



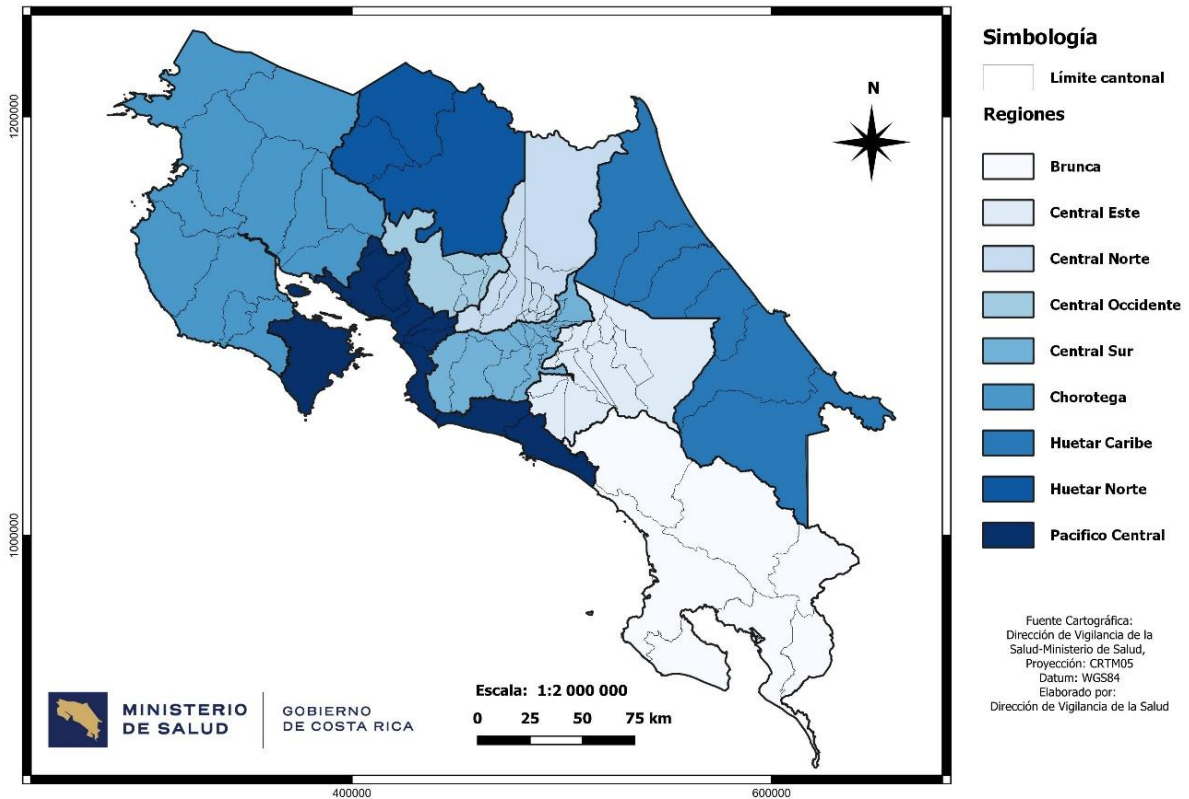
**Boletín Epidemiológico N° 19 de 2026**  
**Dirección de Vigilancia de la Salud**  
**Ministerio de Salud**  
29 de mayo de 2026

**Tabla de contenido**

<b>Arbovirosis .....</b>	<b>3</b>
<b>Situación de la malaria en Costa Rica .....</b>	<b>8</b>
<b>Acciones de control vectorial realizadas en el país .....</b>	<b>16</b>
<b>Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19 .....</b>	<b>17</b>
<b>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 26 de mayo 2026.....</b>	<b>33</b>
<b>Meningitis.....</b>	<b>41</b>
<b>Infecciones de transmisión sexual .....</b>	<b>45</b>
<b>Miasis por gusano barrenador en humanos .....</b>	<b>55</b>



**Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024**





## Arbovirosis

### Dengue

A la semana epidemiológica 19 del año 2026 se notifican **1015 casos** de dengue de estos **17 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Chorotega presenta el mayor número de casos notificados 219, y la tasa más alta con 46,2/100.000 habitantes.

**Tabla 1.**  
**Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 19, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)**

Región	Casos	Tasa
Chorotega	219	46,2
Central Sur	206	13,6
Huetar Caribe	175	38,2
Central Norte	155	14,8
Pacífico Central	124	38,5
Brunca	54	15,3
Central Este	34	6,1
Huetar Norte	27	9,9
Central Occidente	21	9,4
Total	1015	19,5

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
Guanacaste	216	51,8	102	49,3	114	54,2
San José	211	12,7	109	12,9	102	12,4
Limón	175	38,2	81	36,2	94	40,2
Alajuela	173	16,0	79	14,6	94	17,3
Puntarenas	145	28,5	61	24,2	84	32,7
Heredia	62	11,3	32	11,6	30	10,9
Cartago	33	6,2	13	4,8	20	7,5
<b>Total</b>	<b>1015</b>	<b>19,5</b>	<b>477</b>	<b>18,3</b>	<b>538</b>	<b>20,7</b>

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 19 son: San José 94 casos, Limón 65 casos, Alajuela 59 casos, Carrillo 58 casos y Puntarenas 42 casos.

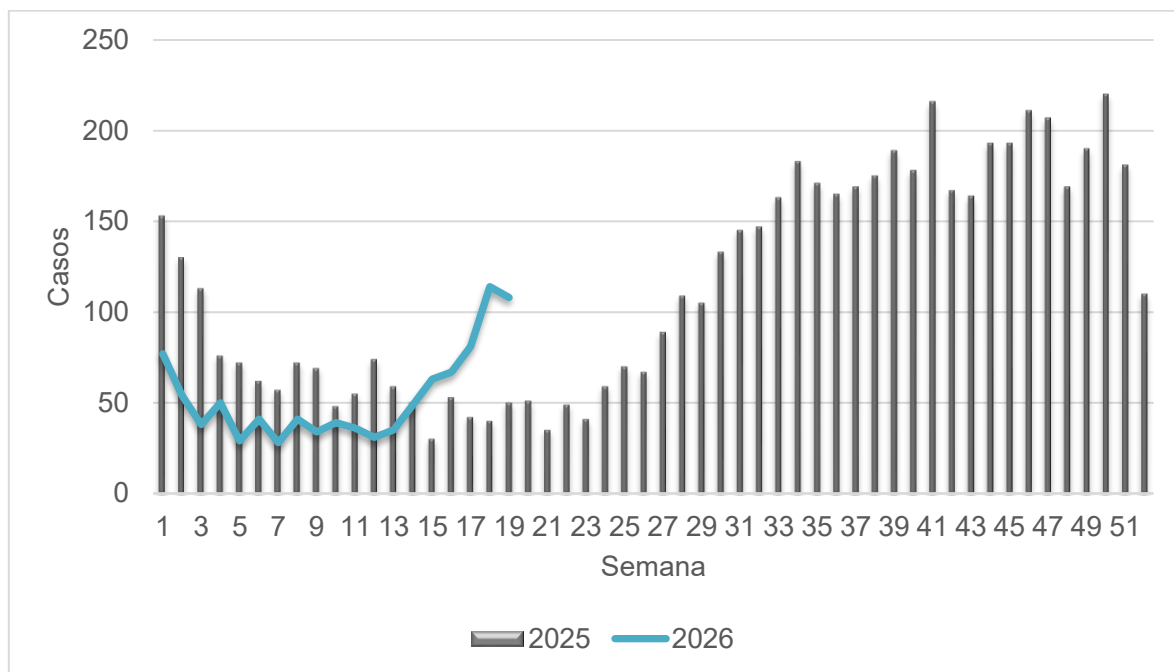
**Tabla 3.**  
**Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 19, 2026.**

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	94	26,6
701: Limón	65	70,8
201: Alajuela	59	17,9
505: Carrillo	58	114,9
601: Puntarenas	42	28,9
705: Matina	40	87,6
702: Pococí	39	24,8
501: Liberia	35	42,4
510: La Cruz	35	123,4
110: Alajuelita	32	32,6

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



**Gráfico 1.**  
**Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 19, 2025-2026.**



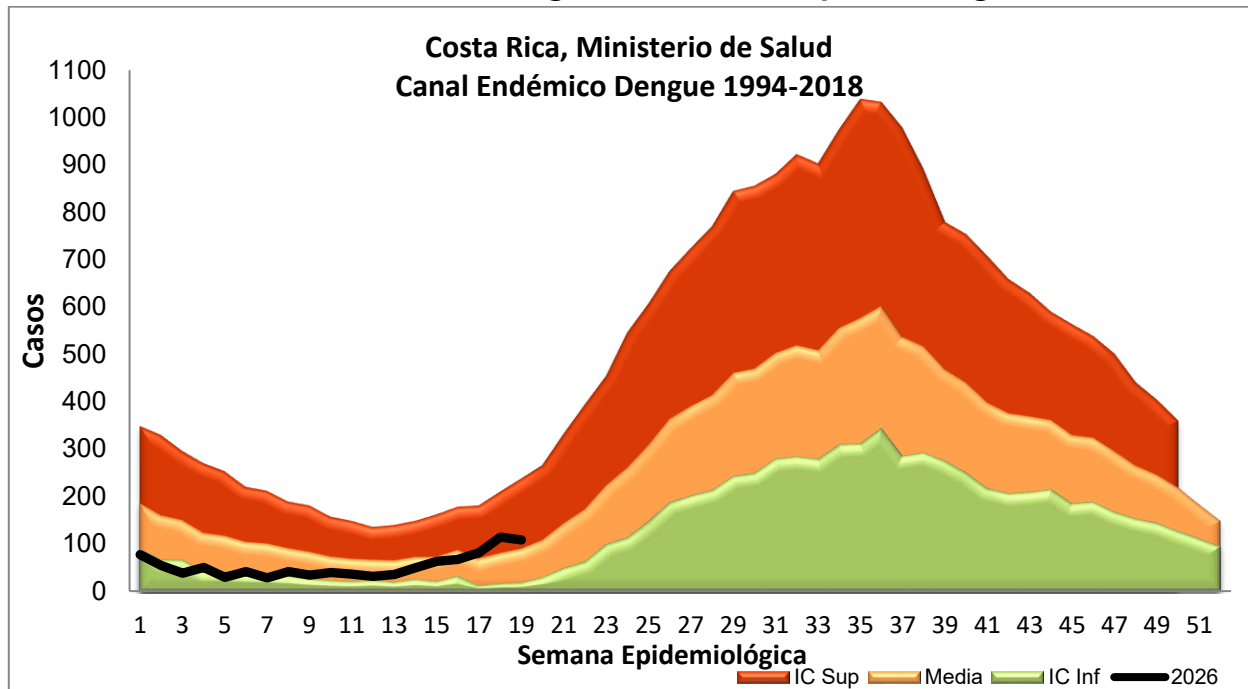
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

En las últimas cinco semanas epidemiológicas se ha observado un aumento significativo en el número de casos. Sin embargo, en comparación con el total acumulado para el año 2025 en este mismo periodo —cuando se notificaron 1305 casos—, se evidencia una reducción del 22% en los casos acumulados.



**Gráfico 2.**

**Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 19, 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 25 de mayo no se reportan personas hospitalizadas con dengue.



## **Chikungunya**

A la semana epidemiológica 19 se notifica un total de 9 casos confirmados por PCR, de estos 7 clasificados como importados.

**Tabla 4.**  
**Costa Rica: Casos de chikungunya por localidad notificados a la semana epidemiológica 19, 2026**

<b>Localidad</b>	<b>Casos</b>
Esparza	2
Carrillo	1
Heredia	1
Alajuelita	1
Tibás	1
Uruca	1
San Ramón	2

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



## **Situación de la malaria en Costa Rica**

Actualización a la semana epidemiológica 19 del 2026

### **Situación actual casos de transmisión Local**

A semana epidemiológica (SE) 19 del 2026, Costa Rica registra 17 casos de transmisión local de malaria, de los cuales nueve corresponden a casos autóctonos y ocho a casos introducidos.

La transmisión local continúa centrándose en el foco de Crucitas, distrito de Cutris, Región Huetar Norte, asociado a la actividad minera y movilidad poblacional transfronteriza con Nicaragua.

### **Casos autóctonos**

De los nueve casos autóctonos identificados;

- Siete corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* detectadas en localidades vinculadas al foco de Crucitas (N=5) y al foco de los Chiles (N=2), específicamente en Medio Queso.
- Un caso corresponde a *Plasmodium falciparum* detectado en Matina, Región Huetar Caribe.
- Un caso correspondiente a *Plasmodium vivax* detectado en Horquetas de Sarapiquí

### **Casos introducidos**

Los ocho casos introducidos corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax* detectados en localidades asociadas al foco de Crucitas, principalmente en Las Crucitas y El Roble, distrito de Cutris.

La identificación de casos introducidos evidencia persistencia de transmisión secundaria local en áreas con condiciones favorables para la transmisión y presencia de población expuesta a actividades mineras.

### **Tendencia histórica de transmisión local**

El comportamiento histórico de la malaria evidencia una reducción sostenida de la transmisión local de Costa Rica en los últimos 4 años.



**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. SE19, 2026.**

Año	Casos de transmisión local
2023	538
2024	244
2025	33
2026*	17

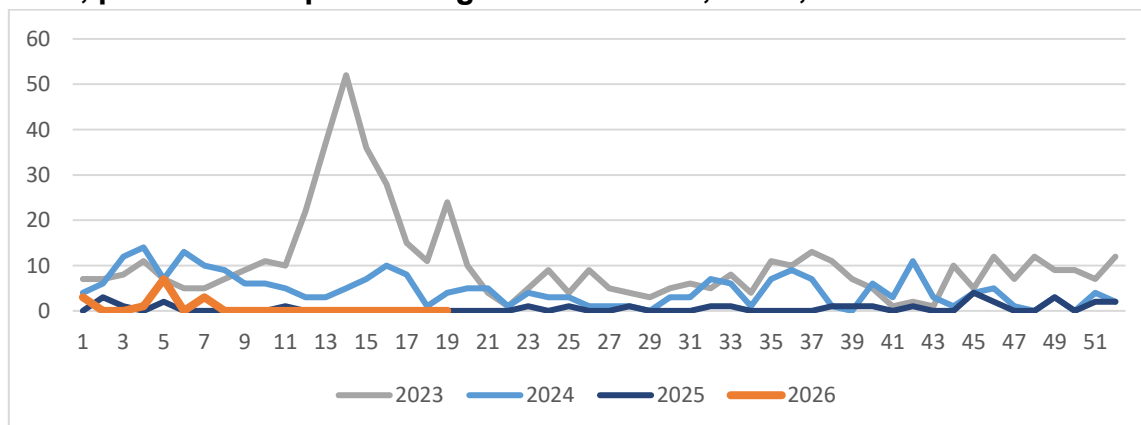
\*Datos acumulados a la SE19-2026.

