



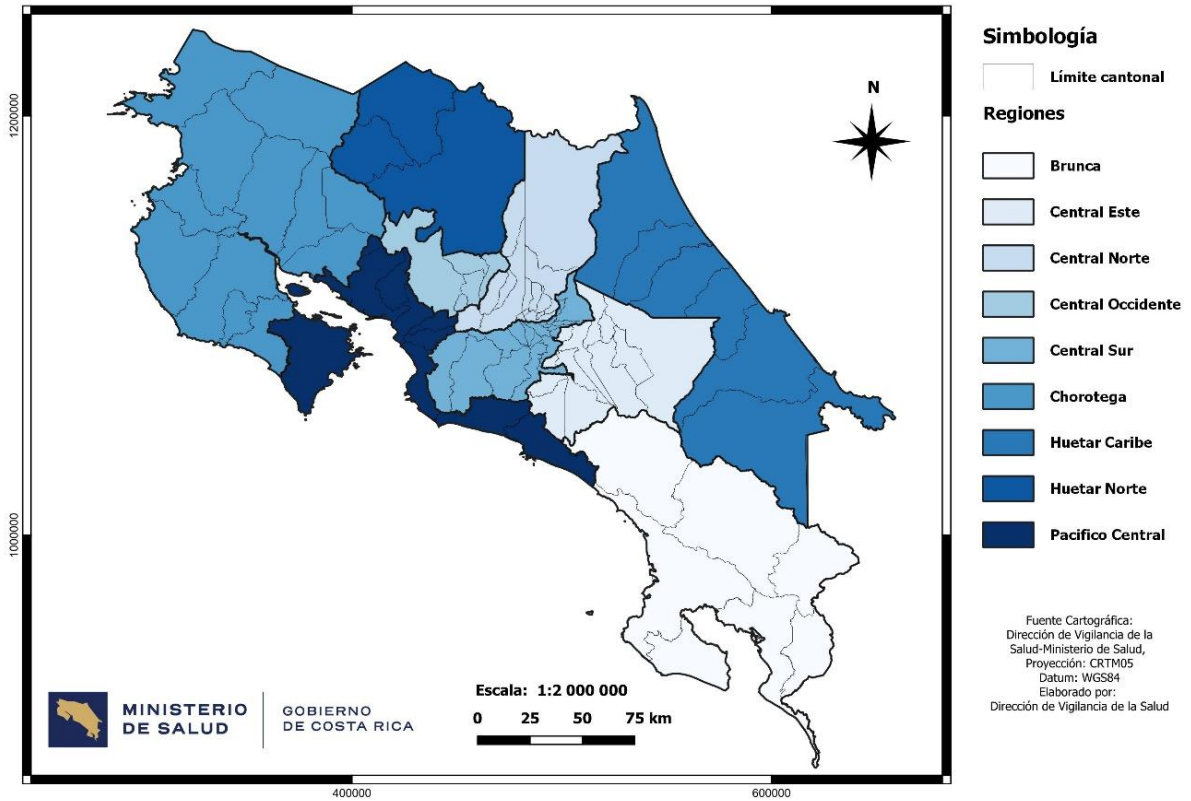
Boletín Epidemiológico N° 13 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
17 de abril de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica.....	6
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	13
Meningitis.....	27
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 14 de abril 2026.	30
Infecciones de transmisión sexual.....	35
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	45
La mortalidad materna e infantil se reduce significativamente en el año 2025.....	51
El Ministerio de Salud promueve el parto vaginal como estándar de oro para la salud materna e infantil	57



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 13 del año 2026 se notifican **794 casos** de dengue de estos **12 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Sur presenta el mayor número de casos notificados 164, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 39,8/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 13, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Sur	164	10,8
Chorotega	148	31,2
Pacífico Central	128	39,8
Huetar Caribe	110	24,0
Central Norte	101	9,6
Brunca	56	15,9
Huetar Norte	41	15,1
Central Este	40	7,2
Central Occidente	6	2,7
Total	794	15,2

Fuente: 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
Puntarenas	170	33,4	66	26,2	104	40,4
San José	169	10,1	81	9,6	88	10,7
Guanacaste	147	35,2	72	34,8	75	35,7
Alajuela	119	11,0	56	10,4	63	11,6
Limón	110	24,0	52	23,2	58	24,8
Cartago	40	7,5	14	5,2	26	9,8
Heredia	39	7,1	19	6,9	20	7,3
Total	794	15,2	360	13,8	434	16,7

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 13 son: San José 77 casos, Puntarenas 60 casos, Alajuela 38 casos, Carrillo 38 casos y Limón 38 casos.

Tabla 3.

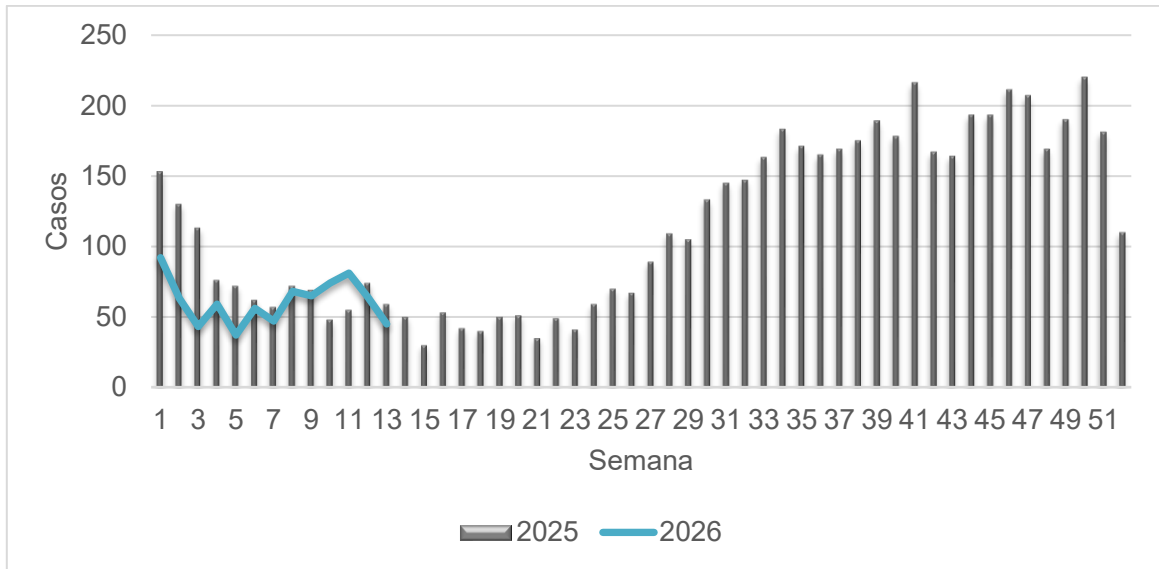
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 13, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	77	21,7
601: Puntarenas	60	41,2
201: Alajuela	38	11,5
505: Carrillo	38	75,2
701: Limón	38	41,4
607: Golfito	30	93,9
210: San Carlos	29	13,6
506: Cañas	25	76,0
705: Matina	25	54,7
501: Liberia	21	25,4

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 13, 2025-2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 13 de abril reportan 4 personas hospitalizadas con dengue: 1 Hospital de Guápiles, 1 Hospital La Anexión, 1 Hospital Los Chiles y 1 Hospital Enrique Baltodano.



Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 13 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local (Autóctonos/ Introducidos)

A la semana epidemiológica 10 del presente año, se reportan seis (6) casos autóctonos de *Plasmodium vivax* en la Región Huetar Norte, vinculados principalmente al foco de Crucitas, asociado a actividades de minería en Cutris en las localidades El Roble y El Camen, y al foco de Los Chiles, específicamente en la localidad de Medio Queso.

Adicionalmente, se reportan ocho (8) casos introducidos del foco de Crucitas en el distrito de Cutris y la localidad de Las Crucitas y El Roble. El histórico de transmisión local de malaria en Costa Rica evidencia una tendencia sostenida a la disminución de casos en los últimos cuatro años en comparación con el mismo periodo, como se evidencia en la tabla 1 y en la figura 1

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.

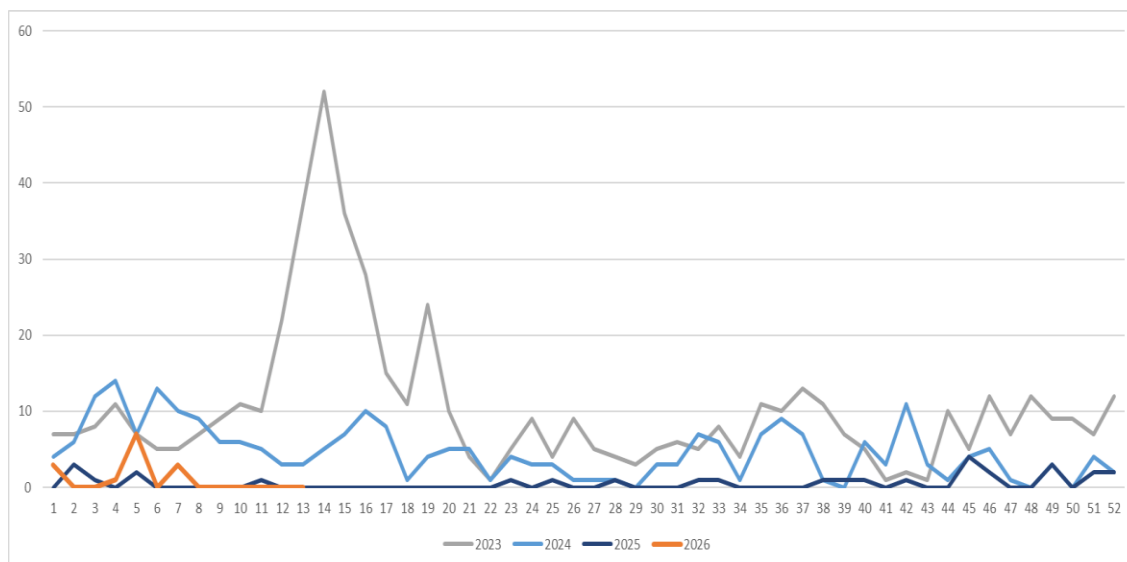
Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	14

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

Esta tendencia positiva refleja el impacto de las intervenciones dirigidas a la interrupción de la transmisión local, especialmente en los focos históricos.



Gráfico 1.
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, Costa Rica.



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

A la semana epidemiológica actual, adicional a los casos de transmisión local descritos previamente, se registran quince (15) casos importados de malaria por *Plasmodium vivax*. Estos han sido detectados en las localidades de Crucitas, El Roble y Chamorro, distrito de Cutris, cantón de San Carlos, correspondientes al foco de Crucitas en la Región Huetar Norte.

Los casos presentan antecedente de actividad minera y nexos epidemiológicos con Nicaragua.

Adicionalmente, se reporta un caso de recaída en un paciente con antecedente de infección importada en el año 2025, identificado en el distrito de San Ramón, con nexos epidemiológicos asociados a migración desde Suramérica.

En total, se contabilizan 31 casos de malaria considerando todas las clasificaciones.



Tabla 2.
Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE13.

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	15	Importado	<i>P. vivax</i>	Crucitas
	6	Autóctono	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=4) y Los Chiles (N=2)
	8	Introducidos	<i>P. vivax</i>	Crucitas
	1	En estudio	<i>P. vivax</i>	Crucitas
Central Occidente	1	Recaída de un caso importado 2025	<i>P. vivax</i>	Sin foco

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

Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **47.497 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 29.466 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 428 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 18.031 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 15.281 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 2.640 exámenes de gota gruesa,

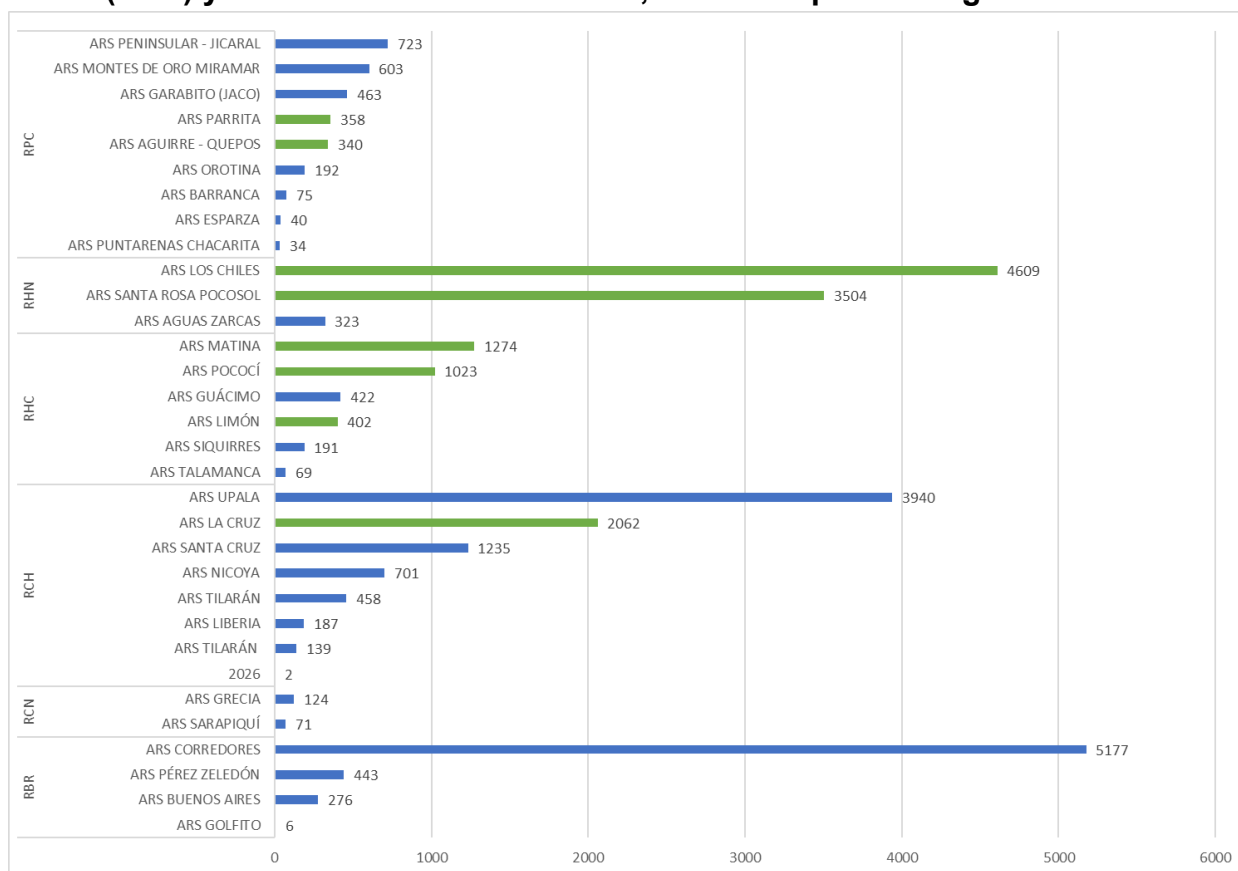


- 110 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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

Gráfico 2.

