



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica N° 7 | 2026
15 al 21 de febrero



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

Dirección General de Epidemiología

Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes presenta la séptima edición del Boletín Epidemiológico Semanal del Estado Plurinacional de Bolivia, correspondiente a la Semana Epidemiológica 7 (SE 7) de la gestión 2026. A través de la Dirección General de Epidemiología, se sistematiza la información de vigilancia sanitaria nacional, evidenciando un escenario epidemiológico dinámico, con tendencias de estabilización en algunos eventos y alertas activas en otros que exigen una intervención operativa inmediata.

En el análisis de la presente semana, validamos una fase de control favorable y de baja transmisión para eventos endemo-epidémicos como el Dengue y la Leishmaniasis. De igual manera, se confirma que en la SE 7 no se notificaron casos nuevos de Sarampión, manteniéndose los registros limitados al foco del municipio de Santa Cruz de la Sierra correspondientes a semanas previas.

No obstante, el sistema de vigilancia advierte sobre la persistencia y reactivación de eventos de alto impacto sanitario que requieren máxima alerta.

Brote de Chikungunya, continúa constituyendo la principal urgencia de salud pública. Si bien las SE 6 y 7 describen un descenso franco tras el comportamiento explosivo y el acmé alcanzado en la SE 5, la transmisión demanda un monitoreo riguroso, estando fuertemente focalizada en el departamento de Santa Cruz.

Se declara una alerta crítica ante el deceso de un paciente por Fiebre Amarilla en el municipio de Apolo (La Paz), evidenciando el riesgo en población susceptible. Paralelamente, se advierte sobre la letalidad en focos activos de Hantavirus, que acumulan tres decesos (La Paz y Tarija), y de Leptospirosis, con un deceso en Guanay (La Paz) precipitado por factores de riesgo metabólico. Adicionalmente, se confirma el primer caso de Fiebre Hemorrágica de la gestión en Teoponte (La Paz).

El perfil epidemiológico confirma el predominio absoluto de la Influenza A(H3N2), registrando un incremento sostenido de casos concentrados principalmente en el oriente y el norte amazónico del país. La vigilancia genómica mantiene el monitoreo estricto ante la circulación del subclado K.

El sistema reporta el primer caso de Lepra de la gestión en Santa Cruz, región que a su vez mantiene circulación viral activa de Rabia Canina en los municipios de Santa Cruz de la Sierra y Concepción, exigiendo intervenciones agresivas de bloqueo.

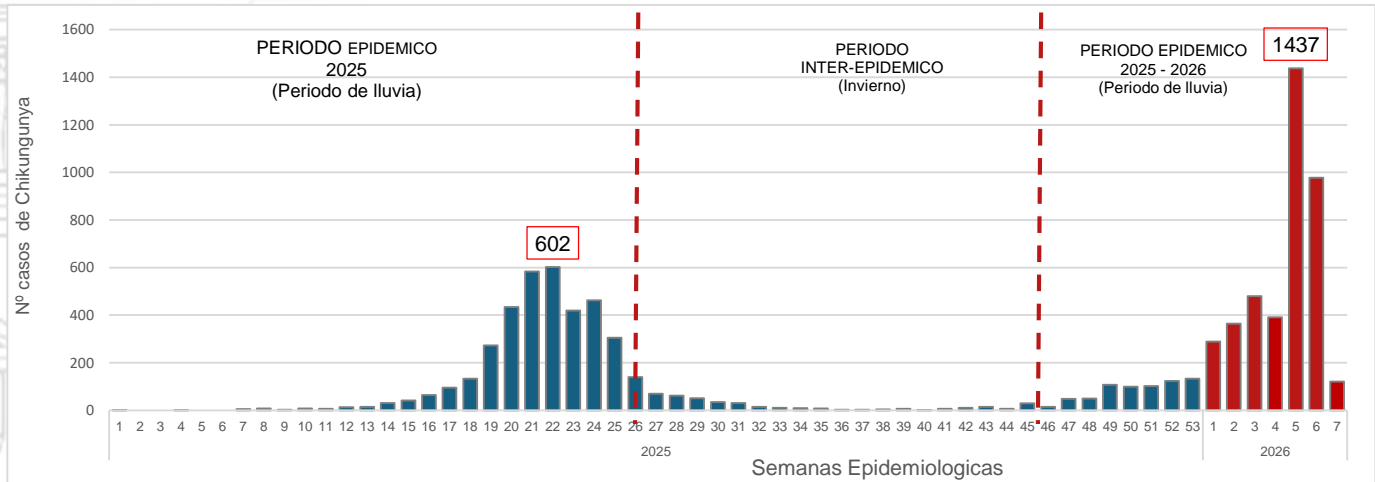
Con la publicación de este boletín, reafirmamos nuestro compromiso con la gestión basada en evidencia, proporcionando directrices técnicas oportunas para que los SEDES y el personal de salud optimicen la toma de decisiones, priorizando la intervención en las áreas de mayor vulnerabilidad y riesgo vital del territorio nacional.

¡Bienvenidos!

Situación Epidemiológica de Chikungunya

Tendencia histórica

Bolivia: Tendencia de casos confirmados de Chikungunya, por S.E. según fecha de inicio de síntomas 2025 – SE 1-7, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Durante las primeras siete semanas epidemiológicas (SE) de la gestión 2026, enmarcadas dentro del periodo epidémico asociado a la temporada de lluvias, la curva de incidencia de Chikungunya presentó un comportamiento explosivo. Se evidenció una tendencia ascendente acelerada a partir de la SE 1, alcanzando el acmé del brote durante la SE 5 con un registro máximo de 1.437 casos notificados, una magnitud de transmisión que supera con creces los picos del periodo epidémico anterior. Con posterioridad a este evento máximo, la curva describe una inflexión con un descenso franco y abrupto de los casos durante las SE 6 y 7, señalando el aparente inicio de la fase de declive del brote actual, cuyo comportamiento deberá ser rigurosamente monitoreado en las subsiguientes semanas para confirmar el cese de la transmisión.

Distribución geoespacial

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

Departamentos	Casos confirmados	Fallecidos
Chuquisaca	44	0
La Paz	21	0
Cochabamba	191	0
Tarija	169	0
Santa Cruz	3609	4
Beni	23	0
Pando	3	0
Total Bolivia	4.060	4

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Bolivia reportó un acumulado de 4.060 casos confirmados y 4 decesos por Chikungunya. La carga de morbimortalidad se encuentra fuertemente focalizada en el departamento de Santa Cruz, epicentro del brote que concentra 3.609 casos y la totalidad de los fallecimientos, mientras que regiones como Cochabamba (191) y Tarija (169) presentan niveles de transmisión activa pero moderada en comparación con el resto del país.