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

La disminución observada podría estar asociada al fortalecimiento de las intervenciones de vigilancia, diagnóstico oportuno y control implementadas en los focos de transmisión. No obstante, persisten factores de riesgos relacionados con minería, movilidad poblacional y condiciones ambientales favorables para la transmisión.

**Gráfico 1.**

**Comportamiento de casos de transmisión local del año 2023, 2024, 2025 y 2026, por semana epidemiológica. Costa Rica, SE19, 2026.**



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



### Casos importados y otras clasificaciones





Además de los casos de transmisión local, durante el año se registran:

- 19 casos importados
- 1 caso de recaída
- 2 casos en investigación epidemiológica

La mayoría de los casos importados fueron detectados en la Región Huetar Norte y presentan antecedentes de actividad minera y nexo epidemiológico con Nicaragua. En total, Costa Rica contabiliza 39 casos de malaria de todas las clasificaciones al cierre de la SE19-2026.

**Tabla 2.**

**Resumen de casos de malaria por región, clasificación epidemiológica, especie y lugar de detección. Costa Rica, semana epidemiológica 19, 2026.**

Región	Total de casos	Clasificación Epidemiológica	Número de casos	Especie	Foco/Localidad de detección
Huetar Norte	34	Autóctono	7	<i>P. vivax</i>	Crucitas
		Introducido	8	<i>P. vivax</i>	Crucitas
		Importado	18	<i>P. vivax</i> (N=16) <i>P. falciparum</i> (N=2)	Crucitas (N=5) Los Chiles (N=2)
		En Estudio	1	<i>P. vivax</i>	Crucitas
Huetar Caribe	3	Autóctono	1	<i>P. falciparum</i>	Matina
		Importado	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en Puerto Viejo, Talamanca
		En Estudio	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en Puerto Viejo, Talamanca
Central Norte	1	Autóctono	1	<i>P. vivax</i>	Detectado en Horquetas, Sarapiquí.
Central Occidente	1	Recaída de un caso importado del 2025	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en San Ramón
<b>Total país</b>	<b>39 casos*</b>	 Importados 19	 Transmisión local (autóctonos + introducidos) 17	 Recaída 1	 En investigación 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



### **Vigilancia Nacional**

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **76.449 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 46.031 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 **704 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 30.418 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

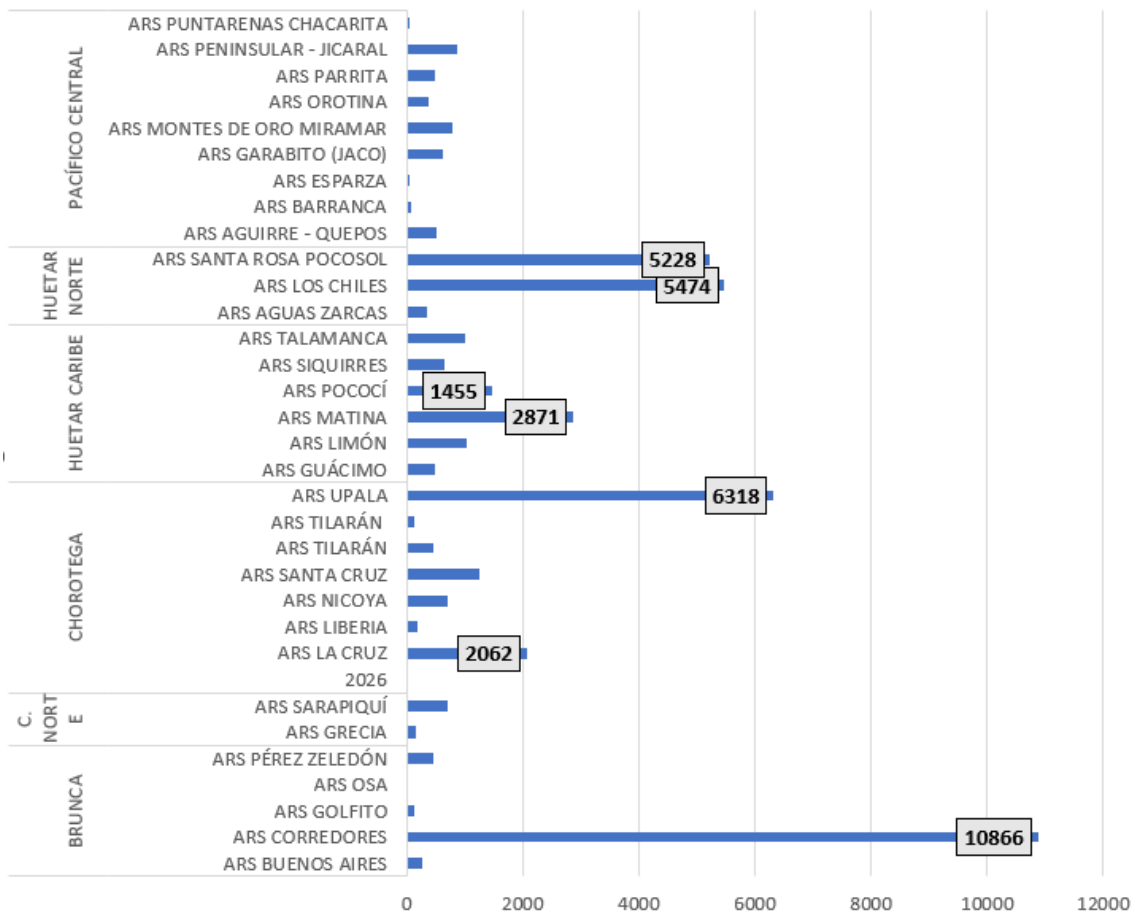
- 26.809 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 3.457 exámenes de gota gruesa,
- 152 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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.**

**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) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica actual.**



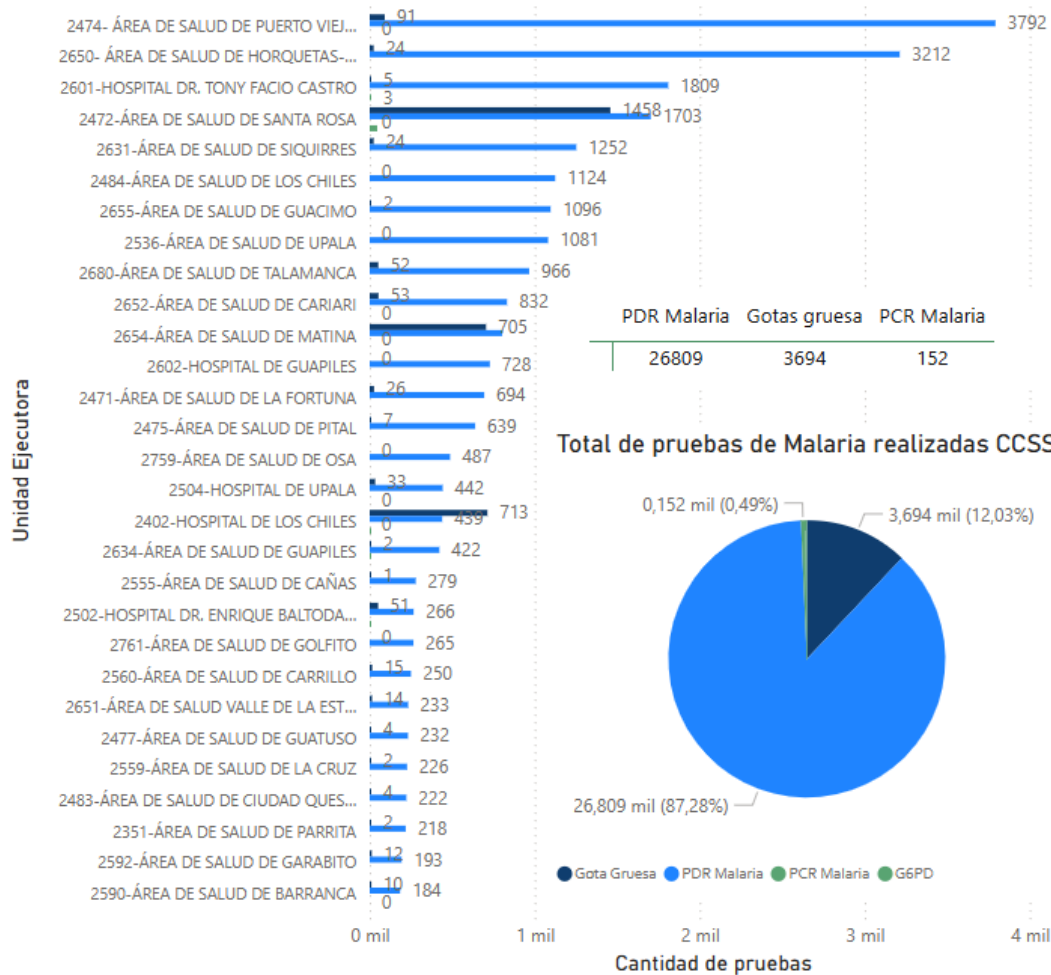
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



**Gráfico 3.**  
**Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 18.**

**Gota Gruesa y PDR Malaria por Centro de Salud CCSS**

● Gota Gruesa ● PDR Malaria ● PCR Malaria ● G6PD



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

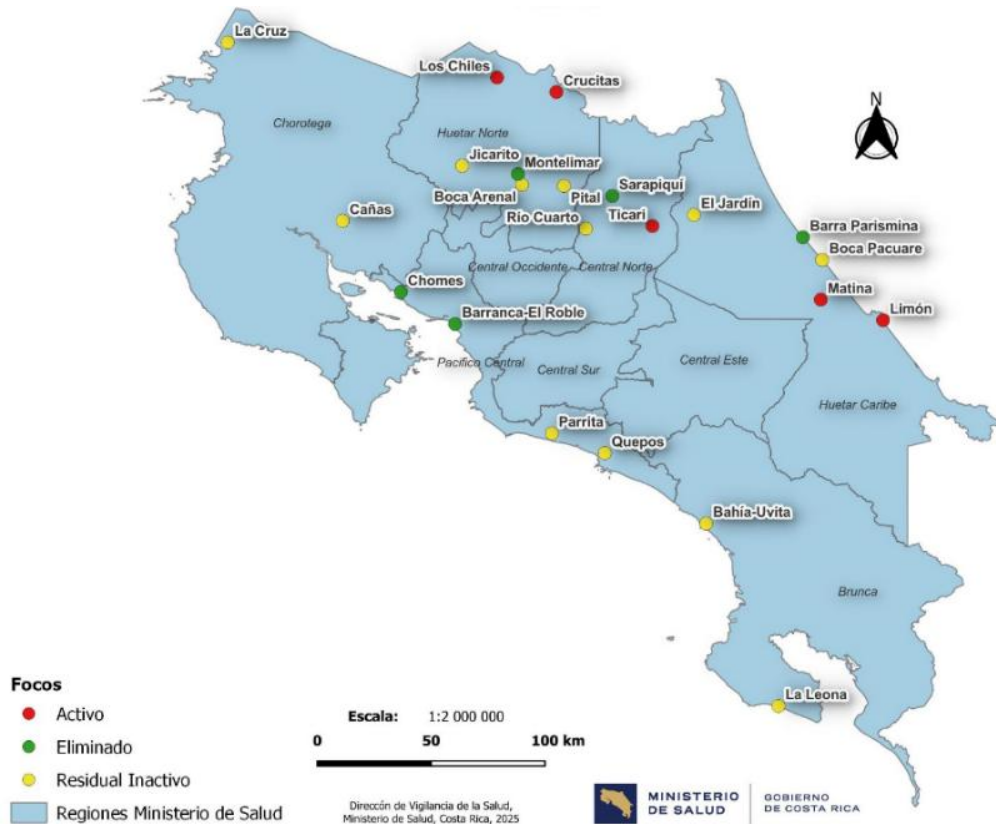


## Inventario de focos.

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**

<b>Provincia</b>	<b>Cantón</b>	<b>Nombre del Foco</b>	<b>Estado</b>
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	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 19

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 19 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

**Tabla 1.**

**Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 19**

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	7.688
Viviendas positivas	354
Depósitos tratados	36.741
Depósitos eliminados	14.158
Depósitos positivos	522
Viviendas fumigadas	5.345

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

**Tabla 2.**

**Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 19 de 2026**

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	230.306
Viviendas positivas	8.266
Depósitos tratados	779.698
Depósitos eliminados	378.899
Depósitos positivos	14.018
Viviendas fumigadas	207.698

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

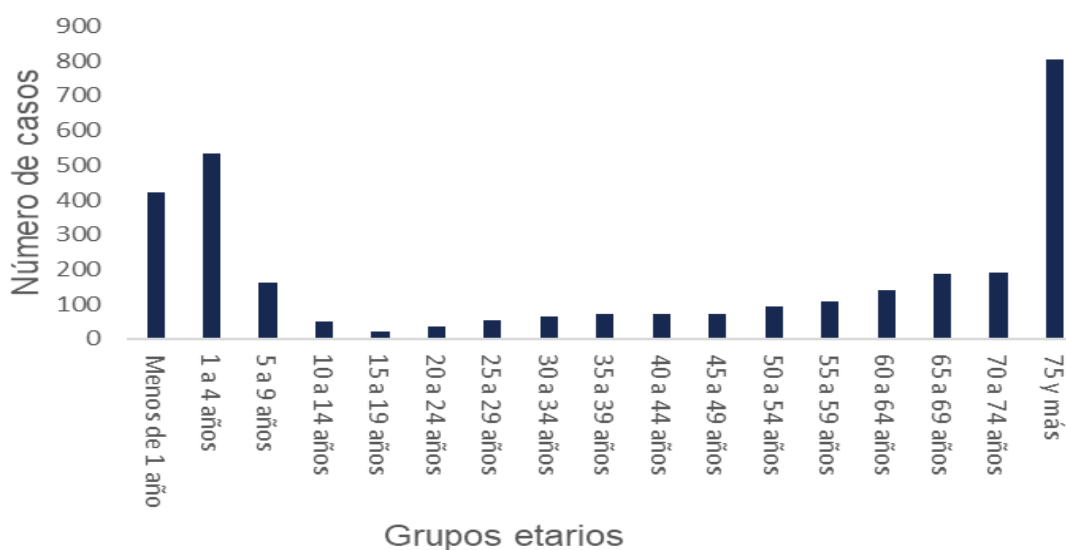
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 19 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 19 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 19 son un total de 3882.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en los niños de 1 a 4 años y en los mayores de 75 años.
- 

### **Gráfico 1.**

**Distribución de casos de IRAG por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 19, en Costa Rica, 2026.**



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

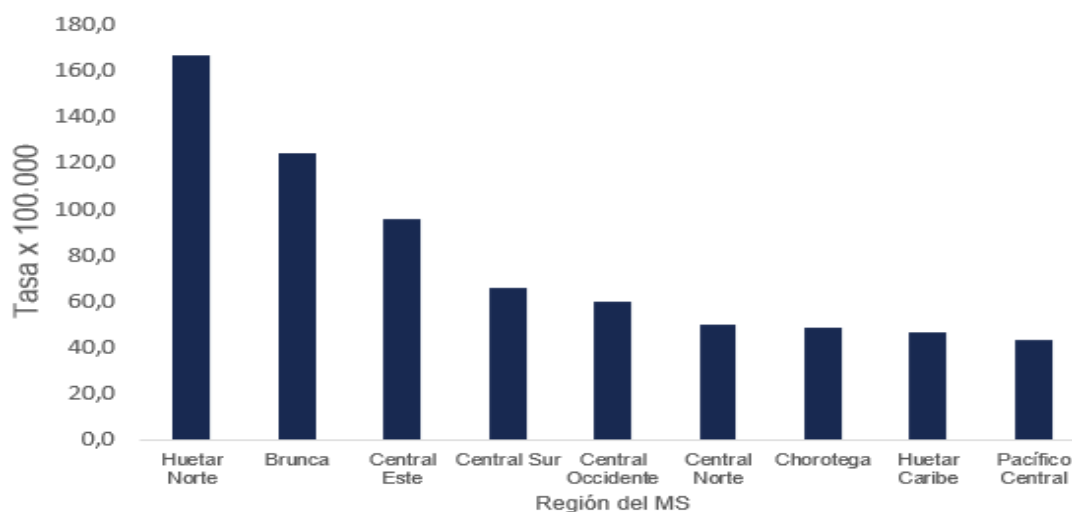


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 19, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Huetar Norte, la Brunca y la Central Este; las regiones con menor incidencia corresponden a la Chorotega, Central Occidente, Central Sur, Central Norte, Pacífico Central y Huetar Caribe.

