MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE COSTA RICA

Boletín Epidemiológico N° 42 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

13 de noviembre 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 42 15

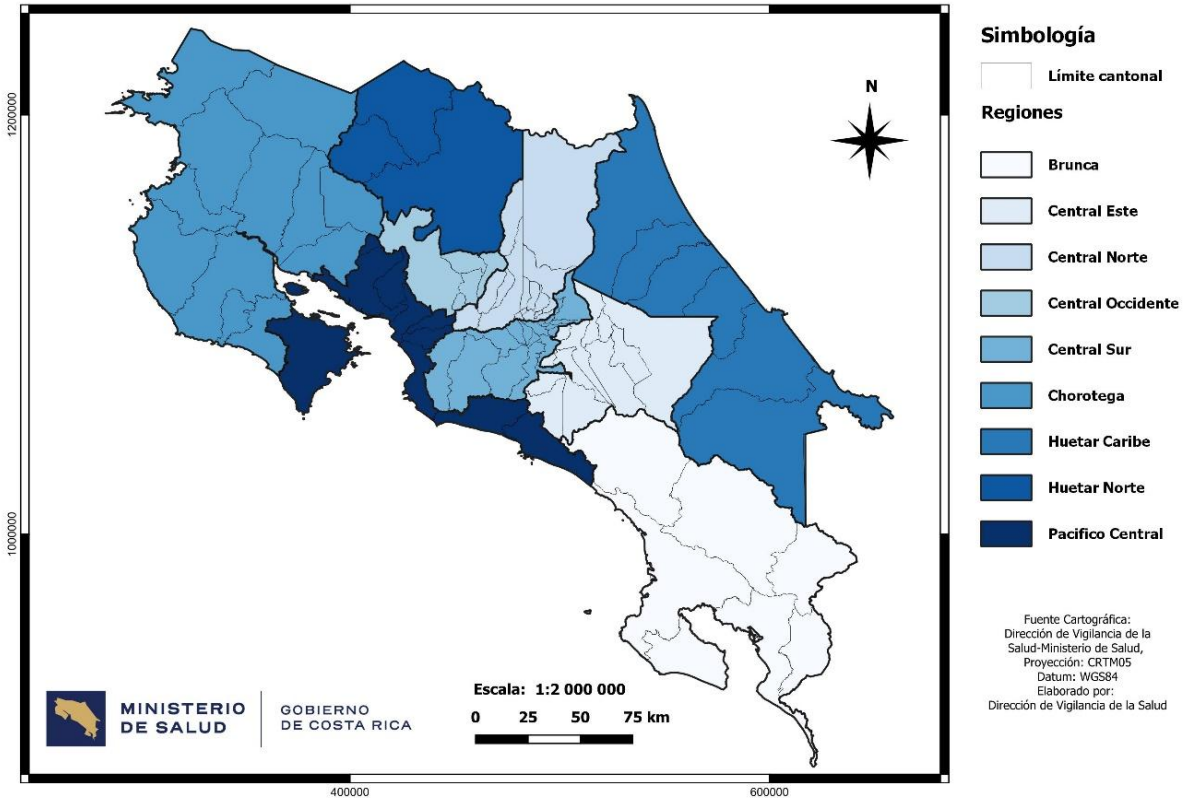
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI, neumonía y Covid-19 16

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 9 de noviembre 2026. 32

Infecciones de transmisión sexual 41

Miasis por gusano barrenador en humanos 53

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024



Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 43 del año 2026 se notifican **7017 casos acumulados** de dengue de estos, **103 casos** como dengue con signos de alarma.
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 noviembre no se reportan personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue.
La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 2080 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 470,7/100.000 habitantes.

Tabla 1.
Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 43 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	2080	198,6
Pacifico Central	1515	470,7
Chorotega	990	208,7
Central Sur	915	60,4
Huetar Caribe	558	121,9
Central Occidente	365	162,6
Huetar Norte	288	106,1
Brunca	219	62,0
Central Este	87	15,7
Total	7017	134,5

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	2979	275,1	1576	291,7	1403	258,6
Puntarenas	1028	202,0	478	189,9	550	213,9
Guanacaste	949	227,5	482	233,0	467	222,2
San José	931	55,9	466	55,1	465	56,6
Limón	558	121,9	245	109,5	313	133,7
Heredia	485	88,1	256	92,5	229	83,6
Cartago	87	16,3	41	15,3	46	17,4
Total	**7017**	**134,5**	**3544**	**135,6**	**3473**	**133,4**

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

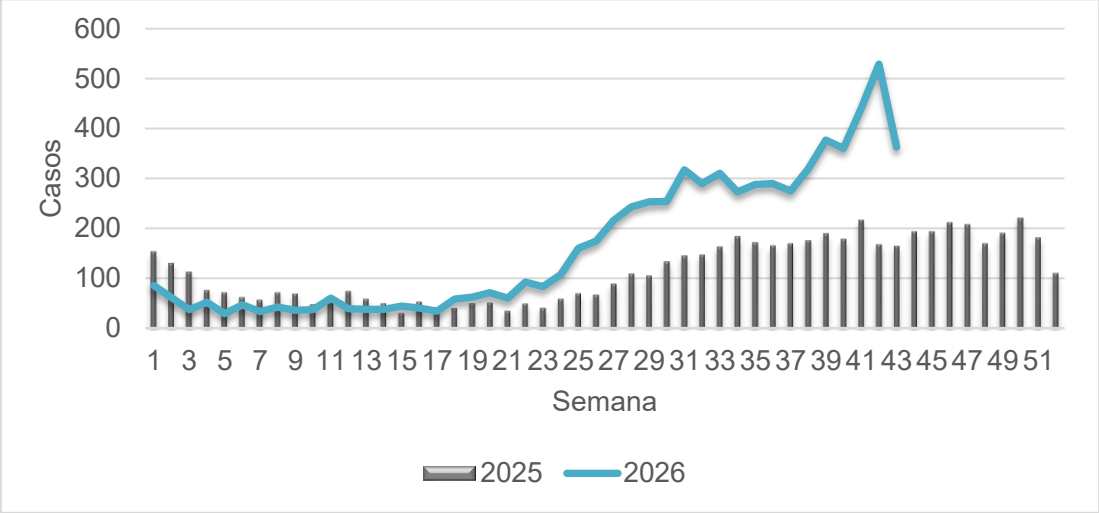
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 43 son: Grecia 755 casos, Alajuela 718 casos, Orotina 615 casos, Puntarenas 443 casos y San José 427 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 43, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
203: Grecia	755	927,7
201: Alajuela	718	217,4
209: Orotina	615	2418,1
601: Puntarenas	443	304,3
101: San José	427	120,6
401: Heredia	240	162,8
510: La Cruz	220	775,7
501: Liberia	206	249,5
702: Pococí	191	121,5
503: Santa Cruz	179	241,7

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

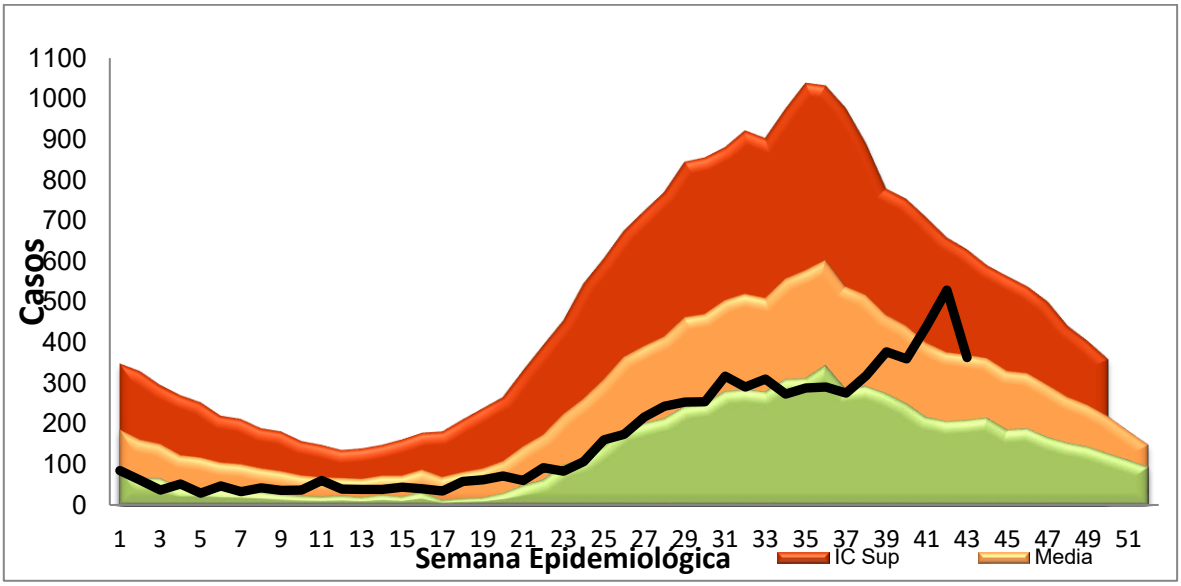
Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 43, 2025-2026.



Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 43 del año 2025 se reportaron 4345 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 38% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.
Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 43, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Chikungunya

A la semana epidemiológica 43 se notifica un total de **1176 casos** de chikungunya acumulados.

Tabla 4.
Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados a la semana epidemiológica 43, 2026

Región	Casos	Tasa
Chorotega	696	146,7
Central Norte	198	18,9
Central Sur	138	9,1
Huetar Norte	48	17,7
Pacifico Central	46	14,3
Central Occidente	24	10,7
Central Este	16	2,9
Huetar Caribe	7	1,5
Brunca	3	0,8
Total	1176	22,5

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos de chikungunya a la semana epidemiológica 43 son:

- La Cruz 433 casos
- Alajuela 144 casos
- Carrillo 118 casos
- Santa Cruz 77 casos
- San José 72 casos

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE COSTA RICA

Situación de la malaria en Costa Rica

Semana epidemiológica 43, 2026

En 2026 se registran 40 casos de malaria por transmisión local

Los casos de transmisión local son los que se adquirieron dentro del país: 19 autóctonos y 21 introducidos. El 75 % corresponde al **foco Crucitas** (distrito de Cutris, cantón de San Carlos, Región Huetar Norte), una zona de minería artesanal en la frontera con Nicaragua. **Desde la SE 37 se confirmaron 6 casos introducidos fuera de Crucitas: 3 en la Región Chorotega (Nicoya y Hojancha) y 3 en Los Chiles; el más reciente se diagnosticó el 23 de octubre (SE 42).** En la SE 43 no se registraron casos nuevos de transmisión local; se confirmaron 2 casos importados por *P. falciparum* en Los Chiles. Otros 7 casos confirmados permanecen en estudio, todos en el foco Crucitas.

40	53
CASOS DE TRANSMISIÓN LOCAL 19 autóctonos y 21 introducidos	**CASOS IMPORTADOS** 50 con lugar probable de infección en Nicaragua

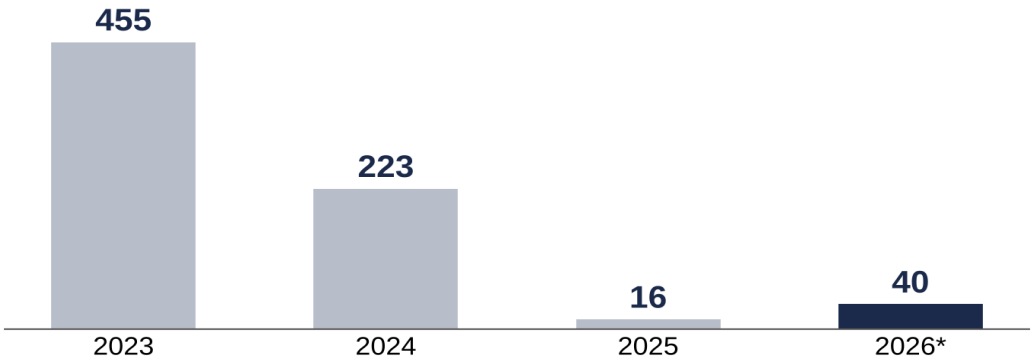
Casos nuevos en la semana epidemiológica 43

- **Sin casos nuevos de transmisión local** en la SE 43.
- **Los Chiles (localidad de El Parque):** 2 casos importados por *P. falciparum*, diagnosticados el 27 de octubre, con lugar probable de infección en Puerto Cabezas, Nicaragua. Son trabajadores de piña, detectados por búsqueda reactiva en la misma localidad donde se confirmaron 3 casos introducidos en las SE 41 y 42.
- **Foco Crucitas:** los 7 casos en estudio continúan sin clasificación final.

Comparación histórica de la transmisión local

Los casos de transmisión local acumulados a la SE 43 se redujeron de **455 en 2023 a 40 en 2026** (−91,2 %) y de 223 en 2024 (−82,1 %). Respecto a 2025 (16 casos) hay un aumento de 150 %, atribuible principalmente al brote del foco Crucitas.

Gráfico 1.
Casos de malaria por transmisión local acumulados a la SE 43, Costa Rica, 2023–2026



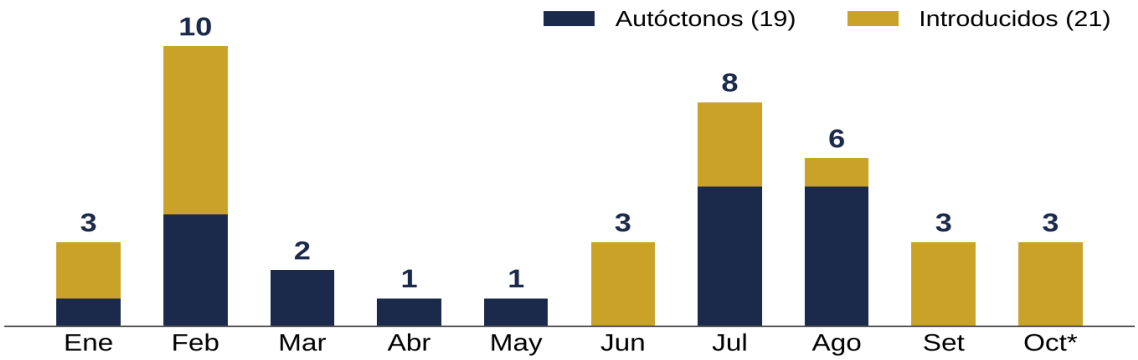
*2026: datos al corte de la SE 43 (31 de octubre).
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Distribución temporal

La transmisión local se concentró en dos periodos: **febrero** (10 casos, 6 introducidos) y **julio–agosto** (14 casos, 10 autóctonos). En **setiembre y octubre** se registraron 6 casos introducidos: 3 en la Región Chorotega y 3 en Los Chiles.

Gráfico 2

Casos de malaria por transmisión local según mes de diagnóstico y clasificación epidemiológica, Costa Rica, enero–octubre 2026

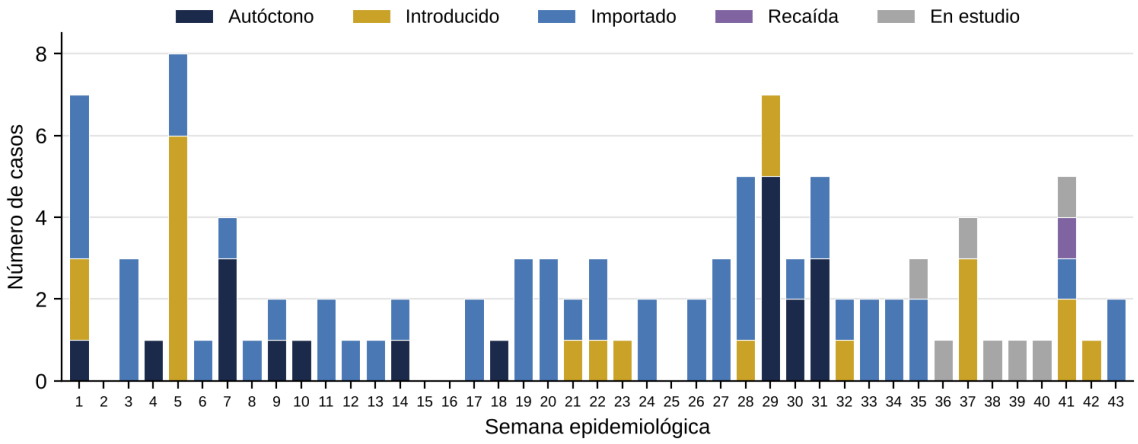


*Según fecha de diagnóstico. Octubre: datos al 31 de octubre. Las cifras recientes pueden variar al cerrarse las investigaciones en curso.
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Al incluir todos los casos confirmados, los casos importados se presentan de forma continua durante el año, mientras que la transmisión local se agrupa en las semanas 1–7 y 28–32 y reaparece en las SE 37 y 41–42. Los 7 casos en estudio corresponden a las SE 35 a 41, en el foco Crucitas.

