



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica N° 4 | 2026
25 al 31 de enero



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

Dirección General de Epidemiología

Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes presenta la cuarta edición del Boletín Epidemiológico Semanal del Estado Plurinacional de Bolivia, sistematizando la vigilancia sanitaria correspondiente a la Semana Epidemiológica 4 (SE 4) del 2026. En esta entrega, la Dirección General de Epidemiología expone un escenario sanitario dinámico que confirma tendencias de estabilización en ciertas patologías, mientras alerta sobre focos activos que requieren intervención inmediata.

Por un lado, el reporte valida la fase de control en el brote de Sarampión, con una notificación mínima que sugiere la interrupción de la transmisión, y confirma una tendencia descendente en los casos de Dengue y Leishmaniasis. Asimismo, la vigilancia de Malaria identifica una marcada concentración de la enfermedad en el departamento del Beni, específicamente en Riberalta y Guayaramerín, donde se focaliza la mayor carga parasitaria del país.

Sin embargo, esta edición advierte sobre la persistencia y reactivación de eventos de alto riesgo:

- Se mantiene una transmisión activa de Chikungunya, con Santa Cruz como epicentro y focos en el Trópico de Cochabamba, paralelamente, se registra un ascenso abrupto y focalizado de Influenza en el departamento de Pando.
- La vigilancia notifica con preocupación la alta letalidad (50%) del brote de Hantavirus en Palos Blancos, el fallecimiento por Leptospirosis en Guanay, y un rebrote de Mpox (Viruela Símica) concentrado en Santa Cruz.

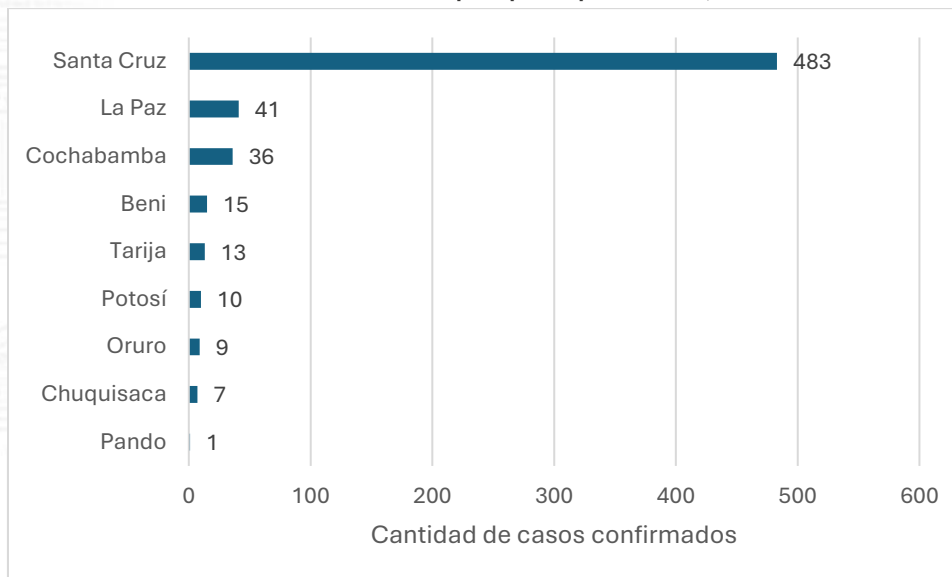
Con la publicación del Boletín N.º 4, reafirmamos nuestro compromiso con la transparencia, entregando información técnica procesada para dirigir las acciones de los SEDES y el personal de salud hacia las áreas de mayor vulnerabilidad y riesgo vital.

¡Bienvenidos!

Situación epidemiológica de Sarampión

Distribución temporal de casos

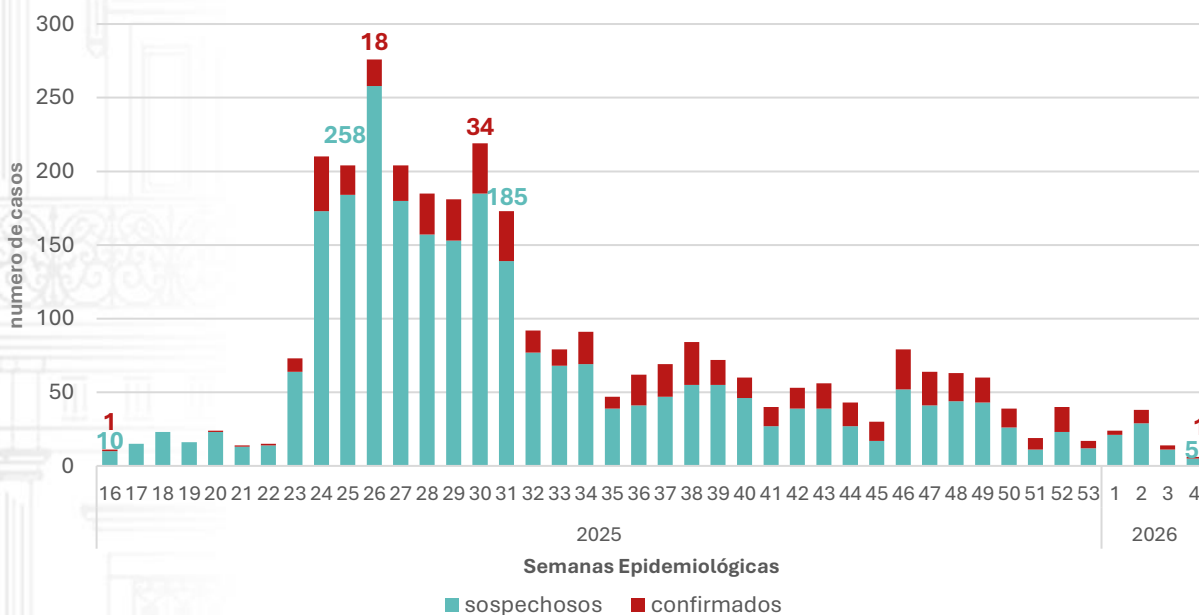
Bolivia: Casos confirmados de Sarampión por departamento, 2025-2026



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

Se ha identificado al departamento de Santa Cruz como el principal foco de transmisión de los casos de sarampión. La distribución de los casos se concentra en el eje central demográfico del país. Asimismo, es importante resaltar que, en relación con su carga poblacional, el departamento de Tarija presenta un número considerable de casos epidemiológicamente vinculados, los cuales se han registrado en las últimas semanas epidemiológicas del brote actual.

