



Boletín Epidemiológico N° 25 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

17 de julio de 2026

Tabla de contenido

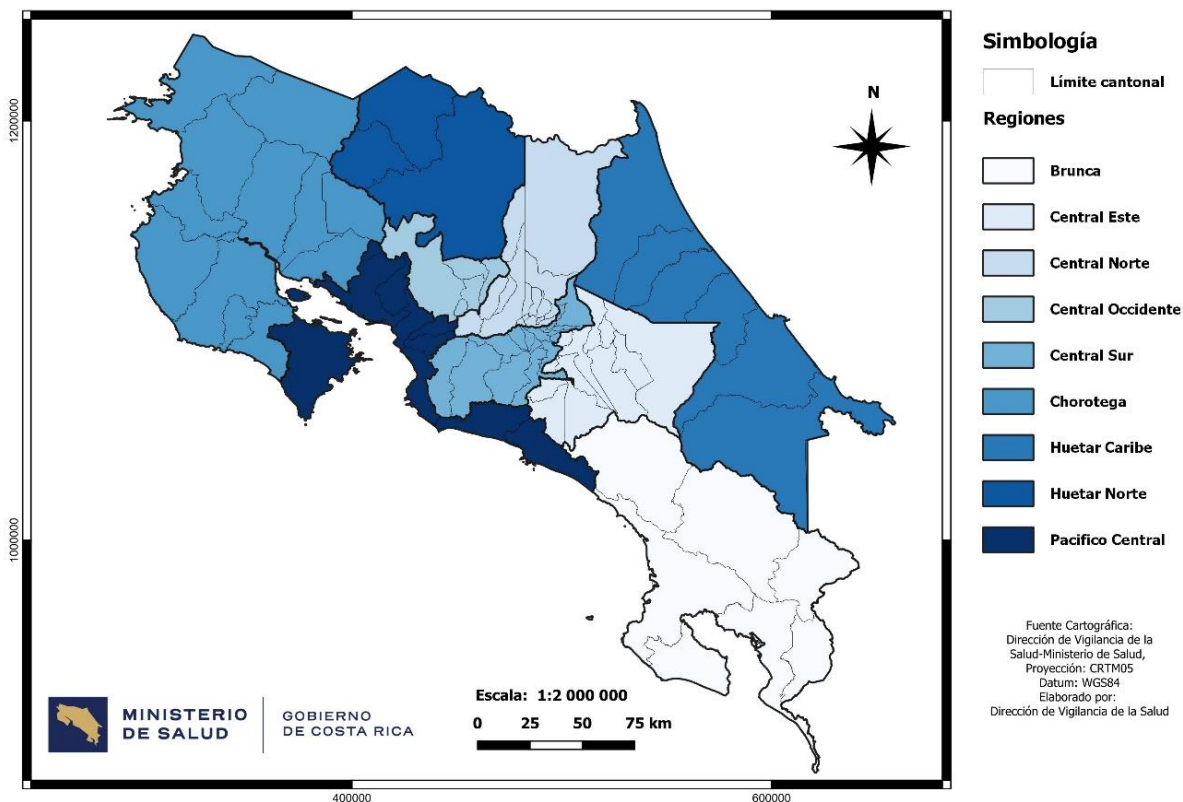
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	8
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).....	17
Meningitis	26
Miasis por gusano barrenador en humanos	30
Sarampión en la Región de las Américas.....	36



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 26 del año 2026 se notifican **1805 casos acumulados** de dengue de estos, **25 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 435, sin embargo, la región con la tasa más alta es la Pacífico Central con 131,1/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 26, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	435	41,5
Pacífico Central	422	131,1
Chorotega	253	53,3
Huetar Caribe	234	51,1
Central Sur	231	15,3
Brunca	96	27,2
Huetar Norte	56	20,6
Central Este	45	8,1
Central Occidente	33	14,7
Total	1805	34,6

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	628	58,0	328	60,7	300	55,3
Puntarenas	276	54,2	126	50,0	150	58,3
Guanacaste	249	59,7	131	63,3	118	56,1
San José	242	14,5	119	14,1	123	15,0
Limón	234	51,1	105	46,9	129	55,1
Heredia	131	23,8	73	26,4	58	21,2
Cartago	45	8,4	18	6,7	27	10,2
Total	1805	34,6	900	34,4	905	34,8

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 26 son: Orotina 210 casos, Alajuela 187 casos, San José 106 casos, Puntarenas 103 casos y Grecia 95 casos.



Tabla 3.

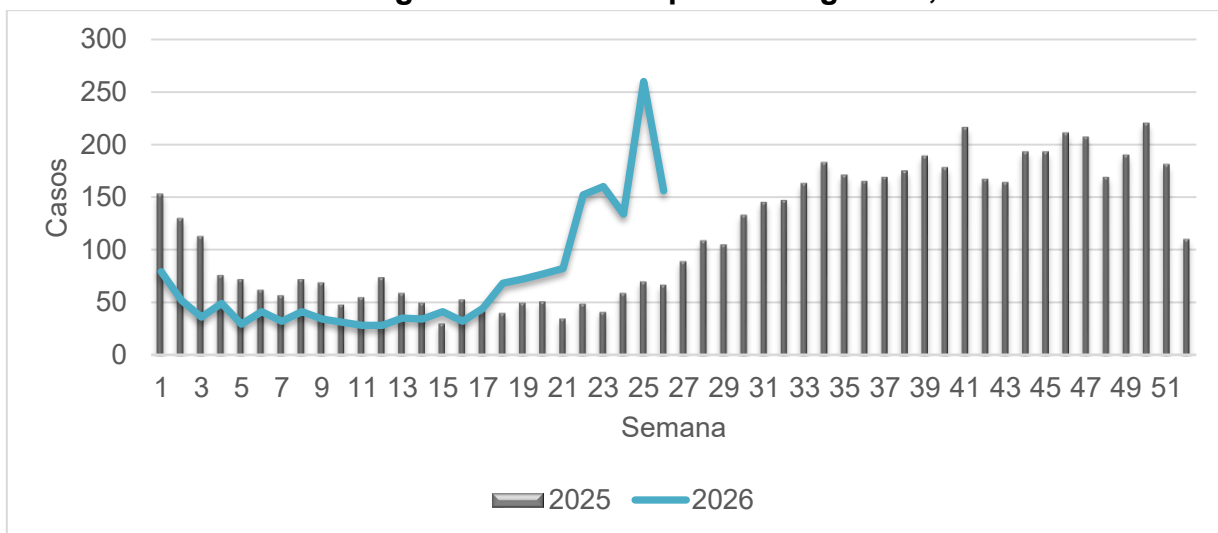
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 26, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
209: Orotina	210	825,7
201: Alajuela	187	56,6
101: San José	106	29,9
601: Puntarenas	103	70,8
203: Grecia	95	116,7
701: Limón	81	88,3
410: Sarapiquí	60	61,1
505: Carrillo	52	103,0
510: La Cruz	52	183,4
702: Pococí	50	31,8

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 26, 2025-2026.