Costa Rica: 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 13.



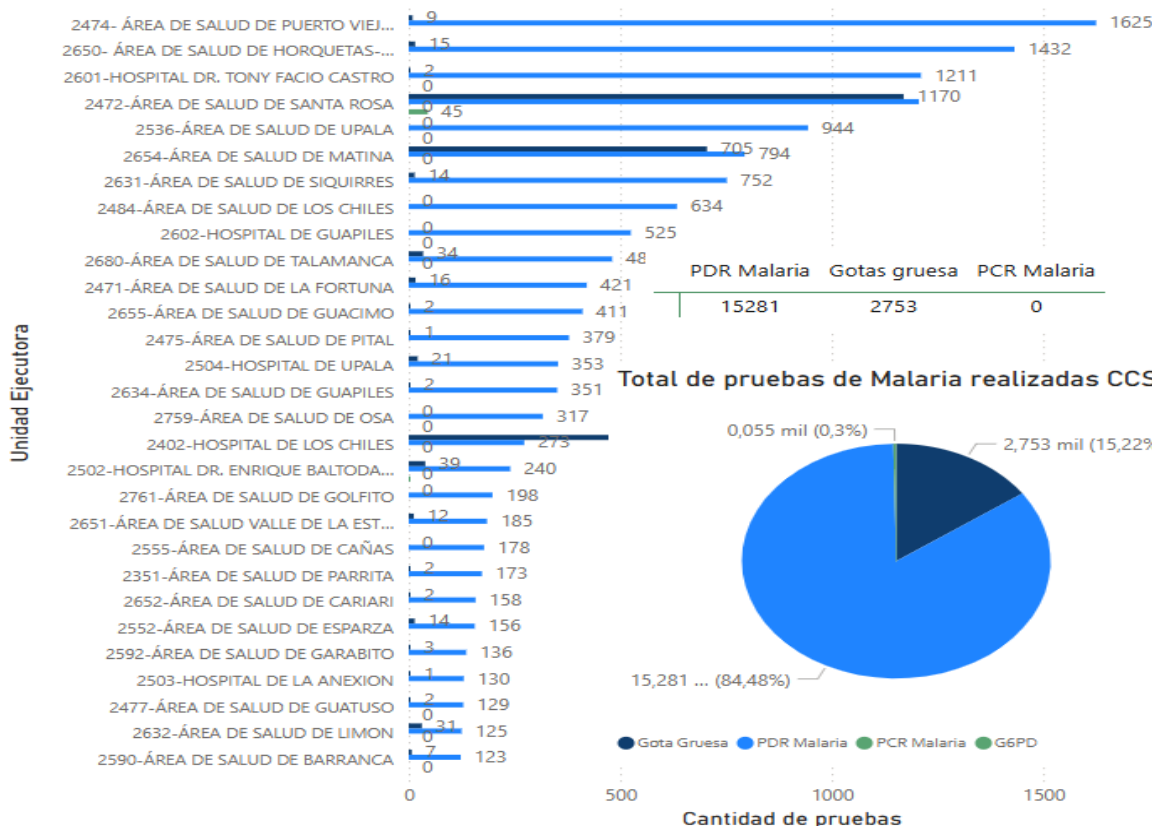
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3. Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 13.

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria ● G6PD



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

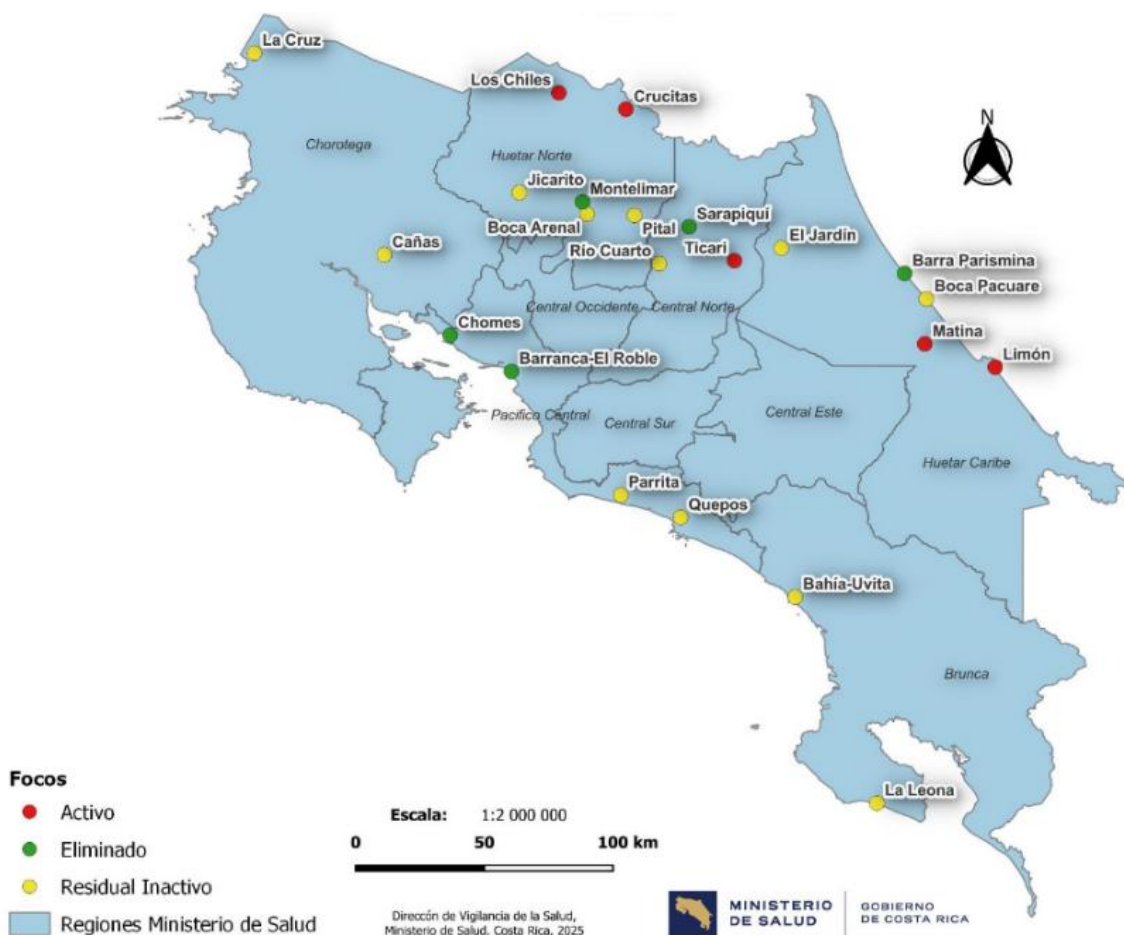


Inventario de focos.

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 12 focos residuales inactivos y 5 focos eliminados.

Figura 1.

Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico. Costa Rica, diciembre 2025.



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 3.

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	Residual inactivo
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	Residual inactivo
Puntarenas	Golfito	La Leona	Residual inactivo
Puntarenas	Osa	Bahía Uvita	Residual inactivo

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



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

A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 13 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 13 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) 13 son un total de 2633.
- 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 13, en Costa Rica, 2026.



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

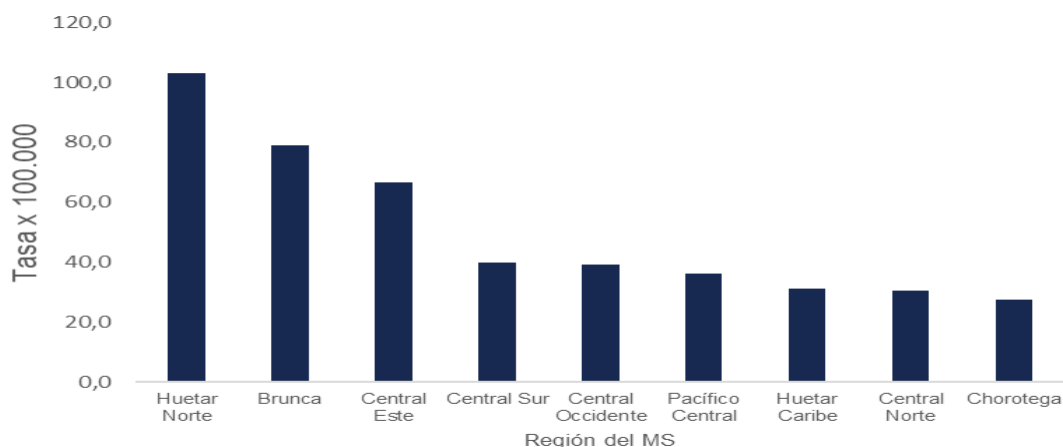


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 13, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Huetar Norte, la Brunca y la Central Este; las regiones con menor incidencia corresponden a la Chorotega, Central Occidente, Central Sur, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Caribe.

Gráfico 2.

Tasa de IRAG según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 13 del 2026, en Costa Rica.



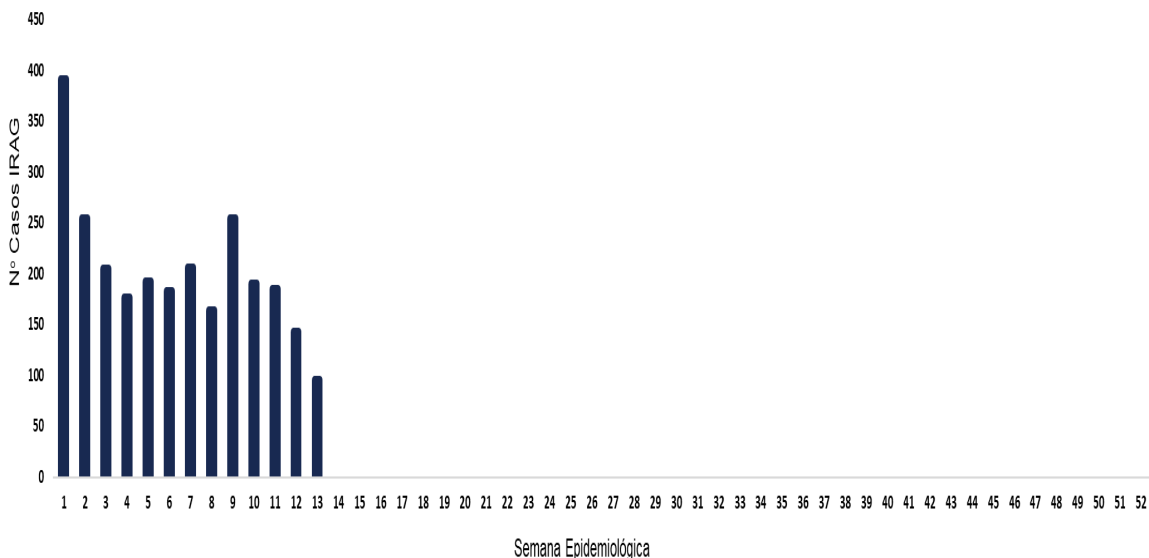
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 13 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 13, en Costa Rica, 2026.

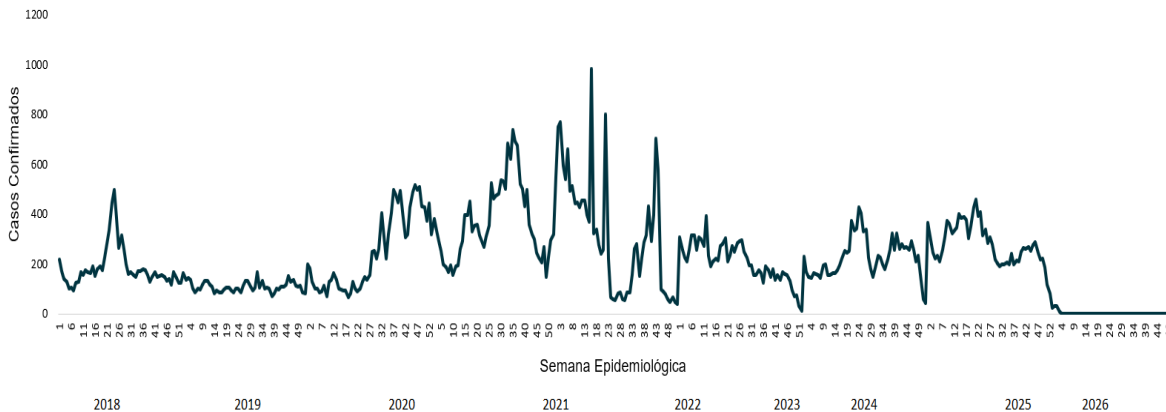


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

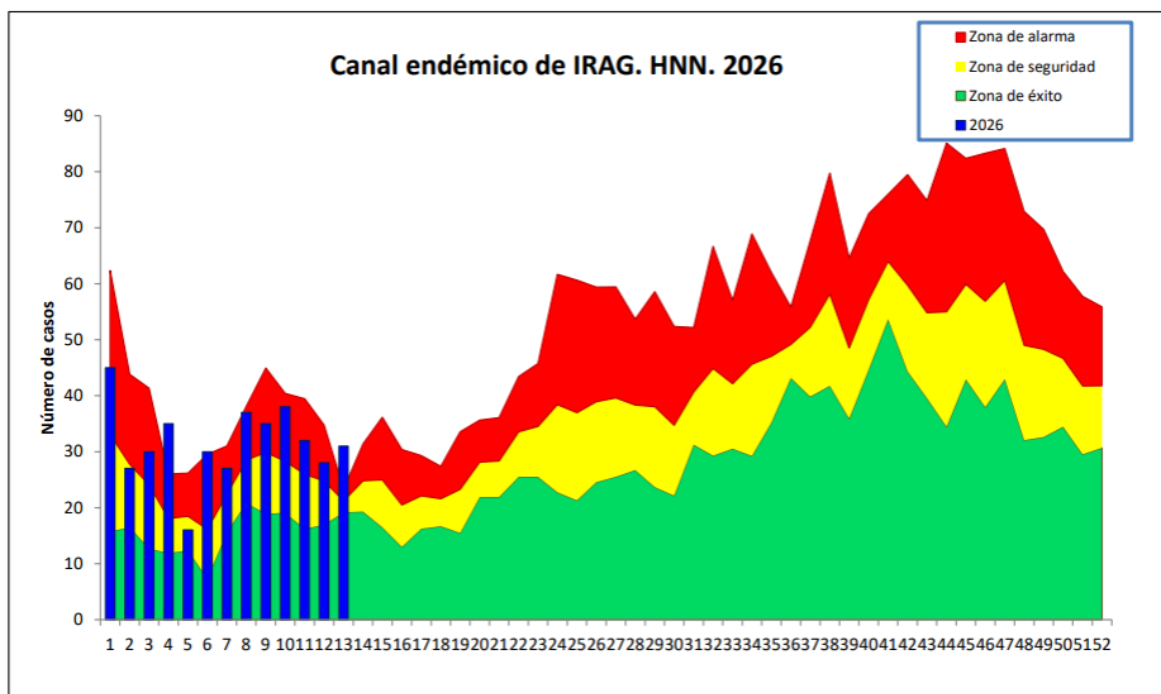


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS



El HNN, para la SE-12 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de alarma, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.

