



**MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES**

# **BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO**

**Semana Epidemiológica N° 13 | 2026**  
29 de marzo al 4 de abril



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

**Dirección General de Epidemiología**

## Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Dirección General de Epidemiología, pone a disposición el presente reporte técnico correspondiente a la Semana Epidemiológica 13 (del 29 de marzo al 4 de abril de 2026).

Nuestra vigilancia sanitaria nacional evidencia actualmente una transición crítica, mientras consolidamos la desescalada de brotes vectoriales asociados a la finalización de la época de lluvias, enfrentamos simultáneamente un adelantamiento atípico del perfil de riesgo pre-invernal.

Validamos un escenario de baja transmisión para Dengue, con una reducción significativa frente a 2025 al acumular solo 341 casos. En contraste, la Chikungunya presenta una franca desescalada desde su pico en la SE 6, aunque la elevada morbilidad acumulada de 8.155 casos exige mantener el rigor operativo en el departamento de Santa Cruz.

Por su parte, la Malaria se mantiene en niveles de contención exitosa por debajo de los umbrales de alarma históricos.

Los virus respiratorios y Neumonías representan el mayor desafío operativo actual debido a un cambio abrupto en el patrón estacional, marcado por la predominancia absoluta de Influenza A(H3N2). Este dinamismo se refleja en un incremento del 4,4% en la carga acumulada de Neumonías (25.492 episodios), lo que obliga a fortalecer la capacidad resolutoria del sistema de salud ante el inicio del periodo frío.

Zoonosis y Eventos de Alta Letalidad, mantienen alertas máximas ante un escenario de alta letalidad por Hantavirus (5 decesos) y la detección de actividad de Fiebre Hemorrágica en Teoponte. Asimismo, la vigilancia de Leptospirosis reporta un deceso crítico en Guanay vinculado a comorbilidades crónicas.

Reforzamos las estrategias del PAI frente al goteo persistente de Sarampión y la focalización de Tosferina en lactantes menores de 6 meses (55 casos confirmados). Finalmente, la COVID-19 y MPOX mantienen una circulación mínima y controlada o patrones de transmisión esporádicos.

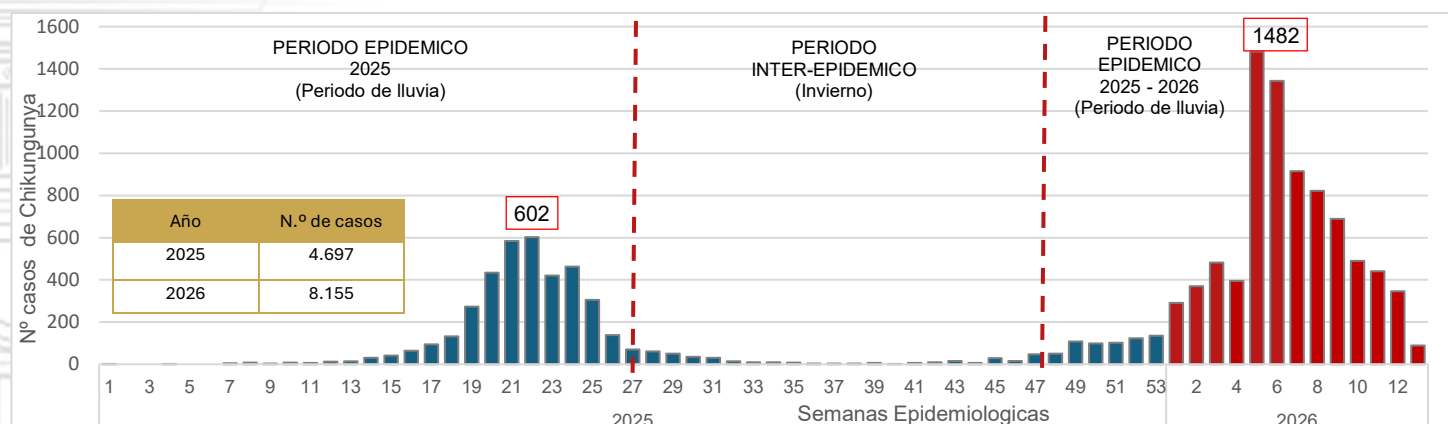
Reafirmamos nuestro compromiso con la gestión sanitaria basada en evidencia. Estas directrices técnicas permiten a los SEDES y al personal de salud optimizar la toma de decisiones estratégicas, priorizando la intervención en las áreas de mayor vulnerabilidad y riesgo vital de nuestro territorio.

¡Bienvenida y bienvenidos!

# Situación Epidemiológica de Chikungunya

## Tendencia histórica

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



Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

Durante la presente gestión 2026, el comportamiento epidemiológico del Chikungunya en Bolivia muestra una magnitud significativamente superior a la registrada en el periodo anterior, acumulando a la SE 13 un total de 8.155 casos, lo que representa un incremento del 73,6% respecto al total de 2025 (4.697 casos).

## Distribución geoespacial

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

Departamentos	Casos confirmados	Fallecidos
Chuquisaca	483	0
La Paz	111	0
Cochabamba	804	0
Potosí	51	0
Tarija	1048	0
Santa Cruz	5417	7
Beni	193	0
Pando	48	0
<b>Total Bolivia</b>	<b>8.155</b>	<b>7</b>

Bolivia: Decesos por Chikungunya según departamento y municipio, 2026

DEPTO.	MUNICIPIO	EDAD (años)	S.E. DE DECESO	SEXO	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	56	6	Femenino	CNS
		78	6	Masculino	CNS
		52	5	Masculino	Clinica Metropolitana Las Américas
		78	7	Masculino	Los Tusequis
		92	7	Masculino	Clínica Brasil
		70	7	Masculino	IOOB (Oncológico)
		57	8	Masculino	HSJDD

Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

A la Semana Epidemiológica 13, la distribución geográfica del Chikungunya revela una concentración crítica en el departamento de Santa Cruz, que con 5.417 casos representa el 66,4% de la carga nacional, siendo además el único departamento que reporta decesos en la gestión actual. El análisis de la mortalidad registra 7 fallecidos, todos localizados en el municipio de Santa Cruz de la Sierra, con una letalidad focalizada del 0,13% en dicha región, destaca que el 100% de los decesos se produjo entre las SE 5 y SE 8, coincidiendo con el pico de la curva epidémica. La caracterización de las víctimas muestra un predominio del sexo masculino y una vulnerabilidad acentuada en adultos mayores (promedio de edad de 69 años), lo que señala fallas en la oportunidad de atención o comorbilidades no controladas en este grupo etario.

Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por Municipio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semana Epidemiológica 1 – 13, 2026													TOTAL	Incidencia por 10.000 hab.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
SANTA CRUZ	Buena Vista		2	1		1		1	1		1				7	2,2
	Cabezas						10	6	4	4					24	7,3
	Camiri	1	1		1	12	19	2	10	23	26	14	8		117	29,8
	Charagua					2	6	4		1		1			14	4,6
	Concepcion	1	3	7	3	17	16	3	2						52	4,9
	Cotoca	1	1			4	6	2	8		8	2			32	18,6
	El Puente					13	7	2	2						24	4,3
	El Torno	8	11	39	16	75	75	51	46	7	4	2	1		335	208,8
	General Saavedra	2	6	8	10	29	19	7	3						84	5,7
	La Guardia	31	38	70	31	177	104	77	28		2	1		1	560	947,5
	Lagunillas				1										1	0,4
	Mineros		1	1						1					3	0,2
	Montero	11	14	17	13	74	62	42	5	4	2	1		1	246	234,1
	Okinawa						1								1	0,2
	Pailon		3	11	2	18	12	7	10	5	3	7	1		79	81,9
	Pampa Grande												1		1	1,0
	Porongo	2	1	1	2	4	6	7	2	3					28	13,5
	Portachuelo		1			1	3								5	4,2
	Samaipata		1		1	4	3	5	3	11	4	1			33	17,4
	San Carlos			4	5	15	9	8	11	3	2	5	1		63	9,3
	San Ignacio de Velasco	1					2	1	1	4	1				10	2,4
	San Jose de Chiquitos			2	2	10	7		1						22	21,6
	San Juan de Yapacani			1	1					2					4	0,9
	San Julian	28	52	37	11	109	30	11	18	24	12	11	2		345	225,0
	San Matias					1	1			2					4	2,6
	San Pedro			1		6	16	4	1						28	0,2
	Santa Cruz de la Sierra	116	171	207	275	686	612	419	294	75	46	46	34	11	2992	1742,4
	Vallegrande						3	1	1	1	2	1			9	0,6
	Warnes	8	9	11	4	21	21	8	9	20	10	9	7	1	138	23,9
	Yapacani	19	14	6	2	11	3	3	2		2		1		63	49,5
	Mairana						5	6	7	1		1			20	15,7
	Pampagrande						2	1							3	1,3
	Puerto Quijarro					3	1	3	12	6	10	8	2		45	25,2
Comarapa					1		1	1						3	1,8	
Ascension de Guarayos								3						3	0,9	
San Rafael							1					1		2	2,3	
Santa Rosa								2						2	1,1	
Trigal								1	2	1				4	16,9	
San Miguel de Velasco									1	2	4	2		9	5,9	
San Javier										1				1	0,6	
Moro Moro											1			1	3,4	
TARIJA	Bermejo	1	5	9	1	50	87	23	3	3	9	1	1	193	52,2	
	Carapari					1	8	3	5	3	2			22	14,1	
	Cercado Tar					2	5	5	11	31	12	2	3	71	3,0	
	Padcaya						1		1	1				3	1,7	
	Villa Montes					6	13	6	30	56	35	43	17	1	207	45,0
	Yacuiba	1	2	8	1	25	48	37	93	119	102	81	32	2	551	56,5
	Entre Rios Tj								1						1	0,5
POTOSI	Betanzos						22	7		1	16	5		51	16,1	

