



Boletín Epidemiológico N° 32 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
4 de setiembre de 2026

Tabla de contenido

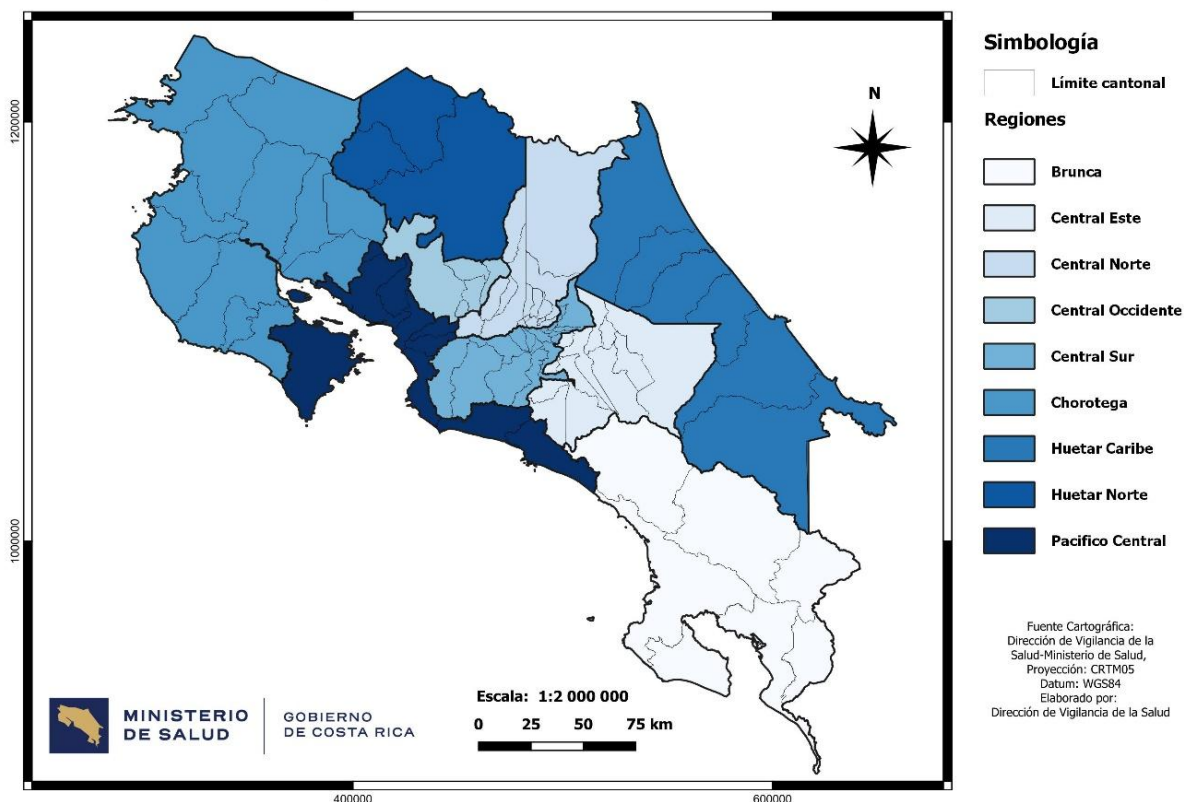
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	7
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 32	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	17
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 1 de setiembre 2026.	32
Miasis por gusano barrenador en humanos	40
Informe técnico de seguimiento de los brotes de Hepatitis A.	45



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 33 del año 2026 se notifican **3742 casos acumulados** de dengue de estos, **64 casos** como dengue con signos de alarma.

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 1 de setiembre se reportan 4 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en Hospital Carlos Luis Valverde Vega, 1 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria, 1 en el Hospital Enrique Baltodano y 1 en Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1215 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 261,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 33, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1215	116,0
Pacífico Central	841	261,3
Chorotega	486	102,4
Huetar Caribe	421	91,9
Central Sur	322	21,3
Brunca	148	41,9
Huetar Norte	148	54,5
Central Occidente	104	46,3
Central Este	57	10,3
Total	3742	71,7

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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Tabla 2.

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

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Alajuela	1719	158,8	919	170,1	800	147,5
Puntarenas	502	98,6	226	89,8	276	107,3
Guanacaste	464	111,2	250	120,8	214	101,8
Limón	421	91,9	186	83,1	235	100,4
San José	338	20,3	160	18,9	178	21,7
Heredia	243	44,1	138	49,9	105	38,3
Cartago	55	10,3	23	8,6	32	12,1
Total	3742	71,7	1902	72,8	1840	70,7

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 33 son: Alajuela 517 casos, Orotina 434 casos, Grecia 398 casos, Puntarenas 200 casos y La Cruz 145 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 33, 2026.

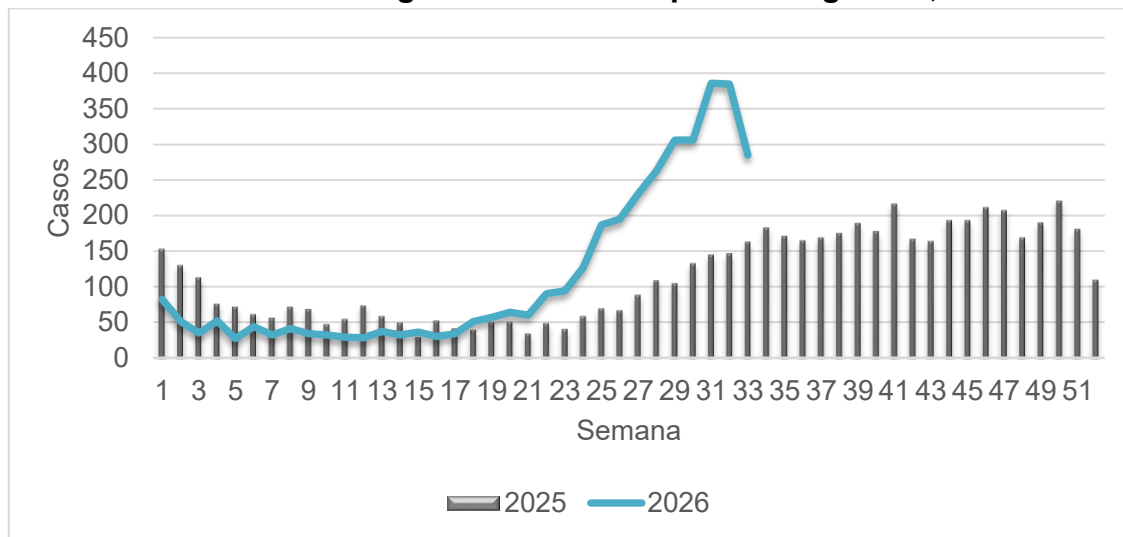
Cantón	Casos	Tasa
201: Alajuela	517	156,6
209: Orotina	434	1706,5
203: Grecia	398	489,0
601: Puntarenas	200	137,4
510: La Cruz	145	511,3
702: Pococí	139	88,4
101: San José	119	33,6
505: Carrillo	116	229,7
401: Heredia	109	74,0
701: Limón	98	106,8

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 33, 2025-2026.

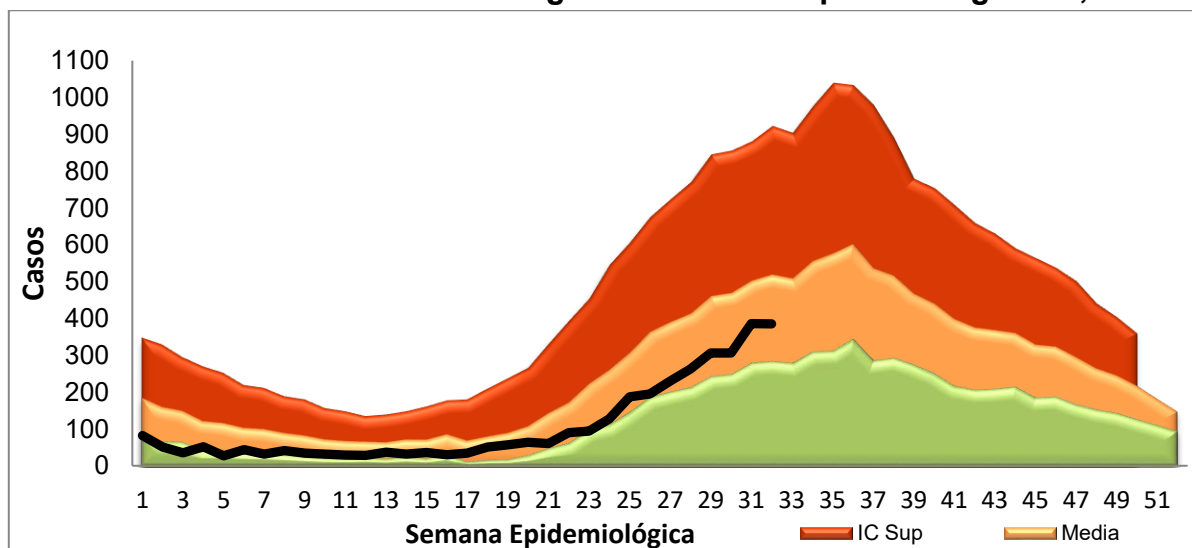


Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 33 del año 2025 se reportaron 2568 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 31% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 33, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Chikungunya

A la semana epidemiológica 33 se notifica un total de **245 casos** de chikungunya, **184 casos confirmados** por prueba de PCR y **61 casos probables** en estudio.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 33, 2026

Región	Total	Tasa	Confirmados	Probables
Chorotega	117	24,7	88	29
Central Norte	74	7,1	57	17
Central Sur	28	1,8	24	4
Huetar Norte	6	2,2	4	2
Central Occidente	6	2,7	3	3
Central Este	5	0,9	3	2
Pacífico Central	5	1,6	5	0
Huetar Caribe	4	0,9	0	4
Brunca	0	0	0	0
Total	245	4,7	184	61

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

Alajuela	59 casos
Santa Cruz	40 casos
Carrillo	40 casos
La Cruz	18 casos
San José	13 casos



Situación de la malaria en Costa Rica

Situación de la malaria en Costa Rica: actualización a la semana epidemiológica 33 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 33 de 2026, Costa Rica acumula **76** casos de malaria: 24 corresponden a transmisión local (13 autóctonos y 11 introducidos), 39 son importados (incluidas 6 recaídas de casos importados) y 13 permanecen en investigación epidemiológica.

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

Tabla 1.

Cifras clave de la situación epidemiológica de la malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 33, 2026.

Cifras clave	SE 33-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	76	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	24 casos	13 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	37 casos	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	13 casos	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 58 casos del total a nivel nacional (76%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 24 casos de transmisión local en la SE 33 de 2026, distribuidos en 13 autóctonos y 11 introducidos. El 83 % (20/24) se concentra en el foco de foco Crucitas–Llano Verde, en el distrito de Cutris, Región Huetar Norte, en un contexto de actividad minera y movilidad transfronteriza con Nicaragua. Los casos restantes se distribuyen entre los focos de Los Chiles, Matina y Ticarí.

Tabla 2.

