



Boletín Epidemiológico N° 35 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

25 de setiembre de 2026

Tabla de contenido

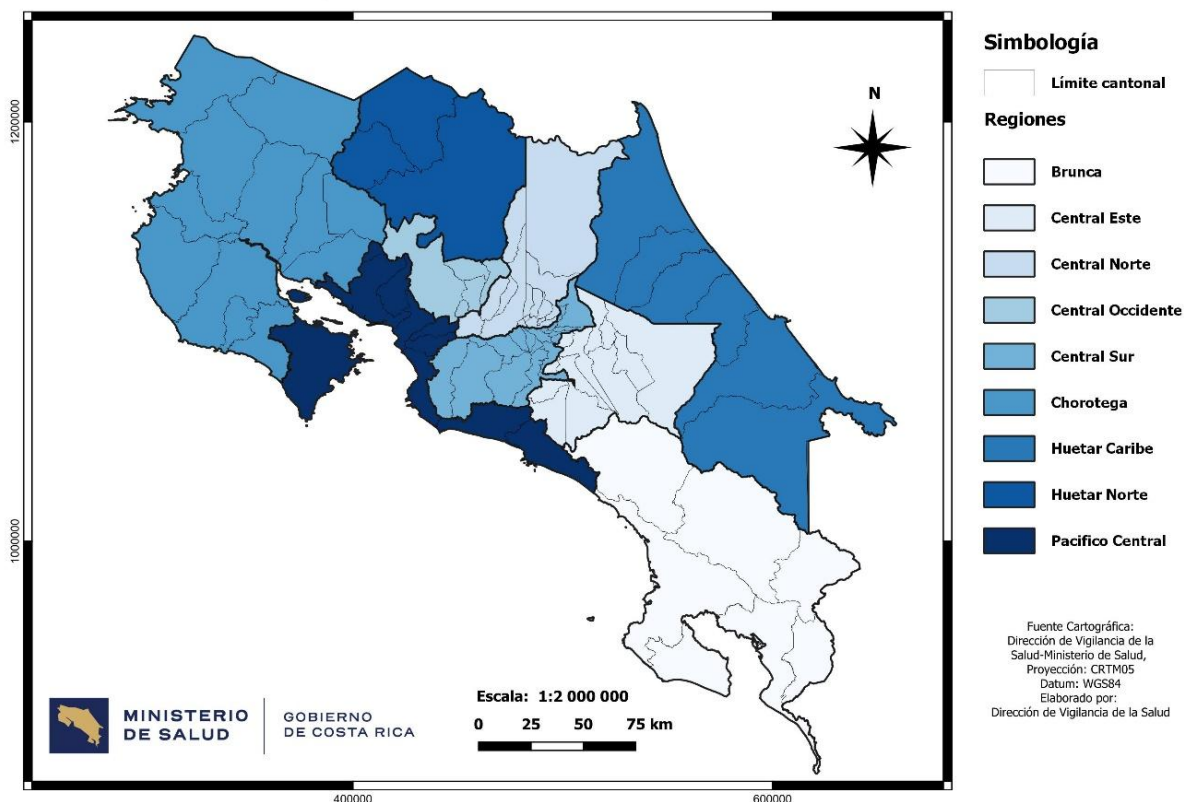
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	8
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 35	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	17
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 21 de setiembre 2026.....	33
Infecciones de transmisión sexual	42
Miasis por gusano barrenador en humanos	56



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 36 del año 2026 se notifican **4636 casos acumulados** de dengue de estos, **87 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 21 de setiembre se reportan 5 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 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 Juan de Dios y 1 en el Hospital San Francisco de Asís.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1494 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 311,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 36, 2026 (Tasa por 100.000 hab.

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1494	142,7
Pacífico Central	1002	311,3
Chorotega	630	132,8
Huetar Caribe	497	108,5
Central Sur	393	26,0
Huetar Norte	210	77,4
Central Occidente	176	78,4
Brunca	159	45,0
Central Este	75	13,6
Total	4636	88,9

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



Tabla 2.

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

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Alajuela	2216	204,7	1185	219,3	1031	190,1
Guanacaste	597	143,1	310	149,8	287	136,5
Puntarenas	579	113,8	262	104,1	317	123,3
Limón	497	108,5	231	103,2	266	113,7
San José	410	24,6	200	23,7	210	25,6
Heredia	262	47,6	142	51,3	120	43,8
Cartago	75	14,1	31	11,5	44	16,6
Total	4636	88,9	2361	90,3	2275	87,4

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 36 son: Alajuela 636 casos, Grecia 521 casos, Orotina 517 casos, La Cruz 217 casos y Puntarenas 214 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 36, 2026.

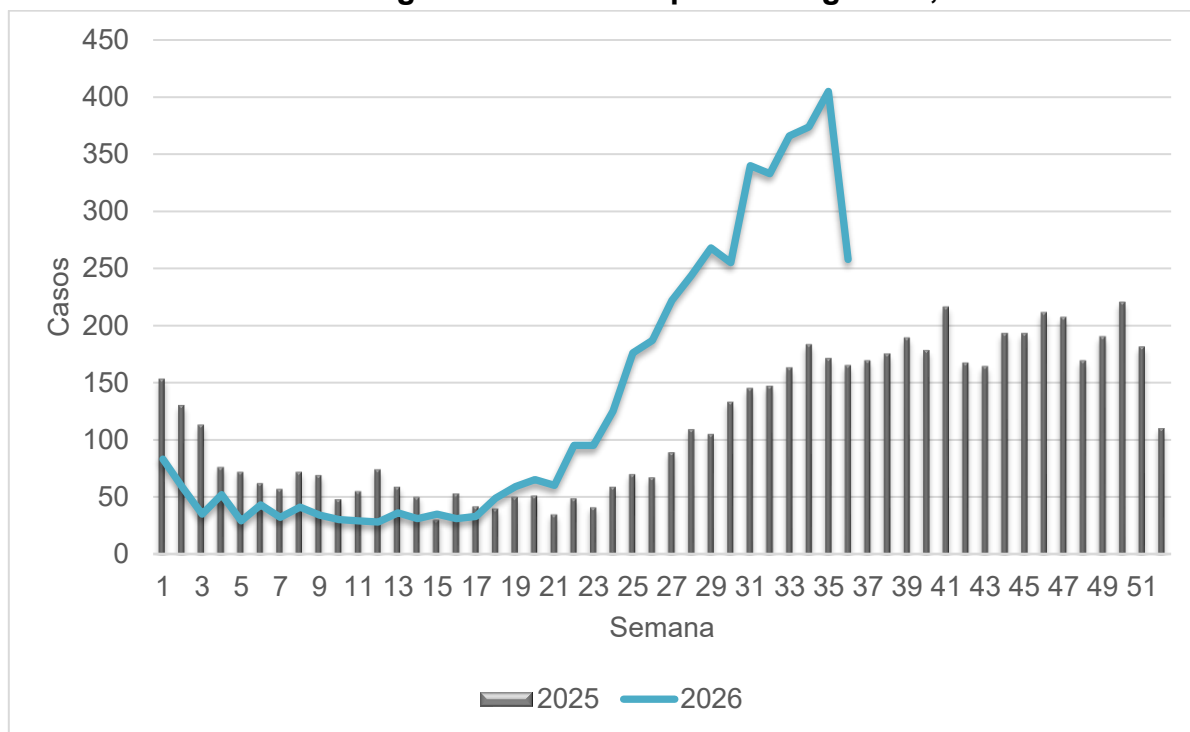
Cantón	Casos	Tasa
201: Alajuela	636	192,6
203: Grecia	521	640,1
209: Orotina	517	2032,8
510: La Cruz	217	765,2
601: Puntarenas	214	147,0
702: Pococí	189	120,2
101: San José	159	44,9
505: Carrillo	128	253,5
701: Limon	113	123,1
401: Heredia	111	75,3

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 36, 2025-2026.



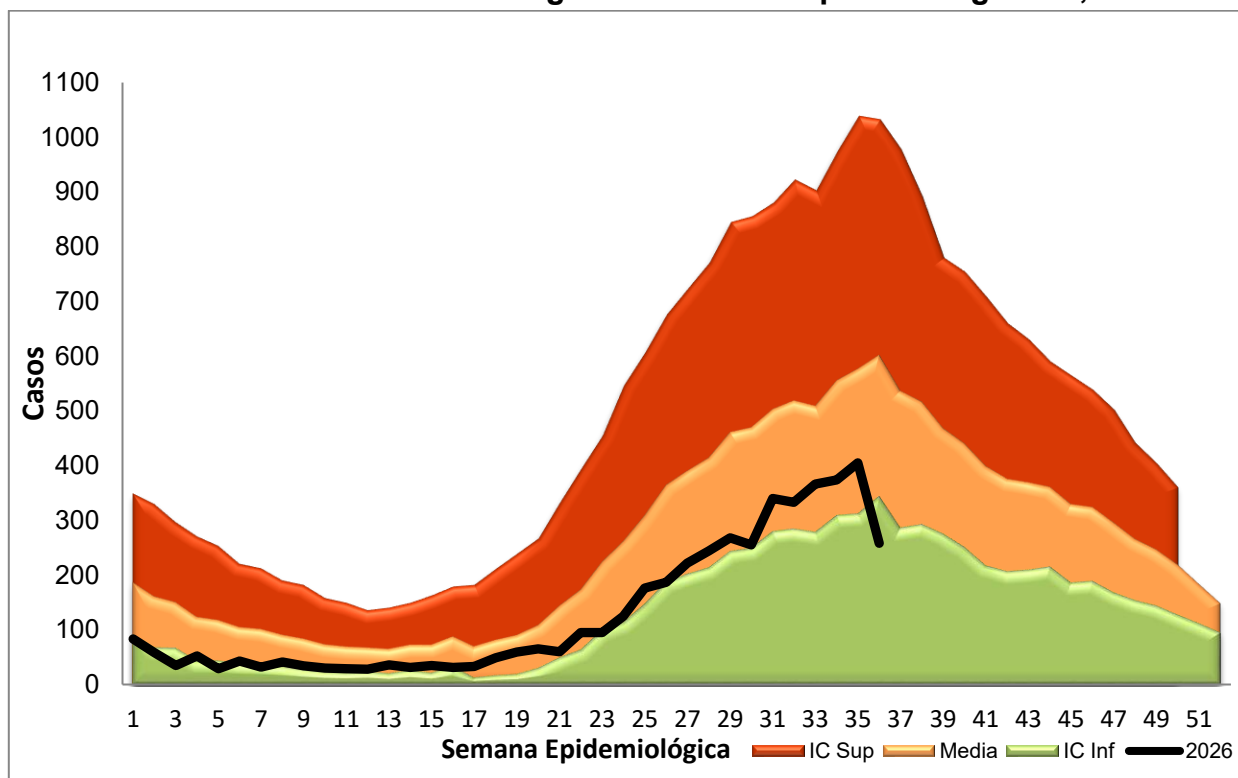
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 36 del año 2025 se reportaron 3087 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 36, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Chikungunya

A la semana epidemiológica 36 se notifica un total de **467 casos** de chikungunya, **324 casos confirmados** por prueba de PCR y **143 casos probables** en estudio.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 36, 2026

Región	Total	Confirmados	Pendiente resultado
Chorotega	262	178	84
Central Norte	95	63	32
Central Sur	58	46	12
Pacífico Central	19	15	4
Huetar Norte	18	14	4
Central Este	6	3	3
Central Occidente	7	5	2
Huetar Caribe	2	0	2
Brunca	0	0	0
Total	467	324	143

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

- La Cruz 134 casos
- Alajuela 75 casos
- Carrillo 57 casos
- Santa Cruz 43 casos
- San José 40 casos
- Abangares 15 casos



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 36 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 36 de 2026, Costa Rica acumula **85** casos de malaria: 34 corresponden a transmisión local (19 autóctonos y 15 introducidos), 49 son importados (incluidas 9 recaídas de casos importados) y 2 casos 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 36-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	85	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	34 casos	19 casos autóctonos y 15 introducidos.
Casos importados	49	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	2	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 63 casos del total a nivel nacional (74%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 34 casos de transmisión local en la SE 36 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 36, 2026.

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

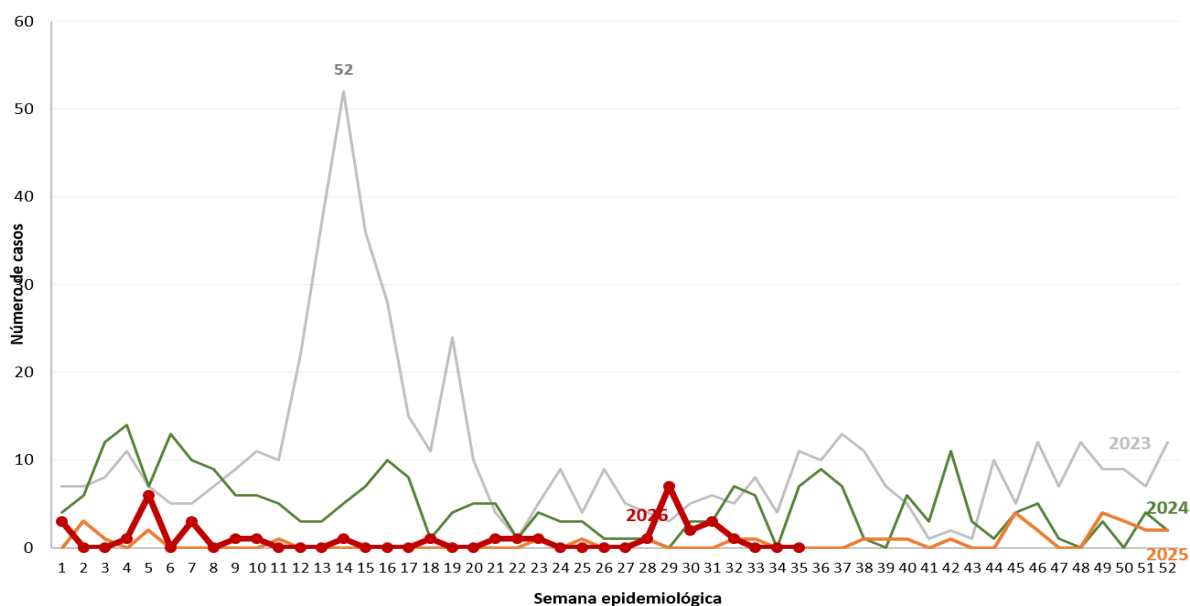
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

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 356

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

A la semana epidemiológica 36 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 415 y 192 casos, respectivamente.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 36 de 2026 se registran 49 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 36, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	43	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 84 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 69 casos, incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de autóctonos e importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

Distribución de casos por clasificación epidemiológica, especie y región del Ministerio de Salud, SE36-2026

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	–	–	–	–	–	5	5	–	–	–	–	–	–	5
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar Caribe	1	–	1	–	–	4	4	–	–	–	–	–	–	5
Huetar Norte	–	17	17	1	5	29	35	1	14	15	–	2	2	69
Total	1	18	19	1	5	43	49	1	14	15	–	2	2	85

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 **139 537 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 76 168 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 **1 238 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse a la figura 2.