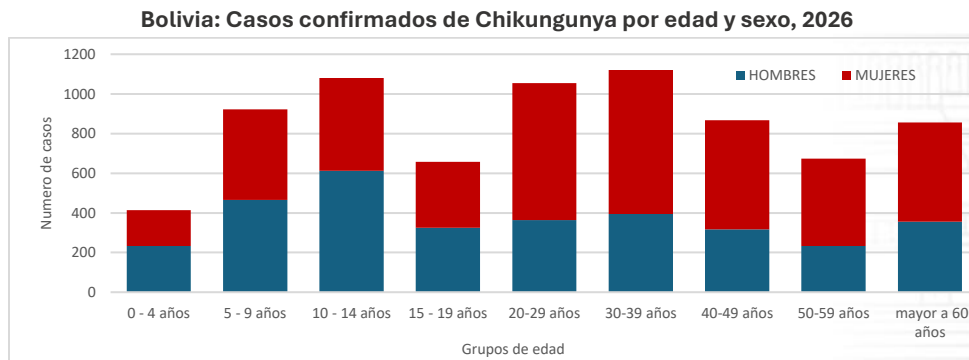
Fuente: SEDES\_ Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por Municipio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semana Epidemiológica 1 – 13, 2026													TOTAL	Incidencia por 10.000 hab.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
BENI	Magdalena							1	1	2	1				5	3,9
	Riberalta		1	1		4	2	3	4	3	9	7	7	1	42	3,9
	San Andres			2		2	2	4	3	6	1				20	12,8
	San Borja	1									2				3	0,7
	Trinidad	2	3	1		6	6	10	4	19	9	16	33	5	114	9,2
	Guayaramerin								1	1	3		2		7	1,7
	San Jaquin									1					1	1,5
	San Javier													1	1	0,6
CHUQUISACA	Huacaya					1			3	6	2	4	11		27	106,0
	Machareti			3	2	8		2	3	9	9	11	10	1	58	80,1
	Monteagudo	1		2		9		6	24	38	28	34	34	6	182	74,3
	Muyupampa			1	1	2	2	9	13	14	9	6	2	4	63	47,7
	Sucre					10	6	2	17	22	14	12	14	12	109	3,7
	Poroma						1				1				2	1,5
	Sopachuy								1				4	1	6	8,7
	Tomina								1						1	1,2
	Yamparaez								1	3	3	3	1	5	16	18,7
	Huacareta									3	3	1			7	9,7
	Tarabuco									1					1	0,8
	El Villar										1	5	1	1	8	14,2
	San Lucas											1			1	0,4
	Villa Serrano											1			1	1,1
	Villa Abecia													1	1	1,7
	COCHABAMBA	Aiquile					6	8	4	5	5	3	5	4		40
Capinota		1				5	15	11	21	20	9	15	7	2	106	54,9
Cercado Cbba			2		1	3	2	12	22	25	16	23	28	4	138	2,1
Chimore				2		2		4	5	5	2				20	7,3
Entre Rios Cbba		14	10	3	1	1			1	1		1	1		33	7,2
Mizque							1	8	16	16	16	9	24	11	101	50,9
Puerto Villarroel		34	9	19	2	18	9	12	5	10	1	5	3		127	19,7
Quillacollo							4	5	4	14	5	3		1	36	2,2
Shinahota			1	1	3	5	1		2	2	1	1			17	6,3
Sipe Sipe					1	1	13	5	8	20	10	4	20	4	86	15,5
Tiquipaya						1				1			2		4	0,6
Villa Tunari		7	7	6	1	6	10	6	2	1	2	4	1		53	5,5
Vinto							1		1	3		2			7	5,2
Sacaba								1	1	1	1	1			5	0,2
Pasorapa									1						1	1,5
Omereque										6		13	10		29	43,4
Arque									1						1	0,9
LA PAZ	Cajuata				1	9	11	36	5	2	1				65	42,0
	La Asunta					2	1		2		2	1			8	1,8
	Caranavi		1								1				2	0,3
	Apolo					1						1			2	1,1
	Coroico							1							1	0,4
	Irupana							4	2	8	5				19	8,2
	Alto Beni								1						1	1,0
	Palos Blancos						1								1	0,4
	Teoponte							1	2		1				4	3,0
	Chulumani								1	1	1	1			4	2,2
	Coripata									1					1	0,4
	Guanay										1	1			2	1,2
	Tipuani												1		1	1,3
PANDO	Cobija					1		4	5	6	2	3	12	12	45	8,3
	Nueva Esperanza					1									1	7,2
	Sena						2								2	1,9
<b>TOTAL</b>	<b>291</b>	<b>370</b>	<b>482</b>	<b>395</b>	<b>1482</b>	<b>1343</b>	<b>915</b>	<b>822</b>	<b>689</b>	<b>490</b>	<b>441</b>	<b>346</b>	<b>89</b>	<b>8155</b>	<b>13,2</b>	

Fuente: SEDES\_ Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

## Distribución demográfica



Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

El perfil demográfico de los casos confirmados de Chikungunya al cierre de la SE 13 muestra una mayor susceptibilidad en la población femenina, la cual predomina en casi todos los grupos etarios, particularmente en las edades productivas y reproductivas. Se observa una concentración bimodal de la enfermedad: el primer pico afecta a la población escolar y adolescente (10 a 14 años) con más de 1,000 casos, mientras que el volumen más crítico de infección se registra en adultos de 30 a 39 años, alcanzando el punto máximo de la distribución. Es notable la desproporción de género en los rangos de 20 a 59 años, donde la incidencia en mujeres supera ampliamente a la de los hombres, lo que podría estar asociado a factores de exposición en el entorno domiciliario durante las horas de mayor actividad del vector.

## Acciones realizadas

Ante la dinámica de la curva epidémica en la presente gestión, el nivel nacional, a través de la Dirección General de Epidemiología, ha consolidado la coordinación operativa con los nueve SEDES del país. Se ha establecido un mando unificado y salas de situación activas para la contención del brote y la toma de decisiones basada en evidencia. Esta articulación prioriza el despliegue estratégico de brigadas de respuesta rápida y personal técnico para intervenir de manera concurrente en los siguientes ejes críticos de la EGI:

**Gestión y Organización de la Red de Servicios (Atención Clínica):** Garantizando la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel mediante la capacitación continua del personal médico en el diagnóstico diferencial temprano, la clasificación clínica, y el manejo estandarizado de fluidos y del dolor. El objetivo central es evitar formas graves de la enfermedad, prevenir la saturación hospitalaria y mantener en cero la letalidad prevenible.

**Vigilancia Epidemiológica y Laboratorial:** Intensificando la búsqueda activa de febriles en zonas de alto riesgo para cortar oportunamente la cadena de transmisión. Se ha implementado la nueva ficha epidemiológica integrada de enfermedades transmitidas por vectores y se ha oficializado la confirmación de casos por nexos epidemiológicos en áreas con brotes declarados, optimizando la capacidad de respuesta. Simultáneamente, se fortalece la red de laboratorios para el monitoreo virológico continuo y la detección de casos atípicos o graves.

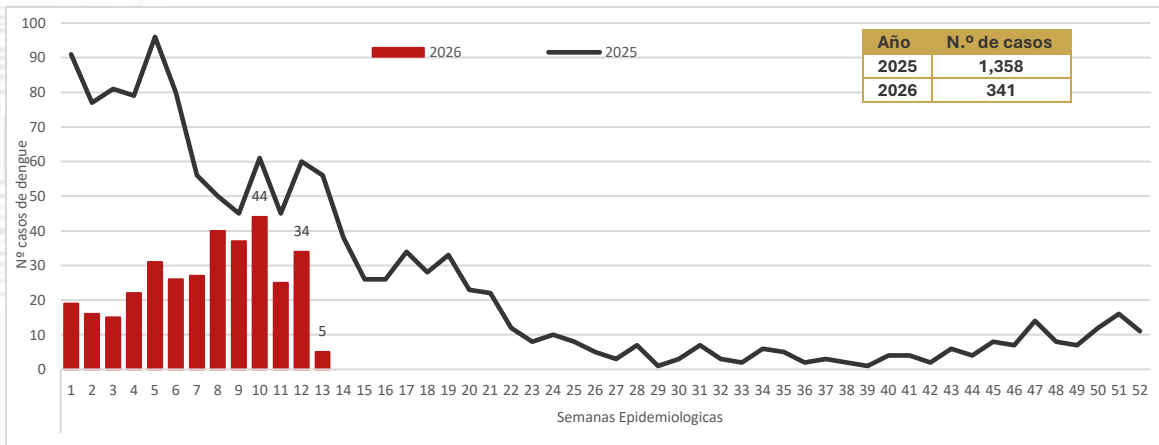
**Manejo Integrado de Vectores (Control Entomológico y Ambiental):** Ejecutando acciones de choque para la reducción drástica de la densidad del vector (*Aedes aegypti*) en los municipios afectados. Esto incluye el control físico mediante la destrucción masiva de criaderos, el control biológico/químico larvario y la fumigación espacial o focalizada (control adulticida) estrictamente bajo criterios técnico-epidemiológicos en manzanas con transmisión activa.

