



Boletín Epidemiológico N° 7 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

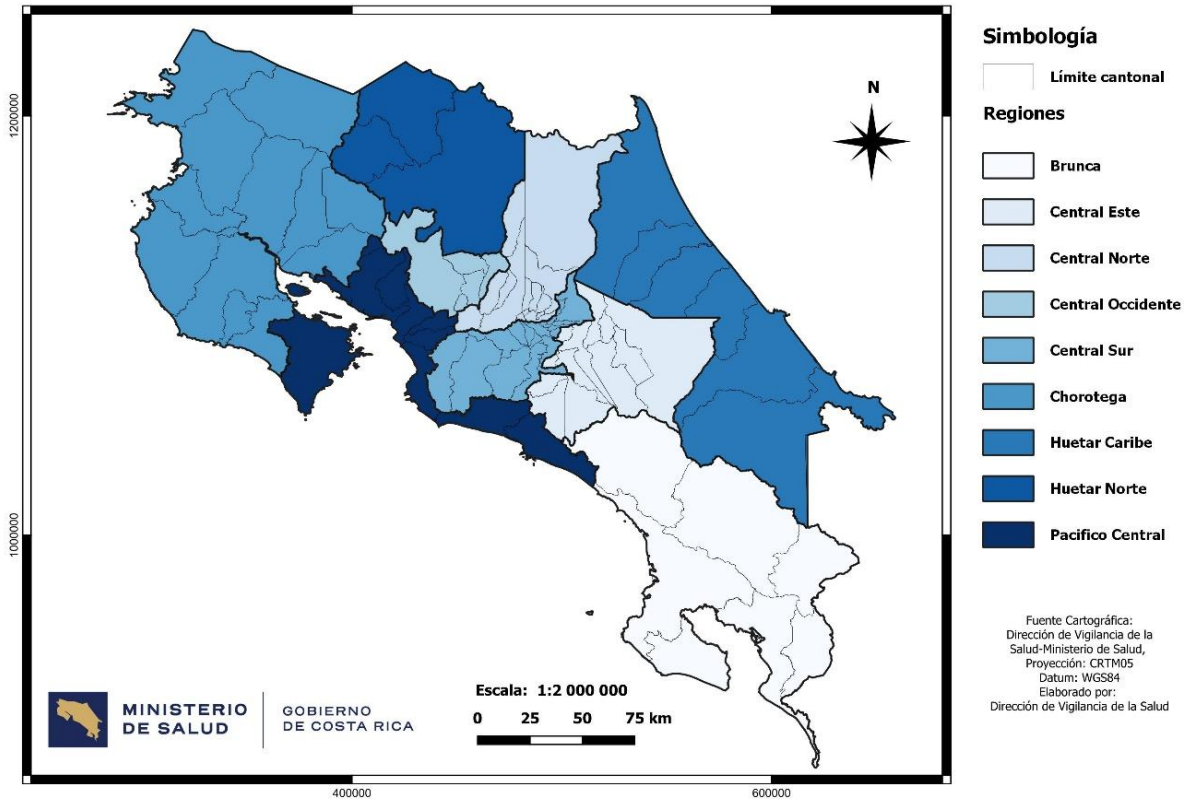
27 de febrero de 2026

Tabla de contenido

Arbovirosis	3
Situación de la malaria en Costa Rica	6
Acciones de control vectorial	13
Coberturas de vacunación 2025	14
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	15
Tuberculosis	29
Meningitis.....	35
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 23 de febrero 2026.....	38
Infecciones de transmisión sexual	42
Miasis por gusano barrenador en humanos	52
Intentos de suicidio.....	58



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 6 del año 2026 se notifican **549 casos** de dengue de estos **3 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Chorotega presenta el mayor número de casos notificados 124, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 27,3/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 6, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Chorotega	124	26,1
Central Sur	120	7,9
Pacífico Central	88	27,3
Central Norte	68	6,5
Huetar Caribe	57	12,4
Brunca	44	12,5
Huetar Norte	23	8,5
Central Este	20	3,6
Central Occidente	5	2,2
Total	549	10,5

Fuente: 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
San José	129	7,7	56	6,6	73	8,9
Guanacaste	120	28,8	59	28,5	61	29,0
Puntarenas	116	22,8	52	20,7	64	24,9
Alajuela	82	7,6	42	7,8	40	7,4
Limón	57	12,4	20	8,9	37	15,8
Heredia	25	4,5	12	4,3	13	4,7
Cartago	20	3,7	9	3,4	11	4,2
Total	549	10,5	250	9,6	299	11,5

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 6 son: San José 60 casos, Puntarenas 44 casos, Alajuela 40 casos, Cañas 26 casos y Santa Cruz 25 casos.

Tabla 3.

Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 6, 2026.

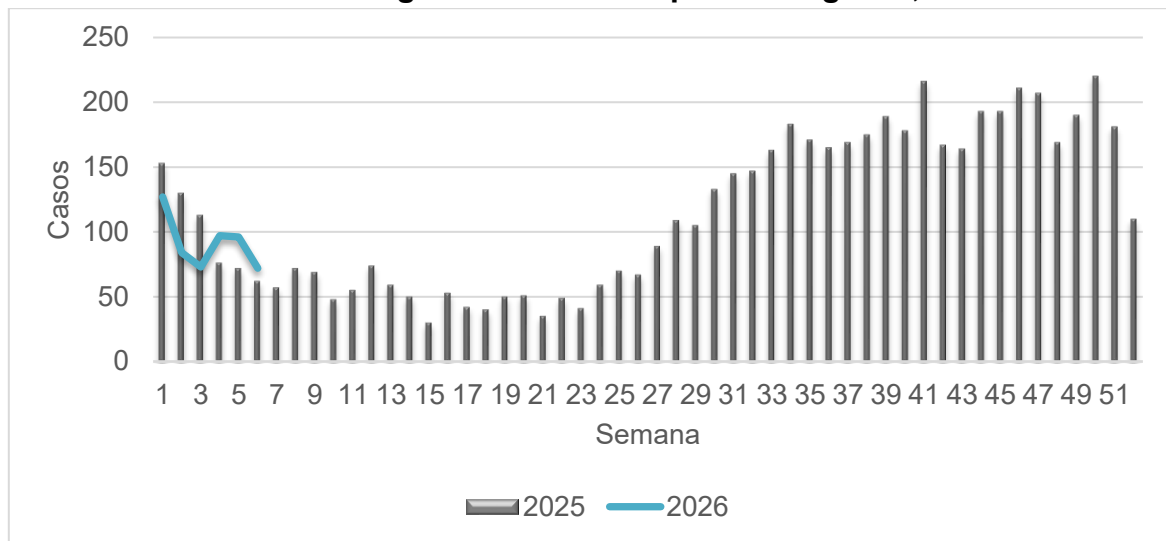
Cantón	Casos	Tasa
101: San José	60	16,9
601: Puntarenas	44	30,2
201: Alajuela	40	12,1
506: Cañas	26	79,1
503: Santa Cruz	25	33,8
510: La Cruz	22	77,6
505: Carrillo	21	41,6
705: Matina	20	43,8
210: San Carlos	18	8,4
110: Alajuelita	16	16,3

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 6, 2025-2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

La Gerencia Médica de la CCSS a través del Área de Estadística en Salud según los datos recopilados mediante EDUS informa que al 23 de febrero se reportan 2 pacientes hospitalizados con dengue, uno en el Hospital Enrique Baltodano y uno en el Hospital México.

Chikungunya

A la semana epidemiológica 6 del año 2026 se notifican 2 casos de Chikungunya en el cantón de Esparza confirmados mediante la prueba de RT-PCR del CNRV-INCIENSA.



Situación de la malaria en Costa Rica

actualización a la semana epidemiológica 06 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local (Autóctonos/ Introducidos)

A la semana epidemiológica 06 del presente año, se reportan doce (12) casos autóctonos de *Plasmodium vivax* en la Región Huetar Norte, vinculados principalmente al foco de Crucitas, asociado a actividades de minería, y al foco de Los Chiles, específicamente en la localidad de Medio Queso.

El histórico de transmisión local de malaria en Costa Rica evidencia una tendencia sostenida a la disminución de casos en los últimos cuatro años en comparación con el mismo periodo, como se evidencia en la tabla 1 y en la figura 1.

Tabla 1.

Cantidad de casos de transmisión local (introducidos y autóctonos) a la semana epidemiológica actual y al cierre del año de los últimos 4 años. Costa Rica.

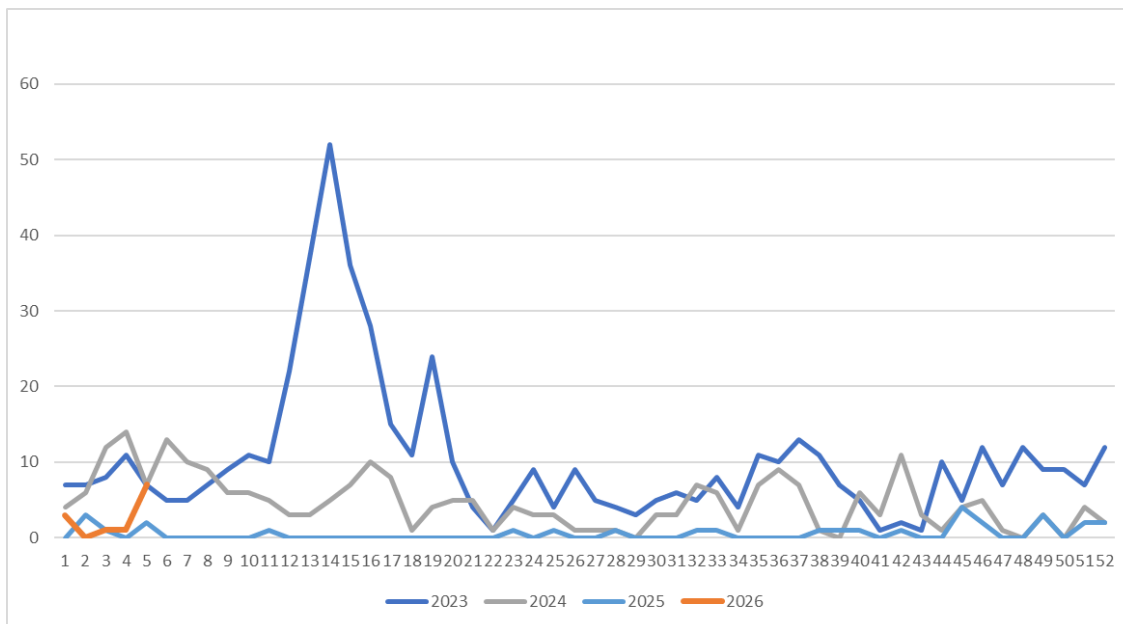
Año	Cantidad de casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	29
2026	12

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

Esta tendencia positiva refleja el impacto de las intervenciones dirigidas a la interrupción de la transmisión local, especialmente en los focos históricos.



Gráfico 1.
Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, Costa Rica.



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

Situación actual casos importados

A la semana epidemiológica actual se registran **siete (7) casos importados de malaria por *Plasmodium vivax***, detectados en las localidades de Crucitas y El Roble, distrito de Cutris, cantón de San Carlos, correspondiente al foco de Crucitas, en la Región Huetar Norte. El caso presenta nexos epidemiológicos con Nicaragua y antecedentes de actividad minera en la zona.



Tabla 2.
Resumen de casos de todas las clasificaciones por Región y especie. Costa Rica, SE05.

Región	Número de casos	Clasificación	Especie	Foco
Huetar Norte	7	Importado	<i>P. vivax</i>	Crucitas
	12	Autóctono	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=10) y Los Chiles (N=2)

Nota: La clasificación epidemiológica corresponde al cierre de la semana epidemiológica actual de 2026 y puede modificarse conforme avance la investigación epidemiológica de los casos en estudio.

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

En total **seis (6) casos han sido** tratados con el esquema de cloroquina más tafenoquina, conforme a la actualización de los lineamientos nacionales para el manejo de malaria por *Plasmodium vivax*.

Costa Rica incorporó oficialmente la tafenoquina dentro del esquema nacional para la cura radical de la malaria por *P. vivax*. Este medicamento, administrado en dosis única y en combinación con un esquizonticida sanguíneo eficaz (como la Cloroquina), permite la eliminación de los hipnozoítos hepáticos responsables de recaídas.

La inclusión de la tafenoquina constituye un avance programático relevante en el contexto de eliminación de la malaria, al favorecer la adherencia terapéutica, reducir el riesgo de recaídas y contribuir a la disminución del reservorio humano en focos activos o residuales.

Su uso se realiza previa evaluación de deficiencia de G6PD y bajo vigilancia clínica y farmacológica, conforme a estándares internacionales de seguridad.



Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **26.084 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 15.669 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 se suman 219 pruebas realizadas por colaboradores voluntarios, referirse a la figura 2.

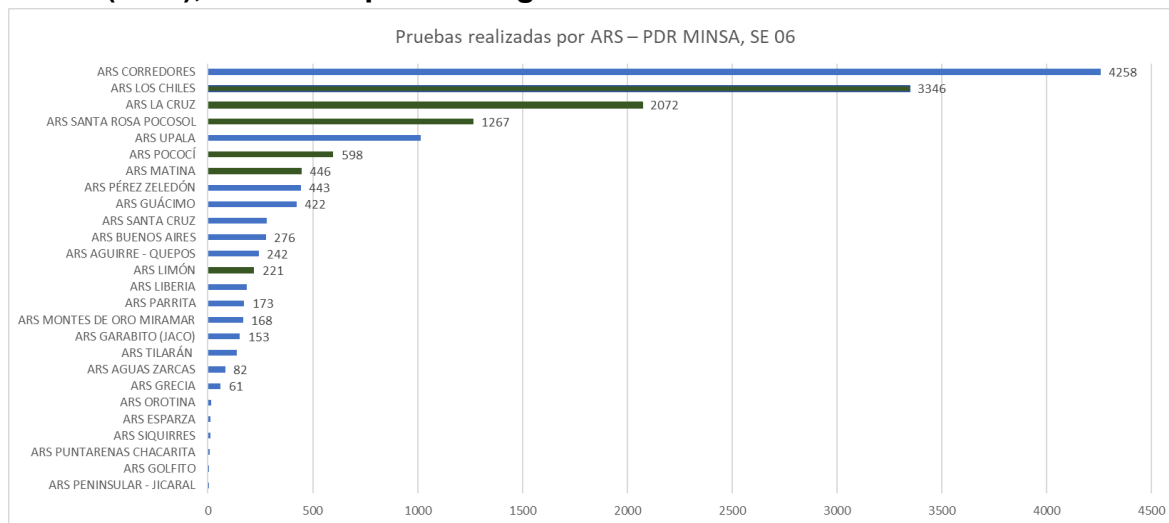
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha realizado un total de 10.196 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 8.419 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 1.777 exámenes de gota gruesa,

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.

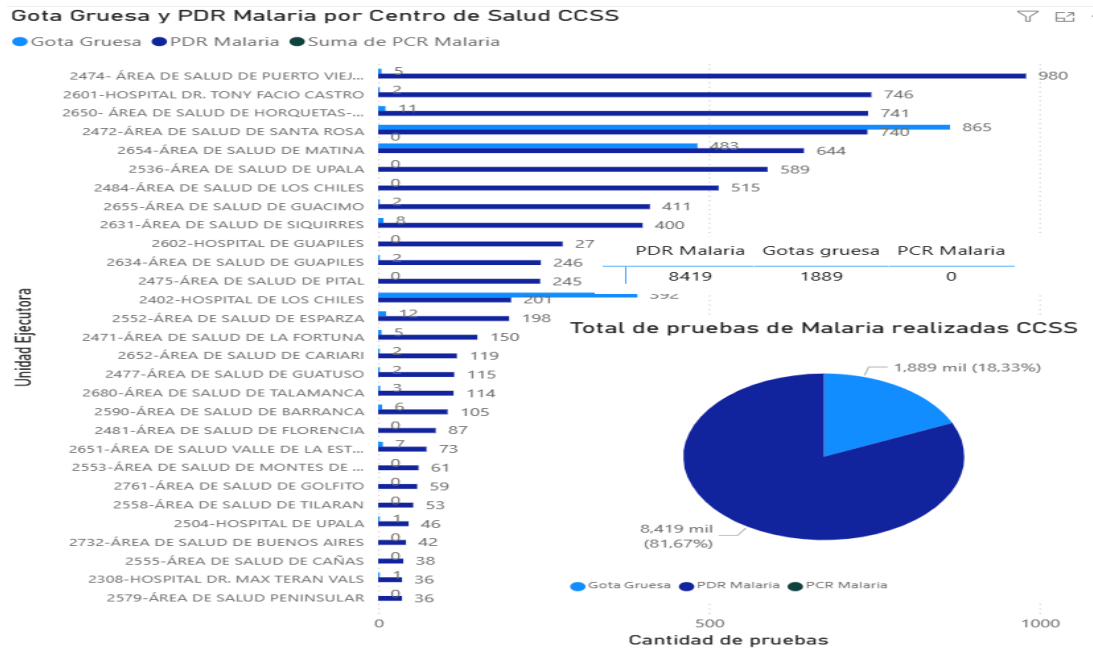
Costa Rica: Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS), Semana Epidemiológica 06.



