



**MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES**

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Semana Epidemiológica N° 29 | 2026
19 de julio al 25 de julio



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

Dirección General de Epidemiología

Presentación

El Ministerio de Salud y Deportes presenta la 29.ª edición del Boletín Epidemiológico Semanal, correspondiente a la Semana Epidemiológica 29 (SE 29) de 2026. A través de la Dirección General de Epidemiología, se consolida la información generada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, fortaleciendo el análisis de la situación epidemiológica del país y respaldando la toma de decisiones oportunas en salud pública.

Durante la presente semana epidemiológica se mantiene la vigilancia intensificada de los eventos prioritarios para la salud pública, entre ellos las enfermedades respiratorias estacionales, las enfermedades inmunoprevenibles, las enfermedades transmitidas por vectores, las zoonosis y otros eventos de importancia epidemiológica.

En relación con las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y las neumonías, ambas continúan mostrando un comportamiento por debajo de los umbrales esperados. No obstante, durante la SE 29 se observa un incremento gradual de la notificación de casos respecto a las semanas previas, consistente con el comportamiento estacional esperado. La vigilancia laboratorial continúa evidenciando la circulación simultánea de influenza A (H1N1 y H3N2), virus sincitial respiratorio (VSR), rinovirus, adenovirus y SARS-CoV-2, entre otros virus respiratorios, situación que resalta la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y de laboratorio para la detección temprana de brotes, el monitoreo de los virus circulantes y la implementación oportuna de medidas de prevención y control.

Las EDAs muestran un incremento de la notificación semanal, aunque permanecen dentro de lo esperado, por lo que se recomienda fortalecer las medidas de prevención y la vigilancia de brotes.

La malaria continúa concentrándose en los departamentos amazónicos de Beni, Pando y el norte de La Paz, con predominio de *Plasmodium vivax*, al igual que la leishmaniasis cutánea, en los municipios de alta transmisión se están manteniendo las actividades de vigilancia, diagnóstico oportuno, tratamiento supervisado y control vectorial.

La rabia mantuvo una baja incidencia durante gran parte del año; sin embargo, tras diez semanas sin casos, la reaparición de dos casos en Santa Cruz (SE 29) evidencia la persistencia de la circulación viral y amerita la implementación inmediata del bloqueo de foco, el fortalecimiento de la vacunación antirrábica y la intensificación de la vigilancia epidemiológica para prevenir un posible brote.

El registro de un caso confirmado de sarampión en el departamento de Santa Cruz mantiene la alerta epidemiológica debido al riesgo de transmisión de una enfermedad altamente contagiosa. Sin embargo, la situación actual representa un riesgo menor en comparación con las primeras semanas del año, debido a la disminución de casos y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia, vacunación y control implementadas.

El Ministerio de Salud y Deportes reafirma su compromiso con una gestión sanitaria basada en evidencia, fortaleciendo los procesos de vigilancia epidemiológica como herramienta fundamental para la identificación temprana de riesgos, la evaluación continua de la situación epidemiológica, la planificación de intervenciones oportunas y la protección de la salud de la población boliviana.

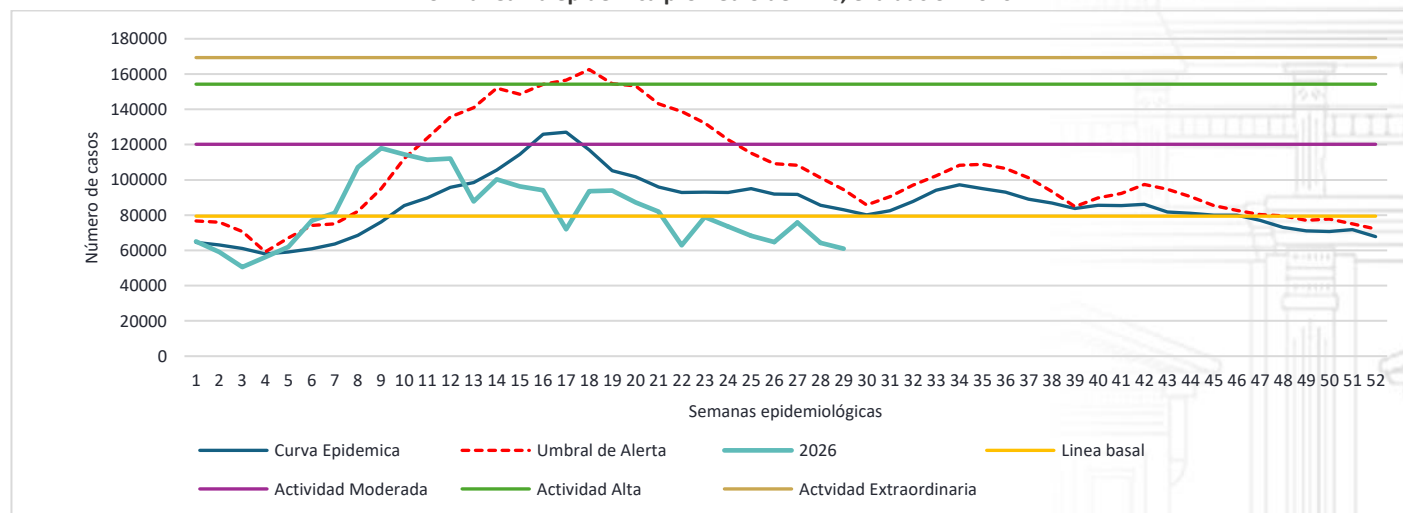
Matriz de Análisis, Narrativa y Acción

Evento de Salud	Nivel de Riesgo familiar	Comportamiento epidemiológico de la semana	Mensaje a la población
Rabia canina	●	La rabia mantuvo una baja incidencia durante gran parte del año; sin embargo, tras diez semanas sin casos, la reaparición de dos casos en Santa Cruz (SE 29) evidencia la persistencia de la circulación viral.	Se recomienda actualizar la vacuna de perros y gatos, evitar el contacto con animales sospechosos, reportar oportunamente cualquier caso compatible con rabia y buscar atención médica inmediata ante cualquier exposición por mordedura o arañazo.
Sarampión	●	El registro de un caso confirmado de sarampión en el departamento de Santa Cruz mantiene la alerta epidemiológica debido al riesgo de transmisión de una enfermedad altamente contagiosa. Sin embargo, la situación actual representa un riesgo menor en comparación con las primeras semanas del año, debido a la disminución de casos y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia y vacunación.	Se recomienda verificar y completar el esquema de vacunación, acudir de inmediato al establecimiento de salud ante la presencia de fiebre y erupción cutánea, evitar el contacto con personas enfermas y seguir las recomendaciones de las autoridades sanitarias para prevenir la transmisión de la enfermedad.
Influenza estacional	●	La tasa de positividad de Influenza se mantiene en niveles bajos en comparación con las primeras semanas del año, evidenciando una disminución de la circulación del virus respiratorio.	Se recomienda la vacunación y mantener las medidas de prevención y el lavado de manos.
Chikungunya	●	Aunque el número de casos en Pando (actual foco), ha disminuido todavía amerita un seguimiento y control de la enfermedad.	Se recomienda acudir oportunamente a los servicios de salud ante cualquier sospecha de Chikungunya y mantener el ambiente limpio de la proliferación de mosquitos.

Situación Epidemiológica de IRAs y Neumonías

Tendencia de las infecciones respiratorias agudas (IRAs)

Bolivia: Curva epidémica promedio de IRAs, evaluación 2026



Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

De acuerdo con la curva epidémica promedio de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) a nivel nacional, durante las últimas semanas la notificación de casos se mantiene por debajo de los niveles esperados para este periodo del año, evidenciándose una tendencia general estable sin cambios impredecibles.

Durante las semanas epidemiológicas 29, el país registró 60.976 casos, respectivamente, evidenciando una disminución del 5,09% en relación a la semana anterior (64.246). Esta reducción confirma el descenso observado en la transmisión de las IRAs durante las últimas semanas analizadas.

No obstante, considerando el comportamiento estacional de las IRA y la dinámica de circulación de virus respiratorios, se recomienda mantener una vigilancia epidemiológica activa y sostenida, con el objetivo de identificar oportunamente cualquier cambio en la tendencia, incremento inusual de casos o modificaciones en el patrón epidemiológico.

Bolivia: Casos de IRAs e indicadores, 2026

Departamentos	Casos acumulados 2026	Tasa de Incidencia acumulada x mil hab.	Casos (SE 27)	Tasa de incidencia (SE 27)	Casos (SE 28)	Tasa de incidencia (SE 28)	Casos (SE 29)	Tasa de incidencia (SE29)
Chuquisaca	184.422	295	7.226	11,6	6.129	9,8	5.004	8,0
La Paz	470.681	151	13.670	4,4	11.915	3,8	13.253	4,2
Cochabamba	442.516	206	14.665	6,8	12.936	6,0	11.615	5,4
Oruro	146.360	246	5.285	8,9	4.439	7,5	4.185	7,0
Potosí	275.350	309	9.002	10,1	7.550	8,5	7.222	8,1
Tarija	183.074	329	6.248	11,2	5.351	9,6	4.783	8,6
Santa Cruz	541.792	162	16.344	4,9	12.837	3,8	11.285	3,4
Beni	95.486	175	2.375	4,4	2.296	4,2	2.730	5,0
Pando	30.374	203	981	6,6	793	5,3	899	6,0
Total Bolivia	2.370.055	198	75.796	6,3	64.246	5,4	60.976	5,1