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

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

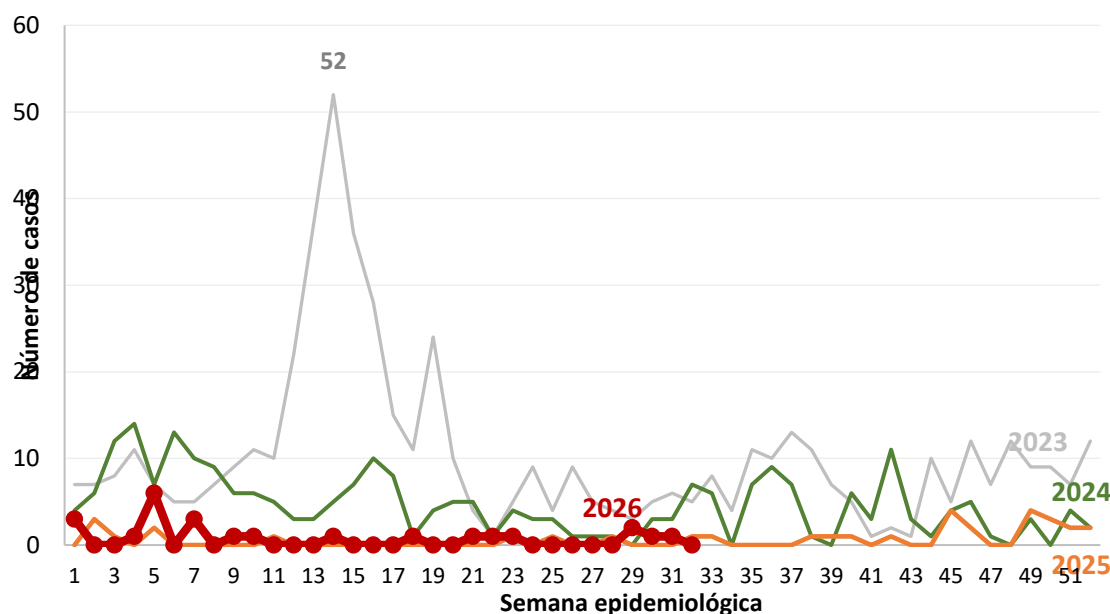
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

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



Gráfico 1.

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



*2026: Datos hasta la semana epidemiológica 32

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

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

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 33 de 2026 se registran 39 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 33, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	34	87
<i>P. falciparum</i>	4	10
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	39	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 76 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 63 casos, incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de los importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

Distribución de casos por clasificación epidemiológica, especie y región del Ministerio de Salud, SE33-2026

Región	Autóctono			Importado				Introducido			En investigación			Total
	P.f	P.v	Subt.	Mixta	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	
Central Norte	–	1	1	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	2
Pacífico Central	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Central Occidente	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Central Sur	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar Caribe	1	–	1	–	–	4	4	–	–	–	–	–	–	5
Huetar Norte	–	11	11	1	4	23	28	1	10	11	1	11	12	63
Total	1	12	13	1	4	34	39	1	10	11	1	12	13	76

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 **129 168 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 71 818 pruebas realizadas**, distribuidas en las diferentes Áreas Rectoras que presentan riesgo de introducción o reintroducción de la malaria. Estas corresponden principalmente a actividades de búsqueda reactiva y búsqueda proactiva, en el marco de las acciones de vigilancia intensificada, así mismo **1097 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse a la figura 2.

Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado un total de 57 350 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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

Tabla 5.

Principales Áreas Rectoras de Salud por número de pruebas realizadas para malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 33, 2026.

No.	ÁREA RECTORA DE SALUD	REGIÓN RECTORA	PDR
1	CORREDORES	BRUNCA	16420
2	SANTA ROSA POCOSOL	HUETAR NORTE	8483
3	LOS CHILES	HUETAR NORTE	6833
4	MATINA	HUETAR CARIBE	4860
5	LA CRUZ	CHOROTEGA	4164
6	TALAMANCA	HUETAR CARIBE	3575
7	UPALA	CHOROTEGA	2572
8	ABANGARES	CHOROTEGA	1876
9	PENINSULAR - JICARAL	PACÍFICO CENTRAL	1783
10	LIMÓN	HUETAR CARIBE	1754
11	POCOCÍ	HUETAR CARIBE	1754
12	CAÑAS	CHOROTEGA	1368
13	LIBERIA	CHOROTEGA	1380
14	NICOYA	CHOROTEGA	1304
15	SIQUIRRES	HUETAR CARIBE	1160
16	MONTES DE ORO MIRAMAR	PACÍFICO CENTRAL	1066
17	AGUAS ZARCAS	HUETAR NORTE	1103
18	SARAPIQUÍ	CENTRAL NORTE	843
19	SANTA CRUZ	CHOROTEGA	805
20	CARRILLO	CHOROTEGA	739

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

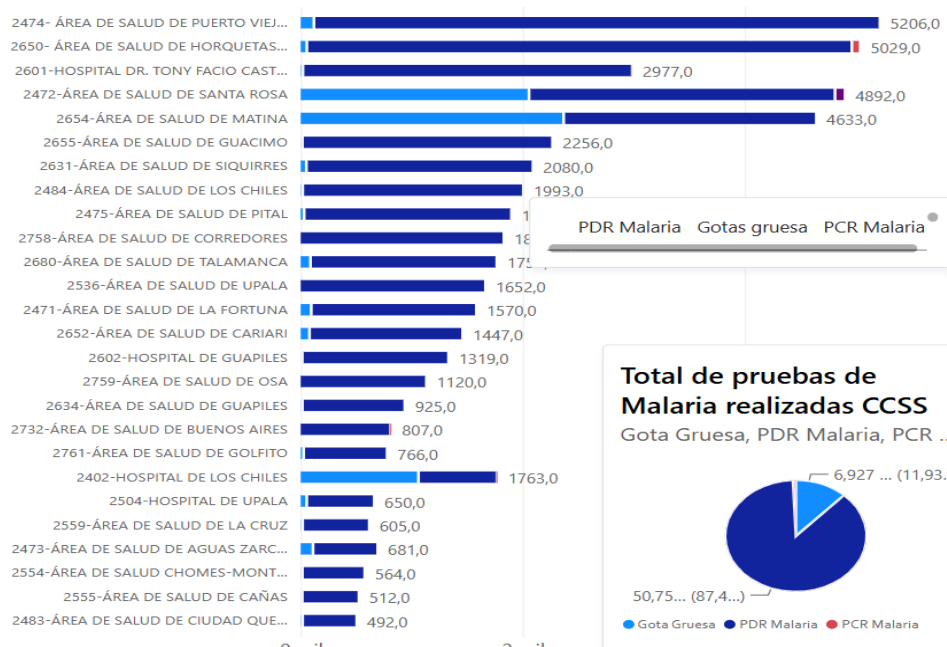


Gráfico 2.

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

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

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



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

Inventario de focos.

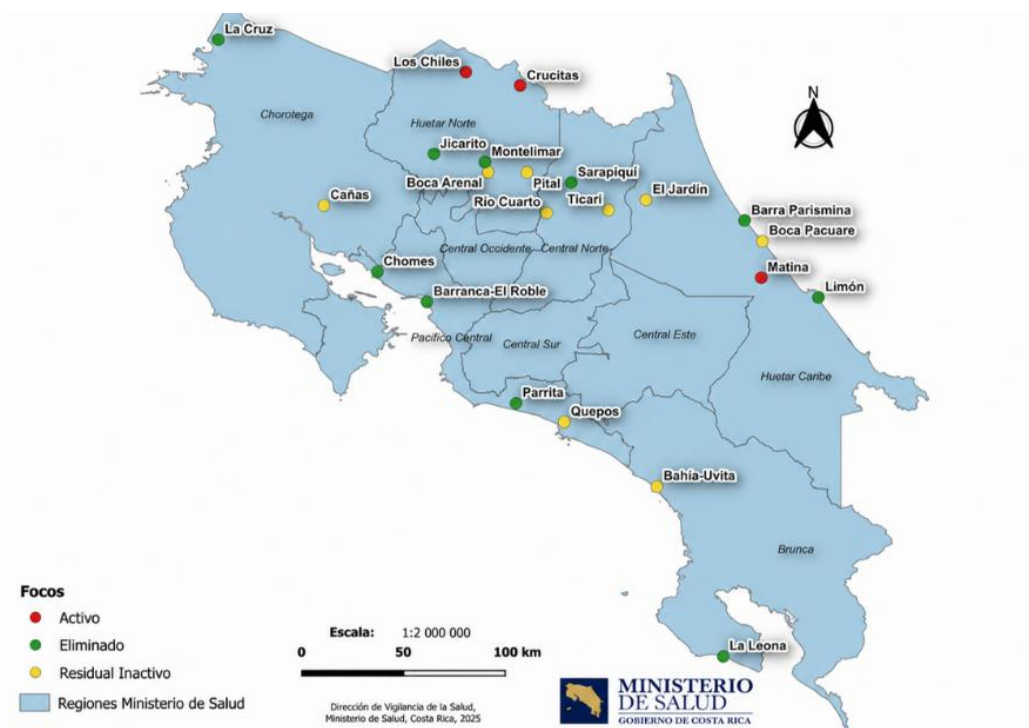
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 3 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 9 focos eliminados.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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



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

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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Tabla 6.

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

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

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



Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 32

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 32 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 32

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	10 427
Viviendas positivas	563
Depósitos tratados	38 653
Depósitos eliminados	17 955
Criaderos	56 608
Depósitos positivos	892
Viviendas fumigadas	34 434

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 32 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	407 383
Viviendas positivas	18 286
Depósitos tratados	1 432 616
Depósitos eliminados	1 049 095
Criaderos	2 481 711
Depósitos positivos	41 914
Viviendas fumigadas	556 113

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

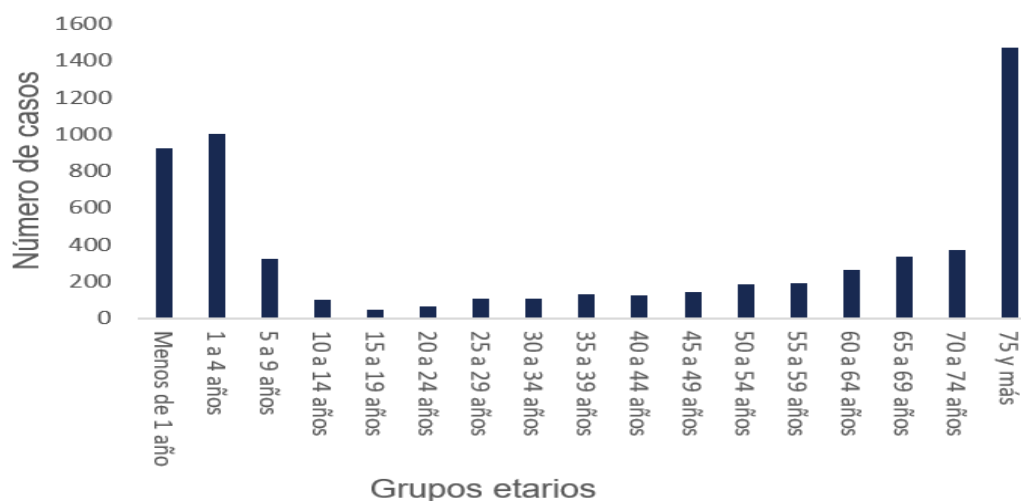
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 33 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 33 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 33 son un total de 6101.
- 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 33, en Costa Rica, 2026.



