



Perfil Epidemiológico 2024

Costa Rica

Dirección de Vigilancia de la Salud

01 setiembre 2025



Abreviaturas

CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CILOVIS	Comisión Interinstitucional local de Vigilancia de la Salud
CNRV	Centro Nacional de Referencia de Virología
CREC	Centro de Registro de Enfermedades Congénitas
DCSA	Dengue con signos de alarma
DDSA	Dengue sin signos de alarma
DG	Dengue grave
EGI	Estrategia de Gestión Integrada
ETA	Enfermedades transmitidas por alimentos
ETI	Enfermedad tipo influenza
GAM	Gran Área Metropolitana
HSH	Hombre que tiene relaciones con hombres
IC	Infección congénita
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDS	Índice de Desarrollo Social
INCIENSA	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
MEP	Ministerio de Educación Pública
MIV	Manejo integrado de vectores
MS	Ministerio de Salud
NCDC	No cumple con definición para caso sospechoso
ND	No cumplen definición de caso, sin datos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OROV	Virus Oropuche
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
SIMMI	Sistema de información de mortalidad materno e infantil
SINAVISA	Sistema nacional de vigilancia de la Salud Automatizado
SIRNAT	Sistema Nacional de Registro de Tumores
SCZ	Síndrome congénito asociado a Zika
TB	Tuberculosis
TMI	Tasa de mortalidad infantil
TMM	Tasa de mortalidad materna
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
VSR	Virus sincital respiratorio



ISBN

614.4

Ministerio de Salud.

Perfil epidemiológico Costa Rica. 2024. Adriana Torres Moreno. Franchina Murillo Picado. Dirección Vigilancia de la Salud. - San José, Costa Rica.

152 p., 69 MB

ISBN 978-9977-62-302-3

1.Epidemiología. 2.Perfil. 3.Vigilancia. 4.Eventos. 5.Tasas.
6.Canal endémico. 7. Ministerio de Salud. 8. Costa Rica.



Índice

Introducción	9
Metodología	9
Resultados.....	10
Caracterización demográfica, social, de pobreza y geográfica de Costa Rica (2024)	10
Priorización de eventos de salud pública	12
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores e Inferiores (IRAS, ETIS, IRAG).....	13
Enfermedad tipo influenza.....	16
Infecciones respiratorias agudas graves.....	20
Dengue	23
Diabetes Mellitus	31
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	36
Sífilis en todas sus formas	37
Gonorrea	39
Herpes virus	42
Virus del papiloma humano (VPH)	45
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).....	47
Hipertensión Arterial	52
Víctimas de accidente de tránsito	56
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados.....	63
Tuberculosis	80
Mortalidad materna e infantil	85
Cáncer	96
Hepatitis virales A, B, y C	109
Parasitosis intestinal.....	122
Giardiasis.....	125
Síndrome congénito asociado a Zika	130
Referencias	138



Índice de tablas

Tabla 1 Población total por sexo y años calendario, según grupos de edad quinquenal, año 2024	11
Tabla 2 Costa Rica: Casos de dengue confirmados, graves y fallecidos, 2024	24
Tabla 3 Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 52, 2024 ..	24
Tabla 4 Costa Rica: Casos notificados de dengue según grupos de edad quinquenal y sexo, números absolutos y tasas, año 2024	25
Tabla 5 Costa Rica: Casos de dengue notificados por provincia y sexo, año 2024	26
Tabla 6 Costa Rica: Cantones prioritarios en casos de dengue a la semana epidemiológica 52, año 2024.....	27
Tabla 7 Costa Rica: Serotipos identificados por PCR, 2024	30
Tabla 8 Costa Rica: Incidencia Diabetes según grupo de edad por curso de vida, 2018-2024*	33
Tabla 9 Costa Rica: Mortalidad por Diabetes Mellitus por sexo y año de defunción, según grupo de edad por curso de vida, 2023-2024*	34
Tabla 10 Costa Rica: Casos confirmados por sífilis en todas sus formas, según grupos de edad quinquenal, número absoluto y tasas, 2024	38
Tabla 11 Costa Rica: Casos notificados de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, año 2024.....	39
Tabla 12 Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según grupo de edad quinquenal, año 2024	41
Tabla 13 Costa Rica: Casos notificados de gonorrea, según provincias de procedencia, semanas 1-52, 2024	42
Tabla 14 Costa Rica: Casos notificados por herpes virus, según grupos de edad quinquenal, año 2024.....	44
Tabla 15 Costa Rica: Casos notificados por herpes virus, según provincia, año 2024	45
Tabla 16 Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según grupo de edad quinquenal, año 2024.....	46
Tabla 17 Costa Rica: Casos notificados por virus de papiloma humano, según provincia de procedencia, año 2024.....	47
Tabla 18 Costa Rica: Casos notificados por VIH-SIDA, según grupos de edad quinquenal, año 2024.....	48
Tabla 19 Casos notificados por VIH-SIDA, según provincia de procedencia, año 2024	49
Tabla 20 Costa Rica: Mortalidad por VIH (B20.0-B24.X) por sexo y grupos de edad quinquenal, 2024.....	50
Tabla 21 Costa Rica: Mortalidad por VIH (B20.0-B24.X) por año de defunción, según provincia, año 2024.....	51
Tabla 22 Costa Rica: Incidencia de hipertensión según grupo de edad por curso de vida, 2019-2024.....	54
Tabla 23 Costa Rica: Mortalidad por hipertensión arterial (I10.X) por sexo y año de defunción, según grupo de edad por curso de vida con menores de 1 año, 2018-2024*	55
Tabla 24 Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de lesiones por accidentes de tránsito iguales o superiores a la tasa nacional, 2024	59
Tabla 25 Costa Rica: Tasa de mortalidad por provincia, 2024	73
Tabla 26 Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de tuberculosis (A15-A19) iguales o superiores a la tasa nacional, 2024	83
Tabla 27 Costa Rica: Total de defunciones maternas, nacimientos y razón de mortalidad materna 2015-2024	87
Tabla 28 Costa Rica: Razón de mortalidad materna por año, según provincia de residencia, 2015-2024.....	88
Tabla 29 Costa Rica: Número de defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil por año, según provincia de residencia de la madre, 2023-2024	90



Tabla 30 Costa Rica: Distribución porcentual de defunciones infantiles, según causa básica de muerte, 2019-2024	92
Tabla 31 Costa Rica: Defunciones infantiles por intervalo de estatura al nacer, según clasificación de peso al nacer/ ¹ , 2024.....	93
Tabla 32 Costa Rica: Incidencia de cáncer de piel por provincia, 2022.....	97
Tabla 33 Costa Rica: Incidencia de cáncer de mama por provincia, 2022	98
Tabla 34 Costa Rica: Incidencia cáncer de próstata por provincia, 2022	99
Tabla 35 Costa Rica: Incidencia de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial en niños de 0-9 años, según provincia, 2022	100
Tabla 36 Costa Rica: Incidencia de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial, adolescentes 10-19 años, según provincia, 2022.....	101
Tabla 37 Costa Rica: Defunciones por hepatitis viral según región del Ministerio de Salud, 2024	114
Tabla 38 Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de meningitis (A39.0, A39.2, A87.0-A89.9, G00.0-G00.9) iguales o superiores a la tasa nacional, 2024	119
Tabla 39 Costa Rica: Distribución de casos notificados al CREC según clasificación, marzo 2016-junio 2025.....	132
Tabla 40 Costa Rica: Incidencia de casos confirmados y probables de zika congénito (tasa por 1000 nacimientos) marzo 2016-2019.....	133
Tabla 41 Costa Rica: Casos sospechosos, probables y confirmados según provincia, marzo 2016-junio 2025.....	134
Tabla 42 Costa Rica: Casos clasificados como infección congénita por Zika según provincia y año, marzo 2016-junio 2025.....	135



Índice de figuras

Figura 1 Costa Rica: Casos de IRA notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2024.....	14
Figura 2 Costa Rica: Casos notificados de IRA por provincia, 2024	15
Figura 3 Costa Rica: Tasas de IRA por provincia, 2024.....	15
Figura 4 Costa Rica: Casos de ETI notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2024.....	17
Figura 5 Costa Rica: Casos notificados de ETI por provincia, 2024.....	18
Figura 6 Costa Rica: Tasas de ETI por provincia, 2024	19
Figura 7 Costa Rica: Casos de IRAG notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2024.....	21
Figura 8 Costa Rica: Casos notificados de IRAG por provincia, 2024	21
Figura 9 Costa Rica: Tasas de ETI por provincia, 2024.....	22
Figura 10 Costa Rica: Casos de Dengue y tasa por región a la semana epidemiológica 52, 2024	25
Figura 11 Costa Rica: Casos de dengue notificados por provincia a la semana epidemiológica 52, 2024.....	26
Figura 12 Costa Rica: Casos de dengue notificados a la semana epidemiológica 52, años 2023-2024.....	28
Figura 13 Costa Rica: Casos de dengue notificados por mes, años 2023-2024.....	28
Figura 14 Costa Rica: Canal endémico dengue, 2024	29
Figura 15 Costa Rica: Mortalidad por Diabetes Mellitus, por provincia, casos y tasas, 2024	35
Figura 16 Costa Rica: Casos notificados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas durante las semanas epidemiológicas 1-52, 2024	37
Figura 17 Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas durante las semanas epidemiológicas 1-52, 2024	40
Figura 18 Costa Rica: Casos notificados por herpes virus, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante las semanas epidemiológicas 1-52, 2024.....	43
Figura 19 Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, semanas 1-52, 2024	45
Figura 20 Costa Rica: Lesionados por accidentes de tránsito, según semana epidemiológica 1-53, 2024.....	57
Figura 21 Costa Rica: Casos notificados y tasas de incidencia de lesionados en accidentes de tránsito por provincia, 2024	58
Figura 22 Costa Rica: Distribución de casos notificados de lesionados por sexo y grupo de edad, 2024.....	60
Figura 23 Costa Rica: Cantidad de personas lesionadas según el día de la semana, 2024	61
Figura 24 Costa Rica: Pirámide de Enfermedad Diarreica Aguda por grupo de edad y sexo según incidencia, 2024.....	65
Figura 25 Costa Rica: Incidencia de EDA por semana epidemiológica, 2024.....	66
Figura 26 Costa Rica: Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 52, 2017-2024	68
Figura 27 Costa Rica: Tasa de incidencia por diarrea por Región Rectora de Salud.....	69
Figura 28 Costa Rica: Incidencia de diarreas por provincia, 2024	71
Figura 29 Costa Rica: Incidencia de diarreas por cantón, 2024	72
Figura 30 Costa Rica: Distribución de brotes por tipos de establecimientos de ocurrencia, 2024..	75
Figura 31 Costa Rica: Tendencia mensual de brotes de ETA/EDA, 2024	76
Figura 32 Costa Rica: Número de brotes según agente etiológico, 2024	77
Figura 33 Costa Rica: Casos confirmados notificados y tasas de incidencia de tuberculosis (A15-A19), por provincia, 2024	82
Figura 34 Costa Rica: Distribución de casos confirmados de tuberculosis (A15-A19) por sexo y grupo de edad quinquenal con menores de 1 año, 2024	84



Figura 36	Costa Rica: Muertes maternas por grupo de edad quinquenal, 2024	88
Figura 37	Costa Rica: Tasa de mortalidad infantil por sexo, 2009-2024 (por mil nacimientos).....	91
Figura 38	Costa Rica: Incidencia de cáncer más frecuente para toda la población, 2018-2022	97
Figura 39	Costa Rica: Incidencia de cáncer en niños de 0-9 años, 2018-2022	99
Figura 40	Costa Rica: Incidencia de cáncer en adolescentes 10-19 años, 2018-2022.....	100
Figura 41	Costa Rica: Incidencia de cáncer según frecuencia, años 2018-2022.....	102
Figura 42	Costa Rica: Incidencia de cáncer de cérvix, según grupo de edad, 2021-2022	103
Figura 43	Costa Rica: Incidencia cáncer de cérvix, según provincia, 2021-2022	104
Figura 44	Costa Rica: Incidencia de cáncer de estómago, según grupo etario, 2021-2022	105
Figura 45	Costa Rica: Incidencia de cáncer de estómago según provincia, 2021-2022.....	106
Figura 46	Costa Rica: Mortalidad prematura por cáncer de estómago y colorrectal para 2023-2024	107
Figura 47	Costa Rica: Mortalidad prematura por diversos tipos de cáncer, 2023-2024.....	108
Figura 48	Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis viral tipos A, B, C,D y E, según agente etiológico identificado, 2024	110
Figura 49	Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis A por sexo y grupo de edad, 2024	111
Figura 50	Costa Rica: Curva epidemiológica de casos confirmados de hepatitis A según semana epidemiológica, 2024	112
Figura 51	Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis A por región del Ministerio de Salud, 2024	113
Figura 52	Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis (A39.20, A39.2, A87.0-A87.9, G00.0-G00.9) notificados por todas sus causas, según semana epidemiológica, SE 1-53, 2024	117
Figura 53	Costa Rica: Casos notificados y tasas de incidencia de meningitis por provincia, 2024	118
Figura 54	Costa Rica: Distribución de casos notificados de meningitis (A39.0, A39.2, A87.0-A87.9, G00.0-G00.9) por sexo y grupo de edad, 2024	120
Figura 55	Costa Rica: Mortalidad por meningitis (A39.0, A39.2, A87.0-A87.9, G00.0-G00.9) según provincia, 2024	121
Figura 56	Costa Rica: Casos de amebiasis notificados según grupo de edad y sexo, 2024	124
Figura 57	Costa Rica: Distribución de casos de amebiasis por región, 2024	125
Figura 58	Costa Rica: Casos de giardiasis notificados según grupo de edad y sexo, 2024	126
Figura 59	Costa Rica: Distribución de casos de giardiasis por región del Ministerio de Salud, 2024	127
Figura 60	Costa Rica: Distribución de casos de cuatro parasitosis intestinales seleccionadas, 2024	128



Introducción

A nivel internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen la elaboración de perfiles epidemiológicos como una herramienta esencial para la formulación de políticas públicas de salud basadas en evidencia. La OMS ha destacado que la epidemiología no solo permite estudiar las causas de las enfermedades y los medios para prevenirlas, sino que también es clave para la planificación, evaluación y gestión de los servicios de salud, especialmente en el marco de estrategias nacionales de salud para todos. Por su parte, la OPS promueve activamente el uso de perfiles epidemiológicos como parte de su cooperación técnica con los países de la región, subrayando su utilidad para identificar patrones de enfermedad, evaluar riesgos, y orientar intervenciones de salud pública más eficaces.

En Costa Rica, la elaboración de un perfil epidemiológico se fundamenta en el Decreto Ejecutivo N.º 40556-S, el cual establece en su artículo 13 que la Dirección de Vigilancia de la Salud debe realizar un análisis epidemiológico constante, con cortes anuales, sustentado en la información generada en el territorio nacional con el objetivo de caracterizar los principales eventos de notificación obligatoria que afectaron la salud pública en Costa Rica en el 2024, mediante un análisis descriptivo utilizando la metodología MS.NI.FINSR.03.01.11 del Ministerio de Salud para orientar la toma de decisiones basadas en evidencia.

Metodología

Para la elaboración del presente perfil epidemiológico, conformamos un equipo técnico multidisciplinario dentro de la Dirección de Vigilancia de la Salud. Aplicamos la metodología oficial MS.NI.FINSR.03.01.11 del Ministerio de Salud de Costa Rica, la cual proporciona una guía estructurada para la formulación de perfiles epidemiológicos a nivel nacional. Esta metodología incorpora el método Hanlon como herramienta para la priorización de eventos y enfermedades de notificación obligatoria, conforme a lo establecido en el Decreto Ejecutivo N.º 40556-S. Este proceso permitió seleccionar los eventos con mayor impacto en la salud pública nacional, considerando criterios de magnitud, gravedad, eficacia de intervención y factibilidad.

Cada responsable técnico de los eventos priorizados desarrolló un estudio descriptivo utilizando los datos correspondientes al año 2024. Estos estudios permitieron



caracterizar la magnitud, distribución y comportamiento de los eventos seleccionados, así como identificar tendencias relevantes para la salud pública.

Utilizamos como fuentes primarias de información los siguientes instrumentos oficiales:

- Boletas de notificación obligatoria
- Instrumento de alertas de brotes
- Libro de registro de tuberculosis
- Fichas de investigación epidemiológica
- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Automatizado (SINAVISA)

Complementamos el análisis con datos demográficos y de mortalidad proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), incluyendo proyecciones y estimaciones de población, así como registros de defunciones.

Como fuentes secundarias, consultamos:

- Informes técnicos de la OPS
- Boletines epidemiológicos emitidos por la Dirección de Vigilancia de la Salud
- Publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales

Para el procesamiento y análisis de los datos, utilizamos Microsoft Excel. Calculamos indicadores epidemiológicos como tasas de incidencia y mortalidad, razones, porcentajes y proporciones, desagregados por variables clave: edad (curso de vida y quinquenal), sexo, provincia y cantón.

Resultados

Caracterización demográfica, social, de pobreza y geográfica de Costa Rica (2024)

Según las proyecciones del INEC, la distribución poblacional por grupos de edad quinquenal correspondiente a Costa Rica en el año 2024, con un total de 5 164 860 habitantes, muestra una estructura demográfica propia de una población en transición avanzada. La mayor concentración se encuentra en los grupos entre los 25 y 39 años, lo cual indica que esta cohorte es la más numerosa y representa el núcleo principal de la población económicamente activa. A partir de los 40 años, se observa una disminución progresiva en el número de personas, reflejo del envejecimiento natural y de una natalidad menor en décadas anteriores.



La base de la pirámide, representada por los grupos de 0 a 14 años, aunque todavía importante en número absoluto, muestra una tendencia a la baja, particularmente en el grupo de 0 a 4 años. Esto sugiere una disminución sostenida en la tasa de natalidad, lo que en el futuro podría traducirse en una reducción de la población en edad escolar y de la fuerza laboral joven. Por otro lado, el grupo de personas mayores de 65 años suma más de medio millón de habitantes, lo que equivale a aproximadamente el 11 % del total nacional. Este crecimiento del grupo adulto mayor evidencia un proceso de envejecimiento poblacional que tendrá implicaciones importantes en el sistema de salud, pensiones y servicios de cuidado a largo plazo.

En cuanto a la distribución por sexo, se observa un equilibrio poblacional, con un 49,94 % de hombres (2 579 443 personas) y un 50,06 % de mujeres (2 585 417 personas), lo que indica una ligera mayoría femenina, consistente con la mayor esperanza de vida observada en las mujeres en comparación con los hombres.

Tabla 1
Población total por sexo y años calendario, según grupos de edad quinquenal, año 2024

Grupos de edades	Nacional	Hombres	Mujeres
Total	5 164 860	2 579 443	2 585 417
0 - 4	269 371	137 016	132 354
5 - 9	349 939	178 094	171 846
10 - 14	379 556	193 767	185 789
15 - 19	380 340	194 023	186 316
20 - 24	391 784	198 685	193 098
25 - 29	421 107	213 467	207 640
30 - 34	436 263	221 170	215 093
35 - 39	439 411	220 730	218 681
40 - 44	380 498	189 743	190 756
45 - 49	319 028	158 454	160 573
50 - 54	283 471	140 148	143 323
55 - 59	281 894	138 931	142 963
60 - 64	256 181	125 244	130 937
65 - 69	204 986	99 277	105 709
70 - 74	148 447	70 803	77 644
75 - 79	100 031	46 681	53 350
80 - 84	63 264	28 663	34 601
85 - 89	36 709	15 736	20 973
90 - 94	16 786	6 638	10 148
95 - 99	5 469	2 064	3 406
100 años y más	324	107	217

Fuente: INEC-Costa Rica. Estimaciones y proyecciones nacionales de población 1950 - 2100



En el análisis de los indicadores vitales proporcionados INEC, se evidencia una dinámica demográfica característica de países con una transición avanzada. La tasa bruta de natalidad se sitúa en 9,5 nacimientos por cada 1 000 habitantes, lo cual refleja una disminución sostenida respecto a décadas anteriores, en concordancia con el descenso de la fecundidad observado en el país. Esta tendencia se confirma con la tasa global de fecundidad, que alcanza apenas 1,2 hijos por mujer, muy por debajo del nivel de reemplazo generacional estimado en 2,1.

En lo que respecta a la mortalidad, la tasa general es de 5,5 fallecimientos por cada 1 000 habitantes, lo que indica niveles bajos, propios de contextos con acceso extendido a servicios de salud y mejoras sostenidas en las condiciones de vida. La tasa de mortalidad infantil alcanza los 9,1 por cada 1 000 nacimientos, este continúa siendo un indicador que debe ser monitoreado y atendido. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer muestra una marcada diferencia según el sexo, alcanzando los 83,3 años para las mujeres y 78,4 años para los hombres.

En el ámbito del desarrollo humano, Costa Rica presenta IDH de 0,806, ubicándose en el puesto 64 a nivel mundial. Además, según el 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. Limita:

- Al norte con la República de Nicaragua,
- Al sur y al oeste con el Océano Pacífico,
- Al este con el Mar Caribe y la República de Panamá.

Priorización de eventos de salud pública

Como resultado del proceso de priorización de eventos de salud pública mediante el método Hanlon, se identificaron los principales problemas de salud que afectan a la población costarricense. Este proceso permitió seleccionar aquellos eventos con mayor impacto en términos de magnitud, gravedad, eficacia de intervención y factibilidad, conforme a lo establecido en el Decreto Ejecutivo N.º 40556-S. A continuación, se



presentan las 15 enfermedades y condiciones priorizadas para el análisis en el perfil epidemiológico correspondiente al año 2024:

1. Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores e Inferiores (IRAS, ETIS, IRAG)
2. Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika, Virus de Oropuche)
3. Diabetes Mellitus
4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
5. Hipertensión Arterial
6. Víctimas de accidente de tránsito
7. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados
8. Tuberculosis, en todas sus formas
9. Mortalidad Infantil (SIMMI)
10. Cáncer (SIRNAT)
11. Mortalidad Materna (SIMMI)
12. Hepatitis (todas)
13. Meningitis (todas)
14. Parasitosis intestinal (todos los tipos)
15. Síndrome congénito asociado a Zika

Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores e Inferiores (IRAS, ETIS, IRAG)

En 2024, las IRAs continuaron siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel global, especialmente entre niños menores de cinco años, adultos mayores y personas inmunocomprometidas, según la OMS.

Algunos puntos clave sobre la morbilidad por IRAs en 2024:

Alta carga global: Las IRAs siguen siendo la principal causa de enfermedad infecciosa en el mundo, con millones de casos reportados anualmente.

Factores contribuyentes: La circulación de virus respiratorios como influenza, 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.

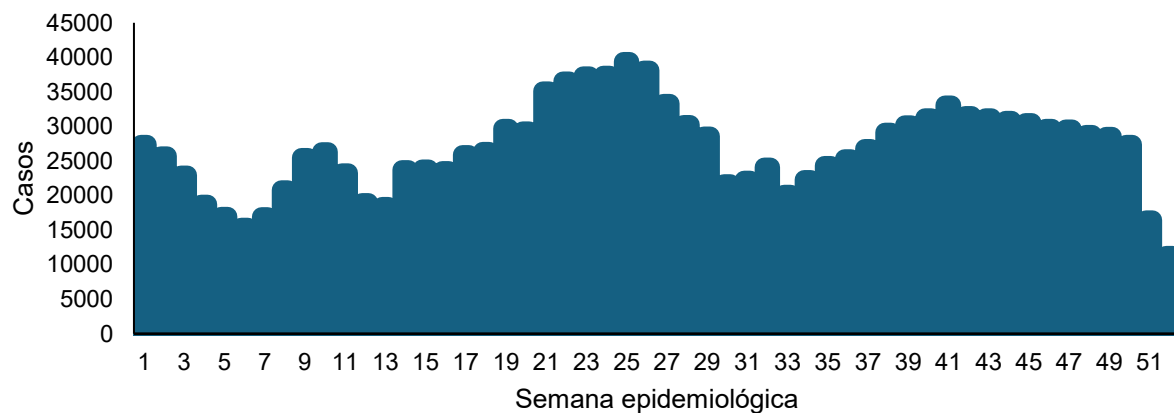
Vigilancia epidemiológica: Se han fortalecido los sistemas de vigilancia centinela y comunitaria para detectar brotes y comportamientos inusuales de IRAs, como parte de los protocolos de salud pública.



En el año 2024 se notificaron un total de 1425481 casos mediante la boleta VE-02, lo que corresponde a una tasa de 26847.1 casos por 100.000 habitantes. Cuando más casos se presentaron en el año fue entre las semanas epidemiológicas 21 y 27, con un rango de casos entre 33921 y 39494 casos, con un promedio de 36988 casos en esas 7 semanas.

Figura 1

Costa Rica: Casos de IRA notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2024.

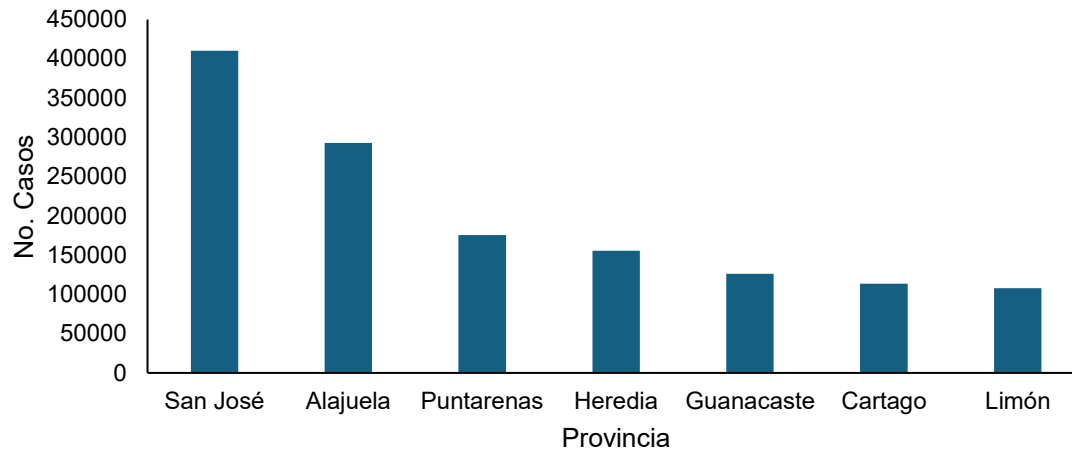


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de San José reportó la mayor cantidad de casos de IRA, con 410252, seguida por Alajuela con 292748 casos. Por su parte, la provincia de Limón registró el menor número de casos, con un total de 107687.

Figura 2

Costa Rica: Casos notificados de IRA por provincia, 2024

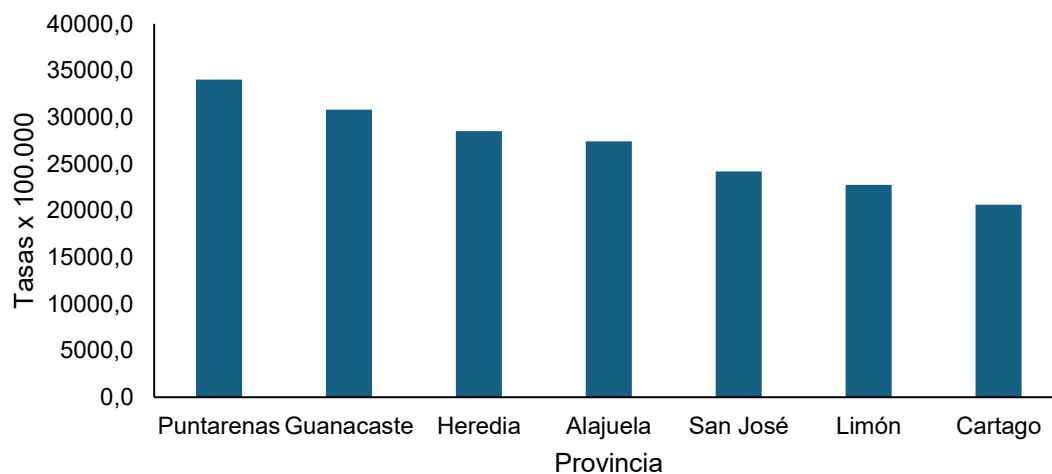


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de Puntarenas reportó la mayor tasa de casos de IRA, con 34025.8 por cada 100.000 habitantes, seguida por Guanacaste con 30806.4 casos por 100.000 habitantes. Por su parte, la provincia de Cartago registró la menor tasa, con un total de 20613.3 casos por 100.000 habitantes.

Figura 3

Costa Rica: Tasas de IRA por provincia, 2024



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



En el año 2024, la mortalidad por IRA (J00.X-J06.9) hubo un total de dos casos reportados, en hombres, en el grupo etario de 65 a 69 años; no hay más datos de fallecidos por esas causas.

Los dos fallecidos por IRA en Costa Rica para el año 2024 son de San José.

Discusión

La IRA es la enfermedad por la que más consultan las personas en el país, distribuida en todo el país, pero que tiene una alta 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.

Conclusiones

En el año 2024, se presentaron un total de 1425481 casos en todo el país, con una tasa de 26847.1 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 34025.8 por 100.000 habitantes. Solamente se reportaron dos fallecidos por IRA en el país.

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 2024, ETI es una de las principales causas de morbilidad a nivel global, según la OMS y la OPS.

A nivel global, a finales del 2024, se observó un aumento significativo en la circulación del virus de influenza en el hemisferio norte especialmente en:

- Europa y América del Norte con predominio de A(H1N1)pdm09 y A(H3N2).
- América Central y el Caribe con predominio de A(H3N2).



Para la SE-52 del 2024, la positividad global de influenza fue de aproximadamente 19.25%

Por otra parte, se han 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.

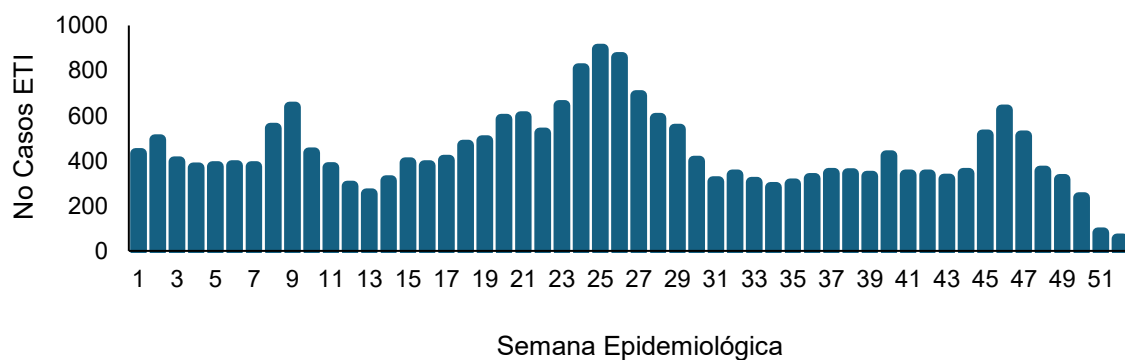
Algunos puntos clave sobre la morbilidad por ETI en 2024:

- Alta carga global: Las ETI tienen una alta morbilidad; en el mundo se registran aproximadamente 1000 millones de casos de gripe estacional, de estos, entre 3 y 5 millones de casos son graves.
- Factores contribuyentes: La morbilidad se distribuye entre niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. El 99% de muertes en menores de 5 años por infecciones respiratorias bajas relacionadas con influenza ocurren en países en desarrollo.
- Vigilancia epidemiológica: Se han fortalecido los sistemas de vigilancia centinela y comunitaria para detectar brotes y comportamientos inusuales de ETI, como parte de los protocolos de salud pública.

En el año 2024 se notificaron un total de 23119 casos mediante la boleta VE-02, lo que corresponde a una tasa de 435.4 casos por 100.000 habitantes. Cuando más casos se presentaron en el año fue entre las semanas epidemiológicas 23 y 27, con un rango de casos entre 646 y 896 casos, con un promedio de 796 casos en esas 5 semanas.

Figura 4

Costa Rica: Casos de ETI notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica. SE 1-52, 2024

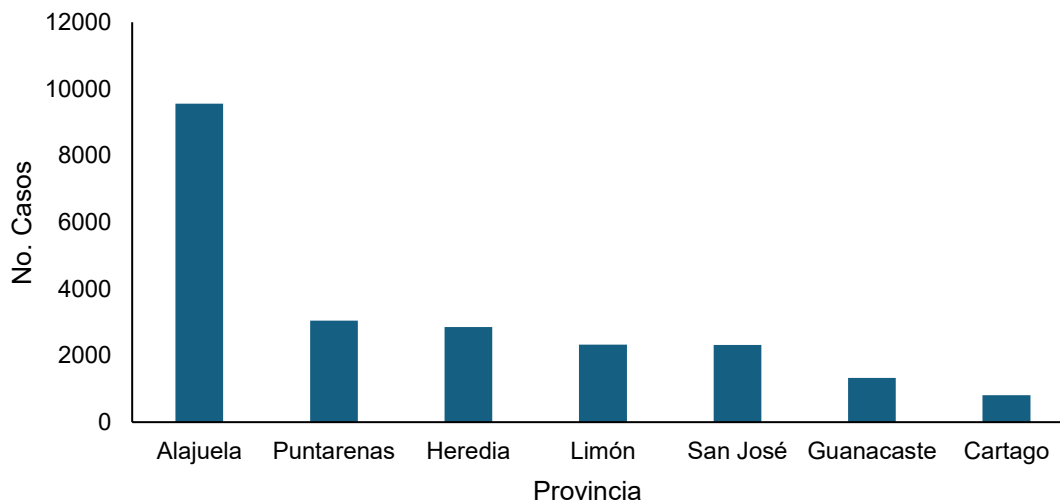


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de Alajuela reportó la mayor cantidad de casos de ETI, con 9555 casos, seguida por Puntarenas con 3049 casos. Por su parte, la provincia de Cartago registró el menor número de casos, con un total de 811.

Figura 5

Costa Rica: Casos notificados de ETI por provincia, 2024

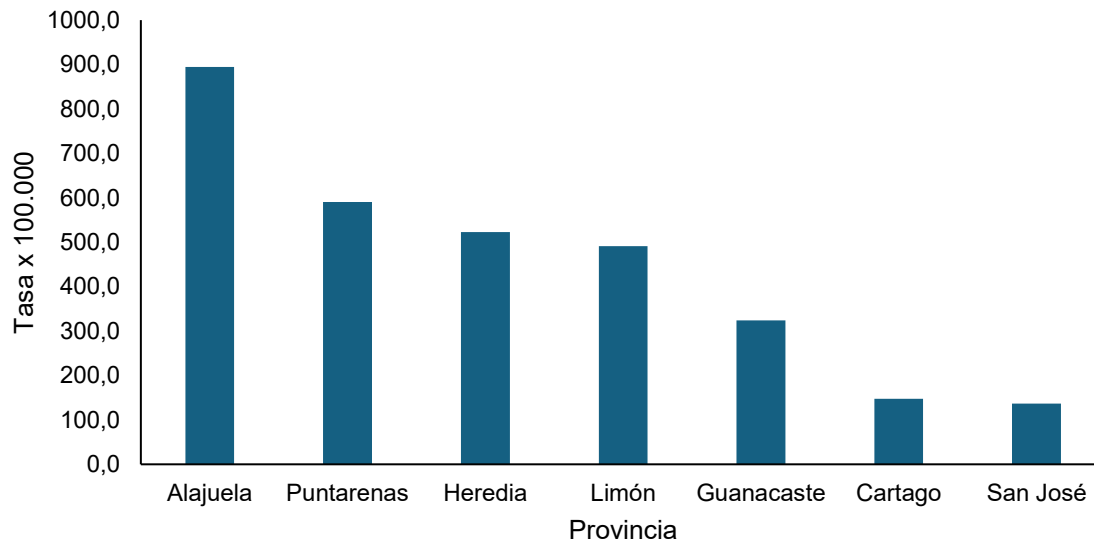


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de Alajuela reportó la mayor tasa de casos de ETI, con 894.4 por cada 100.000 habitantes, seguida por Puntarenas con 590.5 casos por 100.000 habitantes. Por su parte, la provincia de San José registró la menor tasa, con un total de 136.4 casos por 100.000 habitantes.

Figura 6

Costa Rica: Tasas de ETI por provincia, 2024



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

En el año 2024, la mortalidad por ETI (J09.X-J10.8) hubo un total de noventa y un fallecidos, siendo más las mujeres (52) que los hombres (39); el grupo etario con más fallecidos fue el grupo de 75 años y más con un total de cincuenta fallecidos.

