



Boletín Epidemiológico N° 34 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

18 de setiembre de 2026

Tabla de contenido

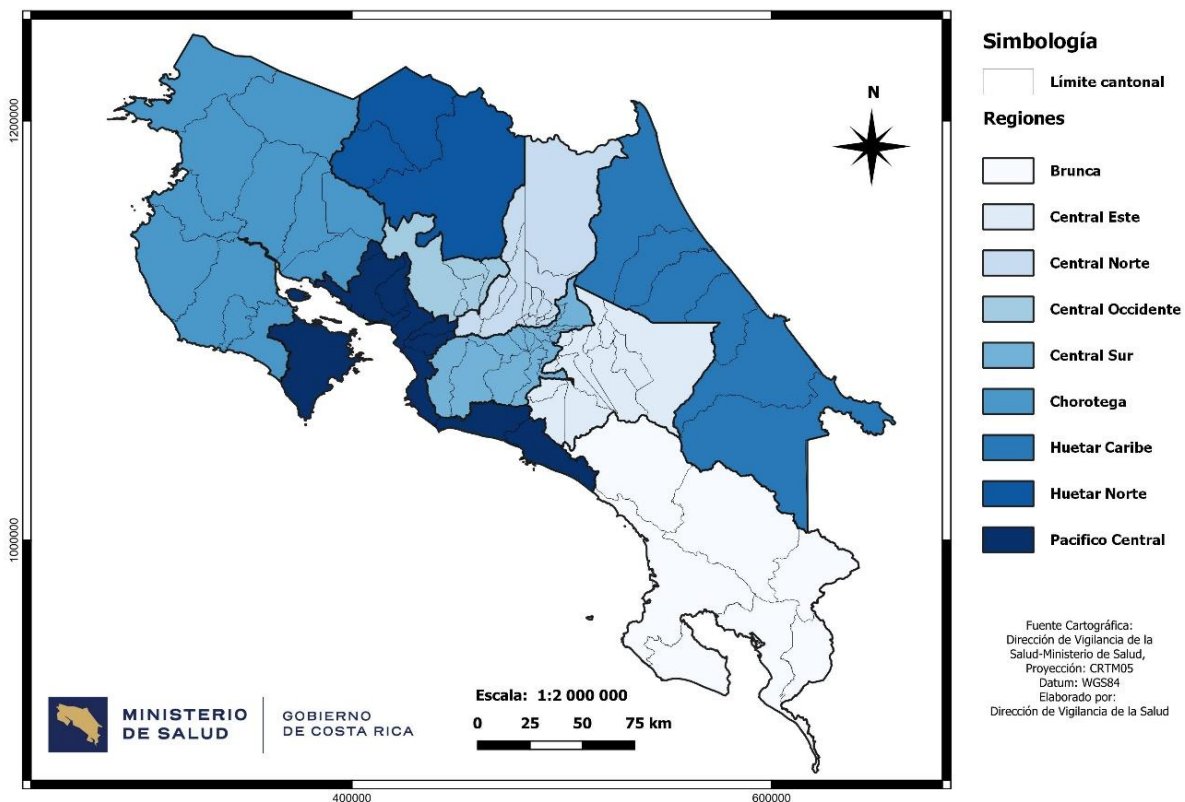
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	8
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 34	16
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 14 de setiembre 2026.....	17
Infecciones de transmisión sexual.....	26
Miasis por gusano barrenador en humanos	32



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 35 del año 2026 se notifican **4390 casos acumulados** de dengue de estos, **86 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 14 de setiembre se reportan 7 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 2 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria, 1 en Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, 1 en el Hospital Manuel Mora Valverde, 1 en el Hospital San Vicente de Paul, 1 en el Hospital San Rafael de Alajuela y 1 en el Hospital San Francisco de Asís.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1371 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 303,5/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 35, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1371	130,9
Pacífico Central	977	303,5
Chorotega	607	127,9
Huetar Caribe	468	102,2
Central Sur	364	24,0
Huetar Norte	254	93,6
Brunca	146	41,3
Central Occidente	140	62,4
Central Este	63	11,4
Total	4390	84,1

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	2064	190,6	1088	201,4	976	179,9
Puntarenas	581	114,2	263	104,5	318	123,7
Guanacaste	573	137,4	297	143,6	276	131,3
Limón	468	102,2	218	97,4	250	106,8
San José	381	22,9	186	22,0	195	23,8
Heredia	260	47,2	142	51,3	118	43,1
Cartago	63	11,8	29	10,8	34	12,8
Total	4390	84,1	2223	85,1	2167	83,2

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 35 son: Grecia 524 casos, Alajuela 519 casos, Orotina 479 casos, Puntarenas 233 casos y La Cruz 202 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 35, 2026.

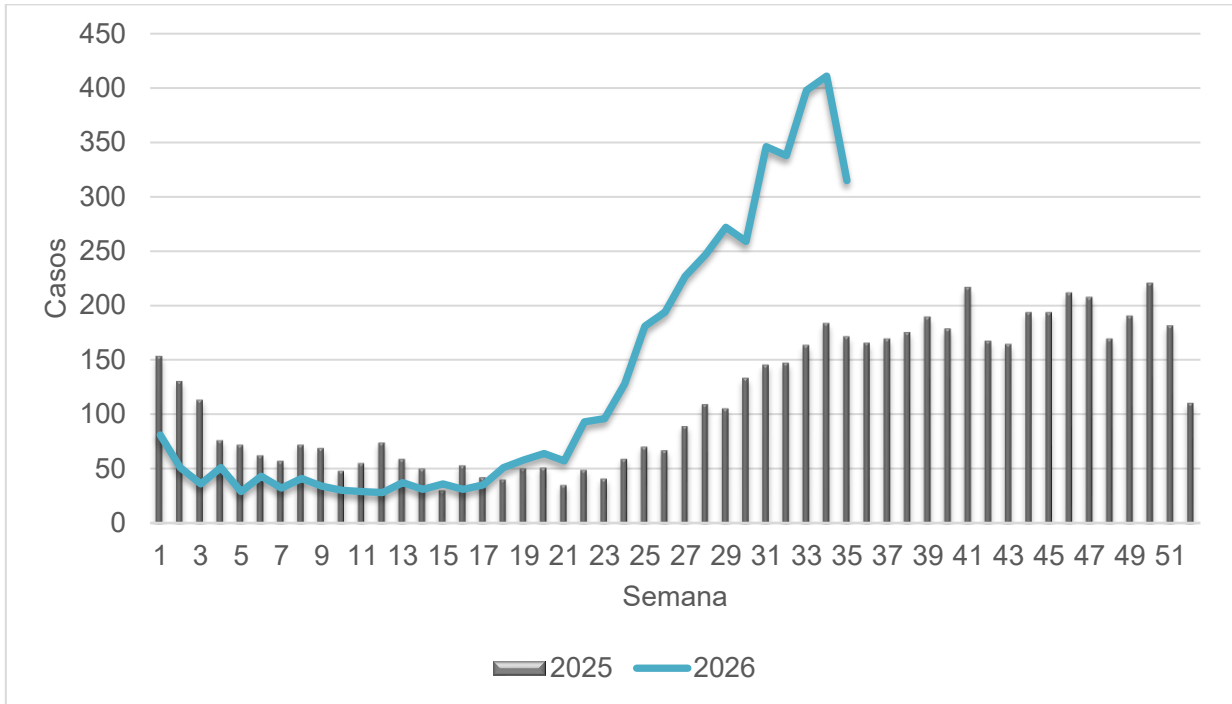
Cantón	Casos	Tasa
203: Grecia	524	643,8
201: Alajuela	519	157,2
209: Orotina	479	1883,4
601: Puntarenas	233	160,1
510: La Cruz	202	712,3
702: Pococí	174	110,7
210: San Carlos	149	69,8
101: San José	143	40,4
505: Carrillo	122	241,6
701: Limón	107	116,6

