



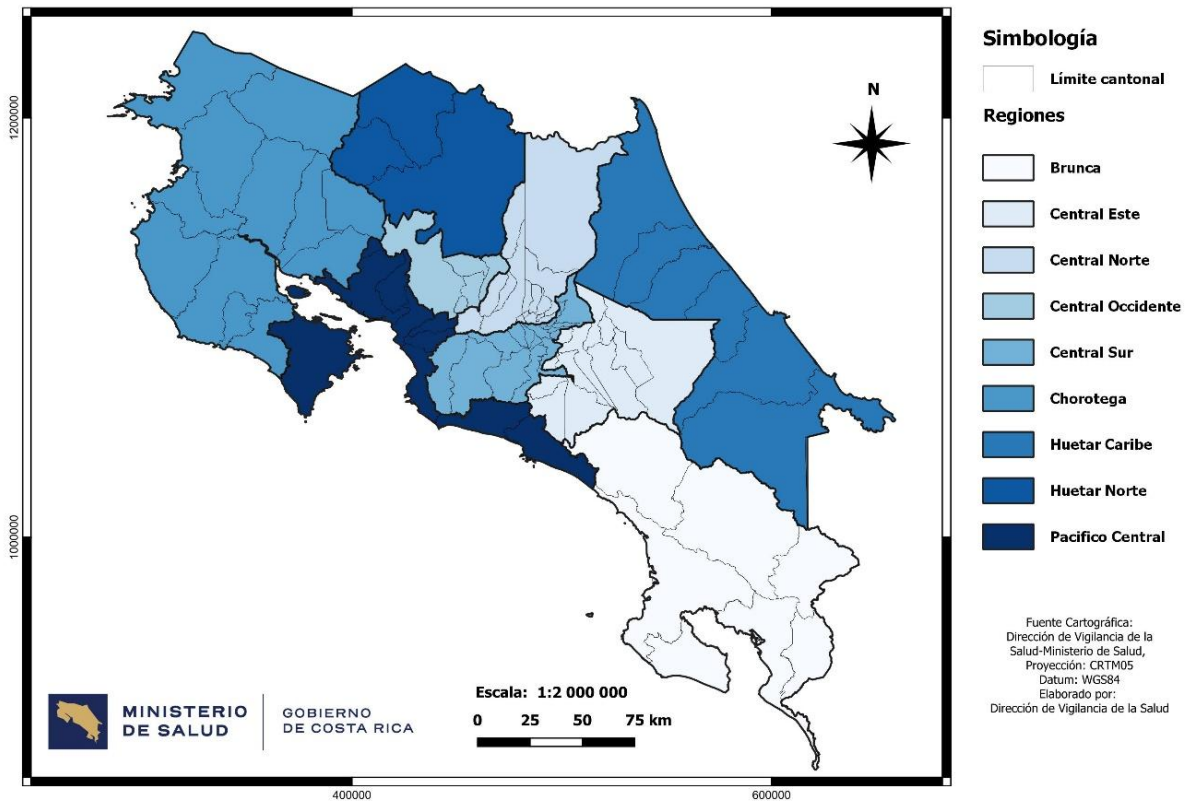
Boletín Epidemiológico N° 24 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
3 de julio de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica.....	8
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19.....	19
Meningitis.....	34
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 29 de junio 2026.	38
Infecciones de transmisión sexual.....	47
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	55
Sarampión en la Región de las Américas.....	60
Radiografía de la mortalidad en Costa Rica y nuestro compromiso con la vida.....	70
Informe N° 1 del primer semestre de Recolección de Llantas en Desuso.....	75



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 23 del año 2026 se notifican **1411 casos acumulados** de dengue de estos, **24 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Pacífico Central presenta el mayor número de casos notificados 293, y es la región con la tasa más alta con 91,0/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 24, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Pacífico Central	293	91,0
Central Norte	273	26,1
Chorotega	236	49,7
Huetar Caribe	226	49,4
Central Sur	199	13,1
Brunca	74	21,0
Central Este	41	7,4
Huetar Norte	41	15,1
Central Occidente	28	12,5
Total	1411	27,0

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud.



Tabla 2.
Costa Rica: casos de dengue notificados por provincia y sexo, 2026

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Alajuela	384	35,5	191	35,3	193	35,6
Guanacaste	232	55,6	123	59,5	109	51,9
Limón	226	49,4	101	45,1	125	53,4
Puntarenas	223	43,8	99	39,3	124	48,2
San José	209	12,5	103	12,2	106	12,9
Heredia	98	17,8	54	19,5	44	16,1
Cartago	39	7,3	16	6,0	23	8,7
Total	1411	27,0	687	26,3	724	27,8

Fuente: Base VE 01, Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 24 son: Orotina 124 casos, Alajuela 109 casos, San José 90 casos, Puntarenas 85 casos y Limón 84 casos.

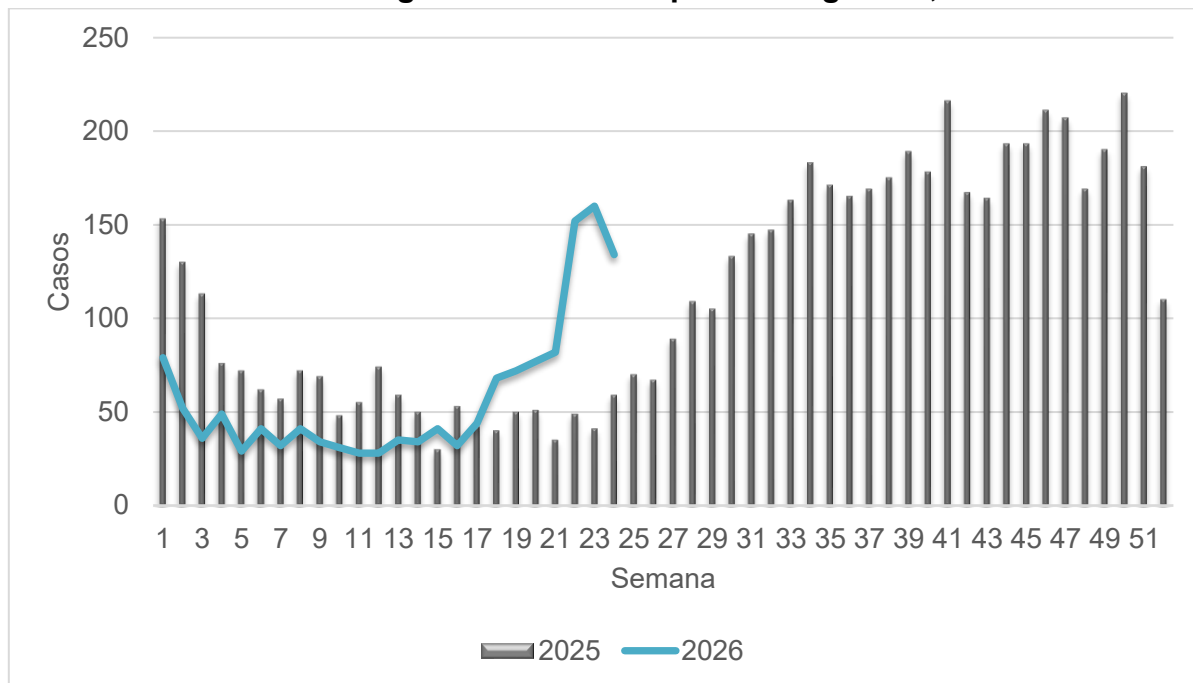
Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 24, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
209: Orotina	124	487,6
201: Alajuela	109	33,0
101: San José	90	25,4
601: Puntarenas	85	58,4
701: Limón	84	91,5
203: Grecia	52	63,9
505: Carrillo	52	103,0
705: Matina	48	105,1
501: Liberia	47	56,9
510: La Cruz	47	165,7

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 24, 2025-2026.



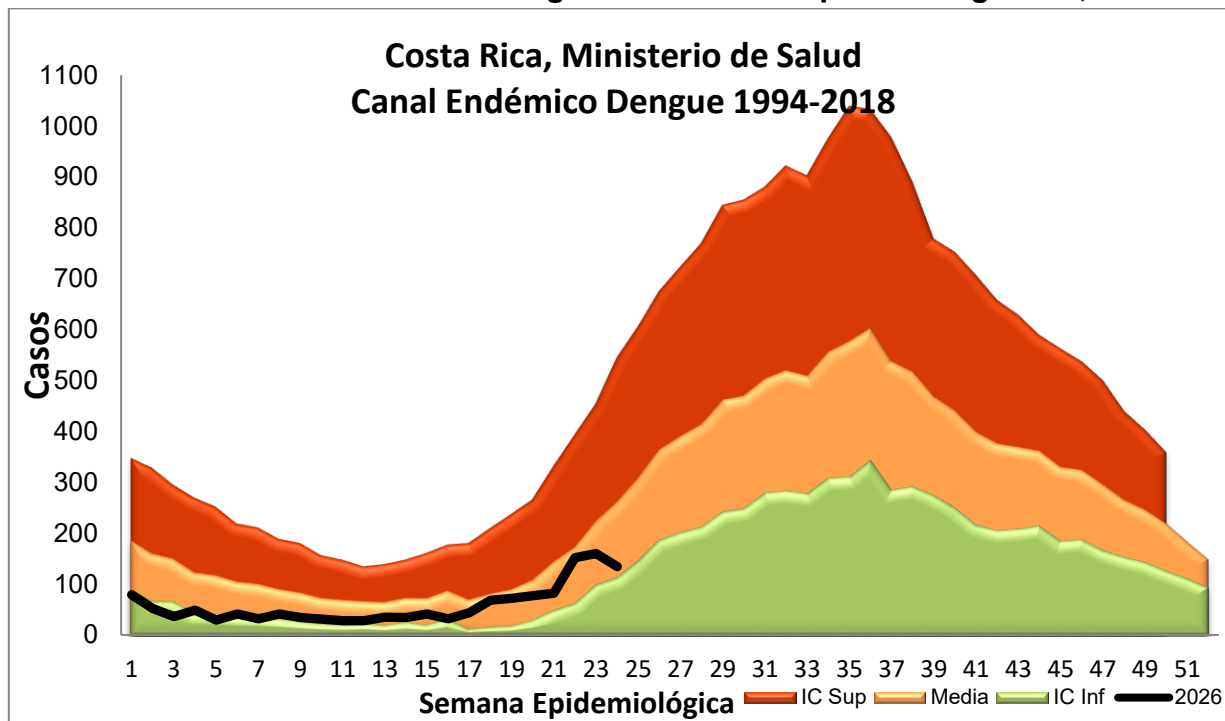
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

A pesar de que a partir de la semana epidemiológica 17 se registra un aumento sostenido en las notificaciones, el acumulado del presente año muestra una reducción del 8% en comparación con el mismo periodo de 2025, cuando se reportaron 1540 casos.



Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 24, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 29 de junio se reportan 2 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en el Hospital Calderón Guardia y 1 en Hospital Tony Facio.



Chikungunya

Hasta la semana epidemiológica 24 se notifican un total de 11 casos confirmados por PCR, de los cuales 9 fueron clasificados como importados.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por localidad notificados a la semana epidemiológica 24, 2026

Localidad	Casos
Esparza	2
Carrillo	1
Heredia	1
Alajuelita	1
Tibás	1
Uruca	1
San Ramón	2
Alajuela	2
Total	11

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 24 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local

A semana epidemiológica (SE) 24 del 2026, Costa Rica registra 19 casos de transmisión local de malaria, de los cuales nueve corresponden a casos autóctonos y diez a casos introducidos.

La transmisión local continúa centrándose en el foco de Crucitas (n=15), distrito de Cutris, Región Huetar Norte, asociado a la actividad minera y movilidad poblacional transfronteriza con Nicaragua.

Casos autóctonos

De los nueve casos autóctonos identificados;

- Siete corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* detectadas en localidades vinculadas al foco de Crucitas (n=5) y al foco de los Chiles (n=2), específicamente en Medio Queso.
- Un caso corresponde a *Plasmodium falciparum* detectado en Matina, Región Huetar Caribe.
- Un caso correspondiente a *Plasmodium vivax* detectado en Horquetas de Sarapiquí

Casos introducidos

Los diez casos introducidos corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* detectados en localidades asociadas al foco de Crucitas, principalmente en Las Crucitas y El Roble, distrito de Cutris.

La identificación de casos introducidos evidencia persistencia de transmisión secundaria local en áreas con condiciones favorables para la transmisión y presencia de población expuesta a actividades mineras.



Tendencia histórica de transmisión local

El comportamiento histórico de la malaria evidencia una reducción sostenida de la transmisión local de Costa Rica en los últimos 4 años.

Tabla 1.

Cantidad de casos de transmisión local (introducidos y autóctonos) a la semana epidemiológica actual y al cierre del año de los últimos 4 años. Costa Rica. SE24, 2026.

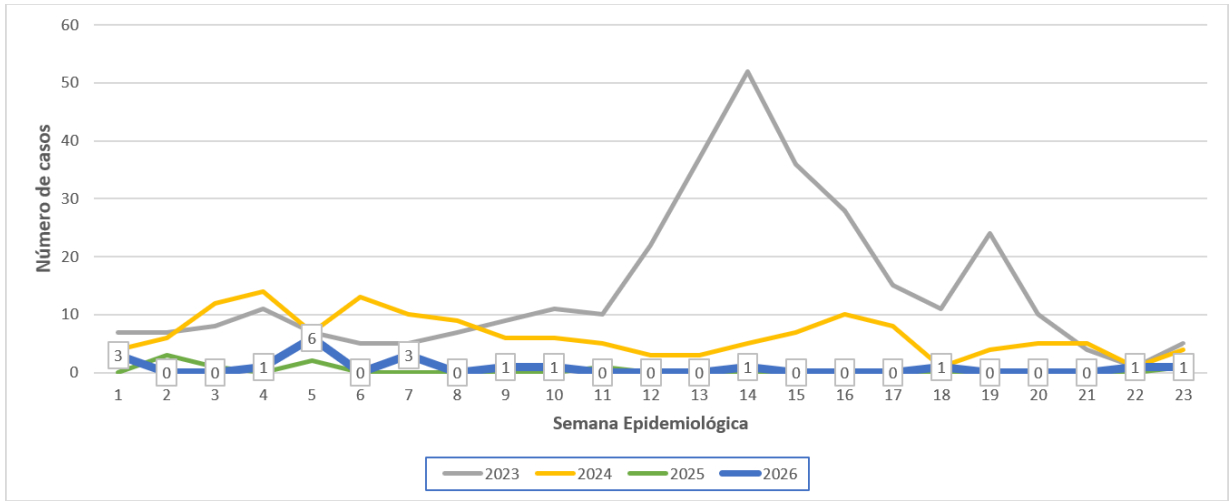
Año	Casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	33
2026	19

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

La disminución observada podría estar asociada al fortalecimiento de las intervenciones de vigilancia, diagnóstico oportuno y control implementadas en los focos de transmisión. No obstante, persisten factores de riesgos relacionados con minería, movilidad poblacional y condiciones ambientales favorables para la transmisión.

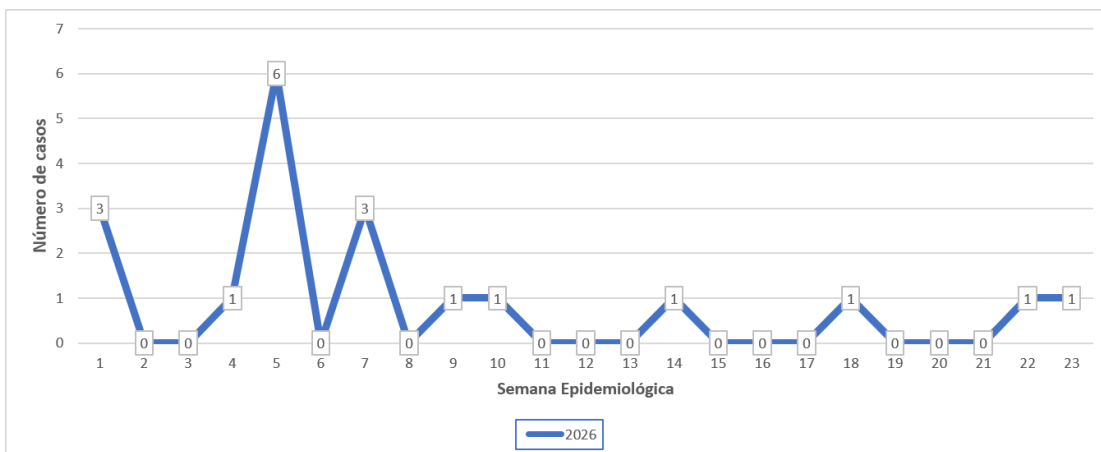


Gráfico 1.
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, por semana epidemiológica. Costa Rica, SE 24, 2026.



Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Gráfico 2.
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2026, SE 24. Costa Rica



Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Casos importados y otras clasificaciones

Además de los casos de transmisión local, durante el año se registran:

- 24 casos importados
- 1 recaída
- 6 casos en investigación epidemiológica

La mayoría de los casos importados fueron detectados en la Región Huetar Norte (n=19, 79%) y presentan antecedentes de actividad minera y nexo epidemiológico con Nicaragua.





En total, Costa Rica contabiliza 48 casos de malaria de todas las clasificaciones al cierre de la SE 23-2026.



Tabla 2.
Resumen de casos de malaria por región, clasificación epidemiológica, especie y lugar de detección. Costa Rica, semana epidemiológica 23, 2026.

Región	Total de casos	Clasificación Epidemiológica	Número de casos	Especie	Nexo
Huetar Norte	42	<i>Autóctono</i>	7	<i>P. vivax</i>	Crucitas (n=5) Los Chiles (n=2)
		<i>Introducido</i>	10	<i>P. vivax</i>	Crucitas
		<i>Importado</i>	22	<i>P. vivax</i> (n=18) <i>P. falciparum</i> (n=3) Mixta (P.F, P.V) (n=1)	Crucitas (n=18) Fortuna (n=1) 100% Importados de Nicaragua
		<i>En Estudio</i>	3	<i>P. vivax</i> (n=2) <i>P. falciparum</i> (n=1)	Crucitas (n=3)
Huetar Caribe	4	<i>Autóctono</i>	1	<i>P. falciparum</i>	Matina
		<i>Importado</i>	3	<i>P. vivax</i>	Nexo con Nicaragua (n=2) Nexo con Etiopía (n=1)
Central Norte	3	<i>Autóctono</i>	1	<i>P. vivax</i>	Detectado en Horquetas, Sarapiquí.
		<i>Importado</i>	2	<i>P. vivax</i>	Importado de Nicaragua (Puerto cabezas)
Central Occidente	1	<i>Recaída de un caso importado del 2025</i>	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en San Ramón
Chorotega	1	<i>Importado</i>	1	<i>P. vivax</i>	Abangares, Guanacaste ¹²
Central Sur	1	<i>Importado</i>	1	<i>P. vivax</i>	San José



Total, país	52casos*	 Importados 29	 Transmisión local (autóctonos + introducidos) 19	 Recaída 1	 En investigación 3
--------------------	-----------------	---	--	---	---

*Nota: La clasificación epidemiológica corresponde al cierre de la semana epidemiológica actual de 2026 y puede modificarse conforme avance la investigación epidemiológica de los casos en estudio

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Tabla 3.

Resumen de casos de malaria por región y clasificación epidemiológica. Costa Rica, semana epidemiológica 24, 2026.