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

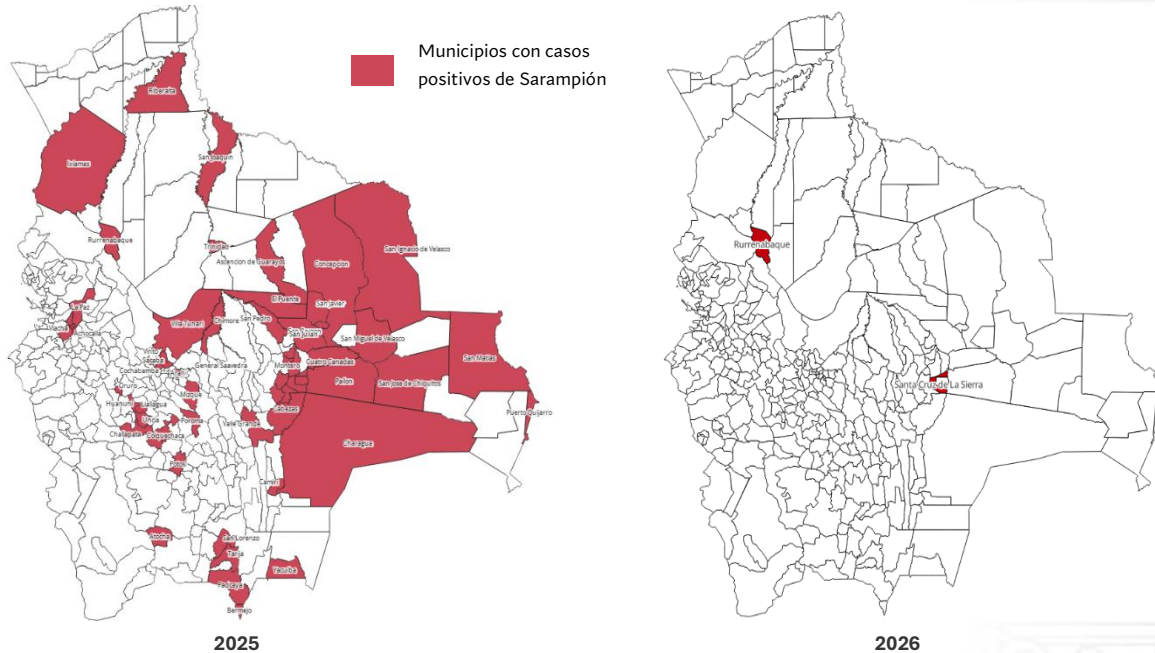


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

El análisis de la curva epidémica muestra una tendencia descendente consolidada. Si bien la vigilancia se mantiene activa captando casos sospechosos, se observa una drástica reducción en la positividad respecto al pico registrado en la SE 31 de 2025 (34 casos confirmados). Actualmente, en la SE 4 de 2026, la notificación mínima de casos confirmados sugiere el agotamiento del número de susceptibles y una interrupción efectiva de las cadenas de transmisión, situándonos en una fase de control a doce semanas de cumplirse el primer año del brote.

Distribución geoespacial

Bolivia: comparación entre municipios con casos confirmados de sarampión entre el 2025 y el 2026



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

Si bien la interpretación de la disminución de casos debe realizarse con cautela, la evolución de la epidemia se evidencia en la reducción del número de municipios con casos nuevos. En lo que va del año, la notificación se ha concentrado principalmente en el municipio de Santa Cruz de la Sierra, registrándose además un caso en el municipio de Rurrenabaque, el cual, por el momento, se encuentra relacionado con importación.

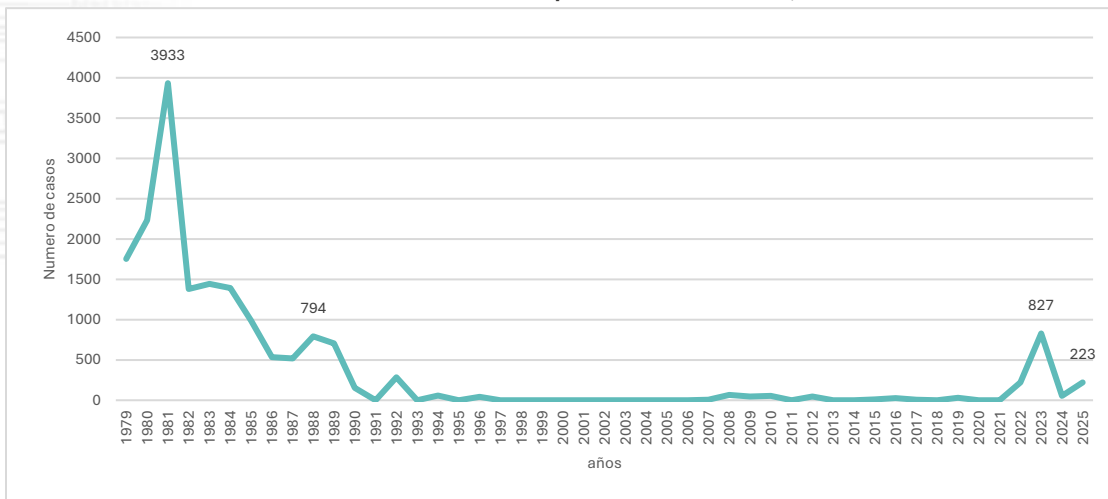
Acciones realizadas

Cada caso sospechoso es considerado como positivo en lo relacionado a las acciones de investigación y control, de manera simultánea el Programa Ampliado de Inmunización se prepara para el lanzamiento de la campaña de vacunación de 6 meses a 19 años, enfocando esfuerzos en el Departamento de Santa Cruz en una primera fase y el resto del país en segunda fase.

Situación epidemiológica de la Tosferina

Tendencia histórica

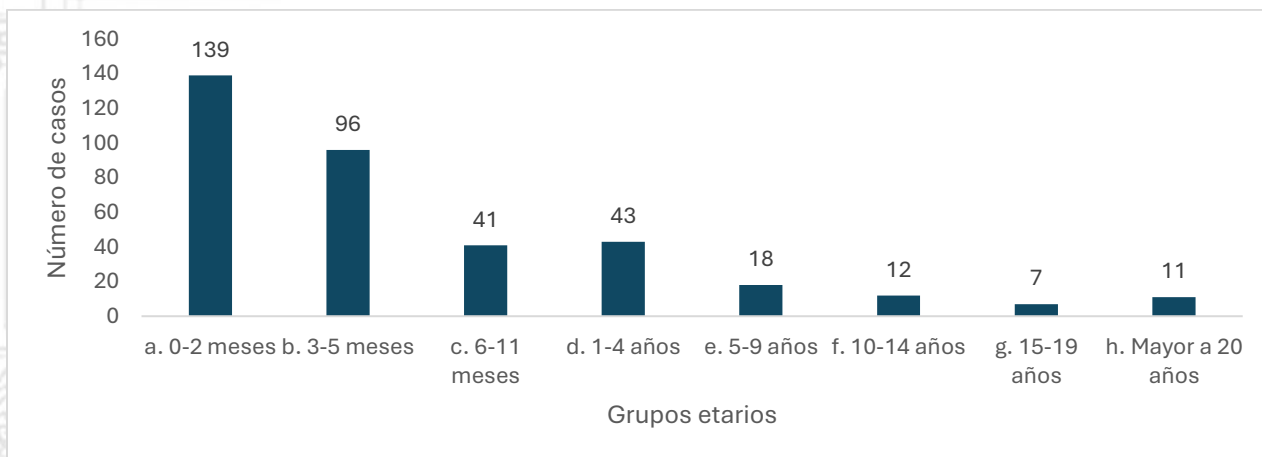
Bolivia: Serie secular de casos positivos de Tosferina, 1979-2025



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

Se evidencia una disminución de casos a lo largo de los años. La inmunización con DPT, posteriormente, con la vacuna pentavalente, ha demostrado una reducción sostenida de los casos confirmados de tosferina. Sin embargo, llama la atención un incremento de casos desde 2021 que, si bien no presentó un crecimiento explosivo, se mantiene hasta la gestión 2025.

