Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas- Segunda Evaluación, V2

18 de febrero del 2026

Evaluación de riesgos elaborada con los datos disponibles al 27 de enero del 2026

Riesgo general
Regional
Muy Alto

Confianza en la información disponible
Regional
Alto

Declaración general de Riesgo

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) reemplaza a la publicada el 24 de marzo del 2025 y tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública en la Región de las Américas, asociado con el aumento de brotes y casos de sarampión durante el 2025 en algunos países de la Región.

Esta evaluación de riesgos se ha realizado considerando los siguientes criterios: (i) el riesgo potencial para la salud humana, que incluye el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, el riesgo de exposición, los indicadores de magnitud y gravedad, basados en la tendencia creciente de confirmación de casos durante 2024 y 2025; (ii) el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a países con bajas coberturas de vacunación, y (iii) el riesgo para la salud pública en relación con las capacidades de detección temprana, prevención y control en los países especialmente a aquellos con baja cobertura de vacunación contra sarampión.

Tras la declaración de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas en 2016, entre 2017 al 2019 se observó un aumento inusitado y constante de casos confirmados de esta enfermedad *(1)*. En el 2019 se registró la mayor tasa de incidencia regional, con 21,5 casos por millón de habitantes *(1)*, debido principalmente a los grandes brotes de sarampión en Venezuela y Brasil, que conllevaron al restablecimiento de la transmisión endémica de este virus y la pérdida del estatus de eliminación *(2)*. Entre el 2018 y el 2023, la Región de las Américas reportó un total de 49.187 casos confirmados de sarampión en 18 países como resultado de la importación de virus desde otras regiones. Antes del 2025, el último caso endémico de sarampión en la Región de las Américas había sido reportado por Brasil en junio del 2022 *(2, 3)*. En 2024 se logró la reverificación de la eliminación del sarampión endémico en la Región de las Américas, luego de registrarse ese año 466 casos confirmados de la enfermedad, todos ellos importados o relacionados con importación *(3)*. Sin embargo, en 2025 hubo un incremento inusitado de casos de sarampión con casos confirmados en 13 países, que incluyó el restablecimiento de la circulación endémica de la enfermedad en la Región, luego de más de 12 meses de circulación continua del virus en Canadá, conforme lo determinado en la quinta reunión anual de la Comisión Regional de Monitoreo y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevada a cabo entre el 4 y 7 de noviembre del 2025. Dada esta situación, la OPS anunció el 10 de noviembre del 2025 que la Región de las Américas ha perdido su certificación como zona libre de transmisión endémica de sarampión *(4)*.

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (76%) se han producido en población indígena *(5)*. Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 597 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.436 casos, incluyendo dos defunciones), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.242 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 1 caso), México (n= 6.428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos) *(5)*. Este total representa un aumento de 32 veces en contraste con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024 *(5)*.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas, en Bolivia (n= 10 casos), Canadá (n= 67 casos), Chile (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 171 casos), Guatemala (n= 41 casos), México (n= 740 casos) y Uruguay (n= 1 caso) *(5)*.

El riesgo para la salud pública en la Región de las Américas, en relación con el sarampión se considera **Muy Alto** debido a los siguientes factores:

- La persistencia de brotes activos en países de la Región incluyendo casos no relacionados a cadenas de transmisión conocidas, la aparición reciente de casos en nuevas áreas geográficas, y la afectación de población indígena y de población reticente a la vacuna *(5)*.
- La falta de mantenimiento de un nivel óptimo de coberturas de vacunación (≥95%) en la mayoría de los países y territorios de la Región. De acuerdo con la cobertura de vacunación para sarampión, rubéola y parotiditis (SRP1 y SRP2), reportada por 45 países y territorios de las Américas en 2024, solo el 33% de los mismos alcanzaron una cobertura superior al 95% para SRP1 y solo el 20% alcanzaron más del 95% de cobertura para SRP2. La cobertura regional fue del 89% para SRP1 y del 79% para SRP2 *(5)*.
- El aumento de la población susceptible[1] y la presentación de bolsones de esta población, debido a la persistencia de bajas coberturas de vacunación relacionadas con factores como la pandemia por la COVID-19, el aumento de la reticencia a las vacunas en algunas comunidades y sectores de la población, limitaciones o dificultades operativas para aplicar vacunas como medida de control y la limitación de acceso a servicios de salud por parte de poblaciones especialmente vulnerables (indígenas, migrantes, desplazados, etc.) *(2)*.

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países con coberturas bajas de vacunación, se clasifica como "Muy Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

Criterio		Evaluación		Riesgo	Fundamento
		Probabilidad	Consecuencias		
Riesgo potencial para la salud humana	**Regional**	Casi seguro	Moderado	Alto	• El sarampión es la enfermedad más contagiosa a nivel mundial y puede causar enfermedades graves, complicaciones e incluso la muerte. La enfermedad es más grave en los lactantes y en los adultos, quienes tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones, incluida la muerte *(3, 6, 7)*. • El mayor riesgo es la infección grave y la sobreinfección, la cual se puede presentar especialmente en pacientes inmunocomprometidos que se han recuperado del sarampión meses después de la infección *(3, 6, 7)*. Cuando el sarampión era común, casi la mitad de los fallecimientos por otras enfermedades infecciosas estaban relacionados a la infección por el sarampión y la inmunosupresión que puede causar *(8)*. • En poblaciones con altos niveles de malnutrición, falta de atención sanitaria adecuada, y poca percepción del riesgo, el sarampión puede llegar a tener una letalidad del 10% *(3)*. • A pesar de que existe una vacuna segura y costo-eficaz, en 2025 se han identificado 29 muertes relacionadas con sarampión en la Región, de las cuales 22 (76%) se han producido en población indígena *(5)*. • La reticencia a la vacunación en algunas comunidades complica los esfuerzos, obstaculizando la eficacia de la respuesta específica, a los brotes *(3)*. Durante el 2025 se ha observado la ocurrencia de brotes y casos en comunidades con baja cobertura de vacunación y con reticencia a la vacunación *(5)*.

[1] Cualquier persona no inmune (no vacunada que no ha tenido la enfermedad previamente o vacunada pero que no haya desarrollado inmunidad)

