

Tablero de cáncer para Costa Rica

Andrea Manzano y Thomas Hofmarcher



Tablero de cáncer para Costa Rica

ihe.se

Propósito

En 2023, el Instituto Sueco de Economía de la Salud (IHE) lanzó, con el apoyo de MSD, una iniciativa internacional para facilitar el intercambio de mejores prácticas en la atención del cáncer entre países europeos. Esta iniciativa, llamada “Cancer Dashboards in Europe”, surge a partir del Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer y de la necesidad de traducir el compromiso político en acciones concretas. Su objetivo fue elaborar informes por país, en formato de “tablero”, que presenten de manera integral e ilustrativa un conjunto seleccionado de indicadores clave en todas las áreas de la atención oncológica. Estos indicadores permiten comparar la situación actual del país con metas definidas en planes nacionales contra el cáncer, objetivos establecidos por organismos internacionales o valores observados en otros países. Además, los informes ofrecen recomendaciones basadas en evidencia para mejorar la situación en cada contexto.

A finales de 2024, MSD encargó a IHE extender este concepto más allá de Europa. Este tablero para Costa Rica se centra en el cáncer en general con un mayor enfoque en el acceso a medicamentos innovadores y busca reforzar la implementación del Plan Nacional para el Control del Cáncer, así como otras iniciativas en curso para mejorar la atención oncológica en el país. El informe está diseñado para apoyar a los responsables de políticas públicas en la toma de decisiones y la priorización de acciones. Asimismo, se concibe como un documento vivo, que puede actualizarse conforme haya nuevos datos y ampliarse para incorporar áreas e indicadores que se vuelvan relevantes según la evolución del contexto nacional.

Contenido

Prólogo	3
Resumen del tablero de cáncer para Costa Rica	4
Recomendaciones generales	5
Contexto	6
Gobernanza.....	7
Carga de la enfermedad por cáncer	9
Carga económica del cáncer	12
Prevención.....	15
Detección temprana.....	19
Diagnóstico y atención coordinada	23
Acceso a medicamentos innovadores	29
Referencias.....	36

Elaborado por IHE - el Instituto Sueco de Economía de la Salud

Autores: Andrea Manzano y Thomas Hofmarcher

Versión: 23 de Julio del 2026

Este informe fue encargado y financiado por MSD. Las opiniones y puntos de vista de los autores no necesariamente reflejan los de MSD. La responsabilidad del análisis y de las conclusiones presentadas en este informe recae exclusivamente en los autores.

Prólogo

El cáncer es uno de los principales desafíos de salud pública para Costa Rica. Su carga continúa aumentando, impulsada por el envejecimiento poblacional, los cambios en los factores de riesgo y la creciente demanda de servicios especializados. En este contexto, contar con información clara, comparable y orientada a la acción es fundamental para fortalecer la respuesta nacional y asegurar que las políticas públicas se traduzcan en mejoras concretas para los pacientes.

Costa Rica cuenta con una base importante para avanzar. El Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024 a 2030 y el Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2026 a 2030 de la CCSS establecen una ruta para fortalecer la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados paliativos y los sistemas de información. El reto ahora es pasar de la planificación a la implementación sostenida, con financiamiento suficiente, coordinación efectiva, metas medibles y mecanismos de seguimiento.

El Tablero de Cáncer para Costa Rica, desarrollado por el Instituto Sueco de Economía de la Salud, ofrece una contribución valiosa en este momento. Al reunir indicadores clave y compararlos con referentes internacionales, permite identificar tanto los avances como las áreas donde se requiere mayor esfuerzo. Sus resultados muestran un panorama mixto. Costa Rica destaca positivamente en supervivencia frente a la referencia utilizada y muestra una evolución favorable en el control del tabaquismo, un área esencial de prevención. También se observan avances institucionales recientes en inteligencia artificial, trazabilidad, evaluación de tecnologías sanitarias y rutas transitorias para mejorar el acceso a medicamentos innovadores.

Sin embargo, el tablero también evidencia retos importantes. La incidencia y la mortalidad por cáncer siguen siendo elevadas en comparación con otros países latinoamericanos miembros de la OCDE. Persisten desafíos en sobrepeso y obesidad, cobertura de vacunación contra el VPH, tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino, tiempos de espera diagnósticos, capacidad de radiología e incorporación efectiva de innovación terapéutica. Desde la perspectiva clínica, estas brechas son especialmente relevantes porque el pronóstico de los pacientes depende en gran medida de la oportunidad del diagnóstico, la coordinación de la atención y el acceso oportuno a tratamientos adecuados.

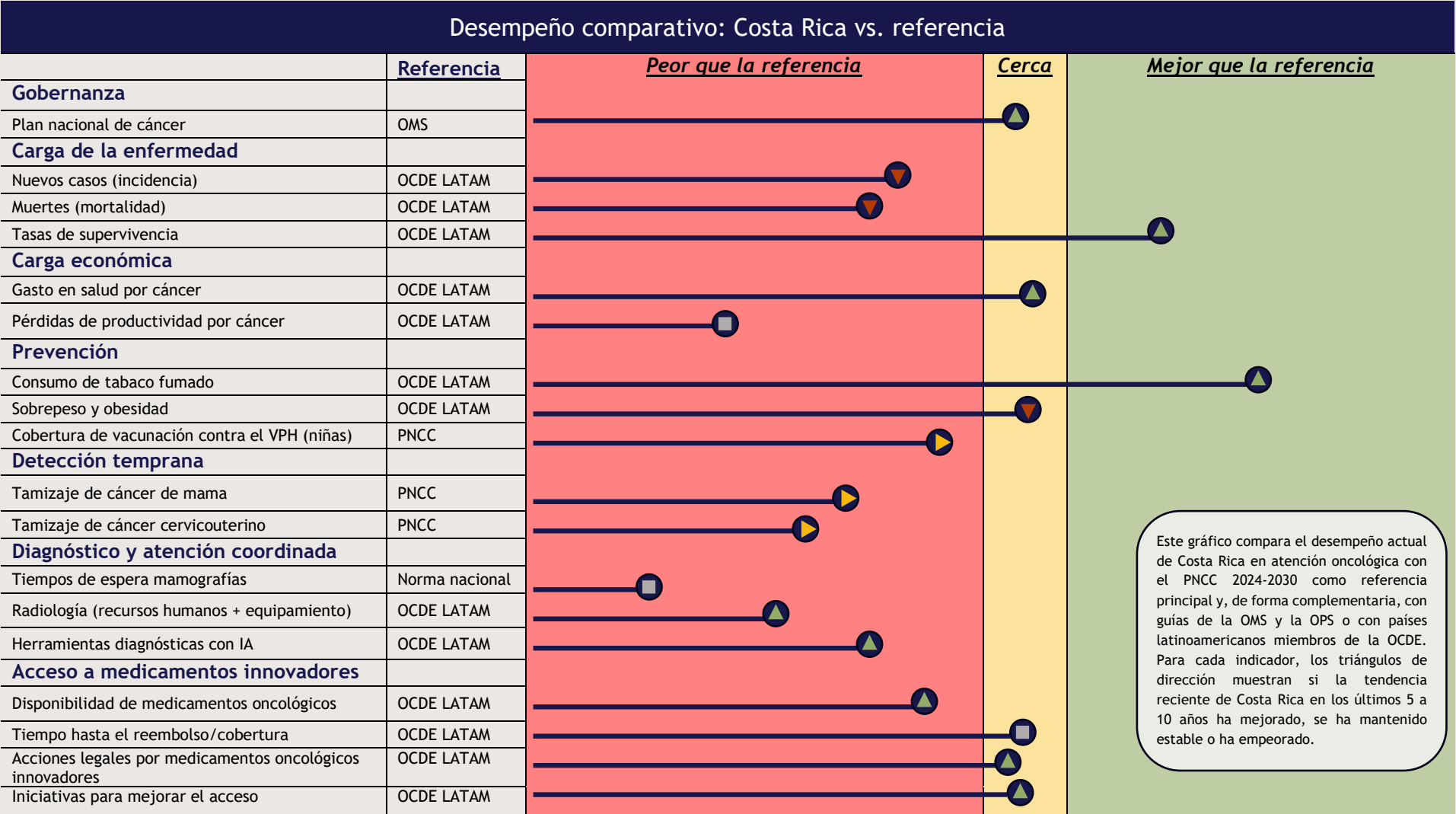
Como oncólogos, vemos diariamente el impacto que tienen las demoras, la fragmentación de los procesos y las limitaciones de acceso sobre los pacientes y sus familias. Por ello, este tablero no debe entenderse solo como un ejercicio descriptivo, sino como una herramienta práctica para priorizar acciones, monitorear avances y promover decisiones basadas en evidencia. Su valor está en facilitar una conversación informada entre autoridades, profesionales de salud, pacientes, academia y sociedad civil sobre cómo acelerar la implementación de las prioridades nacionales.

Desde ACOMED, reconocemos la importancia de este esfuerzo y esperamos que sus hallazgos contribuyan a fortalecer una atención oncológica más oportuna, equitativa, innovadora e integral para todas las personas afectadas por cáncer en Costa Rica. Este análisis del Instituto Sueco de Economía de la Salud constituye una herramienta rigurosa y accesible, que esperamos apoye el trabajo conjunto necesario para mejorar los resultados en cáncer en el país.



Denis U. Landaverde
Jefe de Oncología Médica, Hospital México
Caja Costarricense de Seguro Social,
Costa Rica.

Resumen del tablero de cáncer para Costa Rica



Este gráfico compara el desempeño actual de Costa Rica en atención oncológica con el PNCC 2024-2030 como referencia principal y, de forma complementaria, con guías de la OMS y la OPS o con países latinoamericanos miembros de la OCDE. Para cada indicador, los triángulos de dirección muestran si la tendencia reciente de Costa Rica en los últimos 5 a 10 años ha mejorado, se ha mantenido estable o ha empeorado.

Legenda: ▲ Desarrollo positivo, ▶ Desarrollo estable, ▼ Desarrollo negativo, ■ Sin datos o no aplicable

Abreviaturas: PNCC = Plan Nacional de Control del Cáncer; OMS = Organización Mundial de la Salud; OPS = Organización Panamericana de la Salud; OCDE-LATAM = países latinoamericanos miembros de la OCDE. Notas: Todos los indicadores se definen en términos porcentuales o per cápita; véase el texto principal para una descripción detallada y el Apéndice para la definición exacta utilizada.

Recomendaciones generales

Gobernanza

- ✓ Asegurar la implementación sostenida del Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024-2030 con financiamiento suficiente, un marco robusto de monitoreo y rendición de cuentas (indicadores clave, metas intermedias y reportes periódicos), y coordinación efectiva interinstitucional para integrar y optimizar las acciones de prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, incluyendo su articulación con el PIAC 2026-2030 de la CCSS, para avanzar en equidad, eficiencia y logro de las metas al 2030.

Financiamiento

- ✓ Priorizar la inversión en áreas de alto impacto como la detección temprana, el diagnóstico, el acceso a terapias innovadoras y la coordinación de la atención, lo que también ayudará a reducir los altos costos indirectos del cáncer.
- ✓ Invertir en sistemas de información y monitoreo para orientar la asignación eficiente del gasto. Destinar recursos específicos a modernizar y operar el RNT/SIRNAT y su articulación con mortalidad y datos de servicios, incorporando variables clave como estadio al diagnóstico, tiempos de espera y resultado.

Prevención

- ✓ Fortalecer el control del tabaco y la obesidad, con políticas fiscales y regulatorias más fuertes y mejor evaluación.
- ✓ Blindar la prevención del cáncer cervicouterino y otros cánceres asociados a VPH mediante cobertura sostenida, enfoque neutral por sexo y gestión basada en datos.

Detección temprana

- ✓ Expandir la participación en tamizaje y cerrar brechas territoriales, priorizando regiones con menor cobertura mediante invitación activa, gestión de capacidad y estrategias móviles.
- ✓ Fortalecer la organización y trazabilidad de los programas de detección temprana, mediante la modernización de los métodos de tamizaje, sistemas de información que distingan tamizaje y diagnóstico, y herramientas digitales de captación y seguimiento.

Diagnóstico y atención coordinada

- ✓ Consolidar rutas diagnósticas trazables y coordinadas, usando el estándar de cáncer de mama como modelo para otros cánceres prioritarios.
- ✓ Fortalecer el talento y las alianzas para diagnóstico, con medidas de retención de especialistas y colaboraciones que aceleren capacidad e innovación.
- ✓ Expandir la capacidad efectiva de imagenología, asegurando no solo equipos, sino también lectura oportuna, operación sostenida e integración de IA y teleimagenología.

Acceso a medicamentos innovadores

- ✓ Priorizar la evaluación e incorporación de medicamentos oncológicos innovadores, mediante una cuota mínima anual de evaluaciones y criterios claros de priorización basados en necesidad no cubierta, costo-efectividad, beneficio clínico e impacto en el presupuesto.
- ✓ Consolidar los cambios institucionales recientes en la gestión de medicamentos, asegurando que el nuevo reglamento, la evaluación de tecnologías sanitarias, la ruta transitoria y el Formulario Terapéutico Institucional operen de manera articulada, con criterios transparentes, procesos oportunos y una ruta clara hacia el acceso institucional pleno.

Tablero de cáncer de IHE

En los últimos años, el cáncer ha adquirido una mayor prioridad en la agenda de salud pública a nivel internacional, debido a su creciente carga sobre la mortalidad, la calidad de vida y los sistemas de salud (1). En muchos países, incluido Costa Rica, persisten desafíos importantes a lo largo del continuo de atención oncológica. Aunque en varios contextos existen planes para fortalecer la respuesta al cáncer, con frecuencia persisten brechas entre las prioridades definidas en política pública y su implementación efectiva. Entre los principales desafíos se encuentran la limitada disponibilidad de datos oportunos, las dificultades para priorizar intervenciones y la falta de herramientas prácticas para dar seguimiento al progreso.

Para contribuir a cerrar esta brecha entre política y acción, el Instituto Sueco de Economía de la Salud (IHE) ha desarrollado una serie de Tableros de Cáncer. Los primeros tableros se elaboraron para varios países europeos, y este trabajo ha evolucionado hacia una segunda generación de tableros con un alcance más internacional y un enfoque más adaptable a distintos sistemas de salud. Estos tableros ofrecen una visión estructurada e intuitiva del desempeño de los países en áreas clave de la atención oncológica. Al combinar datos, análisis comparativos y recomendaciones basadas en evidencia, buscan apoyar a responsables de política pública, profesionales de salud y otros actores relevantes en la identificación de avances, brechas y prioridades de inversión y acción.

Estructura del tablero y selección de indicadores

El tablero comienza con una visión general de los principales marcos de gobernanza del cáncer en Costa Rica, incluidos el Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC) 2024-2030 y el Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2026-2030 de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). A continuación, presenta un análisis de la carga de enfermedad y de la carga económica del cáncer, destacando su impacto en los pacientes, el sistema de salud y la sociedad en su conjunto. Estos elementos de contexto permiten dimensionar la urgencia de fortalecer la respuesta al cáncer a nivel nacional. Posteriormente, se recorre, en gran medida, la ruta de atención oncológica, con un énfasis particular en el acceso a medicamentos innovadores.

El tablero está estructurado de la siguiente manera:

- **Gobernanza** (1 indicador): Plan nacional de control del cáncer
- **Carga de enfermedad** (3 indicadores): Casos nuevos (incidencia), muertes (mortalidad), tasas de supervivencia
- **Carga económica** (2 indicadores): Gasto en salud en atención del cáncer, pérdidas de productividad por cáncer
- **Prevención** (3 indicadores): Consumo de tabaco fumado, sobrepeso y obesidad, infección por virus del papiloma humano (VPH)
- **Detección temprana** (2 indicadores): Tamizaje de cáncer de mama y de cuello uterino
- **Diagnóstico y atención coordinada** (3 indicadores): Tiempos de espera para mamografías, radiología, herramientas diagnósticas con inteligencia artificial
- **Acceso a medicamentos innovadores** (4 indicadores): Disponibilidad de medicamentos oncológicos innovadores, tiempo hasta el reembolso y cobertura, acciones legales para obtener medicamentos, e iniciativas legales para mejorar el acceso.

El punto de partida para la selección de indicadores fue la lista original elaborada por IHE para el Pulso Europeo del Cáncer de la Organización Europea del Cáncer (2). El conjunto final de indicadores se definió con base en discusiones con el Dr. Denis Landaverde (oncólogo médico, vicepresidente de Asociación Costarricense de Oncólogos Médicos ACOMED), MSD Centroamérica y El Caribe y en la disponibilidad local de datos.

- Una explicación general de su relevancia y de cómo se relaciona con el PNCC
- Una descripción de la situación actual en Costa Rica, con comparaciones internacionales
- Recomendaciones para mejorar y avanzar hacia una mayor alineación con las metas nacionales e internacionales

Las fuentes de datos de todos los indicadores se presentan en el Apéndice y proceden de fuentes de acceso público. Siempre que los datos están disponibles, el análisis comparativo incorpora referentes internacionales, especialmente otros países latinoamericanos miembros de la OCDE; Chile, Colombia y México.

En 2017, la Asamblea Mundial de la Salud (el órgano decisorio de la Organización Mundial de la Salud, OMS) adoptó la resolución WHA70.12 sobre la prevención y el control del cáncer (3). Esta resolución insta a los gobiernos a comprometerse a acelerar las acciones contra el cáncer. En particular, exhorta a los gobiernos a elaborar e implementar planes nacionales de control del cáncer que incluyan a todos los grupos de edad, cuenten con recursos adecuados, mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas, y que busquen sinergias y eficiencia en costos con otras intervenciones de salud.

Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024–2030 — Costa Rica

El Plan Nacional para el Control del Cáncer (PNCC) 2024-2030 se estructura bajo un único eje de abordaje integral del cáncer, guiado por un objetivo general orientado a reducir la mortalidad y mejorar la supervivencia, con un enfoque de derecho, equidad y sostenibilidad (4). Este eje se operacionaliza mediante dos objetivos específicos que organizan las principales áreas de intervención.

Objetivo Específico 1: Prevención y Promoción de la Salud

Fortalecer la prevención del cáncer y la promoción de la salud, mejorando el conocimiento y las capacidades tanto de la población como del personal sanitario, mediante acciones multisectoriales e interinstitucionales.

- **Prevención primaria y promoción de salud**
 - o Ampliar y asegurar la vacunación contra el VPH (en niñas y niños) con una meta de 90% de cobertura al 2030, y mantener el esquema de Hepatitis B en el programa oficial.
 - o Reducir los principales factores de riesgo vinculados al estilo de vida y al ambiente (tabaco, alcohol, dieta no saludable, sedentarismo, sobrepeso/obesidad y exposición a pesticidas), mediante capacitación e investigación aplicada.
 - o Crear y difundir campañas de comunicación y educación para la prevención y detección temprana del cáncer, bajo un proyecto de coordinación interinstitucional con meta de 100% de avance al 2029, alineadas con el Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer (OPS/OMS).

Objetivo Específico 2: Detección, Diagnóstico y Acceso a Servicios Especializados

Reforzar las estrategias del sistema de salud para mejorar la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el acceso equitativo a servicios especializados para la atención integral del cáncer.

- **Detección temprana y diagnóstico**
 - o Impulsar la detección temprana ampliando la cobertura de tamizaje, especialmente en cáncer cervicouterino (53%) y de mama (54%) al 2030, además de fortalecer la implementación de guías para otros sitios priorizados (colorrectal, gástrico y pediátrico).
 - o Fortalecer las competencias en detección y diagnóstico oportuno del personal de salud. Para el cáncer pediátrico, lograr que 50% de las unidades académicas integren contenidos específicos sobre detección y diagnóstico temprano en sus currículos al 2030.
 - o Desarrollar un Registro Nacional de Tamizaje del Cáncer como plataforma para gestionar datos de tumores priorizados y reorientar recursos de manera costo-efectiva.
- **Tratamiento del cancer**
 - o Estandarizar y actualizar la atención oncológica mediante la elaboración o actualización de normas y protocolos clínicos especializados (incluyendo pediátricos).
 - o Mejorar el abordaje del cáncer pediátrico con terapias innovadoras, mediante la evaluación e incorporación de nuevas alternativas terapéuticas en la CCSS, con meta de presentar seis terapias ante el Consejo Oncológico Institucional para 2030.
 - o Fomentar la educación continua oncológica en los colegios profesionales, buscando que 33% de ellos ofrezcan cursos sobre atención del cáncer al 2030.
 - o Implementar y evaluar el Plan Institucional de Atención del Cáncer (PIAC), que coordina la respuesta integral del sistema de salud en todas las fases del control del cáncer.
 - o Fortalecer la radioterapia y capacidad tecnológica mediante la cooperación con la Agencia Internacional de Energía Atómica (AIEA).

- Monitorear la efectividad del tratamiento pediátrico mediante indicadores de supervivencia global a cinco años, garantizando seguimiento y mejora continua.
- **Cuidados paliativos y rehabilitación oncológica**
Fortalecer los cuidados paliativos y la rehabilitación oncológica para mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y la continuidad del cuidado, con énfasis en la población pediátrica y en la consolidación de la Red Nacional de Cuidado Paliativo Pediátrico.
- **Sistemas nacionales de información**
 - Lograr el 100% de avance en la modernización del Sistema de Información del Registro Nacional de Tumores (SIRNAT) al 2029, incorporando la variable de estadiaje para evaluar el diagnóstico oportuno y la efectividad terapéutica.
 - Desarrollar un Registro Nacional de Tamizaje del Cáncer como instrumento para mejorar la planificación y gestión basada en evidencia.

