



Boletín Epidemiológico N° 37 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
9 de octubre de 2026

Tabla de contenido

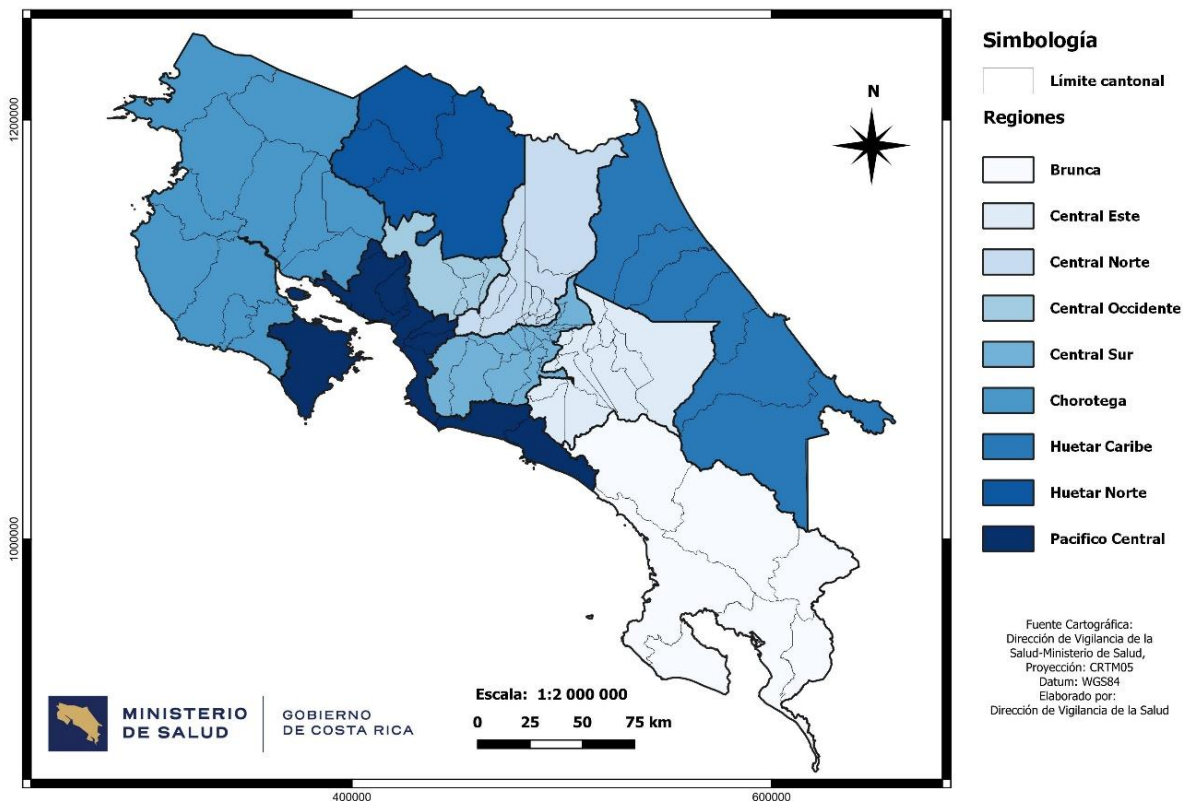
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	8
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 37	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI, Neumonía y Covid-19	17
Coberturas de vacunación.....	33
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 5 de octubre 2026.	39
Infecciones de transmisión sexual	48
Miasis por gusano barrenador en humanos	58



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 38 del año 2026 se notifican **5406 casos acumulados** de dengue de estos, **93 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 5 de octubre se reportan 3 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en el Hospital Manuel Mora Valverde, 1 en el Hospital Los Chiles y 1 en el Hospital San Rafael de Alajuela.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1822 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 366,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 38, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1822	174,0
Pacífico Central	1179	366,3
Chorotega	709	149,4
Central Sur	503	33,2
Huetar Caribe	477	104,2
Huetar Norte	248	91,3
Central Occidente	195	86,9
Brunca	188	53,2
Central Este	85	15,4
Total	5406	103,6

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	2563	236,7	1357	251,1	1206	222,3
Puntarenas	764	150,1	355	141,0	409	159,1
Guanacaste	666	159,7	339	163,9	327	155,6
San José	525	31,5	259	30,6	266	32,4
Limón	477	104,2	219	97,8	258	110,2
Heredia	325	59,0	174	62,9	151	55,1
Cartago	86	16,1	36	13,4	50	18,9
Total	5406	103,6	2739	104,8	2667	102,4

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 38 son: Alajuela 777 casos, Grecia 629 casos, Orotina 532 casos, Puntarenas 308 casos y La Cruz 239 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 38, 2026.

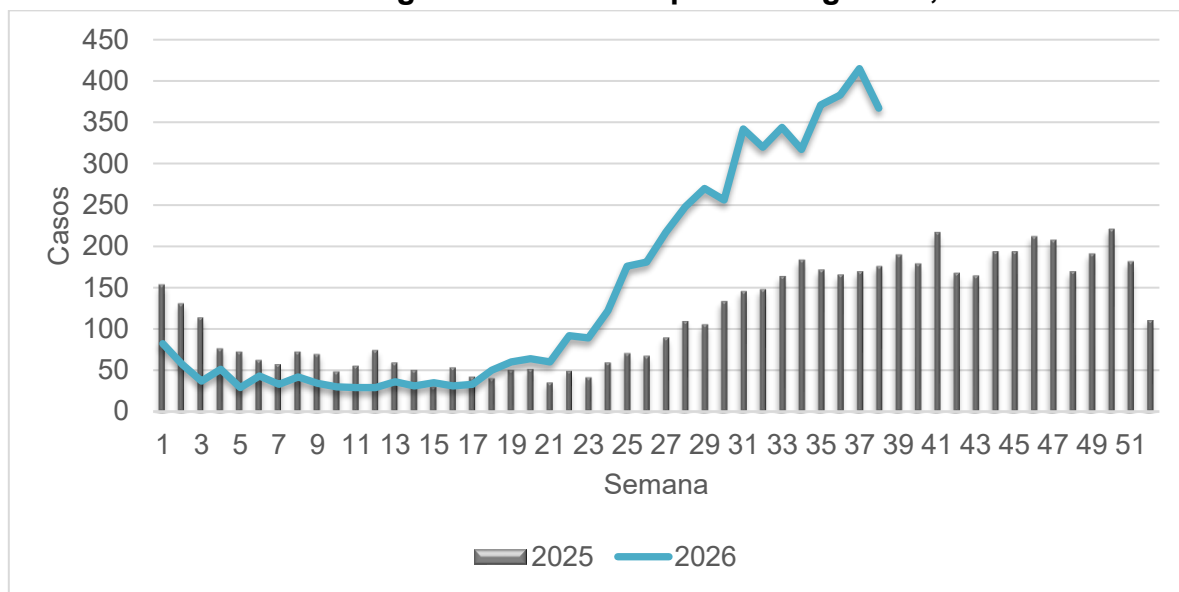
Cantón	Casos	Tasa
201: Alajuela	777	235,3
203: Grecia	629	772,8
209: Orotina	532	2091,8
601: Puntarenas	308	211,6
510: La Cruz	239	842,7
101: San José	170	48,0
210: San Carlos	146	68,4
702: Pococí	142	90,3
505: Carrillo	137	271,3
701: Limon	126	137,3

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 38, 2025-2026.



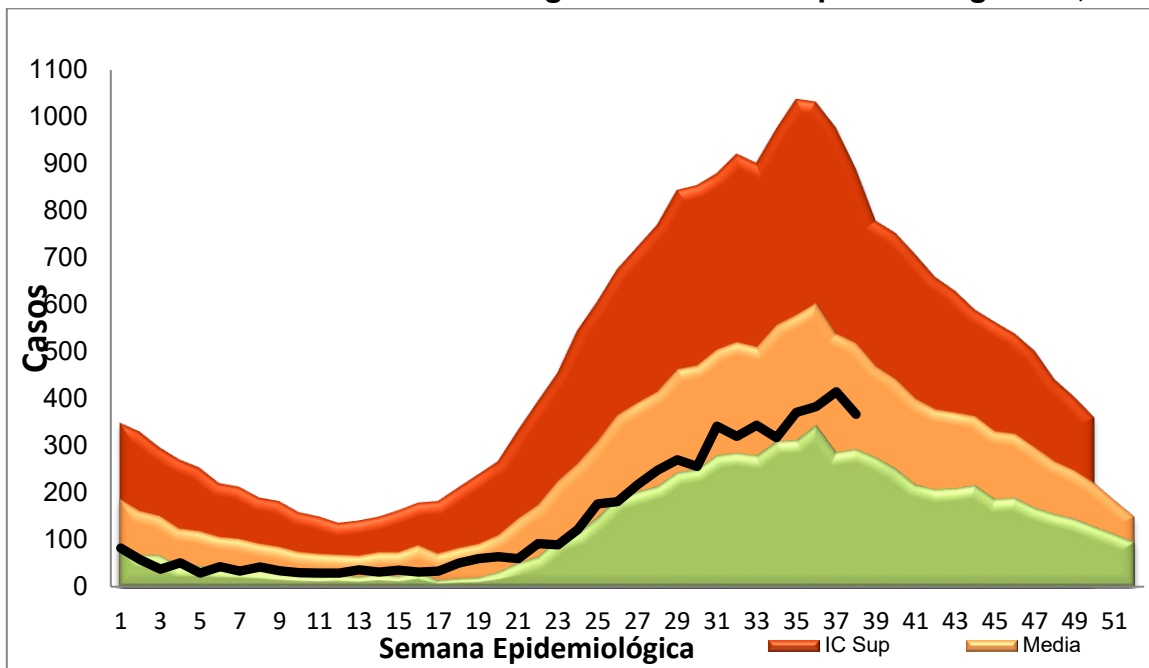
Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 38 del año 2025 se reportaron 3431 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 36,5% en el número de casos notificados.



Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 38, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Chikungunya

A la semana epidemiológica 38 se notifica un total de **690 casos** de chikungunya, **539 casos confirmados** por prueba de PCR y **151 casos probables** en estudio.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 38, 2026

Región	Total	Confirmados	Probables
Chorotega	405	297	108
Central Norte	111	100	11
Central Sur	93	74	19
Pacífico Central	41	37	4
Huetar Norte	22	19	3
Central Este	9	5	4
Central Occidente	6	6	0
Huetar Caribe	2	0	2
Brunca	1	1	0
Total	690	539	151

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

- La Cruz 253 casos
- Alajuela 75 casos
- Carrillo 73 casos
- San José 58 casos
- Santa Cruz 49 casos



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 38 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 38 de 2026, Costa Rica acumula **89** casos de malaria: 34 corresponden a transmisión local (19 autóctonos y 15 introducidos), 49 son importados (incluidas 9 recaídas de casos importados) y 6 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 38, 2026.

Cifras clave	SE 38-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	89	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	6	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	de Crucitas–Llano Verde	Concentra 64 casos del total a nivel nacional (72%)

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 38 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 38, 2026.

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

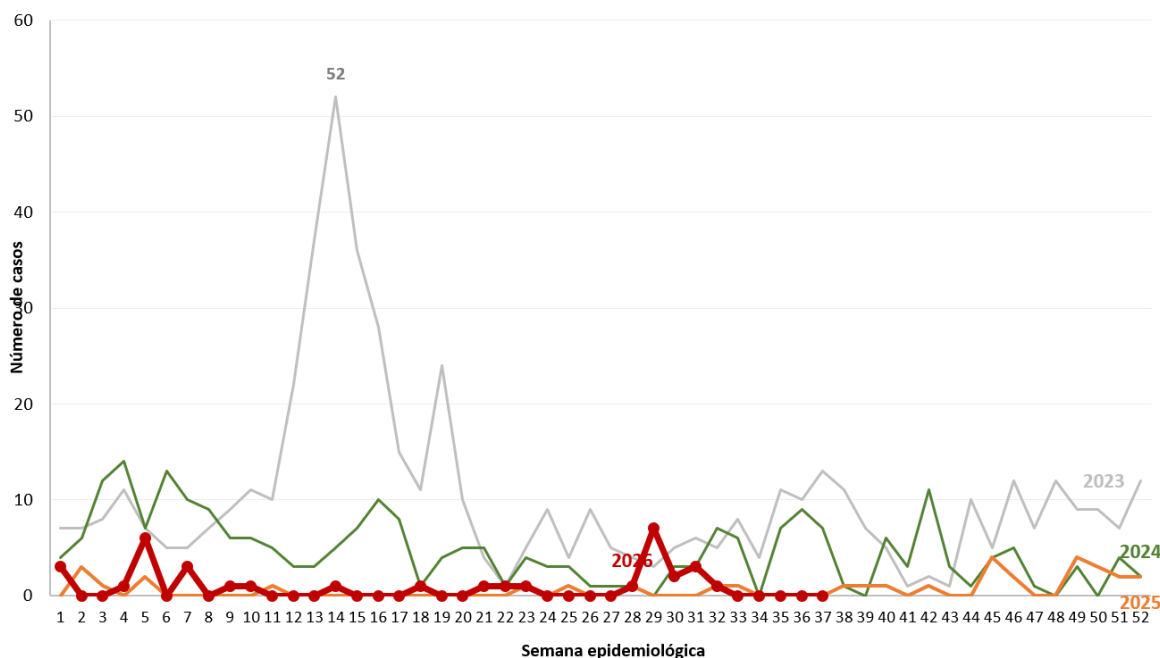
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

