



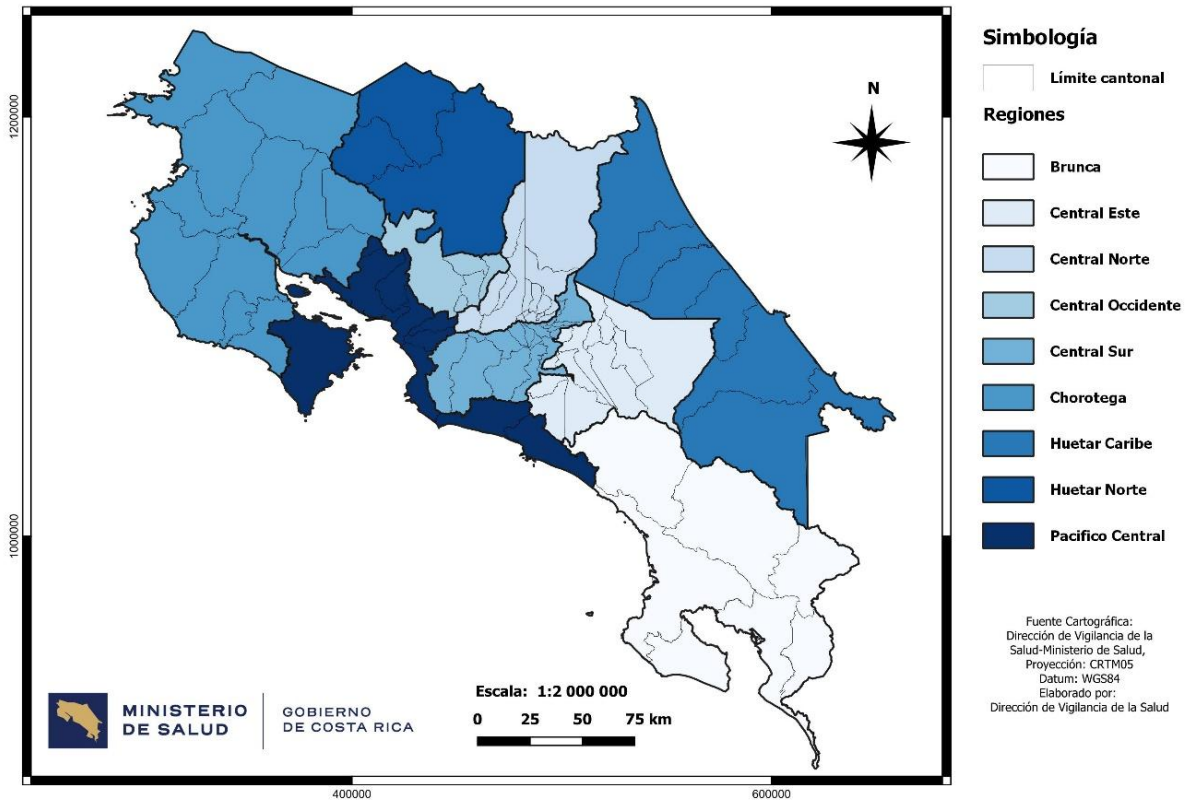
**Boletín Epidemiológico N° 20 de 2026**  
**Dirección de Vigilancia de la Salud**  
**Ministerio de Salud**  
5 de junio de 2026

**Tabla de contenido**

Arbovirosis .....	3
Situación de la malaria en Costa Rica .....	7
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 20 .....	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19 .....	17
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 1 de junio 2026.....	32
Meningitis.....	40
Tuberculosis .....	44
Infecciones de transmisión sexual.....	50
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	60



## Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





## Arbovirosis

### Dengue

A la semana epidemiológica 20 del año 2026 se notifican **1084 casos acumulados** de dengue de estos, **18 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Sur presenta el mayor número de casos notificados 215, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 46,0/100.000 habitantes.

**Tabla 1.**  
**Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 20, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)**

Región	Casos	Tasa
Central Sur	215	14,2
Chorotega	213	44,9
Central Norte	187	17,9
Huetar Caribe	179	39,1
Pacífico Central	148	46,0
Brunca	58	16,4
Huetar Norte	37	13,6
Central Este	28	5,1
Central Occidente	19	8,5
Total	1084	20,8

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	220	13,2	113	13,4	107	13,0
Alajuela	216	19,9	104	19,2	112	20,6
Guanacaste	208	49,9	105	50,8	103	49,0
Limón	179	39,1	83	37,1	96	41,0
Puntarenas	151	29,7	62	24,6	89	34,6
Heredia	83	15,1	43	15,5	40	14,6
Cartago	27	5,1	12	4,5	15	5,7
<b>Total</b>	<b>1084</b>	<b>20,8</b>	<b>522</b>	<b>20,0</b>	<b>562</b>	<b>21,6</b>

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 20 son: San José 107 casos, Limón 66 casos, Alajuela 65 casos, Carrillo 50 casos y Puntarenas 44 casos.

**Tabla 3.**  
**Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 20, 2026.**

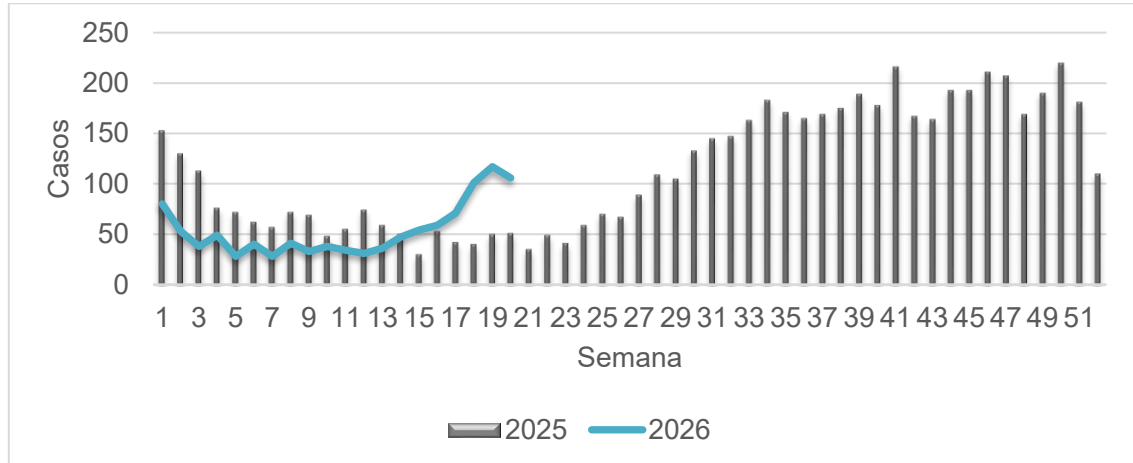
Cantón	Casos	Tasa
101: San José	107	30,2
701: Limón	66	71,9
201: Alajuela	65	19,7
505: Carrillo	50	99,0
601: Puntarenas	44	30,2
209: Orotina	43	169,1
110: Alajuelita	42	42,8
705: Matina	42	92,0
510: La Cruz	41	144,6
501: Liberia	40	48,5

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



**Gráfico 1.**

**Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 20, 2025-2026.**

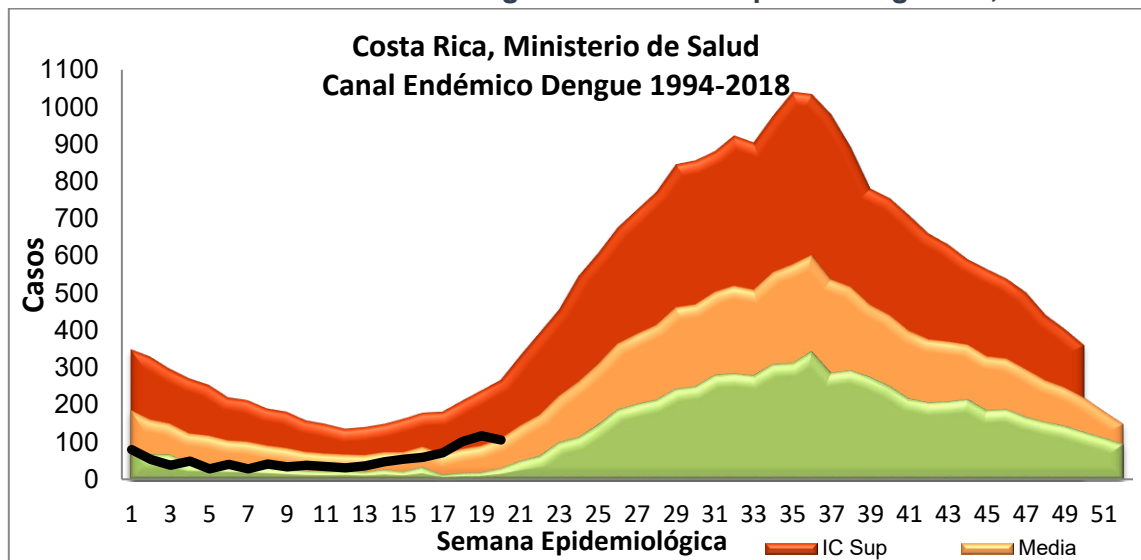


Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

En las últimas seis semanas epidemiológicas se ha observado un aumento significativo en el número de casos notificados. Sin embargo, en comparación con el total acumulado para el año 2025 en este mismo periodo —cuando se notificaron 1356 casos—, se evidencia una reducción del 20% en los casos acumulados.

**Figura 2.**

**Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 20, 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 1 de junio se reportan 2 personas hospitalizadas con dengue: 1 en el Hospital San Francisco de Asís y 1 en el Hospital Víctor Manuel Sanabria.

### **Chikungunya**

A la semana epidemiológica 20 se notifica un total de 10 casos confirmados por PCR, de estos, 8 clasificados como importados.

**Tabla 4.**

**Costa Rica: Casos de chikungunya por localidad notificados a la semana epidemiológica 20, 2026**

<b>Localidad</b>	<b>Casos</b>
Esparza	2
Carrillo	1
Heredia	1
Alajuelita	1
Tibás	1
Uruca	1
San Ramón	2
Alajuela	1
Total	10

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



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

Actualización a la semana epidemiológica 20 del 2026

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

A semana epidemiológica (SE) 20 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. SE20, 2026.**

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

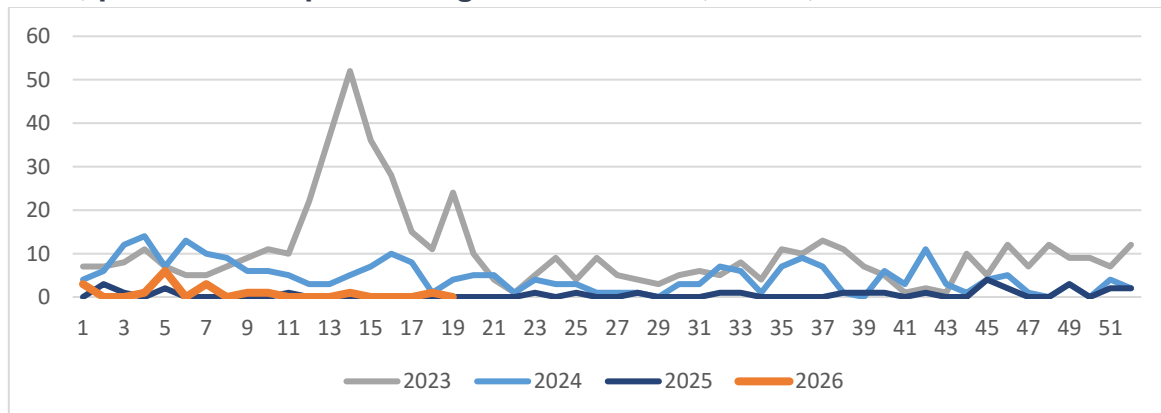
\*Datos acumulados a la SE20-2026.

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, SE 20, 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
- 4 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 41 casos de malaria de todas las clasificaciones al cierre de la SE 20-2026.

**Tabla 2.**

**Resumen de casos de malaria por región, clasificación epidemiológica, especie y lugar de detección. Costa Rica, semana epidemiológica 20, 2026.**

Región	Total de casos	Clasificación Epidemiológica	Numero de casos	Especie	Foco/Localidad de detección
Huetar Norte	35	<i>Autóctono</i>	7	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=5) Los Chiles (N=2)
		<i>Introducido</i>	8	<i>P. vivax</i>	Crucitas
		<i>Importado</i>	18	<i>P. vivax</i> (N=16) <i>P. falciparum</i> (N=2)	Crucitas
		<i>En Estudio</i>	2	<i>P. vivax</i>	Crucitas (N=1) Fortuna (N=1)
Huetar Caribe	3	<i>Autóctono</i>	1	<i>P. falciparum</i>	Matina
		<i>Importado</i>	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en Puerto Viejo, Talamanca



# MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

		<i>En Estudio</i>	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en Puerto Viejo, Talamanca
Central Norte	2	<i>Autóctono</i>	1	<i>P. vivax</i>	<i>Detectado en Horquetas, Sarapiquí.</i>
		<i>En Estudio</i>	1	<i>P. vivax</i>	Guácimo, Alajuela
Central Occidente	1	<i>Recaída de un caso importado del 2025</i>	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en San Ramón
Chorotega	1	<i>En Estudio</i>	1	<i>P. vivax</i>	Abangares
<b>Total, país</b>	<b>41 casos*</b>	<p> <span>✈️ Importados 19</span> <span>🏠 local (autóctonos + introducidos) 17</span> <span>🔄 Recaída 1</span> <span>🔍 En investigación 4</span> </p>			

*\*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

**Tabla 3.**

**Resumen de casos de malaria por región y clasificación epidemiológica. Costa Rica, semana epidemiológica 20, 2026.**

Clasificación	Central Norte	Central Occidente	Huetar Caribe	Huetar Norte	Total
Autóctono	1	0	1	7	9
Introducido	0	0	0	8	8
Importado	0	0	1	18	19
Recaída	0	1	0	0	1
Pendiente	1	0	1	2	4
<b>Total general</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>41</b>

**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 47.153 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 **732 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 31.833 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