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



Gráfico 3. Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 06.



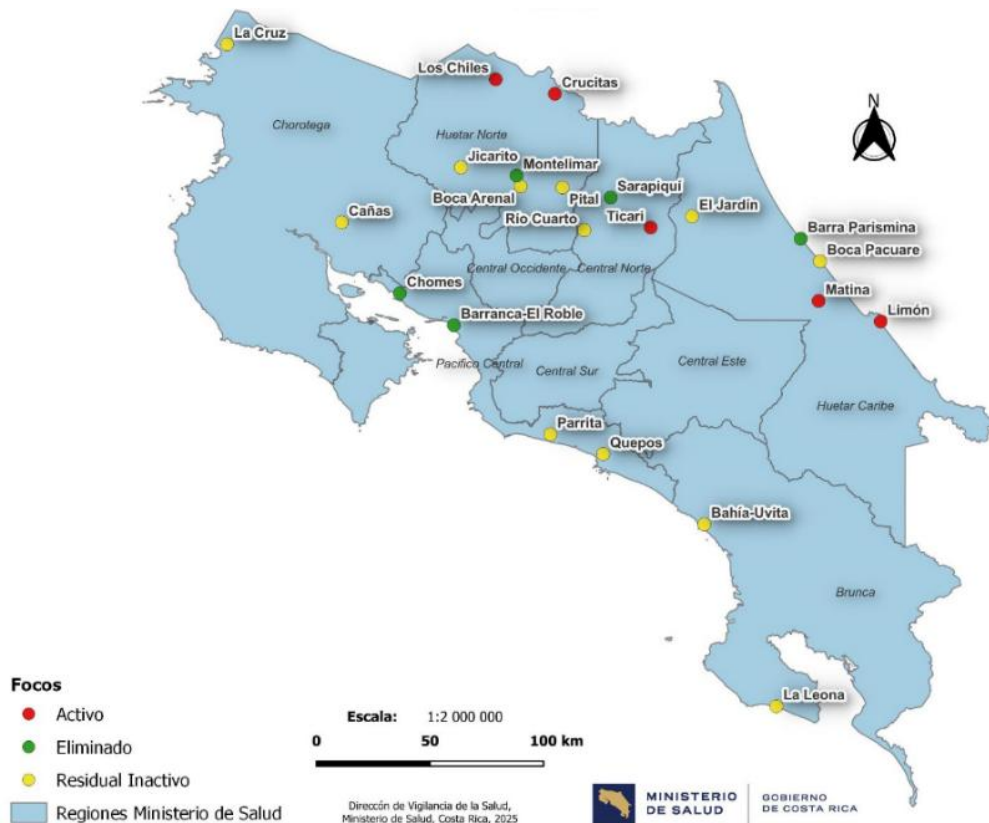
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social

Inventario de focos.

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 12 focos residuales inactivos y 5 focos eliminados.



Figura 1
Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico.
Costa Rica, diciembre 2025.



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 3.

Listado de focos de malaria por provincia, cantón y estado epidemiológico del foco. Costa Rica, diciembre 2025

Provincia	Cantón	Nombre del Foco	Estado
Alajuela	San Carlos	Pital	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Boca Arenal	Residual inactivo
Alajuela	San Carlos	Monterrey	Eliminado
Alajuela	San Carlos	Crucitas - Llano Verde	Activo
Alajuela	Los Chiles	Los Chiles	Activo
Alajuela	San Carlos	Jicarito	Residual inactivo
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	Activo
Limón	Matina	Matina	Activo
Limón	Limón	Limón	Activo
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	Residual inactivo
Puntarenas	Golfito	La Leona	Residual inactivo
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 en la semana epidemiológica 06

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 06 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.
Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 06

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	10.183
Viviendas positivas	408
Depósitos tratados	38.349
Depósitos eliminados	13.593
Depósitos positivos	617
Viviendas fumigadas	9.531

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.
Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 6 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	69.785
Viviendas positivas	2.338
Depósitos tratados	259.668
Depósitos eliminados	154.992
Depósitos positivos	5.070
Viviendas fumigadas	71.305

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



Coberturas de vacunación 2025

A continuación, se presentan los datos correspondientes a las coberturas de vacunación preliminares alcanzadas por el país al mes de diciembre del 2025.

Gráfico 1.
Coberturas de vacunación, por biológico; enero-diciembre 2025, Costa Rica



Fuente: Datos aportados por la CCSS y datos registrados en el SINOVAC, elaboración propia, UE, DVS, MS.

Al mes de diciembre del 2025, las coberturas de vacunación del país muestran los siguientes datos:

Para este informe preliminar del año 2025, todas las vacunas están en un rango entre 90 y 100% de cobertura, con excepción de la segunda dosis de la vacuna VPH, que logró alcanzar una cobertura del 70% y la vacuna Td que está con una cobertura del 63%.

En el gráfico 1 se pueden observar las coberturas de vacunación alcanzadas en los meses de enero a diciembre del año 2025. Justamente las vacunas que se aplican en el ámbito escolar son las que no logran alcanzar al menos el 80% de cobertura, específicamente la vacuna contra tétanos y difteria, lo mismo que la segunda dosis de VPH; es necesario seguir trabajando en conjunto y mejorar la comunicación entre diferentes instituciones (MS, CCSS, MEP, entre otras), con el fin de que esta población de riesgo pueda completar esquemas de vacunación y aumentar estas coberturas para el año 2026.

Importante aclarar que son preliminares, porque se deben ajustar los denominadores de vacunación con nacimientos y mortalidad infantil 2025 tan pronto los publique INEC en el mes de marzo.



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

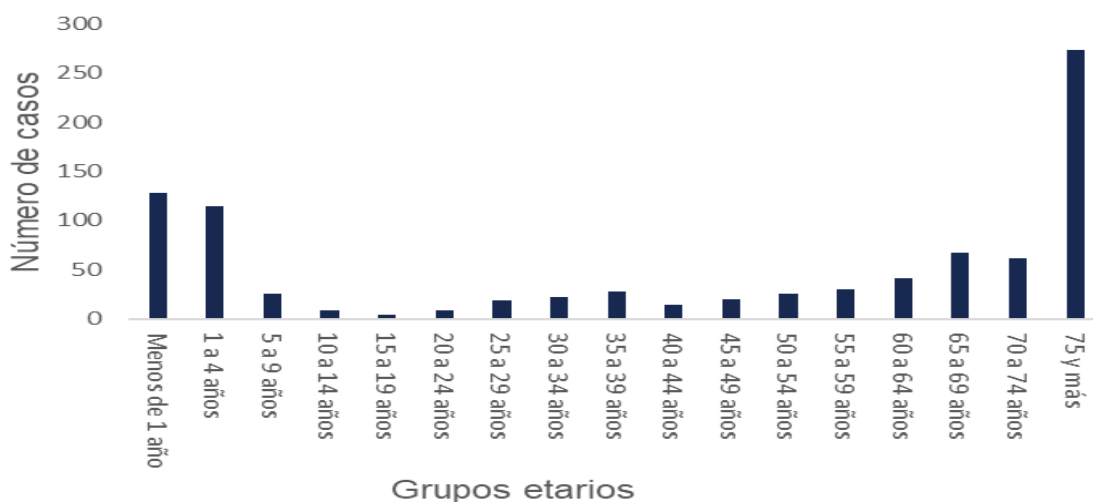
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 6 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 6 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 6 son un total de 1103.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños menores de 1 año y en los mayores de 75 años.

Gráfico 1.

Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 6, en Costa Rica, 2026.



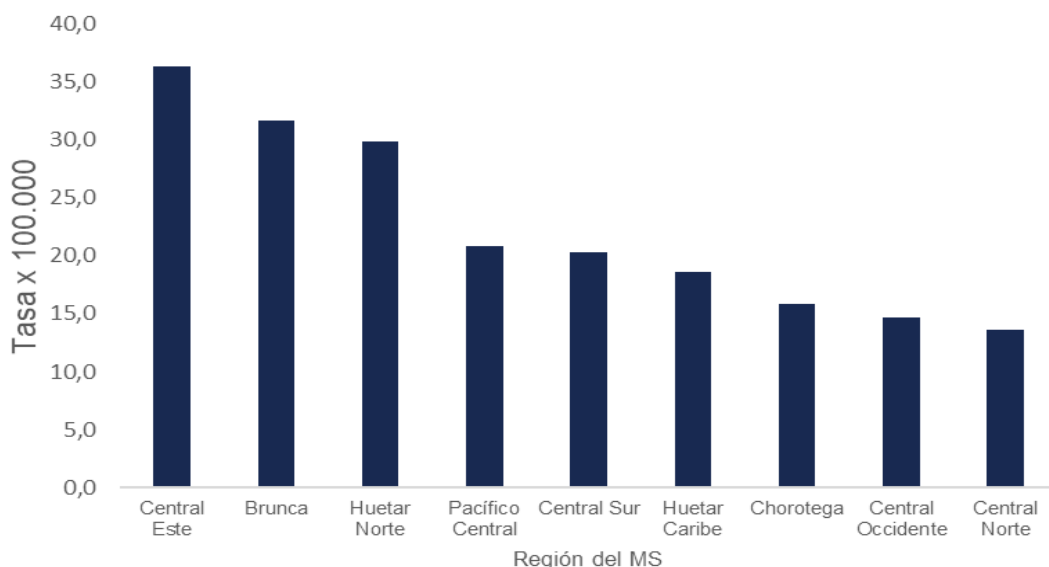
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños menores de 1 año 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 6, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Central Este, Huetar Norte y la Brunca; 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 6 del 2026, en Costa Rica.



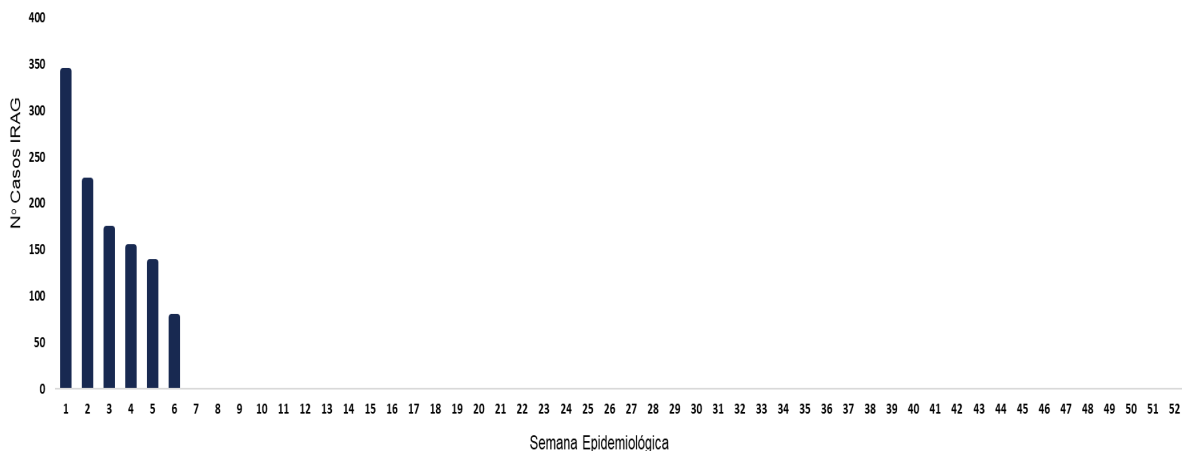
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 6 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 6, en Costa Rica, 2026.

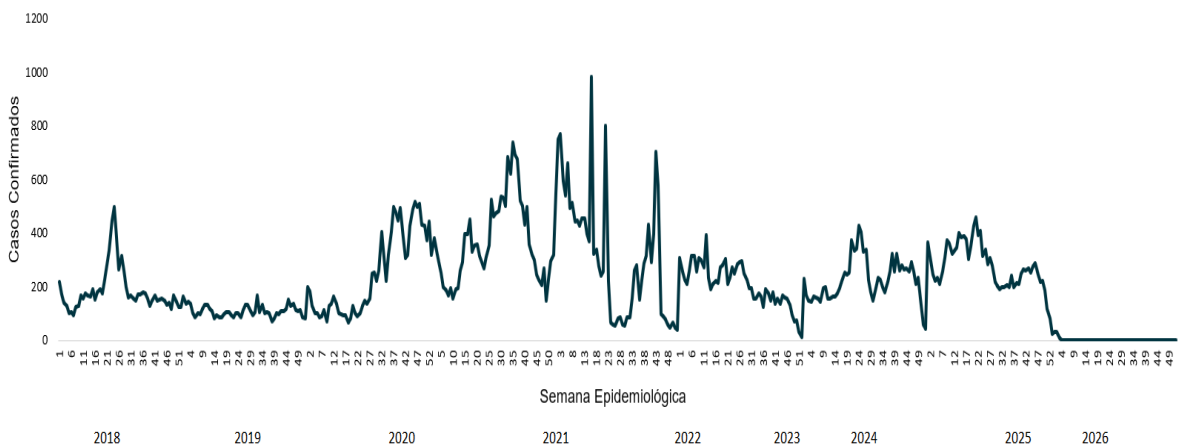


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

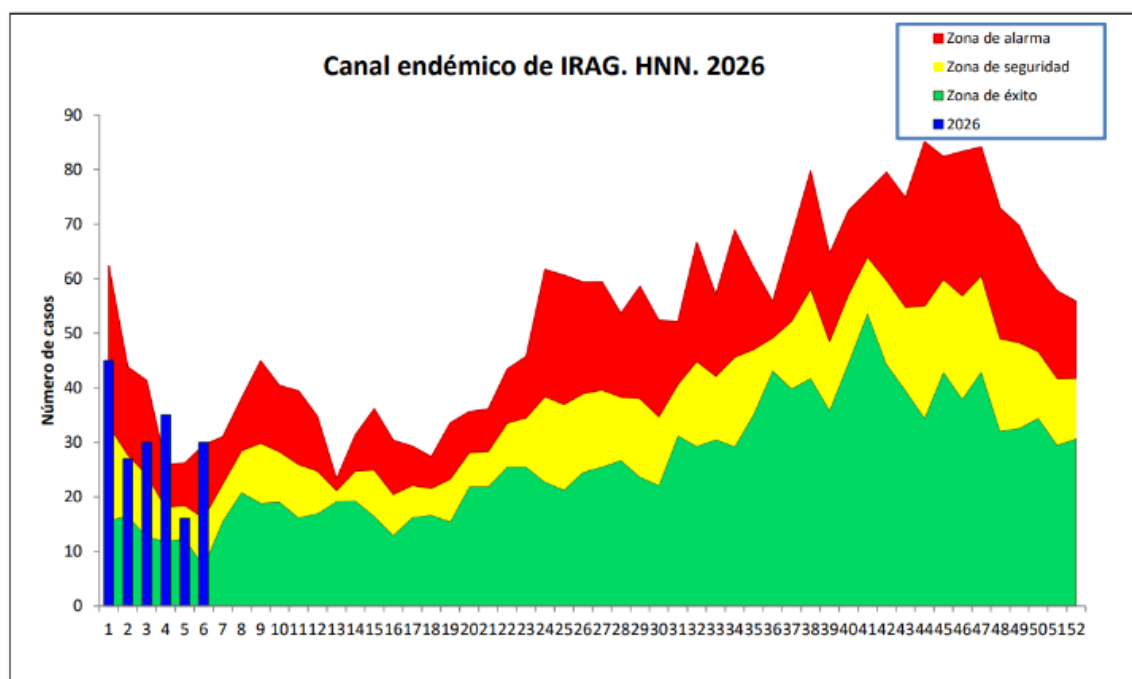


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-6 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.

