



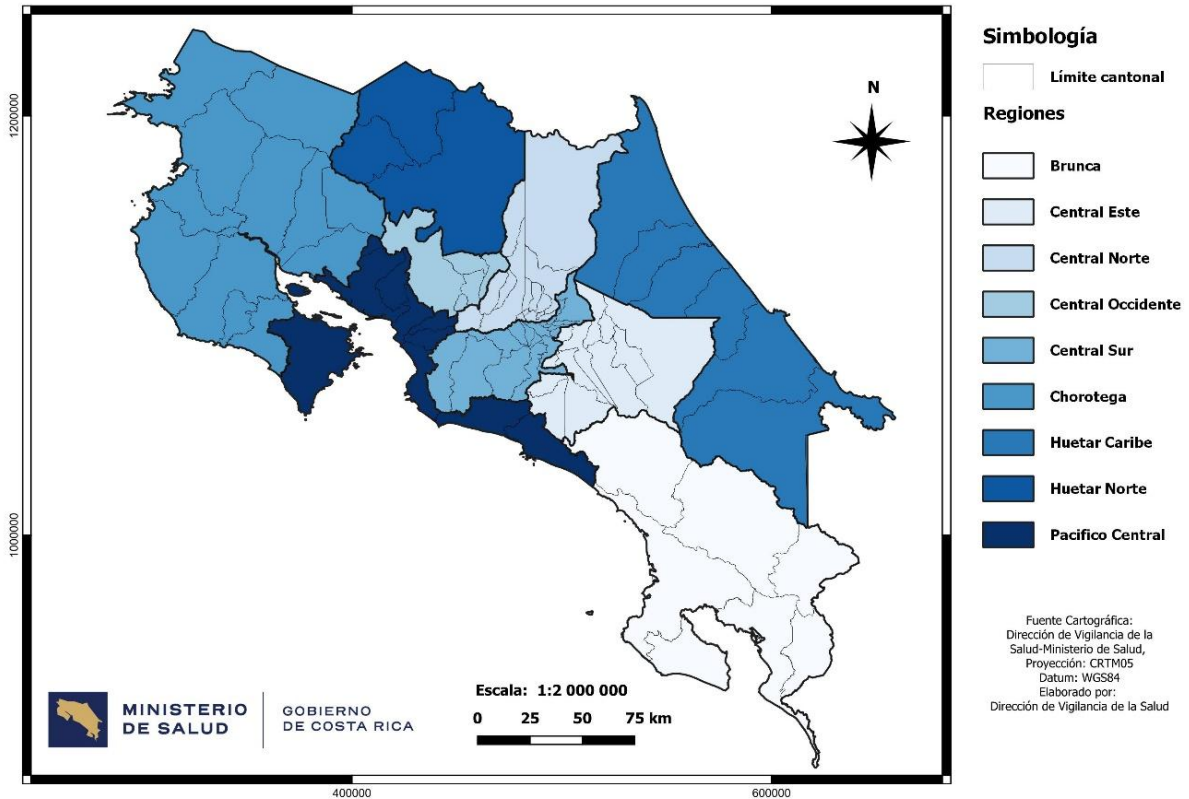
Boletín Epidemiológico N° 21 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
12 de junio de 2026

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 21	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	17
Coberturas de vacunación enero-abril 2026.....	32
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 8 de junio 2026.....	34
Infecciones de transmisión sexual.....	42
Miasis por gusano barrenador en humanos.....	51



Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 21 del año 2026 se notifican **1096 casos acumulados** de dengue de estos, **23 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Chorotega presenta el mayor número de casos notificados 214, y la región Pacífico Central la tasa más alta con 56,9/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 21, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Chorotega	214	45,1
Central Norte	204	19,5
Pacífico Central	183	56,9
Huetar Caribe	180	39,3
Central Sur	151	10,0
Brunca	64	18,1
Huetar Norte	48	17,7
Central Este	30	5,4
Central Occidente	22	9,8
Total	1096	21,0

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
Alajuela	260	24,0	128	23,7	132	24,3
Guanacaste	209	50,1	109	52,7	100	47,6
Limón	180	39,3	85	38,0	95	40,6
Puntarenas	174	34,2	72	28,6	102	39,7
San José	157	9,4	78	9,2	79	9,6
Heredia	87	15,8	45	16,3	42	15,3
Cartago	29	5,4	12	4,5	17	6,4
Total	1096	21,0	529	20,2	567	21,8

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud.



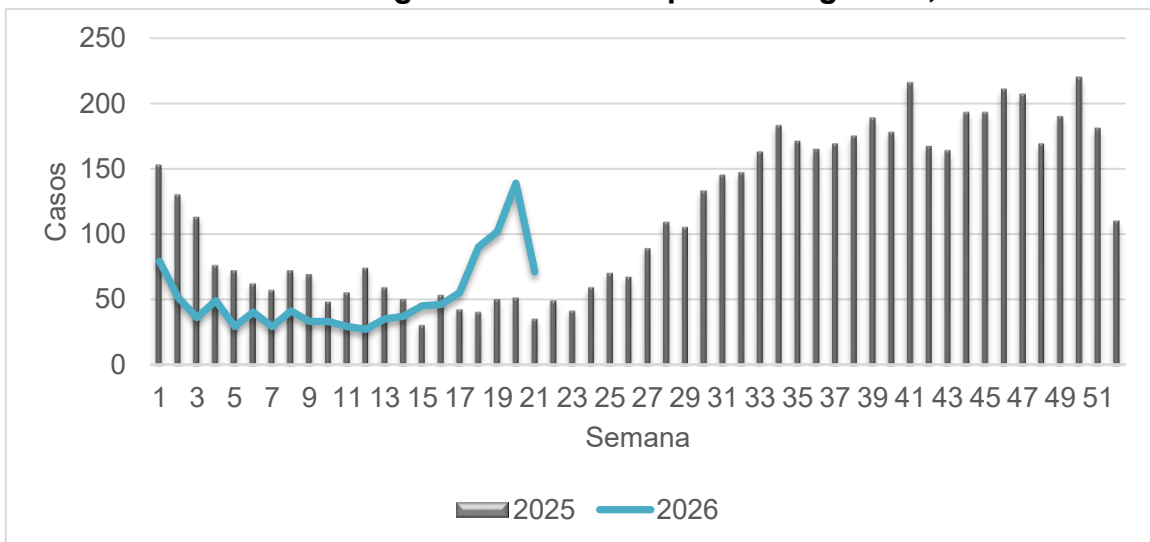
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 21 son: San José 78 casos, Alajuela 76 casos, Limón 76 casos, Orotina 60 casos y Puntarenas 56 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por tasa/100.00 habitantes a la semana epidemiológica 21, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
101: San José	78	22,0
201: Alajuela	76	23,0
701: Limón	76	82,8
209: Orotina	60	235,9
601: Puntarenas	56	38,5
505: Carrillo	50	99,0
705: Matina	43	94,1
510: La Cruz	42	148,1
501: Liberia	41	49,7
210: San Carlos	35	16,4

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 21, 2025-2026.



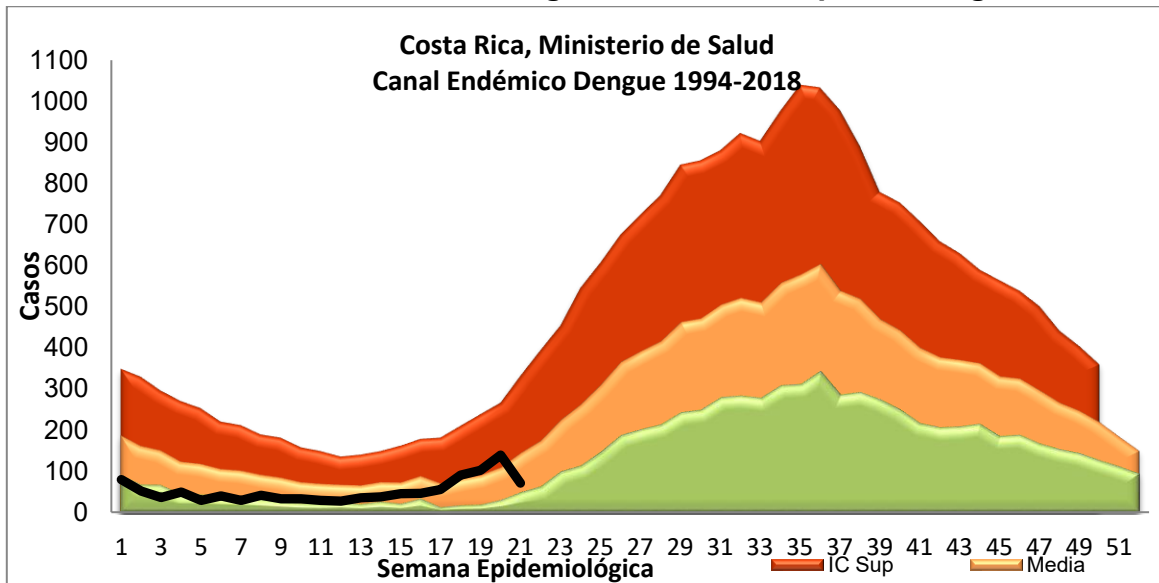
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



En la semana epidemiológica 21 se ha observado una reducción de casos con respecto a las 5 semanas anteriores. Sin embargo, en comparación con el total acumulado para el año 2025 en este mismo periodo —cuando se notificaron 1391 casos—, se evidencia una reducción del 21% en los casos acumulados en el presente año.

Gráfico 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 9 de junio se reportan 2 personas hospitalizadas con dengue: 1 en el Hospital de Guápiles y 1 en el Hospital Calderón Guardia.



Chikungunya

A la semana epidemiológica 21 se notifica un total de 11 casos confirmados por PCR, de estos, 9 clasificados como importados.

Tabla 4.
Costa Rica: Casos de chikungunya por localidad notificados a la semana epidemiológica 21, 2026

Localidad	Casos
Esparza	2
Carrillo	1
Heredia	1
Alajuelita	1
Tibás	1
Uruca	1
San Ramón	2
Alajuela	2
Total	11

Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 21 del 2026

Situación actual casos de transmisión Local

A semana epidemiológica (SE) 21 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. SE21, 2026.

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

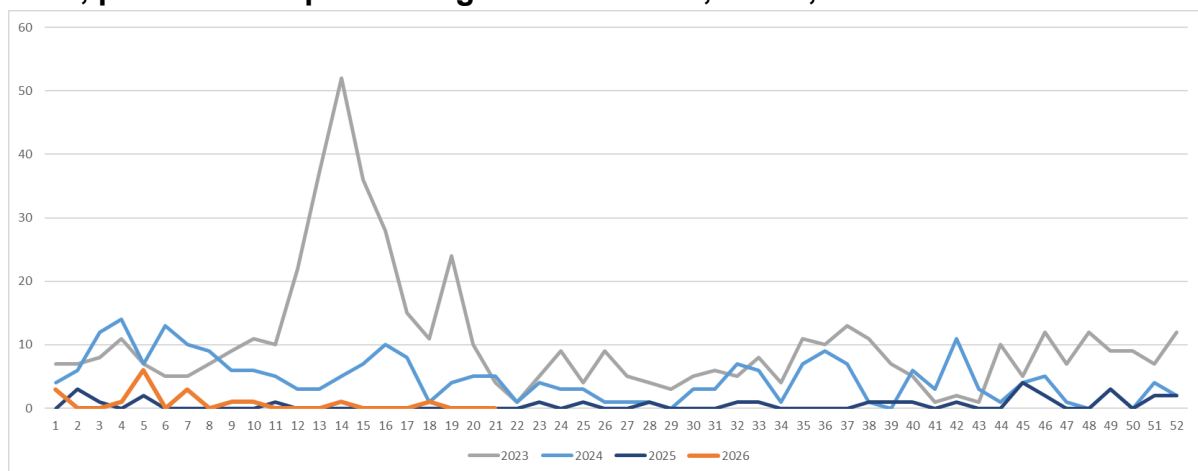
*Datos acumulados a la SE21-2026.

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 21, 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 21-2026.

Tabla 2.