Gráfico 3.

Casos confirmados de malaria según semana epidemiológica y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026 (corte SE 43)

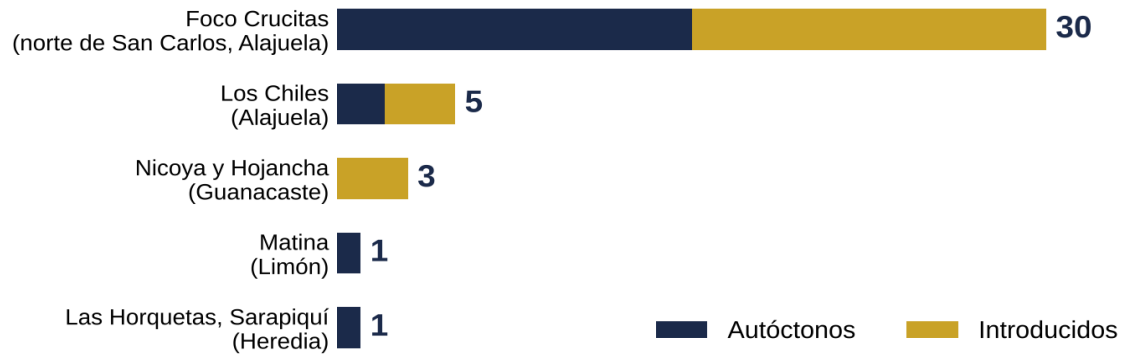


Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Distribución geográfica por foco

El foco Crucitas concentra 30 de los 40 casos de transmisión local (75 %): 15 autóctonos y 15 introducidos. La mayoría reside en el distrito de Cutris, y la localidad de El Roble aporta 15 casos. Es una zona de minería artesanal de oro con alta movilidad poblacional transfronteriza. Fuera de Crucitas se registran 5 casos en el foco Los Chiles (2 autóctonos y 3 introducidos en la localidad de El Parque, SE 41–42; el foco suma además 3 casos importados), 3 introducidos en la Región Chorotega (Nicoya y Hojancha, sin foco asignado), 1 autóctono en Matina (por *P. falciparum*) y 1 autóctono en Las Horquetas de Sarapiquí (sin foco asignado y con origen de infección no determinado).

Gráfico 4.
Casos de malaria por transmisión local según foco y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026



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

La Región Huetar Norte concentra 79 de los 101 casos confirmados del año, incluidos 18 de los 21 introducidos y 17 de los 19 autóctonos. En las demás regiones

predominan los casos importados; la Región Chorotega registra 3 casos introducidos.

Tabla 1.
Casos confirmados de malaria por región de salud y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026 (corte SE 43)

Región	Autóctono	Introducido	Importado	Recaída	En estudio	Total
Huetar Norte	17	18	37	0	7	79
Huetar Caribe	1	0	5	0	0	6
Central Sur	0	0	5	0	0	5
Chorotega	0	3	1	0	0	4
Pacífico Central	0	0	2	1	0	3
Central Norte	1	0	1	0	0	2
Central Occidente	0	0	1	0	0	1
Brunca	0	0	1	0	0	1
Total	**19**	**21**	**53**	**1**	**7**	**101**

Fuente: Coordinación de Malaria, DVS, Ministerio de Salud.

Tabla 2.
Casos confirmados de malaria según foco y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026 (corte SE 43)

Foco	Autóctono	Introducido	Importado	Recaída	En estudio	Total
Crucitas	15	15	31	0	7	68
Los Chiles	2	3	3	0	0	8
Pital	0	0	2	0	0	2
Matina	1	0	0	0	0	1
Sin foco (no aplica)*	1	3	17	1	0	22
Total	**19**	**21**	**53**	**1**	**7**	**101**

Foco según registro de la investigación de caso. Transmisión local por especie: Crucitas 15 autóctonos *P. vivax*, 14 introducidos *P. vivax* y 1 introducido *P. falciparum*; Los Chiles 2 autóctonos y 3 introducidos *P. vivax*; Matina 1 autóctono *P. falciparum*; Las Horquetas 1 autóctono *P. vivax*; Chorotega 3 introducidos *P. vivax*. * Sin foco asignado: 1 autóctono de Las Horquetas, con origen de infección no determinado, y 3 introducidos de la Región Chorotega. Recaída: caso de la Región Pacífico Central (SE 41).

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

Características de los casos de transmisión local

- **Sexo:** 30 hombres (75 %) y 10 mujeres (25 %).
- **Edad:** mediana de 33 años (rango 1–68); predominan los adultos jóvenes en edad productiva.
- **Ocupación:** 18 casos (45 %) se dedican a la minería artesanal (coligalleros y mineros), todos en el foco Crucitas.
- **Nacionalidad:** 27 nicaragüenses (67,5 %) y 13 costarricenses (32,5 %).
- **Gravedad:** 9 casos hospitalizados (22,5 %). Sin defunciones.
- **Especie parasitaria:** *P. vivax* en 38 casos (95 %) y *P. falciparum* en 2 (1 introducido en Crucitas y 1 autóctono en Matina).

Vigilancia diagnóstica

En 2026 se han realizado **173 268 pruebas diagnósticas de malaria**, más que las 162 241 de todo 2025. La prueba de diagnóstico rápido (PDR) representa el 96 % (165 805), seguida de la gota gruesa (7 285) y la PCR (178). El Ministerio de Salud aplicó 85 057 PDR, los colaboradores voluntarios (ColVol) 1 468 y la CCSS realizó 86 743 pruebas en sus establecimientos. Con 101 casos confirmados, se detecta aproximadamente 1 caso por cada 1 716 pruebas realizadas.

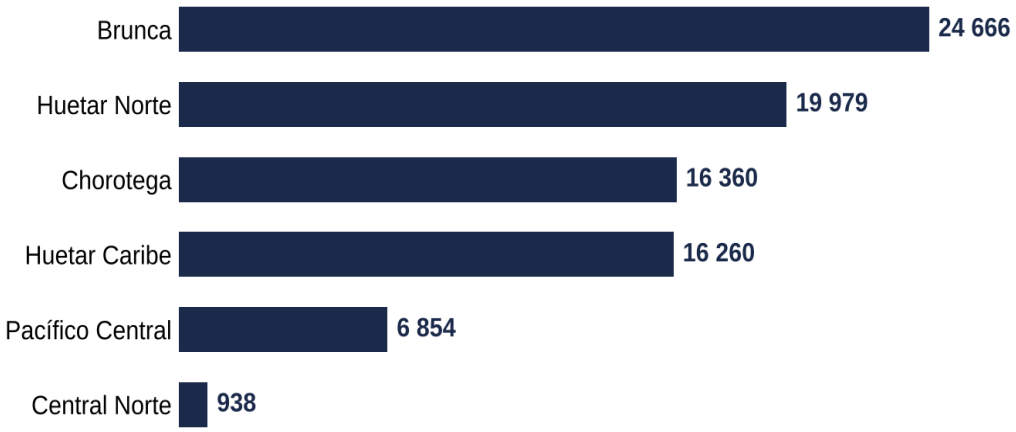
Tabla 3.
Pruebas diagnósticas de malaria realizadas según institución y tipo de prueba, Costa Rica, 2026 (corte SE 43)

Institución	PDR	Gota gruesa	PCR	Total
Ministerio de Salud	85 057	—	—	85 057
Colaboradores voluntarios (ColVol)	1 468	—	—	1 468
CCSS	79 280	7 285	178	86 743
Total	**165 805**	**7 285**	**178**	**173 268**

Fuente: Coordinación de Malaria, DVS, Ministerio de Salud

En la CCSS, la mayor parte de las pruebas se procesa en laboratorio (45 237) y en los EBAIS (30 194). En la búsqueda comunitaria del Ministerio de Salud, las regiones Brunca, Huetar Norte, Chorotega y Huetar Caribe concentran el 91 % de las PDR aplicadas.

Gráfico 5.
Pruebas de diagnóstico rápido (PDR) aplicadas por el Ministerio de Salud según región de salud, Costa Rica, 2026 (corte SE 43)



Fuente: Registro de pruebas diagnósticas, Ministerio de Salud. No incluye las 1 468 PDR de ColVol (sin desagregación regional).

Casos importados y en estudio

Se registran **53 casos importados**; en 50 el lugar probable de infección es Nicaragua y 10 corresponden a recaídas por *P. vivax*. Además, 1 caso de la Región Pacífico Central (SE 41) se clasificó como recaída. **7 casos permanecen en estudio**, todos en el foco Crucitas (SE 35 a 41). La investigación de estos casos determinará dónde ocurrió la infección. En total se han confirmado 101 casos de malaria en 2026. Los 2 importados más recientes (SE 43) son por *P. falciparum*, con lugar probable de infección en Puerto Cabezas, Nicaragua.

Tabla 4.
Casos importados según país probable de infección y especie, Costa Rica, 2026 (corte SE 43)

País probable de infección	Especie	Casos
Brasil	*P. vivax*	1
Etiopía	*P. vivax*	1
Nicaragua	Mixta (P. falciparum / P. vivax)	1
Nicaragua	*P. falciparum*	7
Nicaragua	*P. vivax*	42
Venezuela (recaída)*	*P. vivax*	1
Total		**53**

10 casos importados corresponden a recaídas por *P. vivax*. * Recaída en persona venezolana con antecedente de tránsito por el Darién.
Fuente: Coordinación de Malaria, DVS, Ministerio de Salud.

Recomendaciones a la población

- Si presenta **fiebre, escalofríos, sudoración o dolor de cabeza** y vive, trabaja o viajó a la zona norte del país o a un país con malaria, **acuda de inmediato al EBAIS o centro de salud** más cercano e indique dónde estuvo.
- La malaria **tiene cura**. Complete el tratamiento indicado, aunque se sienta mejor, y asista a los controles de gota gruesa.
- Protéjase de la picadura del mosquito *Anopheles*, sobre todo al atardecer y en la noche: use mosquitero, repelente y ropa de manga larga.
- Permita la visita de los equipos de salud y la toma de muestras en su comunidad; así se detectan los casos a tiempo.

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 42

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en la semana epidemiológica 42 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.
Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 42.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	**13 913**
Viviendas positivas	**768**
Depósitos tratados	**52 853**
Depósitos eliminados	**17 630**
Criaderos	**70 483**
Depósitos positivos	**1 373**
Viviendas fumigadas	**33 096**

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2
Costa Rica: Acciones acumuladas de control vectorial de la semana epidemiológica 1 a la 42.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	**528 457**
Viviendas positivas	**25 557**
Depósitos tratados	**1 862 244**
Depósitos eliminados	**1 404 678**
Criaderos	**3 266 922**
Depósitos positivos	**58 036**
Viviendas fumigadas	**856 164**

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

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

Resumen epidemiológico

IRA y ETI alcanzan la SE43, con 23 256 casos de IRAS y 278 de ETI; sus acumulados del 2026 son 1 175 127 y 12 795 casos, respectivamente. IRAG y neumonía alcanzan la SE43, con 29 y 39 casos en esa semana y acumulados de 8 131 y 6 772. Las cifras de la última semana disponible pueden aumentar por rezago de notificación y no se interpretan de manera aislada como aumento o disminución frente a la semana anterior.

El componente epidemiológico semanal del Hospital Nacional de Niños (HNN) alcanza la SE43. En laboratorio respiratorio, con corte en la SE43, 838 de 1 547 solicitudes válidas presentaron al menos un virus detectado, para una positividad global de 54,2 %.

Los casos nacionales de COVID-19 tienen último dato validado en la SE43, con 92 casos. La CCSS reportó al 10 de noviembre, correspondiente a la SE45, 8 pacientes positivos hospitalizados en salón y 0 en UCI. Para los fallecidos, el registro institucional de la CCSS reporta 0 fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso; este dato no representa la mortalidad nacional total.

Cuadro 1.
Costa Rica: Casos notificados en la última semana epidemiológica disponible y acumulados de IRAS, ETI, IRAG y neumonía, 2026.

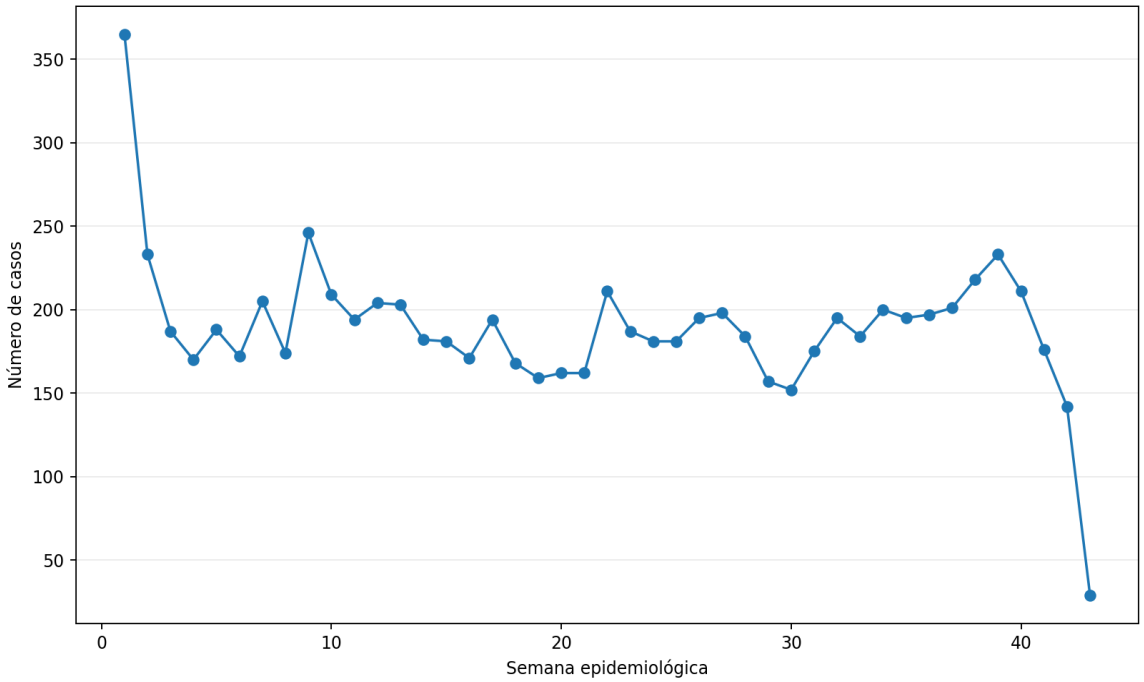
Evento	Última SE	Casos en la SE	Acumulado 2026
IRAS	SE43	23 256	1 175 127
ETI	SE43	278	12 795
IRAG	SE43	29	8 131
Neumonía	SE43	39	6 772

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Infecciones respiratorias agudas graves (IRAG)

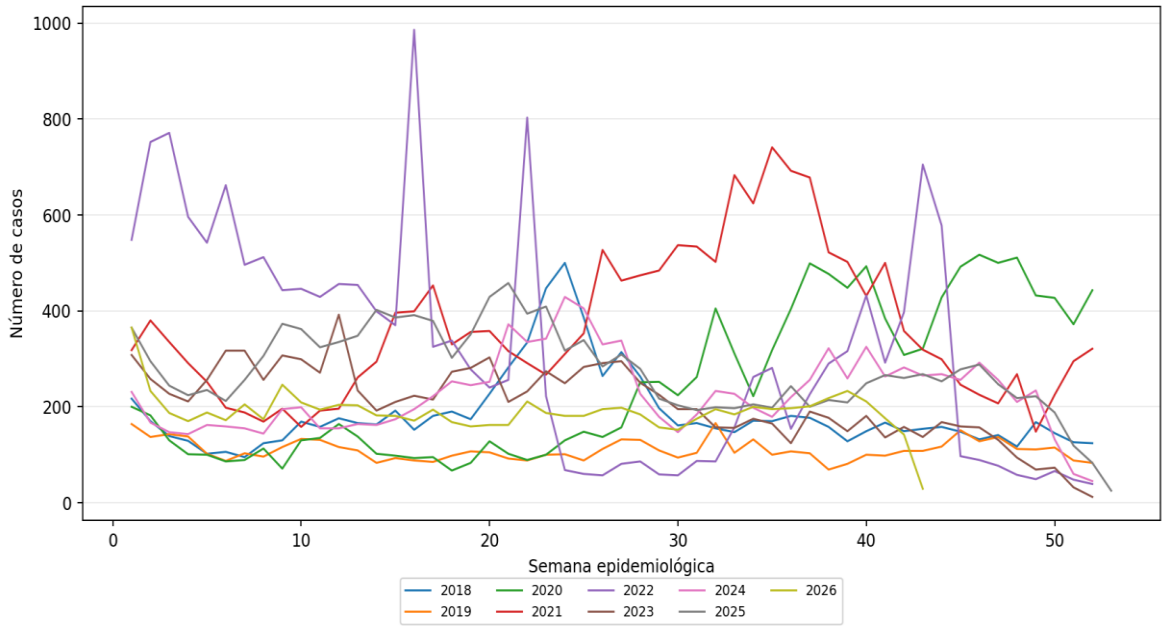
Según los registros de la boleta VE-01, a la SE43 se acumulan 8 131 casos de IRAG; en esa semana se notificaron preliminarmente 29 casos. La mayor carga acumulada se concentra en las personas de 75 años y más (1 964 casos), seguidas por los niños de 1 a 4 años (1 436) y los menores de 1 año (1 431). El dato de la SE43 es preliminar y puede aumentar por rezago de notificación.