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 35, 2025-2026.



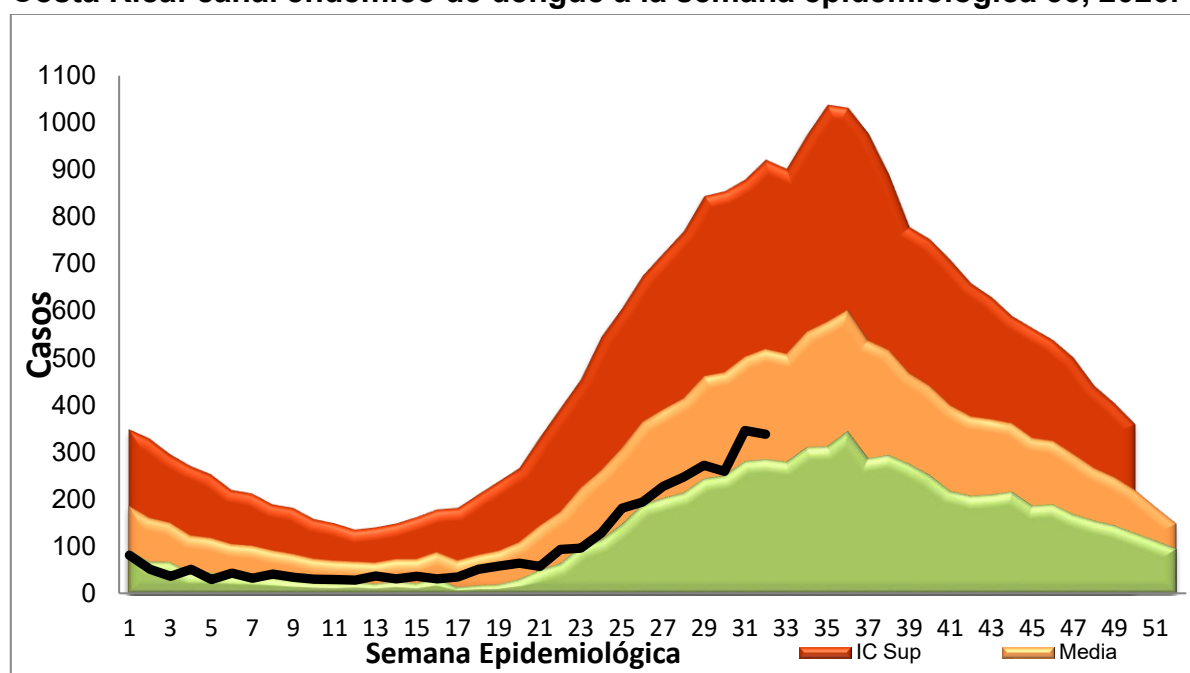
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Para la semana epidemiológica 35 del año 2025 se reportaron 2922 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 33% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 35, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Chikungunya

A la semana epidemiológica 35 se notifica un total de **367 casos** de chikungunya, **266 casos confirmados** por prueba de PCR y **101 casos probables** en estudio.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 35, 2026

Región	Total	Confirmados	Pendiente resultado
Chorotega	191	133	58
Central Norte	82	60	22
Central Sur	48	38	10
Pacífico Central	18	14	4
Huetar Norte	16	14	2
Central Este	5	3	2
Central Occidente	4	4	0
Huetar Caribe	3	0	3
Brunca	0	0	0
Total	367	266	101

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

- Alajuela 64 casos
- La Cruz 63 casos
- Carrillo 57 casos
- Santa Cruz 43 casos
- San José 33 casos



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 35 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 35 de 2026, Costa Rica acumula **83** casos de malaria: 34 corresponden a transmisión local (19 autóctonos y 15 introducidos), 48 son importados (incluidas 8 recaídas de casos importados) y 1 caso permanece 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 35, 2026.

Cifras clave	SE 35-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	83	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	34 casos	19 casos autóctonos y 15 introducidos.
Casos importados	48	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	1	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 61 casos del total a nivel nacional (73.4%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 34 casos de transmisión local en la SE 35 de 2026, distribuidos en 19 autóctonos y 15 introducidos. El 88 % 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 35, 2026.

Clasificación	<i>P. vivax</i>	<i>P. falciparum</i>	Total
Autóctonos	18	1	19
Introducidos	14	1	15
Total	32	2	34

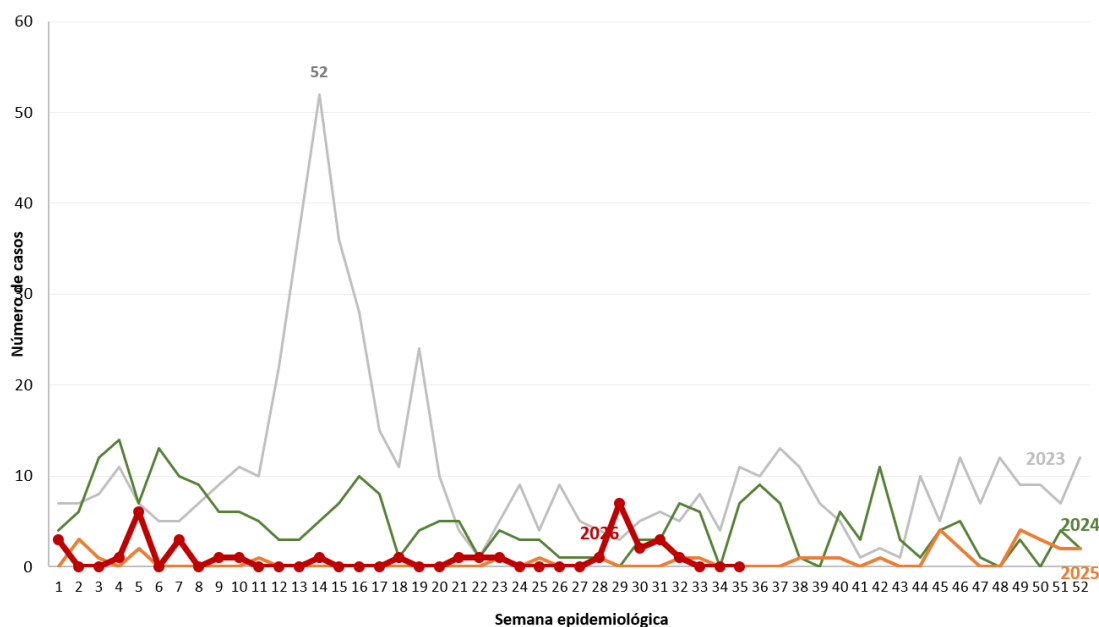
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