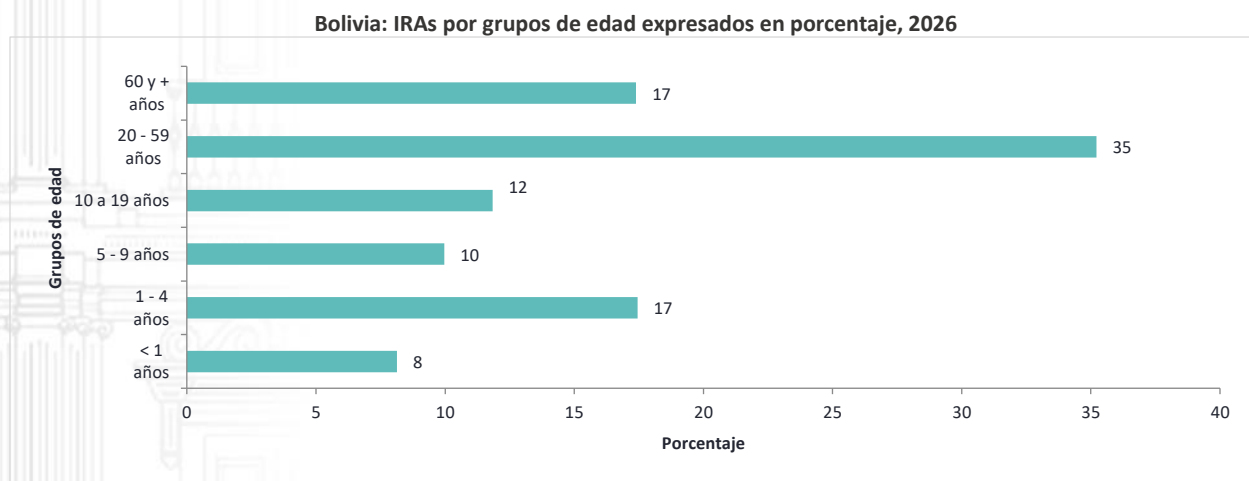
Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Durante la SE 29 se registraron 60.976 casos, con una tasa de incidencia de 5,1 por 1.000 habitantes, lo que representa una disminución del 5,09% en comparación con la SE 28, cuando se notificaron 64.246 casos (tasa de 5,1 por 1.000 habitantes). Este comportamiento refleja un descenso de la transmisión de las IRAs a nivel nacional, luego del incremento observado entre las semanas epidemiológicas 26 y 27.

Los departamentos con la mayor carga acumulada de enfermedad, expresada mediante la tasa de incidencia, fueron Tarija (329 casos por 1.000 habitantes), Potosí (309 por 1.000 habitantes), Chuquisaca (295 por 1.000 habitantes) y Oruro (246 por 1.000 habitantes), evidenciando una mayor afectación de la población en estos departamentos.

En la SE 29, las tasas de incidencia semanal más elevadas se registraron en Tarija (8,6 por 1.000 habitantes), Potosí (8,1 por 1.000 habitantes) y Chuquisaca (8,0 por 1.000 habitantes); aunque, en términos absolutos, los mayores números de casos correspondieron a La Paz (13.253 casos), Cochabamba (11.615 casos) y Santa Cruz (11.285 casos), departamentos que concentran una importante proporción de la población del país.

En conclusión, la situación epidemiológica de las IRAs durante la SE 29 de 2026 muestra una reducción de la incidencia semanal a nivel nacional; sin embargo, departamentos como Tarija, Potosí, Chuquisaca y Oruro continúan presentando las tasas de incidencia más elevadas, por lo que es necesario mantener el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la detección oportuna de casos y la implementación de medidas de prevención y control, especialmente en los grupos de mayor riesgo.



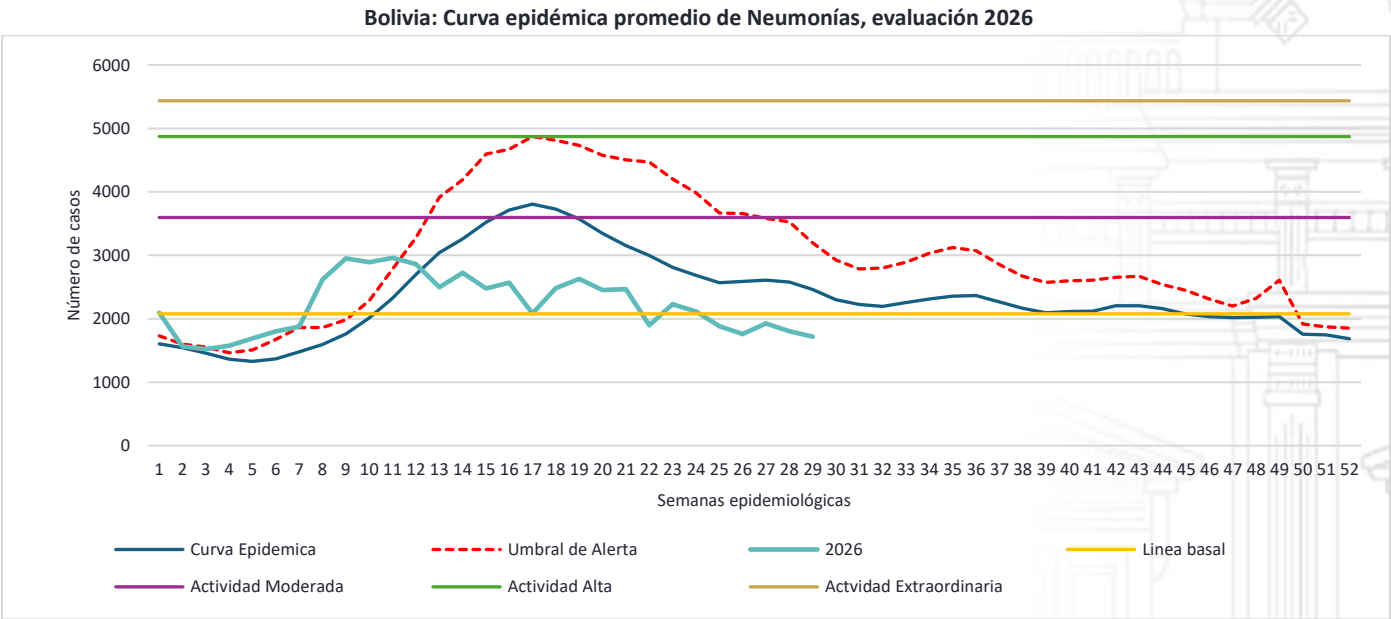
Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

La distribución de casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) según grupo etario muestra que la mayor proporción de casos notificados corresponde a la población de 20 a 59 años, que concentra el 35% del total registrado, seguida del grupo de 1 a 4 años, con el 17%.

Este comportamiento evidencia una importante carga de enfermedad en la población económicamente activa, así como una afectación significativa en la población infantil, considerada uno de los grupos con mayor vulnerabilidad frente a las infecciones respiratorias. En este contexto, se recomienda mantener las acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y atención oportuna, especialmente en los grupos priorizados.

Si bien la tendencia reciente es favorable, las IRAs continúan representando una importante carga para los servicios de salud, por lo que se recomienda mantener el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la notificación oportuna de casos, el monitoreo de virus respiratorios circulantes, la promoción de medidas de prevención (higiene de manos, etiqueta respiratoria y ventilación de ambientes) y el fortalecimiento de la vacunación contra influenza y COVID-19 en los grupos de mayor riesgo, con el fin de prevenir un incremento de casos durante las semanas posteriores.

Tendencia de las neumonías



Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

El análisis descriptivo actualizado de la curva epidémica promedio de neumonías hasta la Semana Epidemiológica (SE) 29 de la gestión 2026, ratifica un comportamiento atípico, caracterizado por un ascenso prematuro de casos a partir de la SE 5, superando el umbral de alerta desde la SE 8. Posteriormente, se observa un descenso marcado en la notificación de casos, inusual para la temporada epidemiológica. No obstante, al igual que lo observado en las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), durante la última semana se evidencia una tendencia estacionaria.

Bolivia: Casos de Neumonías e indicadores, 2026

Departamentos	Casos acumulados 2026	Tasa de incidencia acumulada x 1.000 hbt.	Casos (SE 27)	Tasa de incidencia (SE 27)	Casos (SE 28)	Tasa de incidencia (SE 28)	Casos (SE 29)	Tasa de incidencia (SE 29)
Chuquisaca	4.717	7,6	162	0,26	169	0,27	178	0,28
La Paz	9.219	3,0	223	0,07	224	0,07	180	0,06
Cochabamba	12.690	5,9	443	0,21	466	0,22	323	0,15
Oruro	1.565	2,6	57	0,10	48	0,08	50	0,08
Potosí	2.619	2,9	69	0,08	83	0,09	74	0,08
Tarija	4.314	7,8	125	0,22	132	0,24	148	0,27
Santa Cruz	25.019	7,5	783	0,23	613	0,18	673	0,20
Beni	2.981	5,5	39	0,07	42	0,08	72	0,13
Pando	987	6,6	25	0,17	27	0,18	20	0,13
Total Bolivia	64.111	5,4	1.926	0,16	1.804	0,15	1.718	0,14

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 29 de 2026, Bolivia notificó un total acumulado de 64.111 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 5,4 casos por 1.000 habitantes.

Durante la SE 29 se registraron 1.718 casos, con una tasa de incidencia nacional de 0,14 por 1.000 habitantes, lo que representa una disminución del 4,8% respecto a la SE 28, cuando se notificaron 1.804 casos (tasa de 0,15 por 1.000 habitantes).

Los departamentos con las mayores tasas de incidencia acumulada fueron Tarija (7,8 por 1.000 habitantes), Chuquisaca (7,6 por 1.000 habitantes) y Santa Cruz (7,5 por 1.000 habitantes) reflejando una mayor afectación de la población en estas regiones.