### Gráfico 2.

**Tasa de IRAG según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 19 del 2026, en Costa Rica.**



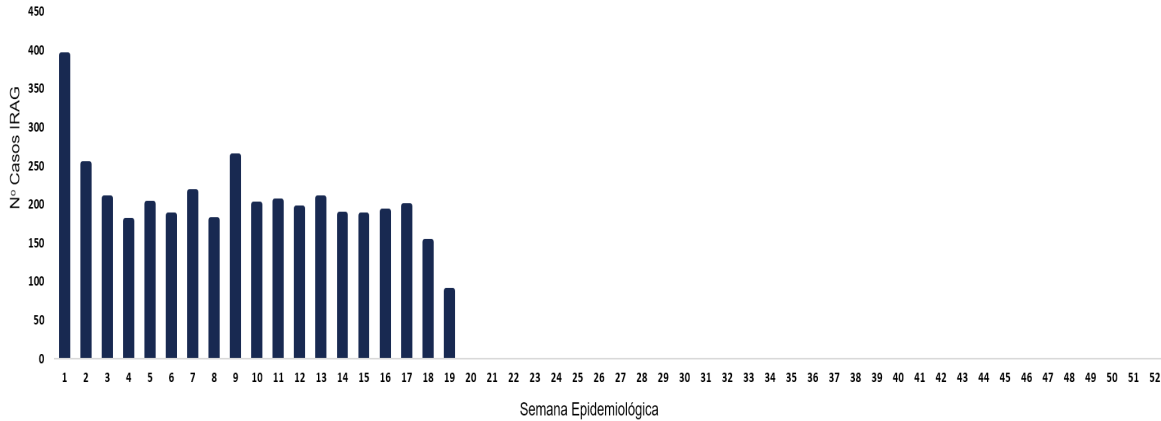
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 19 del año 2026.



**Gráfico 3.**

**Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 19, en Costa Rica, 2026.**

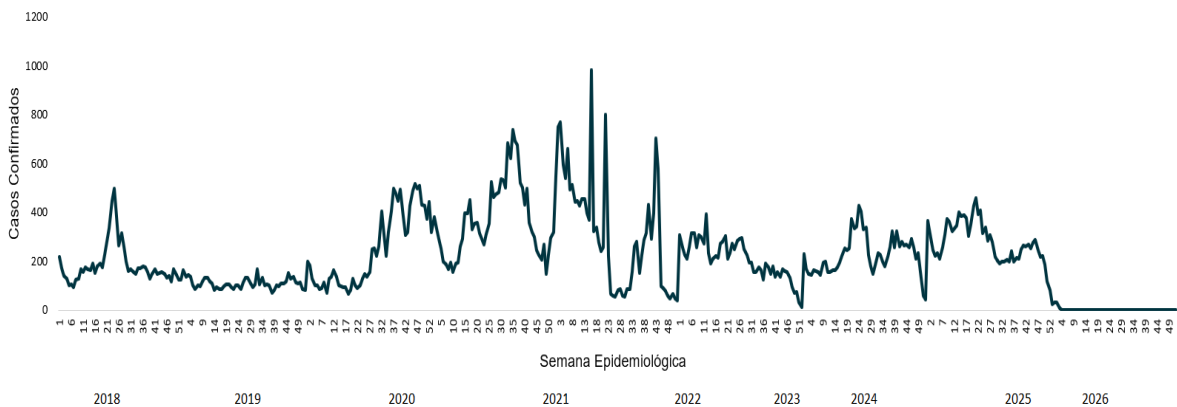


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.**

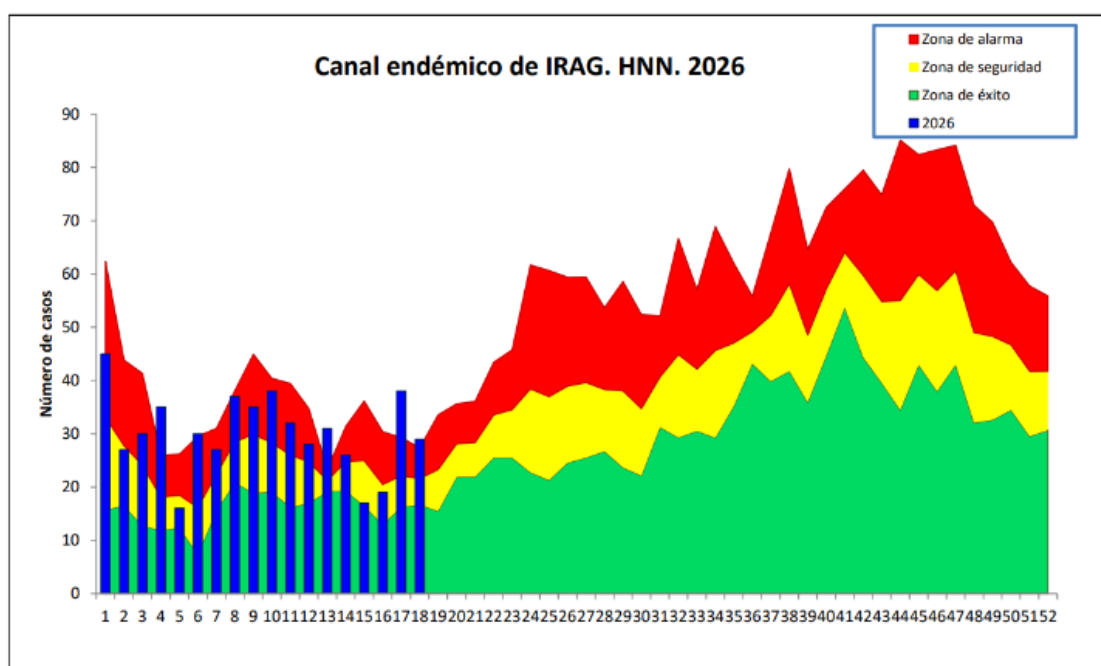
**Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.**





El HNN, para la SE-18 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.

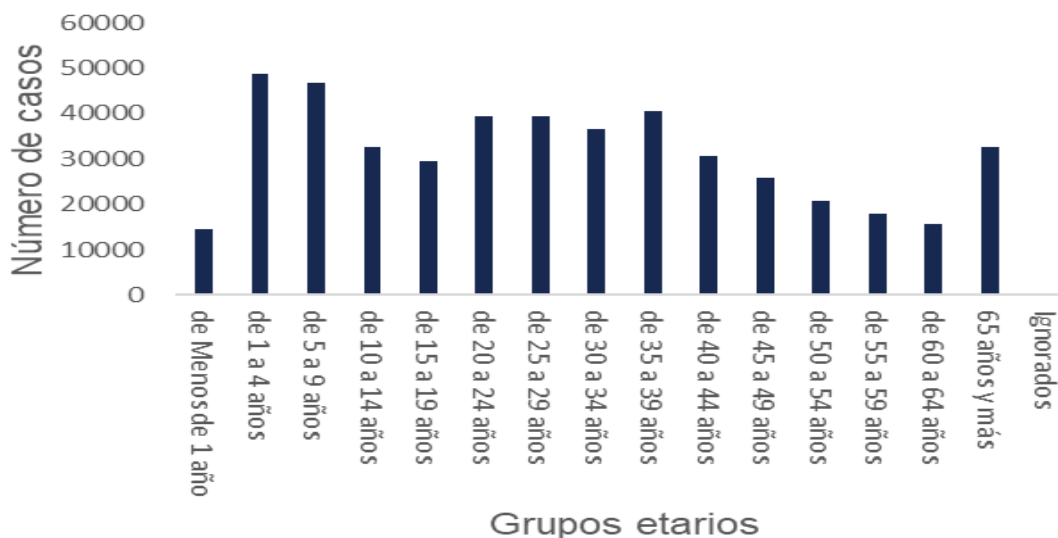
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 19 son 500543.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en niños entre 1 y 4 años y niños entre 5 y 9 años



**Gráfico 6.**

**Distribución de casos de IRAS por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 19, en Costa Rica, 2026.**



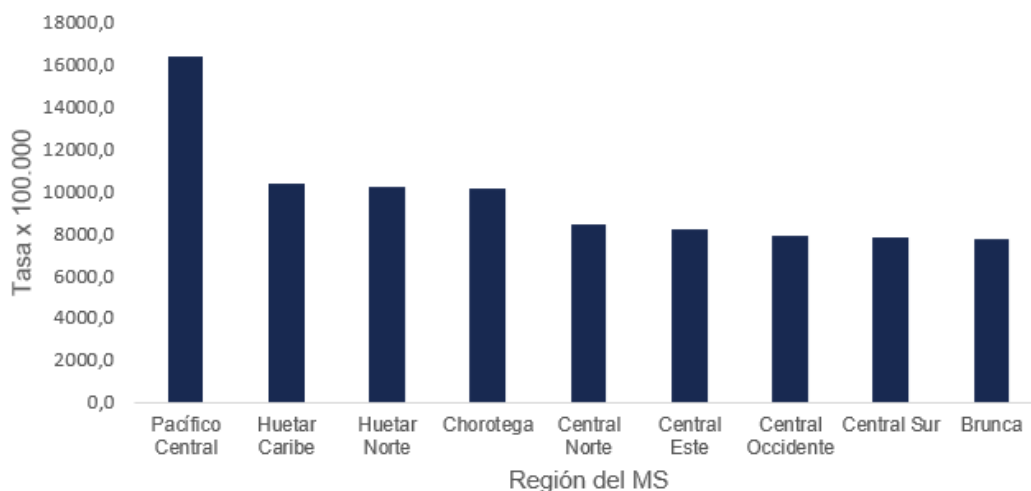
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 19, presentando mayor cantidad de casos por cada 100.000 habitantes la Región Pacífico Central, Huetar Caribe, Huetar Norte y Chorotega. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Central Norte, Central Sur, Central Este, Occidente y Brunca.



**Gráfico 7.**

**Tasa de IRAS según región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 19 del 2026, en Costa Rica.**

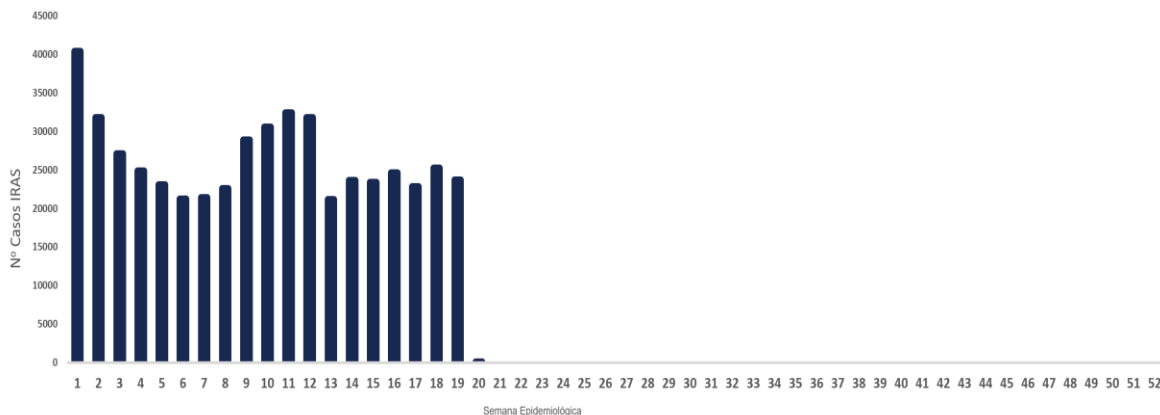


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Por semana epidemiológica, los casos reportados por boleta VE-02 de IRAS, en Costa Rica son los que se presentan en el gráfico 8; se puede observar cómo los casos se han comportado en la semana epidemiológica 19 del año 2026.