Además del PNCC, la respuesta del sistema se apoya en un instrumento propio de la CCSS: el Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2026-2030 (5). Este plan funciona como la “hoja de ruta” interna para que la CCSS pueda coordinar e implementar en red las intervenciones de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, articulando los distintos niveles de atención y gestión (tanto vertical como horizontalmente) y promoviendo el trabajo coordinado con instancias técnicas, administrativas y otros actores. Visto en conjunto, el PNCC establece el marco país (prioridades y metas nacionales), mientras que el PIAC lo operacionaliza dentro de la CCSS, alineando la gestión institucional con los planes nacionales y definiendo mecanismos concretos de articulación en redes, como la identificación de enlaces de cáncer, el uso de instrumentos de seguimiento y el monitoreo de acciones en la red.



Carga de la enfermedad por cáncer

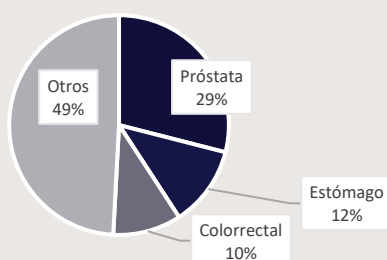
Incidencia y mortalidad

En 2024, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) estimó que en Costa Rica se registraron 11,983 nuevos casos de cáncer (incidencia) excluyendo el cáncer de piel no melanoma: 5,924 en hombres y 6,059 en mujeres (6). En los hombres, los cánceres diagnosticados con mayor frecuencia fueron próstata, estómago y colorrectal; mientras que en las mujeres fueron mama, tiroides y colorrectal (6). En conjunto, estos tipos de cáncer representan alrededor de la mitad de todos los casos. Asimismo, se estimó que aproximadamente el 48% de las personas con cáncer tenía menos de 65 años al momento del diagnóstico y que el 52% tenía 65 años o más. En otros países de la OCDE de América Latina, como Chile, Colombia y México, entre 30% y 60% de los nuevos casos correspondieron a personas menores de 65 años en 2024 (6). El cáncer en población en edad laboral tiene implicaciones importantes para la economía y para la magnitud de la carga económica (véase la siguiente sección).

En cuanto a la mortalidad, la IARC estimó 6,002 muertes por cáncer en 2024 (3,197 en hombres y 2,805 en mujeres) (6). En los hombres, el cáncer que causó más muertes fue el de próstata, seguido por estómago y colorrectal. En las mujeres, el cáncer de mama fue la principal causa de muerte por cáncer, seguido por colorrectal y, en tercer lugar, estómago. En general, el cáncer ocasionó alrededor del 19% de todas las muertes en Costa Rica en 2022 (7). Para 2023, los tumores (neoplasias) se ubicaron como la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares (27%) (8), un patrón similar al observado en otros países de la región como Chile, donde tumores (neoplasias) causaron 22% de muertes en segundo lugar y las enfermedades cardiovasculares el 24.5% de todas las muertes (9).

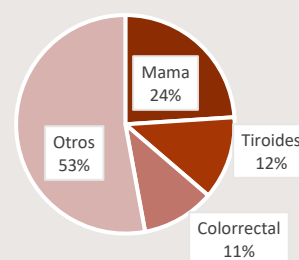
La carga de cáncer en Costa Rica es elevada en comparación con otros países de la OCDE en América Latina (Chile, Colombia y México) (6). En 2024 Costa Rica registró una incidencia de 234 casos por cada 100,000 habitantes, superior a Colombia (222) y México (151), aunque por debajo de Chile (297). En mortalidad, Costa Rica alcanzó 117 muertes por cada 100,000, también por encima de Colombia (109), México (72) y del promedio regional (91), pero por debajo de Chile (162). Además, la carga del cáncer ha aumentado de manera sostenida en Costa Rica durante las últimas dos décadas. Entre 2003 y 2024, la incidencia se incrementó aproximadamente un 51%, un crecimiento más pronunciado que el promedio observado en Chile y Colombia durante el mismo periodo, cercano al 32%(10). La mortalidad también aumentó más rápidamente en Costa Rica, con un incremento del 47%, frente a un promedio del 39% en Chile y Colombia. Se prevé que estas tendencias se intensifiquen como consecuencia del envejecimiento de la población. Entre 2025 y 2050, se estima que la incidencia aumentará un 69% en Costa Rica, frente a un promedio del 67% en Chile y Colombia. Durante el mismo periodo, la mortalidad crecería un 94%, ligeramente por encima del incremento promedio proyectado para Chile y Colombia, del 88% (11).

Incidencia de cáncer en hombres en Costa Rica en 2024
Número de casos nuevos: 5,924



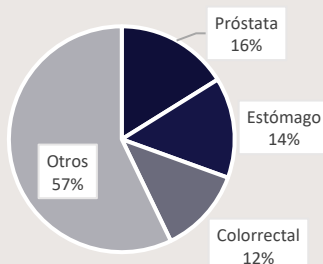
Fuente: IARC 2024

Incidencia de cáncer en mujeres en Costa Rica en 2024
Número de casos nuevos: 6,059



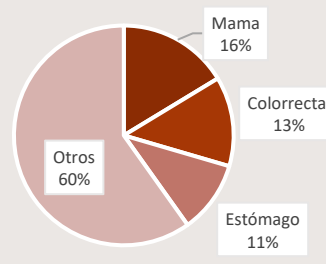
Fuente: IARC 2024

Mortalidad por cáncer en hombres en Costa Rica en 2024
Número de muertes: 3,197



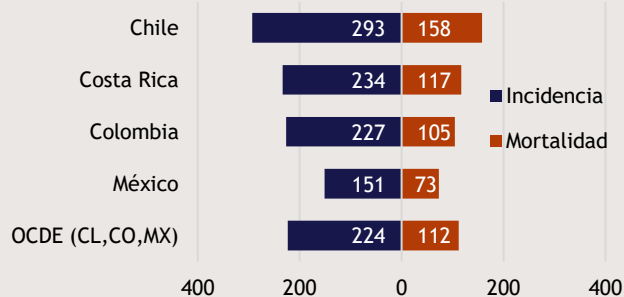
Fuente: IARC 2024

Mortalidad por cáncer en mujeres en Costa Rica en 2024
Número de muertes: 2,805



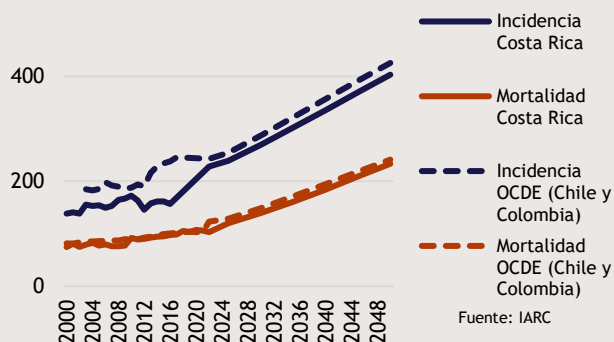
Fuente: IARC 2024

Incidencia y mortalidad por cáncer por cada 100,000 habitantes (tasas brutas) en 2024, ambos sexos.



Fuente: IARC 2024

Incidencia y mortalidad por cáncer por cada 100,000 habitantes (tasas brutas) a lo largo del tiempo, 2000-2050, ambos sexos.



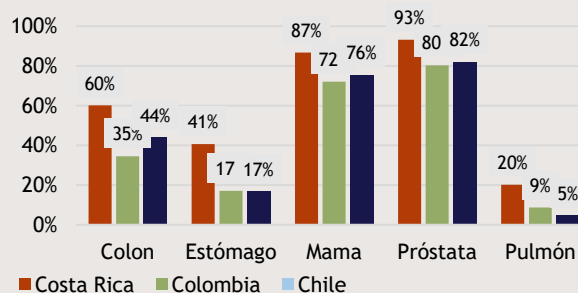
Fuente: IARC

Supervivencia

Las tasas de supervivencia más recientes comparables a nivel internacional provienen del estudio CONCORD-3, que abarcó el período de diagnóstico 2000-2014 (12). En el período más reciente (2010-2014), se estimó que las tasas de supervivencia relativa a cinco años en Costa Rica eran superiores a las de otros países latinoamericanos de la OCDE (12). El PNCC retoma estos resultados como línea de base y señala que el país cuenta con datos alentadores de supervivencia en cáncer. (4). En particular, el PNCC incluye objetivos para tres cánceres pediátricos: linfoma (93.5%), leucemia linfoblástica aguda (80%) y cáncer de cerebro (69.8%)(4). Dado que las tasas de supervivencia para estos cánceres pediátricos ya son altas, la meta del Plan Nacional (2024-2030) es “mantener el porcentaje de sobrevida global a 5 años” en esas mismas cifras. El PNCC plantea a CONCORD-4 como la fuente principal para verificar estas metas en 2030. El plan también prevé una estimación alternativa mediante la razón mortalidad/incidencia (RMI) con datos del Registro Nacional de Tumores (RNT/SIRNAT).

A pesar de contar con un sistema de salud universal y solidario, Costa Rica experimenta desigualdades sociales en la supervivencia después del diagnóstico de cáncer. Un estudio que estimó la supervivencia a 5 años para los casos diagnosticados entre 2011 y 2015 evidenció un marcado gradiente socioeconómico en la supervivencia para todos los cánceres combinados (13). La supervivencia neta a 5 años disminuye de 71% en las áreas menos desfavorecidas (Q1-Q2) a 68% en Q3 y 66% en las áreas más desfavorecidas (Q4), lo que representa una brecha absoluta de 5 puntos porcentuales entre los extremos (13). El estudio también reportó que estas diferencias se manifiestan desde el primer año tras el diagnóstico y persisten a los cinco años, lo que sugiere que, pese a tasas relativamente altas de supervivencia, se mantienen desigualdades sociales relevantes en los resultados oncológicos.

Tasas de supervivencia a 5 años en Costa Rica y países de la OCDE (basado en CONCORD-3 para el período de diagnóstico 2010-2014).



Fuente: CONCORD-3. Notas: tasas de supervivencia relativa

Tasa de supervivencia a 5 años por quintil en Costa Rica (para el período de diagnóstico 2011-2015)



Fuente: Fantin 2020

Para orientar las prioridades de política pública, es importante comprender los factores que impulsan mejoras o deterioros en la incidencia, la mortalidad y la supervivencia. El desafío es que hay avances simultáneos en muchas áreas de la atención del cáncer y, por lo tanto, es difícil aislar el efecto, por ejemplo, del uso de nuevos medicamentos sobre la supervivencia, separándolo de la evolución general de la atención oncológica que también puede contribuir en un contexto de práctica real. Aun así, algunos estudios realizados en Estados Unidos han intentado determinar la contribución de distintos componentes de la atención del cáncer a la disminución observada en las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (es decir, no en las tasas de supervivencia). Un estudio centrado en cáncer de mama encontró que el 75% de la disminución observada en las tasas de mortalidad en 1975-2019 se atribuyó a mejoras en el tratamiento con medicamentos oncológicos (47% en estadios tempranos y 29% en estadio metastático), mientras que el 25% restante se atribuyó a una detección más temprana mediante tamizaje (14). Otro

estudio sobre cinco tipos de cáncer halló que el número estimado de muertes evitadas en 1975-2020 se explicó principalmente por mejoras en la prevención y el tamizaje (80%) y, en menor medida, por un mejor tratamiento (principalmente con medicamentos oncológicos) (20%) (15). Un tercer estudio en Estados Unidos, que incluyó un mayor número de tipos de cáncer, estimó que la reducción observada en las tasas de mortalidad en 2000-2009 se debió principalmente a nuevos medicamentos (58%), seguida de mejores técnicas de diagnóstico por imagen (29%) y de una disminución en la incidencia (9%) (16). Un estudio para España, que abarcó el período 1999-2016, encontró que los tipos de cáncer en los que se habían introducido más medicamentos oncológicos innovadores presentaron mayores reducciones de la mortalidad durante ese período (17).

Recomendaciones

- Reducir el rezago y la fragmentación de la información fortaleciendo el RNT/SIRNAT para que publique de forma más oportuna la incidencia (hoy disponible hasta 2022) y para que la mortalidad no quede desactualizada en el portal del registro (hoy hasta 2015). Esto implica asegurar personal y procesos para el cierre y validación de datos, y articular la mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Censos con el RNT de manera que permita una desagregación más completa por tipo de cáncer.
- Incorporar y publicar el estadio al diagnóstico (por tipo de cáncer, incluyendo el porcentaje “desconocido”) como indicador clave de detección temprana, siguiendo ejemplos regionales como Colombia, donde se reporta rutinariamente la estadificación en informes institucionales (18).
- Publicar de manera regular tasas de supervivencia por tipo de cáncer en el sitio del RNT, ampliando la evidencia disponible más allá de CONCORD-3 y de los pocos análisis existentes en el país. El Plan Nacional reconoce que, pese a contar con resultados alentadores en algunos cánceres, la evidencia científica nacional de sobrevida es limitada. Por ello, se recomienda institucionalizar la producción y difusión de supervivencia con desagregación mínima por sexo, edad, estadio al diagnóstico y tipo de cáncer, de modo que el país cuente con indicadores comparables y útiles para monitorear desempeño y desigualdades. Como referencia, algunos países de la región han avanzado en la publicación de análisis de supervivencia en productos institucionales (por ejemplo, Colombia (19)), lo que muestra que es factible desarrollar esta línea de información cuando existe un sistema de datos y una estrategia de reporte sostenida.

Carga económica del cáncer

En Costa Rica, el cáncer impone una carga económica significativa, tanto por los costos directos (asociados a la atención médica) como por los costos indirectos (derivados de la pérdida de productividad). Según datos oficiales de las Cuentas de Salud y del PNCC, el gasto en atención oncológica representó aproximadamente el 5.6% del gasto total en salud en 2020 (4). Dentro de este presupuesto, el 13% se destinó al cáncer de colon, el 6% al cáncer de mama y el 3% al cáncer de cuello uterino.

La carga económica del cáncer se compone de:



Gasto en salud (costos directos):

- Recursos del sistema de salud (equipo médico, personal, medicamentos, etc.), financiados tanto por fuentes públicas como privadas



Costos por pérdida de productividad (costos indirectos):

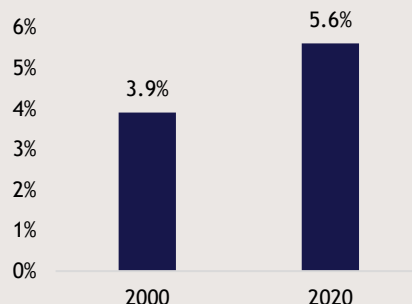
- Pérdidas de productividad por ausencias por enfermedad, incapacidad/discapacidad permanente y mortalidad prematura en pacientes en edad laboral.



Costos de cuidado informal:

- Valor del tiempo que dejan de dedicar familiares y amigos para brindar cuidados no remunerados.

Gasto en cáncer como % total en salud en Costa Rica



Fuente: PNCC 2007-2016 y PNCC 2024-2030

Este porcentaje (5.6%) representa un aumento con respecto a décadas anteriores. Por ejemplo, a inicios de los años 2000, el gasto en cáncer se estimaba entre 3.9% y 4.2% del total del gasto en salud (20). En otros contextos, la proporción del gasto de salud total destinada al cáncer se ha mantenido relativamente estable durante las últimas décadas, en la Unión Europea se situó en torno a 6% a 7%, mientras que en Estados Unidos se ha estimado en alrededor de 5% del gasto nacional en salud (21). El nivel de gasto de Costa Rica es comparable al de países como Colombia, donde en 2018 se estimó que el cáncer representaba el 5.3% del gasto total en salud (22). A pesar del aumento en inversión, en Costa Rica persiste una desproporción entre la carga de mortalidad por cáncer y los recursos que se destinan a su atención. En 2022, el cáncer fue responsable de cerca del 19% de todas las muertes en el país, lo que significa que aproximadamente una de cada cinco personas fallece por esta causa. Sin embargo, solo una fracción reducida del presupuesto sanitario —alrededor de 1 de cada 18 colones— se asigna específicamente a combatir esta enfermedad. Esta brecha no es exclusiva de Costa Rica. En la Unión Europea, por ejemplo, el cáncer provoca aproximadamente el 23% de todas las muertes, pero solo entre el 6% y el 7% del gasto en salud total se destina a su atención (21).

El cáncer en Costa Rica representa

19%



Total de muertes en 2022

5.6%

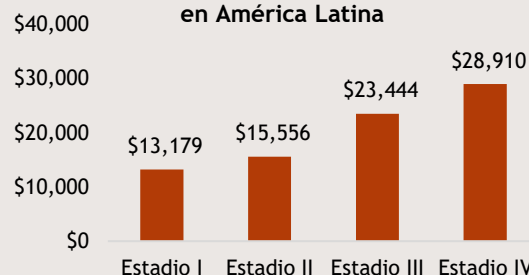


del gasto total en salud en 2020

Detección temprana, mejores resultados y menor costo por paciente

La detección temprana y el diagnóstico oportuno se asocian con mejores desenlaces clínicos (reflejados en mayores tasas de supervivencia) y, a la vez, con un menor uso de tratamientos complejos e intensivos. La evidencia regional respalda este gradiente de costos por estadio. Una revisión sistemática centrada en América Latina estimó que el costo médico directo promedio por paciente-año aumenta de forma marcada con el avance del cáncer de mama, pasando de I\$ 13,179 en estadio I a I\$ 28,910 en estadio IV, es decir, más del doble (23). En consecuencia, fortalecer estrategias que favorezcan la detección temprana puede contribuir no solo a mejorar la supervivencia y la calidad de vida, sino también a contener el crecimiento del gasto al reducir la proporción de casos que requieren tratamientos de alta complejidad.

Costos médicos directos por paciente-año según estadio de cáncer de mama en América Latina



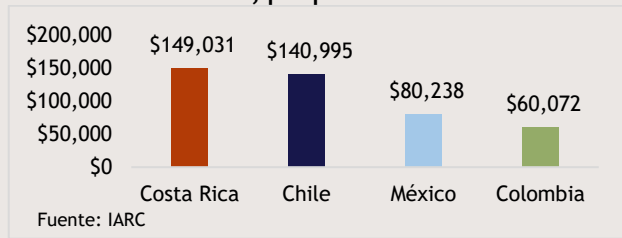
Fuente: Palacios et al (2021)

Costos indirectos

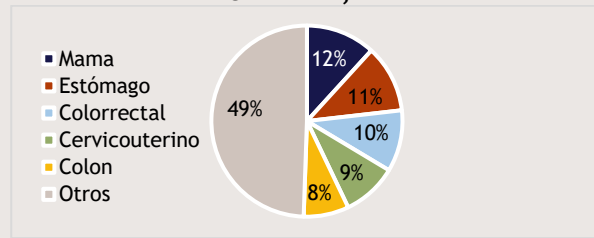
Según estimaciones de IARC para 2022, Costa Rica registra un mayor valor de pérdida de productividad por muerte por cáncer que otros países comparables de la región incluidos en el análisis (US\$149,031), ligeramente por encima

de Chile y notablemente por encima de México y Colombia (24). Este indicador es por cada muerte (no un total nacional) y estima el valor económico del trabajo remunerado y no remunerado que se pierde cuando una persona fallece por cáncer antes de la edad de retiro. Por eso, un valor más alto sugiere que, en promedio, las muertes ocurren a edades más tempranas y/o que los años perdidos se valoran más según los supuestos del modelo.

Valor de la pérdida de productividad por muerte por cáncer, por país en 2022



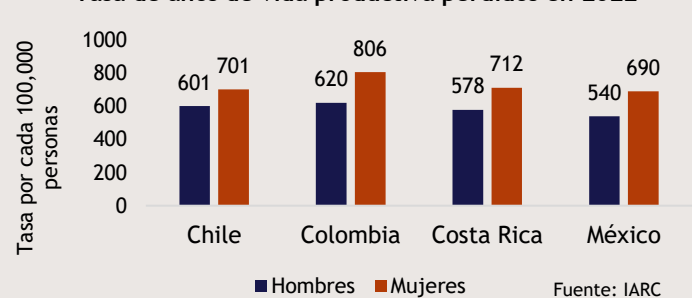
Top 5 cánceres por pérdida total de productividad en Costa Rica, 2022



Al desagregar la pérdida total de productividad en Costa Rica por tipo de cáncer, el mayor aporte a los costos indirectos proviene del cáncer de mama (12%), seguido por estómago (11%) y colorrectal (10%), y luego cervicouterino (9%) y colon (8%) (24). Esto sugiere que estos cánceres generan más pérdida de productividad porque combinan una carga importante de mortalidad con muertes que ocurren con mayor frecuencia en edades productivas, lo que incrementa los años de trabajo (remunerado y no remunerado) perdidos.

La tasa de años de vida productiva perdidos también es notable en Costa Rica. En 2022, el país registró 712 años de vida productiva perdidos por cada 100,000 mujeres, la segunda cifra más alta entre los países comparados, solo por debajo de Colombia (24). En hombres, la tasa fue de 578 por cada 100,000, la segunda más baja después de México. Al igual que en los demás países, la carga fue mayor en mujeres que en hombres, pero en Costa Rica el contraste es especialmente llamativo porque las mujeres presentan una pérdida de vida productiva comparativamente alta, mientras que los hombres se sitúan más cerca del extremo bajo del rango regional. Este patrón sugiere que el cáncer genera en Costa Rica una carga social importante por mortalidad prematura, particularmente entre las mujeres.

