

Sarampión en la Región de las Américas

18 de junio del 2026 · Próximo número: 2 de julio del 2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–23, 2026 (4 de enero – 13 de junio del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 21–22 vs SE 19–20		
ACUMULADO — SE 1–23, 2026		
22.324 CASOS CONFIRMADOS	38 MUERTES Tasa de mortalidad 0,17%	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADO) ¹
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 21–22, 2026		
+827 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -29,1% (en comparación con SE 19 - SE 20)	+7 NUEVAS MUERTES <i>Dos nuevas muertes en México y cinco nuevas muertes en Guatemala</i>	7/17 PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO <i>Canadá, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Perú</i>

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 23 del 2026 (que finalizó el 13 de junio del 2026), la Región de las Américas notificó **22.324** casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, incluyendo **38** muertes, lo que representa un aumento del 207% en comparación con el mismo período del 2025. México (11.532), Guatemala (6.895), Estados Unidos (2.073) y Canadá (1.071) concentraron la mayor parte (97%) de los casos confirmados (**Mapa 1**) (1).

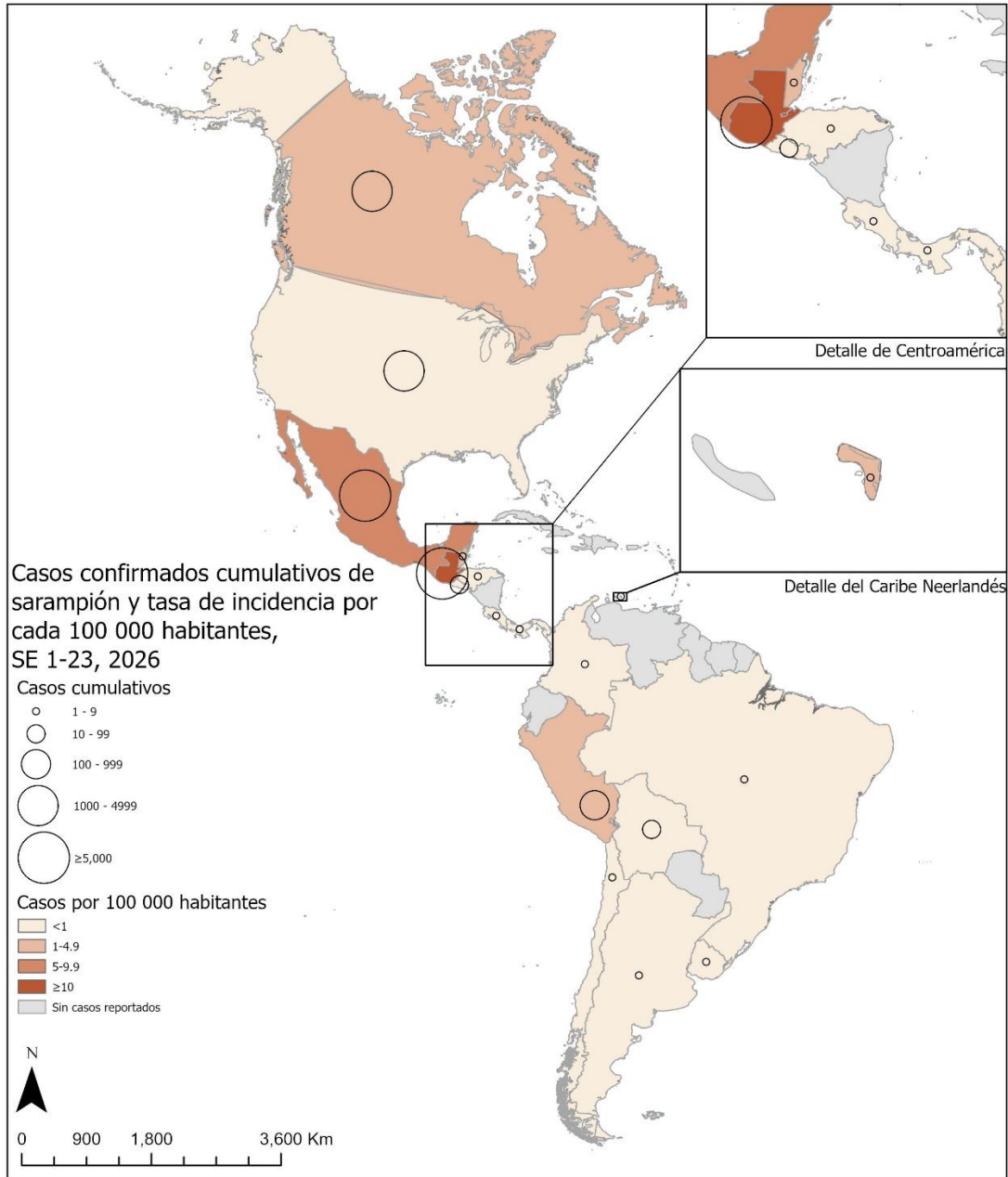
Durante la SE 21 y la SE 22 del 2026, la Región de las Américas notificó **827** nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 29,1% en comparación con el período de dos semanas anterior (SE 19-20; 1.166 nuevos casos) (**Figura 1**). Esta disminución se debió principalmente a las continuas reducciones registradas en Canadá y México. Los Estados Unidos mostraron una tendencia a la estabilización, mientras que los recuentos semanales recientes de casos en Perú parecen mantenerse estables a nivel nacional, aunque la transmisión continúa concentrada en Puno. Las tendencias en Guatemala deben interpretarse con cautela, dados los posibles retrasos en la notificación o actualizaciones en las últimas semanas².

