MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE COSTA RICA

Boletín Epidemiológico N° 39 de 2026

Dirección de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

23 de octubre 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 39 15

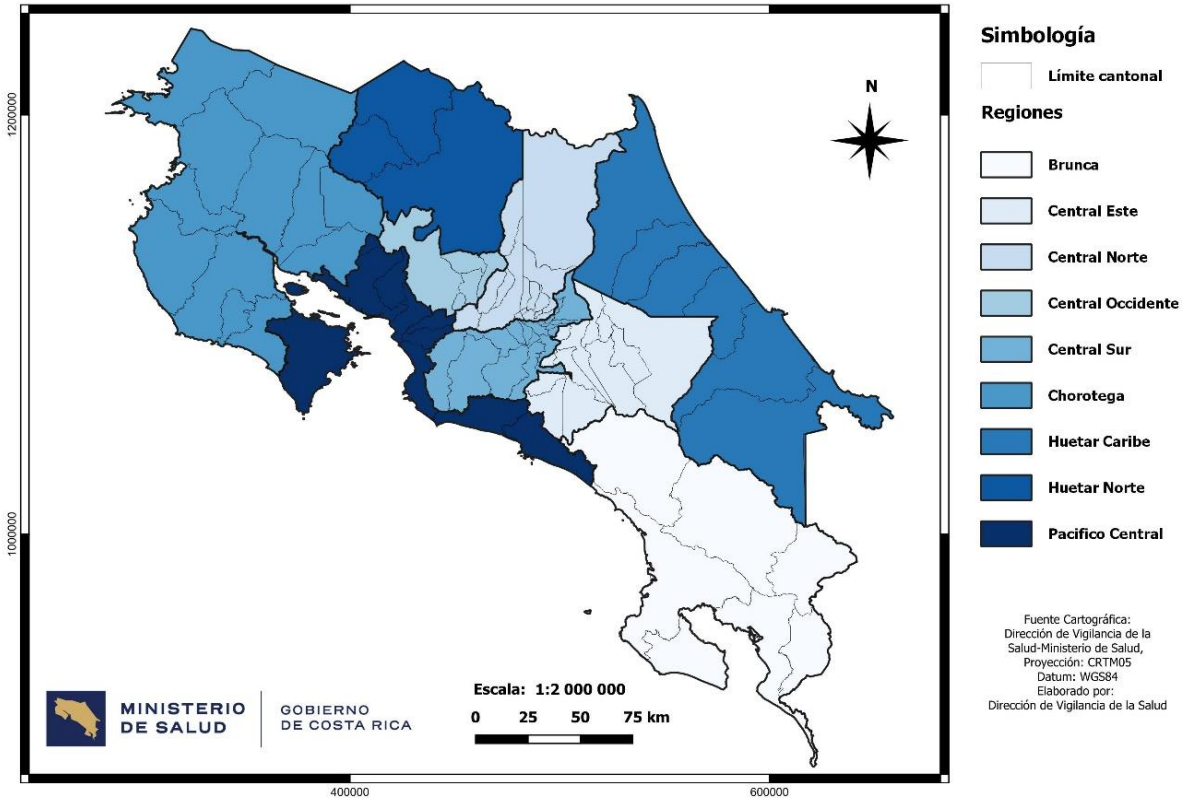
Influenza y otras virosis respiratorias, IRAG, IRAS, ETI, neumonía y Covid-19 16

Coberturas de vacunación 33

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 19 de octubre 2026. 39

Infecciones de transmisión sexual 48

Costa Rica. Regionalización Ministerio de Salud, 2024



Arbovirosis

Dengue

A la semana epidemiológica 40 del año 2026 se notifican **5814 casos acumulados** de dengue de estos, **96 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 19 de octubre se reportan 4 personas hospitalizadas con diagnóstico de dengue: 1 en el Área de Salud de Cañas, 1 en el Hospital Enrique Baltodano, 1 en el Hospital Max Terán Vals y 1 en el Hospital Nacional de Niños.
La región Central Norte presenta el mayor número de casos notificados 1786 y la tasa más alta la presenta la región Pacífico Central con 403,9/100.000 habitantes.

Tabla 1.
Costa Rica: Casos y tasas de dengue por región a la semana epidemiológica 40 2026 (Tasa por 100.000 hab.)

Región	Casos	Tasa
Central Norte	1786	170,6
Pacifico Central	1300	403,9
Chorotega	807	170,1
Central Sur	591	39,0
Huetar Caribe	478	104,4
Huetar Norte	326	120,1
Central Occidente	247	110,0
Brunca	211	59,7
Central Este	68	12,3
Total	5814	111,4

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	2635	243,4	1391	257,4	1244	229,3
Puntarenas	883	173,5	418	166,0	465	180,8
Guanacaste	766	183,7	398	192,4	368	175,1
San José	606	36,4	304	36,0	302	36,8
Limón	478	104,4	223	99,6	255	109,0
Heredia	377	68,5	202	73,0	175	63,9
Cartago	69	12,9	33	12,3	36	13,6
Total	**5814**	**111,4**	**2969**	**113,6**	**2845**	**109,3**

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

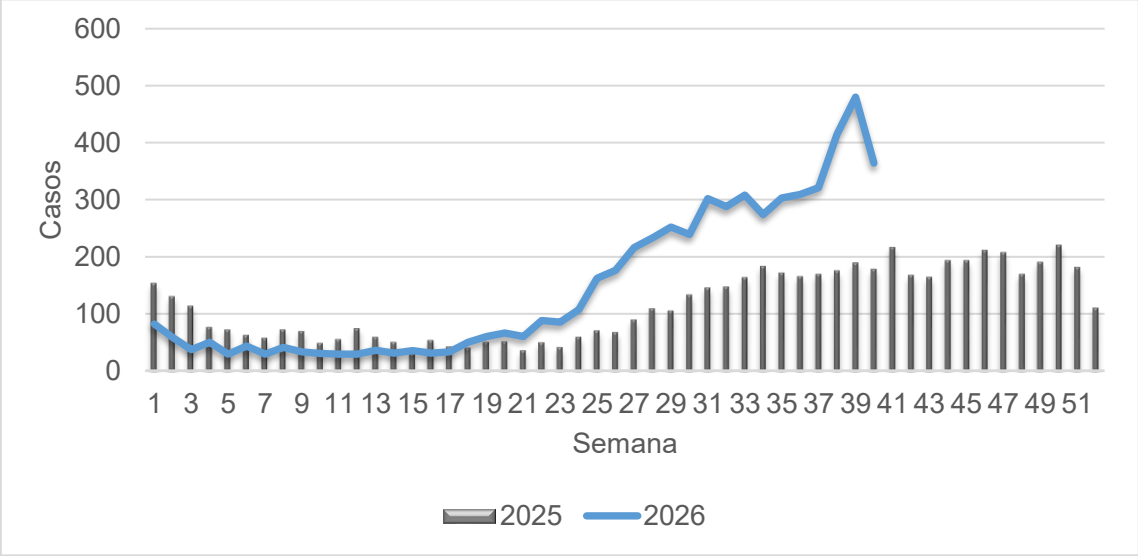
Los cantones con mayor número de casos acumulados a la semana epidemiológica 40 son: Grecia 683 casos, Alajuela 617 casos, Orotina 555 casos, Puntarenas 357 casos y La Cruz 233 casos.

Tabla 3.
Costa Rica: cantones prioritarios de dengue por casos notificados a la semana epidemiológica 40, 2026.

Cantón	Casos	Tasa
203: Grecia	683	839,2
201: Alajuela	617	186,9
209: Orotina	555	2182,2
601: Puntarenas	357	245,2
510: La Cruz	233	821,6
210: San Carlos	200	93,7
101: San José	182	51,4
401: Heredia	173	117,4
702: Pococí	160	101,8
501: Liberia	144	174,4

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

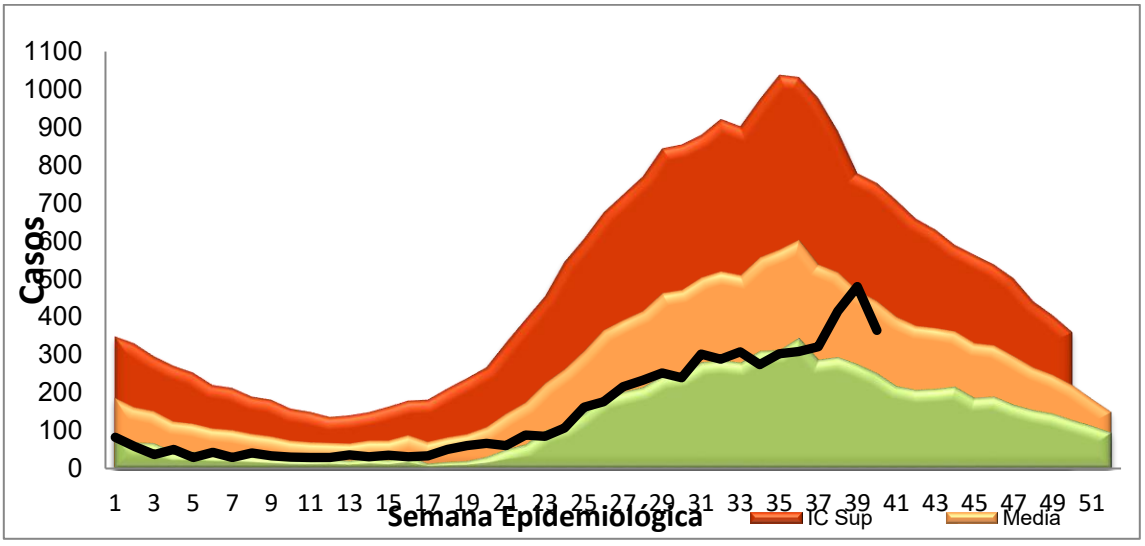
Gráfico 1.
Costa Rica: casos de dengue a la semana epidemiológica 40, 2025-2026.



Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Para la semana epidemiológica 40 del año 2025 se reportaron 3798 casos. En comparación con ese período, para el año 2026 se observa un incremento del 35% en el número de casos notificados.

Gráfico 2.
Costa Rica: canal endémico de dengue a la semana epidemiológica 40, 2026.



Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud

Chikungunya

A la semana epidemiológica 40 se notifica un total de **923 casos** de chikungunya, **721 casos confirmados** por prueba de PCR y **202 casos probables** en estudio.

Tabla 4.
Costa Rica: Casos de chikungunya por región notificados y confirmados a la semana epidemiológica 40, 2026

Región	Total	Confirmados	Probables
Chorotega	561	412	149
Central Norte	146	136	10
Central Sur	110	86	24
Pacifico Central	39	35	4
Huetar Norte	36	31	5
Central Occidente	14	13	1
Central Este	9	5	4
Huetar Caribe	5	2	3
Brunca	3	1	2
Total	**923**	**721**	**202**

Fuente: Base VE01, Dirección de Vigilancia de la Salud

Los cantones con mayor reporte de casos son:

- La Cruz 387 casos
- Alajuela 106 casos
- Carrillo 84 casos
- San José 63 casos
- Santa Cruz 51 casos
- Los Chiles 23 casos

Situación de la malaria en Costa Rica

Actualización a la semana epidemiológica 40 del 2026

En 2026 se registran 34 casos de malaria por transmisión local

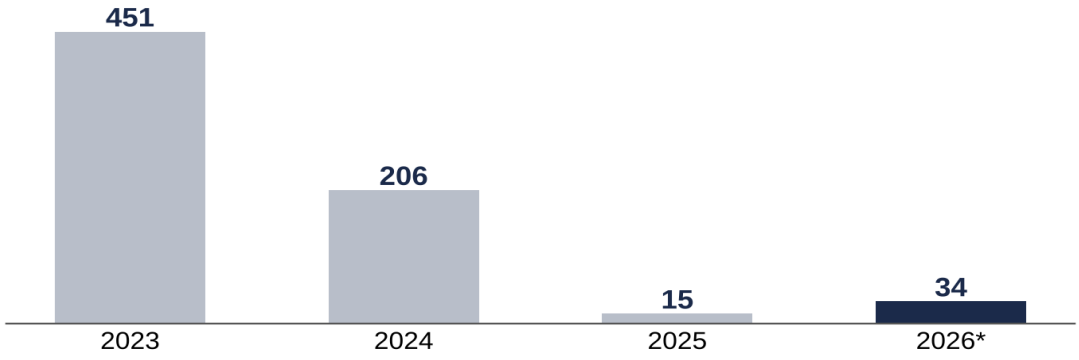
Los casos de transmisión local son los que se adquirieron dentro del país: 19 autóctonos y 15 introducidos. El 88 % corresponde al **foco Crucitas** (distrito de Cutris, cantón de San Carlos, Región Huetar Norte), una zona de minería artesanal en la frontera con Nicaragua. **No se confirman casos de transmisión local desde el 24 de agosto (SE 32).** Otros 11 casos confirmados permanecen en estudio, pendientes de clasificación epidemiológica.

34	19	15	50	0
TRANSMISIÓN LOCAL	AUTÓCTONOS	INTRODUCIDOS	IMPORTADOS	DEFUNCIONES

Comparación histórica de la transmisión local

Los casos de transmisión local acumulados a la SE 40 se redujeron de **451 en 2023 a 34 en 2026** (−92,5 %) y de 206 en 2024 (−83,5 %). Respecto a 2025 (15 casos) hay un aumento de 126,7 %, atribuible al brote del foco Crucitas.

