



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica N° 3 | 2026
18 al 24 de enero



**Viceministerio de Promoción, Vigilancia
Epidemiológica y Medicina Tradicional
Dirección General de Epidemiología**

Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes presenta la tercera edición del Boletín Epidemiológico Semanal del Estado Plurinacional de Bolivia, sistematizando la vigilancia sanitaria correspondiente a la Semana Epidemiológica 3 (SE 3) del 2026. En esta entrega, la Dirección General de Epidemiología expone un escenario sanitario mixto que exige decisiones estratégicas diferenciadas.

Por un lado, el reporte confirma la consolidación de fases de control en eventos de alto impacto previo: se evidencia una baja transmisión sostenida de COVID-19 y Dengue, así como el retorno a niveles basales tras el brote de Sarampión de la gestión pasada. Asimismo, enfermedades como la Leishmaniasis mantienen una tendencia al descenso, respaldada por la gestión administrativa para el reabastecimiento de medicamentos en este mes.

Sin embargo, esta edición alerta sobre la emergencia de focos críticos y eventos de alta letalidad que han activado la respuesta inmediata de las Unidades de Vigilancia y Control:

- **Alertas Epidémicas:** Se reporta un comportamiento explosivo de Chikungunya focalizado en el Trópico de Cochabamba y un incremento abrupto de Influenza concentrado en el departamento de Pando.
- **Eventos Centinela de Zoonosis:** La vigilancia notifica con preocupación la ocurrencia de fallecimientos por Rabia Humana en Cochabamba, Hantavirus en el norte de La Paz y Leptospirosis en Guanay, situaciones que han detonado acciones de bloqueo de foco y coordinación interinstitucional urgente.

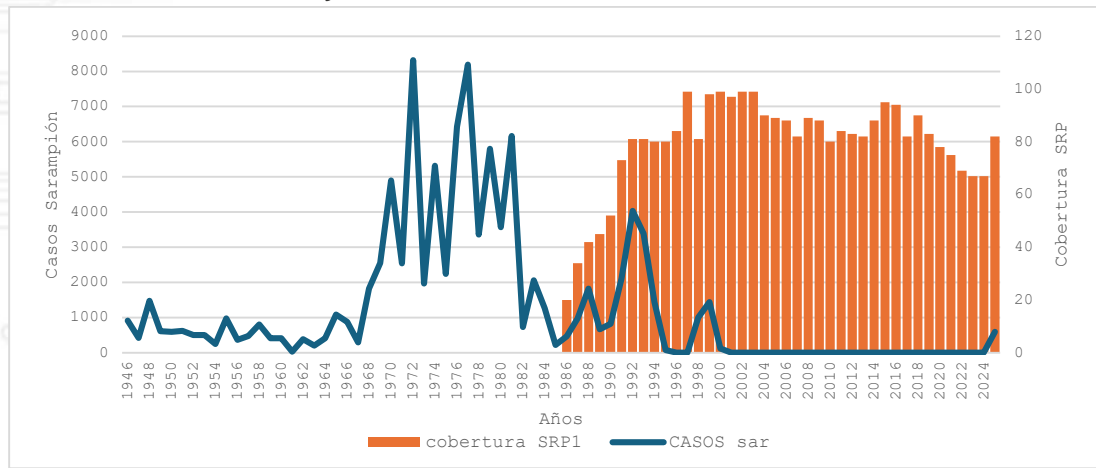
Con la publicación del Boletín N.º 3, reafirmamos nuestro compromiso con la transparencia, entregando información técnica procesada para dirigir las acciones de los SEDES y el personal de salud hacia las áreas de mayor vulnerabilidad y riesgo vital.

¡Bienvenidos!

Situación epidemiológica de Sarampión

Tendencia histórica

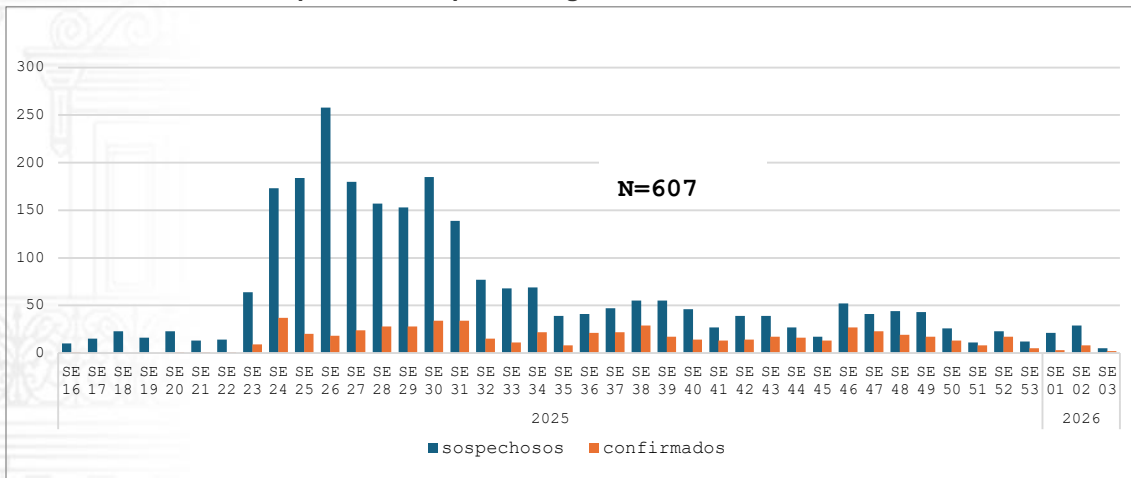
Bolivia: Serie secular de casos positivos de sarampión y cobertura de SRP 1, 1946-2025



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones

El análisis de la serie temporal (1946-2025) evidencia de manera contundente el impacto de la inmunización como la intervención sanitaria más eficaz, demostrando una correlación inversa directa entre el ascenso de las coberturas de vacunación SRP1 y el descenso drástico de la incidencia de sarampión. Sin embargo, la tendencia reciente revela una alerta temprana crítica, el descenso visible en los porcentajes de cobertura en los últimos años coincide peligrosamente con una incipiente elevación en la curva de casos al cierre de la serie, lo que subraya el riesgo inminente de reemergencia viral y la urgencia de cerrar las brechas de inmunidad poblacional en la gestión 2026.

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

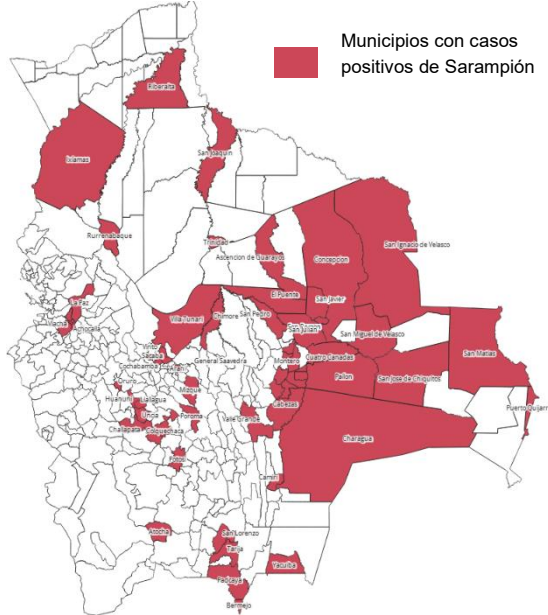


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones

La curva epidémica con 607 casos confirmados de sarampión confirma la fase de resolución del brote de 2025, el cual tuvo su pico máximo entre las SE 24 y 30. Actualmente, en el inicio de la gestión 2026 (SE 1-3), se observa un retorno a niveles basales y una posible interrupción de la transmisión activa; no obstante, la presencia residual de casos sospechosos exige mantener una vigilancia intensificada para certificar el cierre definitivo del evento.