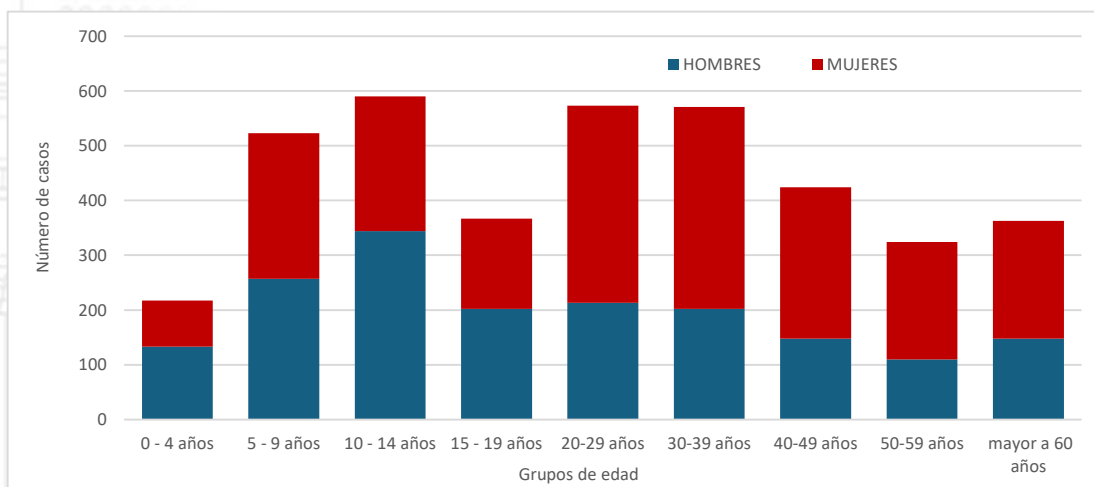
Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por Municipio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semana Epidemiológica 1 – 7, 2026							TOTAL	
		1	2	3	4	5	6	7		
BENI	Riberalta		1	1		3	2		7	
	San Andres			2					2	
	San Borja	1							1	
	Trinidad	2	2	1		5	3		13	
CHUQUISACA	Huacaya					1			1	
	Machareti			3	2	8			13	
	Monteagudo	1		2		8			11	
	Muyupampa			1	1	2	1		5	
	Sucre					10	4		14	
COCHABAMBA	Aiquile					5			5	
	Capinota	1				4	13		18	
	Cercado Cbba		1			1			2	
	Chimore			2		2			4	
	Entre Rios Cbba	14	10	3	1	1			29	
	Mizque						1		1	
	Puerto Villarroel	33	8	19	2	16	4		82	
	Quillacollo						3		3	
	Shinahota		1	1	3	4	1		10	
	Sipe Sipe						4	1	5	
	Tiquipaya					1			1	
	Villa Tunari	7	7	5	1	2	8		30	
	Vinto						1		1	
	SANTA CRUZ	Buena Vista		2	1		1			4
		Cabezas						8		8
Camiri		1	1		1	10	15		28	
Charagua						2	5		7	
Concepcion		1	3	7	3	17	14		45	
Cotoca		1	1			4	6		12	
El Puente						13			13	
El Torno		8	11	39	16	75	72	13	234	
General Saavedra		2	6	8	10	29	12		67	
La Guardia		31	38	70	31	177	95	7	449	
Lagunillas					1				1	
Mineros			1	1					2	
Montero		10	14	17	13	74	38		166	
Okinawa							1		1	
Pailon			3	11	2	18	10	1	45	
Pampa Grande							2		2	
Porongo		2	1	1	2	4	6		16	
Portachuelo			1			1	3		5	
Samaipata			1		1	4	3		9	
San Carlos				3	5	15	3		26	
San Ignacio de Velasco		1					2		3	
San Jose de Chiquitos				2	2	10	7		21	
San Juan de Yapacani				1	1				2	
San Julian		28	52	37	11	109	9		246	
San Matias						1			1	
San Pedro				1		6	14		21	
Santa Cruz de la Sierra		116	169	207	273	680	503	90	2038	
Vallegrande							3	1	4	
Warnes		8	9	11	4	21	17		70	
Yapacani		19	14	6	2	10	3		54	
Mairana						5	4	9		
TARIJA	Bermejo	1	5	9	1	48	48	2	114	
	Carapari					1	2		3	
	Cercado Tar					2	2		4	
	Padcaya						1		1	
	Villa Montes					2	2		4	
	Yacuiba	1	2	8	1	19	12		43	
PANDO	Cobija					1		2	3	
	La Asunta				1	8	9		18	
LA PAZ	Cajuata				1	8	9		18	
	La Asunta					2	1		3	
TOTAL		289	364	480	391	1437	978	121	4060	

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Distribución demográfica

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



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La distribución demográfica de los casos confirmados de Chikungunya se evidencia la mayor concentración en los grupos de edad comprendidas entre 5 a 14 años que representa el 12% de los casos siendo y 20 a 39 años con el 18%, con predominancia del sexo femenino con el 56 % a nivel nacional.

Acciones realizadas

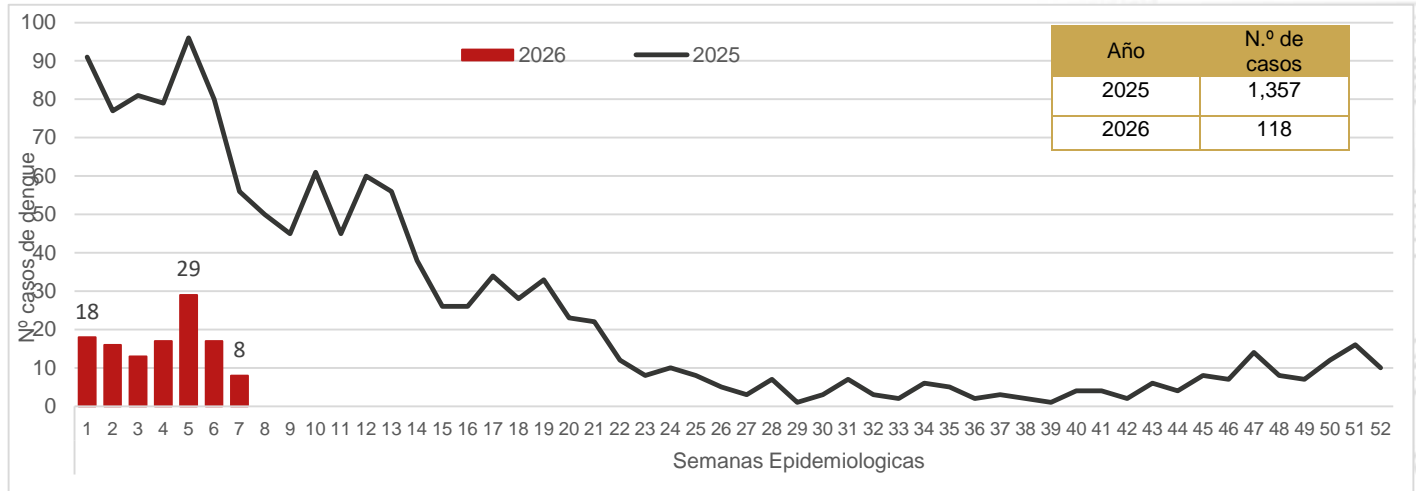
Ante la dinámica epidémica actual, el nivel nacional ha consolidado la coordinación operativa con los nueve SEDES del país bajo un mando unificado integral, priorizando estratégicamente el despliegue inicial en el departamento de Santa Cruz por ser el epicentro del brote, manteniendo al mismo tiempo la capacidad de respuesta y vigilancia en todo el territorio.

Esta articulación moviliza brigadas mixtas para intervenir oportunamente 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 para cortar la transmisión, implementando la nueva ficha de enfermedades transmitidas por vectores y activando la confirmación de casos por nexo epidemiológico según la nueva estructura; y 3) Control Entomológico, mediante la destrucción sostenida de criaderos y control químico focalizado para reducir drásticamente la densidad del vector. Todas estas intervenciones se ejecutan de manera estratificada, concentrando los recursos en aquellas regiones y municipios que evidencian transmisión activa y comunitaria de casos.

Situación Epidemiológica de Dengue

Tendencia histórica

Bolivia: Curva epidémica de casos confirmados de dengue, 2025 – SE 1- 7, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