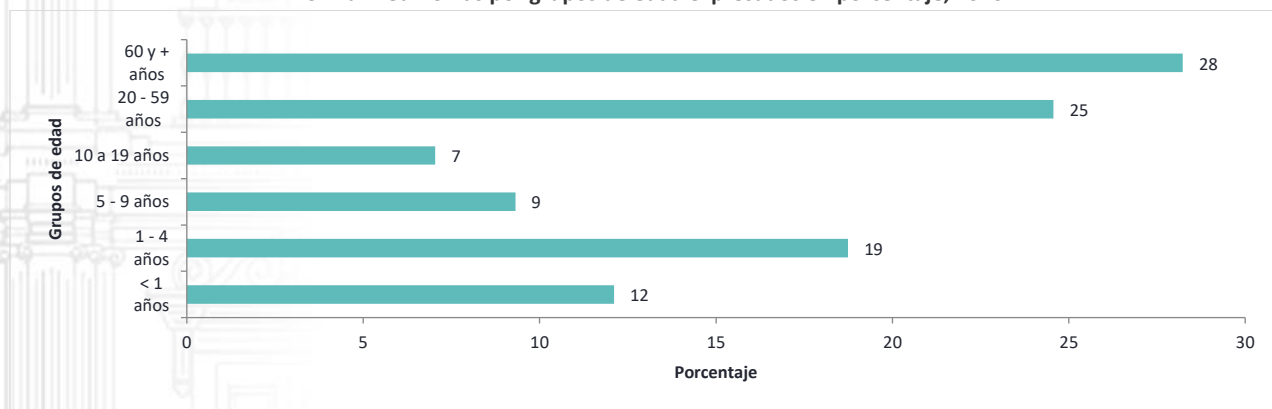
En la SE 29, las tasas de incidencia semanal más elevadas correspondieron a Chuquisaca (0,28 por 1.000 habitantes), Tarija (0,27 por 1.000 habitantes) y Santa Cruz (0,20 por 1.000 habitantes).

En términos absolutos, durante la SE 29 el mayor número de casos se registró en Santa Cruz (673 casos), seguido de Cochabamba (323 casos) y La Paz (180 casos), concentrando más del 70% de los casos notificados en el país.

Al comparar la SE 28 con la SE 29, se observa un comportamiento heterogéneo entre departamentos. Se registró un incremento de casos en Beni (42 a 72 casos; 71,4%), Tarija (132 a 148; 12,1%), Santa Cruz (613 a 673; 9,8%), Chuquisaca (169 a 178; 5,3%), Oruro (48 a 50; 4,2%), En contraste, La Paz presentó una reducción importante, pasando de 224 a 180 casos (-19,6%), al igual que Cochabamba de 466 a 323; (-30,7%), Potosí de 83 a 74; (-10,8%) y Pando, donde los casos disminuyeron de 27 a 20 (-25,9%).

En conclusión, durante la SE 29 de 2026 la tendencia nacional de neumonías muestra un leve descenso respecto a la semana anterior, influenciado principalmente por la reducción observada en Cochabamba, La Paz, Pando y Potosí. No obstante, varios departamentos, entre ellos Beni, Tarija, Santa Cruz, Chuquisaca y Oruro, registraron incrementos semanales, por lo que es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno y las medidas de prevención y control, especialmente en los grupos de mayor riesgo y en las zonas con mayor incidencia.

Bolivia: Neumonías por grupos de edad expresados en porcentaje, 2026



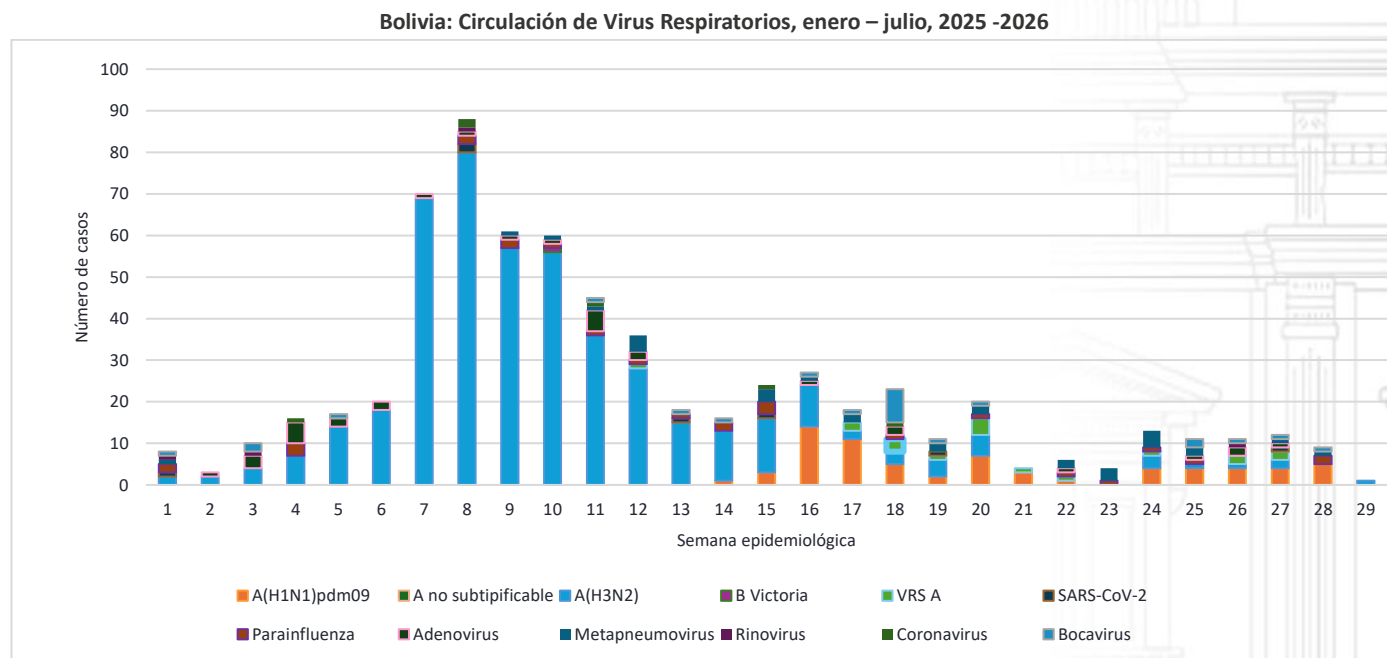
Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Respecto a la distribución de casos de neumonía según grupo de edad, se observa que la mayor proporción de casos acumulados corresponde a la población de 1 a 4 años, 20 a 59 años y mayores de 60 años, evidenciando un comportamiento similar al observado en las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs).

Este patrón resalta la carga de enfermedad en la población adulta y adulta mayor, grupos que pueden presentar mayor riesgo de complicaciones asociadas a infecciones respiratorias, por lo que se recomienda mantener la vigilancia epidemiológica y fortalecer las medidas de prevención y atención oportuna.

Situación Epidemiológica de Circulación de Virus Respiratorios

Tendencia de la Circulación de Virus Respiratorios



Fuente: CENETROP – INLASA y Red de Laboratorios

De acuerdo a la vigilancia centinela de las IRAS, en las últimas semanas, se evidencia una tasa de positividad disminuida en comparación a las semanas iniciales del año, correspondiente en su mayor proporción a Influenza A (H3N2). En la Semana Epidemiológica 29, del muestreo de los hospitales se evidencia la circulación del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) Influenza A H3N2 y Parainfluenza, aunque la tasa de positividad es menor a la registrada cuando circulaba la Influenza A (H3N2) (entre la SE 7 -12). Estos hallazgos reflejan la circulación simultánea de diversos virus respiratorios estacionales a nivel nacional y resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y laboratorial para la detección oportuna de brotes y la implementación de medidas de prevención y control.

Acciones realizadas

En la semana epidemiológica 29, se evidencia un incremento sostenido en la aplicación de vacunas contra la influenza a nivel nacional. El total de dosis aplicadas aumentó de 1.191.981 a 1.242.944 dosis, lo que representa 50.963 dosis adicionales aplicadas.

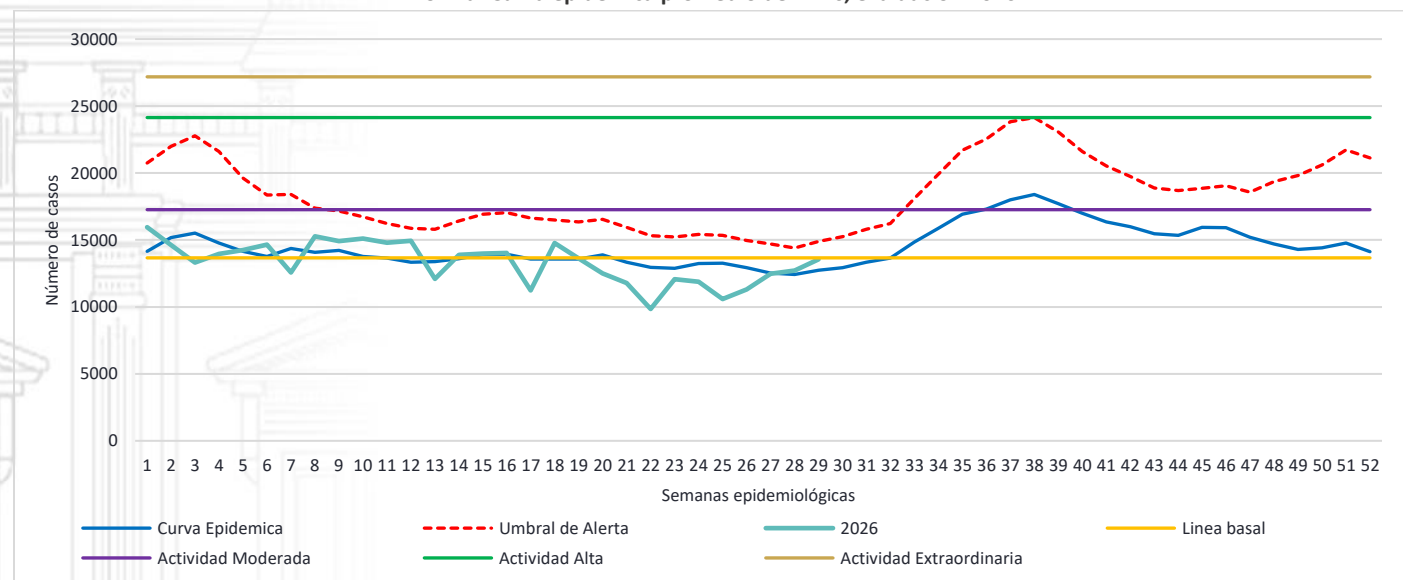
A nivel nacional, se destaca el aumento de dosis aplicadas en menores de 1 año con segunda dosis (27,7% a 30.5%), niños de 2 años (75,9% a 79,74%), embarazadas (60,7% a 63%) y personas con enfermedad de base (78,1% a 80.6%). A nivel departamental, Santa Cruz, La Paz y Cochabamba registraron los mayores incrementos en número de dosis aplicadas, reflejando mayor intensificación de actividades de vacunación.