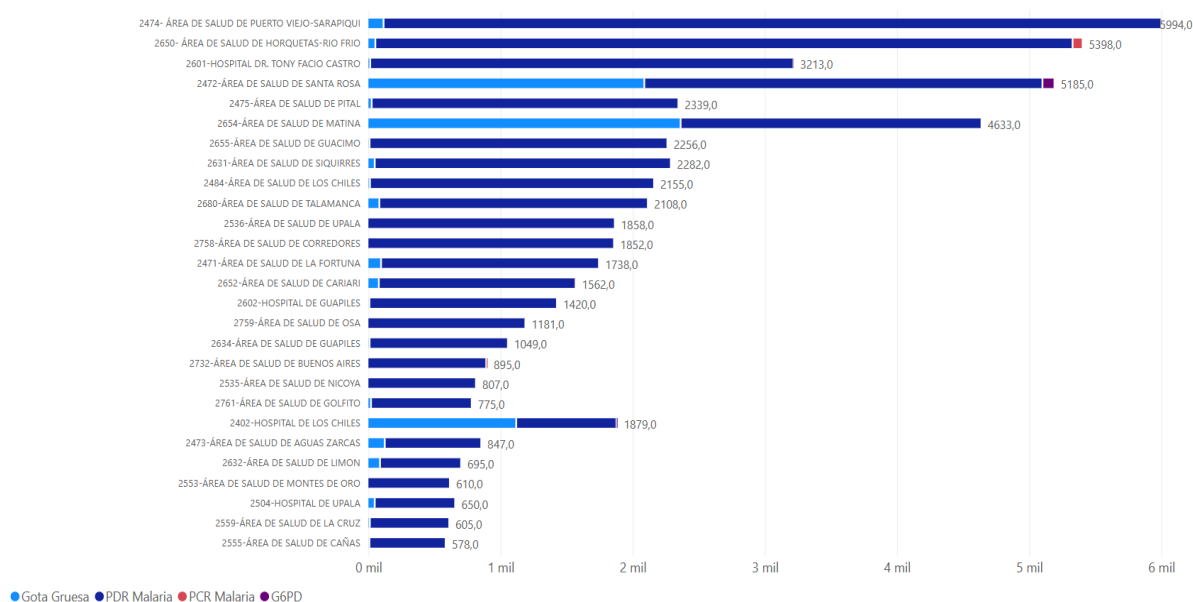
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)** ha realizado un **total de 63 369 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 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.

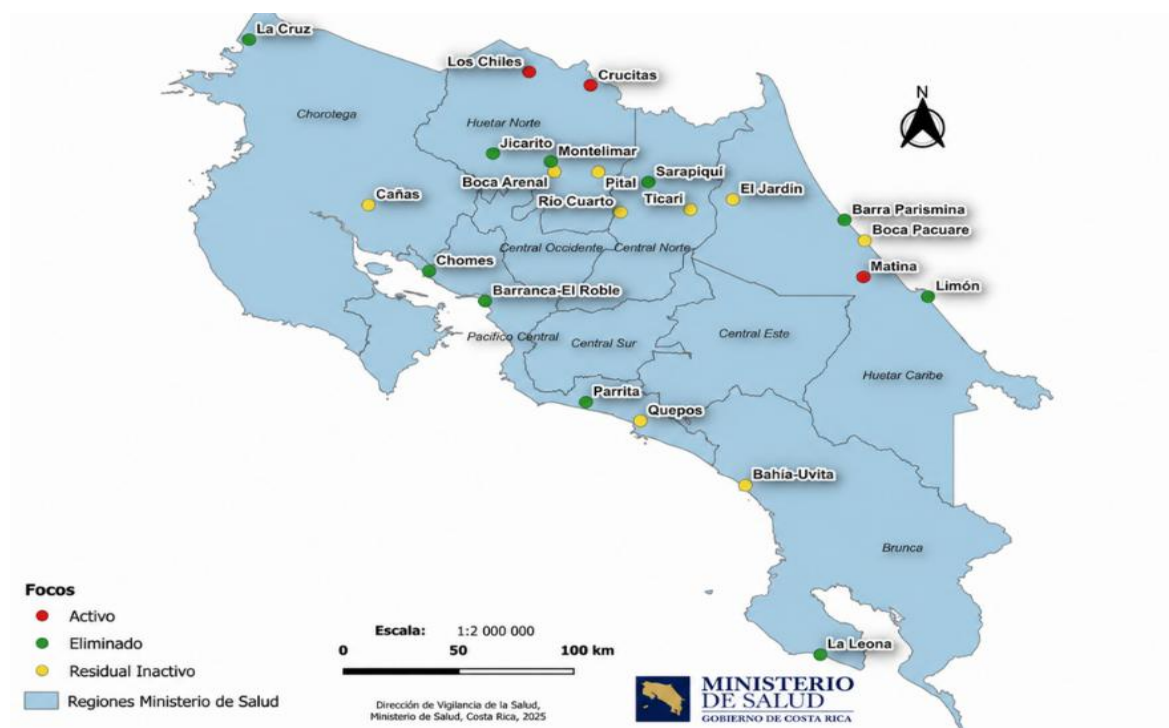
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 3 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 9 focos eliminados.



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 35

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 35 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 35.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	11 604
Viviendas positivas	666
Depósitos tratados	33 129
Depósitos eliminados	33 129
Criaderos	47 352
Depósitos positivos	3 720
Viviendas fumigadas	31 311

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 35 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	442 724
Viviendas positivas	20 516
Depósitos tratados	1 558 068
Depósitos eliminados	1 181 505
Criaderos	2 739 573
Depósitos positivos	48 215
Viviendas fumigadas	658 673

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

Resumen epidemiológico

Los eventos de notificación general disponibles alcanzan la SE36. En esa semana se registran preliminarmente 18 377 casos de IRAS, 161 de ETI, 18 de IRAG y 11 de neumonía. Los acumulados de 2026 alcanzan 963 554 casos de IRAS, 10 046 de ETI, 6 574 de IRAG y 5 417 de neumonía. Las cifras de la última semana disponible pueden aumentar por rezago de notificación.

El componente semanal del Hospital Nacional de Niños (HNN) alcanza la SE36; la situación operativa diaria dispone de corte al 22 de setiembre de 2026 (SE38).

En laboratorio respiratorio, con corte en la SE36, se identificaron 516 solicitudes con al menos un virus detectado; Rinovirus/Enterovirus presentó la mayor circulación, seguido por VRS y SARS-CoV-2. Los casos nacionales de COVID-19 tienen último dato en la SE36, con 85 casos. La CCSS reportó al 22 de setiembre 23 pacientes positivos hospitalizados en salón y 1 en UCI. En la SE38 se registró 1 fallecido con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso, correspondiente a hospitalización y ninguno a urgencias; este dato corresponde al registro institucional de la CCSS y no a la mortalidad nacional total.

Cuadro 1.

Costa Rica: Casos notificados en la última semana epidemiológica disponible y acumulados de IRAS, ETI, IRAG y neumonía, 2026.

Evento	Última SE	Casos en la SE	Acumulado 2026
IRAS	SE36	18 377	963 554
ETI	SE36	161	10 046
IRAG	SE36	18	6 574
Neumonía	SE36	11	5 417

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



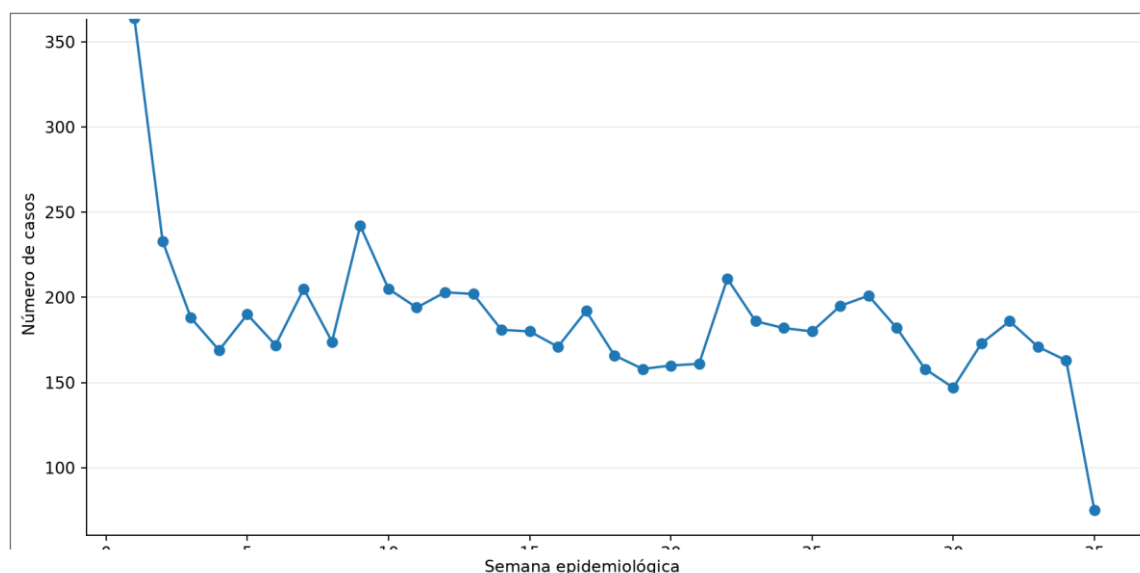
Infecciones respiratorias agudas graves (IRAG)

Según los registros de la boleta VE-01, a la SE36 se acumulan 6 574 casos de IRAG; en esa semana se notificaron preliminarmente 18 casos. Los grupos de edad con mayor número acumulado son las personas de 75 años y más (1 617), los niños de 1 a 4 años (1 146) y los menores de 1 año (1 103).

Las tasas acumuladas más altas se observan en la Región Brunca (208,7 por 100 000 habitantes), la Región Huetar Norte (184,9) y la Región Central Este (179,7). Entre las tasas más bajas se encuentran la Región Central Norte (96,9), la Región Huetar Caribe (81,7) y la Región Pacífico Central (73,0).

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos de IRAG por semana epidemiológica, 2026.

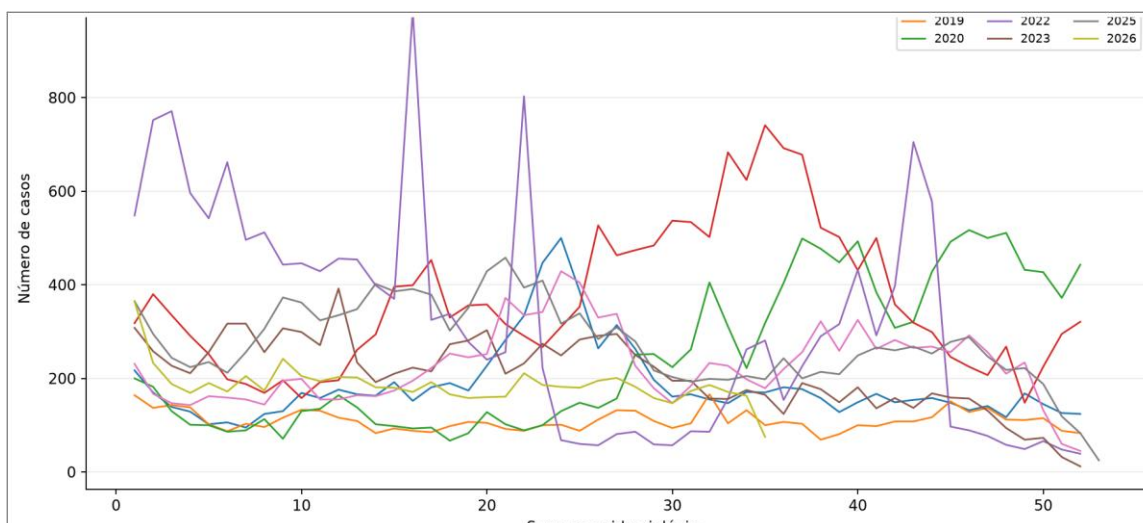


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



Gráfico 2.

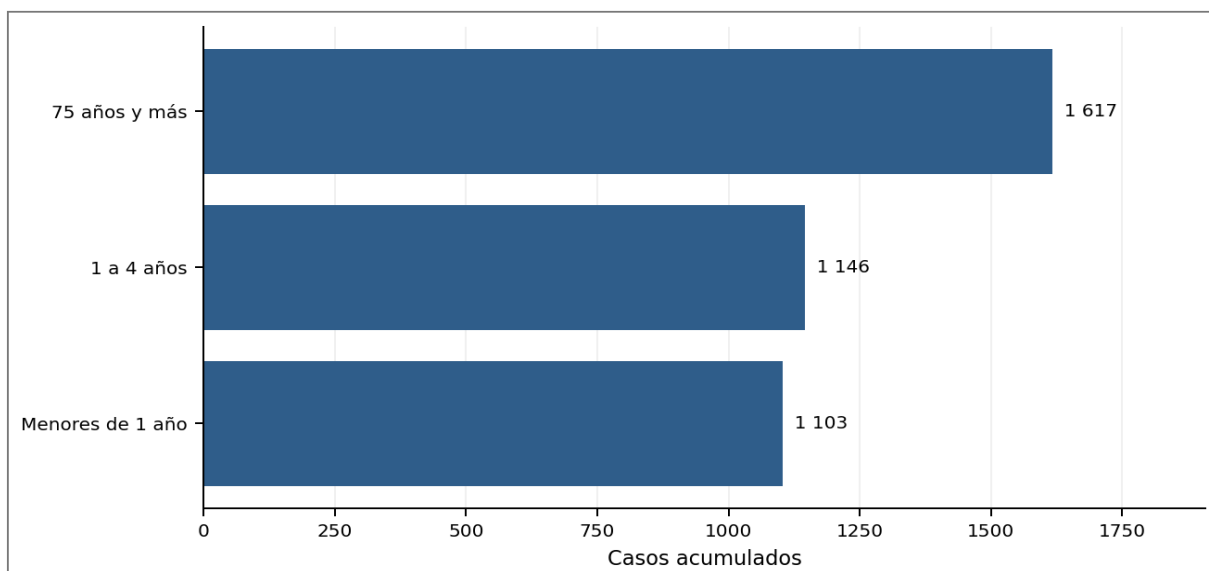
Costa Rica: Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica, 2018-2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 3.

Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de IRAG a la SE36, 2026.