Resumen de casos de malaria por región, clasificación epidemiológica, especie y lugar de detección. Costa Rica, semana epidemiológica 21, 2026.

Región	Total de casos	Clasificación Epidemiológica	Número 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
		<i>En Estudio</i>	1	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en



					Puerto Viejo, Talamanca
Central Norte	2	<i>Autóctono</i>	<i>1</i>	<i>P. vivax</i>	<i>Detectado en Horquetas, Sarapiquí.</i>
		<i>En Estudio</i>	<i>1</i>	<i>P. vivax</i>	Guácimo, Alajuela
Central Occidente	1	<i>Recaída de un caso importado del 2025</i>	<i>1</i>	<i>P. vivax</i>	Sin foco, detectado en San Ramón
Chorotega	1	<i>En Estudio</i>	<i>1</i>	<i>P. vivax</i>	Abangares
Total, país	41 casos*	<p> Importados 19 Transmisión local (autóctonos + introducidos) 17 Recaída 1 En investigación 4 </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 21, 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
Total general	2	1	3	35	41

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

El **Ministerio de Salud registra 47.375 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 35.436 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

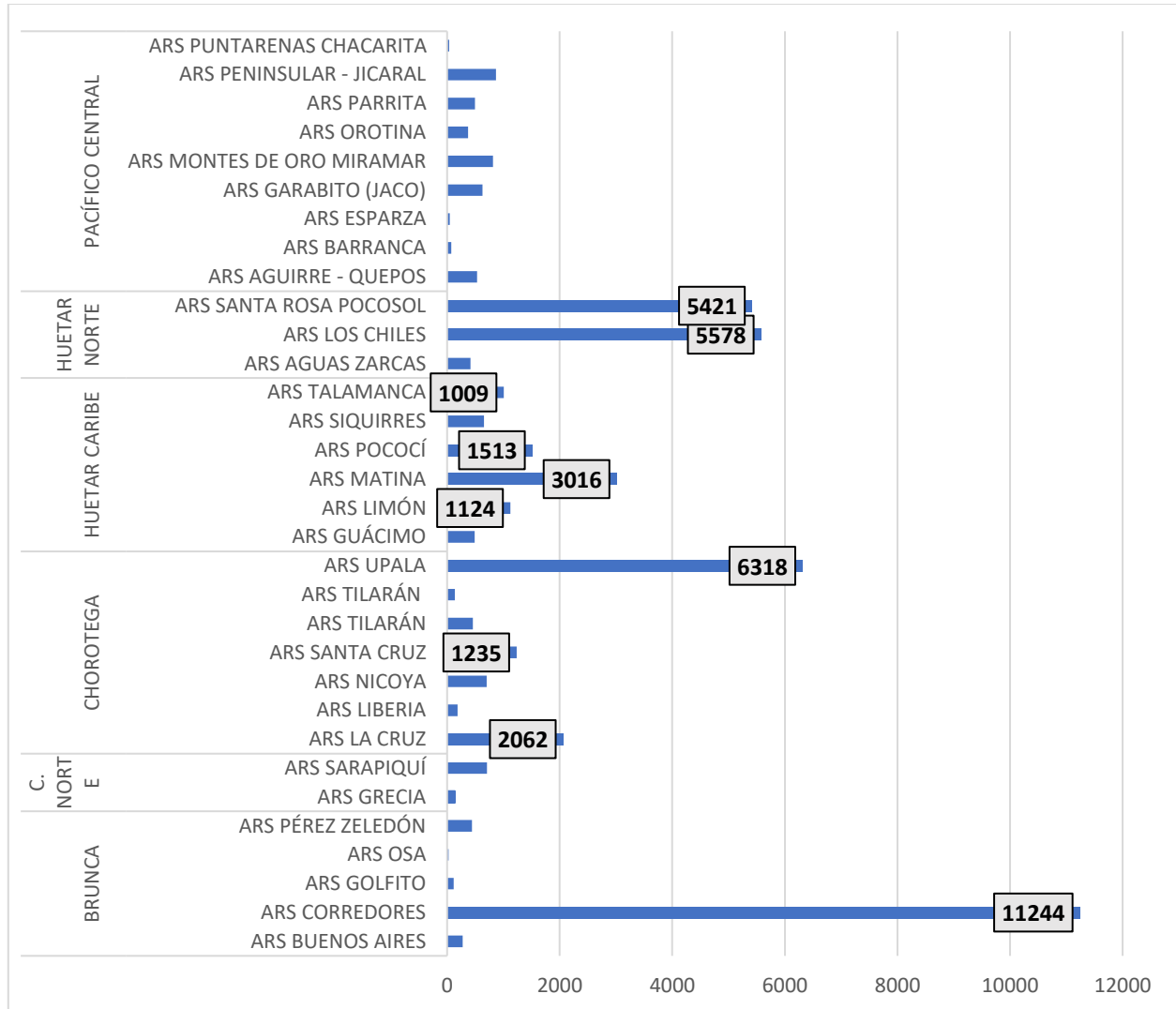
- 30.655 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 4.630 exámenes de gota gruesa,
- 151 prueba de Detección de la Cadena de Polimerasa (PCR) para malaria

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



Gráfico 2.

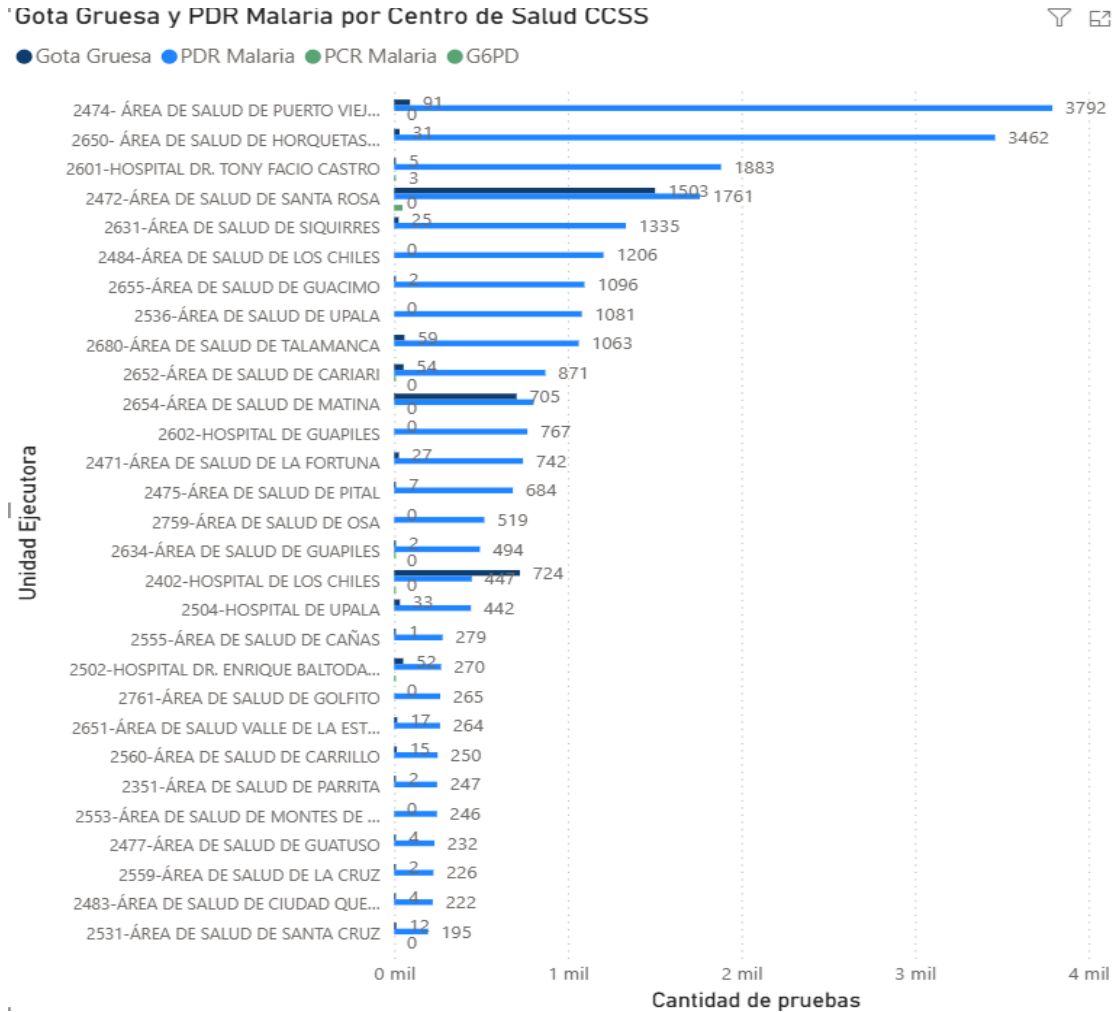
Distribución de pruebas rápidas de diagnóstico (PDR) de malaria realizadas por los funcionarios del Ministerio de Salud por Área Rectora de Salud (ARS) y Colaboradores Voluntarios, Semana Epidemiológica actual.



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



Gráfico 3.
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

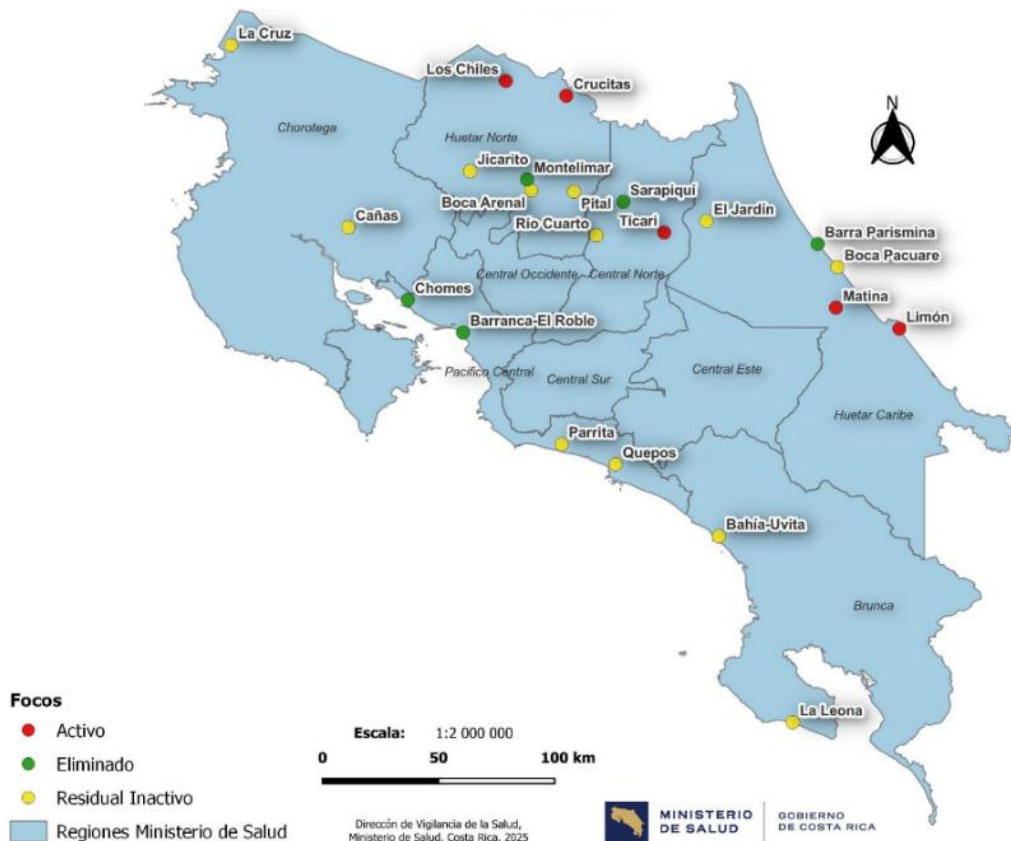


Inventario de focos.