Criterio		Evaluación		Riesgo	Fundamento
		Probabilidad	Consecuencias		
					• No se dispone de un tratamiento antivírico específico para sarampión *(3)*. • La población indígena y los menores de 5 años han mostrado mayor vulnerabilidad frente a esta enfermedad en la Región de las Américas *(9)*. • La limitación del acceso a servicios de salud por parte de poblaciones especialmente vulnerables (indígenas, migrantes, desplazados) puede retrasar el diagnóstico, aumentar la mortalidad y limitar la respuesta al brote.
Riesgo de diseminación	**Regional**	Altamente Probable	Mayor	Muy Alto	• El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que se transmite por el aire y a través de gotitas. Puede infectar fácilmente a aquellos que no son inmunes. Cuando estallan brotes en zonas con una alta densidad de población y una cobertura de vacunación inadecuada, es muy probable que la enfermedad se propague rápidamente *(3)*. Se han notificado tasas de ataque secundario entre los contactos familiares susceptibles de 75% a 90%. Dada la gran eficiencia de la transmisión del sarampión, se han notificado brotes en poblaciones donde sólo 3% a 7% de las personas eran susceptibles *(1)*. • Si bien la mayoría de los casos registrados en la Región son importados o relacionados a la importación, en el 20% de los casos se desconoce la fuente de infección *(5)*. • Persistencia de brotes activos y aparición de nuevas afectadas áreas en la Región *(5)*. • Dificultad en mantener niveles adecuados de vacunación en la población general, y en particular en las reticentes a la vacunación, migrantes y otras poblaciones de riesgo dentro de la Región. • Aumento de la población susceptible y de bolsones de esta población como resultado de *bajas* coberturas de vacunación durante los últimos años (***Figuras 1 -2***). • Si bien se ha logrado una mejora en los indicadores de vigilancia de sarampión-rubeola, aún hay países que no cumplen con la tasa mínima de notificación de dos casos sospechosos por 100.000 habitantes, de forma homogénea a nivel nacional, además de otros indicadores. Esto podría retrasar las acciones de detección, notificación, confirmación y respuesta rápida *(10-12)*. • La pandemia de COVID-19 provocó retrocesos en los esfuerzos de vigilancia e inmunización. La suspensión de los servicios de inmunización y la disminución de las coberturas de vacunación en todo el mundo dejaron a millones de niños vulnerables a enfermedades prevenibles como el sarampión. Los niveles de cobertura mundial de la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión son aún más bajos. Las brechas mundiales en la cobertura de vacunación han creado una vía para que la epidemia de sarampión se propague a nivel mundial *(10-12)*. Se estima que aproximadamente 1,5 millones de niños no recibieron ninguna dosis de la vacuna contra el sarampión en la región de las Américas durante el 2024.
Riesgo de capacidad de prevención y control insuficiente con los recursos disponibles	**Regional**	Altamente Probable	Mayor	Muy Alto	• La reticencia a la vacunación es un problema importante en general, y en particular, en algunas comunidades afectadas en países de la Región. La información falsa podría fomentar el rechazo a la vacuna, lo que podría retrasar la implementación de las actividades de vacunación de respuesta al brote. • La ocurrencia de brotes simultáneos de arbovirosis con fiebre y exantema en algunos países de la Región, puede dificultar la detección oportuna de casos, especialmente en zonas donde el personal de salud no se encuentra entrenado para realizar un adecuado diagnostico diferencial. • El recambio frecuente del personal de salud lo cual genera brechas de conocimientos y habilidades para responder rápidamente a brotes de sarampión y rubeola. • La capacidad de los servicios de salud está sobrecargada debido al impacto de emergencias de salud pública concurrentes.

Información de contexto

Evaluación de la amenaza

Sarampión
El sarampión es una enfermedad vírica aguda altamente contagiosa, causada por el virus del sarampión, el cual pertenece al género *Morbillivirus* dentro de la familia de los P*aramixoviridae (1, 2)*. El ser humano es el único huésped natural del virus. Análisis secuenciales de los genes víricos han demostrado que existen 24 genotipos del virus del sarampión a nivel global *(1)*. La detección de un genotipo vírico específico es de utilidad para hacer seguimiento a la transmisión e identificar el probable origen de un brote. La vacunación protege contra todos los genotipos *(1)*. El virus del sarampión se propaga fácilmente cuando una persona infectada respira, tose o estornuda, e infecta a personas susceptibles de cualquier edad. Puede provocar una enfermedad grave, complicaciones o la muerte y sigue siendo una de las principales causas de mortalidad de niños pequeños a nivel global *(1-3)*. El virus del sarampión se transmite por vía aérea o por gotitas procedentes de la nariz, la boca o la garganta de una persona infectada, que entran en contacto con las mucosas de las vías respiratorias altas o la conjuntiva, sea mediante el contacto personal cercano o el contacto con secreciones de la vía respiratoria. El virus puede permanecer activo y contagioso en el aire o en superficies hasta por dos horas. Por esta razón, es muy infeccioso, y una persona infectada por el sarampión puede infectar hasta 18 individuos en una población susceptible. El virus puede transmitirse desde cuatro días antes de la aparición del exantema (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) y hasta cuatro días después. Se han notificado tasas de ataque secundario entre los contactos familiares susceptibles de 75% a 90%. Dada la gran eficiencia de la transmisión del sarampión, se han notificado brotes en poblaciones donde sólo 3% a 7% de las personas eran susceptibles *(1-3)*. El virus infecta primero las vías respiratorias antes de propagarse a otros órganos. El período de incubación es de 7 a 21 días desde la exposición hasta el inicio del exantema con una media de 14 días (*1-3)*. El sarampión puede ser una enfermedad grave. Los primeros síntomas del sarampión son fiebre (hasta 40 °C), malestar general, conjuntivitis, tos y rinorrea (coriza), seguidos de una erupción cutánea con áreas elevadas y planas (exantema maculopapular). La erupción suele aparecer 14 días después de la exposición al virus y se extiende desde la cabeza hasta el tronco y las extremidades inferiores. No se dispone de un tratamiento antivírico específico y la mayoría de las personas se recuperan en un plazo de dos a tres semanas. En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, el sarampión puede llegar a tener una letalidad de un 10% *(1-3)*. La enfermedad es más grave en los lactantes[2] y en los adultos[3] que en los niños[4]. Las complicaciones pueden ser consecuencia de la réplica vírica o de una infección bacteriana sobreañadida, e incluyen otitis media, neumonía, laringotraqueobronquitis (crup), diarrea, encefalitis y ceguera. La encefalitis post infecciosa puede ocurrir en aproximadamente 1 de cada 1.000 casos notificados de sarampión. Pueden producirse unas 2 o 3 muertes por cada 1.000 casos notificados de sarampión. En niños con malnutrición y personas inmunodeprimidas, como las que viven con el VIH, las afectadas de cáncer o las tratadas con inmunodepresores, así como en las embarazadas, el sarampión también puede dar lugar a graves complicaciones *(1-3)*. En estos países, donde la malnutrición, especialmente la carencia de vitamina A, y la exposición a otras enfermedades infecciosas, la tasa de letalidad del sarampión del sarampión suele ser del 3-6%, pero puede llegar al 30%, especialmente entre las poblaciones desplazadas o aisladas. En los países desarrollados, la muerte

[2] Niños entre 1 y 23 meses de edad.
[3] Personas entre 19 y 44 años.
[4] Personas de 2 a 12 años.

por sarampión es poco frecuente y la tasa de letalidad suele ser del 0,01-0,1%. La infección por sarampión durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de complicaciones, como abortos, partos prematuros, bajo peso neonatal y muerte materna *(6, 13)*.

Dado que muchas enfermedades se acompañan de fiebre, exantema y diversos síntomas inespecíficos, es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial del sarampión. Las pruebas de laboratorio son necesarias para el diagnóstico definitivo, ya que otras infecciones pueden confundirse con el sarampión, como las infecciones por el virus de la rubéola, el parvovirus B19, virus del herpes humano 6 y 7, virus del dengue, Zika, chikungunya y *Streptococcus* pyogenes *(1, 14, 15)*. La confirmación de laboratorio del sarampión se basa en la detección de anticuerpos IgM contra el virus del sarampión mediante el ensayo inmunoenzimático (ELISA), o la detección del ARN del virus del sarampión por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en hisopados respiratorios (faríngeo, nasal o nasofaríngeo) u orina *(14, 15)*.