Tasa de años de vida productiva perdidos en 2022



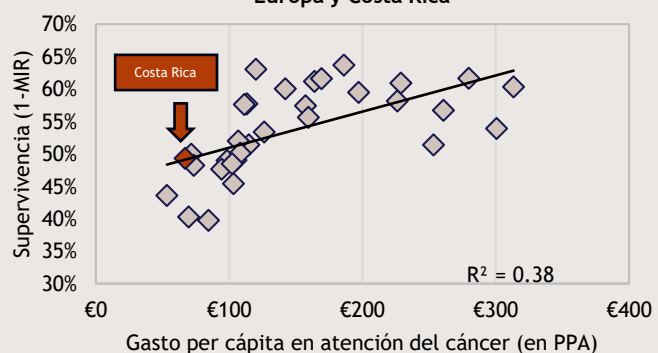
Costos informales

Un estudio para América Latina estimó el costo económico del tiempo de cuidado informal (no remunerado) asociado a 15 condiciones (incluyendo 10 cánceres) en ocho países, entre ellos Costa Rica (25). Para Costa Rica, el costo anual total del tiempo de cuidado informal para el conjunto de condiciones analizadas fue de USD 362 millones (2020), y en el caso de los cánceres evaluados los mayores costos se concentraron en cáncer gástrico (USD 18.78 millones), páncreas (USD 6.30 millones) y pulmón (USD 5.43 millones). En términos de intensidad de cuidado (aplicada de forma homogénea a todos los países del estudio), el requerimiento promedio anual varió desde 512 horas/año para leucemia hasta 1,825 horas/año para cáncer de estómago o páncreas (equivalente a 1.4 a 5.0 horas/día).

Gasto en salud destinado a la atención del cáncer y tasas de supervivencia

El objetivo último del gasto en salud destinado a la atención del cáncer es mejorar los resultados de los pacientes, tanto en términos de supervivencia como de calidad de vida. La figura de la derecha ofrece una manera aproximada de explorar la relación entre el gasto en atención del cáncer y los resultados de los pacientes en los países europeos; véase Manzano et al. (2025) para aclaraciones sobre la metodología (21). La línea de tendencia ascendente sugiere que los países con mayor gasto en atención del cáncer tienden a lograr una mayor supervivencia. En contraste, los países con bajo gasto generalmente reportan una menor supervivencia (principalmente en Europa

Gasto en atención del cáncer y supervivencia en Europa y Costa Rica



Fuente: Manzano A. et al (2025) y estimaciones propias con datos del PNCC 2020 e IARC 2022.

Central y del Este). Es importante subrayar que esta asociación no prueba causalidad: el gráfico no permite concluir que “gastar más” automáticamente cause mayor supervivencia. Es posible que países con mejores resultados también tengan otras ventajas estructurales (mayor ingreso, mejor capacidad institucional, redes oncológicas más integradas) que impulsan tanto el gasto como los desenlaces. Aun así, el patrón es consistente con la evidencia previa: mayores niveles de inversión en cáncer suelen ir acompañados de mejores resultados de supervivencia, especialmente cuando el gasto se traduce en acceso oportuno y calidad de atención a lo largo de todo el continuo de cuidados. En este contexto, Costa Rica¹ se ubica cerca del grupo de países con niveles relativamente bajos de gasto y muestra una supervivencia intermedia, aproximadamente alineada con lo que “predice” la tendencia general. Esto puede interpretarse como que, dadas sus restricciones de gasto, el país logra resultados que no se alejan del patrón observado internacionalmente; pero también señala un espacio potencial de mejora si se lograra aumentar la inversión o, alternativamente, ganar eficiencia (mejor asignación del gasto) para elevar la supervivencia sin incrementos proporcionales del gasto.

Recomendaciones

- Seguir invirtiendo en la atención del cáncer para mejorar la calidad de los servicios de salud. Asegurar que el aumento del gasto se dirija a áreas de alto impacto a lo largo del continuo de atención y que aborde los cuellos de botella. Esto incluye la detección temprana, el diagnóstico oportuno, el acceso a nuevos diagnósticos y terapias, y la coordinación de la atención (véanse los demás KPI del informe).
- Mantener y fortalecer la publicación sistemática y anual del gasto en salud destinado al cáncer –total y desagregado por tipo de cáncer– a partir de las Cuentas Nacionales de Salud, asegurando que la base de datos pública se actualice oportunamente. Si bien Costa Rica cuenta con estimaciones desde hace años, la última información disponible corresponde a 2020, lo que limita la priorización, la evaluación de valor y la planificación de recursos.
- Aplicar una perspectiva social al evaluar inversiones focalizadas en detección más temprana y tratamientos, a fin de reconocer y capturar las reducciones en pérdidas de productividad derivadas de las ganancias de supervivencia.
- Fortalecer los esquemas de horarios laborales flexibles para facilitar la reintegración de pacientes con cáncer y sobrevivientes durante y después del tratamiento, con el fin de reducir las pérdidas de productividad.
- Reforzar el apoyo institucional a las personas cuidadoras, incluyendo condiciones de trabajo flexibles que faciliten la compatibilidad entre empleo y cuidado.

¹ El gasto en cáncer de Costa Rica para 2020 proviene del PNCC, basado en las Cuentas Nacionales de Salud. Para hacerlo comparable internacionalmente, el monto reportado en colones corrientes se convirtió a dólares internacionales (PPP, PIB) dividiéndolo por el factor de conversión PPP del PIB (LCU por dólar internacional) del Banco Mundial (26). Luego se calculó el gasto per cápita dividiendo entre la población de 2020. Finalmente, para expresarlo en euros (PPP), los dólares internacionales se transformaron a euros usando el factor PPP del PIB en euros (país de referencia: Alemania). Los valores se presentan con redondeo.

Prevención

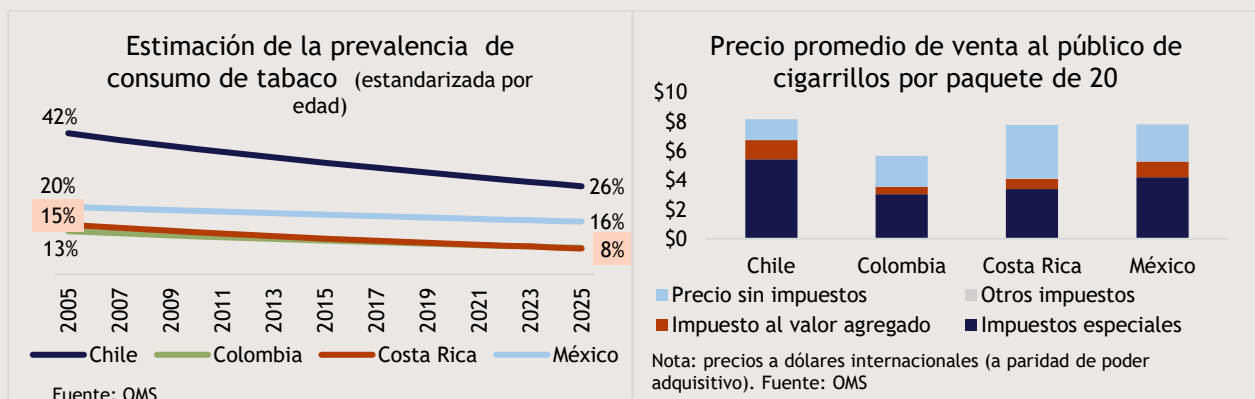
Consumo de tabaco fumado

Contexto

- El consumo de tabaco fumado es un factor de riesgo importante para desarrollar diversos tipos de cáncer (27) y se ha vinculado con cánceres en 12 sitios diferentes (28). Aproximadamente el 80% de todos los casos de cáncer de pulmón están relacionados con el consumo de cigarrillos (29).
- En 2008, la OMS introdujo el marco MPOWER, un paquete de seis medidas de política basadas en evidencia, costo-efectivas y de alto impacto para ayudar a los países a reducir la demanda de tabaco (30). Como parte de este marco, la mejor práctica en materia de impuestos al tabaco se define como una carga tributaria total de al menos el 75% del precio de venta al público (31). Brasil es un ejemplo regional de este nivel de implementación: en el perfil de país de la OMS (con datos del 2024), los impuestos totales sobre la marca de cigarrillos más vendida alcanzan 79% del precio minorista, superando el umbral de mejor práctica (32).
- Costa Rica es Parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, lo ratificó en el 2008 (33). En materia normativa, el país aprobó en 2012 la Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud y cuenta con reglamentos y disposiciones complementarias, entre ellos el reglamento de etiquetado de productos de tabaco y sus derivados (34). Esta ley fortaleció el control del tabaco mediante la regulación de la publicidad, la promoción y el consumo en espacios públicos, contribuyendo a la creación de entornos más saludables. Asimismo, incorpora un componente fiscal con destinación específica de recursos para financiar acciones de prevención y atención de daños asociados al tabaquismo y otras prioridades de salud pública (35). En este marco, se establece que el 55% de lo recaudado debe transferirse a la CCSS y apoyar el fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional. Además, la Estrategia Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles y la Obesidad 2022-2030 establece como meta una reducción relativa del 9% en la prevalencia de consumo de productos de tabaco en personas de 12 a 70 años para 2030 (36). En consonancia, el PNCC prioriza el control del tabaco mediante acciones de prevención primaria y el fortalecimiento de la capacidad del personal de salud para abordar la adicción (4).

Estatus actual en Costa Rica

- Según estimaciones de la OMS, la prevalencia de consumo actual de tabaco (tasa estandarizada por edad) disminuyó del 15% en 2005 al 8% en 2025, lo que equivale a una reducción aproximada del 48% (37). Aunque otros países de la región también muestran una tendencia a la baja, Costa Rica presenta una prevalencia menor que Chile y México, y muy similar a la de Colombia. En el período 2005-2025, la magnitud de la reducción ha sido mayor en Costa Rica. La prevalencia de consumo de tabaco es mayor para hombres que para mujeres (en 2025, 11% y 4%, respectivamente).



- Costa Rica destaca por tener la menor carga tributaria total sobre el precio del paquete (53%), pero aun así mantiene un precio alto en términos de paridad de poder adquisitivo (7.78 dólares internacionales), muy cercano al de México (7.82) y solo por debajo de Chile (8.16). Esto sugiere que una parte importante del precio en Costa Rica proviene del componente no tributario (precio neto), más que de los impuestos (38).
- En 2024, medios nacionales informaron que la CCSS consideró un cobro judicial ante Hacienda por retrasos o faltantes en la transferencia de fondos del impuesto al tabaco (39).

Recomendaciones

- Mantener el avance en la tributación del tabaco aumentando gradualmente la carga tributaria hasta niveles similares a los de países pares y la recomendación de la OMS de al menos el 75% del precio de venta al público.

Prevención

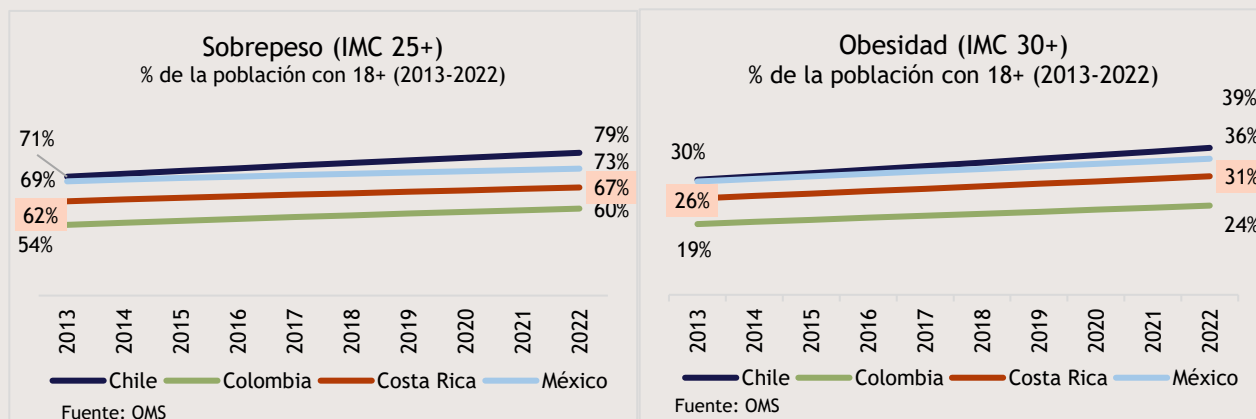
Sobrepeso y obesidad

Contexto

- El sobrepeso (definido como un índice de masa corporal, $IMC \geq 25$) y la obesidad ($IMC \geq 30$) son condiciones médicas que aumentan el riesgo de diversos problemas de salud, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes y ciertos tipos de cáncer (40). El sobrepeso y la obesidad se han relacionado con el desarrollo de 13 tipos de cáncer (41). En América Latina, se estima que aproximadamente entre un 2% y 6% de todos los casos de cáncer están vinculados con el exceso de peso corporal (42).
- La OPS trabaja con los países de la región en la implementación de medidas integrales para frenar la obesidad, de acuerdo con el Plan de Aceleración de la OMS para Detener la Obesidad adoptado en 2022. Entre estas estrategias figuran el etiquetado frontal de advertencia en alimentos, la regulación de la publicidad de productos poco saludables, la promoción de la lactancia materna, normas sobre alimentos escolares y políticas fiscales que incentiven dietas saludables. Asimismo, la OMS recomienda (i) limitar el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido calórico, de azúcares, grasas y sal, y preferir bebidas sin azúcar (ii) mantenerse físicamente activo de forma regular y (iii) llevar una dieta saludable rica en cereales integrales, verduras, legumbres y frutas (43).
- Costa Rica ha implementado numerosas políticas e intervenciones para la prevención del sobrepeso y la obesidad. Por ejemplo, desde 2012 rige la prohibición de vender comida “chatarra” y bebidas azucaradas en las escuelas, con el fin de promover entornos alimentarios saludables para la niñez (44). En 2022, el país incrementó un 3% el impuesto a las bebidas gaseosas azucaradas, encareciendo los refrescos y jugos concentrados, para ayudar a reducir su consumo en la población (45). Más recientemente, Costa Rica adoptó la Estrategia Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles y la Obesidad 2022-2030, que fija la meta de detener el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad de aquí a 2030 (36).

Estatus actual en Costa Rica

- Basado en estadísticas de la OMS, la proporción de adultos con sobrepeso en Costa Rica aumentó del 62% al 67% entre 2013 y 2022 (46). En el mismo periodo, la proporción de adultos con obesidad pasó del 26% al 31% (47). Aunque la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es menor que en Chile y México, es mayor que en Colombia.



- Se observan diferencias por sexo. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en mujeres que en hombres (72% vs. 61% y 38% vs. 25%, respectivamente) (46, 47).
- En mayores de 19 años, 34% no cumple la recomendación de la OMS de al menos 150 minutos semanales de actividad física, y el incumplimiento aumenta con la edad, alcanzando 54% en personas de 65 años o más (48). Además, se observan brechas por sexo: 41% de las mujeres no cumple la recomendación, frente a 27% de los hombres. En cuanto a alimentación, solo 29% reporta consumir cinco o más porciones diarias de frutas y vegetales.

Recomendaciones

- Garantizar la implementación completa y la evaluación de las intervenciones incluidas en la Estrategia Nacional contra las ENT y la Obesidad 2022-2030.
- Priorizar programas comunitarios y municipales de actividad física dirigidos.
- Considerar aumentar el impuesto selectivo existente sobre las bebidas azucaradas e introducir subsidios para frutas y verduras, en línea con las recomendaciones de la OMS.

Prevención

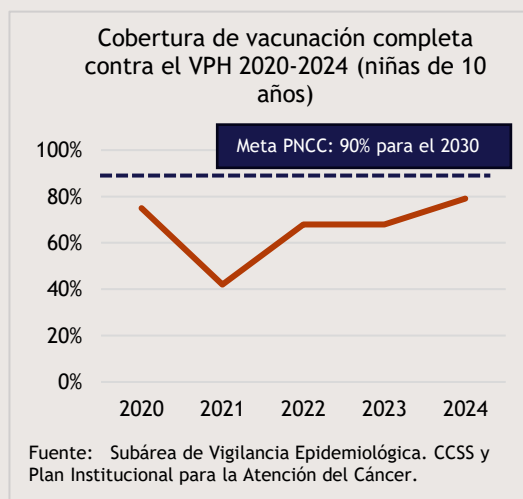
Vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)

Contexto

- El VPH (virus del papiloma humano) es un grupo de virus de transmisión sexual que causa aproximadamente el 7% de todos los cánceres en mujeres y hombres en América Latina y el Caribe (49). La primera vacuna contra el VPH en la región fue aprobada en el 2006 y el primer programa de vacunación nacional en el 2008 (50). Las vacunas contra el VPH han demostrado ser una forma eficaz y costo-efectiva de prevenir el cáncer de cuello uterino y otros cánceres relacionados con el VPH (51). Según la OMS, la mejor opción es vacunar a las niñas de aproximadamente 9 a 14 años, justo antes de que inicien su vida sexual (52). Sin embargo, también tiene valor vacunar a los niños y a adolescentes mayores y adultos jóvenes (mujeres y hombres) porque la vacuna previene nuevas infecciones por VPH (aunque no trata infecciones ya existentes), contribuye a reducir la transmisión, y además protege directamente a los hombres frente a cánceres asociados al VPH (por ejemplo, anal, de pene y orofaríngeo) (53, 54).
- Como parte de su estrategia mundial para eliminar el cáncer de cuello uterino, la OMS insta a todos los países a alcanzar, para 2030, una cobertura de vacunación contra el VPH del 90% en niñas antes de cumplir 15 años (55). En línea con ese enfoque, en sus recomendaciones técnicas más recientes la OPS alienta a los países de la Región de las Américas (que incluye a América Latina y el Caribe) a priorizar el aumento de la cobertura y a asegurar que las niñas de 9 a 14 años reciban la vacuna para alcanzar una cobertura alta ($\approx 90\%$ o más) antes de los 15 años; además, señala que los países pueden avanzar también mediante estrategias que incluyan a niñas y niños (esquemas de vacunación “neutrales por sexo”), según el contexto y los recursos disponibles (56).
- Las vacunas contra el VPH están disponibles en Costa Rica desde 2007 (57). La vacunación pública inició en 2019 (inicialmente para niñas de 10 años) con un esquema de 2 dosis (0 y 6 meses), mediante estrategia principalmente escolar y seguimiento a través de servicios de salud en Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) (58). En 2024 se incluyó también a los niños (varones) de 10 años, el lineamiento de la CCSS define como población meta a niños y niñas de 10 años y contempla captación de niñas de 11-15 años rezagadas (59). La implementación combina escenarios intramuros (establecimientos de salud) y extramuros, especialmente el escenario escolar, con coordinación interinstitucional para el acceso a centros educativos (59).
- En el 2025 la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) acordó aprobar el cambio de la vacuna tetravalente contra el VPH a la nonavalente, manteniendo el mismo esquema vigente (niños y niñas de 10 años, con dos dosis), y estableciendo que el cambio se implementará una vez agotadas las existencias de vacuna tetravalente (60). La vacuna nonavalente ofrece protección adicional frente a más tipos de VPH: además de los tipos incluidos en la tetravalente (VPH 6, 11, 16 y 18), añade cobertura contra VPH 31, 33, 45, 52 y 58, lo que amplía la protección frente a infecciones asociadas a cáncer.
- El PNCC 2024-2030 incorpora la vacunación contra el VPH como una acción estratégica de prevención (4). Para 2030, se propone que el 90% de las niñas cuente con el esquema de vacunación completo (lograr la segunda dosis). En la misma línea, el PIAC 2026-2030 de la CCSS establece como meta lograr 90% de segunda dosis en niñas de 10 y 11 años, partiendo de una línea base de 79% en 2024 (5).

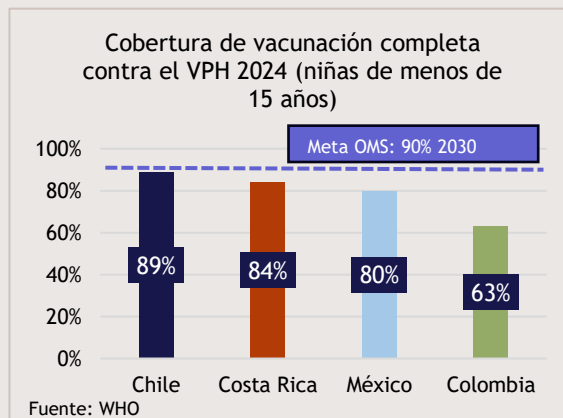
Estatus actual en Costa Rica

- La cobertura de la segunda dosis de la vacuna contra el VPH en niñas de 10 años refleja una buena aceptación inicial (75% en 2020), seguida de una disminución importante durante la pandemia por COVID-19 (42% en 2021) y una recuperación que se consolidó en 2024 (79%) (5, 59). La caída se asocia a afectaciones en la prestación de servicios y, en particular, al impacto en vacunas aplicadas en el escenario escolar, la mejora posterior es coherente con los esfuerzos de normalización y captación de rezagos.
- Los datos de 2024 de la OMS muestran que la cobertura de vacunación en niñas menores de 15 años en Costa Rica fue de 84%, por debajo de Chile (89%), pero por encima de México (80%) y Colombia (63%) (61).
- Para hombres, el indicador con el que se cuenta en 2024 corresponde a la cobertura administrativa de la primera dosis de vacuna contra el VPH, calculada según el grupo objetivo que cada país define (61). Ese año, la cobertura fue alta en Chile (87%), intermedia en Colombia (42%) y baja en Costa Rica (23%), lo que sugiere distintos niveles de



implementación o desempeño del componente masculino. México no es directamente comparable en 2024, dado que la vacunación de niños se introdujo hasta 2025 (62).

