al punto que en el 2023 se tuvo un valor muy similar al 2011 (9,1 decesos). La tasa en niños ha sido históricamente 1,17 veces superior a la observada en niñas si bien en el 2023 se tuvo la brecha más amplia desde el 2004 (1,37 veces). A partir de los valores del gráfico 4, dos conclusiones emergen. La primera es que la diferencia entre niños y niñas prácticamente siempre se posiciona en contra de los primeros siendo la única excepción el 2019. Segundo, en relación con su propio mínimo histórico, la tasa de mortalidad en niños ha crecido de forma mucho más vigorosa que en niñas. Por ejemplo, mientras en el 2023 la tasa de mortalidad en niños fue 30,1% superior su mínimo en el 2019 (7,98 fallecimientos), en niñas ese incremento fue del 17,1% entre 2020 (7,02 muertes) y 2023.

De igual forma, dos aspectos se desprenden de la información disponible en materia de mortalidad infantil. La primera es que es la mortalidad postnatal (aquella que ocurre entre los 28 y los 365 días desde el nacimiento) ha crecido de forma más acelerada que la mortalidad neonatal (la que sucede antes de los 28 días después de nacida la persona). Para 2022-2023, la tasa de mortalidad postnatal creció 22,2% respecto al 2014-2015 en contraposición al 16,3% de la mortalidad neonatal.

Segundo, las causas de muerte difieren en algunos aspectos entre niños y niñas. Entre los primeros, las dos principales causas son inmadurez extrema y el Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo, ambas representando el 38,9% de sus decesos. Entre niñas, las causas son el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, la inmadurez extrema y el síndrome de Edwards (estas dos últimas con igual cantidad de casos), mismas que totalizan 21,7% de sus muertes.

Gráfico 2

Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, 2004-2023



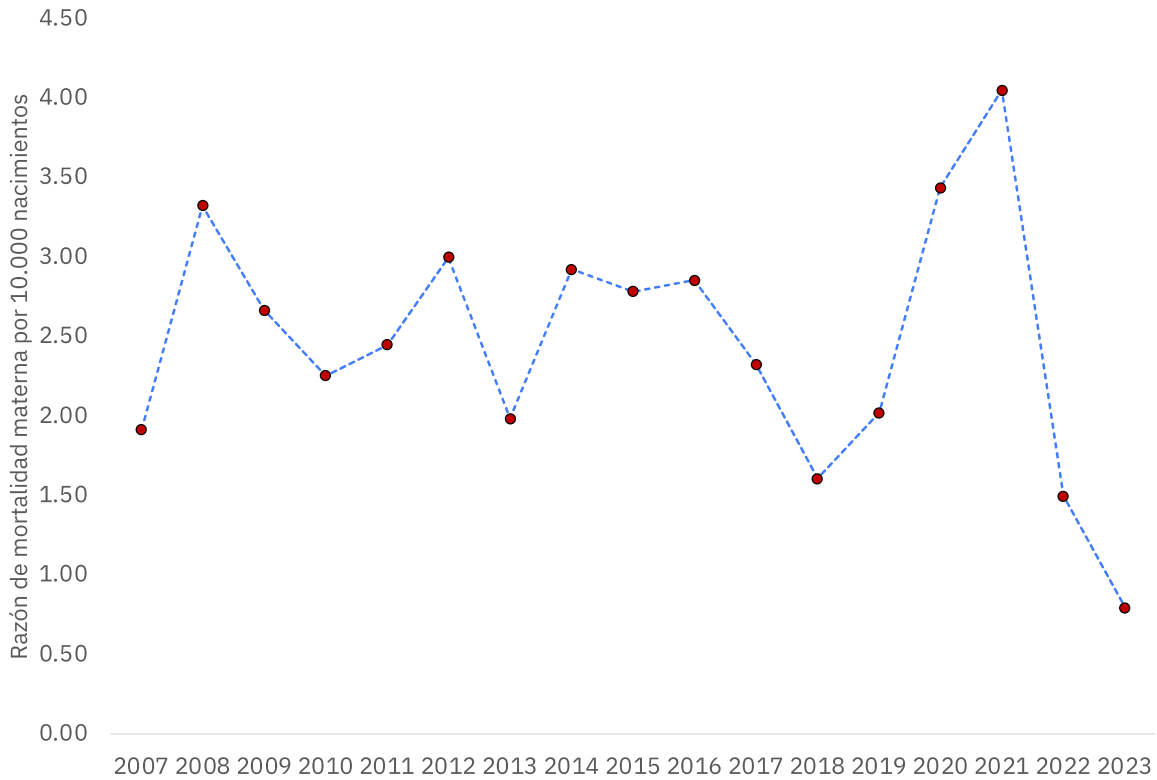
Fuente: Elaboración con base en INEC (2024)

Contrario a los indicadores antes referidos, la razón de mortalidad materna (por 10,000 nacimientos vivos) muestra reducciones importantes en los pasados dos años, esto en relación con su promedio histórico. Entre 2007 y 2023, este indicador promedió 2,46 decesos por 10.000 nacimientos en un rango que se mantuvo entre 0,80 (valor mínimo) y 4,05 fallecimientos (valor máximo). De hecho, fue en el 2023 cuando se alcanzó el valor mínimo del periodo, siendo el segundo año consecutivo en que la tasa se reduce luego de alcanzar el máximo del periodo (2021). En promedio, en el país fallecieron 17 madres por año entre 2007 y 2023, siendo sus valores mínimo y máximo de 4 (2023) y 22 casos (2021). Las causas obstétricas (i.e. aquellas

que ocurren durante embarazo, parto, posparto, tratamiento inadecuado o intervenciones relacionadas al embarazo) suelen ser mayoría y entre 2011 y 2021 representaron dos de cada tres fallecimientos maternos. Sin embargo, las causas no obstétricas (i.e. las que ocurren debido a enfermedades preexistentes que se agravan durante el embarazo) han venido ganando espacio entre las causas de fallecimiento materno al punto que en 2020-2021 contabilizaron casi el 47% de las mismas. En dos años, 2013 y 2016, las causas no obstétricas superaron a las obstétricas.

### Gráfico 3

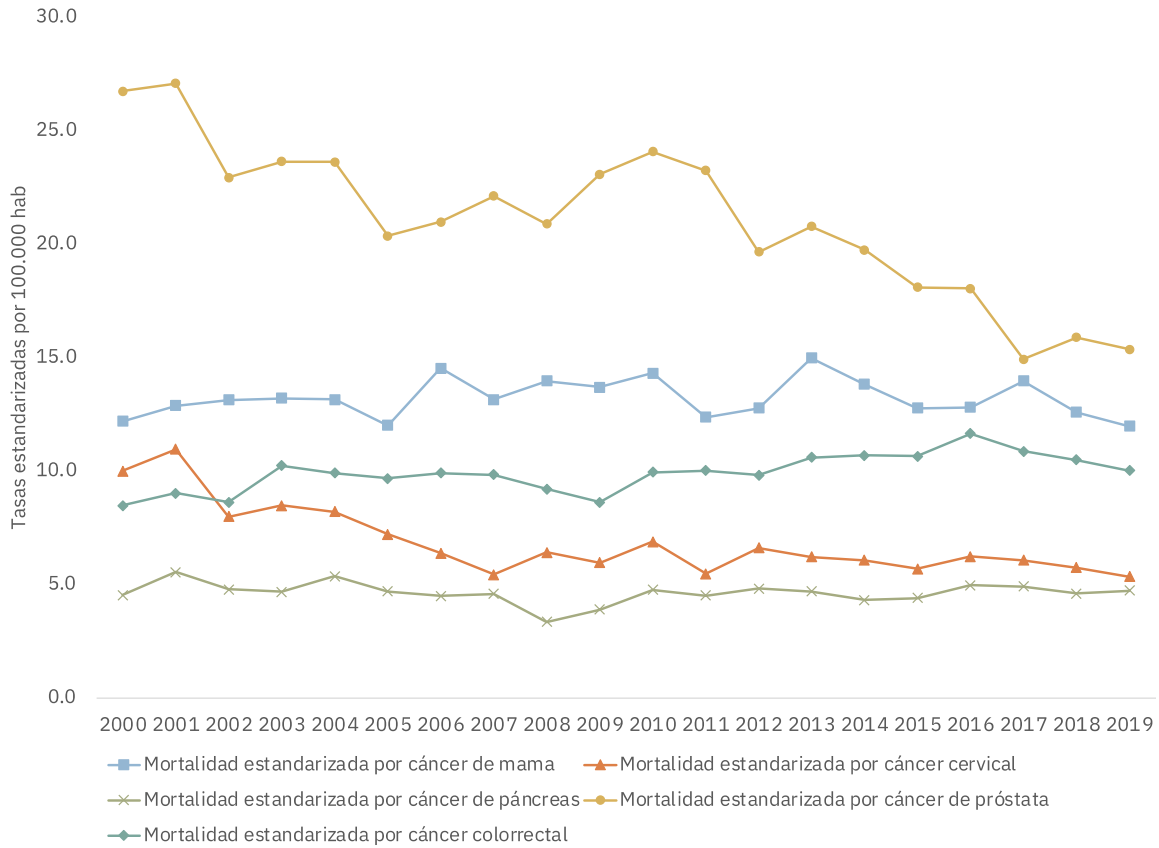
Razón de mortalidad materna por 10.000 nacimientos, 2007-2023



Fuente: Elaboración con base en INEC (2020 y 2023)

En el caso de la mortalidad estandarizada para determinados diagnósticos, el país presenta una variedad importante de experiencias. El gráfico a continuación, que muestra las tasas de mortalidad para diferentes cánceres, refleja una relativa estabilidad en el valor de varias de ellas. Entre 2000-2003 y 2017-2019, la tasa de fallecimientos por cáncer de próstata cayó 10 puntos, de 25,6 a 15,4 decesos por 100.000 hombres. Algo similar se observa en materia de cáncer cervical donde su tasa de largo plazo cayó 3,9 puntos en el mismo periodo. El cáncer colorrectal, por su lado, creció alrededor de 1,7 puntos. El resto de las neoplasias prácticamente se mantuvo inalterada.

**Gráfico 4**  
**Tasas estandarizadas de mortalidad por cáncer, 2000-2019**

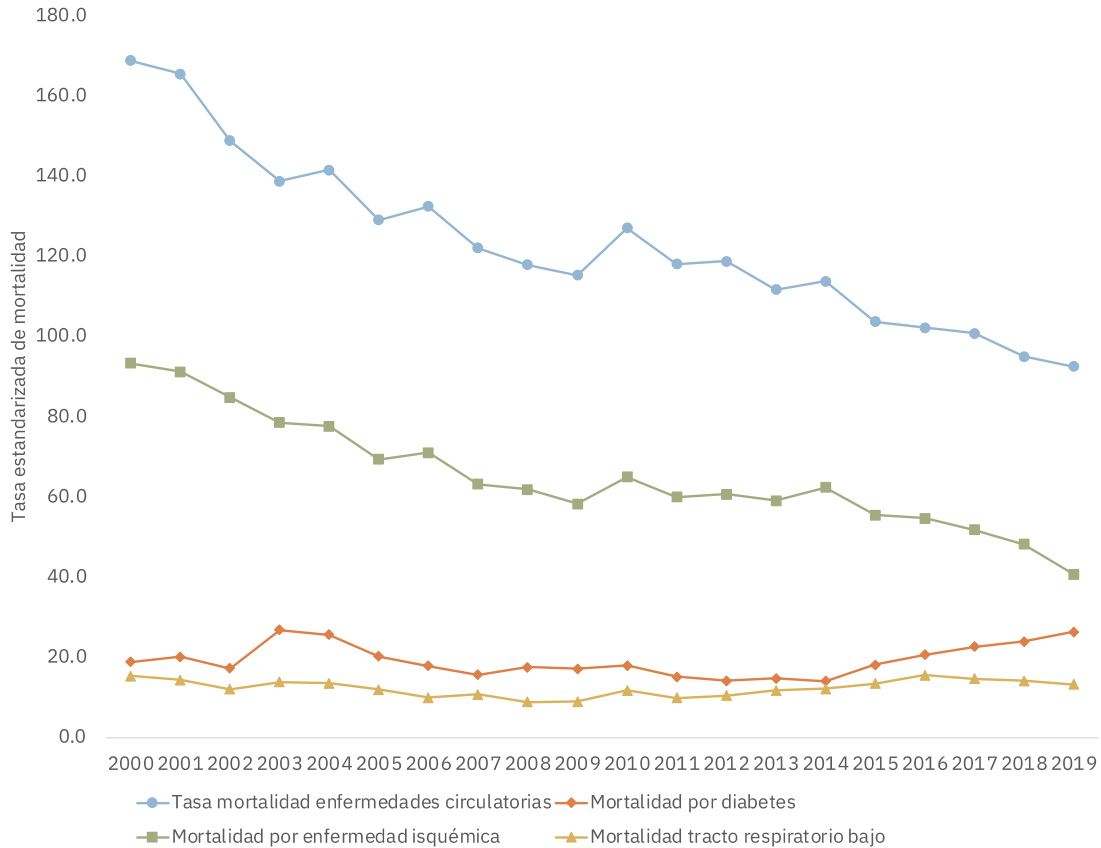


Fuente: Elaboración con base en datos en línea de PAHO.