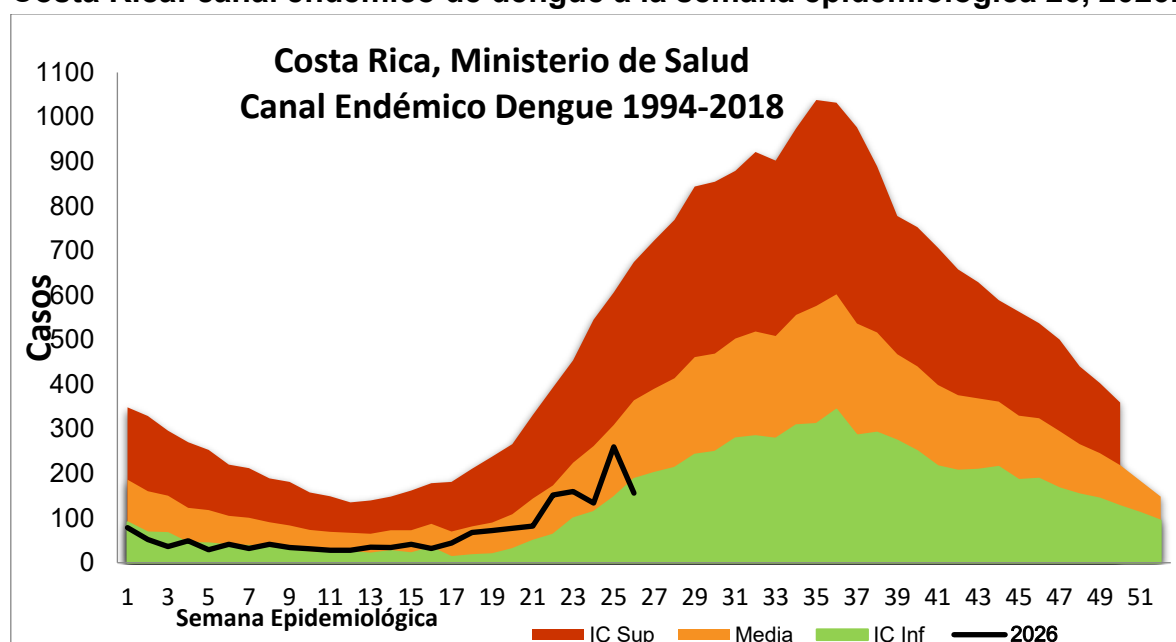
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



A partir de la semana epidemiológica 17 se registra un aumento sostenido en las notificaciones, por lo que el acumulado del presente año muestra un aumento del 8% en comparación con el mismo periodo de 2025, cuando se reportaron 1677 casos.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 26, 2026.





Chikungunya

Hasta la semana epidemiológica 26 se notifican un total de 21 casos confirmados por PCR.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por localidad notificados a la semana epidemiológica 26, 2026

Localidad	Casos
Alajuela	6
San Ramón	2
Grecia	2
Nicoya	2
Esparza	2
Carrillo	1
San José	1
Alajuelita	1
Tibás	1
Matina	1
Guácimo	1
Heredia	1
Total	21

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 26 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local

A semana epidemiológica (SE) 26 del 2026, Costa Rica registra 20 casos de transmisión local de malaria, de los cuales nueve corresponden a casos autóctonos y once 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

De los once casos introducidos, diez corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* y un caso por *P. falciparum* 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. SE26, 2026.

Año	Casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	33
2026	20

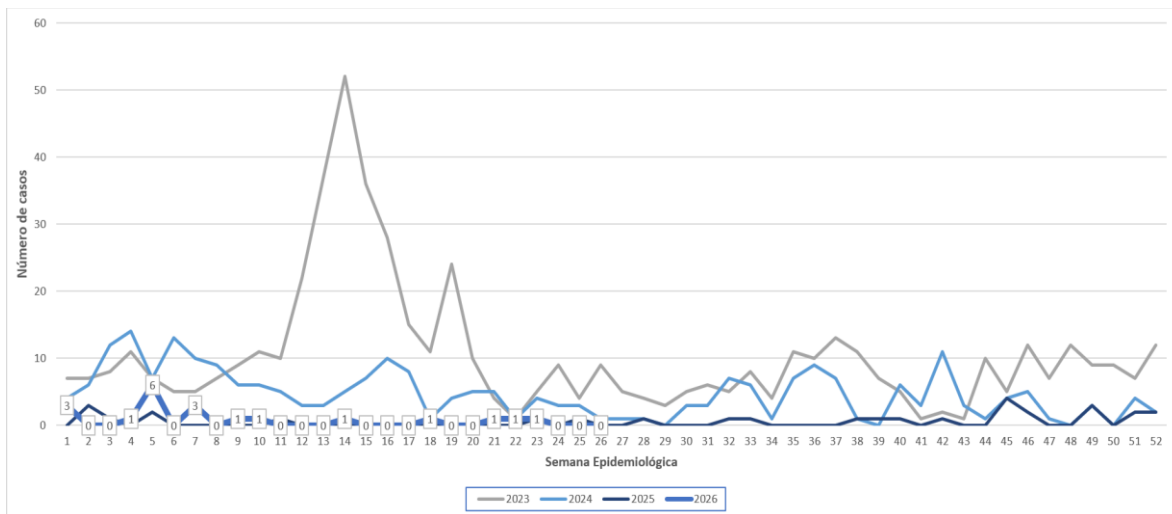
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

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.

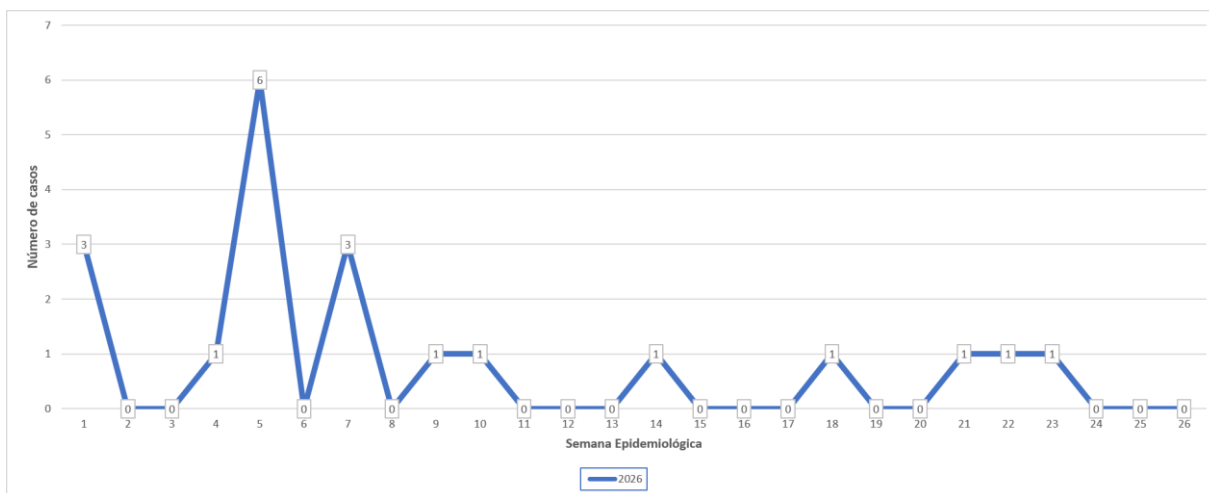
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, por semana epidemiológica. Costa Rica, SE 26, 2026.



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 26. Costa Rica



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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Casos importados y otras clasificaciones

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

- 27 casos importados
- 6 Casos de Recaída de casos importados
- 1 caso 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 54 casos de malaria de todas las clasificaciones al cierre de la SE 26-2026.

