



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica N° 9 | 2026
1 al 7 de marzo



**Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica
y Medicina Tradicional**

Dirección General de Epidemiología

Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes pone a disposición la novena edición del Boletín Epidemiológico Semanal, correspondiente a la Semana Epidemiológica 9 (SE 9) de la gestión 2026.

A través de la Dirección General de Epidemiología, se sistematiza la vigilancia sanitaria nacional en un escenario marcado por la transición de eventos vectoriales y un incremento en la demanda asistencial por patologías respiratorias.

En el análisis de la presente semana, se valida una fase de control favorable para eventos como el Dengue, que mantiene una baja magnitud respecto al año anterior, y la Leishmaniasis, cuya dinámica de transmisión se sitúa consistentemente por debajo de la curva histórica. No obstante, el sistema de vigilancia advierte sobre la persistencia de eventos de alto impacto que exigen máxima alerta institucional.

El brote de Chikungunya se consolida como la principal urgencia de salud pública, superando ya en solo nueve semanas el total de casos de toda la gestión 2025, con una concentración crítica del 81.1% de la carga de enfermedad y la totalidad de decesos en el departamento de Santa Cruz.

Se confirma el predominio absoluto de la Influenza A(H3N2), detectándose un incremento progresivo de episodios de IRAs (15.2%) y Neumonías (24.7%) durante la última semana, con repuntes agudos en Santa Cruz, Chuquisaca y el eje troncal que demandan el fortalecimiento inmediato del primer nivel de atención.

Se mantiene el monitoreo estricto sobre el foco de Rabia Canina en Concepción y Santa Cruz de la Sierra. Asimismo, se reporta una defunción por Leptospirosis en Guanay (La Paz) y la dispersión de casos de MPOX hacia nuevas capitales departamentales como Sucre y La Paz.

La Tosferina presenta una incidencia alarmante en lactantes de 0 a 2 meses, subrayando la necesidad de optimizar las coberturas de vacunación en menores de un año.

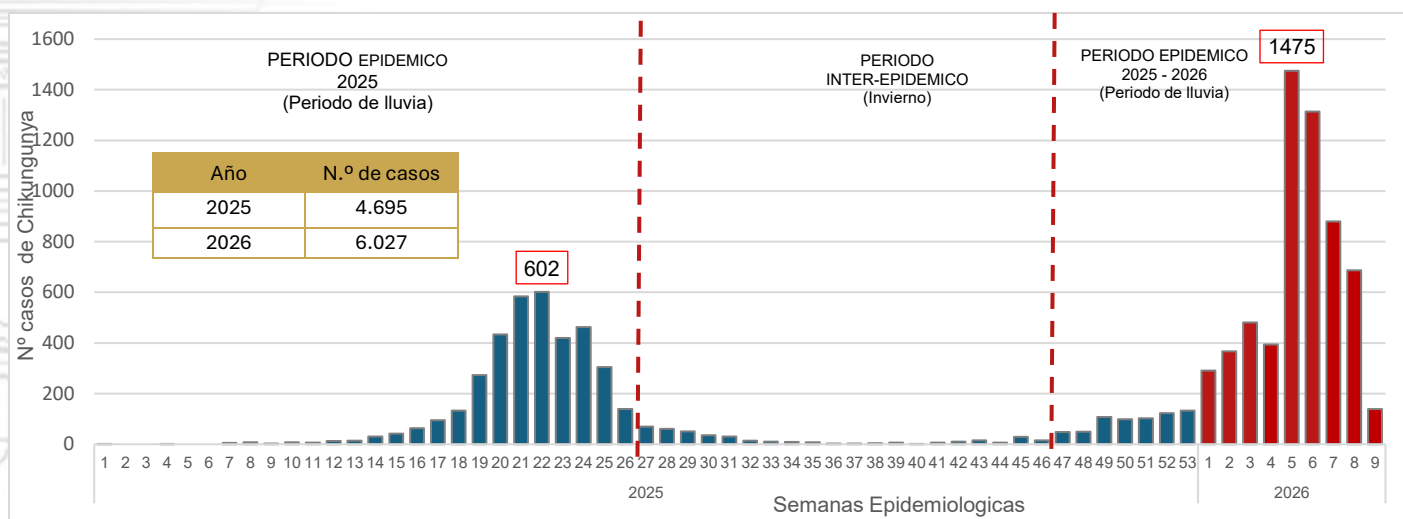
Con esta publicación, reafirmamos nuestro compromiso con la gestión basada en evidencia. Estas directrices técnicas permiten a los SEDES y al personal de salud optimizar la toma de decisiones estratégicas, priorizando la intervención operativa en las áreas de mayor vulnerabilidad y riesgo vital de nuestro territorio.

¡Bienvenidos!

Situación Epidemiológica de Chikungunya

Tendencia histórica

Bolivia: Tendencia de casos confirmados de Chikungunya, por SE según fecha de inicio de síntomas 2025 – SE 1-9, 2026



Fuente: SEDES_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

El comportamiento epidemiológico del Chikungunya en Bolivia durante la presente gestión muestra un crecimiento explosivo y una magnitud significativamente superior en comparación con el periodo homólogo de 2025. Al cierre de la SE 09, el país acumula 6.027 casos, superando ya en solo nueve semanas el total de casos reportados en todo el año anterior (4.695). Tras alcanzar un pico histórico de 1.475 casos en la SE 05, se observa una tendencia descendente sostenida durante las últimas cuatro semanas, sin embargo, la incidencia actual se mantiene en niveles críticos de transmisión activa. Esta situación, enmarcada en el periodo epidémico de lluvias, exige priorizar el control de focos y la eliminación de criaderos de *Aedes aegypti* para consolidar el descenso de la curva y mitigar el impacto en la salud pública nacional.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos confirmados y fallecidos de Chikungunya por departamento, 2026

Departamentos	Casos confirmados	Fallecidos
Chuquisaca	172	0
La Paz	76	0
Cochabamba	327	0
Tarija	473	0
Santa Cruz	4.891	6
Beni	72	0
Pando	16	0
Total Bolivia	6.027	6

Fuente: SEDES_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La distribución espacial de Chikungunya en el territorio nacional revela una concentración crítica de la carga de enfermedad en el departamento de Santa Cruz, el cual reporta el 81.1% de los casos confirmados al cierre de la SE 09 y la totalidad de los decesos registrados en el país. Se observa una expansión del evento hacia los valles y el sur, con Tarija (473 casos) y Cochabamba (327 casos) emergiendo como las siguientes áreas de mayor preocupación epidemiológica. Si bien la tasa de letalidad general se mantiene en el 0.1%, la alta incidencia en el oriente boliviano exige un fortalecimiento inmediato de la capacidad de respuesta clínica y el manejo de complicaciones, además de intensificar la vigilancia entomológica en

departamentos con menor reporte, como Pando y Beni, para evitar un subregistro o una dispersión silenciosa del virus hacia nuevas áreas receptoras.

Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por Municipio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semana Epidemiológica 1 – 9, 2026									TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
COCHABAMBA	Aiquile					6	8	4			18
	Capinota	1				5	15	11	17		49
	Cercado Cbba		2		1	1	2	11	15		32
	Chimore			2		2		3	1		8
	Entre Rios Cbba	14	10	3	1	1			1		30
	Mizque						1	4	4		9
	Puerto Villarroel	34	8	19	2	17	4	6			90
	Quillacollo						4	4	4		12
	Shinahota		1	1	3	5	1				11
	Sipe Sipe				1		12	4	5		22
	Tiquipaya					1					1
	Villa Tunari	7	7	5	1	4	10	5	2		41
	Vinto						1				1
	Sacaba							1	1		2
	Pasorapa								1		1
LA PAZ	Cajuata				1	9	11	35	5		61
	La Asunta					2	1				3
	Caranavi		1								1
	Apolo					1					1
	Coroico							1			1
	Irupana							4	1		5
	Alto Beni								1		1
	Palos Blancos						1				1
	Teoponte								2		2
SANTA CRUZ	Buena Vista		2	1		1		1	1		6
	Cabezas						10	6	3	1	20
	Camiri	1	1		1	11	19	2	8		43
	Charagua					2	6	4			12
	Concepcion	1	3	7	3	17	16	3	2		52
	Cotoca	1	1			4	6	2	8		22
	El Puente					13	7	2	2		24
	El Torno	8	11	39	16	75	75	49	41	5	319
	General Saavedra	2	6	8	10	29	19	7	3		84
	La Guardia	31	38	70	31	177	104	77	26		554
	Lagunillas				1						1
	Mineros		1	1					1		3
	Montero	11	14	17	13	74	62	42	5	2	240
	Okinawa						1				1
	Pailon		3	11	2	18	12	7	10	3	66
	Porongo	2	1	1	2	4	6	7	2		25
	Portachuelo		1			1	3				5
	Samaipata		1		1	4	3	5	3		17
	San Carlos			4	5	15	9	8	9		50
	San Ignacio de Velasco	1					2	1	1	2	7
	San Jose de Chiquitos			2	2	10	7		1		22
	San Juan de Yapacani			1	1						2
	San Julian	28	52	37	11	109	30	9	15	3	294
	San Matias					1	1				2
	San Pedro			1		6	16	4	1		28
	Santa Cruz de la Sierra	116	169	207	274	686	612	416	286	39	2805
	Vallegrande						3	1	1		5
Warnes	8	9	11	4	21	21	8	1		83	
Yapacani	19	14	6	2	11	3	3	2		60	
Mairana						5	6	6		17	
Pampagrande						2	1			3	
Puerto Quijarro					3	1	3	3		10	
Comarapa					1		1	1		3	
Ascension de Guarayos								3		3	
San Rafael							1			1	
Santa Rosa								2		2	