En el contexto de la próxima Copa Mundial de la FIFA 2026™, se alienta a los países a fortalecer las medidas de preparación y prevención, particularmente en los países anfitriones y en los países que reciben viajeros que regresan de áreas con transmisión activa. Esto incluye garantizar la detección temprana y la notificación de casos sospechosos de sarampión, fortalecer la capacidad de laboratorio para realizar pruebas y confirmación de manera oportuna, y mantener capacidades oportunas de investigación y respuesta.

¹ Desde el Informe de Situación N.º 4, ningún otro país ha notificado casos de sarampión por primera vez en 2026.

² Las tendencias en Guatemala deben interpretarse con cautela. Según el Protocolo V3 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, emitido el 16 de marzo del 2026, ya no se recogen muestras de laboratorio para los casos vinculados epidemiológicamente o confirmados clínicamente. Dado que las cifras reportadas incluyen únicamente los casos confirmados por laboratorio, las tendencias semanales recientes pueden verse afectadas por cambios en las prácticas de vigilancia y de pruebas; consulte: <https://saludjuntos.gt/docs/protocolo-operativo-sectorial-respuesta-sarampion-V3.pdf> (2)

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 23, 2026. (n = 22.324)



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2026. Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Producción del mapa: OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE) Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

En las siguientes secciones se describe la respuesta operativa en curso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ante la situación regional del sarampión. El *Resumen operativo* sintetiza la situación de los países prioritarios y la cooperación técnica que se está llevando a cabo con cada uno de ellos. La *Respuesta de la OPS por pilar estratégico* consolida las acciones regionales en los cuatro pilares operativos que guían la respuesta de la Organización: vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio; operaciones de inmunización y vacunas; comunicación de riesgos y participación comunitaria; y preparación operativa y alianzas.

Resumen operativo — Países prioritarios

Tabla 1. Resumen operativo de los países prioritarios y las acciones de respuesta conjunta

