



**MINISTERIO
DE SALUD**

**GOBIERNO
DE COSTA RICA**

Perfil Epidemiológico de la Obesidad en Costa Rica, 2025 y Enero-Abril 2026

Fuente de datos CCSS.

IT-DVS-UE-ICR-004-2026

Elaborado por:
Ivannia Caravaca Rodríguez

Fecha de elaboración (10-06-2026)



Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
RESUMEN GENERAL.....	2
DESARROLLO	4
Situación general	4
Análisis por sexo y grupo de edad	5
Análisis territorial por provincia	8
Año 2025	8
Periodo enero-abril 2026.....	11
Comparación temporal por provincias	12
Distribución por cantón	13
Cantones con mayor carga absoluta de casos.....	14
Cantones con menor carga absoluta de casos	14
Cantones con mayores tasas de obesidad registrada, 2025	14
Cantones con menores tasas de obesidad registrada, 2025	15
Cantones con mayores tasas de obesidad registrada, enero-abril 2026	15
Cantones con menores tasas de obesidad registrada, enero-abril 2026	15
Comparación entre 2025 y enero-abril 2026.....	16
Cantones prioritarios para vigilancia e intervención	16
Comportamiento urbano-rural	17
Análisis espacial de las tasas de obesidad por cantón, Costa Rica, 2025.....	18
Análisis espacial de las tasas de obesidad por cantón, Costa Rica, enero-abril 2026.....	19
Comparación cantonal temporal 2025–2026.....	20
MORTALIDAD	21
CONCLUSIÓN.....	22
RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS.....	24
ANEXOS	25
Anexo 1	25
Metodología para la construcción del Índice de Prioridad Epidemiológica (IPE).....	25



Perfil Epidemiológico de la Obesidad en Costa Rica, 2025 y Enero-Abril 2026

INTRODUCCIÓN

La obesidad constituye uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, su impacto sobre la calidad de vida y su asociación con múltiples enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y trastornos musculoesqueléticos (1,2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la obesidad como una enfermedad crónica compleja caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal que puede afectar negativamente la salud y aumentar el riesgo de muerte prematura (1).

Durante las últimas décadas, Costa Rica ha experimentado una transición epidemiológica y nutricional caracterizada por una disminución progresiva de algunas formas de desnutrición y un incremento sostenido del sobrepeso y la obesidad en diferentes grupos poblacionales (3,4). Este fenómeno responde a cambios en los patrones alimentarios, urbanización acelerada, disminución de la actividad física, modificaciones en los entornos alimentarios y otros determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen sobre el estado nutricional de la población (5).

La obesidad representa además un importante reto para los sistemas de salud debido al aumento de la demanda de servicios médicos, costos asociados a la atención de enfermedades relacionadas y reducción de la productividad laboral (2,5). Su impacto trasciende el ámbito clínico, constituyéndose en un problema que requiere intervenciones multisectoriales orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de factores de riesgo y el fortalecimiento de políticas públicas relacionadas con la alimentación y la actividad física (1,5).

En el marco de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles, el monitoreo sistemático de los casos de obesidad permite identificar patrones de distribución por sexo, edad y territorio, así como grupos poblacionales prioritarios para la implementación de intervenciones de prevención y control. El análisis de esta información contribuye a la toma de decisiones basadas en evidencia, al fortalecimiento de las estrategias de promoción de la salud y a la generación de insumos para la planificación de acciones orientadas a mejorar la situación



nutricional del país (4,6).

El presente informe describe el comportamiento epidemiológico de la obesidad registrada en los servicios de salud de la CCSS durante el año 2025 y el periodo enero-abril de 2026, mediante el análisis de su distribución demográfica y territorial, con el propósito de aportar evidencia para la vigilancia nutricional y la formulación de políticas públicas en salud.

Es importante señalar que, para el presente informe, se utiliza como fuente única y principal la información de los registros institucionales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), por persona única, debido a que la notificación obligatoria de obesidad al sistema nacional de vigilancia presenta importantes niveles de subnotificación. Diversos análisis realizados por la Dirección de Vigilancia de la Salud han evidenciado brechas significativas entre los casos atendidos en los servicios de salud y los efectivamente notificados al sistema de vigilancia epidemiológica. En este contexto, los registros de atención de la CCSS constituyen actualmente la fuente más robusta y representativa disponible para el análisis del comportamiento de la obesidad a nivel nacional. No obstante, debe considerarse que estos datos no incluyen de forma completa la atención brindada por los servicios de salud privados. Se estima que la carga nacional de obesidad podría ser superior a la observada en aproximadamente un 10%, correspondiente a casos captados en el sector privado y otras fuentes no integradas actualmente al sistema de información analizado. Esta estimación deberá ser validada mediante futuros procesos de fortalecimiento de la vigilancia e interoperabilidad de los sistemas de información en salud.

RESUMEN GENERAL

La obesidad continúa representando uno de los principales problemas de salud pública en Costa Rica debido a su elevada frecuencia y a su estrecha relación con enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidad, mortalidad prematura y aumento de la demanda de servicios de salud. El presente informe analiza el comportamiento epidemiológico de las personas registradas



con obesidad en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) durante el año 2025 y el periodo comprendido entre enero y abril de 2026.

Durante el año 2025 se registraron 371 442 personas con obesidad, lo que corresponde a una tasa nacional de 7 154,5 personas por cada 100 000 habitantes. Para el periodo enero-abril de 2026 se registraron 250 651 personas, equivalente a una tasa de 4 804,3 por 100 000 habitantes. Debido a que la información de 2026 corresponde únicamente a los primeros cuatro meses del año, los resultados no son directamente comparables con los datos acumulados de 2025 y deben interpretarse como una aproximación preliminar del comportamiento del evento.

En ambos periodos se observó un predominio marcado de mujeres, quienes representaron aproximadamente dos terceras partes de los registros. La razón mujer:hombre fue de 1,95 en 2025 y de 2,03 en 2026, lo que indica que por cada hombre registrado con obesidad se identificaron cerca de dos mujeres. Asimismo, la mayor concentración de casos se presentó en personas entre 45 y 64 años, seguida por el grupo de 20 a 44 años, evidenciando una importante afectación de la población adulta y económicamente activa.

Desde el punto de vista territorial, San José concentró el mayor número absoluto de personas registradas con obesidad durante ambos periodos; sin embargo, al analizar las tasas ajustadas por población, las mayores cargas relativas se observaron principalmente en provincias de la Región Central, destacando Cartago y Heredia. A nivel cantonal se identificaron importantes diferencias geográficas, con cantones que superaron ampliamente la tasa nacional y otros que mostraron una menor carga relativa del evento.

El análisis espacial evidenció una concentración de las tasas más elevadas en diversos cantones de las provincias de Cartago y Heredia, así como en algunos territorios de la Zona Sur y la Región Pacífico. Por el contrario, las tasas más bajas se observaron principalmente en cantones fronterizos, costeros y de menor densidad poblacional. Este comportamiento sugiere la influencia de factores demográficos, socioeconómicos, ambientales y relacionados con el acceso y utilización de los servicios de salud.

Los hallazgos del presente informe confirman que la obesidad constituye una condición de alta carga para el sistema sanitario nacional y refuerzan la necesidad de fortalecer la vigilancia



epidemiológica, las estrategias de promoción de estilos de vida saludables, la prevención de factores de riesgo y las intervenciones focalizadas en los territorios prioritarios identificados. Asimismo, se destaca la importancia de mejorar la integración de fuentes de información y reducir las brechas de subnotificación para contar con estimaciones cada vez más precisas del comportamiento nacional del evento.