Fuente: SEDES_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

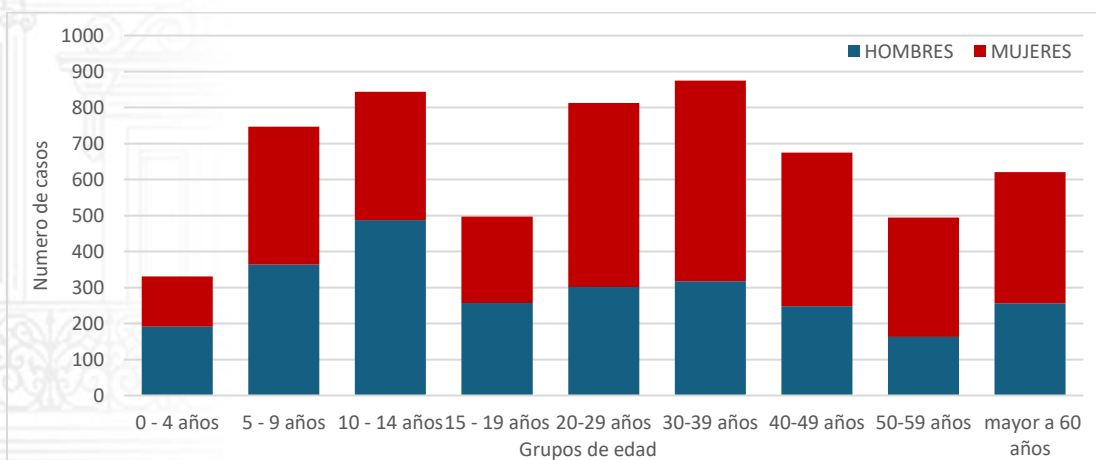
Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por Municipio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semana Epidemiológica 1 – 9, 2026									TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
BENI	Magdalena							1	1	2	4
	Riberalta		1	1		4	2	3	4	2	17
	San Andres			2		2	2	4	3	2	15
	San Borja	1									1
	Trinidad	2	3	1		6	6	9	2	4	33
	Guayaramerin								1	1	2
CHUQUISACA	Huacaya					1			3		4
	Machareti			3	2	8		2	3	6	24
	Monteagudo	1		2		9		6	21	15	54
	Muyupampa			1	1	2	2	9	13	5	33
	Sucre					10	5	1	17	17	50
	Poroma						1				1
	Sopachuy								1		1
	Tomina								1		1
	Yamparaez								1	3	4
PANDO	Cobija					1		4	4	4	13
	Nueva Esperanza					1					1
	Sena						2				2
TARIJA	Bermejo	1	5	9	1	50	87	23	1	1	178
	Carapari					1	8	3	5		17
	Tarija					2	5	5	7	3	22
	Padcaya						1		1		2
	Villa Montes					6	13	6	24	8	57
	Yacuiba	1	2	8	1	25	48	35	67	10	197
	TOTAL										
		291	367	481	394	1475	1314	880	687	138	6027

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Distribución demográfica

Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por edad y sexo, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

El perfil demográfico de los casos confirmados de Chikungunya en la gestión 2026 muestra una mayor vulnerabilidad en la población en edad productiva y escolar, con una predominancia marcada del sexo femenino en casi todos los grupos etarios. Los grupos de 30 a 39 años y de 10 a 14 años presentan la mayor carga de morbilidad, lo que sugiere una exposición vinculada tanto a entornos laborales/domésticos como a establecimientos educativos. Llama la atención que, a partir de los 20 años, la brecha de género se acentúa significativamente, siendo las mujeres las más afectadas, posiblemente asociado a roles de cuidado y mayor permanencia en áreas con presencia del vector durante horas de mayor actividad hematófaga.

Acciones realizadas

Ante la dinámica ascendente de la curva epidémica, el nivel nacional ha consolidado la coordinación operativa con los nueve SEDES del país, estableciendo un mando unificado para la contención del brote. Esta articulación prioriza el despliegue de brigadas mixtas para intervenir en tres ejes críticos:

1) Atención Clínica, garantizando la capacitación del personal en el manejo estandarizado del dolor y el diagnóstico diferencial temprano.

2) Vigilancia Epidemiológica, intensificando la búsqueda activa de febriles en las zonas de riesgo para cortar la transmisión e implementando la ficha epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores, además de activar la confirmación de casos por nexo epidemiológico, de acuerdo con la nueva estructura de la vigilancia

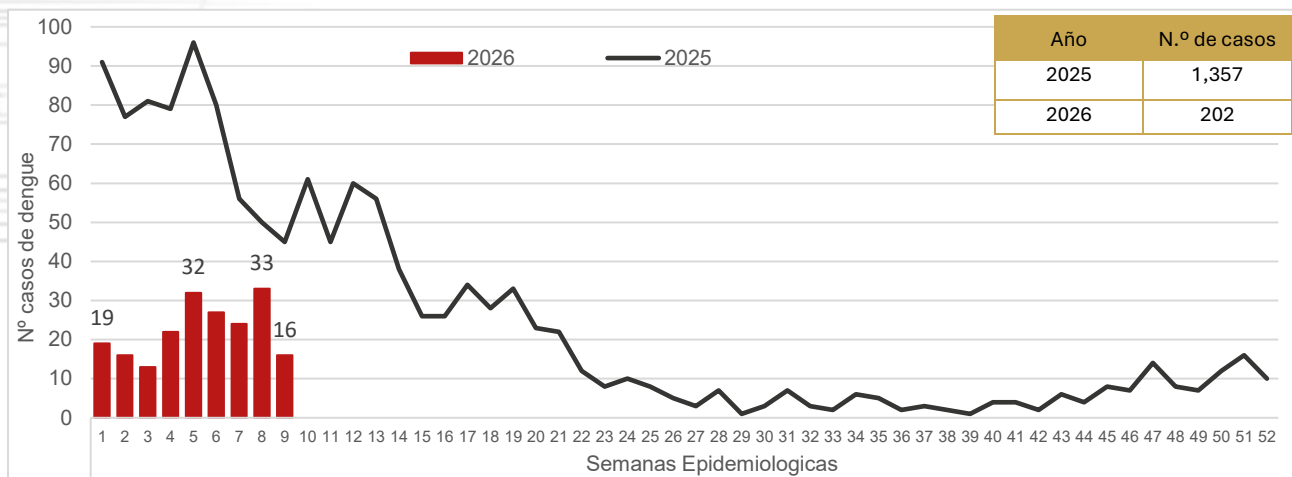
3) Control Entomológico, ejecutando acciones de destrucción de criaderos y control químico focalizado para reducir drásticamente la densidad del vector en los municipios afectados.

Estas acciones se realizan en regiones con la presencia de transmisión activa y comunitaria de casos.

Situación Epidemiológica de Dengue

Tendencia histórica

Bolivia: Curva epidémica de casos confirmados de dengue, 2025 – SE 1- 9, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La curva epidémica del Dengue en Bolivia muestra un comportamiento atípico y de menor magnitud respecto al año anterior, acumulando a la SE 09 un total de 202 casos confirmados, lo que representa apenas el 14.8% de la carga total registrada en 2025. A pesar de esta reducción cuantitativa, se observa una tendencia oscilante con un incremento gradual que alcanzó su punto máximo en la SE 08 (33 casos), seguido de un descenso a 16 casos en la presente semana.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos confirmados y fallecidos de Dengue por departamento, 2026

Departamentos	Casos confirmados	Fallecidos
Chuquisaca	1	0
La Paz	62	0
Cochabamba	0	0
Tarija	6	0
Santa Cruz	14	0
Beni	119	1
Pando	0	0
Total Bolivia	202	1

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

A diferencia de la situación observada con Chikungunya, la carga de enfermedad por Dengue se desplaza significativamente hacia la región del Beni, departamento que concentra el 58.9% de la casuística nacional y reporta el único deceso registrado en el país hasta la fecha, con una letalidad específica departamental del 0.8%. Le sigue en relevancia el departamento de La Paz (principalmente el área de los Yungas y el norte paceño), mientras que Santa Cruz muestra un comportamiento inusualmente bajo con solo 14 casos confirmados. Esta focalización en el Beni y el norte de La Paz sugiere nichos ecológicos diferenciados o una posible sustitución de nicho viral en el oriente, donde predomina Chikungunya, no obstante, la presencia de una defunción en el Beni obliga a una revisión estricta de los protocolos de manejo clínico y la vigilancia de signos de alarma en los establecimientos de primer y segundo nivel de dicha región.