Distribución geoespacial

Bolivia: Estratificación municipal de casos de sarampión, 2025 - 2026



La estratificación geográfica de los casos confirmados revela un patrón de transmisión dispersa y heterogénea, afectando a varios municipios en diversos pisos ecológicos del país, con una marcada predominancia en el departamento de Santa Cruz (Chiquitanía y Norte Integrado) y el trópico de Cochabamba.

Asimismo, la simultaneidad de focos activos en municipios fronterizos estratégicos (como Bermejo, Yacuiba, San Matías y Ribalta) y en centros urbanos de alta densidad poblacional (La Paz, Viacha, Oruro, Tarija) evidencia la alta capacidad de penetración del virus, superando barreras geográficas y exigiendo una estrategia de bloqueo que priorice tanto la contención en fronteras como la vigilancia en conglomerados metropolitanos.

Finalmente, pese a la extensión territorial del brote, el análisis temporal indica que al momento existe una reducción en la actividad viral en estos municipios, lo que sugiere que el grado de afectación actual está siendo controlado.

Acciones realizadas

Se mantiene activa la vigilancia intensificada mediante el seguimiento diario de casos sospechosos, activando de inmediato acciones de bloqueo vacunal y la investigación epidemiológica detallada (línea de tiempo).

Este proceso integral abarca el rastreo, censo y seguimiento de contactos directos e indirectos por parte de los equipos de salud locales.

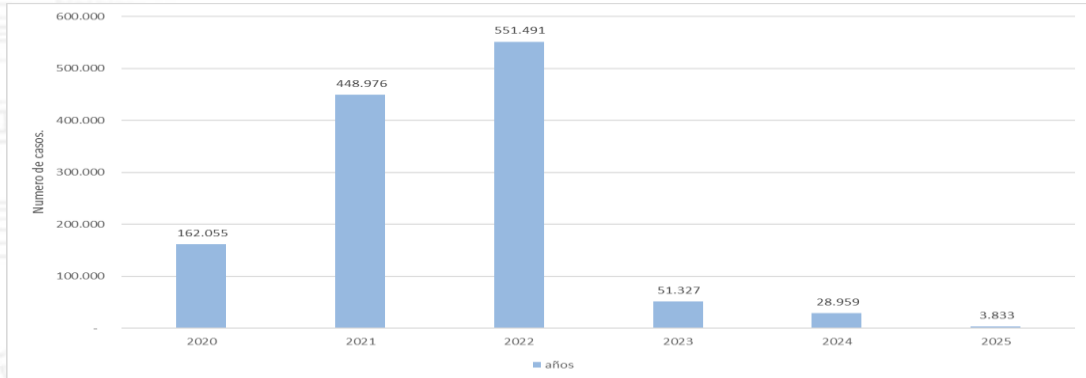
Paralelamente, como pilar de la vigilancia de sarampión y rubéola, se ejecutan de manera rutinaria Búsquedas Activas Institucionales y Comunitarias, priorizando aquellas zonas que presentan silencio epidemiológico (sin notificación de casos).

Elaborado por: Carlos Echazú Torres
Programa Ampliado de Inmunización
Unidad de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección General del Epidemiología
Ministerio de Salud y Deportes

Situación epidemiológica de COVID 19

Tendencia histórica

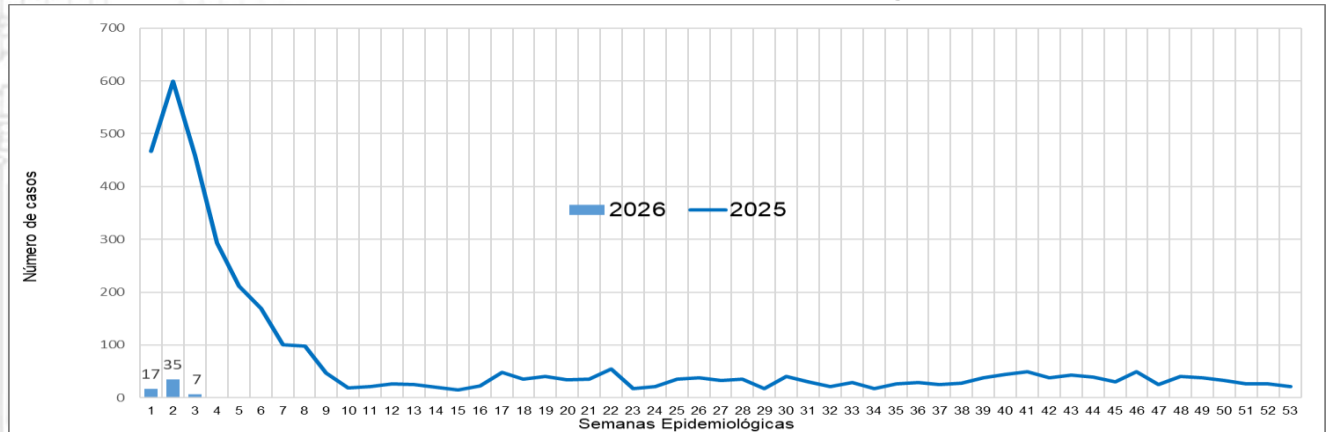
Bolivia. Tendencia Histórica Anual de Casos de COVID-19, 2020-2025



Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El comportamiento histórico de la COVID-19 en el periodo 2020-2025 ilustra la transición desde una fase pandémica activa hacia un escenario de circulación viral basal. Tras experimentar un crecimiento exponencial que culminó en el pico máximo de transmisión durante la gestión 2022 (551.491 casos registrados), se observa un quiebre epidemiológico drástico a partir de 2023. El cierre de la gestión 2025, con apenas 3.833 casos acumulados, representa una reducción del 99,3% respecto al año de mayor incidencia, confirmando la consolidación de un periodo de baja transmisión sostenida y el impacto efectivo de la inmunidad poblacional frente a la severidad del virus.

Bolivia: Curva epidémica COVID-19 por semana epidemiológica 2025 - 2026



Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El monitoreo de la curva epidemiológica en las primeras 3 semanas epidemiológicas del año 2026, revela un escenario de estabilidad y baja transmisión, contrastando drásticamente con el inicio de la gestión anterior. Mientras que el año 2025 (línea azul continua) comenzó con una ola epidémica activa que alcanzó un pico de 600 casos en la SE 2, la presente gestión 2026 (barras azules) muestra una circulación viral mínima y controlada. Específicamente, tras una leve fluctuación en la SE 2 (35 casos), la Semana Epidemiológica 3 cierra con apenas 7 notificaciones, una cifra que se ubica significativamente por debajo de los niveles de alerta y confirma la ausencia de un rebrote estacional al arranque del año.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución Departamental de Morbilidad y Letalidad por COVID-19 Incidencia Semanal (SE 3) y Acumulado Histórico (2020-2026)

Departamento	CASOS CONFIRMADOS					DECESOS				
	SE 02	SE 03	Diferencia	Acumulado a la -SE 03/2026	Acumulado 2020 – SE 03- 2026	SE 02	SE 03	Diferencia	Acumulado al 03/2026	Acumulado 2020 – SE 03/2026
Santa Cruz	11	3	-8	26	459.207	0	0	0	0	9.065
Beni	0	0	0	0	34.667	0	0	0	0	999
Pando	0	1	1	1	15.463	0	0	0	0	360
Cochabamba	2	1	-1	6	227.176	0	0	0	0	3.275
Chuquisaca	0	0	0	1	86.933	0	0	0	0	1.591
Tarija	1	0	-1	1	91.344	0	0	0	0	1.384
La Paz	19	2	-17	22	229.568	0	0	0	0	3.166
Potosí	0	0	0	0	48.799	0	0	0	0	944
Oruro	2	0	-2	2	53.543	0	0	0	0	1.670
Total, Bolivia	35	7	-28	59	1.246.700	0	0	0	0	22.454

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El consolidado nacional para la Semana Epidemiológica 3 ratifica una desaceleración marcada en la transmisión viral, registrando un descenso del 80% en la incidencia semanal.

