



Boletín Epidemiológico N° 31 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

28 de agosto de 2026

Tabla de contenido

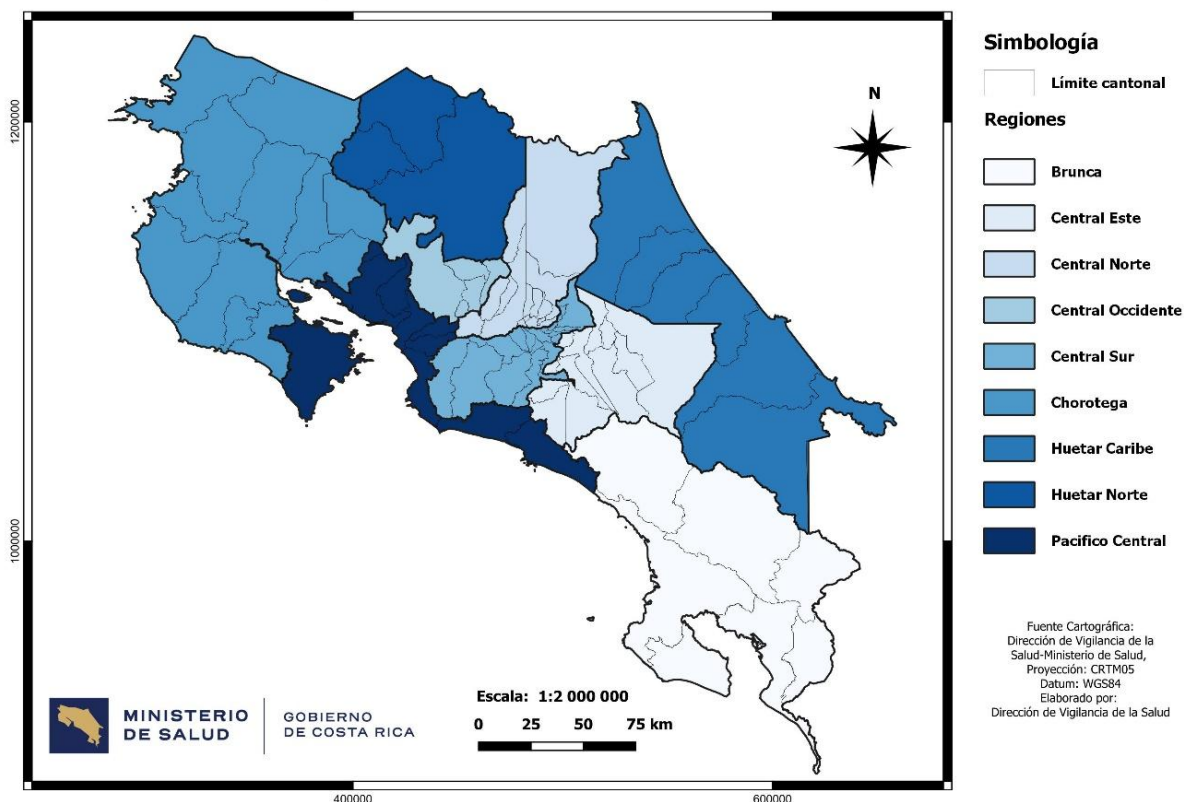
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	7
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 31	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	17
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 24 de agosto 2026.....	34
Miasis por gusano barrenador en humanos	43
Situación Región de las Américas respecto al evento del sarampión	48



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 32 del año 2026 se notifican **3437 casos acumulados** de dengue de estos, **58 casos** como dengue con signos de alarma.

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 24 de agosto se reportan 5 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en Hospital San Rafael de Alajuela y 4 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1050 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 240,2/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 32, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1050	100,3
Pacífico Central	773	240,2
Chorotega	470	99,1
Huetar Caribe	385	84,1
Central Sur	340	22,5
Huetar Norte	149	54,9
Brunca	127	36,0
Central Occidente	84	37,4
Central Este	59	10,7
Total	3437	65,9

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	1505	139,0	813	150,5	692	127,6
Guanacaste	453	108,6	241	116,5	212	100,9
Puntarenas	450	88,4	196	77,8	254	98,8
Limón	385	84,1	168	75,1	217	92,7
San José	354	21,2	175	20,7	179	21,8
Heredia	231	42,0	131	47,4	100	36,5
Cartago	59	11,1	25	9,3	34	12,8
Total	3437	65,9	1749	66,9	1688	64,8

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 32 son: Alajuela 435 casos, Orotina 398 casos, Grecia 339 casos, Puntarenas 181 casos y San José 146 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 32, 2026.

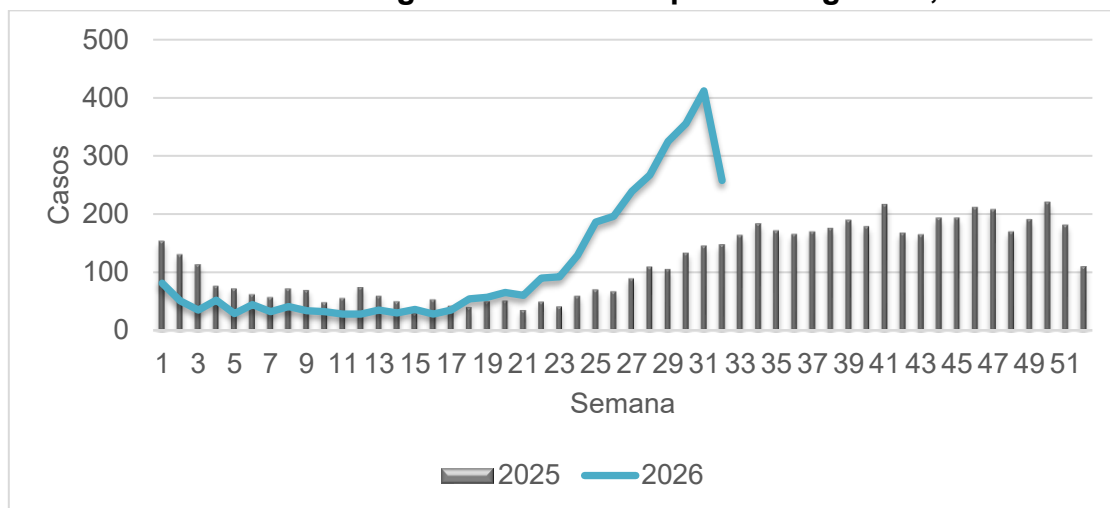
Cantón	Casos	Tasa
201: Alajuela	435	131,7
209: Orotina	398	1564,9
203: Grecia	339	416,5
601: Puntarenas	181	124,3
101: San José	146	41,2
510: La Cruz	144	507,8
702: Pococí	119	75,7
505: Carrillo	116	229,7
401: Heredia	103	69,9
701: Limón	95	103,5

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 32, 2025-2026.

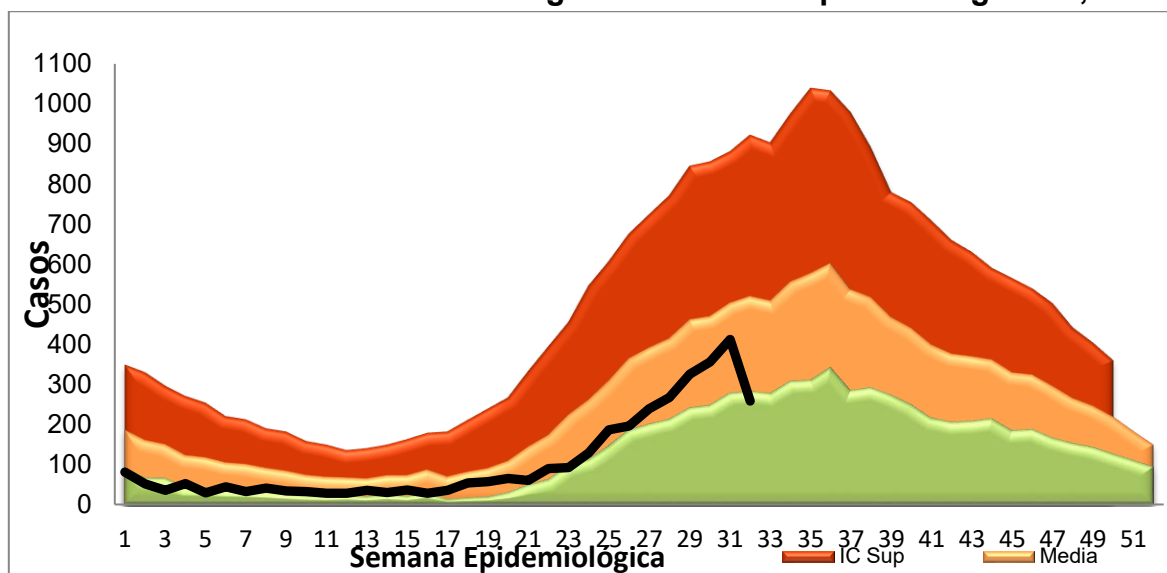


Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 32 del año 2025 se reportaron 2405 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 30% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 32, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Chikungunya

A la semana epidemiológica 32 se notifica un total de **189 casos** de chikungunya, **141 casos confirmados** por prueba de PCR y **48 casos probables** por nexos y/o clínica en estudio.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 32, 2026

Región	Total	Tasa	Confirmados	Probables
Central Norte	55	5,3	48	7
Chorotega	90	19,0	61	29
Central Sur	19	1,3	16	3
Central Occidente	5	2,2	5	0
Central Este	5	0,9	3	2
Huetar Caribe	4	0,9	0	4
Huetar Norte	6	2,2	3	3
Pacífico Central	5	1,6	5	0
Brunca	0	0,0	0	0
Total	189	3,6	141	48

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

1. Alajuela 45 casos
2. Santa Cruz 36 casos
3. Carrillo 35 casos
4. La Cruz 10 casos
5. San José 9 casos



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 32 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 32 de 2026, Costa Rica acumula **74** casos de malaria: 24 corresponden a transmisión local (13 autóctonos y 11 introducidos), 37 son importados (incluidas 6 recaídas de casos importados) y 13 permanecen en investigación epidemiológica.

La transmisión se concentra principalmente en el foco de foco Crucitas–Llano Verde, asociado a la actividad minera y a la movilidad poblacional transfronteriza con Nicaragua. La persistencia de casos introducidos mantiene el riesgo de reintroducción y exige sostener la vigilancia intensificada, el diagnóstico oportuno y la respuesta focalizada.

Tabla 1.

Cifras clave de la situación epidemiológica de la malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 32, 2026.

Cifras clave	SE 32-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	74	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	24 (32%)	13 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	37 (50%)	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	13 (17.5%)	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 57 casos del total a nivel nacional (77%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 24 casos de transmisión local en la SE 32 de 2026, distribuidos en 13 autóctonos y 11 introducidos. El 83 % (20/24) se concentra en el foco de foco Crucitas–Llano Verde, en el distrito de Cutris, Región Huetar Norte, en un contexto de actividad minera y movilidad transfronteriza con Nicaragua. Los casos restantes se distribuyen entre los focos de Los Chiles, Matina y Ticarí.

