

Sarampión en la Región de las Américas

16 de julio del 2026 · Próximo número: 30 de julio del 2026

PERÍODO DE REFERENCIA: SE 1–27, 2026 (4 de enero – 11 de julio del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 25–26 vs SE 23–24		
ACUMULADO — SE 1–27, 2026		
43.559 CASOS CONFIRMADOS	44 MUERTES Tasa de mortalidad: 0,10%	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADO) ¹
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 25-26, 2026		
+1.818 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -38,4% (en comparación con SE 23 - SE 24) ²	+5 NUEVAS MUERTES Cuatro nuevas muertes en Guatemala y una nueva muerte en México	8/17 PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO: Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Perú y El Salvador

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 27 del 2026 (que finalizó el 11 de julio del 2026), la Región de las Américas notificó **43.559** casos confirmados de sarampión procedentes de 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (27.145), México (12.052), Estados Unidos (2.231) y Canadá (1.097) concentraron la mayor parte (98%) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Además, se han notificado **44** defunciones (1). **El aumento sustancial del total acumulado regional en comparación con el Informe de Situación n.º 6 se debe principalmente a una actualización retrospectiva de Guatemala**, que añadió 20.078 casos. El total notificado por Guatemala aumentó de 7.067 a 27.145 casos tras la inclusión de casos confirmados mediante vinculación epidemiológica y criterios clínicos, además de los casos confirmados por laboratorio. Este cambio en la notificación de casos debe tenerse en cuenta a la hora de interpretar los totales y las tendencias regionales.

Durante las SE 25 y la SE 26 del 2026, la Región de las Américas notificó **1.818** nuevos casos confirmados de sarampión en ocho países y territorios, lo que representa una disminución del 38,4% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 23-24; 2.949 nuevos casos)² (**Figura 1**). Este descenso se debió principalmente a la reducción del número de casos notificados en Estados Unidos, Guatemala, México y Perú. Por el contrario, Canadá registró un aumento, impulsado principalmente por el incremento de casos en Quebec.

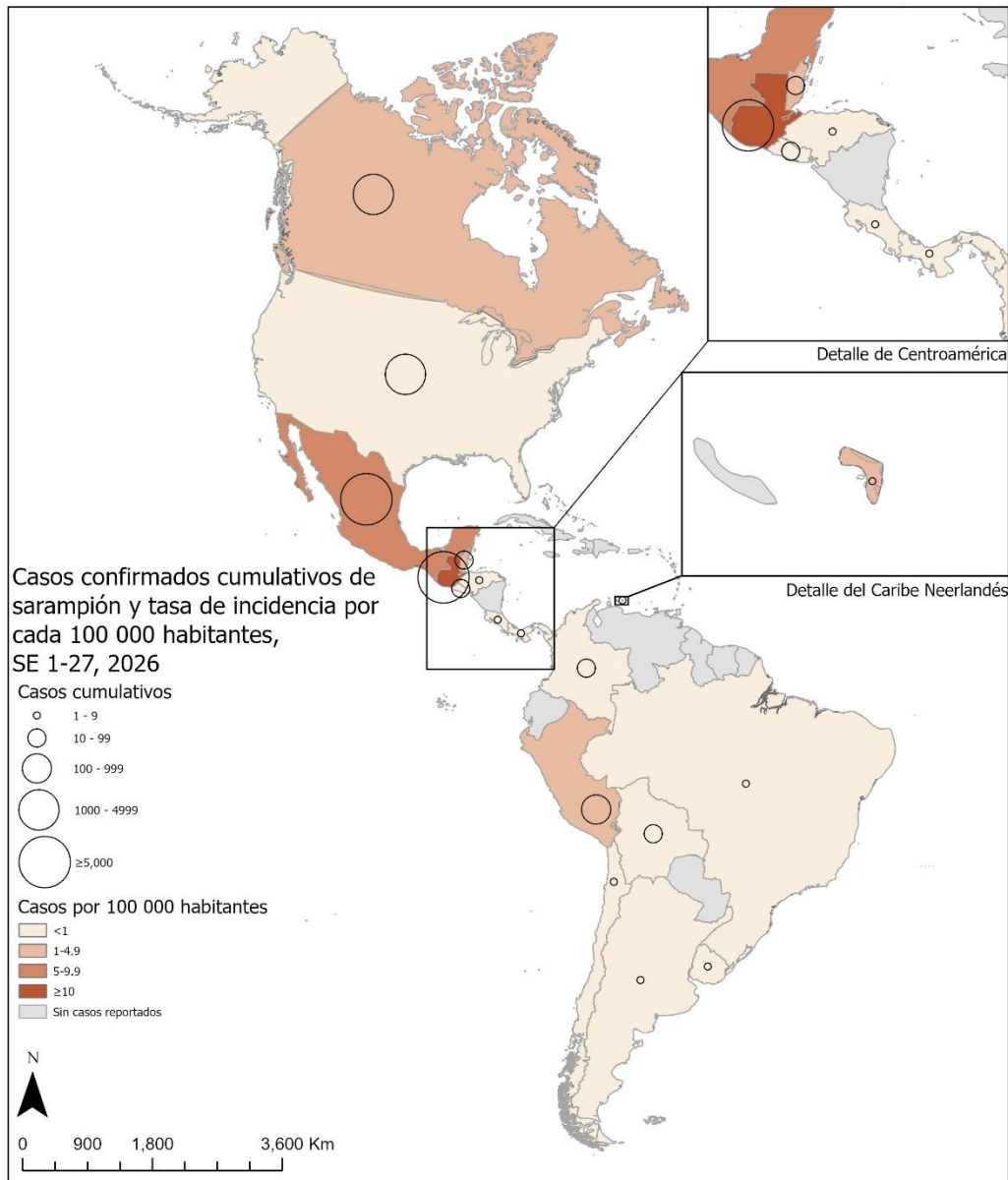
Tras los terremotos, el riesgo de introducción y propagación del sarampión en Venezuela sigue siendo motivo de preocupación debido a una cobertura vacunal insuficiente, las lagunas en la vigilancia y la concentración de la población desplazada en campamentos temporales relacionados con las actividades de respuesta de emergencia y recuperación temprana. Dado el riesgo de posibles casos importados, especialmente en las