Es posible prevenir el sarampión mediante la inmunización. La administración de una dosis de la vacuna a los 12–15 meses de edad produce inmunidad en el 93% de los niños; la revacunación con una segunda dosis aumenta los niveles de inmunidad y hacen que lleguen al 99%. En países con baja cobertura vacunal, las epidemias se suceden generalmente cada dos o tres años y suelen durar dos o tres meses, si bien la duración varía según el tamaño de la población, la densidad demográfica y el estado de inmunidad de la población. En los países con una cobertura de la vacunación relativamente alta, generalmente existen períodos de cinco a siete años durante los cuales se producen pocos casos. Sin embargo, si el número de personas susceptibles aumenta suficientemente como para mantener la transmisión generalizada, pueden producirse epidemias explosivas *(1-3)*.

Evaluación de la exposición

El sarampión es una de las seis enfermedades inmunoprevenibles que se ha eliminado de la Región de las Américas *(3)*. La mayoría de los Estados Miembros de la OPS/OMS introdujeron la vacuna triple vírica contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) entre 1980 y principios de la década del 2000. Para 2002, la transmisión endémica del sarampión en las Américas había acabado por primera vez.

Después de que en el 2016 se declarara la eliminación[5] del sarampión en la Región de las Américas, en el período del 2017 al 2019 se registró un aumento inusitado y constante de casos confirmados de esta enfermedad *(1)*. En el 2019 se registró la mayor tasa de incidencia regional desde la eliminación, a saber, 21,5 casos por millón de habitantes *(1)*. El aumento de los casos notificados durante el 2019 se debió a los grandes brotes de sarampión que tuvieron lugar en Venezuela y Brasil, países en los que se reintrodujo la transmisión endémica de la enfermedad *(1)*. Entre el 2018 y el 2023, la Región reportó un total de 49.187 casos confirmados de sarampión en 18 países *(2)*. En este periodo, el último caso endémico de sarampión en la Región de las Américas fue reportado por Brasil en junio del 2022 *(2)*. En noviembre del 2024, se reverificó la eliminación del sarampión en la Región. En 2025 se produjo un aumento inusitado de sarampión en 13 países de la Región, lo que llevó a la reanudación de la circulación endémica del virus y a que la OPS anunciara el 10 de noviembre del 2025 la pérdida de su estatus como región libre de transmisión endémica del sarampión *(4)*.

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (76%) se han producido en población indígena *(5)*. Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 597 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.436 casos, incluyendo dos defunciones), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.242 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 1 caso), México (n= 6.428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos) *(5)*. Este total representa un aumento de 32 veces en contraste con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024 *(5)*. En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el

[5] La eliminación del sarampión se define como la interrupción de transmisión del sarampión en una zona geográfica definida que ha durado al menos 12 meses, y se verifica tras se ha mantenido durante al menos 36 meses *(2)*.

número de casos confirmados de sarampión en el año 2025 fue el más alto desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos de los últimos 22 años (n= 23.269) *(5)*.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los casos fueron notificados por Bolivia (n= 10 casos), Canadá (n= 67 casos), Chile (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 171 casos), Guatemala (n= 41 casos), México (n= 740 casos) y Uruguay (n= 1 caso) *(5)*. Este total representa un aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 *(5).*

Tabla 1. Resumen de los casos de Sarampión notificados en 2025 y 2026

Región de las Américas	
En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14.891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, en Argentina, Belice, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, El Salvador, los Estados Unidos de América, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay. Este total representa un aumento de 32 veces en contraste con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024 *(5)*. En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los casos fueron notificados por Bolivia, Canadá, Chile, los Estados Unidos de América, Guatemala, México y Uruguay. Este total representa un aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 *(5)*.	
País / Territorios	**Contexto**
Argentina	Entre la SE 1 y la SE 53 de 2025, se han confirmado 36 casos de sarampión. Los casos confirmados fueron reportados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (n= 21 casos), las provincias de Buenos Aires (n= 13 casos), Entre Ríos (n= 1caso) y San Luis (n= 1 caso). Del total de casos, 6 fueron importados, 15 relacionados con la importación y 14 sin fuente de infección conocida y 1 confirmado con fuente de infección en estudio *(5)*. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años; el 50% (n= 18) corresponde a niños menores de 4 años, el 19% (n= 7) a personas de entre 5 y 19 años y el 31% (n= 11) a adultos de 20 años o más. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de menores de 4 años (5,6 casos por 100.000 habitantes) *(5)*. En cuanto al antecedente de vacunación, el 39% (n= 14) de los casos no estaban vacunados o presentaban un historial de vacunación desconocido, el 17% contaba con una dosis de SRP (n= 6) y el 22% tenía dos dosis de SRP (n= 8). Del total de casos, el 6% requirió hospitalización (n= 2) *(5)*. De acuerdo con la genotipificación realizada en muestras procedentes de los casos confirmados (n= 26 muestras) se han identificado los siguientes genotipos: B3 DSID 9240, D8 DSID 5963 linaje Patán, D8 DSID 9171 linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y el genotipo B3 DSID 6418 linaje MVs/Quetta.PAK/44.20 *(5).* Entre la SE 1 y la SE 3 del 2026 no se confirmaron casos de sarampión *(5).* Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 82,1% para la primera dosis y un 46,4% para la segunda dosis *(5).*
Belice	Entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han confirmado un total de 44 casos de sarampión. De estos, 13 fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y 31 por nexo epidemiológico. Los casos confirmados se identificaron en los Distritos de Cayo (n= 43) y Corozal (n= 1). Del total de casos confirmados, siete fueron importados y 37 estuvieron relacionados con la importación. Cuatro de los casos importados reportaron antecedentes de viaje a México entre enero y abril del 2025, mientras que tres casos importados reportaron antecedentes de viaje a Canadá entre mayo y septiembre del 2025 *(5).* Los casos se distribuyeron en un rango de edad de 0 a 45 años, siendo el 18% (n= 8) menores de 5 años, el 64% (n= 28) personas entre 5 y 19 años y el 18% (n= 8) personas de 20 años y más.