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



Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

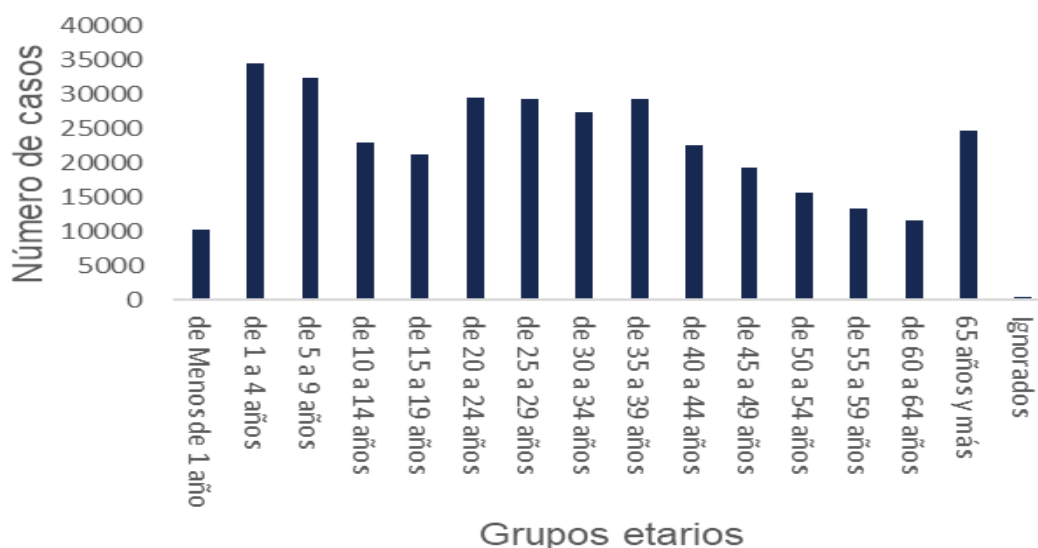
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 13 son 344574.
- 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 13, en Costa Rica, 2026.



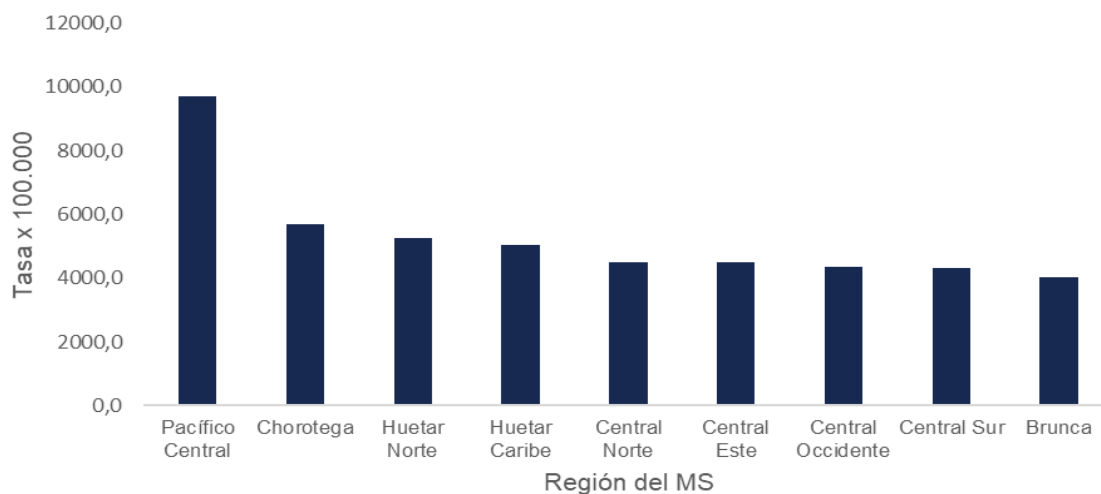
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 13, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 13 del 2026, en Costa Rica.

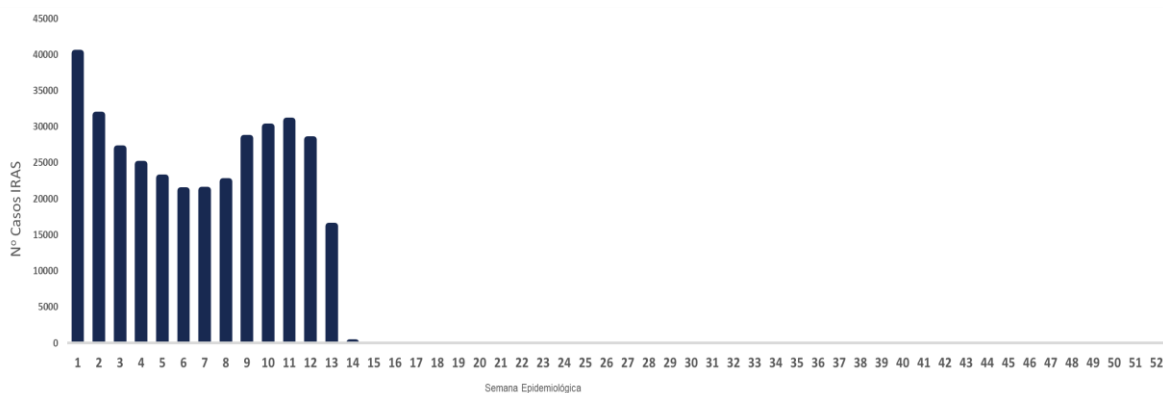


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 13 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 10, en Costa Rica, 2026.

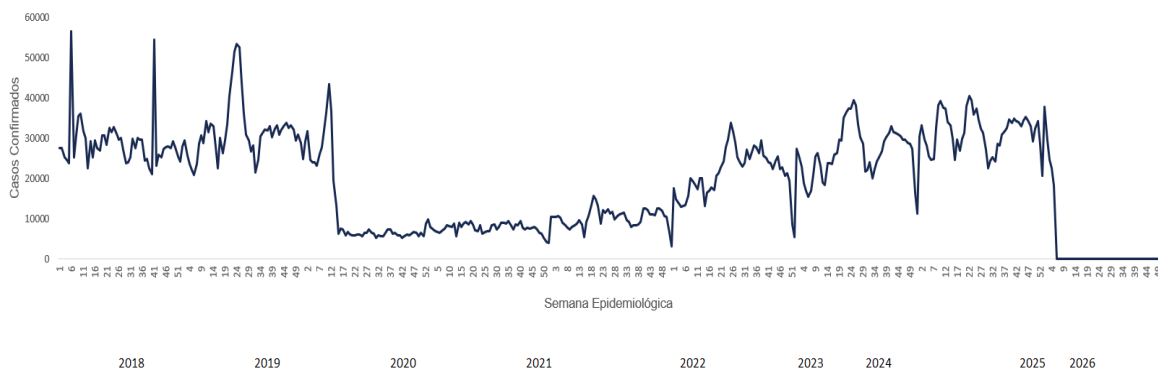


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

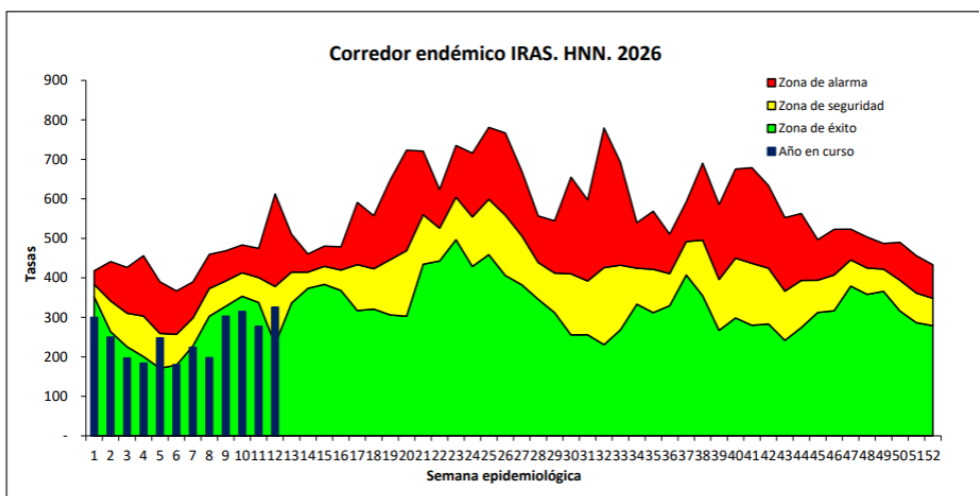
Gráfico 9.
Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 12 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

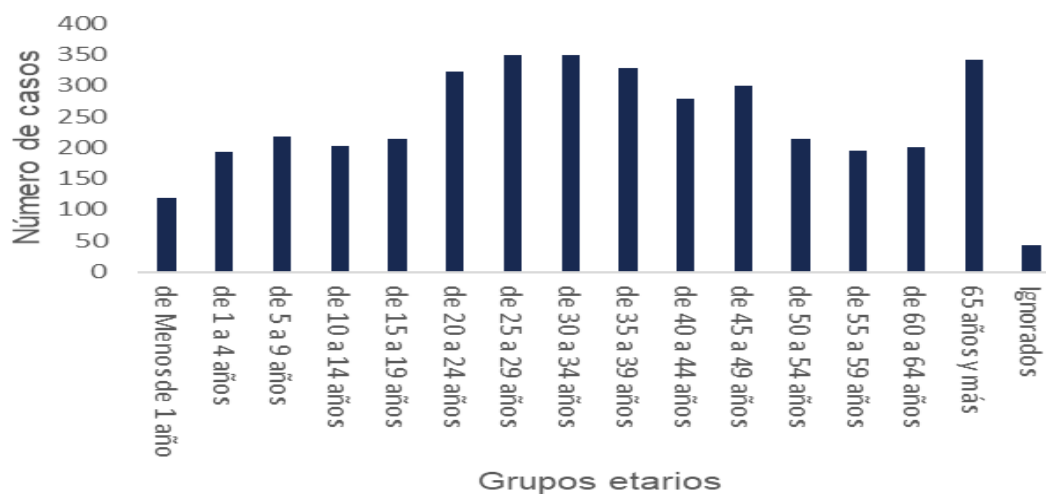


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 13 son $n= 4331$.
- 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 13, en Costa Rica, 2026.



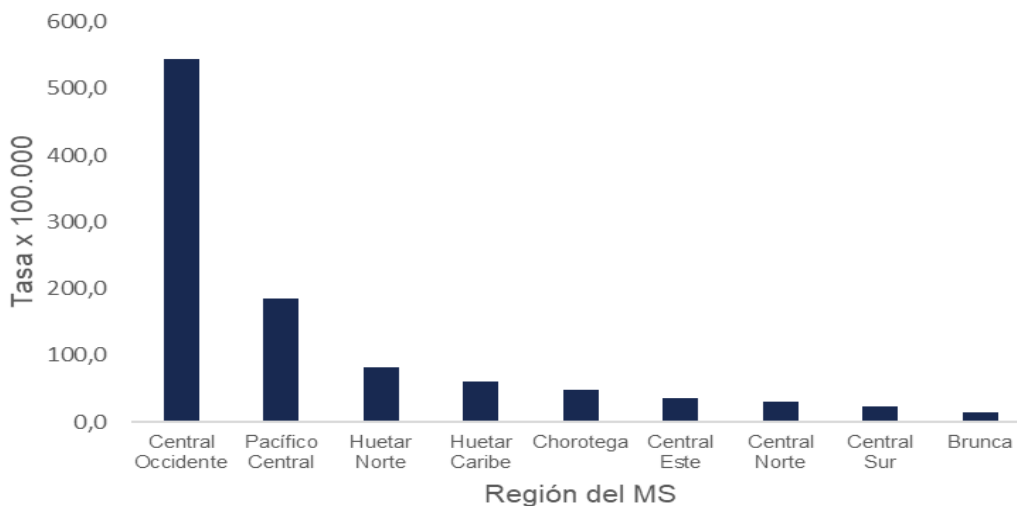
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 13, 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 13 del 2026, en Costa Rica.

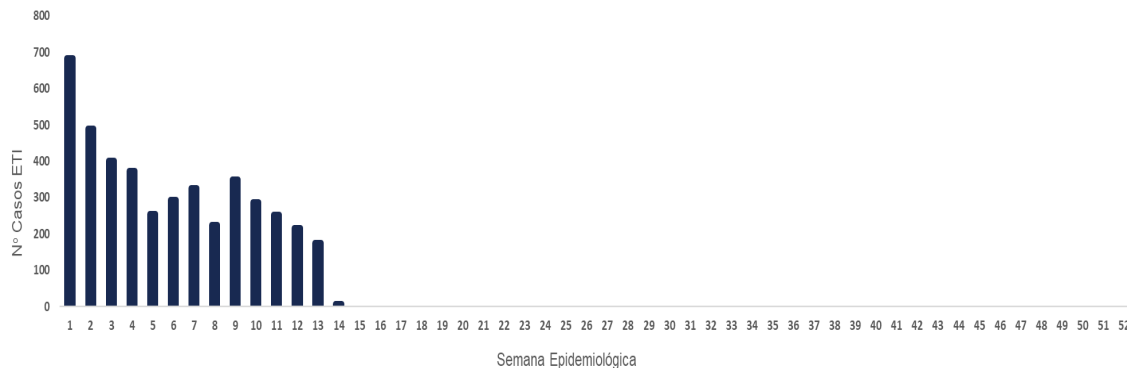


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 13, en Costa Rica, 2026.