Otras enfermedades con peso significativo dentro de la carga de enfermedad han mostrado evoluciones más favorables. Dentro de las causas de mortalidad seleccionadas sobresalen las caídas significativas en los fallecimientos por enfermedades circulatorias y enfermedad isquémica del corazón, mismas que cayeron 65 y 43 puntos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, al tiempo que eso sucedía, diabetes aumento su tasa en 5 puntos en el largo plazo y en 21 puntos entre 2014 y 2021.

Gráfico 5

Tasas estandarizadas de mortalidad por diagnósticos seleccionados, 2000-2019



Fuente: Elaboración con base en datos en línea de PAHO.

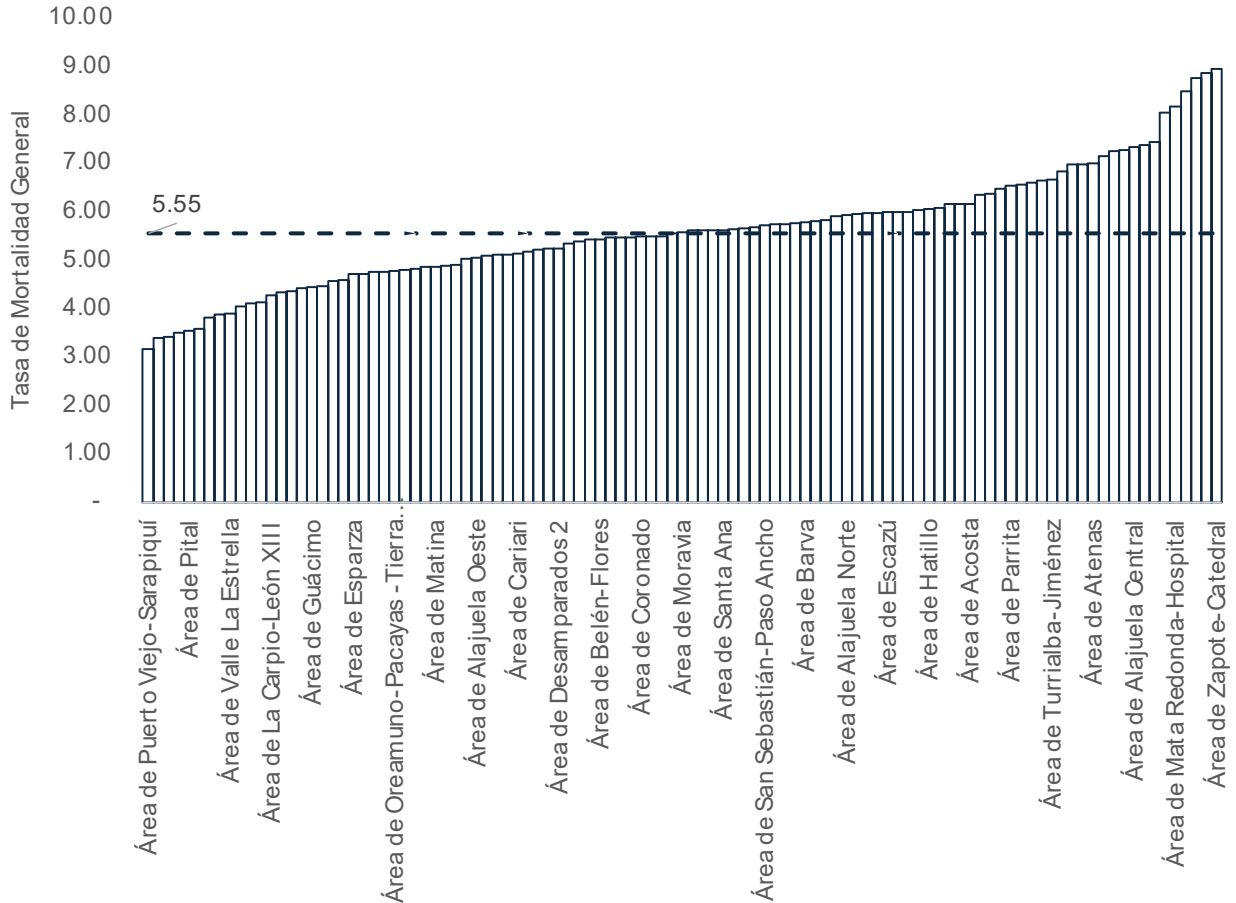
Un tercer tema, de interés para la presente ponencia, se refiere a la dimensión territorial, entendida en este caso como el Área de Salud (AS) según organización definida por la CCSS. Los datos indican que las distancias entre AS son significativas si se miden de extremo a extremo. De esta forma, el AS con mayor tasa de mortalidad es Zapote-Catedral (8,95 decesos), misma que se encuentra 2,84 veces por encima de Puerto Viejo-Sarapiquí (3,16 muertes). Adicional a ella, los datos indican que ese año hubo otras tres Áreas cuyas tasas de mortalidad fueron inferiores a 3,5 fallecimientos: Desamparados 3 (3,39 muertes), Aguas Zarcas (3,41 muertes) y Santa Rosa (3,49 muertes). En pocas palabras, existe una concentración de bajas tasas de mortalidad en la Zona Norte del país. De hecho, otras dos AS de esa región (Pital y Los Chiles) del país se posicionan entre las 10 con menos tasas de mortalidad a nivel nacional.

Por su lado, entre las AS con mayores niveles de mortalidad sobresalen, además de la ya referida, Montes de Oro (8,88 muertes), San Rafael de Puntarenas (8,76 muertes), Goicoechea 2 (8,48 muertes) y Mata Redonda-Hospital (8,19 muertes). En este caso, la concentración de alta mortalidad está más diluida entre territorios si bien aquellas Áreas con muy altas tasas (>8 decesos por mil habitantes) se posicionan en áreas céntricas de la provincia de San José (Goicoechea, Zapote, Mata Redonda) y Puntarenas. Si la lista se extiende a las 10 mayores AS

por mortalidad, se incorporan en este análisis Guanacaste (Hojancha y Nicoya) y otras Áreas de Puntarenas (Chacarita) principalmente.

Gráfico 6

Tasa bruta de mortalidad por AS. 2023



Fuente: Elaboración con base en CCSS.

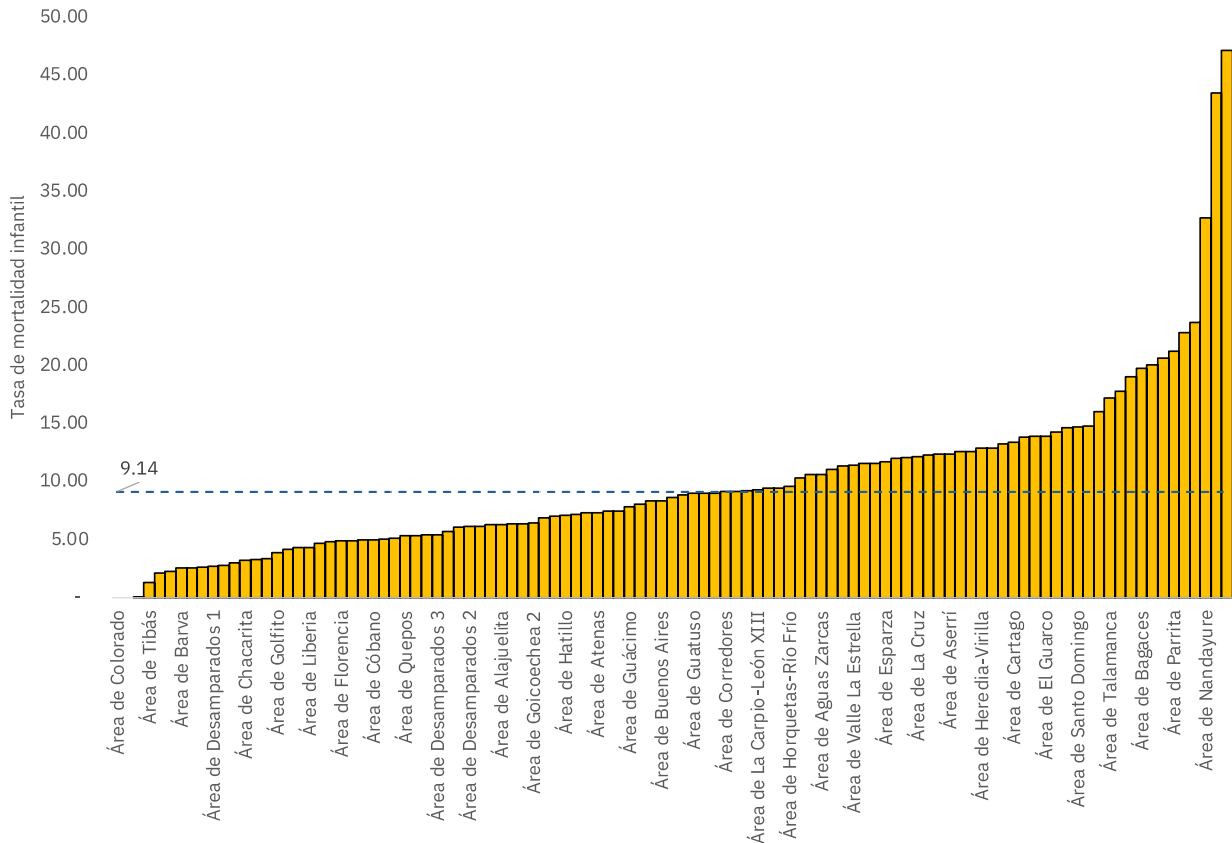
Cuando el análisis se extiende al tema de mortalidad infantil, los patrones no difieren en lo sustantivo a lo anotado previamente. Dos AS (Colorado y Abangares) no reportan muertes infantiles mientras San Rafael y Montes de Oro tienen las tasas más altas, ambas por encima de los 43 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos. Concuera este hecho con la elevada tasa de mortalidad general experimentada por estas mismas dos AS.

En total, existen 17 AS adicionales cuyas tasas de mortalidad infantil están por debajo de la mitad de la tasa nacional (i.e. 4,57 decesos o menos) sobresaliendo los casos de Siquirres, Tibás, Moravia, Fortuna y Barva. Además de San Rafael de Puntarenas y Montes de Oro, 7 Áreas experimentaron tasas de mortalidad infantil que superaron el doble la tasa nacional (i.e. 18,28 fallecimientos). Esas 7 AS son Paquera, Bagaces, Coto Brus, Jicaral-Islands, Parrita, Corralillo-La

Sierra, Alfaro Ruiz y Nandayure. A nivel provincial, Puntarenas sigue dominando el tema en cuanto a mayores niveles de mortalidad infantil.

Gráfico 7

Tasa de mortalidad infantil por AS. 2023

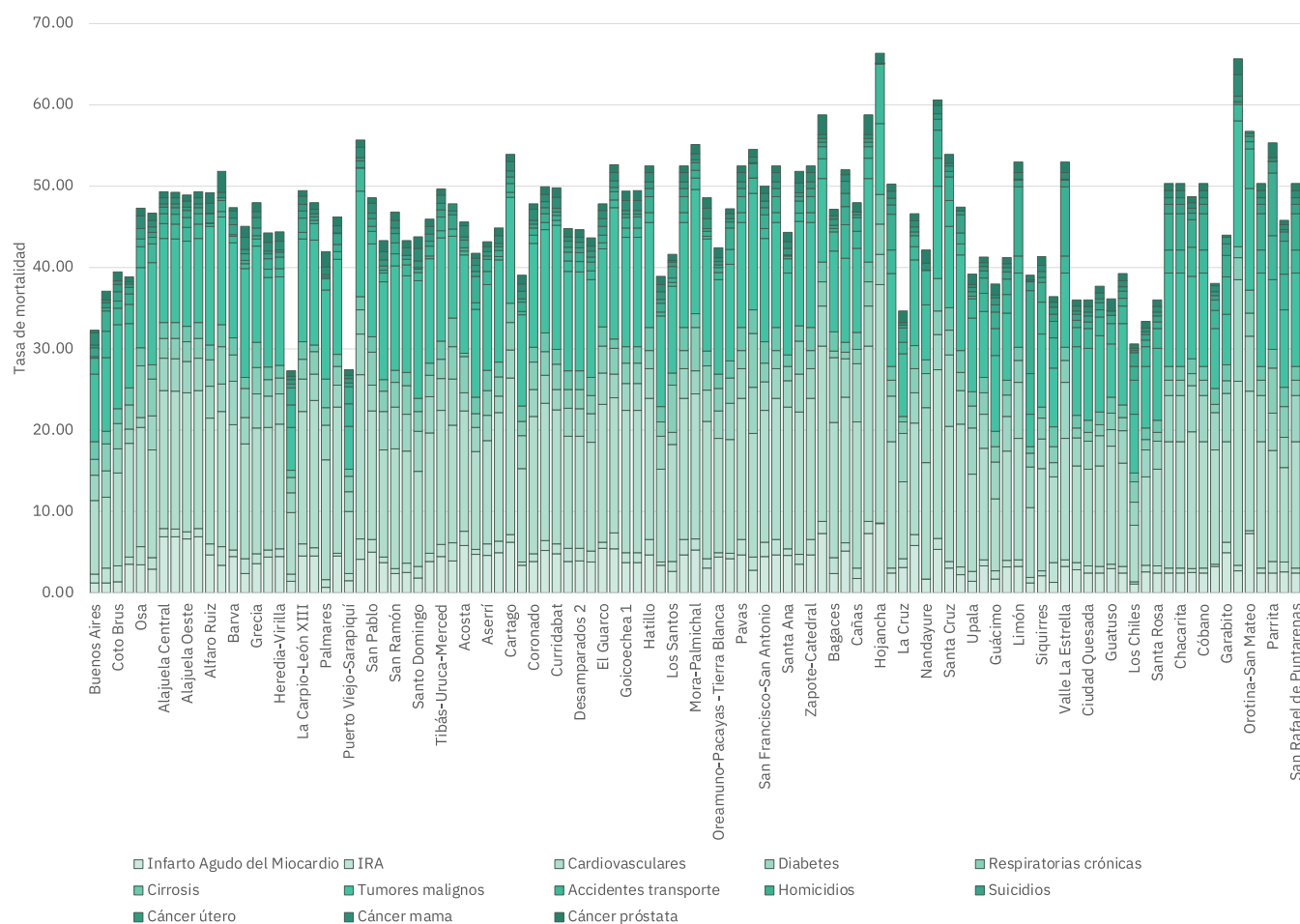


Fuente: Elaboración con base en CCSS.