Bolivia: Casos confirmados de Tosferina por grupo etario, 2025-2026

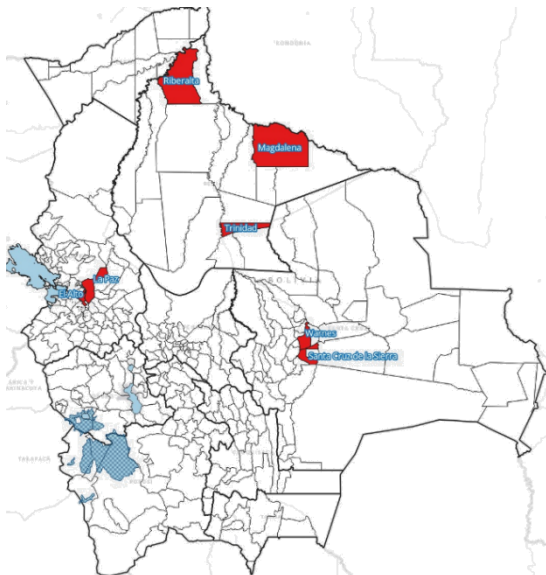


Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

En relación a la Tosferina, se ve una afectación desproporcionada en lactantes, evidenciando una tendencia descendente a medida que aumenta la edad. El grupo de mayor riesgo es el de 0 a 2 meses con 139 casos, seguido por los niños de 3 a 5 meses con 96 casos; esto resalta una vulnerabilidad crítica en el primer semestre de vida, donde la inmunización aún es incompleta. A partir del primer año de edad, las cifras disminuyen significativamente, manteniéndose en niveles bajos (menores a 20 casos) en niños mayores, adolescentes y adultos, lo que sugiere que la carga principal de la enfermedad se concentra en la primera infancia.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos confirmados de Tosferina, 2026



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

Los departamentos en los que se notificaron casos positivos son Beni, La Paz y Santa Cruz, en los cuales existe únicamente 7 municipios con casos hasta la semana epidemiológica 4 del año 2026.

Acciones realizadas

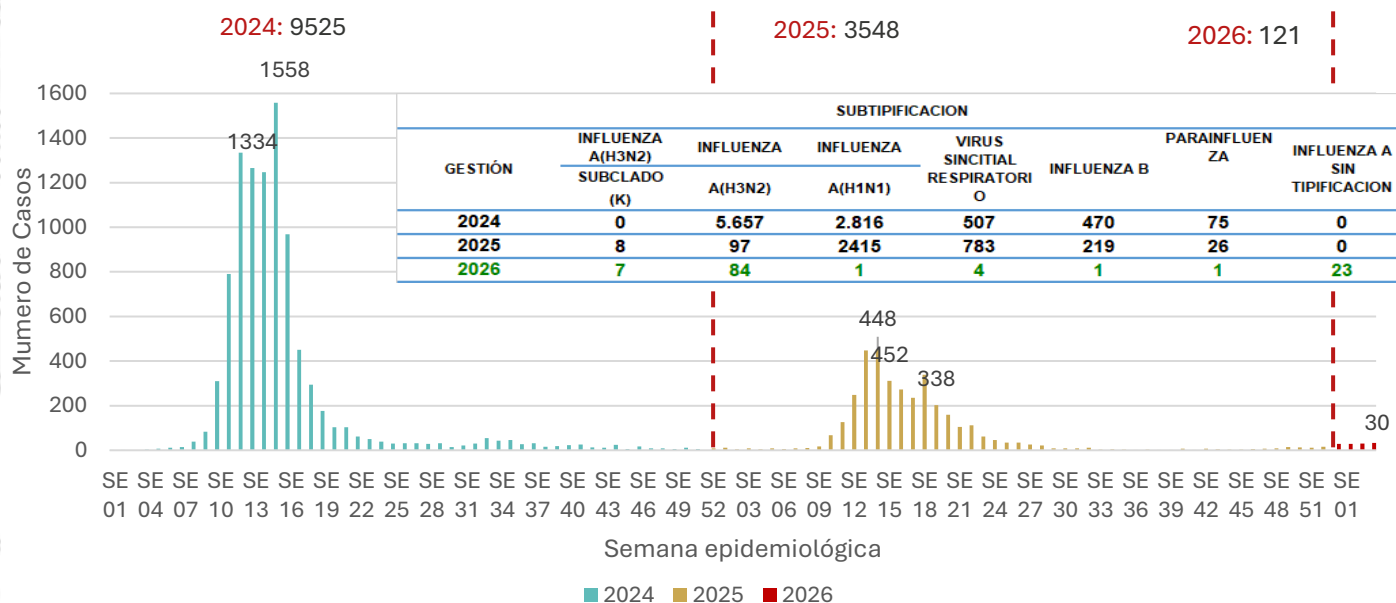
Las acciones enfocadas al control de la tosferina se relacionan con la aplicación de las 5 dosis de la vacuna pentavalente, la toma de medidas de bioseguridad de los pacientes sintomáticos, y el tratamiento oportuno mediante antibioticoterapia, cuidando de las complicaciones en población susceptible.

El Programa Ampliado de Inmunización amplía la posibilidad de recuperar los niños que no tienen su esquema completo de pentavalente hasta los 6 años.

Situación epidemiológica de influenza

Tendencia histórica

Bolivia, Distribución y Subtipificación de Virus Respiratorios Circulantes
Comparativo Multi-anual 2024 – enero, 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 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 23 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- 4, 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	4
CHUQUISACA	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0
LA PAZ	950	7	4	3	3	5	3	5	10	10	5	8	8	11	5	10
COCHABAMBA	246	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	2	4	2	0	0
ORURO	222	0	0	0	0	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	1
POTOSI	229	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0
TARIJA	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
SANTA CRUZ	1573	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	3	5	2	4	12
BENI	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
PANDO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	9	19	8
BOLIVIA	3.450	7	4	3	3	6	7	9	15	14	14	16	29	29	30	33

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El comportamiento de la influenza en el inicio de la gestión 2026 muestra una tendencia levemente ascendente a nivel nacional, pasando de 30 notificaciones en la SE 3 a 33 en la SE 4. 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 9 en la SE 2 a 19 en la semana 3. Este departamento concentra actualmente el 34,7% de la carga viral nacional reportada hasta la SE 4, mientras que departamentos tradicionalmente endémicos como La Paz (28%) y Santa Cruz (19%) 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.

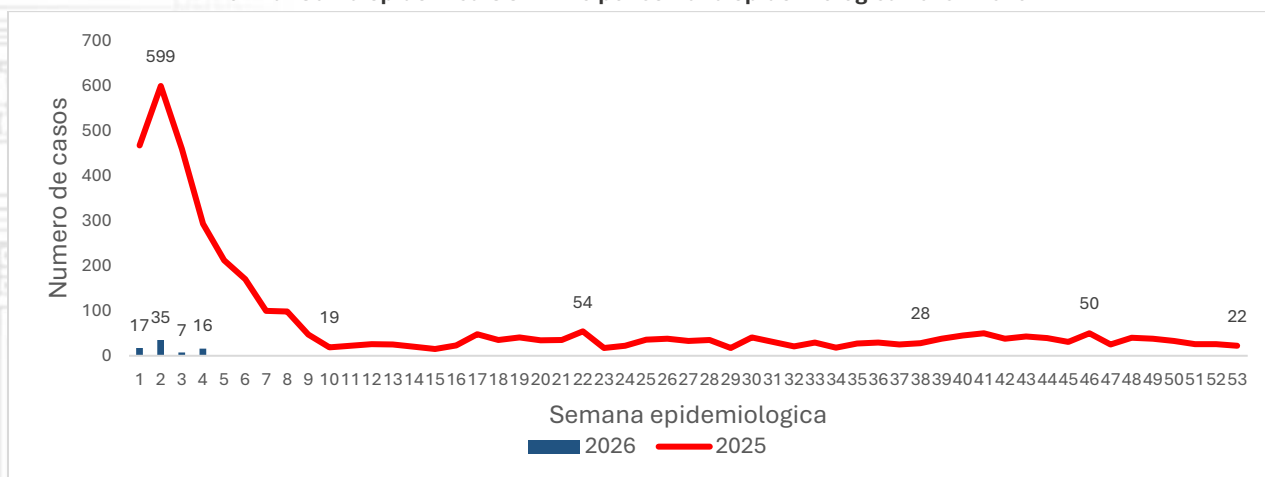
Acciones realizadas

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.

