



**MINISTERIO
DE SALUD**
GOBIERNO DE COSTA RICA

Perfil Epidemiológico

2025

Costa Rica

Elaborado por
Dirección de Vigilancia de la Salud

Fecha de elaboración
14 de agosto del 2026

Abreviaturas

ARN	Ácido ribonucleico
AVPP	Años de vida potencialmente perdidos
BCG	Vacuna Bacilo de Calmette y Guérin
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CNRV	Centro Nacional de Referencia de Virología
DENV	Serotipo del virus del dengue
EDA	Enfermedad diarreica aguda
ERC	enfermedad renal crónica
ETIS	Enfermedad tipo influenza
HSH	Hombre que tiene relaciones con hombres
HTA	Hipertensión arterial
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDS	Índice de Desarrollo Social
Incienza	Instituto Costarricense de investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IRAG	Infecciones respiratorias agudas graves
IRAs	Infecciones agudas respiratorias superiores
ITS	Infecciones de transmisión sexual
nv	Nacidos vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
PCV13	Vacuna Neumocócica Conjugada
RMM	Razón de mortalidad materna
SIMMI	Sistema de información de mortalidad materno e infantil
SINAVISA	Sistema nacional de vigilancia de la Salud Automatizado
SINOVAC	Sistema Nominal de Vacunación
SIRNAT	Sistema Nacional de Registro de Tumores
SRP	Vacuna triple viral
Td	Vacuna tétanos y la difteria
Tdap	Vacuna tétanos, difteria y tos ferina
Tetraxim	Vacuna difteria, tétanos, tos ferina y poliomielitis
TMI	Tasa de mortalidad infantil
TMM	Tasa de mortalidad materna
VCH	Virus de la hepatitis C
VHS-1	Virus del herpes simple tipo 1
VHS-2	Virus del herpes simple tipo 2
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
VSR	Virus sincitial respiratorio

ISBN

614.4.1

Ministerio de Salud.
Perfil epidemiológico 2025. San José, Costa Rica.

138p. 1,70 MB

ISBN 978-9977-62-374-0

1. Epidemiología. 2. Mortalidad. 3. Morbilidad. 4. Vigilancia
epidemiológica. 5. Salud Pública

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	2
CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA, DE POBREZA Y GEOGRÁFICA DE COSTA RICA, 2025	4
RESULTADOS	8
Priorización de eventos de salud pública	8
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores e inferiores	9
Infecciones Respiratorias Agudas Superiores	9
Enfermedad Tipo Influenza	11
Infecciones Respiratorias Agudas Graves	14
Vacunas	16
Hipertensión arterial	21
Diabetes mellitus	28
Infecciones de transmisión sexual	33
Sífilis en todas sus formas	35
Gonorrea	37
Virus del papiloma humano	44
Virus de inmunodeficiencia humana	47
Enfermedad diarreica aguda de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados	53
Arbovirosis	61
Dengue	61
Chikungunya	67
Zika	67
Violencia intrafamiliar	68
Enfermedad renal crónica	76
Cáncer	81
Cáncer de Piel	84
Cáncer de Mama Femenino	85
Cáncer de Próstata	85
Cáncer en Población Pediátrica y Adolescente (0-19 años)	86
Hepatitis virales A, B y C	99
Hepatitis A	99
Hepatitis B	102

Hepatitis C	105
Mortalidad infantil	109
Parasitosis intestinal	117
Amebiasis	118
Giardiasis	120
Varicela	124
Sarampión	127
REFERENCIAS	130

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen los perfiles epidemiológicos como herramientas fundamentales para la generación de evidencia que sustente la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud. La epidemiología permite comprender la distribución, magnitud y tendencias de los eventos que afectan la salud de las poblaciones, así como identificar factores de riesgo y oportunidades de intervención para prevenir enfermedades y fortalecer la respuesta de los sistemas de salud. En este contexto, la OMS y la OPS promueven el desarrollo y la actualización periódica de perfiles epidemiológicos como instrumentos clave para la vigilancia de la salud pública, la identificación de necesidades prioritarias y la orientación de acciones de promoción, prevención y control basadas en evidencia.

En Costa Rica, la elaboración y actualización de los perfiles epidemiológicos se fundamenta en el Decreto Ejecutivo N° 40556-S, el cual establece en su artículo 13 que, la Dirección de Vigilancia de la Salud debe realizar análisis epidemiológicos permanentes, con cortes anuales, sustentados en la información generada en el territorio nacional. En cumplimiento de esta disposición, la presente actualización del Perfil Epidemiológico 2025 da continuidad al análisis de los principales eventos de notificación obligatoria que afectan la salud pública del país, incorporando la información más reciente disponible y evaluando su comportamiento epidemiológico.

Este documento ha sido elaborado mediante un análisis descriptivo basado en la Metodología para la formulación del perfil epidemiológico MS.NI.FINSR.03.01.11 del Ministerio de Salud, con el propósito de fortalecer la vigilancia en salud pública y proporcionar información oportuna y confiable para la toma de decisiones basada en evidencia.

METODOLOGÍA

La elaboración del Perfil Epidemiológico 2025 estuvo a cargo de un equipo técnico multidisciplinario de la Dirección de Vigilancia de la Salud, responsable de la recopilación, procesamiento, análisis e interpretación de la información epidemiológica. El proceso se desarrolló de conformidad con la Metodología para la Formulación del Perfil Epidemiológico (MS.NI.FINSR.03.01.11) del Ministerio de Salud, la cual establece los lineamientos técnicos para la construcción de perfiles epidemiológicos a nivel nacional.

Esta metodología incorpora el método Hanlon como herramienta para la priorización de eventos y enfermedades de notificación obligatoria, en concordancia con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 40556-S. Su aplicación permitió identificar los eventos de mayor relevancia para la salud pública del país, considerando criterios relacionados con su magnitud, gravedad, vulnerabilidad de la población afectada, efectividad de las intervenciones disponibles y factibilidad de su abordaje.

Una vez definidos los eventos priorizados, las personas responsables técnicas realizaron un análisis epidemiológico descriptivo utilizando la información correspondiente al período de estudio. Este análisis permitió caracterizar la magnitud, distribución y comportamiento epidemiológico de los eventos seleccionados, así como identificar tendencias, patrones y situaciones de interés para la vigilancia de la salud pública.

Las principales fuentes primarias de información utilizadas fueron:

- Boletas de notificación obligatoria.
- Instrumento de notificación y seguimiento de alertas y brotes.
- Fichas de investigación epidemiológica.
- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado (SINAVISA).

Adicionalmente, se incorporó información demográfica y de mortalidad proveniente del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), incluyendo estimaciones y proyecciones de población, así como registros de defunciones, con el propósito de contextualizar y complementar los análisis epidemiológicos realizados.

Como fuentes secundarias de información se consultaron:

- Informes técnicos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Boletines epidemiológicos emitidos por la Dirección de Vigilancia de la Salud.

- Publicaciones científicas nacionales e internacionales relacionadas con los eventos analizados.

El procesamiento y análisis de los datos se efectuó mediante herramientas informáticas de análisis estadístico, principalmente Microsoft Excel. Se calcularon indicadores epidemiológicos, entre ellos tasas de incidencia y mortalidad, razones, proporciones y porcentajes, desagregados según variables de interés como sexo, grupos de edad por curso de vida y grupos quinquenales, provincia y cantón. Los resultados obtenidos permitieron describir la situación epidemiológica nacional y generar evidencia para orientar la planificación, implementación y evaluación de intervenciones en salud pública, así como apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÓMICA, DE POBREZA Y GEOGRÁFICA DE COSTA RICA, 2025

De acuerdo con las proyecciones demográficas del INEC, la población de Costa Rica para el año 2025 asciende a 5.191.283 habitantes. La estructura poblacional por grupos quinquenales de edad evidencia una transición demográfica avanzada, caracterizada por una reducción sostenida de la fecundidad, un incremento de la esperanza de vida y un progresivo envejecimiento de la población.

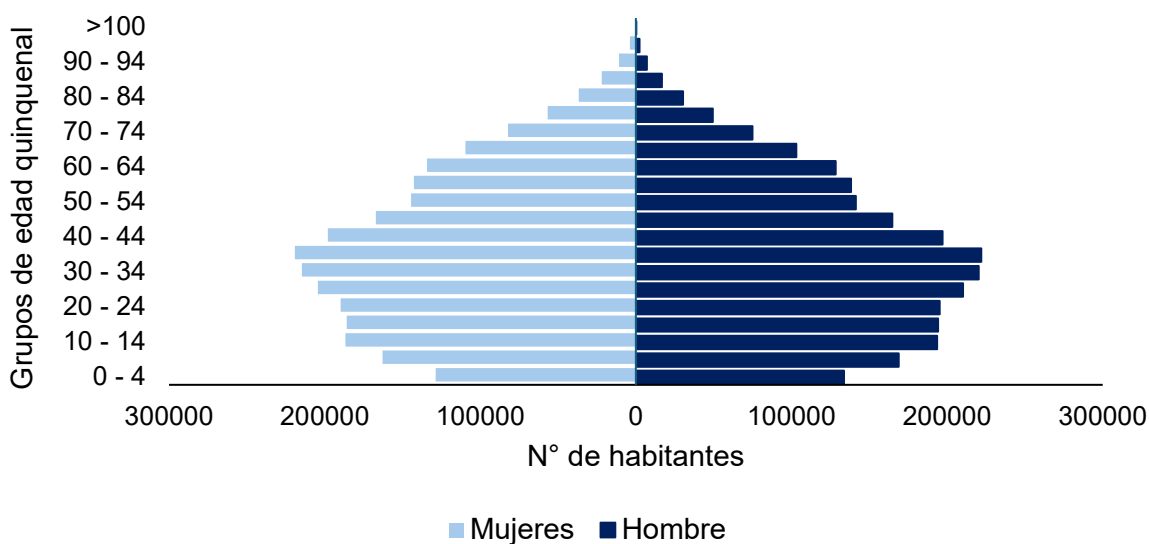
La distribución etaria muestra una mayor concentración de población en los grupos comprendidos entre los 24 y 44 años, lo que refleja el predominio de cohortes pertenecientes a la población laboralmente activa y, por consiguiente, una elevada proporción de personas potencialmente activas desde el punto de vista económico. A partir de estos grupos de edad se observa una disminución gradual de los efectivos poblacionales, consistente con la dinámica de mortalidad y envejecimiento propia de la estructura demográfica nacional.

La base de la pirámide poblacional presenta un estrechamiento progresivo, particularmente en el grupo de 0 a 4 años, fenómeno asociado al descenso sostenido de la natalidad y de las tasas globales de fecundidad observado en las últimas décadas. Esta tendencia sugiere una reducción relativa de las cohortes jóvenes, con potenciales repercusiones sobre la demanda futura de servicios educativos, la disponibilidad de fuerza laboral y la relación de dependencia demográfica.

Por otra parte, la población adulta mayor (65 años y más) supera el medio millón de habitantes y representa aproximadamente el 11 % de la población total del país. Este comportamiento confirma el avance del proceso de envejecimiento poblacional, el cual constituye uno de los principales desafíos demográficos y sanitarios para el país, debido a su impacto sobre la demanda de servicios de salud, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, los sistemas de protección social, las pensiones y los servicios de atención y cuidados de larga duración.

Figura 1

Costa Rica: Pirámide poblacional por sexo y grupo de edad quinquenal, 2025



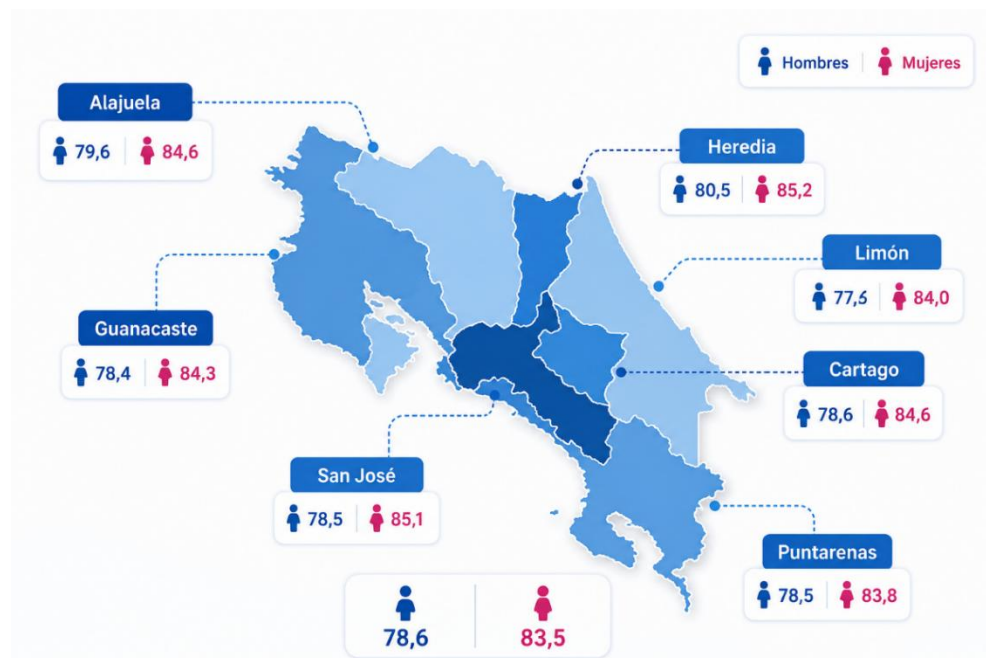
Fuente: INEC-Costa Rica. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad, 1950 - 2100.

Respecto a la distribución por sexo, la población mantiene una composición equilibrada, con una ligera predominancia femenina. Los hombres representan el 49,94% de la población total (2.592.027 habitantes) y las mujeres el 50,06% (2.599.256 habitantes). Esta diferencia se asocia con los patrones diferenciales de mortalidad y supervivencia entre ambos sexos.

En concordancia con lo anterior, la esperanza de vida al nacer es mayor en las mujeres (83,5 años) que en los hombres (78,6 años), lo que refleja una ventaja femenina en términos de supervivencia. Este comportamiento demográfico contribuye a explicar la mayor proporción de mujeres observada en la población nacional.

Figura 2

Costa Rica. Esperanza de vida al nacer, 2025



Fuente: INEC-Costa Rica. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad, 1950 - 2100.

En conjunto, estos patrones demográficos evidencian una población con menor renovación generacional y una creciente proporción de personas adultas mayores.

En el análisis de los indicadores demográficos y de estadísticas vitales publicados por el INEC para el año 2025, se evidencia una dinámica demográfica propia de una población en una etapa avanzada de la transición demográfica. La tasa bruta de natalidad se ubicó en 9,6 nacimientos por cada 1.000 habitantes, lo que confirma la tendencia sostenida al descenso de la fecundidad observada durante las últimas décadas. Esta situación se refleja también en la tasa global de fecundidad, estimada en 1,2 hijos por mujer, valor considerablemente inferior al nivel de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer).

En cuanto a la mortalidad general, la tasa bruta fue de 5,3 defunciones por cada 1.000 habitantes. Este indicador debe interpretarse considerando el proceso de envejecimiento poblacional que experimenta el país, el cual incrementa progresivamente la proporción de personas en edades con mayor riesgo de fallecimiento. Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,2 por cada 1.000 nacidos vivos, mostrando una reducción respecto al año

anterior; no obstante, continúa siendo un indicador prioritario para el seguimiento de la salud materno-infantil.

En el ámbito del desarrollo humano, Costa Rica presenta un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,806, ubicándose en el puesto 62 a nivel mundial. Además, según el Índice de Desarrollo Social (IDS) del 2023, los cantones con mayor desarrollo social son Belén, Escazú, Santa Ana, Curridabat y Flores, mientras que los cantones con menor IDS son Sarapiquí, Buenos Aires, Talamanca y Turrialba.

En cuanto a la situación de pobreza, de un total de 1.821.955 hogares, el 18,0% se encuentra en condición de pobreza y el 4,8% vive en pobreza extrema.

Desde el punto de vista geográfico, Costa Rica cuenta con una superficie terrestre de 51.100 km², y se encuentra limitada al norte con la República de Nicaragua, al sur y al oeste con el Océano Pacífico y al este con el Mar Caribe y la República de Panamá.

RESULTADOS

Priorización de eventos de salud pública

Como resultado de la aplicación del método Hanlon para la priorización de los eventos, se ratificaron 16 enfermedades y condiciones de interés para la salud pública, consideradas prioritarias para su análisis. A continuación, se presentan los eventos seleccionados para el Perfil Epidemiológico 2025:

1. Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores e inferiores (IRAS, ETIS, IRAG)
2. Vacunas
3. Hipertensión arterial
4. Diabetes mellitus
5. Infección transmisión sexual-ITS
6. Enfermedad diarreica aguda (EDA) de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados
7. Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)
8. Violencia intrafamiliar
9. Enfermedad renal crónica
10. Cáncer
11. Hepatitis
12. Mortalidad Infantil (SIMI)
13. Mortalidad Materna (SIMMI)
14. Parasitosis intestinal
15. Varicela
16. Sarampión

Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores e inferiores

Infecciones Respiratorias Agudas Superiores

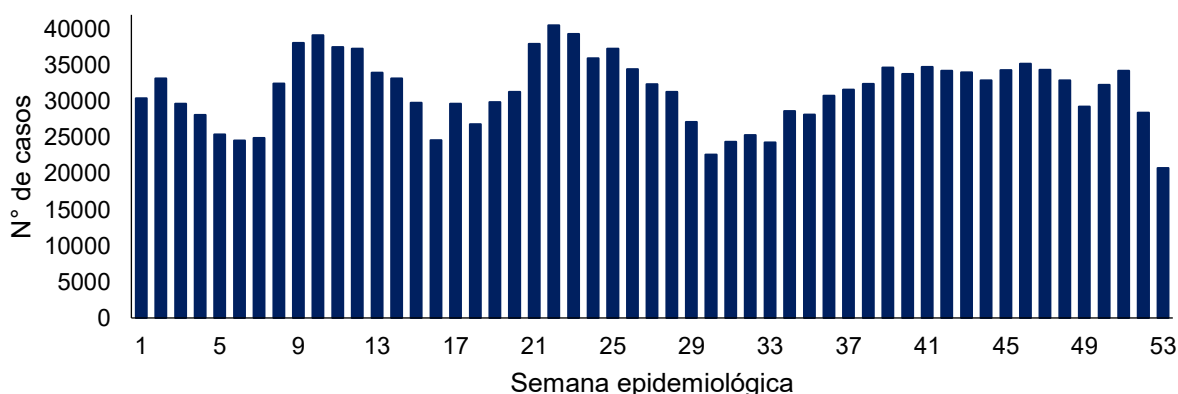
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, las infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS) continuaron siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel global con millones de casos reportados, especialmente entre niños menores de cinco años, adultos mayores y personas inmunocomprometidas.

La circulación de virus respiratorios como influenza, virus sincitial respiratorio (VSR) y SARS-CoV-2, junto con factores ambientales (contaminación del aire, hacinamiento) y sociales (acceso limitado a servicios de salud), influyen en la carga de enfermedad, siendo la enfermedad por la que más consultan las personas.

Costa Rica ha fortalecido la vigilancia epidemiológica mediante los sistemas de vigilancia centinela y comunitaria para detectar brotes y comportamientos inusuales de IRAS, como parte de los protocolos de salud pública.

Figura 3

Costa Rica. Casos de IRAS notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-53, 2025



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

En el año 2025 se notificaron un total de 1.671.926 casos mediante la boleta VE-02, lo que corresponde a una tasa de 33431,0 por 100.000 habitantes. Cuando más casos se

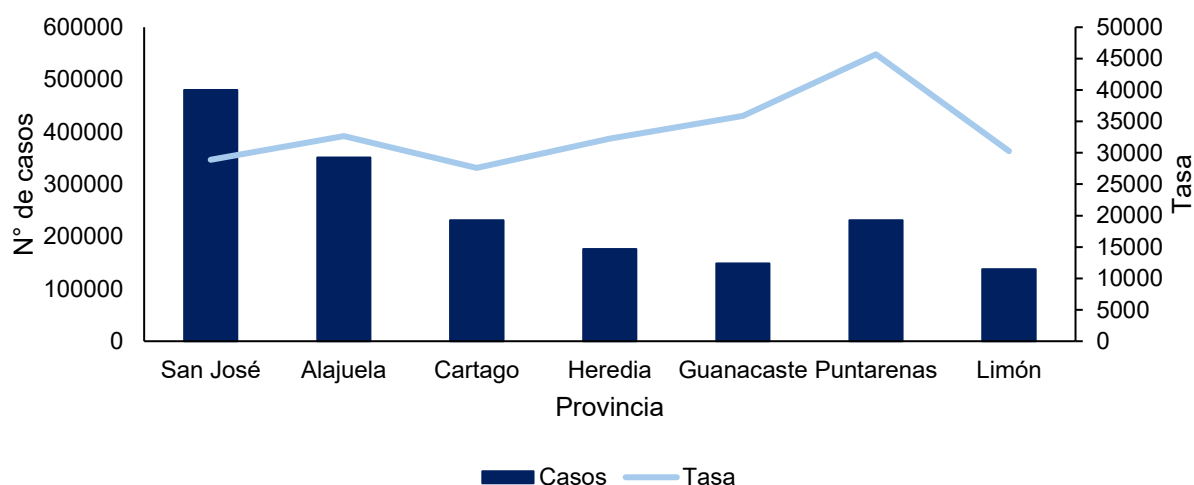
presentaron en el año fue entre las semanas epidemiológicas 21 y 25, con un rango de casos entre 37996 y 40564 casos, con un promedio de 38244 casos en esas 5 semanas.

La provincia de San José reportó la mayor cantidad de casos de IRAS, con 480.230, seguida por Alajuela con 350.960 casos. Por su parte, la provincia de Limón registró el menor número de casos, con un total de 137.889.

La provincia de Puntarenas reportó la mayor tasa de IRAS, con 45.678,4 por cada 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste con 35.882,1 casos por 100.000 habitantes. Por su parte, la provincia de Cartago registró la menor tasa, con un total de 27.596,8 casos por 100.000 habitantes.

Figura 4

Costa Rica. Número de casos y tasas de IRAS por provincia, 2025



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

Conclusiones

En el año 2025, se presentaron un total de 1.671.926 casos en todo el país, con una tasa de 33.431,0 casos por 100.000 habitantes, siendo San José la provincia con más casos

reportados, y Puntarenas la provincia que tuvo la tasa más alta de 45.678,4 por 100.000 habitantes.

Discusión

Las IRAS son la enfermedad por la que más consultan las personas, con una distribución en todo el país, pero que tiene una mayor incidencia en San José y Alajuela, en el resto de las provincias del país, hay muchos casos, pero en menor cantidad en comparación con estas dos provincias; la tasa es más alta en Puntarenas y Guanacaste, sin embargo, tiene una distribución más similar en el resto de las provincias, si se compara con el número de casos.

Recomendaciones

Seguir con la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, y que en el primer nivel de atención se revisen las definiciones de casos, tal como está establecido en el protocolo de vigilancia de influenza y otras virosis respiratorias con el fin de que se lleven a cabo de manera adecuada los diagnósticos respectivos de estas patologías respiratorias.

Enfermedad Tipo Influenza

En 2025, la enfermedad tipo influenza (ETIS) es una de las principales causas de morbilidad a nivel global, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS.

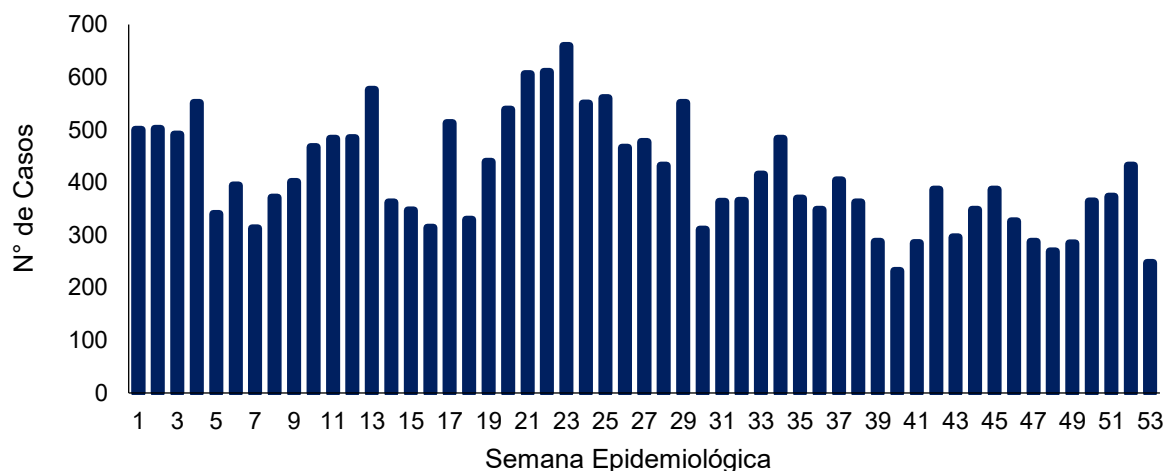
Se ha reportado circulación simultánea de otros virus respiratorios, tales como Virus Respiratorio Sincicial y Metaneumovirus, entre otros.

Dentro de las recomendaciones dadas por OPS/OMS se incluyen la vacunación contra influenza estacional, así como un diagnóstico precoz y el manejo clínico adecuado.

En el 2025 se notificó un total de 21.847 casos mediante la boleta VE-02, lo que corresponde a una tasa de 664,0 casos por 100.000 habitantes. Cuando más casos se presentaron en el año fue entre las semanas epidemiológicas 21 y 23, con un rango de casos entre 606 y 659 casos, con un promedio de 625 casos en esas 3 semanas.

Figura 5

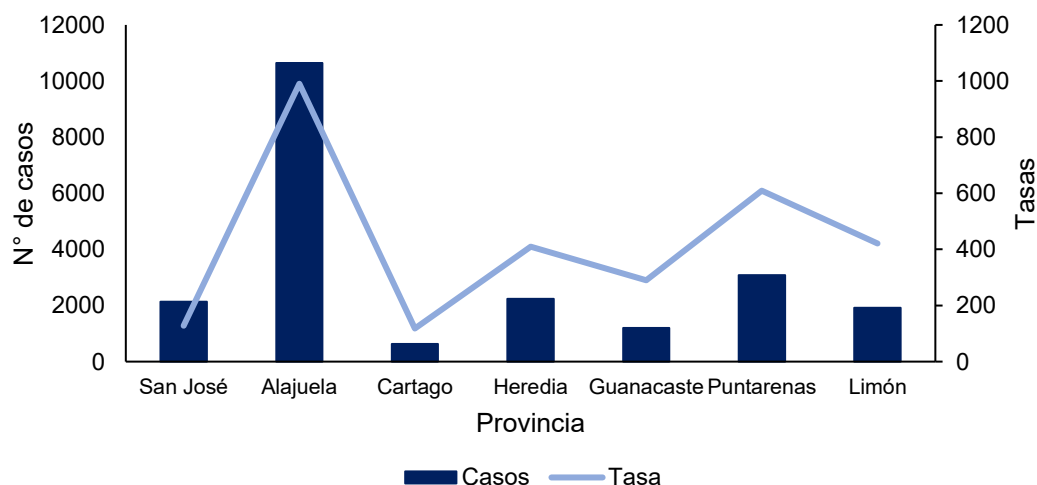
Costa Rica: Casos de ETIS notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2025



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

Figura 6

Costa Rica: Número de casos y tasas de ETIS por provincia, 2025



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de Alajuela reportó la mayor tasa de ETIS, con 990,3 por cada 100.000 habitantes (10.647 casos), seguida por Puntarenas con 609,1 por 100.000 habitantes (3.080 casos). Por su parte, la provincia de Cartago registró la menor tasa, con un total de 118,0 casos por 100.000 habitantes (629).

Conclusiones

En el año 2025, se presentaron un total de 21.847 casos en todo el país, con una tasa de 664,0 casos por 100.000 habitantes, siendo Alajuela la provincia con más casos reportados con un total de 10.647 casos, y Alajuela fue la provincia que tuvo la tasa más alta de 990,3 por 100.000 habitantes.

Discusión

Las ETIS es una enfermedad causada por virus que circulan durante todo el año en el país y que pueden afectar a personas de todos los grupos etarios, siempre considerando que los extremos de la vida son quienes más se pueden ver afectados (en cuanto a hospitalización, gravedad y fallecimientos). Esta enfermedad está distribuida en todo el país, pero tiene una alta incidencia en Alajuela, Puntarenas y Heredia, en el resto de las provincias del país, hay casos, pero en menor cantidad en comparación con estas tres provincias; la tasa es más alta en Alajuela y Puntarenas.

Recomendaciones

Seguir con la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, y que en el primer nivel de atención se revisen las definiciones de casos, tal como está establecido en el protocolo de vigilancia de influenza y otras virosis respiratorias con el fin de que se lleven a cabo de manera adecuada los diagnósticos respectivos de estas patologías respiratorias.

Infecciones Respiratorias Agudas Graves

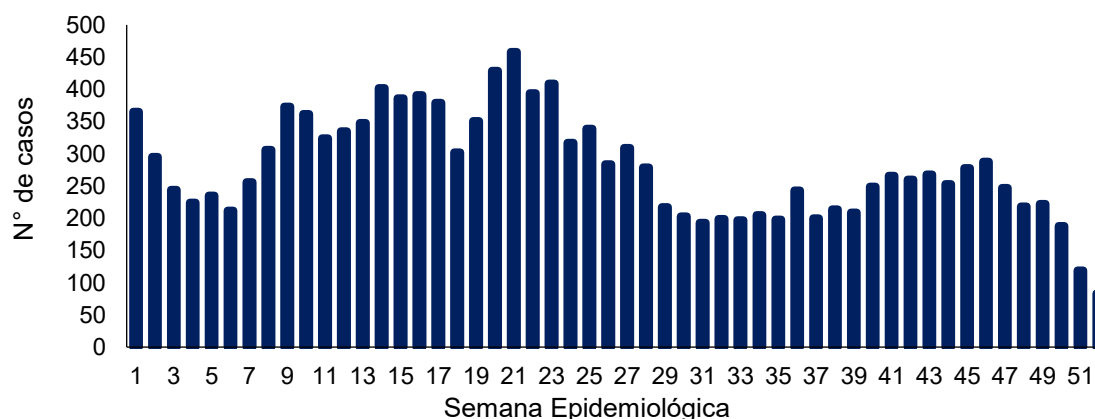
Las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) son un evento de vigilancia prioritaria, y se puede usar para monitorear la gravedad de las epidemias respiratorias, y son clave para la detección temprana de brotes y para orientar la respuesta sanitaria.

La circulación simultánea de múltiples virus respiratorios (influenza, VRS, Covid-19, Metaneumovirus, entre otros), coinfecciones virales que agravan el cuadro clínico y la resistencia antiviral, entre otros, son factores que pueden hacer que aumenten los casos de IRAG.

En el año 2025 se notificaron un total de 14.550 casos mediante la boleta VE-01, lo que corresponde a una tasa de 311,5 casos por 100.000 habitantes. Cuando más casos se presentaron en el año fue entre las semanas epidemiológicas 20 y 21, con un rango de casos entre 429 y 458 casos, con un promedio de 443,5 casos en esas 2 semanas.

Figura 7

Costa Rica. Casos de IRAG notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2025



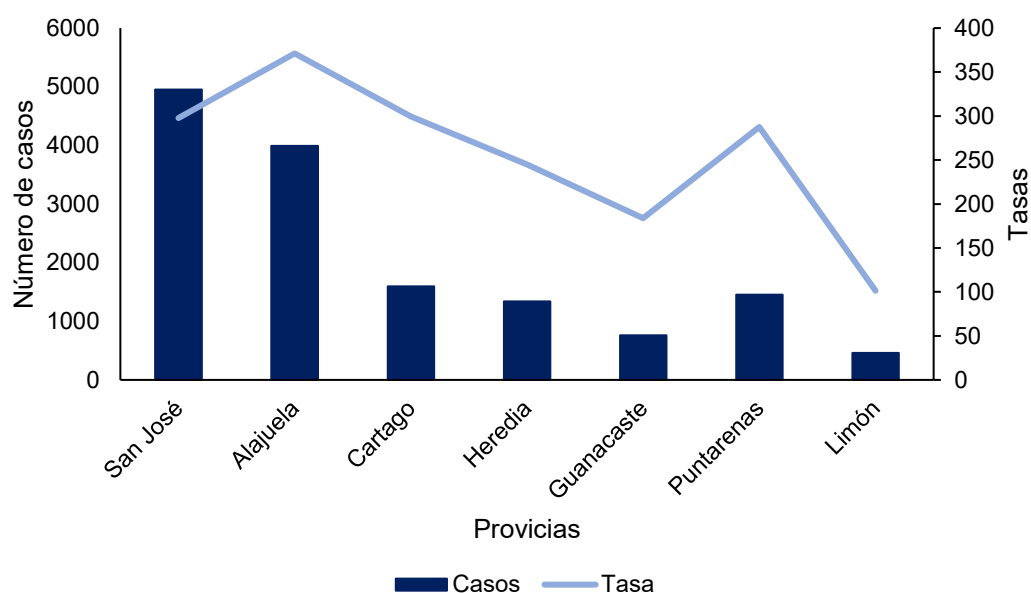
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de San José reportó la mayor cantidad de casos de IRAG, con 4950 casos, seguida por Alajuela con 3.991 casos. Por su parte, la provincia de Limón registró el menor número de casos, con un total de 462.

La provincia de Alajuela reportó la mayor tasa de IRAG, con 371,2 por cada 100.000 habitantes, seguida por Cartago con 299,5 casos por 100.000 habitantes. Por su parte, la provincia de Limón registró la menor tasa, con un total de 101,4 casos por 100.000 habitantes.

Figura 8

Costa Rica. Casos y tasas de IRAG por provincia, 2025



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

Conclusiones

En el año 2025, se presentaron un total de 14.550 casos en todo el país, con una tasa de 311,5 casos por 100.000 habitantes, siendo San José la provincia con más casos reportados con un total de 4.950 casos, y Alajuela fue la provincia que tuvo la tasa más alta de 371,2 por 100.000 habitantes.

Discusión

La IRAG es una enfermedad grave causada por virus que circulan durante todo el año en el país y que pueden afectar a personas de todos los grupos etarios, siempre considerando que los extremos de la vida son quienes más se pueden ver afectados (en cuanto a hospitalización, gravedad y fallecimientos). Esta enfermedad está distribuida en todo el país, pero que tiene una alta incidencia en San José, Alajuela y Cartago, en el resto de las provincias del país, hay casos, pero en menor cantidad en comparación con estas tres provincias; la tasa es más alta en Alajuela y Cartago.

Recomendación

- Seguir con la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, y que en el primer nivel de atención se revisen las definiciones de casos, tal como está establecido en el protocolo de vigilancia de influenza y otras virosis respiratorias con el fin de que se lleven a cabo de manera adecuada los diagnósticos respectivos de estas patologías respiratorias.

Vacunas

La vacunación constituye una de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas para la prevención de enfermedades transmisibles, la reducción de la mortalidad infantil y el control de eventos inmunoprevenibles. En Costa Rica, el Programa Nacional de Inmunizaciones ha contribuido de manera decisiva al fortalecimiento de la salud de la población mediante la implementación de esquemas de vacunación universales, gratuitos y respaldados por evidencia científica, logrando históricamente altas coberturas y el control sostenido de múltiples enfermedades prevenibles por vacunación.