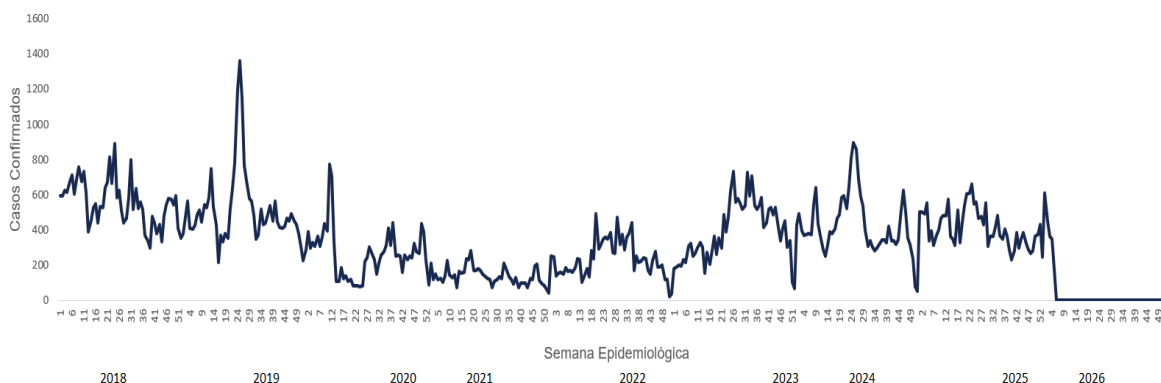


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

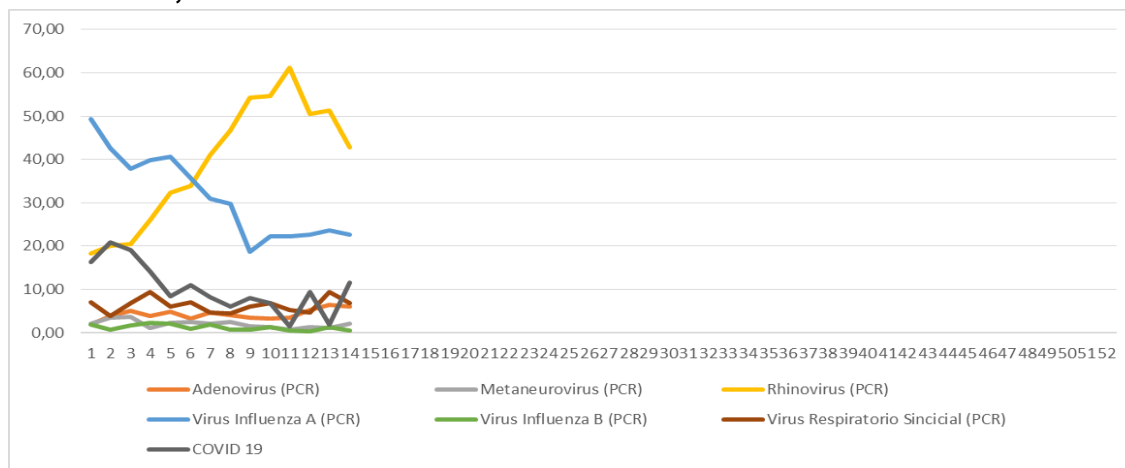
Gráfico 14.
Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 14 del 2026; para la SE-14, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Influenza A y finalmente el virus de Parainfluenza está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 12 en Costa Rica, 2026.



Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2025.

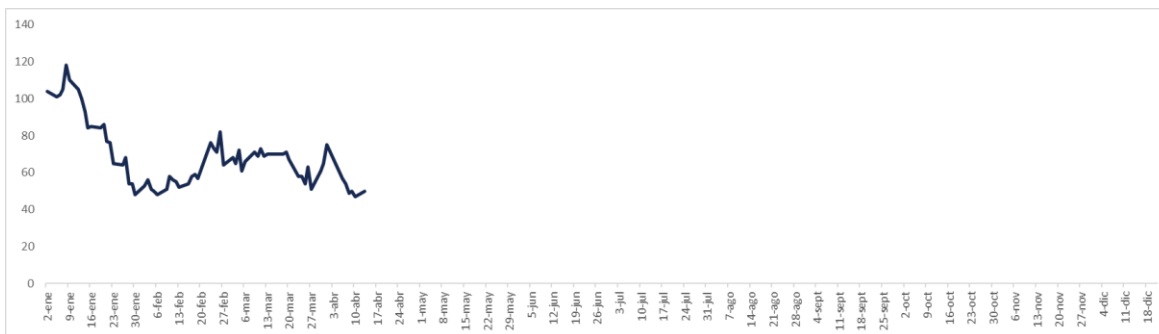


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 15 del año 2026 es la siguiente:

Al 14 de abril del año en curso, correspondiente a la semana 15, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 50, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 73.13%.

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 15 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 1-13. Año 2026.

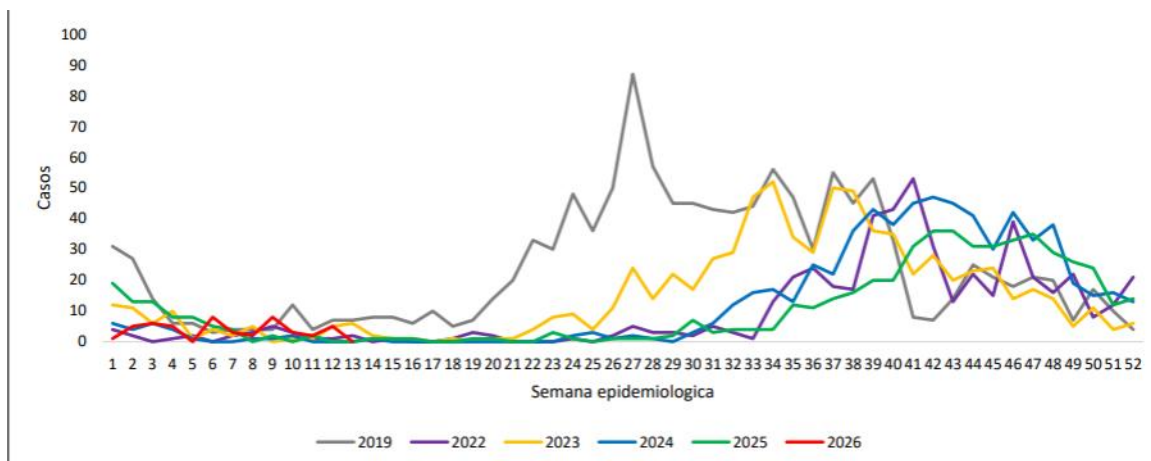
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	282	64.2
Virus respiratorio sincitial	48	10.9
Influenza A-B	47	10.7
Adenovirus	40	9.1
Parainfluenza	13	4.7
Metaneumovirus	6	2.2
SARS CoV-2	1	0.2
Coronavirus	2	0.5
Total	439	100.00%

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.

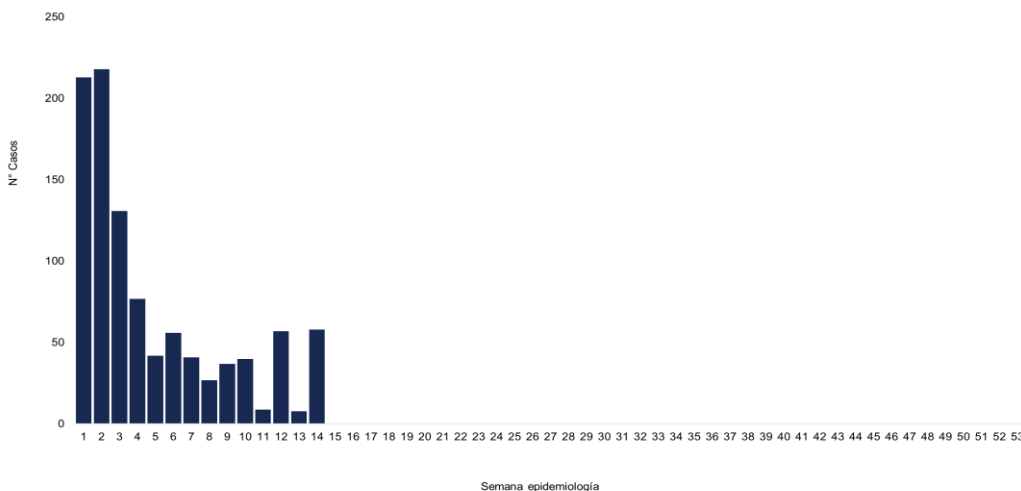


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 14, se reportaron un total de 58 casos confirmados, lo que representa un aumento del 625% con respecto a la SE-13 del año 2026 que presentó 8 casos.

Gráfico 18.

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



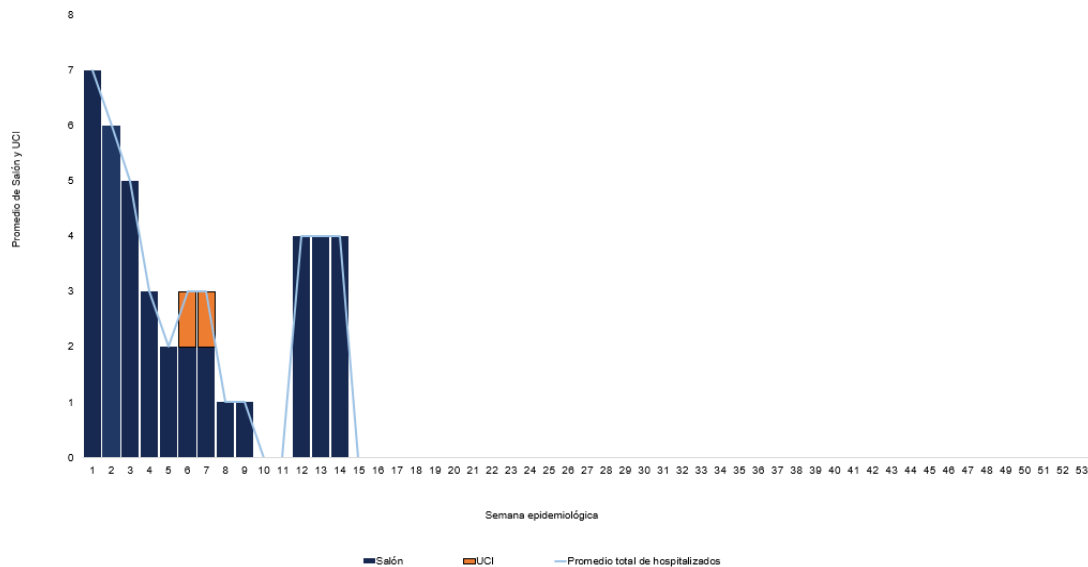
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 14, se reportó un promedio total de 4 hospitalizados; en la SE-13, hubo un total de 4 pacientes hospitalizados en salón general; en UCI no hubo pacientes internados.

Gráfico 19.

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

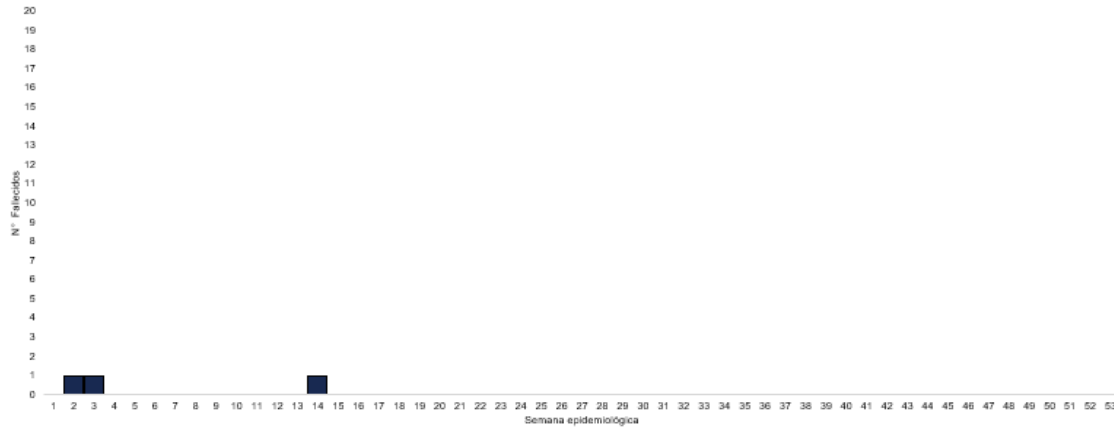


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 14, hubo un fallecido; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



Gráfico 20.
Costa Rica: Fallecidos por COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.

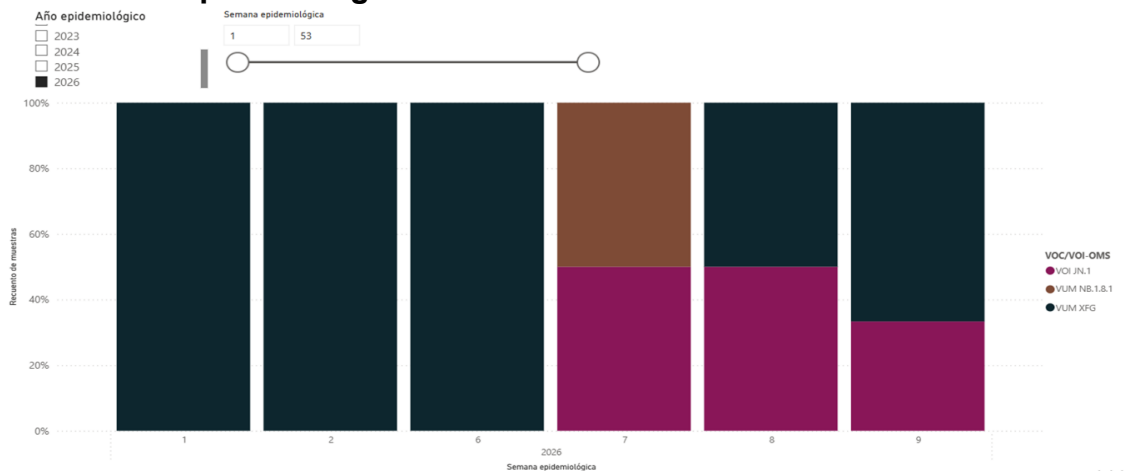


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 15 de abril del 2026, se reporta lo siguiente.

Gráfico 21.
Costa Rica: Proporción de linaje identificados, para Variante de Preocupación (VOC) Ómicron, Variante de Interés (VOI) y Variantes Bajo Monitoreo (VUM), por semana epidemiológica SE 9 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 15 de abril del 2026.