Situación epidemiológica de COVID 19

Tendencia histórica

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 4 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 roja continua) comenzó con una ola epidémica activa que alcanzó un pico de 599 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 4 cierra con 16 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 4) y Acumulado Histórico (2020-enero, 2026)

Departamento	CASOS CONFIRMADOS					DECESOS				
	SE 03	SE 04	Diferencia	Acumulado a la -SE 04/2026	Acumulado 2020 – SE 04- 2026	SE 03	SE 04	Diferencia	Acumulado al 04/2026	Acumulado 2020 – SE 04/2026
Santa Cruz	3	1	-2	27	459.208	0	0	0	0	9.065
Beni	0	0	0	0	34.667	0	0	0	0	999
Pando	1	0	-1	1	15.463	0	0	0	0	360
Cochabamba	1	1	0	7	227.177	0	0	0	0	3.275
Chuquisaca	0	0	0	1	86.933	0	0	0	0	1.591
Tarija	0	0	0	1	91.344	0	0	0	0	1.384
La Paz	2	13	11	35	229.581	0	0	0	0	3.166
Potosí	0	0	0	0	48.799	0	0	0	0	944
Oruro	0	1	1	3	53.544	0	0	0	0	1.670
Total, Bolivia	7	16	9	75	1.246.716	0	0	0	0	22.454

Fuente: Programa de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas

El consolidado nacional para la Semana Epidemiológica (SE) 04 registra un marcado ascenso en la transmisión viral, respecto a la semana anterior. Se notificaron 16 nuevos casos confirmados (frente a los 7 de la SE 03), generando una diferencia absoluta de +9 casos. Es crucial destacar que este incremento está traccionado principalmente por el departamento de La Paz, que subió de 2 a 13 notificaciones en una semana, concentrando el 81% de los casos actuales. A pesar de este repunte focalizado, se mantiene la letalidad cero tanto en la semana actual como en los 75 casos acumulados de la gestión 2026.

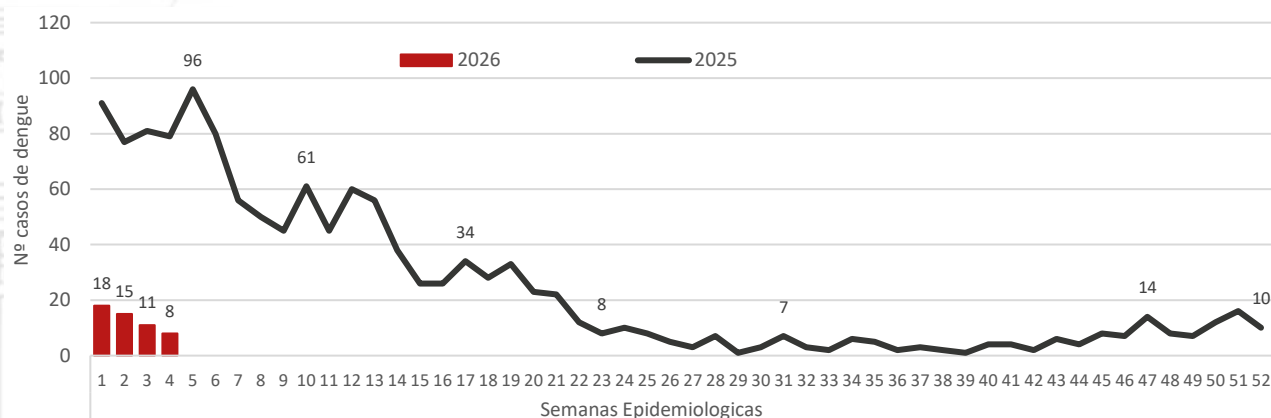
Acciones realizadas

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

Situación Epidemiológica de Dengue

Tendencia histórica

Bolivia: Curva epidémica de casos confirmados de dengue, 2025 – SE 1- 4, 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 52 casos confirmados en las primeras cuatro semanas. El análisis secuencial evidencia una tendencia al descenso progresivo, iniciando con 18 casos en la SE 1 registrando un mínimo de 8 notificaciones en la SE 4. Este comportamiento muestra notablemente con la alta presión epidemiológica observada en la gestión 2025, que cerró con un total de 1.357 casos (línea azul).

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución geoespacial y dinámica semanal de Casos de Dengue por Municipio S.E. 1 – 4, 2026

Departamento	Municipios	Semana Epidemiológica			
		1	2	3	4
Santa Cruz	Montero	1	1	0	0
	Santa Cruz de la Sierra	0	0	1	0
La Paz	Caranavi	0	0	1	0
	Palos Blancos	0	0	1	0
	San Buenaventura	1	0	0	0
Beni	Guayaramerín	3	1	0	0
	Rurrenabaque	1	0	0	0
	Trinidad	0	0	1	0
	San Borja	12	13	6	8
Tarija	Cercado Tarija	0	0	1	0
Total Casos		18	15	11	8

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 arboviral del país concentrándose la mayoría de los reportes. En los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Tarija muestran una transmisión de baja intensidad, con reportes que no superan los 1 a 3 casos.

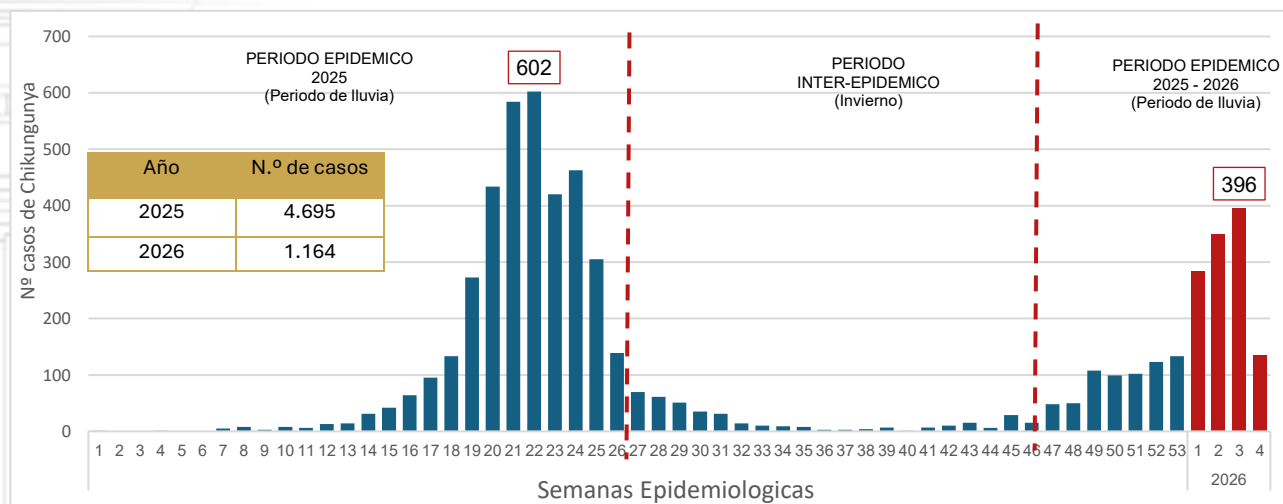
Acciones realizadas

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-2.

Situación Epidemiológica de Chikungunya

Tendencia histórica

Bolivia: Tendencia de casos confirmados de Chikungunya, por S.E. según fecha de inicio de síntomas 2025 – SE 1-4, 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 en la S.E. 22, y atravesar una fase inter-epidémica de baja intensidad durante el invierno, se observa una reactivación agresiva del brote desde la S.E.46. El año inicia con un nivel de transmisión inusualmente alto, registrando 284 casos en la S.E. 1 y 396 casos en la S.E. 3.