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
México (3)	La OPS llevó a cabo un ejercicio de simulación de un caso importado de sarampión en el Aeropuerto Internacional Benito Juárez de la Ciudad de México. El país continúa ofreciendo vacunación a todos los visitantes que asistirán a la Copa Mundial de la FIFA™ hasta el 30 de junio de 2026.	Se mantuvo la cooperación técnica para apoyar las actividades de vacunación extramural en las ciudades sede de la Copa Mundial de la FIFA™: Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara (FIFA Fan Fest).
Guatemala (4)	En apoyo a la respuesta liderada por el Ministerio de Salud, la OPS proporcionó análisis de mortalidad y detección de brechas en el manejo clínico y la prevención y control de infecciones; organizó un taller de microplanificación con equipos técnicos de 25 áreas de salud (que abarcó estimaciones de población y capacidad de la cadena de frío a nivel de distrito); y continuó brindando apoyo logístico y técnico a las brigadas de vacunación y a la supervisión de la campaña en las áreas de salud de Guatemala Central y Noroeste.	Continuar apoyando a las autoridades nacionales mediante la planificación basada en el riesgo de la campaña de vacunación masiva y el cálculo de la población susceptible y las estimaciones de dosis de vacunas necesarias para mantener los esfuerzos de vacunación.
Estados Unidos	Intercambio técnico continuo con las autoridades nacionales.	Se continuó fortaleciendo la coordinación y colaboración para apoyar la respuesta al brote de sarampión.
Perú (5)	Con énfasis en Puno, la OPS está apoyando la movilización de brigadas de vacunación; la microplanificación para la respuesta a brotes a nivel local; la implementación del triaje de casos sospechosos y de medidas de prevención y control de infecciones en centros de salud priorizados; la coordinación multisectorial con las autoridades educativas, las universidades, los institutos y los gobiernos locales; el apoyo sobre el terreno y la coordinación con las autoridades de salud nacionales y subnacionales, los equipos técnicos y el laboratorio	Mantener el apoyo a la movilización de equipos técnicos, el uso de sistemas de información geográfica para la gestión de datos, y el apoyo a los laboratorios y a la cadena de frío; y brindar apoyo técnico para facilitar el traslado del laboratorio y el banco de vacunas del Departamento Regional de Salud de Puno, garantizando la continuidad de las operaciones.

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
	regional de referencia; la implementación y el uso de sistemas de información geográfica junto con la cartografía poblacional diaria, para apoyar las actividades de vacunación y la identificación de niños que faltan por vacunar; y la transferencia de conocimientos técnicos, junto con materiales de laboratorio y apoyo a la cadena de frío.	
Bolivia (6)	La asistencia continua de la OPS incluye la capacitación sobre el cierre de brotes en cinco departamentos (Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Oruro y Santa Cruz); el apoyo al despliegue de brigadas en 22 municipios de alto riesgo —priorizados por la presencia de casos en 2026 o por su frontera con Perú—; la capacitación en herramientas de microplanificación en Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, y Santa Cruz; y la realización de una orientación virtual sobre microplanificación, el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) y la presentación de informes sobre el cierre de brotes para contrarrestar la rotación de autoridades y personal de salud.	En medio de la crisis política y social en curso, continúa el monitoreo del suministro de vacunas como medida preventiva; se está elaborando un plan nacional de relanzamiento de la vacunación contra el sarampión (que incluye difusión en los medios de comunicación, divulgación digital y movilización de socios); además de un contrato para apoyar la comunicación y la movilización social en 5 municipios de Santa Cruz y 8 servicios departamentales de salud.

Respuesta de la OPS por pilar estratégico (7)³

Vigilancia colaborativa

- Comunicación y coordinación constantes con los países sobre los eventos relacionados con el sarampión, lo que incluye orientación técnica y análisis de las medidas prioritarias.
- Se inició el proceso de acreditación virtual del Laboratorio Nacional de Sarampión y Rubéola de Venezuela (Instituto Nacional de Higiene «Rafael Rangel» —INHRR), con base en los criterios de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el desempeño del laboratorio durante los últimos 12 meses. La sesión fue convocada por el viceministro de Salud, la dirección del INHRR y el personal técnico de la OPS.
- Facilitó un intercambio binacional entre México y Perú sobre la respuesta de los laboratorios durante los brotes de sarampión, en el que el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) de México compartió su experiencia como laboratorio nacional de referencia y como coordinador de la red nacional de laboratorios, incluyendo la descentralización de las pruebas serológicas y la detección mediante rRT-PCR, así como la implementación de un programa de garantía de calidad.

³ La respuesta de la OPS se organiza en torno a los pilares estratégicos. Esta sección refleja las actividades regionales e internacionales llevadas a cabo en toda la Región —por la sede de la OPS, las oficinas subregionales y las oficinas en los países— en coordinación con las autoridades nacionales durante el período que abarca este informe. El apoyo operativo específico para cada país se resume en la Tabla 1.