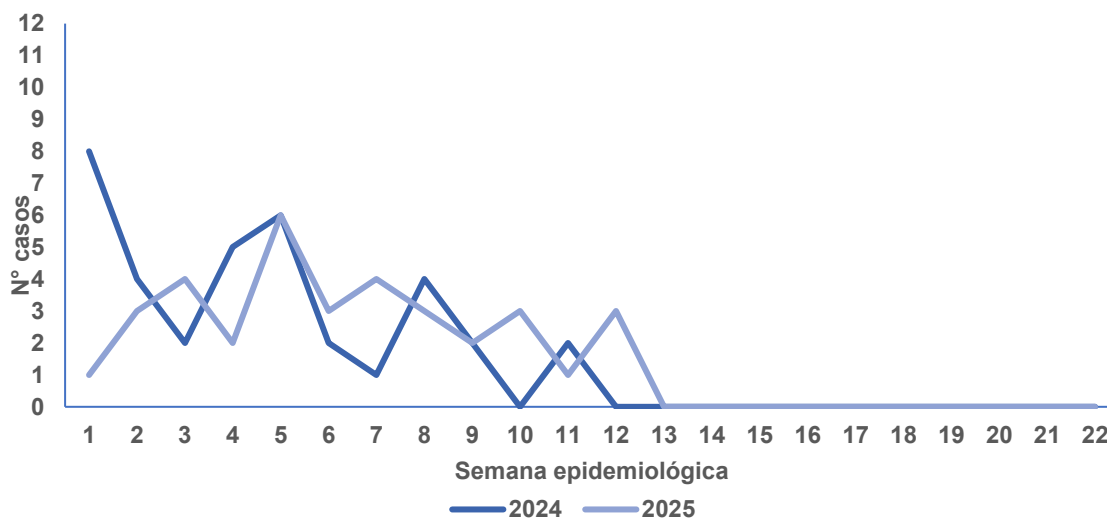


Meningitis

La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica. La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Ocasiona la muerte de una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo. En Costa Rica, a la semana epidemiológica 12 del año 2026, se han reportado 35 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 37 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 5,4%. De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 20,0% (7/35), seguido de la región Central Norte con 17,1% (6/33) y con el mismo porcentaje las regiones Huetar Caribe, Occidente y Chorotega con el 11,4% (4/35) respectivamente. No se identifican brotes para esta semana.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 12, 2026



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



En la siguiente tabla se enlista los cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde de la provincia de Puntarenas es el que tiene la tasa más alta de 20,6 seguido están los cantones de Orotina con 3,9 y Bagaces con 3,9.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 12, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Monteverde	1	20,6
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Guácimo	2	3,4
Turrialba	2	2,9
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Los Chiles	1	2,6
Liberia	2	2,4
Palmares	1	2,3
San Ramón	2	2,1
Talamanca	1	2,1
Naranjo	1	2,0
Upala	1	1,7
Aserrí	1	1,6
Moravia	1	1,6
Montes de Oca	1	1,6
Pérez Zeledón	2	1,5
Goicoechea	2	1,4
Grecia	1	1,2
Limón	1	1,1
Sarapiquí	1	1,0
San José	2	0,6
Alajuela	2	0,6
Cartago	1	0,6
Total	35	0,7

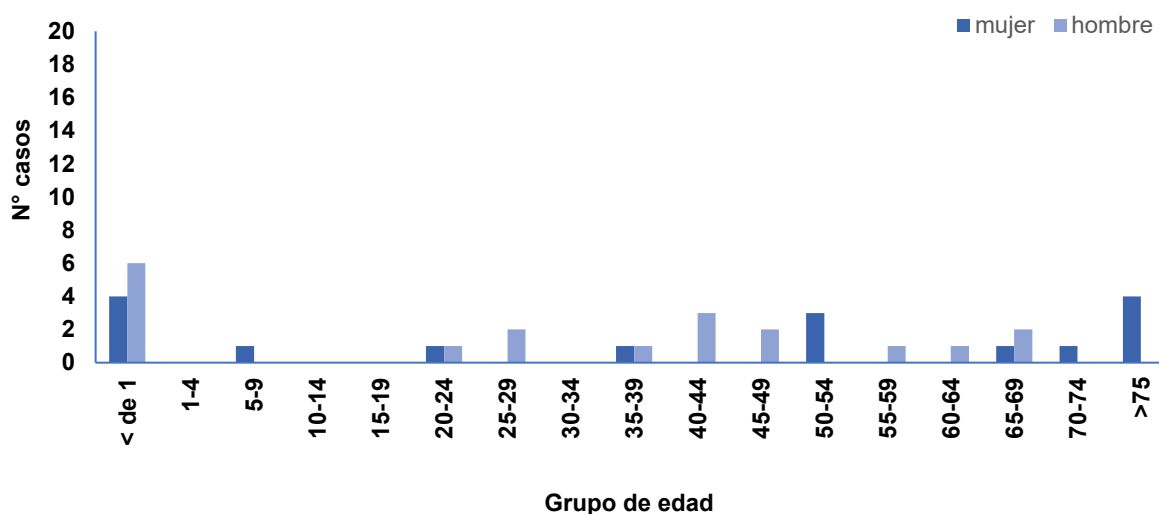
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 54,2% (19/35) corresponde a hombres y el 45,7 (16/35) a mujeres. El 28,5% (10/35) de los casos corresponde a menores de 1 año.

Gráfico 2.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 12, 2026



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



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 14 de abril 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 13 del año 2026 se registran 116147 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para esta semana se notifican 5702 casos, lo que representa una disminución en comparación con la SE-13 del año 2025 (8973 casos).

El comportamiento observado se mantiene dentro del patrón estacional esperado para este evento, caracterizado por fluctuaciones asociadas a factores ambientales y conductuales. Entre estos factores se incluyen las variaciones en las condiciones climáticas, la calidad del agua, la manipulación de alimentos y los patrones de consulta de la población relacionados con el retorno progresivo a las actividades educativas y laborales.

Asimismo, es importante considerar que los sistemas de vigilancia pueden presentar rezagos en la notificación, por lo que las cifras correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes podrían encontrarse parcialmente subestimadas. De manera habitual, la consolidación de los registros ocurre al menos tres semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-13, el comportamiento de EDA se mantiene dentro de los rangos esperados para el período, sin evidenciar desviaciones epidemiológicas significativas. La vigilancia continua permitirá monitorear oportunamente cualquier cambio en la tendencia de la enfermedad durante las semanas siguientes.

Contexto climático 2026 y EDA

El fenómeno El Niño–Oscilación del Sur (ENSO) influye en los patrones de precipitación y temperatura, incidiendo en el comportamiento de eventos de salud pública como las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las enfermedades transmitidas por alimentos y agua.



El análisis comparativo de las semanas epidemiológicas 01 a la 13 evidencia diferencias según el contexto climático. Los años con **condiciones ENSO neutras con tendencia a La Niña (2023 y 2025)** presentan en promedio un menor número de casos semanales de EDA en comparación con los años con **condiciones ENSO mayormente neutras con posible transición hacia El Niño (2024 y 2026)**, donde se observan valores consistentemente más altos como se refleja en el canal endémico.

Particularmente, el año 2024 muestra los mayores registros en varias semanas, mientras que **2026 presenta un comportamiento intermedio**, con valores elevados en semanas específicas, pero sin alcanzar de forma sostenida los niveles de 2024.

En términos generales, se mantiene una **tendencia a mayor carga de EDA en escenarios asociados a transición hacia El Niño**, con diferencias cercanas al 20–25 % en comparación con escenarios con tendencia a La Niña.

Este patrón podría estar relacionado con cambios en las condiciones ambientales que afectan la calidad del agua, la manipulación de alimentos y la transmisión de agentes infecciosos, por lo que el monitoreo del ENSO continúa siendo un insumo clave para el análisis epidemiológico y la toma de decisiones en salud pública.

Canal endémico EDA

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

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

Durante las primeras semanas epidemiológicas del año, la línea correspondiente al año 2026 (línea morada) se ubica en algunos momentos por encima del límite superior del canal endémico, superando temporalmente el umbral de alerta. No obstante, al analizar el comportamiento histórico del evento y la variabilidad observada en años recientes, estos valores se mantienen dentro del rango esperado para el periodo, actualmente existe un rango elevado de casos no corresponde a un incremento inusual del evento.

Este patrón puede estar influenciado por factores ambientales, condiciones climáticas, variaciones en la exposición a fuentes de contaminación alimentaria o

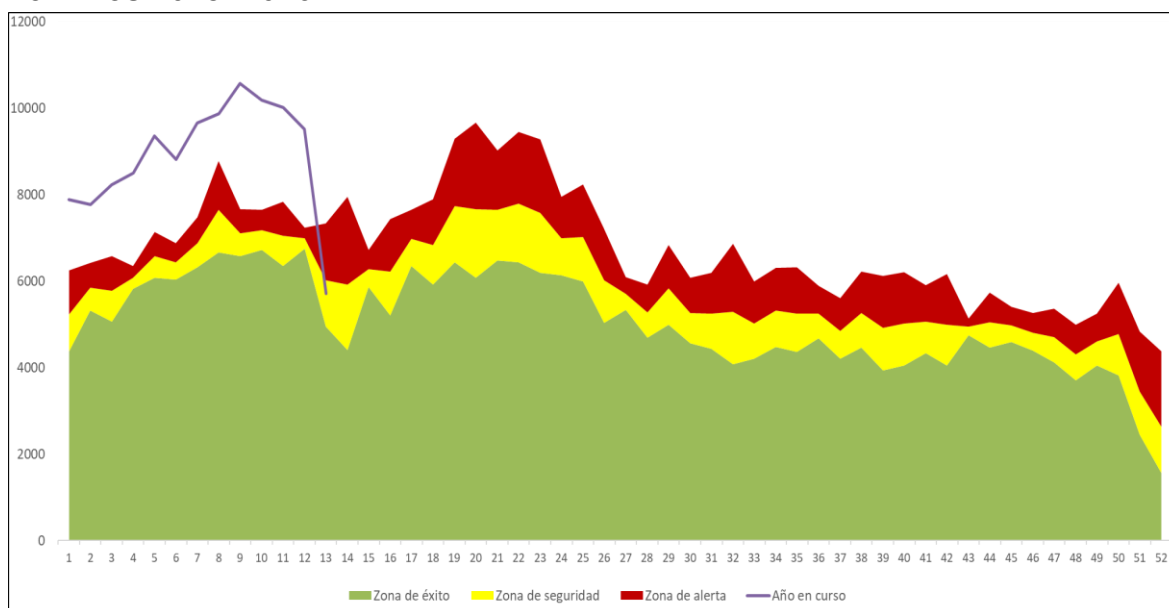


hídrica, así como por cambios en los patrones de consulta y notificación en los servicios de salud.

En consecuencia, el evento se mantiene bajo vigilancia epidemiológica, con seguimiento continuo del comportamiento de la curva en las semanas posteriores para detectar oportunamente cualquier desviación significativa respecto al patrón histórico esperado.

Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 13. 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.

Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican cantones con tasas de incidencia significativamente superiores al promedio nacional, destacando principalmente: Zarcero (5964,2), Flores (4194,7), San Rafael (3871,6), Puntarenas (3842,0), Vásquez de Coronado (3741,4), Orotina (3707,8), Esparza (3572,9), Santa Cruz (3553,9), Alajuelita (3484,3) y Naranjo (3395,5).

Asimismo, otros cantones como Mora (3308,5) y San José (3251,7) también presentan tasas elevadas que refuerzan el patrón observado.



Si bien estos cantones pueden no coincidir de forma consistente con los territorios históricamente priorizados, sí evidencian focos actuales de alta incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), lo que sugiere la necesidad de seguimiento epidemiológico focalizado.

Se observa un predominio territorial en cantones de la provincia de Heredia (Flores, San Rafael, Barva, Santo Domingo), caracterizados por tasas elevadas; así como en cantones de la región Pacífico Central y Chorotega (Puntarenas, Orotina, Esparza, Garabito, Santa Cruz, Nandayure), asociados a condiciones costeras y dinámicas poblacionales particulares. Además, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana (Alajuelita, Vásquez de Coronado, Mora, San José, Goicoechea, Desamparados) donde la densidad poblacional podría influir en la transmisión.

En cuanto a la carga acumulada de casos, las Regiones Rectoras que concentran el mayor número de casos corresponden a Pacífico Central, Central Sur, Central Norte y Chorotega, las cuales aportan una proporción relevante de los casos totales de EDA a nivel nacional.

La distribución por grupos etarios muestra un patrón bimodal en la afectación de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Por un lado, los grupos de menor edad, particularmente los menores de 5 años presentan las tasas más elevadas, destacando el grupo de 1 a 4 años (3823,2 por 100 000 habitantes) y los menores de 1 año (3258,3 por 100 000 habitantes), lo que evidencia su alta vulnerabilidad biológica y factores asociados al entorno.

Por otro lado, se identifica una importante carga de enfermedad en adultos jóvenes, especialmente en el grupo de 20 a 24 años (3996,7 por 100 000 habitantes), seguido de 25 a 29 años (3604,9) y 30 a 34 años (2946,3). Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor exposición ocupacional, movilidad y consumo de alimentos fuera del hogar.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, pasando de 2036,2 en el grupo de 40 a 44 años hasta 1006,9 en personas de 65 años y más, lo que sugiere menor exposición o mayor inmunidad adquirida en estos grupos.

Adicionalmente, al analizar por sexo, se observa que las tasas son consistentemente mayores en el sexo femenino en todos los grupos de edad, con diferencias marcadas en edades tempranas y en adultos jóvenes (por ejemplo, 1 a 4 años: 7814,0 en mujeres vs 3985,8 en hombres; 20 a 24 años: 8116,0 vs 3677,6), lo cual podría reflejar diferencias en patrones de exposición, utilización de servicios de salud o captación de casos.

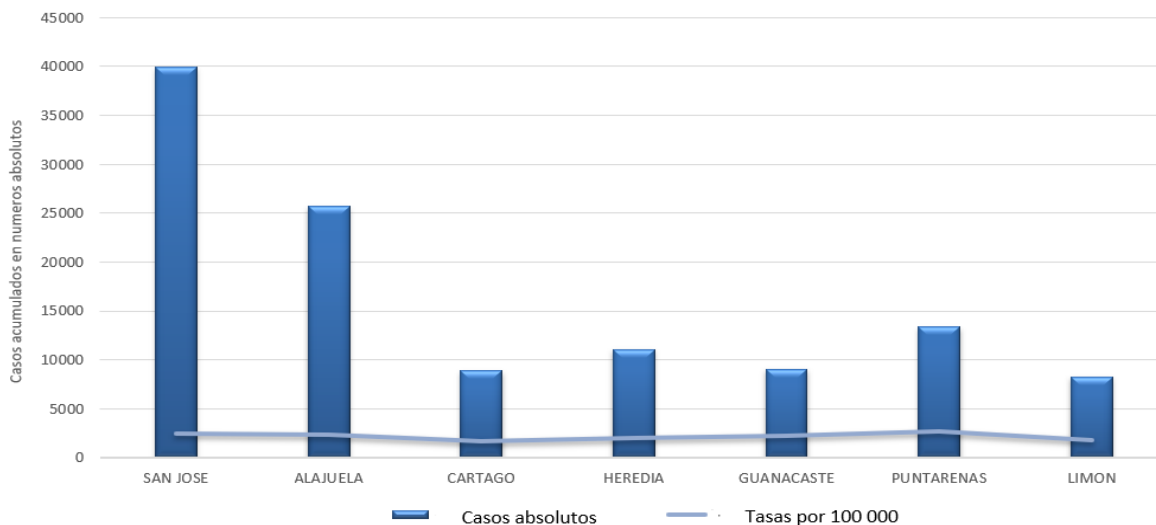
Este comportamiento regional y poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control sanitario en las zonas con mayor



incidencia relativa y carga acumulada, particularmente en la región Pacífico Central, priorizando intervenciones en calidad del agua, inocuidad de los alimentos y detección oportuna de brotes.

Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 13, 2026.



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

Conclusión EDA

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

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

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



Infecciones de transmisión sexual

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

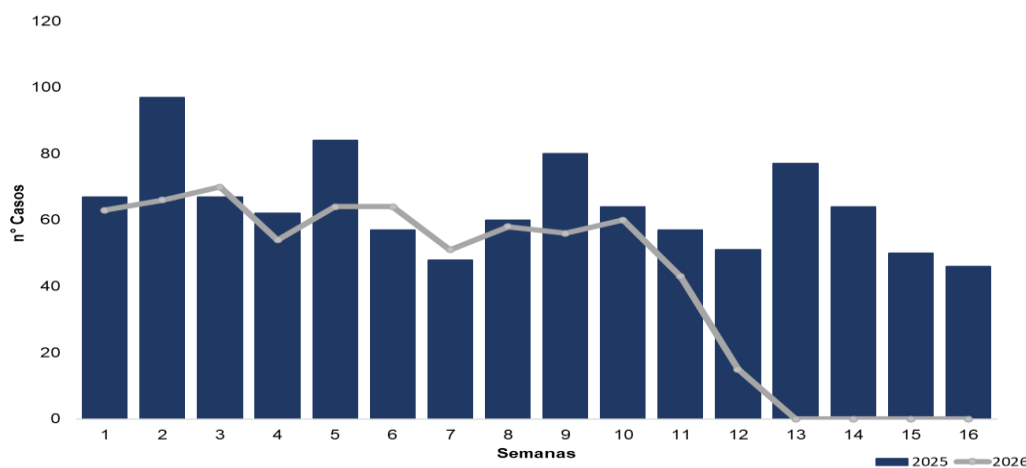
En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple e infección por virus del papiloma humano, durante las primeras nueve semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

En las primeras 12 semanas del año 2026, se notificaron 664 casos con una tasa 12,7 por 100 000 habitantes. En el mismo periodo del año 2025 se notificaron 794 casos, lo que representa un descenso para el año en curso del 16,37% con 130 casos. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 1.

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

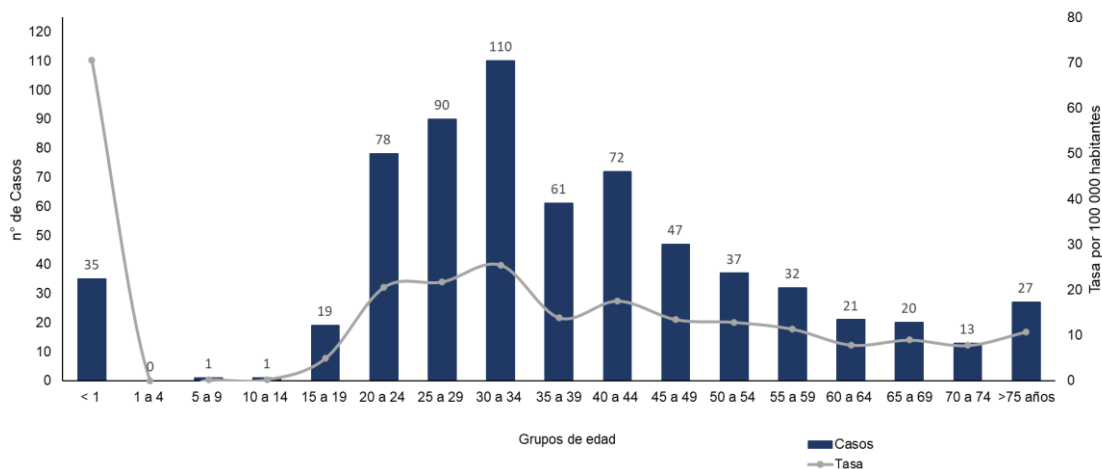


Durante las primeras 12 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 61,14% de los casos (46 de 664) corresponde a los hombres, con una tasa de 15,60 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 38,86% de los casos (258 de 664), con una tasa 9,9 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad presentaron una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 25% (168 de 664) casos, seguido del grupo de 30 a 39 años con 26% (171 de 664) casos y el grupo de 40 a 49 años con 18% (119 de 664) casos. En el siguiente gráfico se muestran todos los grupos de edad.

Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 12 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de la sífilis en todas sus formas por provincias de residencia.



Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 12 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	664	12,7
San José	301	18,1
Alajuela	76	7,0
Cartago	74	13,9
Heredia	62	11,3
Guanacaste	28	6,7
Puntarenas	16	3,1
Limón	107	23,4

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

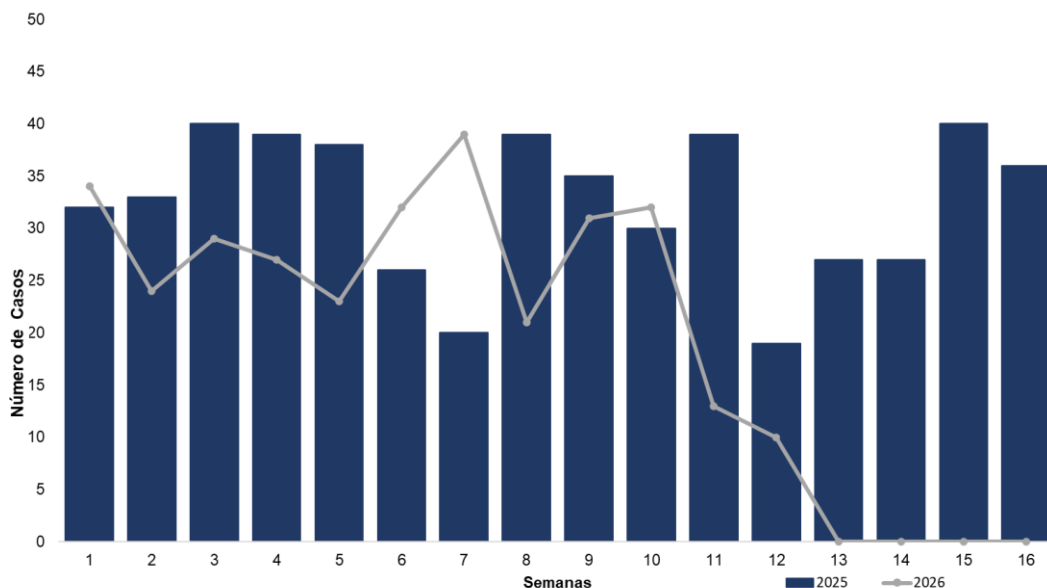
Infección por gonorrea

En las primeras 12 semanas del año 2026, se notificaron 315 casos con una tasa 6,0 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 390 personas, lo que representa para el año en curso un descenso del 19,23% con 75 casos. En el Gráfico 3 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



Gráfico 3

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



Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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

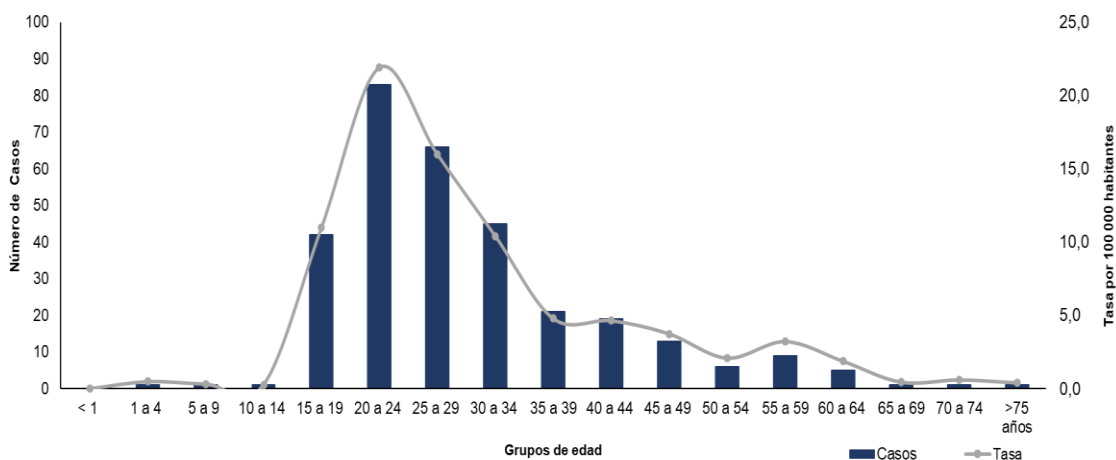
Durante las primeras 12 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 85,08% (268 de 315) de los casos en los hombres, con una tasa 10,3 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 14,92% de los casos (47 de 315), con una tasa de 1,8 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de gonorrea por grupos de edad presentan una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 47,3% (149 de 315) casos, seguido del grupo de 30 a 39 años con 21,0% con (66 de 315) casos, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 12 semanas del año 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

En la tabla 2, se presentan el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 2

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 12 semanas año 2026

Provincia	Nº	Tasa
Total	315	6,00
San José	149	8,9
Alajuela	29	2,7
Cartago	18	3,4
Heredia	34	6,2
Guanacaste	6	1,4
Puntarenas	30	5,9
Limón	49	10,7

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

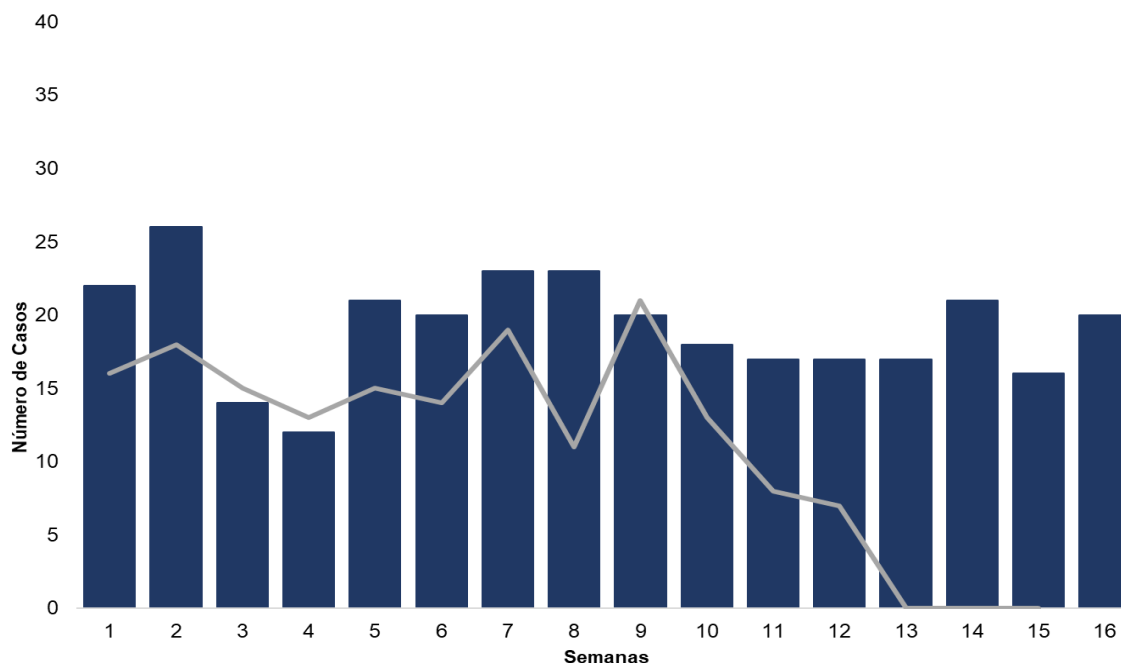


Infección por el virus del herpes simple (VHS)

En las primeras 12 semanas del año 2026, se notificaron 170 casos con una tasa de 3,3 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 233 casos, lo que representa para el año en curso un descenso del 27,03% con 63 casos. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 5.

Costa Rica: Casos notificados por el virus del herpes simple, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante los años 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

Durante las primeras 12 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que la notificación en las mujeres fue del 64,71 % (110 de 170) de los casos con una tasa de 4,2 por cada 100 000 habitantes. En el caso de los hombres, se reportó el 35,29 % (60 de 170) de los casos con una tasa de 2,3 por cada 100 000 habitantes.

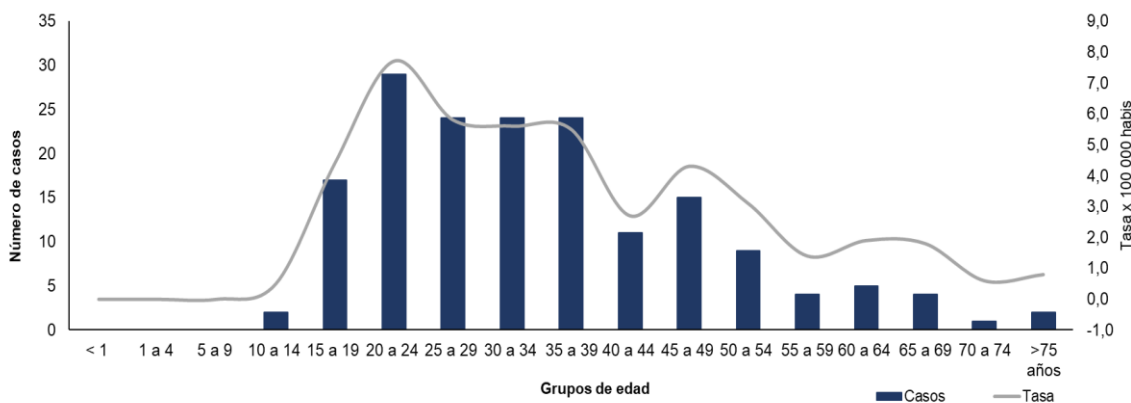
Los casos del VHS por grupos de edad presenta una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 con el 31,2% (53 de 170) casos, luego el



grupo de 30 a 39 años con 28,2% (48 de 170) casos y el grupo de 40 a 49 años con el 15,3% con (26 de 170) de los casos, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 6.