Clasificación	Central Norte	Central Occidente	Huetar Caribe	Chorotega	Huetar Norte	Central Sur	Total
Autóctono	1	0	1	0	7	0	9
Introducido	0	0	0	0	10	0	10
Importado	2	0	3	1	22	1	29
Recaída	0	1	0	0	0	0	1
Pendiente	0	0	0	0	3	0	3
Total General	3	1	4	1	42	1	52

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 55.978 pruebas realizadas**, distribuidas en las diferentes Áreas Rectoras que presentan riesgo de introducción o reintroducción de la malaria. Estas corresponden principalmente a actividades de búsqueda reactiva y búsqueda proactiva, en el marco de las acciones de vigilancia intensificada, así mismo **921 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse a la figura 2.

Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado un total de 35.436 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

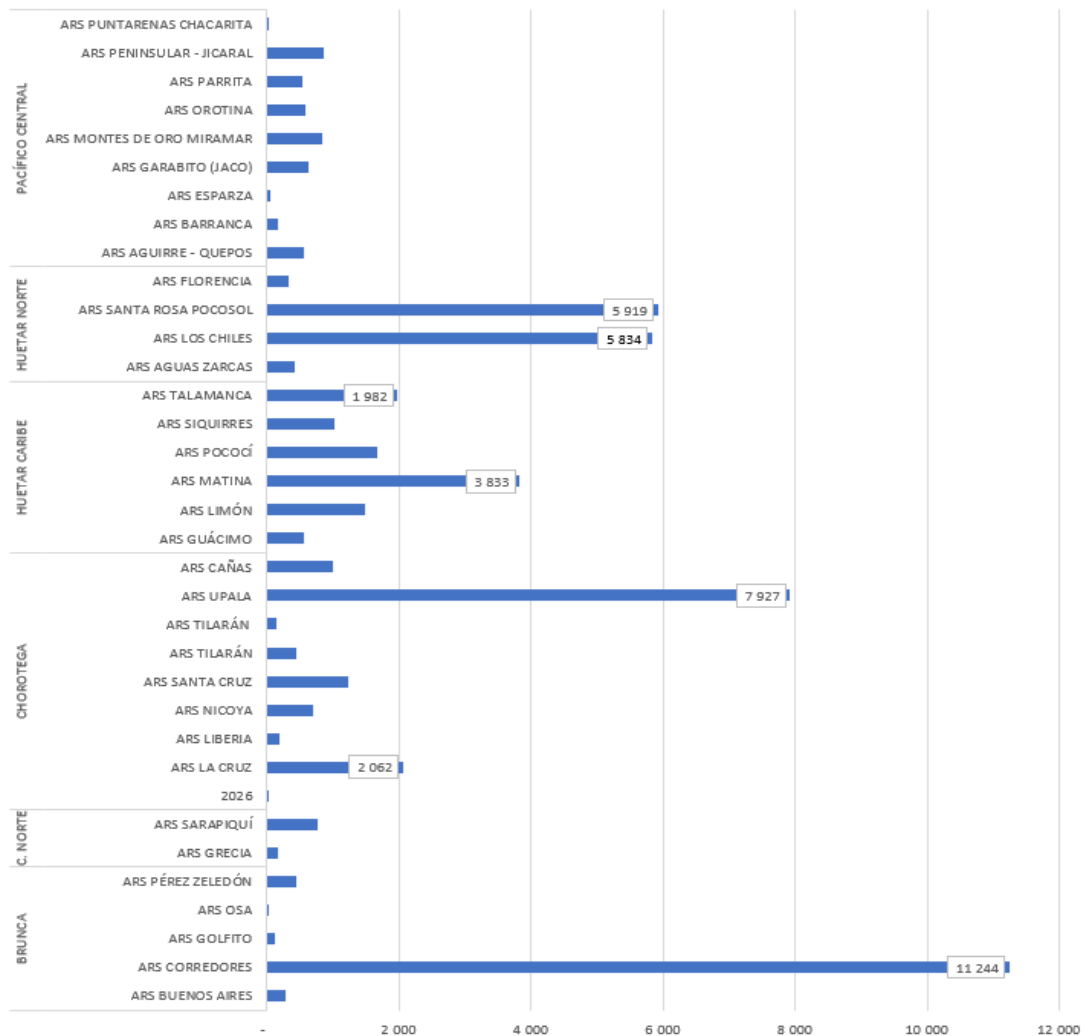
- 30.655 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 4.630 exámenes de gota gruesa,
- 151 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

Este abordaje articulado fortalece la capacidad de detección temprana, confirmación diagnóstica y respuesta oportuna ante casos importados o autóctonos, en el contexto de la estrategia nacional de eliminación de la malaria.



Gráfico 3.

Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica actual.



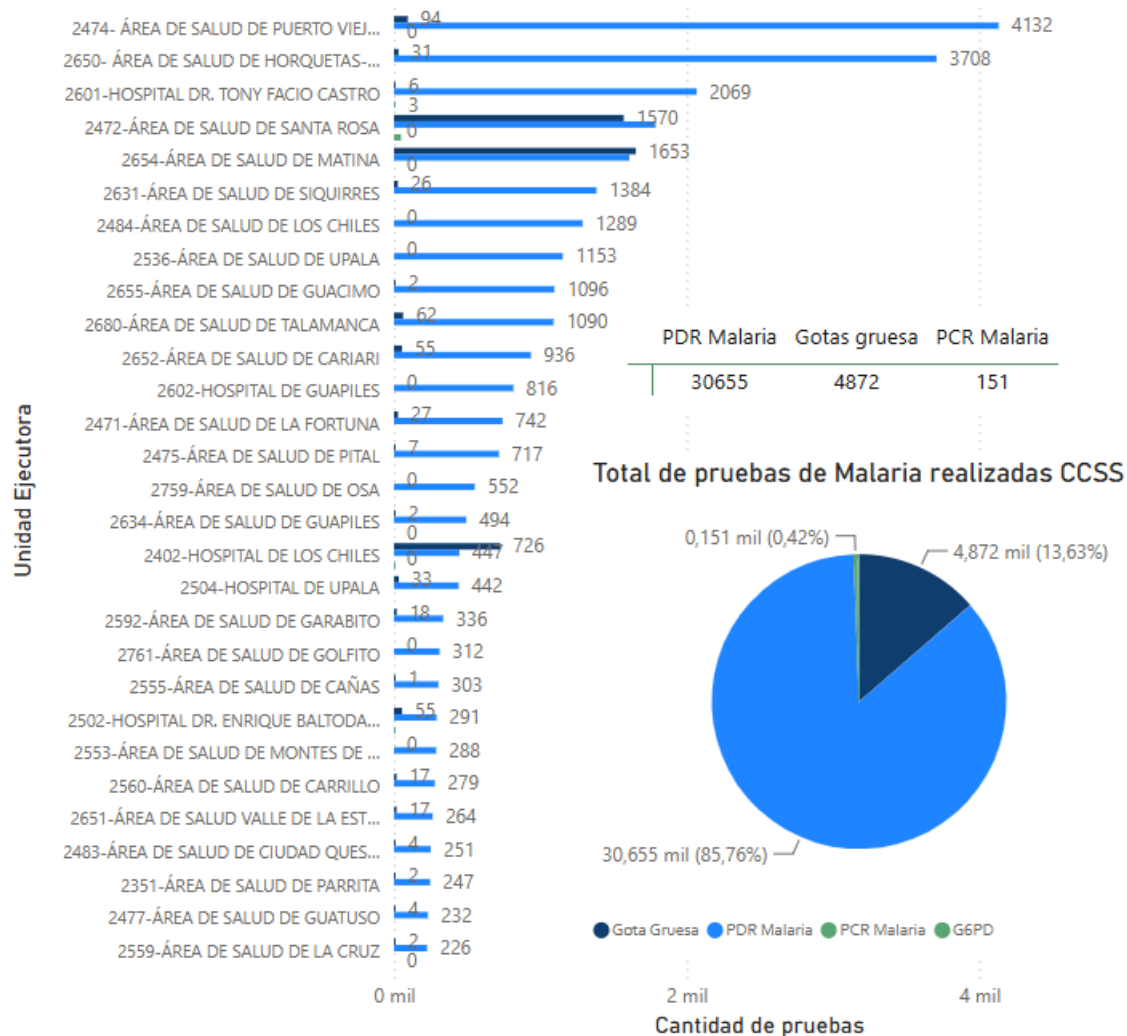
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 4.
Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 22.

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria ● G6PD



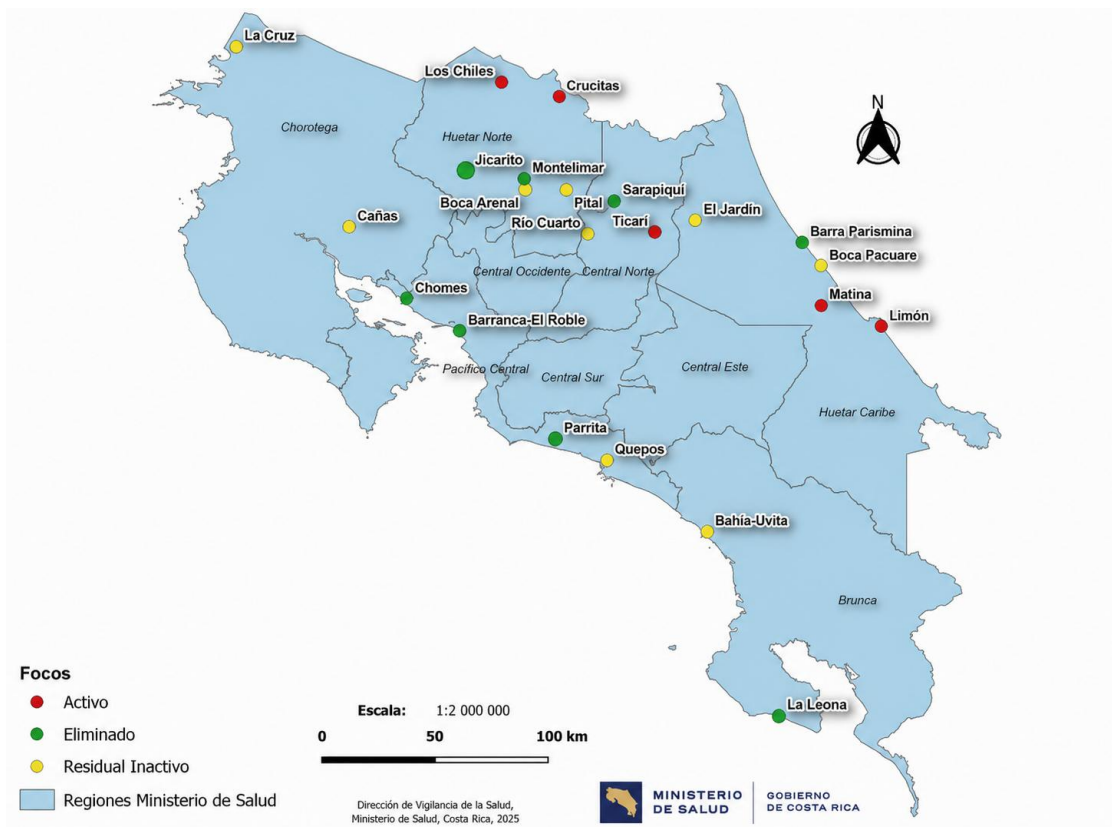
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social



Inventario de focos.

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 10 focos residuales inactivos y focos eliminados.

Figura 1.
Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico. Costa Rica, junio 2026.



Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Para que un foco sea declarado como residual inactivo debe transcurrir 1 año sin aparición de casos autóctonos, paralelamente, para que un foco sea declarado como eliminado, debe transcurrir 3 años sin transmisión autóctona del parásito.



Tabla 4.
Listado de focos de malaria por provincia, cantón y estado epidemiológico del foco. Costa Rica, diciembre 2025

Provincia	Cantón	Nombre del Foco	Estado
Alajuela	San Carlos	Pital	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Boca Arenal	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Monterrey	Eliminado
Alajuela	San Carlos	Crucitas - Llano Verde	Activo
Alajuela	Los Chiles	Los Chiles	Activo
Alajuela	San Carlos	Jicarito	Eliminado
Alajuela	Río Cuarto	Río Cuarto	Residual inactivo
Guanacaste	La Cruz	La Cruz	Residual inactivo
Guanacaste	Cañas	Cañas	Residual inactivo
Heredia	Sarapiquí	Sarapiquí	Eliminado
Heredia	Sarapiquí	Ticari	Activo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Activo
Limón	Siquirres	Barra de Parismina	Eliminado
Limón	Pococí	El Jardín	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Eliminado
Puntarenas	Golfito	La Leona	Eliminado
Puntarenas	Osa	Bahía Uvita	Residual inactivo

Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica.



Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19

A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 24 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 24 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia de la Salud No. 40556-S del 07 julio del 2017, son eventos de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de las IRAG, por medio de la boleta VE-01, se cuenta con los siguientes datos:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 24 son un total de 4600.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños de 1 a 4 años y en los mayores de 75 años.

Gráfico 1.

Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 24, en Costa Rica, 2026.



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

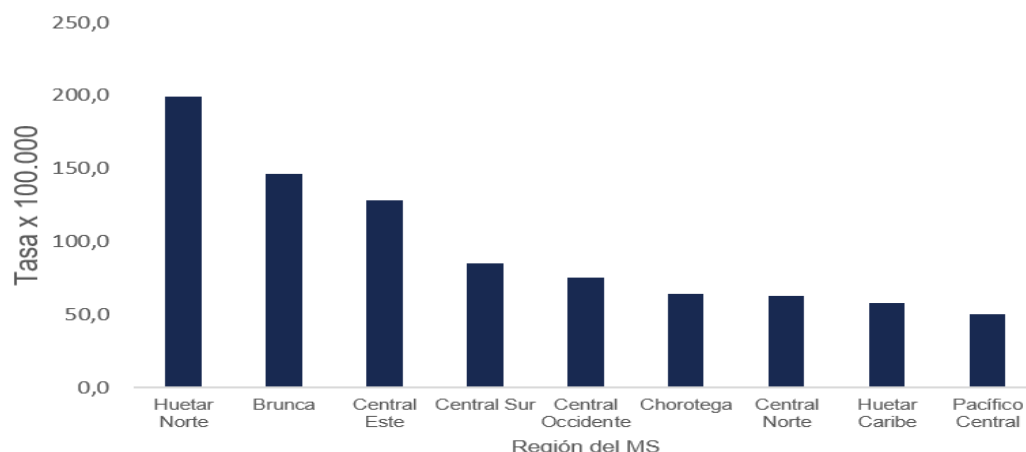


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 24, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Huetar Norte, la Brunca y la Central Este; las regiones con menor incidencia corresponden a la Chorotega, Central Occidente, Central Sur, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Caribe.

Gráfico 2.

Tasa de IRAG según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 24 del 2026, en Costa Rica.



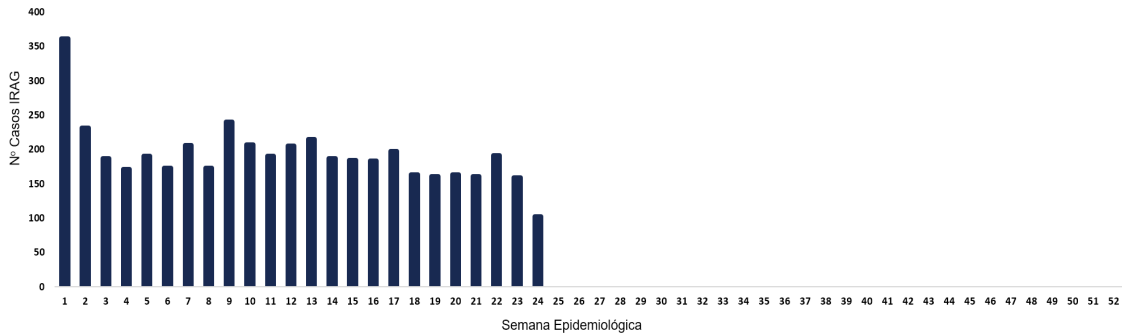
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-01 de IRAG, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 3; se puede observar el comportamiento de los casos a la semana epidemiológica 24 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 24, en Costa Rica, 2026.

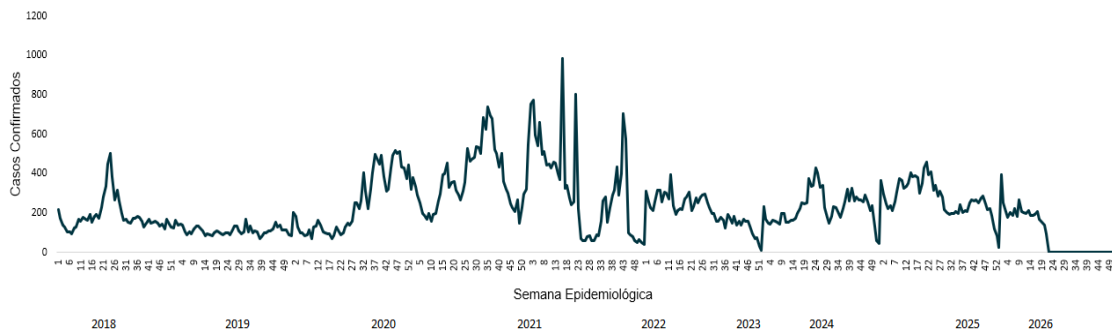


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAG, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 4.

Gráfico 4.

Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.

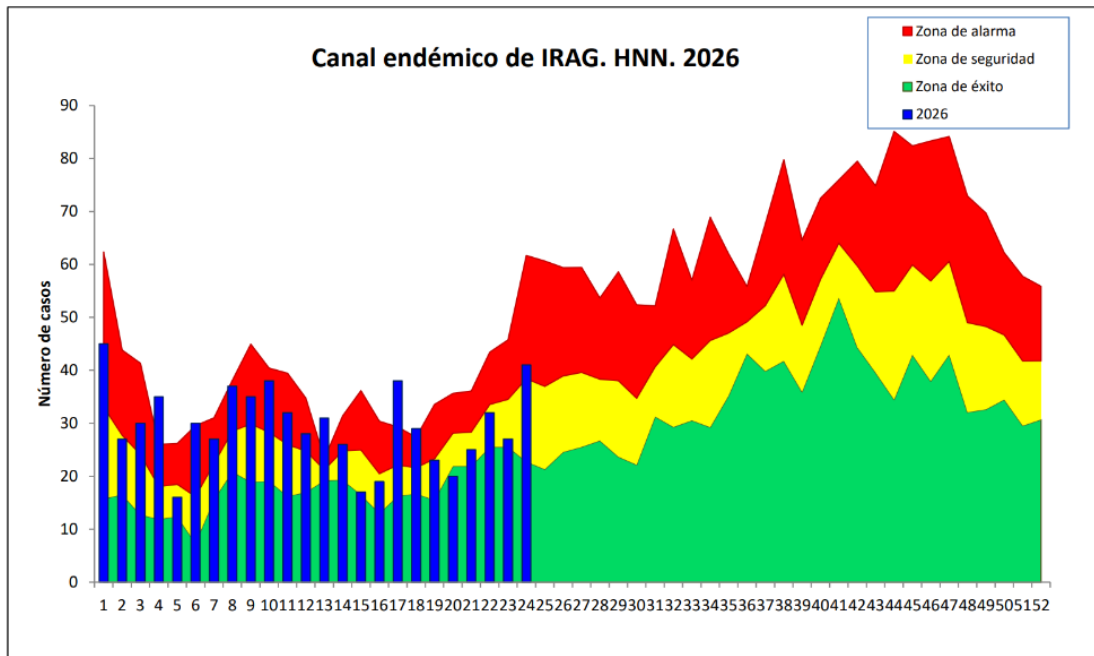


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

El HNN, para la SE-24 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de alarma, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.



