



Boletín Epidemiológico N° 28 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

7 de agosto de 2026

Tabla de contenido

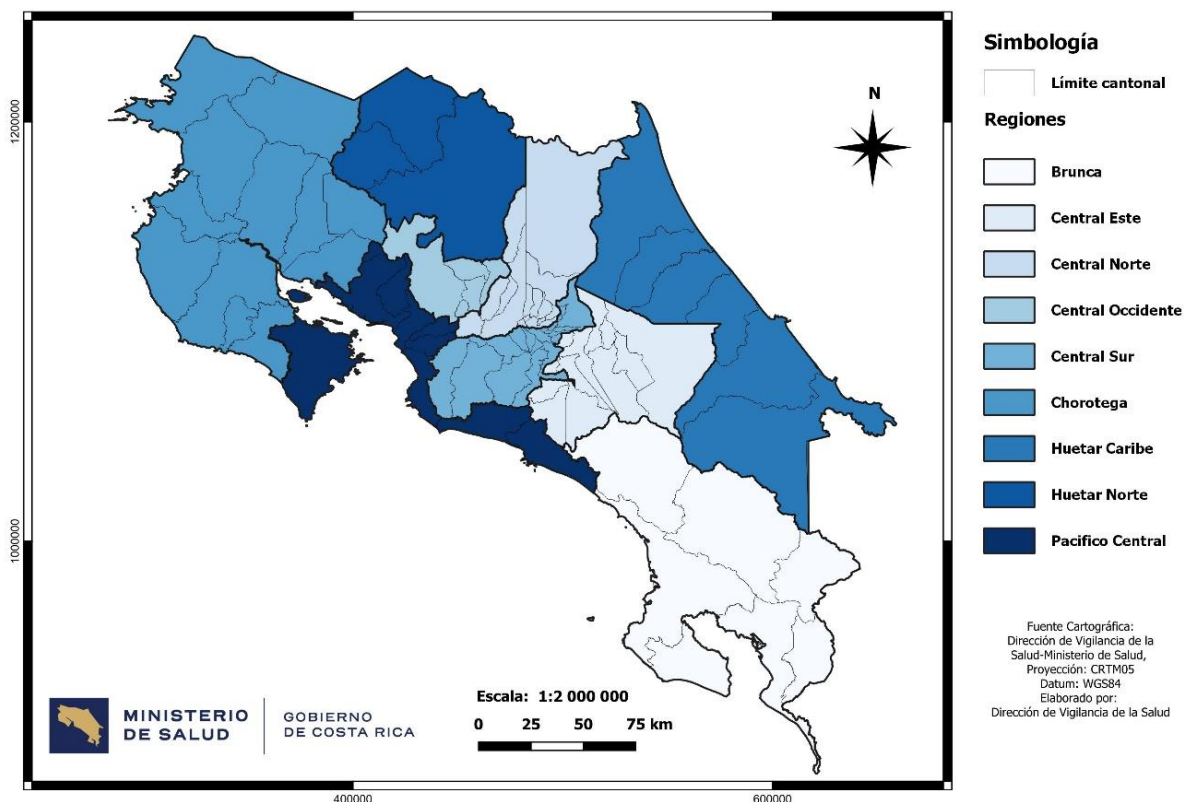
Arbovirosis.....	3
Situación de la malaria en Costa Rica	7
Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 27	16
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI y Covid-19	17
Meningitis	31
Infecciones de transmisión sexual	34
Miasis por gusano barrenador en humanos	41



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024





Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 29 del año 2026 se notifican **2425 casos acumulados** de dengue de estos, **44 casos** como dengue con signos de alarma.

La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 609 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 176,8/100.000 habitantes.

Tabla 1.

Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 29, 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	609	58,2
Pacífico Central	569	176,8
Chorotega	365	76,9
Huetar Caribe	305	66,6
Central Sur	283	18,7
Brunca	101	28,6
Huetar Norte	83	30,6
Central Occidente	60	26,7
Central Este	50	9,0
Total	2425	46,5

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	929	85,8	478	88,5	451	83,1
Guanacaste	353	84,6	200	96,7	153	72,8
Puntarenas	336	66,0	154	61,2	182	70,8
Limón	305	66,6	135	60,3	170	72,6
San José	291	17,5	151	17,9	140	17,1
Heredia	162	29,4	98	35,4	64	23,4
Cartago	49	9,2	21	7,8	28	10,6
Total	2425	46,5	1237	47,3	1188	45,6

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



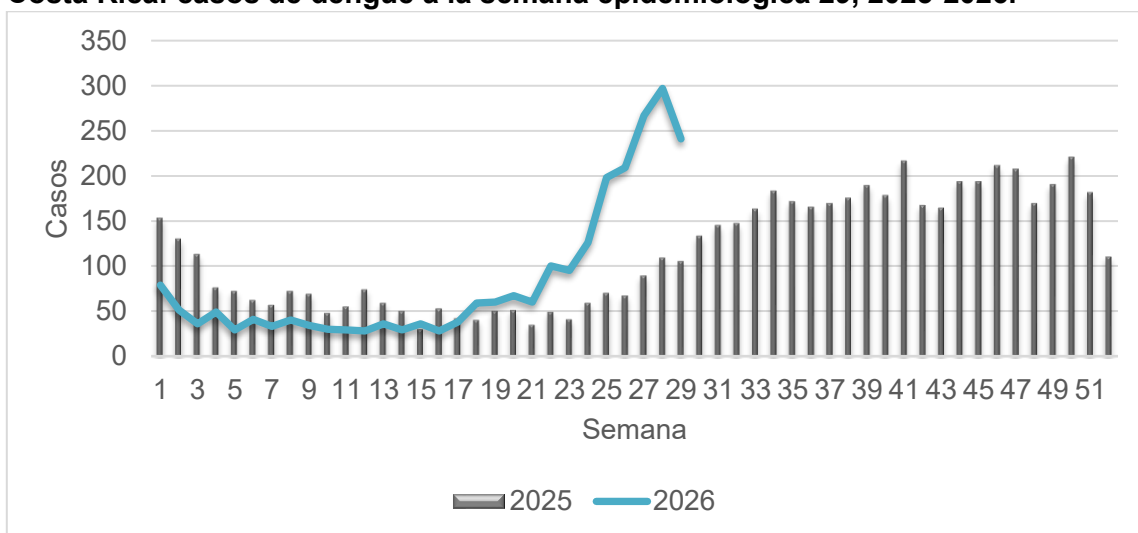
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 29 son: Orotina 299 casos, Alajuela 220 casos, Grecia 190 casos, Puntarenas 125 casos y San José 117 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 29, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
209: Orotina	299	1175,7
201: Alajuela	220	66,6
203: Grecia	190	233,4
601: Puntarenas	125	85,9
101: San José	117	33,0
510: La Cruz	114	402,0
702: Pococí	90	57,2
701: Limón	85	92,6
505: Carrillo	81	160,4
410: Sarapiquí	67	68,2

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 29, 2025-2026.



Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



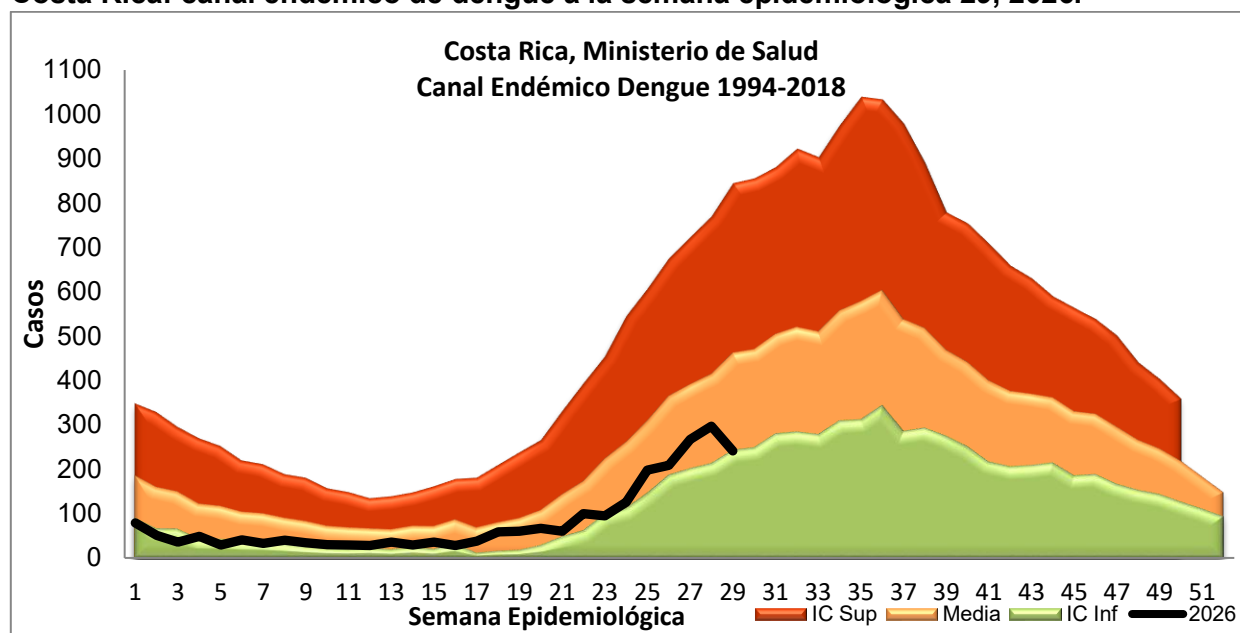
MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Para la semana epidemiológica 29 del año 2025 se reportaron 1980 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 18% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.

Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 29, 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 3 de agosto se reportan 2 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en Hospital Escalante Pradilla y 1 en el Hospital San Carlos.



Chikungunya

A la semana epidemiológica 29 se notifica un total de **113 casos** de chikungunya, **71 casos confirmados** por prueba de PCR y **42 casos probables** por nexos y/o clínica.

Tabla 4.
Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 29, 2026

Región	Casos notificados	Confirmados PCR
Chorotega	56	28
Central Norte	33	27
Central Sur	9	7
Huetar Norte	4	1
Central Este	3	3
Huetar Caribe	3	0
Central Occidente	3	3
Pacífico Central	2	2
Brunca	0	0
Total	113	71

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud



Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 29 del 2026

A la semana epidemiológica (SE) 29 de 2026, Costa Rica acumula 64 casos de malaria: 20 corresponden a transmisión local (9 autóctonos y 11 introducidos), 36 son importados (incluidas 6 recaídas de casos importados) y 8 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 29, 2026.

Cifras clave	SE 29-2026	Interpretación epidemiológica
Casos totales de malaria	64	Incluye casos autóctonos, introducidos, importados, recaídas y casos en investigación.
Transmisión local	20 (31%)	9 casos autóctonos y 11 introducidos.
Casos importados	36 (56%)	Principalmente asociados a antecedentes de exposición en Nicaragua.
Casos en investigación	8 (13%)	Clasificación pendiente al cierre de la SE.
Principal foco de transmisión	Crucitas	Concentra 16 de los 20 casos de transmisión local (80%) y representa el 77% de los casos a nivel nacional

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 29 de 2026, distribuidos en 9 autóctonos y 11 introducidos. El 80 % (16/20) 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 29, 2026.