Cuadro 1. Costa Rica. Resúmenes principales indicadores epidemiológicos obesidad

Indicador	2025	Ene-Abr 2026
Casos	371 442	250 651
Tasa nacional	7 154,5	4 804,3
% mujeres	66,1%	66,9%
Razón mujer: hombre	1,95	2,03
Provincia con mayor tasa	Cartago	Cartago
Cantón con mayor tasa	Alvarado	Barva

Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. EDUS

DESARROLLO

Situación general

Durante el año 2025 se registraron 371 442 personas con obesidad atendidas en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Del total de registros, 245 502 correspondieron a mujeres (66,1 %), 125 938 a hombres (33,9 %) y 2 registros no contaban con información de sexo. La provincia con el mayor número de casos atendidos fue San José, con 122 918 personas, equivalente al 33,1 % del total nacional, seguida por Alajuela (70 951), Cartago (47 172), Heredia (41 211), Puntarenas (35 301), Limón (28 673) y Guanacaste (24 216). Durante el periodo comprendido entre enero y abril de 2026, se registraron 250 651 personas con obesidad a nivel nacional. Del total, 167 806 correspondieron a mujeres (66,9 %), 82 844 a hombres (33,1 %) y 1 registro no contaba con información de sexo. La provincia con el mayor número de casos continúa siendo San José, concentrando 77 939 registros, equivalente al 31,1



% del total nacional.

Al analizar las tasas provinciales de personas registradas con obesidad durante el periodo enero-abril de 2026, destacan Heredia, Cartago y San José como las provincias con mayor carga relativa, evidenciando una importante concentración territorial del evento en la Región Central del país. Este comportamiento podría estar relacionado con una combinación de factores demográficos, estilos de vida urbanos, mayor disponibilidad de servicios de salud, mayor oportunidad diagnóstica y una mejor captación de los casos dentro del sistema sanitario.

Asimismo, San José mantiene la mayor concentración absoluta de personas con obesidad del país, situación que podría explicarse por su mayor densidad poblacional, concentración de servicios de salud, capacidad diagnóstica y mayor utilización de los servicios médicos. Cerca de uno de cada tres registros nacionales se concentra en esta provincia.

No obstante, los datos correspondientes al año 2026 deben interpretarse con cautela, ya que comprenden únicamente los primeros cuatro meses del año y no son directamente comparables con los datos acumulados de todo el año 2025.

Análisis por sexo y grupo de edad

Al comparar ambos periodos, se observa un patrón consistente en la distribución por sexo, con un claro predominio de mujeres, quienes representan aproximadamente dos terceras partes de las personas registradas con obesidad. La razón mujer fue de 1,95 durante 2025 y de 2,03 en el periodo enero-abril de 2026, lo que indica que por cada hombre registrado con obesidad se identificaron aproximadamente dos mujeres registradas con esta condición.

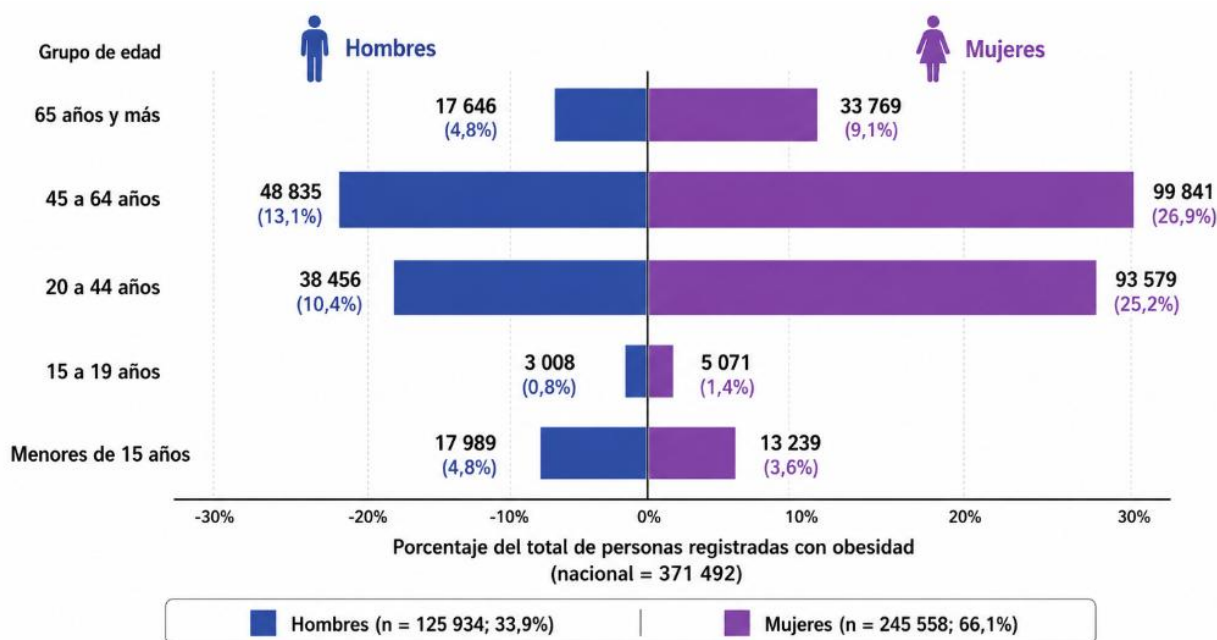
Esta diferencia debe interpretarse con cautela, ya que los registros analizados corresponden a atenciones brindadas en los servicios de salud y no necesariamente reflejan la prevalencia real de obesidad en la población general. Desde el punto de vista epidemiológico, varias hipótesis podrían contribuir a explicar este comportamiento, entre ellas una mayor utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, una captación más frecuente durante controles prenatales, atención ginecológica, planificación familiar y seguimiento de enfermedades crónicas, así como una mayor adherencia a los controles preventivos. Adicionalmente, no puede descartarse la existencia de diferencias reales en la prevalencia de obesidad entre hombres y mujeres, aspecto que requiere ser analizado mediante encuestas poblacionales y estudios



específicos.

Asimismo, debe considerarse que la vigilancia obligatoria de la obesidad presenta limitaciones importantes de subnotificación, por lo que los registros de atención de la CCSS constituyen actualmente la mejor aproximación disponible para describir el comportamiento nacional del evento. En este contexto, es probable que la carga real de obesidad sea superior a la observada, particularmente debido a la limitada incorporación de información procedente de los servicios privados de salud y otros sistemas de atención no integrados a la vigilancia rutinaria.

Figura 1. Costa Rica. Pirámide de personas registradas con obesidad según sexo y grupo de edad. 2025.



Nota: El porcentaje corresponde a la proporción del total nacional de personas registradas con obesidad (n = 371 492).



Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. EDUS

La pirámide poblacional evidencia una concentración importante de registros en la población adulta, especialmente entre los grupos de 45 a 64 años y de 20 a 44 años, los cuales concentran más del 75 % de los casos registrados. El grupo de 45 a 64 años constituye el segmento de mayor carga absoluta del evento, seguido por el grupo de 20 a 44 años.

Se observa además un marcado predominio femenino en todos los grupos de edad a partir de los 15 años. En contraste, en la población menor de 15 años se registra una mayor cantidad de hombres que de mujeres. Este patrón podría estar relacionado con diferencias en la utilización de los servicios de salud, oportunidades diagnósticas y mecanismos de captación clínica a lo largo del curso de vida.

La forma de la pirámide refleja el comportamiento característico de una condición crónica cuya frecuencia aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máxima expresión en la edad adulta media y manteniéndose elevada en las personas adultas mayores.

Cuadro 2. Costa Rica. Tasas específicas por grupo de edad. 2025

Grupo de edad	Casos	Población	Tasa por 100 000 habitantes
Menores de 15 años	31 228	974 424	3 204,8
15 a 19 años	8 079	379 894	2 126,6
20 a 44 años	132 035	2 070 492	6 377,0
45 a 64 años	148 676	1 161 163	12 804,1
65 años y más	51 415	605 849	8 486,4
Total, nacional	371 442	5 191 822	7 154,5

Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. EDUS

El análisis de las tasas específicas por edad muestra un marcado gradiente asociado al envejecimiento. La mayor tasa de obesidad registrada se observa en la población de 45 a 64



años (12 804,1 por 100 000 habitantes), seguida por las personas de 65 años y más (8 486,4) y por el grupo de 20 a 44 años (6 377,0).

Por el contrario, las menores tasas se registran en adolescentes de 15 a 19 años (2 126,6 por 100 000 habitantes) y en menores de 15 años (3 204,8). En comparación con la tasa nacional de 7 154,5 por 100 000 habitantes, únicamente los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más presentan tasas superiores al promedio nacional.