Se reportan únicamente 7 nuevos casos confirmados en todo el territorio, frente a los 35 notificados en la semana previa, lo que establece una diferencia absoluta favorable de -28 casos.

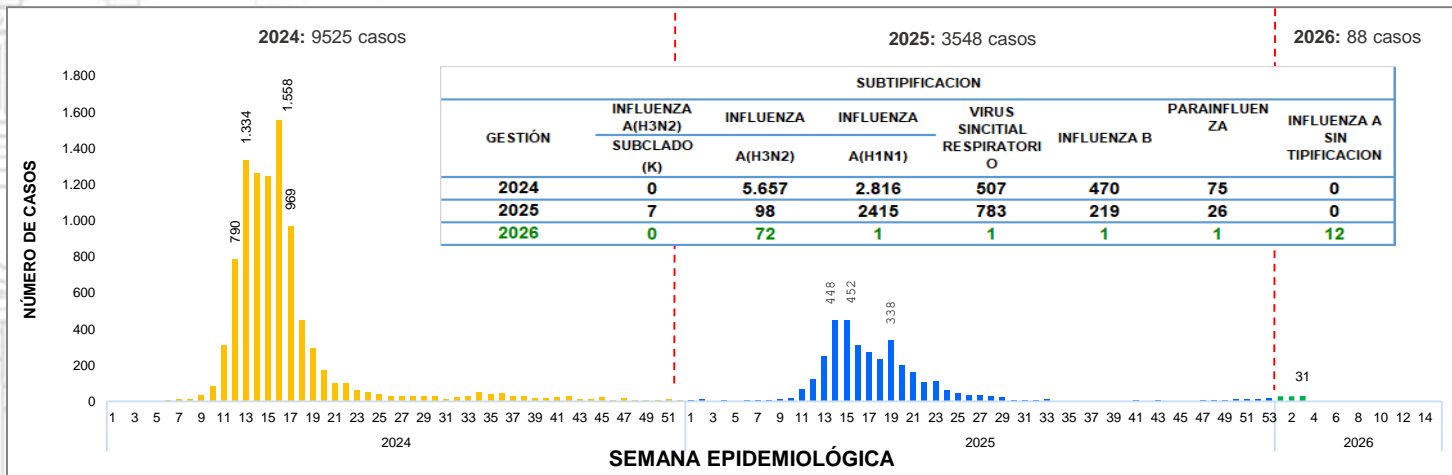
Este escenario de baja circulación se acompaña de un dato importante para la salud pública que es el mantenimiento de letalidad cero en la semana actual como en el acumulado de la gestión 2026, consolidando un total de 59 casos en lo que va del año sin repercusión en la mortalidad.

Elaborado por: Marco Antonio Rocha V.
Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
Dirección General del Epidemiología
Ministerio de Salud y Deportes

Situación epidemiológica de influenza

Tendencia histórica

Bolivia, Distribución y Subtipificación de Virus Respiratorios Circulantes Comparativo Multi-anual (2024 - 2026)



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

La vigilancia genómica centinela revela un marcado viraje en el patrón de circulación viral para el inicio de la gestión 2026. A diferencia del comportamiento observado en 2025, donde la Influenza A(H1N1) se consolidó como el agente dominante con 2.415 casos, seguida por un repunte del Virus Sincital Respiratorio (783 casos), los datos preliminares de este año evidencian un predominio absoluto de la Influenza A(H3N2), que concentra 72 notificaciones frente a una presencia del resto de los virus respiratorios (1 caso para H1N1, VSR y Parainfluenza, respectivamente).

Es relevante destacar que, ante la detección de 7 casos del subclado K de H3N2 en la gestión pasada, se confirma que esta variante ya circula en el país. Por lo tanto, aunque al momento no se registren casos en 2026, la existencia de 12 muestras de Influenza A pendientes de tipificación exige reforzar la vigilancia de laboratorio y mantener un monitoreo estricto para identificar oportunamente su actividad en esta nueva gestión.

Distribución geoespacial

El comportamiento de la influenza en el inicio de la gestión 2026 muestra una tendencia levemente ascendente a nivel nacional, pasando de 28 notificaciones en la SE 1 a 31 en la SE 3. Sin embargo, el análisis estratificado revela que este incremento no es generalizado, sino que responde a una focalización en el departamento de Pando, el cual ha experimentado un aumento abrupto y sostenido, elevando sus casos de 6 en la SE 1 a 19 en la presente semana. Este departamento concentra actualmente el 61% de la carga viral nacional reportada en la SE 3, mientras que departamentos tradicionalmente endémicos como La Paz y Santa Cruz mantienen una transmisión baja y estable, y el resto del país permanece en silencio epidemiológico, lo que exige priorizar acciones de contención inmediata en la región amazónica, tal como se muestra en la tabla siguiente.

**Bolivia: Dinámica Semanal de Casos de Influenza por Departamento
Transición Interanual 2025 - 2026**

DEPARTAMENTO	ACUMULADO S.E. 1 - 42, 2025	S.E. 2025											S.E. 2026		
		43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	1	2	3
CHUQUISACA	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1
LA PAZ	950	7	4	3	3	5	3	5	10	10	5	8	7	11	6
COCHABAMBA	246	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	2	4	2	0
ORURO	222	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0
POTOSI	229	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	0
TARIJA	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
SANTA CRUZ	1573	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	3	5	2	4
BENI	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
PANDO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	9	19
BOLIVIA	3,450	7	4	3	3	6	7	9	15	14	14	16	28	29	31

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

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.

Elaborado por: Leydi Condori Moya - Dabeyva Chavez Llanos

Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
Unidad de Prevención y Control de Enfermedades
Dirección General del Epidemiología
Ministerio de Salud y Deportes

Situación epidemiológica de IRAs, Neumonías y EDAs

Tendencia histórica

**Bolivia: Comparativo de Episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) por Departamento
S.E. 1 a 3, 2025 - 2026**

Departamento	2025	2026
Chuquisaca	15.883	12.936
La Paz	42.246	35.257
Cochabamba	33.099	26.030
Oruro	11.653	10.296
Potosí	20.995	15.579
Tarija	14.281	11.148
Santa Cruz	43.253	24.982
Beni	9.475	8.307
Pando	4.041	3.931
Bolivia	194.926	148.466

Fuente:

Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

El análisis comparativo de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) al inicio de la gestión evidencia una reducción del 23,8% en la incidencia acumulada nacional, descendiendo de 194.926 episodios en 2025 a 148.466 en 2026. Si bien la tendencia decreciente es generalizada, la drástica disminución reportada en Santa Cruz, que bajó de 43.253 a 24.982 notificaciones, debe interpretarse con cautela; es probable que este descenso no refleje únicamente una menor transmisión viral, sino también un subregistro atribuible al paro médico vigente en el departamento, situación que limita la capacidad operativa de captación y reporte en los servicios de salud, enmascarando potencialmente la demanda real de atención.