¹ Desde el Informe de Situación n.º 6, ningún otro país ha notificado casos de sarampión por primera vez en 2026.

² El número de casos notificados para las semanas epidemiológicas 23 y 24 difiere del del Informe de situación n.º 6 porque los datos actualizados de Guatemala incluyen ahora casos clasificados mediante vínculos epidemiológicos y criterios clínicos, que no se incluyeron en el periodo de notificación anterior.

zonas que acogen a personal humanitario, sigue siendo prioritario reforzar la detección precoz, la capacidad de confirmación en laboratorio, la búsqueda activa de casos y la vacunación de las poblaciones desplazadas para reducir el riesgo de importación y de transmisión posterior.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 27, 2026. (n = 43.559)



© 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 *Panorama operativo* resume 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 pilares estratégicos* consolida las acciones regionales en torno a los cuatro pilares operativos que guían la respuesta de la Organización: vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio; inmunización y operaciones de vacunación; comunicación de riesgos y participación comunitaria; y preparación operativa y alianzas.

Panorama operativo — Países prioritarios

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

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
México (2)	La OPS siguió apoyando la respuesta nacional contra el sarampión mediante la coordinación técnica en materia de vigilancia, inmunización, gestión clínica y comunicación de riesgos; el seguimiento de los preparativos para el taller de revisión de la respuesta al brote de sarampión previsto del 5 al 7 de agosto del 2026; el apoyo a la vacunación de respuesta al brote mediante bloqueos de vacunación, campañas de vacunación documentadas y centros de vacunación a gran escala, incluida la intensificación de la vacunación contra el sarampión durante la campaña nacional «FIFA 2026» y la continuación de las actividades de respuesta en julio; orientación clínica centrada en los cuidados de apoyo, el triaje y el aislamiento adecuados, la administración oportuna de suplementos de vitamina A, la identificación y el tratamiento tempranos de las complicaciones, y la prevención de la transmisión asociada a la atención sanitaria; difusión del seminario web regional sobre el manejo clínico del sarampión y la prevención y el control de infecciones; colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) y las autoridades sanitarias nacionales en la elaboración de materiales de comunicación en el contexto de la Copa Mundial de la FIFA™.	Continuar la cooperación técnica para reforzar la respuesta al brote; realizar el seguimiento del taller de revisión de la respuesta celebrado en agosto y coordinarse con el Centro Nacional de Salud del Niño y el Adolescente (CENSIA) sobre una visita propuesta por expertos de la OPS; posible misión o taller de microplanificación de la vacunación para reforzar el control del brote, aportar información a la campaña de seguimiento prevista para el primer semestre del 2027 e integrar la microplanificación en la inmunización sistemática; participación en un taller sobre inmunización el 16 de julio para revisar las lecciones aprendidas y las oportunidades de mejora, al tiempo que se sigue apoyando la vacunación como respuesta al brote, las campañas de vacunación documentadas y la vacunación en zonas de gran afluencia.
Guatemala (3)	En apoyo a la respuesta liderada por el Ministerio de Salud, la OPS siguió prestando cooperación técnica para reforzar la vigilancia nacional y subnacional, lo que incluyó el desarrollo de capacidades, la notificación de resultados de laboratorio a través de Go.Data, el análisis semanal de la situación, la notificación conforme al RSI y la mejora de la calidad de los datos; prestó apoyo a los análisis de mortalidad	Seguir apoyando a las autoridades nacionales en el refuerzo de la respuesta ante el brote; la microplanificación de la vacunación y la preparación logística en Quiché, Alta Verapaz, Ixil, Huehuetenango y Chiquimula; la determinación de las necesidades adicionales de vacunas y