	En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 100% (n= 44) de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Solo un caso requirió hospitalización *(5).* Entre la SE 1 y la SE 3 del 2026, no se confirmaron casos de sarampión *(5).* Durante el 2024, la cobertura nacional de vacunación con la vacuna triple viral (SRP) alcanzó el 83,5% para la primera dosis y el 82,9% para la segunda dosis *(5).*
Bolivia	Entre la SE 1 y la SE 53 de 2025, se han confirmado 597 casos de sarampión, en 9 departamentos. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Santa Cruz (n= 467 casos), La Paz (n= 41 casos), Cochabamba (n= 36 casos), Beni (n= 14 casos) Potosí (n= 10 casos), Tarija (n= 12 casos), Oruro (n= 9 casos) Chuquisaca (n= 7 casos) Pando (n= 1 caso) *(5)*. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 meses a 57 años; el 12% (n= 72) corresponde a niños menores de 1 año, el 21% (n= 128) a personas de entre 1 y 4 años, el 20% (n= 122) de personas entre 5 y 9 años, 14% (n= 81) que incluye a personas de 10 a 14 años; 12% (n= 70) entre 15 y 19 años y el 21% (n= 124) a adultos de 20 años o más. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de menores de 1 año (113 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a 4 años (24 casos por 100.000 habitantes) *(5).* En cuanto al antecedente de vacunación, el 82% (n= 492) de los casos no estaban vacunados o presentaban un historial de vacunación desconocido, el 8% contaba con una dosis de SRP (n= 49), el 7% (n= 43) tenía dos dosis de SRP y el 2% (n= 13) presento tres dosis o más. Del total de casos, el 5% (n= 31) requirió hospitalización *(5).* De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de 2 casos confirmados se ha identificado el genotipo B3 y D8 *(5).* Entre la SE 1 y la SE 3 del 2026, se confirmaron 10 casos de sarampión. Los casos fueron notificados en dos departamentos. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Santa Cruz (n= 9 casos) y Tarija (n= 1 caso). Los casos corresponden a personas de 0 meses a 41 años. En relación con el estado de vacunación, el total de casos confirmados casos no contaban con antecedente documentado de vacunación. Durante este período ningún caso requirió hospitalización *(5).* Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 82% para la primera dosis y un 74% para la segunda dosis *(5).*
Brasil	Entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han confirmado 38 casos de sarampión, en el Distrito Federal y seis estados del país. Del total de casos, 10 corresponden a casos importados, 25 a relacionados con la importación y 3 con fuente de infección desconocida. Los casos confirmados fueron reportados en el Distrito Federal (n= 1 caso) y en los estados de Maranhão (n= 1 caso), Mato Grosso (n= 6 casos), Rio de Janeiro (n= 2 casos), São Paulo (n= 2 casos), Rio Grande do Sul (n= 1 caso) y Tocantins (n= 25 casos) *(5).* Los casos se distribuyen en los siguientes grupos de edad: el 29% (n= 11) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 21% (n= 8) a personas de entre 5 y 19 años y el 50% (n= 19) a adultos mayores de 20 años. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años (0,015 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 20 a 29 años (0,002 por 100.000 habitantes) *(5)*. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 95% (n= 36) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 5% (n= 2) tenían historial de vacunación contra el sarampión *(5)*. Entre las SE 9 y SE 49 del 2025, se caracterizaron 26 casos confirmados de sarampión mediante análisis genómicos en Brasil. Los análisis filogenéticos realizados con las cepas de referencia revelaron que dos secuencias detectadas en el estado de Río de Janeiro, en las

	SE 9 y SE 10, pertenecen al genotipo B3, con un 99,8 % de identidad genómica en relación con la cepa denominada MVs/Quetta.PAK/44.20 y la secuencia distinta DSId (9299). En el Distrito Federal se identificó una secuencia perteneciente al genotipo D8 DSId (9267), en la SE 9, con un 99,8% de identidad genómica en relación con la cepa denominada MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. En las SE 14 y SE 15, se detectó dos secuencias el genotipo B3 DSId (8841), correspondiente a la cepa denominada MVs/New South Wales.AUS/10.24, en los estados de São Paulo y Rio Grande do Sul, respectivamente. Entre las SE 29 y SE 42, se caracterizaron genómicamente 20 casos de sarampión en el estado de Tocantins, Maranhão y Mato Grosso todos pertenecientes al genotipo D8 DSId (9171) linaje MVs/Ontario.CAN/47.24). En la SE 49, se detectó el genotipo B3 DSId (6418), linaje MVs/ Quetta.PAK/44.20, en el estado de São Paulo *(5)*. Entre la SE 1 y la SE 3 de 2026, no hubo confirmados casos de sarampión en Brasil *(5)*. Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 96% para la primera dosis y un 80,6% para la segunda dosis *(5)*.
Canadá	En Canadá, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 5.436 casos de sarampión (5.056 confirmados y 380 probables), incluidas dos defunciones, en diez provincias: Alberta (n = 2.008), British Columbia (n = 424), Manitoba (n = 355), New Brunswick (n = 16), Northwest Territories (n = 1), Nova Scotia (n = 62), Ontario (n = 2.396), Prince Edward Island (n = 3), Quebec (n = 45) y Saskatchewan (n = 126). El número de casos semanales alcanzó su máximo en la SE 18 del 2025, disminuyó hasta la SE 35 y desde entonces se ha mantenido estable en niveles más bajos. Se notificaron dos defunciones en casos congénitos de sarampión nacidos de forma prematura *(5)*. De los 5.436 casos notificados en 2025, el 98% (n= 5.313) se expuso en Canadá, el 2% (n= 98) correspondió a casos importados y menos del 1% (n= 25) tuvo una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 45% de los casos correspondió a personas entre 5 y 17 años, seguido del 29% en personas de 18 años o más y el 20% en niños de entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 89% no estaba vacunado, el 3% había recibido una dosis de una vacuna que contiene sarampión, el 4% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 4% tenía un estado de vacunación desconocido. El historial de vacunación por grupo de edad fue el siguiente: el porcentaje de casos que habían recibido una o más dosis de una vacuna que contiene sarampión fue del 2% en niños de 1 a 4 años, del 3% en casos de 5 a 17 años y del 18% en adultos de 18 años o más. El 7% de los casos fue hospitalizado (n= 400). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 1.732 casos y el genotipo B3 en 51 casos *(5)*. En el 2026, en la SE 1, se notificaron 17 casos de sarampión (13 confirmados y 4 probables). Estos casos fueron reportados por cuatro provincias: Alberta (n= 7), British Columbia (n= 2), Manitoba (n= 6) y Saskatchewan (n= 2). Del total de casos notificados en 2026, el 94% (n= 16) estuvo asociado al brote multijurisdiccional que se inició en octubre del 2024. El 24% (n= 4) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 59% (n= 10) a personas entre 5 y 17 años y el 18% (n= 3) a persona de 18 años o más. En la SE 1 del 2026, todos los casos notificados no estaban vacunados y no se reportaron hospitalizaciones *(5)*. Desde el 2024, un total de 4.966 casos confirmados y 414 casos probables han sido vinculados a un brote multijurisdiccional en Canadá, el cual continúa activo. La mayoría de los casos asociados al brote no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido (94%) y residían en comunidades interconectadas con bajas coberturas de vacunación. Además del brote multijurisdiccional descrito anteriormente, entre la SE 1 del 2025 y la SE 1 del 2026, se notificaron once brotes, de los cuales nueve habían sido cerrados al 21 de enero del 2026. Estos brotes consistieron en dos o más casos relacionados