Las provincias con más fallecidos por ETI en Costa Rica para el año 2024 son San José y Alajuela.

Discusión

La ETI 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 que 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.

Conclusiones

En el año 2024, se presentaron un total de 23119 casos en todo el país, con una tasa de 435.4 casos por 100.000 habitantes, siendo Alajuela la provincia con más casos



reportados con un total de 9555 casos, y Alajuela fue la provincia que tuvo la tasa más alta de 894.4 por 100.000 habitantes. Se reportaron en total 91 fallecidos por ETI en el país.

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 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.

A nivel global, para el año 2024, según datos dados por OPS/OMS se ha observado un aumento en el número de hospitalizaciones por IRAG.

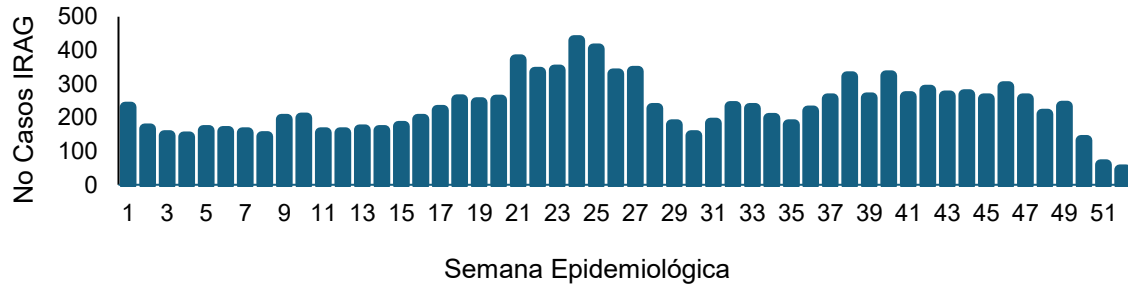
Factores contribuyentes: La circulación simultánea de múltiples virus respiratorios (influenza, VRS, Covid-19, Metaneumovirus, entre otros), coinfecciones virales que agravan el cuadro clínico y la resistencia antiviral, entre otros, son factores que pueden hacer que aumenten los casos de IRAG.

Vigilancia epidemiológica: Se han fortalecido los sistemas de vigilancia centinela y comunitaria para las IRAG, como parte de los protocolos de salud pública.

En el año 2024 se notificaron un total de 11749 casos mediante la boleta VE-01, lo que corresponde a una tasa de 221.3 casos por 100.000 habitantes. Cuando más casos se presentaron en el año fue entre las semanas epidemiológicas 21 y 27, con un rango de casos entre 330 y 429 casos, con un promedio de 364 casos en esas 7 semanas.

Figura 7

Costa Rica: Casos de IRAG notificados en boleta VE-02, según semana epidemiológica.
SE 1-52, 2024

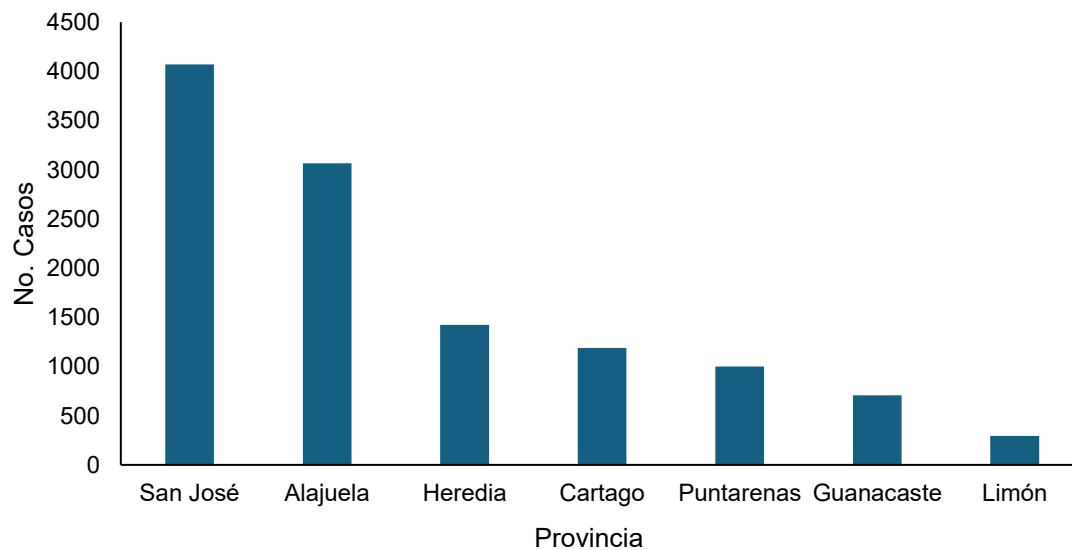


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de San José reportó la mayor cantidad de casos de IRAG, con 4071 casos, seguida por Alajuela con 3066 casos. Por su parte, la provincia de Limón registró el menor número de casos, con un total de 294.

Figura 8

Costa Rica: Casos notificados de IRAG por provincia, 2024

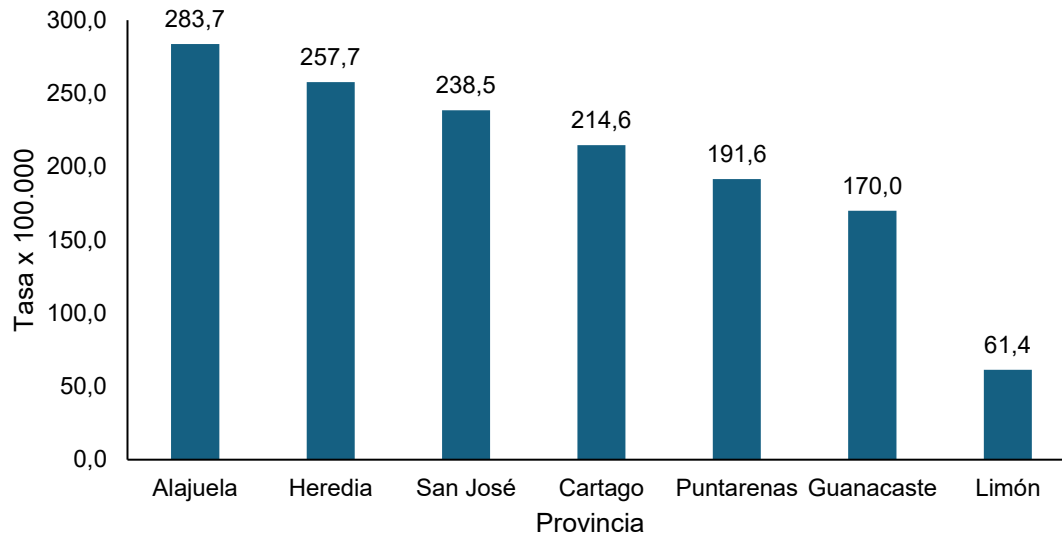


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud.

La provincia de Alajuela reportó la mayor tasa de casos de IRAG, con 283.7 por cada 100.000 habitantes, seguida por Heredia con 257.7 casos por 100.000 habitantes. Por su parte, la provincia de Limón registró la menor tasa, con un total de 61.4 casos por 100.000 habitantes.

Figura 9

Costa Rica: Tasas de ETI por provincia, 2024



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

En el año 2024, la mortalidad por IRAG (J09.X-J22.8) hubo un total de setecientos catorce fallecidos, siendo más el número de hombres fallecidos (429) que las mujeres (285); el grupo etario con más fallecidos fue el grupo de 75 años y más con un total de cuatrocientos veintitrés fallecidos.

Las provincias con más fallecidos por IRAG en Costa Rica para el año 2024 son San José y Alajuela.

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 Alajuela, Heredia y San José, 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 Heredia.

Conclusiones

En el año 2024, se presentaron un total de 11749 casos en todo el país, con una tasa de 283.7 casos por 100.000 habitantes, siendo San José la provincia con más casos reportados con un total de 4071 casos, y Alajuela fue la provincia que tuvo la tasa más alta de 283.7 por 100.000 habitantes. Se reportaron en total 714 fallecidos por IRAG en el país.

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.

Dengue

El dengue es una enfermedad viral aguda, transmitida en las Américas por la hembra infectada del mosquito *Aedes aegypti*. El dengue tiene un amplio espectro de presentaciones clínicas a menudo con evolución clínica y resultados impredecibles, la mayoría de los casos se recuperan después de cuadro benigno agudo, un pequeño porcentaje evoluciona hacia una enfermedad grave caracterizada principalmente por aumento de permeabilidad vascular, con o sin hemorragia, o directamente la afectación de un órgano.

El dengue ha sido un problema de salud pública en Costa Rica desde su emergencia en el año 1993. Se define como un caso sospechoso por dengue: “Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre aguda, habitualmente de 2 a 10 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones: Náuseas / vómitos, Exantema, Cefalea /dolor retro ocular, Mialgia / artralgia, Petequias, Leucopenia con o sin cualquier signo de alarma o signo de gravedad.



Todo paciente de dengue será notificado en forma individual en la boleta VE01 y registrado.

A la semana epidemiológica 52 del año 2024 se notificaron un total de 31259 casos de dengue, de estos 195 casos acumulados han sido notificados como dengue con signos de alarma y se notifican 7 fallecidos por causa de dengue (tabla 2).

Tabla 2

Costa Rica: Casos de dengue confirmados, graves y fallecidos, 2024

Total de Casos	Tasa de Incidencia	Confirmados Laboratorio	%Confirmados Laboratorio	Dengue Grave	% Dengue Grave	Muertes	%Letalidad
31 259	588,7	1 301	4,13	195	0,60	7	0,022

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

En la región Central Sur durante el año 2024 se concentró la mayor notificación acumulada con 10458 casos y la región Brunca fue la que presentó la mayor tasa 825,9 por 100.000 habitantes (Tabla 3, Figura 10).

Tabla 3

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 52, 2024

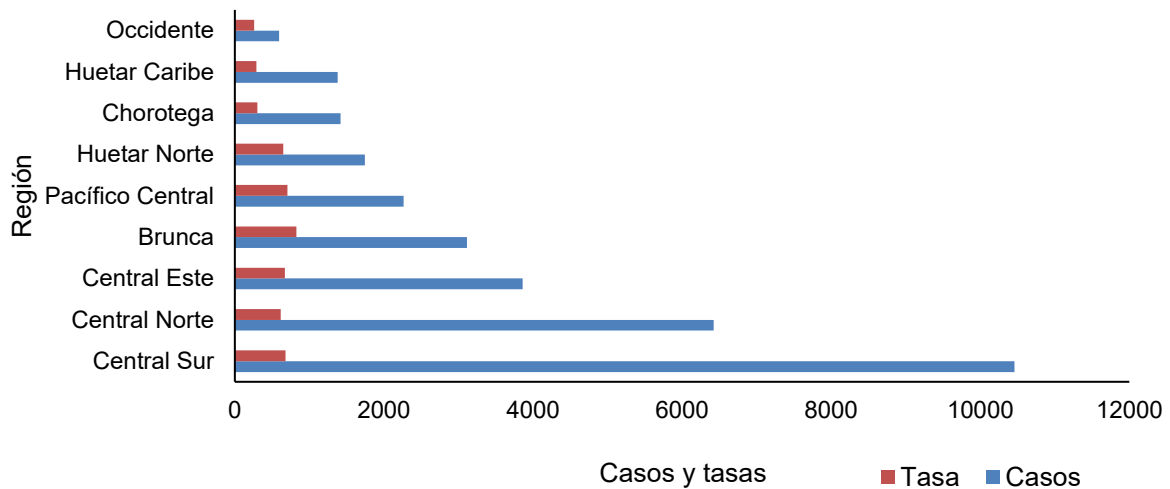
(Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Sur	10458	678,2
Central Norte	6422	613,8
Central Este	3863	671,8
Brunca	3115	825,9
Pacífico Central	2265	706,7
Huetar Norte	1744	649,1
Chorotega	1418	300,4
Huetar Caribe	1380	288,0
Occidente	594	259,6
Total	31259	588,7

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

Figura 10

Costa Rica: Casos de Dengue y tasa por región a la semana epidemiológica 52, 2024



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

La mayor incidencia durante el año 2024 se presentó en el sexo femenino (16311 casos), y el grupo de edad de 20 a 64 años se notificó el mayor número de casos 20769 que corresponde a la población económicamente activa. (Tabla 4)

Tabla 4

Costa Rica: Casos notificados de dengue según grupos de edad quinquenal y sexo, números absolutos y tasas, año 2024

(Tasa por 100000 habitantes)

Grupo de edad	Sexo					
	Total		F		M	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
de Menos de 1 año	252	369,6	111	333,6	141	403,9
de 1 a 9 años	2408	365,9	1157	360,1	1251	371,5
de 10 a 19 años	5263	699,6	2415	658,2	2848	739,0
de 20 a 64 años	20769	633,4	11238	691,9	9531	576,0
65 años y más	2567	464,7	1390	474,8	1177	453,4
Total	31259	588,7	16311	618,2	14948	559,6

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

En la tabla 5 se pueden observar los casos notificados por provincia y sexo para el año 2024, en la gran área metropolitana se presentaron las provincias con mayor y menor número de casos notificados, la provincia de San José la presentó el mayor número de notificaciones de casos de dengue 10584 casos, seguida por la provincia de Alajuela con 8165 casos notificados, en contraste con la provincia de Heredia que tuvo la de menor incidencia 1000 casos. (tabla 5 y figura 11)

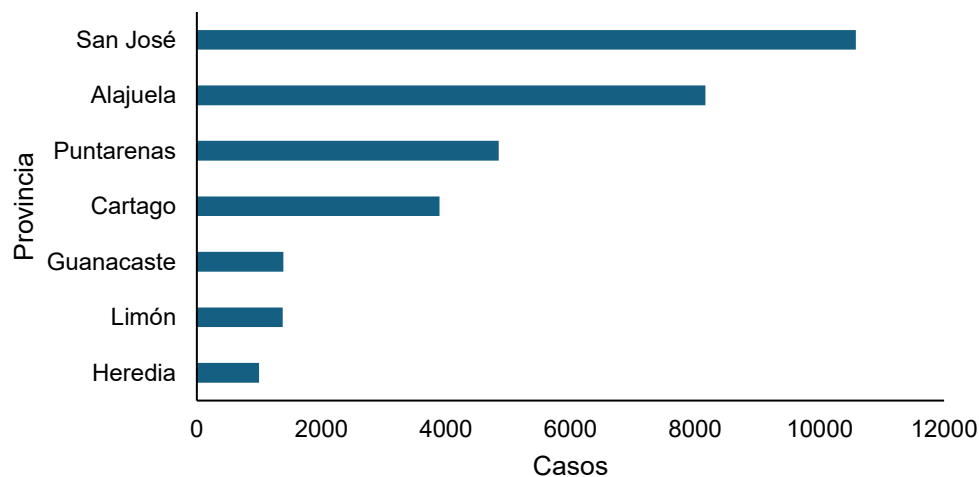
Tabla 5**Costa Rica: Casos de dengue notificados por provincia y sexo, año 2024**

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
San José	10584	620,1	5643	657,1	4941	582,6
Alajuela	8165	755,6	4170	780,8	3995	731,1
Puntarenas	4846	928,5	2537	989,1	2309	870,0
Cartago	3895	703,8	2163	783,9	1732	624,1
Guanacaste	1389	334,5	676	330,2	713	338,7
Limón	1380	288,0	625	268,3	755	306,7
Heredia	1000	181,0	497	180,5	503	181,5
Total	31259	588,7	16311	618,2	14948	559,6

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

Figura 11

Costa Rica: Casos de dengue notificados por provincia a la semana epidemiológica 52, 2024



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



En la tabla 6 se presentan los 10 cantones con mayor notificación de casos acumulados a la semana epidemiológica 52 donde el cantón central de San José presentó un total de 4449 casos, el cantón central de Alajuela 3320 casos, Turrialba 3028 casos, San Carlos 1509 casos y Alajuelita 1460 casos.

Tabla 6

Costa Rica: Cantones prioritarios en casos de dengue a la semana epidemiológica 52, año 2024

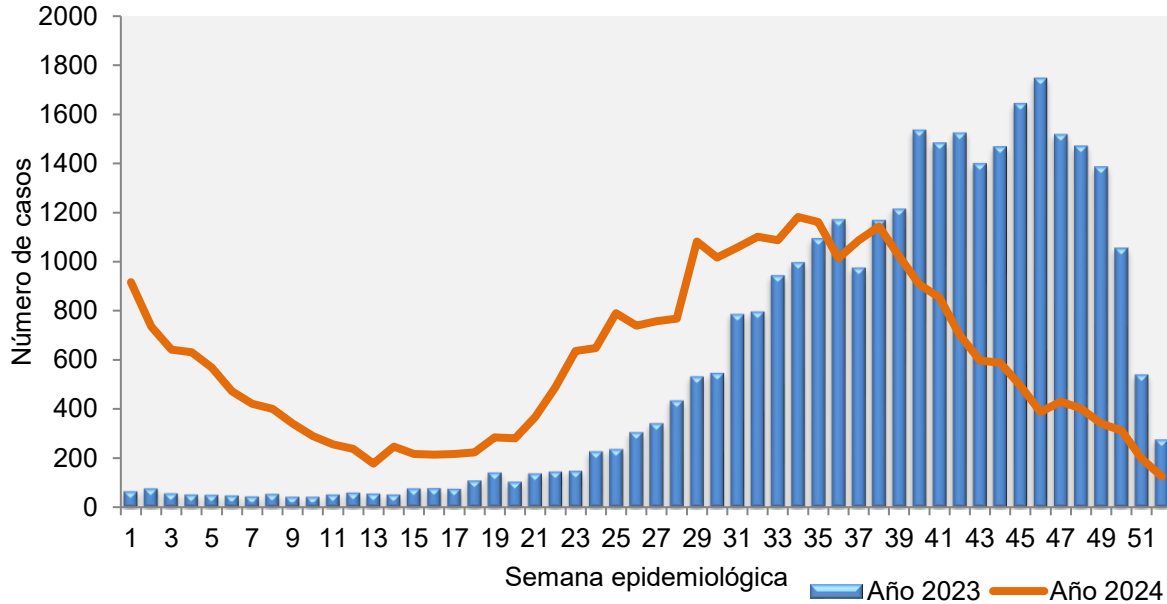
Cantón	Casos	Tasa
San José	4449	1249,5
Alajuela	3320	1008,6
Turrialba	3028	4127,7
San Carlos	1509	712,3
Alajuelita	1460	1465,4
Santa Ana	1423	2252,4
Desamparados	1414	558,5
Atenas	1175	3864,8
Buenos Aires	1143	2037,5
Osa	860	2722,6
Puntarenas	770	522,0
Corredores	671	1230,9
Jiménez	577	3520,0
Grecia	438	445,1
Pococí	401	253,0
Mora	375	1203,5
Palmares	373	874,7
Esparza	366	909,1
Sarapiquí	349	378,0
Tibás	347	398,1

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

En el año 2023 se notificaron en el país un total de 30649 casos de dengue, para el año 2024 se presentó un aumento del 1,95% para un total de 31259 casos notificados, con un punto máximo en la semana epidemiológica 34 que corresponde al mes de agosto. (figuras 12 y 13)

Figura 12

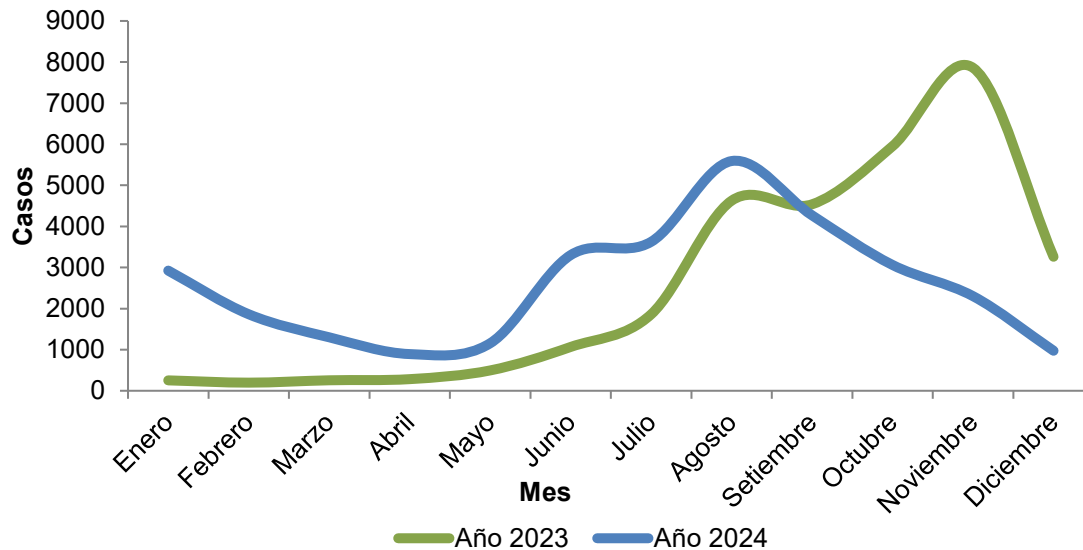
Costa Rica: Casos de dengue notificados a la semana epidemiológica 52, años 2023-2024



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

Figura 13

Costa Rica: Casos de dengue notificados por mes, años 2023-2024

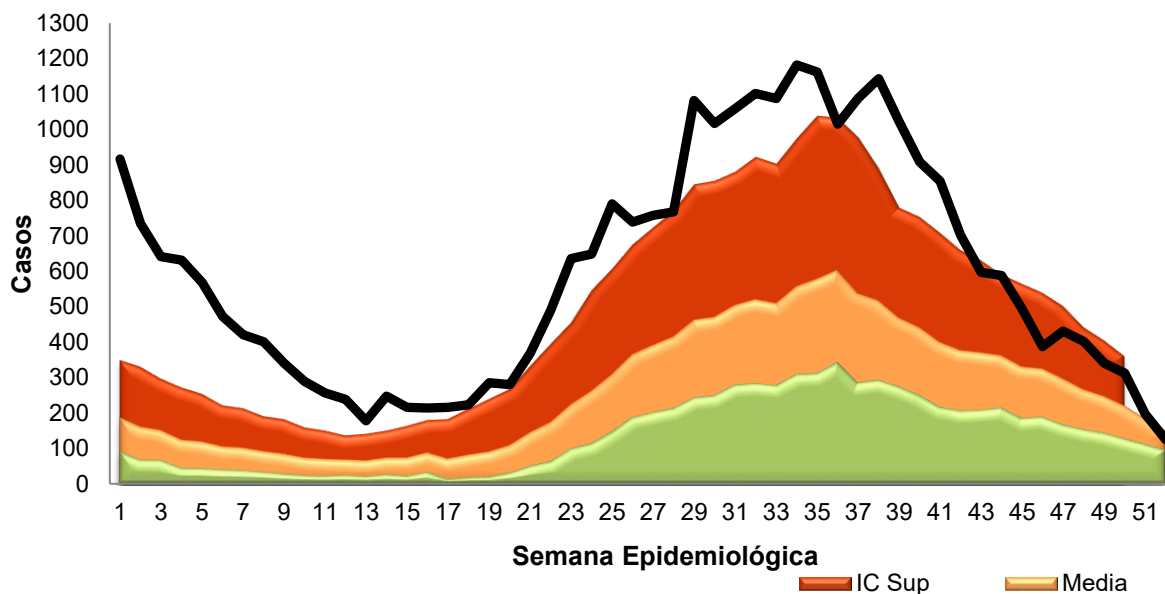


Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.

Como se puede observar en el canal endémico (figura 14) durante todo el año 2024 la curva epidemiológica estuvo por encima de la zona de alerta lo cual fue un comportamiento general en la región de las Américas que fue afectada por un brote, que según la OPS ocurren cada 3 a 5 años que varían en magnitud conforme a la influencia de factores como: el cambio climático, la movilidad y urbanismo, así como la expansión de zonas endémicas que aumentan el riesgo de transmisión.

Figura 14

Costa Rica: Canal endémico dengue, 2024



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

Vigilancia basada en laboratorio

El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* del cual existen cuatro serotipos y se designan como: dengue 1, dengue 2, dengue 3, y dengue 4, que pueden determinarse por técnicas biología molecular en el laboratorio clínico.

En el año 2024 el CNRV del Inciensa confirmó la circulación de los 4 serotipos de dengue. Se confirmaron 1301 serotipos de los cuales el 56% (728 muestras) corresponden al serotipo 3 de mayor circulación. (tabla 7)

Tabla 7**Costa Rica: Serotipos identificados por PCR, 2024**

Serotipo	Confirmados	Porcentaje
1	240	18%
2	126	10%
3	728	56%
4	207	16%
Total	1301	100%

Fuente: CNRV-Inciensa

Mortalidad

Todo paciente que fallezca con sospecha de dengue, dengue grave u otra fiebre hemorrágica o que en su evolución se considere como diagnóstico diferencial el dengue, se debe considerar como una muerte sospechosa por dengue y representa una falla del sistema de vigilancia epidemiológica.

Es fundamental para determinar si la muerte fue por causa del dengue realizarse una prueba confirmatoria por PCR en vida o post mortem; se recomienda realizar autopsia

Se notificaron durante el año 2024 un total de 18 personas fallecidas con posible diagnóstico de dengue, se constituyó un grupo técnico interinstitucional para analizar las muertes y se concluyó que:

1. Siete personas fallecieron POR dengue grave como causa directa de la muerte.
2. Seis personas fallecieron CON dengue grave como causa indirecta en la muerte del paciente, fallecidos por otras patologías como (endocarditis, enfermedades crónicas hepáticas, enfermedades sépticas pulmonares, etc.)
3. Cuatro pacientes se descartó que su muerte sea atribuible o relacionada con Dengue.
4. Un paciente como indeterminado ya que no se realizaron pruebas confirmatorias para dengue y no se puede determinar como causa.

Recomendaciones

- Todo caso sospechoso de dengue debe ser notificado una sola vez según la condición de ingreso al centro de salud DSSA, DCSA o DG.



- Según la evolución clínica del paciente debe cerrarse el caso en una de estas clasificaciones mencionadas (DSSA, DCSA, DG).
- Únicamente las pruebas de ELISA IgM y la PCR son las oficiales para la clasificación de casos como probable y confirmatorio, respectivamente.
- A todo caso sospechoso de dengue se le debe realizar investigación de campo dentro de las primeras 24 horas con la ficha de investigación respectiva.
- Ante la declaración de brote, la Dirección de Área Rectora de Salud debe alertar a la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud, autoridades y servicios de salud y comunidades, instituciones públicas y privadas de la zona, así como medios de comunicación colectiva, buscando reforzar la organización y participación de los diferentes actores sociales para el abordaje del brote.
- Capacitaciones a nivel nacional en los niveles operativos principalmente, del Protocolo para la atención y manejo de pacientes con dengue.
- Recordatorio de la disponibilidad y toma de la PCR por dengue en los pacientes febriles en los primeros 5 días de la enfermedad.
- Activación permanente de los componentes que conforman la EGI para la Prevención y el Control de las Enfermedades Arbovirales en las Américas: gestión, epidemiología, atención al paciente, laboratorio, MIV y medio ambiente. La EGI-Arbovirus, representa, el compromiso de todos los actores involucrados de participar activa y responsablemente en la prevención, manejo y abordaje integral de estas enfermedades y que permita fortalecer la evaluación de riesgos y la oportunidad de responder al riesgo de brotes y epidemias de manera temprana y eficaz.

Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad en la cual se producen varias situaciones, no hay producción de insulina lo que genera la Diabetes tipo 1, o se produce de manera limitada o por una resistencia a la insulina, de cualquier manera, la glucosa en sangre genera alteraciones en diversos órganos del cuerpo como riñones, corazón y nervios.

Según estudios realizados por la OPS, el 13% de la población adulta tiene diabetes en América, esto equivale a 112 millones de adultos.

Las personas que no reciben tratamiento alcanzan unos 40 millones de personas de 30 años o más, en América



OPS indica que la diabetes causa al año la pérdida de aproximadamente 8 millones de años de vida por muerte prematura.

Los factores de riesgo como el sobrepeso/obesidad y la inactividad física tienen incidencia en esta enfermedad, la OPS refiere que América es la región con mayor inactividad física del mundo, esto se traduce en que el 68% de la población tiene sobrepeso u obesidad, y 36% tiene actividad física insuficiente.

En la tabla 8, se puede observar la incidencia de diabetes, según notificaciones al MS, lo cual demuestra varias situaciones, la primera es el aumento generado a lo largo de los años en los niños y adolescentes, alcanzando para 2024 tasas de 5.9 y 12.8 respectivamente.

Lo mismo sucede con los adultos y adultos mayores, donde se llega para 2024 a tasas de 291.6 y 603.2, sin embargo, en todos los grupos etarios se puede observar que en 2020 hay una disminución significativa de la notificación de casos nuevos, con una disminución a nivel nacional de 42% y en los adultos mayores se muestra una disminución de 36%, sin embargo en todos los grupos se presenta disminución, para 2021 hay una recuperación de la identificación de estas personas de forma general, es muy probable que en el caso del diagnóstico de nuevos pacientes se haya visto afectado por la pandemia de COVID-19, ya que durante ese año se priorizó la atención de los pacientes que tenían sintomatología consistente con COVID-19, eso pudo producir que muchos pacientes a pesar de sus síntomas no se hayan acercado a los servicios de salud.

Para el año 2022 se presentó nuevamente una disminución en la notificación de los casos, debido a que se realizó un hackeo dentro de la CCSS, no se pudieron utilizar los sistemas de información desde finales de mayo y hasta noviembre aproximadamente por lo que se realizó notificación de los eventos infectocontagiosos más relevantes, así como todo aquellos que generara importancia internacional.

Posteriormente en los años 2023 y 2024 se muestra el aumento de los casos, con tasas de 200.4 y 245.7 respectivamente.

Así el aumento a nivel nacional en 2023 respecto del 2022 fue de 39.45%, en los adultos mayores fue de 30.9%, y se ha ido remontando con forme pasa el tiempo.

Estos datos evidencian que al igual que en el resto de los países de América, en Costa Rica el diagnóstico está aumentando con forme pasa el tiempo, la encuesta de factores de riesgo cardiovascular de 2018 identifica que el 10.9% de la población general ha sido diagnosticada con diabetes, así mismo se logra ver que existe una dieta poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de tabaco y alcohol.

Tabla 8

Costa Rica: Incidencia Diabetes según grupo de edad por curso de vida, 2018-2024*

Números absolutos y tasas. (Tasa p/100.000 habitantes)

Grupos de edad	2020		2021		2022		2023		2024	
	TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL		TOTAL	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
TOTAL	7053	138,0	9588	187,6	7493	143,7	10546	200,4	13044	245,7
0 a 9 a	8	1,2	17	2,3	19	2,5	37	4,9	39	5,9
10 a 19 a	53	7,0	57	7,6	54	7,2	74	9,9	96	12,8
20 a 64 a	5067	160,1	7279	227,5	5393	167	7643	234,9	9562	291,6
65 a y más	1906	420,7	2692	564,6	2027	404,5	2786	529,5	3332	603,2
Ignorados	19		4		0		6		15	

*Cifras preliminares, 2024

Fuente: Datos obtenidos de la boleta VE-01, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

La provincia con la tasa más alta de incidencia por diabetes para el año 2024 es Puntarenas, alcanzando 315 por cada 100.000 habitantes, de hecho, está un 28.6% por encima de la tasa nacional, y de sus cantones de Puntarenas el más afectado es Coto Brus, con una tasa de 540.1.

Las mujeres tienen tasas ligeramente mayores que los hombres, por ejemplo, en 2024 se identificó una tasa de 268.6 en las mujeres, mientras que en los hombres fue de 223.1, es decir se diagnosticaron con diabetes 1.2 mujeres respecto de 1 hombre para el año mencionado.

Para 2024 la Diabetes se identifica como la tercera causa de muerte en el país según los subgrupos de grandes causas de mortalidad obtenidos del INEC, siendo superada solo por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, a nivel nacional según lo muestra la tabla 9 se ha mantenido la tasa, en 38 o 39, sin embargo, para el último bienio se ha mantenido por encima de 41.

En cuanto al sexo, en el grupo de 20-64 años, para el 2023 y 2024 se observa una mayor mortalidad en los hombres que en las mujeres, situación que cambia en los adultos mayores, si bien es cierto el mayor diagnóstico es en las mujeres en cuanto a la incidencia, la mortalidad para personas más jóvenes se muestra en los hombres.

Esto puede generarse por los procesos de atención de las personas, así como un enfoque cultural.



La mortalidad prematura para el año 2024 correspondió a una tasa de 10.3 por cada 100.000 habitantes, eso represente el 12.4% del total de fallecidos por esa causa, la Estrategia Nacional para el abordaje de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad, analiza la mortalidad prematura por estos eventos crónicos, por la importancia socioeconómica de este grupo de personas.

Tabla 9

Costa Rica: Mortalidad por Diabetes Mellitus por sexo y año de defunción, según grupo de edad por curso de vida, 2023-2024*

Grupos de edad quinquenal	2023						2024					
	Total		Mujer		Hombre		Total		Mujer		Hombre	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	2101	39,9	1105	42,3	996	37,6	2202	41,5	1094	41,5	1108	41,5
0 a 9 a	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,3	0	0,0
10 a 19 a	2	0,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 64 a	509	15,6	228	14,1	281	17,1	521	15,9	230	14,2	291	17,6
65 a y más	1587	301,6	876	314,3	711	287,4	1676	303,4	863	294,8	813	313,2
Ignorados	3		0				4		0		4	

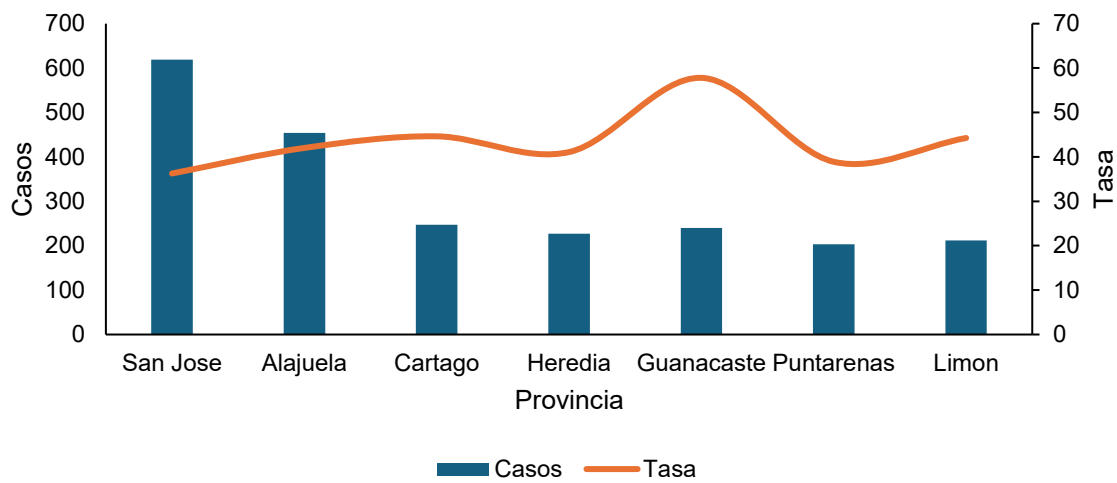
*Cifras preliminares 2024

Fuente: Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud con datos de INEC.

En la figura 15 se muestran los casos y las tasas de mortalidad por diabetes según las provincias del país, en este caso la mortalidad en Guanacaste es mucho más alta tomando en consideración la población, por lo que llega a 57.8, seguida de Limón con 44.25. San José, tiene muchos más casos, lo cual se espera ya que la mayoría de la población vive en esta zona del país.

Figura 15

Costa Rica: Mortalidad por Diabetes Mellitus, por provincia, casos y tasas, 2024



Fuente: Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud con datos de INEC.

Conclusiones

La Diabetes es un evento crónico que genera múltiples complicaciones, cuya incidencia ha ido aumentando en todos los grupos etarios del país.

Existe una disminución de notificación para el año 2022 por el hackeo que se dio a la CCSS.

La Diabetes Mellitus es la tercera causa de muerte para el año 2024, según los grandes grupos de causas de mortalidad.

Este evento se encuentra priorizado en la Estrategia Nacional para el abordaje de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad.