- Apoyó la capacitación virtual organizada por Perú para fortalecer y descentralizar el diagnóstico del sarampión y la rubéola (12 de junio del 2026), incluida una presentación técnica sobre vigilancia de laboratorio.

Operaciones de inmunización y vacunas

Se realizó un seguimiento de las estrategias de vacunación en los países afectados; actualmente está en marcha la administración no selectiva de la dosis cero en bebés de 6 a 11 meses en El Salvador, Guatemala, México y en áreas subnacionales prioritarias de Bolivia (Santa Cruz) y Perú (Puno). La vacunación selectiva y la finalización del calendario de vacunación continúan en paralelo, con rangos de edad ajustados al perfil epidemiológico de cada país (**Tabla 2**).

Tabla 2. Resumen de las estrategias de vacunación en los países afectados

País	Alcance no selectivo	Selectiva / finalización del calendario
México	Dosis cero (6–11 meses)	1–49 años
Guatemala	6–11 meses (dosis cero); 16–39 años (1 dosis)	1–15 años: finalización del esquema (2 dosis)
El Salvador	Dosis cero (6–11 meses)	≥1 año, más contactos sin antecedentes de vacunación
Perú	Puno: 6 meses – 29 años	Control de brotes y finalización del calendario de vacunación en otros departamentos
Bolivia	Santa Cruz: 6 meses – 19 años	Control de brotes y finalización del calendario de vacunación en otros departamentos

Comunicación de riesgos y crisis y participación comunitaria

- Se lanzó la campaña regional «Con la salud, todos ganamos» para promover la vacunación y apoyar los esfuerzos de comunicación de riesgos, incluyendo la colaboración con creadores de contenido como Mellanie da Fonte, Chef Oropeza y Parisa Fitz-Henley. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/con-salud-ganamos-todos>
- Se brindó apoyo a un taller virtual sobre Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria (RCCE por sus siglas en inglés) para comunicadores del Ministerio de Salud de Honduras, celebrado el 11 de junio del 2026, centrado en estrategias para abordar la desinformación relacionada con las vacunas.
- Brindó apoyo técnico a los medios de comunicación regionales e internacionales sobre el riesgo y la respuesta al sarampión, incluso en el contexto de la Copa Mundial de la FIFA 2026™ y la próxima reunión de la Comisión Regional de Verificación (CRV).

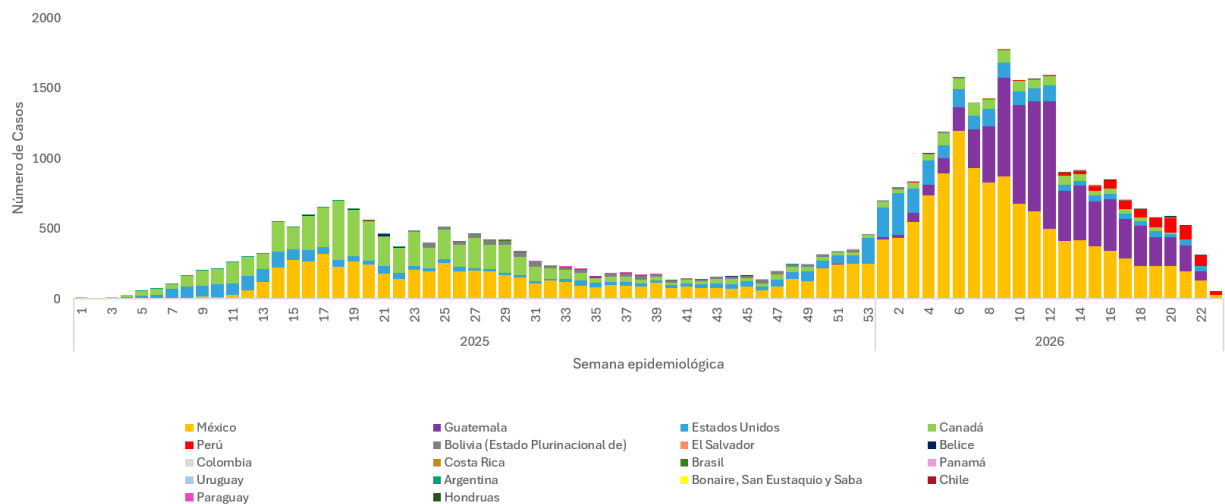
- Organizó una clase magistral con YouTube para creadores de contenido sobre cómo abordar la desinformación relacionada con las vacunas, con más de 65 participantes.
- Se continuaron las reuniones de coordinación con los coordinadores nacionales de comunicación para apoyar la armonización de las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria relacionadas con la respuesta al sarampión.