**Bolivia: Distribución geoespacial y dinámica semanal de Casos de Dengue por Municipio
SE 1 – 9, 2026**

Departamento	Municipios	Semana Epidemiológica 1 – 9, 2026									TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
BENI	Guayaramerin	3	1		2	1					7
	Riberalta			1	1	1					3
	Rurrenabaque	1					1	1			3
	San Borja	12	13	6	10	17	8	8	19	4	97
	Trinidad		1	1	2	3			1	1	9
LA PAZ	Apolo						1				1
	Caranavi			1		3	4	2	3	9	22
	Ixiamas					1	1	1	3	1	7
	La Asunta				1	2	3	1			7
	Mapiri				1				1		2
	Palos Blancos			1				1	2	1	5
SANTA CRUZ	San Buenaventura	2			4	2	3	5	2		18
	Camiri				1						1
	La Guardia			1			2				3
	Montero	1	1								2
	Santa Cruz de la Sierra			1		1	2	1	1		6
	Buena Vista					1					1
	Puerto Quijarro							1			1
TARIJA	Bermejo						1				1
	Cercado Tj			1			1		1		3
	Yacuiba							1			1
	Villa Montes							1			1
CHUQUISACA	Machareti							1			1
Total Casos		19	16	13	22	32	27	24	33	16	202

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

El análisis de la dinámica geoespacial por municipio identifica focos de transmisión muy localizados, donde San Borja (Beni) se consolida como el principal epicentro nacional, aportando por sí solo el 48% del total de casos acumulados, a pesar de mostrar un descenso significativo en la SE 09 respecto a su pico en la SE 08. Por otro lado, en el departamento de La Paz, el municipio de Caranavi muestra una tendencia preocupante al alza, alcanzando su máximo registro semanal en la SE 09 con 9 casos, lo que sugiere un brote en fase de aceleración. Mientras que la mayoría de los municipios en Santa Cruz y Tarija presentan casos aislados y una dinámica estacionaria, la situación en el norte paceño y el Beni central demanda una intervención focalizada de control vectorial y un seguimiento estrecho de la curva municipal para prevenir que estos clústeres de transmisión se expandan a municipios colindantes de mayor densidad poblacional.

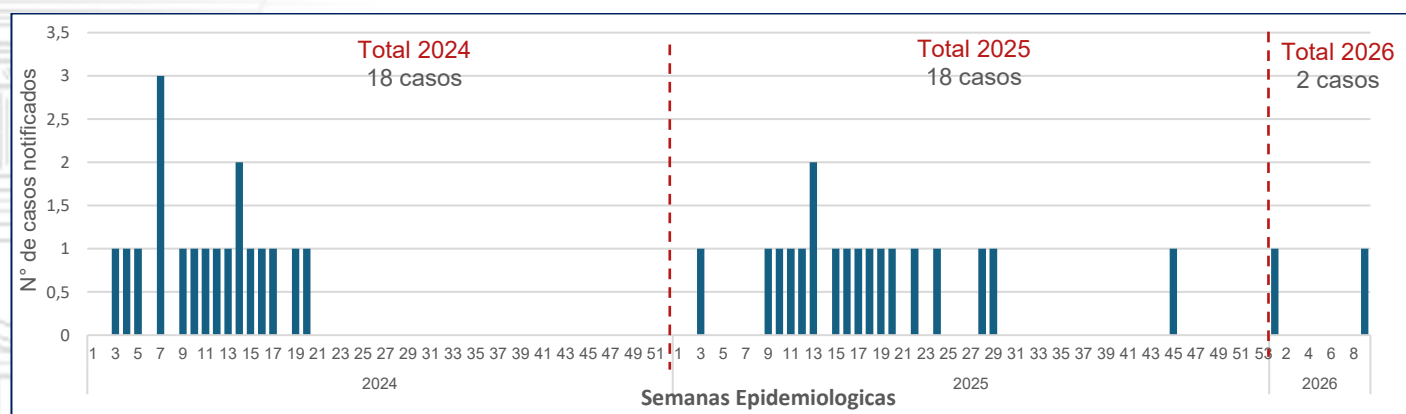
Acciones realizadas

En alineación estricta con los componentes tácticos de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI-Arbovirosis), se ha planificado y coordinado con los SEDES la ejecución de operaciones de bloqueo de focos en las áreas con notificación positiva. Esta intervención prioriza el abordaje simultáneo de los ejes de Manejo Integrado de Vectores y Vigilancia Epidemiológica, desplegando brigadas para el control químico, destrucción de criaderos y búsqueda activa de febriles, con el objetivo de interrumpir la cadena de transmisión y contener la dispersión del serotipo DENV-1, DENV-2.

Situación Epidemiológica de Mayaro

Tendencia histórica

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Mayaro, 2024 a SE 1 – 9, 2026



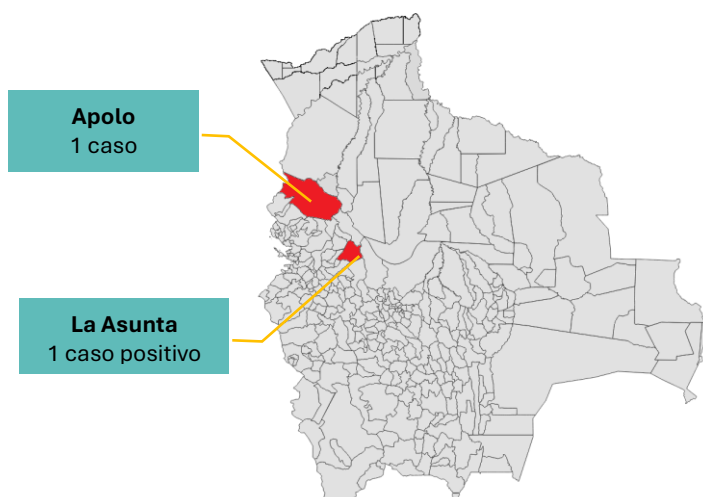
Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La vigilancia epidemiológica del virus Mayaro en Bolivia muestra un comportamiento de endemia baja con una notificación esporádica, registrando a la SE 09 un total de 2 casos confirmados, situándose dentro de los parámetros observados en los periodos homólogos de 2024 y 2025 (donde se cerró con 18 casos anuales en ambas gestiones). Los eventos detectados en la SE 01 y la SE 09 de la presente gestión refuerzan la hipótesis de una circulación viral persistente pero limitada, vinculada principalmente a zonas selváticas o de contacto rural-urbano. Dada la similitud clínica con el Dengue y Chikungunya, es fundamental mantener la capacidad de diagnóstico diferencial por laboratorio en pacientes con síndromes febriles articulares que resulten negativos para otras arbovirosis, con el fin de evitar el subregistro de este virus emergente y caracterizar mejor su distribución geográfica en las áreas endémicas del país.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Mayaro por departamento y municipio de infección, SE 1-9, 2026

Departamentos	Casos 2024	Casos 2025	Casos 2026
La Paz	16	17	2
Beni	2	1	0
Total Bolivia	18	18	2



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La distribución geoespacial del virus Mayaro en la presente gestión confirma que el departamento de La Paz continúa siendo el principal nicho ecológico de esta arbovirosis en Bolivia, concentrando el 100% de los casos reportados a la fecha. De manera específica, la detección se ha focalizado en los municipios de Apolo (1 caso) y La Asunta (1 caso), áreas caracterizadas por su ecosistema de transición amazónica y actividad agrícola-forestal, lo cual es compatible con el ciclo de transmisión selvática del vector.

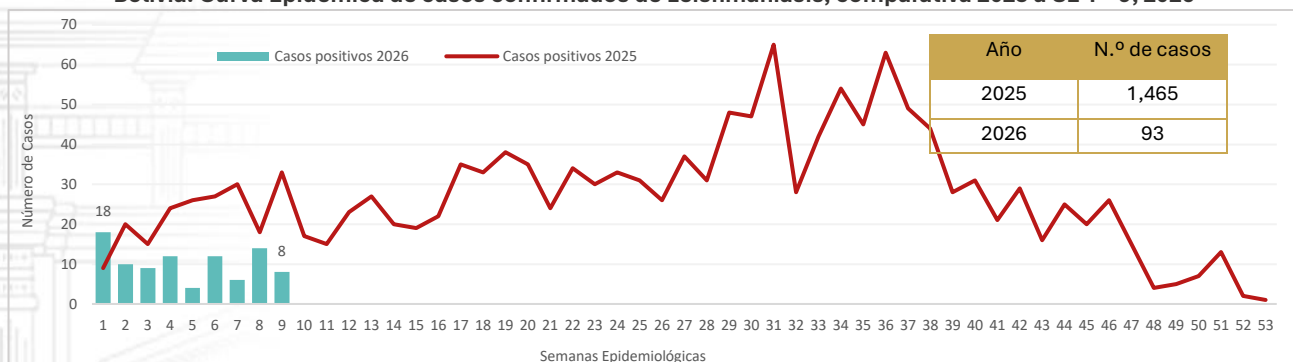
Acciones realizadas

Respecto a las medidas operativas implementadas, el Servicio Departamental de Salud La Paz realizó las investigaciones de los casos notificados para identificar antecedentes de exposición, lugar probable de infección, asimismo, realizaron búsqueda activa de casos y como medida preventiva del control vectorial se realizó la fumigación.