Un análisis más específico permite adentrarnos en las particularidades de las tendencias y patrones en materia de mortalidad a nivel territorial. El gráfico a continuación muestra tasas de mortalidad por AS para 13 causas principales que explican cerca del 85% de los fallecimientos en Costa Rica en 2023.

Por causa individual, las AS con mayores tasas de muerte por **enfermedades cardiovasculares** son Hojancha, Montes de Oro, Colorado, Abangares, Nicoya y San Isidro. Mientras a nivel nacional la tasa de fallecimientos por esta causa es de 14,79 decesos por 10,000 personas, en todas ellas sus tasas individuales superan los 20 decesos. Nótese la alta concentración de Áreas en la provincia de Guanacaste. Al otro lado del espectro, Horquetas-Río Frio y Los Chiles poseen las tasas más reducidas de muerte por enfermedad cardiovascular. En ambos casos, sus tasas son menores al 50% del promedio nacional.

Gráfico 8  
Mortalidad por causa de deceso. 2023  
(x 10 mil habitantes)



Fuente: Elaboración con base en CCSS.

En cuanto a los **tumores malignos** (incluyendo cáncer del cuello del útero, de mama y de próstata), la tasa nacional se estima en 13,38 fallecimientos por 10.000 personas mientras las AS con mayores tasas poblacionales (Montes de Oro, Escazú, Curridabat, Santo Domingo, Mora-Palmichal, Moravia y Alfaro Ruiz) presentan un valor superior a los 17 casos. La alta incidencia de tumores malignos se da predominantemente en AS del Valle Central. Por su lado, en la parte baja de las AS con menores tasas, aparecen Puerto Viejo-Sarapiquí, Horquetas-Río Frío y Matina.

Si la valoración se concentra en los tres tipos de cáncer más frecuentes en el país (cuello del útero, mama y próstata), la tabla a continuación muestra las cinco AS con menores o mayores tasas de mortalidad. Los datos permiten visualizar una débil relación entre tipos de cáncer, de forma que altas tasas de mortalidad en alguno de ellos no necesariamente se corresponde con altas tasas en alguno de los otros dos. Aparecen, eso sí, algunos casos puntuales. Siguiendo la información de la tabla, Montes de Oro está entre las cinco AS con mayor mortalidad por cáncer de mama y próstata al mismo tiempo. Osa muestra baja mortalidad por cáncer de cuello del útero pero alta mortalidad por cáncer de mama mientras Buenos Aires es baja en próstata y alta en

mama. Similar sucede con Atenas, cuya tasa de mortalidad en cuello del útero es muy baja mientras el cáncer de próstata se posiciona entre los 5 más importantes del país.

Hojancha y Garabito, por su lado, aparecen entre las AS con menores tasas en cuello del útero o próstata y mama simultáneamente.

## Cuadro 2

### Áreas de salud con menores y mayores tasas de mortalidad, por tipo de cáncer

Cáncer cuello útero	Cáncer mama	Cáncer próstata
<b>AS con menores tasas</b>		
La Cruz	Garabito	Orotina-San Mateo
Osa	Matina	Valverde Vega
Atenas	Tilarán	Esparza
Nandayure	Guatuso	Garabito
Santa Bárbara/Hojancha	Hojancha/Cañas	Buenos Aires
<b>AS con mayores tasas</b>		
Concepción-San Diego-San Juan/La Unión	Buenos Aires	Palmares
El Guarco	Belén-Flores	Montes de Oro
Moravia	Santo Domingo	Abangares
Grecia	Osa	Colorado
Carrillo	Montes de Oro	Atenas

Fuente: Elaboración con base en CCSS (2024)

La tercera causa de fallecimiento más importante a nivel nacional es la **diabetes**, enfermedad que ocasiona 4 decesos por cada 10.000 personas. Las AS con mayores tasas (por encima de las 6,5 muertes) son Montes de Oro, Santa Cruz, Bagaces, Cañas, Limón, Valle La Estrella, Orotina-San Mateo y Nandayure. Las Áreas con tasas más bajas por diabetes son Carmen-Montes de Oca, Talamanca, Golfito, Los Santos y Osa, todas con valores por debajo de las 2 muertes por 10.000 habitantes.

Finalmente, el **infarto agudo al miocardio** (3,84 decesos por 10.000 habitantes) se posiciona como la cuarta causa más importante de fallecimientos en el país. Destacan las AS de Hojancha, Colorado, Abangares y Orotina-San Mateo, todas con tasas superiores a los 7 fallecimientos. En la parte baja de la tabla aparecen Corredores, Buenos Aires, Matina, Los Chiles y Palmares en cuyo caso la tasa de mortalidad es menor a los 1,3 casos.

De la presentación general mostrada en los párrafos anteriores, existen dos particularidades que merecen ser comentadas. La primera es la situación de Montes de Oro, área de salud que aparece entre las zonas del país con mayores tasas de mortalidad en 3 causas: cardiovasculares, diabetes y tumores malignos. Otras AS con elevadas tasas de mortalidad en al menos dos de las cuatro principales causas son Abangares, Colorado, Hojancha y Orotina-San Mateo.

Por el contrario, existen de igual forma varias AS cuyo perfil de mortalidad apunta a bajas tasas de fallecimientos en dos o más categorías. Los Chiles y Matina aparecen en 3 de las 4 causas acá analizadas. Otras AS con bajas tasa de mortalidad en dos causas son Corredores y Horquetas-Río Frío.

### Factores de Riesgo

Finalmente, según lo estima el Institute for Health Metrics and Evaluation<sup>2</sup>, entre 2011 y 2021 los tres principales factores de riesgo de mortalidad y discapacidad no sólo no variaron y mantuvieron sus posiciones sino que también contribuyeron de una forma sustancial al aumento de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)<sup>3</sup>. De hecho, de los 10 principales factores de riesgo, sólo desnutrición y contaminación del aire tendieron a la baja.

Figura 1  
Factores de riesgo asociados a mortalidad y discapacidad en Costa Rica

Riesgo	2011 rank	2021 rank	Cambio en los AVAD por cada 100 000, 2011-2021
Índice de masa corporal elevado	1	1	↑ +657.5
Glucosa en ayuno elevada	3	2	↑ +720.0
Presión sistólica elevada	2	3	↑ +212.3
Riesgos por la dieta	4	4	↑ +275.2
Insuficiencia renal	5	5	↑ +241.8
Tabaco	6	6	↑ +68.8
Consumo de alcohol	8	7	↑ +202.5
LDL alto	10	8	↑ +38.0
Desnutrición	7	9	↓ -277.3
Contaminación del aire	9	10	↓ -93.3

Fuente: IHME

<sup>2</sup> Ver <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/costa-rica?language=149>

<sup>3</sup> Un AVAD es un indicador sintético de salud utilizado para medir la carga de enfermedad a nivel poblacional, que proporciona información conjunta de las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo (Fernández et al, 2015)

## Desempeño territorial

### Distribución de recursos con perspectiva territorial

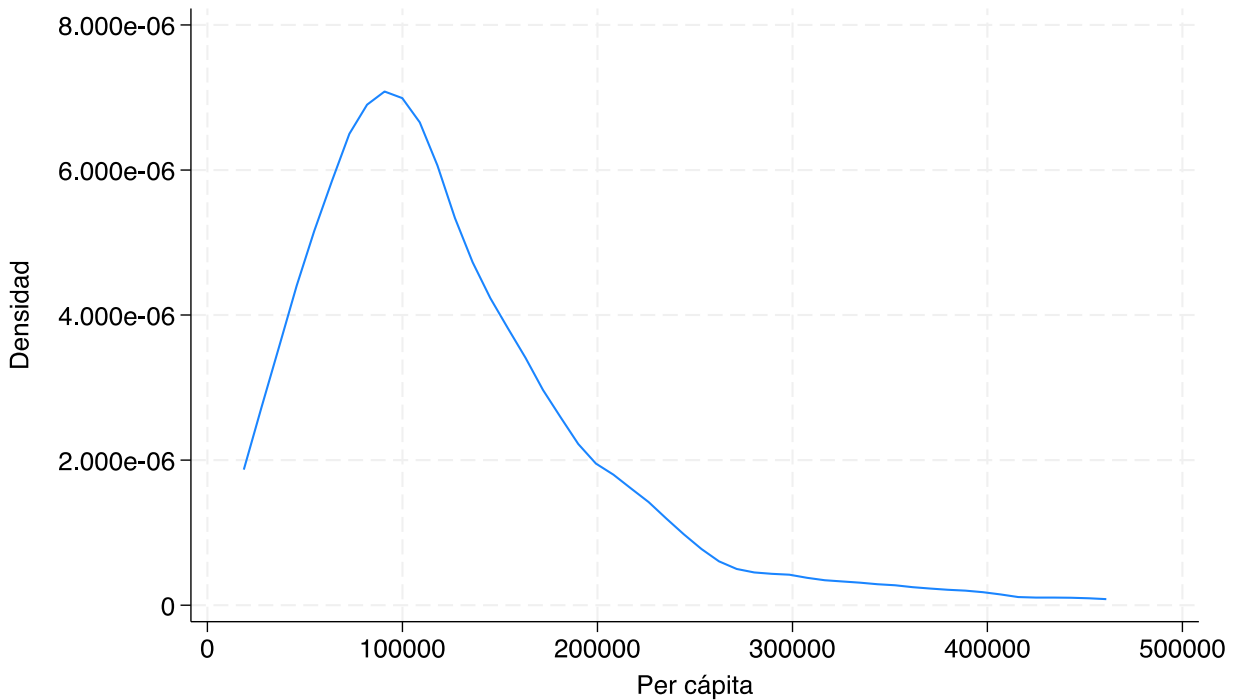
Este apartado valora temas relacionados con el volumen y distribución de recursos financieros, humanos y físicos por entre las distintas AS de la CCSS.

#### Asignación presupuestaria

Amplias diferencias se observan en materia de distribución de los recursos financieros por entre las AS de la CCSS. Para el 2023, el presupuesto per cápita se estima en ¢70.367 con un rango que va entre ¢48.696 (AS Pérez Zeledón) y ¢430.974 (AS San Rafael de Puntarenas). Es decir, entre el AS con más asignación presupuestaria y la que menos recibió hubo una diferencia de 8.8 veces en los respectivos montos per cápita.

Gráfico 9

Distribución del presupuesto en términos per cápita por AS. 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de la CCSS.

Las diez AS con menores presupuestos per cápita en el 2023 (ver Cuadro 2) promediaron ₡55.750 en tanto aquellos con los mayores valores por persona se ubicaron en torno a los ₡288.000. La mayoría de las AS del primer grupo pertenecen a la región Central, propiamente a la provincia de San José en tanto las AS con los mayores presupuestos se suelen localizar en Guanacaste y Puntarenas.