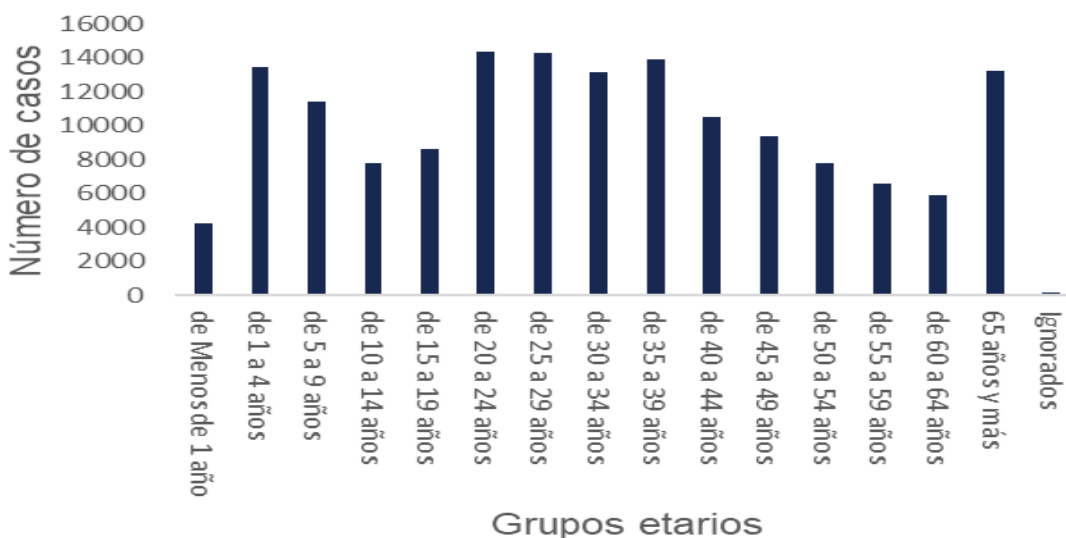
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 6 son 154625.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 20 y 24 años y personas entre 25 y 29 años.



Gráfico 6.

Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 6, en Costa Rica, 2026.



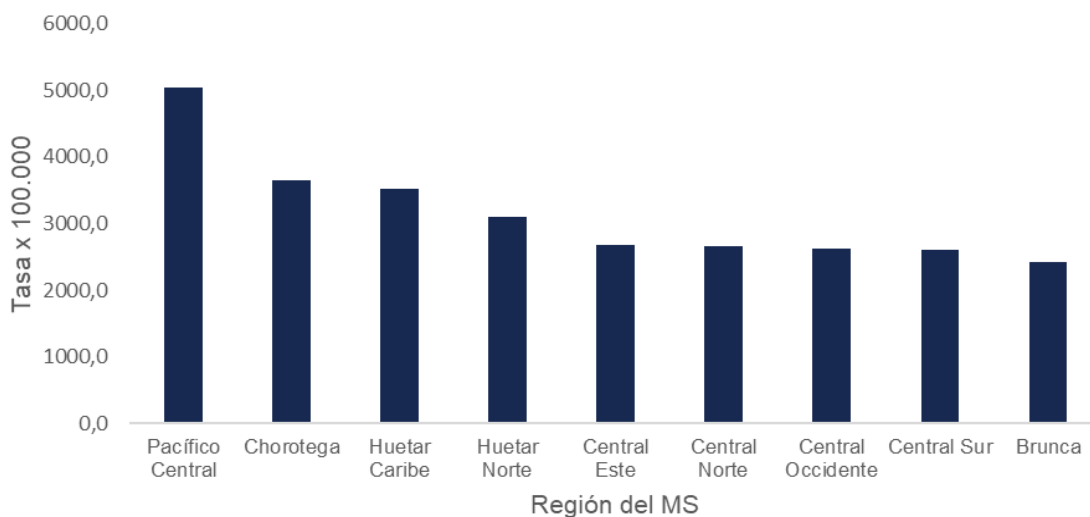
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 6, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Huetar Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



Gráfico 7.

Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 6 del 2026, en Costa Rica.

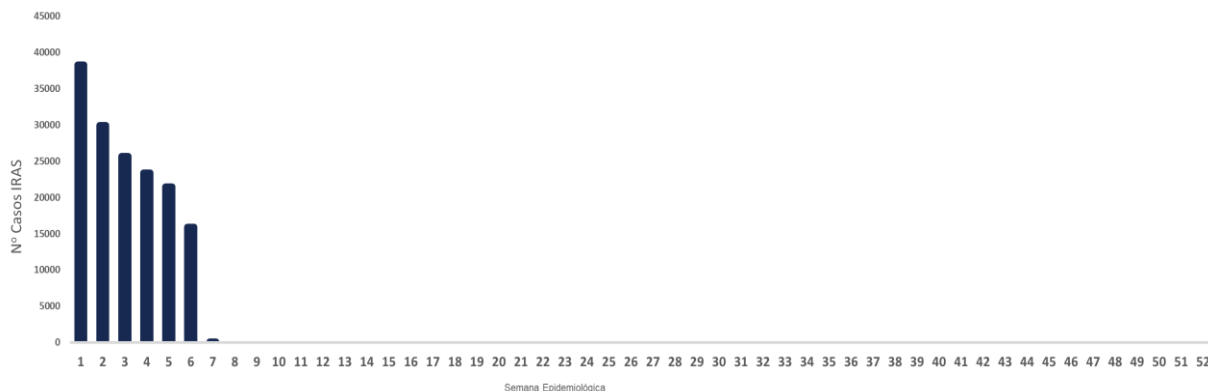


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 segunda semana epidemiológica del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 6, en Costa Rica, 2026.

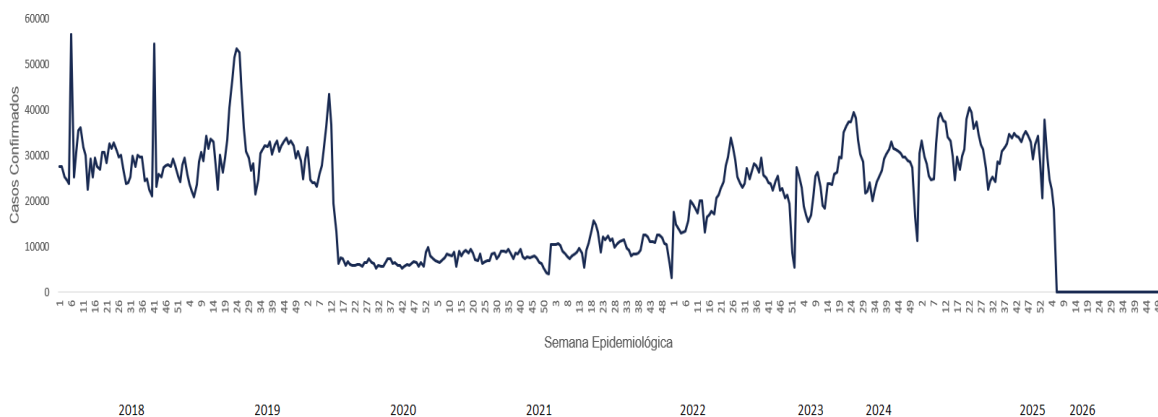


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

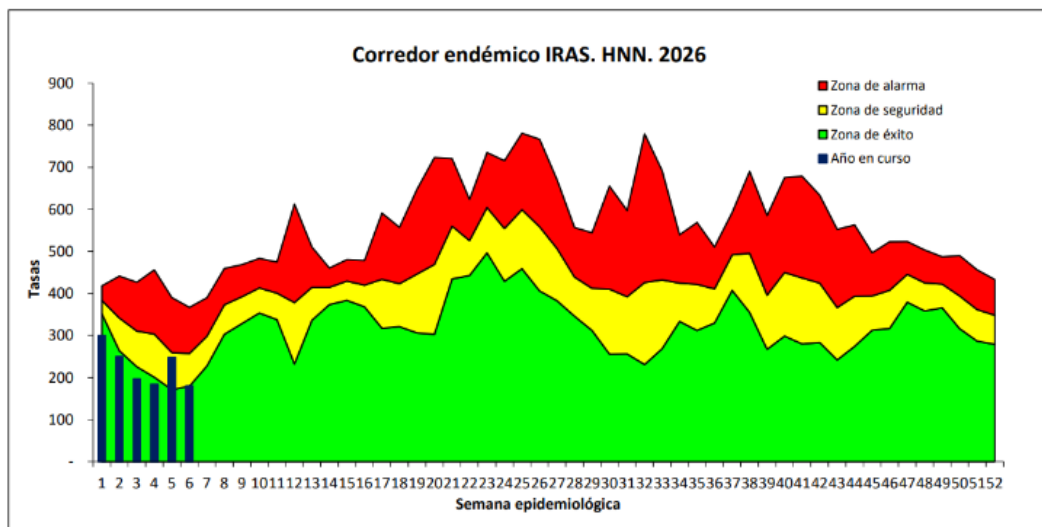
Gráfico 9.
Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 6 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

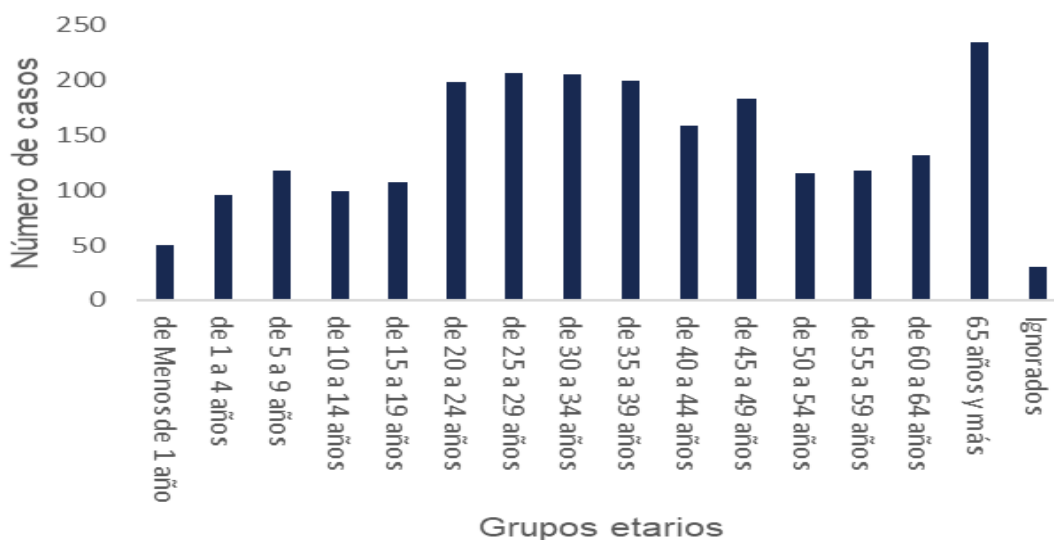


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 6 son $n= 2251$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 65 y más años.

Gráfico 11.

Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 6, en Costa Rica, 2026.



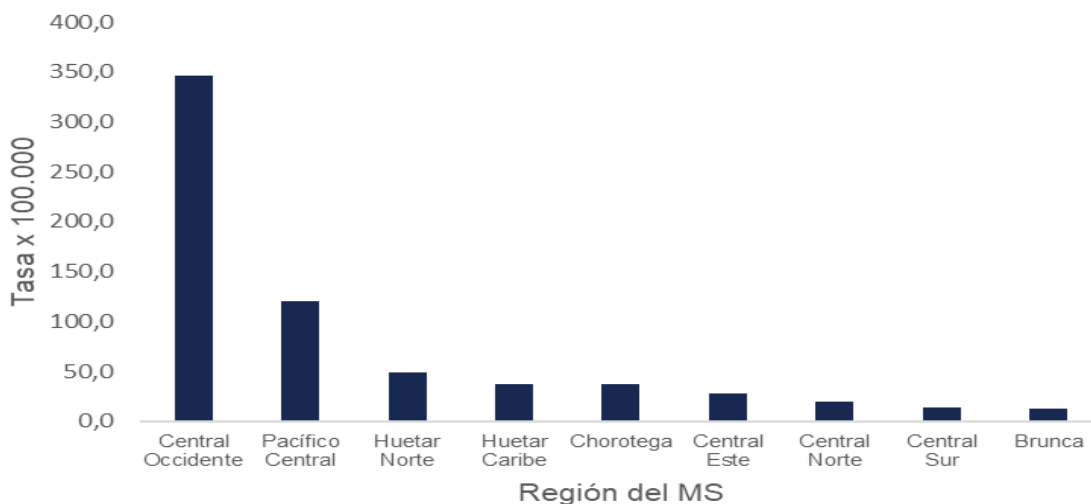
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 6, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Brunca, Chorotega, Central Este, Central Sur, Huetar Norte, Pacífico Central, Central Norte y Huetar Caribe.



Gráfico 12.

Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 6 del 2026, en Costa Rica.

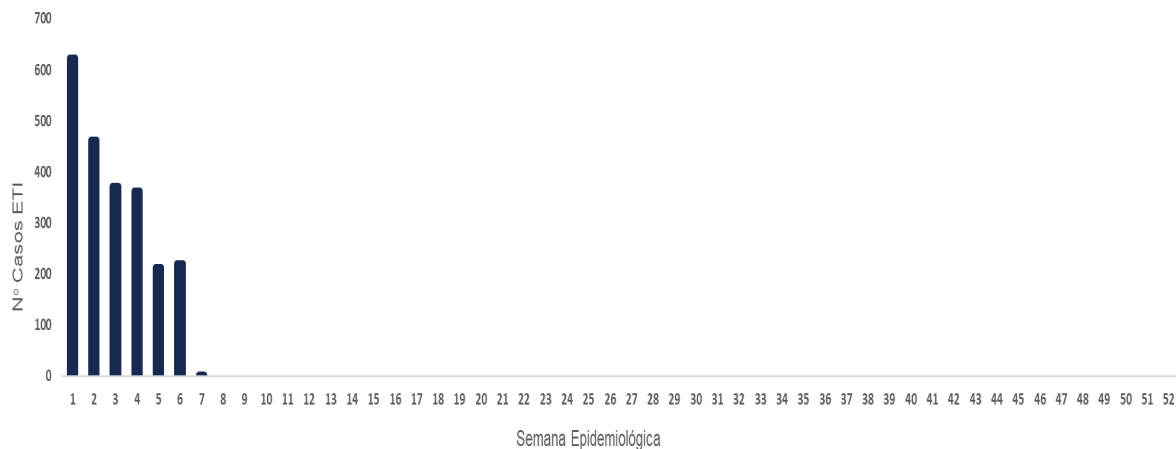


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 6, en Costa Rica, 2026.