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

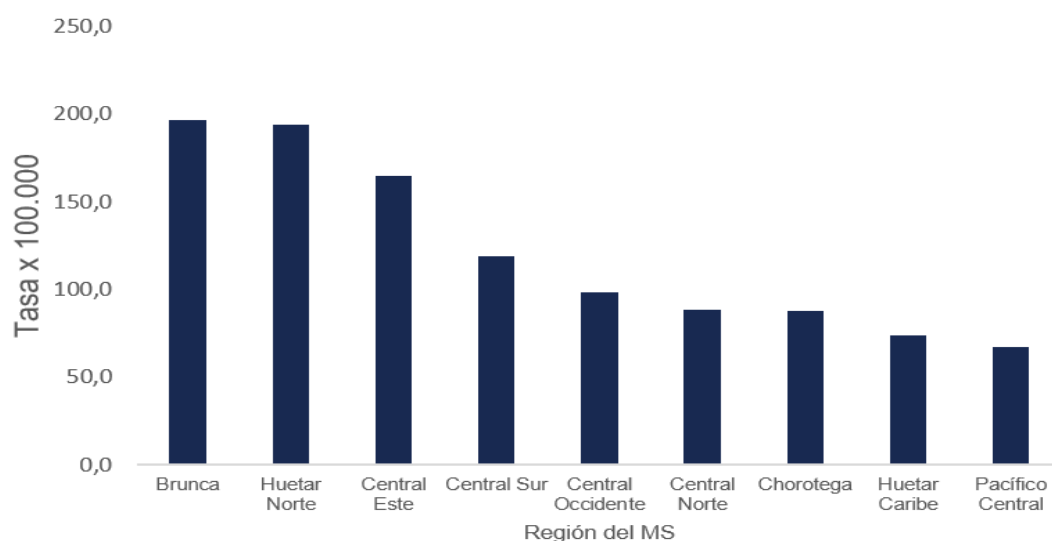


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 33, 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 33 del 2026, en Costa Rica.



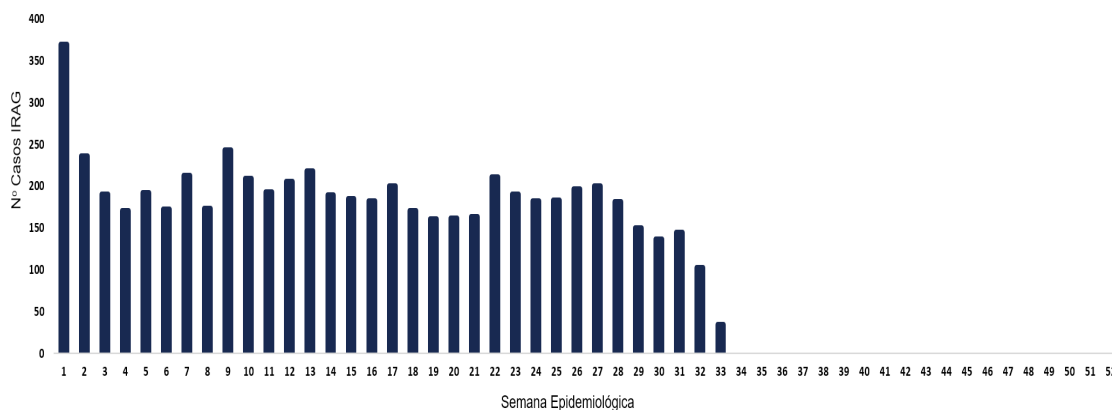
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 33 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 33, en Costa Rica, 2026.

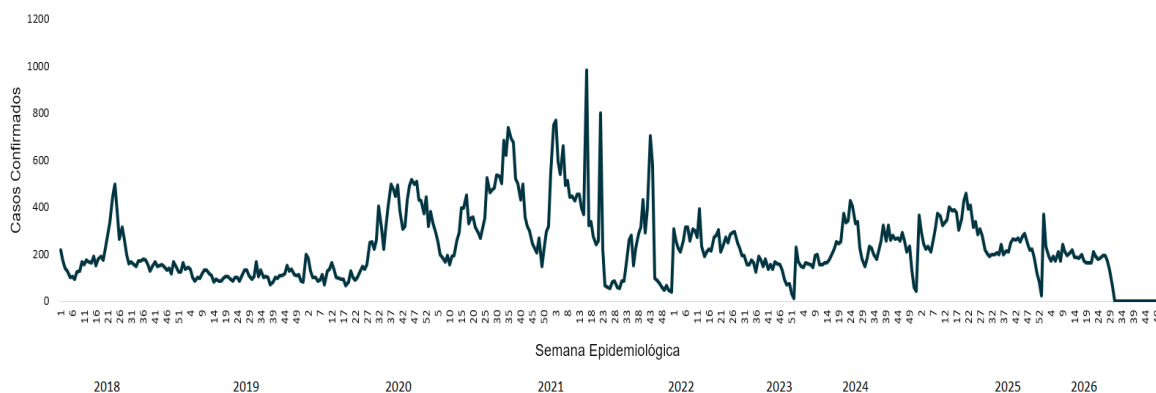


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

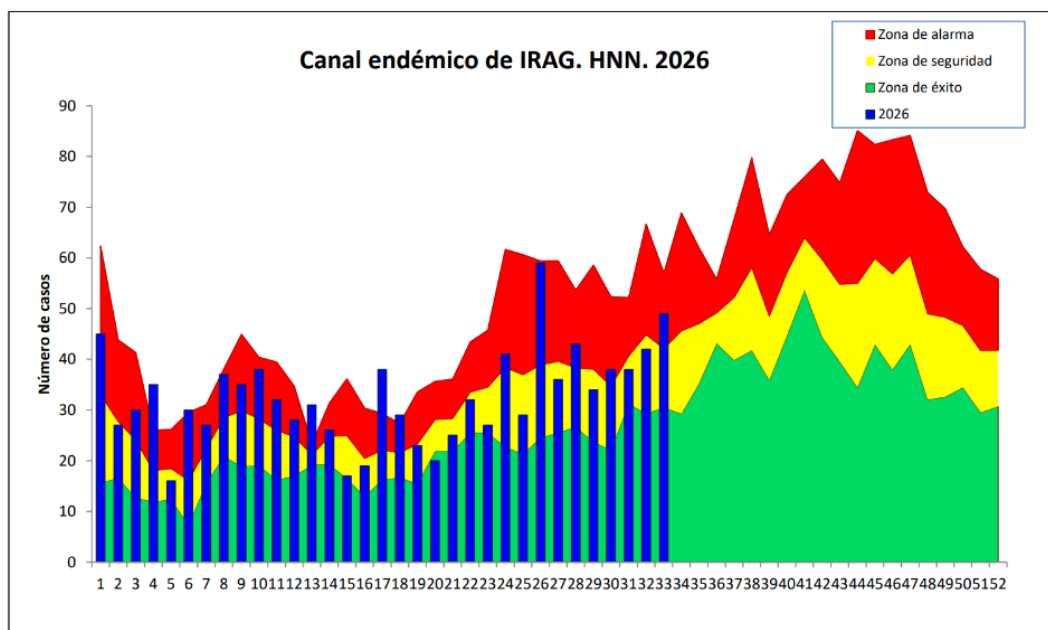




El HNN, para la SE-33 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de seguridad, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.

Gráfico 5.

Costa Rica: Canal endémico IRAG, HNN, 2026



Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

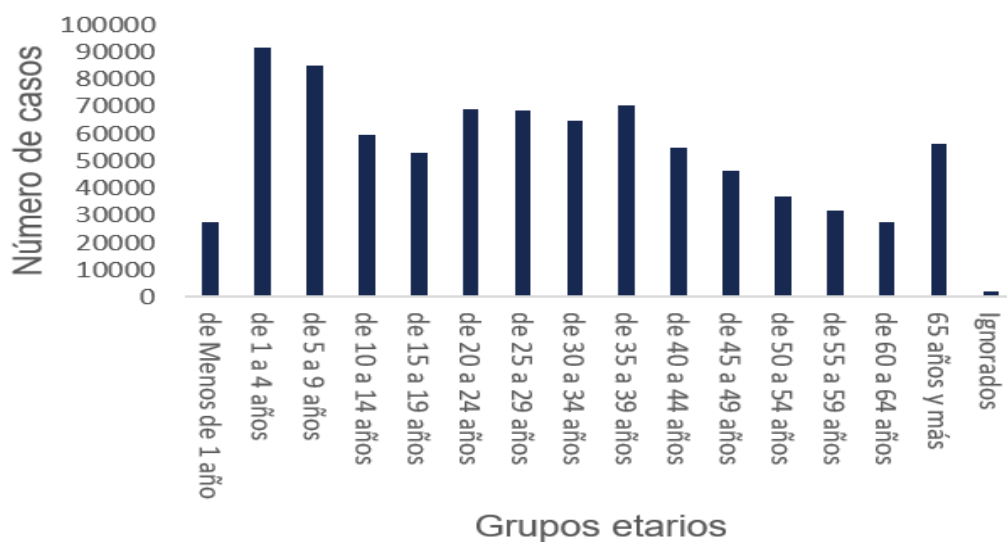
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 33 son 887563.
- 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 33, en Costa Rica, 2026.



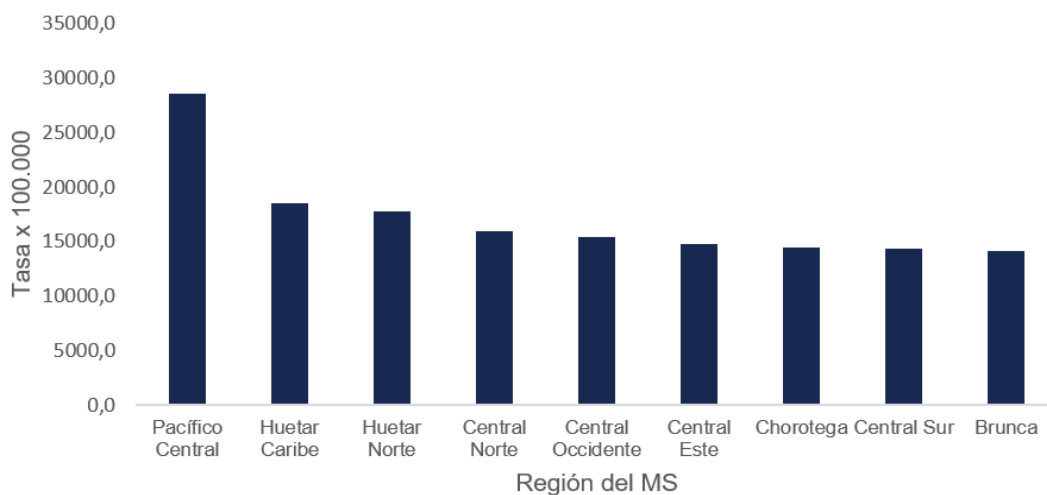
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 33, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Chorotega, Huetar Caribe y Huetar Norte. 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 33 del 2026, en Costa Rica.