Distribución geoespacial

El comportamiento de casos por municipio muestra un escenario de transmisión activa y preocupantemente dispersa, donde el departamento de Santa Cruz se consolida como el principal epicentro nacional al concentrar la mayoría de los casos, destacando Santa Cruz de la Sierra con un pico de 569 casos de la S.E. 1 a la 3 en municipios como La Guardia y San Julián con transmisión viral sostenida.

Simultáneamente se evidencia un brote en el Trópico de Cochabamba, específicamente en Puerto Villarroel, que inició la S.E. 1 con 33 casos.

Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por Municipio

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Semana Epidemiológica 1 – 4, 2026			
		1	2	3	4
BENI	San Andrés	0	0	1	0
	San Borja	1	0	0	0
	Trinidad	2	1	0	0
	Riberalta	0	1	0	0
CHUQUISACA	Monteagudo	1	0	0	0
	Muyupampa	0	1	1	0
	Sucre	0	0	0	1
	Machareti	0	0	1	0
COCHABAMBA	Capinota	1	0	0	0
	Chimore	0	0	1	0
	Entre Rios Cbba	11	7	2	1
	Puerto Villarroel	33	7	5	0
	Shinahota	0	1	1	1
	Villa Tunari	7	7	3	0
SANTA CRUZ	Buena vista	0	2	0	0
	Camiri	1	0	0	0
	Concepcion	0	3	7	2
	Cotoca	1	1	0	0
	El torno	8	11	37	4
	General Saavedra	2	6	7	2
	La Guardia	31	38	63	9
	Míneros	0	1	1	0
	Montero	10	14	15	0
	Pailón	0	3	11	1
	Porongo	2	1	1	2
	Portachuelo	0	1	0	0
	Samaipata	0	1	0	1
	San Ignacio de Velasco	1	0	0	0
	San Juan de Yapacani	0	0	1	0
	San Julián	28	52	33	0
	Santa Cruz de La Sierra	116	166	182	105
	Warnes	8	8	9	0
	Yapacaní	19	14	4	1
San Carlos	0	0	3	5	
TARIJA	Yacuiba	1	2	7	0
TOTAL		284	349	396	135

Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

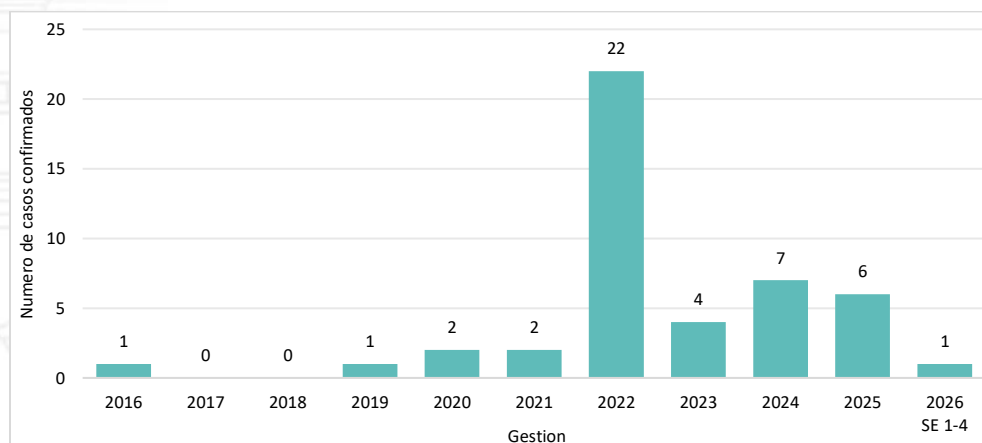
Acciones realizadas

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.

Situación Epidemiológica de Leishmaniasis Visceral

Tendencia histórica

Bolivia: Casos confirmados de Leishmaniasis Visceral, 2016 – enero, 2026



Fuente: Programas Departamentales del SEDES/CENETROP/Lab. Hospital Villamontes

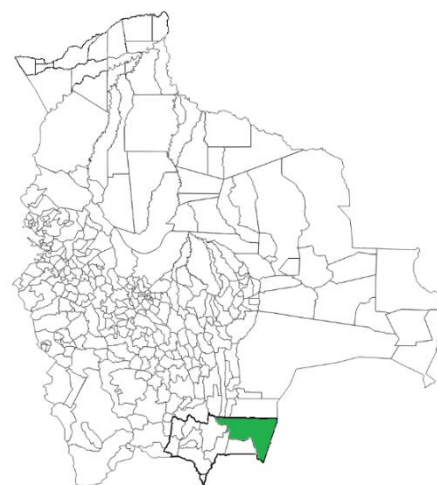
Durante los años 2016 al 2020 se evidenció la notificación de entre 0 y 2 casos anuales, este comportamiento es compatible con la presencia de casos importados. En la gestión 2021 se registra los primeros casos autóctonos, a nivel nacional, los casos fueron investigados para identificar la presencia del vector, los reservorios animales y los factores de riesgo asociados a la transmisión. En el año 2022 se registró un brote epidémico significativo, con 22 casos confirmados, así como la notificación de 2 fallecidos a causa de esta enfermedad.

Durante el período 2021 al 2025 se evidencia la confirmación de casos autóctonos indicando transmisión activa en reservorio, vector y humano.

Bolivia: Tabla de casos confirmados de Leishmaniasis Visceral (autóctonos), 2021 – enero, 2026

Departamento	Municipios	2021	2022	2023	2024	2025	2026*
Tarija	Villamontes	2	21	2	5	3	1
	Yacuiba	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	Pailón	0	0	0	0	1	0
	Robore	0	0	1	2	1	0
	San Rafael	0	0	0	0	1	0
	Santa Cruz de la Sierra	0	0	1	0	0	0
Total, casos		2	22	4	7	6	1

Fuente: Programas Departamentales del SEDES/CENETROP/Lab. Hospital Villamontes

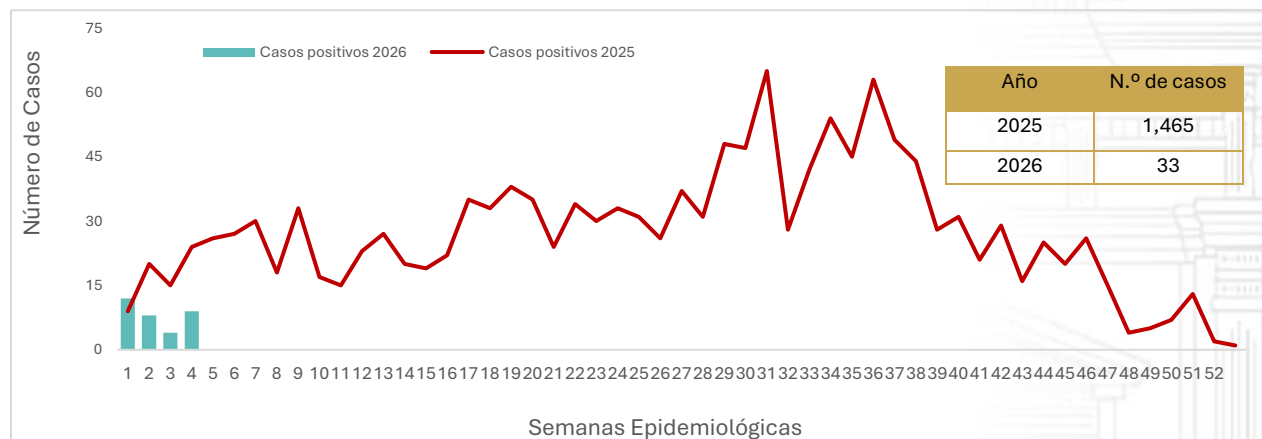


En lo que va de la gestión 2026 se notificó un caso confirmado Leishmaniasis visceral, según fecha de inicio de síntomas corresponde a la S.E. 4.