Recomendaciones

- Continuar la vigilancia del evento.
- Mantener el evento dentro de la estrategia nacional para el abordaje de las enfermedades no transmisibles y obesidad.
- Realizar análisis cualitativos que permitan identificar cuáles serían las mejores actividades de promoción para las personas con riesgo de desarrollar diabetes y los enfermos, tomando en consideración sus capacidades financieras, sociales, de ocio, entre otras.



Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las ITS, son enfermedades que afectan a las personas por contacto sexual, sin importar el sexo, la edad y algunas se da por trasmisión materno infantil, durante el embarazo, parto o por la lactancia. Las ITS son causadas por diferentes agentes patógenas como: bacterias como sífilis, gonorrea, clamidiasis, virus como Virus del papiloma humano, virus del herpes simple, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o parásitos como tricomoniasis. Se suma nuevos eventos emergentes como es la viruela símica o Mpox clado IIb en el 2022 y presentó una recrudescencia en el 2024 con un nuevo clado Ib.

Las ITS a nivel mundial se presentan en los grupos de edad de 15 a 49 años, en el 2020 se infectaron 374 millones de personas alguna de estas ITS (sífilis, gonorrea, clamidiasis, o tricomoniasis). Para el año 2022, se cree que unos 8 millones de personas contrajeron sífilis. Las ITS incrementan el riesgo de infectar del VIH.

La OMS, estima que la infección por el virus del herpes simple tipo 1, a nivel labial unos 3800 millones de personas menores de 50 años la contrajeron. Se estima que 520 millones de personas entre los 15 a 49 años contrajeron el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) a nivel genital. La infección por el VHS-2 incrementa tres veces de coinfectarse con el VIH.

El virus VPH, son varios tipos que causan la papilomatosis, si esta enfermedad persiste la persona puede desarrollar cáncer cervicouterino, cáncer de vulva, cáncer de vagina, cáncer de pene, cáncer de boca o garganta o cáncer a nivel anal. La OMS, indicó que en el año 2019 se estimó que el VPH infecto a unos 620.000 nuevos cánceres en mujeres y 70.000 nuevos canceres en hombres. La vacunación contra el VPH es el mejor método de prevención y el tratamiento de las lesiones precancerosas.

Según el informe de ONUSIDA (2025), desde el inicio de la pandemia de VIH/SIDA, se han registrado aproximadamente 91,4 millones de personas infectadas por el VIH, y 44,1 millones de fallecimientos relacionados con el sida.

A nivel mundial, se estima que 40,8 millones de personas viven actualmente con el VIH, de las cuales 39,4 millones son mayores de 15 años y 1,4 millones son menores entre 0 y 14 años. En 2024, el 87 % de las personas con VIH conocían su estado serológico, de los cuales el 89% estaban en tratamiento y el 94% presentaba supresión

viral. Durante este mismo período, se reportaron alrededor de 630 000 muertes debido a enfermedades relacionadas con el sida.

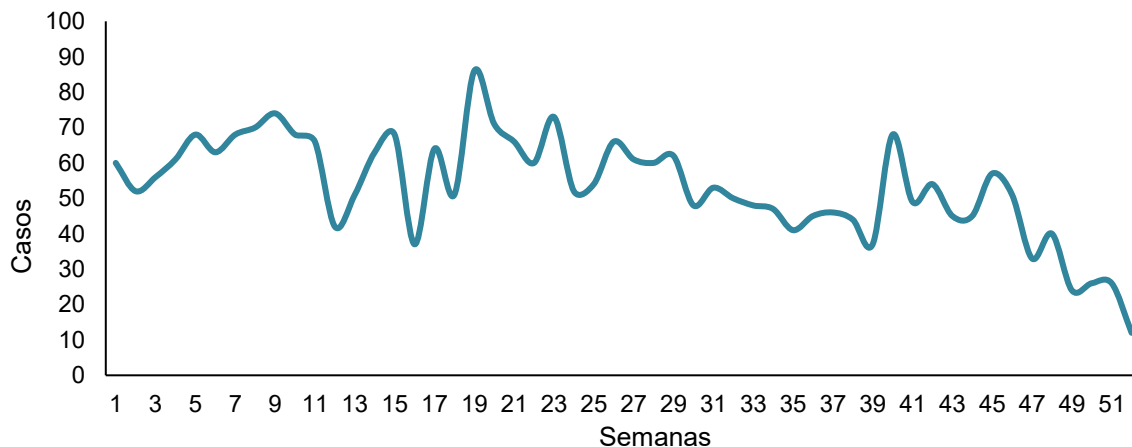
Entre los adultos que viven con VIH, en el grupo de edad de 15 a 49 años, la prevalencia mundial fue del 0,7 %. Sin embargo, esta cifra se incrementa por ciertos factores de riesgo, particularmente aquellos vinculados a la marginación y la discriminación. Las personas con mayor riesgo son los HSH (7,6%); mujeres trans (8,5%); personas que consumen drogas inyectándose (7,1%); trabajadores sexuales (2,7%), y privados de libertad (1,4%).

Sífilis en todas sus formas

Para el año del 2024 se notificaron 2782 casos, con una tasa 52,40 por 100 000 habitantes. Con predominio en los hombres con un 60,14% de los casos (1673/2782), con una tasa de 62,6 por 100 000 habitantes, y las mujeres con el 39,86% de los casos (1109/2782) con una tasa de 42,0 por 100 000 habitantes. En la figura 16, se observa la notificación de los casos según semana epidemiológica.

Figura 16

Costa Rica: Casos notificados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas durante las semanas epidemiológicas 1-52, 2024



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

En la tabla 10, se muestran los casos, según grupos de edad observándose que el de 20 a 64 años presenta más casos con 83,25% (2316/2782), seguidos por los mayores



de 65 años (240/2782), luego el grupo de 15 a 19 años (123/2782), los menores de 1 año y de 1 a 14 años reportaron 103 casos.

Tabla 10

Costa Rica: Casos confirmados por sífilis en todas sus formas, según grupos de edad quinquenal, número absoluto y tasas, 2024

Tasas por 100.000 habitantes

Grupos de edad	Casos	Tasa
de Menos de 1 año	95	139,3
de 1 a 4 años	5	1,8
de 5 a 9 años	1	0,3
de 10 a 14 años	2	0,5
de 15 a 19 años	123	32,6
de 20 a 24 años	361	90,9
de 25 a 29 años	465	108,6
de 30 a 34 años	390	87,1
de 35 a 39 años	297	65,8
de 40 a 44 años	232	58,9
de 45 a 49 años	178	53,3
de 50 a 54 años	151	52,1
de 55 a 59 años	121	43,2
de 60 a 64 años	121	47,1
de 65 a 69 años	79	38,5
de 70 a 74 años	68	46,6
75 años y más	93	46,3
Total	2782	52,40

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

En la tabla 11, se muestra el comportamiento de la sífilis según provincias, siendo las de la Gran área metropolitana con mayor tasa y en las provincias costeras es Limón la que presenta la mayor tasa por 100 000 habitantes.



Tabla 11

Costa Rica: Casos notificados de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, año 2024

Números absolutos y Tasas. (Tasa p/100.000 habitantes)

Provincias	Casos	Tasa
San José	1035	60,6
Alajuela	380	35,2
Cartago	277	50,0
Heredia	298	53,9
Guanacaste	119	28,7
Puntarenas	244	46,8
Limón	429	89,5
Total	2782	52,40

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

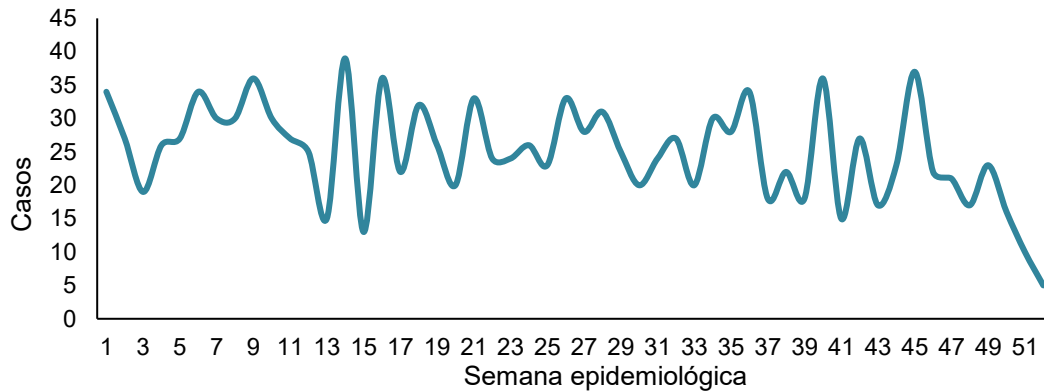
Según el INEC, para el año 2024 solo se reporta mortalidad en sífilis tardía (A52.0 - A52.9), son seis personas fallecidas con una tasa de 0,2 por 100 000 habitantes. Siendo todos hombres, cuatro de los fallecidos son de los grupos etarios de 40 a 64 años, y dos fallecidos son mayores de 65 años. Son cuatro casos de la provincia de San José y dos casos de Alajuela.

Gonorrea

En el año 2024, se notificaron 1 305 casos con una tasa de 24,60 por 100 000 habitantes. Se presentó un predominio en los hombres con el 88,66% (1157/1305), con una tasa de 43,3 por 100 000 habitantes. En las mujeres se reportaron un 11,34% (148/1305) con una tasa de 5,6 por 100 000 habitantes. En la figura 17, se observa la notificación de los casos según semana epidemiológica.

Figura 17

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas durante las semanas epidemiológicas 1-52, 2024



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

En la tabla 12, se presentan los casos por grupos de edad, siendo el reporte en el grupo de 20 a 64 años con mayor cantidad de casos reportados con 84,96% (1104/1305). Luego el grupo de 15 a 19 años con un 11,49% (150/1305), seguido por el grupo de mayores de 65 años con 2,68% (35/1305), y 16 casos en los grupos de menores de 1 año y 1 a 14 años.



Tabla 12

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según grupo de edad quinquenal, año 2024

Número absoluto y tasas. Tasa por 100,000 habitantes

Grupos de edad	Casos	Tasa
Menos 1 año	4	5,9
1 a 4	3	1,1
5 a 9	3	0,8
10 a 14	6	1,6
15 a 19	150	39,7
20 a 24	336	84,6
25 a 29	244	57,0
30 a 34	181	40,4
35 a 39	142	31,5
40 a 44	79	20,1
45 a 49	41	12,3
50 a 54	29	10,0
55 a 59	34	12,1
60 a 64	18	7,0
65 a 69	17	8,3
70 a 74	11	7,5
Más 75 años	7	3,5
Total	1305	24,60

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

En la tabla 13, se muestra el comportamiento de gonorrea, siendo las provincias de la gran área metropolitana San José y Heredia, con mayor incidencia y en las provincias costeras son Puntarenas y Limón las que presentan mayor tasa por 100 000 habitantes.



Tabla 13

Costa Rica: Casos notificados de gonorrea, según provincias de procedencia, semanas 1-52, 2024

Números absolutos y tasas. (Tasa por 100 000 habitantes)

Provincias	Casos	Tasa
San José	532	31,2
Alajuela	168	15,5
Cartago	105	19,0
Heredia	149	27,0
Guanacaste	46	11,1
Puntarenas	163	31,2
Limón	142	29,6
Total	1305	24,60

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

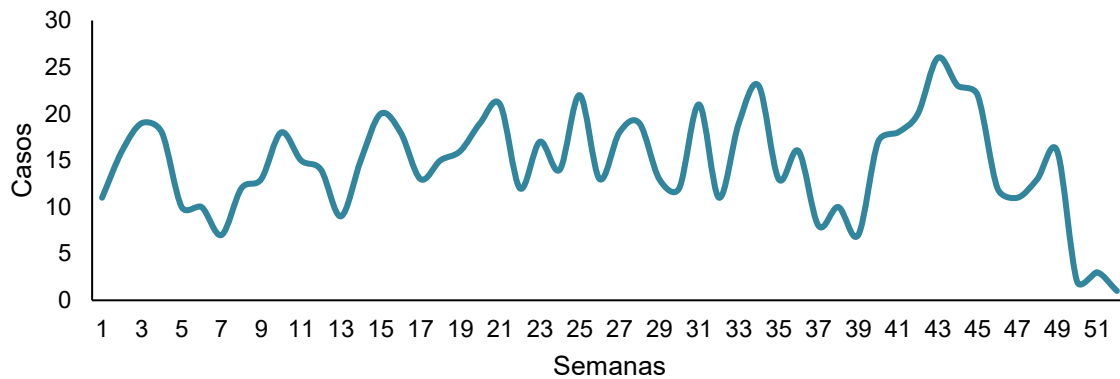
Herpes virus

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. En la figura 18, se observa la notificación de los casos según semana epidemiológica.

Figura 18

Costa Rica: Casos notificados por herpes virus, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante las semanas epidemiológicas 1-52, 2024



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

En la tabla 14, se presenta el comportamiento según grupos de edad muestra que el grupo de 20 a 64 años concentra la mayor cantidad de casos, con un 81,34% (619 de 761). Le siguen el grupo de 15 a 19 años con un 11,96% (91 casos), el grupo de mayores de 65 años con un 4,73% (36 casos), y finalmente los menores de 1 año con un caso reportado y el grupo de 1 a 14 años con 14 casos.



Tabla 14

Costa Rica: Casos notificados por herpes virus, según grupos de edad quinquenal, año 2024

Número absoluto y tasas. (Tasa por 100,000 habitantes)

Grupos de edad	Casos	Tasa
Menos 1 año	1	1,5
1 a 4	0	0,0
5 a 9	2	0,5
10 a 14	12	3,2
15 a 19	91	24,1
20 a 24	144	36,3
25 a 29	114	26,6
30 a 34	108	24,1
35 a 39	77	17,1
40 a 44	46	11,7
45 a 49	40	12,0
50 a 54	42	14,5
55 a 59	29	10,4
60 a 64	19	7,4
65 a 69	22	10,7
70 a 74	5	3,4
Más 75 años	9	4,5
Total	761	14,30

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

En la tabla 15, se muestra el comportamiento de herpes virus, siendo las provincias de la gran área metropolitana San José y Alajuela, con mayor incidencia y en las provincias costeras son Limón y Puntarenas las que presentan mayor tasa por 100 000 habitantes.

Tabla 15**Costa Rica: Casos notificados por herpes virus, según provincia, año 2024**

Números absolutos y tasas. (Tasa p/100,000 habitantes)

Provincias	Casos	Tasa
San José	302	17,7
Alajuela	147	13,6
Cartago	63	11,4
Heredia	62	11,2
Guanacaste	14	3,3
Puntarenas	87	16,7
Limón	86	17,9
Total	761	14,30

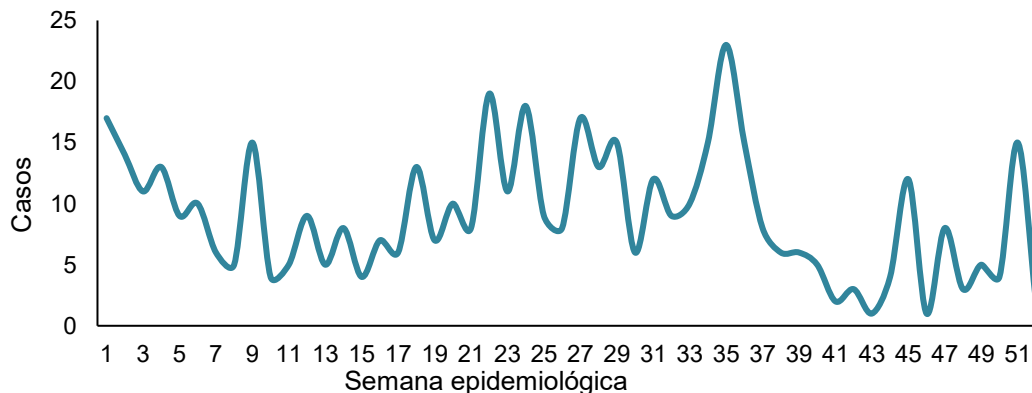
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025.

Virus del papiloma humano (VPH)

En el año 2024 se notificaron 471 casos de VPH, lo que representa una tasa de incidencia de 8,90 por cada 100 000 habitantes. Se observó un marcado predominio en mujeres, quienes representaron el 80,47 % de los casos (379 de 471), con una tasa de 14,37 por 100 000 habitantes. En contraste, los hombres representaron el 19,53 % (92 de 471), con una tasa de 3,44 por 100 000 habitantes. En la figura 19, se observa la notificación de los casos según semana epidemiológica.

Figura 19

Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, semanas 1-52, 2024



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



En la tabla 16, se presenta el comportamiento por grupos de edad muestra que la mayoría de los casos corresponde a adultos entre 20 y 64 años, con un 96,60% (455 de 471 casos). Les siguen los jóvenes de 15 a 19 años con un 2,12% (10 casos), los adultos mayores de 65 años con 5 casos, y finalmente, los menores de 10 a 14 años, con solo un caso reportado.

Tabla 16

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según grupo de edad quinquenal, año 2024

Número absoluto y Tasas por 100,000 habitantes

Grupos de edad	Casos	Tasa
de Menos de 1 año	0	0,0
de 1 a 4 años	0	0,0
de 5 a 9 años	0	0,0
de 10 a 14 años	1	0,3
de 15 a 19 años	10	2,6
de 20 a 24 años	54	13,6
de 25 a 29 años	59	13,8
de 30 a 34 años	98	21,9
de 35 a 39 años	61	13,5
de 40 a 44 años	56	14,2
de 45 a 49 años	49	14,7
de 50 a 54 años	47	16,2
de 55 a 59 años	18	6,4
de 60 a 64 años	13	5,1
de 65 a 69 años	5	2,4
de 70 a 74 años	0	0,0
75 años y más	0	0,0
Total	471	8,90

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

En la tabla 18 se presenta el comportamiento del VPH, destacándose una mayor incidencia en las provincias costeras de Limón y Guanacaste. Asimismo, en la Gran Área Metropolitana, San José y Heredia registran las tasas más altas por cada 100 000 habitantes.



Tabla 17

Costa Rica: Casos notificados por virus de papiloma humano, según provincia de procedencia, año 2024

Números absolutos y Tasas. (Tasa por 100.000 habitantes)

Provincias	Casos	Tasa
San José	106	6,2
Alajuela	20	1,9
Cartago	13	2,3
Heredia	27	4,9
Guanacaste	119	28,7
Puntarenas	18	3,4
Limón	168	35,1
Total	471	8,90

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

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

En el año 2024 se notificaron 940 casos de VIH, lo que representa una tasa de incidencia de 17,7 por cada 100 000 habitantes. Se observó un predominio marcado en el sexo masculino, con 794 casos (84,46%), correspondiente a una tasa de 29,7 por 100 000 habitantes. En contraste, las mujeres representaron el 15,54% de los casos (146), con una tasa de 5,5 por 100 000 habitantes.

En cuanto a los grupos etarios, la mayoría de los casos se concentró en adultos entre 20 y 64 años con 866 casos (92,1%). Luego los adolescentes de 15 a 19 años con 40 casos (4,3%), seguidos por personas mayores de 65 años con 19 casos (2,0%) y finalmente los menores de 14 años con 14 casos (tabla 18).



Tabla 18

Costa Rica: Casos notificados por VIH-SIDA, según grupos de edad quinquenal, año 2024

Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes

Grupos de edad	Casos	Tasa
0 a 4 años	11	3,1
5 a 9 años	1	0,3
10 a 14 años	2	0,5
15 a 19 años	40	10,6
20 a 24 años	138	34,7
25 a 29 años	187	43,7
30 a 34 años	168	37,5
35 a 39 años	129	28,6
40 a 44 años	72	18,3
45 a 49 años	66	19,8
50 a 54 años	44	15,2
55 a 59 años	34	12,1
60 a 64 años	28	10,9
65 a 69 años	10	4,9
70 a 74 años	6	4,1
75 a 79 años	2	2,2
80 años y más	1	0,9
desconocido	1	
Total	940	17,10

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

Notas: ¹Datos sujetos a cambios por revisión de serie histórica, y menores de 5 años en proceso de análisis de caso a nivel operativo, base al corte del 31-03-2025.

El comportamiento del VIH-Sida, según provincia de procedencia, con mayor tasa de incidencia son Heredia, San José y Guanacaste. Sin embargo, 95 casos se desconoce la provincia de procedencia (tabla 19).



Tabla 19

Casos notificados por VIH-SIDA, según provincia de procedencia, año 2024

Números absolutos y Tasas. (Tasa por 100.000 habitantes)

Provincias	Casos	Tasa
Total, país	940	17,7
San José	331	19,4
Alajuela	113	10,5
Cartago	66	11,9
Heredia	111	20,1
Guanacaste	82	19,7
Puntarenas	67	12,8
Limón	75	15,7
Desconocido	95	.

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

Notas: ¹Datos sujetos a cambios por revisión de serie histórica, y menores de 5 años en proceso de análisis de caso a nivel operativo, base al corte del 31-03-2025.

La mortalidad por VIH-Sida durante el año 2024, fue notificada por el INEC, según códigos de CIE-10 (B20.0-B24-X), fueron 177 personas fallecidas, con predominio en los hombres con una tasa de 5,5 fallecidos por 100 000 habitantes y las mujeres con una tasa de 1,1 personas fallecidas por 100 000 habitantes. Siendo el grupo de edad con mayor incidencia el de 50 a 55 años, en la tabla 20 se presentan según los grupos de edad.



Tabla 20

Costa Rica: Mortalidad por VIH (B20.0-B24.X) por sexo y grupos de edad quinquenal, 2024

(Tasa por 100.000 habitantes).

Grupos de edad	Total		Mujer		Hombre	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	177	3,3	30	1,1	147	5,5
<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	2	0,5	0	0,0	2	1,0
25 a 29	13	3,0	2	0,9	11	5,0
30 a 34	28	6,3	3	1,3	25	10,8
35 a 39	22	4,9	3	1,3	19	8,2
40 a 44	15	3,8	6	3,1	9	4,5
45 a 49	22	6,6	3	1,7	19	11,4
50 a 54	23	7,9	4	2,7	19	13,3
55 a 59	17	6,1	0	0,0	17	12,5
60 a 64	18	7,0	5	3,7	13	10,4
65 a 69	5	2,4	0	0,0	5	5,0
70 a 74	5	3,4	1	1,3	4	5,7
>75	7	3,5	3	2,7	4	4,4

Nota: a/ Cifras preliminares 2024

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

De las 177 personas fallecidos por VIH-Sida en el 2024, el 73,4% son de la GAM y el porcentaje restante a las provincias costeras, en la tabla 21 se muestra con mayor detalle.

Tabla 21**Costa Rica: Mortalidad por VIH (B20.0-B24.X) por año de defunción, según provincia, año 2024****(Tasa por 100.000 habitantes)**

Provincias	Casos	Tasa
Total	177	3,3
San José	80	4,7
Alajuela	19	1,8
Cartago	18	3,3
Heredia	13	2,4
Guanacaste	16	3,9
Puntarenas	17	3,3
Limón	14	2,9

Nota: a/ Cifras preliminares 2024

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

Discusión

Las ITS y VIH-Sida representan un serio problema de salud pública en el país, especialmente entre adultos jóvenes de 20 a 34 años. Se observa un mayor predominio de sífilis y gonorrea en los hombres, mientras que el herpes simple y el virus del papiloma humano afectan con mayor frecuencia a las mujeres.

Ante esta situación, es fundamental reforzar la educación sexual en los colegios, promoviendo la prevención de las ITS y VIH-Sida fomentando conductas responsables. Además, debe abordarse el impacto del consumo de drogas y alcohol, porque estos factores inciden negativamente en el comportamiento sexual.

Los centros de salud públicos como privados tienen un rol clave en la promoción de la salud sexual. Es necesario que brinden en las consultas información y educación en la prevención de las ITS y el VIH-Sida. Igualmente, facilitar el acceso a métodos de protección como condones masculinos y femeninos. Asimismo, se deben incluir contenidos sobre prevención en las charlas prenatales dirigidas a mujeres embarazadas con sus parejas, y en las consultas con adolescentes acompañados por sus padres o responsable legal.

El país debe fortalecer sus políticas de salud para garantizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento accesible y rápido. Esto implica un enfoque integral dirigido especialmente a las poblaciones de jóvenes y de mayor riesgo.



Recomendaciones

- El Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Educación Pública y la CCSS, debe fortalecer la educación y prevención de las ITS y el VIH-Sida, en especialmente en la población de adolescentes y adulto jóvenes. Este esfuerzo debe abarcar tanto los centros educativos públicos como privados, promoviendo programas integrales que involucren activamente a los jóvenes, así como a sus padres o encargados, para asegurar una comprensión amplia y responsable del tema.
- Implementación de pruebas rápidas de doble diagnóstico para sífilis y VIH en mujeres embarazadas, en el primer nivel de atención.
- Es fundamental el fortalecimiento de las investigaciones epidemiológicas sobre ITS y el VIH-Sida de morbimortalidad, 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.
- A nivel local, dentro del marco de la CILOVIS, sería fundamental desarrollar un trabajo conjunto entre el MS, el MEP y la CCSS, orientado a capacitar líderes comunitarios en temas de salud sexual, educación del uso correcto del condón y sexo seguro. Este esfuerzo busca promover la educación, la prevención y el autocuidado, en alianza con personas expertas, especialmente dirigido a la población adolescente y adulta joven, con el objetivo de prevenir futuras infecciones de transmisión sexual.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial se identifica cuando la presión de la sangre en los vasos sanguíneos es demasiado alta ($\geq 140/90$ mmHg), esto se convierte en un problema frecuente si no se trata ya que el evento es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, generando infartos agudos al miocardio, accidentes cerebrovasculares o insuficiencia renal.



Según indica la OPS, existe un aproximado de 12080 millones de adultos entre 30-79 años con hipertensión y dos tercios viven en países de ingresos bajos y medianos. Un 46% no saben que tienen hipertensión.

Solo un 21% de los hipertensos tiene controlada la enfermedad, existe una meta en cuanto a las enfermedades no transmisibles que es disminuir la prevalencia de la enfermedad un 25% para 2030, respecto de los valores de 2010.

Ante este panorama la OPS ha coordinado por medio de HEARTS en las Américas, las mejores prácticas para el manejo de las enfermedades cardiovasculares y modificar en los servicios de salud una mejor atención que permita a los usuarios tener mayor control de la hipertensión, así como estimular la promoción y prevención.

En el período comprendido entre 2019 y 2021 se identifica que en los años 2020 y 2021 las tasas de incidencia disminuyen respecto de las de 2019, así en 2020 el diagnóstico disminuye en 29,9% para el país y en 2022 un 14,65%, esto impresiona una relación a la atención de la pandemia, situación que generó una reorganización de los servicios de salud para la atención de los usuarios, de forma que se pudiera atender a los enfermos por COVID-19 y se ofrecía asistencia a usuarios ya diagnosticados por enfermedades crónicas a través de vías virtuales como llamadas telefónicas o telemedicina entre otros, así con el alcance de pacientes nuevos impresiona una disminución lo que pudo afectar el proceso de diagnóstico para estos años, además para 2022 se presentó una problemática por hackeo en la CCSS, lo cual afectó todos los sistemas por lo que evidentemente la notificación se vio perjudicada durante los meses que se mantuvo este problema

Así la tasa de incidencia (por cada 100.000 habitantes), registrada por notificación del evento de hipertensión arterial al MS, para 2018 fue de 357.4, en 2019 fue de 392.0, en 2020 fue de 278.3 y en 2021 de 395.8 mostrando la disminución en 2020, para 2022 se identificó una tasa de 315 y para 2023 se presentó un aumento en esa notificación, en 2024 se refleja un aumento de 17.4% respecto del 2023, alcanzado una tasa de 538.5.

En la tabla 22 se puede notar el diagnóstico es mucho mayor para la población luego de 65 años, de segundo lugar se observa en adultos de 20 a 64 en cuanto a incidencia, sin embargo, llama la atención que en 2020 el proceso de diagnóstico disminuyó tanto en la población adulta como los adultos mayores ya que la incidencia es mucho menor que en años anteriores siendo de 345.2 en adultos y 68.,0 en adultos mayores, lo cual remontó para 2024 con 677 respecto de 565 en 2023 y 1106 en adultos mayores para 2024.

En cuanto a la incidencia de hipertensión por provincia para el año 2024, se observa que la provincia de Puntarenas tiene la mayor incidencia de todas las provincias con 625.4 por cada 100.000 habitantes, lo cual es consistente con los años anteriores.

Tabla 22

Costa Rica: Incidencia de hipertensión según grupo de edad por curso de vida, 2019-2024

Números absolutos y tasas. (Tasa p/100.000 habitantes)

Grupos de edad	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Total		Total		Total		Total		Total		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
	20082	392,9	14223	278,3	20436	395,8	16424	315	24101	458	28593	538,5
0 a 9	0	0	5	0,8	3	0,4	10	1,5	18	2,7	14	2
10 a 19	152	20,1	150	19,8	152	20,3	100	13,4	202	26,9	221	29,4
20 a 64 a	15783	498,7	10925	345,2	15667	489,7	12429	384,9	18385	565	22228	677,9
≥65 años	4126	910,7	3117	688	4584	961,5	3870	772,2	5483	1042,2	6110	1106,2
Desconocido	21		26		30		15		13		20	

^aCifras preliminares 2024

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud con datos de INEC

Si bien la mortalidad por hipertensión no es frecuente, sino que esta enfermedad trabaja como un factor de riesgo para sufrir otros eventos como los infartos o la enfermedad cerebrovascular, en los últimos años se ha presentado un aumento considerable en cuanto a mortalidad por este evento, de esta manera en los años 2018 la mortalidad tenía una tasa de 3, 2019 de 5.2 y en 2020 de 6.6, sin embargo para 2021 se registró un aumento considerable con una tasa del doble del año anterior 12.8 y ha seguido aumentado con forme pasan los años, alcanzando 17.7 para 2024.

La tabla 23 muestra este fenómeno al cual debe dársele seguimiento, pues se debe considerar que, con el antecedente de la pandemia, podría existir un exceso de muertes en la población por este evento al no tener un adecuado diagnóstico, o errores en la identificación de la muerte que lleve a indicar la hipertensión como causa base y no otros eventos como el infarto al miocardio o los accidentes cerebrovasculares.



Tabla 23

Costa Rica: Mortalidad por hipertensión arterial (I10.X) por sexo y año de defunción, según grupo de edad por curso de vida con menores de 1 año, 2018-2024*

(Tasa p/100.000 habitantes)

Grupos de edad	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	0	2,7	0	5,2	0	6,6	663	12,8	792	15,2	809	15,4	939	17,7
0 a 9 a	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 a 19 a	12	0,0	33	0,0	39	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20 a 64 a	123	0,4	232	1,1	298	1,2	85	2,7	96	3,0	81	2,5	90	2,7
65 a y más	135	30,1	265	53,9	337	65,8	578	121,2	695	138,7	725	137,8	849	153,7
Ignorados	0		0		0		0		1		3		0	

*Cifras preliminares 2024

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad de Indicadores de Salud con datos de INEC

Para 2024 la tasa de mortalidad prematura fue de 5.6, y el porcentaje correspondiente de este grupo de edad (30-69) comparado con todas las edades es de 15.9%.

La mortalidad por hipertensión según provincia y cantón se analiza con un multiplicador por 10.000 habitantes a fin de ajustar a las poblaciones tanto de la provincia como de los cantones, por lo que en 2024 se identifica con mayor concentración en Cartago con una tasa de 2.6, seguido de Puntarenas con 1.9 por cada 10.000 habitantes

El cantón con mayor mortalidad por hipertensión en Cartago corresponde a Jiménez con 6.7 por cada 10.000 habitantes y en Puntarenas es Montes de Oro con 6.1.

Conclusiones

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que afecta a una parte importante de la población, según OPS un 46% de estas personas no conoce su padecimiento.

Esta enfermedad se convierte en un factor de riesgo para otras enfermedades cardiovasculares que se convierten en la primera causa de muerte en el país.



La mortalidad por hipertensión ha aumentado de forma consistente con el tiempo, teniendo una tasa de 2.7 por cada 100.000 habitantes en 2018 a 17.7 en 2024, por lo que en este caso es importante considerar el exceso de mortalidad por la pandemia de COVID.

Recomendaciones

- Continuar con las intervenciones establecidas hasta el momento, incluidas en la Estrategia Nacional del Abordaje de las Enfermedades no Transmisibles y Obesidad.
- Dar seguimiento a todas aquellas iniciativas de promoción de la salud que puedan tener efectos importantes en la hipertensión.
- Educar a las personas hipertensas en el manejo de sus medicamentos, por medio de estrategias como HEARTS.

Víctimas de accidente de tránsito

La OMS estima que las lesiones por accidentes de tránsito tienen un costo del 3% del P.I.B anual de los países.

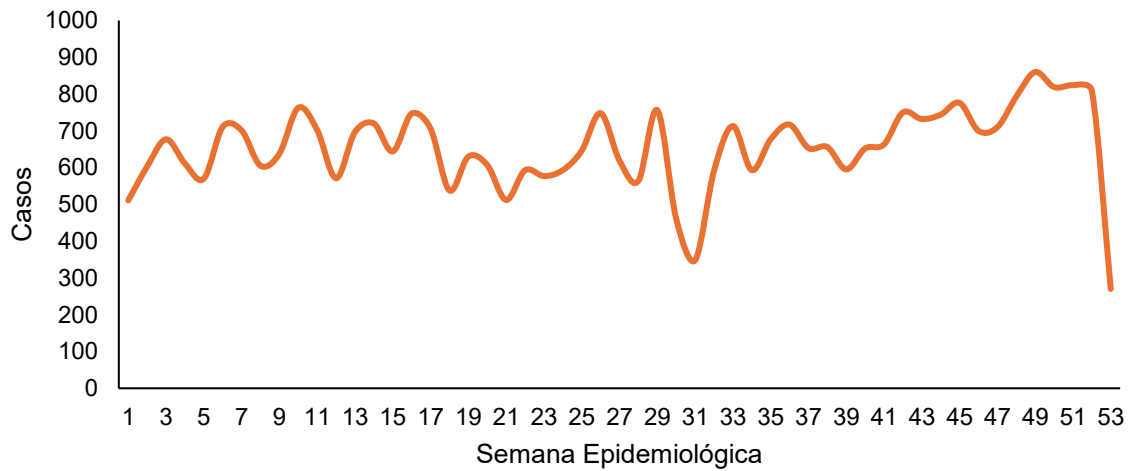
Además del sufrimiento que causan las lesiones por accidentes de tránsito, también suponen una pesada carga económica y psicológica tanto para las víctimas como para sus familias, tanto por los costos de tratamiento del accidentado como por la pérdida de productividad de quienes fallecen o quedan discapacitados, afectando por supuesto la economía del país por las horas hombre que se pierden.

Se estima que las muertes por accidentes de tránsito son de aproximadamente 1.9 millones de personas alrededor del mundo cada año con un resultado de entre 20 y 50 millones de lesiones no mortales, aunque no es una enfermedad cada persona tiene la cura para evitar tanto las lesiones como las muertes. Los accidentes de tránsito pueden afectar a cualquier persona, sea o no conductor ya que las estadísticas nos indican que también los peatones entendiéndose estos como los que van a pie por una vía y los que no lo son pueden verse involucrados en un accidente de tránsito

En el año 2024 se notificaron al MS 34666 personas lesionadas a través de la boleta VE-01 lo que representa una tasa de 652,89 y según datos del INEC murieron en este tipo de evento 846 con una tasa de 15,9 personas por cada 100.000 habitantes. La mayor cantidad de personas lesionadas sucedieron en la semana epidemiológica 49, con 860 casos.