Gráfico 1.
Costa Rica: Casos de IRAG por semana epidemiológica, 2026.



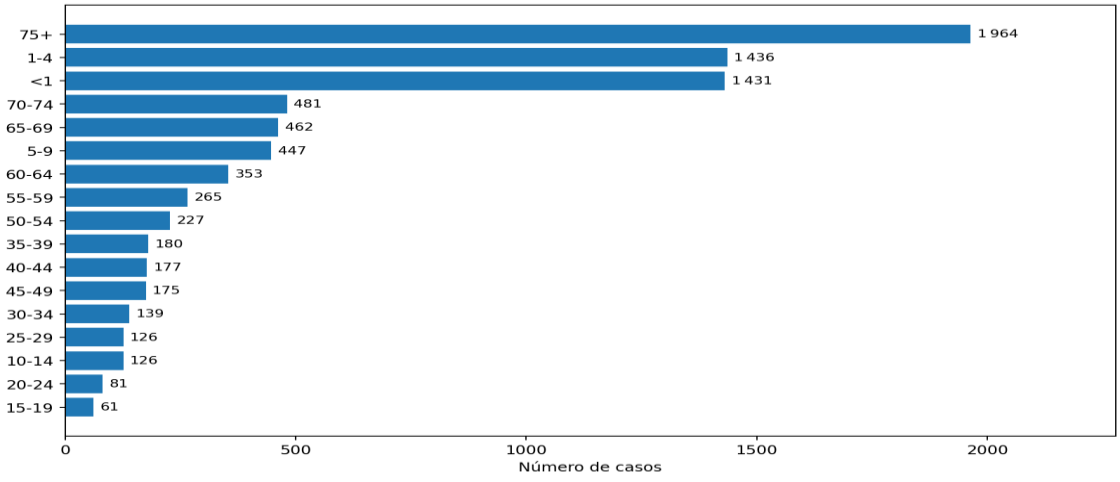
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 2.
Costa Rica: Distribución histórica de casos de IRAG por semana epidemiológica, 2018-2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 3.
Costa Rica: Casos acumulados de IRAG según grupo de edad a la SE43, 2026.

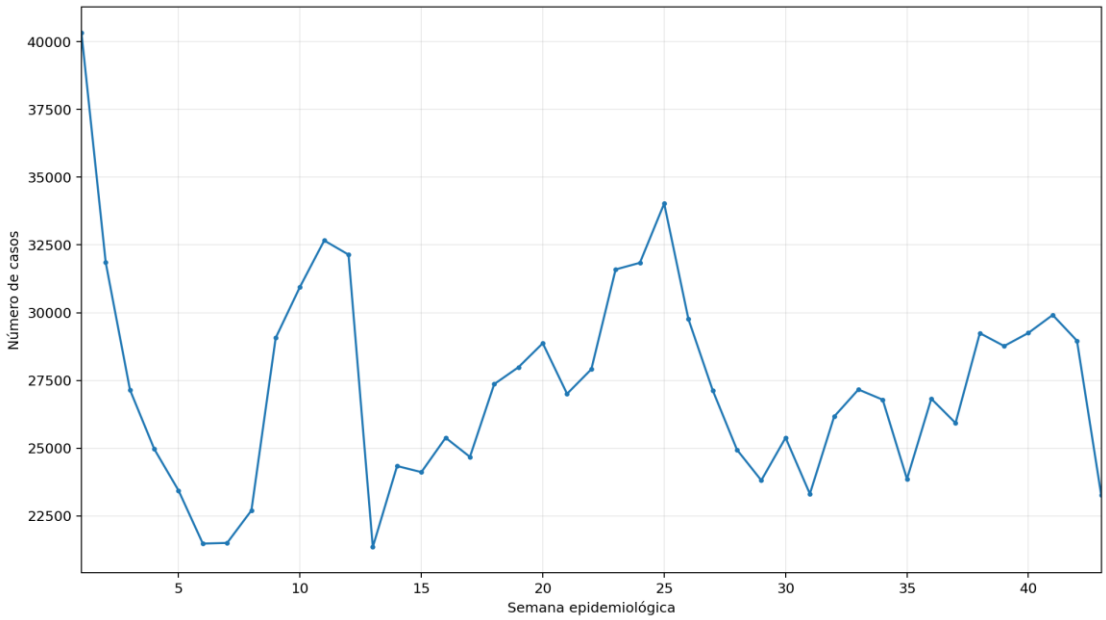


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Infecciones respiratorias agudas superiores (IRAS)

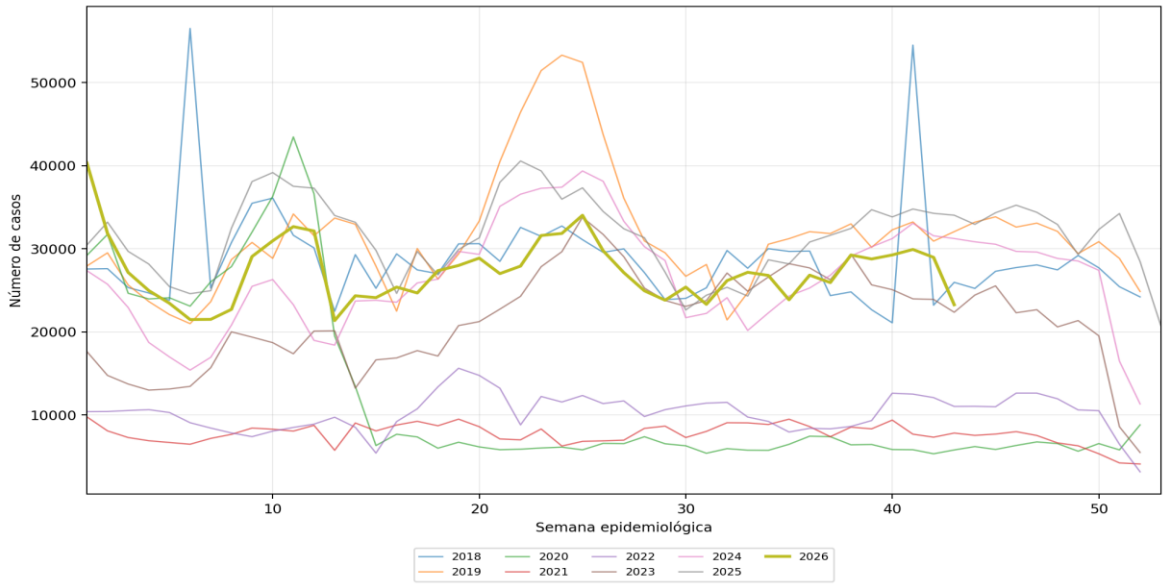
Según los registros de la boleta VE-02, a la SE43 se acumulan 1 175 127 casos de IRAS; en esa semana se registraron 23 256 casos. Los mayores acumulados corresponden a los niños de 1 a 4 años (133 129) y de 5 a 9 años (122 654). El dato de la SE43 puede aumentar por rezago de notificación.

Gráfico 4.
Costa Rica: Casos semanales de IRAS, 2026.



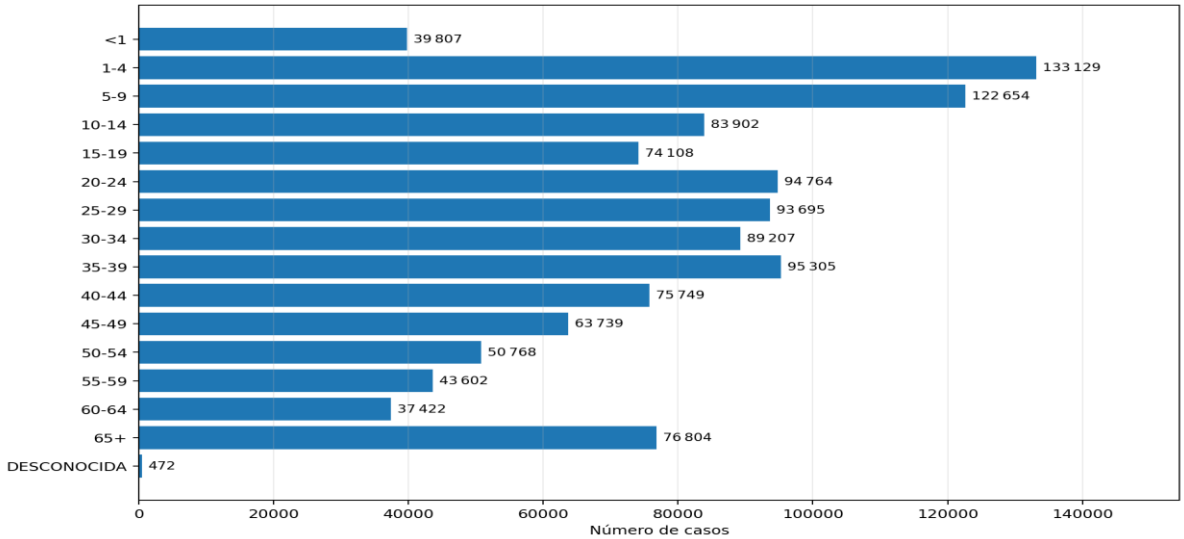
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 5.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de IRAS, 2018-2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 6.
Costa Rica: Casos acumulados de IRAS según grupo de edad a la SE43, 2026.

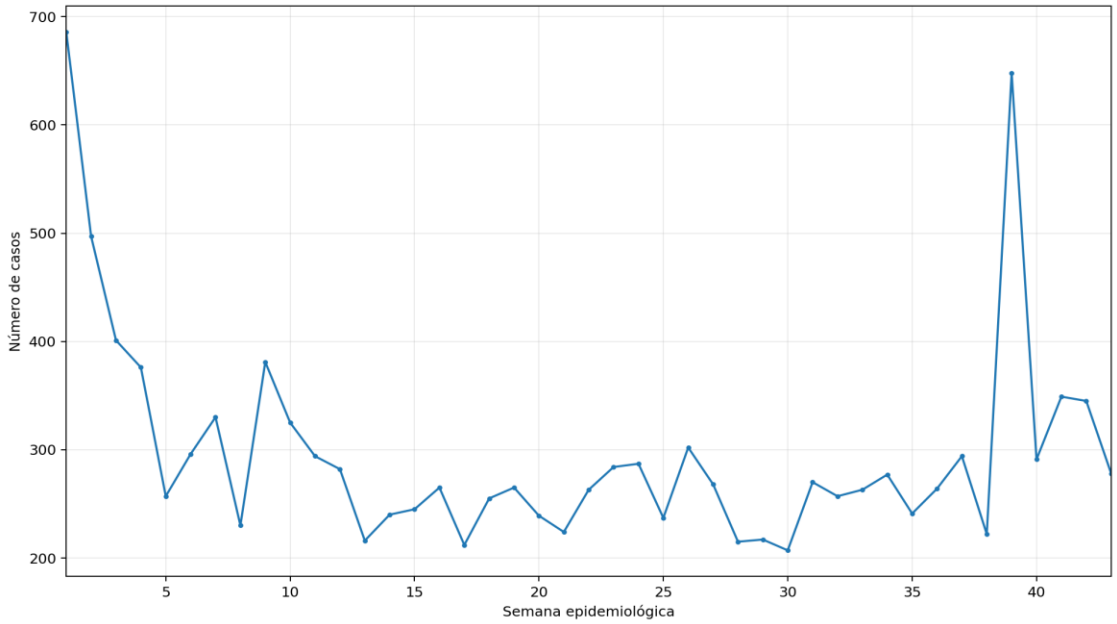


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Enfermedad tipo influenza (ETI)

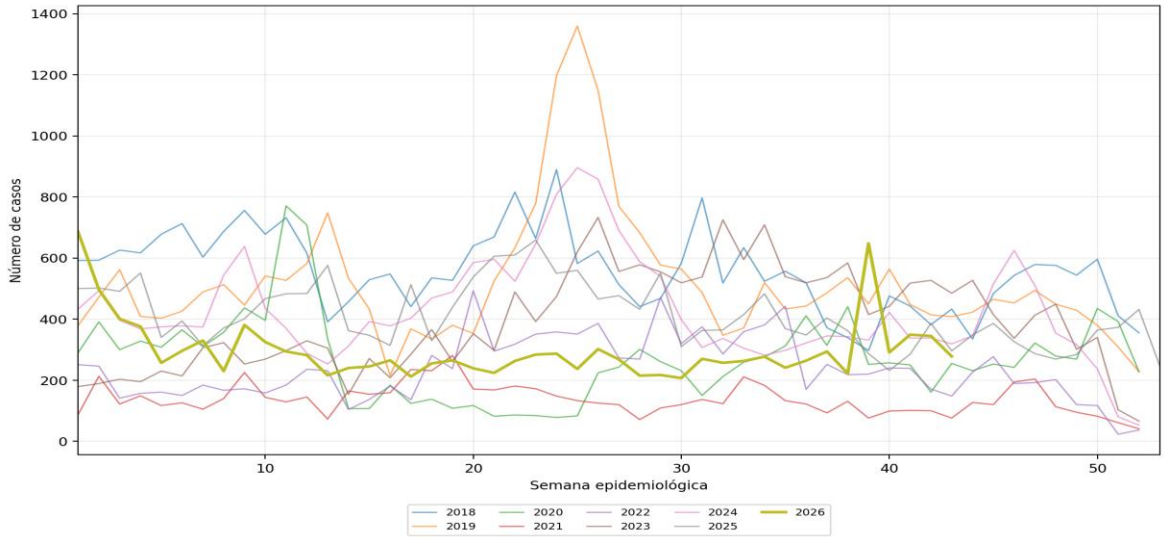
Según los registros de la boleta VE-02, a la SE43 se acumulan 12 795 casos de ETI; en esa semana se registraron 278 casos. Los mayores acumulados corresponden a los grupos de 25 a 29 años (1 138 casos) y 30 a 34 años (1 124). El dato de la SE43 puede aumentar por rezago de notificación y debe interpretarse conjuntamente con la circulación de virus respiratorios identificada por laboratorio.

Gráfico 7.
Costa Rica: Casos semanales de ETI, 2026.



