



Boletín Epidemiológico N° 29 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

14 de agosto de 2026

Tabla de contenido

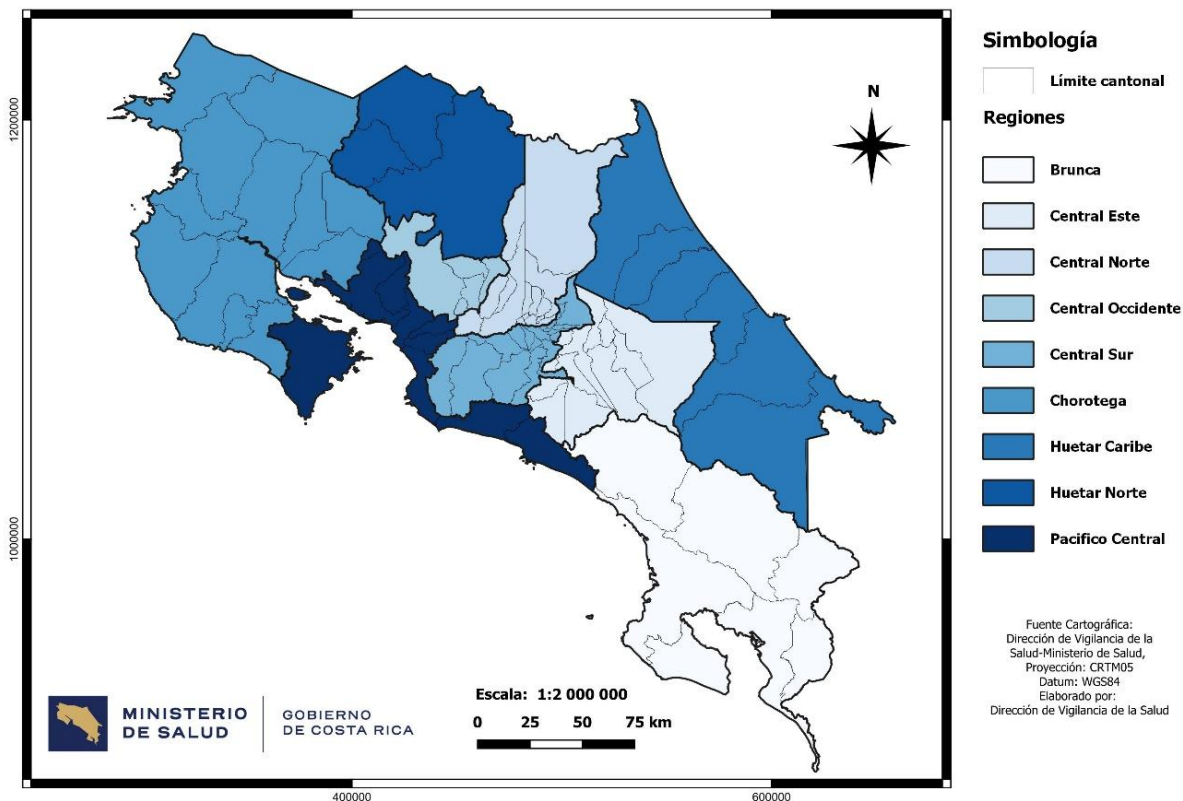
Arbovirosis	3
Situación de la malaria en Costa Rica	8
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 30	17
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	18
Situación Región de las Américas respecto al evento del sarampión	34
Infecciones de transmisión sexual	46
Miasis por gusano barrenador en humanos	53



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 30 del año 2026 se notifican **2821 casos acumulados** de dengue de estos, **49 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 781 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 192,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 30, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	781	74,6
Pacífico Central	619	192,3
Chorotega	431	90,8
Huetar Caribe	332	72,5
Central Sur	309	20,4
Brunca	119	33,7
Huetar Norte	95	35,0
Central Occidente	81	36,1
Central Este	54	9,8
Total	2821	54,1

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	1155	106,7	605	112,0	550	101,4
Guanacaste	417	100,0	233	112,6	184	87,5
Puntarenas	362	71,1	156	62,0	206	80,1
Limón	332	72,5	144	64,3	188	80,3
San José	319	19,1	164	19,4	155	18,9
Heredia	183	33,2	107	38,7	76	27,7
Cartago	53	9,9	23	8,6	30	11,3
Total	2821	54,1	1432	54,8	1389	53,3

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 30 son: Orotina 333 casos, Alajuela 309 casos, Grecia 247 casos, San José 128 casos y Puntarenas 127 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 30, 2026.

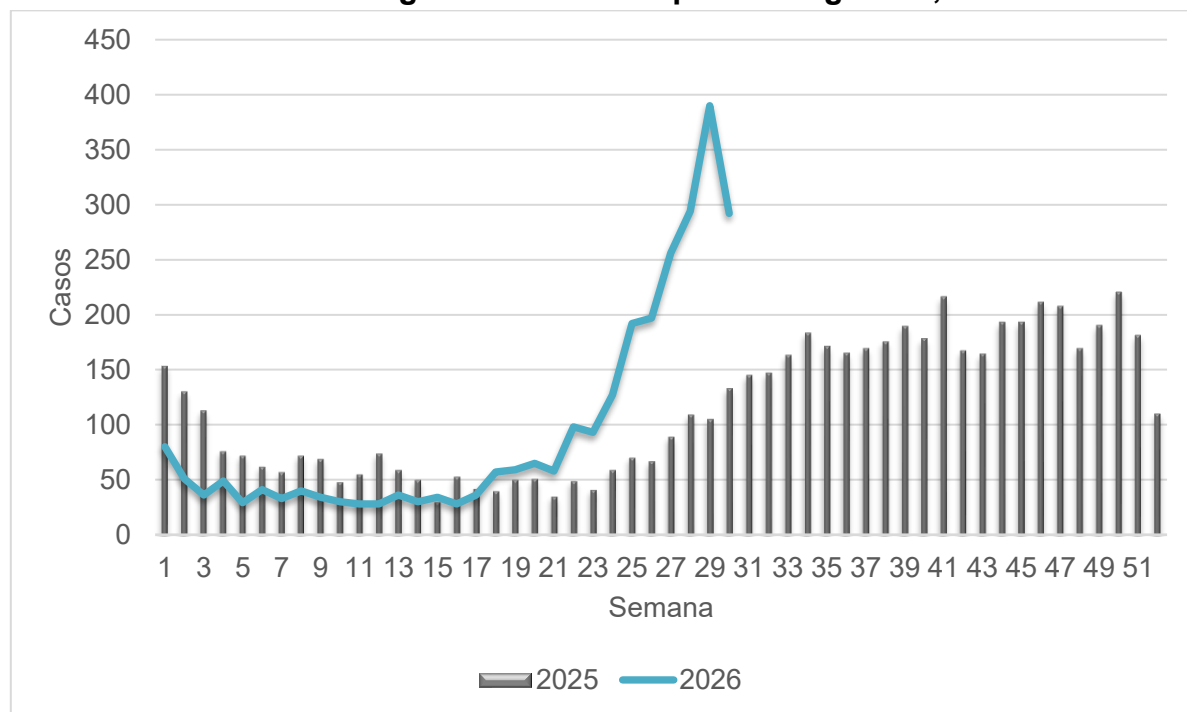
Cantón	Casos	Tasa
209: Orotina	333	1309,3
201: Alajuela	309	93,6
203: Grecia	247	303,5
101: San José	128	36,2
601: Puntarenas	127	87,2
510: La Cruz	121	426,7
505: Carrillo	111	219,8
701: Limón	91	99,1
702: Pococí	90	57,2
705: Matina	76	166,4

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Figura 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 30, 2025-2026.



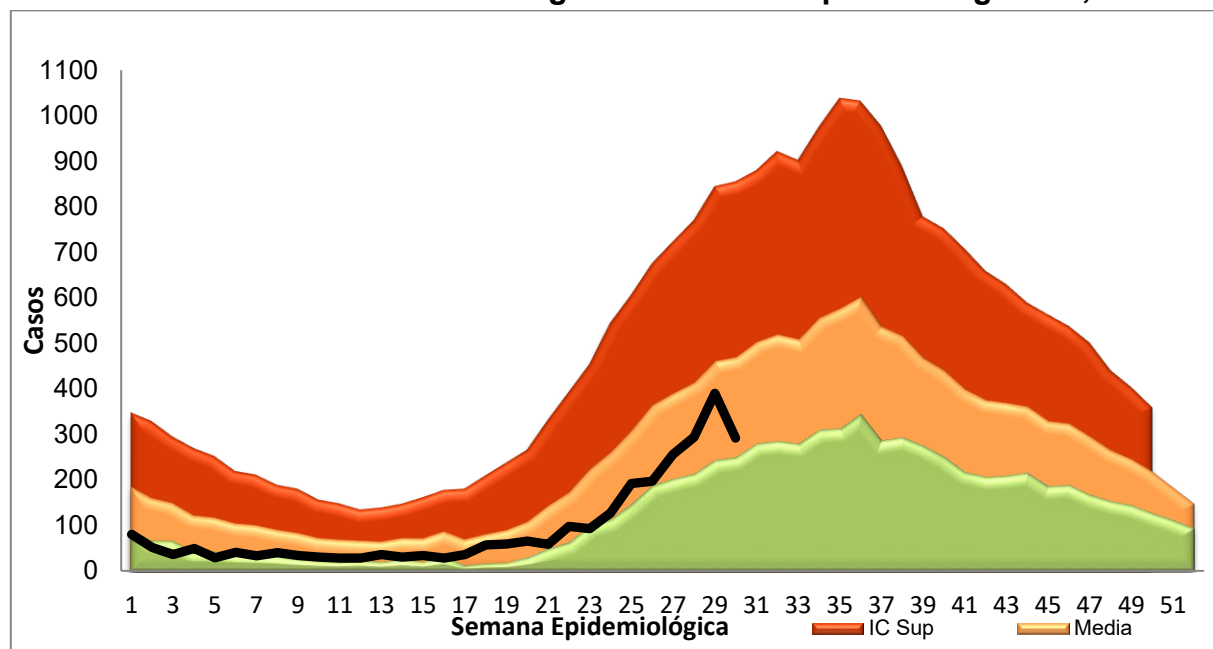
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 30 del año 2025 se reportaron 2113 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 25% en el número de casos notificados.



Figura 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 30, 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 10 de agosto se reportan 6 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 2 en Hospital San Rafael de Alajuela y 2 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria, 1 en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega y 1 en el Hospital de las Mujeres.

Chikungunya

A la semana epidemiológica 30 se notifica un total de **134 casos** de chikungunya, **84 casos confirmados** por prueba de PCR y **50 casos probables** por nexo y/o clínica.



Tabla 4.
Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 30, 2026

Región	Sospechosos	Confirmados
Central Norte	27	36
Chorotega	15	30
Central Sur	2	9
Central Este	0	3
Central Occidente	0	3
Pacífico Central	0	2
Huetar Norte	3	1
Huetar Caribe	3	0
Brunca	0	0
Total	50	84

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 30 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 30 de 2026, Costa Rica acumula **68** casos de malaria: 20 corresponden a transmisión local (9 autóctonos y 11 introducidos), 36 son importados (incluidas 6 recaídas de casos importados) y 12 permanecen en investigación epidemiológica.