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, por grupos de edad en las semanas 1 a 12 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

En la tabla 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 3

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simples, según provincias de procedencia, durante las primeras 12 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincias	Nº	Tasa
Total	170	3,3
San José	93	5,6
Alajuela	20	1,8
Cartago	6	1,1
Heredia	22	4,0
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	12	2,4
Limón	12	2,6

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

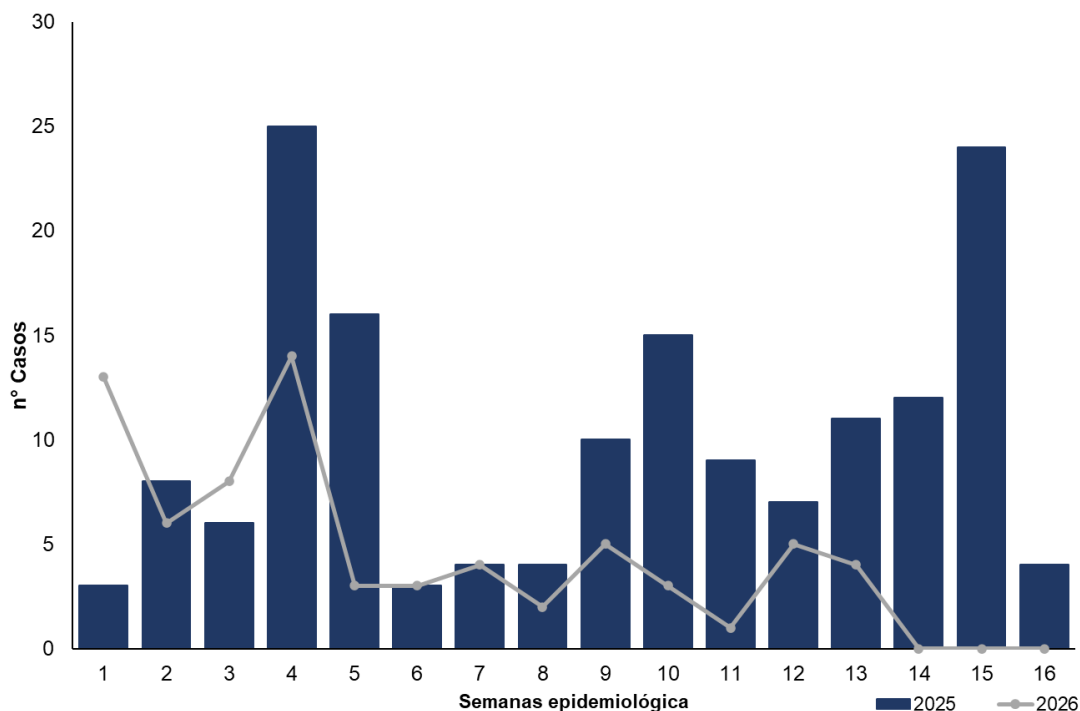


Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

En las primeras 13 semanas del año 2026, se notificaron 71 casos con una tasa de 1,40 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 121 casos, lo que representa para el año en curso un descenso del 41,32% con 50 casos. En el Gráfico 7 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 7.

Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante los años 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

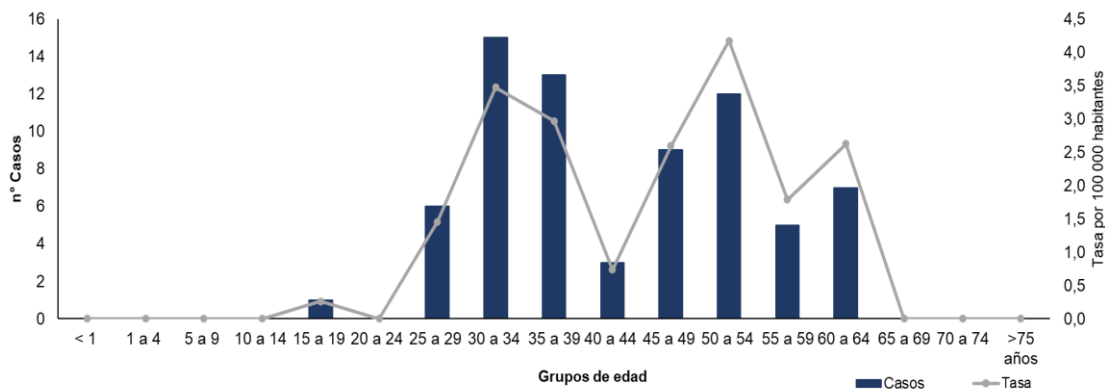
Durante las primeras 13 semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que la notificación en las mujeres fue del 90,14 % (64 de 71) de los casos con una tasa de 2,4 por cada 100 000 habitantes. En el caso de los hombres, se reportó el 9,86 % (7 de 71) de los casos con una tasa menor 1,0 por cada 100 000 habitantes.



Los casos del VPH por grupos de edad presenta una mayor notificación en las personas entre las edades de 25 a 39 con el 48,0% (34 de 71) casos, luego el grupo de 40 a 54 años con 34,0% (24 de 71) casos y el grupo de 55 a 64 años con el 17,0% con (12 de 71) de los casos, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 8.

Costa Rica: Casos notificados por virus del virus del papiloma humano, por grupos de edad en las semanas 1 a 13 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

En la tabla 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.



Tabla 4

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias de procedencia, durante las primeras 13 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincias	Nº	Tasa
Total	71	1,4
San José	10	0,6
Alajuela	18	1,7
Cartago	4	0,7
Heredia	1	0,2
Guanacaste	19	4,6
Puntarenas	10	2,0
Limón	9	2,0

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



Miasis por gusano barrenador en humanos

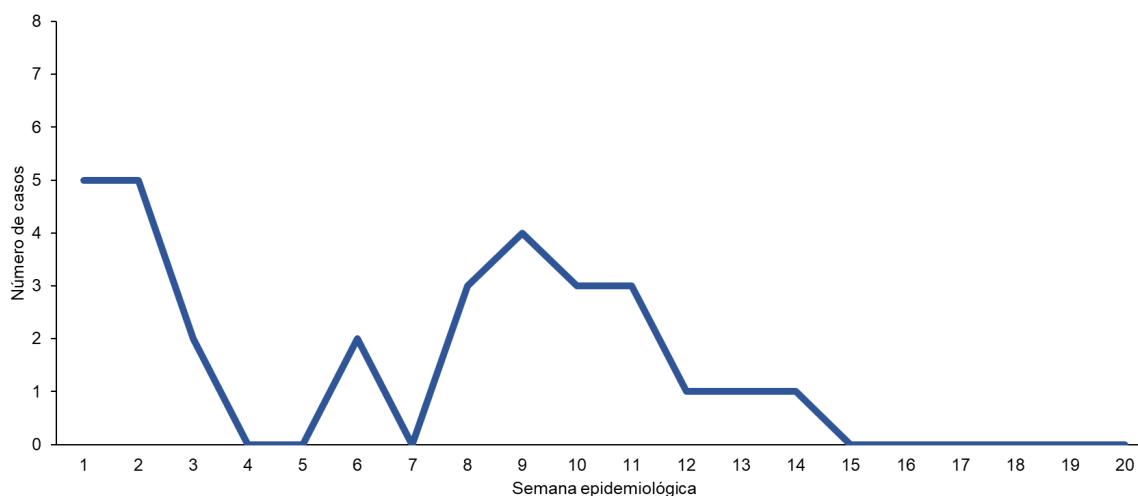
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 14 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 14, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 30 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (12/30) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (18/30)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 14, 2026

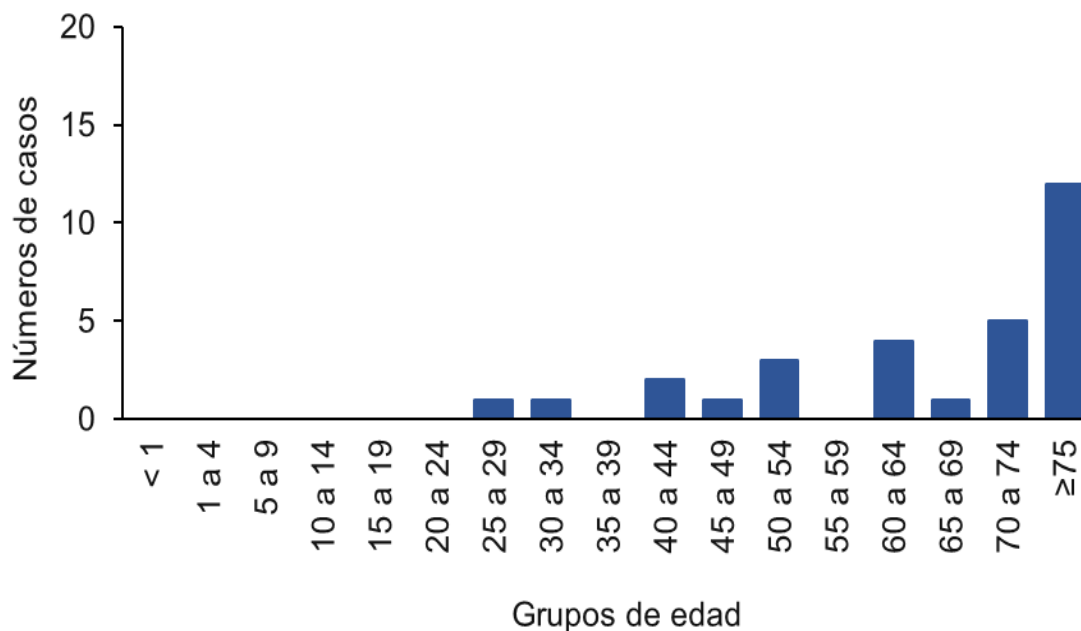


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 14, 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 23 casos notificados con una tasa de 0,9 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 7 casos notificados con una tasa de 0,3 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 14, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	30	0,6
San José	6	0,4
Alajuela	5	0,5
Cartago	1	0,2
Heredia	4	0,7
Guanacaste	3	0,7
Puntarenas	8	1,6
Limón	3	0,7

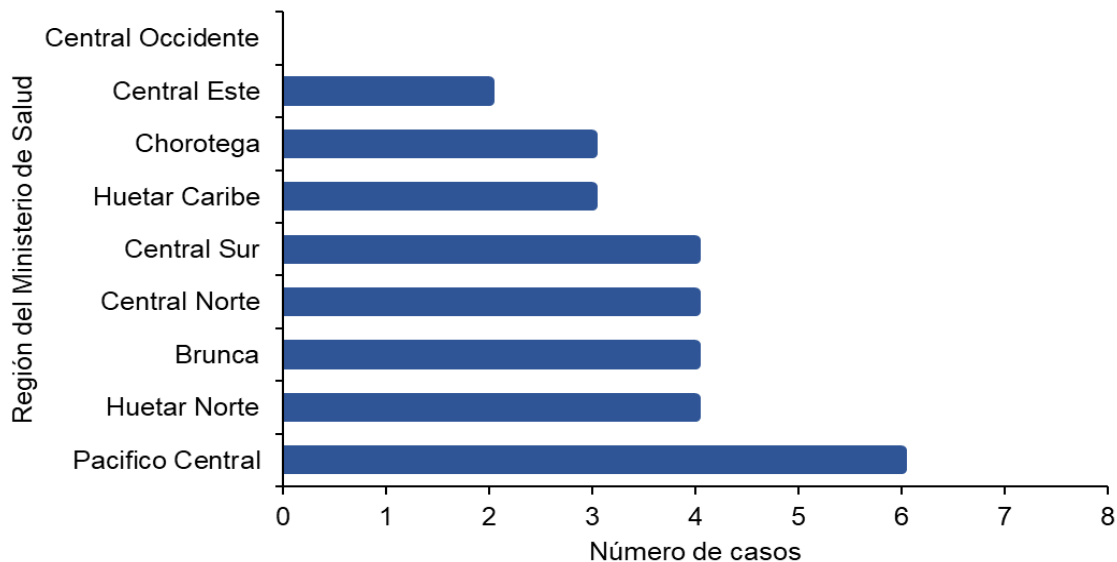
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 14 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (8/30) seguida de la provincia de San José (6/30).



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 14, 2026



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

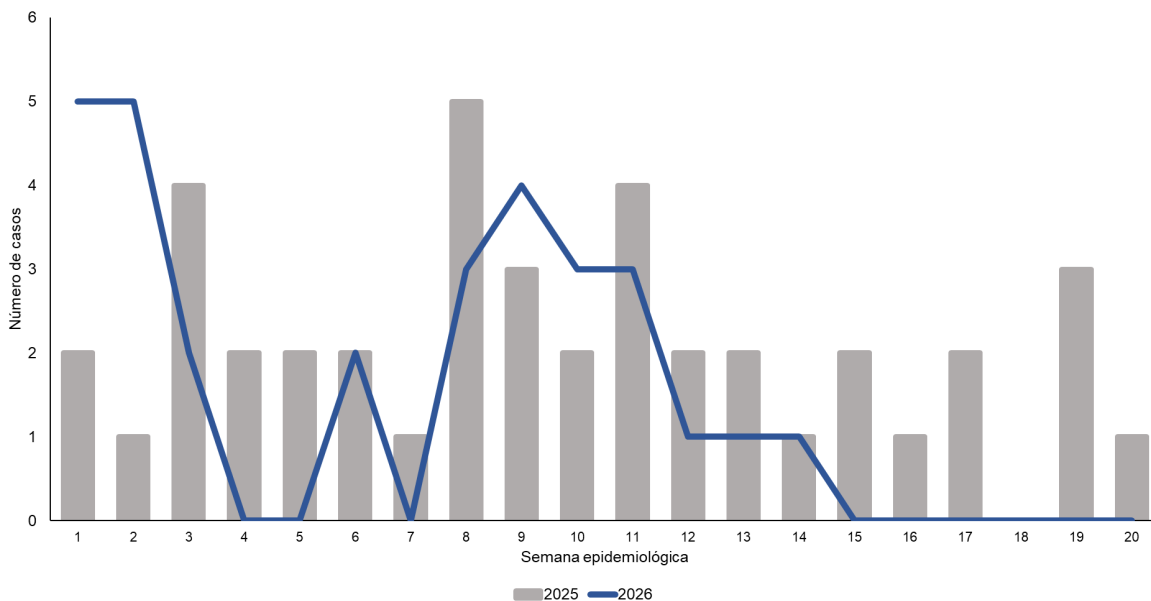
En el gráfico 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Pacífico Central (6/30) la que presenta el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 14 del 2025 y 2026, con un total de 30 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 14 del 2025 se confirmaron 33 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 14 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:

- 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.
- 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 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.



La mortalidad materna e infantil se reduce significativamente en el año 2025

La medición de la razón de mortalidad materna y de la tasa de mortalidad infantil son indicadores que permiten identificar desigualdades que activan alertas en los sistemas de salud, particularmente en los mecanismos para la detección y tratamiento oportuno de condiciones que pueden afectar, gravemente, la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o posparto. Además, son indicadores útiles en la medición de las condiciones de salud de toda la población y de las condiciones socioeconómicas en las que viven.

Según los datos preliminares sobre estadísticas vitales del INEC, se reporta una tasa de mortalidad infantil de 8,44 muertes por cada mil nacimientos vivos registrados, presentándose una reducción de 1,77 muertes por cada diez mil nacimientos vivos en relación con el año 2024 donde se reportaron 10,21 muertes por cada mil nacimientos vivos.