Tabla 2.

Distribución de los casos de transmisión local según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 32, 2026.

Clasificación	<i>P. vivax</i>	<i>P. falciparum</i>	Total
Autóctonos	12	1	13
Introducidos	10	1	11
Total	22	2	24

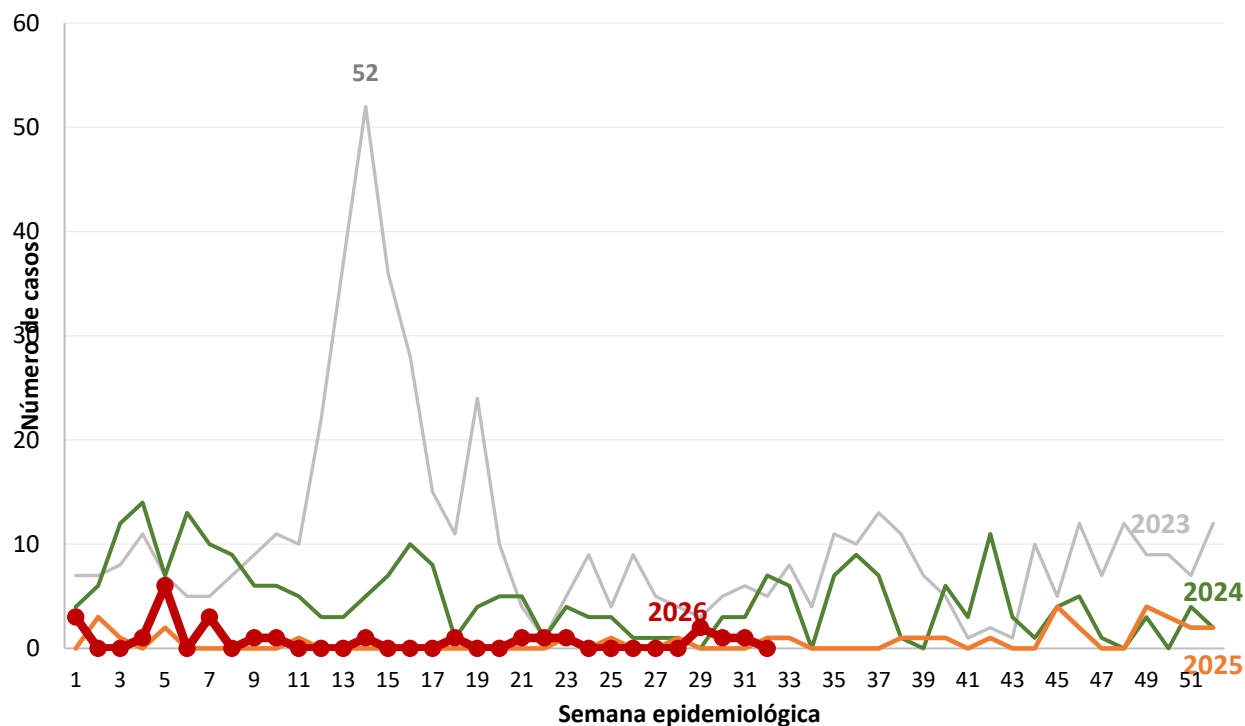
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Plasmodium vivax es la especie predominante en la transmisión local (22/24, 92 %); *P. falciparum* aporta apenas 2 casos (8 %): uno autóctono en Matina y uno introducido en foco Crucitas–Llano Verde, lo que confirma que la circulación de esta especie, aunque marginal, no ha desaparecido.



Gráfico 1.

Casos de malaria por transmisión local según semana epidemiológica, Costa Rica 2023-2026*



*2026: Datos hasta la semana epidemiológica 32

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

A la semana epidemiológica 32 de 2026 se registran 24 casos de malaria, cifra superior a los 11 casos registrados en el mismo período de 2025. No obstante, el número de casos continúa siendo considerablemente inferior al observado en 2023 y 2024, cuando se notificaron 382 y 170 casos, respectivamente.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 32 de 2026 se registran 37 casos importados (Tabla 3), predominantemente asociados a *P. vivax* y con antecedente de exposición mayoritario en Nicaragua, lo que confirma la influencia de la movilidad poblacional transfronteriza, específicamente por la epidemiología de la malaria en Costa Rica.



Tabla 3.

Distribución de los casos importados según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 32, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	32	86
<i>P. falciparum</i>	4	11
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	37	100

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

El 97 % de los casos importados presenta antecedente de exposición en Nicaragua, lo que confirma la influencia de la movilidad poblacional transfronteriza sobre la epidemiología de la malaria en el país. Sin embargo, este patrón no debe atribuirse únicamente a la migración laboral general: una parte importante de estos casos está vinculada a la actividad minera irregular en zonas fronterizas, reconocida como un factor de riesgo específico para la transmisión de malaria en la región. La mayor parte de estos casos se detecta en la Región Huetar Norte, lo que refuerza la necesidad de mantener la detección temprana, la investigación epidemiológica y la respuesta oportuna para prevenir la reintroducción de la transmisión

Distribución de casos

La distribución de los 74 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 62 casos (84 %), incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de los importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

Distribución de casos por clasificación epidemiológica, especie y región del Ministerio de Salud, SE32-2026

Región	Autóctono			Importado				Introducido			En investigación			Total
	P.f	P.v	Subt.	Mixta	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	
Central Norte	–	1	1	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	2
Pacífico Central	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	1
Central Occidente	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Central Sur	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar Caribe	1	–	1	–	–	4	4	–	–	–	–	–	–	5
Huetar Norte	–	11	11	1	4	23	28	1	10	11	1	11	12	62
Total	1	12	13	1	4	32	37	1	10	11	1	12	13	74

P.f: *Plasmodium falciparum* P.v: *Plasmodium vivax*

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 **126 991 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 69 641 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 **1097 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 57 350 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 50 750 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 6 343 exámenes de gota gruesa,
- 257 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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 5.

Principales Áreas Rectoras de Salud por número de pruebas realizadas para malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 32, 2026.

No.	ÁREA RECTORA DE SALUD	REGIÓN RECTORA	PDR
1	Corredores	Brunca	16419
2	Santa Rosa Pocosol	Huetar Norte	8145
3	Los Chiles	Huetar Norte	6700
4	Matina	Huetar Caribe	4758
5	La Cruz	Chorotega	4097
6	Talamanca	Huetar Caribe	3548
7	Upala	Chorotega	2572
8	Abangares	Chorotega	1876
9	Peninsular - Jicaral	Pacífico Central	1765
10	Limón	Huetar Caribe	1727
11	Pococí	Huetar Caribe	1754
12	Cañas	Chorotega	1368
13	Liberia	Chorotega	1373
14	Nicoya	Chorotega	1304
15	Siquirres	Huetar Caribe	1098
16	Montes De Oro Miramar	Pacífico Central	1016
17	Santa Cruz	Chorotega	805
18	Aguas Zarcas	Huetar Norte	789
19	Sarapiquí	Central Norte	787
20	Carrillo	Chorotega	739
Total General			69 641

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

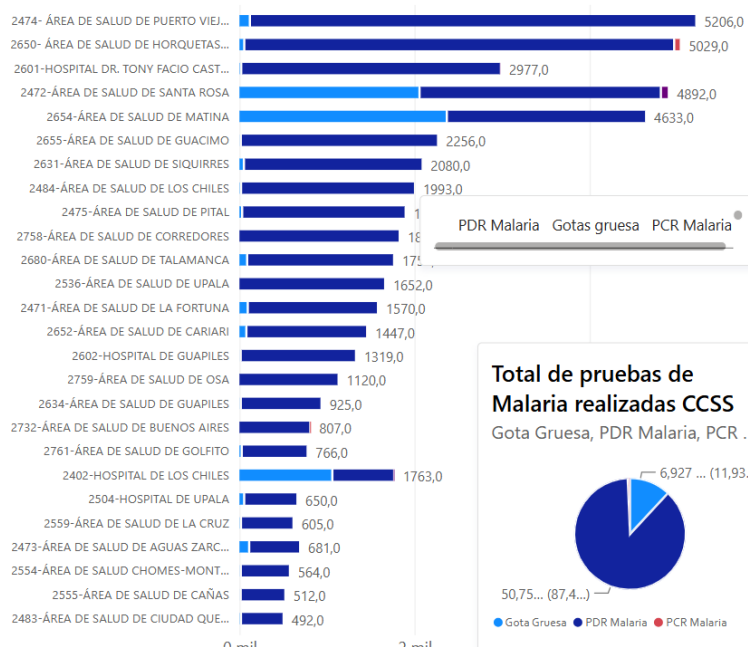


Gráfico 2.

Distribución de pruebas de gota gruesa, PDR y PCR para malaria en los 20 centros de salud de la CCSS con mayor producción, Costa Rica 2026.

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

Gota Gruesa, PDR Malaria, PCR Malaria y G6PD por Unidad Ejecutora



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 4 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 8 focos eliminados.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Tabla 6.

Listado de focos de malaria por provincia, cantón y estado epidemiológico del foco. Costa Rica, 2026

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	Residual inactivo
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



Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 31

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 31 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Cuadro 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 31

Acciones Realizadas	Total
Viviendas visitadas	13 044
Viviendas positivas	676
Depósitos tratados	43 754
Depósitos eliminados	16 493
Criaderos	60 247
Depósitos positivos	1 072
Viviendas fumigadas	37 743

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Cuadro 2.

Acciones acumuladas de control vectorial de la semana epidemiológica 1 a la 31.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	396 517
Viviendas positivas	17 716
Depósitos tratados	1 393 585
Depósitos eliminados	1 031 024
Criaderos	2 424 609
Depósitos positivos	41 014
Viviendas fumigadas	521 679

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

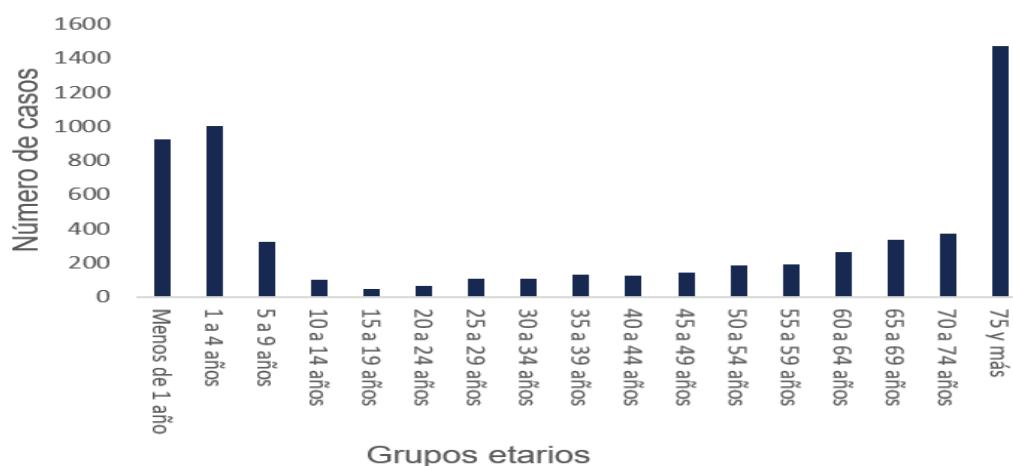
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 32 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 32 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 32 son un total de 6042.
- 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 32, en Costa Rica, 2026.