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	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 21

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 21 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 21

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	12.227
Viviendas positivas	681
Depósitos tratados	45.035
Depósitos eliminados	22.057
Depósitos positivos	1.081
Viviendas fumigadas	14.181

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Consolidado de control vectorial de la semana 1 a la 21 de 2026

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	258.017
Viviendas positivas	9.739
Depósitos tratados	873.451
Depósitos eliminados	422.678
Depósitos positivos	16.333
Viviendas fumigadas	250.067

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

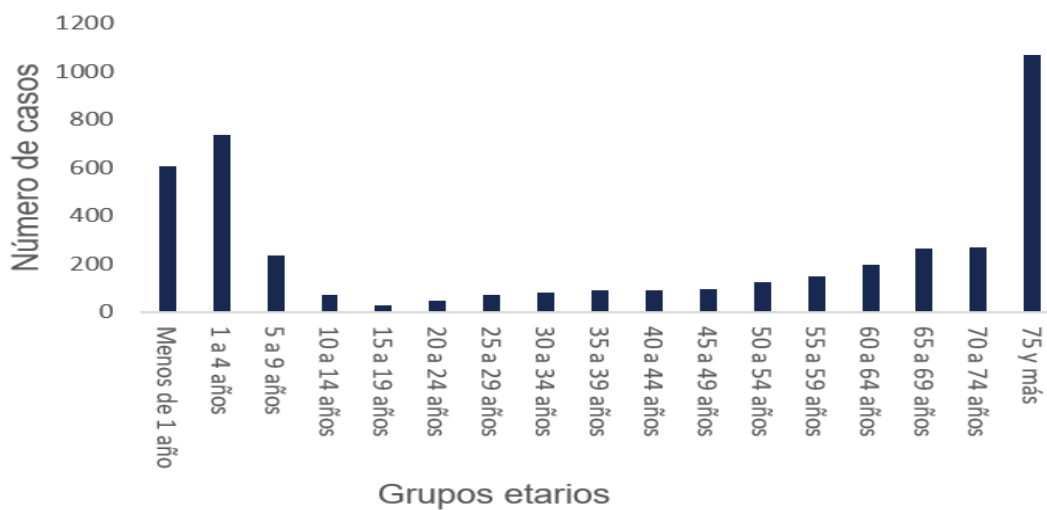
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 21 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 21 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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) 21 son un total de 4231.
- 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 21, en Costa Rica, 2026.



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

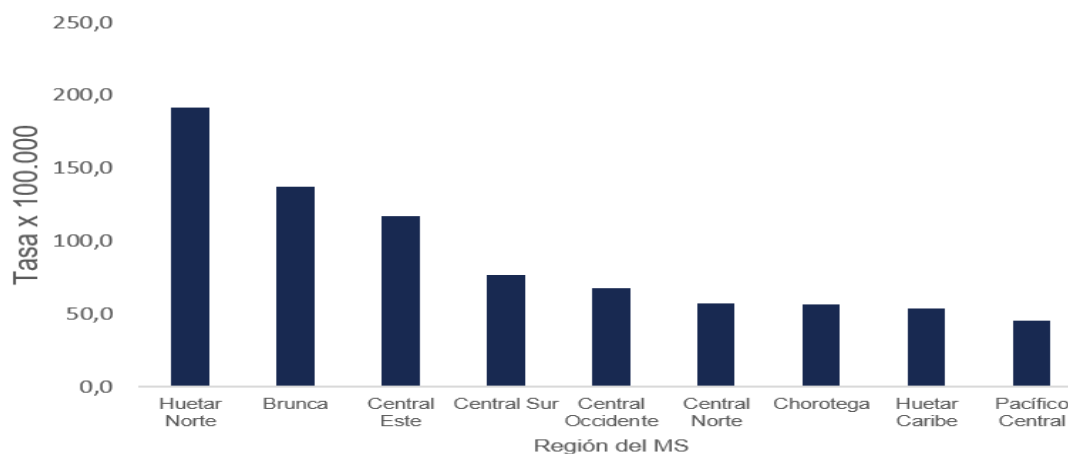


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 21, 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.



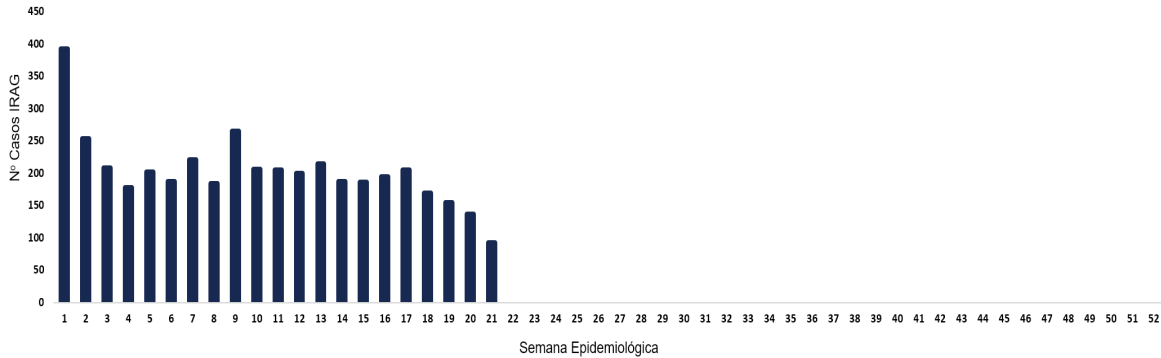
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 21 del año 2026.



Gráfico 3.

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

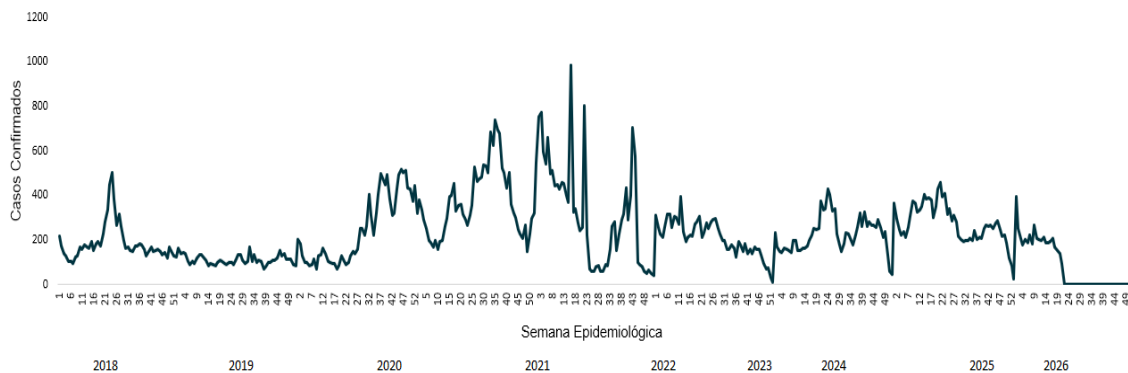


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

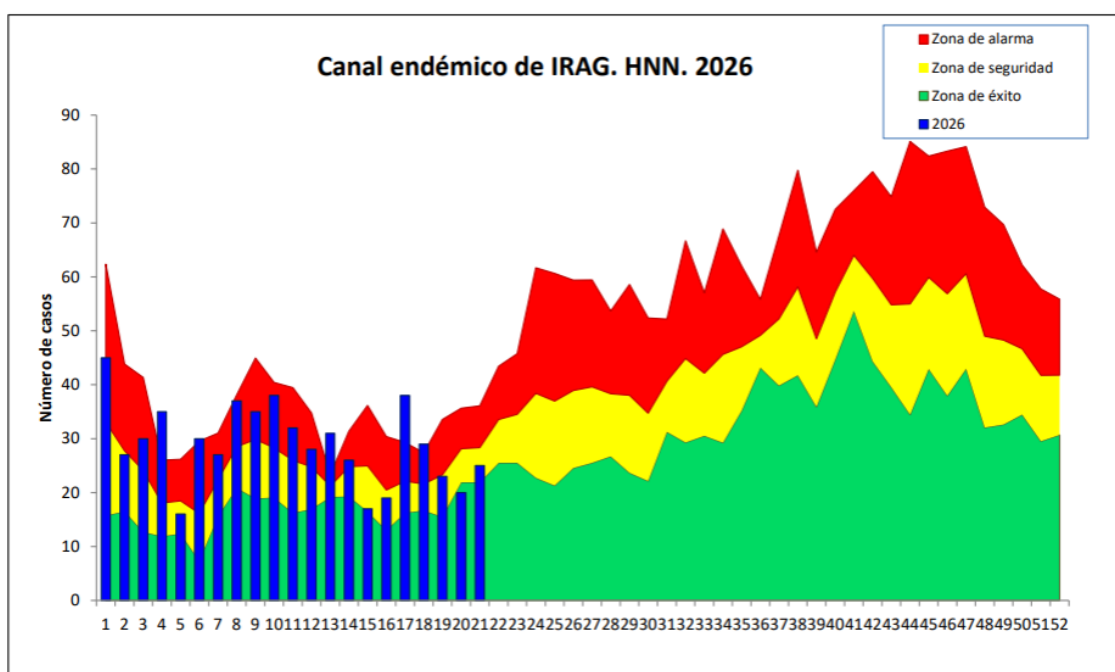


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



El HNN, para la SE-21 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de seguridad, 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.

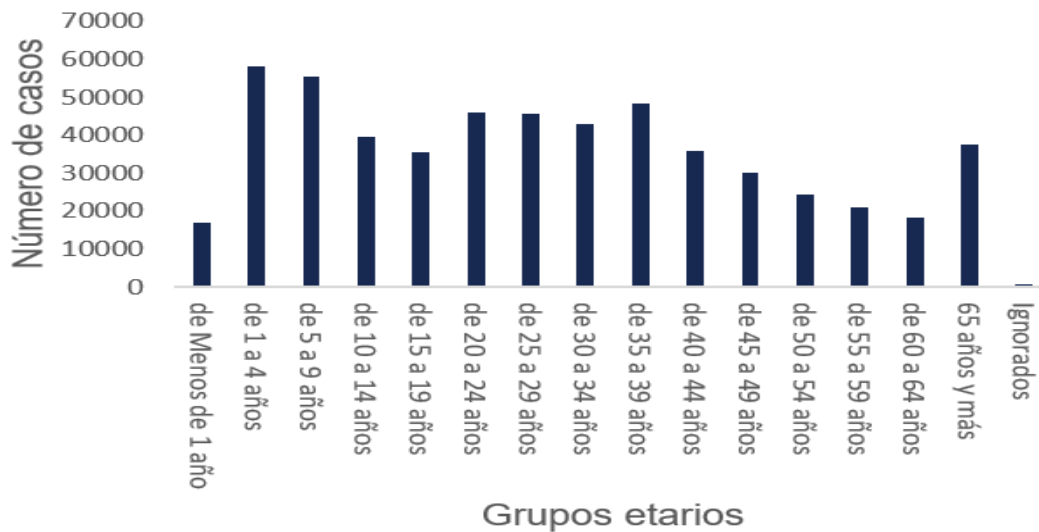
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 21 son 555692.
- 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 21, en Costa Rica, 2026.



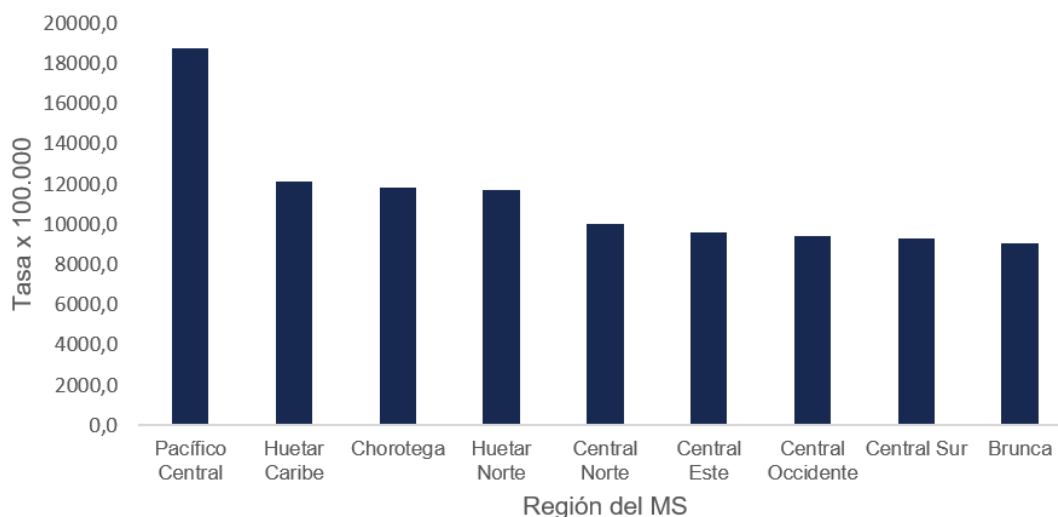
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 21, 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 21 del 2026, en Costa Rica.