**Bolivia: Comparativo de Episodios de Neumonías por Departamento
S.E. 1 a 3, 2025 - 2026**

Departamento	2025	2026
Chuquisaca	275	325
La Paz	781	743
Cochabamba	780	785
Oruro	113	119
Potosí	134	118
Tarija	302	266
Santa Cruz	1.900	1.245
Beni	295	289
Pando	117	82
Bolivia	4.697	3.972

Fuente:

Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

El perfil epidemiológico de las neumonías al cierre de la SE 3 muestra un descenso global del 15% en la carga de enfermedad a nivel nacional, disminuyendo de 4.697 casos en enero de 2025 a 3.972 en la presente gestión. Si bien esta reducción es significativa, está influenciada mayoritariamente por la caída de notificaciones en Santa Cruz (de 1.900 a 1.245), dato sujeto a revisión por el contexto de medidas de presión del sector salud que podría estar generando subregistro. Por el contrario, es fundamental alertar sobre la

tendencia ascendente en departamentos como Chuquisaca y Cochabamba, que incrementaron sus casos a 325 y 785 respectivamente, lo que exige reforzar el manejo clínico oportuno en estas regiones para prevenir complicaciones y mortalidad asociada.

**Bolivia: Comparativo de Episodios de Enfermedades Diarreicas Agudas por Departamento
S.E. 1 a 3, 2025 - 2026**

Departamento	Enero, 2025	Enero, 2026
Chuquisaca	1.157	1.187
La Paz	2.691	2.030
Cochabamba	2.814	2.372
Oruro	991	795
Potosí	1.249	1.286
Tarija	1.154	1.264
Santa Cruz	5.194	3.531
Beni	1.241	788
Pando	210	160
Bolivia	16.701	13.413

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

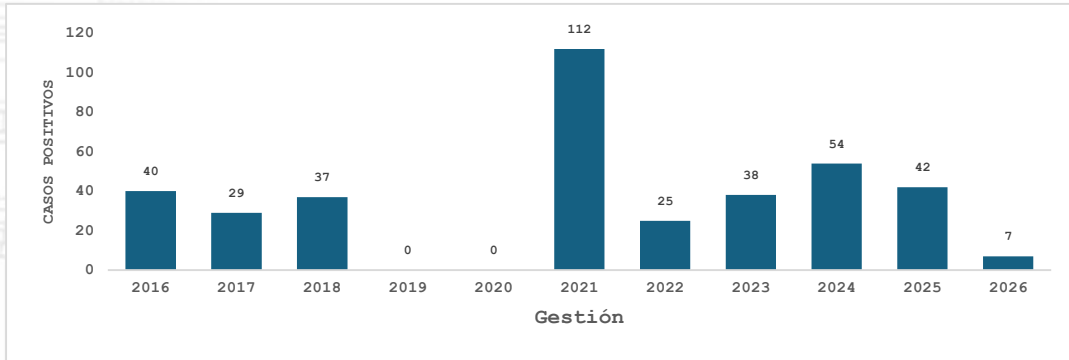
El monitoreo comparativo de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) revela un decremento nacional del 19,7% en la notificación de episodios, descendiendo de 16.701 casos acumulados en enero de 2025 a 13.413 en la presente gestión. No obstante, este escenario global favorable muestra una dualidad geográfica; mientras la región amazónica y el eje troncal exhiben curvas descendentes, con Santa Cruz registrando la mayor reducción absoluta, pasando de 5.194 a 3.531 casos, se detecta un patrón de ascenso preocupante en el bloque sur del país. Específicamente, los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija reportan incrementos en sus tasas de incidencia, lo que obliga a intensificar la vigilancia sanitaria de fuentes de agua y manipulación de alimentos en estas regiones para contener posibles brotes estacionales.

Elaborado por: Marco Antonio Rocha V.
Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
Dirección General de Epidemiología
Ministerio de Salud y Deportes

Situación epidemiológica de Leptospirosis

Tendencia histórica

Bolivia: Tendencia Histórica de Casos Positivos de Leptospirosis (Serie 2016 - 2026)



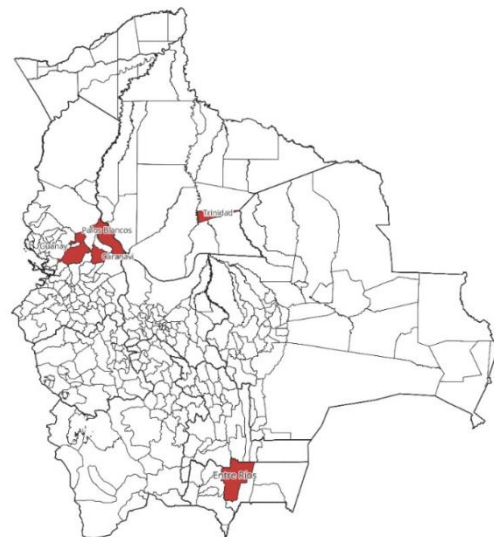
Fuente: SEDES - CENETROP

El análisis retrospectivo de la leptospirosis evidencia un comportamiento cíclico e inestable en la última década. Se destaca el evento epidémico de la gestión 2021, que marcó el pico máximo de la serie histórica con 112 casos positivos. Tras el silencio epidemiológico observado entre 2019 y 2020, la enfermedad ha mantenido una endemidad persistente en el último trienio, fluctuando entre 38 y 54 casos anuales. Para el inicio de la gestión 2026, la confirmación temprana de 7 casos constituye una señal de alerta; dado que nos encontramos en plena temporada de lluvias e inundaciones (factores de riesgo detonantes), este dato basal sugiere la necesidad de intensificar la sospecha clínica en zonas endémicas para evitar un repunte similar al de ciclos previos.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución Geoespacial de Morbilidad y Mortalidad por Leptospirosis (Acumulado SE 1 - SE 3, 2026)

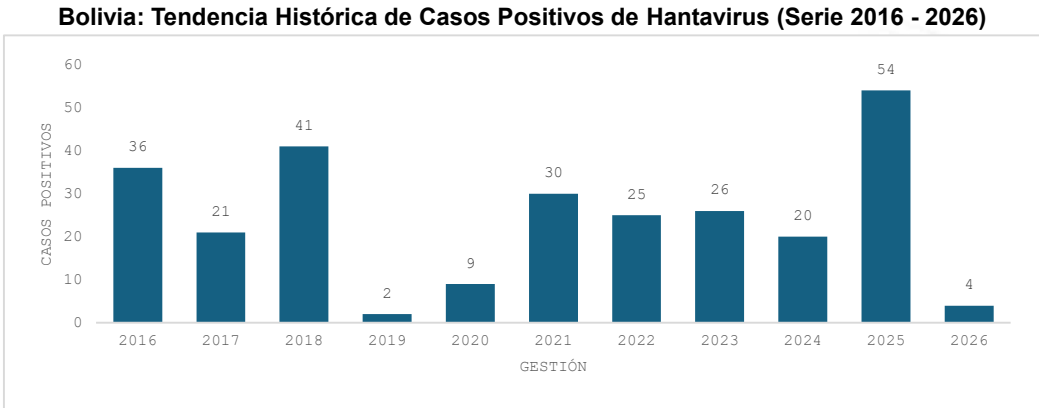
Departamento	Municipio	Casos Hasta S.E. 3 - 2026
Tarija	Entre Ríos	1
	Caranavi	1
La Paz	Palos Blancos	1
	Guanay	1 fallecido
Beni	Trinidad	3
Bolivia		7



La estratificación espacial de los 7 casos confirmados permite identificar focos activos en tres departamentos, con el municipio de Trinidad (Beni) concentrando la mayor carga viral (43%). Paralelamente, el departamento de La Paz registra circulación viral dispersa en Caranavi, Palos Blancos y Guanay; es importante informar que el caso notificado en este último municipio (Guanay) evolucionó a óbito. El análisis del fallecimiento confirma la presencia de Diabetes Tipo 2 como enfermedad de base, factor de riesgo que precipitó la severidad del cuadro clínico. Este evento fatal subraya la urgencia de priorizar el triaje y manejo agresivo en pacientes con comorbilidades metabólicas que presenten síndrome febril en zonas endémicas.

