

**Análisis del Sistema Sanitario Costarricense: Los Éxitos y Desafíos Asociados a una Servicio Nacional de
Salud**

Emma Weeks

Dra. Arelis Moore

SPAN 4180

Sección 001

6 Diciembre 2024

Resumen

Esta revisión literaria explora el papel del sistema universal de salud de Costa Rica en contribuir a los altos niveles de felicidad y bienestar del país. El propósito de este trabajo es evaluar la efectividad del modelo de salud de Costa Rica, particularmente la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y evaluar sus implicaciones para otras naciones de América Latina y el Caribe. La revisión utiliza una metodología de análisis de la literatura, basada en estudios e informes de organizaciones de salud de renombre publicados entre 2000 y 2023.

Los hallazgos muestran que el sistema de salud de Costa Rica, caracterizado por la cobertura universal y un enfoque en la atención primaria de la salud, ha jugado un papel central en los impresionantes resultados de salud del país, incluyendo una alta esperanza de vida y bajas tasas de mortalidad infantil. A pesar de sus éxitos, persisten desafíos, como los largos tiempos de espera para la atención especializada y las disparidades entre los sectores público y privado. La CCSS, que abarca a casi el 95% de la población, ha logrado avances significativos para garantizar un acceso equitativo, especialmente en las zonas rurales.

La revisión concluye que si bien el sistema de salud de Costa Rica es un modelo para la cobertura universal de salud, se necesitan mejoras en la eficiencia, la dotación de personal y la gestión de datos para mejorar la prestación de servicios. Las recomendaciones incluyen abordar los tiempos de espera, mejorar la proporción de enfermeros a médicos y ampliar el uso de datos de salud para reducir los riesgos. El modelo de atención médica de Costa Rica proporciona lecciones valiosas para otros países que buscan equilibrar la calidad de la atención médica y la accesibilidad.

Introducción

De acuerdo con el Índice Planeta Feliz, Costa Rica se ubica constantemente entre los países más felices del mundo (Happy Planet Index, 2021). Este logro se atribuye a varios factores, entre ellos su democracia estable y su sólido compromiso con la sostenibilidad. Esta revisión literaria profundizará en el papel del sistema de salud de Costa Rica en la promoción de este notable nivel de felicidad y bienestar general. Específicamente, explorará la efectividad y los desafíos del sistema universal de salud de Costa Rica, destacando sus características distintivas y discutiendo sus posibles implicaciones para otras naciones latinoamericanas y caribeñas.

Costa Rica, un país centroamericano reconocido por su rica biodiversidad y políticas sociales progresistas, ha sido durante mucho tiempo un modelo en áreas como la salud. Situada entre Nicaragua al norte y Panamá al sur, Costa Rica limita al oeste con el Océano Pacífico y al este con el Mar Caribe (Parker & Karnes, 2024). La historia del país está moldeada por una mezcla de culturas indígenas, colonización española y eventual independencia. Los españoles llegaron por primera vez a principios de la década de 1500, reclamando la región como parte del Imperio Español. Durante casi 300 años, Costa Rica fue una colonia relativamente aislada con pocos recursos, pero con el tiempo, su gente construyó un fuerte sentido de identidad. Después de que el imperio colonial español se debilitara, Costa Rica obtuvo su independencia en 1821, uniéndose a las Provincias Unidas de Centroamérica. Sin embargo, en 1838, Costa Rica se convirtió en una nación totalmente independiente, trazando su propio rumbo (Parker & Karnes, 2024).

A lo largo de los siglos XIX y XX, Costa Rica se distinguió por su sistema político estable, que hacía hincapié en la democracia y la paz (Parker & Karnes, 2024). A diferencia de muchos de sus vecinos centroamericanos, Costa Rica abolió su ejército en 1949, centrando sus recursos en la educación, la salud y el bienestar social (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2017). Esta decisión, junto con un fuerte compromiso con la protección ambiental, ha permitido a Costa Rica seguir siendo uno de los países más estables y prósperos de la región. Hoy en día, es reconocida no solo por su estabilidad política, sino también por su liderazgo en la conservación y sus políticas sociales progresistas, que continúan convirtiéndolo en un modelo para otras naciones (UNESCO, 2017).

Costa Rica tiene una población de aproximadamente 5,3 millones de personas, con un perfil demográfico relativamente equilibrado (Central Intelligence Agency [CIA], 2024). La población está distribuida de manera bastante uniforme entre las zonas urbanas y rurales, aunque la mayoría vive en centros urbanos, particularmente en

el Gran Área Metropolitana, que incluye la capital, San José. Costa Rica tiene una población joven, con una edad media de alrededor de 32 años, aunque el país está experimentando una tendencia de envejecimiento gradual debido al aumento de la esperanza de vida (Parker & Karnes, 2024). La población es predominantemente de ascendencia española, y muchos se identifican como mestizos (ascendencia mixta europea e indígena), seguidos por porcentajes más pequeños de comunidades blancas, afrocostarricenses e indígenas (menos del 1%) (Parker & Karnes, 2024). En términos de género, la población está casi uniformemente dividida, con una ligera mayoría de mujeres. Costa Rica también es el hogar de una creciente población inmigrante, que representa alrededor del 10% de la población total, con muchos inmigrantes provenientes de la vecina Nicaragua, así como de países como Colombia, los Estados Unidos y Argentina (Parker & Karnes, 2024). Estas tendencias demográficas influyen en el sistema de salud del país, configurando políticas para atender las necesidades de una población diversa y envejecida, prestando especial atención al acceso equitativo a la atención de la salud tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

Costa Rica tiene un nivel de vida relativamente alto en comparación con muchos otros países de la región, con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de aproximadamente \$25.800 en el 2023 (CIA, 2024). La economía del país está diversificada, con sectores clave como servicios, agricultura y turismo. A pesar de su pequeño tamaño, Costa Rica se considera un país de ingresos medios-altos (Banco Mundial, 2024). El gobierno asigna una parte significativa de su PIB a los servicios sociales, con alrededor del 7,9% del PIB destinado a la salud y el 6,7% a la educación (CIA, 2024). Estas inversiones reflejan el compromiso de larga data del país de brindar acceso universal a la salud y la educación, que se consideran componentes esenciales de la sociedad costarricense.