Apoyo operativo y logística

- Se brindó apoyo a la capacitación sobre el Sistema de Apoyo Logístico (LSS, por sus siglas en inglés) para la gestión de suministros en El Salvador y Honduras.
- Reforzó la preparación operativa mediante un seminario web de la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes (GOARN, por sus siglas en inglés) sobre despliegues y el uso de Go.Data para la respuesta ante brotes, en el que se presentaron experiencias de Brasil (sarampión) y Uganda (ébola) y al que asistieron más de 200 participantes.
- El 10 de junio del 2026 se llevó a cabo una reunión sobre Prevención y Respuesta a la Explotación, el Abuso y el Acoso Sexuales (PRSEAH, por sus siglas en inglés) con todos los coordinadores del Programa de Inmunización Integral (CIM, por sus siglas en inglés), centrada en las actividades de respuesta relacionadas con el sarampión.

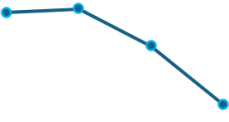
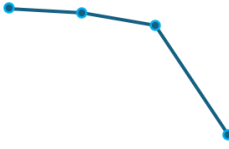
Situación epidemiológica

Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por país y SE, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 23 del 2026



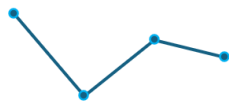
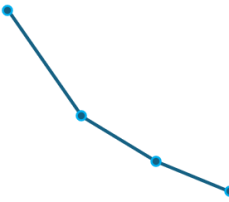

La tabla a continuación resume la situación epidemiológica en los países que han notificado casos confirmados de sarampión.

Tabla 3. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, hasta la SE 23 del 2026

País	Casos en 2026 (hasta la SE 23) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 23) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (8)	Notas epidemiológicas
México*	11.532	16	<p>↓ en descenso</p> 	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	La mayoría de los nuevos casos entre la semana epidemiológica (SE) 22 y la SE 23 se reportaron en Jalisco, Coahuila y Durango. Se registraron dos muertes adicionales durante este período, lo que eleva el total de muertes en el 2026 a 16 y el número acumulado desde que comenzó el brote en el 2025 a 43. La muerte más reciente se reportó en la SE 23 del 2026. El último caso se registró en la SE 23 del 2026.
Guatemala*	6.895	22	<p>solo casos confirmados por laboratorio⁴</p> 	Eliminación sostenida	Se ha reportado transmisión en los 22 departamentos, particularmente en Guatemala Central. Además de los casos confirmados por laboratorio, hasta la fecha se han registrado en el país más de 9.000 casos probables ⁵ (9). Durante la SE 22 y la SE 23, se reportaron cinco muertes adicionales. El caso más reciente confirmado por laboratorio se reportó en la SE 22 del 2026.

⁴ Las tendencias en Guatemala deben interpretarse con cautela. Según el Protocolo V3 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, emitido el 16 de marzo del 2026, ya no se recogen muestras de laboratorio para los casos vinculados epidemiológicamente o confirmados clínicamente. Dado que las cifras reportadas incluyen únicamente los casos confirmados por laboratorio, las tendencias semanales recientes pueden verse afectadas por cambios en las prácticas de vigilancia y pruebas; consulte: <https://saludjuntos.gt/docs/protocolo-operativo-sectorial-respuesta-sarampion-V3.pdf> (2)