Se recomienda promover las medidas preventivas como el lavado de manos y completar el esquema de vacunación de esta gestión, con la vacuna de la Influenza.

Situación Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas

Curva epidémica promedio de las Enfermedades Diarreicas Agudas

Bolivia: Curva epidémica promedio de EDAs, evaluación 2026



Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Considerando la curva epidémica promedio de las EDAs a nivel nacional, muestra en las primeras semanas epidemiológicas una tendencia que se mantiene dentro de los valores esperados de la línea basal, sin llegar al umbral de alerta, en la semana más recientes se observa un incremento progresivo en el número de casos, alcanzando el límite de la línea basal; no obstante, el comportamiento continúa dentro de los valores esperados para el periodo.

Número de casos de Enfermedades Diarreicas Agudas

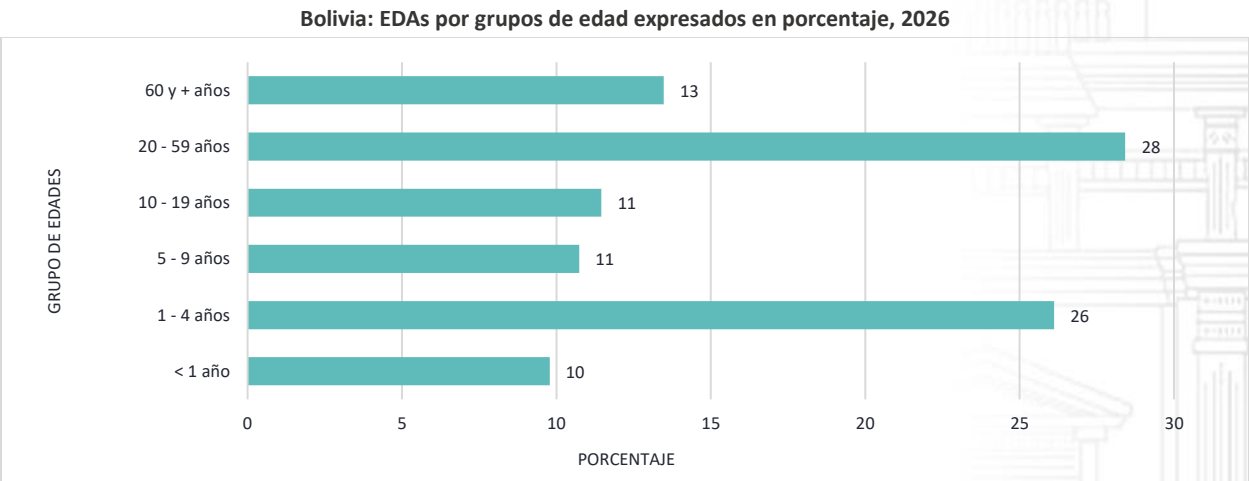
Bolivia: Casos de EDAs e indicadores, 2026

Departamentos	Casos acumulados 2026	Tasa de incidencia acumulada x 1000 hb.	Casos (SE 27)	Tasa de Incidencia (SE 27)	Casos (SE 28)	Tasa de Incidencia (SE 28)	Casos (SE 29)	Tasa de Incidencia (SE 29)
Chuquisaca	30.044	48	1.182	2	1.105	2	1.045	2
La Paz	65.628	21	2.332	1	2.410	1	3.058	1
Cochabamba	73.253	34	2.676	1	2.547	1	2.540	1
Oruro	23.131	39	933	2	979	2	972	2
Potosí	38.071	43	1.244	1	1.271	1	1.294	1
Tarija	26.583	48	675	1	806	1	901	2
Santa Cruz	106.062	32	2.675	1	2.880	1	2.765	1
Beni	18.990	35	544	1	510	1	663	1
Pando	4.891	33	212	1	215	1	302	2
Total Bolivia	386.653	32	12.473	1	12.723	1	13.540	1

Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

A nivel nacional se notificaron 386.653 casos acumulados de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), con una tasa de incidencia acumulada de 32 por 1.000 habitantes. Asimismo, se registraron 13.540 casos acumulados en la SE 29, lo que representa un incremento del 1% respecto a la SE 28 (12.723 casos). En cuanto al número de casos, Santa Cruz, Cochabamba y La Paz concentraron

la mayor notificación semanal; mientras que las tasas de incidencia acumulada más altas se registraron en Chuquisaca y Tarija (48 por 1.000 habitantes), seguidas de Potosí (43) y Oruro (39).



Fuente: Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

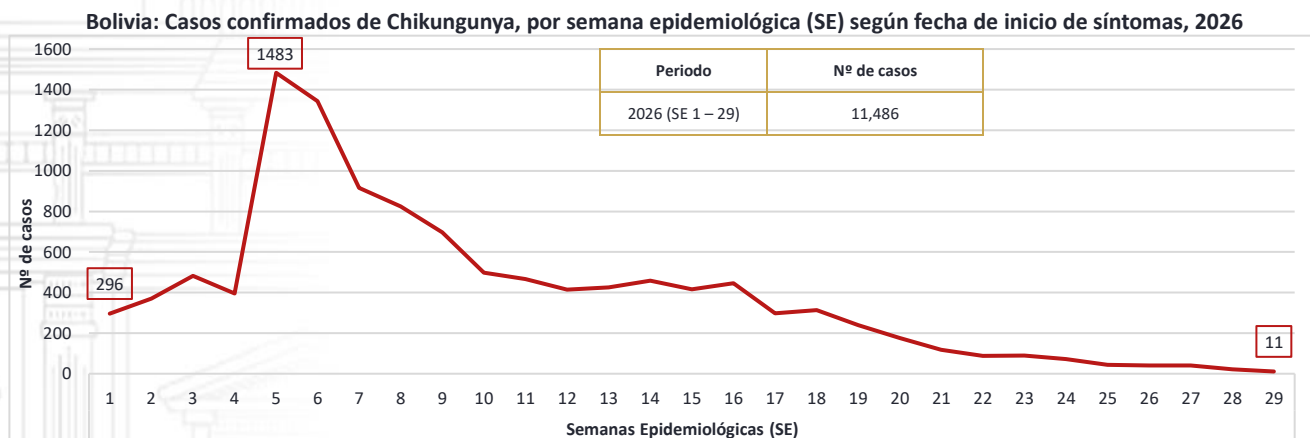
La distribución porcentual de los casos por grupo de edad muestra que la mayor proporción corresponde a la población de 20 a 59 años (28%), seguida del grupo de 1 a 4 años (26%). En menor proporción se encuentran los adultos de 60 y más años (13%), los adolescentes de 10 a 19 años (11%), los niños de 5 a 9 años (11%) y los menores de 1 año (10%). Estos resultados evidencian una mayor afectación en la población adulta y en los niños menores de cinco años.

Acciones Realizadas

- Monitoreo y seguimiento del comportamiento de las EDAs a nivel nacional para detectar de forma temprana variaciones o posibles brotes en el canal endémico.
- Vigilancia activa de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) mediante la red de laboratorios centinela de patógenos entéricos, priorizando el aislamiento de bacterias y parásitos de interés epidemiológico.
- Fortalecimiento del flujo de trabajo con la red centinela de laboratorios para el análisis de las muestras biológicas procedentes de casos sospechosos.
- Rastreo y reporte oportuno de los resultados analíticos para fortalecer la investigación de brotes y orientar de manera oportuna las acciones de control en salud pública.

Situación Epidemiológica de Chikungunya

Distribución de casos por semana epidemiológica



Fuente: Red Nacional de Laboratorios en Salud – Servicio Departamental de Salud

La notificación de los casos confirmados de Chikungunya, durante la presente gestión, muestra un comportamiento epidémico; iniciando con 296 casos en la semana epidemiológica (SE) 1, posteriormente muestra una elevación vertiginosa desde los 395 casos para la SE 4 a 1.483 casos para la SE 5, posteriormente se evidencia un descenso sostenido del pico hasta la SE 12 con 415 casos confirmados, entrando al periodo de descenso desde la SE 17 con 287 casos, terminando con 11 casos para la SE 29.

Número de casos confirmados por Chikungunya

Bolivia: Casos confirmados de Chikungunya por departamento, 2026

Departamentos	Casos confirmados acumulados 2026	Casos confirmados (SE 27)	Casos confirmados (SE 28)	Casos confirmados (SE 29)
Chuquisaca	851	1	0	0
La Paz	588	13	12	1
Cochabamba	1.277	0	0	0
Potosí	56	0	0	0
Tarija	1.541	0	0	0
Santa Cruz	5.981	0	0	1
Beni	639	13	0	0
Pando	553	14	9	9
Total Bolivia	11.486	41	21	11

Fuente: Red Nacional de Laboratorios en Salud - SEDES

Del total acumulados de casos confirmados hasta la SE 29 (11.486 casos), el 52,07% de los casos confirmados de Chikungunya a nivel nacional se concentran en el departamento de Santa Cruz, mientras que el 13,42% corresponde al departamento de Tarija y un 11,12% al departamento de Cochabamba. Para la SE 29 se notificaron 9 casos que corresponden al departamento de Pando, 1 caso en La Paz y 1 en Santa Cruz.