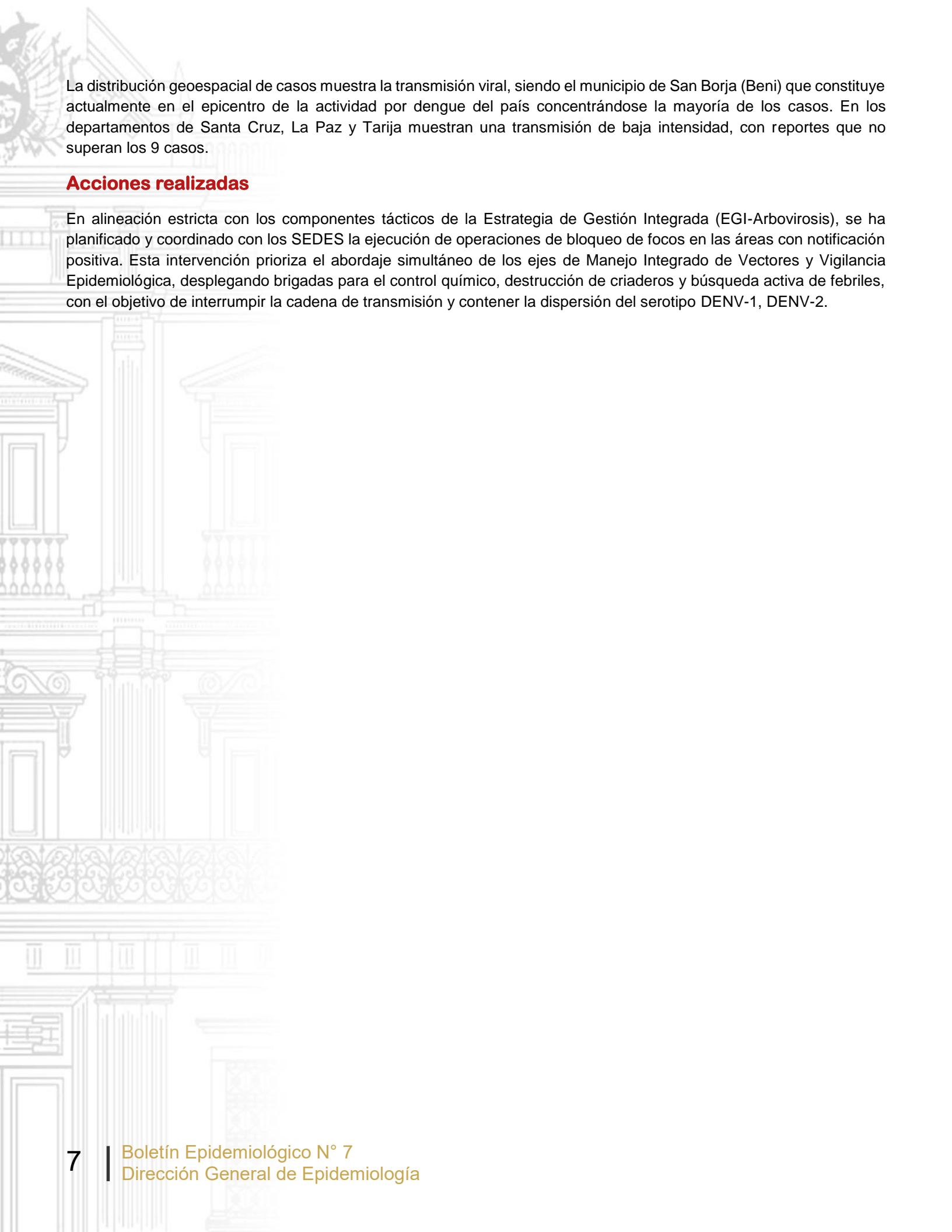
La vigilancia de dengue al inicio de la gestión 2026 muestra un escenario de baja transmisión, acumulando 118 casos confirmados en las primeras seis semanas. El análisis secuencial evidencia una tendencia estacional, iniciando con 18 casos en la SE 1 registrando un máximo de 29 notificaciones en la SE 5. Este comportamiento muestra notablemente con la alta presión epidemiológica observada en la gestión 2025, que cerró con un total de 1.357 casos (línea gris oscuro).

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución geoespacial y dinámica semanal de Casos de Dengue por Municipio S.E. 1 – 7, 2026

Departamento	Municipios	Semana Epidemiológica							TOTAL
		1	2	3	4	5	6	7	
BENI	Guayaramerin	3	1						4
	Riberalta			1					1
	Rurrenabaque	1					1	1	3
	San Borja	12	13	6	10	17	7	4	69
	Trinidad		1	1	2	3			7
LA PAZ	Apolo						1		1
	Caranavi			1		3	4	1	9
	Ixiamas					1			1
	La Asunta				1	2	1		4
	Mapiri				1				1
	Palos Blancos			1					1
	San Buenaventura	1			2	2	1	2	8
SANTA CRUZ	Camiri				1				1
	La Guardia			1					1
	Montero	1	1						2
	Santa Cruz de la Sierra			1		1	1		3
TARIJA	Bermejo						1		1
	Tarija			1					1
Total Casos		18	16	13	17	29	17	8	118

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE



La distribución geoespacial de casos muestra la transmisión viral, siendo el municipio de San Borja (Beni) que constituye actualmente en el epicentro de la actividad por dengue del país concentrándose la mayoría de los casos. En los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Tarija muestran una transmisión de baja intensidad, con reportes que no superan los 9 casos.

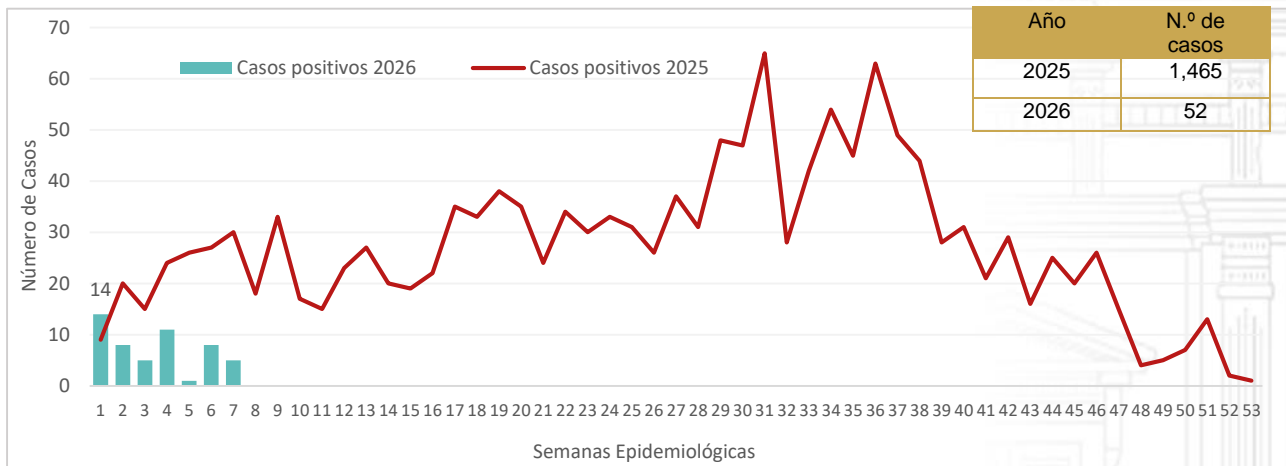
Acciones realizadas

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

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Leishmaniasis, comparativa 2025 a S.E. 1 – 7, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

La vigilancia de Leishmaniasis en Bolivia revela un comportamiento endémico 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 (S.E.30 - 37), manteniendo actualmente la endemia dentro de parámetros de control. A diferencia de esta gestión en las primeras siete semanas muestran un inicio con 14 casos en la S.E. 1 mostrando un nivel de transmisión superior al inicio del año previo, seguido de una tendencia descendente hasta alcanzar solo 5 casos confirmados en la S.E. 7.

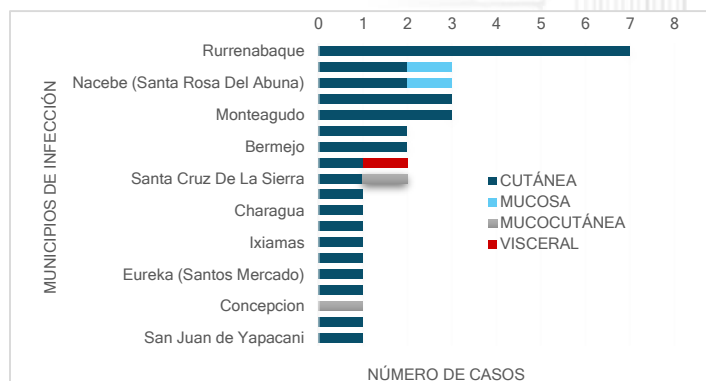
Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Departamento, SE 1-7, 2026

Departamento	Casos
Chuquisaca	4
La Paz	2
Cochabamba	5
Potosí	0
Tarija	4
Santa Cruz	8
Beni	15
Pando	14
Total	52

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Municipio de Transmisión, SE 1-7, 2026



La estratificación geográfica de los 52 casos confirmados revela una dispersión de la endemia en siete departamentos, consolidando al Beni como la región de mayor carga con el 28.8% de los casos (115 notificaciones). Al descender al nivel municipal, se identifica a Rurrenabaque como el foco de mayor complejidad; no solo lidera la incidencia municipal con 7 casos, los municipios de San Ignacio de Moxos, Santa Rosa de Pando, Santa Sosa del Abuna en Pando y Villa Tunari de Cochabamba reportan la presencia de Leishmaniasis de (3 casos).

