



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA MÉDICA
Dirección Compra de Servicios de Salud
Octubre 2025

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DESDE LAS VOCES LOCALES



EQUIPO DE TRABAJO

Director:

Dr. Fabián Carballo Ortiz

Grupo Ejecutor:

Dr. Alexander Barrantes Arroyo
Dra. Andrea Marín Madrigal
MSc. Elizabeth Rodríguez Jiménez
Dr. German Núñez Vanegas
MSc. Greivin Enrique Juárez Quesada
Dr. Gustavo Madrigal Loría
Lic. Juan Esteban Calderón Rojas
Dra. Lucía Quirós Ramírez
Dra. Marianella Víquez Garro
Dr. Marlon Lizano Muñoz
Dra. Neyshmi Vega Medrano
Dr. Paúl Ernesto Araya Vega

Grupo de Apoyo Administrativo:

Licda. Aura Bautista Argueta
Sec. Cindy Cordero Araya
Sec. Evelyn María Pessoa Fernández
Sec. Laura Mercedes Rodríguez Corrales
Licda. Sau Lin Garza Cerdas

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
RESULTADOS	7
A. <i>Temática: Población Atendida.....</i>	8
B. <i>Temática: Salud materno-infantil.....</i>	11
C. <i>Temática: Salud bucodental.....</i>	12
D. <i>Temática: Salud de la niñez y adolescencia.....</i>	13
E. <i>Temática: Obesidad y Síndrome Metabólico.....</i>	14
F. <i>Temática: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).....</i>	16
G. <i>Temática: Hipertensión Arterial (HTA).....</i>	17
H. <i>Temática: Cáncer Cervicouterino.....</i>	18
I. <i>Temática: Cáncer de Mama.....</i>	20
J. <i>Temática: Eficiencia Productiva:</i>	20
CONCLUSIONES FINALES.....	23
ANEXO 1 AGRUPAMIENTO DE ÁREAS DE SALUD POR TALLER DE EPSS, 2024	24

Introducción

En marzo de 2025, la Dirección Compra de Servicios de Salud desarrolló 24 talleres participativos con representantes de prácticamente todas las áreas de salud del país, con el objetivo de validar los resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud (EPSS) del primer nivel de atención (PNA) y analizar colectivamente los determinantes con mayor influencia. Este proceso permitió identificar tanto estrategias como limitaciones estructurales y operativas que afectan el desempeño de los servicios de salud.

Para facilitar el análisis y promover el intercambio de estrategias entre áreas con características similares, se aplicó una metodología de agrupamiento que permitió reunir a áreas de salud que compartieran determinantes relevantes en la prestación de servicios. El método utilizado se basó en un análisis estadístico de variables predictoras de los resultados, ordenadas según su poder explicativo. Posteriormente, se construyó un árbol de decisiones para conformar grupos de hasta siete áreas de salud, asegurando una composición homogénea y manejable para el análisis conjunto.

Las cinco variables seleccionadas para el agrupamiento, en orden de importancia explicativa, fueron:

- Tamaño de la población adscrita.
- Población promedio por ebáis conformado.
- Porcentaje de población urbana.
- Índice de desarrollo social.
- Número de ebáis.

El detalle del agrupamiento por área de salud se presenta en el Anexo 1.

Cada taller inició con la exposición de los resultados 2024, a cargo de las personas responsables de cada intervención en salud evaluada. Posteriormente, una de ellas asumió la coordinación del conversatorio, guiando la discusión mediante preguntas generadoras como:

- ¿Cuáles creen que son los factores que más influyen en estos resultados?
- ¿Qué dificultades han identificado para acercarse a las metas institucionales?
- ¿Desde su experiencia, qué determinantes considera más relevantes en el desempeño del área?

Se promovieron espacios equitativos de participación, promoviendo el diálogo abierto y respetuoso entre los asistentes. De las 105 áreas de salud existentes, participaron 104, con una representación promedio de tres personas por área: la dirección médica, el enlace de evaluación (frecuentemente quien coordina los ebáis) y otro miembro del equipo de apoyo, seleccionado por cada área de salud.

La recolección de datos cualitativos se realizó mediante un formulario en Microsoft Forms, donde los evaluadores registraron las menciones realizadas por los participantes, organizadas por área de salud y temática de evaluación, garantizando el anonimato de las personas. Cada evaluador recopiló información únicamente sobre su temática asignada. Además, las sesiones fueron grabadas para permitir la revisión posterior y asegurar la captura completa de los aportes.

Los datos recopilados fueron sistematizados por área de salud, red de atención y temática de evaluación. Posteriormente, se realizó un análisis temático transversal, identificando temas emergentes y agrupándolos según su dimensión (por ejemplo: acceso, recurso humano, infraestructura, entre otros), aplicando una codificación temática exhaustiva que permitió profundizar en los determinantes señalados por los gestores.

En casos donde un mismo factor podía clasificarse en más de un tema emergente, como la rotación de personal o la saturación de agendas, presentes tanto en disponibilidad de recursos como en gestión clínica, se aplicaron criterios de codificación según el contexto del relato o se utilizó codificación doble para conservar la riqueza del aporte.

La identificación de determinantes fue enriquecida con los aportes de los equipos gestores de las Direcciones de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (DRIPSS), quienes participaron en siete talleres realizados en setiembre de 2025, en los que también se discutieron los resultados del PNA.

En conjunto, este informe presenta los determinantes identificados desde la experiencia de los equipos locales, con el fin de contribuir al análisis institucional de los resultados del primer nivel de atención. Estos hallazgos buscan facilitar la identificación de estrategias exitosas que puedan ser replicadas o adaptadas a distintos contextos, así como visibilizar las barreras que limitan la mejora continua, promoviendo acciones conjuntas para su abordaje y superación.

Resultados

El análisis cualitativo reveló una serie de temas emergentes transversales que afectan los resultados del primer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), según la perspectiva de los participantes, con variaciones en intensidad según el contexto de las redes de atención, las características poblacionales y el nivel organizativo:

1. Acceso geográfico y de transporte: Dificultades para acceder a servicios por ubicación remota, dispersión poblacional o infraestructura vial deficiente.

- Dispersión rural y fronteriza.
- Red vial limitada o en mal estado.
- Transporte público insuficiente.
- Población migrante o flotante.

2. Acceso por disponibilidad de recursos: Limitaciones en la oferta de servicios por falta de personal, insumos, equipos o cupos.

- Saturación de agendas médicas y odontológicas.
- Déficit de profesionales en nutrición, psicología, enfermería obstétrica y medicina familiar.
- Equipos obsoletos o con mantenimiento deficiente.
- Insuficiencia de insumos para tamizajes, pruebas de laboratorio y tratamientos.

3. Acceso efectivo al sistema: Barreras relacionadas con el aseguramiento, adscripción y capacidad de pago.

- Población no asegurada por informalidad laboral o migración.
- Dificultades para adscripción formal.
- Preferencia por consulta privada ante demoras en la atención.

4. Coordinación operativa y gestión clínica: Problemas en la articulación entre servicios, seguimiento de casos y continuidad de la atención.

- Rotación frecuente de personal.
- Falta de protocolos estandarizados.
- Deficiente seguimiento de resultados y controles.
- Escasa articulación entre servicios.