Tabla 2.

Resumen de casos de malaria por región, clasificación epidemiológica, especie y lugar de detección. Costa Rica, semana epidemiológica 26, 2026

REGIÓN	TOTAL DE CASOS	CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	NÚMERO DE CASOS	ESPECIE	NEXO
Huetar Norte	44	Autóctono	7	• <i>P. vivax</i>	• Foco Crucitas (n=5) • Foco Los Chiles (n=2)
		Introducido	11	• <i>P. vivax</i> (n=10) • <i>P. falciparum</i> (n=1)	• Foco Crucitas
		Importado	22	• <i>P. vivax</i> (n=18) • <i>P. falciparum</i> (n=3) • Mixto (PF-PPV) (n=1)	• Foco Crucitas (n=22)
		Recaída de caso importado	3	• <i>P. vivax</i>	• Foco Crucitas (n=2) • Detectado en el Distrito de Fortuna (n=1) • Primoinfección nexo con Nicaragua
		En Estudio	1	• <i>P. vivax</i>	• Foco Crucitas
Huetar Caribe	4	Autóctono	1	• <i>P. falciparum</i>	• Foco Matina
		Importado	3	• <i>P. vivax</i>	• Nexo con Nicaragua (n=2) • Nexo con Etiopía (n=1)
Central Norte	3	Autóctono	1	• <i>P. vivax</i>	• Detectado en Horquetas, Sarapiquí
		Importado	2	• <i>P. vivax</i>	• Nexo con Nicaragua
Central Occidente	1	Recaída de un caso importado de 2025	1	• <i>P. vivax</i>	• Sin foco, detectado en San Ramón
Chorotega	1	En Estudio	1	• <i>P. vivax</i>	• Abangares, Guanacaste
Central Sur	1	Importado	1	• <i>P. vivax</i>	• San José
TOTAL, PAÍS	54 casos*	IMPORTADOS  27	TRANSMISIÓN LOCAL (AUTÓCTONOS + INTRODUCIDOS)  20	RECAÍDAS DE CASO IMPORTADO  6	EN INVESTIGACIÓN  1

*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 26, 2026.

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	REGIÓN						TOTAL
	CENTRAL NORTE	CENTRAL OCCIDENTE	HUETAR CARIBE	CHOROTEGA	HUETAR NORTE	CENTRAL SUR	
 AUTÓCTONO	1	0	1	0	7	0	9
 INTRODUCIDO	0	0	0	0	11	0	11
 IMPORTADO	2	0	2	1	22	0	27
 RECAÍDA DE CASO IMPORTADO	0	1	1	0	3	0	6
 PENDIENTE	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL GENERAL	3	1	4	1	44	1	54

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 **104.512 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 60.240 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 **907 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 45.554 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 39.923 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 5.479 exámenes de gota gruesa,



MINISTERIO DE SALUD

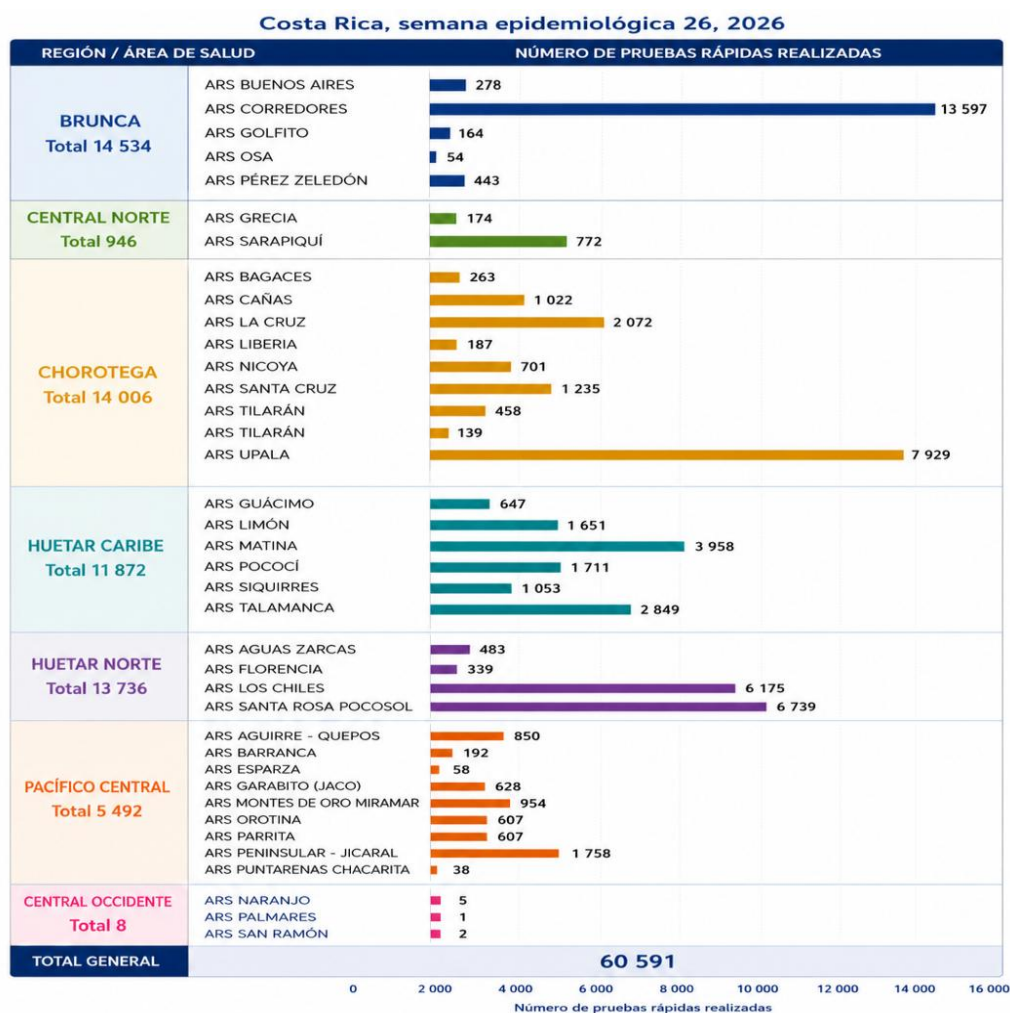
GOBIERNO DE COSTA RICA

- 152 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.

Tabla 4.

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.