	epidemiológica o virológicamente y estuvieron directamente relacionados con casos importados *(5)*.
Chile	En Chile, en la SE 1 del 2026, se notificó un caso confirmado importado de sarampión identificado en la Región Metropolitana. Se trata de una mujer de 43 años, que ingresó al país el 31 de diciembre del 2025 procedente de España y Uruguay. El caso no tenía antecedente de vacunación verificable, no obstante, refirió tener dos dosis de SRP. El caso inició exantema el 30 de diciembre del 2025 y fue confirmado por RT-PCR el 9 de enero del 2026 por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP). No se han registrado casos secundarios ni defunciones en el país relacionados con este caso *(5)*. Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 95,7% para la primera dosis y un 79,2% para la segunda dosis, y datos preliminares del año 2025 dan cuenta de cobertura vacuna SRP de 86,8% para la primera dosis y 64,4% para segunda dosis *(5)*.
Costa Rica	En Costa Rica, en la SE 20 del 2025, se confirmó un caso importado de sarampión en la provincia de Guanacaste. Se trata de una mujer de 18 años que ingresó al país el 3 de mayo del 2025 proveniente de Canadá *(5)*. El caso no tenía antecedente de vacunación. El caso inició exantema el 12 de mayo y fue confirmado por RT-PCR el 15 de mayo por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). No se han registrado casos secundarios, ni defunciones *(5)*. Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 102% para la primera dosis y un 82,9% para la segunda dosis *(5)*.
El Salvador	En El Salvador, durante la SE 53 del 2025, se notificó un caso importado de sarampión en el departamento de Santa Ana. El caso corresponde a un hombre de 24 años, que ingresó al país el 14 de diciembre del 2025, posterior a la participación en un evento masivo, que tuvo lugar en Santiago de Atitlán, Guatemala entre el 10 y el 14 de diciembre. El caso inició exantema el 24 de diciembre del 2025 y fue confirmado por RT-PCR e IgM positiva el 30 de diciembre de 2025 por el Laboratorio Nacional de Salud Pública de El Salvador. No se registraron casos secundarios, ni defunciones asociadas en el país *(5)*. Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 96,2% para la primera dosis y un 90,1% para la segunda dosis *(5)*.
Estados Unidos	En los Estados Unidos, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 2.242 casos confirmados de sarampión, incluidas tres defunciones. De estos, 2.217 casos de sarampión fueron notificados por 45 jurisdicciones: Alabama (n= 1 caso), Alaska (n= 4 casos), Arizona (n= 213 casos), Arkansas (n= 8 casos), California (n= 26 casos), Colorado (n= 35 casos), Connecticut (n= 1 caso), Florida (n= 8 casos), Georgia (n= 10 casos), Hawaii (n= 2 casos), Idaho (n= 14 casos), Illinois (n= 14 casos), Indiana (n= 10 casos), Iowa (n= 9 casos), Kansas (n= 91 casos), Kentucky (n= 13 casos), Louisiana (n= 3 casos), Maryland (n= 3 casos), Michigan (n= 29 casos), Minnesota (n= 26 casos), Missouri (n= 6 casos), Montana (n= 36 casos), Nebraska (n= 5 casos), Nevada (n= 2 casos), New Jersey (n= 11 casos), New Mexico (n= 100 casos, incluyendo una defunción), New York City (n= 15 casos), New York State (n= 26 casos), North Carolina (n= 2 casos), North Dakota (n= 36 casos), Ohio (n= 40 casos), Oklahoma (n = 17 casos), Oregon (n= 1 caso), Pennsylvania (n= 16 casos), Rhode Island (n= 1 caso), South Carolina (n= 299 casos), South Dakota (n= 16 casos), Tennessee (n= 8 casos), Texas (n= 803 casos, incluyendo dos defunciones), Utah (n= 187 casos), Vermont (n= 2 casos), Virginia (n= 6 casos), Washington (n= 11 casos), Wisconsin (n= 36 casos) y Wyoming (n= 15 casos). Se notificaron un total de 25 casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos *(5)*.

	Del total de casos, el 89% (n= 1.994) estuvo asociado a brotes (definidos como tres o más casos), identificándose 49 brotes durante el 2025 *(5)*. El 26% (n= 575) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 44% (n = 983) a personas de entre 5 y 19 años, el 30% (n= 669) a personas mayores de 20 años y el 1% (n= 15) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado fue el de niños menores de un año (3,59 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a menos de 5 años (2,92 por 100.000 habitantes) *(5)*. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 93% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, el 3% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral (SRP) y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 22% correspondió a niños menores de 5 años, el 19% a personas de entre 5 y 19 años y el 59% a adultos mayores de 20 años. El 11% (n= 245) de los casos requirió hospitalización, principalmente en niños menores de 5 años, concentrándose el 18% (n = 106) de los casos hospitalizados en este grupo etario (n= 575) *(5)*. En los Estados Unidos, durante el 2026, entre la SE 1 y la SE 2, se notificaron 171 casos confirmados de sarampión. Estos casos fueron reportados por nueve jurisdicciones: Arizona (n= 1 caso), Florida (n= 2 casos), Georgia (n= 1 caso), North Carolina (n= 2 casos), Ohio (n= 3 casos), Oregon (n= 2 casos), South Carolina (n= 145 casos), Utah (n= 14 casos) y Virginia (n= 1 caso). No se notificaron casos de sarampión entre visitantes internacionales *(5)*. Del total de casos, el 96% (n = 165) estuvo asociado a brotes identificados en el 2025. El 25% (n= 42) de los casos correspondió a niños menores de 5 años, el 60% (n= 103) a personas de entre 5 y 19 años, el 10% (n= 17) a personas mayores de 20 años y el 5% (n = 9) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado fue el de niños de 1 a menos de 5 años (0,26 por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 5 a menos de 20 años (0,16 por 100.000 habitantes) *(5)*. Respecto al antecedente de vacunación de los casos durante el 2026, el 95% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido, el 2% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral (SRP) y el 2% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 25% correspondió a niños menores de 5 años, el 38% a personas de entre 5 y 19 años y el 38% a adultos mayores de 20 años. El 1% (n= 2) de los casos requirió hospitalización, correspondiendo a niños menores de 5 años y a personas de entre 5 y 19 años *(5)*. Durante el 2025 y el 2026, de las 751 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que han sido sometidas a genotipificación hasta la fecha, el 86% (n= 648) correspondió al genotipo D8 y el 14% (n= 103) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, el 88% (n= 567), se identificó como la secuencia distintiva (DSId) 9171 *(5)*. La cobertura de vacunación con la vacuna triple viral (SRP) en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% durante el año escolar 2019–2020 al 92,5% durante el año escolar 2024–2025 *(5)*.
Guatemala	En Guatemala, en la SE 43 del 2025, se identificó un caso confirmado de sarampión, correspondiente a una menor de 2 años, residente en el departamento de Guatemala, en la cual no se pudo identificar la fuente de exposición. Adicionalmente, entre la SE 51 del 2025 y la SE 3 del 2026, se han confirmado (al 21 de enero) 41 casos de sarampión, en nueve departamentos del país, de los cuales 31 están relacionados a la participación en un evento masivo internacional en el municipio de Santiago Atitlán, Sololá entre el 10 y 14 de diciembre del 2025. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Sololá (n= 20 casos), Guatemala (n= 9 casos), Izabal (n= 3 casos), Escuintla (n= 3 casos),