Plasmodium vivax es la especie predominante en la transmisión local (94 %); *P. falciparum* aporta apenas 2 casos (6%): 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 35

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

A la semana epidemiológica 35 de 2026 se registran 34 casos de malaria, cifra superior a los 12 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 405 y 183 casos, respectivamente.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 35 de 2026 se registran 48 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 35, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	42	88
<i>P. falciparum</i>	5	10
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	2
Total	48	100

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

El 98 % 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 83 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 67 casos, 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, SE35-2026

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	–	–	–	–	–	4	4	–	–	–	–	1	1	5
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar Caribe	1	–	1	–	–	4	4	–	–	–	–	–	–	5
Huetar Norte	–	17	17	1	5	29	35	1	14	15	–	–	–	67
Total	1	18	19	1	5	42	48	1	14	15	–	1	1	83

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 **138 346 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 74 977 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 **1 221 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 63 369 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

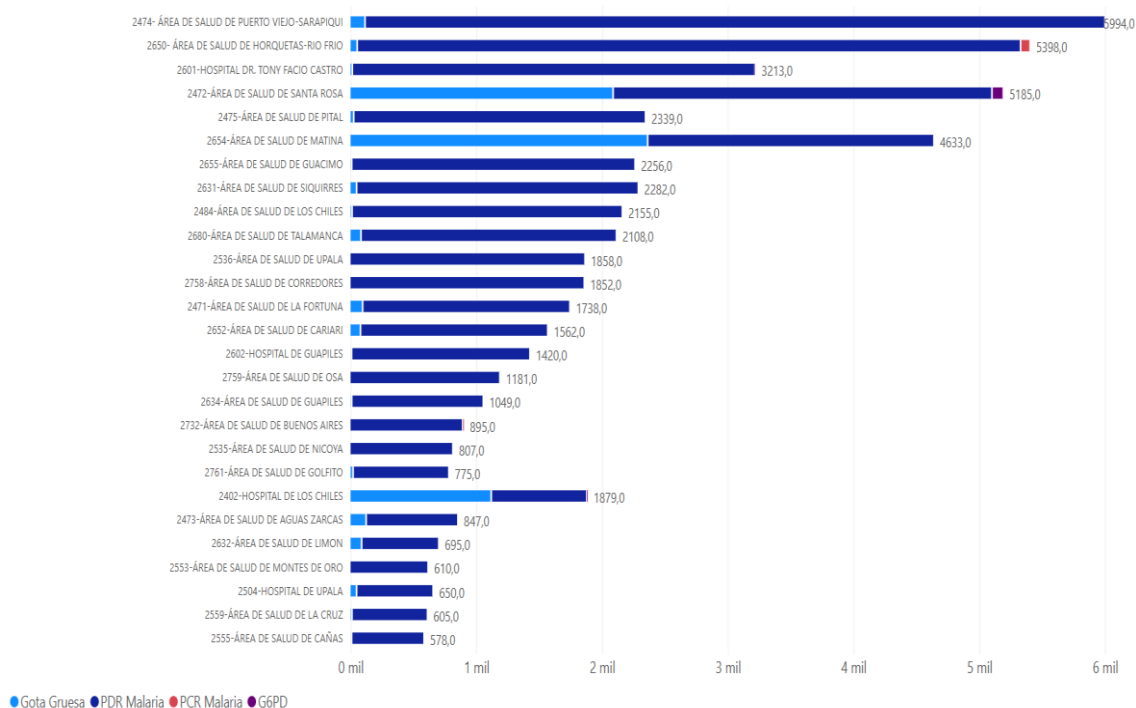
- 56 522 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 6 594 exámenes de gota gruesa,
- 253 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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



Gráfico 2.

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.

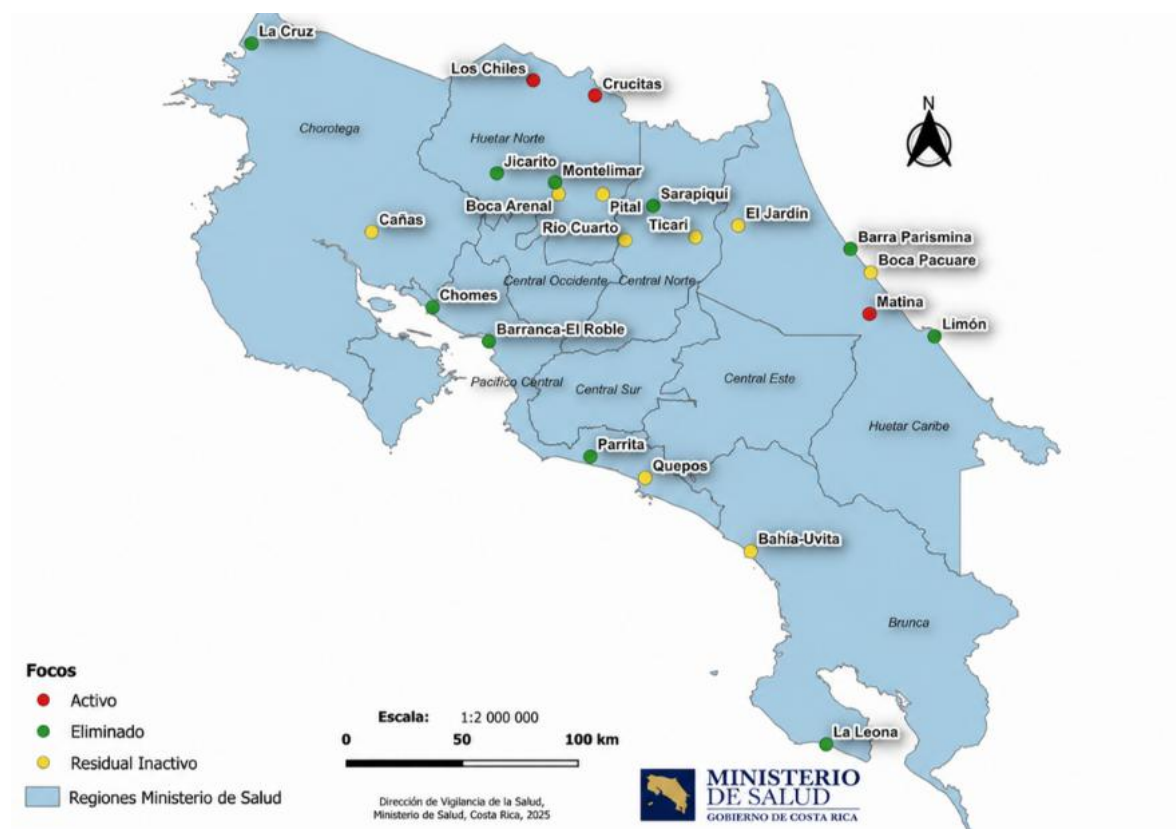
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 3 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 9 focos eliminados.