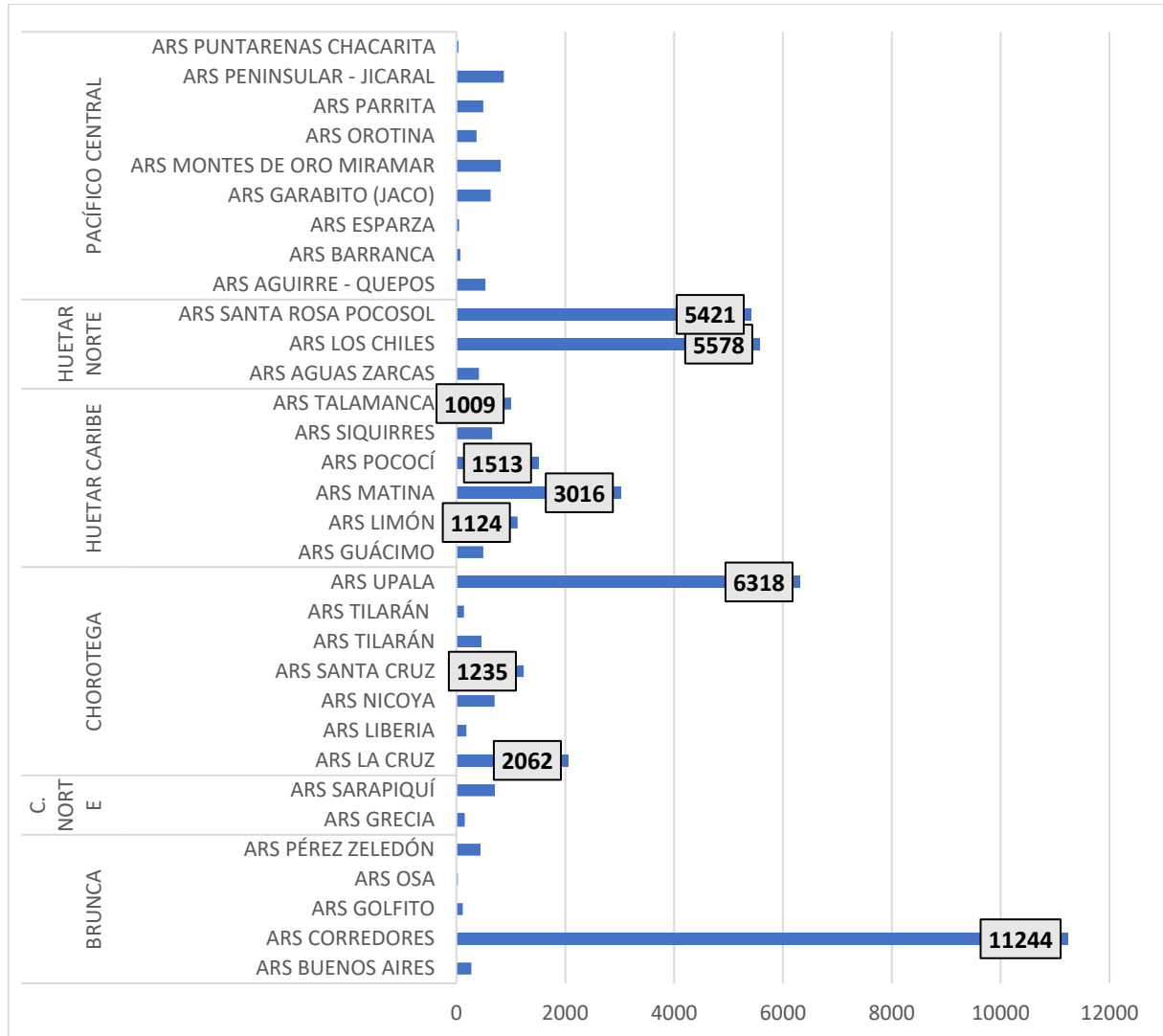
- 28.122 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 3.557 exámenes de gota gruesa,
- 154 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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.



**Figura 2.**

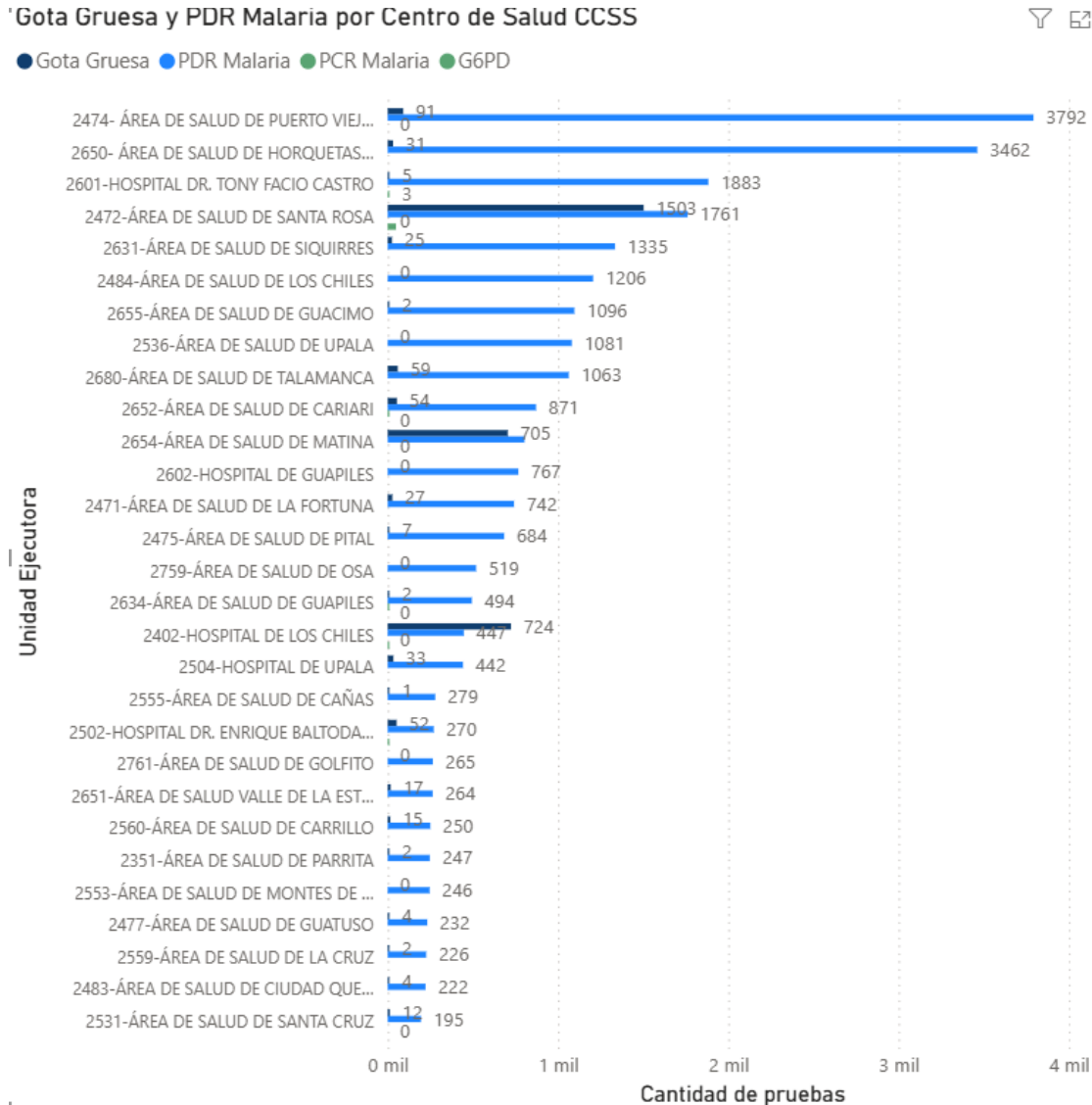
**Costa Rica: Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica actual.**



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



**Figura 3.**  
**Costa Rica: Distribución de Gota Gruesa, PDR y PCR para malaria realizadas por Centro de Salud CCSS – SE 20.**



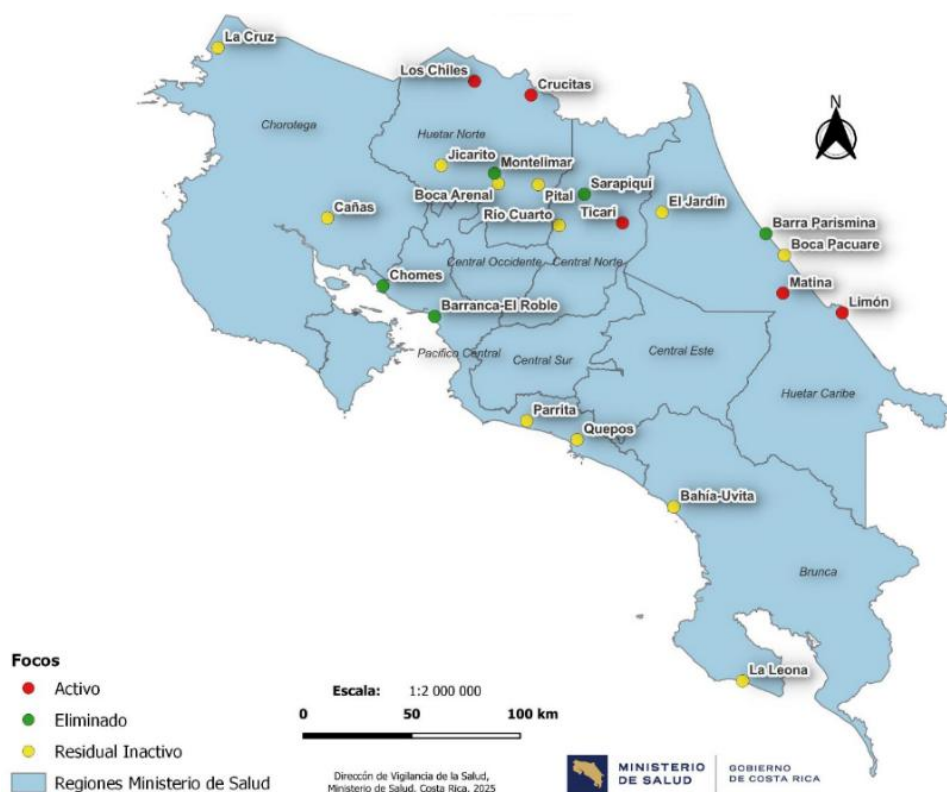
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social



## 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 4.**  
**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 a la semana epidemiológica 20

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 20 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

### Cuadro 1.

#### Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 20

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	5.506
Viviendas positivas	310
Depósitos tratados	34.501
Depósitos eliminados	10.062
Depósitos positivos	556
Viviendas fumigadas	9.645

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

### Cuadro 2.

#### Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 20 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	237.271
Viviendas positivas	8.649
Depósitos tratados	816.356
Depósitos eliminados	389.517
Depósitos positivos	14.666
Viviendas fumigadas	219.083

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 20 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 20 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) 20 son un total de 4005.
- 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 20, en Costa Rica, 2026.**



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

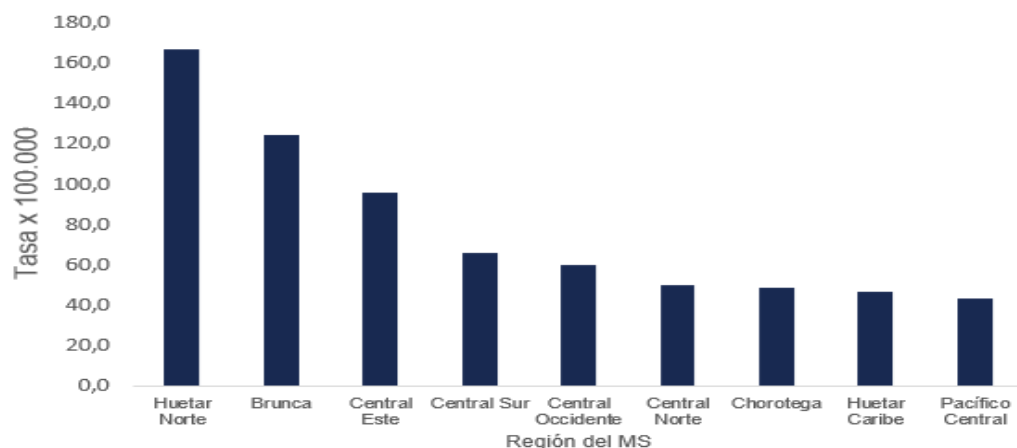


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 20, 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 20 del 2026, en Costa Rica.**



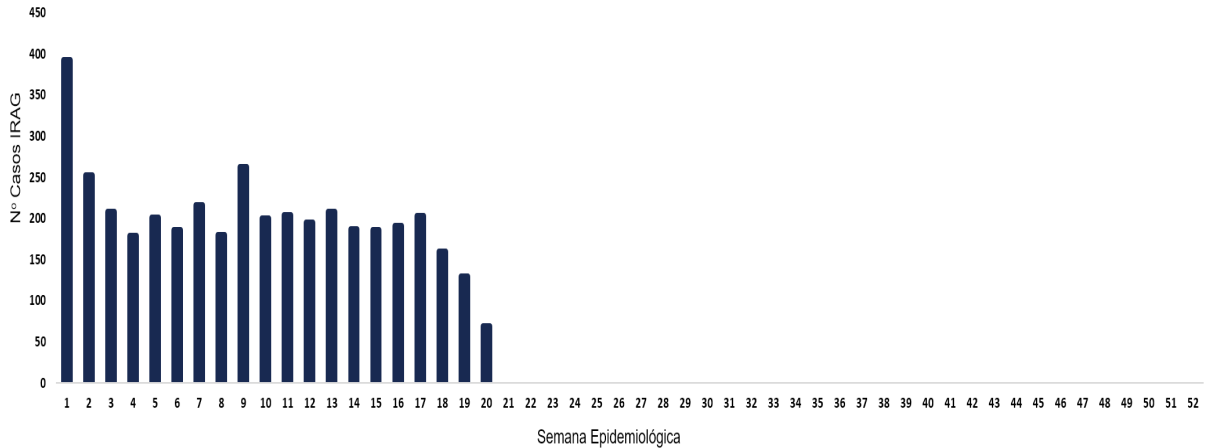
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 20 del año 2026.