La transmisión local se mantiene en niveles considerablemente inferiores a los observados en 2023 y 2024; sin embargo, en comparación con el mismo período (SE30) de 2025, se registra un incremento del 100%. 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 30, 2026.

Cifras clave	SE 30-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	68	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	20 (29%)	9 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	36 (53%)	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	12 (18%)	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 50 casos del total a nivel nacional (74%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 20 casos de transmisión local en la SE 30 de 2026, distribuidos en 9 autóctonos y 11 introducidos. El 80 % (16/20) 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 30, 2026.

Clasificación	<i>P. vivax</i>	<i>P. falciparum</i>	Total
Autóctonos	8	1	9
Introducidos	10	1	11
Total	18	2	20

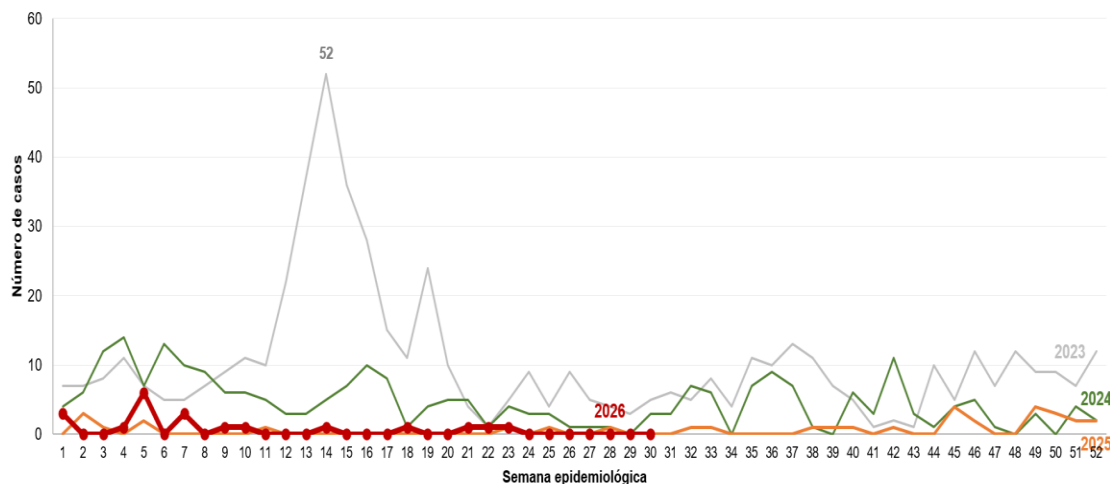
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Plasmodium vivax es la especie predominante en la transmisión local (18/20, 90 %); *P. falciparum* aporta apenas 2 casos (10 %): 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 30

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

Los casos de transmisión local muestran una reducción sustancial respecto a los niveles observados en 2023 y 2024. A la semana epidemiológica 30 de 2026 se registran 20 casos, lo que representa una reducción del 94,5% respecto al mismo período de 2023 y del 87,3% respecto a 2024. Sin embargo, en comparación con 2025, cuando se registraron 10 casos, se observa un incremento del 100%. Este comportamiento evidencia que, si bien la transmisión local se mantiene en niveles considerablemente inferiores a los observados en años previos, persisten focos de transmisión que requieren el fortalecimiento de la vigilancia, el diagnóstico oportuno y la respuesta focalizada, particularmente en el foco de foco Crucitas–Llano Verde.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 30 de 2026 se registran 36 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 30, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	31	86
<i>P. falciparum</i>	4	11
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	36	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 68 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 58 casos (85 %), incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de los importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

Costa Rica: Distribución de casos por clasificación epidemiológica, especie y región del Ministerio de Salud, SE30-2026

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
Central occidente	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Central sur	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar caribe	1	–	1	–	–	3	3	–	–	–	–	–	–	4
Huetar norte	–	7	7	1	4	23	28	1	10	11	1	11	12	58
Total	1	8	9	1	4	31	36	1	10	11	1	11	12	68

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 **119 758 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 67 612 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 **1048 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse al gráfico 2.

Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado un total de 52 146 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 45 973 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 5 926 exámenes de gota gruesa,
- 247 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.

Gráfico 2.

Principales Áreas Rectoras de Salud por número de pruebas realizadas para malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 30, 2026.

No.	ÁREA RECTORA DE SALUD	REGIÓN RECTORA	PDR
1	CORREDORES	BRUNCA	15 977
2	SANTA ROSA POCOSOL	HUETAR NORTE	7941
3	LOS CHILES	HUETAR NORTE	6605
4	MATINA	HUETAR CARIBE	4556
5	LA CRUZ	CHOROTEGA	4097
6	TALAMANCA	HUETAR CARIBE	3548
7	UPALA	CHOROTEGA	2502
8	ABANGARES	CHOROTEGA	1 876
9	PENINSULAR - JICARAL	PACÍFICO CENTRAL	1 765
10	LIMÓN	HUETAR CARIBE	1 723
11	POCOCÍ	HUETAR CARIBE	1 715
12	CAÑAS	CHOROTEGA	1368
13	LIBERIA	CHOROTEGA	1 373
14	NICOYA	CHOROTEGA	1 304
15	SIQUIRRES	HUETAR CARIBE	1013
16	MONTES DE ORO MIRAMAR	PACÍFICO CENTRAL	1 016
17	SANTA CRUZ	CHOROTEGA	805
18	AGUAS ZARCAS	HUETAR NORTE	789
19	SARAPIQUÍ	CENTRAL NORTE	787
20	CARRILLO	CHOROTEGA	739
TOTAL GENERAL			67 612

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

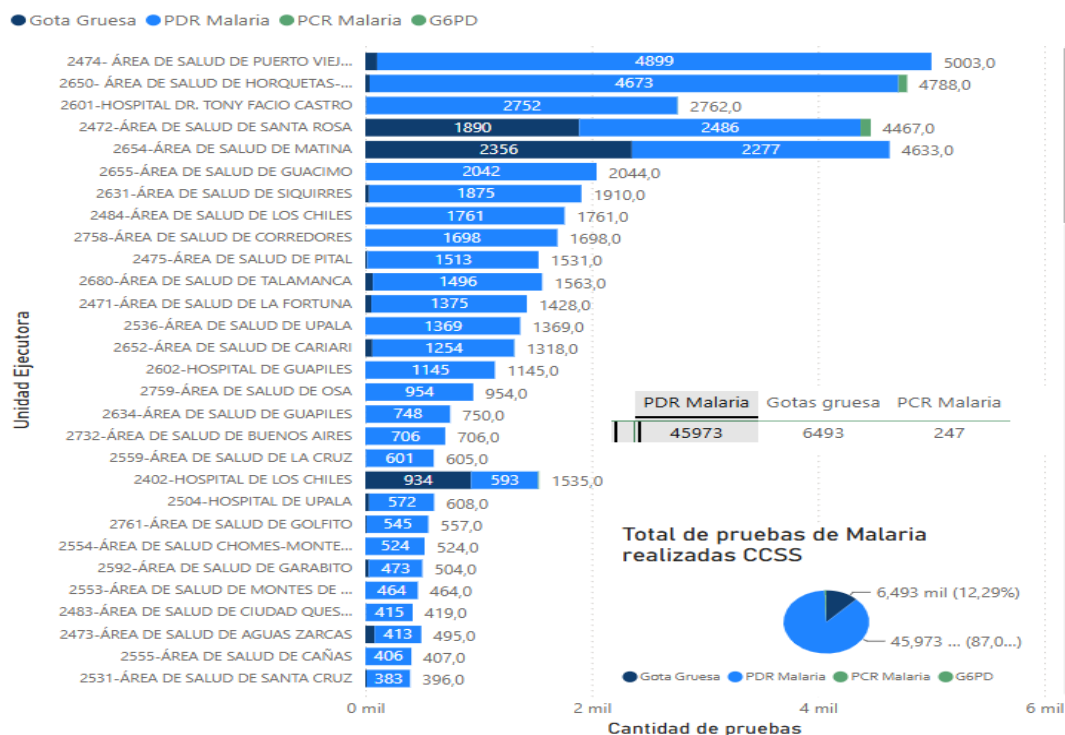


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Gráfico 3.

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.



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

Inventario de focos.

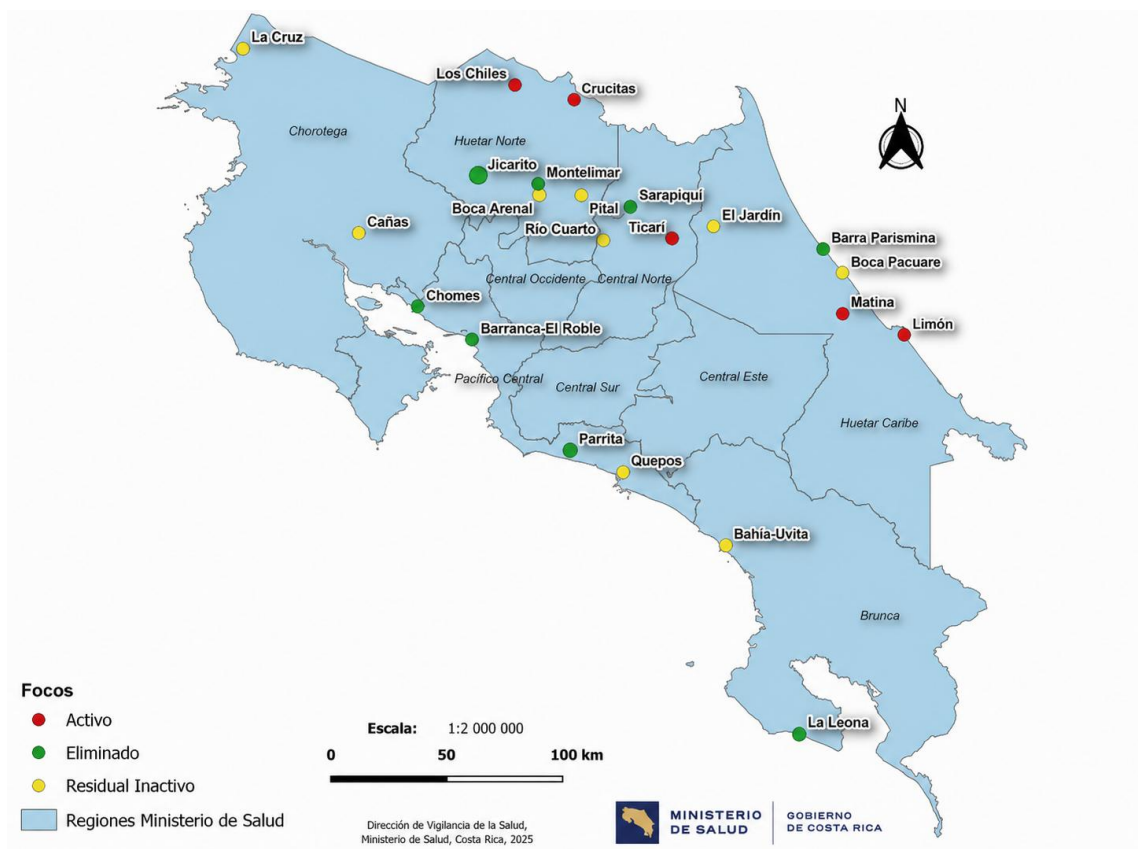
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 9 focos residuales inactivos y 8 focos eliminados.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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



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

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



Tabla 5.