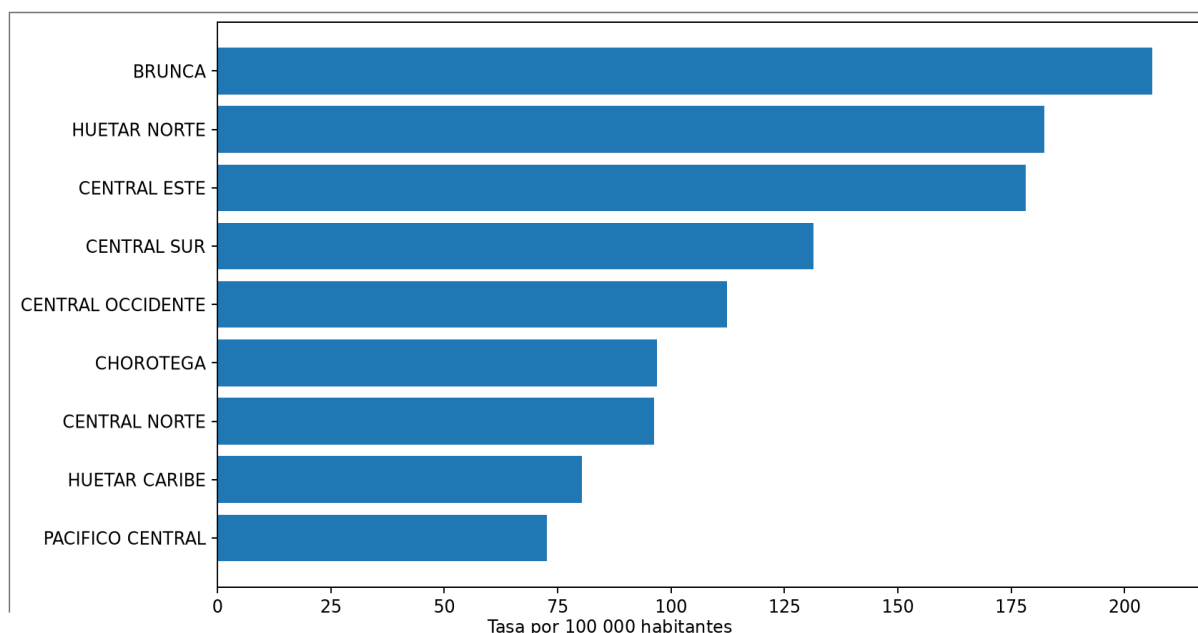


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



Gráfico 4.

Costa Rica: Tasa acumulada de IRAG por región del Ministerio de Salud a la SE36, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

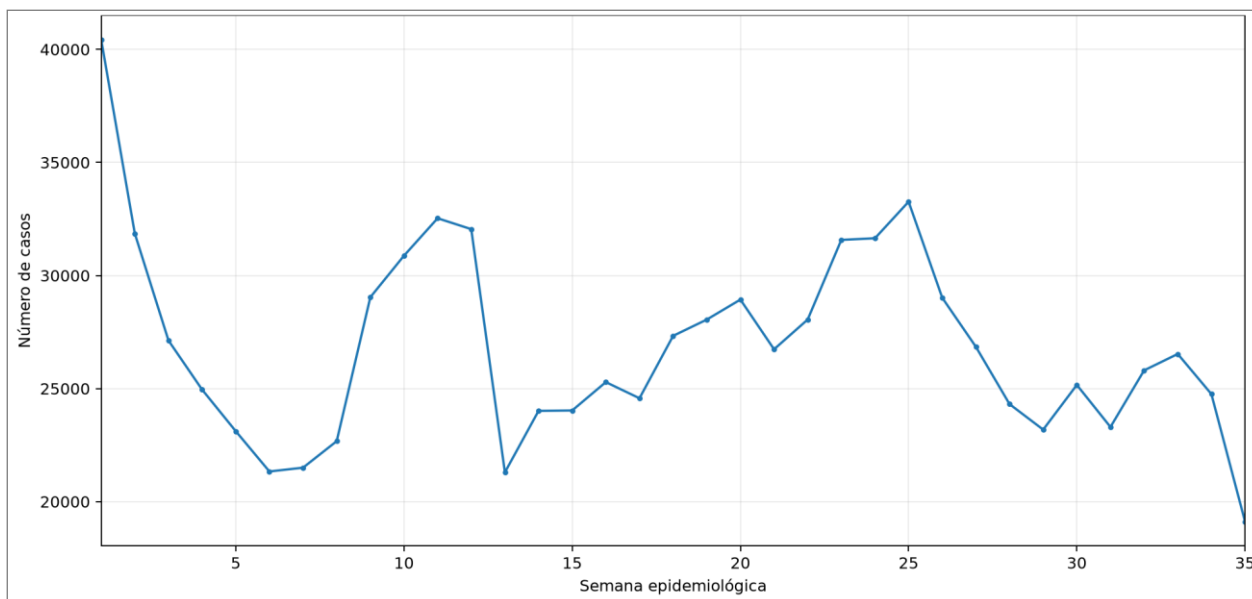
Infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS)

Según los registros de la boleta VE-02, a la SE36 se acumulan 963 554 casos de IRAS; en esa semana se registraron preliminarmente 18 377 casos. Los grupos de edad con mayor número acumulado son los niños de 1 a 4 años (106 618) y los de 5 a 9 años (98 488).

Las tasas acumuladas más altas corresponden a la Región Pacífico Central (31 752,0 por 100 000 habitantes), la Región Chorotega (20 480,4) y la Región Huetar Caribe (20 468,5). Entre las tasas más bajas se encuentran la Región Central Este (16 412,0), la Región Central Sur (16 053,6) y la Región Brunca (16 003,3).

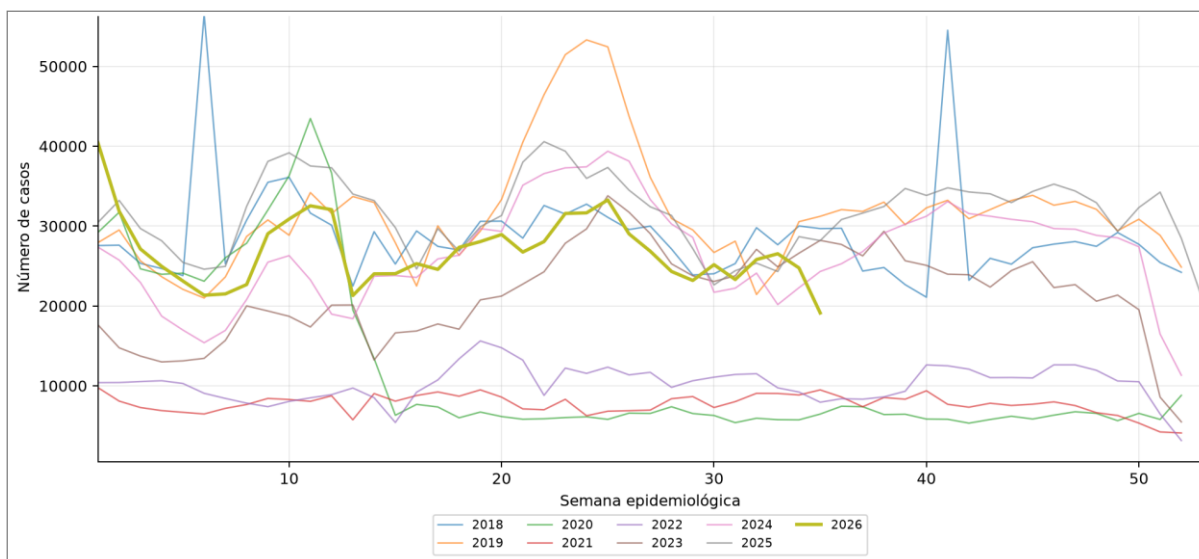


Gráfico 5.
Costa Rica: Casos semanales de IRAS, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 6.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de IRAS, 2018-2026.

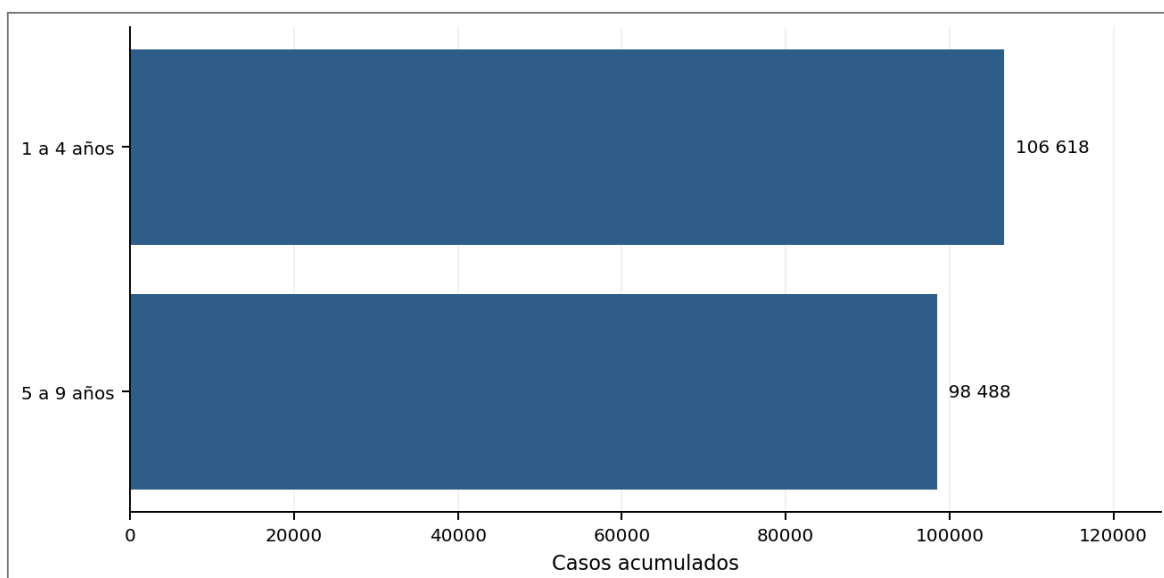


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



Gráfico 7.

Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de IRAS a la SE36, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

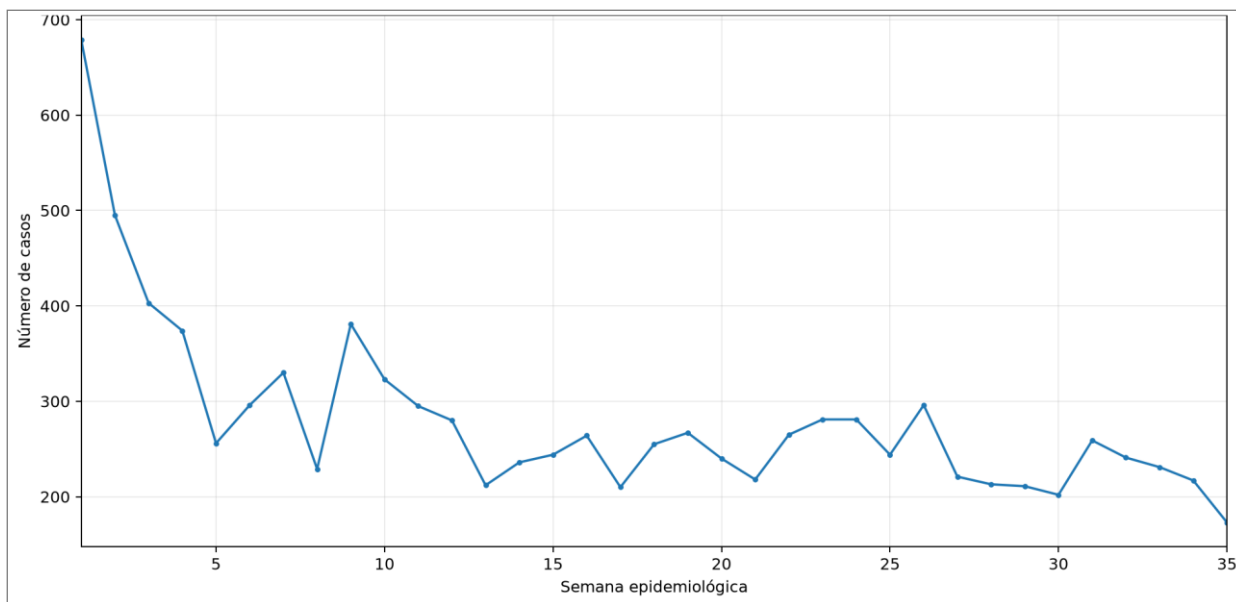
Enfermedad tipo influenza (ETI)

Según los registros de la boleta VE-02, a la SE36 se acumulan 10 046 casos de ETI; en esa semana se registraron preliminarmente 161 casos. Los grupos de edad con mayor número acumulado son 30 a 34 años (913 casos) y 25 a 29 años (874 casos).

Las tasas acumuladas más altas se observan en la Región Central Occidente (1 440,2 por 100 000 habitantes), la Región Pacífico Central (374,1) y la Región Huetar Norte (322,6). Entre las tasas más bajas se encuentran la Región Brunca (37,4), la Región Central Sur (72,6) y la Región Central Este (95,1).

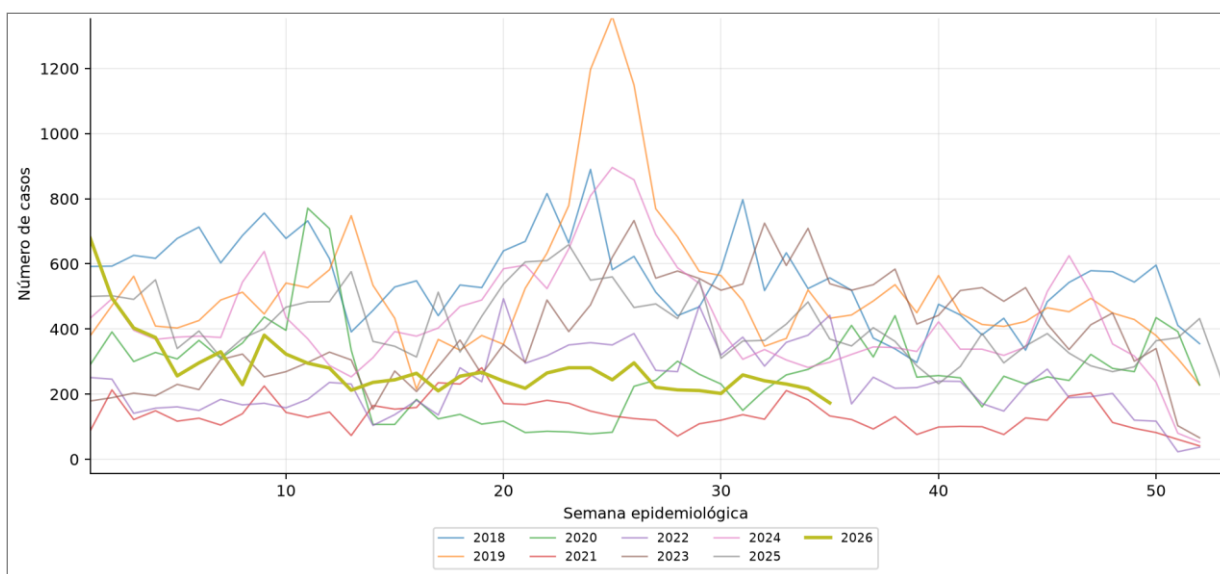


Gráfico 8.
Costa Rica: Casos semanales de ETI, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 9.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de ETI, 2018-2026.