- En Costa Rica hay poca información publicada sobre las barreras que afectan la aceptación y la cobertura de la vacunación contra el VPH. Una encuesta realizada en 2019, cuando la vacuna apenas empezaba a implementarse, evidenció conocimientos limitados: cerca del 35% de las personas entrevistadas creía erróneamente que la vacuna curaba la infección por VPH, y alrededor del 30% consideró que podría incentivar el inicio de la vida sexual, percepción que fue más frecuente en personas con menor nivel educativo (63). Aunque la vacunación contra el VPH es obligatoria en el país (58), este tipo de creencias puede traducirse en resistencia o dudas por parte de familias y cuidadores y, en la práctica, dificultar el acceso oportuno o la completitud del esquema.



Recomendaciones

- Continuar fortaleciendo el enfoque neutral por sexo (niñas y niños), consolidar la vacunación en varones con metas explícitas.
- Generar evidencia reciente sobre barreras, percepciones y desafíos operativos asociados a la vacunación contra el VPH en niños, con el fin de orientar acciones que permitan aumentar su cobertura y acercarla a la de las niñas.
- Implementar un tablero nacional por cantón y escuela para monitorear en tiempo real la cobertura contra el VPH, identificar rezagos y orientar intervenciones focalizadas basadas en datos.
- Considerar ampliar la vacunación de rescate para adolescentes mayores y adultos jóvenes que no fueron vacunados a tiempo, priorizando grupos con mayor riesgo.

DetECCIÓN TEMPRANA

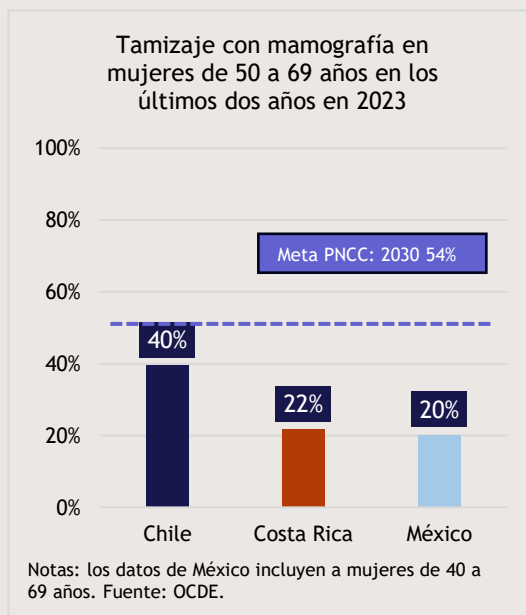
TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA

Contexto

- El objetivo del tamizaje del cáncer de mama es detectar un tumor lo antes posible, cuando aún es pequeño y susceptible de tratamiento curativo (64). En las etapas tempranas de la enfermedad, las tasas de supervivencia son más altas y los costos del tratamiento, más bajos (65).
- En la Región de las Américas, la guía técnica difundida por la OPS/OMS indica que, en entornos con recursos suficientes, se recomiendan programas organizados de tamizaje por mamografía en mujeres de 50-69 años, con una periodicidad de cada 2 años (66).
- En Costa Rica, el cáncer de mama fue la causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres en 2022 (6). Entre 2000 y 2020, pasó de ser la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres a ocupar el primer lugar, con un aumento de 6.5% (67).
- El tamizaje de cáncer de mama en Costa Rica aún no opera como un programa nacional plenamente organizado con invitaciones sistemáticas. En la práctica, funciona mayoritariamente de forma oportunista, por indicación del personal de salud o iniciativa de la usuaria. Desde 2014 el Ministerio de Salud cuenta con la Norma para la Atención Integral del Cáncer de Mama, actualizada en 2025, que establece la mamografía como prueba principal de tamizaje: en mujeres sin factores de riesgo de 40-75 años (cada 2 años) y en mujeres con factores de riesgo de 35-75 años (de forma anual) (68). En el PNCC, la meta es alcanzar 54% de cobertura nacional de mamografía de detección en los últimos dos años para 2030 (4).
- El PIAC 2026-2030 incluye indicadores orientados a poner en marcha un tamizaje organizado. Para 2030, se plantea que 15 unidades locales del primer nivel (llamadas Áreas de Salud) implementen formalmente la estrategia, utilizando mamografía bienal en mujeres de 40 a 74 años. Para sostener esta expansión, el plan incorpora un indicador para aumentar en 50% la capacidad de lectura de mamografías del Centro de Lectura de Mamografía para 2030. Además, prevé implementar una herramienta basada en inteligencia artificial (IA) (chatbots o apps) para informar sobre prevención y realizar invitaciones dirigidas al tamizaje; la meta es que 15 Áreas de Salud utilicen este asistente para 2030.

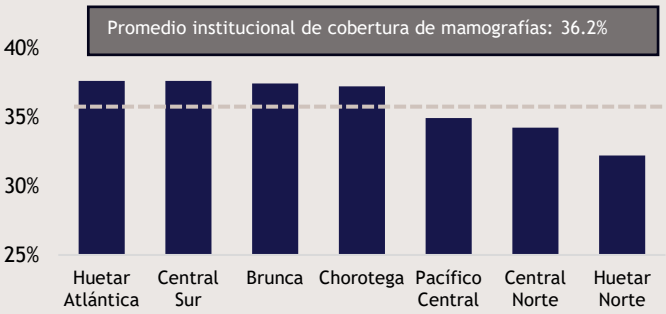
Estatus actual en Costa Rica

- Según datos de la OCDE, en 2023 Costa Rica registró una cobertura baja (22%), menos de una de cada cuatro mujeres del grupo objetivo se habría realizado una mamografía en los últimos dos años (69). Esta cifra es similar a la de México (20%) y se sitúa por debajo de la de Chile (40%).
- Según la Auditoría Interna de la CCSS, en 2024 la cobertura institucional anual de mamografías en mujeres de 40 a 74 años fue de 36% (68). Esta cobertura también mostró diferencias regionales, con valores que oscilaron entre 32% en Huetar Norte y 38% en Huetar Atlántica (68). Más preocupante aún, esta cifra es muy similar a la cobertura trienal observada en años recientes (70), lo que sugiere que el sistema está incorporando pocas mujeres nuevas al tamizaje y que la cobertura acumulada crece lentamente. Además, los registros no permiten diferenciar con claridad entre mamografías de tamizaje y mamografías diagnósticas, ni asegurar una trazabilidad efectiva de los casos con sospecha o diagnóstico confirmado.
- La encuesta a usuarias de la CCSS refuerza esta interpretación. Un 25% reportó haber esperado más de un año para realizarse la mamografía; entre quienes seguían sin respuesta, 70% llevaba más de un año esperando; y 17% indicó haber esperado un año o más para conocer los resultados (68). Estas demoras reducen la capacidad del sistema para incorporar nuevas usuarias al tamizaje de manera continua. Además, el informe estima que solo 55% de las pacientes nuevas en tratamiento en 2024 accedió a una mamografía a través de la CCSS, por lo que el 45% restante probablemente recurrió al sector privado, lo que sugiere que parte de la demanda está siendo absorbida fuera del sistema público.
- La auditoría interna de la CCSS señala que existen atrasos en los reportes de mamografías debido al déficit de radiólogos; este problema se analiza con mayor detalle en el KPI de radiología (68).
- Aunque la evidencia publicada específicamente sobre mamografía en zonas periféricas de Costa Rica es limitada, fuentes institucionales apuntan a barreras de acceso geográfico, dificultades de traslado, tiempos de espera y menor disponibilidad de recursos humanos y servicios especializados fuera de los centros urbanos (68, 71). En



respuesta, la CCSS ha impulsado estrategias para acercar el tamizaje a comunidades alejadas, especialmente mediante una unidad móvil de mamografía que prioriza áreas rurales dispersas y busca reducir las barreras de desplazamiento para mujeres en edad objetivo (71).

Cobertura % de mamografías por región en 2024



Fuente: Auditoría interna CCSS

Encuesta a usuarias de los servicios de salud de la CCSS en 2025



Recomendaciones

- Fortalecer la capacidad instalada y la gestión de listas de espera, priorizando regiones con menor cobertura y ampliando estrategias móviles donde se requiera.
- Formar y contratar a más radiólogos.
- Actualizar y repetir de forma periódica la auditoría institucional y los cuestionarios a usuarias para evaluar brechas en la implementación del tamizaje mamográfico tras los cambios normativos y programáticos recientes.
- Mejorar el sistema de información para diferenciar mamografías de tamizaje vs diagnósticas y asegurar trazabilidad de casos sospechosos hasta diagnóstico y tratamiento.

Detección temprana

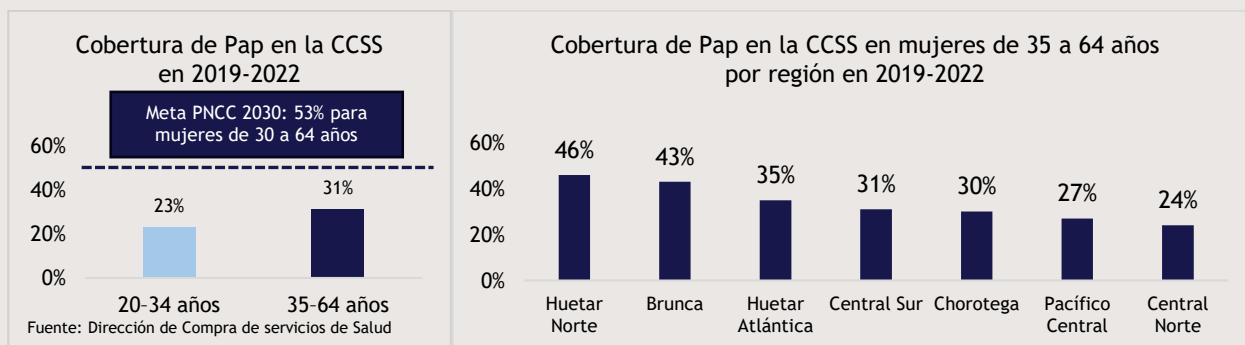
Tamizaje del cáncer de cuello uterino

Contexto

- El objetivo del tamizaje del cáncer de cuello uterino es detectar el cáncer antes de la aparición de síntomas, o incluso más temprano, en sus etapas precancerosas. En las etapas tempranas de la enfermedad, las tasas de supervivencia son más altas y los costos del tratamiento, más bajos (72, 73). Tradicionalmente, el tamizaje se realizaba con la prueba de Papanicolaou (Pap) cada tres años. El descubrimiento del VPH como causa del cáncer de cuello uterino ha llevado al desarrollo de pruebas de VPH como método de tamizaje (74).
- La OMS plantea como meta de tamizaje dentro de la estrategia de eliminación del cáncer de cuello uterino que, para 2030, al menos 70% de las mujeres hayan sido tamizadas con una prueba de alto rendimiento antes de los 35 años y nuevamente antes de los 45 años (55).
- Aunque en Costa Rica el cáncer de cuello uterino fue la sexta causa más frecuente de incidencia y mortalidad por cáncer en mujeres en 2022 (6), su impacto es especialmente relevante en edades más jóvenes. Un estudio que analizó el periodo 2006 a 2015 estimó que, entre las mujeres de 20 a 39 años, este cáncer se situó en el segundo lugar tanto en incidencia como en mortalidad (75).
- El tamizaje de cáncer de cuello uterino se ha realizado históricamente principalmente mediante Pap, y en noviembre de 2023 el Ministerio de Salud actualizó la norma nacional para avanzar hacia la prueba del VPH (76). Como parte de esta transición, la CCSS inició en junio de 2024 la implementación del nuevo test en la Región Pacífico Central (77). El Pap debe realizarse cada dos años, mientras que la prueba del VPH se recomienda cada cinco años (76).
- El PNCC establece como objetivo alcanzar una cobertura bienal del 53 % con una prueba vigente (ya sea VPH o Pap) en mujeres de 30 a 64 años (4). También fija como meta reducir la tasa de mortalidad prematura (30-69 años) por cáncer cervicouterino (combinada con mama, estómago y colorrectal) a 37.33 por 100,000 habitantes para el periodo 2025-2029 (desde una línea base de 38.38), y disminuir la tasa de mortalidad general por estas causas a 72.94 por 100,000 (desde 73.03).
- En concordancia con esta estrategia, el PIACC de la CCSS incorpora indicadores clave para avanzar hacia un tamizaje organizado (5). Esto incluye el uso de herramientas de IA para generar invitaciones dirigidas, con la meta de que 15 Áreas de Salud utilicen este tipo de asistente para el año 2030. El PIACC también contempla un indicador específico para monitorear la implementación progresiva de la estrategia con prueba de VPH, midiendo cuántas Áreas de Salud cumplen criterios verificables como gestión operativa, invitación nominal, notificación con consejería, seguimiento de casos y sistemas de información con registro. El objetivo final es que 75 Áreas de Salud estén implementando esta estrategia para 2030, con una meta de 15 nuevas áreas por año.

Estatus actual en Costa Rica

- La cobertura bienal de PAP en la CCSS promedió 31% en mujeres de 35-64 años para el periodo 2019-2022 (vs. 23% en mujeres de 20-34 años), la meta nacional del PNCC es de 53% en el grupo de 30-64 años (78). La cobertura de PAP en mujeres de 35-64 años varía significativamente por región: Huetar Norte (46%) y Brunca (43%) exhiben las tasas más altas (acercándose más al 53%), mientras que Central Norte (24%) y Pacífico Central (27%) registran las más bajas (78).
- Según una revisión sistemática cualitativa, la falta de conocimiento preventivo, tanto en pacientes como en el personal de salud, se identificó como la barrera más frecuente, representando el 27 % de las limitaciones detectadas (79). Le siguen los factores socioeconómicos, que constituyen el 15 % de los obstáculos. Además, se evidenció una tendencia a priorizar el tamizaje en mujeres más jóvenes, lo que resulta en una cobertura subóptima en el grupo de 50 a 59 años.



- Pese a los desafíos descritos, Costa Rica parece estar relativamente mejor posicionada que varios países latinoamericanos frente al cáncer de cuello uterino. En 2022, este cáncer no figuró entre los cinco más incidentes en mujeres en Costa Rica, mientras que ocupó el segundo lugar en México, el tercero en Colombia y el quinto en Chile (6). De forma consistente, la incidencia ajustada por edad fue menor en Costa Rica (10.6 por 100,000 mujeres) que en México (13.2), Colombia (13.7) y Chile (11.3) (6). Sin embargo, esta diferencia no parece explicarse por una cobertura reciente de tamizaje claramente superior, ya que el porcentaje de mujeres de 30 a 49 años tamizadas en los últimos cinco años fue similar en Costa Rica y México (77%), algo menor en Colombia (74%) y mayor en Chile (79%) (80). En conjunto, estos datos sugieren que la posición relativamente favorable de Costa Rica es más consistente con una trayectoria sostenida de prevención y control que con una mayor participación reciente en el tamizaje.

Recomendaciones

- Continuar la transición hacia un programa de tamizaje organizado, ampliando la implementación de la prueba de VPH como método primario, y asegurando la cobertura de mujeres de 30 a 64 años conforme a las directrices nacionales y a las metas de la OPS/OMS, incluido el tamizaje con una prueba de alto desempeño al menos dos veces en la vida, una antes de los 35 años y otra antes de los 45.
- Consolidar y expandir el uso de herramientas digitales, como los asistentes con IA y los sistemas de información integrados, para asegurar su funcionamiento efectivo en todo el país y garantizar el seguimiento oportuno de mujeres con resultados anormales, especialmente en regiones con menor cobertura.
- Implementar intervenciones intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones estructurales que limitan el acceso al tamizaje en regiones con menor desarrollo, abordando barreras como la conectividad, la disponibilidad de personal de salud capacitado, la fragmentación administrativa y las normas culturales locales, incluyendo el despliegue de soluciones adaptadas como la autotoma para VPH en contextos con baja aceptabilidad.

Diagnóstico y atención coordinada

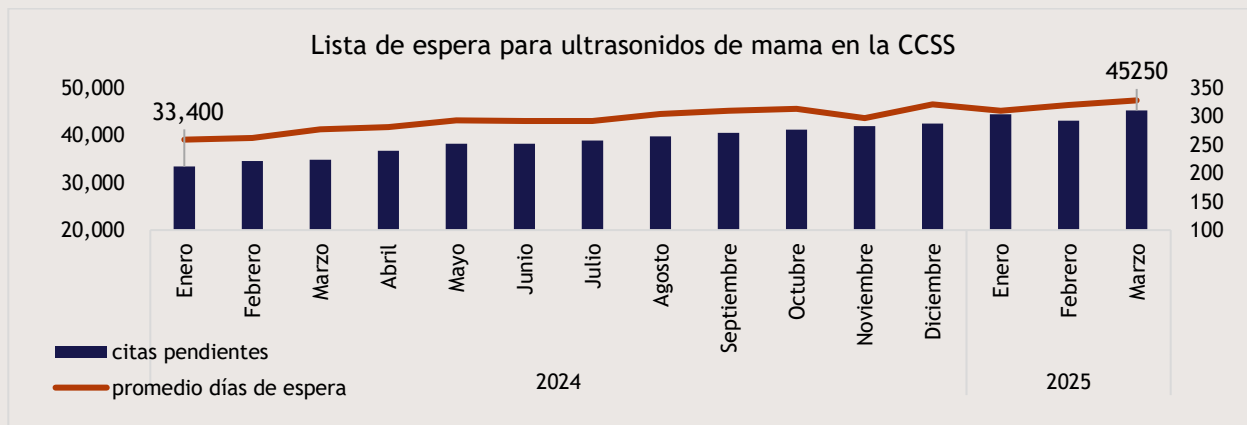
Estándares y tiempos de espera

Contexto

- La OMS enfatiza que el diagnóstico e inicio oportuno del tratamiento del cáncer son críticos para mejorar la supervivencia (81). La evidencia internacional sugiere que demoras de apenas 4 semanas entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento se asocian con un aumento del riesgo de muerte de 6-8% en varios contextos oncológicos (82). Por ejemplo, establece que el tiempo máximo para lograr un diagnóstico integral de cáncer de mama debe ser de menos de 60 días tras la sospecha (68).
- En América Latina se observan avances hacia estándares exigibles. En Chile, el régimen GES/AUGE establece una Garantía de Oportunidad (plazo máximo exigible por ley) para prestaciones definidas en cada problema de salud. En varios cánceres se fijan plazos para etapas específicas; por ejemplo, en cáncer de pulmón la confirmación diagnóstica debe realizarse dentro de 60 días desde la sospecha (83). Complementariamente, el Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 plantea como meta de oportunidad reducir tiempos de espera y lograr diagnóstico y plan terapéutico dentro de 60 días desde la sospecha diagnóstica para cáncer en general (84).
- En el 2025 en Costa Rica se incorporaron tiempos óptimos y máximos aceptables para etapas del diagnóstico de cáncer de mama (85). Por ejemplo, desde el envío de la mamografía hasta su realización, el tiempo óptimo es 15 días y el máximo aceptable 30 días; y desde la realización de la mamografía hasta la entrega del reporte, el óptimo es 7-15 días y el máximo aceptable 30 días. Este avance es relevante porque formaliza estándares de oportunidad medibles y alinea la atención con la evidencia internacional sobre el impacto de las demoras. Sin embargo, a diferencia de Chile, aún no se cuenta con metas de plazos máximos equivalentes para otros tipos de cáncer ni con una meta general transversal. En ese sentido, existe una iniciativa legislativa (Exp. 22.275) que propone plazos máximos para la ruta oncológica —30 días para realizar y reportar exámenes diagnósticos, 30 días para la valoración especializada confirmatoria y hasta 60 días para iniciar tratamiento—, pero al tratarse de un proyecto, estos estándares aún no operan como garantía nacional (86).
- El PIAC 2026-2030 reconoce que mejorar la atención oncológica en Costa Rica requiere superar problemas de gestión y deficiencias operativas que limitan el acceso efectivo (5). Entre ellos, identifica la implementación lenta de acciones, la desarticulación de procesos, la existencia de reprocesos y sistemas de referencia que no funcionan coordinadamente para diagnóstico y tratamiento, lo que genera demoras y obliga en ocasiones a buscar rutas informales de atención (5). El plan también señala como una deficiencia, la limitada captación y trazabilidad de los casos en los sistemas actuales, y plantea como respuesta el desarrollo de un panel de información en cáncer, mejoras en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y un enfoque de gestión por objetivos y resultados con indicadores para monitorear cobertura, oportunidad diagnóstica, tratamiento y resultados.