**Gráfico 3.**

**Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 20, en Costa Rica, 2026.**

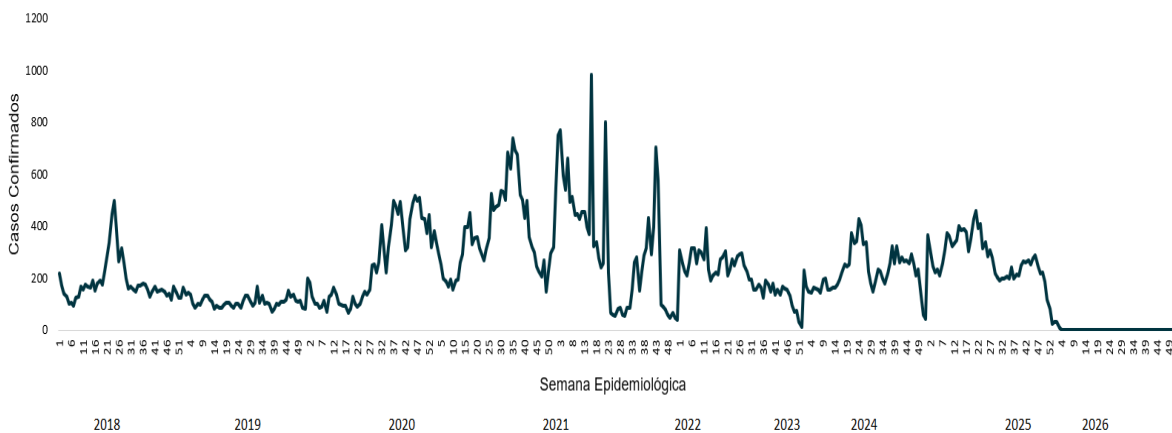


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.**

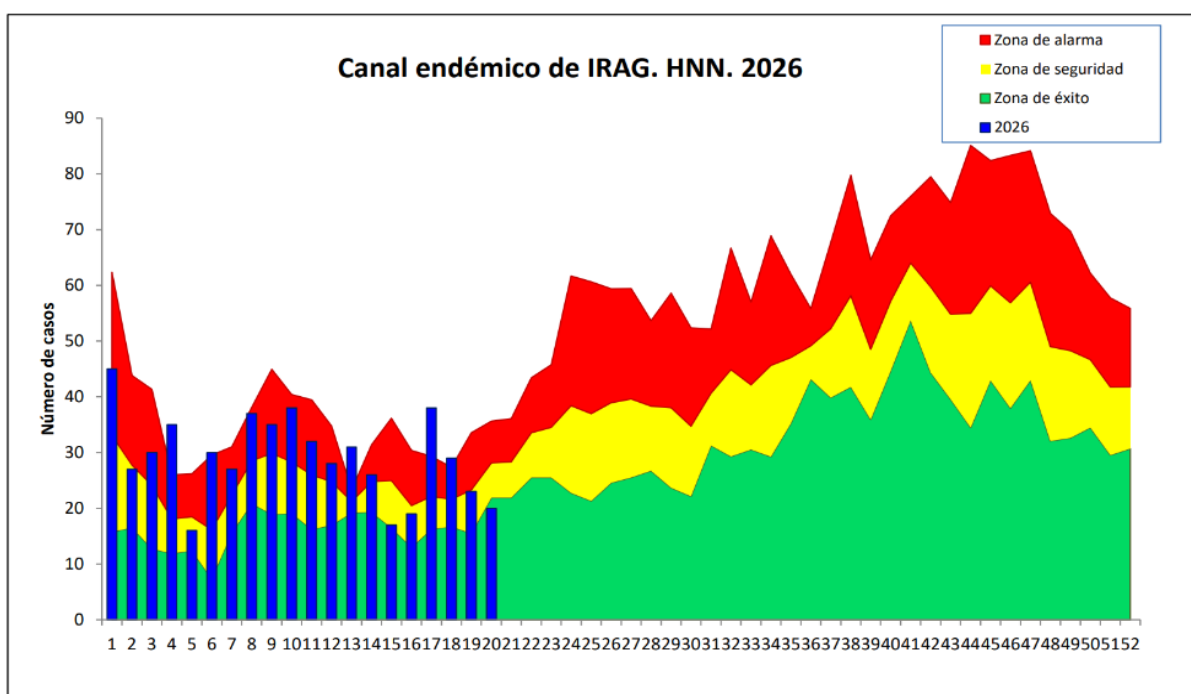


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-20 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de éxito, 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.

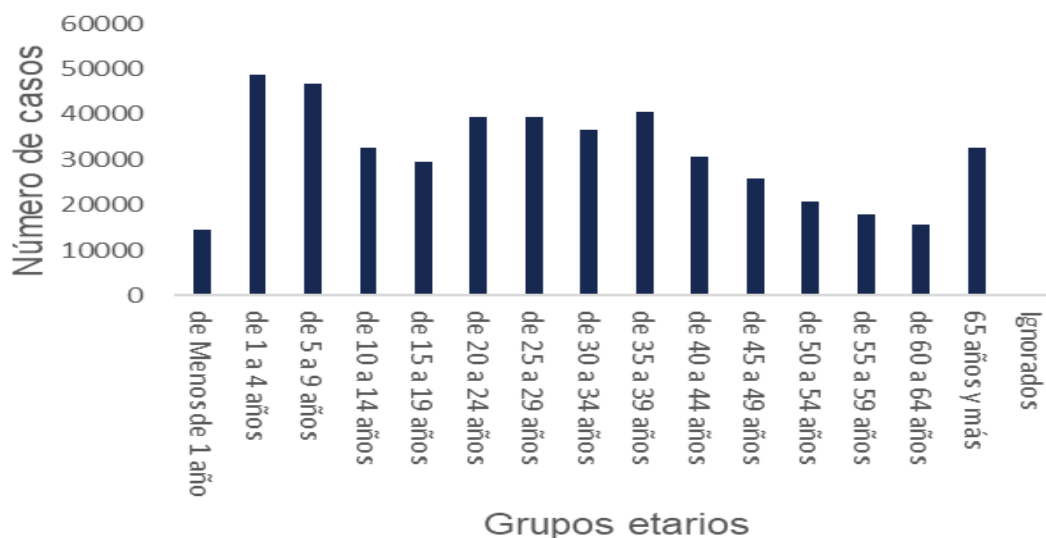
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 20 son 525508.
- 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 20, en Costa Rica, 2026.**



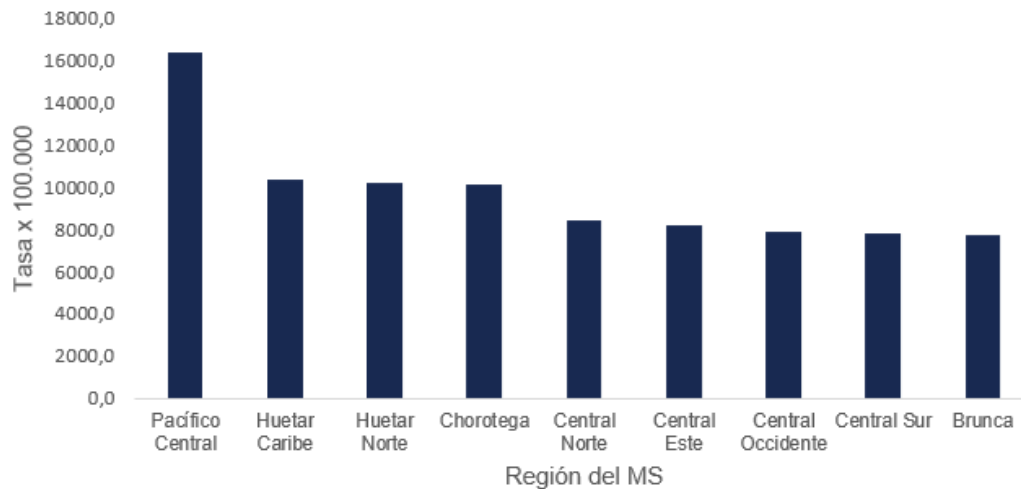
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 20, 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 20 del 2026, en Costa Rica.**

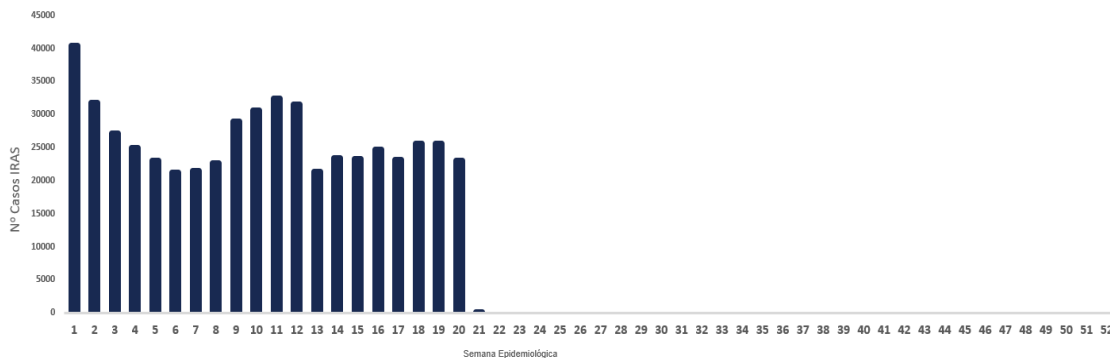


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 20 del año 2026.

**Gráfico 8.**

**Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 20, en Costa Rica, 2026.**

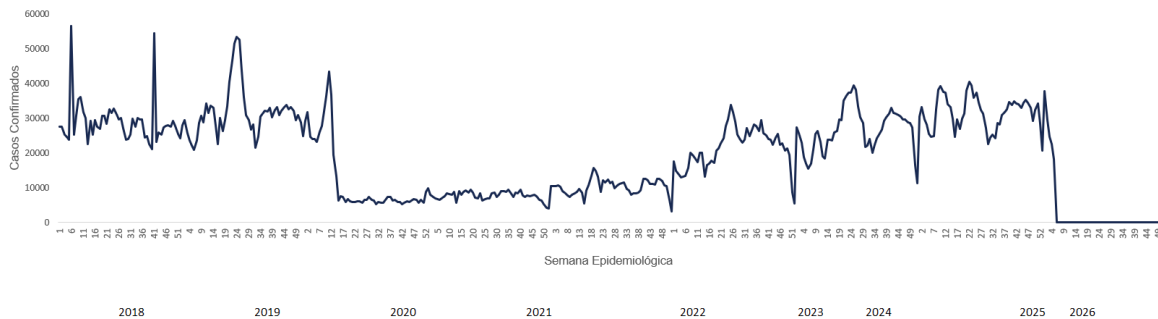


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

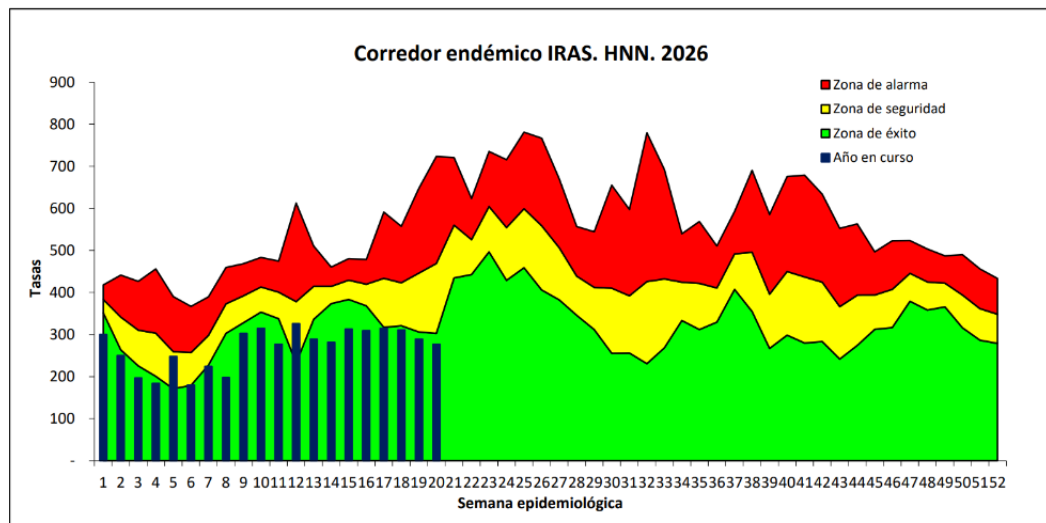
**Gráfico 9.**  
**Distribución histórica de casos de IRAS por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.**



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 20 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

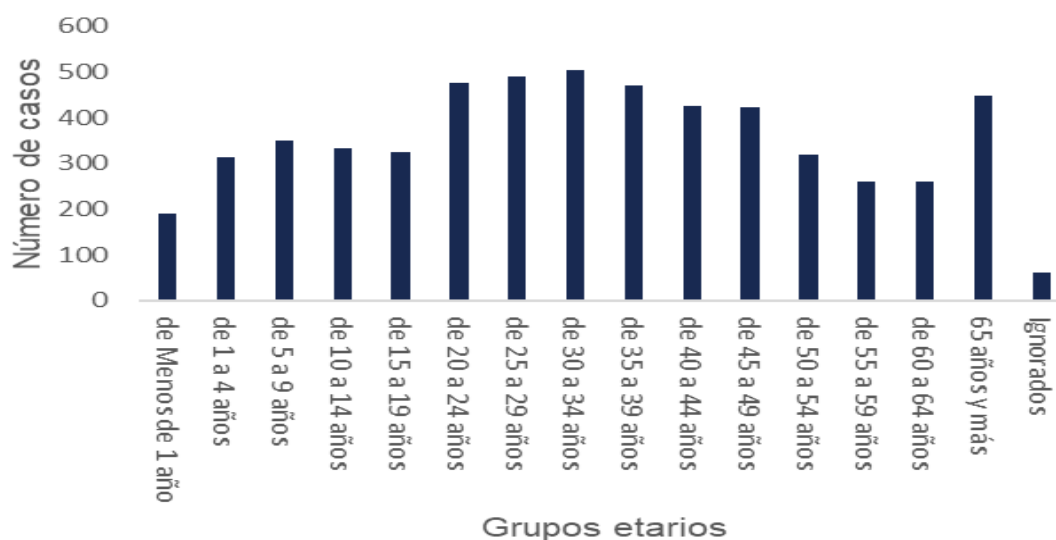


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 20 son  $n= 6115$ .
- 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 20, en Costa Rica, 2026.**



