



Boletín Epidemiológico N° 33 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
9 de setiembre de 2026

Tabla de contenido

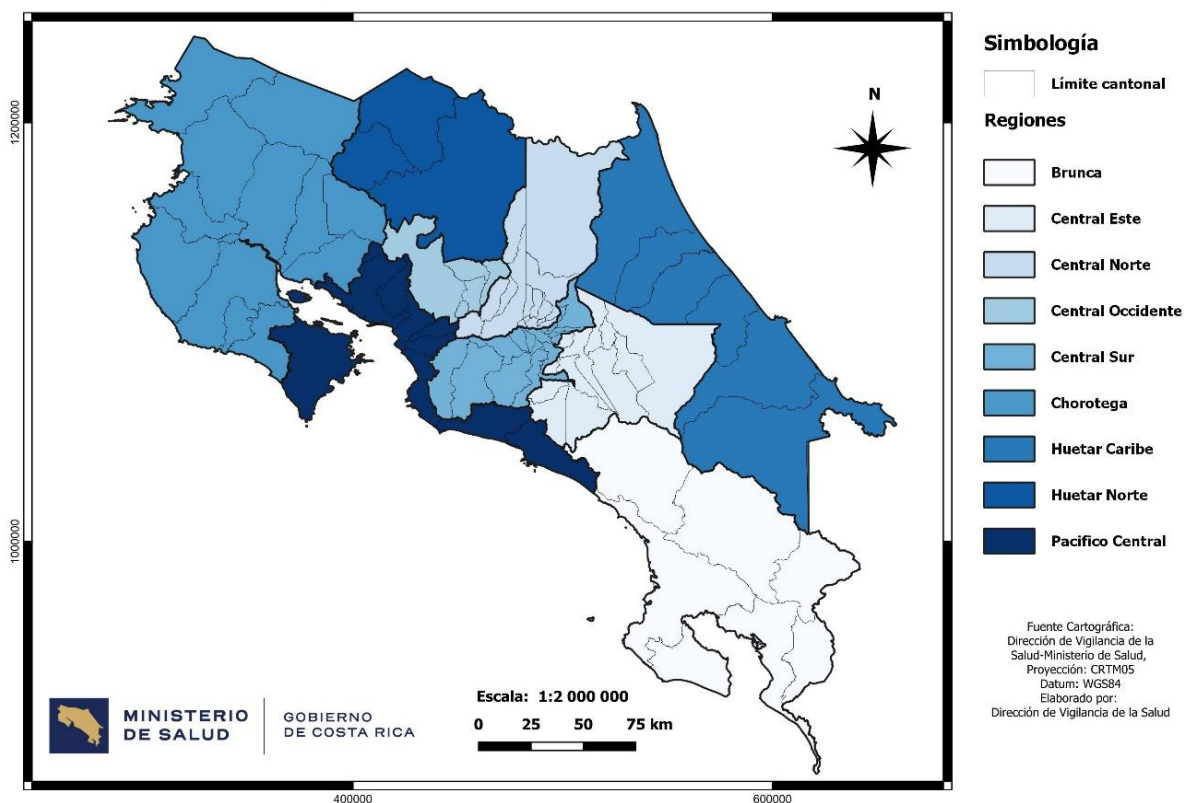
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	7
Acciones de control vectorial realizadas en el país	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	17
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 7 de setiembre de 2026.....	32
Meningitis	41
Infecciones de transmisión sexual	44
Miasis por gusano barrenador en humanos	51
Intentos de suicidio y suicidio.....	57



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 34 del año 2026 se notifican **4172 casos acumulados** de dengue de estos, **78 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 7 de setiembre se reportan 7 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria, 2 en el Hospital Enrique Baltodano, 1 en Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, 1 en el Hospital Manuel Mora Valverde, 1 en el Hospital México y 1 en el Hospital San Francisco de Asís.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1425 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 285,8/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 34, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1425	136,1
Pacífico Central	920	285,8
Chorotega	556	117,2
Huetar Caribe	440	96,1
Central Sur	332	21,9
Huetar Norte	185	68,1
Brunca	148	41,9
Central Occidente	113	50,3
Central Este	53	9,6
Total	4172	80,0

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	1993	184,1	1058	195,8	935	172,4
Puntarenas	547	107,5	243	96,5	304	118,2
Guanacaste	534	128,0	280	135,3	254	120,8
Limón	440	96,1	200	89,3	240	102,5
San José	346	20,8	168	19,9	178	21,7
Heredia	259	47,0	145	52,4	114	41,6
Cartago	53	9,9	25	9,3	28	10,6
Total	4172	80,0	2119	81,1	2053	78,8

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 34 son: Alajuela 645 casos, Grecia 465 casos, Orotina 462 casos, Puntarenas 225 casos y La Cruz 171 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 34, 2026.

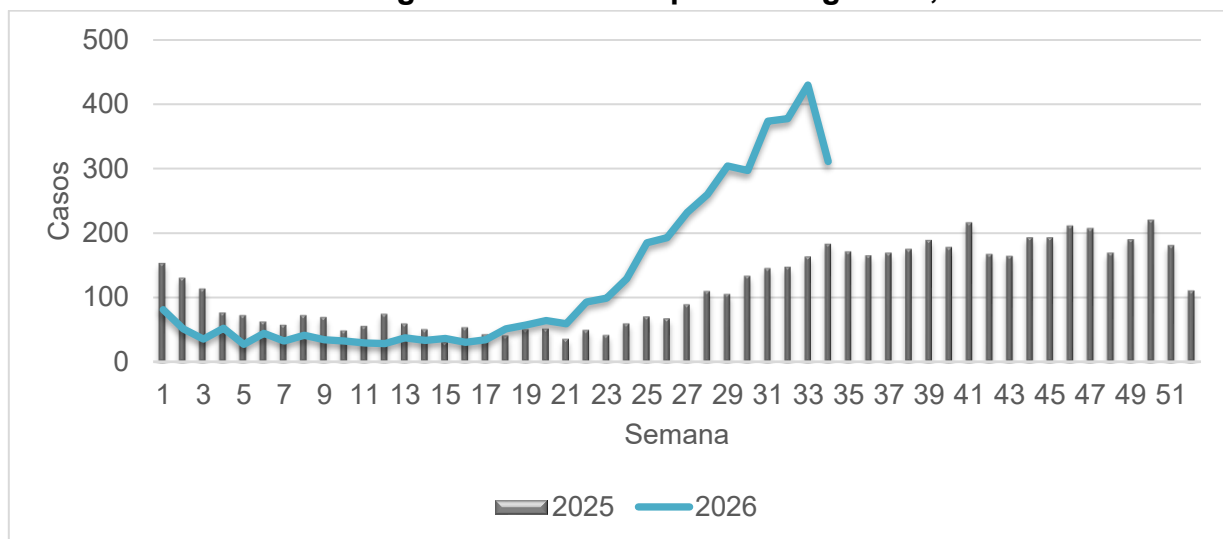
Cantón	Casos	Tasa
201: Alajuela	645	195,3
203: Grecia	465	571,3
209: Orotina	462	1816,6
601: Puntarenas	225	154,6
510: La Cruz	171	603,0
702: Pococí	153	97,3
101: San José	127	35,9
505: Carrillo	125	247,5
210: San Carlos	120	56,2
401: Heredia	109	74,0

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 34, 2025-2026.

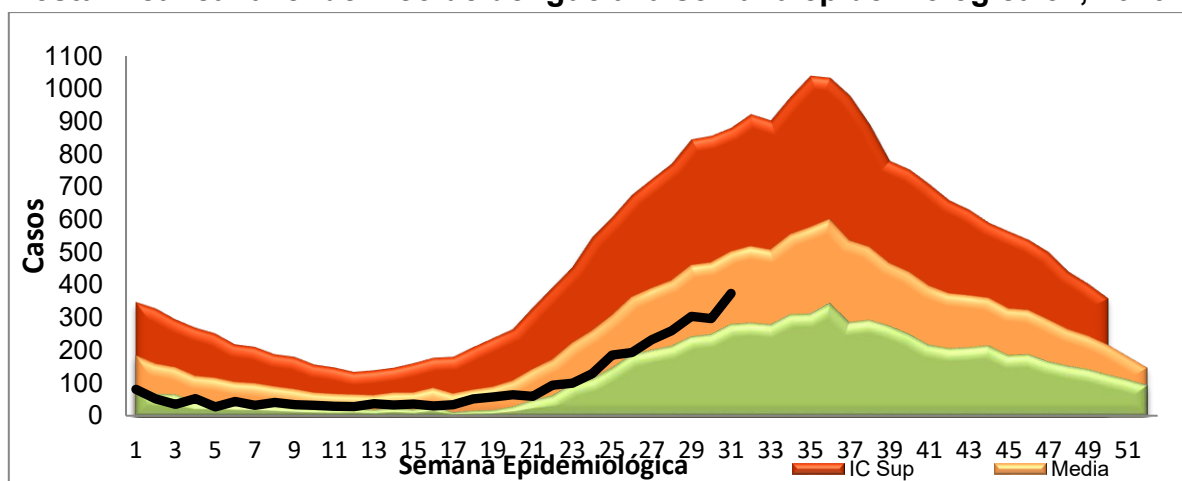


Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 34 del año 2025 se reportaron 2751 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 34% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 34, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Chikungunya

A la semana epidemiológica 34 se notifica un total de **300 casos** de chikungunya, **197 casos confirmados** por prueba de PCR y **103 casos probables** en estudio.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 34, 2026

Región	Total	Tasa	Confirmados	Pendiente resultado
Chorotega	158	33,3	94	64
Central Norte	84	8,0	60	24
Central Sur	32	2,1	28	4
Huetar Norte	6	2,2	4	2
Pacífico Central	6	1,9	6	0
Central Este	5	0,9	2	3
Central Occidente	5	2,2	3	2
Huetar Caribe	4	0,9	0	4
Brunca	0	0,0	0	0
Total	300	5,8	197	103

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

Alajuela	65 casos
Carrillo	54 casos
Santa Cruz	41 casos
La Cruz	39 casos
San José	18 casos



Situación de la malaria en Costa Rica

Situación de la malaria en Costa Rica: actualización a la semana epidemiológica 34 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 34 de 2026, Costa Rica acumula **79** casos de malaria: 24 corresponden a transmisión local (13 autóctonos y 11 introducidos), 41 son importados (incluidas 8 recaídas de casos importados) y 14 permanecen en investigación epidemiológica.

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

Tabla 1.

Cifras clave de la situación epidemiológica de la malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 34, 2026.

Cifras clave	SE 34-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	79	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	24 casos	13 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	41 casos	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	14 casos	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas–Llano Verde	Concentra 58 casos del total a nivel nacional (73%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 24 casos de transmisión local en la SE 34 de 2026, distribuidos en 13 autóctonos y 11 introducidos. El 83 % (20/24) se concentra en el foco de foco Crucitas–Llano Verde, en el distrito de Cutris, Región Huetar Norte, en un contexto de actividad minera y movilidad transfronteriza con Nicaragua. Los casos restantes se distribuyen entre los focos de Los Chiles, Matina y Ticarí.

Tabla 2.

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

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

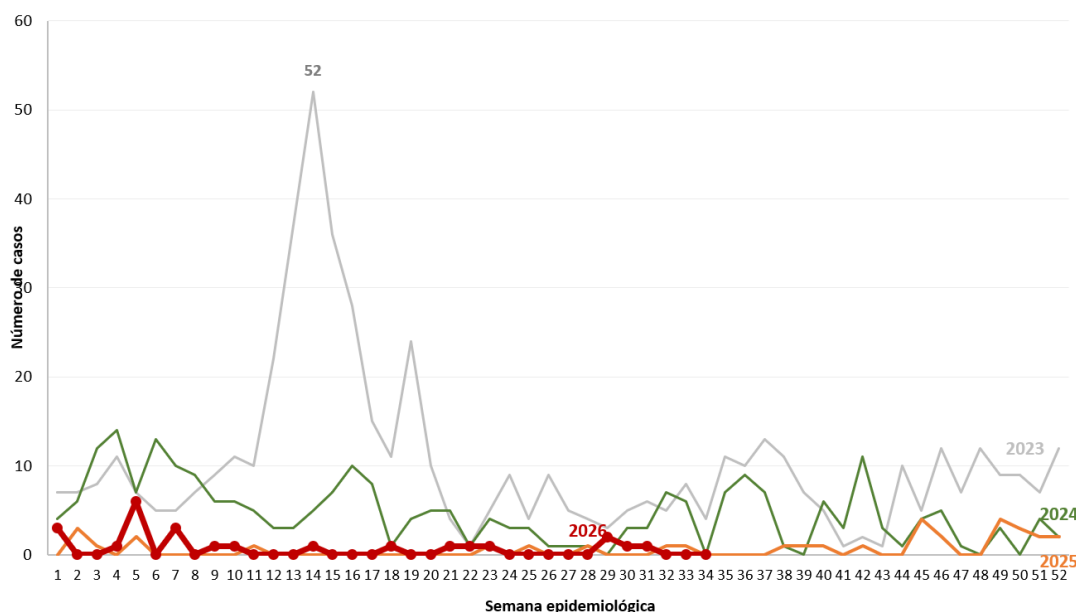
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

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



Gráfico 1.

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



*2026: Datos hasta la semana epidemiológica 34

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

A la semana epidemiológica 34 de 2026 se registran 24 casos de malaria, cifra superior a los 11 casos registrados en el mismo período de 2025. No obstante, el número de casos continúa siendo considerablemente inferior al observado en 2023 y 2024, cuando se notificaron 394 y 176 casos, respectivamente.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 34 de 2026 se registran 41 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 34, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	36	87
<i>P. falciparum</i>	4	10
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	41	100

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

El 97.5 % 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 79 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 63 casos, incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de los importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

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

Región	Autóctono			Importado				Introducido			En investigación			Total
	P.f	P.v	Subt.	Mixta	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	
Central Norte	–	1	1	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	2
Pacífico Central	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Central Occidente	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Central Sur	–	–	–	–	–	4	4	–	–	–	–	1	1	5
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar Caribe	1	–	1	–	–	4	4	–	–	–	–	–	–	5
Huetar Norte	–	11	11	1	4	23	28	1	10	11	1	11	12	63
Total	1	12	13	1	4	36	41	1	10	11	1	12	13	79

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 **131 093 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 73 743 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 **1 207 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse a la figura 2.

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

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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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

Tabla 5.

Principales Áreas Rectoras de Salud por número de pruebas realizadas para malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 34, 2026.

No.	ÁREA RECTORA DE SALUD	REGIÓN RECTORA	PDR
1	CORREDORES	BRUNCA	16420
2	SANTA ROSA POCOSOL	HUETAR NORTE	8483
3	LOS CHILES	HUETAR NORTE	6833
4	MATINA	HUETAR CARIBE	4860
5	LA CRUZ	CHOROTEGA	4193
6	TALAMANCA	HUETAR CARIBE	3585
7	UPALA	CHOROTEGA	2572
8	ABANGARES	CHOROTEGA	1876
9	PENINSULAR - JICARAL	PACÍFICO CENTRAL	1786
10	LIMÓN	HUETAR CARIBE	1788
11	POCOCÍ	HUETAR CARIBE	1754
12	CAÑAS	CHOROTEGA	1368
13	LIBERIA	CHOROTEGA	1380
14	NICOYA	CHOROTEGA	1304
15	SIQUIRRES	HUETAR CARIBE	1160
16	MONTES DE ORO MIRAMAR	PACÍFICO CENTRAL	1066
17	AGUAS ZARCAS	HUETAR NORTE	1103
18	SARAPIQUÍ	CENTRAL NORTE	843
19	SANTA CRUZ	CHOROTEGA	805
20	CARRILLO	CHOROTEGA	739

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

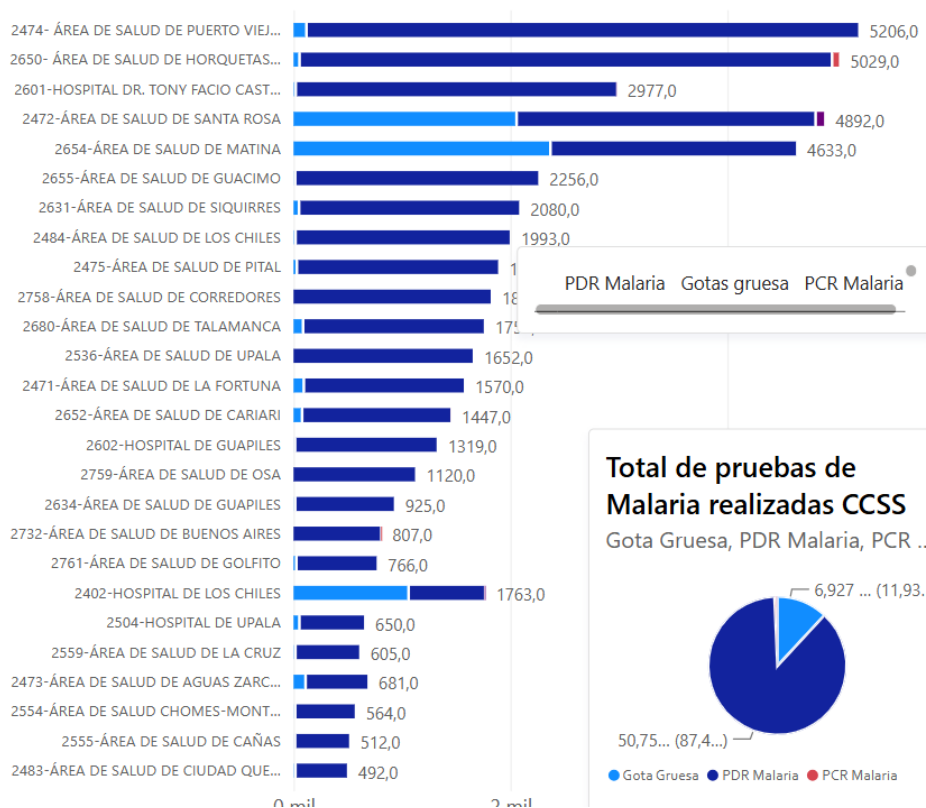


Gráfico 2.