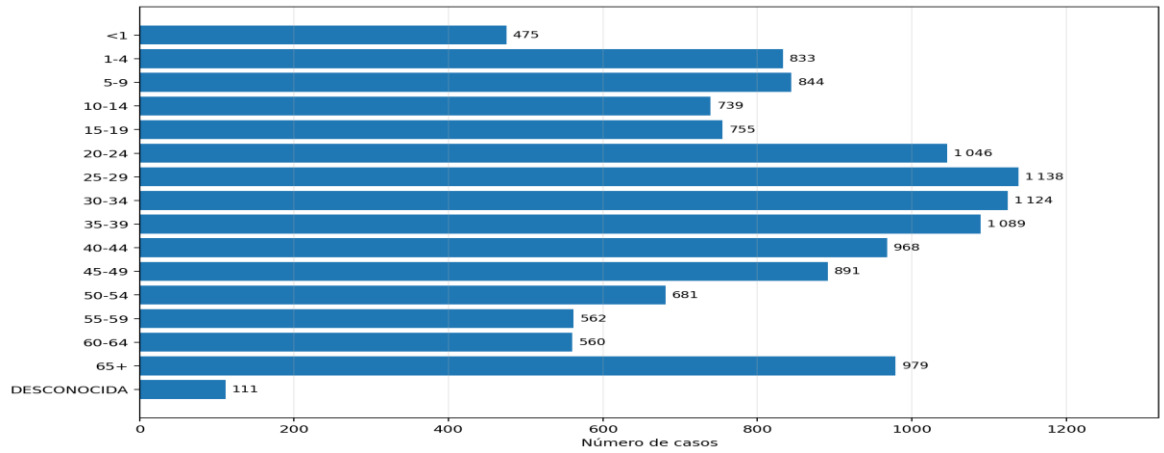
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 8.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de ETI, 2018-2026.



Nota: la serie semanal de ETI se presenta actualizada hasta la SE43; la última semana puede aumentar por rezago de notificación.
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 9.
Costa Rica: Casos acumulados de ETI según grupo de edad a la SE43, 2026.

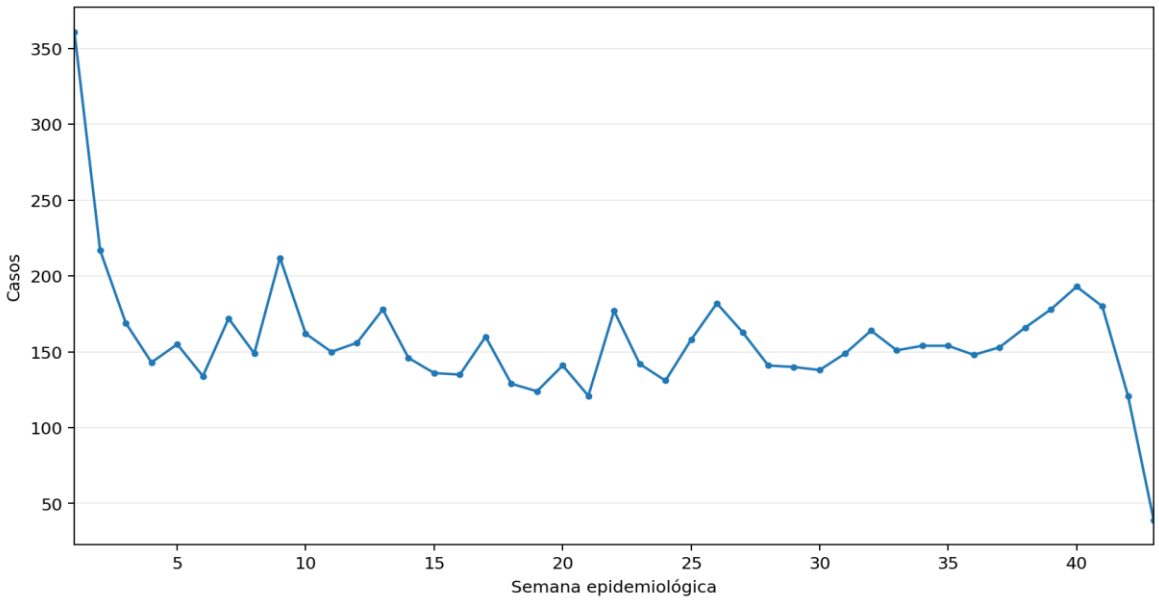


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Neumonía

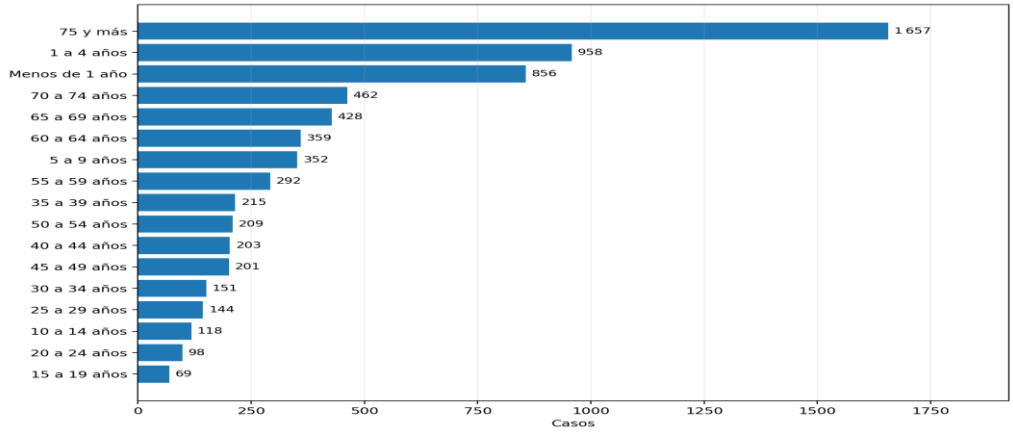
A la SE43 se registran 6 772 casos acumulados de neumonía; en esa semana se notificaron 39 casos. La mayor carga acumulada corresponde a las personas de 75 años y más (1 657 casos), seguidas por los niños de 1 a 4 años (958) y los menores de 1 año (856). El dato de la SE43 es preliminar y puede aumentar por rezago de notificación.

Gráfico 10.
Costa Rica: Neumonía notificada por semana epidemiológica, 2026.



Nota: la serie semanal de neumonía se presenta actualizada hasta la SE43; la última semana puede aumentar por rezago de notificación.
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 11.
Costa Rica: Casos acumulados de neumonía según grupo de edad a la SE43, 2026.

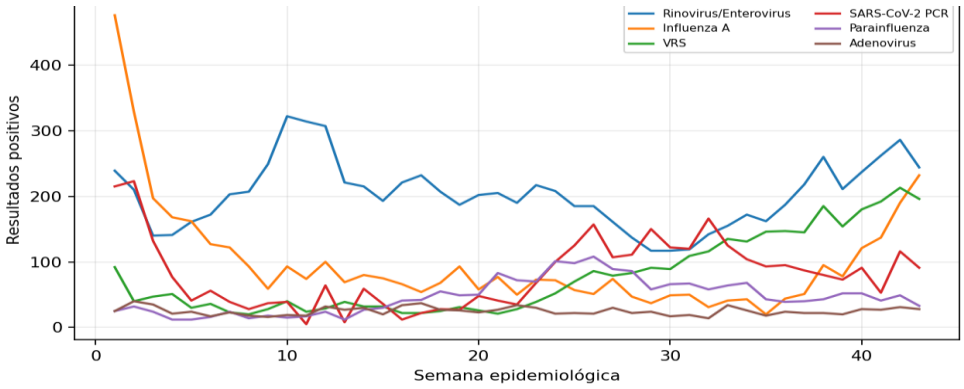


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Vigilancia de laboratorio de virus respiratorios

Con corte en la SE43 se analizaron 1 547 solicitudes válidas, de las cuales 838 presentaron al menos un virus detectado, para una positividad global de 54,2 %. Los agentes con mayor número de detecciones fueron rinovirus/enterovirus (244) e influenza A (232).

Gráfico 12.
Costa Rica: Circulación semanal de virus respiratorios, 2026.

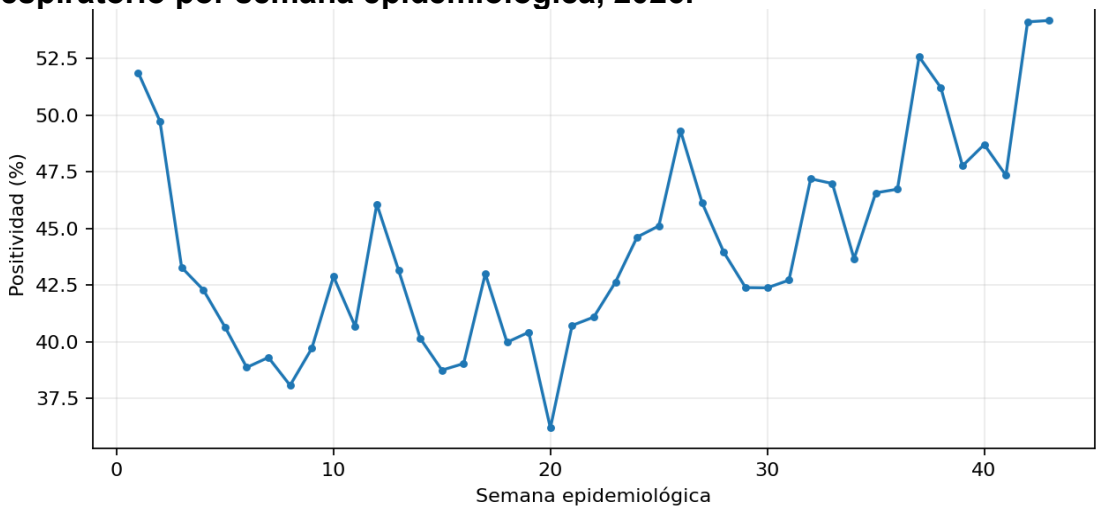


Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Registros de laboratorio para vigilancia de virus respiratorios, 2026.

Positividad global de laboratorio respiratorio

Además de la distribución de detecciones por agente, la positividad global permite seguir la proporción de solicitudes válidas en las que se identifica al menos un virus respiratorio. La serie se presenta actualizada hasta la SE43, último corte validado disponible para este componente.

Gráfico 13.
Costa Rica: Positividad global de solicitudes válidas de laboratorio respiratorio por semana epidemiológica, 2026.



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Registros de laboratorio para vigilancia de virus respiratorios, 2026.
Nota: la positividad global se calcula por solicitud válida.

Situación pediátrica - Hospital Nacional de Niños

La situación pediátrica integra el componente epidemiológico semanal y el seguimiento operativo diario del HNN. Para este boletín se presentan los indicadores epidemiológicos semanales validados con corte SE43 y el último reporte operativo diario disponible al 10/11/2026.

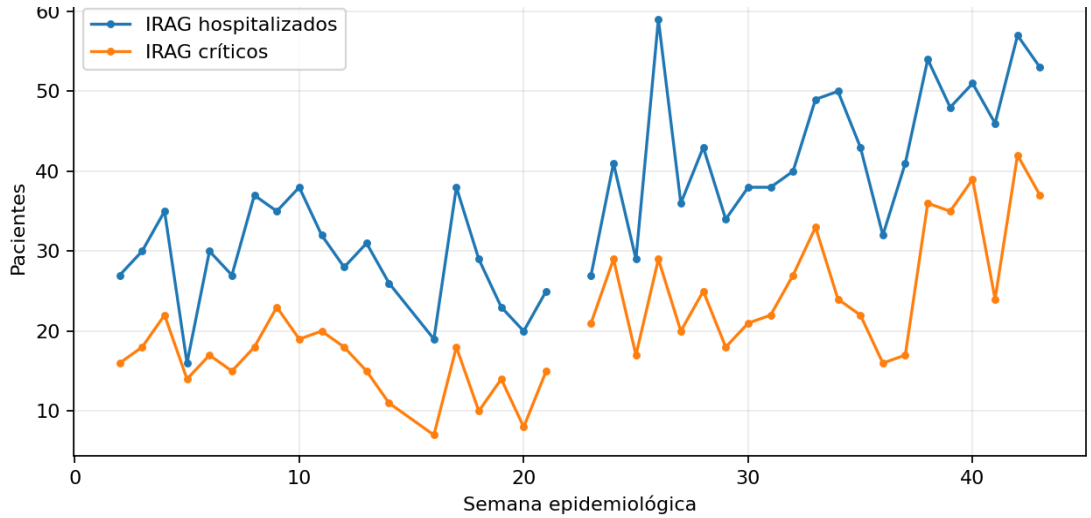
Cuadro 2.
Costa Rica: Indicadores epidemiológicos respiratorios, Hospital Nacional de Niños, SE43 de 2026.

Indicador	Dato
Hospitalizados por IRAG	53
IRAG críticos	37
Proporción crítica	69,8 %
Muestras respiratorias procesadas	196
Muestras positivas	117
Positividad	60,0 %
Fallecimientos acumulados por IRAG	19

Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, SE43 de 2026.

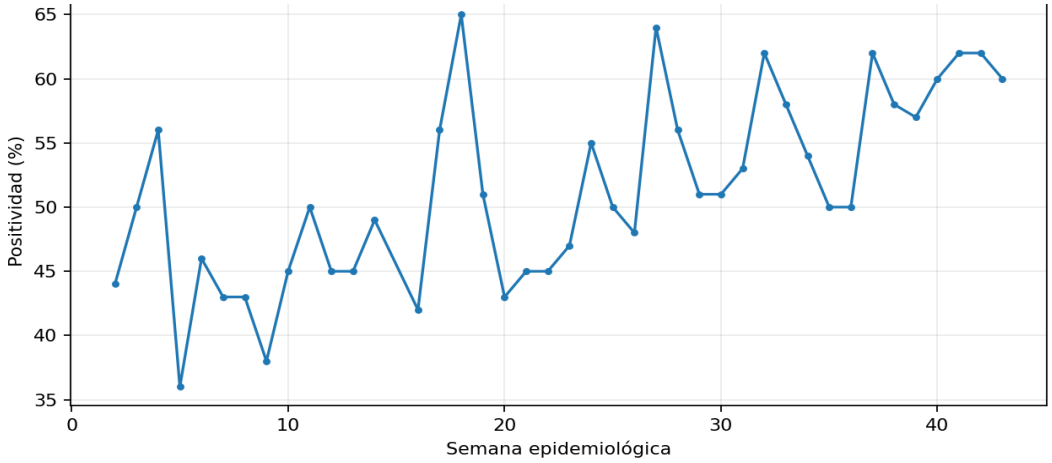
En la SE43 se registraron 53 hospitalizados por IRAG, 37 de ellos en condición crítica (69,8 %). Se procesaron 196 muestras respiratorias, de las cuales 117 resultaron positivas (60,0 %). La mortalidad acumulada por IRAG alcanzó 19 fallecimientos al 05/11/2026. Además, el reporte operativo diario del 10/11/2026 informa 88 pacientes respiratorios hospitalizados; ocupación de 131 % respecto de la dotación habitual y 96 % de la expandida; UCI en 93 %, con 22 pacientes respiratorios; 10 pacientes respiratorios en Emergencias y 98 pacientes respiratorios atendidos en total. El hospital se encuentra en fase 1 del plan institucional.

Gráfico 14.
Costa Rica: IRAG hospitalizados y críticos por semana epidemiológica, Hospital Nacional de Niños, 2026.



Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, 2026.

Gráfico 15.
Costa Rica: Positividad de muestras respiratorias por semana epidemiológica de reporte, Hospital Nacional de Niños, 2026.

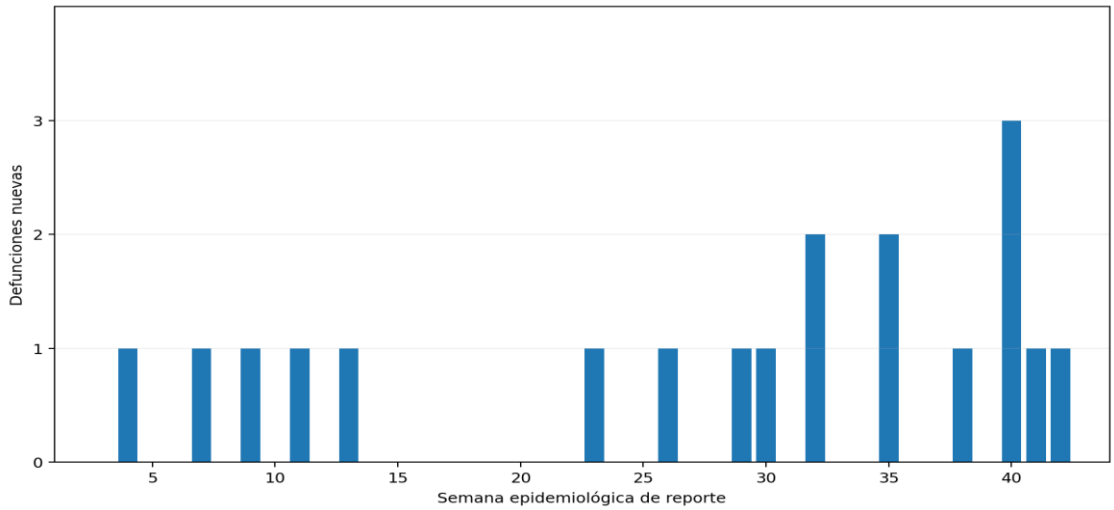


Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, 2026.