Los resultados presentados en este informe se fundamentan en la información registrada en el Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC), plataforma oficial del Ministerio de Salud para el registro, monitoreo y análisis de las inmunizaciones aplicadas en el país. Este sistema permite la captura nominal de los datos de vacunación y el seguimiento individual de las personas a lo largo del esquema vacunal, fortaleciendo la calidad, oportunidad y

trazabilidad de la información utilizada para la evaluación de las coberturas de vacunación y el desempeño del Programa Nacional de Inmunizaciones.

Desde la perspectiva técnico-operativa, SINOVAC facilita la identificación de esquemas incompletos, la programación de acciones de recuperación, el monitoreo de cohortes de vacunación y la evaluación continua del cumplimiento de las metas establecidas a nivel local, regional y nacional.

En el ámbito epidemiológico, la disponibilidad de información nominal permite identificar oportunamente grupos susceptibles y áreas geográficas con brechas de cobertura, contribuyendo al análisis del riesgo de ocurrencia o reintroducción de enfermedades inmunoprevenibles. De esta manera, SINOVAC constituye una herramienta fundamental para la vigilancia epidemiológica, la toma de decisiones basada en evidencia y la implementación de acciones dirigidas a mantener la protección colectiva de la población. En concordancia con los objetivos institucionales del Ministerio de Salud, el sistema contribuye al fortalecimiento de la rectoría en inmunizaciones y al sostenimiento de los logros alcanzados por Costa Rica en materia de prevención, control y eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación.

Durante el año 2025, las coberturas de vacunación del esquema nacional mantuvieron, en términos generales, niveles satisfactorios para la mayoría de los biológicos dirigidos a la población infantil. Se observaron coberturas superiores al 90% en vacunas esenciales como BCG (94,7%), hepatitis B (95,8%-96,6%), pentavalente (95,9%-97,2%), neumococo conjugado (96,8%-98,3%), rotavirus (94,9%-96,3%), varicela (98,3%), sarampión-rubéola-paperas (91,7%-97,7%), Tdap (94,0%) y vacuna contra el virus respiratorio sincicial (90,9%). Estos resultados reflejan una adecuada capacidad operativa del programa y una alta aceptación de la vacunación por parte de la población.

No obstante, el análisis de las coberturas evidencia la persistencia de desafíos en algunos grupos específicos. Destacan las coberturas relativamente menores en los refuerzos de difteria, tétanos, tos ferina y poliomielitis (Tetraxim) (92,1%), segunda dosis de vacuna triple viral (SRP) (91,7%) y, particularmente, en las vacunas dirigidas a adolescentes y adultos, donde la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) alcanzó coberturas de 93,1% para la primera dosis y 69,9% para la segunda dosis, mientras que la vacuna Tétanos y la Difteria (Td) registró una cobertura de 62,8%. Estas brechas representan áreas prioritarias para el fortalecimiento de las estrategias de captación, seguimiento y recuperación de esquemas incompletos.

Desde la perspectiva epidemiológica, la sostenibilidad de coberturas homogéneas y superiores al 95% continúa siendo un objetivo estratégico para mantener la protección colectiva de la población y reducir el riesgo de introducción o reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles. El monitoreo permanente de los indicadores de vacunación permite identificar oportunamente poblaciones vulnerables, orientar acciones de intervención y garantizar el acceso equitativo a los servicios de inmunización en todo el territorio nacional.

En este contexto, el presente informe describe y analiza la situación de las coberturas de vacunación en Costa Rica durante el año 2025, destacando los principales avances, las brechas identificadas y las implicaciones epidemiológicas para la salud pública nacional.

Situación de las coberturas de vacunación, Costa Rica 2025

Durante el año 2025, el Programa Nacional de Inmunizaciones mantuvo coberturas elevadas para la mayoría de los biológicos contemplados en el esquema nacional de vacunación. De las 21 vacunas analizadas, 18 alcanzaron coberturas superiores al 90%, lo que evidencia una adecuada capacidad de acceso a los servicios de inmunización y una importante adhesión de la población a las estrategias de vacunación.

Las vacunas administradas durante los primeros meses de vida mostraron coberturas particularmente altas. La vacuna BCG alcanzó una cobertura de 94,7%, mientras que las tres dosis de hepatitis B registraron coberturas entre 95,8% y 96,6%. De igual forma, la vacuna pentavalente presentó coberturas superiores al 95% en sus tres dosis, alcanzando 97,2%, 97,1% y 95,9%, respectivamente. Estos resultados reflejan un adecuado desempeño de los servicios de salud en la captación temprana de la población infantil.

Las coberturas de la vacuna neumocócica conjugada (PCV13) se mantuvieron entre 96,8% y 98,3%, constituyéndose entre las más elevadas del esquema nacional. Asimismo, las vacunas contra rotavirus alcanzaron 96,3% para la primera dosis y 94,9% para la segunda dosis. La vacuna contra la varicela presentó una cobertura de 98,3%, una de las más altas registradas en el año.

En relación con la SRP, las coberturas fueron de 97,7% para la primera dosis y 91,7% para la segunda dosis. Aunque ambos valores se mantienen por encima del 90%, la diferencia observada entre dosis sugiere pérdidas en el seguimiento de los esquemas de vacunación que deben ser abordadas mediante acciones de recuperación y búsqueda activa.

Entre las vacunas de refuerzo, Tetraxim alcanzó una cobertura de 92,1%, mientras que la vacuna Tétanos, Difteria y Tos Ferina (Tdap) registró 94,0%, resultados que contribuyen al mantenimiento de la protección frente a enfermedades como difteria, tétanos y tosferina. Adicionalmente, la vacuna contra el virus respiratorio sincicial (VRS) alcanzó una cobertura de 90,9%, mostrando una incorporación satisfactoria dentro de las estrategias de prevención de infecciones respiratorias graves. Por otro lado, las coberturas más bajas se identificaron en la vacuna Td y en la segunda dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). La vacuna Td registró una cobertura de 62,8%, mientras que la primera y segunda dosis de VPH alcanzaron 93,1% y 69,9%, respectivamente. Estas cifras evidencian desafíos en la captación y continuidad de la vacunación en adolescentes y adultos, grupos que tradicionalmente presentan mayores dificultades de acceso y seguimiento en comparación con la población infantil.

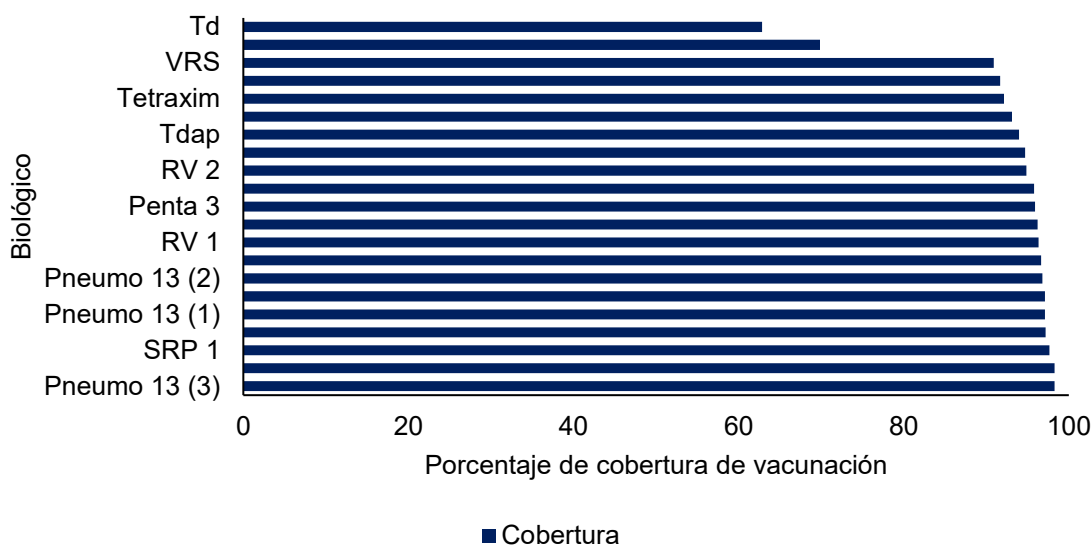
En términos generales, los resultados observados durante 2025 indican que Costa Rica mantiene niveles de cobertura compatibles con la protección de la población frente a la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, las diferencias observadas entre primeras y segundas dosis, así como las bajas coberturas de Td y VPH-2, señalan la necesidad de fortalecer las estrategias de monitoreo nominal, recuperación de esquemas incompletos y búsqueda activa de personas pendientes de vacunación, con el fin de asegurar una protección homogénea y sostenible en todos los grupos de edad.

Principales hallazgos epidemiológicos:

- 18 de 21 vacunas alcanzaron coberturas iguales o superiores al 90%.
- Se evidencia una disminución entre primeras y últimas dosis en varios esquemas, especialmente en SRP y VPH.
- Las vacunas infantiles mantienen coberturas cercanas o superiores al 95%
- Las principales oportunidades de mejora se concentran en adolescentes y adultos, donde persisten brechas importantes de vacunación.

Figura 9

Costa Rica. Cobertura de vacunación según biológico en porcentaje, 2025



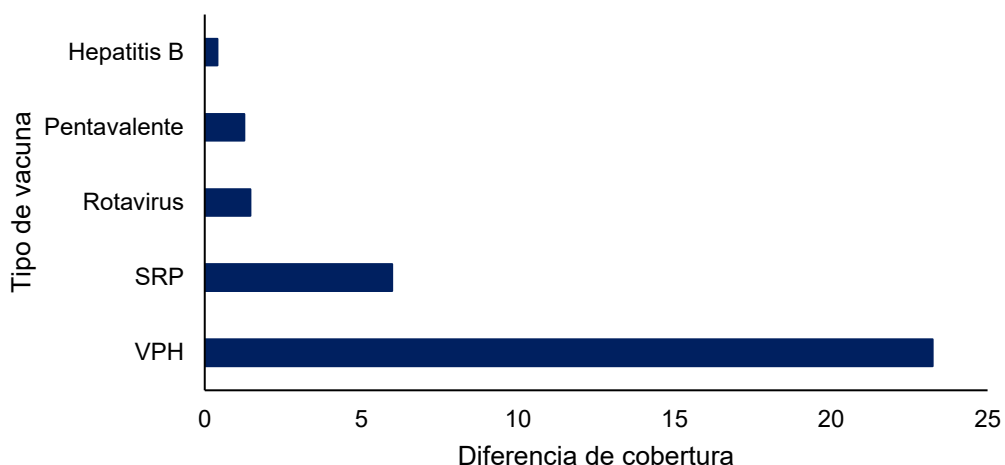
Fuente: Datos aportados por la CCSS y datos registrados en el SINOVAC, elaboración propia, UE, DVS, MS.

La mayoría de los biológicos alcanzaron coberturas superiores al 90%, destacando PCV 13 tercera dosis (98,28%), varicela (98,26%) y SRP primera dosis (97,67%). Las coberturas más bajas correspondieron a Td (62,84%) y VPH segunda dosis (69,86%).

La comparación entre la primera y la última dosis de esquemas seleccionados evidenció una adecuada continuidad en las vacunas contra hepatitis B, pentavalente y rotavirus, cuyas diferencias fueron inferiores a dos puntos porcentuales. En contraste, se observó una pérdida de 5,98 puntos porcentuales entre las dosis de la vacuna SRP y una disminución de 23,25 puntos porcentuales en la vacunación contra el VPH, constituyéndose esta última en la principal brecha identificada en el seguimiento de esquemas durante 2025.

Figura 10

Costa Rica. Diferencia de cobertura entre la primera y la última dosis en esquemas de vacunación seleccionados, 2025



Fuente: Datos aportados por la CCSS y datos registrados en el SINOVAC, elaboración propia, UE, DVS, MS.

En términos generales, las coberturas de vacunación registradas durante 2025 evidencian un adecuado desempeño del Programa Nacional de Inmunizaciones, con la mayoría de los biológicos alcanzando coberturas superiores al 90% y más de la mitad superando la meta programática del 95%. No obstante, persisten desafíos relacionados con la continuidad de algunos esquemas de vacunación, particularmente en la aplicación de la segunda dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y de la segunda dosis de sarampión, rubéola y paperas (SRP). Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de seguimiento nominal, búsqueda activa y recuperación de esquemas incompletos, con el fin de mantener niveles óptimos de protección poblacional frente a enfermedades inmunoprevenibles.

Hipertensión arterial

Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial por encima de los valores considerados normales. La hipertensión arterial se define como la elevación persistente de la presión arterial sistólica

y/o diastólica, determinada mediante mediciones estandarizadas realizadas en condiciones adecuadas. De acuerdo con las guías clínicas internacionales y nacionales, el diagnóstico debe establecerse a partir de mediciones repetidas en diferentes momentos, con el fin de confirmar la persistencia de cifras elevadas de presión arterial y reducir la posibilidad de errores de medición.

La enfermedad se clasifica en hipertensión primaria o esencial, que representa la mayoría de los casos y cuya causa específica no puede identificarse, e hipertensión secundaria, originada por enfermedades renales, endocrinas, vasculares o por el uso de determinados medicamentos. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la edad avanzada, los antecedentes familiares, la obesidad, la inactividad física, la alimentación rica en sodio y baja en frutas y verduras, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica. Constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, siendo una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Debido a su elevada frecuencia y a que suele cursar de forma asintomática durante largos períodos, se le conoce como el "asesino silencioso", ya que muchas personas desconocen que padecen la enfermedad hasta que presentan alguna de sus complicaciones.

La OMS estima que más de mil millones de personas viven con HTA en el mundo y que una proporción importante de ellas no ha sido diagnosticada o no recibe un tratamiento adecuado. La hipertensión constituye un factor de riesgo modificable cuya prevención y control contribuyen significativamente a reducir la carga de enfermedad cardiovascular, los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal crónica.

En Costa Rica, hipertensión arterial representa un importante problema de salud pública debido al envejecimiento de la población, la transición epidemiológica y la elevada prevalencia de factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el consumo excesivo de sodio, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Estas condiciones han favorecido un aumento progresivo de la carga de enfermedad y han incrementado la demanda de los servicios de salud para la atención y el seguimiento de las personas con enfermedades cardiovasculares.

El presente análisis describe el comportamiento epidemiológico de hipertensión arterial en Costa Rica durante el año 2025, considerando la incidencia de casos notificados por grupos de edad quinquenales, así como la mortalidad y la mortalidad prematura asociadas a esta

enfermedad. La información presentada constituye un insumo para orientar la toma de decisiones, fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y apoyar la planificación de estrategias de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en el país.

En 2025 se notificaron 37.805 casos de hipertensión arterial en Costa Rica, para una tasa nacional de 705,9 casos por 100.000 habitantes. Del total de casos, 20.477 (54,2 %) correspondieron a mujeres y 17.328 (45,8 %) a hombres. La tasa de incidencia fue de 769,1 casos por 100.000 habitantes en mujeres y de 643,4 casos por 100.000 habitantes en hombres.

Según la distribución por grupos quinquenales de edad, la incidencia de hipertensión arterial mostró un incremento progresivo conforme aumentó la edad. En los menores de 5 años no se registraron casos y las tasas fueron inferiores a 10 casos por 100.000 habitantes hasta el grupo de 10 a 14 años. A partir de los 15 años se observó un aumento gradual de la incidencia, el cual se acentuó desde los 35 años y continuó incrementándose en los grupos de mayor edad.

Las tasas más elevadas se registraron en el grupo de 65 a 69 años (1.836,4 casos por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 70 a 74 años (1.706,0) y de 75 años y más (1.626,4 casos por 100.000 habitantes). Asimismo, el mayor número absoluto de casos se presentó en el grupo de 60 a 64 años, con 4.122 casos notificados. Estos resultados reflejan la estrecha relación entre el envejecimiento y la ocurrencia de la hipertensión arterial, asociada a la acumulación de factores de riesgo cardiovasculares y a los cambios fisiológicos propios de la edad.

El comportamiento observado confirma que la hipertensión arterial constituye un importante problema de salud pública en Costa Rica, principalmente en la población adulta y adulta mayor.

Tabla 1

Costa Rica. Casos notificados e incidencia de hipertensión arterial según grupos quinquenales de edad, 2025. Números absolutos y tasas por 100.000 habitantes

Grupo de edad	Casos	Tasa por 100.000 habitantes
< 1	0	0
1–4	0	0
5–9	5	1,4
10–14	37	9,9
15–19	239	63
20–24	738	189,9
25–29	1.344	316,1
30–34	2.065	464,8
35–39	3.116	688,4
40–44	3.957	970
45–49	4.130	1.189,8
50–54	4.016	1.367,8
55–59	4.025	1.443,8
60–64	4.122	1.574,9
65–69	3.923	1.836,4
70–74	2.657	1706
> 75	3.431	1.626,4

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

La hipertensión arterial constituye una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles y representa un importante factor de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, las cuales contribuyen de manera significativa a la mortalidad en la población. El análisis de la mortalidad asociada a esta enfermedad permite evaluar su comportamiento a través del tiempo, identificar tendencias y orientar la planificación de estrategias de prevención, atención y control.

Para este perfil epidemiológico se analizan dos indicadores complementarios: la mortalidad general, que refleja el impacto total de la hipertensión arterial sobre la población, y la mortalidad prematura, que considera las defunciones ocurridas antes de los 70 años y permite evaluar la pérdida de años potenciales de vida, así como el impacto de la enfermedad en la población en edades productivas.

La mortalidad asociada a la hipertensión arterial está relacionada con el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, entre ellas la cardiopatía hipertensiva, el accidente cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal crónica. Su comportamiento está influenciado por múltiples factores, como el envejecimiento poblacional, la elevada prevalencia de factores de riesgo modificables, el diagnóstico oportuno, el acceso a los servicios de salud, la adherencia al tratamiento y el adecuado control de la presión arterial.

Por lo anterior, la vigilancia epidemiológica debe complementarse con estrategias orientadas a la promoción de la salud, la prevención de los factores de riesgo, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y el seguimiento continuo de las personas con Hipertensión arterial, con el propósito de reducir las complicaciones y la mortalidad asociada a esta enfermedad.

La mortalidad general por hipertensión arterial en Costa Rica presentó una tendencia creciente durante el período 2010–2025. Entre 2010 y 2014, las tasas de mortalidad se mantuvieron relativamente estables, con valores entre 1,3 y 1,7 defunciones por 100.000 habitantes, lo que evidencia un comportamiento constante durante los primeros años del período analizado.

A partir de 2015 se observó un incremento gradual de la mortalidad, con tasas que oscilaron entre 2,3 y 2,7 defunciones por 100.000 habitantes hasta 2018. Posteriormente, entre 2019 y 2020, la tendencia se intensificó, registrándose un aumento de la tasa de 5,3 a 6,7 defunciones por 100.000 habitantes. Durante el período 2021–2025 se evidenció el incremento más pronunciado de toda la serie, alcanzando 20,7 defunciones por 100.000 habitantes en 2025, el valor más alto registrado durante el período de estudio.

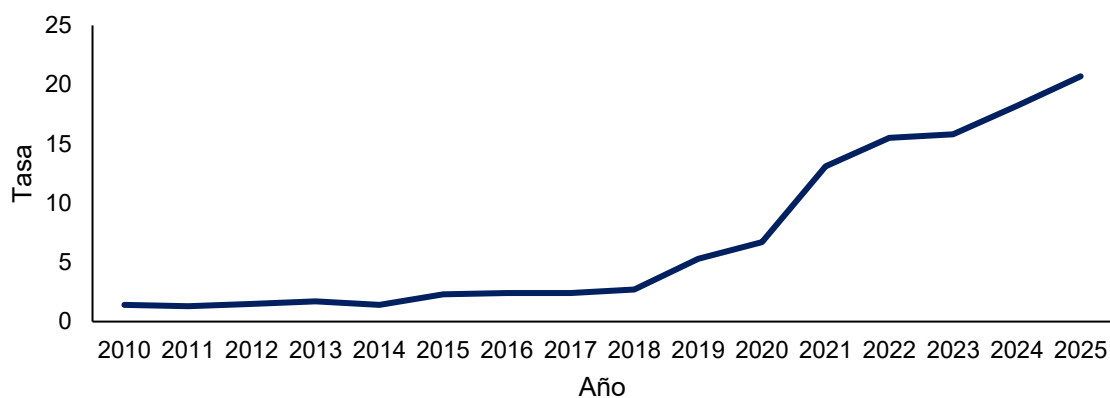
La evolución observada puede estar influenciada por diversos factores, entre ellos el envejecimiento de la población, la persistencia de factores de riesgo modificables como la obesidad, el consumo elevado de sodio, el sedentarismo y otras enfermedades crónicas que incrementan el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Asimismo, el aumento registrado durante los últimos años del período podría estar relacionado con cambios en el perfil epidemiológico de la población, así como con posibles afectaciones en el acceso y la continuidad de la atención de las enfermedades crónicas durante ese período.

La mortalidad prematura por hipertensión arterial en Costa Rica durante el período 2010–2025 evidencia que esta enfermedad continúa contribuyendo de manera importante a las

defunciones ocurridas antes de los 70 años. La tendencia observada muestra un incremento progresivo a lo largo del período de estudio, con un aumento durante los últimos años, lo que refleja una mayor carga de enfermedad en la población en edades potencialmente productivas.

Figura 11

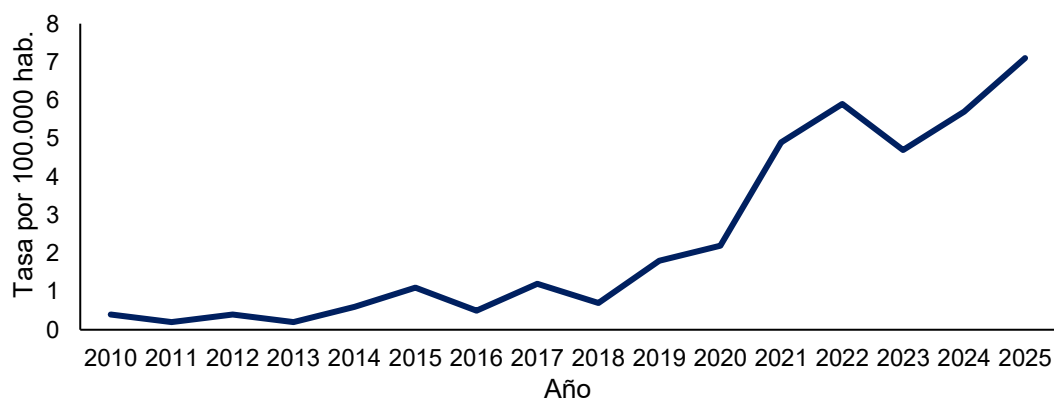
Costa Rica. Tendencia de la tasa de mortalidad, 2010–20



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Figura 12

Costa Rica. Tasa de mortalidad prematura por hipertensión arterial, 2010-2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Conclusiones

- La hipertensión arterial continúa representando un importante problema de salud pública en Costa Rica debido a su elevada frecuencia y a su estrecha relación con las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, que constituyen algunas de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país.
- El análisis de la incidencia durante 2025 evidenció que la enfermedad afecta principalmente a la población adulta y adulta mayor, observándose un incremento progresivo de las tasas conforme aumenta la edad, con una mayor concentración de casos en los grupos etarios de mayor edad.
- La mortalidad general por hipertensión arterial mostró una tendencia creciente durante el período 2010–2025, con un incremento más marcado a partir de 2019 y un aumento sostenido durante los últimos años, alcanzando en 2025 la tasa más alta de toda la serie analizada.
- La mortalidad prematura por hipertensión arterial evidenció que la enfermedad continúa ocasionando defunciones antes de los 70 años, reflejando el impacto de los factores de riesgo cardiovasculares y de las complicaciones asociadas sobre la población en edades potencialmente productivas.

Recomendaciones

- Promover las acciones de promoción de la salud y prevención de la hipertensión arterial, mediante la adopción de estilos de vida saludables, incluyendo una alimentación saludable, la reducción del consumo de sodio, la práctica regular de actividad física, el mantenimiento de un peso adecuado y la disminución de otros factores de riesgo cardiovascular modificables.
- Reforzar la detección temprana de la hipertensión arterial, especialmente en la población adulta y adulta mayor, favoreciendo el diagnóstico oportuno y el inicio precoz del tratamiento para reducir el riesgo de complicaciones.
- Optimizar la atención integral de las personas con hipertensión arterial, mediante el seguimiento clínico periódico, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, el control de los factores de riesgo cardiovascular y la garantía de la

continuidad de la atención, con el fin de disminuir las complicaciones, la mortalidad prematura y la carga de enfermedad.

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la hipertensión arterial, mediante el mejoramiento continuo de la calidad de los datos, el análisis sistemático de la información y el monitoreo de las tendencias, para orientar la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones en salud pública.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, la carga de enfermedad asociada y el impacto que genera sobre la mortalidad prematura y la calidad de vida de la población. Esta corresponde a un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por hiperglucemia crónica, ocasionada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambos mecanismos. La persistencia de concentraciones elevadas de glucosa en sangre favorece el desarrollo de complicaciones microvasculares y macrovasculares que afectan principalmente los riñones, el sistema cardiovascular, la retina y el sistema nervioso periférico.

En la Región de las Américas, la diabetes continúa incrementándose como consecuencia del envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y la alta prevalencia de factores de riesgo modificables, entre ellos el sobrepeso, la obesidad, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de tabaco y alcohol. Estos determinantes han contribuido al aumento sostenido de la incidencia y de la carga de enfermedad asociada a las enfermedades no transmisibles.

En Costa Rica, la diabetes mellitus constituye un evento de vigilancia epidemiológica debido a su impacto sobre la morbilidad, la mortalidad y la utilización de los servicios de salud. Además del incremento progresivo del número de personas diagnosticadas, la enfermedad representa una de las principales causas de muerte y una causa importante de mortalidad prematura, por lo que su vigilancia resulta indispensable para orientar las políticas de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y control integral.

En 2025 se notificaron 17.276 casos de Diabetes Mellitus en Costa Rica, para una tasa nacional de 322,6 casos por 100.000 habitantes. Del total de casos, 9.653 (55,9 %)

correspondieron a mujeres y 7.623 (44,1 %) a hombres. La tasa de incidencia fue de 362,6 casos por 100.000 habitantes en mujeres y de 283,0 casos por 100.000 habitantes en hombres.

Según la distribución por edad, las tasas de incidencia se mantuvieron bajas durante la infancia y la adolescencia, con valores inferiores a 20 casos por 100.000 habitantes en la mayoría de los grupos. A partir de los 25 a 29 años se observó un incremento progresivo, que se acentuó desde los 40 años. Las tasas más elevadas se registraron en los grupos de 65 a 69 años (946,5 casos por 100.000 habitantes) y de 70 a 74 años (964,4 casos por 100.000 habitantes).

En el grupo de 75 años y más, la tasa fue de 879,3 casos por 100.000 habitantes. Durante el período analizado, tanto el número de casos como las tasas de incidencia fueron mayores en mujeres que en hombres.

Tabla 2

Costa Rica. Casos notificados e incidencia de diabetes mellitus según grupos quinquenales de edad, 2025. Números absolutos y tasas por 100.000 habitantes

Grupo de edad	Casos	Tasa
> 1	21	31,1
1–4	9	3,2
5–9	31	8,4
10–14	46	12,3
15–19	59	15,5
20–24	129	33,2
25–29	310	72,9
30–34	584	131,5
35–39	1 065	235,3
40–44	1 467	359,6
45–49	1 786	514,5
50–54	1 996	679,8
55–59	2 154	772,7
60–64	2 240	855,9
65–69	2 022	946,5
70–74	1 502	964,4
> 75	1 855	879,3

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos obtenidos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

La diabetes mellitus continúa representando una importante causa de mortalidad en Costa Rica y constituye uno de los principales desafíos para la salud pública debido al impacto que genera sobre la calidad de vida, la discapacidad y la supervivencia de la población. El análisis de la mortalidad asociada a esta enfermedad permite evaluar su comportamiento a través del tiempo, identificar tendencias y orientar la planificación de estrategias de prevención, atención y control.

Para este perfil epidemiológico se analizan dos indicadores complementarios: la mortalidad general, que refleja el impacto total de la enfermedad sobre la población, y la mortalidad prematura, que considera las defunciones ocurridas antes de los 70 años y permite valorar la pérdida de años potenciales de vida y el efecto de la enfermedad en la población en edades productivas.

La mortalidad asociada a la diabetes mellitus se relaciona con el desarrollo de complicaciones crónicas, entre ellas la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal crónica, las complicaciones vasculares y otras condiciones que incrementan el riesgo de discapacidad y muerte. Su comportamiento está influenciado por múltiples factores, como el envejecimiento poblacional, la prevalencia de factores de riesgo modificables, el diagnóstico oportuno, el acceso a los servicios de salud, la adherencia al tratamiento y el adecuado control metabólico.

La mortalidad general por diabetes mellitus en Costa Rica mostró una tendencia creciente durante el período 2010–2025. Entre 2010 y 2014, la tasa de mortalidad se mantuvo relativamente estable, oscilando entre 14,55 y 17,14 defunciones por 100.000 habitantes. A partir de 2015 se observó un incremento sostenido, con un aumento progresivo de la tasa hasta alcanzar 34,20 por 100.000 habitantes en 2019, lo que evidencia un aumento de la carga de mortalidad asociada a esta enfermedad.

En 2020 se registró el valor más alto de la serie hasta ese momento (45,37 por 100.000 habitantes), seguido de una disminución moderada en 2021 y 2022. No obstante, a partir de 2023 la tendencia volvió a incrementarse, alcanzando 45,15 defunciones por 100.000 habitantes en 2025, una tasa muy similar al máximo observado en 2020.

La evolución de la mortalidad por diabetes mellitus refleja la influencia de múltiples factores, entre ellos el envejecimiento de la población, la mayor prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y la alimentación no saludable, así como la

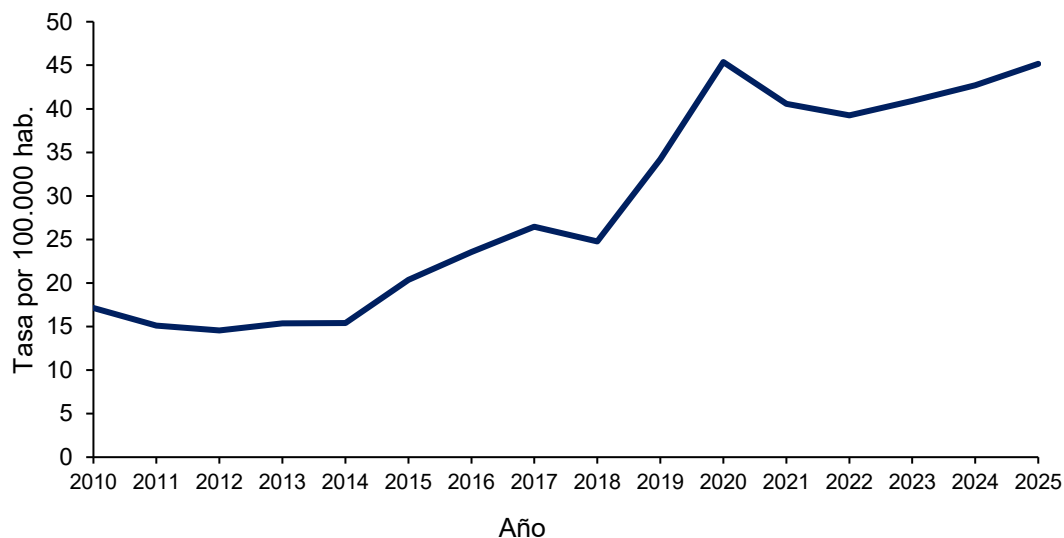
coexistencia de otras enfermedades crónicas que incrementan el riesgo de complicaciones y muerte.

La tendencia de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en Costa Rica durante el período 2010–2025 evidencia que esta enfermedad continúa representando una causa importante de muerte antes de los 70 años.

Entre 2010 y 2014, las tasas de mortalidad prematura se mantuvieron relativamente estables. A partir de 2015 se observó un incremento progresivo, alcanzando 25,5 por 100.000 habitantes en 2019. En 2020 se registró un aumento importante de la mortalidad prematura, alcanzando 33,8 defunciones por 100.000 habitantes, seguido de una disminución en 2021 y 2022. Sin embargo, durante 2023–2025 la tendencia volvió a incrementarse, finalizando el período con una tasa de 32,0 por 100.000 habitantes, lo que evidencia que continúa ocasionando un importante número de defunciones en población menor de 70 años.

Figura 13

Costa Rica. Tasa^{1/} de mortalidad general por diabetes mellitus, 2010–2025

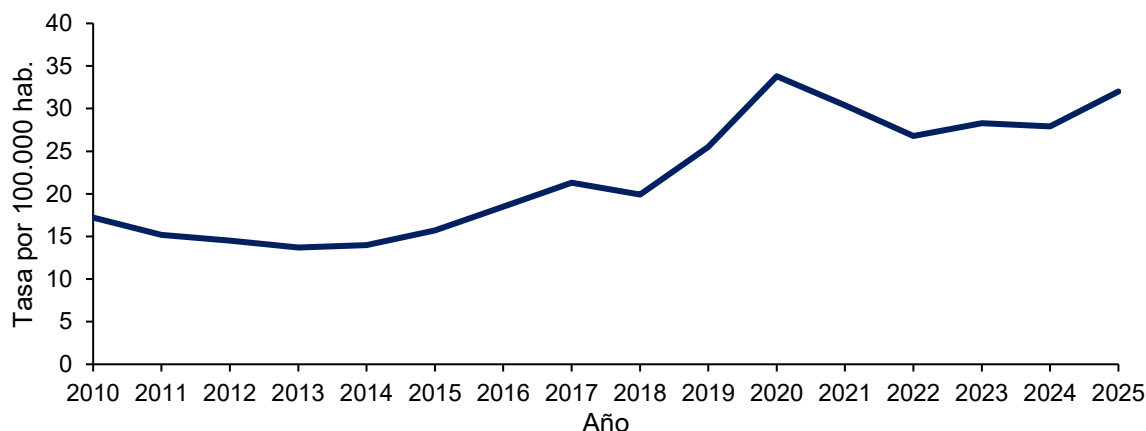


^{1/}Tasa por cien mil habitantes

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Figura 14

Costa Rica. Tendencia de la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus, 2010–2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Datos obtenidos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Conclusiones

- La distribución por grupos quinquenales de edad evidenció un incremento progresivo de la incidencia conforme aumenta la edad, registrándose las tasas más elevadas en la población adulta mayor, particularmente entre los 65 y 74 años, lo que confirma la influencia del envejecimiento poblacional y de la acumulación de factores de riesgo sobre la ocurrencia de la enfermedad.
- La mortalidad general por diabetes mellitus mostró una tendencia creciente durante el período 2010–2025, con un incremento sostenido a partir de 2015 y tasas elevadas durante los últimos años del período analizado, lo que evidencia que esta enfermedad continúa representando una importante causa de muerte en Costa Rica.
- La mortalidad prematura por diabetes mellitus mantuvo una tendencia ascendente durante el período de estudio, reflejando que la enfermedad continúa ocasionando defunciones antes de los 70 años y una pérdida importante de años potenciales de vida, especialmente como consecuencia de sus complicaciones crónicas.