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

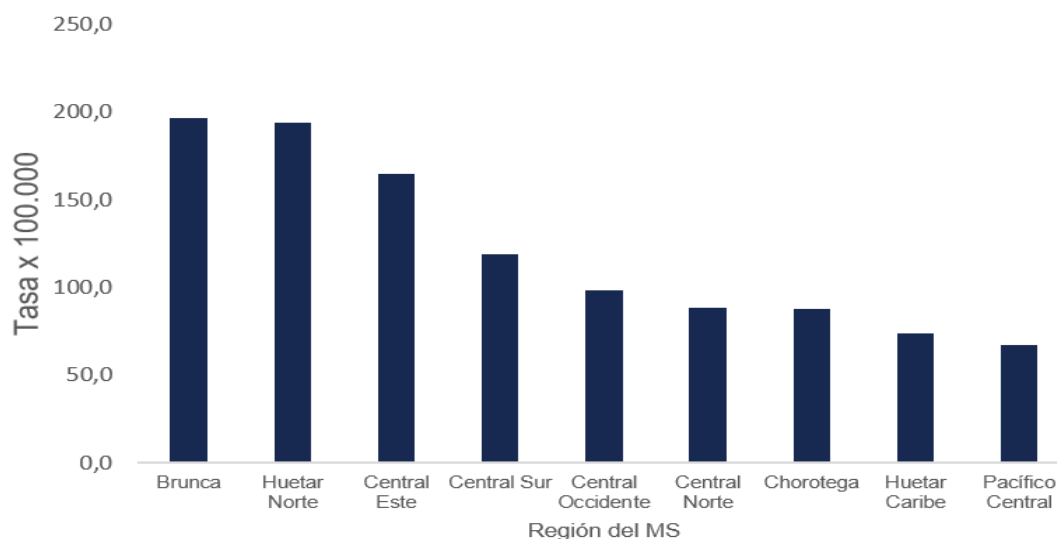


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 32, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Brunca, Huetar Norte, 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 32 del 2026, en Costa Rica.



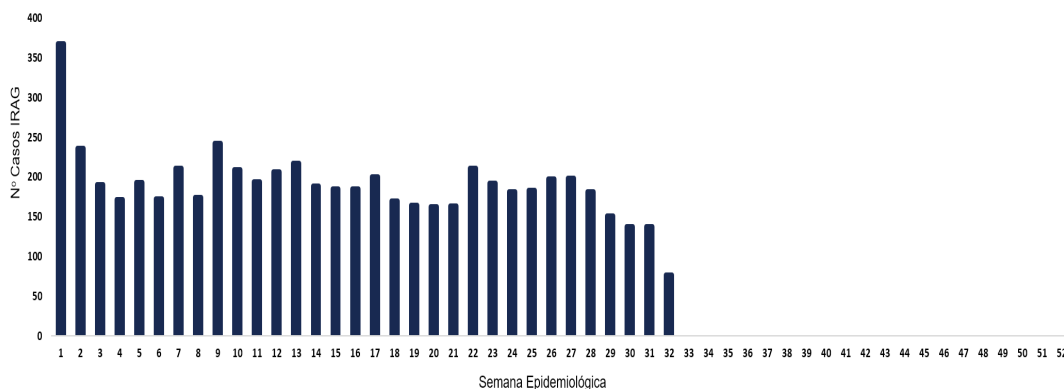
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 32 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 32, en Costa Rica, 2026.

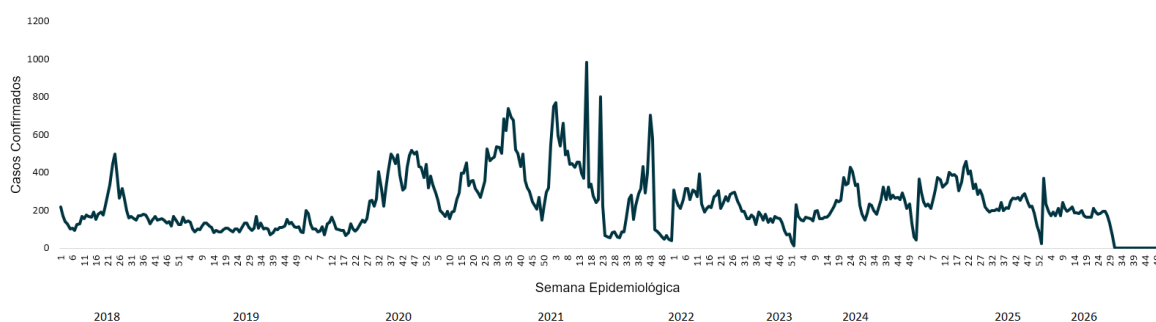


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

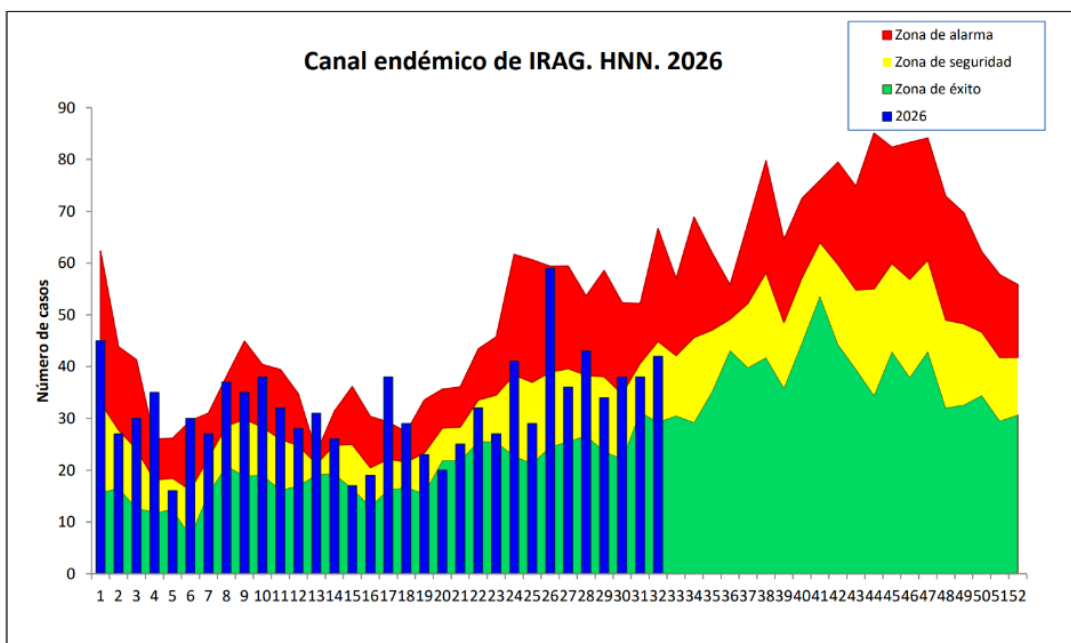


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

El HNN, para la SE-32 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de seguridad, 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.

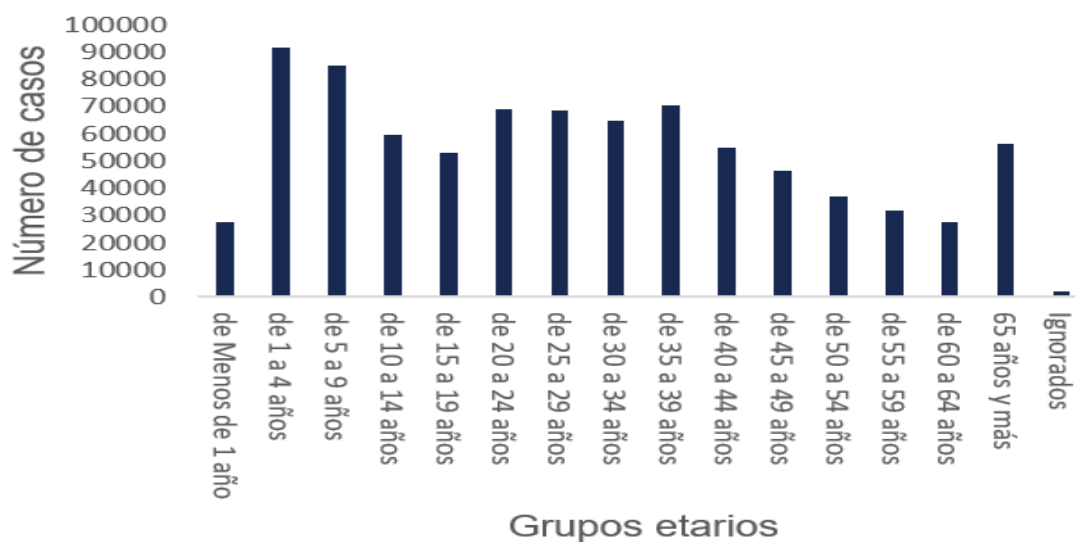
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 32 son 843151.
- 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 32, en Costa Rica, 2026.



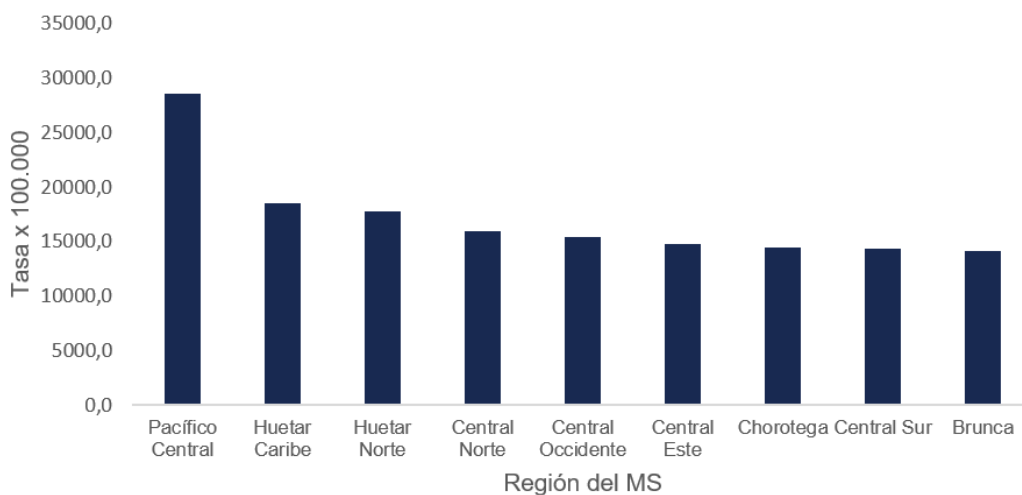
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 32, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe y Huetar Norte. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Chorotega, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 32 del 2026, en Costa Rica.