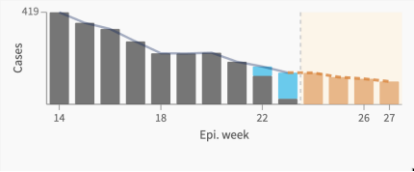
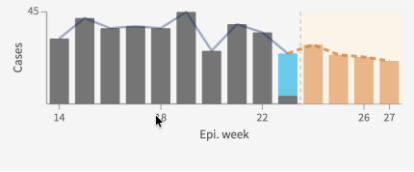
⁵ Definición de caso probable: caso por criterio clínico o nexa epidemiológico

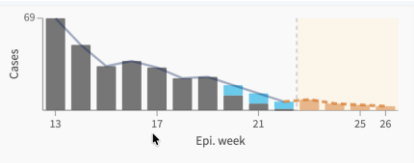
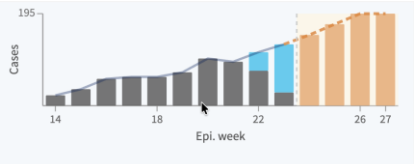
País	Casos en 2026 (hasta la SE 23) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 23) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (8)	Notas epidemiológicas
Estados Unidos*	2.073	0	meseta 	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Carolina del Sur (670), Utah (490), Texas (182), Florida (141), Virginia (110) y Arizona (84). El último caso se registró en la SE 23 del 2026.
Canadá*	1.071	0	↓ en descenso 	Endémico	Aproximadamente el 98% de los casos están relacionados con el brote de 2024 en Nuevo Brunswick (NB). En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (668), Alberta (310), Columbia Británica (31) y Ontario (27). El último caso se registró en la SE 22 del 2026.
Perú*	627	0	meseta 	Eliminación sostenida	Los casos reportados en 2026 se han concentrado principalmente en Puno (603), seguido de Arequipa (15), Lambayeque (3), Cusco (3), Lima (2) y Tacna (1). El último caso se registró en la SE 23 del 2026.
Bolivia*	72	0	Transmisión gota a gota con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	El último caso se registró en la SE 20 del 2026.
El Salvador	18	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 20 del 2026.
Belice	9	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 20 del 2026.
Colombia	8	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 22 del 2026.
Costa Rica	5	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 15 del 2026.
Otros (≤5 casos) ***	Ver tablero (1)	Ver tablero (1)	—	—	—

*Países con brotes activos: se han notificado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **La última SE se excluyó de los recuentos observados para mitigar el retraso en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Brasil, Chile, Honduras, Panamá y Uruguay. Véase el tablero de datos sobre el sarampión de la OPS/OMS: <https://tinyurl.com/3xtciv84> (1)

Para complementar el resumen de casos anterior, esta sección presenta estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión para los países con brotes sostenidos y datos suficientes (**Tabla 4**). El pronóstico inmediato (*nowcasting*) corrige los datos de las semanas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación. El pronóstico a corto plazo proyecta la incidencia esperada de casos durante las próximas cuatro semanas con base en el número de reproducción efectivo estimado actual (R_t), es decir, el número promedio de infecciones secundarias por caso. Un valor de R_t superior a 1 indica una transmisión sostenida o en aceleración; un valor inferior a 1 indica un brote en declive. La metodología completa se presenta en las Notas Técnicas.

Tabla 4. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 23 del 2026

País	R_t (Crl del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Basado en el modelo ²	Previsión a 4 semanas (semanas 24–27) mediana [Prl del 95%] ³	Interpretación del modelo
México	0,82 [0,76 – 0,88]	↓ en descenso	~487 [385–600] casos 	R_t por debajo de 1 con un intervalo estrecho — el modelo apunta a una disminución continua durante las próximas 4 semanas, con el límite superior también por debajo de la unidad.
Guatemala	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado el modelado — véase la nota de pie 4.
Estados Unidos	0,85 [0,71 – 1,01]	~ estabilización	~97 [54–155] casos 	R_t por debajo de 1, pero con un intervalo de credibilidad que cruza la unidad — el modelo sugiere una posible desaceleración, aunque aún no se ha confirmado una disminución sostenida
Canadá	0,62 [0,48 – 0,79]	↓ en descenso	~20 [5–47] casos	R_t por debajo de 1 — los modelos pronostican una disminución continua; ~el 98% de los casos siguen relacionados con el brote del 2024 en Nuevo Brunswick.