Así también, se notifica (1 caso) de Leishmaniasis Visceral en el municipio de Villamontes del departamento de Tarija



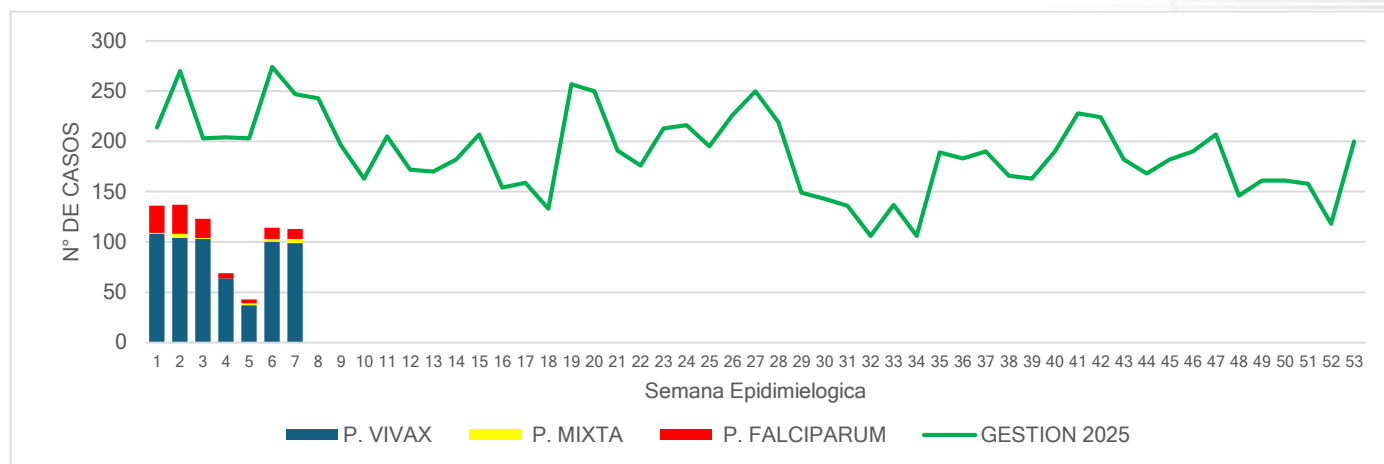
Acciones realizadas

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

Situación Epidemiológica de Malaria

Tendencia histórica

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Malaria, por especie parasitaria comparativa 2025 – S.E. 1-7, 2026



Fuente: SEDES, Red de Salud

El patrón epidemiológico de la malaria para la gestión 2026 muestra un leve descenso de casos con relación al 2025, siendo predominante la especie Plasmodium vivax, que representa el 83,7% de la carga total con 735 casos reportados en este periodo. Sin embargo, resulta de alta preocupación clínica la identificación de 105 casos de Plasmodium falciparum, especie vinculada a cuadros de malaria grave, y 15 casos de infección mixta.

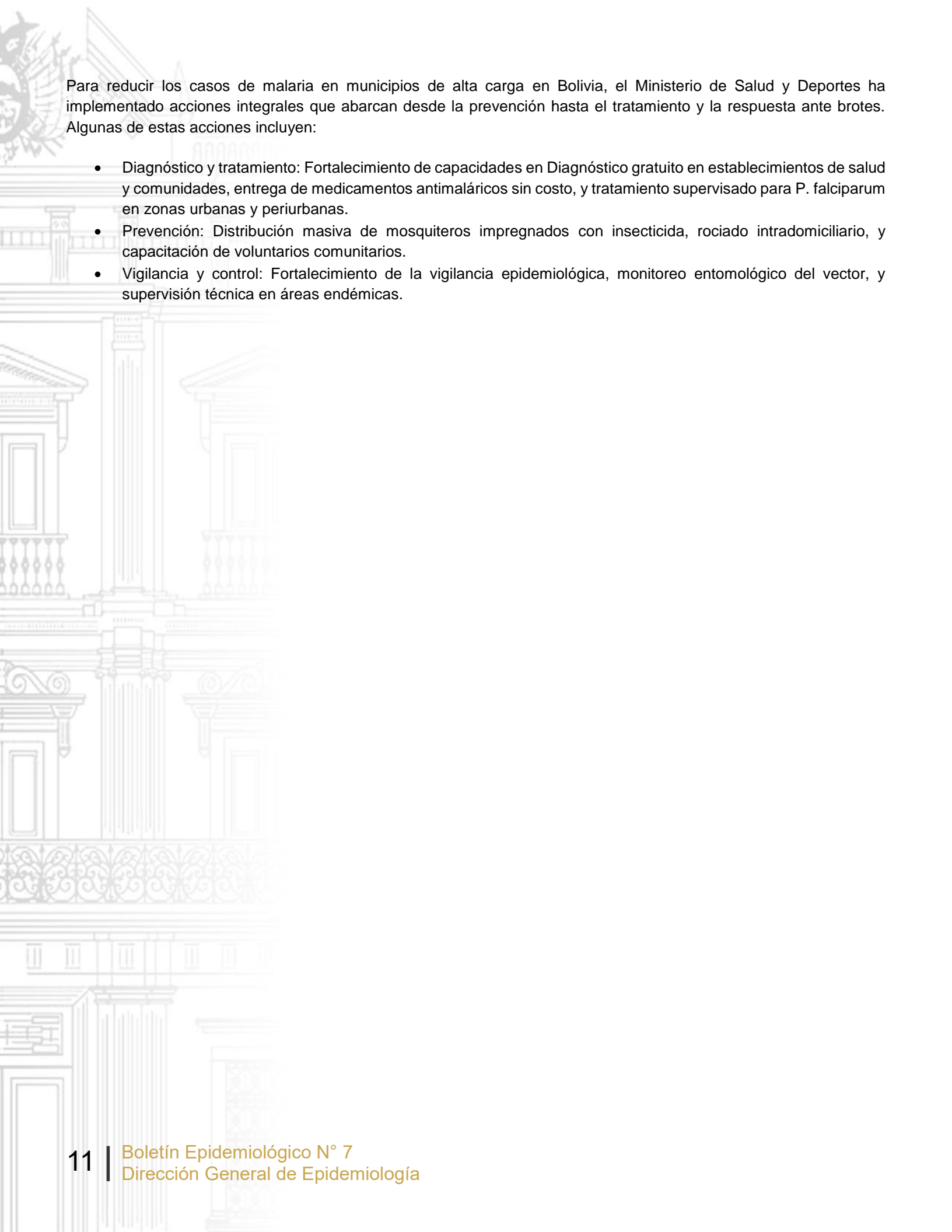
Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Malaria según especie parasitaria por departamento y municipio, SE 1-7, 2026

SEDES	MUNICIPIO	VIVAX	FALCIPARUM	MIXTA	TOTAL
BENI	RIBERALTA	253	19	7	279
	GUAYARAMERIN	121	63	4	188
	SANTA ROSA (BNI)	6	1	0	7
	REYES	10	0	0	10
	TRINIDAD	0	1	1	2
LA PAZ	SAN BUENAVENTURA	1	0	0	1
	IXIAMAS	21	3	1	25
PANDO	SENA	37	14	0	51
	PUERTO RICO	10	1	0	11
	SAN LORENZO(PND)	11	0	0	11
	INGAVI(HUMAITA)	18	0	0	18
	BELLA FLOR	9	0	0	9
	EUREKA(SANTOS MERCADO)	38	0	0	38
	COBIJA	4	1	2	7
	NACEBE(SANTA ROSA DEL ABUNA)	18	0	0	18
	VILLA NUEVA (LOMA ALTA)	5	0	0	5
	PUERTO GONZALO MORENO	14	1	0	15
	NUEVO MANOA(NUEVA ESPERANZA)	33	1	0	34
	PORVENIR	3	0	0	3
	FILADELFIA	0	0	0	0
	SAN PEDRO(PND)	3	0	0	3
	TOTAL		615	105	15

Fuente: SEDES, Red de Salud

Acciones realizadas



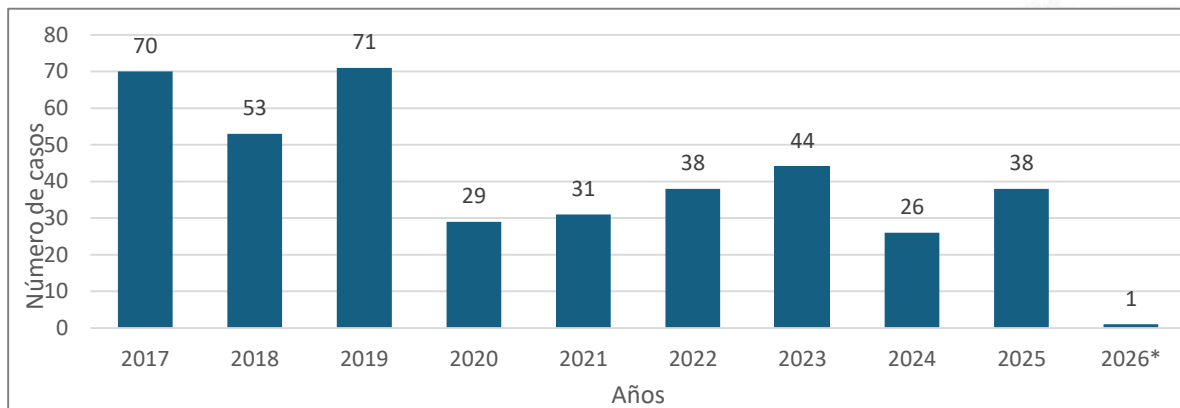
Para reducir los casos de malaria en municipios de alta carga en Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes ha implementado acciones integrales que abarcan desde la prevención hasta el tratamiento y la respuesta ante brotes. Algunas de estas acciones incluyen:

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

Situación Epidemiológica de Lepra

Tendencia histórica

Bolivia: Casos confirmados de Lepra, 2017 – SE 1-7, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

En la semana 7 de la presente gestión se notifica el primer caso de Lepra en el departamento de Santa Cruz, paciente de sexo femenino de 38 años que corresponde a la forma clínica paucibacilar.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos confirmados de Lepra por departamento, 2021 – S.E. 1-7, 2026

DEPARTAMENTO	2021	2022	2023	2024	2025	2026 SE 1-7
Beni	1	4	3	3	6	0
Chuquisaca		1	3	2	2	0
Cochabamba	3	4	6	4	0	0
La Paz	0	3	0	1	2	0
Pando	0	1	1	0	0	0
Potosí	0	1	0	0	0	0
Oruro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	27	23	30	15	28	1
Tarija	0	1	1	1	0	0
TOTAL	31	38	44	26	38	1

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE



Acciones realizadas

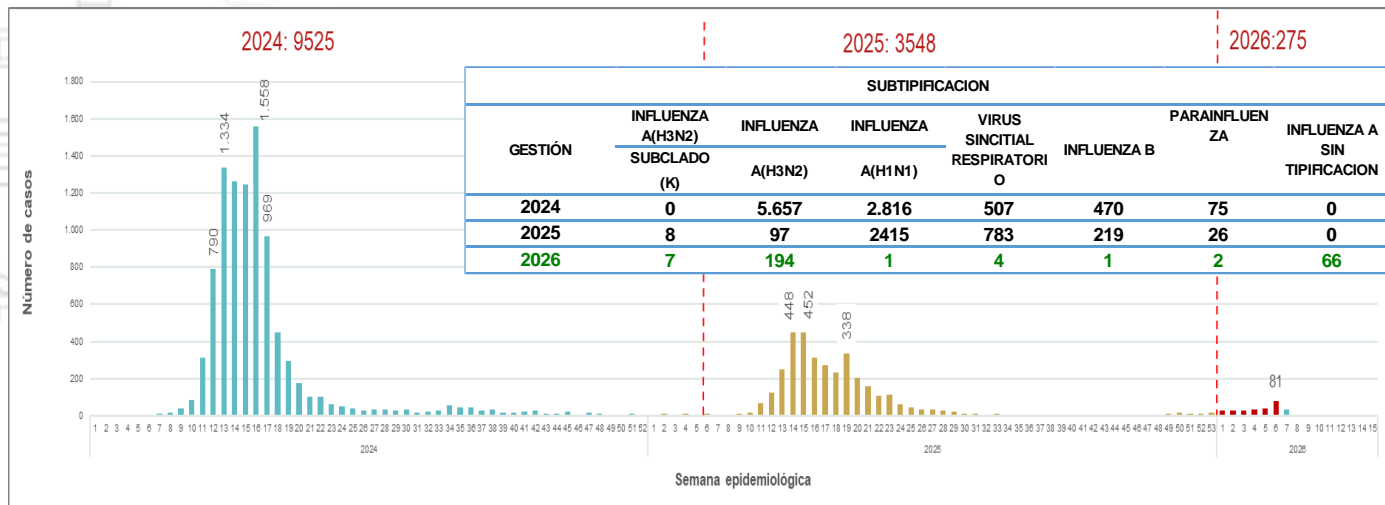
Dotación gratuita de medicamentos para el tratamiento de la lepra garantizados a nivel nacional.

Implementación de la profilaxis post exposición para la población en riesgo de contagio (contactos de casos) como mecanismo de control e interrupción de la cadena de transmisión.

Situación epidemiológica de influenza

Tendencia histórica

Bolivia, Distribución y Subtipificación de Virus Respiratorios Circulantes
Comparativo Multi-anual 2024, 2025 – febrero, S.E. 7/2026



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 Sincitial Respiratorio (783 casos), los datos preliminares de este año evidencian un predominio absoluto de la Influenza A(H3N2), que concentra 194 notificaciones frente a una presencia del resto de los virus respiratorios (1 caso para H1N1, 4 VSR y 26 Parainfluenza, respectivamente).

Es relevante destacar que, ante la detección de 8 casos del subclado K de H3N2 en la gestión pasada, se confirma que esta variante ya circula en el país. En la gestión actual, se registró 7 casos de H3N2 subclado K, la existencia de 66 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

Bolivia: Dinámica Semanal de Casos de Influenza por Departamento
Transición Interanual 2025 – S.E. 1 - 7, 2026

DEPARTAMENTO	ACUMULADO S.E. 1 - 44, 2025	SEMANA EPIDEMIOLOGICA 2025										SEMANA EPIDEMIOLOGICA 2026						
		45	46	47	48	49	50	51	52	53	1	2	3	4	5	6	7	
CHUQUISACA	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	1	0	0	
LA PAZ	961	3	3	5	3	5	10	10	5	8	8	11	5	11	4	9	3	
COCHABAMBA	246	0	0	1	0	0	2	1	2	2	4	2	0	0	0	0	0	
ORURO	222	0	0	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	1	2	0	0	
POTOSI	229	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	
TARIJA	77	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
SANTA CRUZ	1573	0	0	0	1	1	2	3	4	3	5	2	4	12	17	57	29	
BENI	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	10	7	0	
PANDO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	9	19	8	3	8	2	
BOLIVIA	3.461	3	3	6	7	9	15	14	14	16	29	29	30	35	37	81	34	

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

Hasta la S.E. 7 de 2026 se notificaron 275 casos a nivel nacional, evidenciando un incremento sostenido en comparación con el cierre de la gestión 2025 (87 casos entre la S.E. 45-53).

El aumento se concentra principalmente en el departamento de Santa Cruz (126 casos; 45,8%), con incremento marcado en las S.E. 5 y 6, seguido del departamento de Pando (55 casos; 20%), con comportamiento ascendente desde la S.E. 2, siguiendo el departamento de La Paz (51 casos, 18,5%), con transmisión activa y sostenida.

En conclusión, el país presenta tendencia ascendente al inicio de 2026, con mayor concentración de casos en el oriente y norte amazónico, lo que requiere fortalecimiento de la vigilancia y acciones oportunas de control.

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.

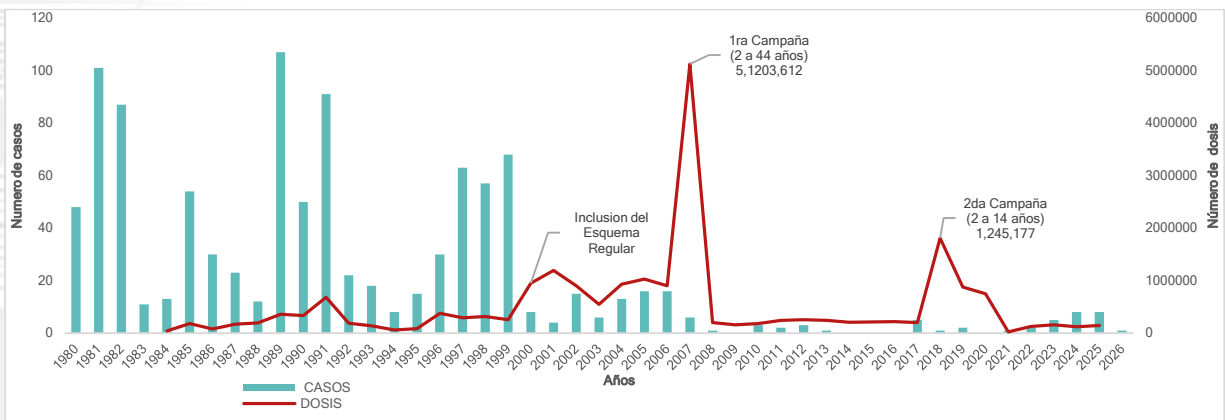
Se realizó la entrega de medicamentos e insumos estratégicos al SEDES La Paz, con el objetivo de garantizar la disponibilidad de tratamiento oportuno en los establecimientos de salud del departamento.