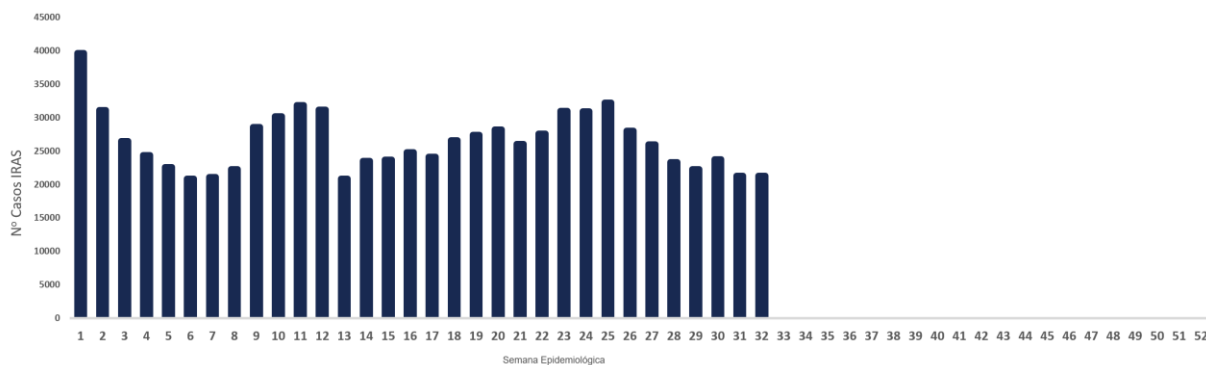


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 32 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 31, en Costa Rica, 2026.



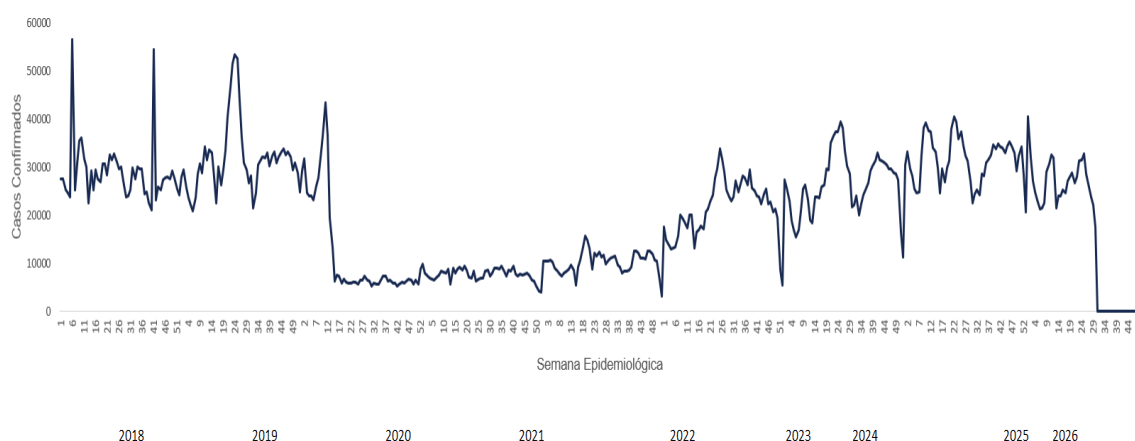
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

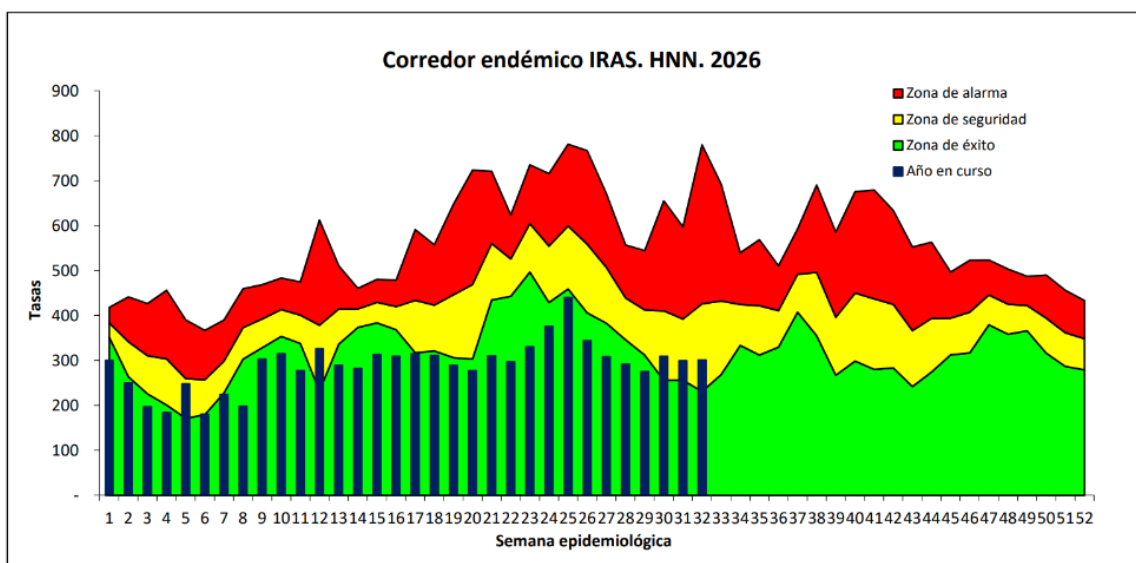


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 32 se encuentran en la zona de seguridad 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) 32 son $n= 9074$.
- 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 32, en Costa Rica, 2026.

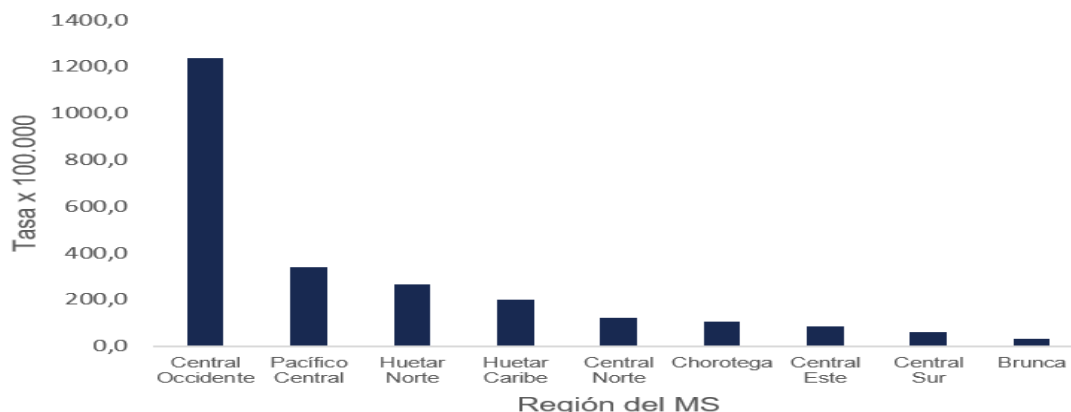


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 32, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Pacífico Central, Chorotega, 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 32 del 2026, en Costa Rica.



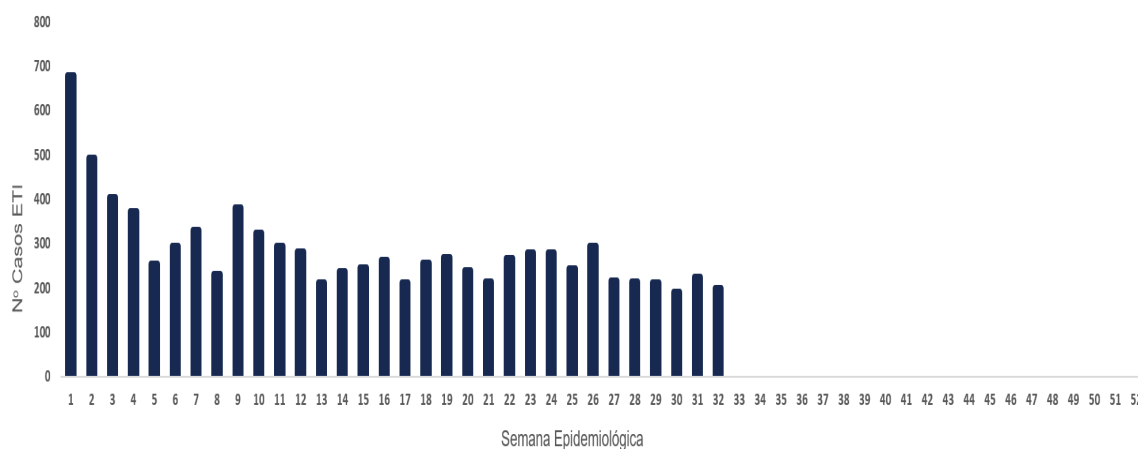
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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 32, en Costa Rica, 2026.



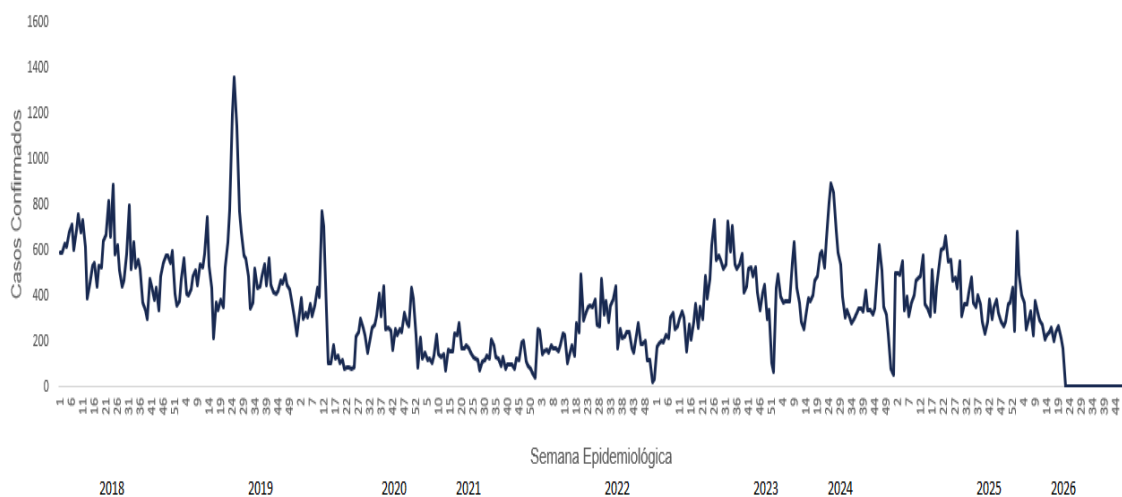
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.