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 38

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

A la semana epidemiológica 38 de 2026 se registran 34 casos de malaria, cifra superior a los 13 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 439 y 200 casos, respectivamente.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 38 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 38, 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	49	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 89 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 70 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, SE38-2026

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	—	—	—	—	3	3	4
Huetar Caribe	1	—	1	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	5
Huetar Norte	—	17	17	1	5	29	35	1	14	15	—	3	3	70
Total	1	18	19	1	5	43	49	1	14	15	—	6	6	89

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 **146 147 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 77 193 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 **1 239 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 68 954 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

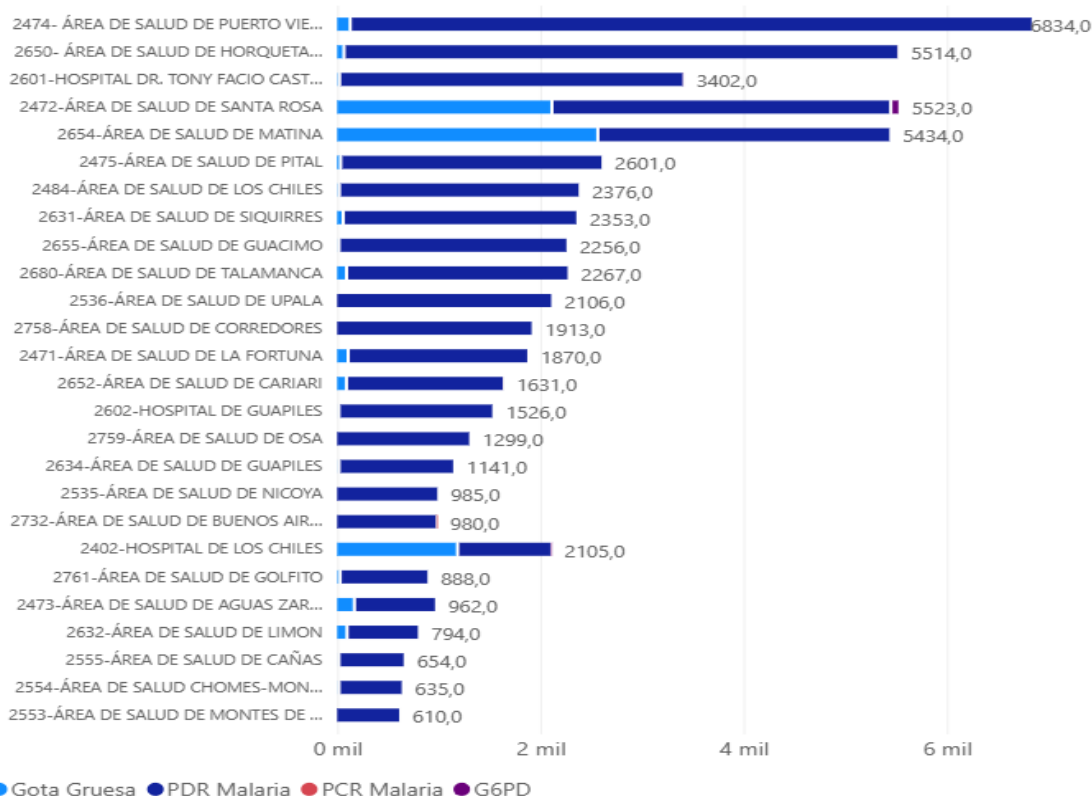
- 61 754 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 6 947 exámenes de gota gruesa,
- 253 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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.

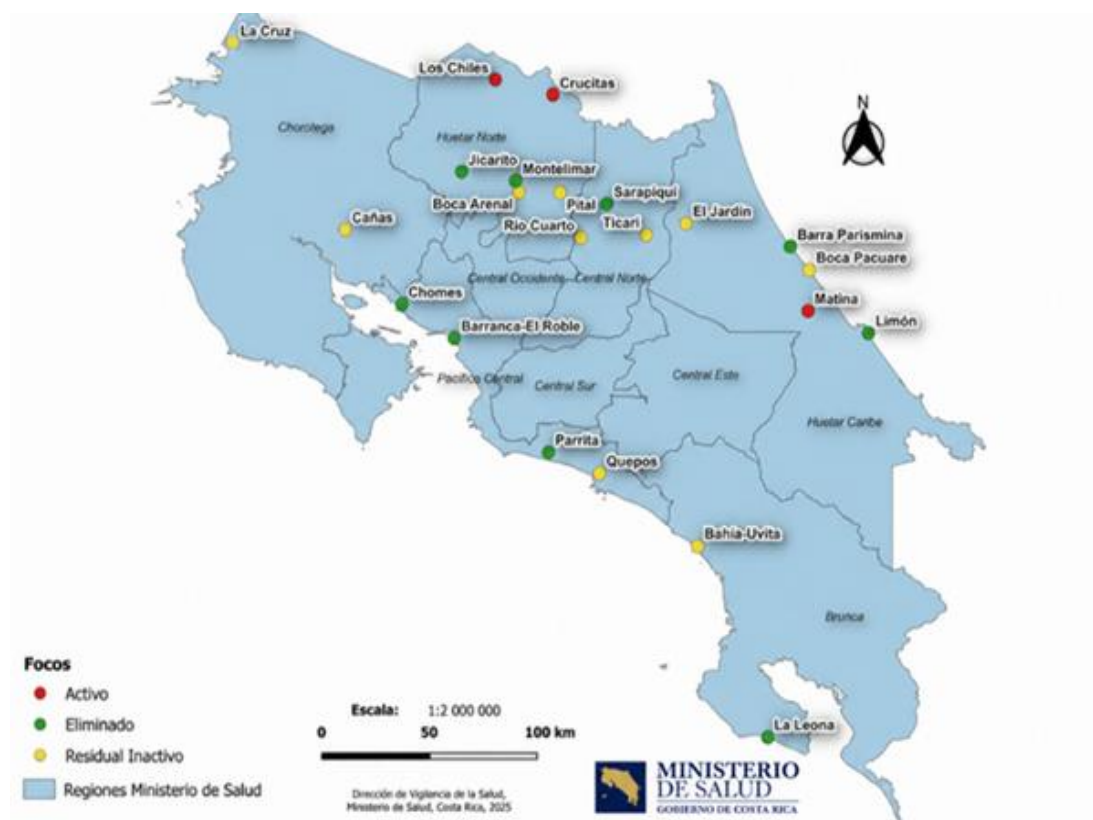
En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 3 focos activos, 10 focos residuales inactivos y 9 focos eliminados.



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	Residual inactivo
Guanacaste	Cañas	Cañas	Residual inactivo
Heredia	Sarapiquí	Sarapiquí	Eliminado
Heredia	Sarapiquí	Ticari	Residual inactivo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra de Parismina	Eliminado
Limón	Pococí	El Jardín	Residual inactivo
Limón	Siquirres	Barra Pacuare	Residual inactivo
Puntarenas	Roble	El Roble	Eliminado
Puntarenas	Puntarenas	Chomes	Eliminado
Puntarenas	Quepos	Quepos	Residual inactivo
Puntarenas	Parrita	Parrita	Eliminado
Puntarenas	Golfito	La Leona	Eliminado
Puntarenas	Osa	Bahía Uvita	Residual inactivo

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



Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 37

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 37 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 37.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	8 715
Viviendas positivas	443
Depósitos tratados	31 834
Depósitos eliminados	12 296
Criaderos	44 130
Depósitos positivos	1480
Viviendas fumigadas	10 567

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2

Costa Rica: Acciones acumuladas de control vectorial de la semana epidemiológica 1 a la 37.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	462 795
Viviendas positivas	21 824
Depósitos tratados	1 632 521
Depósitos eliminados	1 211 208
Criaderos	2 843 729
Depósitos positivos	51 120
Viviendas fumigadas	699 067

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

Resumen epidemiológico

Los eventos de notificación general disponibles alcanzan la SE38. En esa semana se registran preliminarmente 23 834 casos de IRAS, 181 de ETI, 95 de IRAG y 76 de neumonía. Los acumulados de 2026 alcanzan 1 023 605 casos de IRAS, 10 690 de ETI, 7 100 de IRAG y 5 829 de neumonía. Las cifras de la última semana disponible pueden aumentar por rezago de notificación y no se interpretan de manera aislada como aumento o disminución frente a la semana anterior.

El componente semanal del Hospital Nacional de Niños (HNN) alcanza la SE38; la situación operativa diaria dispone de corte al 6 de octubre de 2026. En laboratorio respiratorio, con corte en la SE37, se analizaron 1 074 solicitudes válidas y 564 presentaron al menos un virus detectado, para una positividad global de 52,5 %.

Los casos nacionales de COVID-19 tienen último dato validado en la SE38, con 64 casos. La CCSS reportó al 6 de octubre 16 pacientes positivos hospitalizados en salón y 3 en UCI. Para la SE40 se registraron 2 fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso, ambos en hospitalización; 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	SE38	23 834	1 023 605
ETI	SE38	181	10 690
IRAG	SE38	95	7 100
Neumonía	SE38	76	5 829

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

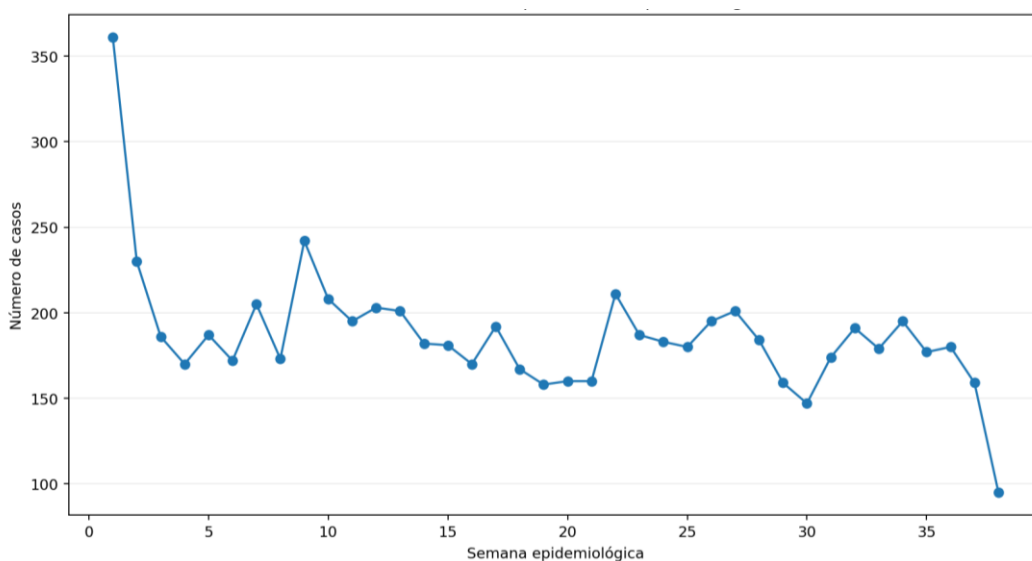


Infecciones respiratorias agudas graves (IRAG)

Según los registros de la boleta VE-01, a la SE38 se acumulan 7 100 casos de IRAG; en esa semana se notificaron preliminarmente 95 casos. Los grupos de edad con mayor número acumulado son las personas de 75 años y más (1 744), los niños de 1 a 4 años (1 233) y los menores de 1 año (1 222).

Gráfico 1.

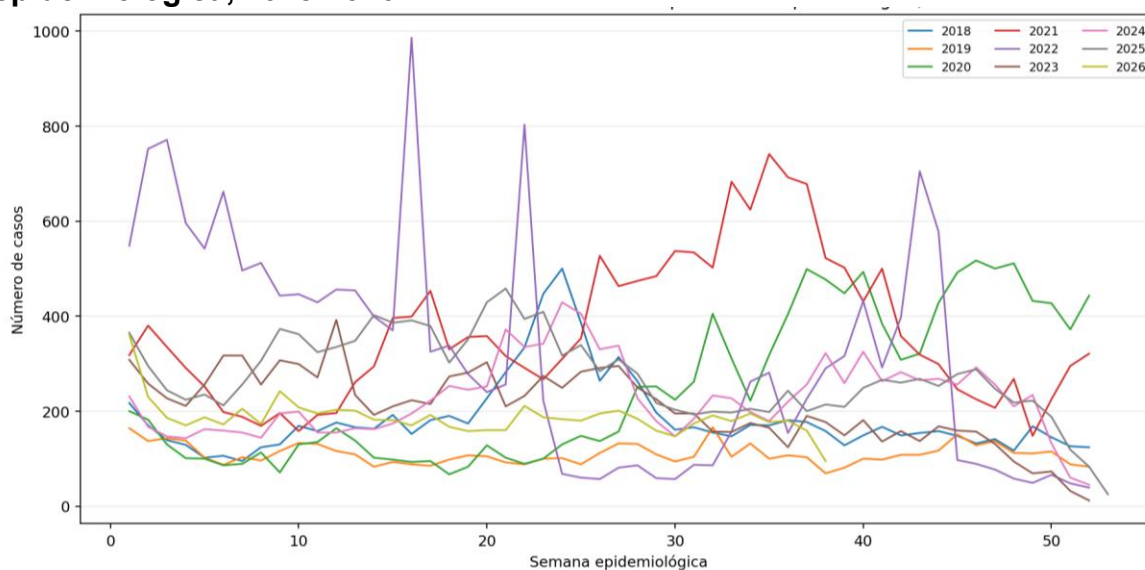
Costa Rica: Casos de IRAG por semana epidemiológica, 2026.