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

Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS

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



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

Inventario de focos.

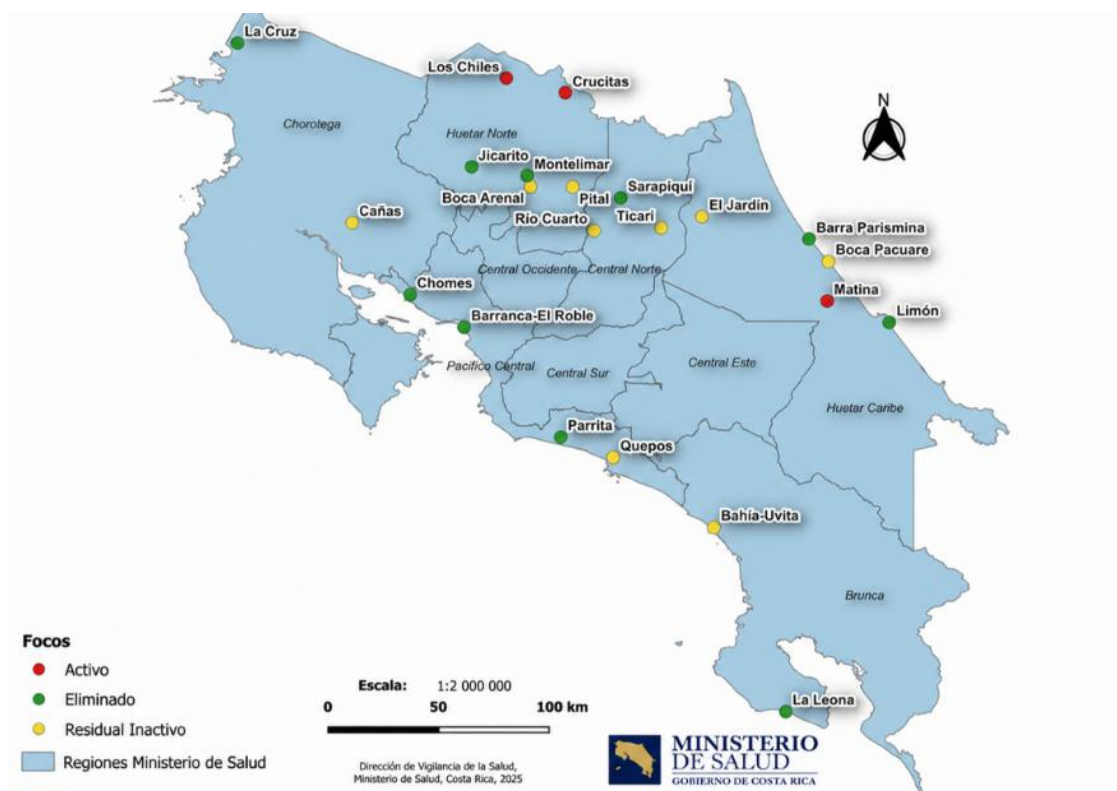
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 3 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 9 focos eliminados.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

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



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

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



Tabla 6.

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

Provincia	Cantón	Nombre del Foco	Estado
Alajuela	San Carlos	Pital	Eliminado
Alajuela	San Carlos	Boca Arenal	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Montelimar	Eliminado
Alajuela	San Carlos	Crucitas - Llano Verde	Activo
Alajuela	Los Chiles	Los Chiles	Activo
Alajuela	San Carlos	Jicarito	Eliminado
Alajuela	Río Cuarto	Río Cuarto	Residual inactivo
Guanacaste	La Cruz	La Cruz	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 33

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 33 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 33.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	13 051
Viviendas positivas	822
Depósitos tratados	46 277
Depósitos eliminados	19 865
Criaderos	66 142
Depósitos positivos	1 355
Viviendas fumigadas	37 777

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 33 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	420 434
Viviendas positivas	19 108
Depósitos tratados	1 478 893
Depósitos eliminados	1 068 960
Criaderos	2 547 853
Depósitos positivos	43 275
Viviendas fumigadas	593 890

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 34 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 34 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia de la Salud No. 40556-S del 07 julio del 2017, son eventos de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de las IRAG, por medio de la boleta VE-01, se cuenta con los siguientes datos:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 34 son un total de 6252.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños de 1 a 4 años y en los mayores de 75 años.

Gráfico 1.

Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 35, en Costa Rica, 2026.



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

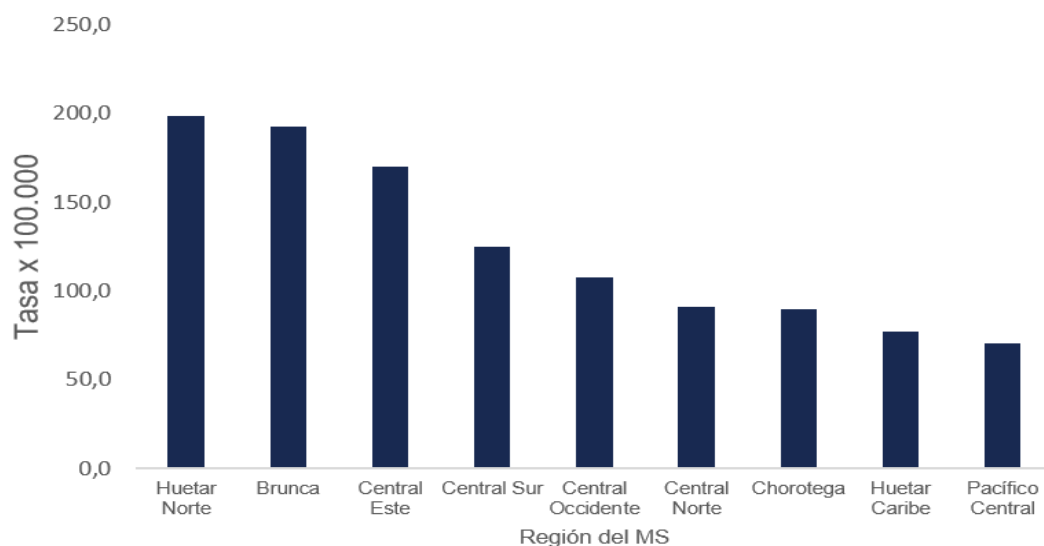


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 34, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Brunca, Huetar Norte, la Central Este; las regiones con menor incidencia corresponden a la Chorotega, Central Occidente, Central Sur, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Caribe.

Gráfico 2.

Tasa de IRAG según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 34 del 2026, en Costa Rica.



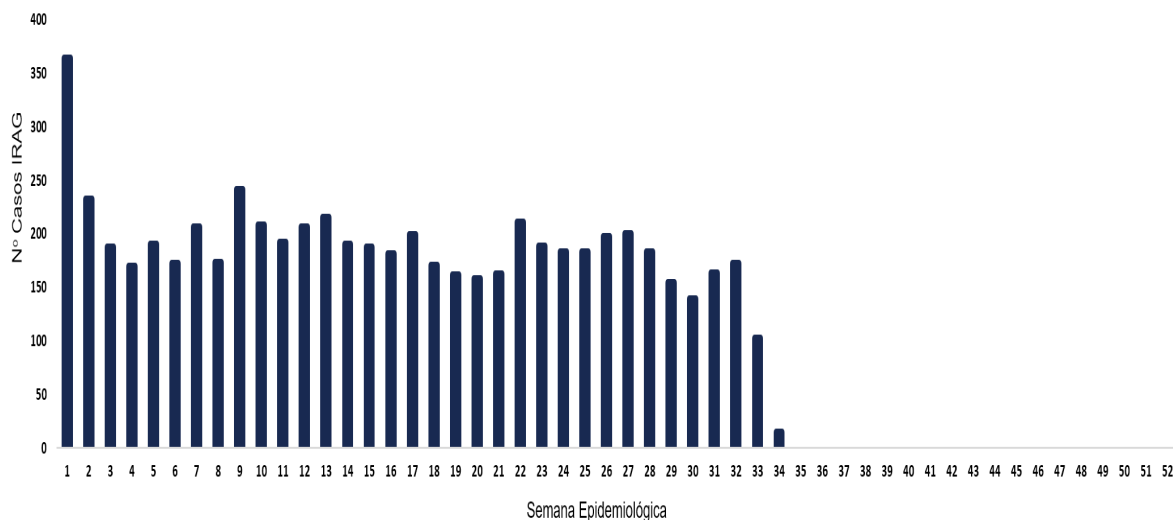
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-01 de IRAG, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 3; se puede observar el comportamiento de los casos a la semana epidemiológica 34 del año 2026.



Gráfico 3.

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

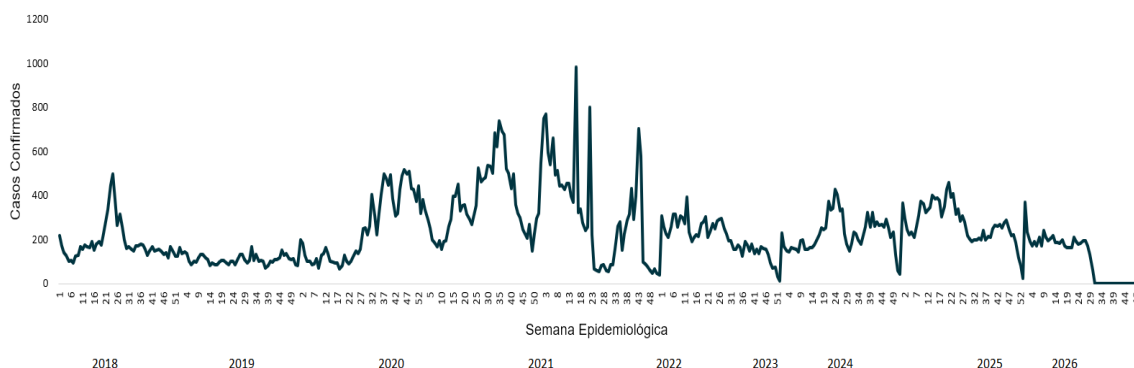


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAG, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 4.

Gráfico 4.

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



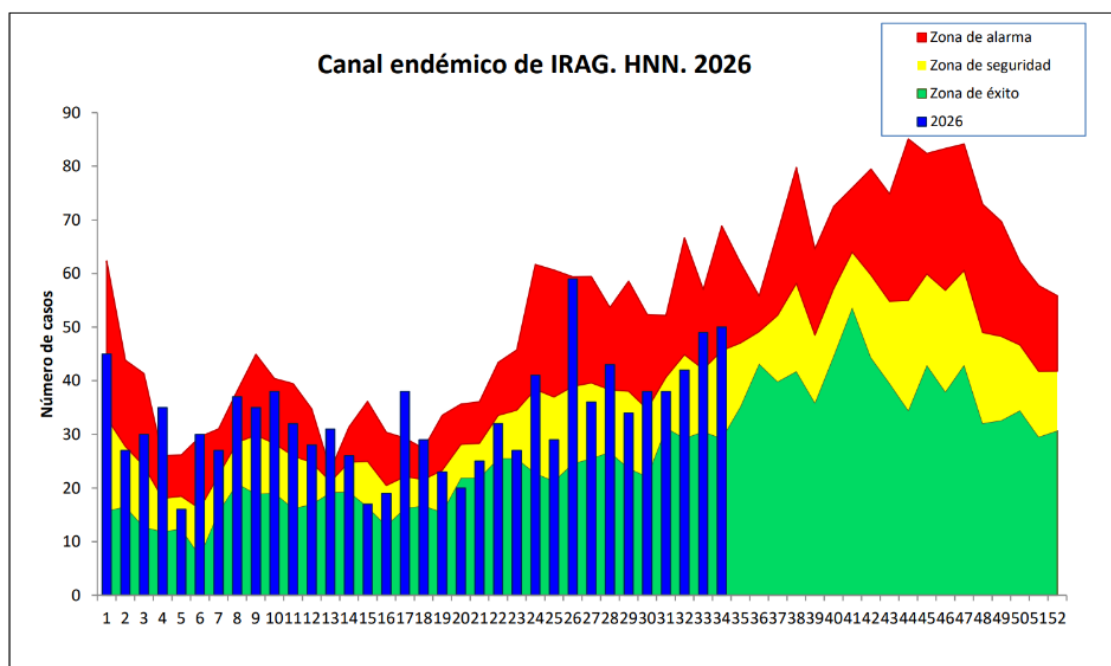
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-34 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de alarma, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.

Gráfico 5.

Costa Rica: Canal endémico IRAG, HNN, 2026



Fuente: EDUS-UVEPCI HNN, 2026.

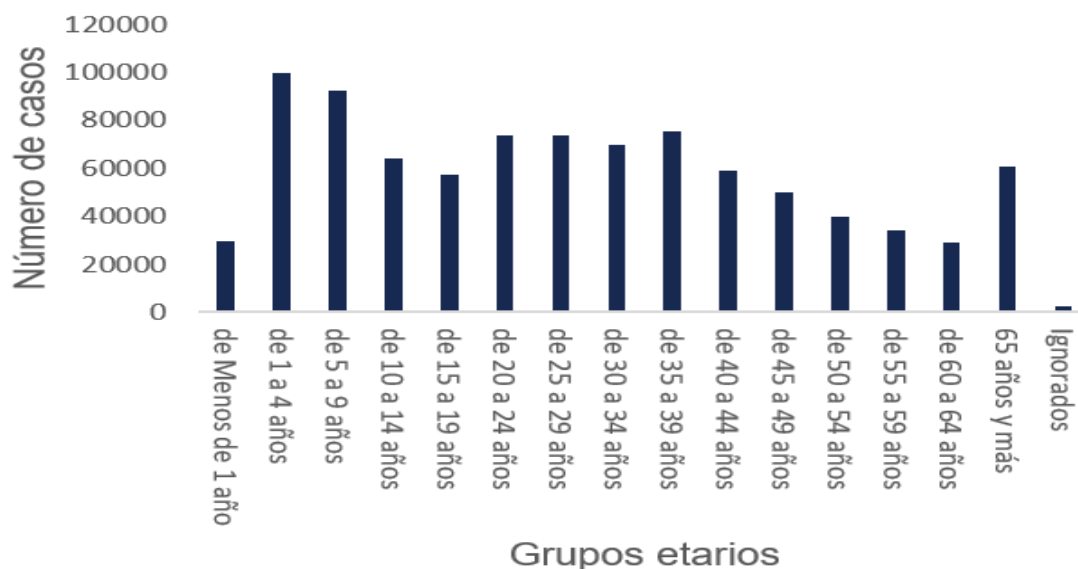
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 34 son 910357.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y niños entre 5 y 9 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 34, en Costa Rica, 2026.



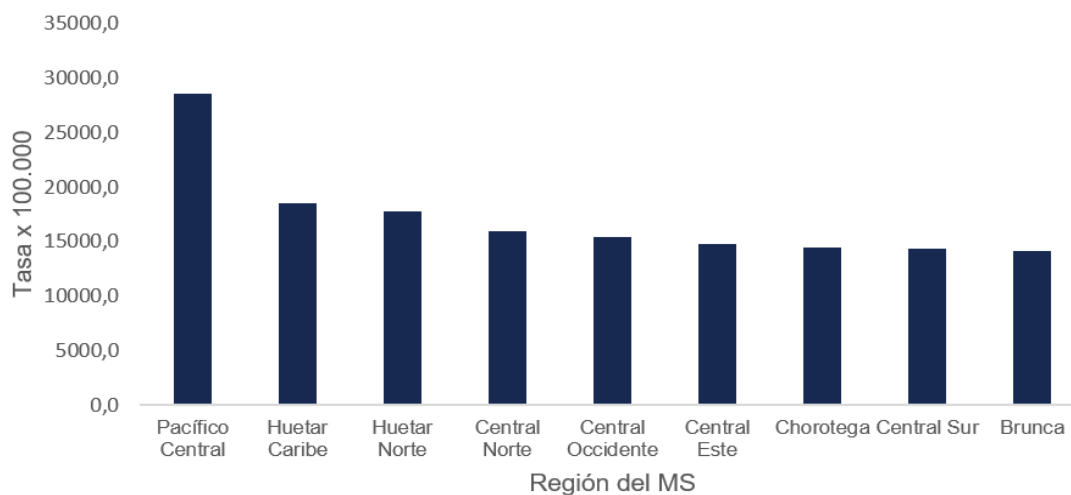
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 34, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Chorotega, Huetar Caribe y Huetar Norte. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 34 del 2026, en Costa Rica.