Mortalidad por IRAG - Hospital Nacional de Niños

Al 5 de noviembre de 2026, el Hospital Nacional de Niños reportó 19 fallecimientos acumulados por IRAG. El gráfico muestra las defunciones nuevas según la semana epidemiológica de reporte, derivadas de la variación del acumulado semanal.

Gráfico 16.
Costa Rica: Defunciones por IRAG según semana epidemiológica de reporte, Hospital Nacional de Niños, 2026.

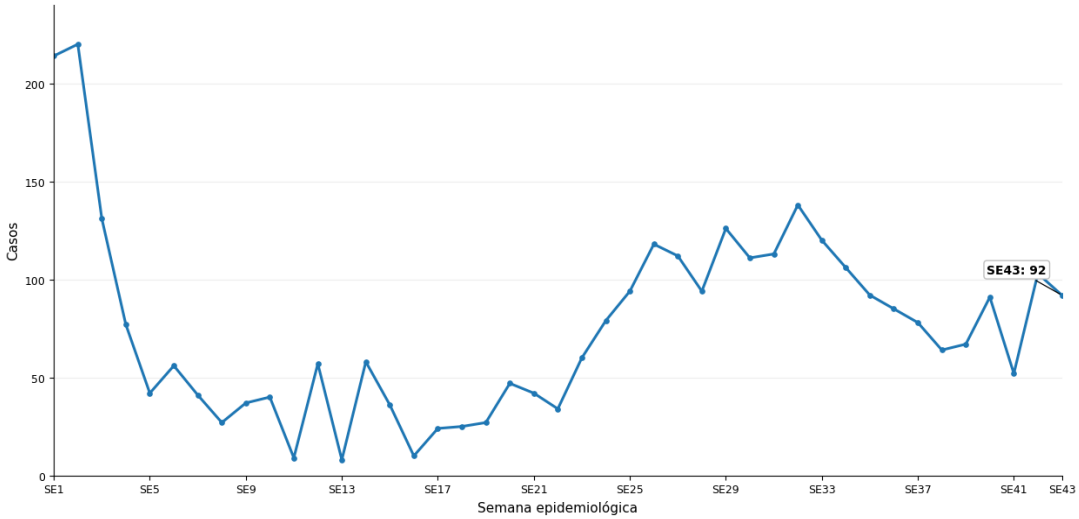


Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, SE43 de 2026.

COVID-19

Los casos nacionales de COVID-19 cuentan con último dato validado en la SE43, con 92 casos registrados. La curva semanal se presenta actualizada con los valores validados disponibles hasta esa semana.

Gráfico 17.
Costa Rica: Casos nacionales de COVID-19 por semana epidemiológica, 2026.



Fuente: Vigilancia nacional de COVID-19, sector público y privado. Ministerio de Salud, 2026.

Hospitalización y fallecidos registrados por la CCSS

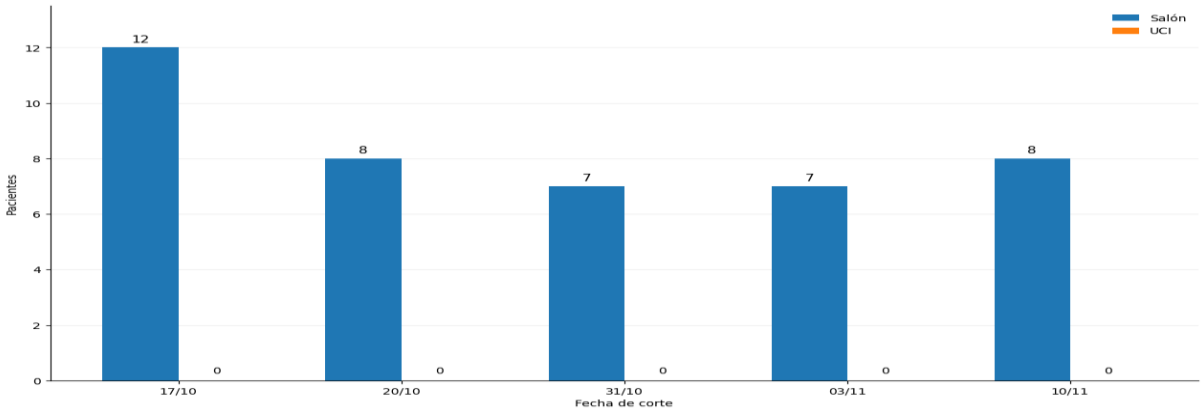
Al corte del 10 de noviembre de 2026, correspondiente a la SE45, la CCSS reportó 8 pacientes positivos hospitalizados en salón y 0 pacientes en UCI. El registro institucional de la CCSS reporta 0 fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso. Estos fallecidos corresponden al registro hospitalario institucional de la CCSS y no representan la mortalidad nacional total por COVID-19.

Cuadro 3.
Costa Rica: Pacientes positivos por COVID-19 hospitalizados según fecha de corte disponible, CCSS, 2026.

Fecha de corte	**Semana**	**Salón**	**UCI**
17/10/2026	SE41	12	0
20/10/2026	SE42	8	0
31/10/2026	SE43	7	0
03/11/2026	SE44	7	0
10/11/2026	SE45	8	0

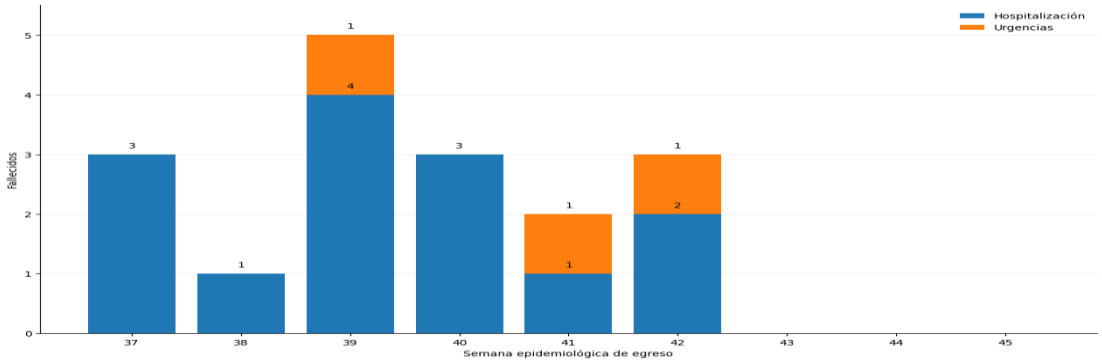
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional, 2026.

Gráfico 18.
Costa Rica: Pacientes positivos por COVID-19 hospitalizados en salón y UCI según fecha de corte, CCSS, 2026.



Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional. Corte consultado el 10/11/2026.

Gráfico 19.
Costa Rica: Fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso y servicio, CCSS, 2026.

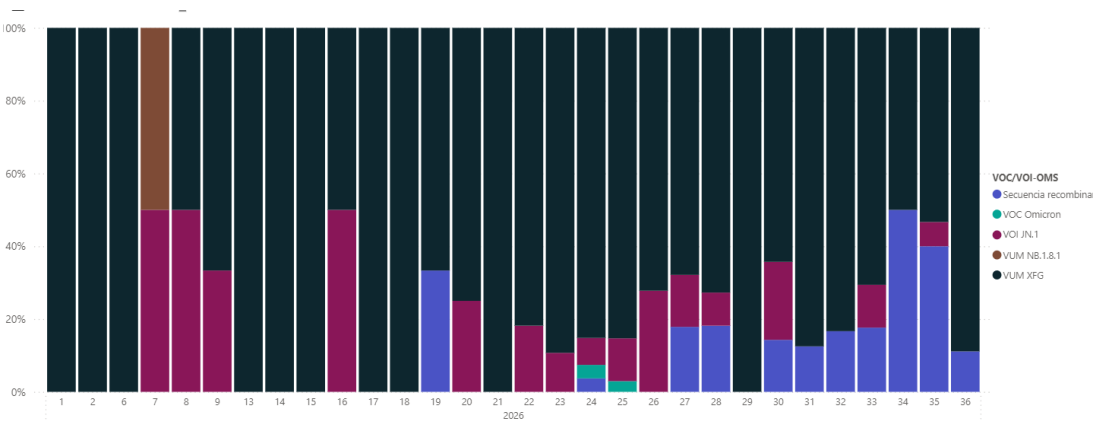


Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional. Corte consultado el 10/11/2026.

Vigilancia genómica de SARS-CoV-2

El último corte visual documentado disponible del panel de vigilancia genómica de INCIENSA alcanza la SE36 de 2026. Debido a que este componente presenta un corte anterior al resto de la vigilancia respiratoria incluida en este boletín, sus resultados se presentan como información complementaria y no deben extrapolarse para describir la circulación de linajes en semanas posteriores.

Gráfico 20.
Costa Rica: Proporción de linajes identificados según semana y año epidemiológico para VOC/VOI/VUM, 2026.



Fuente: INCIENSA, vigilancia genómica de SARS-CoV-2, 2026.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 9 de noviembre 2026.

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 43 de 2026 se contabilizan 384 496 casos acumulados de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas 1 a 43. La mayor carga del año se registró en la SE 14, con 15 117 casos, seguida de la SE 18, con 14 407, y la SE 9, con 14 402 casos.
En las semanas más recientes se observa una disminución de los registros: la SE 40 registró 8 194 casos, la SE 41, 5 868, la SE 42, 5 491, y la SE 43, 3 851 casos preliminares. Entre la SE 40 y la SE 43 se observa una reducción de aproximadamente 53,0 %.

Esta disminución debe interpretarse con cautela, particularmente en las semanas epidemiológicas más recientes, debido al rezago habitual en la notificación y consolidación de los registros del sistema de vigilancia. Las cifras recientes pueden encontrarse parcialmente subestimadas mientras se completa la incorporación de notificaciones.

De acuerdo con el análisis del canal endémico, durante 2026 se han presentado períodos con valores superiores a los esperados. Sin embargo, para la SE 43, los 3 851 casos registrados se ubican en la zona de éxito del canal endémico, por debajo de los valores históricos esperados para esa semana. Este comportamiento deberá confirmarse conforme se consoliden los datos.

El comportamiento de la EDA puede estar influenciado por factores ambientales, climáticos y conductuales, entre ellos las condiciones de manipulación y conservación de los alimentos, la calidad y disponibilidad del agua, las prácticas de higiene y los patrones de movilidad e interacción de la población. Estos factores deben analizarse conjuntamente con la tendencia temporal, la distribución territorial y la ocurrencia de brotes.

En este contexto, se mantiene la vigilancia epidemiológica de la EDA, con seguimiento continuo de la tendencia temporal, la distribución territorial y la ocurrencia de brotes, con el propósito de identificar oportunamente cambios relevantes, concentraciones inusuales de casos o desviaciones respecto al comportamiento esperado.

Contexto climático 2026 y EDA

Las condiciones climáticas pueden influir de manera importante en el comportamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), al modificar la temperatura ambiental, los patrones de precipitación, la disponibilidad y calidad del agua y las condiciones de conservación de los alimentos.

Durante 2026, uno de los principales incrementos de EDA se concentró entre las SE 14–16, período que coincidió con condiciones de temperaturas elevadas reportadas en distintas zonas del país. Un segundo incremento se observó durante las SE 20–21, en el contexto de la transición hacia la época lluviosa, caracterizada por temperaturas aún elevadas, aumento de la humedad y cambios en los patrones de precipitación. Esta coincidencia temporal resulta epidemiológicamente relevante, aunque por sí sola no permite establecer una relación causal.

Las temperaturas elevadas pueden favorecer la proliferación y supervivencia de microorganismos en alimentos y agua, así como acelerar el deterioro de productos perecederos cuando existen condiciones inadecuadas de refrigeración, almacenamiento o manipulación. De forma paralela, las variaciones en las lluvias y en los sistemas de abastecimiento pueden afectar la disponibilidad y calidad microbiológica del agua, especialmente en comunidades con interrupciones del servicio, almacenamiento inadecuado o acceso limitado a fuentes seguras.

A estos factores ambientales se suman prácticas de higiene y manipulación de alimentos que pueden incrementar el riesgo de transmisión, entre ellas el lavado insuficiente de manos, la contaminación cruzada y las deficiencias en la preparación y conservación de los alimentos.

En conjunto, la interacción entre temperatura, precipitación, humedad, disponibilidad de agua, inocuidad de los alimentos y prácticas de higiene puede generar condiciones favorables para la transmisión de agentes causantes de EDA. Por esta razón, el monitoreo de las variables climáticas constituye un componente complementario de la vigilancia epidemiológica, al contribuir a identificar períodos de mayor riesgo y orientar oportunamente las acciones de prevención y control.

Canal endémico EDA

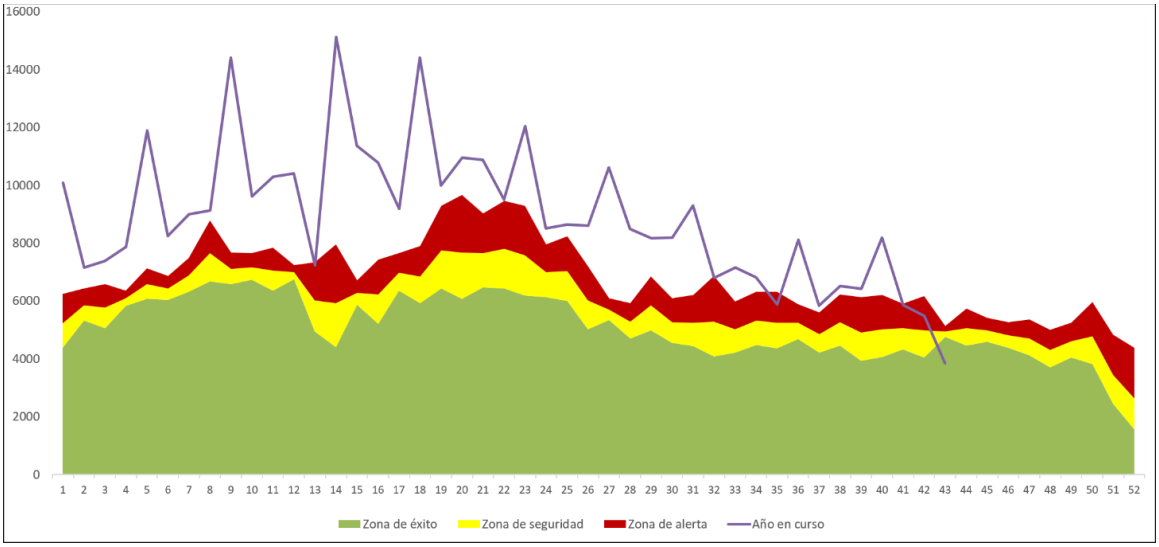
Entre las SE 30 y 43 se registraron aproximadamente 94 455 casos de EDA, con un promedio de 6 747 casos por semana. Durante este período se observa una disminución entre los extremos analizados, pasando de 8 195 casos en la SE 30 a 3 851 en la SE 43, lo que representa una reducción aproximada de 53,0 %, aunque con fluctuaciones intermedias.

Los datos correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes son preliminares y se encuentran en proceso de consolidación, por lo que la posición de la curva dentro del canal endémico puede modificarse conforme se incorporen registros adicionales.
El canal endémico permite comparar el comportamiento observado en 2026 con los límites históricos esperados para la EDA, distribuidos en zonas de éxito, seguridad y alerta.

Durante 2026 la curva ha presentado variaciones importantes y en diferentes momentos se ha ubicado por encima de los valores históricos esperados. Para la SE 43, el valor observado de 3 851 casos se encuentra en la zona de éxito, por debajo del límite esperado para esa semana.
En términos generales, el canal endémico evidencia que durante 2026 se han presentado períodos de elevada actividad de EDA, alternados con semanas de menor incidencia. La información disponible hasta la SE 43 muestra una disminución reciente, que deberá ser confirmada una vez finalice el proceso de consolidación de los datos.