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	Activo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Activo
Limón	Siquirres	Barra de Parismina	Eliminado
Limón	Pococí	El Jardín	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Eliminado
Puntarenas	Golfito	La Leona	Eliminado
Puntarenas	Osa	Bahia Uvita	Residual inactivo

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



Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 30

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 30 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Cuadro 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 30

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	10 101
Viviendas positivas	735
Depósitos tratados	38 854
Depósitos eliminados	108 857
Criaderos	147 711
Depósitos positivos	1 358
Viviendas fumigadas	26 743

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Cuadro 2.

Costa Rica: Acciones acumuladas de control vectorial de la semana epidemiológica 1 a la 30.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	382 286
Viviendas positivas	16 937
Depósitos tratados	1 349 194
Depósitos eliminados	1 011 676
Criaderos	2 360 870
Depósitos positivos	39 810
Viviendas fumigadas	482 856

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

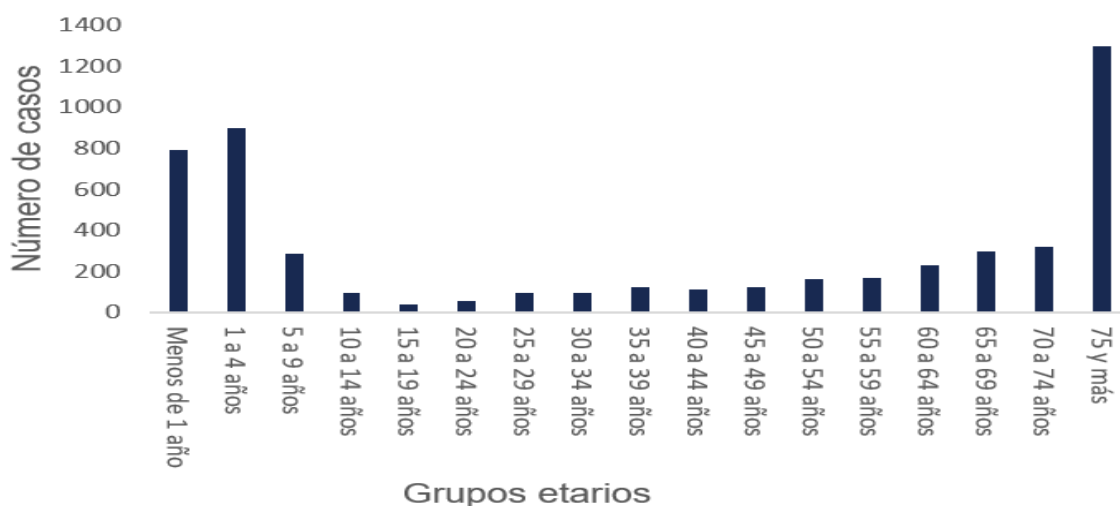
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 30 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 30 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 30 son un total de 5719.
- 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 30, en Costa Rica, 2026.



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

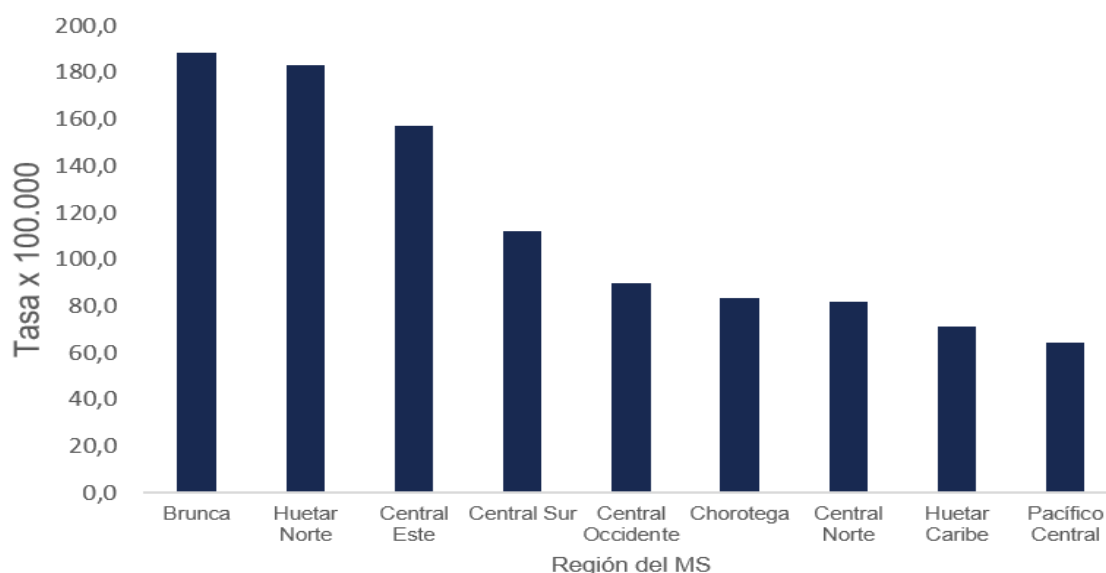


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 30, 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 30 del 2026, en Costa Rica.



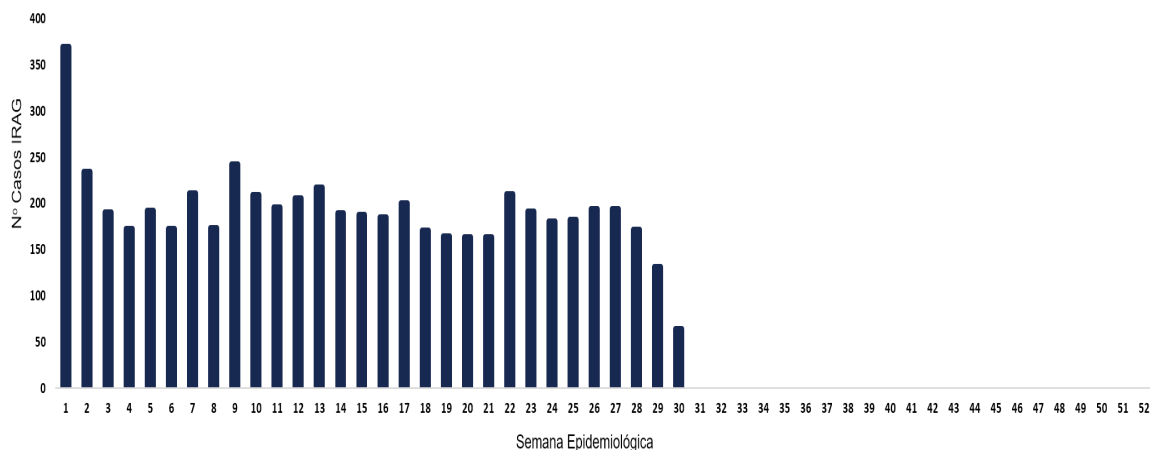
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 30 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 29, en Costa Rica, 2026.

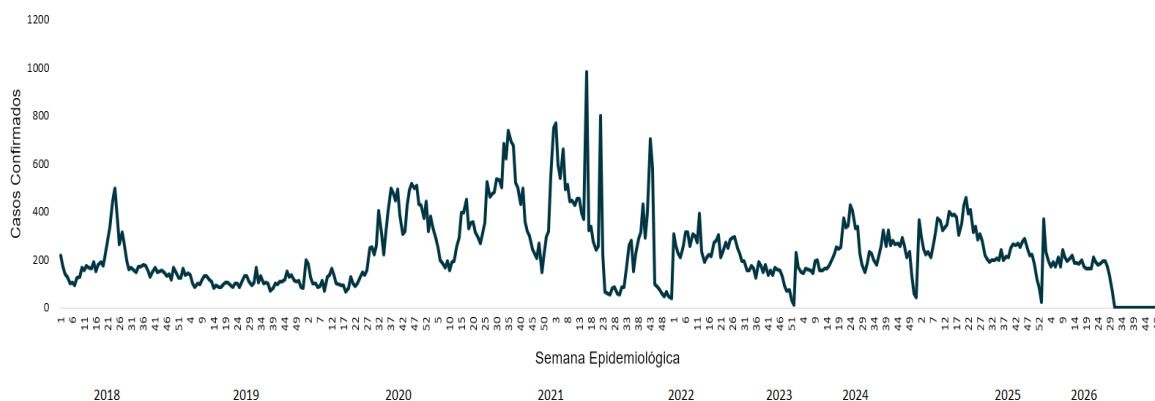


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.



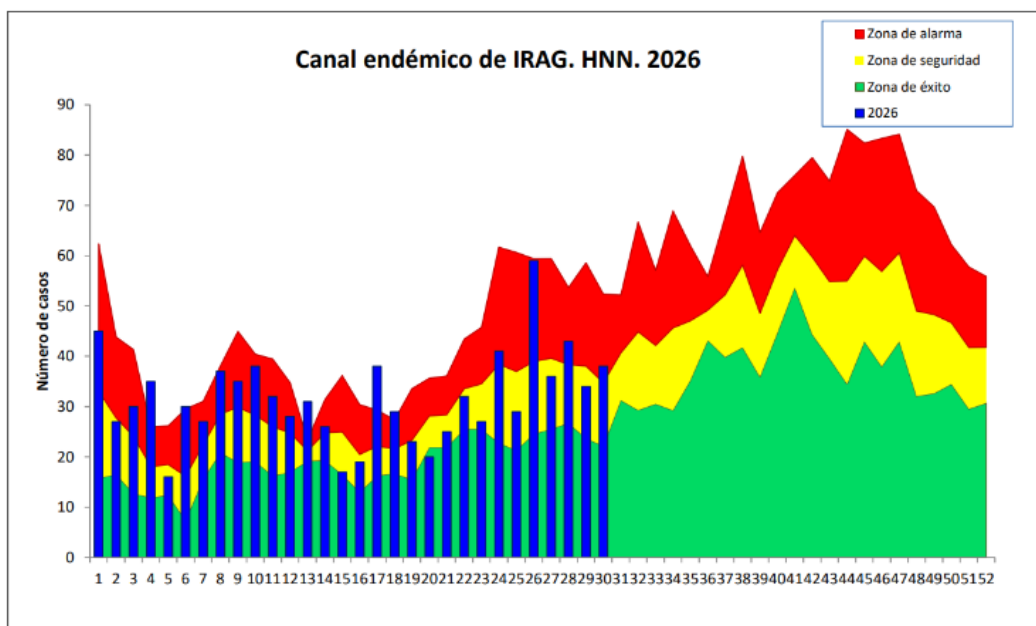
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-30 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-UEPCI HNN, 2026.