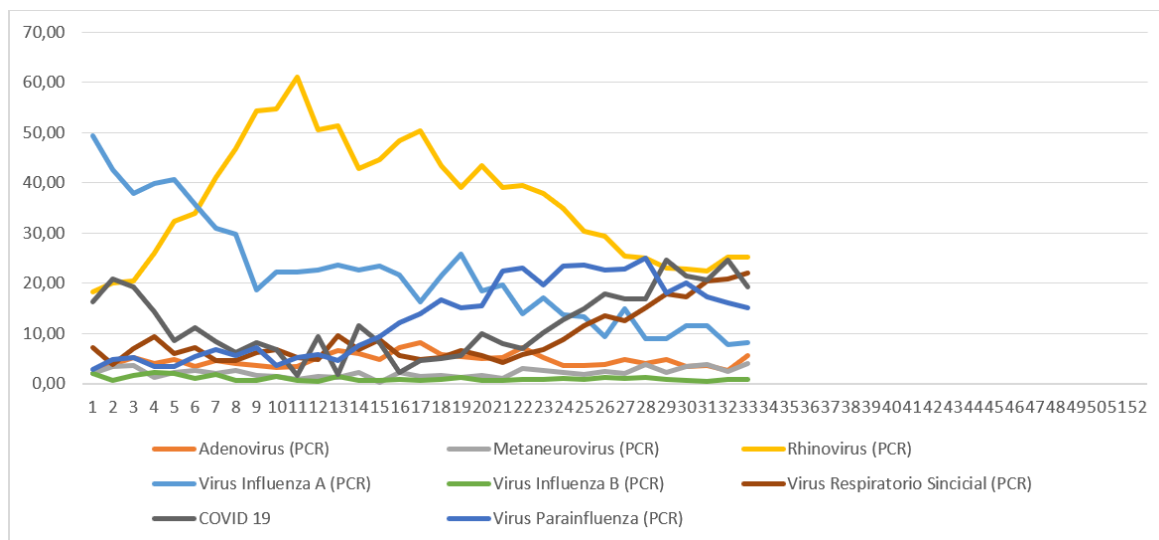
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 33 del 2026; para la SE-33, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus respiratorio sincicial y finalmente el Covid-19 está en tercer lugar de circulación.



Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 33 en Costa Rica, 2026.



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

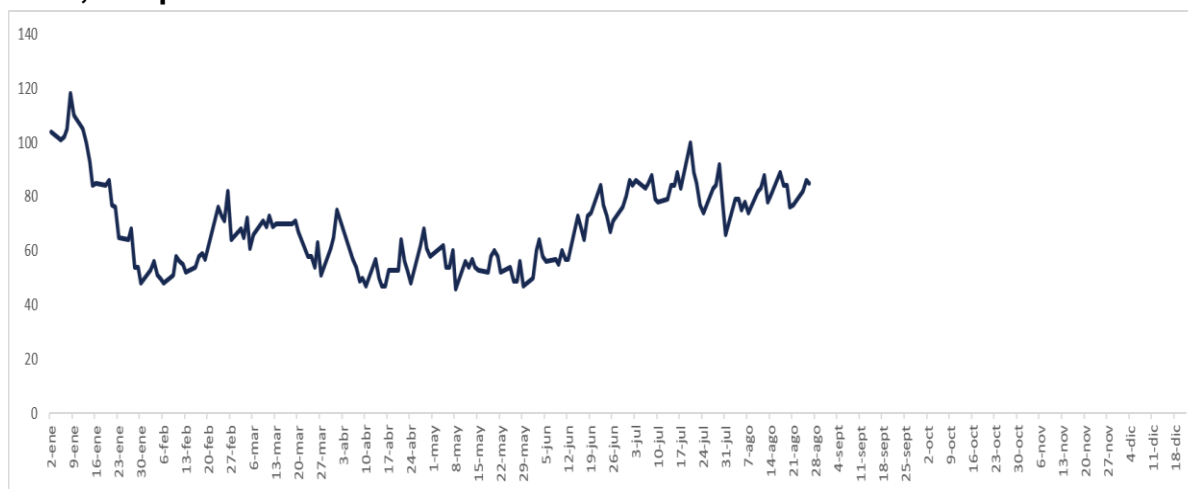
En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 26 de agosto del año en curso, correspondiente a la semana 34, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 78, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 116% (% de ocupación expandida del 91%).



Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 34 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 1-32. Año 2026.

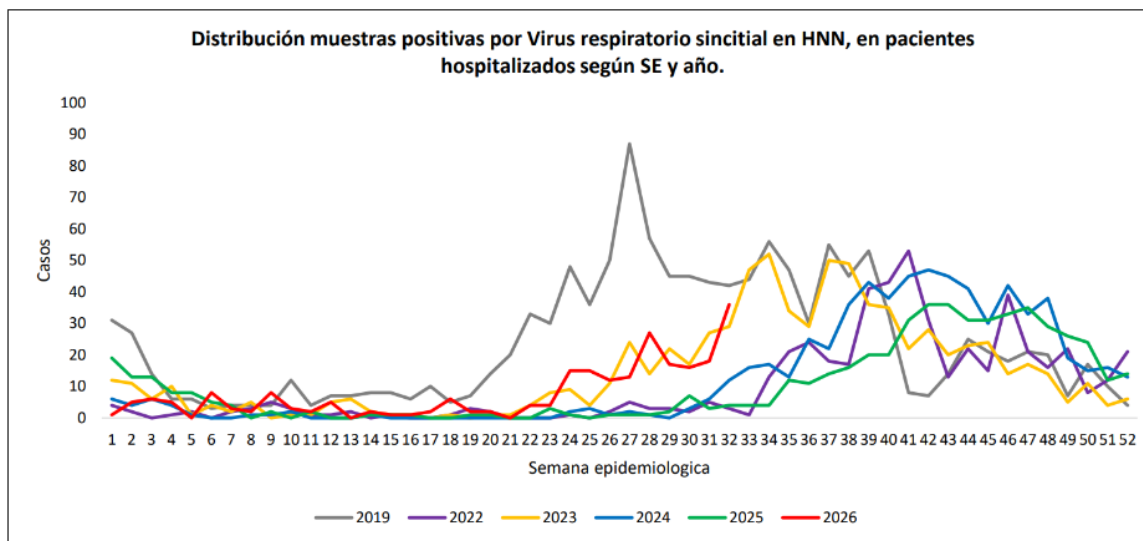
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	614	47.3
Virus respiratorio sincitial	241	18.6
Parainfluenza	164	12.6
Adenovirus	125	9.6
Influenza A-B	78	6.0
SARS CoV-2	52	4.0
Metaneumovirus	19	2.2
Coronavirus	5	0.4
Total	1298	100.00%

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.



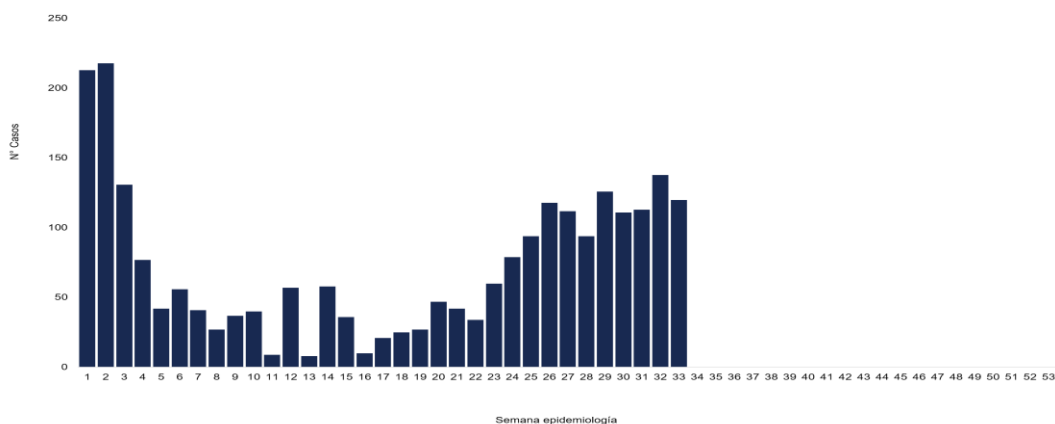
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 33, se reportaron un total de 120 casos confirmados, lo que representa una disminución del 13.04% con respecto a la SE-32 del año 2026 que presentó 138 casos.



Gráfico 18.

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

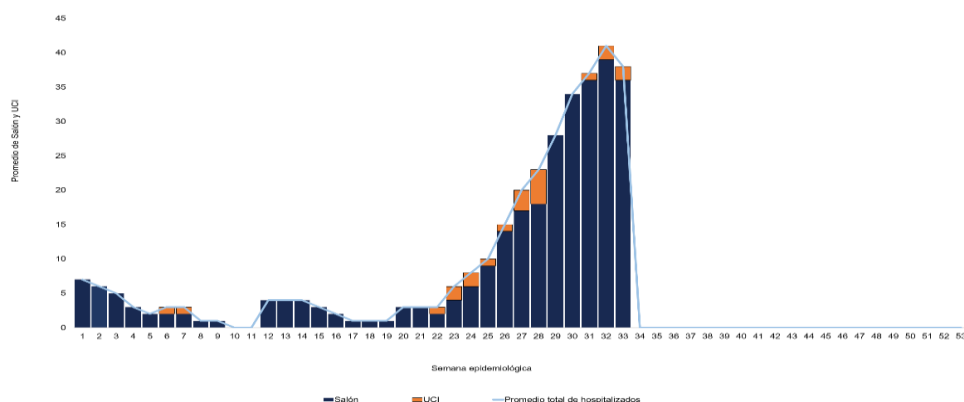


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 34, se reportó un promedio total de 38 hospitalizados (36 en salón general y 2 en UCI); en la SE-33, hubo un total de 41 pacientes hospitalizados en salón general.

Gráfico 19.