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

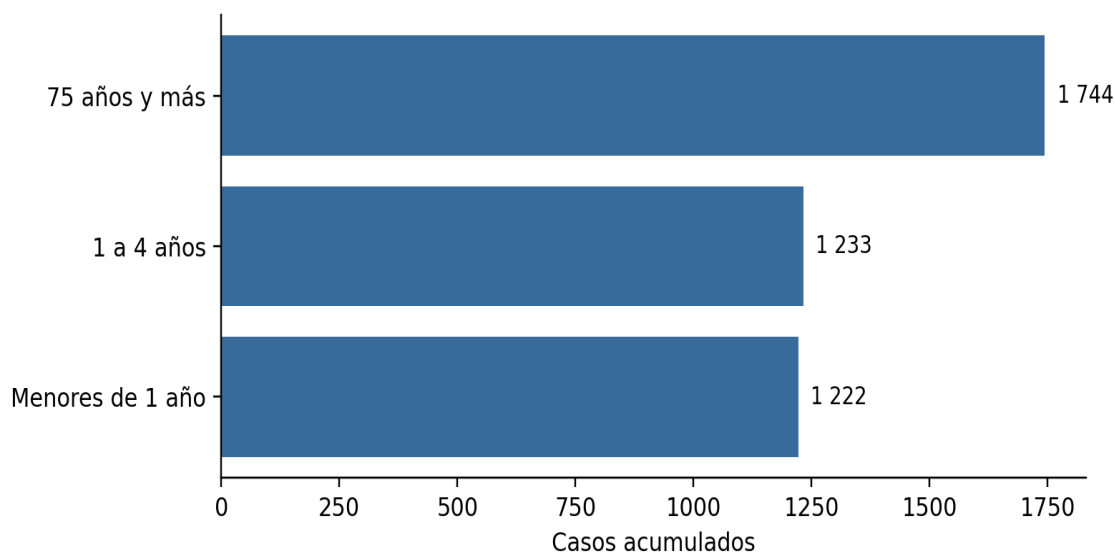


Gráfico 2.
Costa Rica: Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica, 2018-2026.



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 SE38, 2026.



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

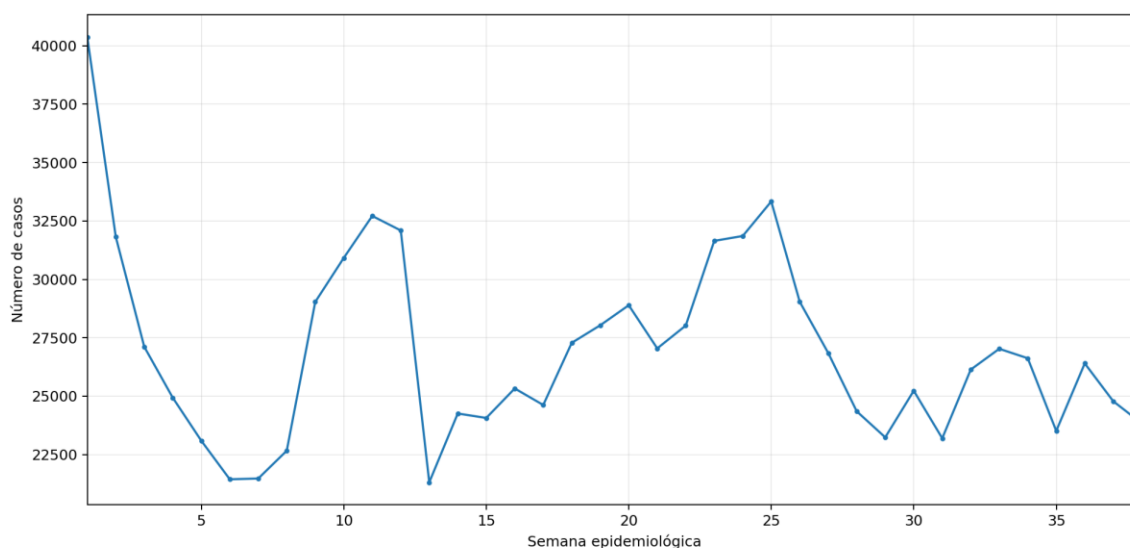


Infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS)

Según los registros de la boleta VE-02, a la SE38 se acumulan 1 023 605 casos de IRAS; en esa semana se registraron preliminarmente 23 834 casos. Los grupos de edad con mayor número acumulado son los niños de 1 a 4 años (114 688) y los de 5 a 9 años (105 889).

Gráfico 4.

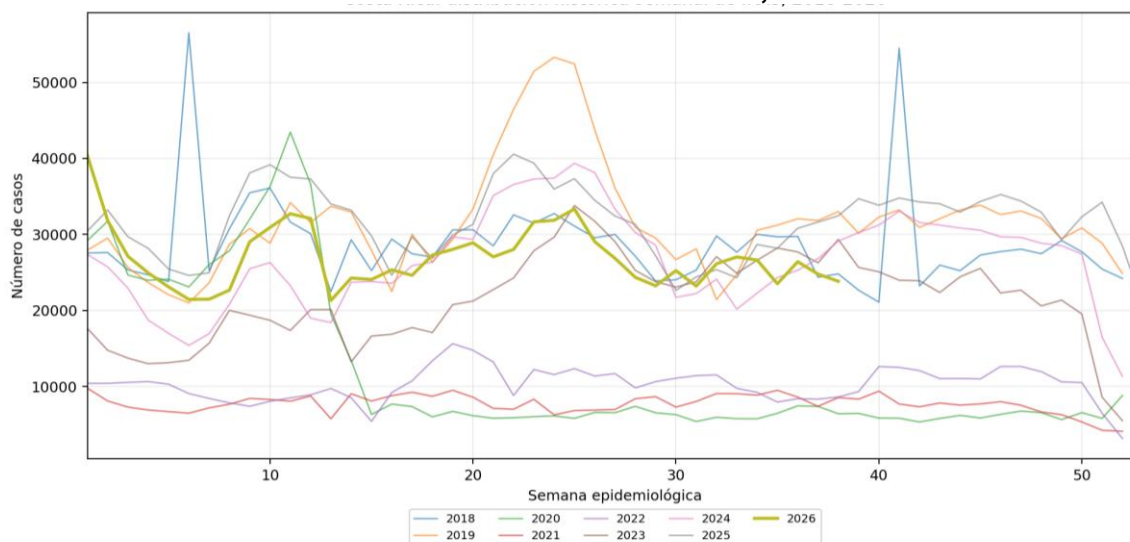
Costa Rica: Casos semanales de IRAS, 2026.



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

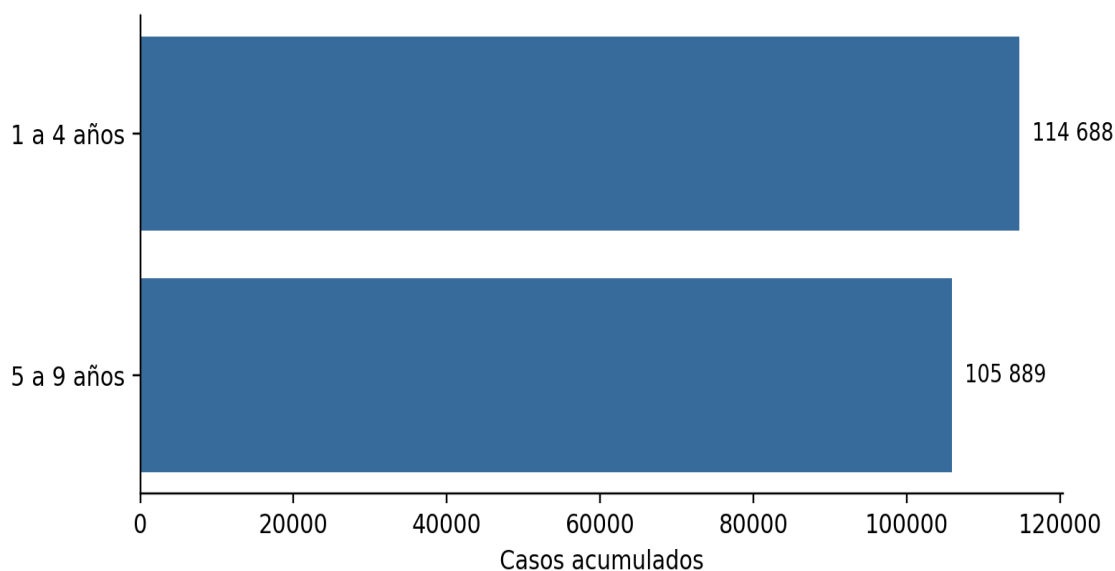


Gráfico 5.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de IRAS, 2018-2026.



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

Gráfico 6.
Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de IRAS a la SE38, 2026.



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

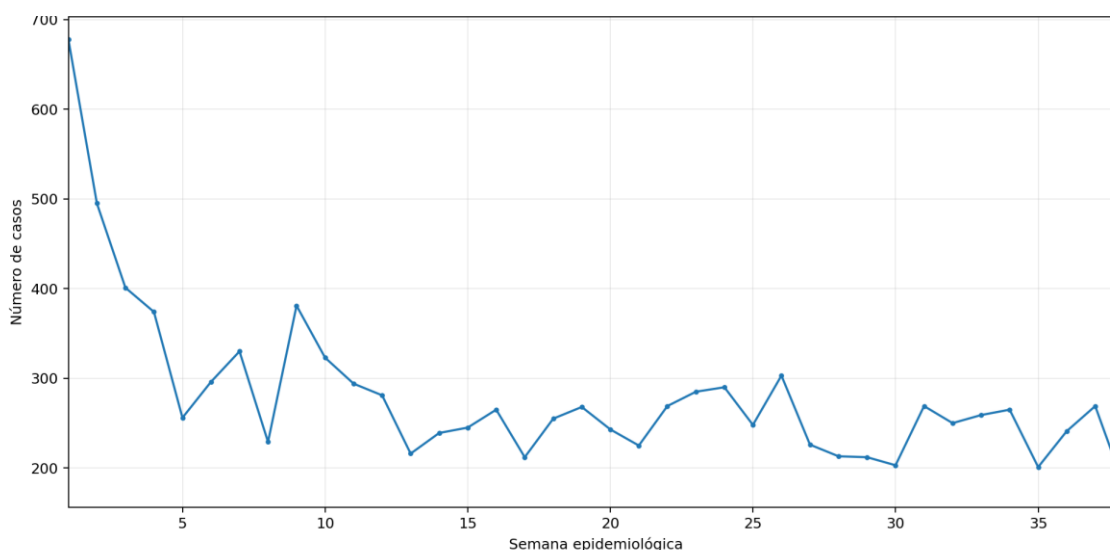


Enfermedad tipo influenza (ETI)

Según los registros de la boleta VE-02, a la SE38 se acumulan 10 690 casos de ETI; en esa semana se registraron preliminarmente 181 casos. Los grupos de edad con mayor número acumulado son 30 a 34 años (967 casos) y 25 a 29 años (941 casos).

Gráfico 7.

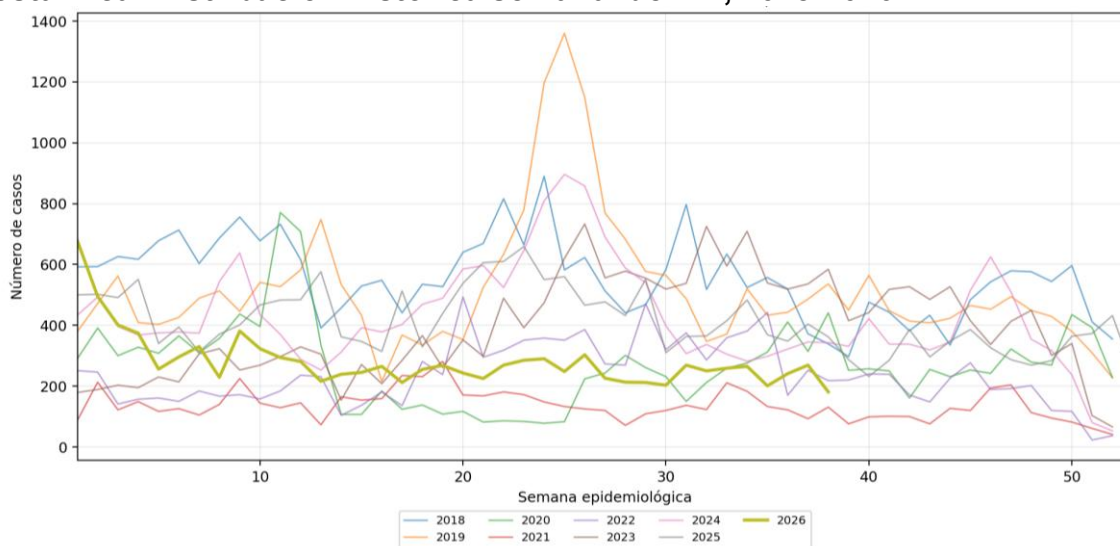
Costa Rica: Casos semanales de ETI, 2026.