**Gráfico 8.**

**Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 19, en Costa Rica, 2026.**



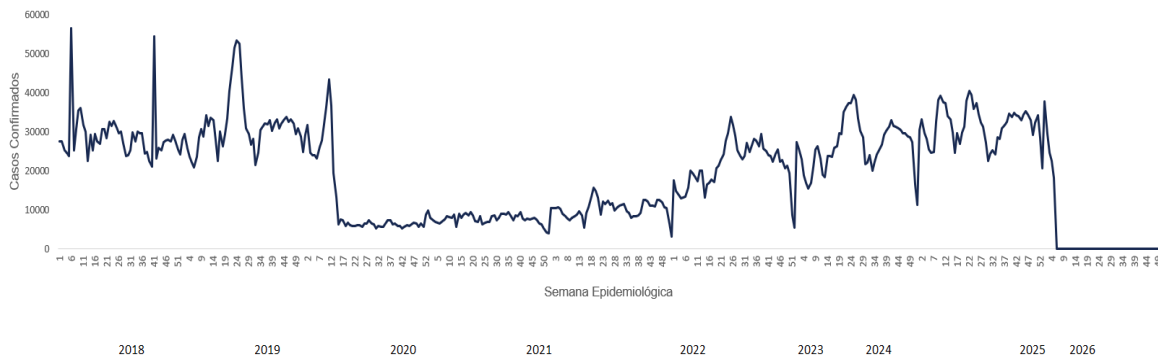
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.**

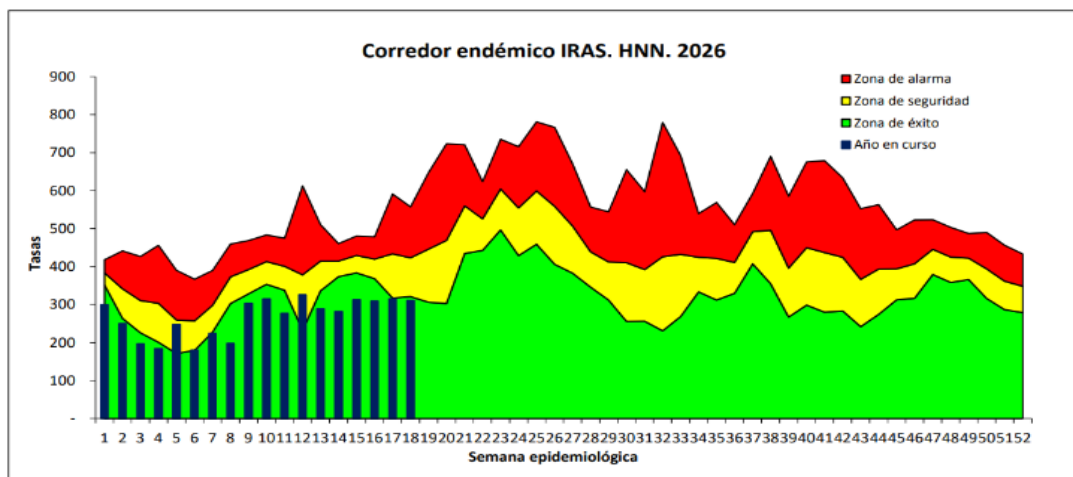


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 18 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

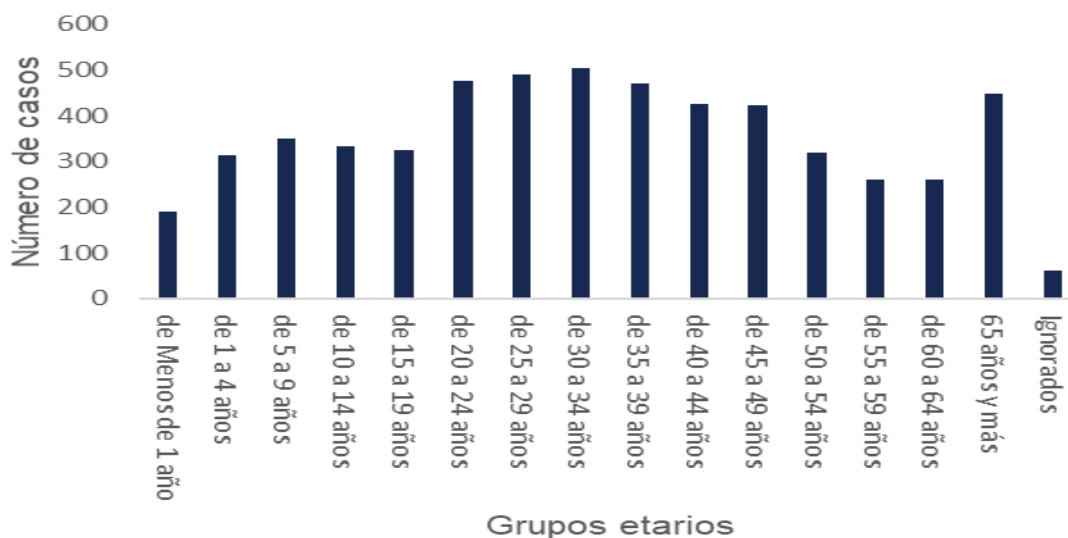


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 19 son  $n= 5917$ .
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 25 y 29 años y las personas entre 30 y 34 años.

**Gráfico 11.**

**Distribución de casos de ETI por grupos por edad quinquenal, notificados a la semana epidemiológica 19, en Costa Rica, 2026.**



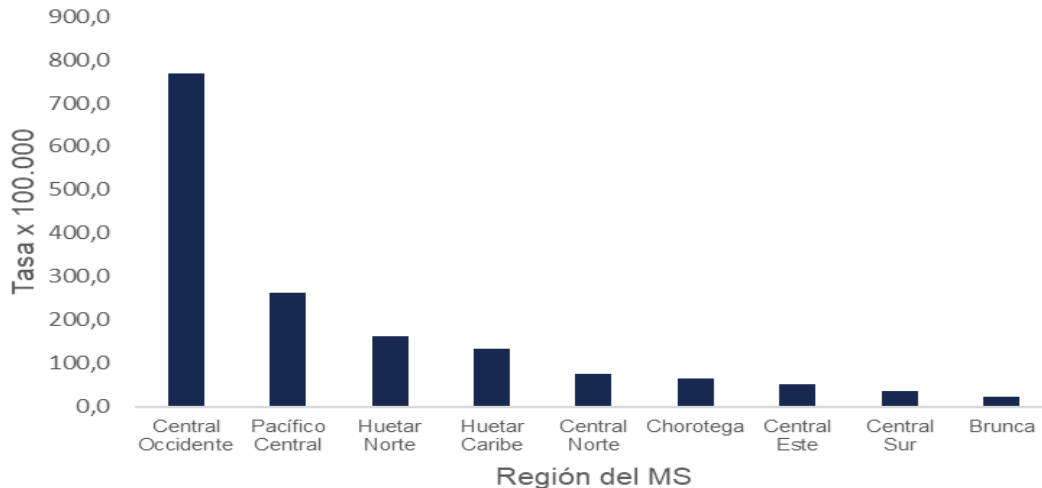
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 19, presentando mayor cantidad de casos en la región Central Occidente. Las regiones con menor incidencia corresponden a la región Pacífico Central, Chorotega, Central Este, Central Sur, Huetar Norte, Central Norte, Huetar Caribe y Brunca.



**Gráfico 12.**

**Tasa de ETI por región del Ministerio de Salud, acumulada a la semana epidemiológica 19 del 2026, en Costa Rica.**

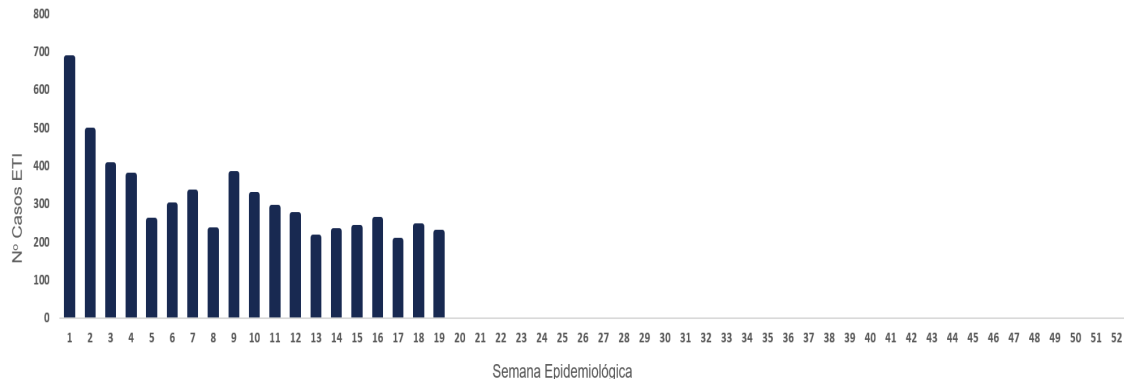


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 19, en Costa Rica, 2026.**



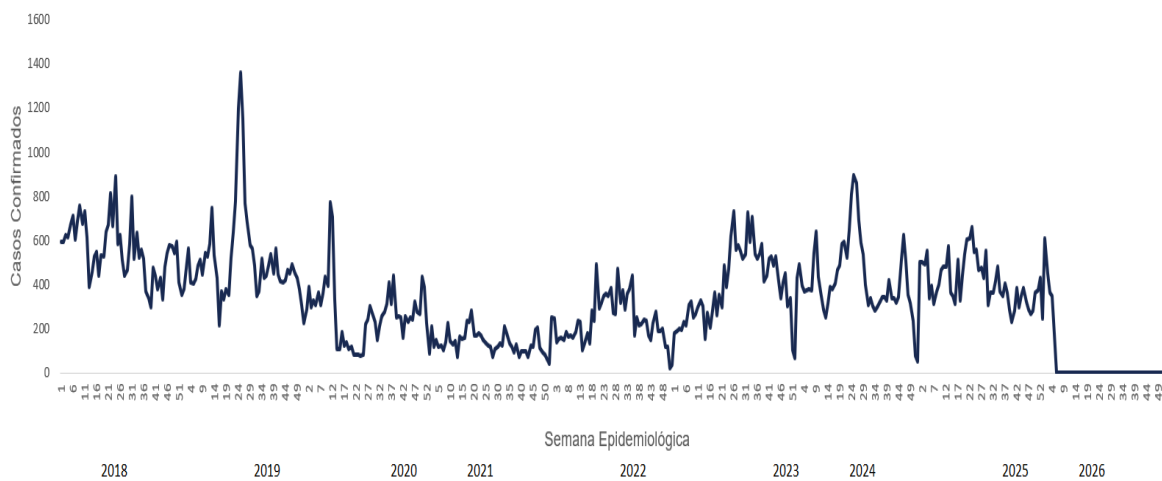
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.**



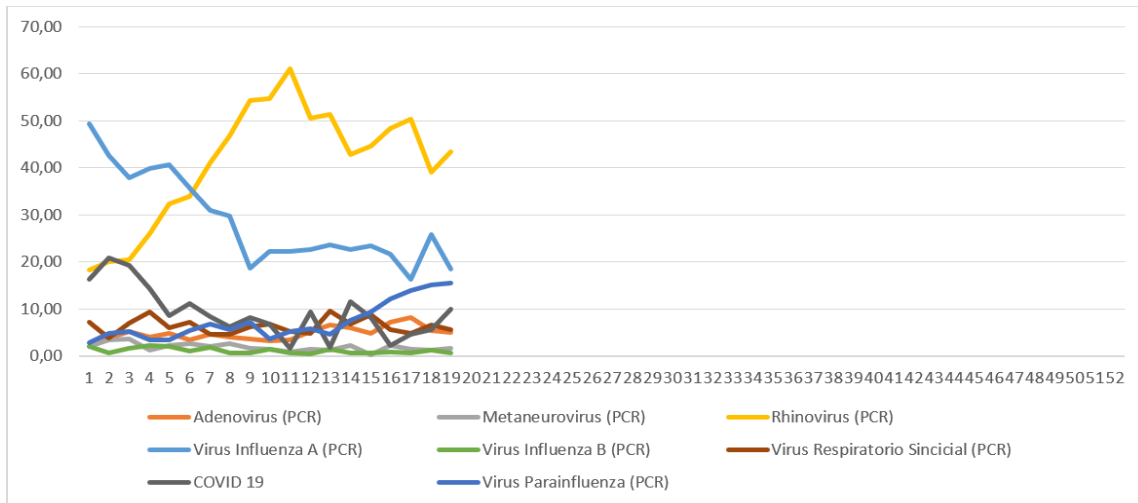
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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



**Gráfico 15.**

**Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 19 en Costa Rica, 2026.**



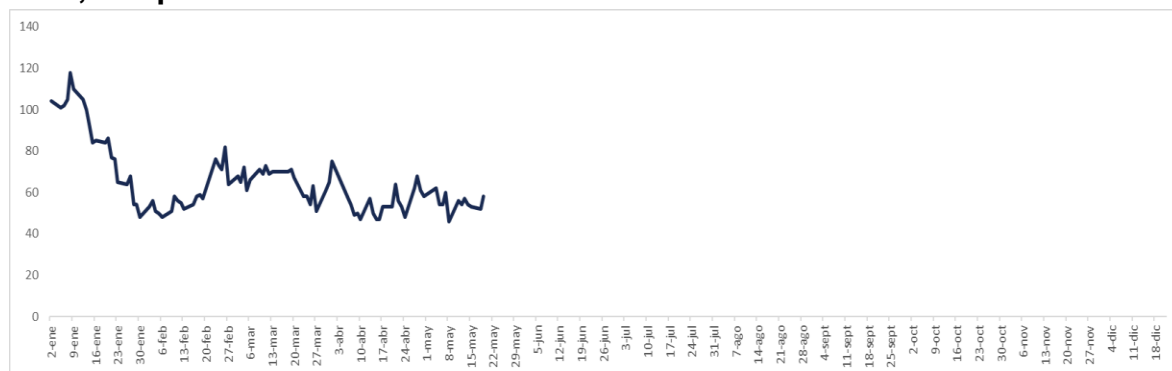
Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2026.

En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se ha presentado a la semana 21 del año 2026 es la siguiente:

Al 25 de mayo del año en curso, correspondiente a la semana 21, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 49, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 73.13%.