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

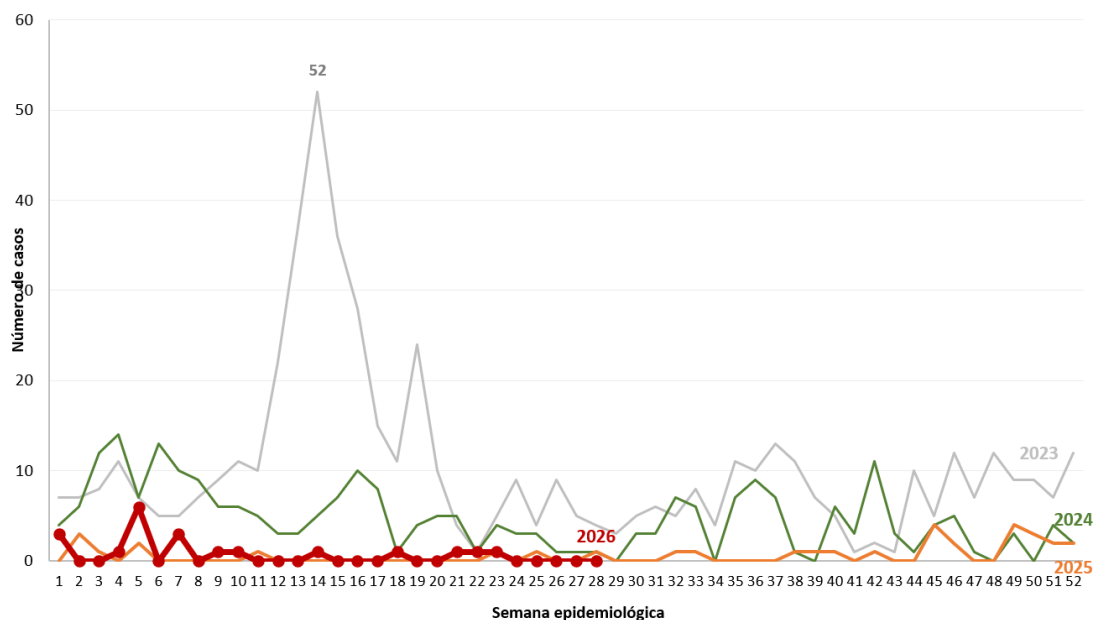
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica

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.

Casos de malaria por transmisión local según semana epidemiológica, Costa Rica 2023-2026*



*2026: Datos hasta la semana epidemiológica 29

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 29 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) 29 de 2026 se registran 36 casos importados (Tabla 3), predominantemente asociados a *P. vivax* y con antecedente de exposición mayoritario en Nicaragua, lo que confirma la influencia de la movilidad poblacional transfronteriza, específicamente por la epidemiología de la malaria en Costa Rica.



Tabla 3.

Distribución de los casos importados según clasificación epidemiológica y especie. Costa Rica, SE 29, 2026.

Especie parasitaria	Casos	Porcentaje (%)
<i>P. vivax</i>	31	86
<i>P. falciparum</i>	4	11
Infección mixta (<i>P. vivax</i> / <i>P. falciparum</i>)	1	3
Total	36	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 sobre la epidemiología de la malaria en el país. Sin embargo, este patrón no debe atribuirse únicamente a la migración laboral general: una parte importante de estos casos está vinculada a la actividad minera irregular en zonas fronterizas, reconocida como un factor de riesgo específico para la transmisión de malaria en la región.

La mayor parte de estos casos se detecta en la Región Huetar Norte, lo que refuerza 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 64 casos de malaria muestra una marcada concentración en la Región Huetar Norte, que acumula 54 casos (84 %), 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, SE29-2026

Región	Autóctono			Importado				Introducido			En investigación			Total
	P.f	P.v	Subt.	Mixta	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	P.f	P.v	Subt.	
Central norte	–	1	1	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	2
Central occidente	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Central sur	–	–	–	–	–	2	2	–	–	–	–	–	–	2
Chorotega	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–	–	–	–	1
Huetar caribe	1	–	1	–	–	3	3	–	–	–	–	–	–	4
Huetar norte	–	7	7	1	4	23	28	1	10	11	1	7	8	54
Total	1	8	9	1	4	31	36	1	10	11	1	7	8	64

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, con 36 casos (56 % del total). En cuanto a la especie, *Plasmodium vivax* se mantiene como la predominante a nivel nacional, con 56 de los 64 casos (88 %), mientras que *P. falciparum* aporta 7 casos y se identifica 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 **118 764 pruebas de diagnóstico de malaria**, resultado del esfuerzo interinstitucional para la detección oportuna de casos.

El **Ministerio de Salud registra 66 618 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 **1024 pruebas han sido realizadas por colaboradores voluntarios**, referirse a la figura 2.



MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

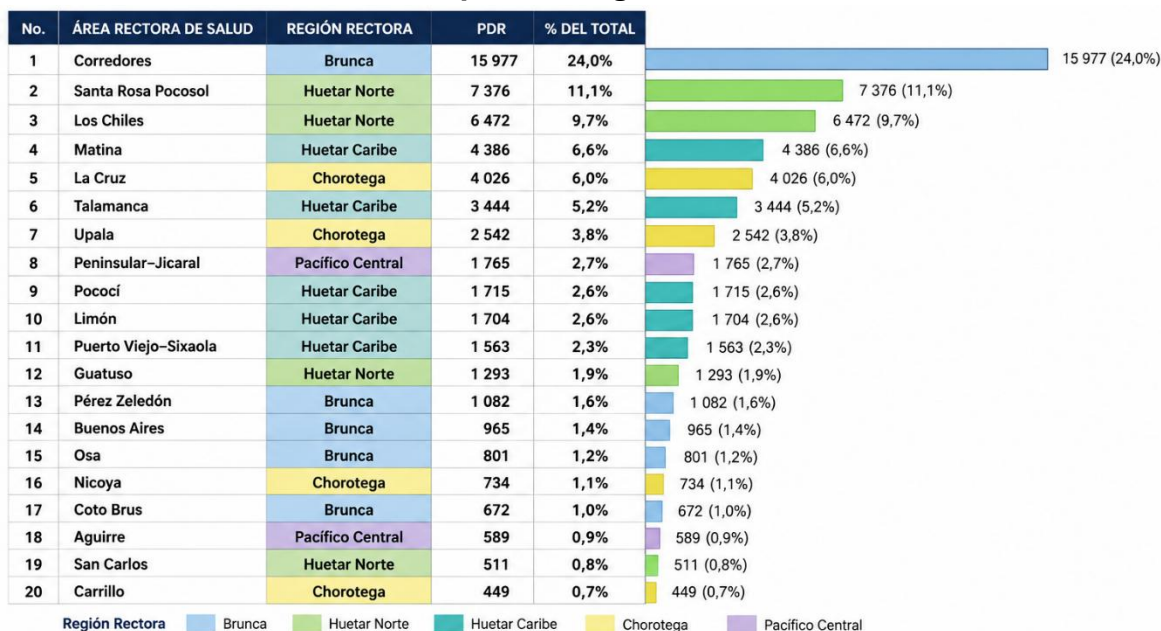
Por su parte, la **Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)** ha realizado un **total de 52 146 pruebas** en el contexto de búsqueda pasiva, distribuidas de la siguiente manera:

- 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 29, 2026.

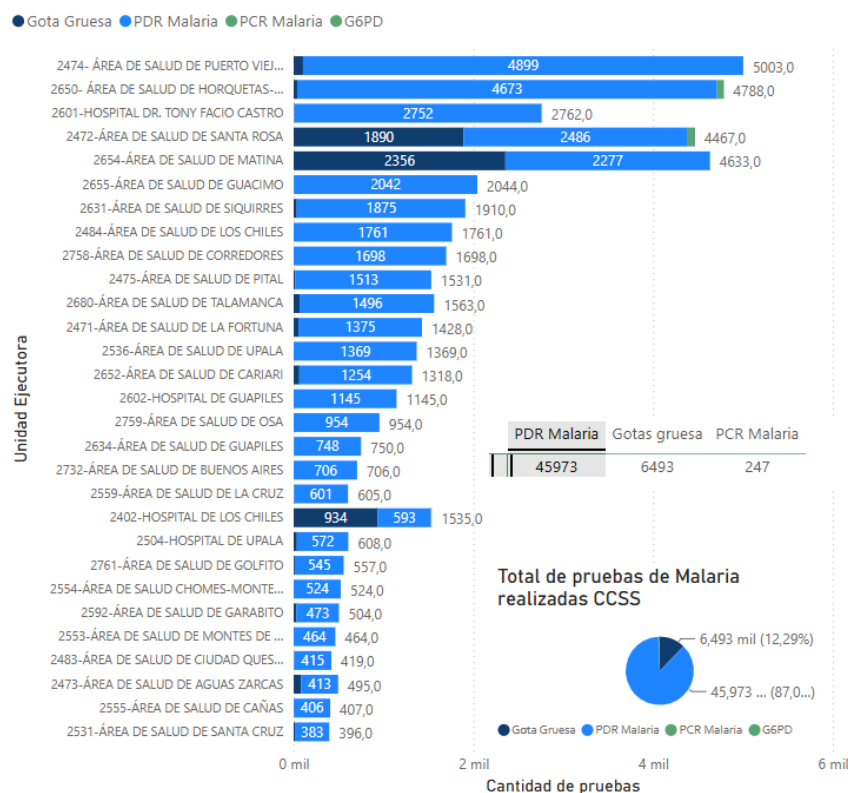


Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica



Gráfico 3.

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 29.



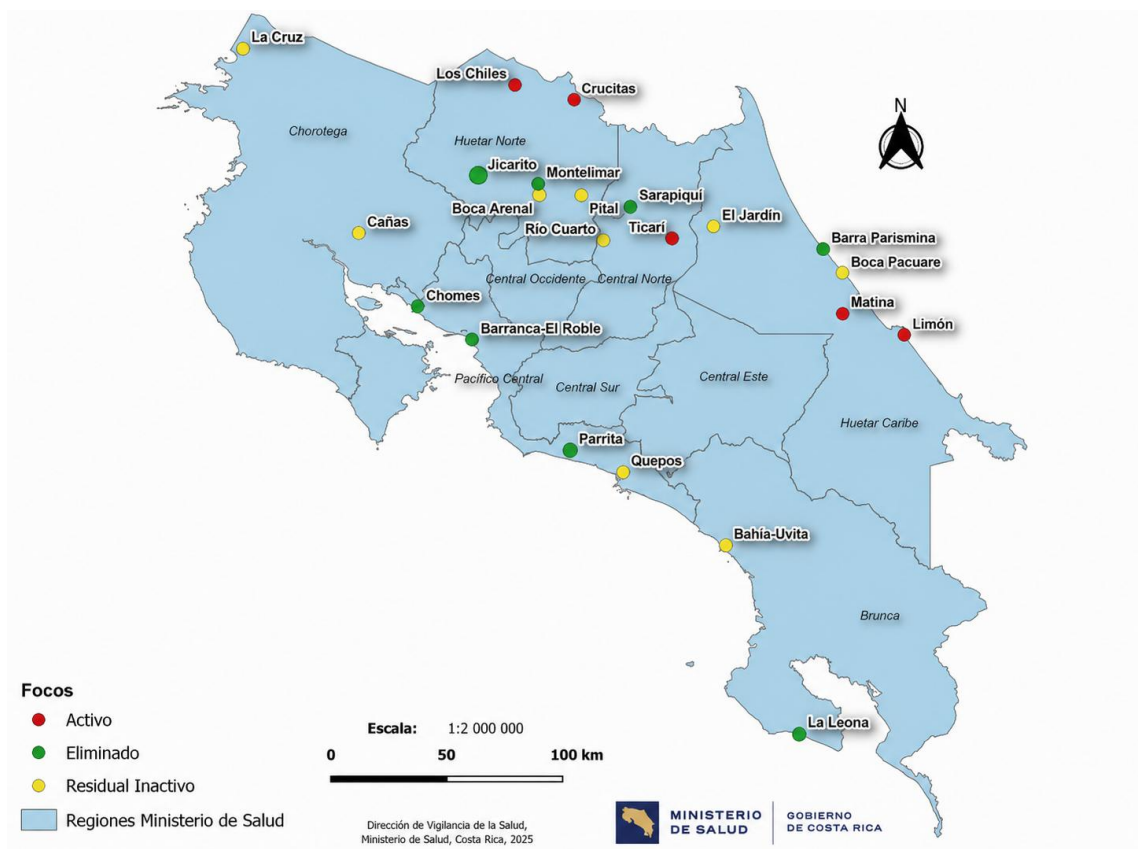
Fuente: Datos consolidados de producción de la Caja Costarricense del Seguro Social

Inventario de focos.