Situación Epidemiológica de Leishmaniasis

Tendencia histórica

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Leishmaniasis, comparativa 2025 a SE 1 – 9, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

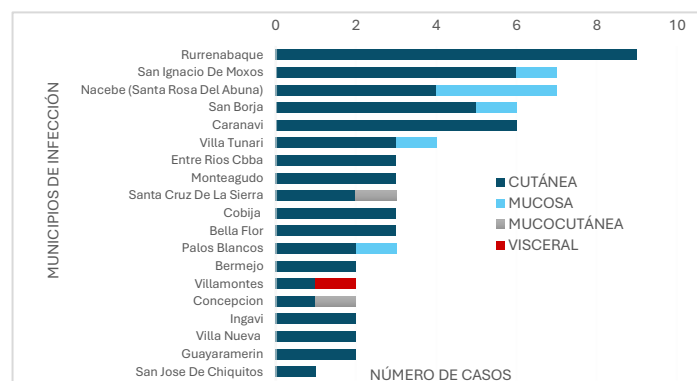
El comportamiento epidemiológico de la Leishmaniasis en Bolivia durante las primeras nueve semanas de la gestión 2026 muestra una tendencia marcadamente inferior a la registrada en el periodo homólogo de 2025, acumulando un total de 93 casos positivos frente a los 1.465 reportados en la gestión anterior. Al cierre de la SE 09, se notificaron 8 casos, manteniendo una dinámica de transmisión baja y estable que se sitúa consistentemente por debajo de la curva del año pasado.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Departamento,

Departamento	Casos
Chuquisaca	5
La Paz	13
Cochabamba	7
Potosí	0
Tarija	4
Santa Cruz	14
Beni	27
Pando	23
Total	93

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Municipio de Transmisión, SE 1-9, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La distribución territorial de la Leishmaniasis en la presente gestión identifica al departamento del Beni como el área de mayor afectación nacional con 27 casos, seguido de Pando (23 casos) y Santa Cruz (14 casos), concentrando el bloque amazónico y el oriente la mayor carga de la enfermedad. A nivel municipal, Rurrenabaque destaca como el principal foco de transmisión activa, todos en su forma cutánea. Es de especial preocupación epidemiológica la detección de un caso de Leishmaniasis Visceral en el municipio de Villa Montes (Tarija), lo cual representa un evento de importancia en salud pública que exige una vigilancia entomológica y canina intensificada en la región del Chaco. Aunque la forma cutánea predomina ampliamente en el país, la presencia de casos de forma mucosa en municipios como San Ignacio de Moxos y Palos Blancos, sumada al caso visceral mencionado, obliga a la gestión actual a garantizar el acceso a tratamientos de segunda línea y a fortalecer la capacidad diagnóstica diferencial en los niveles locales para evitar la desfiguración o letalidad asociada a estas variantes.

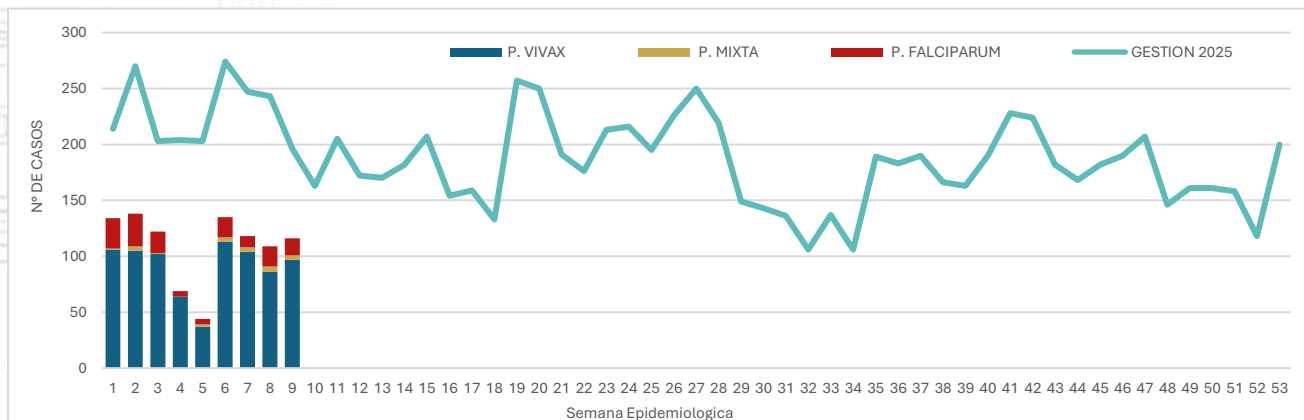
Acciones realizadas

Con el objetivo de asegurar la continuidad del tratamiento gratuito y evitar la cronificación de los cuadros, el Ministerio de Salud y Deportes prioriza la disponibilidad de fármacos en la red de servicios. En este marco, se destaca una acción administrativa crucial para la sostenibilidad del programa, se tiene programado el arribo del lote de medicamentos correspondiente a la adquisición nacional el mes de febrero. La llegada de estos insumos estratégicos permitirá fortalecer el stock de antimoniales a nivel nacional, garantizando el reabastecimiento oportuno en los SEDES y asegurando la cobertura terapéutica inmediata para el 100% de los pacientes diagnosticados durante la presente gestión.

Situación Epidemiológica de Malaria

Tendencia histórica

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Malaria, por especie parasitaria comparativa 2025 – 2026



Fuente: SEDES, Red de Salud

El comportamiento epidemiológico de la Malaria en Bolivia durante la SE 09 muestra una tendencia a la estabilidad con una magnitud significativamente menor a la registrada en la gestión 2025, situándose consistentemente por debajo de los 150 casos semanales. En la presente semana, predomina la circulación de *Plasmodium vivax*, que representa la gran mayoría de la carga parasitaria, seguida de una persistencia crítica de casos por *Plasmodium falciparum* y reportes aislados de infecciones mixtas. Aunque la curva actual se mantiene en niveles de seguridad comparativa, la identificación recurrente de *P. falciparum* en las primeras nueve semanas del año representa un desafío para la meta de eliminación, ya que esta especie está vinculada a formas más graves de la enfermedad.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Malaria según especie parasitaria por departamento y municipio, SE 1-9, 2026

SEDES	MUNICIPIO	VIVAX	FALCIPARUM	MIXTA	TOTAL
BENI	Riberalta	369	35	14	418
	Guayaramerin	143	71	6	220
	Santa rosa (bni)	12	1	0	13
	Reyes	11	0	0	11
	Trinidad	0	1	1	2
PANDO	San buenaventura	1	0	0	1
	Ixiamas	32	11	2	45
	Sena	54	19	0	73
	Puerto rico	13	1	0	14
	San lorenzo(pnd)	14	0	0	14
	Ingavi(humaita)	25	0	0	25
	Bella flor	9	0	0	9
	Eureka(santos mercado)	38	0	0	38
	Cobjija	7	2	2	11
	Nacebe(santa rosa del abuna)	21	0	0	21
	Villa nueva (loma alta)	5	1	0	6
	Puerto gonzalo moreno	18	2	0	20
	Nuevo manoa(nueva esperanza)	34	2	0	36
	Porvenir	3	0	0	3
	San pedro(pnd)	5	0	0	5
TOTAL		814	146	25	985

Fuente: SEDES, Red de Salud

La epidemiología de la Malaria en el país se concentra exclusivamente en el bloque amazónico del norte, con los departamentos de Beni y Pando aportando la totalidad de los 985 casos confirmados a la fecha. El municipio de Riberalta (Beni) emerge como el principal foco de transmisión nacional, concentrando el 42.4% de la casuística total (418 casos), seguido por Guayaramerín con 220 casos. Es de suma relevancia para la gestión actual observar que la circulación de *Plasmodium falciparum* se encuentra focalizada principalmente en el eje fronterizo Guayaramerín-Riberalta y el municipio de Sena en Pando, los cuales suman el 85% de los casos por esta especie.

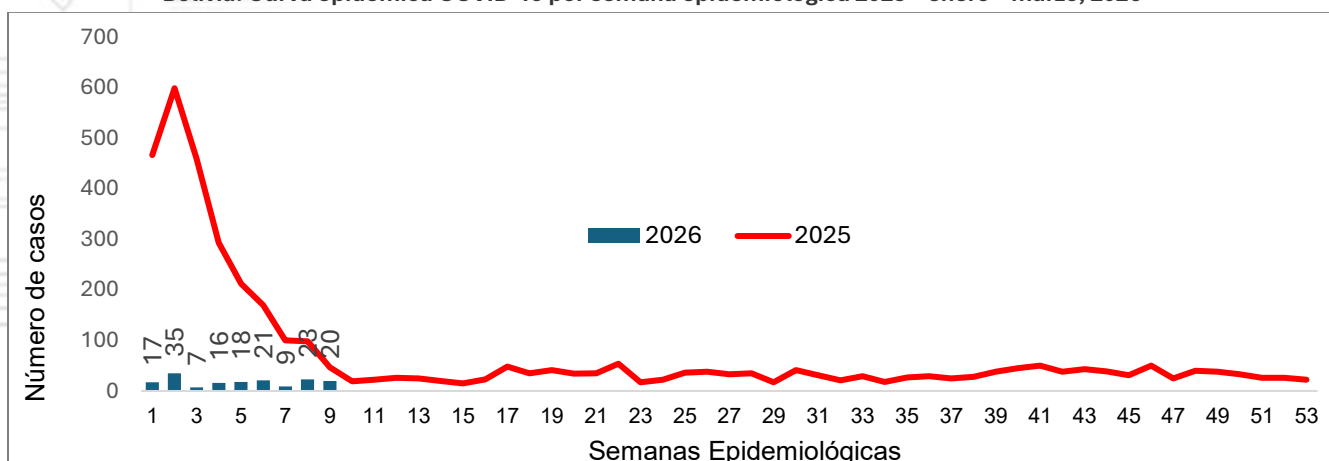
Acciones realizadas

Para reducir los casos de malaria en municipios de alta carga en Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes ha implementado acciones integrales que abarcan desde la prevención hasta el tratamiento y la respuesta ante brotes. Algunas de estas acciones incluyen:

- Diagnóstico y tratamiento: Fortalecimiento de capacidades en Diagnóstico gratuito en establecimientos de salud y comunidades, entrega de medicamentos antimaláricos sin costo, y tratamiento supervisado para *P. falciparum* en zonas urbanas y periurbanas.
- Prevención: Distribución masiva de mosquiteros impregnados con insecticida, rociado intradomiciliario, y capacitación de voluntarios comunitarios.
- Vigilancia y control: Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, monitoreo entomológico del vector, y supervisión técnica en áreas endémicas.