**Gráfico 16.**

**Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 19 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.**



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

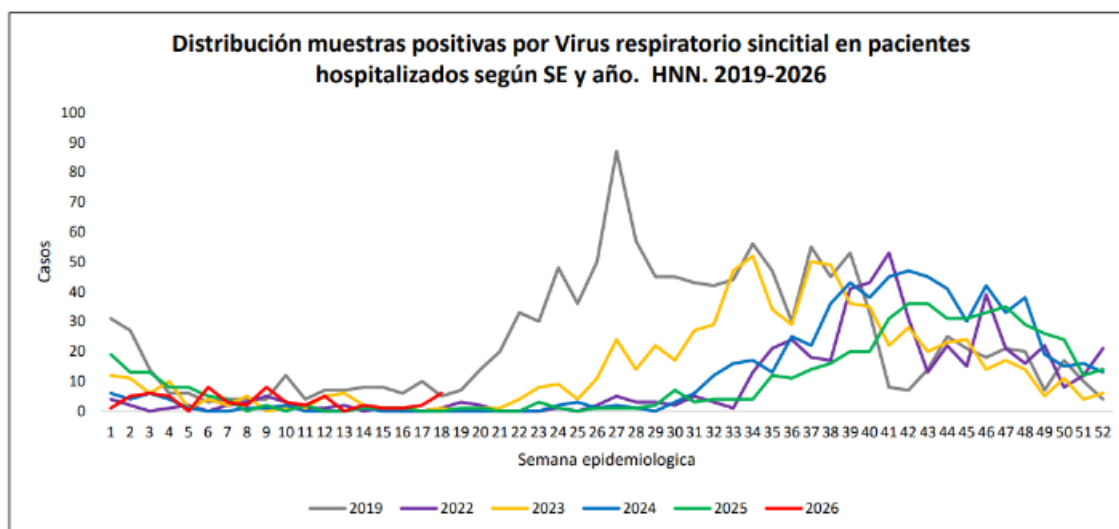


**Tabla 1.**  
**Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-18. Año 2026.**

<b>Virus</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rhinovirus	399	61.2
Adenovirus	74	11.3
Influenza A-B	60	9.2
Virus respiratorio sincitial	60	9.2
Parainfluenza	44	4.7
Metaneumovirus	10	2.2
Coronavirus	3	0.5
SARS CoV-2	2	0.3
<b>Total</b>	<b>652</b>	<b>100.00%</b>

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

**Gráfico 17.**  
**Distribución de muestras positivas por VRS en pacientes hospitalizados según SE y año. HNN. 2019-2026.**



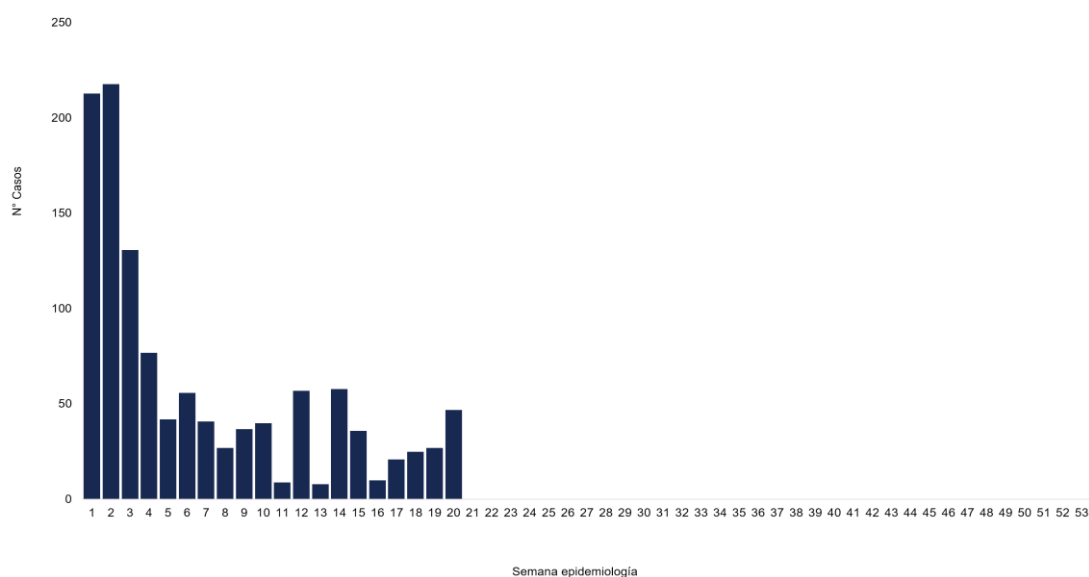
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.



Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 20, se reportaron un total de 47 casos confirmados, lo que representa un aumento del 74.07% con respecto a la SE-19 del año 2026 que presentó 27 casos.

**Gráfico 18.**

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



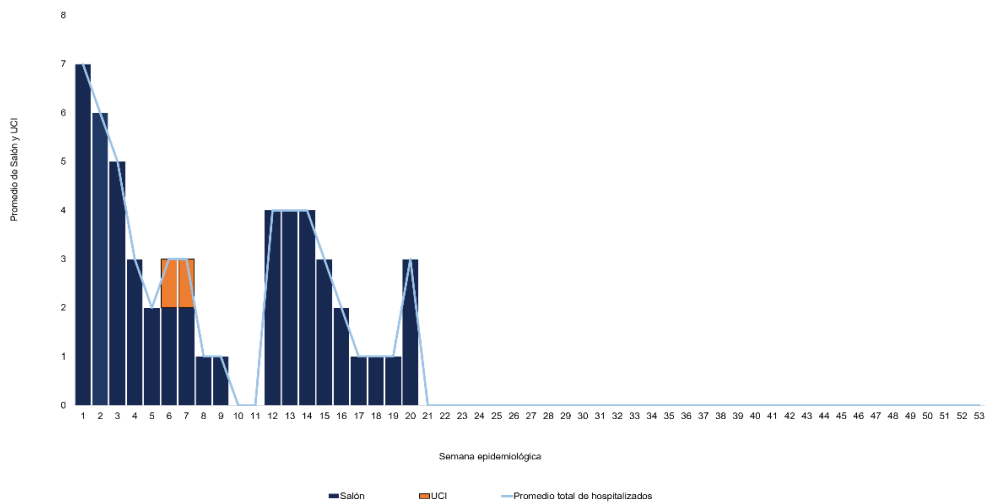
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 20, se reportó un promedio total de 3 hospitalizados; en la SE-19, hubo un total de 1 paciente hospitalizado en salón general, lo que representa un aumento del 200% con respecto a la SE-19; en UCI no hubo pacientes internados en promedio.



**Gráfico 19.**

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



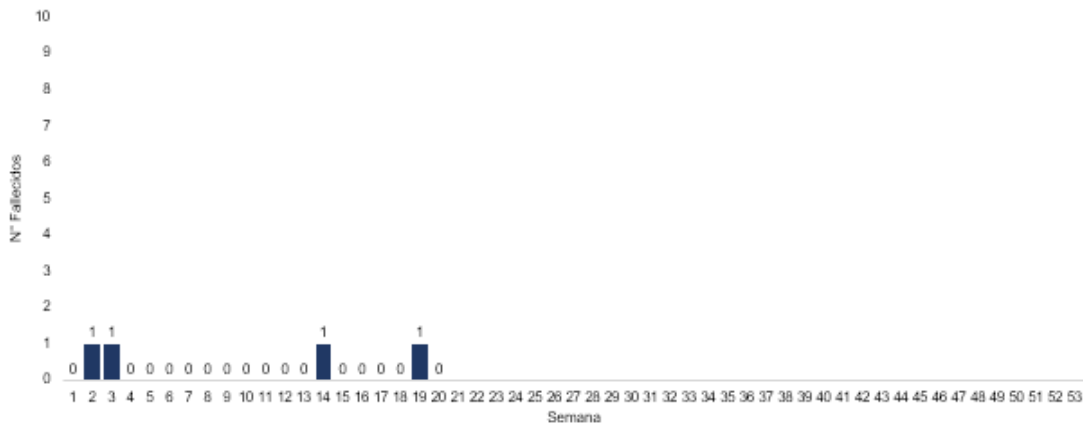
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 19, no hubo fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.



**Gráfico 20.**

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



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

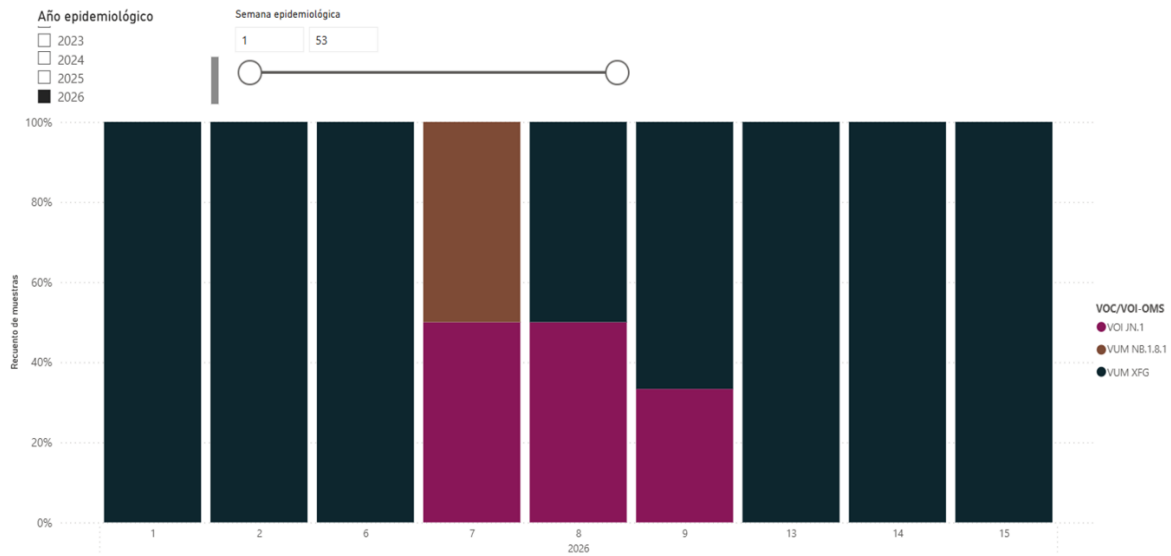
**Variantes genómicas**

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 25 de mayo del 2026, se reporta lo siguiente.



**Gráfico 21.**

**Costa Rica: Proporción de linaje identificados, para Variante de Preocupación (VOC) Ómicron, Variante de Interés (VOI) y Variantes Bajo Monitoreo (VUM), por semana epidemiológica SE 15 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 19 de mayo del 2026.



## **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 26 de mayo 2026.**

Actualización Semana Epidemiológica (SE) 18 y avances SE 19

### **Situación epidemiológica de EDA**

En la semana epidemiológica (SE) 19 del año 2026 se registran 185792 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para la SE 18 se presentan 10397 casos acumulados, lo que representa aumento del 31,3% en comparación con la SE-18 del año 2025 (7918 casos). Hata la fecha para la SE 19 se presentan 8989 casos acumulados. Es importante considerar que los sistemas de vigilancia pueden presentar rezagos en la notificación y consolidación de información, particularmente en las semanas epidemiológicas más recientes, por lo que las cifras actuales parcialmente subestimadas. Habitualmente, la consolidación de registros ocurre entre dos y tres semanas posteriores a la semana epidemiológica analizada.

El comportamiento observado se mantiene dentro del patrón estacional esperado para este evento, caracterizado por fluctuaciones asociadas a factores ambientales-climáticos y conductuales. Entre estos factores destacan las variaciones en la calidad y disponibilidad del agua, las condiciones de manipulación y conservación de alimentos, así como los patrones de movilidad, interacción social y consulta de la población relacionados con el desarrollo de actividades educativas, laborales y recreativas.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE-19, el comportamiento de la EDA se mantiene dentro de los rangos históricos esperados en los últimos años que contemplan cifras elevadas de diarreas, sin evidenciar incrementos inusuales ni desviaciones epidemiológicas significativas no esperadas. No obstante, el evento continúa bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con seguimiento continuo de su tendencia y distribución territorial, así como brotes asociados, a fin de detectar oportunamente cualquier cambio relevante en su comportamiento.



### **Contexto climático 2026 y EDA**

El fenómeno El Niño–Oscilación del Sur (ENSO) puede influir en la cantidad de casos de diarrea al modificar las lluvias, las temperaturas y las condiciones ambientales que afectan el agua y los alimentos.

Al comparar las semanas epidemiológicas (SE) 1 a la 19, se observa que los años con condiciones ENSO neutras con tendencia a La Niña (2023 y 2025), asociados a períodos más lluviosos, presentan en general menor cantidad de casos de EDA, con valores aproximados entre 6 000 y 9 000 casos semanales.

En contraste, los años con condiciones ENSO mayormente neutras con posibilidad de transición hacia El Niño (2024 y 2026), asociados a períodos más cálidos y secos, muestran una mayor cantidad de casos, alcanzando frecuentemente entre 9 000 y 12 000 casos semanales.

Particularmente, el año 2024 presentó los valores más altos durante la mayoría de las semanas analizadas, destacando la SE-14 con 13 124 casos y la SE-15 con 12 774 casos. Por su parte, el año 2026 también muestra valores elevados y sostenidos, como en la SE-14 (11 870 casos) y SE-15 (11 714 casos), aunque inferiores a los máximos observados en 2024.

En términos generales, los años asociados a condiciones más cálidas presentan una mayor carga de EDA, con diferencias que en algunas semanas superan el 30 % respecto a los años más lluviosos, evidenciado con el aumento del 31,3% de diarreas del 2026 en comparación con la misma semana epidemiológica del año 2025.

Esto podría relacionarse con:

mayor descomposición de alimentos por calor,  
problemas en conservación y refrigeración,  
cambios en disponibilidad y calidad del agua,  
aumento de contaminación alimentaria y transmisión de microorganismos.

Por esta razón, el monitoreo de las condiciones climáticas y del ENSO es importante para anticipar posibles aumentos de diarreas y fortalecer las acciones de prevención y vigilancia en salud pública.



### **Canal endémico EDA**

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

El canal endémico de Enfermedad Diarreica Aguda (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 los límites históricos esperados para este evento. La línea morada representa el comportamiento observado durante el año 2026.

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 19, la serie correspondiente al año 2026 (línea morada) presenta valores elevados y sostenidos que se ubican por encima del límite superior del canal endémico, ingresando transitoriamente en la zona de alerta. Los valores más altos se observan alrededor de las semanas 12 a 15.

Aunque el comportamiento refleja una carga importante de casos, este patrón debe interpretarse considerando la variabilidad histórica del evento y el contexto epidemiológico reciente, caracterizado por incrementos observados también en años previos con condiciones climáticas similares. Hasta el momento, no se identifica evidencia suficiente para considerar un comportamiento epidémico nacional generalizado, aunque sí un escenario de incremento relevante que requiere vigilancia intensificada.

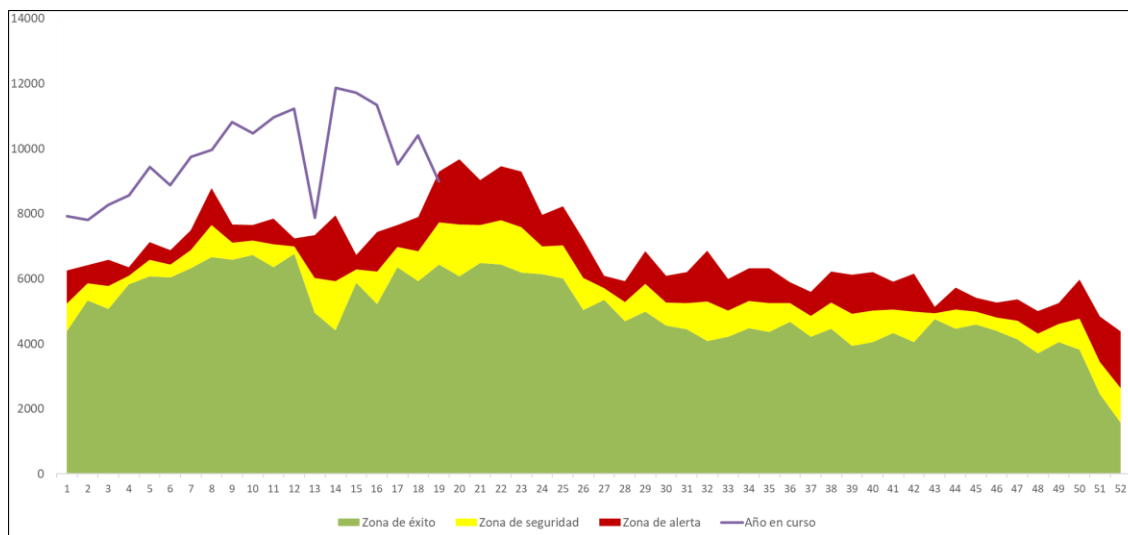
Este comportamiento podría estar influenciado por factores ambientales y climáticos, variaciones en la calidad y disponibilidad del agua, mayor riesgo de contaminación alimentaria, así como cambios en los patrones de consulta y notificación de los servicios de salud.