5. Barreras culturales y sociales: Factores culturales que afectan la búsqueda de atención, la adherencia al tratamiento o la relación con el personal de salud.

- Preferencia por atención médica femenina (específica en salud sexual y reproductiva).
- Creencias tradicionales y estigmas.
- Barreras lingüísticas en población indígena.
- Desconfianza hacia el sistema público.

6. Estrategias de captación y promoción: Acciones locales para mejorar cobertura, sensibilización y educación en salud.

- Campañas comunitarias y escolares.
- Actividades educativas sobre autocuidado, prevención y estilos de vida saludables.

- Uso de horarios alternativos (vespertinos, fines de semana).
- Coordinación con líderes comunitarios, escuelas y municipalidades.

7. Condiciones sociodemográficas: Características de la población que condicionan la demanda y la respuesta institucional.

- Envejecimiento poblacional.
- Alta proporción de población indígena, migrante o con bajo nivel educativo.
- Población infantil y adolescente con necesidades específicas.
- Población en situación de vulnerabilidad social.

8. Limitaciones en la capacidad operativa:

- Uso de tiempos extraordinarios
- Problemas de conectividad
- Subregistro
- Saturación de agendas
- Dependencia de laboratorios
- Restricciones de agendamiento

Para presentar con mayor claridad los determinantes identificados, estos se abordan a continuación según las temáticas de evaluación del primer nivel de atención, y conforme a los temas emergentes previamente sistematizados, incorporando las particularidades observadas por red de atención.

A. Temática: Población Atendida

- Acceso geográfico y de transporte

La dispersión poblacional y las limitaciones en transporte constituyen una de las barreras más persistentes para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. Estas dificultades se acentúan en zonas rurales, fronterizas e indígenas, donde convergen factores como pobreza, deficiencias en la infraestructura vial, ausencia de transporte público regular y altos costos de traslado, lo que incrementa la inequidad en el acceso y utilización de los servicios.

En la región Brunca, por ejemplo, el deterioro económico ha reducido la capacidad de la población para trasladarse, generando un ausentismo aproximado del 10%. A pesar de la incorporación de nuevos ebáis, persisten dificultades de acceso en zonas fronterizas como Punta Burica, donde la captación es limitada y algunos pacientes optan por recibir atención privada en Panamá. La red Chorotega, enfrenta múltiples desafíos derivados de la dispersión geográfica y la precariedad del transporte público, en cantones como Tilarán existen comunidades con zonas sin transporte público y caminos en mal estado que dificultan el acceso físico. En las redes Huetar Atlántica y Huetar Norte, la falta de conectividad en puestos de visita periódica y la necesidad de cruzar ríos para llegar a los centros de salud agravan la situación, especialmente en temporada de lluvias.

- Acceso por disponibilidad de recursos

La disponibilidad de recursos humanos y físicos presenta desafíos importantes en varias redes de servicios de salud. En muchos casos, la capacidad instalada no logra responder adecuadamente al crecimiento sostenido de la demanda, lo que se traduce en presión sobre los servicios, utilización de los

servicios de emergencias como vía alternativa de atención y dificultades para garantizar la continuidad del cuidado.

En la red Brunca, se ha observado una alta rotación de personal médico y limitaciones en la disponibilidad de sustitutos, lo que ha generado impactos operativos y ha dificultado la continuidad en la atención. En la red Central Norte, el número de ebáis en zonas urbanas densamente pobladas ha contribuido a la saturación de los servicios. Si bien la implementación de jornadas vespertinas ha permitido mitigar parcialmente esta situación, la capacidad instalada aún no logra cubrir la demanda creciente.

En la red Central Sur, existe alta demanda, lo que restringe la disponibilidad de cupos. En áreas como Cartago y El Guarco, se presentan dificultades con el agendamiento de citas a través de la plataforma web, lo cual limita la captación de usuarios y conduce a un mayor uso de los servicios de emergencia. Las redes Chorotega y Pacífico Central enfrentan retos similares, siendo necesario fortalecer la infraestructura y ampliar la oferta de servicios para responder adecuadamente a las necesidades de la población.

En la red Brunca, específicamente en Pérez Zeledón, a pesar de la incorporación de cinco nuevos equipos y la apertura de jornadas vespertinas, se ha generado una mayor demanda sobre los laboratorios y servicios de apoyo, cuya capacidad también requiere fortalecimiento. En la red Huetar Atlántica, se ha detectado alta demanda de los servicios de consulta externa y en este contexto, se hace necesario la continuidad de estrategias orientadas al fortalecimiento del primer nivel, con énfasis en la expansión de los ebáis y el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios de apoyo, con el fin de cerrar la brecha entre la demanda y la capacidad instalada.

- Acceso efectivo al sistema

La exclusión de grupos no asegurados persiste como una de las principales barreras estructurales para el acceso al sistema de salud. Esta situación se observa de manera marcada en las zonas fronterizas de la red Brunca y Pacífico Central, donde se identifican personas que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento ni acceso a control médico.

En la red Central Sur, esta situación se repite, limitando la posibilidad de atención en el primer nivel. Además del aseguramiento, existen otras condiciones que dificultan el acceso efectivo incluso para quienes cuentan con cobertura. En La Carpía - León XIII, muchas personas trabajadoras con seguro no asisten a consulta porque sus horarios laborales coinciden con los de atención médica, mientras que la población indocumentada permanece al margen del sistema. De manera similar, en Moravia, a pesar de contar con un índice de desarrollo social medio - alto, el factor de preferencia por parte del usuario hace que gran parte de la población acuda a medicina privada, lo que reduce la captación en el sector público. Por otra parte, en algunas regiones, pacientes crónicos optan por llevar su control en medicina de empresa, lo que impide su captación dentro del primer nivel de atención.

- Coordinación operativa y gestión clínica

La coordinación entre servicios, la gestión eficiente de citas y la articulación entre los diferentes niveles de atención son fundamentales para garantizar la continuidad y la calidad de los servicios de salud. Aunque algunas redes han logrado avances relevantes mediante la innovación y el fortalecimiento organizativo, persisten desigualdades asociadas a limitaciones tecnológicas, estructurales y de recurso humano que comprometen la equidad y la sostenibilidad. En la red Central Norte, la implementación del Plan de Conectividad ha representado un progreso notable al optimizar la gestión de citas y el seguimiento de pacientes, mejorando la coordinación entre unidades y facilitando la accesibilidad.

De manera complementaria, en Alajuela Oeste se ha fortalecido la eficiencia del servicio gracias al monitoreo constante de agendas y a la continuidad en la atención de pacientes crónicos. En contraste, en la red Huetar Atlántica, la falta de conectividad en los puestos de visita periódica limita la articulación operativa. No obstante, en esta misma región, Cariari destaca por su enfoque en el trabajo en equipo y la mejora continua de procesos, lo que se ha consolidado como un factor indispensable para sostener resultados y garantizar estabilidad en el tiempo. Por otra parte, en la red Pacífico Central, en áreas como Barranca y Esparza, enfrentan la ausencia de médicos sustitutos, situación que ha obligado en ocasiones al cierre de consultas y ha interrumpido la continuidad del cuidado, particularmente en los programas de control y seguimiento.