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
	y letalidad; entregó el panel de control para la gestión del brote de sarampión a la Dirección de Epidemiología y Gestión de Riesgos y a la Dirección de Tecnologías de la Información (DTI); se organizó una misión técnica del 4 al 11 de julio con expertos en gestión clínica y prevención y control de infecciones (PCI), que incluyó una visita interprogramática de a Quiché del 6 al 9 de julio para evaluar prácticas, identificar deficiencias, revisar historiales clínicos, realizar simulaciones y formar al personal sanitario; se prestó apoyo logístico a las brigadas de vacunación en Guatemala Central, el noroeste, el noreste y el sur de Guatemala; se prestó apoyo en el recálculo de las poblaciones susceptibles y en la estimación de las necesidades de vacunación y logísticas; se mejoraron los materiales de comunicación de riesgos; y se perfeccionó el panel de información de la campaña de vacunación.	jeringuillas; el refuerzo de la gestión clínica y el control de infecciones tras la misión en Quiché; el apoyo a la calidad de los datos y la notificación completa de los casos; y el desarrollo de materiales de comunicación y participación comunitaria culturalmente apropiados, incluidas orientaciones para docentes, comadronas e es y líderes comunitarios en lenguas mayas.
Estados Unidos	Intercambio técnico continuo con las autoridades nacionales.	Coordinación y colaboración continuadas en la respuesta al brote de sarampión
Perú (4)	Se siguió prestando apoyo técnico a la respuesta nacional y subnacional frente al sarampión, con especial atención a Puno y Cusco; se realizó un seguimiento de los compromisos regionales de respuesta y de la adquisición de la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR); se prestó asistencia técnica a los equipos de respuesta de Cusco para reforzar la investigación de casos, el seguimiento de contactos y la detección activa de casos a nivel institucional y comunitario; se identificaron mejoras operativas durante los ejercicios sobre el terreno; La OPS apoyó la intensificación de las actividades de vacunación en toda la macrorregión sur y evaluó las medidas de respuesta sobre el terreno, identificando bloqueos de vacunación incompletos y deficiencias en la calidad de los datos para adoptar medidas correctivas; prestó apoyo en materia de orientación clínica sobre derivaciones, uso de vitamina A y prevención y control de infecciones; realizó actividades de promoción ante las autoridades locales de Paucartambo para reforzar la comunicación durante las fiestas de la Virgen del Carmen; y organizó una sesión técnica para un curso de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) sobre reacciones adversas tras la vacunación.	Seguir apoyando la intensificación de la vigilancia y la vacunación en las zonas prioritarias, incluido el seguimiento de las medidas correctivas para los bloqueos de vacunación incompletos y el refuerzo del rastreo de contactos y la detección activa de casos; apoyar la comunicación de riesgos y la preparación para los próximos eventos de gran afluencia y períodos de viaje, incluida una encuesta propuesta en Puno para evaluar las percepciones sobre la vacunación y elaborar mensajes de comunicación adaptados; brindar apoyo en materia de derivaciones clínicas adecuadas, uso de vitamina A y medidas de prevención y control de infecciones, así como apoyo logístico para las actividades de vacunación en lugares estratégicos, incluido Sicuani.

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
Bolivia (5)	La OPS siguió apoyando las actividades de cierre de brotes mediante la revisión y validación de la documentación departamental, la asistencia técnica para subsanar las deficiencias en la notificación y el seguimiento con los equipos departamentales; se realizó una visita técnica a Santa Cruz para establecer la coordinación con el nuevo director de Epidemiología y elaborar un plan de acción destinado a intensificar las actividades de cierre de brotes. El avance en la documentación superó el 95% en Pando, Oruro, Potosí, Beni, Cochabamba y Chuquisaca, mientras que se mantuvo el apoyo específico en La Paz, Tarija y Santa Cruz; se llevó a cabo un seguimiento presencial y virtual, se revisaron los requisitos normativos y de documentación, y planificó visitas a los municipios rurales que cumplían los requisitos; Se apoyó la intensificación de las actividades de vacunación y comunicación; se desplegaron brigadas de divulgación en 22 municipios de alto riesgo de cinco departamentos, en los que se administraron 46.266 dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) y la vacuna SR; las actividades de comunicación y movilización social incluyeron vídeos dirigidos por expertos, mensajes sobre vacunación durante el periodo de vacaciones de invierno, la participación de los medios de comunicación locales y la coordinación con las instituciones de la seguridad social y el Ministerio de Defensa para promover la vacunación entre los grupos prioritarios; También se promovió la vacunación en eventos con gran afluencia de público; tras la confirmación de casos de sarampión en Yunguyo (Perú), cerca de Copacabana, se elaboraron directrices técnicas para apoyar la planificación de contingencias y la preparación en La Paz.	Continuar con el seguimiento técnico de la documentación relativa al cierre del brote, prestando apoyo prioritario a Santa Cruz, La Paz y Tarija, incluida la asistencia presencial a los municipios con mayores retrasos; apoyar la preparación y finalización de los informes municipales y departamentales definitivos de cierre en las zonas que llevan más de 90 días sin registrar casos; reforzar las capacidades de investigación, rastreo de contactos y respuesta rápida en Santa Cruz; y apoyar la aplicación de medidas de contingencia en La Paz tras los casos notificados cerca de la frontera con Perú; continuarán las actividades de comunicación y movilización social para promover la vacunación y reforzar la concienciación sobre los riesgos.