	Totonicapán (n= 1 caso), Quetzaltenango (n= 1 caso), Jalapa (n= 1 caso), Baja Verapaz (n= 1 caso), y Petén (n= 2 casos) *(5)*. Del total de casos confirmados durante el 2026, el 54% son hombres (n= 22). Los casos se encuentran entre los 5 meses y 46 años de edad, distribuyéndose en los siguientes grupos etarios: el 10% (n= 4) de los casos corresponden a niños de 0 a 4 años, el 10% (n= 4) a niños de entre 5 y 9 años, el 5% (n= 2) a personas de entre 10 y 14 años, el 20% (n= 8) a personas de entre 15 y 19 años, el 5% (n= 2) a personas entre 20 y 24 años, el 15% (n= 6) a personas de entre 25 y 29 años, el 27% (n= 11) a personas de 30 a 39 años, el 10% (n= 4) a personas de entre 40 y 49. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de 15 a 19 años (0,46 casos por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 30 a 39 con 0,41 casos por 100.000 habitantes *(5)*. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 44% (n= 18) no estaban vacunados, 12% (n= 5) tenían un historial de vacunación desconocido y el 18% (n= 8) tienen dosis de SRP de referencia verbal. El 17% de los casos requirió hospitalización (n= 7) y no se han registrado defunciones relacionadas *(5)*. Las 41 muestras positivas por rRT-PCR de casos confirmados de sarampión, 12 se encuentran en proceso de genotipificación *(5)*. El país, para el 2024 alcanzó una cobertura vacunal de SRP del 91% a nivel nacional para la primera dosis y del 79% para la segunda dosis *(5)*.
México	En México, entre la SE 1 del 2025 y la SE 2 del 2026, se han confirmado 7.168 casos de sarampión en 32 estados del país y 24 defunciones. La mayoría de los casos confirmados fueron reportados en los siguientes estados: Chihuahua (n= 4.495 casos, incluyendo 21 defunciones), Jalisco (n= 1.034 casos, incluyendo una defunción), Chiapas (n= 432 casos), Michoacán (n= 261 casos) y Guerrero (n= 257 casos). Del total de casos, 275 fueron importados, 4.054 relacionados con la importación y 2.839 confirmados con fuente de infección en estudio *(5)*. Respecto al grupo de edad los casos confirmados de sarampión reportados entre la SE 1 del 2025 y la SE 2 del 2026 se distribuyen con mayor frecuencia en el grupo de 1 a 4 años (1.097 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (836 casos) y el de 25 a 29 años (794 casos). En cuanto a la tasa de incidencia, el grupo de edad de menores de un año reportó la más elevada con 42,52 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del grupo de 1 a 4 años y 5 a 9 años, con tasas de 12,80 y 7,90 respectivamente. De los casos confirmados, el 50,9 % son mujeres (3.650) *(5)*. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 91,2 % (n= 6.534) no contaba con antecedente de vacunación, el 6,2 % (n= 444) tenía una dosis de SRP y el 2.65 % (n= 190) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Del total de los casos confirmados 1.354 requirieron hospitalización, de los cuales 962 son procedentes del estado de Chihuahua *(5)*. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 220), se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3 *(5)*. Se han confirmado 24 defunciones por complicaciones de sarampión, todas en personas sin antecedente vacunal, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre los estados de Chihuahua (n= 21), Durango (n= 1), Jalisco (n= 1) y Sonora (n= 1) *(5)*.
Paraguay	En Paraguay, entre la SE 30 y la SE 53 del 2025, se confirmaron 49 casos de sarampión, los casos se registraron en los departamentos: San Pedro (n= 47 casos) y Central (n= 2 casos). Del total de casos, 48 casos están relacionados con la importación y uno corresponde a un caso importado *(5)*.

	En relación con las características demográficas, el 61% de los casos (n= 30) corresponde al sexo femenino. El rango de edad de los afectados va de 3 meses a 54 años. Del total, el 45% (n= 22) de los casos corresponden a menores de 5 años, el 39% (n= 19) a edades comprendidas entre 5 y 19 años y el 16% (n= 8) al grupo de 20 años y más. La tasa incidencia muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 1 año (7,2 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,7 por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (1,3 casos por 100.000 habitantes) *(5)*. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 76% de los casos (n= 37) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, mientras el 14% tenían una dosis única de SRP (n= 7) y el 10% tenía dos dosis de SRP (n= 5). El 14% de los casos requirió hospitalización (n= 7). No se registraron defunciones relacionadas y el último caso confirmado se registró en la SE 39 *(5)*. El Laboratorio Regional de Referencia ha reportado el genotipo D8 en cinco muestras remitidas desde el Laboratorio Nacional de Referencia *(5)*. En Paraguay, en 2025 se alcanzó una cobertura nacional de vacunación con SRP del 94 % para la primera dosis y del 87% para la segunda dosis *(5)*.
Perú	En Perú, entre la SE 19 y la SE 53 del 2025, se han confirmado cinco casos de sarampión, todos registrados en el departamento de Lima. Del total de casos, tres corresponden a casos importados y dos relacionados con la importación. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 11 meses a 34 años; un caso corresponde a un menor de un año, dos casos corresponden a personas entre los 5 y 19 años y dos a adultos de 20 años a más. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, tres de los casos no estaban vacunados, uno tenía un historial de vacunación desconocido y uno tenía dos dosis de SRP. De los casos, dos requirieron hospitalización; no se han registrado defunciones relacionadas *(5)*. De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de dos casos confirmados se ha identificado el genotipo D8 DSID 9171 y el genotipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSId 9171). En Perú, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 97,6 % a nivel nacional para primera dosis y 83,2 % para segunda dosis *(5)*.
Uruguay	En Uruguay, en la SE 6 del 2025 se registró un caso confirmado de sarampión en una persona extranjera, con antecedente de viaje a Argentina y sin antecedente de vacunación contra sarampión. Este evento correspondió a un caso aislado, sin evidencia de transmisión secundaria documentada en el período posterior *(5)*. Adicionalmente, entre la SE 46 del 2025 y la SE 3 del 2026, se han confirmado 13 casos de sarampión en dos departamentos del país. Los casos fueron reportados en los departamentos de Montevideo (n= 1 caso) y Rio Negro (n= 12 casos). Del total de casos, cuatro fueron importados y nueve relacionados con la importación *(5)*. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 11años a 51 años; el 23,1% (n= 3) corresponde a adolescentes de 11 a 15 años, el 76,9% (n= 10) corresponde a personas de entre 21 y 51 años. No se reportaron caso en niños ni adultos mayores. La tasa de incidencia por grupo etario muestra que el grupo más afectado es el de 11 a 15 años, correspondiendo a 1,26 casos por 100.000 habitantes. En cuanto al antecedente de vacunación, el 69,3% (n= 9) de los casos no estaban vacunados y el 30,7% contaba con una dosis de SRP (n= 4). Del total, un caso requirió hospitalización con buena evolución *(5)*. Durante 2024, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 97% para la primera dosis y un 95% para la segunda dosis *(5)*.

Evaluación del contexto

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, en 2023 hubo 10,3 millones de casos de sarampión en el mundo, un 20% más que en el año anterior, debido a la cobertura insuficiente de la vacunación en todo el mundo. Aunque el sarampión se puede prevenir con dos dosis vacunales, más de 22 millones de niños no recibieron su primera dosis de la vacuna contra el sarampión en 2023 *(16)*.