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 Fiebre Amarilla

Tendencia histórica

Bolivia: 1980-2025 casos de fiebre amarilla y dosis de vacuna administradas contra la Fiebre Amarilla



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, histórico

El análisis de la evolución histórica de la fiebre amarilla en Bolivia durante el periodo 1980-2026 evidencia el impacto contundente y sostenido de las estrategias de inmunización en la salud pública nacional.

Durante las décadas de los ochenta y noventa, el país enfrentó un escenario de transmisión activa con picos recurrentes de alta morbilidad, una tendencia que comenzó a transformarse a partir del año 2000 con la crucial inclusión de la vacuna antiamarílica en el esquema regular.

El punto de inflexión definitivo en el control de la enfermedad se logró mediante la ejecución de intervenciones poblacionales masivas, destacando de manera fundamental la primera gran campaña de 2007, que alcanzó la administración de 5.120.361 dosis en población de 2 a 44 años, lo que provocó una caída drástica e inmediata de los casos notificados.

Este blindaje inmunológico fue posteriormente reforzado con la segunda campaña de 2018, dirigida al estrato demográfico de 2 a 14 años con 1.245.177 dosis aplicadas. Gracias a la consolidación de estas acciones operativas y preventivas, la incidencia de fiebre amarilla se ha mantenido en márgenes mínimos históricos durante la última década, logrando un control epidemiológico exitoso con niveles de transmisión cercanos a cero hasta el registro actual de la gestión 2026.

Distribución geoespacial

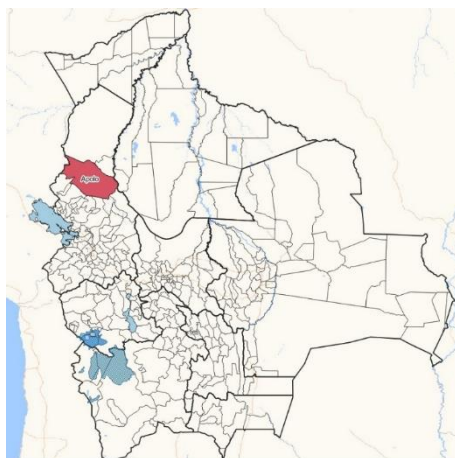
En la SE 07 de la gestión 2026 se confirmó un caso de fiebre amarilla con desenlace fatal en el municipio de Apolo, departamento de La Paz.

Hasta esa semana se notificaron (5) casos sospechosos a nivel nacional: La Paz (4) de los cuales (1) fue confirmado, y en Beni (1) que fue descartado.

El caso confirmado corresponde a paciente masculino de 20 años, residente en Apolo, sin antecedente de vacunación. Inició síntomas el 8 de febrero, con antecedente de desplazamiento a Mapiri por actividades mineras (zona de riesgo). Fue hospitalizado el 12 de febrero; la muestra fue tomada el 13 de febrero y confirmada positiva para fiebre amarilla mediante qRT-PCR en el INLASA el 18 de febrero de 2026.

El evento evidencia riesgo persistente en población no vacunada que se desplaza a zonas selváticas endémicas

Bolivia: Casos confirmados de Fiebre Amarilla, 2026



Fuente: PAI, consolidado de notificaciones departamentales.

Acciones realizadas

Tras la confirmación del caso, se activó de manera inmediata el equipo de respuesta rápida, iniciándose el bloqueo vacunal en el área de ocurrencia y zonas peri-focales, priorizando a población susceptible y contactos potencialmente expuestos.

Se implementó la búsqueda activa comunitaria (BAC) y la búsqueda activa institucional (BAI) con el objetivo de identificar oportunamente casos sospechosos. Paralelamente, se fortaleció la vigilancia de epizootias en el área de riesgo, considerando la dinámica selvática de la enfermedad.

Se estableció el seguimiento epidemiológico continuo del evento, con reporte diario de las actividades de campo, monitoreo de febriles y verificación de antecedentes vacunales en la población intervenida.

El Nivel Nacional garantizó la provisión oportuna de vacunas al departamento para el desarrollo de las acciones de control. Asimismo, se desplazó una comisión técnica departamental al área afectada para la investigación epidemiológica del caso y la supervisión de las intervenciones implementadas.

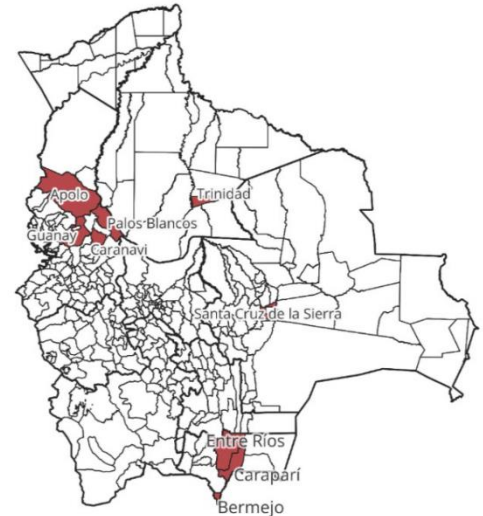
Situación Epidemiológica de Leptospirosis

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Probables de Leptospirosis por Municipio (S.E. 1 – 7, 2026)

Departamento	Municipio	Casos Hasta S.E. 7, 2026	Decesos 2026 S.E.1 - 7
Tarija	Entre Ríos	1	
	Bermejo	1	
	Carapari	1	
La Paz	Apolo	3	
	Caranavi	1	
	Palos Blancos	1	
	Guanay	2	1
Beni	Trinidad	4	
Santa Cruz	Santa Cruz de la Sierra	1	
Bolivia		15	1

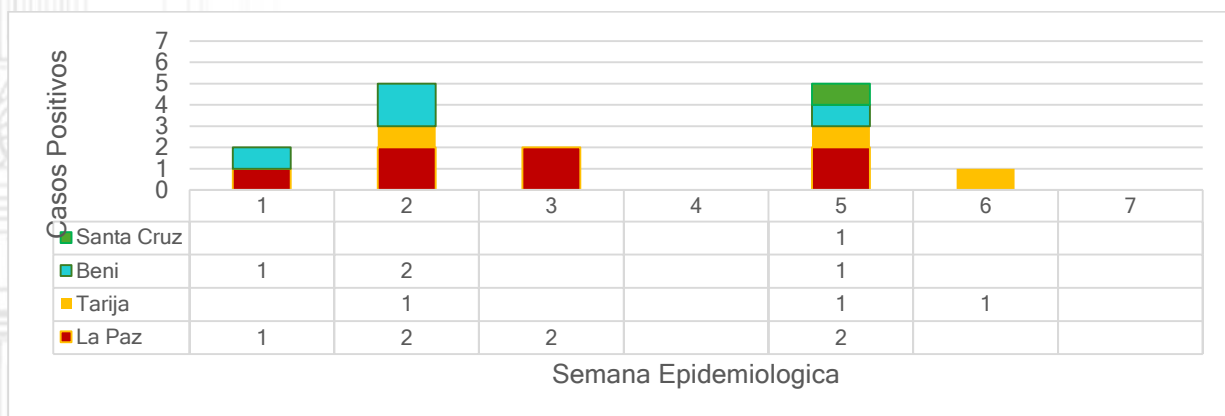
Fuente: SEDES – CENETROP



La estratificación espacial de los 15 casos probables permite identificar focos activos en cuatro departamentos, con el municipio de Trinidad (Beni) concentrando la mayor carga viral (33%) seguido de Apolo (La Paz) con (25%) notificados en la S.E. 5. Paralelamente, el departamento de La Paz registra circulación viral dispersa en Apolo, Caranavi, Palos Blancos y Guanay; es importante informar que un caso notificado en el 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.

En la S.E. 6 se notifica el caso probable a Leptospirosis de Tarija con hemorragia e insuficiencia respiratoria como sintomatología más relevante.