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

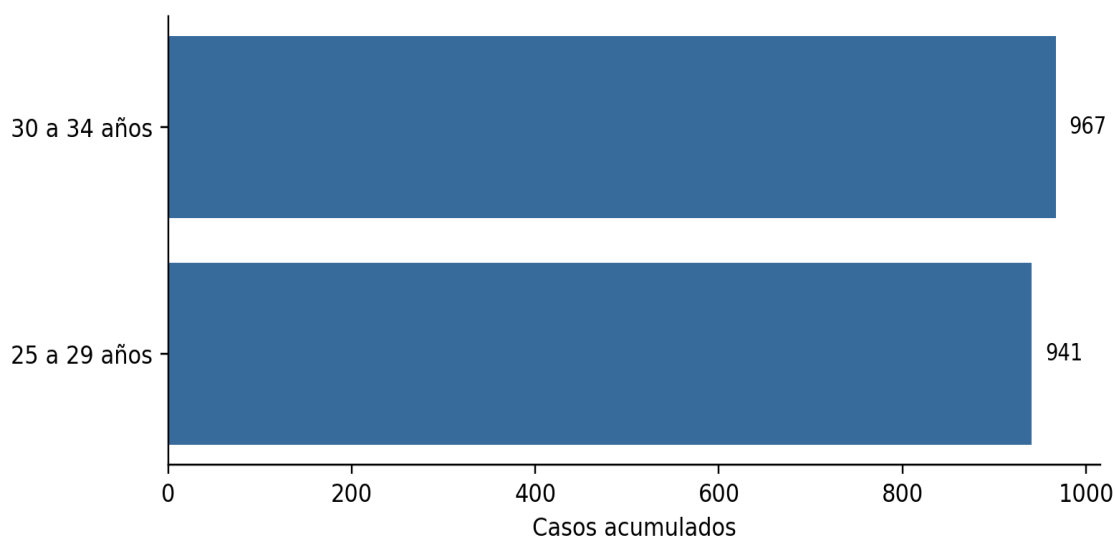


Gráfico 8.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de ETI, 2018-2026.



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

Gráfico 9.
Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de ETI a la SE38, 2026.



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

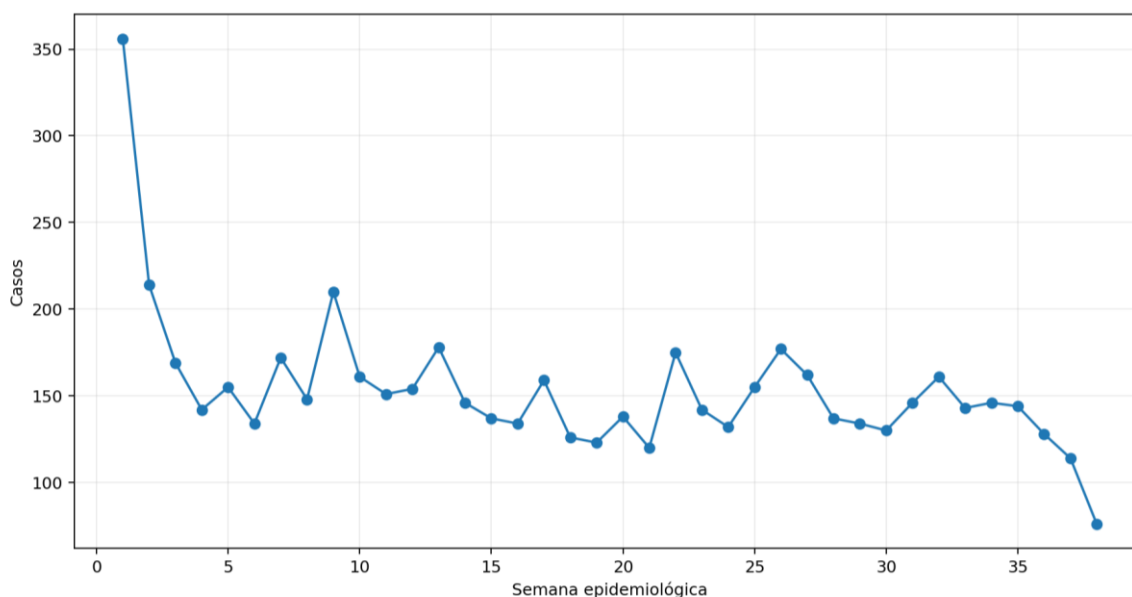


Neumonía

A la SE38 se registran 5 829 casos acumulados de neumonía; en esa semana se contabilizan preliminarmente 76 casos. Los grupos con mayor acumulado son 75 años y más (1 442), 1 a 4 años (815) y menores de 1 año (730). La distribución acumulada por sexo es similar: 2 918 casos en mujeres y 2 911 en hombres. Los mayores acumulados regionales corresponden a la Región Central Sur (1 885), la Región Central Este (1 109) y la Región Central Norte (885).

Gráfico 10.

Costa Rica: Neumonía notificada por semana epidemiológica, 2026.

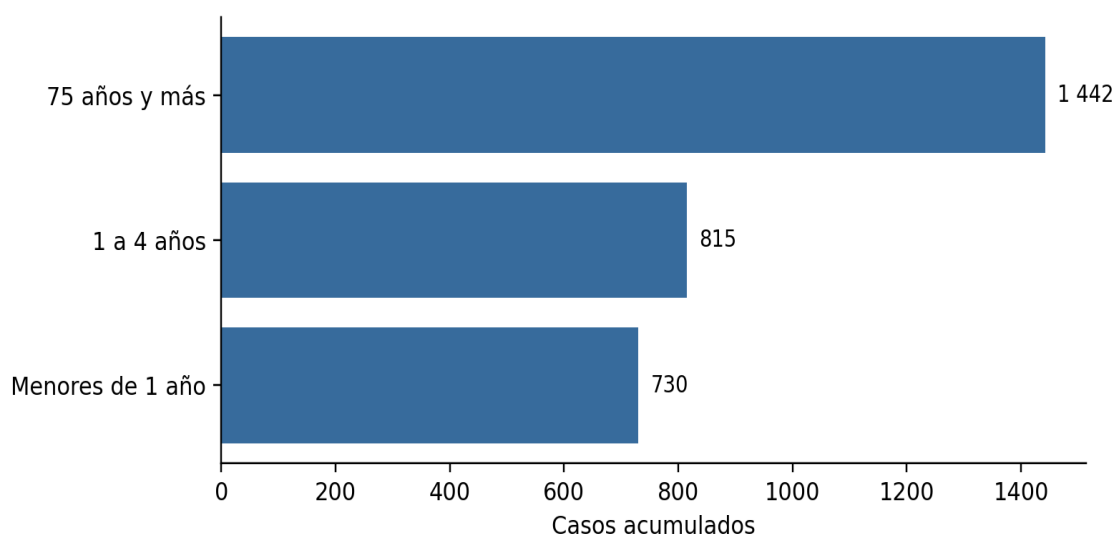


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.



Gráfico 11.

Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de neumonía a la SE38, 2026.



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

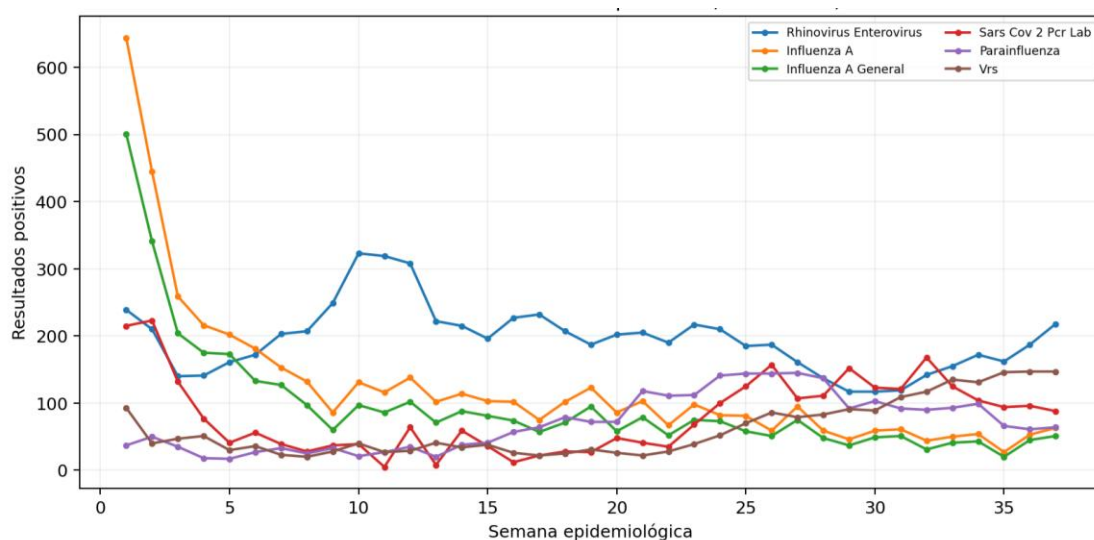
Vigilancia de laboratorio de virus respiratorios

Con corte en la SE37 se analizaron 1 074 solicitudes válidas únicas; 564 presentaron al menos un virus detectado, para una positividad global de 52,5 %. Rinovirus/Enterovirus registró 218 detecciones, seguido por virus respiratorio sincicial (VRS) con 146 y SARS-CoV-2 PCR con 87. La interpretación de este componente se realiza junto con la notificación sindrómica, la vigilancia hospitalaria y la situación pediátrica.



Gráfico 12.

Costa Rica: Circulación semanal de virus respiratorios, 2026.



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), laboratorio de virus respiratorios, 2026.



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 6 de octubre de 2026, mientras que la vigilancia epidemiológica semanal mantiene como último corte disponible la SE38; ambos se presentan por separado para conservar la temporalidad propia de cada fuente.

Cuadro 2.

Costa Rica: Situación operativa respiratoria, Hospital Nacional de Niños, 6 de octubre de 2026.

Indicador	Dato
Pacientes respiratorios hospitalizados	82
Ocupación respecto de dotación habitual	122 %
Ocupación respecto de dotación expandida	91 %
Pacientes respiratorios en Emergencias	16
Total de pacientes respiratorios HNN	98
Pacientes en UCI (total)	27
Ocupación de UCI	100 %

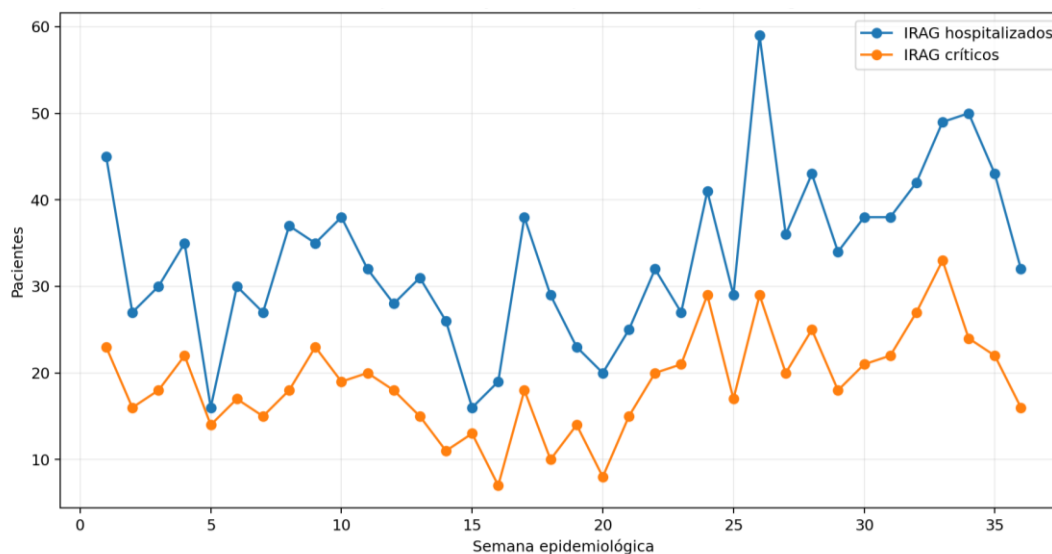
Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Reporte operativo diario del 06/10/2026.

En la SE38 se registraron 54 hospitalizados por IRAG, 36 de ellos críticos (66,7 %). En laboratorio se procesaron 190 muestras respiratorias, de las cuales 110 fueron positivas (58,0 %). La mortalidad acumulada por IRAG alcanzó 14 fallecimientos al 01/10/2026.



Gráfico 13.

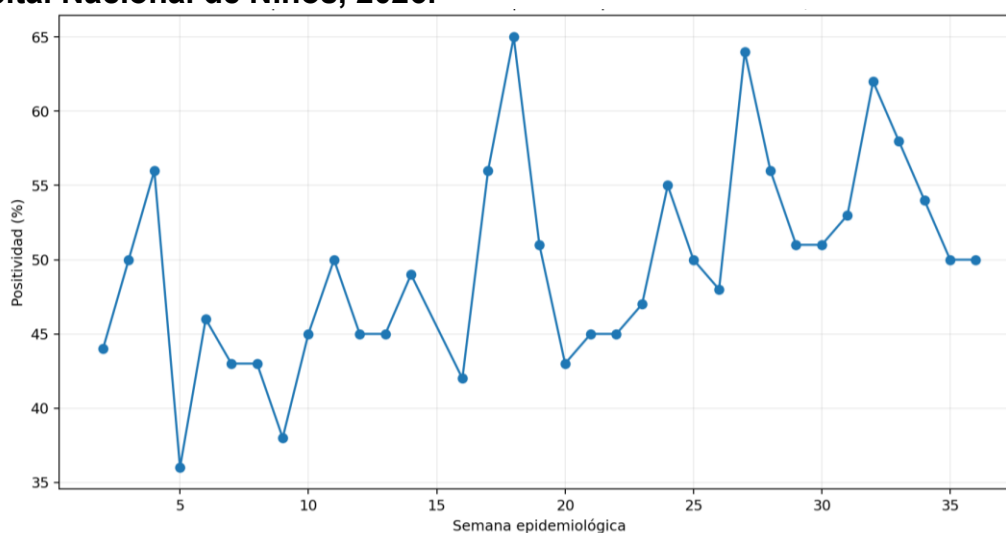
Costa Rica: IRAG hospitalizados y críticos por semana epidemiológica, Hospital Nacional de Niños, 2026.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, 2026.