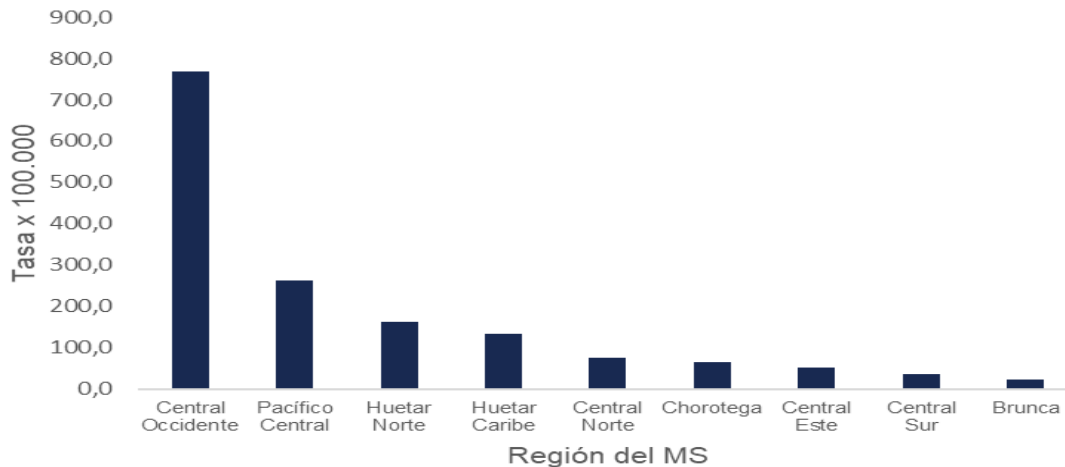
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 20, 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 20 del 2026, en Costa Rica.**

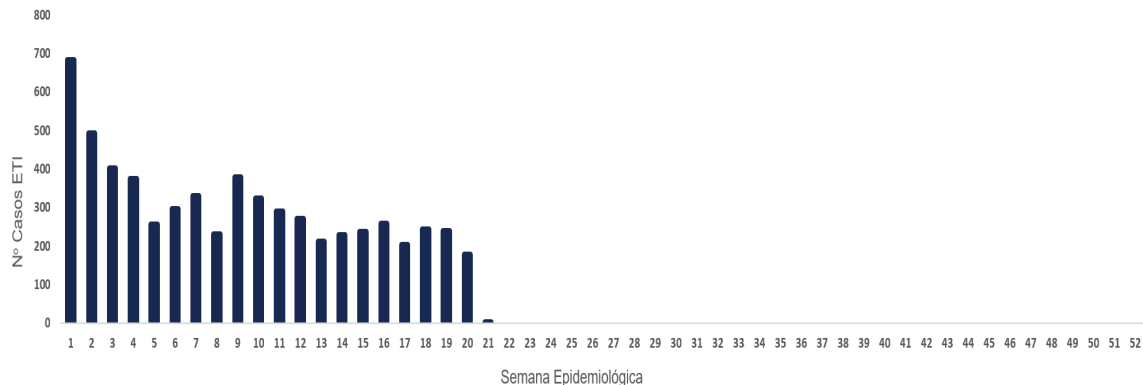


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 20, en Costa Rica, 2026.**



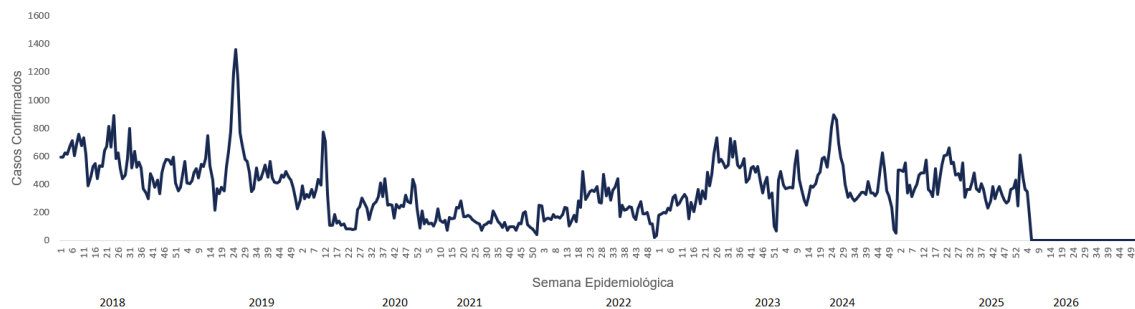
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.**

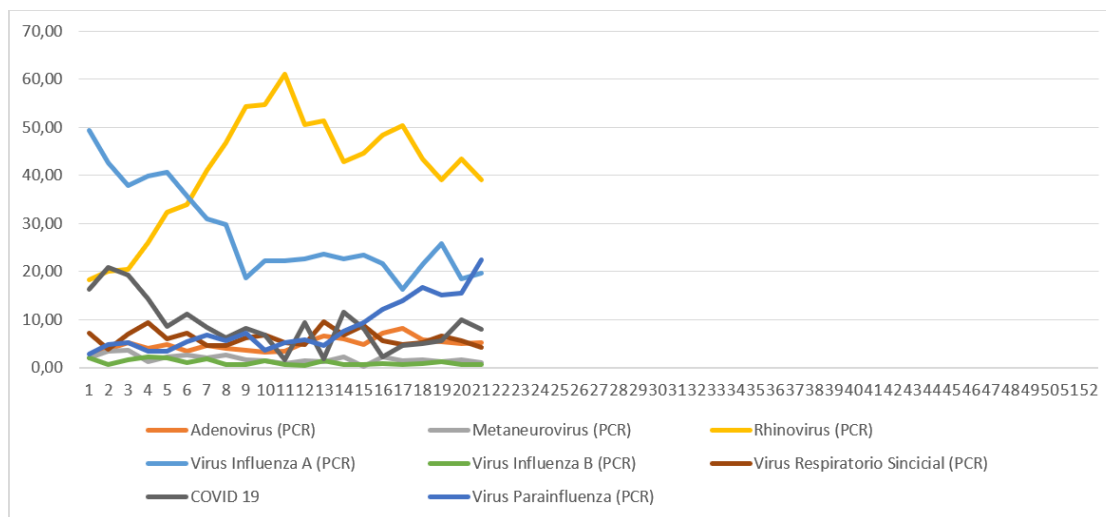


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 21 del 2026; para la SE-21, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del virus de Parainfluenza y finalmente el virus de Influenza A está en tercer lugar de circulación.



**Gráfico 15.**  
**Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 21 en Costa Rica, 2026.**

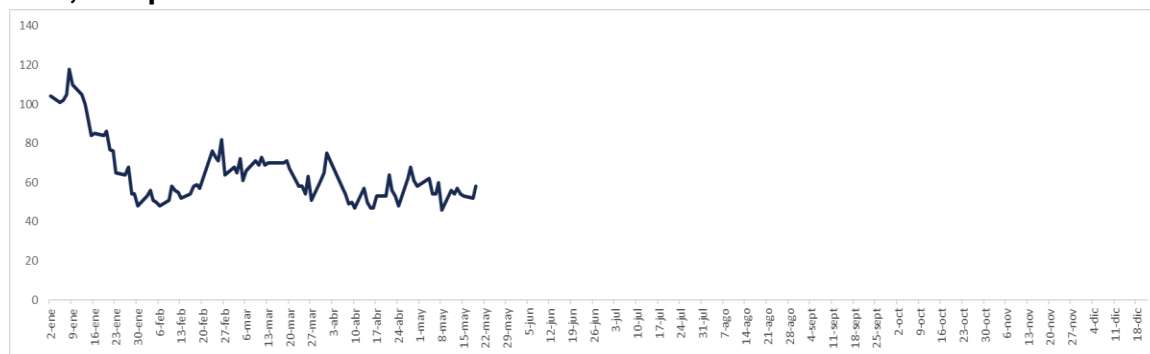


Fuente: Matriz de Resultados de Laboratorio CCSS, Subárea de Vigilancia Epidemiológica 2026.

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 1 de junio del año en curso, correspondiente a la semana 22, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 46, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 68.65%%.

**Gráfico 16.**  
**Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 22 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.**



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.

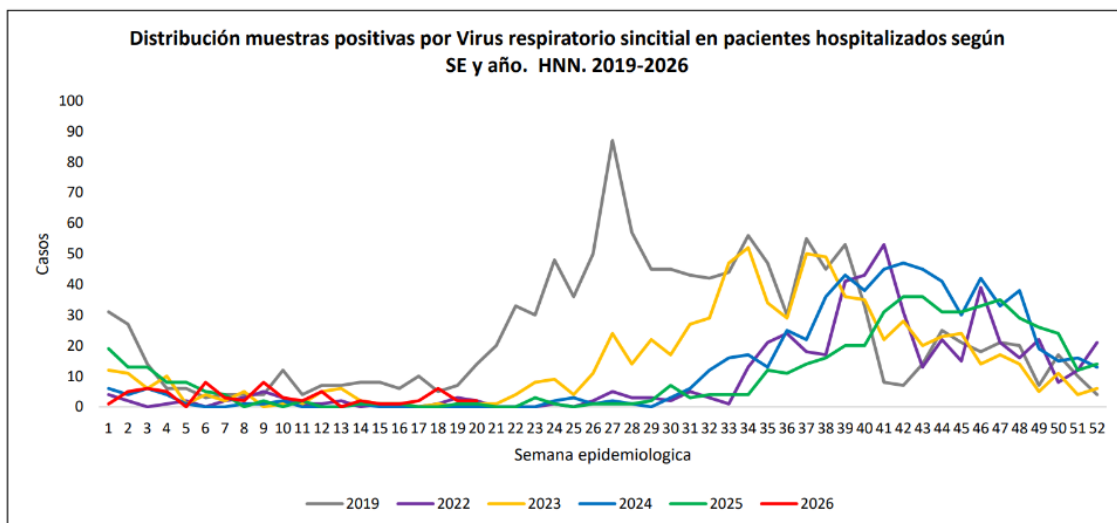


**Tabla 1.**  
**Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-20. Año 2026.**

<b>Virus</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Rhinovirus	<b>443</b>	<b>61.2</b>
Adenovirus	<b>80</b>	<b>11.0</b>
Influenza A-B	<b>63</b>	<b>8.7</b>
Virus respiratorio sincitial	<b>64</b>	<b>8.8</b>
Parainfluenza	<b>59</b>	<b>4.7</b>
Metaneumovirus	<b>10</b>	<b>2.2</b>
Coronavirus	<b>3</b>	<b>0.4</b>
SARS CoV-2	<b>2</b>	<b>0.3</b>
<b>Total</b>	<b>724</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.**



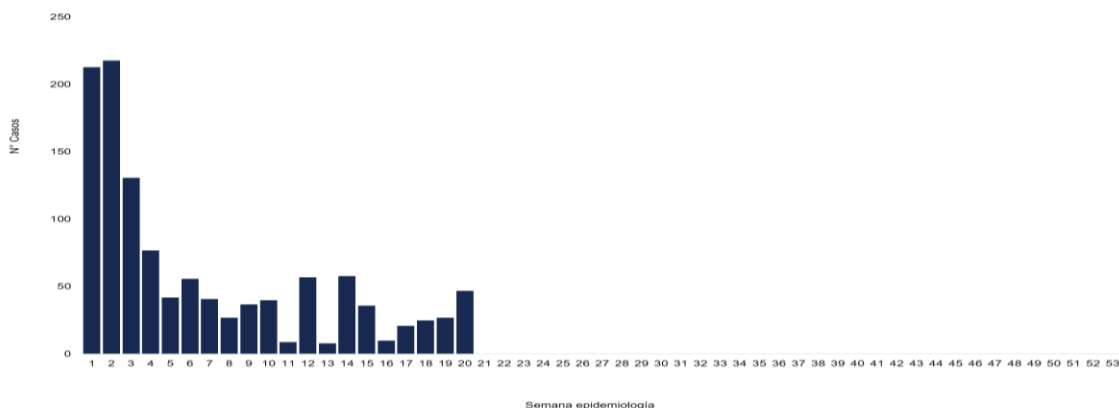
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.



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.**

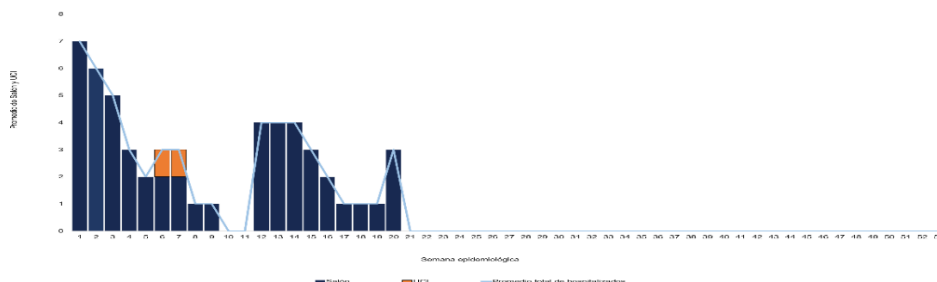


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

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.**



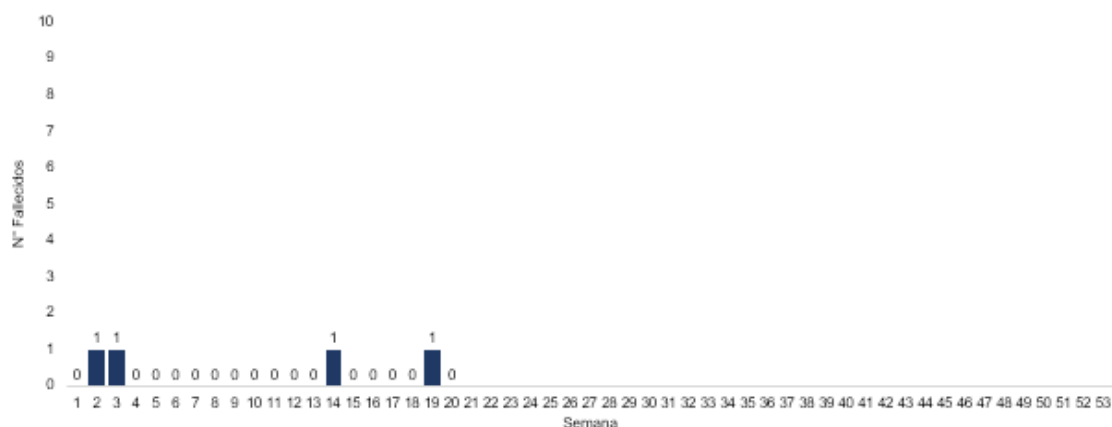
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



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.