Situación epidemiológica de COVID-19

Bolivia: Curva epidémica COVID-19 por semana epidemiológica 2025 – enero – marzo, 2026



Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El comportamiento epidemiológico del COVID-19 en Bolivia durante el primer trimestre de la gestión 2026 se caracteriza por una estabilidad sostenida en niveles de transmisión baja, situándose drásticamente por debajo de la curva observada en el periodo homólogo de 2025. Al cierre de la SE 09, se notificaron 20 casos confirmados, manteniendo la tendencia de las últimas semanas que oscila entre los 9 y 23 casos. Esta dinámica refleja una fase de endemia controlada, con una reducción de la magnitud de los brotes estacionales de inicio de año respecto a la gestión anterior, donde se alcanzaron picos superiores a los 600 casos semanales.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución Departamental de Morbilidad y Letalidad por COVID-19
Incidencia Semanal (SE 9) y Acumulado Histórico (2020-marzo, 2026)

Departamento	CASOS CONFIRMADOS					DECESOS				
	SE 08	SE 09	Diferencia	Acumulado a la -SE 09/2026	Acumulado 2020 - SE 09- 2026	SE 08	SE 09	Diferencia	Acumulado al 09/2026	Acumulado 2020 - SE 09/2026
Chuquisaca	5	3	-2	42	459.223	0	0	0	0	1.591
La Paz	2	0	-2	2	34.669	0	0	0	0	3.166
Cochabamba	1	0	-1	2	15.464	0	0	0	0	3.275
Oruro	4	2	-2	14	227.184	0	0	0	0	1.670
Potosí	0	0	0	1	86.933	0	0	0	0	944
Tarija	0	0	0	2	91.345	0	0	0	0	1.384
Santa Cruz	11	15	4	97	229.643	0	0	0	0	9.065
Beni	0	0	0	1	48.800	0	0	0	0	999
Pando	0	0	0	5	53.546	0	0	0	0	360
Total, Bolivia	23	20	-3	166	1.246.807	0	0	0	0	22.454

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

Al cierre de la SE 09, el panorama epidemiológico del COVID-19 en Bolivia ratifica una etapa de baja incidencia con 20 casos confirmados, registrando un descenso del 13% respecto a la semana anterior. El departamento de Santa Cruz concentra la mayor actividad viral del país con el 75% de los casos semanales y el 58.4% del acumulado anual, seguido de lejos por Chuquisaca y Oruro. Es fundamental destacar que, por novena semana consecutiva, el país mantiene una mortalidad nula

por COVID-19, consolidando un escenario de control clínico y alta protección inmunológica poblacional. No obstante, al contrastar el acumulado histórico de 1.24 millones de casos y 22,454 decesos desde el inicio de la pandemia, la gestión actual debe priorizar el mantenimiento de la vigilancia centinela para detectar cualquier cambio en el patrón de severidad, especialmente en departamentos que presentan silencio epidemiológico prolongado como Potosí, Tarija, Beni y Pando.

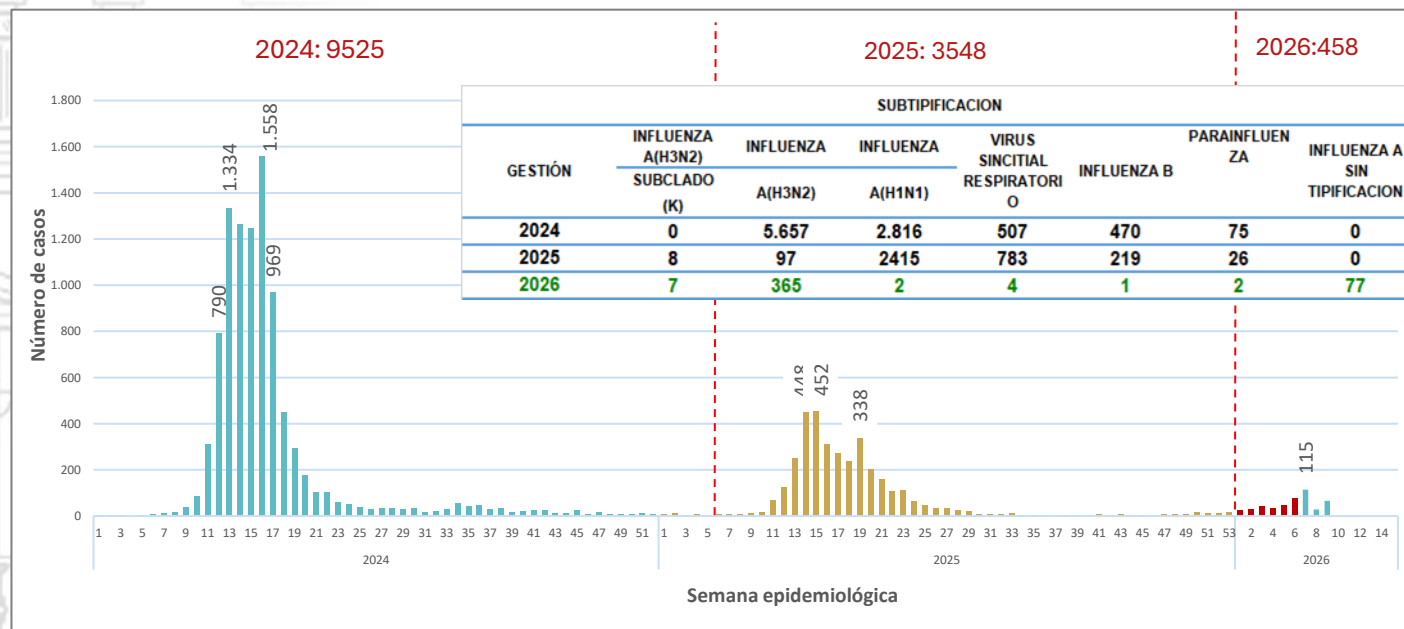
Acciones realizadas

Para la gestión de la pandemia de COVID-19 en Bolivia, se ejecuta una estrategia integral que priorizó el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y genómica a través de la Red Nacional de Laboratorios y el INLASA para el monitoreo de variantes, articulada con la implementación masiva del Plan Nacional de Vacunación como eje central de la respuesta preventiva.

Situación epidemiológica de influenza

Tendencia histórica

Bolivia, Distribución y Subtipificación de Virus Respiratorios Circulantes
Comparativo Multi-anual 2024, 2025 – marzo, SE 9/2026



Fuente: CENETROP – INLASA _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA - DGE

El perfil virológico de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) en Bolivia al cierre de la SE 09 muestra un cambio significativo en la etiología predominante, con una hegemonía marcada de la Influenza A(H3N2), la cual representa el 80% de los casos subtipificados en lo que va del año. Este comportamiento difiere drásticamente de la gestión 2025, donde predominó la Influenza A(H1N1), sugiriendo una transición hacia una cepa con potencial de mayor transmisibilidad en grupos vulnerables.

Aunque la magnitud actual de la curva respiratoria es considerablemente menor a los picos epidémicos de 2024 y 2025, se observa un incremento progresivo desde la SE 01 que alcanzó un máximo de 115 casos en la SE 07, seguido de una ligera desaceleración en las últimas dos semanas. Ante la proximidad del periodo invernal y la circulación casi exclusiva de H3N2, la gestión actual debe priorizar el fortalecimiento de la vigilancia centinela y la preparación de la campaña de vacunación estacional para mitigar el impacto de esta cepa en la red de servicios de salud.

Distribución geoespacial

Bolivia: Dinámica Semanal de Casos de Influenza por Departamento
Transición Interanual 2025 – SE 1 - 9, 2026

DEPARTAMENTO	ACUMULADO S.E. 1 - 49, 2025	S.E. 2025				SEMANA EPIDEMIOLOGICA 2026									
		50	51	52	53	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
CHUQUISACA	48	0	0	0	0	5	0	1	0	1	0	0	4	15	
LA PAZ	980	10	10	5	8	2	8	12	11	5	6	13	9	2	
COCHABAMBA	247	2	1	2	2	3	0	1	0	0	0	3	6	2	
ORURO	228	0	0	3	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	
POTOSI	229	1	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	
TARIJA	77	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SANTA CRUZ	1575	2	3	4	3	5	5	7	12	22	58	88	7	47	
BENI	75	0	0	0	0	1	1	2	3	10	6	2	0	0	
PANDO	30	0	0	0	2	7	9	18	9	4	6	9	3	0	
BOLIVIA	3.489	15	14	14	16	9	15	14	14	16	77	115	29	66	

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

La dinámica semanal de la Influenza en el territorio boliviano revela un comportamiento heterogéneo con una reactivación de la transmisión en el eje troncal y el sur del país durante la SE 9. Tras un pico nacional en la SE 7 (115 casos), se observa un nuevo repunte en la presente semana alcanzando 66 casos confirmados, impulsado principalmente por el departamento de Santa Cruz, que reporta el 71% de la casuística semanal (47 casos) y se consolida como el epicentro de la circulación viral actual. Es de especial relevancia epidemiológica el incremento brusco en Chuquisaca, que pasó de un promedio de 0 a 1 caso semanal a registrar 15 casos en la SE 9, lo que sugiere el inicio de un brote localizado. En contraste, departamentos con alta carga histórica como Pando y La Paz muestran una tendencia al descenso o estabilidad, permitiendo a la gestión actual focalizar los esfuerzos de vigilancia activa y respuesta inmediata en el oriente y los valles para contener la expansión de la enfermedad antes del descenso estacional de temperaturas.

Acciones realizadas

Se ratifica la plena vigencia para la gestión 2026 de la Alerta Epidemiológica emitida ante el riesgo de Influenza A(H3N2) subclado K, manteniendo activas las instrucciones de vigilancia intensificada en puntos de entrada y la derivación obligatoria de muestras para monitoreo genómico en INLASA y CENETROP.