Gráfico 5.
Costa Rica: Canal endémico IRAG, HNN, 2026



Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

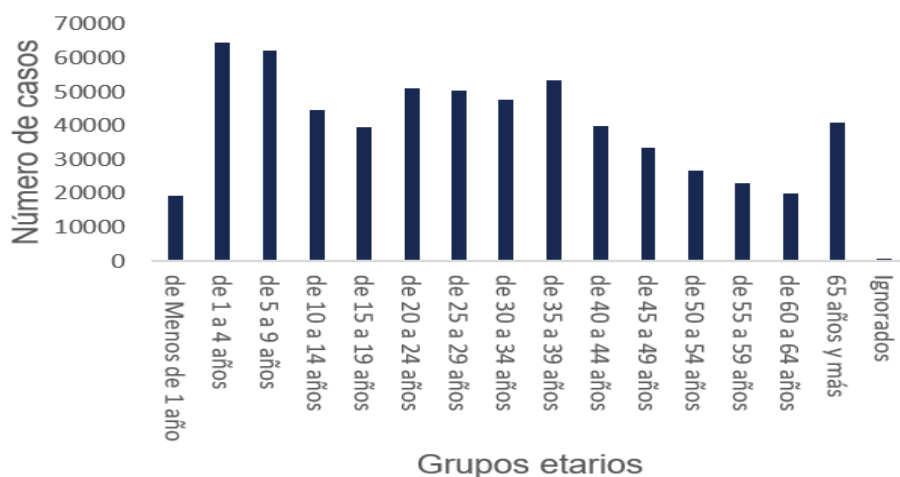
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 24 son 649865.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y niños entre 5 y 9 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 24, en Costa Rica, 2026.

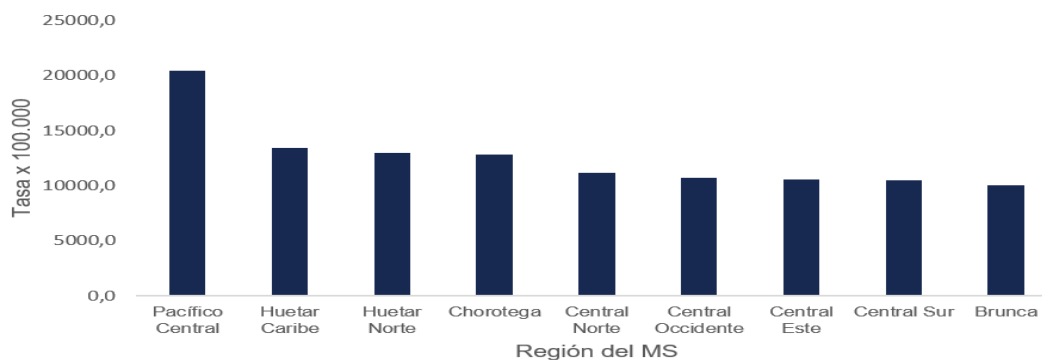


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 24, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.

Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 24 del 2026, en Costa Rica.



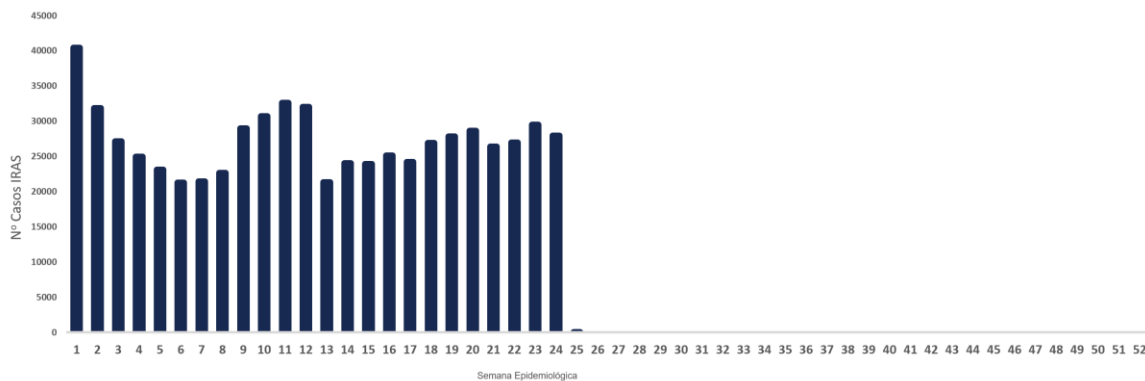
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de IRAS, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 8; se puede observar cómo los casos se han comportado en la semana epidemiológica 24 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 24, en Costa Rica, 2026.

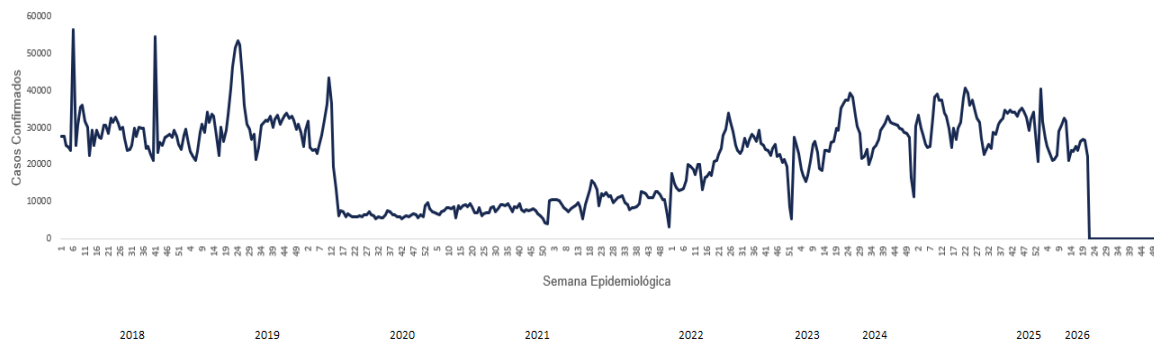


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAS, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 9.

Gráfico 9.

Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.

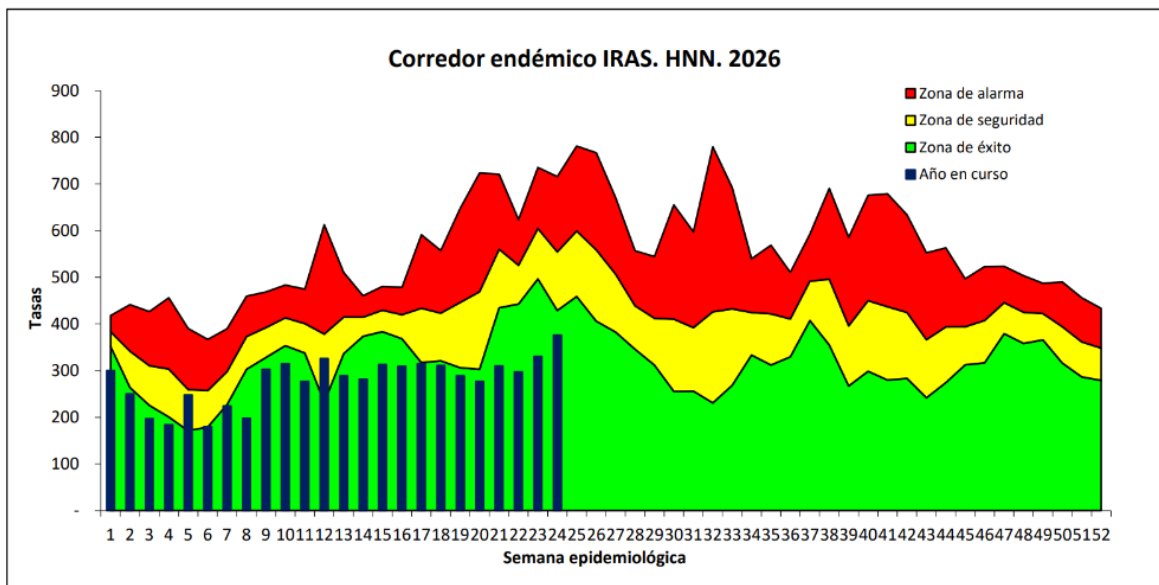


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 24 se encuentran en la zona de éxito actualmente.

Gráfico 10.
Costa Rica: Canal endémico IRAS. HNN. 2026.



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026

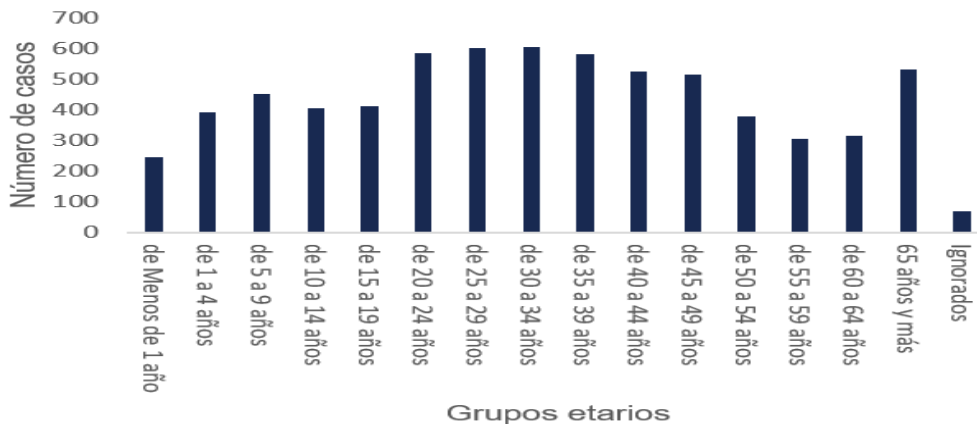
En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 24 son $n=7212$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 30 y 34 años.



Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 24, en Costa Rica, 2026.

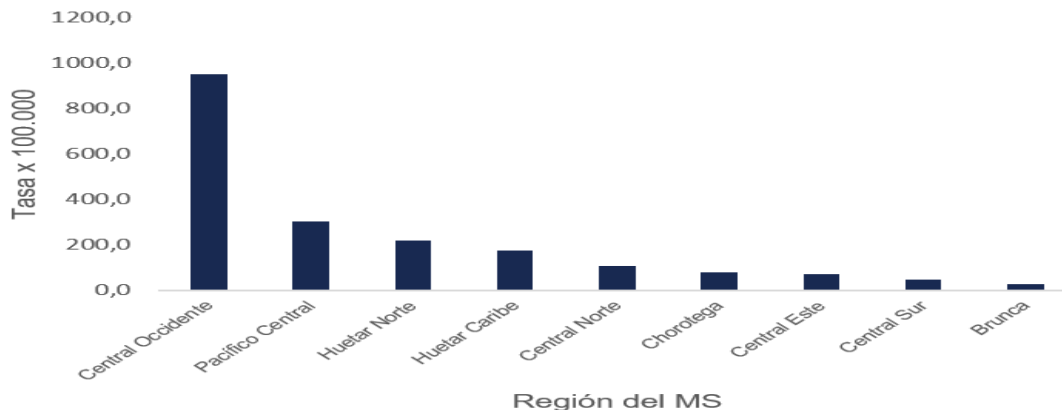


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 24, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Pacífico Central, Choroteга, Central Este, Central Sur, Huetar Norte, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.

Gráfico 12.

Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 24 del 2026, en Costa Rica.

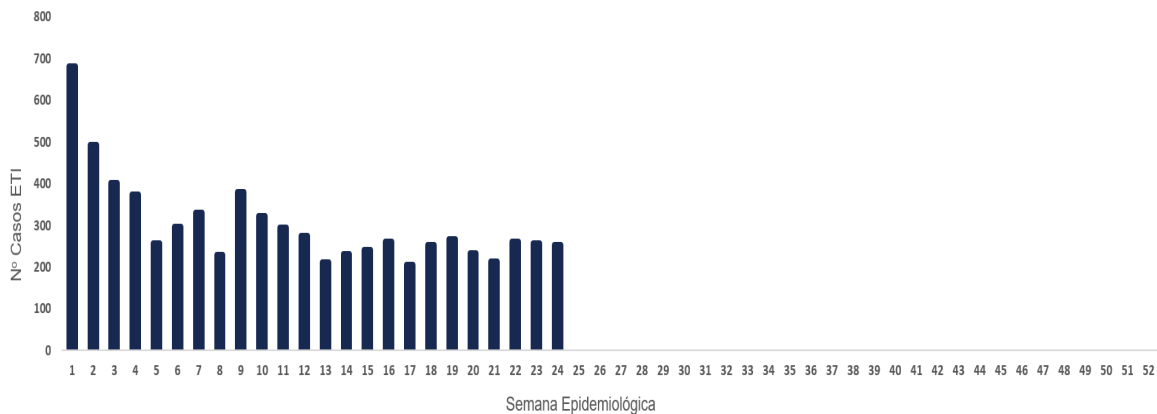


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de ETI, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 13; se puede observar cómo se han distribuido los casos en el año 2026.

Gráfico 13.
Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de ETI a la semana epidemiológica 24, en Costa Rica, 2026.



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

En relación con el histórico de casos de ETI, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 14.

Gráfico 14.
Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



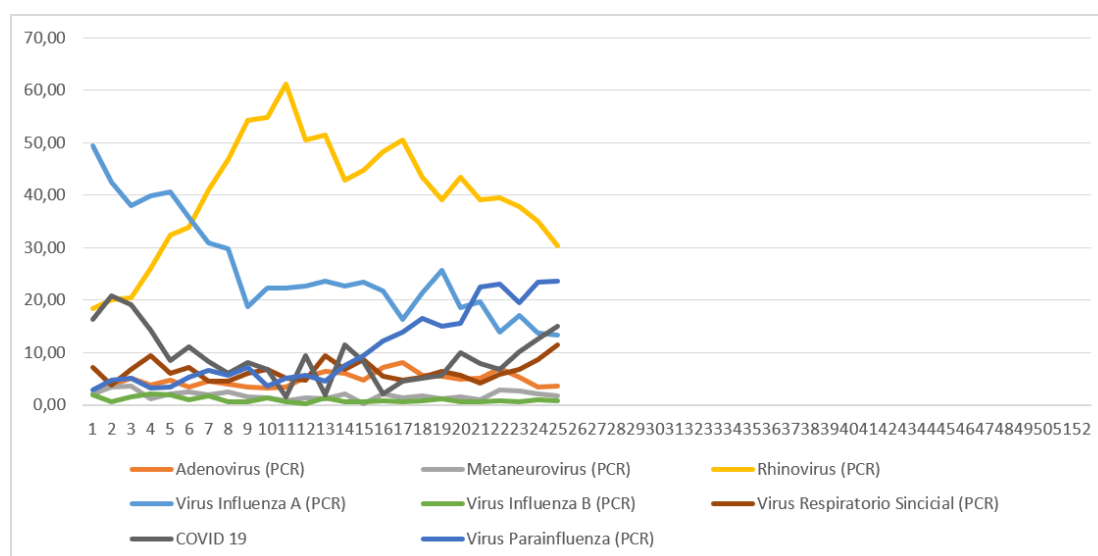
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 25 del 2026; para la SE-25, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Parainfluenza y finalmente el Covid-19 está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 25 en Costa Rica, 2026.



Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2026.

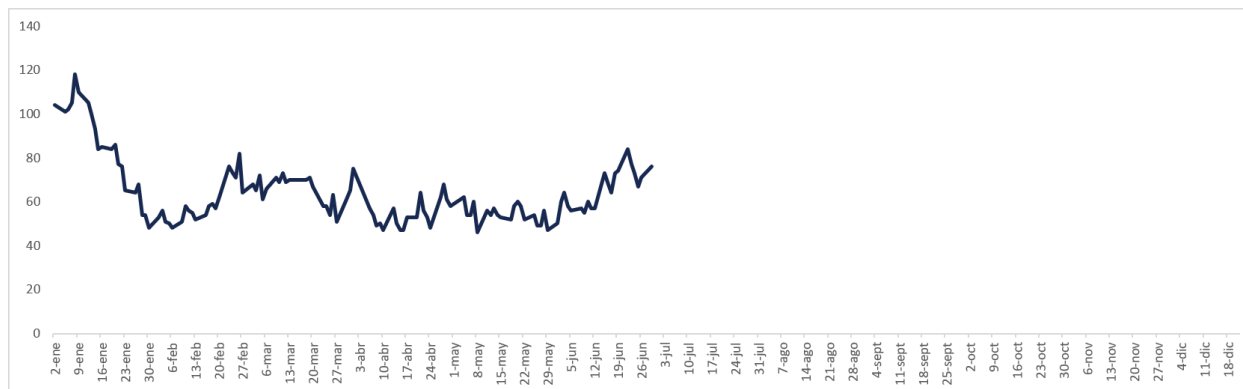
En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 29 de junio del año en curso, correspondiente a la semana 26, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 0, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 104%.



Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 25 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

Tabla 1.

Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-24. Año 2026.

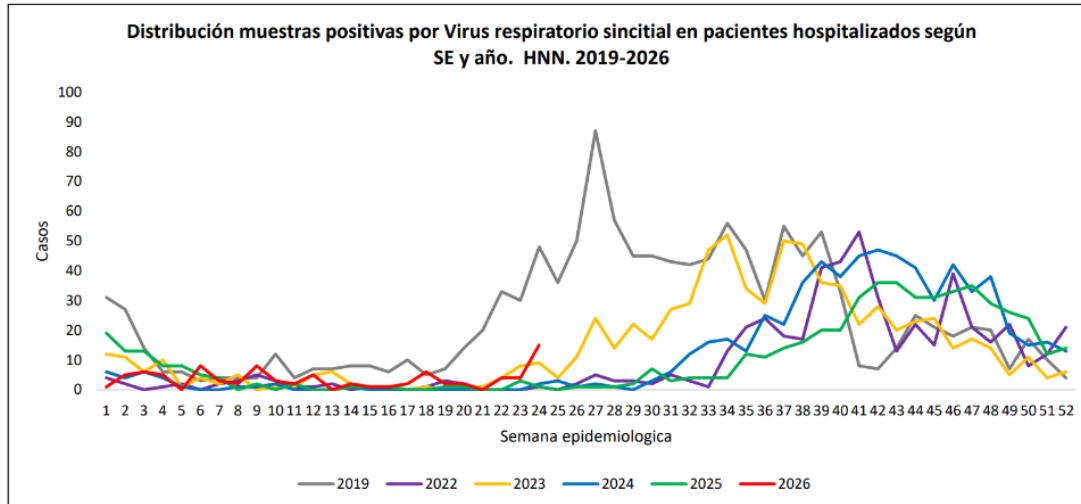
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	501	56.4
Adenovirus	103	11.6
Parainfluenza	101	11.4
Virus respiratorio sincitial	87	9.8
Influenza A-B	69	7.8
Metaneumovirus	14	2.2
SARS CoV-2	9	1.0
Coronavirus	5	0.6
Total	889	100.00%

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.



Gráfico 17.

Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2019-2026.

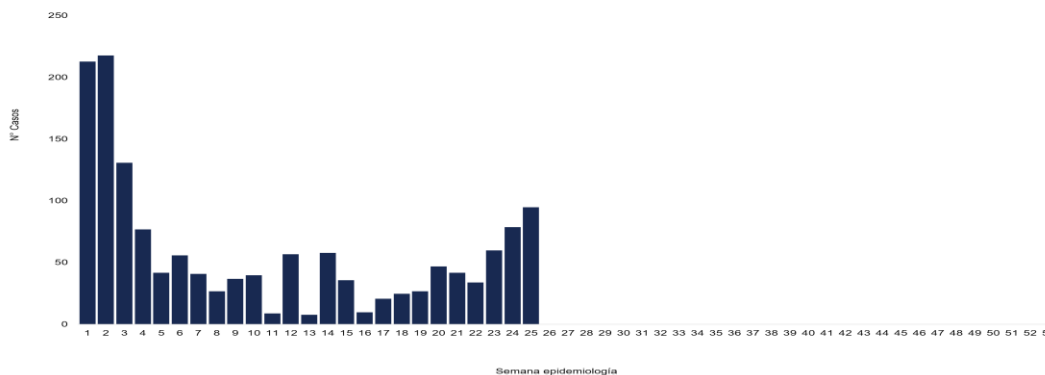


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 25, se reportaron un total de 95 casos confirmados, lo que representa un aumento del 20.25% con respecto a la SE-24 del año 2026 que presentó 79 casos.