Estatus actual en Costa Rica

- En un acta de la Junta Directiva de la CCSS se advirtió que la capacidad diagnóstica actual de los laboratorios clínicos, radiología y endoscopia es insuficiente para atender la demanda proyectada de los programas nacionales de tamizaje gástrico y colorrectal (87). Un ejemplo crítico proviene del modelo implementado en la provincia de Cartago (en el Centro Nacional de Detección Temprana), donde se relató que lograr el acceso a los datos de pruebas de heces positivas de toda la provincia tomó casi un año, lo que permitió detectar una cantidad importante de pacientes que, pese a tener resultados positivos, habían quedado sin seguimiento (87).
- Antes de la definición de tiempos óptimos y máximos para cáncer de mama, la evidencia institucional ya mostraba demoras sustantivas en estudios clave de la ruta diagnóstica. La auditoría interna de la CCSS reporta incrementos en listas de espera tanto para mamografías (plazo promedio 129 días) como para ultrasonidos de mama (plazo promedio 328 días), estudios que suelen formar parte del abordaje diagnóstico posterior a una mamografía alterada (68). Estas demoras superan ampliamente los tiempos máximos planteados en la norma (p. ej., 30 días) y se alejan de referentes internacionales que sitúan como meta completar el diagnóstico en menos de 60 días tras la sospecha. Además, las demoras muestran variaciones territoriales marcadas: los tiempos de espera para ultrasonido de mama oscilan entre 1 mes y hasta 1,362 días según establecimiento (68).
- Un desafío adicional para cerrar estas brechas es la limitada trazabilidad y medición de la ruta diagnóstica, ya que sin sistemas que distingan entre estudios de tamizaje y diagnósticos y sin seguimiento de casos con sospecha/confirmación, se dificulta monitorear el cumplimiento de metas a nivel de paciente y gestionar activamente los cuellos de botella (68).



Recomendaciones

- Asegurar que las herramientas de trazabilidad y monitoreo previstas en el PIAC 2026-2030 se implementen con indicadores por etapa de la ruta del paciente, desagregación territorial y mecanismos de alerta para casos positivos sin seguimiento, de forma que permitan identificar y corregir oportunamente cuellos de botella en tamizaje, diagnóstico, referencia y tratamiento.
- Priorizar la implementación efectiva y el cumplimiento del estándar 2025 de cáncer de mama mediante un sistema de trazabilidad y gestión de la ruta diagnóstica, y usar ese modelo para expandir metas transversales a otros cánceres.

Diagnóstico y atención coordinada

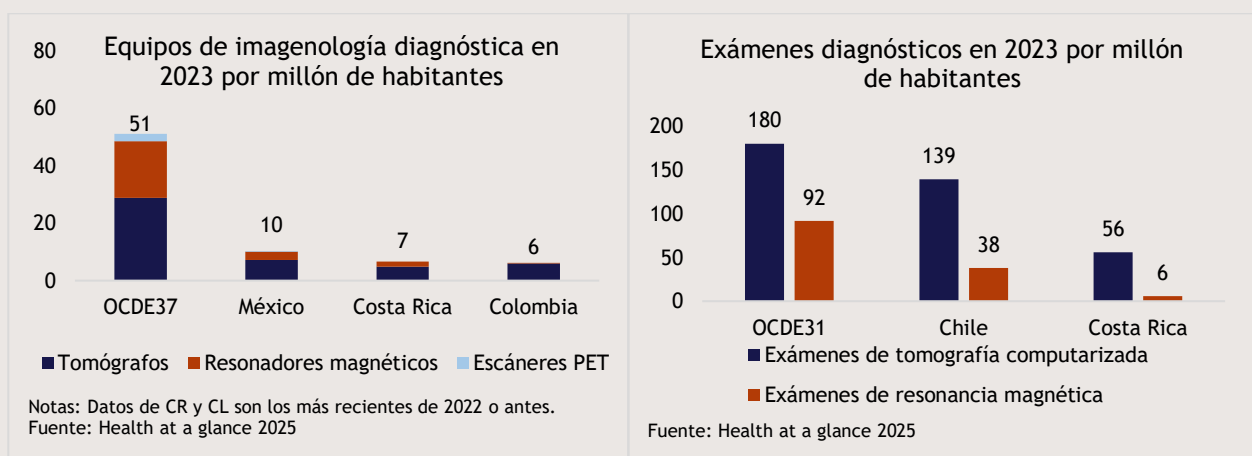
Radiología (recursos humanos y equipamiento)

Contexto

- Los profesionales de imagenología diagnóstica son esenciales para detectar, caracterizar y estadificar el cáncer, así como para evaluar la respuesta al tratamiento (88). En este ámbito, destacan radiólogos y radiógrafos/técnicos en imagen, quienes realizan e interpretan estudios y generan informes que guían decisiones clínicas y derivaciones oportunas. A nivel mundial se reporta escasez de radiólogos, lo que puede traducirse en dificultades de acceso a estudios diagnósticos (89).
- Los equipos de imagenología, como los escáneres de tomografía computarizada (TC), las unidades de resonancia magnética (RM) y los escáneres de tomografía por emisión de positrones (PET), son necesarios a lo largo de toda la atención oncológica, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, para asegurar decisiones clínicas acertadas y resultados óptimos (89). La inversión en estos equipos es elevada y su operación requiere de personal médico especializado, lo cual naturalmente limita su disponibilidad. No existen lineamientos generales ni referencias internacionales que establezcan un número ideal de escáneres por habitante o por paciente con cáncer (90). Una oferta insuficiente de unidades puede generar problemas de acceso, ya sea por lejanía geográfica o por tiempos prolongados de espera.
- El PNCC reconoce explícitamente que, a la fecha, no se cuentan con estudios nacionales que determinen con exactitud las capacidades instaladas en recursos humanos para la atención del cáncer (4). No obstante, incluye un levantamiento referencial de personal que permite dimensionar al menos una parte de la capacidad disponible: 263 radiólogos (182 en la CCSS y 81 en hospitales privados) y 415 radiógrafos (372 en la CCSS y 43 en hospitales privados). En paralelo, la CCSS promueve la atención a distancia mediante telesalud, lo que puede facilitar esquemas de teleimagenología (intercambio y lectura remota de estudios) (91).

Estatus actual en Costa Rica

- Al observar la disponibilidad de equipos de imagenología diagnóstica, Costa Rica muestra una densidad inferior a la media de la OCDE. En 2022, los datos más recientes de la OCDE muestran que Costa Rica contaba con 7 equipos de imagenología por millón de habitantes, entre ellos tomógrafos, resonadores magnéticos y equipos PET, en comparación con un promedio de 51 por millón en los países de la OCDE (69). En general, los países de la OCDE LATAM tienen un mucho menor número de equipos que el promedio. Esta tasa para Costa Rica también es menor que México, aunque mayor que Colombia. Costa Rica reporta además 56 exámenes de TC por millón y solo 6 exámenes de RM por millón en 2023, muy por debajo de los promedios OCDE (180 TC y 92 RM por millón) y debajo también que Chile. Aunque la dotación de equipos aumentó entre 2021 y 2023 (de 4 a 7 por millón) y también el volumen de exámenes (de 53 a 62 por millón), los niveles reportados siguen siendo bajos (92). En conjunto, estos indicadores sugieren una capacidad efectiva limitada, especialmente en RM y escáneres PET, con potencial impacto en la oportunidad del diagnóstico y seguimiento oncológico.



- Una auditoría en 2025 advierte que existe un rezago crítico en la lectura de RM y que la estructura de pagos e incentivos vigente no logra movilizar a los especialistas para resolverlo, lo que compromete la oportunidad diagnóstica (incluida la oncológica) y eleva el riesgo para pacientes y para la institución (93). En 2024, la magnitud de las listas de espera radiológicas llevó a la CCSS a anunciar una jornada extraordinaria para agilizar la lectura de medio millón de estudios radiológicos, reconociendo la necesidad de medidas excepcionales para reducir atrasos y priorizar la atención (94).

- En sesiones de la Junta Directiva de la CCSS, radiología e imágenes médicas ha sido identificada como una de las especialidades clínicas más críticas en el contexto de la emergencia por renunciaciones. En diciembre de 2024, la CCSS reportó 9 renunciaciones en esta área (95). Posteriormente, en febrero de 2025, otro documento institucional indicó que 15 especialistas en radiología habían presentado su renuncia, pero que solo 4 habían sido reemplazados, ya fuera mediante reincorporación o mediante nuevas contrataciones (96).

Recomendaciones

- Aumentar la capacidad efectiva de RM y su lectura con inversión en equipo y operación. Por ejemplo, turnos extendidos, mantenimiento, insumos y dotación suficiente de tecnólogos y radiólogos para operar e interpretar.
- Desarrollar una estrategia específica para retener y recuperar especialistas en radiología, dado que las renunciaciones recientes sugieren un riesgo para la continuidad y oportunidad diagnóstica.
- Integrar el análisis asistido por IA, para mejorar la eficiencia y reducir los retrasos diagnósticos.

Diagnóstico y atención coordinada

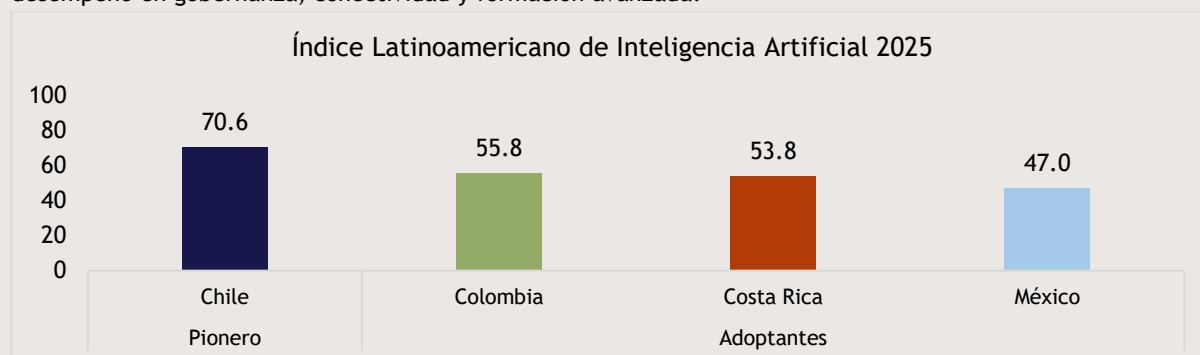
Disponibilidad de herramientas diagnósticas asistidas por IA

Contexto

- El diagnóstico asistido por IA es un campo en rápida expansión que aplica algoritmos para analizar datos clínicos, especialmente imágenes médicas y tejidos patológicos, con el fin de apoyar la detección temprana, clasificación y caracterización del cáncer (97). La OMS apoya el uso de IA en el diagnóstico del cáncer, cuando se aplica con supervisión médica, principios éticos, validación clínica rigurosa y enfoque en equidad (98).
- Áreas como la radiología y la patología digital han incorporado numerosos algoritmos y software de IA para apoyar el diagnóstico clínico. Por ejemplo, en radiología el número de productos de IA con certificación CE (evaluado conforme al Reglamento de Dispositivos Médicos de la UE) en Europa aumentó de 100 en 2020 a 173 en 2023 (99). La IA ha mostrado avances importantes como herramienta de apoyo en el diagnóstico del cáncer. Por ejemplo, un sistema desarrollado por DeepMind aplicado a mamografías logró una reducción del 5.7% en falsos positivos y del 9.4% en falsos (100). En el análisis de biopsias, algunas herramientas alcanzaron niveles de precisión diagnóstica de entre 94% y 97%, dentro de los rangos observados en estudios clínicos. También se reportan resultados prometedores en la clasificación de tumores cerebrales y pulmonares, con algoritmos que superan el 90% de exactitud (100), entre otros.
- En Costa Rica, la IA ha sido incorporada de manera progresiva en las políticas públicas oncológicas. Entre las iniciativas del PIAC 2026-2030 destaca un asistente virtual basado en IA orientado a promover el tamizaje y brindar información personalizada sobre cánceres prioritarios, con el objetivo de que al menos 15 áreas de salud lo estén utilizando formalmente para el 2030 (5). Además, se prevé el desarrollo de modelos predictivos con IA para priorizar a pacientes con alto riesgo de cáncer gástrico y colorrectal entre 2028 y 2029. Estas iniciativas se alinean con la Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial 2024-2027, que promueve el uso responsable y equitativo de tecnologías digitales en el sistema público de salud (101).

Estatus actual en Costa Rica

- Una referencia regional para entender las capacidades generales de los países en IA es el Índice Latinoamericano de Inteligencia Artificial (ILIA) 2025 desarrollado por la Comisión Económica de América Latina (CEPAL). Aunque este índice evalúa múltiples dimensiones del ecosistema de IA, como talento, infraestructura, gobernanza, investigación y capacidades productivas, y no se enfoca exclusivamente en salud, sus resultados ayudan a contextualizar el nivel de preparación de cada país para integrar IA en sectores estratégicos (102). Costa Rica obtuvo 53.8 puntos, ubicándose como un adoptante en rápido crecimiento, gracias a su liderazgo regional en habilidades profesionales en IA dentro de la fuerza laboral y al fortalecimiento de su infraestructura y oferta académica. En comparación, Chile (70.6 puntos) lidera como el único país clasificado como pionero, con alto desempeño en gobernanza, conectividad y formación avanzada.



- Un avance que será clave en el futuro es la Red Digital de Imágenes Médicas (REDIMED) CCSS, que hacia 2025 había conectado 13 de los 50 establecimientos planificados con sistemas de radiología digital (103). Esta red tiene como objetivo integrar progresivamente todos los centros de salud del país en una única plataforma de gestión de imágenes médicas, permitiendo el acceso remoto, la lectura compartida por especialistas y, a futuro, la incorporación de herramientas de IA para validar y apoyar el diagnóstico radiológico (104). Según declaraciones institucionales, esta infraestructura facilitará la lectura automatizada de mamografías y la priorización de estudios por sospecha clínica (104). Aunque su avance ha sido relevante, el proceso se ha visto ralentizado por limitaciones técnicas y presupuestarias (103).
- En 2025, la CCSS lanzó el proyecto Lidia (Laboratorio de Investigación y Desarrollo en Inteligencia Artificial) (105). Entre sus prioridades está el desarrollo de un modelo predictivo de IA para cáncer cervicouterino, actualmente en fase de ejecución (105). Además, se encuentra en etapa de formulación un segundo modelo, enfocado en la lectura y priorización de mamografías de tamizaje, con el objetivo de fortalecer la detección temprana del cáncer de mama.

- En comparación con Costa Rica, México, Colombia y Chile han logrado avances más concretos en la implementación de inteligencia artificial para el diagnóstico oncológico. En México, se han desarrollado pilotos funcionales público-privados en distintos estados, donde la IA se aplica para priorizar mamografías en tiempo real (106, 107). Además, existen alianzas similares en hospitales regionales especializados, como en enfermedades respiratorias, que emplean IA para apoyar el diagnóstico de cáncer de pulmón, entre otros usos (108). En Colombia, instituciones como Colsubsidio ya utilizan patología digital de forma operativa (109), y desde el ámbito académico-público se impulsa el Proyecto GLORIA (Globalization of a Telepathology Network with Artificial Intelligence Applications), una red nacional de telepatología con el objetivo de integrar IA al diagnóstico de cáncer en todo el país (110). En el sistema de salud chileno, uno de los avances más relevantes es el Proyecto MIRAI Chile, que logró validar por primera vez un modelo de IA para la predicción de cáncer de mama utilizando datos nacionales (111). Los próximos pasos incluyen evaluar su costo-efectividad dentro del programa nacional de tamizaje y establecer umbrales de riesgo adaptados a la población chilena. A esto se suma PRECISION-IA, una iniciativa tecnológica orientada a aplicar IA en oncología de precisión para mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer (112). El proyecto es liderado por dos universidades chilenas y financiado por la Corporación de Fomento de la Producción (Corfo), como parte de la estrategia nacional para impulsar el uso de IA en salud. En estos casos, el progreso ha sido posible gracias a modelos mixtos que combinan recursos estatales con iniciativas del sector privado y académico.

Recomendaciones

- Dado que herramientas como REDIMED son clave para incorporar IA en imagenología, es fundamental priorizar su expansión a todos los centros de salud, resolviendo cuellos de botella técnicos y presupuestarios.
- Costa Rica podría beneficiarse al explorar colaboraciones con universidades, startups de salud digital o centros internacionales, tal como lo han hecho otros países de la región. Estas alianzas han facilitado no solo financiamiento sino también transferencia tecnológica y capacidad de implementación en otros países.

Acceso a medicamentos innovadores

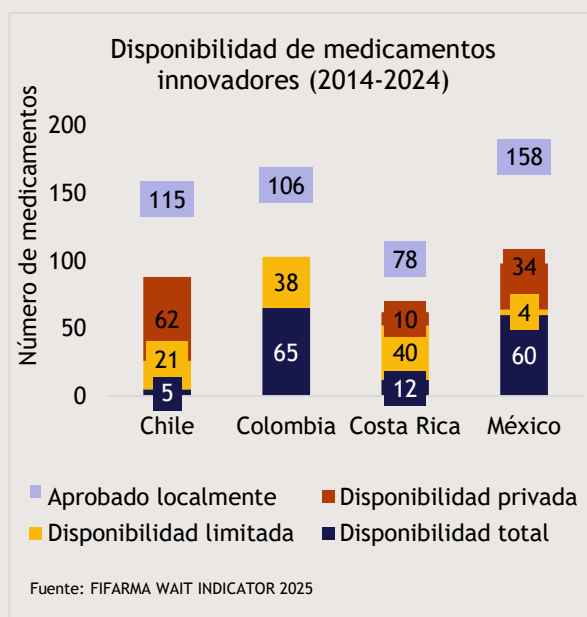
Disponibilidad de medicamentos oncológicos innovadores

Contexto

- Más de 120 nuevos medicamentos oncológicos fueron aprobados por la FDA en Estados Unidos entre 2015 y 2024 (113), y han transformado los estándares de tratamiento en muchos tipos de cáncer. Entre ellos destacan principalmente las inmunoterapias, que potencian la capacidad del sistema inmunitario para atacar las células cancerosas, y las terapias dirigidas, que se enfocan en mutaciones específicas que impulsan el crecimiento tumoral. Garantizar que los nuevos medicamentos eficaces estén disponibles y se prescriban es fundamental para aprovechar todo su potencial.
- Aunque la oncología es el área con mayor innovación frente a otras áreas terapéuticas, la disponibilidad de medicamentos innovadores en América Latina sigue siendo baja y desigual (114). El FIFARMA Patient W.A.I.T. Indicator 2024 reporta que solo el 28% de los medicamentos oncológicos aprobados por la FDA o la EMA entre 2014 y 2024 alcanzó disponibilidad completa; el 36% aún no estaba aprobado y el 9% estaba disponible exclusivamente en el sector privado para abril del 2025.
- A nivel nacional, la unidad del Ministerio de Salud que regula los medicamentos y demás productos de interés sanitario es la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario (DRPIS) (115). En la CCSS, el acceso institucional a terapias depende además de un proceso de evaluación clínica, terapéutica y de factibilidad para su incorporación al esquema institucional de medicamentos. Hasta ahora, ese proceso se ha articulado principalmente alrededor de la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) (116) y la instancia con competencia formal para evaluar y seleccionar medicamentos para la LOM ha sido el Comité Central de Farmacoterapia. No obstante, la institución se encuentra en transición hacia un Formulario Terapéutico Institucional único, como parte del nuevo reglamento aprobado en marzo de 2026, que plantea descentralizar la toma de decisiones hacia la Gerencia Médica y la Dirección de Farmacoepidemiología, con base en las recomendaciones del Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Medicamentos (117, 118).
- La CCSS formalizó en 2025 un proceso documentado de priorización de medicamentos por evaluar dentro de su esquema de evaluación de tecnología sanitaria (ETS), con criterios metodológicos definidos y rondas trimestrales de priorización (119).
- El PNCC reconoce que el avance científico incorpora de forma continua nuevas alternativas terapéuticas (4). En paralelo, el PIAC tiene como uno de sus objetivos elevar la meta de revisión de nuevas tecnologías de 4 a 5-6 evaluaciones anuales, para un total de 27 al 2030, incluyendo explícitamente medicamentos oncológicos (5).
- El PNCC define como su objetivo más concreto en innovación terapéutica en cáncer infantil la presentación de seis terapias nuevas ante el Comité Oncológico Institucional (COI) al 2030, a razón de una por año desde 2025, priorizando leucemia, linfoma no Hodgkin, retinoblastoma, gliomas de bajo grado, tumor de Wilms y sarcomas, en línea con la Iniciativa Global contra el Cáncer Infantil (4).