Se realizó la entrega de medicamentos e insumos estratégicos al SEDES La Paz, con el objetivo de garantizar la disponibilidad de tratamiento oportuno en los establecimientos de salud del departamento.

Estas acciones contribuyen al fortalecimiento de la capacidad operativa del sistema departamental de salud y a la mejora en la respuesta ante el incremento de casos registrados en las últimas semanas.

Situación epidemiológica de IRAs y Neumonías

Tendencia histórica

Bolivia: Comparativo de Episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) por Departamento
SE 1 a 9, 2025 - 2026

Departamento	2025	2026	SE 8-2026	SE 9-2026
Chuquisaca	42.338	47.908	7.449	9.692
La Paz	121.271	127.010	20.063	21.622
Cochabamba	104.046	97.138	14.822	16.795
Oruro	35.728	35.266	5.505	5.232
Potosí	63.317	60.827	9.700	9.857
Tarija	37.329	42.037	7.149	6.970
Santa Cruz	126.555	153.944	23.202	32.437
Beni	34.000	31.739	3.825	3.283
Pando	10.751	10.800	964	841
Bolivia	575.335	606.669	92.679	106.729

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Al cierre de la SE 09, el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) en Bolivia muestra una tendencia al incremento, lo que representa un aumento del 5.4% respecto al mismo periodo de 2025. En la presente semana, se reportó un salto significativo de 106,729 nuevos casos, lo que equivale a un incremento del 15.2% en comparación con la SE 08. Este ascenso está impulsado predominantemente por el departamento de Santa Cruz, que registró un aumento abrupto del 40% semanal (32,437 episodios), seguido por el eje troncal (La Paz y Cochabamba) y Chuquisaca, que también presentan curvas ascendentes.

Bolivia: Comparativo de Episodios de Neumonías por Departamento
SE 1 a 9, 2025 - 2026

Departamento	2025	2026	SE 08-2026	SE 09-2026
Chuquisaca	845	1.143	165	215
La Paz	2.166	2.295	352	360
Cochabamba	2.730	2.700	348	399
Oruro	354	338	44	50
Potosí	477	509	76	86
Tarija	830	978	156	196
Santa Cruz	5.897	6.030	794	1.154
Beni	973	1.015	106	94
Pando	356	247	23	20
Bolivia	14.628	15.255	2.064	2.574

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

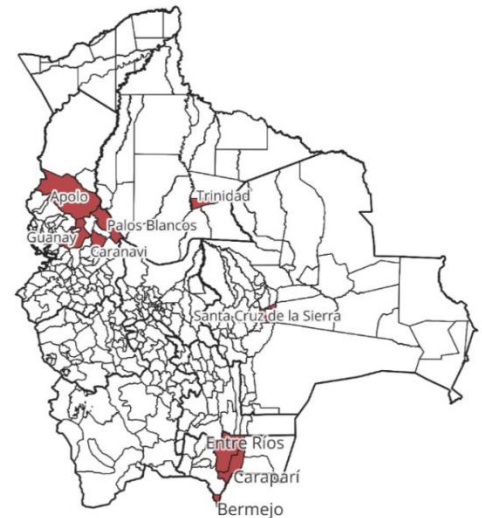
La vigilancia de Neumonías a nivel nacional revela una situación de alarma epidemiológica al cierre de la SE 9, con un total acumulado de 15,255 episodios, lo que representa un incremento del 4.3% respecto al periodo homólogo de 2025. Durante la presente semana, se registró un aumento crítico del 24.7% en la notificación de casos nuevos (2,574 episodios) en comparación con la SE 8, siendo Santa Cruz el departamento con el repunte más agudo al reportar 1,154 casos, lo que equivale a un incremento del 45% semanal.

Situación Epidemiológica de Leptospirosis

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Probables de Leptospirosis por Municipio (SE 1- 9, 2026)

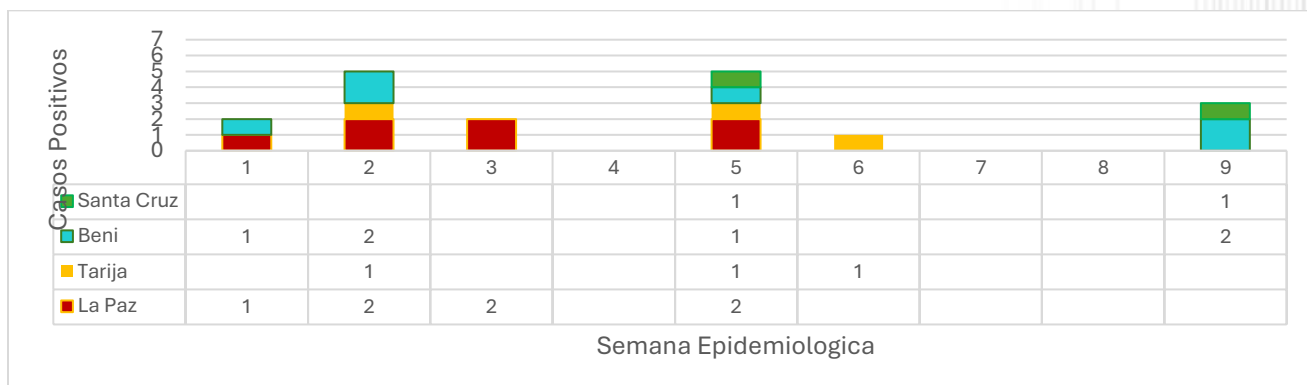
Departamento	Municipio	Casos 2026 SE 1- 9	Decesos 2026 SE 1- 9
Tarija	Entre Ríos	1	
	Bermejo	1	
	Carapari	1	
La Paz	Apolo	3	
	Caranavi	1	
	Palos Blancos	1	
	Guanay	2	1
Beni	Trinidad	5	
	San Ignacio de Velasco	1	
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	2	
Bolivia		18	1



Fuente: SEDES – CENETROP

La vigilancia epidemiológica de Leptospirosis en Bolivia reporta, al cierre de la SE 9, un total de 18 casos probables y un deceso, concentrando la casuística en regiones con alta pluviosidad y ecosistemas amazónicos o de valles. El departamento del Beni, específicamente el municipio de Trinidad, presenta la mayor frecuencia con 5 casos, seguido de La Paz con 7 casos distribuidos principalmente en el norte paceño (Apolo, Guanay, Caranavi y Palos Blancos). Es de especial preocupación para la gestión actual el registro de una defunción en el municipio de Guanay, lo que evidencia la letalidad potencial de esta patología cuando el diagnóstico es tardío.

Bolivia: Casos Positivos de Leptospirosis por departamento según SE 1- 9, 2026



Fuente: SEDES – CENETROP



Acciones realizadas

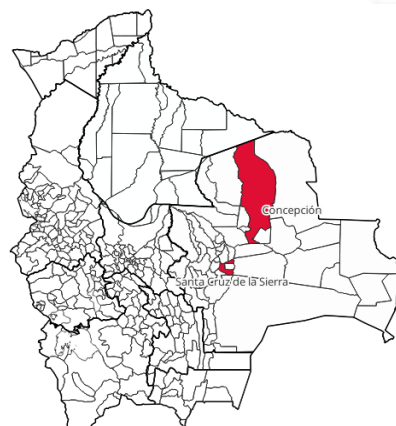
Se intensifica la vigilancia epidemiológica en coordinación con el SEDES, Gerencias de Red de Salud y con búsqueda activa de casos, investigación de campo y notificación inmediata; se fortalece el control de focos y la educación sanitaria en áreas con transmisión; y se priorizó, la referencia oportuna y el manejo intensivo de pacientes. Paralelamente, se trabaja en un plan de acción para enfermedades transmitidas por roedores para su aplicación en el departamento de La Paz. Se plantea un taller con laboratorio CENETROP/INLASA para la estructura y flujo de información por leptospirosis.

Situación de Rabia Canina

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Rabia Canina por Municipio SE 1- 9, 2026

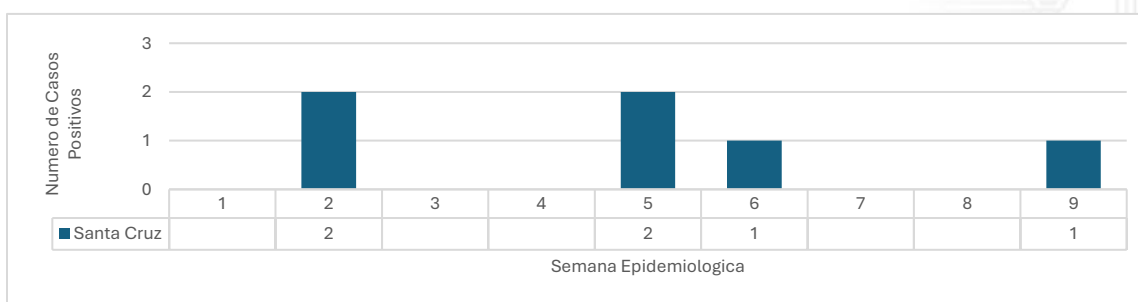
Departamento	Municipio	Casos 2026 SE 1- 9
Santa Cruz	Concepción	5
	Santa Cruz de la Sierra	1
Bolivia		6



Fuente: SEDES – UNALAB SC

La situación epidemiológica de la Rabia Canina en Bolivia al cierre de la SE 9 identifica un foco crítico de circulación viral localizado exclusivamente en el departamento de Santa Cruz, el cual reporta el 100% de los casos confirmados a nivel nacional. La dinámica espacial revela que el municipio de Concepción actúa como el epicentro del brote con 5 casos registrados, mientras que el municipio de Santa Cruz de la Sierra reporta un caso aislado. Esta focalización en la Chiquitanía representa un riesgo elevado de transmisión humana, lo que obliga a la gestión actual a implementar de manera inmediata campañas de vacunación de foco y perifoco, además de fortalecer el control de poblaciones caninas en situación de calle. Asimismo, es imperativo garantizar el stock de suero y vacunas antirrábicas humanas en la red de servicios de salud de la zona para asegurar la profilaxis post-exposición ante cualquier contacto sospechoso.