Situación epidemiológica de Hantavirus

Tendencia histórica



Fuente: SEDES - CENETROP

El perfil epidemiológico del Hantavirus en la última década exhibe un comportamiento fluctuante y cíclico, caracterizado por periodos de baja transmisión (como el bienio 2019-2020) seguidos de fases de recrudecimiento. El análisis alerta sobre el comportamiento de la gestión anterior (2025), la cual marcó el pico máximo de la serie histórica con 54 casos confirmados, superando significativamente el promedio de los últimos cinco años. Para el arranque de la gestión 2026, la notificación temprana de 4 casos positivos ratifica la circulación activa del virus en sus reservorios naturales, situación que exige mantener una vigilancia ambiental y mastozoológica estricta, dado que el antecedente inmediato de alta incidencia en 2025 sugiere condiciones ecológicas favorables para la transmisión.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución Geoespacial de Morbilidad y Mortalidad por Hantavirus (Acumulado SE 1 - SE 3, 2026)

Departamento	Municipio	Casos Hasta S.E. 3 - 2026	Decesos Hasta S.E. 3 - 2026
La Paz	Palos Blancos	3	2
	Guanay	1	
Bolivia		4	2



La caracterización espacial del Hantavirus al inicio de la gestión 2026 revela una focalización absoluta del riesgo en el departamento de La Paz, restringiéndose la circulación viral exclusivamente a su región tropical. Los 4 casos confirmados a nivel nacional se distribuyen en dos municipios colindantes: Palos Blancos, que presenta la situación más crítica con 3 casos y 2 decesos, y Guanay con 1 caso notificado.

Acciones realizadas

El escenario epidemiológico actual enciende las alarmas debido a la elevada letalidad del brote (50%), concentrada íntegramente en Palos Blancos; este indicador de severidad exige una respuesta sanitaria urgente en el norte paceño, priorizando el control de reservorios y la detección clínica temprana para evitar nuevas defunciones.

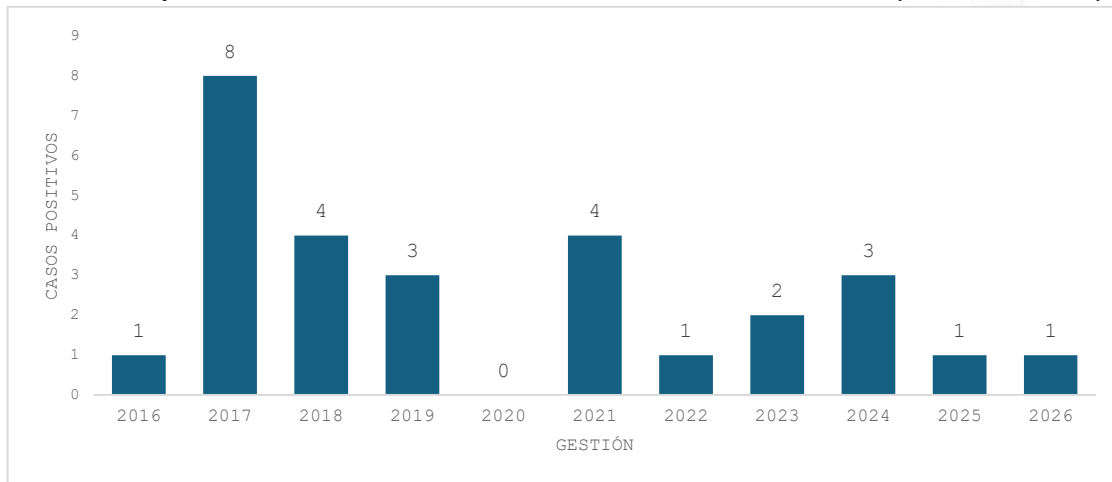
El SEDES La Paz, en coordinación con el MSyD, realizará acciones de contención, vigilancia y fortalecimiento clínico en los municipios con casos activos.

Elaborado por: Patricia Miranda Gonzales
Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
Dirección General del Epidemiología
Ministerio de Salud y Deportes

Situación epidemiológica de Rabia Humana

Tendencia histórica

Bolivia: Comportamiento Histórico de Casos Confirmados de Rabia Humana (Serie 2016 - 2026)



Fuente: SEDES - INLASA

El análisis retrospectivo de la rabia humana describe una tendencia histórica discontinua, con un descenso generalizado tras el pico epidémico de 2017.

Sin embargo, la gestión 2026 inicia con un evento centinela de máxima alerta con la confirmación de un caso positivo en el departamento de Cochabamba, que culminó con el fallecimiento de una paciente pediátrica durante la Semana Epidemiológica 3. Es crucial precisar que, aunque el reporte impacta en la estadística actual, la exposición al virus (agresión animal) ocurrió en diciembre de 2025, evidenciando el periodo de incubación de la patología.

Este desenlace fatal, con una letalidad del 100%, no solo confirma la circulación viral activa en reservorios caninos, sino que expone brechas críticas en la profilaxis post-exposición oportuna y la tenencia responsable, exigiendo una respuesta inmediata de bloqueo de foco y educación sanitaria

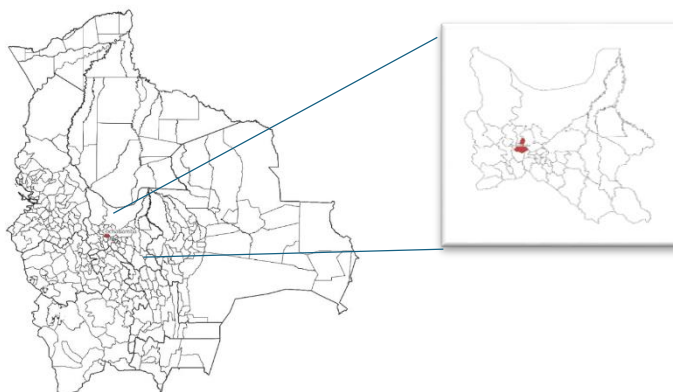
Distribución geoespacial

La georreferenciación del evento sanitario permite ubicar con precisión el único caso de rabia humana notificado en la presente gestión, identificando el foco activo en el departamento de Cochabamba.

El mapa siguiente, evidencia la concentración del riesgo en la región de los valles centrales, una zona de alta densidad demográfica donde la interfase humano-animal es estrecha.

Esta focalización geográfica es determinante para la respuesta operativa, exigiendo la ejecución inmediata de un cerco epidemiológico en el municipio afectado para interrumpir la cadena de transmisión, mediante la vacunación de bloqueo y la búsqueda activa de contactos expuestos, antes de que el virus se disperse a áreas colindantes.