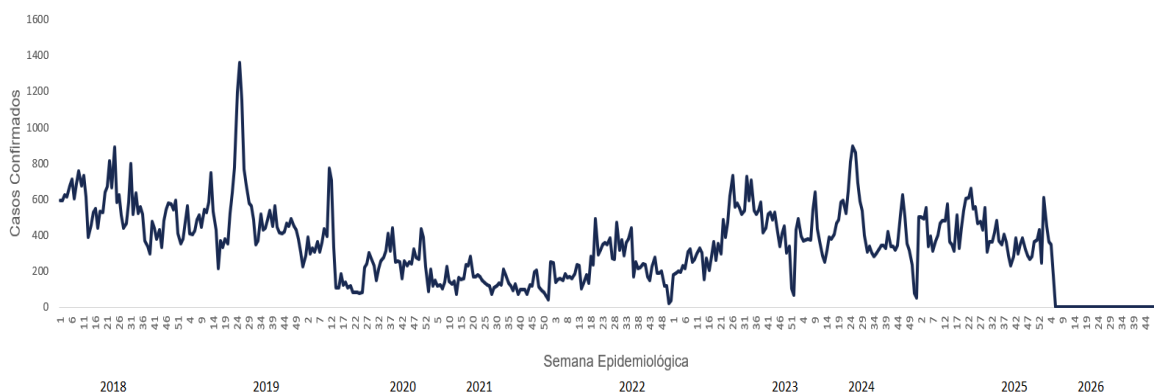


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

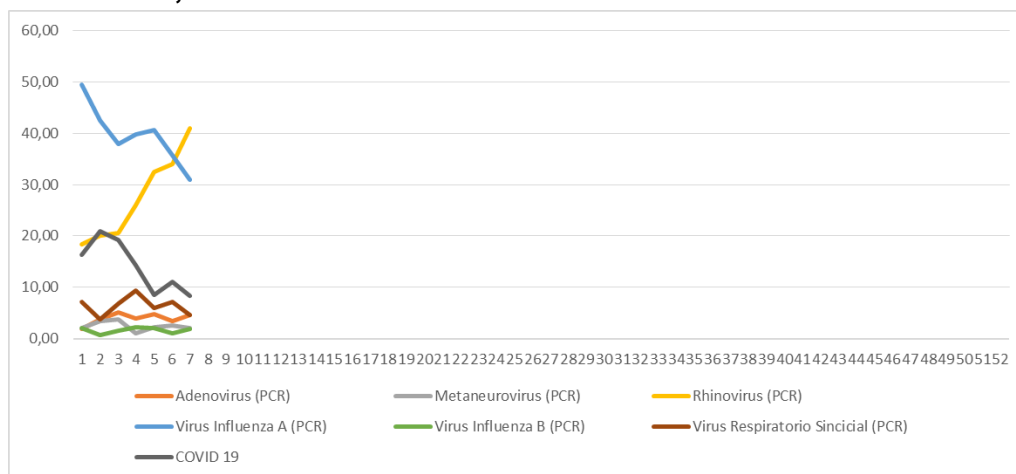
Gráfico 14.
Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 06 del 2026; para la SE-07, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Influenza A y finalmente el Covid-19 está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.
Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 07 en Costa Rica, 2026.



Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2025.

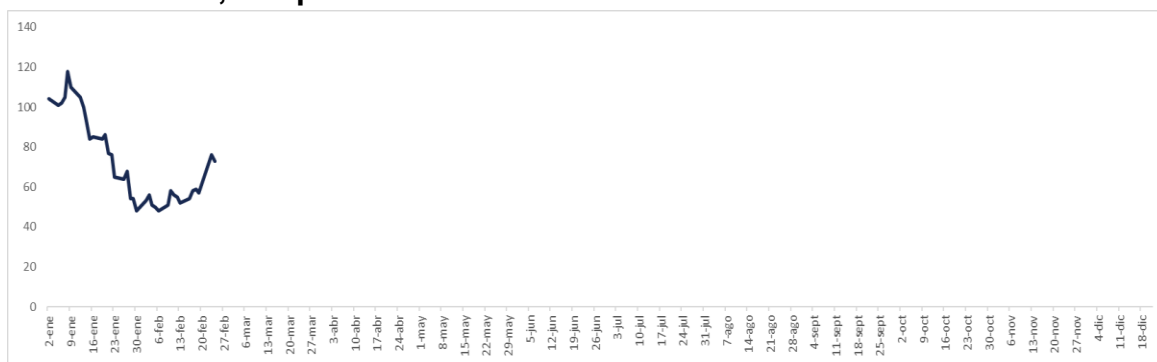


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 8 del año 2026 es la siguiente:

Al 24 de febrero del año en curso, correspondiente a la semana 8, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 69, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 102.99%.

Gráfico 16.

Costa Rica: Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 8 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

Gráfico 17.

Costa Rica: Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-52. Año 2026.

Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-06. Año 2026

Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	85	49.4
Influenza A-B	30	17.4
Virus respiratorio sincitial	25	14.5
Adenovirus	18	10.5
Metaneumovirus	5	2.9
Parainfluenza	7	4.1
SARS CoV-2	1	0.6
Coronavirus	1	0.6
Total	172	100.00%

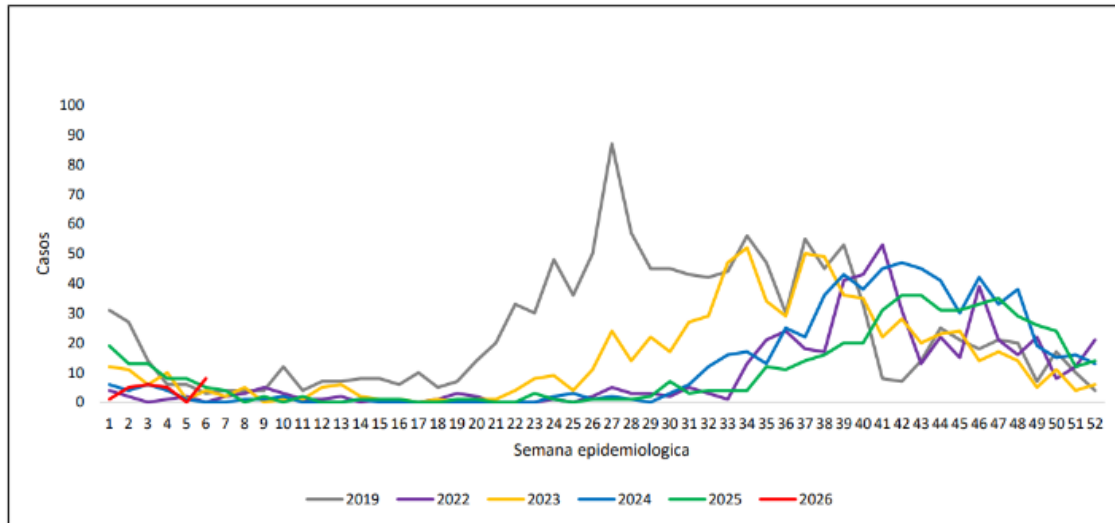
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica- Laboratorio Microbiología e Inmunología, HNN. 2026

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



Gráfico 18.

Costa Rica: Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2018-2026.

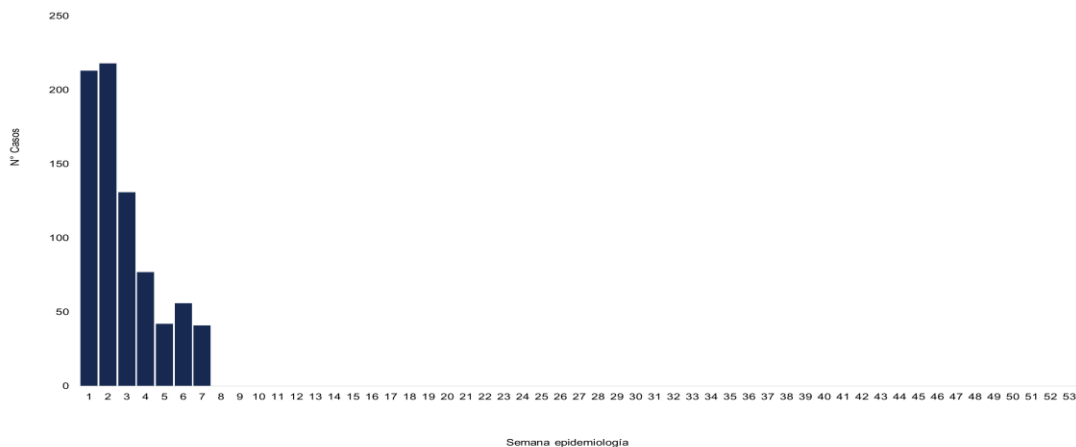


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 7, se reportaron un total de 41 casos confirmados, lo que representa una disminución del 26.78% con respecto a la SE-6 del año 2026 que presentó 56 casos.

Gráfico 19.

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



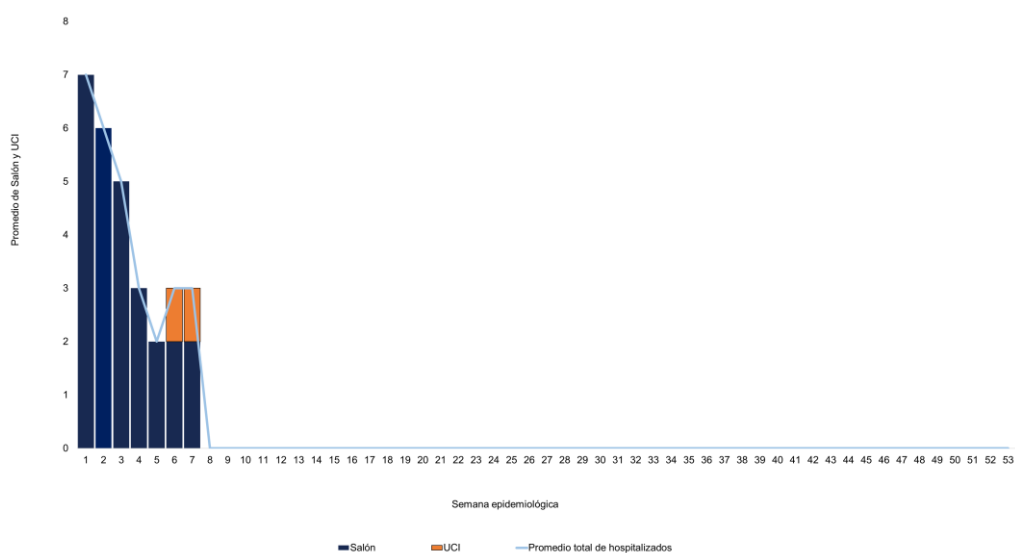
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 7, se reportó un promedio total de 3 hospitalizados, igual que en la SE-5 del año 2026; dos pacientes en salón general y un paciente en UCI.

Gráfico 20.

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 7, no hubo fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



Gráfico 21.
Costa Rica: Fallecidos por COVID-19, según semana epidemiológica año 2026.

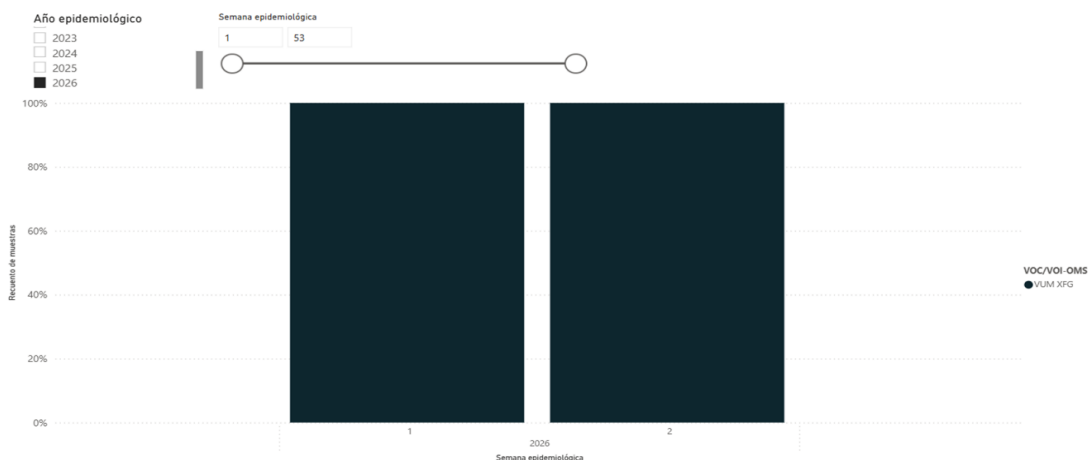


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 24 de febrero del 2026, se reporta lo siguiente.

Gráfico 22.
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 2 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 24 de febrero del 2026



Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas de aerosol suspendidas en el aire expulsadas por personas con enfermedad pulmonar activa. Esta infección puede ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna.

En Costa Rica, según el Decreto 40556-S, la tuberculosis se ubica dentro del grupo D de enfermedades de notificación obligatoria, tiene su propio libro de registro de casos y se envía a los niveles superiores trimestralmente.

Debido a la cantidad reducida de casos que se presentan anualmente, Costa Rica se encuentra entre los 15 países de la Región con mayor oportunidad para avanzar hacia la eliminación de la TB.

A continuación, se presentan datos de estadística descriptiva, acerca de la situación epidemiológica del país en los últimos años para conocer el comportamiento del evento a nivel nacional.

En el año 2010, la tasa de incidencia fue de 11,7 por 100.000 habitantes (533 casos). A partir de ese año se observa una tendencia descendente sostenida hasta 2017, cuando se alcanzó el valor más bajo del período (7,2 por 100.000 habitantes; 354 casos). Esta reducción progresiva sugiere un impacto positivo de las acciones de control, diagnóstico y tratamiento implementadas durante ese período. Entre 2018 y 2019 se evidenció un leve repunte (8,2 y 8,4 por 100.000 habitantes respectivamente), seguido por una disminución importante en 2020, cuando la incidencia cayó a 6,6 por 100.000 habitantes (346 casos). Este descenso coincide con el período de pandemia por COVID-19, lo que probablemente refleja subregistro y disminución en el acceso a servicios diagnósticos, más que una reducción real de la transmisión.



En 2021 y 2022 se observa una recuperación progresiva de la incidencia (6,9 y 7,7 por 100.000 habitantes), mientras que en 2023 se registra un aumento significativo, alcanzando 9,0 por 100.000 habitantes (474 casos). Este incremento ocurre en el contexto de la oficialización del Plan Nacional de Acción para la Eliminación de la Tuberculosis, el cual fortaleció la búsqueda activa de casos en poblaciones de riesgo, lo que sugiere que el aumento responde en parte a una mejor detección de casos previamente no diagnosticados que se ve reflejado también para el año 2025 (9,2 por 100.000; 495 casos) según datos preliminares.

La mortalidad por TB mostró una tendencia general a la disminución a lo largo del período. En 2010 se registró una tasa de 0,89 por 100.000 defunciones (41 muertes), con un ligero aumento en 2011 (0,93), seguido de una reducción progresiva hasta 2017 (0,7; 35 muertes).

Durante el período 2018–2022, la mortalidad se mantuvo relativamente estable, oscilando entre 0,6 y 0,8 por 100.000 defunciones, sin variaciones bruscas. En 2024 se reporta un leve aumento (0,7; 38 muertes), lo que refuerza la necesidad de mantener acciones dirigidas no solo a la detección, sino también al seguimiento clínico y adherencia terapéutica, particularmente en poblaciones vulnerables.

Tabla 1.

Costa Rica: Incidencia y mortalidad por tuberculosis por cada 100.000 habitantes, 2010-202

Año	Incidencia		Mortalidad	
	tasa (p/100.000 habitantes)	Casos	tasa (p/100.000 defunciones)	Casos
2010	11.7	533	0.89	41
2011	11.0	509	0.93	51
2012	10.0	469	0.96	39
2013	9.6	456	0.72	34
2014	9.9	473	0.75	42
2015	8.8	426	0.76	31
2016	7.6	370	0.77	29
2017	7.2	354	0.7	35
2018	8.2	408	0.8	38



2019	8.4	423	0.7	35
2020	6.6	346	0.6	30
2021	6.9	357	0.7	34
2022	7.7	404	0.7	34
2023	9.0	474	0.7	30
2024	8.7	463	0,7	38
2025	9.2	495		

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS; Libro de registro de casos de tuberculosis

En 2025 se registraron 495 casos de tuberculosis, de los cuales 338 correspondieron a hombres (68,3%) y 157 a mujeres (31,7%), evidenciando un marcado predominio masculino.

La carga de enfermedad se concentra principalmente en la población en edad productiva (25 a 49 años), grupo que aporta 46,7% del total de los casos.