Figura 20

Costa Rica: Lesionados por accidentes de tránsito, según semana epidemiológica 1-53, 2024

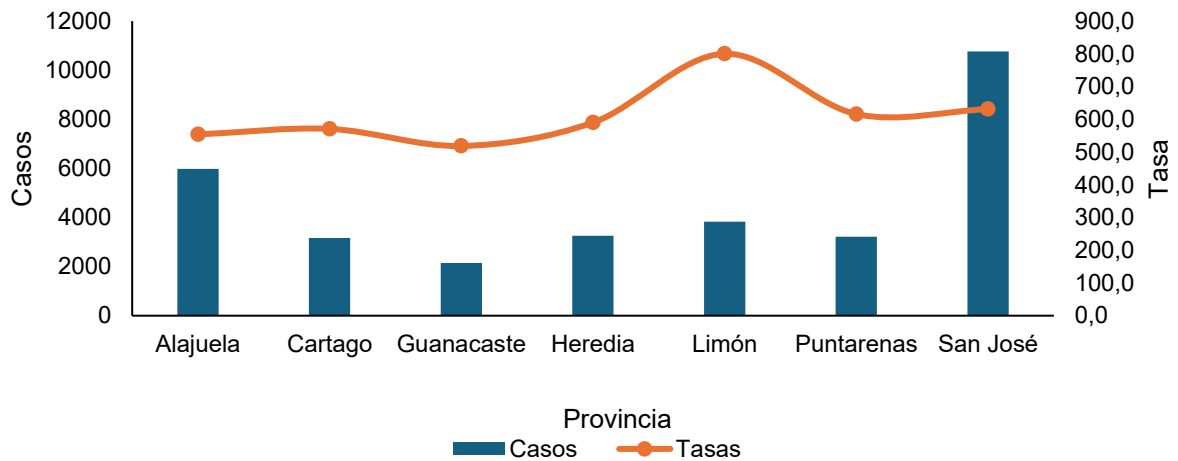


Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología

La provincia de San José reportó la mayor cantidad de personas lesionadas por un accidente de tránsito lo que representó un 31.06% de los 34666 lesionados a nivel nacional, seguida por Alajuela con un 17,26% de los casos. Sin embargo, cuando lo vemos a nivel de tasas, la provincia de Limón es la que tiene la tasa de lesionados más alta del país para el año 2024 con un total de 800,27 en segundo lugar, está San José con una tasa anual de 630,99.

Figura 21

Costa Rica: Casos notificados y tasas de incidencia de lesionados en accidentes de tránsito por provincia, 2024



Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología.

Para el año en estudio, hubo 24 cantones que superaron la tasa nacional de lesionados que fue de 652,89 por cada 100.000 habitantes. Siendo Monteverde el cantón con la tasa más elevada con un 1392,20 seguido de Matina con 1058,33 y San José con 1038,88, en último lugar aparece Montes de Oca con una tasa de 653,54.

Tabla 24**Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de lesiones por accidentes de tránsitos iguales o superiores a la tasa nacional, 2024**Tasa nacional ($\geq 652,89$ por 100.000 habitantes)

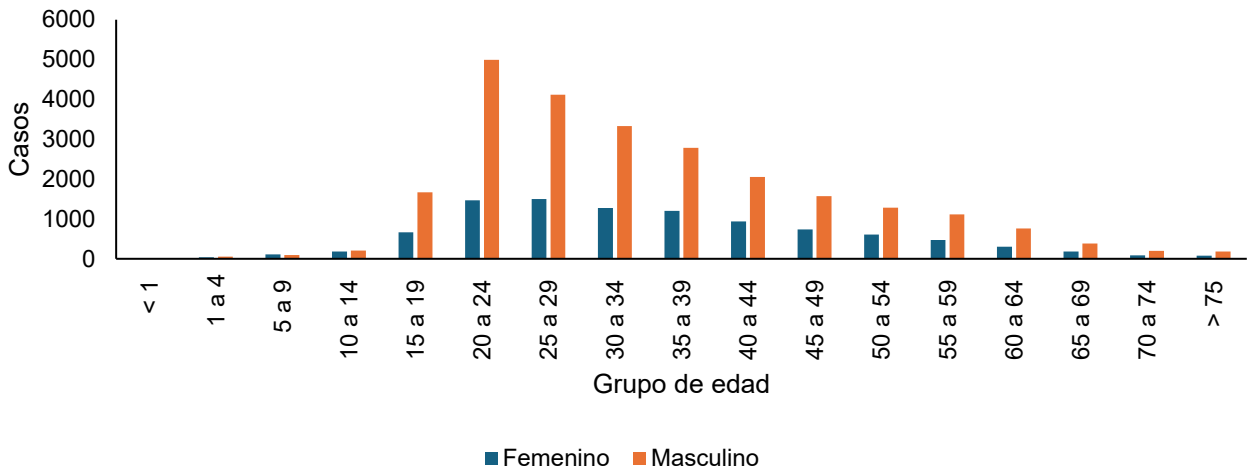
Cantón	Tasa
Monteverde	1392,20
Matina	1058,33
San José	1038,88
Belén	1032,82
Siquirres	937,17
Pococí	842,77
Osa	838,93
Heredia	832,80
Flores	822,49
Quepos	790,04
Escazú	787,25
Santa Ana	762,95
Nicoya	761,07
Guácimo	755,86
Pérez Zeledón	711,26
Acosta	711,17
Parrita	708,37
Mora	696,43
Alajuela	683,25
Orotina	681,87
Puerto Jiménez	668,65
Limón	667,45
Carrillo	656,50
Montes de Oca	653,54

Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología.

En lo referente a lesionados por sexo en el año 2024, se notificaron un total de 9856 casos de lesiones por accidentes de tránsito en mujeres y 24810 en hombres. El grupo de edad que representó la mayoría de lesionados se sitúa entre el grupo de 20 a 24 años y en segundo lugar el grupo de 25 a 29 años, solo estos dos grupos representan el 34,84 % de los lesionados en el año de estudio.

Figura 22

Costa Rica: Distribución de casos notificados de lesionados por sexo y grupo de edad, 2024

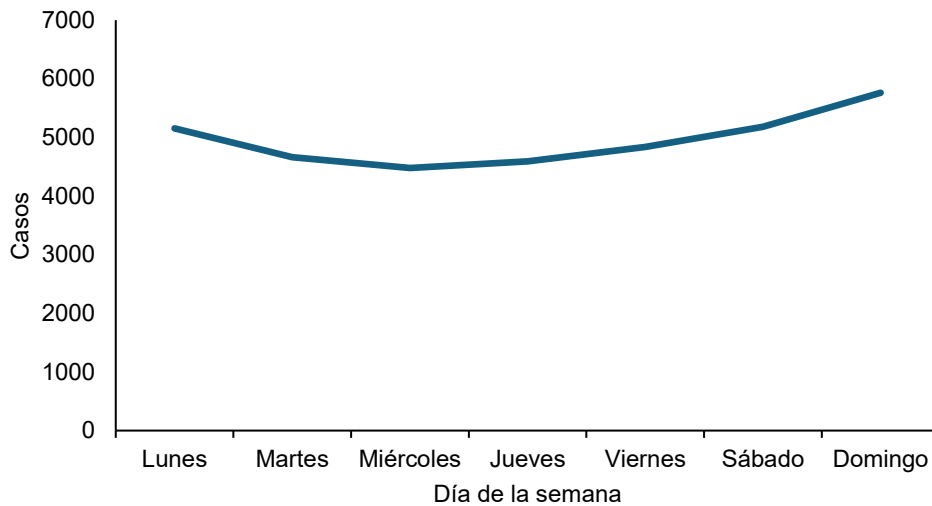


Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología.

Para el año de estudio, el día en que más lesionados hay por causa de los accidentes de tránsito es el domingo, aunque es cuando menos vehículos se suponen que hay en carretera, pero es cuando más personas salen por lo que se supone que hay mayor ocupación de las plazas de los vehículos lo que eventualmente explicaría la cantidad de lesionados y el día que menos lesionados se presentaron fue el miércoles, aumentando a partir del jueves y empezando a disminuir el lunes.

Figura 23

Costa Rica: Cantidad de personas lesionadas según el día de la semana, 2024



Fuente: I.N.E.C- Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Epidemiología.

Discusión

Los accidentes de tránsito son un problema social y económico que retrata las fallas de educación e infra estructura vial de nuestro país, no hay evidencia tangible que nos ayude a decir que se están haciendo acciones para tratar de bajar la cantidad de casos de personas lesionadas y fallecidas por este evento. Es conocido que el país participa en foros internacionales sobre seguridad vial y movilidad segura, pero la evidencia de que eso ha tenido algún beneficio para el país contrasta con las estadísticas. Los costos de los accidentes de tránsito son grandes, tanto es así que las pólizas que se pagan en el seguro obligatorio se quedan cortos ante la gravedad de las lesiones, lo que implica que es la CCSS la que debe después de asumir la atención de los lesionados una vez que ese monto está agotado, lo que conlleva en muchas ocasiones al uso de camas, la atención de profesionales en salud y el uso de insumos hospitalarios en la atención de esas personas que se vieron involucradas en un accidente y que no tienen una póliza voluntaria que complementa la póliza obligatoria, situación que ayuda a la saturación de servicios en los hospitales y clínicas de la CCSS, afectando a otros usuarios del sistema, pues los gastos en la atención por parte de la CCSS a los lesionados en accidentes de tránsito que los dejó de cubrir el monto de la póliza son tantos que con ellos se pudieron haber utilizado en equipos, personal y en infra estructura.



Conclusiones

En el año 2024 se reportaron 34666 personas lesionadas a través de la boleta VE-01 significando una tasa de 652,89 y según datos del INEC la tasa de fallecimientos por accidentes de tránsito fue de 15,9 personas por cada 100.000 habitantes. La mayor cantidad de personas lesionadas se presentaron en la semana epidemiológica 49 perteneciente al mes de diciembre.

La mayor cantidad de casos 10770, se presentaron en la provincia de San José, pero la tasa más alta estuvo en la provincia de Limón con 800,27 lesionados por cada 100.000 habitantes de esa provincia, al hacer la desagregación por cantón encontramos que el que tuvo la tasa más alta con 1392,20 fue Monte Verde.

Para el año 2024, los jóvenes de 20 y hasta los 29 años, fueron los que representaron el grupo con mayor cantidad de lesionados con 12079 lo que llegó a representar el 34,84% del total de los lesionados.

El comportamiento de casos de lesiones según día de la semana se asemeja a una pendiente, ya que su punto más bajo fue los miércoles y sin decrecer llega al domingo, para empezar su descenso a partir de los días lunes.

Recomendaciones

- Asegurar una educación vial de calidad desde temprana edad para que el conocimiento sea aprendido más pronto.
- Trabajar sobre el comportamiento juvenil del super macho e inmortal para evitar las impudencias en carreteras y los conflictos entre conductores.
- Mejorar las condiciones salariales de los oficiales de tránsito para evitar sobornos y así castigar con la legislación a quienes incumplan con las leyes de tránsito.
- Prohibir la venta de cualquier vehículo de dos ruedas en adelante a personas sin licencia de conductor para el vehículo que desea comprar.
- Cambiar todo elemento en carretera que fue colocado para evitar accidentes (señalización, barreras, etc.) y que ha estado involucrado en un accidente de tránsito.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) de presunto origen infeccioso y otros organismos especificados

La EDA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, especialmente en niños menores de cinco años y en regiones con acceso limitado a agua potable, saneamiento y servicios de salud. La EDA se define clínicamente como la presencia de tres o más evacuaciones líquidas o semilíquidas en 24 horas, con una duración menor a 14 días.

A nivel internacional, la EDA continúa siendo una carga importante de enfermedad. Según estimaciones de la OMS, cada año se producen alrededor de 1,7 mil millones de casos de diarrea infantil, y la diarrea representa la octava causa principal de muerte en el mundo, siendo responsable de aproximadamente 525,000 muertes de niños menores de 5 años anualmente.

Las causas más comunes de EDA incluyen virus (como rotavirus y norovirus), bacterias (como *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, y *Vibrio cholerae*) y parásitos intestinales (como *Giardia lamblia*). Los mecanismos de transmisión están estrechamente vinculados a la ingesta de agua o alimentos contaminados, contacto persona a persona, y condiciones ambientales insalubres.

La carga de enfermedad es desproporcionadamente alta en países de bajos ingresos, donde factores como la pobreza, el acceso limitado a servicios básicos y la desnutrición agravan el impacto. Sin embargo, la EDA también representa un problema importante en emergencias humanitarias, brotes alimentarios en países industrializados y poblaciones vulnerables.

La EDA sigue siendo un indicador clave de inequidad en salud global, y su prevención requiere estrategias integradas con enfoque Una Salud, considerando los vínculos entre salud humana, animal y ambiental.

En 2024 se reportaron 487182 casos por EDA en todo el país, ocupando el segundo lugar de eventos nacionales más notificados, representa una de las principales causas de morbilidad en menores de 5 años. La EDA representa una causa significativa de deshidratación y pérdida ponderal en la niñez. Asociada con riesgo de desnutrición aguda y retraso en el crecimiento, especialmente en menores de 2 años. La tasa nacional de incidencia estimada es de 91 por 1,000 habitantes, con variaciones por región rectora de Salud.

Las causas más frecuentes de diarreas en Costa Rica son de origen viral (rotavirus, norovirus) y bacteriano (*E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*).



Según la notificación del evento por parte de los servicios de salud públicos y privados, los cantones con mayor carga de casos suelen ser, en general, aquellos que presentan condiciones limitadas de saneamiento, especialmente en zonas costeras, fronterizas y urbano-marginales.

Si bien existen excepciones que no se ajustan completamente a estas características, muchos de estos cantones ocuparon los primeros lugares en incidencia durante el año 2024.

La siguiente pirámide poblacional muestra la distribución de las tasas según grupo de edad y sexo con respecto a EDA en Costa Rica durante el 2024.

Se observa que en todos los grupos etarios las tasas son considerablemente mayores en mujeres que en hombres, destacando especialmente entre los 20 a 39 años. Esto puede deberse a mayor exposición a factores de riesgo (cuido de niños/enfermos, preparación de alimentos) o mayor búsqueda de atención médica y por tanto más notificaciones.

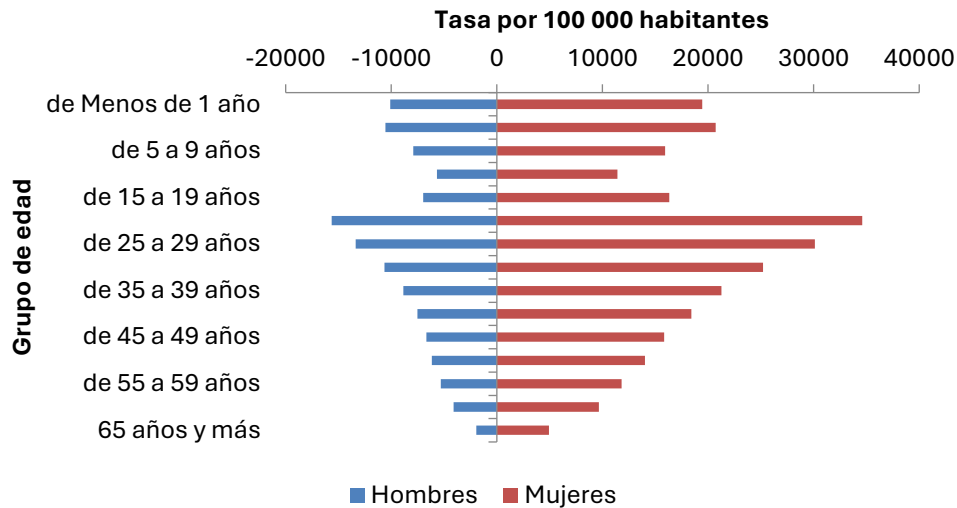
Los grupos con mayor tasa son las mujeres de 20 a 24 años que presentan la tasa más alta con 34 589.4 por 100 000, seguidas de las mujeres de 25 a 29 años (30 123.3) y 30 a 34 años (25 210.3). En hombres, también el grupo de 20 a 24 años es el más afectado, con 15 637.1, pero muy por debajo de su contraparte femenina. Esto indica una alta carga de enfermedad en adultos jóvenes, especialmente mujeres, lo cual rompe con la idea clásica de que la EDA afecta más a niños menores de 5 años. No obstante, los menores de 5 años también presentan una alta incidencia reflejados en mujeres de 1 a 4 años (20 727.9) y menos de 1 año (19 462.1). En hombres menores de 5 años, las tasas son también elevadas pero menores que en mujeres. Esto confirma la vulnerabilidad biológica de la primera infancia ante enfermedades diarreicas, por inmadurez inmunológica y dependencia de cuidadores y generan hipótesis de análisis entre posibles diferencias biológicas o inmunológicas por sexo.

A partir de los 40 años, las tasas disminuyen progresivamente en ambos sexos siendo los adultos mayores (65+) los que poseen las tasas más bajas.

La razón de prevalencia (mujeres/hombres) general es 1.20, lo que indica que es un 20 % más frecuente en mujeres que en hombres en la población total analizada.

Figura 24

Costa Rica: Pirámide de Enfermedad Diarreica Aguda por grupo de edad y sexo según incidencia, 2024



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

Durante las semanas SE del 2024 se observa una variación significativa en el número de casos de diarrea notificados a nivel nacional. Se identifican fluctuaciones que rompen con el patrón esperado, evidenciadas en picos de incidencia y caídas atípicas en semanas específicas.

La incidencia de casos de diarrea muestra un patrón ascendente en el primer semestre, alcanzando varios picos entre las semanas 14 y 22. El pico más alto del año se muestra en la SE 19 y el más bajo en la SE 52 que representa la última semana del 2024. También destacan las semanas 46 a 51 con cifras por debajo de los 6,500 casos, lo cual sugiere un comportamiento esperado hacia el cierre del año, coincidente con menor exposición ambiental y menor movilidad de personas, estudiantes y vacaciones de fin de año.

Posteriormente, se observa una disminución sostenida a partir de la semana 25, que se mantiene con algunas oscilaciones hasta el final del año.

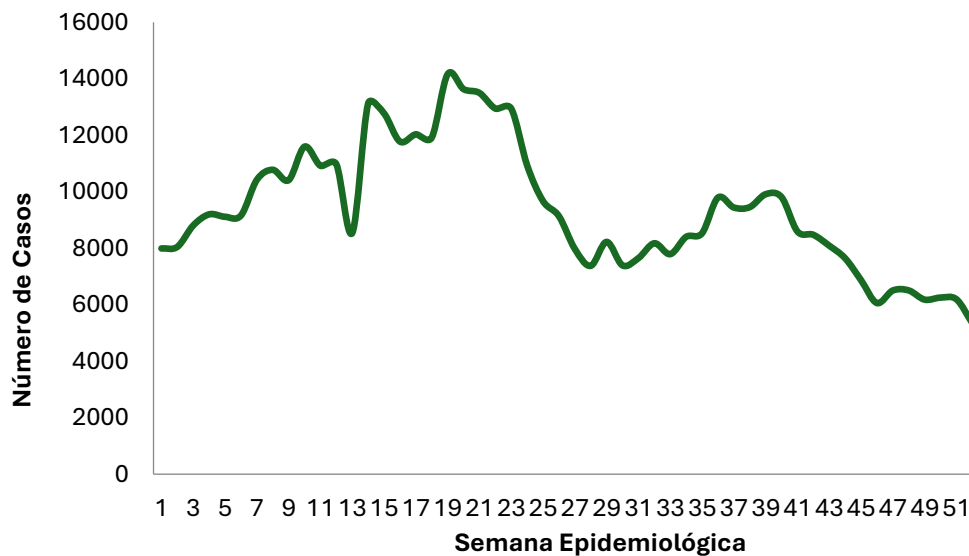
Entre las semanas 25 y 28 (9669 → 7378 casos) hay una caída abrupta en los registros, que podría estar asociada a subregistro vacaciones de medio año.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) presentan un comportamiento estacional de alta circulación, cuya distribución está estrechamente relacionada con factores climáticos. El

análisis sugiere un aumento sostenido en la incidencia entre los meses de abril y julio (semanas epidemiológicas 14 a 21), seguido de una disminución progresiva en el segundo semestre del año. Este patrón coincide con el inicio y desarrollo de la estación lluviosa en Costa Rica, que se extiende generalmente de mayo a noviembre. Durante esta época, las altas temperaturas y el exceso de humedad favorecen la proliferación de agentes patógenos y contaminantes en el agua y los alimentos, especialmente en zonas con infraestructura sanitaria limitada. La combinación de precipitaciones intensas y deficiencias en el manejo de aguas residuales aumenta el riesgo de transmisión fecal-oral. Asimismo, el inicio de la estación seca (diciembre a abril) coincide con una disminución en los casos, lo cual se asocia a menor exposición ambiental.

Figura 25

Costa Rica: Incidencia de EDA por semana epidemiológica, 2024



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

El canal endémico permite visualizar el comportamiento esperado de las enfermedades, y estas anomalías generan una alerta epidemiológica. Las correcciones tardías o la carga concentrada de datos alteran la línea de seguridad (umbrales superior e inferior), comprometiendo la interpretación y respuesta en salud pública. Para el 2024 refleja un comportamiento ascendente en la incidencia, en parte atribuible a la mejora en los procesos de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos y



agua, fortalecida por la reciente publicación del Protocolo Nacional para la Vigilancia de estas enfermedades.

La actualización y adaptación de los canales endémicos requerirá al menos cinco años, considerando la necesidad de contar con series históricas más robustas y representativas. No obstante, la vigilancia de este evento se encuentra respaldada por lo establecido en el Decreto Ejecutivo N.º 33903-S, Reglamento General de Vigilancia de la Salud.

Se ha dimensionado que, con la interoperabilidad de los sistemas de información en salud en un futuro cercano, es probable que se registre un incremento en los casos notificados, lo que tendrá un impacto directo en los canales endémicos existentes. Este es un proceso esperado, y se anticipa que durante los próximos años estos canales se vean afectados mientras se consolida el nuevo modelo de vigilancia.

Cabe destacar que la enfermedad diarreica aguda (EDA) constituye un problema de salud pública de gran relevancia, siendo el segundo evento con mayor número de notificaciones en Costa Rica. La notificación obligatoria de este evento se realiza conforme al Decreto Ejecutivo N.º 40556-S, lo que garantiza su seguimiento regular y sistemático por parte de los servicios de salud públicos y privados.

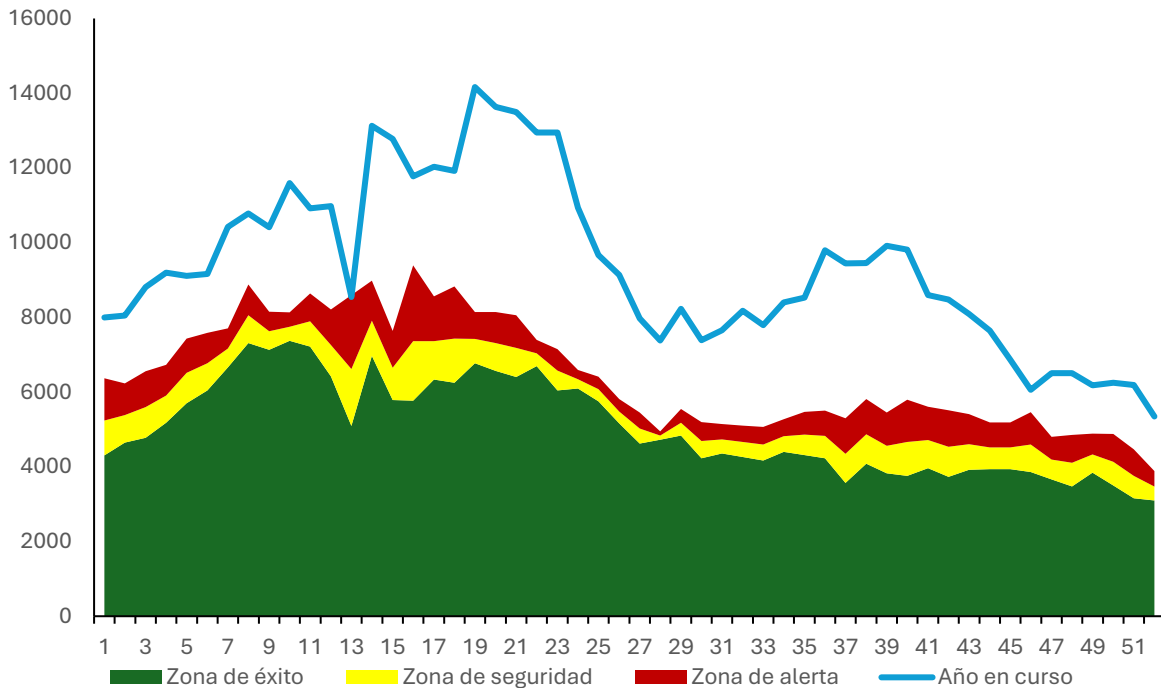
En función de lo descrito el canal endémico del 2024 indica que:

- Zona de éxito (verde claro): Representa el comportamiento esperado bajo condiciones óptimas de control. En este canal, la mayoría de las semanas del segundo semestre (SE 30 a SE 52) permanecen dentro o por debajo de esta zona, lo que indica una circulación controlada del evento en ese periodo.
- Zona de seguridad (amarilla): Define un rango intermedio, dentro de los límites de alerta, pero aún tolerable. Se observa que muchas semanas entre la SE 10 y la SE 25 se sitúan en esta zona, lo que podría corresponder a un inicio sostenido del aumento estacional esperado.
- Zona de alarma (roja): Indica que el número de casos supera el umbral normal; puede representar un brote o un aumento anómalo. Las semanas SE 14 a SE 22 muestran una presencia persistente en la zona roja, lo que refleja una fase epidémica activa o descontrolada. Esto coincide con el análisis previo del pico más alto (SE 19).

Figura 26

Costa Rica: Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 52, 2017-2024

(Se excluyen del 2020 al 2022 por pandemia COVID-19)



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

La región del MS con mayor incidencia corresponde a la Región Rectora de Salud Pacífico Central la cual reporto la tasa más alta del 2024 con aproximadamente 13,068 casos por cada 100,000 habitantes. Esto puede estar asociado a condiciones de saneamiento limitadas, alta humedad y temperaturas elevadas. También influye el turismo costero, manipulación de alimentos y deficiencias en el tratamiento de aguas residuales.

Las regiones Central Sur y Central Norte son regiones de alta incidencia por encima de los 10000 casos por 100,000 habitantes, son regiones urbanizadas con gran concentración poblacional y, posiblemente, mayor acceso a servicios de salud, lo cual facilita una mejor notificación de casos. Sin embargo, también representan cantones urbano-marginales con alta vulnerabilidad.

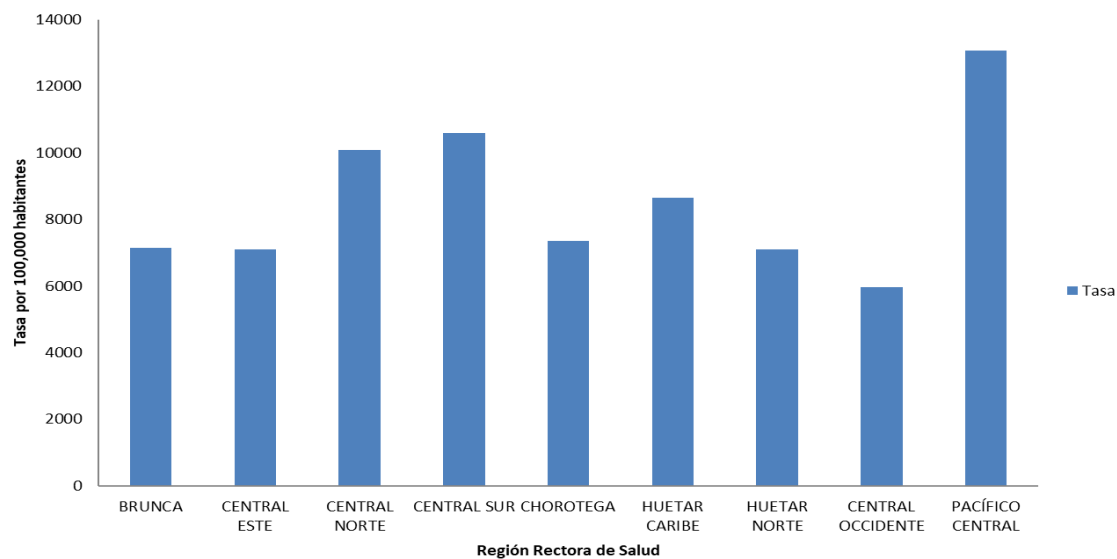
Las regiones de incidencia media que van entre los 7000 y 9000 casos por cada 100,000 habitantes son la Huetar Caribe, la Chorotega, la Brunca, la Central Este y

Huetar Norte, estas zonas suelen tener desigual acceso a servicios básicos, alta ruralidad y factores climáticos que favorecen la transmisión de enfermedades diarreicas. Algunas de ellas con zonas fronterizas.

La Región con menor incidencia fue la Región Central Occidente única región por debajo del umbral de 6000 casos por cada 100,000 habitantes posiblemente asociado a un subregistro de casos y una menor densidad poblacional.

Figura 27

Costa Rica: Tasa de incidencia por diarrea por Región Rectora de Salud



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

Provincias con mayor incidencia:

Puntarenas: 10,731 por cada 100,000 habitantes

San José: 10,228

Heredia: 9,680

Estas tres provincias presentan las tasas más altas, lo que puede estar relacionado con mayor densidad poblacional en zonas urbanas o urbano-marginales (San José, Heredia), bajas condiciones de saneamiento más limitadas en zonas costeras y rurales y alta movilidad poblacional, turismo o manipulación de alimentos sin medidas adecuadas (Puntarenas).

Provincias con menor incidencia

Cartago: 6,953



Guanacaste: 7,197

Estas cifras, aunque no necesariamente indican menor circulación real, pueden sugerir: mejor acceso a agua potable y saneamiento, menor densidad poblacional o distribución más rural, posible subregistro o menor capacidad diagnóstica en zonas alejadas.

Provincias con Incidencia intermedia

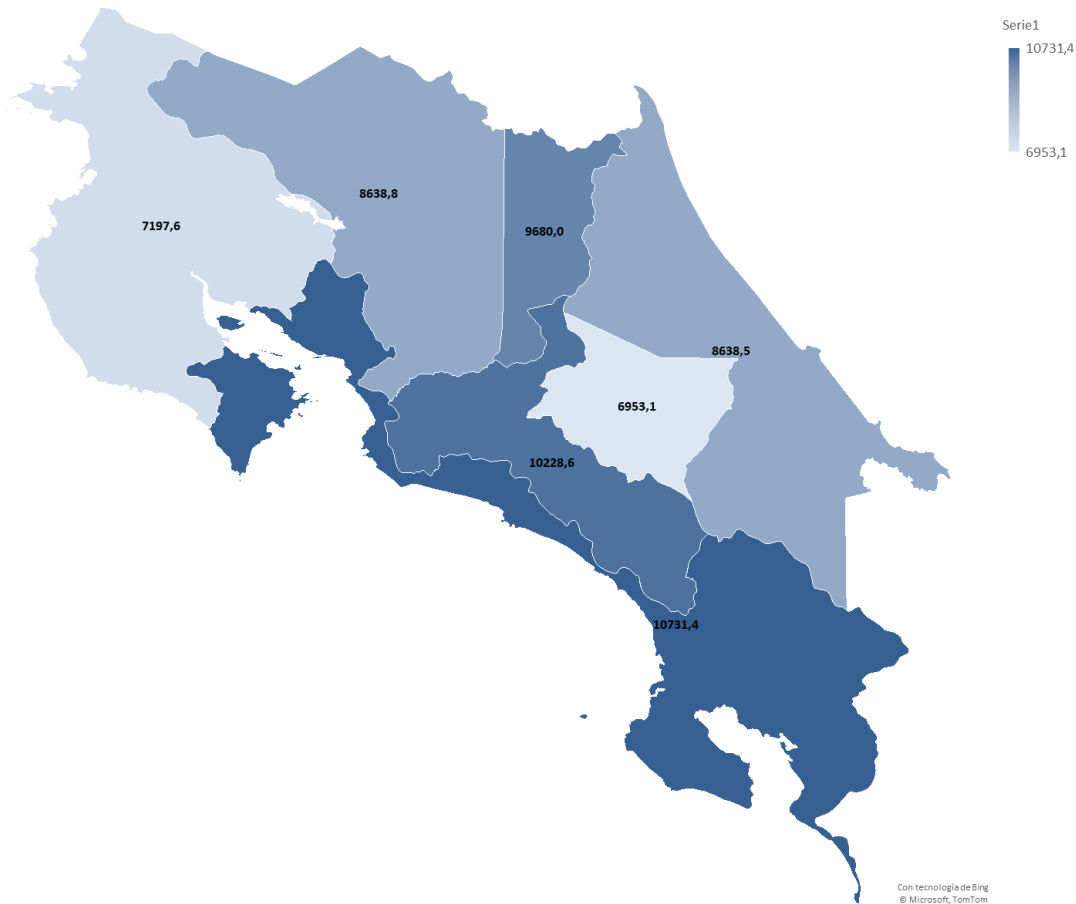
Alajuela: 8,638

Limón: 8,638

Ambas provincias presentan tasas muy similares. En el caso de Limón, históricamente se asocia a factores estructurales como zonas urbano-marginales, fronterizas y mayor exposición ambiental. En Alajuela puede influir una mezcla entre sectores urbanos, rurales, zonas turísticas y centros penitenciarios.

Figura 28

Costa Rica: Incidencia de diarreas por provincia, 2024



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

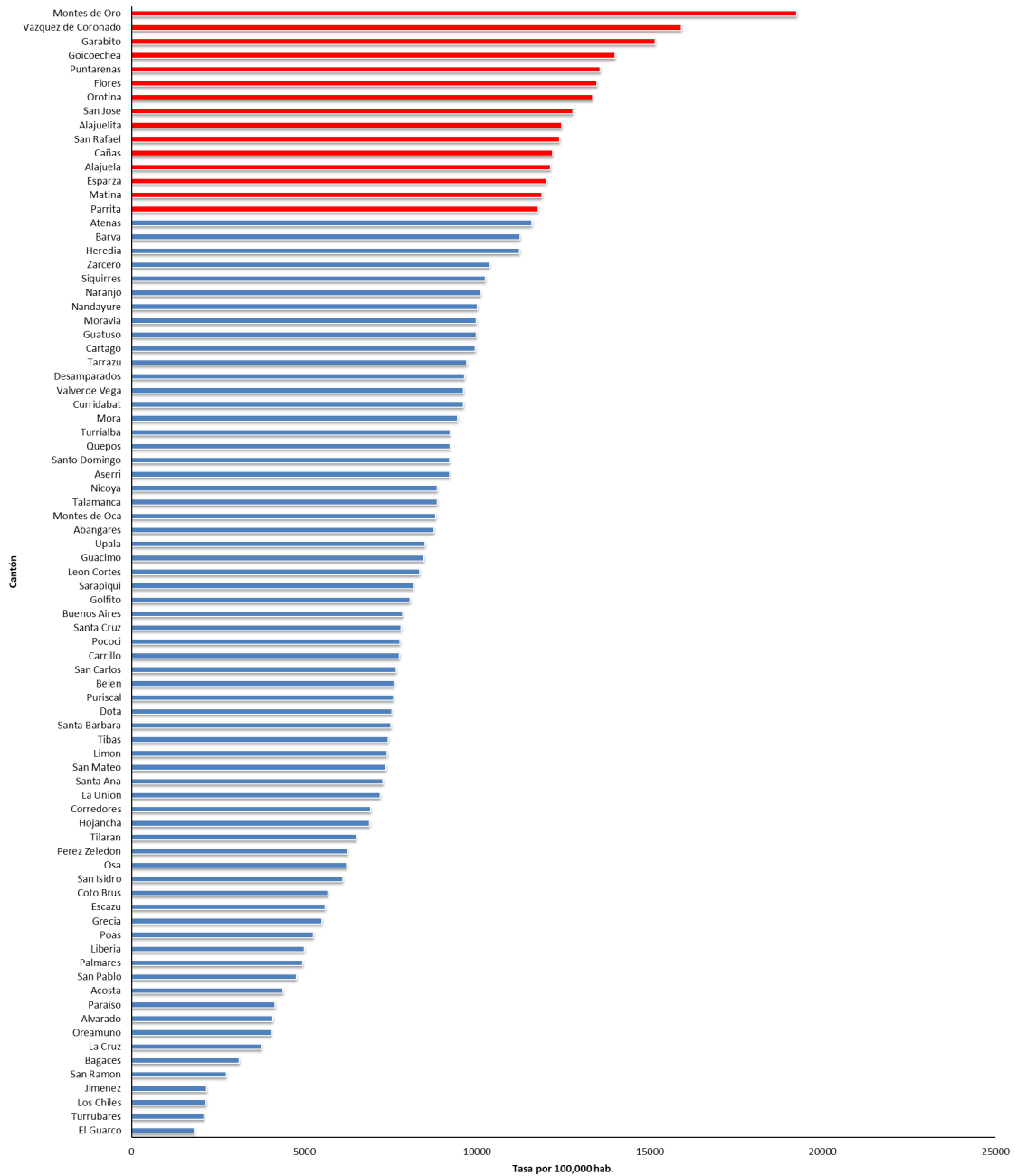
Los cantones en color rojo representan los cantones con tasas en el percentil 90 o superior que fue calculado a partir de todas las tasas cantonales. Estos cantones representan el 10% más alto en cuanto a carga de enfermedad diarreica aguda en el país, concentran una carga desproporcionada de casos en relación con su población, como, por ejemplo: Montes de Oro (Puntarenas): 19,248, Vázquez de Coronado (San José): 15,915 Garabito (Puntarenas): 15,157 y Flores (Heredia): 13,464.