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Basado en el modelo ²	Previsión a 4 semanas (semanas 24–27) mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
				
Perú ⁶	1,35 [1,23 – 1,48]	↑ en aumento	~754 [596–938] casos 	R_t claramente por encima de 1 con un intervalo estrecho — el modelo proyecta un crecimiento continuo, en consonancia con la transmisión concentrada en Puno.
Bolivia	— ⁵	— ⁵	— ⁵	No se realizó el modelado — véase la nota de pie 5.

¹ R_t = número de reproducción efectivo — el número promedio de infecciones secundarias por caso en un momento dado. Estimado mediante el método EpiEstim con una ventana móvil de 4 semanas (10). CrI del 95% = intervalo de credibilidad del 95%. Véanse las Notas técnicas.

² Tendencia clasificada a partir del intervalo de credibilidad (CrI) completo del 95% de R_t : al alza (límite inferior > 1), a la baja (límite superior < 1) o incierta (el intervalo incluye el 1).

³ Mediana del pronóstico de 4 semanas e intervalo de predicción (PrI) del 95% para los nuevos casos proyectados durante las SE 24–27, condicionado al R_t estimado actualmente.

⁴ Guatemala: no se realizó el modelado para este período porque el cambio en los criterios de definición de casos según el Protocolo V3 del MSPAS (16 de marzo del 2026) —en virtud del cual solo se notifican los casos confirmados por laboratorio— afecta la comparabilidad de las series de casos a lo largo de las últimas semanas.

⁵ Bolivia: no se realizó el modelado porque la incidencia semanal ha caído por debajo del umbral (<5 casos/semana) en el que la estimación de R_t deja de ser confiable y las proyecciones a corto plazo no son lo suficientemente sólidas como para fundamentar decisiones operativas.

⁶ Perú: Entre las ejecuciones del modelo del 4 de junio y el 18 de junio, el número de reproducción efectivo de Perú aumentó de 1,21 [1,07–1,35] a 1,35 [1,23–1,48], y la incidencia observada (181 casos nuevos en 2 semanas) se situó dentro del intervalo de confianza del 95% (PrI) de la previsión anterior (~418 [307–553] en 4 semanas). La revisión al alza de R_t refleja el impulso continuo de la transmisión y una mayor precisión a medida que se han acumulado datos adicionales de casos, lo cual concuerda con el brote geográficamente concentrado en Puno y es anterior al impacto proyectado de la respuesta de vacunación de mayo de 2026.

Notas técnicas

Este informe de situación utiliza dos etapas complementarias de modelación. En primer lugar, **el pronóstico inmediato (nowcasting)** corrige las semanas epidemiológicas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación, lo que genera estimaciones de los casos que ya han ocurrido pero que aún no se han notificado en su totalidad. En segundo lugar, **el pronóstico a corto plazo** proyecta la incidencia esperada

de casos durante las próximas cuatro semanas con base en el número de reproducción efectivo estimado actual (R_t).

Datos de casos. Los recuentos semanales de casos confirmados de sarampión se obtuvieron de los sistemas nacionales de vigilancia que reportan a la OPS/OMS.

Pronóstico inmediato. Para tener en cuenta los retrasos en la notificación inherentes a la vigilancia pasiva, se aplicó un modelo de pronóstico inmediato para estimar la incidencia real de las semanas epidemiológicas más recientes. Dependiendo de la duración del período de entrenamiento disponible, se ajustó al patrón histórico de notificación un modelo lineal generalizado binomial negativo (6–14 semanas) o un modelo aditivo generalizado con splines penalizados (≥ 15 semanas), y se utilizó para proyectar el recuento final esperado de casos para las semanas incompletas, con intervalos de credibilidad del 95%. Los umbrales se establecieron con base en una evaluación interna de la estabilidad del modelo, en consonancia con las directrices generales sobre la predicción a corto plazo adaptativa a los datos (11).