Recomendaciones

- Fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención y control de la diabetes mellitus, mediante la promoción de estilos de vida saludables (alimentación saludable, práctica regular de actividad física y mantenimiento de un peso adecuado), la reducción de los factores de riesgo modificables, el acceso oportuno al diagnóstico y la garantía de la continuidad de la atención, con el fin de disminuir la mortalidad prematura y las complicaciones asociadas a la enfermedad.
- Reforzar las acciones de detección temprana en la población con factores de riesgo, con el propósito de favorecer el diagnóstico oportuno y el inicio precoz del tratamiento para reducir la aparición de complicaciones.
- Fortalecer el seguimiento clínico y el manejo integral de las personas con diabetes mellitus, promoviendo la adherencia al tratamiento, el control metabólico y la prevención de complicaciones crónicas para reducir la discapacidad y la mortalidad asociadas a la enfermedad.

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial y afectan a personas de cualquier sexo y edad. La transmisión ocurre principalmente por contacto sexual, aunque algunas infecciones pueden transmitirse de forma vertical de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Las ITS son causadas por diversos agentes patógenos, entre ellos bacterias como *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea) y *Chlamydia trachomatis*; virus como el virus del papiloma humano (VPH), el virus del herpes simple (VHS) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); así como parásitos como *Trichomonas vaginalis*. Además, durante los últimos años han emergido nuevos desafíos para la salud sexual, como la mpox (viruela símica), que ocasionó un brote internacional por el clado IIb en 2022 y posteriormente la expansión del clado Ib en varios países durante 2024 y 2025.

Las ITS afectan principalmente a la población de 15 a 49 años. Según estimaciones de la OMS, cada día más de un millón de personas adquieren una ITS curable y, anualmente, se producen alrededor de 374 millones de nuevas infecciones por sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. La sífilis continúa representando una preocupación mundial creciente; para el año 2022 se estimó que aproximadamente ocho millones de personas adquirieron la infección.

Asimismo, las ITS incrementan significativamente el riesgo de adquirir y transmitir la infección por VIH debido a las lesiones mucosas y procesos inflamatorios asociados.

La OMS estima que alrededor de 3.800 millones de personas menores de 50 años viven con infección por el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1), principalmente asociado a herpes labial. Asimismo, se calcula que aproximadamente 520 millones de personas entre los 15 y 49 años viven con infección genital por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). La infección por VHS-2 aumenta aproximadamente tres veces el riesgo de adquirir la infección por VIH.

El virus del papiloma humano (VPH) comprende más de 200 genotipos virales, algunos de ellos asociados al desarrollo de cáncer cervicouterino, anal, vulvar, vaginal, peneano y orofaríngeo. La OMS estima que en 2019 el VPH fue responsable de aproximadamente 620.000 nuevos casos de cáncer en mujeres y 70.000 casos en hombres. La vacunación contra el VPH, junto con el tamizaje y tratamiento oportuno de las lesiones precancerosas, constituye la principal estrategia para reducir la carga de enfermedad asociada a este virus.

Según el informe mundial de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) 2025, desde el inicio de la epidemia se estima que aproximadamente 91.4 millones de personas han adquirido la infección por VIH y cerca de 44.1 millones han fallecido por enfermedades relacionadas con el sida. A nivel mundial, alrededor de 40.8 millones de personas viven actualmente con VIH, de las cuales 39.4 millones corresponden a personas mayores de 15 años y 1.4 millones a menores de 15 años.

Durante 2024 se estimaron aproximadamente 1.3 millones de nuevas infecciones por VIH y 630.000 muertes relacionadas con el sida. De las personas que viven con VIH, el 87% conocía su diagnóstico; entre estas, el 89% recibía tratamiento antirretroviral y el 94% había alcanzado supresión viral, reflejando avances importantes hacia las metas globales de control de la epidemia.

Entre los adultos de 15 a 49 años, la prevalencia mundial estimada de VIH fue de 0,7%. Sin embargo, esta carga continúa siendo desproporcionadamente mayor en poblaciones clave afectadas por factores sociales, económicos y estructurales relacionados con el estigma, la discriminación y las barreras de acceso a los servicios de salud. ONUSIDA reporta prevalencias estimadas de 7,6% en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), 8,5% en mujeres trans, 7,1% en personas que se inyectan drogas, 2,7% en trabajadoras(es) sexuales y 1,4% en personas privadas de libertad.

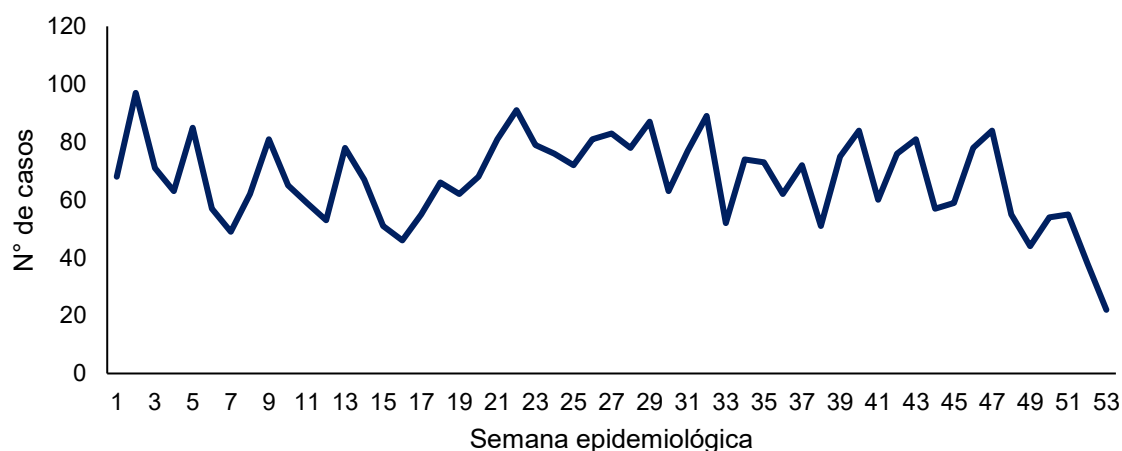
La persistencia de las ITS y el VIH continúa generando una importante carga de enfermedad, morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Por ello, resulta fundamental fortalecer las estrategias de prevención, educación sexual, diagnóstico oportuno, tratamiento temprano, vigilancia epidemiológica y acceso a los servicios de salud, con especial énfasis en adolescentes, personas jóvenes y poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.

Sífilis en todas sus formas

Para el año 2025 se notificaron 3.566 casos, para una tasa general de 66,6 por 100.000 habitantes. La afectación fue mayor en los hombres, quienes concentraron el 60,2 % de los casos y presentaron una tasa de 79,6, superior a la observada en las mujeres (53,4).

Figura 15

Costa Rica. Casos notificados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas durante las semanas epidemiológicas 1-53, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Por edad, la mayor carga absoluta se concentró entre los 20 y 39 años, especialmente en los grupos de 25 a 29 años, con 537 casos y una tasa de 126,3, y de 30 a 34 años, con 512 casos y una tasa de 115,2. Este patrón evidencia una concentración del evento en la población adulta joven, con predominio masculino particularmente marcado entre los 25 y 64 años.

El grupo de menores de un año presentó la tasa más elevada de toda la distribución, con 272,4 por 100.000 habitantes, pese a registrar 184 casos, lo cual amerita un análisis específico según la naturaleza del evento, la vía de transmisión, los criterios diagnósticos y los mecanismos de vigilancia aplicados en esta población. Después de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, aunque persiste una mayor afectación masculina y se registra un nuevo incremento en las personas de 75 años y más, con una tasa de 70,2.

Tabla 3

Costa Rica. Casos confirmados por sífilis en todas sus formas, según grupos de edad quinquenal, número absoluto y tasas, 2025. Tasas por 100.000 habitantes.

Grupos de edad	Casos	Tasa
< 1	184	270,9
1 a 4	5	1,8
5 a 9	0	0,0
10 a 14	4	1,1
15 a 19	159	41,9
20 a 24	413	106,3
25 a 29	537	126,3
30 a 34	512	115,2
35 a 39	414	91,5
40 a 44	326	79,9
45 a 49	240	69,1
50 a 54	154	52,5
55 a 59	142	50,9
60 a 64	144	55,0
65 a 69	106	49,6
70 a 74	78	50,1
>75	148	70,2
Total	3.566	66,6

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS/Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Con relación al comportamiento de la sífilis según provincia de procedencia, las provincias de la Gran Área Metropolitana continúan aportando la mayor cantidad absoluta de

casos; sin embargo, Limón registró la tasa de incidencia más elevada del país con 97,6 casos por 100.000 habitantes, seguida por San José (81,6) y Cartago (71,2).

Entre las provincias costeras, además de Limón, destacó Puntarenas con una tasa de 54,0 por 100.000 habitantes. Guanacaste fue la provincia con la menor tasa de incidencia reportada durante el año 2025

Tabla 4

Costa Rica. Casos notificados de sífilis en todas sus formas, números absolutos y tasas según provincias de procedencia, 2025. Tasa p/100.000 habitantes

Provincias	Casos	Tasa
San José	1.401	81,6
Alajuela	590	54,0
Cartago	396	71,2
Heredia	265	47,4
Guanacaste	157	37,4
Puntarenas	285	54,0
Limón	472	97,6
Total	3.566	66,6

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS/Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Según datos del INEC, durante 2025 se registraron en Costa Rica 6 defunciones por sífilis (A50.0-A53.9). Aunque corresponde a una mortalidad baja en términos absolutos, estas muertes evidencian que la sífilis puede ocasionar complicaciones graves cuando no se diagnostica y trata oportunamente, especialmente en formas tardías o en personas con comorbilidades.

Gonorrrea

Durante 2025 se notificaron en Costa Rica 1.658 casos de gonorrrea, para una tasa nacional de 31,0 por 100.000 habitantes. El 86,8 % de los casos correspondió a hombres, cuya tasa fue 6,5 veces superior a la registrada en mujeres. El promedio semanal fue de 31 casos, con variaciones entre 18 y 42 notificaciones.

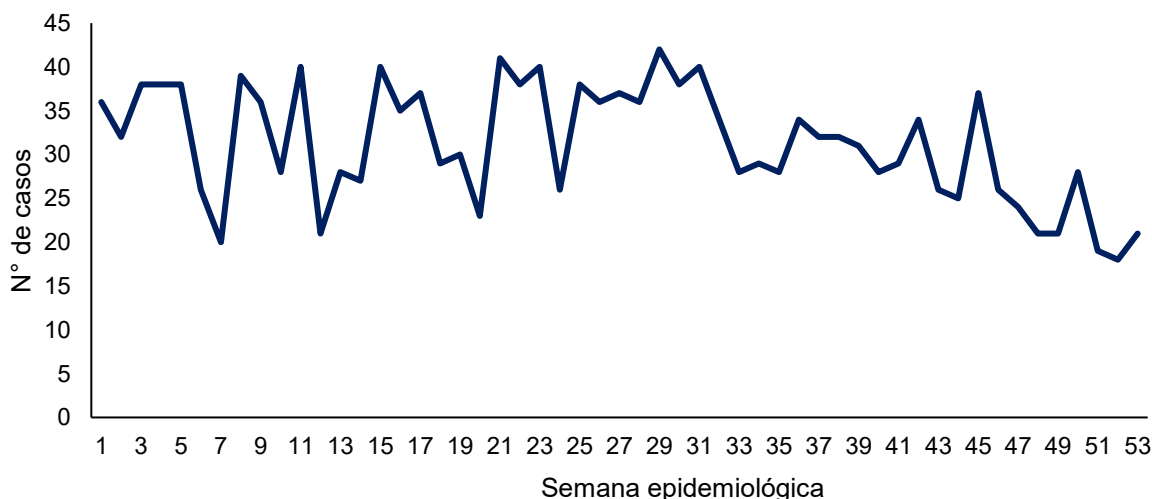
La mayor cantidad de casos se registró en la semana epidemiológica 29, con 42 casos, seguida de la semana 21, con 41 casos. También se observaron valores elevados en las semanas 11, 15, 23 y 31, con 40 casos cada una. El menor número de notificaciones se presentó en la semana 52, con 18 casos, y en la semana 51, con 19 casos.

En términos generales, la distribución semanal mostró un comportamiento relativamente estable, con fluctuaciones moderadas y sin evidencia de un incremento abrupto o sostenido que sugiera un brote concentrado en un periodo específico. No obstante, se identificó una mayor frecuencia de casos entre las semanas 21 y 31, seguida de una tendencia general al descenso hacia el final del año.

Estos resultados indican una transmisión persistente de la gonorrea durante todo el periodo analizado, por lo que se requiere mantener la vigilancia epidemiológica continua, fortalecer el diagnóstico oportuno, asegurar el tratamiento adecuado y realizar el estudio en casos especiales.

Figura 16

Costa Rica. Casos notificados por gonorrea, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas durante las semanas epidemiológicas 1-53, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

El 86,8 % de los casos notificados por gonorrea correspondió a hombres, cuya tasa fue 6,5 veces superior a la registrada en mujeres.

La enfermedad se concentró principalmente en adolescentes y adultos jóvenes. El grupo de 20 a 24 años presentó la mayor cantidad de casos y la tasa más elevada, con 395 casos y 101,6 por 100.000 habitantes. En conjunto, las personas de 15 a 39 años acumularon el 82,3 % de las notificaciones.

En los hombres, las tasas más altas se observaron entre los 20 y 29 años, mientras que en las mujeres se concentraron entre los 15 y 29 años. Aunque se registraron pocos casos en menores de 15 años, estos requieren valoración clínica, epidemiológica y médico-legal individualizada.

Los datos evidencian un predominio marcado en hombres jóvenes y respaldan la priorización de acciones de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y vigilancia de la resistencia antimicrobiana. Los resultados deben interpretarse considerando el posible subdiagnóstico y subregistro, especialmente en personas con infecciones asintomáticas

Tabla 5

Costa Rica. Casos notificados por gonorrea, número absoluto y tasas según grupo de edad quinquenal, 2025. Tasa por 100.000 habitantes

Grupos de edad	Casos	Tasa
<1	2	3,0
1 a 4	5	1,8
5 a 9	2	0,5
10 a 14	5	1,3
15 a 19	227	59,8
20 a 24	395	101,6
25 a 29	327	76,9
30 a 34	242	54,5
35 a 39	174	38,4
40 a 44	90	22,1
45 a 49	52	15,0
50 a 54	46	15,7
55 a 59	37	13,3
60 a 64	18	6,9
65 a 69	19	8,9
70 a 74	12	7,7
>75	5	2,4
Total	1.658	31,0

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Con respecto a la distribución geográfica, San José concentró la mayor cantidad de casos, con 675 notificaciones, equivalentes al 40,7 % del total nacional.

Las tasas provinciales más elevadas se registraron en San José, Limón y Puntarenas, con 39,3, 38,3 y 34,7 casos por 100.000 habitantes, respectivamente; todas superiores a la tasa nacional. Limón presentó 185 casos y Puntarenas 183, lo que evidencia una carga epidemiológica relevante en ambas provincias.

Heredia y Cartago mostraron tasas intermedias, de 26,8 y 24,8 por 100.000 habitantes. Alajuela registró 237 casos, el segundo mayor número absoluto, pero una tasa de 21,7 por 100.000 habitantes. Guanacaste presentó la menor cantidad de casos, con 90, y la tasa más baja, de 21,4 por 100.000 habitantes.

Tabla 6

Costa Rica. Casos notificados de gonorrea, números absolutos y tasas. (Tasa por 100.000 habitantes) según provincias de procedencia, semanas 1-53, 2025

Provincias	Casos	Tasa
San José	675	39,3
Alajuela	237	21,7
Cartago	138	24,8
Heredia	150	26,8
Guanacaste	90	21,4
Puntarenas	183	34,7
Limón	185	38,3
Total	1.658	31,0

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Según los datos del INEC, durante 2025 no se registraron defunciones por gonorrea en Costa Rica. Este resultado indica una mortalidad nula para el periodo analizado; sin embargo, no disminuye su importancia sanitaria, debido a que la infección puede ocasionar complicaciones reproductivas, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad e infección diseminada, además del riesgo creciente asociado a la resistencia antimicrobiana.

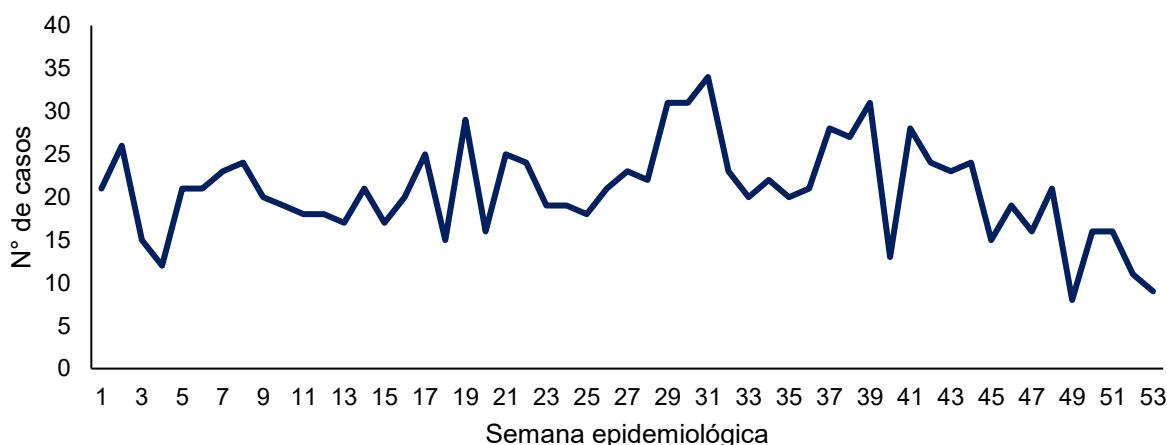
Herpes virus

En el año 2024 se reportaron 761 casos de esta ITS, con una tasa de 14,30 por cada 100.000 habitantes. El comportamiento epidemiológico mostró un predominio en mujeres, quienes representaron el 61,24% de los casos (466 de 761), con una tasa de 17,7 por cada 100.000 habitantes. En los hombres se registró el 38,76% (295 de 761), con una tasa de 11,0 por cada 100.000 habitantes.

Este comportamiento sugiere una mayor exposición o vulnerabilidad en la población femenina durante el periodo analizado, lo cual podría estar asociado a factores sociales, biológicos o de acceso a servicios de salud.

Figura 17

Costa Rica. Casos notificados por herpes virus, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante las semanas epidemiológicas 1-53, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Durante el 2025 se notificaron 1.100 casos de herpes en Costa Rica, para una tasa nacional de 20,5 casos por 100.000 habitantes. Las mujeres concentraron 728 casos, equivalentes al 66,2 % del total, mientras que los hombres registraron 372 casos, correspondientes al 33,8 %. La tasa en mujeres fue de 27,3 por 100.000, aproximadamente el doble de la observada en hombres, de 13,8 por 100.000.

La mayor carga se presentó en adolescentes y adultos jóvenes. El grupo de 20 a 24 años registró la tasa más elevada, con 46,8 casos por 100.000 habitantes, seguido por los grupos de 25 a 29 años, con 41,6, y de 30 a 34 años, con 34,7. En conjunto, las personas de 15 a 49 años acumularon 915 casos, equivalentes al 83,2 % de las notificaciones.

En las mujeres, la mayor tasa se observó entre los 20 y 24 años, con 68,3 por 100.000. En los hombres, la tasa más elevada se presentó entre los 25 y 29 años, con 35,5 por 100.000.

En menores de 15 años se notificaron 12 casos: dos en menores de un año y diez entre los 10 y 14 años. Aunque representan una proporción reducida, estos casos requieren valoración clínica y epidemiológica individualizada.

Los datos evidencian una mayor afectación notificada en mujeres jóvenes y una concentración de casos entre los 15 y 34 años. La interpretación debe considerar que el herpes puede cursar de forma asintomática o no ser diagnosticado, por lo que los casos notificados probablemente representan solo una parte de la carga real de la enfermedad.

Tabla 7

Costa Rica. Casos notificados por herpes virus número absoluto y tasas, según grupos de edad quinquenal, 2025. Tasa por 100.000 habitantes

Grupos de edad	Casos	Tasa
<1	2	3,0
1 a 4	0	0,0
5 a 9	0	0,0
10 a 14	10	2,7
15 a 19	128	33,7
20 a 24	182	46,8
25 a 29	177	41,6
30 a 34	154	34,7
35 a 39	110	24,3
40 a 44	94	23,0
45 a 49	70	20,2
50 a 54	39	13,3
55 a 59	46	16,5
60 a 64	31	11,8
65 a 69	35	16,4
70 a 74	13	8,3
>75	9	4,3
Total	1.100	20,5

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

La distribución geográfica de los casos evidenció una mayor carga de enfermedad en la provincia de San José, que registró 541 casos, equivalentes al 49,2 % del total nacional, así como la tasa de incidencia más alta (31,5 por 100.000 habitantes). Le siguieron Puntarenas, con 147 casos y una tasa de 27,9 por 100.000 habitantes, y Limón, con 102 casos y una tasa de 21,1. Estas tres provincias presentaron tasas superiores al promedio nacional.

Alajuela notificó 155 casos, el segundo mayor número absoluto; sin embargo, su tasa fue de 14,2 por 100.000 habitantes. Cartago y Heredia registraron tasas de 12,0 y 11,3, respectivamente. Guanacaste presentó la menor cantidad de casos y la tasa más baja, con 25 notificaciones y 5,9 casos por 100.000 habitantes.

Estos resultados respaldan la priorización de acciones de prevención y diagnóstico oportuno y atención clínica en las provincias con tasas superiores al promedio nacional.

Tabla 8

Costa Rica. Casos notificados por herpes virus, números absolutos y tasas, según provincia, 2025. Tasa p/100.000 habitantes

Provincias	Casos	Tasa
San José	541	31,5
Alajuela	155	14,2
Cartago	67	12,0
Heredia	63	11,3
Guanacaste	25	5,9
Puntarenas	147	27,9
Limón	102	21,1
Total	1.100	20,5

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Según los datos del INEC, durante el 2025 no se registraron defunciones por infección anogenital debida al virus del herpes.

Aunque la mortalidad fue nula, esta infección mantiene relevancia en salud pública por su carácter recurrente, la posibilidad de transmisión aun en ausencia de lesiones visibles y su asociación con complicaciones neonatales e incremento del riesgo de adquisición del VIH.

Virus del papiloma humano

Se notificaron en Costa Rica 779 casos de infección por virus del papiloma humano (VPH). A partir de la semana 14 se presentó un incremento en la notificación, particularmente entre las semanas 19 y 23. En este periodo se registraron 26 casos en la semana 19, 39 en la semana 21, 37 en la semana 22 y 42 en la semana 23, esta última correspondiente al valor semanal más alto del año. El segundo periodo de 13 semanas concentró 264 casos, equivalentes al 33,9 % del total anual, constituyéndose en el periodo de mayor notificación.

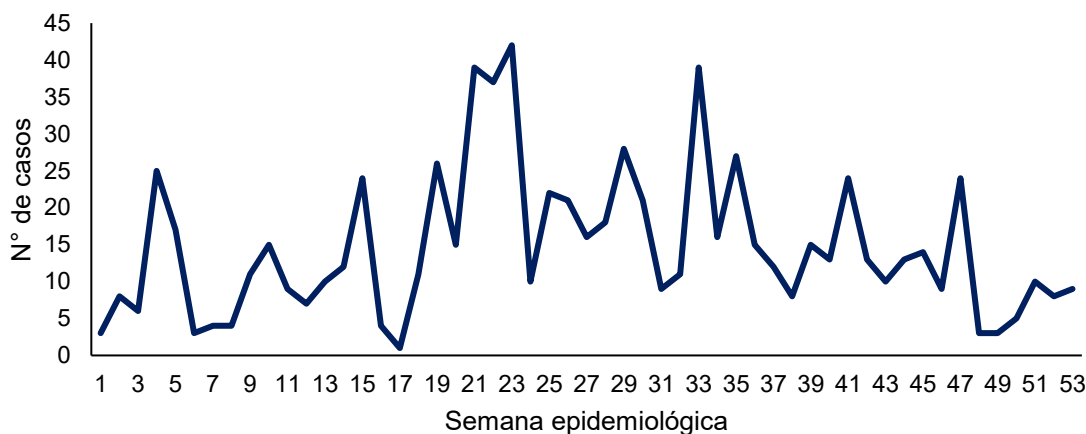
Posteriormente, entre las semanas 27 y 39, la notificación se mantuvo relativamente elevada, aunque con variaciones. Destacaron la semana 29, con 28 casos; la semana 33, con 39 casos; y la semana 35, con 27 casos. Este periodo acumuló 235 casos, correspondientes al 30,2 % del total anual.

Durante las últimas semanas del año se observó una disminución general de las notificaciones, aunque se presentaron incrementos puntuales en las semanas 41 y 47, ambas con 24 casos. Las semanas 48 y 49 registraron únicamente 3 casos cada una, seguidas de un leve aumento hacia el cierre del año. Entre las semanas 40 y 53 se notificaron 158 casos, equivalentes al 20,3 % del total anual. La interpretación de esta distribución debe realizarse con cautela, debido a que la información corresponde a la semana epidemiológica de inicio de síntomas.

En el caso del VPH, muchas infecciones pueden permanecer asintomáticas y presentar un periodo variable entre la adquisición de la infección, la aparición de manifestaciones clínicas, el diagnóstico y la notificación. Por tanto, los aumentos observados podrían estar relacionados no solo con cambios en la transmisión, sino también con variaciones en la búsqueda de atención, al diagnóstico, las actividades de detección y la oportunidad del registro epidemiológico.

Figura 18

Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, semanas 1-53, 2025



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Durante 2025 se notificaron en Costa Rica 779 casos de infección por virus del papiloma humano (VPH), lo que corresponde a una tasa nacional de 14,5 por 100.000 habitantes. La distribución por sexo evidenció un marcado predominio en mujeres, quienes concentraron 742 casos (95,3 %), con una tasa de 27,9 por 100.000 mujeres, mientras que en los hombres se registraron 37 casos, para una tasa de 1,4 por 100.000 hombres. Según el grupo de edad, la mayor carga de enfermedad se observó en las personas de 30 a 34 años, con 177 casos y una tasa de 39,8 por 100.000 habitantes, seguidas por el grupo de 35 a 39 años, con 165 casos y una tasa de 36,5.

En las mujeres, las tasas más elevadas se observaron entre los 30 y 34 años, con 79,0 y entre los 35 y 39 años, con 73,0. En los hombres, la notificación fue considerablemente menor en todos los grupos, con los valores más altos entre los 25 y 29 años, con una tasa de 5,5.

Tabla 9

Costa Rica. Casos notificados por virus del papiloma humano. Número absoluto y tasas por 100.000 habitantes, según grupo de edad quinquenal, 2025

Grupos de edad	Casos	Tasa
< 1 a	1	1,5
1 a 4	1	0,4
5 a 9	0	0,0
10 a 14	0	0,0
15 a 19	6	1,6
20 a 24	28	7,2
25 a 29	25	5,9
30 a 34	177	39,8
35 a 39	165	36,5
40 a 44	100	24,5
45 a 49	88	25,4
50 a 54	60	20,4
55 a 59	73	26,2
60 a 64	44	16,8
65 a 69	6	2,8
70 a 74	3	1,9
>75	2	0,9
Total	779	14,5

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

La distribución geográfica de los casos de infección por VPH evidenció una marcada concentración en la provincia de Puntarenas, que registró 404 casos, equivalentes al 51,9 % del total nacional, y la tasa más alta del país, con 76,6 por 100.000 habitantes. Guanacaste ocupó el segundo lugar, con 154 casos y una tasa de 36,6 por 100.000 habitantes, ambas provincias muy por encima del promedio nacional. En contraste, San José y Alajuela notificaron 112 y 83 casos, respectivamente, con tasas de 6,5 y 7,6 por 100.000 habitantes, mientras que Cartago, Heredia y Limón presentaron las menores tasas, con 2,3, 1,3 y 1,2 por 100.000 habitantes, respectivamente. Esta distribución geográfica heterogénea podría reflejar diferencias en la ocurrencia de la enfermedad, así como en el acceso al diagnóstico, la captación de casos, la notificación y la cobertura de los servicios de salud.

En este punto es importante mencionar como parte de las estrategias de prevención y control del virus del papiloma humano, Costa Rica incorporó la vacunación contra el VPH al

esquema nacional, con acciones de captación desarrolladas principalmente en centros educativos y establecimientos de salud. Este programa constituye una intervención prioritaria para reducir las infecciones por los tipos de VPH incluidos en la vacuna y, a largo plazo, disminuir la incidencia de lesiones precancerosas y cánceres asociados, especialmente el cáncer de cuello uterino. Por ello, resulta fundamental mantener una cobertura elevada, fortalecer el seguimiento de las personas pendientes de vacunación, uso de métodos de protección y participación en los programas de tamizaje.

Tabla 10

Costa Rica. Casos notificados por virus de papiloma humano, números absolutos y tasas (tasa por 100.000 habitantes) según provincia de procedencia, 2025

Provincias	Casos	Tasa
San José	112	6,5
Alajuela	83	7,6
Cartago	13	2,3
Heredia	7	1,3
Guanacaste	154	36,6
Puntarenas	404	76,6
Limón	6	1,2
Total	779	14,5

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Virus de inmunodeficiencia humana

Durante 2025 se notificaron en Costa Rica 1.083 casos de VIH-sida, para una tasa nacional de 20,2 por 100.000 habitantes. Los hombres concentraron 891 casos (82,3 %), con una tasa de 33,1 por 100.000, superior a la registrada en mujeres (192 casos; 17,7 %; tasa de 7,2 por 100.000). La mayor cantidad de casos se concentró entre los 20 y 39 años, con 676 casos (62,4 %). El grupo de 25 a 29 años presentó el mayor número de casos (206) y la tasa más elevada (48,5 por 100.000), seguido por los grupos de 30 a 34 años (43,9) y 20 a 24 años (35,8). En menores de 15 años se notificaron 18 casos, 16 de ellos en niños de 0 a 4 años; estos corresponden a casos diagnosticados o notificados durante 2025 y no necesariamente a infecciones adquiridas ese año.

Tabla 11

Costa Rica. Casos notificados por VIH-SIDA, número absoluto y tasa, según grupos de edad quinquenal, 2025. Tasas por 100.000 habitantes

Grupos de edad ¹	Casos	Tasa
0 a 4	16	4,6
5 a 9	1	0,3
10 a 14	1	0,3
15 a 19	43	11,3
20 a 24	139	35,8
25 a 29	206	48,5
30 a 34	195	43,9
35 a 39	136	30,0
40 a 44	96	23,5
45 a 49	74	21,3
50 a 54	49	16,7
55 a 59	52	18,7
60 a 64	43	16,4
65 a 69	16	7,5
70 a 74	12	7,7
75 a 79	3	3,1
>80	1	0,9
Total	1.083	20,2

Notas: ¹ Datos preliminares sujetos a revisión, con corte al 31 de marzo de 2025.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Entre las provincias con procedencia conocida, San José registró el mayor número de casos, con 314, seguido de Alajuela con 146 y Guanacaste con 97. Sin embargo, la tasa más elevada correspondió a Guanacaste, con 23,1 por 100.000 habitantes, superior al promedio nacional; posteriormente se ubicaron San José, con 18,3, Puntarenas, con 16,9, y Limón, con 16,5. Cartago presentó la tasa provincial más baja, con 10,2 por 100.000 habitantes.

En todas las provincias predominó la notificación en hombres, especialmente en Cartago, Heredia y Alajuela, lo cual es concordante con el patrón nacional observado por sexo. No obstante, 222 casos, equivalentes al 20,5 % del total, fueron registrados con provincia desconocida, situación que limita la comparación territorial y podría subestimar las tasas provinciales.

Tabla 12

Costa Rica. Casos notificados por VIH-SIDA¹, números absolutos y tasas (Tasa por 100.000 habitantes) según provincia de procedencia, 2025

Provincias	Casos	Tasa
San José	314	18,3
Alajuela	146	13,4
Cartago	57	10,2
Heredia	78	14,0
Guanacaste	97	23,1
Puntarenas	89	16,9
Limón	80	16,5
Desconocido	222	
Total	1.083	20,2

Notas: ¹ Datos preliminares sujetos a revisión, con corte al 31 de marzo de 2025.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud.

La mortalidad por VIH-Sida durante el año 2024, fue notificada por el INEC, según códigos de CIE-10 (B20.0-B24-X), se registraron en Costa Rica 200 defunciones asociadas al VIH-sida, para una tasa nacional de 3,9 por 100.000 habitantes. Los hombres concentraron 155 fallecimientos (77,5 %) y presentaron una tasa de 6,0 por 100.000, aproximadamente 3,5 veces la observada en las mujeres, quienes acumularon 45 defunciones y una tasa de 1,7. No se reportaron muertes en menores de 20 años; la mortalidad comenzó a observarse a partir del grupo de 20 a 24 años y aumentó progresivamente en la edad adulta.

La mayor cantidad de defunciones se presentó entre los 40 y 44 años, con 32 casos, seguida de los grupos de 30 a 34 años, con 28, y de 55 a 59 años, con 25. Las tasas más elevadas correspondieron al grupo de 55 a 59 años (8,9 por 100.000) y al de 70 a 74 años (7,0). En los hombres destacó especialmente la mortalidad entre los 40 y 44 años, con una tasa de 11,7, y entre los 55 y 59 años, con 15,2. En conjunto, el 67 % de las defunciones ocurrió en personas de 40 años y más, patrón compatible con mortalidad acumulada en personas con infección de larga evolución, diagnóstico tardío, inmunosupresión avanzada, comorbilidades.

Tabla 13

Costa Rica. Mortalidad por VIH (B20.0-B24.X) por sexo y grupos de edad quinquenal, 2025

Grupos de edad	Total		Mujer		Hombre	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	200	3,9	45	1,7	155	6,0
<1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 a 4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 a 9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 a 19	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 24	4	1,0	1	0,5	3	1,5
25 a 29	12	2,9	3	1,5	9	4,3
30 a 34	28	6,4	3	1,4	25	11,3
35 a 39	22	5,0	4	1,8	18	8,1
40 a 44	32	8,1	9	4,5	23	11,7
45 a 49	18	5,4	4	2,4	14	8,5
50 a 54	17	5,9	5	3,5	12	8,5
55 a 59	25	8,9	4	2,8	21	15,2
60 a 64	10	3,8	3	2,2	7	5,4
65 a 69	12	5,6	2	1,8	10	9,7
70 a 74	11	7,0	4	4,9	7	9,3
>75	9	3,8	3	2,3	6	5,7

Nota: a/ Cifras preliminares 2024

Fuente: INEC-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, MS.

De las 200 defunciones por VIH registradas por el INEC, San José concentró la mayor cantidad de fallecimientos, con 87 casos, equivalentes al 43,5 % del total nacional, seguido de Alajuela con 37 casos, Guanacaste con 21 y Heredia con 20. No obstante, al considerar el tamaño poblacional, las tasas más elevadas correspondieron a San José (5,2 por 100.000) y Guanacaste (5,1 por 100.000), ambas por encima del promedio nacional.

Las tasas más bajas se observaron en Limón (2,2 por 100.000), Cartago (2,3) y Puntarenas (2,6). El patrón territorial muestra una mayor carga de mortalidad en San José y Guanacaste, lo que podría relacionarse con diferencias en diagnóstico oportuno, acceso y continuidad del tratamiento antirretroviral, presencia de comorbilidades y concentración de población con infección de larga evolución. Estos resultados justifican reforzar la búsqueda

activa, la vinculación temprana a los servicios y el seguimiento de personas con mayor riesgo de abandono o diagnóstico tardío.