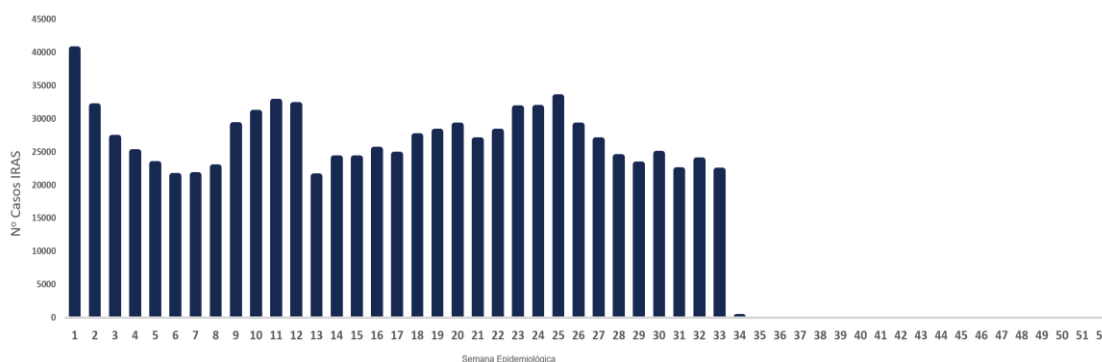


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 33 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 33, en Costa Rica, 2026.



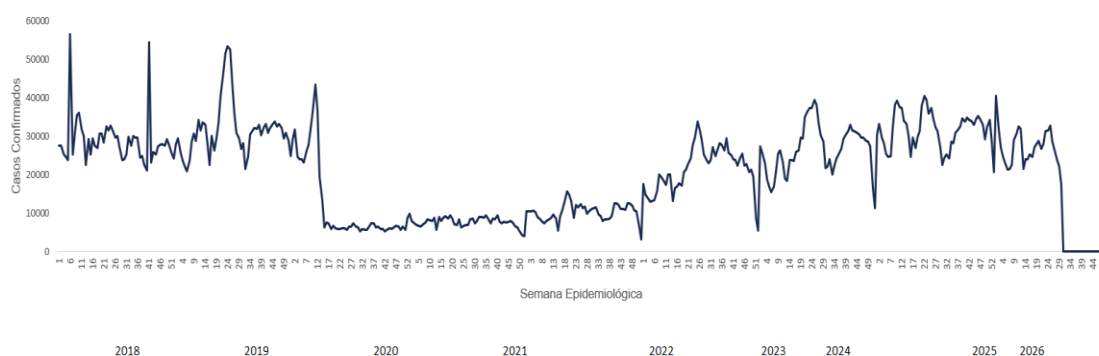
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

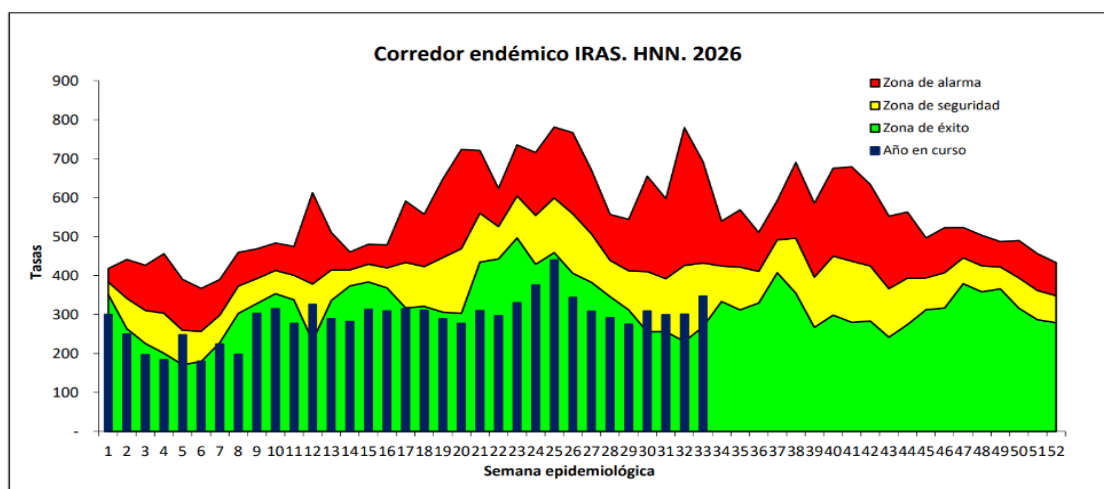


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 33 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) 33 son $n = 9359$.
- 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 33, en Costa Rica, 2026.



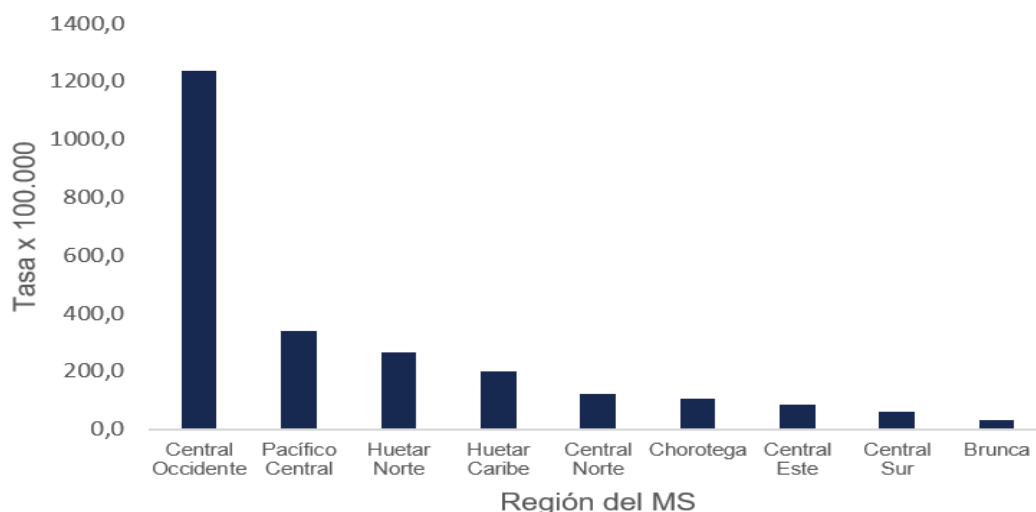
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 33, 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 33 del 2026, en Costa Rica.

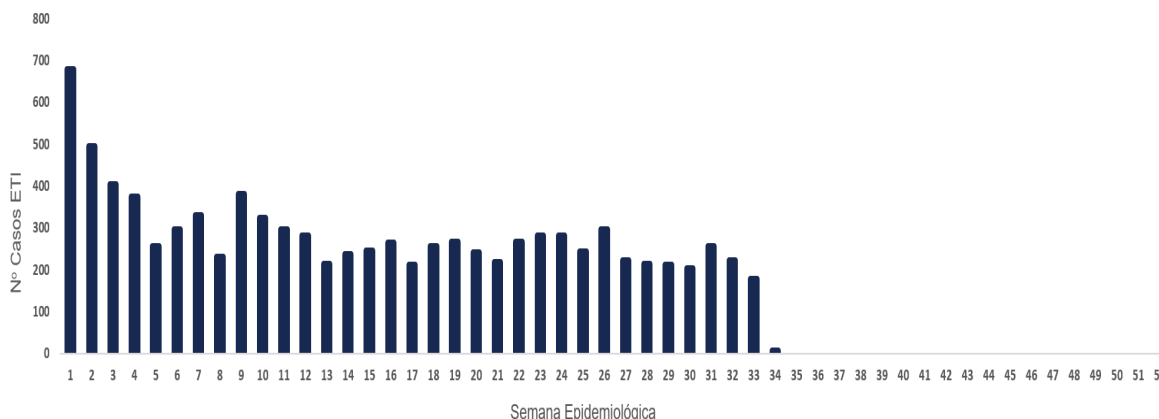


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 33, en Costa Rica, 2026.



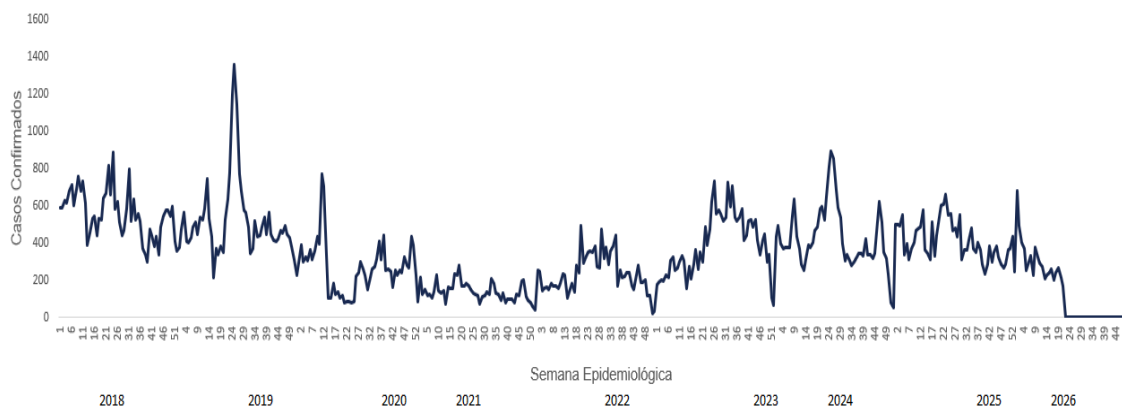
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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

Gráfico 14.

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



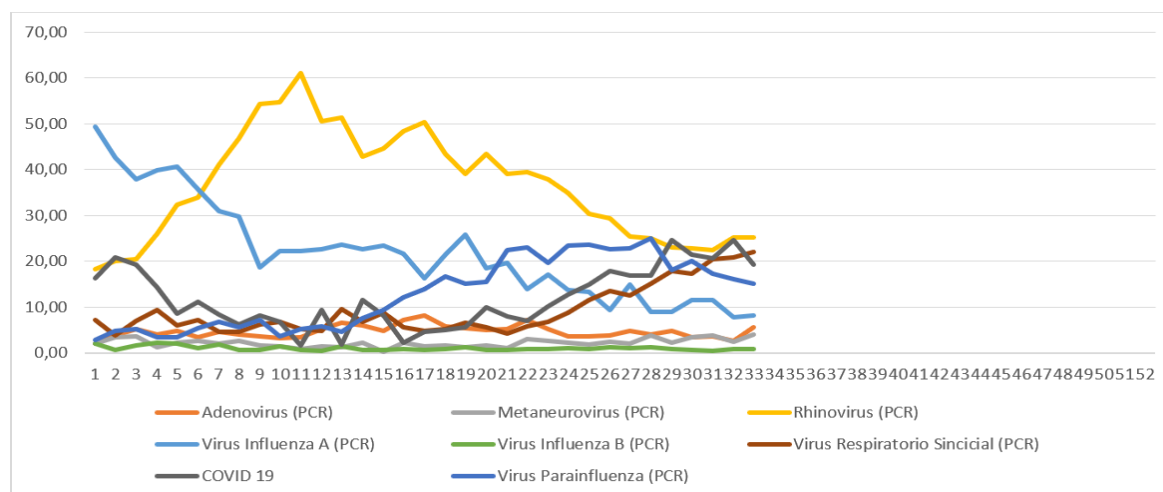
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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



Gráfico 15.