Gráfico 14.

Costa Rica: Positividad de muestras respiratorias por semana de informe, Hospital Nacional de Niños, 2026.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, 2026.

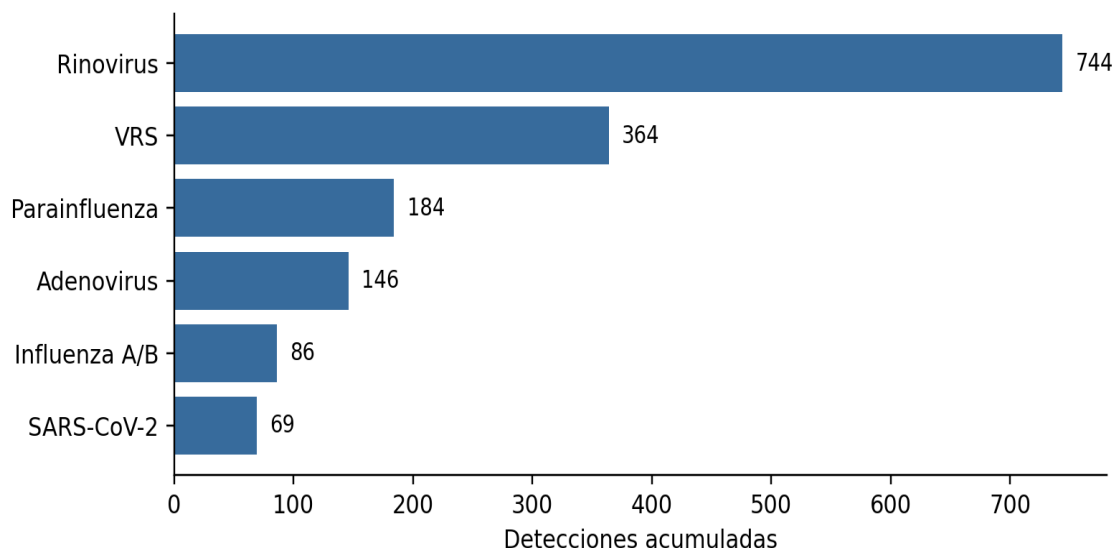


Mortalidad por IRAG - Hospital Nacional de Niños

Al 1 de octubre de 2026, el HNN reporta 14 fallecimientos acumulados por IRAG. El incremento entre informes semanales no se utiliza para asignar la semana epidemiológica de ocurrencia de cada fallecimiento, por lo que este indicador se presenta como acumulado y no como curva temporal de mortalidad.

Gráfico 15.

Costa Rica: Principales virus respiratorios acumulados, Hospital Nacional de Niños, 2026.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Informe epidemiológico semanal, SE38 de 2026.

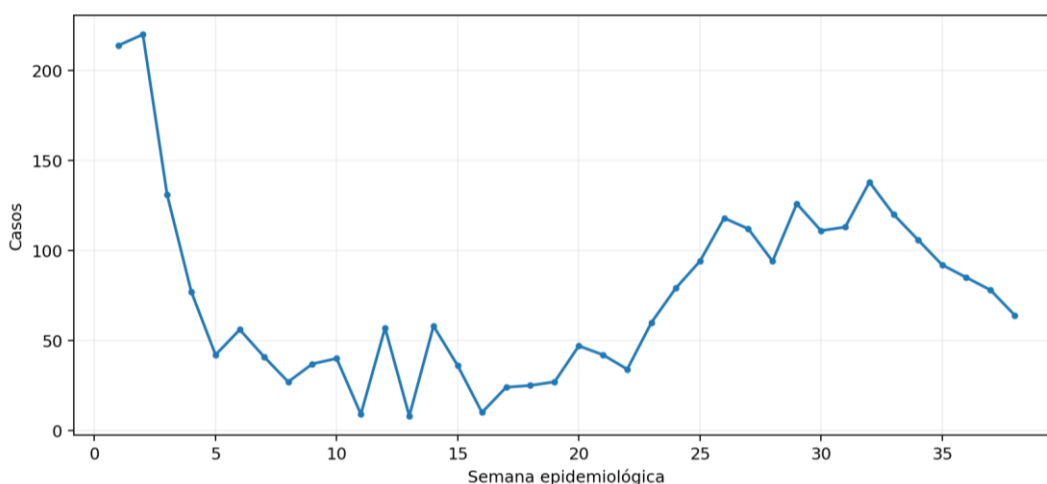


COVID-19

Los casos nacionales de COVID-19 cuentan con último dato validado en la SE38, con 64 casos registrados. La última semana disponible se presenta como dato de vigilancia y no se utiliza de manera aislada para inferir una tendencia.

Gráfico 16.

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 6 de octubre de 2026, la CCSS reportó 16 pacientes positivos hospitalizados en salón y 3 pacientes en UCI. En cuanto a los fallecidos, el último dato disponible corresponde a la SE40, con 2 fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso: 2 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.

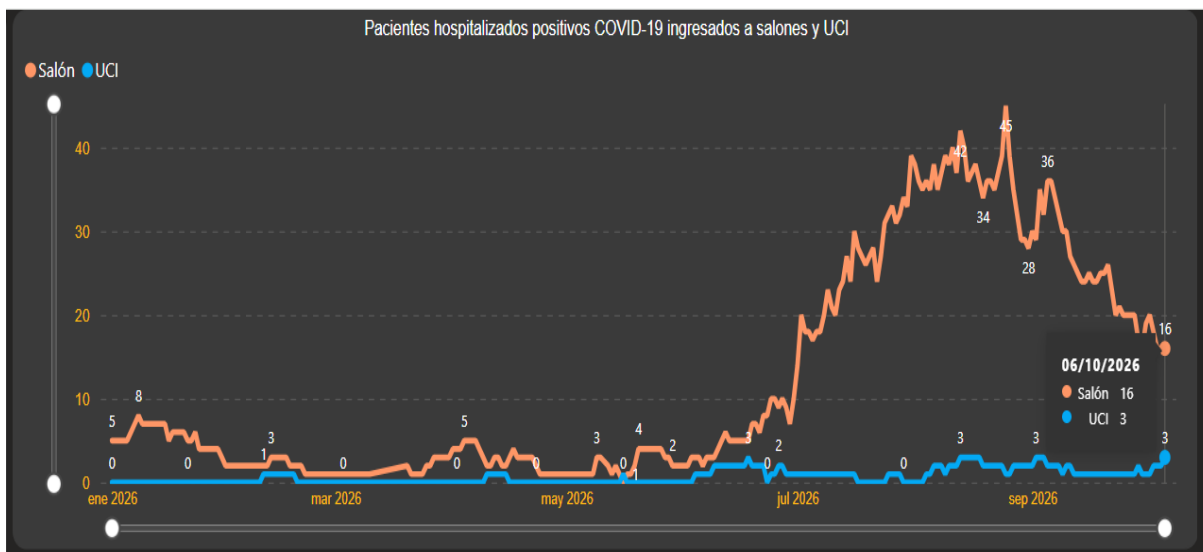
Costa Rica: Pacientes positivos por COVID-19 hospitalizados al corte semanal, CCSS, 2026.

Corte	Semana	Salón	UCI
17/09/2026	SE37	24	1
26/09/2026	SE38	20	1
03/10/2026	SE39	18	2
06/10/2026	SE40	16	3

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

Gráfico 17.

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

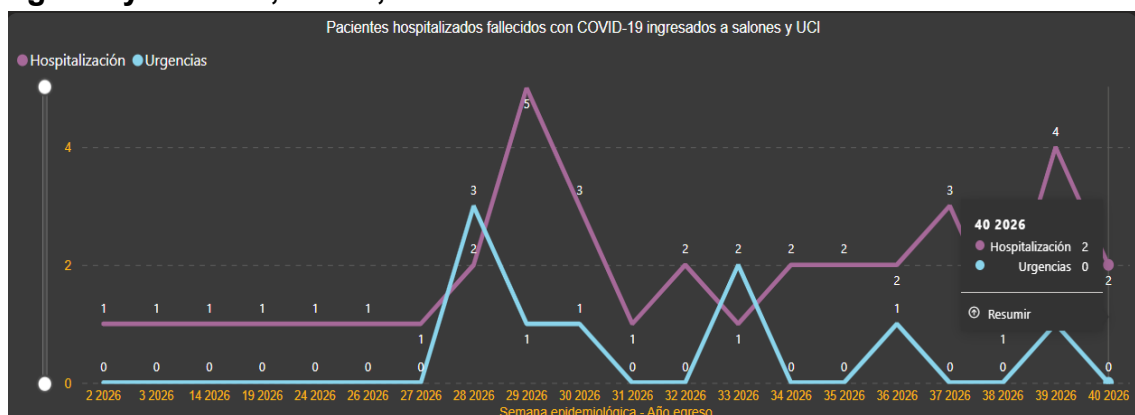


Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional. Corte consultado el 06/10/2026.



Gráfico 18.

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



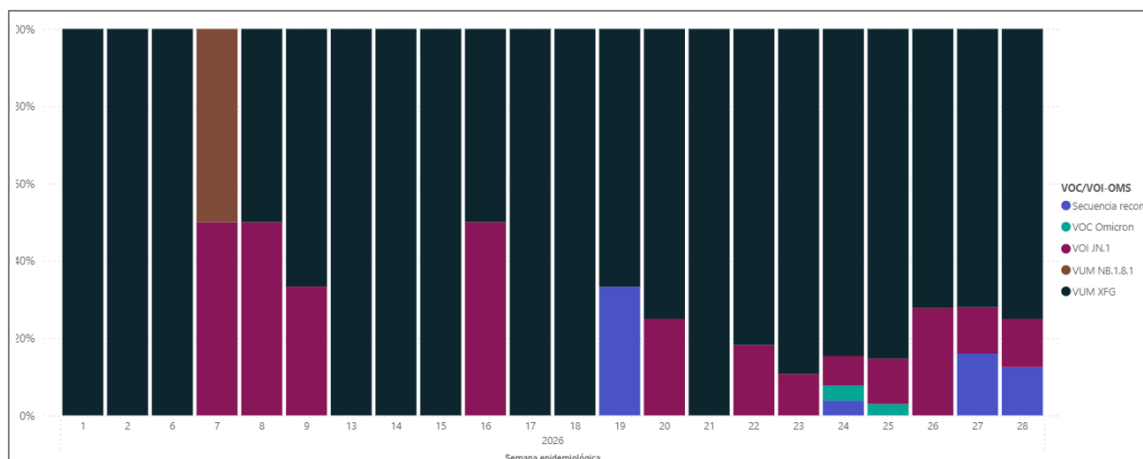
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional. Corte consultado el 06/10/2026.

Vigilancia genómica de SARS-CoV-2

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

Gráfico 19.

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.



Coberturas de vacunación

Cobertura oficial acumulada, enero–agosto 2026

Resumen epidemiológico

Al cierre de agosto de 2026, el Sistema de Coberturas de Vacunación de Costa Rica consolida la cobertura oficial acumulada de 22 indicadores del esquema nacional, integrando la información disponible del sector público y privado. La lectura nacional se complementa con resultados por provincia, cantón y distrito para apoyar la gestión territorial.

De los 22 indicadores nacionales, 3 se ubican en verde (95% a 100%), 15 en amarillo (90% a <95%), 2 en naranja (80% a <90%) y 2 en rojo (<80%). No se registran indicadores nacionales en azul (>100%) en este corte.

Entre los resultados con mejor desempeño se encuentran Penta3 (95,9%), Hepatitis B tercera dosis (95,6%) y VPH primera dosis (95,5%). Los indicadores que requieren mayor atención son Td a los 10 años (73,4%) y VPH segunda dosis (76,3%), ambos en rojo; además, VRS en embarazadas (83,3%) y SRP2 (87,9%) se ubican en naranja.

Cuadro 1.

Costa Rica: resumen nacional de indicadores según semáforo institucional, enero–agosto 2026.

Semáforo	Criterio	Indicadores
Verde	95% a 100%	3
Amarillo	90% a <95%	15
Naranja	80% a <90%	2
Rojo	<80%	2

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

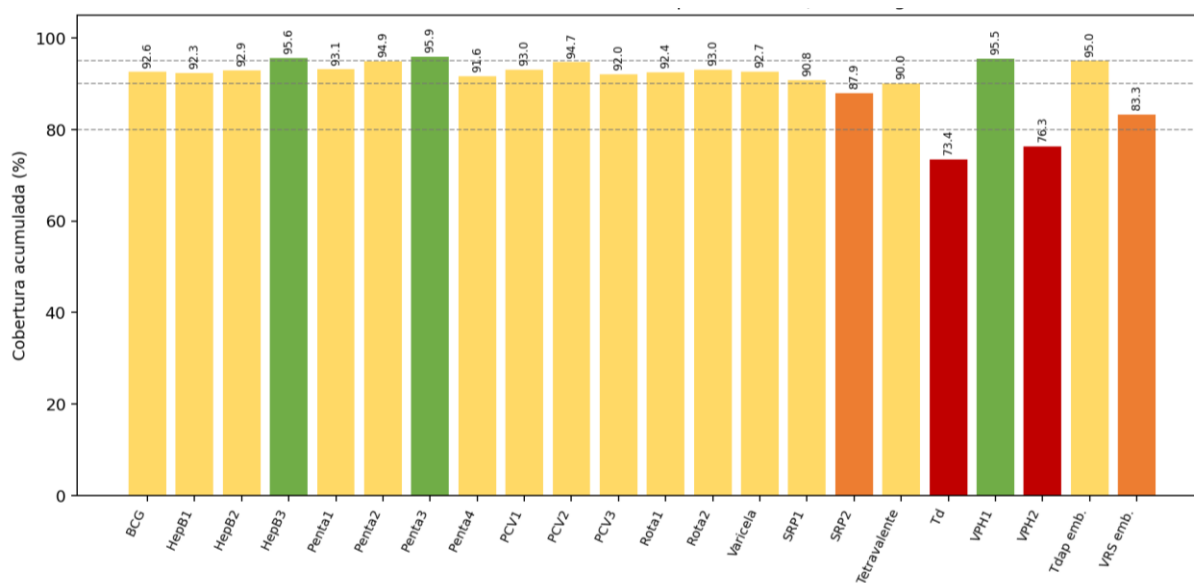


Cobertura oficial acumulada por indicador

La cobertura oficial acumulada representa las dosis válidas registradas al corte de agosto. Esta salida constituye la referencia para el seguimiento oficial de coberturas; la oportunidad programática se analiza de forma complementaria y considera el cumplimiento dentro de la ventana definida para cada vacuna y dosis.