- *Barreras culturales y sociales*

Los factores culturales y sociales representan un determinante esencial en el acceso y la adherencia a los servicios de salud, condicionando la búsqueda de atención y la continuidad en los programas. En la red Brunca, particularmente en zonas fronterizas, se observa una preferencia por servicios privados en Panamá, lo que limita la captación institucional y el seguimiento dentro del sistema. En la red Chorotega, la idiosincrasia de la población condiciona la percepción de necesidad de atención, afectando la adherencia a los servicios del primer nivel de atención.

- *Estrategias de captación y promoción*

Las redes de servicios de salud han implementado diversas estrategias para ampliar la cobertura y facilitar el acceso, combinando la extensión de horarios con actividades comunitarias y de promoción. Estas iniciativas han acercado los servicios a la población, aunque aún enfrentan desafíos relacionados con el ausentismo y la baja participación en comunidades vulnerables. En las redes Central Norte y Pacífico Central, se han habilitado consultas vespertinas y se han desarrollado ferias de salud, giras médicas y campañas educativas, lo que ha permitido diversificar la oferta y mejorar la accesibilidad. En la red Central Sur, destacan experiencias locales como las de Goicoechea 1 y 2, San Juan–San Diego–Concepción y Hatillo, donde la apertura de consultas vespertinas ha incrementado la cobertura y facilitado la atención de adultos mayores y pacientes crónicos. De manera similar, en Oreamuno–Pacayas–Tierra Blanca, la consulta vespertina contribuyó a captar pacientes de distintos subprogramas y mejorar indicadores, aunque a costa de una alta carga de trabajo para el personal de salud.

- *Condiciones sociodemográficas*

Las características sociodemográficas de la población condicionan la demanda de servicios y la capacidad de respuesta institucional, generando retos diferenciados según regiones del país. En las redes Brunca y Chorotega, la presencia de población migrante, indígena y fronteriza representa un desafío para la planificación y continuidad de atención. Un ejemplo de ello es Corredores, donde hasta un 40% de las consultas corresponden a primeras atenciones en la vida; mientras parte de la población acude a servicios en Panamá o en medicina empresarial, lo que dificulta su captación en el sistema público.

En la red Central Norte, los contrastes socioeconómicos generan realidades opuestas: mientras que en zonas de mayor poder adquisitivo existe una marcada preferencia por servicios privados, en otras comunidades con alta movilidad laboral la asistencia regular a los ebáis se ve limitada. En otras áreas, las características demográficas han favorecido o condicionado la cobertura, por ejemplo, en Tibás, la alta proporción de personas adultas mayores ha facilitado su captación y seguimiento, mientras que, en San Pablo, la reducción de la población infantil y el predominio de personas laboralmente activas dificultan la atención oportuna. En la red Central Sur, la pobreza y la migración laboral representan

barreras importantes para la atención continua y la inclusión efectiva en los programas de control. En las redes Huetar Atlántica y Huetar Norte, la migración laboral asociada a la actividad agrícola, junto con el tránsito migratorio irregular y la presencia de población flotante, complican el seguimiento clínico y la adherencia a los tratamientos. De manera similar, en la red Pacífico Central, la población migrante y no asegurada enfrenta dificultades de acceso y limitaciones en la continuidad de la atención.

B. Temática: Salud materno-infantil

- Acceso geográfico y de transporte

Las dificultades de acceso por ubicación remota y dispersión poblacional son recurrentes en varias redes. En la red Brunca, áreas como Golfito y Corredores enfrentan problemas por transporte disperso y condiciones climáticas que dificultan el traslado a los ebáis, especialmente en zonas fronterizas como Punta Burica. En la red Chorotega, Nicoya, Santa Cruz, La Cruz y Tilarán reportan alta dispersión geográfica y necesidad de atención en puestos de visita periódica. En Huetar Atlántica, Matina, Talamanca y Valle La Estrella destacan la dificultad de acceso por población indígena, falta de transporte y conectividad. En la red Central Norte, San Ramón y Zarcero enfrentan limitaciones por falta de conectividad y disminución de visitas domiciliarias. En la red Huetar Norte, Santa Rosa y Guatuso enfrentan problemas similares, agravados por la migración y la falta de transporte. En el Pacífico Central, Paquera y Cóbano reportan dificultades de traslado y aseguramiento, especialmente en poblaciones migrantes.

- Acceso por disponibilidad de recursos

La falta de personal, insumos y cupos limita la oferta de servicios en múltiples áreas. En la red Central Norte, Palmares, Grecia y Poás reportan listas de espera prolongadas en laboratorio clínico y saturación por boletas hospitalarias. En la red Brunca, Pérez Zeledón señala que la capacidad instalada deficitaria ha contribuido a casos graves como mortalidad infantil por sífilis congénita. En la red Central Sur, áreas como Cartago, Curridabat y El Guarco enfrentan agendas saturadas y déficit de ebáis. En la red Chorotega, Santa Cruz y La Cruz destacan la alta demanda con escasa capacidad instalada, agravada por falta de médicos capacitados. En la red Huetar Atlántica, Guápiles y Matina tienen laboratorios insuficientes y problemas de registro. En la red Huetar Norte, Aguas Zarcas y Guatuso deben recurrir a tiempos extraordinarios para cubrir necesidades básicas.

- Acceso efectivo al sistema

Las barreras relacionadas con aseguramiento y adscripción afectan la atención oportuna. En la red Central Sur, Goicoechea 1 y Moravia mencionan que muchas usuarias solo acuden para trámites de licencia de maternidad, sin seguimiento clínico. En la red Pacífico Central, Cóbano reporta que la mitad de la población es extranjera y sin seguro, lo que limita el acceso. En la red Central Norte, Tibás-Uruca-Merced destaca la necesidad de cuantificar el impacto del cierre de servicios y la atención en otros niveles.

- Coordinación operativa y gestión clínica

La articulación entre servicios de apoyo y el seguimiento de casos es fundamental. En la red Brunca, Coto Brus y Corredores implementan el proyecto Simplit para asignar citas desde el hospital, mejorando el acceso temprano. En la red Central Norte, San Isidro y Santo Domingo coordinan con hospitales y laboratorios para mejorar la captación de embarazadas y recién nacidos. En la red Central Sur, Goicoechea 2 y Hatillo han desarrollado bases de datos y mecanismos de comunicación entre redes

para el seguimiento de embarazadas seropositivas. En la red Huetar Atlántica, Siquirres destaca el uso de telemedicina para atención especializada.

- Barreras culturales y sociales

Factores culturales y sociales influyen en la búsqueda de atención y la adherencia. En la red Chorotega, La Cruz menciona la idiosincrasia de las usuarias como barrera para realizarse pruebas de tamizaje, mientras en Tilarán priorizan la atención comunitaria por el riesgo suicida detectado y la baja asistencia a sedes. En la red Central Norte, Santa Bárbara reporta limitaciones en salud mental asociadas a determinantes poblacionales y en Moravia, el alto nivel socioeconómico lleva a que las usuarias solo acudan por trámites que no necesariamente garantizan el acceso temprano y seguimiento de la madre y el recién nacido. En la red Huetar Atlántica, Valle La Estrella enfrenta problemas sociales y barreras lingüísticas en comunidades indígenas que dificultan el acceso.