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.



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	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	Eliminado
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	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 34

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 34 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 34.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	10 281
Viviendas positivas	696
Depósitos tratados	45 811
Depósitos eliminados	97 153
Criaderos	142 964
Depósitos positivos	1 168
Viviendas fumigadas	33 454

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 34 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	430 715
Viviendas positivas	19 804
Depósitos tratados	1 524 704
Depósitos eliminados	1 166 113
Criaderos	2 690 817
Depósitos positivos	44 443
Viviendas fumigadas	627 344

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 35 del 2026 se contabilizan 324757 casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas (SE) de la 1 a la 35. 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 35 se registran preliminarmente 4829 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 juntamente 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 35 se registraron 56123 casos de EDA, con un promedio de 7 015 casos por semana. Durante este período se observa una disminución en los registros semanales, pasando de 8324 casos en la SE 27 a 4829 en la SE 35 lo que representa una reducción observada de 42%.

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.

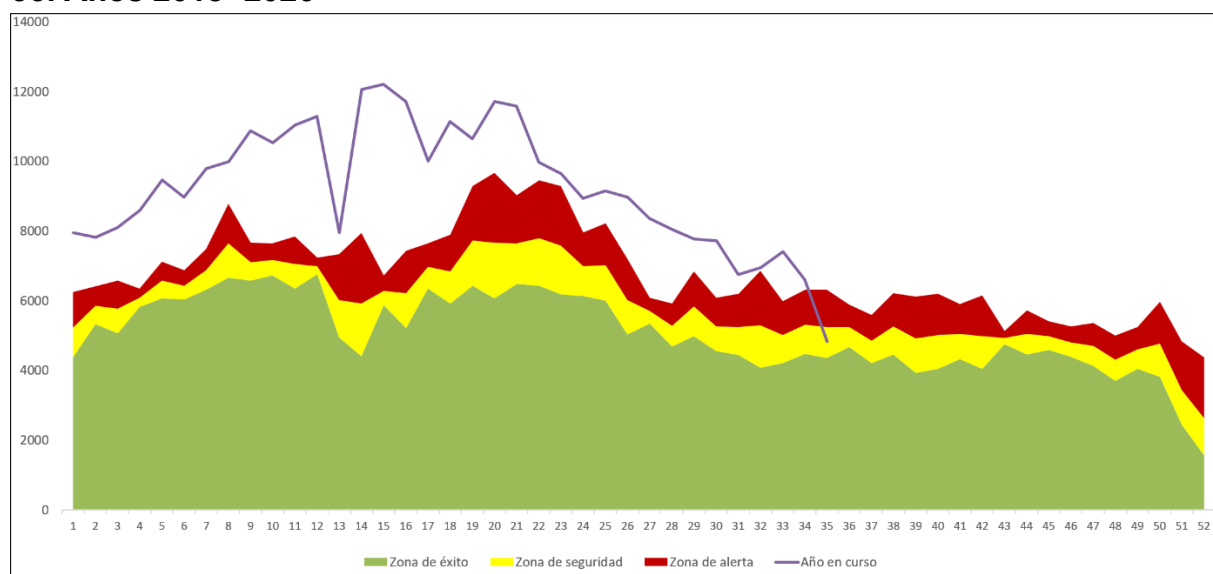
En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia, sin que la información disponible hasta la SE 35 permita establecer una situación epidémica nacional generalizada.



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 35. Años 2018- 2026 *



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

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

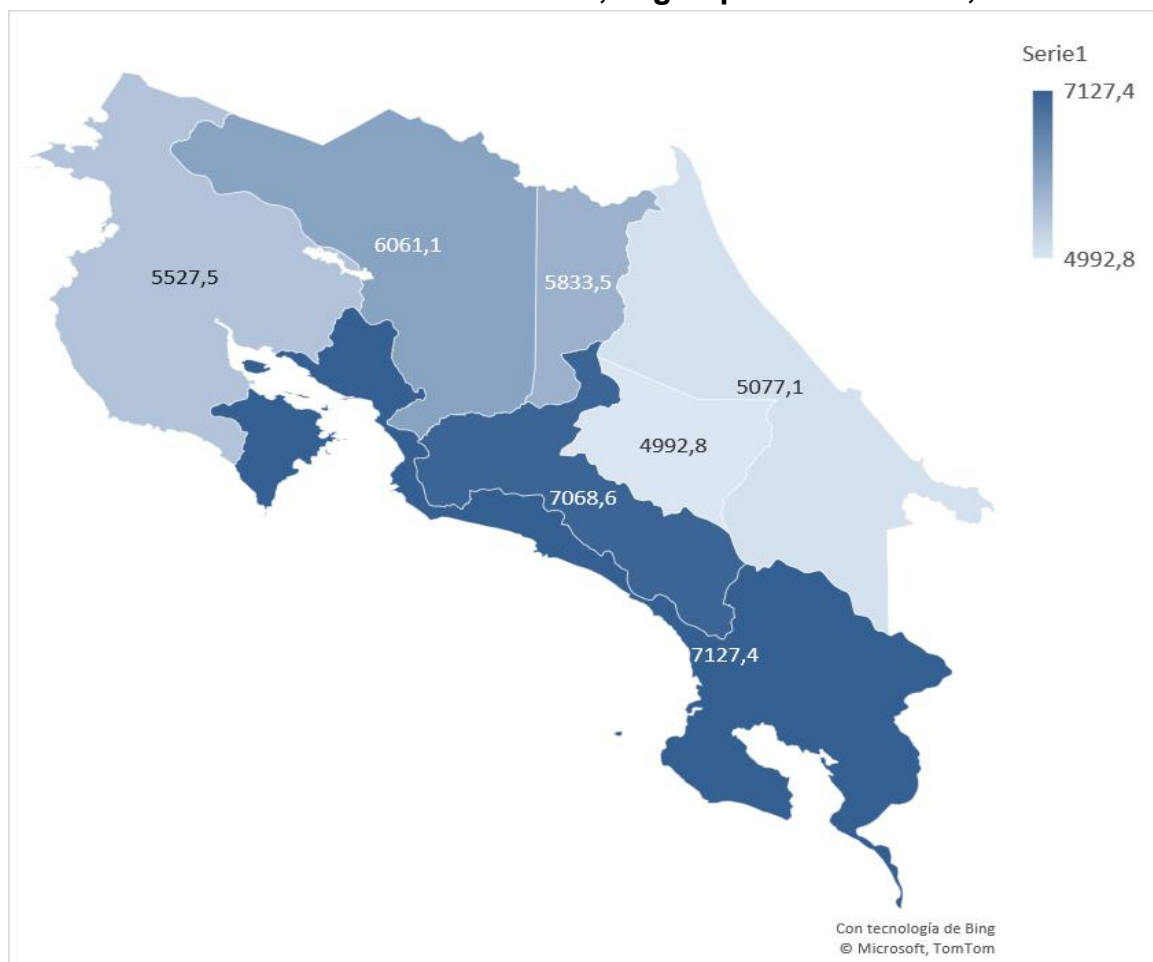
Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 35 de 2026 se estima a 2224 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 35, 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 9157 casos por 100 000 habitantes, seguido de la Región Central Sur, con alrededor de 7365 por 100 000 habitantes. Este comportamiento señala territorios prioritarios para el seguimiento epidemiológico y la identificación de posibles factores locales asociados.