En el país se cuenta con un inventario de focos en constante actualización, actualmente se tienen 5 focos activos, 9 focos residuales inactivos y 8 focos eliminados.



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, 2026

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.



Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 27

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 27 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.

Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana 27

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	3404
Viviendas positivas	276
Depósitos tratados	1 4597
Depósitos eliminados	6 532
Criaderos	21 129
Depósitos positivos	517
Viviendas fumigadas	14.181

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2.

Costa Rica: Acciones acumuladas de control vectorial de la semana 1 a la 27.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	305 193
Viviendas positivas	14 193
Depósitos tratados	1 042 890
Depósitos eliminados	455 214
Criaderos	1 498 104
Depósitos positivos	35 292
Viviendas fumigadas	378 531

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.



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

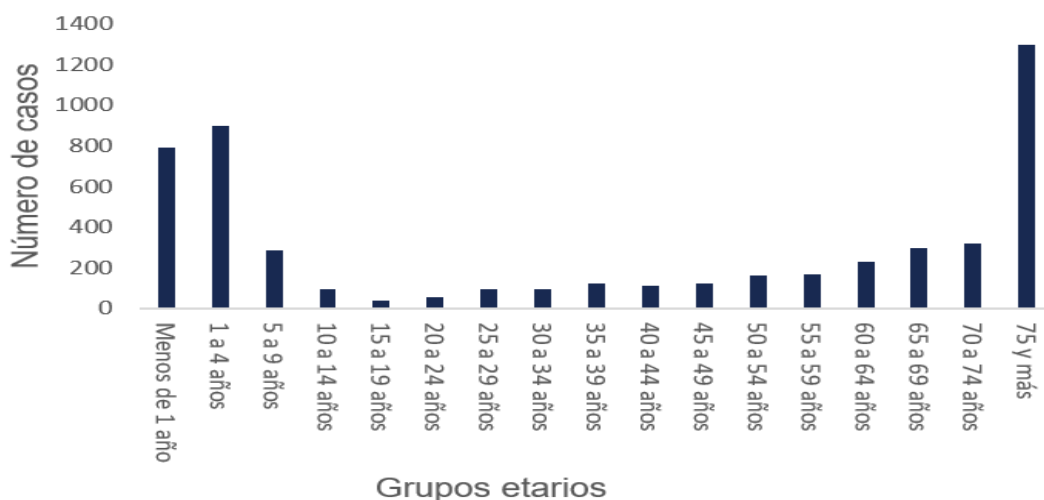
A continuación, se presentan los datos para la semana epidemiológica 29 de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) y los datos de la semana epidemiológica 29 de las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAS) y la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), que según establece el Decreto de Vigilancia 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 5559.
- 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 29, en Costa Rica, 2026.



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

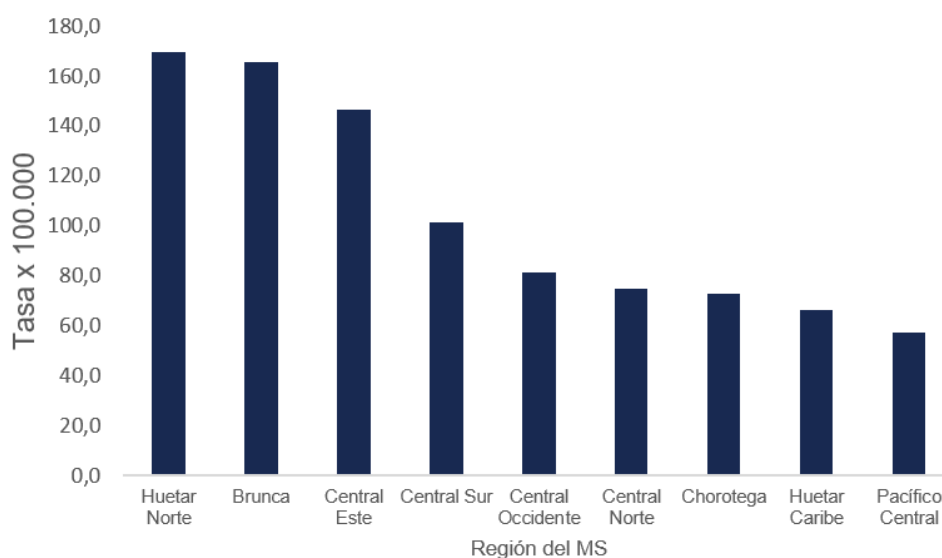


Según el gráfico 1, se puede apreciar como en los extremos de la vida (niños de 1 a 4 años y mayores de 75 años es donde más casos se han presentado).

En el gráfico 2, se observa la tasa de incidencia de IRAG según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 29, 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 29 del 2026, en Costa Rica.



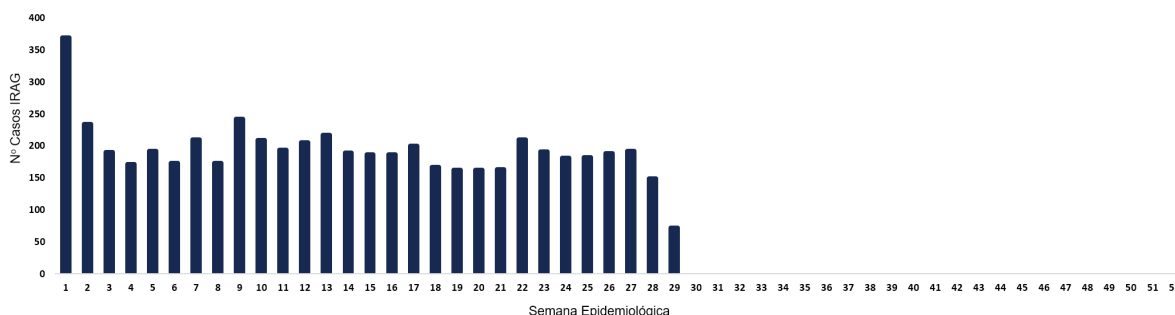
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 29 del año 2026.



Gráfico 3.

Distribución de casos reportados por boleta VE-01 de IRAG a la semana epidemiológica 29, en Costa Rica, 2026.

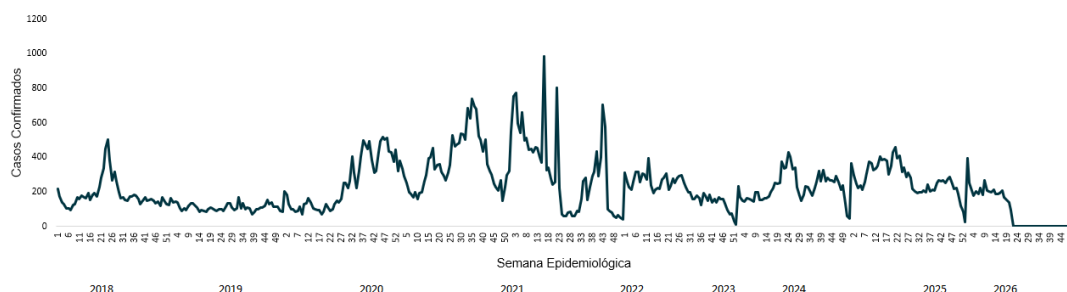


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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.

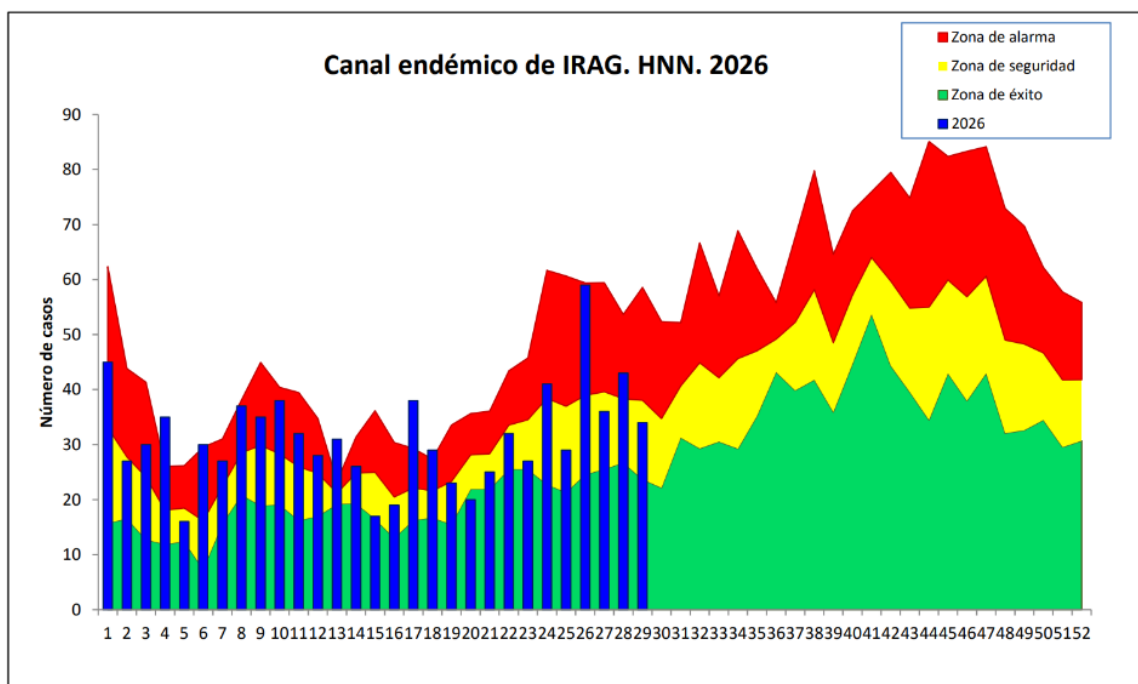


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

El HNN, para la SE-29 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.