De acuerdo con los datos mensuales de la vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la OMS desde el 1 de enero del 2025 hasta el 1 de enero del 2026 se notificaron 552.699 casos sospechosos de sarampión, en 179 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 247.623 (44,8%) fueron confirmados. El 28% de los casos se registró en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental, seguido por la Región de la OMS de África con el 25 % de los casos y la Región de la OMS de Europa con el 22% de los casos *(17)*. El incremento de casos a nivel global genera un mayor riesgo de aparición de casos importados relacionados con viajeros no vacunados procedentes de zonas con alta circulación del virus.

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 53, en la Región de las Américas, fueron confirmados 14.891 casos de sarampión en 13 países, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (73%) se han producido en población indígena. En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1.031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas, en siete países. Este total representa un aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 *(5)*.

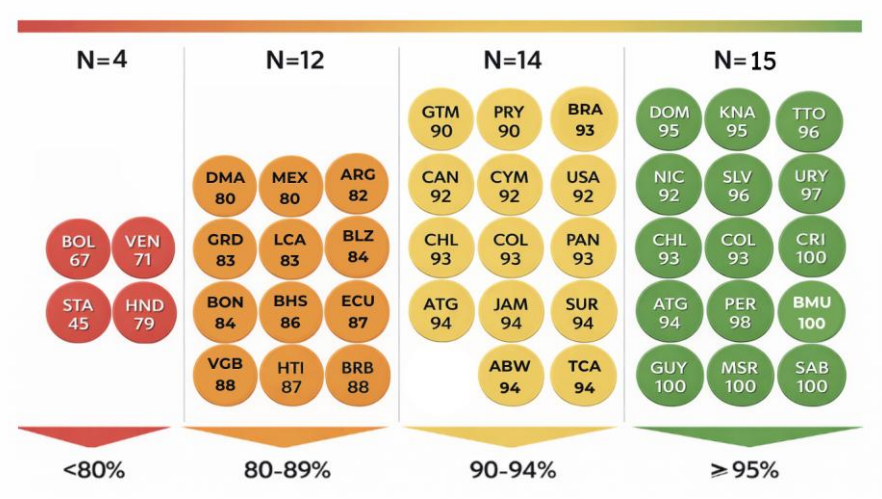
La persistencia de brotes activos en países de la Región incluyendo casos no relacionados a cadenas de transmisión conocidas, la aparición reciente de casos en nuevas áreas geográficas, y la afectación de población indígena y de población reticente a la vacuna, generan una situación que puede extender en el tiempo la aparición de casos adicionales y hacer que la implementación de medidas de control sea un desafío.

Dado el incremento de brotes y casos en países donde hay circulación de arbovirus como dengue, chikungunya y Zika, se pueden presentar desafíos para el personal de salud frente a la identificación oportuna de casos sospechosos de sarampión.

Cobertura de vacunación en la Región de las Américas

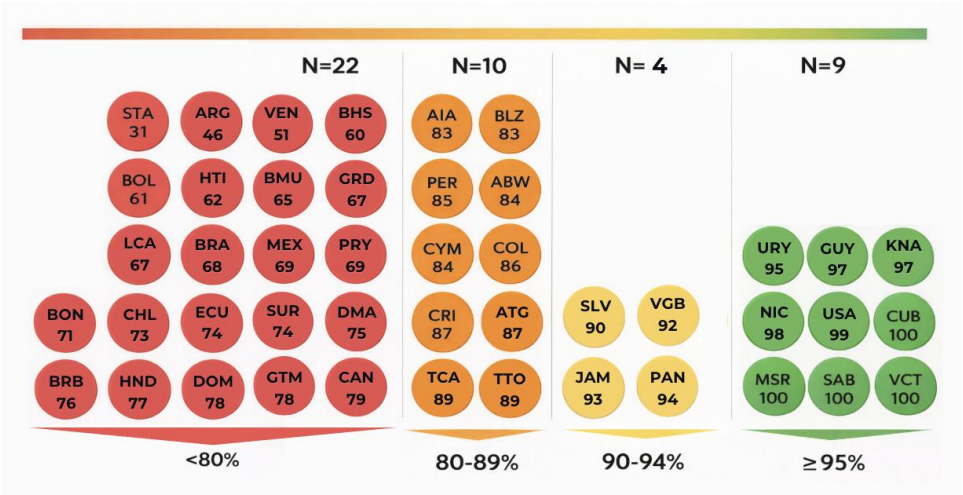
Para el año 2024, se observó un ligero incremento en la cobertura regional de la primera y segunda dosis de la vacuna de Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP1 y SRP2) con respecto al 2023: de 87% al 89% para SRP1 y del 76% al 79% para SRP2. Asimismo, 45 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, el 33% (n= 15/45) de los países y territorios de la Región informaron coberturas mayores al 95%, el 31% (n= 14/45) coberturas entre 90-94%, el 27% (n= 12/45) coberturas entre 80-89% y el 9% (n= 4/45) coberturas menores al 80% (**Figura 1**) *(18)*. Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 20% de los países y territorios (n= 9/45) informaron tener un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 49% (n= 22/45) informo un nivel de cobertura menor al 80% (**Figura 2**) *(18).*

Figura 1. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna contra sarampión, rubéola y paperas (SRP1) en la Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/# *(18)*.

Figura 2. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas (SRP2) en la Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/# *(18)*.

***Nota:** ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BON: Bonaire; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nieves; LCA: Santa Lucia; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SAB: Saba; SLV: El Salvador; STA: San Eustaquio; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Islas Vírgenes Británicas.

Tabla 2. Fortalezas y vulnerabilidades de los países y territorios de la Región de las Américas en relación con sarampión, enero del 2026.

Fortalezas	Vulnerabilidades
Coordinación • En 2022 la Organización Panamericana de la Salud publicó el nuevo Marco regional para el monitoreo y re-verificación de la eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en las Américas, en el cual se actualizaron los principios básicos, los criterios esenciales y los componentes del plan de acción original del 2011 para verificar la eliminación del sarampión en cada país.	**Coordinación** • El frecuente recambio y rotación de autoridades y personal de salud en los Ministerios de Salud de varios países dificultan la coordinación de actividades de monitoreo, capacitación y cooperación para sostener la eliminación del sarampión, rubeola y el síndrome de rubeola congénita (SRC).
Vigilancia • La OPS/OMS ha publicado lineamientos para su uso a nivel nacional y distrital, incluidas definiciones de casos, instrucciones para la recolección de muestras y la remisión a laboratorios, así como para la gestión de los esfuerzos de control. • Se cuenta con el Sistema regional de vigilancia epidemiológica integrada de sarampión y rubéola (ISIS, por sus siglas en inglés), al cual 21 países y la región del Caribe no latino notifican, de manera individual, cada caso sospechoso y confirmado de sarampión, rubéola y SRC. • La OPS ha emitido alertas y actualizaciones epidemiológicas regionales junto con recomendaciones para los Estados Miembros *(19)*. • Varios países de la región cuentan con capacidades de vigilancia que les han permitido responder de inmediato y de manera efectiva ante la identificación de casos importados logrando interrumpir la circulación rápidamente, mostrando sus fortalezas en las medidas de control implementadas (vacunación a los grupos de edad afectados, búsquedas activas comunitarias e institucionales, aislamiento de los casos y seguimiento de sus contactos).	**Vigilancia** • La alta rotación del personal de salud e impacto negativo de la pandemia COVID-19 ha generado vacíos en el conocimiento de conceptos básicos de vigilancia y respuesta rápida a brotes, incluyendo practicas esenciales. • La homogeneidad en el desempeño de los indicadores de vigilancia a nivel nacional y subnacional, incluyendo la notificación de casos sospechosos, dado que hay municipios que no reportan casos sospechosos ni cumplen con el criterio de notificación negativa (municipios silenciosos) en los países de las Américas.
Laboratorio • En las Américas desde el año 1995 se ha establecido una red regional de laboratorios de sarampión y rubéola. La cual comprende 21 Laboratorios nacionales, dos Laboratorios regionales de referencia, un Laboratorio mundial especializado y 110 Laboratorios Sub-Nacionales. • Como parte del apoyo de laboratorio y de la experiencia técnica que proporciona la OPS en la fase posterior a la eliminación (una vez declarada la eliminación), se han formulado y difundido de manera	**Laboratorio** • La no obtención de muestras de sangre, respiratorias u orina para la realización de pruebas serológicas y virológicas que faciliten la confirmación de los casos. • Disminución del Valor Predictivo Positivo se los ensayos de IgM relacionada con la baja prevalencia de la enfermedad; se requieren muestras adicionales y ensayos de laboratorio adicionales para la adecuada clasificación de los casos.