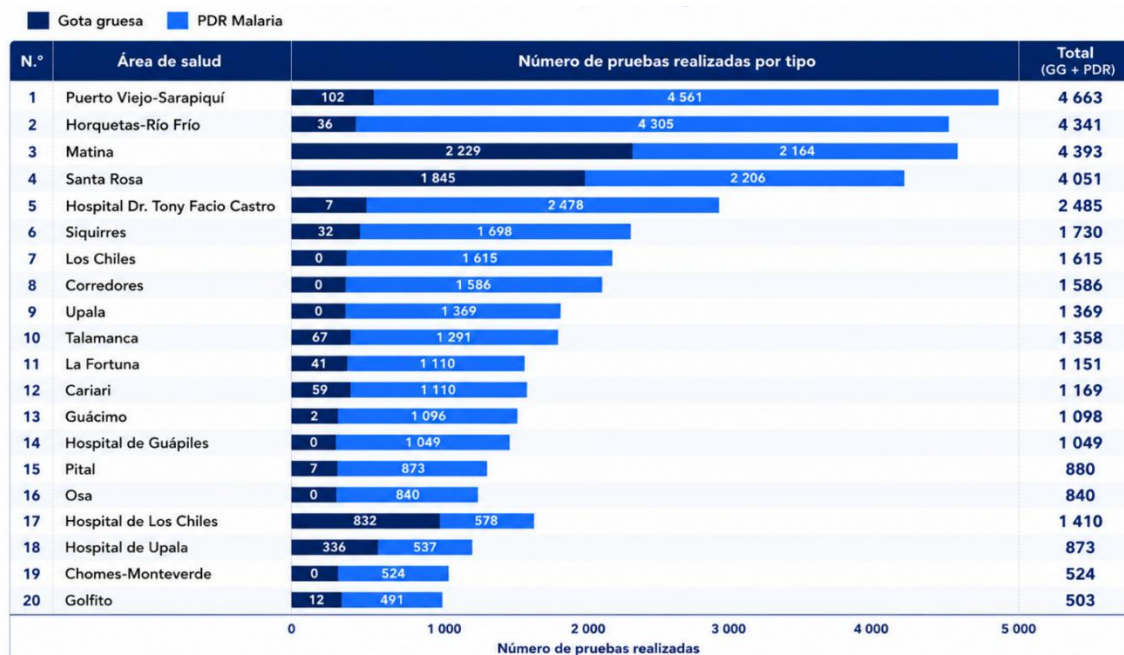


Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3.

Número de pruebas realizadas por tipo, según área de salud, CCSS, Costa Rica, semana epidemiológica 26, 2026



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

Inventario de focos.

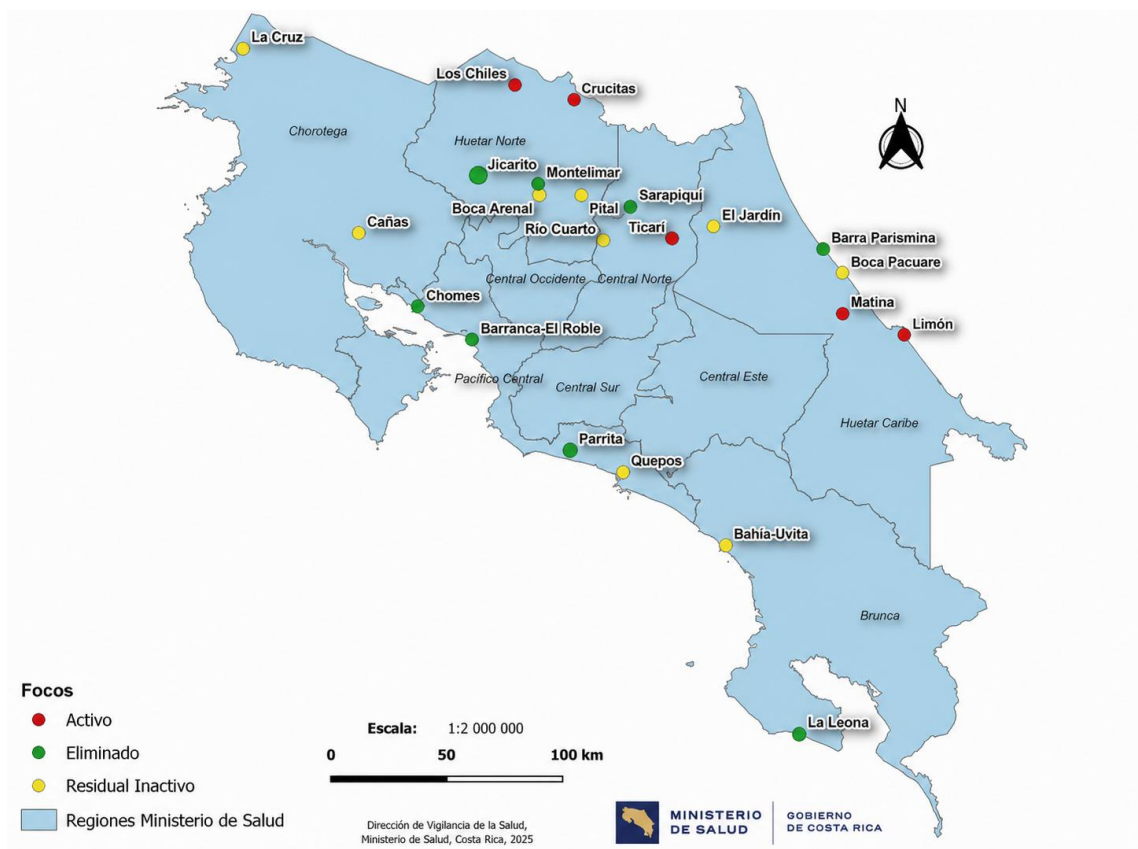
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 10 focos residuales inactivos y focos eliminados.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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	Bahia Uvita	Residual inactivo

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



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 22 de junio 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 25 del año 2026 se registran 248 125 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para la SE 25 se notificaron preliminarmente 7 797 casos. 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 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 25, el comportamiento de la EDA mantiene una carga elevada de casos y presenta incrementos respecto a los valores esperados en varias semanas epidemiológicas. 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 1 a la 25, se observa que los años con condiciones con tendencia a La Niña, asociados a períodos más lluviosos, presentan en general menor cantidad de casos de EDA. En contraste, los años con condiciones con tendencia a El Niño, asociados a períodos más cálidos y secos, muestran una mayor cantidad de casos y una carga semanal más elevada.

Particularmente, el año 2026 muestra valores elevados y sostenidos, destacando la SE 14 con 12 033 casos, la SE 15 con 12 133 casos, la SE 16 con 11 656 casos, la SE 20 con 11 603 casos y la SE 21 con 11 376 casos. Estos valores evidencian una carga importante del evento durante el primer semestre del año.

En términos generales, los años asociados a condiciones climáticas más cálidas tienden a presentar una mayor carga de EDA, observándose diferencias relevantes 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 en el número de casos reportados para la SE 25 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 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, zona de seguridad y zona de alerta, construidas a partir de los límites históricos esperados para este evento. La línea del año en curso representa el comportamiento observado durante el año 2026.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE 25, el comportamiento de la EDA muestra un incremento sostenido respecto a los valores esperados para varias semanas epidemiológicas, 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 en diferentes momentos del período analizado.



Los valores más elevados se registran principalmente en SE 15 (12 133 casos), SE 14 (12 033 casos), SE 16 (11 656 casos), SE 20 (11 603 casos), SE 21 (11 376 casos). 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.

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.