Tabla 14

Costa Rica. Mortalidad por VIH (Tasa por 100.000 habitantes) por año de defunción, según provincia, 2025

Provincias	Casos	Tasa
Total	200	3,9
San José	87	5,2
Alajuela	37	3,4
Cartago	12	2,3
Heredia	20	3,7
Guanacaste	21	5,1
Puntarenas	13	2,6
Limón	10	2,2

Nota: a/ Cifras preliminares 2024

Fuente: I.N.E.C.-Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, MS.

Discusión

El comportamiento de las ITS refleja que estas continúan constituyendo un importante problema de salud pública en Costa Rica. La persistencia de la transmisión evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias integrales de prevención, promoción de la salud sexual, educación basada en evidencia y acceso oportuno a los servicios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Asimismo, el carácter frecuentemente asintomático de varias de estas infecciones favorece la transmisión no detectada, por lo que resulta indispensable ampliar las estrategias de tamizaje y detección temprana, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo de exposición.

La distribución geográfica de las infecciones de transmisión sexual evidencia diferencias territoriales que sugieren la influencia de múltiples factores epidemiológicos, demográficos, sociales y relacionados con el acceso a los servicios de salud. Estas variaciones pueden estar asociadas con diferencias en los patrones de comportamiento sexual, la disponibilidad y utilización de los servicios de prevención y diagnóstico, la cobertura de las estrategias de tamizaje y la oportunidad en la notificación de los casos, por lo que requieren análisis

específicos que permitan orientar intervenciones adaptadas a las características de cada territorio.

Asimismo, la presencia de registros con información incompleta sobre la procedencia geográfica representa una limitación para la vigilancia epidemiológica, ya que reduce la precisión de los análisis espaciales, dificulta la identificación de áreas prioritarias y puede afectar la planificación, asignación de recursos y evaluación de las intervenciones de prevención y control. En este contexto, resulta fundamental fortalecer la calidad y completitud de los sistemas de información para mejorar la toma de decisiones basada en evidencia.

Recomendaciones

- Fortalecer la prevención, síntomas, transmisión, uso correcto del preservativo, consentimiento y acceso oportuno a servicios.
- Fortalecer el tamizaje de VIH, sífilis, gonorrea y otras ITS en atención primaria, servicios de urgencias, control prenatal y jornadas extramuros.
- Priorizar a adolescentes, personas de 15 a 39 años y poblaciones clave, mediante servicios confidenciales, libres de estigma, con horarios ampliados y mecanismos simplificados de acceso.
- Es fundamental el fortalecimiento de las investigaciones epidemiológicas sobre ITS y el VIH-Sida de morbilidad, a escala subnacional con un enfoque territorial en las provincias, para generar evidencia robusta que permita caracterizar los patrones de distribución, incidencia y factores determinantes de estas enfermedades en el contexto nacional, con la colaboración de los niveles locales y regionales del MS.
- Fortalecer la vigilancia de la resistencia antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae*, mediante cultivos, pruebas de sensibilidad y monitoreo sistemático de fallos terapéuticos.
- Ampliar la prevención combinada del VIH, incluyendo distribución de preservativos, uso de la profilaxis preexposición, profilaxis posexposición, diagnóstico temprano y vinculación inmediata al tratamiento antirretroviral.
- Reforzar la prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis, asegurando tamizaje prenatal oportuno, repetición de pruebas según riesgo, tratamiento materno y seguimiento del recién nacido expuesto.

- Mantener altas coberturas de vacunación contra el VPH y fortalecer la recuperación de esquemas incompletos, junto con el tamizaje de lesiones precancerosas.
- Mejorar la calidad del dato epidemiológico, mediante la notificación oportuna.

Enfermedad diarreica aguda de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados

La enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, especialmente en la población menor de cinco años y en comunidades con acceso limitado a agua potable, saneamiento básico y servicios de salud. Clínicamente, se define como la presencia de tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en un período de 24 horas, con una duración inferior a 14 días.

A nivel global, la EDA continúa representando una importante carga para los sistemas de salud. Según la OMS, cada año se producen aproximadamente 1,7 mil millones de episodios de enfermedad diarreica en la población infantil.

Además, las enfermedades diarreicas se mantienen entre las principales causas de muerte en la niñez, ocasionando alrededor de 443.832 defunciones anuales en menores de cinco años y constituyendo una de las causas más importantes de mortalidad y malnutrición en este grupo de edad.

Las causas más frecuentes de las EDA incluyen agentes virales, bacterianos y parasitarios. Entre los virus destacan el rotavirus y el norovirus; entre las bacterias, *Escherichia coli*, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.* y *Vibrio cholerae*; mientras que, entre los parásitos intestinales, sobresale *Giardia lamblia*. La transmisión de estos agentes ocurre principalmente por vía fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados, el contacto directo entre personas infectadas y susceptibles, así como por la exposición a ambientes con condiciones deficientes de saneamiento e higiene.

La carga de enfermedad asociada a EDA es particularmente elevada en los países de ingresos bajos y medianos, donde factores como la pobreza, las limitaciones en el acceso a agua potable segura, saneamiento básico y servicios de salud, así como la desnutrición, incrementan el riesgo de enfermedad, complicaciones y muerte.

La EDA continúa representando un importante problema de salud pública en diversos contextos, incluyendo emergencias humanitarias, brotes asociados a alimentos contaminados en países de altos ingresos y poblaciones en situación de vulnerabilidad.

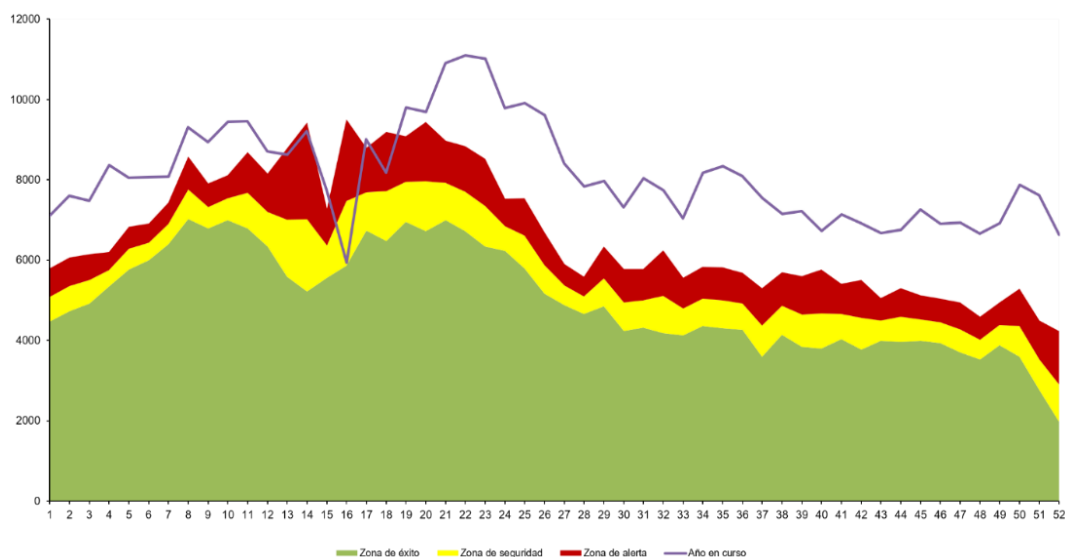
Debido a su estrecha relación con factores sociales, ambientales y sanitarios, la EDA constituye un importante indicador de inequidad en salud. Su prevención y control requieren la implementación de estrategias integrales e intersectoriales, enmarcadas en el enfoque de Una Sola Salud.

En Costa Rica, la vigilancia epidemiológica de este evento permite monitorear su comportamiento temporal y espacial, identificar grupos de mayor riesgo, detectar oportunamente brotes y orientar las intervenciones dirigidas a reducir la transmisión y las complicaciones asociadas. Durante el año 2025 la enfermedad diarreica aguda se mantuvo entre los eventos de mayor importancia para la vigilancia epidemiológica nacional, con 429.305 casos notificados y una tasa de incidencia acumulada de 8.270 por 100.000 habitantes.

El comportamiento del canal endémico mostró un patrón compatible con la estacionalidad esperada para el evento, con un incremento de las notificaciones durante el primer semestre del año y una reducción progresiva durante la segunda mitad, sin evidenciar comportamientos epidémicos sostenidos al cierre del período.

Figura 19

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 52, 2018-2025



1/Se excluyen los datos del 2020 al 2022 por pandemia COVID-19.

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Base de notificación obligatoria VE02.

Las causas más frecuentes de diarreas en Costa Rica para el año 2025 son de origen viral (rotavirus, norovirus) y bacteriano (*E. coli*, *Salmonella ssp.*, *Staphylococcus aureus*).

Con respecto a la distribución por grupo de edad y sexo, las mayores tasas de EDA se concentran en la población adulta joven, con un predominio marcado en las mujeres. El grupo femenino de 20 a 24 años registra la incidencia más alta (34.589,4 por 100.000 habitantes), seguido por las mujeres de 25 a 29 años (30 123,3) y de 30 a 34 años (25 210,3). En los hombres, la mayor tasa también se observa en el grupo de 20 a 24 años (15.637,1 por 100.000 habitantes), aunque con valores considerablemente inferiores a los registrados en las mujeres de la misma edad.

Este patrón evidencia que la carga de enfermedad no se concentra exclusivamente en la población infantil, sino que afecta de manera importante a los adultos jóvenes, particularmente al sexo femenino. No obstante, los menores de 5 años continúan representando un grupo de alta vulnerabilidad epidemiológica, con tasas elevadas en las niñas de 1 a 4 años (20.727,9 por 100.000 habitantes) y en las menores de 1 año (19.462,1 por 100.000 habitantes).

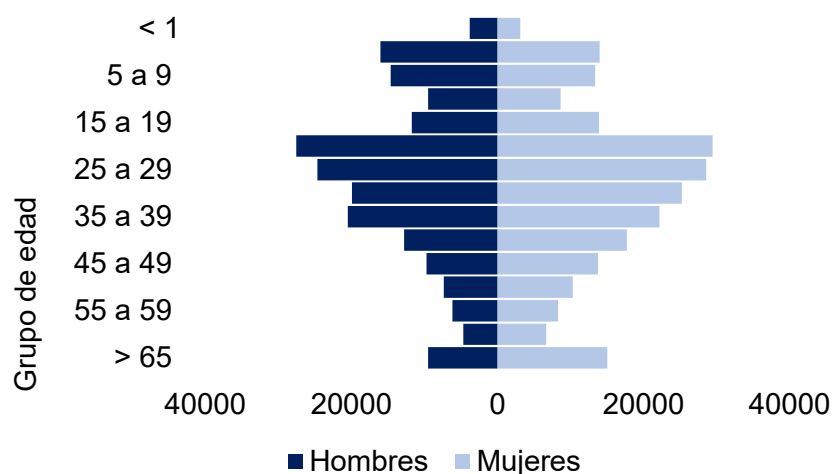
En los niños menores de 5 años también se observan incidencias altas, aunque menores que las reportadas en las niñas. Asimismo, aunque la incidencia disminuyó progresivamente después de los 40 años, la enfermedad continúa representando un riesgo para todos los grupos etarios debido a su potencial para producir complicaciones, especialmente en personas con condiciones de vulnerabilidad.

En conjunto, la distribución por edad y sexo muestra una elevada carga de EDA en dos grupos prioritarios: la primera infancia y las mujeres adultas jóvenes.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias etarias y de sexo en la caracterización epidemiológica de la enfermedad y en la orientación de las acciones de prevención, vigilancia y control.

Figura 20

Costa Rica: Pirámide de EDA por grupo de edad y sexo según incidencia, 2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Base de notificación obligatoria VE02.

El comportamiento de la EDA por provincia y cantón mostró una distribución heterogénea, evidenciando diferencias territoriales en la carga de enfermedad.

Las tasas más elevadas por provincia se registraron en Puntarenas (9.468,1 casos por cada 100.000 habitantes) y San José (9.270,9 casos por cada 100.000 habitantes), mientras que Cartago presentó la menor incidencia nacional (5.799,2 casos por cada 100.000 habitantes). Asimismo, el análisis cantonal identificó concentraciones de altas tasas principalmente en zonas costeras y algunos cantones urbanos del Gran Área Metropolitana.

Tabla 15

Costa Rica. Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda por provincia, 2025

Provincia	2025	
	Casos	Tasa
San José	159.180	9.270,9
Alajuela	83.293	7.623,9
Cartago	32.250	5.799,2
Heredia	41.555	7.436,7
Guanacaste	29.441	7.005,3
Puntarenas	49.936	9.468,1
Limón	33.650	6.959,7

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud. Bases de notificación obligatoria VE02.

Durante 2025 se registraron 113 defunciones por EDA en Costa Rica, para una tasa de mortalidad de 2,2 por 100.000 habitantes. Los hombres concentraron 59 defunciones (52,2 %) y las mujeres 54 (47,8 %), con tasas de 2,3 y 2,1 por 100.000, respectivamente. La mortalidad aumentó con la edad. Las personas de 75 años y más concentraron 53 defunciones (46,9 %) y presentaron la tasa más alta (22,5 por 100.000), mientras que los menores de un año registraron 7 defunciones y una tasa de 13,9 por 100.000. En los grupos de 5 a 34 años no se registraron defunciones. Por provincia, las tasas más altas correspondieron a Alajuela y Limón (2,9 por 100.000), seguidas de Guanacaste (2,7) y Cartago (2,6), todas superiores a la tasa nacional. Heredia presentó la tasa más baja (0,7), mientras que San José registró 30 defunciones, con una tasa de 1,8 por 100.000 habitantes.

Tabla 16

Costa Rica. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda por sexo y grupo de edad quinquenal, 2025

Grupos de edad quinquenal	2025					
	Total		Mujer		Hombre	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	113	2,2	54	2,1	59	2,3
<1	7	13,9	4	16,3	3	11,6
1 a 4	1	0,5	0	0,0	1	0,9
5 a 9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15 a 19	1	0,3	0	0,0	1	0,5
20 a 24	0	0,0	0	0,0	0	0,0
25 a 29	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 a 34	0	0,0	0	0,0	0	0,0
35 a 39	2	0,5	0	0,0	2	0,9
40 a 44	3	0,8	0	0,0	3	1,5
45 a 49	5	1,5	3	1,8	2	1,2
50 a 54	5	1,7	1	0,7	4	2,8
55 a 59	7	2,5	3	2,1	4	2,9
60 a 64	8	3,0	4	3,0	4	3,1
65 a 69	8	3,8	6	5,5	2	1,9
70 a 74	13	8,3	6	7,3	7	9,3
>75	53	22,5	27	20,8	26	24,5

Fuente: Estadísticas vitales, INEC

Tabla 17

Costa Rica. Tasa de mortalidad por provincia, 2025

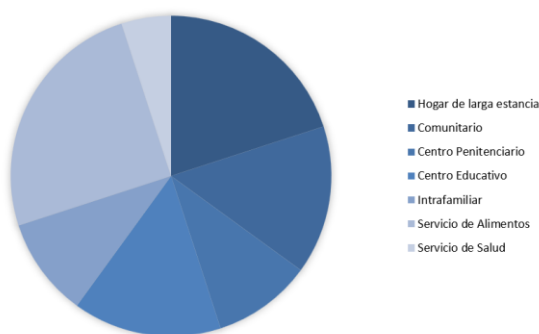
Provincia de residencia	2025	
	Nº	Tasa
Total	113	2,2
San José	30	1,8
Alajuela	31	2,9
Cartago	14	2,6
Heredia	4	0,7
Guanacaste	11	2,7
Puntarenas	10	2,0
Limón	13	2,9

Fuente: Estadísticas Vitales. INEC

El resultado del análisis de los brotes y eventos de interés epidemiológico indica que se confirmaron 20 brotes de enfermedad diarreica aguda y enfermedades transmitidas por alimentos y agua. La ocurrencia de estos eventos en servicios de alimentación, hogares de larga estancia, centros educativos, centros penitenciarios y otros entornos colectivos evidencia la persistencia de riesgos relacionados con la inocuidad alimentaria, la calidad del agua y las condiciones de saneamiento (figura 22). Entre los agentes etiológicos identificados predominó *Escherichia coli*, seguida de *Salmonella spp* y *Staphylococcus aureus* (figura 23). Una tercera parte de los brotes no fue posible identificar el agente causal.

Figura 21

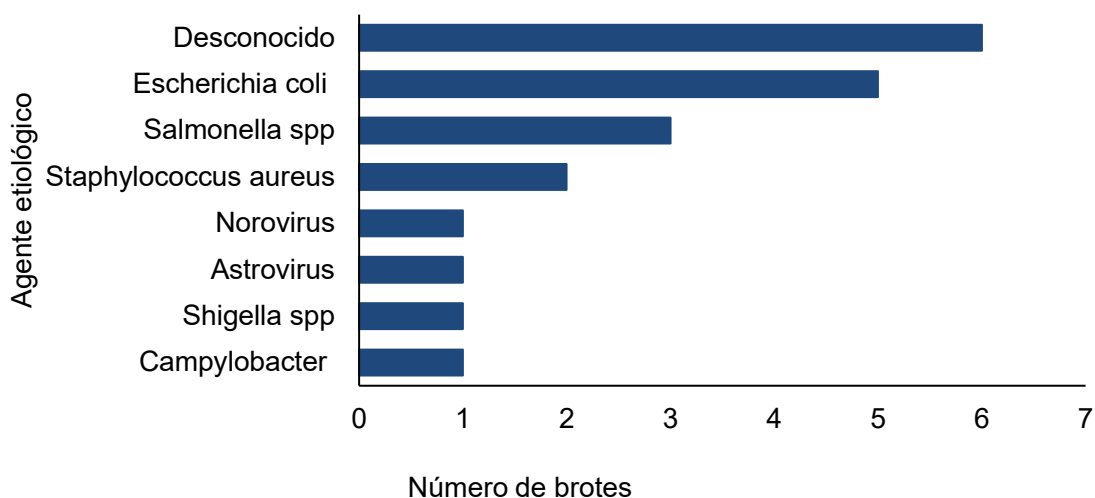
Costa Rica. Distribución de brotes por tipos de establecimientos de ocurrencia, 2025



Fuente: Alertas de brotes, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología.

Figura 22

Costa Rica. Distribución de brotes según agente etiológico, 2025



Fuente: Alertas de brotes, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología

La distribución geográfica mostró que los brotes se presentaron en todas las provincias del país siendo Alajuela la que reportó mayor cantidad de brotes con el 35% del total (7/20).

Tabla 18

Costa Rica. Número de brotes según provincia, 2025

Provincia	Número de brotes
Total	20
San José	3
Alajuela	7
Cartago	1
Heredia	2
Guanacaste	2
Puntarenas	3
Limón	2

Fuente: Alertas de brotes, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Epidemiología

Discusión

- La enfermedad diarreica aguda continúa representando un evento prioritario para la vigilancia epidemiológica en Costa Rica debido a su elevada frecuencia, amplia

distribución territorial y capacidad para ocasionar brotes en distintos ámbitos comunitarios e institucionales.

- Los resultados evidencian que la enfermedad mantiene un comportamiento influenciado por determinantes ambientales, sociales y sanitarios, reflejando desigualdades territoriales en las condiciones de saneamiento, acceso a agua segura, inocuidad de los alimentos y características demográficas de la población.
- Aunque la EDA continúa afectando de forma importante a la población infantil, el patrón observado durante 2025 evidencia que la carga de enfermedad también es significativa en personas adultas jóvenes, mientras que la mortalidad permanece concentrada principalmente en los extremos de la vida. Este comportamiento pone de manifiesto la necesidad de fortalecer estrategias diferenciadas de prevención, vigilancia y atención oportuna según el perfil de riesgo de cada grupo poblacional.
- La ocurrencia de brotes en instituciones donde existe preparación colectiva de alimentos y convivencia de poblaciones vulnerables confirma la necesidad de mantener acciones permanentes de vigilancia sanitaria, inocuidad alimentaria e investigación de brotes. De igual forma, la proporción de eventos sin confirmación etiológica evidencia oportunidades para fortalecer la capacidad diagnóstica y la articulación entre la vigilancia epidemiológica, los laboratorios y los servicios de salud.
- En este contexto, el abordaje de la enfermedad diarreica aguda requiere consolidar un enfoque integral e intersectorial que incorpore la vigilancia epidemiológica, la vigilancia ambiental, la promoción de la salud, la seguridad alimentaria y el acceso a agua segura y saneamiento, con el propósito de reducir la transmisión, prevenir brotes y disminuir las complicaciones asociadas a este evento.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la enfermedad diarreica aguda mediante el análisis oportuno de la información, la mejora en la calidad de la notificación y la identificación temprana de cambios en el comportamiento epidemiológico.
- Fortalecer la investigación de brotes y la capacidad diagnóstica de laboratorio para incrementar la identificación de agentes etiológicos y orientar oportunamente las medidas de prevención y control.

- Intensificar las acciones de promoción de la salud relacionadas con la higiene de manos, la manipulación segura de alimentos, el consumo de agua segura y el saneamiento básico, con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad.
- Reforzar la vigilancia sanitaria en establecimientos de preparación de alimentos, centros educativos, hogares de larga estancia, centros penitenciarios y otros entornos colectivos donde existe mayor riesgo de transmisión.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional bajo el enfoque de Una Sola Salud, promoviendo acciones conjuntas entre los sectores de salud, ambiente, agua y saneamiento, educación, agricultura y gobiernos locales para la prevención y el control de la enfermedad.

Arbovirosis

Dengue

El dengue es una enfermedad viral transmitida principalmente por el mosquito *Aedes aegypti* y constituye una de las arbovirosis de mayor importancia para la salud pública mundial.

Durante 2025 la Región de las Américas notificó más de 4,4 millones de casos sospechosos de dengue. La OPS confirmó circulación simultánea de los cuatro serotipos del virus dengue en varios países de la región, incluyendo Costa Rica. Asimismo, alertó sobre el incremento de circulación de Serotipo 3 del virus del dengue (DENV-3) debido al riesgo potencial de incremento de casos graves y brotes epidémicos.

La situación observada en Costa Rica es consistente con el comportamiento regional, particularmente por el predominio de DENV-3 y la coexistencia de los cuatro serotipos. Durante el año 2025 se notificaron 6.019 casos de dengue en Costa Rica, con una tasa nacional de 115,9 casos por 100.000 habitantes y 70 casos con signos de alarma.

El comportamiento epidemiológico evidenció una mayor afectación en población escolar y adolescente en los grupos de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 20 a 24 años, evidenciando una transmisión activa tanto en el ámbito domiciliario como comunitario. Por sexo, la distribución fue homogénea, con un predominio en mujeres con tasa de 107,1 (2.784 casos) y en hombres con una tasa de 101,9 (2.642 casos). La distribución geográfica evidenció una concentración importante de casos en San José, Guanacaste y Puntarenas. A nivel cantonal destacaron

Carrillo, Montes de Oro, Esparza, La Cruz y San José como los territorios con mayor riesgo epidemiológico.

Tabla 19

Costa Rica. Casos de dengue según sexo y provincia, 2025

Provincia	Total	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Total	6.019	115,9	3.041	117,0	2.978	114,9
San José	2.372	142,7	1.278	151,6	1.094	133,6
Alajuela	773	71,9	413	77,0	360	66,8
Cartago	171	32,1	74	27,6	97	36,6
Heredia	221	40,4	105	38,3	116	42,7
Guanacaste	1.198	289,5	560	273,0	638	305,8
Puntarenas	1.000	197,8	476	190,4	524	205,0
Limón	284	62,3	135	60,6	149	63,9

Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud

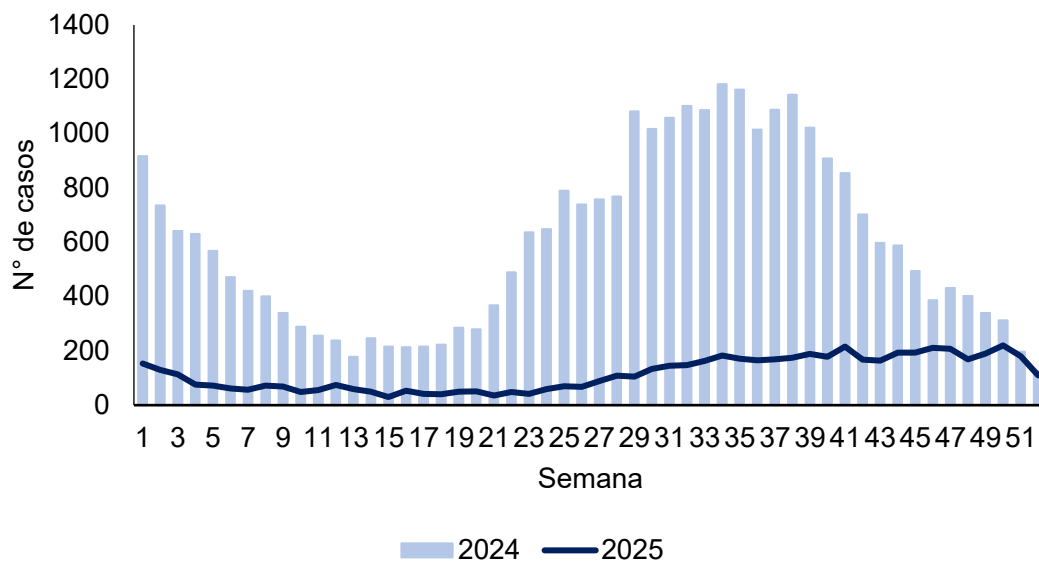
El análisis semanal evidenció una reducción importante de casos en comparación con el año 2024. Durante las primeras semanas epidemiológicas de 2025 se observó una transmisión inferior al comportamiento registrado durante el año previo.

La curva epidemiológica mostró un patrón estacional asociado a condiciones climáticas favorables para el vector, especialmente durante los períodos lluviosos. Hacia el segundo semestre se observó un incremento progresivo de casos, aunque sin alcanzar los niveles epidémicos registrados durante 2024.

En términos generales, la comparación entre ambos años muestra una reducción importante en la magnitud de la notificación de casos durante 2025, manteniéndose la circulación de la enfermedad a niveles considerablemente menores que los observados en 2024.

Figura 23

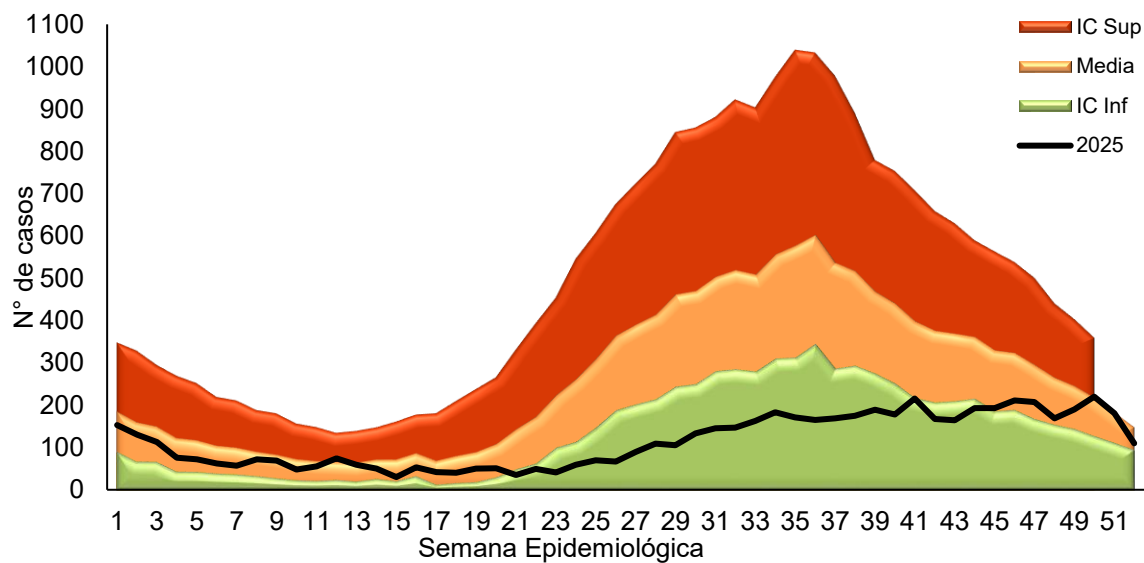
Costa Rica. Casos de dengue a la semana epidemiológica 52, 2025



Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud

Figura 24

Costa Rica: Comportamiento de los casos de dengue según canal endémico, semanas epidemiológicas 1-52 de 2025



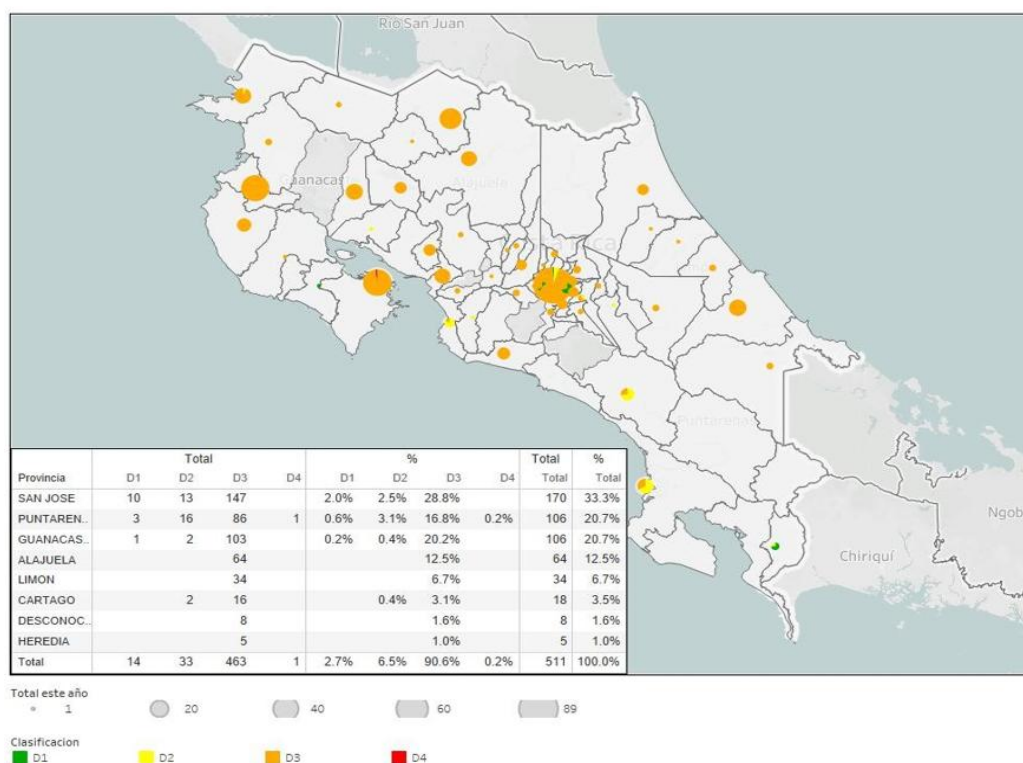
Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud

La vigilancia virológica realizada por el Centro Nacional de Referencia en Virología (CNRV) de Inciensa confirmó la circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. El serotipo predominante fue DENV-3, responsable del 90,6% de las muestras tipificadas, representando el principal hallazgo virológico del año. La circulación simultánea de múltiples serotipos aumenta el riesgo de infecciones secundarias y de desarrollo de dengue grave. Asimismo, CNRV-Inciensa realizó vigilancia genómica evidenciando un predominio marcado de DENV-3 genotipo III. Este linaje fue el principal responsable de la transmisión observada durante 2025.

El comportamiento temporal evidencia que, pese a la reducción observada, el dengue continúa manteniendo transmisión sostenida en distintas regiones del país.

Figura 25

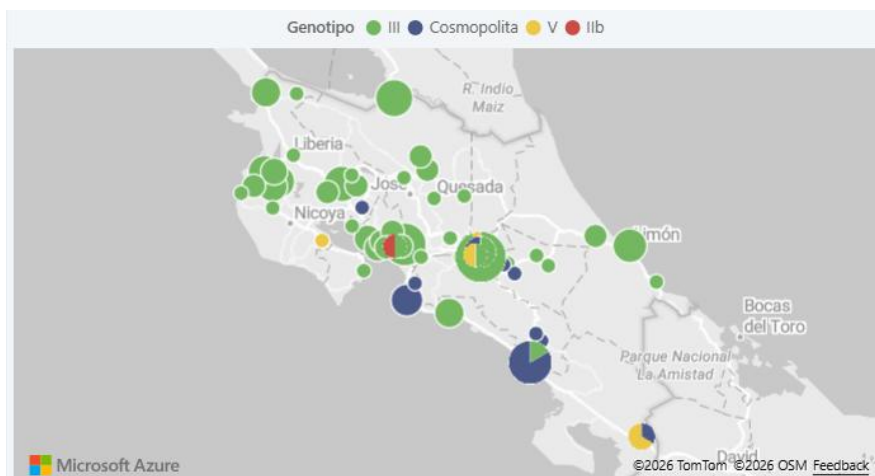
Costa Rica: Distribución espacial de los serotipos de dengue, 2025



Fuente: CNRV-Inciensa

Figura 26

Costa Rica: Distribución de genotipos de dengue, 2025

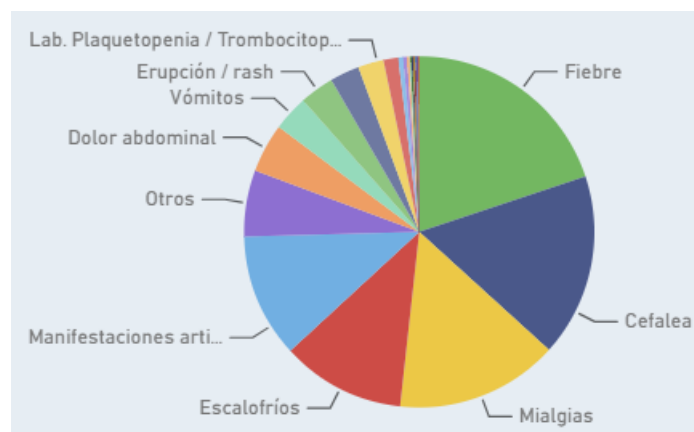


Fuente: CNRV-Inciensa

En cuanto a la caracterización clínica de los casos, la fiebre fue el síntoma más frecuentemente reportado, presente en el 87,56% de los casos, seguida de la cefalea (74,13%) y las mialgias (66,17%). Los escalofríos y las artralgias también fueron manifestaciones comunes, registrándose en el 50,25% de los casos. Adicionalmente, se documentó la presencia de dolor abdominal, vómitos y trombocitopenia entre los casos notificados, características clínicas de relevancia para el seguimiento y la evaluación de la evolución de la enfermedad.

Figura 27

Costa Rica: Distribución de los signos y síntomas de dengue, 2025



Fuente: CNRV-Inciensa

Discusión

- Durante 2025 el dengue continuó siendo la principal arbovirosis de importancia para la salud pública en Costa Rica. Aunque se observó una reducción de casos respecto a 2024, se mantuvieron condiciones epidemiológicas favorables para la transmisión, especialmente en las regiones Pacífico Central, Chorotega y Central Sur.
- La vigilancia virológica confirmó una situación de hiperendemicidad caracterizada por circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. El predominio de DENV-3, asociado a una amplia distribución geográfica, sugiere que este serotipo fue el principal impulsor de la transmisión durante 2025.