Gráfico 18.

Costa Rica: Casos COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.



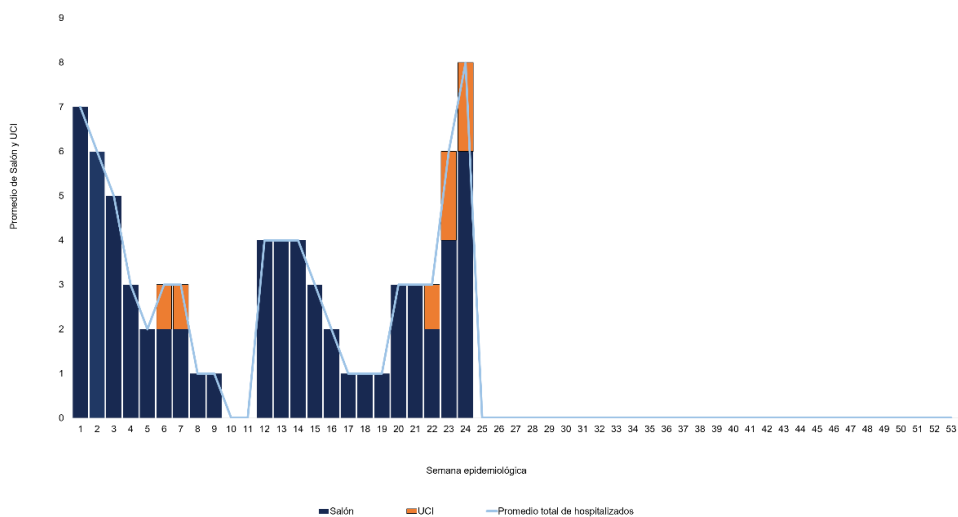
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 24, se reportó un promedio total de 8 hospitalizados (6 en salón general y 2 en UCI); en la SE-24, hubo un total de 6 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa un aumento del 50% con respecto a la SE-23; en UCI hubo 2 pacientes internados en promedio en la SE-23, lo que no representa ninguna diferencia porcentual con respecto a la SE-23.

Gráfico 19.

Costa Rica: Hospitalizaciones por Covid-19, según semana epidemiológica año 2026.



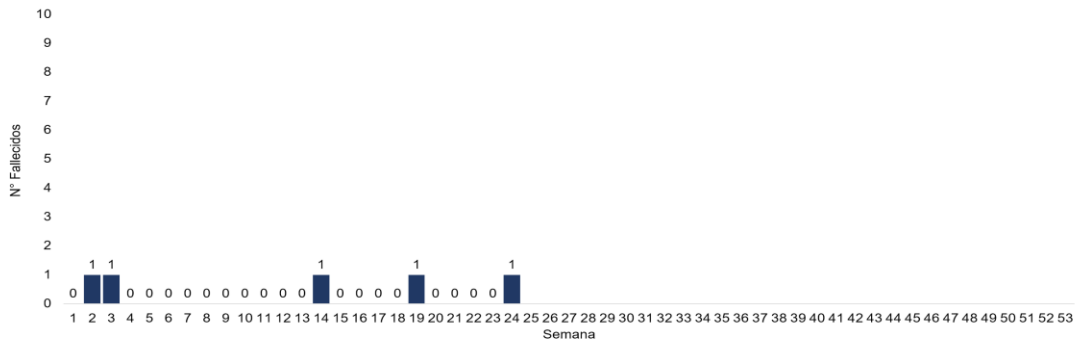
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 24, hubo un fallecido; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



Gráfico 20.

Costa Rica: Fallecidos por COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

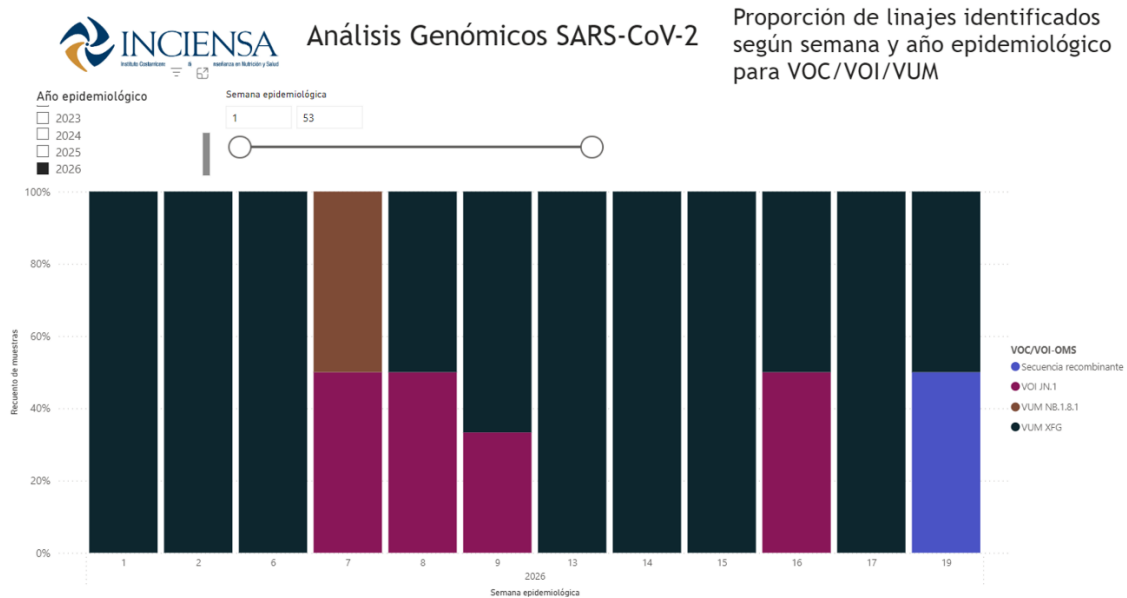
Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 29 de junio del 2026, se reporta lo siguiente.



Gráfico 21.

Costa Rica: Proporción de linaje identificados, para Variante de Preocupación (VOC) Ómicron, Variante de Interés (VOI) y Variantes Bajo Monitoreo (VUM), por semana epidemiológica SE 19 del 2026.



Fuente: Sistema de Información de INCIENSA, CCSS, DATOS Facultad de Microbiología UCR, actualizado en informe interactivo en Vigilancia genómica SARS-CoV-2 al 29 de junio del 2026.



Meningitis

La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica.

La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Ocasiona la muerte de una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo.

En Costa Rica, a la semana epidemiológica 24 del año 2026, se han reportado 109 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 103 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa un aumento del 5,8%. Sin embargo, en términos generales, ambos años presentan un patrón oscilante, sin una tendencia sostenida al aumento; sin embargo, 2026 evidencia una mayor concentración de casos en el segundo trimestre epidemiológico y picos más altos en comparación con 2025. Asimismo, a partir de la semana 5 se observa un aumento progresivo y más sostenido.

El comportamiento de los casos notificados de meningitis bacteriana durante las semanas epidemiológicas analizadas en 2025 y 2026 muestra un patrón fluctuante, sin evidencia de incrementos sostenidos que sugieran un brote a nivel nacional. En ambos años, los casos se mantuvieron con variaciones semanales entre 1 y 9 casos.

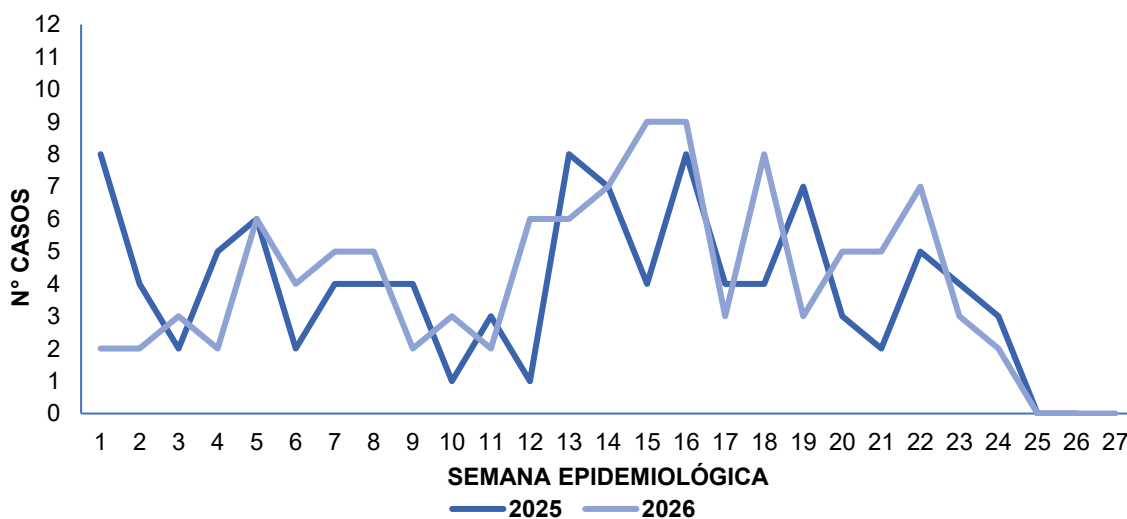
Para 2026, se observa una mayor concentración de casos entre las semanas epidemiológicas 13 y 22, en comparación con 2025, donde los principales picos se registraron en las semanas 13 y 16.

De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 24,8% (27/109), seguido de las regiones Central Este con el 18,3% (20/109) y región Chorotega con el 15,6% respectivamente (17/109).



Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 24, 2026



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

En la siguiente tabla se presentan los 15 cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más elevada (20,6), seguido por Aserrí, en la provincia de San José (11,1), y San Isidro en la provincia de Heredia (8,5).



Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según 15 cantones prioritarios, acumulado a la semana epidemiológica 24, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Monteverde	1	20,6
Aserrí	7	11,1
San Isidro	2	8,5
Liberia	5	6,1
Turrialba	4	5,9
Upala	3	5,2
Nicoya	3	5,1
Montes de Oca	3	4,9
Cartago	8	4,9
Paraíso	3	4,9
El Guarco	2	4,4
Talamanca	2	4,3
Naranjo	2	4
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9

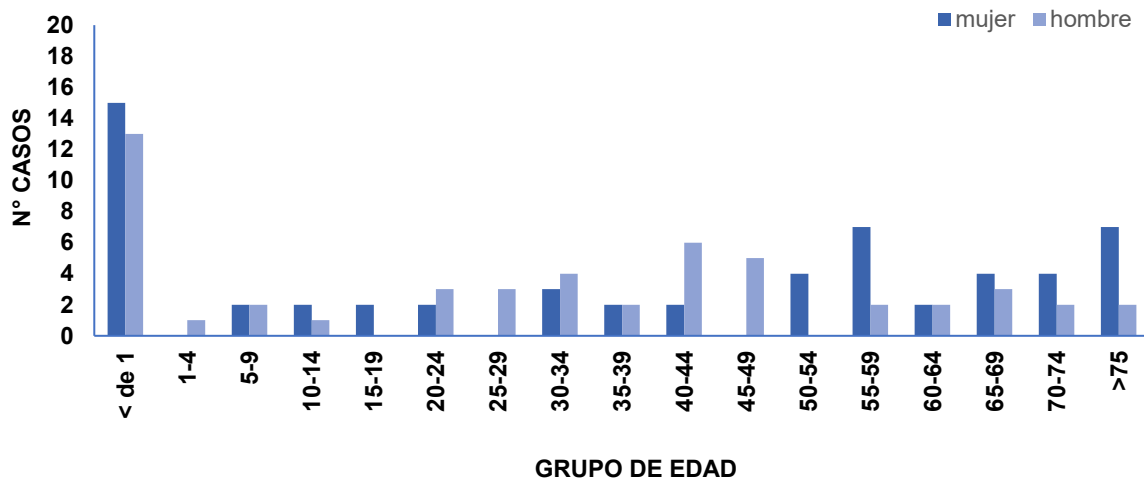
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 46,7% (51/109) corresponde a hombres y el 53,2 (58/109) a mujeres. El 25,6% (28/109) de los casos corresponde a menores de 1 año.



Gráfico 2.

Costa Rica: Casos notificados por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 24, 2026



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



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 29 de junio 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 24 del año 2026 se registran 237833 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para la SE 24 se presentan 7633 casos acumulados. Es importante considerar que los sistemas de vigilancia pueden presentar rezagos en la notificación y consolidación de información, particularmente en las semanas epidemiológicas más recientes, por lo que las cifras actuales son parcialmente subestimadas en al menos un 10%. Habitualmente, la consolidación de registros ocurre entre dos y tres semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

El comportamiento observado se mantiene dentro del patrón estacional esperado para este evento, caracterizado por fluctuaciones asociadas a factores ambientales-climáticos y conductuales. Entre estos factores destacan las variaciones en la, las condiciones de manipulación y conservación de alimentos, la calidad y disponibilidad del agua, así como los patrones de movilidad, interacción social y consulta de la población relacionados con el desarrollo de actividades educativas, laborales y recreativas.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-24, el comportamiento de EDA se mantiene dentro de los rangos observados en los últimos años, los cuales han presentado una elevada carga de casos. Este comportamiento debe interpretarse considerando las mejoras en la sensibilidad y cobertura del sistema de vigilancia del evento, que han contribuido a una mayor captación y notificación de casos. En este contexto, aunque se observan fluctuaciones y desviaciones temporales en la tendencia, estas se mantienen dentro de los patrones esperados para el comportamiento histórico reciente del evento.

No obstante, la EDA continúa bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con seguimiento permanente de su tendencia temporal, distribución territorial y brotes



asociados, con el fin de detectar oportunamente cualquier cambio relevante en su comportamiento epidemiológico.

Contexto climático 2026 y EDA

El fenómeno El Niño puede influir en la cantidad de casos de diarrea al modificar las lluvias, las temperaturas y las condiciones ambientales que afectan el agua y los alimentos.

Al comparar las semanas epidemiológicas (SE) 1 a la 22 se observa que los años con condiciones con tendencia a La Niña (2023 y 2025), asociados a períodos más lluviosos, presentan en general menor cantidad de casos de EDA, con valores aproximados entre 6 000 y 9 000 casos semanales.

En contraste, los años con condiciones con tendencia a El Niño (2024 y 2026), asociados a períodos más cálidos y secos, muestran una mayor cantidad de casos, alcanzando frecuentemente entre 9 000 y 12 000 casos semanales.

Particularmente, el año 2024 presentó los valores más altos durante la mayoría de las semanas analizadas, destacando la SE-14 con 13 124 casos y la SE-15 con 12 774 casos. Por su parte, el año 2026 también muestra valores elevados y sostenidos, como en la SE-14 (12088 casos) y SE-15 (12103 casos), aunque inferiores a los máximos observados en 2024.

En términos generales, los años asociados a condiciones climáticas más cálidas tienden a presentar una mayor carga de EDA, observándose diferencias que en algunas semanas epidemiológicas superan el 30% en comparación con años caracterizados por condiciones más lluviosas. Asimismo, considerando el rezago habitual de aproximadamente dos semanas en la notificación y consolidación de los casos, se espera un incremento adicional de aproximadamente el 10% en el número de casos reportados para la SE 24 conforme se complete el proceso de registro de la información.

El aumento de casos observado durante el 2026 podría estar asociado a diversos factores ambientales y conductuales. Las temperaturas más cálidas favorecen la proliferación y supervivencia de bacterias, virus y otros microorganismos en los



alimentos y el agua, acelerando además la descomposición de productos perecederos cuando no se mantienen en condiciones adecuadas de conservación y refrigeración.

Asimismo, las variaciones en la disponibilidad y calidad del agua pueden incrementar el riesgo de contaminación microbiológica, especialmente en comunidades con limitaciones en el acceso a agua segura o durante periodos de corte del servicio de los sistemas de abastecimiento.

A estos factores se suman prácticas inadecuadas de higiene, como el lavado insuficiente de manos antes de preparar alimentos, comer o después de utilizar servicios sanitarios, así como deficiencias en la manipulación, almacenamiento y preparación de alimentos, que favorecen la contaminación cruzada y la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades diarreicas.

En conjunto, estas condiciones pueden contribuir a un aumento en la contaminación alimentaria y del agua, incrementando el riesgo de EDA en la población.

El monitoreo de las condiciones climáticas de El Niño se mantiene a fin de anticipar posibles aumentos de diarreas y fortalecer las acciones de prevención y vigilancia en salud pública.

Canal endémico EDA

Los datos presentados son preliminares y se encuentran en proceso de validación, por lo que podrían realizarse ajustes posteriores que modifiquen la posición observada dentro del canal endémico.

El canal endémico de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se clasifica en tres zonas de comportamiento: zona de éxito (verde), zona de seguridad (amarillo) y zona de alerta (rojo), construidas a partir de los límites históricos esperados para este evento. La línea morada representa el comportamiento observado durante el año 2026.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE 24, el comportamiento de la EDA muestra un incremento sostenido respecto a



los valores esperados para varias semanas epidemiológicas (línea morada), observándose que la serie correspondiente al año 2026 se ubica transitoriamente por encima del límite superior del canal endémico e ingresa a la zona de alerta, conforme se estabilizan los datos de notificación de las últimas semanas.

Los valores más elevados se registran aproximadamente entre las semanas epidemiológicas 12-15-18 y 22. No obstante, este comportamiento debe interpretarse considerando la variabilidad histórica del evento y el contexto epidemiológico reciente, en el que años previos asociados a condiciones climáticas más cálidas también han presentado incrementos similares en la incidencia de diarreas.

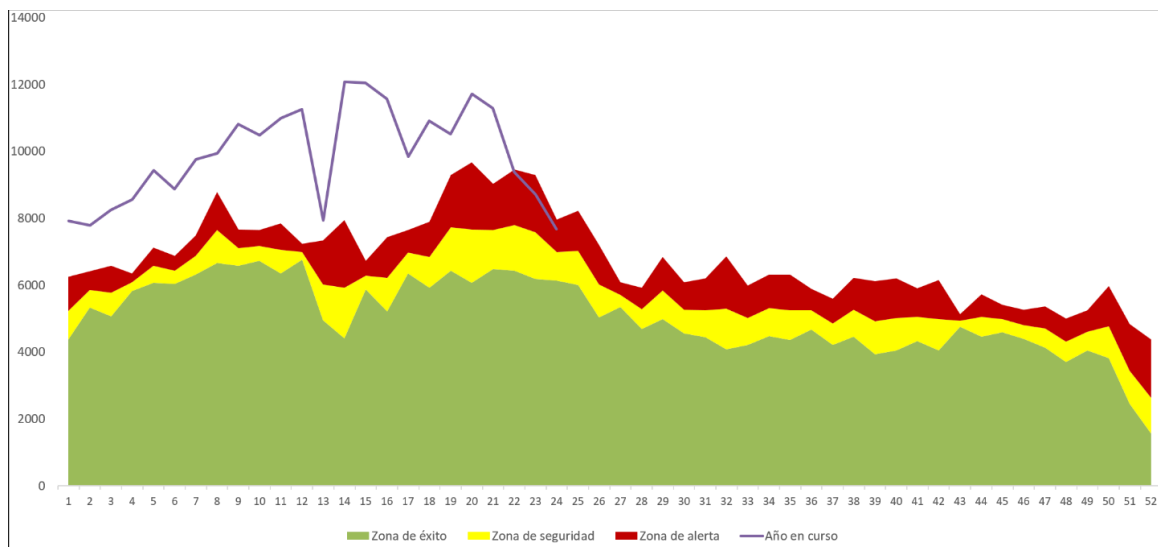
Si bien actualmente no existe evidencia suficiente para considerar una situación epidémica nacional generalizada, sí se observa un aumento relevante de casos y brotes que amerita vigilancia epidemiológica intensificada y seguimiento continuo.