Gráfico 1.
Casos de malaria por transmisión local acumulados a la SE 40, Costa Rica, 2023–2026

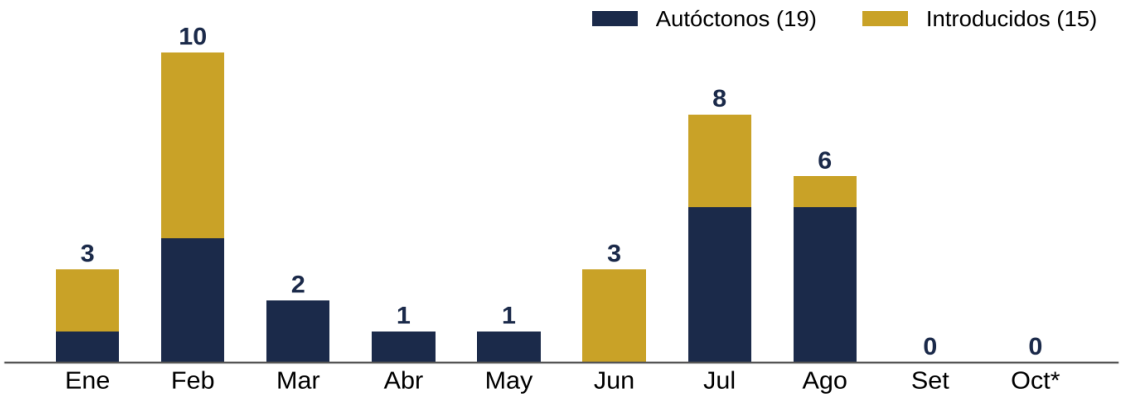


*2026: datos al 19 de octubre.
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

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 no se registran casos de transmisión local confirmados.

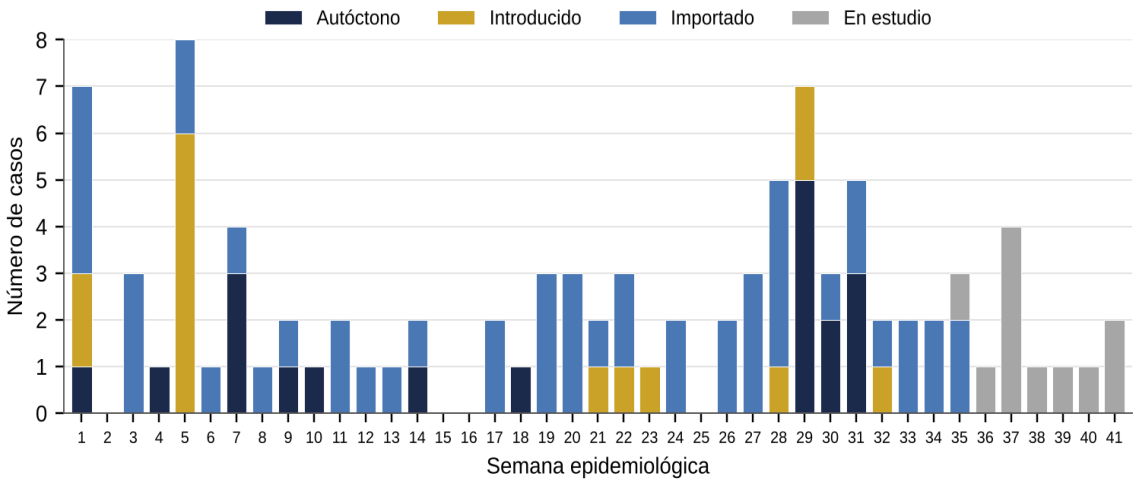
Gráfico 2.
Casos de malaria por transmisión local según mes de diagnóstico y clasificación epidemiológica, Costa Rica, enero–octubre 2026



*Octubre: datos al 19 de octubre.
Las cifras recientes pueden variar al cerrarse las investigaciones en curso.

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. Desde la SE 36, los casos nuevos permanecen en estudio.

Gráfico 3.
Casos confirmados de malaria según semana epidemiológica y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026 (corte SE 40)



Incluye los 2 casos ya asignados a la SE 41.
Fuente: Coordinación de Malaria, Dirección de Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud.

Distribución geográfica por foco

El foco Crucitas concentra 30 de los 34 casos de transmisión local (88 %): 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 casos autóctonos aislados en Los Chiles (2), Matina (1, por P. falciparum) y Las Horquetas de Sarapiquí (1, 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 75 de los 95 casos confirmados del año, incluidos todos los introducidos y 17 de los 19 autóctonos. En las demás regiones predominan los casos importados.

Tabla 1.
Casos confirmados de malaria por región de salud y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026 (corte SE 40)

Región	Autóctono	Introducido	Importado	En estudio	Total
Huetar Norte	17	15	35	8	75
Central Sur	0	0	5	0	5
Huetar Caribe	1	0	4	0	5
Chorotega	0	0	1	3	4
Central Norte	1	0	1	0	2
Pacífico Central	0	0	2	0	2
Central Occidente	0	0	1	0	1
Brunca	0	0	1	0	1
Total	**19**	**15**	**50**	**11**	**95**

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

Tabla 2.
Casos confirmados de malaria según foco y clasificación epidemiológica, Costa Rica, 2026 (corte SE 40)

Foco	Autóctono	Introducido	Importado	En estudio	Total
Crucitas	15	15	31	7	68
Los Chiles	2	0	1	1	4
Pital	0	0	2	0	2
Matina	1	0	0	0	1
Sin foco (no aplica)	1*	0	16	3	20
Total	**20**	**15**	**50**	**11**	**95**

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 *P. vivax*; Matina 1 autóctono *P. falciparum*; Las Horquetas 1 autóctono *P. vivax*. * Caso autóctono sin foco asignado, con origen de infección no determinado.
Fuente: Coordinación de Malaria, DVS, Ministerio de Salud.

Características de los casos de transmisión local

- **Sexo:** 25 hombres (74 %) y 9 mujeres (26 %).
- **Edad:** mediana de 30,5 años (rango 1–47); predominan los adultos jóvenes en edad productiva.
- **Ocupación:** 18 casos (53 %) se dedican a la minería artesanal (coligalleros y mineros).
- **Nacionalidad:** 25 nicaragüenses (74 %) y 9 costarricenses (26 %).
- **Gravedad:** 5 casos hospitalizados (15 %). Sin defunciones.
- **Especie parasitaria:** *P. vivax* en 32 casos (94 %) y *P. falciparum* en 2 (1 introducido en Crucitas y 1 autóctono en Matina).
-

Acciones de vigilancia y control

- **Búsqueda reactiva:** alrededor de los 34 casos de transmisión local se tomaron muestras a **741 personas** para detectar a tiempo otras infecciones; 5 resultaron positivas.

- **Búsqueda activa:** 20 de los 34 casos (59 %) se detectaron porque los equipos de salud salieron a buscarlos en la comunidad (búsqueda reactiva o proactiva), antes de que la persona consultara.
- **Investigación de cada caso** para identificar el lugar probable de infección y orientar las acciones de control en el foco.
- **Coordinación interinstitucional** entre el Ministerio de Salud, la CCSS y los colaboradores voluntarios (ColVol) de las comunidades.

Vigilancia diagnóstica

En 2026 se han realizado **160 935 pruebas diagnósticas de malaria**. La prueba de diagnóstico rápido (PDR) representa el 95 % (153 580), seguida de la gota gruesa (7 177) y la PCR (178). El Ministerio de Salud aplicó 79 649 PDR, los colaboradores voluntarios (ColVol) 1 418 y la CCSS realizó 79 868 pruebas en sus establecimientos. Con 95 casos confirmados, se detecta aproximadamente 1 caso por cada 1 690 pruebas realizadas.

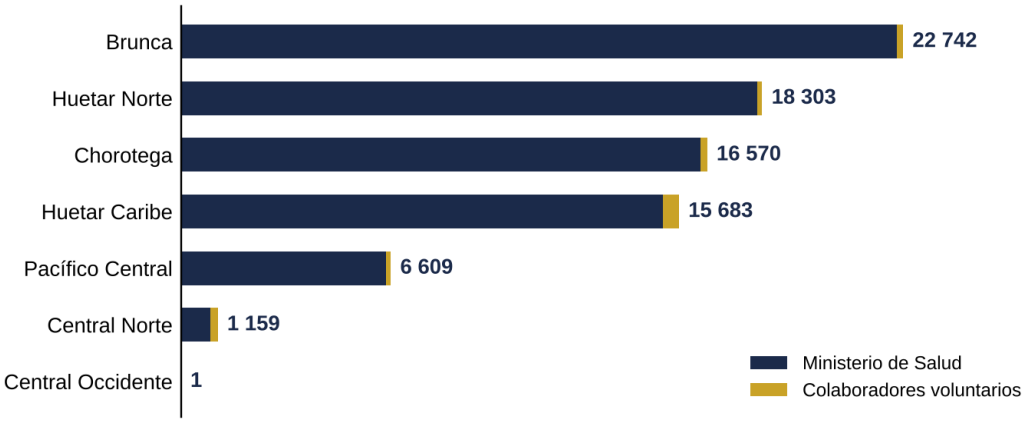
Tabla 3.
Pruebas diagnósticas de malaria realizadas según institución y tipo de prueba, Costa Rica, 2026

Institución	PDR	Gota gruesa	PCR	Total
Ministerio de Salud	79 649	—	—	79 649
Colaboradores voluntarios (ColVol)	1 418	—	—	1 418
CCSS	72 513	7 177	178	79 868
Total	**153 580**	**7 177**	**178**	**160 935**

No incluye pruebas de G6PD.
Fuente: Coordinación de Malaria, Ministerio de Salud; Caja Costarricense de Seguro Social.

En la CCSS, la mayor parte de las pruebas se procesa en laboratorio (42 574) y en los EBAIS (27 072). En la búsqueda comunitaria del Ministerio de Salud y ColVol, las regiones Brunca, Huetar Norte, Chorotega y Huetar Caribe concentran el 90 % de las PDR aplicadas.

Gráfico 5.
Pruebas de diagnóstico rápido (PDR) aplicadas por el Ministerio de Salud y colaboradores voluntarios según región de salud, Costa Rica, 2026



Fuente: Registro de pruebas diagnósticas, Ministerio de Salud.

Casos importados y en estudio

Se registran **50 casos importados**; en 46 el lugar probable de infección es Nicaragua y 10 corresponden a recaídas por *P. vivax*. **11 casos permanecen en estudio**: 8 en la Región Huetar Norte (7 en el foco Crucitas y 1 en Los Chiles) y 3 en la Región Chorotega. La investigación de estos casos determinará dónde ocurrió la infección. En total se han confirmado 95 casos de malaria en 2026.

Tabla 4.
Casos importados según país probable de infección y especie, Costa Rica, 2026 (corte SE 40)

País probable de infección	Especie	Casos
Brasil	*P. vivax*	1
Etiopía	*P. vivax*	1
Nicaragua	Mixta (*P. falciparum* / *P. vivax*)	1
Nicaragua	*P. falciparum*	5
Nicaragua	*P. vivax*	40
No especificado†	*P. vivax*	1
Venezuela (recaída)*	*P. vivax*	1
Total		**50**

10 casos importados corresponden a recaídas por *P. vivax*. * Recaída en persona venezolana con antecedente de tránsito por el Darién. † Lugar probable de infección sin país especificado.
Fuente: Registro de pruebas diagnósticas, 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.

Acciones de control vectorial realizadas en el país a la semana epidemiológica 39

En la siguiente tabla se desglosan las acciones de control vectorial que se han realizado en semana epidemiológica 39 del 2026, por el personal de Control de Vectores del país.

Tabla 1.
Costa Rica: Acciones de control vectorial en la semana epidemiológica 39.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	**12 085**
Viviendas positivas	**552**
Depósitos tratados	**45 226**
Depósitos eliminados	**55 297**
Criaderos	**100 523**
Depósitos positivos	**1 507**
Viviendas fumigadas	**27 388**

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

Tabla 2
Costa Rica: Acciones acumuladas de control vectorial de la semana epidemiológica 1 a la 39.

Acciones realizadas	Total
Viviendas visitadas	**486 412**
Viviendas positivas	**23 244**
Depósitos tratados	**1 725 132**
Depósitos eliminados	**1 353 431**
Criaderos	**3 078 563**
Depósitos positivos	**54 519**
Viviendas fumigadas	**748 946**

Fuente: Consolidado Nacional de actividades de Control Vectorial.

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

Resumen epidemiológico

Los componentes de notificación general presentan cortes diferentes. IRA y ETI alcanzan la SE40, con 25 066 casos de IRAS y 248 de ETI; sus acumulados de 2026 son 1 084 740 y 11 621 casos, respectivamente. IRAG y neumonía mantienen como último corte disponible la SE39, con 45 y 51 casos en esa semana y acumulados de 7 196 y 5 943. 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 semanal del Hospital Nacional de Niños (HNN) alcanza la SE40; la situación operativa diaria dispone de corte al 19 de octubre de 2026. En laboratorio respiratorio, con corte en la SE40, se analizaron 1 384 solicitudes válidas y 673 presentaron al menos un virus detectado, para una positividad global de 48,6 %.

Los casos nacionales de COVID-19 tienen último dato validado en la SE41, con 52 casos. La CCSS reportó al 20 de octubre, correspondiente a la SE42, 8 pacientes positivos hospitalizados en salón y 0 en UCI. Para los fallecidos, la SE42 registra 1 fallecido con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso, en hospitalización y ninguno en urgencias; este dato corresponde al registro institucional de la CCSS y no a la mortalidad nacional total.