En consecuencia, el evento se mantiene bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con monitoreo continuo de la tendencia nacional y territorial, a fin de detectar oportunamente conglomerados, brotes o desviaciones significativas respecto al comportamiento histórico esperado.



### Gráfico 1

#### Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 19. 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.

### Análisis territorial y poblacional EDA

A nivel territorial, se identifican cantones con tasas de incidencia significativamente superiores al promedio nacional, destacando principalmente Flores (6379,6), Vásquez de Coronado (6112,7), Orotina (5976,6), Puntarenas (5786,7), Esparza (5496,1), San José (5486,6), Montes de Oro (5383,1), Alajuelita (5248,9), Goicoechea (5219,8), Santa Cruz (5137,8), Mora (4978,4), Naranjo (4923,3), Garabito (4757,1), Tarrazú (4702,7), Cañas (4679,5), Nandayure (4612,8), Quepos (4410,7), Abangares (4398,1), Parrita (4373,8), Sarchí/Valverde Vega (4361,7), Matina (4278,2), Alajuela (4387,0) y Zarcero (3944,8), los cuales presentan las tasas por 100 000 habitantes, más elevadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como San Mateo (3971,2), Aserri (3942,8), San Carlos (3857,4), Santo Domingo (3755,3), Barva (3724,4), Turrialba (3512,0), Upala (3484,3), El Guarco (3449,0), Guatuso (3451,9), Belén (3570,8), Desamparados (3922,4), Grecia (3028,7), Cartago (3315,4), Liberia (2749,7) y Sarapiquí (2717,4) también muestran tasas elevadas, lo que refuerza la persistencia de focos territoriales con mayor transmisión o exposición.



Si bien algunos de estos cantones no coinciden de forma consistente con los territorios históricamente priorizados, sí evidencian focos actuales de alta incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), lo que respalda la necesidad de fortalecer el seguimiento epidemiológico focalizado y el análisis de determinantes locales asociados al comportamiento del evento.

Se observa un predominio territorial importante en cantones de la provincia de Heredia, particularmente Flores, Barva, Santo Domingo y Belén, los cuales presentan tasas superiores al promedio provincial y entre las más altas del país. Asimismo, destacan cantones de las regiones Pacífico Central y Chorotega, como Puntarenas, Esparza, Montes de Oro, Garabito, Parrita, Quepos, Santa Cruz, Nandayure, Cañas y Abangares, caracterizados por altas tasas que podrían estar relacionadas con dinámicas costeras, movilidad poblacional, actividad turística y factores ambientales.

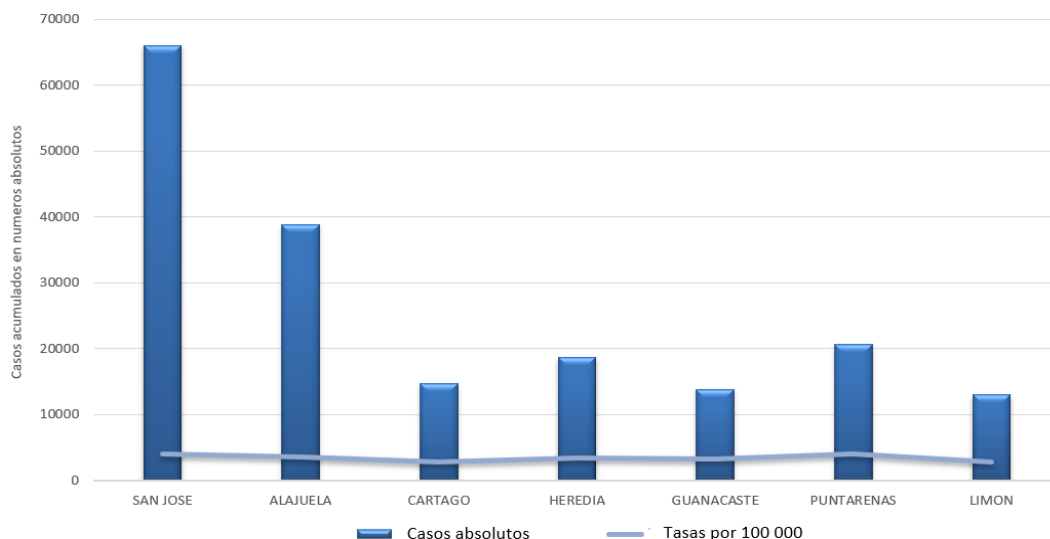
De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos Vásquez de Coronado, Alajuelita, Mora, San José, Goicoechea, Desamparados y Aserri, donde la alta densidad poblacional, la concentración de servicios y la movilidad urbana podrían influir en los niveles de incidencia observados.

En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registran en Puntarenas (4059,0), San José (3965,3) y Alajuela (3590,4), seguidas de Heredia (3389,5) y Guanacaste (3323,9), evidenciando una importante carga territorial del evento en regiones del Pacífico, la Gran Área Metropolitana y zonas con alta movilidad poblacional y turística. Por otra parte, Limón (2835,9) y Cartago (2749,1) presentan tasas relativamente menores en comparación con el resto de las provincias analizadas.



## Gráfico 2

### Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 18, 2026



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

La distribución por grupos etarios muestra un patrón bimodal en la afectación de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), evidenciando una mayor carga tanto en población infantil como en adultos jóvenes.

Por un lado, los grupos de menor edad, particularmente los menores de 5 años, presentan las tasas más elevadas de incidencia. Dentro de estos grupos destaca la población de 1 a 4 años con una tasa de 5720,4 por 100 000 habitantes, seguida de los menores de 1 año con 5193,5. Estas cifras evidencian una alta vulnerabilidad biológica asociada a factores como inmadurez inmunológica, mayor exposición intradomiciliaria, condiciones sanitarias y dependencia del entorno familiar para la manipulación de agua y alimentos.

Por otro lado, se observa una importante carga de enfermedad en adultos jóvenes, especialmente en los grupos de 20 a 24 años (6255,5), 25 a 29 años (5614,9), 35 a 39 años (4732,1) y 30 a 34 años (4596,6), los cuales presentan las tasas más elevadas en población adulta. Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor movilidad poblacional, exposición ocupacional, consumo frecuente de alimentos preparados fuera del hogar y mayor interacción social.

A partir de los 40 años se evidencia una disminución progresiva de las tasas de incidencia, pasando de 3294,7 en el grupo de 40 a 44 años a 1603,6 en personas de 65 años y más, lo que podría sugerir menor exposición relativa, cambios en



hábitos de consumo o desarrollo de inmunidad frente a determinados agentes infecciosos.

Adicionalmente, al analizar la distribución por sexo, se observa una mayor afectación en el sexo femenino a nivel general, con una tasa de 7108,9 por 100 000 habitantes frente a 3286,3 en hombres. Esta diferencia también se mantiene en la mayoría de los grupos de edad, particularmente en adultos jóvenes, donde las mujeres presentan tasas considerablemente más elevadas, como en el grupo de 20 a 24 años (12 702,8 vs 5730,5), 25 a 29 años (11 377,4 vs 5006,4), 30 a 34 años (9301,9 vs 3917,7) y 35 a 39 años (9545,0 vs 4974,8).

En los grupos infantiles también se observan tasas superiores en mujeres respecto a hombres, especialmente en menores de 1 año (10 649,4 vs 5408,6) y en el grupo de 1 a 4 años (11 691,5 vs 6008,3). Estas diferencias marcadas sugieren la necesidad de revisar y validar los denominadores poblacionales o posibles inconsistencias en las tasas específicas por sexo, dado el patrón inusualmente elevado observado en población femenina.

Este comportamiento poblacional resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y control sanitario, priorizando intervenciones dirigidas a población infantil y adultos jóvenes, así como reforzar estrategias relacionadas con calidad del agua, inocuidad de los alimentos, educación sanitaria y detección oportuna de brotes.

### **Recomendaciones a la población**

Ante el aumento sostenido de casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la ocurrencia de brotes asociados a alimentos y agua contaminada, el Ministerio de Salud recuerda a la población que este tipo de eventos pueden presentarse en diferentes establecimientos de servicios de alimentos, actividades masivas o entornos comunitarios, especialmente en períodos de altas temperaturas y lluvias variables y contacto con personas enfermas.

Se recomienda acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de presentar síntomas como: diarrea, vómitos, dolor abdominal, fiebre, náuseas, deshidratación, presencia de sangre en heces, o síntomas gastrointestinales posteriores al consumo de alimentos o agua sospechosa.

Asimismo, se insta a la población a denunciar ante el Ministerio de Salud aquellos establecimientos donde: varias personas enfermen posterior al consumo de alimentos, se observen alimentos en mal estado o con deterioro evidente, existan malas prácticas de manipulación de alimentos, deficiencias de higiene, problemas



de refrigeración, contaminación cruzada, o incumplimientos de la normativa sanitaria vigente.

La notificación temprana por parte de la población permite activar oportunamente las investigaciones epidemiológicas, reducir riesgos y prevenir nuevos casos asociados a brotes alimentarios.

El Ministerio de Salud recuerda la importancia de:

Mantener un adecuado lavado de manos,

Consumir agua segura,

Verificar la correcta cocción y conservación de los alimentos,

Evitar el consumo de productos de origen dudoso o en condiciones inadecuadas.

### **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.



## **Meningitis**

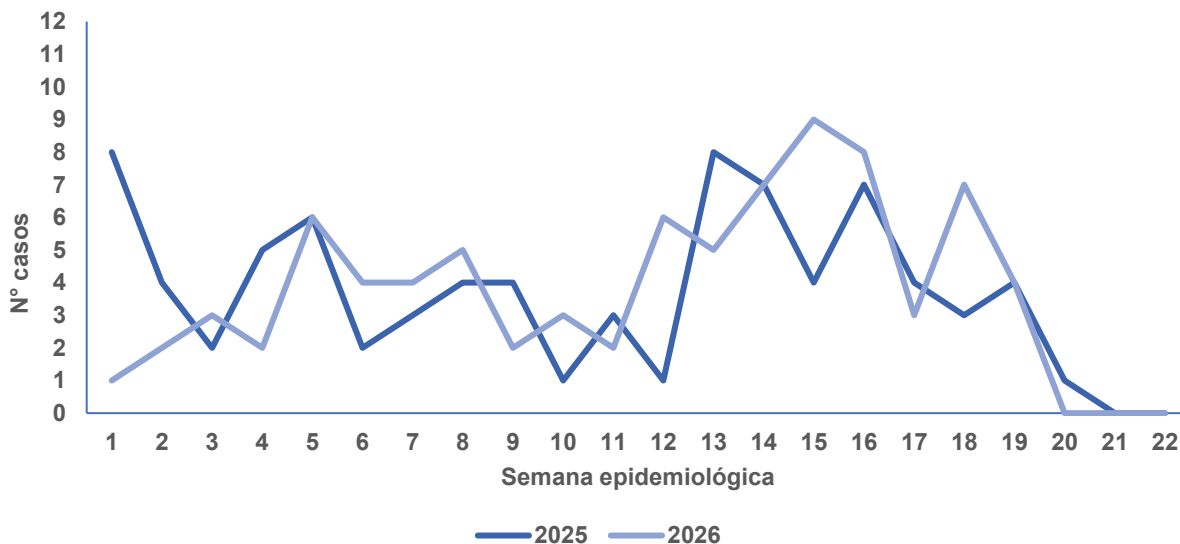
La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica. La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias 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 19 del año 2026, se han reportado 83 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 81 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa un aumento del 2,4%. Sin embargo, en términos generales, ambos años presentan un patrón oscilante, sin una tendencia sostenida al aumento; sin embargo, 2026 evidencia una mayor concentración de casos en el segundo trimestre epidemiológico y picos más altos en comparación con 2025. Asimismo, a partir de la semana 5 se observa un aumento progresivo y más sostenido. El periodo de mayor transmisión o notificación parece concentrarse entre las semanas 12 y 18, donde se registran los valores más altos de toda la serie comparativa, destacando el pico máximo en la semana 15 con 9 casos.

De las 9 Regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 24,1% (20/83), seguido de la región Central Este con 16,9% (14/83) y con igual porcentaje, las regiones Chorotega y Central Norte con el 14,5% (12/83). No se identifican brotes para esta semana.



**Gráfico 1.**

**Costa Rica: Casos sospechosos de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 19, 2026**



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

En la siguiente tabla se presentan los cantones con las tasas más altas de meningitis. El cantón de Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más elevada (20,6), seguido por Turrialba, en la provincia de Cartago (5,9), y Upala, en la provincia de Alajuela (5,2).



# MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según cantón, acumulado a la semana epidemiológica 19, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

<b>cantón</b>	<b>casos</b>	<b>tasa</b>
Monteverde	1	20,6
Turrialba	4	5,9
Upala	3	5,2
Nicoya	3	5,1
Montes de Oca	3	4,9
Paraiso	3	4,9
Aserri	3	4,8
Liberia	4	4,8
Talamanca	2	4,3
San Isidro	1	4,2
Naranjo	2	4,0
Orotina	1	3,9
Bagaces	1	3,9
San Rafael	2	3,5
Osa	1	3,4
Guacimo	2	3,4
Santa Ana	2	3,2
San Ramon	3	3,2
Cartago	5	3,1
Perez Zeledon	4	3,0
Poas	1	2,8
Esparza	1	2,8
Coto Brus	1	2,8
Los Chiles	1	2,6
Palmares	1	2,3
Limon	2	2,2
Oreamuno	1	2,0
Siquirres	1	1,7
Moravia	1	1,6
Alajuela	5	1,5
San Jose	5	1,4
Goicoechea	2	1,4
Heredia	2	1,4
Santa Cruz	1	1,4
Tibas	1	1,2
Alajuelita	1	1,0
Sarapiqui	1	1,0
La Union	1	0,9
Desamparados	2	0,8
Pococi	1	0,6
San Carlos	1	0,5
<b>total</b>	<b>83</b>	<b>1,6</b>

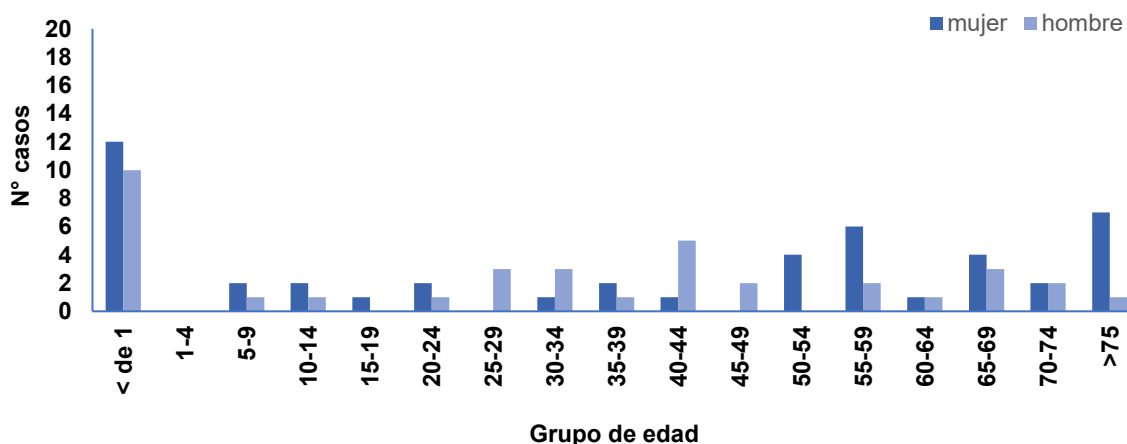
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS



El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 43,3% (36/83) corresponde a hombres y el 56,6 (47/83) a mujeres. El 26,5% (22/83) 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 19, 2026**



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



## **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 y la infección por el virus del papiloma humano durante las primeras quince semanas del año 2026.