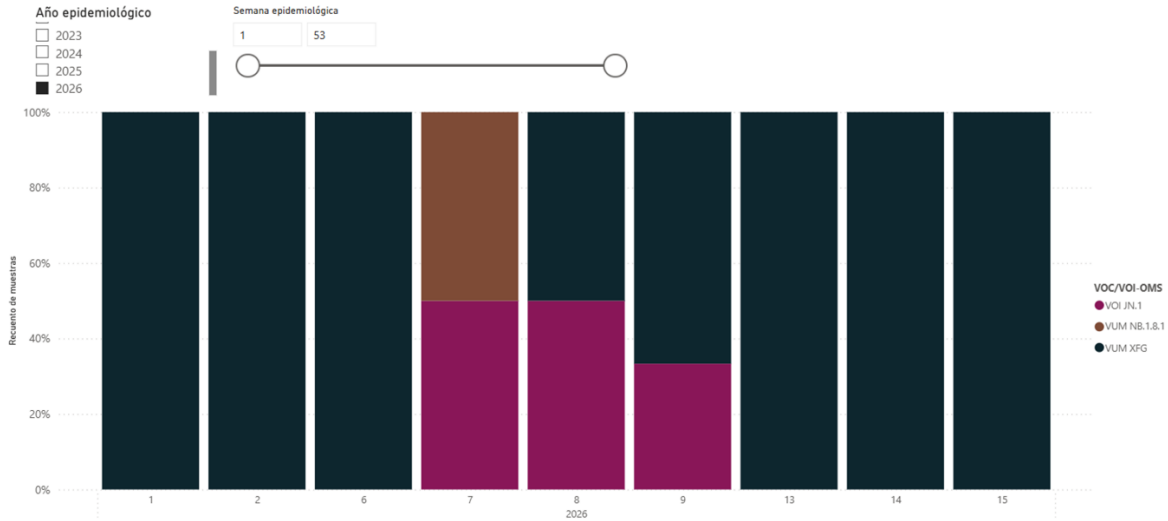
### Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 2 de junio 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 1 de junio 2026.**

### **Situación epidemiológica de EDA**

En la semana epidemiológica (SE) 20 del año 2026 se registran 195497 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para la SE 20 se presentan 8413 casos acumulados, lo que representa un 13% menos de casos en comparación con la SE-20 del año 2025 (9514 casos). 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-20, el comportamiento de EDA se mantiene dentro de los rangos observados en los últimos años, los cuales han presentado una elevada carga de casos. Este comportamiento debe interpretarse considerando las mejoras en la sensibilidad y cobertura del sistema de vigilancia del evento, que han contribuido a una mayor captación y notificación de casos. En este contexto, aunque se observan fluctuaciones y desviaciones temporales en la tendencia, estas se mantienen dentro de los patrones esperados para el comportamiento histórico reciente del evento.

No obstante, la EDA continúa bajo vigilancia epidemiológica intensificada, con seguimiento permanente de su tendencia temporal, distribución territorial y brotes asociados, con el fin de detectar oportunamente cualquier cambio relevante en su comportamiento epidemiológico.



## **Contexto climático 2026 y EDA**

El fenómeno El Niño 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 20 se observa que los años con condiciones 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 con tendencia a 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 climáticas más cálidas tienden a presentar una mayor carga de EDA, observándose diferencias que en algunas semanas epidemiológicas superan el 30% en comparación con años caracterizados por condiciones más lluviosas. Asimismo, considerando el rezago habitual de aproximadamente dos semanas en la notificación y consolidación de los casos, se espera un incremento adicional en el número de casos reportados para la SE 20 conforme se complete el proceso de registro de la información.

El aumento de casos observado durante el 2026 podría estar asociado a diversos factores ambientales y conductuales. Las temperaturas más cálidas favorecen la proliferación y supervivencia de bacterias, virus y otros microorganismos en los alimentos y el agua, acelerando además la descomposición de productos perecederos cuando no se mantienen en condiciones adecuadas de conservación y refrigeración.

Asimismo, las variaciones en la disponibilidad y calidad del agua pueden incrementar el riesgo de contaminación microbiológica, especialmente en comunidades con limitaciones en el acceso a agua segura o durante periodos de corte del servicio de los sistemas de abastecimiento.

A estos factores se suman prácticas inadecuadas de higiene, como el lavado insuficiente de manos antes de preparar alimentos, comer o después de utilizar



servicios sanitarios, así como deficiencias en la manipulación, almacenamiento y preparación de alimentos, que favorecen la contaminación cruzada y la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades diarreicas.

En conjunto, estas condiciones pueden contribuir a un aumento en la contaminación alimentaria y del agua, incrementando el riesgo de EDA en la población.

El monitoreo de las condiciones climáticas de El Niño se mantiene a fin de 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.

De acuerdo con el análisis del canal endémico y la información disponible hasta la SE 20, el comportamiento de la EDA muestra un incremento sostenido respecto a los valores esperados para varias semanas epidemiológicas (línea morada), observándose que la serie correspondiente al año 2026 se ubica transitoriamente por encima del límite superior del canal endémico e ingresa a la zona de alerta.

Los valores más elevados se registran aproximadamente entre las semanas epidemiológicas 12 y 15. No obstante, este comportamiento debe interpretarse considerando la variabilidad histórica del evento y el contexto epidemiológico reciente, en el que años previos asociados a condiciones climáticas más cálidas también han presentado incrementos similares en la incidencia de diarreas.

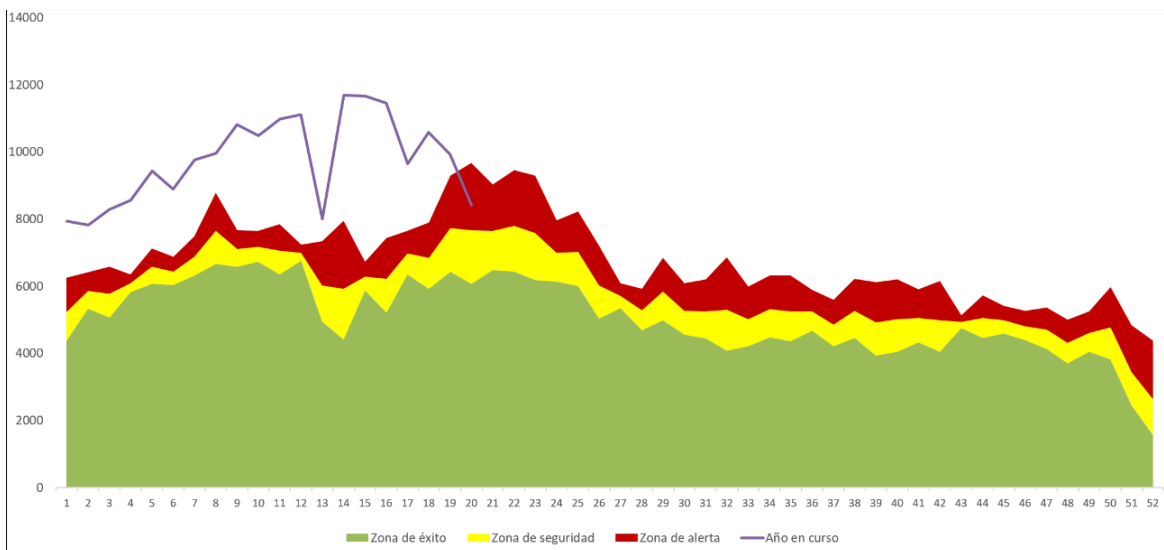
Si bien actualmente no existe evidencia suficiente para considerar una situación epidémica nacional generalizada, sí se observa un aumento relevante de casos y brotes que amerita vigilancia epidemiológica intensificada y seguimiento continuo.

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



### Gráfico 1

#### Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 20. 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 cantones con tasas de incidencia significativamente superiores al promedio nacional, destacando principalmente Flores (6720,5), Vásquez de Coronado (6480,5), Orotina (6648,9), Puntarenas (5961,1), Esparza (5884,0), San José (5660,9), Goicoechea (5586,8), Alajuelita (5577,8), Santa Cruz (5405,2), Montes de Oro (5822,3), Naranjo (5093,3), Mora (4978,4), Cañas (4995,7), Tarrazú (4924,5), Nandayure (4778,8), Garabito (4757,1), Parrita (4641,1), Abangares (4606,9), Matina (4545,3), Alajuela (4514,2), Quepos (4410,7), San Mateo (4314,3) y Aserrí (4146,0), los cuales presentan las tasas por 100 000 habitantes más elevadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como Zarcero (4112,5), Desamparados (4050,9), San Carlos (4024,1), Turrialba (3968,4), Barva (3943,8), Santo Domingo (3968,4), El Guarco (3790,6), Guatuso (3685,6), Upala (3639,6), Moravia (3660,7), Belén (3830,2), Grecia (3230,2), Cartago (3451,7), Liberia (2902,3) y Sarapiquí (2848,7)



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 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 se encuentran 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.

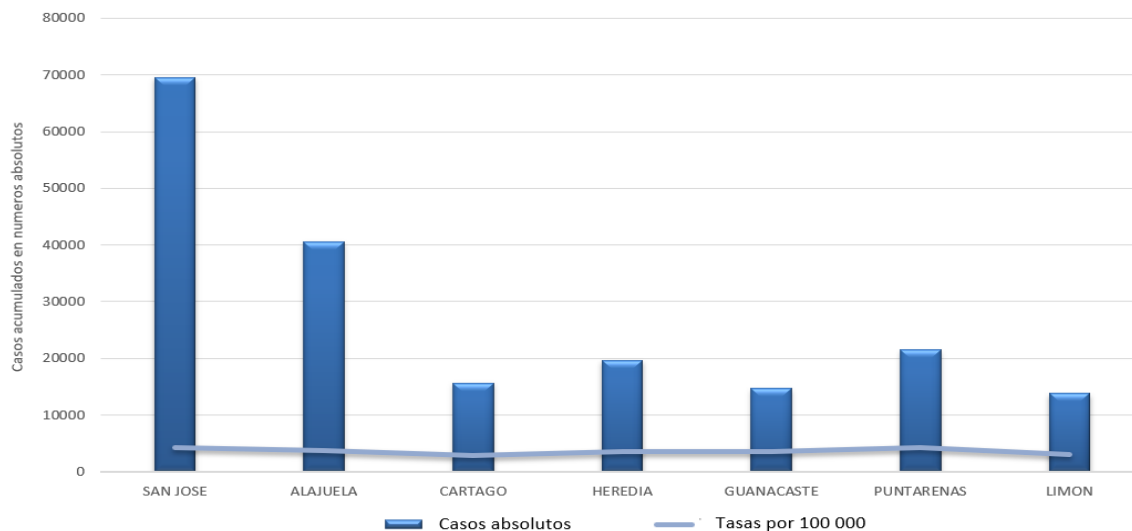
De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos Vásquez de Coronado, Alajuelita, Mora, San José, Goicoechea, Desamparados y Aserrí, donde la alta densidad poblacional, la concentración de servicios y la movilidad urbana podrían influir en los niveles de incidencia observados.

En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registran en Puntarenas (4230,7), San José (4174,9) y Alajuela (3749,2), seguidas de Heredia (3568,7) y Guanacaste (3513,1), 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 (3020,4) y Cartago (2935,9) presentan tasas relativamente menores en comparación con el resto de las provincias analizadas, aunque continúan aportando una carga importante de casos al comportamiento nacional del evento.



## Gráfico 2

### Costa Rica. Incidencia de casos de EDA, según provincia. SE 20, 2026



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

La distribución por grupos de edad muestra un patrón bimodal en la afectación de la EDA, con una mayor incidencia en la población infantil menor de 5 años y en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se observan en el grupo de 20 a 24 años (6550,3 por 100 000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (5959,3), 25 a 29 años (5888,2) y los menores de 1 año (5427,1). Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor exposición a factores de riesgo asociados a la transmisión de agentes infecciosos, tanto en entornos domiciliarios como comunitarios. A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas de incidencia,

Según sexo, se evidencia una mayor afectación en la población femenina, con una tasa general de 7480,3 por 100 000 habitantes, en comparación con 3455,4 en hombres. Esta diferencia se mantiene en prácticamente todos los grupos etarios, especialmente entre los 20 y 39 años, donde las mujeres presentan las tasas más elevadas del evento. Asimismo, en la población infantil menor de 5 años también se observan tasas superiores en mujeres respecto a hombres.

Este comportamiento resalta la importancia de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y promoción de prácticas seguras de higiene, calidad del agua e inocuidad de los alimentos, priorizando especialmente a la población infantil y a los adultos jóvenes.