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



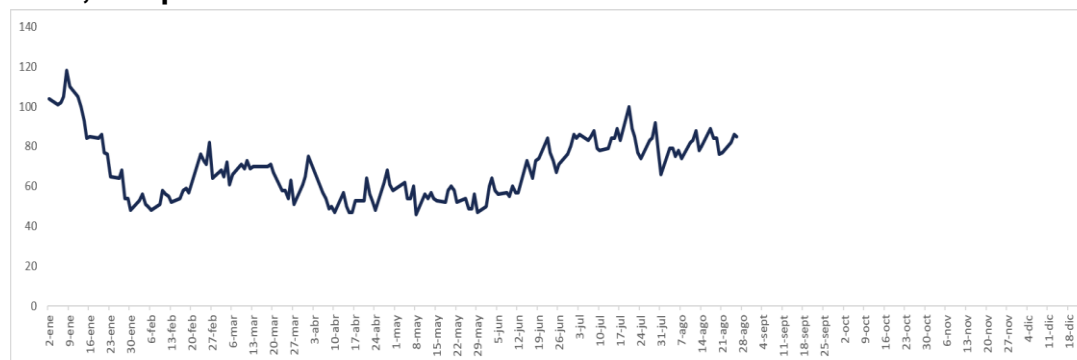
Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2026.

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

Al 2 de setiembre del año en curso, correspondiente a la semana 35, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 93, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 139% (% de ocupación expandida del 97%).

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 35 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

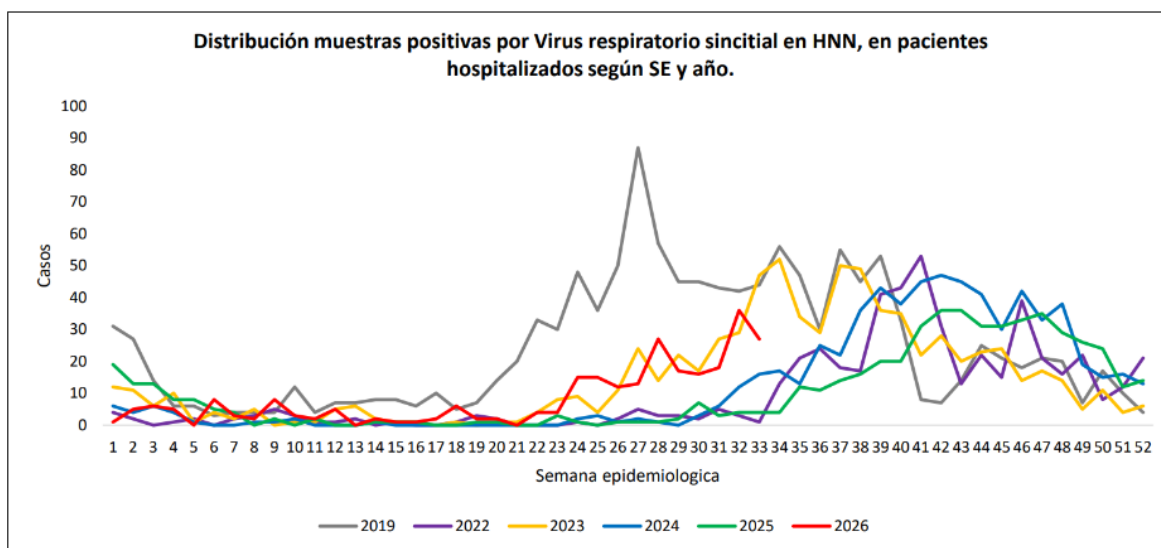


Tabla 1.
Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-33. Año 2026.

Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	628	46.4
Virus respiratorio sincitial	268	19.8
Parainfluenza	169	12.5
Adenovirus	126	9.3
Influenza A-B	80	5.9
SARS CoV-2	55	4.1
Metaneumovirus	22	2.2
Coronavirus	5	0.4
Total	1353	100.00%

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

Gráfico 17.
Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2019-2026.



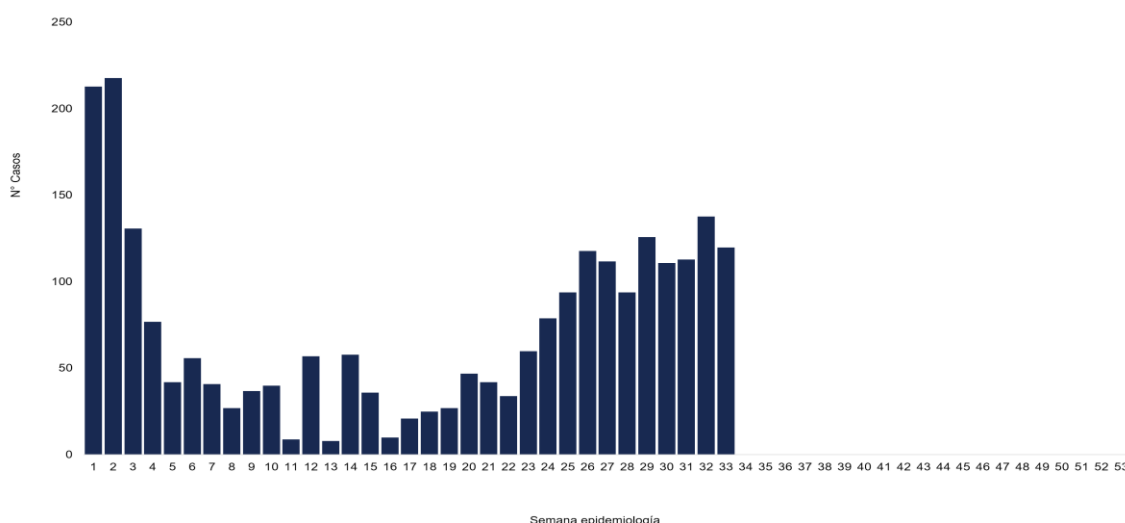
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.



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

Gráfico 18.

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



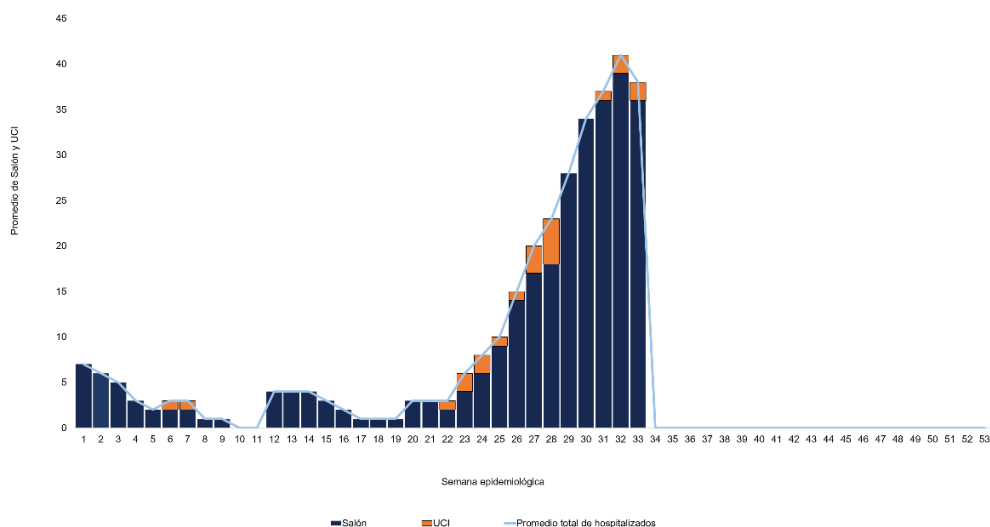
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

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



Gráfico 19.

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



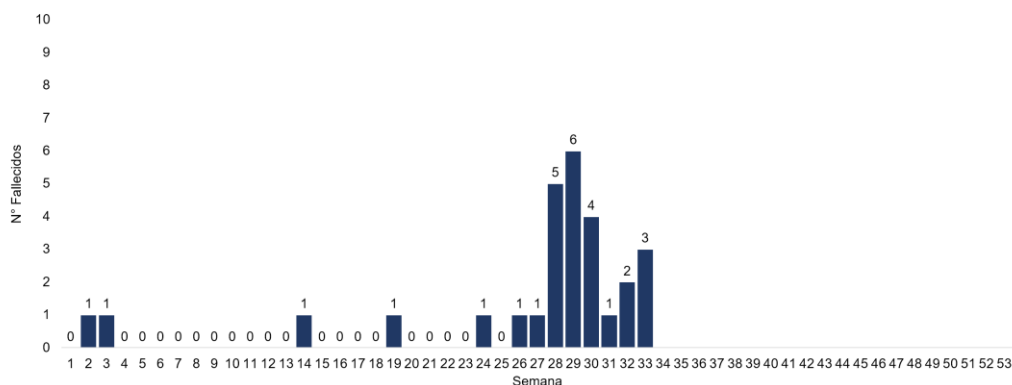
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 33, hubo 3 fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



Gráfico 20.

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



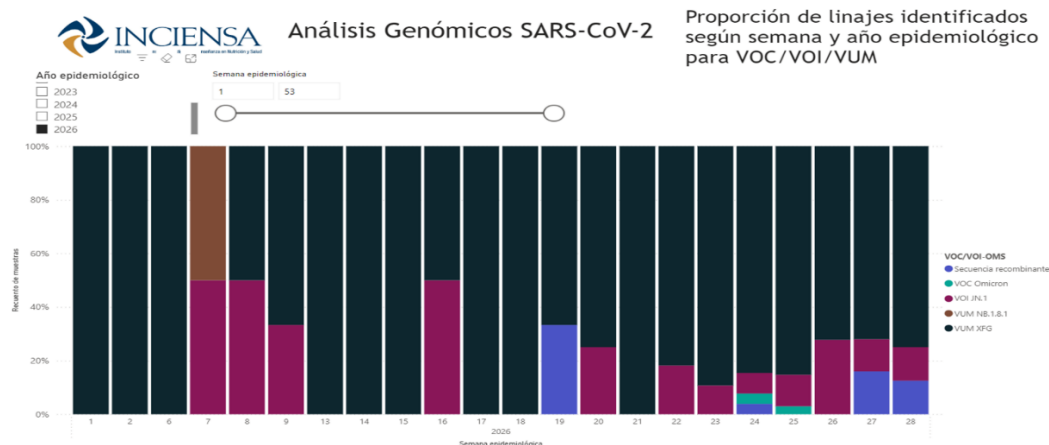
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

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

Gráfico 21.

Costa Rica: Proporción de linaje identificados, para Variante de Preocupación (VOC) Ómicron, Variante de Interés (VOI) y Variantes Bajo Monitoreo (VUM), por semana epidemiológica SE 28 del 2026.



Fuente: Sistema de Información de INCIENSA, CCSS, DATOS Facultad de Microbiología UCR, actualizado en informe interactivo en Vigilancia genómica SARS-CoV-2 al 12 de agosto del 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 1 de setiembre 2026.

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 33 del 2026 se contabilizan 311354 casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas (SE) de la 1 a la 33. La curva epidemiológica muestra que la mayor carga del año se concentró principalmente entre las SE 14–16 y 20–21. La SE 15 continúa registrando el mayor número de casos, con 12 256, seguida de la SE 14 con 12 027 casos y la SE 16 con 11 697 casos. A partir de la SE 25 se observa una disminución progresiva en el número de casos notificados; para la SE 33 se registran preliminarmente 6378 casos.