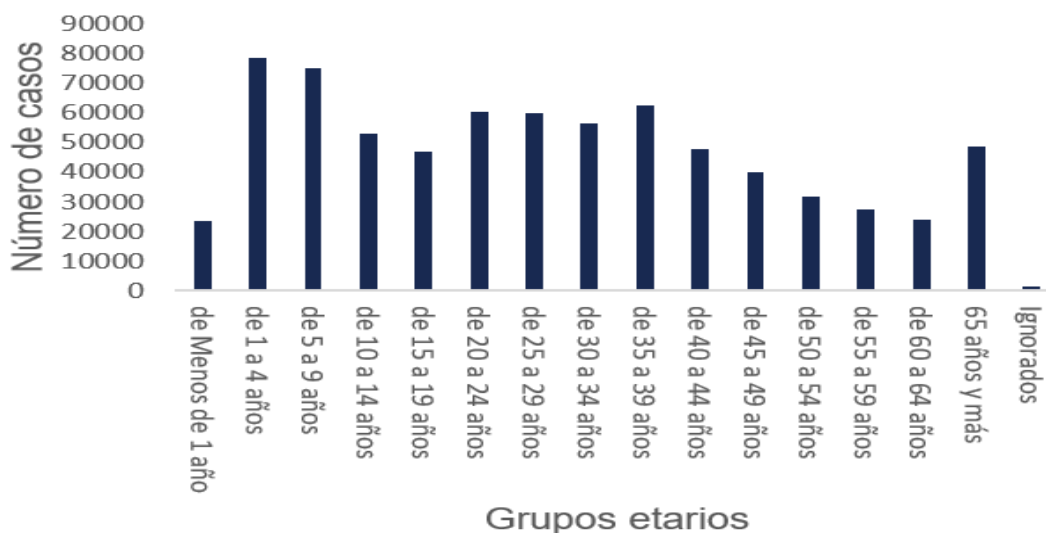
En cuanto a la notificación de IRAS, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 6:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 29 son 782769.
- 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 29, en Costa Rica, 2026.



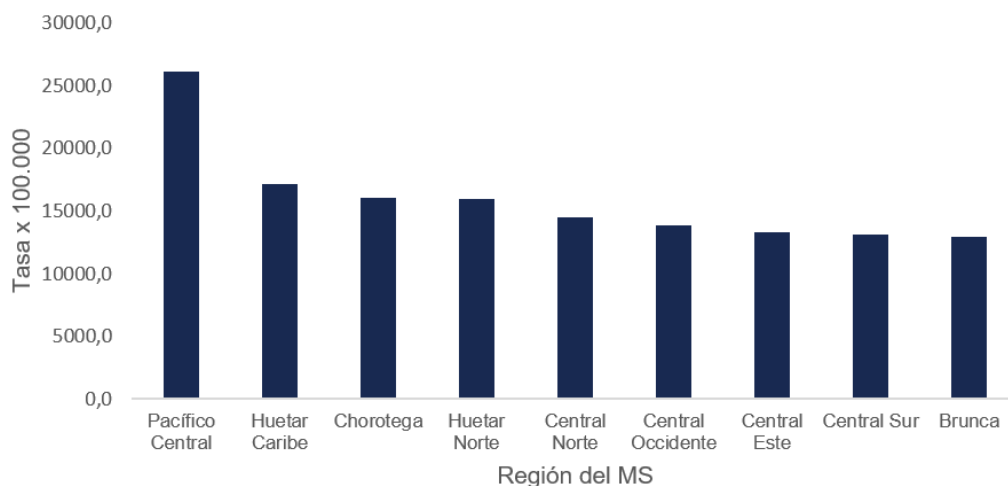
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 7, se observa la tasa de incidencia de IRAS según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 29, 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 29 del 2026, en Costa Rica.

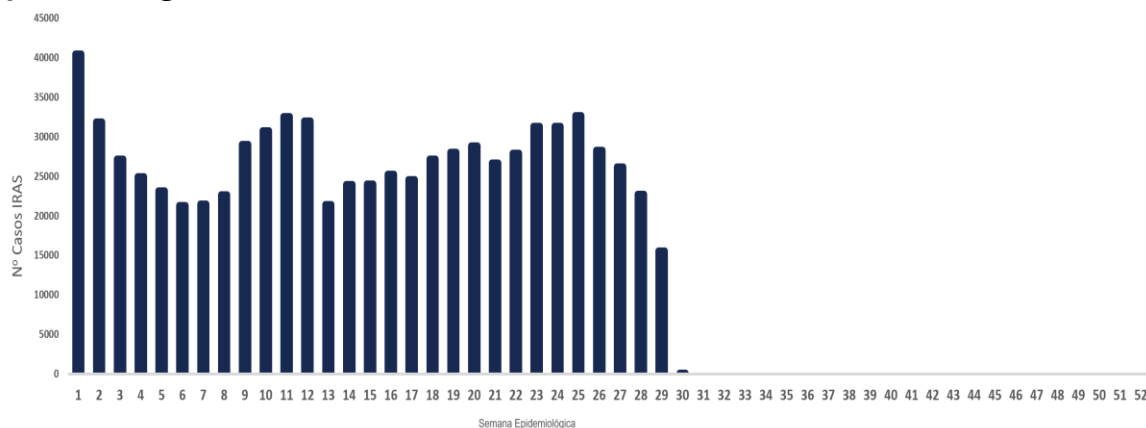


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 29 del año 2026.

Gráfico 8.

Distribución de casos reportados por boleta VE-02 de IRAS a la semana epidemiológica 29, en Costa Rica, 2026.



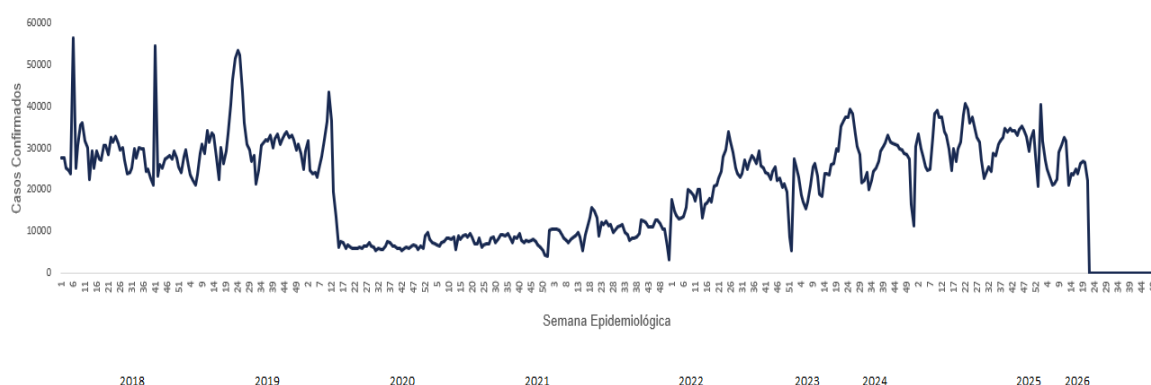
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

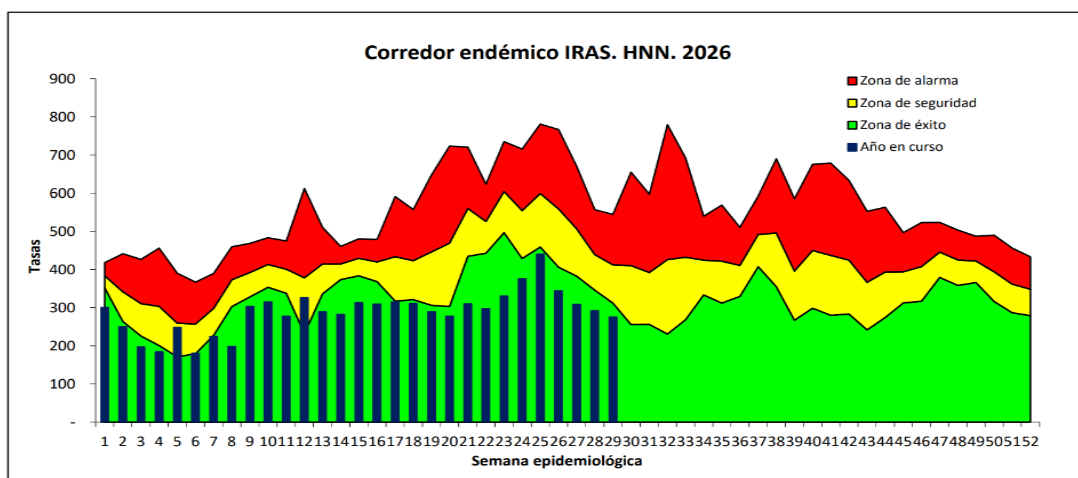


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 10 se presenta el canal endémico de las IRAS en el Hospital Nacional de Niños, que muestra que a la semana 29 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

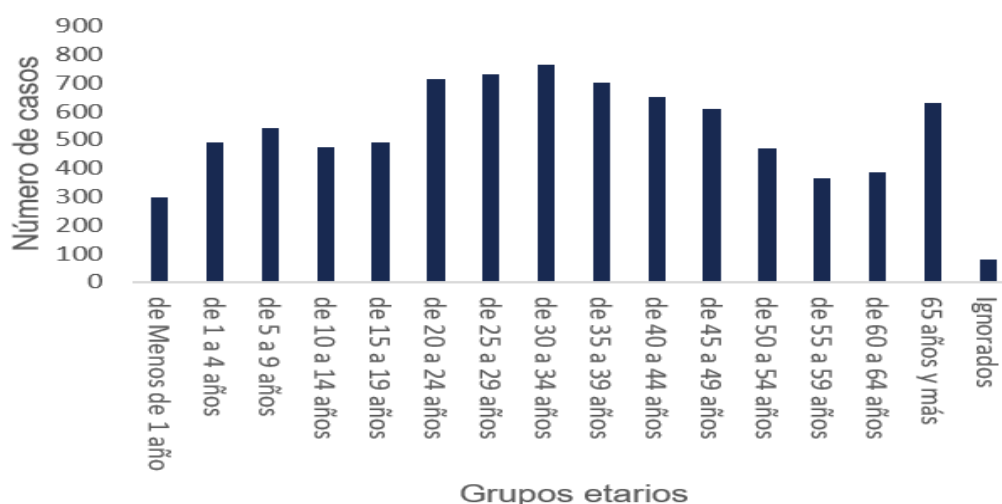


En cuanto a la notificación de ETI, por medio de la boleta VE02, se tiene la siguiente información, tal como se muestra en el gráfico 11:

- Los casos acumulados a la semana epidemiológica (SE) 29 son $n = 8398$.
- 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 29, en Costa Rica, 2026.