En términos de distribución del ingreso, Costa Rica enfrenta una desigualdad moderada de ingresos, con el Coeficiente de Gini que suele oscilar entre 0,47 y 0,50, lo que indica un nivel moderado de desigualdad (CIA, 2024). Si bien se han logrado progresos notables en la reducción de la pobreza y la mejora de los niveles de vida, todavía existen disparidades, especialmente en las zonas rurales, donde el acceso a servicios como la salud, la educación y el agua potable puede ser limitado. Sin embargo, el país ocupa un lugar destacado en América Latina en cuanto a movilidad social y desarrollo humano (Parker & Karnes, 2024). El acceso a servicios básicos como la salud es universal, y el sistema de salud pública de Costa Rica atiende a la gran mayoría de la población. Casi todos los costarricenses tienen acceso a agua potable, y la educación primaria es gratuita y obligatoria. La educación secundaria y terciaria, aunque también es ampliamente accesible, puede plantear problemas relacionados con el costo y la calidad, en particular en las regiones desatendidas (Parker & Karnes, 2024). En general, el perfil

socioeconómico de Costa Rica refleja un país que lucha por la equidad social y el desarrollo, aunque persisten desafíos para abordar las desigualdades regionales.

Un elemento central del éxito de Costa Rica es su Servicio Nacional de Salud, que es ampliamente elogiado por brindar atención de alta calidad y asequible. Administrado principalmente a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el sistema brinda cobertura a todos los ciudadanos y residentes legales, desempeñando un papel clave en la impresionante esperanza de vida y los resultados generales de salud del país (Rosero-Bixby & Dow, 2016).

El sistema de salud pública de Costa Rica tiene profundas raíces históricas, que se remontan al siglo XIX y evolucionan significativamente después de la independencia del país en 1821. En respuesta a los desafíos de salud pública, el gobierno comenzó a dar prioridad a la atención de la salud a finales de la década de 1800 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2017). La creación de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941 marcó un punto de inflexión, sentando las bases para la cobertura universal de salud del país. En la década de 1950, el gobierno de Costa Rica había consolidado la salud pública como piedra angular del desarrollo nacional, junto con la educación. En el decenio de 1970, el país alcanzó la cobertura sanitaria universal, ampliando los servicios para garantizar el acceso a la atención primaria incluso en las zonas rurales más remotas (OCDE, 2017).

Hoy en día, el sistema de salud de Costa Rica es considerado uno de los mejores de América Latina, con un fuerte enfoque en la atención preventiva, la salud materno-infantil y el acceso equitativo a los servicios médicos para todos los residentes, independientemente de sus ingresos (CIA, 2024). Este énfasis en la salud pública ha contribuido directamente a la larga esperanza de vida y a la baja tasa de mortalidad infantil del país, lo que lo convierte en un modelo regional de salud y bienestar. La efectividad del sistema de Costa Rica en el equilibrio entre costo y calidad lo ha convertido en un valioso tema de estudio, ofreciendo perspectivas sobre cómo las políticas de salud bien diseñadas pueden mejorar el bienestar nacional y potencialmente servir como un plan para otros países que buscan mejorar sus resultados de salud (VanderZanden et al., 2021).

La investigación emplea una metodología de revisión de la literatura para explorar la efectividad del sistema universal de salud de Costa Rica y su contribución a la alta esperanza de vida y los resultados de salud del país. Esta revisión abarca estudios publicados entre 2000 y 2023 para proporcionar una perspectiva actual sobre la evolución del sistema de salud y su impacto a largo plazo en la salud pública. La revisión incluirá artículos de

revistas revisados por pares, así como informes gubernamentales e internacionales de organizaciones de salud de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud de Costa Rica. También incorporará estudios de caso y análisis comparativos de otros sistemas de salud, particularmente los de América Latina, para resaltar los aspectos únicos del modelo de Costa Rica.

Los criterios de inclusión se enfocarán en documentos que están directamente relacionados con el sistema de salud de Costa Rica, específicamente su modelo de cobertura universal de salud, y su impacto en la esperanza de vida, los resultados de salud y el acceso equitativo a la salud. Solo se considerarán fuentes de revistas académicas de renombre u organizaciones internacionales de salud reconocidas, y se incluirán estudios escritos en inglés o español. Los estudios publicados antes de 2000 sólo se incluirán si proporcionan un contexto histórico esencial para comprender el desarrollo del sistema de salud. Se excluirán los documentos que no sean directamente relevantes para el sistema de salud costarricense o que carezcan de datos suficientes o rigor metodológico para respaldar sus conclusiones.

La revisión de la literatura abordará varias preguntas y objetivos clave con respecto al sistema universal de salud de Costa Rica. Explorará (1) ¿Cómo ha evolucionado el sistema de salud de Costa Rica a lo largo del tiempo?, (2) ¿Cuáles han sido algunas de las reformas históricas y los hitos que han dado forma al marco actual del sistema de salud de Costa Rica?, y (3) ¿Cuál es el nivel de desempeño y las condiciones del sistema de salud de Costa Rica?