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



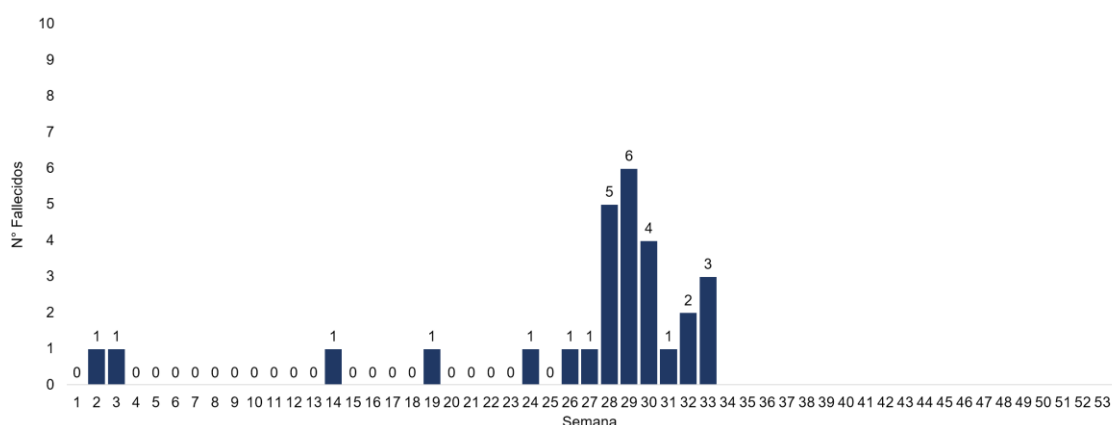
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 33, hubo 3 fallecidos; 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.

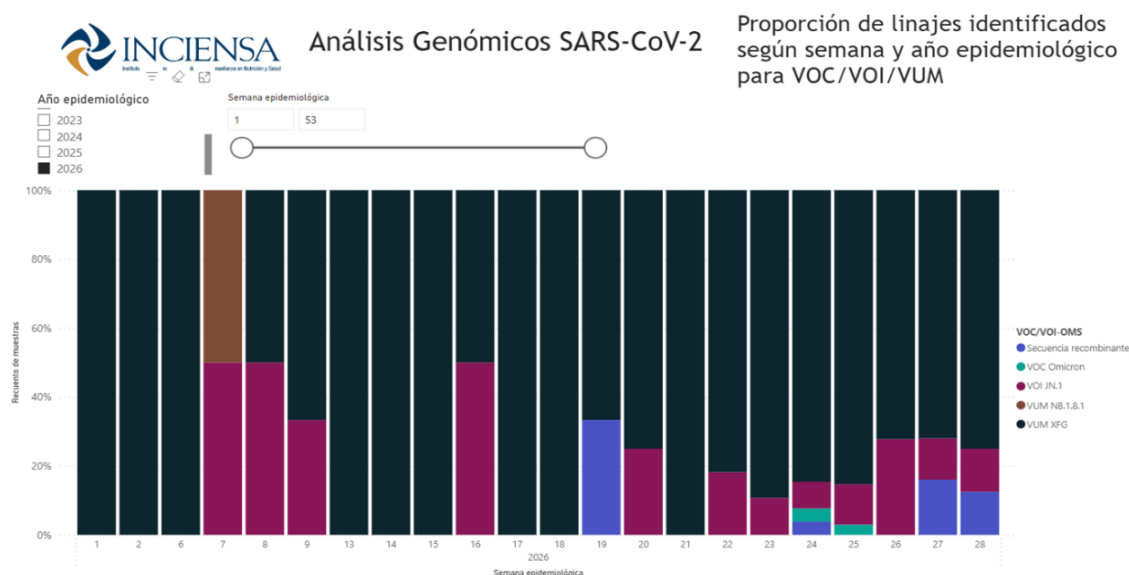
Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 26 de agosto del 2026, se reporta lo señalado en el gráfico 21.



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 28 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 12 de agosto del 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 24 de agosto 2026.

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 32 del 2026 se contabilizan 302185 casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas (SE) de la 1 a la 32. La curva epidemiológica muestra que la mayor carga del año se concentró principalmente entre las SE 14–16 y 20–21. La SE 15 continúa registrando el mayor número de casos, con 12 256, seguida de la SE 14 con 12 027 casos y la SE 16 con 11 697 casos. A partir de la SE 25 se observa una disminución progresiva en el número de casos notificados; para la SE 32 se registran preliminarmente 5 779 casos.

Esta reducción debe interpretarse con cautela, particularmente en las semanas epidemiológicas más recientes, debido al rezago habitual en la notificación y consolidación de los registros del sistema de vigilancia. Las cifras recientes pueden encontrarse parcialmente subestimadas, estimándose un rezago de al menos un 10 %, dado que la consolidación de la información suele completarse entre dos y tres semanas después de la semana epidemiológica analizada.

De acuerdo con el análisis del canal endémico, durante 2026 se han presentado varias semanas con valores superiores a los esperados, lo que evidencia una carga importante de EDA durante el año. No obstante, la tendencia más reciente muestra una disminución progresiva en los casos notificados, cuya magnitud deberá reevaluarse conforme se complete la consolidación de los registros.



El comportamiento de la EDA puede estar influenciado por factores ambientales, climáticos y conductuales, entre ellos las condiciones de manipulación y conservación de los alimentos, la calidad y disponibilidad del agua, las prácticas de higiene y los patrones de movilidad e interacción de la población. Estos factores deben analizarse conjuntamente con la tendencia temporal, la distribución territorial y la ocurrencia de brotes.

En este contexto, se mantiene la vigilancia epidemiológica intensificada de la EDA, con seguimiento continuo de la tendencia temporal, la distribución territorial y la ocurrencia de brotes, con el propósito de identificar oportunamente cambios relevantes o concentraciones inusuales de casos o desviaciones respecto al comportamiento esperado.

Contexto climático 2026 y EDA

Las condiciones climáticas pueden influir de manera importante en el comportamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), al modificar la temperatura ambiental, los patrones de precipitación, la disponibilidad y calidad del agua y las condiciones de conservación de los alimentos.

Durante 2026, uno de los principales incrementos de EDA se concentró entre las SE 14–16, período que coincidió con condiciones de temperaturas elevadas reportadas en distintas zonas del país. Un segundo incremento se observó durante las SE 20–21, en el contexto de la transición hacia la época lluviosa, caracterizada por temperaturas aún elevadas, aumento de la humedad y cambios en los patrones de precipitación. Esta coincidencia temporal resulta epidemiológicamente relevante, aunque por sí sola no permite establecer una relación causal.

Las temperaturas elevadas pueden favorecer la proliferación y supervivencia de microorganismos en alimentos y agua, así como acelerar el deterioro de productos perecederos cuando existen condiciones inadecuadas de refrigeración, almacenamiento o manipulación. De forma paralela, las variaciones en las lluvias y en los sistemas de abastecimiento pueden afectar la disponibilidad y calidad



microbiológica del agua, especialmente en comunidades con interrupciones del servicio, almacenamiento inadecuado o acceso limitado a fuentes seguras.

A estos factores ambientales se suman prácticas de higiene y manipulación de alimentos que pueden incrementar el riesgo de transmisión, entre ellas el lavado insuficiente de manos, la contaminación cruzada y las deficiencias en la preparación y conservación de los alimentos.

En conjunto, la interacción entre temperatura, precipitación, humedad, disponibilidad de agua, inocuidad de los alimentos y prácticas de higiene puede generar condiciones favorables para la transmisión de agentes causantes de EDA. Por esta razón, el monitoreo de las variables climáticas constituye un componente complementario de la vigilancia epidemiológica, al contribuir a identificar períodos de mayor riesgo y orientar oportunamente las acciones de prevención y control.

Canal endémico EDA

Entre las SE 26 y 32 se registraron 51 869 casos de EDA, con un promedio de 7 410 casos por semana. Durante este período se observa una disminución en los registros semanales, pasando de 9 008 casos en la SE 25 a 5 779 en la SE 32, lo que representa una reducción observada de 35,8 %.

Los datos correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes son preliminares y se encuentran en proceso de consolidación, por lo que la posición de la curva dentro del canal endémico puede modificarse conforme se incorporen registros adicionales.

El canal endémico permite comparar el comportamiento observado en 2026 con los límites históricos esperados para la EDA, distribuidos en zona de éxito, zona de seguridad y zona de alerta.



Durante 2026, la curva ha presentado variaciones importantes y en diferentes momentos se ha ubicado por encima de los valores esperados, con ingreso transitorio a la zona de alerta.

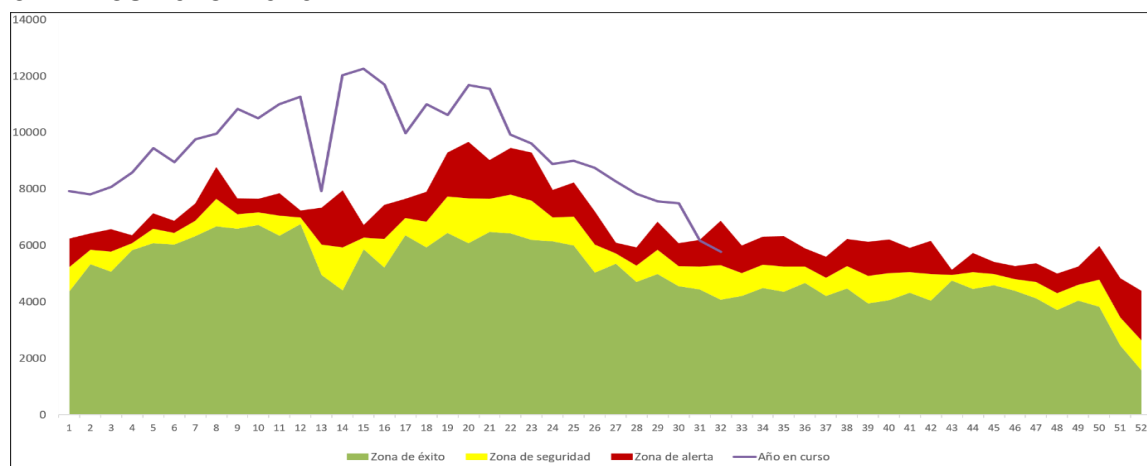
A partir de las semanas posteriores se observa un descenso progresivo de la curva. No obstante, debido al rezago de notificación de las semanas más recientes, es necesario esperar la consolidación de los datos antes de determinar si esta reducción representa un cambio sostenido en la tendencia.

En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia, sin que la información disponible hasta la SE 32 permita establecer una situación epidémica nacional generalizada.

El análisis continuo del canal endémico permite identificar oportunamente desviaciones respecto al comportamiento histórico y orientar la vigilancia hacia períodos o territorios que requieran investigación adicional.

Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 32. Años 2018- 2026 *



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

*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2022 por hackeo de la CCSS.