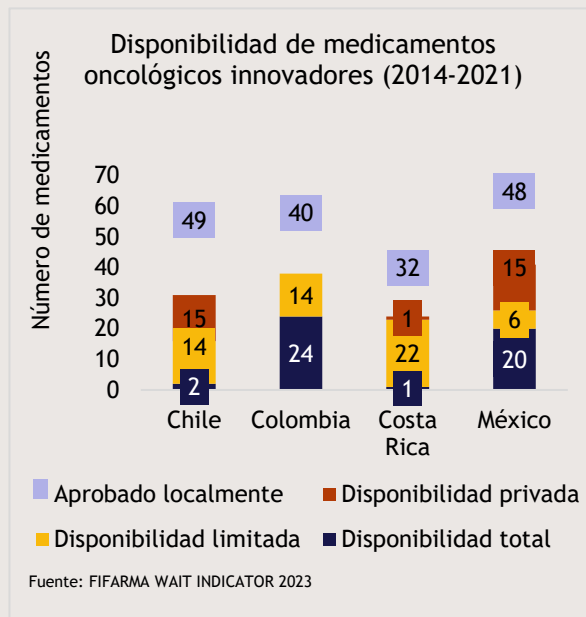
Estatus actual en Costa Rica

- En Costa Rica, el principal reto no está solo en lograr la aprobación regulatoria de medicamentos innovadores, sino en convertir esa aprobación en acceso pleno. Entre 2014 y 2024 de las 78 nuevas sustancias activas innovadoras aprobadas localmente (medicamentos oncológicos y no oncológicos), solo 12 muestran disponibilidad total (incluidos en la LOM), mientras 40 tenían disponibilidad limitada (negociaciones de compras especiales o a través de procesos de judicialización) y 10 disponibilidad únicamente privada en abril del 2025. Esto implica que la disponibilidad total representa alrededor del 15% de los aprobados, y que predomina un acceso parcial, lo que se traduce en un uso restringido o desigual entre pacientes (114). Costa Rica supera a Chile en disponibilidad total (12 vs 5), pero queda muy por debajo de Colombia y México (65 y 60, respectivamente), lo que apunta a una brecha importante en la “traducción” de aprobación regulatoria a acceso efectivo. Frente a países con mayor componente privado, Costa Rica muestra menor dependencia del sector privado (10), pero con un alto peso de disponibilidad limitada, lo que refuerza la



necesidad de fortalecer mecanismos de incorporación y financiamiento para pasar de acceso parcial a acceso completo.

- En Costa Rica, entre 2014 y 2021, de los 32 medicamentos oncológicos aprobados localmente, solo 1 mostraba disponibilidad total (incluido en la LOM), mientras que 22 tenían disponibilidad limitada (negociaciones de compras especiales) y 1 disponibilidad exclusivamente privada, según los últimos datos disponibles para el análisis de medicamentos oncológicos innovadores de FIFARMA WAIT Indicator 2023 en junio del 2023 (120). Aunque el número de aprobaciones fue menor que en Chile (49), México (48) y Colombia (40), la principal diferencia radica en que Costa Rica fue el país con la menor disponibilidad total entre los analizados. En Chile, la disponibilidad total también fue baja (2), pero con mayor presencia de disponibilidad privada (15); en México, 20 medicamentos alcanzaban disponibilidad total, aunque con un fuerte componente privado (15); y en Colombia, 24 medicamentos contaban con disponibilidad total, el valor más alto del grupo. Estos patrones sugieren que, en Costa Rica, el acceso a la innovación oncológica sigue dependiendo en gran medida de esquemas parciales de cobertura, más que de una incorporación amplia al sistema.



- En este contexto, caracterizado por una alta proporción de disponibilidad limitada, la CCSS comenzó a desarrollar mecanismos institucionales para ordenar mejor el acceso transitorio a medicamentos con alta necesidad clínica antes de su eventual incorporación plena a la LOM. En agosto del 2025, la CCSS empezó a implementar la “ruta transitoria para resolver casos excepcionales” que es un mecanismo para dar acceso institucional a ciertos medicamentos priorizados mientras aún están en evaluación de tecnología sanitaria y antes de que exista una decisión final de incorporación formal en la LOM (121, 122). La idea es que pacientes con expectativa de beneficio clínico documentada no tengan que recurrir a la vía judicial para recibir el tratamiento. La primera fase incluyó 13 medicamentos en la ruta transitoria.

Recomendaciones

- Consolidar la ruta transitoria de casos excepcionales como un mecanismo de transición desde acceso parcial a acceso pleno, priorizando medicamentos oncológicos con alta necesidad no cubierta y revisando sistemáticamente cuáles productos con disponibilidad limitada podrían avanzar a disponibilidad total mediante ajustes de criterios de uso, financiamiento o incorporación institucional.

Acceso a medicamentos innovadores

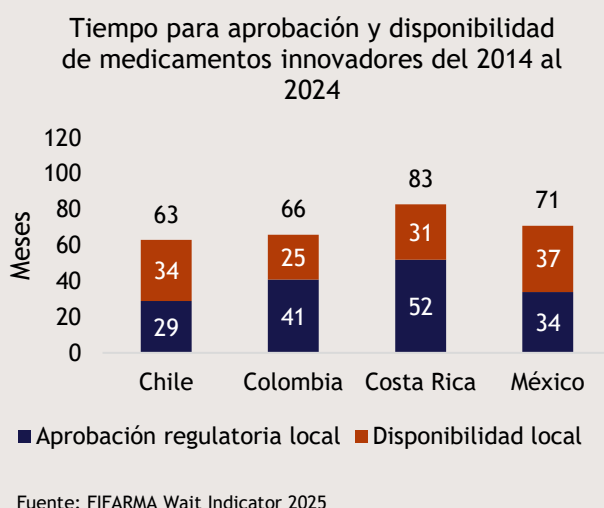
Tiempo hasta el reembolso/cobertura

Contexto

- El tiempo entre aprobación sanitaria y cobertura efectiva es un determinante crítico de acceso real. La evidencia comparada en sistemas muestra que las brechas de acceso no se agotan en la autorización sanitaria, sino que también ocurren en la fase de decisiones de reembolso y en la adopción clínica. En la Región de las Américas, PAHO reporta barreras persistentes como compras ineficientes y redes de distribución limitadas, y recomienda fortalecer protocolos y mecanismos de compra conjunta para mejorar acceso oportuno (123).
- En América Latina, los pacientes en promedio esperan 67 meses (5.5 años) desde que un medicamento innovador (no solo de oncología) es aprobado por agencias regulatorias (FDA o EMA) hasta que alcanza disponibilidad local (reembolso en el sistema de salud público o en aseguradoras privadas) (114). La aprobación regulatoria total toma en promedio 38 meses. Una vez que el medicamento tiene registro local, transcurren en promedio 29 meses. Los tiempos de aprobación de medicamentos innovadores oncológicos no fueron en promedio más rápidos que para otras áreas terapéuticas.
- En Costa Rica, la etapa regulatoria ha tenido ajustes recientes para intentar acelerar el registro sanitario. Se mantuvo y fortaleció la vía de reconocimiento del Decreto 39433-S mediante su reforma (Decreto 44251-S), su implementación amplió el listado de autoridades reguladoras de referencia de 9 a 35 para agilizar la evaluación (124). Más recientemente, la Resolución MS-DM-3979-2025 reguló la facilitación vigente para medicamentos con registro en autoridades catalogadas por la OMS, fijó plazos de hasta 6 meses para registro y 45 días para cambios post registro (125).

Estatus actual en Costa Rica

- Costa Rica registra el mayor tiempo total para que un medicamento innovador alcance disponibilidad local en el periodo 2014-2024: 83 meses (casi 7 años) (114). Ese total se compone de 52 meses en la etapa de aprobación regulatoria local y 31 meses adicionales hasta la disponibilidad local. La mayor parte de la demora ocurre antes de la aprobación, la fase regulatoria representa aproximadamente 63% del tiempo total. Comparado con los otros países de la región, Costa Rica tiene una brecha clara en la fase regulatoria: 52 meses frente a 29 en Chile, 41 en Colombia y 34 en México. En cambio, el tiempo posterior a la aprobación hasta disponibilidad (31 meses) no es el más alto (México 37, Chile 34), pero sigue siendo considerable.
- Según el W.A.I.T. Indicator 2025, a partir de una lectura aproximada de la figura por área terapéutica, en Costa Rica el tiempo promedio entre la autorización sanitaria local y la disponibilidad de medicamentos oncológicos es ligeramente superior al promedio combinado del país (114). En términos regionales, este intervalo es mayor que en Colombia, aunque menor que en México y Chile. Al comparar este panorama con los datos del W.A.I.T. Indicator 2023 sobre medicamentos oncológicos innovadores correspondientes a 2014-2021, se aprecia que los retrasos no solo persistieron, sino que probablemente se acentuaron en el periodo más reciente (120). En 2014-2021, la aprobación local de estos medicamentos en Costa Rica tomó 39 meses, y su disponibilidad se alcanzó 9 meses después, para un total de 48 meses. Así, los datos históricos muestran que los tiempos ya eran prolongados, mientras que la evidencia más reciente apunta a un empeoramiento² adicional en 2021-2024.



Recomendaciones

- Asegurar que se cumplan los plazos de aprobación sanitaria y que la reducción de tiempos sea verificable. Establecer un sistema de monitoreo con indicadores publicados de forma periódica, que mida para cada solicitud: fecha de ingreso del expediente completo, fecha de resolución y tiempo total.

² En el caso de Costa Rica, el W.A.I.T. Indicator 2023 advierte que los tiempos de disponibilidad podrían estar subestimados, ya que el número limitado de fechas observables de disponibilidad total o limitada y de información sobre reembolso tendió a acortar los plazos estimados. Por ello, los resultados para 2014-2021 deben interpretarse con cautela.

Acceso a medicamentos innovadores

Acciones legales

Contexto

- La OPS describe la judicialización del acceso a medicamentos de alto costo como una tensión entre la necesidad clínica y los mecanismos institucionales de priorización y financiamiento, donde los tribunales pueden terminar otorgando el acceso (126). La OPS advierte que puede afectar la sostenibilidad y el uso racional si reemplaza procesos técnicos. Como respuesta, recomienda fortalecer la evaluación de tecnologías sanitarias y reglas claras y transparentes de priorización para reducir la dependencia de la vía judicial.
- En su informe final de 2024, la OPS advierte que la judicialización en salud está aumentando con fuerza en varios países de la región (127, 128). En Colombia, las acciones de tutela por acceso a medicamentos son comparables, en términos funcionales, a los recursos de amparo en Costa Rica. Estas tutelas aumentaron de 38,538 en 2022 a 79,702 en 2024; y, si se anualiza el dato de enero a julio de 2025 (47,556), se proyectarían aproximadamente 87,186 para todo 2025, lo que equivale a un aumento de 126% frente a 2022 (129).
- En Costa Rica, hasta antes de 2025 existían dos vías principales para acceder a un medicamento cuando no estaba disponible de forma rutinaria en la LOM de la CCSS (130). La primera era la vía administrativa y técnica dentro de la institución, mediante un aval del Comité Central de Farmacoterapia. La segunda era la vía judicial, a través de un recurso de amparo ante la Sala Constitucional cuando la persona consideraba vulnerado su derecho a la salud. Si la Sala declaraba el amparo con lugar, la CCSS quedaba obligada a suministrar el medicamento en los términos ordenados (130).
- En agosto de 2025, la CCSS comenzó a implementar una ruta transitoria para resolver casos excepcionales, con el objetivo de reducir la dependencia de la vía judicial para ciertos medicamentos priorizados mientras avanzan en evaluación institucional (121, 122).

Estatus actual en Costa Rica

- Los recursos de amparo relacionados con medicamentos pueden presentarse por distintas razones. Sin embargo, un informe de la CCSS identifica como causa más frecuente los casos en los que el medicamento no está incluido en la LOM. En ese mismo documento se observa que, entre 2009 y 2021, los recursos de amparo por medicamentos aumentaron 205% (de 164 a 501) (131). Para años más recientes se han encontrado cifras superiores y en ascenso a las de 2021 (132, 133). En total, desde el 2022 hasta el 2025 los recursos de amparo para obtener medicamentos aumentaron 129% (133).
- La auditoría de la CCSS también muestra que la carga de amparos por medicamentos se concentra en oncología. En 2021, los 10 medicamentos con más recursos de amparo representaron 54% de las peticiones (131). Además, 49% de los 10 diagnósticos más frecuentes asociados a estos recursos correspondieron a algún tipo de cáncer, principalmente cáncer de mama (17% del total), seguido de cáncer de hígado (8%) y cáncer de pulmón (8%). Al analizar un subconjunto de medicamentos oncológicos innovadores, se observa el mismo patrón³ de concentración y una alta utilización de la vía judicial en el periodo 2021 a 2023 (134, 135).

Un recurso de amparo representa:

Costo administrativo



262,809 colones
por caso

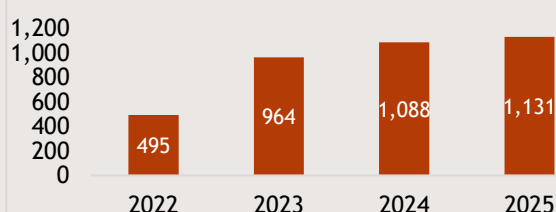
Tiempo



20 horas de
administración y 4 meses
para el paciente

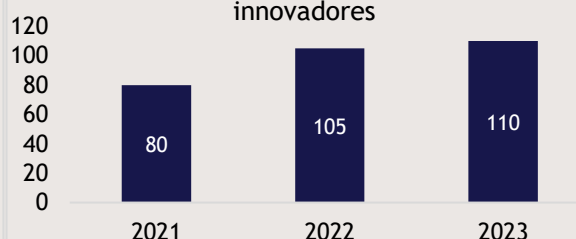
Fuente: CCSS y Comité Central de Farmacoterapia

Recursos de amparo para la obtención de medicamentos en la CCSS



Notas: Se estimó que entre 89% y 94% de los asuntos de salud clasificados como "medicamento" corresponden a recursos de amparo, aplicando al subconjunto "medicamento" la proporción de amparos observada en el total de asuntos tramitados por la Sala Constitucional. Fuente: Sala Constitucional y Estadística de Asuntos votados 2022.

Recursos de amparo de cuatro medicamentos oncológicos innovadores



Notas: los cuatro medicamentos innovadores son alectinib, atezolizumab, bevacizumab y pembrolizumab. Fuente: AS-ASALUD-0007-2024 y GM-DFE-0326-2023.

³ Se estimó que entre 89% y 94% de los asuntos de salud clasificados como "medicamento" corresponden a recursos de amparo, aplicando al subconjunto "medicamento" la proporción de amparos observada en el total de asuntos tramitados por la Sala Constitucional. Fuente: Sala Constitucional

- El Comité Central de Farmacoterapia estimó que tramitar un recurso de amparo requiere en total unas 20 horas de trabajo, con un costo administrativo (principalmente salarios) cercano a 262,809 colones por caso (aproximadamente 558 USD) (136). Esta estimación refleja principalmente costos administrativos internos y no incluye las costas judiciales, es decir, los gastos del proceso que la CCSS puede ser condenada a pagar cuando el amparo se declara con lugar (137), por lo que no capta el costo total asociado a esta vía. Además, estimó que el tiempo transcurrido entre la solicitud del medicamento y el inicio del tratamiento cuando se recurre a la vía judicial puede rondar los cuatro meses. Se reporta que, tras implementarse la ruta transitoria para casos excepcionales en agosto 2025, se logró una reducción de recursos de amparo por medicamentos de 21.5% en el segundo semestre de 2025 vs. el primero, y de 41% para los 13 medicamentos incluidos inicialmente (122). También involucró una reducción promedio de 33% en el costo anual por paciente, debido a la negociación de precios de medicamentos y un ahorro aproximado de \$1,2 millones en cuatro meses para 80 pacientes.

Recomendaciones

- Fortalecer la transparencia y la gobernanza de la ruta transitoria para casos excepcionales, haciendo pública de forma periódica la lista de medicamentos priorizados, los criterios de ingreso, permanencia y salida, y el estado de avance de cada medicamento dentro del proceso de ETS.
- Será también necesario integrar la ruta transitoria con un plan explícito de salida hacia la LOM, actualmente en transición hacia un Formulario Terapéutico Institucional (117), para evitar que se convierta en un canal paralelo permanente. Ese plan debería definir, para cada medicamento incorporado transitoriamente, qué evidencia falta, cuál es la fecha objetivo para la evaluación de tecnología sanitaria y bajo qué condiciones podría darse su incorporación formal al esquema institucional definitivo.

Acceso a medicamentos innovadores

Iniciativas para mejorar el acceso

Contexto

- La OPS ha subrayado que mejorar el acceso a medicamentos innovadores no depende de una sola medida, sino de un conjunto de acciones complementarias a lo largo del ciclo de vida de las tecnologías sanitarias (138). En 2025, los países de las Américas aprobaron una política regional para tecnologías de alto costo y precio que prioriza cinco líneas de acción: mejorar los procesos de evaluación y selección, consolidar marcos regulatorios y promover la competencia, ampliar mecanismos regionales de compra, y fortalecer la generación y uso de evidencia para decisiones informadas (138). Esta agenda también responde a desafíos como la fragmentación de las adquisiciones, la dependencia de importaciones y el aumento de la judicialización en salud.
- En la región, el acceso a medicamentos oncológicos innovadores se ha abordado mediante distintas palancas de política pública. En México, la negociación centralizada de precios en el sector público se asoció con reducciones importantes en los precios de medicamentos oncológicos innovadores y con mayores volúmenes adquiridos, lo que sugiere mejoras en disponibilidad y acceso (139). En Centroamérica, Costa Rica forma parte del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), mecanismo regional del Sistema de la Integración Centroamericana, que busca mejorar la eficiencia, la asequibilidad y el acceso mediante negociación conjunta y compras públicas coordinadas (140).

Estatus actual en Costa Rica

- Entre 2021 y marzo de 2026 se identifican en Costa Rica acciones formales para facilitar el acceso a medicamentos, incluidos innovadores y de alto costo, concentradas en tres frentes principales: 1) reformas regulatorias para agilizar el registro sanitario, 2) fortalecimiento institucional para apoyar decisiones de inclusión y uso, y 3) medidas de importación y abastecimiento. Además, en 2025 la CCSS emitió instrumentos técnicos que operacionalizan parte de ese marco dentro del sistema público y, en el primer semestre de 2026, aprobó un nuevo reglamento para la selección y gestión de medicamentos que plantea migrar del esquema tradicional de LOM a un único Formulario Terapéutico Institucional. Por ello, la tabla siguiente describe tanto instrumentos normativos como instrumentos institucionales que pueden influir en el acceso al reducir fricciones regulatorias, habilitar rutas excepcionales, fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia o mejorar el abastecimiento.

Acciones normativas e institucionales para mejorar el acceso a medicamentos en Costa Rica (enero 2021-marzo 2026)			
Agilizar registro regulatorio	Fortalecimiento institucional	Importación y abastecimiento	
2021. Decreto de armonización regulatoria que actualiza los requisitos de registro sanitario de medicamentos en Costa Rica e incorpora el reconocimiento mutuo regional de Centroamérica (141). El reconocimiento mutuo regional es un mecanismo por el cual un país centroamericano (Estado Parte del acuerdo) acepta como base el registro sanitario ya otorgado por otro país de la región, para facilitar y acelerar la autorización local. 2022. Mecanismo de reconocimiento regulatorio que permite a Costa Rica aceptar el registro sanitario ya otorgado por autoridades regulatorias internacionales de alta referencia (ICH) por ejemplo FDA, EMA, Health Canadá, en lugar de repetir toda la evaluación desde cero, lo que puede reducir los tiempos de aprobación a 30 días naturales (142).	2023. Reforma del Formulario Terapéutico Nacional que actualiza su marco regulatorio y crea un Comité Técnico en el nuevo reglamento para apoyar decisiones sobre inclusión, actualización y exclusión de medicamentos en el sistema público con base en evidencia clínica, económica y de evaluación de tecnologías sanitarias, reforzando una lógica de priorización y uso racional de medicamentos basada en evidencia y farmacoeconomía (143). 2025. La CCSS emitió una guía para evaluaciones completas de tecnologías sanitarias de medicamentos que estandariza la priorización, evaluación, revisión y seguimiento de medicamentos, fortaleciendo la toma de decisiones basada en evidencia para su incorporación y uso en el sistema público (144). 2025. La CCSS emitió la guía transitoria para medicamentos en casos excepcionales que operacionaliza la priorización, evaluación clínica y económica, negociación y eventual apoyo institucional para medicamentos no incluidos en la LOM (121). 2026. La CCSS aprobó un nuevo reglamento para la selección y gestión de medicamentos que institucionaliza la evaluación de tecnologías sanitarias en medicamentos y plantea migrar de la LOM a un único Formulario Terapéutico Institucional, dinámico y armonizado, como instrumento para regular la selección, prescripción, dispensación y administración de medicamentos en la institución (117, 118). El	2022. Mecanismo regulado de importación paralela o por terceros que permite que una droguería autorizada importe en Costa Rica ciertos medicamentos sin necesitar la autorización de la empresa que controla el producto en el país, es decir, del titular local del registro, lo que puede facilitar el abastecimiento de medicamentos patentados o de productos únicos en el mercado nacional (145).	

	nuevo modelo descentraliza la toma de decisiones hacia la Gerencia Médica y la Dirección de Farmacoepidemiología, con base en las recomendaciones del Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Medicamentos.	
--	---	--

- En conjunto, estas medidas muestran que Costa Rica ha evolucionado desde un enfoque centrado principalmente en registro y abastecimiento hacia un esquema más amplio de gobernanza institucional del acceso a medicamentos. En varios frentes, especialmente en el regulatorio, el país se mueve en una dirección similar a la de Colombia y México. No obstante, los cambios recientes, como la ruta transitoria de 2025 y el nuevo reglamento aprobado en 2026 (118), refuerzan con mayor claridad la evaluación de tecnologías sanitarias, la gestión institucional del acceso y la reducción de judicialización. La comparación con otros países OCDE-LATAM permite así identificar tanto tendencias convergentes en regulación como diferencias en otras palancas de acceso, como el financiamiento y la cobertura pública en Chile.