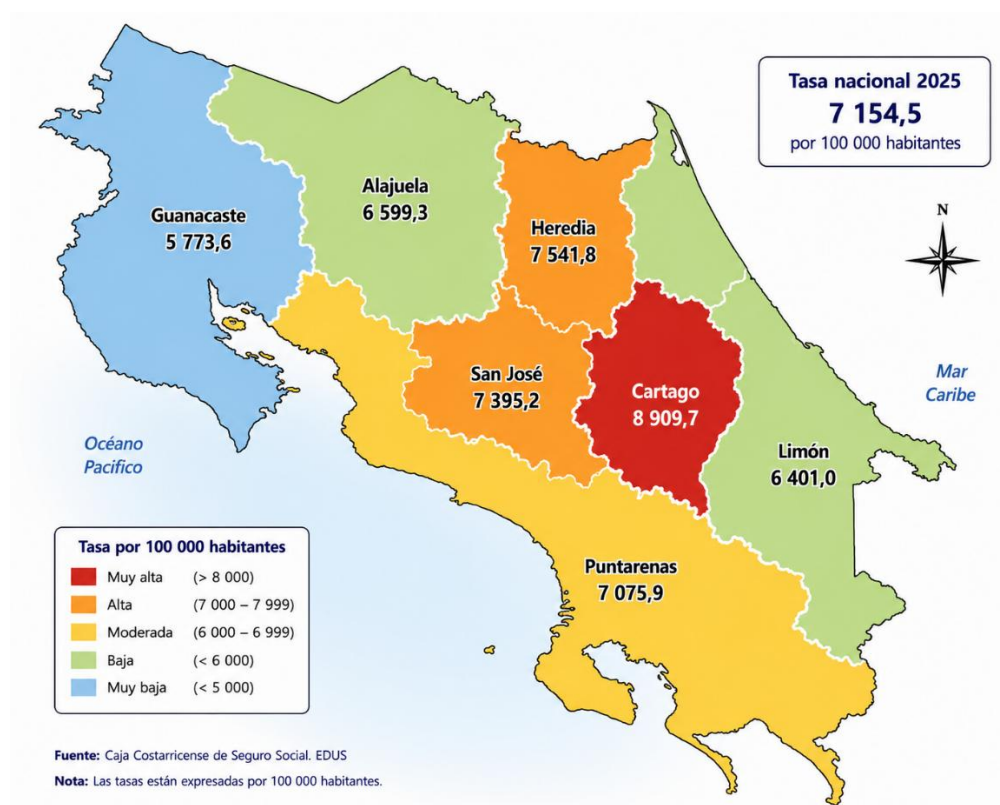
Estos hallazgos confirman que la mayor carga relativa de obesidad se concentra en la población adulta y adulta mayor, grupos en los cuales convergen múltiples factores de riesgo asociados a estilos de vida, condiciones metabólicas y enfermedades crónicas. En consecuencia, resulta prioritario fortalecer las estrategias de promoción de estilos de vida saludables, prevención de factores de riesgo y detección temprana en los grupos etarios de mayor afectación.

Análisis territorial por provincia

Año 2025

Durante el año 2025 se registró una tasa nacional de 7 154,5 personas con obesidad por cada 100 000 habitantes, evidenciando una importante carga de este evento nutricional en la población costarricense.

Figura 2. Distribución espacial de las tasas de personas registradas con obesidad por provincia. Costa Rica, 2025



A nivel provincial, las tasas más elevadas se observaron en Cartago (8 909,7 por 100 000 habitantes), Heredia (7 541,8) y San José (7 395,2), todas superiores al promedio nacional. En particular, Cartago presentó una tasa 24,5 % superior a la tasa nacional, mientras que Heredia y San José superaron el promedio nacional en 5,4 % y 3,4 %, respectivamente. Aunque San José concentra el mayor número absoluto de personas registradas con obesidad, al ajustar por tamaño poblacional es Cartago la provincia que presenta la mayor carga relativa del evento.

Por su parte, Puntarenas (7 075,9) y Alajuela (6 599,3) mostraron tasas cercanas al promedio nacional, mientras que Limón (6 401,0) y Guanacaste (5 773,6) registraron las tasas provinciales más bajas del país.

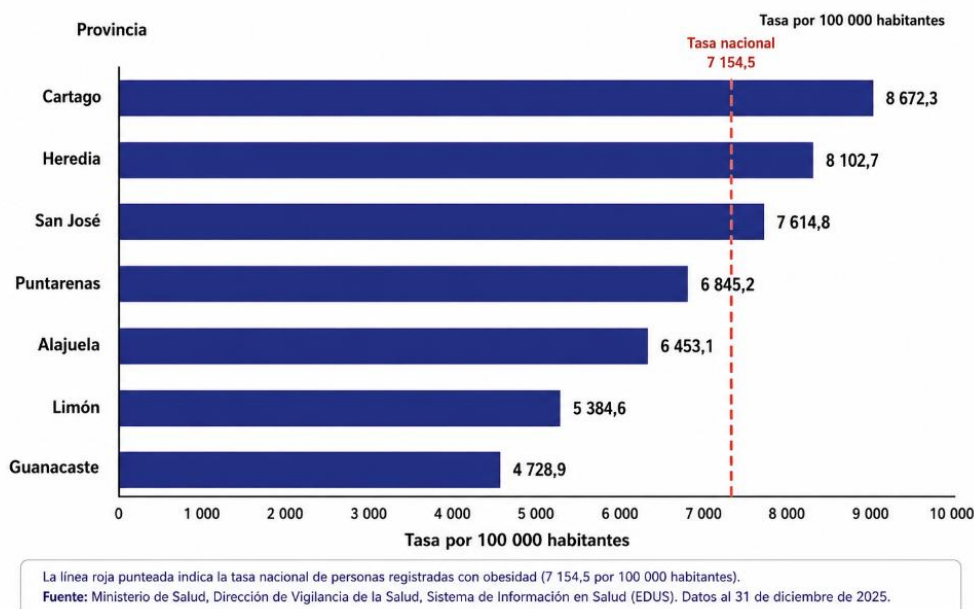
La distribución territorial observada evidencia que la carga de obesidad registrada no depende exclusivamente del tamaño poblacional de cada provincia. Las diferencias observadas podrían estar asociadas a factores demográficos, condiciones socioeconómicas, patrones alimentarios, niveles de actividad física, urbanización, acceso a espacios recreativos, utilización de los servicios de salud y oportunidad diagnóstica. Asimismo, parte de la variabilidad podría reflejar



diferencias en la captación clínica de los casos y en la frecuencia con que las personas acceden a controles médicos donde se realiza la medición rutinaria de peso y talla.

Las provincias que superaron la tasa nacional durante 2025 fueron Cartago, Heredia y San José. La diferencia entre la provincia con mayor tasa (Cartago) y la de menor tasa (Guanacaste) fue de 3 136,1 casos por 100 000 habitantes, equivalente a una razón de tasas de 1,54, lo que evidencia un gradiente territorial importante en la carga relativa del evento.

Gráfico 1. Costa Rica. Ranking provincial de tasas de personas registradas con obesidad. 2025