Respuesta de la OPS por pilares estratégicos (6)³

Alianzas y comunicaciones

- Se ha publicado la «Estrategia de respuesta al brote de sarampión en varios países y llamamiento a los donantes», que ya está disponible en línea. El documento describe las medidas de respuesta prioritarias

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 este período de informe. El apoyo operativo específico para cada país se resume en la Tabla 1.

y los recursos necesarios para apoyar a los países en el control de los brotes de sarampión en curso y en el fortalecimiento de las capacidades regionales de preparación y respuesta. El documento está disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/measles-multi-country-outbreak-response-strategy-and-donor-appeal> (7)

Vigilancia colaborativa

- Se han analizado las deficiencias en materia de vigilancia y los ámbitos que deben reforzarse en Haití. Asimismo, se celebró una reunión de coordinación para apoyar la preparación y reforzar las actividades de vigilancia y vacunación.
- Se celebró una reunión de coordinación con las autoridades sanitarias de Bolivia para examinar la situación epidemiológica e identificar oportunidades para reforzar las actividades de respuesta en curso, especialmente en Santa Cruz.
- Se mantuvo la coordinación en Guatemala para reforzar el sistema nacional de información, lo que contribuyó a mejorar la calidad de los datos y a un aumento sustancial del número de casos confirmados registrados en el sistema.
- Se prestó apoyo financiero y técnico a las actividades de respuesta al brote de sarampión en Honduras.
- Se mantuvo el apoyo técnico a las actividades de respuesta en Perú, incluidas visitas sobre el terreno a Arequipa y Cusco, el apoyo a las actividades de inmunización de respuesta ante brotes (ORI) y una reunión técnica celebrada el 9 de julio para apoyar la elaboración de modelos del brote de sarampión.
- En Brasil, se coordinó con el equipo técnico que prestará apoyo a la publicación de datos sobre la seguridad de la vacuna triple vírica (SPR) en adolescentes y adultos.
- La OPS, la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA por sus siglas en inglés) y el Laboratorio de Salud Pública Best-dos Santos organizaron un taller de formación de cuatro días sobre el diagnóstico molecular del sarampión, la leptospirosis, el hantavirus y los arbovirus con potencial epidémico y pandémico. El taller combinó sesiones teóricas y prácticas. La OPS seguirá prestando apoyo técnico y evaluando la implementación del ensayo de RT-PCR para el sarampión en Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.
- El 10 de julio del 2026 se celebró una reunión virtual de actualización de la Red Regional de Laboratorios de Sarampión y Rubéola. Entre los temas tratados figuraron las directrices de la OPS para la respuesta de los laboratorios durante los brotes de sarampión con transmisión comunitaria.

Operaciones de inmunización y vacunación

- Se prestó apoyo a las actividades de vacunación en Panamá.
- Se elaboró un protocolo para orientar las actividades de vacunación en los refugios temporales de Venezuela en el contexto de la emergencia actual.
- En la siguiente tabla se resumen las actividades de vacunación y los avances comunicados por los países con transmisión comunitaria y aquellos clasificados como de alto riesgo:

Tabla 2. Situación de la vacunación y avances de la respuesta en los países prioritarios

País	Clasificación	Actividades y avances en materia de vacunación
Guatemala	Transmisión comunitaria	En Guatemala Central, se administraron 365.785 dosis tras siete semanas de campaña de vacunación, lo que supone un avance del 54,4% frente al 87% previsto. En la región del Noroeste, se administraron 41.996 dosis tras tres semanas, lo que supone un avance del 21% frente al 45% previsto.
México	Transmisión comunitaria	Las campañas de vacunación continuaron; sin embargo, no se disponía de un análisis consolidado de los datos de vacunación que permitiera evaluar los avances desde el inicio de la respuesta al brote.
Bolivia	Transmisión comunitaria	A fecha de 29 de junio del 2026, la cobertura de vacunación alcanzaba el 41% entre los niños de 6 a 11 meses, el 58,4% entre los niños de 1 a 4 años que habían recibido la primera dosis y el 59,6% entre las personas de 5 a 19 años.
Honduras	Alto riesgo	La campaña de vacunación prevista inicialmente para 2025 no se llevó a cabo. Se ha seguido prestando apoyo técnico para la planificación y la microplanificación, mientras que la formulación de la vacuna y la estrategia de vacunación siguen siendo objeto de debate.
Haití	Riesgo elevado	La campaña de vacunación más reciente se llevó a cabo en 2019. Desde entonces, se han acumulado aproximadamente ocho cohortes de nacidos susceptibles.