Bolivia: Localización Geoespacial del Caso Confirmado de Rabia Humana Foco en el Departamento de Cochabamba, 2026)



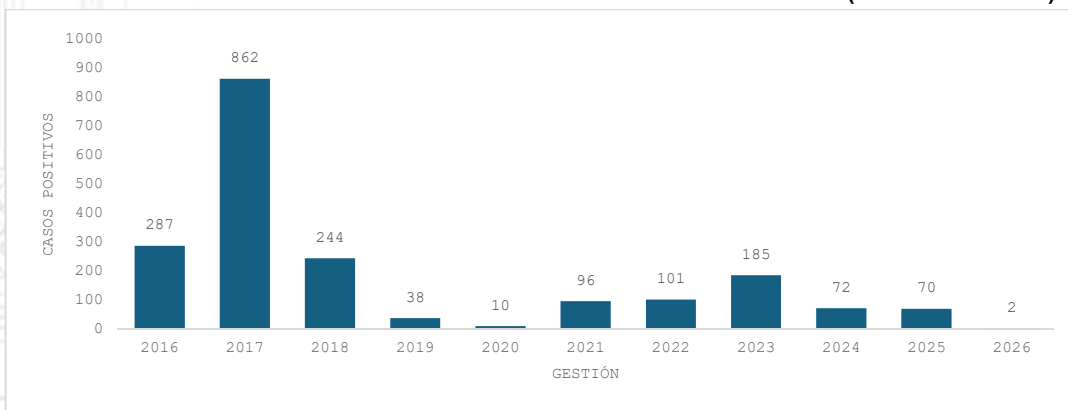
Acciones realizadas

En respuesta inmediata al evento, se coordinó con el SEDES Cochabamba la activación del cerco epidemiológico en la zona de intervención. Las acciones se desplegaron en dos ejes prioritarios: la vigilancia zoonótica, mediante la ejecución de estudios de rastreo en la población canina del municipio para identificar la circulación viral activa, y la protección humana, asegurando el censo, seguimiento clínico riguroso y la administración completa de tratamiento profiláctico post-exposición a todo el entorno familiar y contactos directos de la paciente fallecida, garantizando así el corte de la cadena de transmisión.

Situación epidemiológica de Rabia Canina

Tendencia histórica

Bolivia: Tendencia Histórica de Casos Confirmados de Rabia Canina (Serie 2016 - 2026)



Fuente: SEDES - INLASA

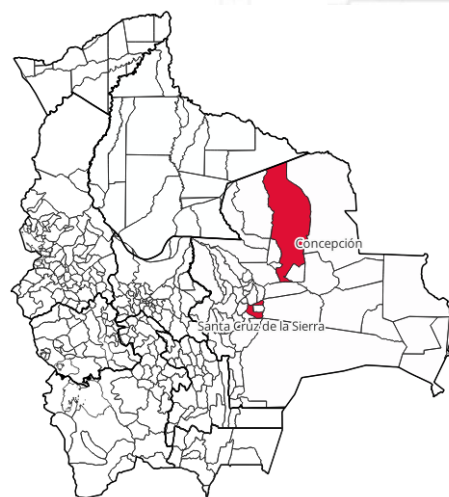
El seguimiento de la curva epizootiológica de rabia canina muestra una tendencia a la estabilización en los últimos dos años, tras las marcadas fluctuaciones de la década. Si bien se logró controlar la gran epizootia de 2017, que alcanzó el máximo histórico con 862 casos positivos, el comportamiento reciente evidencia una endemidad persistente; tras el repunte observado en 2023 (185 casos), las gestiones 2024 y 2025

mantuvieron una meseta estable con 72 y 70 casos respectivamente. Para el inicio de la gestión 2026, la confirmación de 2 casos positivos ratifica la circulación viral activa en la población animal, lo que impide bajar la guardia y exige mantener coberturas de vacunación antirrábica por encima del 85% para prevenir nuevos brotes epidémicos.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Rabia Canina por Municipio (Acumulado SE 1 - SE 3, 2026)

Departamento	Municipio	Casos Hasta S.E. 3 -2026
Santa Cruz	Concepción	1
	Santa Cruz de la Sierra	1
Bolivia		2



El escenario epidemiológico de la rabia en el país presenta una complejidad dual y crítica. Por un lado, la vigilancia de reservorios confirma la circulación viral activa restringida al departamento de Santa Cruz, con casos caninos focalizados en Santa Cruz de la Sierra y Concepción. Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse en conjunto con el evento de máxima gravedad registrado en Cochabamba. Esta convergencia de eventos epizootia activa en el oriente y letalidad humana en el valle, demuestra que el riesgo de transmisión viral persiste en múltiples regiones, exigiendo una respuesta simultánea, bloqueo de focos agresivo en Santa Cruz y una auditoría de profilaxis urgente en Cochabamba para evitar nuevas pérdidas humanas.

Acciones realizadas

El Ministerio de Salud y Deportes ha establecido una coordinación operativa prioritaria con los SEDES de Santa Cruz y Cochabamba, así como con los gobiernos municipales. Ante el desafío que representan los bolsones de población canina susceptible y en respuesta al evento crítico registrado en Cochabamba, se han intensificado las estrategias de intervención conjunta.

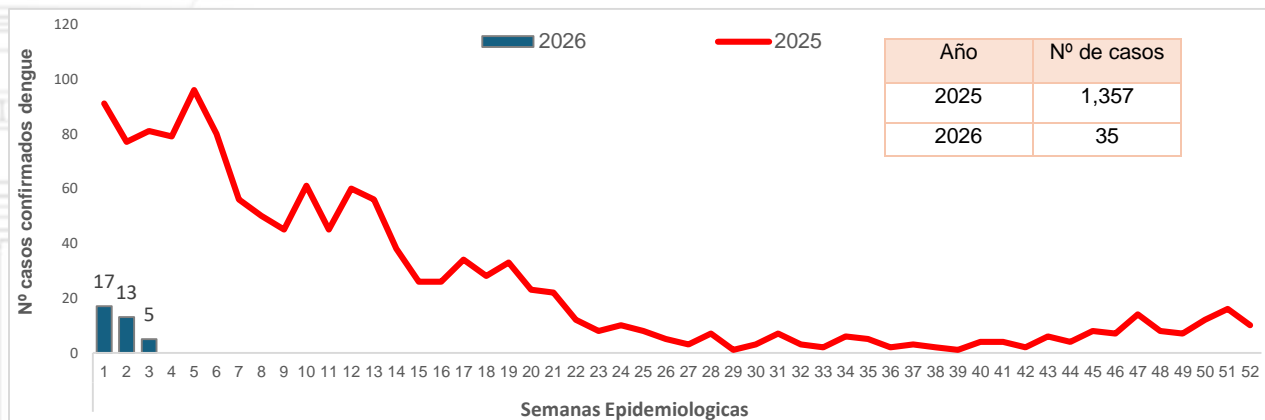
En este marco, los SEDES Santa Cruz y Cochabamba, priorizan el fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de salud y el despliegue de brigadas para la búsqueda activa de personas expuestas y el rastillaje de vacunación en las zonas de riesgo, complementando estas acciones con una comunicación asertiva para empoderar a la población en la prevención oportuna.

Elaborado por: Patricia Miranda G.– Fernando Lanza A.
Programa Nacional de Enfermedades Zoonóticas, Ponzofiosos y Ofidios
Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
Dirección General del Epidemiología

Situación epidemiológica de Dengue

Tendencia histórica

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



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La vigilancia de dengue al inicio de la gestión 2026 muestra un escenario de baja transmisión y control sostenido, acumulando 35 casos confirmados en las primeras tres semanas. El análisis secuencial evidencia una tendencia al descenso progresivo, iniciando con 17 casos en la SE 1, bajando a 13 en la SE 2 y registrando un mínimo de 5 notificaciones en la SE 3. Este comportamiento contrasta notablemente con la alta presión epidemiológica observada en la gestión 2025, que cerró con un total de 1.357 casos y mantuvo picos elevados durante el primer trimestre (línea roja); no obstante, pese a la reducción actual, la presencia del vector exige mantener la vigilancia activa para evitar rebrotes estacionales.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución geoespacial y dinámica semanal de Casos de Dengue por Municipio S.E. 1 – 3, 2026