Cuadro 1

Costa Rica. Total de nacimientos, defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil por año, I semestre 2010 – 2025 (Tasa por mil nacimientos)

Año	Nacimientos	Defunciones infantiles	Tasa de mortalidad infantil
2010	70 922	671	9,46
2011	73 459	666	9,07
2012	73 326	624	8,51
2013	70 550	611	8,66
2014	71 793	582	8,11
2015	71 819	556	7,74
2016	70 004	555	7,93
2017	68 811	545	7,92
2018	68 449	573	8,37
2019	64 274	530	8,25
2020	58 156	457	7,86
2021	54 288	471	8,68



2022	53 435	508	9,51
2023	50 205	455	9,06
2024	45 821	468	10,21
2025 ^{a/}	45 384	383	8,44

a/ Datos preliminares.

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2010-2025.

Al realizar una revisión más detallada de los datos estadísticos se identifican varios aspectos relevantes. Según lugar de residencia de la madre, las provincias en las cuales se presenta una mayor tasa de mortalidad infantil respecto con la tasa nacional son Puntarenas (10,6), Limón (10,0), Guanacaste (9,6) y Cartago (8,9), mientras que el resto de las provincias presenta una tasa de mortalidad infantil inferior a la nacional, destacándose Heredia con la tasa más baja (7,1).

Adicionalmente, el 39% de las madres de estos bebés fallecidos tiene una edad que se ubica entre los 20 y 29 años, en segundo grupo de importancia se encuentran las mujeres con edades entre los 30 y 34 años con un 21% de los casos. Acerca del nivel educativo de las madres, el 71% cuenta con estudios de secundaria y estudios universitarios, lo cual indica un nivel de educación básico que facilita la educación en autocuidado de las mujeres gestantes.

En relación con la ocupación de las madres, el 56% son personas fuera del sistema laboral (administradoras del hogar y estudiantes principalmente) y 31% forman parte de la fuerza laboral desempeñando principalmente funciones profesionales y del sector comercial.

Cuadro 2

Costa Rica. Total de defunciones infantiles y tasa de mortalidad infantil por año, según provincia de residencia de la madre, 2021 – 2025 (Tasa por mil nacimientos)

Provincia de residencia de la madre	2021 Abs	2021 Tasa	2022 Abs	2022 Tasa	2023 Abs	2023 Tasa	2024 Abs	2024 Tasa	2025 Abs	2025 Tasa
Total Costa Rica	471	8,7	508	9,5	455	9,1	468	10,2	383	8,4



San José	124	8,1	146	9,8	116	8,3	139	10,9	99	7,8
Alajuela	103	8,5	113	9,5	90	8,1	90	8,9	73	7,3
Cartago	54	9,8	59	11,0	53	10,9	50	10,7	40	8,9
Heredia	39	8,4	40	8,3	47	10,6	35	8,5	29	7,1
Guanacaste	42	9,3	29	6,3	32	7,2	49	11,9	39	9,6
Puntarenas	54	9,2	61	10,2	65	11,7	54	10,6	55	10,6
Limón	55	8,8	60	10,1	52	9,1	51	10,4	48	10,0

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021-2025.

Otro aspecto importante está vinculado a las causas de muerte registradas, siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal las más frecuentes con un 42.2%. Las afecciones originadas en el periodo perinatal (desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días postparto) son trastornos de salud que surgen durante el embarazo o el nacimiento. Incluyen infecciones congénitas (toxoplasmosis, herpes), problemas respiratorios (síndrome de dificultad respiratoria), trastornos metabólicos, traumatismos del parto y complicaciones por prematuridad, siendo causas importantes de mortalidad de las defunciones infantiles. En segundo lugar, en orden de importancia se encuentran las malformaciones congénitas (37.6%), dentro de estas destacan las malformaciones cardíacas con 20 casos.

Cuadro 3

Costa Rica. Total de defunciones infantiles según causa básica de muerte, 2021 – 2025 (Tasa por mil nacimientos)

Causa básica de muerte	2021	2022	2023	2024	2025
Defunciones infantiles	471	508	455	468	383
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	49,7	51,6	45,9	50,2	46,2
Malformaciones congénitas	38,2	36,6	36,5	35,0	37,6



Enfermedades del sistema respiratorio	4,9	5,1	6,4	5,1	5,5
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,5	1,6	1,3	2,1	3,1
Enfermedades del sistema circulatorio	0,4	0,6	0,9	0,2	0,5
Enfermedades del sistema nervioso	0,6	1,2	1,1	1,5	1,3
Otras causas	4,7	3,3	7,9	5,8	5,7

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2021-2025.

En relación con la edad gestacional de los bebés fallecidos, 12,2% de las defunciones infantiles corresponde a bebés con menos de 26 semanas de gestación, lo cual indica una inmadurez fisiológica que afectará sus funciones pulmonares y patrón de desarrollo cerebral, a la vez los hace más propensos a infecciones por la inmadurez inmunológica que tienen. Por esta razón, el 30% de las defunciones infantiles ocurren en las primeras 24 horas de vida.

Mortalidad materna

En relación con la mortalidad materna, se reporta un total de 8 defunciones maternas en el 2025 equivalente a una razón de mortalidad materna de 1,5 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que para el año 2024 se reportaron 15 defunciones maternas, correspondiendo a una razón de mortalidad materna de 3,3 muertes por cada mil nacidos vivos.

Esta reducción de muertes maternas evidencia una mejora significativa en cuanto a la atención oportuna, la identificación y tratamiento oportuno de afecciones como preeclampsia, hemorragias postparto, y enfermedades preexistentes agravadas por el embarazo. En años recientes, se ha logrado disminuir la proporción de muertes por causas obstétricas directas gracias a mejores prácticas clínicas.

Con respecto al lugar de residencia de las mujeres fallecidas los cinco casos residían en la provincia de Alajuela, dos casos en Puntarenas y uno en Cartago. El resto de las provincias no registran casos de muertes materna en el 2025.



Cuadro 4

Costa Rica. Razón de mortalidad materna^{1/} por año, según provincia de residencia, 2015 – 2025

Provincia de residencia	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^{a/}	2024	2025 ^{b/}
Total Costa Rica	2,9	2,3	1,6	2,0	3,4	4,1	1,5	1,0	3,3	1,5
San José	3,4	2,5	0,5	2,6	3,0	4,5	-	0,7	3,9	-
Alajuela	2,0	2,7	2,6	2,1	6,2	4,1	2,5	0,9	1,0	4,0
Cartago	7,0	-	-	-	6,8	3,6	-	-	4,3	2,2
Heredia	4,7	3,2	3,2	1,7	1,9	4,3	2,1	-	4,9	-
Guanacaste	1,7	3,5	-	1,8	2,0	4,4	-	-	2,4	-
Puntarenas	1,4	-	2,7	1,5	0,0	3,4	3,4	1,8	3,9	3,9
Limón	-	3,9	2,7	2,9	1,6	3,2	3,4	3,5	4,1	-

Nota: 1/ Por diez mil nacimientos.

a/ Para el cálculo de la razón se excluye un caso que corresponde a una muerte materna tardía (O970).

Fuente: INEC-Costa Rica. Estadísticas vitales, 2016 - 2025.

Se observa que la provincia de Alajuela presenta una razón de mortalidad materna de 4 muertes por cada mil nacimientos que supera a la nacional, la cual se ubica en 1,5 muertes por cada mil nacimientos. Además, la provincia de Puntarenas presenta una razón de mortalidad materna de 3,9 muertes por cada mil nacimientos y Cartago una razón de 2,2 muertes por cada mil nacimientos, ambas provincias superan la razón de mortalidad materna nacional.

Los casos de muertes maternas corresponden a 5 mujeres costarricenses y tres nicaragüenses. Se registran tres fallecidas entre los 15 y 19 años, un caso entre los 25 y 29 años, dos casos entre los 35 y 39 años y finalmente dos casos de mujeres mayores de 40 años.

La disminución de la tasa de mortalidad infantil y de la razón de mortalidad materna durante el año 2025 refleja avances significativos en el ámbito de la salud pública. Estos resultados tienen múltiples implicaciones positivas en distintos niveles:

- Empoderamiento de las mujeres: Las mejoras en la salud materna fortalecen la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva y planificación familiar.



- Reducción de desigualdades: La disminución de la mortalidad materna e infantil contribuye a cerrar brechas entre zonas rurales y urbanas, así como entre grupos socioeconómicos vulnerables y privilegiados.
- Fortalecimiento del tejido familiar y comunitario: La reducción de muertes maternas e infantiles disminuye el impacto emocional en las familias, promoviendo una mayor cohesión social y bienestar comunitario.
- Optimización de los costos en salud: La atención preventiva y de calidad reduce la necesidad de intervenciones médicas complejas y costosas, lo que representa un ahorro para el sistema de salud.
- Incremento en la productividad laboral: Las mujeres que gozan de buena salud pueden reincorporarse más rápidamente al ámbito laboral, mientras que los niños que sobreviven y crecen sanos tienen mayores oportunidades educativas y profesionales.
- Menor carga económica para el Estado: La reducción de muertes y enfermedades graves disminuye el gasto público en subsidios, pensiones por orfandad y atención médica de emergencia.
- Fortalecimiento del sistema de salud: La mejora en los indicadores de mortalidad es evidencia de un sistema de salud más eficiente, con mayor cobertura, calidad y equidad en la atención.
- Avances en planificación familiar: El acceso a métodos anticonceptivos y a educación sexual contribuye a la prevención de embarazos no deseados y mejora los indicadores de salud reproductiva.
- Mayor confianza en los servicios de salud: Los resultados positivos generan mayor credibilidad en el sistema sanitario, lo que incentiva la participación ciudadana en programas de salud preventiva.

En resumen, la reducción de la mortalidad materna e infantil no solo representa un logro en términos de salud, sino que también impulsa el desarrollo social y económico del país. Es una inversión estratégica que mejora la calidad de vida de la población y fortalece el camino hacia un desarrollo sostenible.



El Ministerio de Salud promueve el parto vaginal como estándar de oro para la salud materna e infantil

Introducción

La vigilancia epidemiológica de los procesos de atención materno-infantil tiene como objetivo central la reducción de la mortalidad materna e infantil, mediante la observación sistemática y el análisis de las prácticas asociadas a la atención del binomio madre-hijo(a). En este contexto, el Ministerio de Salud reafirma su compromiso con la promoción del parto vaginal como vía preferente de nacimiento, en concordancia con la evidencia científica y los estándares internacionales, frente al aumento sostenido de las tasas de cesárea en el país.

La vía de nacimiento constituye un determinante relevante de la salud a corto y largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido, y su uso debe responder a criterios clínicos claramente establecidos.

Situación nacional

Según datos preliminares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), durante el año 2025 se registraron en Costa Rica 45 384 nacimientos, de los cuales 33% ocurrieron por vía quirúrgica (cesárea). Esta proporción supera el rango recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que sitúa la tasa óptima entre 10% y 15%, con márgenes de hasta un 20% en contextos específicos. Tasas de cesárea por encima de estos valores no se asocian con mejoras adicionales en la reducción de la mortalidad materna ni neonatal y, por el contrario, pueden incrementar riesgos evitables.

¿Por qué es relevante promover el parto vaginal?

El parto vaginal no solo representa un proceso fisiológico natural, sino también una intervención preventiva en salud, con beneficios comprobados a corto, mediano y largo plazo para la madre y el recién nacido.

Beneficios del parto vaginal para el recién nacido

- **Maduración pulmonar:**

El paso del feto a través del canal del parto facilita la compresión torácica y la expulsión del líquido pulmonar, reduciendo el riesgo de dificultades respiratorias al nacer.



- **Desarrollo de la microbiota y del sistema inmune:**

El contacto con la microbiota vaginal materna favorece la colonización intestinal del recién nacido, fortaleciendo su sistema inmunológico y disminuyendo el riesgo futuro de enfermedades alérgicas y asma.

- **Mayor alerta neonatal:**

El aumento de catecolaminas durante el trabajo de parto favorece un estado de mayor alerta al nacimiento, lo que se asocia con un inicio más efectivo de la lactancia materna.

Estos mecanismos fisiológicos no se reproducen plenamente en los nacimientos por cesárea electiva sin trabajo de parto.

Beneficios del parto vaginal para la madre

- **Recuperación más rápida:**

Menor estancia hospitalaria y una reincorporación temprana a las actividades cotidianas y al cuidado del recién nacido.

- **Disminución del riesgo quirúrgico:**

Se evitan complicaciones propias de una cirugía mayor, tales como hemorragias severas, infecciones de la herida quirúrgica y eventos adversos relacionados con la anestesia.

- **Fortalecimiento del vínculo madre–hijo:**

Facilita el contacto inmediato piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna, ambos considerados pilares fundamentales de la salud pública materno-infantil.

Retos del parto vaginal y abordaje desde el sistema de salud

Si bien el parto vaginal es la vía preferida, requiere una gestión adecuada y acompañamiento profesional continuo para mitigar los desafíos asociados:

- **Variabilidad del trabajo de parto:**

Su duración es impredecible, lo que exige una atención constante, oportuna y personal capacitado.

- **Riesgo de desgarros perineales:**

Estos eventos requieren cuidados específicos en el posparto para prevenir complicaciones.

- **Dolor asociado al parto:**



Es indispensable garantizar modelos de atención humanizada, incluyendo opciones de analgesia obstétrica seguras y basadas en la evidencia.

La humanización del parto es un componente clave para reducir intervenciones innecesarias y mejorar la experiencia de las mujeres durante el nacimiento.

La cesárea: una intervención de emergencia, no de rutina

El Ministerio de Salud enfatiza que la cesárea es una intervención quirúrgica que salva vidas cuando existen indicaciones médicas claras. No obstante, su uso injustificado, particularmente en cesáreas electivas sin causa clínica, se asocia con mayores riesgos, entre ellos:

- Incremento de complicaciones en embarazos futuros (placenta previa, rotura uterina).
- Mayor probabilidad de infecciones postoperatorias.
- Inicio más tardío de la lactancia materna.
- Menor contacto temprano piel a piel entre madre y recién nacido.

“Nuestra meta es devolverle al parto su carácter fisiológico y humanizado. Reducir el 33 % actual no es únicamente un objetivo estadístico, sino una mejora directa en la seguridad de la mujer gestante y en la eficiencia de los servicios de salud”, señalan las autoridades sanitarias.

Perspectivas y acciones futuras

En este marco, el Ministerio de Salud continuará fortaleciendo:

- La actualización de normativas nacionales en atención obstétrica.
- La vigilancia epidemiológica de las cesáreas.
- La promoción de prácticas basadas en evidencia científica.
- El respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Promover el parto vaginal como estándar de atención no solo mejora los resultados en salud materna e infantil, sino que también contribuye a un sistema de salud más eficiente, equitativo y centrado en las personas. La reducción de cesáreas innecesarias representa un paso clave hacia una atención obstétrica segura, humanizada y sostenible.