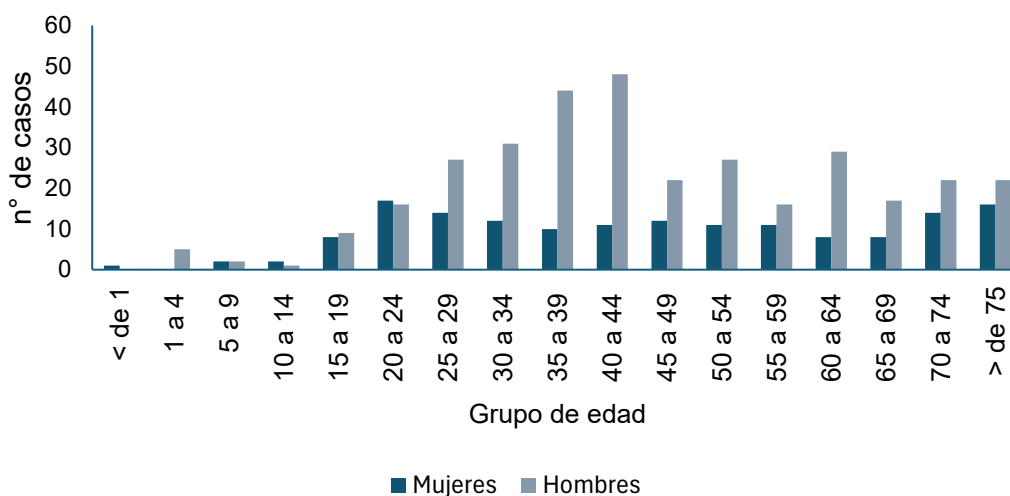
En los menores de 15 años, los casos representan únicamente 2,6% del total, lo que indica una menor carga en población pediátrica, aunque confirma transmisión activa en la comunidad.

En los adultos mayores (≥ 60 años) se concentra aproximadamente 27,5% de los casos, lo que sugiere un componente relevante de reactivación de infección latente, asociado a envejecimiento y comorbilidades.

El predominio masculino es especialmente marcado a partir de los 25 años, alcanzando sus valores más altos en los grupos de 35 a 44 años, donde los hombres representan cerca de tres cuartas partes de los casos en esos rangos etarios.



Gráfico 1.
Costa Rica: Casos de tuberculosis según sexo y grupo de edad quinquenal, números absolutos, 2025



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS; Libro de registro de casos de tuberculosis

En 2025 se notificaron 495 casos de tuberculosis (tasa nacional: 9,2 por 100.000 habitantes). La distribución regional muestra una clara concentración territorial de la enfermedad.

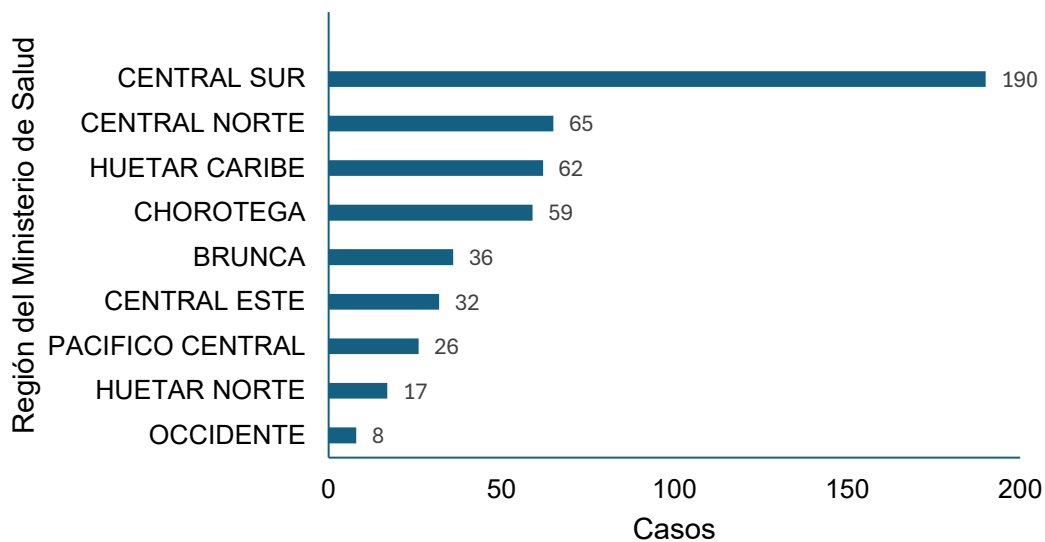
La Región Central Sur aportó el mayor número de casos (190; 38,4%), seguida por Central Norte (13,1%), Huetar Caribe (12,5%) y Chorotega (11,9%). Estas cuatro regiones concentran cerca del 76% del total de casos del país.

Las tasas más elevadas se observaron en Huetar Caribe (12,8), Chorotega (12,3) y Central Sur (12,2), regiones que albergan importantes grupos vulnerables y de alto riesgo, lo que sugiere una mayor transmisión asociada a condiciones sociales y estructurales desfavorables.



Gráfico 2.

Costa Rica: Casos notificados de tuberculosis según Región, 2025.



Fuente: Unidad de Indicadores de la Salud USIS, Dirección de Vigilancia de la Salud; Libro de registro de casos de tuberculosis

Los cantones con tasas de incidencia de tuberculosis superiores a la tasa nacional (9,2 por 100.000 habitantes) evidencian una concentración territorial de la enfermedad en determinados municipios.

Destacan Liberia (28,8), San José (27,1) y Limón (22,9), con tasas que duplican o triplican la nacional. Asimismo, cantones como Alajuelita (19,8) y Upala (17,4) presentan valores marcadamente elevados.



Tabla 2.
Costa Rica: Cantones con tasas de incidencia de tuberculosis superiores a la nacional, 2025.

Cantón	N° casos	Tasa
Liberia	24	28,8
San José	97	27,1
Limon	23	22,9
Alajuelita	20	19,8
Upala	10	17,4
Tibas	13	14,8
Talamanca	7	14,8
Cañas	5	14,5
Coto Brus	6	13,6
San Mateo	1	13,4
Acosta	3	13,3
Sarchí	3	12,9
Pérez Zeledon	18	12,6
Osa	4	12,6
Turrialba	9	12,3
Carrillo	6	11,9
Sarapiquí	11	11,6
Corredores	6	10,9
Los Chiles	4	10,7
Puntarenas	16	10,7
Pococí	17	10,6
Siquirres	7	10,5
Garabito	3	10,2
Matina	5	10,2
Escazú	7	9,6

Fuente: Unidad de Indicadores de la Salud USIS, Dirección de Vigilancia de la Salud; Libro de registro de casos de tuberculosis



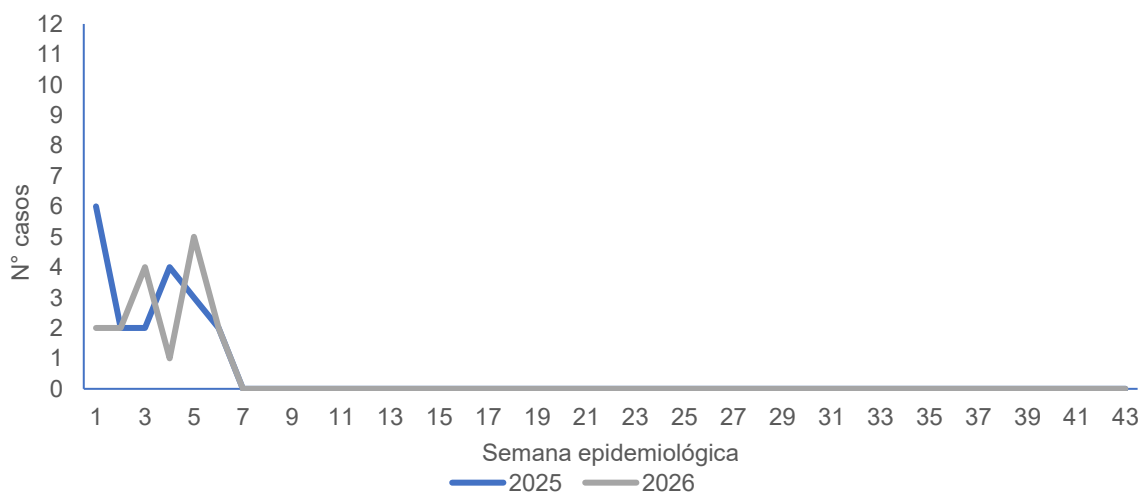
Meningitis

La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica. La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Ocasiona la muerte de una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo. En Costa Rica, a la semana epidemiológica 06 del año 2026, se han reportado 16 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 19 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa una disminución del 15,7%.

De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Norte notificó la mayor cantidad de casos con el 31,3% (5/16), y con igual porcentaje 12,5% (2/16) le siguen las regiones Brunca, Central Sur, Chorotega y Huetar Caribe. No se identifican brotes para esta semana.

Figura 1.

Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 06, 2026



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



En la siguiente tabla se enlista los cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Bagaces de la provincia de Guanacaste es el que tiene la tasa más alta de 3,9 seguido están los cantones de San Rafael de Heredia con 3,5 y Esparza de la provincia de Puntarenas con 2,8.

Tabla 1.
Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 06, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Guácimo	1	1,7
Grecia	1	1,2
Liberia	1	1,2
Limón	1	1,1
Sarapiquí	1	1,1
Pérez Zeledón	1	0,8
Goicoechea	1	0,7
Puntarenas	1	0,7
Cartago	1	0,6
San José	1	0,3
Alajuela	1	0,3
Total	16	0,3

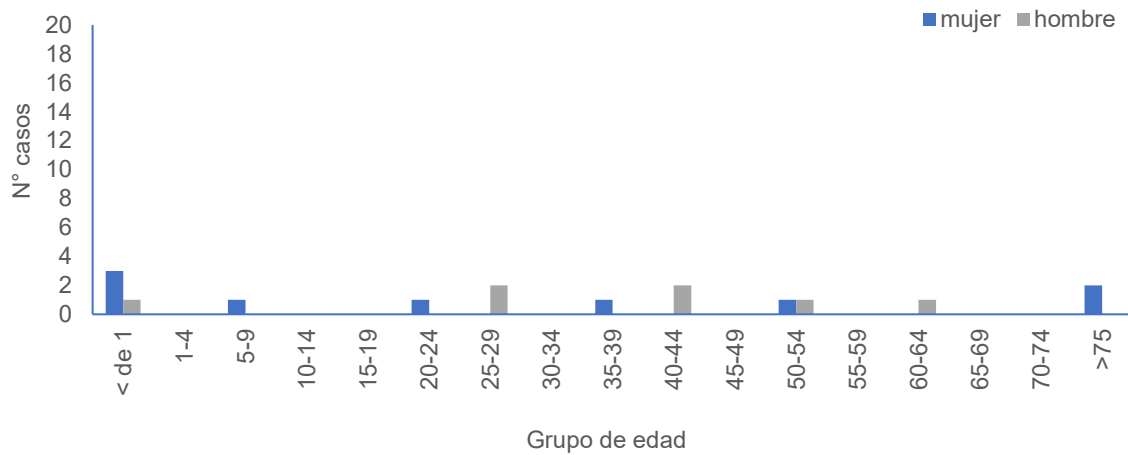
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

La figura 3, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 56,2% (9/16) corresponde a mujeres y el 43,7 (7/16) a hombres. El 25,0% (4/16) de los casos corresponde a menores de 1 año.



Gráfico 2.

Costa Rica: Casos sospechosos por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 06, 2026



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



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 23 de febrero 2026.

Situación epidemiológica EDA

En la semana epidemiológica (SE) 06 del año 2026 se reportan 45984 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). De acuerdo con el comportamiento epidemiológico histórico de este evento los últimos años, se observa una notificación de casos menor a lo usual, patrón que es característico del mes de enero representado.

Este comportamiento estacional se asocia a factores como la disminución de las lluvias, la menor contaminación de fuentes de agua, la reducción de brotes asociados a alimentos, así como a variaciones en los patrones de consulta relacionadas con el periodo de vacaciones y el retorno gradual a las actividades educativas y laborales.

Asimismo, es importante considerar que los servicios de salud presentan rezagos en la notificación, por lo que las cifras correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes pueden encontrarse subestimadas. Habitualmente, los registros alcanzan valores más cercanos a la notificación usual hasta 4 semanas posteriores a la semana epidemiológica en análisis.

Con base en la información disponible y considerando los datos actuales, la curva epidémica se ubica en la zona de éxito, con una tasa de incidencia de 1759.5 casos por cada 100 000 habitantes, calculada a partir de la actualización de las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Contexto climático 2026 y EDA

El Fenómeno El Niño–Oscilación del Sur (ENSO) corresponde a un patrón climático natural del océano Pacífico que influye en las condiciones de lluvia y temperatura del país. Sus diferentes fases (El Niño, La Niña y condición neutra) pueden incidir en el comportamiento de eventos de interés en salud pública, particularmente en las enfermedades diarreicas y las enfermedades transmitidas por alimentos y agua, por lo que su monitoreo resulta relevante para el análisis epidemiológico.



Bajo un escenario de condiciones ENSO mayormente neutras, con posible transición hacia El Niño, se proyecta un comportamiento estable o con leve disminución de los casos de EDA durante el año 2026, sin expectativa de picos epidémicos relevantes, siempre que se mantengan las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control sanitario, especialmente en lo relativo a la calidad del agua, la inocuidad de los alimentos y la detección oportuna de brotes.

Canal endémico EDA

Los datos que se presentan son preliminares y se encuentran en proceso de validación, por lo que podrían realizarse ajustes posteriores que modifiquen la posición actual dentro del canal endémico.

El canal endémico de EDA se clasifica en tres zonas de comportamiento: zona de éxito (verde), zona de seguridad (amarillo) y zona de alerta (rojo), construidas a partir de promedios y límites históricos esperados. La línea morada representa el comportamiento observado durante el año 2026.

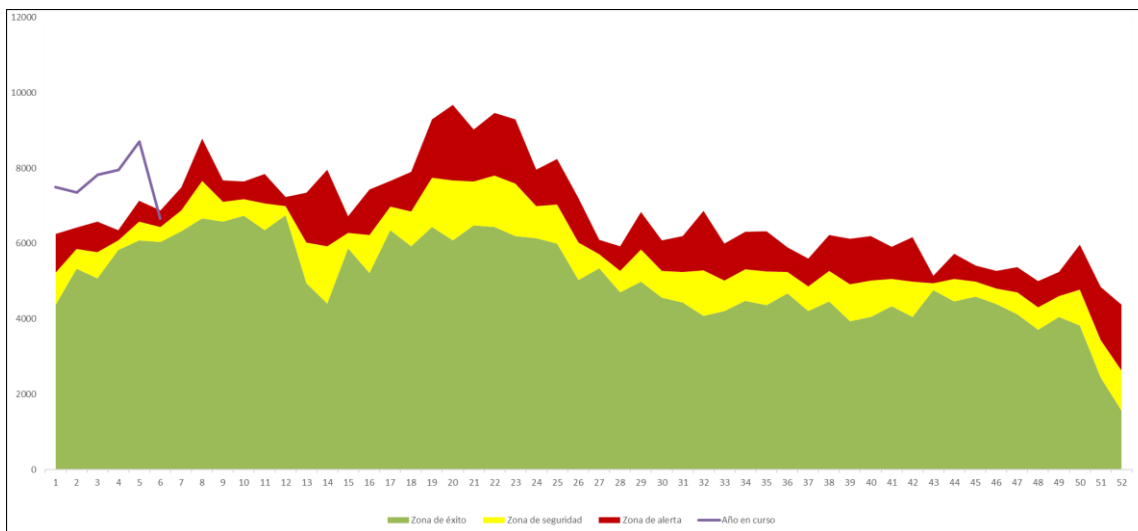
Durante las primeras semanas epidemiológicas del año, la línea correspondiente a 2026 se encuentra por encima de la zona de éxito, acercándose al límite superior de la zona de seguridad, lo que indica un inicio de año con valores superiores a los esperados para este periodo. Conforme avance la vigilancia epidemiológica semanal, será necesario monitorear si esta tendencia se mantiene dentro de los rangos de seguridad o si evoluciona hacia la zona de alerta, lo que podría requerir acciones preventivas y de control adicionales.