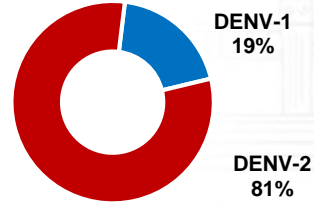
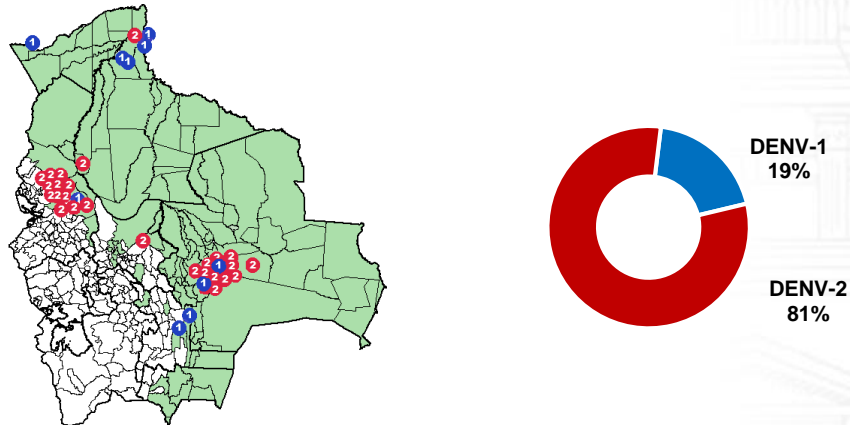
Departamento	Municipios	Semana Epidemiológica		
		1	2	3
Santa Cruz	Montero	1	0	0
La Paz	Caranavi	0	0	1
	San Buenaventura	1	0	0
Beni	Guayaramerin	2	0	0
	Rurrenabaque	1	0	0
	San Borja	12	13	4
Total Casos		17	13	5

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La estratificación municipal de la vigilancia permite identificar con precisión los focos activos de transmisión, revelando que la circulación viral se encuentra altamente concentrada. El municipio de San Borja (Beni) se constituye actualmente en el epicentro de la actividad arboviral del país, acumulando el 83% de la carga de enfermedad reportada en el periodo (29 de los 35 casos totales). Si bien la tendencia en este municipio es favorable, descendiendo de 13 notificaciones en la SE 2 a 4 en la SE 3, su comportamiento endémico contrasta con la aparición esporádica y aislada de casos en otras localidades como Montero, Caranavi o Guayaramerín. Esta configuración epidemiológica dicta que los esfuerzos de control vectorial y eliminación

de criaderos deben focalizarse intensivamente en la provincia José Ballivián del Beni para cortar la transmisión residual.

Bolivia: Distribución Geoespacial y Prevalencia de Serotipos de Dengue, 2025



La vigilancia laboratorial estratificada por serotipo revela un patrón de circulación viral caracterizado por la co-circulación de dos variantes, pero con predominancia del DENV-2, el cual representa actualmente el 81% de los aislamientos tipificados a nivel nacional. El mapeo geoespacial evidencia que este serotipo predominante (puntos rojos) tiene una dispersión masiva en el eje endémico del Norte de La Paz, Trópico de Cochabamba y Santa Cruz, mientras que el DENV-1 mantiene una circulación minoritaria del 19% (puntos azules), visible dispersamente en zonas de frontera norte (Pando) y sur (Tarija). Este perfil virológico con predominancia del DENV-2 constituye una señal de alerta clínica, dada la mayor asociación histórica de este serotipo con la presentación de formas graves de la enfermedad.

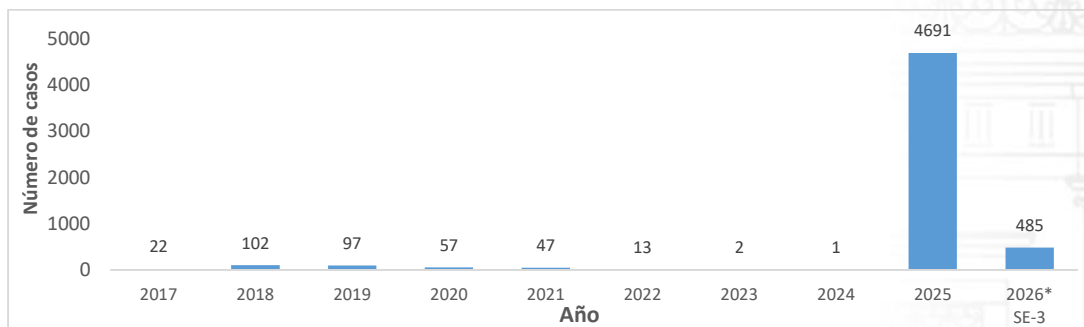
Acciones realizadas

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-2.

Situación epidemiológica de Chikungunya

Tendencia histórica

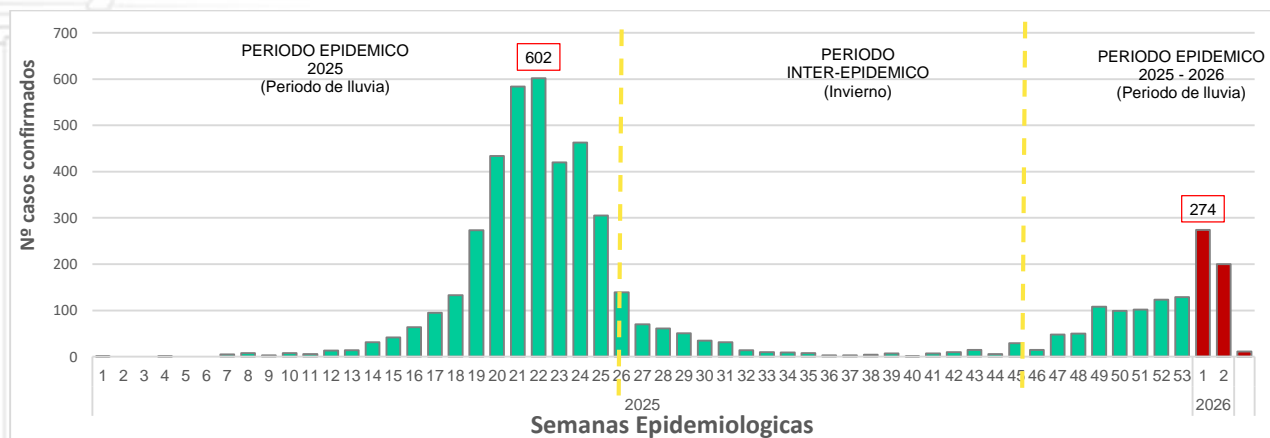
Bolivia: Tendencia anual de casos confirmados de Chikungunya, 2017 – 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La vigilancia de Chikungunya revela una alteración drástica del patrón epidemiológico en el último bienio. Tras un periodo de siete años (2017-2023) caracterizado por una transmisión de baja intensidad e incluso silenciosa, llegando a mínimos de 1 caso en 2024, el país experimentó una explosión epidémica sin precedentes en 2025, acumulando 4.691 casos. Lejos de retornar a la calma, el inicio de la gestión 2026 confirma la persistencia de una alta transmisión activa, registrando 485 casos en solo tres semanas; este dato parcial es alarmante, pues ya supera la totalidad de casos anuales reportados en cualquier gestión entre 2017 y 2024, lo que sugiere que la ola epidémica iniciada el año pasado mantiene su fuerza y potencial de dispersión.