**Comunicación de Riesgo y Participación Comunitaria:** Activando campañas de información y empoderamiento ciudadano orientadas al cambio de comportamiento. Se prioriza la corresponsabilidad de la comunidad en el saneamiento ambiental intra y peridomiciliario (limpieza de patios y eliminación de inservibles), reconociendo que la sostenibilidad del control vectorial depende de la participación activa de la población y las autoridades municipales.

# Situación Epidemiológica de Dengue

## Tendencia histórica

Bolivia: Curva epidémica de casos confirmados de dengue, 2025 – 2026



Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

Al cierre de la Semana Epidemiológica 13, el comportamiento del Dengue en Bolivia muestra una tendencia favorable y de control en comparación con la gestión precedente, registrando un total acumulado de 341 casos, lo que representa apenas el 25,1% de los casos reportados a la misma fecha en 2025 (1.358 casos). La curva de la gestión 2026 ha mantenido niveles de transmisión por debajo de los registros históricos del año anterior, alcanzando su pico máximo en la SE 10 con 44 casos, seguido de un descenso marcado hasta reportar solo 5 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	128	0
Cochabamba	0	0
Tarija	13	0
Santa Cruz	18	0
Beni	180	1
Pando	1	0
<b>Total Bolivia</b>	<b>341</b>	<b>1</b>

Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

La distribución departamental de casos de Dengue a la Semana Epidemiológica 13 muestra una focalización preocupante en la región amazónica y los valles mesotérmicos, con el departamento de Beni liderando la incidencia nacional con 180 casos (52,7% del total país), seguido de La Paz con 128 casos. A diferencia del comportamiento observado en la epidemia de Chikungunya, donde Santa Cruz es el epicentro, en el caso del Dengue la carga de enfermedad se ha desplazado hacia el norte, registrándose en Beni el único deceso a nivel nacional en lo que va de la gestión, lo que establece una tasa de letalidad de 0,29% para Bolivia y del 0,55% para dicho departamento.

### Bolivia: Distribución geoespacial y dinámica semanal de Casos de Dengue por Municipio SE 1 – 13, 2026

Departamento	Municipios	Semana Epidemiológica 1 – 13, 2026													Total de Casos confirmados	Incidencia por 10.000 hab.	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
BENI	GUAYARAMERIN	3	1		2	1					1		1			9	2,2
	RIBERALTA			1	1	1							1			4	0,4
	RURRENABAQUE	1				1	1	1		3	4	2	2			15	7,1
	SAN BORJA	12	13	6	9	17	8	9	19	12	17	11	7			140	30,7
	TRINIDAD		1	1	2	3		1	1	2	1					12	1,0
LA PAZ	APOLO						1									1	0,5
	CARANAVI			1	1	2	4	2	5	10	9	6	15	5		60	10,2
	IXIAMAS					1	1	1	3	1	5	1	2			15	12,0
	LA ASUNTA			1	2	1	2	1	4	2	3	2	1			19	4,2
	MAPIRI			1				1					1			3	1,4
	PALOS BLANCOS			1				1	3							5	1,9
	SAN BUENAVENTURA	2			4	2	3	5	2	2	1		1			22	21,7
	CORIPATA									1						1	0,4
	ALTO BENI												1			1	0,9
	TEOPONTE												1			1	0,7
	SANTA CRUZ	CAMIRI				1											1
LA GUARDIA				1			2									3	0,2
MONTERO		1	1													2	0,2
SANTA CRUZ DE LA SIERRA				1		1	2	1	1	1		1	1			9	0,1
BUENA VISTA						1										1	0,7
PUERTO QUIJARRO								1				1				2	1,1
TARIJA	BERMEJO						1		1	1						3	0,8
	CERCADO TJ			1			1		1							3	0,1
	YACUIBA							1		1	3					5	0,5
	VILLA MONTES							1								1	0,2
	CARAPARI									1						1	0,6
CHUQUISACA	MACHARETI							1							1	1,4	
PANDO	COBIJA											1			1	0,2	
<b>Total Casos</b>		<b>19</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	<b>341</b>	<b>1,2</b>	

Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

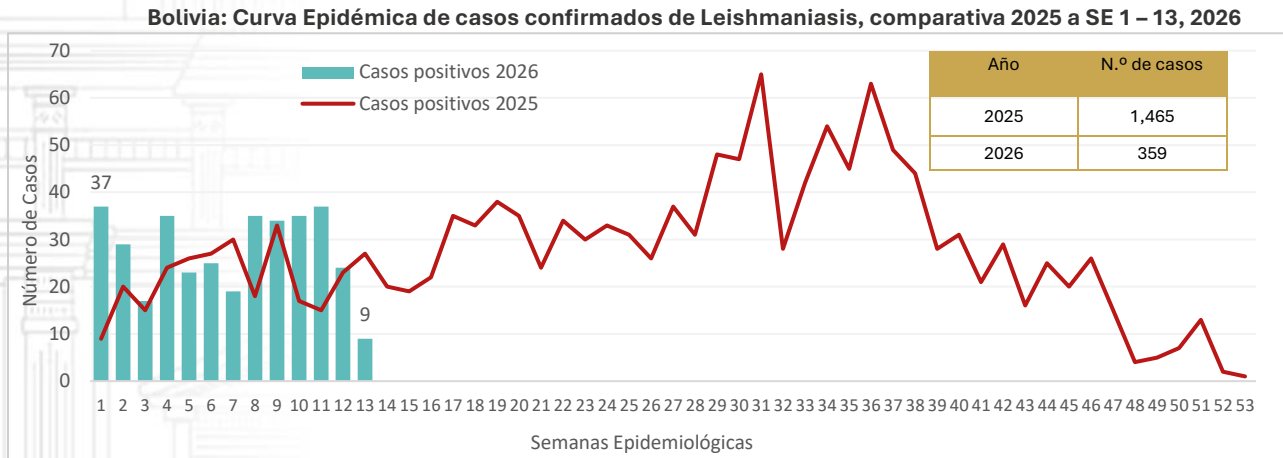
El análisis del comportamiento del Dengue a nivel local identifica a San Borja (Beni) como el municipio con la situación epidemiológica más crítica de la gestión, acumulando 140 casos y registrando la tasa de incidencia más alta del país con 30,7 casos por cada 10.000 habitantes, lo que denota una transmisión activa persistente durante todo el primer trimestre. Por otro lado, en el departamento de La Paz, el municipio de Caranavi muestra una tendencia ascendente preocupante, reportando casos de forma ininterrumpida desde la SE 3 y consolidando una incidencia de 10,2 por 10.000 hab. al finalizar la SE 13. A pesar de que la tasa de incidencia nacional se mantiene en un nivel bajo (1,2), la presencia de focos con alta densidad de casos como San Buenaventura (21,7) e Ixiamas (12,0) evidencia una concentración del riesgo en el norte paceño y el llano beniano.

### 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 Leishmaniasis

## Tendencia histórica



Fuente: SEDES Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

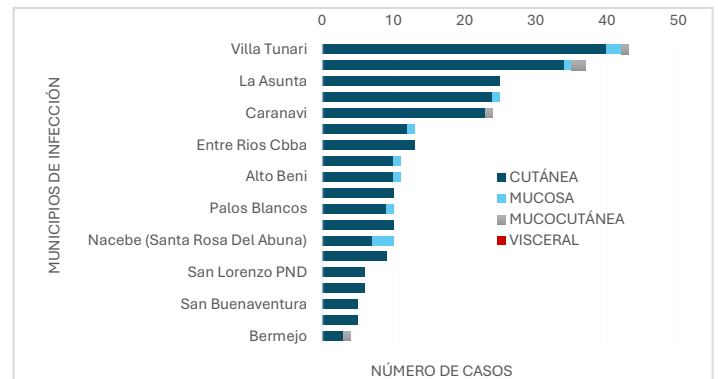
El comportamiento epidemiológico de la Leishmaniasis al finalizar la Semana Epidemiológica 13 muestra un acumulado de 359 casos, manteniendo una tendencia que, si bien es fluctuante, se sitúa ligeramente por encima de los registros observados en el mismo periodo de la gestión 2025. Durante las primeras semanas del año, la curva de 2026 presentó picos de incidencia superiores al histórico inmediato, destacando la SE 1 con 37 casos y un comportamiento sostenido sobre los 30 casos semanales hasta la SE 11. No obstante, al cierre de la SE 13 se registra un descenso marcado con solo 9 casos reportados, lo que podría estar asociado a un retraso en la notificación o a una variación estacional en las áreas de transmisión.

## Distribución geoespacial

**Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Departamento, SE 1-13, 2026**

Departamento	Casos
Chuquisaca	6
La Paz	100
Cochabamba	70
Potosí	0
Tarija	7
Santa Cruz	20
Beni	42
Pando	114
<b>Total</b>	<b>359</b>

**Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Municipio de Transmisión, SE 1-13, 2026**



Fuente: SEDES \_Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental – DGE

A la Semana Epidemiológica 13, la distribución de la Leishmaniasis en el país identifica a Pando como el departamento con mayor carga de enfermedad, registrando 114 casos, seguido estrechamente por La Paz (100) y Cochabamba (70), consolidando el eje amazónico y de los yungas como las áreas de mayor riesgo. El análisis por municipio de transmisión resalta a Villa Tunari como el foco más activo del país con más de 40 casos, seguido por La Asunta y Caranavi, lo que evidencia una persistencia de la transmisión en zonas de alto flujo migratorio por actividades extractivas y agrícolas.