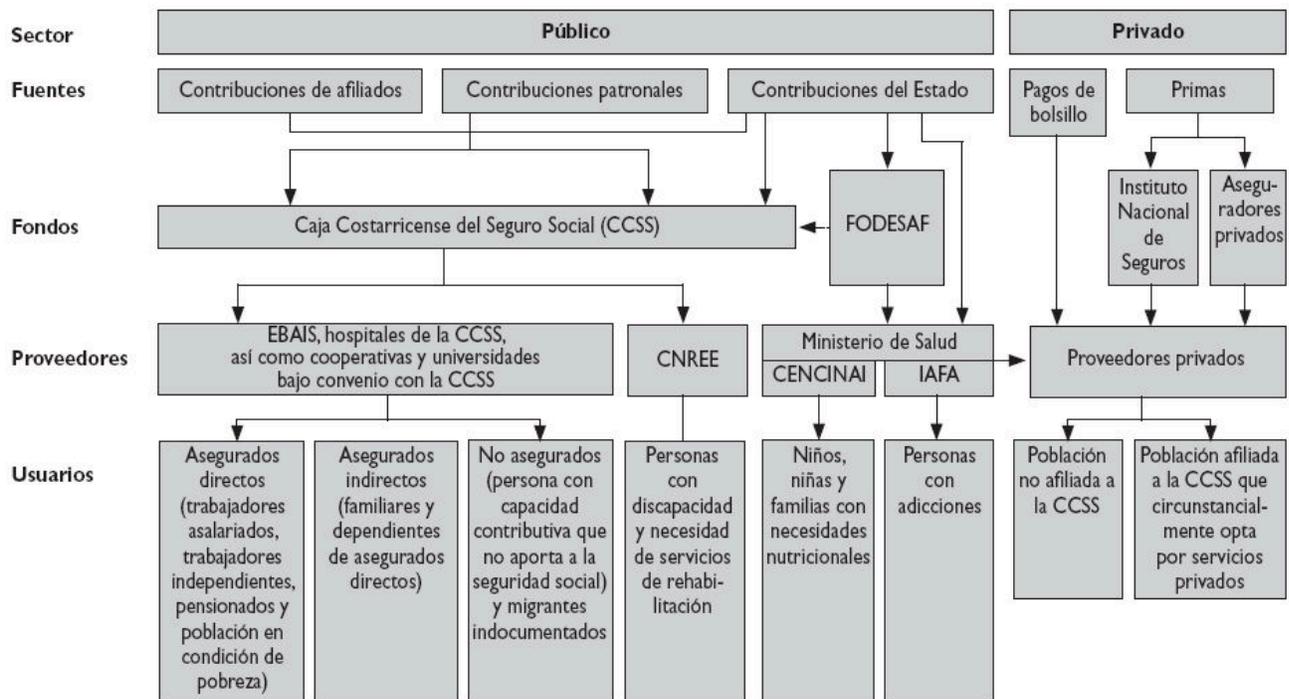
El análisis de las informaciones y datos encontrados en la revisión de la literatura ayudaran a dilucidar los factores que contribuyen al éxito del sistema, como los mecanismos de administración y financiación, al tiempo que se investigarán los problemas a que se enfrenta, incluida la asignación de recursos y los cambios demográficos, y la forma en que se están abordando estos problemas. Además, la revisión evaluará cómo el sistema de salud impacta el bienestar y la felicidad nacionales, considerando su contribución a los altos rankings globales de felicidad de Costa Rica. Finalmente, extraerá lecciones del éxito de Costa Rica en ofrecer atención médica asequible y de alta calidad para hacer recomendaciones para otros países que buscan mejorar sus sistemas de salud.

El Modelo de Organización del Sistema de Salud Costarricense

El sistema de salud costarricense está organizado según el Modelo de Sistema Nacional de Salud que incluye la cobertura universal de los servicios para la población (Figura 1). El sistema de salud es administrado a

través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que brinda servicios de salud a la mayoría de la población. Fundada en 1941, por el presidente Ángel Calderón Guardia (Chen Ku et al., 2023), la CCSS se encarga de financiar y prestar asistencia sanitaria, abarcando una amplia gama de servicios, desde la atención primaria hasta el tratamiento especializado. Opera hospitales, clínicas y centros de salud comunitarios, asegurando que los servicios de salud se presten eficientemente a la población. La CCSS también gestiona contribuciones de trabajadores y empleadores para sostener el financiamiento de la salud, lo cual es crucial para mantener la cobertura universal. Tanto los empleadores como los empleados pagan impuestos a la CCSS, siendo los empleadores los que aportan el 9,25% del salario bruto de los empleados y los empleados el 5,5% de su salario bruto (Health Policy Plus, 2016). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022), la CCSS cubre aproximadamente el 95% de la población, lo que garantiza que la atención médica siga siendo accesible y asequible.

Figura 1. El Modelo de Organización del Sistema de Salud de Costa Rica.



Fuente: Sáenz et al., 2011

La CCSS ha centralizado y mejorado el acceso a los servicios de salud en Costa Rica, proporcionando atención médica gratuita en cualquier hospital público o clínica regional (Chen Ku et al., 2023). Según la Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de Salud (n.d.), Las ampliaciones de la CCSS han seguido mejorando el

acceso de todos los ciudadanos, incluido el acceso a servicios ambulatorios, hospitalizados y especializados en las zonas rurales, a las poblaciones de bajos ingresos, y ampliando la cobertura a los agricultores y trabajadores independientes contratados. Para asegurar que todos los trabajadores puedan recibir atención médica, su sistema está financiado por un impuesto sobre la nómina del 15% y pagos de pensiones de jubilados (The Primary Health Care Performance Initiative [PHCPI], 2022). Además, para reducir las disparidades de acceso entre los hogares de bajos ingresos y los de altos ingresos, los impuestos sobre los bienes de lujo y los productos importados ayudan a cubrir a las poblaciones más pobres (International Citizens Insurance, 2024). Estos fondos son fusionados y gestionados por la administración financiera central de la CCSS.

El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social tienen funciones distintas pero complementarias dentro del sistema de salud de Costa Rica. A diferencia de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el Ministerio de Salud no tiene el papel principal en la dirección y financiación. El Ministerio de Salud es el principal responsable de la lucha contra las enfermedades, la atención primaria de los pobres, la nutrición infantil, la administración de alimentos y medicamentos y el saneamiento ambiental. Se centra en la salud general de la población mediante la implementación de programas de prevención de enfermedades, la gestión de emergencias de salud pública y el cumplimiento de las normas sanitarias (Pan American Health Organization [PAHO], 2022).

El sistema de salud de Costa Rica es una mezcla de sectores público y privado, con el sistema público principalmente administrado por la CCSS. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones y contrata proveedores privados. Mientras que el sistema público ofrece servicios integrales a bajo costo o sin costo, el sector privado lo complementa ofreciendo opciones adicionales para quienes pueden pagarlos. El sector privado ofrece servicios de atención ambulatoria a hospitalización, y estos servicios se financian principalmente de su propio bolsillo, pero se dispone de primas de seguro privado. Esta división entre la atención pública y la privada permite elegir entre los pacientes, donde los individuos pueden optar por la atención médica privada para reducir los tiempos de espera o acceder a servicios específicos no disponibles en el sistema público (International Citizens Insurance, 2024). El sector privado juega un papel crucial, ya que representa alrededor del 25% del gasto sanitario en el país, lo que ayuda a aliviar cierta presión de los equipamientos públicos (Administración de Comercio Internacional, 2024).