El análisis continuo del canal endémico permite identificar oportunamente desviaciones respecto al comportamiento histórico y orientar la vigilancia hacia períodos o territorios que requieran investigación adicional.

Gráfico 1
Costa Rica. Canal endémico para EDA por semana epidemiológica hasta la SE 43. Años 2018- 2026 *



Fuente: Datos preliminares, Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.
*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2022 por hackeo de la CCSS.

Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 43 de 2026 se estima en 7 369,6 casos por 100 000 habitantes.
A nivel provincial, San José presenta la tasa más elevada, con 8 496,8 casos por 100 000 habitantes, seguida de Puntarenas, con 8 334,1. Ambas provincias se encuentran por encima de la tasa nacional.

Las demás provincias presentan tasas inferiores al promedio nacional: Alajuela, 7 061,7; Heredia, 6 899,6; Guanacaste, 6 503,1; Limón, 6 084,5; y Cartago, 5 819,5 casos por 100 000 habitantes.

Este comportamiento evidencia diferencias territoriales importantes en la incidencia acumulada de EDA y permite identificar territorios prioritarios para el seguimiento epidemiológico y el análisis de posibles factores locales asociados.

Gráfico 1
Costa Rica. Tasa de Incidencia de EDA, según provincia. SE 43, 2026



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

El análisis por región de salud evidencia una mayor concentración de la enfermedad en la Región Pacífico Central, con una tasa aproximada de 9 828,4 casos por 100 000 habitantes, seguida de la Región Central Sur, con 8 018,5 por 100 000 habitantes. Posteriormente se ubican la Región Central Norte (6 631,0), Huetar Norte (6 502,3), Chorotega (6 075,8), Huetar Caribe (5 617,2), Central Este (5 555,5), Central Occidente (5 276,7) y Brunca (4 648,4).

Este comportamiento muestra diferencias territoriales importantes en la incidencia acumulada de EDA y permite identificar regiones prioritarias para el seguimiento epidemiológico y el análisis de posibles factores locales asociados con la mayor carga de enfermedad.

Cantones con mayor incidencia

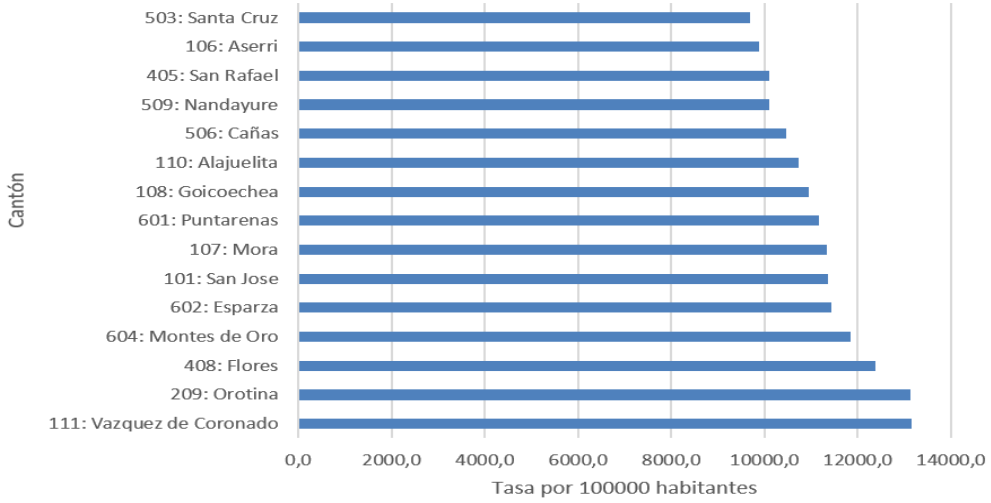
La distribución cantonal evidencia diferencias importantes en la incidencia acumulada de EDA. Vázquez de Coronado presenta la tasa más alta del país, con 13 168,3 casos por 100 000 habitantes, seguido de Orotina (13 144,5), Flores (12 382,3), Montes de Oro (11 844,1) y Esparza (11 427,5).

También presentan tasas superiores a 10 000 casos por 100 000 habitantes los cantones de San José (11 355,7), Mora (11 342,5), Puntarenas (11 181,1), Goicoechea (10 953,1), Alajuelita (10 745,2), Cañas (10 478,0), Nandayure (10 108,0) y San Rafael (10 102,6).

En total, 13 cantones presentan tasas superiores a 10 000 casos por 100 000 habitantes, lo que confirma que la carga de EDA no es homogénea en el territorio nacional y respalda la necesidad de mantener un seguimiento diferenciado de las áreas con mayor incidencia.

Desde la perspectiva de vigilancia epidemiológica, estos hallazgos respaldan la necesidad de integrar información sobre brotes, abastecimiento y calidad del agua, establecimientos de alimentos, condiciones ambientales, movilidad poblacional y otros determinantes locales que permitan explicar las diferencias observadas.

Gráfico 2
Costa Rica. Cantones con mayor tasa acumulada de EDA, SE 43, 2026



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

Desde la perspectiva de vigilancia epidemiológica, estos hallazgos respaldan la necesidad de integrar información sobre brotes, abastecimiento y calidad del agua, establecimientos de alimentos, condiciones ambientales, movilidad poblacional y otros determinantes locales que permitan explicar las diferencias observadas.

Distribución por edad y sexo

La distribución por edad mantiene un patrón con tasas elevadas principalmente en los adultos jóvenes y en la niñez temprana. La mayor tasa se registra en el grupo de 20 a 24 años, con 12 741,3 casos por 100 000 habitantes, seguido de los grupos de 25 a 29 años (11 581,4), 1 a 4 años (11 109,2) y menores de 1 año (11 015,3). Este comportamiento concentra la atención en dos grupos de interés epidemiológico: los menores de cinco años, por su vulnerabilidad ante las complicaciones asociadas a los cuadros gastrointestinales, y los adultos jóvenes de 20 a 29 años, quienes presentan las tasas de incidencia más elevadas del período analizado.

A partir de los 40 años se observa una disminución progresiva de las tasas, pasando de 6 988,7 casos por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 3 530,0 en las personas de 65 años y más.

En términos absolutos, el mayor número de casos se concentra en los grupos de 20 a 24 años (48 240 casos) y 25 a 29 años (47 756), seguidos por los grupos de 35 a 39 años (41 835) y 30 a 34 años (40 637).
De acuerdo con los datos disponibles, se registran 207 039 casos en mujeres y 177 189 en hombres. El total general corresponde a 384 496 casos; por tanto, existe una pequeña diferencia de registros que no se encuentra distribuida entre las dos categorías de sexo consignadas en el cuadro.

Recomendaciones a la población

Ante la ocurrencia de casos y brotes de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), el Ministerio de Salud recomienda reforzar las medidas de prevención relacionadas con la higiene, el consumo de agua segura y la manipulación adecuada de los alimentos.
Se recomienda acudir oportunamente a los servicios de salud ante la presencia de diarrea, vómitos, fiebre, dolor abdominal, signos de deshidratación o sangre en las heces, especialmente cuando varias personas presentan síntomas similares después de consumir los mismos alimentos o agua.
Asimismo, se insta a la población a informar al Ministerio de Salud sobre situaciones que puedan representar un riesgo sanitario, como enfermedad de varias personas asociada a un mismo establecimiento o alimento, deficiencias de higiene, problemas de refrigeración, alimentos en mal estado o prácticas inadecuadas de manipulación. La notificación temprana facilita la investigación de brotes y la aplicación oportuna de medidas de control.

Para prevenir la EDA:
Mantener un adecuado lavado de manos.
Consumir agua segura.
Cocinar adecuadamente los alimentos.
Mantener una correcta refrigeración y conservación.
Evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y preparados.
No consumir alimentos en mal estado o de procedencia dudosa.

Conclusión EDA

A la SE 43 de 2026, la Enfermedad Diarreica Aguda continúa representando una carga relevante para la salud pública en Costa Rica, con 384 496 casos acumulados y una tasa nacional de 7 369,6 casos por 100 000 habitantes.
En las semanas epidemiológicas más recientes se observa una disminución de los casos notificados, alcanzando 3 851 casos preliminares en la SE 43, cifra que se ubica en la zona de éxito del canal endémico. No obstante, esta tendencia debe interpretarse con cautela debido al rezago habitual en la notificación y consolidación de los registros.
A nivel provincial, San José y Puntarenas presentan tasas superiores al promedio nacional, mientras que a nivel cantonal destacan Vázquez de Coronado, Orotina, Flores, Montes de Oro y Esparza entre los territorios con mayor incidencia acumulada.
Por grupo de edad, las mayores tasas se concentran en los adultos jóvenes de 20 a 29 años y en los menores de cinco años, lo que evidencia la necesidad de mantener acciones de vigilancia y prevención dirigidas a estos grupos.
Resulta fundamental reforzar las medidas de prevención, especialmente el lavado adecuado de manos, el consumo de agua segura, la correcta cocción y conservación de los alimentos y la prevención de la contaminación cruzada.
En este contexto, la aplicación oportuna del Protocolo de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), junto con la vigilancia activa, la investigación de campo y la respuesta temprana ante alertas locales, constituye un elemento clave para identificar fuentes de transmisión, implementar medidas de control y reducir el impacto de la enfermedad en las poblaciones y territorios más afectados.

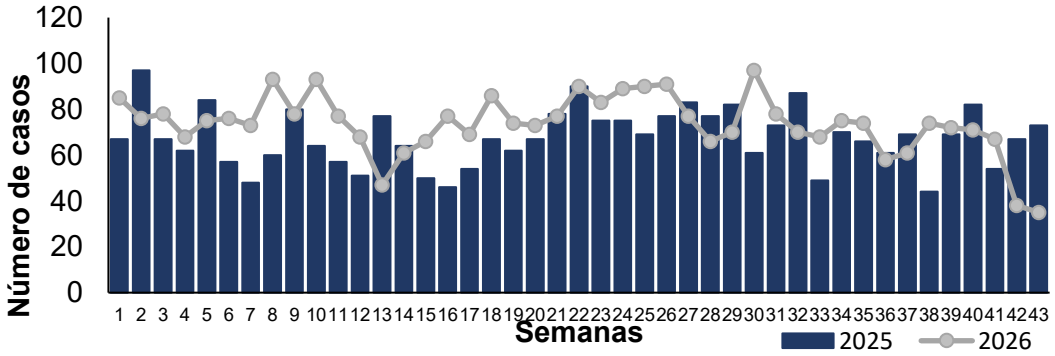
Infecciones de transmisión sexual

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 las ITS a la semana cuarenta y tres del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

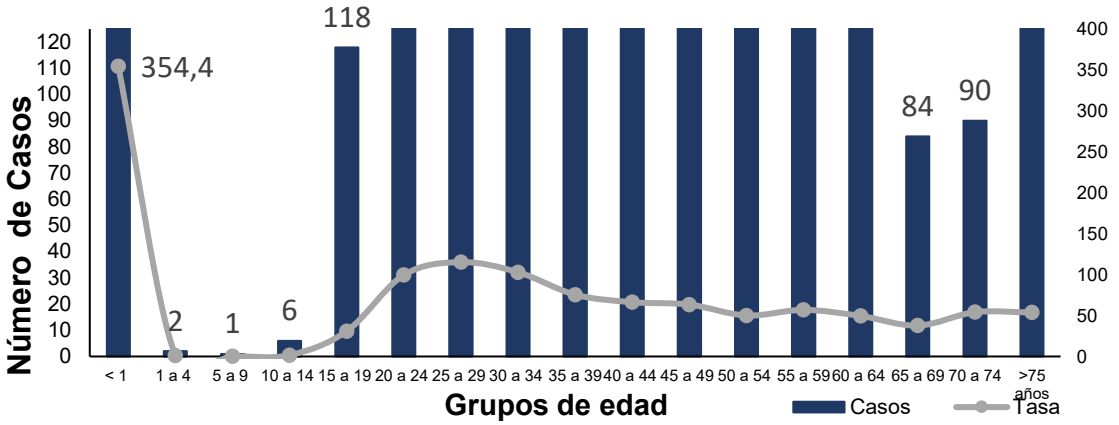
Hasta la semana epidemiológica 43 de 2026 se han notificado 3164 casos acumulados de sífilis, frente a 2760 en el mismo período de 2025. Esto significa 404 casos más y un aumento del 14,64 %. En promedio, la notificación pasó de unos 64 casos por semana en 2025 a unos 74 en 2026, alrededor de 10 casos semanales adicionales. El comportamiento mantiene un incremento respecto al mismo período del año anterior, coherente con la tendencia ascendente que OPS/OMS describe en las Américas, donde la sífilis sigue en aumento en adultos. En el Gráfico 1 se presenta la distribución semanal de los casos notificados, permitiendo visualizar el comportamiento del evento durante el período analizado.

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 sujetes 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 43 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

Hasta la semana epidemiológica (SE) 43 de 2026 se notificaron 3164 casos de sífilis en todas sus formas, y la carga se concentra en adultos jóvenes. El grupo de 20 a 34 años reúne 1296 casos, el 41,0 % del total, y llega al 51,4 % si se extiende hasta los 39 años. La tasa más alta entre la población general corresponde a los 25 a 29 años, con 115,2 casos por 100 000 habitantes (475 casos), seguida de los 30 a 34 años (102,9) y los 20 a 24 años (99,6). Después de los 35 años la tasa disminuye en términos generales, aunque se observan variaciones entre grupos. En los 55 a 59 años se registra una tasa de 56,9 y en los 70 a 74 años de 54,1; en mayores de 75 años se notificaron 134 casos (53,7). En conjunto, los mayores de 50 años aportan 743 casos, el 23,5 % del total, lo que indica que la infección no se limita a edades jóvenes. En adolescentes de 15 a 19 años se notificaron 118 casos (30,9 por 100 000), una carga que merece atención por el inicio temprano de la vida sexual.

Los 176 casos en menores de 1 año (tasa de 354,4 por 100 000) señalar, que cada caso requiere una valoración individualizada para establecer su clasificación. Hay que revisar el antecedente materno (tamizaje prenatal, momento del diagnóstico, esquema de penicilina benzatínica y su adecuación en dosis y tiempo, y tratamiento de la pareja), además del examen clínico del recién nacido, las pruebas serológicas

comparadas con las de la madre y, cuando corresponda, estudios complementarios. Con esa información cada caso se clasifica como confirmado, probable, descartado o expuesto, según los criterios de definición de caso vigentes, y así se diferencia la sífilis congénita verdadera de la simple exposición con seguimiento.

Tabla 1.
Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 43 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	**3164**	**60,6**
San José	1309	78,5
Alajuela	377	34,8
Cartago	357	66,9
Heredia	259	47,0
Guanacaste	113	27,1
Puntarenas	217	42,6
Limón	532	116,2

Nota: Datos preliminares sujetos a revisión y actualización semanal.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

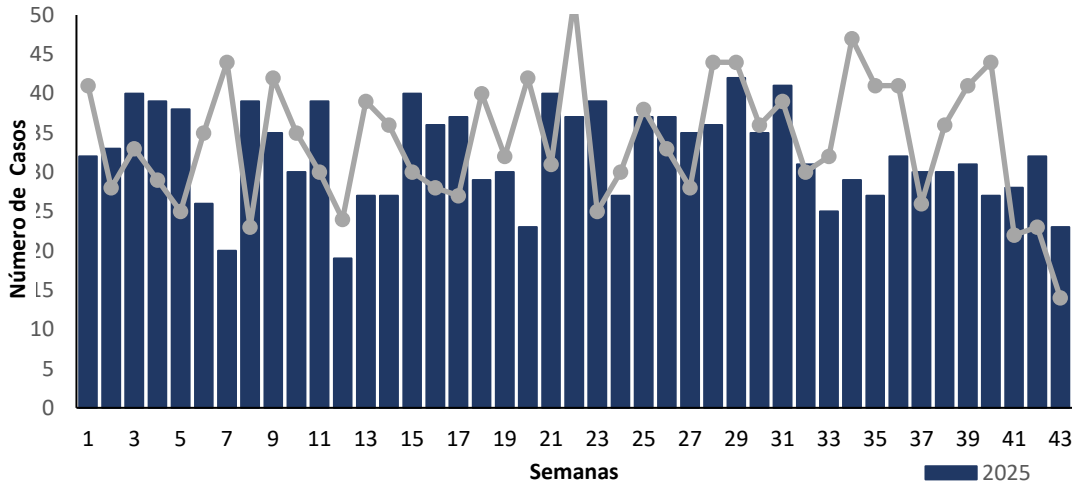
En relación con las provincias, San José reporta 1309 casos (41,4 % del total) y una tasa de 78,5 por 100 000 habitantes, superior a la nacional (60,6). El hallazgo más llamativo es Limón: con 532 casos (16,8 % del total) presenta la tasa más alta del país, 116,2 por 100 000, casi el doble de la nacional y más de cuatro veces la de Guanacaste (27,1). Cartago (66,9) también supera el promedio nacional, mientras que Heredia (47,0), Puntarenas (42,6), Alajuela (34,8) y Guanacaste (27,1) quedan por debajo. Las cuatro provincias de la Gran Área Metropolitana concentran 2302 casos (72,8 %), por lo que la mayor parte de la carga absoluta está allí. En términos de tasas de notificación, Limón y San José requieren especial atención para reforzar el tamizaje y el tratamiento oportuno.