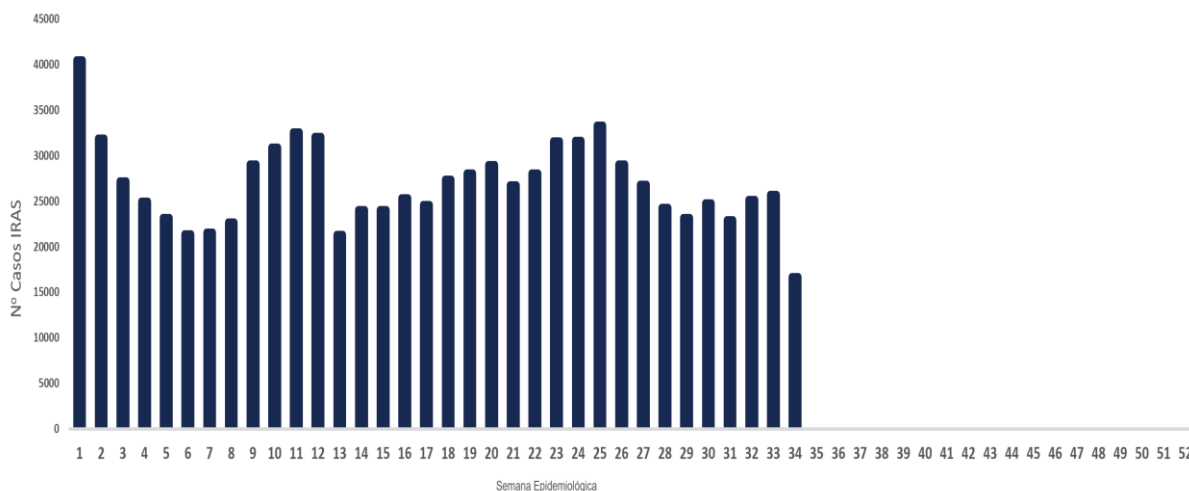
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de IRAS, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 8; se puede observar cómo los casos se han comportado en la semana epidemiológica 34 del año 2026.



Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 34, en Costa Rica, 2026.

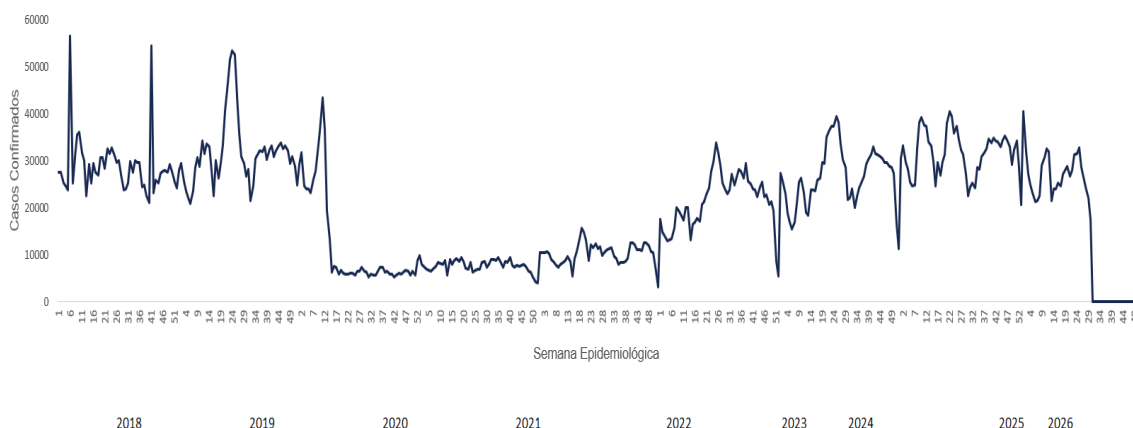


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En relación con el histórico de casos de IRAS, por semana epidemiológica en Costa Rica, entre los años 2018 y 2026, esto se puede apreciar en el gráfico 9.

Gráfico 9.

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



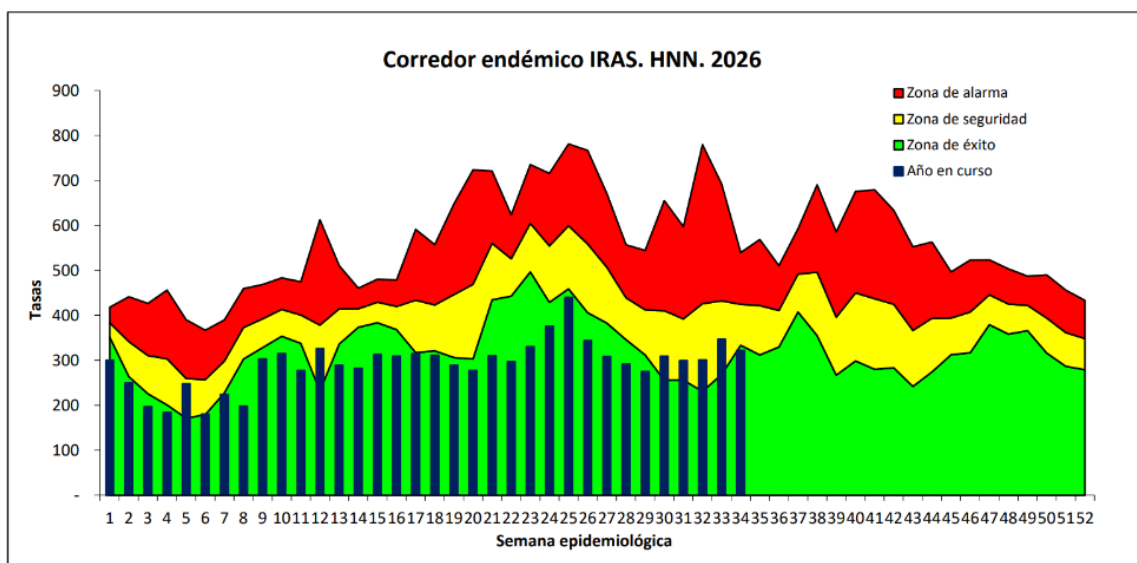
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 34 se encuentran en la zona de éxito actualmente.

Gráfico 10.

Costa Rica: Canal endémico IRAS. HNN. 2026.



Fuente: Sistemas de Cubos Urgencias-UVEPCI HNN, 2026

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

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 34 son $n=9586$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 30 y 34 años.



Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 34, en Costa Rica, 2026.

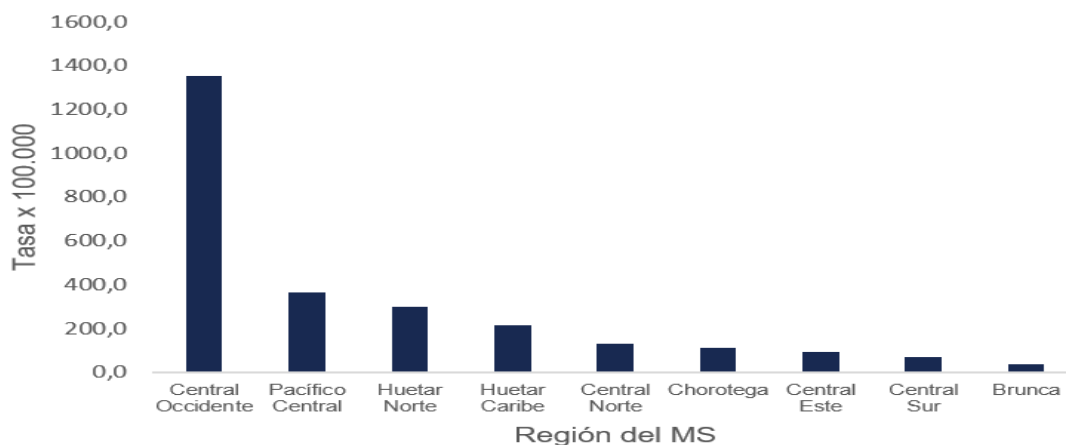


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 34, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Pacífico Central, Chorotege, Central Este, Central Sur, Huetar Norte, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.

Gráfico 12.

Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 34 del 2026, en Costa Rica.



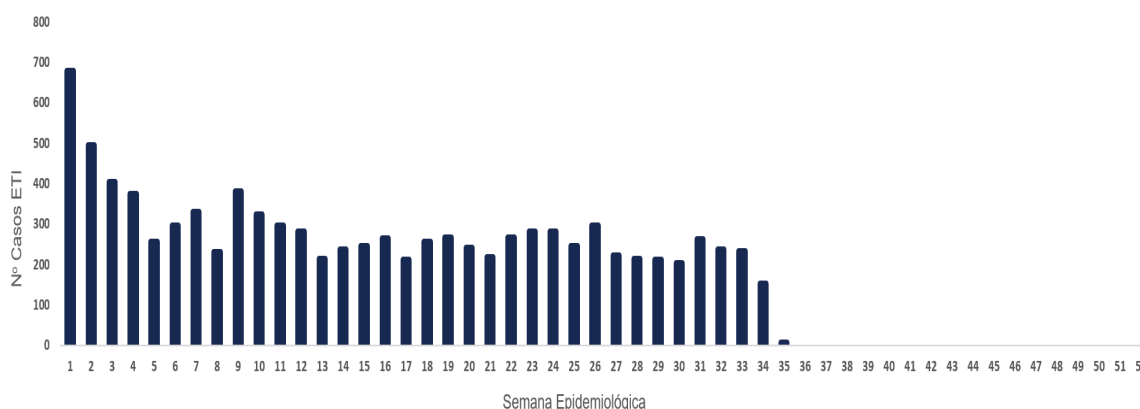
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de ETI, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 13; se puede observar cómo se han distribuido los casos en el año 2026.

Gráfico 13.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de ETI a la semana epidemiológica 34, en Costa Rica, 2026.

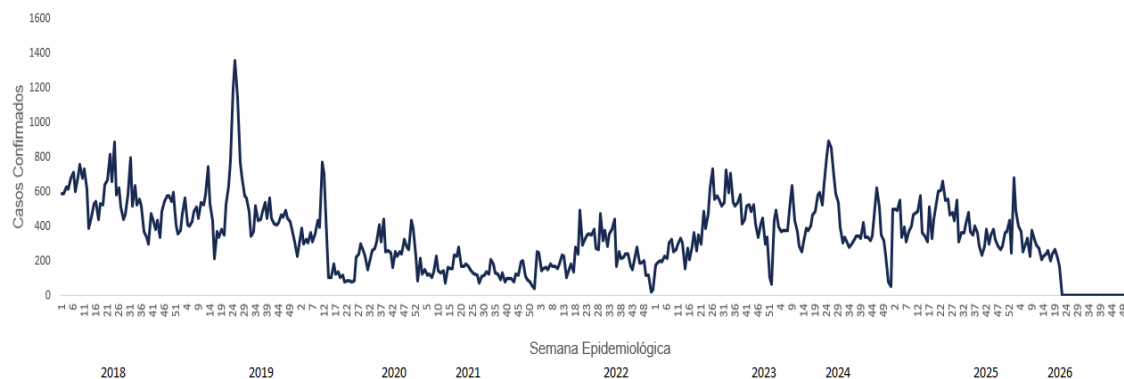


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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

Gráfico 14.

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



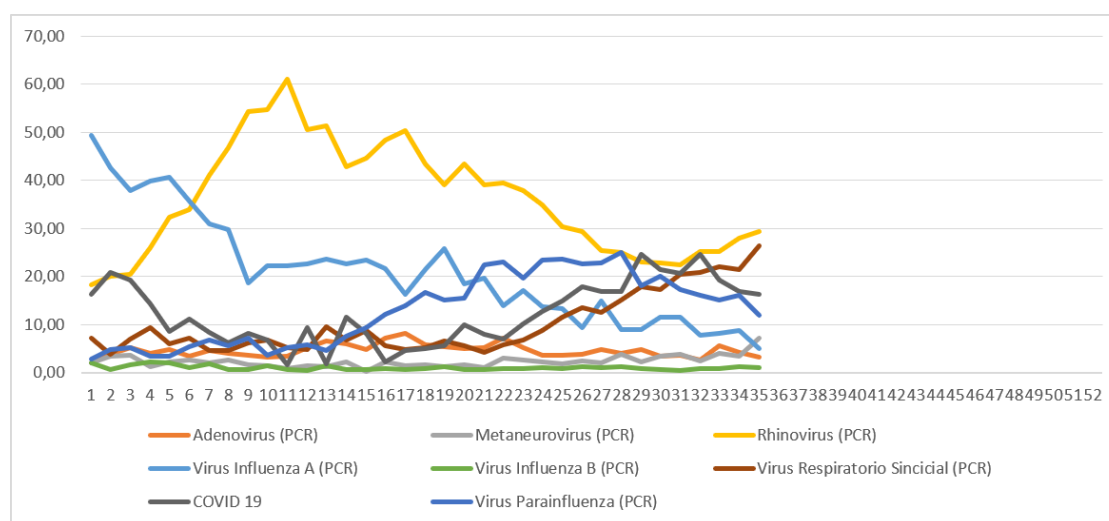
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 35 del 2026; para la SE-35, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus respiratorio sincicial y finalmente el Covid-19 está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 35 en Costa Rica, 2026.



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

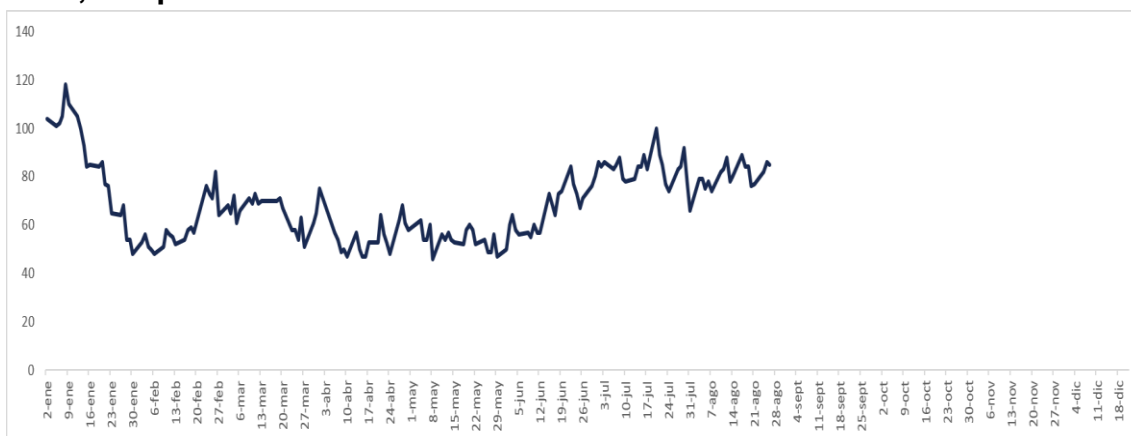
En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 9 de setiembre del año en curso, correspondiente a la semana 36, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 76, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 113% (% de ocupación expandida del 90%).



Gráfico 16.

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



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

Tabla 1.

Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-34. Año 2026.

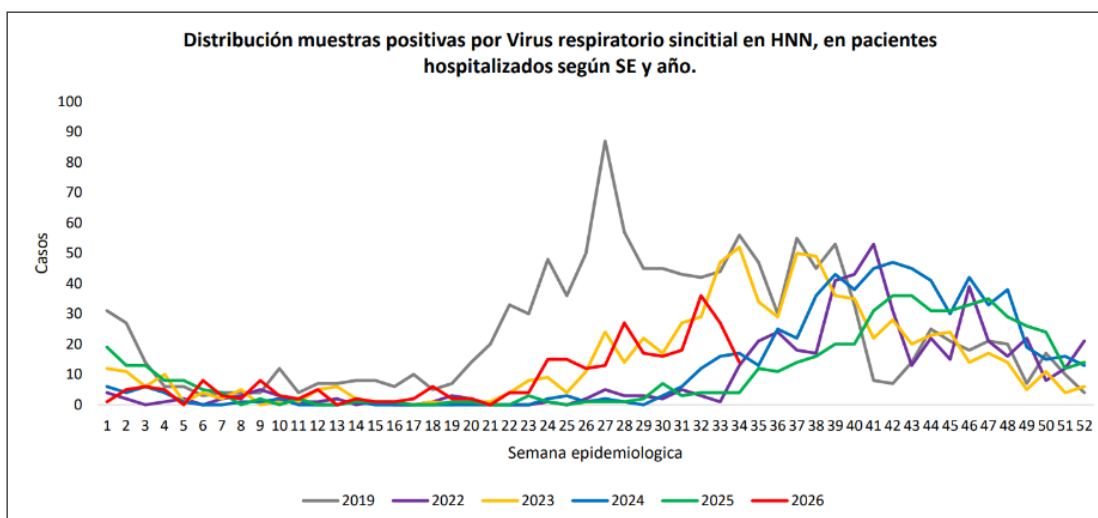
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	655	46.1
Virus respiratorio sincitial	283	19.9
Parainfluenza	178	12.5
Adenovirus	131	9.2
Influenza A-B	80	5.6
SARS CoV-2	61	4.3
Metaneumovirus	26	2.2
Coronavirus	7	0.5
Total	1421	100.00%

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



Gráfico 17.