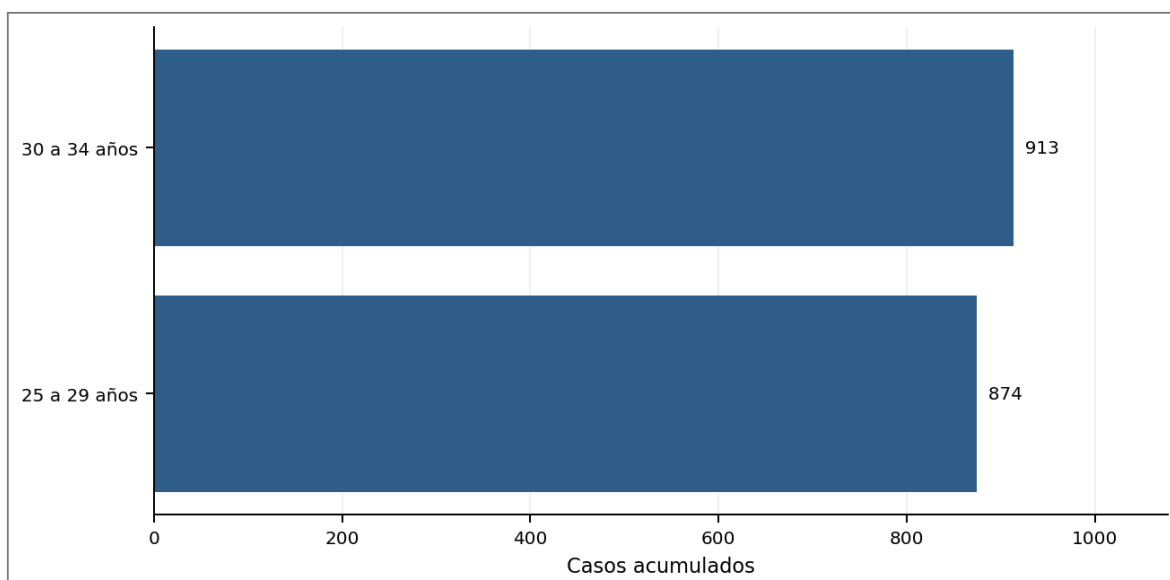


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



Gráfico 10.

Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de ETI a la SE36, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

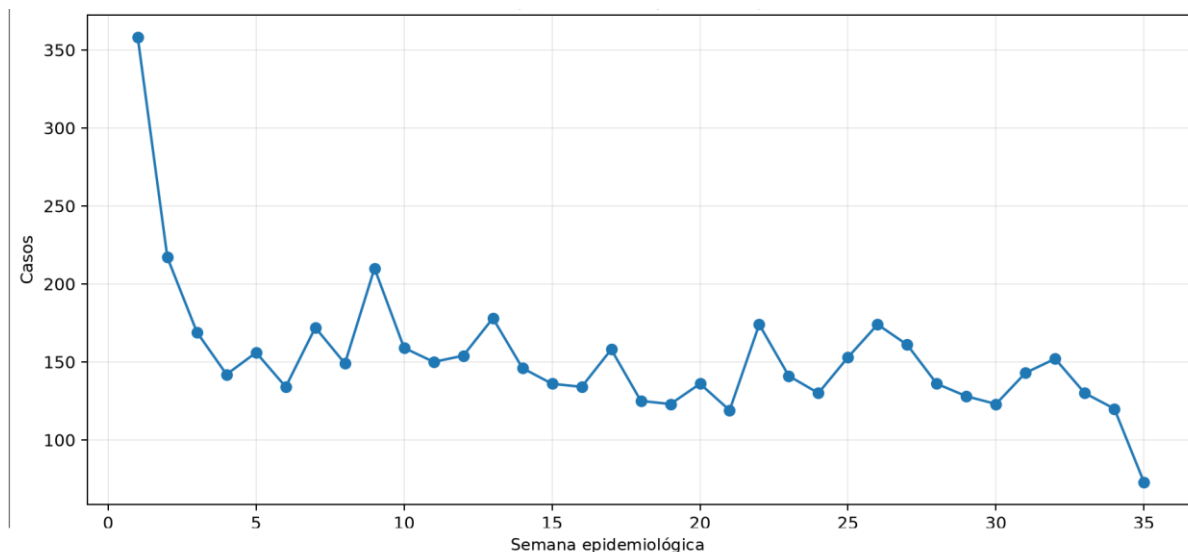
Neumonía

A la SE36 se registran 5 417 casos acumulados de neumonía; en esa semana se contabilizan preliminarmente 11 casos. Los grupos con mayor acumulado son 75 años y más (1 346), 1 a 4 años (753) y menores de 1 año (659). La distribución acumulada por sexo es similar: 2 718 casos en mujeres y 2 699 en hombres.



Gráfico 11.

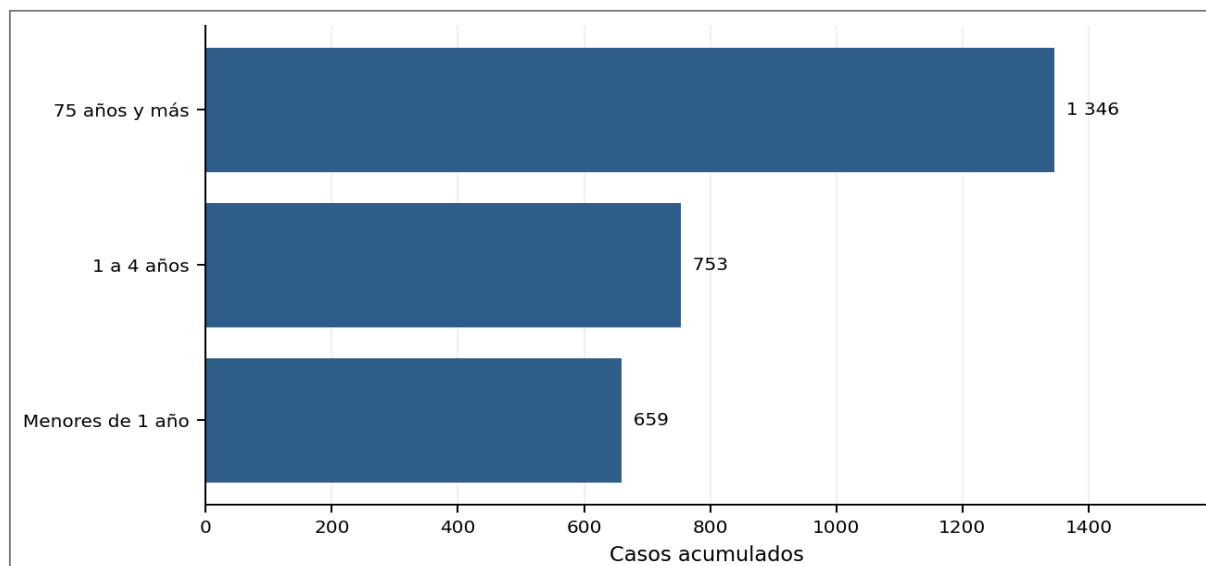
Costa Rica: Neumonía notificada por semana epidemiológica, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 12.

Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de neumonía a la SE36, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



Vigilancia de laboratorio de virus respiratorios

Con corte en la SE36, se identificaron 516 solicitudes con al menos un virus respiratorio detectado. Rinovirus/Enterovirus presentó la mayor circulación, seguido por virus respiratorio sincial (VRS) y SARS-CoV-2. La interpretación de este componente se realiza junto con la notificación sindrómica, la vigilancia hospitalaria y la situación pediátrica.

Situación pediátrica - Hospital Nacional de Niños

La situación pediátrica integra dos componentes complementarios: el reporte operativo diario y la vigilancia epidemiológica semanal del HNN. El reporte operativo diario dispone de corte al 22 de setiembre de 2026 (SE38), mientras que la vigilancia epidemiológica semanal mantiene como último corte disponible la SE36; ambos se presentan por separado para conservar la temporalidad propia de cada fuente.

Cuadro 2.

Costa Rica: Situación operativa respiratoria, Hospital Nacional de Niños, 22 de setiembre de 2026.

Indicador	Dato
Pacientes respiratorios hospitalizados	75
Camas de hospitalización respiratoria	84
Ocupación respecto de dotación habitual	112%
Ocupación respecto de dotación expandida	89%
Pacientes respiratorios en Emergencias	8
Total de pacientes respiratorios HNN	83
Pacientes en UCI (total)	24
Pacientes respiratorios en UCI	17

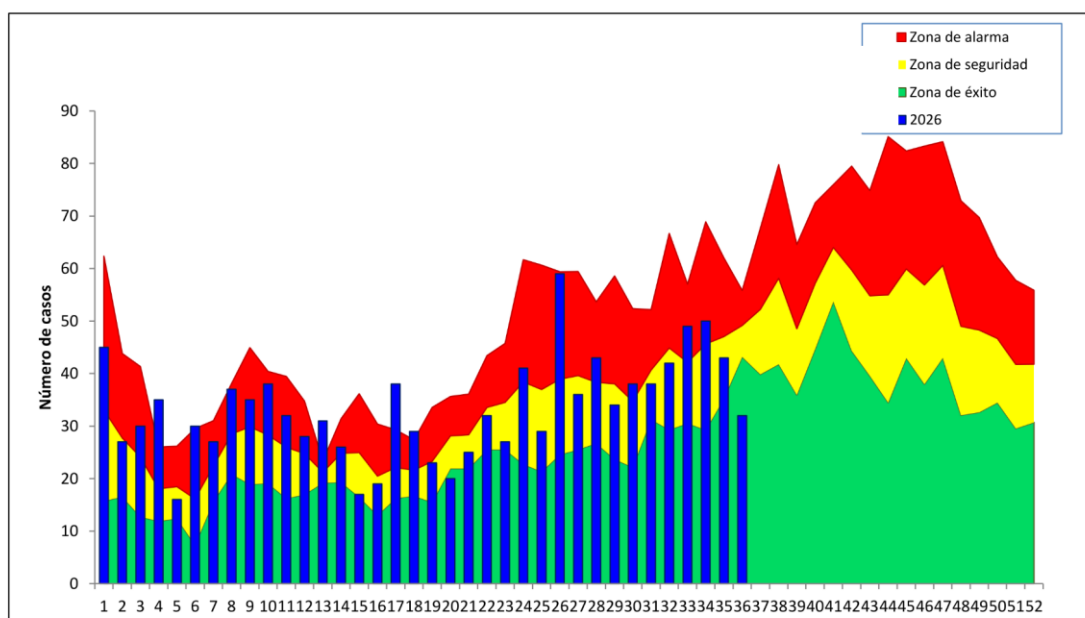
Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Reporte operativo diario del 22/09/2026.

En la SE36 se registraron 32 hospitalizados por IRAG, 16 de ellos críticos (50,0%). En laboratorio se procesaron 137 muestras respiratorias, de las cuales 69 fueron positivas (50,0%). La mortalidad acumulada por IRAG es de 13 fallecimientos al 17/09/2026.



Gráfico 15.

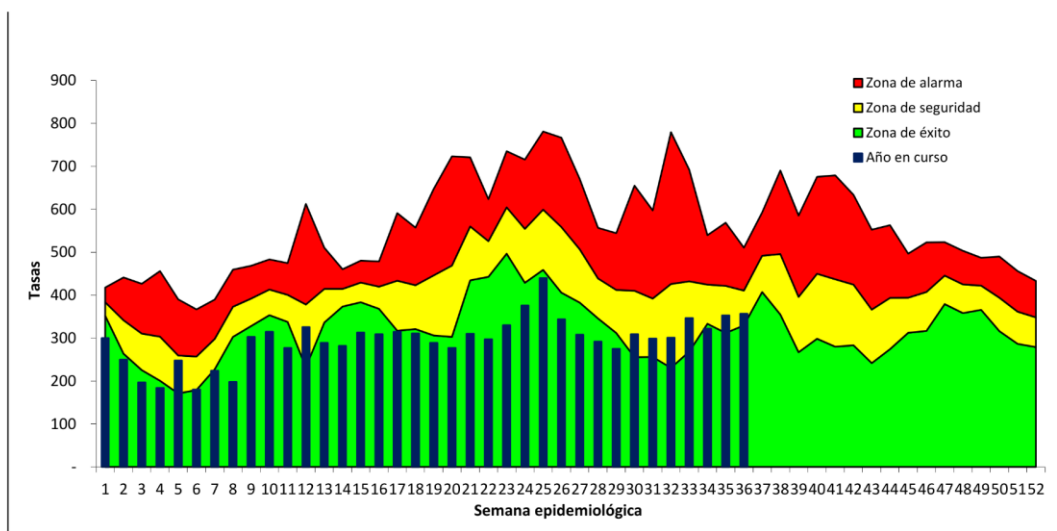
Costa Rica: Canal endémico de IRAG, Hospital Nacional de Niños, 2026.



Fuente: EDUS-UEPCI, Hospital Nacional de Niños, CCSS, 2026.

Gráfico 16.

Costa Rica: Corredor endémico de IRAS, Hospital Nacional de Niños, 2026.

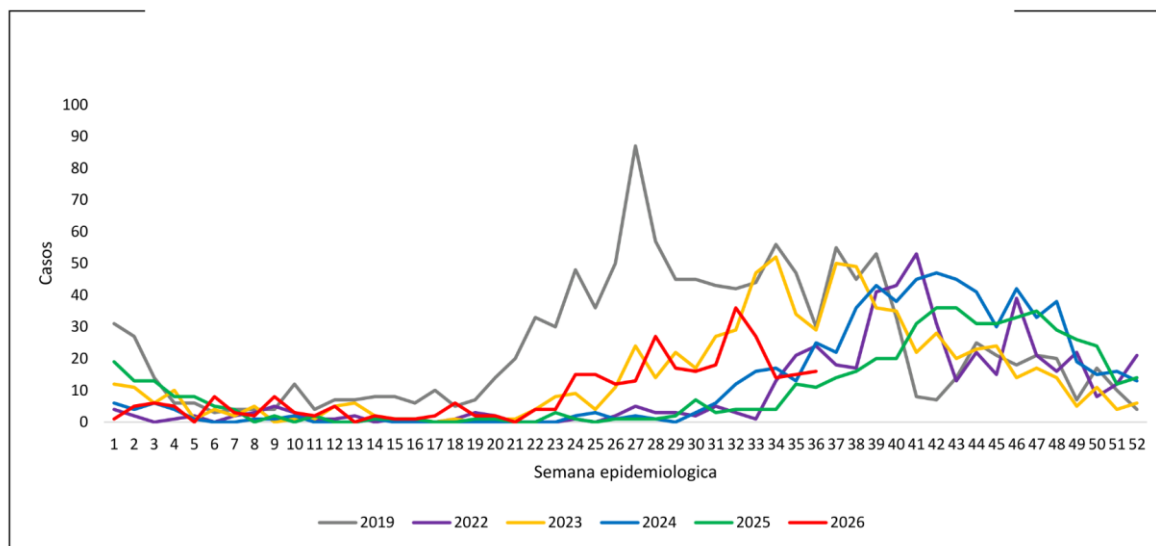


Fuente: Sistemas de Cubos-UEPCI, Hospital Nacional de Niños, CCSS, 2026.



Gráfico 17.

Costa Rica: Comportamiento del virus respiratorio sincicial (VRS), Hospital Nacional de Niños, 2019-2026.



Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de Microbiología e Inmunología, Hospital Nacional de Niños, CCSS, 2026.