A pesar de la coexistencia de los sistemas público y privado, existen disparidades. A menudo se critica al sector público por los largos tiempos de espera y las limitaciones de recursos, en particular para la atención

especializada, mientras que el sector privado, aunque más eficiente, puede resultar prohibitivamente caro para las personas de bajos ingresos (Casabona, n.d.). Esta dinámica crea un sistema de salud dual donde el acceso y la calidad pueden variar significativamente en función del estatus socioeconómico.

Las Reformas del Sistema de Salud de Costa Rica

Costa Rica tiene una larga historia de reformas de salud dirigidas a fortalecer su sistema universal de salud. A lo largo de los años, el país ha implementado diversas reformas para mejorar el acceso, la equidad y la eficiencia de su sistema público de salud. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es la institución central encargada de administrar el sistema de salud pública de Costa Rica, y sus reformas han sido centrales en los esfuerzos continuos del país para fortalecer su modelo universal de salud. El actual proceso de reforma está estrechamente vinculado al modelo de atención primaria de la salud (APS), que ha estado en el centro de la estrategia de salud de Costa Rica desde la década de 1970 (VanderZanden et al., 2021).

El CCSS fue establecido en el 1941. Antes de que se estableciera la CCSS, la atención de salud en Costa Rica era prestada por instituciones privadas, organizaciones benéficas públicas y el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud controlaba indirectamente el sistema de salud en Costa Rica hasta la Ley de Traspaso de Hospitales en 1973, que transfirió todos los recursos financieros, recursos humanos e infraestructura del hospital del Ministerio de Salud a la CCSS, otorgándole autoridad administrativa y financiera a la CCSS (OCDE, 2017). Otra reforma, Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), enfatizó la descentralización de los servicios y el aumento del acceso a la atención primaria de salud, fortaleciendo el papel del Ministerio de Salud como administrador del sistema y la transferencia de los servicios primarios de salud a la CCSS (OCDE, 2017).

La CCSS es responsable de la prestación de atención curativa y preventiva, mientras que el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de establecer políticas y orientación nacional, sin ser un proveedor directo de atención (VanderZanden et al., 2021). En la década de 1990, Costa Rica implementó su modelo de Atención Primaria de Salud (APS), que incorpora la integración de la salud pública con la atención primaria de salud, equipos multidisciplinarios integrados dentro de la comunidad, designación geográfica, aseguramiento de la calidad e integración de la tecnología digital.

En la actualidad, la reforma de la CCSS, que comenzó en la década de 1940, se encuentra en continua evaluación y mejora. En un estudio del *Journal of Health Economics* (2023) se examinan los indicadores de la reforma: Tasa de mortalidad y estructura del sistema. Analizando la intervención costarricense de APS de 1995, en la que la CCSS creó 106 Áreas de Salud - clínicas geográficamente asignadas con equipos multidisciplinarios de salud, los investigadores encontraron que, en los nueve años siguientes a la apertura de un Área de Salud, hubo una reducción del 13% en la tasa de mortalidad en la población asignada a ella. Se encontró que el efecto más fuerte fue entre la población de ancianos y pacientes con enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular (Mora-García et al., 2024). A medida que se abrieron las áreas de salud, más personas aprovecharon la atención primaria y preventiva, reduciendo la cantidad de visitas a las salas de emergencia debido a un mayor acceso. Un indicador del sistema de financiación es el producto interno bruto (PIB). En el 2021, el 5,3% del PIB de Costa Rica fue gasto público en salud y el 25,37% del gasto público total, mientras que el gasto de bolsillo en salud fue del 20,74% del gasto en salud (PAHO, 2022). En comparación, en el 2019, los pagos directos en los países latinoamericanos representaron el 32% del gasto en salud (Rao et al., 2024). Por lo tanto, el sistema de salud de Costa Rica mantiene los costos de los pacientes relativamente bajos, asegurando que más personas puedan acceder y pagar servicios de calidad.

El Proceso de Descentralización de la Gestión de Salud de Costa Rica

La descentralización de la atención de la salud en Costa Rica en la forma de desconcentración ha sido una reforma clave destinada a mejorar la prestación de servicios, mejorar el acceso y aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades locales de salud. Este proceso ha implicado la redistribución de la autoridad y las responsabilidades del nivel nacional a las entidades regionales y hospitalarias (Lee & McKee, 2014). La reforma de Costa Rica en descentralización es diferente de la mayoría de las reformas en América Latina, ya que la privatización no está en la agenda. En cambio, Costa Rica se enfoca en desconcentrar la responsabilidad administrativa mientras mantiene a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como entidad principal. La desconcentración transfiere la responsabilidad del órgano rector central a niveles inferiores dentro de una organización y no a gobiernos locales independientes (Panda y Thakur, 2016).

El sistema de salud de Costa Rica ha sufrido una importante desconcentración, mejorando el acceso y la eficiencia locales. Se han desconcentrado las funciones programáticas, y las áreas locales de salud se han encargado

de implementar programas y servicios de salud adaptados a sus comunidades, utilizando equipos multidisciplinarios para abordar las prioridades regionales de salud (VanderZanden et al., 2021). La desconcentración también se extiende a las funciones de recursos humanos, en las que las áreas de salud locales contratan y despliegan trabajadores sanitarios en función de las necesidades regionales, lo que garantiza una distribución más equitativa del personal (VanderZanden et al., 2021). Las funciones de mantenimiento se han localizado, lo que permite a las instalaciones de salud gestionar su propio mantenimiento, lo que ha mejorado la fiabilidad de la infraestructura. Por último, se ha descentralizado la compra de insumos para que las zonas sanitarias regionales puedan adquirir directamente suministros y equipo médicos, lo que garantiza un acceso más rápido a los recursos necesarios. Estos cambios han ayudado a que el sistema de salud de Costa Rica sea más receptivo y accesible, manteniendo al mismo tiempo los estándares generales de coordinación y calidad establecidos por la CCSS (VanderZanden et al., 2021).