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

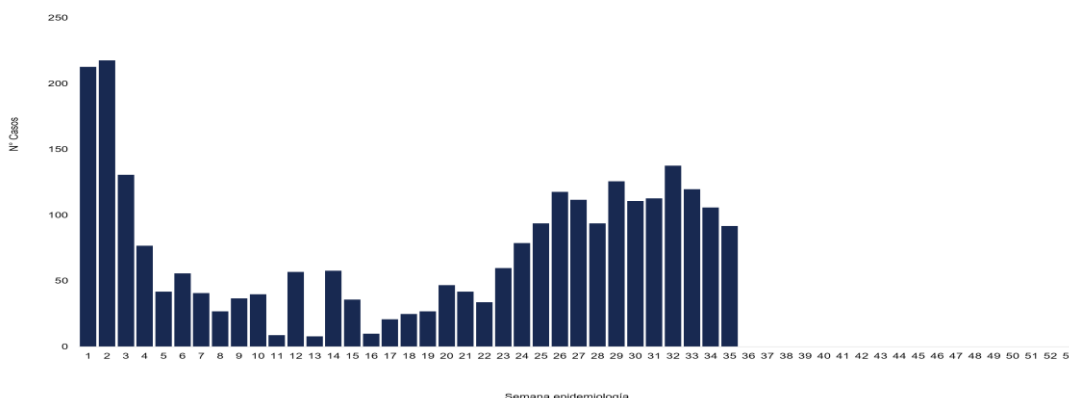


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 35, se reportaron un total de 92 casos confirmados, lo que representa una disminución del 13.21% con respecto a la SE-34 del año 2026 que presentó 106 casos.

Gráfico 18.

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



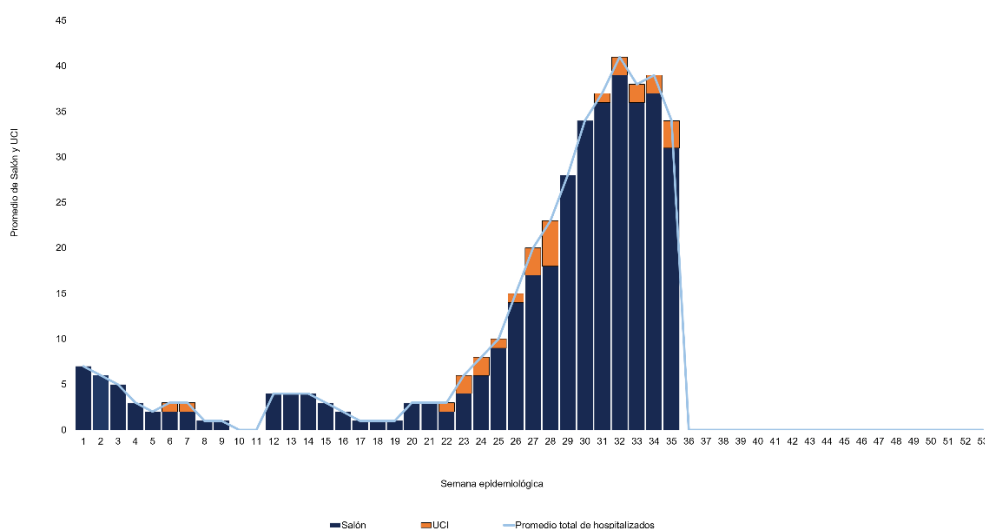
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 35, se reportó un promedio total de 34 hospitalizados; en la SE-34, hubo un total de 39 pacientes hospitalizados.

Gráfico 19.

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



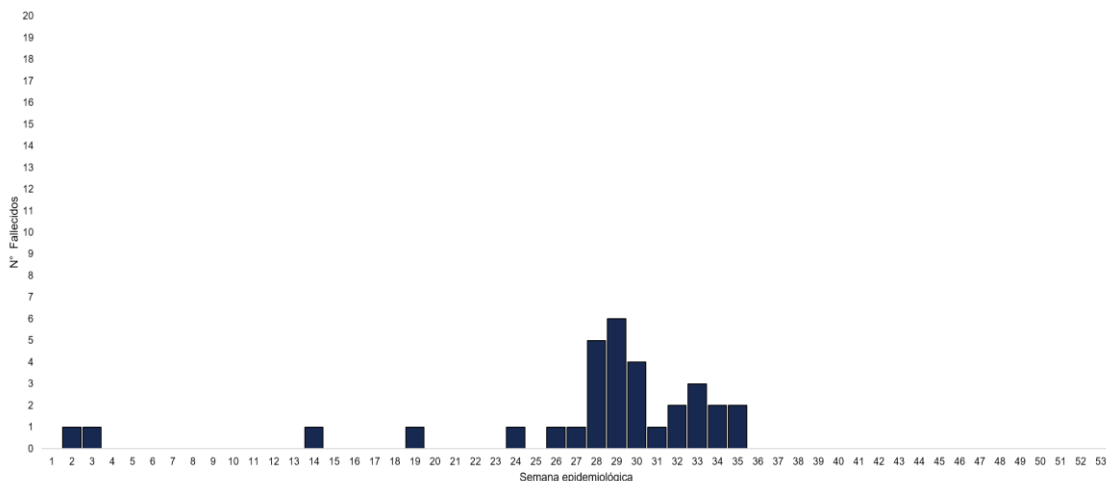
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 35, hubo 2 fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



Gráfico 20.

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



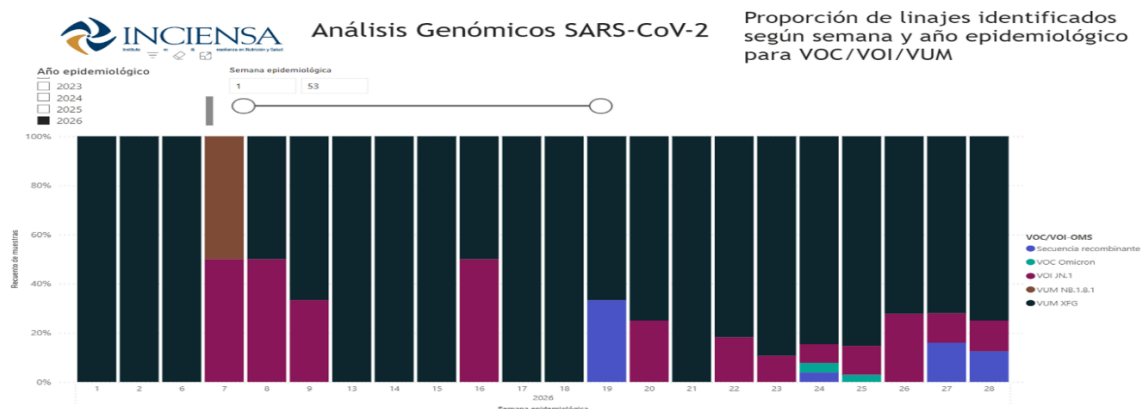
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 9 de setiembre del 2026, se reporta lo señalado en el gráfico 21.

Gráfico 21.

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



Fuente: Sistema de Información de INCIENSA, CCSS, DATOS Facultad de Microbiología UCR, actualizado en informe interactivo en Vigilancia genómica SARS-CoV-2 al 9 de setiembre del 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 7 de setiembre de 2026.

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 34 del 2026 se contabilizan 316810 casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas (SE) de la 1 a la 34. 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 34 se registran preliminarmente 5079 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 34 se registraron 49074 casos de EDA, con un promedio de 7 010 casos por semana. Durante este período se observa una disminución en los registros semanales, pasando de 8324 casos en la SE 27 a 5079 en la SE 34 lo que representa una reducción observada de 39 %.

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.

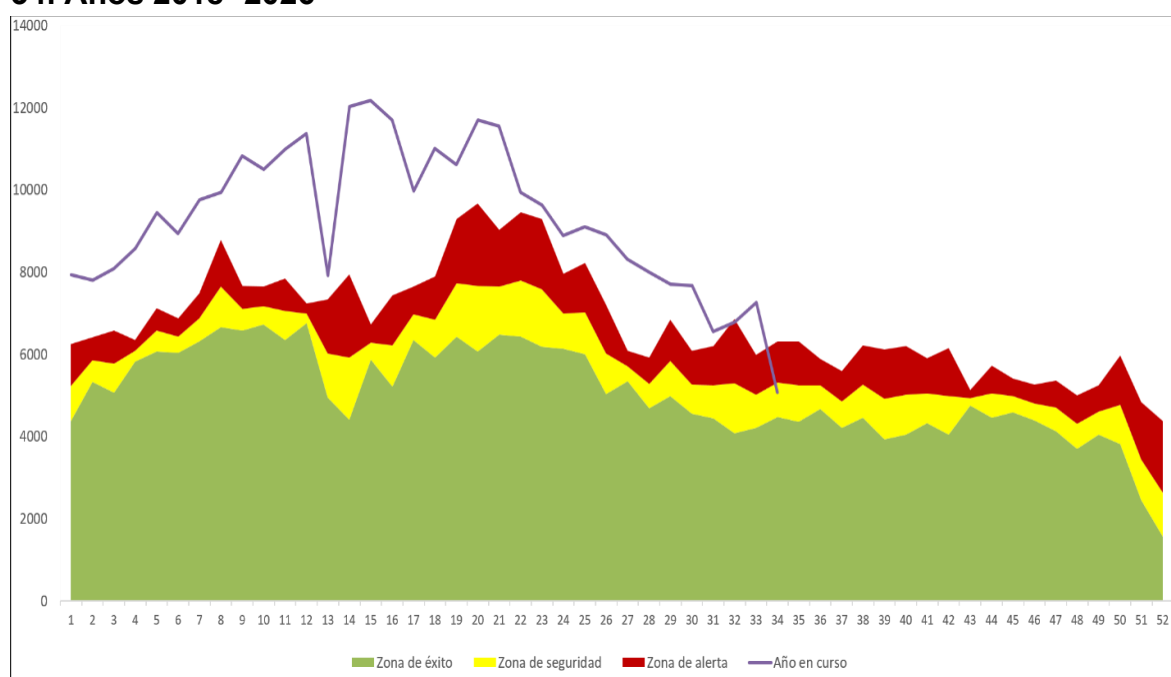
En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia, sin que la información disponible hasta la SE 34 permita establecer una situación epidémica nacional generalizada.



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 34. Años 2018- 2026 *



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

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

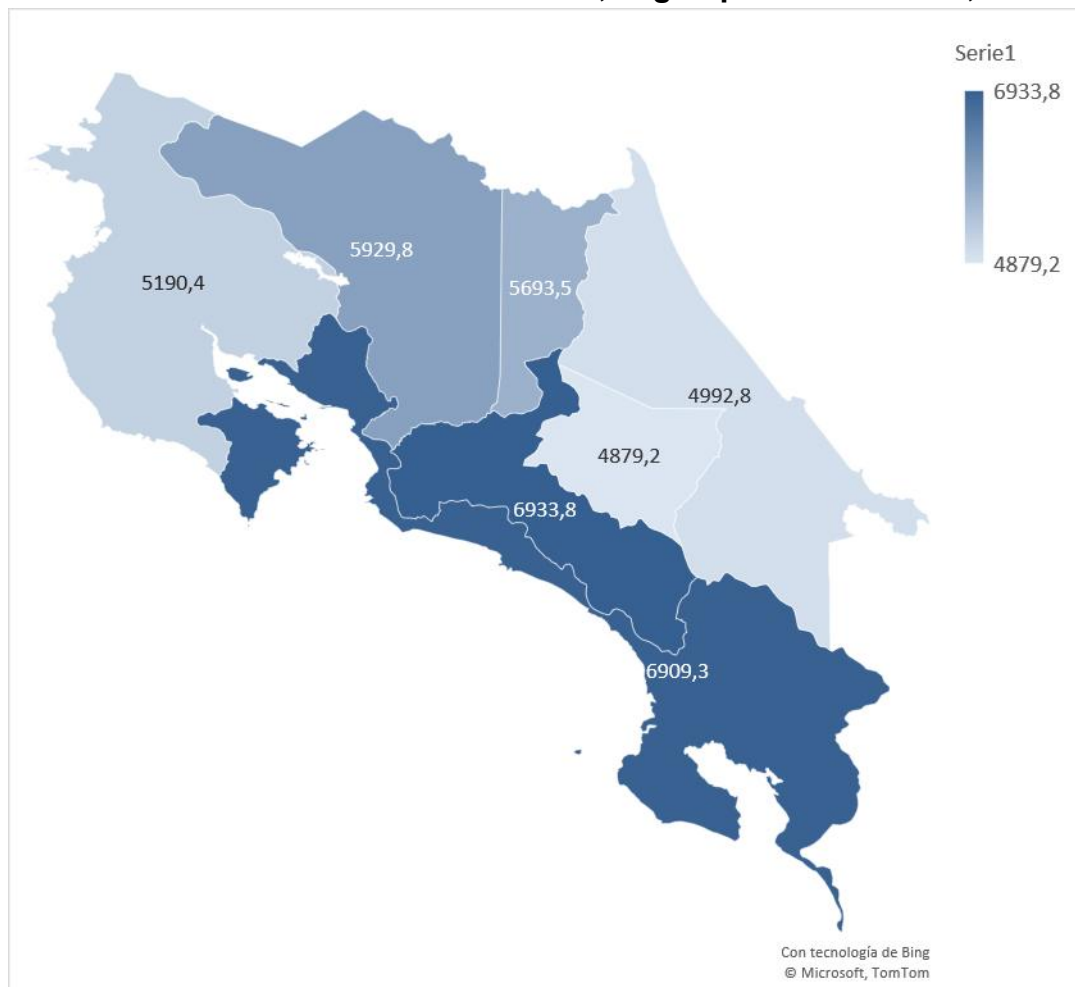
Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 34 de 2026 se estima a 5079 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 34, 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 8937 casos por 100 000 habitantes, seguido de la Región Central Sur, con alrededor de 7235 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

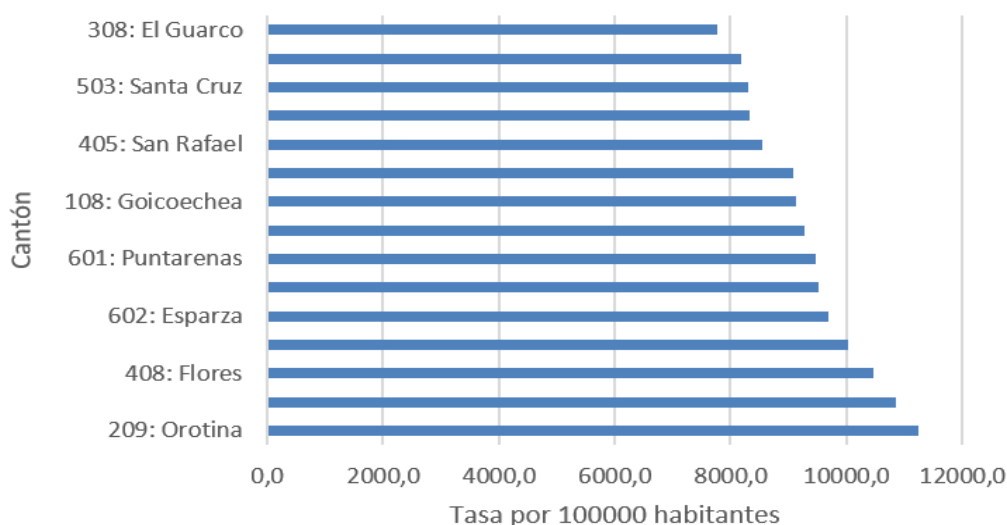
La distribución cantonal evidencia diferencias más marcadas que las observadas a nivel provincial. Orotina mantiene la mayor tasa acumulada del país, con aproximadamente 11 237,5 casos por 100 000 habitantes, seguido de Vázquez de Coronado (10 863,4), Flores (10 453,1), Montes de Oro (10 020,9) y Esparza (9 691,4).