continua orientaciones técnicas respecto a las estrategias de realización de pruebas, correlación e interpretación de resultados, entrenamientos y transferencia de tecnología a fin de mejorar la capacidad de los laboratorios nacionales para proporcionar resultados que permitan una clasificación precisa de los casos y optimizar la respuesta del sistema de vigilancia de los países para detectar virus importados y brindar desde el laboratorio orientaciones para el estudio de cadenas de transmisión. • Asistencia técnica y seguimiento con laboratorios en países que han presentado casos/brotes.	
Inmunización • La OPS/OMS promueve el incremento de las coberturas del programa de vacunación de rutina y campañas masivas de vacunación preventiva (campañas de seguimiento) para llegar a poblaciones que el programa regular no ha podido alcanzar y proporcionar una oportunidad adicional para completar esquemas de vacunación. • El Fondo Rotatorio (FR) para el acceso a las vacunas proporciona cooperación técnica a los programas nacionales de inmunización para mejorar la planificación de la demanda de vacunas, fortalecer la gestión de la cadena de suministro y las capacidades de previsión, y garantizar su financiación y sostenibilidad *(20, 21).* • Publicación de directrices para la gestión de stocks. • Los países de la Región han implementado la metodología de "Microplanificación de actividades de vacunación de alta calidad" en programas de rutina o campañas de intensificación de la vacunación. Esta metodología permite centrarse en la planificación detallada a nivel local para optimizar el acceso y la respuesta oportuna a los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.	**Inmunización** • En algunos países de la región, llegar a algunas poblaciones vulnerables, como grupos indígenas, campesinos, entre otros en áreas geográficas remotas y de difícil acceso pueden generar desafíos en la implementación de actividades de vacunación. • Algunas personas y grupos de población se mantienen reticentes a la vacunación debido a creencias y desinformación respecto a las vacunas. • El acumulo de susceptibles por las bajas coberturas de vacunación, aunadas a la ausencia de campañas de vacunación de seguimiento o a la implementación de campañas de seguimiento que no logran alcanzar los criterios de alta calidad, tales como coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% a nivel nacional y en al menos el 80% de los municipios del país, en un periodo de tiempo de 16 semanas.
Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria • Fortalecimiento de la coordinación de los socios. • En los países donde se han producido brotes, se ha mejorado la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad para reforzar su compromiso con la inmunización y las medidas recomendadas. • Los países de la Región cuentan con Comités de Vacunación Segura, que juegan un papel fundamental en la comunicación de riesgos y en la elaboración de mensajes e información técnica para los diferentes públicos objetivo. También ayudan en el análisis y la	**Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria** • Comprensión limitada de la percepción del riesgo y los comportamientos de búsqueda de salud de las poblaciones afectadas y bajo nivel de conocimiento respecto al sarampión. • Bajo nivel de información respecto al riesgo para los viajeros que van a zonas donde hay brotes activos.

respuesta a los Eventos supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), asegurando un enfoque basado en la evidencia.	

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Eliminación del sarampión: guía práctica. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2007. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/eliminacion-sarampion-guia-practica.
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en Las Américas 2018-2023: Informe Final - 6 de agosto del 2024. Washington, D.C. : OPS/OMS; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/items/31886622-15e3-4f16-8ee5-e05986e1fb90.
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Sarampión. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 4 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/sarampion.
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2025-ops-hace-llamado-accion-regional-tras-perdida-estatus-eliminacion-sarampion
5. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 3 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-3-febrero-2026
6. Organización Mundial de la Salud. Sarampión. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 4 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles.
7. Heymann DL: Editor. Control of Communicable Diseases Manual. 21st ed. Washington, D.C.: American Public Health Association; 2022.
8. Mina et al. Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. Science. 2015 Mayo 8;348(6235):694-9. Disponible en inglés en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25954009
9. Pastor D, Bravo P, Durón R, Tirso C, Ortiz C, Rey G. Factores de riesgo y medidas de control en brotes de sarampión en países de la Región de las Américas, 2017-2023. Revista Panamericana de Salud Pública 2024; 48:10 p. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.105.
10. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín 2022 Semanas Epidemiológicas 1-52 Sarampión, Rubéola y Rubéola Congénita - Vol. 28, SE 1-52 del 2022. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/boletin-2022-semanas-epidemiologicas-1-52-sarampion-rubeola-rubeola-congenita.
11. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín 2023 Semanas Epidemiológicas 1-52 Sarampión, Rubéola y Rubéola Congénita - Vol. 29, SE 1-52 del 2023. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/boletin-2023-semanas-epidemiologicas-1-52-sarampion-rubeola-rubeola-congenita.
12. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión-Rubeola (53) - 3 de enero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/boletin-semanal-sarampion-rubeola-53-3-enero-2026

13. Organización Mundial de la Salud. Guide for clinical case management and infection prevention and control during a measles outbreak. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en inglés en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331599/9789240002869-eng.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. Vacunas contra el sarampión: documento de posición de la OMS, abril de 2017. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255149/WER9217-spa.pdf.

15. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448.

16. Organización Mundial de la Salud. Aumentan los casos de sarampión en el mundo: 10,3 millones de personas se infectaron en 2023. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/14-11-2024-measles-cases-surge-worldwide--infecting-10.3-million-people-in-2023.

17. Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 4 de febrero del 2026]. Disponible en inglés en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella data&location=

18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 4 de febrero del 2026]. Disponible en: https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#

19. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualizaciones y alertas epidemiológicas. Disponibles en: https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas .

20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informes de las reuniones del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/grupo-tecnico-asesor-sobre-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion.

21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Caja de Herramientas de Inmunización: Fondo rotatorio acceso a vacunas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/caja-herramientas-inmunizacion/caja-herramientas-inmunizacion-fondo-rotatorio.