Costa Rica ha implementado una estrategia de desconcentración a nivel regional para mejorar la eficacia de su sistema de salud; sin embargo, la mayoría de las estrategias se utilizan a nivel hospitalario y clínico. A nivel regional, los gobiernos formularon equipos de salud llamados Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) para abordar la necesidad de una mejor atención primaria (Lee & McKee, 2014). Este plan, administrado por el Presidente José Figueres, dictó que todas las funciones médicas en las regiones geográficas estarían integradas por cada equipo. Este modelo se centra en las funciones programáticas, con estos equipos multidisciplinarios que brindan servicios holísticos y preventivos en todas las regiones del país. Como enfoque regional, el equipo de EBAIS supervisa de cerca la salud de la zona (Núñez, 2023).

Además, el presidente Miguel Ángel Rodríguez hizo de la desconcentración una prioridad en su presidencia a partir de 1998 (Lee & McKee, 2014). La desconcentración permitió a los hospitales y clínicas solicitar un estatus legal independiente una vez que firmaron contratos de desempeño y crearon juntas de salud en funcionamiento. Esto permite una mayor independencia en los hospitales, permitiendo a los directores de hospitales crear contratos con terceros, contratar y administrar su propio presupuesto dentro de ciertas limitaciones (Lee & McKee, 2014). La independencia en la gestión mejora la eficiencia, así como los resultados de salud que se adaptan a las necesidades locales sin dejar de estar bajo la CCSS (Lee & McKee, 2014).

La desconcentración ha beneficiado significativamente a los beneficiarios del sistema de salud de Costa Rica al mejorar la accesibilidad, la capacidad de respuesta y la participación de la comunidad en la toma de

decisiones en materia de salud. Con las regiones, así como los hospitales y las clínicas habilitados para administrar los servicios de salud, los ciudadanos experimentan un mejor acceso a intervenciones de salud personalizadas que atiendan sus necesidades específicas (Lee & McKee, 2014). Este enfoque localizado también ha dado lugar a respuestas más rápidas a los problemas de salud pública, permitiendo intervenciones oportunas durante brotes de enfermedades o crisis sanitarias. En general, la desconcentración ha hecho que el sistema de salud esté más en sintonía con las necesidades diversas y cambiantes de las poblaciones costarricenses, lo que ha resultado en mejores resultados de salud y bienestar general (Lee & McKee, 2014).

Dimensión Económica del Sistema de Salud de Costa Rica

El sistema de salud de Costa Rica se financia principalmente a través de una combinación de impuestos, particularmente impuestos de nómina por empleadores y empleados que se pagan a la Caja Costarricense de Seguro Social. El sistema está financiado en gran medida por un impuesto al empleador del 9,25% y un impuesto al empleado del 5,5% y el 0,25% por el gobierno del salario bruto del empleado, así como por los pagos de las pensiones de jubilados (Health Policy Plus, 2016). Además, los impuestos sobre los bienes de lujo, el alcohol, las gaseosas y los productos importados pagan a los hogares de bajos ingresos que no pueden contribuir al sistema. Todos los fondos se fusionan en un solo fondo, que gestiona la rama de administración financiera de la CCSS (PHCPI, 2022).

El gasto público en salud en Costa Rica es relativamente alto en comparación con otros países de la región. Aproximadamente el 77% del gasto total en salud proviene de fuentes públicas, lo que apoya una sólida red de servicios de atención primaria, atención hospitalaria y programas de salud preventiva (Health Policy Plus, 2016). El gasto público en salud representa alrededor del 5,3% del PIB, lo cual es una cifra notable, especialmente en comparación con el promedio del 3,1% en otros países de América Latina y el Caribe (OCED, 2023). La diferencia en estos números muestra el compromiso de Costa Rica de brindar acceso a servicios de calidad a sus ciudadanos (Administración de Comercio Internacional, 2024). Esta inversión es fundamental para asegurar que la mayoría de los costarricenses tengan acceso a la atención médica, independientemente del nivel de ingresos o estatus social. Además, el 31,4% del gasto público en salud del país se destina a la atención primaria, destacando el enfoque del gobierno en la gestión proactiva de la salud y la reducción de la carga de enfermedades crónicas (Rathe et al., 2022).

Evaluación de las Condiciones y el Desempeño del Sistema de Salud Costarricense

Evaluación de las Condiciones del Sistema de Salud: Calidad y Cobertura

La calidad del sistema de salud de Costa Rica es a menudo elogiada por su fuerte énfasis en la cobertura universal, la atención preventiva y los servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, la calidad de los servicios no está exenta de desafíos. Algunos de los indicadores clave utilizados para evaluar la calidad de la atención en Costa Rica incluyen el tratamiento del paciente, la prevención de la iatrogenesis y las lesiones intrahospitalarias. El tratamiento decente de los pacientes es uno de los principios centrales del sistema de salud costarricense, pero no siempre se experimenta de manera uniforme en todo el país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Costa Rica ocupa un lugar alto en términos de satisfacción de los pacientes con los servicios de salud, pero hay notables disparidades entre las zonas urbanas y rurales (OMS, 2022). El índice mundial de satisfacción de los pacientes de Costa Rica muestra un promedio de 73% en 2017 (OCDE, 2017). Un valor ideal para la satisfacción del paciente, como se ve en sistemas de alto rendimiento como España o Canadá, está más cerca del 85-90% en todos los niveles. Sin embargo, en comparación con otros países de América Latina y el Caribe con una satisfacción promedio del 44% en 2020, Costa Rica está dando un buen ejemplo para sus países vecinos (Roper, 2020).

Además, Costa Rica ha logrado avances significativos en la mejora de la calidad y la seguridad, pero los incidentes de condiciones iatrogénicas y lesiones hospitalarias siguen siendo motivo de preocupación. Los errores médicos de iatrogenesis o lesiones intrahospitalarias no son rastreados sistemáticamente por el sistema de información hospitalaria de la CCSS; sin embargo, existe documentación de errores de dispensación del medicamento incorrecto o de la dosis incorrecta. Un estudio de dos días en un hospital encontró 1.179 errores de dispensación del 42% de la droga equivocada y el 30% de la dosis equivocada. Sin embargo, estos conjuntos de datos tienen más de una década de antigüedad y no representan los esfuerzos en evolución para mejorar la calidad de los servicios (OCDE, 2017).