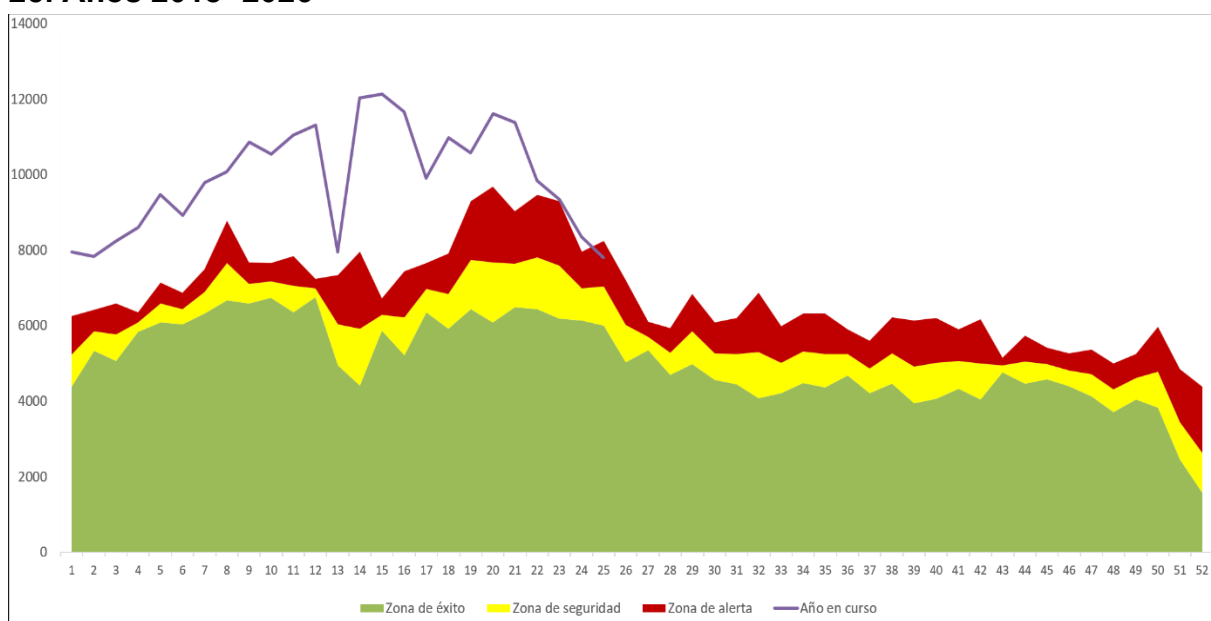
En conjunto, estas condiciones pueden contribuir a un aumento en la contaminación alimentaria y del agua, incrementando el riesgo de EDA en la población.



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.

Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 25. 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 (9 016,0), Vásquez de Coronado (8 255,8), Flores (8 165,1), Mora (7 822,6), San José (7 779,1), Montes de Oro (7 685,4), Esparza (7 525,3), Puntarenas (7 310,3), Goicoechea (7 244,0), Alajuelita (7 162,1), San Rafael (7 099,1), Santa Cruz (6 531,3), Cañas (6 491,7). También sobresalen Nandayure (6 351,3), Garabito (6 102,7), Naranjo (6 040,0), Matina (5 867,8), Tarrazú (5 767,4), El Guarco (5 553,7), Abangares (5 337,4), Alajuela (5 336,4), Parrita (5 320,4), Turrialba (5 262,9),



Desamparados (5 209,4), San Mateo (5 145,4), los cuales presentan algunas de las tasas más elevadas observadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como Aserri (5 123,7), Quepos (5 005,2), Barva (4 996,3), San Carlos (4 978,9), Zarcero (4 910,9), Santo Domingo (4 880,3), Moravia (4 714,5), Belén (4 679,6), Guatuso (4 630,7), Upala (4 520,2), Atenas (4 495,0), Guácimo (4 361,7), Puerto Jiménez (4 238,1), Heredia (4 233,5), Cartago (4 146,2) 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 (8 165,1), San Rafael (7 099,1), Barva (4 996,3), Santo Domingo (4 880,3) y Belén (4 679,6), todos con tasas superiores al promedio provincial (4 466,8 por 100 000 habitantes). Asimismo, destacan varios cantones de las regiones Pacífico Central y Chorotega, como Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Garabito, 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.

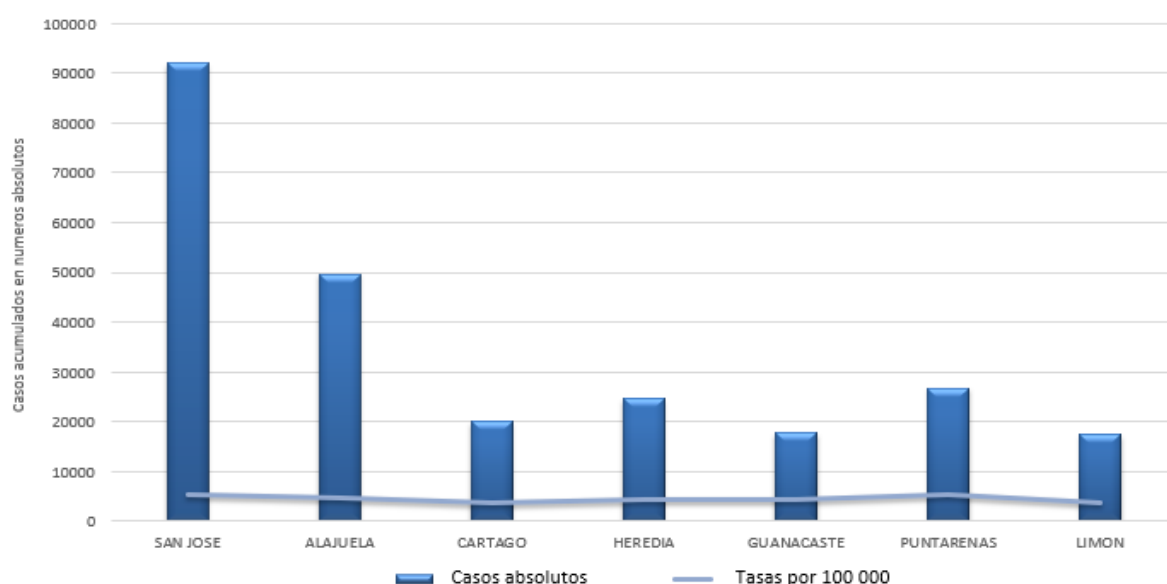
De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos San José, Vázquez de Coronado, Mora, Goicoechea, Alajuelita, Aserri, Desamparados y Moravia, donde la alta densidad poblacional, la movilidad urbana y la concentración de servicios podrían influir en los niveles de incidencia observados. En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registraron en San José (5 522,4 por 100 000 habitantes), Puntarenas (5 250,0), Alajuela (4 587,4), Heredia (4 466,8), Guanacaste (4 245,8), Limón (3 786,1), Cartago (3 760,9). 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 25, 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 (8 201,0), 25 a 29 años (7 430,1), 1 a 4 años (7 239,3), menores de 1 año (6 734,0), 35 a 39 años (6 308,9), 30 a 34 años (6 104,8).

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 cuido 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 4 494,5 casos por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 2 211,2 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 3 344 casos en menores de 1 año, 15 061 casos en población de 1 a 4 años, 31 050 casos en el grupo de 20 a 24 años, 30 638 casos en el grupo de 25 a 29 años, 26 354 casos en el grupo de 30 a 34 años y 27 655 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, 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.



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.