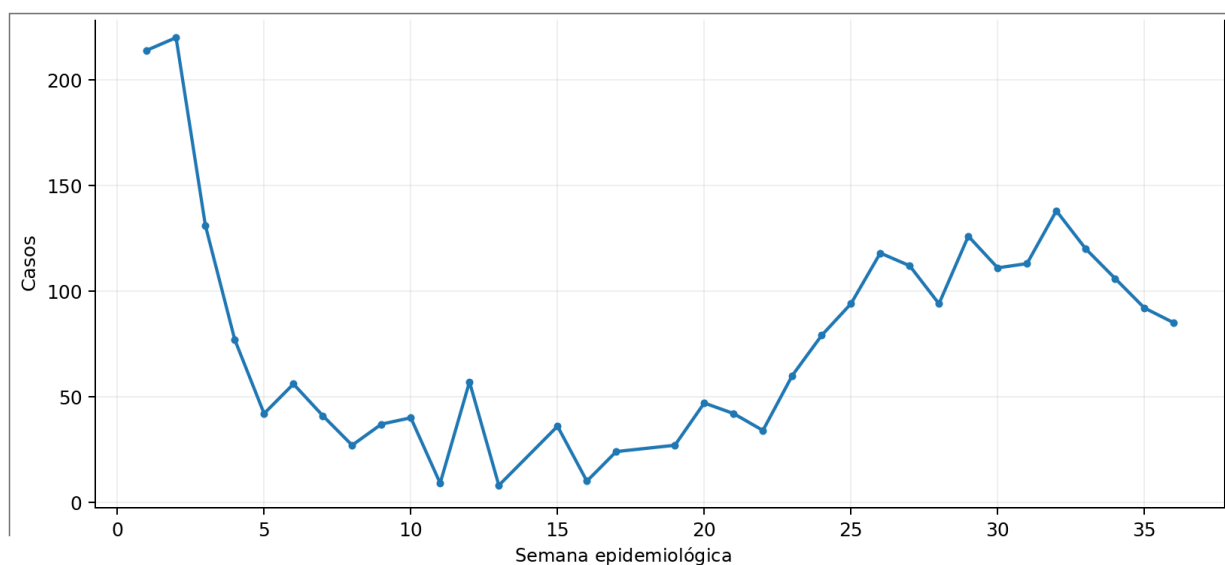


COVID-19

Los casos nacionales de COVID-19 cuentan con último dato disponible en la SE36, con 85 casos registrados. La última semana disponible se presenta como dato de vigilancia y no se utiliza de manera aislada para inferir una tendencia.

Gráfico 18.

Costa Rica: Casos nacionales de COVID-19 por semana epidemiológica, 2026.



Fuente: Vigilancia nacional de COVID-19, sector público y privado. Ministerio de Salud, 2026.

Hospitalización y fallecidos registrados por la CCSS

Al corte del 22 de setiembre de 2026, la CCSS reportó 23 pacientes positivos hospitalizados en salón y 1 paciente en UCI. En cuanto a los fallecidos, el último dato disponible corresponde a la SE38, con 1 fallecido con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso: 1 en hospitalización y ninguno en urgencias. Estos fallecidos corresponden al registro hospitalario institucional de la CCSS y no representan la mortalidad nacional total por COVID-19.



Cuadro 3.

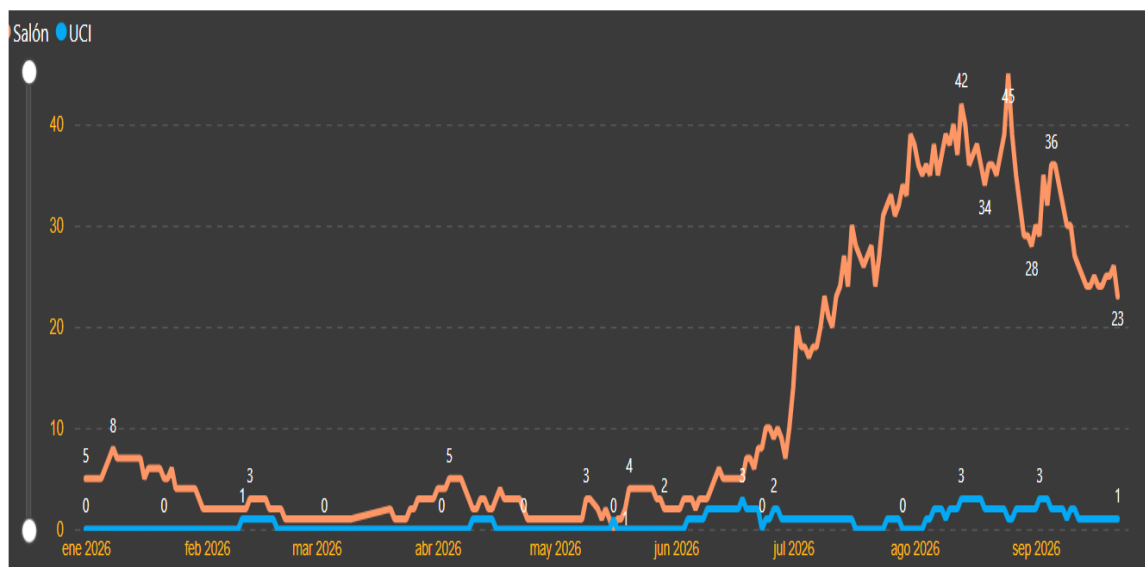
Costa Rica: Pacientes positivos por COVID-19 hospitalizados al corte, CCSS, 2026.

Corte	Semana	Salón	UCI
17/09/2026	SE37	24	1
21/09/2026	SE38	26	1
22/09/2026	SE38	23	1

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional, 2026.

Gráfico 19.

Costa Rica: Pacientes positivos por COVID-19 hospitalizados en salón y UCI según fecha de corte, CCSS, 2026.

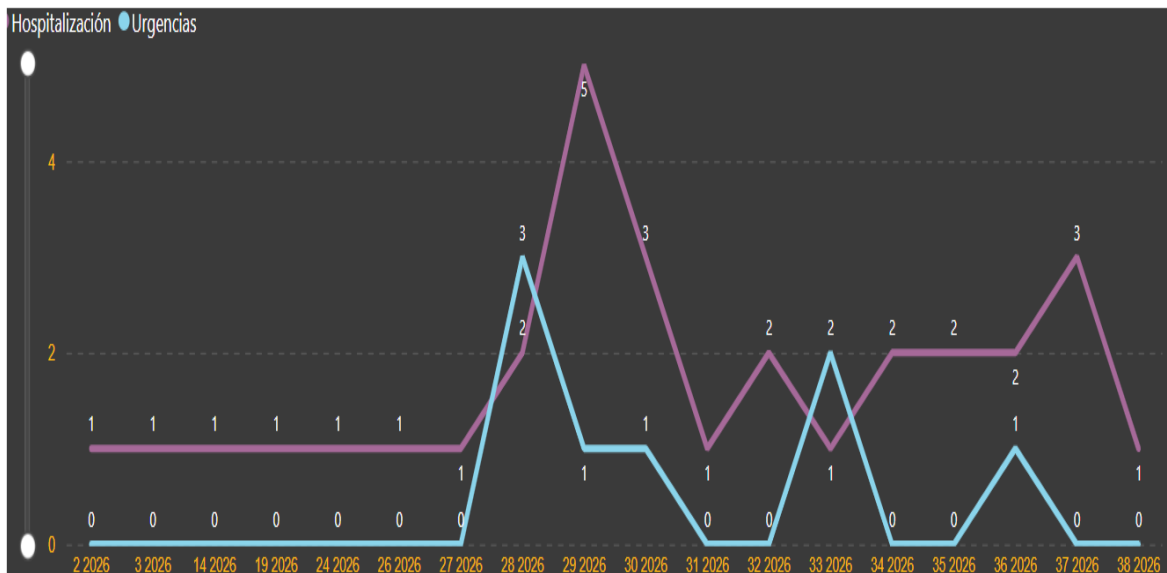


Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional, 2026.



Gráfico 20.

Costa Rica: Fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso y servicio, CCSS, 2026.



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional, 2026

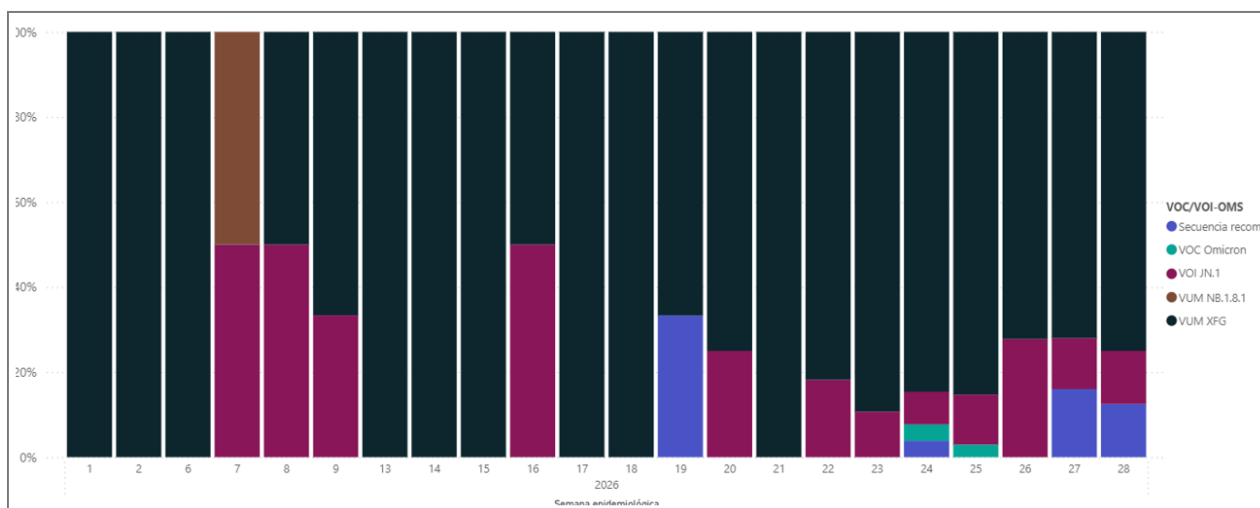


Vigilancia genómica de SARS-CoV-2

El último corte visual disponible del panel de vigilancia genómica de INCIENSA alcanza la SE28 de 2026.

Gráfico 21.

Costa Rica: Proporción de linajes identificados según semana y año epidemiológico para VOC/VOI/VUM, 2026.



Fuente: INCIENSA, vigilancia genómica de SARS-CoV-2, 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 21 de setiembre 2026.

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 36 del 2026 se contabilizan 330747 casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas (SE) de la 1 a la 36. 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 36 se registran preliminarmente 4206 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 36 se registraron 62095 casos de EDA, con un promedio de 6899 casos por semana. Durante este período se observa una disminución en los registros semanales, pasando de 8324 casos en la SE 27 a 4206 en la SE 36 lo que representa una reducción observada de 49,5%.

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.

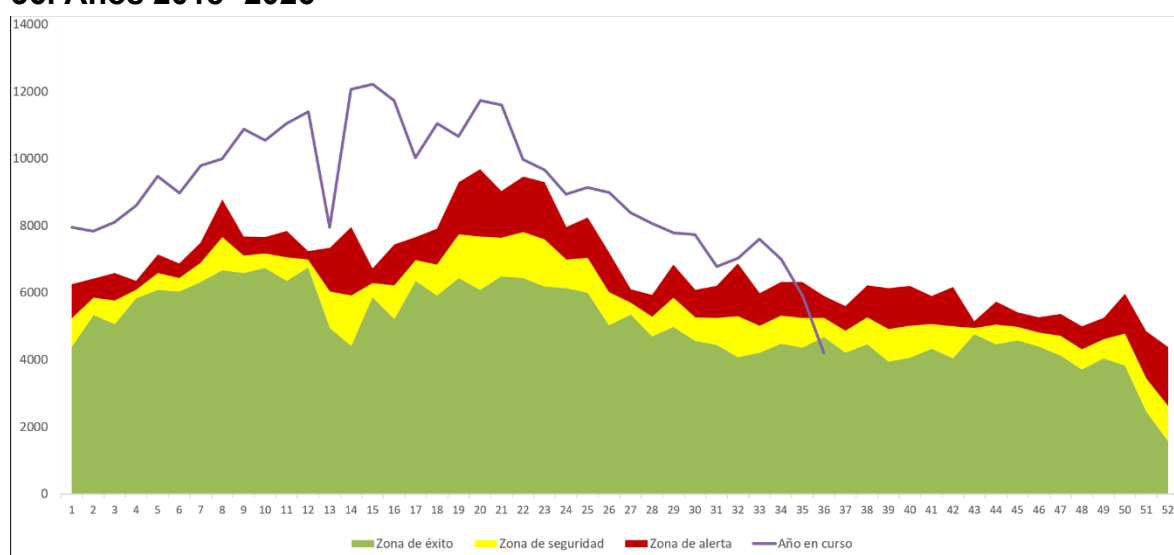
En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia, sin que la información disponible hasta la SE 36 permita establecer una situación epidémica nacional generalizada.



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 36. 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.