## **Recomendaciones a la población**

Ante el aumento sostenido de casos de 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

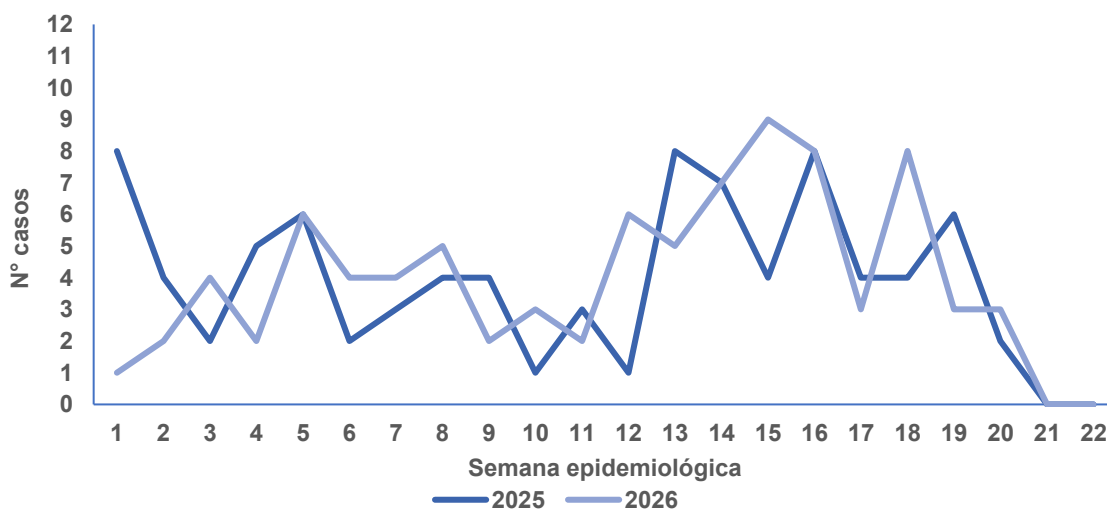
La meningitis es una peligrosa inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, causada principalmente por una infección bacteriana o vírica. La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias 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 20 del año 2026, se han reportado 87 casos por boleta VE01 por sospecha de meningitis y en el año 2025 se reportaron 86 casos de meningitis respecto a la misma semana, lo que representa un aumento del 1,1%. 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% (21/87), seguido de las regiones Central Este y Central Norte con 16,1% (14/87) y la región Chorotega con el 13,8% (12/87). 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 20, 2026**



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

En la siguiente tabla se presentan los 15 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).



**Tabla 1.**

**Costa Rica: Casos notificados de meningitis según 15 cantones prioritarios, acumulado a la semana epidemiológica 20, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)**

Cantón	Casos	Tasa
Talamanca	5	10,7
Abangares	2	9,9
Limon	9	9,8
León Cortes	1	7,4
Liberia	6	7,3
La Cruz	2	7,1
Montes de Oro	1	6,7
Turrialba	4	5,9
Vázquez de Coronado	4	5,5
Pococí	8	5,1
Alajuelita	5	5,1
Guácimo	3	5,1
Flores	1	4,5
San Carlos	9	4,2
San José	14	4,0

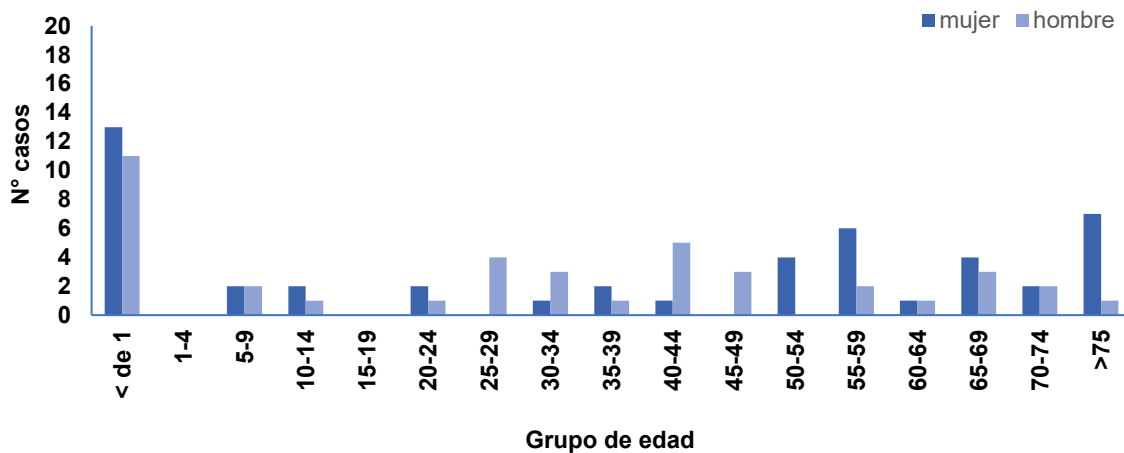
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 45,9% (40/87) corresponde a hombres y el 54,0 (47/87) a mujeres. El 27,5% (24/87) 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 20, 2026



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



## 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.

El comportamiento de la tuberculosis en Costa Rica durante el período 2010-2025 evidencia una tendencia descendente sostenida de la incidencia hasta antes de la pandemia por COVID-19, seguida de una disminución marcada durante los años de emergencia sanitaria y un posterior incremento asociado al fortalecimiento de las estrategias de búsqueda activa de casos. Entre 2010 y 2017, la tasa de incidencia pasó de 11,7 a 7,2 casos por 100.000 habitantes, mientras que el número de casos disminuyó de 533 a 354, reflejando avances importantes en las acciones de prevención, diagnóstico y control de la enfermedad.

A partir de 2022 se evidencia una recuperación progresiva de la incidencia, alcanzando una tasa de 7,7 casos por 100.000 habitantes. Este incremento se hace más evidente a partir de 2023, año en que se intensificaron las acciones establecidas en el Plan de Acción para la Eliminación de la Tuberculosis, particularmente las estrategias de búsqueda activa de casos en poblaciones vulnerables y grupos de mayor riesgo. Como resultado de estas intervenciones, se observó un aumento en el número de casos diagnosticados y notificados, pasando de 404 casos en 2022 a 510 en 2025. En este contexto, el incremento de la



incidencia debe interpretarse no solo como un posible aumento de la carga de enfermedad, sino también como un reflejo de la mejora en la capacidad del sistema para identificar casos previamente no diagnosticados o detectados tardíamente. Este comportamiento es consistente con lo esperado cuando se fortalecen las actividades de tamizaje, investigación de contactos y búsqueda activa en comunidades y poblaciones prioritarias.

En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, durante la mayor parte del período analizado se observó un comportamiento relativamente estable. Entre 2010 y 2024 las tasas oscilaron entre 0,6 y 0,9 defunciones por 100.000 habitantes, con un número anual de fallecimientos que fluctuó entre 29 y 42 casos. No obstante, en 2025 se registró un incremento tanto en la tasa como en el número de defunciones, alcanzando 1,0 defunciones por 100.000 habitantes y 51 fallecimientos, constituyéndose en el valor más alto de la serie histórica analizada.

**Tabla 1.**

**Costa Rica: Incidencia y mortalidad por tuberculosis por cada 100.000 habitantes, 2010-I trimestre 2026**

Año	Incidencia		Mortalidad	
	tasa (p/100.000 habitantes)	Casos	tasa (p/100.000 habitantes)	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



# MINISTERIO DE SALUD

---

GOBIERNO DE COSTA RICA

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	9.8	510	1,0	51
2026*	2,5	129		

---

\*\*Datos del I trimestre 2026

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

Con respecto al I trimestre del 2026 se registraron 129 casos de tuberculosis, de los cuales el 62,7% correspondieron a hombres (81/129) y el 37,2% a mujeres (48/129), evidenciando un predominio masculino.

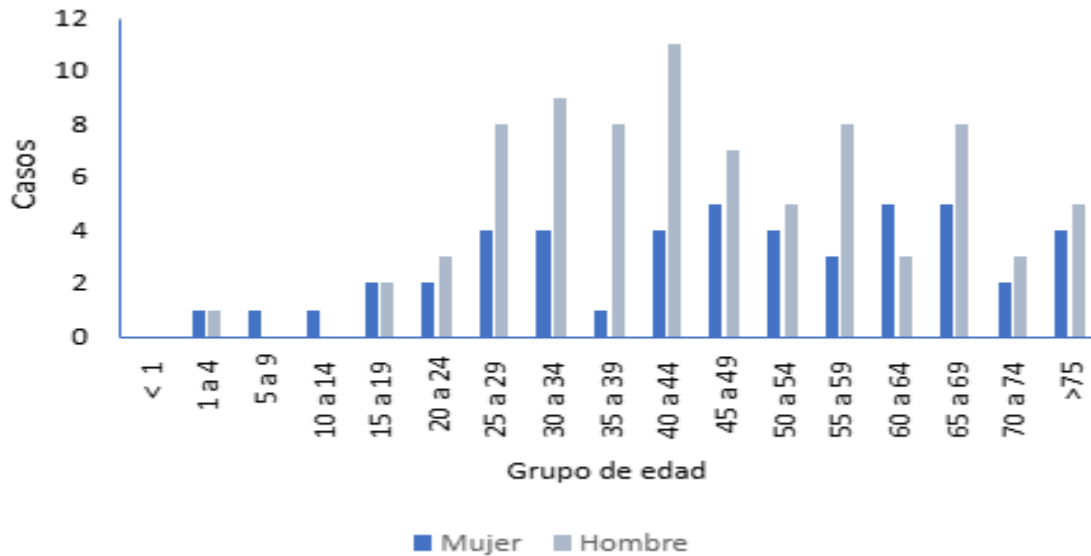
La distribución de casos muestra una clara concentración en la población adulta, especialmente entre los 25 y 69 años. Se observa un predominio del sexo masculino en la mayoría de los grupos de edad, alcanzando su mayor frecuencia en el grupo de 40 a 44 años. En contraste, los menores de 20 años presentan pocos casos, lo que indica una baja afectación en la población infantil y adolescente.

Asimismo, destaca la presencia de casos en adultos mayores, particularmente en hombres de 70 años y más, lo que evidencia que la enfermedad también afecta de manera importante a las edades avanzadas.



**Gráfico 1.**

**Costa Rica: Casos de tuberculosis según sexo y grupo de edad quinquenal, números absolutos, I trimestre 2026**



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

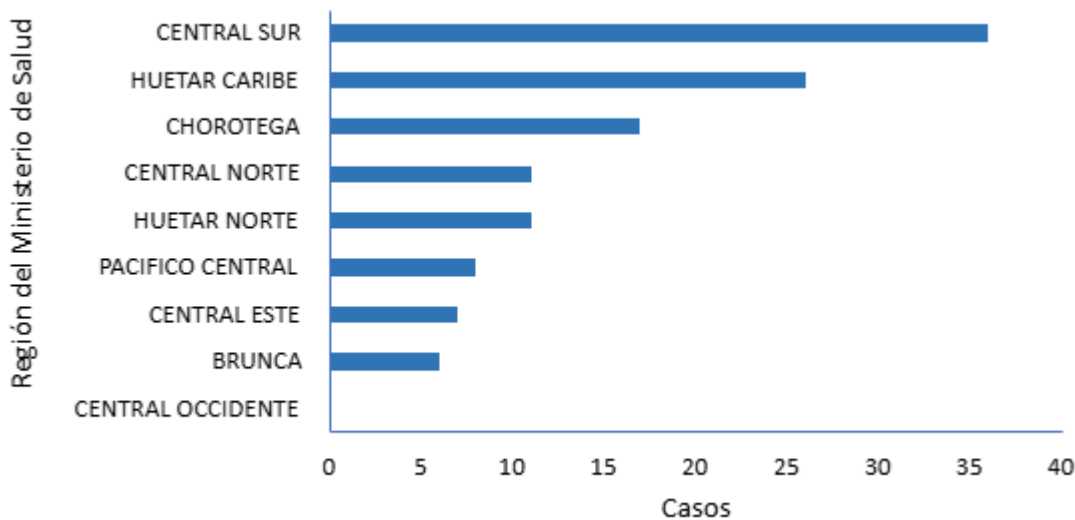
La distribución regional muestra una clara concentración territorial de la enfermedad.

La Región Central Sur aportó el mayor número de casos con el 49,9% (36/129), seguida por Huetar Caribe con el 20,1% (26/129) y Central Norte con 13,9% (18/129).



**Gráfico 2.**

**Costa Rica: Casos notificados de tuberculosis según Región, I trimestre 2026.**



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

Los 15 cantones con las tasas de incidencia de tuberculosis más elevadas evidencian una concentración geográfica de la enfermedad en territorios específicos del país. Destacan los cantones de Talamanca (10,7 por 100.000 habitantes), Abangares (9,9) y Limón (9,8), cuyas tasas superan ampliamente la tasa nacional (2,5 por 100,000 habitantes) alcanzando valores cercanos al triple de esta.



**Gráfico 3.**

**Costa Rica: 15 cantones con tasas más altas de incidencia de tuberculosis, I trimestre 2026.**

Cantón	casos	tasa
Talamanca	5	10,7
Abangares	2	9,9
Limón	9	9,8
León Cortés	1	7,4
Liberia	6	7,3
La Cruz	2	7,1
Montes de Oro	1	6,7
Turrialba	4	5,9
Vázquez de Coronado	4	5,5
Pococí	8	5,1
Alajuelita	5	5,1
Guácimo	3	5,1
Flores	1	4,5
San Carlos	9	4,2
San José	14	4,0

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



## **Infecciones de transmisión sexual**

La notificación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de carácter obligatorio, según lo establecido en el Decreto N° 40556-S. En este marco, la vigilancia epidemiológica semanal de las ITS constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de tendencias, la detección temprana de variaciones en la incidencia y la activación oportuna de medidas de control.

En cumplimiento de este mandato, se presenta el informe correspondiente al comportamiento de la sífilis en todas sus formas, gonorrea, la infección por el virus del herpes simple durante las primeras veinte semanas del año 2026.