- Estrategias de captación y promoción

Varias áreas han implementado acciones locales para mejorar cobertura. En la red Brunca, Corredores y Coto Brus utilizan herramientas como Access y pruebas desde urgencias para diagnóstico temprano. En la red Central Norte, Grecia ha mejorado logros con ebáis vespertinos y apoyo del equipo de dirección de la red. En la red Central Sur, Goicoechea 1 aumentó consultas vespertinas y Hatillo activó mecanismos de seguimiento con ATAPS. En la red Chorotega, Santa Cruz desplazó personal de laboratorio para realizar pruebas en campo.

- Condiciones sociodemográficas

Las características poblacionales condicionan la demanda y la respuesta institucional. En la red Brunca, Corredores enfrenta pobreza y deterioro económico que limita el acceso. En la red Central Sur, Santa Ana reporta brotes de dengue, diferencias entre población adscrita y asignada, y limitaciones por capacidad instalada. En la red Huetar Norte, La Fortuna y Guatuso mencionan población flotante y condiciones laborales en piñeras que afectan la atención, en tanto, Los Chiles reconoce que el tránsito migratorio fronterizo es una limitante importante. En la red Huetar Atlántica, Limón y Matina destacan el impacto de la migración y la falta de EDUS en puestos de visita periódica. En la red Chorotega, Tilarán enfrenta la migración por cosechas agrícolas.

C. Temática: Salud bucodental

- Acceso por disponibilidad de recursos

Una de las barreras más recurrentes en salud bucodental es la insuficiencia de recursos para atender adecuadamente a la población adscrita. En la red Central Norte, por ejemplo, se reporta que en Alajuela Oeste la falta de equipos limita la capacidad de atención. En la red Central Sur, La Unión enfrenta una clara limitación en su capacidad instalada, lo que restringe la cobertura efectiva. En la red Chorotega, Liberia también evidencia un déficit de equipos odontológicos, lo que compromete la oferta de servicios. Estos casos reflejan cómo la disponibilidad de recursos materiales y humanos condiciona directamente el acceso a la atención bucodental.

- Acceso efectivo al sistema

El acceso formal a los servicios se ve afectado por barreras relacionadas con el aseguramiento y la adscripción, especialmente en redes con alta movilidad poblacional. En la red Chorotega, Upala enfrenta dificultades por la presencia de población migrante y flotante, lo que complica la planificación y el

aseguramiento efectivo. En la red Huetar Norte, Los Chiles reporta problemas similares, donde el tránsito migratorio y las dificultades de aseguramiento obligan a dividir funciones entre los pocos odontólogos disponibles. En la red Pacífico Central, Cóbano presenta una situación crítica: una sola odontóloga atiende toda el área de salud, y la mitad de la población es extranjera no asegurada, lo que evidencia una brecha estructural en la inclusión de grupos vulnerables.

- Condiciones sociodemográficas

Las características de la población también influyen en la demanda y en la respuesta institucional. En la red Brunca, Corredores muestra una dualidad marcada entre sectores con alto poder adquisitivo y población pobre en deterioro, lo que genera desigualdades en el acceso. En la red Central Norte, San Rafael de Heredia ha alcanzado su techo de atención, y se señala que el poder adquisitivo condiciona el uso de los servicios de la CCSS, además de una falta de recursos de apoyo. Estas condiciones sociodemográficas complejizan la gestión de la atención bucodental y requieren enfoques diferenciados.

D. Temática: Salud de la niñez y adolescencia

- Acceso por disponibilidad de recursos

Entre las principales barreras identificadas por las áreas de salud, se encuentra la limitada disponibilidad de recursos, especialmente en los servicios de laboratorio clínico. En la red Brunca, el área de salud de Pérez Zeledón enfrenta grandes dificultades para atender a toda su población debido a que su servicio de laboratorio se encuentra al tope de la capacidad instalada, lo que afecta la captación en los diferentes tamizajes y el seguimiento de los menores con anemia. En la red Central Norte, las unidades de Alajuela Norte y Naranjo reportan una capacidad instalada insuficiente, con personal limitado; ejemplo de esto, es el caso de Naranjo que cuentan con un solo microbiólogo para atender a toda la población. El área de salud de Palmares también enfrenta una sobrecarga en su servicio de laboratorio, situación que, sumada al rechazo de boletas de pacientes adscritos por parte del hospital, dificulta el cumplimiento oportuno de los controles.

En el área de salud de San Rafael de Heredia, la ausencia de profesionales indispensables como nutricionistas y promotores de salud limita el abordaje integral de patologías como la obesidad y la dislipidemia. En la red Central Sur, el área de salud de Desamparados 2 depende del laboratorio de Desamparados 1, lo que genera demoras en la atención; mientras que El Guarco señala que la escasa capacidad de gestión sobre las agendas ha venido a afectar la flexibilidad en la disponibilidad de cupos destinados a la captación oportuna de pacientes con resultados alterados.

En la red Chorotega, el área de salud de Santa Cruz enfrentó carencias de recursos en el laboratorio durante el 2024; sin embargo, con la dotación de personal que se dio en el 2025 se espera una mejora para realizar tamizajes en los puestos de visita periódica. Por su parte, el área de salud de Nicoya no cuenta con laboratorio propio y depende de los cupos asignados por el hospital, lo que limita el acceso oportuno.

En la red Huetar Atlántica, el área de salud de Limón reporta que su capacidad limitada obliga a la mitad de la población a acudir al hospital para realizarse las pruebas de laboratorio, situación que llega a afectar múltiples intervenciones en salud.

Finalmente, en la red Pacífico Central, el área de salud de Esparza no dispone de suficiente personal para realizar tamizajes en el trabajo escolar, y el área de salud de Quepos depende del servicio de laboratorio del hospital para la realización de las pruebas de laboratorio clínico, lo que complica la

coordinación para la programación de las pruebas de control. Estas dificultades para poder llevar a cabo las actividades de tamizaje durante el trabajo escolar, es una limitante que se presentan en varias de las redes. Sobre este tema, las redes Huetar Atlántica y Huetar Norte refieren la necesidad de establecer alianzas estratégicas con otras instituciones, como por ejemplo incluir la boleta de laboratorio para los diferentes tamizajes junto con los documentos de la matrícula escolar del menor.

- Acceso efectivo al sistema

En varias áreas de salud, se identificaron barreras relacionadas con el aseguramiento, la adscripción y la migración constante de algunos grupos, lo que dificulta el acceso a las consultas y el seguimiento de las poblaciones. Por ejemplo, en la red Pacífico Central, el área de salud de Cóbano refiere que la población extranjera con problemas de aseguramiento y migración constante tiene dificultades para el acceso a los servicios de salud. Por otra parte, San Rafael de Puntarenas presenta una situación particular, ya que muchos pacientes están adscritos a esta unidad por razones laborales o proporcionan direcciones falsas, lo que complica el seguimiento clínico, especialmente en casos referidos a especialidades como Pediatría.

- Condiciones sociodemográficas

Las características de la población también condicionan la demanda y la capacidad de respuesta institucional. En la red Brunca, el área de salud de Coto Brus señala que la presencia de población migrante afecta los controles de crecimiento y desarrollo. En la red Chorotega, Upala y La Cruz, ubicadas en zonas fronterizas, enfrentan desafíos similares debido a la migración constante. En la red Huetar Norte, Los Chiles y Santa Rosa también reportan dificultades para el seguimiento de casos por la alta movilidad de la población migrante. En la red Pacífico Central, Chacarita describe una población migrante que se desplaza entre áreas de salud, lo que ha motivado la implementación de supervisiones trimestrales para mejorar la atención.