Bolivia: Casos positivos de Rabia canina por departamento según SE 1- 9, 2026



Fuente: SEDES – UNALAB SC

Acciones realizadas

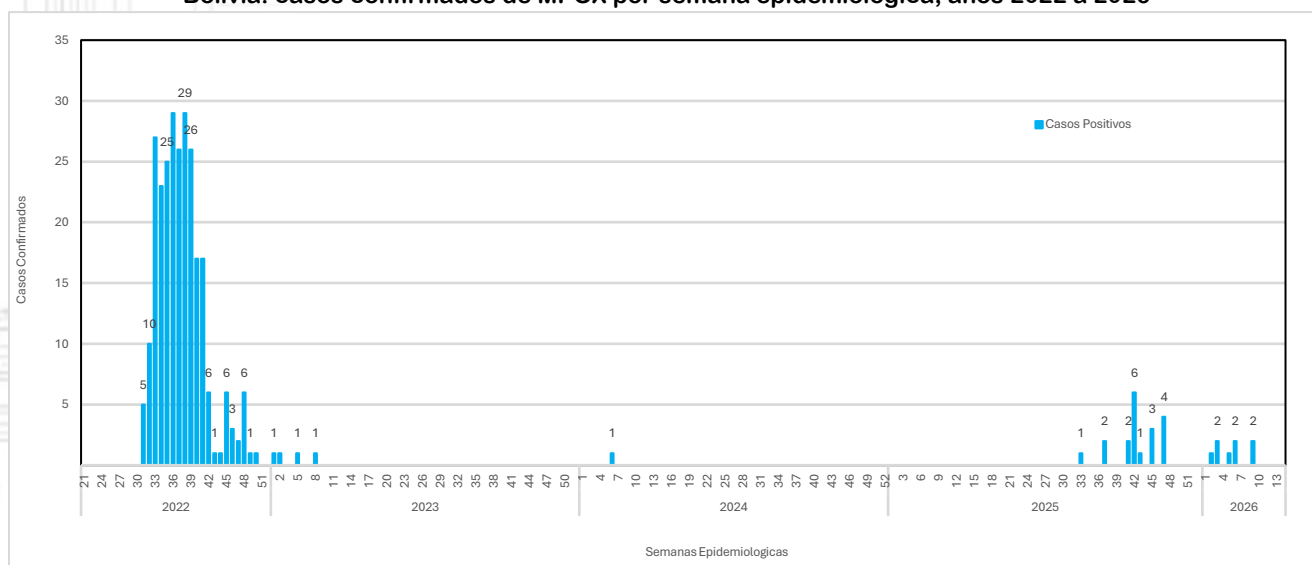
El PNEZOyP realiza la coordinación operativa con el SEDES, se ejecutó bloqueo epidemiológico con investigación de foco y georreferenciación de casos, vacunación antirrábica en área de brote, rastillaje casa a casa para identificar animales no vacunados, fortalecimiento de la vigilancia integrada y garantía de profilaxis post exposición en personas agredidas, comunicación de riesgo y coordinación intersectorial para asegurar el control de la circulación del virus rábico en las zonas afectadas. En el marco del plan integral de intervención se realizará el fortalecimiento para alcanzar coberturas óptimas en áreas que desprotegidas y realizar la vacunación casa por casa.

Situación epidemiológica de MPOX (VIRUELA SÍMICA)

Información de casos notificados de MPOX de Viruela Símica hasta la SE 9

La dinámica epidemiológica de MPOX en Bolivia durante las primeras nueve semanas de 2026 refleja una fase de transmisión persistente pero de baja intensidad, con una magnitud significativamente menor a la emergencia observada en 2022. Al cierre de la SE 9, se reporta un acumulado anual de 8 casos confirmados, manteniendo una media de 1 a 2 casos por semana, lo cual representa una continuidad del patrón de goteo iniciado en el segundo semestre de 2025. Aunque la curva actual se encuentra lejos de los picos históricos de 29 casos semanales registrados en el primer brote, la detección ininterrumpida de casos en lo que va del año sugiere que la transmisión comunitaria no se ha cortado totalmente. Por tanto, la gestión actual debe mantener activos los protocolos de detección en centros de referencia, priorizando el diagnóstico oportuno y el rastreo de contactos para evitar una aceleración en la curva de contagios y consolidar el control de este evento de importancia internacional.

Bolivia: casos confirmados de MPOX por semana epidemiológica, años 2022 a 2026



Fuente: Reportes de laboratorio CENETROP

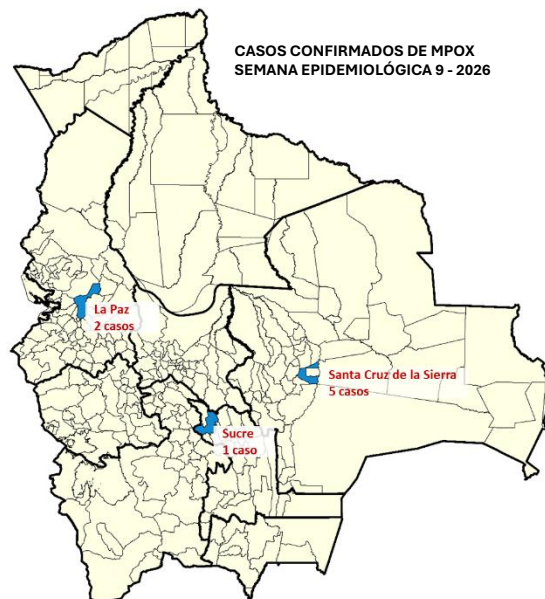
La distribución espacial de los 8 casos confirmados de MPOX en la gestión 2026 identifica una concentración de la transmisión en el eje central y el sur del país, con Santa Cruz (5 casos) como el principal foco, seguido de La Paz (2 casos) y Chuquisaca (1 caso). El análisis demográfico revela que la totalidad de los afectados son adultos jóvenes y medios, con un rango de edad entre los 24 y 47 años, lo cual coincide con el perfil epidemiológico histórico de mayor exposición. Es relevante destacar que en la SE 9 se confirmaron dos nuevos casos mediante pruebas de PCR en tiempo real, uno en el municipio de La Paz (notificado por el Centro Comunitario La Paz) y el primer caso del año en Sucre (notificado por el CDVIR Chuquisaca), ambos reportados el 9 de marzo. Esta dispersión hacia nuevas capitales departamentales en la última semana epidemiológica obliga a la gestión actual a intensificar la capacitación en diagnóstico clínico diferencial en los centros de salud de primer nivel y a fortalecer las acciones de vigilancia en poblaciones clave para contener la formación de nuevos clústeres de transmisión.

Bolivia: Tabla comparativa de casos confirmados de MPOX, años 2022, 2023, 2024, 2025 y parcial 2026, por departamentos

Departamento	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Santa Cruz	234	4	1	19	5	263
Cochabamba	15					15
La Paz	9				2	11
Oruro	1					1
Chuquisaca	1				1	2
Potosí	1					1
Tarija						0
Beni						0
Pando						0
Total Bolivia	261	4	1	19	8	293

Fuente: Reportes de laboratorio CENETROP

Todos los casos confirmados en el año 2026, tienen residencia municipio de Santa Cruz de la Sierra con 5 casos, 2 en La Paz y 1 en Sucre.



Bolivia: Casos confirmados en la gestión 2026

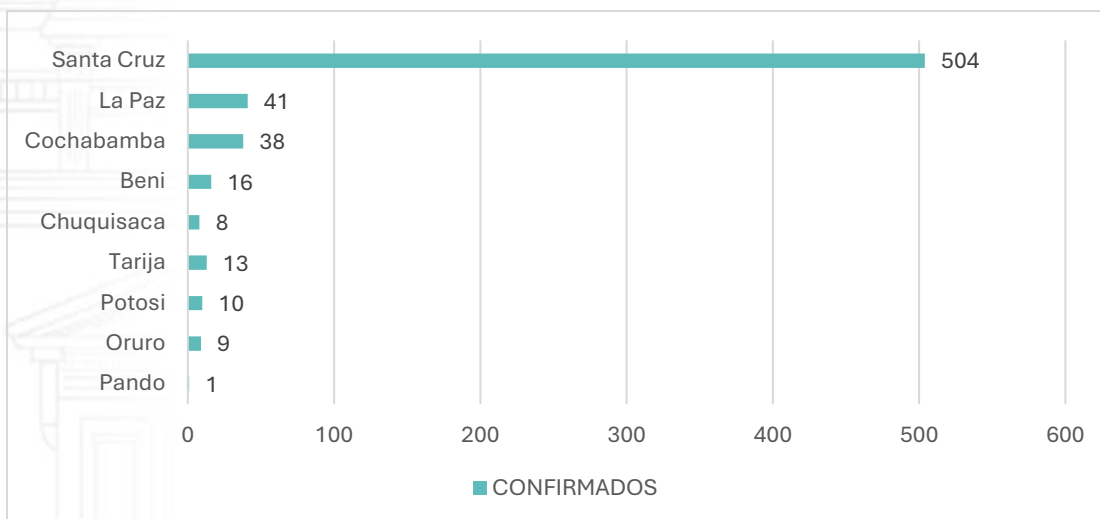
N°	Laboratorio	Sem-Epid	Edad	Departamento	Municipio	Establecimiento de Salud Notificador	Fecha de Reporte	Resultado PCR Tiempo Real Virus "Viruela del Mono"
1	CENETROP	2	47 Años	Santa Cruz	Santa Cruz De La Sierra	CNS-Hospital Obrero N°3	14/1/26	Positivo
2	CENETROP	3	26 Años	Santa Cruz	Santa Cruz De La Sierra	Clínica PROSALUD	24/1/26	Positivo
3	CENETROP	3	25 Años	Santa Cruz	Santa Cruz De La Sierra	C.S. San Carlos	30/1/26	Positivo
4	CENETROP	6	28 Años	Santa Cruz	Santa Cruz De La Sierra	C.S. San Carlos	11/2/26	Positivo
5	CENETROP	6	32 Años	Santa Cruz	Santa Cruz De La Sierra	C.S. Pochola Trapero	13/2/26	Positivo
6	INLASA	5	24 Años	La Paz	La Paz	Centro Comunitario La Paz	4/2/26	Positivo
7	INLASA	9	31 Años	La Paz	La Paz	Centro Comunitario La Paz	9/3/26	Positivo
8	CENETROP	9	31 Años	Chuquisaca	Sucre	CDVIR Sucre	9/3/26	Positivo