Las tasas más altas se concentran en zonas costeras (Pacífico Central, Caribe y cantones urbano-marginales del Gran Área Metropolitana (GAM), mientras que las tasas más bajas se encuentran en cantones de montaña o rurales menos densos como Dota, Tilarán, Jiménez y el Guarco.



Figura 29

Costa Rica: Incidencia de diarreas por cantón, 2024



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

El total de muertes registradas por EDA según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y censos obedece a 108 defunciones de EDA a nivel nacional



con una tasa bruta general de 2 por cada 100,000 habitantes, de las cuales 56 muertes fueron mujeres (2,1 por 100.000) y 52 hombres (1,9 por 100.000). Las tasas son muy similares por sexo, entre hombres y mujeres, con una ligera predominancia en mujeres en términos absolutos y relativos.

Los grupos más vulnerables fallecidos por esta causa son los adultos mayores de 70 años en adelante, los cuales representan el 72% de las muertes totales por EDA, posiblemente asociado a mayor vulnerabilidad inmunológica, enfermedades crónicas y fragilidad ante deshidratación. El segundo grupo más afectado son los lactantes menores de un año correspondientes a 3 muertes que, aunque en cantidad son pocos, tienen una tasa alta (tasa total: 4,4 | hombres: 5,7), lo que indica alto riesgo en este grupo.

Los extremos de la vida (lactantes y adultos mayores) concentran casi todas las muertes y la mortalidad aumenta de forma sostenida con la edad.

La tasa de letalidad por EDA en Costa Rica (2024) es 0,022 %, es una letalidad muy baja, lo cual es esperable para EDA en contextos con acceso a servicios de salud, pero la alta cantidad de casos totales puede provocar aun así un número considerable de muertes, especialmente en poblaciones vulnerables como lactantes y adultos mayores.

Tabla 25

Costa Rica: Tasa de mortalidad por provincia, 2024

Provincia	Muertes	Tasa (/100.000 hab)	Observación
San José	46	2,7	Mayor número absoluto de muertes (42% del total nacional). Cantones con tasas elevadas: Turrialba (5,3), San José (5,1), Montes de Oca (4,8).
Heredia	14	2,5	Segunda tasa más alta. San Rafael (6,9) y Flores (3,9) entre los más afectados.
Puntarenas	12	2,3	Cantones con tasas elevadas: Montes de Oro (6,7), Esparza (5,0), Puntarenas (4,1).
Cartago	12	2,2	Destaca Jiménez (12,2), la tasa más alta del país. También Paraíso (6,2).
Guanacaste	6	1,4	Nandayure con 8,4 (la más alta en la provincia). Tilarán con 4,5.
Alajuela	13	1,2	Tasa más baja entre las grandes provincias. Destacan Poás (2,8), Palmares (2,3), San Carlos (1,9).
Limón	5	1	La más baja en términos absolutos y relativos. 1 Pococí (2,5) fue el único cantón con más de una muerte.

Fuente: Estadísticas Vitales. INEC



Eventos de interés epidemiológico

Durante el 2024 se identificaron varios eventos de interés epidemiológico en el contexto de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, tanto por su magnitud como por el perfil de los grupos afectados. Destacan brotes con alta cantidad de personas expuestas, como los ocurridos en comunidades de Puntarenas y Limón, así como eventos asociados a poblaciones vulnerables, incluyendo centros educativos, hogares de larga estancia y un centro penitenciario. Algunos de estos brotes incluyeron hospitalizaciones y fallecimientos, lo que eleva su relevancia sanitaria. Además, se reportaron situaciones con transmisión comunitaria sostenida, sin una fuente puntual identificada, y brotes con reiteración de agentes como *Shigella* en una misma región, lo que podría indicar fallas estructurales persistentes en saneamiento o manejo de alimentos. Estos eventos requieren seguimiento especial por parte de los equipos de vigilancia, así como intervenciones focalizadas y coordinadas con actores locales para prevenir recurrencias y mitigar riesgos a la salud pública.

Brotes asociados a la Vigilancia de ETAS

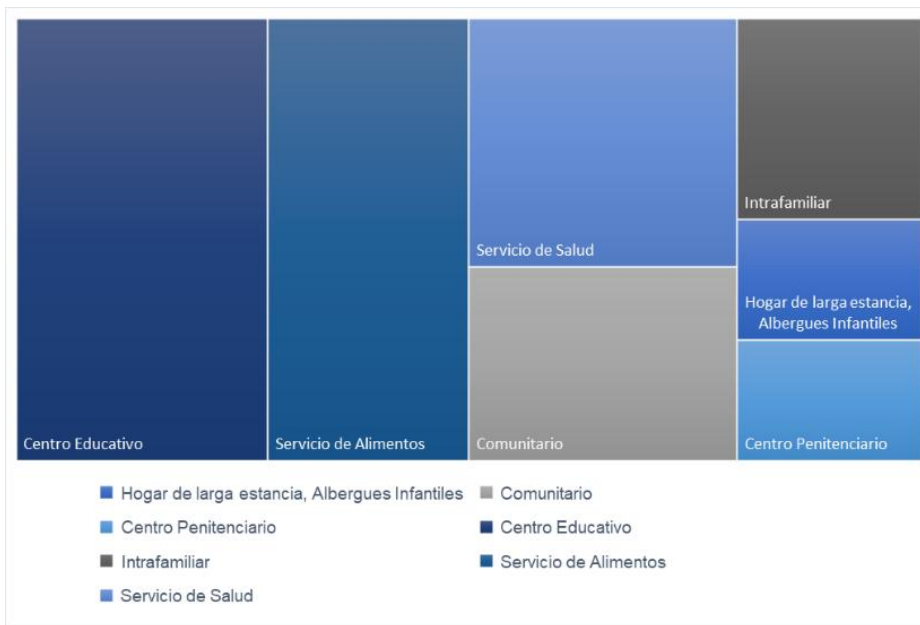
Durante el año 2024, se registraron múltiples brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y agua (ETA/EDA) en todo el país, aproximadamente 55 fueron asociados a esta causa no obstante adicionalmente se investigaron 20 brotes supuestamente asociados que fueron descartados por estas causas.

Las provincias más afectadas por brotes de ETA/EDA fueron: San José, Alajuela, Cartago, Limón y Puntarenas. Las regiones de salud Central Sur, Central Este y Huetar Caribe fueron las que reportaron mayor actividad, reflejando patrones de riesgo asociados a la densidad poblacional y condiciones sanitarias locales.

La mayoría de los brotes estuvieron clasificados como EDA, aunque también se presentaron numerosos eventos ETA, particularmente en establecimientos como centros educativos, servicios de alimentación institucional, hogares de larga estancia, comunidades abiertas e incluso a nivel intrafamiliar. Estas características reflejan una distribución amplia tanto en el entorno urbano como rural.

Figura 30

Costa Rica: Distribución de brotes por tipos de establecimientos de ocurrencia, 2024

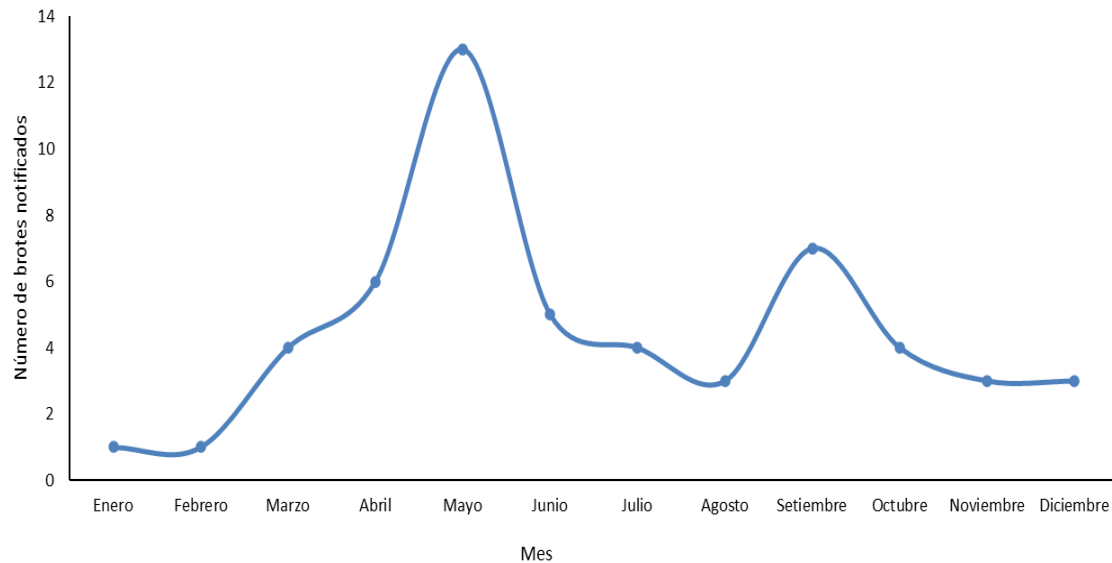


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

El comportamiento temporal de los brotes muestra un aumento significativo entre los meses de abril y septiembre, con un repunte notorio en mayo, junio y julio. Este patrón sugiere una posible asociación con factores climáticos, como las lluvias y el incremento de temperaturas, que suelen favorecer la proliferación de microorganismos en alimentos y agua.

Figura 31

Costa Rica: Tendencia mensual de brotes de ETA/EDA, 2024



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

En cuanto a los agentes causales identificados, se destacan *Shigella* y *Escherichia coli* como los más frecuentes, seguidos por *Salmonella*, *Clostridium perfringens* y *Norovirus*. Sin embargo, un número considerable de eventos no contaba con etiología confirmada, lo que limita la capacidad de respuesta dirigida y requiere fortalecer la vigilancia laboratorial y el tiempo de respuesta ante los brotes.

Figura 32

Costa Rica: Número de brotes según agente etiológico, 2024



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Algunos brotes comunitarios fueron de magnitud considerable, como el registrado en una comunidad de Puntarenas con más de 850 personas afectadas, otro en Limón con 250 casos, y uno en Cartago con más de 300 afectados. Además, se documentaron eventos con casos graves, hospitalizaciones y fallecimientos, destacando brotes en centros penitenciarios y hogares de larga estancia, donde la vulnerabilidad de la población incrementa el riesgo de complicaciones.

Finalmente, se identifican múltiples situaciones en las que no se logró confirmar el agente causal ni el origen del brote, lo que plantea la necesidad de reforzar las acciones de inspección, muestreo, coordinación interinstitucional y educación en salud pública. La alta repetición de agentes como Shigella en ciertas regiones también sugiere problemas estructurales que podrían estar relacionados con el manejo de aguas residuales, contaminación cruzada o manipulación inadecuada de alimentos.

Discusión

El análisis epidemiológico de EDA en Costa Rica durante el año 2024 revela un comportamiento multifactorial, condicionado por aspectos demográficos, geográficos, estacionales y operativos. Uno de los hallazgos más relevantes es que las mujeres adultas jóvenes (20–39 años) representan el grupo poblacional con mayor incidencia de casos, seguidas por los niños menores de cinco años, quienes también presentan una alta carga,



especialmente en niñas. Por su parte, los hombres muestran tasas consistentemente menores en todos los grupos etarios, aunque siguiendo una tendencia general similar.

Desde una perspectiva temporal, se confirma que la EDA mantiene un componente altamente estacional, con un aumento claro en los casos durante los meses de abril a julio, que coinciden con la estación lluviosa en el país. Este patrón se evidenció en el canal endémico nacional, donde las semanas epidemiológicas 14 a 21 superaron la zona de alarma, indicando una fase epidémica activa. A partir de la semana 24, se observa un control progresivo, posiblemente resultado de las intervenciones sanitarias implementadas o de una mejoría en las condiciones climáticas.

En cuanto a su magnitud, las diarreas continúan siendo el segundo evento de notificación más frecuente en Costa Rica, lo que refuerza su importancia como problema de salud pública. Sin embargo, su distribución no es homogénea. Existe una alta desigualdad territorial, donde las tasas más elevadas no siempre corresponden con las provincias más densamente pobladas, sino con aquellas que presentan condiciones estructurales de mayor riesgo, como deficiencias en el acceso a agua potable, saneamiento básico y control de residuos.

Las provincias costeras, como Puntarenas y Limón, destacan por su alta carga de enfermedad, lo cual es coherente con estudios previos que vinculan la EDA con zonas costeras, fronterizas y urbano-marginales, donde la exposición a fuentes de agua contaminadas y la manipulación inadecuada de alimentos son más frecuentes. Asimismo, en provincias como Heredia y San José, las elevadas tasas pueden deberse tanto a una mayor carga real asociada a la urbanización y densidad poblacional, como a una mejor capacidad diagnóstica y de notificación, lo que sugiere que las cifras elevadas también pueden reflejar un sistema de vigilancia más eficiente, y no necesariamente mayor transmisión.

A nivel cantonal, los cantones con tasas más altas se concentran en localidades como Montes de Oro, Vázquez de Coronado, Garabito, Orotina y Flores, donde las tasas superan el percentil 90 nacional. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de priorizar intervenciones multinivel, con énfasis en calidad del agua, prácticas de higiene, vigilancia alimentaria y educación sanitaria, además de evaluar factores contextuales como lluvias, condiciones de vivienda y capacidad operativa de los sistemas de salud.

En resumen, el comportamiento de la EDA en 2024 evidencia no solo un patrón epidemiológico estacional, sino también una fuerte influencia de determinantes sociales,



ambientales y operativos, lo que exige un enfoque integral y territorialmente diferenciado para su prevención y control.

Conclusiones

La incidencia de EDA se ve fuertemente influenciada por diversos factores de riesgo y condiciones contextuales, que varían según el entorno geográfico, social y operativo. Entre los principales factores destacan el consumo de agua proveniente de fuentes no potabilizadas, el manejo inadecuado de alimentos, tanto en los hogares como en ventas ambulantes, y la escasa educación sanitaria en algunas regiones, lo que limita la adopción de prácticas preventivas efectivas. Además, la eliminación deficiente de excretas, la inadecuada disposición de residuos sólidos y las prácticas insuficientes de lavado de manos aumentan significativamente la transmisión fecal-oral.

En zonas rurales dispersas, la falta de acceso a servicios de salud representa una barrera crítica para la prevención y atención oportuna de casos. Asimismo, las condiciones socioeconómicas y de vivienda precarias, especialmente en lo que respecta al acceso a agua potable y saneamiento básico, refuerzan la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales.

La estacionalidad climática, con aumentos durante las épocas lluviosas, también incide en la propagación de patógenos entéricos.

Por otro lado, los factores operativos pueden generar distorsiones en la vigilancia, como el atraso en el registro de casos, las plataformas digitales, la falta de personal, o los fallos técnicos en los sistemas de notificación, son situaciones que se presentan con mayor frecuencia en épocas de vacaciones y feriados.

Finalmente, la ocurrencia de brotes en entornos comunitarios, escolares, institucionales o hospitalarios evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia, la educación sanitaria y la respuesta intersectorial ante esta problemática de salud pública.

Recomendaciones

- Reforzar la vigilancia epidemiológica local con análisis de tendencias semanales.
- Fortalecer la educación sanitaria comunitaria, incluyendo acciones preventivas como las prácticas de lavado de manos, desinfección de agua y manipulación de alimentos.



- Mejorar el acceso a servicios básicos (agua, saneamiento y salud) en zonas de mayor vulnerabilidad.
- Implementar sistemas de alerta temprana ante eventos climáticos y brotes.
- Fortalecer la capacitación del personal de salud en la atención integral de EDA.
- Promover una respuesta multisectorial desde salud, educación, ambiente, desarrollo social y gobiernos locales.
- Fortalecer las medidas de prevención y control antes y durante la estación lluviosa.
- Reforzar vigilancia y medidas preventivas antes de la SE 12 cada año.
- Establecer localmente alertas automáticas si los casos superan la zona amarilla por más de 2 semanas consecutivas.
- Priorizar intervenciones preventivas en Pacífico Central, Central Sur y Central Norte, como: campañas de higiene y manipulación segura de alimentos, mejora de sistemas de agua y saneamiento.
- Reforzar la vigilancia en regiones con tasas bajas para descartar subregistro.
- Depuración retroactiva de registros acumulados para mejorar la calidad de los canales endémicos.
- Fortalecer la oportunidad de la notificación, especialmente en semanas con feriado o transiciones administrativas.
- Aplicar alertas automatizadas para identificar variaciones abruptas y activar revisión antes de su incorporación definitiva.

Tuberculosis

La TB es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que suele afectar principalmente los pulmones, pero puede afectar otros órganos y se transmite por el aire. Aunque en personas sanas puede permanecer latente, la forma activa presenta síntomas como tos, fiebre, debilidad y pérdida de peso.

En 2023, la TB se mantuvo como una amenaza global, con la mayoría de los casos concentrados en Asia Sudoriental, África y el Pacífico Occidental. Más del 85% de los nuevos casos se reportaron en 30 países con alta carga, especialmente en India, China, Indonesia y Nigeria. Ese mismo año, fallecieron 1,25 millones de personas por TB, incluidas 161 000 con coinfección por VIH, lo que la posiciona nuevamente como la principal causa de muerte por una infección.



En la región de las Américas, Costa Rica se posiciona entre los 15 países con mayor potencial para la eliminación de la tuberculosis, al registrar menos de 10 casos por cada millón de habitantes. La respuesta nacional frente a esta enfermedad se encuentra respaldada por un sólido marco normativo, que incluye el Decreto Ejecutivo N.º 40556-S sobre Vigilancia de la Salud, la Norma para la Vigilancia y Control de la Tuberculosis, y el Plan de Acción para la Eliminación de la TB, integrado a su vez en el Plan Nacional de Salud. Además, Costa Rica ha reafirmado su compromiso internacional al adherirse a la estrategia “Fin a la Tuberculosis” impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el objetivo de eliminar la enfermedad para el año 2030.

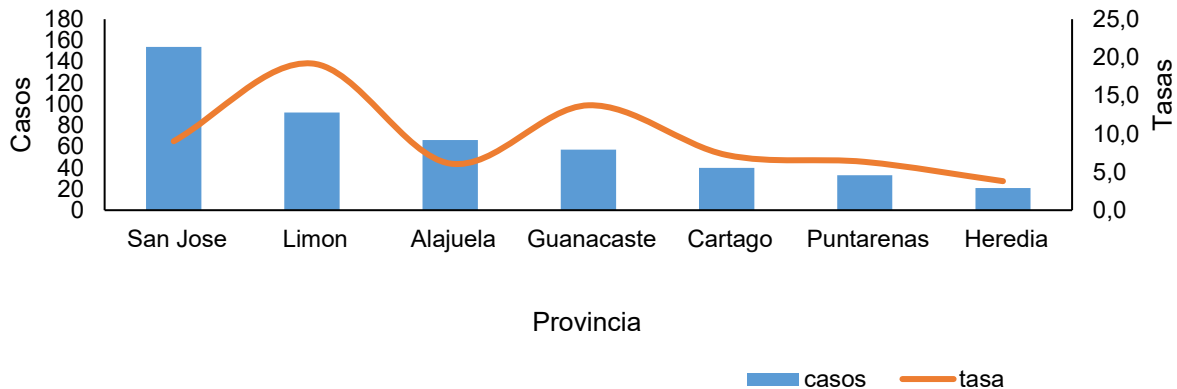
Según lo establecido en el Decreto Ejecutivo N.º 40556-S “Reglamento de Vigilancia de la Salud”, la tuberculosis se clasifica como un evento del Grupo D, lo que implica su notificación obligatoria e individual. Para este fin, se utiliza un libro de registro específico para tuberculosis, el cual es gestionado desde el nivel local y remitido periódicamente a los distintos niveles de gestión del sistema de salud. La información recopilada se consolida y reporta de forma trimestral.

Durante el año 2024, se notificaron 463 casos confirmados de tuberculosis, lo que representa una tasa de incidencia de 8,7 por cada 100.000 habitantes.

A nivel de provincias, San José registró el mayor número de casos (154/463), mientras que Limón presentó la tasa de incidencia más alta (19,2), lo que refleja un impacto significativo en relación con su población. Es importante destacar que la provincia de Limón concentra múltiples grupos de riesgo para tuberculosis, como poblaciones indígenas, personas privadas de libertad y comunidades con condiciones socioeconómicas vulnerables. Además, durante el 2024 se realizaron numerosas búsquedas activas de casos en esta región, lo que también contribuyó al aumento en la detección y notificación de casos.

Figura 33

Costa Rica: Casos confirmados notificados y tasas de incidencia de tuberculosis (A15-A19), por provincia, 2024



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

Durante el año 2024, un total de 23 cantones de los 84 de Costa Rica presentaron tasas de incidencia de tuberculosis superiores a la tasa nacional de 8,7 por cada 100.000 habitantes. Entre ellos, destacan cantones como Hojancha (48,9), Talamanca (32,3) y Limón (30,8), que registraron las tasas más elevadas, reflejando un impacto significativo en relación con su población. Este comportamiento se puede asociar con la presencia de grupos de riesgo como comunidades indígenas, personas privadas de libertad y poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, así como con la intensificación de las búsquedas activas de casos en estas zonas. Aunque cantones como San José reportaron el mayor número absoluto de casos (66), su tasa fue menor en comparación con cantones rurales donde pocos casos generan tasas proporcionalmente altas.

Tabla 26**Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de tuberculosis (A15-A19) iguales o superiores a la tasa nacional, 2024**Tasa nacional ($\geq 8,7$ por 100.000 habitantes)

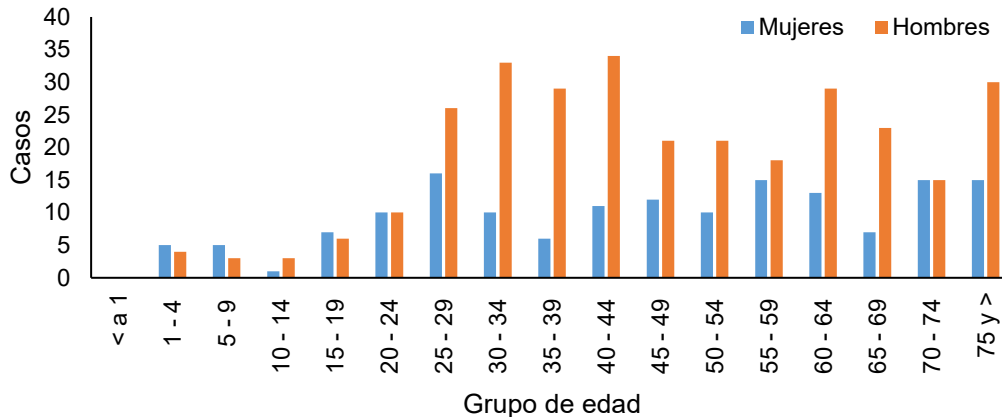
cantón	casos	tasa
Hojancha	4	48,9
Talamanca	15	32,3
Limón	31	30,8
Turrialba	19	25,9
Liberia	18	21,9
León Cortés	3	21,1
Carrillo	10	20,2
San José	66	18,5
Jiménez	3	18,3
Siquirres	12	18,1
Alajuelita	17	17,1
Pococí	25	15,8
Abangares	3	14,6
Garabito	4	13,9
Osa	4	12,7
San Isidro	3	12,5
Upala	7	12,3
Nicoya	7	11,9
Bagaces	3	11,7
Cañas	4	11,7
Matina	5	10,3
Santa Cruz	7	9,5
Tibás	8	9,2

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

El análisis de la distribución de casos de tuberculosis en Costa Rica durante el año 2024, estratificado por sexo y grupo etario, evidencia una mayor carga de enfermedad en la población masculina, particularmente en los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 64 años. La razón hombre/mujer supera el valor de 3 en varios intervalos etarios (30-34, 35-39 y 65-69 años), lo que sugiere una exposición diferencial a factores de riesgo. Esta tendencia es congruente con los patrones epidemiológicos descritos por la OMS, que reporta una mayor incidencia de tuberculosis en hombres a nivel global, atribuida a determinantes sociales, ocupacionales y conductuales. En los grupos pediátricos (1 a 9 años), la distribución fue más equitativa, con una ligera predominancia femenina.

Figura 34

Costa Rica: Distribución de casos confirmados de tuberculosis (A15-A19) por sexo y grupo de edad quinquenal con menores de 1 año, 2024



Fuente: I.N.E.C- Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.

Conclusiones

En el año 2024, la TB continuó siendo una amenaza significativa para la salud pública en Costa Rica, con una incidencia de 8,7 casos por cada 100.000 habitantes. La provincia de San José registró el mayor número de casos, mientras que Limón presentó la tasa de incidencia más alta, reflejando un impacto significativo en relación con su población. La distribución de casos por sexo y grupo etario mostró una mayor carga de enfermedad en la población masculina, especialmente en los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 64 años. La mortalidad por tuberculosis también evidenció una predominancia masculina, con una mayor concentración de muertes en hombres mayores de 75 años.

Recomendaciones

- Fortalecer las búsquedas activas en los grupos de riesgo
- Inclusión de nuevas herramientas más precisas para el tamizaje de la TB como la radiografía de tórax



- Diagnóstico de la tuberculosis con pruebas moleculares rápidas
- Inclusión de tratamientos acortados según recomendaciones de la OMS
- Fortalecimiento de la protección social en grupos más vulnerables como los habitantes en condición de calle

Mortalidad materna e infantil

En los últimos años, Costa Rica ha experimentado un preocupante incremento en las tasas de mortalidad materna e infantil, lo que ha encendido alertas en el sector salud y ha motivado la implementación de diversas estrategias para abordar esta problemática.

Debido a que la medición de la razón de mortalidad materna y de la tasa de mortalidad infantil son indicadores que permiten identificar desigualdades que activan alertas en los sistemas de salud, particularmente en los mecanismos para la detección y tratamiento oportuno de condiciones que pueden afectar, gravemente, la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o posparto, se hace necesario mantener un constante monitoreo de estos indicadores, a fin de apoyar la toma de decisiones asociadas al mejoramiento de condiciones de salud de toda la población.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la causa, siempre que esté relacionada o agravada por el embarazo, el parto o su manejo. No se incluyen las muertes por causas accidentales o incidentales.

La situación de la mortalidad materna a nivel mundial es preocupante, con aproximadamente 712 mujeres muriendo cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

Según datos de las OMS (2025) África subsahariana y el sur de Asia representaron alrededor del 87 % (225 000) de las muertes maternas estimadas a nivel mundial en 2023. África subsahariana por sí sola representó alrededor del 70 % de las muertes maternas (182 000), mientras que el sur de Asia representó alrededor del 17 % (43 000).

Entre 2000 y 2023, Europa oriental y Asia meridional lograron la mayor reducción general de TMM: una disminución del 75 % (de una TMM de 38 a 9) y del 71 % (de una



TMM de 405 a 117), respectivamente. A pesar de su elevadísima TMM en 2023, África subsahariana también logró una reducción sustancial de la TMM del 40 % entre 2000 y 2023.

Además, según datos del UNFPA, desde el año 2000, se ha experimentado una notable disminución del 40% en la tasa mundial de mortalidad materna. Esta reducción no es igual para todas las naciones, debido a múltiples disparidades socioeconómicas, sobre todo en los lugares donde los sistemas de salud pasan por crisis prolongadas, o que están afectados por conflictos.

Según UNFPA, América Latina y el Caribe es la región que menos ha reducido este indicador, el cual solamente ha bajado en un 17%, actualmente la razón de mortalidad materna de la región se ubica en 77 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, de hecho, los países con un mayor incremento son la República Dominicana, Jamaica, Estados Unidos y la República Bolivariana de Venezuela, es decir, tres de ellos se encuentran en la región.

Costa Rica tiene una mortalidad materna muy por debajo del promedio regional y mundial, y se acerca a los niveles de países desarrollados, lo cual se asocia a su sistema de salud universal, acceso a atención prenatal y a partos institucionales casi universales.

Durante el año 2024 y según datos preliminares emitidos por el INEC, se registraron quince defunciones maternas, lo que corresponde a una tasa de 3,27 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Este dato es alarmante, considerando que en todo el año 2023 se reportaron seis defunciones, resultando en una tasa de 1 muerte por cada 1.000 nacidos vivos. Las provincias de Heredia y Cartago fueron las más afectadas, seguidas por Limón, Puntarenas, San José, Guanacaste y Alajuela.

Dentro de los factores que pueden influir en el incremento de las muertes maternas están la mayor edad de las mujeres al momento del embarazo, el desempleo y la condición migratoria irregular.

Tabla 27

Costa Rica: Total de defunciones maternas, nacimientos y razón de mortalidad materna 2015-2024

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

1/ Por diez mil nacimientos.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2015 - 2024.

Se registra un total de 15 defunciones maternas en el año 2024 lo que corresponde a una razón de mortalidad materna de 3.27 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que para el año 2023 se reportaron 6 defunciones durante todo el año, correspondiendo a una razón de mortalidad materna de 1 muerte por cada mil nacidos vivos. Este incremento de muertes maternas genera una gran preocupación debido al impacto que suscita en los indicadores nacionales este salto en la cantidad de muertes maternas.

Con respecto al lugar de residencia de las mujeres fallecidas tenemos en orden descendente a San José con 5 defunciones, Cartago, Heredia, Puntarenas y Limón con dos defunciones cada una, Alajuela y Guanacaste solamente registran una muerte materna en el periodo analizado.

Sin embargo, al analizar las razones de muerte materna por provincia Heredia presenta una razón de muerte materna de 4,86 muertes por mil nacidos vivos, superando la razón de mortalidad materna nacional. Esta misma situación se presenta en Cartago, Guanacaste, Puntarenas y San José que tienen una razón de mortalidad materna superior a la nacional.

Tabla 28

Costa Rica: Razón de mortalidad materna por año, según provincia de residencia, 2015-2024**(Razón por mil nacimientos)**

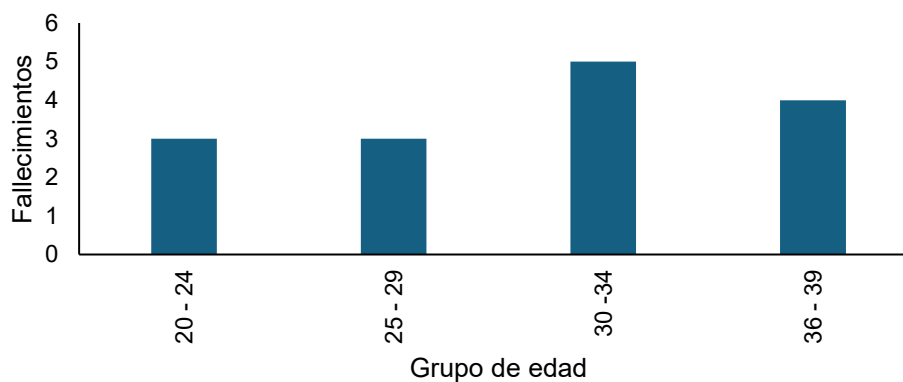
Provincia de residencia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Costa Rica	2,78	2,86	2,33	1,61	2,02	3,44	4,05	1,50	1,00	3,27
San José	4,63	3,35	2,46	0,50	2,62	2,99	4,54	0,00	0,71	3,90
Alajuela	1,33	2,03	2,70	2,61	2,15	6,18	4,14	2,53	0,89	0,99
Cartago	2,74	6,95	0,00	0,00	0,00	6,78	3,61	0,00	0,00	4,30
Heredia	0,00	4,71	3,25	3,25	1,69	1,93	4,33	2,07	0,00	4,86
Guanacaste	1,70	1,73	3,52	0,00	1,81	1,99	4,42	0,00	0,00	2,42
Puntarenas	4,07	1,40	0,00	2,73	1,51	0,00	3,39	3,35	1,80	3,92
Limón	2,46	0,00	3,93	2,68	2,94	1,62	3,22	3,38	3,51	4,08

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales 2015-2024.

Al analizar la distribución de las 15 muertes maternas ocurridas en 2024 por grupos de edades, tal como se observa en la figura 38, se evidencia de manera clara el patrón descrito, dado que son las mujeres de 30 a 34 años las que experimentaron un mayor riesgo de muerte materna, seguida por el grupo de 35 a 39 años.

Figura 35

Costa Rica: Muertes maternas por grupo de edad quinquenal, 2024



Fuente: Elaboración propia con datos de INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales 2024.



Al analizar las muertes maternas ocurridas en 2024 por condición de actividad, destaca el hecho de que a 6, de las 15 mujeres fallecidas, (40%) no se les registró esta información, lo cual afectó la calidad del llenado de variables sociodemográficas. Dada esta proporción tan significativa de información ignorada no se puede analizar la relación de esta variable con la mortalidad materna. Por otra parte, se registran 4 amas de casa, y en menor escala mujeres que desempeñan labores remuneradas como docencia, seguridad, agricultura o otras labores.

Cuando se analiza la razón de mortalidad materna por nacionalidad en 2024, las mujeres costarricenses experimentaron un mayor riesgo de fallecer por causas maternas, que las mujeres nacidas en otro país. En este año fallecieron 14 mujeres costarricenses y únicamente una de nacionalidad nicaragüense.

Tres de los casos analizados fallecen en el hogar, lo cual puede relacionarse a la dificultad de acceso a servicios de salud lo cual imposibilitó la atención oportuna de la emergencia obstétrica, esto porque las tres mujeres residían en zonas rurales con dificultad de acceso, dos de ellas residían en zonas indígenas.

El aumento de la mortalidad materna en Costa Rica es el resultado de una combinación de factores médicos, sociales y estructurales. Para revertir esta tendencia, es clave fortalecer la atención prenatal, mejorar el acceso a los servicios de salud en comunidades vulnerables y garantizar educación sexual y reproductiva efectiva para todas las mujeres.

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil se refiere a las muertes de bebés que ocurren entre el nacimiento y su primer año de vida. Es un indicador importante de las condiciones de salud y bienestar de una población. La TMI se calcula como el número de muertes de menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un período determinado.

Según datos de la OMS, en 2023 la mortalidad infantil global se situó en una tasa de 38,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, una mejora significativa respecto a los 93 en 1990. A pesar de estos avances, las disparidades regionales son evidentes, siendo África subsahariana la región más afectada.

En América Latina y el Caribe se reportan 81,000 muertes neonatales anuales, donde las causas principales incluyen infecciones, complicaciones en el parto y bajo peso al nacer.



Costa Rica históricamente ha mantenido tasas bajas de mortalidad infantil, gracias a su sistema de salud universal y programas de atención prenatal, siendo muy baja en comparación con el promedio regional y mundial.

La mayoría de las muertes infantiles en el país están asociadas a causas neonatales complejas, no a factores evitables como en muchos países con sistemas de salud más débiles.

Costa Rica supera significativamente los promedios regionales y mundiales en mortalidad materna e infantil. Se ubica como uno de los países con mejores indicadores sanitarios de América Latina y se aproxima a estándares de naciones desarrolladas, gracias a su fuerte enfoque en salud pública, prevención y cobertura universal. Para el año 2024, se registraron 10,3 muertes por cada 1.000 nacimientos, en comparación con 9,06 muertes por cada 1.000 nacimientos en el 2023. Las provincias de Guanacaste, San José, Puntarenas, Cartago y Limón presentaron tasas superiores al promedio nacional.