En consecuencia, el evento se mantiene bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con monitoreo continuo de la tendencia nacional y territorial, así como de los brotes asociados, a fin de detectar oportunamente conglomerados, brotes o desviaciones significativas respecto al comportamiento histórico observado.



Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 24. Años 2018- 2026 *



*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2022 por hackeo de la CCSS.
Fuente: Datos preliminares, Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican cantones con tasas de incidencia significativamente superiores al promedio nacional, destacando principalmente Orotina (8 481,2 por 100 000 habitantes), Vásquez de Coronado (7 943,3), Flores (7 895,9), Mora (7 600,9), San José (7 576,0), Montes de Oro (7 386,0), Esparza (7 218,3), Puntarenas (7 120,0), Goicoechea (6 941,0), San Rafael de Heredia (6 922,3) y Alajuelita (6 904,5). También sobresalen Santa Cruz (6 292,3), Cañas (6 248,5), Garabito (6 102,7), Nandayure (5 958,2), Naranjo (5 893,7), Quepos (5 695,9), Matina (5 611,6), Tarrazú (5 512,3), El Guarco (5 291,5), Abangares (5 153,5), Alajuela (5 140,7), Turrialba (5 011,3), San Mateo (4 987,1) y Aserrí (4 944,4), los cuales presentan algunas de las tasas más elevadas observadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como San Carlos (4 861,3), Parrita (4 825,2), Barva (4 813,5), Santo Domingo (4 715,1), Zarcero (4 709,6), Desamparados (4 636,7), Moravia (4 498,9), Belén (4 487,9), Guatuso (4 481,4), Atenas (4 322,4), Guácimo



(4 213,5), Upala (4 211,6), Puerto Jiménez (4 041,6), Cartago (4 036,8), León Cortés (4 020,1) y Heredia (4 018,4) también muestran tasas elevadas, evidenciando la persistencia de focos territoriales con alta incidencia de enfermedad diarreica aguda (EDA).

Si bien algunos de estos cantones no coinciden de forma consistente con los territorios históricamente priorizados, sí evidencian focos actuales de elevada incidencia, lo que respalda la necesidad de fortalecer el seguimiento epidemiológico focalizado y profundizar el análisis de los determinantes locales asociados al comportamiento del evento.

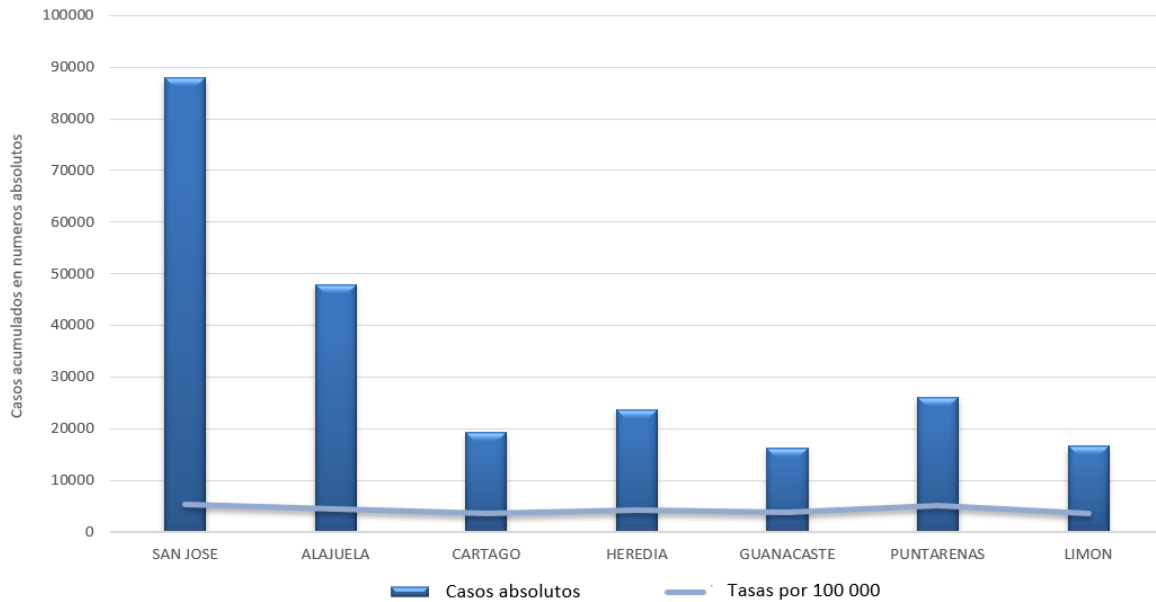
Se observa un predominio territorial importante en la provincia de Heredia, particularmente en los cantones de Flores (7 895,9), San Rafael (6 922,3), Barva (4 813,5), Santo Domingo (4 715,1) y Belén (4 487,9), todos con tasas superiores al promedio provincial (4 301,6 por 100 000 habitantes). Asimismo, destacan varios cantones de las regiones Pacífico Central y Chorotega, como Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Garabito, Quepos, Santa Cruz, Nandayure, Cañas y Abangares, caracterizados por tasas elevadas que podrían estar asociadas a factores ambientales, movilidad poblacional, actividad turística y dinámicas propias de las zonas costeras.

De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos San José, Vásquez de Coronado, Mora, Goicoechea, Alajuelita, Aserrí, Desamparados y Moravia, donde la alta densidad poblacional, la movilidad urbana y la concentración de servicios podrían influir en los niveles de incidencia observados. En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registraron en San José (5 278,2 por 100 000 habitantes), Puntarenas (5 127,2) y Alajuela (4 429,1), seguidas por Heredia (4 301,6), Guanacaste (3 897,4), Limón (3 624,9) y Cartago (3 614,4). Estas provincias concentran una importante carga territorial del evento y se caracterizan por la presencia de centros urbanos densamente poblados, corredores turísticos, territorios costeros y zonas con alta movilidad de personas. Aunque Limón y Cartago presentan las tasas provinciales más bajas durante el periodo analizado, continúan aportando una proporción importante de casos al comportamiento nacional de la enfermedad.



Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 24, 2026



Fuente: Datos preliminares. Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

La distribución por grupos de edad muestra un patrón bimodal en la afectación de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), caracterizado por una elevada incidencia tanto en la población infantil menor de 5 años como en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se observaron en el grupo de 20 a 24 años, con 7 883,3 casos por 100 000 habitantes, seguido por la población de 25 a 29 años (7 115,5), el grupo de 1 a 4 años (6 991,8), los menores de 1 año (6 514,5), las personas de 35 a 39 años (6 098,6) y el grupo de 30 a 34 años (5 870,2).

Este comportamiento evidencia una importante carga del evento tanto en la niñez temprana como en la población adulta joven y económicamente activa. En el caso de los menores de cinco años, la mayor susceptibilidad biológica, la inmadurez del sistema inmunológico y la exposición a entornos de cuidado colectivo podrían contribuir a las altas tasas observadas. Por su parte, en los adultos jóvenes, la mayor movilidad poblacional, la exposición ocupacional, el consumo de alimentos fuera del hogar y la interacción en múltiples entornos sociales podrían favorecer la transmisión de agentes causantes de EDA.



A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas de incidencia, pasando de 4 294,9 casos por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 2 102,0 en las personas de 65 años y más. Este descenso sugiere una menor exposición a determinados factores de riesgo o posibles diferencias en los patrones de consulta y utilización de los servicios de salud según la edad.

Desde la perspectiva de salud pública, los resultados confirman que la EDA continúa afectando de manera desproporcionada a los grupos más vulnerables y a la población en edades productivas. En total, se registraron 3235 casos en menores de 1 año, 14 546 casos en población de 1 a 4 años, 29 847 casos en el grupo de 20 a 24 años, 29 341 casos en el grupo de 25 a 29 años, 25 341 casos en el grupo de 30 a 34 años y 26 733 casos en el grupo de 35 a 39 años. Por lo anterior, resulta prioritario fortalecer las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y promoción de prácticas seguras de higiene, calidad del agua e inocuidad de los alimentos, con particular atención en los menores de cinco años y en los adultos jóvenes entre 20 y 39 años, quienes concentran las mayores tasas de incidencia observadas a nivel nacional.

Recomendaciones a la población

Ante el aumento sostenido de casos de EDA y la ocurrencia de brotes asociados a alimentos y agua contaminada, el Ministerio de Salud recuerda a la población que este tipo de eventos pueden presentarse en diferentes establecimientos de servicios de alimentos, actividades masivas o entornos comunitarios, especialmente en períodos de altas temperaturas y lluvias variables y contacto con personas enfermas.

Se recomienda acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de presentar síntomas como: diarrea, vómitos, dolor abdominal, fiebre, náuseas, deshidratación, presencia de sangre en heces, o síntomas gastrointestinales posteriores al consumo de alimentos o agua sospechosa.

Asimismo, se insta a la población a denunciar ante el Ministerio de Salud aquellos establecimientos donde: varias personas enfermen posterior al consumo de alimentos, se observen alimentos en mal estado o con deterioro evidente, existan malas prácticas de manipulación de alimentos, deficiencias de higiene, problemas



de refrigeración, contaminación cruzada, o incumplimientos de la normativa sanitaria vigente.

La notificación temprana por parte de la población permite activar oportunamente las investigaciones epidemiológicas, reducir riesgos y prevenir nuevos casos asociados a brotes alimentarios.

El Ministerio de Salud recuerda la importancia de:

- Mantener un adecuado lavado de manos,
- Consumir agua segura,
- Verificar la correcta cocción y conservación de los alimentos,
- Evitar el consumo de productos de origen dudoso o en condiciones inadecuadas.

Conclusión EDA

Resulta esencial reforzar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, así como la promoción de prácticas adecuadas de higiene personal, la manipulación segura de alimentos y la correcta cocción de estos, como medidas fundamentales para la prevención de la EDA.

Estas acciones adquieren especial relevancia ante la persistencia de casos de diarrea aguda reportados por el sistema de salud, tanto de origen viral como bacteriano, los cuales continúan representando una carga significativa para la salud pública, particularmente en los territorios con mayor incidencia y carga acumulada del evento.

En este contexto, cobra especial importancia la aplicación rigurosa del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), el cual orienta la investigación oportuna de casos y brotes, incluyendo el uso de flujogramas específicos según la etiología probable. El fortalecimiento de las actividades de vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta inmediata ante alertas locales son elementos clave para contener la transmisión, identificar factores de riesgo y reducir la carga de enfermedad en las comunidades más afectadas.



Infecciones de transmisión sexual

La notificación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de carácter obligatorio, según lo establecido en el Decreto N.º 40556-S. En este marco, la vigilancia epidemiológica semanal de las ITS constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control.

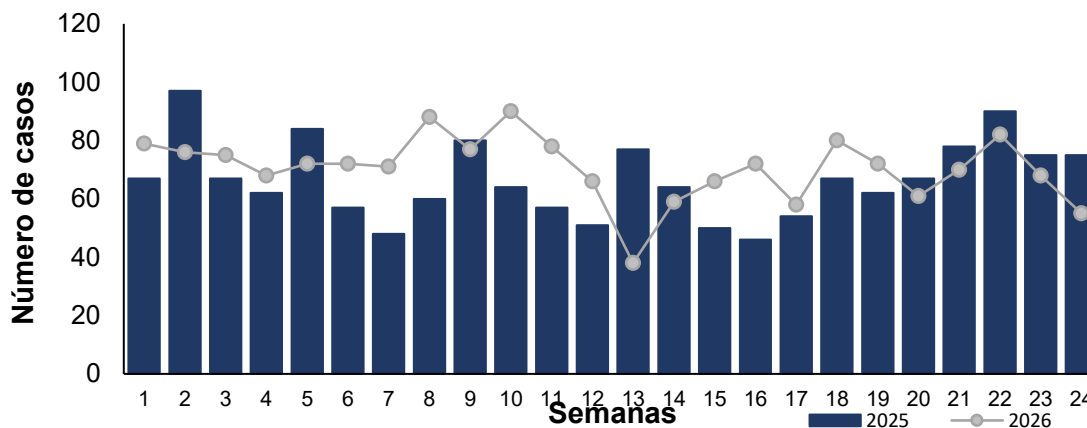
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple durante las primeras veinticuatro semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

En 2026 se han notificado 1.696 casos, mientras que para el mismo periodo de 2025 se registraron 1.302, lo que representa 394 casos más y un aumento de 30,26 %. Este incremento refleja una tendencia al alza en la notificación de sífilis en todas sus formas. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en los años 2025 y 2026

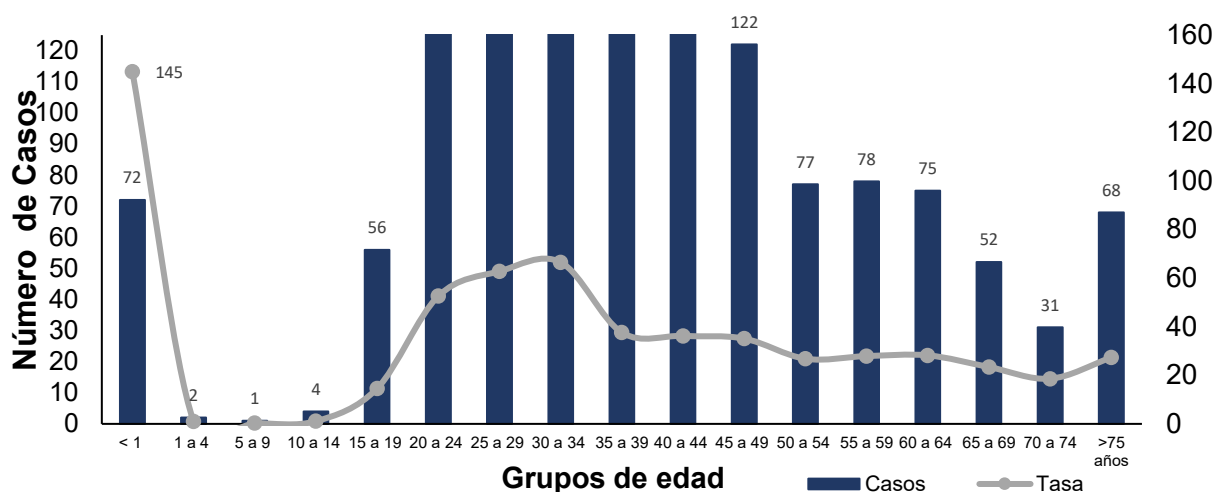


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente. Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.



Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 24 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Los casos se concentran principalmente en personas adultas jóvenes. Entre los 20 y 49 años se acumulan 1.180 casos, lo que representa cerca del 70 % del total notificado. El grupo de 30 a 34 años presenta la mayor cantidad de casos y la tasa más alta entre las personas adultas, con 287 casos y una tasa de 66,5 por 100.000 habitantes; le siguen los grupos de 25 a 29 años y de 20 a 24 años.

También merece especial atención la situación en menores de un año, en quienes se notifican 72 casos y una tasa de 145 por 100.000 habitantes. Este hallazgo es prioritario por su posible relación con sífilis congénita, una condición prevenible mediante una atención prenatal oportuna e integral. Entre los factores que pueden contribuir se encuentran la captación prenatal tardía, el tamizaje insuficiente o realizado fuera de tiempo, el tratamiento incompleto de la gestante y la reinfección durante el embarazo. Además, la movilidad humana y la migración pueden generar dificultades de acceso, continuidad del control prenatal y seguimiento clínico. Por ello, es fundamental mantener y reforzar el tamizaje oportuno, el tratamiento



inmediato y completo, así como la continuidad de la atención para todas las gestantes.

Del total, 1.008 casos corresponden a hombres (59,4 %), con una tasa de 38,7, mientras que las mujeres registran 688 casos (40,6 %) y una tasa de 26,3. La tasa en hombres es aproximadamente 1,5 veces mayor que la observada en mujeres, evidenciando una mayor carga de enfermedad en la población masculina.

Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 24 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	1696	32,5
San José	712	42,7
Alajuela	243	22,4
Cartago	198	37,1
Heredia	123	22,3
Guanacaste	59	14,1
Puntarenas	108	21,2
Limón	253	55,3

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

A la semana epidemiológica 24 de 2026, Costa Rica registra 1.696 casos de sífilis en todas sus formas, con una tasa nacional de 32,5 por 100.000 habitantes. San José concentra la mayor cantidad de casos, con 712 notificaciones, equivalentes al 42,0 % del total nacional, y una tasa de 42,7, superior al promedio del país. No obstante, Limón presenta la tasa más alta, con 55,3 por 100.000 habitantes y 253 casos, seguido de San José y Cartago, cuya tasa alcanza 37,1.

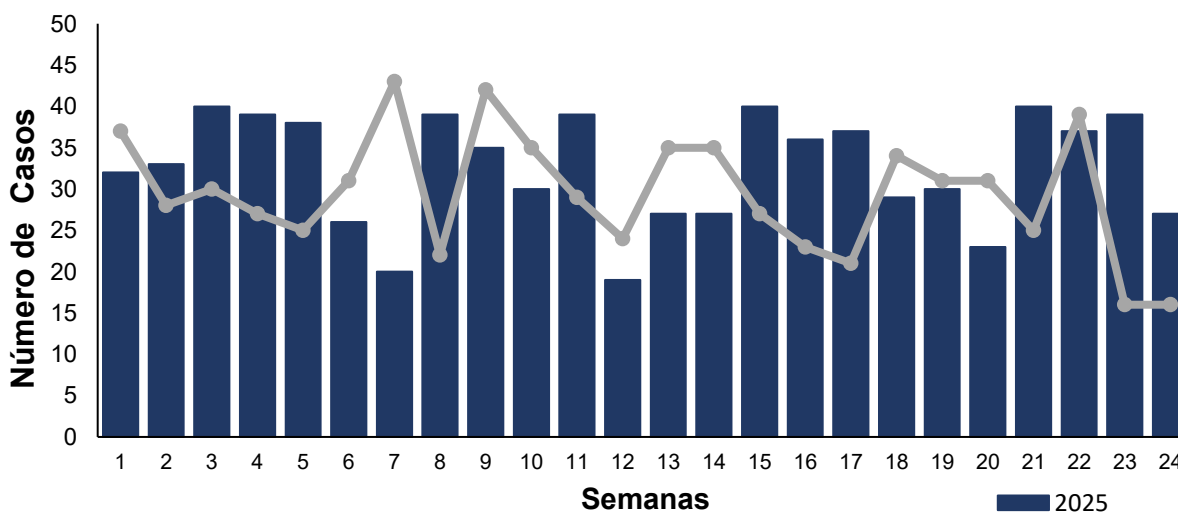


Infección por Gonorrea

El acumulado de casos de gonorrea en 2026 asciende a 706 casos, en comparación con 637 casos registrados en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 69 casos y una variación relativa de 10,83 %. Este comportamiento confirma una tendencia ascendente sostenida en la notificación del evento, con una carga superior a la observada el año anterior. Si bien el aumento puede asociarse tanto a una mayor transmisión como a mejoras en la captación diagnóstica y la notificación, lo que nos orienta a seguir reforzando las acciones de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado de los casos y sus parejas sexuales.