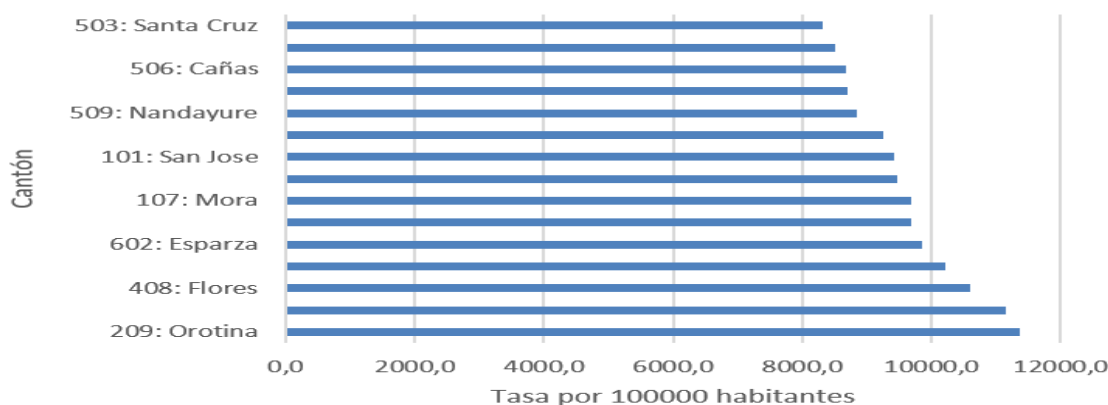
Cantones con mayor incidencia

La distribución cantonal evidencia diferencias importantes en la incidencia acumulada de EDA. Orotina presenta la tasa más alta del país, con 11 375,1 casos por 100 000 habitantes, seguido de Vázquez de Coronado (11 159,3), Flores (10 596,7), Montes de Oro (10 213,9) y Esparza (9 853,3). Estas tasas superan ampliamente la tasa nacional acumulada de 6 224,6 casos por 100 000 habitantes. También presentan incidencias elevadas los cantones de Puntarenas (9 695,3), Mora (9 683,0), Goicoechea (9 465,1), San José (9 413,7) y Alajuelita (9 247,4). Asimismo, destacan Nandayure (8 858,7), San Rafael (8 704,1), Cañas (8 677,9), Garabito (8 505,1), Santa Cruz (8 309,6) y El Guarco (8 006,6), evidenciando la presencia de cantones con elevada incidencia en distintas regiones del país.

La distribución territorial confirma que la carga de EDA no es homogénea entre los cantones. Las tasas permiten identificar territorios con una afectación proporcionalmente mayor respecto a su población, destacando principalmente Orotina, Vázquez de Coronado, Flores y Montes de Oro, todos con tasas superiores a 10 000 casos por 100 000 habitantes durante el período analizado. Estos resultados permiten reconocer áreas prioritarias para el seguimiento epidemiológico y el análisis de los factores asociados a la mayor incidencia observada.

Gráfico 3

Costa Rica. Cantones con mayor tasa acumulada de EDA, SE 35, 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 una mayor incidencia en la niñez menor de 5 años y en los adultos jóvenes. La tasa más elevada se registra en el grupo de 20 a 24 años, con 10 831,7 casos por 100 000 habitantes, seguido por el grupo de 25 a 29 años (9 818,1), 1 a 4 años (9 286,0) y menores de 1 año (8 761,9).

Este comportamiento concentra la atención en dos grupos de interés epidemiológico: los menores de cinco años, por su importancia epidemiológica y vulnerabilidad ante las complicaciones asociadas a los cuadros gastrointestinales, y los adultos jóvenes, particularmente entre los 20 y 29 años, quienes presentan las tasas de incidencia más elevadas del período analizado.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, pasando de 5 900,7 casos por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 2 972,5 en las personas de 65 años y más. Este comportamiento refuerza la importancia de mantener acciones de prevención y vigilancia, particularmente en la niñez temprana y en la población adulta joven.

En términos absolutos, el mayor número de casos se concentra también en los grupos de 20 a 24 años (41 010 casos) y 25 a 29 años (40 485), seguidos por los grupos de 35 a 39 años (34 924) y 30 a 34 años (34 563).

De acuerdo con los datos consignados en el cuadro, se registran 175 166 casos en mujeres y 148 994 en hombres. En la distribución por edad, el número de casos es mayor en hombres durante la niñez hasta los 14 años y nuevamente en el grupo de 35 a 39 años, mientras que en la mayoría de los grupos a partir de los 15 años predominan los casos registrados en mujeres.



Importante: antes de publicar el análisis por sexo, revisaría el cuadro original. Hay dos inconsistencias aparentes: los casos de mujeres (175 166) más los de hombres (148 994) suman 324 160, pero el total informado es 324 757, una diferencia de 597 casos. Además, las tasas consignadas para mujeres —por ejemplo, 12 426,2 en el total y 21 995,5 en 20-24 años— parecen desproporcionadas respecto a las tasas totales y deberían verificarse antes de interpretarlas. Por eso, en el último párrafo utilicé números absolutos, que sí pueden describirse directamente a partir del cuadro, y no afirmé que la tasa femenina sea mayor hasta confirmar esos datos.

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 35 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.



Infecciones de transmisión sexual

La notificación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de carácter obligatorio, según lo establecido en el Decreto N° 40556-S. En este marco, la vigilancia epidemiológica semanal de las ITS constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control. En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple durante las primeras treinta y cinco semanas del año 2026.