Este comportamiento puede estar asociado tanto a condiciones climáticas más secas, como a variaciones en los patrones de consulta, o bien a que los valores ya se están acercando a los registros habituales de notificación para el mes de enero, los cuales suelen estabilizarse aproximadamente cuatro semanas después, según el comportamiento histórico observado para esta misma semana epidemiológica.



Gráfico 1

Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 06. 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.

Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican 10 cantones con una incidencia significativamente superior al promedio nacional (Esparza, San Rafael, Orotina, Quepos, Vázquez de Coronado, Sarchí, Santa Cruz, Mora, Alajuelita), estos cantones pueden variar a la correspondencia usual de los destacados a nivel nacional por mantener tasas elevadas de manera sostenida, sin embargo, si representan zonas de alta incidencia en Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

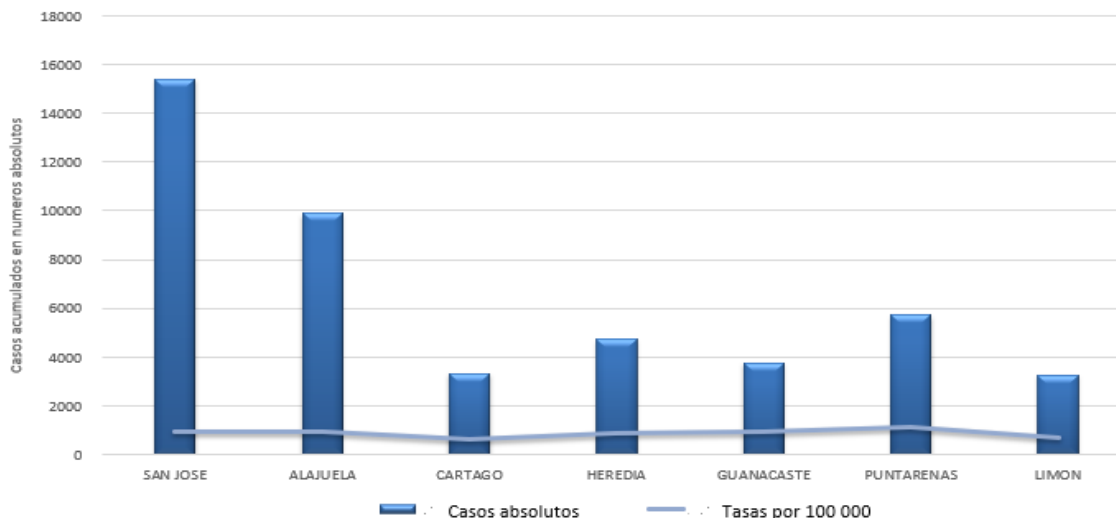
Las Regiones Rectoras que concentran el mayor número de casos según los datos disponibles corresponden a la Pacífico Central, Central Sur, Central Norte y Chorotega, las cuales aportan una proporción relevante de la carga acumulada de EDA a nivel nacional. En cuanto a la distribución por grupos etarios, el grupo de adultos de 20 a 39 años presenta la mayor afectación, lo cual podría estar relacionado con una mayor exposición ocupacional, patrones de movilidad y consumo de alimentos fuera del hogar.

Este comportamiento regional y poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control sanitario en las zonas con mayor incidencia relativa y carga acumulada, particularmente en la región Pacífico Central, priorizando intervenciones en calidad del agua, inocuidad de los alimentos y detección oportuna de brotes.



Gráfico 2

Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 06, 2026.



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

Conclusión EDA

Resulta esencial reforzar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, así como la promoción de prácticas adecuadas de higiene personal, la manipulación segura de alimentos y la correcta cocción de estos, como medidas fundamentales para la prevención de la EDA.

Estas acciones adquieren especial relevancia ante la persistencia de casos de diarrea aguda reportados por el sistema de salud, tanto de origen viral como bacteriano, los cuales continúan representando una carga significativa para la salud pública, particularmente en los territorios con mayor incidencia y carga acumulada del evento.

En este contexto, cobra especial importancia la aplicación rigurosa del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), el cual orienta la investigación oportuna de casos y brotes, incluyendo el uso de flujogramas específicos según la etiología probable. El fortalecimiento de las actividades de vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta inmediata ante alertas locales son elementos clave para contener la transmisión, identificar factores de riesgo y reducir la carga de enfermedad en las comunidades más afectadas.



Infecciones de transmisión sexual

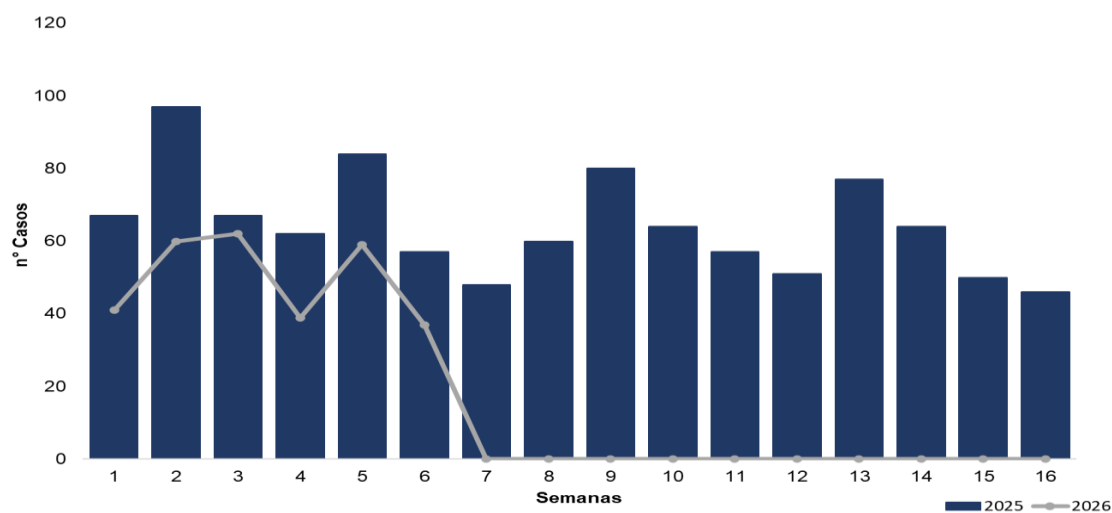
La notificación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye un reporte obligatorio, conforme a lo establecido en el Decreto N° 40556-S. En este contexto, la vigilancia semanal de las ITS permite el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control. En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de las sífilis en todas sus formas, gonorrea, infección por el virus del herpes simple y la infección por el virus del papiloma humano durante las primeras seis semanas del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

En las primeras seis semanas del año 2026, se notificaron 298 casos con una tasa 5,7 por 100 000 habitantes. En el mismo periodo del año 2025 se notificaron 434 casos con un descenso para este año del 31,33% con 136 casos. 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.

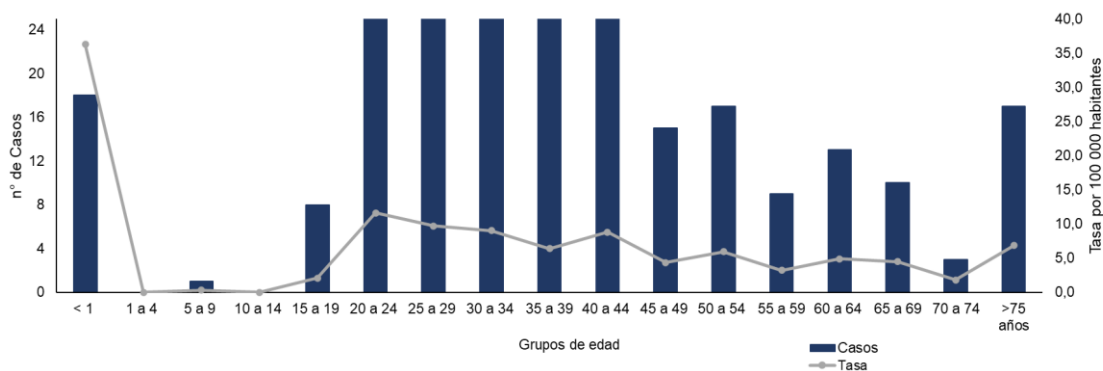


Durante las primeras seis semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 59,40 % de los casos (177 de 298) corresponde a los hombres, con una tasa de 6,8 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 40,60 % de los casos (121 de 298), con una tasa 4,6 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad presentaron una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 28% (84 de 298) casos, seguido del grupo de 30 a 39 años con 22% (67 de 298) casos y el grupo de 40 a 49 años con 17% (51 de 298) casos. En el siguiente gráfico se muestran todos los grupos de edad.

Gráfico 2.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 6 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes



Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de la sífilis en todas sus formas por provincias de residencia.



Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 6 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	298	5,70
San José	128	7,7
Alajuela	30	2,8
Cartago	39	7,3
Heredia	20	3,6
Guanacaste	18	4,3
Puntarenas	14	2,8
Limón	49	10,7

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

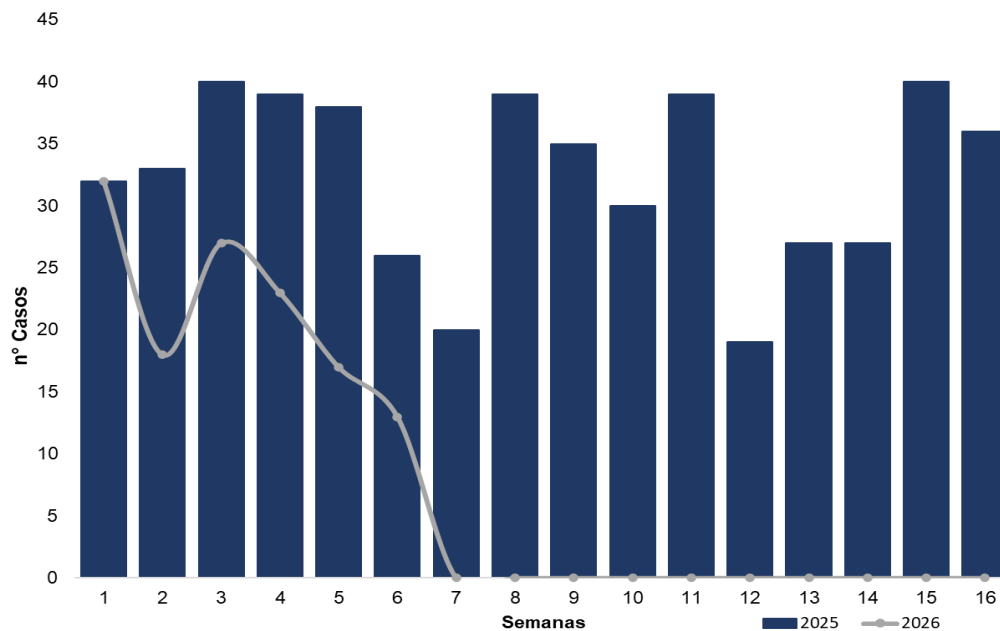
Infección por gonorrea

En las primeras seis semanas del año 2026, se notificaron 130 casos con una tasa 2,5 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 208 personas con un descenso para este año del 37,5% con 78 casos. En el Gráfico 3 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



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, 2026.

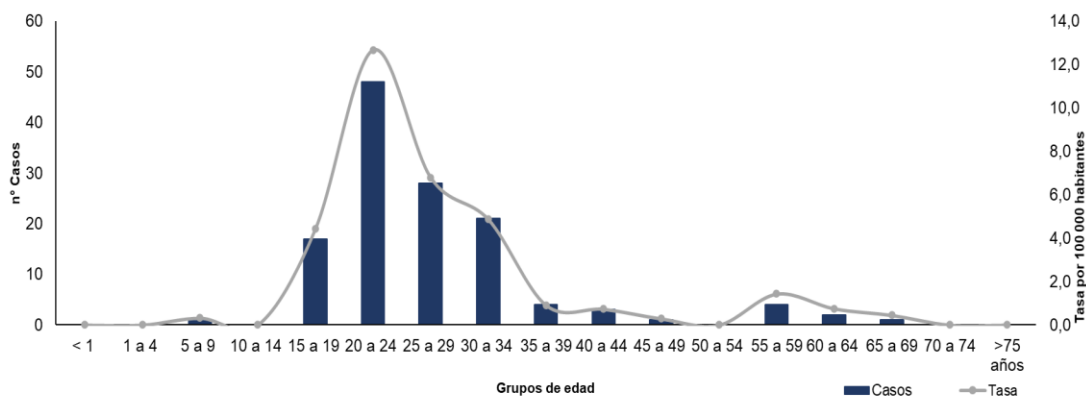
Durante las primeras seis semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 85,38 % (111 de 130) de los casos en los hombres, con una tasa 4,3 por cada 100 000 habitantes. En el caso de las mujeres, se reportó el 14,62% de los casos (19 de 130), con una tasa menor a 1 por cada 100 000 habitantes.

Los casos de gonorrea por grupos de edad presentan una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 años con 58,5% (76 de 130) casos, seguido del grupo de 30 a 39 años con 19,2% con (25 de 130) casos, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.



Gráfico 4

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

En la tabla 2, se presentan el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 2

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

Provincia	Casos	Tasa
Total	130	2,50
San José	61	3,7
Alajuela	9	0,8
Cartago	11	2,1
Heredia	17	3,1
Guanacaste	1	0,2
Puntarenas	13	2,6
Limón	18	3,9

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

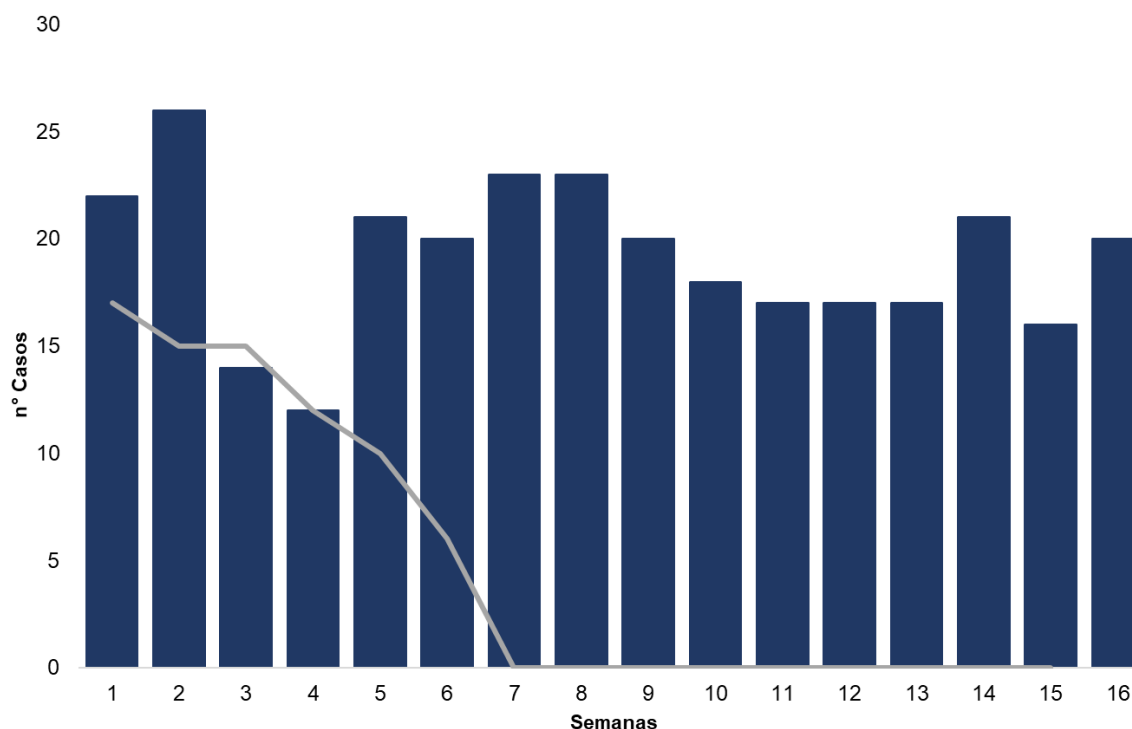


Infección por el virus del herpes simple (VHS)

En las primeras seis semanas del año 2026, se notificaron 75 casos con una tasa de 1,4 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 115 casos con un descenso para este año del 34,78% con 40 casos. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 5.