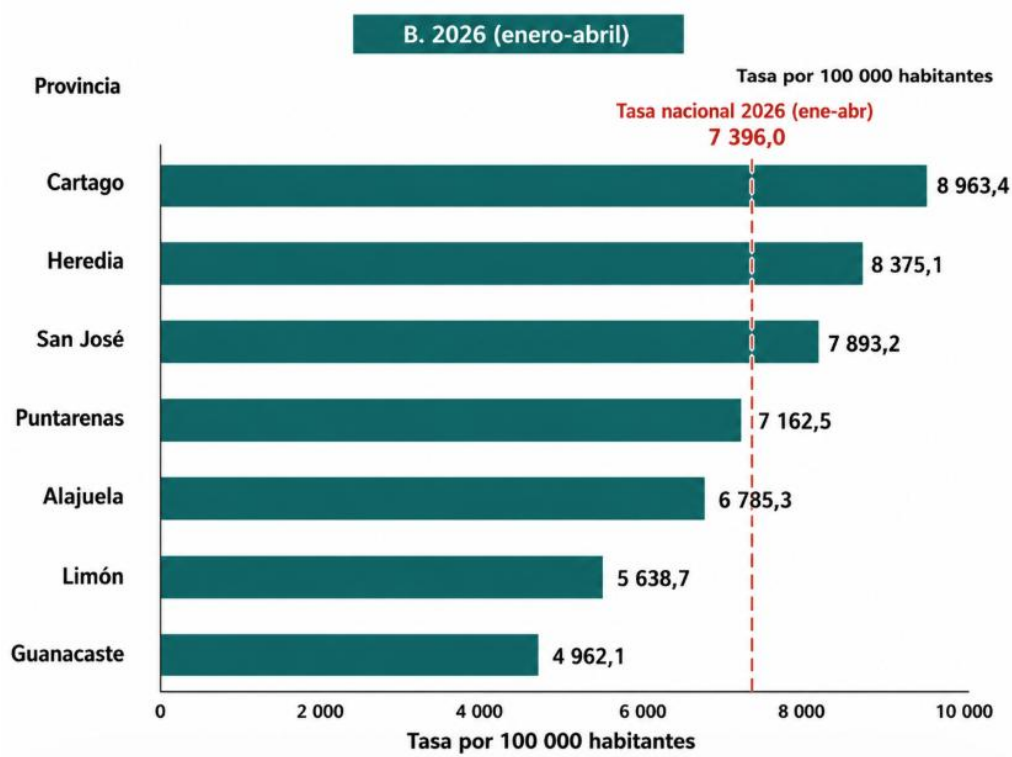
Periodo enero-abril 2026

Durante los primeros cuatro meses de 2026 se registró una tasa nacional de 4 804,3 personas con obesidad por cada 100 000 habitantes. Debido a que la información corresponde únicamente a un periodo parcial del año, las tasas presentadas deben interpretarse como una fotografía preliminar del comportamiento del evento y no como una estimación anual consolidada.

Las tasas provinciales más elevadas se observaron en Cartago (6 455,5 por 100 000 habitantes), seguida de Heredia (5 243,7) y Puntarenas (4 867,4). Estas provincias presentaron tasas superiores o muy cercanas al promedio nacional, destacando nuevamente Cartago como el territorio con mayor carga relativa del evento. En contraste, San José (4 677,0), Limón (4 548,5) y Alajuela (4 498,6) registraron tasas ligeramente inferiores al promedio nacional, mientras que Guanacaste (3 617,8) mantuvo la menor tasa observada durante el periodo analizado.

Las provincias con tasas superiores a la tasa nacional durante el periodo enero-abril de 2026 fueron Cartago, Heredia y Puntarenas, mientras que Guanacaste presentó la menor tasa registrada. Desde la perspectiva epidemiológica, este patrón podría reflejar diferencias territoriales relacionadas con determinantes sociales de la salud, patrones de alimentación, actividad física, condiciones ambientales, acceso a servicios sanitarios y capacidad de captación diagnóstica. No obstante, al tratarse de información derivada de registros de atención médica, los resultados representan principalmente la carga detectada por el sistema de salud y no necesariamente la prevalencia real de obesidad en la población general.

Gráfico 2. Costa Rica. Ranking provincial de tasas de personas registradas con obesidad. 2026



Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. EDUS

Comparación temporal por provincias

La comparación temporal de las tasas provinciales muestra un comportamiento relativamente estable entre 2025 y el periodo enero-abril de 2026. No se observaron cambios sustanciales en el ordenamiento provincial de las tasas, manteniéndose Cartago y Heredia entre las provincias con mayor carga relativa del evento y Guanacaste como la provincia con menor afectación.

Aunque los datos de 2026 corresponden únicamente a los primeros cuatro meses del año y no son directamente comparables con el acumulado anual de 2025, el patrón territorial observado sugiere la existencia de determinantes relativamente estables en el tiempo. Este comportamiento refuerza la necesidad de mantener estrategias de prevención, promoción de estilos de vida saludables y vigilancia nutricional focalizadas en las provincias con mayores tasas, así como continuar el monitoreo del evento para evaluar la evolución de estas diferencias al cierre del año.



Figura 3. Costa Rica. Comparación temporal provincial de tasas de personas registradas con obesidad, 2025 y enero-abril 2026



Cuadro 3. Resumen provincial de tasas de obesidad registrada con variación relativa

Provincia	Tasa 2025	Tasa 2026*	Variación relativa
Cartago	8 909,7	6 455,5	-27,5 %
Heredia	7 541,8	5 243,7	-30,5 %
San José	7 395,2	4 677,0	-36,8 %
Puntarenas	7 075,9	4 867,4	-31,2 %
Alajuela	6 599,3	4 498,6	-31,8 %
Limón	6 401,0	4 548,5	-28,9 %
Guanacaste	5 773,6	3 617,8	-37,3 %

Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. EDUS

Distribución por cantón

La distribución territorial de las personas registradas con obesidad muestra una importante concentración de casos en los cantones más poblados del país, particularmente en las cabeceras provinciales y en territorios con alta densidad poblacional. Tanto en 2025 como durante el periodo enero-abril de 2026 se observa un patrón consistente, donde cantones como San José, Alajuela,



Desamparados, San Carlos, Cartago, Pérez Zeledón, Goicoechea y Heredia concentran una proporción importante de los registros nacionales.

No obstante, el análisis basado únicamente en números absolutos puede subestimar o sobrestimar la carga real del evento en determinados territorios. Por esta razón, las tasas cantonales constituyen un mejor indicador para comparar la magnitud relativa de la obesidad entre cantones, ya que consideran el tamaño de la población residente. En términos generales, las tasas cantonales evidencian una marcada heterogeneidad territorial, con valores que oscilan desde menos de 4 000 hasta más de 12 000 personas registradas con obesidad por cada 100 000 habitantes.

Cantones con mayor carga absoluta de casos

Los mayores números absolutos de personas registradas con obesidad corresponden principalmente a cantones urbanos y cabeceras provinciales. Durante ambos periodos destacan San José, Alajuela, Desamparados, San Carlos, Cartago, Pérez Zeledón, Goicoechea y Heredia, territorios que concentran una proporción importante de la población nacional y de la infraestructura sanitaria del país.

Cantones con menor carga absoluta de casos

Los menores números absolutos de registros se observaron principalmente en cantones con poblaciones más reducidas, entre ellos Monteverde, Turrubares, San Mateo, Hojancha, Dota, Río Cuarto y Puerto Jiménez. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la influencia directa del tamaño poblacional sobre el número total de casos observados

Cantones con mayores tasas de obesidad registrada, 2025

Durante el año 2025, las tasas más elevadas se observaron en Alvarado (14 956,9 por 100 000 habitantes), Barva (13 777,1), Osa (13 409,6), Acosta (12 805,1) y San Pablo (12 659,3). Estos cantones presentan una carga relativa significativamente superior al promedio nacional y constituyen territorios prioritarios para el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud, prevención de la obesidad y vigilancia nutricional.



La presencia de varios cantones de Heredia, Cartago y la Región Brunca entre las tasas más elevadas sugiere la existencia de determinantes territoriales específicos que ameritan una evaluación más detallada.

La diferencia entre la mayor tasa observada (Alvarado: 14 956,9 por 100 000 habitantes) y la menor tasa registrada (La Cruz: 2 433,9 por 100 000 habitantes) fue de 12 523,0 por 100 000 habitantes, equivalente a una razón de tasas de 6,1. Esto indica que la carga relativa de obesidad registrada fue más de seis veces superior en Alvarado respecto a La Cruz.

Cantones con menores tasas de obesidad registrada, 2025

Las menores tasas se registraron en La Cruz (2 433,9 por 100 000 habitantes), Monteverde (3 468,2), Río Cuarto (3 599,8), Parrita (3 945,1) y Puerto Jiménez (3 982,9). Estos resultados podrían estar relacionados con diferencias demográficas, patrones de utilización de los servicios de salud, accesibilidad geográfica, oportunidad diagnóstica o variaciones reales en la ocurrencia del evento.

Cantones con mayores tasas de obesidad registrada, enero-abril 2026

Durante los primeros cuatro meses de 2026, las tasas más elevadas se observaron en Barva (9 980,5 por 100 000 habitantes), San Pablo (8 619,4), Paraíso (8 552,6), Jiménez (7 633,4) y El Guarco (7 460,1).