Fuente: Reportes de laboratorio CENETROP

Situación epidemiológica de Sarampión

Distribución de casos

Bolivia: Casos confirmados de Sarampión por departamento, 2025-2026



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

La distribución de casos mantiene la tendencia observada hasta el momento donde la concentración de casos confirmados en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, el departamento de La Paz no confirmó nuevos casos y el departamento de Cochabamba confirmó un nuevo caso, estos tres departamentos liderizan la notificación de casos confirmados en el país.

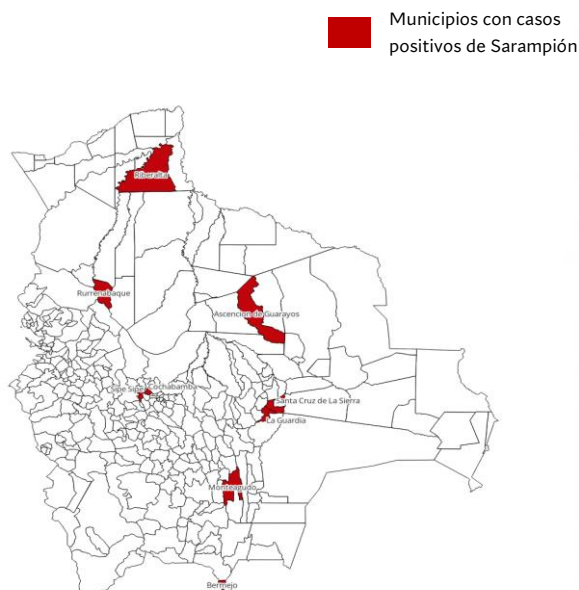
Bolivia: Notificación de casos sospechosos y positivos de sarampión por semana epidemiológica, 2025 - 2026



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

Se han confirmado casos continuamente desde la semana epidemiológica 16, de igual manera en esta semana epidemiológica se confirmó un caso positivo de 5 sospechosos, empero hay que tomar en cuenta que estas cifras pueden ser variar debido a que la evaluación epidemiológica se lleva a cabo en torno a la fecha de exantema y no a la fecha de inicio de síntomas o la fecha de notificación.

Distribución geoespacial



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

En lo que va del año, se han notificado un total de 9 municipios con casos, la última semana epidemiológica se sumaron Riberalta y Ascención de Guarayos del departamento del Beni y de Santa Cruz respectivamente

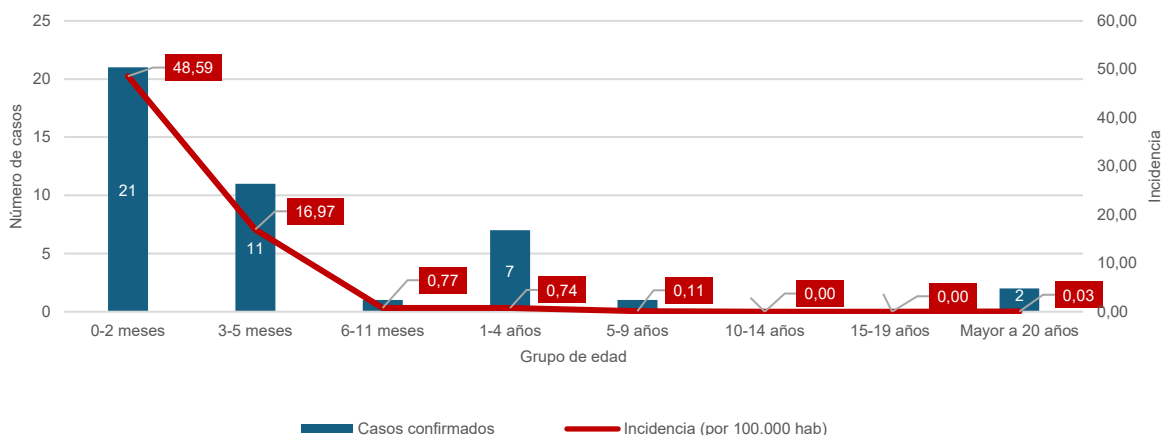
Acciones realizadas

Se dio inicio a la campaña de vacunación que considera todo el país pero se focaliza en Santa Cruz, principalmente en la ciudad.

Se realiza el seguimiento permanente a cada uno de los departamentos para garantizar el adecuado cumplimiento de las disposiciones nacionales que se encuentran en permanente actualización

Situación epidemiológica de la Tosferina

Bolivia: Incidencia de casos confirmados de Tosferina, por grupo etario, 2026



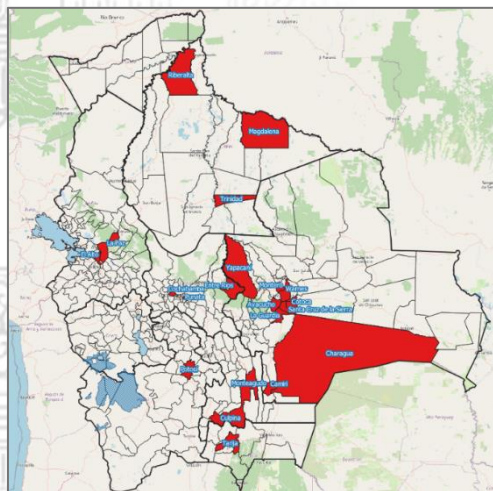
Fuente: Programa Ampliado de Inmunización, consolidado de notificaciones departamentales.

El perfil epidemiológico de la Tosferina en Bolivia durante la presente gestión revela una concentración crítica de la enfermedad en la población infantil menor de cinco años, con una vulnerabilidad extrema en los lactantes.

Al cierre de la SE 9, el grupo de 0 a 2 meses presenta la carga de morbilidad más alta con 21 casos y una tasa de incidencia alarmante de 48.59 por cada 100,000 habitantes, seguido por el grupo de 3 a 5 meses con 11 casos. Esta distribución evidencia que el mayor riesgo se focaliza en niños que aún no han completado el esquema primario de vacunación (pentavalente), lo que sugiere una posible brecha en la inmunidad materna o una circulación bacteriana activa en los contactos cercanos.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos confirmados de Tosferina, 2026



Los casos confirmados de tosferina se distribuyen en los departamentos de Santa Cruz (18), Beni (14), Cochabamba (4), La Paz (2), Potosí (2), Chuquisaca (2) y Tarija (1), abarcando 21 municipios hasta la Semana Epidemiológica 09 de la gestión 2026.

En relación con la semana anterior, se registra un incremento de 6 casos confirmados, correspondientes a Beni (5) y Santa Cruz (1). Este comportamiento evidencia la persistencia de la transmisión y una tendencia ascendente sostenida, principalmente en los departamentos con mayor carga acumulada, mientras que en el resto del país la situación se mantiene sin variaciones significativas.

Fuente: Programa Ampliado de Inmunización, consolidado de notificaciones departamentales.

Acciones realizadas

En este contexto, se mantiene el monitoreo permanente de la situación epidemiológica y el seguimiento continuo de indicadores, así como el fortalecimiento de las coberturas de vacunación en menores de un año, con el objetivo de reducir la población susceptible y prevenir la ocurrencia de casos graves y defunciones.



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional

Dirección General de Epidemiología

Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental

Unidad de Prevención y Control de Enfermedades

Contacto e información:

Dirección General de Epidemiología

Calle Fernando Guachalla entre Av. 6 de agosto y 20 de octubre No 342,

Edificio Víctor piso 4, Sopocachi

La Paz - Bolivia

Canales digitales:

Portal web institucional: www.minsalud.gob.bo

Facebook: [/SaludDeportesBo](https://www.facebook.com/SaludDeportesBo)

NOTA TÉCNICA Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: La información contenida en este Boletín Epidemiológico Semanal proviene de la notificación oficial de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), las redes de servicios de salud al Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Los datos presentados son de carácter provisional y están sujetos a rectificación, ajuste o actualización retrospectiva conforme avanza la investigación epidemiológica de los casos y la consolidación de la información. Este documento tiene como fin orientar la toma de decisiones en salud pública. Se autoriza su reproducción total o parcial citando la fuente institucional.