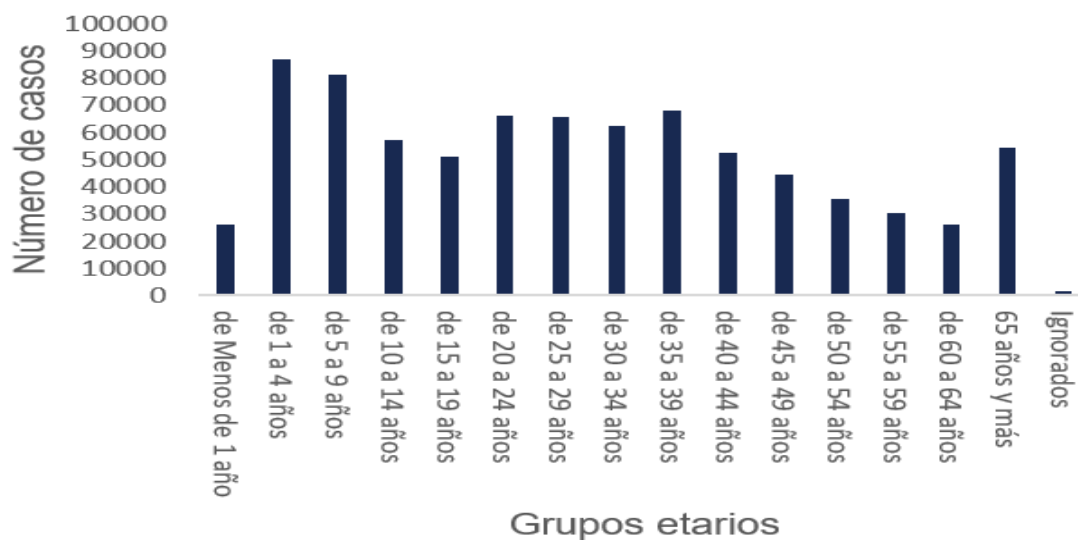
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 30 son 809252.
- 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 30, en Costa Rica, 2026.



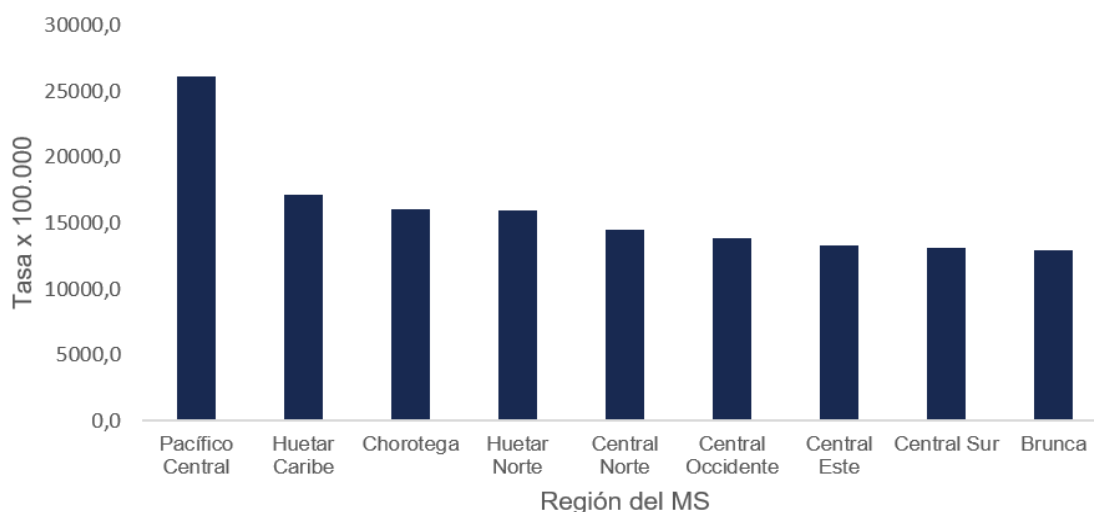
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 30, 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 30 del 2026, en Costa Rica.

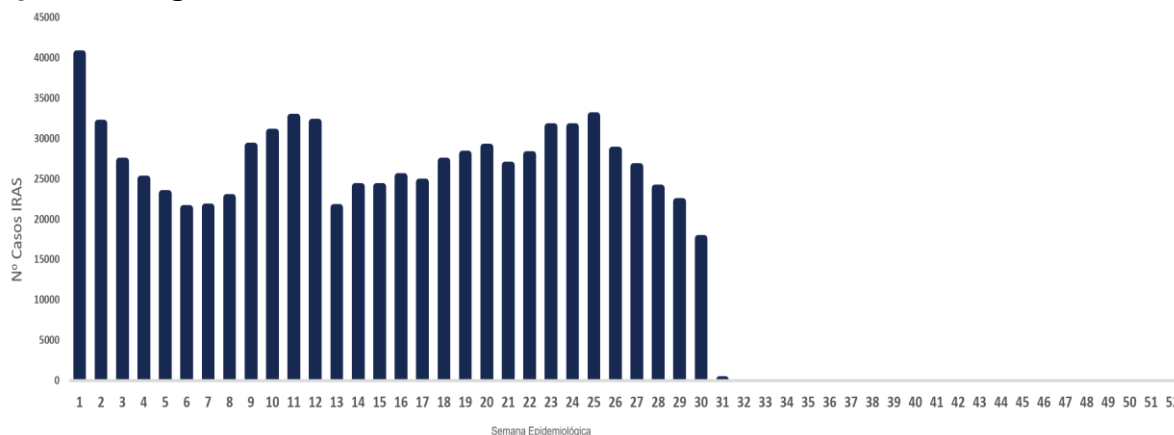


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 30 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 30, en Costa Rica, 2026.



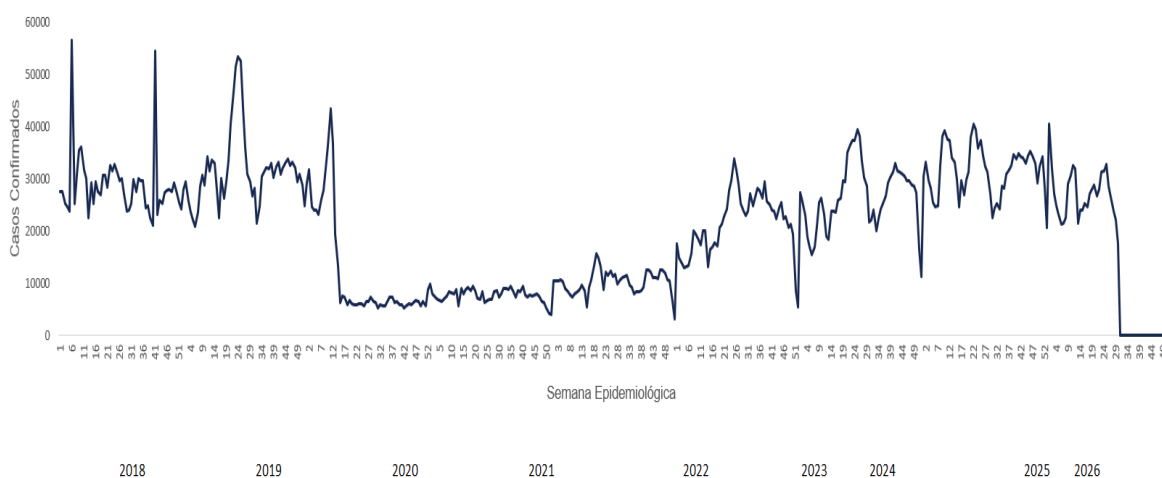
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

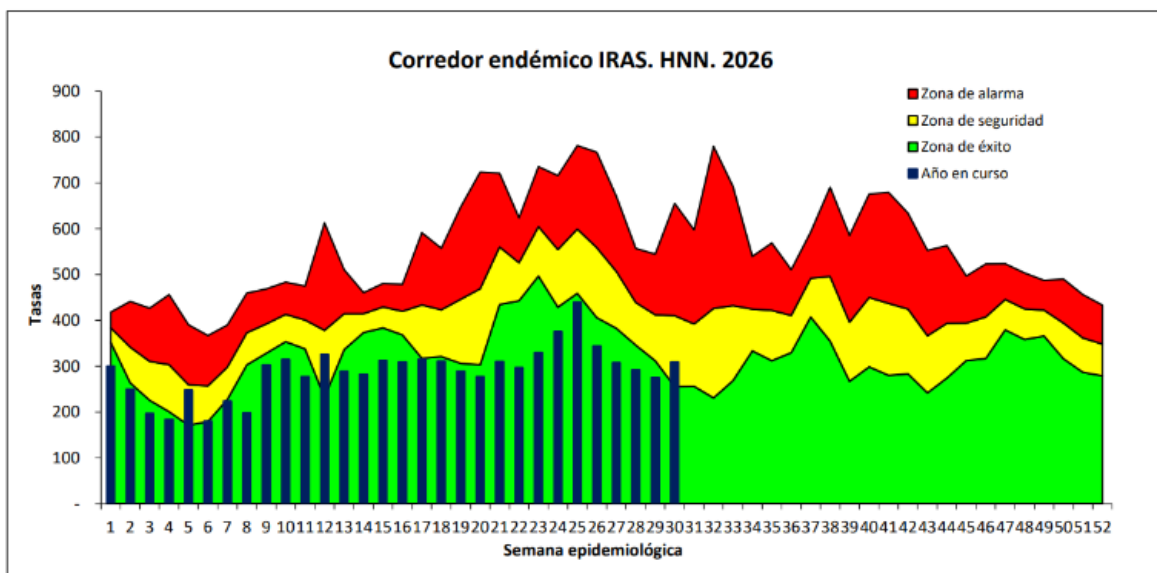


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 30 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) 30 son $n = 8616$.
- 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 30, en Costa Rica, 2026.



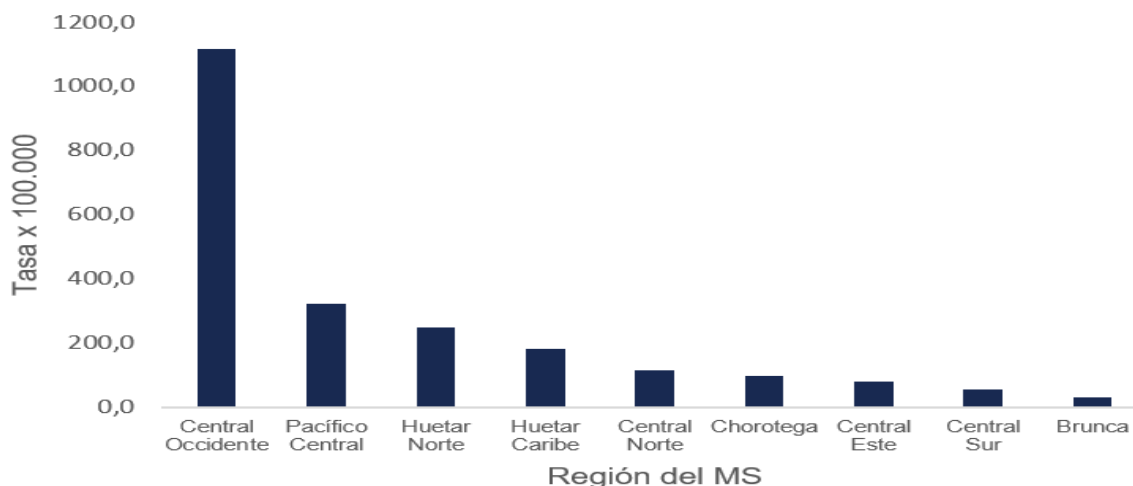
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 30, 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 30 del 2026, en Costa Rica.