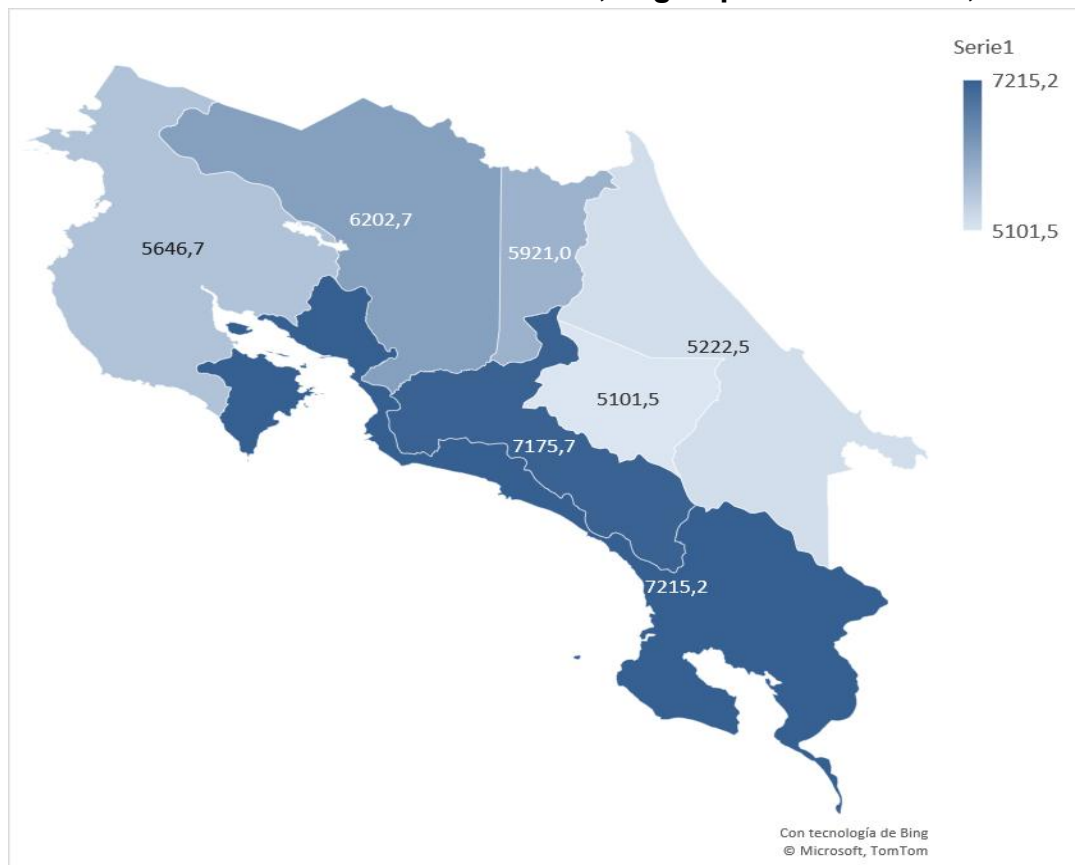
Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 36 de 2026 se estima a 6339 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 36, 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 9268 casos por 100 000 habitantes, seguido de la Región Central Sur, con alrededor de 7483 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 11 237,5 casos por 100 000 habitantes, seguido de Vázquez de Coronado (10 863,4), Flores (10



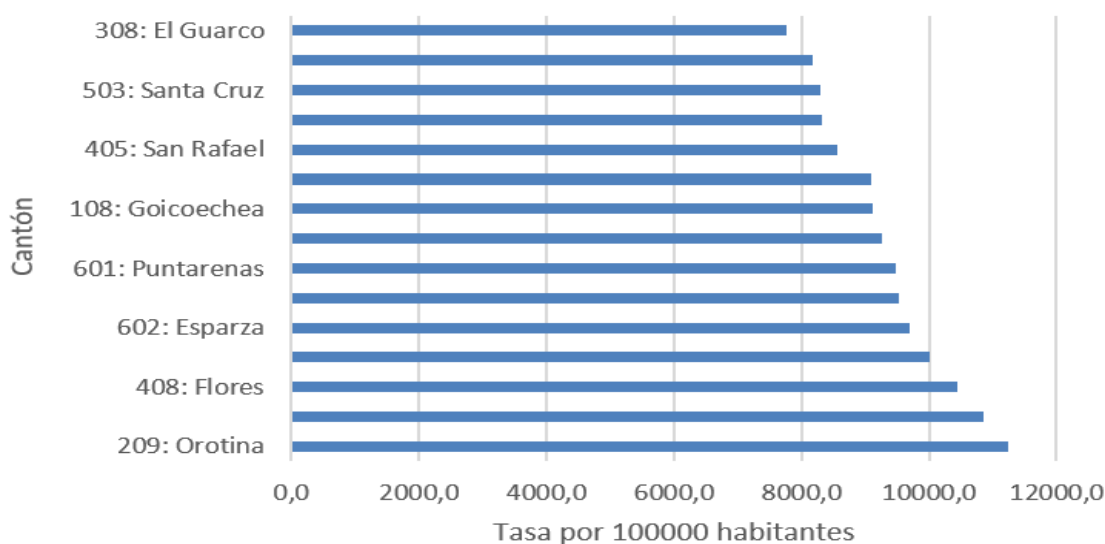
453,1), Montes de Oro (10 020,9) y Esparza (9 691,4). Estas tasas se encuentran entre las más elevadas observadas en el período analizado.

También presentan incidencias elevadas los cantones de Mora (9 520,2), Puntarenas (9 471,3), San José (9 266,3), Goicoechea (9 124,5) y Alajuelita (9 088,6). Asimismo, destacan San Rafael (8 555,3), Cañas (8 325,2), Santa Cruz (8 301,5), Garabito (8 175,5) y El Guarco (7 762,0), evidenciando la presencia de cantones con alta 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 36, 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 11 026,4 casos por 100 000 habitantes, seguido por el grupo de 25 a 29 años (9 985,4), 1 a 4 años (9 473,9) y menores de 1 año (9 021,7).

Este comportamiento concentra la atención en dos grupos de interés epidemiológico: los menores de cinco años, por su importancia epidemiológica y mayor 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 6 009,0 casos por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 3 030,5 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 (41 747 casos) y 25 a 29 años (41 175), seguidos por los grupos de 35 a 39 años (35 507) y 30 a 34 años (35 196).

De acuerdo con los datos consignados en el cuadro, se registran 178 401 casos en mujeres y 151 740 en hombres. En la distribución por edad, el número de casos es mayor en hombres en los grupos de menos de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años y 35 a 39 años. En los demás grupos etarios predominan los casos registrados en mujeres.



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 seis semanas del año 2026.

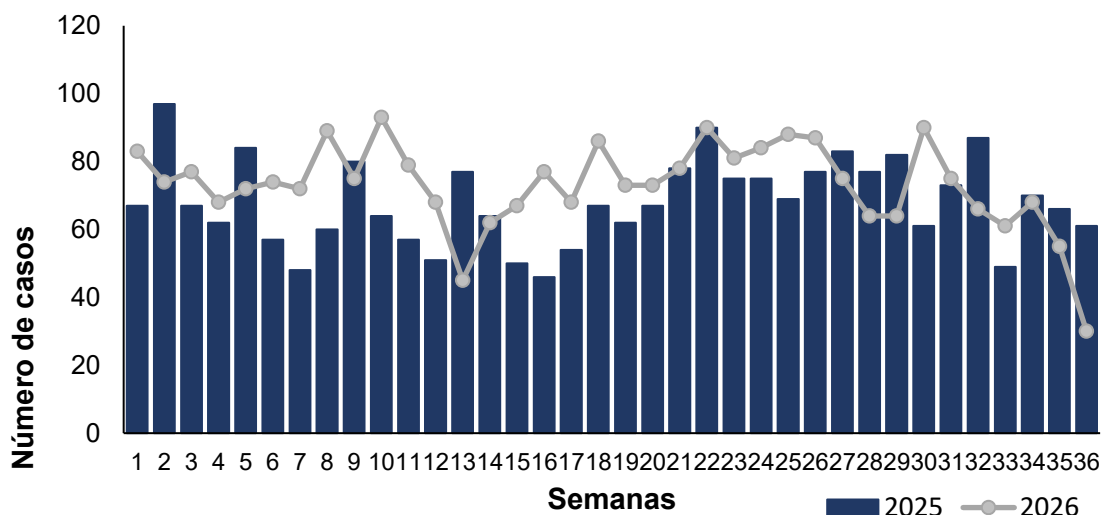
Sífilis en todas sus formas

Para la semana epidemiológica 36 del año 2026 se registraron 2.632 casos, en comparación con 2.226 casos observados en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 18,24%. Este comportamiento refleja un aumento absoluto de 406 casos adicionales respecto al año anterior, evidenciando una tendencia ascendente en la ocurrencia del evento bajo vigilancia. La magnitud del incremento sugiere la necesidad de mantener un seguimiento estrecho de la situación epidemiológica, con el fin de identificar posibles factores asociados al aumento y evaluar oportunamente las medidas de prevención, vigilancia y control implementadas. 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

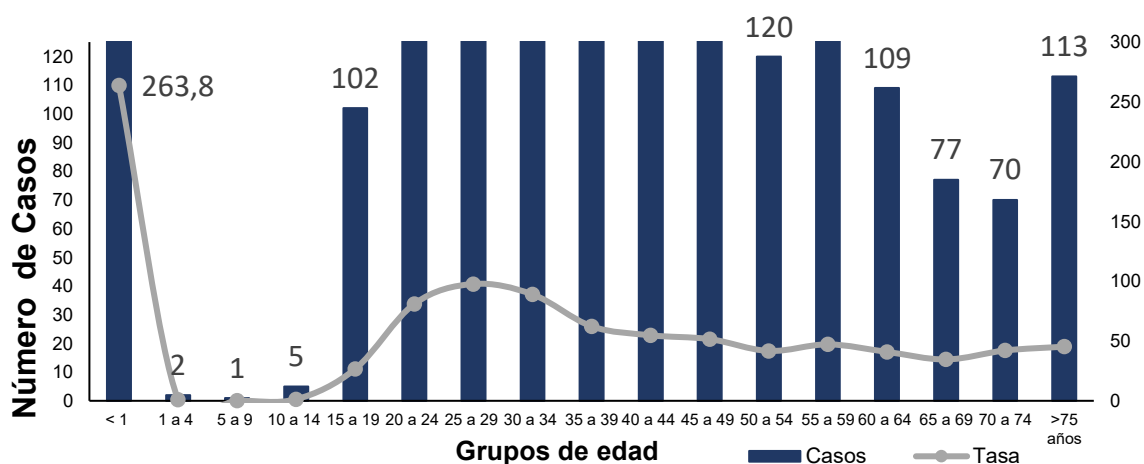


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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 36 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.



Para la semana epidemiológica 36, la distribución de los casos notificados de sífilis en todas sus formas muestra que la mayor carga de enfermedad se concentra en la población adulta joven. Los grupos de 25 a 29 años y 30 a 34 años registran el mayor número de casos, con 403 y 384 casos, respectivamente, así como las tasas más elevadas entre los grupos de edad adultos (97,7 y 89,0 casos por 100.000 habitantes).

A partir de los 35 años se observa un descenso progresivo en el número de casos y las tasas, aunque la transmisión continúa siendo importante en todos los grupos adultos. Destaca además la elevada tasa observada en los menores de 1 año (263,8 por 100.000 habitantes), correspondiente principalmente a casos de sífilis congénita, lo que evidencia la transmisión materno-infantil y la necesidad de fortalecer las acciones de tamizaje y tratamiento oportuno durante el embarazo, en este punto es importante mencionar que cada caso es analizado con el objetivo de establecer la clasificación final. En total, se notificaron 2.632 casos, para una tasa nacional de 50,4 casos por 100.000 habitantes, confirmando que la sífilis continúa siendo un problema relevante de salud pública en Costa Rica, especialmente entre personas jóvenes sexualmente activas.

Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 36 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	2591	49,7
San José	1078	64,7
Alajuela	329	30,4
Cartago	307	57,5
Heredia	223	40,5
Guanacaste	91	21,8
Puntarenas	174	34,2
Limón	430	93,9

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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



El análisis por provincia evidencia una distribución heterogénea de la enfermedad, destacando Limón como la provincia con la mayor tasa de incidencia (93,9 por 100.000 habitantes) y 430 casos, casi el doble de la tasa nacional. Asimismo, San José concentra el mayor número absoluto de casos (1.078 casos) y presenta una tasa elevada (64,7 por 100.000 habitantes), seguida por Cartago con 307 casos y una tasa de 57,5 por 100.000 habitantes. En contraste, Guanacaste (21,8 por 100.000 habitantes) y Alajuela (30,4 por 100.000 habitantes) registran las tasas más bajas del país.

Estos hallazgos sugieren una mayor transmisión de la sífilis en las provincias de Limón, San José y Cartago, por lo que resulta prioritario fortalecer en estas áreas las acciones de prevención, detección temprana, acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno, así como las intervenciones dirigidas a las poblaciones con mayor riesgo de infección.

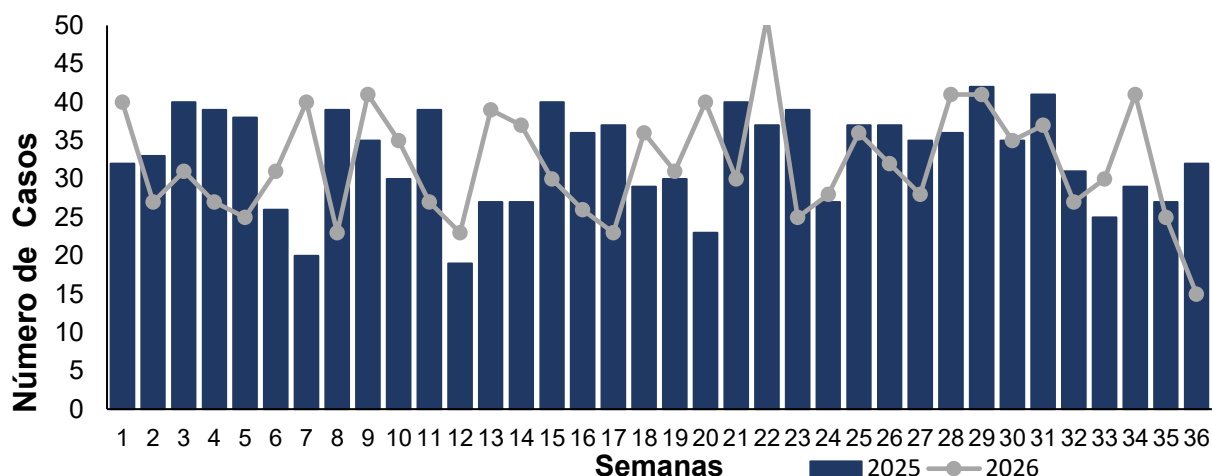
Infección por Gonorrea

Para la semana epidemiológica 36 del año 2026 se notificaron 1.154 casos de gonorrea, en comparación con 1.054 casos registrados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 9,49%. Este aumento equivale a 100 casos adicionales respecto al año anterior, evidenciando una tendencia ascendente en la ocurrencia de esta infección de transmisión sexual. Aunque el incremento es de menor magnitud que el observado en sífilis, el comportamiento continúa siendo relevante desde el punto de vista de salud pública, ya que podría reflejar una persistencia de las cadenas de transmisión, brechas en las medidas de prevención o una mayor captación diagnóstica. Por lo tanto, resulta fundamental continuar con las estrategias de promoción de la salud sexual, la detección temprana, el acceso oportuno al tratamiento y las actividades de vigilancia epidemiológica para reducir la transmisión y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.



Gráfico 3

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

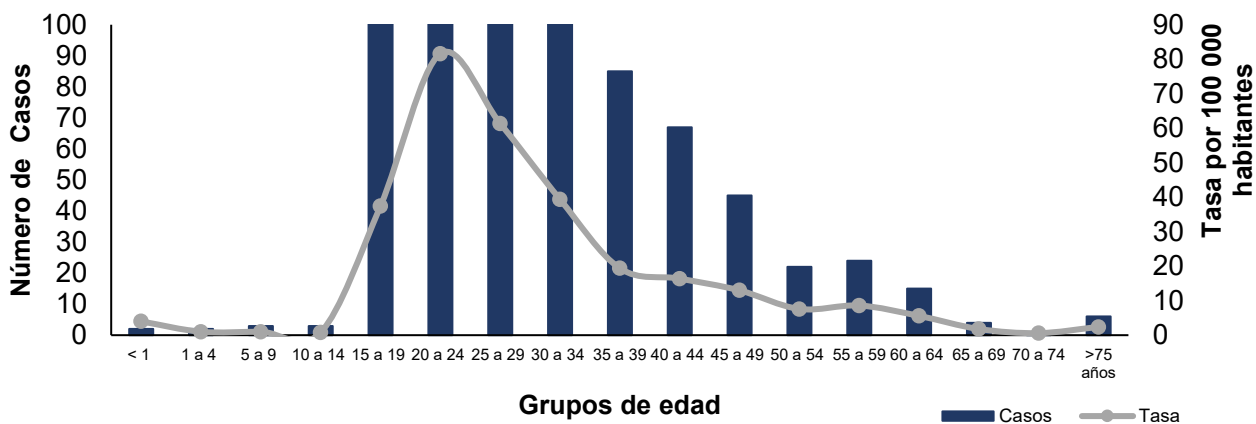


Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 36 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 Gonorrea presenta una distribución por edad concentrada principalmente en la población joven y adulta joven. El grupo de 20 a 24 años registra la mayor carga de enfermedad, con 309 casos y la tasa más alta del país (81,6 por 100.000 habitantes), seguido por las personas de 25 a 29 años con 253 casos y una tasa de 61,4 por 100.000 habitantes. Asimismo, los grupos de 15 a 19 años y 30 a 34 años muestran una importante afectación, con tasas de 37,4 y 39,4 por 100.000 habitantes, respectivamente. A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva tanto en el número de casos como en las tasas de incidencia, mientras que los casos en menores de 15 años y adultos mayores son poco frecuentes.