Comunicación sobre riesgos y crisis y participación comunitaria

- Se han publicado los resultados de un estudio sobre los factores sociales y conductuales que influyen en la vacunación contra la gripe, la COVID-19 y el virus respiratorio sincitial entre las mujeres embarazadas en Argentina. El informe aporta datos que permiten comprender mejor a los públicos objetivo y servir de base para el diseño de estrategias de comunicación sobre vacunación adaptadas a cada caso. Estudio disponible en: <https://iris.paho.org/items/f9d837cb-a7ea-4803-8ac5-05997c1eee8b> (8)
- Apoyó las actividades de comunicación de riesgos en Honduras mediante la revisión de los puntos clave para una rueda de prensa sobre la investigación de tres Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) asociados a la vacuna hexavalente, teniendo en cuenta su posible impacto en la confianza en el programa nacional de inmunización.
- Se revisaron los indicadores cuantitativos de la campaña nacional en redes sociales sobre vacunación en Honduras.
- Se amplió el acceso al seminario web regional sobre el fortalecimiento de la gestión clínica del sarampión y la prevención y el control de infecciones, poniendo a disposición la grabación con subtítulos en inglés, español y portugués. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/seminario-regional-para-fortalecimiento-manejo-clinico-prevencion-control-infeccion-contr> (9)
- Se prestó apoyo a la preparación de una rueda de prensa sobre la respuesta de salud pública a los terremotos en Venezuela, incluyendo mensajes relacionados con la vacunación contra el sarampión. La rueda de prensa está disponible en: <https://www.youtube.com/live/lj1XCZ1ecH8> (10)

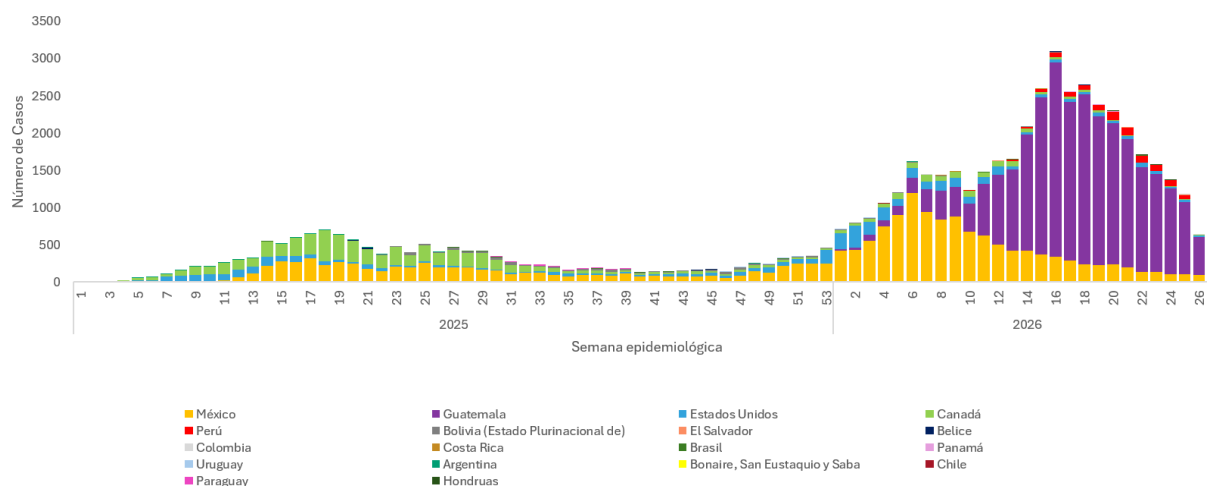
- Promovió el nuevo curso del Campus Virtual de la OPS, «Fomentar la confianza y responder a la desinformación sobre las vacunas», disponible en inglés, con el fin de reforzar las capacidades para hacer frente a la desinformación relacionada con las vacunas y mantener la confianza del público en la inmunización. El curso está disponible en: <https://campus.paho.org/mooc/login/index.php> (11)
- Difundió la última edición del *Boletín de Inmunización*, que incluye un artículo sobre la respuesta de los laboratorios ante los brotes de sarampión y está disponible en inglés, portugués y francés. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/de96965d-7396-49d6-8027-1cb3eef81b19> (12)
- Se han apoyado actividades de participación comunitaria en Guatemala a través de la campaña «La Abeja Pepe», en colaboración con líderes católicos, para promover la vacunación y reforzar la participación de las comunidades locales.
- Apoyó la puesta en marcha de una campaña digital de vacunación en Perú, en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA) y otros organismos de las Naciones Unidas, promoviendo información basada en la evidencia y la confianza del público en la vacunación. Disponible en: <https://www.facebook.com/OPSOMSPeru/posts/pfbid0vsKTyuZxuTKWhHWxitihQkK3UoTwn4HMyo1HxrCLetqYitva9y3YnSgygM1Yo3w9l?rdid=9klsNZs01V3QMjAi> (13)