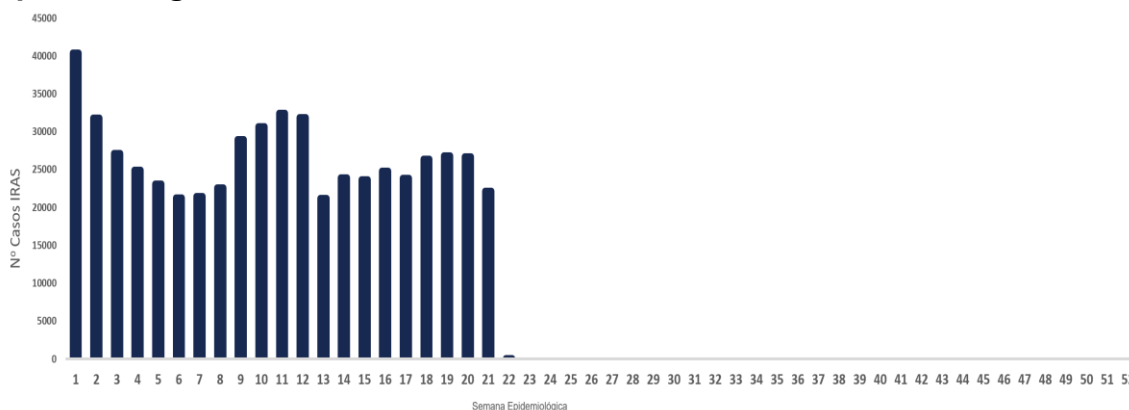


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 21 del año 2026.

Gráfico 8.

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



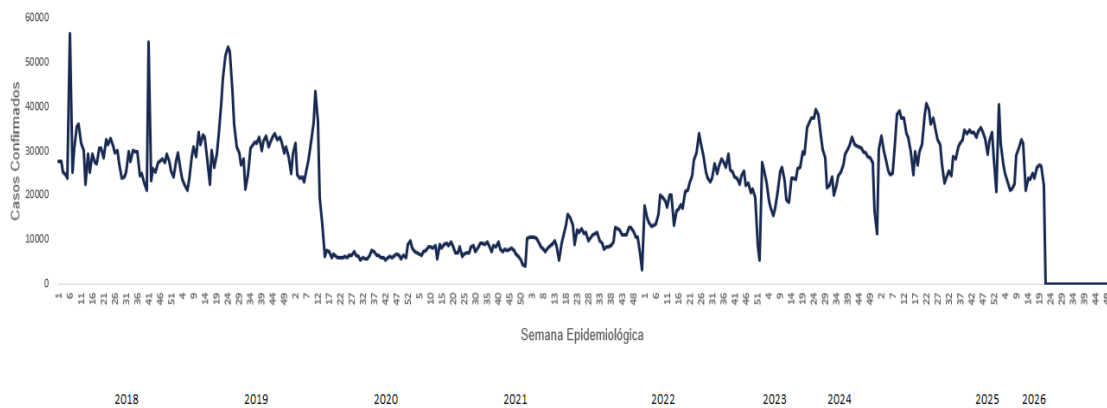
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

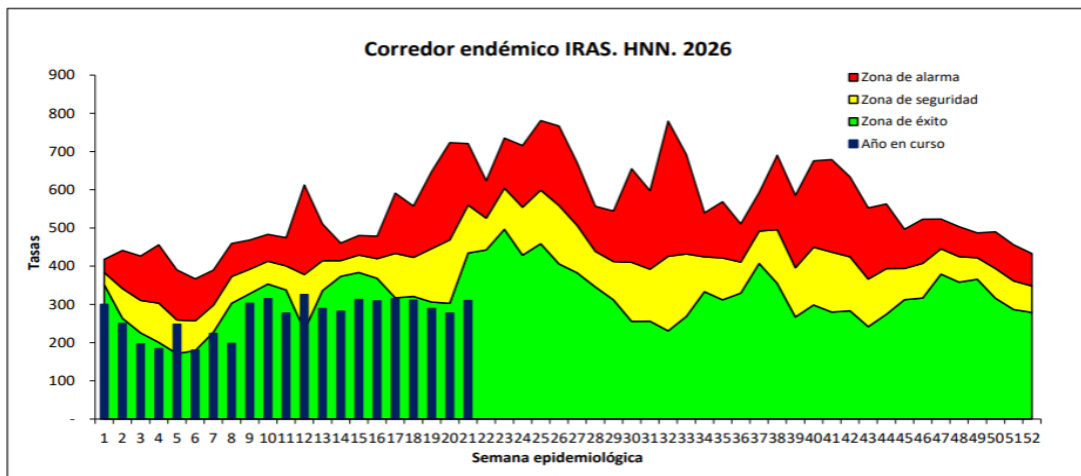


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 21 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

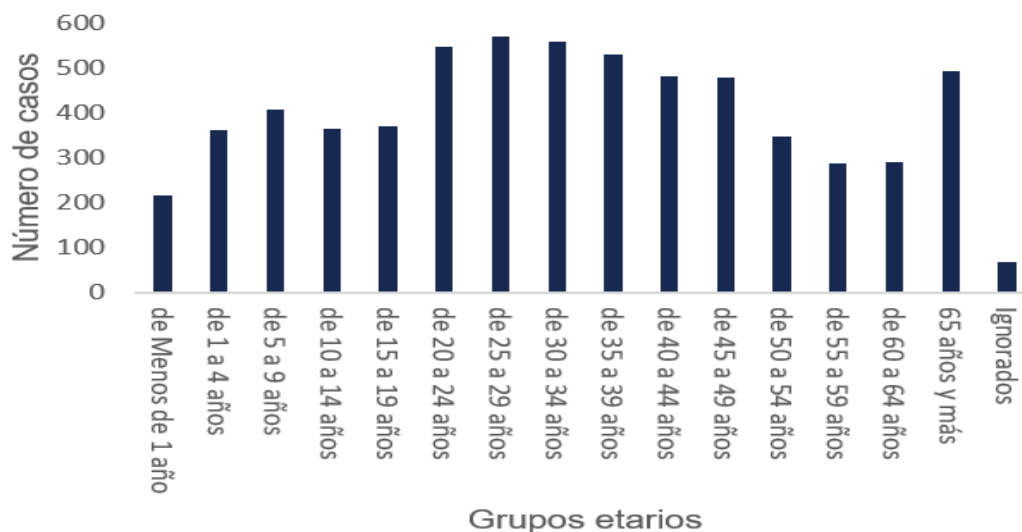


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 21 son $n=6354$.
- 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 21, en Costa Rica, 2026.



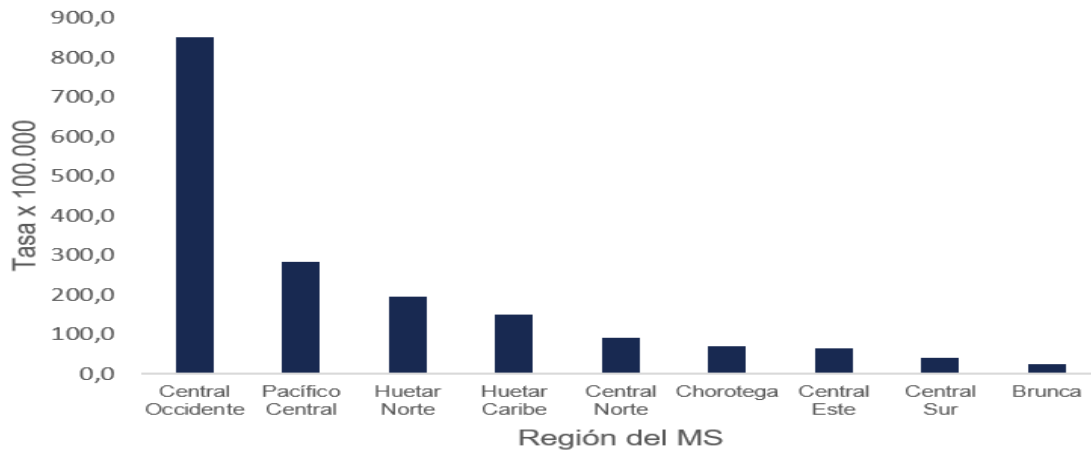
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 21, 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 21 del 2026, en Costa Rica.

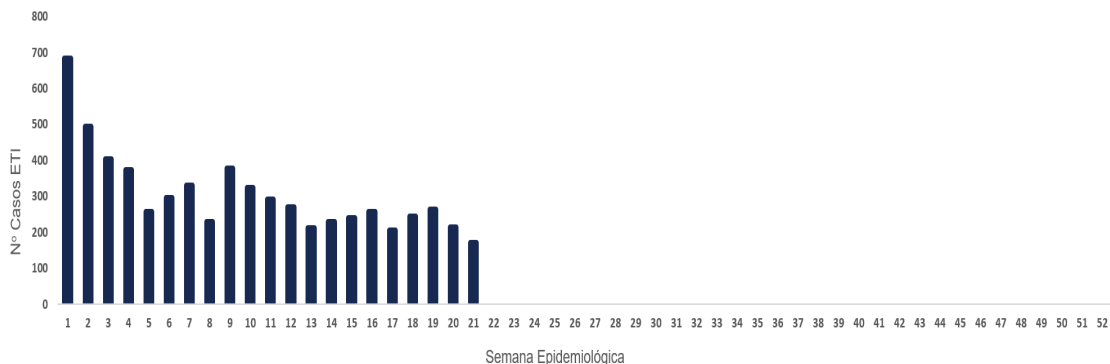


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 21, en Costa Rica, 2026.

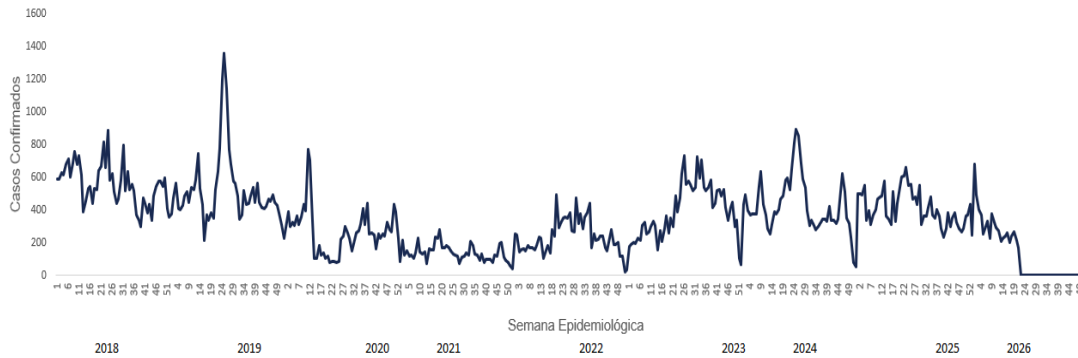


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.