También presentan tasas elevadas cantones como 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, Cañas, Santa Cruz, Garabito y El Guarco, lo que evidencia una distribución amplia de cantones con alta incidencia en distintas regiones del país.

La distribución territorial confirma que la carga de EDA no es homogénea entre 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 como los cantones con las incidencias acumuladas más elevadas en el periodo analizado.

Gráfico 2

Costa Rica. Cantones con mayor tasa acumulada de EDA, SE 34, 2026



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



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

Distribución por grupos de edad y sexo

La distribución por edad mantiene un patrón bimodal, con mayor incidencia en la niñez menor de 5 años y en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se registran en el grupo de 20 a 24 años (10 570,8 por 100 000 habitantes), seguido de 25 a 29 años (9 584,5), 1 a 4 años (9 079,8) y menores de 1 año (8 528,3).

Este comportamiento concentra la atención en dos grupos de interés epidemiológico: los menores de cinco años, por su mayor vulnerabilidad ante la deshidratación y las complicaciones asociadas a los cuadros gastrointestinales, y los adultos jóvenes, especialmente entre los 20 y 29 años, por presentar las tasas de incidencia más elevadas del periodo analizado.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, pasando de 5 760,3 por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 2 886,2 en las personas de 65 años y más. Estos hallazgos respaldan la necesidad de mantener acciones de prevención y vigilancia dirigidas especialmente a la niñez temprana y a la población adulta joven.

En términos absolutos, el mayor número de casos también se concentra en los grupos de 20 a 24 años (40 022 casos) y 25 a 29 años (39 522), seguidos por los grupos de 35 a 39 años (34 163) y 30 a 34 años (33 730).

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



Recomendaciones a la población

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

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

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

Para prevenir la EDA:

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



Conclusión EDA

A la SE 34 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.



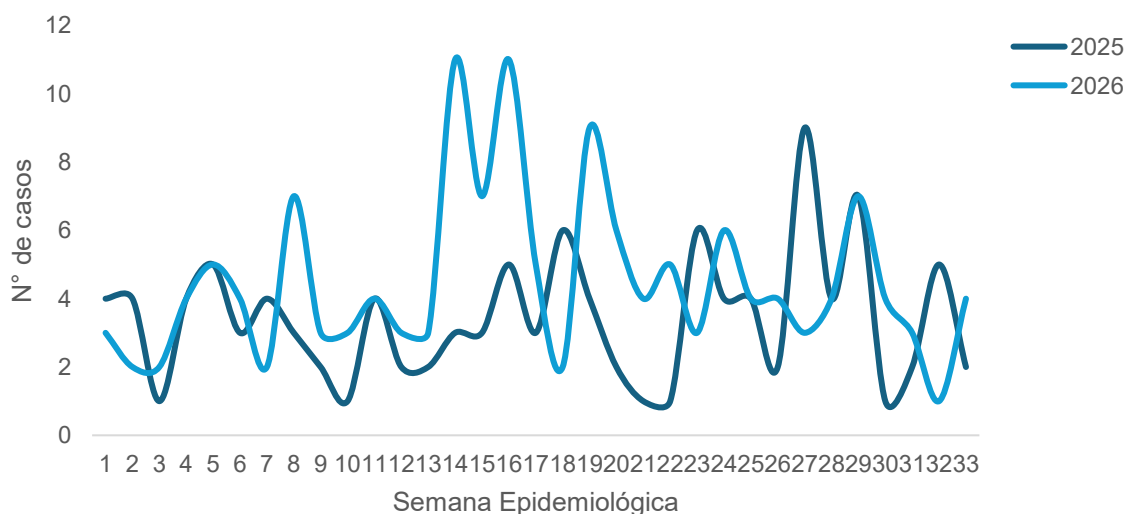
Meningitis

La meningitis es la inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal; puede ser viral, bacteriana o fúngica, pero es la bacteriana la que constituye una verdadera emergencia médica, capaz de causar la muerte en cuestión de horas y que se transmite por gotículas respiratorias, contacto cercano o durante el embarazo y el parto (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.).

El gráfico 1 muestra que, al cierre de la semana epidemiológica 33 de 2026, se notificaron 148 casos de meningitis en Costa Rica, en comparación con 113 casos registrados durante el mismo periodo de 2025. Esto representa 35 casos adicionales y un incremento del 31,0 %. La tasa acumulada para 2026 fue de 2,84 casos por cada 100 000 habitantes.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis, comparación entre los años 2025 y 2026, según semanas epidemiológicas (1-33).



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



La tabla 1 muestra la distribución de los casos por sexo, se observa un comportamiento muy similar entre mujeres y hombres. Se registraron 75 casos en mujeres y 73 en hombres, con tasas de 2,9 y 2,8 por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Estos datos indican que ambos sexos se vieron afectados prácticamente por igual.

En cuanto a la edad, las personas menores de un año presentan la mayor afectación, con 36 casos y una tasa de 72,5 por cada 100 000 habitantes. Por su parte, el grupo de 65 años y más registró 32 casos y una tasa de 5,0 por cada 100 000 habitantes, cifra que casi duplica la tasa general. Estos resultados muestran una mayor afectación en los extremos de la vida, especialmente durante el primer año.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según grupo etario y sexo y tasas por 100 000 habitantes, según semana epidemiológica (1 – 33), año 2026.

Grupo de edad	Sexo					
	Total		F		M	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	148	2,8	75	2,9	73	2,8
Menos de 1 año	36	72,5	18	74,3	18	70,8
De 1 a 9 años	6	1,2	2	0,8	4	1,5
De 10 a 19 años	11	1,5	7	1,9	4	1
De 20 a 64 años	63	1,9	26	1,6	37	2,3
65 años y más	32	5	22	6,5	10	3,3

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



En la tabla 2 se observa que el cantón de San José concentra la mayor cantidad de casos, con 11, seguido de Cartago, con 9. Sin embargo, al considerar el tamaño de la población, las tasas más altas se presentan en Aserrí, con 11,1 casos por cada 100 000 habitantes, y en Turrialba, con 10,2 por cada 100 000 habitantes.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis y tasas por 100 000 habitantes, según cantón, semana epidemiológica (1 – 33), año 2026.

Cantón	Casos	Tasa
San José	11	3,1
Cartago	9	5,8
Aserrí	7	11,1
Alajuela	7	2,1
Turrialba	7	10,2
Pérez Zeledón	6	4,5
Heredia	5	3,4
Liberia	5	6,1
Paraiso	4	6,5
Upala	3	5,2
Limón	3	3,3
San Ramón	3	3,2
Tibás	3	3,5
Moravia	3	4,9
Montes de Oca	3	4,9
Esparza	2	5,6

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



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 cuatro semanas del año 2026.

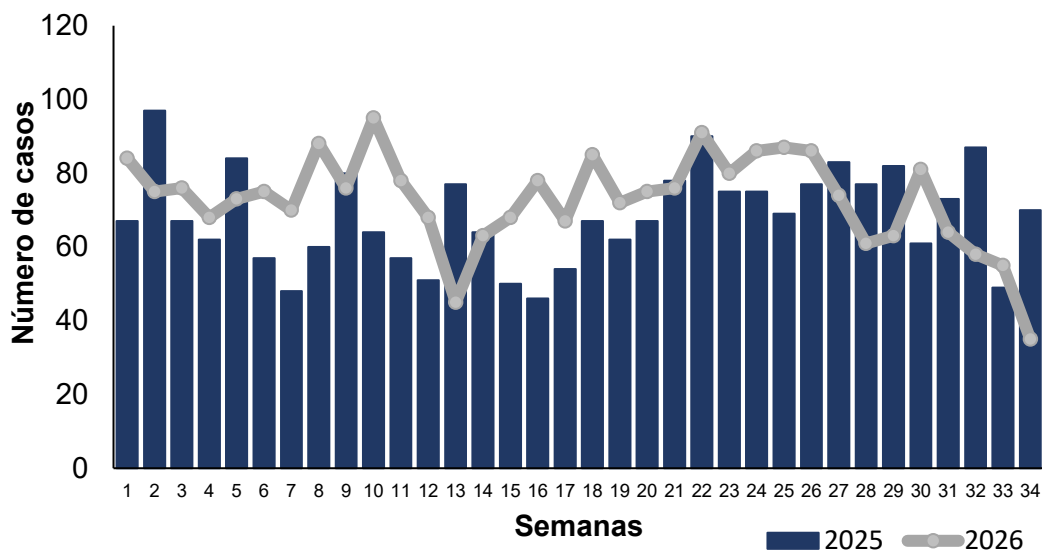
Sífilis en todas sus formas

A la SE 34-2026 se observa un incremento del 26,01 % en los casos de sífilis en todas sus formas respecto al mismo periodo de 2025, pasando de 1.965 a 2.476 casos, con 511 casos adicionales. Este comportamiento confirma una tendencia ascendente de la enfermedad y constituye una señal de alerta para la vigilancia de las ITS, por lo que se requiere fortalecer la detección oportuna, el tratamiento, el seguimiento de contactos y las intervenciones de prevención, particularmente en los grupos de población con mayor afectación. 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

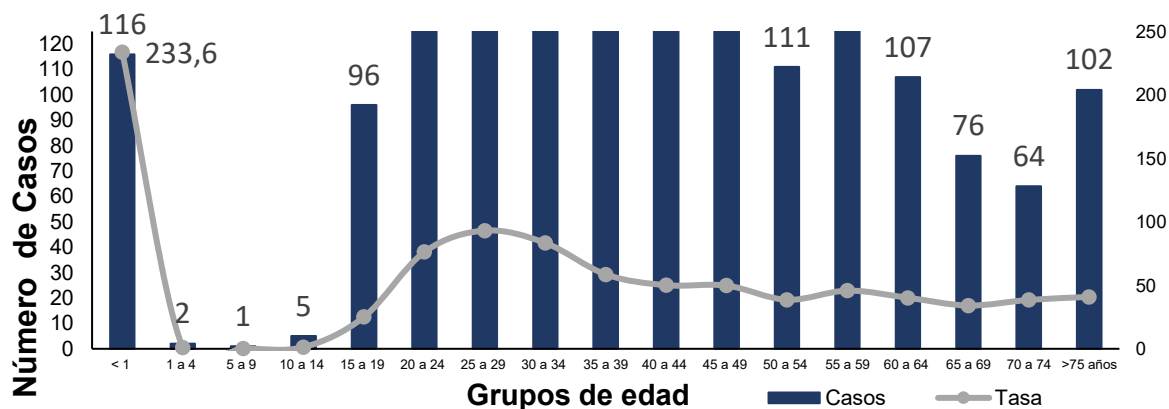


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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 34 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.



Por grupos de edad, los casos de sífilis se concentran principalmente entre los 20 y 49 años, con las mayores tasas en los grupos de 25 a 29 años (93,1 por 100.000 habitantes), 30 a 34 años (83,4) y 20 a 24 años (76,3). A partir de los 35 años se observa un descenso gradual de las tasas, aunque la enfermedad continúa presentándose en todos los grupos de edad, incluyendo personas de 60 años y más. Destaca además la tasa registrada en menores de 1 año (233,6 por 100.000), que debe analizarse de manera particular, ya que podría estar relacionada con casos de sífilis congénita, por lo que resulta importante revisar su clasificación y la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico temprano, tamizaje prenatal, así como realizar el estudio individualizado en los casos de menores de 1 año por parte de los grupos especializados y establecer la clasificación final, por lo que estos datos en menores de 2 años están sujetos a cambios según el estudio de cada caso.

En conjunto, la distribución evidencia una mayor afectación en población adulta joven, especialmente entre los 25 y 34 años, lo que refuerza la necesidad de mantener acciones de diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de contactos según el caso.

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	2476	47,5
San José	1022	61,3
Alajuela	315	29,1
Cartago	290	54,4
Heredia	209	38
Guanacaste	86	20,6
Puntarenas	157	30,9
Limón	397	86,7

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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



A la semana epidemiológica 34 de 2026, los casos notificados de sífilis en todas sus formas muestran una distribución desigual entre las provincias. Limón presenta la tasa más alta del país, con 86,7 casos por 100.000 habitantes, seguida de San José con 61,3 y Cartago con 54,4, superando en los tres casos la tasa nacional de 47,5 por 100.000 habitantes.

San José concentra además el mayor número de casos notificados (1.022), mientras que Limón registra 397 casos, lo que evidencia que, aunque San José aporta una mayor cantidad absoluta de casos por su tamaño poblacional, Limón presenta una mayor afectación proporcional. Por otra parte, Heredia (38,0), Puntarenas (30,9), Alajuela (29,1) y Guanacaste (20,6) se mantienen por debajo de la tasa nacional. Este comportamiento sugiere la necesidad de priorizar el análisis y las acciones de vigilancia y prevención en Limón, San José y Cartago, considerando factores como acceso a los servicios, oportunidad del diagnóstico, comportamiento de la notificación y condiciones asociadas a la transmisión de las ITS, antes de atribuir las diferencias exclusivamente a una mayor transmisión de la enfermedad.

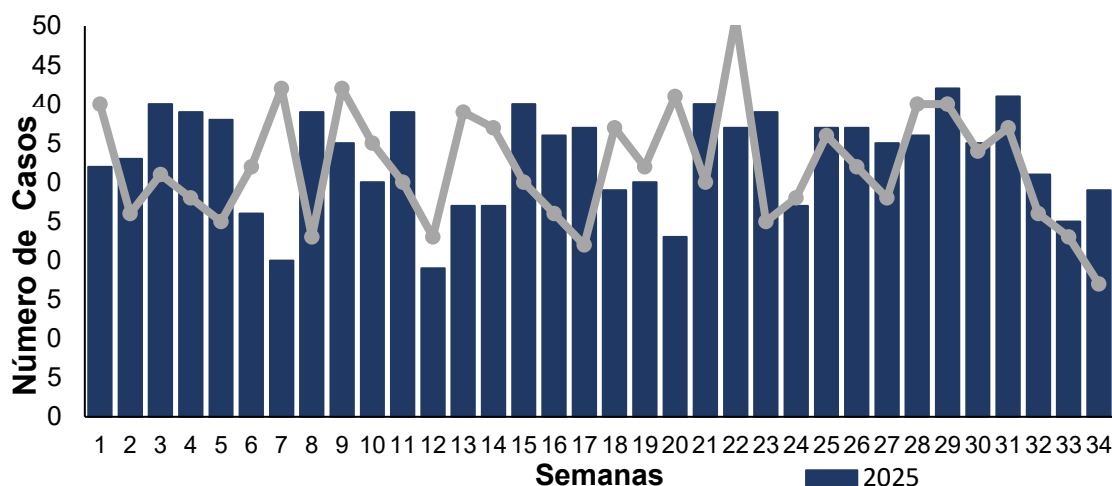
Infección por Gonorrea

A la semana epidemiológica 34 de 2026, se notifican 1.088 casos de gonorrea, en comparación con 946 casos registrados en el mismo periodo de 2025, lo que representa un incremento de 142 casos y un aumento del 15,01 %. Este comportamiento refleja un aumento en la notificación de casos de gonorrea respecto al año anterior y constituye un hallazgo relevante para la vigilancia de las ITS. El incremento puede estar relacionado tanto con una mayor transmisión como con mejoras en la detección, diagnóstico y notificación de los casos, por lo que es importante valorar estos componentes antes de interpretar el aumento únicamente como un cambio en la incidencia. Ante este comportamiento, resulta necesario mantener el fortalecimiento de la detección oportuna, el tratamiento adecuado de los casos y sus parejas sexuales, la educación para la prevención y el seguimiento de los casos, así como revisar la distribución por edad, sexo y territorio para identificar los grupos y zonas que están contribuyendo en mayor medida al incremento observado.