Conclusiones

- Durante 2025 se notificaron 6.019 casos de dengue, lo que confirma la persistencia de esta enfermedad como un importante problema de salud pública en Costa Rica.
- Del total de casos reportados, 70 presentaron signos de alarma y se registraron 11 defunciones asociadas a dengue, evidenciando el potencial de la enfermedad para generar formas graves y desenlaces fatales.
- Los grupos de edad comprendidos entre 10 y 24 años presentaron el mayor riesgo de infección, constituyéndose en la población más afectada.
- Se documentó la circulación simultánea de los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4), lo que evidencia una situación de co-circulación viral en el país.
- El DENV-3 predominó ampliamente, representando el 90,6 % de las muestras tipificadas, lo que sugiere su papel principal en la dinámica de transmisión durante 2025.
- Los hallazgos epidemiológicos, clínicos y virológicos confirman que el dengue continúa siendo un evento prioritario para la vigilancia, prevención y control, debido a su magnitud, distribución territorial y potencial impacto en la salud de la población costarricense.

Recomendaciones

Nivel local

- Intensificar eliminación de criaderos.
- Fortalecer educación comunitaria.
- Mejorar captación temprana de casos.

Nivel regional

- Priorizar intervenciones en Pacífico Central, Chorotega y Central Sur.
- Mantener vigilancia intensificada en cantones prioritarios.

Nivel nacional

- Fortalecer vigilancia molecular y genómica.
- Mantener análisis semanal de tendencias.
- Consolidar sistemas de alerta temprana.
- Reforzar coordinación interinstitucional para el control vectorial.

Chikungunya

Durante el período 2025, se notificaron 8 casos sospechosos de chikungunya. Sin embargo, ninguno de los casos fue confirmado por laboratorio, ya que todas las pruebas diagnósticas procesadas resultaron negativas. En consecuencia, no se registraron casos confirmados de la enfermedad en el territorio. La incidencia acumulada de casos sospechosos fue de 0,15 por cada 100.000 habitantes.

Zika

Durante el período 2025, se notificaron 14 casos sospechosos de enfermedad por virus Zika, lo que representa una incidencia acumulada de 0,26 casos por 100.000 habitantes. No obstante, ninguno de los casos fue confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), ya que los resultados de laboratorio fueron negativos. En consecuencia, no se registraron casos confirmados de Zika en la población bajo vigilancia durante el período evaluado.

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar (VIF) constituye un problema de salud pública, derechos humanos y desarrollo social, debido a sus repercusiones sobre la salud física, mental, sexual e integral de las personas afectadas, sobre todo en las poblaciones más vulnerables y en el entorno familiar. La violencia contra la mujer, en particular la violencia de pareja constituye un grave problema de salud pública y de igualdad de género, además de una vulneración de los derechos humanos de las mujeres.

En este sentido las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer “como todo acto de violencia por razón de género que cause o pueda causar daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.

Según estimaciones publicadas por la OMS sobre la violencia contra la mujer (OMS, 2025), casi una de cada tres mujeres (el 32 %) ha sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja, violencia sexual por parte de una persona distinta de la pareja, o ambas. Los cálculos indican que el 8 % de las mujeres de 15 años o más, es decir, 263 millones, han sufrido violencia sexual por parte de una persona distinta de su pareja al menos una vez desde los 15 años.

El 25,8 % de las mujeres de 15 a 49 años que han tenido pareja, es decir, una cuarta parte de ellas, y el 24,7 % de las mujeres de 15 años o más que han tenido pareja han sufrido, al menos una vez en la vida, violencia física o sexual por parte de su esposo o de una pareja masculina, actual o anterior. Existen grandes diferencias entre regiones y países. Las cifras más altas de prevalencia se registran entre las mujeres de Oceanía, con un 37 %; África subsahariana, con un 32 %; y Asia Meridional, con un 31 %.

En Costa Rica la violencia intrafamiliar es reconocida como un problema de salud pública debido a las graves repercusiones que genera en la salud física, mental y social de las personas afectadas, al respecto la Ley Contra la Violencia Doméstica N°7586, establece el marco jurídico para su atención y la define en su Artículo 2° como: “Acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial. El vínculo por afinidad subsistirá aun cuando haya finalizado la relación que lo

originó”. Esto ha requerido en su abordaje una respuesta integral de los servicios de salud y de las instituciones de protección social y justicia, considerando de que sus efectos impactan no solo a las víctimas sino también a las familias y a la sociedad en general.

Cabe indicar que la violencia intrafamiliar en Costa Rica no surge de un único factor, sino de una combinación de elementos sociales, económicos, culturales y personales que favorecen su aparición. Estos factores, al entrelazarse, generan un ambiente en el que las agresiones dentro del hogar se normalizan o se silencian, dificultando su prevención y erradicación.

Uno de los aspectos más influyentes es la persistencia de patrones culturales arraigados, como el machismo y la desigualdad de género. Estas creencias legitiman conductas de control y dominación en las relaciones familiares, perpetuando la idea de que uno de los miembros tiene más poder que el otro. A ello se suma la dificultad de romper con roles tradicionales, lo que mantiene vigente el ciclo de violencia.

También existen causas vinculadas a condiciones socioeconómicas. La pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades generan tensiones constantes en el hogar, aumentando la posibilidad de que los conflictos se transformen en violencia. La escasez de recursos y el estrés asociado con la precariedad económica se convierten en detonantes frecuentes de maltrato intrafamiliar.

Es por ello por lo que la violencia intrafamiliar constituye un problema de salud pública porque afecta la integridad física, mental y social de las personas, genera consecuencias intergeneracionales y aumenta la carga de enfermedad en la población. Este fenómeno provoca lesiones, trastornos psicológicos, discapacidad e incluso muerte, además de incrementar la demanda de servicios de salud, justicia y protección social. Su alta incidencia, impacto económico y relación con otros problemas como consumo de alcohol y drogas, hacen indispensable su vigilancia epidemiológica.

Para poder darle trazabilidad a la violencia intrafamiliar, se cuenta con la notificación de los casos de violencia intrafamiliar para contar con información confiable para la vigilancia epidemiológica, identificar grupos vulnerables y diseñar políticas públicas basadas en evidencia. Sin datos notificados, se limita la capacidad de respuesta del sistema de salud y se dificulta la prevención, lo que incrementa el riesgo de consecuencias graves como lesiones, trauma psicológico y muerte. Lo anterior permite desde la vigilancia del evento como tal, trascender de la cuantificación de casos a comprender los determinantes sociales, culturales,

económicos y de género que favorecen su ocurrencia y perpetuación, identificando los patrones de distribución según variables, como sexo, grupos de edad, tipo de violencia, entre otras, que son fundamentales para orientar la toma de decisiones, así como la planificación interinstitucional y la formulación de políticas dirigidas a la prevención, atención y reducción de los factores de riesgo asociados.

El Ministerio de Salud le da seguimiento al comportamiento de la violencia intrafamiliar como evento de salud pública, mediante la notificación individual obligatoria de casos atendidos sobre todo en los servicios de salud, así como por otras instancias notificadoras en el marco del Decreto de Vigilancia 40556-S (2017), ubicando al evento en el grupo B cuya periodicidad de notificación es semanal. Con base en la contextualización de la violencia intrafamiliar como evento relevante para la salud pública, este documento presenta el perfil epidemiológico de los casos notificados durante el año 2025.

Como se indicó en los párrafos iniciales la VIF es un problema de salud pública a nivel mundial y como se verá en este documento, Costa Rica no es la excepción sobre todo ante el incremento de este fenómeno conforme pasan los años. Esto ha implicado serias repercusiones o efectos en las condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas en las personas víctimas, así como en sus familias y en las comunidades, el que afecte a personas de todas las edades y contextos socioculturales sobre todo a mujeres y niñas mantiene la alerta porque evidencia la persistencia de desigualdades estructurales y la necesidad de fortalecer las políticas públicas, así como los instrumentos de protección institucional y mejoras en los diferentes servicios de atención (salud, seguridad, etc). Durante el 2025, se envió la notificación de casos de violencia intrafamiliar a las diferentes Áreas Rectoras de Salud al respecto a la semana epidemiológica 53; se registró un total aproximado de 23.447, lo cual implica una tasa nacional de 451,6, que en comparación con el 2024 muestra en la tasa un incremento del 4,06% pasando de 434 a 451,6 casos por 100.000 habitantes. Esta variación indica un aumento del riesgo poblacional a la VIF, aunque es un riesgo moderado implicar una tendencia al aumento lo que confirma el fortalecimiento de acciones interinstitucionales orientadas a la prevención, detección temprana y a una atención efectiva.

En cuanto a la información por sexo se evidencia que las mujeres son los grupos de población más afectadas por la VIF, como se ve concentran el 67,1% de los casos notificados y presentan una tasa de 605,3 por 100.000 habitantes, aproximadamente el doble de la tasa observada en hombres.

Tabla 20

Costa Rica. Casos notificados y tasa de violencia intrafamiliar según sexo, 2025

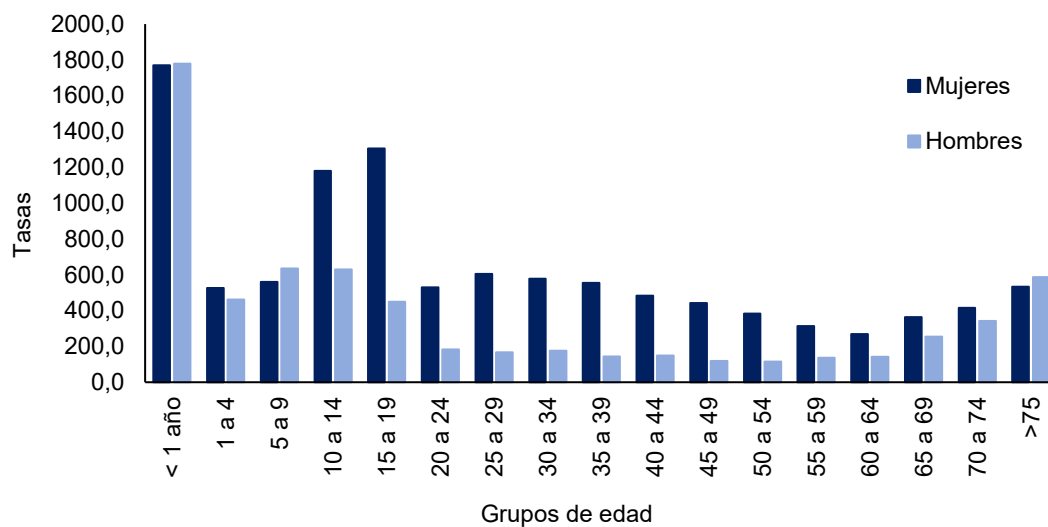
Sexo	Tasa ¹	Casos	Porcentaje (%)
Total	451,6	23.447	100
Mujeres	605,3	15.737	67
Hombres	297,5	7.710	32

^{1/} Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, 2025

Figura 28

Costa Rica: casos notificados de violencia intrafamiliar por sexo según grupos de edad, SE 53, 2025. Tasa por 100.000 habitantes

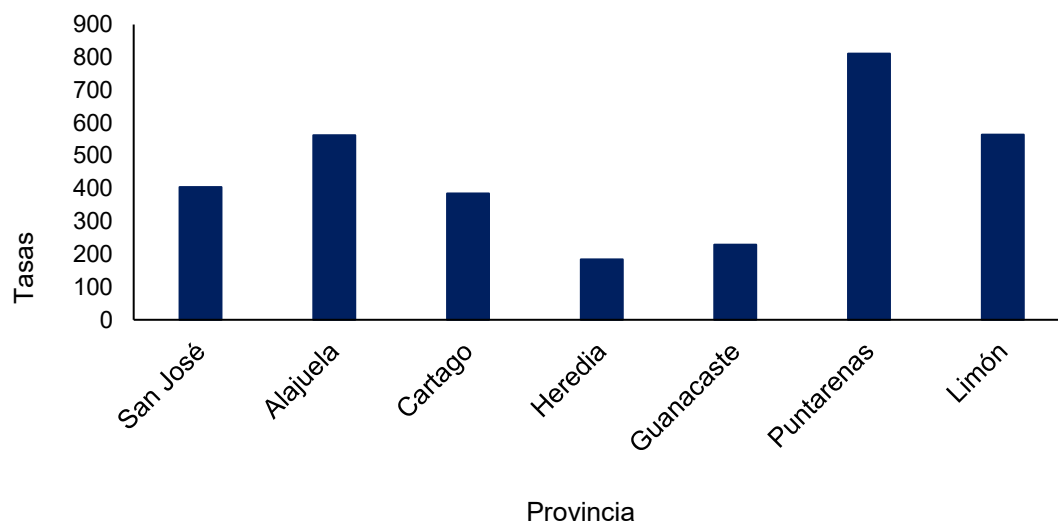


Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

El análisis por provincia muestra una heterogeneidad territorial, sin embargo, las tasas más altas se registraron en Puntarenas cuya tendencia es la misma desde hace muchos años, seguida de Limón y por Alajuela, mientras que las tasas más bajas se ubicaron en el siguiente orden en; Heredia, Guanacaste y Cartago.

Figura 29

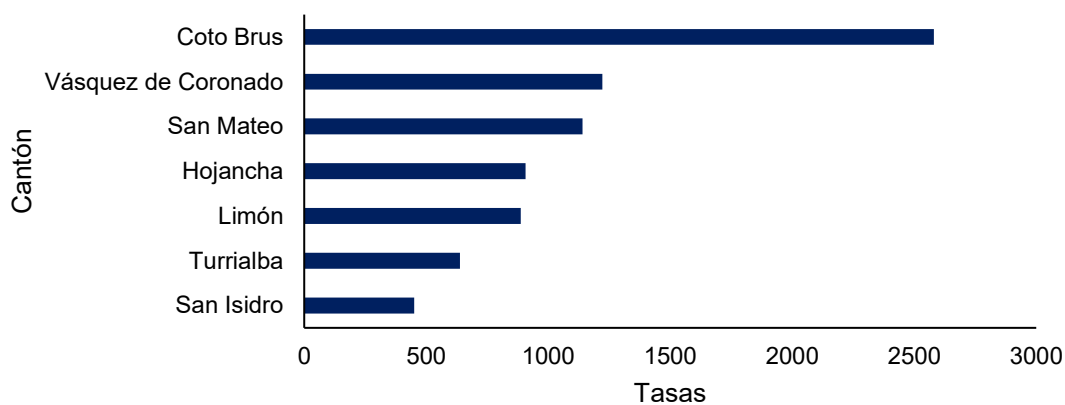
Costa Rica. Casos notificados de violencia intrafamiliar según provincia, SE 53, 2025. Tasa por 100.000 habitantes



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Figura 30

Costa Rica. Incidencia de casos notificados de intentos de violencia intrafamiliar según cantones prioritarios, SE 53, 2025 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

En cuanto a la información relativa a los cantones con las tasas más elevadas según la provincia, destaca Coto Brus, Vásquez de Coronado y San Mateo de Alajuela.

Según la distribución de los casos por tipos de violencia y sexo, el abuso físico fue el más frecuente, seguido de la negligencia y abandono el abuso psicológico y el abuso sexual, datos que coinciden con la información según los grupos de edad, sobre todo en las poblaciones más vulnerables (niñez, adolescencia, mujeres y personas adultas mayores).

Por otro lado, las mayores brechas se observan en el abuso psicológico y abuso sexual, donde predominan los casos de mujeres, la negligencia y abandono presenta una distribución más equilibrada entre mujeres y hombres.

Tabla 21

Costa Rica: totales de casos de VIF según diagnóstico específico, 2025

Diagnóstico específico	Total	Femenino	Masculino
Total	23.447	15.737	7.710
Abuso físico	5.769	3.097	2.672
Abuso psicológico	4.318	3.405	913
Abuso sexual	3.612	3.049	563
Negligencia y abandono	5.368	2.718	2.650
Otros síndromes del maltrato (formas mixtas)	3.155	2.616	539
Síndrome maltrato no especificado	1.065	721	344
Violencia patrimonial	160	131	29

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Discusión

Los resultados del año 2025 confirman que la VIF sigue siendo un evento importante de prioridad para la vigilancia en salud pública de nuestro país, ya que cada año hay un incremento en los casos y en la tasa nacional lo que evidencia una carga considerable para los servicios de salud, la seguridad y la justicia.

El que las mujeres sean el grupo de población más afectado confirma que se mantiene la diferencia asociada a las desigualdades de género, violencia de pareja y exposición sexual y psicológica.

Por otro lado, en el cálculo de la razón mujer: hombre, según, ésta dio como resultado 2,04, lo que implica que por cada hombre afectado por VIF se notificaron aproximadamente dos mujeres afectadas, dato que confirma una mayor carga en la población femenina.

La distribución por edad permite identificar patrones de vulnerabilidad a lo largo del ciclo de vida, en este caso la tasa elevada en menores de un año debe interpretarse como una señal epidemiológica relevante para revisar lo referente al maltrato infantil, así como la negligencia o violencia que ejercen los padres o personas cuidadoras. Así mismo la elevada tasa en la población adolescente, en particular las mujeres con edades entre los 15 a 19 años, puede relacionarse con violencia en relaciones tempranas, abuso sexual, violencia de género y dinámicas familiares de control o agresión. En cuanto a las personas adultas mayores con edades superiores a los 75 años, la información indica la necesidad de detecciones de abuso y negligencia, así como abandono hacia este segmento de la población, considerando que hay un aumento de población de estas edades en el futuro cercano.

Las diferencias geográficas observadas, tanto por provincia como por cantón, evidencian la constante de las diferencias y desigualdades en todo el territorio, se mantienen Puntarenas, Limón y Alajuela como las provincias con las tasas más altas superando inclusive el promedio nacional, en cuanto a los cantones; Coto Brus es la llamada de atención más importante sin menoscabo de los otros cantones, estas diferencias reflejan mayor ocurrencia de la VIF, pero además que los casos se están notificando, demuestra además variaciones en el acceso a servicios de salud y seguridad pública, y un efecto importante del impacto de los determinantes de la salud en las dinámicas culturales, sociales y de redes de apoyo a nivel local.

Es revelador en el diagnóstico específico que el problema no se limita a las agresiones físicas, como se vio, la negligencia y abandono representó una proporción relevante de los casos, lo que amplía el abordaje hacia la protección de personas dependientes y la identificación de omisiones de cuidado. Así mismo el abuso sexual y psicológico con predominio en las mujeres, exige mejoras y acciones integrales de atención, protección, salud mental y articulación interinstitucional entre otras.

Finalmente, en cuanto al comportamiento con la evidencia internacional, definitivamente el comportamiento de la VIF a nivel nacional coincide con lo señalado e indicado por la OMS y la OPS en cuanto a efectos graves especialmente contra mujeres y niñas, así como las

consecuencias sanitarias que requieren de respuestas intersectoriales, basadas en prevención, detección temprana, atención integral y protección a las víctimas.

Conclusiones

- La violencia intrafamiliar constituye un problema relevante de salud pública en Costa Rica, ya que los casos lejos de disminuir aumentan a un ritmo acelerado, lo cual se ilustra con los datos del 2025, que contabilizó 23.447 casos y una tasa de 451,6 por 100.000 habitantes.
- Las mujeres se mantienen como el grupo más afectado y vulnerable por la VIF, concentrando un 67,1% de los casos y con una tasa aproximada dos veces mayor que la observada en los hombres.
- Los grupos con mayores tasas fueron niñas y niñas menores a un año, así como población adolescente entre los 10 a 19 años y adultos mayores que pasan de los 75 años, lo que confirma que son y se mantienen como las poblaciones más vulnerables.
- El abuso físico, es decir la agresión directa, golpes, quebraduras, rasguños, patadas, jalones, fue el tipo de violencia más recurrente en los casos notificados durante el 2025, así como la negligencia y abandono traducida en enfermedades o lesiones sin atención médica oportuna, mal estado e higiene personal, desnutrición, falta de acceso a medicamentos, ansiedad, ausentismo escolar, retrasos en desarrollo cognitivo, condiciones inadecuadas de vivienda o seguridad, entre otros, por otro lado el abuso psicológico en donde prevalece los gritos, insultos, humillaciones, descalificaciones, manipulación, control, amenazas, aislamiento, culpabilización, ridiculización o menosprecio, celos, que aunque no se evidencian de forma visible, son conductas que afectan a futuro el bienestar emocional y autoestima de la mujer.
- Las desigualdades evidentes desde el punto de vista territorial sugieren la importancia de que los análisis locales incorporen el enfoque de género de manera que puedan visibilizarse y explicarse esas desigualdades identificadas en la información.
- La vigilancia epidemiológica de la VIF es vital para orientar las decisiones políticas, la priorización según los lugares con las tasas más altas y lograr intervenciones interinstitucionales en forma integral.

Recomendaciones

- Elaborar un lineamiento para la incorporación del enfoque de género en el análisis de situación de salud y en los indicadores de vigilancia de la salud, tal y como lo solicita el INEC.
- Estandarizar los marcos de acción entre las instituciones para no duplicar los esfuerzos.
- Priorizar las acciones o estrategias de prevención y atención hacia niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores y otras poblaciones vulnerables.
- Elaborar el protocolo de notificación para la vigilancia de la VIF para fortalecer la detección temprana en todos los niveles de atención.
- Plantear intervenciones de carácter interinstitucional de manera focalizada en las provincias y cantones con tasas superiores al promedio nacional y dar seguimiento a los mismos.

Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) es un trastorno progresivo caracterizado por alteraciones estructurales o funcionales del riñón que persisten durante al menos tres meses y tienen implicaciones para la salud. Se diagnostica cuando existe disminución de la tasa de filtración glomerular ($<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) o evidencia de daño renal persistente, como albuminuria. La ERC se clasifica en cinco estadios, desde daño renal leve hasta insuficiencia renal terminal, condición que puede requerir diálisis o trasplante renal.

La ERC constituye actualmente uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 674 millones de personas viven con enfermedad renal crónica, mientras que estimaciones recientes indican que cerca del 14,2% de la población adulta mundial presenta algún grado de ERC, equivalente a aproximadamente 788 millones de personas. Además, se estima que más de 850 millones de personas padecen alguna enfermedad renal, convirtiéndose en una causa creciente de morbilidad en todo el mundo.

Los principales factores de riesgo son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la obesidad, la enfermedad cardiovascular y el envejecimiento poblacional. Debido a que en sus etapas iniciales suele ser asintomática, una proporción importante de personas desconoce que la padece, retrasando el diagnóstico y favoreciendo la progresión hacia estadios avanzados.

Durante el año 2025 se registraron 8.187 casos de enfermedad renal crónica en Costa Rica. La ERC afectó principalmente a personas adultas y adultas mayores, con una edad promedio de 65,2 años (DE +/- 19,6 años), reflejando el comportamiento característico de una enfermedad asociada al envejecimiento poblacional y a la coexistencia de enfermedades crónicas como diabetes mellitus e hipertensión arterial.

De los casos registrados: 4.188 casos (51,2%) corresponden al sexo masculino y 3.999 casos (48,8%) al sexo femenino. La razón hombre: mujer fue aproximadamente de 1,05:1, lo que evidencia una distribución relativamente homogénea entre ambos sexos, aunque con ligero predominio masculino.

La mayor carga del evento se concentró en la población de 65 años y más, que representó el 59,0% de los casos y presentó la tasa más elevada (831,8 por 100.000 habitantes). En contraste, los menores de 20 años registraron una frecuencia y tasas bajas. Se observó además que las tasas fueron superiores en los hombres, particularmente en el grupo de 65 años y más (904,9 vs. 767,0 por 100.000 habitantes).

Tabla 22

Costa Rica. Casos notificados de Enfermedad Renal Crónica según grupos de edad quinquenal y sexo, 2025. (Números absolutos y Tasas por 100.000 habitantes)

GRUPOS DE EDAD	SEXO					
	TOTAL		F		M	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	8187	152.9	3999	150.2	4188	155.5
< 1 año	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1 a 9	1	0.2	1	0.3	0	0.0
10 a 19	21	2.8	9	2.4	12	3.1
20 a 64	3338	101.2	1628	99.6	1710	102.7
> 65	4827	831.8	2361	767.0	2466	904.9

Nota: ¹ Los nacimientos corresponden a proyecciones del INEC.

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Durante el año 2025 se notificaron 8.187 casos de ERC en Costa Rica, para una tasa nacional de 152,9 casos por 100.000 habitantes. La provincia de San José concentró el mayor

número de casos notificados, con 2.638 casos (32,2% del total nacional) y una tasa de 153,6 por 100.000 habitantes, seguida por Limón, con 1.916 casos y una tasa de 396,3 por 100.000 habitantes. Las provincias de Guanacaste con 1.034 casos (246,0 por 100.000 habitantes), Cartago con 986 casos (177,3 por 100.000 habitantes) y Alajuela con 785 casos (71,9 por 100.000 habitantes). Las provincias de Puntarenas y Heredia registraron 503 y 325 casos, respectivamente, con tasas inferiores al promedio nacional.

Aunque San José reportó el mayor número absoluto de casos, las tasas provinciales más elevadas se observaron en Limón (396,3 por 100.000 habitantes) y Guanacaste (246,0 por 100.000 habitantes), lo que evidencia una mayor carga relativa de enfermedad en estas provincias. Heredia presentó la tasa provincial más baja del país (58,2 casos por 100.000 habitantes), seguida por Alajuela (71,9 por 100.000 habitantes).

A nivel cantonal, Pococí, en la provincia de Limón, registró la mayor cantidad de casos de enfermedad renal crónica del país, con 979 casos y una tasa de 610,4 por 100.000 habitantes. Le siguió el cantón central de San José, con 768 casos y una tasa de 214,5 por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubicó Talamanca, también en la provincia de Limón, con 501 casos; este cantón presentó además la tasa más alta a nivel nacional, con 1.061,8 casos por 100.000 habitantes.

Otros cantones con elevada carga de enfermedad fueron Goicoechea (340 casos; 236,5 por 100.000 habitantes), Cartago (338 casos; 200,0 por 100.000 habitantes), Desamparados (272 casos; 106,7 por 100.000 habitantes), Vásquez de Coronado (241 casos; 322,9 por 100.000 habitantes), San Carlos (226 casos; 105,3 por 100.000 habitantes), Liberia (176 casos; 211,2 por 100.000 habitantes) y Siquirres (175 casos; 262,4 por 100.000 habitantes).

Dentro de la provincia de San José, los cantones con mayor número de casos fueron San José (768 casos; tasa: 214,5 por 100.000 habitantes), Goicoechea (340 casos; 236,5 por 100.000 habitantes), Desamparados (272 casos; 106,7 por 100.000 habitantes) y Vásquez de Coronado (241 casos; 322,9 por 100.000 habitantes), los cuales concentraron el 61,4% de los casos notificados en la provincia. En Alajuela, los mayores números absolutos correspondieron a San Carlos (226 casos; 105,3 por 100.000 habitantes) y Upala (120 casos; 208,6 por 100.000 habitantes). En Cartago sobresalieron los cantones de Cartago (338 casos; 200,0 por 100.000 habitantes), El Guarco (163 casos; 340,7 por 100.000 habitantes) y La Unión (160 casos; 136,2 por 100.000 habitantes).

En Guanacaste, la mayor carga de enfermedad se observó en Liberia (176 casos; 211,2 por 100.000 habitantes), Nicoya (168 casos; 284,4 por 100.000 habitantes) y Santa Cruz (163 casos; 218,4 por 100.000 habitantes). Por su parte, en Puntarenas destacaron los cantones de Puntarenas (174 casos; 116,6 por 100.000 habitantes), Coto Brus (116 casos; 262,3 por 100.000 habitantes) y Parrita (96 casos; 434,2 por 100.000 habitantes). Finalmente, en Heredia, la mayor cantidad de casos se registró en el cantón central de Heredia (92 casos; 61,4 por 100.000 habitantes), seguido de San Rafael (65 casos; 111,4 por 100.000 habitantes) y Santa Bárbara (46 casos; 101,2 por 100.000 habitantes).

Estos hallazgos evidencian una marcada heterogeneidad geográfica en la distribución de la enfermedad renal crónica, con una concentración particular de la carga en cantones pertenecientes a las provincias de Limón, Guanacaste y San José.

Durante 2025 se registraron 487 defunciones por enfermedad renal crónica, para una tasa de mortalidad de 9,38 por 100.000 habitantes. La mortalidad fue superior en los hombres, quienes aportaron 309 fallecimientos (63,4%) y presentaron una tasa de 11,9 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres se registraron 178 defunciones y una tasa de 6,8 por 100.000 habitantes.

La mortalidad mostró un marcado gradiente por edad, concentrándose en los grupos de mayor edad. Las personas de 75 años y más acumularon 217 defunciones y registraron la tasa más elevada del país (91,9 por 100.000 habitantes), seguidas por los grupos de 65 a 69 años (28,2 por 100.000 habitantes) y de 70 a 74 años (27,4 por 100.000 habitantes), evidenciando el importante impacto de la enfermedad en la población adulta mayor.

La mortalidad por ERC presentó una marcada heterogeneidad geográfica en Costa Rica durante 2025. A nivel nacional se registraron 345 defunciones, con una tasa de mortalidad de 7,15 por 100.000 habitantes. Se observaron importantes diferencias entre provincias, siendo Guanacaste la que mostró la mayor carga de mortalidad, con 59 defunciones y una tasa de 15,87 por 100.000 habitantes, más del doble de la tasa nacional.

En un segundo grupo se ubicaron Limón, con 32 defunciones y una tasa de 7,54 por 100.000 habitantes, y San José, con 116 defunciones y una tasa de 7,32 por 100.000 habitantes, ambas ligeramente superiores al promedio nacional. Por su parte, Cartago registró 33 defunciones y una tasa de 6,42 por 100.000 habitantes, mientras que Alajuela reportó 60 defunciones y una tasa de 6,14 por 100.000 habitantes.

Las provincias con las tasas más bajas fueron Heredia, con 26 defunciones y una tasa de 5,26 por 100.000 habitantes, y Puntarenas, con 19 defunciones y una tasa de 4,11 por 100.000 habitantes.

En términos absolutos, San José concentró la mayor cantidad de defunciones (33,6% del total nacional), seguido por Alajuela (17,4%), Guanacaste (17,1%), Cartago (9,6%), Limón (9,3%), Heredia (7,5%) y Puntarenas (5,5%). Sin embargo, al analizar las tasas de mortalidad, el mayor riesgo se observó claramente en Guanacaste, donde la tasa provincial fue aproximadamente 2,2 veces superior a la tasa nacional.

La distribución cantonal de la mortalidad por enfermedad renal crónica evidenció una marcada concentración territorial en un número reducido de cantones, principalmente ubicados en la provincia de Guanacaste. Los niveles de riesgo observados en estos territorios superaron ampliamente el promedio nacional de 7,15 defunciones por 100.000 habitantes.

Los cantones con las tasas más elevadas de mortalidad por ERC en 2025 fueron Cañas (102,2 por 100.000 habitantes), Bagaces (96,0 por 100.000 habitantes), Hojancha (57,5 por 100.000 habitantes), Nandayure (53,1 por 100.000 habitantes), La Cruz (45,1 por 100.000 habitantes), Carrillo (42,7 por 100.000 habitantes), Upala (38,0 por 100.000 habitantes), Santa Cruz (36,2 por 100.000 habitantes), Orotina (34,7 por 100.000 habitantes) y Abangares (31,1 por 100.000 habitantes).

Discusión

Los resultados muestran que la enfermedad renal crónica continúa representando una importante carga epidemiológica para Costa Rica, tanto por su frecuencia como por su mortalidad. La asociación observada con el envejecimiento poblacional coincide con la evidencia internacional que identifica a la ERC como una enfermedad estrechamente relacionada con la transición demográfica y epidemiológica.

La concentración de casos y defunciones en personas adultas mayores sugiere la influencia de factores de riesgo ampliamente reconocidos, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular. Asimismo, la mayor afectación observada en hombres coincide con los patrones descritos en otros países de la región.

Desde el punto de vista territorial, las elevadas tasas observadas de mortalidad en Guanacaste y Limón evidencian importantes desigualdades geográficas. Particularmente en

Guanacaste, la concentración de la mortalidad en cantones como Cañas, Bagaces, Hojancha y Nandayure es compatible con los patrones históricamente descritos para la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales o nefropatía mesoamericana. Diversas investigaciones han relacionado este fenómeno con la exposición ocupacional a altas temperaturas, deshidratación recurrente y labores agrícolas intensivas.

Recomendaciones

- Fortalecer la detección temprana de ERC en personas con diabetes, hipertensión y otros factores de riesgo.
- Priorizar intervenciones y vigilancia epidemiológica en Guanacaste, Limón y los cantones con mayores tasas de enfermedad y mortalidad.
- Promover estilos de vida saludables y el control adecuado de enfermedades crónicas para prevenir la progresión de la ERC.
- Reforzar las medidas de salud ocupacional en zonas agrícolas y de alta exposición al calor.
- Mejorar el acceso al diagnóstico, seguimiento y atención integral de las personas con enfermedad renal crónica.
- Impulsar investigaciones sobre los determinantes ambientales, laborales y sociales asociados a la ERC en las zonas de mayor riesgo.

Cáncer

El cáncer representa una de las principales causas de morbilidad y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) a nivel global. Para el año 2022, se estimó una incidencia de 20 millones de casos nuevos y 9.7 millones de defunciones, dinámica impulsada principalmente por la transición demográfica (envejecimiento poblacional), la exposición a factores de riesgo modificables como el sedentarismo, y las modificaciones en los patrones dietéticos. Proyecciones del Instituto Nacional del Cáncer (2025) señalan que para el año 2050 la carga global ascenderá a 33 millones de casos nuevos anuales y 18.2 millones de muertes.

Existe una disparidad estructural en la distribución global de la neoplasia: mientras que las tasas globales de incidencia más elevadas se concentran en países con mayor Índice de

Desarrollo Humano (IDH), esperanza de vida y nivel socioeconómico, patologías como el cáncer de cuello uterino presentan un patrón epidemiológico inverso, afectando desproporcionadamente a poblaciones con menor desarrollo socioeconómico.

Según la OMS (OMS, 2026), el cáncer continúa representando una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En 2024, los tipos de cáncer con mayor incidencia fueron el cáncer de pulmón, con 2.6 millones de casos nuevos; el cáncer de mama, con 2.4 millones; el cáncer colorrectal, con 2.0 millones; el cáncer de próstata, con 1.5 millones; el cáncer de piel no melanoma, con 1.1 millones; y el cáncer gástrico, con aproximadamente 1.0 millón de casos.

En términos de mortalidad, el cáncer de pulmón se mantuvo como la principal causa de muerte por neoplasias malignas, con 1.86 millones de defunciones registradas en 2024. Le siguieron el cáncer colorrectal, con 918.000 muertes; el cáncer hepático, con 732.000; el cáncer de mama, con 694.000; y el cáncer gástrico, con 642.000 defunciones. Este patrón confirma que, aunque algunos tipos de cáncer presentan altas tasas de detección, no siempre son los que generan la mayor mortalidad, lo que refleja diferencias importantes en agresividad biológica, acceso al diagnóstico oportuno y disponibilidad de tratamientos efectivos.

Por otra parte, el cáncer de cuello uterino continúa siendo el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de 26 países, con una concentración predominante en regiones de África subsahariana, Melanesia, el Sudeste Asiático y determinadas zonas de América Central y América del Sur. Esta distribución geográfica pone de manifiesto las desigualdades existentes en el acceso a programas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), tamizaje y tratamiento oportuno de lesiones precursoras.