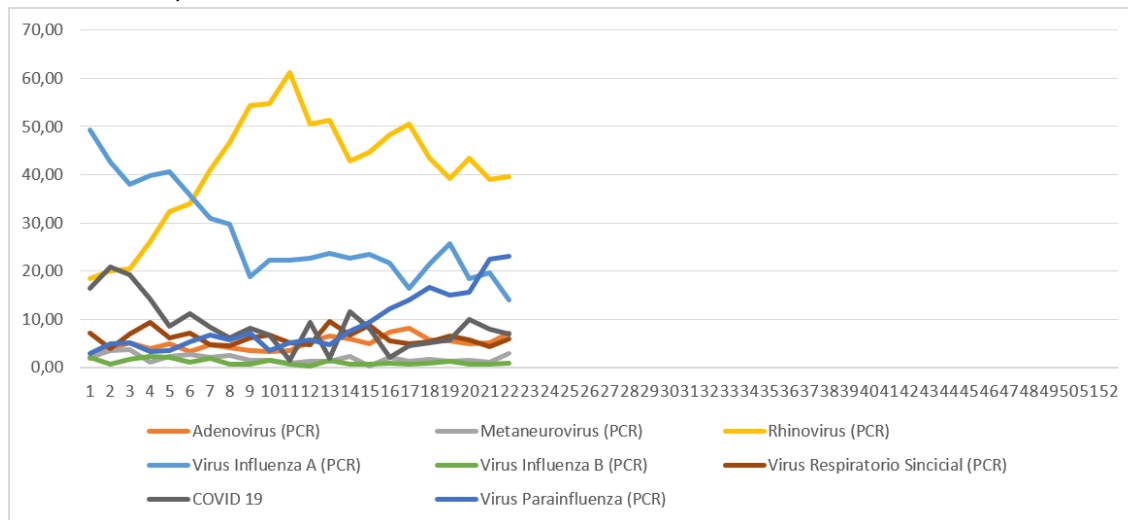
Gráfico 14.
Distribución histórica de casos de ETI por semana epidemiológica, en Costa Rica entre los años 2018 y 2026.



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 22 del 2026; para la SE-22, 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 22 en Costa Rica, 2026.



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

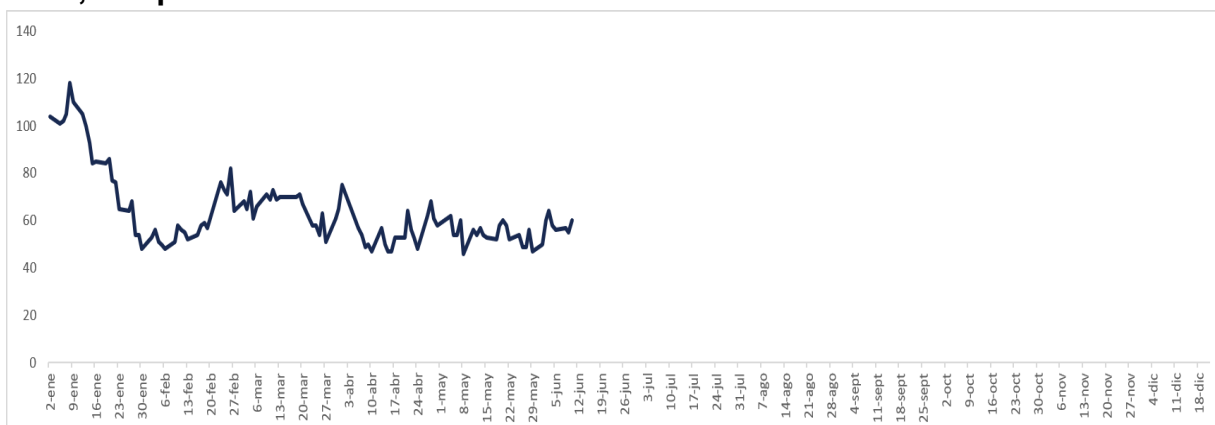


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 10 de junio del año en curso, correspondiente a la semana 23, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 56, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 84%.

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 23 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 1-21. Año 2026.

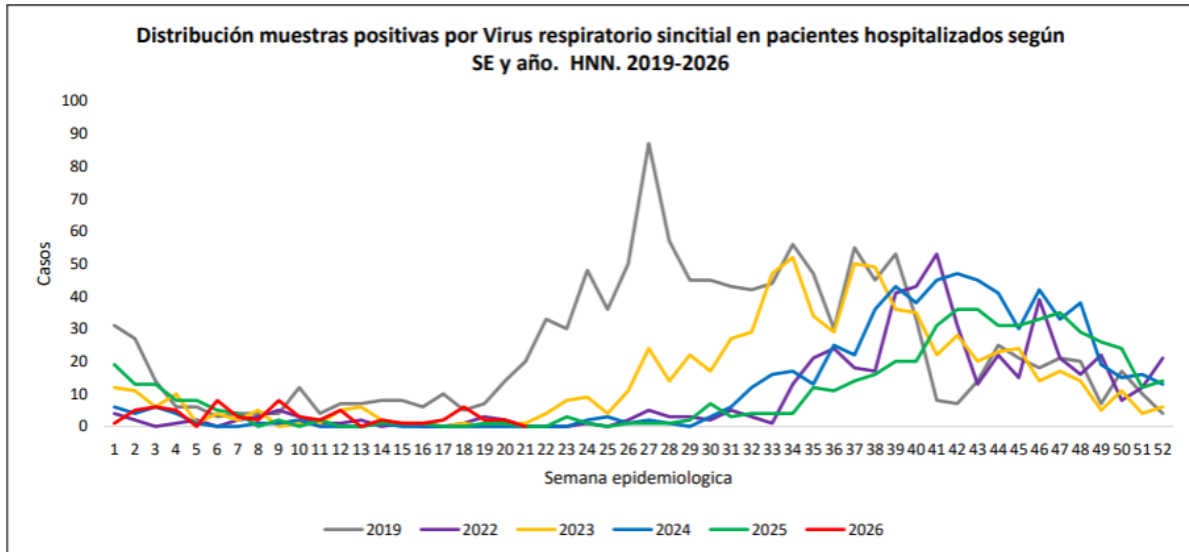
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	453	60.0
Adenovirus	86	11.4
Parainfluenza	71	9.4
Influenza A-B	65	8.6
Virus respiratorio sincitial	64	8.5
Metaneumovirus	10	2.2
Coronavirus	3	0.4
SARS CoV-2	3	0.4
Total	755	100.00%

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



Gráfico 17.

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



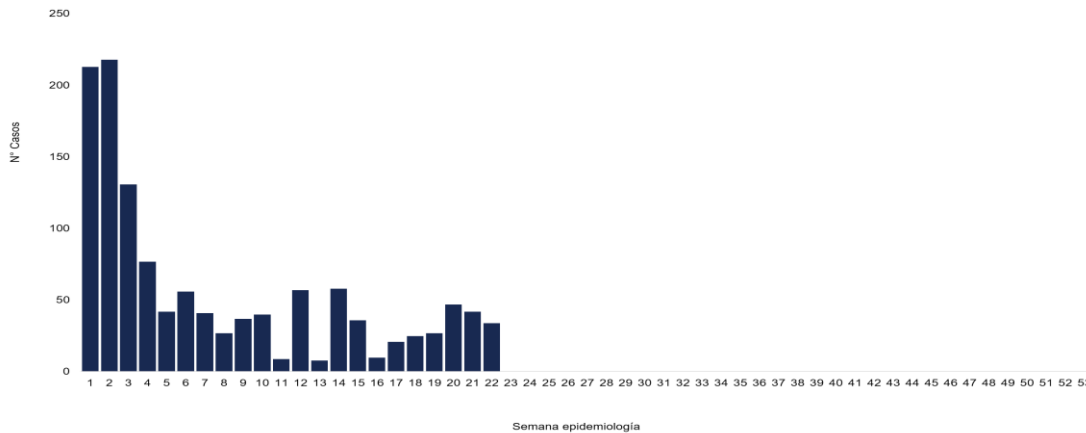
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2025.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 22, se reportaron un total de 34 casos confirmados, lo que representa una disminución del 19.05% con respecto a la SE-21 del año 2026 que presentó 42 casos.



Gráfico 18.

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

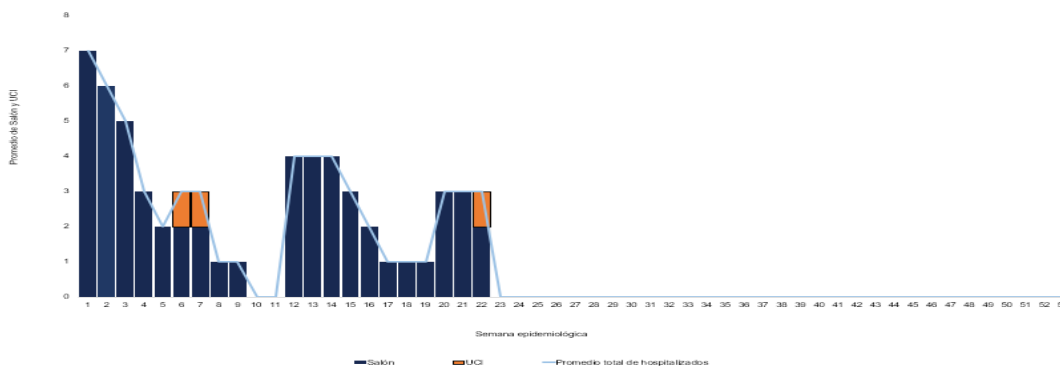


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 22, se reportó un promedio total de 3 hospitalizados (2 en salón general y en UCI); en la SE-21, hubo un total de 3 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa una disminución del 33% con respecto a la SE-21; en UCI no hubo pacientes internados en promedio en la SE-21.

Gráfico 19.

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



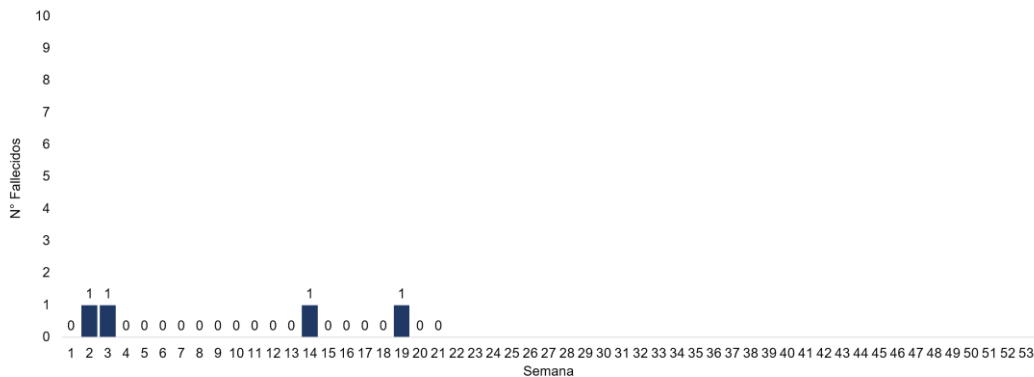
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 22, 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.

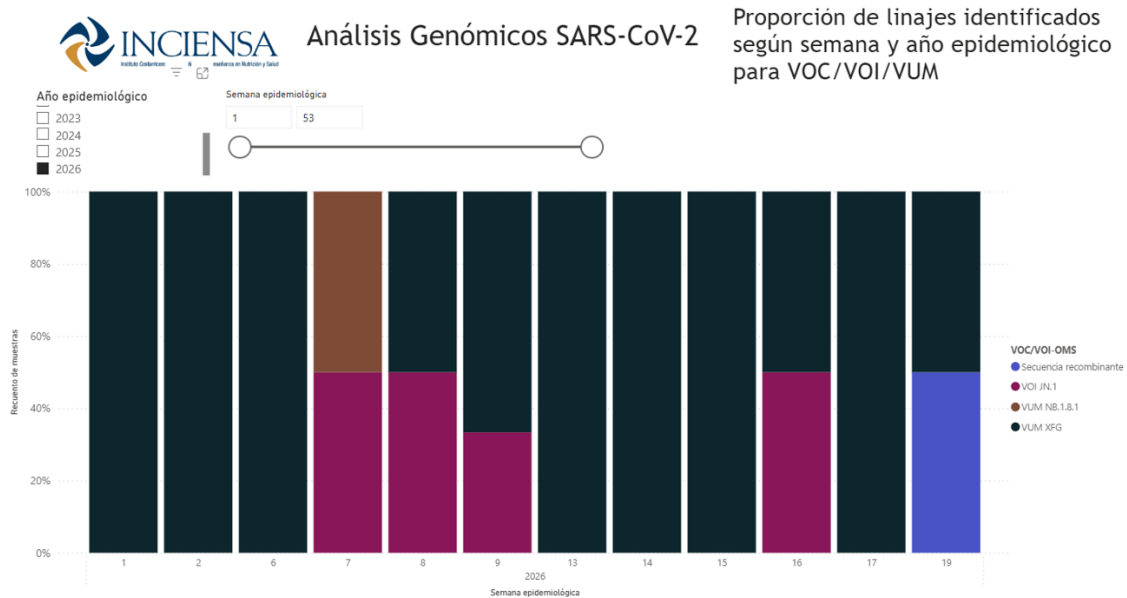
Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 10 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 19 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 10 de junio del 2026.



Coberturas de vacunación enero-abril 2026

A continuación, se presentan los datos correspondientes a las coberturas de vacunación preliminares alcanzadas por el país al mes de abril del 2026.

Gráfico 1.

Coberturas de vacunación, por biológico; enero-abril 2026, Costa Rica



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

Al mes de abril del 2026, las coberturas de vacunación del país muestran los siguientes datos:

Para este informe preliminar al mes de abril del 2026, todas las vacunas están en un rango entre 90 y 100% de cobertura, con excepción de la segunda dosis de la vacuna VPH, que logró alcanzar una cobertura del 87.39%, la vacuna contra el VRS que tiene una cobertura del 81.27% la vacuna Td que está con una cobertura del 77.53%. Por otra parte, la vacuna contra VPH en primera dosis alcanzó una cobertura del 105.29%, lo cual se podría explicar porque en estos primeros meses del año la CCSS hace trabajo escolar y es posible que se hayan vacunado más niños de los que se tenían planeados, sin embargo, hay que esperar los próximos meses para que se estabilicen las coberturas de vacunación contra VPH en escenario escolar.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

En el gráfico 1 se pueden observar las coberturas de vacunación alcanzadas en los meses de enero a abril del año 2026. Es necesario seguir trabajando en conjunto y mejorar la comunicación entre diferentes instituciones (MS, CCSS, MEP, entre otras), con el fin de que esta población de riesgo pueda completar esquemas de vacunación y aumentar estas coberturas en lo que queda del año 2026, específicamente la vacuna contra Td y la vacuna contra VPH (segunda dosis), y también es importante no perder de vista la vacunación en embarazadas contra el VRS.



Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 8 de junio 2026.

Situación epidemiológica de EDA

En la semana epidemiológica (SE) 21 del año 2026 se registran 207840 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) a nivel nacional. Para la SE 21 se presentan 8977 casos acumulados, lo que representa un 16% menos de casos en comparación con la SE-21 del año 2025 (10700 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 son parcialmente subestimadas en al menos un 10%. 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, las condiciones de manipulación y conservación de alimentos, la calidad y disponibilidad del agua, 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-21, 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 21 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 de aproximadamente el 10% en el número de casos reportados para la SE 21 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 21, 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.

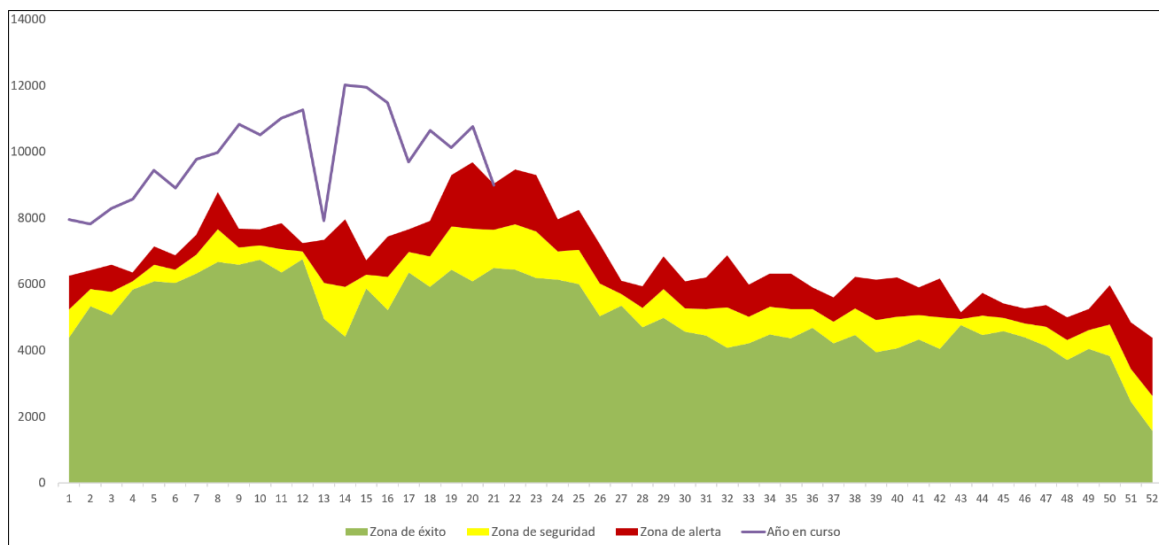
Si bien actualmente no existe evidencia suficiente para considerar una situación epidémica nacional generalizada, sí se observa un aumento relevante de casos y brotes que amerita vigilancia epidemiológica intensificada y seguimiento continuo.

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 21. 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 (7106,3), Vásquez de Coronado (6856,5), Orotina (7325,2), Puntarenas (6391,8), San Rafael de Heredia (6038,4), Esparza (6152,0), Montes de Oro (6181,6), San José (6263,7), Goicoechea (5973,0), Alajuelita (5952,5), Santa Cruz (5646,9), Naranjo (5346,3), Quepos (5305,2), Garabito (5307,6), Cañas (5302,9), Nandayure (5110,8), Tarrazú (5085,3), Mora (4978,4), Matina (4884,7), Abangares (4805,6), Alajuela (4696,2) y Parrita (4825,2), los cuales presentan las tasas por 100 000 habitantes más elevadas a nivel nacional.

Asimismo, otros cantones como Aserrí (4360,2), Turrialba (4300,4), El Guarco (4268,9), Zarcero (4253,4), Santo Domingo (4189,4), Barva (4171,4), San Carlos (4193,7), Belén (4021,8), Guatuso (3984,1), Upala (3859,3), Moravia (3745,0), Atenas (3749,1), Cartago (3634,5), Liberia (3022,2) y Sarapiquí (2985,2) 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 la provincia de Heredia, particularmente en los cantones de Flores, San Rafael, Santo Domingo, Barva 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.

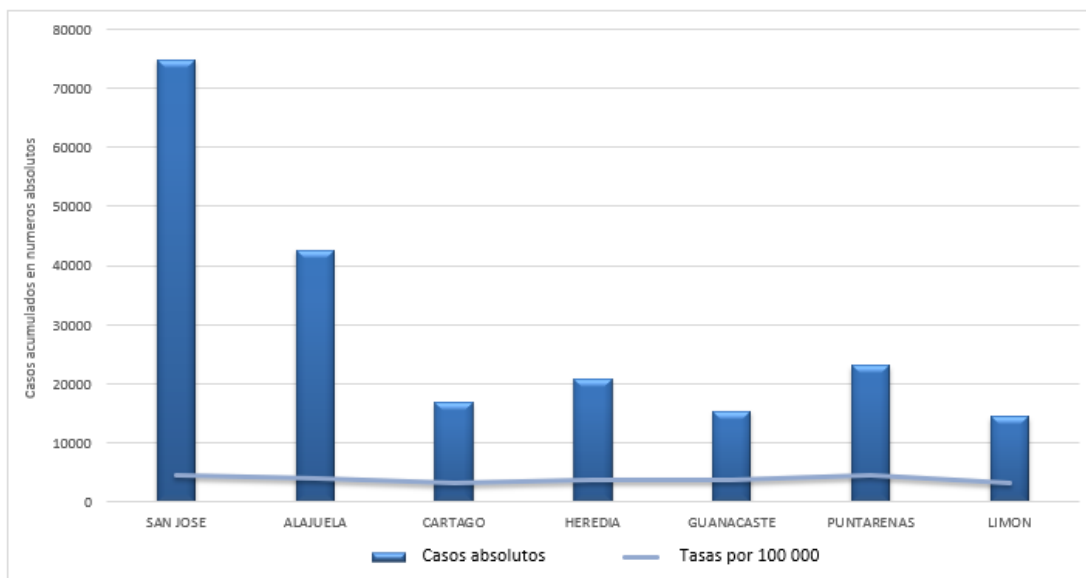
De igual forma, se identifican cantones del Gran Área Metropolitana, entre ellos Vásquez de Coronado, Alajuelita, Mora, San José, Goicoechea, Aserrí y Moravia, donde la alta densidad poblacional, la concentración de servicios y la movilidad urbana podrían influir en los niveles de incidencia observados.

En cuanto al comportamiento provincial, las tasas más elevadas se registran en Puntarenas (4549,1), San José (4485,6) y Alajuela (3927,1), seguidas de Heredia (3777,8) y Guanacaste (3687,4), 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, Cartago (3154,6) y Limón (3146,0) 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 21, 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 Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), con una mayor incidencia tanto en la población infantil menor de 5 años como en los adultos jóvenes. Las tasas más elevadas se observan en el grupo de 20 a 24 años (6935,1 por 100 000 habitantes), seguido por la población de 1 a 4 años (6244,8), el grupo de 25 a 29 años (6231,8) y los menores de 1 año (5707,0). También destacan los grupos de 35 a 39 años (5294,6) y 30 a 34 años (5147,0), evidenciando una importante carga del evento en población económicamente activa. Este comportamiento podría estar relacionado con una mayor exposición a factores de riesgo asociados a la transmisión de agentes infecciosos en entornos familiares, educativos, laborales y comunitarios. A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas de incidencia, pasando de 3719,0 en el grupo de 40 a 44 años a 1816,0 en las personas de 65 años y más.

Según sexo, se evidencia una mayor afectación en la población femenina, con una tasa general de 7952,6 por 100 000 habitantes, en comparación con 3672,8 en hombres. Esta diferencia se mantiene en prácticamente todos los grupos etarios. 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 menor de 5 años y a los adultos jóvenes, que continúan siendo los grupos de mayor afectación a nivel nacional.

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.



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 21 semanas del año 2026.

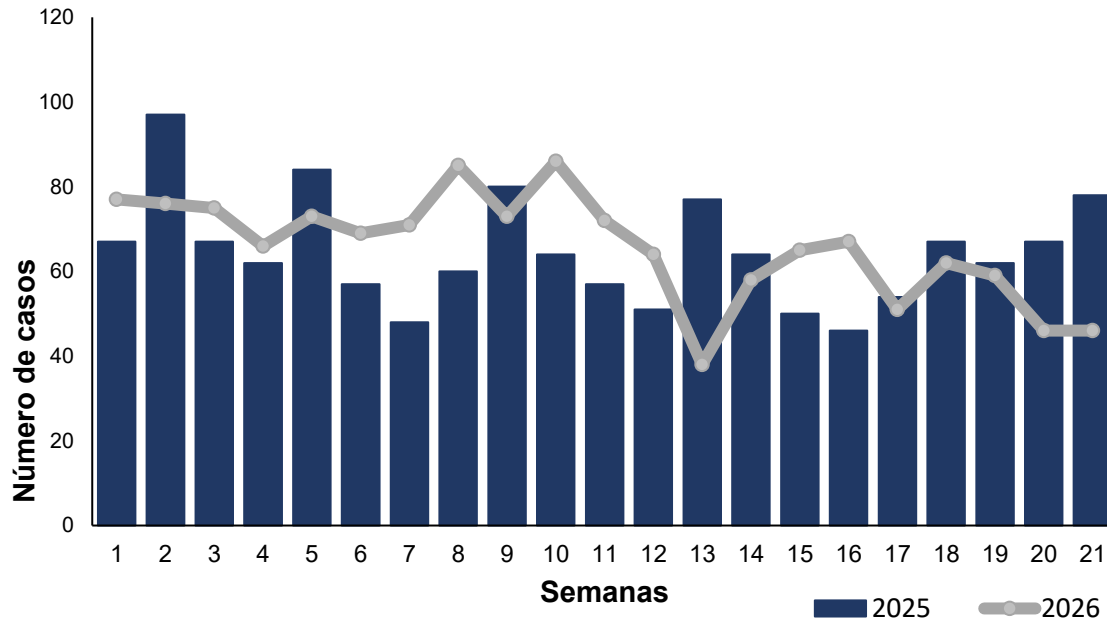
Sífilis en todas sus formas

Al cierre de la semana epidemiológica 21 de 2026, Costa Rica evidencia un incremento relevante en la notificación de casos para este año, al pasar de 1.079 casos en 2025 a 1.382 casos en 2026, lo que representa 302 casos adicionales y un aumento relativo aproximado de 27,9 %. Este comportamiento sugiere una intensificación de la transmisión, una mayor detección por los servicios de salud, o una combinación de ambos factores. 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



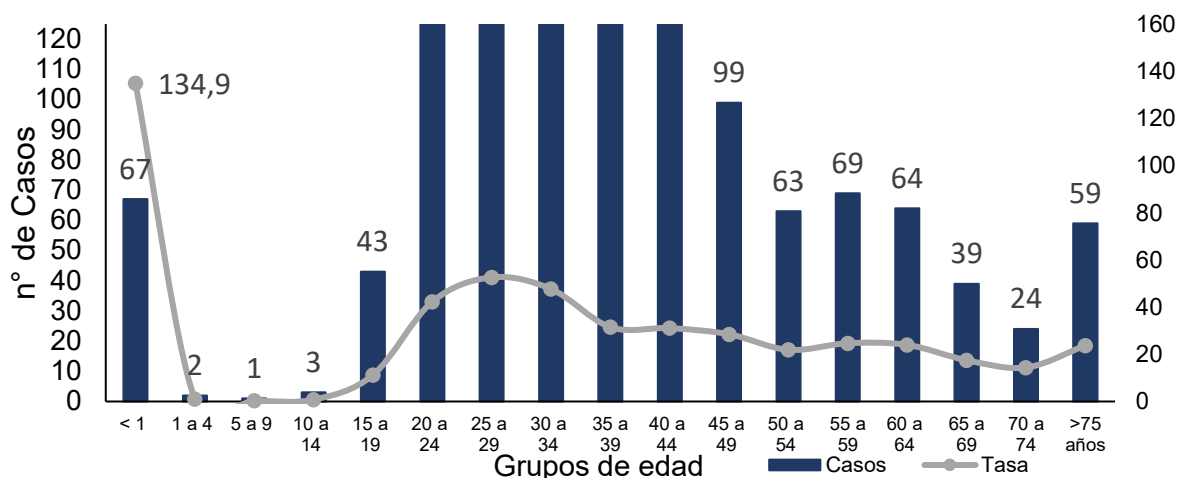
Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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 21 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 21, el análisis por grupo de edad muestra una concentración epidemiológica marcada en población adulta joven, principalmente entre 20 y 49 años, grupo que acumula 947 de los 1.382 casos, equivalente al 68,6 % del total. Las mayores cargas absolutas se observan en 25 a 29 años con 217 casos y tasa de 52,6, seguido de 30 a 34 años con 206 casos y tasa de 47,7, y 20 a 24 años con 160 casos y tasa de 42,3, lo que evidencia mayor transmisión en edades sexualmente activas y productivas.

A partir de los 50 años persiste una carga, con tasas entre 17,5 y 24,7, lo que justifica mantener acciones de vigilancia, tamizaje, diagnóstico oportuno y abordaje focalizado según edad y riesgo.

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 21 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	1382	26.5
San José	594	35.6
Alajuela	179	16.5
Cartago	165	30.9
Heredia	107	19.4
Guanacaste	41	9.8
Puntarenas	88	17.3
Limón	208	45.4

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

El análisis por provincia evidencia una distribución territorial heterogénea de los 1.382 casos notificados, con una tasa nacional de 26,5 por 100.000 habitantes. La mayor carga absoluta se concentra en San José, con 594 casos, equivalente al 43,0 % del total nacional, y una tasa de 35,6, lo que refleja un peso epidemiológico importante por volumen poblacional y dinámica urbana. No obstante, la mayor tasa provincial se observa en Limón, con 45,4 por 100.000 habitantes y 208 casos, lo que indica una mayor intensidad relativa de transmisión y amerita priorización territorial. Cartago también presenta una tasa elevada de 30,9, por encima del promedio nacional. En contraste, Guanacaste registra la menor tasa, con 9,8, seguida de Alajuela con 16,5 y Puntarenas con 17,3.

Infección por Gonorrea

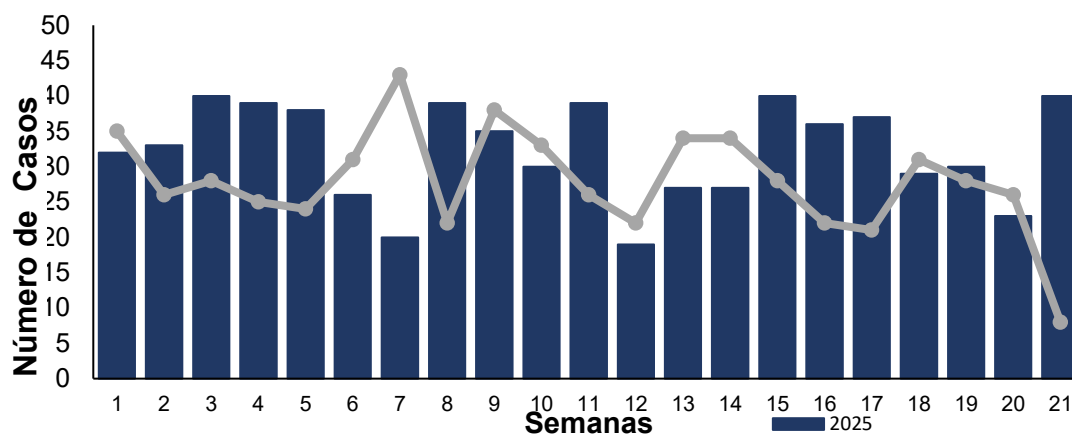
A la semana epidemiológica 21 del año 2026, la gonorrea evidencia un comportamiento ascendente, al pasar de 545 casos en 2025 a 585 casos en 2026, lo que representa un incremento absoluto de 40 casos y un aumento relativo del 7,34 %. Aunque el incremento no es abrupto, sí constituye una señal epidemiológica



relevante, ya que confirma persistencia de transmisión activa y posible aumento en la exposición de riesgo, diagnóstico oportuno o notificación de casos.

Gráfico 3

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



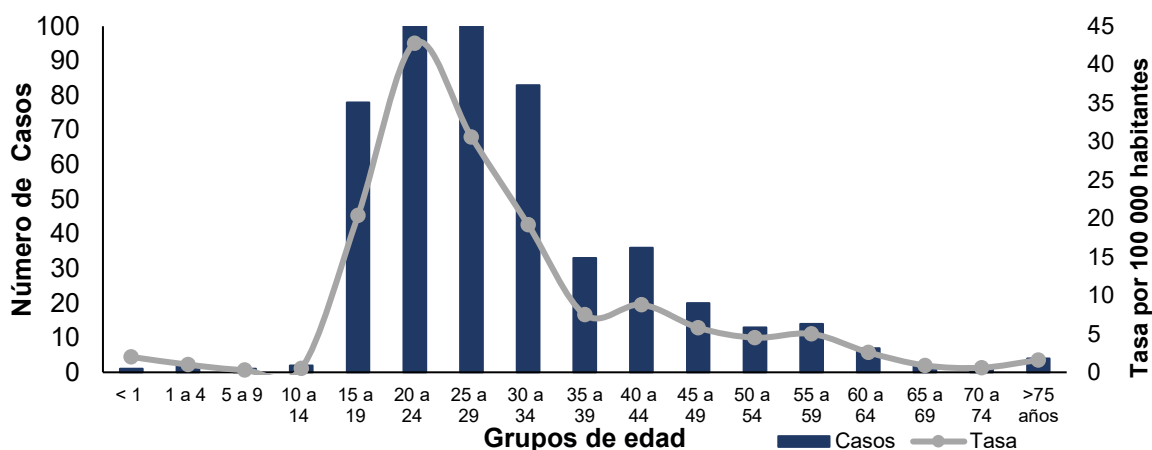
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 21 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 comportamiento por grupos de edad evidencia que la carga de gonorrea se concentra principalmente en población adolescente y adulta joven, con 585 casos totales. El grupo de 20 a 24 años presenta la mayor afectación, con 162 casos y la tasa más alta, 42,8 por 100.000 habitantes, seguido por 25 a 29 años con 126 casos y tasa de 30,6, y 15 a 19 años con 78 casos y tasa de 20,4. En conjunto, los grupos de 15 a 34 años acumulan 449 casos, equivalentes a aproximadamente 76,8 % del total, lo que confirma una transmisión concentrada en edades sexualmente activas tempranas y de mayor movilidad social. A partir de los 35 años se observa una reducción progresiva de casos y tasas en esos grupos. Los casos en menores de 15 años son pocos, pero epidemiológicamente sensibles, por lo que requieren verificación clínica, trazabilidad y abordaje conforme a los protocolos institucionales vigentes.

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 21 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	585	11,2
San José	277	16,6
Alajuela	66	6,1
Cartago	38	7,1
Heredia	52	9,4
Guanacaste	14	3,4
Puntarenas	61	12
Limón	77	16,8

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

El análisis por provincia evidencia una carga nacional de 585 casos de gonorrea, con una tasa global de 11,2 por 100.000 habitantes. La mayor concentración absoluta se observa en San José, con 277 casos, equivalente a aproximadamente 47 % del total nacional, y una tasa de 16,6, lo que sugiere un importante peso epidemiológico asociado a densidad poblacional, mayor demanda diagnóstica y dinámica urbana. No obstante, al valorar el riesgo poblacional mediante tasas, Limón presenta la tasa más alta del país, 16,8 por 100.000 habitantes, con 77 casos, seguido de San José y Puntarenas, esta última con 61 casos y tasa de 12,0. En contraste, Guanacaste muestra la menor afectación, con 14 casos y tasa de 3,4.

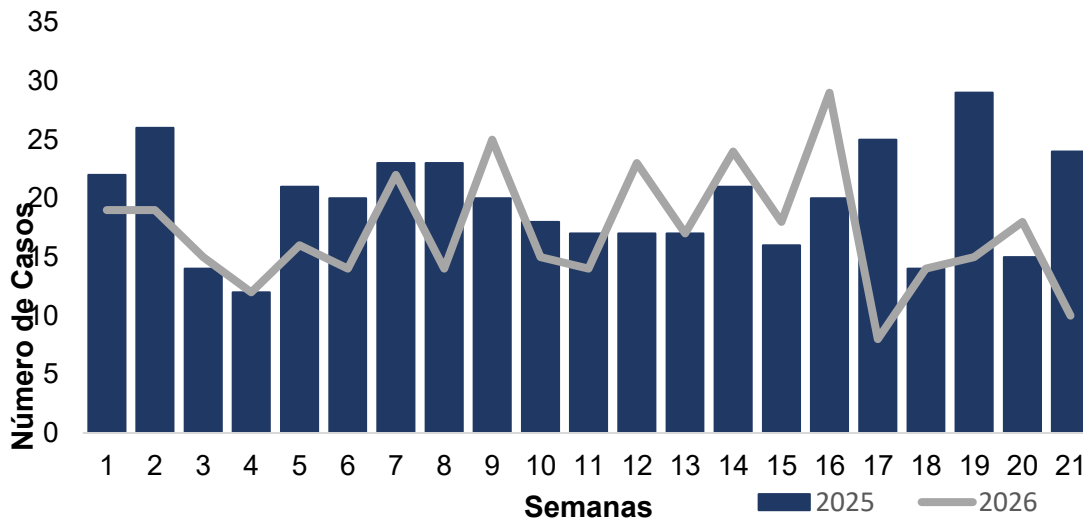
Infección por Herpes virus

Para la semana epidemiológica 21, Costa Rica registra 361 casos en 2026, frente a 335 casos en 2025, lo que representa un incremento absoluto de 26 casos y una variación relativa de 7,76%. Este comportamiento evidencia un aumento moderado de la notificación respecto al mismo periodo del año anterior, lo cual sugiere una mayor circulación del evento, intensificación en la captación de casos o mejora en la sensibilidad del sistema de vigilancia.