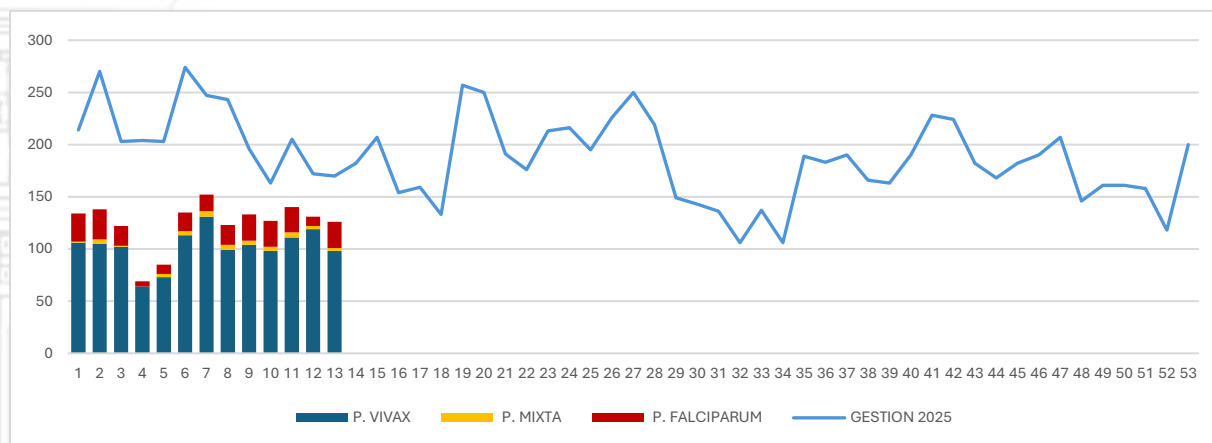
## Acciones realizadas

Con el objetivo de asegurar la continuidad del tratamiento gratuito y evitar la cronificación de los cuadros clínicos, el Ministerio de Salud y Deportes prioriza la disponibilidad de fármacos en toda la red de servicios. En un esfuerzo logístico y administrativo, se ha completado la distribución de Antimoniato de Meglumina (Glucantime) a 8 de los 9 Servicios Departamentales de Salud (SEDES) excepto Potosí, que han presentado casos, garantizando que las regiones endémicas cuenten con el stock necesario para la atención inmediata. Esta estrategia se ve fortalecida con el arribo, en los meses de febrero y marzo, del medicamento, lo que permitirá consolidar la sostenibilidad del programa y asegurar la cobertura terapéutica de los pacientes diagnosticados.

# 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 seguimiento estricto a la curva epidémica de Malaria hasta la SE 13 revela incidencia general sistemáticamente por debajo de los niveles de alarma y de los picos registrados durante el mismo periodo de la gestión 2025. Si bien observamos una contención exitosa que ha evitado superar los 150 casos semanales, el desglose por especie parasitaria nos muestra que, aunque *Plasmodium vivax* sigue siendo el agente predominante, la circulación ininterrumpida de *Plasmodium falciparum* (franja roja) y el reporte esporádico de infecciones mixtas representan un riesgo clínico que no se debe desestimar.

### Departamento de Beni:

Se registraron 1.015 casos de malaria, con una marcada concentración en dos municipios: Riberalta: 682 casos (597 vivax, 58 falciparum, 27 mixtos) y Guayaramerín: 293 casos (199 vivax, 87 falciparum, 7 mixtos).

Los demás municipios reportaron cifras considerablemente menores: Santa Rosa (19 casos), Reyes (18 casos), Trinidad (2 casos) y Rurrenabaque (1 caso). Este patrón confirma que Riberalta y Guayaramerín concentran más del 95% de los casos del departamento, consolidándose como los principales focos de transmisión.

### Departamento de La Paz:

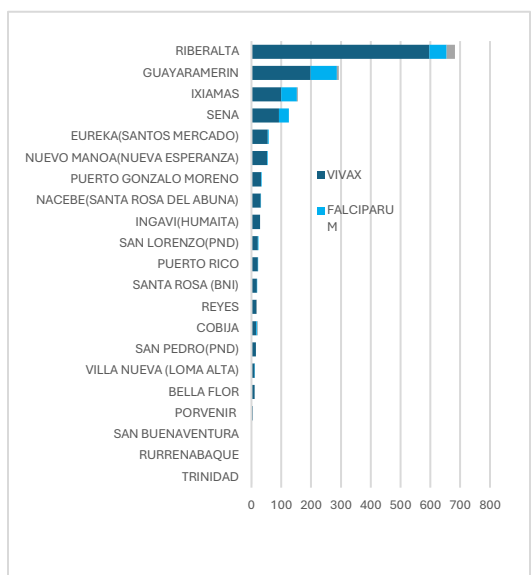
Se notificaron 157 casos, con una distribución altamente focalizada en Ixiamas, que acumuló 156 casos (100 Vivax, 52 Falciparum, 4 mixtos). En contraste, San Buenaventura reportó únicamente 1 caso. Esta situación evidencia que la transmisión en el departamento se encuentra concentrada en comunidades rurales ribereñas, donde las condiciones ambientales favorecen la persistencia del vector.

### Departamento de Pando:

Se reportaron 443 casos, distribuidos en varios municipios. Los más afectados fueron Sena (126 casos), Eureka-Santos Mercado (58 casos), Nuevo Manoa-Nueva Esperanza (55 casos) y Puerto Gonzalo Moreno (34 casos). Otros municipios presentaron cifras menores, entre 4 y 32 casos. La dispersión de casos en múltiples localidades refleja la presencia de transmisión activa en diferentes puntos del departamento.

## Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Malaria según especie parasitaria por departamento y municipio, SE 1-13, 2026



SEDES	MUNICIPIO	VIVAX	FALCIPARUM	MIXTA	TOTAL
BENI	RIBERALTA	597	58	27	682
	GUAYARAMERIN	199	87	7	293
	SANTA ROSA (BNI)	18	1	0	19
	REYES	17	0	1	18
	TRINIDAD	0	1	1	2
LA PAZ	RURRENABAQUE	1	0	0	1
	SAN BUENAVENTURA	1	0	0	1
PANDO	IXIAMAS	100	52	4	156
	SENA	92	34	0	126
	PUERTO RICO	21	1	0	22
	SAN LORENZO(PND)	21	3	0	24
	INGAVI(HUMAITA)	29	0	0	29
	BELLA FLOR	11	0	0	11
	EUREKA(SANTOS MERCADO)	55	3	0	58
	COBIJA	16	3	2	21
	NACEBE(SANTA ROSA DEL ABUNA)	31	1	0	32
	VILLA NUEVA (LOMA ALTA)	11	1	0	12
	PUERTO GONZALO MORENO	32	2	0	34
	NUEVO MANOA(NUEVA ESPERANZA)	52	3	0	55
	PORVENIR	4	0	0	4
SAN PEDRO(PND)	15	0	0	15	
<b>TOTAL</b>		<b>1323</b>	<b>250</b>	<b>42</b>	<b>1615</b>

Fuente: SEDES, Red de Salud

El análisis detallado de la estratificación territorial de los 1.615 casos acumulados de Malaria evidencia la consolidación de un corredor endémico netamente amazónico que demanda una respuesta operativa altamente focalizada por parte de la actual administración. El departamento del Beni concentra la mayor carga de morbilidad, con los municipios de Riberalta y Guayaramerín operando como los epicentros absolutos (sumando 975 casos de forma conjunta), seguidos por focos activos de alta dispersión en Pando (como Sena, con 126 casos) y el municipio de Ixiamas en el norte de La Paz (156 casos).