Número de reproducción efectivo (R_t). El R_t se estimó utilizando el método EpiEstim (10), que aplica un enfoque bayesiano de ventana deslizante a la serie de incidencia corregida por el pronóstico inmediato. Se utilizó una ventana deslizante de 4 semanas (28 días), lo que corresponde aproximadamente a dos intervalos seriales —un valor predeterminado comúnmente aplicado que equilibra la estabilidad estadística con la resolución temporal—. Se asumió una distribución gamma discreta para el intervalo serial (media de 15 días, desviación estándar de 4 días), en consonancia con la literatura sobre el sarampión (12). El intervalo serial se consideró fijo; esta simplificación subestima ligeramente la incertidumbre del R_t , pero no afecta las clasificaciones cualitativas de tendencias presentadas. Los intervalos de credibilidad del R_t se calculan condicionados a la estimación puntual de la predicción a corto plazo y, por lo tanto, no propagan formalmente la incertidumbre de dicha predicción. La clasificación de la tendencia se basó en el intervalo de credibilidad completo del 95% de R_t : **en aumento** (límite inferior > 1), **en disminución** (límite superior < 1) o **incierto** (el intervalo incluye el 1).

Pronósticos a corto plazo. Se generaron proyecciones a cuatro semanas mediante un modelo de renovación que simula 10.000 trayectorias estocásticas de Poisson ancladas al R_t estimado. Los resultados se expresan como mediana e intervalo de predicción del 95%.

Limitaciones. Las estimaciones dependen de la exhaustividad y la puntualidad de los informes a nivel nacional, así como del intervalo serial supuesto. Los cambios en la vigilancia específicos de cada país —incluida la definición ampliada de caso adoptada por Guatemala en el Protocolo V3 del MSPAS (16 de marzo del 2026)— pueden afectar la interpretación de las tendencias en cada país y se señalan en el anexo por países.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Panel regional de datos sobre el sarampión de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 15 de junio del 2026]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/reportEmbed?reportId=71eebf72-f738-4475-b404-d84f41c7e05a&autoAuth=true&ctid=e610e79c-2ec0-4e0f-8a14-1e4b101519f7>.
2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lineamiento y procedimientos para la preparación y respuesta frente al sarampión. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2026 [consultado el 15 de junio del 2026]. Disponible en: <https://saludjuntos.gt/docs/protocolo-opeativo-sectorial-respuesta-sarampion-V3.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en México, 15 de junio del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 15 de junio del 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Perú, 15 de junio del 2026. Lima: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 15 de junio del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
7. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional del IMST sobre el sarampión, 15 de junio del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Inédito.
8. Organización Panamericana de la Salud. Quinta reunión anual de la Comisión Regional de Monitoreo y Revalidación para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola. Ciudad de México, 4–7 de noviembre de 2025. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/e47bcb10-404d-496e-b864-004139518b36>.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Juntos podemos detener el sarampión. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2026 [consultado el 15 de junio del 2026]. Disponible en: <https://saludjuntos.gt/situacion-actual/>.
10. Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A New Framework and Software to Estimate Time-Varying Reproduction Numbers During Epidemics. *Am J Epidemiol*. 2013;178(9):1505–1512. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256666227_A_New_Framework_and_Software_to_Estimate_Time-Varying_Reproduction_Numbers_During_Epidemics.
11. McGough SF, Johansson MA, Lipsitch M, Menzies NA. Nowcasting by Bayesian Smoothing: A flexible, generalizable model for real-time epidemic tracking. *PLoS Comput Biol*. 2020;16(4):e1007735. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340470847_Nowcasting_by_Bayesian_Smoothing_A_flexible_generalizable_model_for_real-time_epidemic_tracking.
12. Groendyke C, Welch D, Hunter DR. A Network-based Analysis of the 1861 Hageloch Measles Data. *Biometrics*. Septiembre de 2012;68(3):755-65. doi: 10.1111/j.1541-0420.2012.01748.x. Publicado en línea el 24 de febrero del 2012. PMID: 22364540; PMCID: PMC4553425. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4553425/>.