Gráfico 1.

Costa Rica: cobertura oficial acumulada por indicador, enero–agosto 2026.



Azul >100% · Verde 95–100% · Amarillo 90–<95% · Naranja 80–<90% · Rojo <80%

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



Cuadro 2.

Costa Rica: cobertura oficial acumulada por vacuna/dosis y clasificación según semáforo, enero–agosto 2026.

Vacuna / dosis	Cobertura (%)	Semáforo
BCG	92.6	Amarillo
HepB1	92.3	Amarillo
HepB2	92.9	Amarillo
HepB3	95.6	Verde
Penta1	93.1	Amarillo
Penta2	94.9	Amarillo
Penta3	95.9	Verde
Penta4	91.6	Amarillo
PCV1	93.0	Amarillo
PCV2	94.7	Amarillo
PCV3	92.0	Amarillo
Rota1	92.4	Amarillo
Rota2	93.0	Amarillo
Varicela	92.7	Amarillo
SRP1	90.8	Amarillo
SRP2	87.9	Naranja
Tetravalente	90.0	Amarillo
Td	73.4	Rojo
VP11	95.5	Verde
VP12	76.3	Rojo
Tdap emb.	95.0	Amarillo
VRS emb.	83.3	Naranja

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



Lectura programática de los resultados

La concentración de 15 indicadores en amarillo muestra que, aunque la mayoría de las coberturas nacionales se encuentran cercanas a la meta de 95%, persisten brechas que requieren seguimiento para evitar que se amplíen durante los meses restantes del año.

Penta3 alcanza 95,9% y se ubica en verde. En contraste, Penta4 registra 91,6%, lo que señala una diferencia entre el avance de la serie primaria y el refuerzo. En sarampión, rubéola y parotiditis, SRP1 alcanza 90,8% y SRP2 87,9%, por lo que el seguimiento de la segunda dosis requiere especial atención.

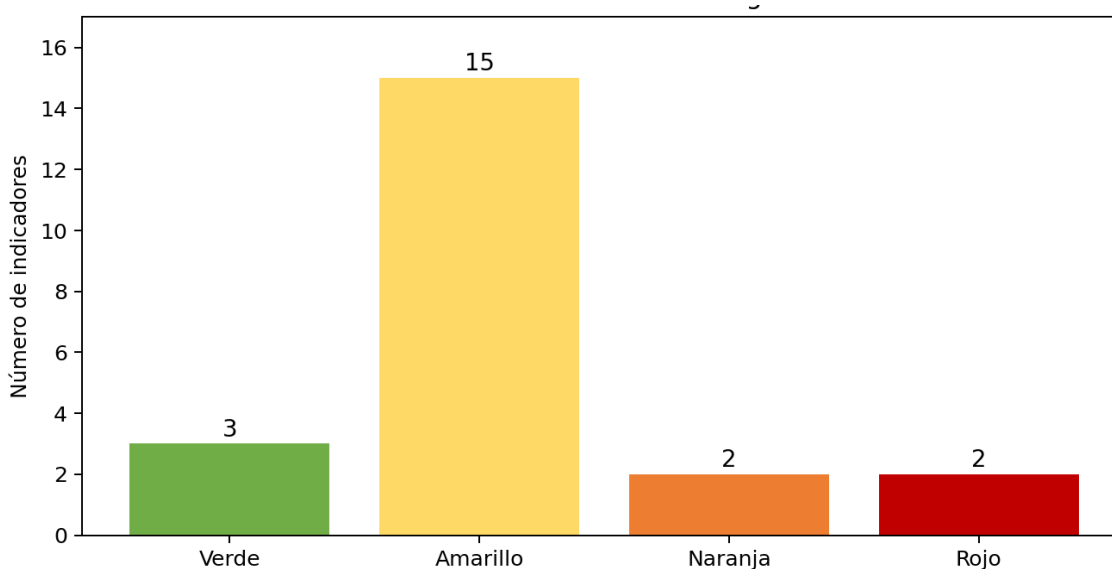
En la población de 10 años se observan las principales brechas nacionales: Td presenta 73,4% y VPH2 76,3%. VPH1, en cambio, alcanza 95,5%, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la finalización del esquema de VPH.

En embarazadas, Tdap alcanza 95,0%, mientras que la vacunación contra VRS registra 83,3%. Este último indicador forma parte del seguimiento de vacunación materna; el análisis integrado con nirsevimab se mantiene como módulo complementario y no se incorpora en este boletín como cobertura oficial del esquema rutinario.



Gráfico 2.

Costa Rica: distribución de los 22 indicadores nacionales según semáforo institucional, enero–agosto 2026.



Azul >100% · Verde 95–100% · Amarillo 90–<95% · Naranja 80–<90% · Rojo <80%

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

Análisis territorial

El Sistema de Coberturas de Vacunación dispone de resultados por país, provincia, cantón y distrito. Esta desagregación permite identificar heterogeneidad territorial que puede quedar oculta en el promedio nacional y orientar acciones de seguimiento en los niveles regional y local.

Como ejemplo de la lectura territorial disponible en el tablero Power BI, para BCG al corte de agosto se observan las siete provincias, los 84 cantones y 491 distritos analíticos. La distribución del semáforo varía entre niveles territoriales, por lo que la interpretación debe realizarse conjuntamente con el porcentaje de cobertura y el denominador correspondiente.

En los productos regionales, la cobertura oficial y la oportunidad programática se mantienen como salidas diferenciadas. La primera responde a cuánto se ha logrado vacunar al corte; la segunda permite valorar qué tan oportunamente se aplicaron las dosis dentro de las ventanas programáticas establecidas.



Criterios metodológicos

Los denominadores 2026 corresponden a nacimientos 2025 como aproximación para la población menor de un año y a proyecciones de población 2026 para los grupos de 4 y 10 años.

Semáforo institucional: azul >100%; verde 95%–100%; amarillo 90%–<95%; naranja 80%–<90%; rojo <80%; gris cuando no existe dato o el indicador no es calculable.

Las coberturas superiores a 100% deben interpretarse considerando movilidad poblacional, diferencias entre población estimada y población atendida, y otros factores operativos.

Consideraciones para la gestión

Los resultados acumulados a agosto permiten priorizar acciones para el último cuatrimestre de 2026. Se recomienda revisar nominalmente los esquemas pendientes en los servicios de salud, fortalecer la captación para Td y la segunda dosis de VPH, y dar seguimiento a SRP2 y a la vacunación materna contra VRS.

La interpretación territorial debe utilizarse para identificar áreas con coberturas bajas persistentes, diferenciar posibles problemas de registro de verdaderas brechas de vacunación y orientar acciones específicas de recuperación.

Este boletín corresponde a la cobertura oficial acumulada enero–agosto 2026.

Fuentes y productos de referencia

Fuente de datos: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Sistema Nacional de Vacunación (SINOVAC) y Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud. Corte: agosto 2026.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 5 de octubre 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.

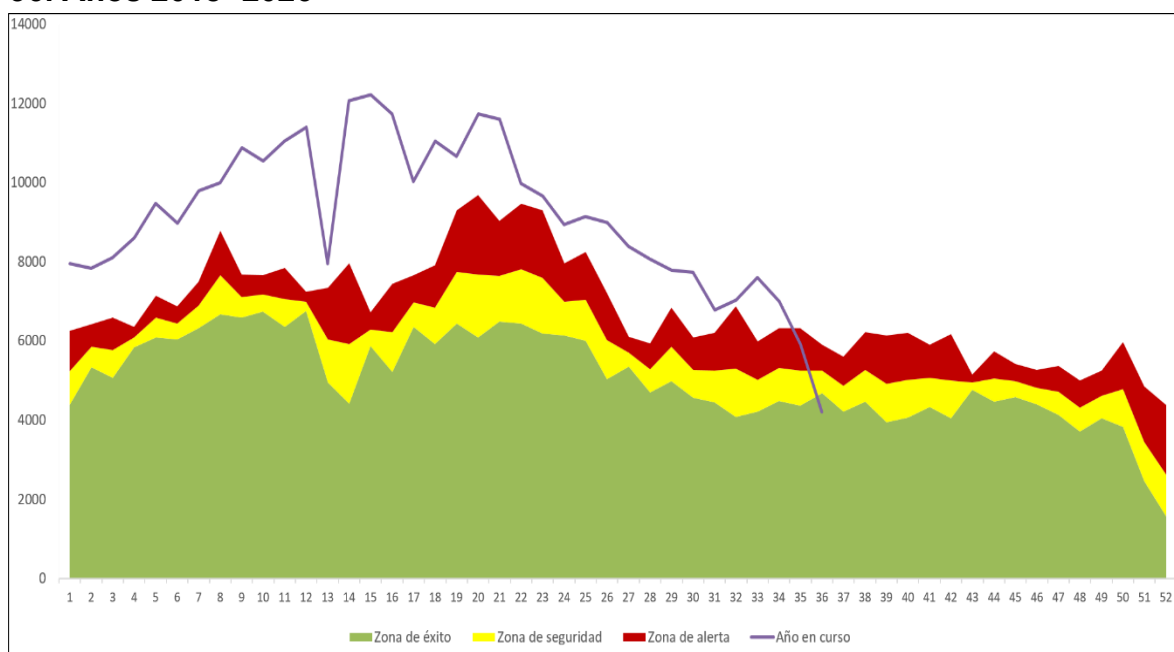
En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia, sin que la información disponible hasta la SE 36 permita establecer una situación epidémica nacional generalizada.

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

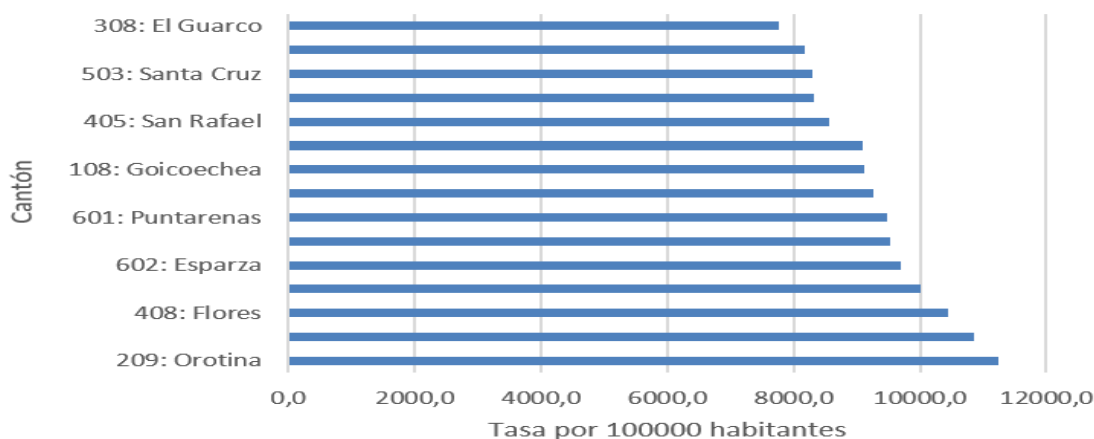
La distribución cantonal evidencia diferencias importantes en la incidencia acumulada de EDA. Orotina presenta la tasa más alta del país, con 11 237,5 casos por 100 000 habitantes, seguido de Vázquez de Coronado (10 863,4), Flores (10 453,1), Montes de Oro (10 020,9) y Esparza (9 691,4). Estas tasas 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.º 40556-S. En este marco, la vigilancia epidemiológica semanal de las ITS constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control. En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple durante las primeras treinta y ocho semanas del año 2026.