El sistema de salud de Costa Rica es conocido por su cobertura de seguro médico universal, que se administra a través de la CCSS. Sin embargo, el alcance y la accesibilidad del sistema pueden variar, y varios indicadores de cobertura ayudan a evaluar su efectividad, como el número de clínicas según área geográfica y el

porcentaje de población afiliada al seguro de salud. Costa Rica cuenta con una red bien distribuida de centros de salud, con 29 hospitales, 103 regiones sanitarias y 1.094 unidades de atención primaria (EBAIS) en todo el país (OCDE, 2017). En total, la red CCSS proporciona 13,5 millones de consultas al año. En 2021, Costa Rica contaba con aproximadamente 2,77 médicos por cada 1.000 habitantes, cifra elevada en comparación con el promedio latinoamericano de 2,0 por cada 1.000 habitantes (OCDE, 2023). Una estadística de 2017 mostró que el 95% de la población de Costa Rica está cubierta por un seguro de salud, que es una de las tasas de cobertura más altas de América Latina (OCDE, 2017). Esta cifra está por encima del promedio regional de América Latina, que se situó en torno al 60% en 2021 (Mendoza, 2023).

Evaluación de Desempeño del Sistema de Salud: Eficacia, Eficiencia, Técnica y Equidad

La eficiencia en los sistemas de salud se evalúa por la utilización de los recursos (humanos, financieros y materiales) para ofrecer servicios de alta calidad. En Costa Rica, varios indicadores clave miden la eficiencia del sistema, como la productividad laboral y la rentabilidad. En Costa Rica, la productividad laboral en el sector de la salud es relativamente alta, con una duración promedio de consultas médicas de atención primaria de 4,75 minutos (Irving et al., 2017). En comparación con otros países latinoamericanos, Perú tuvo un tiempo promedio de 15-20 minutos, España de 7,8 minutos y Brasil de 6,13 minutos; Costa Rica es más eficiente en productividad laboral. Además, el costo de Costa Rica por paciente hospitalizado es menor en comparación con muchos países de la región, y se sitúa en unos 145 dólares por visita (OMS, 2010). Esto es menor que el promedio de América Central de \$154 por visita, pero no significativamente (OMS, 2010).

La eficiencia técnica se centra en qué tan bien se organiza y utiliza la fuerza laboral de la salud. Costa Rica tiene una proporción relativamente baja de enfermería por médico, con 1 enfermera por médico (OCDE, 2020). Esto es menor que el promedio latinoamericano de 1,4 enfermeras por médico. Aumentar este número podría ser un objetivo para mejorar la atención al paciente, ya que las enfermeras desempeñan un papel crucial en la prestación de atención continua y práctica al paciente, lo que permite a los médicos más tiempo para centrarse en el diagnóstico y la toma de decisiones médicas.

La eficacia de un sistema de salud se mide por lo bien que mejora los resultados de salud de la población. En Costa Rica, varios indicadores clave, como la esperanza de vida y las tasas de mortalidad, ayudan a evaluar esto.

En 1990, la esperanza de vida de Costa Rica era de 75 años, y en 2022, de 80 años (Bala, 2022). Esta cifra es significativamente superior a la esperanza de vida promedio en toda América Latina y el Caribe de 73,75 años en 2022 (O'Neill, 2024). Esto evidencia que la reforma ha tenido efectos positivos en la salud de los costarricenses. Costa Rica ha reducido su tasa de mortalidad evitable (muertes que podrían haberse evitado mediante intervenciones oportunas) a 155,9 muertes por cada 100.000 habitantes, una disminución significativa del 22,1% con respecto a la tasa de 200,1 muertes por cada 100.000 habitantes en 2000 (PAHO, 2022). Esto es significativamente menor que el promedio latinoamericano de 400 a 900 muertes por 100.000 (Mullachery et al., 2021). Esto refleja la efectividad del enfoque de Costa Rica en la atención preventiva, particularmente en las áreas de salud materno infantil.

La equidad en el cuidado de la salud se refiere a la distribución justa de los servicios y resultados de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos y demográficos. El acceso a los servicios de salud en Costa Rica es generalmente equitativo, sin tarifas directas de bolsillo por los servicios cubiertos por la CCSS. En comparación, un promedio del 32,4% del gasto en salud se paga de su bolsillo en otros países de América Latina y el Caribe (OCDE, 2017). Sin embargo, las tasas de utilización de los servicios muestran que el acceso en las zonas rurales y desatendidas está aumentando debido a los EBAIS, con un 65% de las personas que tuvieron acceso a los servicios de salud en 1995 a un 79% en el 2000 (OCDE, 2017). Desde entonces, este número sólo ha aumentado con la expansión de los EBAIS.

El sistema de salud en Costa Rica ha logrado avances significativos en términos de cobertura, calidad y eficiencia, con resultados positivos en salud como una alta esperanza de vida y una baja mortalidad evitable. Sin embargo, sigue habiendo dificultades para mejorar la eficiencia del sistema a fin de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. Al examinar estos indicadores clave, Costa Rica puede identificar áreas para mejorar continuamente, cómo reducir las disparidades en el acceso y los resultados y optimizar aún más la eficiencia de la prestación de atención médica para satisfacer las necesidades de una población que envejece.

Análisis

El sistema de salud costarricense, administrado principalmente por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es un sistema universal que ofrece servicios integrales a la mayoría de la población. Fundada en 1941, la CCSS financia y presta atención médica a través de una red de hospitales, clínicas y centros de salud comunitarios,

que ofrecen cobertura a todos los ciudadanos (OMS, 2010). El sistema se financia a través de impuestos sobre la nómina, con empleados y empleadores contribuyendo con un porcentaje de los salarios. La CCSS garantiza el acceso a un amplio espectro de servicios, incluyendo la atención primaria, especializada y preventiva, con énfasis en las poblaciones rurales y de bajos ingresos. El Ministerio de Salud desempeña un papel complementario, centrándose en iniciativas de salud pública como el control de enfermedades, la nutrición y el saneamiento ambiental, pero no gestiona la prestación directa de atención (OCDE, 2017).

Las reformas de salud han sido centrales en los esfuerzos de Costa Rica para fortalecer su sistema universal de salud, con un enfoque significativo en la atención primaria de salud (APS) desde la década de 1970. La introducción de las áreas de salud en el decenio de 1990, que acercó la atención primaria a las comunidades, dio lugar a mejoras significativas en los resultados de salud, en particular para las personas de edad y las personas con enfermedades no transmisibles (Mora-García et al., 2024). Estas reformas, junto con un modelo de financiamiento sostenible, han contribuido al gasto directo relativamente bajo de Costa Rica en salud, que se mantiene por debajo del promedio regional de América Latina (OPS, 2022).