Situación Epidemiológica de Leishmaniasis

Tendencia histórica

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Leishmaniasis, comparativa 2025 a S.E. 1 – 4, 2026



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

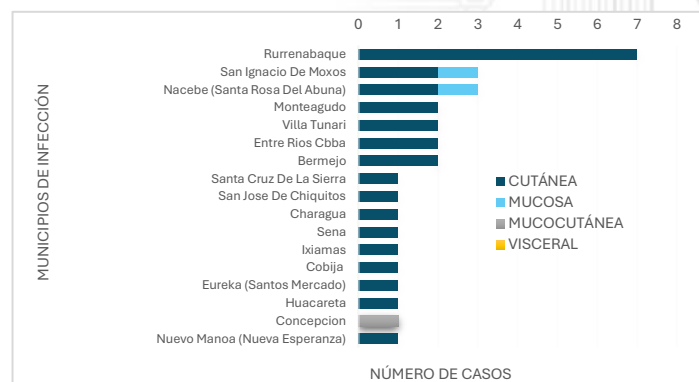
La vigilancia de Leishmaniasis denota una tendencia secular al descenso y estabilización, transitando de los picos históricos observados en 2018 hacia una reducción sostenida de la carga de enfermedad, cerrando la gestión 2025 con el registro más bajo del quinquenio (1.465 casos). Esta dinámica favorable se ratifica al inicio de 2026, con un reporte de transmisión basal mínima de 33 casos acumulados en las primeras cuatro 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 (S.E.30-37), manteniendo actualmente la endemia dentro de parámetros de control.

Distribución geoespacial

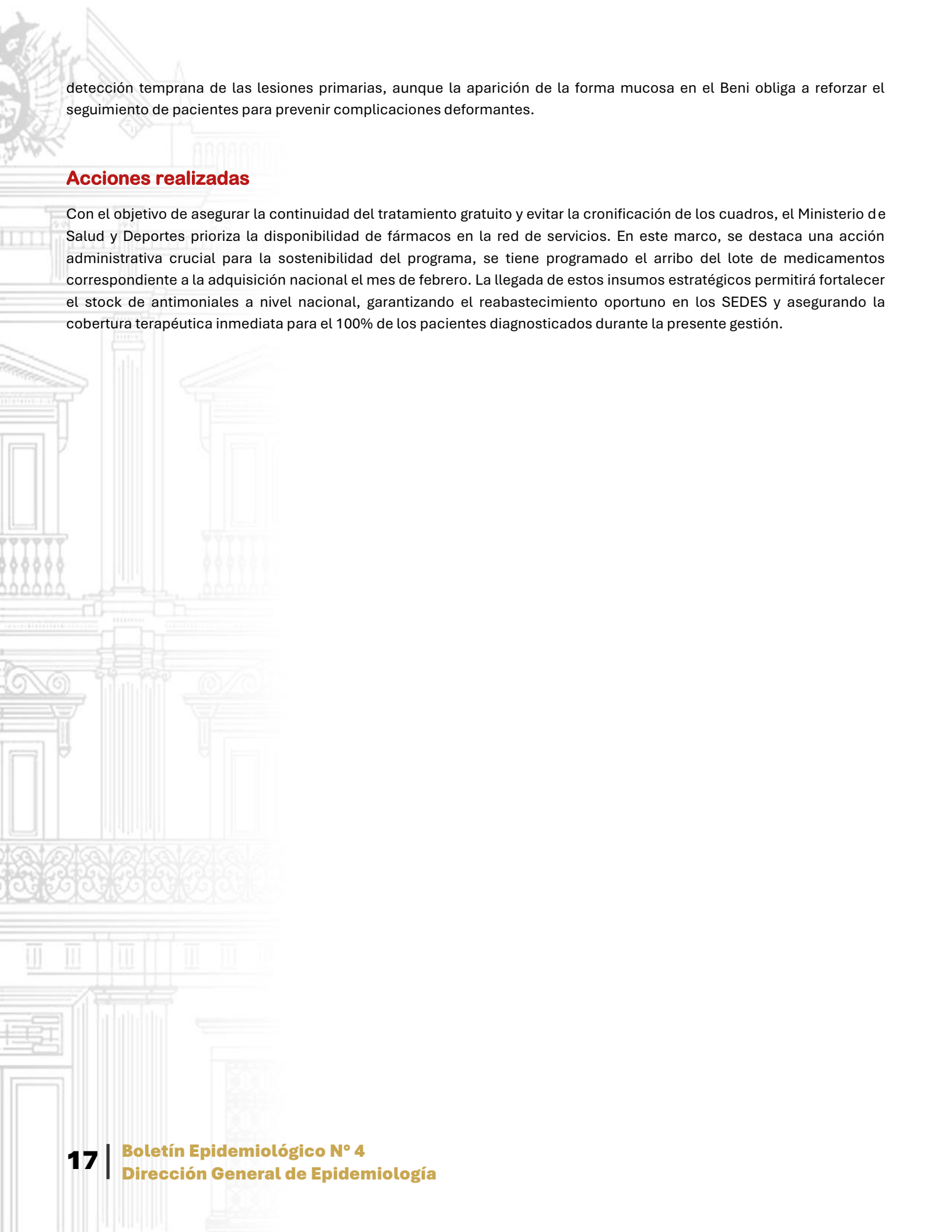
Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Departamento, enero, 2026

Departamento	Casos
Chuquisaca	3
La Paz	1
Cochabamba	4
Potosí	0
Tarija	3
Santa Cruz	5
Beni	10
Pando	7
Total	33

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



La estratificación geográfica de los 33 casos confirmados revela una dispersión de la endemia en siete departamentos, consolidando al Beni como la región de mayor carga con el 30,3% de los casos (10 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 Santa Rosa de Pando y Santa Sosa del Abuna en Pando reportan la presencia de Leishmaniasis Mucosa (1 caso), una forma clínica de evolución severa y el municipio de Concepción de Santa Cruz que reporta Leishmaniasis Mucocutánea (1 caso). 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.

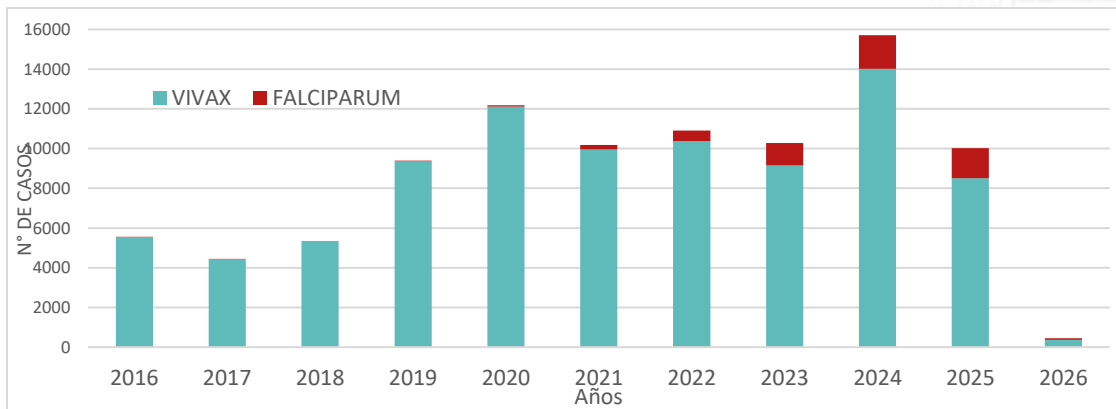
Acciones realizadas

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 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