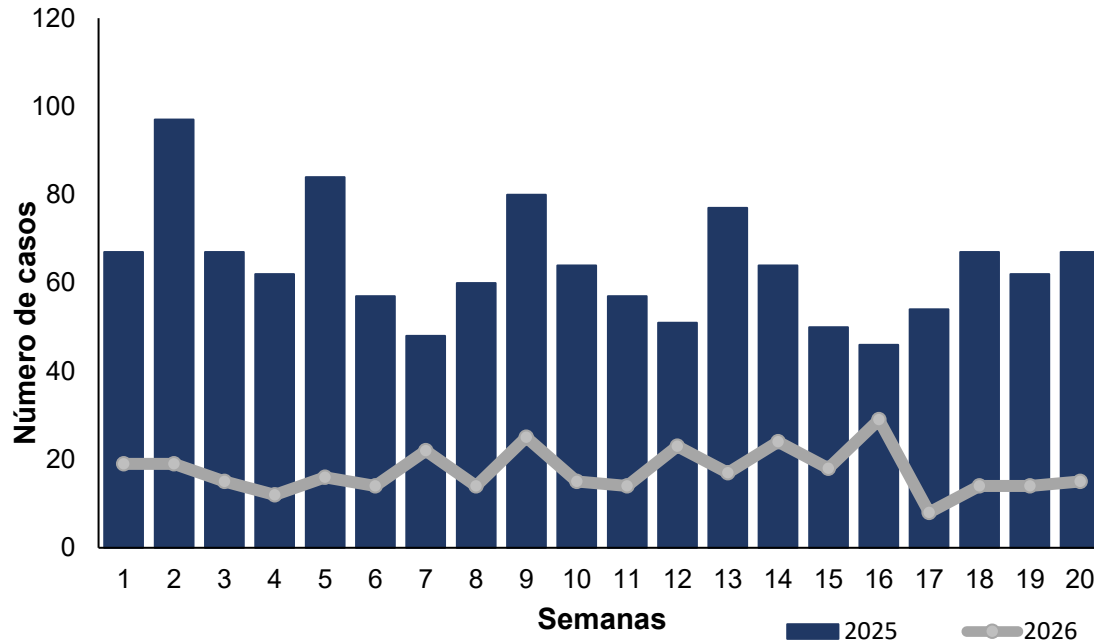
### **Sífilis en todas sus formas**

Al cierre de la semana epidemiológica 20 de 2026 se notifican 1.306 casos, en comparación con los 1.019 casos registrados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 287 casos y una variación porcentual positiva del 28,2%. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la ocurrencia del evento bajo vigilancia, reflejando una mayor carga de enfermedad respecto al año anterior. La magnitud del aumento observada hasta la semana 20 refuerza la necesidad de mantener el seguimiento epidemiológico, monitorear la distribución de los casos para identificar posibles grupos o áreas geográficas con mayor afectación. En el Gráfico 1, se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.



**Gráfico 1.**

**Costa Rica: Casos notificados por sífilis en todas sus formas, según fecha de inicio de síntomas en el reporte semanal, en los años 2025 y 2026**



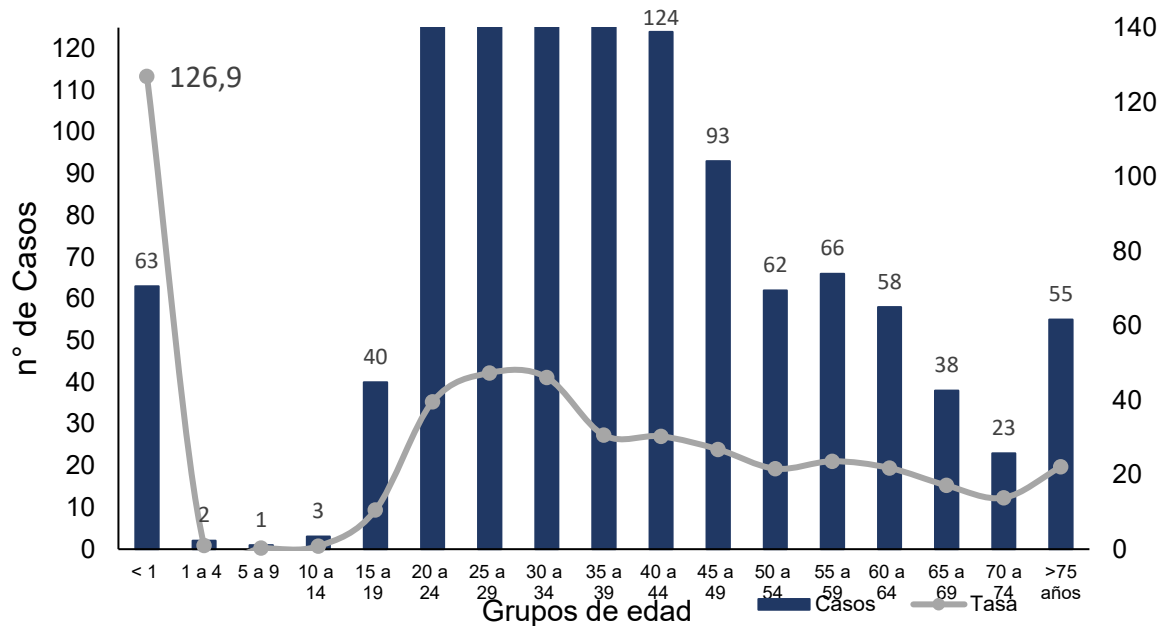
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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



**Gráfico 2.**

**Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas por grupos de edad, en semanas epidemiológicas 1 a 20 del 2026, según tasa por 100 000 habitantes**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados.

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

Para la semana epidemiológica 20, la distribución de casos por grupo de edad muestra una mayor afectación en la población adulta joven. Los grupos de 30 a 34 años y 25 a 29 años concentran el mayor número de casos, con 199 y 195 casos, respectivamente, y tasas de 46,1 y 47,3 por 100.000 habitantes. Les siguen los grupos de 20 a 24 años (150 casos; tasa 39,6), 35 a 39 años (134 casos; tasa 30,6) y 40 a 44 años (124 casos; tasa 30,3), evidenciando que la carga de la enfermedad se concentra principalmente entre los 20 y 44 años.

Asimismo, destaca la elevada tasa observada en menores de un año (126,9 por 100.000 habitantes), con 63 casos registrados, lo que refleja la persistencia de la transmisión materno infantil, en parte esto se explica debido a la disminución sostenida de la natalidad en Costa Rica durante los últimos años, por lo que cualquier aumento o incluso un número moderado de casos produce un incremento



importante de la tasa; se suma a esto y la importancia de fortalecer las estrategias de detección y tratamiento oportuno durante el embarazo.

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 20 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes**

Provincia	Casos	Tasa
Total	1306	25
San José	563	33,8
Alajuela	168	15,5
Cartago	157	29,4
Heredia	99	18
Guanacaste	40	9,6
Puntarenas	84	16,5
Limón	195	42,6

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

Para la semana epidemiológica analizada se registran 1.306 casos, lo que corresponde a una tasa nacional de 25 por 100.000 habitantes. La distribución por provincia evidencia una importante concentración de casos en San José, con 563 casos y una tasa de 33,8, representando más del 40% del total nacional. No obstante, la mayor tasa de incidencia se observa en Limón (42,6) con 195 casos, lo que indica una afectación proporcionalmente más alta de su población. Asimismo, Cartago presenta una tasa elevada de 29,4, superior al promedio nacional, mientras que Heredia (18,0), Puntarenas (16,5) y Alajuela (15,5) muestran tasas intermedias. Por su parte, Guanacaste registra la menor carga de enfermedad, con 40 casos y una tasa de 9,6 por 100.000 habitantes. Estos resultados reflejan una distribución heterogénea del evento, con una mayor concentración e intensidad en las provincias



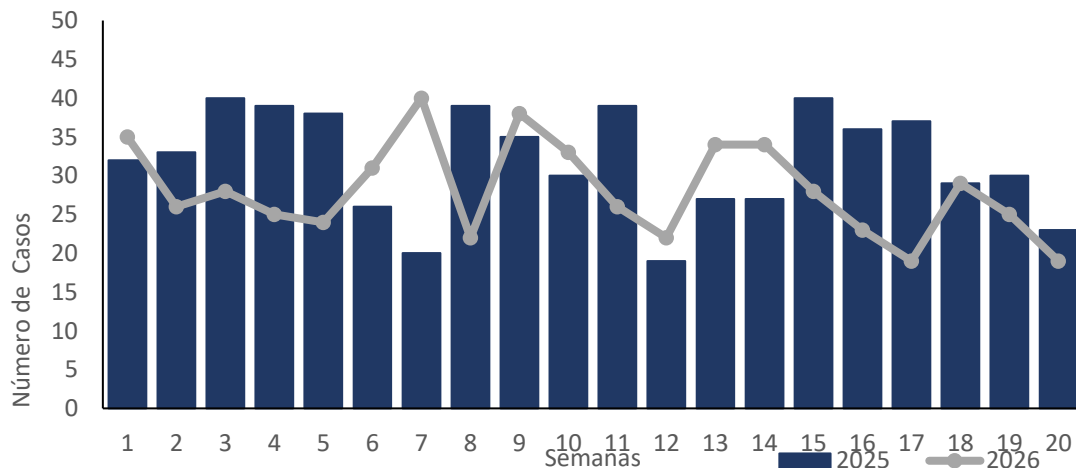
de Limón, San José y Cartago, las cuales requieren especial seguimiento epidemiológico.

### Infeción por Gonorrea

A la semana epidemiológica 20 del año 2026 se notificaron 561 casos de gonorrea, en comparación con 508 casos registrados en el mismo período del año 2025, lo que representa un incremento absoluto de 53 casos y un aumento relativo del 10,43%. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente en la ocurrencia de la enfermedad durante el período analizado, sugiriendo una mayor transmisión de la infección en la población. El incremento observado podría estar asociado a múltiples factores, entre ellos exposición a conductas sexuales de riesgo, una mayor captación y diagnóstico de casos por fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

#### Gráfico 3

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



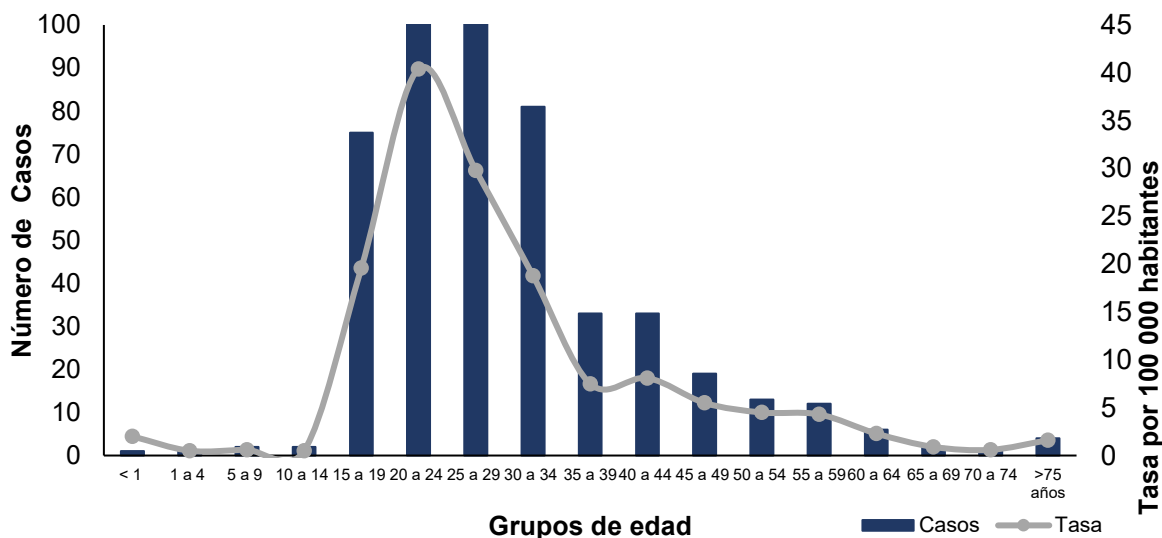
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 20 semanas del año 2026**



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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

La distribución por edad muestra que la gonorrea afecta principalmente a la población joven. El grupo de 20 a 24 años registra la mayor incidencia con 153 casos (40,4 por 100.000 habitantes), seguido por las personas de 25 a 29 años con 123 casos (29,8 por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años con 75 casos (19,6 por 100.000 habitantes). A partir de los 30 años se observa una disminución progresiva de los casos y las tasas, aunque la enfermedad continúa presente en todos los grupos etarios. Este comportamiento refleja una mayor transmisión en personas jóvenes y sexualmente activas, por lo que las acciones de prevención, diagnóstico oportuno deben enfocarse prioritariamente en estas poblaciones.

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 20 semanas año 2026**

Provincia	Casos	Tasa
Total	<b>561</b>	<b>10.8</b>
San José	268	16.1
Alajuela	63	5.8
Cartago	37	6.9
Heredia	50	9.1
Guanacaste	14	3.4
Puntarenas	58	11.4
Limón	71	15.5

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Para la semana epidemiológica analizada se notificaron 561 casos de gonorrea, con una tasa nacional de 10,8 por 100.000 habitantes. La distribución por provincia muestra que San José concentra la mayor carga de enfermedad con 268 casos y una tasa de 16,1, seguida de Limón con 71 casos y una tasa de 15,5, y Puntarenas con 58 casos y una tasa de 11,4, todas por encima de la tasa nacional. Por su parte, Heredia presentó una tasa de 9,1, mientras que Cartago registró 6,9 y Alajuela 5,8. Las menores tasas se observaron en Guanacaste (3,4) y Alajuela. Estos resultados evidencian una mayor afectación en las provincias de San José, Limón y Puntarenas.

La distribución por sexo muestra una marcada predominancia de la gonorrea en los hombres, quienes registran 483 casos y una tasa de 18,5 por 100.000 habitantes, en comparación con las mujeres, que presentan 78 casos y una tasa de 3,0 por 100.000 habitantes. Del total de 561 casos notificados (tasa de 10,8 por 100.000 habitantes), el 86,1% corresponde a hombres, lo que evidencia una mayor carga de la enfermedad en esta población.