La tasa de incidencia más alta corresponde al departamento de Pando con 40,02 casos por 10.000 habitantes, seguida por el departamento de Tarija con 28,85 casos por 10.000 habitantes, el departamento de Santa Cruz que tiene la mayor cantidad de casos confirmados de Chikungunya, actualmente presenta una tasa de incidencia de 19,15 casos por 10.000 habitantes. La tasa de incidencia nacional es de 10,06 casos por 10.000 habitantes.

Acciones realizadas

En el contexto del marcado descenso de la curva epidémica observado en las últimas semanas epidemiológicas, el nivel nacional mantiene la coordinación operativa con los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES), a través de la Dirección General de Epidemiología. Se ha evidenciado la eficacia del mando unificado y la continuidad de las salas de situación activas como mecanismos clave para la contención del brote y la toma de decisiones basada en evidencia generada por los SEDES.

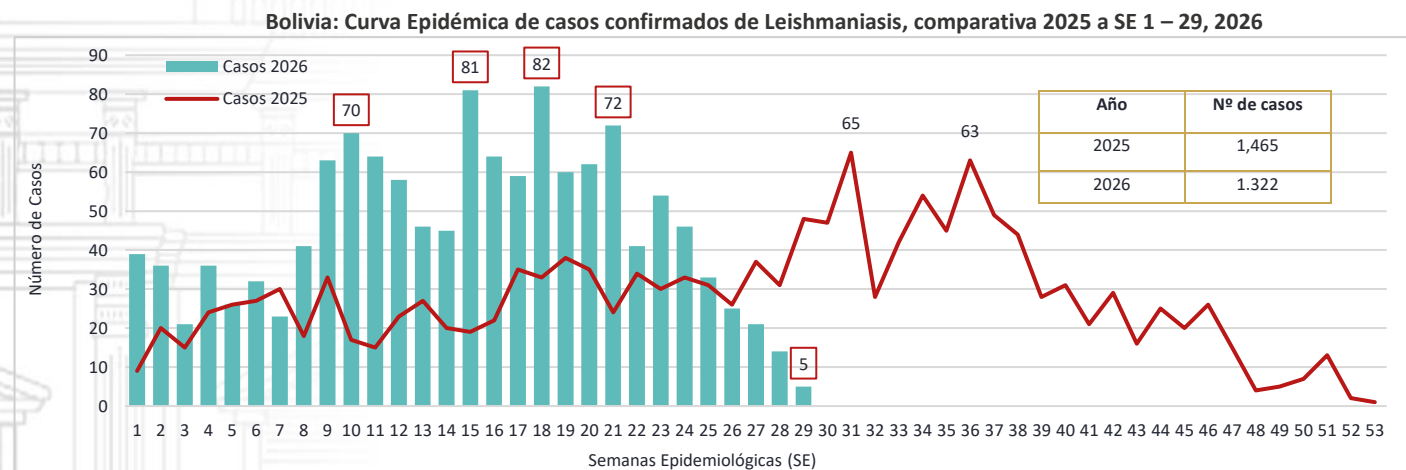
En este marco, se prioriza la intervención oportuna en los ejes estratégicos de la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales (EGI-Arbovirosis-Bolivia):

- **Gestión:** Monitoreo y evaluación del cumplimiento de los planes de contingencia para el control del Chikungunya, elaborados por los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de los SEDES.
- **Vigilancia epidemiológica:** Estratificación del riesgo basada en indicadores entomológicos y en la notificación de casos (sospechosos y confirmados). Se mantiene el seguimiento y análisis diario de la situación epidemiológica en los nueve departamentos, orientando la toma de decisiones en coordinación con los SEDES.
- **Manejo integrado de vectores:** Continuidad de las acciones de control del *Aedes aegypti*, con participación multisectorial, incluyendo la eliminación de criaderos, en coordinación con aliados estratégicos, sociedad civil y autoridades departamentales y municipales.
- **Atención al paciente:** Fortalecimiento de capacidades del personal de salud mediante la retroalimentación en el correcto llenado de la ficha epidemiológica, así como en la aplicación de definiciones de caso y criterios de diagnóstico clínico diferencial.

La reducción progresiva de casos durante las últimas diez semanas epidemiológicas, sugiere el impacto favorable de las intervenciones de control vectorial; sin embargo, la persistencia de la transmisión en el departamento de Pando requiere mantener las acciones intensificadas de vigilancia y control.

Situación Epidemiológica de Leishmaniasis

Tendencia histórica



Fuente: SEDES _Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

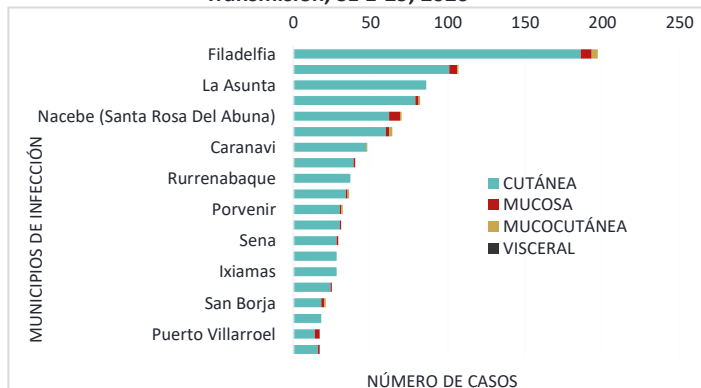
La vigilancia de Leishmaniasis en Bolivia revela un comportamiento endémico este comportamiento inicial se alinea con el patrón estacional esperado, sin embargo, en el primer semestre de la gestión 2026 se tuvo mayor registro de casos de Leishmaniasis notificados en las SE 8 a la 24 que sobrepasa la curva histórica (línea roja), posiblemente esta transmisión más temprana se deba a la acumulación de pacientes en espera de tratamiento. A partir de la semana 22 de 2026 se aprecia un descenso en la curva epidémica, coincidiendo con la mejora en la gestión del medicamento, llegando a un nivel mínimo de 5 casos en la SE 29, manteniéndose actualmente en endemia.

Distribución geoespacial

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Departamento

Departamento	Casos
Chuquisaca	21
La Paz	316
Cochabamba	137
Potosí	1
Tarija	10
Santa Cruz	58
Beni	119
Pando	661
Total Bolivia	1.323

Bolivia: Casos Confirmados de Leishmaniasis por Municipio de Transmisión, SE 1-29, 2026



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

La estratificación geográfica de los 1.323 casos confirmados de Leishmaniasis revela una dispersión de la endemia en ocho departamentos, consolidando que el departamento de Pando presenta mayor carga de transmisión con el 50% (661 casos notificados). Al descender al nivel municipal, se identifica al municipio de Filadelfia como el foco de mayor complejidad, liderando la incidencia municipal con 197 casos, seguido de los municipios de Bella Flor (107 casos) y Santa Rosa del Abuna (70 casos) del departamento de Pando, en La Paz el municipio con mayor número de notificaciones es La Asunta (86 casos) y en Cochabamba en el municipio de Villa Tunari con (82 casos).

Así también, hasta la SE 29 se notificaron (3 casos) de Leishmaniasis Visceral en el municipio de Villamontes (1 caso) y Yacuiña (2 casos) pertenecientes al departamento de Tarija.

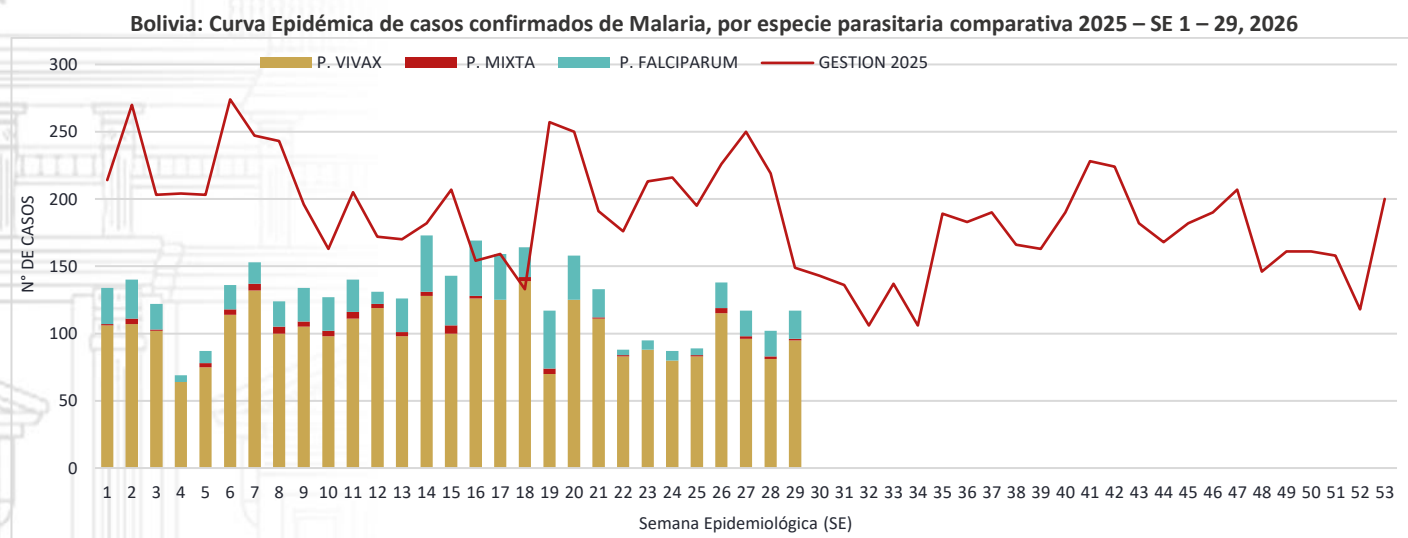
Acciones realizadas

En el marco del fortalecimiento de la red de atención, el Ministerio de Salud y Deportes cumple de manera oportuna con la atención a los requerimientos de medicamentos e insumos presentados por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) a nivel nacional.