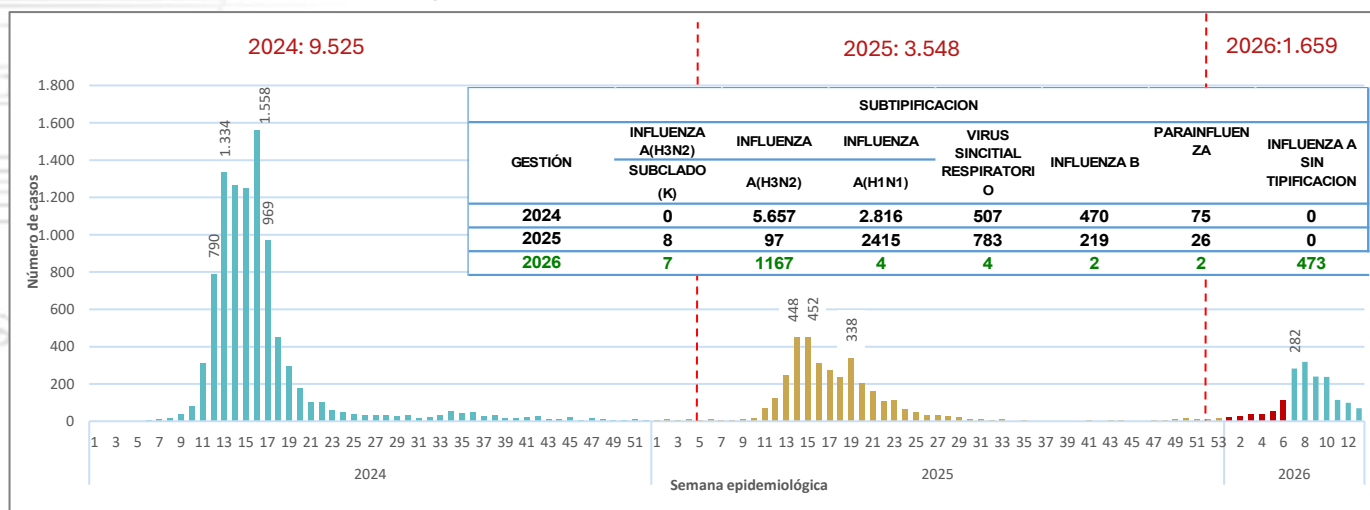
## Acciones realizadas

Para alcanzar la meta propuesta, se requiere fortalecer de manera integral la calidad y cobertura diagnóstica mediante la disponibilidad de pruebas rápidas y microscopía en todos los municipios endémicos, optimizar la implementación de la microestratificación y la estrategia DTIR (Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta) adaptadas a los diferentes escenarios epidemiológicos, consolidar intervenciones integradas de control vectorial con vigilancia entomológica y distribución focalizada de mosquiteros tratados, garantizar la detección temprana y el inicio inmediato del tratamiento supervisado, así como reforzar la investigación operativa y la vigilancia epidemiológica activa para identificar focos de transmisión y prevenir brotes; en este marco, durante la gestión 2026 se priorizarán las acciones de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta rápida como pilares fundamentales para lograr la reducción del IPA a 2,3 y avanzar hacia la interrupción sostenida de la transmisión de la malaria en Bolivia

# Situación epidemiológica de Influenza

## Tendencia histórica

Bolivia, Distribución y Subtipificación de Virus Respiratorios Circulantes  
Comparativo Multi-anual 2024, 2025 – abril, S.E. 13/2026



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

Al cierre de la Semana Epidemiológica 13, el perfil de virus respiratorios en Bolivia muestra un comportamiento atípico en comparación con los años precedentes, acumulando 1.659 casos positivos, una cifra inferior a la observada en 2024 (9.525) y 2025 (3.548) para el mismo periodo. No obstante, el análisis de subtipificación revela un cambio predominante en la etiología de las infecciones: mientras que en 2025 la cepa dominante fue la Influenza A(H1N1), en la gestión actual el protagonismo se ha desplazado hacia la Influenza A(H3N2) con 1.167 casos, representando el 70,3% de la positividad total.

## Distribución geoespacial

Bolivia: Dinámica Semanal de Casos de Influenza por Departamento  
Transición Interanual 2025 – S.E. 1 - 13, 2026

DEPARTAMENTO	ACUMULADO S.E. 1 - 53, 2025	SEMANA EPIDEMIOLOGICA 2026													TOTAL 2026
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
CHUQUISACA	48	2	1	0	0	0	0	6	23	49	79	56	23	59	298
LA PAZ	1013	2	8	12	11	4	6	13	7	8	18	23	25	6	143
COCHABAMBA	254	3	0	1	0	0	0	3	6	3	9	0	0	0	25
ORURO	231	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	0	6
POTOSI	230	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
TARIJA	78	0	0	0	0	0	0	2	1	4	4	12	23	1	47
SANTA CRUZ	1587	5	5	7	15	37	95	247	274	172	125	21	28	4	1035
BENI	75	1	1	2	3	10	6	2	4	1	0	0	0	0	30
PANDO	32	7	9	18	9	4	6	9	3	3	1	1	0	0	70
<b>BOLIVIA</b>	<b>3.548</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>56</b>	<b>114</b>	<b>282</b>	<b>318</b>	<b>240</b>	<b>238</b>	<b>115</b>	<b>99</b>	<b>70</b>	<b>1.659</b>

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El análisis de la transición interanual de la Influenza revela que el departamento de Santa Cruz concentra la mayor carga de morbilidad en el primer trimestre de 2026, con 1.035 casos, lo que representa el 62,4% del total nacional. Se observa que el pico máximo de transmisión en el oriente boliviano ocurrió entre las SE 7 y SE 8, con un descenso marcado hacia la SE 13 (4 casos), lo que sugiere una resolución del brote temprano en esa región. En contraste, el departamento de Chuquisaca muestra un comportamiento epidemiológico preocupante: a pesar de haber cerrado 2025 con solo 48 casos, en apenas 13 semanas de 2026 ya acumula 298 casos, manteniendo una transmisión activa y ascendente (59 casos en la última semana), lo que la posiciona como el nuevo epicentro de atención.

### **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, Neumonías y EDAs

## Tendencia histórica

**Bolivia: Comparativo de Episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) por Departamento  
S.E. 1 a 13, 2025 - 2026**

Departamento	2025	2026	S.E. 12-2026	S.E. 13-2026
Chuquisaca	67.534	81.589	8.289	5.992
La Paz	193.593	204.217	20.607	15.243
Cochabamba	163.458	173.442	20.503	18.530
Oruro	57.257	57.039	5.839	5.217
Potosí	102.620	101.907	10.507	9.035
Tarija	60.809	75.449	10.130	7.512
Santa Cruz	233.349	247.003	22.845	17.555
Beni	55.341	43.262	3.084	2.414
Pando	15.888	14.274	950	686
<b>Bolivia</b>	<b>949.849</b>	<b>998.182</b>	<b>102.754</b>	<b>82.184</b>

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Al concluir la Semana Epidemiológica 13, el país registra un acumulado de 998.182 episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), lo que representa un incremento del 5,1% respecto al mismo periodo de la gestión 2025 (949.849 casos). Si bien a nivel nacional se observa un descenso semanal del 20% entre la SE 12 (102.754) y la SE 13 (82.184), el análisis departamental revela que el eje troncal continúa concentrando la mayor presión asistencial, con Santa Cruz, La Paz y Cochabamba acumulando el 62,5% del total nacional. Resulta de particular interés el comportamiento en Chuquisaca, donde el incremento interanual alcanza un 20,8%, alineándose con la mayor circulación de Influenza reportada previamente.

**Bolivia: Comparativo de Episodios de Neumonías por Departamento  
S.E. 1 a 13, 2025 - 2026**

Departamento	2025	2026	S.E. 12-2026	S.E. 13-2026
Chuquisaca	1.421	1.913	169	192
La Paz	3.473	3.916	489	338
Cochabamba	4.420	4.613	487	526
Oruro	563	570	74	58
Potosí	734	878	92	71
Tarija	1.368	1.878	279	206
Santa Cruz	10.327	10.004	918	810
Beni	1.566	1.375	102	69
Pando	541	345	28	23
<b>Bolivia</b>	<b>24.413</b>	<b>25.492</b>	<b>2.638</b>	<b>2.293</b>

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Al cierre de la Semana Epidemiológica 13, el país registra un acumulado de 25.492 episodios de Neumonías, lo que representa un incremento del 4,4% en comparación con el mismo periodo de la gestión 2025. A pesar de observarse una desescalada en el reporte nacional durante la última semana (pasando de 2.638 a 2.293 casos), la situación en los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca demanda una vigilancia estrecha, ya que son las únicas regiones que reportan un incremento en el número de episodios durante la SE 13 en contraste con la semana previa. Es notable la alta carga de morbilidad que persiste en Santa Cruz, concentrando el 39,2% del total de casos nacionales del trimestre, aunque con una tendencia actual hacia el descenso.

**Bolivia: Comparativo de Episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas por Departamento  
S.E. 1 a 13, 2025 - 2026**

Departamento	2025	2026	S.E. 12-2026	S.E. 13-2026
Chuquisaca	15.561	14.217	1.014	798
La Paz	32.570	26.898	2.244	1.889
Cochabamba	37.368	31.878	2.634	2.078
Oruro	10.646	10.905	978	857
Potosí	18.144	17.014	1.255	964
Tarija	12.877	14.617	1.140	810
Santa Cruz	56.044	44.582	3.615	3.003
Beni	13.355	8.710	732	536
Pando	2.571	1.824	143	137
<b>Bolivia</b>	<b>199.136</b>	<b>170.645</b>	<b>13.755</b>	<b>11.072</b>

**Fuente:** Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

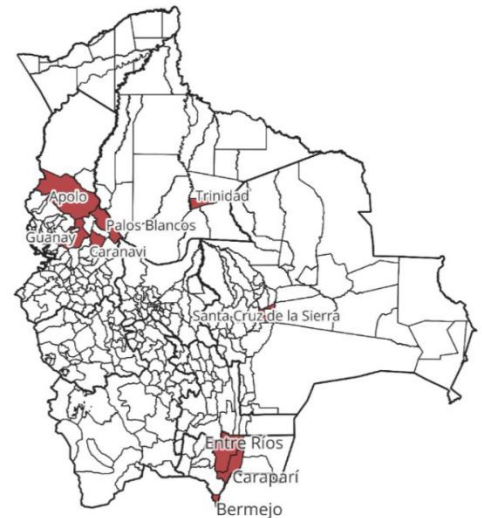
El comportamiento de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) en Bolivia muestra una tendencia favorable hacia el control, registrando un acumulado de 170.645 episodios, lo que representa una reducción del 14,3% en comparación con el mismo periodo de la gestión 2025 (199.136 casos). La dinámica nacional en la última semana denota un descenso significativo, pasando de 13.755 a 11.072 reportes, con una disminución consistente en los nueve departamentos del país. El eje central (Santa Cruz, Cochabamba y La Paz) concentra el 60,6% de la carga nacional de enfermedad, siendo Santa Cruz el departamento con mayor volumen absoluto (44.582 casos), aunque con una notable mejoría respecto al año anterior.