- Coordinación operativa y gestión clínica

La articulación entre niveles de atención y coordinación entre los diferentes servicios son fundamentales para poder realizar el tamizaje en la población pediátrica, tanto para anemia como para dislipidemia. Sobre este tema, las redes Brunca y Central Norte hacen referencia a la importancia de que se identifiquen con claridad las boletas para las pruebas de laboratorio que corresponden a los tamizajes de los menores, así como las fechas de realización de estas.

Por otra parte, las redes Huetar Atlántica y la Pacífico Central, refieren la necesidad de capacitación constante a todo el personal, con el fin de homologar los criterios de calidad en las diferentes atenciones. Además, resaltan la importancia de que se realicen actividades de seguimiento a las áreas de salud prioritarias.

E. Temática: Obesidad y Síndrome Metabólico

- Acceso geográfico y de transporte

Las condiciones geográficas continúan siendo una barrera importante para la atención de personas con obesidad y síndrome metabólico. En varias regiones, la dispersión poblacional, la ubicación remota de comunidades y la limitada infraestructura de transporte dificultan el acceso a los servicios de salud. La falta de transporte público o su baja frecuencia obliga a los usuarios a depender de taxis o a realizar largos desplazamientos, lo que desincentiva la asistencia a consultas y pruebas de laboratorio. Estas

limitaciones afectan especialmente a las zonas rurales, donde el traslado de muestras y la realización de pruebas diagnósticas se vuelve complejo y poco eficiente.

- Acceso por disponibilidad de recursos

La insuficiencia de recursos humanos y materiales es una constante en los relatos de las áreas de salud. La escasez de nutricionistas, en particular, se menciona como un factor crítico que limita la capacidad de atención y seguimiento de los casos. En algunas unidades, un solo profesional atiende a decenas de miles de habitantes, lo que compromete la calidad de la intervención. Aunque se han realizado esfuerzos para contratar nuevos profesionales y ampliar horarios mediante tiempo extraordinario, persisten problemas como la saturación de citas, la falta de registro en EDUS, y el temor a la saturación por devolución de referencias desde el segundo nivel. En ciertos casos, se han buscado alianzas con universidades privadas para fortalecer la educación comunitaria, pero la capacidad instalada sigue siendo insuficiente frente a la demanda.

- Coordinación operativa y gestión clínica

La articulación entre niveles de atención y la gestión de los casos crónicos presentan desafíos importantes. En algunas regiones, se reporta que el modelo de atención está desbalanceado, con un predominio de la consulta médica sobre las actividades de promoción y prevención. Este enfoque limita el impacto del primer nivel de atención y reduce las oportunidades para intervenciones integrales. Además, la devolución de referencias desde el segundo nivel genera incertidumbre y sobrecarga en los servicios locales, afectando la continuidad del tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

- Barreras culturales y sociales

Factores culturales y sociales también inciden en la efectividad de las intervenciones. En varias áreas, se observa que los usuarios no se comprometen con el tratamiento, incluso cuando se les brinda acceso a servicios. El ausentismo en las consultas de nutrición es recurrente, lo que obliga al personal a implementar estrategias motivacionales como recordatorios de citas, refrigerios y actividades complementarias. Sin embargo, este ausentismo desmotiva al equipo de salud y, en algunos casos, lleva a suspender las intervenciones antes de completarlas.

- Estrategias de captación y promoción

A pesar de las limitaciones, se han desarrollado estrategias locales que han mostrado resultados positivos. Programas como PINEC y las ferias de salud han contribuido a mejorar el control metabólico y la captación de población en riesgo. En algunas comunidades, se han sostenido grupos de intervención con participación activa de la población, apoyados por redes sociales, juntas de salud y empresas privadas. Estas iniciativas han logrado mantener el interés y la adherencia de los participantes, demostrando que la organización comunitaria y la motivación colectiva pueden ser factores estratégicos para el éxito de las intervenciones.

- Condiciones sociodemográficas

Finalmente, las características de la población, especialmente el nivel socioeconómico, condicionan la demanda y la respuesta institucional. En zonas con altos índices de pobreza, se observa mayor ausentismo, menor adherencia y dificultades para sostener las intervenciones. Estas condiciones requieren ajustes en las estrategias de atención, con enfoques diferenciados que respondan a las realidades locales y permitan una mayor equidad en el acceso y la continuidad del tratamiento.

F. Temática: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

- Acceso geográfico y de transporte

Las condiciones geográficas y de infraestructura vial representan una barrera significativa para el acceso a servicios de salud en varias regiones. En áreas como Corredores, Tilarán, Upala, Paquera y Valle La Estrella, la dispersión poblacional, el mal estado de caminos y la falta de transporte público dificultan la asistencia a consultas médicas. En zonas indígenas como Talamanca y Baja Talamanca, el acceso se ve limitado por la necesidad de cruzar ríos o por la inexistencia de conectividad. Estas condiciones afectan especialmente a poblaciones vulnerables, como adultos mayores y personas con discapacidad, que requieren atención continua.

- Acceso por disponibilidad de recursos

La insuficiencia de recursos humanos, técnicos y físicos es una constante en muchas áreas de salud. Se reportan déficits de personal médico, especialmente en laboratorios, como en Alajuela Norte, Naranjo, San Ramón, Goicoechea 1 y Ciudad Quesada. La falta de laboratorios propios obliga a depender de hospitales, lo que retrasa los controles y afecta la continuidad del tratamiento. En Pérez Zeledón y Corredores, el aumento de ebáis ha mejorado la cobertura, pero también ha sobrecargado los servicios de apoyo. En Quepos y Esparza, la falta de plazas médicas y la dependencia de personal en servicio social limitan la capacidad resolutive.

- Acceso efectivo al sistema

La exclusión de ciertos grupos poblacionales del sistema de salud formal es evidente. En Corredores, Cóbano y Chacarita, se identifican personas no aseguradas con enfermedades crónicas que no reciben seguimiento médico. En San Isidro y San Rafael de Heredia, el poder adquisitivo lleva a algunos pacientes a optar por servicios privados, dificultando su captación y registro. En Desamparados 2 y Goicoechea 1, se enfrentan problemas de adscripción y diferencias entre población actuarial y registrada, lo que complica la planificación y cobertura efectiva.

- Coordinación operativa y gestión clínica

La articulación entre servicios de apoyo y la gestión clínica son fundamentales para mejorar los resultados en DM2. En Coto Brus, se trabaja para reducir la inercia terapéutica y asegurar ajustes en el tratamiento durante la consulta. Áreas como Alajuela Oeste, Tibás, Hatillo y Goicoechea 2 han implementado estrategias de programación anticipada, seguimiento por fichas técnicas y uso de herramientas digitales para mejorar la continuidad de atención. En Siquirres, se promueve la integración entre emergencias y el primer nivel, fortaleciendo el abordaje clínico.