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

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

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



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

Contexto climático 2026 y EDA

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

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

Las temperaturas elevadas pueden favorecer la proliferación y supervivencia de microorganismos en alimentos y agua, así como acelerar el deterioro de productos perecederos cuando existen condiciones inadecuadas de refrigeración, almacenamiento o manipulación. De forma paralela, las variaciones en las lluvias y en los sistemas de abastecimiento pueden afectar la disponibilidad y calidad microbiológica del agua, especialmente en comunidades con interrupciones del servicio, almacenamiento inadecuado o acceso limitado a fuentes seguras.

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



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

Canal endémico EDA

Entre las SE 28 y 33 se registraron 42904 casos de EDA, con un promedio de 7 150 casos por semana. Durante este período se observa una disminución en los registros semanales, pasando de 8332 casos en la SE 27 a 6378 en la SE 33. , lo que representa una reducción observada de 23,4 %.

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

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

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

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

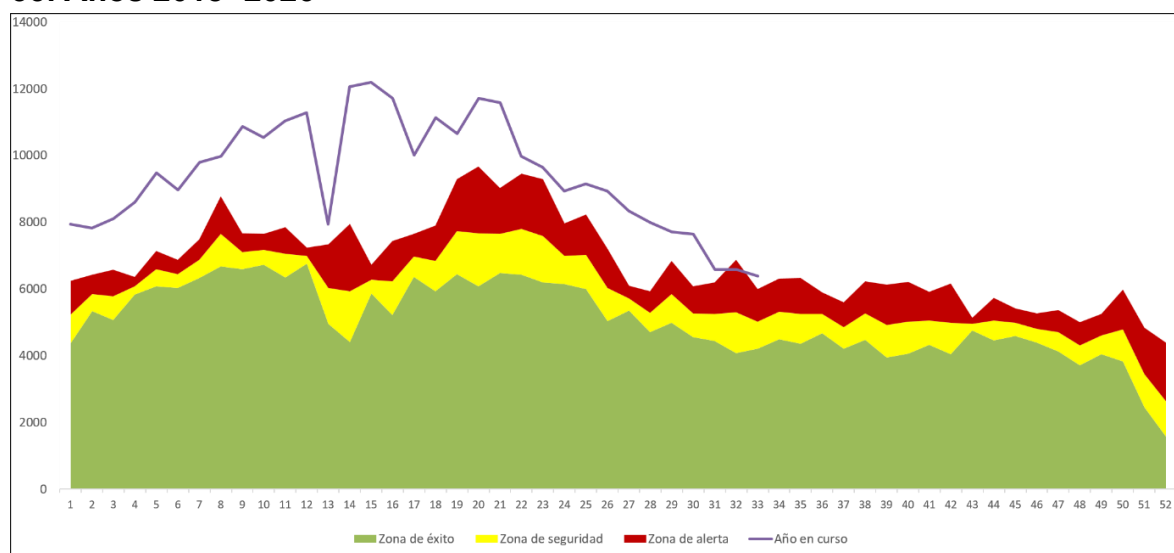
En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia, sin que la información disponible hasta la SE 33 permita establecer una situación epidémica nacional generalizada.



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

Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 33. Años 2018- 2026 *



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

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

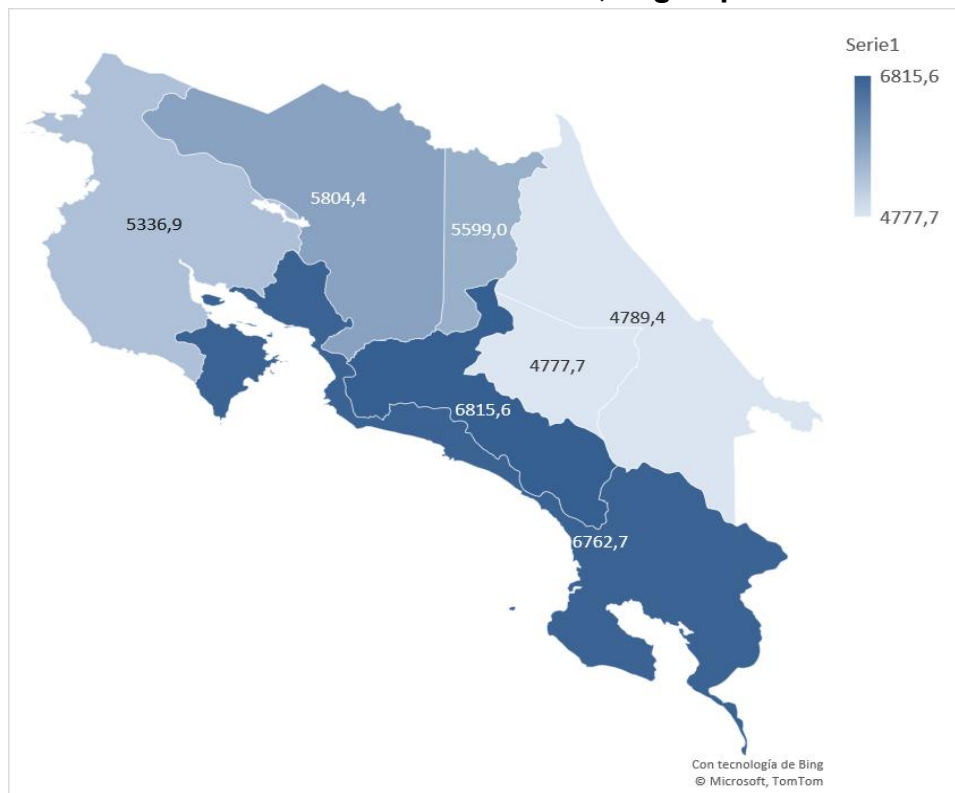
Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 33 de 2026 se estima a 6378 casos por 100 000 habitantes. A nivel provincial, San José y Puntarenas presentan tasas superiores al promedio nacional, mientras que Alajuela, Heredia, Guanacaste, Limón y Cartago se mantienen por debajo de este valor.



Figura 1

Costa Rica. Tasa de Incidencia de EDA, según provincia. SE 33, 2026



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

El análisis por región de salud evidencia una mayor concentración de la enfermedad en el Pacífico Central, con una tasa aproximada de 8732 casos por 100 000 habitantes, seguido de la Región Central Sur, con alrededor de 7108 por 100 000 habitantes. Este comportamiento señala territorios prioritarios para el seguimiento epidemiológico y la identificación de posibles factores locales asociados.

Cantones con mayor incidencia

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

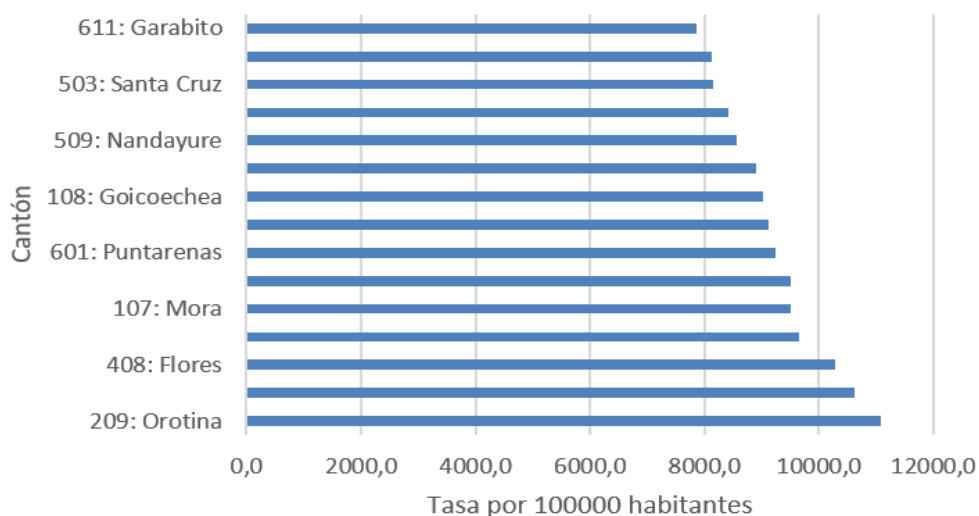


También presentan tasas claramente superiores al promedio nacional cantones como Esparza, Puntarenas, San José, Goicoechea y Alajuelita, evidenciando una concentración importante de la EDA en territorios del Pacífico Central y la Gran Área Metropolitana, además de focos específicos en Heredia y otras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

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

Gráfico 3

Costa Rica. Cantones con mayor tasa acumulada de EDA, SE 33, 2026



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

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



Distribución por grupos de edad y sexo

La distribución por edad mantiene un patrón bimodal, con mayor incidencia en la niñez menor de 5 años y en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se registran en el grupo de 20 a 24 años (10 370,8 por 100 000 habitantes), seguido de 25 a 29 años (9 407,5), 1 a 4 años (8 957,7) y menores de 1 año (8 381,3).

Este comportamiento concentra la atención en dos grupos de interés epidemiológico: los menores de cinco años, por su mayor vulnerabilidad ante la deshidratación y las complicaciones asociadas a los cuadros gastrointestinales, y los adultos jóvenes, especialmente entre los 20 y 29 años, por su elevada carga de enfermedad y su mayor movilidad social, laboral y alimentaria.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, pasando de 5 654,4 por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 2 843,3 en las personas de 65 años y más. Estos hallazgos respaldan la necesidad de mantener acciones de prevención y vigilancia dirigidas especialmente a la niñez temprana y a la población adulta joven y económicamente activa.

Los datos muestran una tasa global mayor en mujeres (6 424,1) que en hombres (5 488,1 por 100 000 habitantes), aunque en los menores de 5 años y en el grupo de 35 a 39 años las tasas son mayores en hombres.

Recomendaciones a la población

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

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



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

Para prevenir la EDA:

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

Conclusión EDA

A la SE 33 de 2026, la EDA continúa representando una carga relevante para la salud pública en Costa Rica. Aunque en las semanas recientes se observa una disminución en los casos notificados, esta tendencia debe interpretarse con cautela debido al rezago habitual en la consolidación de los registros.

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

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

En este contexto, la aplicación oportuna del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), junto con la vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta temprana ante alertas locales, constituye un elemento clave para identificar fuentes de transmisión, implementar medidas de control y reducir el impacto de la enfermedad en las poblaciones y territorios más afectados.