Gráfico 3

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, en los años años 2025 y 2026



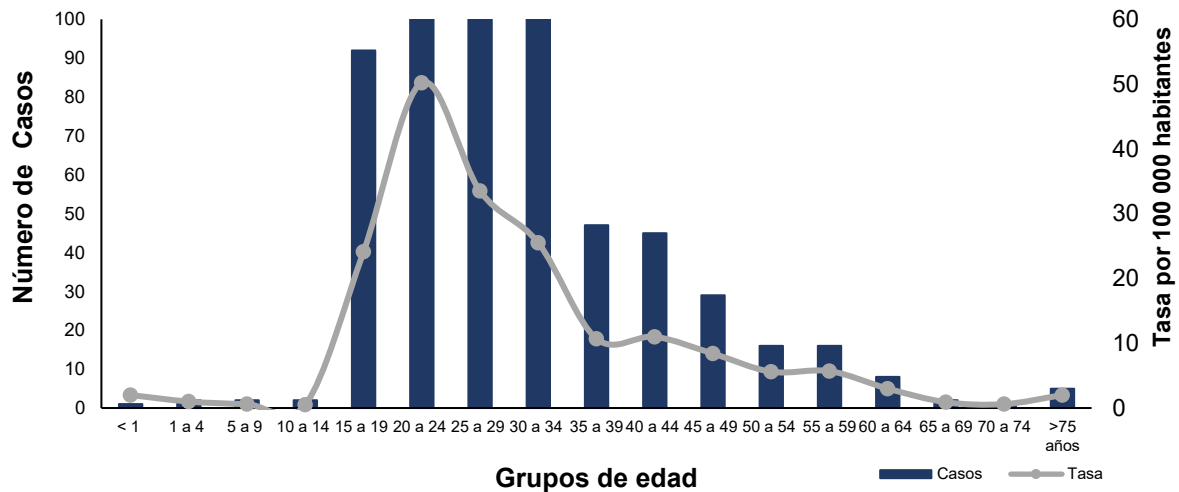
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 202



Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 24 semanas del año 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Para la semana epidemiológica 24 de 2026, la gonorrea mantiene una concentración clara en adolescentes y personas adultas jóvenes. El grupo de 20 a 24 años presenta la mayor afectación, con 190 casos y la tasa más alta del período (50,2 por 100.000 habitantes), seguido por las personas de 25 a 29 años con 138 casos y tasa de 33,5, y de 30 a 34 años con 110 casos y tasa de 25,5. En conjunto, los grupos de 15 a 34 años acumulan 530 casos, equivalentes al 75,1 % de los 706 casos notificados, lo que confirma que la transmisión se concentra principalmente en población joven y sexualmente activa.

A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva en el número de casos y tasas, aunque la notificación persiste en todos los grupos de edad. Los casos registrados en menores de 15 años son pocos, pero requieren especial atención y verificación clínica, epidemiológica y de laboratorio, dada su relevancia para identificar posibles vías de transmisión y situaciones de vulnerabilidad.



Se observa un predominio marcado de casos de gonorrea en población masculina, con 610 casos, equivalentes al 86,4 % del total, y una tasa de 23,4 por 100.000 habitantes. En contraste, las mujeres registran 96 casos (13,6 %) y una tasa de 3,7 por 100.000 habitantes. La tasa masculina es aproximadamente 6,3 veces mayor que la femenina, lo que evidencia una afectación desproporcionada en hombres. Este patrón puede estar relacionado con diferencias en las redes de transmisión, presentación clínica y captación de casos.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 23 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	706	13.5
San José	316	19.0
Alajuela	78	7.2
Cartago	53	9.9
Heredia	65	11.8
Guanacaste	28	6.7
Puntarenas	78	15.3
Limón	88	19.2

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Se notifican 706 casos de gonorrea, para una tasa nacional de 13,5 por 100.000 habitantes. San José concentra la mayor cantidad de casos, con 316 notificaciones (44,8 % del total), y presenta una tasa de 19,0, superior al promedio nacional. No obstante, Limón registra la tasa más alta del país, con 19,2 por 100.000 habitantes, pese a contar con un menor número absoluto de casos (88), lo que refleja una afectación proporcionalmente mayor en su población. Puntarenas también mantiene una carga relevante, con 78 casos y una tasa de 15,3, ubicándose por encima de la tasa nacional. En conjunto, San José, Limón y Puntarenas concentran cerca del 68 % de los casos.

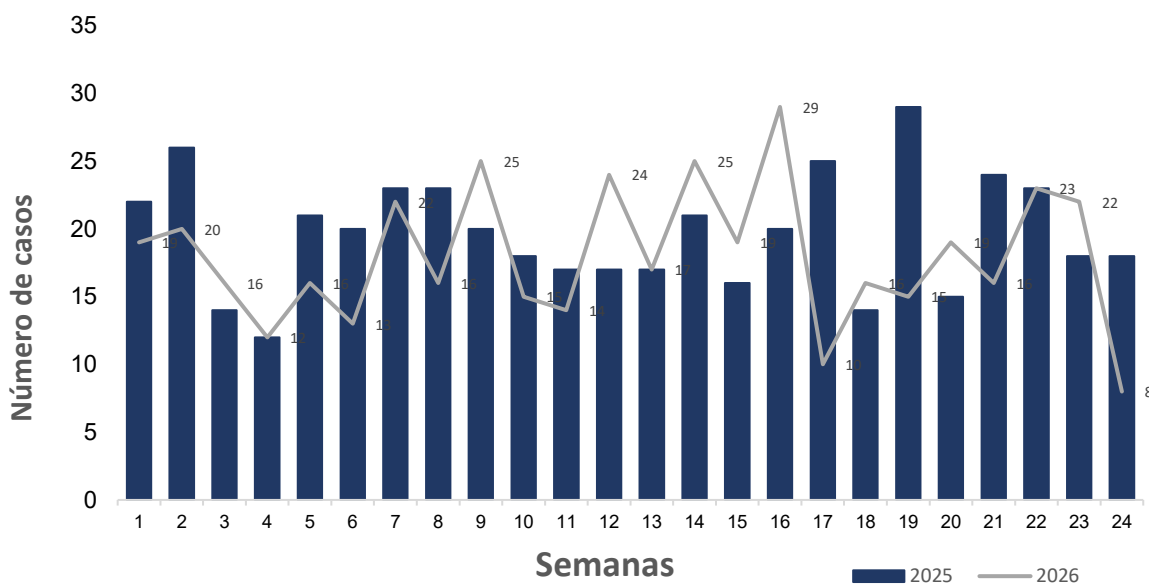


Infección por Herpes virus simple

Para la semana epidemiológica 24, se acumulan 431 casos notificados en 2026, en comparación con 405 casos en 2025, lo que representa un incremento absoluto de 26 casos y una variación relativa de 6,42%. El comportamiento evidencia un aumento moderado respecto al mismo periodo del año anterior, manteniendo una tendencia ascendente en la notificación del evento.

Gráfico 5

Costa Rica: Casos de Herpes virus según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en los años 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Según sexo, en la semana epidemiológica 24 se notifican 431 casos, con predominio en población femenina, que concentra 284 casos (65,9%) y una tasa de 10,9 por 100.000 habitantes. En hombres se registran 147 casos (34,1%), con una tasa de 5,6 por 100.000 habitantes. La tasa en mujeres es el doble de la observada en hombres, lo que confirma una mayor carga del evento en la población femenina.



Tabla 3

Costa Rica: Casos notificados por Herpes Virus, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 23 semanas año 2026

Provincias	Casos	Tasa
Total	431	8.3
San José	207	12.4
Alajuela	69	6.4
Cartago	22	4.1
Heredia	43	7.8
Guanacaste	8	1.9
Puntarenas	43	8.4
Limón	39	8.5

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Por provincia, San José concentra la mayor carga de casos, con 207 notificaciones (48,0% del total nacional) y la tasa más elevada del país, de 12,4 por 100.000 habitantes, claramente superior a la tasa nacional de 8,3. También se observan tasas superiores al promedio en Limón (8,5) y Puntarenas (8,4), lo que evidencia una mayor intensidad relativa del evento en estas provincias. Heredia presenta una tasa cercana al indicador nacional (7,8), mientras que Guanacaste (1,9), Cartago (4,1) y Alajuela (6,4) muestran menores tasas de notificación.

En la semana epidemiológica 24, la mayor carga se concentra entre los 15 y 39 años, con 296 casos (68,7% del total), destacando los grupos de 20 a 24 años, con la tasa más alta (20,1 por 100.000 habitantes), y de 30 a 34 años, con 73 casos y tasa de 16,9. Este comportamiento confirma una concentración del evento en población joven y adulta, mientras que en los grupos de mayor edad las tasas son menores, aunque persiste la notificación de casos a lo largo del curso de vida.



Miasis por gusano barrenador en humanos

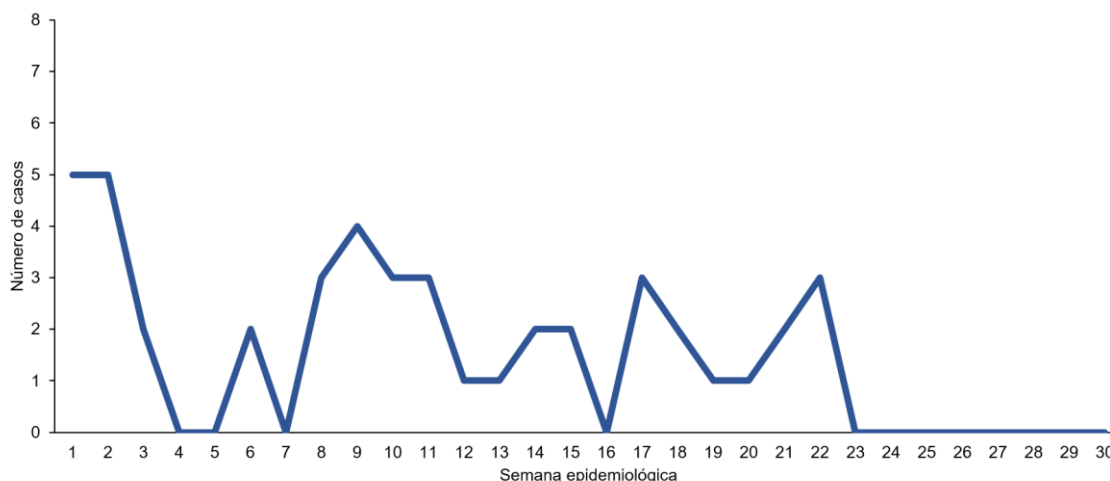
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 25 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos es un evento de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de esta miasis, por medio de la boleta VE-01, para el año 2026 a la SE 25, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 45 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (18/45) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (23/45)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 25, 2026

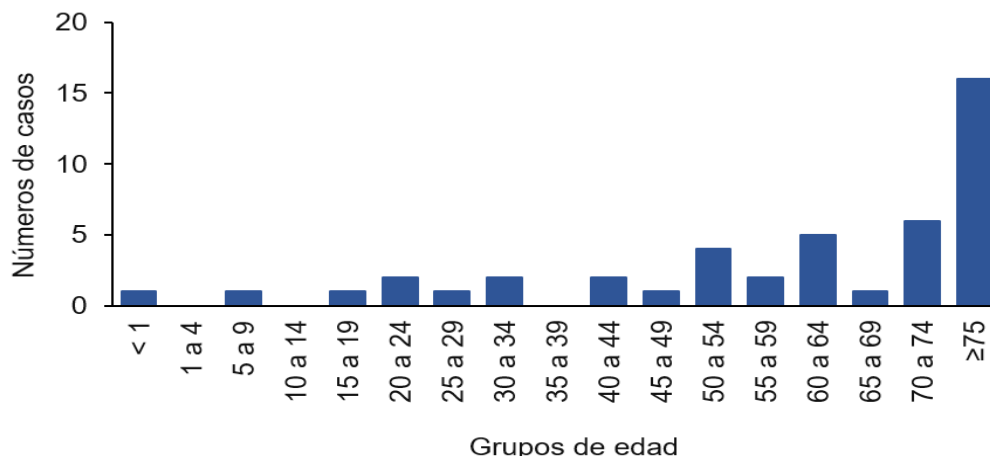


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 25, 2026



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

El comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos, en el año 2026, presenta un predominio en los hombres con 31 casos notificados con una tasa de 1,2 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 14 casos notificados con una tasa de 0,5 por 100.000 habitantes.

Tabla 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos y tasas (tasa p/100.000 habitantes) según provincia de procedencia, de la SE 01 a 25, 2026

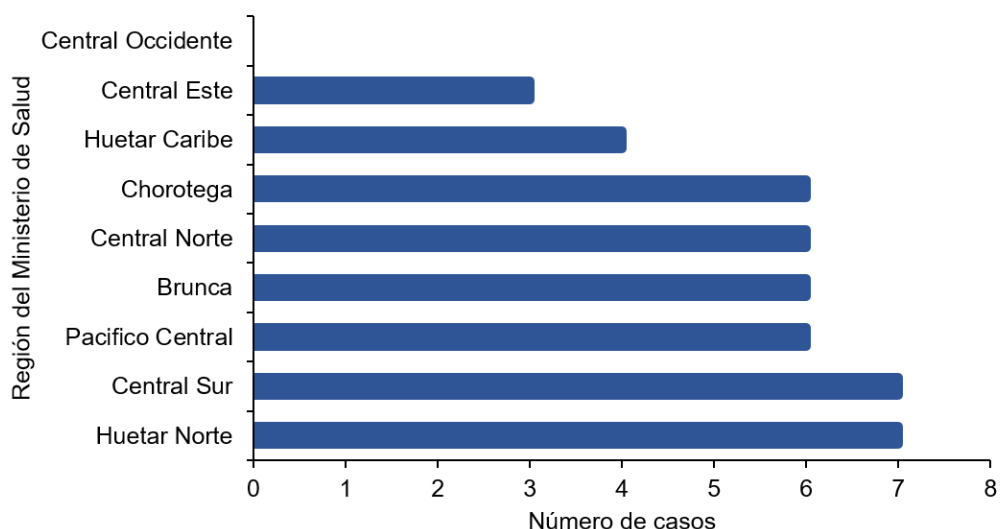
Provincias	Casos	Tasas
Total	45	0,9
San José	9	0,5
Alajuela	10	0,9
Cartago	2	0,4
Heredia	4	0,7
Guanacaste	6	1,4
Puntarenas	10	2,0
Limón	4	0,9

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 25 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos las provincias de Puntarenas (10/45) y Alajuela (10/45).

Gráfico 3

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos según región del Ministerio de Salud de procedencia, de la SE 01 a 25, 2026



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

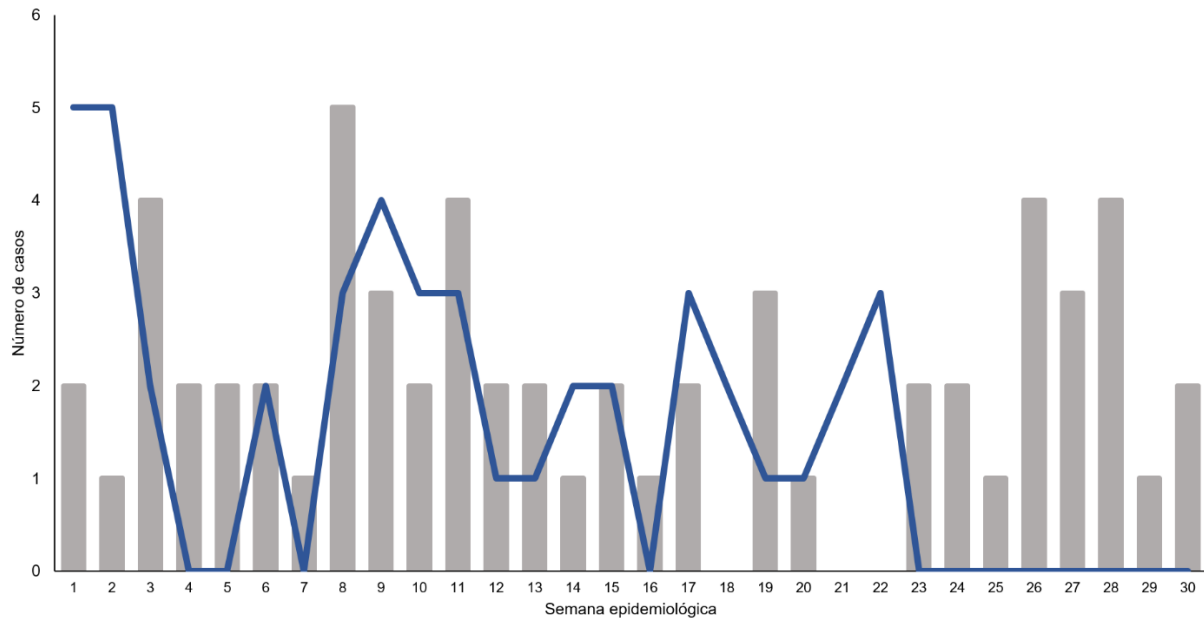
En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Central Sur (7/45) y la Región Huetar Norte (7/45) como las que registran el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 25 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 45 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 25 del 2025 también se habían confirmado 47 casos de miasis por gusano barrenador en el país.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 25 del 2025 y del 2026



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026

En atención a la declaratoria de Emergencia Nacional Sanitaria Epidémica para el control y erradicación del Gusano Barrenador (*Cochliomyia hominivorax*), establecida mediante el Decreto Ejecutivo N° 44382–MAG, y considerando que la mosca continúa circulando en el territorio nacional, resulta de suma importancia que, ante la detección de un caso sospechoso en humanos, se active de manera inmediata la coordinación interinstitucional e intersectorial bajo el enfoque de **Una Sola Salud**.

Dicha coordinación involucra la participación del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería a través del Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA), y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), según corresponda. El propósito es identificar oportunamente casos sospechosos en humanos y/o animales y garantizar su atención conforme a lo establecido en el **Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos**.



A continuación, se presentan las disposiciones generales para la prevención y control de la enfermedad:

- Acudir oportunamente a los servicios de salud públicos o privados ante la presencia de síntomas compatibles con la enfermedad, tales como dolor, malestar y picazón en el sitio de la lesión, enrojecimiento de la piel, herida con secreción, sensación que se mueve y con frecuencia, se pueden observar huevecillos y/o larvas visibles en la lesión.
- Mantener una adecuada higiene personal, incluyendo el lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Realizar el control, tratamiento y cuidado higiénico de las lesiones conforme a las indicaciones del médico tratante.
- Mantener vigilancia y control en el cuidado de los animales, efectuando revisiones periódicas y la curación de todas las heridas. Asimismo, se deberá notificar a las autoridades de salud animal (MAG-SENASA y/o MINAE) la aparición de animales con gusaneras, a fin de garantizar su atención oportuna.