# Situación Epidemiológica de Leptospirosis

## Distribución geoespacial

**Bolivia: Distribución de Casos Probables de Leptospirosis por Municipio (S.E. 1- 13, 2026)**

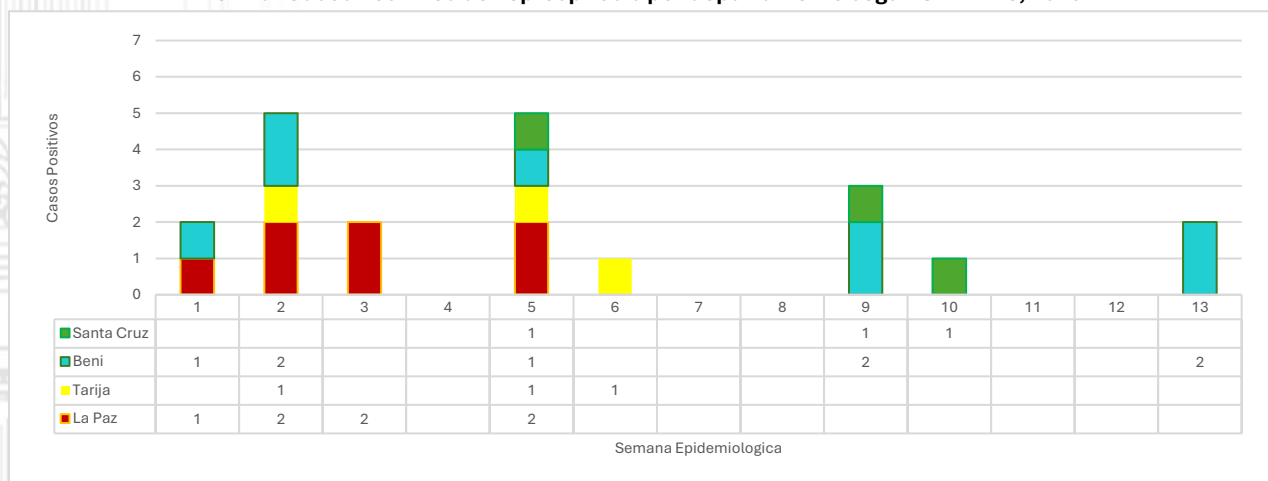
Departamento	Municipio	Casos 2026 S.E. 1- 13	Decesos 2026 S.E. 1- 13
Tarija	Entre Ríos	1	
	Bermejo	1	
	Carapari	1	
La Paz	Apolo	3	
	Caranavi	1	
	Palos Blancos	1	
	Guanay	2	1
Beni	Trinidad	5	
	San Ignacio de Moxos	1	
	San Borja	2	
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	3	
Bolivia		<b>21</b>	<b>1</b>



Fuente: SEDES – CENETROP - INLASA

Al cierre de la Semana Epidemiológica 13, la vigilancia epidemiológica de Leptospirosis en Bolivia reporta un total de 21 casos probables, con una distribución focalizada principalmente en las regiones tropicales y subtropicales del país. El departamento del Beni registra la mayor concentración de casos (8), destacando el municipio de Trinidad con 5 reportes, seguido por el norte de La Paz con 7 casos acumulados. Resulta de extrema criticidad para la gestión actual el reporte de un deceso en el municipio de Guanay, lo que establece una letalidad del 4,7% a nivel nacional y del 50% para dicho municipio, advirtiendo sobre la necesidad de fortalecer el diagnóstico diferencial en zonas con antecedentes de inundaciones o contacto con roedores.

**Bolivia: Casos Positivos de Leptospirosis por departamento según S.E. 1- 13, 2026**



Fuente: SEDES – CENETROP – INLASA

La dinámica temporal de la Leptospirosis durante el primer trimestre de 2026 muestra un comportamiento de transmisión intermitente con picos de actividad concentrados en las primeras cinco semanas del año, coincidiendo con el periodo de mayor pluviosidad. El departamento de La Paz lideró la casuística inicial, registrando una persistencia de casos entre la SE 1 y la SE 5, mientras que Beni ha mantenido una aparición de casos más distribuida, reportando un rebrote de 2 casos positivos en la presente Semana Epidemiológica 13.

**Bolivia: Decesos por Leptospirosis por departamento según S.E. 1- 13, 2026**

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	EDAD (años)	S.E. DE DECESO	SEXO	COMUNIDAD	OCUPACION	ENFERMEDAD BASE
LA PAZ	GUANAY	63	3	MASCULINO	CHAVARRIA	ADULTO MAYOR	DIABETES TIPO 2

Fuente: SEDES – CENETROP – INLASA

El análisis de la mortalidad por Leptospirosis al cierre de la Semana Epidemiológica 13 identifica un único deceso de alta relevancia epidemiológica en el departamento de La Paz, específicamente en el municipio de Guanay. El fallecimiento ocurrió durante la SE 3 y corresponde a un paciente masculino de 63 años, perteneciente al grupo de adulto mayor, quien presentaba como comorbilidad de base Diabetes Tipo 2. Este perfil clínico subraya una vulnerabilidad crítica ante la enfermedad, donde la presencia de enfermedades metabólicas preexistentes, sumada a la edad avanzada, acelera la progresión hacia formas graves de la infección.

### Acciones realizadas

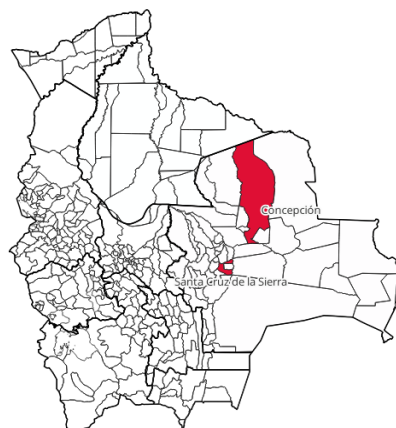
El PNEZOyP y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en coordinación conjunta con el SEDES La Paz y municipio, se activó la vigilancia epidemiológica con notificación oportuna, investigación de campo y búsqueda activa de casos. Se implementaron medidas de control enfocadas en la reducción de riesgos por exposición a agua contaminada y reservorios, incluyendo saneamiento básico y control de roedores. Asimismo, se fortaleció la capacidad de respuesta de los servicios de salud y se promovieron acciones de comunicación de riesgo para la prevención de nuevos casos.

# Situación de Rabia Canina

## Distribución geoespacial

**Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Rabia Canina por Municipio S.E. 1- 13, 2026**

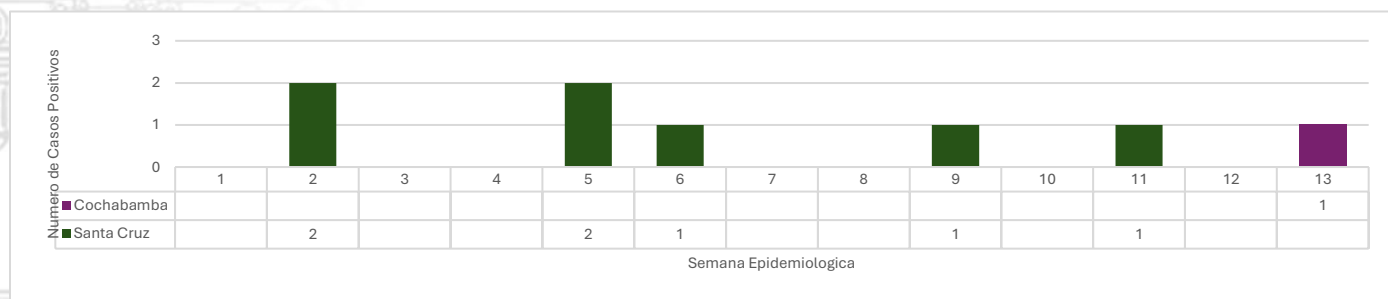
Departamento	Municipio	Casos 2026 S.E. 1- 13
Santa Cruz	Concepción	6
	Santa Cruz de la Sierra	1
Cochabamba	Vinto	1
Bolivia		<b>8</b>



Fuente: SEDES – UNALAB SC

La vigilancia de zoonosis en Bolivia reporta un acumulado de 8 casos confirmados de rabia canina, evidenciando una preocupante focalización en el departamento de Santa Cruz, que concentra el 87,5% de la casuística nacional. Resulta de alta prioridad para la gestión actual la situación en el municipio de Concepción, donde se han identificado 6 casos, lo que sugiere una circulación viral activa y un riesgo inminente de transmisión humana en dicha zona. Por otro lado, la aparición de un caso en el municipio de Vinto (Cochabamba) rompe el silencio epidemiológico de la región y advierte sobre la dispersión del virus hacia el valle.