- Barreras culturales y sociales

Factores culturales y sociales influyen en la adherencia al tratamiento y en la búsqueda de atención. En Corredores, los hábitos alimenticios dificultan el control metabólico. En Moravia, se ha identificado que el tiempo de consulta individual no es suficiente para sensibilizar al paciente, por lo que se ha incorporado un enfoque interdisciplinario con salud mental, trabajo social y nutrición. En Cóbano, la baja escolaridad y los recursos limitados afectan la comprensión de la enfermedad y el seguimiento médico.

- Estrategias de captación y promoción

Diversas áreas han desarrollado estrategias locales para mejorar la cobertura y la educación en salud. En Golfito y Coto Brus, se han facilitado las citas y se educa a los usuarios para reducir el ausentismo.

Tibás y Alajuela Oeste implementan programación anticipada y ajustes según disponibilidad del paciente. Moravia utiliza redes sociales y grupos interdisciplinarios para motivar la participación. En Siquirres, se realizan reuniones grupales entre ebáis para compartir aprendizajes y mejorar el abordaje clínico.

- Condiciones sociodemográficas

Las características de la población condicionan tanto la demanda como la respuesta institucional. En Corredores, existen sectores con mayor nivel adquisitivo que prefieren la medicina privada. En Barva y San Pablo, el acceso a medicamentos depende del poder económico. En Moravia y Santa Ana, el Índice de Desarrollo Social y la competencia con servicios privados afectan la captación. En Santa Cruz y Tilarán, la dispersión poblacional y las condiciones socioeconómicas limitan el acceso. En Talamanca, se cuestiona la medición de prevalencia de enfermedades crónicas en población indígena, que podría estar sobreestimada.

G. Temática: Hipertensión Arterial (HTA)

- Acceso geográfico y de transporte

En la red Chorotega se identifican importantes barreras relacionadas con la ubicación y dispersión poblacional. Áreas como Santa Cruz y Tilarán reportan transporte deficiente, especialmente en comunidades de escasos recursos, lo que limita el acceso oportuno a los servicios de salud. Además, se menciona la dispersión geográfica como un factor que complica la cobertura y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial. Áreas específicas como Turrialba- Jiménez y Talamanca referían problemas de captación y control en poblaciones específicas como la indígena.

- Acceso por disponibilidad de recursos

Varias redes reportan limitaciones en la oferta de servicios por falta de personal, insumos y cupos. En la red Central Norte, se señala un déficit de ebáis y escasez de recursos que afecta la atención. En la red Central Sur, la saturación de agendas y la ausencia de cupos impiden el acceso, obligando a algunos pacientes a recurrir a servicios privados. También se observa una sobrecarga del primer nivel por derivaciones excesivas desde niveles superiores, lo que compromete la capacidad de respuesta institucional.

- Acceso efectivo al sistema

Las dificultades de aseguramiento y adscripción son recurrentes en redes como Central Sur y Huetar Norte. En Desamparados se destaca una alta proporción de población no asegurada que no cumple requisitos para ser cubierta por el Estado. En Pavas, se menciona la falta de aseguramiento como una barrera para la adherencia al tratamiento. Además, en zonas como San Rafael de Puntarenas y San Isidro (Central Norte), se reporta que la adscripción no refleja la realidad poblacional, generando desajustes en la planificación y atención.

Los problemas de conexión del EDUS (tanto por caídas frecuentes como por los lugares de visita periódica sin acceso a internet) dificultan el acceso a los servicios y el registro adecuado.

- Coordinación operativa y gestión clínica

La articulación entre niveles de atención y el seguimiento de casos presentan desafíos importantes. En la red Central Norte, se realizan monitoreos con medidas correctivas, pero se enfrentan a dificultades

como la falta de especialistas en medicina familiar y la asignación actuarial inadecuada. También se menciona que la agenda 90/10 es difícil de implementar en áreas pequeñas con múltiples comisiones. En la red Central Sur, el envío masivo de pacientes desde segundo y tercer nivel al primer nivel genera presión sobre los servicios locales.

Varias áreas de salud incluyeron entre los determinantes del bajo control óptimo a la inercia terapéutica y al desabastecimiento de medicamentos. Así como el registro inadecuado de las cifras de presión arterial, ya sea por inadecuado proceso de toma de presión o por inadecuada digitalización de los datos.

Por otra parte, se señaló la falta de tiempo para abordar integralmente a los pacientes, la multiplicidad de tareas en consulta y el aumento constante de documentos por completar. También se mencionó la reducción de los espacios destinados a promoción y prevención, priorizando la atención clínica directa.

- Barreras culturales y sociales

Los factores culturales influyen tanto en la búsqueda de atención como en la adherencia al tratamiento. En la red Central Norte, se reporta dificultad para captar a hombres por razones culturales, así como patrones sociales que afectan la relación con el personal de salud. En Hatillo (Central Sur), estos mismo patrones condicionan la respuesta al tratamiento, agravada por la falta de recurso médico. En Pavas, la baja adherencia también se vincula a factores sociales y culturales.

- Estrategias de captación y promoción

Algunas áreas han implementado acciones locales para mejorar la cobertura y sensibilización. En la red Brunca, se destaca el manejo interdisciplinario y el reforzamiento de la educación. En la red Central Sur, el uso de horarios vespertinos ha incrementado la cobertura, y se promueve la educación médica continua, revisión de expedientes y clínicas especializadas. La atención farmacéutica también se menciona como una estrategia efectiva para mejorar el control de pacientes hipertensos.

- Condiciones sociodemográficas

Las características de la población condicionan tanto la demanda como la respuesta institucional. En la red Brunca, se observa una dualidad entre población con alto poder adquisitivo y sectores empobrecidos. En la red Huetar Norte, se reporta población migrante y flotante, así como problemas con la pirámide poblacional que fueron corregidos recientemente. En la red Pacífico Central, algunas áreas pequeñas presentan índices de desarrollo distintos al resto de la región, lo que afecta la planificación y ejecución de servicios.

H. Temática: Cáncer Cervicouterino

- Acceso geográfico y de transporte

El acceso físico a los servicios de salud se ve afectado por factores estructurales como la dispersión poblacional, la calidad de la red vial y la disponibilidad de transporte. Estas barreras son especialmente marcadas en las redes Brunca, Huetar Norte y Chorotega, donde la dispersión geográfica en zonas rurales e indígenas dificulta la llegada oportuna a los servicios.

La red Pacífico Central enfrenta problemas en zonas costeras con transporte irregular, mientras que la red Huetar Atlántica destaca barreras culturales y lingüísticas en comunidades indígenas.

En la red Chorotega, se señala que muchos servicios se brindan en puestos de visita no permanentes, lo que limita la continuidad de la atención. En las redes Central Norte y Chorotega reportan que la migración frecuente de la población complica el seguimiento clínico de las usuarias.

- Acceso por disponibilidad de recursos

La capacidad de los servicios para ofrecer tamizaje oportuno se ve limitada por la falta de insumos, personal capacitado y cupos disponibles. La escasez de insumos para pruebas de VPH se menciona en las redes Chorotega y Pacífico Central.

La saturación de agendas afecta la atención en las redes Central Sur, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Norte, lo que obliga a algunas usuarias a optar por servicios privados.

La falta de personal femenino para la toma de muestras es una barrera crítica en las redes Brunca, Pacífico Central, Huetar Norte y Huetar Atlántica, donde además se observa una preferencia cultural por atención médica femenina, particularmente en comunidades indígenas y migrantes.