En total, se notificaron 1.154 casos, para una tasa nacional de 22,1 casos por 100.000 habitantes, evidenciando que la transmisión de la gonorrea continúa concentrándose en personas jóvenes sexualmente activas, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de educación sexual integral, promoción del uso correcto y consistente del preservativo, diagnóstico oportuno.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 36 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	1154	22,1
San José	496	29,8
Alajuela	128	11,8
Cartago	119	22,3
Heredia	102	18,5
Guanacaste	27	6,5
Puntarenas	135	26,5
Limón	147	32,1

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



El análisis por provincia muestra una distribución desigual de la enfermedad, siendo Limón la provincia con la mayor tasa de incidencia (32,1 por 100.000 habitantes), seguida por San José (29,8) y Puntarenas (26,5), todas por encima de la tasa nacional. En términos absolutos, San José concentra la mayor cantidad de casos (496), representando cerca de la mitad de las notificaciones del país, mientras que Limón (147 casos) y Puntarenas (135 casos) presentan también una carga importante de enfermedad. Por el contrario, Guanacaste registra la menor incidencia, con 27 casos y una tasa de 6,5 por 100.000 habitantes, seguida de Alajuela con una tasa de 11,8 por 100.000 habitantes. Estos hallazgos evidencian una mayor transmisión de la gonorrea en las provincias costeras y en la Región Central, particularmente en Limón y San José, lo que sugiere la necesidad de continuar y de fortalecer las estrategias de prevención, promoción de prácticas sexuales seguras, detección temprana, tratamiento oportuno.

El análisis por sexo evidencia una marcada concentración de la enfermedad en la población masculina, que acumuló 1.006 casos (87,2% del total) y una tasa de 38,6 por 100.000 habitantes, mientras que en las mujeres se registraron 148 casos (12,8%) con una tasa de 5,7 por 100.000 habitantes. La tasa en los hombres es aproximadamente 6,8 veces superior a la observada en las mujeres, lo que sugiere una mayor transmisión y detección de la infección en esta población. Este patrón coincide con la epidemiología observada en otros países, donde la gonorrea afecta predominantemente a hombres jóvenes sexualmente activos.

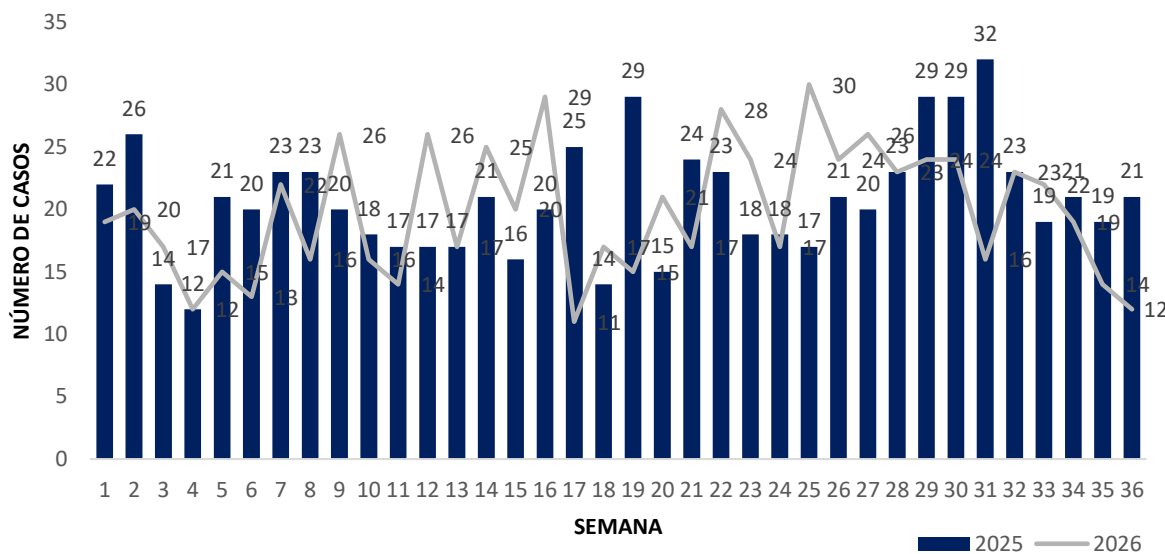
Infección por el virus del herpes simple (VHS)

Para la semana epidemiológica 36 de 2026 se notificaron 714 casos de infección por virus del herpes, en comparación con 652 casos registrados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 9,51%. Este aumento corresponde a 62 casos adicionales respecto al año anterior, evidenciando una tendencia ascendente sostenida en la notificación de esta infección. Aunque el incremento es moderado, el comportamiento observado sugiere una persistencia de la transmisión en la población y resalta la importancia de fortalecer las actividades de educación para la salud, el reconocimiento temprano de los signos y síntomas, así como el acceso oportuno a los servicios de diagnóstico y atención. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



Gráfico 5.

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

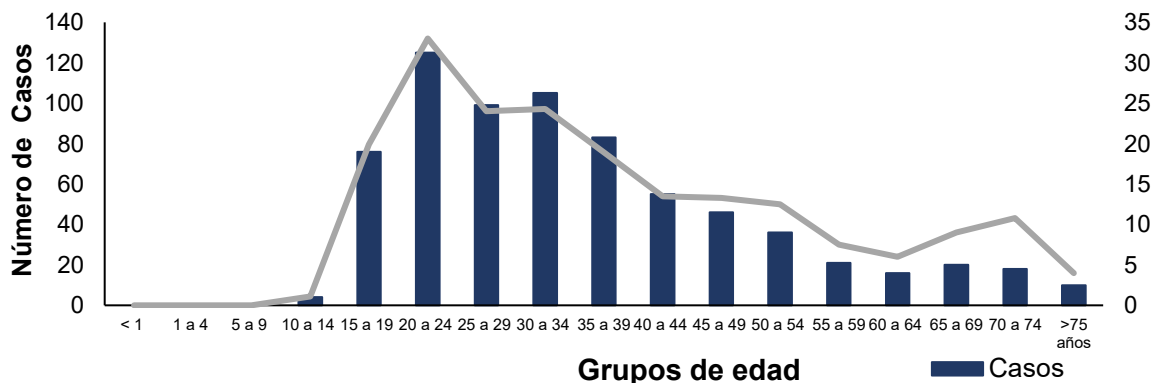


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

Gráfico 6.

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, por grupos de edad en las semanas 1 a 36 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes.



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



El grupo de 20 a 24 años registró la mayor carga de enfermedad, con 125 casos y la tasa más alta (33,0 por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 30 a 34 años con 105 casos (tasa: 24,3) y 25 a 29 años con 99 casos (tasa: 24,0). Asimismo, las personas de 15 a 19 años notificaron 76 casos con una tasa de 19,9 por 100.000 habitantes, evidenciando que la transmisión se concentra principalmente en la población joven sexualmente activa. A partir de los 35 años se observa una disminución gradual tanto en el número de casos como en las tasas, aunque la infección continúa presente en todos los grupos etarios adultos. No se registraron casos en menores de 10 años y únicamente se notificaron cuatro casos en el grupo de 10 a 14 años.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que la infección por herpes continúa afectando principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, especialmente mujeres entre los 15 y 34 años, por lo que resulta fundamental fortalecer las acciones de educación en salud sexual, la promoción de prácticas sexuales seguras, el diagnóstico oportuno y la consejería en los servicios de salud, con el fin de reducir la transmisión y las consecuencias asociadas a esta infección.

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

Tabla 3

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simples, según provincias de procedencia, durante las primeras 36 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincias	Casos	Tasa
Total	714	13,7
San José	330	19,8
Alajuela	103	9,5
Cartago	47	8,8
Heredia	73	13,3
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	84	16,5
Limón	68	14,9

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



Para la semana epidemiológica 36, se notificaron 714 casos de infección por virus del herpes simple, para una tasa nacional de 13,7 casos por 100.000 habitantes. El análisis por provincia muestra una distribución heterogénea de la enfermedad, con San José concentrando el mayor número absoluto de casos (330 casos) y presentando además la tasa más elevada del país (19,8 por 100.000 habitantes), muy por encima de la tasa nacional. Le siguen Puntarenas con 84 casos y una tasa de 16,5 por 100.000 habitantes, y Limón con 68 casos y una tasa de 14,9 por 100.000 habitantes, ambas superiores al promedio nacional. Por su parte, Heredia registra una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes, cercana a la tasa nacional, mientras que Alajuela (9,5) y Cartago (8,8) muestran niveles intermedios de incidencia. En contraste, Guanacaste presenta la menor carga de enfermedad, con apenas 9 casos y una tasa de 2,2 por 100.000 habitantes.

Estos resultados evidencian una mayor concentración de casos en la Región Central y en algunas provincias costeras, particularmente San José, Puntarenas y Limón, lo que sugiere la necesidad de mantener las estrategias de prevención, educación sobre infecciones de transmisión sexual, diagnóstico oportuno y acceso a la atención integral.

Virus del Papiloma Humano

El análisis de la curva epidémica hasta la semana epidemiológica 35 de 2026 muestra un comportamiento diferente al observado durante el mismo período de 2025. Mientras que en 2025 se registraron varios picos importantes de notificación, especialmente entre las semanas 21 y 24, donde se alcanzaron valores cercanos a 39, 37 y 42 casos, así como un nuevo incremento en la semana 33 con aproximadamente 40 casos, durante 2026 la notificación se mantuvo en niveles considerablemente más bajos y estables a lo largo del año.

En 2026, los valores oscilaron principalmente entre 2 y 13 casos semanales, observándose los principales incrementos en las semanas 1 y 4 (16 casos), la semana 24 (13 casos) y especialmente la semana 27 (21 casos), que constituye el mayor número de casos reportados en lo que va del año. Posteriormente se aprecia una tendencia fluctuante con descensos y aumentos moderados, registrándose 4

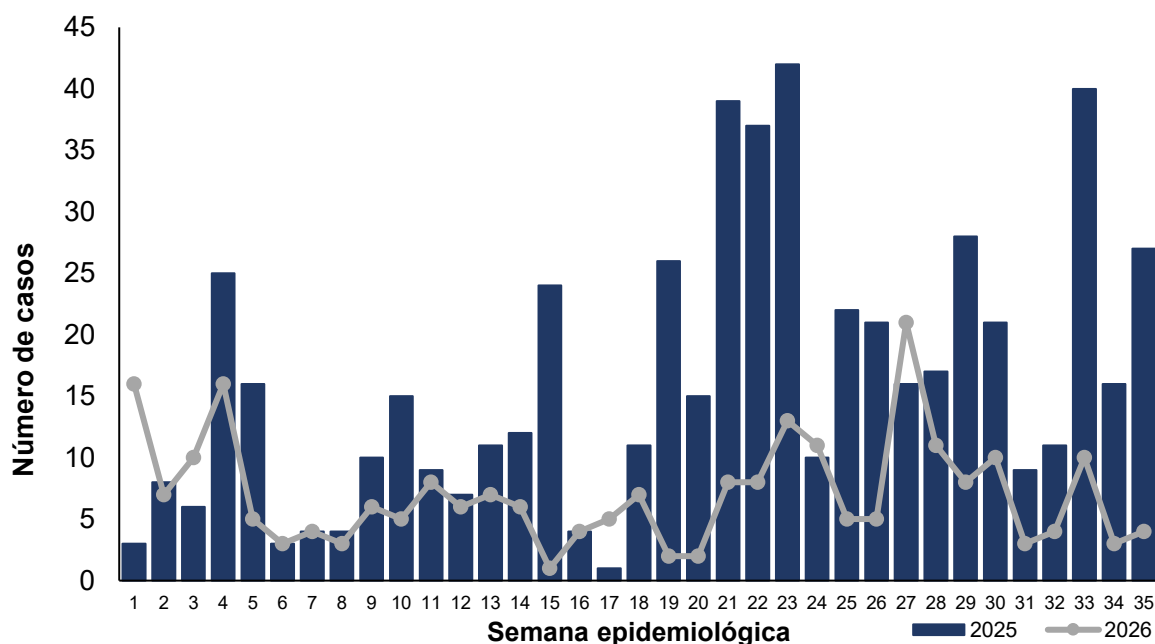


casos en la semana 35. En contraste, para la misma semana de 2025 se notificaron aproximadamente 27 casos, evidenciando una diferencia importante entre ambos años.

En términos generales, la curva de 2026 se ubica por debajo de la observada en 2025 durante la mayor parte de las semanas analizadas, sin presentar los picos epidémicos pronunciados observados el año anterior. Este comportamiento sugiere una menor intensidad de transmisión durante 2026, aunque la ocurrencia de incrementos puntuales en algunas semanas indica la necesidad de mantener la vigilancia epidemiológica activa para detectar oportunamente cambios en la tendencia y posibles focos de transmisión que requieran intervenciones específicas.

Gráfico 7.

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



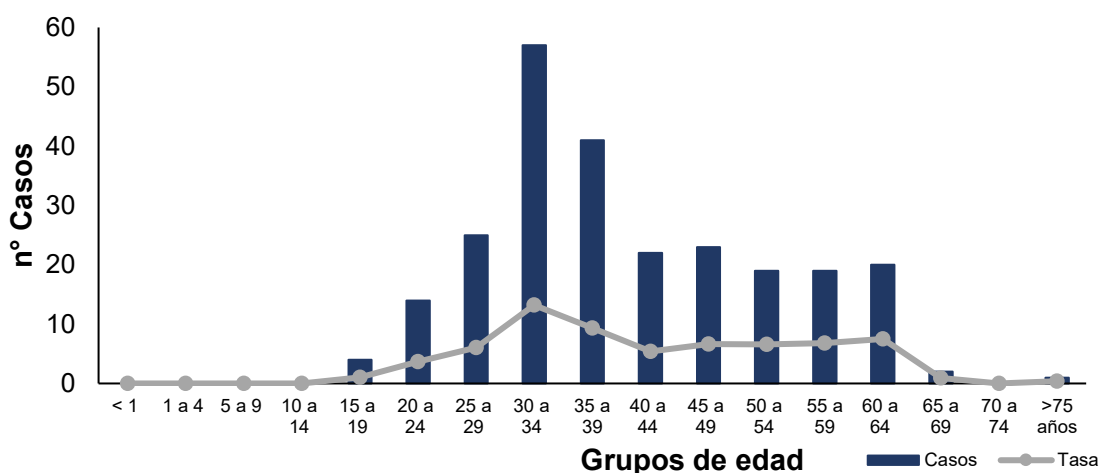
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



Gráfico 8.