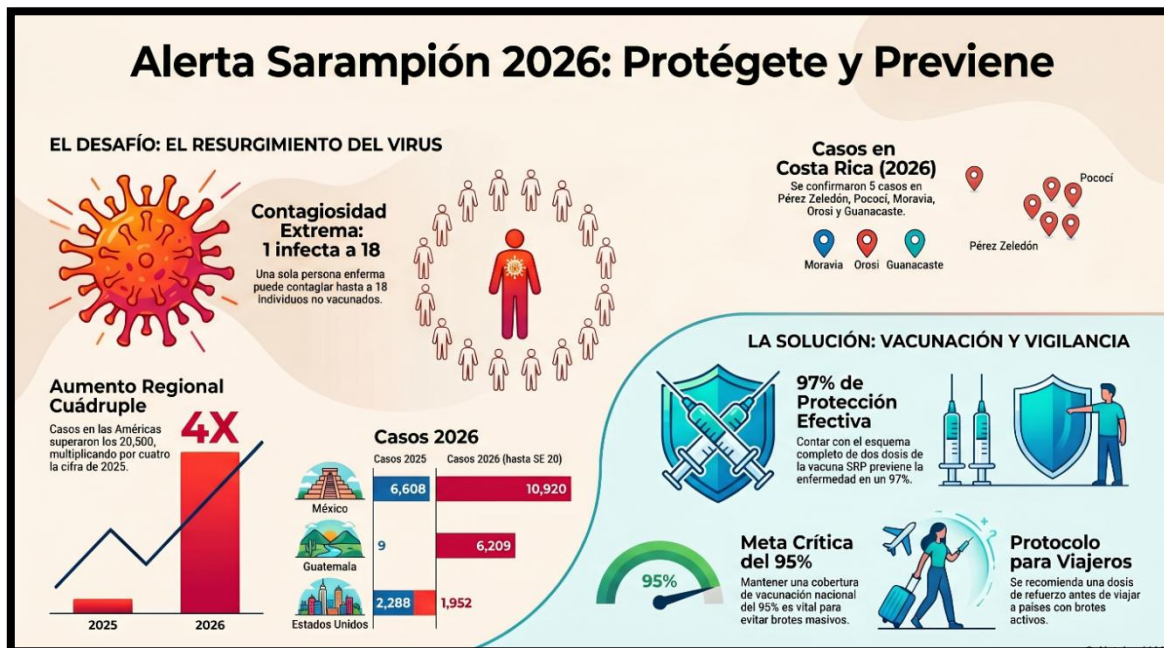
Sarampión en la Región de las Américas

(Actualizado a junio de 2026)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a junio del 2026 han confirmado más de 20 000 casos y 25 muertes por sarampión en el continente americano. México con más de 10 920 casos y 13 muertes, seguido de Guatemala con más de 7075 casos y 12 muertes. Canadá ha notificado más de 1018 casos y Estados Unidos 1952 casos de sarampión. Perú suma más de 301 casos, y otros países como Bolivia, Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá y Uruguay también han identificado casos asociados a brotes o importaciones.

Figura 1.

Alerta por aumento de casos de Sarampión en las Américas.



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional



Antecedentes del sarampión en Costa Rica

En el año 1999, se registró el último caso endémico de sarampión. En el evento de la rubéola, no se diagnostican casos desde el año 2001.

Posteriormente se han detectado y diagnosticado por laboratorio casos importados y asociados a la importación.

La notificación de casos sospechosos de sarampión rubéola del año 2025, registra 100 casos sospechosos descartados por laboratorio para una tasa de 2 casos de sarampión y rubéola descartados por laboratorio por cada 100 mil habitantes. Se diagnosticó un caso importado femenina de 18 años, extranjera, sin antecedente vacunal, no hubo casos secundarios.

Situación de los casos de sarampión en Costa Rica en el 2026

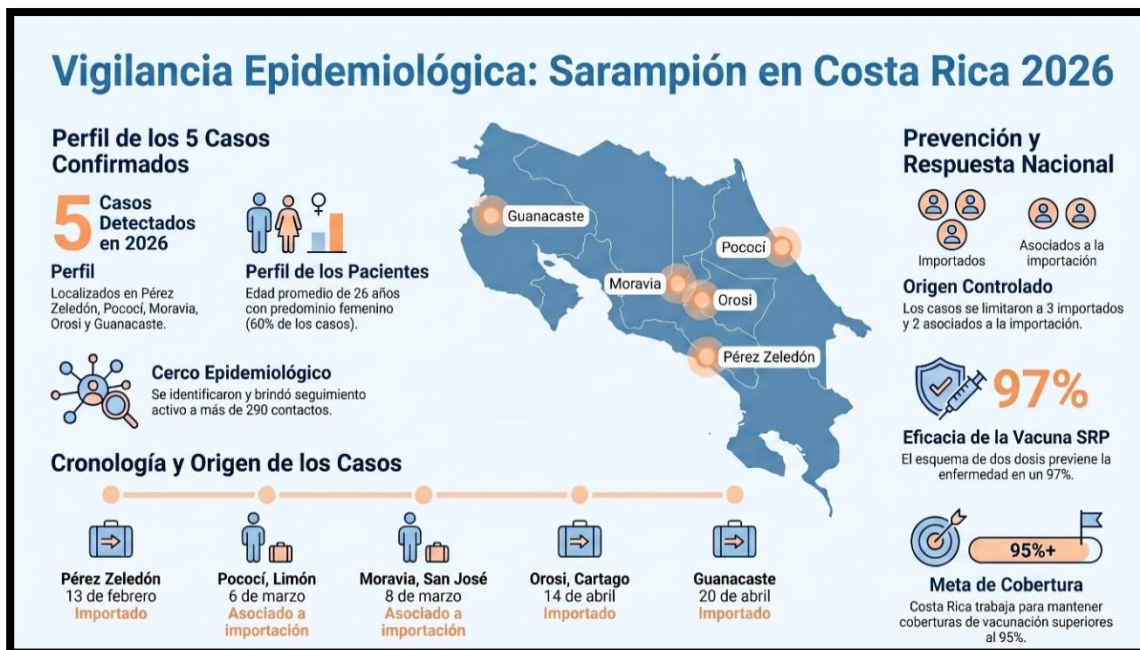
En el 2026 se han se han notificado y descartado por laboratorio 170 sospechosos de sarampión. Se confirmaron **cinco casos de sarampión** en el país, en **Pérez Zeledón, Pococí, Moravia, Orosi y Guanacaste**.

Características principales:

- **Edad promedio:** 26 años (rango de 4 a 41 años).
- **Género predominante:** femenino (60% corresponde 3 casos).
- **Origen de infección:** tres casos importados, dos asociados a importación.
- **Total, de contactos identificados:** más de **290 personas**, con seguimiento activo y pruebas diagnósticas a los que presentaron síntomas.



Figura 2.
Vigilancia Epidemiológica y casos de sarampión en Costa Rica 2026



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Recomendaciones para la población

- Revisar esquemas de vacunación contra el sarampión y rubéola, y completarlos, principalmente en niños (deben contar como mínimo con 2 dosis de vacuna).
- Si una persona inicia con un brote o erupción maculo papular, asistir al establecimiento de salud correspondiente, debe informar si estuvo en contacto con extranjeros o si viajó recientemente a países con casos de sarampión.
- Si se enferma en Costa Rica y le diagnostican por laboratorio la enfermedad de sarampión, debe continuar con el aislamiento y los profesionales en salud realizarán el seguimiento respectivo (contactos y lugares de desplazamiento).
- Si va a viajar a países donde existen brotes de sarampión, se recomienda tanto en niños como adultos contar como mínimo con dos dosis de vacuna. Además, como



recomendación, se pueden aplicar una vacuna de refuerzo como medida de protección, las Áreas de Salud de la CCSS están aplicando la vacuna a todo viajero a países con brotes y debe presentar boleto aéreo.

- Si asiste a eventos masivos (conciertos, eventos deportivos, etc) seguir recomendaciones de higiene y lavado de manos, entre otros.
- Si viajó a países con brotes de sarampión-rubéola y presenta síntomas de esta enfermedad favor acudir al establecimiento de salud más cercano.

Para los Viajeros:

Antes de viajar

- Verifica tu estado de vacunación: Asegúrese de haber recibido las dos dosis de la vacuna contra el sarampión.
- Se recomienda la aplicación de una vacuna de refuerzo antes de viajar, debe consultar en las Áreas de Salud CCSS, debe presentar boleto aéreo.
- En caso de estar enfermo o presentar algún signo o síntoma compatible con sarampión se debe evitar viajar, y se recomienda acudir al establecimiento de salud para su valoración y atención médica.

Durante el viaje

- Evita contacto cercano con personas enfermas: El sarampión se transmite por gotículas respiratorias al toser, hablar y estornudar.
- Mantén medidas de higiene: Lavado frecuente de manos y cubrirse al toser o estornudar. Usar mascarilla si las autoridades de salud informan de casos confirmados de sarampión, principalmente en escenarios con alta circulación de personas.
- Identifica servicios de salud locales: información sobre hospitales o clínicas cercanas en el lugar de destino.
- Al presentar algún signo o síntoma compatible con sarampión informar a los coordinadores de la actividad y se recomienda acudir a un establecimiento de salud para su valoración y atención médica.



- Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud. Al salir, siempre usar mascarilla durante el periodo de transmisibilidad. Usar mascarilla en el lugar de hospedaje, con habitación cerrada, si convive con personas sin vacunar.

Al regresar

- Monitorea tu salud: Los síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la exposición (fiebre alta, tos, conjuntivitis, manchas blancas en la boca y exantema).
- Consulta al médico si presentas síntomas: Es importante informar sobre tu viaje para facilitar el diagnóstico.
- Evita el contacto con personas vulnerables: Niños pequeños, embarazadas y personas inmunocomprometidas son más susceptibles a complicaciones.

Figura 3.
Recomendaciones para viajeros.



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional



Generalidades de la Vigilancia del Sarampión-Rubéola

Generalidades del Sarampión

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

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

El sarampión es muy contagioso tiene capacidad de infectar a 16 personas no vacunadas por cada persona enferma.

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

El tratamiento para el sarampión es individualizado y conservador según el médico tratante, sin embargo, pueden presentar complicaciones como neumonía, encefalitis y meningitis. Todo caso confirmado se vigila diariamente, y si desarrolla complicaciones se debe trasladar a un hospital.

En Costa Rica, las **coberturas de vacunación** contra Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP) se realizan esfuerzos para lograr la meta del 95%. Tener coberturas de vacunación por debajo de 95% es un factor de riesgo importante para tener casos de sarampión en el país, y ocurre lo mismo si una persona no vacunada, o con un esquema incompleto se expone al virus, hay una probabilidad alta de enfermar, y podría enfermar al no contar con el esquema de vacunación al día.



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

Para prevenir las enfermedades lo principal es la vacunación, el esquema actual aplica la vacuna a los 15 meses y a los 4 años. Es importante aclarar que dos dosis de vacuna de SRP previenen la enfermedad hasta en un 97%, y una sola dosis, previene hasta en un 93% la enfermedad. La única manera de prevención es contar con el esquema completo de vacunación contra SRP, por lo que recomendamos a nuestra población completar el esquema de vacunación, y muy importante, también antes de viajar a los sitios donde actualmente se reportan brotes. La CCSS en sus Areas de Salud, está aplicando una dosis de refuerzo a los viajeros hacia países con brotes, para estos procesos deben presentar el boleto aéreo.

Figura 4.
Características epidemiológicas de relevancia.

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	Pertenece al género <i>Morbillivirus</i> de la familia <i>Paramyxoviridae</i> .
Modo de transmisión	Se transmite por medio de gotitas expulsadas del aparato respiratorio al hablar, toser o estornudar que entran en contacto con las vías respiratorias de una persona susceptible.
Periodo de incubación	Promedio de 10 días, desde la exposición hasta el inicio de la fiebre u otros síntomas inespecíficos y 14 días hasta el inicio del exantema, con un rango de 7 a 21.
Periodo de transmisibilidad	La transmisibilidad es mayor, 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema.
Susceptibilidad	La población susceptible es la que no ha padecido la enfermedad, la no vacunada o aquella que cuenta con esquemas incompletos de vacunación. Los niños de madres que padecieron la enfermedad o han sido vacunadas, están protegidos por anticuerpos maternos en los primeros 6 meses de vida.
Reservorio	El hombre es el único reservorio del virus.

Fuente: Protocolo para la vigilancia del sarampión, 2026



Figura 5.
Vigilancia y Respuesta ante el sarampión en Costa Rica.

Guía de Vigilancia y Respuesta: Sarampión y Rubéola en Costa Rica 2025

Este recurso sintetiza el protocolo nacional de Costa Rica para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola. Establece los criterios clínicos para la detección y los pasos críticos de respuesta institucional para prevenir la propagación del virus.

IDENTIFICACIÓN CLÍNICA Y RIESGO

Cuadro Clínico de Sospecha
Paciente con fiebre y exantema maculopapular (manchas rojizas), frecuentemente acompañado de tos, conjuntivitis o manchas de Koplik.

Transmisión Altamente Contagiosa
El virus se propaga por gotitas respiratorias al hablar, toser o estornudar, afectando principalmente a poblaciones no vacunadas.

Población de Mayor Riesgo
Personas con esquemas de vacunación incompletos o nulos presentan la mayor vulnerabilidad ante casos importados.

PROTOCOLO DE RESPUESTA INMEDIATA

Notificación Obligatoria en 24 Horas
Todo caso sospechoso debe reportarse al Ministerio de Salud mediante la boleta VE-01 de forma inmediata.

Recolección Crítica de Muestras
Se requiere suero, hisopado faríngeo y orina, idealmente en los primeros 7 días tras la aparición del exantema.

Comparativa de recolección de muestras según los días tras la aparición del exantema para asegurar efectividad diagnóstica.

Tipo de Muestra	Período Ideal	Período Aceptable
Suero (Anticuerpos IgM)	0 a 7 días	Hasta 30 días
Hisopado (Detección Viral)	0 a 7 días	Hasta 14 días
Orina (Detección Viral)	0 a 7 días	Hasta 10 días

Control de Brote y Barrido de 500m
Se debe realizar investigación de campo y búsqueda activa de contactos en un radio mínimo de 500 metros.

Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Costa Rica

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

El Sarampión y la Rubéola, son eventos son de notificación obligatoria, a través de la Boleta VE-01, según Decreto de Vigilancia de la Salud N° 40556 - S publicado en la Gaceta N° 206 del 23 de agosto del 2017. Estos eventos pertenecen al Grupo A,



y la notificación debe hacerse semanalmente para conocer su distribución y comportamiento.

El objetivo de la vigilancia es detectar todos los casos de sarampión y rubéola, mediante una vigilancia integrada a través del proceso de notificación, abordaje, aislamiento de casos sospechosos, recolección de muestras, diagnóstico y análisis de datos, clasificación con el fin de generar información oportuna, válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención, control del evento y la detección oportuna de la circulación de virus y limitar su diseminación.

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En la página web del Ministerio de Salud, se cuenta con el protocolo actualizado en marzo del 2025 en el siguiente enlace: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/vigilancia-de-la-salud/normas-protocolos-guias-y-lineamientos/protocolos-vigilancia-de-la-salud/8802-protocolo-para-la-vigilancia-epidemiologica-del-sarampion-rubeola-2025/file>

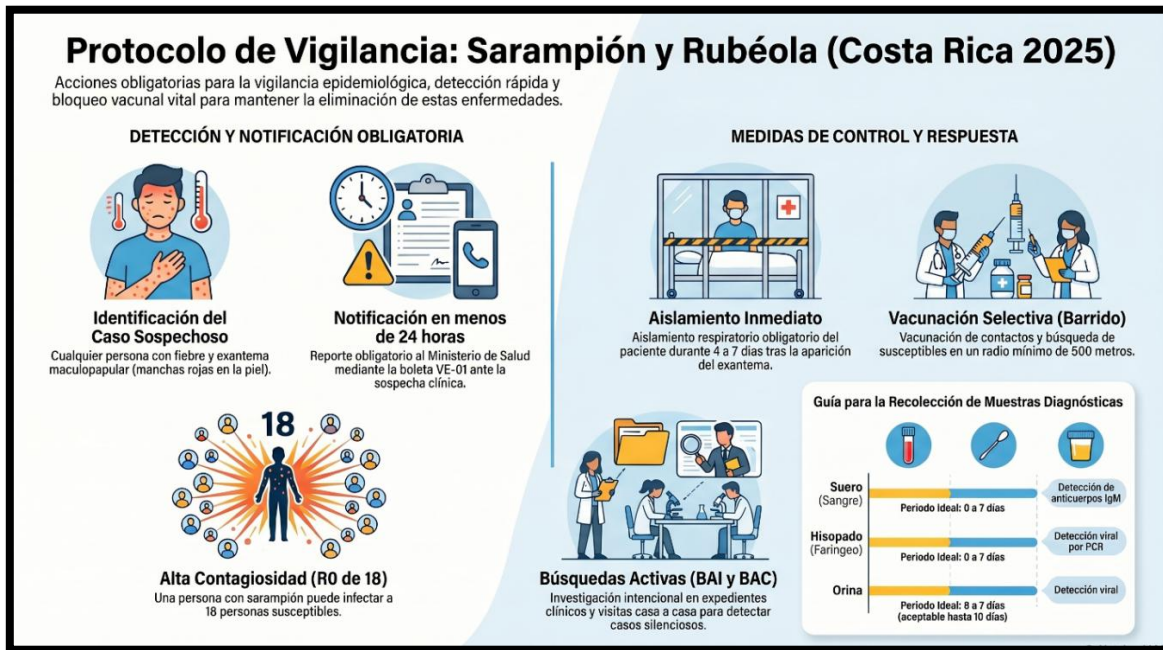
El objetivo general del protocolo es establecer el proceso para el abordaje epidemiológico de casos sospechosos y confirmados de sarampión y rubéola, que orienten a los trabajadores de establecimientos de servicios de salud públicos y privados. Entre los objetivos específicos se indica, establecer las acciones de vigilancia epidemiológica, en la detección, notificación, aislamiento, recolección de muestras para el diagnóstico, investigación y seguimiento de un caso sospechoso; atención a brotes, así como implementar las búsquedas activas comunitarias e institucionales.

Actividades ante la confirmación del caso de Sarampión

Posterior a la confirmación del caso de sarampión, se trabaja interinstitucionalmente, el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, y el Inciensa, y otros actores con los tres niveles de gestión local, regional y nacional. Durante el abordaje se trabaja realizando reuniones periódicas definiendo estrategias y actividades operativas para abordar epidemiológicamente a los casos y sus contactos.



Figura 6.
Protocolo de Vigilancia para Sarampión y Rubéola



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Actividades interinstitucionales (CCSS-MS-Inciensa) realizadas:

1. Educación a los pacientes y sus contactos sobre la enfermedad y la importancia de las medidas de control y prevención.
2. Aislamiento a los casos sospechosos que cumplan definición de caso, y aislamiento de los casos confirmados durante su periodo de transmisibilidad.
3. Barridos epidemiológicos.
4. Búsquedas Activas Comunitarias de casos.
5. Seguimiento de contactos.
6. Vacunación selectiva (de bloqueo) según consideraciones del equipo interinstitucional.
7. Sesiones de coordinación y análisis de situación.
8. Socialización del protocolo para la vigilancia epidemiológica del sarampión.



Radiografía de la mortalidad en Costa Rica y nuestro compromiso con la vida

El análisis de las causas de muerte en nuestro país es una herramienta esencial para entender dónde están los mayores riesgos para la población. Monitorear de cerca variables como los accidentes de tránsito, los homicidios, los suicidios y la mortalidad materno-infantil nos permite evaluar si las políticas públicas de prevención están dando frutos o si, por el contrario, debemos encender las alarmas comunitarias e institucionales.

En esta sección se ofrece una mirada clara y cercana sobre cómo perdimos vidas en la última década y en qué áreas cada ciudadano, familia y comunidad puede marcar la diferencia para proteger a los suyos.