Tabla 29

Costa Rica: Número de defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil por año, según provincia de residencia de la madre, 2023-2024

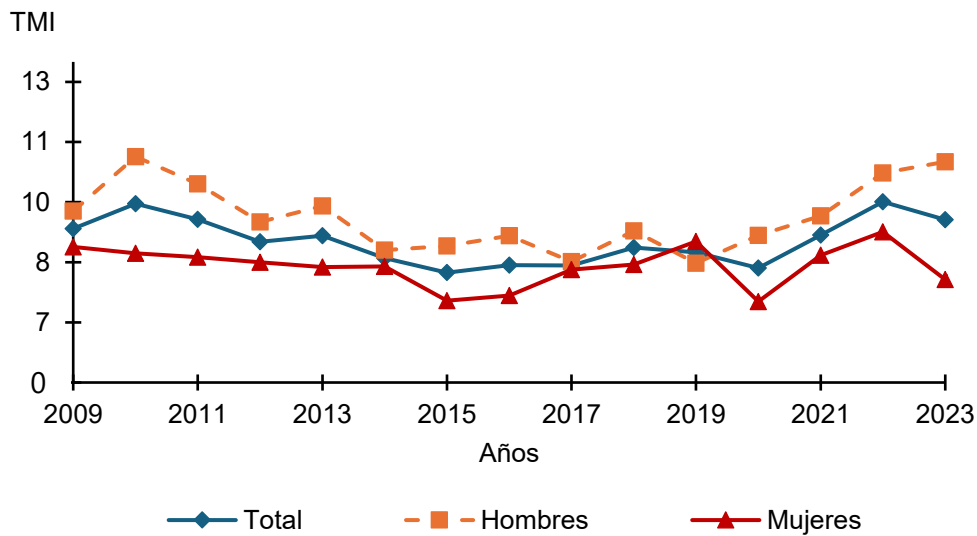
Provincia de residencia de la madre	Defunciones de menores de un año		Tasa de mortalidad infantil	
	2023	2024	2023	2024
Costa Rica	455	472	9,06	10,30
San José	116	142	8,29	11,08
Alajuela	90	91	8,05	9,01
Cartago	53	49	10,90	10,53
Heredia	47	34	10,63	8,26
Guanacaste	32	50	7,16	12,09
Puntarenas	65	55	11,67	10,79
Limón	52	51	9,12	10,40

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2023 - 2024

Con respecto a la distribución por sexo de los menores de edad fallecidos, se documenta una tasa de 11,04 muertes por mil nacidos vivos en los niños contra unas 9,15 muertes por mil nacidos vivos en las niñas. Esto indica que la mortalidad infantil es más frecuente en personas de sexo masculino en Costa Rica, lo cual no dista del comportamiento mundial.

Figura 36

Costa Rica: Tasa de mortalidad infantil por sexo, 2009-2024 (por mil nacimientos)



Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2009 - 2024

Las principales causas de mortalidad infantil incluyen la inmadurez extrema y las malformaciones congénitas. Según datos del INEC, el 50,64% de las muertes infantiles se relaciona con afecciones originadas en el período perinatal. Un 34,75% de las defunciones infantiles se asocia con malformaciones congénitas. El 14,6% restante se relaciona a otras causas como enfermedades cardíacas, pulmonares o infecciosas.

Tabla 30

Costa Rica: Distribución porcentual de defunciones infantiles, según causa básica de muerte, 2019-2024

Causa básica de muerte	Año					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Defunciones infantiles	530	457	471	508	455	472
Total	100	100	100	100	100	100
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	51,32	51,2	49,68	51,57	45,93	50,64
Malformaciones congénitas	33,02	36,32	38,22	36,61	36,48	34,75
Enfermedades del sistema respiratorio	7,74	5,25	4,88	5,12	6,37	3,81
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,08	2,19	1,49	1,57	1,32	1,91
Enfermedades del sistema circulatorio	0,94	0,66	0,42	0,59	0,88	0,21
Enfermedades del sistema nervioso	1,32	0,66	0,64	1,18	1,1	1,48
Otras causas	3,58	3,72	4,67	3,35	7,91	7,2

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2019 - 2024

El 17% de las defunciones infantiles suceden en bebés con menos de 26 semanas de gestación, y el 33% ocurren en las primeras 24 horas de vida. Se describe además que el 31 24% de los bebés fallecidos tenían un peso y talla adecuados para su edad gestacional.

Tabla 31

Costa Rica: Defunciones infantiles por intervalo de estatura al nacer, según clasificación de peso al nacer^{1/}, 2024

Clasificación de peso al nacer	Total	Intervalo de estatura al nacer (en centímetros)					
		15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	Ignorado
Costa Rica	472	1	116	125	166	1	63
Bajo peso extremo	131	1	108	13	-	-	9
Bajo peso	51	-	5	43	1	-	2
Peso insuficiente	91	-	3	60	27	-	1
Peso normal o adecuado	123	-	-	9	113	1	-
Sobre peso	25	-	-	-	25	-	-
Ignorado	51	-	-	-	-	-	51

1/ Clasificación de peso al nacer según la definición de la OMS:

Bajo peso extremo → menos de 1 000 gramos.

Bajo peso → 1 000 a 1 499 gramos.

Peso insuficiente → 1 500 a 2 499 gramos.

Peso normal o adecuado → 2 500 a 3 499 gramos.

Sobre peso → más de 3 500 gramos.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2024.

El aumento de la mortalidad infantil responde a múltiples factores interrelacionados. Estos incluyen condiciones socioeconómicas adversas, acceso limitado a servicios de salud, desnutrición y menor conocimiento sobre prácticas de cuidado infantil.

La mortalidad infantil es un reflejo de las desigualdades sociales y económicas. La combinación de pobreza, educación deficiente y acceso limitado a servicios de salud crea un entorno de alto riesgo para la vida de los recién nacidos. Para reducir estas tasas, es fundamental implementar políticas de salud pública que mejoren la educación materna, fortalezcan la infraestructura sanitaria y garanticen un acceso equitativo a la atención

Conclusiones

La medición de la razón de mortalidad materna y de la tasa de mortalidad infantil son indicadores que permiten identificar desigualdades que activan alertas en los sistemas de salud, particularmente en los mecanismos para la detección y tratamiento



oportuno de condiciones que pueden afectar, gravemente, la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o posparto. Asimismo, son indicadores útiles en la medición de las condiciones de salud de toda la población y de las condiciones socioeconómicas en las que viven.

Un aumento en la mortalidad materna e infantil en un país tiene profundas implicaciones a nivel social, económico y de salud pública, entre las cuales destaca:

- **Indicador de Salud Pública deficiente:** La mortalidad materna e infantil es un indicador clave de la calidad de los sistemas de salud. Un aumento suele señalar problemas en la atención médica, especialmente en el cuidado prenatal, el acceso a servicios de emergencia y la atención durante el parto y el posparto.
- **Impacto socioeconómico:** Las muertes de madres e infantes afectan a las familias y comunidades de forma significativa. La pérdida de una madre puede dejar a los niños sin cuidados, lo que puede llevar a la desintegración familiar y afectar el desarrollo infantil. A nivel comunitario, esto puede resultar en una menor productividad económica y un aumento de la pobreza.
- **Desigualdades de género y acceso a servicios de salud:** A menudo, un aumento en la mortalidad materna e infantil revela disparidades en el acceso a servicios médicos, especialmente para mujeres de bajos ingresos, en áreas rurales o en comunidades marginadas. Esto también puede reflejar barreras culturales y económicas que limitan la atención oportuna y adecuada para mujeres y niños.
- **Problemas en la educación y el futuro de los niños:** La mortalidad materna afecta directamente el desarrollo de los hijos. Sin el apoyo de la madre, los niños enfrentan mayores riesgos de abandono escolar, malnutrición, y problemas de desarrollo físico y psicológico, limitando sus oportunidades de vida y contribuyendo a ciclos de pobreza intergeneracional.
- **Costos en el Sistema de Salud:** Tratar emergencias maternas y complicaciones infantiles puede requerir recursos adicionales. La prevención mediante los servicios del primer nivel de atención y atención prenatal adecuada es menos costosa a largo plazo que gestionar las complicaciones, y una mortalidad elevada sugiere ineficiencias en la distribución de estos recursos. Además, es necesario la implementación de una adecuada consulta preconcepcional, a fin de evitar los riesgos de un embarazo en mujeres con patologías crónicas o condiciones de salud que pueden generar un riesgo a su vida.



En general, un aumento en la mortalidad materna e infantil indica fallas en el sistema de salud y falta de infraestructura adecuada para proteger la vida de las madres y los niños, lo cual requiere un ajuste de las políticas y recursos que fortalezcan la atención médica oportuna y accesible para toda la población, mejoras en la educación en salud y la prevención.

Recomendaciones

- Para mejorar el acceso a los servicios de salud y reducir la mortalidad materna en Costa Rica, se recomienda fortalecer la cobertura y calidad de la atención materna mediante una estrategia integral que incluya:
 - Ampliación del acceso territorial
 - Educación prenatal comunitaria
 - Capacitación continua del personal de salud en temas de atención obstétrica de emergencia, enfoque intercultural, trato respetuoso y comunicación efectiva con las mujeres.
 - Fomentar la articulación entre el MS, la CCSS, gobiernos locales y organizaciones comunitarias para identificar barreras específicas y adaptar las intervenciones según las necesidades locales.
- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, reforzando los sistemas de datos rutinarios sobre muertes maternas y sensibilizar al personal de salud que brinda atención a las mujeres en el embarazo, parto y posparto sobre la importancia de la notificación de las muertes maternas y la completitud de los datos del reporte, esto para tener un panorama más claro sobre los aspectos que influyeron en la muerte de esta mujer. Además, la mejora del sistema de información para recolección de datos de muertes maternas es muy importante.
- Mejorar la calidad de la atención prenatal y postnatal, por medio de la actualización de los protocolos y lineamientos de atención a este grupo de personas.
- Otro aspecto importante es la trazabilidad del evento con respecto a la atención recibida, por lo cual el establecimiento del reporte de embarazo de alto riesgo, morbilidad materna extremadamente grave, muertes maternas y la búsqueda intencionada de muertes maternas ocultas, son elementos que pueden apoyar el establecimiento de estadísticas más precisas y el reflejo más claro del comportamiento de la mortalidad materna en Costa Rica.



Cáncer

Según la OPS el cáncer representa una carga de enfermedad muy importante en las Américas, que se ve superada por las enfermedades cardiovasculares, de esta forma los datos de 2022 muestran más de 4.2 millones de casos de cáncer. Esta es una de las causas de muerte más frecuente en América, el 45% de las muertes ocurrieron en menores de 69 años.

Los tipos de cáncer que se diagnostican en hombres de manera más frecuente en América son: (21.8%), pulmón (8.6%), colorrectal (7.7%) y vejiga (4.5%). En el caso de las mujeres se identifica el cáncer de mama (26.1%), pulmón (8.5%), colorrectal (7.9%) y útero (5.4%).

En América respecto de la mortalidad los tipos de cáncer más frecuente en hombres son pulmón (17.5%), próstata (13.3%), colorrectal (9.6%) y páncreas (6.4%) y en el caso de mujeres son mama (15.7%), pulmón (16.5%), colorrectal (9.6%) y páncreas (6.6%).

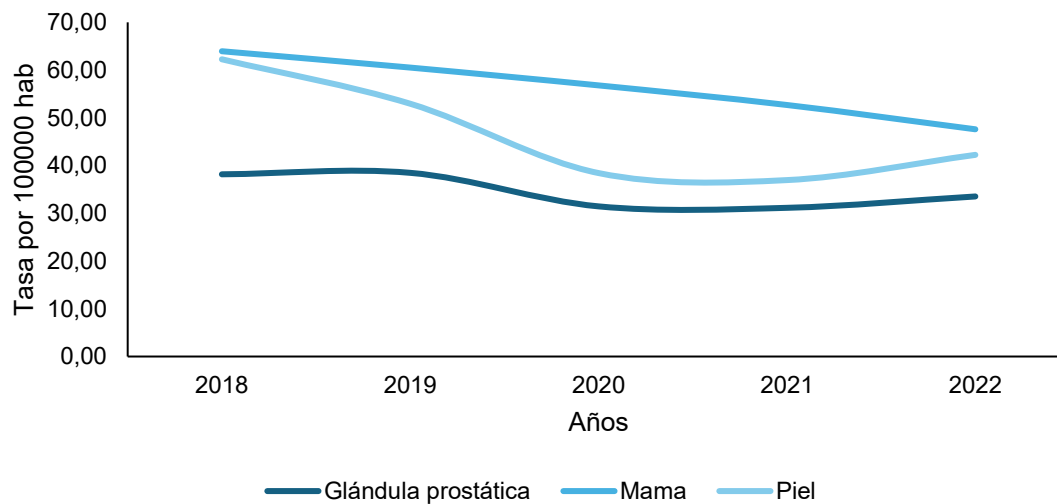
En Costa Rica existe un registro de base poblacional, el SIRNAT que tiene la información de los diversos establecimientos de salud que diagnostican el cáncer, este sistema se actualizó hasta el año 2022, por lo que las cifras del año 2022 son preliminares ya que están sujetas a revisión todavía.

En la población general del país, se observa en la figura 40 para el año 2022 una mayor incidencia el cáncer de piel en ambos sexos, con una tasa de 42.24 por cada 100.000 habitantes, otras causas importantes de diagnóstico son el cáncer de mama femenina con una tasa de 47.60 por cada 100.000 mujeres y en hombres sería el cáncer de próstata cuya tasa es de 33.52 por cada 100.000 hombres.

Para el año 2022 el cáncer de piel correspondió al 23.40% de todos los tipos de cáncer, en canto a mama se identifica para este mismo año el 13.1% y en el caso de próstata un 9.35%.

Figura 37

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.

Según la tabla 32 se identifica que, en 2022, las provincias de Alajuela (61.95), Puntarenas (47.79) y San José (46.22) se encuentran con tasas por encima de la tasa nacional, mostrando una alta identificación de casos de lesiones cancerosas en piel.

Tabla 32

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

Provincia	Casos	Tasa*
Alajuela	654	61,95
Puntarenas	244	47,79
San José	779	46,22
Heredia	196	36,32
Cartago	144	26,29
Guanacaste	82	20,26
Limón	93	19,80
Desconocido	10	

*Tasas por 100.000 habitantes

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

Las provincias de Heredia (70.66), San José (57.08), y Guanacaste (51.16) tienen una tasa mayor a la media para el país, por su parte Puntarenas tiene la tasa más baja de incidencia de cáncer de mama según se observa en la tabla 33 sin embargo, este tipo de



cáncer es el que genera mayor mortalidad en las mujeres, razón por la que dentro del Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024-2030 se incluye como meta la disminución de la mortalidad prematura por este tipo de cáncer entre otros priorizados.

La sobrevida global a 5 años de este tipo de cáncer es de 87.6% para 2014 según indica el último estudio CONCORD III.

Tabla 33

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

Provincia	Casos	Tasa*
Heredia	190	70,66
San José	484	57,08
Guanacaste	102	51,16
Cartago	99	36,29
Alajuela	183	35,13
Limón	77	33,76
Puntarenas	80	31,94
Desconocido	11	

*Tasas por 100.000 mujeres

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

Las provincias de San José (44.55), Alajuela (37.22) y Heredia (36.94) en 2022 muestran tasas mayores a las reflejadas para el país en cáncer de próstata, como se puede observar en la tabla 34. Se han realizado múltiples acciones para mejorar la atención y seguimiento del cáncer de próstata, como la norma de cáncer de próstata que se actualizará para 2027 previa evaluación en 2026, según establece el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024-2030.

La sobrevida de este tipo de cáncer a los 5 años, según indica el CONCORD III, es de 93.2%, siendo la mejor sobrevida dentro de los tipos de cáncer que se incluyeron en este estudio.

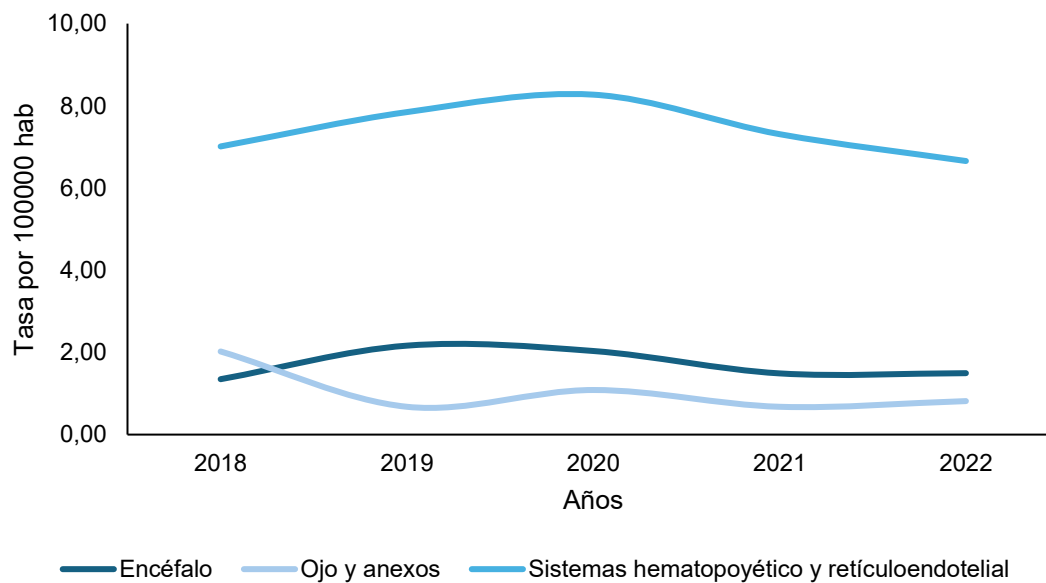
Tabla 34**Costa Rica: Incidencia cáncer de próstata por provincia, 2022**

Provincia	Casos	Tasa*
San José	373	44,55
Alajuela	199	37,22
Heredia	100	36,94
Guanacaste	67	32,62
Puntarenas	69	26,52
Cartago	54	19,64
Limón	17	7,03
Desconocido	1	

*Tasas por 100.000 hombres

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

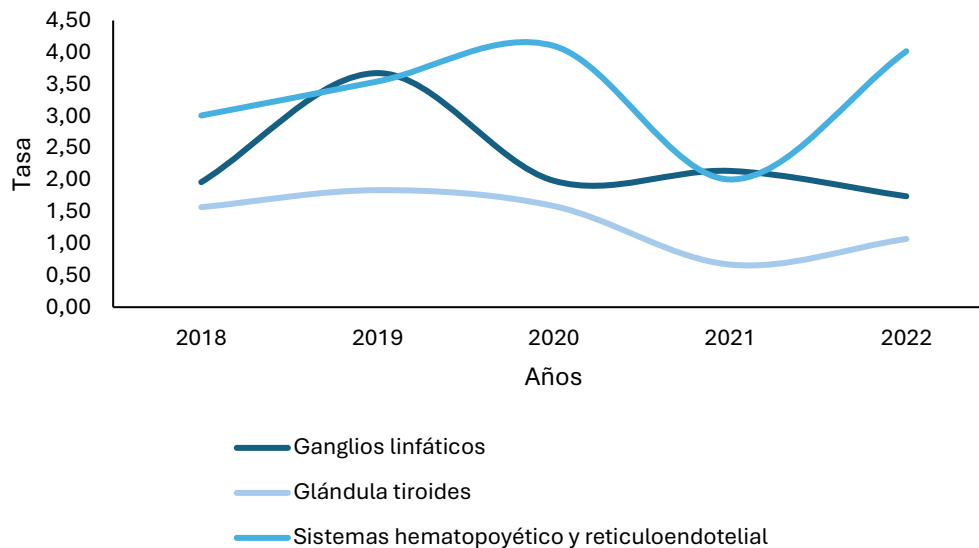
En el caso de los niños de 0-9 años, el cáncer del sistema retículo endotelial y hematopoyético es el más diagnosticado al igual que en los adolescentes con tasas de 6.66 y 4.02 respectivamente en el año 2022, esta agrupación incluye las leucemias, linfomas, mieloma múltiple y otros síndromes mielodisplásicos. Otros tipos de cáncer con mayor incidencia en estos grupos de población son encéfalo, ojos y anexos, tiroides y ganglios linfáticos, esto se resume en las figuras 41 y 42.

Figura 38**Costa Rica: Incidencia de cáncer en niños de 0-9 años, 2018-2022**

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

Figura 39

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



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

Tabla 35**Costa Rica: Incidencia de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial en niños de 0-9 años, según provincia, 2022**

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

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

La tabla 35, deja ver que la mayor tasa de incidencia se encuentra en la provincia de Guanacaste para 2022, a pesar de que San José tiene la mayor cantidad de casos, por lo que su población se encuentra en segundo lugar la incidencia de este evento.

Tabla 36**Costa Rica: Incidencia de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial, adolescentes 10-19 años, según provincia, 2022**

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

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

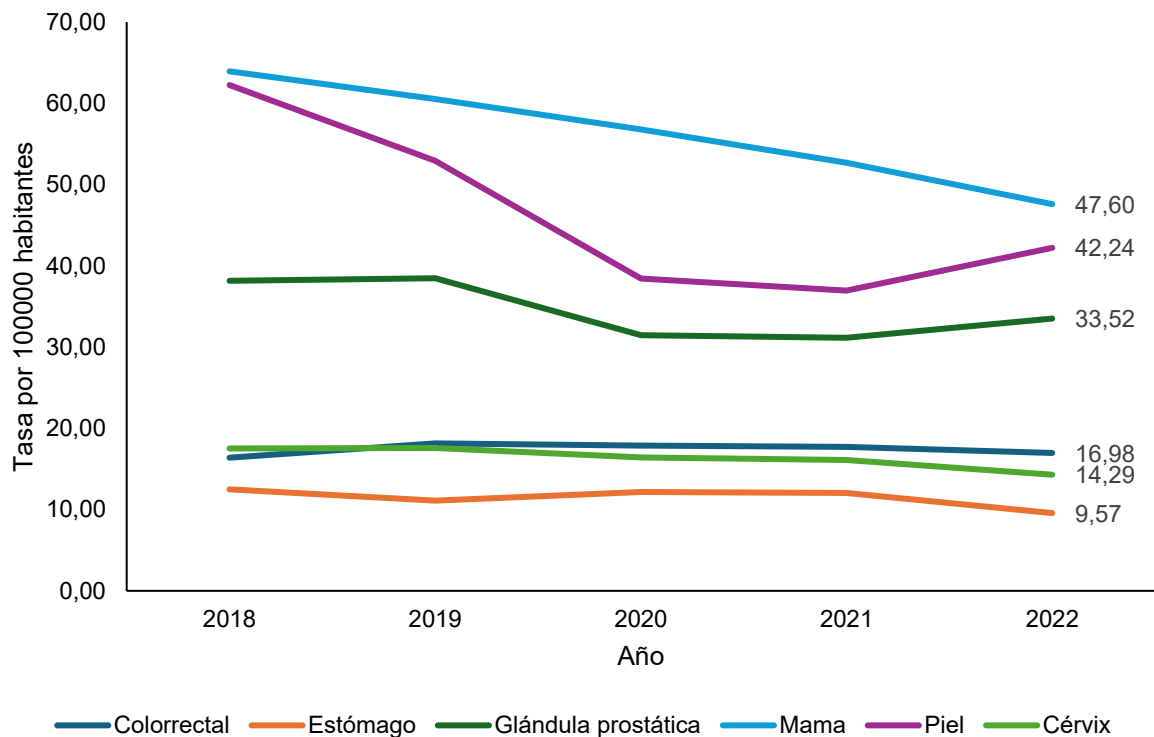
Los adolescentes al igual que los niños sufren en su mayoría de cáncer del sistema hematopoyético y retículo endotelial, para el año 2022 la mayor incidencia se registró en Heredia, con una tasa de 6.49, este tipo de cáncer representa el 29.4% del cáncer para ese año, y ese grupo de edad.

Respecto de otras edades como 20-64 años y mayores de 65 años se identifica para los hombres además cáncer de estómago como tercera causa de diagnóstico, y en mujeres para la edad 20-64 años se identifica como tercera causa glándula tiroides y en mayores de 65 años el cáncer de colon.

Para el país es de vital importancia conocer de manera cercana la epidemiología de cuatro tipos de cáncer, cáncer de mama, cérvix, estómago y colorrectal, esto debido a que son los que han mostrado mayor mortalidad prematura, basado en esto en la incidencia tenemos los siguientes hallazgos.

Figura 40

Costa Rica: Incidencia de cáncer según frecuencia, años 2018-2022



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Tasas de mama, cérvix y próstata por mujeres y hombres respectivamente

En la figura 43 se observa además de los tres tipos de cáncer más frecuentes, tres más que corresponden a la importancia por la mortalidad que se genera, el cáncer de cérvix que, a pesar de tener una baja mortalidad, debido a que en su mayoría se asocia a la infección por VPH, se encuentra en la hoja de ruta para eliminación de las enfermedades infecciosas para 2030.

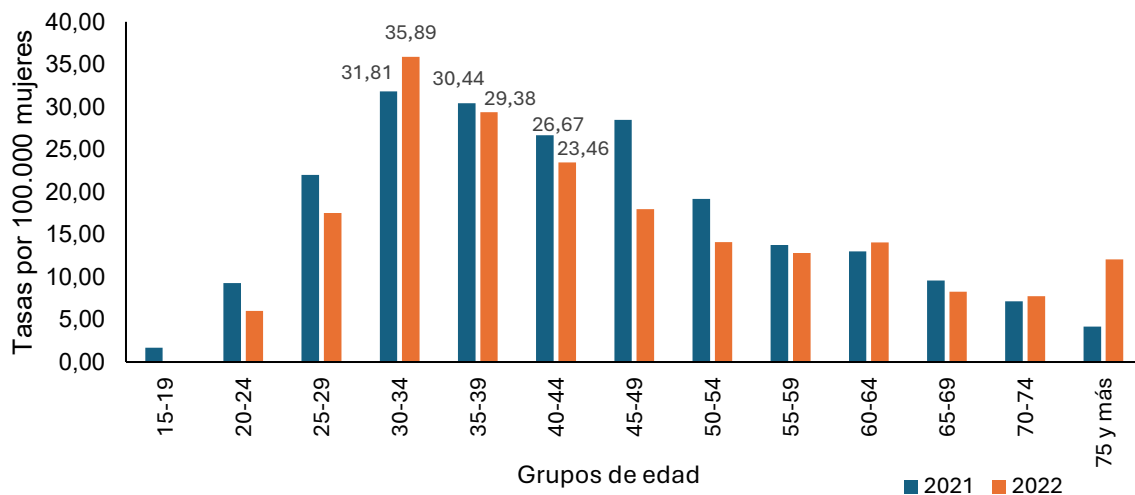
El cáncer de estómago es uno de los más frecuentes para hombres y mujeres, y en el caso del cáncer de colon, se identifica como uno de los de mayor incidencia en mujeres, si bien es cierto la incidencia a nivel nacional es de 12.20 por cada 100.000 habitantes en la mortalidad prematura (30-69 años) ha presentado un ascenso importante en los últimos años, lo cual se verá en el apartado de mortalidad.

Los grupos de edad en los que se realiza mayor diagnóstico de cáncer de cérvix corresponden de los 30 a los 45, en los que se muestran tasas más altas tanto para 2021

como para 2022, así para el año 2022 se presentó un aumento relativo en el grupo de 30-34 años de 13%, el resto de las edades muestran leves descensos entre años, pero las mujeres más afectadas por esta enfermedad se encuentran en una época económicamente activa y reproductiva.

Figura 41

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



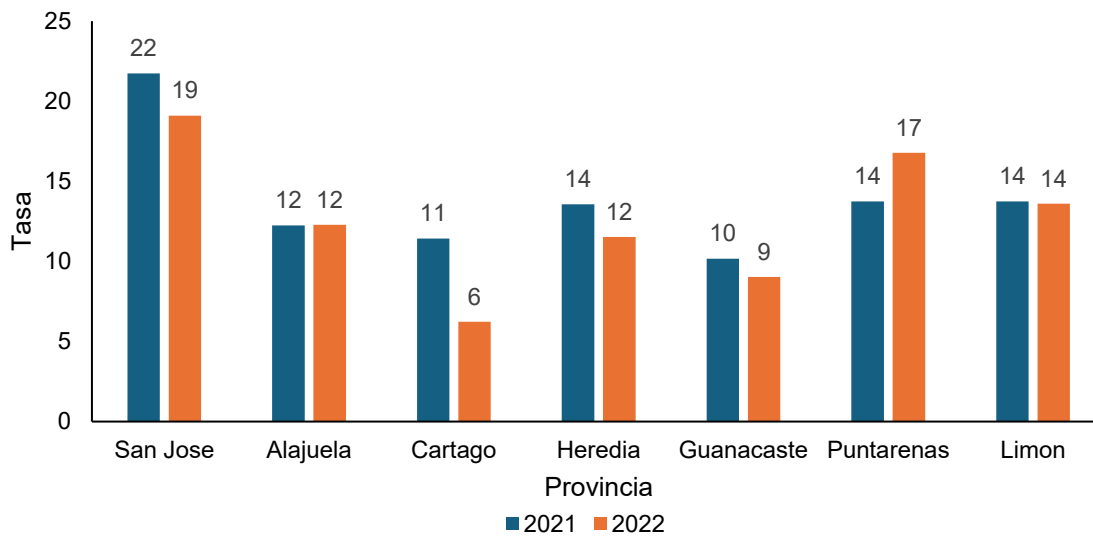
Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

La figura 45 señala la incidencia de cáncer de cérvix según provincia, para los años 2021-2022, en San José, Heredia y Guanacaste se muestra una disminución en el diagnóstico, mientras que en Puntarenas se logra ver el aumento entre un año y otro con una variación de 21%, tanto Limón como Alajuela mantienen la misma incidencia, a nivel público se realiza el diagnóstico con pruebas de Papanicolau.

En la nueva norma para la atención del cáncer de cérvix, se estarán utilizando nuevos medios para el diagnóstico como la prueba de VPH para la detección temprana, esto podría generar cambios en el futuro en la incidencia del cáncer en los cuales, aunque se dé un mayor diagnóstico, que al ser temprano tenga tratamiento y evitar la mortalidad por este evento.

Figura 42

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



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

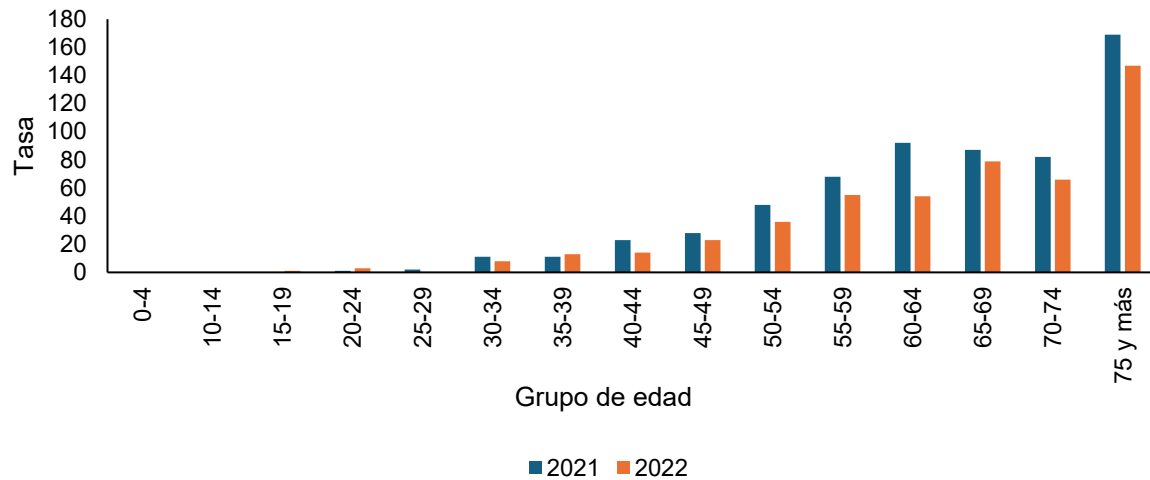
El cáncer de estómago genera afectación en ambos sexos, pero se concentra en los hombres como tercera causa de diagnóstico luego de los 20 años, en las mujeres también es una causa importante de cáncer y la mortalidad prematura en ambos sexos es alta por lo que es uno de los eventos priorizados en el Plan Nacional para el Control de Cáncer.

La siguiente figura muestra las edades más afectadas por la enfermedad está por encima de los 75 años, sin embargo, podemos ver que ya desde los 50 años las tasas de incidencia empiezan a subir en 2021 a 48 y en 2022 a 36.

Figura 43

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

Tasa por 100000 habitantes.

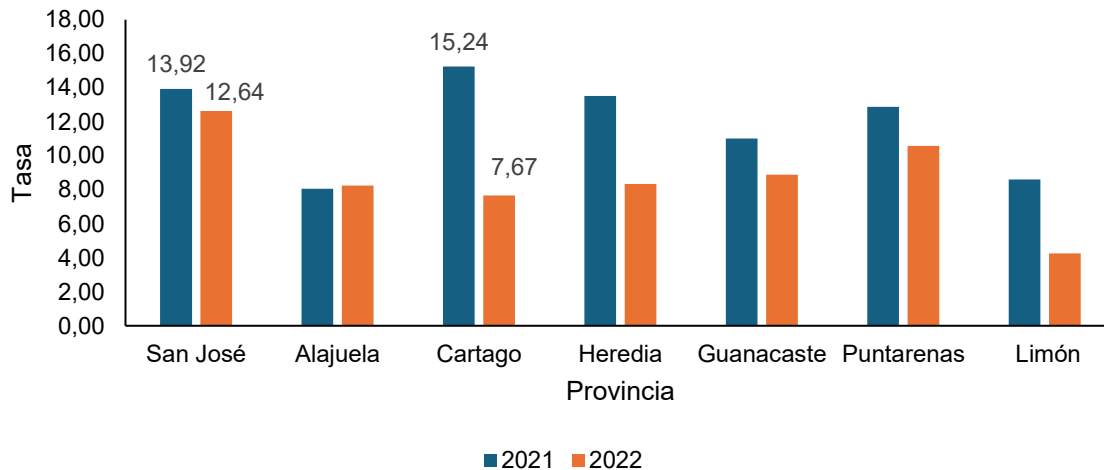


Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

A nivel de provincia para 2021 Cartago tuvo la tasa más alta, sin embargo, para 2022 esa tasa correspondió a San José, durante 2022 se dio una disminución en el diagnóstico de esta enfermedad en todas las provincias, excepto Alajuela que tuvo muy leve aumento para el año 2022.

Figura 44

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



Fuente: Registro Nacional de Tumores, Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

El cáncer colorrectal ha tenido un mayor diagnóstico sobre a todo a partir de los 55 años, tanto en el año 2021 como 2022, la mortalidad prematura por otro lado ha tenido un crecimiento casi exponencial, por lo que el diagnóstico temprano de este evento evitará la mortalidad en una mayoría de casos, actualmente el Plan Nacional de Cáncer tiene una serie de acciones para aumentar la atención del evento, pero además hacer un mejor diagnóstico entre ellas tamizaje y detección temprana así como acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno, sin dejar de lado la promoción de hábitos saludables.

Las provincias con mayor incidencia de cáncer colorrectal para 2021 incluyen San José (19.70), Heredia (18.90) y Guanacaste (18.03), si bien es cierto en todo el país se debe atender este tipo de cáncer, considerar los lugares de mayor incidencia y mortalidad como parte de la priorización en las acciones de ser necesario según los presupuestos y recursos con los que se cuente en las instituciones.

La mortalidad por cáncer en toda la población es la segunda causa de muerte para los costarricenses, superada por las enfermedades cardiovasculares según la mortalidad por los subgrupos grandes de causas, por lo que las principales causas de muerte se relacionan a enfermedades crónicas. Según INEC la mortalidad prematura (se presenta entre los 30 y 69 años) desde 2020 al 2024 ha sido por cáncer, las personas que fallecen en esta época de la vida son económicamente activas, por lo que la pérdida de estas

personas se vuelve no solo complejo para el manejo de familias en las que se pierde la fuerza laboral, sino también en el caso del país se pierde mano de obra vital para mantener económicamente al mismo.