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

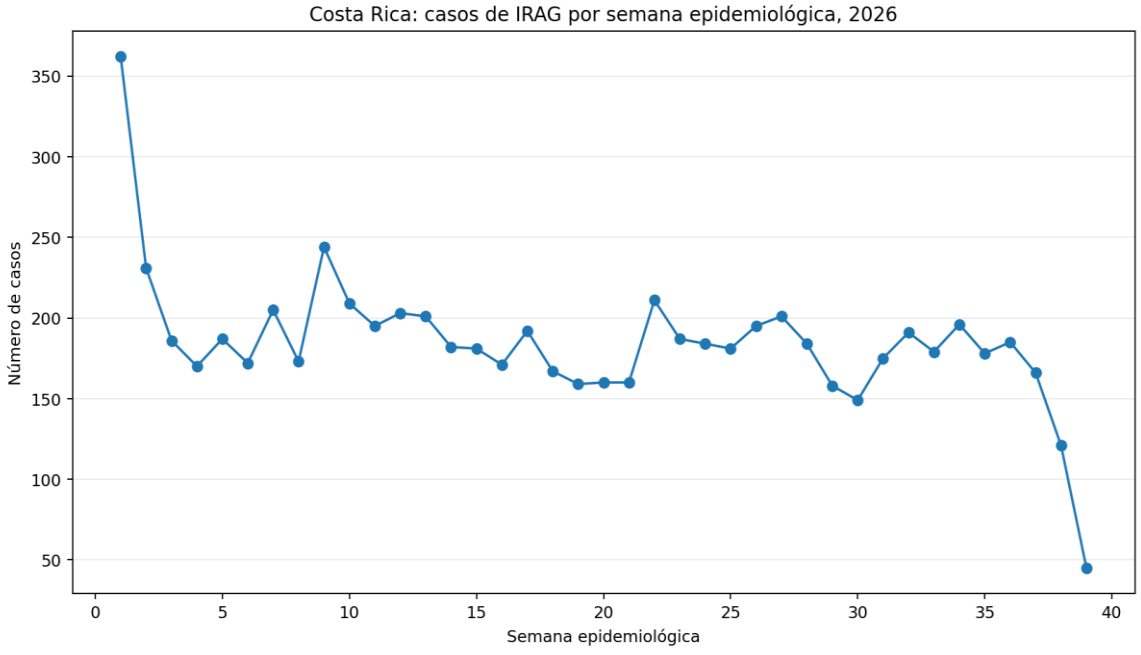
Evento	Última SE	Casos en la SE	Acumulado 2026
IRAS	SE40	25 066	1 084 740
ETI	SE40	248	11 621
IRAG	SE39	45	7 196
Neumonía	SE39	51	5 943

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 SE39 se acumulan 7 196 casos de IRAG; en esa semana se notificaron preliminarmente 45 casos. La mayor carga acumulada se concentra en las personas de 75 años y más (1 768 casos), seguidas por los niños de 1 a 4 años (1 249) y los menores de 1 año (1 239), lo que evidencia que los extremos de la vida continúan concentrando una proporción importante de los casos notificados. El dato de la SE39 es preliminar y puede aumentar por rezago de notificación.

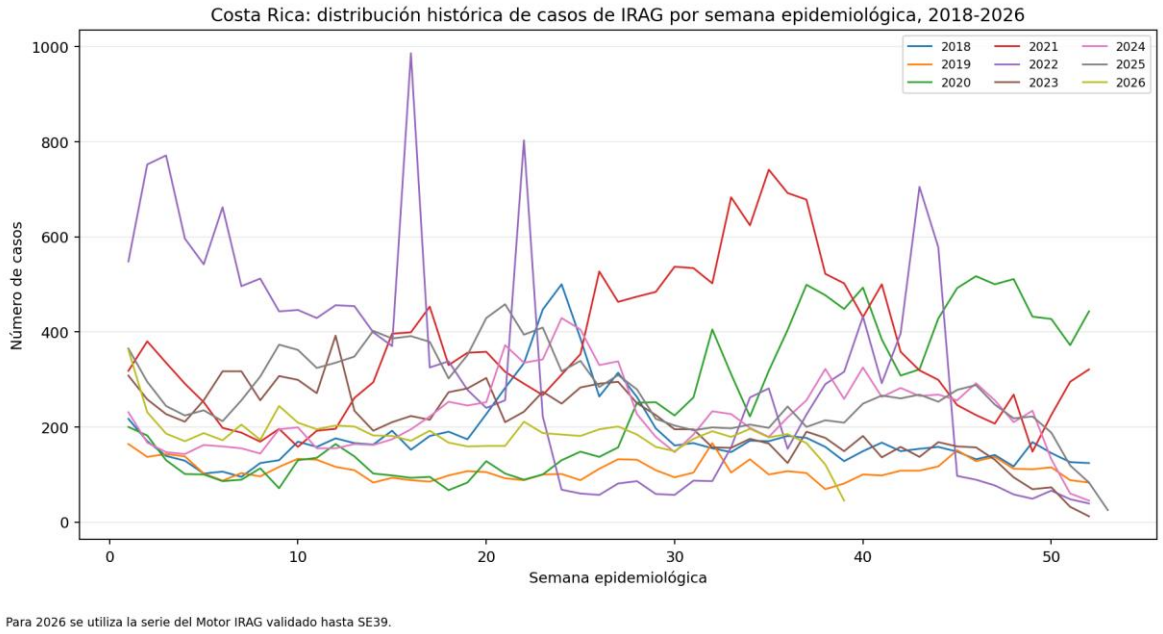
Gráfico 1.
Costa Rica: Casos de IRAG por semana epidemiológica, 2026.



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud. Métrica: IRAG_LEGADO_NOTIFICACIONES.

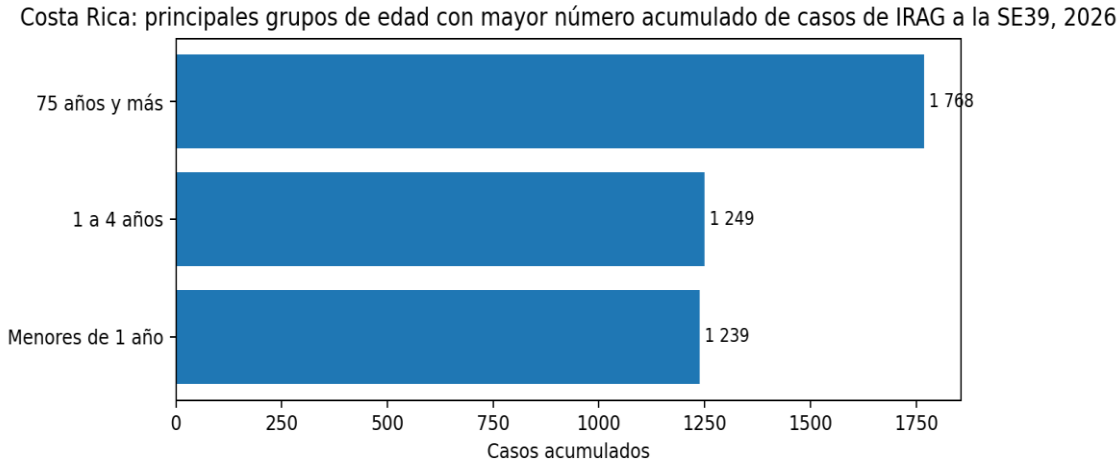
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

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: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de IRAG a la SE39, 2026.

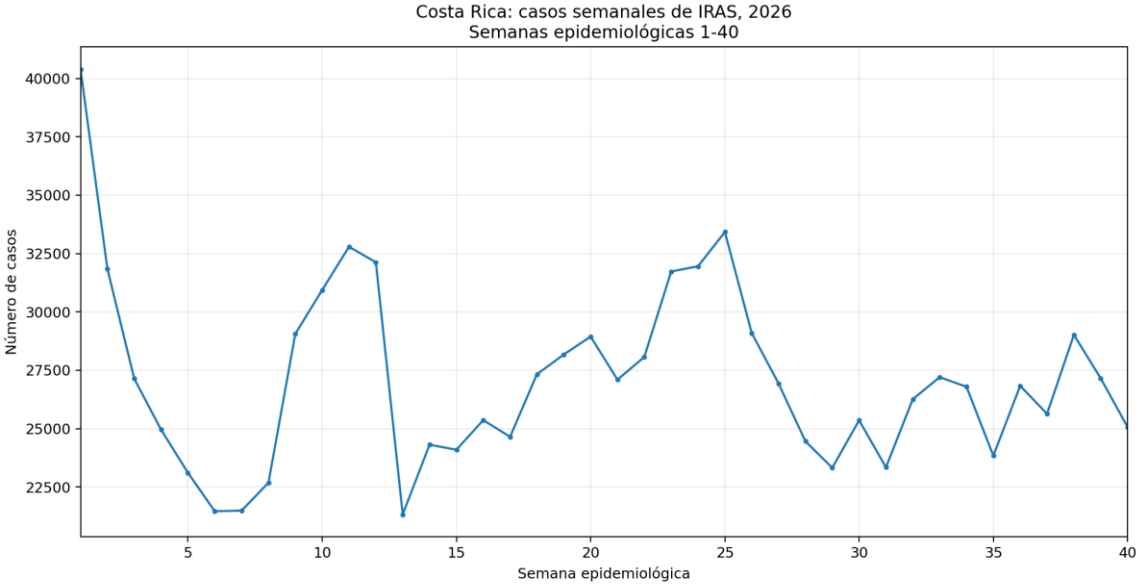


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Infecciones respiratorias agudas (IRAS)

Según los registros de la boleta VE-02, a la SE40 se acumulan 1 084 740 casos de IRAS; en esa semana se registraron 25 066 casos. Los mayores acumulados corresponden a los niños de 1 a 4 años (122 527) y de 5 a 9 años (113 104), lo que evidencia una mayor carga acumulada en población infantil. El dato de la SE40 puede aumentar por rezago de notificación.

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

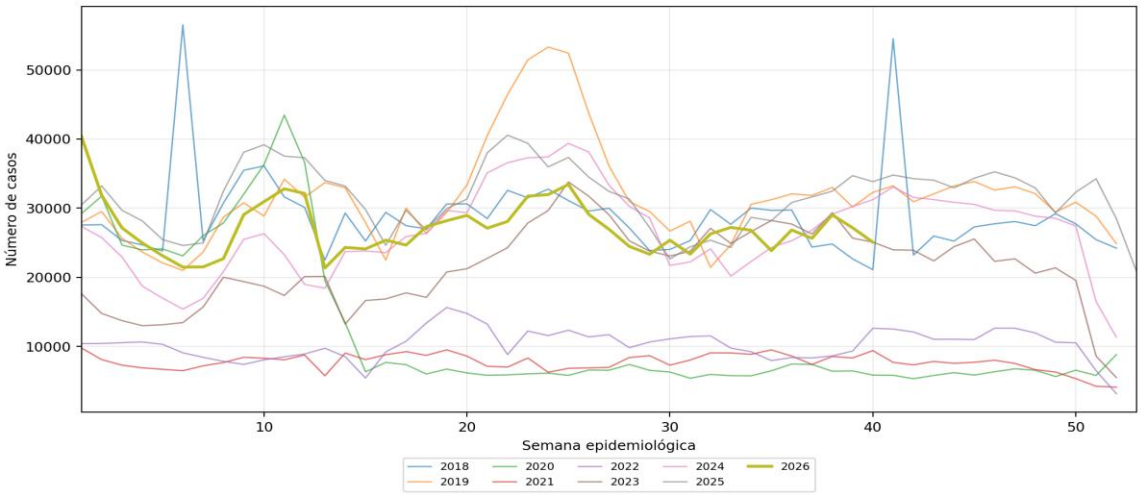


Nota: corte oficial a la semana epidemiológica 40; los registros posteriores al corte no se incluyen.

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

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

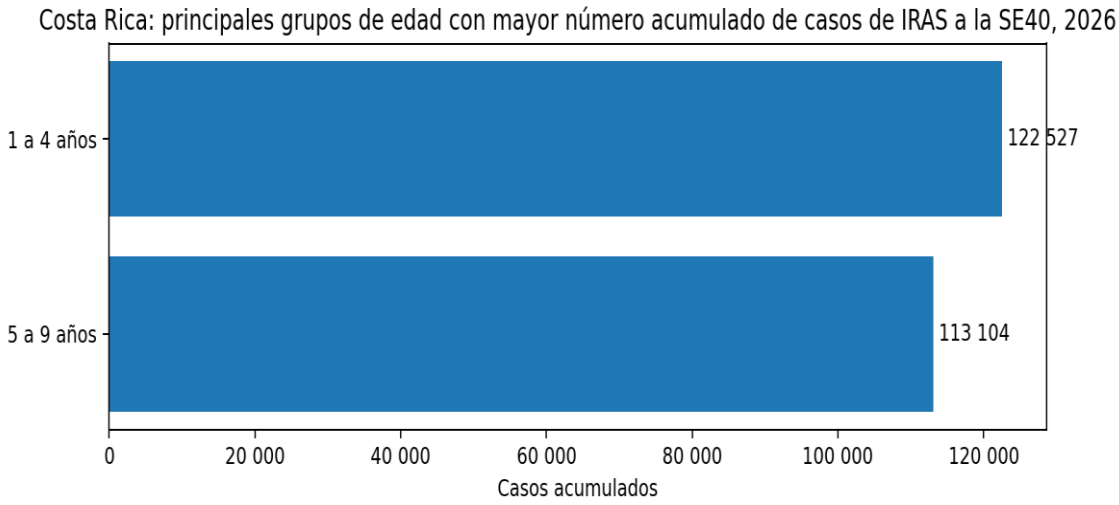
Gráfico 5.
Costa Rica: Distribución histórica semanal de IRAS, 2018-2026.



Nota: para 2026, la serie se presenta hasta la semana epidemiológica 40.

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

Gráfico 6.
Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de IRAS a la SE40, 2026.