En el ámbito de la oncología pediátrica, se estima que cerca de 400.000 niños, niñas y adolescentes menores de 19 años desarrollan algún tipo de cáncer cada año en el mundo. Debido a su impacto sobre la supervivencia y la calidad de vida, estas neoplasias constituyen una de las principales causas de muerte por enfermedad en este grupo etario.

De acuerdo con la OPS (OPS, 2025), el cáncer constituye la segunda causa de muerte en la Región de las Américas, únicamente superada por las enfermedades cardiovasculares. En 2022 se registraron más de 4.2 millones de nuevos diagnósticos, reflejando una carga creciente para los sistemas de salud de la región. Un aspecto especialmente preocupante es que aproximadamente el 45 % de las defunciones por cáncer ocurrieron de manera prematura,

es decir, antes de los 69 años, lo que genera importantes repercusiones sociales, económicas y productivas debido a la pérdida de años potenciales de vida.

El perfil epidemiológico regional presenta diferencias significativas según el sexo. En los hombres, los tumores con mayor incidencia corresponden al cáncer de próstata, que representa el 21,8 % de los casos, seguido por los cánceres de pulmón (8,6 %), colorrectal (7,7 %) y de vejiga (4,5 %). Sin embargo, la mortalidad se concentra principalmente en el cáncer de pulmón, responsable del 17,5 % de las defunciones por cáncer, seguido por el cáncer de próstata (13,3 %), el colorrectal (9,6 %) y el cáncer de páncreas (6,4 %), lo que evidencia una elevada letalidad de determinados tumores a pesar de no ser los más frecuentes.

En las mujeres, el cáncer de mama constituye la neoplasia maligna de mayor incidencia, con una participación del 26,1 % de los casos nuevos, seguido por los cánceres de pulmón (8,5 %), colorrectal (7,9 %) y de cuerpo uterino (5,4 %). No obstante, las principales causas de muerte por cáncer en la región corresponden al cáncer de pulmón (16,5 %), al cáncer de mama (15,7 %), al cáncer colorrectal (9,6 %) y al cáncer de páncreas (6,6 %).

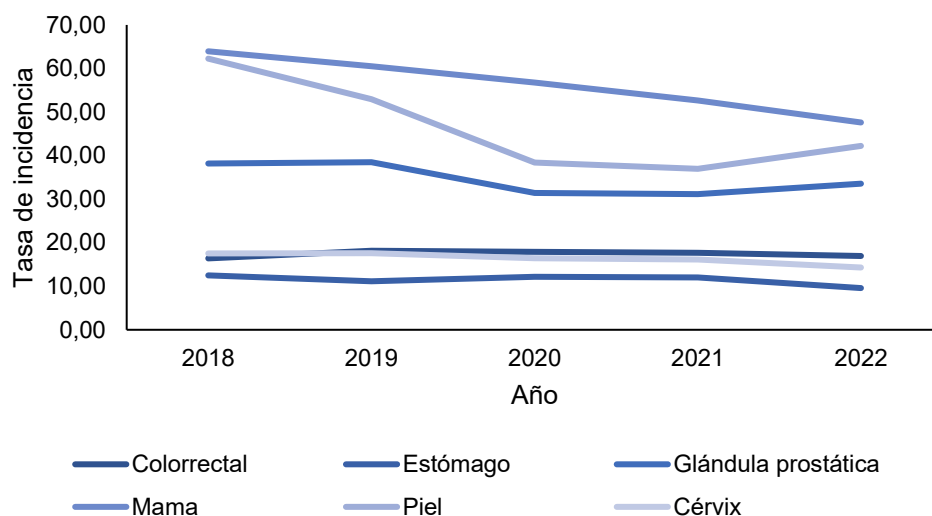
En Costa Rica, la vigilancia epidemiológica de las neoplasias se centraliza a través del Sistema de Registro Nacional de Tumores (SIRNAT), adscrito a la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud. El SIRNAT consolidó datos oficiales de establecimientos de salud públicos y privados actualizados al año 2022 (cifras sujetas a revisión continúa dada la naturaleza dinámica del registro de base poblacional).

Para el año 2022, la incidencia general de cáncer en Costa Rica estuvo liderada por el cáncer de piel, que registró una tasa bruta de 42,24 casos por cada 100.000 habitantes y representó el 23,40 % del total de tumores reportados. Le siguieron el cáncer colorrectal, con una tasa de 16,98 casos por 100.000 habitantes, y el cáncer de estómago, con 9,57 casos por 100.000 habitantes.

Al analizar la incidencia según sexo, se observan diferencias importantes en la distribución de las neoplasias. En la población femenina, el cáncer de mama fue el tumor con la mayor tasa de incidencia, alcanzando 47,60 casos por cada 100.000 mujeres y representando el 13,10 % del total nacional de neoplasias. En la población masculina, el cáncer de próstata ocupó el primer lugar, con una tasa de 33,52 casos por cada 100.000 hombres, equivalente al 9,35 % del total de casos registrados en el país.

Figura 31

Costa Rica. Incidencia de cáncer más frecuente para toda la población, 2018-2022



Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud, 2022

Análisis Geográfico e Incidencia por Localización Anatómica (2022)

Cáncer de Piel

Presenta una distribución espacial donde las provincias de Alajuela (61,95), Puntarenas (47,79) y San José (46,22) se ubican sensiblemente por encima de la media nacional (42,24 por 100.000 habitantes).

Tabla 23

Costa Rica. Incidencia de cáncer de piel por provincia, 2022

Provincia	Casos	Tasa ¹
San José	779	46,22
Alajuela	654	61,95
Cartago	144	26,29
Heredia	196	36,32
Guanacaste	82	20,26
Puntarenas	244	47,79
Limón	93	19,80

¹ Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

Cáncer de Mama Femenino

Las mayores tasas de incidencia se notificaron en Heredia (70,66), San José (57,08) y Guanacaste (51,16) por cada 100.000 mujeres. Puntarenas registró la tasa de incidencia más baja (31,94).

Esta neoplasia representa la causa principal de muerte por cáncer en mujeres costarricenses, por lo que la reducción de su mortalidad prematura es una meta prioritaria dentro del Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024-2030. El estudio internacional CONCORD-3 reportó para Costa Rica una sobrevida global a 5 años del 87,6% (cohorte 2014).

Tabla 24

Costa Rica. Incidencia de cáncer de mama por provincia, 2022

Provincia	Casos	Tasa*
San José	484	57,08
Alajuela	183	35,13
Heredia	190	70,66
Cartago	99	36,29
Puntarenas	80	31,94
Guanacaste	102	51,16
Limón	77	33,76

* Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

Cáncer de Próstata

En 2022, la incidencia fue encabezada por San José (44,55), Alajuela (37,22) y Heredia (36,94) por 100.000 hombres. Limón notificó la tasa más baja (7,03).

La sobrevida neta a 5 años estandarizada alcanzó el 93,2% (CONCORD-3), configurándose como el tumor de mejor pronóstico de sobrevida entre los analizados en dicho estudio.

Las intervenciones normativas incluyen la actualización de la Norma Técnica de Cáncer de Próstata proyectada para 2027, tras su evaluación en 2026.

Tabla 25

Costa Rica. Incidencia de cáncer de próstata por provincia, 2022

Provincia	Casos	Tasa*
San José	373	44,55
Alajuela	199	37,22
Cartago	54	19,64
Heredia	100	36,94
Guanacaste	67	32,62
Puntarenas	69	26,52
Limón	17	7,03

*Tasa por 100.000 hombres.

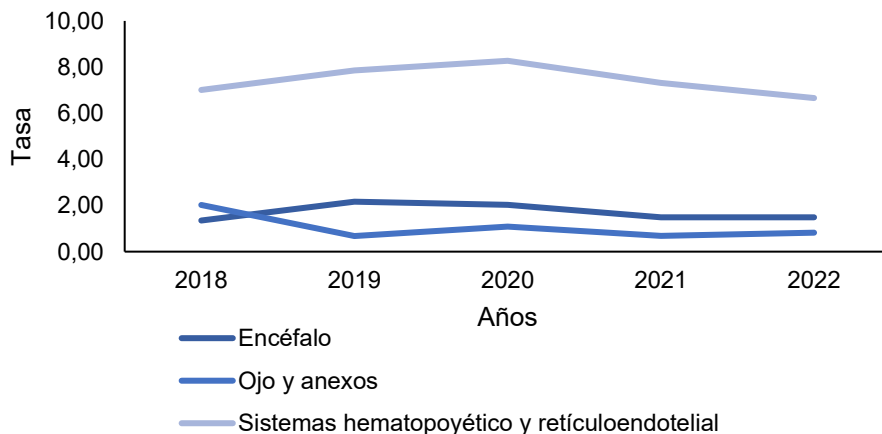
Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

Cáncer en Población Pediátrica y Adolescente (0-19 años)

En el año 2022, las neoplasias del sistema hematopoyético y retículo endotelial (leucemias, linfomas, mieloma múltiple y síndromes mielodisplásicos) constituyeron la principal carga patológica tanto en la infancia (0-9 años) como en la adolescencia (10-19 años), con tasas de incidencia de 6,66 y 4,02 por 100.000 habitantes, respectivamente. Otras localizaciones relevantes en estos grupos etarios incluyeron el sistema nervioso central (encéfalo), ojo y anexos, glándula tiroides y sistema linfático.

Figura 32

Costa Rica. Incidencia de cáncer en población infantil de 0-9 años, 2018-2022

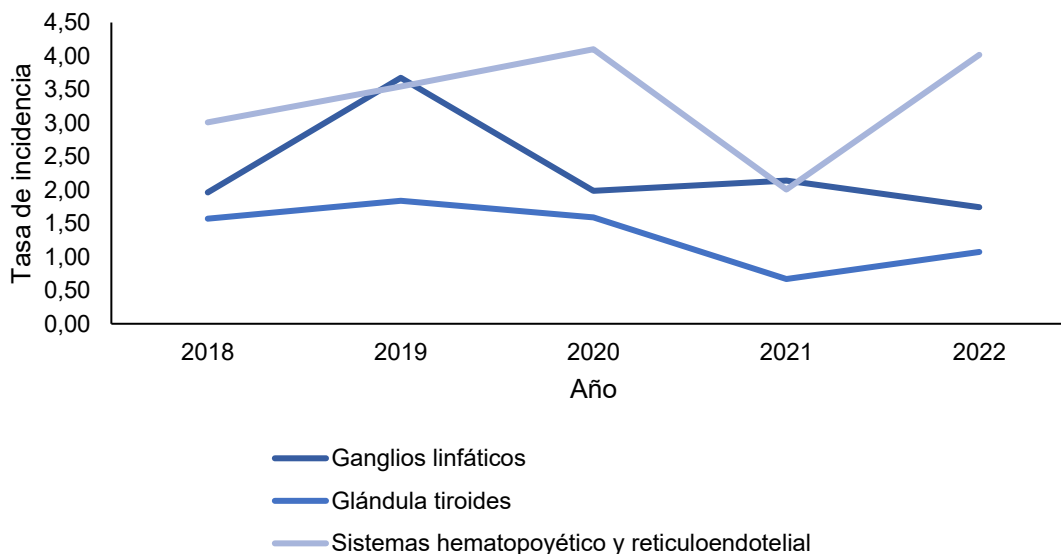


*Tasa por 100.000 personas entre 0-9 años

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

Figura 33

Costa Rica. Incidencia de cáncer en adolescentes 10-19 años, 2018-2022



*Tasa por 100.000 adolescentes.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

La distribución provincial del cáncer hematopoyético pediátrico y adolescente en 2022 mostró que, en la población infantil de 0 a 9 años, Guanacaste registró la tasa específica más alta del país, con 9,43 casos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, San José concentró el mayor número absoluto de casos, con 17 diagnósticos y una tasa de 7,96 por 100.000 habitantes, mientras que Limón ocupó la tercera posición, con una tasa de 7,67 por 100.000 habitantes (tabla 26).

En cuanto a la población adolescente de 10 a 19 años, las neoplasias hematopoyéticas representaron el 29,4 % del total de tumores diagnosticados en este grupo etario. Las tasas más elevadas se registraron en las provincias de Heredia (6,49 por 100.000 habitantes) y Alajuela (6,45 por 100.000 habitantes), seguidas por Guanacaste, con una tasa de 4,86 por 100.000 habitantes (tabla 27).

Tabla 26

Costa Rica. Incidencia de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial en población infantil de 0-9 años, según provincia, 2022

Provincia	Casos	Tasa*
San José	17	7,96
Alajuela	11	7,27
Cartago	2	2,70
Heredia	2	2,69
Guanacaste	6	9,43
Puntarenas	5	6,17
Limón	6	7,67

*Tasa por 100.000 habitantes (0-9 años).

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

Tabla 27

Costa Rica: Incidencia de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial en adolescentes de 10-19 años, según provincia, 2022

Provincia	Casos	Tasa*
San José	7	3,24
Alajuela	10	6,45
Cartago	2	2,69
Heredia	5	6,49
Guanacaste	3	4,86
Puntarenas	1	1,23
Limón	2	2,47

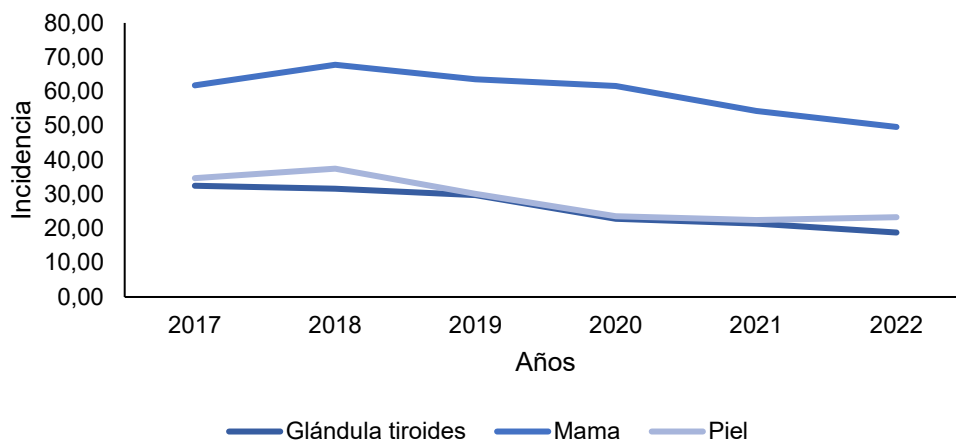
*Tasa por 100.000 habitantes (10-19 años).

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

El perfil epidemiológico por etapas de la vida adulta en 2022 muestra que, entre los adultos jóvenes y de edad media entre los 20 a 64, existen diferencias relevantes en la incidencia de cáncer según el sexo. En las mujeres, el cáncer de mama presentó la tasa más alta, con 49,63 casos por cada 100.000 habitantes, seguido por el cáncer de piel con 23,31 y el cáncer de tiroides 18,81. En los hombres, las neoplasias con las mayores tasas de incidencia fueron el cáncer de piel con una tasa por cien mil habitantes de 20,37; el cáncer de próstata con 17,92 y el cáncer de estómago 7,43 (figuras 35 y 36).

Figura 34

Costa Rica: Incidencia de cáncer en mujeres de 20-64 años, 2017-2022

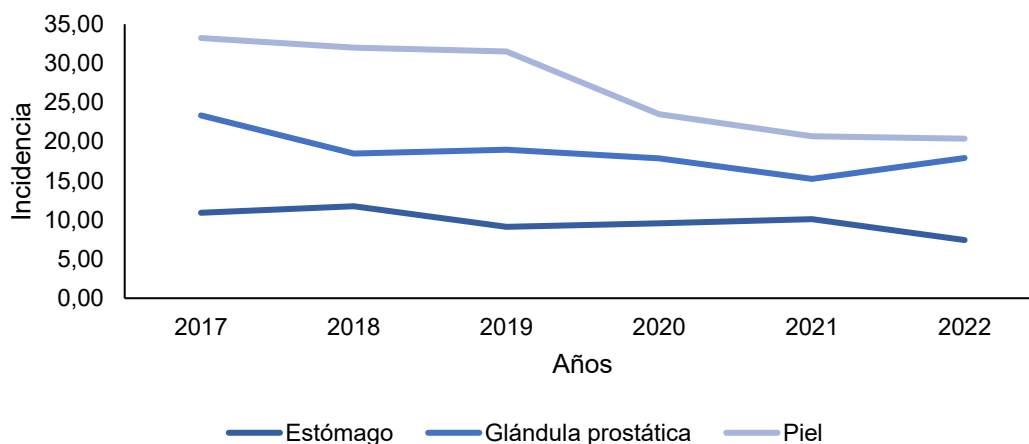


*Tasa por 100.000 mujeres.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

Figura 35

Costa Rica: Incidencia de cáncer en hombres de 20-64 años, 2017-2022



*Tasa por 100.000 hombres.

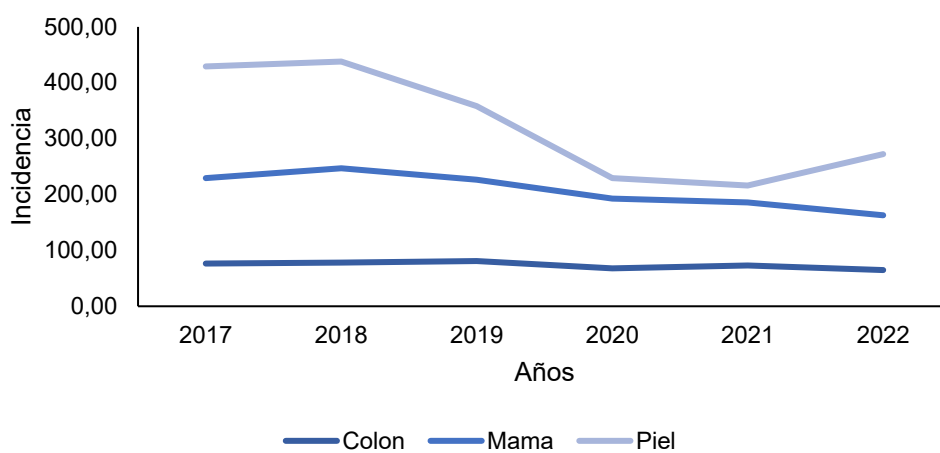
Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

En las personas adultas mayores de 65 años y más, se observa un incremento exponencial en las tasas de incidencia de cáncer, atribuible a la exposición acumulativa a carcinógenos y a los procesos de senescencia celular. En las mujeres, el cáncer de piel constituyó la principal causa, con una tasa de 272,51 casos por cada 100.000 habitantes,

seguido por el cáncer de mama (162,83) y el cáncer de colon (64,83). En los hombres, el cáncer de piel también presentó la tasa más elevada, con 323,96 casos por cada 100.000 habitantes, seguido por el cáncer de próstata (249,33) y el cáncer de estómago (77,17) (figuras 37 y 38).

Figura 36

Costa Rica. Incidencia de cáncer en mujeres de 65 años y más, 2017-2022

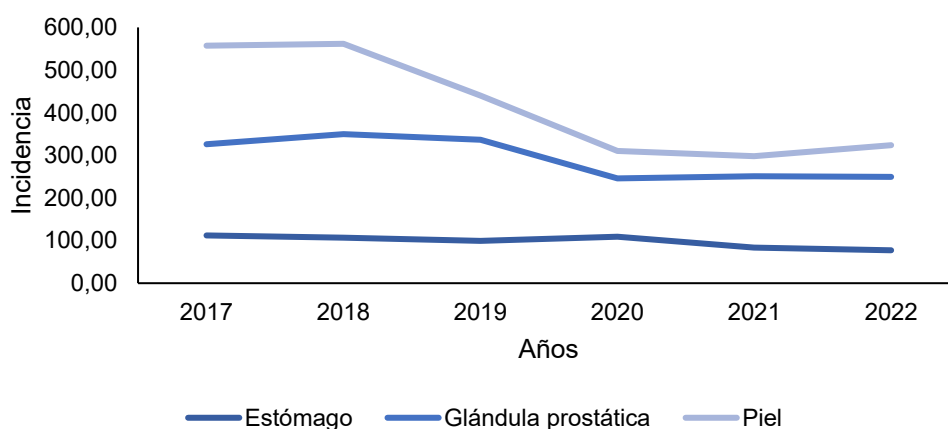


*Tasa por 100.000 mujeres.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

Figura 37

Costa Rica: Incidencia de cáncer en hombres de 65 años y más, 2017-2022



*Tasa por 100.000 hombres.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022

El estado costarricense monitorea rigurosamente el comportamiento de tumores clave asociados a alta mortalidad prematura y con posibilidad de intervención oportuna: mama, cuello uterino, estómago y colorrectal (tabla 28)

El cáncer cérvico-uterino presentó una tasa de incidencia de 14,29 casos por cada 100.000 habitantes en 2022, lo que refleja una disminución respecto a años anteriores. No obstante, la mayor carga de enfermedad continuó concentrándose en mujeres en edad reproductiva y laboralmente activa, particularmente entre los 30 y 45 años. Destaca además que, en el grupo de 30 a 34 años, se registró un incremento relativo interanual del 13 % entre 2021 y 2022 (figura 39).

Geográficamente, Puntarenas presentó una tendencia crítica en cáncer de cérvix al experimentar un aumento de incidencia del 21% entre 2021 y 2022, contrarrestando los descensos observados en San José, Heredia y Guanacaste. Actualmente, el tamizaje en la red pública reposa en la citología vaginal (Papanicolaou); no obstante, la actualización normativa prevé la incorporación de pruebas moleculares de detección de ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH), lo que incrementará transitoriamente la tasa de hallazgos incidentes en estadios tempranos y preinvasivos, reduciendo sustancialmente la mortalidad a mediano plazo (figura 40).

Tabla 28

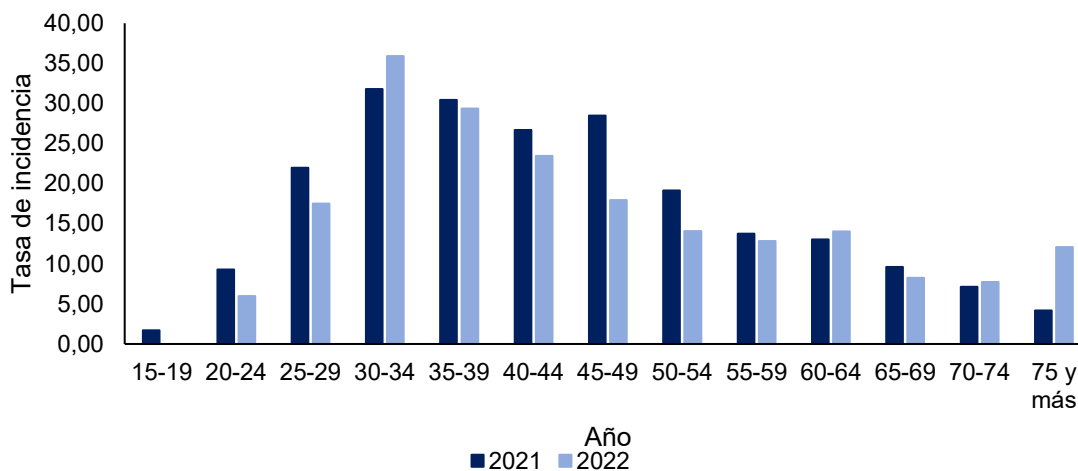
Costa Rica: Tendencia en la incidencia de los cánceres más frecuentes, 2018-2022. Tasas por 100.000 habitantes

Tipo de cáncer	2018	2019	2020	2021	2022
Colorrectal	16,39	18,15	17,88	17,70	16,98
Estómago	12,49	11,11	12,15	12,05	9,57
Glándula prostática	38,17	38,48	31,45	31,15	33,52
Mama	63,94	60,52	56,79	52,69	47,60
Piel	62,26	52,95	38,43	36,96	42,24
Cérvix	17,54	17,58	16,41	16,12	14,29

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

Figura 38

Costa Rica. Incidencia de cáncer de cérvix, según grupo de edad, 2021-2022

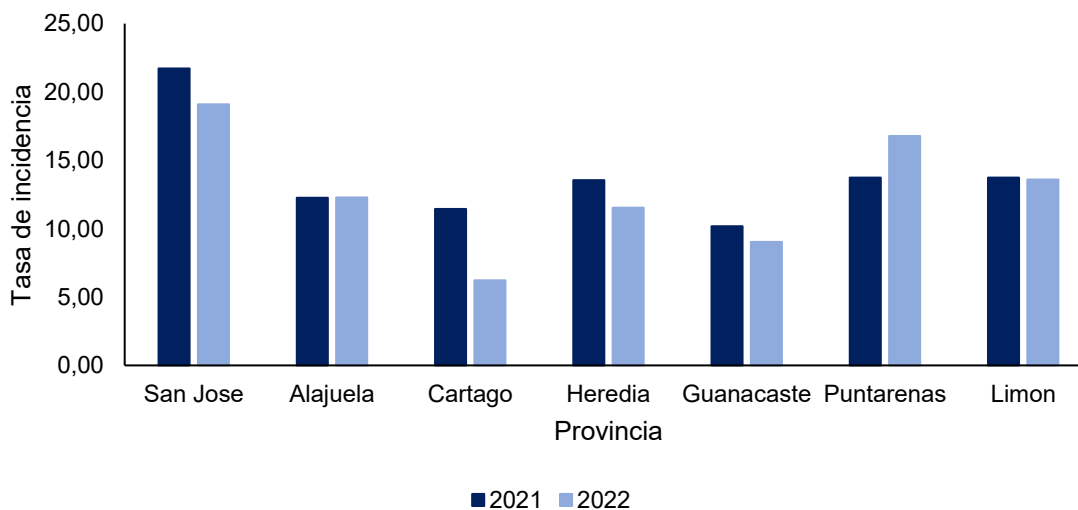


*Tasa por 100.000 mujeres

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

Figura 39

Costa Rica. Incidencia de cáncer de cérvix, según provincia, 2021-2022



*Tasa por 100.000 mujeres.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

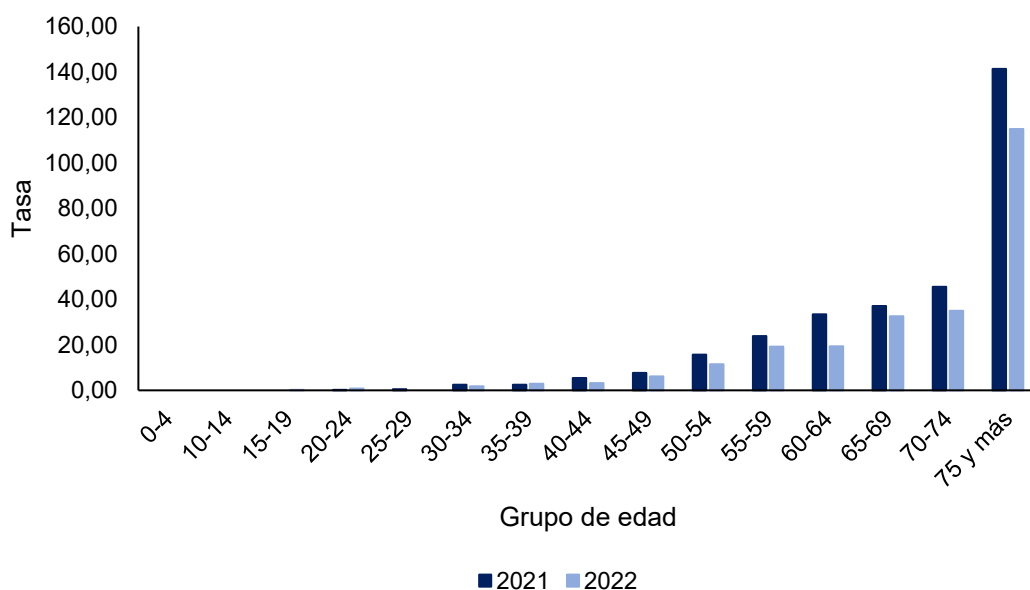
El cáncer gástrico representa la tercera causa de diagnóstico tumoral en los hombres adultos mayores de 20 años y se asocia con una importante carga de mortalidad.

Aunque el riesgo relativo aumenta de forma considerable a partir de los 75 años, las tasas de incidencia muestran un incremento sostenido desde los 50 años. En este grupo etario, se registraron tasas de 48 casos por cada cien mil habitantes en 2021 y de 36 en 2022.

A escala geodemográfica, San José registró la tasa incidente más elevada en 2022 con 13,5, desplazando a Cartago, que ostentaba la tasa superior en 2021 con 15,24. Con excepción de Alajuela, las demás provincias mostraron contracciones en el volumen de diagnósticos reportados en 2022 (figuras 41 y 42).

Figura 40

Costa Rica. Incidencia de cáncer de estómago, según grupo etario, 2021-2022

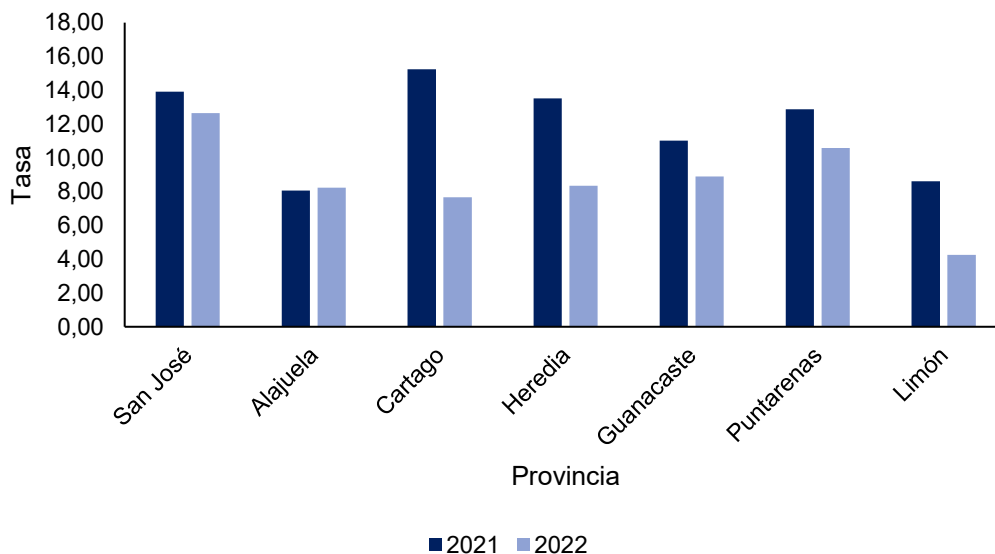


*Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

Figura 41

Costa Rica. Incidencia de cáncer de estómago según provincia, 2021-2022



*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud.

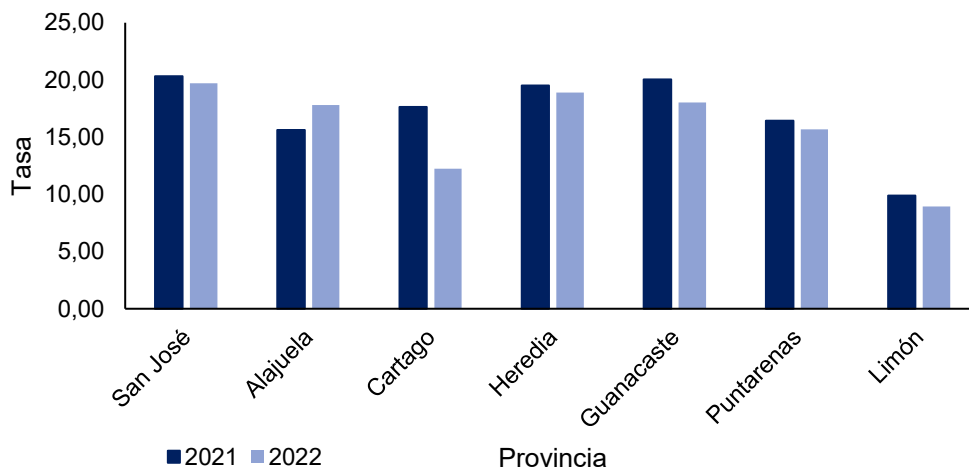
El cáncer colorrectal registró una incidencia general de 16,98 casos por cada 100.000 habitantes en 2022 y afectó con mayor frecuencia a la población de 55 años y más.

Desde una perspectiva epidemiológica, constituye un evento de especial relevancia debido al crecimiento observado en el indicador de mortalidad prematura, correspondiente al grupo de 30 a 69 años. Durante 2022, las provincias con las mayores tasas de incidencia fueron San José con una tasa por cien mil habitantes de 19,70, Heredia con 18,90 y Guanacaste con 18,03, mientras que Limón, presentó las más bajas en ambos años.

Asimismo, se observó una disminución de la incidencia entre 2021 y 2022 en la mayoría de las provincias, particularmente en Cartago y Guanacaste, mientras que Alajuela mostró un incremento durante el mismo período.

Figura 42

Costa Rica. Incidencia de cáncer colorrectal, según provincia, 2021-2022



*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: SIRNAT. Ministerio de Salud - Dirección de Vigilancia de la Salud, 2022.

Análisis de Mortalidad por Cáncer (corte 2025)

El cáncer es la segunda causa global de mortalidad en Costa Rica, únicamente superada por las afecciones del aparato circulatorio. No obstante, los análisis del INEC revelan que para el quinquenio 2020-2025, el cáncer se convirtió en la causa primaria de mortalidad prematura (30 a 69 años).

Esto genera una significativa pérdida de años de vida productiva, con severas repercusiones socioeconómicas, contracción de la fuerza laboral y desestructuración en los núcleos familiares.

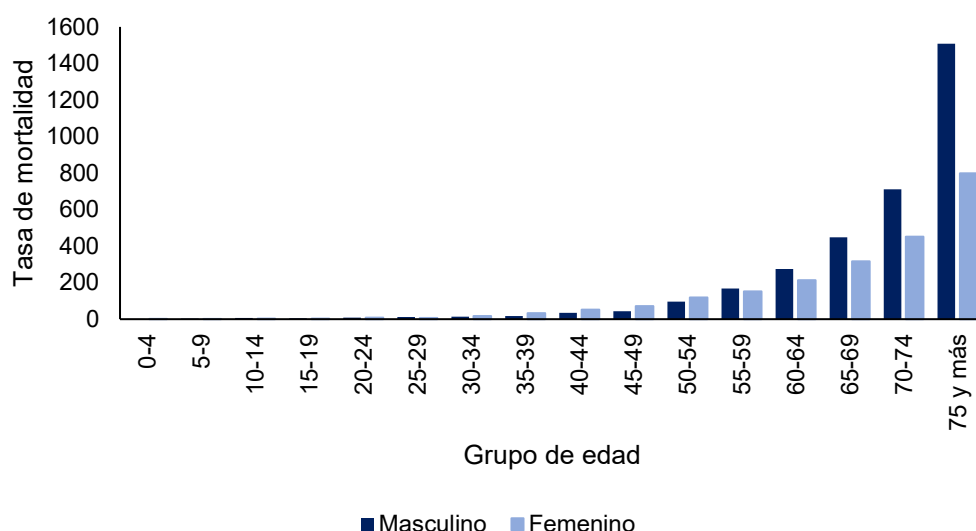
La mortalidad por cáncer en niños y adolescentes durante 2025 mostró que, en la población infantil de 0 a 9 años, se registraron 14 fallecimientos, de los cuales 6 correspondieron al grupo de 0 a 4 años y 8 al de 5 a 9 años, con una distribución de 9 hombres y 5 mujeres.