Apoyo operativo y logística

- Se han proseguido las actividades de formación del Sistema de Apoyo Logístico (LSS por sus siglas en inglés) en Honduras, Guatemala y Colombia para reforzar la gestión y el seguimiento de los suministros e inventarios sanitarios, en coordinación con otros proyectos en curso.

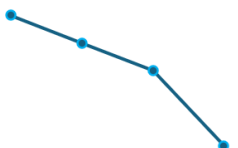
Situación epidemiológica

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 27 del 2026

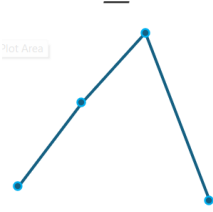


La tabla siguiente resume la situación epidemiológica en los países que han notificado casos confirmados de sarampión.

Tabla 3. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, a fecha de la SE 27 del 2026

País	Casos en 2026 (hasta la SE 27) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 27) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (14)	Notas epidemiológicas
México*	12.052	17	↓ en descenso 	Eliminación sostenida con motivos de gran preocupación	La mayoría de los nuevos casos en 2026 se notificaron en Jalisco (6.580), Ciudad de México (1.004) y Chiapas (845). Se registró una muerte más durante este periodo. La muerte más reciente se notificó en la SE 27 del 2026. El último caso se registró en la SE 27 del 2026.
Guatemala*	27.145 ⁴	26	↓ en descenso 	Eliminación sostenida	Se ha notificado transmisión en los 22 departamentos, especialmente en Guatemala Central. De los 27.145 casos confirmados notificados en todo el país, 7.489 fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, 3.054 mediante seguimiento epidemiológico y 16.602 según criterios clínicos. Se registraron cuatro fallecimientos adicionales durante la SE 26 y la SE 27. El caso confirmado más reciente se notificó en la SE 26 del 2026.
Estados Unidos*	2.231	0	↓ en descenso 	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Carolina del Sur (670), Utah (516), Texas (182), Virginia (176), Florida (141), Pensilvania (103) y Arizona (97). El último caso se produjo en la SE 27 del 2026.

⁴ Las cifras comunicadas incluyen ahora los casos confirmados por laboratorio, los vinculados epidemiológicamente y los confirmados clínicamente.

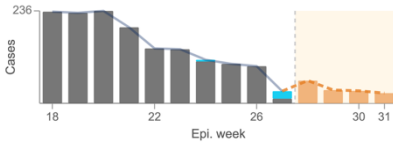
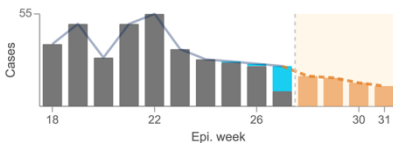
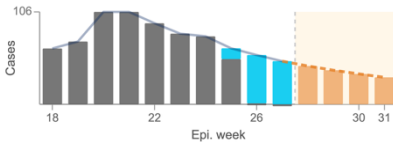
País	Casos en 2026 (hasta la SE 27) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 27) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (14)	Notas epidemiológicas
Canadá*	1.097	0		Endémico	Aproximadamente el 98% de los casos están relacionados con el brote del 2024 en Nuevo Brunswick (NB). En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (674), Alberta (311), Columbia Británica (37), Quebec (31) y Ontario (29). La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC por sus siglas en inglés) no ha atribuido al brote D8 un foco emergente independiente en Quebec, compuesto por 23 casos cuya erupción cutánea más reciente se produjo en la SE 24, y lo está supervisando como un posible evento de transmisión distinto a la espera de la confirmación del genotipo (15). El último caso se registró en la SE 26 del 2026.
Perú*	859	0		Eliminación sostenida	Los casos notificados en 2026 se han concentrado principalmente en Puno, con el 90% de los casos, seguida de Arequipa, Lima, Cusco, Moquegua, Lambayeque, Huánuco, Tacna, Madre de Dios y Junín. El último caso se registró en la semana epidemiológica 26 del 2026.
Bolivia*	81	1	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 26 del 2026.
El Salvador	39	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 25 del 2026.
Colombia	13	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 26 del 2026.