Gráfico 3

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

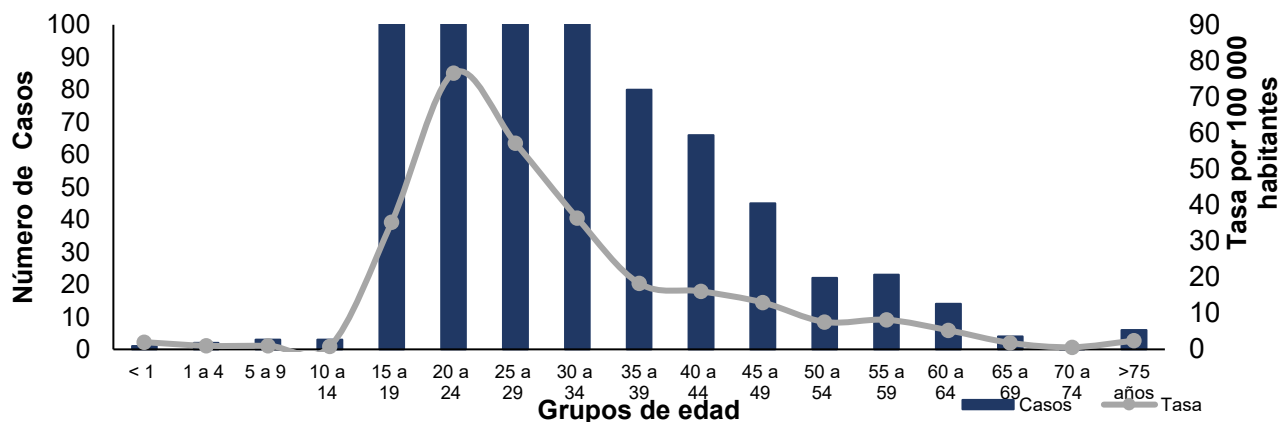


Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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

Gráfico 4

Costa Rica: Casos de gonorrea por grupos de edad número absoluto, y tasa por 100 000 habitantes, durante las primeras 34 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.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Hasta la semana epidemiológica 34 de 2026, Costa Rica notificó 1.088 casos de gonorrea, para una tasa nacional de 20,9 por 100.000 habitantes. La mayor afectación se concentró en la población adulta joven: el grupo de 20 a 24 años presentó la tasa más alta, con 76,6 por 100.000 habitantes y 290 casos, seguido por los grupos de 25 a 29 años, con 236 casos y una tasa de 57,2, y de 30 a 34 años, con 157 casos y una tasa de 36,4. El grupo de 15 a 19 años también mostró una incidencia relevante, con 135 casos y una tasa de 35,3.

En conjunto, las personas de 15 a 34 años acumularon 818 casos, equivalentes al 75,2 % del total nacional, lo que evidencia una concentración epidemiológica en adolescentes y adultos jóvenes. A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva de las tasas, mientras que en menores de 15 años la notificación fue baja, con 9 casos en total, aunque estos eventos requieren valoración individual por sus implicaciones clínicas, epidemiológicas y de protección de la persona menor de edad.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 34 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	1088	20,9
San José	465	27,9
Alajuela	126	11,6
Cartago	109	20,4
Heredia	96	17,4
Guanacaste	30	7,2
Puntarenas	125	24,6
Limón	137	29,9

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



A la semana epidemiológica 34 de 2026, la distribución territorial de los casos de gonorrea muestra diferencias importantes entre las provincias. Limón presenta la tasa más alta del país, con 29,9 casos por 100.000 habitantes, seguida de San José con 27,9 y Puntarenas con 24,6, todas por encima de la tasa nacional de 20,9 por 100.000 habitantes. San José concentra el mayor número de casos (465), mientras que Limón registra 137 casos, pero con una tasa más elevada debido a su menor población. Cartago presenta una tasa de 20,4, muy cercana al promedio nacional, mientras que Heredia (17,4), Alajuela (11,6) y Guanacaste (7,2) se mantienen por debajo. En conjunto, los datos muestran una mayor afectación proporcional en Limón, San José y Puntarenas, por lo que sería conveniente priorizar en estas provincias el análisis de los factores relacionados con la transmisión, el acceso al diagnóstico, la oportunidad del tratamiento y la notificación de casos, considerando además que se trata de datos preliminares sujetos a actualización.

Por sexo, a la semana epidemiológica 34 de 2026, la gonorrea presenta una marcada diferencia entre hombres y mujeres. Del total de 1.088 casos notificados, 952 corresponden a hombres, con una tasa de 36,6 por 100.000 habitantes, mientras que 136 casos corresponden a mujeres, con una tasa de 5,2 por 100.000 habitantes. Esto significa que los hombres concentran aproximadamente el 87,5 % de los casos notificados y presentan una tasa alrededor de 7 veces mayor que la observada en mujeres. Este comportamiento evidencia una mayor carga de gonorrea en la población masculina y hace necesario fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento dirigidas a este grupo, sin descuidar la detección en mujeres, donde la infección puede cursar con pocos o ningún síntoma y, por tanto, existir un posible subdiagnóstico.



Miasis por gusano barrenador en humanos

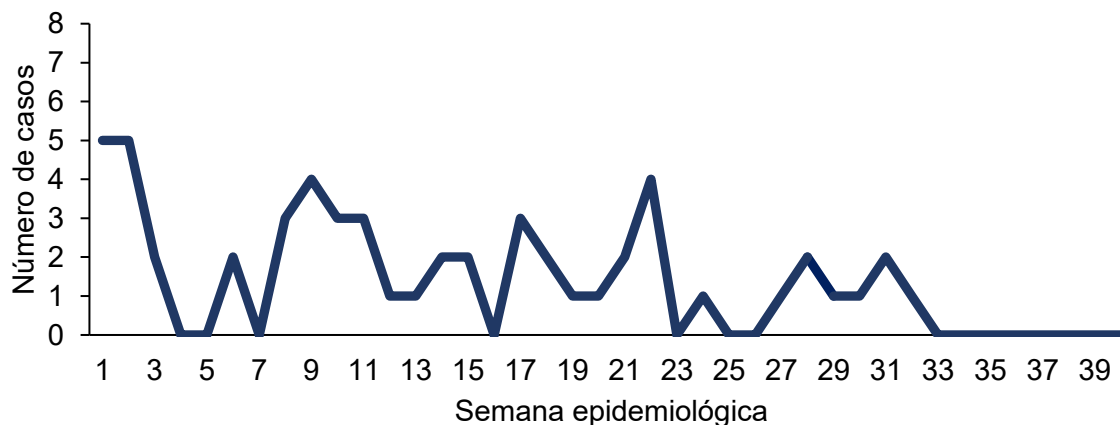
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos correspondientes a la semana epidemiológica (SE) 35 del año 2026. De conformidad con lo establecido en el Reglamento de Vigilancia de la Salud (Decreto Ejecutivo N° 40556-S) y el Lineamiento Nacional para la 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 y la SE 35 del año 2026, se dispone de la siguiente información:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 55 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (25/55) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (27/55)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 35, 2026

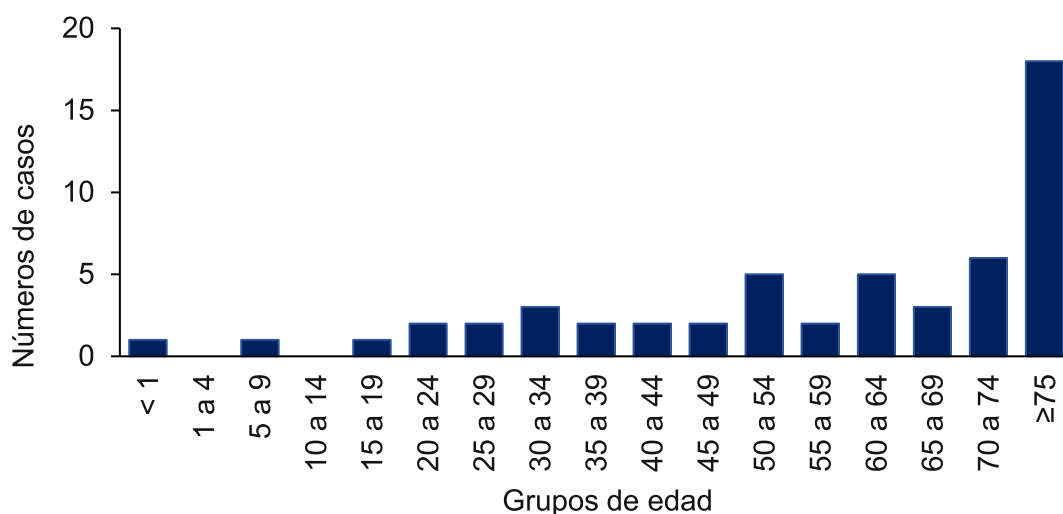


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 35, 2026



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

En 2026, hasta la SE 35, la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos evidenció un predominio del sexo masculino, que concentró el 69,09% (38/55) 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 30,91% (17/55) 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 35, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	55	1,1
San José	9	0,5
Alajuela	11	1,0
Cartago	4	0,7
Heredia	5	0,9
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	11	2,2
Limón	6	1,3

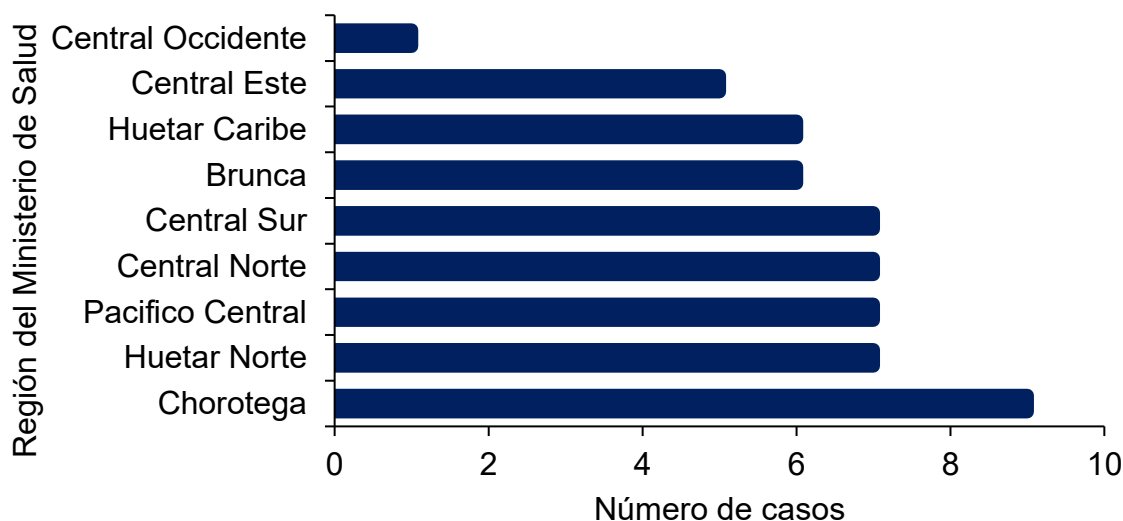
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 35, según provincia de procedencia. Las provincias de Alajuela y Puntarenas concentraron el mayor número de casos, con un total de 11 casos cada una.



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 35, 2026



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

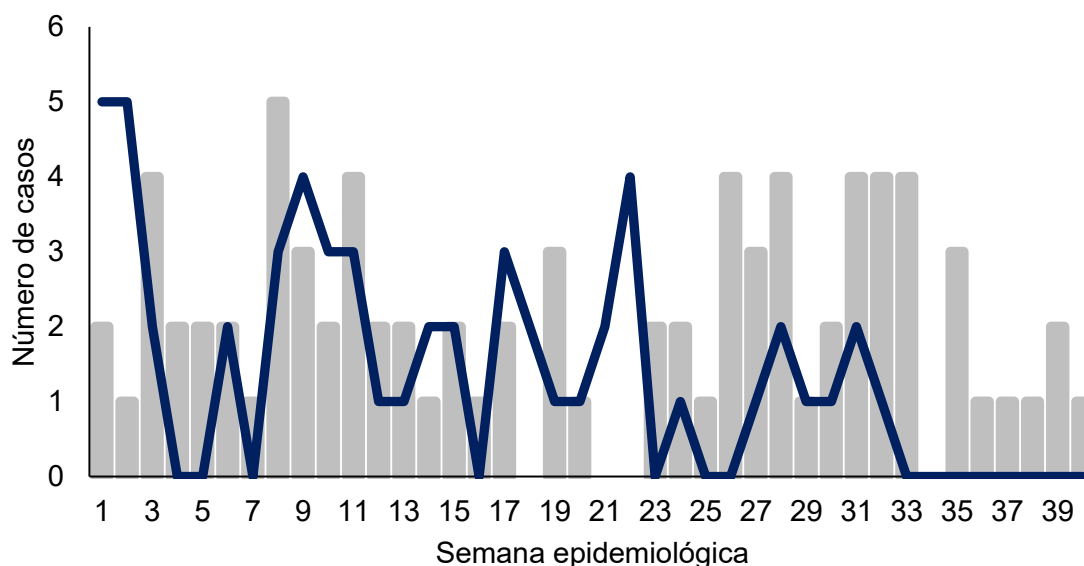
En el Gráfico 3 se presenta la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 35 en las nueve regiones rectoras del Ministerio de Salud. La Región Chorotega concentró el mayor número de casos, con 9 de los 55 casos registrados durante el período analizado.

Por su parte, el Gráfico 4 muestra el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos entre las SE 1 a la 35 de los años 2025 y 2026. Durante el año 2026 se notificaron 55 casos confirmados, mientras que para el mismo período de 2025 se habían confirmado 76 casos. Lo anterior representa una disminución de 21 casos (27,63%) 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 35 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.



Intentos de suicidio y suicidio



Según datos de la OMS, cada año, aproximadamente 727 000 personas se quitan la vida y muchas más lo intentan, cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países enteros y tiene consecuencias duraderas para quienes quedan atrás. En 2021 el suicidio fue la tercera causa principal de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial.

El suicidio no solo ocurre en países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global presente en todas las regiones del mundo. De hecho, cerca de tres cuartas partes (73%) de los suicidios a nivel mundial ocurrieron en países de ingresos bajos y medios en 2021.

El suicidio y los intentos de suicidio son problemas prioritarios para la salud pública sobre todo por las repercusiones en la salud de las poblaciones, ambos eventos son fenómenos complejos y multifactoriales, son además el resultado de la interacción de diversos factores tales como biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y de acceso a servicios, que afectan a las personas a lo largo de su vida.

Por un lado, el suicidio representa una de las principales causas de muerte prevenible y constituye la manifestación más grave del comportamiento suicida y por su parte los intentos son un indicador de riesgo, porque las personas con antecedentes de intento tienen una mayor probabilidad de reincidencia y de muerte por suicidio en comparación con la población en general, por tanto, el monitoreo de ambos es esencial.



Desde un punto de vista de rectoría en salud, el abordaje del intento de suicidio implica plantear y desarrollar acciones interinstitucionales e integrales relacionadas con la promoción de la salud, la prevención sobre todo de factores de riesgo y la detección oportuna de las personas en situación de vulnerabilidad, esto es posible con la articulación oportuna para asegurar una respuesta a tiempo y adecuada.

Es por ello por lo que en Costa Rica la vigilancia de los intentos de suicidio se incorporó al sistema nacional de notificación a partir del año 2012 a través del Decreto 37306-S, (el cual fue actualizado en 2017 con el Decreto 40556-S, vigente a la fecha), lo que ha permitido disponer desde ese momento de información continua del comportamiento de este evento por más de 14 años y complementar con el análisis de la mortalidad por suicidio.

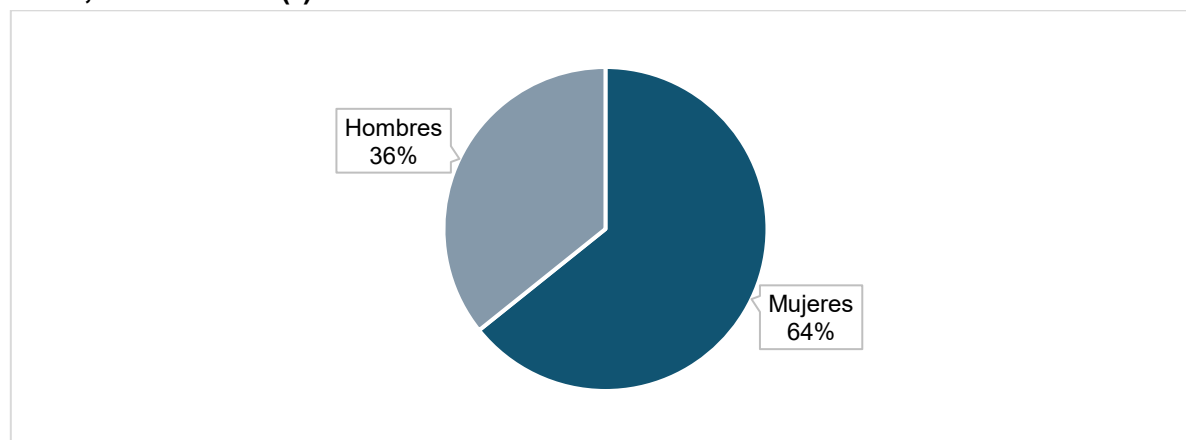
A continuación, la información que se presenta describe el comportamiento epidemiológico de los intentos de suicidio a lo largo del año.

A la semana epidemiológica N.º32, se registran 2.123 casos acumulados, lo que corresponde a una tasa general de 40,7 casos por 100.000 habitantes. Del total de casos notificados, 1.366 corresponden a mujeres y 757 a hombres.

Como se observa en el gráfico 1, la distribución por sexo confirma que las mujeres continúan siendo el grupo poblacional con el mayor número de casos registrados, concentrando cerca de dos tercios del total acumulado.

Gráfico 1

Costa Rica porcentaje de casos notificados de intentos de suicidio según sexo, SE32- 2026 (*)



(*) Datos preliminares SE32-2026

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



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Con relación a la incidencia por provincia, y como se observa en la tabla siguiente, Heredia presentó la tasa más alta de intentos de suicidio, seguida por Limón y Puntarenas, todas por encima de la tasa nacional. En contraste, Guanacaste y Cartago registraron tasas inferiores al promedio nacional, mientras que San José y Alajuela se ubicaron cercanas a este valor.