Comportamiento de muertes por causas externas según datos preliminares del año 2025

Durante el año 2025, según datos preliminares de estadísticas vitales del INEC, Costa Rica experimentó cambios importantes en la forma en que ocurren los fallecimientos violentos o por accidentes (causas externas). A continuación, se detallan los cuatro grandes grupos evaluados:

- **Accidentes de tránsito** (La principal amenaza vial): Lamentablemente, se registraron 951 muertes, lo que representa un incremento del 9,7% en comparación con el año 2024 (867 casos). Históricamente, tras una fuerte caída en el año de la pandemia (2020 con 593 casos), esta causa ha mantenido una tendencia preocupante al alza.
- **Otras causas externas**: Este apartado, que incluye caídas accidentales, ahogamientos y otros eventos fortuitos, sumó 1.148 defunciones, mostrando una leve mejoría con una disminución del 1.3% respecto a 2024.
- **Homicidios** (Una ligera baja): Se registraron 803 casos en 2025. Aunque la cifra sigue siendo alta si miramos la década completa (en 2016 eran 532), representa un



descenso del 3.5% en comparación con el pico crítico alcanzado en 2023 (849 homicidios) y 2024 (832).

- **Suicidios** (Salud mental en alerta): Se contabilizaron 396 fallecimientos, marcando un aumento del 7.0% en comparación con el año anterior (370).

¿A quiénes afectan más estas causas?

El análisis epidemiológico demuestra de forma contundente que las muertes por causas externas impactan de manera muy desigual según el sexo y la edad de las personas.

Existe una marcada diferencia de género; los hombres son las principales víctimas en escenarios de violencia y accidentes:

- En homicidios, el 90.4% de las víctimas fueron hombres (726 varones frente a 77 mujeres).
- En accidentes de tránsito, fallecieron 804 hombres y 147 mujeres.
- En suicidios, la brecha también es amplia: 324 casos correspondieron a hombres y 72 a mujeres.

Distribución por grupos de edad

La población de personas jóvenes y adultos (15 a 64 años), es el grupo donde se concentra la inmensa mayoría de las tragedias por violencia o accidentes. Durante el 2025, esta población absorbió la gran mayoría de los homicidios (774 de los 803 totales), los accidentes de tránsito (828 de 951) y los suicidios (349 de 396).

Con respecto a los adultos mayores (65 años o más), las personas tienen un comportamiento distinto. Su principal peligro está en otras causas externas (como caídas o accidentes caseros), sumando 699 muertes en este grupo de edad. En contraste, sufrieron muy pocos homicidios (17).



Comportamiento de la mortalidad infantil

Durante el último periodo evaluado (datos preliminares), la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a nivel nacional se situó en 8,55 por cada mil nacimientos. Esto significa que, por cada 1.000 bebés nacidos vivos, lamentablemente fallecieron cerca de 9 niños antes de cumplir su primer año.

A pesar del dolor que representa cada pérdida, los datos muestran una disminución del 26,9% en comparación con el periodo anterior (donde la tasa fue de 10,66 por mil). Esto se traduce en un descenso real de nacimientos y, de forma positiva, en 53 defunciones infantiles menos en el país.

El análisis epidemiológico demuestra que el peligro no se distribuye igual durante todo el año, la Mortalidad Neonatal (en los primeros 28 días de vida) concentra el 73,8% del total de las muertes. Es la etapa de mayor vulnerabilidad debido a complicaciones del desarrollo o del parto. La tasa de este grupo bajó de 7,96 a 6,31 por cada mil nacidos. Además, la Mortalidad Postneonatal (De los 29 días al año de vida), representa el porcentaje restante y está más vinculada a factores del entorno, nutrición e infecciones.

El riesgo de enfermar o morir varía según la provincia de residencia. La provincia de Puntarenas presenta la mayor tasa de mortalidad infantil con una tasa de 11,11 muertes por mil nacidos vivos, esto requiere una intervención prioritaria y un reforzamiento de los servicios de salud locales. En segundo lugar, se ubica Limón con una tasa de 10 muertes por mil nacidos vivos, a pesar de esto registra la mayor reducción de casos respecto al periodo anterior. En contraste, la provincia de Heredia se mantiene como la provincia con menor riesgo para los bebés con una tasa de 7,27 muertes por mil nacidos vivos.

El patrón epidemiológico histórico muestra que la mortalidad suele ser mayor en los niños que en las niñas; sin embargo, en las provincias de Heredia, Guanacaste y Puntarenas esta relación se invirtió en el último registro.



¿De qué se nos están muriendo los bebés?

Las causas de los fallecimientos están fuertemente ligadas a condiciones biológicas del embarazo y el nacimiento. En el país las afecciones originadas en el periodo perinatal (44,9% de los casos) siguen siendo la causa principal. Se trata de problemas de salud que ocurren justo antes, durante o en los días inmediatamente posteriores al parto.

A lo interno de este grupo, el 35,7% corresponde a Trastornos respiratorios y cardiovasculares. La enfermedad específica más frecuente en este subgrupo es el *Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido* (26,7%).

Monitoreo de muertes por causas obstétricas

Las muertes obstétricas (fallecimientos relacionados con el embarazo, parto y posparto) muestran una evolución muy positiva a largo plazo. Mientras que en años previos como 2016, 2020 y 2021 se registraban entre 20 y 21 muertes anuales, para el año 2025 la cifra cerró en 8 muertes obstétricas. Aunque la meta siempre será "cero muertes", esta reducción refleja una mejora sustancial en el seguimiento y cuidado médico de nuestras mujeres embarazadas.

Recomendaciones clave para la población

Para frenar el avance de las causas que están cobrando más vidas en el país, la Dirección de Vigilancia de la Salud recomienda:

1. **En carretera:** Respetar estrictamente los límites de velocidad, evitar distractores (como el celular) y no conducir bajo los efectos del alcohol, dado el aumento del 9.7% en muertes viales.
2. **Salud mental comunitaria:** El aumento en los suicidios nos obliga a estar atentos. Si usted o un familiar pasa por momentos difíciles, recuerde que no está solo: busque apoyo en los centros de salud o líneas de ayuda psicológica del país.
3. **Prevención de accidentes en el hogar:** Proteger a nuestros adultos mayores asegurando espacios libres de obstáculos, con buena iluminación y barandas para prevenir caídas mortales.



4. **Control prenatal y de niños sanos:** Mantener la asistencia estricta a los EB AIS para el control de los bebés y las embarazadas, blindando la salud de los sectores más vulnerables.
- **Control Prenatal Temprano:** Es vital que las mujeres sospechen o confirmen un embarazo acudan de forma inmediata al EB AIS o centro de salud para iniciar sus controles antes de las 12 semanas de gestación. Esto permite detectar a tiempo problemas respiratorios o del desarrollo del bebé.
- **Atención al Recién Nacido:** Acudir puntualmente a las citas de control del niño sano en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y mantener el esquema de vacunación al día.
- **Lactancia Materna Exclusiva:** Promover la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida como un escudo natural contra infecciones respiratorias y estomacales.
- **Vigilancia en Zonas Prioritarias:** Se instruye a las áreas rectoras de salud a intensificar el seguimiento de los embarazos de alto riesgo.
- **Participación de las familias gestantes en el curso de preparación para el parto** a fin de brindar herramientas que les permitan conocer los factores de riesgo obstétrico y del recién nacido, además de prácticas saludables para llevar a un exitoso término del embarazo.



**Informe N° 1 del primer semestre de Recolección
de Llantas en Desuso
(enero a junio 2026)
Dirección de Vigilancia de la Salud y Dirección Salud
Ambiental**

Campañas de recolección de llantas primer semestre 2026

El siguiente informe presenta los resultados de las campañas de recolección de llantas en desuso realizadas por las Direcciones de Área Rectora de la Salud (DARS) a nivel nacional durante el primer semestre del año 2026 con corte al 10 de junio.

En el contexto nacional, la inadecuada disposición de llantas en desuso representa un desafío relevante tanto para la salud pública como para el ambiente, al constituir un factor de riesgo para la proliferación de vectores transmisores de enfermedades y un residuo especial que requiere una gestión diferenciada conforme a la normativa vigente. En este sentido, su abordaje demanda intervenciones integrales, sostenidas y articuladas entre múltiples actores institucionales y comunitarios.

Como respuesta a esta problemática, las campañas de recolección de llantas se consolidan como una estrategia intersectorial clave, orientada a la reducción de riesgos sanitarios, la promoción de entornos saludables y el fortalecimiento de la gestión integral de residuos. Estas acciones no solo impactan en la prevención de enfermedades vectoriales como el dengue, zika y chikungunya, sino que también contribuyen a la sostenibilidad ambiental mediante la adecuada disposición y valorización de estos residuos.

El desarrollo de estas campañas refleja el compromiso institucional del Ministerio de Salud y la articulación efectiva con actores estratégicos a nivel nacional y local, incluyendo gobiernos locales, instituciones públicas y organizaciones aliadas, lo que permite ampliar el alcance de las intervenciones y fortalecer la respuesta territorial ante problemáticas complejas que requieren un abordaje integral.



Durante este año, se continúa trabajando de la mano con Fundellantas como aliado estratégico para la recolección y adecuada gestión de llantas en desuso. Además, se cuenta con el apoyo del Instituto de Fomento y Asesoría Municipal (IFAM) y la Unión Nacional de Gobiernos Locales (UNGL), quienes apoyan la articulación, divulgación y promoción de estas campañas, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y el alcance territorial de las acciones.



Fuente: DARS de Coto Brus (2026) Campaña de recolección de llantas

Desde enero del 2026, todas las Direcciones de Área Rectora de la Salud (DARS) del Ministerio de Salud iniciaron procesos de coordinación con diversos actores interinstitucionales para la ejecución de campañas de recolección de llantas en desuso.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Las Direcciones Regionales del Ministerio de Salud que realizaron durante este primer semestre campañas de recolección de llantas en desuso fueron:

- Brunca
- Central Este
- Central Sur
- Chorotega
- Huetar Norte
- Occidente
- Pacífico Central

Las Direcciones de Área Rectora de la Salud (DARS) que ejecutaron campañas de recolección de llantas en desuso para el primer semestre del 2026 fueron:

- | | |
|---------------------------|--------------|
| • Cartago | • Nandayure |
| • Corredores | • Osa |
| • Coto Brus | • Quepos |
| • Garabito | • San Ramón |
| • Golfito | • Santa Rosa |
| • Guatuso | • Tilarán |
| • Hospital - Mata Redonda | • Upala |
| • Liberia | • Zarcerro |
| • Los Chiles | |



Fuente: DARS de Cartago. Campaña de recolección de llantas en el Instituto Tecnológico Nacional (2026)

Los procesos de gestión involucrados en las campañas a nivel local han sido: Vigilancia de la Salud, Manejo integrado de Vectores, Regulación, Promoción de la Salud, Planificación y Regulación de la salud. Además, las campañas se coordinaron con diversos actores interinstitucionales.

Uso del recurso humano

El total de horas invertidas por el personal tanto del Ministerio de Salud como de las instituciones colaboradoras asciende a **1.361 horas de trabajo efectivo**. Este valor representa una inversión significativa de recurso humano, evidenciando un alto nivel de articulación interinstitucional y compromiso operativo para la ejecución de las campañas de recolección de llantas.

Desde una perspectiva de gestión, este recurso humano aportado impacta en distintas fases del proceso, incluyendo:

- Planificación y coordinación logística
- Sensibilización comunitaria
- Operativos de recolección y disposición



Adicionalmente, si se proyecta este esfuerzo a nivel económico (según tarifas promedio institucionales), se puede estimar que el aporte en horas representa una inversión indirecta relevante, lo que refuerza la importancia de optimizar y sostener este tipo de iniciativas mediante alianzas estratégicas y participación comunitaria.

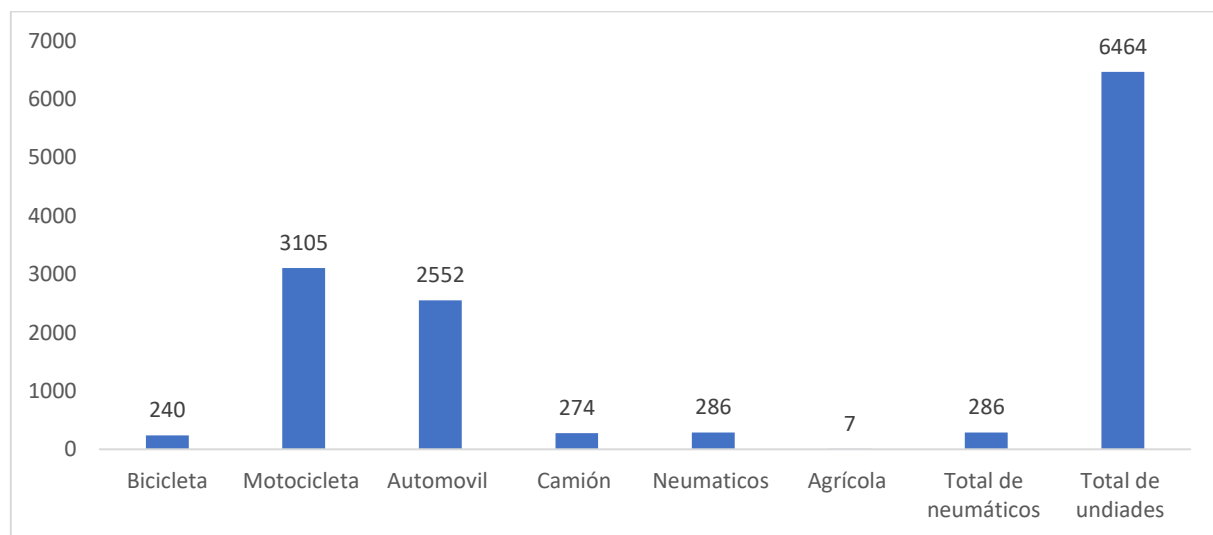
En este contexto, el recurso humano se consolida como un factor crítico de éxito, no solo por su aporte cuantitativo, sino por su rol en la articulación, ejecución efectiva y alcance territorial de la campaña.

Resultados alcanzados durante el primer semestre

Durante este primer semestre se recolectaron un total de **6.464 llantas en desuso**. En cuanto a la clasificación por tipo, se identifican: llantas de motocicleta se recuperaron 3.105, llantas tipo pasajero 2.552, llantas tipo camión 274, tipo bicicleta 240 y tipo agrícola 7. En cuanto a los neumáticos se recuperaron un total de 286.

Gráfico 1.

Costa Rica: Número total de llantas en desuso recolectadas. Primer semestre 2026.

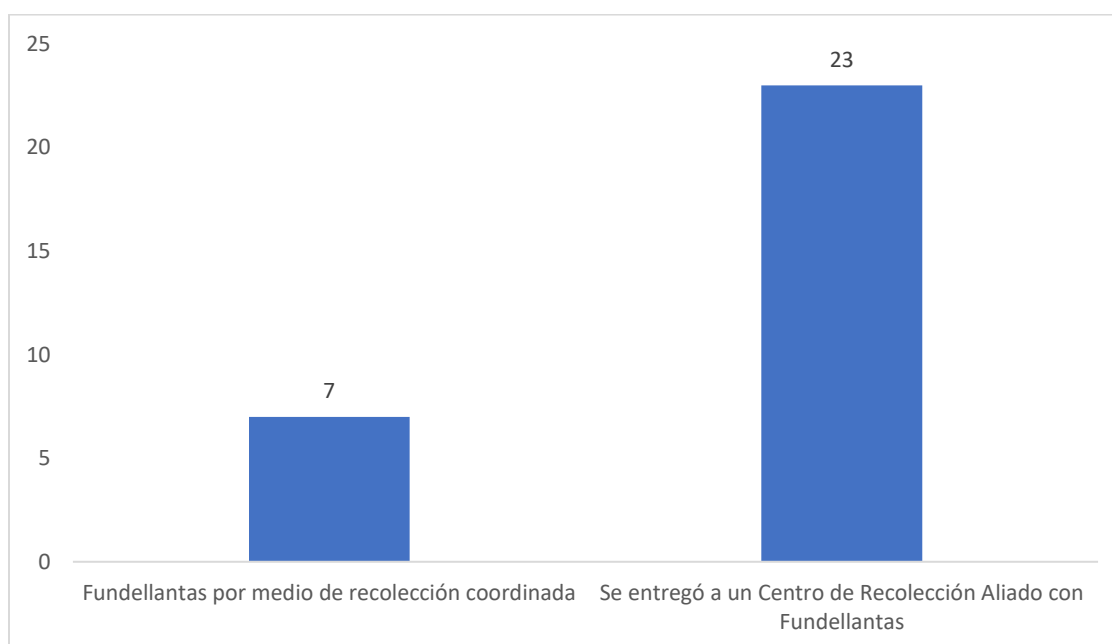


Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Epidemiología



En general se realizaron 30 campañas de las cuales 23 entregaron las llantas a un centro de recolección aliado de Fundellantas y 7 campañas coordinaron la recolección directo con Fundellantas. De esta forma el Ministerio de Salud se asegura el realizar una adecuada disposición de las llantas en desuso según normativa.

Gráfico 2
Costa Rica: Lugar de entrega de las llantas recuperadas



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Epidemiología

Los resultados de este primer semestre muestran un gran esfuerzo de los niveles locales para la realización de estas campañas. Esta importante cantidad de llantas recolectadas traerá no solo beneficios en el tema de eliminación de criaderos del dengue, prevención y disminución de enfermedades vectoriales sino también un impacto en el ambiente.



Impacto sanitario y ambiental

Durante el semestre, se recuperaron aproximadamente 54.314 kilos de llantas y neumáticos equivalentes a **114. 059,4 de kilos de emisiones de CO₂ evitadas** mediante la co-procesación de llantas en la industria cementera como sustituto parcial de combustibles fósiles.

Este resultado evidencia un aporte directo a la reducción de gases de efecto invernadero, posicionando la gestión de llantas como una acción efectiva de descarbonización y aprovechamiento energético de residuos, con impacto ambiental medible y alineado a estrategias de mitigación del cambio climático.

Estos resultados consolidan la campaña como una herramienta efectiva de mitigación climática, donde la adecuada gestión de llantas trasciende el manejo de residuos y se convierte en un mecanismo activo para reducir emisiones y avanzar hacia una economía baja en carbono.

En términos de impacto las campañas de recolección de llantas en desuso contribuyen directamente a:

- La reducción de criaderos potenciales de vectores (como el mosquito *Aedes aegypti*)
- El fortalecimiento de la salud pública preventiva
- La mejora en la gestión integral de residuos especiales

En conclusión, las campañas de recolección de llantas en desuso durante el primer semestre del 2026 evidencian la capacidad del Ministerio de Salud y sus aliados estratégicos para articular esfuerzos interinstitucionales con impacto directo en la salud pública, la gestión ambiental y la mitigación del cambio climático.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

“Se resalta la importancia de dar continuidad y fortalecer estas estrategias, promoviendo su sostenibilidad en el tiempo, ampliando su cobertura territorial y consolidando la participación interinstitucional y comunitaria.

Reconocimiento especial para el trabajo de los coordinadores de las campañas en el primer semestre a nivel regional y local:

- Karla Céspedes Murillo
- Susana Chaves Herra
- Natalia Alvarado Gamboa
- Leda Pena Garita
- Yendry Mendoza
- Christopher Quesada Guido
- Edith Rodríguez Ureña
- Carlos Torres Alvarado
- Melissa Martínez Molina
- Sujey Ramírez Mena
- Víctor Manuel Hernández Salas
- Juan Carlos Matamoros Jiménez
- Gioconda Rivera Barquero
- José Rafael Espinoza López
- Adrián Rojas González
- Luis Mauricio Mora Villalobos
- Ronny González Acosta
- Lucía Zapata Díaz
- Ivania Valverde Villalobos
- Shirley Gómez Granados
- Giannina Di Leoni Jiménez
- Rosibel Rojas Sequeira
- Ersi Lena Rodríguez Espinoza
- Yajaira Taylor Alvarado
- José Edgar Ortega Briceño
- Hazel Pérez Madrigal