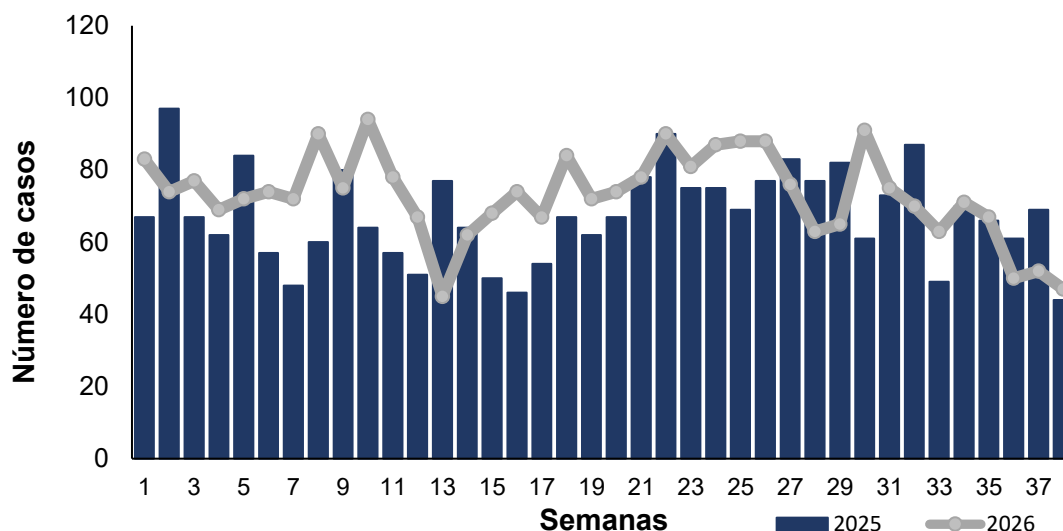
Sífilis en todas sus formas

Para la semana epidemiológica 38 del año 2026 se notificaron 2.775 casos, en comparación con los 2.342 casos registrados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento del 18,49%. En términos absolutos, se observan 433 casos más que en el año anterior. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la ocurrencia del evento bajo vigilancia, reflejando un aumento en la notificación de casos respecto al mismo período del año previo. En el Gráfico 1 se presenta la distribución semanal de los casos notificados, permitiendo visualizar el comportamiento del evento durante el período analizado.



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

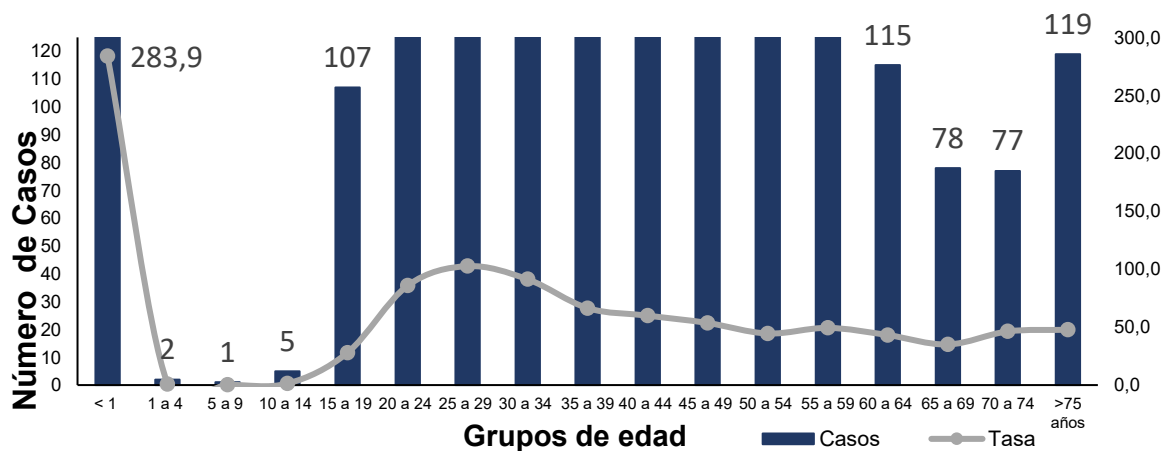


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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 38 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.



El análisis por grupos de edad evidencia que la mayor carga de enfermedad se concentra en la población adulta joven, particularmente entre los 25 y 29 años, grupo que registra el mayor número de casos (423) y la tasa más elevada entre los grupos de edad sexualmente activos (102,6 por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 30 a 34 años (394 casos; tasa 91,3) y 20 a 24 años (325 casos; tasa 85,8). Este patrón sugiere una transmisión activa de la infección en poblaciones de mayor actividad sexual y reproductiva.

Desde una perspectiva epidemiológica, la elevada tasa en menores de 1 año (283,9 por 100.000 habitantes) debe interpretarse con cautela, ya que está influenciada por el tamaño reducido de la población de referencia. Costa Rica ha experimentado una disminución sostenida de la natalidad y la fecundidad en los últimos años; de acuerdo con el INEC. Por lo anterior, aunque se notificaron 141 casos en menores de un año, la tasa específica resulta particularmente elevada debido a que el denominador poblacional (nacidos vivos y población menor de un año) es relativamente pequeño. No obstante, este hallazgo sigue siendo epidemiológicamente relevante, pues refleja la persistencia de casos de sífilis congénita los cuales son analizados por un grupo de especialistas de manera individual para su clasificación final. Estos hallazgos evidencian oportunidades de mejora en la detección oportuna, el tratamiento adecuado y el seguimiento de la sífilis durante el embarazo y de sus contactos sexuales.

A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva de las tasas de incidencia; sin embargo, la enfermedad continúa presentándose en todos los grupos etarios, incluyendo las personas de 75 años y más (119 casos; tasa 47,7), lo que evidencia una distribución amplia del evento en la población. En conjunto, los datos muestran que la sífilis continúa representando un importante problema de salud pública, con una mayor afectación en adultos jóvenes.



Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 38 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 del evento, destacando Limón como la provincia con la mayor tasa de incidencia (98,5 por 100.000 habitantes) y 451 casos notificados, situándose muy por encima de la tasa nacional. Le sigue San José, que concentra el mayor número absoluto de casos (1.136 casos) y presenta una tasa de 68,2 por 100.000 habitantes, aportando cerca del 41% del total de casos reportados en el país. Asimismo, Cartago registra una tasa elevada (60,0 por 100.000 habitantes) con 320 casos, superando también el promedio nacional. En contraste, las tasas más bajas se observan en Guanacaste (23,7 por 100.000 habitantes) y Alajuela (32,0 por 100.000 habitantes), aunque la presencia de casos en todas las provincias evidencia una amplia distribución geográfica de la enfermedad.

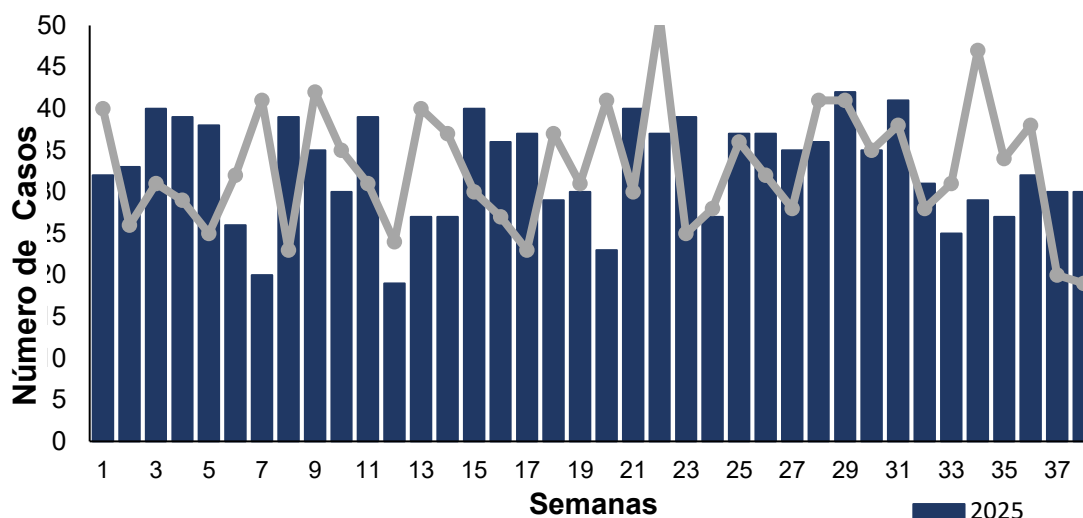


Infección por Gonorrea

Semana Epidemiológica 38, 2026. Al comparar el comportamiento de los casos de gonorrea con el mismo período del año 2025, se observa un incremento del 10,05%, pasando de 1.134 casos acumulados en 2025 a 1.248 casos en 2026, lo que representa 114 casos adicionales. Este aumento evidencia una mayor ocurrencia de la enfermedad durante la semana epidemiológica 38 de 2026.

Gráfico 3

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



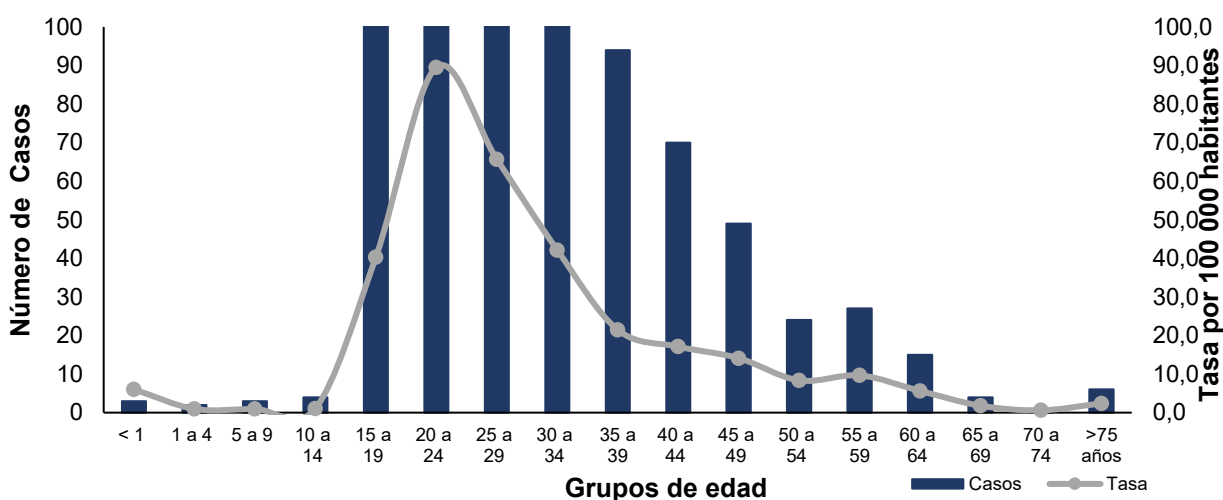
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 38 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.

El grupo de 20 a 24 años registra la mayor carga de enfermedad con 339 casos y una tasa de 89,5 por 100.000 habitantes, constituyéndose en el grupo de mayor riesgo. Le sigue la población de 25 a 29 años, con 271 casos y una tasa de 65,7 por 100.000 habitantes. En conjunto, ambos grupos aportan 610 casos, equivalentes al 48,9% del total nacional, lo que refleja una importante concentración de la transmisión en personas jóvenes sexualmente activas.

Asimismo, el grupo de 15 a 19 años notificó 154 casos con una tasa de 40,3 por 100.000 habitantes, mientras que los grupos de 30 a 34 años y 35 a 39 años registraron 182 y 94 casos, respectivamente, manteniendo tasas superiores al promedio nacional. Estos resultados muestran que la mayor afectación se concentra entre los 15 y 39 años, etapa en la que se acumula aproximadamente el 56% de todos los casos notificados.

En contraste, los menores de 15 años presentan una frecuencia baja de casos y tasas inferiores a 6 por 100.000 habitantes. No obstante, la notificación de casos en menores de edad requiere una vigilancia epidemiológica exhaustiva para determinar



mecanismos de transmisión y garantizar una adecuada atención integral. A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva tanto en el número de casos como en las tasas de incidencia. Los grupos de 60 años y más presentan las menores tasas, con valores que oscilan entre 0,6 y 5,6 casos por 100.000 habitantes, lo que sugiere una menor transmisión en estas edades.

En conclusión, el patrón epidemiológico de la gonorrea en Costa Rica durante la semana epidemiológica 38 de 2026 muestra una clara concentración en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en las personas de 20 a 29 años, quienes constituyen el principal grupo afectado.

Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 38 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	1184	22,7
San José	519	31,1
Alajuela	106	9,8
Cartago	123	23,1
Heredia	108	19,6
Guanacaste	34	8,2
Puntarenas	138	27,1
Limón	156	34,1

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

La distribución geográfica evidencia diferencias importantes entre provincias. San José concentra el mayor número absoluto de casos (535 casos), equivalente al 42,9% del total nacional, y presenta una tasa de 32,1 por 100.000 habitantes, superior al promedio nacional. Por su parte, Limón registra la tasa más alta del país con 36,5 casos por 100.000 habitantes y 167 casos notificados, lo que indica una mayor intensidad de transmisión en relación con el tamaño de su población. También destacan Puntarenas con una tasa de 27,3 por 100.000 habitantes y 139 casos, así como Cartago con 23,4 por 100.000 habitantes y 125 casos,



manteniéndose cerca del promedio nacional. En contraste, Alajuela (12,5 por 100.000 habitantes), Guanacaste (8,2 por 100.000 habitantes) y Heredia (20,5 por 100.000 habitantes) presentan tasas inferiores a la nacional.

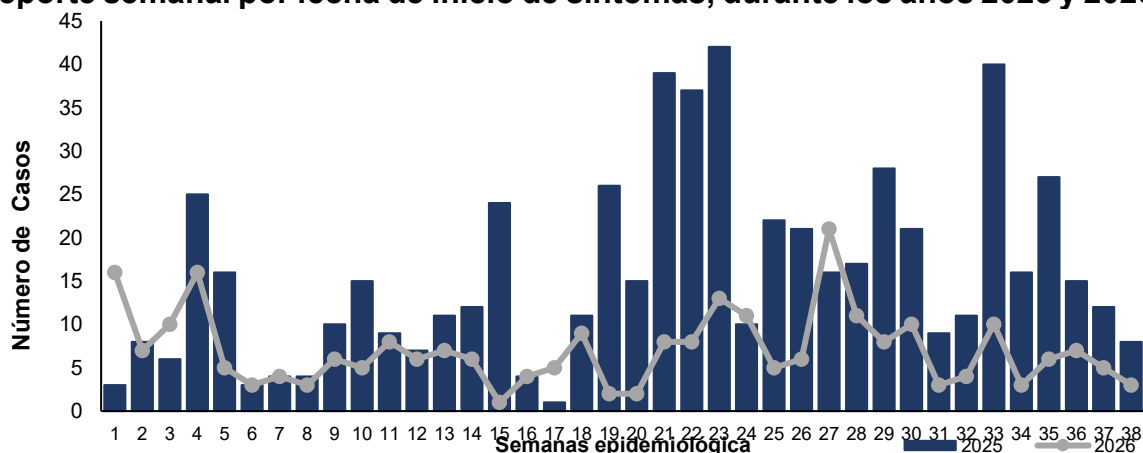
En conjunto, los resultados muestran una mayor carga de enfermedad en las provincias de Limón, San José y Puntarenas, territorios donde resulta prioritario continuar las acciones de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento epidemiológico para reducir la transmisión de la infección.