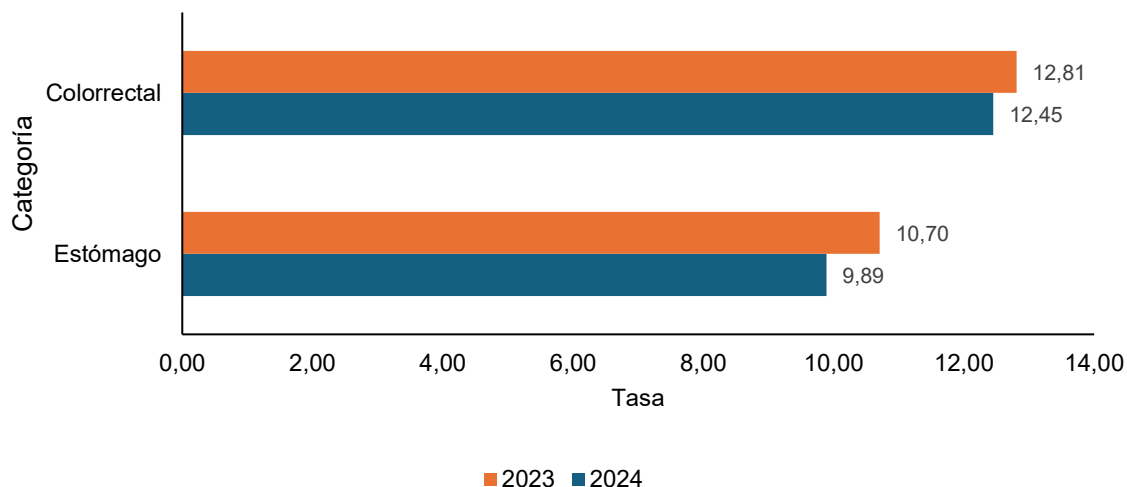
Se analizará la mortalidad por los tipos de cáncer que son prioritarios para el país ya que son aquellos en los que la institucionalidad puede tener mayores efectos como lo son cáncer de cérvix, mama, estómago, colorrectal, así como en el caso de los niños y adolescentes.

Respecto de los niños para el año 2024 la mortalidad por enfermedades del sistema retículo endotelial y hematopoyético fue de 5 fallecimientos dos entre los 0-4 años y tres entre los 5-9 años, en cuanto a los adolescentes se observó un total de 16 fallecimientos 8 en las edades de 10-14 años y 8 entre los 15 y 19 años.

La mortalidad por cáncer de estómago y colorrectal, para los años 2023 y 2024 muestran tasas similares, con 12.09 y 13.80 en 2024 respectivamente, mientras que la mortalidad prematura por estos tipos de cáncer alcanza para el mismo año tasas de 9.89 para estómago y 12.45 para colon, en la figura 46 se puede observar el comportamiento de los años 2023 y 2024 para la mortalidad prematura.

Figura 45

Costa Rica: Mortalidad prematura por cáncer de estómago y colorrectal para 2023-2024

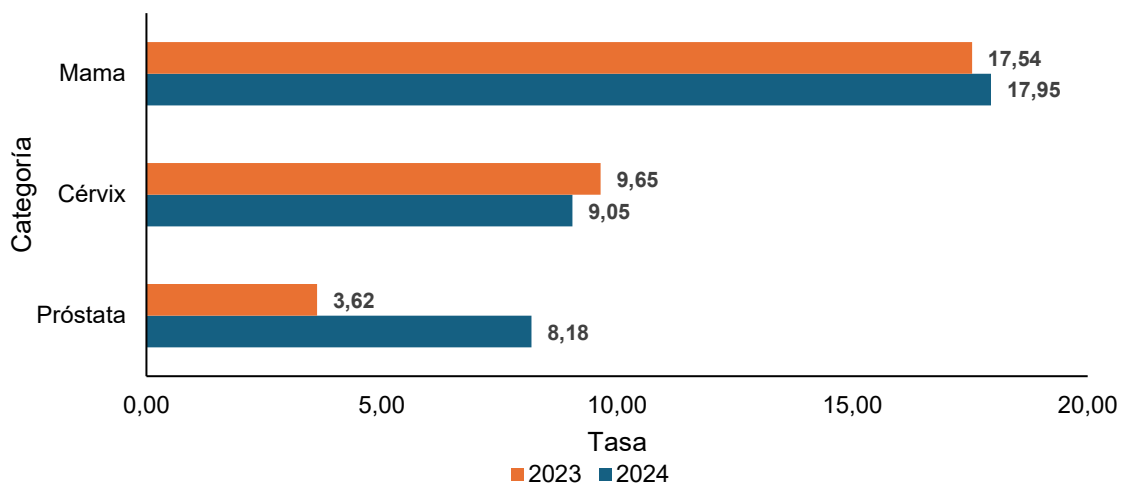


Fuente: Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, con datos de INEC

En el caso de los otros tipos de cáncer se observa que la mortalidad por cáncer de cérvix es de 5.99, mama 16.11 y próstata 17.97 en el año 2024, esto de acuerdo con la población según el grupo etario afectado. La mortalidad prematura identifica valores superiores a la media del país para cáncer de cérvix con una tasa de 9.05 para el 2024, en el caso de mama se mantiene similar y en próstata si es más baja que la tasa del país, alcanzando 8.18 para 2024.

Figura 46

Costa Rica: Mortalidad prematura por diversos tipos de cáncer, 2023-2024



Tasas por 100.000 mujeres u hombres según tipo de cáncer

Fuente: Unidad de Indicadores, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, con datos de INEC

Conclusiones:

El cáncer es un evento que, como parte de las enfermedades no transmisibles, afecta cada vez a mayor cantidad de personas, considerando que la esperanza de vida de los habitantes del país aumenta con forme pasan los años.

El cáncer es la 2 causa de muerte para la población de Costa Rica según subgrupos de grandes causas y se convierte en la primera causa de muerte prematura en el país.

Los fallecimientos en niños (0-9 años) en cáncer para el 2024 representa el 0.30% de todos los tipos de cáncer, en el caso de los adolescentes (10-19 años) es de 0,.60% para este mismo año.



Para atender la mortalidad general y prematura se ha diseñado el Plan Nacional para el Control del Cáncer (2024-2030), que busca mejorar el diagnóstico temprano y dar un adecuado tratamiento a los enfermos.

Recomendaciones:

- Continuar con la inclusión de casos en el SIRNAT, el seguimiento de los diversos tipos de cáncer y analizar según las necesidades que se identifiquen.
- Continuar con el análisis de la mortalidad por cáncer para dar respuesta al seguimiento del Plan Nacional para el Control del Cáncer, y hacer los ajustes oportunos durante las evaluaciones de este.

Hepatitis virales A, B, y C

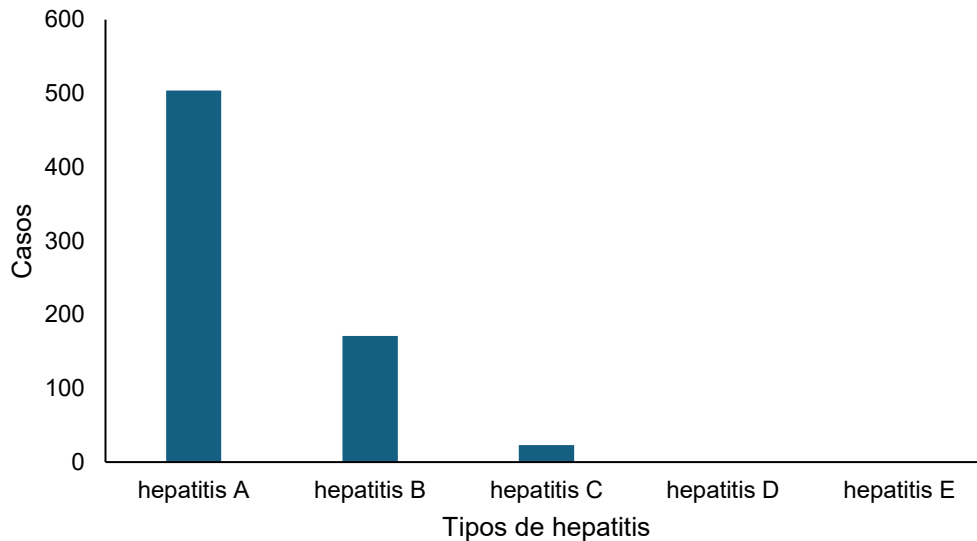
Durante el año 2024, en Costa Rica se registraron un total de 698 casos confirmados por laboratorio de hepatitis virales A, B y C. La hepatitis A representó la mayor proporción de los casos notificados con 504 casos, representando más del 72% del total. No se reportaron casos confirmados de hepatitis D ni E durante este periodo.

Debido a su relevancia epidemiológica en el periodo, los análisis por grupo de edad, semana epidemiológica, región y sexo se presentan únicamente para los casos de hepatitis tipo A.

Este patrón epidemiológico resalta la importancia de la hepatitis A como un problema prioritario de salud pública, especialmente por su alta transmisibilidad en contextos comunitarios y escolares. 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.

Figura 47

Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis viral tipos A, B, C,D y E, según agente etiológico identificado, 2024



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

Hepatitis A

El análisis de la distribución de los casos confirmados de hepatitis A según sexo y grupo de edad revela una marcada concentración en la población infantil y juvenil, particularmente en el rango de 1 a 9 años. Este grupo representa el mayor número de registros, seguido por los segmentos de 10 a 19 años y de 20 a 64 años, lo que evidencia una dinámica de transmisión activa en entornos escolares y comunitarios. Tales contextos, especialmente aquellos con limitaciones en infraestructura sanitaria e higiene, podrían favorecer la diseminación del virus.

Por otro lado, se observa una incidencia significativamente menor en los extremos etarios, es decir, en menores de 1 año y en adultos mayores de 65 años. Esta baja frecuencia podría atribuirse a factores como la cobertura de inmunización, una menor exposición social o incluso el subregistro de casos en estas poblaciones.

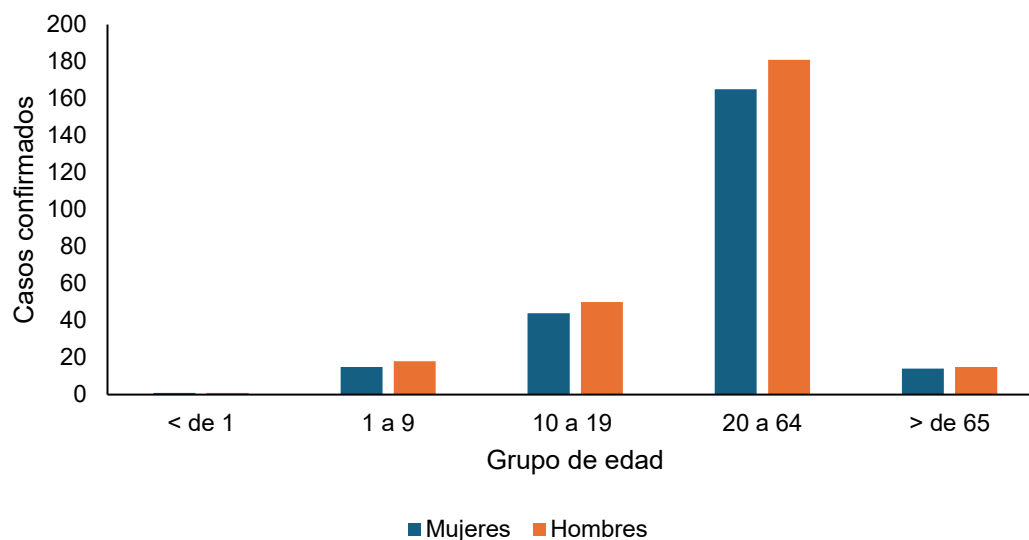
La identificación de estos grupos con mayor carga de enfermedad resulta fundamental para focalizar acciones preventivas, tales como campañas de vacunación,

intervenciones educativas en salud y mejoras de las condiciones ambientales, con énfasis en áreas con alta concentración infantil.

Respecto al análisis por sexo, de los 504 casos confirmados a nivel nacional, 265 fueron hombres y 239 mujeres, lo que refleja una ligera predominancia masculina. Esta diferencia, aunque no sustancial, podría estar influenciada por variaciones en los patrones de exposición, conductas sociales, ocupación o inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Figura 48

Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis A por sexo y grupo de edad, 2024

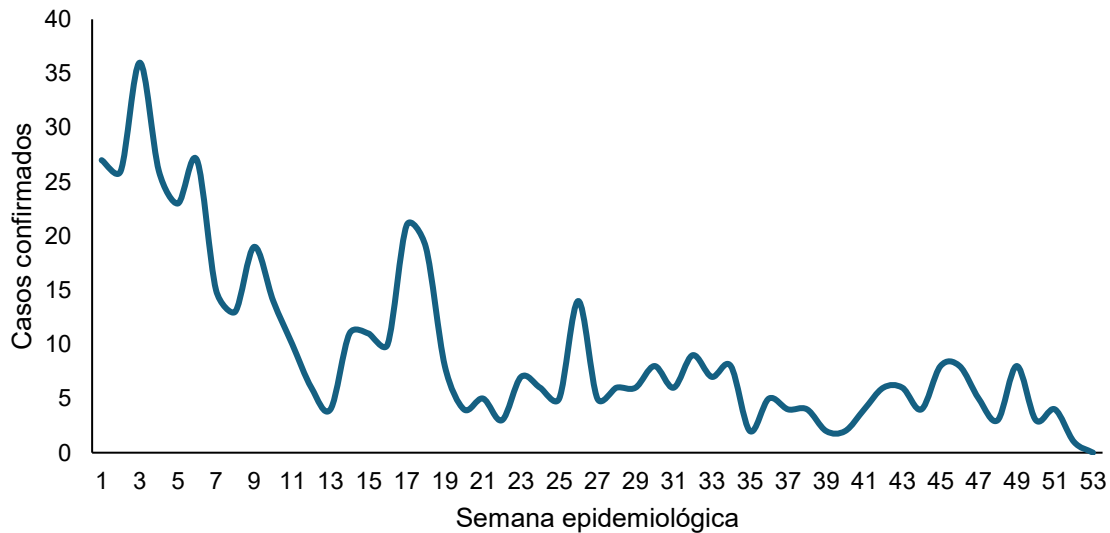


Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.

La curva epidemiológica muestra un pico importante en las semanas 3 a 6, seguido de una tendencia descendente con fluctuaciones menores a lo largo del resto del año. Este comportamiento sugiere una posible concentración de casos al inicio del año, que podría estar relacionada con exposiciones puntuales o condiciones estacionales.

Figura 49

Costa Rica: Curva epidemiológica de casos confirmados de hepatitis A según semana epidemiológica, 2024



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

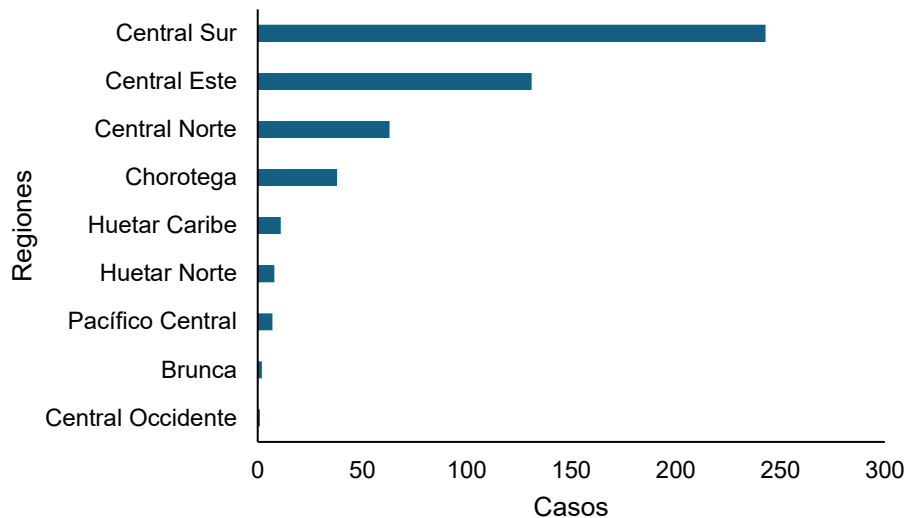
La distribución regional de los casos de hepatitis A en el gráfico 4 durante el año 2024 muestra una concentración significativa en las regiones Central Sur (48,2%) y Central Este (26,0%), que en conjunto representan más del 70% del total de casos confirmados a nivel nacional.

Esta alta carga en las zonas urbanas del Valle Central podría estar asociada con factores como densidad poblacional, condiciones sanitarias, y exposición en contextos escolares o comunitarios.

En contraste, regiones como Central Occidente, Brunca y Pacífico Central reportaron una cantidad mínima de casos, lo cual puede estar relacionado con una menor exposición, subregistro o variaciones en el acceso a servicios de salud.

Figura 50

Costa Rica: Casos confirmados de hepatitis A por región del Ministerio de Salud, 2024



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

Hepatitis B

Se confirmaron 171 casos de hepatitis B, lo que representa cerca del 24,5% del total de hepatitis virales. Esta enfermedad, de transmisión predominantemente parenteral, sexual y perinatal, requiere atención constante en programas de vacunación, tamizaje en embarazadas y grupos vulnerables, así como fortalecimiento de medidas de bioseguridad.

Hepatitis C

Se reportaron 23 casos confirmados de hepatitis C en 2024, lo que representa el 3,3% del total. Esta forma crónica de hepatitis continúa siendo un reto para la salud pública debido a su curso asintomático prolongado y sus consecuencias a largo plazo (cirrosis y hepatocarcinoma).

Análisis de la mortalidad

Durante el año 2024, se registraron un total de 8 defunciones asociadas a hepatitis virales en Costa Rica.

La hepatitis B y C representaron el mayor número de muertes en el año 2024, en su mayoría en personas mayores de 60 años, lo que coincide con la progresión natural de



estas enfermedades hacia cirrosis o hepatocarcinoma si no se detectan y tratan oportunamente.

La única muerte por hepatitis A se presentó en un adulto joven, lo que podría indicar un caso grave o asociado a comorbilidades, situación poco frecuente.

No se reportaron muertes por hepatitis D ni E.

También se reportó 1 defunción por hepatitis viral no especificada (B17.9), en un hombre mayor de 75 años en la región Central Este.

Tabla 37

Costa Rica: Defunciones por hepatitis viral según región del Ministerio de Salud, 2024

Tipo de hepatitis	Defunciones	Sexo	Grupo de edad	Región del Ministerio de Salud
Hepatitis A aguda (B15)	1	hombre	30-34 años	Brunca
Hepatitis B (aguda y crónica)	4	3 mujeres, 1 hombre	40-44, 60-64, ≥75	Central Sur, Central Norte, Central Occidente
Hepatitis C (aguda y crónica)	3	hombre	60-64, 70-74, ≥75	Central Sur
Hepatitis E / crónica no específica	0	—	—	—

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

Discusión

La distribución de casos y muertes evidencia una mayor carga de hepatitis A en número de casos, y de hepatitis B y C en severidad clínica.

El análisis de las hepatitis virales en Costa Rica durante el 2024 revela una carga epidemiológica diferenciada entre los distintos tipos, lo cual implica retos específicos para la vigilancia, prevención y control.

La distribución de las muertes mostró concentración en adultos mayores y regiones específicas, principalmente Central Sur.

La hepatitis A se presentó como la forma más frecuente, con 504 casos confirmados, lo que puede indicar brotes o exposición a fuentes comunes de infección, particularmente en zonas con condiciones de saneamiento inadecuadas. Esta situación



refuerza la importancia de mantener la vigilancia activa, las intervenciones en agua potable, el control de alimentos y la vacunación en población susceptible.

En el caso de la hepatitis B, los 171 casos confirmados y las 4 muertes reflejan una persistencia de la transmisión en contextos de riesgo, así como una evolución desfavorable en algunos pacientes, lo cual subraya la necesidad de fortalecer el acceso al diagnóstico, la vacunación sistemática y el tratamiento oportuno.

La hepatitis C, aunque con menor número de casos (23), mostró una proporción significativa de muertes (3 en total), lo cual sugiere una posible subdetección de casos crónicos avanzados. Esto plantea un desafío en términos de búsqueda activa, tamizaje poblacional y acceso a tratamiento antiviral curativo.

Desde la perspectiva de salud pública, los datos también ponen de manifiesto diferencias por sexo, edad y región, siendo más frecuentes los desenlaces fatales en adultos mayores y con predominancia en regiones como Central Sur y Brunca. Estos patrones deben guiar las estrategias de focalización territorial.

Recomendaciones

- Consolidar la integración de sistemas de información entre laboratorios, atención clínica y vigilancia epidemiológica.
- Implementar análisis periódicos geoespaciales que permitan identificar conglomerados o regiones con aumento de riesgo.
- Mantener la capacitación continua del personal de salud sobre las formas clínicas, diagnóstico, prevención y tratamiento de hepatitis virales.
- Establecer estrategias de comunicación pública que reduzcan el estigma y promuevan el diagnóstico oportuno.
- Para Hepatitis A:
 - Fortalecer las acciones de promoción de higiene personal, manipulación segura de alimentos y acceso a agua potable, especialmente en zonas con brotes recurrentes.
 - Reforzar la vigilancia epidemiológica activa en centros educativos, instituciones cerradas y comunidades con bajo acceso a servicios sanitarios.
 - Evaluar la necesidad de incorporar la vacuna de hepatitis A al esquema nacional de vacunación de la CCSS en población infantil y grupos de riesgo (la vacuna de hepatitis A actualmente solo en lo privado).



- Para Hepatitis B:
 - Asegurar el cumplimiento de esquemas completos de vacunación y grupos de riesgo.
 - Fortalecer el tamizaje en mujeres embarazadas para prevenir la transmisión vertical.
 - Impulsar campañas de educación sobre prácticas sexuales seguras y bioseguridad en entornos clínicos y comunitarios.
 - Facilitar el acceso al diagnóstico temprano y tratamiento antiviral para casos crónicos.
 - Desarrollar investigaciones orientadas a identificar posibles asociaciones entre la incidencia de casos y áreas geográficas específicas o grupos poblacionales con factores de riesgo, tales como personas usuarias de drogas inyectables y población privada de libertad.
- Para Hepatitis C:
 - Expandir el tamizaje en poblaciones vulnerables (personas mayores, ex usuarios de drogas, personas privadas de libertad).
 - Incluir pruebas de hepatitis C en procesos de control y seguimiento en servicios de salud mental, adicciones y VIH.
 - Promover el acceso universal al tratamiento con antivirales de acción directa (DAA) a través del sistema de salud.

Meningitis

La OMS indica que la meningitis es una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Puede tener causas infecciosas (bacterias, virus, hongos o parásitos) o no infecciosas, y representa una urgencia médica debido al riesgo de muerte o secuelas graves. Entre las distintas formas, la meningitis bacteriana es la más grave y potencialmente mortal, siendo responsable de una alta proporción de los casos y muertes en todo el mundo. Los principales agentes causantes son *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus agalactiae*.

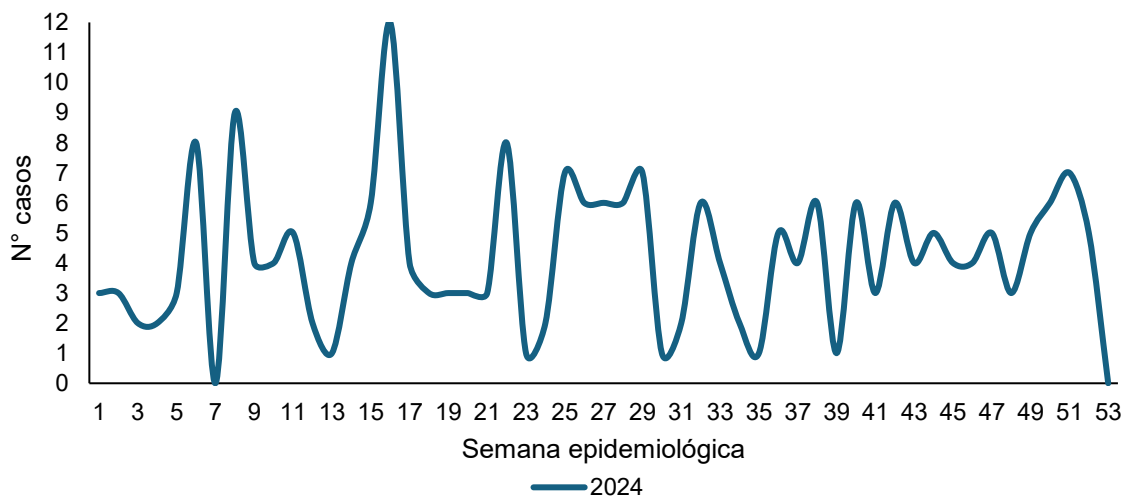
Aunque existen vacunas y tratamientos efectivos, la meningitis sigue siendo un problema de salud global, con millones de casos cada año. En 2019 se estimaron 2,5 millones de personas afectadas, de las cuales 240.000 fallecieron por meningitis

bacteriana. La enfermedad puede afectar a cualquier persona, pero su impacto es mayor en países de bajos ingresos y regiones con brotes recurrentes, como el llamado 'cinturón de la meningitis' en África subsahariana. En esta zona, la introducción de vacunas desde 2010, especialmente contra el meningococo A, ha logrado una notable reducción de brotes, e incluso la eliminación de casos confirmados en algunos países.

En el año 2024 se notificaron 222 casos sospechosos de meningitis mediante boleta VE01, independientemente de su causa, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 4,2 por cada 100.000 habitantes. La mayor cantidad de reportes se registró en la semana epidemiológica 16, con 12 casos, los cuales no estuvieron vinculados entre sí ni formaron parte de un brote.

Figura 51

Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis (A39.20, A39.2, A87.0-A87.9, G00.0-G00.9) notificados por todas sus causas, según semana epidemiológica, SE 1-53, 2024

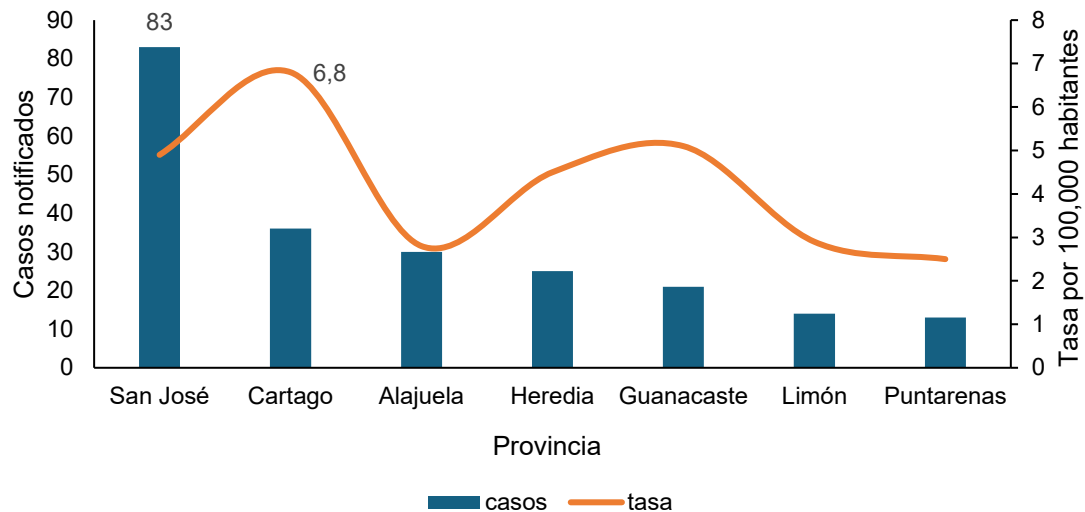


Fuente: Ministerio de Salud-Dirección de Vigilancia de la Salud. Unidad de Indicadores de la Salud.

La provincia de San José reportó la mayor cantidad de casos sospechosos de meningitis, con 83 de los 222 notificados a nivel nacional, seguida por Cartago con 36 casos. Esta última presentó, además, la tasa de incidencia más alta, con 6,8 por cada 100.000 habitantes. En contraste, la provincia de Limón registró el menor número de casos, con 14.

Figura 52

Costa Rica: Casos notificados y tasas de incidencia de meningitis por provincia, 2024



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

De los 84 cantones del país, 36 registraron tasas de incidencia iguales o superiores a la tasa nacional, que fue de 4,2 por cada 100.000 habitantes. El cantón con la tasa más elevada fue Zarcero, con 13,4, seguido de Dota con 12,3 y Hojancha con 12,2. Este hallazgo sugiere una distribución geográfica heterogénea de los casos, con concentraciones particulares en cantones de menor población, lo que puede influir en tasas relativamente más altas.

**Tabla 38****Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de meningitis (A39.0, A39.2, A87.0-A89.9, G00.0-G00.9) iguales o superiores a la tasa nacional, 2024**Tasa nacional ($\geq 4,2$ por 100.000 habitantes)

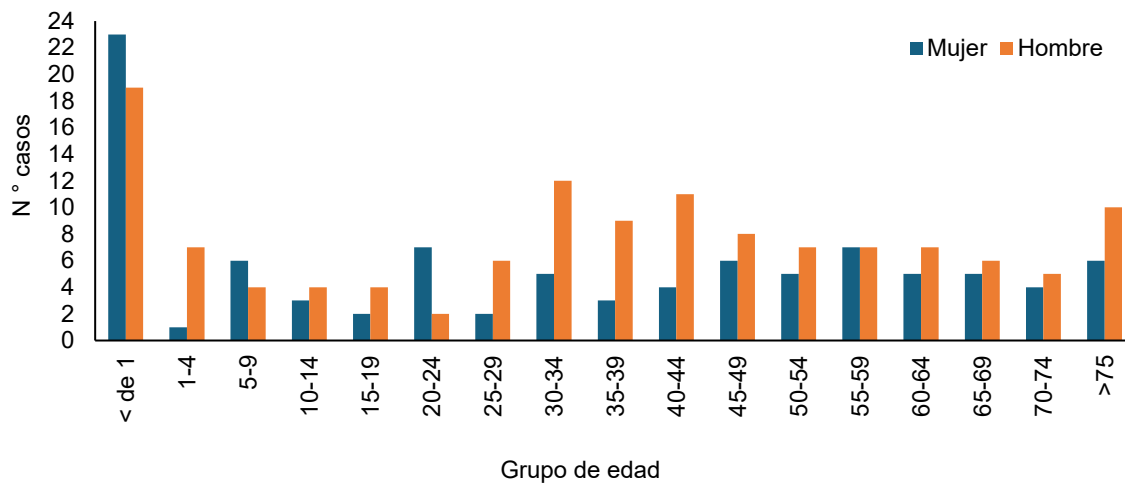
Cantón	Casos	Tasa
Zarcero	2	13,4
Dota	1	12,3
Hojancha	1	12,2
Palmares	4	9,4
Alajuelita	9	9,0
Tilarán	2	9,0
Cartago	15	8,9
Santa Barbara	4	8,9
Escazú	6	8,3
San Isidro	2	8,3
Santa Cruz	6	8,2
Flores	2	7,7
Pérez Zeledón	10	7,0
Turrialba	5	6,8
Nicoya	4	6,8
Alvarado	1	6,3
San José	22	6,2
Paraíso	4	6,2
Aserrí	4	6,1
Jimenez	1	6,1
Liberia	5	6,1
Oreamuno	3	5,9
Cañas	2	5,9
Tibás	5	5,7
Poás	2	5,6
Corredores	3	5,5
Vázquez de Coronado	4	5,4
Heredia	8	5,4
Tarrazú	1	5,3
Buenos Aires	3	5,3
La Unión	6	5,1
Pococí	8	5,0
Santa Ana	3	4,7
Parrita	1	4,6
Desamparados	11	4,3
Sarapiquí	4	4,3

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

Durante el año 2024, se notificó un total de casos de meningitis con una distribución por sexo que muestra una mayor proporción en hombres. El 57,7% de los casos correspondieron a hombres, mientras que el 42,3% a mujeres. Adicionalmente, se destaca que el grupo etario con mayor número de casos fue el de menores de 1 año, con un total de 42 casos, lo que representa el 18,9% del total.

Figura 53

Costa Rica: Distribución de casos notificados de meningitis (A39.0, A39.2, A87.0-A87.9, G00.0-G00.9) por sexo y grupo de edad, 2024



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

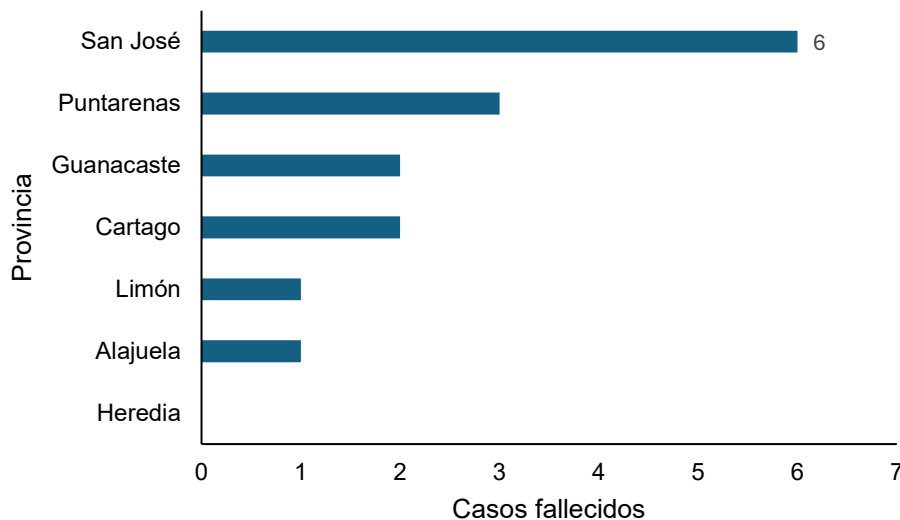
En el año 2024, la mortalidad por meningitis mostró una distribución desigual por sexo y grupo etario en la población analizada. Se registraron un total de 5 muertes en mujeres y 10 en hombres, lo que evidencia una mayor carga de mortalidad en el sexo masculino. La mayor concentración de muertes se observó en los extremos de la vida, particularmente en menores de 1 año y en adultos mayores de 55 años, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en estos grupos. Por otra parte, se identifica un patrón más disperso en hombres, con casos en edades productivas como 25-29, 35-39 y 45-49 años, mientras que en mujeres las muertes se concentraron en edades avanzadas.

La distribución de fallecimientos por meningitis en 2024 muestra una marcada desigualdad entre las provincias de Costa Rica. La provincia de San José registró el

mayor número de muertes, con 6 casos, lo que representa aproximadamente el 40% del total nacional. Le siguen Puntarenas con 3 casos, y Cartago y Guanacaste con 2 casos cada una. Por su parte, Alajuela y Limón reportaron un caso cada una, mientras que Heredia no presentó fallecimientos. El promedio de muertes por provincia fue de 2.14 casos, destacándose una mayor concentración en la región central del país.

Figura 54

Costa Rica: Mortalidad por meningitis (A39.0, A39.2, A87.0-A87.9, G00.0-G00.9) según provincia, 2024



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

Conclusiones

En el año 2024, la meningitis continuó siendo una preocupación significativa de salud pública en Costa Rica. Se notificaron 222 casos sospechosos, con una tasa de incidencia de 4,2 por cada 100.000 habitantes. La provincia de San José reportó la mayor cantidad de casos, seguida por Cartago, que presentó la tasa de incidencia más alta. La distribución por sexo mostró una mayor proporción de casos en hombres (57,7%) en comparación con mujeres (42,3%). El grupo etario más afectado fue el de menores de 1 año, representando el 18,9% del total de casos. La mortalidad también mostró una mayor carga en hombres, con 10 muertes frente a 5 en mujeres, y se concentró en los extremos de la vida.



Discusión

La meningitis sigue siendo una enfermedad de alta prioridad debido a su potencial de causar brotes y su alta tasa de mortalidad. Aunque la incidencia general en Costa Rica es relativamente baja, la concentración de casos en ciertas provincias y cantones sugiere la necesidad de una vigilancia epidemiológica más focalizada. La mayor proporción de casos en hombres y en menores de 1 año es consistente con patrones observados en otros países, donde los hombres y los niños pequeños son más vulnerables a las infecciones graves.

Recomendaciones

- Garantizar el cumplimiento riguroso de la vigilancia epidemiológica y laboratorial, conforme a lo establecido en el protocolo nacional para la vigilancia y control de las meningitis bacterianas, procurando en todo momento el cierre oportuno y adecuado de los casos para asegurar la calidad de la información y la efectividad de las intervenciones de salud pública

Parasitosis intestinal

La parasitosis intestinal continúa siendo un problema de salud pública relevante en muchas regiones del país, especialmente en poblaciones vulnerables, niños, comunidades indígenas, zonas rurales y áreas con deficiente acceso a agua potable o servicios de saneamiento.

Los parásitos intestinales incluidos en este perfil corresponden a aquellos registrados con diagnóstico individualizado en la Unidad de Indicadores de Salud de la Dirección de Vigilancia de la Salud, a través del sistema de notificación vigente. Estos son:

1. Amebiasis
2. Giardiasis
3. Ascariasis
4. Anquilostomiasis/Necatoriasis
5. Estrongiloidiasis
6. 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 2024 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.