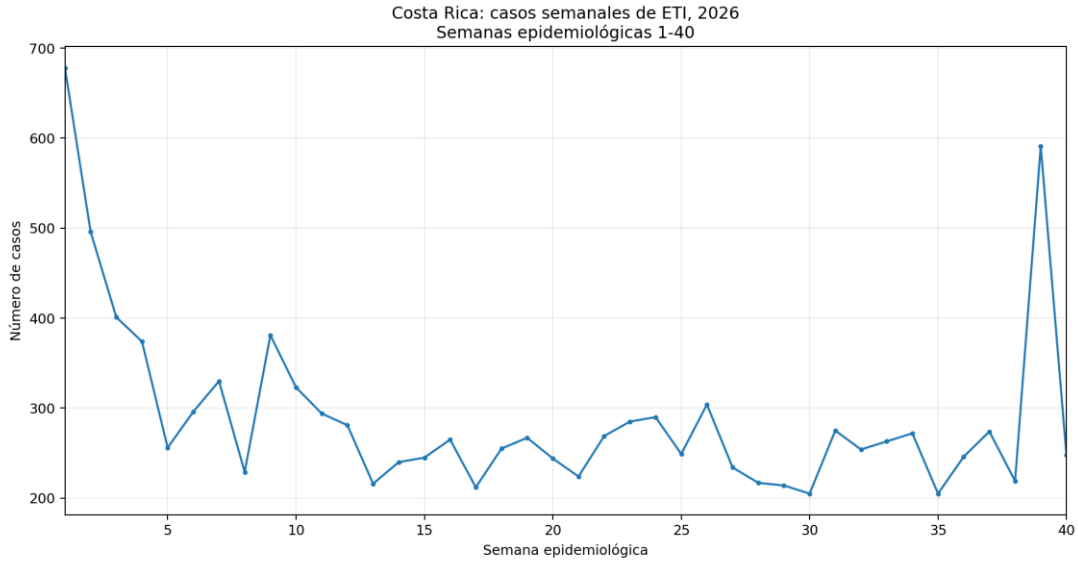


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Enfermedad tipo influenza (ETI)

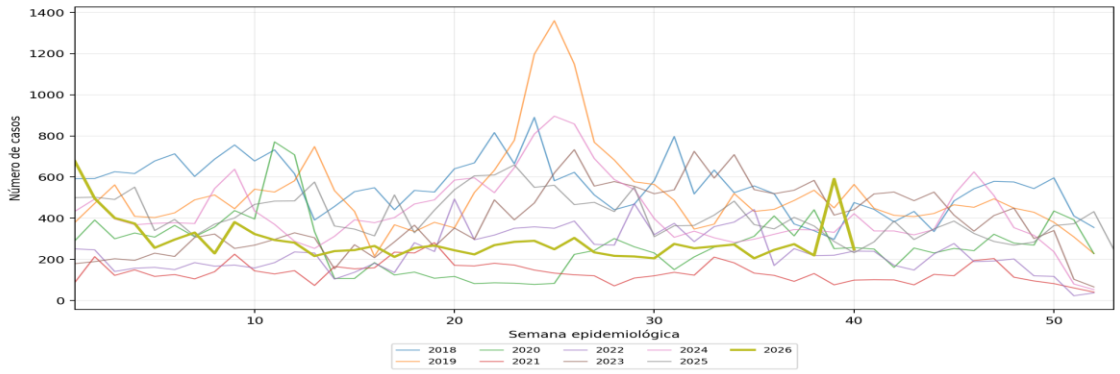
Según los registros de la boleta VE-02, a la SE40 se acumulan 11 621 casos de ETI; en esa semana se registraron 248 casos. Los mayores acumulados corresponden a los grupos de 25 a 29 años (1 044 casos) y 30 a 34 años (1 040), lo que evidencia una mayor carga acumulada en adultos jóvenes. El dato de la SE40 puede aumentar por rezago de notificación y debe interpretarse juntamente con la circulación de virus respiratorios identificada por laboratorio.

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



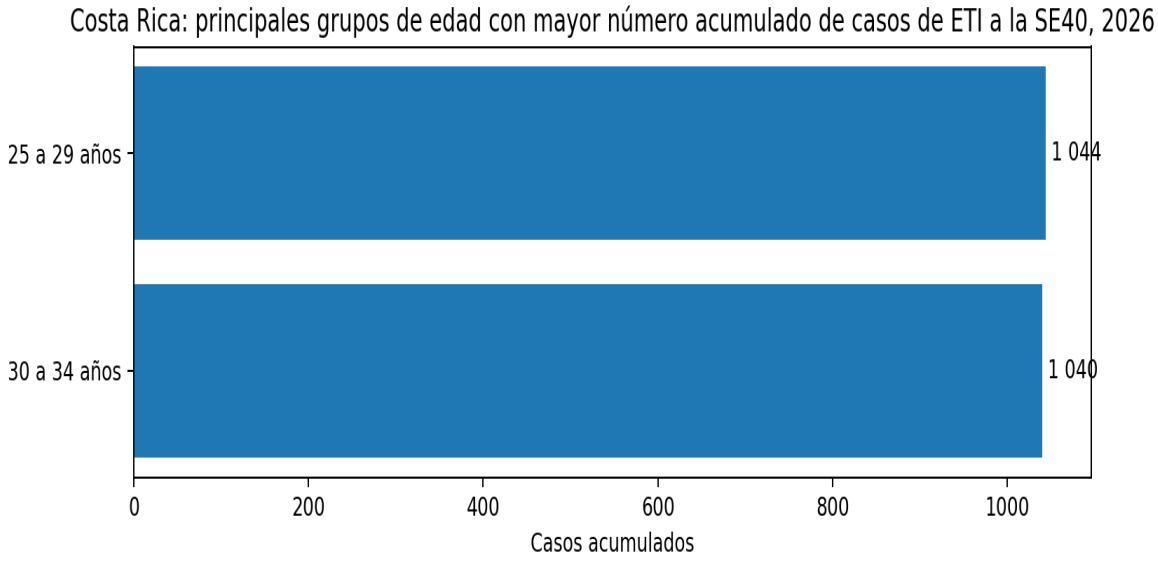
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

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



Nota: para 2026, la serie se presenta hasta la semana epidemiológica 40.
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 9.
Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de ETI a la SE40, 2026.

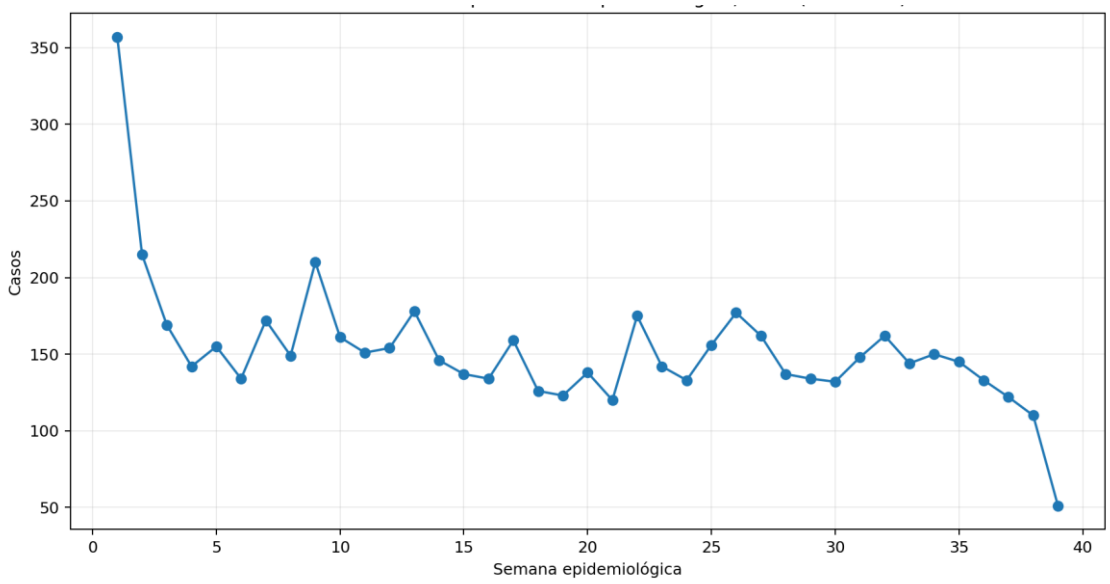


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Neumonía

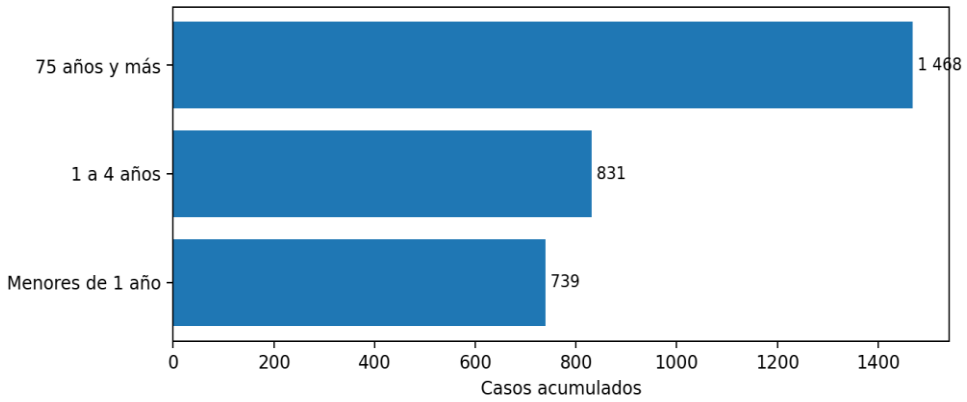
A la SE39 se registran 5 943 casos acumulados de neumonía; en esa semana se notificaron preliminarmente 51 casos. La mayor carga acumulada corresponde a las personas de 75 años y más (1 468 casos), seguidas por los niños de 1 a 4 años (831) y los menores de 1 año (739), evidenciando nuevamente una concentración importante en los extremos de la vida. La distribución acumulada por sexo es similar, con 2 989 casos en mujeres y 2 954 en hombres. Los mayores acumulados regionales corresponden a la Región Central Sur (1 932), Central Este (1 144) y Central Norte (897). El dato de la SE39 es preliminar y puede aumentar por rezago de notificación.

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



Nota: para 2026, la serie se presenta hasta la semana epidemiológica 39.
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Gráfico 11.
Costa Rica: Principales grupos de edad con mayor número acumulado de casos de neumonía a la SE39, 2026.

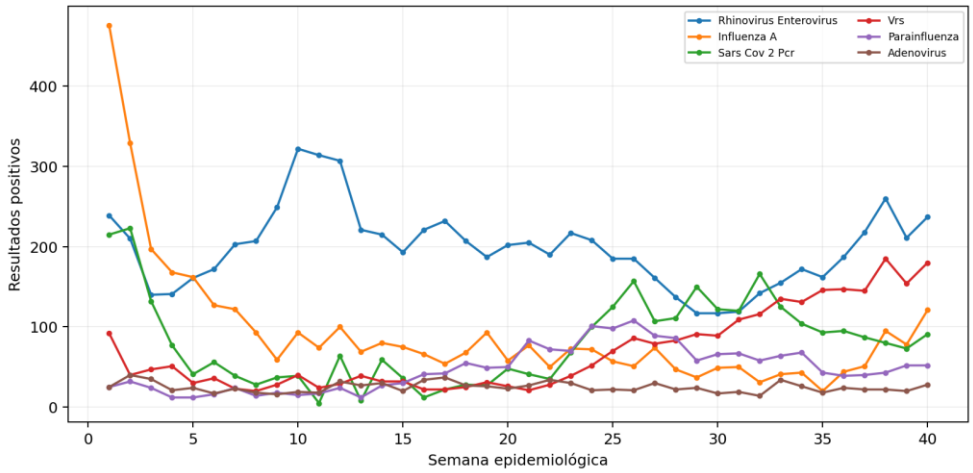


Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2026.

Vigilancia de laboratorio de virus respiratorios

Con corte en la SE40 se analizaron 1 384 solicitudes válidas, de las cuales 673 presentaron al menos un virus detectado, para una positividad global de 48,6 %. Los agentes con mayor número de detecciones fueron Rinovirus/Enterovirus (237) y virus respiratorio sincitial (VRS) (180). La positividad global se calcula por solicitud, mientras que las detecciones por agente corresponden a una métrica diferente y no deben sumarse ni interpretarse como solicitudes positivas únicas. La interpretación de este componente se realiza conjuntamente con la notificación sindrómica, la vigilancia hospitalaria y la situación pediátrica.

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



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

Situación pediátrica - Hospital Nacional de Niños

La situación pediátrica integra dos componentes complementarios: el reporte operativo diario y la vigilancia epidemiológica semanal del HNN. El reporte operativo diario dispone de corte al 19 de octubre de 2026, mientras que la vigilancia epidemiológica semanal mantiene como último corte disponible la SE40; ambos se presentan por separado para conservar la temporalidad propia de cada fuente.

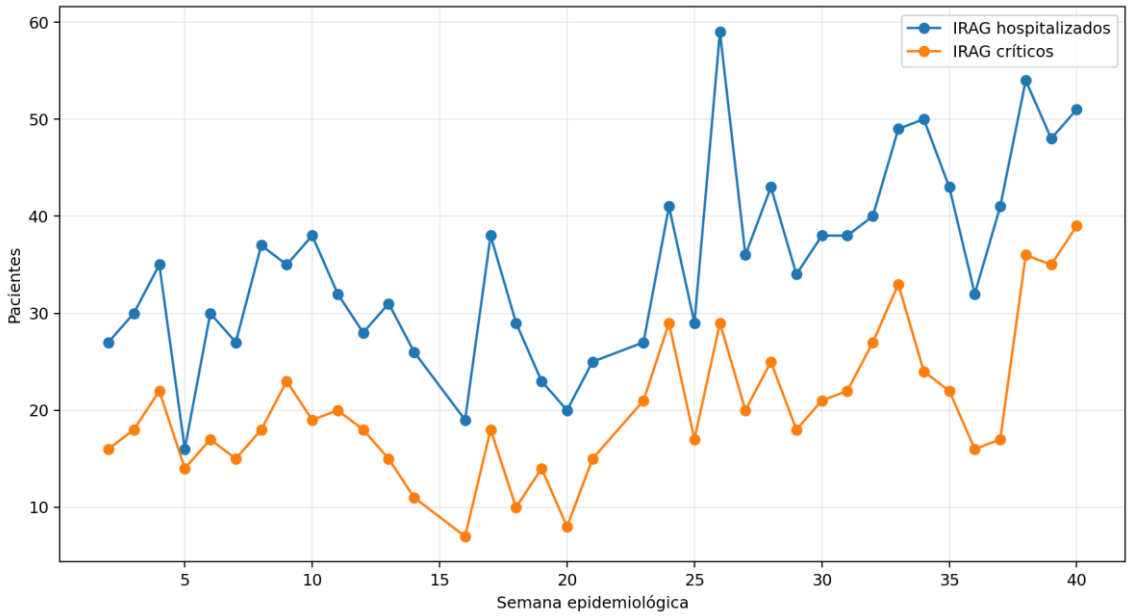
Tabla 2.
Costa Rica: Situación operativa respiratoria, Hospital Nacional de Niños, 19 de octubre de 2026.

Indicador	Dato
Pacientes respiratorios hospitalizados	90
Ocupación respecto de dotación habitual	134 %
Ocupación respecto de dotación expandida	95 %
Pacientes respiratorios en Emergencias	23
Total de pacientes respiratorios HNN	113
Pacientes respiratorios en UCI	21
Ocupación de UCI	100 %

Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Reporte operativo diario del 19/10/2026.