Cuadro 3

As con mayores y menores asignaciones presupuestarias por persona, 2023

Menores 10		Mayores 10	
Área	Per cápita	Área	Per cápita
Área de Pérez Zeledón	48,696	Área de Tilarán	205,761
Área de Liberia	49,741	Área de Colorado	217,721
Área de San Sebastián-Paso Ancho	52,028	Área de Mata Redonda-Hospital	240,588
Área de Santa Ana	54,173	Área de Jicaral-Islas	248,815
Área de Alajuela Central	54,473	Área de Abangares	254,092
Área de Escazú	57,096	Área de Zapote-Catedral	273,439
Área de Guápiles	57,841	Área de Cañas	310,102
Área de Desamparados 2	60,833	Área de Paquera	345,812
Área de Grecia	61,144	Área de Desamparados 1	352,680
Área de Curridabat	61,480	Área de San Rafael de Puntarenas	430,974

Fuente: Elaboración propia con datos de la CCSS

La diversidad en el presupuesto per cápita podría estar explicado por los distintos niveles a los que pertenecen las AS. Tal y como se puede observar en el anexo 1, las AS están estructuradas alrededor de tres categorías, cada una representando un nivel complejidad.

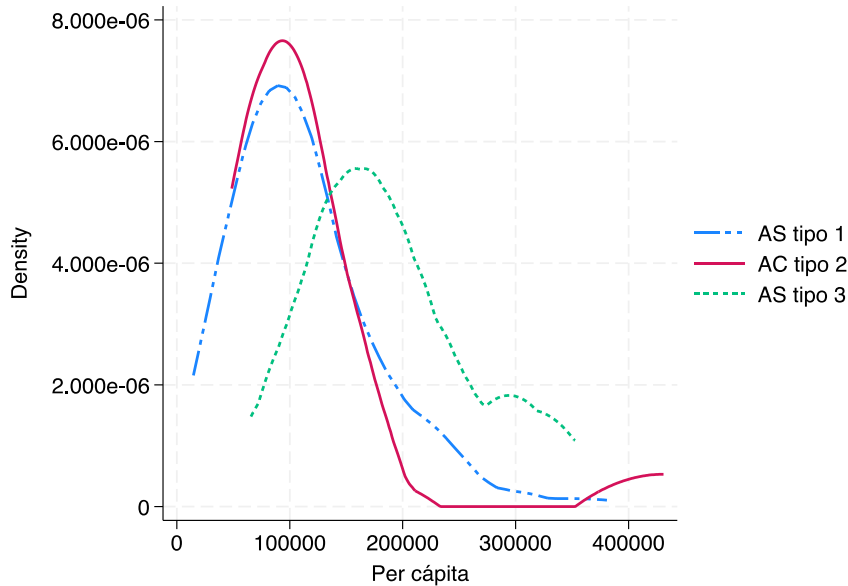
De las 105 AS, 72 son de tipo 1 (68,6%), 18 son de tipo 2 (17,1%) y 15 son de tipo 3 (14,3%). La asignación financiera per cápita del nivel 1 es prácticamente igual que la del nivel 2 (₡112.784 versus ₡112.223) si bien la dispersión del primero es menor. En cuanto a las AS del tipo 3, su asignación promedio es de ₡188.505 con un rango que va de ₡ 65.629(Cartago) a ₡352.680. Resulta importante anotar las diferencias que existen aún dentro de las mismas categorías. Por ejemplo, en las AS tipo 1, el Área que mayor presupuesto per cápita recibe (Paquera con ₡345.812) obtiene 6,95 veces más recursos que aquella con el menor valor por persona (Liberia con ₡49.741). Algo similar ocurre con las AS del tipo 2, mismas que se encuentran en un rango entre ₡48.696 (Pérez Zeledón) y ₡430.974 (San Rafael de Puntarenas) para una brecha de 8,85 veces.

Resulta interesante observar la existencia de valores per cápita aun cuando el Área pertenezca a un nivel superior dentro de la clasificación definida por la CCSS. Esta situación podría estar parcialmente explicada por la existencia de economías a escala entre población y asignación por persona. Según lo detalla el gráfico a continuación, a medida que la población de influencia de cada Área aumenta, el presupuesto per cápita tiende a caer a distintos ritmos. Los datos muestran caídas aceleradas en las AS con poblaciones hasta las 29 mil personas entrando luego a una segunda etapa donde las reducciones se desaceleran, pero mantienen la tendencia

negativa. Esta segunda etapa comprende AS entre 29 mil y 90 mil personas aproximadamente. Posterior a ese límite, el presupuesto por persona se estabiliza o crece, dependiendo del Área considerada.

Gráfico 10

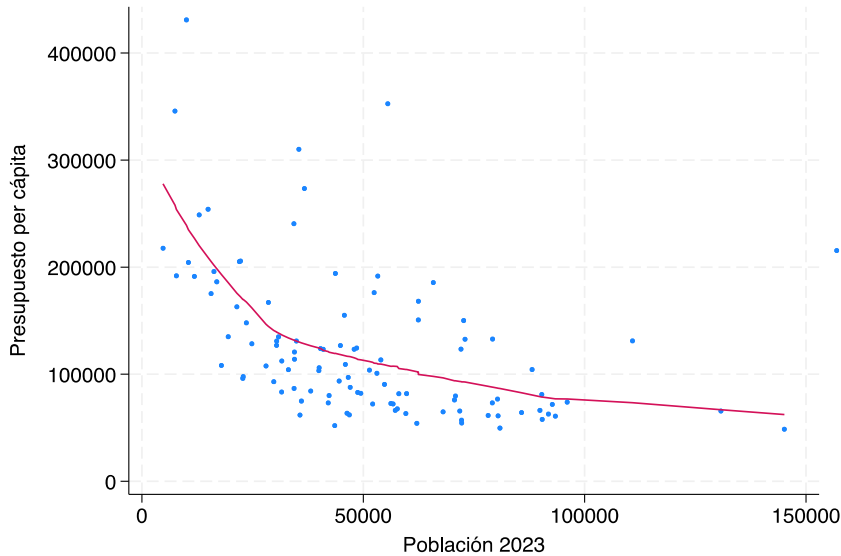
Distribución de los presupuestos per cápita según clasificación de AS, 2023



Fuente: Elaboración con base en datos de Gerencia Financiera y CCSS (2022)

En todo caso, la diversidad de asignaciones tanto inter como intra-categorías sugiere la necesidad de revisar las fórmulas de formulación y estimación presupuestaria. En un primer momento, dicha revisión debería pasar por cambios en la metodología de estimación actual de forma que cada tipo de AS tenga su propia dinámica. En un plazo mayor, la fórmula de presupuestación debería estar diseñada contemplando requerimientos sanitarios ante distintos perfiles epidemiológicos y módulos de pago por desempeño.

Gráfico 11  
Economías a escala en la asignación presupuestaria a AS, 2023

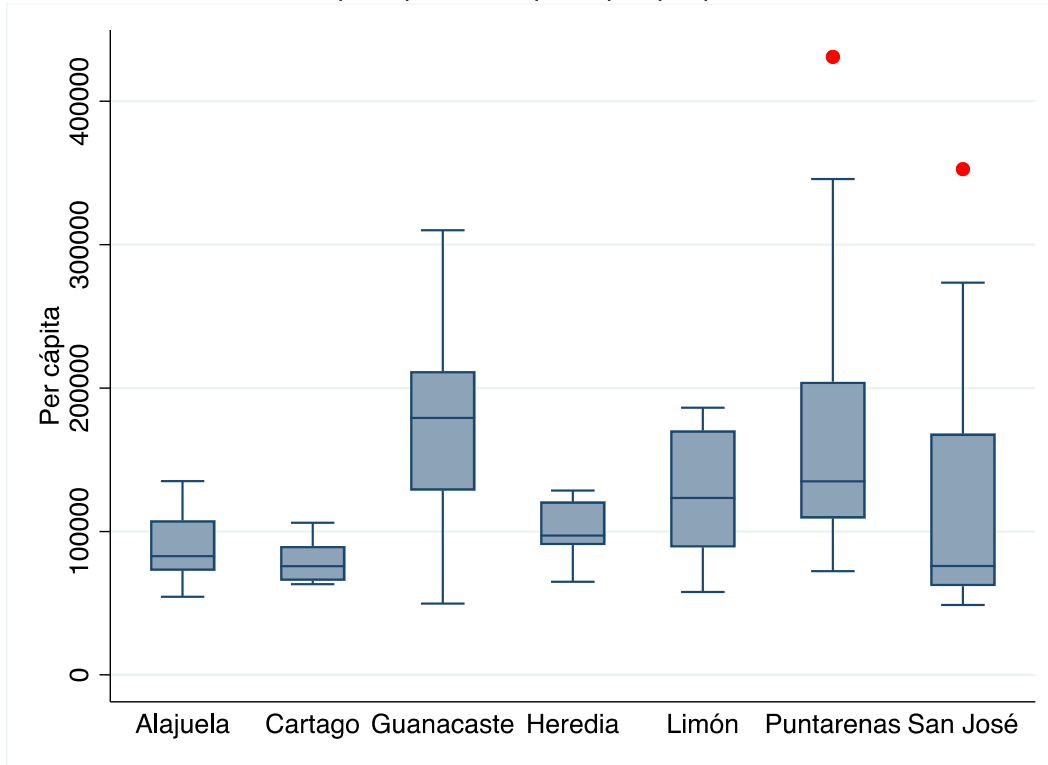


Fuente: Elaboración con base en datos de Gerencia Financiera y CCSS (2022).

Si el gráfico anterior se analiza en una perspectiva vertical, los datos apuntan a la existencia de Áreas cuyas poblaciones son similares, pero perciben montos muy distintos. Dentro de las AS de tipo 1, un ejemplo de ello es Paquera y Hojanca, territorios cuyas poblaciones son, respectivamente, 7.464 y 7.784 personas mientras su presupuesto per cápita fue ₡345.812 y ₡191,936.

La amplia disparidad de recursos inter-áreas también se ve reflejada a nivel intra-territorial. El gráfico 12 muestra la distribución de fondos presupuestados del 2023 por AS, agrupadas en este caso por provincia. Puntarenas y San José son las provincias con mayor desigualdad en la asignación presupuestaria mientras Cartago y Heredia son aquellas con menores niveles. Esto se puede ilustrar a través de indicadores de desigualdad de diverso orden. Por ejemplo, en San José, las AS que más reciben perciben alrededor de 4,4 veces más presupuesto por personas que aquellas en el segmento de menores presupuesto, aspecto que se traduce en un coeficiente de Gini de 0,33. En Puntarenas, esos mismos indicadores equivalen a 4,0 y 0,27 respectivamente. Cuando el análisis se traslada a las provincias con menores problemas de distribución, los resultados presentan una brecha de 1,5 veces en Heredia y 1,7 veces en Cartago, cifras que corresponden a coeficientes de Gini de 0,10 en ambos casos. Vale la pena resaltar que dos provincias, Guanacaste y Puntarenas, tienen prácticamente el mismo valor per cápita (₡172 mil) pero con una distribución mucho menos amplia en la primera de ellas. En Guanacaste, las AS con más presupuesto reciben 3,1 veces más fondos que aquellas con menos recursos.

Gráfico 12  
Distribución de los recursos presupuestarios per cápita por provincia, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en CCSS.

### Disponibilidad de EBAIS

Más allá del aspecto monetario, el acceso a los servicios de salud también pasa por la disponibilidad de recursos humanos y de infraestructura en determinadas magnitudes. En el caso particular de los EBAIS, el país cuenta con 1.148 equipos proveyendo cada uno, en promedio, servicios para 4.584 personas. Sin embargo, como suele pasar en estos casos, el promedio de población adecuada es un tema de debate constante. La reforma del sector salud en Costa Rica visualizaba una población atendida media del orden de las 4.000 personas por EBAIS (CCSS, 2022), de forma que, si se compara ese estándar con la realidad del 2023, cada Equipo tendría una sobrecapacidad del 15% (i.e. 584 personas más por EBAIS). Puesto en términos de EBAIS, para retornar a la población promedio esperada por la reforma de los noventa, Costa Rica debería tener unos 1.334 EBAIS, esto es, alrededor de 186 centros adicionales. La cifra podría variar según los parámetros utilizados para calcular ese “óptimo”, según sea la zona de tipo rural o urbana.