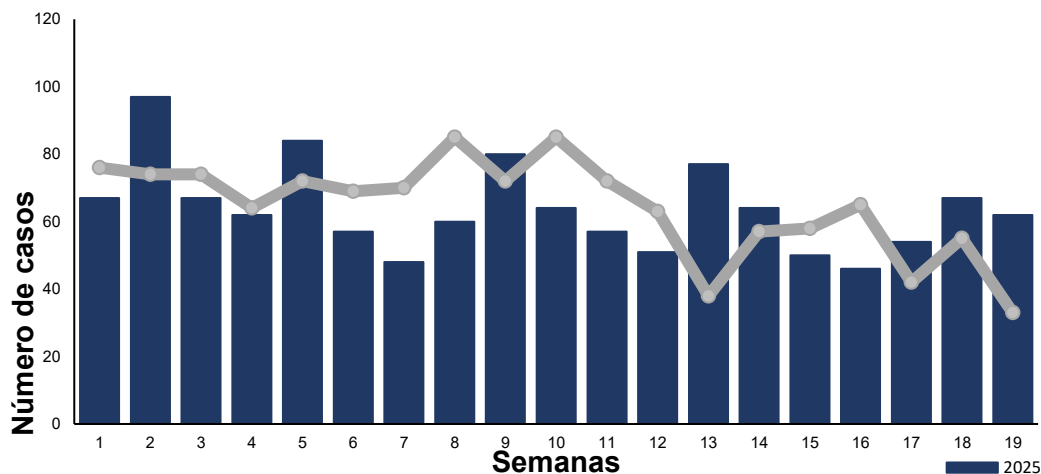
### **Sífilis en todas sus formas**

Al comparar el comportamiento epidemiológico acumulado a la semana epidemiológica 19 del año 2026 con el mismo período del año 2025, se observa un incremento en el número de casos reportados, pasando de 970 casos en 2025 a 1.227 casos en 2026, lo que representa un aumento absoluto de 257 casos y un incremento relativo del 26,49 %. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la ocurrencia del evento bajo vigilancia durante el período analizado, sugiriendo un aumento en la transmisión, mejor detección y notificación de casos respecto al año previo. 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.

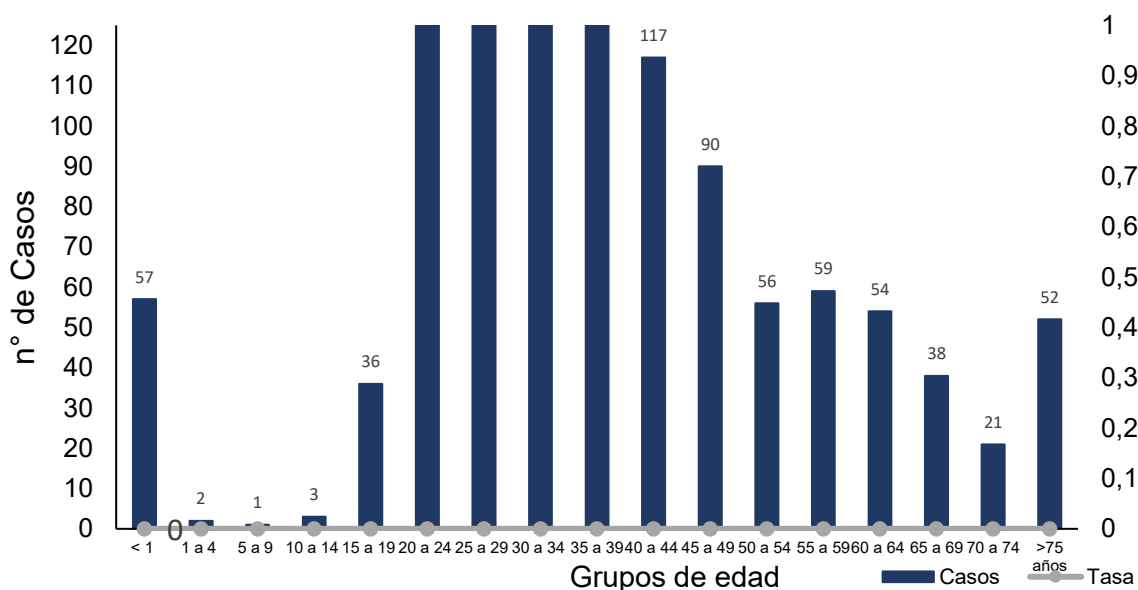
El Gráfico 2 muestra que, durante las semanas epidemiológicas 1 a 19 de 2026, y por grupos quinquenales de edad una mayor concentración de casos en población adulta joven, particularmente entre los 20 y 34 años, donde se registran las mayores tasas de incidencia. El grupo de 30 a 34 años presenta la tasa más alta en adultos (43,8 por 100.000 habitantes) y el mayor número de casos (189), seguido de los grupos de 25 a 29 años (43,7; 180 casos) y 20 a 24 años (38,0; 144 casos). Este patrón sugiere una mayor transmisión en edades sexualmente activas, consistente con el comportamiento epidemiológico esperado de la sífilis como infección de transmisión sexual, concentrándose principalmente en población joven y económicamente activa.

A partir de los 35 años se observa una disminución gradual de las tasas y del número de casos; no obstante, persiste una carga epidemiológica relevante en adultos de mediana edad y personas mayores.



**Gráfico 2.**

**Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 19 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados.

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

La semana epidemiológica 19, por provincia evidencia una distribución heterogénea del evento, observándose que San José concentra el mayor número absoluto de casos con 533 reportes y una tasa de 32 por 100.000 habitantes, reflejando una importante carga de enfermedad influenciada por su densidad poblacional y concentración de servicios diagnósticos. No obstante, se registra en Limón con 187 casos y una tasa de 40,8 por 100.000 habitantes. Asimismo, Cartago presenta una tasa elevada (26,4) con 141 casos, mientras que Heredia (16,7), Puntarenas (16,3) y Alajuela (14,1) muestran tasas intermedias y una magnitud moderada de casos.

Por otra parte, Guanacaste registra el menor número de casos (38) y la tasa más baja (9,1 por 100.000 habitantes), sugiriendo una menor carga epidemiológica comparativa.



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 19 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes**

<b>Provincia</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa</b>
Total	1227	23,50
San José	533	32
Alajuela	153	14,1
Cartago	141	26,4
Heredia	92	16,7
Guanacaste	38	9,1
Puntarenas	83	16,3
Limón	187	40,8

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**

Durante las primeras 17 semanas epidemiológicas del 2026, los casos notificados de gonorrea muestran un comportamiento fluctuante, con oscilaciones semanales y picos en las semanas 7, 9 y 13, seguidos de una disminución hacia las semanas finales del periodo; en comparación con el 2025, el patrón presenta variaciones temporales, aunque el comportamiento acumulado se mantiene relativamente estable.

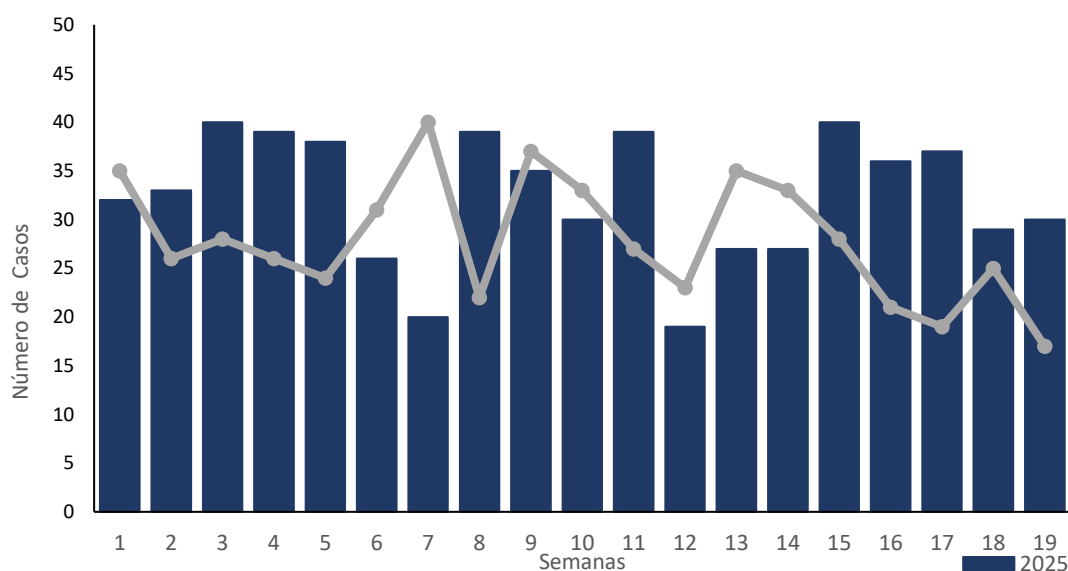
Al cierre de la semana 19, el 2026 la enfermedad por Gonorrea, presenta un registro de 531 casos, en comparación con los 488 casos reportados en 2025, lo que representa un aumento relativo del 8,81 %. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la incidencia reportada de la enfermedad, lo cual podría



estar asociado a múltiples determinantes epidemiológicos, entre ellos: conductas sexuales de riesgo, mejoras en la captación diagnóstica.

**Gráfico 3**

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



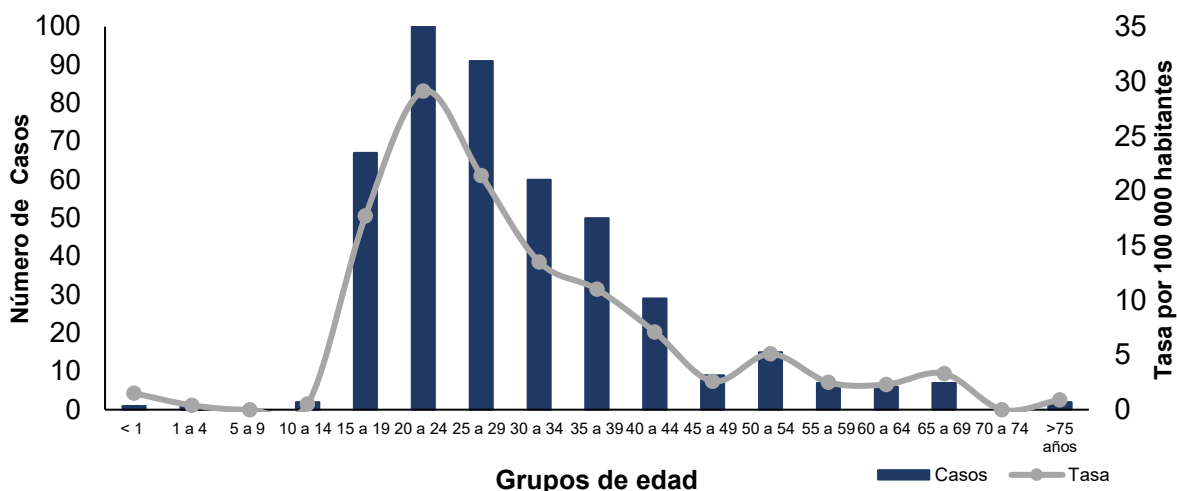
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 19 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 análisis por grupos de edad evidencia que la gonorrea presenta una mayor concentración de casos en población adulta joven, observándose el pico más alto en el grupo de 20 a 24 años, con 146 casos (38,6 %), seguido por el grupo de 25 a 29 años con 114 casos (27,6 %) y 15 a 19 años con 73 casos (19,1 %). En conjunto, estos grupos etarios concentran la mayor carga de enfermedad, lo que sugiere una transmisión predominantemente asociada a población sexualmente activa y potencialmente expuesta a conductas sexuales de riesgo.

A partir de los 30 años, se evidencia una disminución progresiva de la frecuencia de casos, aunque persiste transmisión en grupos de mayor edad, destacando los grupos de 30 a 34 años (17,8 %) y 35 a 44 años, lo que indica circulación sostenida de la infección fuera de los grupos tradicionalmente considerados de mayor riesgo. En menores de 15 años y adultos mayores de 65 años, la notificación fue mínima (<1 %), reflejando baja ocurrencia relativa en estos estratos etarios



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 19 semanas año 2026**

Provincia	Casos	Tasa
Total	531	10,2
San José	253	15,2
Alajuela	253	15,2
Cartago	33	6,2
Heredia	49	8,9
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	54	10,6
Limón	72	15,7

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Según provincia se muestra una distribución heterogénea de los casos de gonorrea, con una mayor concentración en las provincias de San José y Alajuela, ambas con 253 casos (15,2 %), constituyéndose como las áreas geográficas de mayor carga de enfermedad, por una mayor densidad poblacional, urbanización y dinámica de movilidad. Le sigue Limón, con 72 casos (15,7 %). Puntarenas reporta 54 casos (10,6 %) y Heredia 49 casos (8,9 %), reflejando una transmisión sostenida en estas provincias. Por otra parte, Cartago presenta 33 casos (6,2 %), mientras que Guanacaste registra la menor frecuencia con 9 casos (2,2 %).