Virus del Papiloma Humano

Durante la semana epidemiológica 38 de 2026 se registraron 267 casos de infección por el virus del papiloma humano (VPH), en comparación con 616 casos notificados en la misma semana de 2025. Esto representa una disminución de 349 casos, equivalente a una reducción del 56,66%, por lo que el comportamiento observado se clasifica como descendente. Este descenso debe interpretarse considerando posibles variaciones en la vigilancia epidemiológica, la oportunidad de la notificación, la disponibilidad de pruebas diagnósticas, la vacunación y el acceso de la población a los servicios de salud.

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.



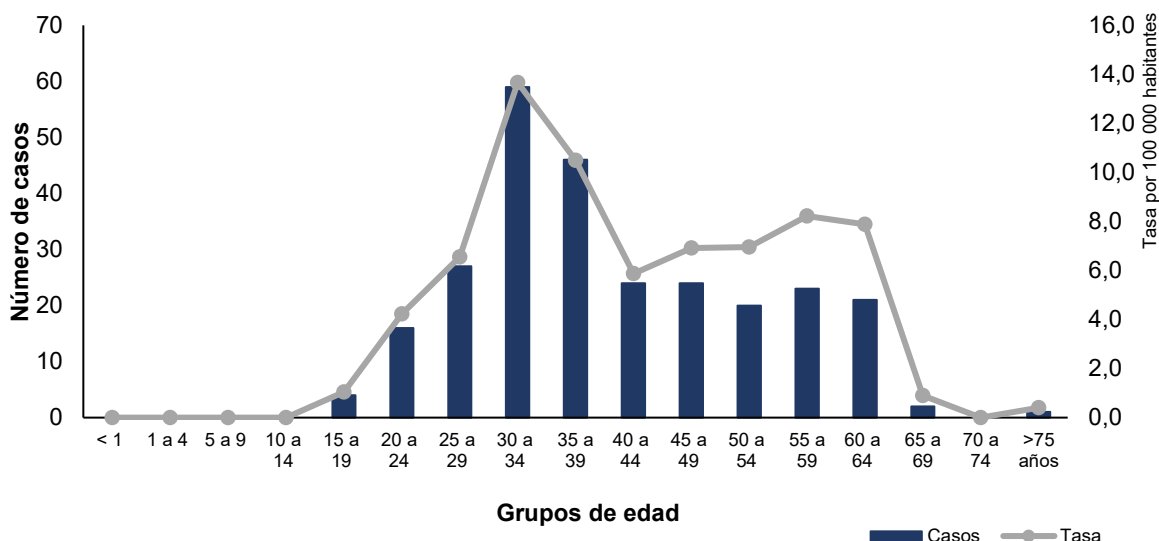
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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 38 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.

La distribución por grupos de edad muestra que las tasas más bajas se registraron en los adolescentes y adultos jóvenes, con 1,0 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años y 4,2 por 100.000 en el grupo de 20 a 24 años. Por el contrario, las tasas más elevadas se observaron en las personas de 30 a 34 años (13,7 por 100.000 habitantes) y de 35 a 39 años (10,5 por 100.000 habitantes). Este patrón sugiere una menor carga de enfermedad en las cohortes más jóvenes, las cuales coinciden con los grupos que han tenido acceso a los programas de vacunación contra el VPH, mientras que las cohortes de mayor edad, con menor probabilidad de haber sido vacunadas durante la adolescencia, concentran las tasas más altas. No obstante, es importante aclarar que para atribuir esta diferencia al efecto de la vacunación se requiere el análisis de tendencias históricas, coberturas vacunales y comparaciones entre cohortes vacunadas y no vacunadas por lo tanto un mayor grado de detalle.



Tabla 4

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias de procedencia, durante las primeras 38 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes.

Provincias	Casos	Tasa
Total	267	5,1
San José	66	4,0
Alajuela	29	2,7
Cartago	17	3,2
Heredia	3	0,5
Guanacaste	44	10,5
Puntarenas	88	17,3
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.

El análisis por provincia evidencia una distribución heterogénea de la enfermedad, destacando Puntarenas como la provincia con la mayor carga de notificación, con 88 casos y una tasa de 17,3 por 100.000 habitantes, seguida de Guanacaste con 44 casos y una tasa de 10,5 por 100.000 habitantes, ambas muy superiores al promedio nacional. En contraste, Heredia registró la menor incidencia, con 3 casos y una tasa de 0,5 por 100.000 habitantes. Las provincias de Limón (4,4), San José (4,0), Cartago (3,2) y Alajuela (2,7) presentaron tasas inferiores a la observada en Puntarenas y Guanacaste. Este patrón muestra una mayor concentración de casos en las provincias costeras, particularmente en el Pacífico.



Miasis por gusano barrenador en humanos

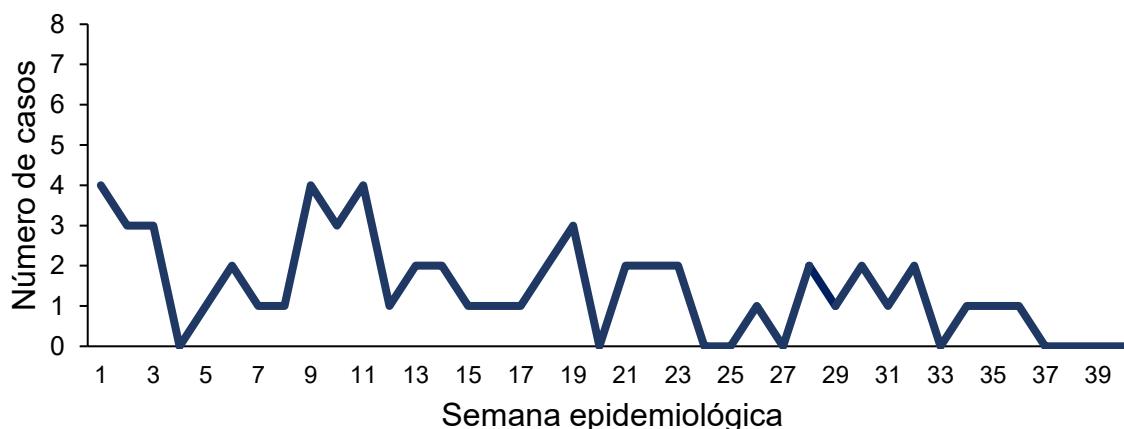
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos correspondientes a la semana epidemiológica (SE) 39 del año 2026. De conformidad con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud y el Lineamiento Nacional para la 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 39 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 39, 2026

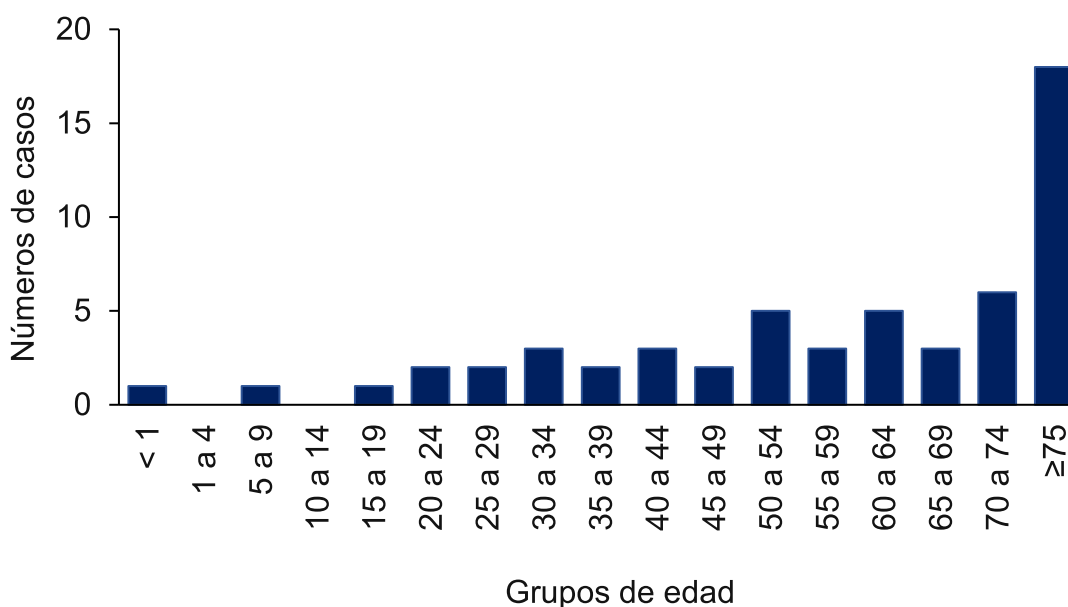


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 39, 2026



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

En 2026, hasta la SE 39, 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 39, 2026

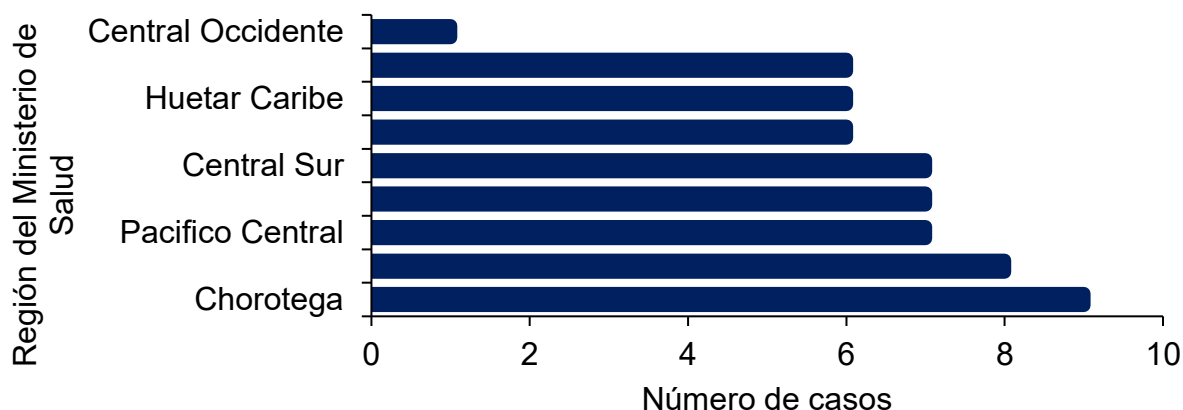
Provincias	Casos	Tasas
Total	57	1,1
San José	10	0,6
Alajuela	12	1,1
Cartago	4	0,7
Heredia	5	0,9
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	11	2,2
Limón	6	1,3

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 39, 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 39, 2026



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

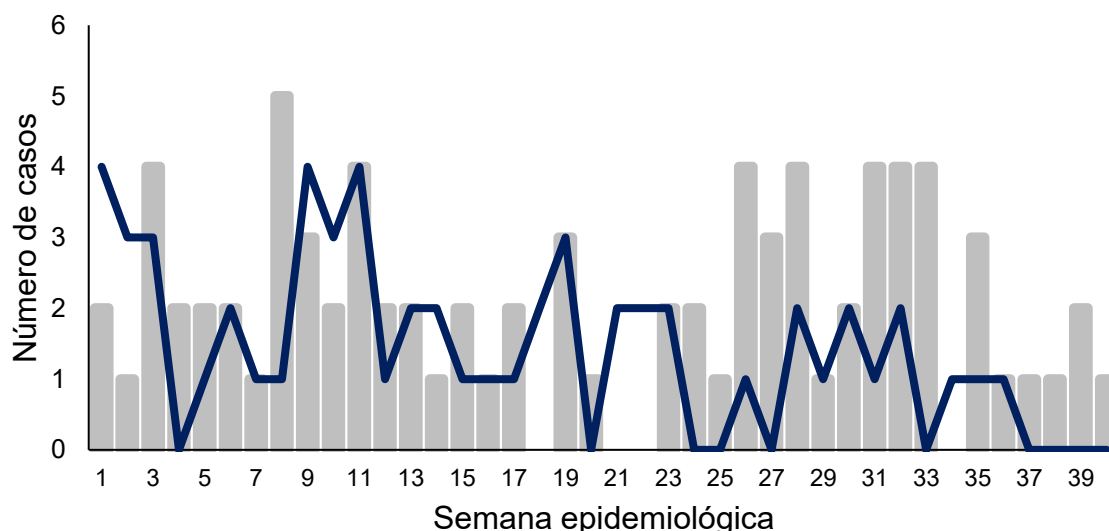


En el Gráfico 3 se presenta la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 39 en las nueve regiones rectoras del Ministerio de Salud. La Región Chorotega concentró el mayor número de casos, con 9 de los 57 casos registrados durante el período analizado.

Por su parte, el Gráfico 4 muestra el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos entre las SE 1 a la 39 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 81 casos. Lo anterior representa una disminución de 24 casos (29,63%) 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 39 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.