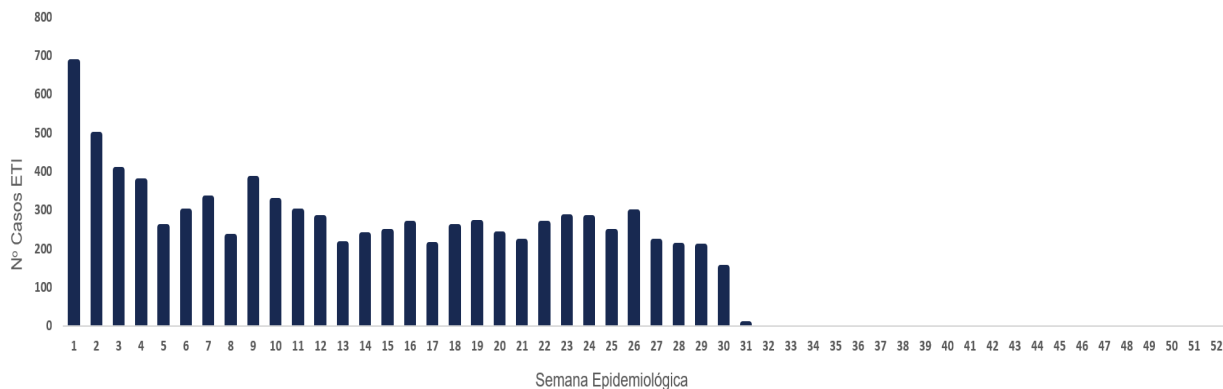


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 30, 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.



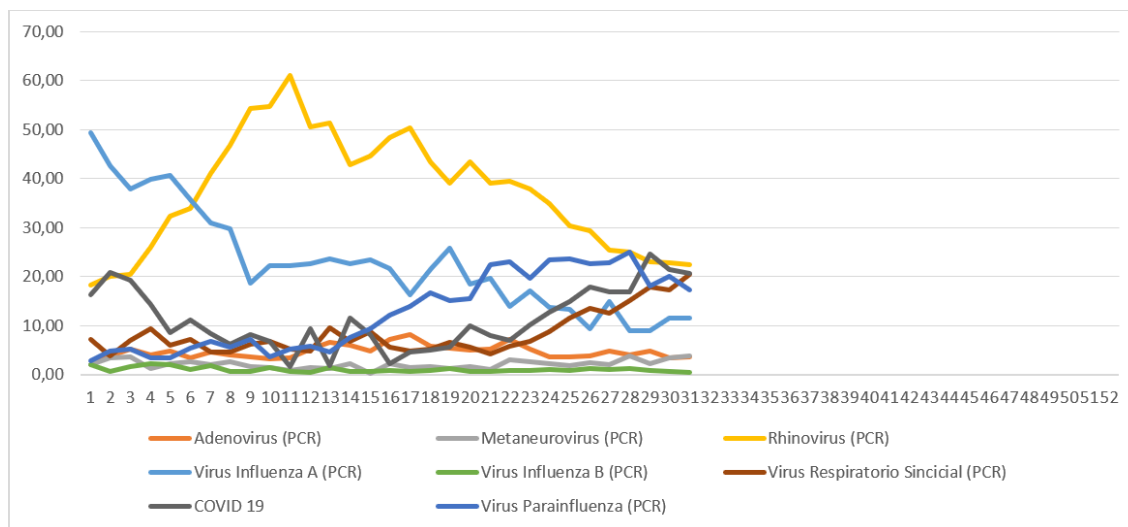
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 31 del 2026; para la SE-31, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del Covid-19 y finalmente el virus respiratorio sincicial está en tercer lugar de circulación.



Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 31 en Costa Rica, 2026.



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

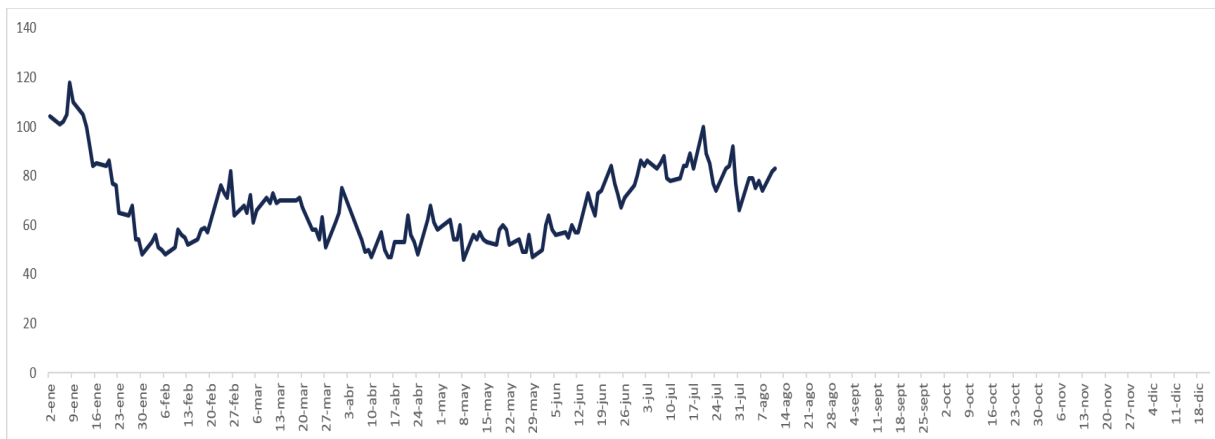
En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 11 de agosto del año en curso, correspondiente a la semana 32, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 76, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 113%.



Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 32 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 1-30. Año 2026.

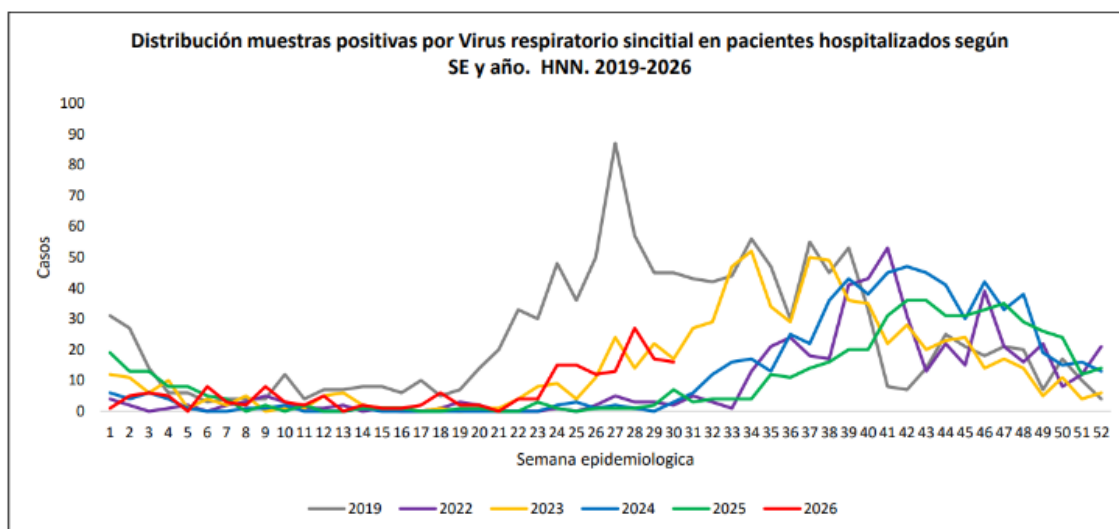
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	585	49.4
Virus respiratorio sincitial	187	15.8
Parainfluenza	147	12.4
Adenovirus	121	10.2
Influenza A-B	75	6.3
SARS CoV-2	39	3.3
Metaneumovirus	18	2.2
Coronavirus	5	0.4
Total	1185	100.00%

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.

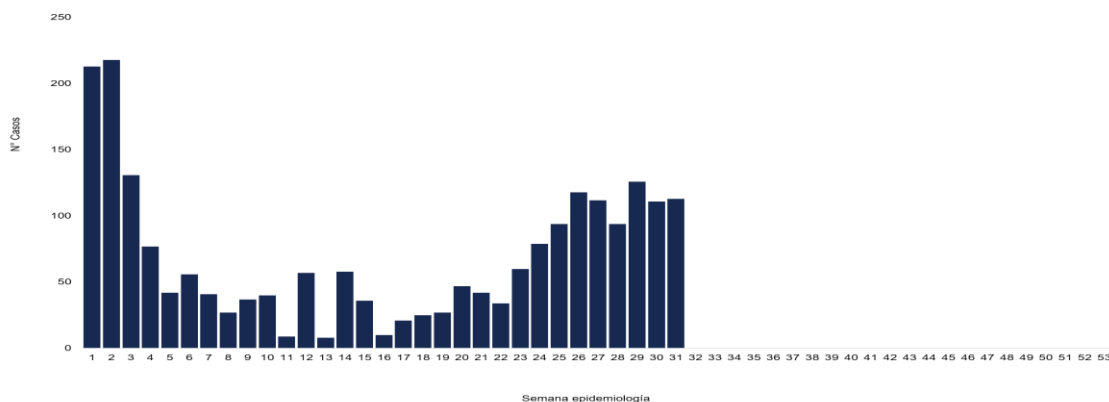


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 31, se reportaron un total de 113 casos confirmados, lo que representa un aumento del 1.08% con respecto a la SE-30 del año 2026 que presentó 111 casos.

Gráfico 18.

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



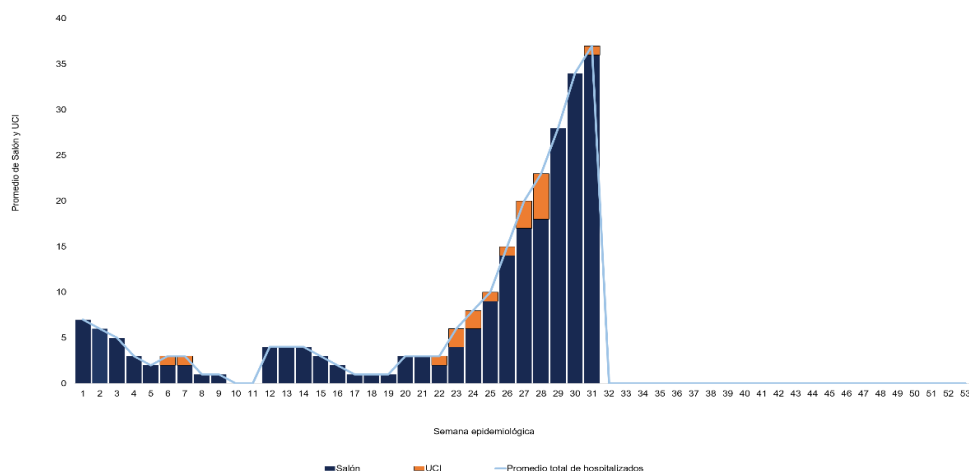
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 31, se reportó un promedio total de 37 hospitalizados (36 en salón general y 1 en UCI); en la SE-30, hubo un total de 34 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa un aumento del 5.88% con respecto a la SE-30; en UCI no hubo pacientes internados en la SE-30.

Gráfico 19.