Infección por Gonorrea

Al cierre de la semana epidemiológica 43 de 2026, Costa Rica registra un acumulado de 1.460 casos notificados de gonorrea, en comparación con los 1.315 casos reportados durante el mismo período de 2025. Esto representa un incremento absoluto de 145 casos, equivalente a una variación porcentual del 11,03 %.

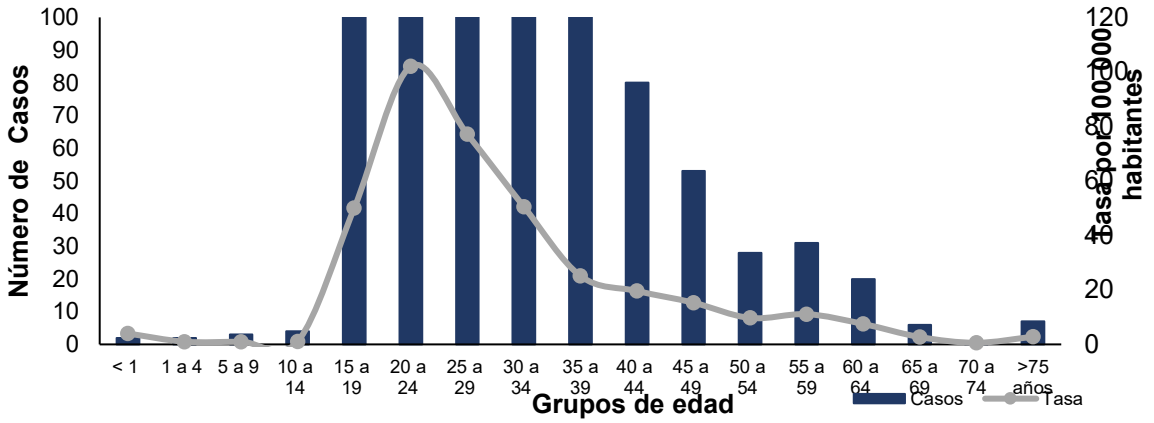
En el grafico 3 podemos observar el comportamiento según semana epidemiologica.

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 43 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.

A la semana epidemiológica 43 de 2026, se registra un total de 1.460 casos notificados de gonorrea, con una tasa acumulada de 28,0 por 100.000 habitantes. La distribución por grupos de edad evidencia una mayor concentración de casos en la población adulta joven, particularmente entre los 20 y 24 años, que presenta el mayor número de casos (386) y la tasa más elevada (102,0 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 25 a 29 años, con 318 casos y una tasa de 77,1, y el de 30 a 34 años, con 218 casos y una tasa de 50,5. En conjunto, estos tres grupos concentran el 63,2 % de los casos notificados, lo que refleja una importante carga de la enfermedad en la población de 20 a 34 años.

Asimismo, destaca el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, con 191 casos y una tasa de 50,0 por 100.000 habitantes. A partir de los 35 años se observa una disminución general en la frecuencia de casos y las tasas de notificación, aunque la infección continúa presente en los grupos de mayor edad.

Tabla 2.
Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las 43 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	**1460**	**28,0**
San José	643	38,6
Alajuela	151	13,9
Cartago	150	28,1
Heredia	137	24,9
Guanacaste	38	9,1
Puntarenas	156	30,7
Limón	185	40,4

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

A la semana epidemiológica 43 de 2026, la distribución geográfica de los casos notificados de gonorrea en Costa Rica evidencia diferencias importantes entre provincias. San José concentra el mayor número de casos, con 643 notificaciones y una tasa de 38,6 por 100.000 habitantes, seguida de Limón, con 185 casos y una tasa de 40,4, y Puntarenas, con 156 casos y una tasa de 30,7. Limón presenta la tasa de notificación más elevada del país, superando tanto la tasa nacional de 28,0 por 100.000 habitantes como la registrada en San José, lo que evidencia una mayor afectación relativa de su población. Cartago registra 150 casos y una tasa de 28,1, similar al promedio nacional, mientras que Heredia presenta 137 casos y una tasa de 24,9. Por su parte, Alajuela y Guanacaste muestran las tasas más bajas, con 13,9 y 9,1 por 100.000 habitantes.

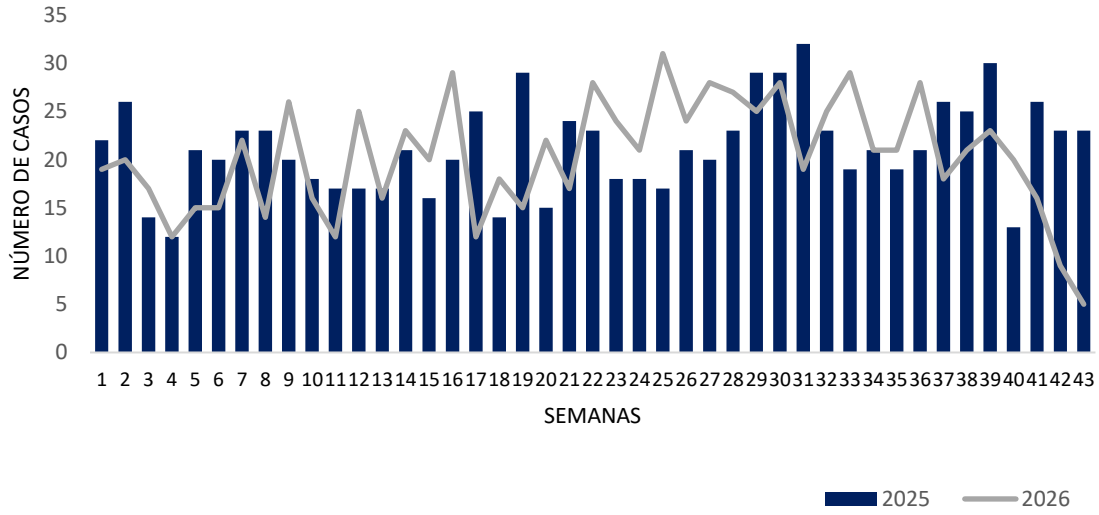
La distribución por sexo evidencia un marcado predominio de casos en hombres, quienes concentran 1.277 notificaciones (87,5 % del total), mientras que las mujeres representan 183 casos (12,5 %), con una tasa de 7,0 por 100.000 mujeres. La tasa de notificación en hombres (49,0) es aproximadamente 7 veces superior a la registrada en mujeres, lo que evidencia una importante diferencia en la distribución de la enfermedad según sexo. Este comportamiento podría estar relacionado con diferencias en los patrones de exposición, la búsqueda de atención médica y la

detección de casos, considerando que la gonorrea puede cursar de manera asintomática, especialmente en mujeres, lo que favorece el subdiagnóstico y reporte de la enfermedad.

Infección por el virus del herpes simple (VHS)

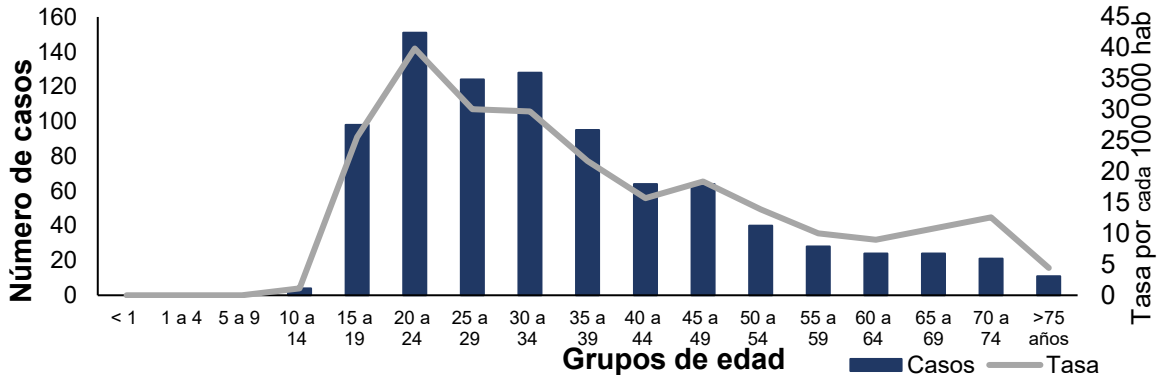
Durante el período analizado, se notificaron 876 casos, en comparación con los 856 registrados en el mismo período de 2025, lo que representa un incremento absoluto de 20 casos, equivalente a una variación porcentual del 2,34 %. Este comportamiento refleja un ligero aumento en la notificación de casos, manteniéndose relativamente estable respecto al año anterior. En el Gráfico 5 se presentan los datos distribuidos, según el reporte semanal.

Gráfico 5.
Costa Rica: Casos notificados por el Virus del herpes simple, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante los años 2025 y 2026



Nota: Datos preliminares sujetes a ser actualizados semanal.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Gráfico 6.
Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simple, por grupos de edad en las semanas 1 a la 43 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes.



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanlmente.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Hasta la semana epidemiológica 43 de 2026, se registra un acumulado de 876 casos notificados de infección por virus del herpes simple, con una tasa nacional de 16,8 casos por 100 000 habitantes. La mayor concentración de casos se presenta en la población de 20 a 34 años, con 403 casos, equivalentes al 46,0 % del total nacional. El grupo de 20 a 24 años registra la mayor cantidad de casos (151) y la tasa más elevada (39,9 por 100 000 habitantes), seguido por los grupos de 25 a 29 años (124 casos; tasa de 30,1) y de 30 a 34 años (128 casos; tasa de 29,7). A partir de los 35 años se observa una disminución general en la frecuencia de casos y en las tasas de notificación, aunque con algunas variaciones entre grupos etarios.

En la tabla 3, se presenta el comportamiento de esta enfermedad a nivel de las siete provincias del país.

Tabla 3
Costa Rica: Casos notificados por virus del herpes simples, según provincias de procedencia, durante las primeras 43 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes.

Provincias	Casos	Tasa
Total	**876**	**16,8**
San José	401	24,1
Alajuela	126	11,6
Cartago	69	12,9
Heredia	86	15,6
Guanacaste	12	2,9
Puntarenas	100	19,7
Limón	82	17,9

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanlmente.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Hasta la semana epidemiológica 43 de 2026, Costa Rica registra 876 casos notificados de virus del herpes simple, con una tasa nacional de 16,8 por 100 000 habitantes. San José concentra la mayor cantidad de casos (401), equivalente al 45,8 % del total nacional, y presenta la tasa más elevada (24,1), seguida de Puntarenas (19,7) y Limón (17,9), todas superiores al promedio nacional. Guanacaste registra la menor tasa (2,9). Este comportamiento evidencia diferencias geográficas en la notificación, con una mayor concentración de casos en San José.

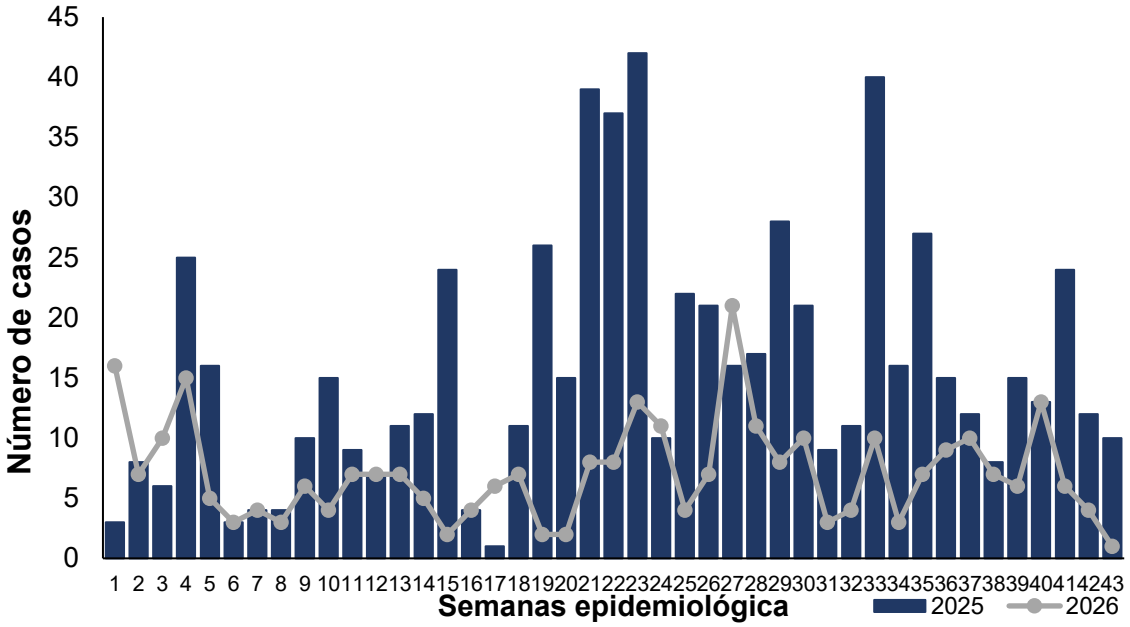
Virus del Papiloma Humano

A la semana epidemiológica 43 de 2026, el comportamiento de los casos notificados de infección por el virus del papiloma humano (VPH) en Costa Rica muestra fluctuaciones semanales, con cifras generalmente inferiores a las registradas durante el mismo período de 2025. En 2026, la mayor notificación se presentó en la semana epidemiológica 27, con 21 casos, seguida de las semanas 1 y 4, con 16 y 15 casos, respectivamente. En contraste, durante 2025 se observaron picos de mayor magnitud, principalmente en las semanas 23, 33 y 21, con 42, 40 y 39 casos,

respectivamente. A partir de la semana 28 de 2026, las notificaciones se mantuvieron relativamente estables, con variaciones entre 3 y 13 casos semanales, hasta alcanzar un caso en la semana 43.

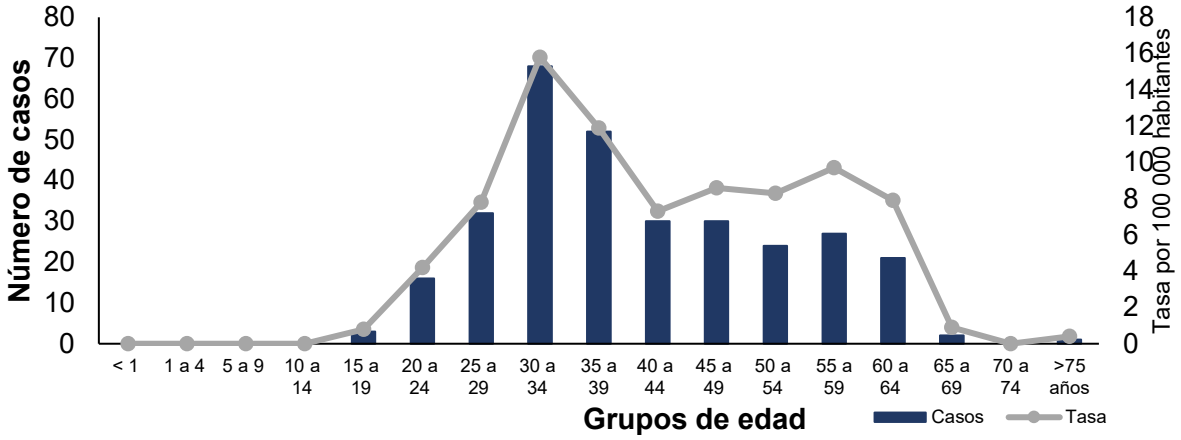
En términos generales, la comparación interanual evidencia una menor notificación de casos de VPH durante 2026, particularmente en las semanas de mayor concentración de casos del año anterior. No obstante, estas diferencias deben interpretarse considerando posibles variaciones en el acceso a los servicios de salud, la detección diagnóstica y la oportunidad de notificación. Asimismo, los datos son preliminares y están sujetos a actualización, por lo que la disminución observada en los casos notificados no necesariamente representa una reducción de la transmisión del VPH en la población.