Bolivia: Tendencia de casos confirmados de Chikungunya, por S.E. según fecha de inicio de síntomas 2025 - 2026

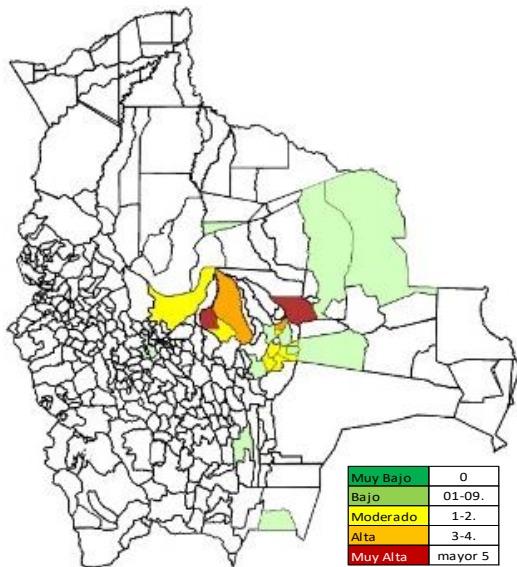


Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

El análisis de la curva epidémica según la Fecha de Inicio de Síntomas describe un comportamiento estacional bimodal, marcado por dos olas de transmisión coincidentes con los periodos de lluvia. Tras superar la primera ola de 2025, cuyo pico máximo alcanzó los 602 casos semanales, y atravesar una fase inter-epidémica de baja intensidad durante el invierno, se observa una reactivación agresiva del brote desde la SE 46. El año inicia con un nivel de transmisión inusualmente alto, registrando 274 casos con inicio de síntomas solo en la Semana Epidemiológica 1.

Distribución geoespacial

Bolivia: Estratificación de Riesgo de Transmisión de Chikungunya por Municipio



DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semanas Epidemiológicas 2026*		
		1	2	3
Beni	Trinidad	2	0	0
	San Borja	1	0	0
Chuquisaca	Monteagudo	1	0	0
	Entre Rios Cbba.	7	0	0
Cochabamba	Puerto Villarroel	33	1	1
	Villa Tunari	7	4	1
	Capinota	1	0	0
Tarija	Yacuiba	0	2	0
	Cotoca	1	1	0
Santa Cruz	El Torno	7	5	0
	General Saavedra	2	4	0
	La Guardia	30	16	0
	Montero	10	7	0
	Pailón	0	2	0
	Porongo	2	1	0
	Portachuelo	0	1	0
	Samaipata	0	1	0
	San Ignacio de Velasco	1	0	0
	San Julián	28	26	1
	Santa cruz de la Sierra	114	123	8
	Warnes	8	1	0
	Yapacaní	19	4	0
	Concepción	0	1	0
	Total		274	200

El mapeo de riesgo acumulado para las primeras semanas de la gestión 2026 revela una distribución focalizada y explosiva de la transmisión. Se identifica un conglomerado de alta intensidad en la región del Trópico, donde se agrupan los municipios clasificados en riesgo Muy Alto (Zona Roja) y Alto (Zona Naranja). Esta configuración espacial evidencia que la epidemia no es generalizada, sino que mantiene un núcleo activo de dispersión viral rodeado por un cinturón de riesgo Moderado (Zona Amarilla). Durante la gestión anterior (2025) se reportados 4 óbitos en Santa Cruz por Chikungunya.

Acciones realizadas

Ante la dinámica ascendente de la curva epidémica, el nivel nacional ha consolidado la coordinación operativa con los SEDES de Santa Cruz y Cochabamba, 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; y 3) Control Entomológico, ejecutando acciones de destrucción de criaderos y control químico focalizado para reducir drásticamente la densidad del vector en los municipios afectados.

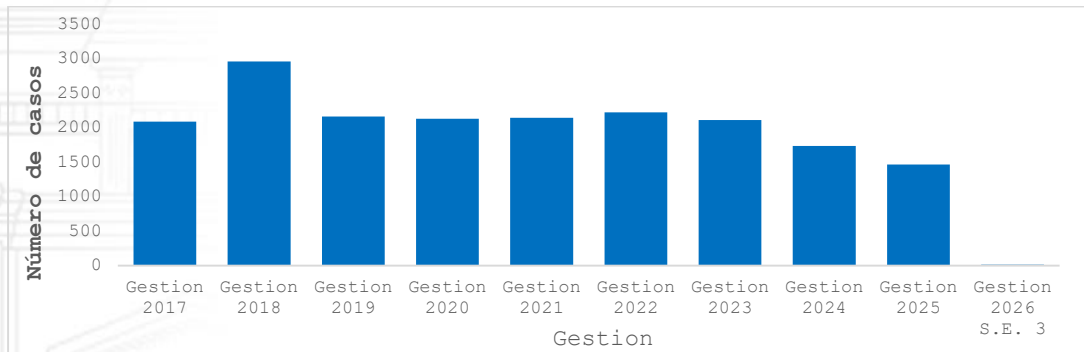
Elaborado por: **Dina Condori Choque**
Alinda Espinoza Quevedo
Jenny Rosario Chambi Fernández

Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
 Dirección General del Epidemiología
 Ministerio de Salud y Deportes

Situación Epidemiológica de Leishmaniasis

Tendencia histórica

Bolivia: Tendencia histórica de casos confirmados de Leishmaniasis, 2017 - 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Leishmaniasis, comparativa 2025 y 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

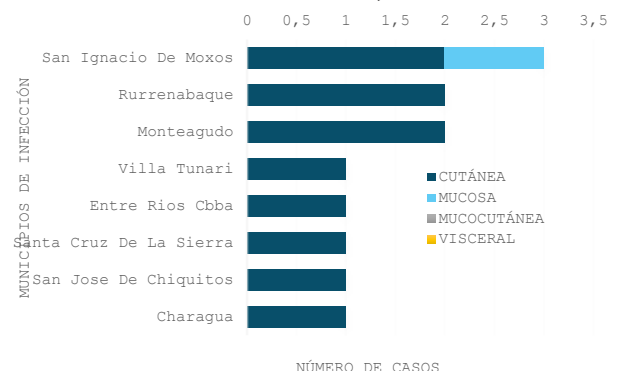
La vigilancia de Leishmaniasis denota una tendencia secular al descenso y estabilización, transitando de los picos históricos observados en 2018 hacia una reducción sostenida de la carga de enfermedad, cerrando la gestión 2025 con el registro más bajo del quinquenio (1.465 casos). Esta dinámica favorable se ratifica al inicio de 2026, con un reporte de transmisión basal mínima de apenas 16 casos acumulados en las primeras tres semanas; este comportamiento inicial se alinea con el patrón estacional esperado, dado que la curva histórica (línea roja) sitúa los periodos de mayor riesgo epidémico recién hacia el segundo semestre del año (semanas 30-37), manteniendo actualmente la endemia dentro de parámetros de control.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Departamento, 2026

Departamento	Casos
Chuquisaca	2
La Paz	0
Cochabamba	2
Potosí	0
Tarija	0
Santa Cruz	4
Beni	6
Pando	2
Total	16

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Municipio de Transmisión, 2026



La estratificación geográfica de los 16 casos confirmados revela una dispersión de la endemia en cinco departamentos, consolidando al Beni como la región de mayor carga con el 37,5% de los casos (6 notificaciones). Al descender al nivel municipal, se identifica a San Ignacio de Moxos como el foco de mayor complejidad; no solo lidera la incidencia municipal con 3 casos, sino que es el único municipio que reporta la presencia de Leishmaniasis Mucosa (1 caso), una forma clínica de evolución severa. El resto de la casuística nacional, distribuida en municipios como Rurrenabaque, Monteagudo y áreas de Santa Cruz y Cochabamba, corresponde exclusivamente a la forma Cutánea, lo que sugiere una detección temprana de las lesiones primarias, aunque la aparición de la forma mucosa en el Beni obliga a reforzar el seguimiento de pacientes para prevenir complicaciones deformantes.

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 durante el presente mes. 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 en este inicio de gestión. Paralelamente, se trabaja en coordinación con los SEDES la vigilancia y control entomológica.

**Elaborado por: Dina Condori Choque
Alinda Nilda Espinoza Quevedo
Amanda Tellería**

Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental
Dirección General del Epidemiología
Ministerio de Salud y Deportes



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

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.