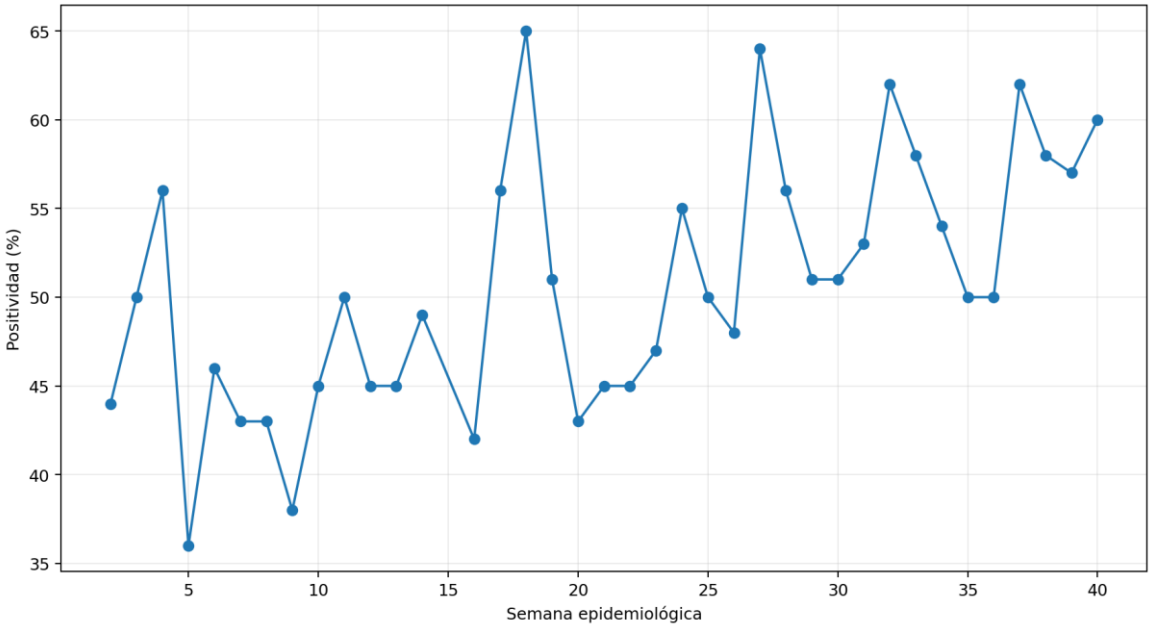
En la SE40 se registraron 51 hospitalizados por IRAG, 39 de ellos en condición crítica (76,5 %). En el componente de laboratorio se procesaron 171 muestras respiratorias, de las cuales 102 resultaron positivas (60,0 % según el reporte institucional). La mortalidad acumulada por IRAG alcanzó 17 fallecimientos al 15/10/2026. En conjunto, estos indicadores muestran una presión asistencial importante en la población pediátrica, por lo que la situación operativa diaria debe interpretarse conjuntamente con la vigilancia epidemiológica semanal. El hospital se encuentra en fase 2 del plan institucional.

Gráfico 13.
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 14.
Costa Rica: Positividad de muestras respiratorias por semana de informe, Hospital Nacional de Niños, 2026.

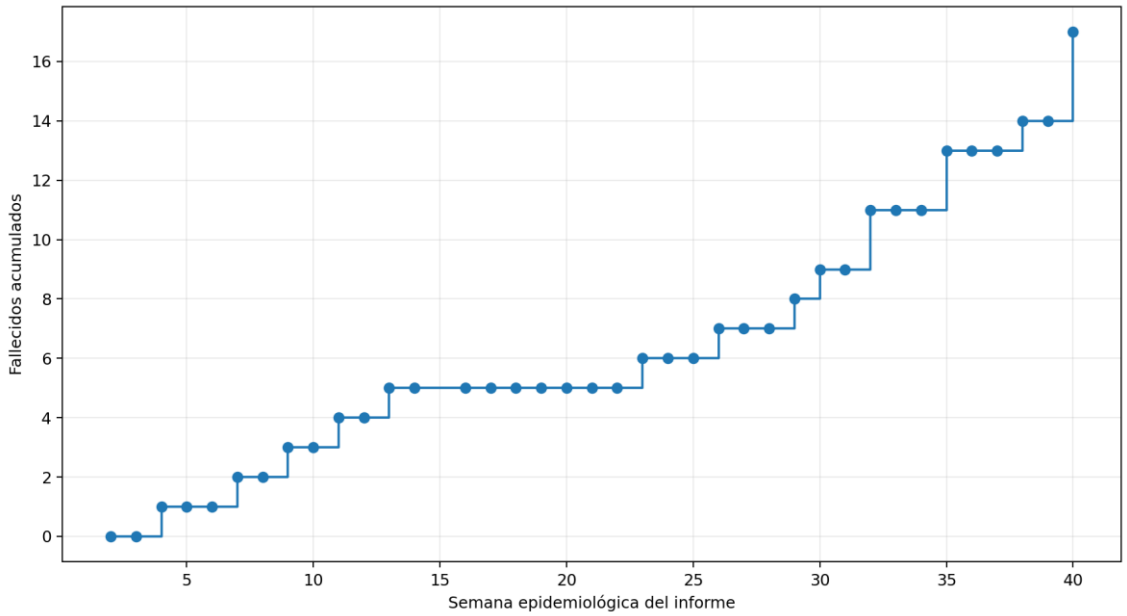


Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, 2026.

Mortalidad acumulada por IRAG - Hospital Nacional de Niños

Al 15 de octubre de 2026, el Hospital Nacional de Niños reporta 17 fallecimientos acumulados por IRAG. La serie corresponde al acumulado informado en los reportes epidemiológicos semanales y no permite asignar la semana epidemiológica de ocurrencia de cada fallecimiento. Por esta razón, el indicador debe interpretarse como evolución del acumulado reportado y no como una curva temporal de mortalidad.

Gráfico 15.
Costa Rica: Fallecimientos acumulados por IRAG según semana de informe, Hospital Nacional de Niños, 2026.

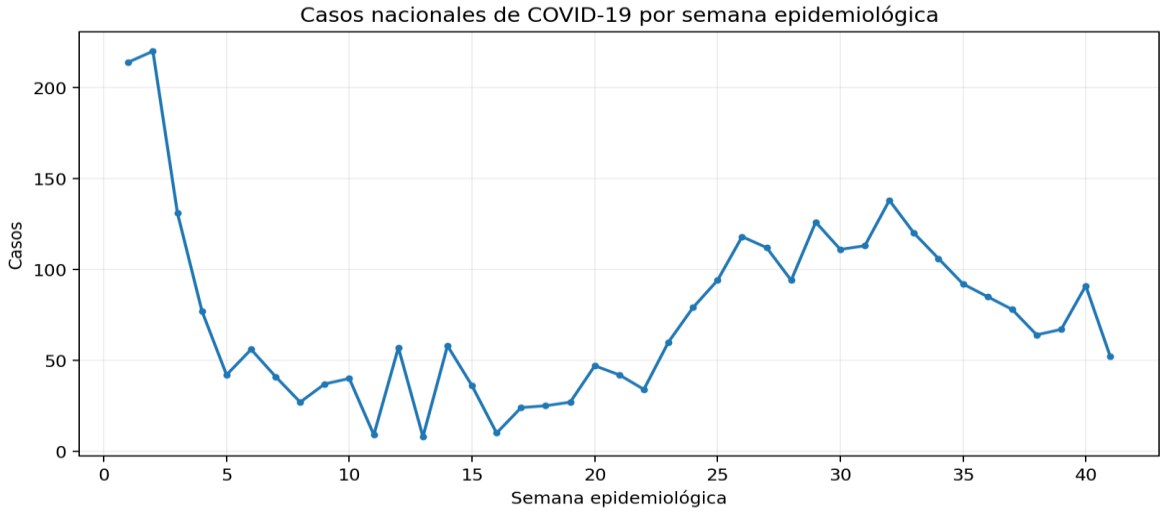


Fuente: Hospital Nacional de Niños, CCSS. Vigilancia epidemiológica semanal, SE40 de 2026.

COVID-19

Los casos nacionales de COVID-19 cuentan con último dato validado en la SE41, con 52 casos registrados. Este dato corresponde a la semana más reciente disponible y debe interpretarse en el contexto de la serie epidemiológica completa, sin utilizarse de manera aislada para inferir una tendencia.

Gráfico 16.
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

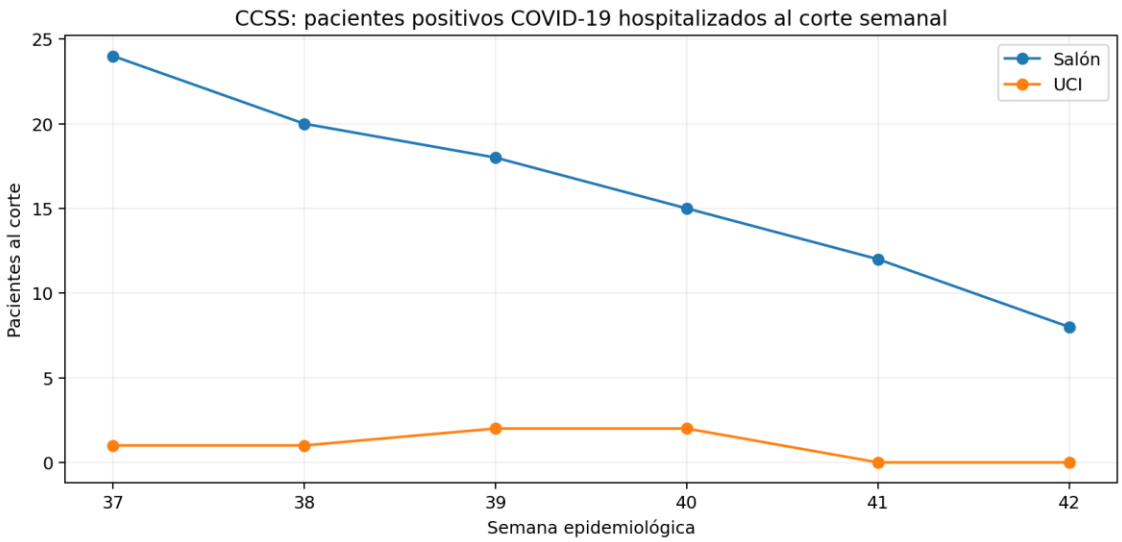
Al corte del 20 de octubre de 2026, correspondiente a la SE42, la CCSS reportó 8 pacientes positivos hospitalizados en salón y 0 pacientes en UCI. En la SE42 se registró 1 fallecido con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso, correspondiente a hospitalización y ninguno a urgencias. Este fallecido corresponde al registro hospitalario institucional de la CCSS y no representa la mortalidad nacional total por COVID-19.

Tabla 3.
Costa Rica: Pacientes positivos por COVID-19 hospitalizados al corte semanal, CCSS, 2026.

Corte	Semana	Salón	UCI
26/09/2026	SE38	20	1
03/10/2026	SE39	18	2
10/10/2026	SE40	15	2
17/10/2026	SE41	12	0
20/10/2026	SE42	8	0

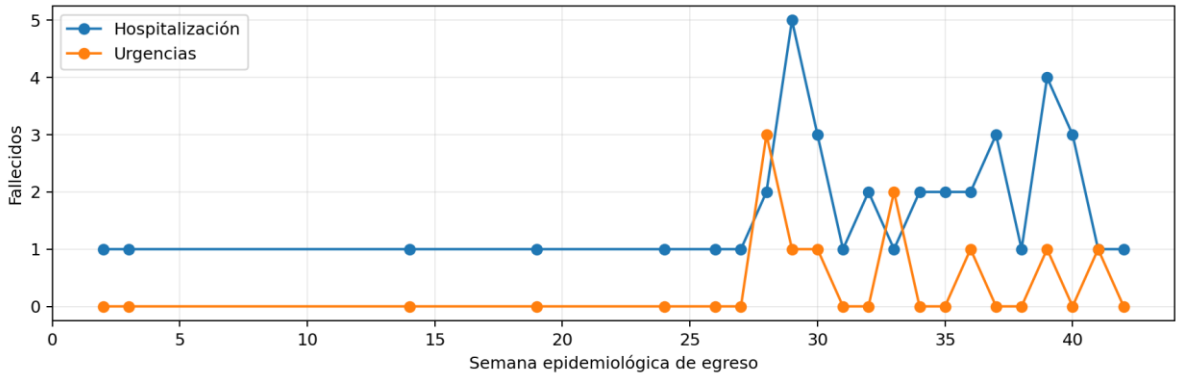
Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional, 2026.

Gráfico 17.
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 20/10/2026.

Gráfico 18.
Costa Rica: Fallecidos con COVID-19 según semana epidemiológica de egreso y servicio, CCSS, 2026.

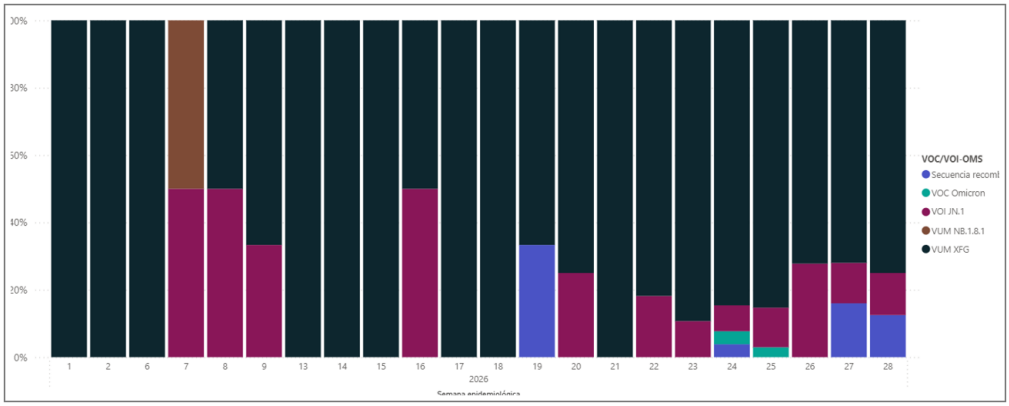


Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Power BI institucional. Último dato de fallecidos: SE42; corte consultado el 20/10/2026.

Vigilancia genómica de SARS-CoV-2

El último corte visual documentado disponible del panel de vigilancia genómica de INCIENSA alcanza la SE28 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 19.
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.