Gráfico 7.
Costa Rica: Casos notificados por el virus del papiloma humano, según reporte semanal por fecha de inicio de síntomas, durante 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.

Gráfico 8.
Costa Rica: Casos notificados por Virus del papiloma humano, por grupos de edad en las semanas 1 a 43 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes.



Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Hasta la semana epidemiológica 43 de 2026, se registra un acumulado de 306 casos notificados de infección por el virus del papiloma humano (VPH), con una tasa nacional de 5,9 casos por 100 000 habitantes. La distribución por grupos de edad evidencia una mayor concentración de casos en la población adulta, principalmente entre los 30 y 39 años, que acumula 120 casos, equivalentes al 39,2 % del total nacional. El grupo de 30 a 34 años presenta la mayor cantidad de notificaciones, con 68 casos y una tasa de 15,8 por 100 000 habitantes, seguido del grupo de 35 a 39 años, con 52 casos y una tasa de 11,9.

Asimismo, destaca el grupo de 55 a 59 años, con 27 casos y una tasa de 9,7 por 100 000 habitantes. En contraste, la notificación es baja en adolescentes de 15 a 19 años, con 3 casos, y en personas de 65 años y más, con 3 casos en conjunto. No se registran casos en menores de 15 años. El comportamiento observado muestra una mayor concentración de las notificaciones en adultos de 30 a 39 años, tanto en números absolutos como en tasas específicas por edad. Sin embargo, esta distribución debe interpretarse considerando el acceso al diagnóstico, las prácticas de tamizaje y la notificación de casos, por lo que no necesariamente refleja la distribución real de la infección por VPH en la población.

Tabla 4
Costa Rica: Casos notificados por virus del papiloma humano, según provincias de procedencia, durante las primeras 43 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes.

Provincias	Casos	Tasa
Total	**306**	**5,9**
San José	75	4,5
Alajuela	34	3,1
Cartago	18	3,4
Heredia	3	0,5
Guanacaste	47	11,3
Puntarenas	105	20,6
Limón	24	5,2

Nota: Datos preliminares sujetos a ser actualizado semanalmente.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS. / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026.

Puntarenas presenta la mayor cantidad de casos (105) y la tasa más elevada (20,6), concentrando el 34,3 % del total nacional. Le siguen San José, con 75 casos (tasa de 4,5), y Guanacaste, con 47 casos (tasa de 11,3), esta última con la segunda tasa más alta del país. Alajuela registra 34 casos, Limón 24 y Cartago 18, mientras que Heredia presenta la menor notificación, con 3 casos (tasa de 0,5). La distribución evidencia diferencias geográficas importantes, principalmente en Puntarenas y Guanacaste, cuyas tasas superan el promedio nacional. Estas variaciones deben interpretarse considerando posibles diferencias en el acceso al diagnóstico y la notificación de casos.

Las mujeres concentran el 85,9 % de los casos (263), con una tasa de 10,1, mientras que los hombres representan el 14,1 % (43 casos), con una tasa de 1,7. Esta diferencia podría estar relacionada con una mayor detección en mujeres mediante el tamizaje cervicouterino. La vacunación contra el VPH en Costa Rica, dirigida a niñas y niños, constituye una estrategia fundamental de prevención primaria, al reducir el riesgo de infección por los genotipos incluidos en la vacuna y de desarrollar cánceres asociados al virus. Es importante mantener altas coberturas de vacunación y fortalecer la vigilancia epidemiológica, considerando que los casos notificados no reflejan necesariamente la prevalencia real de la infección.

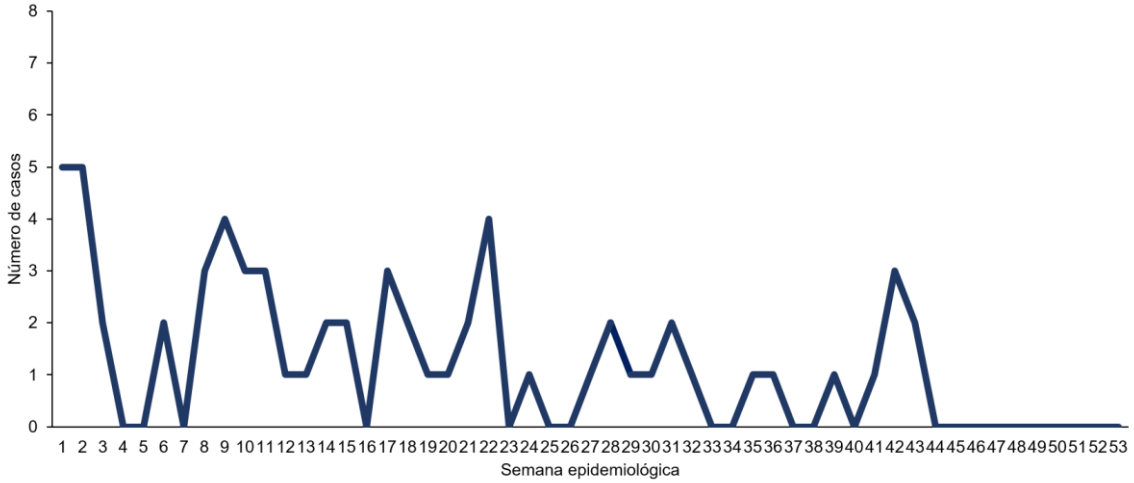
Miasis por gusano barrenador en humanos

A continuación, se presentan los datos preliminares de miasis por gusano barrenador en humanos correspondientes a la semana epidemiológica (SE) 44 del año 2026. De conformidad con lo establecido en el Decreto Ejecutivo N° 40556-S Reglamento de Vigilancia de la Salud y el Lineamiento Nacional para la Vigilancia de Miasis por Gusano Barrenador en Humanos, este evento es de notificación obligatoria al Ministerio de Salud.

Con respecto a la notificación de casos mediante la boleta VE-01, para el período comprendido entre la SE 1 a la 44 del año 2026, se dispone de la siguiente información:

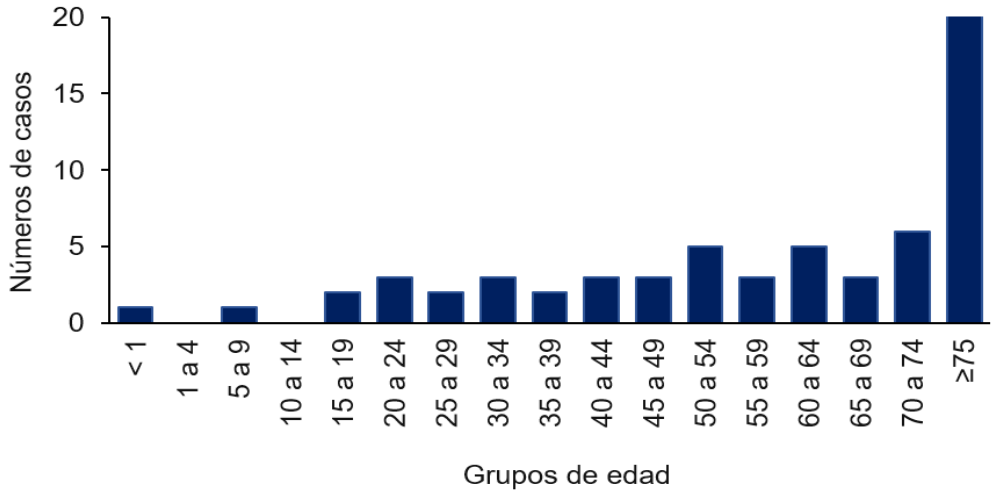
- Casos acumulados de miasis por gusano barrenado en humanos suman un total de 64 casos
- Casos por grupos de edad tienen un predominio en las personas de 20 a 64 años (29/64) y las adultas de 65 y más años con más casos reportados (31/64)

Gráfico 1
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador según SE de la 01 a la 44, 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 44, 2026



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

En 2026, hasta la SE 44, la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos evidenció un predominio del sexo masculino, que concentró el 67,19% (43/64) de los casos notificados, con una tasa de incidencia de 1,7 casos por 100 000 habitantes. Por su parte, el sexo femenino representó el 32,81% (21/64) de los casos, con una tasa de incidencia de 0,8 casos por 100 000 habitantes.

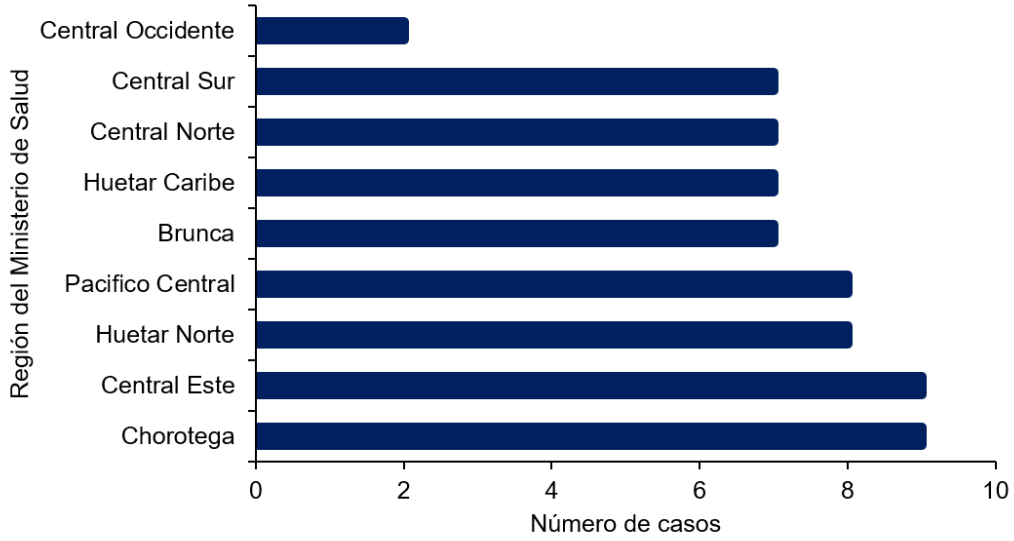
Tabla 1
Costa Rica: Casos notificados de miasis por gusano barrenador por número de casos y tasas (tasa p/100.000 habitantes) según provincia de procedencia, de la SE 01 a 44, 2026

Provincias	Casos	Tasas
Total	**64**	**1,2**
San José	12	0,7
Alajuela	13	1,2
Cartago	5	0,9
Heredia	5	0,9
Guanacaste	9	2,2
Puntarenas	13	2,6
Limón	7	1,5

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

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 44, según provincia de procedencia. La provincia de Alajuela y Puntarenas concentran el mayor número de casos, con un total de 13 casos cada una.

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 44, 2026

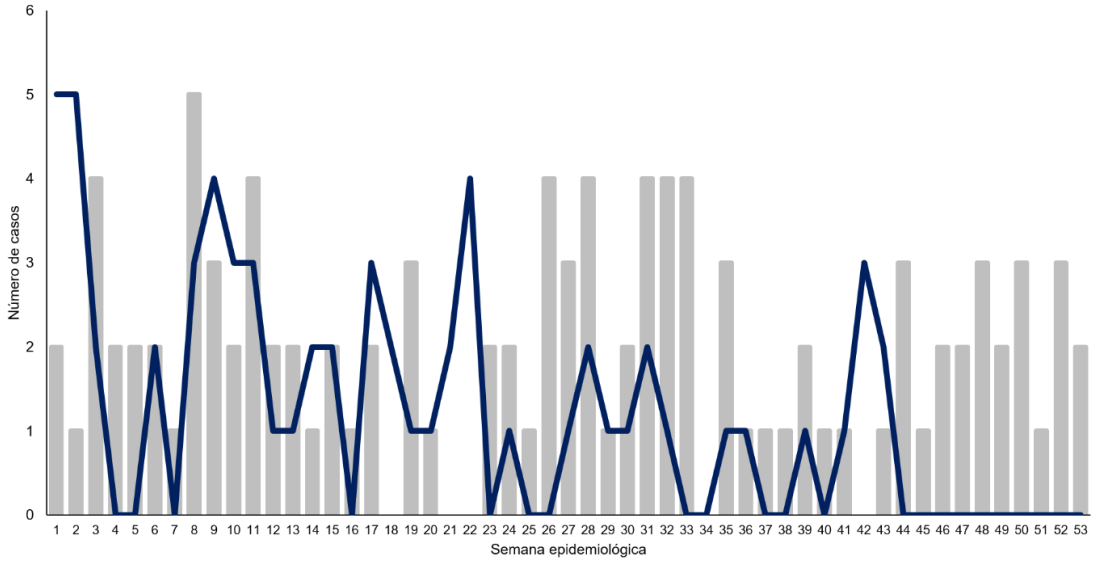


Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Dirección de Vigilancia de la Salud, MS, 2026

En el Gráfico 3 se presenta la distribución de los casos de miasis por gusano barrenador en humanos notificados hasta la SE 44 en las nueve regiones rectoras del Ministerio de Salud. La Región Chorotega y la Región Central Este concentraron el mayor número de casos, con 9 de los 64 casos registrados durante el período analizado por cada una.

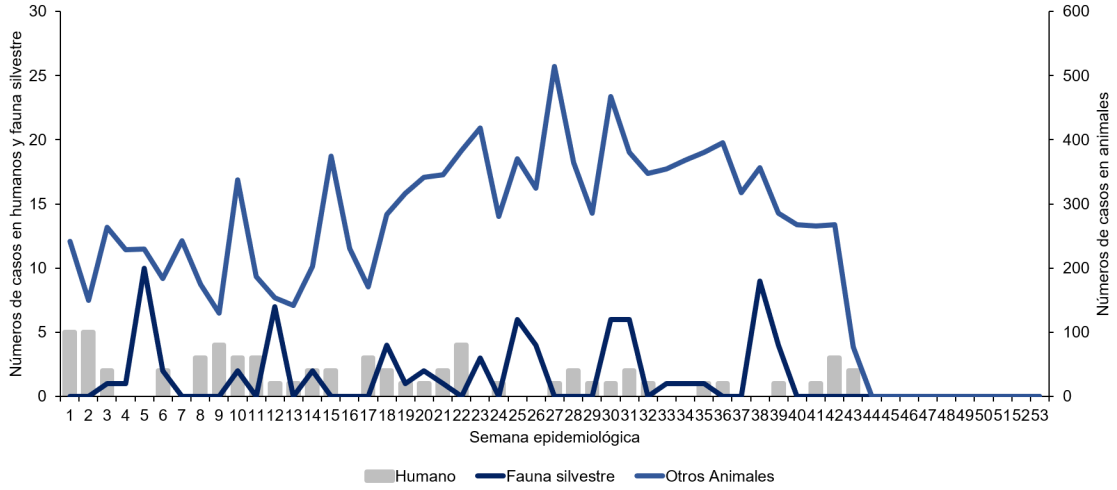
Por su parte, el Gráfico 4 muestra el comportamiento de la miasis por gusano barrenador en humanos entre las SE 1 a la 44 de los años 2025 y 2026. Durante el año 2026 se notificaron 64 casos confirmados, mientras que para el mismo período de 2025 se habían confirmado 87 casos. Lo anterior representa una disminución de 23 casos (26,44%) en comparación con el año anterior.

Gráfico 4
Costa Rica: Casos notificados de miasis de gusano barrenador, según SE, de la SE 01 a la 44 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 43, 2026



Nota: Datos preliminares, sujetos a modificaciones.
Fuente: Subárea de Vigilancia Epidemiológica, CCSS / Boletín Epidemiológico Extraordinario Gusano Barrenador actualizado al SE 43-2026, 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 43 del 2026, con 64 casos confirmados en humanos, 74 casos en fauna silvestre y 12406 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.