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



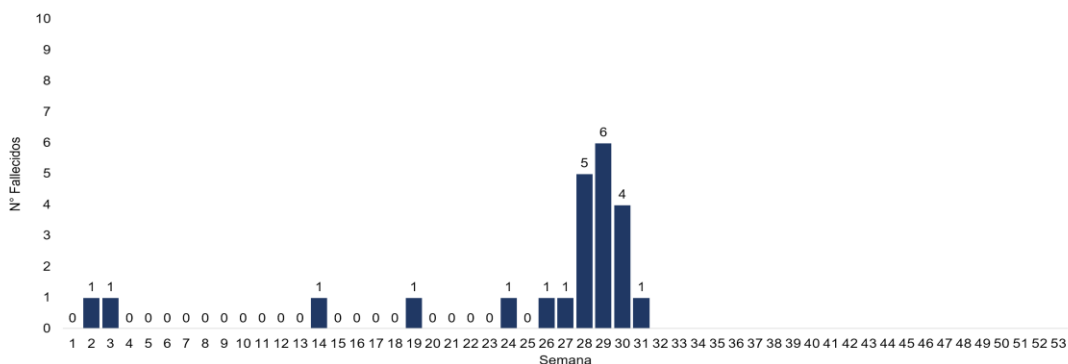
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 31, 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.



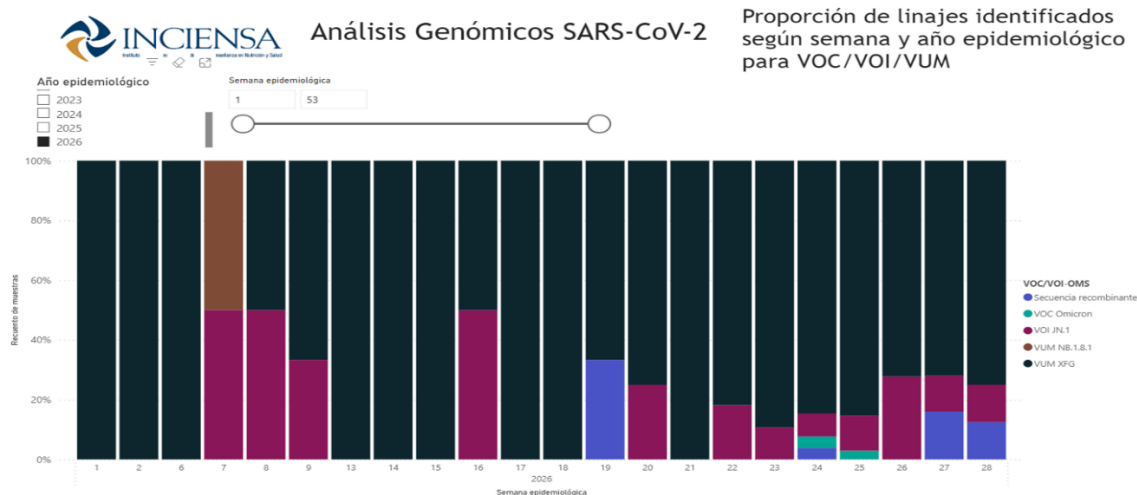
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 12 de agosto 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 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.



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 (en evaluación el año 2026 por el Comité Regional de Eliminación).

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 29 de 2026 (que finalizó el 25 de julio del 2026), la Región de las Américas reportó 47 026 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que representa aproximadamente un aumento de cinco veces en comparación con el mismo período de 2025. Guatemala (30.040), México (12.233), Estados Unidos (2.318) y Canadá (1.107) concentraron la mayor parte (97 %) de los casos confirmados. Además, se han notificado 48 muertes.



Figura 1.

Informe Situación del Sarampión en la Región de las Américas, 31 julio 2026



Fuente: OPS/OMS. Informe Situación Regional N°8, 31 julio 2026

El aumento en el total acumulado regional se debe principalmente a Guatemala, que sigue siendo el principal contribuyente de casos recién confirmados con 1.395 casos adicionales, seguida por México con 119 casos adicionales, Perú con 93 casos adicionales, Estados Unidos con 77 casos adicionales, Canadá con 9 casos adicionales, Bolivia con 3 casos adicionales y Colombia con 1 caso adicional.

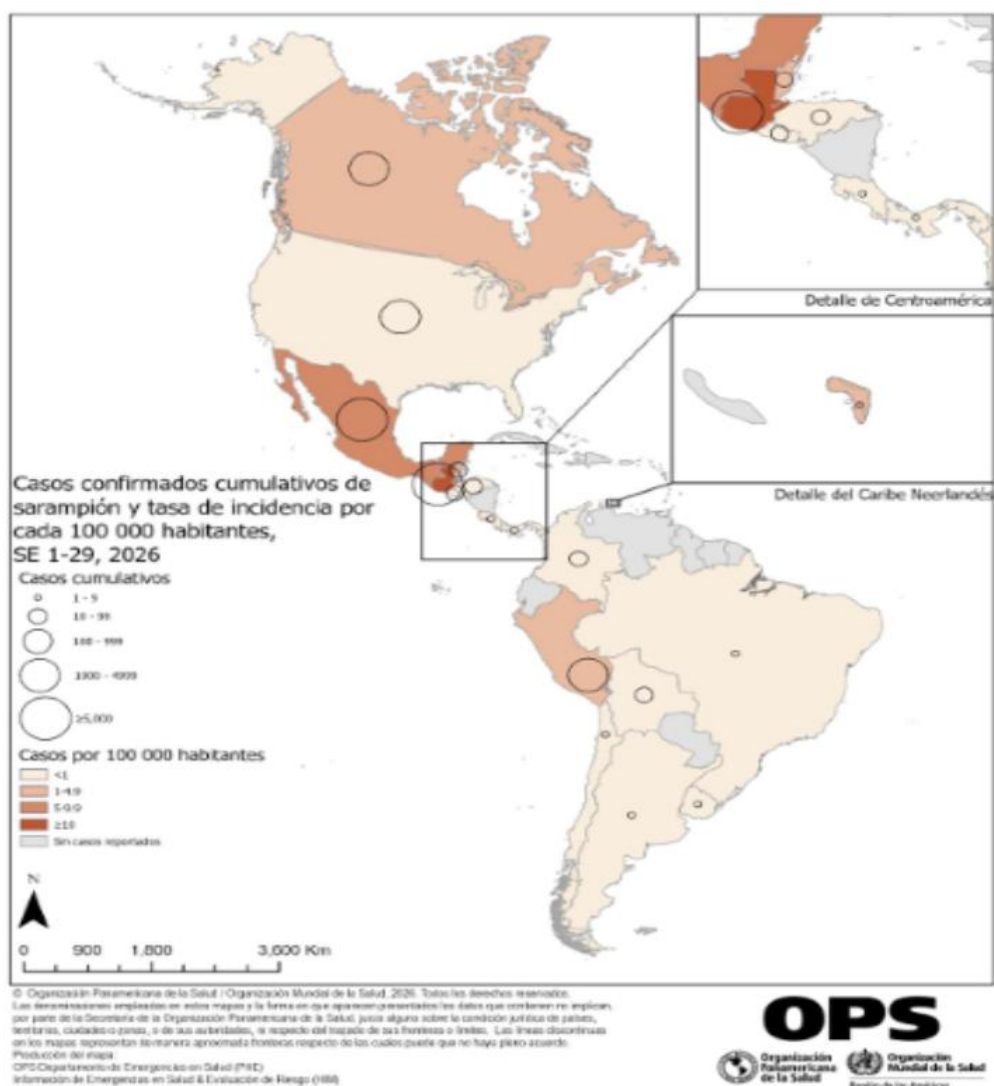


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Figura 2.

Mapa de casos acumulados de sarampión y tasa de incidencia en la Región de las Américas al 31 de julio 2026.



Fuente: OPS/OMS. Informe Situación Regional N°8, 31 julio 2026



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

La respuesta de la OPS por pilar estratégico consolida las acciones regionales en los cuatro pilares operativos que guían la respuesta de la Organización: vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio; inmunización y operaciones de vacunación; comunicación de riesgos y participación comunitaria; y preparación operativa y alianzas.

Información para los Viajeros:

Figura 3.

Atención Viajero protéjase contra el Sarampión. 2026



Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional



Antes de viajar

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

Durante el viaje

- Evita contacto cercano con personas enfermas: El sarampión se transmite por gotículas respiratorias al toser, hablar y estornudar.
- Mantén medidas de higiene: Lavado frecuente de manos y cubrirse al toser o estornudar. Usar mascarilla si las autoridades de salud informan de casos confirmados de sarampión, principalmente en escenarios con alta circulación de personas.
- Identifica servicios de salud locales: información sobre hospitales o clínicas cercanas en el lugar de destino.
- Al presentar algún signo o síntoma compatible con sarampión informar a los coordinadores de la actividad y se recomienda acudir a un establecimiento de salud para su valoración y atención médica.
- Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud. Al salir, siempre usar mascarilla durante el periodo de transmisibilidad. Usar mascarilla en el lugar de hospedaje, con habitación cerrada, si convive con personas sin vacunar.

Al regresar

- Monitorea tu salud: Los síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la exposición (fiebre alta, tos, conjuntivitis, manchas blancas en la boca y exantema).
- Consulta al médico si presentas síntomas: Es importante informar sobre tu viaje para facilitar el diagnóstico.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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

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

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

Características principales:

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

Imagen 4.

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.

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.

Imagen 5.
Características epidemiológicas de relevancia.

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

Fuente: Protocolo para la vigilancia del sarampión, 2026



Imagen 6.

Vigilancia y Respuesta ante el sarampión en Costa Rica.

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

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

IDENTIFICACIÓN CLÍNICA Y RIESGO

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

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

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

PROTOCOLO DE RESPUESTA INMEDIATA

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

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

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

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

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

Fuente: Elaboración propia, equipo nacional interinstitucional

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Costa Rica

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

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



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

Protocolo De Vigilancia Epidemiológica

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

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

Actividades ante la confirmación del caso de Sarampión

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

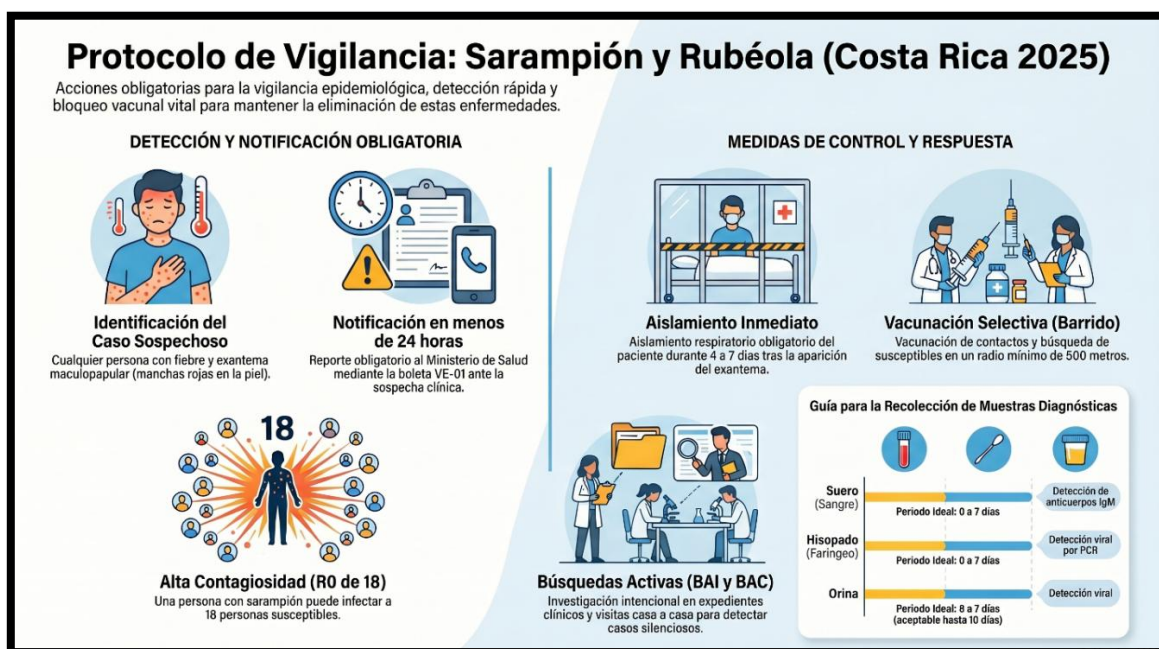


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Imagen 7.