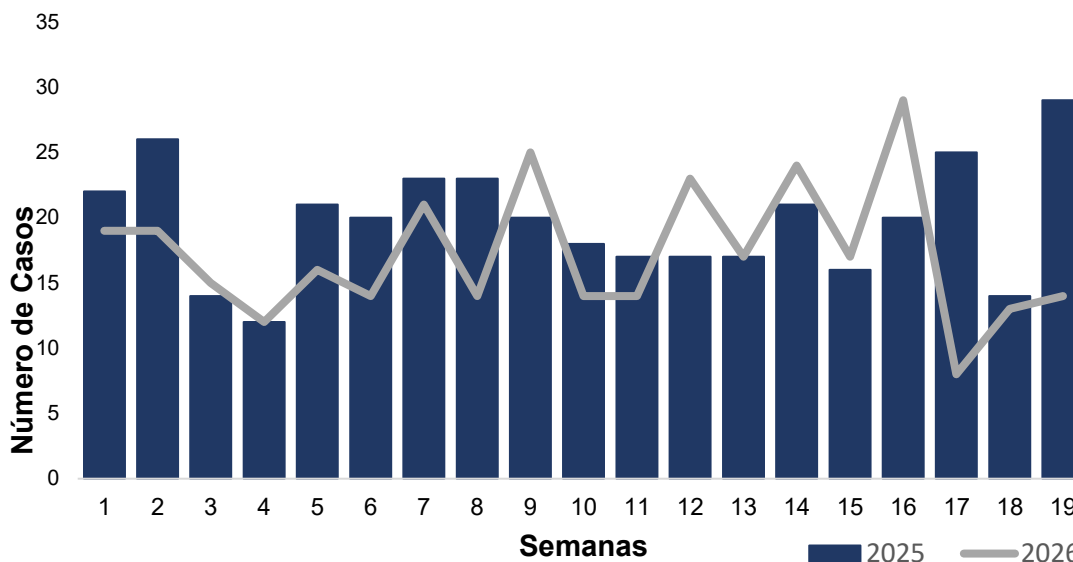
### **Infección por Herpes Virus**

A la semana epidemiología 19, se observa un incremento en el número de casos reportados, pasando de 302 casos en 2025 a 328 casos en 2026, lo que representa un aumento porcentual del 8,61 %. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la carga del evento bajo vigilancia, con el fin de orientar oportunamente las acciones de prevención, control y respuesta en salud pública.



**Gráfico 5**

**Costa Rica: Casos de Herpes virus según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en 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.

Según sexo, se observa una mayor carga epidemiológica en la población femenina, con 215 casos notificados y una tasa de 8.2, en comparación con la población masculina, que registra 113 casos y una tasa de 4.3. Este comportamiento evidencia una mayor afectación relativa en mujeres, lo cual podría estar asociado a diferencias en acceso a servicios de salud, mayor captación diagnóstica, tamizaje oportunista durante consultas ginecológicas.



**Tabla 3**

**Costa Rica: Casos notificados por Herpes Virus, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 19 semanas año 2026**

<b>Provincias</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa</b>
Total	32	6.3
San José	160	9.6
Alajuela	50	4.6
Cartago	15	2.8
Heredia	32	5.8
Guanacaste	5	1.2
Puntarenas	32	6.3
Limón	32	6.3

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

En relación con la distribución geográfica se evidencia una concentración importante de casos en la provincia de San José, con 160 casos, constituyéndose como el principal aporte al comportamiento epidemiológico del evento y reflejando una mayor carga relativa (9,6). En segundo término, Alajuela reporta 50 casos (4,6), mientras que Heredia, Puntarenas y Limón presentan una carga similar, con 32 casos cada una, aunque con diferencias leves en sus tasas o indicadores relativos (5,8; 6,3 y 6,3 respectivamente). Cartago muestra una menor ocurrencia con 15 casos (2,8), y Guanacaste registra la menor afectación con 5 casos (1,2). Esta distribución territorial sugiere heterogeneidad epidemiológica entre provincias, influenciada por factores demográficos, densidad poblacional, movilidad poblacional.



Según grupos de edad, se evidencia una concentración predominante de casos en población adolescente y adulta joven, particularmente entre los 20 a 24 años, grupo que registra la mayor proporción con 56 casos (14,8 %), seguido de los grupos de 35 a 39 años con 48 casos (11,0 %), 30 a 34 años con 44 casos (10,2 %) y 25 a 29 años con 43 casos (10,4 %). Asimismo, el grupo de 15 a 19 años aporta 33 casos (8,6 %), lo que sugiere una afectación importante en etapas de alta actividad social y sexual.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de la frecuencia absoluta, aunque persiste presencia de casos hasta los 75 años y más (8 casos; 3,2 %), lo cual refleja una distribución amplia del evento en el curso de vida.



## Miasis por gusano barrenador en humanos

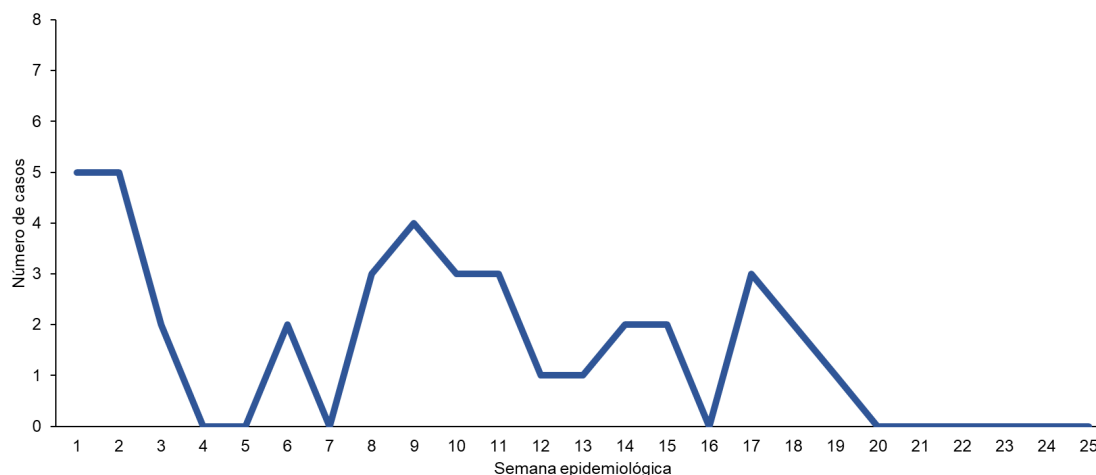
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 20 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 20, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 39 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (16/39) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (20/39)

### Gráfico 1

**Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 20, 2026**

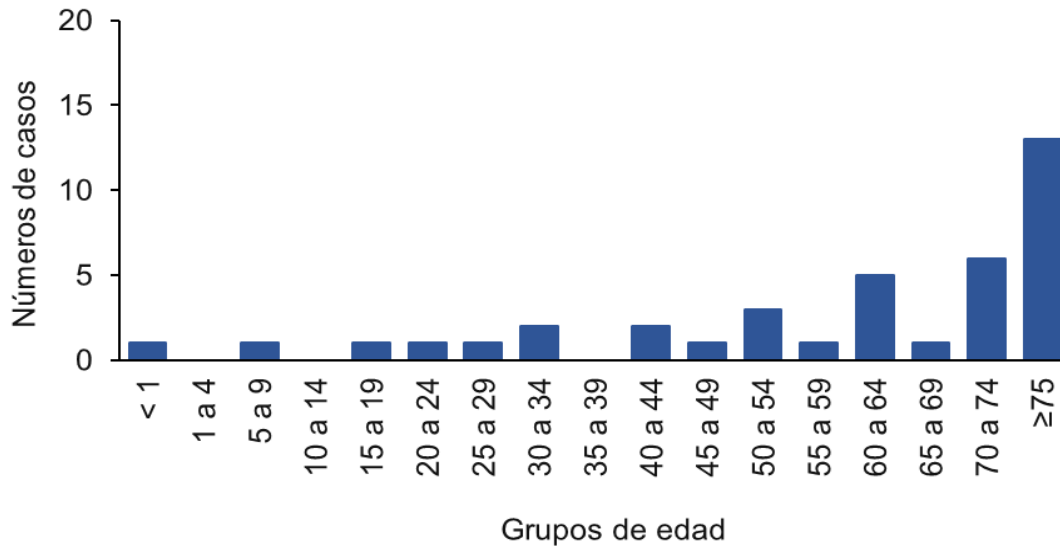


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



**Gráfico 2**

**Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 20, 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 28 casos notificados con una tasa de 1,1 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 11 casos notificados con una tasa de 0,4 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 20, 2026**

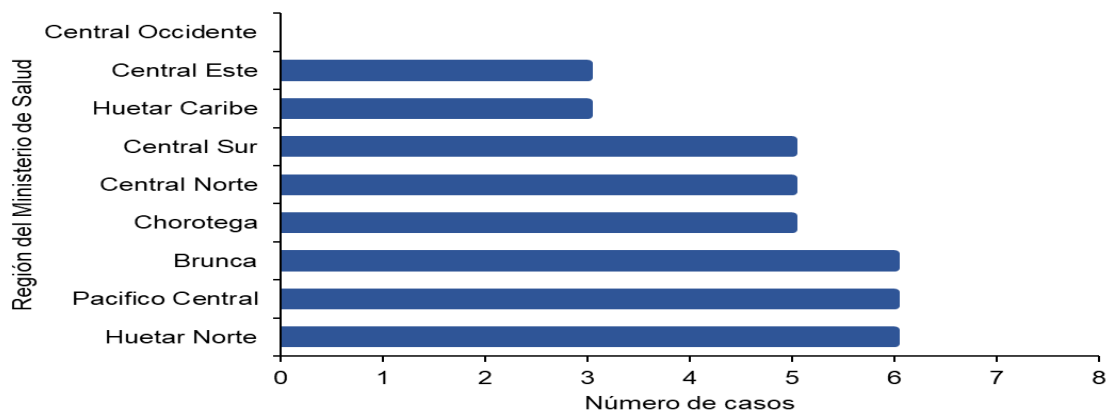
<b>Provincias</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasas</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>0,7</b>
San José	7	0,4
Alajuela	8	0,7
Cartago	2	0,4
Heredia	4	0,7
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	10	2,0
Limón	3	0,7

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 20 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (10/39) seguida de la provincia de Alajuela (8/39).

**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 20, 2026**



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

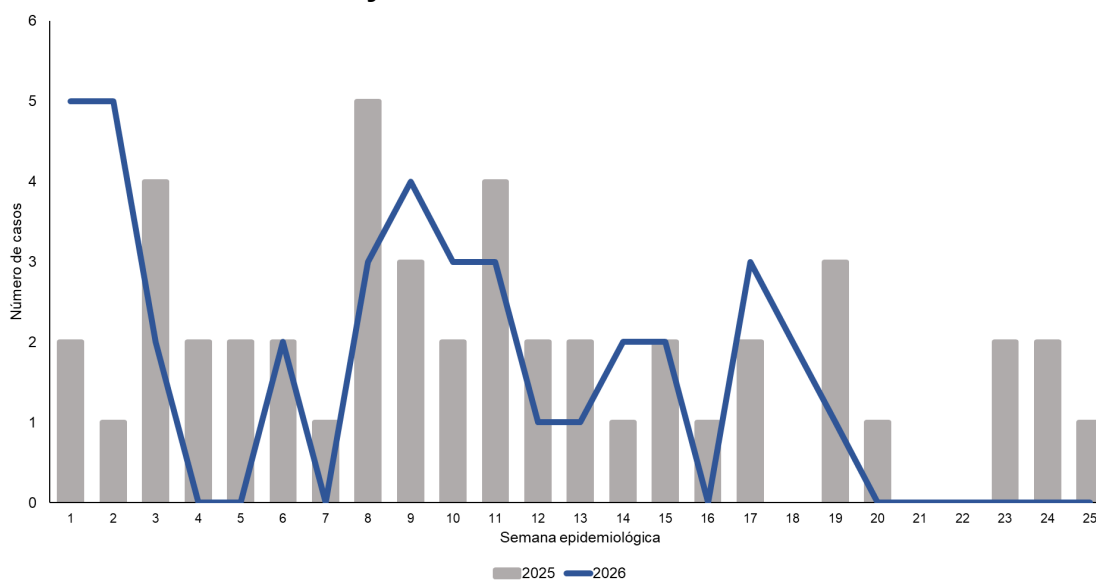


En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose las regiones Huetar Norte (6/39), Pacífico Central (6/39) y Brunca (6/39) como las que registra el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 20 del 2025 y 2026, con un total de 39 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 20 del 2025 se confirmaron 42 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 20 del 2025 y del 2026**

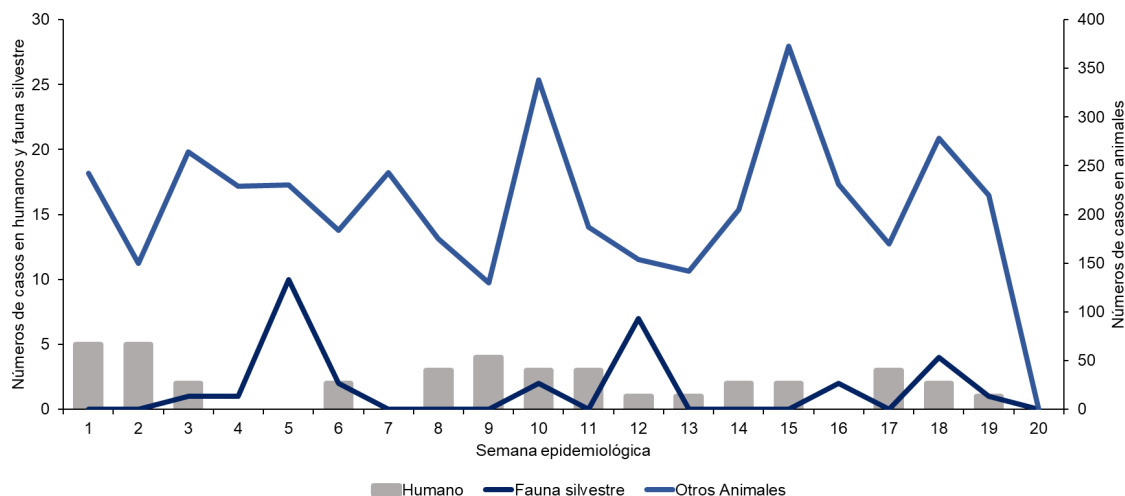


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026



### Gráfico 5

**Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador en humanos, fauna silvestre y otros animales según SE de la 01 a la 19, 2026**



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 19-2026, SENASA / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el gráfico 5, se muestran los casos de miasis por gusano barrenador en humanos, en fauna silvestre y otros animales por SE de la 01 a la 19 del 2026, con 39 casos confirmados en humanos, 30 casos en fauna silvestre y 4145 casos confirmados en otros animales (datos preliminares, sujetos a modificaciones).

En atención a la declaratoria de Emergencia Nacional Sanitaria Epidémica para el control y erradicación del Gusano Barrenador (*Cochliomyia hominivorax*), establecida mediante el Decreto Ejecutivo N° 44382–MAG, y considerando que la mosca continúa circulando en el territorio nacional, resulta de suma importancia que, ante la detección de un caso sospechoso en humanos, se active de manera inmediata la coordinación interinstitucional e intersectorial bajo el enfoque de **Una Sola Salud**.

Dicha coordinación involucra la participación del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería a través del Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA), y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAIE), 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.