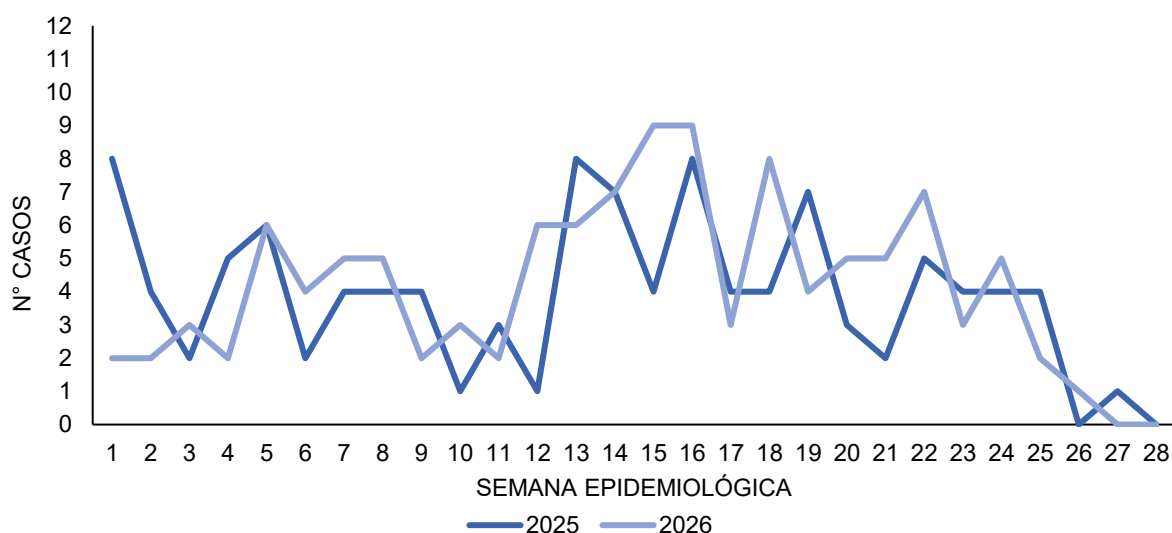
En Costa Rica, al cierre de la semana epidemiológica (SE) 26 del año 2026, se notificaron 116 casos sospechosos de meningitis mediante la boleta VE-01, en comparación con 109 casos registrados durante el mismo período del año 2025, lo que representa un incremento del 6,4 %. El comportamiento semanal de los casos notificados durante ambos años muestra un patrón fluctuante, caracterizado por variaciones semanales sin evidencia de una tendencia sostenida al incremento que sugiera un aumento inusual de la transmisión a nivel nacional. En ambos períodos, el número de casos osciló entre 1 y 9 casos por semana epidemiológica. No obstante, durante 2026 se observa una mayor concentración de casos entre las semanas epidemiológicas 13 y 22, con picos de hasta 9 casos en las semanas 15 y 16. En contraste, durante 2025 los principales incrementos se presentaron de forma más dispersa, destacando las semanas 13, 16 y 19, con un máximo de 8 casos. Este comportamiento indica que, aunque la magnitud de los picos fue similar en ambos años, en 2026 la actividad se concentró durante un período más prolongado. A partir de la SE 23 se evidencia una disminución progresiva en el número de casos notificados en ambos años.

De las 9 regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 23,3% (27/116), seguido de las regiones Central Este con el 18,8% (23/116) y Central Norte con el 15,5% respectivamente (18/116).



Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 26, 2026



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

La siguiente tabla presenta los 15 cantones con las mayores tasas de notificación de meningitis. Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más alta (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 26, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Monteverde	1	20,6
Aserri	7	11,1
San Isidro	2	8,5
Turrialba	5	7,3
El Guarco	3	6,6
Paraíso	4	6,5
Liberia	5	6,1
Upala	3	5,2
Nicoya	3	5,1
Montes de Oca	3	4,9
Cartago	8	4,9
Pérez Zeledón	6	4,5
Limón	4	4,4
Talamanca	2	4,3
Naranjo	2	4,0

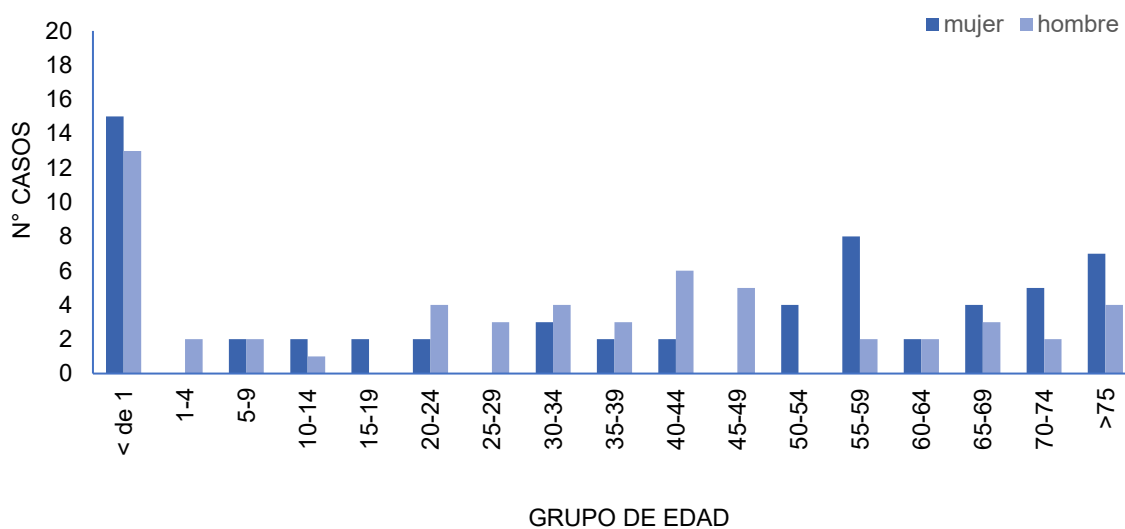
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 48,2% (56/116) corresponde a hombres y el 51,7 (60/116) a mujeres. El 24,1% (28/116) 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 26, 2026



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



Miasis por gusano barrenador en humanos

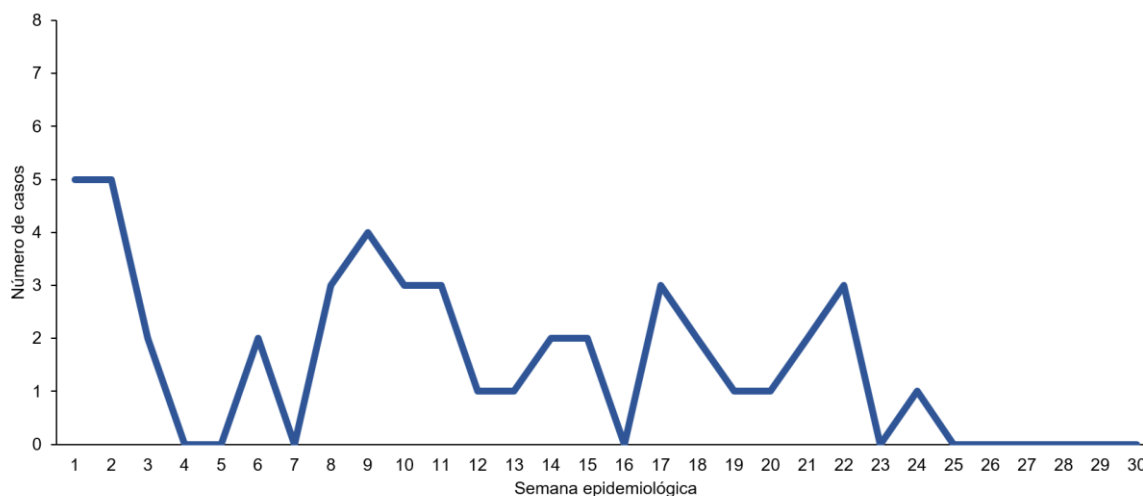
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 27 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 27, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 46 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (19/46) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (24/46)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 27, 2026