La diferencia entre la mayor tasa observada (Barva: 9 980,5 por 100 000 habitantes) y la menor tasa registrada (Turrubares: 1 182,5 por 100 000 habitantes) fue de 8 798,0 por 100 000 habitantes, equivalente a una razón de tasas de 8,4, evidenciando una importante desigualdad territorial en la carga relativa del evento.

Destaca la persistencia de varios cantones de las provincias de Heredia y Cartago entre los territorios con mayor carga relativa, lo que podría reflejar patrones epidemiológicos relativamente estables en el tiempo.

Cantones con menores tasas de obesidad registrada, enero-abril 2026



Las menores tasas se identificaron en Turrubares (1 182,5 por 100 000 habitantes), La Cruz (1 216,5), Río Cuarto (2 182,6), Monteverde (2 202,3) y Orotina (2 280,5). Estos territorios continúan ubicándose entre los cantones con menor carga relativa observada, situación que deberá mantenerse bajo vigilancia para determinar si corresponde a diferencias reales en la frecuencia del evento o a variaciones en la captación y registro de los casos.

Comparación entre 2025 y enero-abril 2026

Durante el año 2025 se registraron 371 442 personas con obesidad atendidas en los servicios de salud de la CCSS, mientras que entre enero y abril de 2026 se contabilizaron 250 651 registros. Aunque ambos periodos no son directamente comparables debido a que la información de 2026 corresponde únicamente a un periodo parcial del año, la magnitud observada evidencia una elevada carga sostenida del evento para el sistema nacional de salud.

La estabilidad observada en la distribución por sexo, grupo de edad y territorio sugiere la persistencia de los principales determinantes asociados a la obesidad en el país. Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer la vigilancia nutricional, la promoción de estilos de vida saludables y las intervenciones preventivas dirigidas a los territorios y grupos poblacionales de mayor riesgo.

Cantones prioritarios para vigilancia e intervención

Considerando la persistencia de altas tasas observadas durante ambos periodos, los siguientes cantones se identifican como territorios prioritarios para el fortalecimiento de acciones de vigilancia nutricional, prevención y promoción de la salud:

- Barva
- San Pablo
- Alvarado
- Paraíso
- Jiménez
- El Guarco
- Acosta
- Osa



Estos territorios presentan una carga relativa elevada y sostenida de personas registradas con obesidad, por lo que podrían beneficiarse de intervenciones focalizadas orientadas a la promoción de estilos de vida saludables, alimentación adecuada, actividad física, detección temprana de factores de riesgo y fortalecimiento del seguimiento clínico de las personas afectadas. Los hallazgos respaldan la necesidad de mantener un monitoreo territorial continuo que permita identificar oportunamente cambios en la distribución geográfica del evento y orientar la asignación de recursos hacia las poblaciones de mayor riesgo.

Comportamiento urbano-rural

Los resultados evidencian que la obesidad registrada afecta tanto a cantones urbanos como rurales, aunque con patrones diferenciados. Entre los cantones con mayor carga absoluta predominan territorios urbanos y altamente poblados, como San José, Alajuela, Desamparados, Goicoechea, Heredia y Cartago, donde la elevada densidad poblacional y la mayor utilización de los servicios de salud favorecen un mayor número de registros.

Sin embargo, al analizar las tasas ajustadas por población, varios de los cantones con mayor carga relativa corresponden a territorios rurales o semiurbanos, entre ellos Osa, Acosta, Alvarado y diversos cantones de Cartago y Heredia. Este comportamiento sugiere que la obesidad ha trascendido el ámbito predominantemente urbano y constituye actualmente un problema de salud pública distribuido en todo el territorio nacional. Las diferencias observadas podrían estar relacionadas con cambios en los patrones alimentarios, disminución de la actividad física, condiciones socioeconómicas y variaciones en el acceso a servicios preventivos y de atención en salud.

Por otra parte, cantones como La Cruz, Monteverde, Río Cuarto, Turrubares y Puerto Jiménez presentan las menores tasas observadas. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que podrían estar influenciados por diferencias en la utilización de los servicios de salud, oportunidad diagnóstica y captación de los casos.



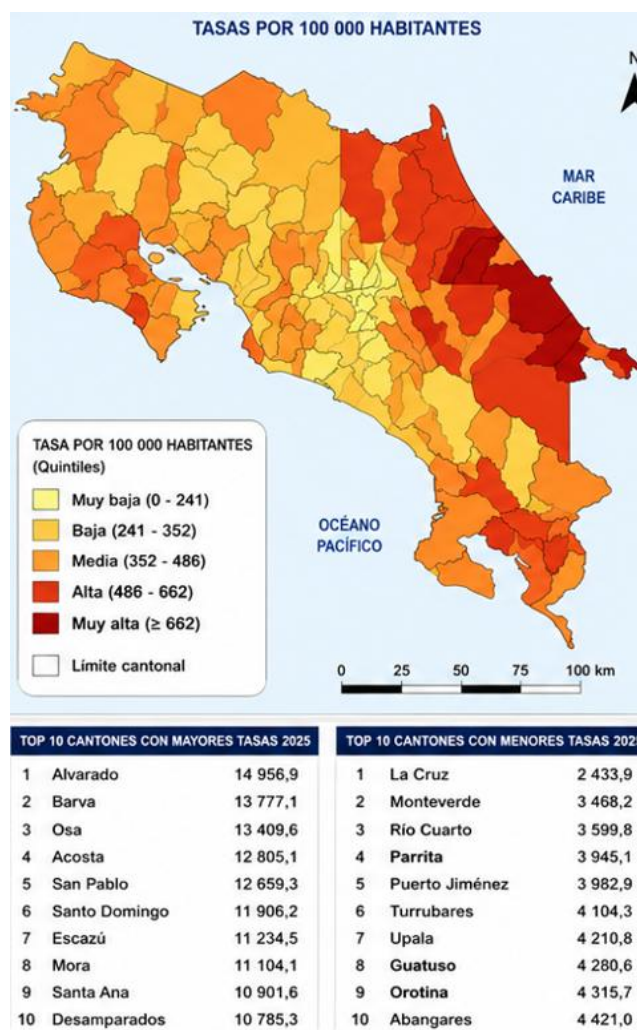
Análisis espacial de las tasas de obesidad por cantón, Costa Rica, 2025

El análisis espacial mediante mapa coroplético evidencia una distribución heterogénea de las tasas de obesidad registradas entre los cantones del país durante 2025. Se identifican conglomerados territoriales con tasas elevadas principalmente en cantones de Heredia, Cartago y la Región Brunca, mientras que las menores tasas se concentran en varios cantones periféricos.

Los cantones con las tasas más elevadas fueron Alvarado, Barva, Osa, Acosta y San Pablo, todos con tasas superiores a 12 000 personas registradas por 100 000 habitantes. Estos territorios constituyen áreas prioritarias para la vigilancia epidemiológica y nutricional debido a su elevada carga relativa del evento.

Por el contrario, La Cruz, Monteverde, Río Cuarto, Parrita y Puerto Jiménez registraron las tasas más bajas del país. La distribución observada sugiere la existencia de diferencias territoriales importantes que podrían estar relacionadas con factores demográficos, sociales, ambientales y de acceso a los servicios de salud. Los hallazgos permiten orientar estrategias focalizadas de prevención y promoción de la salud según las características particulares de cada territorio.