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.



Infecciones de transmisión sexual

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

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

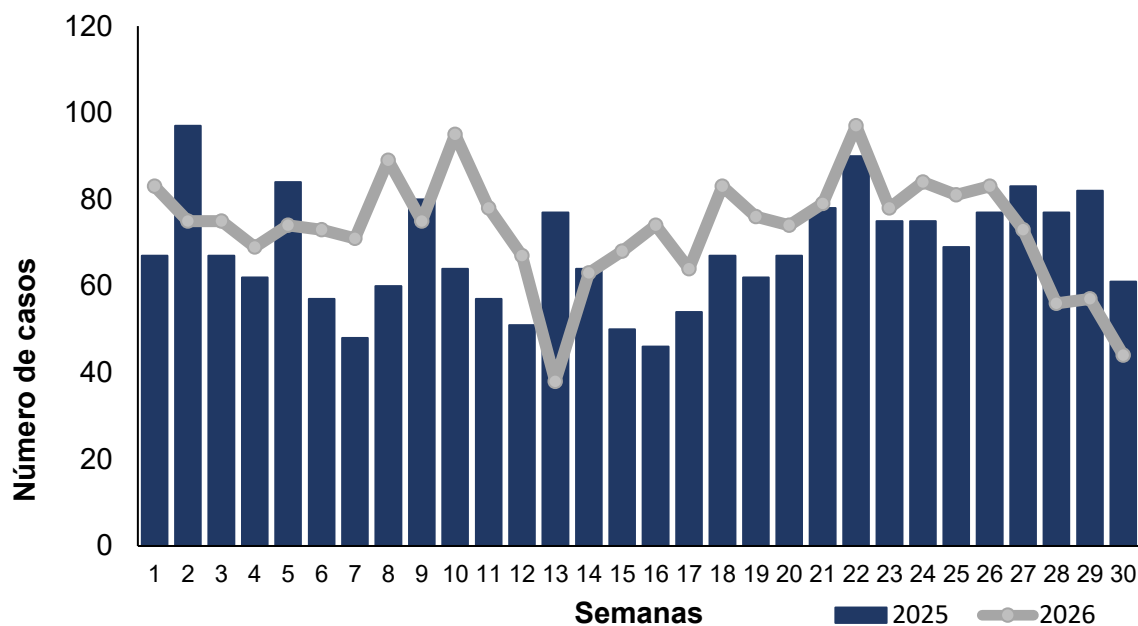
Sífilis en todas sus formas

A la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron 2.197 casos de sífilis en todas sus formas, en comparación con 1.751 casos registrados durante el mismo periodo de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 446 casos y un aumento relativo del 25,47 %. Este comportamiento evidencia que la transmisión de la sífilis se mantiene en niveles superiores a los observados el año anterior, por lo que resulta necesario mantener y reforzar las acciones de vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



Gráfico 1.

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



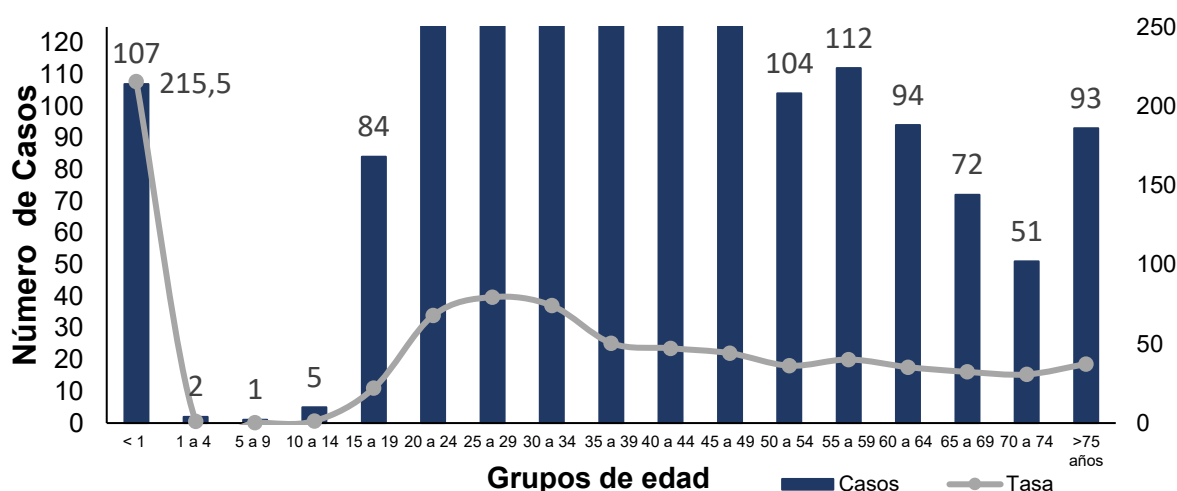
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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



Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 30 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados.

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

A la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron 2.197 casos de sífilis en todas sus formas, para una tasa nacional de 42,1 por 100.000 habitantes. La mayor carga de enfermedad se concentra en los grupos de 20 a 39 años, destacando el grupo de 25 a 29 años con 328 casos y la mayor tasa entre la población adulta (79,5 por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 30 a 34 años (320 casos; tasa 74,1) y de 20 a 24 años (257 casos; tasa 67,9), lo que evidencia una mayor afectación en población adulta joven y sexualmente activa. En menores de un año se registraron 107 casos, con una tasa de 215,5 por 100.000 habitantes; estos casos requieren análisis individual y clasificación por un grupo de expertos, integrando los antecedentes maternos, resultados de laboratorio, tratamiento recibido durante el embarazo y criterios clínico-epidemiológicos, con el propósito de establecer su clasificación definitiva.



Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 30 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	2197	42,1
San José	903	54,2
Alajuela	300	27,7
Cartago	254	47,6
Heredia	170	30,9
Guanacaste	74	17,7
Puntarenas	142	27,9
Limón	354	77,3

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 30 de 2026 se notificaron 2.197 casos de sífilis en todas sus formas, para una tasa nacional de 42,1 por 100.000 habitantes. San José concentró el mayor número absoluto de casos, con 903 notificaciones, equivalente al 41,1 % del total nacional, y una tasa de 54,2; sin embargo, Limón presentó la mayor afectación relativa, con una tasa de 77,3 por 100.000 habitantes y 354 casos, situándose ampliamente por encima del promedio nacional. Cartago también mostró una tasa superior a la nacional, con 47,6, mientras que Heredia, Puntarenas y Alajuela registraron tasas intermedias de 30,9, 27,9 y 27,7, respectivamente; Guanacaste presentó la menor tasa, con 17,7. Este patrón evidencia una distribución territorial heterogénea, con mayor intensidad de transmisión en Limón, San José y Cartago.

Infección por Gonorrea

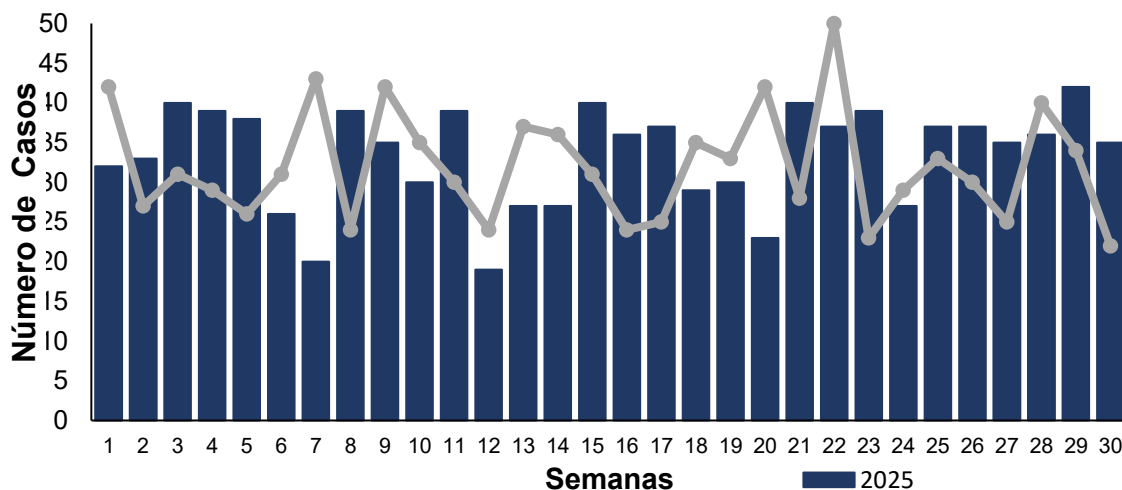
Hasta la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron 962 casos de gonorrea, en comparación con 855 casos registrados durante el mismo periodo de 2025. Esto representa un incremento absoluto de 107 casos y un aumento relativo de 12,51 %. El comportamiento observado evidencia una mayor incidencia acumulada en 2026



y un incremento de la brecha respecto al año anterior, por lo que se mantiene la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado.

Gráfico 3

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



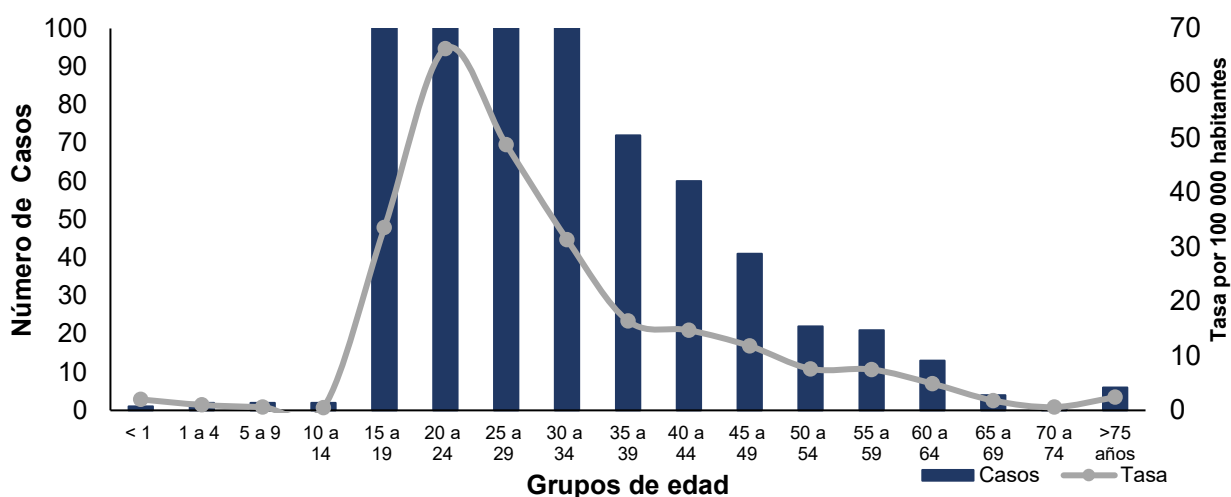
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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



Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 30 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.