Asimismo, como órgano rector de la salud pública, se ejerce un rol continuo de acompañamiento, supervisión y gestión operativa. Este trabajo conjunto está orientado a respaldar las acciones locales para asegurar el diagnóstico, esquema de tratamiento oportuno y seguimiento epidemiológico estricto de los casos detectados.

Situación Epidemiológica de Malaria

Tendencia histórica



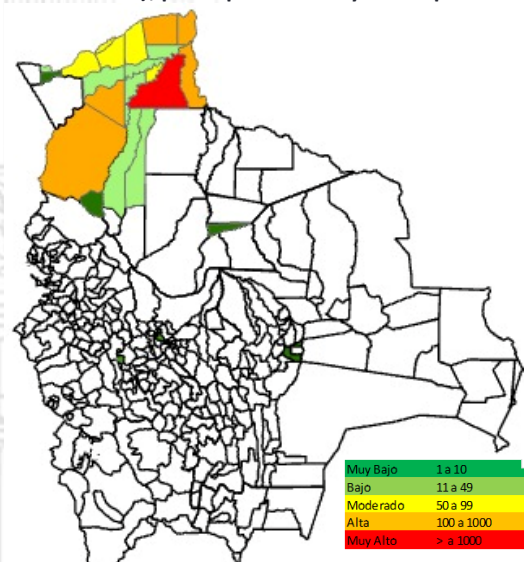
Fuente: SEDES, Red de Salud

El patrón epidemiológico de la malaria para la gestión 2026 muestra un leve descenso de casos con relación al 2025 evidenciando una tendencia descendente inicial en las primeras semanas, llegando a sobrepasar la serie histórica de 2025.

La malaria en Bolivia continúa concentrándose en la región amazónica, con transmisión focalizada principalmente en Riberalta, Guayaramerín, Ixiamas y los municipios de Sena y Santos Mercado. El predominio de *Plasmodium vivax* se mantiene; sin embargo, la importante circulación de *P. falciparum* en estos municipios requiere fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno mediante pruebas parasitológicas, el tratamiento específico de acuerdo con la especie, la investigación de focos y las intervenciones integradas de control del vector para reducir la transmisión y prevenir casos graves y defunciones.

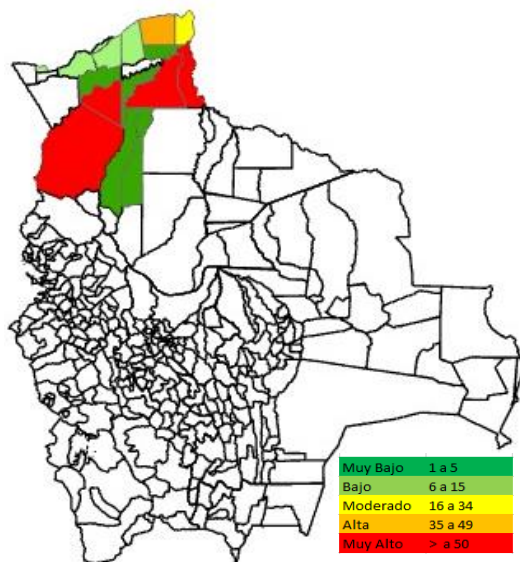
Distribución geoespacial

Casos Confirmados de Malaria según especie parasitaria (*P. vivax*), por departamento y municipio



Fuente: SEDES, Red de Salud

Bolivia: Casos Confirmados de Malaria según especie parasitaria (falciparum + vivax), por departamento y municipio



Fuente: SEDES, Red de Salud

Hasta la SE 29 continúa siendo predominante la especie *Plasmodium vivax*, que representa el 81,0% de la carga total con 2.977 casos reportados en este periodo. Sin embargo, resulta de alta preocupación clínica la identificación de 624 casos de *Plasmodium falciparum*, vinculada a cuadros de malaria grave y complicaciones neurológicas o sistémicas, y 72 casos de infección mixta.

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 Rabia canina

Casos de Rabia Canina

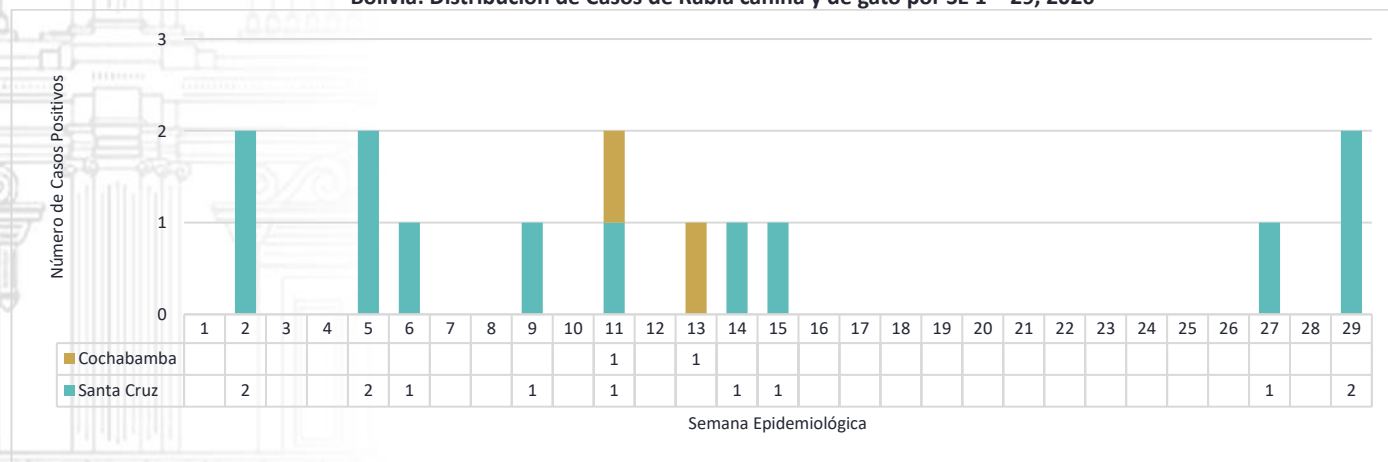
Bolivia: Distribución de Casos de Rabia canina y de gato por Municipio SE 1 – 29, 2026

Departamento	Municipio	Casos 2026
		SE 1 – 29
Santa Cruz	Concepción	9
	Santa Cruz de la Sierra	1
	La Guardia*	1
	San Julián	1
Cochabamba	Villa Tunari	1
	Vinto	2
Total Bolivia		15

Fuente: SEDES – CENETROP

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 29 se notificaron 13 casos positivos de rabia, distribuidos de manera esporádica y sin evidencia de un comportamiento epidémico o transmisión sostenida. Santa Cruz concentró la mayor carga de enfermedad con 11 casos (84,6 %), registrados principalmente, mientras que Cochabamba reportó 2 casos (15,4 %) en las semanas 11 y 13, los dos últimos casos se reportaron en: un caso de rabia canina en el municipio de Concepción y otro caso en el municipio de San Julián del departamento de Santa Cruz en la SE 29. De estos 15 casos; 14 son de rabia canina y 1 en gato.

Bolivia: Distribución de Casos de Rabia canina y de gato por SE 1 – 29, 2026



Fuente: SEDES – CENETROP

Se observa un período prolongado sin notificación de casos entre las semanas 16 y 26; sin embargo, la aparición de dos casos en la semana 29 en Santa Cruz, tras este intervalo sin detecciones, constituye una señal de alerta que amerita la implementación inmediata de un bloqueo de foco, con intensificación de la vigilancia epidemiológica, investigación de los casos, búsqueda activa de personas y animales expuestos, vacunación de bloqueo en el área de influencia, control de la población canina y felina susceptible, fortalecimiento del diagnóstico oportuno y acciones de educación sanitaria, con el fin de interrumpir la posible transmisión y prevenir la ocurrencia de un brote.

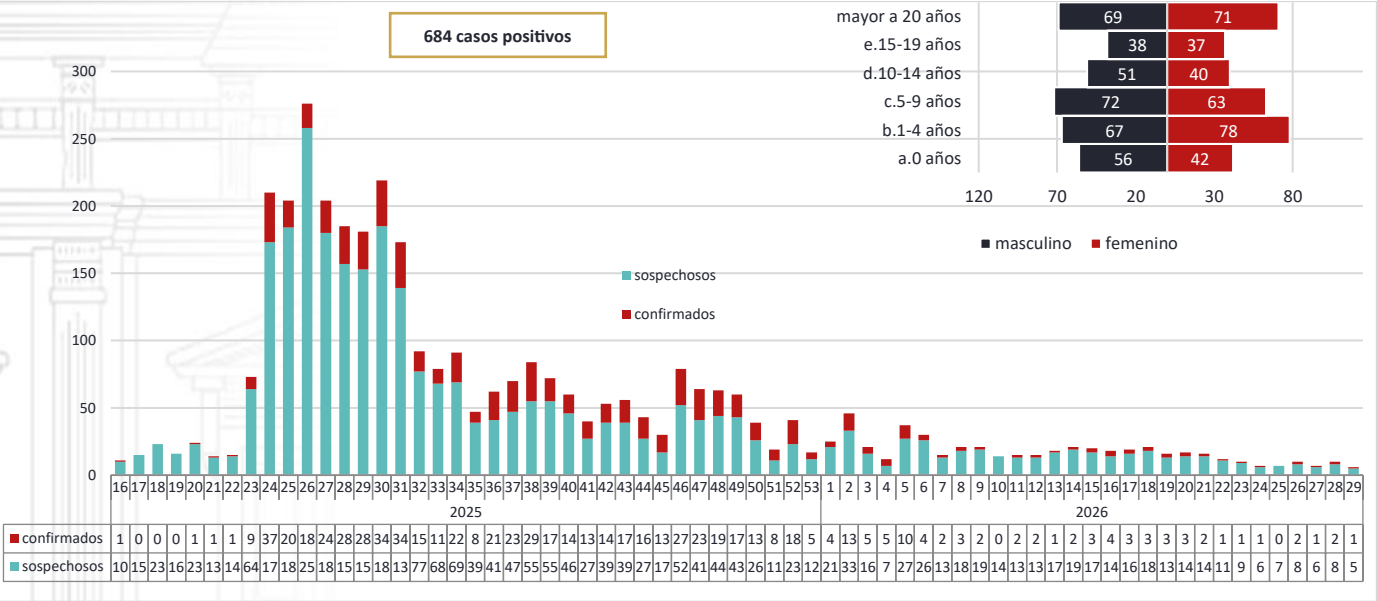
Acciones realizadas

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de Enfermedades Zoonóticas y Ponzosñosos (PNEZOyP) y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental (UVESA), en coordinación con los SEDES y los gobiernos municipales, continúa fortaleciendo la vigilancia epidemiológica activa de personas expuestas a animales sospechosos con el virus rábico e identificación oportuna de animales con sintomatología compatible con rabia, la investigación de campo, el rastillaje, monitoreo y control de los casos en las zonas de riesgo para la prevención de la rabia humana y canina en el Estado Plurinacional de Bolivia. Se intensificaron las actividades de educación y comunicación de riesgo dirigidas a la población, promoviendo la tenencia responsable de mascotas y el cumplimiento de la vacunación antirrábica obligatoria.