Países OCDE-LATAM	Iniciativas (enero 2021-marzo 2026)
	Los avances más recientes para mejorar el acceso a medicamentos oncológicos innovadores se han dado por la vía de financiamiento y cobertura pública. En cáncer de mama triple negativo, el Presupuesto 2025 abrió la evaluación de una posible incorporación de su canasta de tratamiento al próximo decreto GES (Garantías Explícitas en Salud), y, en paralelo, contempló una solución de corto plazo mediante un acuerdo de riesgo compartido. Esta última vía permitió incorporar en octubre de 2025 la primera inmunoterapia para este subtipo de cáncer de mama al sector público(146). En paralelo, Chile ha seguido fortaleciendo el mecanismo de Drogas Oncológicas No GES de Alto Costo, vigente desde 2019, cuya resolución aplicable en marzo de 2026 era la N.º 351 (147).
	Los cambios más claros para mejorar el acceso a medicamentos innovadores se han dado por la vía de simplificación del ciclo de vida del registro sanitario y por medidas orientadas a mitigar riesgos de abastecimiento (148, 149). El Decreto 334 de 2022 ordenó las renovaciones, modificaciones y medidas para prevenir y mitigar desabastecimiento, mientras que el Decreto 1474 de 2023 avanzó hacia la vigencia indefinida de los registros sanitarios de medicamentos y hacia una gestión más ágil de modificaciones según nivel de riesgo.
	El principal avance para mejorar el acceso a medicamentos innovadores ha sido el fortalecimiento de rutas regulatorias abreviadas y esquemas de equivalencias, con el objetivo de reducir la duplicación de evaluaciones y acelerar el registro sanitario de moléculas nuevas y biotecnológicas aprobados por autoridades regulatorias de referencia. Este marco se consolidó en 2025 mediante un nuevo acuerdo de equivalencias y lineamientos obligatorios para la aplicación de la vía regulatoria abreviada (150).

- Sin embargo, describir las iniciativas legales y regulatorias no basta para saber si el acceso está mejorando en la práctica. Dado que muchas de estas medidas buscan no solo acelerar procesos, sino también aumentar la disponibilidad efectiva de medicamentos innovadores, resulta útil complementar el análisis normativo con un indicador de resultados observados. En este caso, más que el nivel estático de disponibilidad interesa el índice de mejora de la disponibilidad del W.A.I.T. 2025, que compara la clasificación de cada medicamento entre las ediciones 2024 y 2025 y permite identificar avances. En Costa Rica, el índice de mejora del W.A.I.T. 2025 muestra avances moderados en la clasificación de disponibilidad, con un 10% de medicamentos que mejoraron, un 87% que permanecieron sin cambios y un 3% que retrocedieron, lo que sugiere un patrón de progreso incremental (114). En comparación con los otros países, Costa Rica muestra más dinamismo que Chile y Colombia, aunque también más retrocesos. Chile registró un 4% de mejora y un 1% de retroceso, Colombia un 3% y un 1%, mientras que México presentó el mayor dinamismo entre los cuatro, con un 17% de medicamentos que mejoraron, un 82% sin cambios y un 1% de retroceso.

Recomendaciones

- Operativizar la coordinación entre la ruta regulatoria del Ministerio de Salud y la ruta de priorización e incorporación de medicamentos en la CCSS, en el marco del nuevo Formulario Terapéutico Institucional. En la práctica, esto podría incluir un mecanismo estandarizado para que los medicamentos oncológicos o de alto costo que obtengan registro o reconocimiento abreviado sean remitidos automáticamente a la Dirección de Farmacoepidemiología para definir su priorización, evaluación por ETS o eventual tramitación por la vía transitoria cuando exista urgencia clínica.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. 2024 [Mar 13, 2026]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services>.
2. European Cancer Organisation. Tracking Inequalities in Cancer. [Mar 13, 2026]. Available from: <https://www.europeancancer.org/pulse>.
3. World Health Organization. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach (WHA70.12). 2017.
4. Ministerio de salud. Plan Nacional para el Control del Cáncer 2024-2030. Gobierno de Costa Rica, 2024.
5. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2026-2030 Código: GM-PFAIC-CTC-001. 2025.
6. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France [July 23, 2026]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>.
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Conozca las cifras acerca del cáncer en el país. 2024.
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas Vitales 2023. Cuadros, gráficos y figuras de: población, nacimientos, defunciones, matrimonios. 2023 [Dec 19, 2025]. Available from: <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>.
9. Instituto Nacional de Estadísticas Chile. Anuario de estadísticas vitales. Período de información: 2022. 2025 [Dec 19, 2025]. Available from: <https://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2025/03/17/estad%C3%ADsticas-vitales-fecundidad-en-chile-sigue-bajo-del-nivel-de-reemplazo-generacional>.
10. Ervik M, Lam F, Laversanne M, Ferlay J, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; [July 23, 2026]. Available from: <https://gco.iarc.fr/overtime>.
11. Ferlay J, Laversanne M, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Tomorrow. Lyon, France [July 23, 2026]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/tomorrow>.
12. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. 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. 2018;391(10125):1023-75.
13. Fantin R, Santamaria-Ulloa C, Barboza-Solis C. Social inequalities in cancer survival: A population-based study using the Costa Rican Cancer Registry. Cancer Epidemiol. 2020;65:101695.
14. Caswell-Jin JL, Sun LP, Munoz D, Lu Y, Li Y, Huang H, et al. Analysis of Breast Cancer Mortality in the US-1975 to 2019. JAMA. 2024;331(3):233-41.
15. Goddard KAB, Feuer EJ, Mandelblatt JS, Meza R, Holford TR, Jeon J, et al. Estimation of Cancer Deaths Averted From Prevention, Screening, and Treatment Efforts, 1975-2020. JAMA Oncol. 2025;11(2):162-7.
16. Lichtenberg FR. Has Medical Innovation Reduced Cancer Mortality? CESifo Economic Studies. 2014;60(1):135-77.
17. Lichtenberg FR. The Relationship Between Pharmaceutical Innovation and Cancer Mortality in Spain, From 1999 to 2016. Value Health. 2023;26(12):1711-20.
18. Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia en 2024. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2025.
19. Cuenta de Alto Costo (CAC). Resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo 2014-2022. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2025.
20. Ministerio de salud. Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016. 2007.
21. Manzano A, Svedman C, Hofmarcher T, Wilking N. Comparator Report on Cancer in Europe 2025 - Disease Burden, Costs and Access to Medicines and Molecular Diagnostics. Lund: IHE, 2025.
22. Restrepo Zea J, Espinal J, Sanmartín Durango D, Casas Bustamante L, Valencia Yepes Y. Observador del GES N°12: Gasto en atención del cáncer en Colombia. [Jan 27, 2026]. Available from: <https://gesudea.co/observador-del-ges-no12-gasto-en-atencion-del-cancer-en-colombia/>.
23. Palacios A, Rojas-Roque C, Gonzalez L, Bardach A, Ciapponi A, Peckaitis C, et al. Direct Medical Costs, Productivity Loss Costs and Out-Of-Pocket Expenditures in Women with Breast Cancer in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. Pharmacoeconomics. 2021;39(5):485-502.
24. Kong Y, Lam F, Ervik M, Soerjomataram I. Global Cancer Observatory: Cancer Impact, Cancer Economics: Productivity Loss. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.; 2025 [Jan 27, 2026]. Available from: https://gco.iarc.who.int/economics/productivity_loss.
25. Espinola N, Pichon-Riviere A, Casarini A, Alcaraz A, Bardach A, Williams C, et al. Making visible the cost of informal caregivers' time in Latin America: a case study for major cardiovascular, cancer and respiratory diseases in eight countries. BMC Public Health. 2023;23(1):28.
26. World Bank. PPP conversion factor, GDP (LCU per international \$). [Jan 27, 2026]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP>.
27. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo. [Jan 29, 2026]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1.
28. CDC. Smoking and Cancer. [Jan 29, 2026]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/153228>.
29. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020.
30. World Health Organization. MPOWER. [Jan 29, 2026]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>.
31. World Health Organization. Action for health taxes from policy development to implementation. Geneva: 2024.
32. World Health Organization. Raise taxes on tobacco. [Jan 29, 2026]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/raise-taxes-on-tobacco>.

33. World Health Organization. Costa Rica. [Jan 29, 2026]. Available from: <https://extranet.who.int/fctcapps/fctcapps/fctc/implementation-database/parties/costa-rica>.
34. Ministerio de salud. Documentos. [Jan 29, 2026]. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/ministerio-de-salud/control-de-tabaco-e-informacion-relacionada/normativa-tabaco>.
35. La Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley general de control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud. 2025.
36. Ministerio de salud. Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030.
37. Organización Mundial de la Salud. Tobacco control: Monitor: current tobacco use, tobacco smoking and cigarette smoking, age-standardized. [Jan 29, 2026]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-monitor-current-tobaccouse-tobaccosmoking-cigarrettesmoking-agestd-tobagestdcurr>.
38. World Health Organization. Raise taxes on tobacco. [Jan 30, 2026]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/raise-taxes-on-tobacco>.
39. Cordero M. CCSS evalúa interponer proceso de cobro judicial a Hacienda ante deuda por impuestos al tabaco. 2024 [Mar 2, 2026]. Available from: <https://semanariouniversidad.com/pais/ccss-evalua-interponer-proceso-de-cobro-judicial-a-hacienda-ante-deuda-por-impuestos-al-tabaco/>.
40. Organización Panamericana de la Salud. La OPS insta a hacer frente a la obesidad, principal causa de enfermedades no transmisibles en las Américas. 2023 [Jan 28, 2026]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles>.
41. CDC. La obesidad y el cáncer. [Jan 28, 2026]. Available from: <https://www.cdc.gov/cancer/es/risk-factors/obesity.html>.
42. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. Lancet Oncol. 2015;16(1):36-46.
43. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2025 [Jan 28, 2026]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
44. Poder Ejecutivo. Reglamento para el funcionamiento y administración del servicio de soda en los centros educativos públicos 2012.
45. Sanabria M. Costa Rica incrementa un 3% el impuesto a las gaseosas y bebidas envasadas. 2022 [Jan 28, 2026]. Available from: <https://adiariocr.com/salud/costa-rica-incrementa-un-3-el-impuesto-a-las-gaseosas-y-bebidas-ensadas/>.
46. Organización Mundial de la Salud. Overweight among adults, BMI $\geq$ 25, prevalence (age-standardized estimate) (%). [Jan 29, 2026]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi--25-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi--25-(age-standardized-estimate)-(-)).
47. Organización Mundial de la Salud. Obesity among adults, BMI $\geq$ 30, prevalence (age-standardized estimate) (%). [Jan 29, 2026]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-(age-standardized-estimate)-(-)).
48. Caja Costarricense de Seguro Social. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular 2025.
49. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. Int J Cancer. 2017;141(4):664-70.
50. Robles C, Hernandez ML, Almonte M. Alternative HPV vaccination schedules in Latin America. Salud Publica Mex. 2018;60(6):693-702. Los esquemas alternativos de vacunacion contra VPH en America Latina.
51. Tejada RA, Malagon T, Franco EL. Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination in girls living in Latin American countries: A systematic review and meta-analysis. Vaccine. 2022;40(19):2667-78.
52. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update). Weekly epidemiological record: 2022.
53. Centers for Disease Control and Prevention. HPV Vaccination Recommendations. [Jan 8, 2026]. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html>.
54. Organización Panamericana de la Salud. Vacunación contra el VPH en varones: una estrategia incompleta en la lucha por la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública; 2025 [Jan 8, 2026]. Available from: <https://journal.paho.org/es/articulos/vacunacion-contravph-varones-estrategia-incompleta-lucha-por-salud-publica>.
55. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. Ginebra: 2022 Contract No.: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
56. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para el uso de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). 2025.
57. Ramírez Sánchez K. Vacunación contra el VPH. 2014.
58. Ministerio de salud. Comenzó vacunación contra el virus papiloma para niñas de diez años en las escuelas. 2019 [Jan 8, 2026]. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/207-comenzo-vacunacion-contravph-varones-estrategia-incompleta-lucha-por-salud-publica>.
59. Caja Costarricense de Seguro Social. Actualización de lineamiento para la aplicación de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. 2024.
60. Epidemiología CndVy. Sesión ordinaria No. 4-2025. 2025.
61. World Health Organization. Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage. [Jan 8, 2026]. Available from: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage).
62. Gobierno de México. Lineamientos generales Campaña de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), 2025. 2025.
63. Universidad de Costa Rica. Encuesta actualidades 2019. 2019.

64. World Health Organization. A short guide to cancer screening: increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. 2022.
65. Manzano A, Hofmarcher T. Improving the care of women with triple-negative breast cancer. Lund: IHE, 2023.
66. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición de la OMS sobre el tamizaje por mamografía.
67. Calderon A, Guzman P, Murphy JD. Epidemiological Patterns of Common Cancers in Costa Rica: An Overview up to 2020. *Open J Soc Sci.* 2023;11(6):500-17.
68. Caja Costarricense de Seguro Social. ASALUD-0036-2025. 2025.
69. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2025.
70. Caja Costarricense de Seguro Social. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención: Informe de resultados quinquenal 2019-2023. 2024.
71. Saravia S. CCSS declara de interés institucional alianza público-privada para detección del cáncer de mama. 2024 [Mar 13, 2026]. Available from: <https://www.ccss.sa.cr/noticias/noticia?v=012985172401>.
72. Cancer Research UK. Survival for cervical cancer. [Jan 9, 2026]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/survival>.
73. McGarvey N, Gitlin M, Fadli E, Chung KC. Increased healthcare costs by later stage cancer diagnosis. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1155.
74. World Health Organization. Cervical cancer. [Jan 8, 2026]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
75. Slimovitch R, Shing JZ, Fantin R, Vanegas JC, Porras C, Herrero R, et al. A surveillance study of cancer incidence and mortality among young adults in Costa Rica. *Lancet Reg Health Am.* 2024;38:100872.
76. Ministerio de salud. Actualización de la norma de cáncer de cérvix mejorará detección de la enfermedad. 2023. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1712-actualizacion-de-la-norma-de-cancer-de-cervix-mejorara-deteccion-de-la-enfermedad>.
77. Mora A. CCSS habilita pruebas de detección de VPH en la región Pacífico Central. *Delfino.cr*; 2024. Available from: <https://delfino.cr/2024/06/ccss-habilita-pruebas-de-deteccion-de-vph-en-la-region-pacifico-central>.
78. Caja Costarricense de Seguro Social. ASALUD-0099-2023. 2023.
79. Rivera-Chavarría A, Calderón-Céspedes A. Cáncer de cérvix en Costa Rica, barreras según las dimensiones de la asistencia sanitaria: una revisión sistemática cualitativa. Universidad de Costa Rica, 2022 Contract No.: 1.
80. World Health Organization. Prevalence of cervical cancer screening among women aged 30-49 years. [Mar 20, 2026]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-cervical-cancer-screening-among-women-aged-30-49-years-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-cervical-cancer-screening-among-women-aged-30-49-years-(-)).
81. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: 2017.
82. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;371:m4087.
83. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Instructivo de Proceso y Registro GES. Versión 1 2023.
84. Ministerio de salud. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028.
85. Ministerio de salud. Ministerio de Salud mejora norma de atención para el cáncer de mama. 2025 [Feb 4, 2026]. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/62-noticias-2025/2067-ministerio-de-salud-mejora-norma-de-atencion-para-el-cancer-de-mama#:>.
86. Asamblea legislativa de la República de Costa Rica. Ley para garantizar el diagnóstico y la atención temprana del cáncer. Anteriormente denominado ley de los 60 días para garantizar el diagnóstico y la atención temprana del cáncer. 2022.
87. Caja Costarricense de Seguro Social. Acta Sesión de Junta Directiva No. 9561 2025.
88. European Society of Radiology (ESR). Haciendo visible el cáncer: el rol del diagnóstico por imágenes en la oncología. European Society of Radiology (ESR), 2012.
89. Hricak H, Abdel-Wahab M, Atun R, Lette MM, Paez D, Brink JA, et al. Medical imaging and nuclear medicine: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* 2021;22(4):e136-e72.
90. Martella M, Lenzi J, Gianino MM. Diagnostic Technology: Trends of Use and Availability in a 10-Year Period (2011-2020) among Sixteen OECD Countries. *Healthcare (Basel).* 2023;11(14).
91. Caja Costarricense de Seguro Social. Telesalud. [cited Feb 6, 2026]. Available from: <https://aissfa.ccss.sa.cr/telesalud>.
92. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023.
93. Caja Costarricense de Seguro Social. AS-ASALUD-0038-2025. 2025.
94. Montero G. CCSS agilizará lectura de medio millón de estudios radiológicos en jornada extraordinaria. 2024 [Feb 6, 2026]. Available from: <https://www.presidencia.go.cr/noticias/ccss-agilizar-lectura-de-medio-millon-de-estudios-radiologicos-en-jornada-extraordinaria>.
95. Caja Costarricense de Seguro Social. Acta sesión de junta directiva No 9486. 2024.
96. Caja Costarricense de Seguro Social. Acta sesión de junta directiva No 9496. 2025.
97. National Cancer Institute. Artificial Intelligence (AI) and Cancer. 2024 [Feb 9, 2026]. Available from: <https://www.cancer.gov/research/infrastructure/artificial-intelligence>.
98. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health. 2021.
99. Antonissen N, Tryfonos O, Houben IB, Jacobs C, de Rooij M, van Leeuwen KG. Artificial intelligence in radiology: 173 commercially available products and their scientific evidence. *Eur Radiol.* 2026;36(1):526-36.
100. Tiwari A, Mishra S, Kuo TR. Current AI technologies in cancer diagnostics and treatment. *Mol Cancer.* 2025;24(1):159.
101. Ministerio de ciencia innovación tecnología y telecomunicaciones. Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial Costa Rica 2024-2027. San José: 2024.
102. Soto A, Durán R, Moreno A, Adasme S, Rovira S, Jordán V, et al. Índice Latinoamericano de Inteligencia Artificial (ILIA) 2025. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Centro Nacional de Inteligencia Artificial, 2025.

103. Cordero M. CGR advierte a la CCSS por incumplimientos en sistema de imágenes médicas y ordena medidas correctivas. 2025 [Feb 9, 2026]. Available from: <https://semanariouniversidad.com/pais/cgr-advier-te-a-la-ccss-por-incumplimientos-en-sistema-de-imagenes-medicas-y-ordena-medidas-correctivas>.
104. Mairena J. Caja logra gran avance en transformación digital de sus estudios radiológicos. 2023 [Feb 9, 2026]. Available from: <https://www.ccss.sa.cr/noticias/noticia?v=caja-logra-gran-avance-en-transformacion-digital-de-sus-estudios-radiologicos>.
105. Ugalde R. Consideraciones para el análisis de factibilidad y priorización de proyectos en materia de Salud Digital. La Caja Costarricense de Seguro Social, 2025.
106. Gobierno del Estado de Quintana Roo. Quintana Roo y Roche marcan un precedente mundial al implementar IA en 9 mil estudios para la detección temprana del cáncer de mama. 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://cgc.groo.gob.mx/quintana-roo-y-roche-marcan-un-precedente-mundial-al-implementar-ia-en-9-mil-estudios-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-mama/>.
107. China E. IA para lograr diagnósticos tempranos de cáncer de mama en las zonas más remotas de México. El País; 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://elpais.com/mexico/2025-12-07/ia-para-lograr-diagnosticos-tempranos-de-cancer-de-mama-en-las-zonas-mas-remotas-de-mexico.html>.
108. Secretaría de Salud. 158. INER firma convenio para implementar Inteligencia Artificial en detección temprana del cáncer de pulmón. 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/158-iner-firma-convenio-para-implementar-inteligencia-artificial-en-deteccion-temprana-del-cancer-de-pulmon>.
109. Palacio M. Primer modelo de patología 100% digital en Colombia. Colsubsidio; 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://www.colsubsidio.com/blog-y-noticias/salud-colsubsidio-primer-modelo-de-patologia-100-digital-en-colombia>.
110. Parra R, Mosquera-Zamudio A. Patología digital- proyecto Gloria. 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://aipocrates.blog/2025/10/12/patologia-digital-proyecto-gloria/>.
111. Universidad de Chile. Proyecto MIRAI Chile: Inteligencia Artificial para anticipar el cáncer de mama en el sistema público de salud. 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://www.dii.uchile.cl/2025/07/22/proyecto-mirai-chile-inteligencia-artificial-para-anticipar-el-cancer-de-mama-en-el-sistema-publico-de-salud/>.
112. Universidad de Chile. U. de Chile y UDD lideran programa para aplicar inteligencia artificial en oncología de precisión. 2025 [Feb 10, 2026]. Available from: <https://uchile.cl/noticias/233845/u-de-chile-y-udd-impulsan-uso-de-ia-en-oncologia-de-precision>.
113. Gladkiy Y, Facer BD. Patterns of FDA Approval for Novel Oncology Drugs. International Journal of Radiation Oncology*Physics. 2024;120(2, Supplement):e754.
114. FIFARMA e IQVIA. Indicador W.A.I.T. 2025 para América Latina: Waiting to Access Innovative Therapies. 2025.
115. Ministerio de Salud. CIRCULAR MS-DRPIS-2790-2025. 2025.
116. Caja Costarricense de Seguro Social. Normativa de la lista oficial de medicamentos. Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional, 2025.
117. Castro G. CCSS con nuevo reglamento para la selección y gestión de medicamentos. 2026 [Apr 23, 2026]. Available from: <https://aissfa.ccss.sa.cr/noticias/noticia?v=030223690136>.
118. Dirección de Farmacoepidemiología. Reglamento para la selección y gestión de medicamentos en la Caja Costarricense De Seguro Social Código GM-DFE-RE-001-2025. Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia Médica; 2026.
119. Marín H, Pérez R. Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) completas de medicamentos. Caja Costarricense de Seguro Social, 2025.
120. FIFARMA e IQVIA. Patient WAIT Indicator 2023 Latin America. 2024.
121. Caja Costarricense de Seguro Social. Guía para la aplicación del procedimiento transitorio para el apoyo institucional a medicamentos para casos excepcionales en la CCSS Código GM-DFE-GT001. Dirección de Farmacoepidemiología, 2025.
122. Caja Costarricense de Seguro Social. Memoria de actividades de la Dirección de Farmacoepidemiología. 2025.
123. Organización Panamericana de la Salud. OPS hace un llamado a los países de América Latina y el Caribe para mejorar el acceso al tratamiento para el cáncer. 2025 [Feb 17, 2026]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/3-2-2025-ops-hace-llamado-paises-america-latina-caribe-para-mejorar-acceso-al-tratamiento>.
124. Ministerio de Salud Costa Rica. Salud amplía el listado de Autoridades Reguladoras de Referencia para agilizar evaluación para registro de Medicamentos. 2023 [Feb 17, 2026]. Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1743-salud-amplia-el-listado-de-autoridades-reguladoras-de-referencia-para-agilizar-evaluacion-para-registro-de-medicamentos>.
125. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Procedimiento para la facilitación de registros sanitarios y cambios de post de registro de medicamentos 2026 [Feb 17, 2026]. Available from: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=105067&nValor3=147241¶m1=NRTC&strTipM=TC.
126. Organización Panamericana de la Salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Washington 2009.
127. Organización Panamericana de la Salud. El acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias estratégicos y de alto costo: informe final. 2024.
128. Malvina N. Amparos de salud: estadística, doctrina y registro nacional. 2023 [Mar 2, 2026]. Available from: https://olegisar.org/amparos-de-salud-estadistica-doctrina-y-registro-nacional/#_ftn1.
129. Corte Constitucional República de Colombia Rama Judicial. Auto A-1282/25. 2025 [Mar 6, 2026]. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a1282-25.htm>.
130. Caja Costarricense de Seguro Social. Acta Sesión de Junta Directiva No. 9526. 2025.
131. Caja Costarricense de Seguro Social. GM-DFE-0031-2022/GA-DJ-0728-2022. 2022.