En la población adolescente de 10 a 19 años se contabilizaron 32 defunciones, incluyendo 18 casos en el grupo de 10 a 14 años y 14 en el de 15 a 19 años, afectando a 20 hombres y 12 mujeres. En ambos grupos etarios, los neoplasmas del sistema hematopoyético y retículo endotelial constituyeron la principal causa directa de muerte.

Por otra parte, la mortalidad según sexo y edad en la población general evidenció que el riesgo de fallecimiento por cáncer aumenta de manera proporcional con la edad, alcanzando su nivel más elevado en las personas de 75 años y más. Además, en todos los grupos etarios se observó un exceso de mortalidad en los hombres en comparación con las mujeres.

Figura 43

Costa Rica. Mortalidad por cáncer según grupo de edad y sexo, 2025



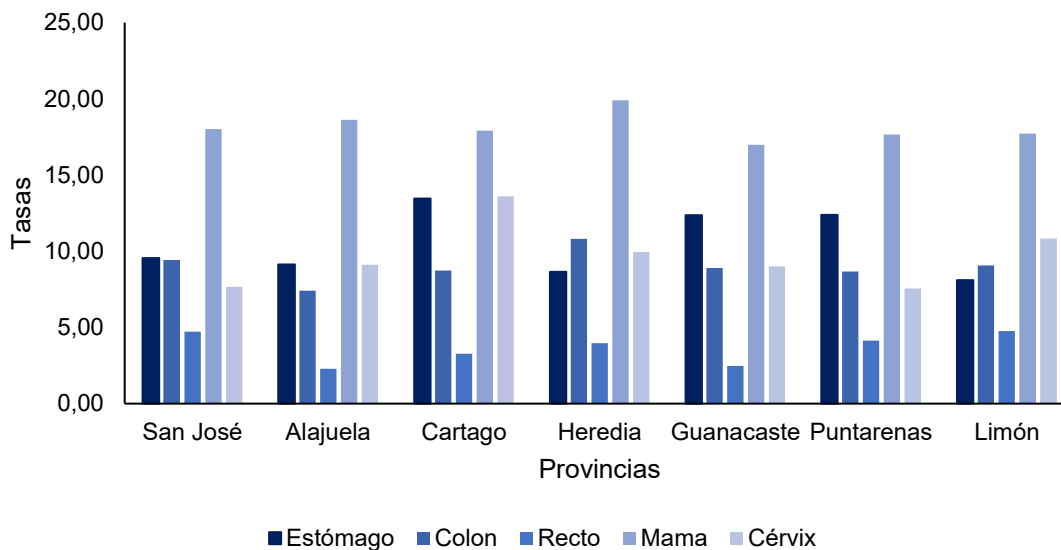
Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud con datos de INEC, 2025

La mortalidad prematura territorializada en 2025 evidenció importantes diferencias entre provincias según el tipo de cáncer.

El cáncer de mama se consolidó como la principal causa de mortalidad prematura en la población femenina a nivel nacional, registrándose en Heredia la tasa provincial más alta durante ese año. Asimismo, Heredia presentó el indicador más desfavorable de mortalidad prematura por cáncer de colon, con una tasa de 10,81 por cada cien mil habitantes, mientras que Limón reportó la tasa más elevada por cáncer de recto, con 4,77 por cada 100.000 habitantes. Por su parte, Cartago encabezó la mortalidad regional por cáncer de cérvix y cáncer gástrico, alcanzando tasas de 13,61 y 13,46 respectivamente.

Figura 44

Costa Rica. Mortalidad prematura por diversos tipos de cáncer según provincia, 2025



*Tasas por 100.000 habitantes.

Fuente: Registro Nacional de Tumores, Ministerio de Salud con datos de INEC, 2025

Discusión

El cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad en la población económicamente activa de Costa Rica, particularmente entre los 30 y 69 años de edad. Este comportamiento representa una importante carga para el sistema de salud y para la sociedad, debido a la ocurrencia de defunciones en edades productivas y a la creciente demanda de servicios especializados para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas afectadas.

En cuanto a los patrones de incidencia y mortalidad, se observan diferencias según el tipo de cáncer. El cáncer de piel presenta las tasas de incidencia más elevadas en la población general, mientras que el cáncer de mama en las mujeres y el cáncer de próstata en los hombres continúan siendo los diagnósticos más frecuentes en la edad adulta. No obstante, la mortalidad se concentra principalmente en otros grupos de neoplasias, destacándose el cáncer de mama y los tumores del aparato digestivo, especialmente los cánceres gástrico y colorrectal.

La distribución geográfica del cáncer evidencia una heterogeneidad importante entre las provincias del país. Cartago presenta elevadas tasas de mortalidad asociadas al cáncer gástrico y al cáncer de cérvix. Por su parte, Heredia registra los indicadores más altos de mortalidad prematura por cáncer de mama y cáncer de colon. Asimismo, Alajuela, San José y Puntarenas concentran algunas de las mayores tasas de incidencia de cáncer de piel, reflejando variaciones territoriales en el comportamiento de la enfermedad.

En la población infantil y adolescente, las leucemias y los linfomas corresponden a las neoplasias más frecuentes y constituyen también la principal causa de muerte por cáncer en estos grupos etarios. La distribución geográfica de estas enfermedades muestra diferencias entre provincias, observándose mayores tasas de incidencia en territorios como Guanacaste. Estos patrones permiten describir la presencia de variaciones territoriales en la ocurrencia de cáncer hematopoyético dentro de la población menor de edad.

Recomendaciones de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica

- Optimización del registro y calidad del dato: Modernizar la infraestructura tecnológica del SIRNAT para reducir los tiempos de consolidación de la información, mejorar la oportunidad de los datos y disminuir la proporción de registros clasificados como “desconocidos” en los análisis geográficos y epidemiológicos.
- Innovación y ampliación del tamizaje oportuno: Acelerar la transición hacia el uso de pruebas moleculares de alta sensibilidad para la detección del VPH como estrategia de tamizaje del cáncer de cérvix en el primer nivel de atención, priorizando territorios con incrementos atípicos en la incidencia, como la provincia de Puntarenas.
- Fortalecimiento del cribado para cáncer colorrectal: Implementar programas estandarizados de detección temprana mediante pruebas inmunoquímicas de sangre oculta en heces y colonoscopia, enfocados especialmente en la población de mayor riesgo, particularmente las personas de 50 años o más.
- Estrategias regionalizadas según el perfil epidemiológico: Diseñar e implementar intervenciones focalizadas de prevención primaria y programas de detección y erradicación de *Helicobacter pylori* en provincias como Cartago y San José, con el objetivo de reducir la carga asociada al cáncer gástrico.

- Prevención del cáncer de piel: Intensificar las campañas comunitarias e intersectoriales de fotoprotección, educación en salud y diagnóstico temprano de lesiones cutáneas, especialmente en Alajuela, Puntarenas y San José, donde se observan elevadas tasas de incidencia.
- Fortalecimiento de la red de atención pediátrica y adolescente: Garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia ágiles hacia los servicios especializados de hematooncología pediátrica para pacientes diagnosticados en provincias periféricas como Guanacaste y Limón, reduciendo el tiempo entre la sospecha clínica y el inicio del tratamiento.
- Alineamiento con la gobernanza nacional del cáncer: Priorizar la asignación de recursos financieros y la coordinación interinstitucional para el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024-2030, con énfasis en la actualización de la Norma Técnica para el Cáncer de Próstata y en los objetivos de reducción de la mortalidad asociada al cáncer de mama.

Hepatitis virales A, B y C

Durante el año 2025, en Costa Rica se registraron un total de 733 casos confirmados por hepatitis virales, de estos, el 50,8% (373/733) correspondió a hepatitis A, seguido de las hepatitis B con el 43,11% (316/733) y hepatitis C con el 6,00% (44/733).

Hepatitis A

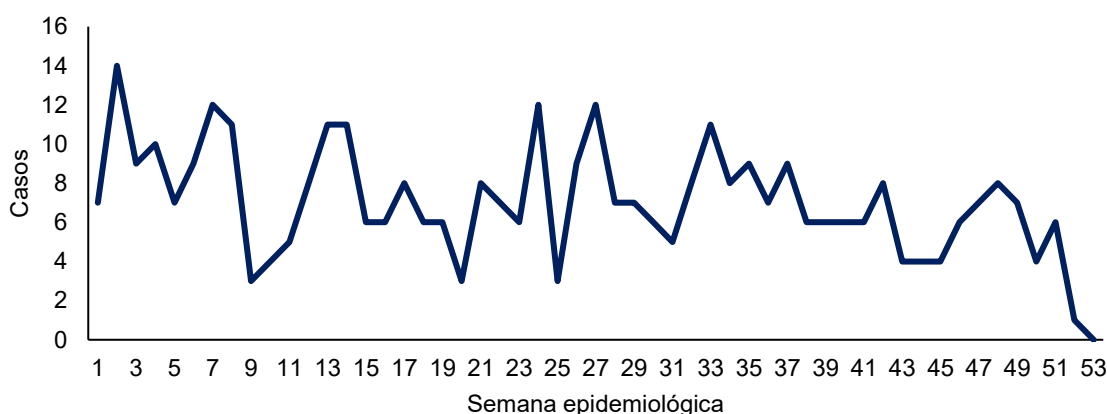
La hepatitis A es una enfermedad causada por el virus de la hepatitis A (VHA), un virus de ARN de la familia *Picornaviridae*, que se transmite principalmente por la vía fecal-oral. El ser humano es el único huésped y reservorio del virus. La infección puede ocurrir en cualquier grupo de edad, aunque su frecuencia y distribución dependen de las condiciones de exposición y de la inmunidad de la población. Entre los principales factores ambientales asociados con la transmisión se encuentran el acceso limitado a servicios adecuados de agua potable y saneamiento, las deficiencias en la higiene personal y de los alimentos, el hacinamiento y otras condiciones que favorecen la contaminación fecal del agua, los alimentos o las superficies.

En Costa Rica, la hepatitis fue la hepatitis viral con el mayor número de casos notificados en el país. La distribución de los casos por semana epidemiológica muestra una

mayor concentración al inicio del año, con un pico en la semana epidemiológica 3. Posteriormente, la notificación presentó una tendencia descendente, con fluctuaciones de menor magnitud e incrementos puntuales que no alcanzaron la frecuencia observada durante las primeras semanas del período.

Figura 45

Costa Rica. Casos confirmados de hepatitis A, según semana epidemiológica, 2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025.

La distribución de los casos confirmados de hepatitis A según grupo de edad mostró un predominio en la población de 20 a 64 años, en la que se registraron 264 casos, constituyéndose como el grupo etario con la mayor frecuencia de notificación durante el período analizado. En menor proporción se identificaron casos en los grupos de 10 a 19 años y de 65 años y más, mientras que la menor cantidad de casos correspondió a los menores de 10 años. En conjunto, la distribución por edad evidenció diferencias en la frecuencia de notificación entre los distintos grupos etarios, con una mayor concentración de casos en la población adulta.

En relación con la distribución por sexo, el 50,9 % (190/373) correspondieron al sexo masculino y el 49,1% (183/373) al sexo femenino, lo que refleja una distribución similar de la enfermedad entre hombres y mujeres durante el período analizado.

Tabla 29

Costa Rica. Casos confirmados de hepatitis A por grupo de edad y sexo, 2025

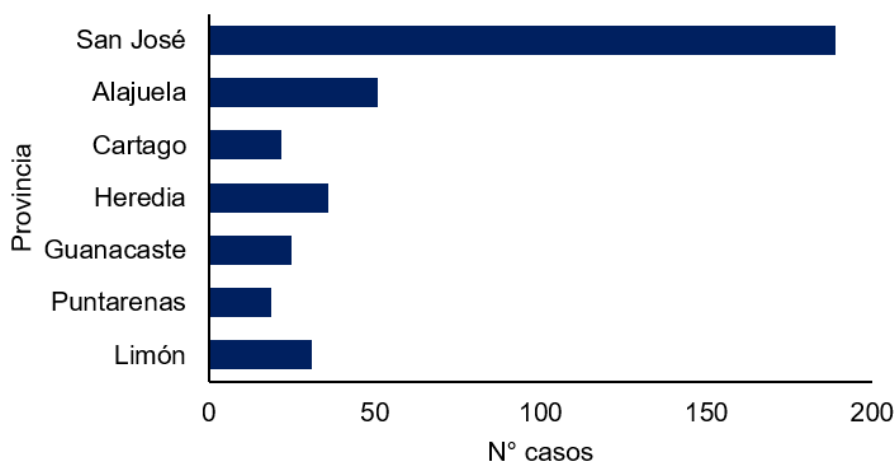
Grupos de edad	Sexo					
	Total		Femenino		Masculino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	373	7.0	183	6,9	190	7,1
< 1	3	4,4	2	6,1	1	2,9
1 a 9	28	4,3	13	4,1	15	4,5
de 10 a 19	39	5,2	17	4,6	22	5,7
de 20 a 64	264	8,0	131	8,0	133	8,0
> 65	39	6,7	20	6,5	19	7,0

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025.

La distribución de los casos de hepatitis A por provincia muestra que San José obtuvo el mayor porcentaje de casos 50,7 % (189/373), seguido de Alajuela con el 13,7% (51/373) y Heredia con el 8,3% (36/373).

Figura 46

Costa Rica. Casos confirmados de hepatitis A por provincia, Costa Rica, 2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025.

Hepatitis B

La hepatitis B es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la hepatitis B (VHB), un virus ADN perteneciente a la familia Hepadnaviridae. Este virus presenta un marcado tropismo por las células hepáticas (hepatocitos), donde se replica y puede producir una infección aguda o evolucionar hacia una infección crónica. La infección crónica por VHB constituye un importante problema de salud pública debido a que incrementa el riesgo de desarrollar cirrosis hepática, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular. El VHB se transmite principalmente por exposición percutánea o mucosa a sangre y otros fluidos corporales infectados, incluyendo la transmisión sexual, perinatal (de madre a hijo durante el parto) y parenteral, mediante el uso compartido de agujas u otros instrumentos punzocortantes contaminados, así como por procedimientos médicos o estéticos realizados sin las medidas adecuadas de bioseguridad. El ser humano es el único reservorio conocido del virus y todas las personas susceptibles pueden adquirir la infección, aunque el riesgo es mayor en aquellas con antecedentes de exposición relacionados con las vías de transmisión, como personas con múltiples parejas sexuales, usuarios de drogas inyectables, personal de salud expuesto a sangre y hemoderivados, recién nacidos de madres infectadas y personas que conviven con individuos portadores del virus. Desde el punto de vista ambiental, la transmisión se ve favorecida por la exposición a sangre y fluidos corporales infectados, el uso de material no esterilizado para procedimientos médicos, odontológicos, tatuajes o perforaciones, las prácticas inseguras de atención en salud, así como por una baja cobertura de tamizaje en poblaciones de riesgo y el acceso insuficiente a medidas de prevención, como la vacunación y la profilaxis para la prevención de la transmisión materno infantil.

Las hepatitis B representaron el 43,1% (316/733) de las hepatitis virales registradas en el 2025. La hepatitis B continúa siendo un evento de importancia para la salud pública debido a su potencial de evolucionar hacia enfermedad hepática crónica y a la posibilidad de prevenir su transmisión mediante estrategias como la vacunación, el tamizaje oportuno y el fortalecimiento de las medidas de prevención y control establecidas en el país.

La curva epidémica muestra un comportamiento relativamente estable durante el año 2025, con fluctuaciones en el número de casos notificados entre 0 y 12 casos por semana. Los

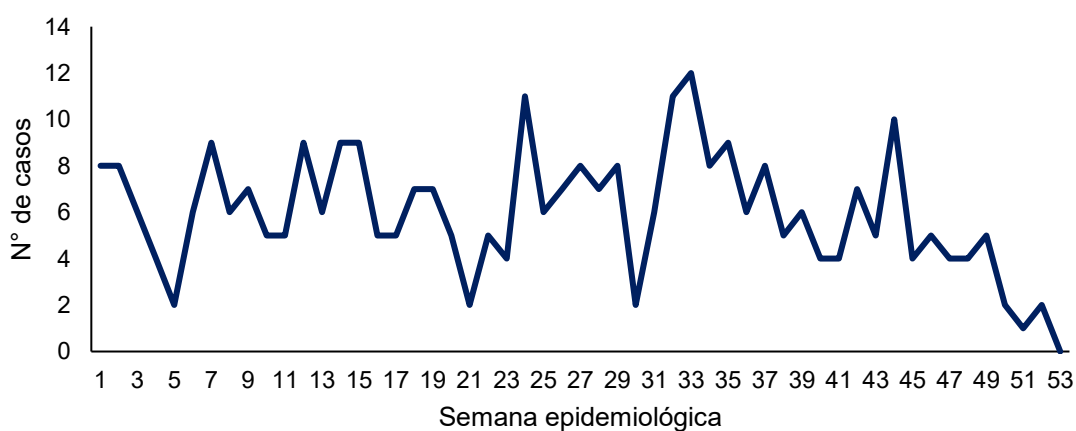
mayores registros se observaron en las semanas epidemiológicas 24, 32 y 33 con valores entre 11 y 12 casos.

El 55,7 % (176/316) de los casos correspondió al sexo femenino y el 44,3 % (140/316) al sexo masculino. Según el grupo de edad, la mayor concentración de casos se presentó en la población de 20 a 64 años, con 264 casos (83,5 % del total) y una tasa de 8,0 por 100.000 habitantes.

El grupo de 65 años y más registró 36 casos (11,4 %), con una tasa de 6,2 por 100.000 habitantes, mientras que en los menores de un año se notificaron 6 casos (1,9 %), alcanzando una tasa de 8,9 por 100.000 habitantes debido al reducido tamaño poblacional de este grupo. En los grupos de 10 a 19 años y de 1 a 9 años se notificaron 7 (2,2 %) y 3 casos (0,9 %), respectivamente, siendo estos los grupos con menor número absoluto de casos.

Figura 47

Costa Rica. Casos confirmados de hepatitis B, según semana epidemiológica, 2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025.

Tabla 30

Costa Rica. Casos confirmados de hepatitis B por grupo de edad y sexo, 2025

Grupo de edad	Total		Sexo			
			Femenino		Masculino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	316	5,90	176	6,6	140	5,2
< 1	6	8,9	3	9,1	3	8,7
1 a 9	3	0,5	2	0,6	1	0,3
10 a 19	7	0,9	7	1,9	0	0,0
20 a 64	264	8,0	149	9,1	115	6,9
> 65	36	6,2	15	4,9	21	7,7

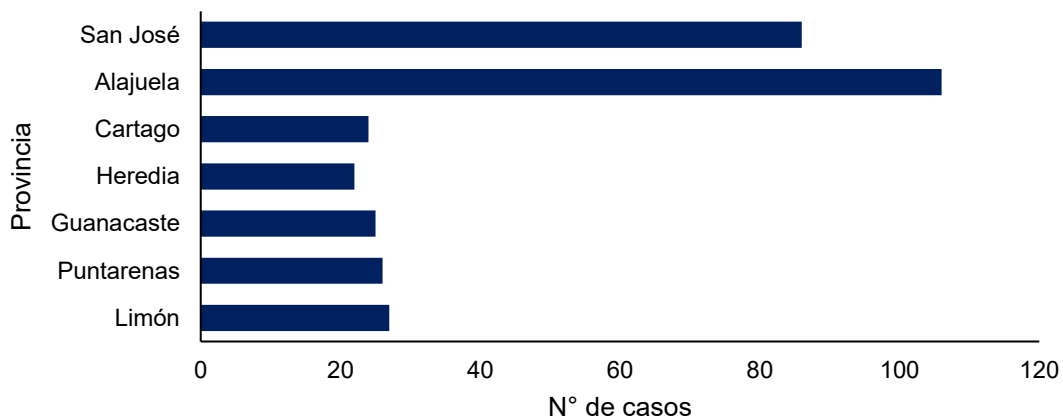
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025.

La distribución de los casos de hepatitis B por provincia durante el año 2025 muestra que Alajuela registró el mayor número de casos notificados, con aproximadamente 106 casos, seguida de San José con 86 casos. En conjunto, ambas provincias concentraron cerca del 61 % del total de casos registrados en el país.

Por su parte, Heredia (22 casos) registró el menor número de casos notificados.

Figura 48

Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis B por provincia, 2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025.

Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la hepatitis C (VHC), un virus ARN de la familia *Flaviviridae*, cuya principal vía de transmisión es la exposición a sangre contaminada. El riesgo de infección es mayor en personas con antecedentes de exposición a factores asociados con la transmisión sanguínea, mientras que factores del entorno, como las oportunidades de contacto con sangre contaminada y las barreras para el diagnóstico oportuno y el acceso al tratamiento, influyen en su transmisión y evolución.

En 2025 se confirmaron 44 casos de hepatitis C, que representaron el 6,0 % del total de las hepatitis virales confirmadas, constituyéndose como la de menor frecuencia entre las hepatitis analizadas. No obstante, su importancia epidemiológica radica en que la infección suele cursar de forma asintomática durante años, favoreciendo el diagnóstico tardío y aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas, como cirrosis y carcinoma hepatocelular. Durante ese mismo año se notificaron tres defunciones, todas en personas adultas y adultas mayores, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana, garantizar el acceso oportuno al tratamiento y asegurar el seguimiento clínico de las personas afectadas, con el fin de reducir la progresión de la enfermedad y su impacto en la morbilidad y mortalidad.

Mortalidad por hepatitis

Durante el año 2025 no se registraron defunciones asociadas a hepatitis A ni hepatitis C. En contraste, se notificaron ocho defunciones por hepatitis B, lo que evidencia que la mortalidad por hepatitis viral durante el período analizado se concentró exclusivamente en esta etiología.

De las ocho defunciones por hepatitis B, cuatro correspondieron al sexo femenino y cuatro al sexo masculino, observándose una distribución equitativa por sexo. La edad de los fallecidos osciló entre 57 y 88 años, con un promedio de 72,5 años, predominando las defunciones en personas de 70 años y más (6 de 8 fallecimientos; 75 %). Únicamente dos defunciones ocurrieron en personas menores de 70 años, de 57 y 63 años.

En cuanto a la distribución geográfica, seis de las ocho defunciones (75 %) se registraron en la Región Central Sur, mientras que una ocurrió en la Región Central Norte y una en la Región Pacífico Central.

En términos generales, la mortalidad por hepatitis viral en 2025 se limitó a la hepatitis B y se concentró principalmente en personas adultas mayores y en la Región Central Sur.

Discusión

El análisis de las hepatitis virales en Costa Rica durante 2025 muestra diferencias en el comportamiento epidemiológico de las hepatitis A, B y C. Los datos disponibles evidencian variaciones tanto en la frecuencia de los casos como en los desenlaces asociados a cada una de estas enfermedades, lo que permite caracterizar de manera diferenciada su magnitud dentro del conjunto de las hepatitis virales notificadas en el país.

La hepatitis A registró el mayor número de casos confirmados durante el año, constituyéndose en la hepatitis viral de mayor frecuencia entre las incluidas en la vigilancia epidemiológica nacional. Este comportamiento la posiciona como la principal causa de morbilidad dentro del grupo de las hepatitis virales notificadas durante el período analizado. Su peso relativo en el total de casos refleja una mayor circulación de esta infección en comparación con las hepatitis B y C.

Por otra parte, la hepatitis B fue la única de las hepatitis virales evaluadas que registró defunciones durante 2025. Esta característica la distingue del comportamiento observado para las demás hepatitis analizadas en el período. En contraste, la hepatitis C presentó la menor proporción de casos confirmados entre las hepatitis virales estudiadas.

Recomendaciones

A partir del análisis epidemiológico de los casos confirmados de hepatitis virales A, B y C en Costa Rica durante 2025, se establecen las siguientes recomendaciones:

Hepatitis A

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud relacionadas con higiene personal, lavado adecuado de manos, manipulación segura de alimentos, consumo de agua

potable y medidas de saneamiento, especialmente en comunidades con mayor concentración de casos.

- Reforzar la vigilancia epidemiológica y la investigación oportuna de casos, principalmente en escenarios donde exista mayor riesgo de transmisión, como centros educativos, instituciones cerradas, comunidades y establecimientos relacionados con la manipulación de alimentos.
- Mantener el monitoreo epidemiológico de las regiones con mayor número de casos, particularmente la Región Central Sur, con el objetivo de identificar oportunamente incrementos inusuales o conglomerados de casos.
- Valorar estrategias preventivas adicionales, incluyendo el análisis de la incorporación de la vacunación contra hepatitis A dentro de las políticas nacionales de inmunización, considerando la carga epidemiológica observada y los grupos poblacionales de mayor riesgo.
- Priorizar la hepatitis A como problema de salud pública, especialmente por su alta transmisibilidad en contextos comunitarios.

Hepatitis B

- Fortalecer las estrategias orientadas al cumplimiento de los esquemas completos de vacunación contra hepatitis B, especialmente en grupos con mayor riesgo de exposición y en poblaciones susceptibles.
- Mantener y fortalecer el tamizaje de hepatitis B en mujeres embarazadas, garantizando la prevención de la transmisión materno infantil mediante la identificación oportuna de casos y la aplicación de medidas preventivas correspondientes.
- Reforzar las acciones educativas sobre prácticas sexuales seguras, prevención de exposiciones sanguíneas y medidas de bioseguridad en entornos sanitarios y comunitarios.
- Promover el diagnóstico temprano, garantizar el acceso al seguimiento clínico y al tratamiento antiviral de las personas con infección crónica por hepatitis B, con el fin de reducir la progresión hacia enfermedad hepática avanzada y disminuir la mortalidad asociada.
- La presencia de hepatitis B también sugiere la necesidad de mantener y fortalecer las estrategias de vacunación y control, mientras que la baja incidencia de hepatitis C

podría estar relacionada con mejoras en el tamizaje y tratamiento, aunque también podría reflejar subregistro.

Hepatitis C

- Fortalecer las estrategias de tamizaje dirigidas a poblaciones con mayor probabilidad de exposición, incluyendo personas adultas mayores, personas con antecedentes de exposición sanguínea, personas privadas de libertad y otros grupos vulnerables definidos por los servicios de salud.
- Integrar la búsqueda activa de hepatitis C en programas relacionados con VIH, atención de adicciones, salud mental y otros servicios donde puedan identificarse personas con factores de riesgo.
- Favorecer el acceso oportuno al tratamiento con antivirales de acción directa, considerando su efectividad para lograr la curación virológica y reducir la progresión hacia enfermedad hepática avanzada.

Recomendaciones

- Fortalecer la integración de los sistemas de información entre vigilancia epidemiológica, laboratorios y servicios de atención clínica, permitiendo mejorar la calidad, oportunidad y seguimiento de los datos epidemiológicos.
- Implementar análisis epidemiológicos periódicos con enfoque territorial que permitan identificar cambios en la distribución de casos, conglomerados y áreas prioritarias para intervención.
- Mantener procesos continuos de capacitación al personal de salud sobre diagnóstico, notificación, prevención, manejo clínico y seguimiento de las hepatitis virales.
- Desarrollar estrategias de comunicación dirigidas a la población para promover el conocimiento sobre las hepatitis virales, reducir barreras asociadas al diagnóstico y favorecer la búsqueda temprana de atención médica.

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil (TMI) abarca los fallecimientos ocurridos en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Durante el año 2025 se registraron 383 defunciones infantiles, obteniéndose una tasa nacional de 8,44 por 1.000 nacidos vivos, lo que constituye una mejoría frente al 10,2 por 1.000 nv reportado en 2024.

El 76,0% de las defunciones se concentró en el período neonatal (primeros 28 días de vida). Este patrón es congruente con perfiles epidemiológicos de países con desarrollo sanitario avanzado, donde la mortalidad infantil está dominada por componentes endógenos (afecciones perinatales y anomalías congénitas) y no por causas infecciosas o exógenas.

A pesar del descenso nacional, persisten brechas regionales.

Las tasas más elevadas se concentran en las provincias periféricas: Puntarenas (10,6 por 1.000 nv), Limón (10,0 por 1.000 nv) y Guanacaste (9,6 por 1.000 nv), manteniéndose todas sensiblemente por encima del promedio nacional (8,4).

Tabla 31

Costa Rica. Defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil según provincia de residencia materna, 2022–2025 (Tasa por 1.000 nacidos vivos)

Provincia ¹	2022		2023		2024		2025	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	508	9,5	455	9,1	468	10,2	383	8,4
San José	146	9,8	116	8,3	139	10,9	99	7,8
Alajuela	113	9,5	90	8,1	90	8,9	73	7,3
Cartago	59	11,0	53	10,9	50	10,7	40	8,9
Heredia	40	8,3	47	10,6	35	8,5	29	7,1
Guanacaste	29	6,3	32	7,2	49	11,9	39	9,6
Puntarenas	61	10,2	65	11,7	54	10,6	55	10,6
Limón	60	10,1	52	9,1	51	10,4	48	10,0

1/ Provincia de residencia de la madre

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2022–2025.

Causas de Muerte y Variables Biológicas

- Diferencial por Sexo: La TMI fue significativamente mayor en el sexo masculino (9,01 por 1.000 nv) que en el femenino (7,86 por 1.000 nv). Esta brecha es consistente con el sesgo biológico de mayor vulnerabilidad neonatal masculina documentado a nivel global.
- Las defunciones registradas se concentraron principalmente en dos grandes grupos de causas. Las afecciones originadas en el período perinatal representaron el 46,21% del total, seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que aportaron el 37,60%.
- En conjunto, estas categorías acumularon más del 80% de las muertes registradas. En menor proporción, las enfermedades del sistema respiratorio representaron el 5,48% de las defunciones, mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias correspondieron al 3,13% del total.

Tabla 32

Costa Rica. Distribución porcentual de defunciones infantiles según causa básica de muerte, 2021–2025

Grupos de causas de muerte	2021	2022	2023	2024	2025
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	49,68	51,57	45,93	50,21	46,21
Malformaciones congénitas	38,22	36,61	36,48	35,04	37,60
Enfermedades del sistema respiratorio	4,88	5,12	6,37	5,13	5,48
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,49	1,57	1,32	2,14	3,13
Enfermedades del sistema circulatorio	0,42	0,59	0,88	0,21	0,52
Enfermedades del sistema nervioso	0,64	1,18	1,10	1,50	1,31
Otras causas	4,67	3,35	7,91	5,77	5,74

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021–2025.

Relación entre Somatometría al Nacer (Peso y Talla) y Mortalidad

La relación entre la somatometría al nacer y la mortalidad infantil muestra una mayor frecuencia de defunciones entre los recién nacidos con bajo peso, particularmente aquellos con

peso inferior a 1.000 g, que concentraron 79 defunciones (20,6 % del total). Sin embargo, 96 defunciones (25,1 %) ocurrieron en recién nacidos con peso normal o adecuado (2.500 a 3.499 g), lo que evidencia que la mortalidad infantil también se presenta en neonatos con peso adecuado al nacer.

Tabla 33

Costa Rica. Defunciones infantiles por intervalo de estatura al nacer, según clasificación de peso al nacer, 2025

Clasificación del peso al nacer	Total	15 a 24 cm	25 a 34 cm	35 a 44 cm	45 a 54 cm	55 cm y más	Estatura Ignorada
Costa Rica	383	3	71	89	158	3	59
Bajo peso extremo	79	3	62	11	1	-	2
Bajo peso	35	-	4	29	1	-	1
Peso insuficiente	87	-	4	44	38	-	1
Peso normal o adecuado	96	-	1	3	89	1	2
Sobre peso	33	-	-	2	29	2	-
Ignorado	53	-	-	-	-	-	53

Notas:

¹ Clasificación de peso al nacer según criterios OMS: Bajo peso extremo (<1.000 g); Bajo peso (1.000–1.499 g); Peso insuficiente (1.500–2.499 g); Peso normal/adecuado (2.500–3.499 g); Sobrepeso (≥3.500 g).

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2025.

Mortalidad Materna (RMM)

La mortalidad materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y la localización de este, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su gestión, pero no por causas accidentales o incidentales. Durante el año 2025, según los datos del INEC, se registraron 8 defunciones maternas, correspondientes a una razón de mortalidad materna (RMM) preliminar de 1,50 por 10.000 nacidos vivos (nv). Esto representa una disminución significativa del 54,1% respecto al año 2024 (3,27 por 10.000 nv).

La serie temporal 2015-2025 muestra un comportamiento bimodal con sus picos históricos durante el bienio pandémico 2020-2021 (RMM de 3,44 y 4,05 por 10.000 nv, respectivamente). El descenso posterior sugiere una recuperación operativa de las redes de atención obstétrica, un fortalecimiento en los sistemas de vigilancia epidemiológica materna y una mayor oportunidad en el abordaje de emergencias obstétricas.

Tabla 34

Costa Rica. Defunciones maternas, nacimientos y razón de mortalidad materna, 2015–2025

Año	Defunciones maternas	Nacimientos	Razón de mortalidad materna ^{1/}
2015	20	71.819	2,78
2016	20	70.004	2,86
2017	16	68.811	2,33
2018	11	68.449	1,61
2019	13	64.274	2,02
2020	20	58.156	3,44
2021	22	54.288	4,05
2022	8	53.435	1,50
2023 ^{a/}	6	50.205	1,00
2024	15	45.825	3,27
2025	8	45.384	1,50

1/ Por diez mil nacimientos.

Notas:

¹ Por 10.000 nacidos vivos.

^a Excluye una muerte materna tardía.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2015–2025.

Distribución Territorial e Inequidades Geográficas

A nivel provincial, el riesgo de mortalidad materna presentó una marcada heterogeneidad espacial durante 2025. Las provincias de Alajuela (4,0 por 10.000 nv), Puntarenas (3,9 por 10.000 nv) y Cartago (2,2 por 10.000 nv) registraron razones muy superiores al promedio nacional (1,5 por 10.000 nv). Esta variabilidad territorial sugiere la presencia de barreras geográficas en el acceso a la atención obstétrica especializada, variaciones en la capacidad resolutoria regional y diferencias en los determinantes socioeconómicos locales.

Tabla 35

Costa Rica: Razón de mortalidad materna según provincia de residencia, 2016–2025
(Razón por 10.000 nacidos vivos)

Provincia de residencia	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^{a/}	2024	2025 ^{b/}
Costa Rica	2,9	2,3	1,6	2,0	3,4	4,1	1,5	1,0	3,3	1,5
San José	3,4	2,5	0,5	2,6	3,0	4,5	-	0,7	3,9	-
Alajuela	2,0	2,7	2,6	2,1	6,2	4,1	2,5	0,9	1,0	4,0
Cartago	7,0	-	-	-	6,8	3,6	-	-	4,3	2,2
Heredia	4,7	3,2	3,2	1,7	1,9	4,3	2,1	-	4,9	-
Guanacaste	1,7	3,5	-	1,8	2,0	4,4	-	-	2,4	-
Puntarenas	1,4	-	2,7	1,5	0,0	3,4	3,4	1,8	3,9	3,9
Limón	-	3,9	2,7	2,9	1,6	3,2	3,4	3,5	4,1	-

Notas:

^a Excluye una muerte materna tardía.

^b Excluye una muerte materna por secuelas.