En la red Chorotega, se destaca la ausencia de enfermeras obstetras en algunos establecimientos, lo que limita la capacidad de respuesta local.

- Coordinación operativa

Las dificultades en la articulación entre servicios y en los procesos logísticos afectan la calidad del tamizaje y el seguimiento de casos. En las redes Chorotega, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Atlántica reportan problemas en la toma, conservación y envío de muestras, lo que compromete la eficacia del proceso.

La falta de coordinación entre ebáis y servicios de apoyo es recurrente en las redes Chorotega, Central Norte, Brunca, Pacífico Central y Huetar Atlántica, lo que genera fragmentación en la atención.

En las redes Central Norte y Huetar Atlántica, se señala la necesidad de mejorar la trazabilidad de resultados, para garantizar el seguimiento adecuado de las usuarias.

Las redes Brunca y Huetar Norte enfrentan dificultades en el seguimiento de casos positivos, y destacan la importancia de fortalecer el rol de la enfermería obstétrica como actor fundamental en el proceso de atención.

- Estrategias de captación y promoción

Las redes han implementado diversas estrategias para mejorar la cobertura de tamizaje, adaptándose a las características socioculturales y territoriales de sus poblaciones: se realizan campañas comunitarias en todas las redes, con enfoques interculturales en Brunca y Huetar Atlántica, y con participación de líderes locales en Central Norte.

El uso de horarios no tradicionales o vespertinos como estrategia para ampliar el acceso se aplica en las redes Chorotega, Central Sur, Central Norte, Brunca, Pacífico Central y Huetar Atlántica.

Las actividades educativas para desmitificar el PAP y fomentar la prevención son frecuentes en las redes Central Norte, Brunca, Pacífico Central, Huetar Norte y Huetar Atlántica.

Los monitoreos cuatrimestrales se utilizan como herramienta de seguimiento y mejora continua en las redes Chorotega y Central Sur, permitiendo evaluar avances y ajustar estrategias.

I. Temática: Cáncer de Mama

- Acceso geográfico y de transporte

En varias áreas de salud, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso, se reportan barreras relacionadas con la ubicación y las condiciones geográficas. En Hojanca (Red Chorotega), el problema de transporte limita el acceso oportuno a servicios de mamografía. La Cruz, también en Chorotega, depende del hospital de referencia, lo que implica desplazamientos largos y dificultades logísticas para las usuarias. En Valle La Estrella (Red Huetar Atlántica), se señala una respuesta deficiente por parte del hospital regional, con saturación del servicio de radiología, lo que afecta la oportunidad diagnóstica y genera listas de espera prolongadas.

- Acceso por disponibilidad de recursos

La falta de equipos adecuados y la saturación de servicios son determinantes recurrentes. En Corredores (Red Brunca), el mamógrafo del hospital de Ciudad Neilly está en mal estado, lo que compromete la capacidad diagnóstica. En Osa, también en la red Brunca, se indica que no hay mamógrafo disponible, salvo en el Hospital Escalante Pradilla, lo que genera una alta demanda concentrada y listas de espera. En Tilarán (Red Chorotega), se menciona que el área no fue incluida en los convenios, lo que restringe el acceso a servicios especializados. En Siquirres (Red Huetar Atlántica), aunque se cuenta con visitas de mamógrafo móvil, aún está en proceso de adquisición de un equipo propio, lo que limita la cobertura regular.

- Coordinación operativa y gestión clínica

Algunas áreas han logrado establecer mecanismos de articulación entre niveles de atención para mejorar el acceso. En Pérez Zeledón (Red Brunca), se ha formalizado una alianza con el hospital para la realización de mamografías, lo que permite una mejor planificación de citas. En la red Central Sur, Goicoechea 1 coordina con Goicoechea 2 y con la clínica de mamas, lo que ha facilitado la atención. Además, Goicoechea 2 destaca que contar con mamógrafo propio ha permitido agendar citas de forma más eficiente y mejorar la continuidad del servicio.

- Estrategias de captación y promoción

Se observan esfuerzos locales para ampliar la cobertura mediante acciones innovadoras. En Tibás–Uruca–Merced (Red Central Norte), se ha mejorado la captación de pacientes al variar las modalidades de consulta y ampliar los horarios, lo que ha resultado en una mayor participación. Goicoechea 1 (Red Central Sur) ha implementado horarios vespertinos, lo que ha incrementado la cobertura. En Los Santos y Paquera, se ha contado con unidades móviles de mamografía, facilitando el acceso en zonas rurales. Upala (Red Chorotega) ha coordinado también con una unidad móvil para suplir la necesidad de tamizaje, mostrando una iniciativa local para superar las limitaciones estructurales.

J. Temática: Eficiencia Productiva:

- Limitaciones en la capacidad operativa:

- Uso de tiempos extraordinarios

El uso de tiempos extraordinarios se presenta como una estrategia transversal en todas las redes de atención para ampliar la cobertura, atender urgencias, realizar traslados y sostener servicios vespertinos. En la red Brunca, se emplean para cubrir traslados marítimos en Golfito y consultas vespertinas en Osa.

En la red Central Norte, Alajuela Central y Grecia los utilizan para extender horarios de atención. En la red Central Sur, áreas como Curridabat, Hatillo y Goicoechea 2 los aplican para mantener servicios vespertinos activos. En la red Chorotega, Upala, Santa Cruz y Bagaces los vinculan con la atención de listas de espera y urgencias. En la red Huetar Atlántica, Guápiles y Cariari los usan para consultas de choque y clínicas de fumado. En la red Huetar Norte, Ciudad Quesada y Aguas Zarcas los financian mediante plazas o partidas extraordinarias, mientras que, en la Pacífico Central, Parrita y Chomes-Monteverde los utilizan para cubrir turnos extendidos, incluyendo fines de semana.

- Jornadas de producción

Las jornadas de producción se implementan como medida para mejorar la eficiencia. En la red Central Norte, Alajuela Central y Grecia han adoptado esta estrategia, y en la red Central Sur, Curridabat y El Guarco la vinculan directamente con mejoras en el gasto por atención en sueldos por cargos fijos y gasto por atención en tiempos extraordinarios (GSPCF y GSTEX).

- Problemas de conectividad

Los problemas de conectividad afectan especialmente a las zonas rurales, limitando el registro adecuado de la producción. En la red Brunca, Pérez Zeledón reporta dificultades para registrar la atención brindada. En la red Chorotega, Hojancha y Santa Cruz enfrentan cortes frecuentes de internet que dificultan el trabajo diario. En la red Pacífico Central, Chomes-Monteverde señala que la conectividad deficiente impacta directamente la prestación de servicios.

- Subregistro

El subregistro se presenta como un factor crítico en varias redes, derivado de la falta de acceso a sistemas como EDUS o del uso de registros manuales. En la red Brunca, Pérez Zeledón informa que 60 puestos de visita periódica no tienen acceso al sistema EDUS, lo que podría estar generando un subregistro importante. En la red Central Sur, Turrialba-Jiménez indica que, debido a la falta de conectividad en zonas rurales, se deben llevar registros manuales, lo que compromete la calidad del reporte de producción.