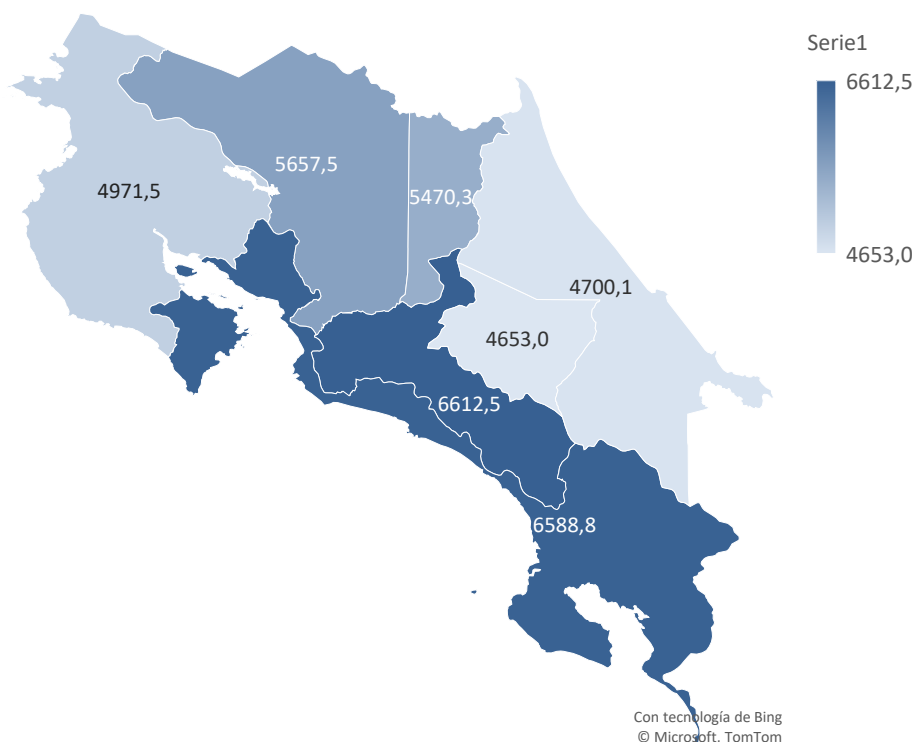


Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 32 de 2026 se estima a 5 792 casos por 100 000 habitantes. A nivel provincial, San José y Puntarenas presentan tasas superiores al promedio nacional, mientras que Alajuela, Heredia, Guanacaste, Limón y Cartago se mantienen por debajo de este valor.

Figura 1

Costa Rica. Tasa de Incidencia de EDA, según provincia. SE 32, 2026



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

El análisis por región de salud evidencia una mayor concentración de la enfermedad en el Pacífico Central, con una tasa aproximada de 8 518,9 casos por 100 000 habitantes, seguido de la Región Central Sur, con alrededor de 6 886,6 por 100 000 habitantes. Este comportamiento señala territorios prioritarios para el seguimiento epidemiológico y la identificación de posibles factores locales asociados.



Cantones con mayor incidencia

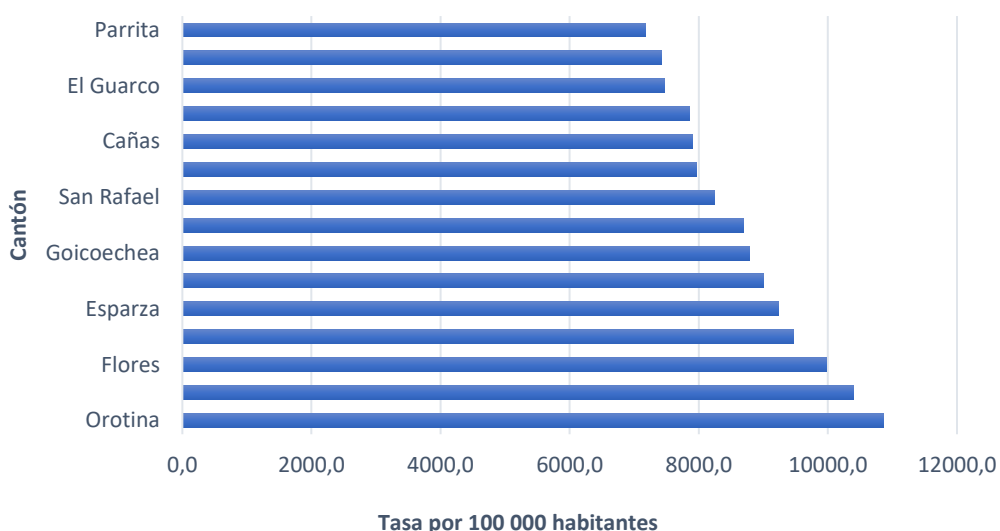
La distribución cantonal permite identificar diferencias más marcadas que las observadas a nivel provincial. Orotina mantiene la mayor tasa acumulada del país, con aproximadamente 10 860,0 casos por 100 000 habitantes, seguido de Vázquez de Coronado (10 392,0), Flores (9 986,6), Montes de Oro (9 468,7) y Mora (9 350,5).

También presentan tasas claramente superiores al promedio nacional cantones como Esparza, Puntarenas, San José, Goicoechea y Alajuelita, evidenciando una concentración importante de la EDA en territorios del Pacífico Central y la Gran Área Metropolitana, además de focos específicos en Heredia y otras zonas del país.

La distribución territorial muestra que la carga de EDA no es homogénea. Mientras algunos cantones concentran un mayor número absoluto de casos por su tamaño poblacional, otros presentan una incidencia proporcionalmente elevada, lo que permite identificar territorios donde el riesgo relativo de enfermar es mayor.

Gráfico 3

Costa Rica. Cantones con mayor tasa acumulada de EDA, SE 32, 2026



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



Desde la perspectiva de vigilancia epidemiológica, estos hallazgos respaldan la necesidad de priorizar el análisis de los territorios con tasas persistentemente elevadas, integrando información sobre brotes, abastecimiento y calidad del agua, establecimientos de alimentos, condiciones ambientales, movilidad poblacional y otros determinantes locales que permitan explicar las diferencias observadas.

Distribución por grupos de edad

La distribución por edad mantiene un patrón bimodal, con mayor incidencia en la niñez menor de 5 años y en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se registran en el grupo de 20 a 24 años (10 059,4 por 100 000 habitantes), seguido de 25 a 29 años (9 117,5), 1 a 4 años (8 705,4) y menores de 1 año (8 157,8).

Este comportamiento concentra la atención en dos grupos de interés epidemiológico: los menores de cinco años, por su mayor vulnerabilidad ante la deshidratación y las complicaciones de los cuadros gastrointestinales, y los adultos jóvenes, por su elevada carga de enfermedad y mayor movilidad social, laboral y alimentaria.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas. Estos hallazgos respaldan la necesidad de mantener acciones de prevención y vigilancia dirigidas especialmente a la niñez temprana y a la población económicamente activa.

Recomendaciones a la población

Ante la ocurrencia de casos y brotes de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), el Ministerio de Salud recomienda reforzar las medidas de prevención relacionadas con la higiene, el consumo de agua segura y la manipulación adecuada de los alimentos.

Se recomienda acudir oportunamente a los servicios de salud ante la presencia de diarrea, vómitos, fiebre, dolor abdominal, signos de deshidratación o sangre en las heces, especialmente cuando varias personas presentan síntomas similares después de consumir los mismos alimentos o agua.



Asimismo, se insta a la población a informar al Ministerio de Salud sobre situaciones que puedan representar un riesgo sanitario, como enfermedad de varias personas asociada a un mismo establecimiento o alimento, deficiencias de higiene, problemas de refrigeración, alimentos en mal estado o prácticas inadecuadas de manipulación. La notificación temprana facilita la investigación de brotes y la aplicación oportuna de medidas de control.

Para prevenir la EDA:

- Mantener un adecuado lavado de manos.
- Consumir agua segura.
- Cocinar adecuadamente los alimentos.
- Mantener una correcta refrigeración y conservación.
- Evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y preparados.
- No consumir alimentos en mal estado o de procedencia dudosa.

Conclusión EDA

A la SE 32 de 2026, la EDA continúa representando una carga relevante para la salud pública en Costa Rica. Aunque en las semanas recientes se observa una disminución en los casos notificados, esta tendencia debe interpretarse con cautela debido al rezago habitual en la consolidación de los registros.

El seguimiento epidemiológico debe orientarse a confirmar la evolución de la tendencia, identificar oportunamente cambios en los territorios con mayor incidencia y fortalecer la investigación de brotes y factores de riesgo asociados.

Resulta fundamental reforzar las medidas de prevención, especialmente el lavado adecuado de manos, el consumo de agua segura, la correcta cocción y conservación de los alimentos y la prevención de la contaminación cruzada.

En este contexto, la aplicación oportuna del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), junto con la vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta temprana ante alertas locales, constituye un



**MINISTERIO
DE SALUD**

GOBIERNO DE COSTA RICA

elemento clave para identificar fuentes de transmisión, implementar medidas de control y reducir el impacto de la enfermedad en las poblaciones y territorios más afectados.



Miasis por gusano barrenador en humanos

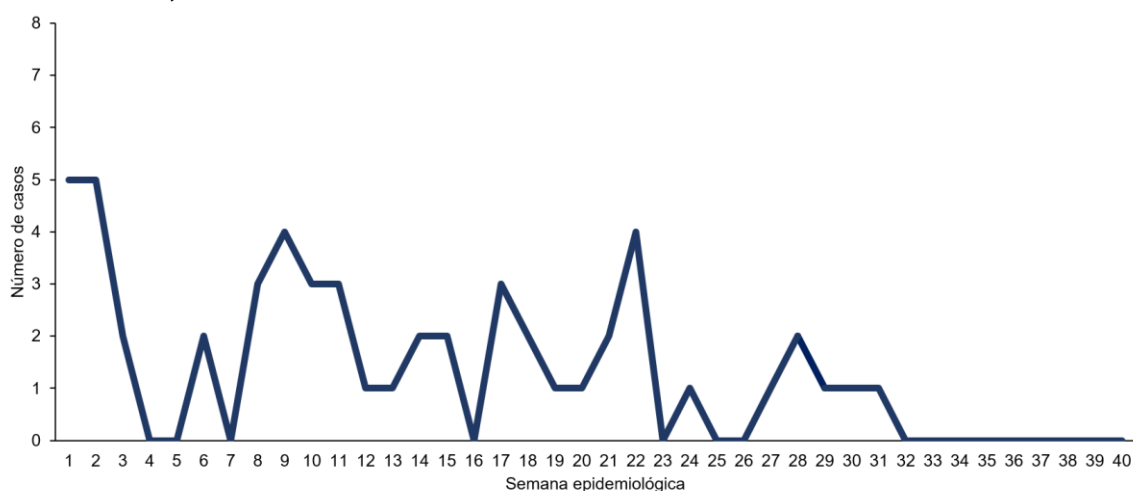
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 33 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 33, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 53 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (24/53) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (26/53)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 33, 2026