Aunque San José concentró el mayor número absoluto de casos, esta situación puede atribuirse, entre otros factores, a su mayor densidad poblacional y a una mayor disponibilidad y acceso a servicios de salud, tanto públicos como privados, lo que favorece la detección y el registro de los casos.

Las diferencias observadas entre provincias reflejan la interacción de diversos factores psicosociales, económicos y determinantes sociales de la salud. En general, territorios con mayores niveles de pobreza, desempleo, desigualdad social, violencia en sus distintas manifestaciones o con barreras de acceso a los servicios de salud mental tienden a presentar tasas más elevadas de intentos de suicidio. Asimismo, factores como el aislamiento social, la limitada disponibilidad de redes de apoyo y el estigma asociado a los trastornos mentales pueden influir de manera diferencial en la ocurrencia y el reporte de estos eventos entre las provincias.

Tabla 1

Costa Rica: incidencias y totales de casos notificados de intentos de suicidios, según provincia, SE32, 2026 (tasa por 100.000 habitantes)

Provincia	Tasas	N° casos
Nacional	40,7	2123
San José	38	634
Alajuela	44,2	479
Cartago	32	171
Heredia	53	292
Guanacaste	20,6	86
Puntarenas	47,6	242
Limón	47,8	219

(*) Datos preliminares SE32-2026

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

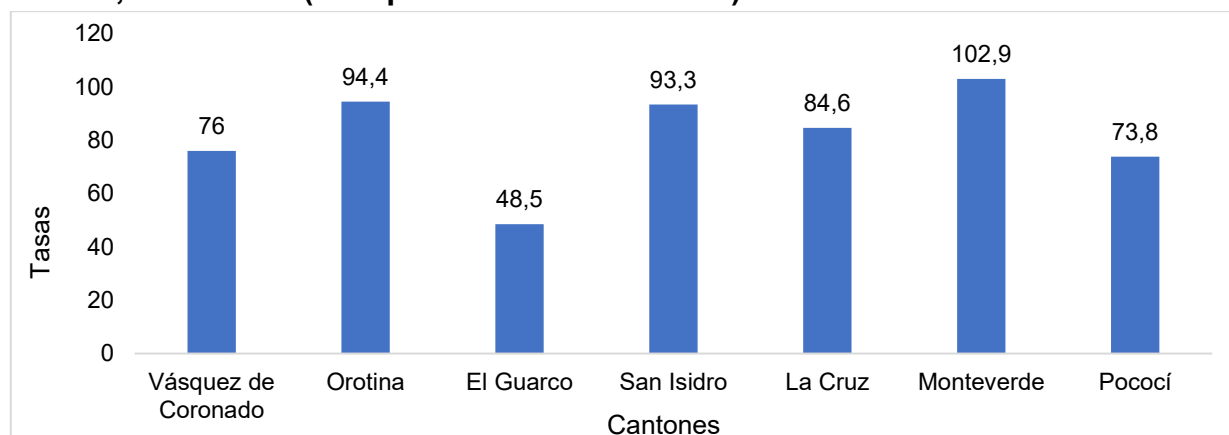


La distribución observada evidencia una importante variabilidad territorial en la ocurrencia del evento, con cantones que presentan tasas considerablemente superiores al promedio nacional. Estas diferencias podrían estar asociadas a la interacción de factores demográficos, socioeconómicos, culturales y de acceso a servicios de salud mental, entre otros determinantes que requieren análisis específicos para cada contexto local.

El gráfico siguiente confirma la concentración de las tasas más altas en los cantones mencionados, destacando especialmente a Monteverde, Orotina y San Isidro como los territorios con mayor incidencia del evento durante el período analizado.

Gráfico 2.

Costa Rica: incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según cantón, SE32-2026 (tasa por 100 000 habitantes)



(*) Datos preliminares SE32-2026

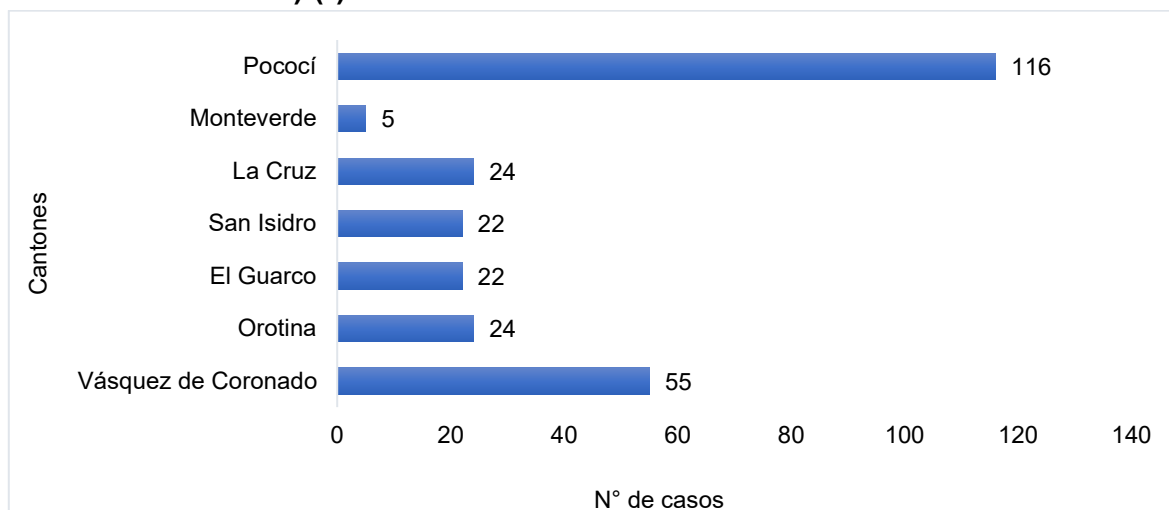
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Por otro lado, en términos de casos totales, según el gráfico 2, el cantón de Pococí destaca por tener la mayor cantidad por encima de los 100 casos lo que lo convierte en un cantón prioritario tanto por carga como por riesgo, este tipo de concentración territorial en términos absolutos indica que el riesgo no se distribuye de manera uniforme y que hay importantes zonas en los diferentes cantones con mayor riesgo de vulnerabilidad.



Gráfico 3

Costa Rica: número de casos notificados por cantón, SE32-2026 (tasa por 100.000 habitantes) (*)



(*) Datos preliminares SE32-2026

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

El gráfico 4 evidencia que la incidencia de intentos de suicidio presenta un comportamiento heterogéneo según grupo de edad y sexo. A nivel nacional, las tasas más altas se observan en los grupos de 15 a 19 años y 10 a 14 años evidenciando una mayor afectación en la población adolescente, posteriormente, las tasas disminuyen de forma progresiva a medida que aumenta la edad.

En las mujeres, la mayor incidencia se concentra en los grupos de 10 a 14 años y 15 a 19 años, con tasas considerablemente superiores a las observadas en los hombres de las mismas edades, este es un patrón recurrente que indica que las adolescentes constituyen el grupo de mayor riesgo para este evento.

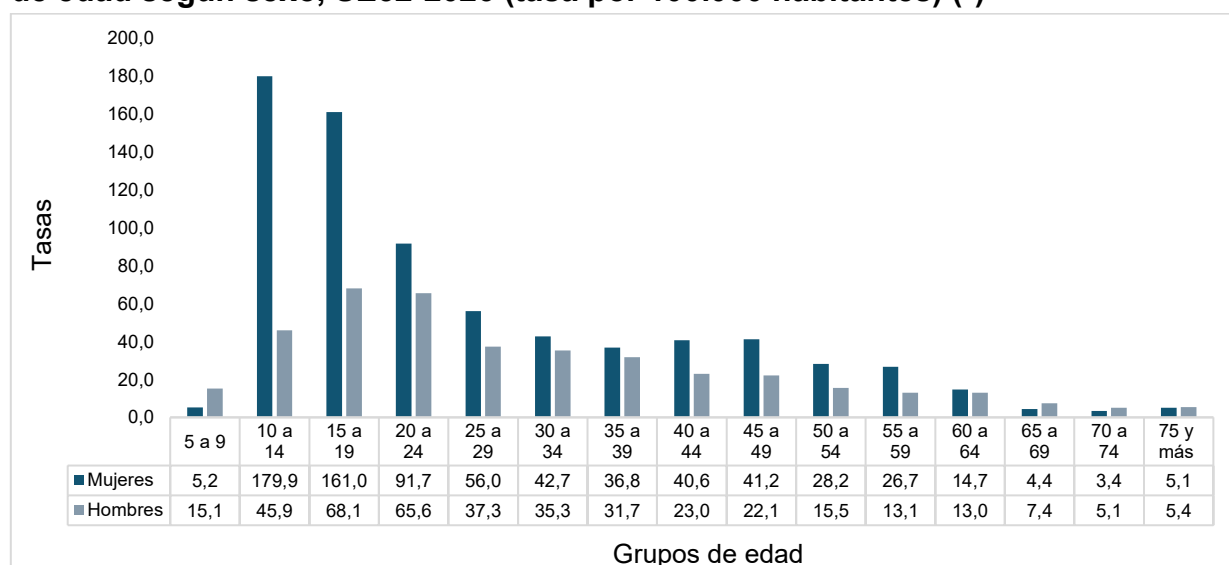
Por el contrario, en los hombres se observa una incidencia relativamente mayor en la niñez temprana, aunque las tasas más elevadas también se registran durante la adolescencia. A partir de los 20 años, la incidencia disminuye gradualmente en ambos sexos, manteniéndose en niveles más bajos en los grupos de mayor edad. Estos resultados reflejan una mayor vulnerabilidad en la población adolescente, particularmente entre las mujeres, y evidencian la relevancia del acompañamiento familiar, educativo e institucional, así como del acceso a redes de apoyo y a los



servicios sociales y de salud disponibles para el abordaje y referencia de estos casos.

Gráfico 4.

Costa Rica: incidencia de casos notificados de intentos de suicidio por grupos de edad según sexo, SE32-2026 (tasa por 100.000 habitantes) (*)



(*) Datos preliminares SE32-2026

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

Por otro en cuanto a los datos por Regiones Rectoras de Salud del Ministerio de Salud la siguiente tabla permite ver la información que estas envían en cumplimiento y seguimiento a indicadores de gestión construidos para tal efecto. Con relación a esta variable las regiones con las tasas más altas son la Pacífico Central, la más alta del país, aunque, la Central Norte y Huetar Norte también superan ampliamente la tasa nacional.

En cambio, las regiones con más casos absolutos son la Central Sur, aunque sus tasas están por debajo de las regiones críticas, como se dijo anteriormente por la densidad de población y la Región con menor tasa es la Chorotega que notificó muy pocos casos.



Tabla 2.

Costa Rica: casos notificados de intentos de suicidio según Región Rectora de Salud, SE32-2026. (tasa por 100 000 habitantes).

Región	Tasa	Total
<u>Nacional</u>	<u>40,7</u>	<u>2123</u>
Brunca	38,5	136
Central Este	35,2	195
Central Norte	49,9	523
Central Sur	37,1	562
Chorotega	19,2	91
Huetar Caribe	47,8	219
Huetar Norte	47,1	128
Central Occidente	37,9	85
Pacífico Central	57,2	184

(*) Datos preliminares SE32-2026

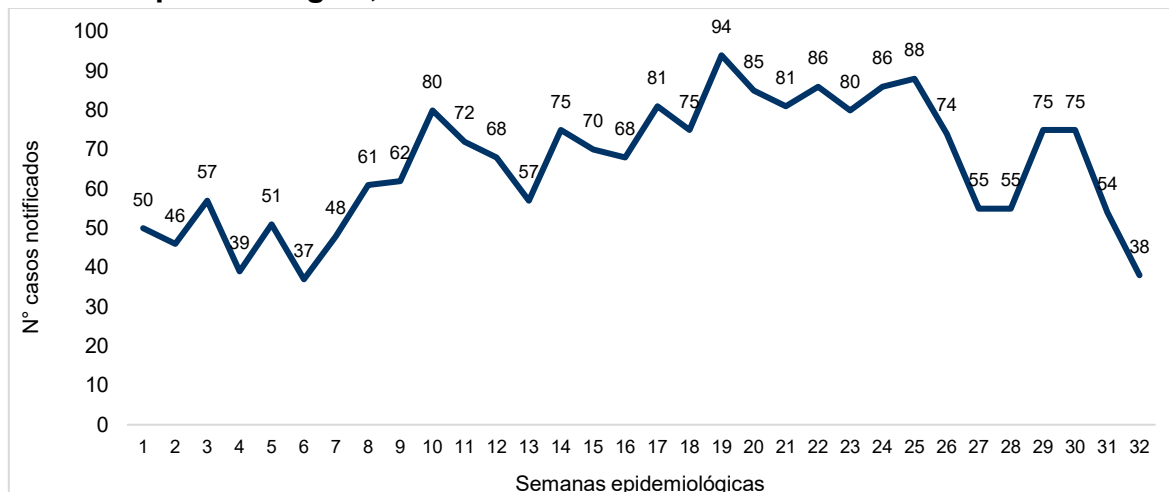
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

El siguiente gráfico muestra hasta la semana epidemiológica 32 de 2026, que los casos notificados de intento de suicidio muestran una tendencia general ascendente durante la primera mitad del periodo, con fluctuaciones semanales y un máximo de 94 casos en la semana 19, entre las semanas 17 y 25 se mantuvieron niveles elevados, generalmente superiores a 75 casos. A partir de la semana 26 se observa un descenso irregular, hasta alcanzar 38 casos en la semana 32, sin embargo, la disminución de las últimas semanas puede deberse a posibles retrasos en la notificación y consolidación de los datos.



Gráfico 5.

Costa Rica: tendencia de casos notificados de intentos de suicidio según semana epidemiológica, SE32-2026



(*) Datos preliminares SE32-2026

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

Principales Hallazgos del “I Informe anual de casos de suicidios del año 2024 según propuesta metodológica de análisis”. Ministerio de Salud. Dirección Vigilancia de la Salud ISBN 978-9977-62-360-3

El suicidio no solo representa una tragedia individual, sino también una falla estructural en la respuesta del sistema de salud pública, que debe ser capaz de anticipar, detectar y atender las necesidades emocionales y psicosociales de la población.

En esta línea, el suicidio es un problema de salud pública que debe ser priorizado en función de criterios generales, relevantes para este evento, como son:

- 1. Magnitud:** como situación epidemiológica y afectación a grupos vulnerables como adolescentes, jóvenes y adultos mayores.
- 2. Impacto:** el suicidio impacta en los planos individual, familiar, comunitario y social, cada dimensión debe recibir una atención y abordaje específicos.
- 3. Evitabilidad:** El suicidio es un grave problema de salud pública que puede prevenirse, por lo que requiere políticas públicas que atiendan su abordaje. Si se establecen con claridad los factores que inciden en la determinación y el sostenimiento de un problema, será más posible y eficaz redireccionar los recursos



públicos y movilizar el esfuerzo de la sociedad en su conjunto para su abordaje y superación.

4. Barreras de acceso al derecho a la salud y brechas existentes en el proceso de atención: La Declaración Universal de los Derechos Humanos define el derecho a la salud como un derecho humano básico y fundamental, que debe ser garantizado por las diversas instituciones del poder público.

Desde esta perspectiva, el suicidio no puede ser entendido solo como una expresión individual de sufrimiento, sino que como manifestación de desigualdades estructurales que afectan la salud mental de la población. En este caso el enfoque de los determinantes sociales permite identificar factores intermedios y estructurales que inciden en la conducta suicida, y que son susceptibles de intervención desde políticas públicas y estrategias comunitarias.

El estudio desde los determinantes es una oportunidad para generar conocimiento, el necesario para plantear intervenciones efectivas por lo que trascender del modelo clínico tradicional hacia una comprensión integral del suicidio como fenómeno social, multifactorial y sobre todo prevenible desde la interdisciplinariedad.

En virtud de lo anterior el propósito de brindar información clara y confiable sobre la situación del suicidio en el país, desde la Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud con apoyo intra e interinstitucional se elaboró el año pasado el *Informe Anual de Casos de Suicidio 2024*, el cual permitió conocer mejor las características y tendencias de este evento de salud pública, identificar los grupos de población más afectados y aportar evidencia para orientar acciones de prevención, promoción de la salud mental y atención oportuna, contribuyendo así a la protección y el bienestar de la población en cumplimiento de los compromisos técnicos institucionales.

Al respecto se muestran los principales hallazgos según algunas variables de análisis definidas.