Figura 4. Mapa de Costa Rica, tasas de Obesidad 2025



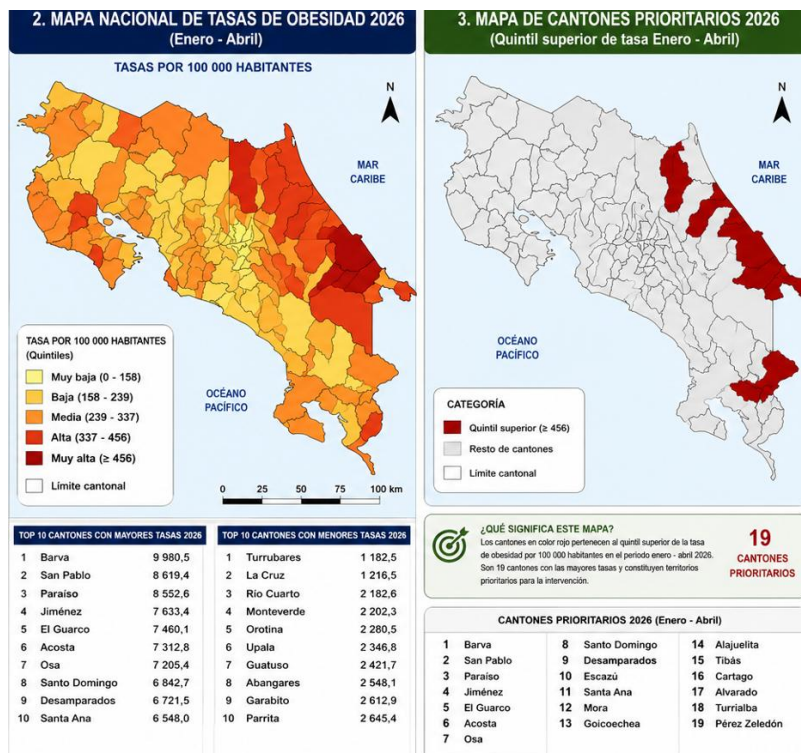
Análisis espacial de las tasas de obesidad por cantón, Costa Rica, enero-abril 2026

Durante enero-abril de 2026 se mantiene una distribución territorial heterogénea similar a la observada en 2025. Los mayores niveles de carga relativa se concentran nuevamente en cantones de Heredia y Cartago, destacando Barva, San Pablo, Paraíso, Jiménez y El Guarco.

En contraste, Turrubares, La Cruz, Río Cuarto, Monteverde y Orotina registraron las tasas más bajas durante el periodo analizado. La permanencia de varios cantones entre los territorios con mayores y menores tasas sugiere una importante estabilidad espacial del evento.

Desde la perspectiva de la vigilancia nutricional, estos resultados permiten identificar áreas prioritarias para el fortalecimiento de intervenciones orientadas a la prevención de la obesidad, promoción de estilos de vida saludables y reducción de factores de riesgo asociados.

Figura 5. Mapa de Costa Rica, tasas de Obesidad y cantones prioritarios, enero-abril 2026



Comparación cantonal temporal 2025–2026

Durante el año 2025 se registraron 371 442 personas con obesidad atendidas en los servicios de salud de la CCSS, mientras que entre enero y abril de 2026 se contabilizaron 250 651 registros. Aunque ambos periodos no son directamente comparables debido a que la información de 2026 corresponde únicamente a los primeros cuatro meses del año, la magnitud observada evidencia una elevada carga sostenida del evento y refuerza la importancia de mantener un seguimiento continuo de su comportamiento epidemiológico.

A nivel cantonal, se observa una importante estabilidad en la distribución territorial de las tasas de obesidad registrada. Varios cantones permanecen consistentemente entre aquellos con las mayores tasas del país, particularmente en las provincias de Heredia y Cartago. Destacan Barva y San Pablo, que se mantienen entre los territorios con mayor carga relativa durante ambos periodos, mientras que cantones como La Cruz, Monteverde, Río Cuarto y Turrubares continúan ubicándose entre aquellos con las menores tasas observadas.



La persistencia de estos patrones territoriales sugiere la existencia de determinantes estructurales relativamente estables que influyen en la distribución geográfica del evento, incluyendo factores relacionados con estilos de vida, condiciones socioeconómicas, acceso a servicios de salud y características propias de cada territorio. Estos hallazgos permiten identificar áreas prioritarias para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia nutricional, prevención y promoción de la salud.

Cuadro 4. Resumen de desigualdad territorial cantonal

Indicador	2025	Ene-Abr 2026
Cantón mayor tasa	Alvarado	Barva
Cantón menor tasa	La Cruz	Turrubares
Razón mayor/menor	6,1	8,4
Tasa nacional	7 154,5	4 804,3

Fuente: Caja Costarricense Seguro Social. EDUS

MORTALIDAD

De acuerdo con los registros preliminares de mortalidad por obesidad (CIE-10: E66), durante el año 2025 se registraron 145 defunciones, de las cuales 78 correspondieron a mujeres (53,8 %) y 67 a hombres (46,2 %). Esto evidencia un ligero predominio de la mortalidad femenina asociada a obesidad, patrón consistente con la mayor carga de obesidad observada en mujeres en los registros de atención de salud.

Considerando la población nacional estimada para 2025 (5 191 823 habitantes), la tasa bruta de mortalidad por obesidad fue de aproximadamente 2,8 defunciones por cada 100 000 habitantes. Aunque la mortalidad directamente atribuida a obesidad representa una proporción relativamente pequeña de las defunciones nacionales, es importante destacar que la obesidad constituye un factor de riesgo relevante para múltiples causas de muerte, incluyendo diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica y algunos tipos de cáncer. Por esta razón, la carga real atribuible a la obesidad probablemente es superior a la observada en las estadísticas donde la obesidad se registra como causa básica de defunción.



Desde la perspectiva de salud pública, los resultados refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control de la obesidad, particularmente en la población adulta, donde se concentra la mayor carga del evento. Asimismo, el monitoreo de la mortalidad asociada a obesidad complementa la vigilancia de morbilidad y permite evaluar el impacto de esta condición sobre la salud de la población costarricense a largo plazo.

Cuadro 5. Costa Rica. Indicadores de mortalidad Obesidad, 2025

Indicador	Valor
Defunciones totales por obesidad (E66)	145
Mujeres	78 (53,8 %)
Hombres	67 (46,2 %)
Población nacional	5 191 823
Tasa de mortalidad	2,8 por 100 000 hab.
Razón mujer:hombre	1,16

Fuente: Estadísticas Vitales. INEC

CONCLUSIÓN

La obesidad continúa representando un importante problema de salud pública en Costa Rica, con una elevada carga de atención registrada en los servicios de salud durante 2025 y los primeros meses de 2026. Los resultados muestran una afectación predominante en mujeres, quienes representan aproximadamente dos terceras partes de los registros observados, así como una mayor concentración de casos en personas adultas de 45 a 64 años y en población económicamente activa.

Desde el punto de vista territorial, se identifican diferencias importantes entre provincias y cantones. Cartago y Heredia presentan de forma consistente las mayores tasas provinciales, mientras que a nivel cantonal destacan territorios como Barva, San Pablo, Alvarado, Paraíso, Jiménez, El Guarco, Acosta y Osa, los cuales presentan una elevada carga relativa y constituyen áreas prioritarias para la implementación de intervenciones de prevención y control.

El análisis espacial evidencia que la obesidad afecta tanto a territorios urbanos como rurales, lo que confirma que se trata de un fenómeno ampliamente distribuido en el país y asociado a múltiples determinantes sociales, económicos, ambientales y conductuales. Asimismo, la



persistencia de patrones geográficos similares entre 2025 y 2026 sugiere la existencia de factores estructurales que continúan favoreciendo la ocurrencia del evento en determinados territorios.

Los hallazgos presentados deben interpretarse considerando que corresponden a registros de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social y no necesariamente reflejan la prevalencia real de obesidad en la población general. Sin embargo, dada la importante subnotificación observada en los sistemas de vigilancia obligatoria y la amplia cobertura nacional de la CCSS, estos datos constituyen actualmente una de las mejores aproximaciones disponibles para describir el comportamiento epidemiológico de la obesidad en Costa Rica.

Finalmente, los resultados respaldan la necesidad de fortalecer la vigilancia nutricional, promover estrategias intersectoriales orientadas a la prevención del exceso de peso, fomentar estilos de vida saludables desde edades tempranas y desarrollar intervenciones focalizadas en los territorios identificados con mayor carga relativa del evento. Asimismo, se recomienda complementar estos análisis con encuestas poblacionales y otras fuentes de información que permitan estimar con mayor precisión la magnitud real de la obesidad y monitorear su evolución en el tiempo.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la vigilancia nutricional nacional, promoviendo una mayor integración entre los sistemas de información de la CCSS, el Ministerio de Salud y otros actores de los servicios de salud privados, con el fin de mejorar la oportunidad, calidad y cobertura de los datos relacionados con obesidad y otros eventos nutricionales.
2. Impulsar el fortalecimiento de la notificación obligatoria de la obesidad, mediante procesos de capacitación, sensibilización y seguimiento a los establecimientos de salud públicos y privados, con el objetivo de reducir los niveles de subregistro actualmente observados.
3. Priorizar intervenciones territoriales en las provincias y cantones con mayores tasas de obesidad, particularmente en Cartago, Heredia y los cantones identificados como prioritarios en el presente análisis, orientando recursos y acciones de promoción de la salud hacia las poblaciones con mayor riesgo.