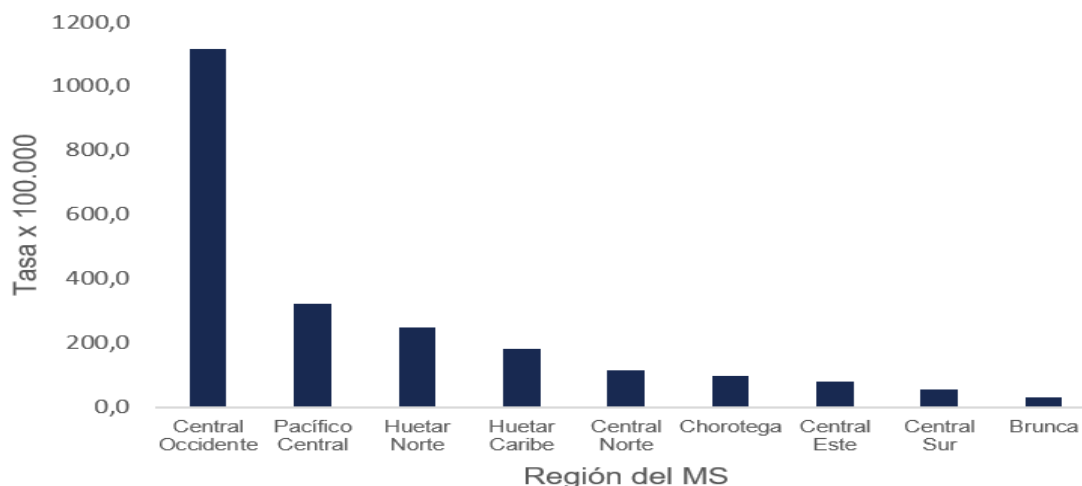
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

En el gráfico 12, se observa la tasa de incidencia por ETI, según las regiones del Ministerio de Salud a la semana 29, 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 29 del 2026, en Costa Rica.

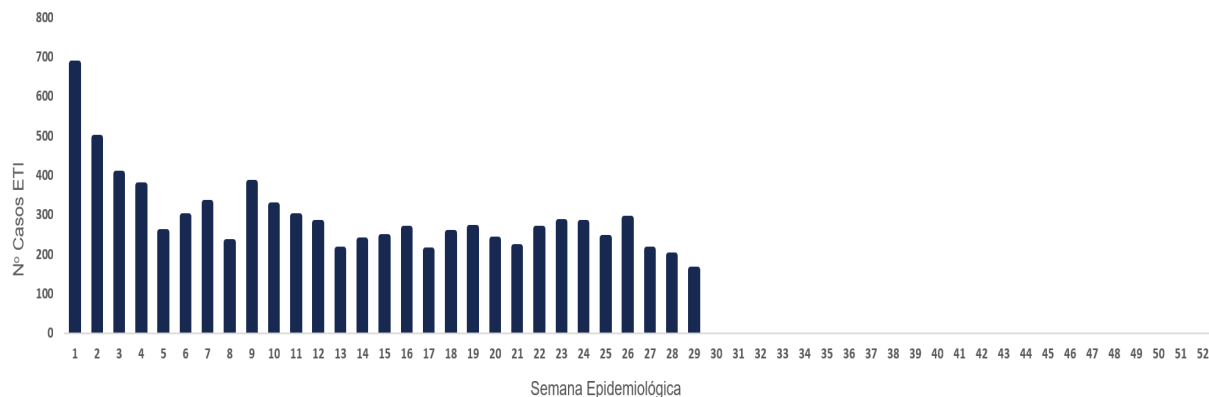


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

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 29, en Costa Rica, 2026.



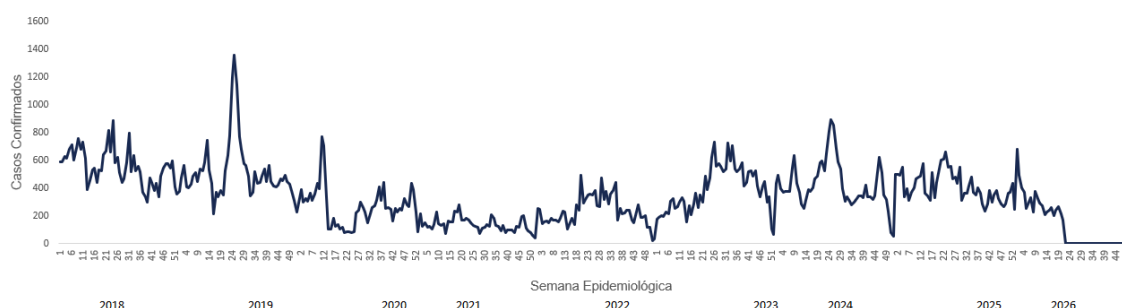
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.



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.

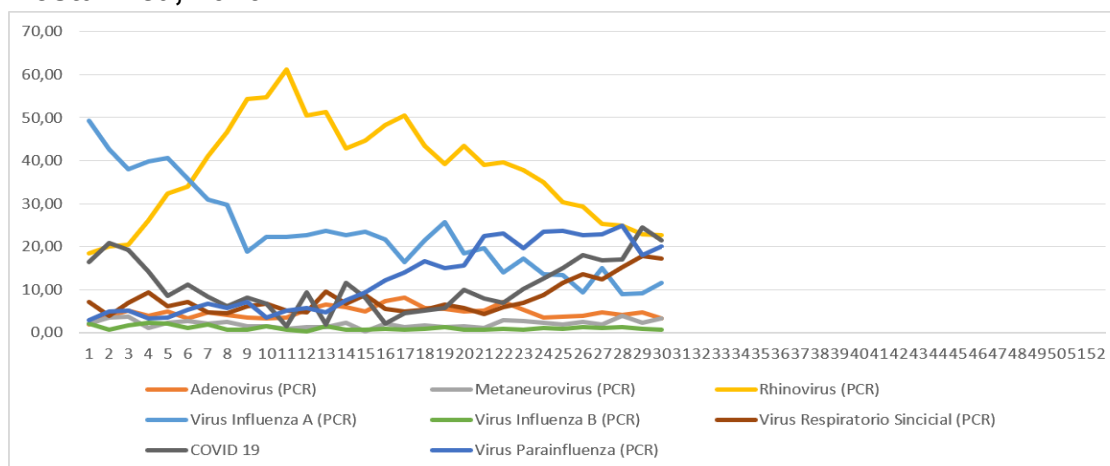


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, UIS.

Según se observa en el gráfico 15, se puede ver el comportamiento de los principales virus respiratorios circulantes de la semana 01 a la 30 del 2026; para la SE-30, en el país, el Rinovirus es el que más está circulando, seguido del Covid-19 y finalmente el virus de Parainfluenza está en tercer lugar de circulación.

Gráfico 15.

Distribución de virus circulantes de la semana epidemiológica 01 a la 30 en Costa Rica, 2026.



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



MINISTERIO DE SALUD

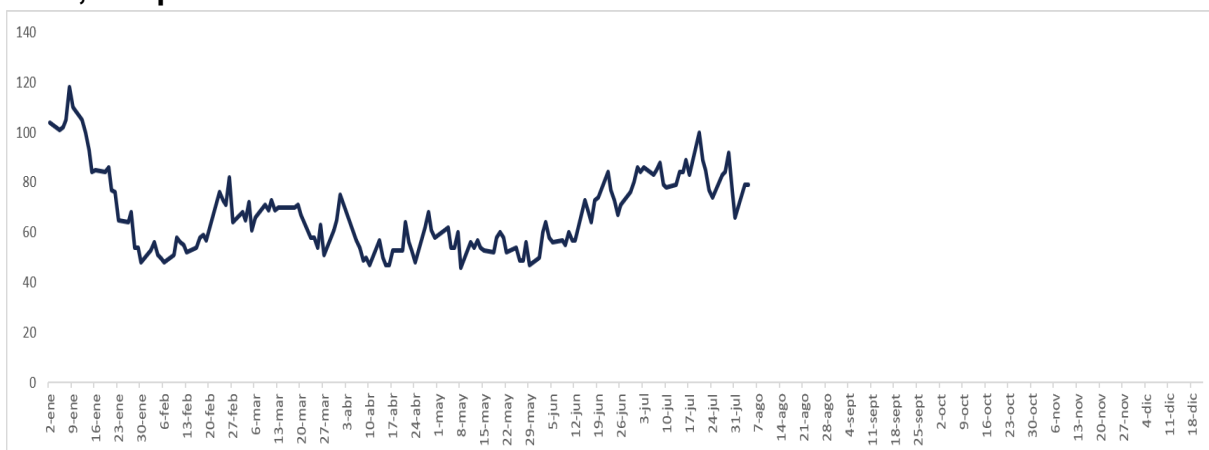
GOBIERNO DE COSTA RICA

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

Al 5 de agosto del año en curso, correspondiente a la semana 31, el total de pacientes respiratorios hospitalizados son 71, lo que corresponde a un porcentaje de ocupación del 106%.

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 1-29. Año 2026.

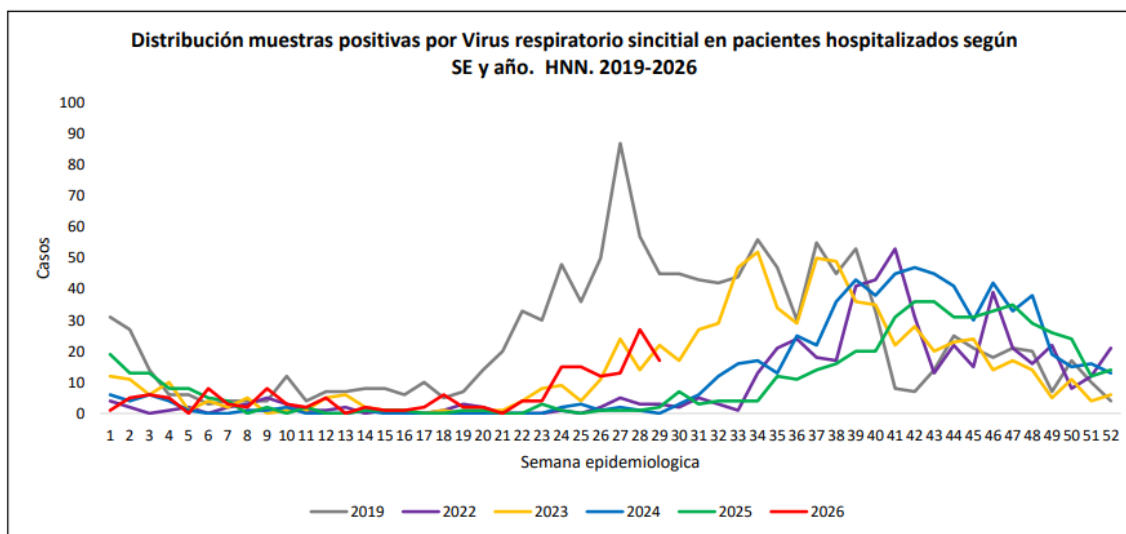
Virus	Frecuencia	Porcentaje
Rhinovirus	574	50.0
Virus respiratorio sincitial	171	14.9
Parainfluenza	147	12.8
Adenovirus	119	10.4
Influenza A-B	73	6.4
SARS CoV-2	38	3.3
Metaneumovirus	18	2.2
Coronavirus	5	0.4
Total	1147	100.00%

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.

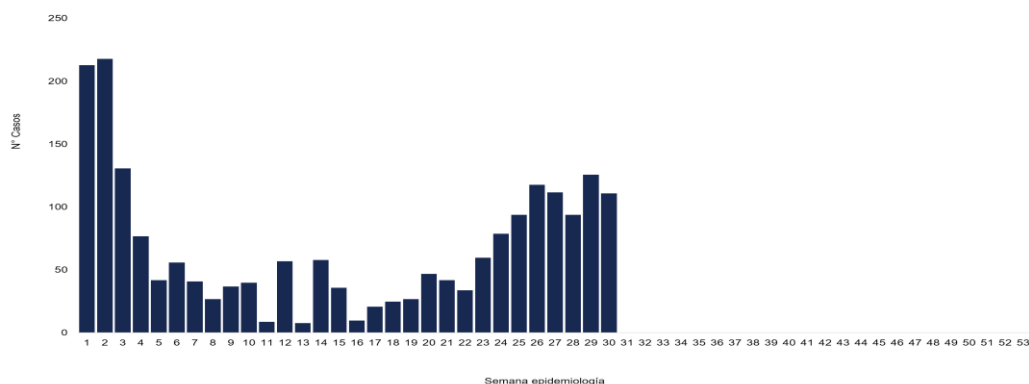


Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Laboratorio de microbiología e inmunología. HNN. 2026.