Coberturas de vacunación

Cobertura oficial acumulada, enero–setiembre 2026

Resumen epidemiológico

Al cierre de setiembre de 2026, el Sistema de Coberturas de Vacunación de Costa Rica consolida la cobertura oficial acumulada de 22 indicadores del esquema nacional, integrando la información disponible del sector público y privado. Como análisis complementario, se presenta la estrategia frente al VRS con vacunación materna y nirsevimab; este último es un anticuerpo monoclonal y no forma parte de los 22 indicadores de cobertura vacunal.

De los 22 indicadores nacionales, 6 se ubican en verde (95% a 100%), 12 en amarillo (90% a <95%), 2 en naranja (80% a <90%) y 2 en rojo (<80%). No se registran indicadores nacionales en azul (>100%) en este corte.

Los mejores resultados nacionales son Tdap en embarazadas (96,0%), Penta2 (95,4%) y Penta3 (95,2%). Los principales rezagos son Td a los 10 años (73,5%) y VPH2 (76,6%), ambos en rojo; VRS en embarazadas (84,7%) y SRP2 (89,4%) se ubican en naranja. Si los 811 niños de 0–29 días con nirsevimab territorialmente asignables fueran completamente adicionales a los protegidos por vacunación materna, la protección potencial alcanzaría 87,1%; este valor es un escenario hipotético máximo y no una cobertura observada.

Tabla 1.
Costa Rica: resumen nacional de indicadores según semáforo institucional, enero–setiembre 2026.

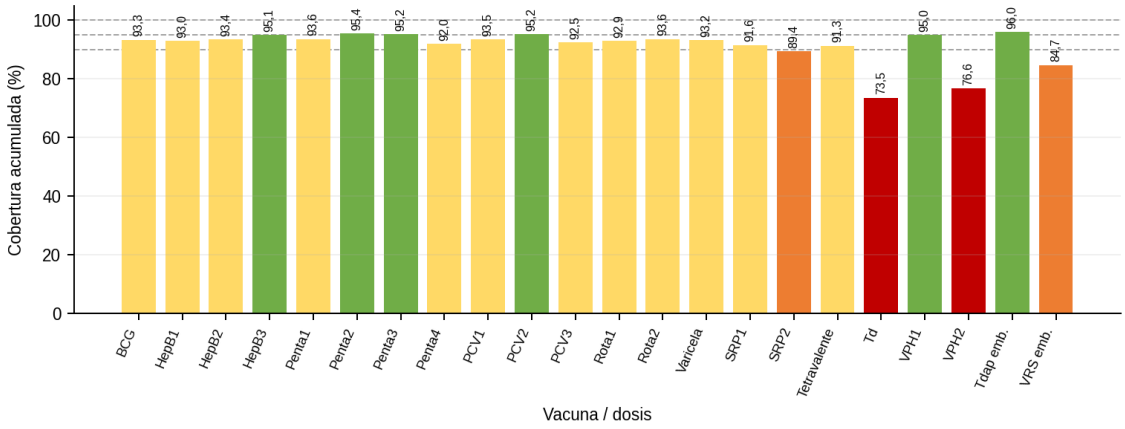
Semáforo	Criterio	Indicadores
Verde	95% a 100%	6
Amarillo	90% a <95%	12
Naranja	80% a <90%	2
Rojo	<80%	2

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

Cobertura oficial acumulada por indicador

La cobertura oficial acumulada representa las dosis válidas registradas al corte de setiembre. Esta salida constituye la referencia para el seguimiento oficial de coberturas; la oportunidad programática se analiza de forma complementaria y considera el cumplimiento dentro de la ventana definida para cada vacuna y dosis.

Gráfico 2.
Costa Rica: cobertura oficial acumulada por indicador, enero–setiembre 2026.



Azul >100% **Verde 95–100%** **Amarillo 90–<95%** **Naranja 80–<90%** **Rojo <80%**

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

Tabla 2.
Costa Rica: cobertura oficial acumulada por vacuna/dosis y clasificación según semáforo, enero–setiembre 2026.

Vacuna / dosis	Cobertura (%)	Semáforo
BCG	93.3	Amarillo
HepB1	93.0	Amarillo
HepB2	93.4	Amarillo
HepB3	95.1	Verde
Penta1	93.6	Amarillo
Penta2	95.4	Verde
Penta3	95.2	Verde
Penta4	92.0	Amarillo
PCV1	93.5	Amarillo
PCV2	95.2	Verde
PCV3	92.5	Amarillo
Rota1	92.9	Amarillo
Rota2	93.6	Amarillo
Varicela	93.2	Amarillo
SRP1	91.6	Amarillo
SRP2	89.4	Naranja
Tetravalente	91.3	Amarillo
Td	73.5	Rojo
VPH1	95.0	Verde
VPH2	76.6	Rojo
Tdap emb.	96.0	Verde
VRS emb.	84.7	Naranja

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

Lectura programática de los resultados

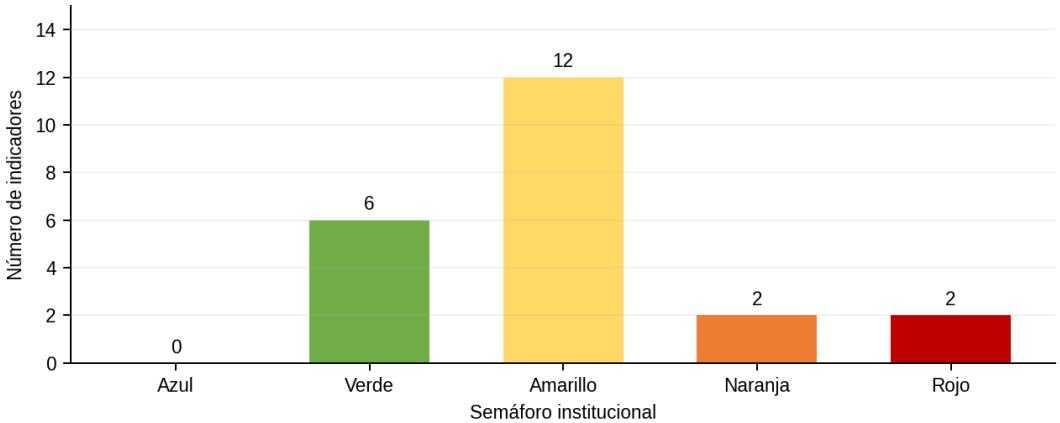
Doce de los 22 indicadores se ubican en amarillo, lo que muestra coberturas nacionales cercanas a la meta de 95%, pero todavía con brechas que requieren seguimiento.

Penta3 alcanza 95,2% y se ubica en verde, mientras Penta4 registra 92,0%. En SRP, la primera dosis alcanza 91,6% y la segunda 89,4%, por lo que SRP2 requiere seguimiento prioritario.

En la población de 10 años se observan las principales brechas nacionales: Td registra 73,5% y VPH2 76,6%. VPH1 alcanza 95,0%, lo que refuerza la necesidad de completar el esquema de VPH.

En embarazadas, Tdap alcanza 96,0% y VRS 84,7%. Entre enero y setiembre se identificaron 1.250 eventos únicos de nirsevimab: 814 en niños de 0–29 días, 433 de 30–364 días y 3 de 365 días o más. De los 814 eventos de 0–29 días, 811 fueron territorialmente asignables. Bajo el supuesto de ausencia total de solapamiento con vacunación materna, la protección potencial sería 87,1%; este escenario no sustituye la cobertura oficial ni representa una estimación observada de protección única.

Gráfico 2
Costa Rica: distribución de los 22 indicadores nacionales según semáforo institucional, enero–setiembre 2026.



AZUL >100% **VERDE 95–100%** **AMARILLO 90–<95%** **NARANJA 80–<90%** **ROJO <80%**

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

Análisis territorial

El Sistema de Coberturas de Vacunación dispone de resultados por país, provincia, cantón y distrito, lo que permite identificar heterogeneidad territorial y orientar el seguimiento regional y local.

Al corte de setiembre se analizan 7 provincias, 84 cantones y 491 distritos. La interpretación debe considerar conjuntamente el porcentaje de cobertura, el denominador y el nivel territorial.

La cobertura oficial y la oportunidad programática se mantienen como salidas diferenciadas. El módulo VRS/nirsevimab se analiza por separado; hasta contar con vinculación individual madre–recién nacido, cualquier estimación conjunta debe presentarse como escenario hipotético con su supuesto explícito.

Criterios metodológicos

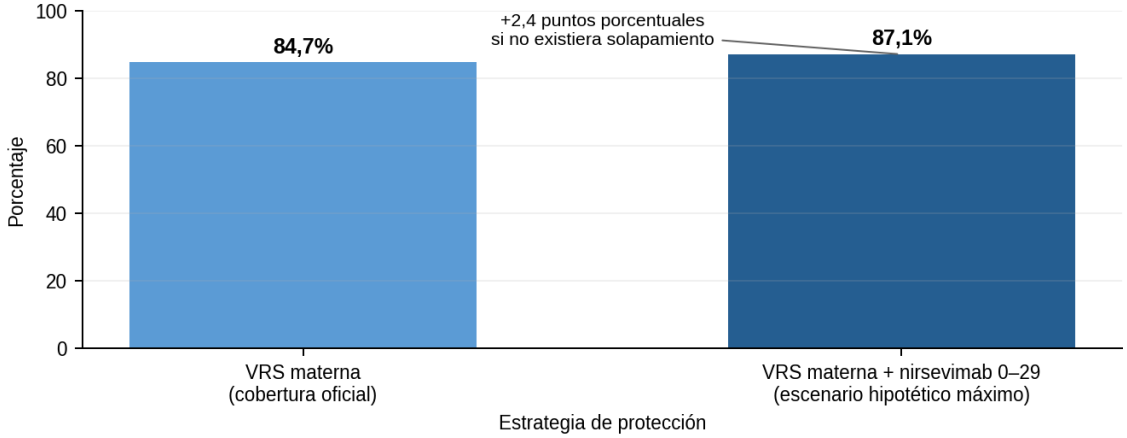
Los denominadores 2026 corresponden a nacimientos 2025 como aproximación para la población menor de un año y a proyecciones de población 2026 para los grupos de 4 y 10 años.

Semáforo institucional: azul >100%; verde 95%–100%; amarillo 90%–<95%; naranja 80%–<90%; rojo <80%; gris cuando no existe dato o el indicador no es calculable.

Las coberturas superiores a 100% deben interpretarse considerando movilidad poblacional, diferencias entre población estimada y atendida y otros factores operativos. Para VRS/nirsevimab, el escenario máximo se calcula como: (28.834 dosis válidas de VRS materna + 811 administraciones de nirsevimab 0–29 días territorialmente asignables) / 34.038 de meta esperada = 87,1%, asumiendo ausencia total de solapamiento.

VRS y nirsevimab: lectura complementaria

Gráfico 3
Costa Rica: VRS materna y escenario hipotético máximo con nirsevimab 0–29 días, enero–setiembre 2026.



Nota: escenario hipotético máximo = (28.834 dosis válidas de VRS materna + 811 administraciones de nirsevimab 0–29 días territorialmente asignables) / 34.038 = 87,1%. Supone ausencia total de solapamiento entre ambas estrategias; no es una cobertura observada ni un indicador oficial.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud; CCSS; SINOVAC, 2026.

Consideraciones para la gestión

Los resultados acumulados a setiembre permiten priorizar el seguimiento de Td, VPH2, SRP2 y vacunación materna contra VRS, además de revisar territorialmente los indicadores persistentes en rojo y naranja.

La lectura territorial debe ayudar a diferenciar problemas de registro de verdaderas brechas de vacunación y orientar acciones específicas de recuperación.

Este boletín corresponde a la cobertura oficial acumulada enero–setiembre 2026 e incorpora, como lectura complementaria, información sobre nirsevimab y un escenario hipotético máximo de protección frente al VRS.

Fuentes y productos de referencia

Fuente de datos: Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Sistema Nominal de Vacunación (SINOVAC) del Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud. Corte de cobertura oficial: setiembre 2026. Módulo complementario VRS/nirsevimab: CCSS, enero–setiembre 2026.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) al 19 de octubre 2026.

Situación epidemiológica actual de EDA

Al cierre de la SE 40 del 2026 se contabilizan 360 291 casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) correspondientes a las semanas epidemiológicas (SE) de la 1 a la 40. La mayor carga del año se concentró principalmente entre las SE 14–16 y 20–21. La SE 15 continúa registrando el mayor número de casos, con 12 238, seguida de la SE 14 con 12 201 y la SE 20 con 11 773 casos. En las semanas más recientes se observa una disminución progresiva: la SE 36 se registraron 6 381, la SE 37: 6212, la SE 38: 6847 y la 39: 6373 y 40:5443 casos preliminares.

Esta reducción debe interpretarse con cautela, particularmente en las SE 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, dado que la consolidación de la información suele completarse entre dos y tres semanas después de la semana epidemiológica analizada.

De acuerdo con el análisis del canal endémico, durante 2026 se han presentado varias semanas con valores superiores a los esperados. Para la SE 40 se registran 5 443 casos, valor ligeramente superior al umbral de alerta estimado para esa semana. Este hallazgo debe interpretarse considerando el carácter preliminar de los datos y el rezago de notificación.

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 juntamente con la tendencia temporal, la distribución territorial y la ocurrencia de brotes.

En este contexto, se mantiene la vigilancia epidemiológica intensificada 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 o 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 40 se registraron 74 442 casos de EDA, con un promedio de 6767 casos por semana. En este período se observa una disminución de los registros semanales, pasando de 7804 casos en la SE 30 a 5443 en la SE 40, lo que representa una reducción observada de 30,3%.

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 zona de éxito, zona de seguridad y zona de alerta.