**Bolivia: Casos positivos de Rabia canina por departamento según S.E. 1- 13, 2026**



Fuente: SEDES – UNALAB SC

## Acciones realizadas

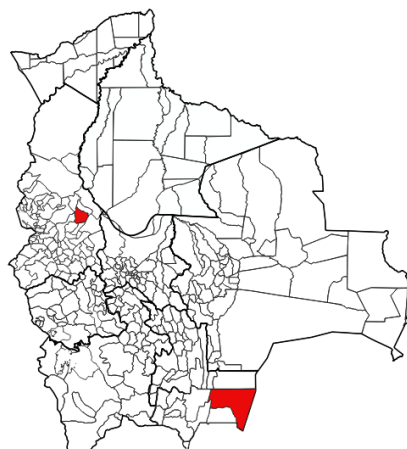
El PNEZOyP y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en coordinación con el SEDES correspondiente, y habiéndose implementado las acciones de control de foco, se mantiene la **vigilancia epidemiológica intensificada**, incluyendo el seguimiento de contactos y la búsqueda activa de casos en las áreas afectadas. Asimismo, se continúa con el **monitoreo de factores de riesgo ambientales**, el fortalecimiento de los servicios de salud para la detección oportuna y la **comunicación de riesgo dirigida a la población**, con el fin de prevenir la aparición de nuevos casos y consolidar el control del evento.

# Situación de Accidente Ofídico

## Distribución geoespacial

**Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Mordedura de Serpiente por Municipio SE 1- 13, 2026**

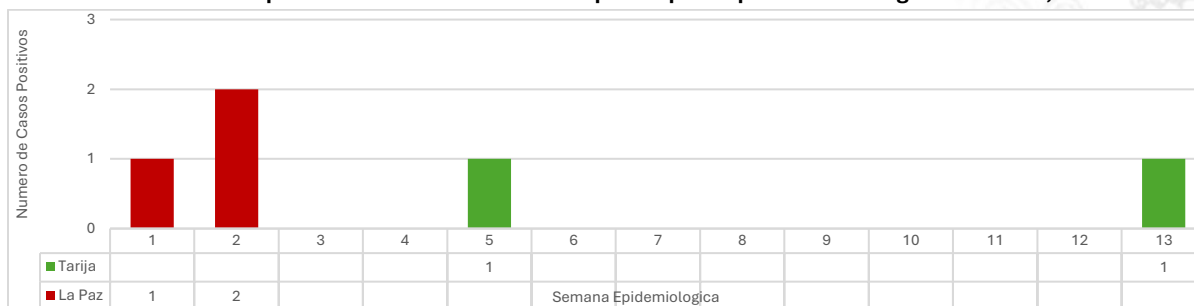
Departamento	Municipio	Casos 2026 S.E. 1- 13
La Paz	Caranavi	3
Tarija	Villa Montes	1
	San Lorenzo	1
Bolivia		5



Fuente: SEDES - HOSPITAL

Al cierre del primer trimestre de 2026, la vigilancia de accidentes ofídicos en Bolivia registra un acumulado de 5 casos confirmados, distribuidos focalmente en los departamentos de La Paz y Tarija. El análisis geoespacial identifica a Caranavi como el municipio con mayor incidencia, acumulando 3 casos reportados durante las primeras dos semanas epidemiológicas, mientras que el departamento de Tarija ha presentado una transmisión esporádica en los municipios de Villa Montes y San Lorenzo, registrando este último un nuevo evento en la presente Semana Epidemiológica 13.

**Bolivia: Casos positivos de mordedura de serpiente por departamento según S.E. 1 - 13, 2026**



Fuente: SEDES

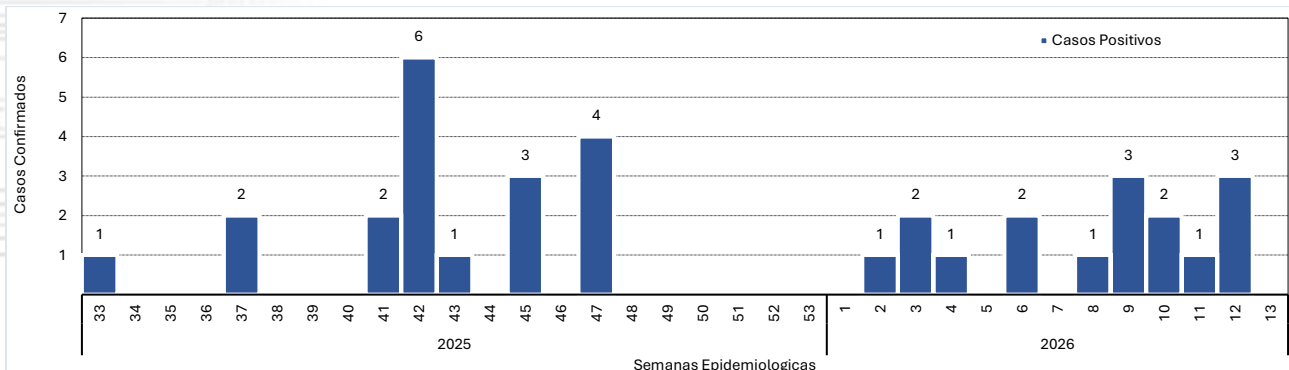
## Acciones realizadas

El Ministerio de Salud y Deportes ha establecido una coordinación operativa prioritaria con los SEDES, ante el desafío que representan los bolsones de población de ofidios susceptible y en respuesta al evento crítico registrado en Tarija, se ha intensificado la atención oportuna.

# Situación epidemiológica de MPOX (VIRUELA SÍMICA)

## Información de casos notificados de MPOX de Viruela Símica

Bolivia: casos confirmados de MPOX por semana epidemiológica, años 2025 a 2026



Fuente: Reportes de laboratorio CENETROP

El monitoreo de la curva epidémica de MPOX (Viruela Símica) hasta la SE 13 de la presente gestión revela un patrón de transmisión de baja intensidad, pero sostenido, caracterizado por un reporte esporádico e intermitente que acumula 16 casos en lo que va del año, con notificaciones recientes de 4 contagios en las SE 11 y 12.

Bolivia: Caracterización de casos confirmados de MPOX, 2026

Nº	Laboratorio De Referencia	Sem- Epid	Sexo	Edad	Departamento	Municipio
1	CENETROP	2	Masculino	47 Años	Santa Cruz	Santa Cruz de La Sierra
2	CENETROP	3	Masculino	26 Años	Santa Cruz	Santa Cruz de La Sierra
3	CENETROP	3	Masculino	25 Años	Santa Cruz	Santa Cruz de La Sierra
4	CENETROP	6	Masculino	28 Años	Santa Cruz	Santa Cruz de La Sierra
5	CENETROP	6	Masculino	32 Años	Santa Cruz	Santa Cruz de La Sierra
6	CENETROP	9	Masculino	31 Años	Chuquisaca	Sucre
7	INLASA	4	Masculino	24 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
8	INLASA	8	Masculino	31 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
9	INLASA	9	Masculino	37 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
10	INLASA	9	Masculino	30 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
11	CENETROP	11	Masculino	38 Años	Santa Cruz	Santa Cruz de La Sierra
12	INLASA	10	Masculino	35 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
13	INLASA	12	Masculino	20 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
14	INLASA	10	Masculino	29 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
15	INLASA	12	Masculino	24 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz
16	INLASA	12	Masculino	47 Años	La Paz	Nuestra Señora de La Paz

La caracterización clínico-epidemiológica evidencia que el 100% de la cohorte afectada corresponde al sexo masculino, concentrándose exclusivamente en un grupo etario joven y económicamente activo que oscila entre los 24 y 47 años.

Un hallazgo crítico es la fuente de captación, la identificación de clústeres a través de establecimientos estratégicos en esta semana epidemiológica 13 se notificaron en el Centro Comunitario EL Alto (2 casos), CIES (1 caso) y el Hospital de Clínicas (1 caso), sugiere una transmisión sostenida en redes de contacto estrecho y específico.

### **Acciones realizadas**

En el marco de la identificación de escenarios con potencial riesgo de transmisión de MPOX, se implementó una respuesta articulada entre el nivel nacional, el SEDES La Paz, los CDVIR/CRVIR y organizaciones comunitarias, orientada a consolidar un abordaje integral basado en la prevención, la detección temprana, la confirmación diagnóstica y el seguimiento epidemiológico de casos.

Las acciones se organizaron en tres ejes:

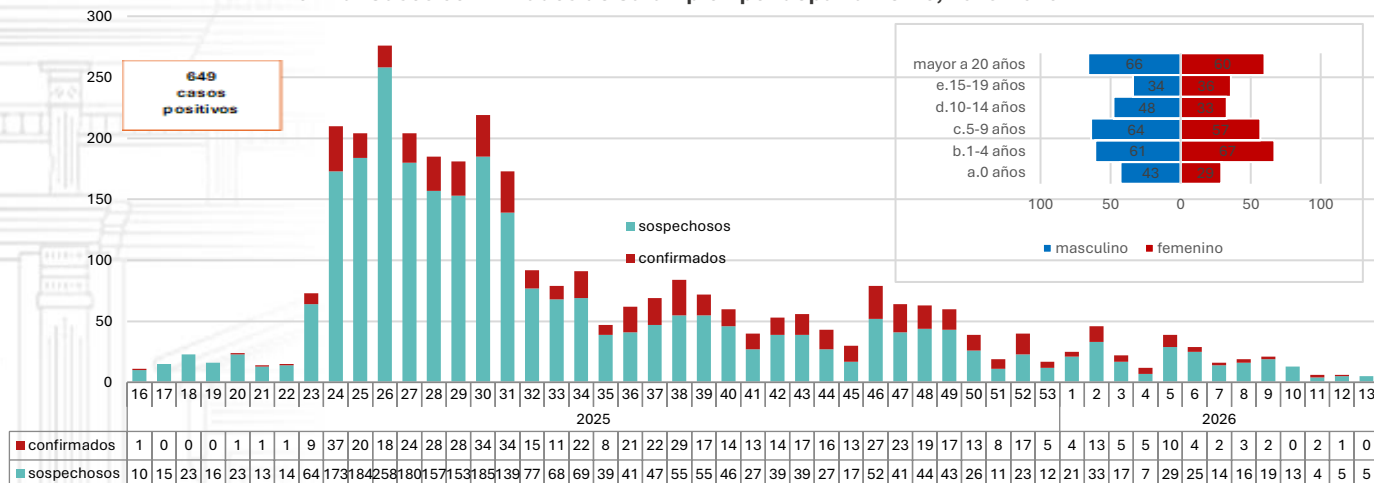
- 1) Coordinación interinstitucional, a través de reuniones técnicas (2 y 7 de abril) donde se definieron flujogramas de diagnóstico, notificación y seguimiento, fortaleciendo la respuesta articulada.
- 2) Fortalecimiento de capacidades, mediante la programación de capacitaciones dirigidas al personal de salud, equipos de centros comunitarios y promotores educadores pares, orientadas a mejorar la detección oportuna y la activación de rutas de atención.
- 3) Intervención en espacios priorizados, promoviendo acciones de sensibilización, prevención y vigilancia en entornos identificados como de mayor riesgo, en coordinación con actores clave, con el fin de reducir la transmisión y fortalecer la captación de casos sospechosos y contactos.

De manera complementaria, se ha previsto el desarrollo de acciones de información, educación y comunicación para fomentar el reconocimiento temprano de síntomas y el acceso oportuno a los servicios de salud.

# Situación epidemiológica de Sarampión

## Distribución de casos

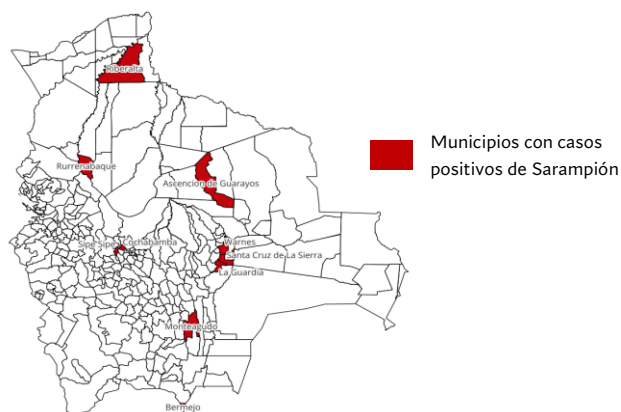
Bolivia: Casos confirmados de Sarampión por departamento, 2025-2026



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

En el análisis de la curva epidémica del Sarampión hasta la SE 13 evidenciamos la notificación sostenida de casos sospechosos en todo el transcurso de la epidemia desde la SE 16 del año 2025, el último mes podemos ver una meseta en la cantidad de casos confirmados que oscila entre 0 a 2 casos, siendo 0 casos para esta semana 13.

## Distribución geoespacial



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

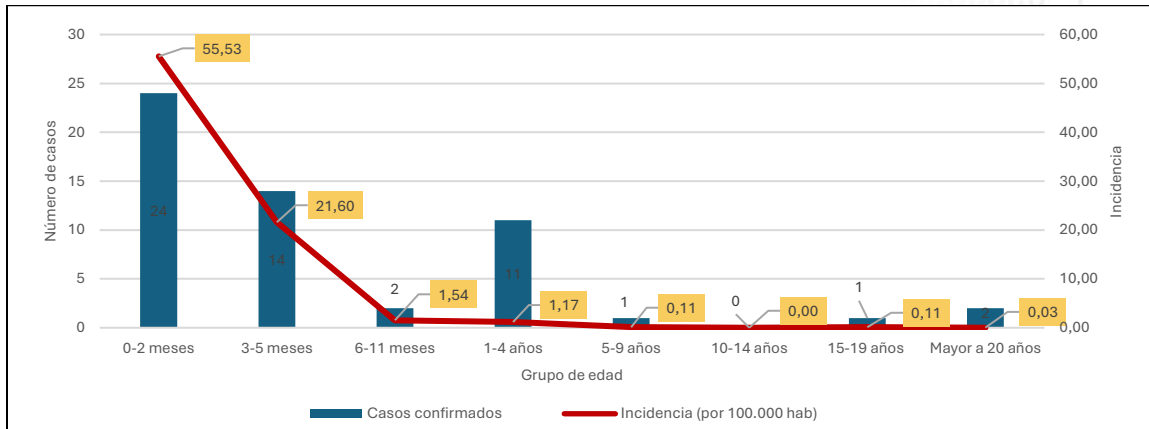
En lo que va del año, se han notificado casos en un total de 10 municipios, manteniendo la tendencia del municipio de Santa Cruz de la Sierra

## Acciones realizadas

La semana epidemiológica nro 13 se continua con la campaña de vacunación, la misma que es seguida por departamento desde el PAI Nacional. El Departamento de La Paz tomo medidas de prevencion ante los casos confirmados en puno.

# 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 último caso registrado corresponde a la Semana Epidemiológica 13. Se trata de una niña de 5 meses de edad, del departamento de Potosí, municipio de Potosí, sin antecedentes de vacunación. Actualmente, se encuentra internada en el Hospital Bracamonte, en proceso de recuperación.

Hasta la Semana Epidemiológica 13, a nivel nacional se notificaron 244 casos sospechosos de tosferina, de los cuales 55 fueron confirmados, registrándose 2 fallecidos.

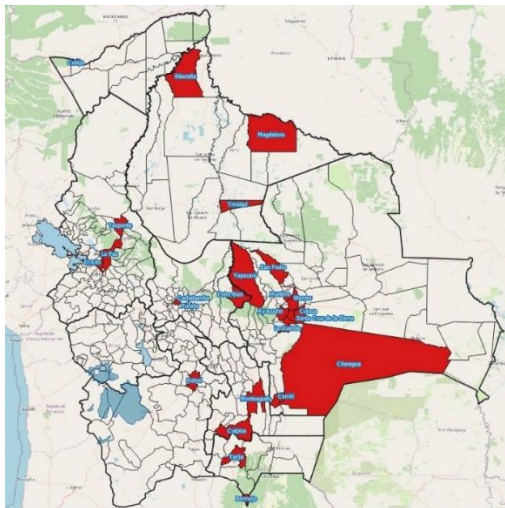
En relación con la semana anterior, la mayor carga de enfermedad continúa concentrándose en menores de 6 meses. Se observa un incremento de 1 caso en el grupo de 0–2 meses (de 23 a 24 casos), aumentando también su incidencia. Asimismo, el grupo de 3–5 meses presenta un incremento de 1 caso (de 13 a 14 casos), manteniéndose como el segundo grupo más afectado.

En los grupos de mayor edad, se evidencia un incremento de 1 caso en el grupo de 1 a 4 años (de 10 a 11 casos), consolidándose como el grupo con mayor número de casos después de los lactantes. De igual manera, el grupo de 6–11 meses muestra un incremento de 1 caso (de 1 a 2 casos).

En los demás grupos de edad, no se observan cambios, manteniéndose estable la notificación con casos aislados en 5–9 años, 15–19 años y mayores de 20 años, y sin casos en el grupo de 10 a 14 años.

## Distribución geoespacial

Bolivia: Casos confirmados de Tosferina, 2026



Los casos confirmados de tosferina se distribuyen en los departamentos de Santa Cruz (20), Beni (16), Cochabamba (4), La Paz (5), Potosí (4), Chuquisaca (2), Tarija (2), y Pando (2) abarcando 24 municipios hasta la Semana Epidemiológica 13 de la gestión 2026.

En relación con la semana anterior, se registra un incremento de 3 casos confirmados, correspondientes a los departamentos de Potosí (1), Beni (1) y La Paz (1), evidenciando un aumento respecto al comportamiento previo.

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



## Acciones realizadas

En este contexto, se continúa con el monitoreo permanente de la situación epidemiológica y el seguimiento continuo de los indicadores, fortaleciendo las coberturas de vacunación en menores de cinco años. Asimismo, se mantienen y refuerzan las estrategias y tácticas de vacunación tanto dentro como fuera de los establecimientos de salud, con el objetivo de reducir la población susceptible.

De igual manera, se da continuidad al seguimiento de niños con esquemas de vacunación incompletos a través del sistema RNVe, contribuyendo a prevenir la ocurrencia de casos graves y defunciones. Paralelamente, se sostiene el análisis semanal de coberturas de vacunación mediante reuniones virtuales (Zoom) cada martes, lo que permite el monitoreo oportuno y la toma de decisiones para fortalecer las intervenciones en los diferentes niveles.



**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](http://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.