País	Casos en 2026 (hasta la SE 27) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 27) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (14)	Notas epidemiológicas
Belice	11	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 20 del 2026.
Panamá	9	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la SE 23 del 2026.
Brasil	6	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida con preocupaciones moderadas	El último caso se registró en la SE 23 del 2026.
Honduras	6	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida con motivos de gran preocupación	El último caso se registró en la SE 24 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 cuadro de mando (1)	Véase el panel de control (1)	—	—	—

*Países con brotes activos: se han notificado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **La última semana epidemiológica (EW) se ha excluido de los recuentos observados para mitigar el retraso en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Chile y Uruguay. Véase el panel de control sobre el sarampión de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): <https://tinyurl.com/3xtciv84> (1)

Como complemento al 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**). Las previsiones a corto plazo (en barras azules) corrigen los datos de las últimas semanas para tener en cuenta los retrasos en la notificación. Las previsiones a corto plazo (en barras naranjas) proyectan la incidencia prevista de casos durante las próximas cuatro semanas basándose en el número de reproducción efectivo estimado actual (R_t), es decir, el número medio de infecciones secundarias por caso. Un valor de R_t superior a 1 indica una transmisión sostenida o en aceleración; inferior a 1, un brote en declive. La metodología completa se detalla en las Notas Técnicas.

Tabla 4. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 27 del 2026

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Basada en el modelo ²	Previsión a 4 semanas (semanas 28-31) mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
México	0,66 [0,59 – 0,73]	↓ en descenso	~150 [99–211] casos 	R_t por debajo de 1 con un intervalo estrecho: el modelo apunta a un descenso continuado durante las próximas 4 semanas, con el límite superior también por debajo de la unidad.
Guatemala	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado ningún modelo — véase la nota al pie 4.
Estados Unidos	0,72 [0,59 – 0,87]	↓ en descenso	~61 [29–104] casos 	Con un R_t inferior a 1, el modelo sugiere que la transmisión podría estar disminuyendo, pero la tendencia es reciente (tres semanas) y requiere un seguimiento continuo antes de que se pueda inferir una disminución sostenida.
Canadá	— ⁵	— ⁵	— ⁵	No se ha realizado la modelización —véase la nota al pie 5. De los 1.079 casos registrados en 2026, 1.021 siguen estando relacionados con el brote que comenzó en octubre del 2024, que ahora se encuentra en descenso sostenido.
Perú	0,77 [0,68 – 0,87]	↓ en descenso	~149 [96–213] casos 	El R_t se sitúa por debajo de 1 por primera vez; el modelo prevé un posible descenso de la transmisión, aunque este resultado debe interpretarse con cautela, dada su reciente aparición, y requiere confirmación en estimaciones posteriores.
Bolivia	— ⁵	— ⁵	— ⁵	No se ha realizado la modelización; véase la nota al pie 5.

¹ R_t = número de reproducción efectivo: el número medio de infecciones secundarias por caso en un momento dado. Estimado mediante el método EpiEstim con una ventana móvil de 4 semanas (16). 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 de la previsión a 4 semanas e intervalo de predicción (PrI) del 95% para los nuevos casos previstos durante las semanas epidemiológicas 28 a 31, en función del R_t estimado actualmente.

⁴ Guatemala: no se ha realizado la modelización para este periodo porque el cambio en los criterios de definición de casos según el Protocolo V3 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) —de 16 de marzo del 2026—, en virtud del cual solo se notifican los casos confirmados por laboratorio, afecta a la comparabilidad de las series de casos a lo largo de las últimas semanas.

⁵ Bolivia y Canadá: no se ha realizado la modelización porque la incidencia semanal ha descendido por debajo del umbral (< 5 casos/semana) a partir del cual la estimación de R_t deja de ser fiable y las previsiones a corto plazo no son lo suficientemente sólidas como para fundamentar decisiones operativas.

Notas técnicas

Este informe de situación utiliza dos pasos de modelización complementarios. En primer lugar, **la predicción inmediata (nowcasting)** corrige las semanas epidemiológicas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación, lo que permite obtener estimaciones de los casos que ya se han producido pero que aún no se han notificado en su totalidad. En segundo lugar, **la previsión a corto plazo** proyecta la incidencia prevista de casos para las próximas cuatro semanas basándose en el número de reproducción efectivo estimado actualmente (R_t).

Datos de casos. Las cifras semanales de casos confirmados de sarampión se obtuvieron de los sistemas nacionales de vigilancia que envían información a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Previsión a corto plazo. Para tener en cuenta los retrasos en la notificación inherentes a la vigilancia pasiva, se aplicó un modelo de previsión a corto plazo con el fin de estimar la incidencia real de las semanas epidemiológicas más recientes. En función de la duración del periodo 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 basándose 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 (17).