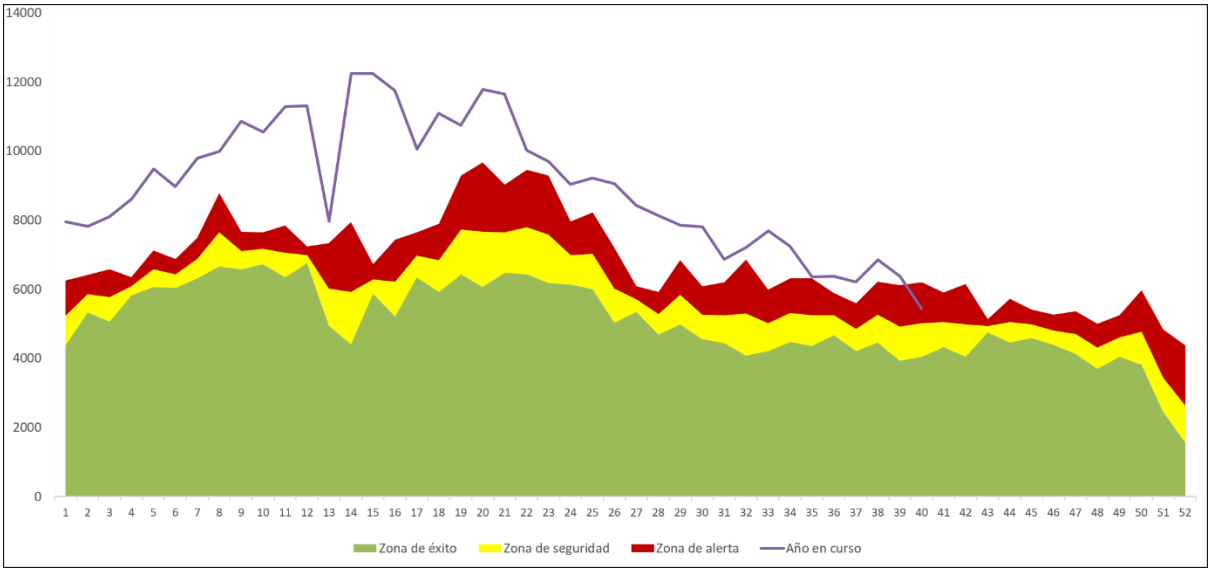
Durante 2026, la curva ha presentado variaciones importantes y en diferentes momentos se ha ubicado por encima de los valores esperados, con ingreso a la zona de alerta. En la SE 40 el valor observado se mantiene ligeramente por encima del umbral de alerta del canal endémico.

Aunque desde la SE 33 se observa un descenso progresivo de la curva, la SE 40 continúa requiriendo seguimiento por ubicarse ligeramente por encima del umbral de alerta. Debido al rezago de notificación de las semanas más recientes, es necesario esperar la consolidación de los datos antes de determinar si la reducción representa un cambio sostenido en la tendencia.

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 40 muestra una tendencia descendente reciente, pero aún con valores que requieren vigilancia estrecha frente a los límites históricos esperados.

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 40. Años 2018- 2026 *

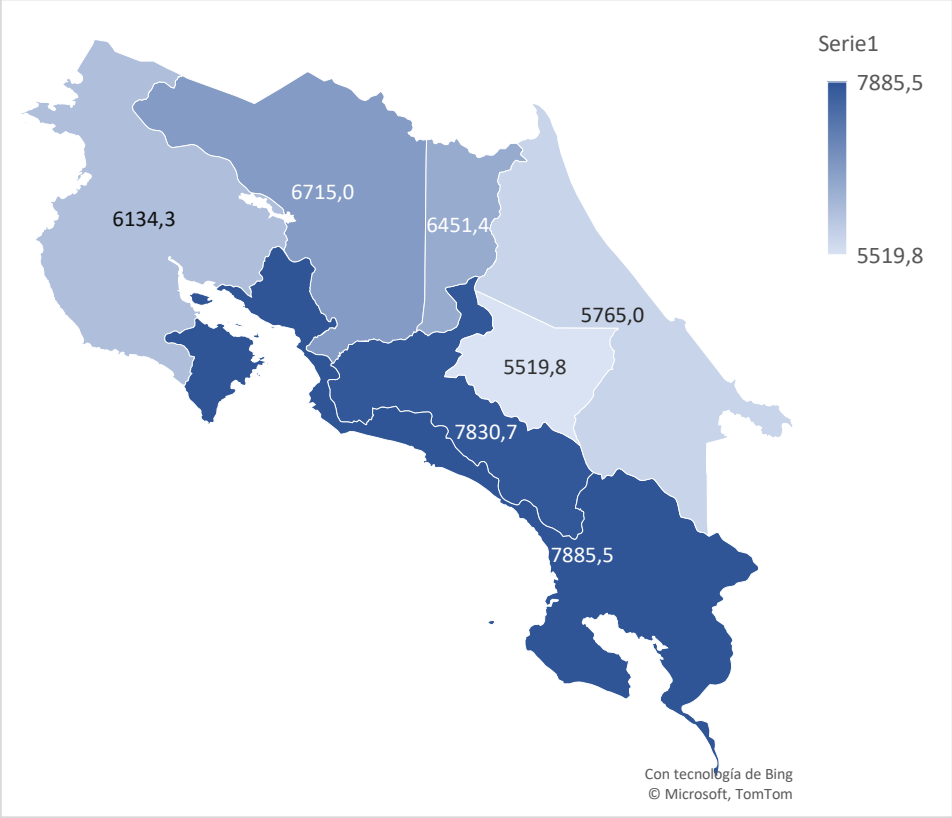


*Nota: Se excluyen del 2020 y 2021 por la pandemia COVID-19 y 2022 por hackeo de la CCSS.
Fuente: Datos preliminares, Dirección Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud.

Distribución territorial de la EDA

La tasa acumulada nacional de EDA hasta la SE 40 de 2026 se estima en 6905,7 casos por 100 000 habitantes. A nivel provincial, Puntarenas (7885,5) y San José (7830,7) presentan tasas superiores al promedio nacional, mientras que Alajuela (6715,0), Heredia (6451,4), Guanacaste (6134,3), Limón (5765,0) y Cartago (5119,8) se mantienen por debajo de este valor.

Figura 1
Costa Rica. Tasa de Incidencia de EDA, según provincia. SE 40, 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).

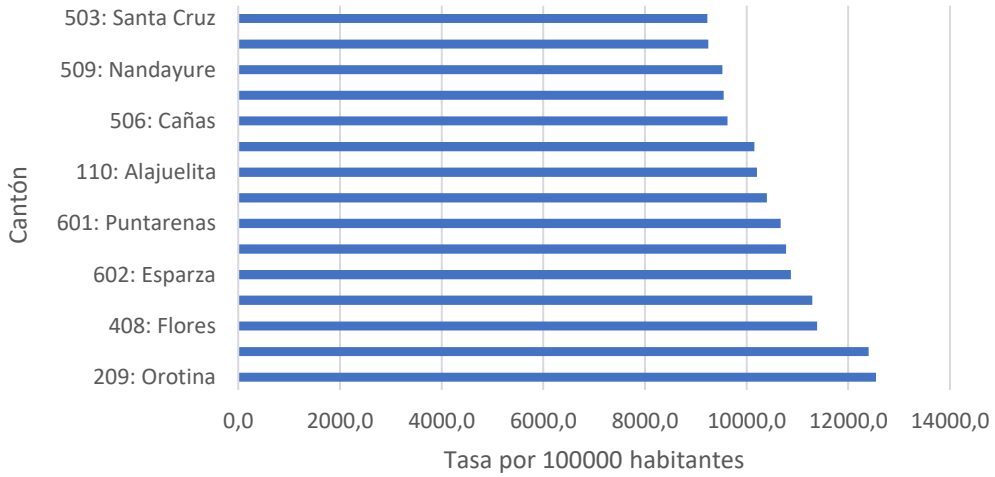
Este comportamiento muestra diferencias territoriales importantes en la incidencia acumulada de EDA y permite identificar regiones prioritarias para el seguimiento epidemiológico y el análisis de posibles factores locales asociados con la mayor carga de enfermedad.

Cantones con mayor incidencia

La distribución cantonal evidencia diferencias importantes en la incidencia acumulada de EDA. Orotina presenta la tasa más alta del país, con 12 546,9 casos por 100 000 habitantes, seguido de Vázquez de Coronado (12 402,3), Flores (11 386,3), Montes de Oro (11 291,9) y Esparza (10 869,3). Estas tasas se encuentran entre las más elevadas observadas durante el período analizado.
También presentan tasas superiores a 10 000 casos por 100 000 habitantes los cantones de Mora (10 777,8), Puntarenas (10 670,0), Goicoechea (10 396,2), Alajuelita (10 202,5) y San José (10 150,1). Asimismo, destacan Cañas (9 626,6), San Rafael (9 547,8), Nandayure (9 522,6), Garabito (9 245,8), Santa Cruz (9 227,8) y El Guarco (9 137,2).

La distribución territorial confirma que la carga de EDA no es homogénea entre los cantones. En total, 10 cantones presentan tasas superiores a 10 000 casos por 100 000 habitantes: Orotina, Vázquez de Coronado, Flores, Montes de Oro, Esparza, Mora, Puntarenas, Goicoechea, Alajuelita y San José. La presencia de cantones con incidencias elevadas en diferentes regiones del país evidencia la necesidad de mantener un seguimiento territorial diferenciado y profundizar en el análisis de los factores epidemiológicos, ambientales y sociales que puedan estar asociados con la mayor incidencia observada.

Gráfico 2
Costa Rica. Cantones con mayor tasa acumulada de EDA, SE 40, 2026



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

Desde la perspectiva de vigilancia epidemiológica, estos hallazgos respaldan la necesidad de priorizar el análisis de los territorios con tasas persistentemente elevadas, integrando 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 bimodal, con las tasas más elevadas en la niñez temprana y en los adultos jóvenes. La mayor tasa se registra en el grupo de 20 a 24 años, con 12 035,6 casos por 100 000 habitantes, seguido por los grupos de 25 a 29 años (10 924,7), 1 a 4 años (10 378,6) y menores de 1 año (9 986,3).
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 6 566,2 casos por 100 000 habitantes en el grupo de 40 a 44 años a 3 317,0 en las personas de 65 años y más. Este patrón refuerza la importancia de mantener acciones de vigilancia y prevención dirigidas especialmente a la niñez temprana y a la población adulta joven.

En términos absolutos, el mayor número de casos se concentra en los grupos de 20 a 24 años (45 568 casos) y 25 a 29 años (45 048), seguidos por los grupos de 30 a 34 años (38 334) y 35 a 39 años (38 333).
De acuerdo con los datos consignados en el cuadro, se registran 194 745 casos en mujeres y 165 282 en hombres. Por grupo de edad, el número de casos es mayor en hombres entre los menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años y 35 a 39 años. En los demás grupos etarios predominan los casos registrados en mujeres.

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 40 de 2026, la EDA continúa representando una carga relevante para la salud pública en Costa Rica, con 360291 casos acumulados y una tasa nacional estimada de 6905,7 casos por 100 000 habitantes. Aunque desde la SE 33 se observa una disminución progresiva en los casos notificados, esta tendencia debe interpretarse con cautela debido al rezago habitual en la consolidación de los registros y a que la SE 40 se mantiene ligeramente por encima del umbral de alerta del canal endémico.

El seguimiento epidemiológico debe orientarse a confirmar la evolución de la tendencia y vigilar particularmente los territorios con mayor incidencia. El Pacífico Central y la Región Central Sur presentan las tasas regionales más elevadas, mientras que a nivel cantonal destacan Orotina, Vázquez de Coronado, Flores, Montes de Oro, Esparza, Mora y Puntarenas con tasas superiores a 10 000 casos por 100 000 habitantes.

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.

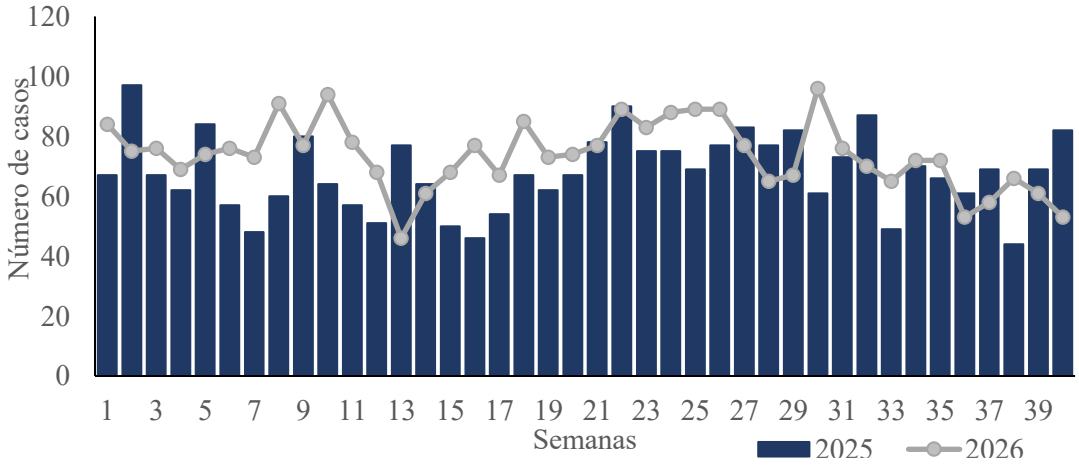
Infecciones de transmisión sexual

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 del año 2026.

Sífilis en todas sus formas

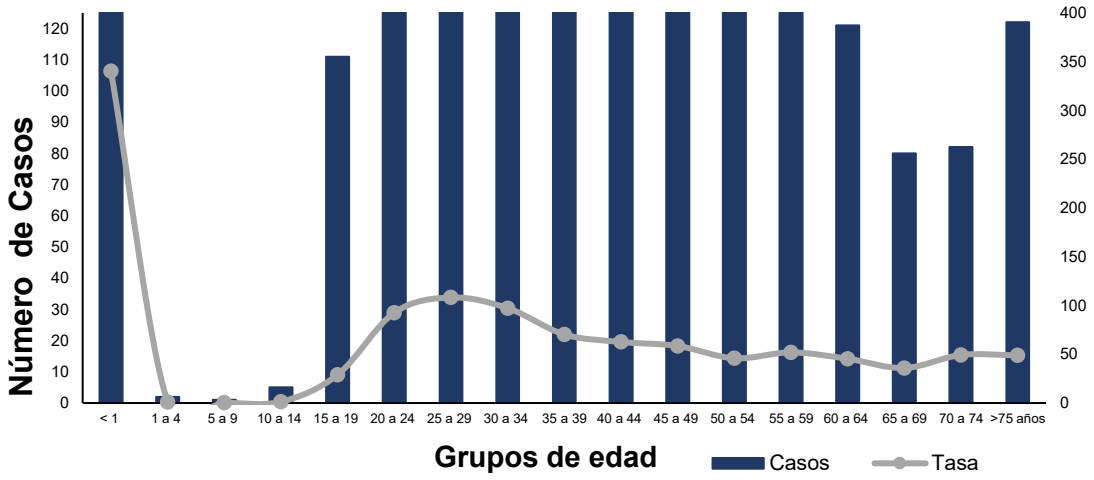
Durante la semana epidemiológica 40 de 2026, se notificaron 2.954 casos de sífilis, en comparación con 2.481 casos registrados en el mismo periodo de 2025, lo que representa un incremento de 473 casos (19,06 %). Este comportamiento refleja un aumento sostenido de las notificaciones respecto al año anterior. 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 40 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.