Miasis por gusano barrenador en humanos

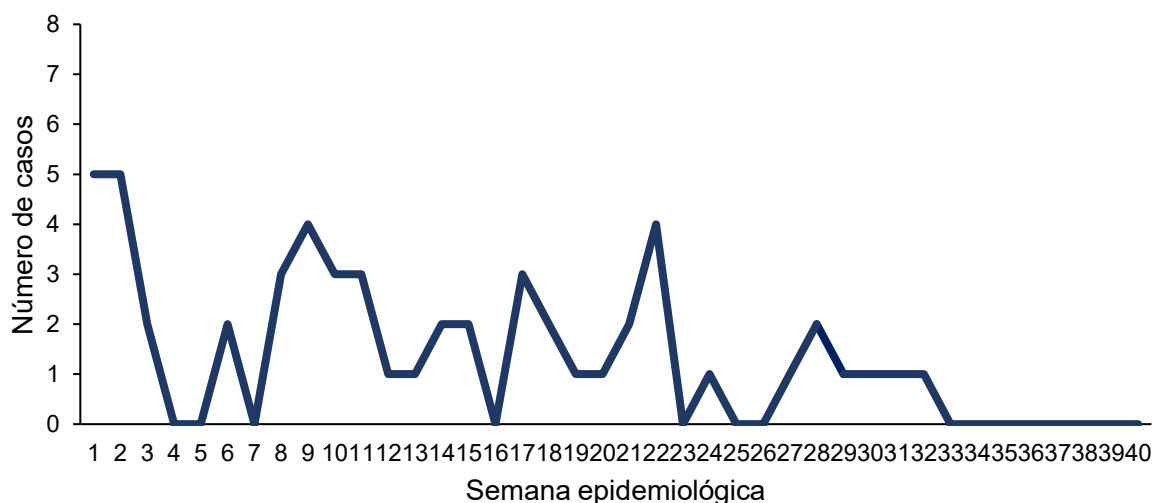
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 34 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 34, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 54 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (25/54) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (26/54)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 34, 2026

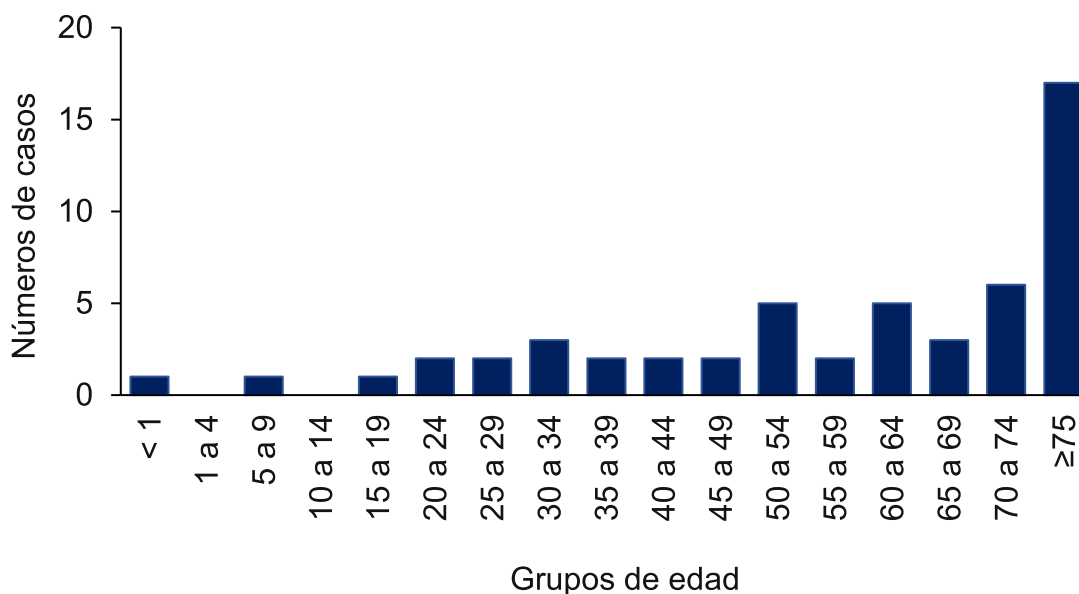


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 34, 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 38 casos notificados con una tasa de 1,5 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 34, 2026

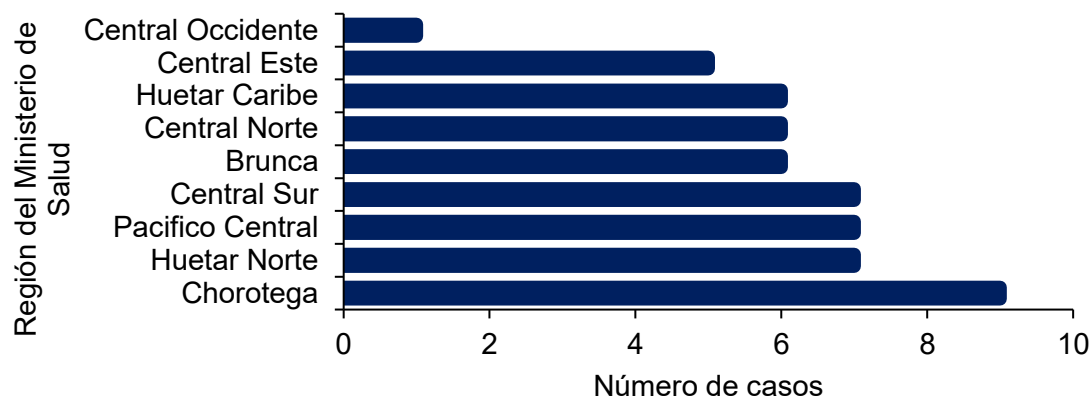
Provincias	Casos	Tasas
Total	54	1,0
San José	9	0,5
Alajuela	11	1,0
Cartago	4	0,7
Heredia	4	0,7
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	11	2,2
Limón	6	1,3

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 34 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Alajuela (11/54) y Puntarenas (11/54).

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 34, 2026



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

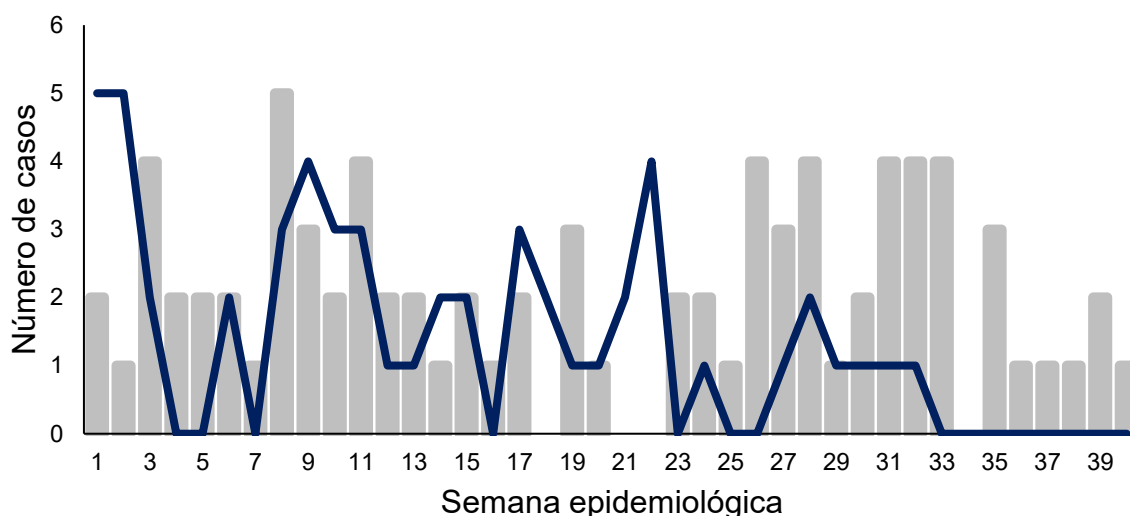


En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Chorotega (9/54) con el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 34 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 54 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 34 del 2025 se habían confirmado 73 casos de miasis por gusano barrenador en el país.

Gráfico 4

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 34 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.



Informe técnico de seguimiento de los brotes de Hepatitis A.

Introducción

La Hepatitis A es una infección hepática aguda causada por el virus de la Hepatitis A (VHA), un Hepatovirus de la familia Picornaviridae transmitido principalmente por vía fecal-oral mediante el consumo de agua o alimentos contaminados, o por contacto directo entre personas. Representa un desafío crítico en salud pública debido a su alta transmisibilidad en entornos con brechas en saneamiento básico y acceso a agua potable.

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina y el Caribe registra miles de infecciones anuales, donde la Hepatitis A aguda contribuye significativamente a la morbilidad hepatobiliar y, en menor proporción, a casos de insuficiencia hepática fulminante.

En el contexto nacional, este año en particular, se ha observado un comportamiento endémico con picos epidémicos periódicos, concentrados con mayor frecuencia en la Gran Área Metropolitana (GAM) y en cantones con problemas intermitentes en la calidad o suministro de agua potable. En cuanto al grupo etario más afectado se habla de población pediátrica pero también hay adolescentes y adultos jóvenes, grupo donde la probabilidad de ictericia y complicación sintomática es mayor.

Costa Rica cuenta con el seguimiento obligante de casos mediante la boleta VE-01 y esfuerzos hacia el saneamiento ambiental, higiene de alimentos, una adecuada manipulación de alimentos en servicios de alimentación al público y lavado de manos.

Datos



Gráfico 1

Costa Rica: Distribución de casos confirmados de Hepatitis A, 2017-2026

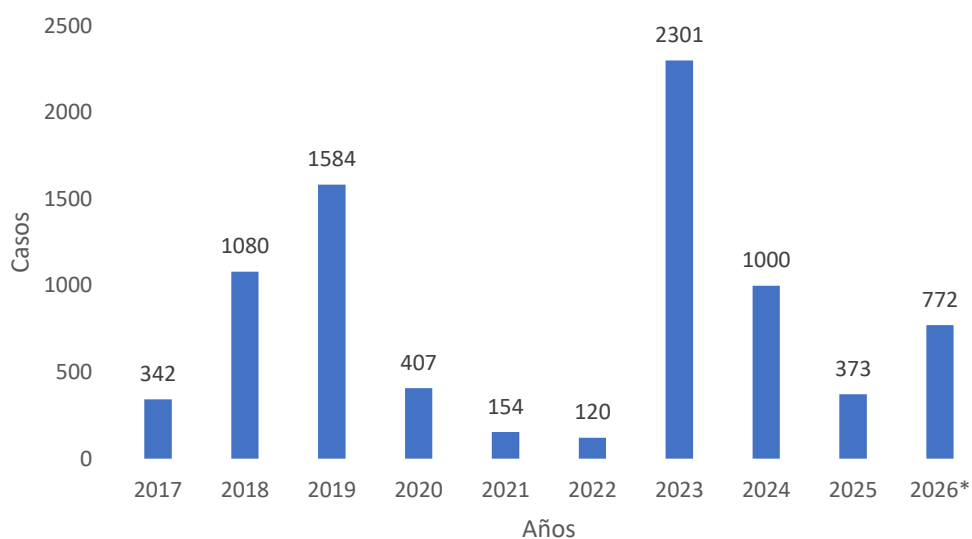


Gráfico 2.

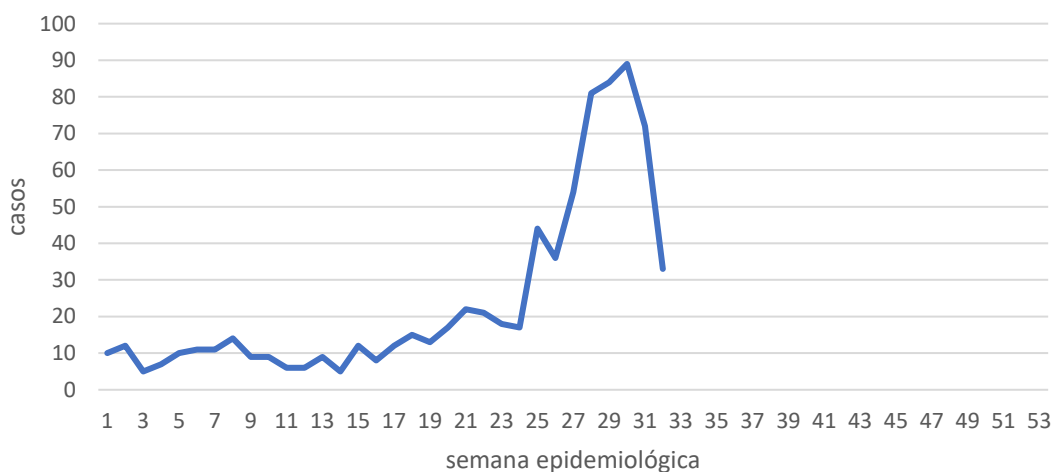
Costa Rica: Casos confirmados de Hepatitis A según provincia. Números Absolutos, Año 2017-2026

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*
PROVINCIA	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
TOTAL PAIS	342	1080	1584	407	154	120	2301	1000	373	772
San Jose	209	794	819	127	102	71	1462	529	189	562
Alajuela	47	116	282	79	9	7	228	76	51	60
Cartago	9	45	99	28	2	9	222	178	22	61
Heredia	11	80	72	20	12	8	154	66	36	46
Guanacaste	30	2	10	1	1	1	121	61	25	14
Puntarenas	26	13	130	31	2	6	55	35	19	12
Limon	10	30	172	121	26	18	59	55	31	17
Ignorado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Extranjero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Información proporcionada por establecimientos de CCSS. *Datos preliminares a la semana epidemiológica 32.