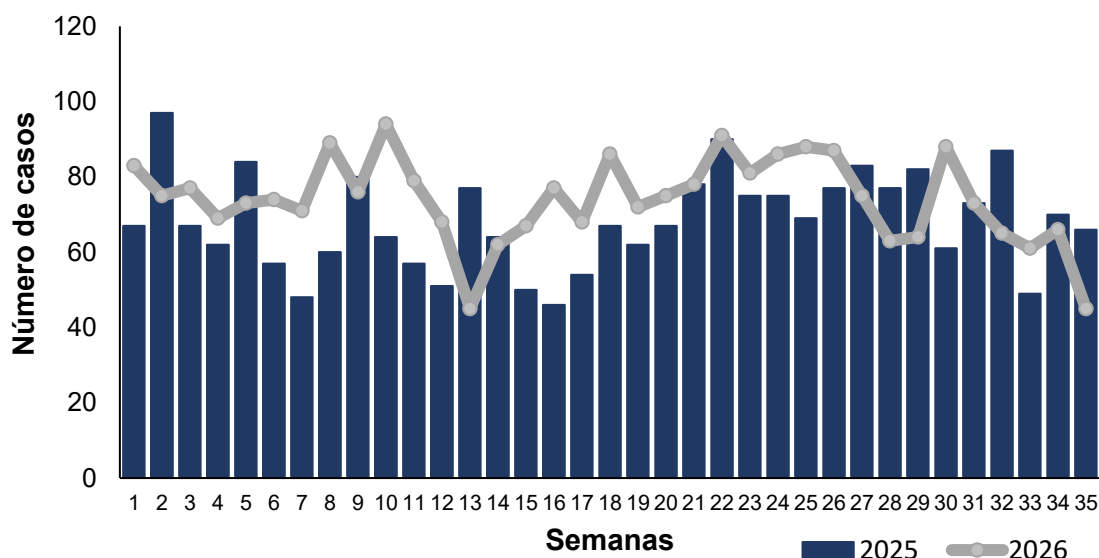
Sífilis en todas sus formas

Para la semana epidemiológica 35 de 2026 se notificaron 2 591 casos, en comparación con 2 142 casos registrados en el mismo periodo de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 449 casos y un aumento relativo de 20,96 %. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la notificación de casos durante 2026, por lo que se requiere mantener el seguimiento epidemiológico y reforzar las acciones de detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, estudio de contactos para los casos en los que amerita. 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

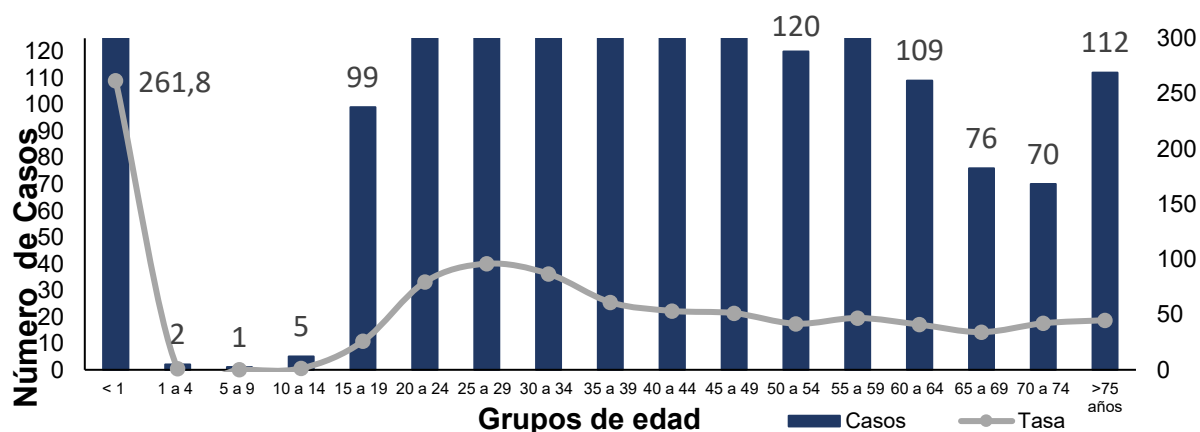


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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 35 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.



La mayor carga de enfermedad se concentra en la población joven y adulta joven, especialmente en los grupos de 25 a 29 años (396 casos; tasa: 96,0) y 30 a 34 años (375 casos; tasa: 86,9), seguidos por el grupo de 20 a 24 años (301 casos; tasa: 79,5), lo que evidencia una transmisión activa en edades sexualmente reproductivas. A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva de las tasas, aunque persisten niveles relevantes en personas adultas y mayores, lo que señala la importancia de mantener las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento en todos los grupos etarios.

Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 34 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	2591	49,7
San José	1057	63,4
Alajuela	323	29,8
Cartago	303	56,8
Heredia	222	40,3
Guanacaste	95	22,8
Puntarenas	174	34,2
Limón	417	91,1

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

Para la semana epidemiológica 35 de 2026, el análisis por provincia muestra una distribución heterogénea, destacando Limón con la mayor tasa de incidencia (91,1 por 100.000 habitantes; 417 casos), seguida de San José (63,4; 1.057 casos) y Cartago (56,8; 303 casos), todas por encima de la tasa nacional. Aunque San José concentra el mayor número absoluto de casos debido a su tamaño poblacional, el riesgo relativo de enfermar es más elevado en Limón. En contraste, Guanacaste (22,8) y Alajuela (29,8) presentan las tasas más bajas. Estos hallazgos señalan la importancia de las acciones de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento.

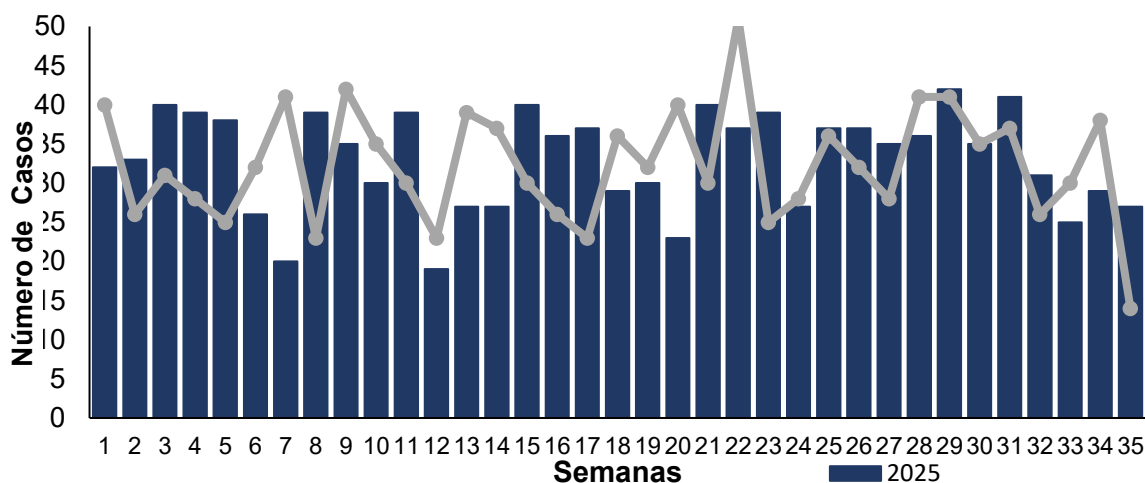


Infección por Gonorrea

Para la semana epidemiológica 35 de 2026 se registraron 1.133 casos, en comparación con 1.034 casos notificados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 9,57% y un aumento absoluto de 99 casos. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente del evento bajo vigilancia, sugiriendo una mayor ocurrencia de casos respecto al año previo. Aunque el incremento es moderado, resulta importante mantener un seguimiento estrecho de la evolución epidemiológica para identificar oportunamente posibles cambios en la transmisión o factores asociados. Mantener las acciones de vigilancia, análisis de riesgos y respuesta oportuna en las áreas con mayor concentración de casos para prevenir un aumento sostenido durante las próximas semanas epidemiológicas es de importancia.