Bolivia: Casos Positivos de Leptospirosis por departamento según S.E. 1-7, 2026



Fuente: SEDES – CENETROP

Acciones realizadas

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

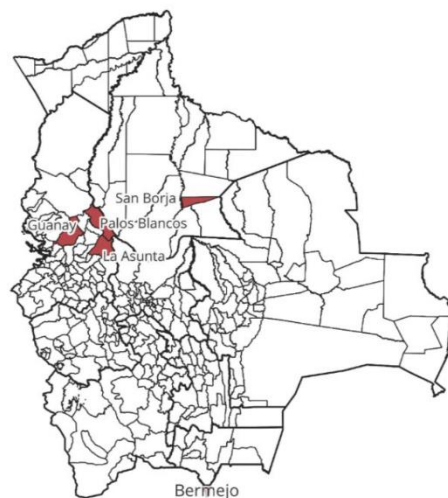
Situación epidemiológica de Hantavirus

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Hantavirus por Municipio
S.E. 1- 7, 2026

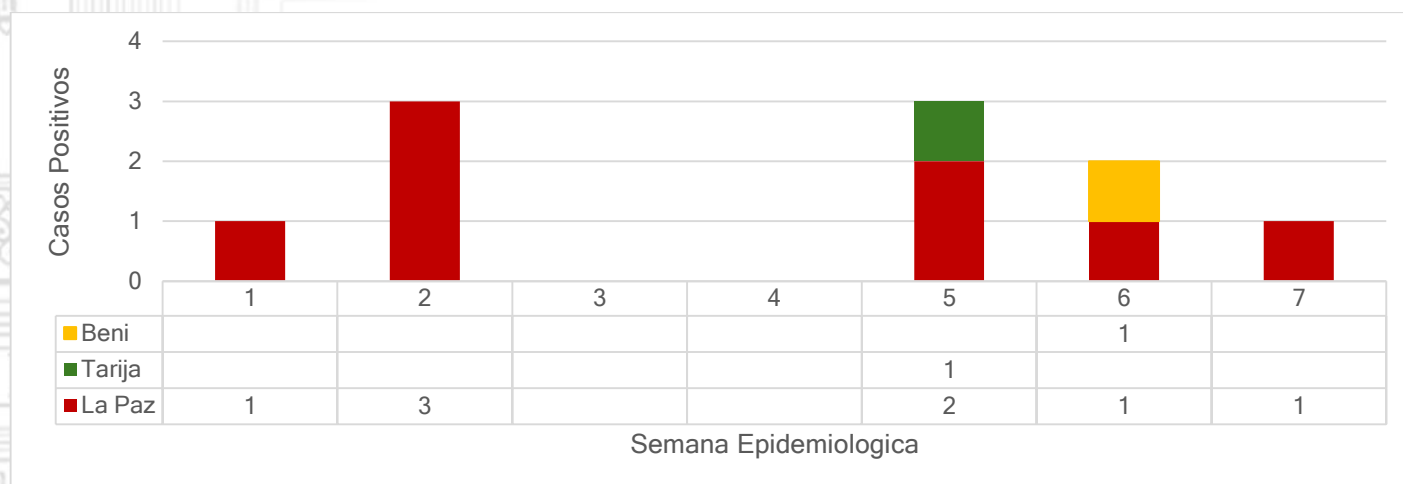
Departamento	Municipio	Casos 2026 S.E. 1 -7	Decesos 2026 S.E. 1- 7
La Paz	Palos Blancos	3	2
	La Asunta	3	
	Guanay	2	
Tarija	Bermejo	1	1
Beni	San Borja	1	
Bolivia		10	3

Fuente: SEDES – CENETROP



La caracterización espacial del Hantavirus al inicio de la gestión 2026 revela una focalización absoluta del riesgo en el departamento de La Paz con 8 casos (85%) de 10 notificaciones a nivel nacional, restringiéndose la circulación viral exclusivamente a su región tropical. Los 8 casos confirmados a nivel departamental (La Paz) se distribuyen en 3 municipios: Palos Blancos que presenta la situación más crítica con 3 casos de los cuales 2 son decesos; junto a La Asunta 3 casos y Guanay con 2 casos notificados. En la S.E. 7 se notifica 1 caso en el municipio de La Asunta – La Paz, confirmando coinfección con Chikungunya. En la S.E. 5 se presenta el primer caso en el departamento de Tarija y en la S.E. 6 en Beni.

Bolivia: Casos Positivos de Hantavirus por departamento según S.E. 1- 7, 2026



Fuente: SEDES – CENETROP

Acciones realizadas

Ante el incremento y la dispersión de casos observados, se intensificó la vigilancia epidemiológica activa, se fortaleció el diagnóstico oportuno y la notificación inmediata, y se implementaron acciones de bloqueo epidemiológico con control vectorial focal en los municipios afectados. Asimismo, se reforzó la vigilancia clínica en pacientes con factores de riesgo y se desarrollaron actividades de comunicación para promover la consulta temprana y las medidas preventivas en la población. Se enviará muestra de sangre de contactos estrechos en casos positivos para el estudio de Seroprevalencia en coordinación con CENETROP.

Situación epidemiológica de Fiebre Hemorrágica

Distribución temporal de casos

**Bolivia: Casos Confirmados de Fiebre Hemorrágica por Municipio
2023 a 2026**

Departamento	Municipio	Casos 2023	Casos 2024	Casos 2025	Casos 2026 SE 1-7
La Paz	Palos Blancos	2	3	5	
	Teoponte		1	1	1
	Guanay			3	
	Tipuani			1	
	Alto Beni			1	
	Mapiri			1	
	Beni	Magdalena			1
Bolivia		2	4	13	1

Fuente: SEDES – CENETROP

El análisis de la situación de la Fiebre Hemorrágica en Bolivia, desde la gestión 2023 hasta las primeras siete semanas epidemiológicas (SE) de 2026, evidencia un comportamiento endemo-epidémico con una tendencia general al incremento anual de notificaciones y una marcada focalización territorial.

A nivel nacional, los casos confirmados ascendieron paulatinamente de 2 en 2023 a 13 en el cierre de 2025, concentrándose la transmisión de manera casi exclusiva en los municipios del norte del departamento de La Paz. Históricamente, Palos Blancos se posicionó como el área de mayor riesgo acumulando la mayoría de los casos entre 2023 y 2025, sin embargo, durante la gestión 2025 se observó una evidente expansión de la transmisión hacia nuevos territorios paceños, incluyendo Guanay, Tipuani, Alto Beni y Mapiri, además de un registro aislado en el municipio de Magdalena, en el departamento del Beni. En el escenario actual, correspondiente a las SE 1 a 7 de 2026, el sistema de vigilancia ha reportado un único caso confirmado a nivel nacional focalizado en el municipio de Teoponte (La Paz), una zona que requiere atención particular al haber demostrado una circulación viral silenciosa pero sostenida, registrando al menos un caso anual de forma consecutiva desde 2024.

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Fiebre Hemorrágica por Municipio S.E. 1-7, 2026

Departamento	Municipio	Casos 2026 S.E. 1-7
La Paz	Teoponte	1
Bolivia		1

Fuente: SEDES – CENETROP



La caracterización espacial de Fiebre Hemorrágica desde el 2023 revela una focalización absoluta del riesgo en el departamento de La Paz con 10 casos en el municipio de Palos Blancos. En la S.E. 6 se notifica 1 caso en el municipio de Teoponte – La Paz, presentándose desde el 2024, 2025 y 2026 a un caso por gestión.

En la gestión 2025 se notificó 12 casos confirmados de Fiebre Hemorrágica en 6 municipios de La Paz y 1 caso en Beni.

Acciones realizadas

Ante el primer caso de Fiebre Hemorrágica en esta gestión se intensificó la vigilancia epidemiológica activa, se fortalece en el diagnóstico oportuno y la notificación inmediata, y se implementaron acciones de bloqueo epidemiológico con control vectorial focal en el municipio afectado. Asimismo, se reforzó la vigilancia clínica en pacientes con factores de riesgo y se desarrollaron actividades de comunicación para promover la consulta temprana y las medidas preventivas en la población. Se envió muestra de sangre a CENETROP de contactos estrechos del caso positivo para estudio de seroprevalencia.

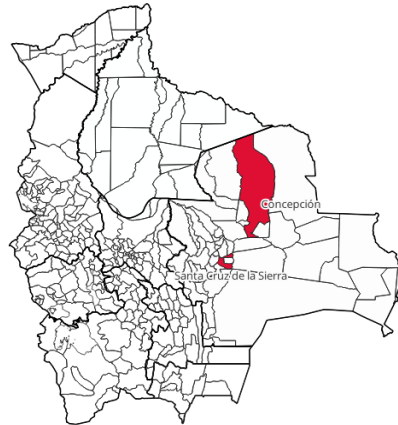
Situación epidemiológica de Rabia Canina

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Rabia Canina por Municipio
S.E. 1- 7, 2026

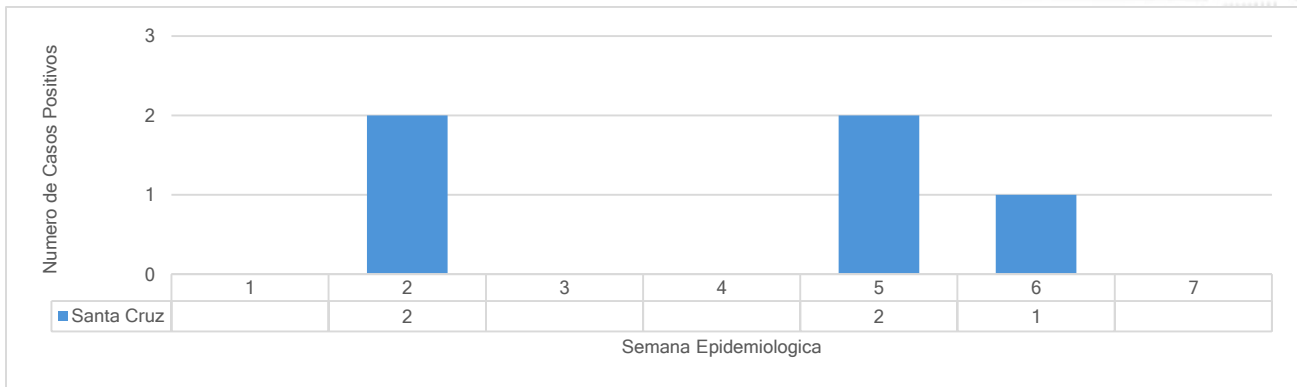
Departamento	Municipio	Casos 2026 S.E. 1 - 7
Santa Cruz	Concepción	4
	Santa Cruz de la Sierra	1
Bolivia		5

Fuente: SEDES – UNALAB SC



El escenario epidemiológico de la rabia en el país presenta una complejidad crítica. 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. Exigiendo bloqueos de focos agresivos en Santa Cruz, específicamente el municipio de Concepción, hasta la S.E. 7 se mantiene los casos en 5.

Bolivia: Casos positivos de Rabia canina por departamento según S.E. 1 - 7, 2026



Fuente: SEDES – UNALAB SC

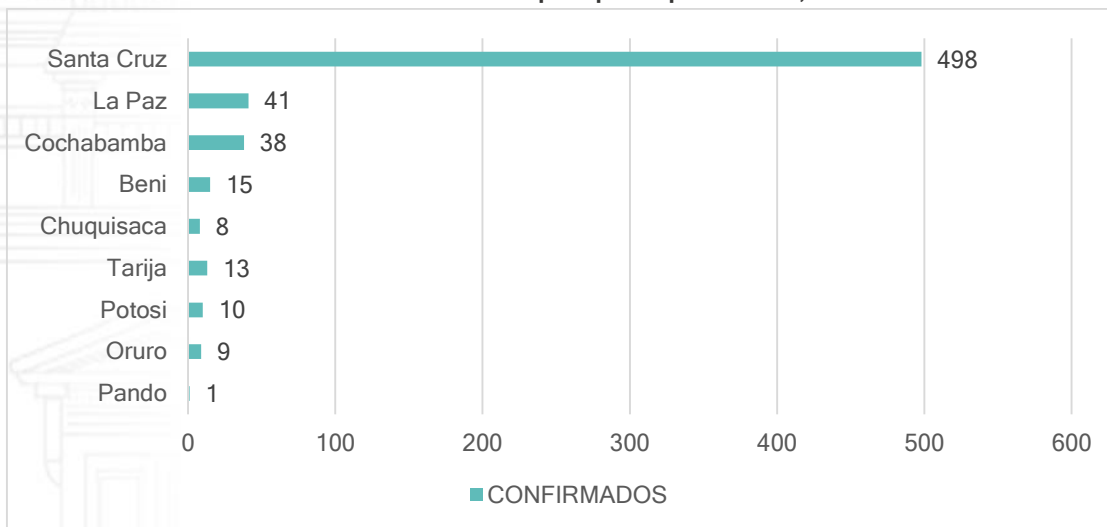
Acciones realizadas

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

Situación epidemiológica de Sarampión

Distribución temporal de casos

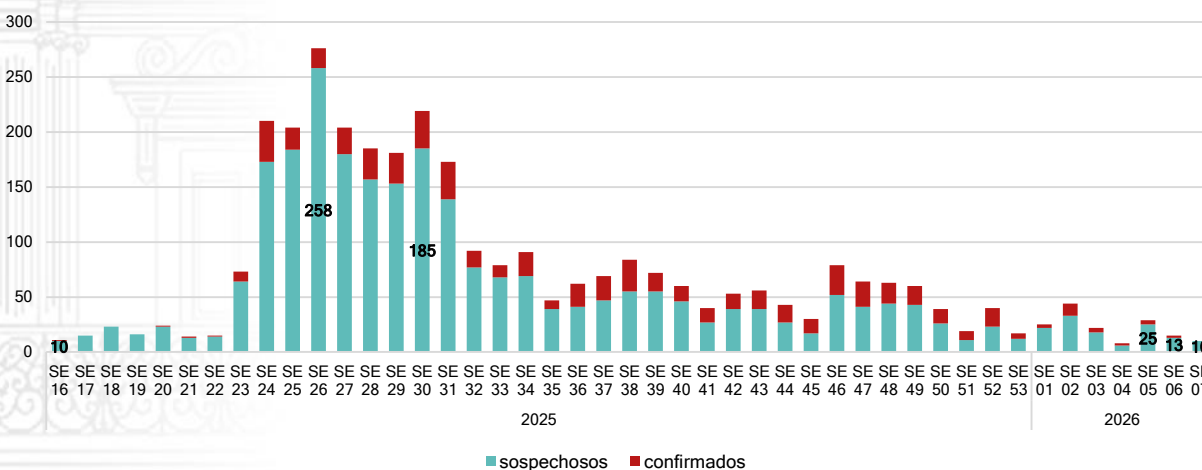
Bolivia: Casos confirmados de Sarampión por departamento, 2025-2026



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

La distribución de casos mantiene la tendencia observada durante la mayor parte del año, caracterizada por la concentración de casos confirmados en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

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

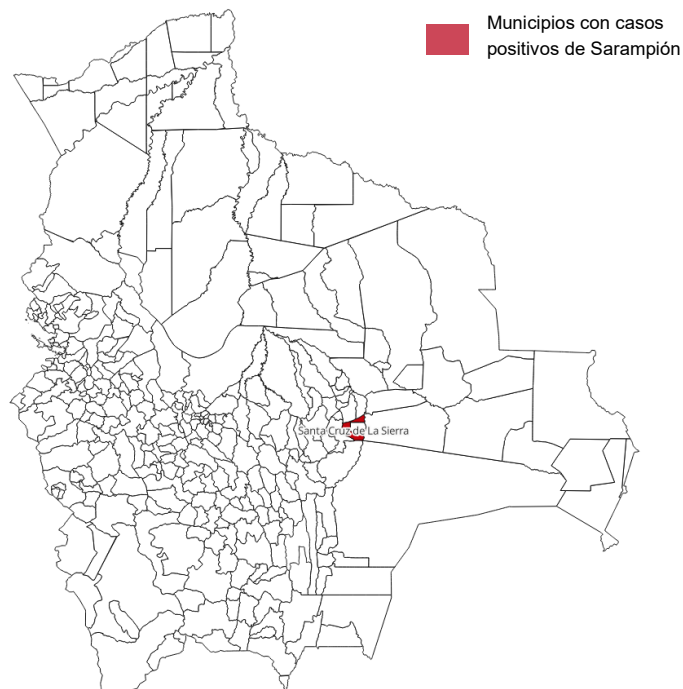


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

En la semana epidemiológica N.º 7 no se notificaron casos nuevos; sin embargo, todos los reportes laborales emitidos en dicho periodo confirmaron al menos un caso positivo correspondiente a semanas epidemiológicas previas.

Distribución geoespacial

Bolivia: municipios con casos confirmados de sarampión el 2026



Fuente: PAI, consolidado de notificaciones departamentales.

Al igual que las últimas semanas epidemiológicas, los casos se centran exclusivamente en el municipio de Santa Cruz de la Sierra.

Acciones realizadas

Se llevó a cabo la capacitación a todas las redes urbanas de la paz

Se llevó a cabo la capacitación de todas las redes rurales de la paz

Se llevó a cabo la Búsqueda activa institucional de casos de sarampión y poliomielitis en los principales hospitales de ambas ciudades.

Se tiene planificada la BAI en el departamento de Santa Cruz y la respectiva capacitación.



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional

Dirección General de Epidemiología

Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental

Unidad de Prevención y Control de Enfermedades

Contacto e información:

Dirección General de Epidemiología

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

Edificio Víctor piso 4, Sopocachi

La Paz - Bolivia

Canales digitales:

Portal web institucional: www.minsalud.gob.bo

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

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