Siguiendo el mapa a continuación, el conjunto de Equipos Básicos se ha estructurado en tres categorías. La primera categoría, en amarillo, representa aquellos cantones que poseen poblaciones promedio entre 2.368 y 3.400 personas por EBAIS. En otras palabras, son territorios con poblaciones que se encuentran entre un 15% y un 40% por debajo del parámetro de referencia arriba mencionado (4.000 personas por EBAIS). Del mapa se desprende que estas

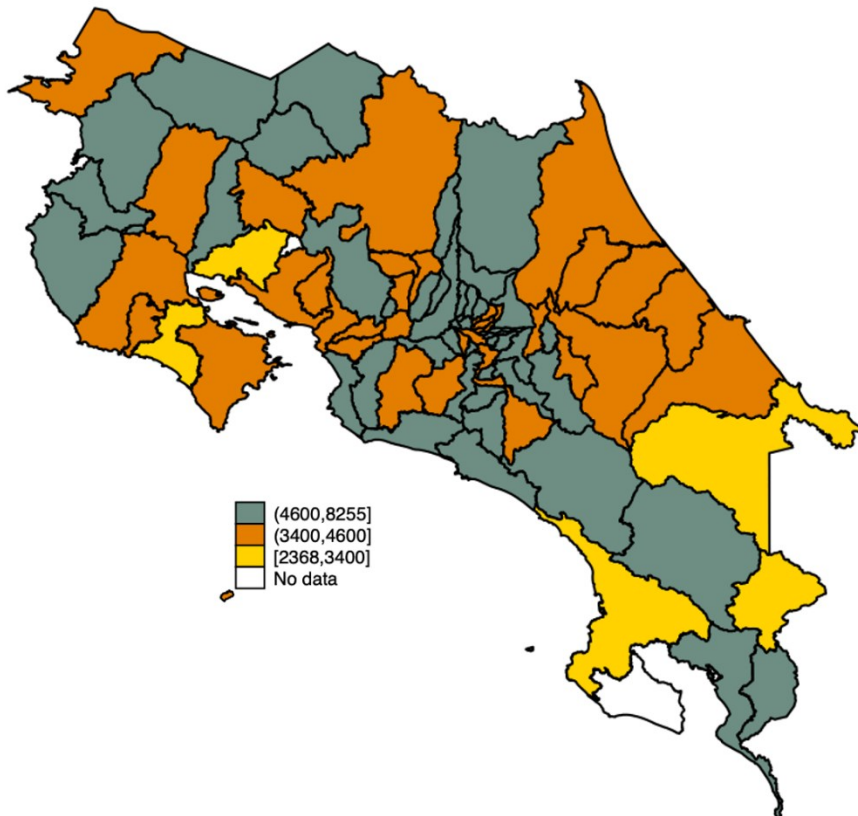
unidades son relativamente pocas (cinco en total) y se ubican en zonas fronterizas y costeras, es decir, muy alejadas de centros urbanos.

De color naranja aparecen las AS con poblaciones consideradas adecuadas, si bien la definición puede resultar arbitraria. En este caso, se ha considerado que los cantones con poblaciones entre 3.400 y 4.600 personas por EBAIS ( $\pm 15\%$  del parámetro de referencia). En total, 34 cantones se posicionan en esta categoría, mayoritariamente en la costa caribeña, Guanacaste y Alajuela.

Por último, en verde aparecen los cantones con sobrepoblación (i.e. 4.600 personas o más por EBAIS) que en total suman 43 territorios. Existe una alta concentración en la región central del país, la zona sur y la parte fronteriza con Nicaragua, entre los lugares más representativos.

### Mapa 1

Distribución cantonal según población promedio por EBAIS. 2023



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de Dirección Actuarial, CCSS.

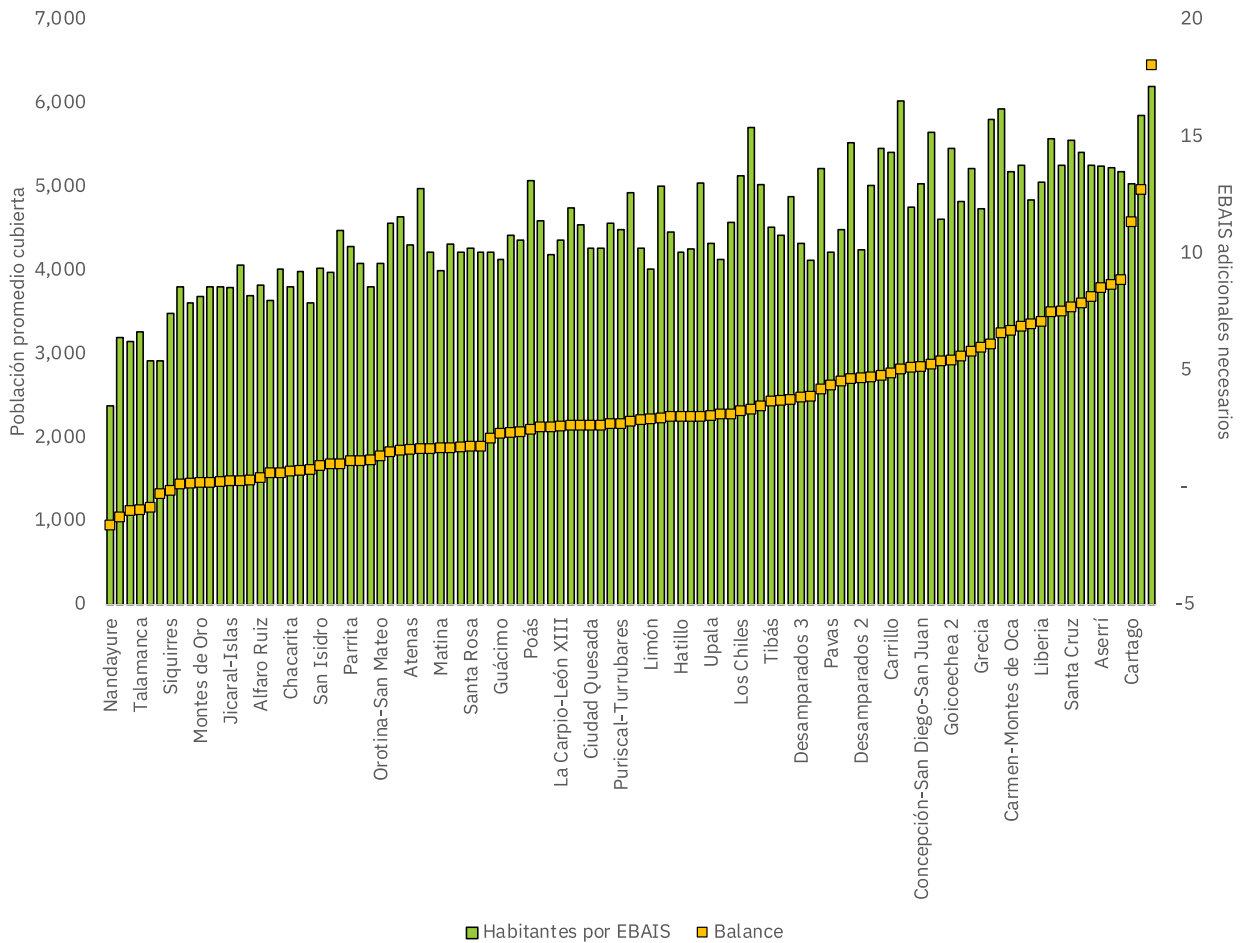
En aras de conocer los potenciales faltantes de EBAIS por AS, el informe preparó un análisis de brechas que consiste en calcular la diferencia entre el número de EBAIS existente y el que debería tenerse en caso de que se cubriera 3.500 personas por equipo. Los datos resultantes, ilustrados en el gráfico 11, derivan en 3 conclusiones. La primera es la existencia de 5 AS donde el total de EBAIS hoy día es superior al que se calcula con un parámetro de 3.500 personas. Estas AS son Nandayure, Coto Brus, Osa, Talamanca y Abangares, grupo con un porcentaje de

población urbana del 28,8%. Por lo tanto, si bien los números son negativos, lo cierto es que por el factor tan elevado de ruralidad que tienen se podría decir que el número de EBAIS es el apropiado o se acerca mucho a ese número.

Segundo, 11 AS (Colorado, Siquirres, Paquera, Bagaces, Montes de Oro, San Rafael de Puntarenas, Cóbano, Jicaral-Islas, Hojancha, Tilarán y Alfaro Ruiz) mostrarían un total de EBAIS igual al estimado bajo el parámetro deseado. En otras palabras, allí no existiría brecha alguna.

Finalmente, 89 Áreas ocuparían nuevos EBAIS en un rango que va desde un Equipo adicional (situación de 12 AS) hasta más de 10 EBAIS (situación en 3 AS). Las tres Áreas con mayores déficits son Cartago (11 Equipos), Coronado (13 Equipos) y Pérez Zeledón (18 Equipos). En total, cuando la medición se hace a nivel individual, la entonces el faltante de EBAIS se estima en 359 Equipos.

Gráfico 13  
Habitantes por EBAIS y número de EBAIS adicionales necesarios por AS



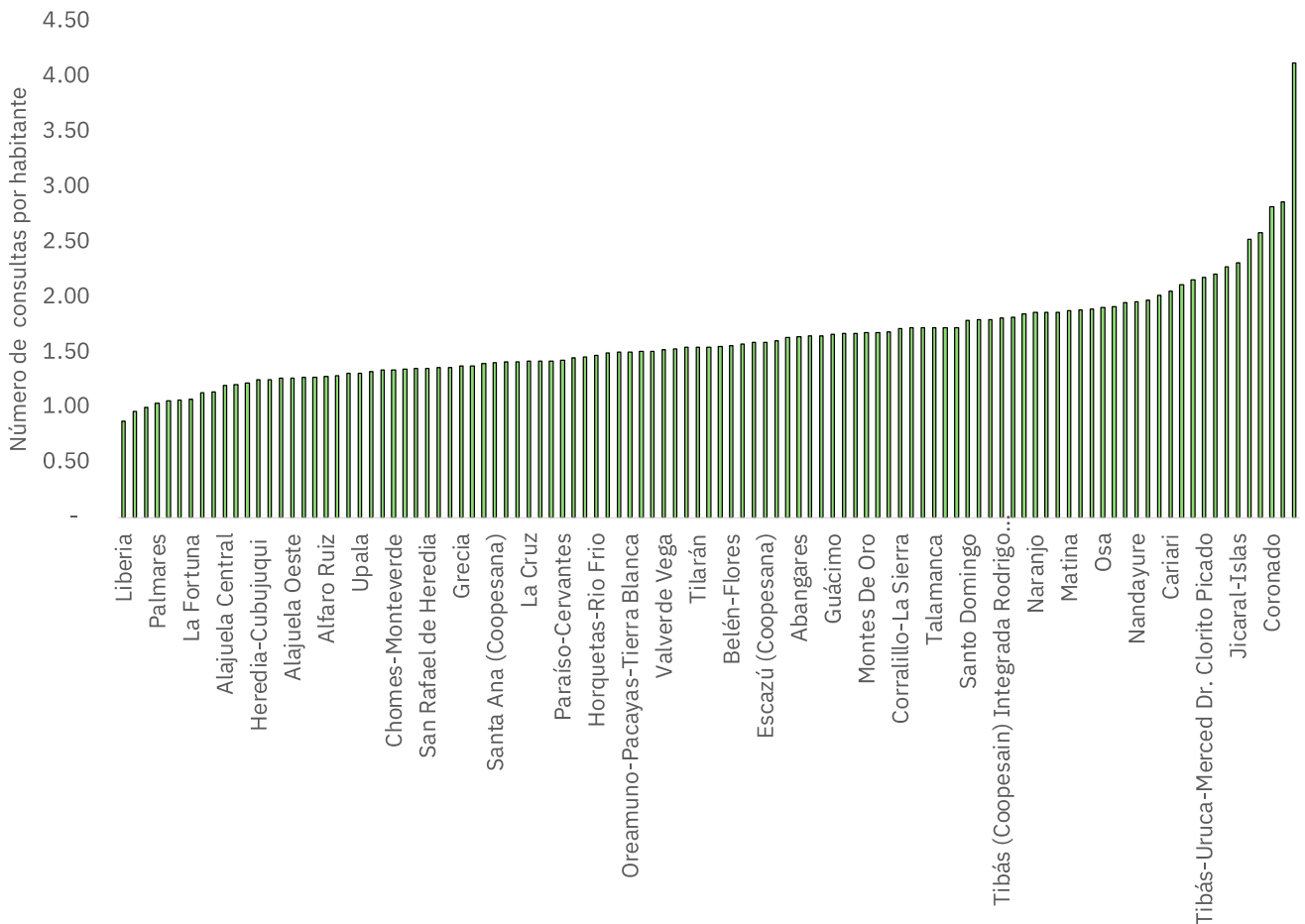
Fuente: Elaboración propia con base en CCSS.

### Provisión y uso de servicios

Según información del Anuario Estadístico de Salud de la CCSS, en el 2023 las Áreas de Salud generaron un total de 8,234,949 consultas externas de las cuales 7.702.177 (93,5%) fueron consultas generales en tanto 532.772 (6,5%) fueron consultas especializadas. Esto significa que, en promedio, las AS produjeron 1,56 consultas por habitante.

La producción, eso sí, varió de forma considerable por entre las distintas AS fluctuando entre 0,88 consultas por habitante en Liberia y 4,12 consultas en San Rafael de Puntarenas, una brecha de 4,7 veces más visitas en la segunda de ellas. De hecho, Liberia, Pérez Zeledón y Garabito poseen coeficientes de 1 consulta o menos por habitante en tanto 13 AS mostraron valores por encima de las 2 consultas, sobresaliendo en este caso, además de San Rafael de Puntarenas, los casos de Mata Redonda (2,86 consultas) y Mata Redonda (2,82 consultas).