Gráfico 3

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



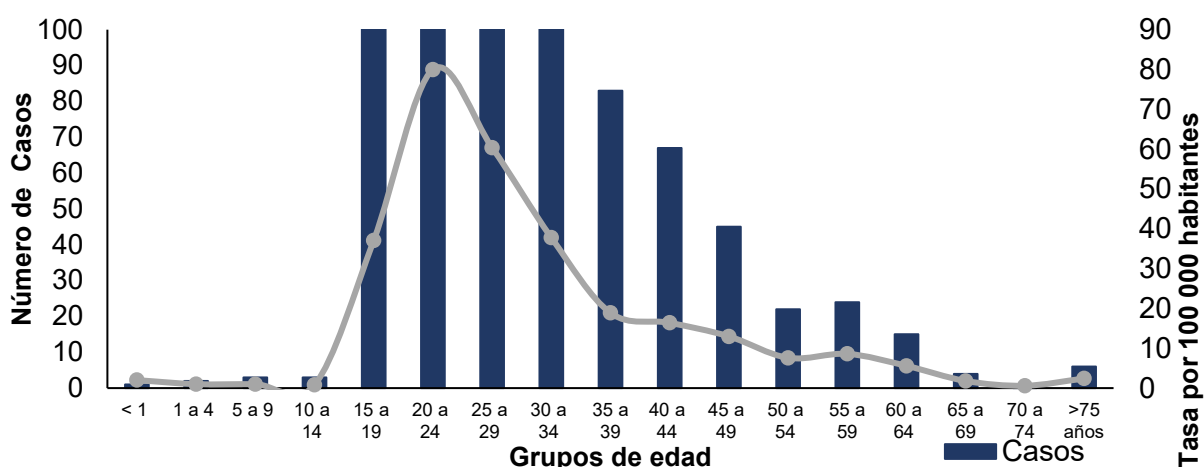
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 35 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.

La mayor carga de enfermedad se concentra en la población joven, particularmente en los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años, que registran las tasas más elevadas (80 y 60,4 por 100.000 habitantes, respectivamente) y acumulan cerca de la mitad de los casos notificados. Asimismo, los grupos de 15 a 19 años y 30 a 34 años mantienen una incidencia importante, lo que evidencia una transmisión sostenida en personas sexualmente activas. En contraste, las tasas en menores de 15 años y en mayores de 60 años son considerablemente menores. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de mantener y fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno, rastreo de contactos en los casos especiales y promoción del uso consistente del preservativo, priorizando las poblaciones jóvenes con mayor riesgo de infección.



Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 35 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	1133	21,7
San José	486	29,2
Alajuela	128	11,8
Cartago	113	21,2
Heredia	100	18,2
Guanacaste	31	7,4
Puntarenas	131	25,7
Limón	144	31,4

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

La distribución geográfica muestra que las tasas más elevadas se registran en Limón (31,4 por 100.000 habitantes) y San José (29,2 por 100.000 habitantes), seguidas por Puntarenas (25,7 por 100.000 habitantes), evidenciando una mayor carga de enfermedad en estas provincias. Aunque San José concentra el mayor número absoluto de casos (486 casos), Limón presenta el mayor riesgo relativo de ocurrencia. Por el contrario, Guanacaste reporta la tasa más baja (7,4 por 100.000 habitantes), seguida de Alajuela (11,8 por 100.000 habitantes).

El análisis por sexo evidencia una marcada concentración de casos en la población masculina, que aportó 992 casos (87,6%) y registró una tasa de 38,1 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres se notificaron 141 casos (12,4%) con una tasa de 5,4 por 100.000 habitantes. La tasa observada en hombres es aproximadamente siete veces superior a la registrada en mujeres, lo que indica una mayor carga de enfermedad en este grupo. Este patrón coincide con el comportamiento epidemiológico descrito para la gonorrea en diversos contextos, donde la transmisión se concentra principalmente en poblaciones sexualmente activas masculinas.



Miasis por gusano barrenador en humanos

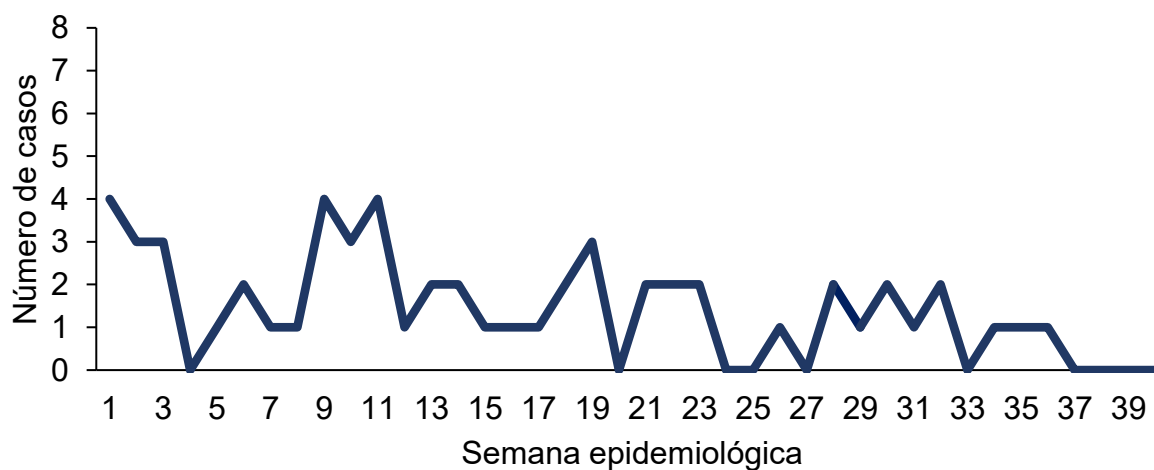
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos correspondientes a la semana epidemiológica (SE) 36 del año 2026. De conformidad con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos, este evento es de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

Con respecto a la notificación de casos mediante la boleta VE-01, para el período comprendido entre la SE 1 a la SE 36 del año 2026, se dispone de la siguiente información:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 57 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (27/57) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (27/57)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 36, 2026