El sistema de salud de Costa Rica funciona bien en términos de cobertura, calidad y eficiencia, pero hay áreas que requieren mejoras adicionales. El sistema es muy apreciado por su seguro de salud universal, que cubre alrededor del 95% de la población, una de las tasas más altas de América Latina (OCDE, 2017). La red de centros de salud, que incluye 29 hospitales y más de 1.000 unidades de atención primaria, está bien distribuida en todo el país, lo que garantiza una amplia accesibilidad. Costa Rica también tiene un número relativamente alto de profesionales de la salud, con 2,77 médicos por cada 1.000 habitantes, cifra mayor que el promedio de América Latina y el Caribe (OCDE, 2020). Los resultados en materia de salud son sólidos, ya que la esperanza de vida aumentó de 75 años en 1990 a 80 años en 2022 (Bala, 2022), y una reducción significativa de las tasas de mortalidad evitables. Estos éxitos reflejan el enfoque del país en la atención primaria, la prevención y la equidad en salud, como se observa en la expansión de los servicios de atención primaria como el EBAIS, que ha mejorado el acceso, especialmente en las zonas rurales (OCDE, 2017).

Sin embargo, persisten desafíos, especialmente para garantizar una calidad constante en los entornos de atención médica. Si bien la satisfacción de los pacientes es generalmente alta, ya que el 73% de los pacientes expresaron satisfacción en 2017 (OCDE, 2017), esta cifra sigue estando por debajo del objetivo de 85-90%

observado en los países de mayor rendimiento. Además, existen preocupaciones sobre las condiciones iatrogénicas y los errores hospitalarios, aunque los esfuerzos para mejorar la seguridad y la calidad están en curso. El sistema también se enfrenta a desafíos de eficiencia, como una baja proporción de enfermeros a médicos (1:1), que podría afectar la atención al paciente (OCDE, 2020). Además, si bien el sistema es rentable en muchas esferas, como el costo por día de cama de paciente hospitalizado inferior al de muchos países de América Latina (OMS, 2010), la sostenibilidad del sistema requerirá mejoras continuas en la eficiencia y la utilización de los recursos, en particular para atender las necesidades crecientes de una población que envejece.

Conclusión y Recomendaciones

En conclusión, el sistema de salud de Costa Rica juega un papel fundamental en los altos rankings de felicidad y bienestar general del país, impulsado por su cobertura universal de salud, énfasis en la atención preventiva y acceso equitativo a los servicios. La Caja Costarricense de Seguro Social ha ampliado con éxito el acceso a la salud, asegurando que casi todos los ciudadanos reciban atención esencial, incluso en zonas rurales remotas. El enfoque del sistema en la atención primaria de la salud y la salud pública ha dado lugar a resultados sanitarios impresionantes, como la elevada esperanza de vida y las bajas tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, persisten desafíos, particularmente en las áreas de eficiencia de la atención médica, calidad de los servicios y satisfacción del paciente.

Entre las mejoras clave podrían figurar la reducción de los tiempos de espera de los servicios de salud pública, el tratamiento de la proporción enfermera-médico y el aumento del registro sistemático de la información hospitalaria por parte de la CCSS. La creación de más clínicas y hospitales podría mejorar la eficiencia del sector de la salud pública, reduciendo los tiempos de espera para que los pacientes se sometan a procedimientos y aumentando el acceso a los servicios. Además, la baja dotación de personal de enfermería podría ser abordada por la CCSS, proporcionando incentivos para que más ciudadanos acudan a la enfermería para aumentar la proporción de enfermeros a médicos. Finalmente, el registro sistemático de iatrogenesis y lesiones hospitalarias podría ayudar a los administradores a identificar áreas para reducir el riesgo.

La investigación futura sobre el sistema de salud de Costa Rica podría responder a las preguntas (1) ¿Cómo puede el registro sistemático de iatrogenesis y lesiones hospitalarias mejorar aún más la calidad de los servicios de

salud?, (2) ¿Cómo han utilizado los sistemas de salud de ALC los incentivos para mejorar el personal de salud?, y (3) ¿Cómo han mejorado los sistemas de salud la eficiencia de los servicios de salud manteniendo la calidad? El sistema de salud de Costa Rica proporciona lecciones valiosas para otras naciones, especialmente ALC, con el objetivo de equilibrar la atención médica de calidad con la cobertura universal. Al continuar adaptando su sistema a las necesidades emergentes, Costa Rica puede mantener su posición como líder regional en salud y bienestar, ofreciendo un modelo a seguir para otros países del mundo.

Lista de Referencias

Administración de Comercio Internacional. (2024). *Costa Rica - Country Commercial Guide*.

<https://www.trade.gov/country-commercial-guides/costa-rica-healthcare-sector#:~:text=However%2C%20as%20is%20the%20case,the%20country's%20total%20health%20expenditure>

Bala, A. (2022, March 9). *Costa Rica Prioritizes Public Health*. International Monetary Fund.

<https://www.imf.org/en/News/Articles/2022/03/09/cf-costa-rica-prioritizes-public-health>

Banco Mundial. (2024, April 3). *The World Bank in Costa Rica*.

<https://www.worldbank.org/en/country/costarica/overview>

Casabona, E. (n.d.). *Health Insurance and Healthcare in Costa Rica Explained*. InterNations.

<https://www.internations.org/costa-rica-expats/guide/healthcare#:~:text=How%20much%20is%20health%20insurance,more%20expensive%20than%20the%20INS>.

Central Intelligence Agency. (2024, November 12). *Explore All Countries - Costa Rica*. The World Factbook.

<https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/costa-rica/>

Chen Ku, C. H., Muacevic, A. & Adler, J.R. (2023). The Health System in Costa Rica: Focus on the Management of

Diabetes Mellitus. *Cureus*, 15(6), <https://doi.org/10.7759/cureus.40084>

Happy Planet Index. (2021). *The Happy Planet Index*. <https://happyplanetindex.org/hpi/>

Health Policy Plus. (2016, October). *Costa Rica*. Financing Family Planning.