Para la enfermedad por COVID-19, durante la semana epidemiológica 30, se reportaron un total de 111 casos confirmados, lo que representa una disminución del 11.09% con respecto a la SE-29 del año 2026 que presentó 126 casos.

Gráfico 18.

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



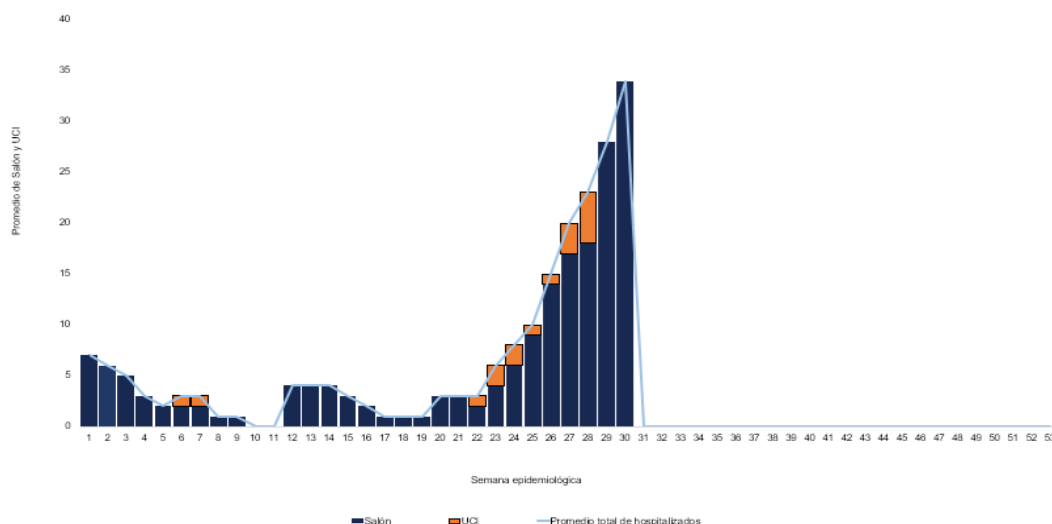
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.



Con respecto a las hospitalizaciones en la semana epidemiológica 30, se reportó un promedio total de 34 hospitalizados (34 en salón general y 0 en UCI); en la SE-29, hubo un total de 28 pacientes hospitalizados en salón general, lo que representa un aumento del 21.43% 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 30, hubo cuatro fallecidos; sin embargo, es importante indicar que estos son datos preliminares sujetos a la revisión de los casos.

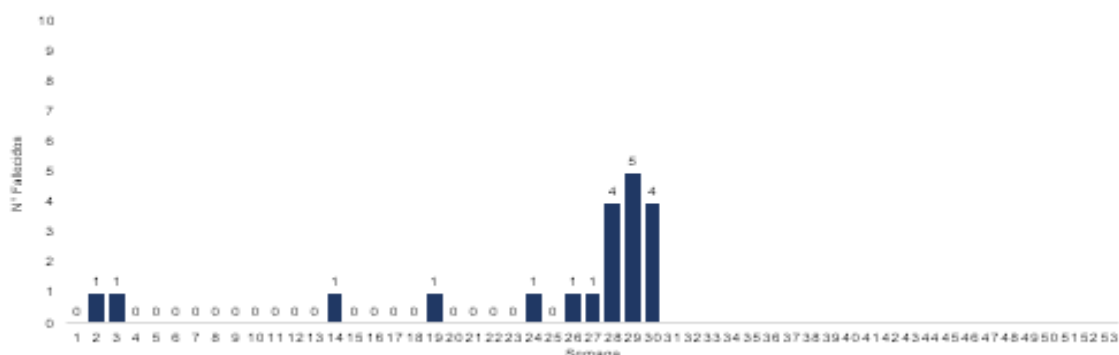


MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE COSTA RICA

Gráfico 20.

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



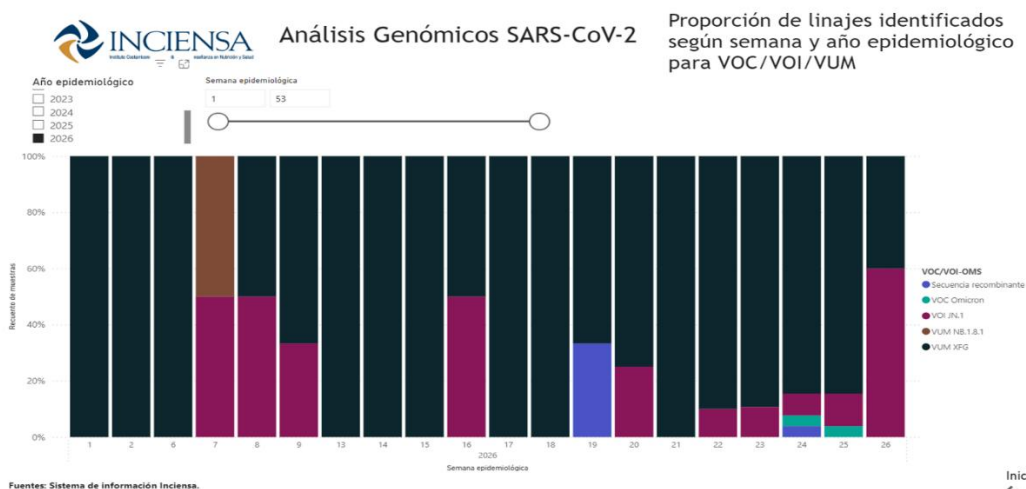
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, C.C.S.S / Dirección de Vigilancia de Salud, Ministerio de Salud, 2026.

Variantes genómicas

Según el informe interactivo de INCIENSA revisado el 5 de agosto 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 5 de agosto 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.

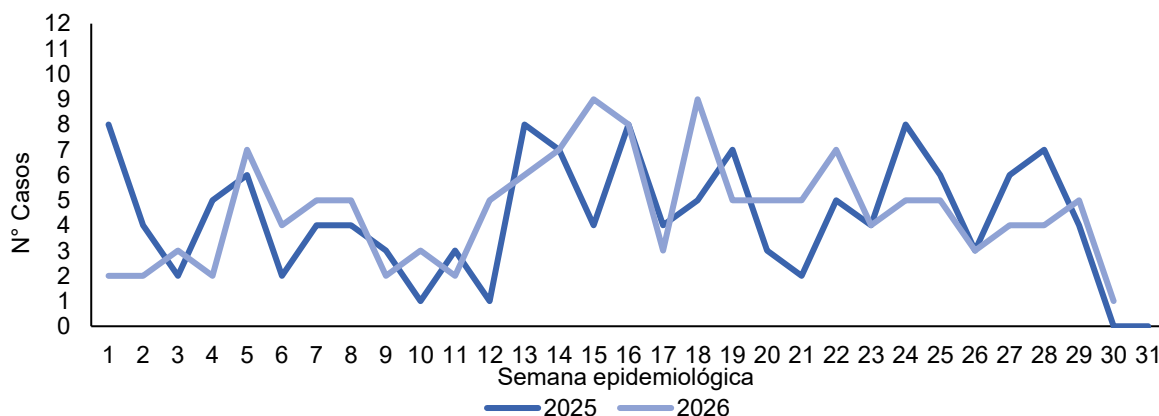
La meningitis causada por una infección bacteriana suele ser la más grave que provoca unas 250,000 muertes por año y posibles epidemias de rápida propagación. Ocasiona la muerte de una de cada diez personas infectadas, en su mayoría niños y jóvenes y deja a una de cada cinco con discapacidades duraderas, como convulsiones, pérdida de audición y visión, daños neurológicos y deterioro cognitivo.

El comportamiento de los casos notificados de meningitis durante las semanas epidemiológicas 1 a 31 muestra una tendencia fluctuante tanto en 2025 como en 2026, sin evidenciar aumentos o disminuciones sostenidas. En ambos años se observan variaciones semanales con picos de notificación entre las semanas 13 y 18, alcanzando un máximo de nueve casos por semana.

Al comparar ambos períodos, las curvas presentan un comportamiento similar y se mantienen dentro de rangos comparables durante la mayor parte del tiempo analizado.

Gráfico 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis comparativa año 2025 con el 2026 a la semana epidemiológica 29, 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 Jiménez de la provincia de Cartago (12,7) y Aserri, en la provincia de San José (11,1).

Tabla 1.

Costa Rica: Casos notificados de meningitis según 15 cantones prioritarios, acumulado a la semana epidemiológica 29, 2026 (tasa p/100.000 habitantes)

Cantón	Casos	Tasa
Monteverde	1	20,6
Jiménez	2	12,7
Aserri	7	11,1
Turrialba	6	8,8
San Isidro	2	8,5
El Guarco	3	6,6
Paraíso	4	6,5
Liberia	5	6,1
Esparza	2	5,6
Upala	3	5,2
Nicoya	3	5,1
Guatuso	1	5,0
Montes de Oca	3	4,9
Cartago	8	4,9
Pérez Zeledón	6	4,5

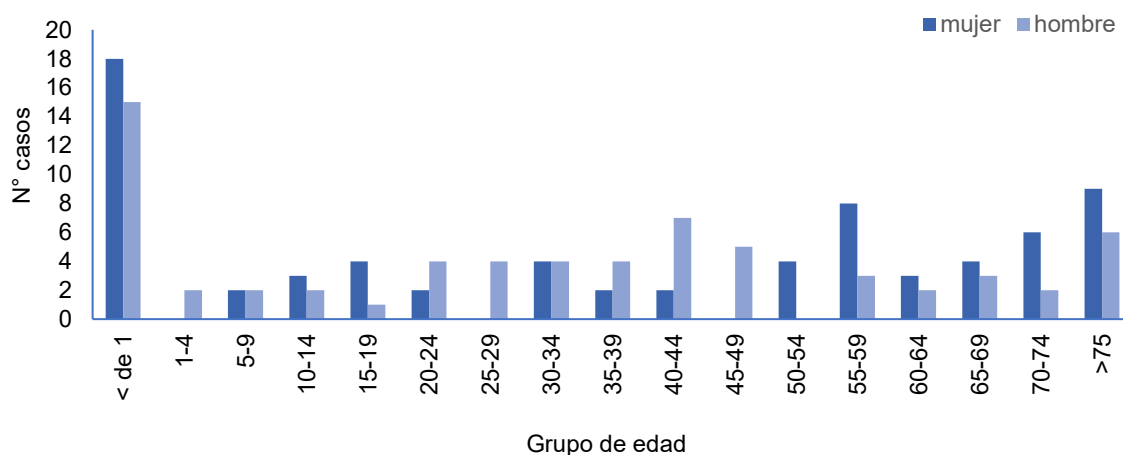
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS

El gráfico 2, indica la distribución de los casos sospechosos según sexo y grupo de edad. El 48,1% (66/137) corresponde a hombres y el 51,8 (71/137) a mujeres. El 24,1% (33/137) 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 29, 2026



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



Infecciones de transmisión sexual

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

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

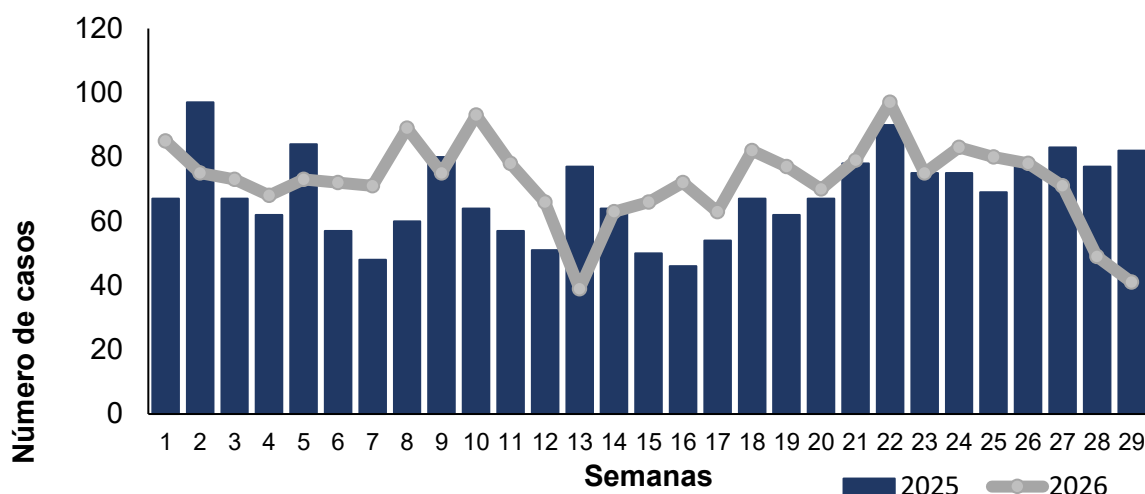
Sífilis en todas sus formas

Durante el año 2026 se notificaron 2.103 casos, en comparación con 1.628 casos registrados en 2025, lo que representa un incremento absoluto de 475 casos y un aumento relativo del 29,18 %. Este comportamiento evidencia una tendencia ascendente significativa, que requiere seguir manteniendo las acciones de vigilancia epidemiológica, detección oportuna, prevención y control. 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

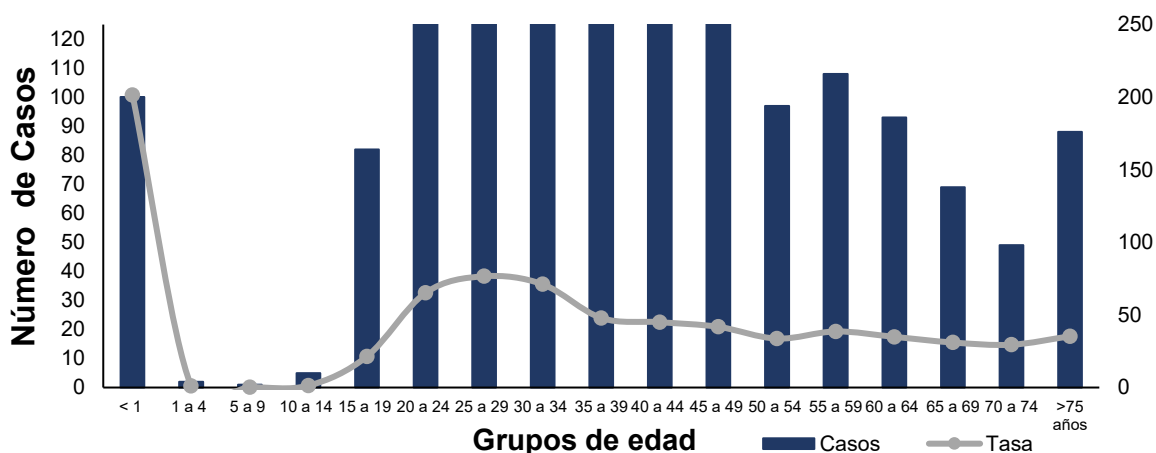


Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizados semanalmente.

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 29 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.



A la semana epidemiológica 29 de 2026 se notificaron 2.103 casos de sífilis en todas sus formas, para una tasa nacional de 40,3 por 100.000 habitantes. La mayor carga se concentra en la población adulta joven, principalmente entre los 20 y 39 años, con el mayor número de casos en el grupo de 25 a 29 años (316 casos; tasa de 76,6), seguido por los grupos de 30 a 34 años (307 casos; 71,1) y de 20 a 24 años (247 casos; 65,2). Este patrón es compatible con una transmisión predominantemente sexual y sexualmente activas.

En menores de un año se notificaron 100 casos, con una tasa de 201,4 por 100.000 habitantes, la más elevada entre todos los grupos de edad. Debido a que estos registros pueden incluir casos sospechosos, expuestos perinatalmente o casos que aún no cumplen plenamente con la definición de sífilis congénita, deben someterse a revisión individualizada y clasificación definitiva por un grupo de expertos. Este análisis debe integrar antecedentes maternos, tratamiento recibido durante el embarazo, pruebas serológicas, hallazgos clínicos y seguimiento del menor, con el fin de evitar sobreestimaciones o subregistros.

Del total, 1.008 casos corresponden a hombres (59,4 %), con una tasa de 38,7, mientras que las mujeres registran 688 casos (40,6 %) y una tasa de 26,3. La tasa en hombres es aproximadamente 1,5 veces mayor que la observada en mujeres, evidenciando una mayor carga de enfermedad en la población masculina.



Tabla 1.

Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 29 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	2103	40,3
San José	867	52
Alajuela	283	26,1
Cartago	248	46,5
Heredia	157	28,5
Guanacaste	69	16,5
Puntarenas	135	26,5
Limón	344	75,1

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.

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

A la semana epidemiológica 29 de 2026, se registró 2.103 casos notificados de sífilis en todas sus formas, para una tasa nacional de 40,3 por 100.000 habitantes. San José concentró el mayor número absoluto, con 867 casos, equivalente al 41,2 % del total nacional, y presentó una tasa de 52,0. No obstante, Limón mostró la mayor intensidad de afectación, con 344 casos y una tasa de 75,1 por 100.000 habitantes, muy superior al promedio nacional. Cartago también presentó una tasa elevada de 46,5, mientras que Alajuela, Heredia y Puntarenas registraron niveles intermedios.

La distribución territorial evidencia heterogeneidad epidemiológica y sugiere que la carga no depende únicamente del tamaño poblacional. Limón constituye la provincia prioritaria por su elevada tasa, seguida de San José y Cartago. En contraste, Guanacaste presentó la tasa más baja, con 16,5 por 100.000 habitantes; sin embargo, estas diferencias deben interpretarse considerando, oportunidad de notificación, movilidad poblacional y posible subregistro.

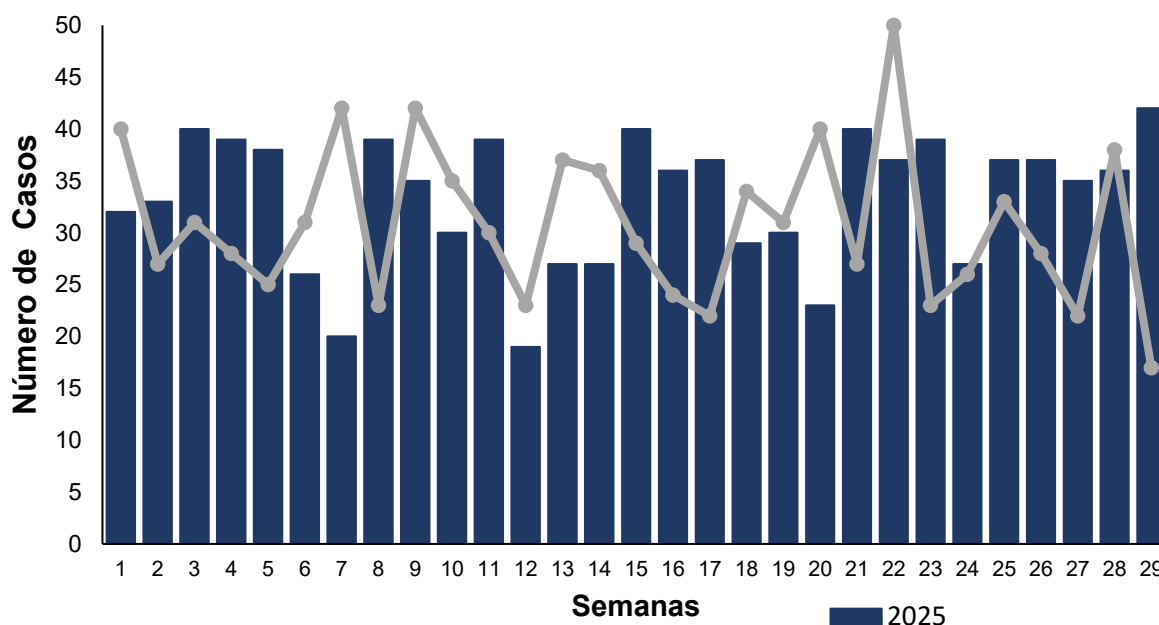


Infección por Gonorrea

Hasta la semana epidemiológica 29 de 2026 se notificaron 894 casos, frente a 808 casos registrados en el mismo periodo de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 86 casos y un aumento relativo de 10,64 %.

Gráfico 3

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



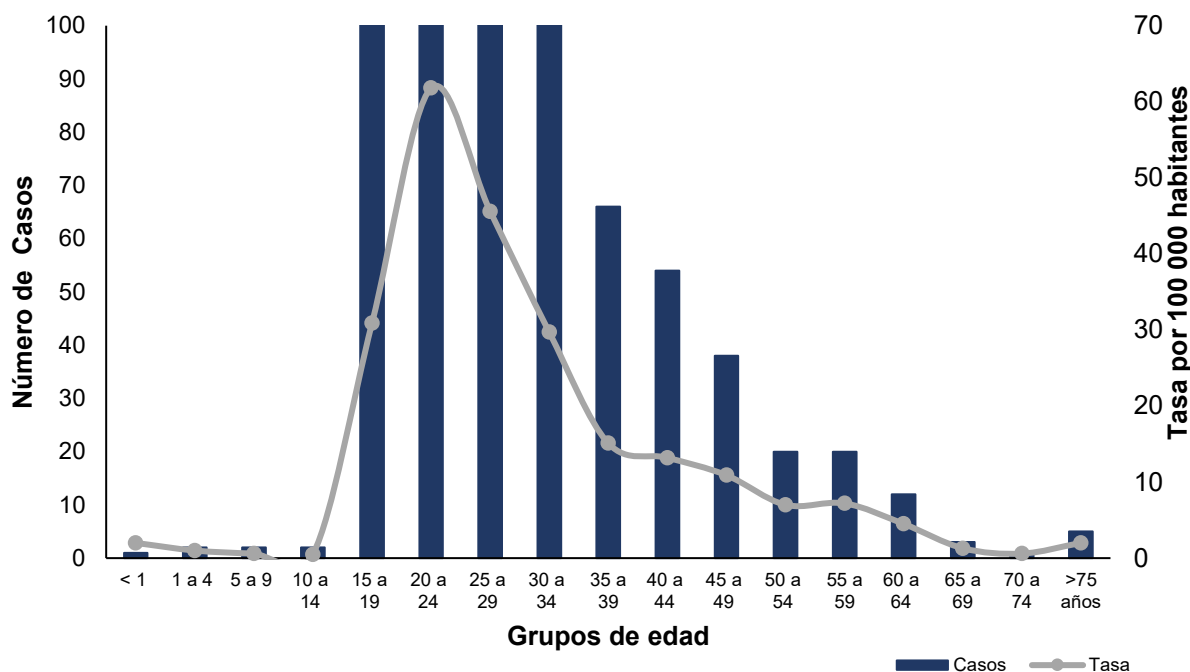
Nota: Datos preliminares sujeto a ser actualizado semanalmente.