132. Sala Constitucional República de Costa Rica. La Sala Constitucional registra un nuevo récord al cierre de 2024: 38484 casos ingresados. 2025 [Mar 2, 2026]. Available from: <https://salaconstitucional.poder-judicial.go.cr/index.php/sala-de-prensa/comunicados/la-sala-constitucional-registra-un-nuevo-record-al-cierre-de-2024-38-484-casos-resueltos-y-35-624-casos-ingresados>.
133. Sala Constitucional República de Costa Rica. Estadística de asuntos en materia de salud. [Mar 2, 2026]. Available from: <https://salaconstitucional.poder-judicial.go.cr/index.php/jurisprudencia/estadistica-por-temas/estadisticas-de-asuntos-en-materia-de-salud-2013-2024>.
134. Caja Costarricense de Seguro Social. GM-DFE-0326-2023. Atención a oficio dabs-agm-7962-2023 solicitud de justificación de incremento pembrolizumab 25mg/ml solución inyectable Frasco ampolla con 4 ml, 1-11-41-0125, orden de compra 581671, 2019cd-000019-51012023.
135. Caja Costarricense de Seguro Social. AS-ASALUD-0007-2024. 2024.
136. Caja Costarricense de Seguro Social. Ruta transitoria para resolver casos excepcionales por Comité Central de Farmacoterapia. 2025.
137. Sala Constitucional. Sentencia N° 2025028826 de Sala Constitucional, 09-09-2025. 2025.
138. Organización Panamericana de la Salud. Países de las Américas acuerdan política regional para ampliar el acceso equitativo a tecnologías sanitarias de alto costo y precio. 2025 [Mar 9, 2026]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2025-paises-americas-acuerdan-politica-regional-para-ampliar-acceso-equitativo>.
139. Moyer-Holz D, van Dijk JP, Reijneveld SA, Hogerzeil HV. The Impact of Price Negotiations on Public Procurement Prices and Access to 8 Innovative Cancer Medicines in a Middle-Income Country: The Case of Mexico. Value Health Reg Issues. 2019;20:129-35.
140. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Negociación conjunta COMISCA. [Mar 11, 2026]. Available from: <https://negociacionconjunta.comisca.org/>.
141. Sistema Costarricense de Información Jurídica. N° 43259-COMEX- S-MEIC. 2021 [Mar 11, 2026]. Available from: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=95827&nValor3=128070.
142. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Requisitos y procedimiento para la homologación o reconocimiento del registro sanitario de medicamentos otorgados por las autoridades reguladoras miembros del Consejo Internacional de Armonización de Requisitos Técnicos para Productos Farmacéuticos de Uso. 2022 [Mar 11, 2026]. Available from: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=97311.
143. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional. 2023 [cited Mar 11, 2026]. Available from: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=100296&nValor3=137555¶m1=NRTC&strTipM=TC.
144. Caja Costarricense de Seguro Social. Evaluación de tecnologías sanitarias completas de medicamentos. Dirección de Farmacología, 2025.
145. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Procedimiento para la importación de medicamentos por importación paralela o por parte de un tercero no autorizado por el titular del medicamento en Costa Rica. 2022 [Mar 11, 2026]. Available from: https://pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=97573&nValor3=131919¶m1=NRTC&strTipM=TC.
146. Senado de la República de Chile. Sala aprueba partida de Salud validando acuerdo alcanzado con el Ejecutivo. 2024 [Mar 11, 2026]. Available from: <https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/sala-aprueba-partida-de-salud-validando-acuerdo-alcanzado-con-el-ejecutivo>.
147. Ministerio de Salud. Drogas Oncológicas de Alto Costo (DAC). [Mar 12, 2026]. Available from: <https://www.minsal.cl/drogas-oncologicas-de-alto-costo-dac/>.
148. Sistema Único de Información Normativa. DECRETO 1474 DE 2023. 2023 [Mar 11, 2026]. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos%2F30049099>.
149. Pública F. Decreto 334 de 2022. 2022 [Mar 11, 2026]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=219130>.
150. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se reconocen como equivalentes los requisitos establecidos. 2025 [Mar 11, 2026]. Available from: <https://sidof.segob.gob.mx/notas/docFuente/5763319>.

Apéndice: Metodología y referencias de los indicadores

Gobernanza	
Plan nacional de cáncer	Análisis del Plan Nacional para el Control del Cáncer (PNCC) 2024-2030 (4). Para el resumen del tablero: Existencia de un plan nacional de cáncer en 2026 (sí = cumple con el punto de referencia).
Carga de la enfermedad	
Nuevos casos (incidencia)	Gráficas 1, 2, 3, 4 y 5: Estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) del 2022 (6). Gráfica 6: Proyecciones de la IARC del 2022 hasta el 2050 (10, 11). Para los países latinoamericanos parte de la OCDE se utilizó la combinación de las tasas de Colombia y Chile dadas por IARC del 2022 al 2050. Asimismo, se incorporaron datos históricos de incidencia y mortalidad para el periodo 2000-2022 (o hasta el último año disponible) provenientes de la IARC (10). Para la comparación con la OCDE, también se empleó esta tasa bruta conjunta basada en Colombia y Chile.
Muertes (mortalidad)	Para el resumen del tablero: - Tasa bruta de incidencia por 100,000 habitantes en 2022, todas las localizaciones excepto piel no melanoma, todas las edades, ambos sexos. Datos estimados de la IARC para Costa Rica, Chile, Colombia y México (6) - Tasa bruta de mortalidad por 100,000 habitantes en 2022, todas las localizaciones excepto piel no melanoma, todas las edades, ambos sexos. Datos estimados de la IARC para Costa Rica, Chile, Colombia y México (6).
Tasas de supervivencia	Gráfica 1: Estudio CONCORD-3 (12). Gráfica 2: Estudio local (13). Para el resumen del tablero: Promedio ponderado (con base en la incidencia de cáncer en 2022 (6)) de las tasas netas de supervivencia a 5 años estandarizadas por edad para cáncer de mama, colon, pulmón y próstata en el periodo de diagnóstico 2010-2014 (12). Para la comparación con Costa Rica, se utilizó el promedio no ponderado de las estimaciones de Colombia y Costa Rica.
Carga económica del cáncer	
Gasto en salud por cáncer	Gráfica 1: Los datos sobre la carga económica del cáncer en Costa Rica para 2020 se obtuvieron de las Cuentas Nacionales de Salud y del PNCC (4, 20). Para México y Chile no se encontraron datos disponibles. En el caso de Colombia, los datos de 2018 se obtuvieron del Observatorio de la Seguridad Social (22).
Pérdidas de productividad por cáncer	Gráfica 2: Datos de una revisión sistemática centrada en América Latina sobre estimaciones del costo médico directo de cáncer de mama promedio por paciente-año (23). Gráfica 3 y 4: Los datos sobre la pérdida de productividad entre pacientes en edad laboral, para 2022, se obtuvieron de estimaciones de la IARC (24). Para el resumen del tablero: - Gasto en salud por cáncer como porcentaje del gasto total en salud para Costa Rica (4) y Colombia (22). - Pérdidas de productividad por muerte por cáncer per cápita en USD en 2022 (24). Se estimó el promedio no ponderado para Chile, Colombia y México para la comparación.
Prevención	
Tabaquismo	Gráfica 1: OMS (37). Prevalencia de consumo actual de tabaco (tasa estandarizada por edad), ambos sexos 2025. Gráfico 2: OMS (38). Para el resumen del tablero: Prevalencia de fumadores adultos en 2025 (37). Y promedio no ponderado para comparación con Chile, Colombia y México.
Sobrepeso y obesidad	Gráfica 1: OMS (46). Prevalencia de sobrepeso en adultos de 18 años o más, IMC ≥ 25 (estimación estandarizada por edad) (%) y prevalencia de obesidad en adultos de 18 años o más, IMC ≥ 30 (estimación estandarizada por edad) (%). Especificaciones: ambos sexos, 2013-2022, %. Para el resumen del tablero: Prevalencia de obesidad en adultos en 2022 (46). Para la comparación se utilizó el promedio no ponderado de Chile, Colombia y México.
Vacunación VPH (niñas)	Gráfica 1: Plan Institucional para la Atención del Cáncer de la CCSS y Actualización de lineamiento para la aplicación de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social de la CCSS (5, 59). Gráfica 2: OMS (61). Cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en el 2024. Especificación: cobertura del programa de vacunación contra el VPH, última dosis, mujeres. Para el resumen del tablero: Cobertura del programa de vacunación contra el VPH, última dosis, niñas de 10 años en 2024 (5, 59).
Detección temprana	
Tamizaje de cáncer de mama	Gráfica 1. <i>Health at a Glance 2025</i> de la OCDE, con datos de 2023 o del año más reciente disponible (69). Se presentan las tasas de mamografía en los últimos dos años para 2023, expresadas como el porcentaje de mujeres de 50 a 69 años. En el caso de México, el indicador incluye a mujeres de 40 a 69 años.

	Gráfica 2 y 3. Auditoría interna de la CCSS, publicada en 2025 (68). Los porcentajes de tamizaje se calcularon sobre la población meta del periodo, definida como 1,029,352 mujeres adscritas a la institución, de 40 a 75 años. Los resultados corresponden a datos acumulados para 2022-2024. En el caso de la encuesta, se entrevistó a 659 personas (68). Para el resumen del tablero: Se utilizó el promedio institucional de cobertura de mamografía de la CCSS para el periodo 2022-2024, y se contrastó con la meta del PNCC para 2030 de 54% (4).
Tamizaje del cáncer de cuello uterino	Gráfica 1. Cobertura bienal de Papanicolaou en la CCSS para el periodo 2019-2022, desagregada en los grupos de 20-34 años y 35-64 años (78). Gráfica 2. Cobertura bienal de la prueba de Papanicolaou en la CCSS para el periodo 2019-2022, en mujeres de 35 a 64 años (78). Para resumen del tablero: Tasa de cobertura bienal de la prueba de Papanicolaou en la CCSS, en mujeres de 35 a 64 años, y comparación con la meta del PNCC para 2030 (53%) (4).
Diagnóstico y atención coordinada	
Estándares y tiempos de espera	Gráfica 1. Auditoría de la CCSS sobre ultrasonidos mamarios, correspondiente al periodo de enero de 2024 a marzo de 2025 (68). Para resumen del tablero: Se comparó el tiempo promedio desde la solicitud de la mamografía hasta su realización efectiva en la CCSS (129 días) con lo establecido en la nueva Norma Nacional (Decreto 44771-S de 2025), que fija un máximo aceptable de 30 días para realizar la mamografía después de haber sido solicitada (85).
Radiología (recursos humanos y equipamiento)	Gráfica 1. Equipos de imagenología diagnóstica (tomógrafos, resonadores y escáneres) por millón de habitantes, con datos de 2023 o del año más reciente disponible, compilados en Health at a Glance de la OCDE (69). Para Costa Rica, los datos corresponden a 2022; para Colombia, a 2018; y para México, a 2023. Gráfica 2. Exámenes diagnósticos de tomografía y de resonancia magnética en 2023 por millón de habitantes (69). Para resumen del tablero: Se normalizaron ambos indicadores (equipos e imágenes) a la misma escala (0 a 100) para poder combinarlos. Para cada indicador, se tomó el valor más alto observado entre los países OCDE de América Latina con datos disponibles y se utilizó como referencia (100). El puntaje de cada país se calculó como: $\text{puntaje} = (\text{valor del país} / \text{valor máximo}) \times 100$. Finalmente, el índice combinado se obtuvo promediando ambos puntajes con el mismo peso: $\text{Índice} = 50\% \text{ equipo} + 50\% \text{ exámenes}$.
Disponibilidad de herramientas diagnósticas asistidas por inteligencia artificial	Gráfica 1. El Índice Latinoamericano de Inteligencia Artificial (ILIA) de la CEPAL evalúa el nivel de preparación de los países para desarrollar e incorporar IA a partir de tres dimensiones principales (102). Primero, factores habilitantes, que consideran la infraestructura de datos y el talento humano disponible. Segundo, Investigación, desarrollo y adopción, que incluyen la capacidad de generar conocimiento, innovar y aplicar IA en distintos sectores. Y tercera gobernanza, que abarca la visión e institucionalidad, la vinculación internacional y los marcos regulatorios. Para resumen del tablero: Se creó también el dominio “Implementación de herramientas de IA para diagnóstico de cáncer”, que se calificó en una escala de 0 a 5 y refleja el grado de avance del país en el desarrollo, validación e implementación de soluciones basadas en IA para apoyar el diagnóstico y el tamizaje del cáncer. Un puntaje de 0 corresponde a ausencia de evidencia identificada; 1, a iniciativas exploratorias; 2, a desarrollo temprano sin validación local; 3, a desarrollo avanzado o pilotos iniciales en instituciones específicas; 4, a validación local robusta o despliegue operativo con pasos claros hacia una evaluación formal o el escalamiento en red; y 5, a implementación institucionalizada, con uso rutinario a gran escala y monitoreo continuo. Con base en estos criterios, Chile obtiene 4 porque MIRAI utiliza datos nacionales y avanza hacia una evaluación de costo-efectividad, además de iniciativas adicionales en medicina de precisión; México obtiene 3 por sus pilotos de priorización de mamografías y alianzas hospitalarias público-privadas; Colombia obtiene 4 por la patología digital operativa en un proveedor público de gran tamaño y el impulso de una red nacional de telepatología; y Costa Rica obtiene 2 porque sus modelos se encuentran en etapa de factibilidad técnica. Se normalizaron ambos indicadores (ILIA y el dominio de diagnóstico de cáncer con IA) a la misma escala (0 a 100) para poder combinarlos. El puntaje de cada país se calculó como: $\text{puntaje} = (\text{valor del país} / \text{valor máximo}) \times 100$. Finalmente, el índice combinado se obtuvo promediando ambos puntajes con el mismo peso: $\text{Índice} = 50\% \text{ ILIA} + 50\% \text{ dominio de diagnóstico de cáncer con IA}$.
Acceso a medicamentos innovadores	
Disponibilidad de medicamentos oncológicos innovadores	Gráfica 1. Presenta datos del FIFARMA Patient W.A.I.T. Indicator (114) sobre 403 medicamentos innovadores aprobados entre 2014 y 2024 por la FDA/EMA en cinco áreas terapéuticas, incluida oncología. En este marco, disponibilidad total se refiere al reembolso completo mediante formularios nacionales o compras centralizadas (en Costa Rica, a través del LOM); disponibilidad limitada indica reembolso para subpoblaciones o en algunos niveles subnacionales (en Costa Rica, medicamentos adquiridos mediante negociaciones especiales y por procesos judiciales de pacientes); y disponibilidad en el sector privado corresponde a su inclusión en formularios del mercado privado y planes de prepago. Aprobado localmente significa que el medicamento cuenta con registro sanitario. Gráfica 2. Datos del FIFARMA Patient W.A.I.T. Indicator 2023 que incluye datos sobre 115 medicamentos oncológicos innovadores del 2014 al 2021 (120). La disponibilidad sigue los mismos criterios descritos para la gráfica 1. Para resumen del tablero: Se agregaron las categorías de disponibilidad total y disponibilidad limitada para los medicamentos innovadores aprobados entre 2014 y 2024, así como para los medicamentos oncológicos innovadores

	aprobados entre 2014 y 2021. A partir de ello, se calculó un promedio para obtener la calificación de Costa Rica. Para los países OCDE-LATAM, se aplicó el mismo procedimiento para ambos grupos de medicamentos y posteriormente se estimó un promedio simple no ponderado.
Tiempo hasta el reembolso/cobertura	Gráfica 1. Con datos del FIFARMA Patient W.A.I.T. Indicator (114), que estima el tiempo para obtener aprobación sanitaria local y alcanzar disponibilidad. En Costa Rica, la aprobación local corresponde a la autorización del ente regulador nacional tras la primera aprobación internacional (EMA o FDA). El tiempo para lograr disponibilidad local se calcula únicamente para los medicamentos que alcanzaron disponibilidad total o limitada. Para resumen del tablero: Se agregaron las categorías de tiempo para aprobación regulatoria local y disponibilidad local para los medicamentos innovadores aprobados entre 2014 y 2024, así como para los medicamentos oncológicos innovadores aprobados entre 2014 y 2021. A partir de ello, se calculó un promedio para obtener la calificación de Costa Rica. Para los países OCDE-LATAM, se aplicó el mismo procedimiento para ambos grupos de medicamentos y posteriormente se estimó un promedio simple no ponderado.
Acciones legales para obtener medicamentos	Gráfica 1. Los datos sobre recursos de amparo relacionados con medicamentos provienen de fuentes públicas de la Sala Constitucional de Costa Rica. Para 2023-2025 se utilizaron los informes anuales de “Estadística de asuntos en materia de salud”, que reportan el total de asuntos de salud y el subconjunto clasificado bajo el tema “medicamento” (133). Para 2022 se emplearon las estadísticas de asuntos votados (apartado “salud: medicamento”) (133), ya que el informe de “asuntos en materia de salud” disponible para ese periodo presenta el desglose de “medicamento” de forma agregada para 2013-2022 y no permite identificar el valor anual de 2022. Finalmente, para estimar cuántos de los asuntos corresponden específicamente a recursos de amparo, se aplicó la proporción de amparos sobre el total de asuntos reportada por la Sala para 2022-2024, que se sitúa entre 89% y 94% (132). Gráfica 2. Presenta los recursos de amparo con lugar de alectinib, atezolizumab, bevacizumab y pembrolizumab de dos solicitudes de información a la CCSS AS-ASALUD-0007-2024 y GM-DFE-0326-2023 (134, 135). Para resumen del tablero: Se comparó la tasa de crecimiento de los recursos de amparo por medicamentos en Costa Rica con la de Colombia, al ser el único país de América Latina miembro de la OCDE con cifras públicas recientes y relativamente comparables sobre acciones legales para acceder a medicamentos (129). En Colombia, el dato disponible para 2025 corresponde a 47, 556 tutelas acumuladas a julio; para aproximar el total anual, se anualizó esa cifra y se estimaron 87,186 tutelas para todo 2025. En ambos países, la tasa de crecimiento se calculó comparando 2025 frente a 2022.
Iniciativas legales para mejorar el acceso a medicamentos	Tablas 1 y 2: Se realizó una búsqueda en internet para identificar las leyes, decretos, acuerdos e iniciativas aprobadas entre enero de 2021 y marzo de 2026 con potencial para mejorar el acceso a medicamentos en Costa Rica, Chile, Colombia y México. La información se recopiló a partir de fuentes públicas, principalmente de instituciones gubernamentales y organismos oficiales. Para resumen del tablero: Dada la dificultad de comparar directamente la naturaleza y el alcance de las iniciativas adoptadas en los cuatro países, se utilizó como proxy el índice de mejora del FIFARMA Patient W.A.I.T. Indicator 2025 (114). Este índice se construyó a partir de la mejora neta en la disponibilidad, calculada como el porcentaje de medicamentos que mejoraron su estatus menos el porcentaje de medicamentos que retrocedieron. Para la comparación se realizó un promedio no ponderado de los países de la OCDE.