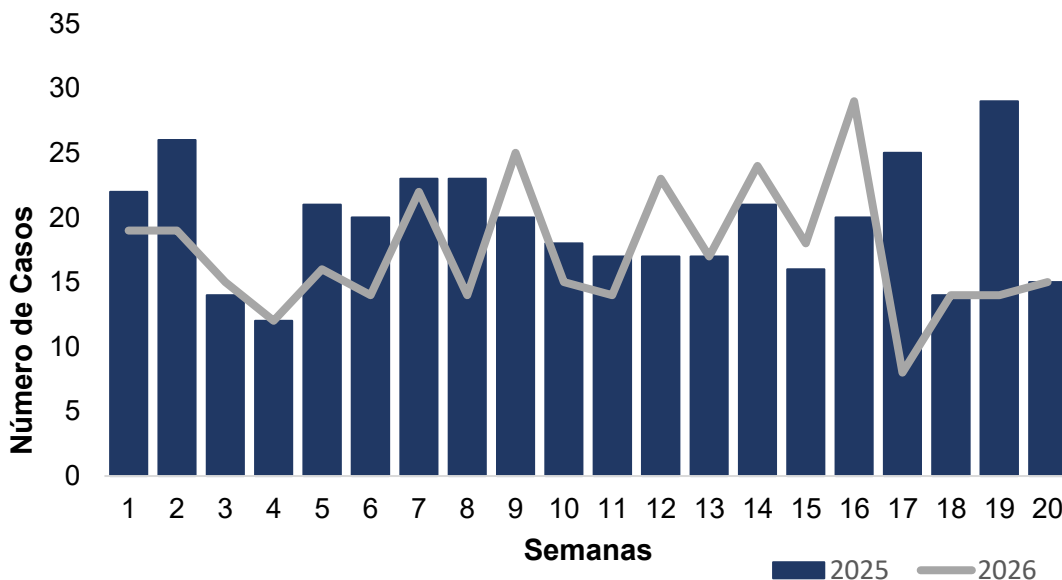


### Infeción por Herpes Virus

Para la semana epidemiológica 20 de 2026 se registraron 347 casos, en comparación con 316 casos notificados durante el mismo período de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 31 casos y una variación de 9,81%. Este comportamiento evidencia una tendencia al aumento en la incidencia de la enfermedad respecto al año anterior, por lo que resulta necesario mantener el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno, con el fin de identificar posibles cambios en la dinámica de transmisión.

#### 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 la distribución por sexo para la semana epidemiológica 20 de 2026, se notificaron 347 casos para una tasa de 6,7 por 100.000 habitantes. Las mujeres concentraron la mayor carga de enfermedad con 230 casos (66,3%) y una tasa de 8,8 por 100.000 habitantes, mientras que los hombres registraron 117 casos (33,7%) y una tasa de 4,5 por 100.000 habitantes. Estos resultados evidencian una mayor afectación en la población femenina, cuya tasa de incidencia prácticamente duplica la observada en los hombres.

**Tabla 3**

**Costa Rica: Casos notificados por Herpes Virus, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 20 semanas año 2026**

<b>Provincias</b>	<b>Casos</b>	<b>Tasa</b>
Total	<b>347</b>	<b>6,7</b>
San José	169	10,1
Alajuela	51	4,7
Cartago	17	3,2
Heredia	37	6,7
Guanacaste	7	1,7
Puntarenas	32	6,3
Limón	34	7,4

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Para la semana epidemiológica 20 de 2026 se notificaron 347 casos de virus del herpes simple, para una tasa nacional de 6,7 por 100.000 habitantes. La provincia de San José concentra la mayor carga de enfermedad, con 169 casos y una tasa de 10,1, superando ampliamente el promedio nacional. Le siguen Limón con una tasa de 7,4 y Heredia con 6,7, ambas por encima o igualando la tasa del país. Por su parte, Puntarenas registra una tasa de 6,3, mientras que Alajuela y Cartago presentan tasas inferiores de 4,7 y 3,2, respectivamente. Guanacaste muestra la menor afectación, con 7 casos y una tasa de 1,7 por 100.000 habitantes. Estos



resultados evidencian una distribución heterogénea del evento, con una mayor concentración de casos en la Región Central y en la provincia de Limón.

La distribución por grupos de edad muestra que la mayor concentración de casos se presenta en la población adulta joven, especialmente entre los 20 y 24 años, con 59 casos y una tasa de 15,6 por 100.000 habitantes, seguida por los grupos de 25 a 29 años y 35 a 39 años, ambos con 48 y 51 casos, respectivamente. En conjunto, las personas entre 20 y 39 años acumulan más de la mitad de los casos notificados, evidenciando una mayor afectación en edades de alta actividad social y reproductiva. Por el contrario, no se registran casos en menores de 10 años, mientras que a partir de los 40 años se observa una disminución progresiva en el número de casos y las tasas. Este comportamiento sugiere que la transmisión se concentra principalmente en la población adulta joven, por lo que las estrategias de prevención, detección temprana y deben de mantenerse activos.



## Miasis por gusano barrenador en humanos

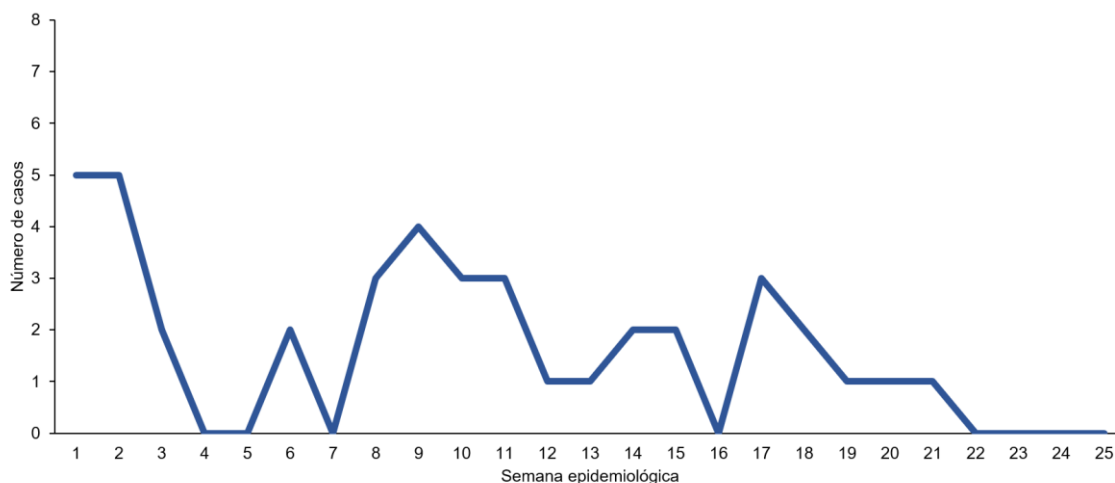
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 21 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 21, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 41 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (17/41) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (21/41)

### Gráfico 1

**Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 21, 2026**

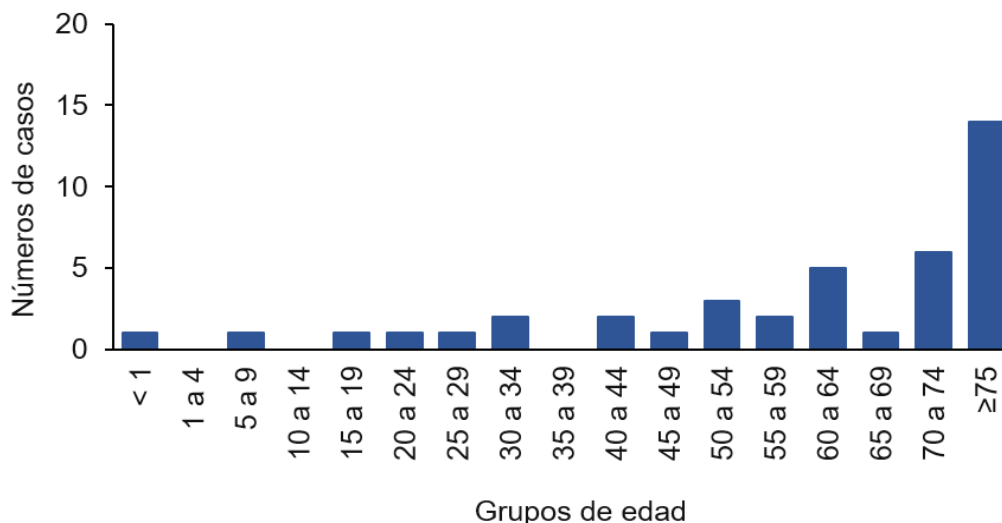


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



**Gráfico 2**

**Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 21, 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 29 casos notificados con una tasa de 1,1 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 12 casos notificados con una tasa de 0,5 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 21, 2026**

Provincias	Casos	Tasas
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>0,8</b>
San José	8	0,5
Alajuela	9	0,8
Cartago	2	0,4
Heredia	4	0,7
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	10	2,0
Limón	3	0,7

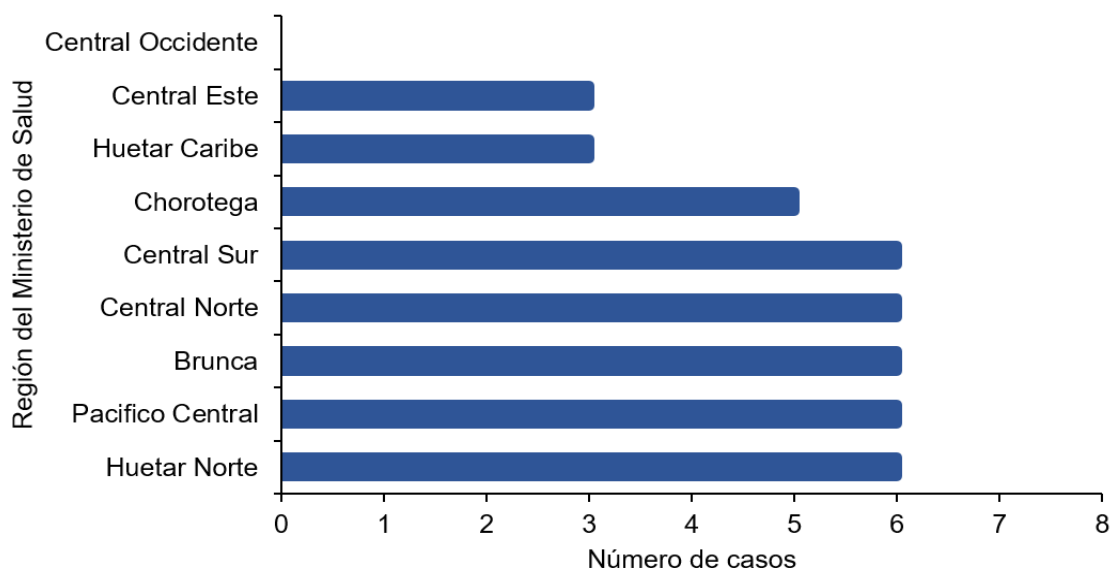
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 21 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (10/41) seguida de la provincia de Alajuela (9/41).

### 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 21, 2026**



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

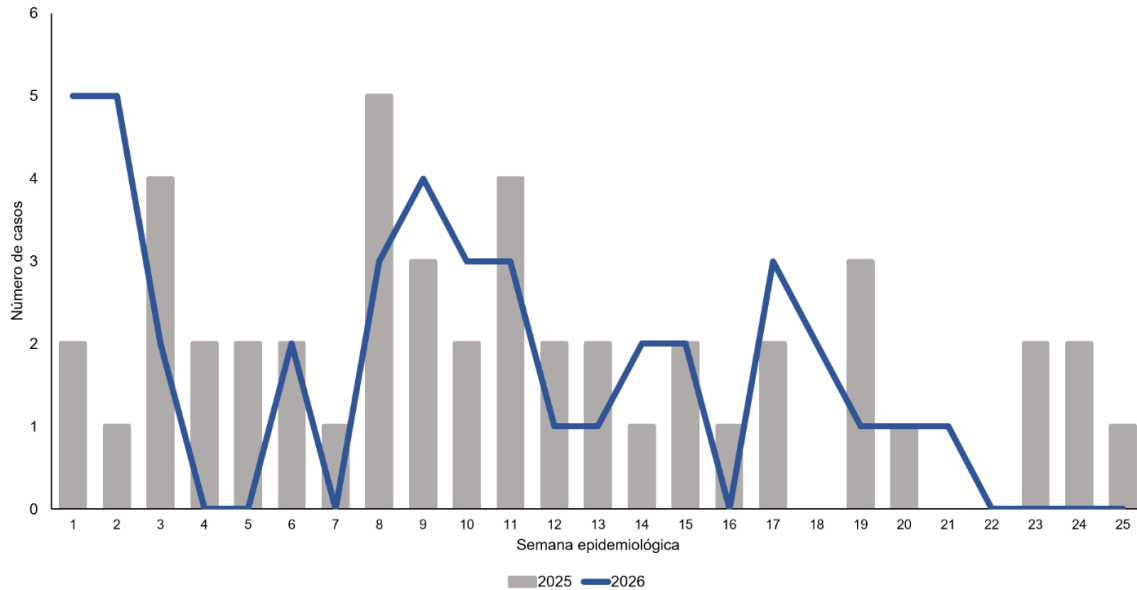
En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose las regiones Huetar Norte (6/41), Pacifico Central (6/41), Brunca (6/41), Central Norte (6/41) y Central Sur (6/41) como las que registra el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos por SE 01 a 21 del 2025 y 2026, con un total de 41 casos confirmados por esta enfermedad para el 2026, siendo que para la SE 21 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 21 del 2025 y del 2026**



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

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

Dicha coordinación involucra la participación del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería a través del Servicio Nacional de Salud Animal (SENASA), y el Ministerio de Ambiente y Energía (MINAE), según corresponda. El propósito es identificar oportunamente casos sospechosos en humanos y/o animales y garantizar su atención conforme a lo establecido en el **Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos**.



A continuación, se presentan las disposiciones generales para la prevención y control de la enfermedad:

- Acudir oportunamente a los servicios de salud públicos o privados ante la presencia de síntomas compatibles con la enfermedad, tales como dolor, malestar y picazón en el sitio de la lesión, enrojecimiento de la piel, herida con secreción, sensación que se mueve y con frecuencia, se pueden observar huevecillos y/o larvas visibles en la lesión.
- Mantener una adecuada higiene personal, incluyendo el lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Realizar el control, tratamiento y cuidado higiénico de las lesiones conforme a las indicaciones del médico tratante.
- Mantener vigilancia y control en el cuidado de los animales, efectuando revisiones periódicas y la curación de todas las heridas. Asimismo, se deberá notificar a las autoridades de salud animal (MAG-SENASA y/o MINAE) la aparición de animales con gusaneras, a fin de garantizar su atención oportuna.