En la semana epidemiológica 40 de 2026, la distribución de los casos de sífilis por edad muestra una mayor concentración en la población adulta joven. Los grupos de 20 a 34 años acumulan 1.217 casos, con las cifras más altas en las personas de 25 a 29 años (446 casos; tasa de 108,2 por 100.000 habitantes), seguidas por el grupo de 30 a 34 años (420 casos; tasa de 97,3) y el de 20 a 24 años (351 casos; tasa de 92,7). Este comportamiento evidencia una mayor carga de la enfermedad en estos grupos etarios.

Asimismo, destaca la tasa reportada en menores de un año, la cual requiere especial atención en el análisis para determinar cuáles casos corresponden a sífilis congénita realmente y verificar su clasificación. En conjunto, los datos respaldan la importancia de fortalecer la prevención, la detección oportuna, el tratamiento y el seguimiento de los casos y sus contactos en los casos que amerite, así como el tamizaje durante el embarazo.

Tabla 1.
Costa Rica: Notificación de casos de sífilis en todas sus formas, según provincias de procedencia, durante las semanas 1 a 40 del 2026. Tasa por 100 000 habitantes

Provincia	Casos	Tasa
Total	**2954**	**56,6**
San José	1200	72
Alajuela	362	33,4
Cartago	339	63,5
Heredia	250	45,4
Guanacaste	101	24,2
Puntarenas	200	39,3
Limón	502	109,6

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

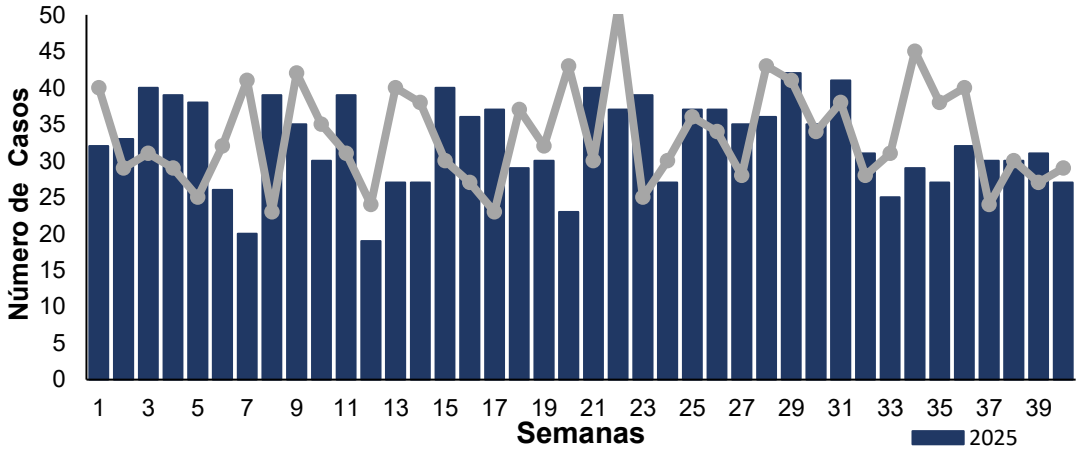
Por provincia, San José presentó el mayor número de casos, con 1.200, seguido de Limón, con 502, y Alajuela, con 362. En cuanto a las tasas de incidencia, Limón registró el valor más alto del país, con 109,6 por 100.000 habitantes, seguido de San José (72,0) y Cartago (63,5), todas por encima de la tasa nacional. En contraste, Guanacaste presentó la tasa más baja, con 24,2, seguida de Alajuela, con 33,4. Estos resultados muestran diferencias territoriales importantes en la distribución de los casos, particularmente la elevada tasa de Limón.

Infección por Gonorrea

Durante la semana epidemiológica 40 de 2026, se notificaron 1.335 casos de gonorrea, frente a los 1.188 registrados en el mismo periodo de 2025. Esto representa un incremento de 147 casos, equivalente al 12,37 %. Este comportamiento evidencia un aumento de las notificaciones respecto al año anterior.

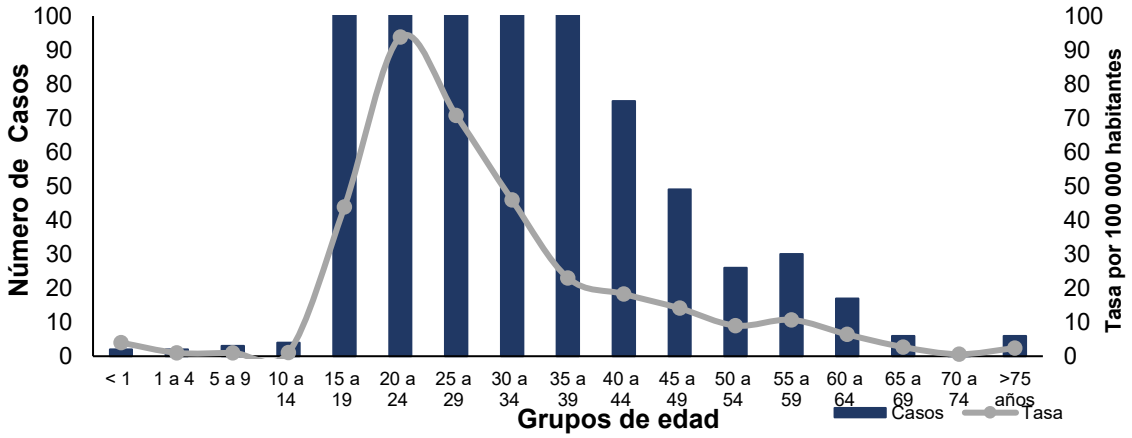
En el grafico 3 podemos observar el comportamiento según semana epidemiologica.

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 primeras 40 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.

Los casos notificados de gonorrea se concentraron principalmente en adolescentes y adultos jóvenes. El grupo de 20 a 24 años registró el mayor número de casos, con 355 y una tasa de 93,8 por 100.000 habitantes, seguido por las personas de 25 a 29 años, con 292 casos y una tasa de 70,8, y el grupo de 15 a 19 años, con 168 casos y una tasa de 43,9. En conjunto, estos tres grupos acumulan 815 casos, aproximadamente el 61 % del total nacional de 1.335 casos notificados.

A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva de las tasas, aunque se mantienen casos en los grupos de mayor edad. También se notifican casos en menores de 15 años, incluidos los menores de un año; estos registros requieren revisión individual para confirmar su clasificación y las circunstancias de transmisión. Estos resultados destacan la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos, así como la atención de las parejas sexuales, con especial énfasis en adolescentes y adultos jóvenes.

Tabla 2.
Costa Rica: Casos notificados por gonorrea, según provincia. Número absoluto y tasa por 100 000 habitantes, en las primeras 40 semanas año 2026

Provincia	Casos	Tasa
Total	**1335**	**25,6**
San José	571	34,3
Alajuela	138	12,7
Cartago	138	25,9
Heredia	125	22,7
Guanacaste	37	8,9
Puntarenas	148	29,1
Limón	178	38,9

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

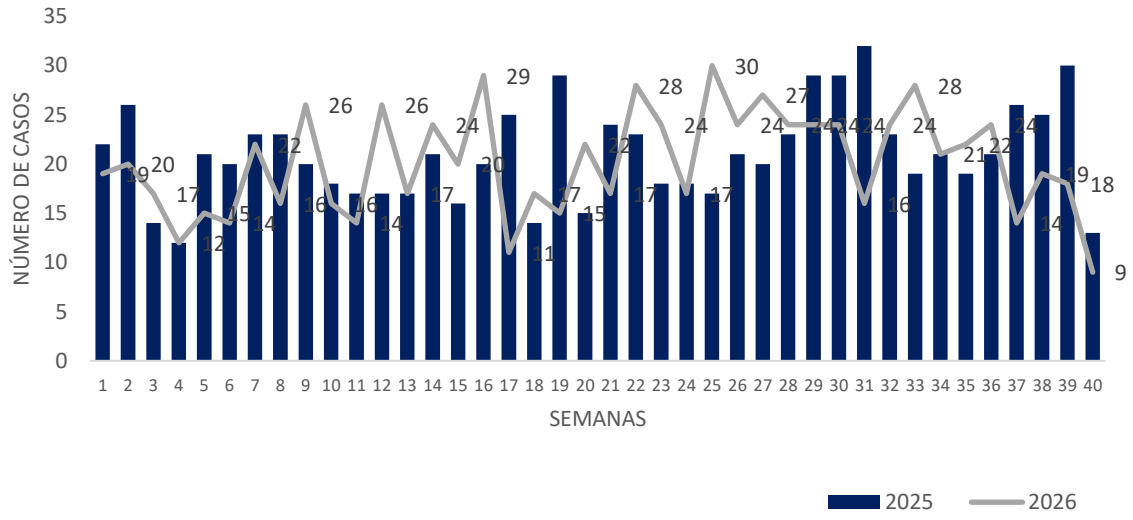
La distribución de los casos notificados de gonorrea por provincia muestra que San José registró el mayor número de casos, con 571, seguido de Limón, con 178, y Puntarenas, con 148. Al analizar las tasas por cada 100.000 habitantes, Limón presentó el valor más alto, con 38,9, seguido de San José (34,3) y Puntarenas (29,1), todas por encima de las tasas de las demás provincias. En contraste, Guanacaste registró la tasa más baja, con 8,9, seguida de Alajuela, con 12,7.

Del total de casos registrados, 1.168 correspondieron a hombres y 167 a mujeres. La tasa de incidencia fue de 44,9 por cada 100.000 hombres, frente a 6,4 por cada 100.000 mujeres, lo que evidencia una tasa aproximadamente siete veces mayor en la población masculina. Esta diferencia muestra una mayor carga notificada de la enfermedad en los hombres y destaca la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, detección y tratamiento oportunos, así como la atención de las parejas sexuales y la promoción de prácticas sexuales seguras.

Infección por el virus del herpes simple (VHS)

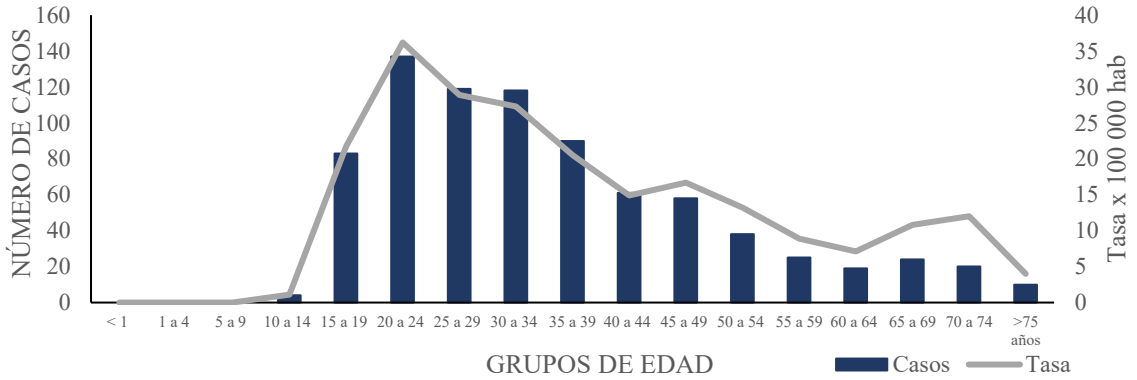
Durante la semana epidemiológica 40 de 2026, se notificaron 806 casos de infección por el virus del herpes simple, en comparación con los 746 registrados en el mismo periodo de 2025. Esto representa un incremento de 60 casos, equivalente al 8,04 %. Este aumento refleja un crecimiento de las notificaciones respecto al año anterior, por lo que es importante mantener la vigilancia epidemiológica y fortalecer las acciones de diagnóstico oportuno y orientación a las personas afectadas. 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 40 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.

Los casos notificados por virus del herpes simple se concentraron principalmente en la población adolescente y adulta joven. El grupo de 20 a 24 años presentó el mayor número de casos, con 137 y una tasa de 36,2 por 100.000 habitantes, seguido por las personas de 25 a 29 años, con 119 casos y una tasa de 28,9, y el grupo de 30 a 34 años, con 118 casos y una tasa de 27,3. En conjunto, las personas de 15 a 34 años acumularon 457 casos, lo que representa aproximadamente el 56,7 % de los 806 casos notificados en el país.

A partir de los 40 años, las tasas son generalmente menores, aunque se observan variaciones entre los grupos etarios. No se notificaron casos en menores de 10 años y se registraron cuatro casos en el grupo de 10 a 14 años.

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 40 semanas del año 2026. Tasa por 100 000 habitantes.

Provincias	Casos	Tasa
Total	**806**	**15,4**
San José	367	22
Alajuela	118	10,9
Cartago	61	11,4
Heredia	81	14,7
Guanacaste	11	2,6
Puntarenas	94	18,5
Limón	74	16,2

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

La distribución por provincia muestra que San José presentó el mayor número de casos, con 367, y la tasa más alta entre las provincias, de 22 por 100.000 habitantes, seguida de Puntarenas, con 94 casos y una tasa de 18,5, y Limón, con 74 casos y una tasa de 16,2; estas dos últimas también superaron la tasa nacional. En contraste, Guanacaste registró la menor cantidad de casos, con 11, y la tasa más baja, de 2,6 por 100.000 habitantes.