Hasta la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron 962 casos de gonorrea, para una tasa acumulada de 18,4 por 100.000 habitantes. La mayor carga se concentró en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en el grupo de 20 a 24 años, que presentó 251 casos y la tasa más elevada, de 66,3 por 100.000 habitantes, seguido por los grupos de 25 a 29 años, con 201 casos y una tasa de 48,7, y de 15 a 19 años, con 128 casos y una tasa de 33,5. En conjunto, las personas de 15 a 34 años acumularon 715 casos, equivalentes al 74,3 % del total notificado, lo que confirma que la transmisión se concentra principalmente en población joven sexualmente activa.

A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva de las tasas, aunque persisten casos en todos los grupos de edad adulta. Los siete casos registrados en menores de 15 años, incluido uno en menor de un año, requieren valoración individualizada.



Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 30 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	962	18,4
San José	417	25
Alajuela	95	8,8
Cartago	94	17,6
Heredia	90	16,3
Guanacaste	29	7
Puntarenas	115	22,6
Limón	122	26,6

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Hasta la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron 962 casos de gonorrea en Costa Rica, para una tasa nacional de 18,4 por 100.000 habitantes. San José concentró la mayor cantidad de casos, con 417 notificaciones, y una tasa de 25,0 por 100.000; sin embargo, la tasa más elevada se registró en Limón, con 26,6 por 100.000 habitantes, seguida de San José y Puntarenas, con 22,6. Estas tres provincias superaron claramente la tasa nacional, lo que evidencia una mayor afectación relativa en dichos territorios. Cartago y Heredia presentaron tasas intermedias de 17,6 y 16,3, respectivamente, mientras que Alajuela y Guanacaste registraron las tasas más bajas, de 8,8 y 7,0. El patrón territorial muestra una concentración importante de casos en San José por su mayor volumen poblacional y densidad urbana, mientras que las elevadas tasas de Limón y Puntarenas indican una carga proporcional significativa pese a contar con poblaciones menores y mayor dispersión geográfica.

Los hombres concentraron 843 casos, equivalentes al 87,6 % del total, con una tasa de 32,4 por 100.000 habitantes; mientras que en mujeres se registraron 119 casos, correspondientes al 12,4 %, con una tasa de 4,6 por 100.000. La tasa en hombres fue aproximadamente siete veces superior a la observada en mujeres, lo que evidencia una mayor carga de enfermedad en la población masculina.



Miasis por gusano barrenador en humanos

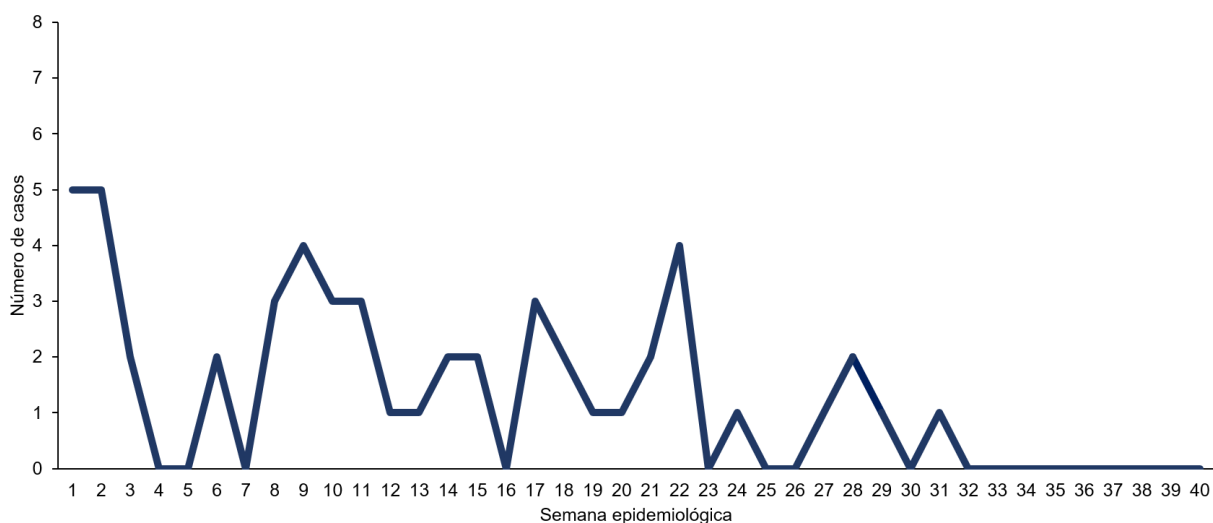
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 31 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 31, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 52 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (23/52) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (25/52)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 31, 2026

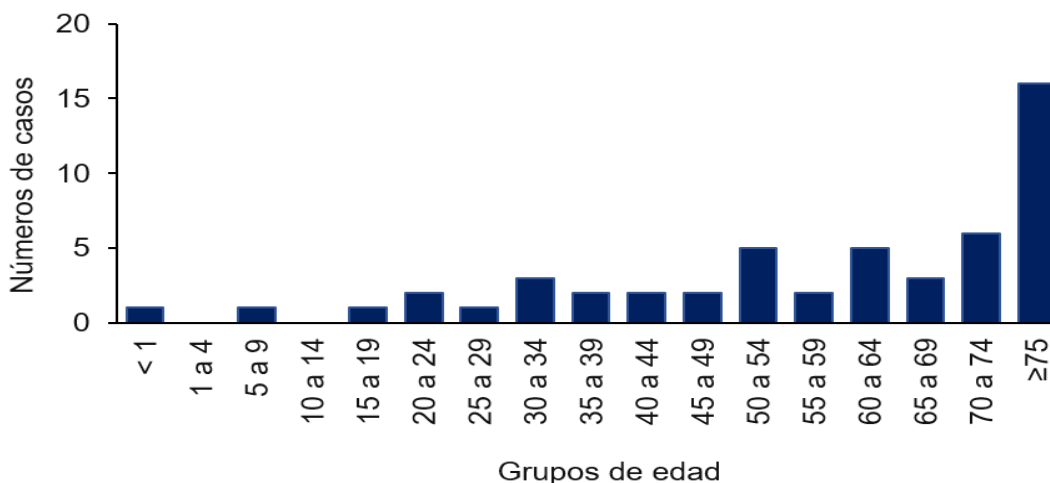


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 31, 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 36 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 31, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	52	1,0
San José	9	0,5
Alajuela	11	1,0
Cartago	4	0,7
Heredia	4	0,7
Guanacaste	8	1,9
Puntarenas	10	2,0
Limón	6	1,3

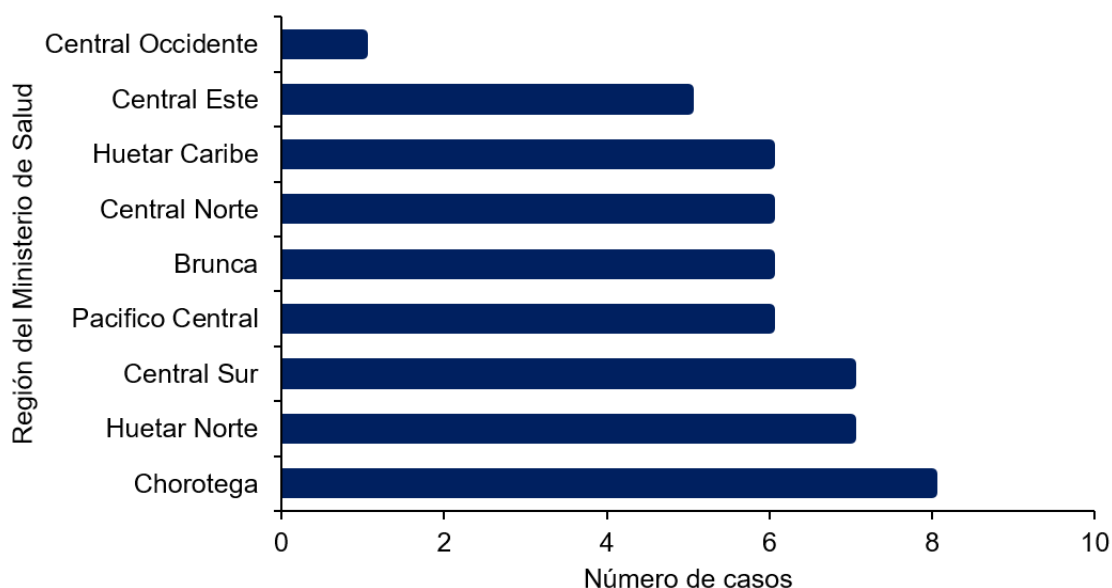
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 31 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Alajuela (11/52).

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 31, 2026



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

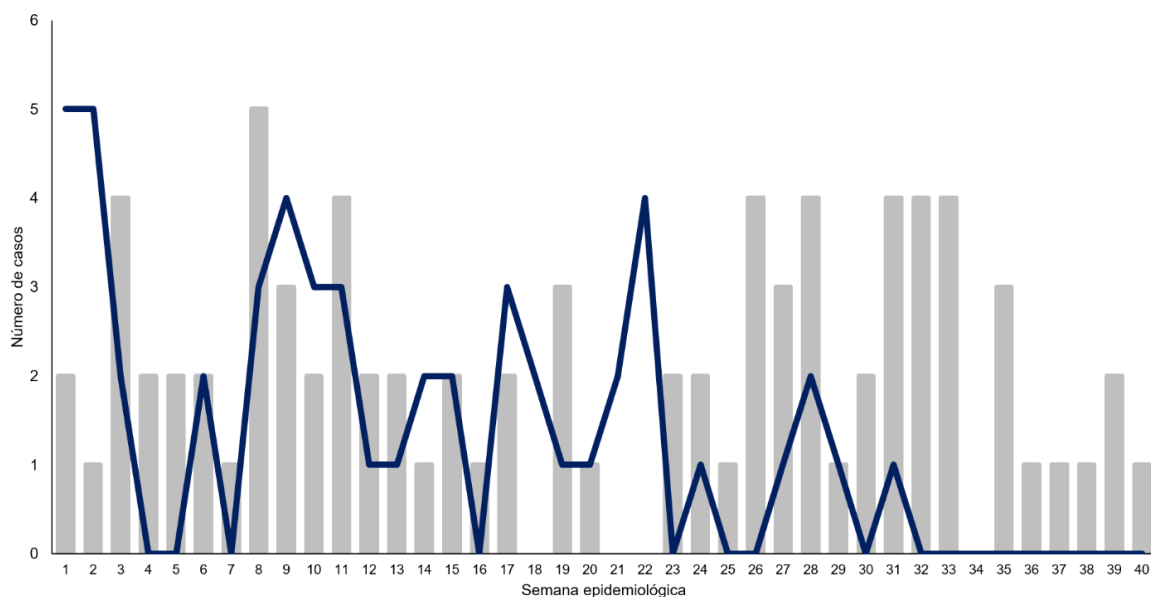
En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Chorotega (8/52) con el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 31 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 52 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 31 del 2025 se habían confirmado 65 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 31 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.