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

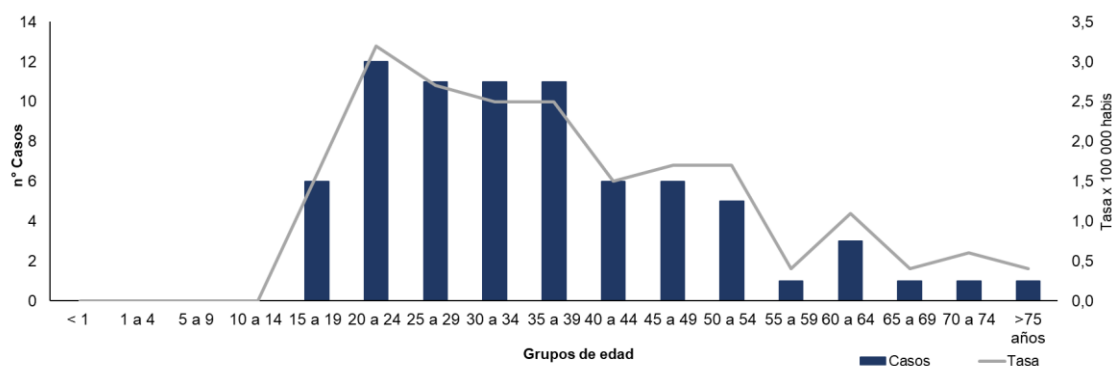
Durante las primeras seis semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que la notificación en las mujeres fue del 61,33 % (45 de 75) de los casos con una tasa de 1,8 por cada 100 000 habitantes. En el caso de los hombres, se reportó el 38,67 % (29 de 75) de los casos con una tasa de 1,1 por cada 100 000 habitantes.



Los casos del VHS por grupos de edad presenta una mayor notificación en las personas entre las edades de 20 a 29 con el 30,7% (23 de 75) casos, luego el grupo de 30 a 39 años con 29,3% (22 de 75) casos y el grupo de 40 a 49 años con el 16% con (12 de 75) de los casos, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 6.

Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, por grupos de edad en las semanas 1 a 6 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.

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



Tabla 3

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

Provincias	Nº	Tasa
Total	75	1,4
San José	40	2,4
Alajuela	8	0,7
Cartago	4	0,7
Heredia	11	2,0
Guanacaste	3	0,7
Puntarenas	5	1,0
Limón	4	0,9

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

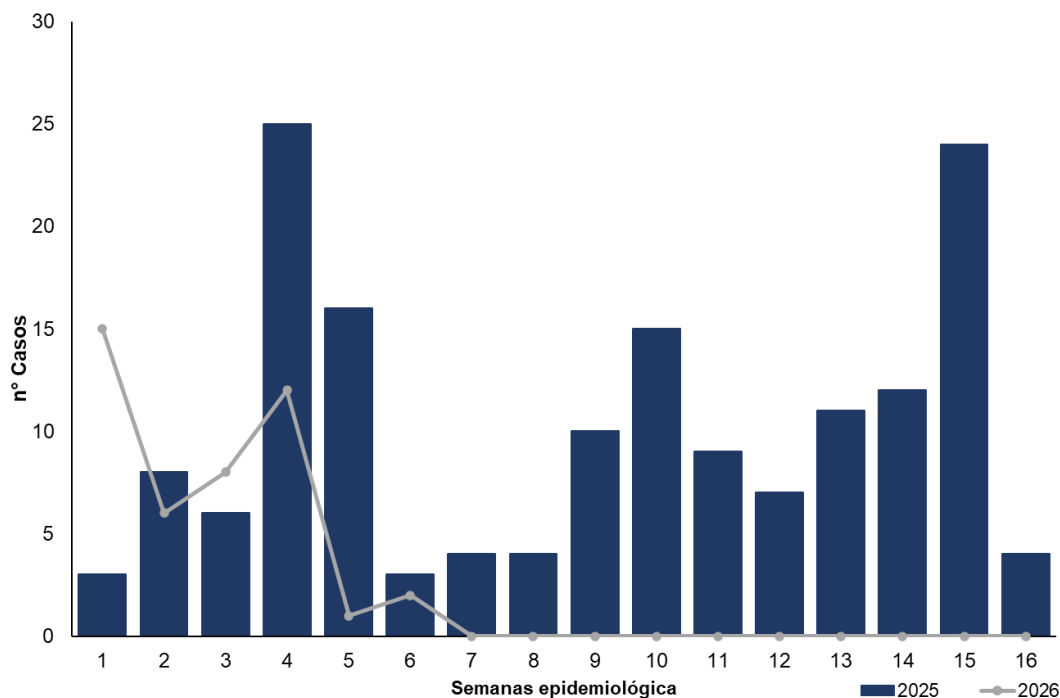
Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

En las primeras seis semanas del año 2026, se notificaron 44 con una tasa menor de 1 por 100 000 habitantes. En el año 2025 en el mismo periodo se notificaron 61 casos con un descenso del 27,86% con 17 casos. En el Gráfico 7 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



Gráfico 7.

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



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanal.

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

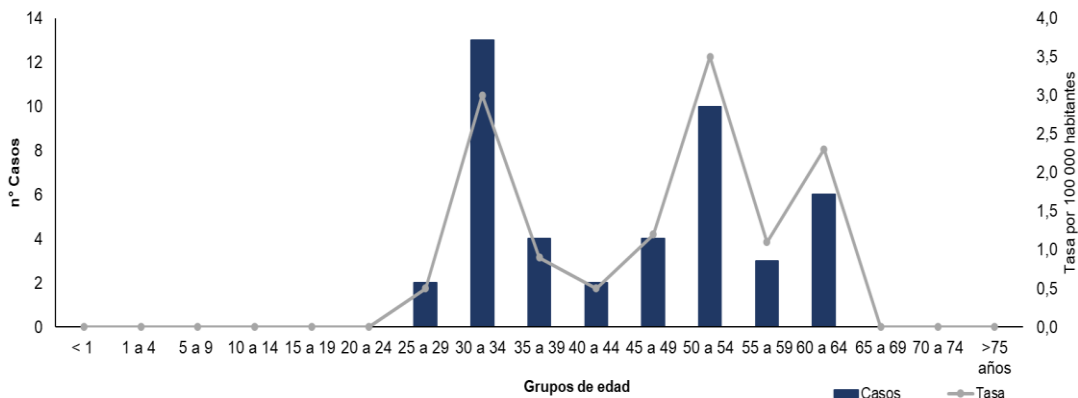
Durante las primeras seis semanas del año 2026, el comportamiento epidemiológico de la enfermedad mostró que el 92,86 % de los casos (39 de 44) correspondió a las mujeres, con una tasa de 1,5 por cada 100 000 habitantes. En los hombres, se reportó el 7,14 % de los casos (3 de 44), con una tasa menor a 1 por cada 100 000 habitantes.

La tendencia de los casos del VPH por grupos de edad presenta una mayor notificación en las personas entre las edades de 30 a 39 años con 38,6% (17 de 44) casos, el grupo de 50 a 59 años con 29,5% (13 de 44) de los casos, los otros grupos de edad se muestran en el siguiente gráfico.



Gráfico 8.

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, por grupos de edad en en las semanas 1 a 6 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.

En la tabla 4, se presenta el comportamiento de la infección por el VPH a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 4

Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 6 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincias	Nº	Tasa
Total	44	0,8
San José	5	0,3
Alajuela	15	1,4
Cartago	1	0,2
Heredia	1	0,2
Guanacaste	14	3,4
Puntarenas	7	1,4
Limón	1	0,2

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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



Miasis por gusano barrenador en humanos

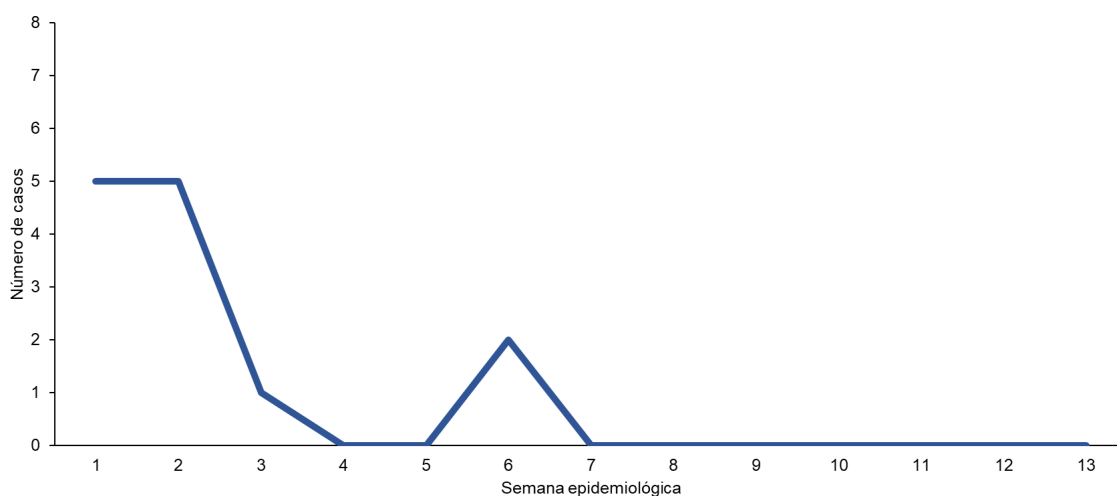
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 07 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos es un evento de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

En relación con la notificación de esta miasis, por medio de la boleta VE-01, para el año 2026 a la SE 07, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 13 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (5/13) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (8/13)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 07, 2026

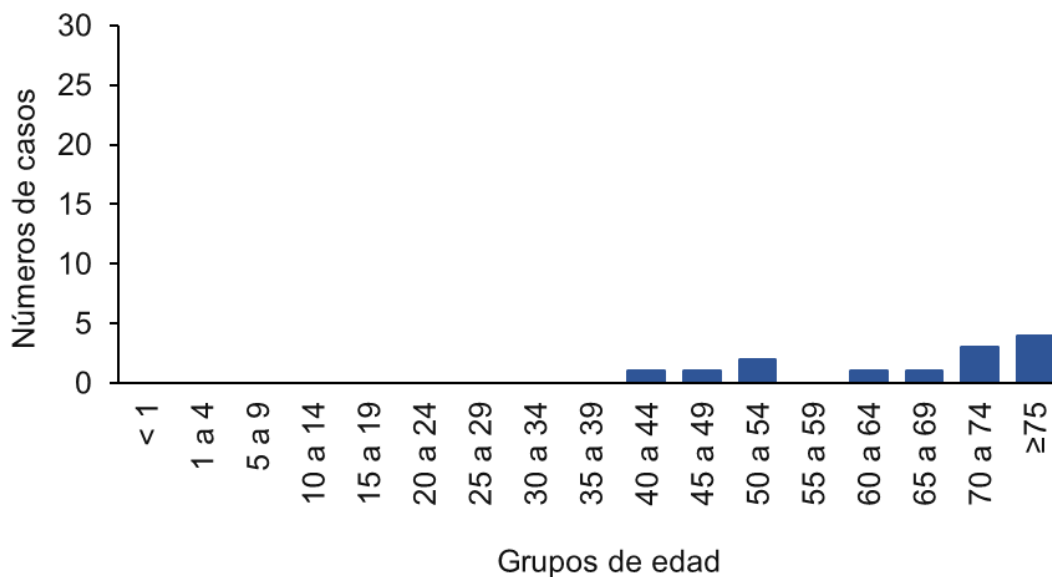


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 07, 2026



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

El comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos, en el año 2026, presenta un predominio en los hombres con 10 casos notificados con una tasa de 0,4 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 3 casos notificados con una tasa de 0,1 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 07, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	13	0,2
San José	1	0,1
Alajuela	2	0,2
Cartago	0	0,0
Heredia	2	0,4
Guanacaste	1	0,2
Puntarenas	5	1,0
Limón	2	0,4

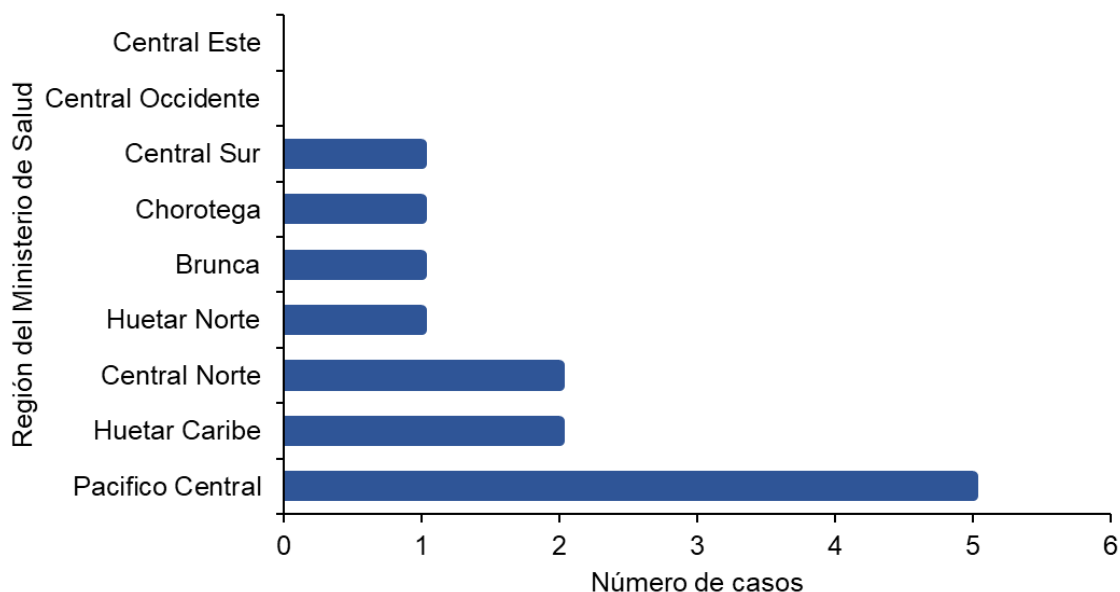
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 07 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (5/13).



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 07, 2026



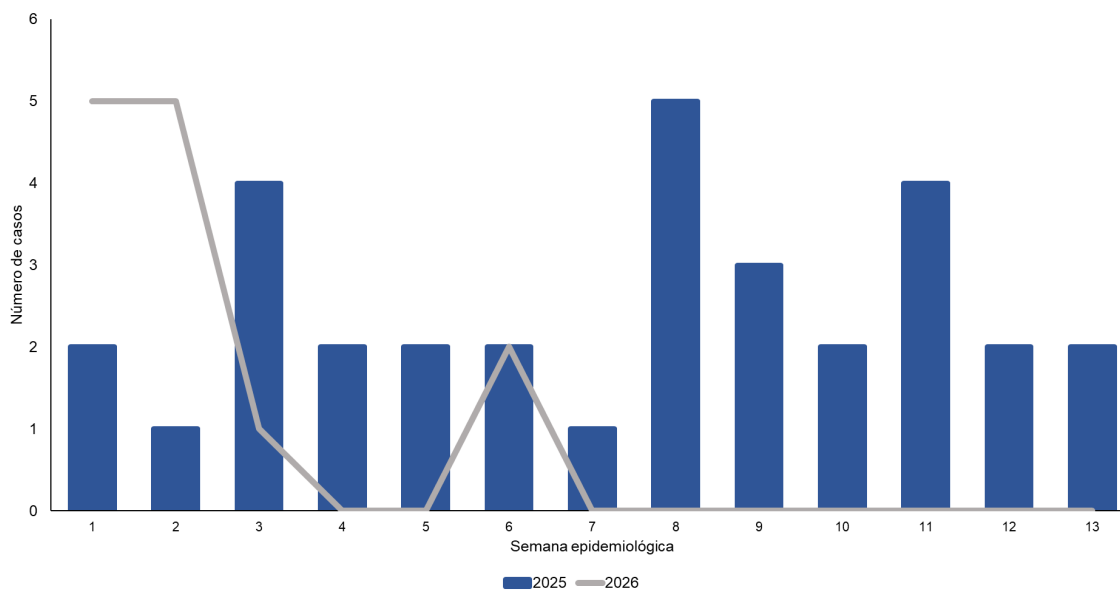
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el gráfico 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las nueve regiones del Ministerio de Salud, siendo la región Pacífico Central (5/13) la que presenta el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 07 del 2025 y 2026, con un total de 13 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 07 del 2025 se confirmaron 14 casos de miasis por gusano barrenador en el país.