Situación Epidemiológica de Sarampión

Distribución de casos

Bolivia: Casos confirmados y sospechosos de Sarampión por semana epidemiológica, 2025-2026



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

En la semana epidemiológica 29 se presentó un caso confirmado para sarampión correspondiente al municipio de Santa Cruz de la Sierra, en la red Centro notificado por un establecimiento de salud privado.

Cabe destacar que la creciente confirmación de casos en la República del Perú incrementa la posibilidad de importación de casos a departamentos en el occidente del país, dato importante para ser tomado en cuenta en el análisis de riesgo.

Número de casos confirmados

Bolivia: Casos confirmados y sospechosos de Sarampión por semana epidemiológica, 2025-2026

Departamentos	Casos confirmados acumulados 2025	Casos confirmados acumulados 2026	Casos confirmados (SE 27)	Casos confirmados (SE 28)	Casos confirmados (SE 29)
Beni	14	10			
Chuquisaca	7	3			
Cochabamba	36	8			
La Paz	41	2			
Oruro	9				
Pando	1				
Potosí	10				
Santa Cruz	469	59	1	2	1
Tarija	12	3			
Total Bolivia	599	85	1	2	1

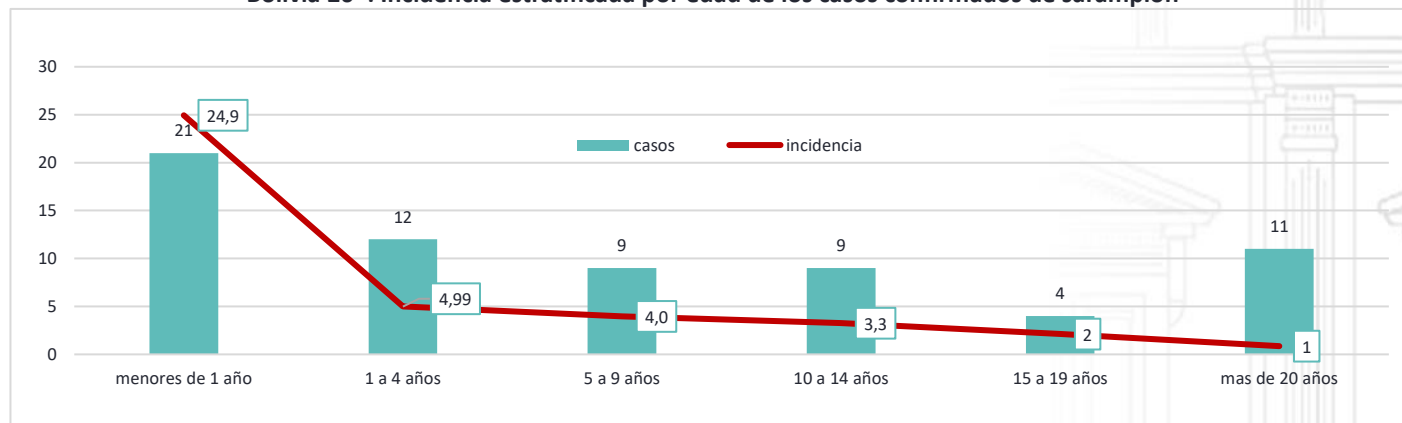
Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones, consolidado de notificaciones departamentales.

Tasas de incidencia

A continuación, podemos apreciar la tasa de incidencia relacionada con los casos notificados por grupo etario, acorde a las imposibilidades del esquema de vacunación contra el sarampión, la población más afectada es la menor de 1 año, habiéndose reportado 24.9 casos por cada 100000 menores pertenecientes a este grupo etario.

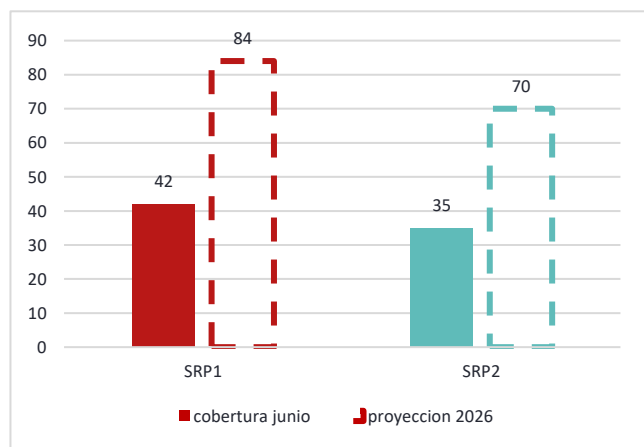
Es de destacar que los casos positivos de sarampión son sometidos a una clasificación independiente por el Comité Departamental/Nacional de inmunización depurando de esta manera los probables falsos positivos o negativos para el laboratorio

Bolivia 26*: Incidencia estratificada por edad de los casos confirmados de sarampión



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

Coberturas de vacunación y análisis de susceptibles



El país alcanzó de forma no homogénea una cobertura de 42% para la vacuna SRP1, y de 35% para la vacuna SRP2 hasta el mes de junio, es importante destacar que estas coberturas de vacunación alcanzarían un 84% y un 70% respectivamente si son proyectadas hasta fin de año.

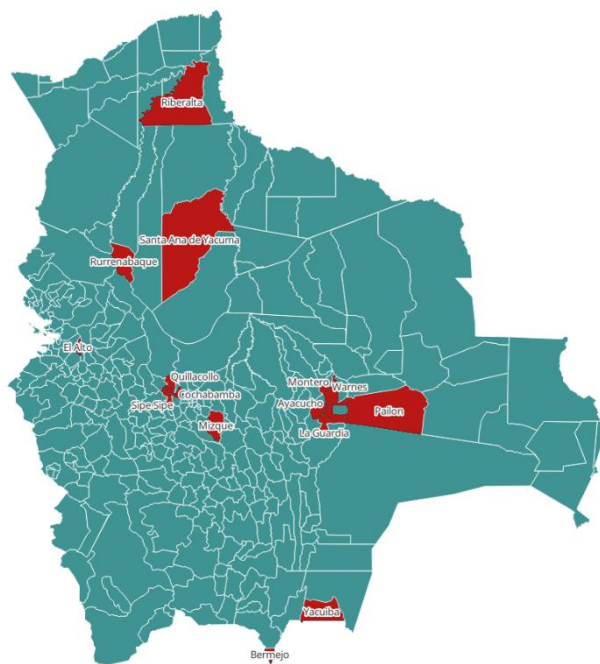
Preocupa que, en el cálculo de susceptibles esto acumularía 26.004 niños de 1 año sin ninguna dosis de vacuna antisarampionosa para el siguiente año, y 48.758 niños con únicamente una dosis, los mismos que deberían ser recuperados en campañas de vacunación o como población fuera del esquema regular.

Georeferencia de casos

Durante estas dos gestiones por las que transcurrió la epidemia de sarampión, se han notificado casos en 66 municipios, los cuales fueron descartados por laboratorio o por el CNI o CDI; el año 2026 los casos se circunscriben a 17 municipios en los departamentos de Santa Cruz, Beni, La Paz, Tarija.