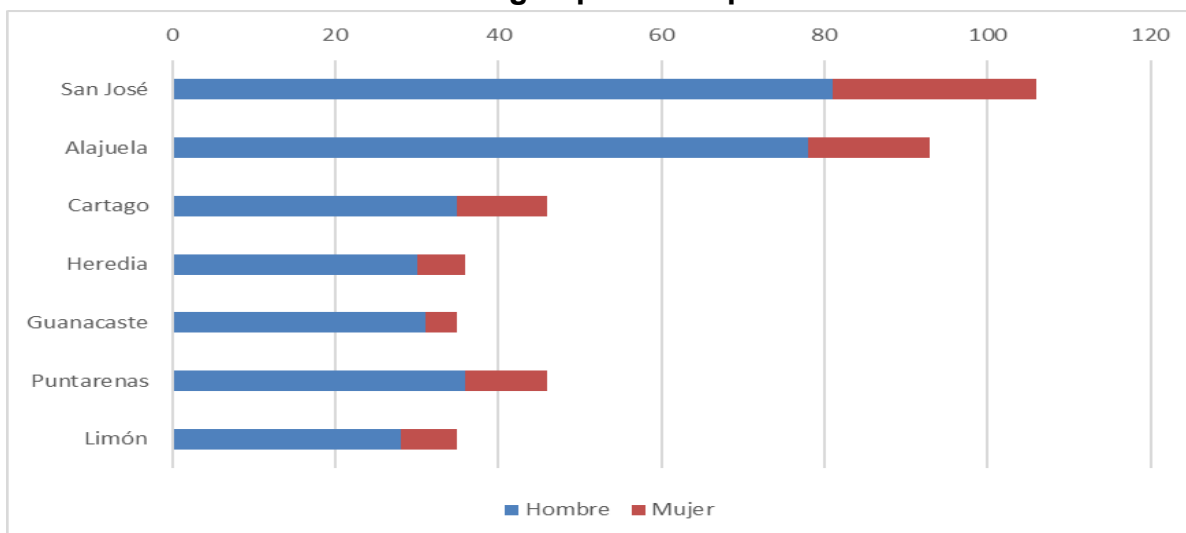
Es notorio que, según los registros históricos para este tipo de evento los hombres usan métodos más lesivos para lograr el cometido de suicidarse. El 2024 no fue la excepción y 319 casos de suicidio de los 397 registrados (80,3%) fueron cometidos



por hombres. De lo anterior se desprende que existe una marcada diferencia entre la cantidad de suicidios cometidos por hombres con relación a las mujeres.

Gráfico 6.

Costa Rica: Casos de suicidio según provincia por sexo. 2024



Fuente: I Informe Anual de Casos de Suicidio 2024, Ministerio de Salud

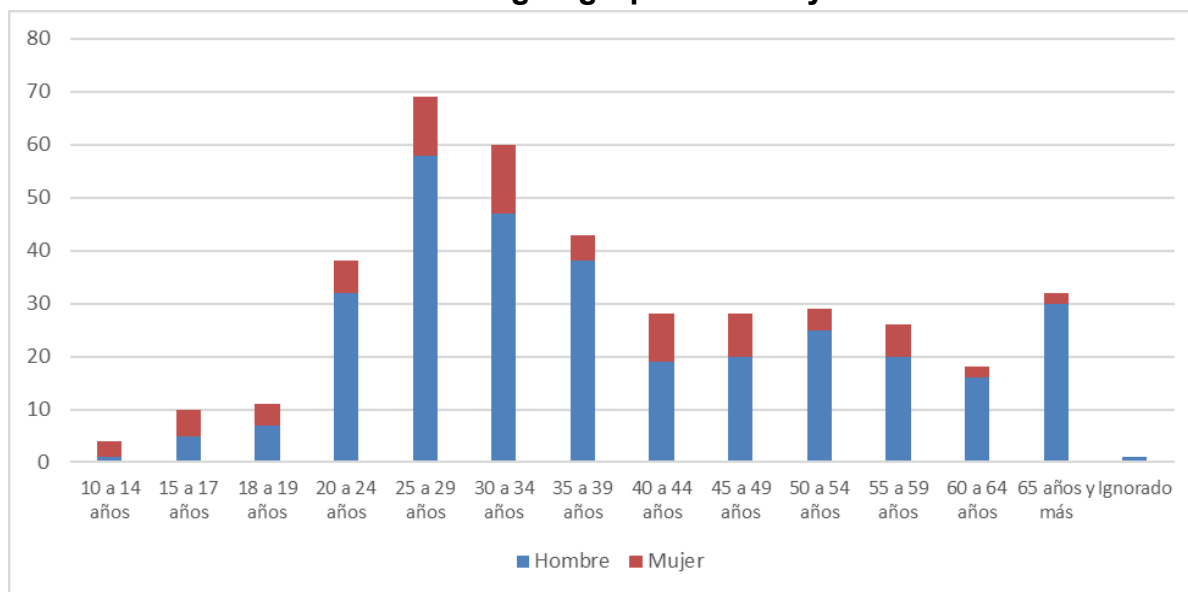
El siguiente gráfico evidencia que los grupos de edad más afectados son los ubicados entre los 20 y 39 años en ambos sexos. Sin embargo, en términos generales los hombres son quienes más cometen el acto en todos los grupos de edad, destacándose los que están entre los 25 a 29 años como el número mayor de suicidios.

En el caso de las mujeres el grupo de edad más afectado es entre los 30 a 34 años. Cabe destacar que se registran 4 casos en personas menores de 14 años, en donde 3 corresponde al sexo femenino y uno al sexo masculino



Gráfico 7.

Costa Rica: Casos de suicidio según grupo de edad y sexo. 2024



Fuente: I Informe Anual de Casos de Suicidio 2024, Ministerio de Salud

Nacionalidad

Siendo que Costa Rica se ha convertido en una nación en donde convergen temporal o permanentemente personas de distintas nacionalidades, se convierte en un grupo vulnerable ante los diferentes cambios por su condición migratoria, que podría aumentar el riesgo de comprometer su vida, como se logra visualizar, las tres nacionalidades que más registran personas que cometen suicidios en Costa Rica son por orden de magnitud: Nicaragua, Estados Unidos y Canadá.



Tabla 3

Costa Rica: Casos de suicidio según país de procedencia, 2024

País	Total	Porcentaje
Costa Rica	338	85,1
Nicaragua	42	10,6
Estados Unidos	5	1,3
Canadá	4	1,0
Otro	6	1,5
Ignorado	2	0,5
Total	397	100,0

Fuente: I Informe Anual de Casos de Suicidio 2024, Ministerio de Salud

Estado civil

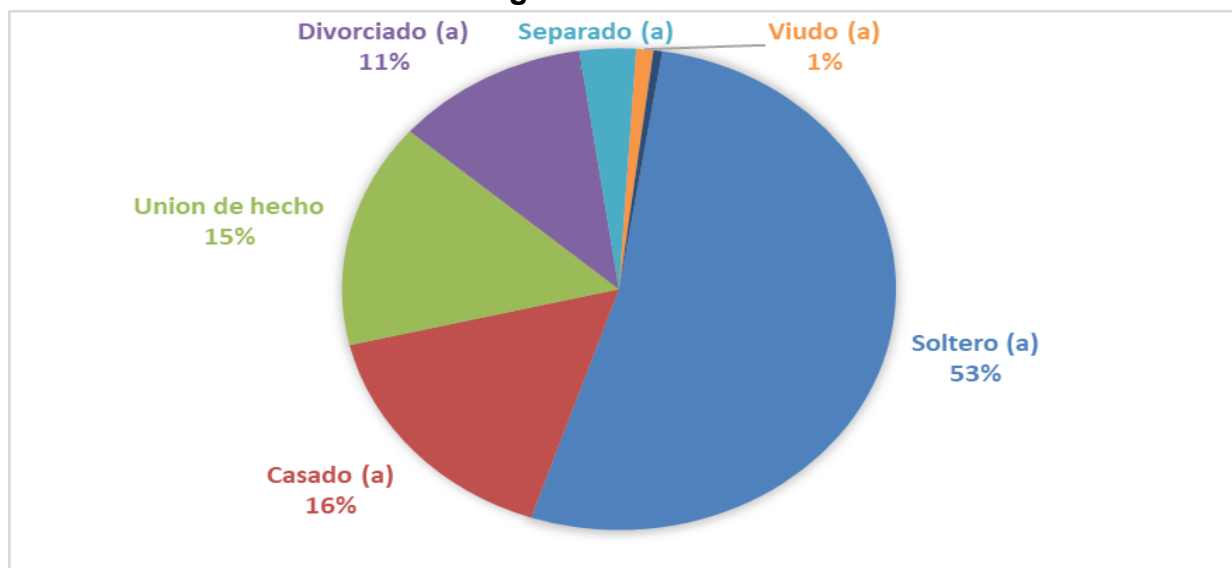
El siguiente gráfico presenta la distribución porcentual para cada una de las categorías definidas respecto al estado civil de las personas que cometieron suicidio en el 2024 en Costa Rica, que evidencia que el grupo de solteros tiene el porcentaje más alto.

La categoría Soltero es la que históricamente ha registrado la mayor cantidad de casos de suicidios a nivel nacional, el papel de la familia y el estado civil, influye en el desencadenamiento del comportamiento suicida, por ende, aunque esta condición no se constituye en un riesgo por sí misma, se han de considerar los factores psicológicos y sociales que la acompañan, por ejemplo la soledad, falta de apoyo (personal, familiar, económicos, entre otros), falta de sentido de pertenencia, y la presión cultural.



Gráfico 8.

Costa Rica. Casos de suicidio según estado civil. 2024



Fuente: I Informe Anual de Casos de Suicidio 2024, Ministerio de Salud

Los problemas de salud mental son uno de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida. Trastornos como la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad pueden afectar profundamente la percepción que una persona tiene de sí misma, de su entorno y de su capacidad para enfrentar las dificultades.

Estos padecimientos suelen generar sentimientos de desesperanza, aislamiento, baja autoestima y una percepción distorsionada de la realidad, lo que puede llevar a considerar el suicidio como una salida ante el sufrimiento emocional.

Con respecto a los casos en la investigación algunas personas en riesgo recibieron atención, de los casos analizados en la investigación se reflejó que un 6,8% se encontraba recibiendo atención en el servicio de psiquiatría, del cual un 7,7% corresponde a mujeres y un 6,6% a los hombres.

En cuanto a la atención psicológica un 6,3% se encontraba en terapia, del cual 11,5% de la población correspondía a mujeres y 5,0% a hombres. En cuanto al servicio de trabajo social, se identificó que un 0,3% tenía atención en ese servicio. Por otro lado, es importante señalar que un 5,0% de los casos presentaron dificultad en la adherencia al tratamiento, y un 3,0% no contaba con atención respectiva ante



su situación de riesgo, lo cual llama la atención pues hay una serie de factores que pueden influir en ese estado como el estigma para buscar ayuda, no visualizar las señales de alerta, mitos como por ejemplo asociar el riesgo con manipulación, miedo al internamiento, entre otros.

Bajo la línea de la atención, un 0,3% no recibió seguimientos de parte del centro de salud, aspecto importante de analizar, pues al atender este tipo de situaciones se requiere un sistema de alarma ante las ausencias de asistencia a citas, o bien que, al ser atendidos, las personas usuarias cuenten con las referencias respectivas a los servicios y especialidades con la prioridad oportuna, en especial si se requiere valorar la adherencia a tratamientos farmacológicos.

Se reflejó una cantidad significativa de casos asociados con conducta ética y suicidio, sin embargo, solo un 0,3% se encontraba en tratamiento con el IAFA.

Profesiones y ocupaciones

El acto suicida se presenta en todos los estratos sociales, aproximadamente el 39% de las personas tenían ocupaciones que requerían menos competencias, por lo general trabajan desde la informalidad, no contaban con seguro, y por ende tenían menos posibilidad de contar con un ingreso justo y atención médica, que les permitiera acceder una mejor calidad de vida para ellos y sus familias.

Otro punto es que un 15% se encontraba desempleado, con todo lo que esta situación significa a nivel personal y económico para la satisfacción de necesidades básicas, emocionales, de autonomía y de autorrealización.

La siguiente tabla muestra lo indicado.



Tabla 4.

Costa Rica: Profesiones y ocupaciones de las personas que cometieron el acto suicida.

Profesiones / ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ocupaciones elementales	62	15,6
Servicios comercios y mercados	61	15,4
Desempleado	57	14,4
Construcción y afines	39	9,8
Estudiante	33	8,3
Ama de casa	27	6,8
Labores agrícolas/ganaderas/pesquera	26	6,5
Conductores vehículos y operarios maquinaria	26	6,5
Profesional	23	5,8
Oficios técnicos	21	5,3
Pensionado	20	5,0
Ignorado	2	0,5
Total	397	100,0

Fuente: I Informe Anual de Casos de Suicidio 2024, Ministerio de Salud

Método utilizado

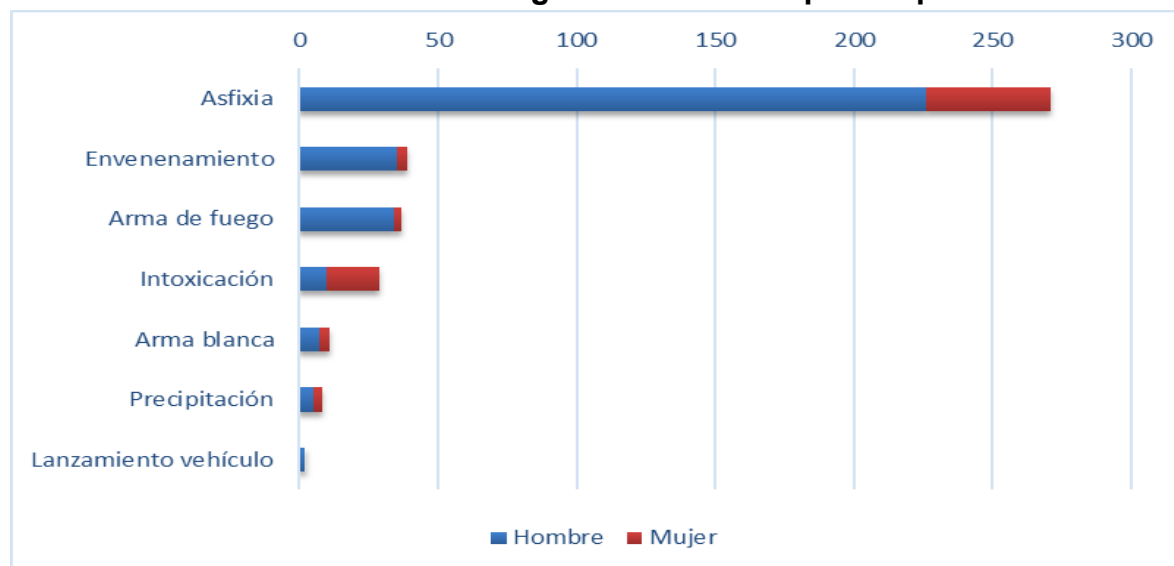
Con respecto al método empleado, se identificaron un total de 10 categorías para clasificarlo. En el gráfico siguiente se identifican los métodos utilizados por las personas que se suicidaron durante el 2024. La categoría Asfixia por suspensión o ahorcamiento concentra el 67% (266 casos en promedio por año), de la totalidad de métodos empleados para cometer suicidio el cual fue el más utilizado en ambos sexos.



En segundo lugar, en los hombres se registra el envenenamiento, en tercer lugar, el uso de arma de fuego, siendo los más relevantes. En el caso de las mujeres, en segundo lugar, se registra la intoxicación con medicamentos, luego el envenenamiento y el uso de arma blanca.

Gráfico 9.

Costa Rica: Casos de suicidios según el método empleado por sexo 2024.



Fuente: I Informe Anual de Casos de Suicidio 2024, Ministerio de Salud

Los resultados reflejan que los casos analizados en su mayoría cuentan con una multicausalidad y multifactorialidad donde se visualizan la intervención de diferentes instituciones que por su naturaleza trabajan con todos estos factores (recreación, educación, fuentes de trabajo, salud, seguridad, gobiernos locales, entre otros), por lo tanto, es necesario el cumplimiento del Reglamento N°44919-S-MEP-MTSS, cuyo objetivo radica en el desarrollo del Modelo de Abordaje Integral de Salud Mental que incluye acciones específicas en promoción, prevención, protección, atención, rehabilitación e inclusión social y laboral, propuesta que será implementada a través de la coordinación intersectorial e interinstitucional, promoviendo un enfoque comunitario que garantice el respeto a los derechos humanos y la dignidad de todas las personas.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Día Mundial
**Prevención
suicidio**

**DEL SILENCIO
AL APOYO**

Hablar, escuchar y acompañar también
salva vidas.

 Escuchar sin juzgar
y acompañar con empatía
puede marcar la diferencia.

 No se trata de tener
las respuestas,
si no de **estar presente.**


**MINISTERIO
DE SALUD**
GOBIERNO DE COSTA RICA

Escucha. Acompaña. Salva vidas.