4. Desarrollar estrategias específicas dirigidas a la población adulta y económicamente activa, especialmente en los grupos de 20 a 64 años, donde se concentra la mayor carga de obesidad registrada, incorporando acciones de prevención en centros de trabajo, comunidades y servicios de atención primaria.
5. Fortalecer las acciones de promoción de estilos de vida saludables, fomentando la alimentación saludable, la actividad física regular, la reducción del sedentarismo y la prevención del consumo excesivo de productos ultraprocesados y bebidas azucaradas.
6. Promover intervenciones integrales en el entorno escolar y comunitario, orientadas a la prevención temprana del exceso de peso y la adopción de hábitos saludables desde la niñez, considerando el impacto de la obesidad a lo largo del curso de vida.
7. Impulsar acciones intersectoriales entre salud, educación, gobiernos locales, deporte, agricultura, desarrollo social y otros sectores estratégicos, reconociendo que la obesidad es un fenómeno multifactorial que requiere respuestas coordinadas más allá del sector salud.
8. Promover investigaciones epidemiológicas y estudios poblacionales complementarios, que permitan identificar factores de riesgo asociados, grupos vulnerables y determinantes sociales de la obesidad, así como evaluar las diferencias observadas entre territorios y grupos de población.
9. Retomar y fortalecer la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) u otras estrategias de medición poblacional, con el fin de contar con estimaciones representativas de prevalencia que complementen los registros de atención en salud y permitan una mejor evaluación de la magnitud real del problema en el país.
10. Evaluar periódicamente el impacto de las políticas públicas relacionadas con alimentación saludable y actividad física, incluyendo iniciativas regulatorias, educativas y comunitarias dirigidas a la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles.
11. Mantener el monitoreo continuo del comportamiento epidemiológico de la obesidad, considerando que los datos de enero a abril de 2026 evidencian una importante carga del evento y sugieren la necesidad de continuar fortaleciendo las acciones de prevención, vigilancia y control a nivel nacional.

REFERENCIAS



1. World Health Organization. Obesity and overweight.
2. World Health Organization. WHO European Regional Obesity Report.
3. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Salud.
4. Caja Costarricense de Seguro Social. Informes y registros institucionales de vigilancia nutricional.
5. Food and Agriculture Organization. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional.
6. Pan American Health Organization. Prevención y control de la obesidad en las Américas.

ANEXOS

Anexo 1

Metodología para la construcción del Índice de Prioridad Epidemiológica (IPE)

Con el objetivo de identificar cantones prioritarios para vigilancia nutricional e intervención en salud pública, se construyó un **Índice de Prioridad Epidemiológica (IPE)** basado en tres dimensiones: magnitud de la tasa cantonal, persistencia temporal de la carga del evento y volumen absoluto de personas registradas con obesidad.

El IPE se calculó para cada cantón utilizando la información de personas registradas con obesidad durante el año 2025 y el periodo enero-abril de 2026. Las tasas cantonales se expresaron por cada 100 000 habitantes, utilizando como denominador la población cantonal correspondiente a cada año.

1. Clasificación de percentil de la tasa cantonal

Para cada periodo analizado se calcularon los percentiles 25, 75 y 90 de la distribución nacional de tasas cantonales. Posteriormente, cada cantón fue clasificado según su posición relativa dentro de dicha distribución:

Categoría de carga	Criterio percentil	Puntaje
Baja	P0 a <P25	1
Intermedia	P25 a <P75	2
Alta	P75 a <P90	3



Muy alta	P90 a P100	4
----------	------------	---

Esta clasificación permite comparar cantones con base en su carga relativa respecto al comportamiento nacional de cada periodo.

2. Persistencia temporal

La persistencia temporal se definió como la permanencia del cantón en categorías de carga alta o muy alta en ambos periodos analizados. Se asignó el siguiente puntaje:

Criterio	Puntaje
Cantón clasificado como alta o muy alta carga tanto en 2025 como en enero-abril 2026	4
Cantón clasificado como alta o muy alta carga en solo uno de los dos periodos	2
Cantón sin clasificación alta o muy alta en ambos periodos	1

Esta dimensión permite diferenciar los cantones con comportamiento sostenido de alta carga respecto a aquellos con aumentos aislados o sin evidencia de persistencia.

3. Volumen absoluto de casos

El volumen absoluto de casos se incorporó para considerar la carga operativa y potencial demanda de servicios de salud. Para cada cantón se utilizó el mayor número de casos registrados entre 2025 y enero-abril de 2026. La clasificación se realizó con base en los percentiles nacionales del volumen cantonal de casos:

Categoría de volumen	Criterio percentilar	Puntaje
Bajo	P0 a <P25	1
Intermedio	P25 a <P75	2
Alto	P75 a <P90	3
Muy alto	P90 a P100	4

4. Cálculo del IPE

El Índice de Prioridad Epidemiológica se calculó mediante la suma de los tres componentes:

IPE = puntaje por tasa 2025 + puntaje por tasa 2026 + puntaje por persistencia temporal + puntaje por volumen absoluto de casos



El puntaje total posible oscila entre 4 y 16 puntos. A mayor puntaje, mayor prioridad epidemiológica para vigilancia e intervención.

5. Clasificación final de prioridad

Los cantones fueron clasificados en cuatro niveles de prioridad:

Puntaje IPE	Clasificación
13 a 16	Muy alta prioridad
10 a 12	Alta prioridad
7 a 9	Prioridad media
4 a 6	Baja prioridad

Esta clasificación permite ordenar los cantones de acuerdo con su carga relativa, persistencia temporal y volumen absoluto de casos, facilitando la toma de decisiones para la planificación de intervenciones.

6. Interpretación del indicador

Los cantones clasificados como de muy alta prioridad corresponden a territorios que combinan tasas elevadas, persistencia temporal del evento y alto volumen de personas registradas con obesidad. Estos cantones requieren seguimiento prioritario, análisis de determinantes locales y fortalecimiento de intervenciones preventivas.

Los cantones de alta prioridad presentan al menos dos dimensiones relevantes, ya sea tasas elevadas, persistencia temporal o volumen importante de casos. Los cantones de prioridad media ameritan seguimiento regular, mientras que los de baja prioridad deben mantenerse bajo vigilancia rutinaria.

El IPE no debe interpretarse como una medida directa de prevalencia poblacional, sino como una herramienta operativa de priorización para vigilancia epidemiológica y nutricional. Su utilidad principal es orientar la focalización territorial de acciones de prevención, promoción de la salud y seguimiento institucional. Dado que el periodo 2026 corresponde únicamente a enero-abril, los resultados deberán actualizarse al cierre del año para confirmar la persistencia de los patrones observados.

Tabla 1. Costa Rica. Índice de Prioridad Epidemiológica de Obesidad por cantón.