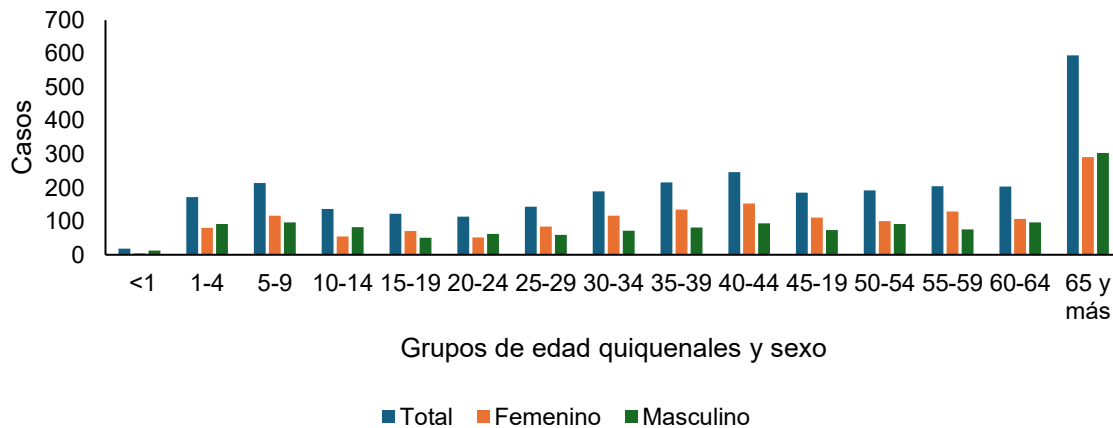
Amebiasis

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.

La figura 54 muestra la distribución de los casos de amebiasis notificados en el año 2024 según grupo de edad y sexo. Se evidencia una mayor carga de casos en personas adultas mayores (65 años y más), así como una proporción importante de casos en niños de 1 a 9 años, lo cual puede reflejar condiciones de exposición temprana, vulnerabilidad inmunológica y patrones de consulta o diagnóstico. Las diferencias entre sexos no muestran una tendencia consistente, aunque en algunos grupos etarios se observan leves predominancias.

Figura 55

Costa Rica: Casos de amebiasis notificados según grupo de edad y sexo, 2024



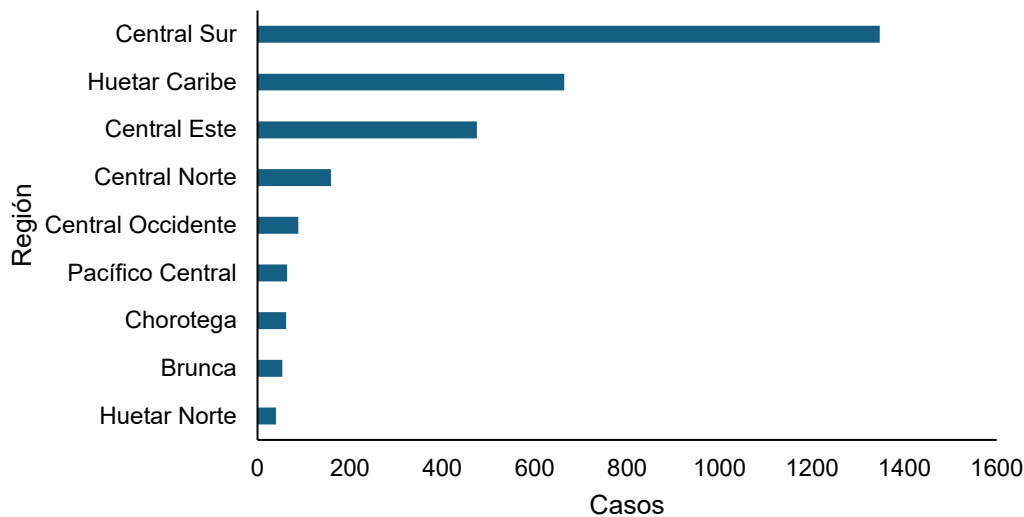
Fuente: Unidad de Indicadores de la Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024

La figura 57 representa la distribución de casos notificados de amebiasis por región durante el año 2024. Se observa una concentración importante de casos en la región Central Sur (1.347 casos), seguida por Huetar Caribe (664) y Central Este (475), lo que podría relacionarse tanto con una mayor densidad poblacional como con condiciones estructurales que favorecen la transmisión fecal-oral. En contraste, regiones como Huetar Norte y Brunca reportan una carga significativamente menor.

Este análisis territorial resulta clave para orientar acciones focalizadas de prevención, promoción de la salud y mejora de condiciones sanitarias, especialmente en aquellas regiones con mayor carga reportada.

Figura 56

Costa Rica: Distribución de casos de amebiasis por región, 2024

**Fuente:** Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024

Giardiasis

La giardiasis es causada por *Giardia intestinalis*, un protozoo 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.

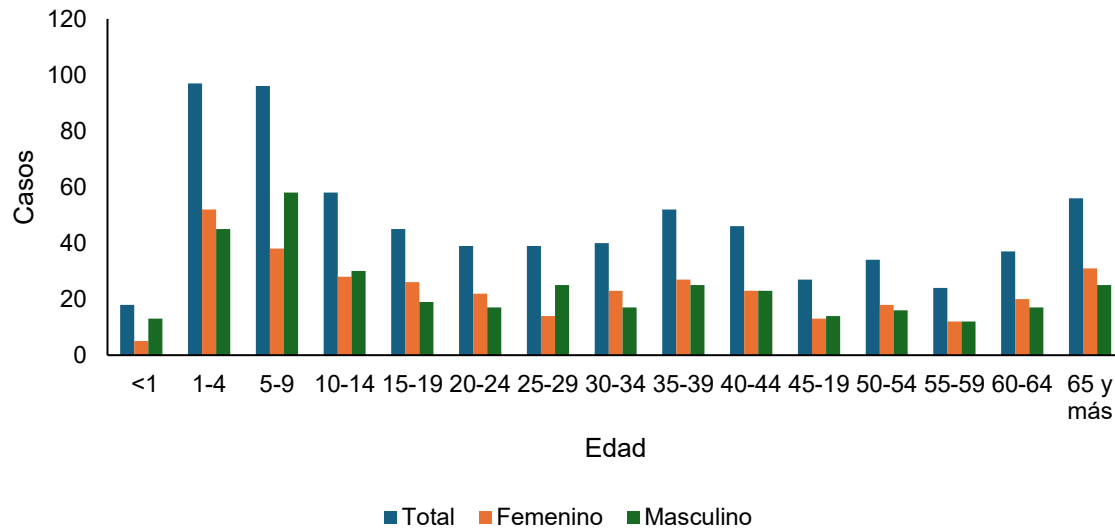
En la figura 56 se evidencia una mayor concentración de casos en los grupos pediátricos, particularmente entre los 1 y 9 años, lo cual coincide con el patrón epidemiológico conocido para esta parasitosis. La mayor vulnerabilidad en la infancia puede atribuirse al desarrollo incompleto de hábitos higiénicos, mayor exposición ambiental y transmisión en entornos escolares o comunitarios.

Si bien las diferencias por sexo no muestran una tendencia uniforme, se observan variaciones leves en algunos grupos etarios. Este análisis permite enfocar acciones preventivas y educativas en los segmentos más afectados, y resalta la importancia de

mantener una vigilancia activa, especialmente en zonas con condiciones de riesgo sanitario.

Figura 57

Costa Rica: Casos de giardiasis notificados según grupo de edad y sexo, 2024

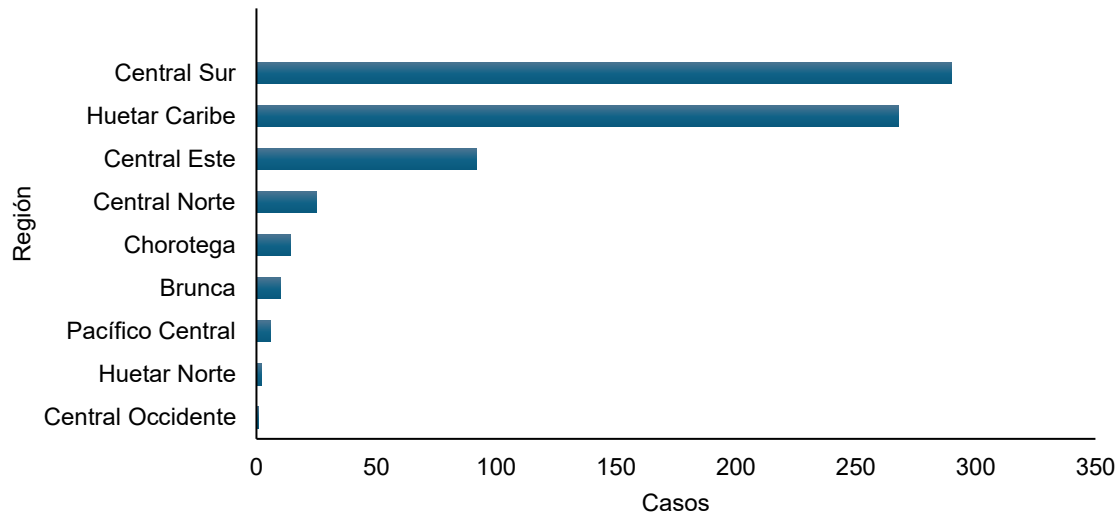


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024

El gráfico 59 ilustra la carga epidemiológica reportada en diversas regiones planas de Costa Rica, evidenciando una heterogeneidad geográfica significativa. Las cifras plasmadas reflejan el recuento absoluto de casos, posiblemente relacionados con eventos de interés en salud pública, ya sea de tipo infeccioso, crónico o emergente. Destacan áreas con alta concentración como Central Sur y Huetar Caribe, lo que podría sugerir una mayor densidad poblacional, acceso a servicios de salud para la notificación, o condiciones sociales y ambientales propicias para la transmisión.

Figura 58

Costa Rica: Distribución de casos de giardiasis por región del Ministerio de Salud, 2024

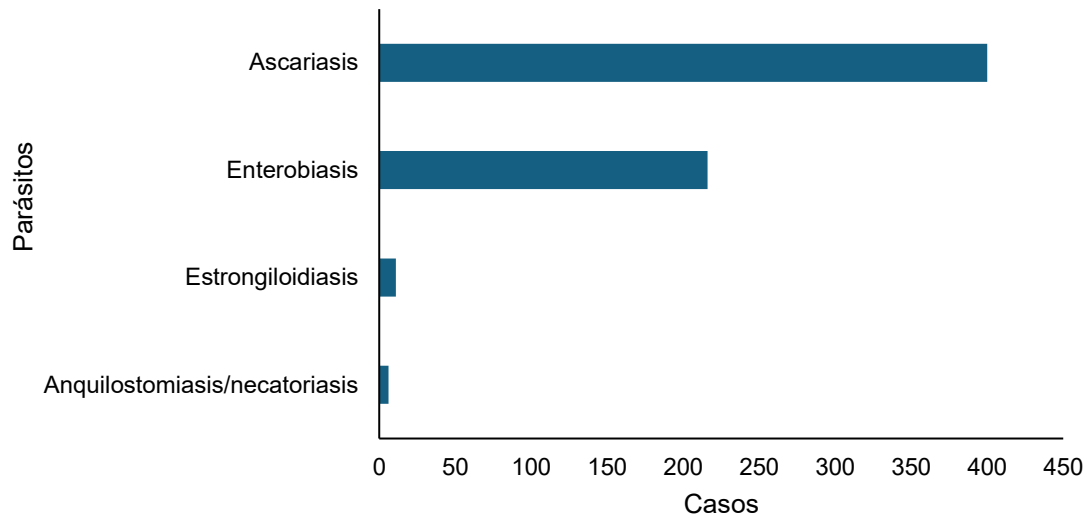


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024

Luego del análisis individual de los casos de amebiasis y giardiasis, las parasitosis intestinales más frecuentes en el periodo evaluado son ascariasis, anquilostomiasis/necatoriasis, estromgiloidiasis y enterobiasis. En el 2024 se registró un total de 633 casos, de los cuales la ascariasis concentra la mayor carga con 400 casos (64.5%), seguida por enterobiasis con 216 casos (34.8%). En contraste, estromgiloidiasis y anquilostomiasis/necatoriasis muestran una baja frecuencia, con 11 casos (1.8%) y 6 casos (1.0%), respectivamente. Esta distribución evidencia una predominancia de helmintiasis transmitidas por vía fecal-oral, lo que refleja condiciones de saneamiento limitado en ciertas regiones del país. La visualización permite identificar con claridad las parasitosis prioritarias para la vigilancia epidemiológica y el control, destacando la necesidad de intervenciones focalizadas en las zonas con mayor carga de ascariasis y enterobiasis.

Figura 59

Costa Rica: Distribución de casos de cuatro parasitosis intestinales seleccionadas, 2024



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024

Mortalidad por parasitosis

Según el reporte preliminar del INEC para 2024, no se registraron defunciones por amebiasis ni por otras parasitosis intestinales, salvo una muerte atribuida a “parasitosis intestinal sin especificar” (B82), ocurrida en una niña de entre 1 y 4 años, residente en el cantón de Coto Brus, región Brunca.

Este caso puntual sugiere que, aunque la mortalidad por estas enfermedades es poco común, su impacto clínico en la infancia sigue siendo relevante. Cabe la posibilidad de que la causa de muerte esté relacionada con otras condiciones subyacentes o comorbilidades no especificadas en el reporte.

Discusión

Las parasitosis intestinales, aunque con baja letalidad, continúan representando un problema sanitario en Costa Rica, particularmente en regiones como Brunca, Huetar Norte y Huetar Caribe. La transmisión está fuertemente asociada a factores ambientales y sociales como el acceso a agua potable, disposición de excretas, educación sanitaria y hábitos higiénicos.



El hecho de que solo se registre una defunción no refleja su impacto real en términos de morbilidad, desnutrición y ausentismo escolar. La carga subestimada por diagnóstico clínico o la automedicación también dificultan una vigilancia completa.

Conclusiones

- En 2024, se notificaron múltiples casos de parasitosis intestinales, siendo amebiasis y giardiasis los eventos más frecuentes.
- La mortalidad fue baja, con una defunción por parasitosis intestinal sin especificar (B82) en una niña menor de 5 años, residente en la región Brunca.
- Las parasitosis afectan principalmente a poblaciones vulnerables: niñez, zonas rurales, hogares sin acceso a agua segura o saneamiento.

Recomendaciones

- Fortalecer el acceso a agua potable y saneamiento básico en comunidades rurales e indígenas.
- Implementar programas escolares de desparasitación con seguimiento clínico y educativo.
- Aumentar la cobertura de diagnóstico específico en laboratorios locales.
- Desarrollar campañas de educación sanitaria enfocadas en higiene de manos y alimentos.
- Establecer vigilancia activa en regiones con brotes recurrentes o condiciones de riesgo.
- Intervenciones focalizadas y fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Orientación de recursos según criterios de riesgo, vulnerabilidad y necesidad regional. La interpretación de estas diferencias será clave para establecer prioridades en prevención, detección temprana y respuesta ante brotes o condiciones de salud prevalentes.



Síndrome congénito asociado a Zika

Ante el aumento de reportes de nacimientos con microcefalia en áreas donde se registraba circulación del virus del Zika, la OPS y la OMS emitieron una alerta epidemiológica el 1 de diciembre de 2015. Esta comunicación instaba a los Estados Miembros a asegurar capacidades para identificar y confirmar casos de Zika, preparar los servicios de salud para una posible sobrecarga, incluyendo la atención de síndromes neurológicos, y reforzar el control prenatal. Posteriormente, el 1 de febrero de 2016, la OMS emitió una alerta de alcance internacional con énfasis en:

- Mejorar y estandarizar la vigilancia de microcefalia y del síndrome de Guillain-Barré en zonas de transmisión o riesgo de Zika.
- Acelerar la investigación sobre la causa de conglomerados de microcefalia y trastornos neurológicos, y su posible vínculo con el virus del Zika y otros cofactores.

Dado que en Costa Rica se confirmó circulación autóctona del virus desde enero de 2016, y considerando la presencia del vector transmisor, el MS conformó una comisión técnica integrada por el MS, INCIENSA y la CCSS, con el fin de elaborar y dar seguimiento al "Protocolo de vigilancia de microcefalia y síndrome congénito asociado a virus del Zika". La primera versión fue publicada en marzo de 2016, marcando el inicio de la vigilancia activa.

Posteriormente, y ante la identificación de otros defectos congénitos relacionados, el protocolo fue actualizado en diciembre de 2016. En 2017, el CNRV de INCIENSA incorporó la prueba serológica IgM ELISA como método diagnóstico para casos de Zika congénito, lo cual motivó una nueva revisión del protocolo en marzo de 2018, y otra más reciente en 2023. Este documento establece directrices para la vigilancia de defectos congénitos vinculados a la infección congénita por Zika, dirigidas tanto a personal clínico como a responsables de vigilancia epidemiológica en instituciones públicas y privadas.

Desde 2024, y dada la emergencia por Oropouche (OROV) como nueva arbovirosis con potencial transmisión vertical, el CNRV ha incluido el análisis por PCR para OROV en muestras de casos sospechosos de Zika congénito. Hasta la fecha de corte de este informe, no se ha confirmado ningún caso de OROV en el país.



Contexto internacional

La epidemia de virus Zika registrada entre 2015 y 2017 impactó fuertemente a varios países de América Latina, evidenciando por primera vez la asociación entre la infección durante el embarazo y un conjunto de alteraciones congénitas en recién nacidos. Este hallazgo impulsó el reconocimiento del SCZ como una nueva entidad clínica de interés en salud pública.

Brasil fue el país más afectado de la región, con más de 3.500 casos confirmados de SCZ, particularmente en estados del noreste donde la transmisión fue más intensa. La experiencia brasileña contribuyó significativamente a la caracterización clínica del síndrome, que incluye microcefalia, alteraciones estructurales cerebrales, daño ocular, hipertensión y retraso en el desarrollo, entre otros hallazgos.

Colombia también reportó un número importante de casos y desarrolló lineamientos nacionales de vigilancia para la identificación y seguimiento de niños nacidos de madres expuestas al virus. En otros países como México, El Salvador, Honduras y Venezuela, se documentaron casos confirmados, aunque en menor proporción.

La mayoría de los países de la región adoptaron sistemas de vigilancia específicos para eventos congénitos asociados a Zika, con el acompañamiento técnico de la OPS/OMS. Estas experiencias permitieron avanzar en la identificación de manifestaciones clínicas más sutiles y en el reconocimiento de que algunos niños pueden nacer sin microcefalia, pero con otros signos neurológicos o alteraciones del neurodesarrollo.

El mapa regional y los boletines de la OPS/OMS durante 2015–2016 documentaron la expansión de la transmisión de Zika en más de 50 países, con numerosos reportes clínicos de microcefalia asociada

Situación nacional

Este análisis presenta los resultados obtenidos a través del sistema de vigilancia, permitiendo una caracterización temporal (por año) y territorial (provincia y cantón de residencia materna) de los casos de Zika congénito notificados en Costa Rica entre marzo de 2016 y el 19 de junio de 2025.

Durante este periodo, el CREC recibió un total de 1.453 notificaciones. Es relevante mencionar que algunos casos detectados inicialmente por el CNRV fueron posteriormente informados al CREC. Según la clasificación, el 1% de los casos fueron considerados confirmados o probables (13 y 14 casos, respectivamente), mientras que un

62% (902) fueron descartados, y un 25% (357) no cumplían la definición establecida, la mayoría por errores en la interpretación de microcefalia. Adicionalmente, un 6% (90) fueron detectados únicamente por laboratorio sin datos clínicos suficientes, impidiendo su seguimiento; estos fueron catalogados como "sin datos". Un 4% (61) no pudieron ser clasificados al momento del corte debido a información incompleta o investigaciones aún en curso, principalmente correspondientes a nacimientos de 2024 y 2025.

Entre marzo de 2016 y el 19 de junio de 2025, el CREC, entidad responsable de coordinar la vigilancia de zika congénito en Costa Rica, recibió un total de 1.453 notificaciones. Es relevante señalar que algunos casos fueron inicialmente detectados por el CNRV, el cual posteriormente trasladó la información al CREC. La clasificación de estos reportes se presenta en el Cuadro 1. De acuerdo con los datos, únicamente el 1% de los casos notificados fueron clasificados como zika congénito (13 confirmados y 14 probables), mientras que la mayoría fueron descartados (902 casos, equivalentes al 62%).

Tabla 39

Costa Rica: Distribución de casos notificados al CREC según clasificación, marzo 2016-junio 2025

Clasificación	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Confirmado	2	8	1	2	0	0	0	0	0	0	13
Probable	1	9	3	1	0	0	0	0	0	0	14
Sospechoso	3	12	2	8	7	1	2	0	15	11	61
Descartado	57	128	127	161	104	110	89	79	45	2	902
NCDC*	38	61	45	58	28	31	35	31	26	4	357
ND**	7	17	9	4	7	5	3	4	13	21	90
IC***	1	10	3	1	1	0	0	0	0	0	16
TOTAL	109	245	190	235	147	147	129	114	99	38	1453

Fuente: CREC-INCIENSA. Junio 2025. NCDC: no cumple definición de caso; ND: no datos, no cumple definición de casos sin datos de perímetro cefálico. IC: infección congénita, casos con serología o PCR positivos por zika pero que a la fecha no presentan ningún defecto congénito para cumplir la definición de caso.

Asimismo, un 25% del total de reportes (357 casos) correspondió a situaciones que no cumplían con la definición establecida para caso sospechoso (NCDC). Estos fueron notificados erróneamente como casos de microcefalia, lo que provocó la activación

innecesaria del sistema de vigilancia, incluyendo procedimientos diagnósticos como toma de muestras e investigaciones clínicas. La tabla 41 muestra la distribución provincial de estos casos.

Por otro lado, el 6% (90 casos) fueron identificados directamente por el CNRV sin que existiera notificación formal por parte de los servicios de salud del primer nivel de atención. La ausencia de datos esenciales o errores en las boletas de laboratorio impidió el seguimiento de estos casos, por lo que fueron clasificados como “no cumplen definición de caso sin datos” (ND). Su distribución por año y provincia puede consultarse en la tabla 42.

Finalmente, el 4% de los reportes (61 casos) aún no ha sido clasificado, debido a la falta de criterios suficientes en la información disponible. La mayoría de estos corresponde a nacimientos ocurridos en 2024 y 2025, los cuales se mantienen en investigación, en espera de completar la información requerida para su análisis. El análisis de la incidencia entre 2016 y 2019 muestra que el pico más alto se presentó en 2017, con una tasa de 25 por 100.000 nacimientos, disminuyendo progresivamente hasta 2019 (4,67 por 100.000). No se han confirmado casos nuevos entre 2020 y junio de 2025. Cabe destacar que, debido al proceso complejo que implica el seguimiento clínico y la evaluación diagnóstica integral, la clasificación de casos puede demorar hasta 12 meses. Por tanto, los datos más recientes deben considerarse preliminares.

Tabla 40

Costa Rica: Incidencia de casos confirmados y probables de zika congénito (tasa por 1000 nacimientos) marzo 2016-2019

Provincia	2016	2017	2018	2019	2016-2019
Limón	12,9	92	26,8	14,7	37,07
Puntarenas	0	82	0	0	21,10
Cartago	0	29	14,9	15,7	14,74
Guanacaste	17,3	0	0	0	4,42
Heredia	0	0	16,2	0	4,06
San José	0	9,8	0	5,2	3,74
Alajuela	6,8	0	0	0	1,70
TOTAL	4,3	25	5,8	4,7	9,94

Nota: Datos preliminares 2024, 2025.

Fuente: Casos (n) clasificados como confirmados y probables por la Comisión Nacional de zika congénito: CREC / CNRV, INCIENSA, al 19 de junio del 2025. Nacimientos: INEC, 2022



Las provincias de Limón y Puntarenas concentraron la mayor cantidad de casos probables y confirmados, coincidiendo con condiciones ecológicas favorables para la presencia del vector.

Tabla 41

Costa Rica: Casos sospechosos, probables y confirmados según provincia, marzo 2016-junio 2025

Provincia	Confirmados	Probables	Sospechosos	Total
Limón	7	4	7	18
Puntarenas	4	2	11	17
Cartago	1	3	5	9
Alajuela	1	0	7	8
San José	0	3	26	29
Guanacaste	0	1	5	6
Heredia	0	1	0	1
TOTAL	13	14	61	88

Fuente: CREC / CNRV, INCIENSA, 2025. Casos clasificados por la Comisión Nacional de zika congénito al 19 de junio del 2025.

Infección congénita por Zika

En el periodo comprendido entre marzo de 2016 y junio de 2025, se confirmaron 16 casos de infección congénita¹ por virus Zika en el país. La mayor concentración se registró en el año 2017, con un total de 10 casos, lo cual coincide con el pico de circulación del virus en Costa Rica.

¹ *infección congénita*: Aquellos niños con IgM o PCR positivas para Zika al nacimiento, pero que no presentan manifestaciones clínicas compatibles con el síndrome congénito, serán catalogados como casos de infección congénita **sin microcefalia ni síndrome congénito**.

Tabla 42

Costa Rica: Casos clasificados como infección congénita por Zika según provincia y año, marzo 2016-junio 2025

Provincia	2016	2017	2018	2019	2020	2021–2025	Total
San José	0	1	0	0	0	0	1
Alajuela	0	0	0	0	1	0	1
Cartago	0	0	0	1	0	0	1
Heredia	0	1	1	0	0	0	2
Guanacaste	0	3	0	0	0	0	3
Puntarenas	0	3	0	0	0	0	3
Limón	1	2	2	0	0	0	5
Total	1	10	3	1	1	0	16

Fuente: CREC / CNRV, INCIENSA, 2025. Casos clasificados por la Comisión Nacional de zika congénito al 19 de junio del 2025.

Al analizar la distribución por provincia, se observa que Limón reportó la mayor cantidad de casos confirmados (5), seguido de Guanacaste y Puntarenas con 3 casos cada una. Este patrón territorial es consistente con la mayor transmisión del virus en zonas costeras durante el brote epidémico.

Por otro lado, provincias como San José, Alajuela y Cartago reportaron un solo caso cada una en distintos años, reflejando una baja incidencia. Cabe destacar que Heredia registró dos casos consecutivos en 2017 y 2018, a pesar de no ser una zona de alta transmisión, lo que podría estar asociado a factores individuales o migración interna de madres gestantes.

No se identificaron casos confirmados en el periodo 2021–2025, lo que podría estar relacionado con la baja circulación viral y el fortalecimiento de las medidas de prevención en mujeres embarazadas durante los años posteriores al brote inicial. Una debilidad identificada fue la falta de articulación entre el reporte clínico y el laboratorio: 90 muestras fueron recibidas sin la correspondiente boleta epidemiológica, lo cual impidió el seguimiento adecuado. Se recomienda fortalecer la supervisión en los



centros de salud para asegurar el cumplimiento del protocolo de notificación y documentación.

Asimismo, se identificó que un número significativo de notificaciones no cumplía con la definición de caso, debido en gran parte al uso incorrecto de criterios clínicos, en particular en la medición del perímetro cefálico. Se recomienda reforzar la capacitación al personal de salud en el uso adecuado de las tablas antropométricas y los criterios diagnósticos establecidos en el protocolo. Tanto el MS la CCSS han implementado acciones de sensibilización y formación del personal para mejorar la identificación, diagnóstico y notificación de casos de Zika congénito.

Conclusiones y recomendaciones

- Durante el período 2016–2019, la incidencia de casos confirmados y probables de síndrome congénito asociado a Zika fue de 10 por cada 100.000 nacimientos, alcanzando su punto máximo en 2017 con una tasa de 25 por 100.000 nacimientos. Esta tendencia descendente se mantuvo en los años posteriores, con una incidencia de 4,7 por 100.000 nacimientos en 2019. A la fecha de corte del presente informe (19 de junio de 2025), no se han clasificado casos confirmados ni probables correspondientes al periodo 2020–2025. Sin embargo, debido a que la clasificación final de los casos requiere un proceso de seguimiento clínico, pruebas de laboratorio y valoraciones especializadas, los datos correspondientes a 2024 y 2025 son preliminares y sujetos a actualización.
- En cuanto a la distribución geográfica, los casos confirmados y probables notificados entre 2016 y 2019 se registraron en todas las provincias del país, con mayor concentración en Limón y Puntarenas, regiones que reúnen condiciones ambientales y urbanas propicias para la transmisión del virus a través del vector *Aedes aegypti*.
- Una de las principales debilidades identificadas en el sistema de vigilancia corresponde a la falta de integración de la información clínica y epidemiológica. Durante el periodo analizado, se identificaron 90 casos notificados únicamente a través de muestras de laboratorio sin boleta clínica asociada, lo que imposibilitó su seguimiento por parte del CREC. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de que los servicios de salud garanticen la remisión completa de la información requerida, conforme lo establece el protocolo de vigilancia vigente. Es



responsabilidad de los equipos locales de vigilancia y de los servicios clínicos verificar que, junto con la solicitud de pruebas de laboratorio, se remita también la boleta de notificación epidemiológica debidamente completada.

- Adicionalmente, los datos muestran que aproximadamente el 25% de los casos notificados no cumplían con la definición de caso, siendo en su mayoría clasificados erróneamente como microcefalia. Esto evidencia una necesidad de reforzar las capacidades del personal clínico en el uso e interpretación adecuada de tablas de perímetro cefálico y en la aplicación correcta de los criterios diagnósticos establecidos en el protocolo nacional.
- Finalmente, tanto el MS como la CCSS Social han implementado estrategias de capacitación y sensibilización orientadas al personal de salud para mejorar la detección oportuna, diagnóstico y notificación de casos sospechosos de Zika congénito. Estos esfuerzos deben continuar y fortalecerse como parte de una estrategia integral de vigilancia de eventos congénitos y enfermedades emergentes.



Referencias

- Allemani, C., Bouzbid, S., et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet*, 391(10125), 1023–1075. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)
- Calvert, C., John, J., Nzvere, F. P., Cresswell, J. A., Fawcus, S., Fottrell, E., Say, L., & Graham, W. J. (2021). Maternal mortality in the COVID-19 pandemic: Findings from a rapid systematic review. *Global Health Action*, 14(sup1), 1974677. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1974677>
- Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC). (2025). Base de datos nacional de vigilancia de Zika congénito, marzo 2016 – junio 2025. Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Child mortality and causes of death. (n.d.). World Health Organization. Retrieved July 27, 2025, from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>
- CR en cifras 2024. (n.d.). Retrieved July 27, 2025, from <https://online.fliphtml5.com/ijhdt/ewcc/#p=1>
- Cruz García, V., Fernández Arguelles, R. A., & López Flores, J. F. (2012). Determinación de prioridades por el método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Waxapa*, 6, 1–14. <http://dspace.uan.mx:8080/xmlui/handle/123456789/944>
- Cuevas, E. L., Tong, V. T., Rozo, N., Valencia, D., Pacheco, O., Gilboa, S. M., Mercado, M., & Peña, M. (2019). Preliminary report of microcephaly potentially associated with Zika virus infection during pregnancy — Colombia, January–November 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(49), 1409–1413. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6549e1>
- Cumming, O., et al. (2017). Effectiveness of interventions to improve drinking water, sanitation and hygiene on reducing diarrhea: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(1), e35–e45. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30307-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30307-0)
- Dirección de Vigilancia de la Salud. (2024). Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SINAVE). Ministerio de Salud de Costa Rica.
- Ekman, B., et al. (2017). Economic costs of hospitalized diarrheal disease in Bangladesh. *Global Health Research and Policy*, 2, 17. <https://doi.org/10.1186/s41256-017-0056-5>
- Estadísticas demográficas. (n.d.-a). Instituto Nacional de Estadística y Censos. Retrieved July 27, 2025, from <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>



Estadísticas demográficas. (n.d.-b). Instituto Nacional de Estadística y Censos. Retrieved March 20, 2023, from <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas?page=3>

Fernández, G., Marco, Q., Suarez, F., Fernando, A., Amado, J., Federico, L., & De Cosio, G. (2017). Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Módulo 2: Salud y enfermedad en la población. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55840>

Freeman, M. C., et al. (2014). The impact of a school-based water supply and treatment, hygiene, and sanitation programme on pupil diarrhea: A cluster-randomized trial. *Epidemiology & Infection*, 142(2), 340–351. <https://doi.org/10.1017/S0950268813000793>

Garn, J. V., et al. (2016). The impact of a school-based water, sanitation and hygiene program on absenteeism, diarrhea and respiratory infection in Mali: A matched-control trial. *International Journal of Epidemiology*, 45(2), 610–621. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv292>

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). (2022). Lineamientos para el manejo de brotes de origen alimentario en Costa Rica. Ministerio de Salud de Costa Rica.

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). (2024). Boletín epidemiológico de Zika congénito 1 2024: Datos 2016–2024 a 6 de junio. Ministerio de Salud de Costa Rica. https://www.inciensa.sa.cr/wp-content/uploads/simple-file-list/Informes-Epidemiologicos/2024/Malformaciones-Congenitas/Boletin-epidemiologico-de-zika-congenito-1-2024_-_Datos-2016-2024-a-6-de-junio.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Proyecciones de población 2020–2030. <https://www.inec.cr/>

Kotloff, K. L., et al. (2021). Direct and indirect costs of acute diarrhea in children under five: A global analysis. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 17, 100124. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100124>

Ministerio de Salud – Brasil. (2021). Boletim Epidemiológico Especial nº 72: Monitoramento dos casos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção congênita pelo vírus Zika. https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/19/boletim_especial_zika_2021.pdf

Ministerio de Salud. (2022). Protocolo nacional para la vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. Ministerio de Salud de Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2023). Protocolo nacional para la vigilancia del dengue. Ministerio de Salud de Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/enfermedades-de-transmision-vectorial->



1/dengue/6700-protocolo-nacional-para-la-vigilancia-del-dengue-costa-rica-2023/file

- Ministerio de Salud. (2024). Protocolo para la atención y manejo de pacientes con dengue. Ministerio de Salud de Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/enfermedades-de-transmision-vectorial-1/dengue/8067-protocolo-para-la-atencion-y-manejo-de-pacientes-con-dengue/file>
- Ministerio de Salud. (2024). Mortalidad por eventos transmisibles: Cifras preliminares. Ministerio de Salud de Costa Rica & Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (n.d.). Reglamento de Vigilancia de la Salud, Decreto N° 40556-S.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_norma.aspx?para m1=NRM&nValor1=1&nValor2=84661&nValor3=109322&strTipM=FN
- Organización Mundial de la Salud. (1988). Resolution of the World Health Assembly.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/201484/WHA41_R27_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Guidelines on water, sanitation and health.
<https://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, marzo 5). Papilomavirus humano y cáncer.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, mayo 29). Infecciones de transmisión sexual.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (2025, mayo 30). Virus del herpes simple.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Hipertensión.
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Cáncer.
<https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Guía para la vigilancia integrada de enfermedades transmitidas por alimentos y agua.
<https://www.paho.org/es/documentos/guia-vigilancia-integrada-eta>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Carga de enfermedad: Diabetes.
<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Manual de vigilancia de enfermedades parasitarias.
- Paixão, E. S., Teixeira, M. G., Costa, M. D. C. N., Rodrigues, L. C., & Barreto, M. L. (2023). Mortality and survival of children with congenital Zika syndrome in Brazil: A



- nationwide cohort study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 21, 100481. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100481>
- Pan American Health Organization. (2016, octubre 20). Zika epidemiological update – Regional Office for the Americas. <https://www.paho.org/en/documents/zika-epidemiological-update-20-october-2016>
- UNAIDS. (2025, julio 10). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- UNFPA América Latina y el Caribe. (n.d.). Salud materna. Retrieved July 27, 2025, from <https://lac.unfpa.org/es/topics/salud-materna>
- UNICEF & World Health Organization. (2019). Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000–2017: Special focus on inequalities. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-report-2019/en/
- WHO. (2005). Guidelines for estimating the economic burden of diarrhoeal disease. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69137/WHO_IVB_05.10.pdf
- Wilder-Smith, A., Chang, C. R., & Leong, W. Y. (2017). Zika in the Americas and the birth of a new syndrome. *New England Journal of Medicine*, 376(7), 613–615. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1615367>
- World Health Organization. (2023). Diarrhoeal disease. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- World Health Organization. (2023). Global health estimates 2023: Disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>