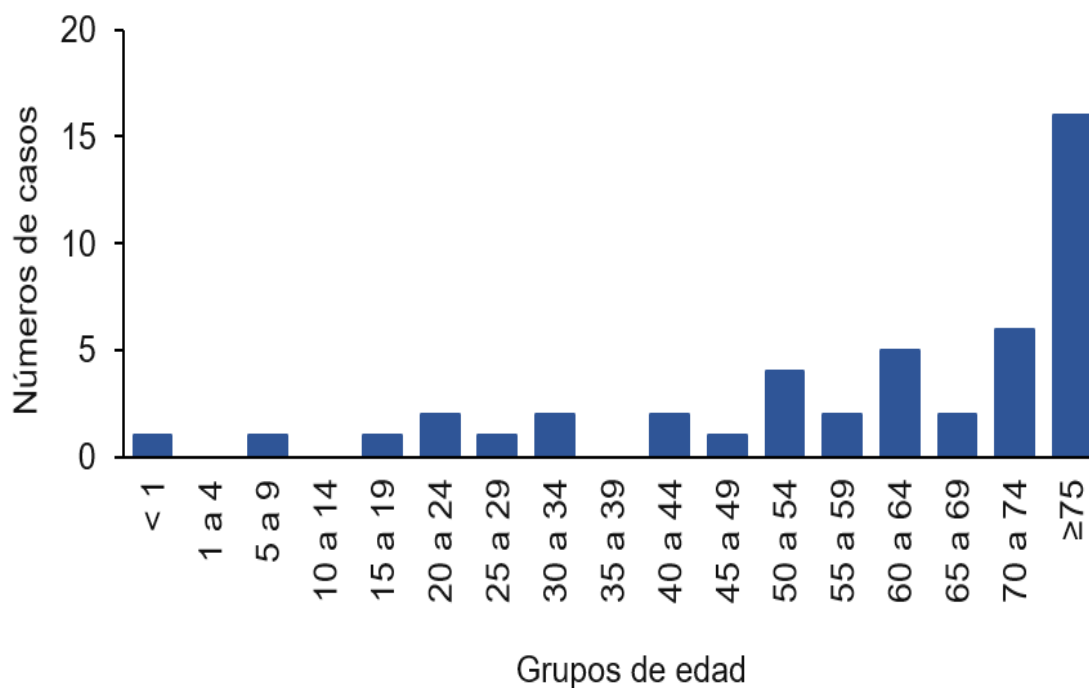


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 27, 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 32 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 27, 2026

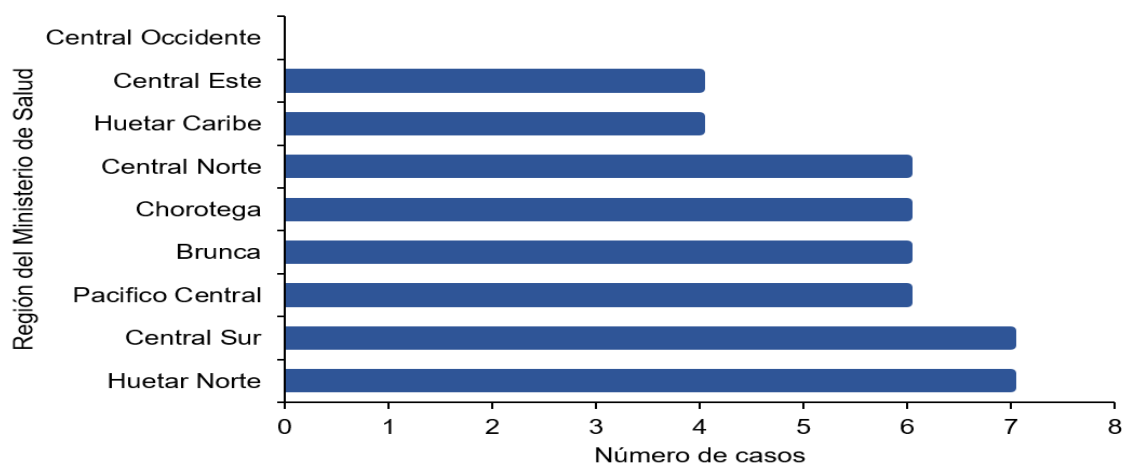
Provincias	Casos	Tasas
Total	46	0,9
San José	9	0,5
Alajuela	10	0,9
Cartago	3	0,6
Heredia	4	0,7
Guanacaste	6	1,4
Puntarenas	10	2,0
Limón	4	0,9

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 27 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos las provincias de Puntarenas (10/46) y Alajuela (10/46).

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 27, 2026



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

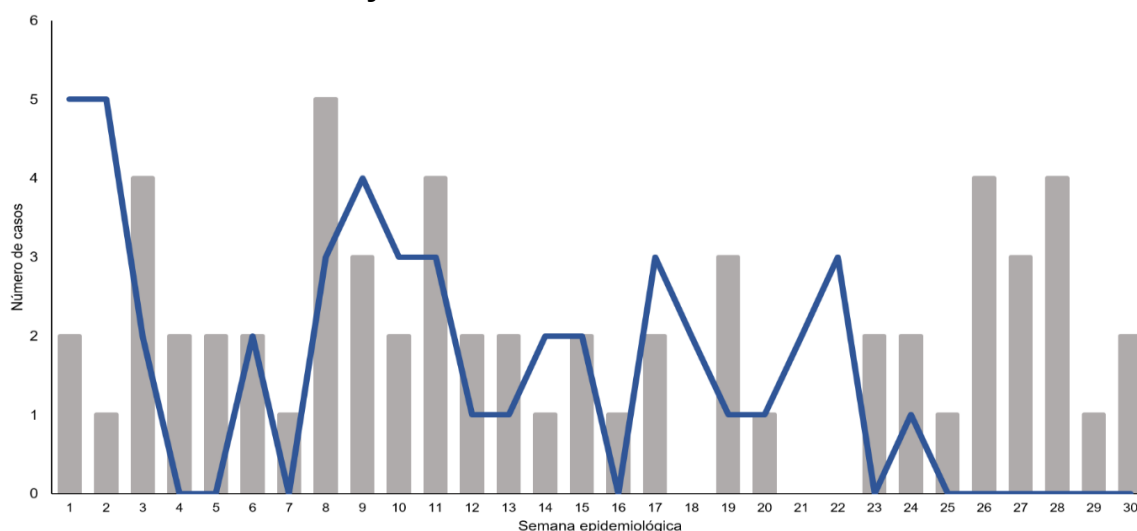


En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Huetar Norte (7/46) y la Región Central Sur (7/46) como las que registran el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 27 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 46 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 27 del 2025 también se habían confirmado 54 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 27 del 2025 y del 2026