Gráfico 4
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 07 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 continua circulación en el territorio nacional, es de suma importancia que, ante la detección de un caso sospechoso en humanos, deberá activarse de manera inmediata la coordinación interinstitucional e intersectorial bajo el enfoque de **Una Sola Salud**.

Dicha coordinación comprenderá la participación del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería mediante el Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA) y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), según corresponda, con el propósito de identificar casos sospechosos en humanos y/o animales y asegurar su atención oportuna conforme 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:

- 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.
- 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 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

Introducción

El Ministerio de Salud, en concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce el intento de suicidio como *un acto deliberado con intención de provocar la muerte, aunque no siempre con desenlace fatal*. Este evento constituye un indicador clave de riesgo para el suicidio consumado y demanda una respuesta interinstitucional, oportuna y basada en evidencia.

El **intento de suicidio** representa un problema de salud pública de alta prioridad, dada su complejidad, impacto social y potencial de prevención. En Costa Rica, desde el Ministerio de Salud este evento se encuentra respaldado por el Decreto Ejecutivo N° 40556-S, que regula la Vigilancia de la Salud y establece la notificación obligatoria de los intentos de autoeliminación mediante la boleta VE01, instrumento oficial para el registro de eventos relevantes en salud pública.

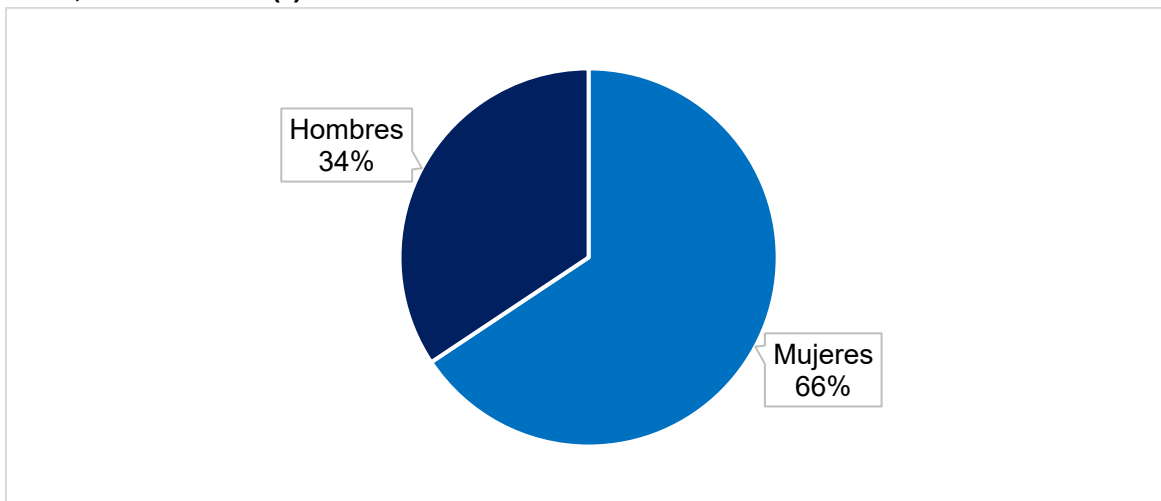
En este sentido registrar los intentos de autoeliminación en términos estadísticos y de salud pública es fundamental para entre otros motivos; visibilizar el problema, identificar los grupos vulnerables o con mayor exposición, evaluar su tendencia y factores de riesgo, propiciar mejoras en la atención y/o respuestas de los servicios de salud públicos y privados, como fuente de información para la asignación de recursos y sobre todo para reducir el estigma en torno a este evento desde una perspectiva de salud pública.

Durante el 2025 (SE53, datos preliminares), la tasa de intentos de suicidios en mujeres alcanzó 101,5 por 100.000 habitantes, mientras que en los hombres fue de 53,1, lo que significa que la tasa femenina fue 1,91 veces mayor. Esta diferencia es significativa porque refleja un patrón ampliamente documentado en la literatura, en donde los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, asociado a diversos factores sociales, tales como mayor exposición a violencia basada en género, cargas no remuneradas de cuidado, desigualdades estructurales con relación a acceso a oportunidades y mayores niveles de estresores psicosociales vinculados a normas de género. Desde una mirada de salud pública, esta brecha sugiere la necesidad de fortalecer intervenciones con enfoque de género e interseccionalidad, sobre todo en mujeres, adolescentes y jóvenes, que permitan identificar los determinantes sociales, así como las dinámicas sociales que incrementan el riesgo de intento de suicidio.



Gráfico 1.

Costa Rica porcentaje de casos notificados de intentos de suicidio según sexo, SE53- 2025 (*)



(*) Datos preliminares SE53-2025

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

Con relación a los datos de incidencia por provincias, y como se observa en la siguiente tabla; Puntarenas presentó la tasa más alta de intentos de suicidio, seguida de Heredia y Alajuela, todas por encima de la tasa nacional. En contraste, Guanacaste y Cartago registraron valores inferiores al promedio, mientras que San José y Limón se ubicaron cercanos al promedio nacional. Aunque San José concentró el mayor número absoluto de casos, ello se explica por su mayor población, dado que su tasa es levemente inferior a la nacional.

Las diferencias entre provincias evidencian se explican por la interacción de factores psicosociales, económicos y determinantes sociales de la salud. Las provincias con mayores niveles de pobreza, desempleo, desigualdad, violencia en todas sus formas o limitada disponibilidad o de acceso a servicios de atención en salud mental tienden a mostrar tasas más elevadas de intentos de suicidio. Además del aislamiento social, escaso apoyo de redes, el estigma que aún prevalece alrededor de los trastornos mentales influyen de manera diferenciada en las provincias.



Tabla 1.

Costa Rica: incidencias y totales de casos notificados de intentos de suicidios, según provincia, SE53, 2025 (tasa por 100.000 habitantes)

Provincia	Tasas	N° casos
Nacional	77,4	4016
San José	73,9	1229
Alajuela	82,7	889
Cartago	68,7	366
Heredia	94,1	514
Guanacaste	39,6	164
Puntarenas	97,5	493
Limón	79,2	361

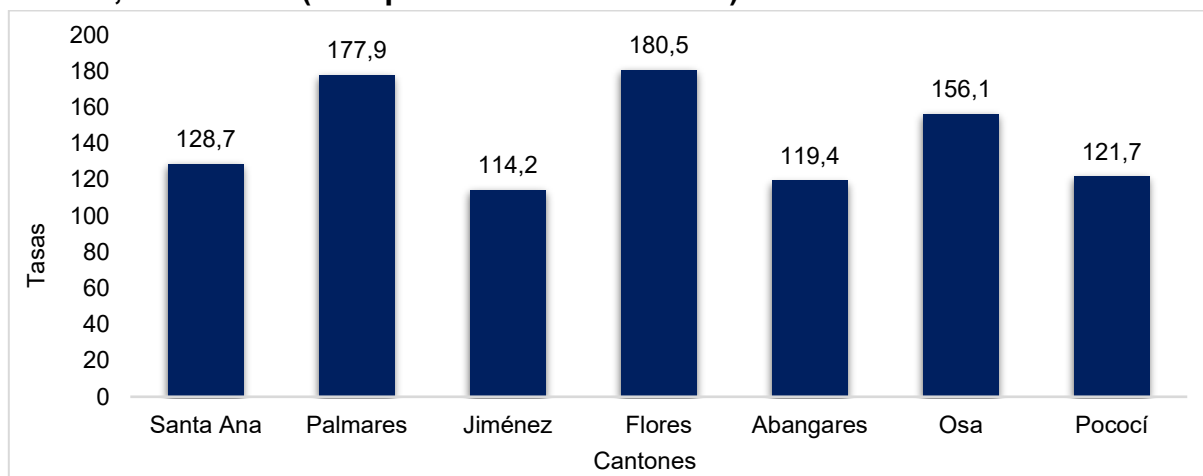
(*) Datos preliminares SE53-2025

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud

En cuanto al comportamiento del evento según cantón, Flores tiene la tasa más alta, le sigue Palmares de Alajuela y en una tercera posición el cantón de Osa que también presentan tasas críticas, el gráfico siguiente confirma lo indicado

Gráfico 2.

Costa Rica: incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según cantón, SE53-2025 (tasa por 100 000 habitantes)



(*) Datos preliminares SE53-2025

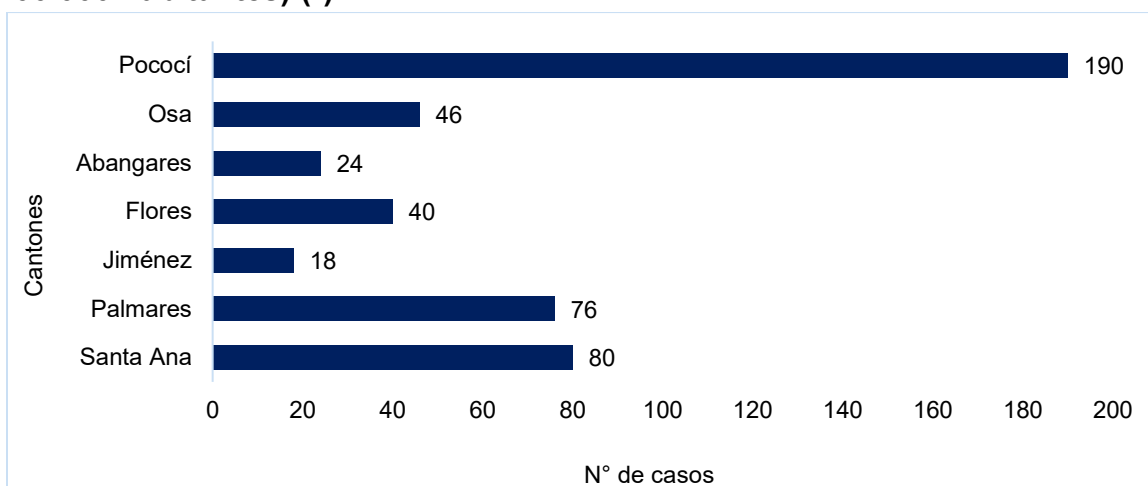
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud



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 150, 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, SE53-2025 (tasa por 100.000 habitantes) (*)



(*) Datos preliminares SE53-2025

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

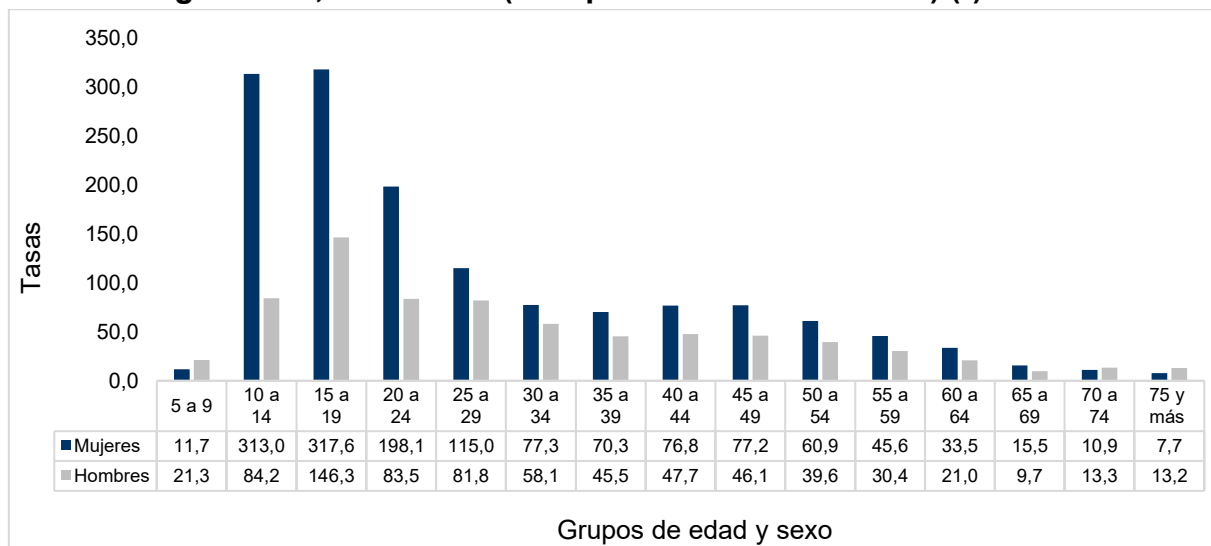
El gráfico 4 evidencia que la mayor incidencia se concentra en adolescentes y jóvenes con tasas mucho más altas en mujeres, en donde la tasa femenina es entre 2 y 4 veces la masculina (10-19), al respecto la brecha se mantiene elevada, patrón que confirma que las mujeres adolescentes experimentan tasas más altas de violencia sexual y psicológica que los hombres y esta exposición está directamente asociada con la ideación suicida y los intentos suicidas, por otro lado la adolescencia femenina implica procesos y cambios internos y externos con cargas de presión social por rendimiento, perfección, apariencia física etc que se relacionan con problemas de depresión, afectos negativos, ansiedad, impulsividad aumentando el riesgo de atentar contra su vida.



Así mismo en el gráfico se evidencia un comportamiento que ha sido recurrente a lo largo del año, y es que en grupos de edad de 5 a 9 y superiores a los 70 años los hombres superan a las mujeres, está claro que cualquier intento de suicidio es un evento grave asociado a condiciones o circunstancias adversas pero esas diferencias en grupos de edad extremos y por sexo implica al menos en niños que hay una mayor exposición a formas de violencia o castigos físicos, disciplina violenta, bullying, que son factores que se asocian a conductas suicidas. En cuanto a los hombres adultos mayores la evidencia indica en algunos casos una ausencia de apoyo familiar, disfunción familiar o una disminución de apoyo de personas significativas aunado a otros elementos como son pérdida de contacto social, viudez, escaso contacto con hijos (as) y una disminución de participación comunitaria y laboral (jubilación), dependencia física y económica entre otros. Así mismo hay un elemento de contexto sociocultural en donde la “vulnerabilidad no es aceptable”, lo que implica que no acceden voluntariamente a servicios de salud (mental) o atención médica para tratar los síntomas depresivos o los relacionados con trastornos mentales.

Gráfico 4.

Costa Rica: incidencia de casos notificados de intentos de suicidio por grupos de edad según sexo, SE53-2025 (tasa por 100.000 habitantes) (*)



(*) Datos preliminares SE53-2025

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



Por último, el dato por Regiones Rectoras de Salud del Ministerio de Salud que permite ver la información que estas envían en cumplimiento y seguimiento a indicadores de gestión contruidos 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 Brunca y Huetar Norte que también superan ampliamente la tasa nacional y la Central Occidente que mantiene el nivel crítico. En cambio, las regiones con más casos absolutos son la Central Sur, aunque sus tasas está por debajo de las regiones críticas, esto por la densidad de población y la Región con menor tasa es la Chorotega que aporta poco menos de la mitad del promedio nacional.

Tabla 2.

Costa Rica: casos notificados de intentos de suicidio según Región Rectora de Salud, SE53-2025. (tasa por 100 000 habitantes).

Región	Tasa	Total
<u>Nacional</u>	<u>77,4</u>	<u>4016</u>
Brunca	89,5	316
Central Este	70,6	390
Central Norte	84,1	881
Central Sur	72,5	1094
Chorotega	39,7	187
Huetar Caribe	79,2	361
Huetar Norte	94,0	253
Central Occidente	88,7	198
Pacífico Central	107,9	336

(*) Datos preliminares SE53-2025

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud