



Boletín Epidemiológico N° 27 de 2026
Dirección de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud
31 de julio de 2026

Tabla de contenido

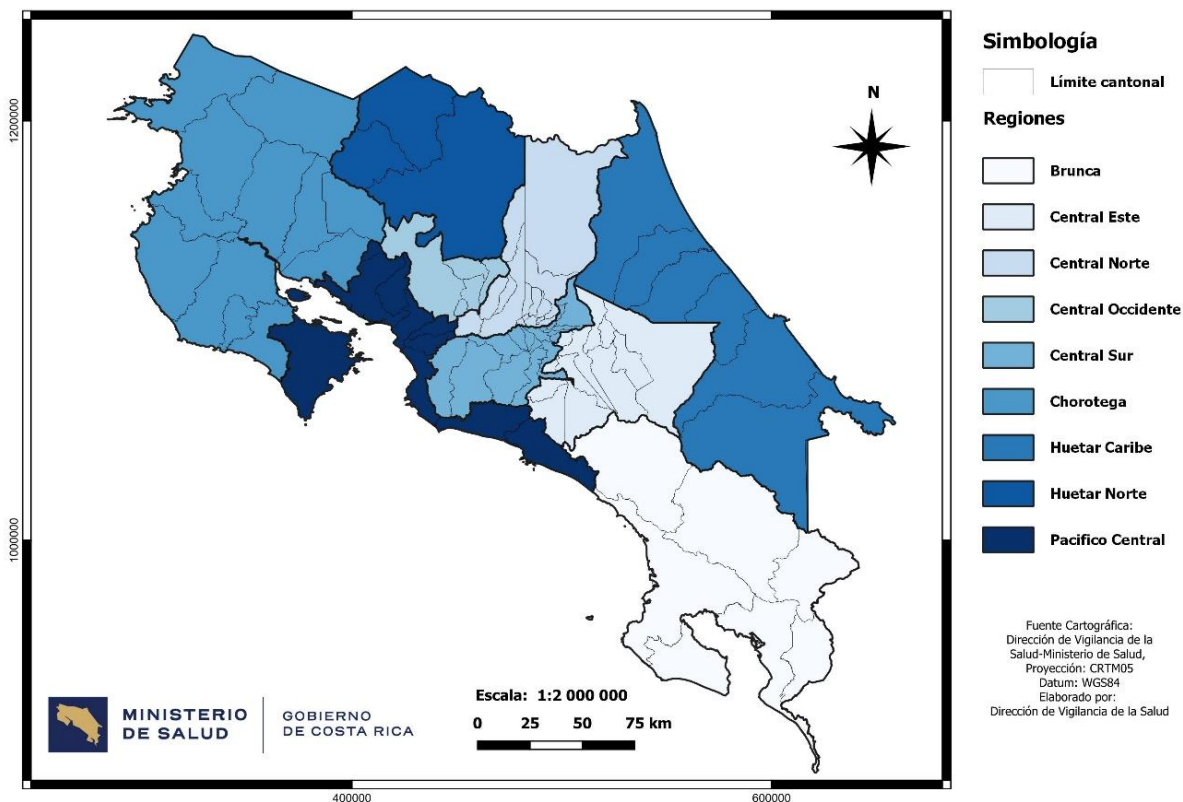
Arbovirosis	3
Situación de la malaria en Costa Rica	7
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	16
Meningitis	31
Miasis por gusano barrenador en humanos	35



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 28 del año 2026 se notifican **2194 casos acumulados** de dengue de estos, **38 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 521 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 156,6/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 28, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	521	49,8
Pacífico Central	504	156,6
Chorotega	318	67,0
Huetar Caribe	285	62,2
Central Sur	266	17,6
Brunca	114	32,3
Huetar Norte	87	32,0
Central Occidente	56	24,9
Central Este	43	7,8
Total	2194	42,1

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud.



Tabla 2.
Costa Rica: casos de dengue notificados por provincia y sexo, 2026

Provincia	Total casos	Tasa	Femenino	Tasa	Masculino	Tasa
Alajuela	823	76,0	419	77,5	404	74,5
Puntarenas	316	62,1	151	60,0	165	64,2
Guanacaste	311	74,6	163	78,8	148	70,4
Limón	285	62,2	127	56,7	158	67,5
San José	280	16,8	145	17,2	135	16,4
Heredia	137	24,9	81	29,3	56	20,4
Cartago	42	7,9	15	5,6	27	10,2
Total	2194	42,1	1101	42,1	1093	42,0

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

Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 28 son: Orotina 265 casos, Alajuela 201 casos, Grecia 156 casos, San José 117 casos y Puntarenas 115 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 28, 2026.

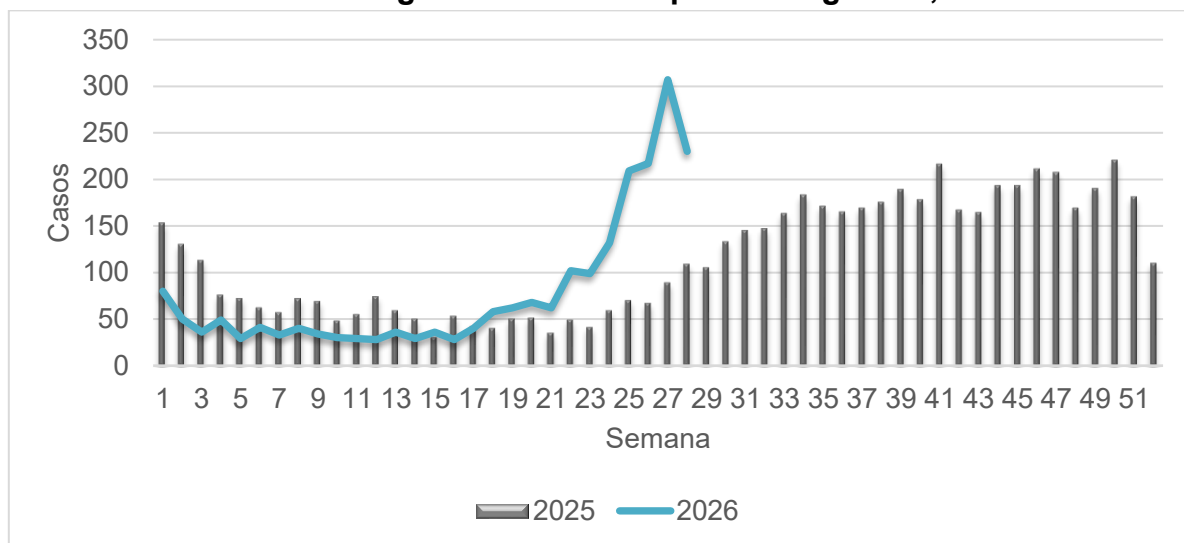
Cantón	Casos	Tasa
209: Orotina	265	1042,0
201: Alajuela	201	60,9
203: Grecia	156	191,7
101: San José	117	33,0
601: Puntarenas	115	79,0
510: La Cruz	88	310,3
701: Limón	79	86,1
702: Pococí	77	49,0
505: Carrillo	64	126,7
705: Matina	62	135,7

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Gráfico 1.

Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 28, 2025-2026.

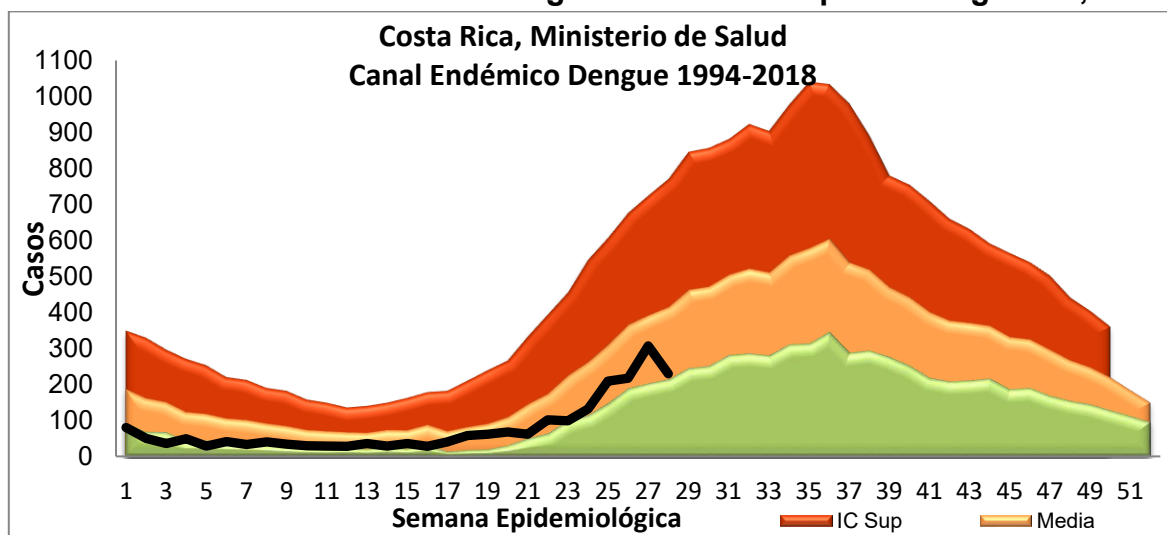


Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 27 del año 2025 se reportaron 1.875 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 14,5% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 28, 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 27 de julio se reportan 4 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en el Hospital Enrique Baltodano, 1 en Hospital Escalante Pradilla, 1 en Hospital San Francisco de Asís y 1 en el Hospital San Vicente de Paul.

Chikungunya

A la semana epidemiológica 28 se notifican un total de **48 casos** confirmados por PCR.

Tabla 4.

Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados a la semana epidemiológica 28, 2026

Región	Casos
Central Norte	18
Chorotega	18
Central Sur	6
Central Occidente	3
Pacífico Central	2
Huetar Norte	1
Total	48

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 28 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 28 de 2026, Costa Rica acumula 57 casos de malaria: 20 corresponden a transmisión local (9 autóctonos y 11 introducidos), 34 son importados (incluidas 6 recaídas) y 3 permanecen en investigación epidemiológica.

La transmisión local se mantiene concentrada en el foco de Crucitas (Cutris), asociado a la actividad minera y a la movilidad poblacional transfronteriza con Nicaragua, y se ubica por debajo de los niveles observados en el mismo período de 2023 a 2025. No obstante, la persistencia de casos introducidos sostiene el riesgo de reintroducción y exige mantener la vigilancia intensificada, el diagnóstico oportuno y la respuesta focalizada en las áreas de mayor actividad.

Tabla 1.

Cifras clave de la situación epidemiológica de la malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 28, 2026.

Cifras clave	SE 28-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	57	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	20 (35%)	9 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	34 (60%)	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	3 (5%)	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas	Concentra 15 de los 20 casos de transmisión local (75%)

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



Transmisión local

Costa Rica registra 20 casos de transmisión local en la SE 28 de 2026, distribuidos en 9 autóctonos y 11 introducidos. El 75 % (15/20) se concentra en el foco de Crucitas, en el distrito de Cutris, Región Huetar Norte, en un contexto de actividad minera y movilidad transfronteriza con Nicaragua. Los casos restantes se distribuyen entre los focos de Los Chiles, Matina y Horquetas de Sarapiquí.

Tabla 2.

Distribución de los casos de transmisión local según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 28, 2026.

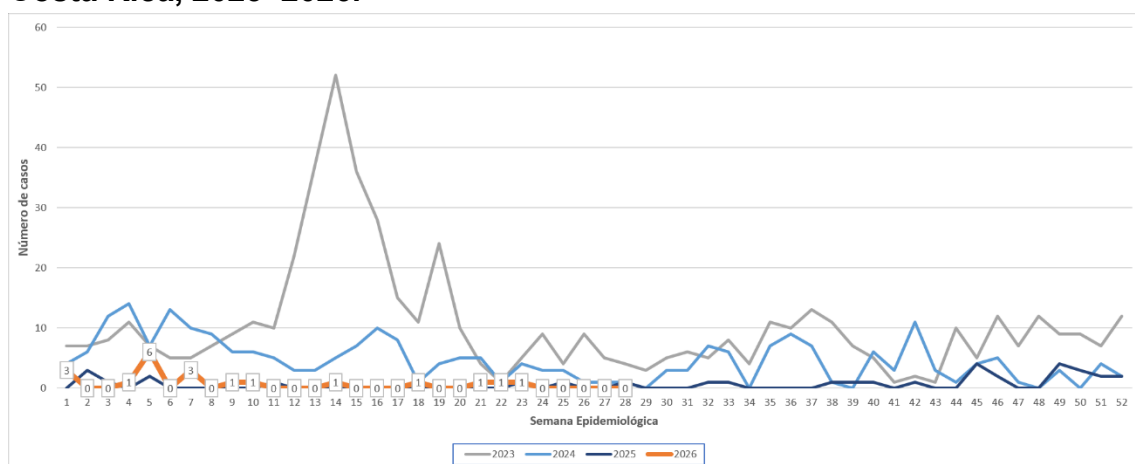
Clasificación	<i>P. vivax</i>	<i>P. falciparum</i>	Total
Autóctonos	8	1	9
Introducidos	10	1	11
Total	18	2	20

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

Plasmodium vivax es la especie predominante en la transmisión local (18/20, 90 %); *P. falciparum* aporta apenas 2 casos (10 %): uno autóctono en Matina y uno introducido en Crucitas, lo que confirma que la circulación de esta especie, aunque marginal, no ha desaparecido.



Gráfico 1.
Distribución de los casos de transmisión local por semana epidemiológica.
Costa Rica, 2023–2026.



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

Los casos de transmisión local mantienen una tendencia descendente durante los últimos cuatro años. A la semana epidemiológica 28 de 2026 se registran 20 casos, cifra inferior a la observada para el mismo período de 2023, 2024 y 2025, lo que evidencia la continuidad de la reducción de la transmisión local en el país. No obstante, la persistencia de casos introducidos y su concentración en el foco de Crucitas mantienen la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia, diagnóstico oportuno y respuesta focalizada.

Casos importados

Los casos importados continúan siendo la principal fuente de introducción del parásito al país. A la semana epidemiológica (SE) 28 de 2026 se registran 34 casos importados, cuya caracterización epidemiológica evidencia patrones relevantes en cuanto a la especie parasitaria, el país de probable infección y la distribución geográfica de los casos.



Tabla 3.

Distribución de los casos importados según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 28, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	29	85
<i>P. falciparum</i>	4	12
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	34	100

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

El 97 % de los casos importados presenta antecedente de exposición en Nicaragua, lo que confirma la influencia de la movilidad poblacional transfronteriza en la epidemiología de la malaria en Costa Rica.

Además, *Plasmodium vivax* constituye la especie predominante, representando el 85 % de los casos importados, mientras que *P. falciparum* y las infecciones mixtas corresponden al 15 % restante. La mayor parte de estos casos se detecta en la Región Huetar Norte, reforzando la necesidad de mantener la detección temprana, la investigación epidemiológica y la respuesta oportuna para prevenir la reintroducción de la transmisión

Distribución de casos

La distribución de los 57 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 47 casos (83 %), incluida la totalidad de los introducidos y la mayor parte de los importados. Las demás regiones registran casos esporádicos, predominantemente importados.



Tabla 4.

Distribución de casos por clasificación epidemiológica, especie y región del Ministerio de Salud, SE28-2026

	Autóctono		Importado		Introducido		En investigación		Total	
	P. f	P. v	Mixta (Pf/Pv)	P. f	P. v	P. f	P. v	P. f		P. v
Central norte	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Central occidente	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Central sur	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Chorotega	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Huetar caribe	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4
Huetar norte	0	7	1	4	22	1	10	1	1	47
Total	1	8	1	4	29	1	10	1	2	57

P.f: Plasmodium falciparum

P.v: Plasmodium vivax

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

En síntesis: los casos importados son la categoría más frecuente (60 %), *Plasmodium vivax* se mantiene como la especie predominante a nivel nacional (49/57, 86 %) y se identifican 7 casos por *P. falciparum* y 1 infección mixta, lo que confirma que ambas especies circulan simultáneamente en el país, aunque con pesos muy distintos.

Vigilancia Nacional

A la semana epidemiológica actual, el país reporta un total de **116 413 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 64.267 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 **907 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse al gráfico 2.



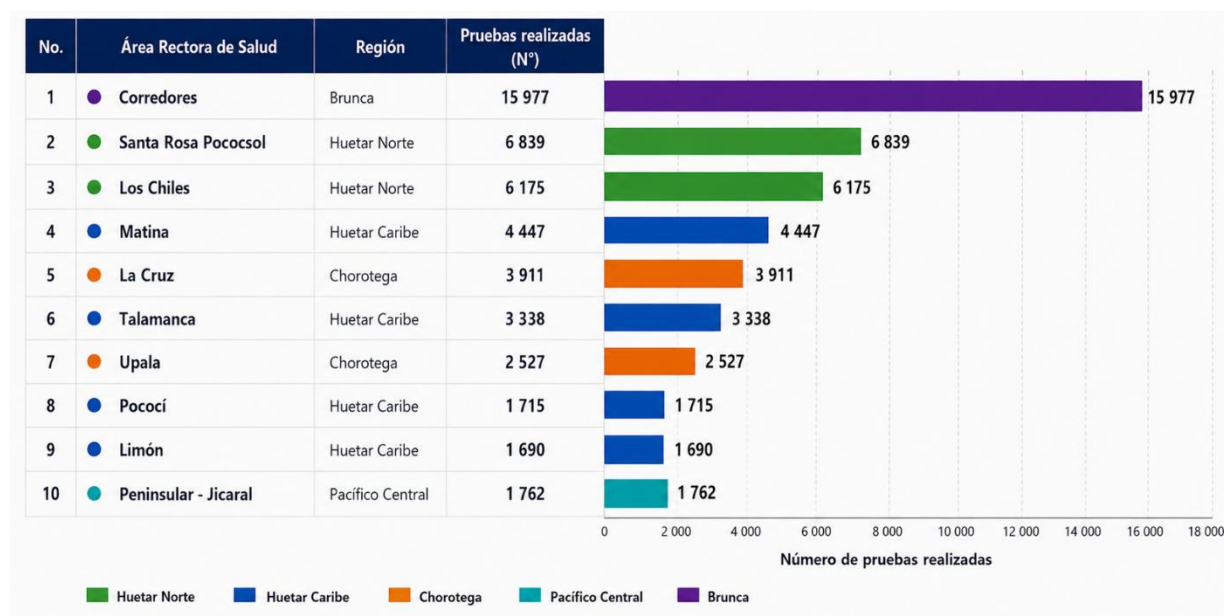
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)** ha realizado un **total de 52 146 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 45 973 pruebas rápidas de diagnóstico (PDR),
- 5 926 exámenes de gota gruesa,
- 247 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.

Principales Áreas Rectoras de Salud por número de pruebas realizadas para malaria. Costa Rica, semana epidemiológica 26, 2026.

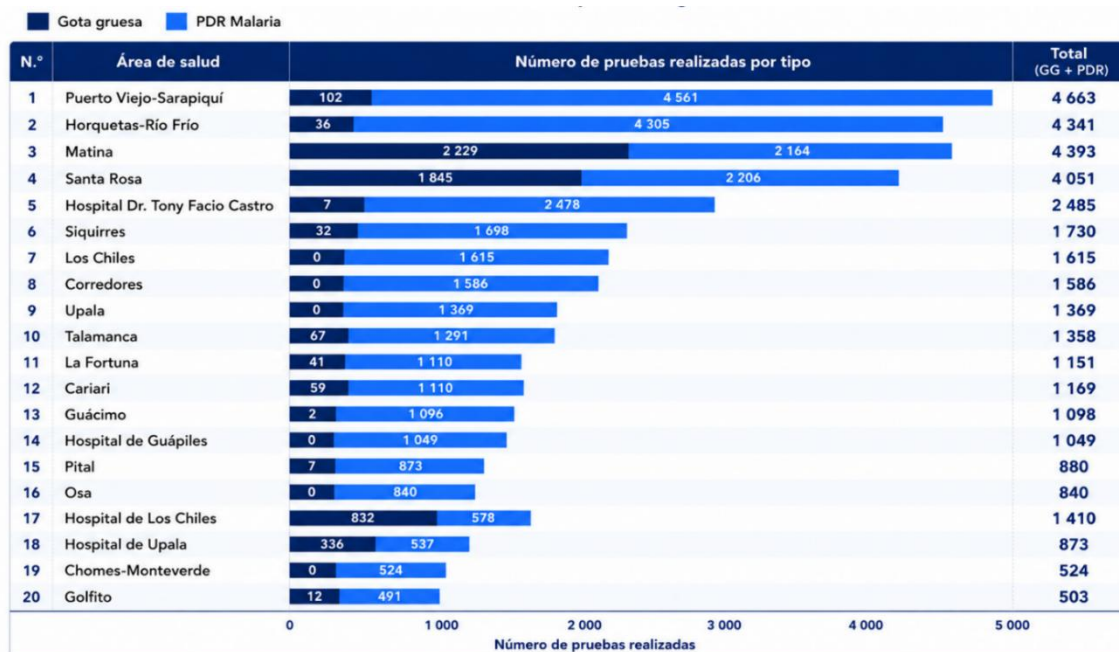


Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3.

Costa Rica: Distribución de pruebas de gota gruesa, PDR y PCR para malaria en los 20 centros de salud de la CCSS con mayor producción 2026-SE 28.



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, 10 focos residuales inactivos y focos eliminados.

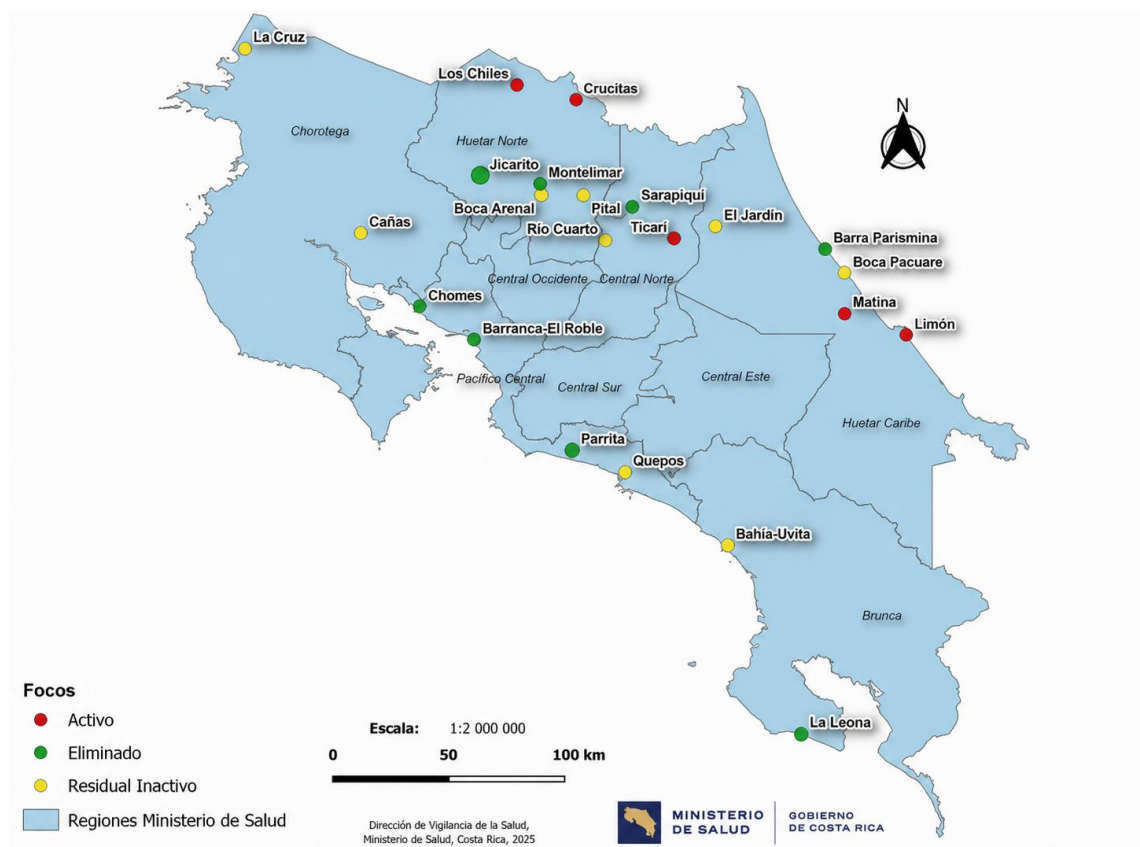


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Figura 1

Distribución geográfica de focos de malaria según estatus epidemiológico. Costa Rica, junio 2026.



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

Para que un foco sea declarado como residual inactivo debe transcurrir 1 año sin aparición de casos autóctonos, paralelamente, para que un foco sea declarado como eliminado, debe transcurrir 3 años sin transmisión autóctona del parásito.



Tabla 5.

Listado de focos de malaria por provincia, cantón y estado epidemiológico del foco. Costa Rica, 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	Eliminado
Alajuela	Río Cuarto	Río Cuarto	Residual inactivo
Guanacaste	La Cruz	La Cruz	Residual inactivo
Guanacaste	Cañas	Cañas	Residual inactivo
Heredia	Sarapiquí	Sarapiquí	Eliminado
Heredia	Sarapiquí	Ticari	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	Eliminado
Puntarenas	Golfito	La Leona	Eliminado
Puntarenas	Osa	Bahia Uvita	Residual inactivo

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



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

A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 28 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 28 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) 28 son un total de 5245.
- 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 28, en Costa Rica, 2026.



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

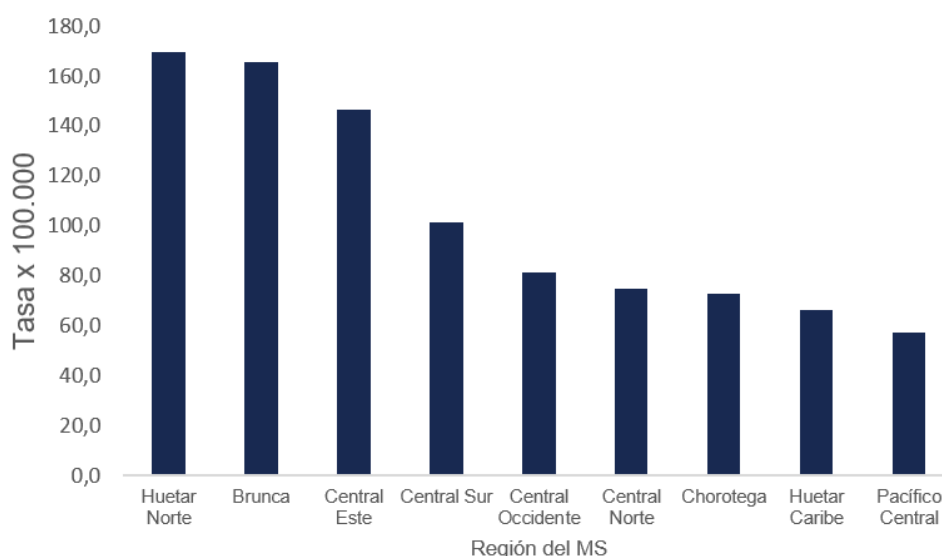


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 28, 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 27 del 2026, en Costa Rica.



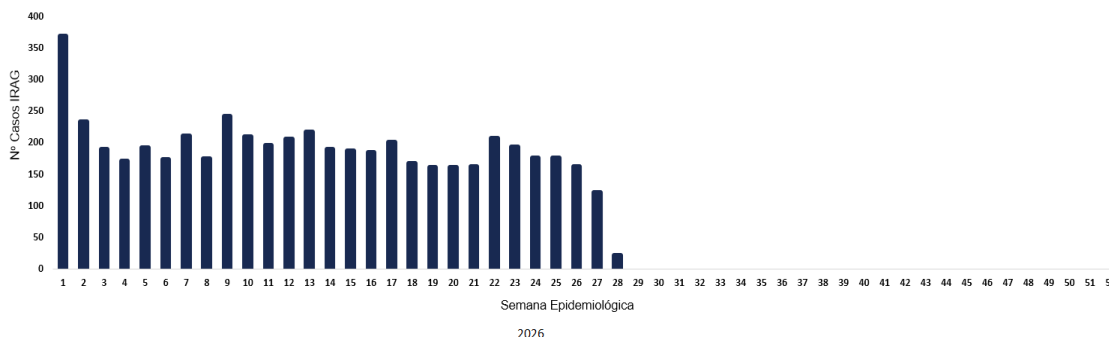
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 28 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 27, en Costa Rica, 2026.

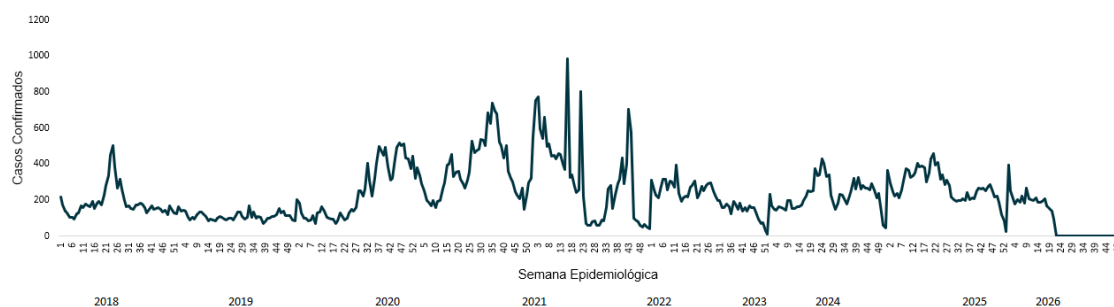


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

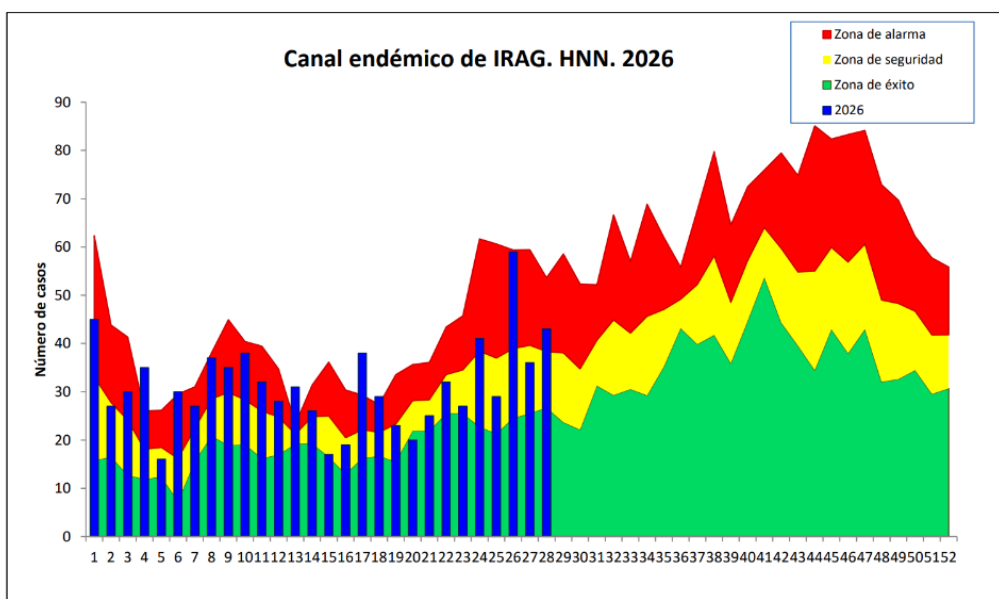


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

El HNN, para la SE-28 tiene un canal endémico de IRAG que actualmente se encuentra por en zona de alarma, debido a la cantidad de casos que están presentando en este momento, tal como se puede apreciar en el gráfico 5.



Gráfico 5.
Costa Rica: Canal endémico IRAG, HNN, 2026



Fuente: EDUS-UEPCI HNN, 2026.

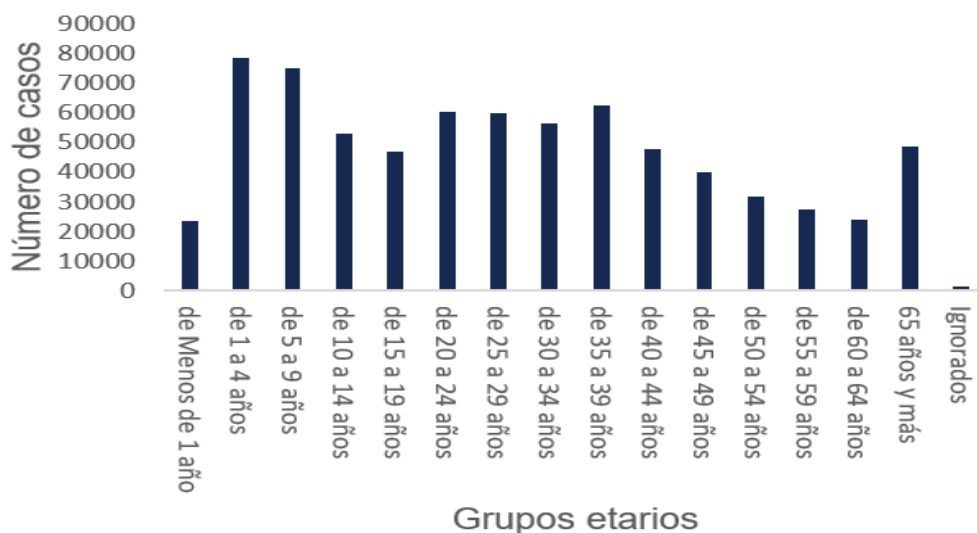
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 28 son 757857.
- 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 28, en Costa Rica, 2026.



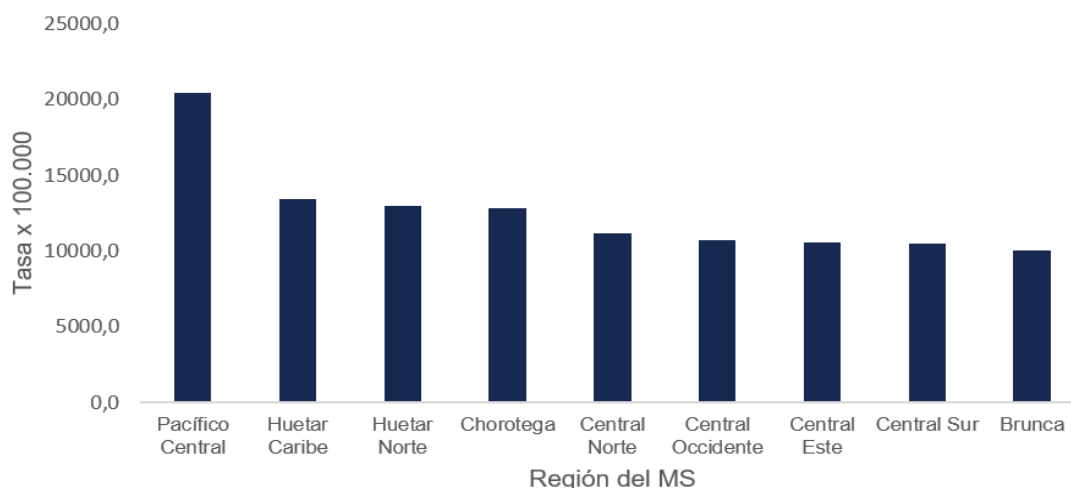
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 28, 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 28 del 2026, en Costa Rica.

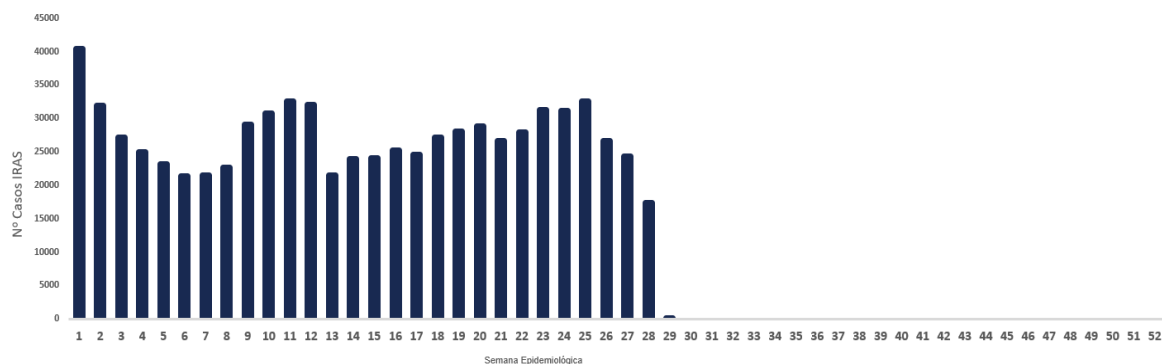


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 28 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 28, 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.

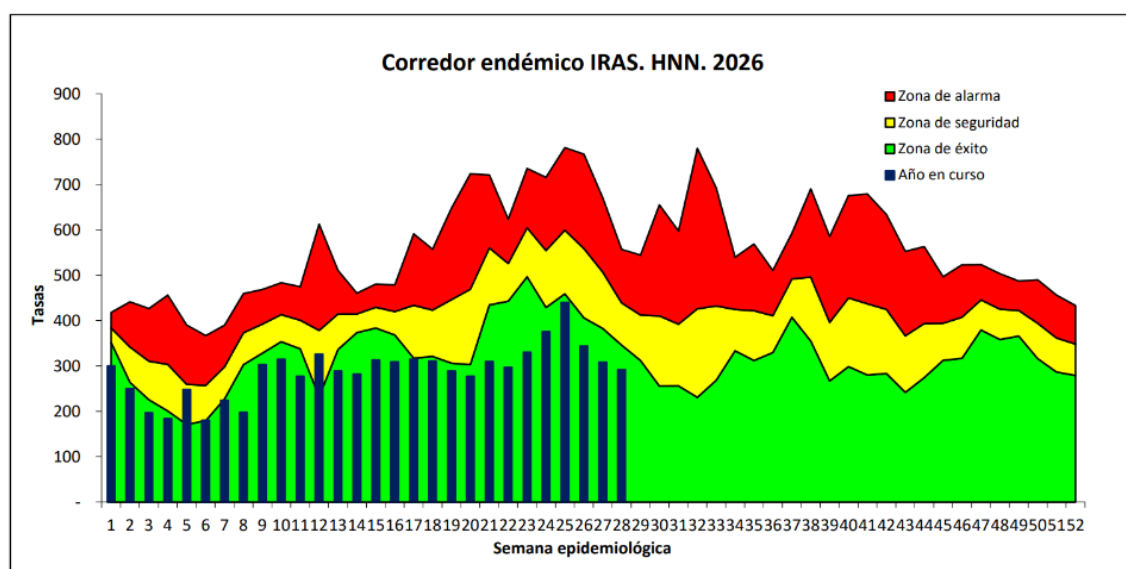


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 28 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

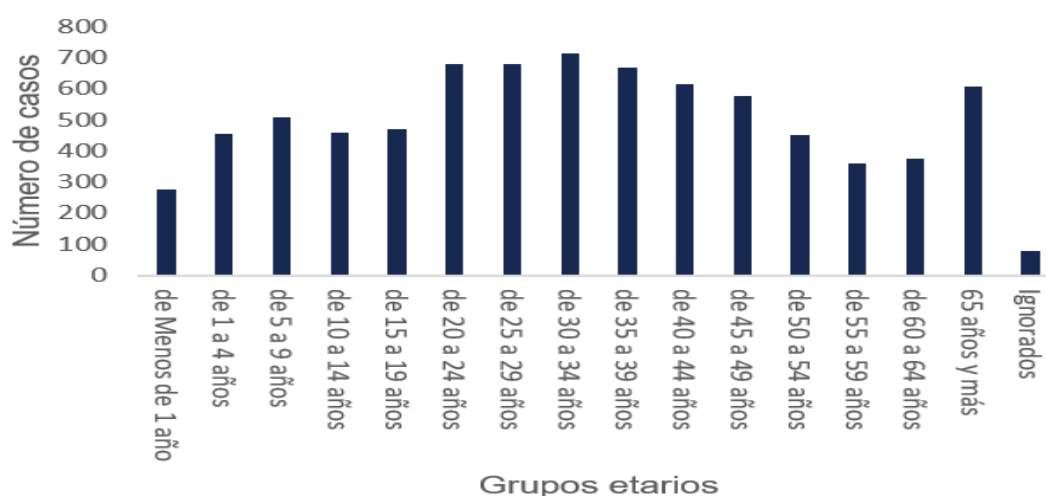


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 28 son $n = 8153$.
- Los casos distribuidos por grupos por edad quinquenal tienen la mayor distribución en personas entre 20 y 24 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 28, en Costa Rica, 2026.



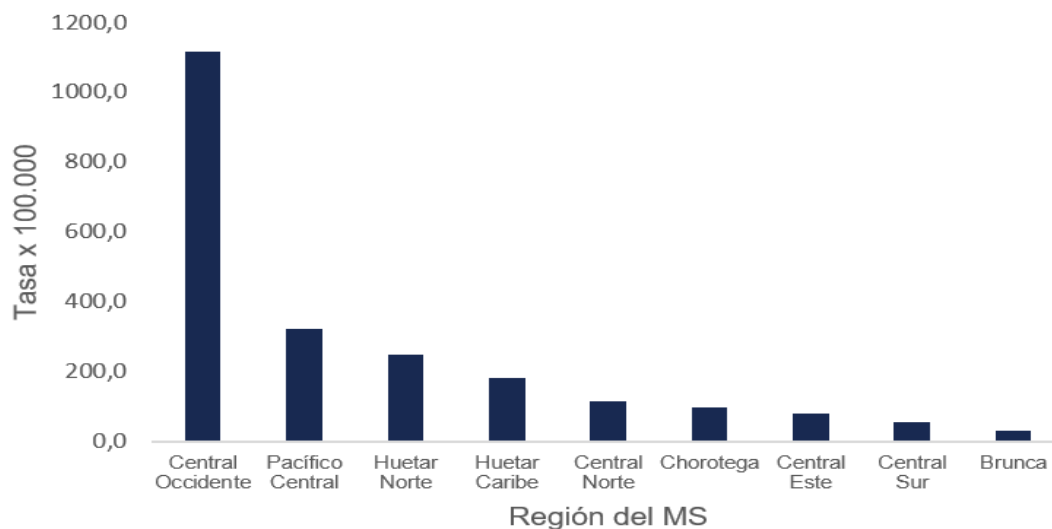
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 28, 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 28 del 2026, en Costa Rica.

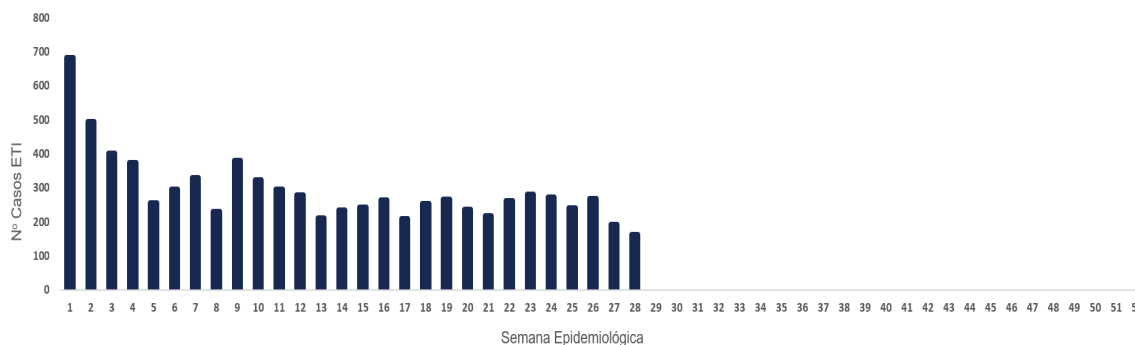


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 28, en Costa Rica, 2026.



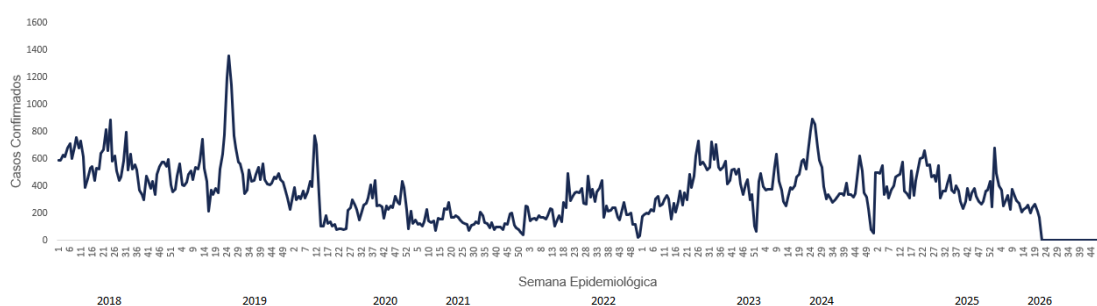
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

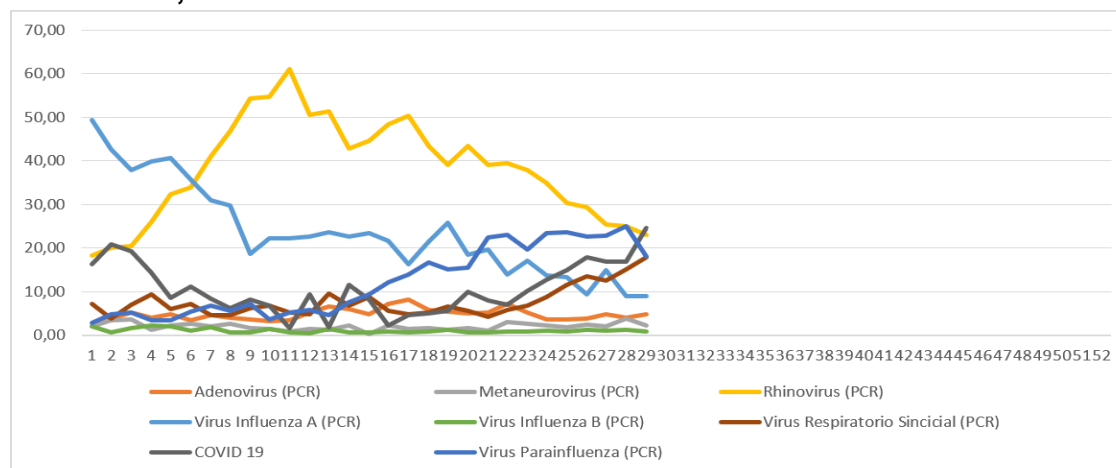


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 29 del 2026; para la SE-29, en el país, el Covid-19 es el que más está circulando, seguido del virus de Parainfluenza y finalmente el Rinovirus está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 28 en Costa Rica, 2026.



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

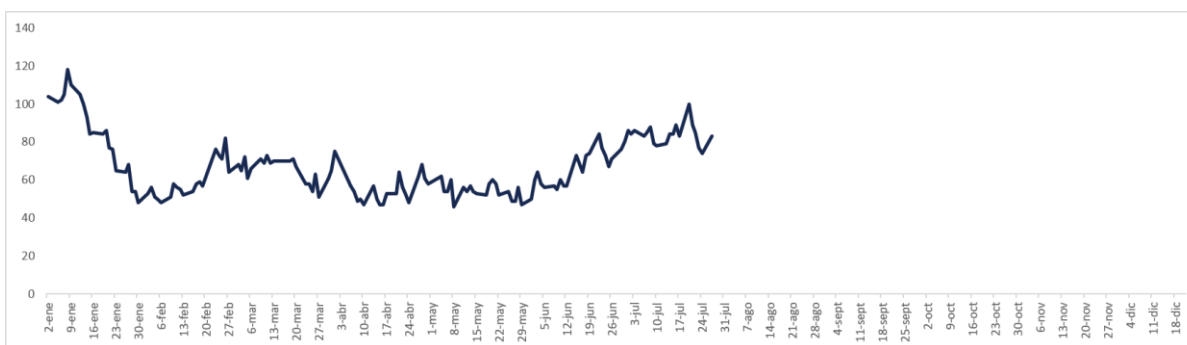


En relación con los datos específicos del Hospital Nacional de Niños, la situación que se presenta es la siguiente:

Al 28 de julio del año en curso, correspondiente a la semana 30, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 78, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 116%.

Gráfico 16.

Total de pacientes hospitalizados y en emergencias en la semana 25 del año 2026, Hospital Nacional de Niños.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, 2026.



Tabla 1.

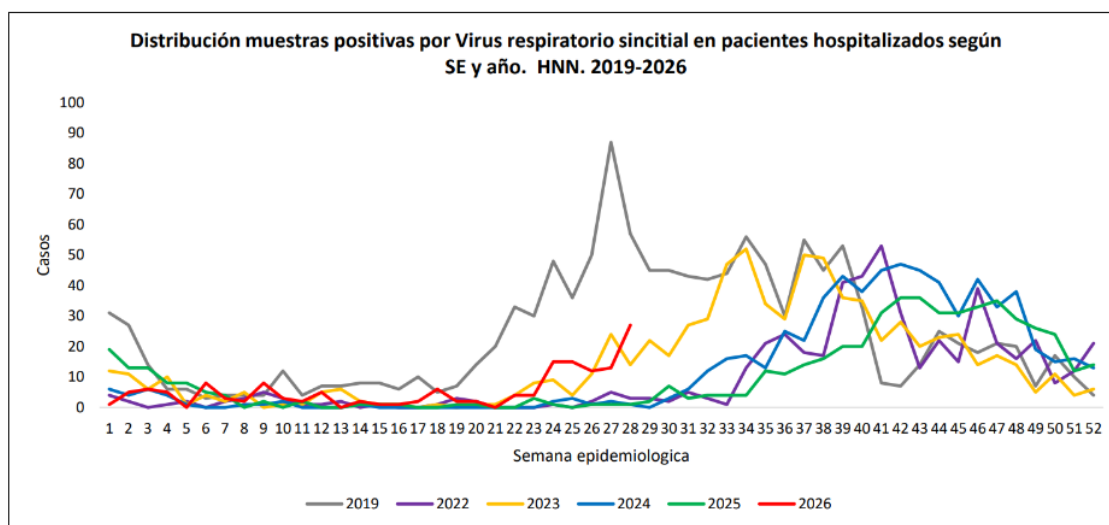
Positividad de muestras respiratorias de pacientes hospitalizados según agente etiológico viral. HNN. SE 1-28. Año 2026.

Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	559	50.8
Virus respiratorio sincitial	154	14.0
Parainfluenza	147	13.4
Adenovirus	113	10.3
Influenza A-B	72	6.5
SARS CoV-2	33	3.0
Metaneumovirus	18	2.2
Coronavirus	5	0.5
Total	1101	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.



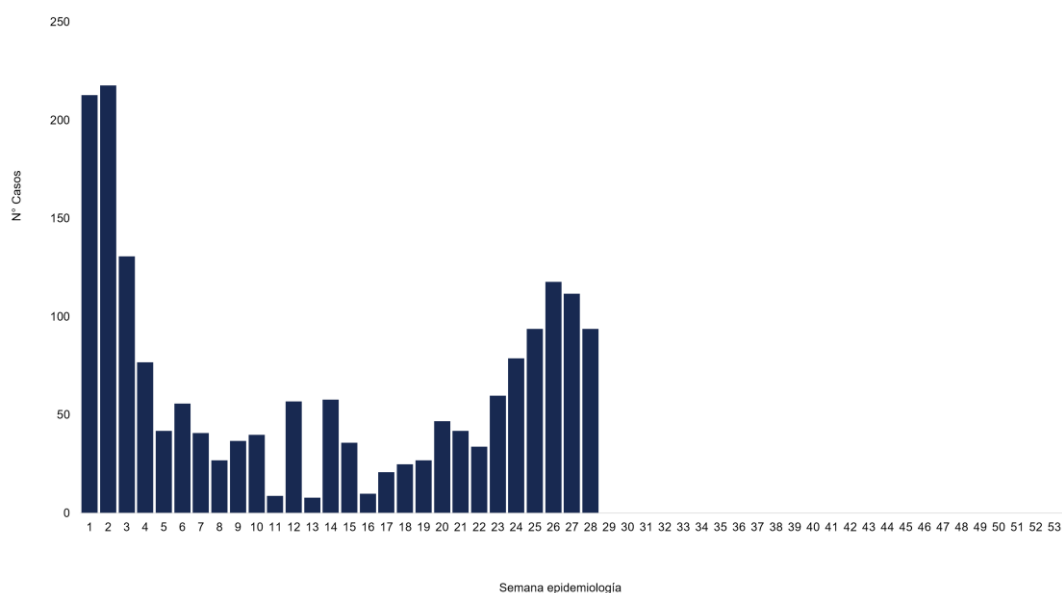
Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.



Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 29, se reportaron un total de 126 casos confirmados, lo que representa un aumento del 34.04% con respecto a la SE-28 del año 2026 que presentó 94 casos.

Gráfico 18.

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



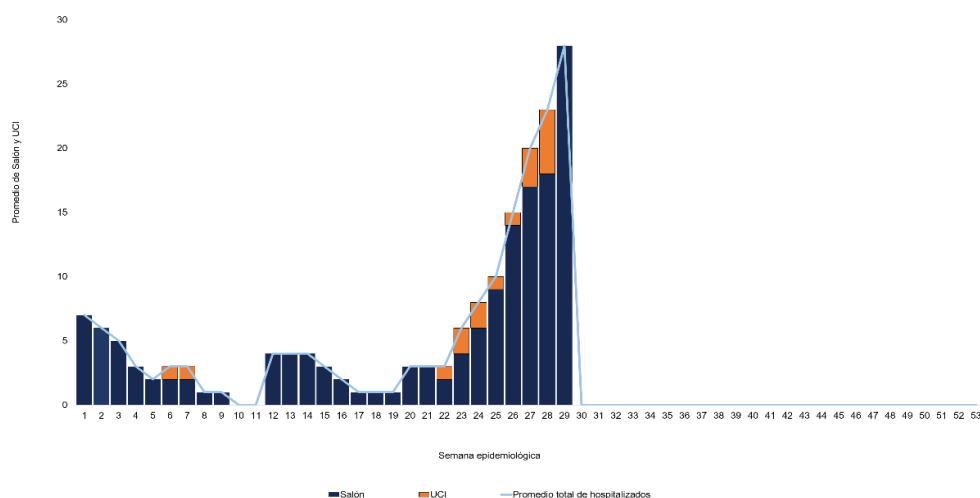
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 29, se reportó un promedio total de 28 hospitalizados (28 en salón general y 0 en UCI); en la SE-28, hubo un total de 18 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa un aumento del 55.56% con respecto a la SE-28; en UCI no hubo pacientes internados en la SE-29.



Gráfico 19.

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



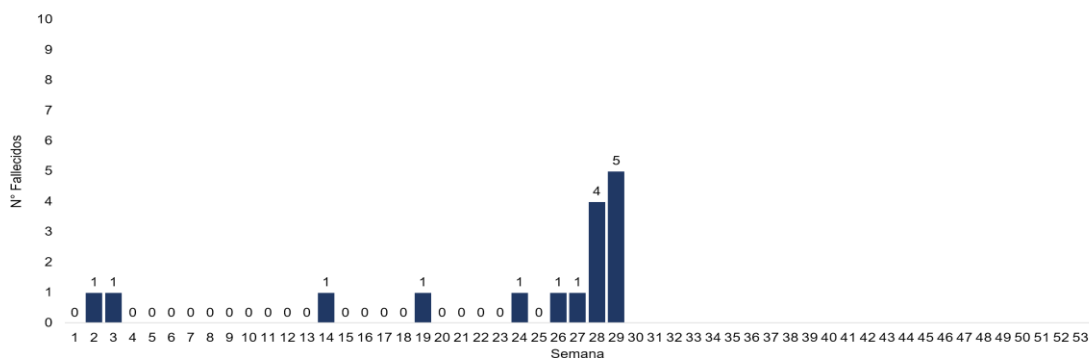
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

En relación con el comportamiento de las personas fallecidas asociadas a COVID-19, durante la semana epidemiológica 29, hubo cinco 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.



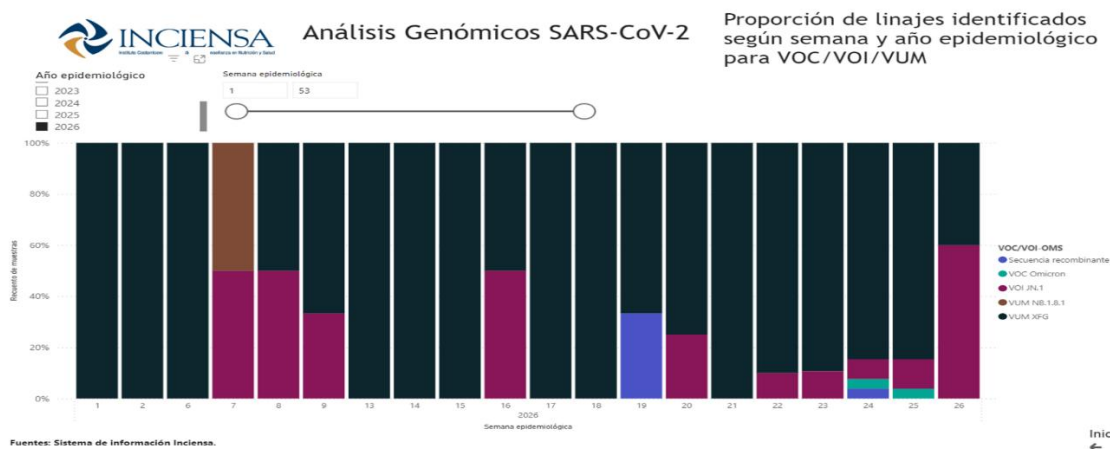
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 28 de julio 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 26 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 28 de julio del 2026.



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, al cierre de la semana epidemiológica (SE) 27 del año 2026, se notificaron 112 casos sospechosos de meningitis mediante la boleta VE-01, en comparación con 129 casos registrados durante el mismo período del año 2025, lo que representa una disminución de 13,18%.

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 12, ambos años presentaron un comportamiento de baja intensidad y carácter esporádico, sin tendencia definida.

A partir de la semana 12 se observó un incremento sostenido y concordante en ambas series. En 2025 este ascenso generó dos picos de 8 casos (semanas 13 y 16); en 2026 se registró el valor máximo del período (9 casos, semana 15). Entre las semanas 17 y 26, ambas curvas mostraron un comportamiento de meseta con oscilaciones, destacando un pico secundario en 2025 (8 casos, semana 24).

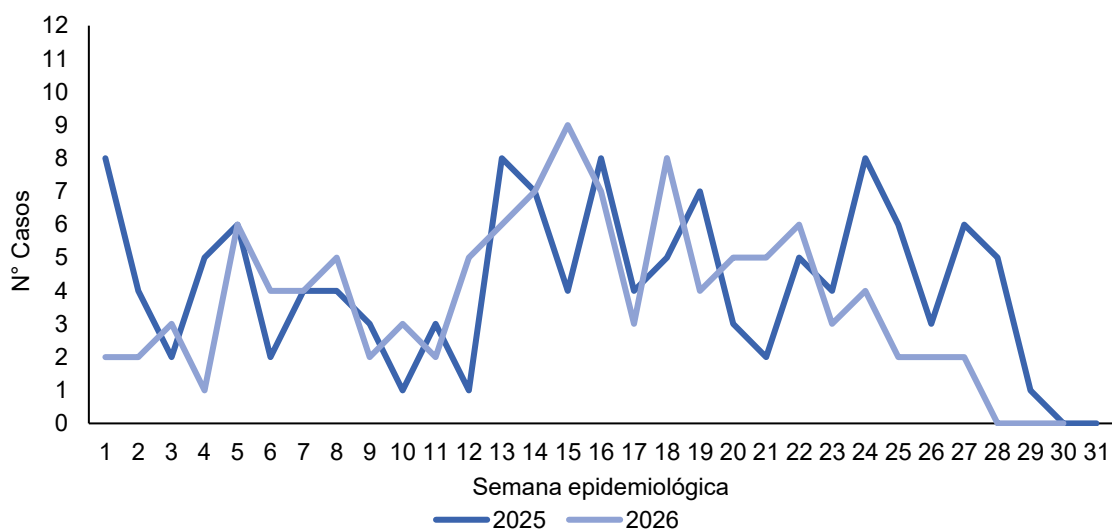
Hacia el final del período analizado (semana 27), se observa una divergencia entre ambas curvas: 2025 se ubica en 6 casos, mientras que 2026 desciende a 2 casos, continuando la tendencia decreciente que se observa desde la semana 22.

De las 9 regiones del Ministerio de Salud, la región Central Sur notificó la mayor cantidad de casos con el 25,0% (28/112), seguido de las regiones Central Este con el 17,0% (19/112) y Chorotega con el 16,1% respectivamente (18/112).



Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 27, 2026



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

La siguiente tabla presenta los 15 cantones con las mayores tasas de notificación de meningitis. Monteverde, en la provincia de Puntarenas, registra la tasa más alta (20,6), seguido por Aserrí, en la provincia de San José (11,1), y Turrialba, en la provincia de Cartago (8,8).



Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según 15 cantones prioritarios, acumulado a la semana epidemiológica 27, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

cantón	casos	tasa
Monteverde	1	20,6
Aserri	7	11,1
Turrialba	6	8,8
San Isidro	2	8,5
Liberia	5	6,1
Esparza	2	5,6
Upala	3	5,2
Nicoya	3	5,1
Montes de Oca	3	4,9
Pérez Zeledón	6	4,5
El Guarco	2	4,4
Limón	4	4,4
Cartago	7	4,3
Talamanca	2	4,3
Naranjo	2	4,0

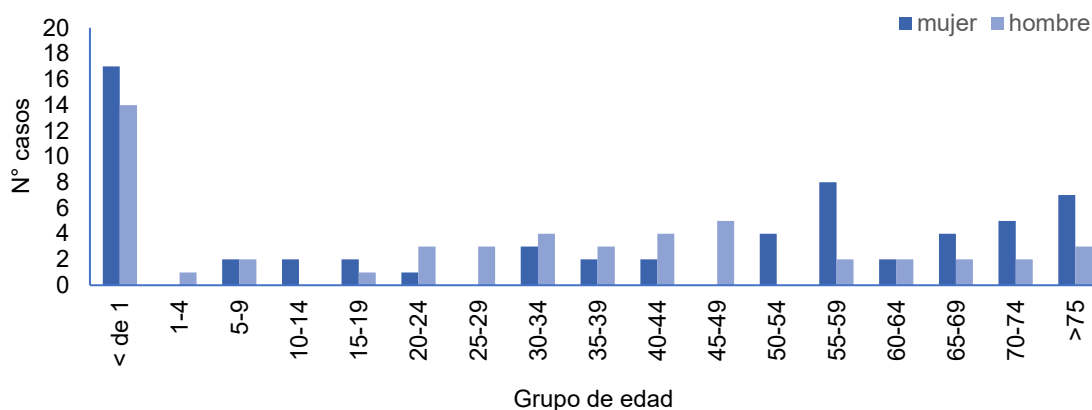
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 48,2% (56/116) corresponde a hombres y el 51,7 (60/116) a mujeres. El 24,1% (28/116) de los casos corresponde a menores de 1 año.



Gráfico 2.

Costa Rica: Casos notificados por meningitis según sexo y edad, a la semana epidemiológica 27, 2026



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



Miasis por gusano barrenador en humanos

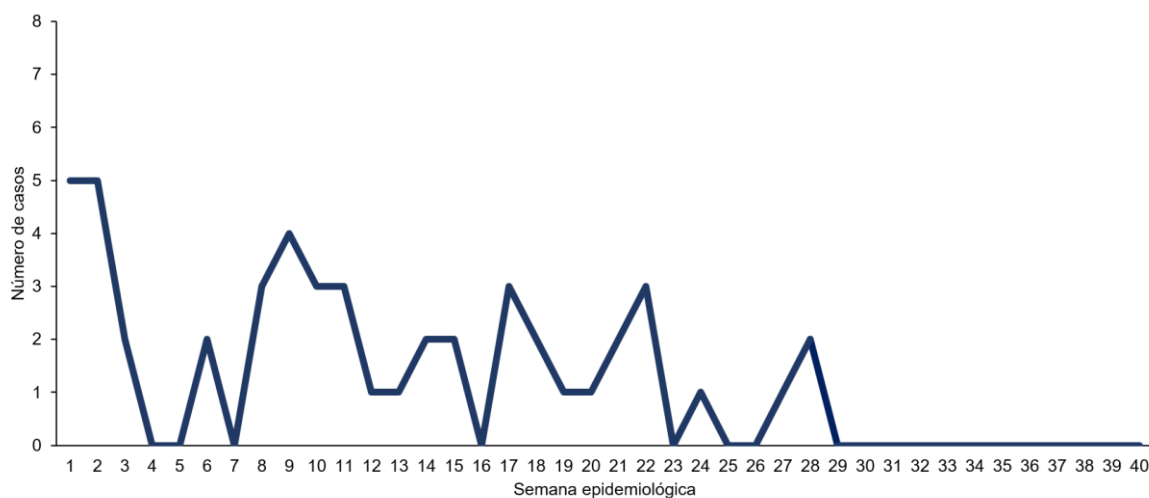
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 29 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 29, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 49 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (22/49) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (24/49)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 29, 2026

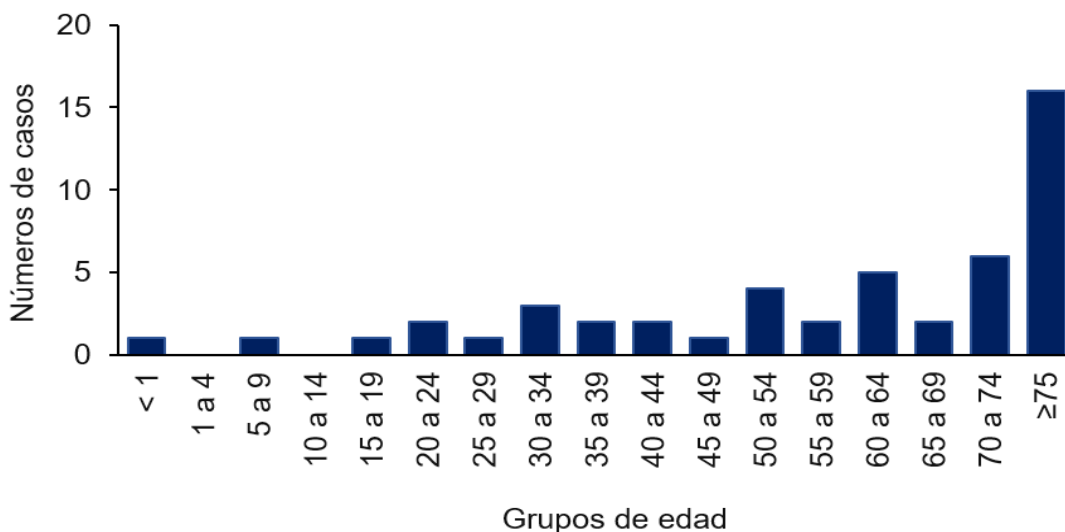


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 29, 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 34 casos notificados con una tasa de 1,3 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 15 casos notificados con una tasa de 0,6 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 29, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	49	0,9
San José	9	0,5
Alajuela	10	0,9
Cartago	3	0,6
Heredia	4	0,7
Guanacaste	8	1,9
Puntarenas	10	2,0
Limón	5	1,1

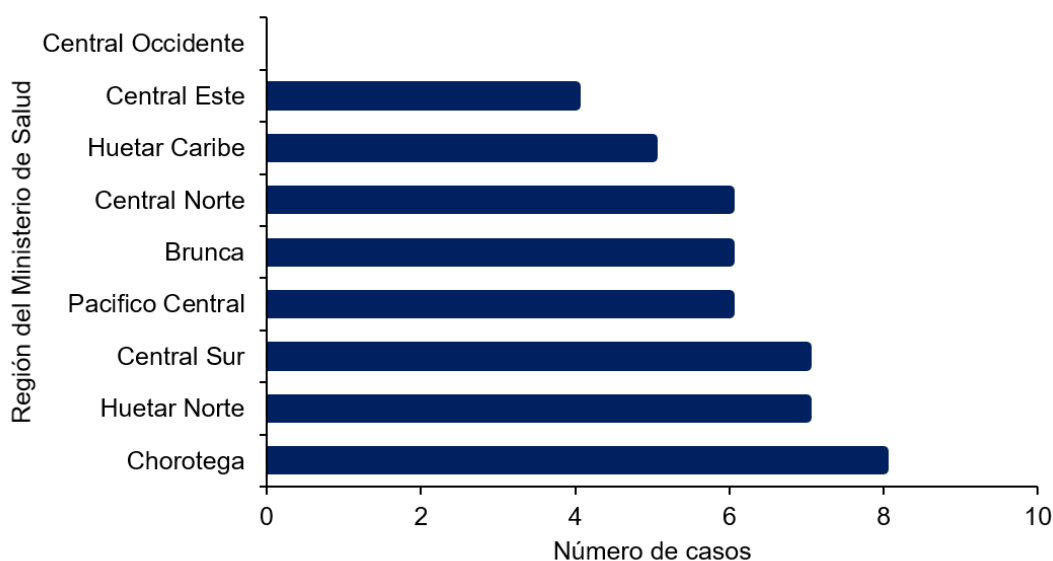
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



En la tabla 1, se presenta el comportamiento de esta enfermedad por número de casos notificados a la SE 29 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos las provincias de Puntarenas (10/49) y Alajuela (10/49).

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 29, 2026



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

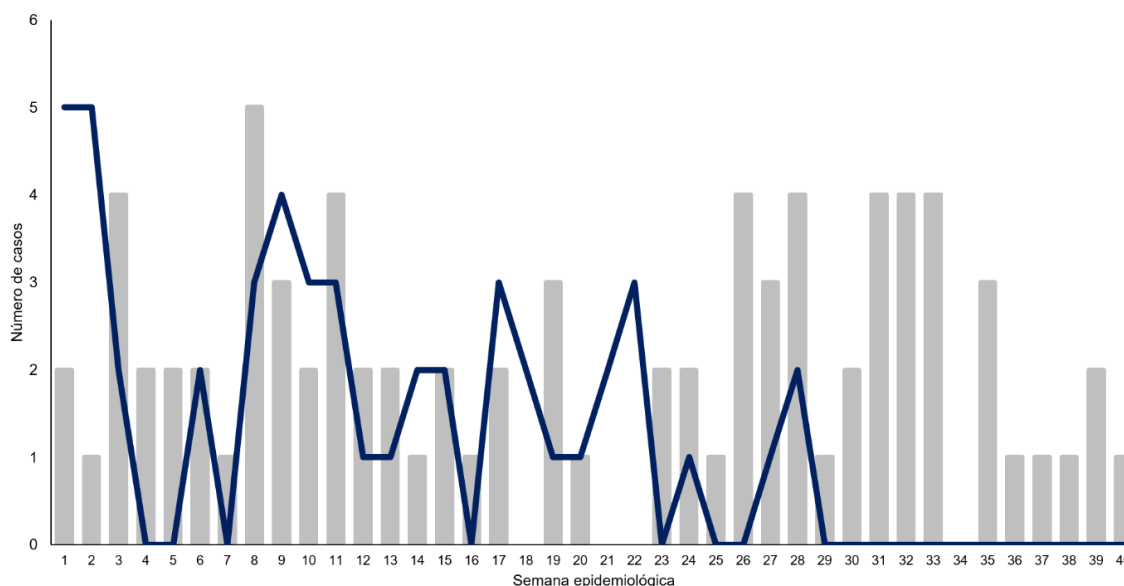
En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Chorotega (8/49) con el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 29 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 49 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 29 del 2025 se habían confirmado 59 casos de miasis por gusano barrenador en el país.



Gráfico 4

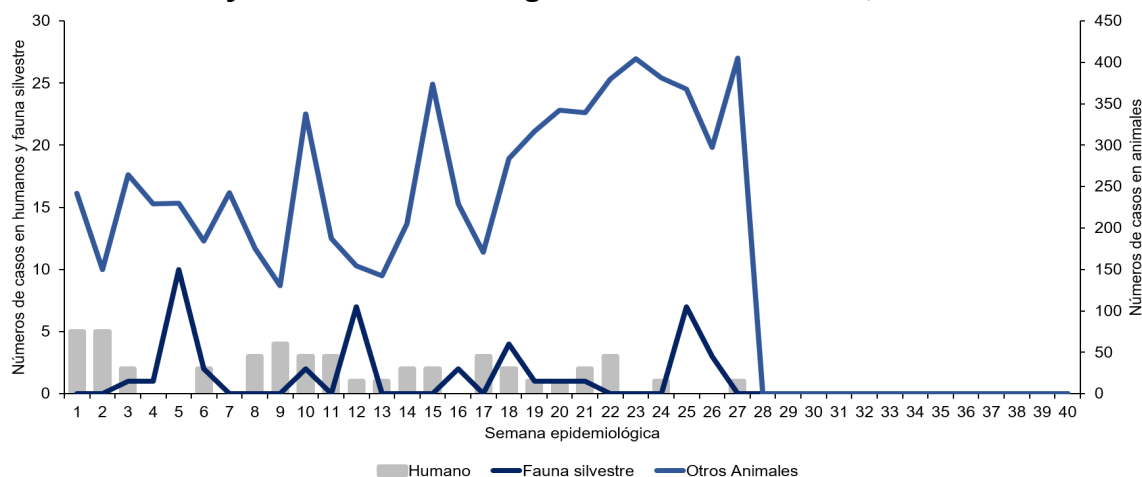
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 29 del 2025 y del 2026



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 27, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.

Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 27-2026, 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 27 del 2026, con 47 casos confirmados en humanos, 42 casos en fauna silvestre y 7164 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.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

- 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.