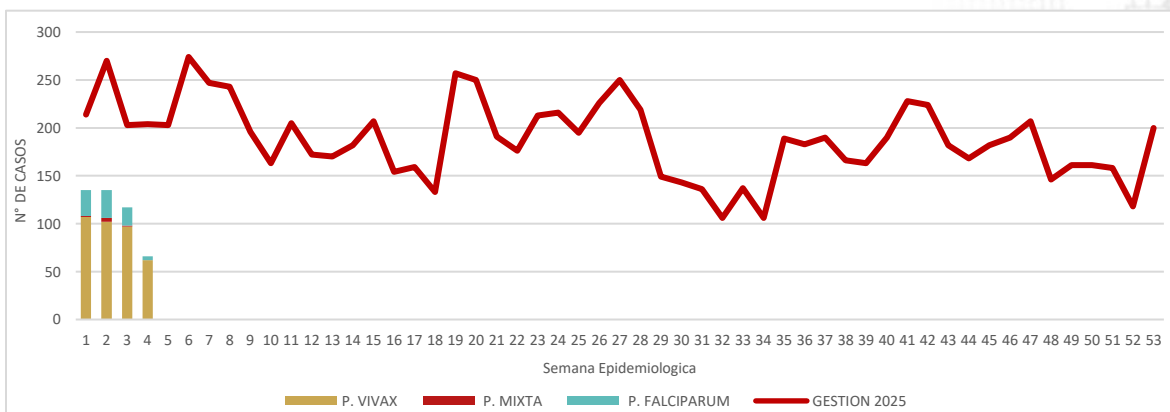
Bolivia: Tendencia de casos confirmados de Malaria, por especie parasitaria, 2016 – enero, 2026



Fuente: SEDES, Redes de Salud

La tendencia epidemiológica de la malaria en Bolivia muestra un incremento sostenido desde la gestión 2018 presentando un pico histórico en 2024. La especie predominante es el *Plasmodium Vivax*, a diferencia de *Plasmodium Falciparum* que históricamente presenta una tendencia baja, pero muestra un aumento proporcional desde la gestión 2023 al 2025.

Bolivia: Curva Epidémica de casos confirmados de Malaria, por especie parasitaria comparativa 2025 – S.E. 1-4, 2026



Fuente: SEDES, Red de Salud

La vigilancia epidemiológica de la malaria en las primeras cuatro semanas de la gestión 2026 evidencia una marcada tendencia descendente en comparación con el año anterior. Mientras que la curva histórica de 2025 (línea roja) registraba para la SE 04 un pico cercano a los 200 casos, la notificación actual se sitúa significativamente por debajo, con un registro aproximado de 65 casos, lo que representa una reducción de la carga de enfermedad superior al 60% para este periodo.

Distribución geoespacial

El reporte epidemiológico registra un total de 453 casos, evidenciando un claro predominio de infecciones por *Plasmodium vivax* (368 casos), frente a 79 por *P. falciparum* y 6 infecciones mixtas. El departamento de Beni se consolida como el epicentro de la transmisión, concentrando la mayor carga de enfermedad en los municipios de Riberalta (155 casos) y Guayamerin (134 casos); este último resulta particularmente preocupante por registrar la cifra más alta de *falciparum* (56 casos), lo que representa el 70% de dicha especie en todo el reporte. Por su parte, el departamento de Pando muestra una

dispersión de casos moderada liderada por el municipio de Santos Mercado (28 casos), mientras que La Paz presenta una incidencia mínima focalizada únicamente en Ixiamas (8 casos).

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VIVAX	FALCIPARUM	MIXTA	TOTAL
Beni	Riberalta	139	12	4	155
	Guayaramerin	77	56	1	134
	Santa Rosa (bni)	3	1	0	4
	Reyes	10	0	0	10
	Trinidad	0	1	1	2
La Paz	Ixiamas	6	2	0	8
Pando	Sena	15	4	0	19
	Puerto Rico	7	1	0	8
	San Lorenzo(Pando)	9	0	0	9
	Ingavi	16	0	0	16
	Bella Flor	7	0	0	7
	Santos Mercado	28	0	0	28
	Cobija	0	0	0	0
	Santa Rosa del Abuna	14	0	0	14
	Villa Nueva	3	0	0	3
	Puerto Gonzalo Moreno	9	1	0	10
	Nueva Esperanza	20	1	0	21
	Porvenir	3	0	0	3
	Filadelfia	0	0	0	0
	San Pedro(Pando)	2	0	0	2
	TOTAL		368	79	6

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:

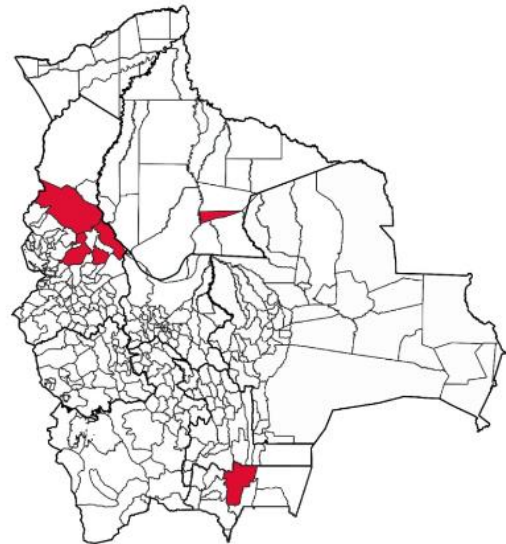
- Diagnóstico y tratamiento: Fortalecimiento de capacidades en Diagnóstico gratuito en establecimientos de salud y comunidades, entrega de medicamentos antimaláricos sin costo, y tratamiento supervisado para *P. falciparum* en zonas urbanas y periurbanas.
- Prevención: Distribución masiva de mosquiteros 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.
- Educación y comunicación: Campañas de educación y comunicación preventiva, y coordinación interinstitucional con gobiernos subnacionales.

Situación Epidemiológica de Leptospirosis

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Leptospirosis por Municipio enero, 2026

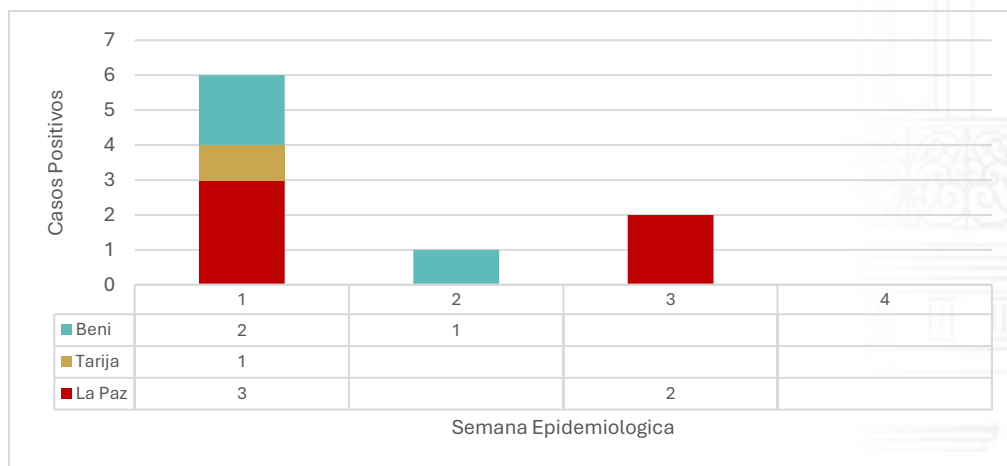
Departamento	Municipio	Casos enero, 2026
Tarija	Entre Ríos	1
	Apolo	2
La Paz	Caranavi	1
	Palos Blancos	1
	Guanay	1 fallecido
Beni	Trinidad	3
Bolivia		9



Fuente: SEDES – CENETROP

La estratificación espacial de los 9 casos confirmados permite identificar focos activos en tres departamentos, con el municipio de Trinidad (Beni) concentrando la mayor carga viral (33%) seguido de Apolo (La Paz) con (22%) notificados en la S.E. 3. Paralelamente, el departamento de La Paz registra circulación viral dispersa en Apolo, Caranavi, Palos Blancos y Guanay; es importante informar que el 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.