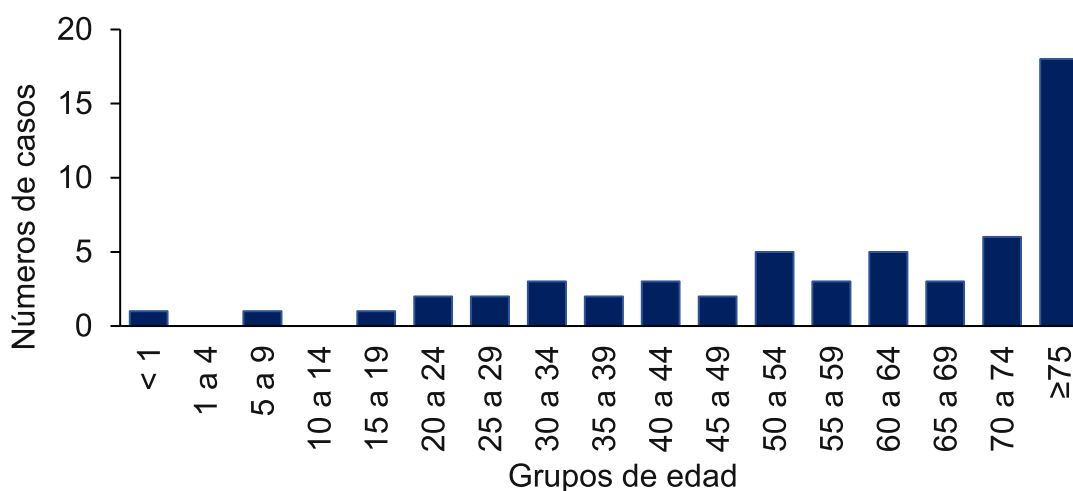


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

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



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

En 2026, hasta la SE 36, la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos evidenció un predominio del sexo masculino, que concentró el 68,42% (39/57) de los casos notificados, con una tasa de incidencia de 1,5 casos por 100 000 habitantes. Por su parte, el sexo femenino representó el 31,58% (18/57) de los casos, con una tasa de incidencia de 0,7 casos 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 36, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	57	1,1
San José	10	0,6
Alajuela	12	1,1
Cartago	4	0,7
Heredia	5	0,9
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	11	2,2
Limón	6	1,3

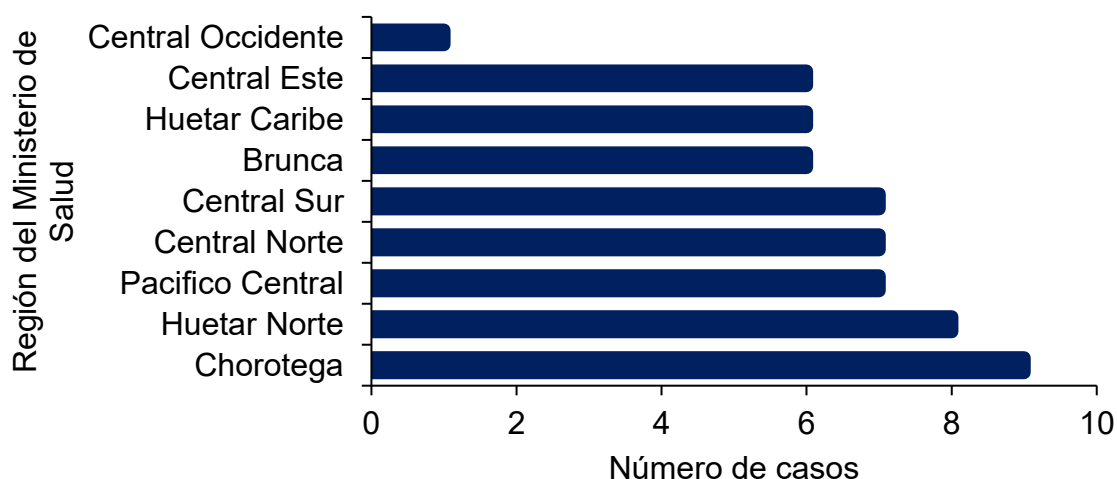
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 36, según provincia de procedencia. La provincia de Alajuela concentra el mayor número de casos, con un total de 12 casos.



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 36, 2026



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

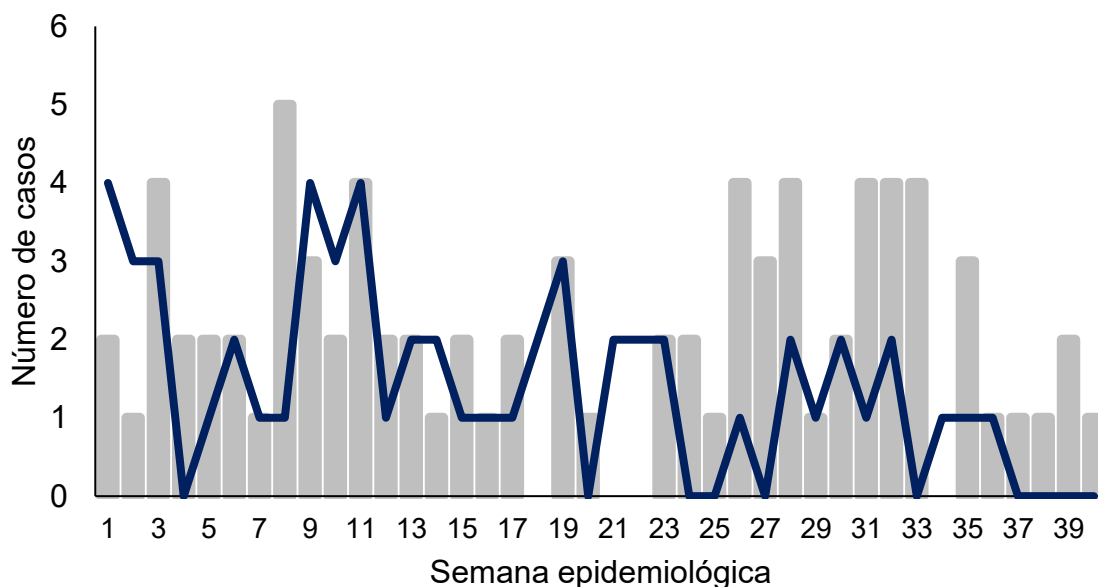
En el Gráfico 3 se presenta la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 36 en las nueve regiones rectoras del Ministerio de Salud. La Región Chorotega concentró el mayor número de casos, con 9 de los 57 casos registrados durante el período analizado.

Por su parte, el Gráfico 4 muestra el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos entre las SE 1 a la 36 de los años 2025 y 2026. Durante el año 2026 se notificaron 57 casos confirmados, mientras que para el mismo período de 2025 se habían confirmado 77 casos. Lo anterior representa una disminución de 20 casos (25,97%) en comparación con el año anterior.



Gráfico 4

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 36 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.