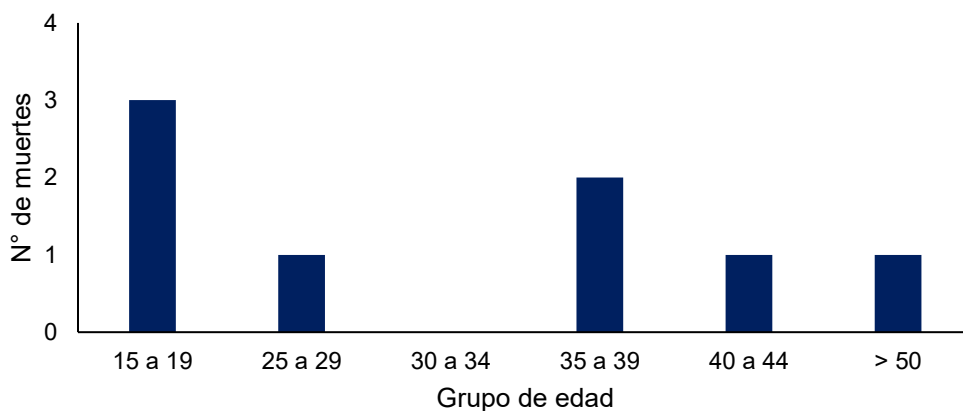
Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2016–2025.

Análisis de Factores Sociodemográficos y Riesgo Obstétrico

- **Distribución Etaria (Riesgo Bimodal):** Se identifica un patrón de riesgo bimodal. Las gestantes de 15 a 19 años concentraron el 37,5% de los eventos, mientras que el grupo de 35 a 39 años representó el 25,0%. La alta proporción en adolescentes refleja factores de vulnerabilidad social y captación tardía del control prenatal; en contraste, el riesgo en mayores de 35 años suele vincularse a comorbilidades crónicas y mayor prevalencia de complicaciones obstétricas.
- **Nacionalidad:** El 50% de las defunciones correspondió a costarricenses y el 50% a nicaragüenses. Dada la proporción demográfica de la población gestante de origen migrante, este dato evidencia la necesidad de evaluar y mitigar barreras de aseguramiento, culturales y de acceso efectivo a los servicios de salud prenatales.
- **Calidad del Registro:** La variable de condición de actividad laboral presentó un subregistro del 50%. Esta omisión limita el análisis de determinantes socioeconómicos estructurales y evidencia la urgencia de estandarizar la captura de datos sociodemográficos en la vigilancia epidemiológica.
- **Lugar de Ocurrencia y Calidad de Atención:** El 100% de los fallecimientos ocurrió en el nivel intrahospitalario. Si bien esto indica un acceso final al sistema de salud ante emergencias, obliga a auditar el modelo de "las tres demoras": (1) demora en buscar atención, (2) demora en llegar al establecimiento sanitario, y (3) demora en la recepción de un tratamiento oportuno y adecuado en el hospital.

Figura 49

Costa Rica: Distribución porcentual de defunciones maternas según grupo etario, 2025



Fuente: Elaboración propia con datos del INEC-Costa Rica, 2025.

Conclusiones

- **Mejoría de Indicadores Nacionales:** Durante el año 2025, Costa Rica logró una reducción sustancial en la RMM (1,50 por 10.000 nv) y en la TMI (8,44 por 1.000 nv), consolidando una trayectoria de recuperación epidemiológica tras las fluctuaciones del periodo pospandémico.
- **Persistencia de Inequidades Territoriales:** Existen marcadas asimetrías provinciales. Alajuela, Puntarenas y Cartago presentan los niveles más críticos de mortalidad materna, mientras que Puntarenas, Limón y Guanacaste concentran las mayores tasas de mortalidad infantil, sobrepasando los promedios nacionales en ambos rubros.
- **Focos de Vulnerabilidad Materna:** Se evidencia un patrón bimodal de riesgo materno centrado en adolescentes (15-19 años) y mujeres de edad materna avanzada (≥ 35 años), sumado a una equitativa afectación entre población nacional y migrante (50% nicaragüense), lo que demanda enfoques diferenciados.
- **Predominio del Componente Neonatal y Endógeno:** El 76% de la mortalidad infantil ocurre en el periodo neonatal, con más del 83% de las muertes explicadas por afecciones perinatales y malformaciones congénitas, orientando la necesidad de intervenciones ultra-especializadas en la atención perinatal y el parto.

- Brechas en la Calidad del Dato: El elevado porcentaje de datos ignorados en variables laborales (50% en defunciones maternas) y somatométricas (13,8% en peso/talla infantil) limita la caracterización epidemiológica completa de los determinantes de la salud.

Recomendaciones epidemiológicas y de salud pública

Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica y Calidad del Dato:

- Auditorías Clínico-Epidemiológicas de Evitabilidad: Realizar análisis sistemáticos de causa raíz y de "las tres demoras" en el 100% de los fallecimientos maternos e infantiles para identificar fallas de proceso en la red asistencial.
- Estandarización del Registro: Establecer protocolos obligatorios de completitud en la certificación médica de defunción y registros vitales, priorizando variables de condición socio-laboral, etnicidad y controles prenatales recibidos.

Intervenciones Focalizadas en Salud Materna y Perinatal:

- Captación Temprana y Abordaje Diferenciado: Implementar estrategias comunitarias para el reclutamiento temprano del control prenatal (<12 semanas de gestación), priorizando la atención de embarazadas adolescentes y población migrante.
- Manejo de la Edad Materna Avanzada: Crear clínicas de alto riesgo obstétrico (ARO) regionalizadas para el seguimiento estricto de gestantes mayores de 35 años con enfermedades crónicas preexistentes.

Reducción de la Mortalidad Infantil y Neonatal:

- Fortalecimiento de la Red de Neonatología: Desarrollar e intensificar la capacidad resolutoria de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en los hospitales regionales de Puntarenas, Limón y Guanacaste.
- Tamizaje Prenatal y Diagnóstico Oportuno: Aumentar la cobertura del tamizaje ecográfico morfológico y del tamizaje neonatal en el primer y segundo trimestre para el abordaje oportuno de malformaciones congénitas corregibles.

- Prevención de la Prematuridad y Bajo Peso: Fortalecer las unidades de salud perinatal para la identificación precoz de amenazas de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Parasitosis intestinal

La parasitosis intestinal continúa siendo un problema de salud pública de importancia en diversas regiones del país, particularmente en poblaciones vulnerables, incluyendo niños, comunidades indígenas, habitantes de zonas rurales y poblaciones con acceso limitado a agua potable y servicios de saneamiento. Los parásitos intestinales incluidos en este perfil corresponden a aquellos registrados con diagnóstico individualizado por la Unidad de Indicadores de Salud de la Dirección de Vigilancia de la Salud, mediante el sistema de notificación vigente. Entre ellos se encuentran la amebiasis, la giardiasis, la ascariasis, la anquilostomiasis/necatoriasis, la estrongiloidiasis y la enterobiasis.

Las seis patologías mencionadas se clasifican como parasitosis intestinales, ya que todas presentan una fase de su ciclo vital en el intestino humano y producen sintomatología gastrointestinal. No obstante, el grado de afectación y las formas clínicas pueden variar entre ellas. Si bien existen otros parásitos intestinales de interés en salud pública, muchos de ellos se encuentran agrupados dentro de categorías colectivas en las boletas VE02 (uso colectivo), bajo denominaciones genéricas como “otras helmintiasis” o “otras parasitosis intestinales”, lo que impide su análisis individual por nombre específico de agente etiológico.

Durante el año 2025 se notificaron casos de diversas parasitosis intestinales. Entre ellas, la amebiasis y la giardiasis fueron las más frecuentes representando más del 70-80% de los casos de parasitosis intestinales y su comportamiento epidemiológico ofrece una oportunidad para analizar factores asociados como las condiciones de saneamiento, el consumo de agua no segura y las prácticas de higiene personal.

Amebiasis

La amebiasis es una enfermedad parasitaria de transmisión fecal-oral causada principalmente por *Entamoeba histolytica* con mayor prevalencia en contextos de saneamiento deficiente y acceso limitado a agua potable segura. En Costa Rica, representa una de las parasitosis intestinales más frecuentemente notificadas en el sistema de vigilancia. En el caso de amebiasis y otras parasitosis nuestra fuente de datos no especifica especie.

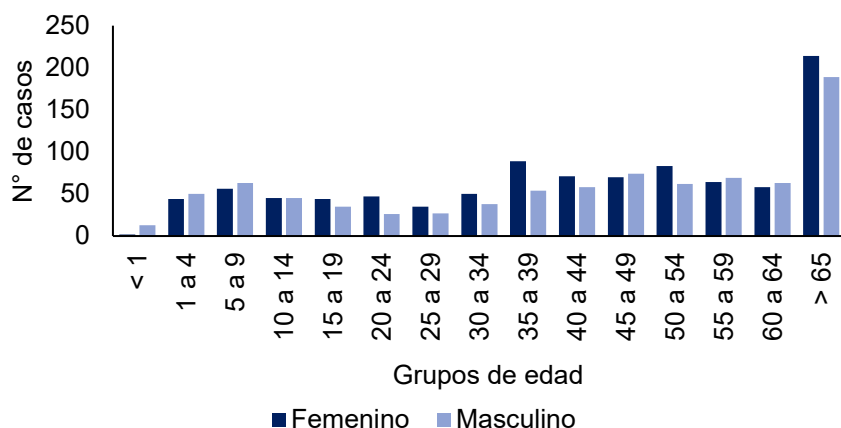
Para el 2025, se notificaron un total de 1.842 casos de amebiasis en Costa Rica y se presentó en todas las etapas de la vida, aunque con una marcada concentración en los grupos de mayor edad. El grupo de 65 años y más registró el mayor número de casos, con 403 notificaciones, equivalente al 21,9% del total nacional, representando el principal grupo afectado.

En la población adulta se registró la mayor cantidad de casos, con una concentración de notificaciones en los grupos de 35 años y más. Entre estos, destacaron los grupos de 35 a 39, 45 a 49 y 50 a 54 años, que presentaron las frecuencias más altas durante el período analizado. En la población infantil y adolescente se notificaron 318 casos en menores de 15 años. El grupo de 5 a 9 años registró la mayor cantidad de casos, seguido por los grupos de 1 a 4 años y de 10 a 14 años, mientras que los menores de un año aportaron la menor cantidad de notificaciones.

La distribución de los casos por sexo mostró una frecuencia similar entre hombres y mujeres, sin diferencias marcadas en el total de casos registrados. Al analizar los grupos de edad, se observó un predominio masculino en los menores de 10 años, mientras que en la mayoría de los grupos de 20 años y más predominó el sexo femenino. Las diferencias más evidentes a favor de las mujeres se presentaron en los grupos de 35 a 39 años y de 50 a 54 años. Por su parte, los grupos de 45 a 49 años y de 55 a 59 años registraron una ligera mayoría de casos en hombres.

Figura 50

Costa Rica. Casos de amebiasis notificados según grupo de edad y sexo, 2025



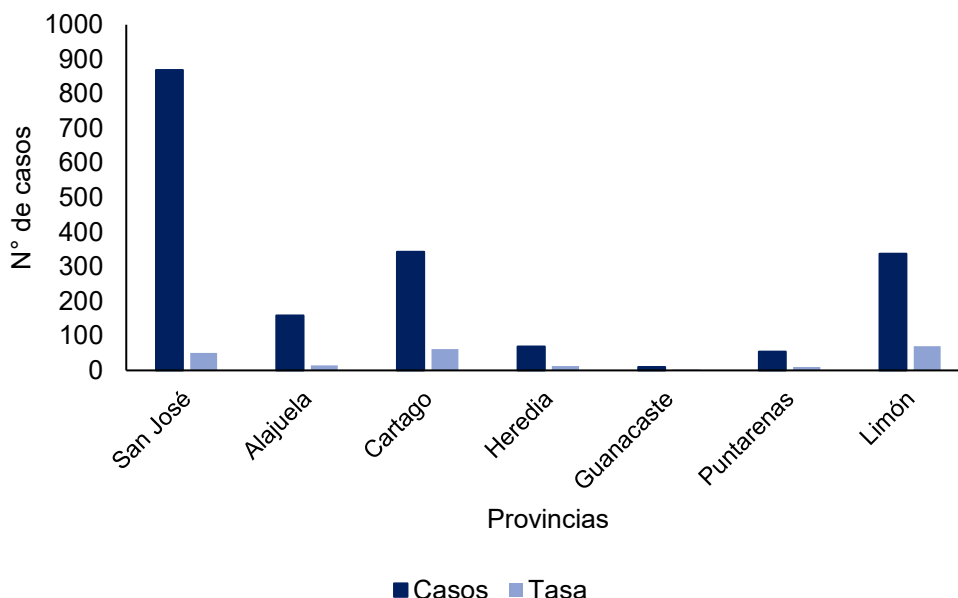
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025

La distribución geográfica de los casos de amebiasis durante 2025 mostró una clara concentración en las provincias de San José, Cartago y Limón, que en conjunto acumularon el 84,1% de las notificaciones registradas en el país. San José aportó la mayor cantidad de casos, con 869 registros (47,2% del total nacional).

Al analizar las tasas de incidencia, Limón presentó la más alta del país (69,9 casos por 100.000 habitantes), seguida de Cartago (61,7 por 100.000 habitantes) y San José (50,6 por 100.000 habitantes). En contraste, Guanacaste registró la menor incidencia, con 2,4 casos por 100.000 habitantes. Tanto en número de casos como en incidencia, San José, Cartago y Limón concentraron la mayor carga de amebiasis notificada durante el período analizado.

Figura 51

Costa Rica. Distribución de casos de amebiasis por provincia y tasa, 2025



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025

Giardiasis

La giardiasis es causada por *Giardia intestinalis*, un protozoario flagelado que se transmite principalmente por vía fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados o por contacto directo persona a persona. Esta infección representa una de las principales causas de diarrea de origen parasitario a nivel mundial, con especial afectación en la población infantil y en comunidades con limitaciones en saneamiento básico y acceso a agua potable.

En 2025 se notificaron 281 casos de giardiasis en Costa Rica. La mayor frecuencia de casos se registró en la población infantil, especialmente en los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 9 años. En conjunto, los menores de 15 años acumularon 136 casos, equivalentes al 48,4% del total nacional.

Las tasas de incidencia más elevadas se observaron en los grupos de menor edad, destacando el grupo de 1 a 4 años con 17,3 casos por 100.000 habitantes, seguido por los grupos de 5 a 9 años (13,5 por 100.000 habitantes) y de 10 a 14 años (9,1 por 100.000 habitantes). En los grupos de 15 años y más, las tasas se mantuvieron por debajo de 5,5 casos

por 100.000 habitantes. La distribución por sexo fue similar, con 143 casos en hombres (50,9%) y 138 en mujeres (49,1%), sin diferencias importantes en el total de casos notificados.

En cuanto a la distribución geográfica, los casos se concentraron principalmente en las provincias de San José y Limón, que en conjunto aportaron el 67,5% del total nacional, con 101 y 92 casos, respectivamente. Cartago ocupó el tercer lugar con 43 casos (15,0%). Al analizar las tasas de incidencia, Limón presentó la más alta del país, con 19,0 casos por 100.000 habitantes, seguida por Cartago con 7,7 por 100.000 habitantes. Durante el período analizado no se notificaron casos en la provincia de Guanacaste.

Tablas 36

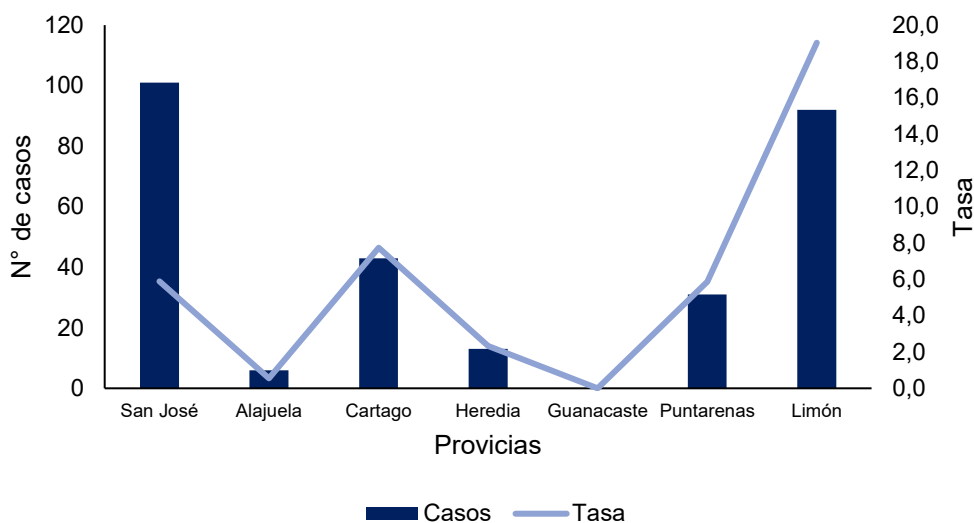
Costa Rica. Casos notificados y tasas de giardiasis según grupo de edad, 2025. Tasas por 100.000 habitantes

Edad	Casos	Tasas
< 1	3	4,4
1 a 4	49	17,3
5 a 9	50	13,5
10 a 14	34	9,1
15 a 19	19	5,0
20 a 24	14	3,6
25 a 29	10	2,4
30 a 34	15	3,4
35 a 39	14	3,1
40 a 44	22	5,4
45 a 49	11	3,2
50 a 54	11	3,7
55 a 59	9	3,2
60 a 64	5	1,9
> 65	15	2,6

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025

Figura 52

Costa Rica. Número de casos y tasas de giardiasis por provincia, 2025. Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2025

Tras el análisis individual de los casos de amebiasis y giardiasis, se evaluó la distribución de las demás parasitosis intestinales notificadas durante 2025. La ascariasis registró 399 casos, posicionándose como la tercera parasitosis intestinal con mayor número de notificaciones en el país. En contraste, la enterobiasis y la estrongiloidiasis reportaron únicamente 9 y 7 casos, respectivamente, mientras que no se notificaron casos de anquilostomiasis/necatoriasis.

Mortalidad por parasitosis

Según el reporte preliminar de defunciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) correspondiente al año 2025, no se registraron defunciones atribuidas a amebiasis ni a otras parasitosis intestinales incluidas en este perfil epidemiológico. En consecuencia, durante el período analizado no se documentó mortalidad asociada a estos eventos en el país.

Discusión

- Durante el año 2025, las parasitosis intestinales notificadas en Costa Rica evidenciaron un comportamiento epidemiológico diferenciado según el agente etiológico, el grupo de edad y la distribución geográfica. La amebiasis constituyó la parasitosis intestinal con el mayor número de casos notificados, seguida por la ascariasis y la giardiasis, mientras que la enterobiasis, la estrongiloidiasis y la anquilostomiasis/necatoriasis registraron una baja frecuencia de notificación.
- La amebiasis presentó una distribución en todos los grupos etarios, con una mayor concentración de casos en la población adulta y adulta mayor, particularmente en las personas de 65 años y más. Asimismo, las provincias de San José, Cartago y Limón concentraron más del 80% de los casos notificados y registraron las tasas de incidencia más elevadas del país, evidenciando una mayor carga de enfermedad en estas provincias durante el período analizado.
- La ascariasis se posicionó como la tercera parasitosis intestinal con mayor número de notificaciones, mientras que la enterobiasis y la estrongiloidiasis presentaron un número reducido de casos y la anquilostomiasis/necatoriasis no registró notificaciones durante el año 2025. Este comportamiento refleja una distribución heterogénea de las parasitosis intestinales incluidas en la vigilancia epidemiológica nacional.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las parasitosis intestinales mediante el mantenimiento de una notificación oportuna y de calidad en todos los establecimientos de salud.
- Promover la adecuada clasificación y registro de los eventos de parasitosis intestinal conforme a las definiciones y categorías establecidas en el Sistema Nacional de Vigilancia.
- Reforzar las acciones de análisis epidemiológico en las provincias que presentaron la mayor carga de enfermedad, con el fin de dar seguimiento al comportamiento temporal y geográfico de estos eventos.

Mantener la coordinación entre los niveles local, regional y nacional para la vigilancia de conglomerados y brotes de enfermedades transmitidas por agua y alimentos que involucren agentes parasitarios.

Varicela

La varicela, es una enfermedad infectocontagiosa, de carácter benigno, ampliamente distribuida en el mundo producida por el Virus de Varicela Zóster. Se caracteriza por fiebre moderada de 37,7 – 38,8°C, continua de 24 – 48 horas, exantema maculopapular pruriginoso, rápidamente progresivo, con máculas que duran horas y evolucionan en 5 - 7 días a vesículas, pústulas y costras. Las lesiones aparecen inicialmente en cabeza, cara y tronco superior y se extienden centrífugamente hacia el resto del cuerpo, coexistiendo simultáneamente lesiones en diferentes fases.

Este evento se vigila desde el año 1980, es de notificación obligatoria desde abril de 1983 según el Decreto Ejecutivo N° 14496-SPPS, a través de la Boleta VE01, actualmente se siguen las indicaciones señaladas en el Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556 - S publicado en la Gaceta N° 206 del 23 de agosto del 2017. Este evento pertenece al Grupo A, y la notificación debe hacerse semanalmente para conocer su distribución y comportamiento.

Durante el año 2025, se diagnosticaron 3 164 casos confirmados de varicela, representando una tasa de 60 casos de varicela por cada 100 mil habitantes en el país.

Tabla 37

Costa Rica: Distribución de casos de varicela según provincia, 2025. (tasa por cada 100.000 habitantes)

Provincia	Número de casos	Tasa
Total	3164	60
San José	1.043	62,8
Alajuela	657	61,1
Cartago	229	43,0
Heredia	262	47,9
Guanacaste	197	47,6
Puntarenas	356	70,4
Limón	420	92,1

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

La distribución de casos según provincia ubica a San José en primer lugar con 1043 casos de varicela, y en segundo y tercer lugar Alajuela y Limón con 657 y 420 casos de varicela respectivamente.

Los casos de varicela en el 2025 se presentaron en todos los grupos de edad, sin embargo, el grupo de edad de 20 a 24 años resultó con más casos, notificándose 612 casos, para una tasa de 159 casos de varicela por cada 100 mil habitantes. Se registraron más casos en hombres, con 1778 casos de varicela (representan el 56,19% del total de casos).

Tabla 38

Costa Rica: Distribución de casos de varicela según grupos de edad y sexo, 2025. Tasa por cada 100.000 habitantes

Grupos de edad	Total		Sexo			
			Mujer		Hombre	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
TOTAL	3164	60,9	1386	53,3	1778	68,6
< 1	118	234,3	56	228,0	62	240,3
1 a 4	218	102,8	97	93,1	121	112,1
5 a 9	235	70,8	96	59,0	139	82,3
10 a 14	404	106,2	208	111,5	196	101,2
15 a 19	383	100,8	185	99,6	198	102,0
20 a 24	612	159,0	247	130,2	365	187,0
25 a 29	448	108,1	183	89,6	265	126,0
30 a 34	284	65,3	107	49,8	177	80,4
35 a 39	173	39,2	87	39,7	86	38,8
40 a 44	116	29,4	47	23,8	69	35,0
45 a 49	62	18,7	24	14,4	38	23,1
50 a 54	52	18,2	26	18,0	26	18,4
55 a 59	30	10,7	10	7,0	20	14,5
60 a 64	10	3,8	4	3,0	6	4,7
65 a 69	9	4,2	4	3,7	5	4,8
70 a 74	3	1,9	1	1,2	2	2,7
> 75	7	3,0	4	3,1	3	2,8

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Conclusiones

- La situación epidemiológica observada en 2025 evidencia una circulación activa y sostenida de la enfermedad en el país, con afectación de múltiples territorios y poblaciones, lo que confirma su relevancia como evento de salud pública.
- El patrón de distribución por edad muestra una concentración de casos en población joven adulta, reflejando dinámicas específicas de transmisión y susceptibilidad dentro de este grupo poblacional.
- La ocurrencia de brotes en centros penales y albergues pone de manifiesto la capacidad de la enfermedad para propagarse rápidamente en entornos cerrados, donde las condiciones de convivencia favorecen una mayor exposición entre las personas.
- La identificación de áreas y contextos particularmente vulnerables destaca la heterogeneidad del riesgo de transmisión, determinado por factores geográficos, demográficos e institucionales que influyen en el comportamiento del evento.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia activa en regiones con tasas altas (Central Sur, Huetar Caribe) y en cantones silenciosos o fronterizos.
- Monitoreo de brotes institucionales: establecer alerta temprana y reporte inmediato desde centros penales, albergues y residencias colectivas.
- Campañas focalizadas de vacunación en poblaciones con mayor incidencia (jóvenes 20–24 años) y en contactos de brotes institucionales.
- Revisión de coberturas vacunales a nivel cantonal; realizar barridos de vacunación en áreas con baja cobertura o alta movilidad laboral.
- Vacunación de contactos susceptibles en brotes (estrategia de anillo) y priorizar personal de salud y trabajadores institucionales.
- Campañas de riesgo comunicacional dirigidas a jóvenes y poblaciones laborales móviles; mensajes sobre síntomas, aislamiento y vacunación.
- Trabajo con líderes comunitarios y empleadores (sector agrícola y turístico) para facilitar acceso a vacunación y notificación temprana.

Sarampión

El Sarampión es una enfermedad causada por un virus, es muy contagiosa afecta principalmente a niños, y se transmite por pequeñas gotitas de la nariz, boca y faringe, al hablar, toser o estornudar. El enfermo inicia con malestar general, secreción nasal, tos, conjuntivitis y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas (manchas de Koplik), posteriormente, desarrolla fiebre alta, un brote de “manchas y pelotitas en piel” rojizo (exantema maculo-papular), generalmente inicia en la cara y cuello, luego pasa al tórax, abdomen y espalda, finalmente en brazos y piernas.

Los grupos que presentan mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad son las poblaciones no vacunadas o con esquemas incompletos, por eso la importancia de mantener esquema de vacunación al día.

El diagnóstico del sarampión se confirma por exámenes de laboratorio, en Costa Rica el Centro Nacional de Referencia Viroológica del Incinsa es el laboratorio nacional que confirma los casos de sarampión.

El Sarampión es un evento de notificación obligatoria, a través de la Boleta VE-01, según Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556 - S publicado en la Gaceta N° 206 del 23 de agosto del 2017. Este evento pertenece al Grupo A, y la notificación debe hacerse semanalmente para conocer su distribución y comportamiento. Los datos (historia clínica, epidemiológica y de laboratorio) de los casos sospechosos y confirmados se reportan al boletín epidemiológico de la OPS a través del sistema de información denominado “ISIS” para publicarse mensualmente en el boletín OPS-OMS.

En el año 2025 en la Región de las Américas se registró un total de 34 476 de casos sospechosos, confirmándose 14 504 casos de sarampión, principalmente en los países México (n=6.152), Canadá (n=5.425), Estados Unidos (n=2.154), y Bolivia (n=595) representando el 98% del total de casos confirmados de sarampión en las Américas.

En Costa Rica existe circulación de diversos virus que producen enfermedades febriles eruptivas como el Zika, Dengue, Parvovirus B19, entre otros y, ante la inminente amenaza de la importación de los virus para el sarampión se estudian todos los pacientes que cumplen con la definición de caso según el Protocolo Nacional de Vigilancia para el Sarampión y la Rubéola, con el fin de detectar oportunamente casos importados o asociados a importación, y asegurarse que no hay circulación de estos virus en nuestro país.

El último caso endémico de sarampión se registró en el año 1999, desde esa fecha se han registrado 15 casos importados o asociados a la importación y de origen desconocido, uno en el 2003, uno en 2014 y en el año 2019 se diagnosticaron diez casos de sarampión (3 importados y 7 asociados a la importación), en el 2005 y 2023 se diagnosticaron 1 caso de fuente desconocida y en el 2025, se confirmó un caso importado.

Las coberturas de vacunación contra Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP) se realizan esfuerzos para lograr la meta del 95%. Es importante señalar que, en el país, cada 5 años se hacen campañas de vacunación contra SRP, para el grupo de susceptibles (personas sin vacuna). La última campaña extraordinaria de vacunación en el país fue en el año 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación del 90.7%, y al realizar el Monitoreo Rápido de Vacunación, a través de actividades de verificación en el campo, se alcanzó una cobertura del 95% que es sinónimo de protección.

En el año 2025 en la semana epidemiológica 20 se confirmó un caso importado de sarampión por laboratorio, corresponde a una extranjera canadiense de 18 años, sin antecedente vacunal que ingreso al país por turismo con tres familiares. No se presentaron casos secundarios posterior a las investigaciones y búsquedas activas comunitarias.

El evento del sarampión constituye una enfermedad reemergente y a partir del año 2025 se generaron brotes principalmente en Estados Unidos, Canadá, México y Bolivia, así como en otros países en menor número como en Costa Rica que se registró un solo caso de sarampión. Ante esta situación se pierde el estatus de eliminación del sarampión en las américas y constituye un reto epidemiológico para los países de la región, Los cuales deben de fortalecer las estrategias de vacunación, vigilancia, comunicación y priorizar grupos vulnerables o de riesgo para enfrentar la situación epidemiológica que representa la circulación del virus del sarampión.

Conclusiones

- Riesgo persistente de importación: El caso confirmado fue importado, lo que evidencia la vulnerabilidad del país ante la movilidad internacional y el turismo.
- Grupos vulnerables: La mayor tasa de notificación se observó en menores de 1 año y en niños de 1 a 9 años, reflejando la importancia de mantener esquemas completos en la infancia.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia activa en cantones fronterizos, turísticos y con alta movilidad internacional.
- Capacitar al personal de salud en la detección temprana de casos sospechosos y en la aplicación del protocolo nacional.
- Mantener búsqueda activa comunitaria ante casos importados para evitar transmisión secundaria.

Vacunación

- Asegurar coberturas $\geq 95\%$ en todos los cantones, con énfasis en menores de 1 año y niños de 1 a 9 años.
- Campañas focalizadas en zonas con brechas de cobertura y en población migrante o difícil acceso.
- Reforzar la vacunación en viajeros y personal de aeropuertos, puertos y fronteras.

Comunicación y educación

- Campañas de sensibilización dirigidas a padres y cuidadores sobre la importancia de completar esquemas SRP.
- Mensajes claros en medios y redes sociales sobre riesgos de importación y medidas preventivas.

Coordinación interinstitucional

- Fortalecer la articulación entre Ministerio de Salud, CCSS, Inciensa y Migración y Extranjería para respuesta rápida ante casos importados.

REFERENCIAS

- Agarwal, R., Lightstone, L., Bover, J., Cozzolino, M., Jha, V., & Floege, J. (2024). Chronic kidney disease and the global public health agenda: An international consensus statement. *Nature Reviews Nephrology*, 20(5), 273-285. <https://doi.org/10.1038/s41581-024-00820-6>
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. (2023). Manual de vigilancia de hepatitis virales. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/>
- Centro Nacional de Referencia en Virología (CNRV), Inciensa. Vigilancia virológica y genómica del virus dengue, 2025. <https://www.inciensa.sa.cr/informes-interactivos/>
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2024). Chickenpox (Varicella). <https://www.cdc.gov/chickenpox/>
- Contraloría General de la República. (2024). Informe DFOE-BIS-IAD-00001-2024 sobre evaluación de desempeño en vigilancia epidemiológica. <https://www.cgr.go.cr/>
- Costa Rica. Asamblea Legislativa. (1996). Ley contra la Violencia Doméstica N° 7586 y sus reformas. San José, Costa Rica.
- Dirección de Vigilancia de la Salud. (2024). Metodología para la formulación del perfil epidemiológico institucional (Código MS.NI.FINSR.03.01.11). Ministerio de Salud de Costa Rica
- Dirección de Vigilancia de la Salud. (2024). Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVE). Ministerio de Salud.
- Dirección de Vigilancia de la Salud. Boletín Arbovirosis, Semana Epidemiológica 52, 2025.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). Mortalidad materna y su evolución reciente (Recurso electrónico). San José, CR.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Proyecciones de población 2020–2030. <https://www.inec.cr/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Proyecciones de población por provincia y cantón 2020–2030. <https://www.inec.cr>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad 1950–2050. Población al 30 de junio de 2025.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2026). Estadísticas Vitales 2025: Población, Nacimientos, Defunciones y Matrimonios (Recurso electrónico). San José, CR.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2025). Estadísticas del cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Ministerio de Salud & Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). Mortalidad por eventos transmisibles: Cifras preliminares.
- Ministerio de Salud de Costa Rica & Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024).
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2024). Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVE): Base de datos de casos notificados de hepatitis virales, año 2024. Unidad de Epidemiología.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2025). Perfil Epidemiológico Nacional 2024.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2025). Registros de Vigilancia Epidemiológica VE-01, año 2025.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Dirección de Vigilancia de la Salud. (2025). Base de datos de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, Semana Epidemiológica 53, 2025. San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Ministerio de Salud. (2024). Metodología para la formulación del perfil epidemiológico. San José, CR.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-10). <https://icd.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B and C infection. <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2023. <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Guidelines on water, sanitation and health. <https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). Mortalidad materna. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2026). Cáncer: Datos y cifras. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2026). Violence against women. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2026, 3 de enero). Boletín Semanal de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Vigilancia en la Región de las Américas, semanas epidemiológicas 1–53, 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponible en:
<https://www.paho.org/inmunizacion/BoletinSarampionRubeola>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Epidemia de enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Definiciones de caso, bases metodológicas y enfoques para la vigilancia en salud pública. OPS. <https://iris.paho.org/items/1a4113d9-d97a-4a40-a672-88342fc0fdea>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de datos ENLACE, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe de progreso (CE168/INF/14). OPS.
<https://www.paho.org/sites/default/files/2021-06/CE168-INF-14-b-e-kidney-disease.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Actualización epidemiológica: Hepatitis viral en las Américas. <https://www.paho.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Enfermedad renal crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica: Informe final (CE172/INF/8). OPS.
<https://www.paho.org/en/documents/ce172inf8-chronic-kidney-disease-agricultural-communities-central-america-final-report>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Manual de vigilancia de enfermedades parasitarias.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Varicela.

<https://www.paho.org/es/temas/varicela>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Enfermedades no transmisibles.

<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Organización Panamericana de la Salud. (2025). Cáncer en la Región de las Américas. OPS.

<https://www.paho.org/es/temas/cancer>

Organización Panamericana de la Salud. (2025). Regional estimates: Violence against women and girls, a persistent reality in the Americas. Washington, D. C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2025, 19 de noviembre). Violence against women is pervasive in the Americas, new estimates show. <https://www.paho.org/en/news/19-11-2025-violence-against-women-pervasive-americas-new-estimates-show-0>

Organización Panamericana de la Salud. (2026, 3 de enero). Boletín Semanal de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Vigilancia en la Región de las Américas, semanas epidemiológicas 1–53, 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponible en: Boletín bisemanal de Sarampión/Rubéola | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Prevención de la violencia.

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>

Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Dengue, 2025-2026.

Rivera-Chavarría, A., & Méndez-Chacón, E. (2022). Mortalidad y egresos hospitalarios por enfermedad renal crónica de causas no tradicionales. *Acta Médica Costarricense*, 64(1), 34-43. <https://doi.org/10.51481/amc.v64i1.1145>

Wesseling, C., Glaser, J., Rodríguez-Guzmán, J., Weiss, I., Lucas, R., Peraza, S., Soares da Silva, A., Hansson, E., Johnson, R. J., Hogstedt, C., Wegman, D. H., & Jakobsson, K. (2020). Chronic kidney disease of non-traditional origin in Mesoamerica: A disease primarily driven by occupational heat stress. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e15. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.15>