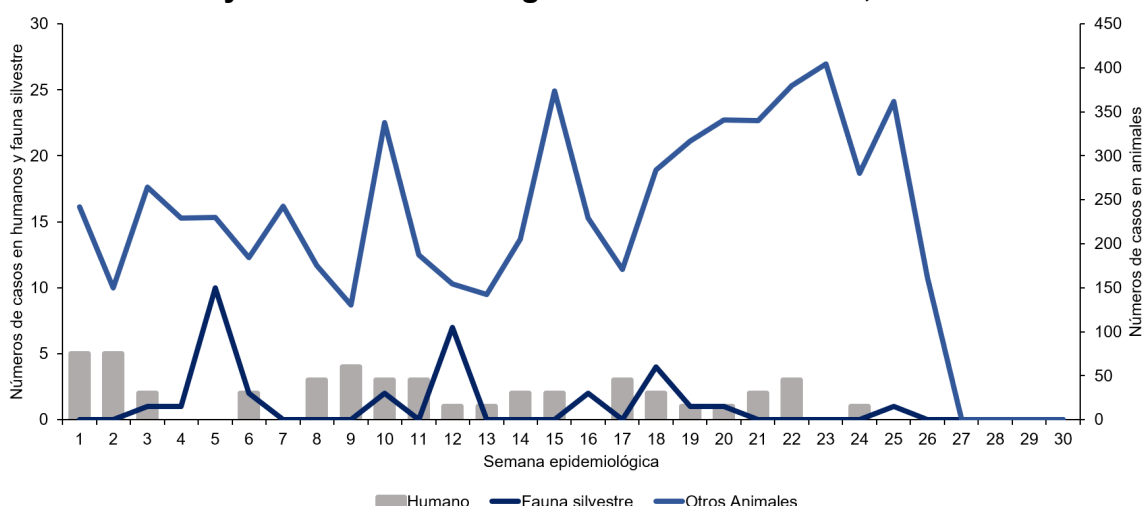


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026



Gráfico 5

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador en humanos, fauna silvestre y otros animales según SE de la 01 a la 26, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 26-2026, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos, en fauna silvestre y otros animales por SE de la 01 a la 26 del 2026, con 46 casos confirmados en humanos, 32 casos en fauna silvestre y 6517 casos confirmados en otros animales (datos preliminares, sujetos a modificaciones).

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2026 ha 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.

Para los Viajeros:

Figura 1

Atención Viajero protéjase contra el Sarampión. 2026



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional



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.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

- Evita el contacto con personas vulnerables: Niños pequeños, embarazadas y personas inmunocomprometidas son más susceptibles a complicaciones.

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

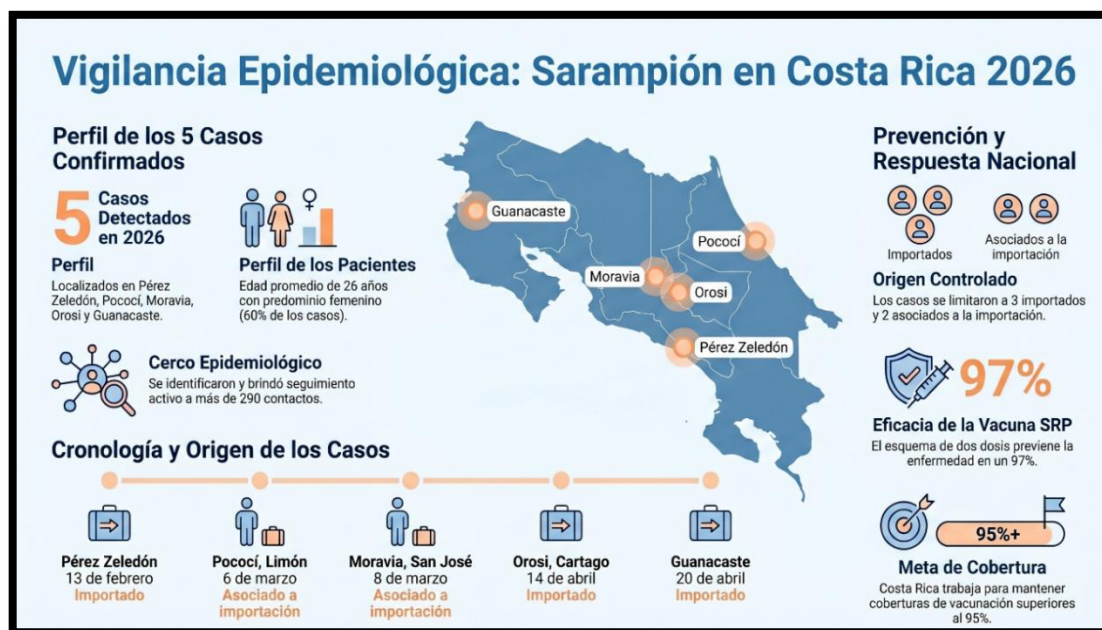
En el 2026 se han se han notificado y descartado por laboratorio 170 sospechosos de sarampión. Se confirmaron **cinco casos de sarampión** en el país, en **Pérez Zeledón, Pococí, Moravia, Orosi y Guanacaste**.

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



Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Fuente:



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 Areas 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.

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 3.
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 4.
Vigilancia y Respuesta ante el sarampión en Costa Rica.



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

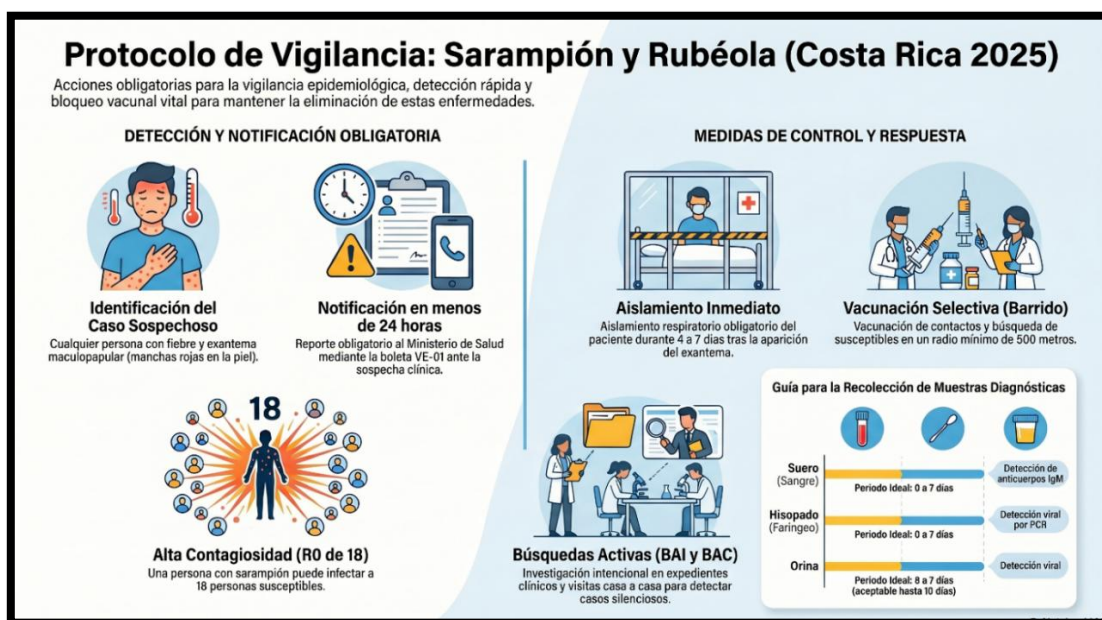
Posterior a la confirmación del caso de sarampión, se trabaja interinstitucionalmente, el Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, y el Inciensa, y otros actores con los tres niveles de gestión local, regional y nacional. Durante el abordaje se trabaja realizando reuniones periódicas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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Figura 5.
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.