[http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2109_HPSFIBriefCostaRicaEnglish.pdf#:~:text=In%20Costa%20Rica%2C%2077%20percent%20of%20total,employer%20\(9.25%\)%2C%20employee%20\(5.5%\)%2C%20and%20government%20\(0.25%\)](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/2068-2109_HPSFIBriefCostaRicaEnglish.pdf#:~:text=In%20Costa%20Rica%2C%2077%20percent%20of%20total,employer%20(9.25%)%2C%20employee%20(5.5%)%2C%20and%20government%20(0.25%)).

International Citizens Insurance. (2024). *Understanding the Costa Rican Healthcare System*.

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/costa-rica.php>

- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Lee, T. & McKee, D. (2014). An empirical evaluation of devolving administrative control to Costa Rican hospital and clinic directors. *Yale University - Department of Economics*, <https://dougmckee.net/140522-Costa%20Rica%20paper-revised.pdf>
- Mendoza, J. (2023, November 1). *Share of Population without a medical insurance in Latin America from 2011 to 2021*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1419103/share-of-population-without-medical-insurance-in-latin-america/>
- Mora-García, C. A., Pesec, M. & Prado, A. M. (2024). The effect of primary healthcare on mortality: Evidence from Costa Rica. *Journal of Health Economics*, 93, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102833>.
- Mullachery, P. H., Rodriguez, D. A., Miranda, J. J., López-Olmedo, N., Martinez-Folgar, K., Barreto, M. L., Diez Roux, A. V. & Bilal, U. (2021). Mortality amenable to healthcare in Latin American cities: A cross-sectional study examining between-country variation in amenable mortality and the role of urban metrics. *International Journal of Epidemiology*, 51(1). <https://doi.org/10.1093/ije/dyab137>
- Nuñez, P. S. (2023). EBAIS clinics provide holistic preventative, curative, and public health services to communities across the country. *NYU Center on International Cooperation*, <https://www.sdg16.plus/policies/ebais-clinics-provide-holistic-preventative-curative-and-public-health-services-to-communities-across-the-country/#:~:text=Costa%20Rica's%20EBAIS%20>
- La Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *WHO-CHOICE estimates of cost for inpatient and outpatient health service delivery*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/who-choice-estimates-of-cost-for-inpatient-and-outpatient-health-service-delivery.pdf?sfvrsn=b814d37e_1
- OMS. (2022). *Costa Rica*, <https://data.who.int/countries/188>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2017). *OECD Reviews of Health Systems Costa Rica 2017*. OECDiLibrary.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-costa-rica-2017/historical-development-of-the-costa-rican-health-care-system_9789264281653-8-en#:~:text=The%20CSS%20was%20created%20in,a%20new%20one%20in%201949

OCDE. (2020). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*. OECDiLibrary.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020_b209ca26-en

OCDE. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. OECDiLibrary.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_eb65679e-en#:~:text=An%20average%20of%202.0%20physicians,at%20or%20above%20the%20figure

O'Neill, A. (2024, November 4). *Latin America & Caribbean: Life expectancy at birth from 2011 to 2022*. Statista.

<https://www.statista.com/statistics/699073/life-expectancy-at-birth-in-latin-america-and-caribbean/>

Pan American Health Organization. (2022). *Costa Rica - Country Profile*,

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

Panda, B. & Thakur, H. P. (2016). Decentralization and healthy system performance - a focused review of dimensions, difficulties, and derivatives in India. *Local self-governance in health: discourses and evidences from Odisha, India*, 16(6).

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1784-9#:~:text=The%20two%20key%20elements%20of,;%20however%20thinly%20%5B24%5D>.

Parker, F. D. & Karnes, T. L. (2024, November 17). *Costa Rica*. Britannica.

<https://www.britannica.com/place/Costa-Rica>

The Primary Health Care Performance Initiative [PHCPI]. (2022). *Costa Rica: Pursuing Universal Health Coverage*. <https://www.improvingphc.org/costa-rica-access>

- Rao, K. D., Robertson, T., Vecino-Ortiz, A. I., Noonan, C. M., Hernandez, A. L., Mora-Garcia, C. A., Prado, A. M., Machado, C. J., Vega-Landaeta, A., Palacio-Martínez, N., Flóres, Y. N., Samuels, T. A., Metivier, C., Laptiste, C., Foucade, A. L., Beharry, V. & Maceira, D. (2024). Future health expenditures and its determinants in Latin America and the Caribbean: A multi-country projection study. *The Lancet Regional Health*, 0(0).
[https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(24\)00108-X/fulltext#:~:text=As%20of%202019%2C%20out%2Dof,countries%20in%20the%20same%20year](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(24)00108-X/fulltext#:~:text=As%20of%202019%2C%20out%2Dof,countries%20in%20the%20same%20year)
- Rathe, M., Hernández-Peña, P., Pescetto, C., Van Mosseveld, C., dos Santos, M. A. & Rivas, L. (2022). Primary health care expenditure in the Americas: Measuring what matters. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(70). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.70>
- Roper, W. (2020, April 22). *Low Confidence in Latin American Healthcare, Government*. Statista.
<https://www.statista.com/chart/21474/low-confidence-in-healthcare-government-latam/#:~:text=Overall%2C%20according%20to%20a%20global,could%20make%20containment%20nearly%20impossible.&text=This%20chart%20shows%20the%20percentage,with%20their%20healthcare%20and%20government>
- Rosero-Bixby, L. & Dow, W. H. (2016). Exploring why Costa Rica outperforms the United States in life expectancy: A tale of two inequality gradients. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(5), 1130-1136.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1521917112>
- Sáenz, M., Acosta, M. A., Muiser, J. M. & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de Salud de Costa Rica. *Atlas de Los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe*, 53(2),
<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5037/10030>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (2017). *Abolition of the Army in Costa Rica*.
<https://www.unesco.org/en/memory-world/abolition-army-costa-rica#:~:text=In%202011%20October%201949%2C%20Costa,Republic%20Founding%20Board%27s%20documentary%20collection>

VanderZanden, A., Peces, M., Abrams, M. K., Bitton, A., Kennedy, A., Ratcliffe, H., Zephyrin, L. C. & Schwarz, D. (2021). What does Community-Oriented Primary Health Care Look Like? Lessons from Costa Rica. *The Commonwealth Fund*. Retrieved January 12, 2020, from <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2021/mar/community-oriented-primary-care-lessons-costa-rica>