Gráfico 14  
Número de consultas externas por habitante, según AS. 2023

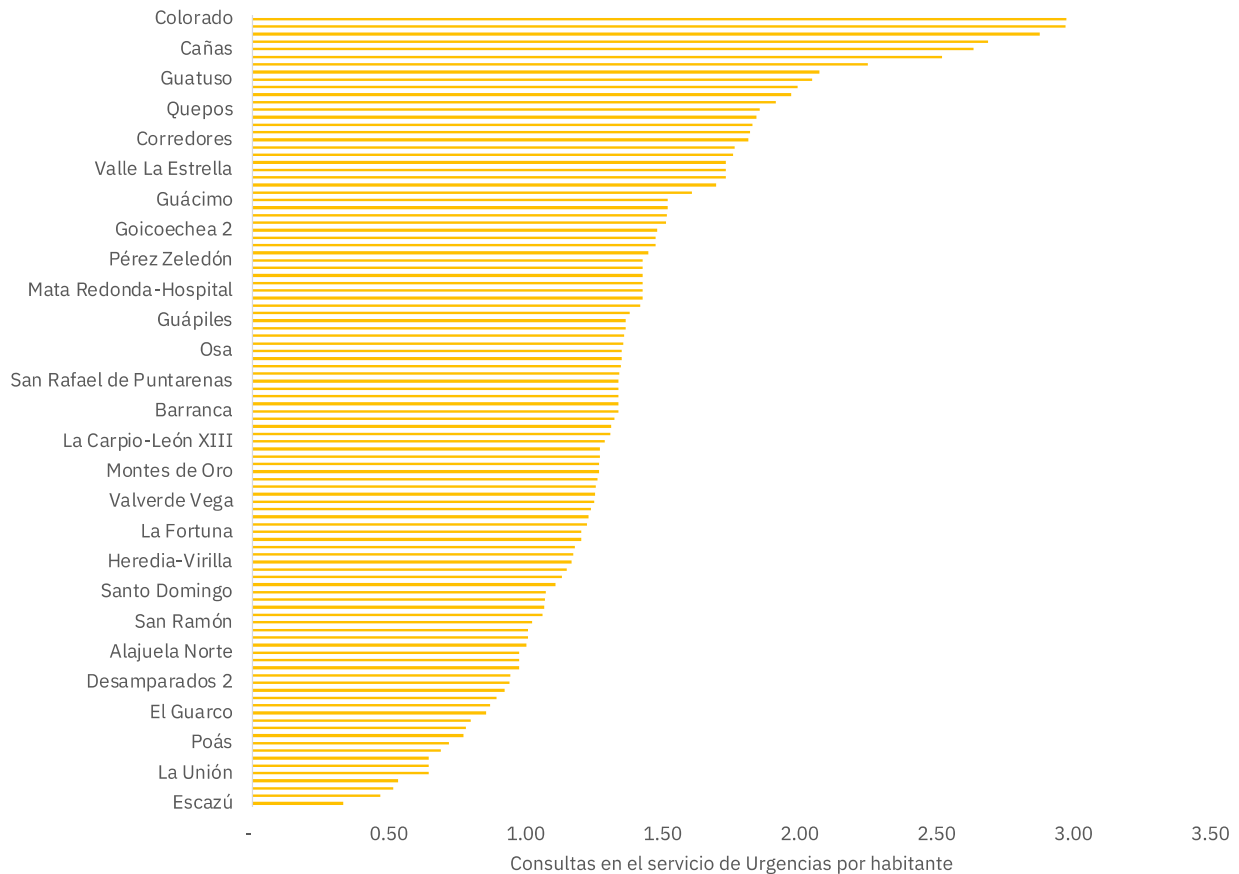


Fuente: Elaboración propia según Anuario Estadístico 2023 (CCSS) y estimaciones poblacionales de Departamento Actuarial (CCSS).

En materia de consultas por urgencias, la información proveniente de la CCSS muestra un promedio nacional de 1,26 consultas por habitante. En total, considerando consultas generales, especializadas y de urgencias, las AS generaron 2,8 consultas por persona.

Individualmente hablando, 21 AS mostraron coeficientes menores a una consulta de urgencia por habitante siendo las cinco Áreas con menores valores las de Escazú (0,33 consultas), Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca (0,47), Paraíso-Cervantes (0,52), Santa Ana (0,53) y La Unión (0,64). Todas estas AS se encuentran en la GAM. Por su lado, las cinco AS con mayores tasas de urgencia se localizan en las provincias de Guanacaste, principalmente, y Puntarenas. Así, se ubican en este grupo las AS de Cañas (2,63 consultas), Tilarán (2,69), Chomes-Monteverde (2,88), Abangares y Colorado (cada una con 2,97 visitas a urgencias). Esto significa que, en promedio, una persona residente en Abangares y Colorado acudirá 9 veces más a urgencias que una persona que habite en el área de cobertura de la AS-Escazú.

**Gráfico 15**  
Número de consultas de urgencia por habitante, según AS. 2023



Fuente: Elaboración propia según Anuario Estadístico 2023 (CCSS) y estimaciones poblacionales de Departamento Actuarial (CCSS).

Teóricamente, altas tasas de utilización de los servicios de emergencia se suelen asociar con un bajo desempeño de los servicios de primer nivel y de consulta externa. Lavergne et al (2022), por ejemplo, concluyen que la atención de pacientes con enfermedades mentales en servicios

de emergencia disminuyó en sitios donde las personas obtenían más consultas de primer nivel siempre y cuando el diagnóstico no fuera complejo. De forma similar, el acceso a consulta especializada se asocia con menor presión en los servicios de emergencia.

En el caso de la CCSS, la correlación entre tasas de consulta externa y las de urgencias es débil ( $R = 0,13$ ) y de signo positivo, no negativo, como se espera a priori. Esta evidencia indicaría, a lo sumo, que aquellas Áreas con baja producción de consulta externa también mostrarían baja tasa de urgencias siendo un problema generalizado de operación del sistema sanitario que funciona mejor en algunos sitios que en otros.

Esta tendencia general entre las 105 AS podría esconder, sin embargo, la existencia de algunos subgrupos de interés. Por ejemplo, de entre aquellos territorios con tasas de urgencias por encima del promedio nacional, tres casos muestran tasas de consulta externa muy reducidas. Estas AS son Liberia, Palmares y Pérez Zeledón. Corredores, Carrillo y Pital se posicionan también en esa muestra de AS con baja producción de consultas generales y especializadas y alta producción de citas en urgencias. En total, en 26 sitios (ver cuadro 4) la tasa de consulta externa es igual o inferior al promedio de la CCSS y esto se ve correspondido por tasas de urgencias por encima de la media institucional, aspecto que podría ilustrar de una mejor manera aquellos lugares donde el primer nivel de atención o la consulta especializada no están generando los servicios requeridos por la población.

#### Cuadro 4

##### Áreas de Salud con baja tasa de consulta externa y altas tasas de urgencias, 2023

Liberia	Santa Cruz	La Cruz
Pérez Zeledón	Puerto Viejo-Sarapiquí	Guápiles
Palmares	Upala	Los Santos
Corredores	Chomes-Monte Verde	Horquetas-Río Frío
Carrillo	Guatuso	Chacarita
Pital	Mora-Palmichal	Barranca
Goicoechea 1	Parrita	Aguas Zarcas
Buenos Aires	Grecia	Tilarán
Quepos	Nicoya	Bagaces

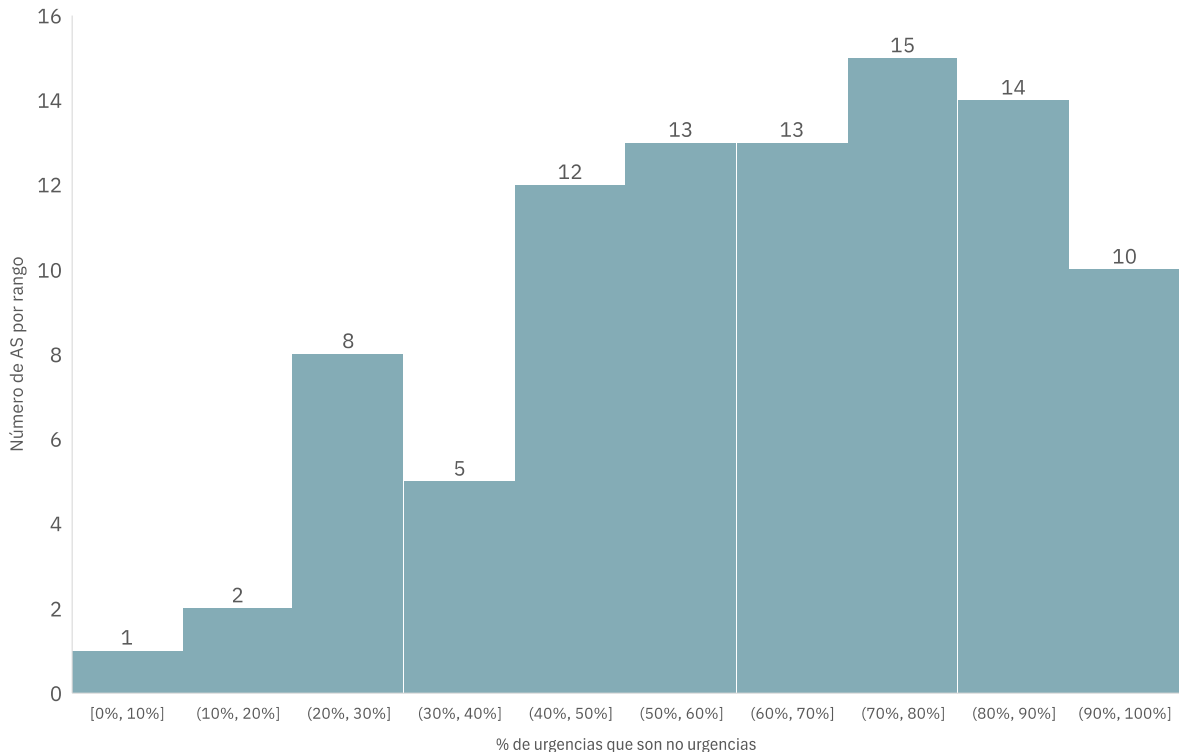
Fuente: Elaboración propia según Anuario Estadístico 2023 (CCSS) y estimaciones poblacionales de Departamento Actuarial (CCSS).

Un indicador que complementa esta relación anterior se refiere al porcentaje de consultas de urgencias que no fueron clasificadas como urgencias. Este indicador, producido por la CCSS misma, apunta al nivel de consultas atendidas en servicios de emergencia que no terminan siendo clasificadas como tales, señal que posiblemente la persona ha optado por resolver su problema de salud por dicha vía ante la imposibilidad de obtener el servicio a nivel de EBAIS.

A nivel nacional, el 52.3% de las consultas en urgencias se consideran “no urgencias”, es decir, pudieron ser resueltas en el primer nivel de atención. Sin embargo, si se enfatiza únicamente el desempeño por AS, entonces esos porcentajes fluctúan entre 0% en Ciudad Quesada y 99% en

Oreamuno, Turrialba-Jiménez, Alajuela Central, Paraíso-Cervantes y San Juan-San Diego-Concepción. Geográficamente hablando, los mayores porcentajes de **no urgencias** se concentran en la provincia de Cartago.

**Gráfico 16**  
Distribución de AS según porcentaje de no urgencias, 2023

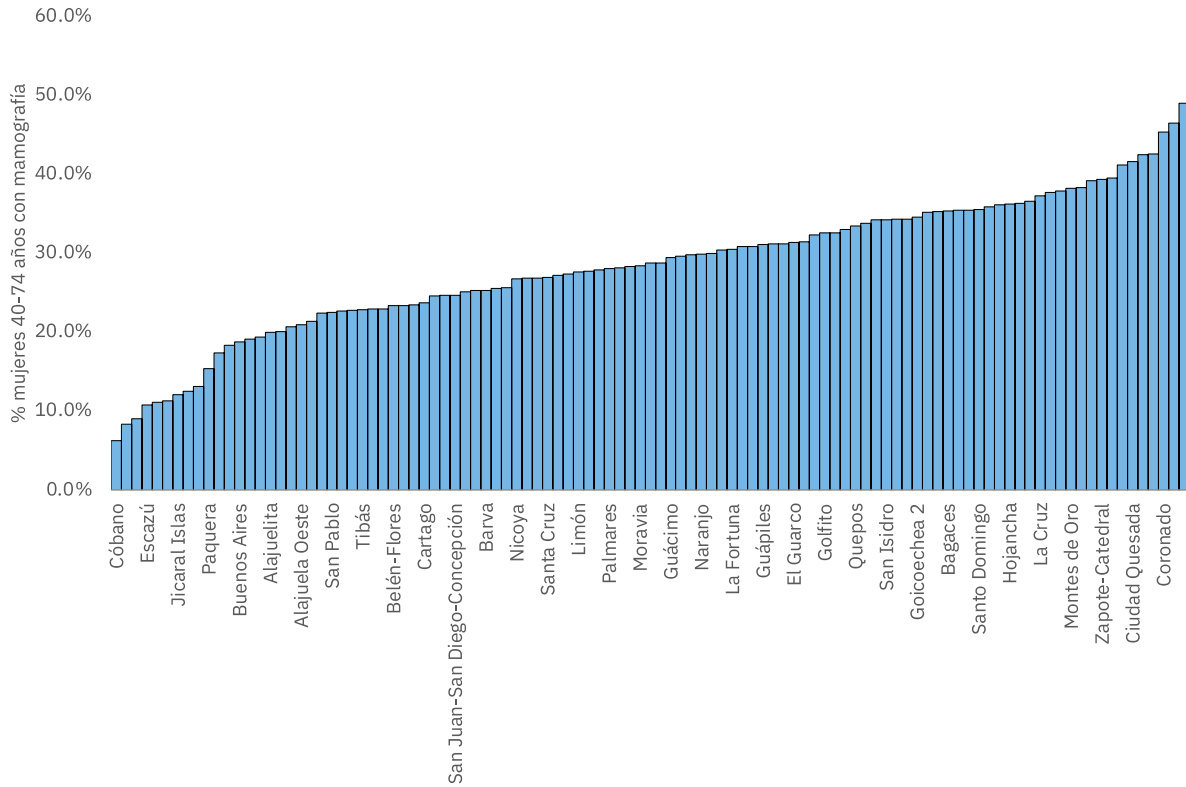


Fuente: Elaboración con base en Anuario Estadístico 2023 (CCSS).