- Capacidad instalada insuficiente

La capacidad instalada insuficiente se menciona como una limitante en las redes Chorotega y Central Sur. En Santa Cruz y Upala, se reporta una saturación de servicios y escasez de personal, mientras que en Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca se indica que la capacidad está al tope, lo que impide atender adecuadamente a toda la población adscrita.

- Saturación de agendas y listas de espera

La saturación de agendas y las listas de espera prolongadas afectan la eficiencia en la atención. En la red Central Sur, Aserrí y en la red Pacífico Central, Parrita reportan agendas llenas y dificultades para reposicionar pacientes, además de un alto ausentismo. En la red Chorotega, Santa Cruz señala que las citas en nutrición están programadas hasta el año 2026, lo que refleja una sobrecarga significativa.

- Dependencia o falta de laboratorio

La dependencia o falta de laboratorio es otro tema emergente que impacta la producción y el control de la eficiencia. En la red Central Norte, Grecia y Alajuela Sur dependen de laboratorios hospitalarios para realizar pruebas. En la red Central Sur, Curridabat y Desamparados 3 no cuentan con laboratorio propio,

lo que limita su capacidad de respuesta. En la red Chorotega, Nicoya y Upala enfrentan esta misma carencia, afectando la atención de la población.

- Restricciones de agendamiento

Las restricciones de agendamiento, especialmente el límite de cupos para citas subsecuentes, se reportan como una barrera para la apertura de cupos y la captación de pacientes. En la red Central Norte, Alajuela Central menciona que esta limitación afecta directamente los indicadores de eficiencia. En la red Central Sur, Curridabat, Cartago y El Guarco también señalan que el sistema impone restricciones que dificultan la gestión operativa.

Conclusiones finales

La identificación y el análisis de los determinantes que influyen en los resultados en salud del primer nivel de atención constituye un proceso complejo, debido a la diversidad de dimensiones que deben de abordarse. No obstante, es un reto que debe asumirse con responsabilidad, reconociendo las posibles limitaciones en la interpretación de los datos, pero con la convicción de que la experiencia adquirida en este ejercicio permitirá mejorar progresivamente la calidad del análisis.

Como cierre del proceso, se presentan cinco conclusiones finales que sintetizan los principales hallazgos del informe, con el propósito de orientar la reflexión institucional y fortalecer las estrategias de mejora continua en la prestación de servicios de salud:

1. Persistencia de brechas estructurales:

Las limitaciones en acceso geográfico, disponibilidad de recursos humanos y capacidad instalada continúan siendo determinantes críticos que afectan la equidad y la oportunidad en la atención del primer nivel.

2. Necesidad de estrategias diferenciadas por contexto:

Las diversas realidades locales (zonas rurales, fronterizas, urbanas densas) exigen intervenciones adaptadas, priorizando la expansión de ebáis, el fortalecimiento de laboratorios y la conectividad digital.

3. Fortalecimiento de la gestión clínica y el trabajo en equipo:

La continuidad del cuidado depende de mejorar la coordinación entre servicios, reducir la inercia terapéutica y optimizar el uso de herramientas tecnológicas para seguimiento y trazabilidad.

4. Abordaje integral de determinantes socioculturales:

Los factores culturales, la migración y la vulnerabilidad social requieren estrategias intersectoriales, educación en salud y alianzas comunitarias para mejorar el autocuidado y la captación.

5. Innovación y sostenibilidad en las estrategias locales:

Las experiencias exitosas (consultas vespertinas, atención grupal, ferias de la salud, telemedicina, entre otras) deben sistematizarse y escalarse, asegurando recursos y mecanismos que garanticen su sostenibilidad.

Anexo 1 Agrupamiento de áreas de salud por taller de EPSS, 2024

<u>Taller</u>	<u>Áreas de Salud</u>	<u>Características</u>
01	Barva, San Pablo, Tibás, La Carpio-León XIII	Externas - DRIPSSCN
02	Pavas, Desamparados 2, Escazú, Santa Ana, San Sebastián-Paso Ancho, San Francisco-San Antonio	Externas - DRIPSSCS
03	Curridabat 2, Carmen-Montes de Oca, Cartago, Coronado, Alajuela Central, El Guarco	Grandes, Pob./ebáis alta, Urbano, IDS alto
04	Alajuela Oeste, Alajuelita, Alajuela Sur, Alajuela Norte, Aserrí, Liberia	Grandes, Pob./ebáis alta, Urbano, IDS medio
05	Pérez Zeledón, Santa Cruz	Grandes, Pob./ebáis alta, Mixto rural - urbano
06	Heredia-Cubujuquí, Heredia-Virilla, Limón, Desamparados 3, Paraíso-Cervantes	Grandes, Pob./ebáis media, Urbano
07	Guápiles, Cariari, Grecia	Grandes, Pob./ebáis media, Mixto rural - urbano
08	Turrialba-Jiménez, San Ramón	Grandes, Pob./ebáis baja
09	Hatillo, Goicoechea 2, Concepción-San Juan-San Diego 2	Medianas, Pob./ebáis alta, Urbano, IDS alto, Número de ebáis medio
10	Tibás-Uruca-Merced, Goicoechea 1	Medianas, Pob./ebáis alta, Urbano, IDS medio
11	Belén - Flores, Santo Domingo, La Unión, San Rafael de Heredia, Santa Bárbara, Palmares	Medianas, Pob./ebáis alta, Urbano, IDS medio, Número de ebáis bajo
12	Carrillo, La Fortuna, Corredores, Golfito, Pital, Puerto Viejo-Sarapiquí	Medianas, Pob./ebáis alta, Mixto rural - urbano / Rural
13	Aguas Zarcas, Puriscal-Turubares, Upala	Medianas, Pob./ebáis media, Rural
14	Ciudad Quesada, Naranjo, Esparza, Matina, Guácimo, Los Santos, Buenos Aires	Medianas, Pob./ebáis media, Mixto rural - urbano
15	Moravia, Desamparados 1, Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca, Barranca	Medianas, Pob./ebáis media, Urbano
16	Siquirres, Nicoya, Talamanca, Coto Brus	Medianas, Pob./ebáis baja
17	Montes de Oro, Bagaces, Orotina-San Mateo, Florencia, Sarchí	Pequeñas, Pob./ebáis media, Mixto rural - urbano, IDS medio
18	Zapote-Catedral, Mata Redonda-Hospital, Chacarita, San Isidro, Cañas	Pequeñas, Pob./ebáis media, Urbano
19	Atenas, Poás, Zarcero	Pequeñas, Pob./ebáis media, Mixto rural - urbano, IDS alto
20	Quepos, Garabito, Mora-Palmichal, Cóbano, Los Chiles, Guatuso, Horquetas-Río Frío	Pequeñas, Pob./ebáis alta
21	Parrita, La Cruz	Pequeñas, Pob./ebáis media, Mixto rural - urbano, IDS bajo
22	Chomes-Monteverde, Hojancha, Santa Rosa, Corralillo-La Sierra	Pequeñas, Pob./ebáis media, Rural
23	San Rafael de Puntarenas, Tilarán, Osa	Pequeñas, Pob./ebáis baja, Urbano / Mixto rural- urbano
24	Abangares, Paquera, Colorado, Jicaral-Islas, Nandayure, Acosta, Valle la Estrella	Pequeñas, Pob./ebáis baja, Rural