Provincia	Cantón	Cantidad_2 025	Tasa por 100 000	Percentil_2 025	Cantidad_2 026	Tasa por 100 000	Percentil_2 026	IP E	Prioridad
-----------	--------	-------------------	------------------------	--------------------	-------------------	------------------------	--------------------	---------	-----------



			hab. 20 25			hab. 20 26			
Heredia	Barva	6729	13777,1	Muy alta	4912	9980,5	Muy alta	16	● Muy alta
Cartago	Paraíso	6912	11231,5	Muy alta	5273	8552,6	Muy alta	16	● Muy alta
Puntarenas	Osa	3951	13409,6	Muy alta	2141	7275,9	Muy alta	15	● Muy alta
Heredia	San Pablo	3855	12659,3	Muy alta	2627	8619,4	Muy alta	15	● Muy alta
Cartago	Alvarado	2273	14956,9	Muy alta	1062	6982	Alta	14	● Muy alta
San José	Acosta	2817	12805,1	Muy alta	1450	6580,8	Alta	14	● Muy alta
San José	Mora	3404	11817,4	Muy alta	1944	6734,8	Alta	14	● Muy alta
San José	Dota	903	11571	Muy alta	552	7070	Muy alta	14	● Muy alta
Cartago	El Guarco	4251	9387	Alta	3385	7460,1	Muy alta	14	● Muy alta
Cartago	La Unión	10280	8991,2	Alta	7275	6339,2	Alta	14	● Muy alta
San José	Pérez Zeledón	11712	8768,8	Alta	8085	6071,6	Alta	14	● Muy alta
Cartago	Cartago	13448	8236,7	Alta	10335	6318,3	Alta	14	● Muy alta
Limón	Siquirres	4675	8185,1	Alta	4260	7453	Muy alta	14	● Muy alta
Cartago	Oreamuno	4255	8712,3	Alta	3017	6169,1	Alta	13	● Muy alta
San José	León Cortés Castro	1334	9879,3	Alta	796	5871,6	Alta	12	● Muy alta
Guanacaste	Abangares	1868	9295,4	Alta	1337	6644,4	Alta	12	● Muy alta
Alajuela	Guatuso	2103	10519,7	Muy alta	634	3153,4	Baja	9	● Alta
Puntarenas	Coto Brus	3105	8726,8	Alta	1896	5359,1	Intermedia	9	● Alta
Alajuela	Poás	2930	8228	Alta	1483	4132,4	Intermedia	9	● Alta
Guanacaste	Bagaces	2070	8079,6	Intermedia	1598	6183,2	Alta	9	● Alta
San José	San José	28441	8052,1	Intermedia	19819	5598,2	Intermedia	9	● Alta
Puntarenas	Puntarenas	11508	7969	Intermedia	7235	4969,9	Intermedia	9	● Alta
San José	Goicoechea	11016	7858,7	Intermedia	6027	4286,6	Intermedia	9	● Alta
San José	Tibás	6598	7726,6	Intermedia	4044	4722,5	Intermedia	9	● Alta
Cartago	Turrialba	5178	7539,4	Intermedia	3849	5630	Intermedia	9	● Alta
San José	Desamparados	18170	7412,5	Intermedia	12802	5204,1	Intermedia	9	● Alta
Heredia	Heredia	10575	7213,5	Intermedia	7352	4988	Intermedia	9	● Alta
Limón	Limón	6512	7073,2	Intermedia	4466	4865,9	Intermedia	9	● Alta
Alajuela	San Carlos	14852	7014,4	Intermedia	11961	5603,3	Intermedia	9	● Alta
San José	Alajuelita	6594	6765	Intermedia	3695	3762,3	Intermedia	9	● Alta
Alajuela	Alajuela	21954	6695,1	Intermedia	11231	3401,2	Intermedia	9	● Alta
Alajuela	Grecia	5219	6449,7	Intermedia	3018	3708,2	Intermedia	9	● Alta



Alajuela	San Ramón	5662	6121,1	Intermedia	3288	3533,9	Intermedia	9	● Alta
Limón	Pococí	9288	5947	Intermedia	8726	5549,8	Intermedia	9	● Alta
Heredia	Sarapiquí	5462	5661	Intermedia	3793	3861,8	Intermedia	9	● Alta
Limón	Matina	2514	5526,7	Baja	3344	7321,6	Muy alta	9	● Alta
San José	Tarrazú	1718	9537,6	Alta	982	5445,8	Intermedia	8	● Media
Heredia	San Isidro	1986	8456,1	Alta	1330	5637,4	Intermedia	8	● Media
Guanacaste	Hojancha	586	8177,5	Intermedia	497	6918,6	Alta	8	● Media
Alajuela	Atenas	2428	7947,6	Intermedia	1528	4977,1	Intermedia	8	● Media
Puntarenas	Golfito	2448	7652,6	Intermedia	1731	5418	Intermedia	8	● Media
Heredia	Santo Domingo	3780	7555,5	Intermedia	2129	4239,2	Intermedia	8	● Media
Puntarenas	Corredores	4004	7503,2	Intermedia	2671	4987	Intermedia	8	● Media
Alajuela	Los Chiles	2713	7258,5	Intermedia	2191	5777,8	Intermedia	8	● Media
San José	Puriscal	2749	7009	Intermedia	1749	4444	Intermedia	8	● Media
San José	Aserri	4124	6561	Intermedia	3255	5166,6	Intermedia	8	● Media
Heredia	Flores	1452	6553,5	Intermedia	1357	6087,9	Alta	8	● Media
Guanacaste	Nicoya	3826	6490,1	Intermedia	2284	3855,5	Intermedia	8	● Media
Puntarenas	Esparza	2239	6306,7	Intermedia	1679	4686,6	Intermedia	8	● Media
Heredia	San Rafael	3478	6127,6	Intermedia	2307	4037,9	Intermedia	8	● Media
Heredia	Santa Bárbara	2715	6017,4	Intermedia	2064	4540	Intermedia	8	● Media
Limón	Talamanca	2751	5963,6	Intermedia	2466	5285,4	Intermedia	8	● Media
Limón	Guácimo	3436	5841,4	Intermedia	2746	4624,4	Intermedia	8	● Media
Cartago	Jiménez	884	5606,3	Baja	1200	7633,4	Muy alta	8	● Media
Alajuela	Zarcelero	1202	8099,2	Intermedia	689	4622,4	Intermedia	7	● Media
San José	Escazú	4991	7009,6	Intermedia	2394	3349,4	Baja	7	● Media
San José	Moravia	4210	6829,4	Intermedia	2006	3252,2	Baja	7	● Media
Alajuela	Palmares	2689	6293,3	Intermedia	1203	2798,6	Baja	7	● Media
Guanacaste	Santa Cruz	4565	6231,3	Intermedia	2199	2969,3	Baja	7	● Media
Guanacaste	Cañas	1953	5967	Intermedia	1465	4454,5	Intermedia	7	● Media
Guanacaste	Nandayure	655	5715	Intermedia	573	5005,9	Intermedia	7	● Media
San José	Vázquez de Coronado	4057	5633,1	Intermedia	1675	2315,9	Baja	7	● Media
San José	Santa Ana	3425	5511,7	Baja	2561	4094,1	Intermedia	7	● Media
Alajuela	Naranjo	2597	5157,7	Baja	2197	4342,2	Intermedia	7	● Media
Alajuela	Upala	2811	4933,3	Baja	2444	4262,1	Intermedia	7	● Media
San José	Turubares	525	7098,4	Intermedia	88	1182,5	Baja	6	● Media
Puntarenas	Garabito	1751	6066,2	Intermedia	937	3183,9	Baja	6	● Media
Guanacaste	Tilarán	1335	5369,6	Baja	1025	4116,7	Intermedia	6	● Media
Guanacaste	Liberia	4119	5042,2	Baja	2281	2763	Baja	6	● Media



Puntarenas	Buenos Aires	2547	4623,5	Baja	1819	3279,1	Baja	6	● Media
Guanacaste	Carrillo	2229	4469,8	Baja	1543	3055,5	Baja	6	● Media
Heredia	Belén	1179	4447,7	Baja	1053	3957,9	Intermedia	6	● Media
San José	Montes de Oca	2717	4443,5	Baja	1823	2984,8	Baja	6	● Media
San José	Curridabat	3413	4296	Baja	2192	2752,8	Baja	6	● Media
Puntarenas	Parrita	889	3945,1	Baja	1021	4474,6	Intermedia	6	● Media
Puntarenas	Quepos	1971	5628,2	Baja	1166	3300,9	Baja	5	● Baja
Alajuela	Orotina	1388	5504,7	Baja	580	2280,5	Baja	5	● Baja
Puntarenas	Montes de Oro	639	4270,2	Baja	424	2821,3	Baja	5	● Baja
Puntarenas	Puerto Jiménez	558	3982,9	Baja	425	2982,1	Baja	5	● Baja
Alajuela	Río Cuarto	649	3599,8	Baja	399	2182,6	Baja	5	● Baja
Guanacaste	La Cruz	683	2433,9	Baja	345	1216,5	Baja	5	● Baja
Alajuela	San Mateo	341	4520,1	Baja	186	2454	Baja	4	● Baja
Puntarenas	Monteverde	168	3468,2	Baja	107	2202,3	Baja	4	● Baja