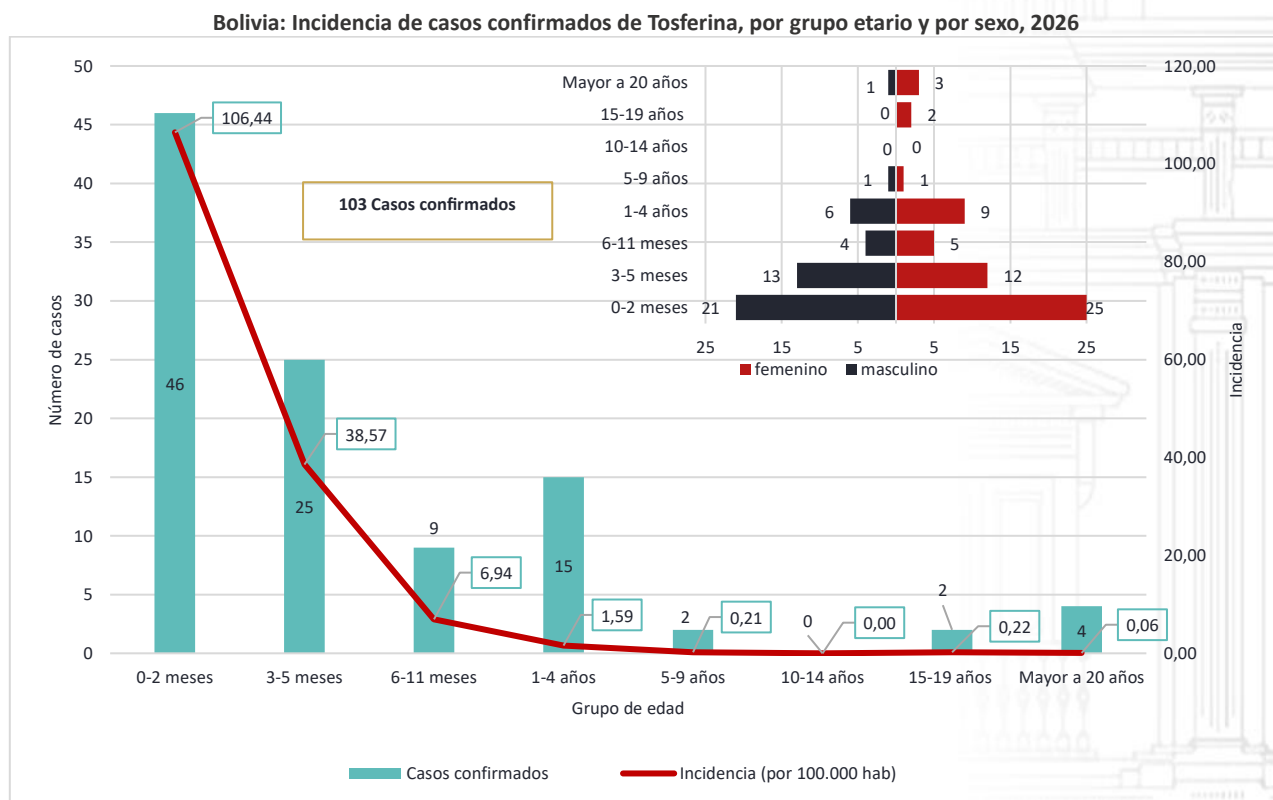
Acciones realizadas

Se mantiene la campaña de vacunación a nivel nacional. Las coberturas en relación a la semana pasada se incrementaron de 44% a 44,05% en menores de 1 año; 53,5% a 54,06% en la población de 1 a 4 años; 68% a 68,07% en la población de 5 a 9 años; y 58% a 58,6% en la población de 10 a 19 años.



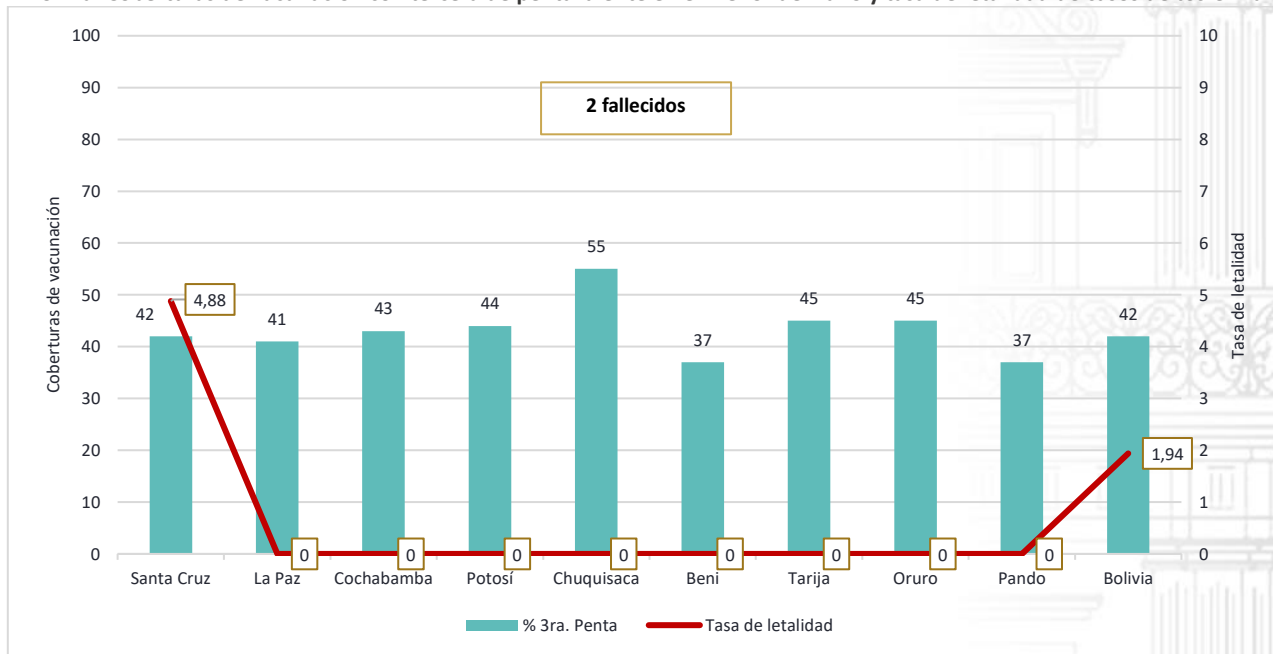
Situación epidemiológica de la Tosferina

Incidencia de la Tosferina



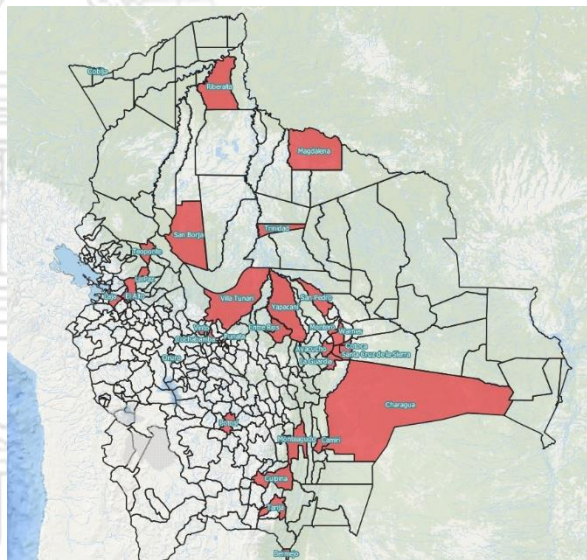
Fuente: Programa Ampliado de Inmunización, consolidado de notificaciones departamentales.

Bolivia: Coberturas de vacunación con tercera de pentavalente en el menor de 1 año y tasa de letalidad de casos de tosferina



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

Distribución geoespacial



Hasta la Semana Epidemiológica 29, en Bolivia se notificaron 495 casos sospechosos de tosferina, de los cuales 103 fueron confirmados, registrándose 2 fallecidos, ambos en lactantes menores de 2 meses sin antecedente de vacunación con pentavalente.

La transmisión continúa concentrándose en menores de un año, especialmente en el grupo de 0–2 meses, que registra 46 casos confirmados y la mayor incidencia (106,44 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 3–5 meses con 25 casos confirmados e incidencia de 38,57 por 100.000 habitantes. En conjunto, ambos grupos concentran aproximadamente el 69% de los casos confirmados, evidenciando que los lactantes pequeños constituyen la población de mayor riesgo para enfermedad grave y complicaciones.

La distribución por sexo muestra un predominio del sexo femenino (60 casos) respecto al masculino (43 casos), sin diferencias epidemiológicamente relevantes en el patrón de transmisión.

Desde el punto de vista programático, la cobertura nacional de la tercera dosis de vacuna pentavalente alcanza el 42%, observándose importantes brechas entre departamentos, lo que favorece la persistencia de población susceptible y mantiene el riesgo de transmisión.

Asimismo, la tasa de letalidad nacional es de 1,94%, mientras que Santa Cruz registra una letalidad de 4,88%, superior al promedio nacional. Este comportamiento evidencia que la mayor severidad del brote se concentra en dicho departamento y que los fallecimientos ocurren principalmente en lactantes menores de 2 meses, quienes aún no cuentan con protección directa mediante el esquema regular de vacunación. Esta situación demuestra que, aun fortaleciendo las coberturas de pentavalente, persiste una ventana de alta susceptibilidad durante los primeros meses de vida, por lo que resulta necesario implementar estrategias de protección indirecta desde el nacimiento.

En este contexto, la evidencia epidemiológica respalda la incorporación de la vacuna Tdap acelular en embarazadas, estrategia orientada a conferir inmunidad pasiva al recién nacido mediante la transferencia transplacentaria de anticuerpos, reduciendo el riesgo de enfermedad grave y mortalidad durante los primeros meses de vida.

Número de casos confirmados

Bolivia: Número de casos confirmados acumulados de tosferina por departamento, 2025-2026

Departamentos	Casos confirmados acumulados 2025	Casos confirmados acumulados de la SE 1 a la SE 28 del 2026	Casos confirmados (SE 27)	Casos confirmados (SE 28)	Casos confirmados (SE 29)
Beni	48	26	1		
Chuquisaca	16	4			
Cochabamba	16	11		1	
La Paz	26	9			
Oruro	8	1			
Pando	4	4			
Potosí	10	4			
Santa Cruz	214	41	1		
Tarija	13	3		1	
Total Bolivia	355	103	2	2	0

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

Acciones realizadas

Durante la SE 29, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) dio continuidad a la vigilancia epidemiológica intensificada mediante la investigación y seguimiento de casos sospechosos, búsqueda y monitoreo de contactos, fortalecimiento de la notificación oportuna y seguimiento permanente del comportamiento epidemiológico y de las coberturas de vacunación a nivel nacional.

Asimismo, se mantuvo la coordinación técnica con los equipos departamentales para la evaluación continua del brote y el fortalecimiento de las acciones de respuesta. Considerando que la mayor carga de enfermedad y la totalidad de los fallecimientos se concentran en lactantes menores de 2 meses, el PAI continúa gestionando el trámite para la incorporación de la vacuna Tdap acelular en embarazadas, propuesta analizada por el Comité Nacional de Inmunización (CNI) e incluida como una de las estrategias prioritarias del Plan Estratégico del PAI, con el propósito de disminuir la morbilidad por tosferina en recién nacidos y lactantes pequeños mediante la protección materna.



**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 N° 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.