Por prestación individual, las tasas de cobertura de mamografías y citologías no sólo son bajas en relación con la población objetivo, sino que también muestran amplias diferencias entre ellas. En el caso de la mamografía, la entidad generó un total de 263,325 pruebas en el 2023 no habiendo para ninguna AS un porcentaje que superara el 49% de las mujeres en ese rango etario. Las tres AS con menores tasas fueron Cóbano (6,3%), Santa Ana (8,3%) y Puerto Viejo-Sarapiquí (9,0%). Escazú y Horquetas-Río Frío complementan la lista de cinco Áreas con menores tasas. Sobresalen de ella los casos de Santa Ana y Escazú por cuanto son AS con alto perfil socioeconómico y educativo. Una hipótesis plausible es que en esos lugares la cobertura es elevada, pero aplican el servicio en medicina privada.

Por su lado, aquellas Áreas de Salud con tasas de cobertura más elevada son Los Santos (42.5%), Pérez Zeledón (42.5%), Coronado (45.3%), San Rafael de Puntarenas (46.5%) y Acosta (49.0%). Sólo siete AS sobrepasan al 40% de las mujeres en edades comprendidas entre 40 y 74 años.

**Gráfico 17**  
**Porcentaje de mujeres de 40 a 74 años con una mamografía realizada, 2023**

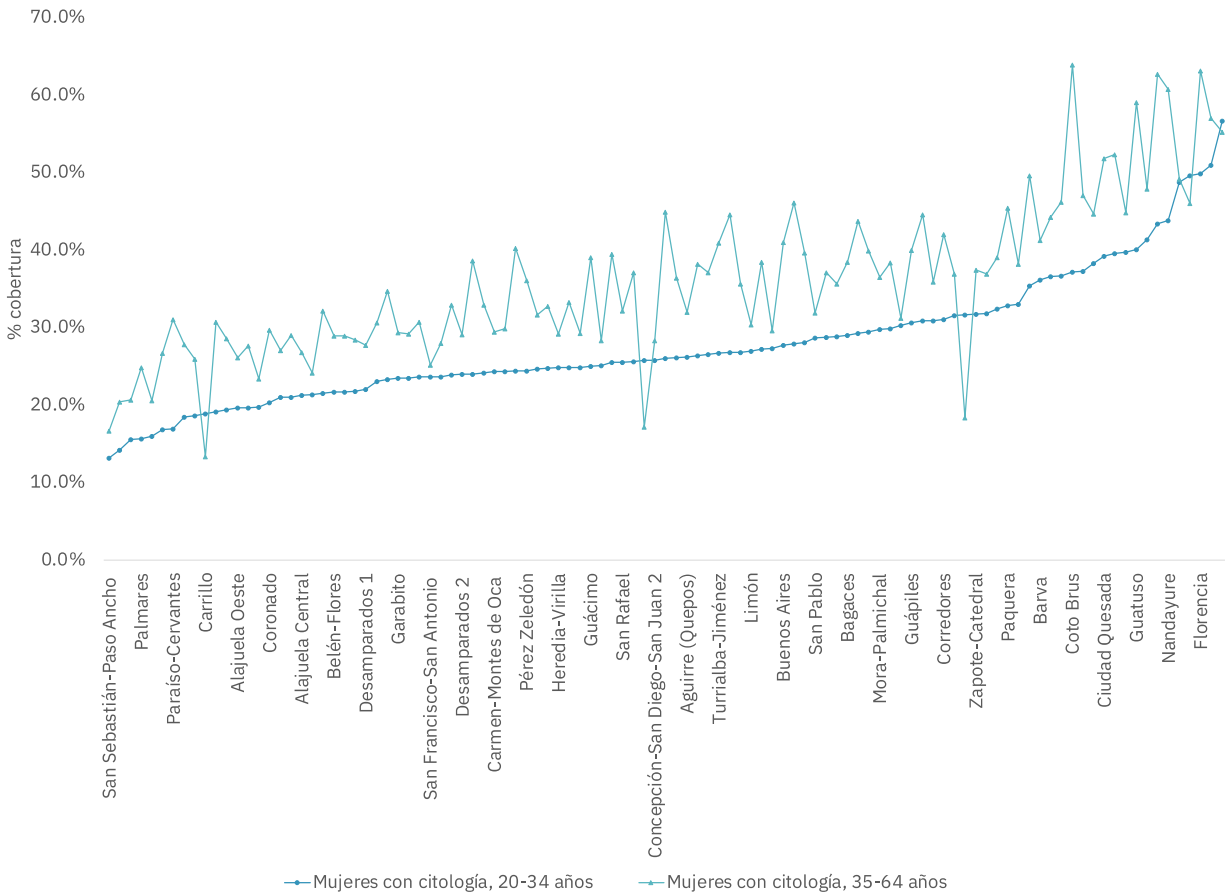


Fuente: Elaboración con base en CCSS.

Algo parecido con las citologías para mujeres de 20 a 34 años y de 35 a 64 años. De las diez AS con menores tasas de cobertura, repiten en ambos grupos las áreas de San Sebastián-Paso Ancho, Grecia, Puerto Viejo Sarapiquí, Palmares, Liberia y Carrillo. Por su lado, de las 10 AS con mayor cobertura en cada grupo (equivalente al 40% o más de cobertura), aparecen en las dos simultáneamente los casos de Guatuso, Golfito, Acosta, Nandayure, Florencia, Santa Rosa y Osa.

Gráfico

Porcentaje de mujeres de 40 a 74 años con una mamografía realizada, 2023



Fuente: Elaboración con base en CCSS.

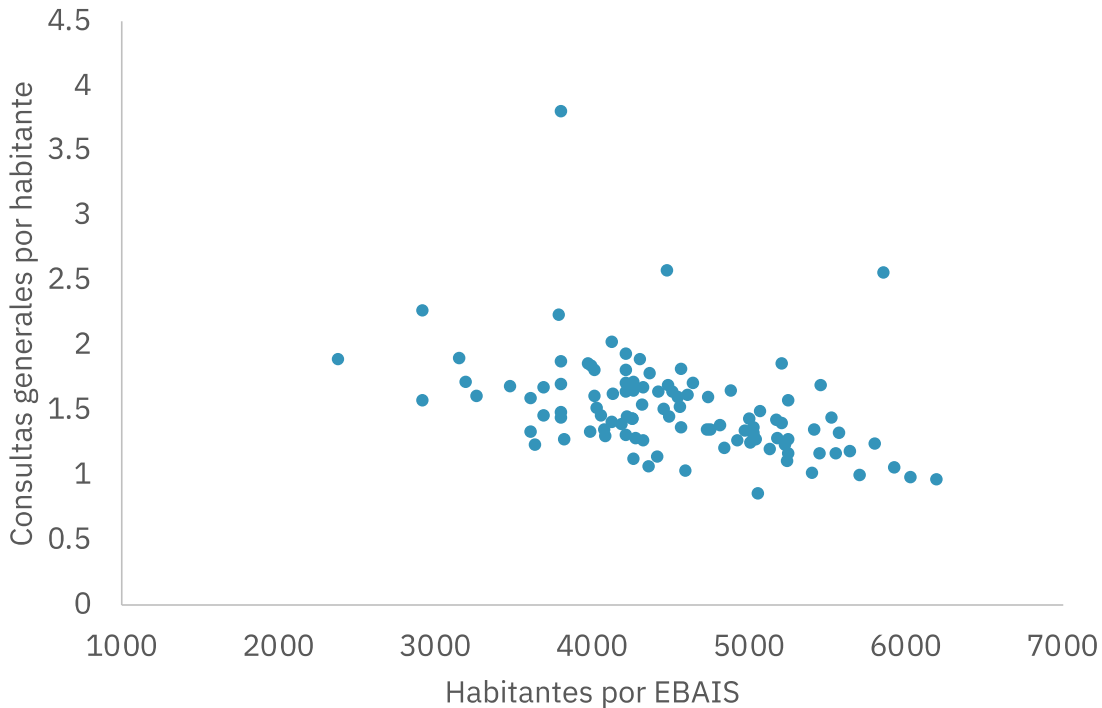
**Acceso a servicios de salud y potenciales barreras de acceso**

Resulta importante explorar aquellos factores o barreras que podrían estar condicionando el acceso de la población al primer nivel de atención.

Un primera barrera de acceso podría relacionarse con la cantidad de EBAIS presentes en las diferentes AS. Tal y como lo refleja el siguiente gráfico, a mayor cantidad de personas por EBAIS se asocia con una menor tasa de consultas generales por habitante. La relación entre ambos indicadores es estrecha ( $R = 0.41$ ) e indica que la tasa de visitas generales cae 0.22 puntos por cada 1.000 adicionales que deba atender, en promedio, un EBAIS. Esta situación podría estar asociada a problemas de saturación de los servicios o a poco personal asociado a cada Equipo de Atención.

Gráfico 18

Relación entre población atendida por EBAIS y tasa de consultas generales por habitante. 2023



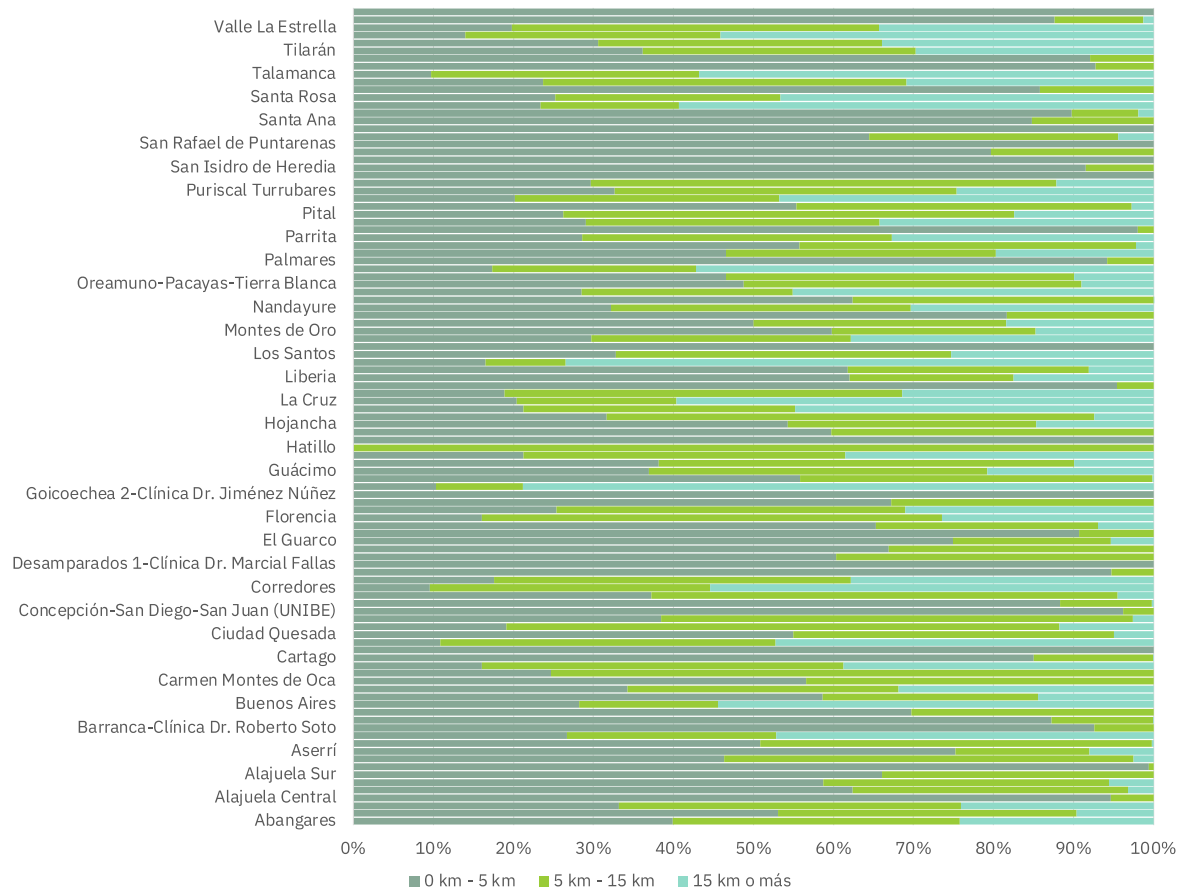
Fuente: Elaboración con base en Anuario Estadístico 2023 (CCSS).