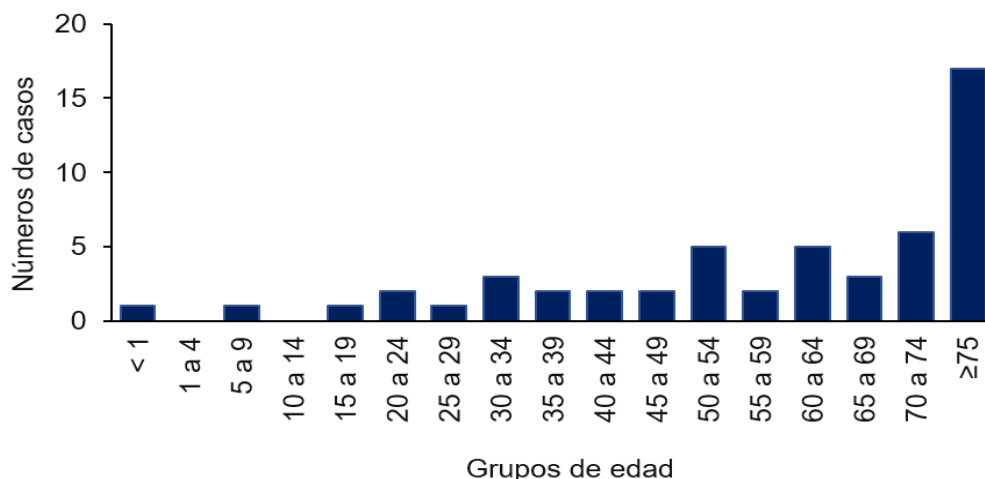


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 33, 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 37 casos notificados con una tasa de 1,4 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 16 casos notificados con una tasa de 0,6 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 33, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	53	1,0
San José	9	0,5
Alajuela	11	1,0
Cartago	4	0,7
Heredia	4	0,7
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	10	2,0
Limón	6	1,3

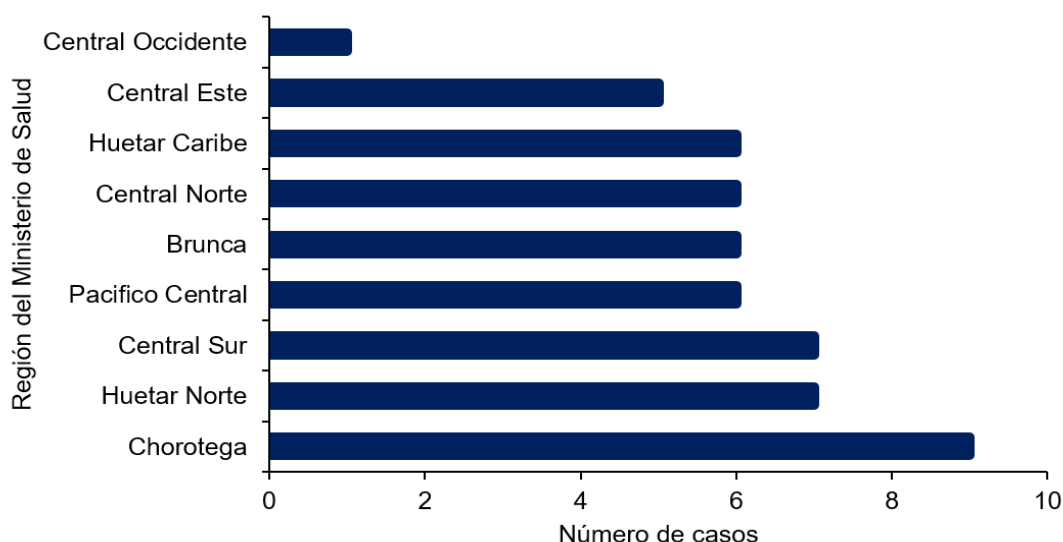
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 33 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Alajuela (11/53).

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 33, 2026



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

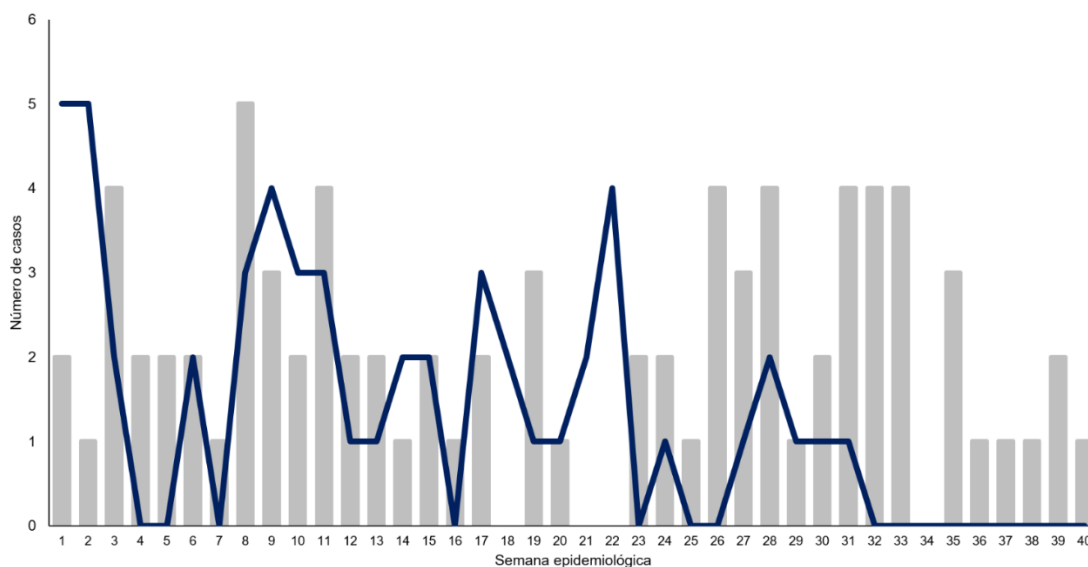
En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Chorotega (9/53) con el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 33 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 53 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 33 del 2025 se habían confirmado 73 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 33 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.



Situación Región de las Américas respecto al evento del sarampión

En noviembre del 2025, se realizó la Quinta reunión anual de la Comisión Regional de Seguimiento y Re-verificación de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola. Esta reunión se celebró en un contexto marcado por un importante resurgimiento del sarampión tras años de baja transmisión. Durante la reunión, la Comisión concluyó que se ha restablecido la transmisión endémica del sarampión en Canadá, donde el virus ha circulado de forma continua durante al menos doce meses. Con base en esta conclusión, el director de la OPS, Dr. Jarbas Barbosa, declaró que la Región de las Américas ha perdido su verificación como libre de transmisión endémica del sarampión, lo que sustituye un retroceso histórico para la Región, que anteriormente había sido la primera en el mundo en eliminar el sarampión en dos ocasiones.

Costa Rica mantiene el estatus de la eliminación sostenida del sarampión desde el año 2016 hasta el 2025, los resultados informados por el Comité Regional de Eliminación).

El número de casos de sarampión acumulados en la Región de las Américas la Región de las Américas reportó se confirmaron 47.459 casos de sarampión en la Región de las Américas, incluidas 48 defunciones. Los casos fueron notificados por 16 países y un territorio. Guatemala (n= 30.371 casos, incluidas 26 defunciones), México (n= 12.255 casos, incluidas 17 defunciones), los Estados Unidos de América (n= 2.260 casos) y Perú (n= 1.277) representan la mayoría (95%) de los casos confirmados (OPS/OMS, agosto 2026).



Tabla 1.

Número de casos de sarampión por países y territorios de la Región de las Américas 2025 y 2026 (hasta SE 28 del 2026).

País	Número de casos confirmados 2025	Número de casos confirmados 2026 hasta SE 28	Ultima fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 del 2026
Belice	44	11	SE 20 del 2026
Bolivia (Estado Plurinacional de)	449	65	SE 28 del 2026
Bonaire	0	1	SE 4 del 2026
Brasil	38	15	SE 26 del 2026
Canadá	5.462	1.107	SE 28 del 2026
Chile	1	1	SE 4 del 2026
Colombia	0	14	SE 28 del 2026
Costa Rica	1	5	SE 15 del 2026
El Salvador	1	53	SE 27 del 2026
Estados Unidos de América (los)	2.288	2.260	SE 28 del 2026
Guatemala	9	30.371	SE 28 del 2026
Honduras	0	12	SE 26 del 2026
México	6.614	12.255	SE 28 del 2026
Panamá	0	9	SE 23 del 2026
Paraguay	50	0	SE 39 del 2025
Perú	5	1.277	SE 29 del 2026
Uruguay	13	2	SE 3 del 2026
Total	15.011	47.459	

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países y territorios (2-20).

El número de casos registrados en 2026 hasta la SE 28 representa un aumento de más de ocho veces, en comparación con los 5.123 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025. Asimismo, en comparación con los registros históricos de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en el 2026 es el más alto registrado desde el 2004, lo que convierte al 2026 en el año con mayor número de casos confirmados de sarampión en los últimos 22 años.



Información 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).



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

- 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.

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 1.

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 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

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.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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 2.
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>

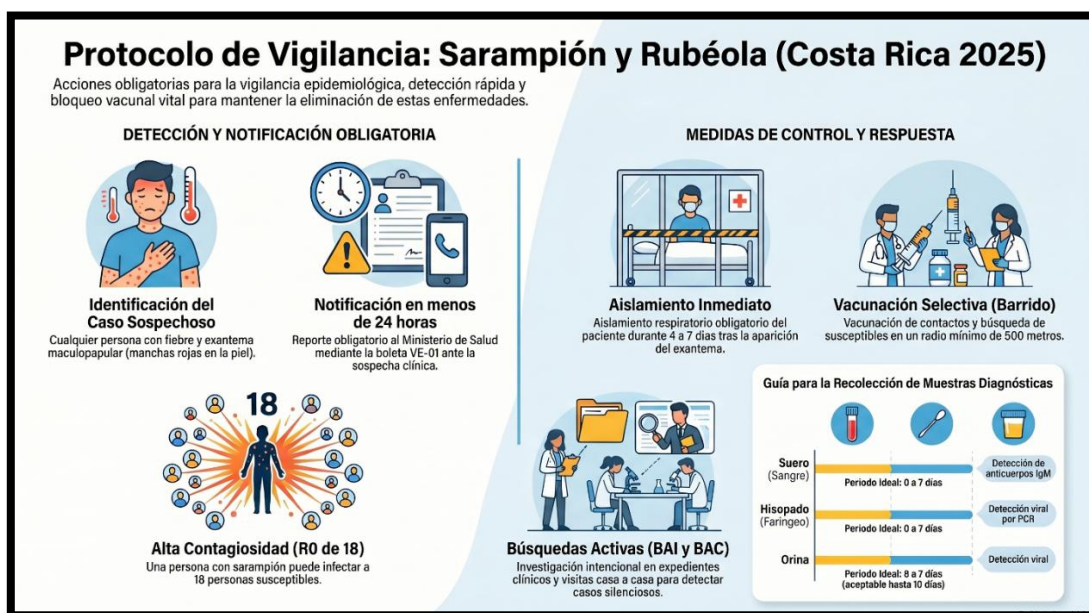
El objetivo general del protocolo es establecer el proceso para el abordaje epidemiológico de casos sospechosos y confirmados de sarampión y rubéola, que orienten a los trabajadores de establecimientos de servicios de salud públicos y privados. Entre los objetivos específicos se indica, establecer las 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.

Figura 3.
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.