Bolivia: Casos Positivos de Leptospirosis S.E. 1- 4, 2026



Fuente: SEDES – CENETROP



Acciones realizadas

El escenario epidemiológico actual; exige una respuesta sanitaria urgente en el norte paceño, priorizando el control de reservorios y la detección clínica temprana para evitar nuevos casos.

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

Paralelamente, se trabaja en un plan de acción para enfermedades transmitidas por roedores para su aplicación en el departamento.

Situación epidemiológica de Hantavirus

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Hantavirus por Municipio
enero, 2026

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

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, restringiéndose la circulación viral exclusivamente a su región tropical. Los 4 casos confirmados a nivel nacional se distribuyen en 2 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.

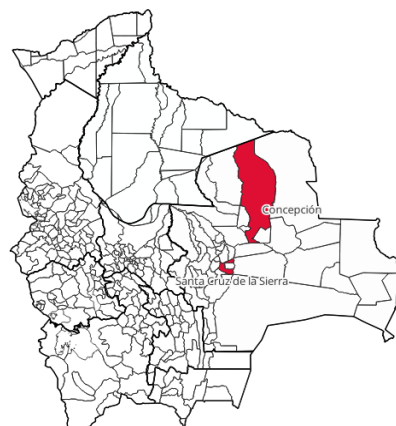
El SEDES La Paz, en coordinación con el MSyD, realizará acciones de contención, vigilancia y fortalecimiento clínico en los municipios con casos activos.

Situación de Rabia Canina

Distribución geoespacial

Bolivia: Distribución de Casos Confirmados de Rabia Canina por Municipio enero, 2026

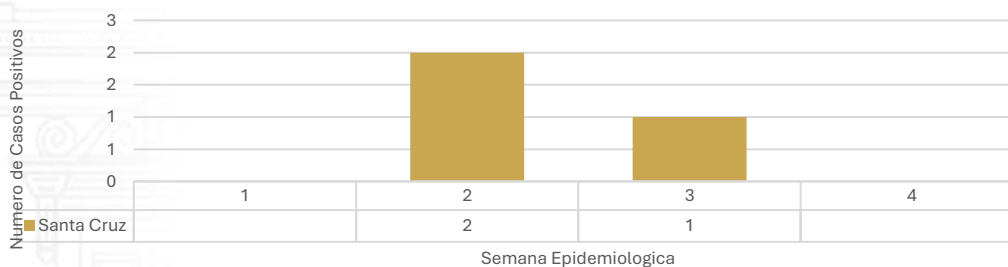
Departamento	Municipio	Casos Hasta S.E. 4 -2026
Santa Cruz	Concepción	2
	Santa Cruz de la Sierra	1
Bolivia		3



Fuente: SEDES – CENETROP

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 agresivo en Santa Cruz.

Bolivia: Casos positivos de Rabia canina S.E. 1 - 4, 2026



Fuente: SEDES – CENETROP

Acciones realizadas

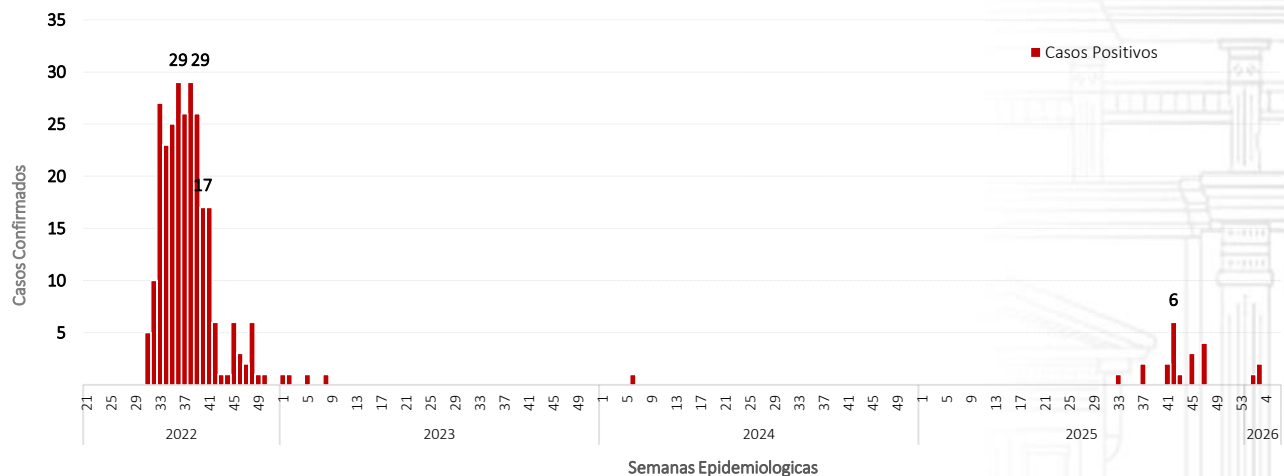
El Ministerio de Salud y Deportes ha establecido una coordinación operativa prioritaria con los SEDES de Santa Cruz y Cochabamba, así como con los gobiernos municipales. Ante el desafío que representan los bolsones de población canina susceptible y en respuesta al evento crítico registrado en Cochabamba,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

Situación epidemiológica de MPOX (VIRUELA SÍMICA)

Tendencia histórica

Bolivia: casos confirmados de MPOX por S.E. Gestión, 2022 - 2026



Fuente: Reportes de laboratorio CENETROP

En Bolivia, el primer caso de Mpox se confirmó en agosto de 2022, año que registró la mayor incidencia histórica con 261 notificaciones y picos semanales de hasta 29 contagios. Tras un descenso drástico en 2023 (4 casos) y 2024 (1 caso), el comportamiento epidemiológico cambió a finales de 2025 evidenciando un rebrote con un pico de 6 casos semanales, tendencia que se mantiene al inicio de 2026 con 3 positivos registrados hasta la semana epidemiológica 04.

Respecto al perfil de los afectados, el 97% corresponde al sexo masculino, siendo el grupo etario de 20 a 39 años (88%) el más vulnerable. Geográficamente, Santa Cruz concentra la carga principal de la enfermedad (261 casos; 90,6%), seguido de lejos por Cochabamba (5,2%) y La Paz (3,1%), mientras que los departamentos de Chuquisaca, Oruro y Potosí reportan una incidencia mínima con solo un caso (1%) cada uno.

Bolivia: Tabla comparativa de casos confirmados de MPOX por departamentos, 2022 - 2026

Departamento	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Santa Cruz	234	4	1	19	3	261
Cochabamba	15					15
La Paz	9					9
Oruro	1					1
Chuquisaca	1					1
Potosí	1					1
Tarija						0
Beni						0
Pando						0
Total Bolivia	261	4	1	19	3	288

Fuente: Reportes de laboratorio CENETROP



Todos los casos confirmados en el año 2026 tienen residencia en el municipio de Santa Cruz de la Sierra del departamento de Santa Cruz. En el gráfico se observa el municipio.



**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)