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 29 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

Hasta la semana epidemiológica 29 de 2026 se notificaron 894 casos de gonorrea, para una tasa acumulada de 17,1 por 100.000 habitantes. La mayor carga se concentró en la población joven: el grupo de 20 a 24 años presentó el mayor número de casos y la tasa más alta, con 234 casos y 61,8 por 100.000 habitantes, seguido de los grupos de 25 a 29 años, con 188 casos y una tasa de 45,6, y de 15 a 19 años, con 118 casos y una tasa de 30,9. En conjunto, las personas de 15 a 34 años acumularon 668 casos, equivalentes al 74,7 % del total notificado.

A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva de las tasas, aunque persiste transmisión en todos los grupos de edad adulta. Los siete casos registrados en menores de 15 años, incluidos uno en menor de un año, requieren análisis individualizado para establecer la vía probable de transmisión y la clasificación del caso.



Tabla 2.

Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 29 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	894	17,1
San José	388	23,3
Alajuela	87	8
Cartago	88	16,5
Heredia	80	14,5
Guanacaste	29	7
Puntarenas	108	21,2
Limón	114	24,9

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.

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

Se notificaron 894 casos de gonorrea, para una tasa de 17,1 por 100.000 habitantes. San José presentó la mayor carga, con 388 casos y una tasa de 23,3, seguido de Puntarenas, con 108 casos y una tasa de 21,2; ambas provincias superaron el promedio nacional. Aunque San José posee una elevada densidad poblacional y mayor concentración de servicios diagnósticos, la tasa ajustada por población confirma una afectación relevante; no obstante, las tasas de Limón y Puntarenas evidencian una afectación proporcional importante pese a su menor población y mayor dispersión territorial. Cartago y Heredia registraron tasas intermedias de 16,5 y 14,5, mientras que Alajuela y Guanacaste presentaron las tasas más bajas, de 8,0 y 7,0, respectivamente.



Miasis por gusano barrenador en humanos

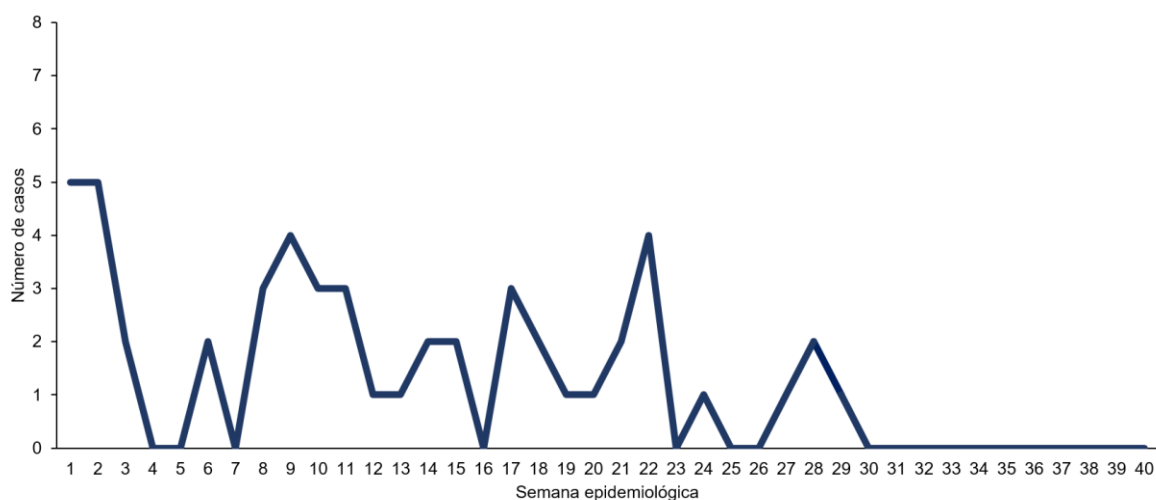
A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos para la semana epidemiológica (SE) 30 del año 2026, según establece el Reglamento de Vigilancia de la Salud Decreto N°40556-S y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en 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 30, se tienen los siguientes datos:

- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 51 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (23/51) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (25/51)

Gráfico 1

Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 30, 2026

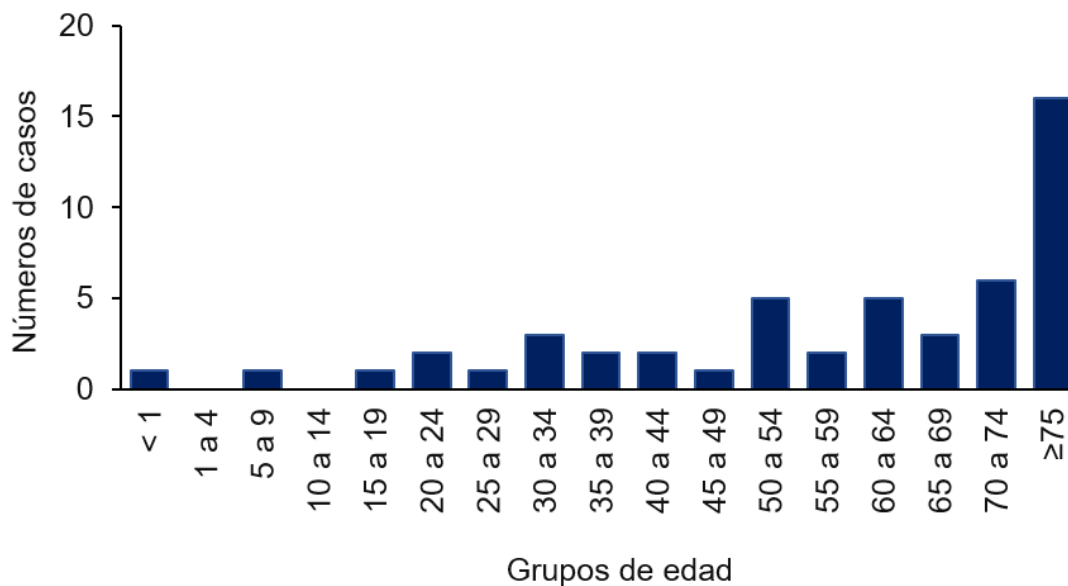


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026



Gráfico 2

Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador según grupos de edad quinquenal, de la SE 01 a la 30, 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 35 casos notificados con una tasa de 1,3 por 100.000 habitantes y en las mujeres con 16 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 30, 2026

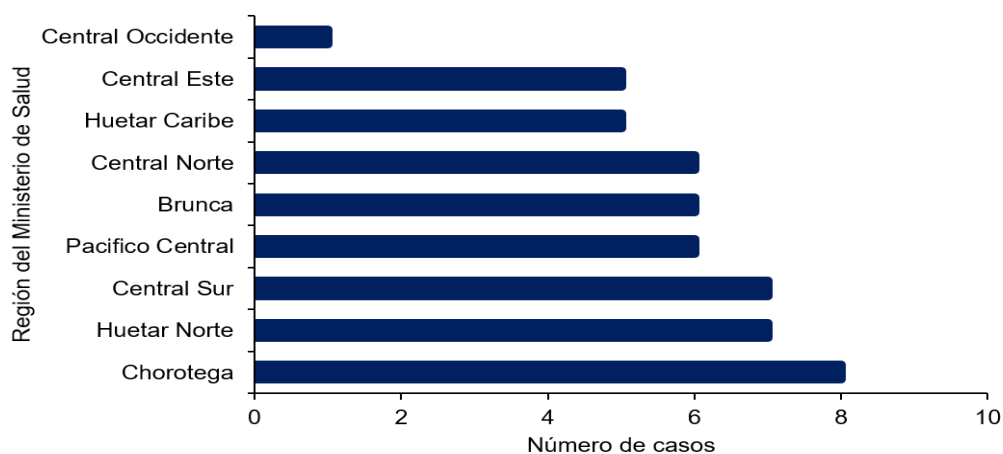
Provincias	Casos	Tasas
Total	51	1,0
San José	9	0,5
Alajuela	11	1,0
Cartago	4	0,7
Heredia	4	0,7
Guanacaste	8	1,9
Puntarenas	10	2,0
Limón	5	1,1

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 30 según provincia de procedencia, presentando mayor número de casos la provincia de Alajuela (11/51).

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 30, 2026



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

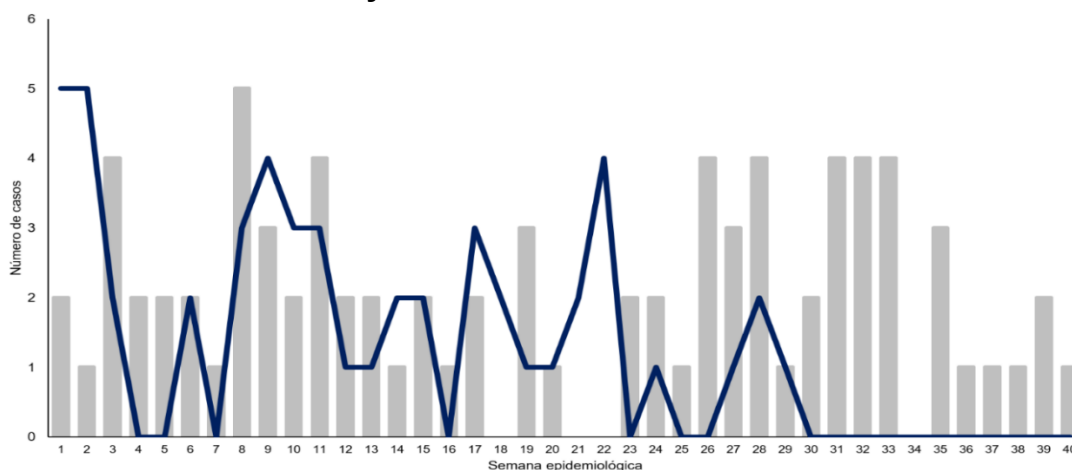


En el gráfico 3 se muestra el comportamiento de esta enfermedad en las nueve regiones del Ministerio de Salud, destacándose la Región Chorotega (8/51) con el mayor número de casos notificados.

En el gráfico 4 se puede observar el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos durante la SE 01 a 30 de los años 2025 y 2026. Para el 2026 se notificó un total de 51 casos confirmados por esta enfermedad. De forma comparativa, para la SE 30 del 2025 se habían confirmado 61 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 30 del 2025 y del 2026



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

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



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

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

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