Costa Rica: Casos notificados por Virus del papiloma humano, por grupos de edad en las semanas 1 a 35 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes.



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Para la semana epidemiológica 35 de 2026, se notificaron 247 casos de infección por virus del papiloma humano (VPH), para una tasa nacional de 4,7 casos por 100.000 habitantes. La distribución por grupos de edad muestra que la mayor carga de enfermedad se concentra en la población adulta joven. El grupo de 30 a 34 años registró el mayor número de casos (57 casos) y la tasa más alta (13,2 por 100.000 habitantes), seguido por las personas de 35 a 39 años con 41 casos y una tasa de 9,4 por 100.000 habitantes. También destacan los grupos de 25 a 29 años (25 casos; tasa de 6,1) y 20 a 24 años (14 casos; tasa de 3,7), evidenciando que la infección se presenta principalmente entre personas en edad reproductiva y sexualmente activas.

A diferencia de otras infecciones de transmisión sexual, se observa una distribución más amplia hacia grupos de mayor edad. Después de los 40 años persisten niveles importantes de notificación, particularmente en los grupos de 45 a 49 años (tasa de 6,6), 50 a 54 años (6,6), 55 a 59 años (6,8) y 60 a 64 años (7,5 por 100.000 habitantes), lo que indica que la infección y sus manifestaciones clínicas continúan



detectándose en edades avanzadas. En contraste, no se registraron casos en menores de 15 años, y la ocurrencia fue mínima en las personas de 65 años o más.

En términos generales, los hallazgos observados resaltan la importancia de mantener y fortalecer las estrategias de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), una de las intervenciones más efectivas para prevenir la infección por los genotipos de alto riesgo asociados al cáncer de cuello uterino y otros cánceres relacionados con el VPH. La concentración de casos en adultos jóvenes, particularmente entre los 25 y 39 años, refleja la relevancia de alcanzar coberturas óptimas de vacunación antes del inicio de la vida sexual, así como de reforzar las acciones de educación y sensibilización sobre los beneficios de la vacuna. Asimismo, es fundamental complementar la vacunación con las estrategias de tamizaje recomendadas para la detección temprana de lesiones precursoras, contribuyendo así a reducir la carga de enfermedad y las complicaciones asociadas a esta infección en la población costarricense.

Tabla 4

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias de procedencia, durante las primeras 35 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes.

Provincias	Casos	Tasa
Total	247	4,7
San José	58	3,5
Alajuela	25	2,3
Cartago	16	3,0
Heredia	3	0,5
Guanacaste	44	10,5
Puntarenas	81	15,9
Limón	20	4,4

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



Durante las primeras 35 semanas de 2026, se han notificado 247 casos de infección por virus del papiloma humano (VPH), para una tasa nacional de 4,7 casos por 100.000 habitantes. El análisis por provincia evidencia una distribución heterogénea, con una mayor concentración de casos en las provincias costeras. Puntarenas registró la tasa más alta del país (15,9 por 100.000 habitantes) y el mayor número de casos (81 casos), seguida por Guanacaste, que notificó 44 casos y una tasa de 10,5 por 100.000 habitantes, más del doble de la tasa nacional. Estas cifras sugieren una mayor carga de enfermedad en estas provincias y confirman la importancia de fortalecer las acciones de prevención, detección y seguimiento en estas zonas.

Por otra parte, Limón reportó 20 casos con una tasa de 4,4 por 100.000 habitantes, cercana al promedio nacional, mientras que San José acumuló 58 casos, la segunda mayor cantidad absoluta de casos del país, aunque con una tasa moderada de 3,5 por 100.000 habitantes, probablemente influenciada por su mayor tamaño poblacional. Cartago presentó una tasa de 3,0 por 100.000 habitantes y Alajuela de 2,3 por 100.000 habitantes, ambas por debajo de la tasa nacional. Destaca Heredia como la provincia con la menor incidencia reportada, con apenas 3 casos y una tasa de 0,5 por 100.000 habitantes.

En términos epidemiológicos, la distribución observada refleja que el VPH continúa circulando en todo el territorio nacional, aunque con una mayor carga relativa en Puntarenas y Guanacaste. Estos resultados resaltan la importancia de mantener altas coberturas de vacunación contra el VPH. Lo anterior es especialmente importante en las provincias con mayores tasas de notificación, donde las intervenciones preventivas podrían tener un impacto significativo en la reducción de la carga futura de enfermedad asociada al VPH.



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) 37 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.

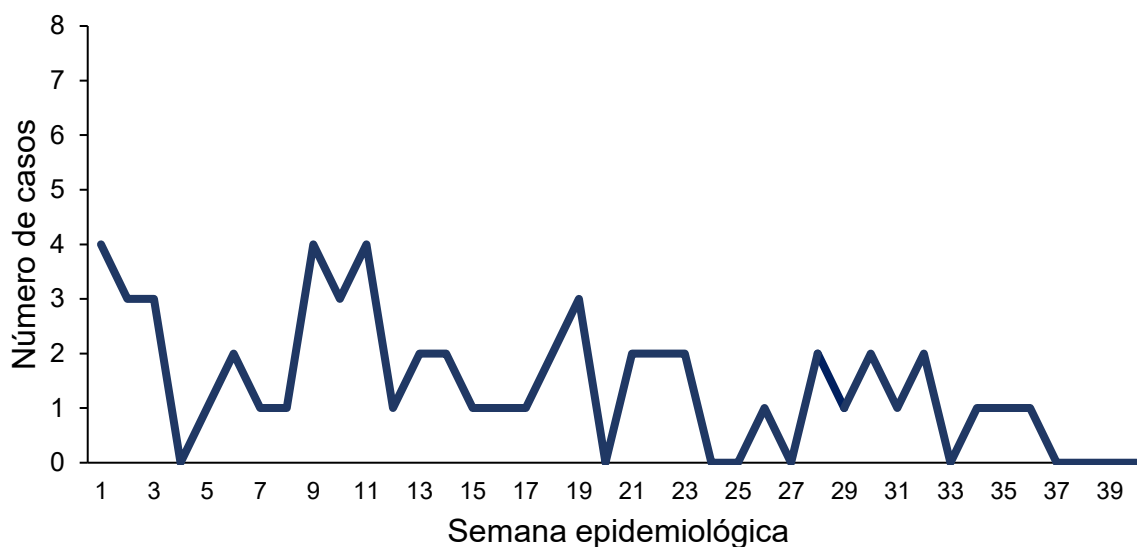
Con respecto a la notificación de casos mediante la boleta VE-01, para el período comprendido entre la SE 1 a la SE 37 del año 2026, se dispone de la siguiente información:

- 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

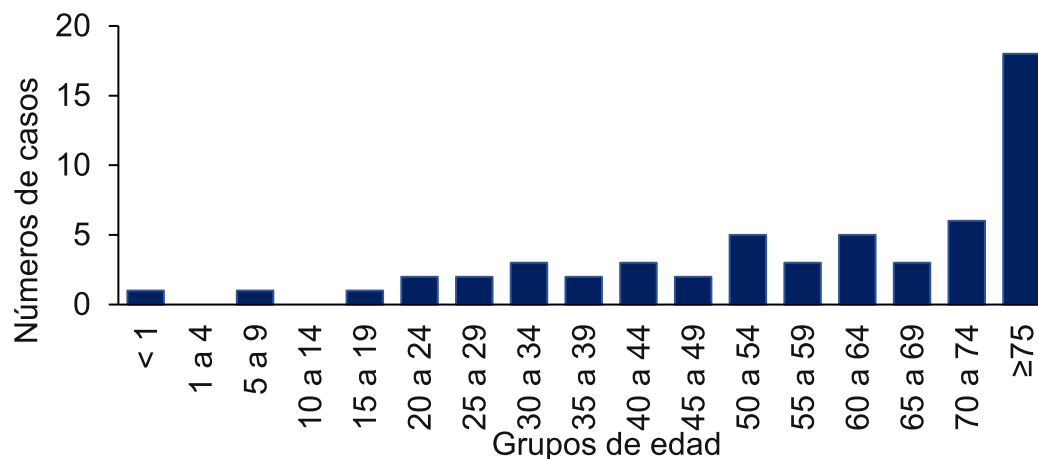
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 37, 2026



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 37, 2026



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



En 2026, hasta la SE 37, 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 37, 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

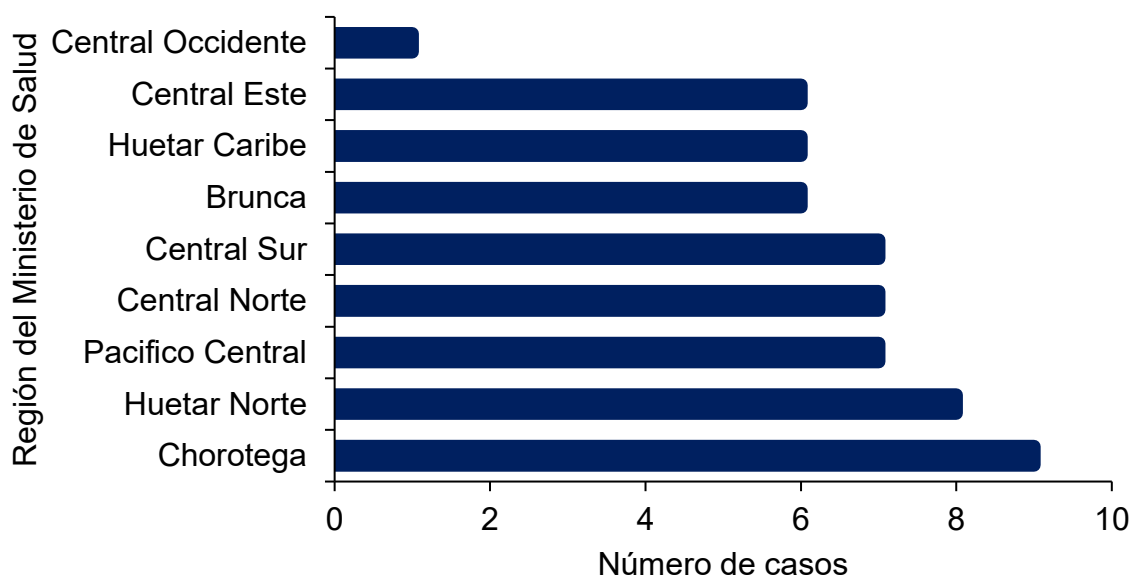
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 37, 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 37, 2026



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

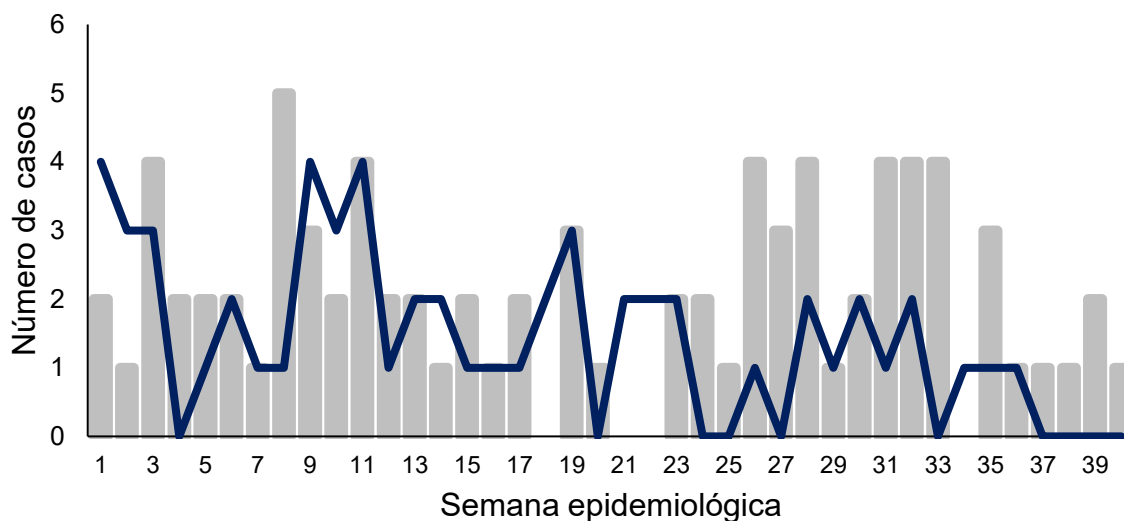
En el Gráfico 3 se presenta la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 37 en las nueve regiones rectoras del Ministerio de Salud. La Región Chorotega concentró el mayor número de casos, con 9 de los 57 casos registrados durante el período analizado.

Por su parte, el Gráfico 4 muestra el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos entre las SE 1 a la 37 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

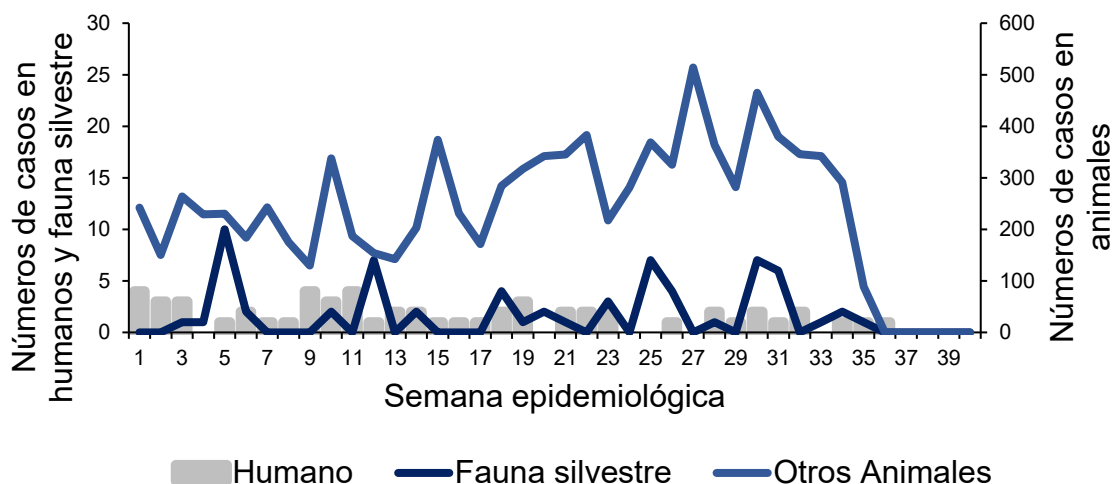
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 37 del 2025 y del 2026



Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026

Gráfico 5

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador en humanos, fauna silvestre y otros animales según SE de la 01 a la 35, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 35-2026, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos, en fauna silvestre y otros animales por SE de la 01 a la 35 del 2026, con 56 casos confirmados en humanos, 65 casos en fauna silvestre y 9583 casos confirmados en otros animales (datos preliminares, sujetos a modificaciones).

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.