Gráfico 3
Costa Rica: Casos confirmados por Hepatitis A, según semana epidemiológica, 2026



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Información proporcionada por establecimientos de CCSS. *Datos preliminares a la semana epidemiológica 32.

Gráfico 4
Costa Rica: Distribución de casos según sexo, 2023- 2026

AÑO	2023			2024			2025			2026*		
	TOTAL	Femenino	Masculino	TOTAL	Femenino	Masculino	TOTAL	Femenino	Masculino	TOTAL	Femenino	Masculino
SEXO	2301	882	1419	1000	456	544	373	183	190	772	264	508

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Información proporcionada por establecimientos de CCSS. *Datos preliminares a la semana epidemiológica 32.



Gráfico 5

Costa Rica: Distribución de casos por provincia, 2026

Año 2026	
Provincia	Total
San José	562
Alajuela	60
Cartago	61
Heredia	46
Guanacaste	14
Puntarenas	12
Limón	17
Total del país	772

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Información proporcionada por establecimientos de CCSS. *Datos preliminares a la semana epidemiológica 32.

Gráfico 6

Costa Rica: Distribución de casos por grupos de edad, 2026

Año 2026	
Grupo de edad	Casos
Menores de 1 año	3
< 1 año a > de 10 años	26
<10 años a >20 años	111
<20 años a >64 años	601
< 65 años	31
Total de Casos	772

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud. Información proporcionada por establecimientos de CCSS. *Datos preliminares a la semana epidemiológica 32.



Brote de Hepatitis A – Sector Progreso, Precario Siglo XXI, León XIII, Tibás

- **Evento:** Brote de Hepatitis A notificado el 1 de julio de 2026 en el Sector Progreso, Precario Siglo XXI, distrito de León XIII, cantón de Tibás.
- **Magnitud:** Se identificaron **5 casos confirmados de Hepatitis A**, todos en personas menores de edad, con edades entre **10 y 16 años**, vinculados principalmente por relaciones familiares y proximidad domiciliar.
- **Factores de riesgo identificados:** Durante la investigación de campo se evidenciaron **hacinamiento, condiciones deficientes de saneamiento, conexiones informales a la red de agua potable, interrupciones del suministro y almacenamiento de agua en recipientes domésticos**, condiciones que pueden favorecer la transmisión fecal-oral.
- **Acciones realizadas:** Se efectuó investigación epidemiológica y búsqueda de contactos, seguimiento de los casos, intervenciones domiciliarias, educación sobre higiene y lavado de manos, manejo seguro del agua y medidas para evitar la transmisión. Además, se verificaron los servicios de alimentación y condiciones sanitarias de los dos centros educativos relacionados con los casos, **sin identificarse incumplimientos**.
- **Articulación:** Se mantuvo coordinación entre el Área de Salud, DARS Tibás, CILOVIS y centros educativos, reforzando la vigilancia y la comunicación de riesgo en la comunidad.
- **Situación actual:** Al **19 de agosto de 2026** no se identificaron nuevos casos asociados al brote. Considerando el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas del último caso y el período de incubación de la enfermedad, **se determinó técnicamente el cierre del brote**.
- **Seguimiento:** Se mantiene **vigilancia epidemiológica intensificada** ante el incremento de casos de Hepatitis A observado en Tibás y otros cantones cercanos, con énfasis en detección temprana, educación sanitaria, higiene, agua segura y coordinación interinstitucional.

El brote de León XIII, conformado por cinco casos pediátricos confirmados, **se encuentra cerrado y sin nuevos casos asociados identificados**. La investigación permitió implementar oportunamente medidas de control; no obstante, las condiciones de saneamiento y acceso/almacenamiento de agua identificadas en el sector constituyen factores que requieren atención preventiva y vigilancia sostenida.



Hepatitis A – Distrito de Hatillo

- **Situación actual:** Se registra un **aumento de casos de Hepatitis A**, con **91 casos notificados**, de los cuales **68 están confirmados por laboratorio** y 23 se encuentran pendientes de resultado. El aumento se concentra principalmente en **Sagrada Familia, Hatillo 1 y Colonia 15 de Setiembre**.
- La investigación epidemiológica **no ha identificado una fuente común de transmisión**. Algunos casos presentan **transmisión intrafamiliar**, mientras que la mayoría no presenta vínculo epidemiológico entre sí.
- Se mantiene **vigilancia epidemiológica intensificada, seguimiento e investigación de los casos**, así como coordinación con la Dirección Regional.
- Se han reforzado las **medidas de prevención y control** en centros educativos y de cuido, incluyendo **lavado de manos, higiene, limpieza y desinfección, consumo de agua segura y adecuada manipulación de alimentos**.

Hepatitis A – Distrito Hospital, San José

- **Situación actual:** Se confirma un **brote de Hepatitis A**, con **70 casos confirmados por laboratorio** al cierre de la semana epidemiológica 31, frente a 15 casos en 2024 y 1 caso en 2025. La incidencia acumulada estimada es de 287,1 casos por 100.000 habitantes. No se registran hospitalizaciones ni fallecimientos asociados al evento.
- **Comportamiento epidemiológico:** El aumento se inició a partir de la semana epidemiológica 20, con mayor concentración entre las semanas 26 y 29. El patrón observado es compatible con **transmisión propagada de persona a persona**, sin identificación hasta el momento de una fuente común específica.
- **Distribución:** Los casos se concentran principalmente en **Barrio Cuba y Cristo Rey**, seguidos por **El Pochote y Barrio Los Ángeles**. La mayor afectación corresponde a **adolescentes y adultos jóvenes**, particularmente de 20 a 34 años, con predominio masculino (**71,4 %**).
- **Acciones:** Se mantiene vigilancia epidemiológica activa, búsqueda y seguimiento de casos y contactos, investigación de cadenas de transmisión y evaluaciones sanitarias focalizadas en las comunidades más afectadas,



incluyendo inspecciones de establecimientos de alimentos y verificación de prácticas de manipulación.

- Se refuerzan las medidas de prevención y control, principalmente lavado de manos, higiene y manipulación segura de alimentos, limpieza y desinfección de superficies y acciones específicas en centros educativos y establecimientos de alimentación.

Hepatitis A – Aserrí y San Juan de Dios de Desamparados

- **Situación actual:** Se mantiene un brote de Hepatitis A con 17 casos confirmados, distribuidos principalmente entre Aserrí (8 casos) y San Juan de Dios de Desamparados (7 casos). No se reportan hospitalizaciones ni fallecimientos. Se observa una disminución de casos en las últimas semanas.
- **Investigación epidemiológica:** No se ha establecido hasta el momento una relación epidemiológica directa entre la mayoría de los casos. Se mantiene la investigación de posibles fuentes de exposición y seguimiento de contactos.
- **Hallazgos ambientales:** En el sistema Lourdes del Acueducto Municipal de Aserrí se identificó contaminación fecal, presencia de coliformes fecales y E. coli y niveles insuficientes de cloro residual, por lo que el agua fue clasificada como no apta para consumo humano. Estos resultados no demuestran por sí mismos que el agua sea la fuente de los casos de Hepatitis A, ya que no se detectó específicamente el virus de Hepatitis A.
- **Acciones:** Se mantiene vigilancia activa, búsqueda comunitaria de casos, investigación epidemiológica, seguimiento de contactos, comunicación de riesgo, inspecciones sanitarias y monitoreo de la calidad del agua. Además, se emitió orden sanitaria a la Municipalidad de Aserrí para corregir las deficiencias identificadas.
- El brote continúa bajo vigilancia epidemiológica y ambiental, **con tendencia descendente de casos** y seguimiento de las medidas sanitarias implementadas.



Valoración epidemiológica y respuesta institucional de la Dirección de Vigilancia de la Salud

La Dirección de Vigilancia de la Salud mantiene el seguimiento integrado de la situación epidemiológica de Hepatitis A, en articulación con la Región Central Sur, las Áreas Rectoras de Salud y las Áreas de Salud, fortaleciendo el análisis conjunto de los casos y la respuesta territorial.

Como parte de este seguimiento, se han realizado reuniones de coordinación con las Áreas Rectoras de Salud y la Región Central Sur, con participación de los componentes de vigilancia epidemiológica, salud ambiental y regulación sanitaria, con el propósito de integrar los hallazgos, identificar patrones de transmisión y fortalecer las medidas de prevención y control.

Desde el componente epidemiológico, el análisis de los eventos muestra patrones diferenciados de transmisión. Se han identificado situaciones compatibles con transmisión intrafamiliar y propagada de persona a persona, mientras que en otros sectores no se ha logrado establecer un nexo epidemiológico entre la mayoría de los casos.

De manera integrada, la evidencia disponible hasta el momento no permite establecer una fuente hídrica común que explique el aumento de casos observado en las diferentes localidades. En consecuencia, se mantiene la investigación de posibles mecanismos de transmisión asociados al contacto persona a persona, transmisión intrafamiliar y prácticas de higiene y manipulación de alimentos, sin descartar otras fuentes de exposición que puedan identificarse mediante la vigilancia.

En el componente ambiental se mantiene la evaluación de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias cuando los hallazgos epidemiológicos lo justifican, así como la coordinación con las instancias responsables para la atención de las situaciones identificadas.

A nivel poblacional, se han reforzado las medidas de comunicación de riesgo y prevención, con énfasis en el lavado correcto de manos con agua y jabón, higiene personal, manipulación segura de alimentos, limpieza y desinfección de superficies y consumo de agua segura, particularmente en comunidades, centros educativos, centros de cuido y establecimientos de alimentación.

La DVS mantendrá el seguimiento epidemiológico intensificado y el análisis integrado de la situación, con especial atención a la aparición de nuevos casos,



identificación de posibles nexos, comportamiento temporal y geográfico de la enfermedad y evolución de los eventos actualmente bajo vigilancia, con el fin de orientar oportunamente las medidas de control y prevenir la expansión de la transmisión.

Asimismo, se ha fortalecido la comunicación de riesgo a través de medios de comunicación, con información desarrollada desde esta Dirección y en coordinación con la Oficina de Prensa del MINSA para los medios de comunicación y que, además, se ha publicado en redes sociales institucionales, con difusión de mensajes dirigidos a la población sobre las medidas de prevención y control de la Hepatitis A.