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, en la semana 21 se notifican 361 casos, con predominio en mujeres: 241 casos, equivalentes al 66,8% del total, y una tasa de 9,2 por 100.000 habitantes. En hombres se registran 120 casos, para el 33,2%, con una tasa de 4,6 por 100.000 habitantes. La tasa en mujeres duplica la observada en hombres, lo que evidencia una mayor carga del evento en población femenina.



Tabla 3

Costa Rica: Casos notificados por Herpes Virus, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 21 semanas año 2026

Provincias	Casos	Tasa
Total	361	6.9
San José	179	10.7
Alajuela	55	5.1
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.

Por provincia, la mayor carga de casos se concentra en **San José**, con **179 casos**, equivalente al **49,6% del total nacional**, y además presenta la **tasa más alta del país: 10,7 por 100.000 habitantes**, superando la tasa nacional de **6,9**. Le siguen **Alajuela** con **55 casos** y tasa de **5,1**, **Heredia** con **37 casos** y tasa de **6,7**, **Limón** con **34 casos** y tasa de **7,4**, y **Puntarenas** con **32 casos** y tasa de **6,3**. Aunque Limón no concentra el mayor número absoluto de casos, sí muestra una tasa superior a la nacional, lo que sugiere mayor intensidad relativa del evento. Las menores tasas se observan en **Cartago** con **3,2** y **Guanacaste** con **1,7**, por lo que el análisis territorial debe priorizar San José y Limón, sin descuidar provincias con volumen intermedio de casos.

Por grupo de edad, la mayor carga se concentra en población adolescente tardía y adulta joven, principalmente entre 20 y 24 años, con 63 casos y la tasa más alta: 16,6 por 100.000 habitantes. Le siguen los grupos de 35 a 39 años con 52 casos y tasa de 11,9, así como 25 a 29 años y 30 a 34 años, ambos con 48 casos, con tasas de 11,6 y 11,1, respectivamente. Este patrón evidencia una mayor afectación en población sexual y reproductivamente activa, mientras que en menores de 10 años no se registran casos y en personas mayores de 50 años la frecuencia disminuye progresivamente.



Miasis por gusano barrenador en humanos

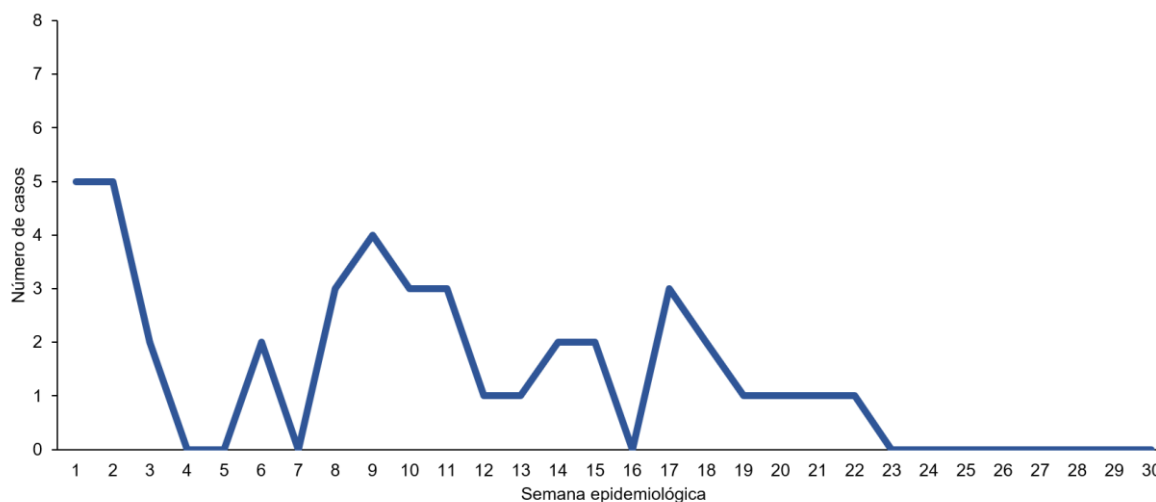
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 22 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 22, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 42 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (17/42) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (22/42)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 22, 2026

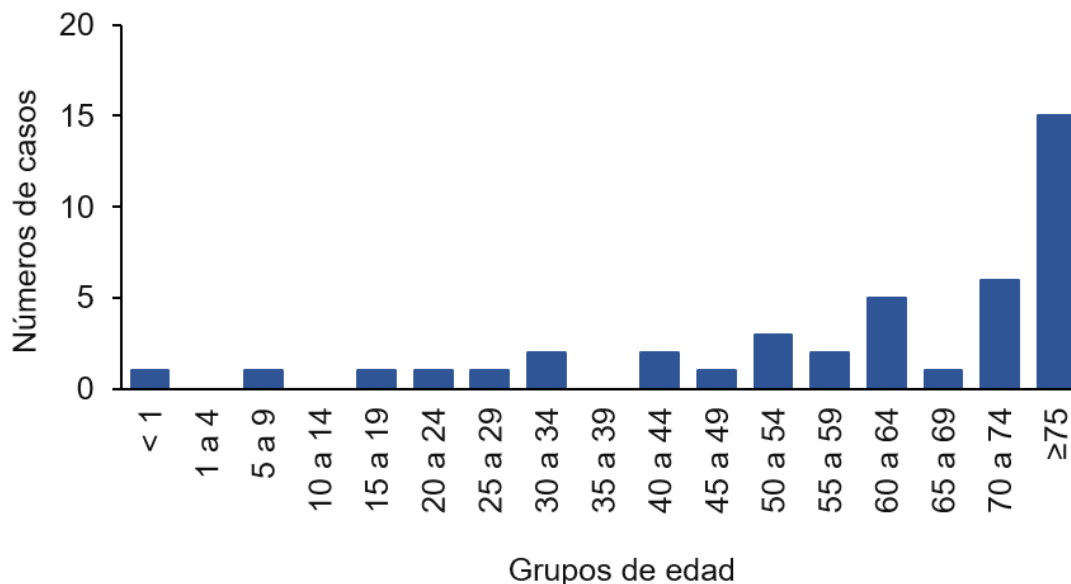


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 22, 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 13 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 22, 2026

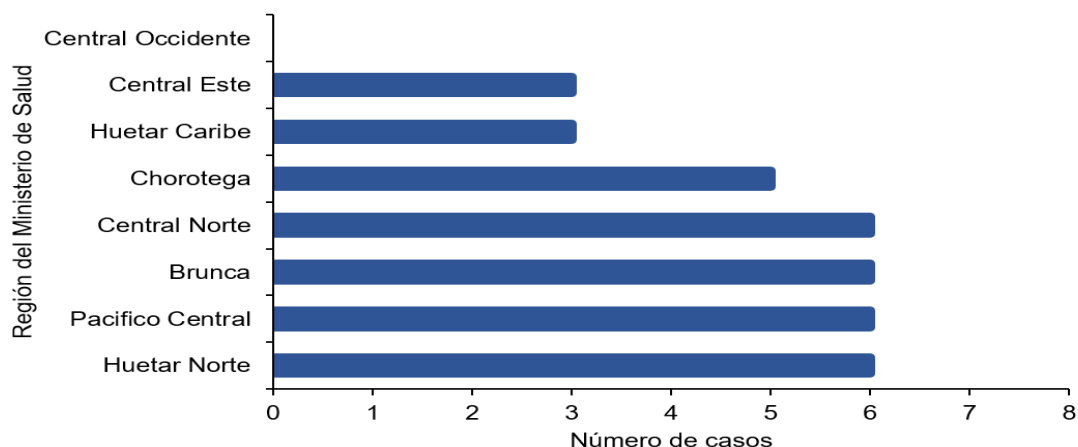
Provincias	Casos	Tasas
Total	42	0,8
San José	9	0,5
Alajuela	9	0,8
Cartago	2	0,4
Heredia	4	0,7
Guanacaste	5	1,2
Puntarenas	10	2,0
Limón	3	0,7

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 22 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Puntarenas (10/42) seguida de las provincias de San José (9/42) y Alajuela (9/42).

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 22, 2026



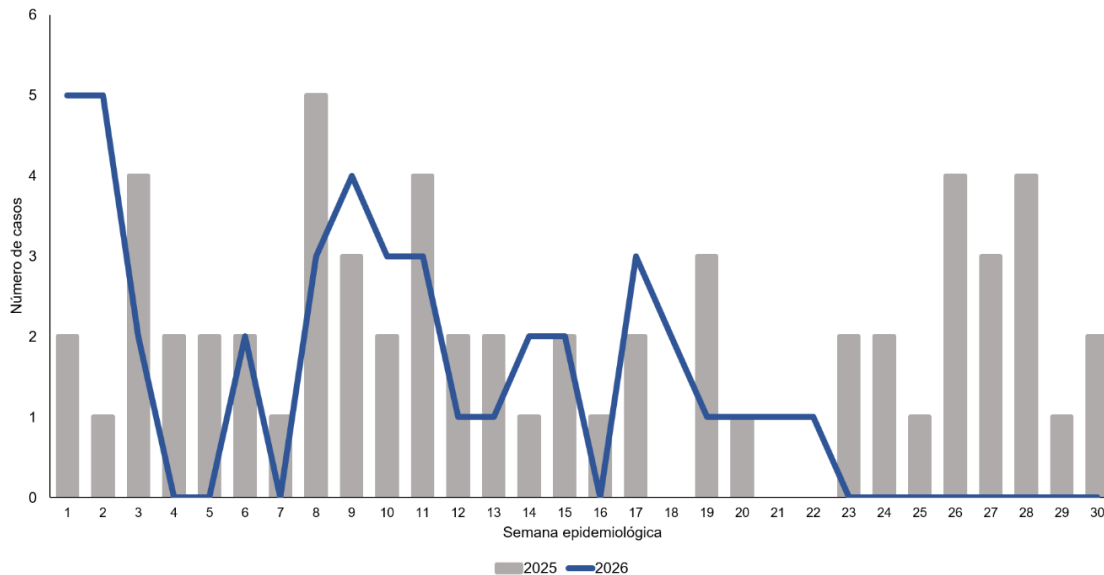
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Central Sur (7/42) como la 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 durante la SE 01 a 22 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 42 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 22 del 2025 también se habían confirmado 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 22 del 2025 y del 2026

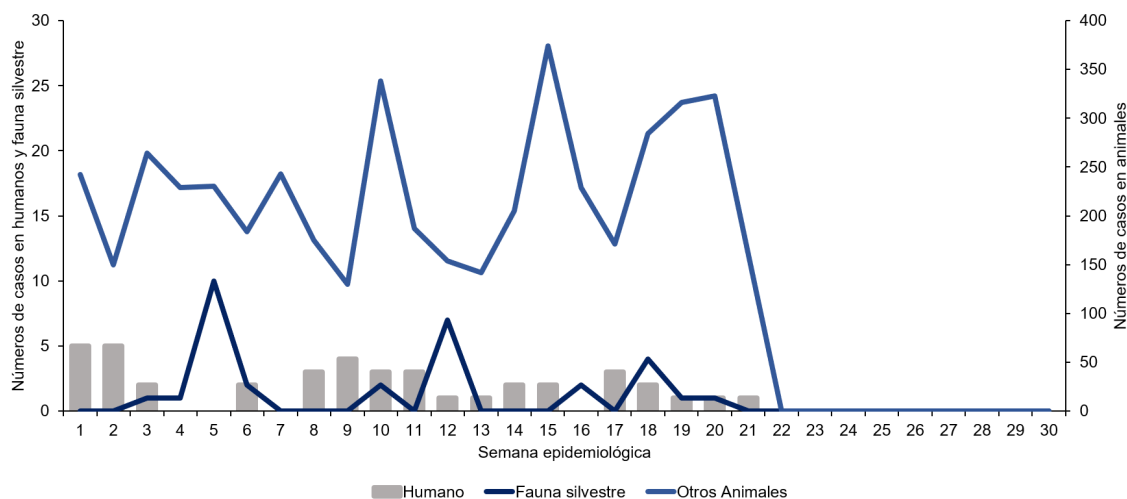


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2025 y 2026



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 21, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 21-2026, 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 21 del 2026, con 41 casos confirmados en humanos, 31 casos en fauna silvestre y 4730 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 (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.