Una segunda barrera tiene naturaleza geográfica. A nivel nacional, los datos provenientes de la CCSS muestran que cerca de un 55% de la población tiene que viajar menos de 5 kilómetros para poder alcanzar la sede del AS. Esto puede considerarse como una distancia razonable y por lo tanto de acceso adecuado para esas poblaciones. Por el contrario, el porcentaje de personas que debe viajar 15 kms o más se sitúa en un 16%, pudiéndose considerar esto de acceso restringido a los servicios de salud.

Al destacar la situación de las AS individualmente, los datos indican que trece AS poseen a más del 95% de su población en un rango de distancia no superior a los 5 Km. Todas estas Áreas se ubican en los cantones centrales de las provincias de San José, Heredia y Puntarenas. Sin embargo, 15 AS tienen a más del 45% de sus personas residentes a una distancia no considerada adecuada para alcanzar el Área de Salud en un plazo razonable. Son particularmente notorias las situaciones de La Cruz (60% de su población), Los Chiles (73%) y Golfito (79%). El patrón geográfico recurrente en este caso es su ubicación fuera de la Gran Área Metropolitana, particularmente Puntarenas, provincia que concentra 5 de las 10 AS con mayor proporción de población por encima de los 15 km (Golfito, Osa, Corredores, Buenos Aires y Chomes-Monteverde).

Si bien esta valoración resulta importante para conocer los focos territoriales con menor acceso geográfico, pareciera que este factor tiene una débil influencia en las tasas de producción de consulta por habitante. La relación entre consulta externa y población con acceso a 15 km o más del centro es de 0.17; cada punto porcentual de población en ese rango se asocia con una caída de 0.39 puntos en la tasa de consulta externa por habitante.

**Gráfico 19**  
Distribución de la población de la AS según distancia a sede del Área



Fuente: Elaboración a partir de CCSS.

La baja tasa de producción de consultas generales o especializadas podría estar explicada por otros factores además de la baja capacidad resolutoria que el primer nivel de atención podría estar teniendo en la actualidad. Uchimura, Tenório y d'Ávila (2018) evaluaron la débil interrelación entre primer nivel de atención y los servicios de emergencia en Brasil. Quizás su hallazgo más importante se refiere a los problemas de diseño del sistema sanitario, mismo que se estructura de forma fragmentada en lugar de concebirse como un flujo continuo de servicios de salud de forma que la relación administrativa y organizacional entre primer nivel y los gestores de emergencias no se define claramente. A ello se le suma el incentivo perverso que existe en el primer nivel de evitar consultas complejas por medio de referencias continuas a niveles superiores. La ausencia de mecanismos de pago apropiados, especialmente la capitación, es un tema a desarrollar en los siguientes años.

## **Conclusiones**

Costa Rica es un país exitoso en materia sanitaria. Una elevada expectativa de vida, una reducida mortalidad infantil y una cobertura prácticamente universal del seguro de salud son algunas de las consideraciones que ilustran el saldo positivo del sistema de salud sobre la población nacional.

Una serie de fuerzas, sin embargo, emergen como retos para la organización general del sistema, especialmente para la red de proveedores de la CCSS y para el financiamiento del seguro de salud. En el plano meramente epidemiológico, el acelerado crecimiento de las enfermedades no transmisibles redundando en una serie de desafíos en múltiples dimensiones. Por ejemplo, la gestión de casos crónicos es mucho más compleja en estas circunstancias y por lo tanto la organización del modelo de salud y su financiamiento requiere de protocolos actualizados, personal capacitado en la materia, infraestructura adecuada y otros recursos que permitan brindar un servicio de calidad que además llegue a todos los cantones del país. Tan importante es la sostenibilidad financiera como la calidad de los servicios y la equidad de acceso.

La evidencia mostrada a lo largo de la ponencia permite concluir que la dimensión territorial es muy importante a considerar en la planificación y evaluación de los servicios de salud provistos. Los datos mostrados dan pistas sobre las múltiples formas a través de las cuales se erigen barreras geográficas, financieras o institucionales en contra de determinados lugares dentro del territorio nacional.

Por un lado, la distribución de recursos financieros (presupuestos), expresados en términos per cápita, muestran una amplia variabilidad aún entre Áreas de Salud de la misma categoría. Esta dispersión podría ser un reflejo de un modelo de planificación con poca vinculación a las condiciones epidemiológicas y sociales de las AS y con escasa relación con los resultados que esté alcanzando cada Área. Preocupa que este mecanismo sea una barrera para que ciertas poblaciones dispongan de menos recursos aun cuando su perfil sanitario sea más crítico que otros que reciben montos mayores.

Otro detalle importante se refiere a las brechas encontradas en materia de disponibilidad de EBAIS, esto como una variable aproximada a acceso geográfico al primer nivel de atención. En total, el país aún precisa de unos 188 EBAIS adicionales para cubrir adecuadamente a toda la población. La expansión del parque de EBAIS apoya tanto una mejor proximidad con la comunidad así como una reducción de cualquier nivel de hacinamiento que pudiera existir en equipos actuales.

Tanto los ejemplos del presupuesto como de la distribución de EBAIS se asocian de manera importante con limitaciones en materia de acceso a servicios clínicos y productividad. La provisión de mamografías es un ejemplo de esas brechas tan significativas entre AS. De igual forma, la brecha entre Áreas con baja producción de consultas por persona y las que tienen altos coeficientes podría ser tan grande como 9 veces entre las dos unidades territoriales.

Un tema asociado a lo anterior permite reflexionar sobre la importancia de fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención. El nivel de urgencias que no son urgencias y la

productividad tan heterogénea a lo largo del país son elementos claves para motivar discusiones en torno a cuáles deberían ser las medidas en los planos administrativo y clínico para mejorar la situación actual.

En vista de lo anterior, parece importante introducir una serie de prácticas en materia de planificación y gestión financiera que fortalezcan el vínculo planificación-presupuestación-ejecución-cuentas. Por un lado, se necesita mejorar el planeamiento de largo plazo cuyo sustento sean las necesidades futuras del sector, la sectorización y la identificación de grupos vulnerables. Segundo, el presupuesto debería estar en función de la planificación, creando un vínculo más sólido entre necesidades, metas y financiamiento. Finalmente, resulta crítico mejorar la capacidad de ejecución de los recursos disponibles para que se conviertan en prestaciones de calidad, oportunas y accesibles. La introducción de mecanismos de pago capitado y pago prospectivo hospitalario es una alternativa de gestión que va en marcha y promete cubrir al menos parcialmente ese faltante.

## **Bibliografía**

- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (2022). **Informe de clasificación de Áreas de Salud**. Dirección de Proyección de Servicios de Salud, Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (2024). **Indicadores por región**. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) (varios años). **Anuario estadístico del Seguro de Salud**. San José, Costa Rica.
- Dirección Proyección de Servicios de Salud (2022). **Informe clasificación de áreas de salud de la CCSS**. Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
- Fantin, R. Gómez, I. Rojas, K. Sáenz, J. and Barboza, C. (2022). **Identificación de las zonas con dificultades geográficas de acceso a los servicios públicos de salud en Costa Rica: una propuesta metodológica**. ISSN 0001-6012 eISSN 2215-5856 Acta Médica Costarricense Editada por: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica 2022 / abril-junio; 64 (2): 1-12 doi: 10.51481/amc.v64i2.1124.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2021). Población y estadísticas vitales de nacimientos, defunciones y matrimonios, 2021. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2022). **Mortalidad materna y su evolución reciente 2021. ISSN: 2215-6321-Año 8**. San José, Costa Rica.
- NHS England and NHS Improvement (2021). **2021/22 priorities and operational planning guidance: Implementation guidance**. London.
- PAHO (2022). **Health in the Americas: Costa Rica-Country Profile**. <https://hia.paho.org/en/countries-22/costa-rica-country-profile#situation>
- Rodríguez, A. (2006). **Documento de proyecto-La reforma de salud en Costa Rica**. CEPAL, Naciones Unidas - Deutsche Gesellschaft fur Zusammenarbeit (GTZ). Santiago, Chile.

- Uchimura, LYT, da Silva, ATC and Viana, ALd. (2018). **Integration between Primary Health Care and Emergency Services in Brazil: Barriers and Facilitators**. International Journal of Integrated Care, 2018; 18(4): 8, 1–10. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4066>.
- UCL Institute of Health Equity, Regional Office for Europe (Updated reprint 2014). **Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report**. World Health Organization. Denmark.
- World Health Organization (2019). **Policy Brief / Health and Reduced Inequalities**. Denmark.
- Yang, S.; Zhou, M.; Liao, J.; Ding, X.; Hu, N.; Kuang, L. (2022). **Association between Primary Care Utilization and Emergency Room or Hospital Inpatient Services Utilization among the Middle-Aged and Elderly in a Self-Referral System: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study 2011–2018**. Int. J. Environ. Res. Public Health **2022**, 19, 12979. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912979>.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Caracterización de las Áreas de Salud**

Según lo establece el Informe de Clasificación de Áreas de Salud de la CCSS (2022: 53-54), las características que rigen cada AS son las siguientes:

#### **Áreas de Salud de Tipo 1**

La población adscrita directa a estas áreas de salud es de 33 mil habitantes, aproximadamente cubren una extensión de 389 kilómetros cuadrados, en promedio contaban con una planta física de 1.400 m<sup>2</sup> de construcción, 8 equipos básicos de atención en salud y 9 puestos de salud. Estas áreas de salud son de un nivel tipo 1, se caracterizaban por otorgar los servicios de resolutivez básica máxima correspondientes al primer nivel de atención: consultas médicas generales, acciones de promoción y de prevención de la salud, atención prenatal y del recién nacido, atención odontológica, vigilancia epidemiológica, Medicina Familiar y Comunitaria, oferta de Cuidados Paliativos (MG) y Oferta de Salud Mental (ESM, Psic, Psiq) mediante la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y los servicios de apoyo técnico de Enfermería, Trabajo Social, Registros de Salud, Farmacia y Administración.

#### **Áreas de Salud Tipo 2**

La población directa adscrita a estas áreas de salud es de 46 mil habitantes, cubrían una extensión promedio de 612 kilómetros cuadrados, con una planta física de 2.700 m<sup>2</sup> de construcción, contaban con aproximadamente 10 equipos básicos de atención en salud y 17 puestos de salud. Estas albergaban la oferta de las Áreas de Salud tipo 1, además de consulta médica especializada en Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía Menor, Odontología y Oferta Geriátrica (en casos excepcionales). Además, el desarrollo del proceso de colaboración diagnóstica y tratamiento es más amplio, al incluir Radiodiagnóstico y Ultrasonido como parte de las actividades esenciales del proceso, integrando de esta forma el primer y el segundo nivel de atención, incluyendo un servicio de urgencias. Se caracterizaban por ubicarse en poblaciones altamente concentradas o bien de difícil acceso, que requieren de mayores servicios para una atención integral de las personas y un mayor nivel resolutivo.

#### **Áreas de Salud Tipo 3**

La población directa adscrita a estas áreas de salud es de 70 mil habitantes, cubrían una extensión promedio de 162 kilómetros cuadrados, en promedio contaban con una planta física de 7.800 m<sup>2</sup>, 10 equipos básicos de atención en salud y 16 puestos de salud. Con base en estas características se consideraba que estas áreas de salud son de un nivel tipo 3, albergaban la oferta de las Áreas de Salud tipo 2, además de Gastroenterología, Dermatología, Geriátrica, Fisiatría, Oftalmología, Cirugía General, Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia. Dependiendo de las características de la población y la red de servicios, las áreas de Salud tipo 3 podían tener el componente quirúrgico (Cirugía Mayor ambulatoria) así como un horario extendido del servicio de Urgencias. Se caracterizaban además por ubicarse en poblaciones altamente concentradas,

donde se requiera de mayores servicios para una atención integral de las personas y un mayor nivel resolutivo, con cirugía menor e inhaloterapia; capacidad para el manejo de equipo de soporte vital básico (Monitores, ECG, Desfibrilador, Monitor fetal) y procedimientos quirúrgicos de bajo nivel de complejidad. Además, el proceso de colaboración diagnóstica y tratamiento es de mayor amplitud, al incluir Radiodiagnóstico y Ultrasonido, integrando de esta forma el primer y el segundo nivel de atención, con el fin de descongestionar el nivel hospitalario y dar soporte a otras Áreas de Salud tipo 1 y 2.