Número de reproducción efectivo (R_t). El R_t se estimó utilizando el método EpiEstim (16), que aplica un enfoque bayesiano de ventana deslizante a la serie de incidencia corregida mediante nowcasting. Se utilizó una ventana deslizante de 4 semanas (28 días), lo que corresponde aproximadamente a dos intervalos seriales —un valor por defecto comúnmente aplicado que equilibra la estabilidad estadística con la resolución temporal—. Se asumió una distribución gamma discreta del intervalo de serie (media de 15 días, desviación estándar de 4 días), en consonancia con la bibliografía sobre el sarampión (18). El intervalo de serie se consideró fijo; esta simplificación subestima ligeramente la incertidumbre del R_t , pero no afecta a las clasificaciones cualitativas de las tendencias presentadas. Los intervalos de credibilidad del R_t se calculan en función de la estimación puntual de la previsión a corto plazo y, por lo tanto, no propagan formalmente la incertidumbre de dicha previsión. La clasificación de la tendencia se basó en el intervalo de credibilidad completo del 95% de R_t : **en aumento** (límite inferior > 1), **en descenso** (límite superior < 1) o **incierta** (el intervalo incluye el 1).

Previsión a corto plazo. Se generaron proyecciones a cuatro semanas mediante un modelo de renovación que simulaba 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 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (16 de marzo del 2026)— pueden afectar a la interpretación de las tendencias en cada país y se señalan en el anexo por países.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Cuadro de mando regional de la OPS sobre el sarampión. Washington D.C.: OPS; 2026 [consultado el 17 de julio del 2026]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/reportEmbed?reportId=71eebf72-f738-4475-b404-d84f41c7e05a&autoAuth=true&ctid=e610e79c-2ec0-4e0f-8a14-1e4b101519f7>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en México, 13 de julio del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 13 de julio del 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Perú, 13 de julio del 2026. Lima: OPS; 2026. Sin publicar.
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 13 de julio del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional sobre el IMST del sarampión, 13 de julio del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Sin publicar.
7. Organización Panamericana de la Salud. Brote de sarampión en varios países: estrategia de respuesta y llamamiento a los donantes. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/measles-multi-country-outbreak-response-strategy-and-donor-appeal>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Factores sociales y de comportamiento que influyen en la vacunación contra la gripe, la COVID-19 y el virus sincicial respiratorio en mujeres embarazadas en Argentina: informe de resultados. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/f9d837cb-a7ea-4803-8ac5-05997c1eee8b>
9. Organización Panamericana de la Salud. Seminario web regional: Fortalecimiento de la gestión clínica y la prevención y el control de infecciones. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/en/events/regional-webinar-strengthening-clinical-management-and-infection-prevention-and-control>.
10. Organización Panamericana de la Salud. Rueda de prensa: información actualizada sobre la respuesta sanitaria a los terremotos en Venezuela. Washington, D.C.: OPS; 14 de julio del 2026. Disponible en: <https://www.youtube.com/live/lj1XCZ1ecH8>
11. Organización Panamericana de la Salud. Fomentar la confianza y responder a la desinformación sobre las vacunas: versión en inglés — 2026. Washington, D.C.: Campus Virtual de Salud Pública de la OPS; 2026. Disponible en: <https://campus.paho.org/mooc/login/index.php>

12. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de Inmunización. Vol. 48, n.º 1, abril del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/de96965d-7396-49d6-8027-1cb3eef81b19>
13. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Oficina en Perú. ¿Es segura la vacuna contra el sarampión? Sí, la vacuna es segura, gratuita y protege. Lima: OPS/OMS Perú; 2026. Disponible en: <https://www.facebook.com/OPSOMSPeru/posts/pfbid0vsKTyuZxuTKWhHWxjtjhOkK3UoTwn4HMyo1HxrCLetqYjtva9y3YnSgygM1Yo3w9l?rdid=9klsNZs01V3QMjAi>
14. Organización Panamericana de la Salud. Quinta reunión anual de la Comisión Regional de Seguimiento y Revalidación para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola. Ciudad de México, 4-7 de noviembre del 2025. Washington D. C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/e47bcb10-404d-496e-b864-004139518b36>.
15. Gobierno de Canadá. Semana epidemiológica n.º 24 (del 14 al 20 de junio del 2026)— Informe semanal de seguimiento del sarampión y la rubéola. Ottawa: GC; 2026. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>
16. Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. Un nuevo marco y software para estimar los números de reproducción variables en el tiempo durante las epidemias. 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.
17. McGough SF, Johansson MA, Lipsitch M, Menzies NA. Previsión a corto plazo mediante suavizado bayesiano: un modelo flexible y generalizable para el seguimiento de epidemias en tiempo real. 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.
18. Groendyke C, Welch D, Hunter DR. Un análisis basado en redes de los datos sobre el sarampión de Hagelloch de 1861. Biometrics. Septiembre del 2012;68(3):755-65. doi: 10.1111/j.1541-0420.2012.01748.x. Publicación electrónica: 24 de febrero del 2012. PMID: 22364540; PMCID: PMC4553425. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4553425/>.