

Informe sobre la situación regional · N.º 8

Sarampión en la Región de las Américas

31 de julio del 2026 · Próximo número: 13 de agosto del 2026

PERÍODO DE REFERENCIA: SE 1-29, 2026 (4 de enero – 25 de julio del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 27-28 vs SE 25-26		
ACUMULADO — SE 1–29, 2026		
47.026 CASOS CONFIRMADOS	48 Muertes Tasa de mortalidad (CFR) 0,10 %	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADO) ¹
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 27–28, 2026		
+1.697 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -6,7 % (en comparación con SE 25-26) ²	+1 NUEVAS MUERTES Una nueva muerte en México	7/17 PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO: Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Colombia, Guatemala, México, Perú y Estados Unidos de América.

Resumen de la situación

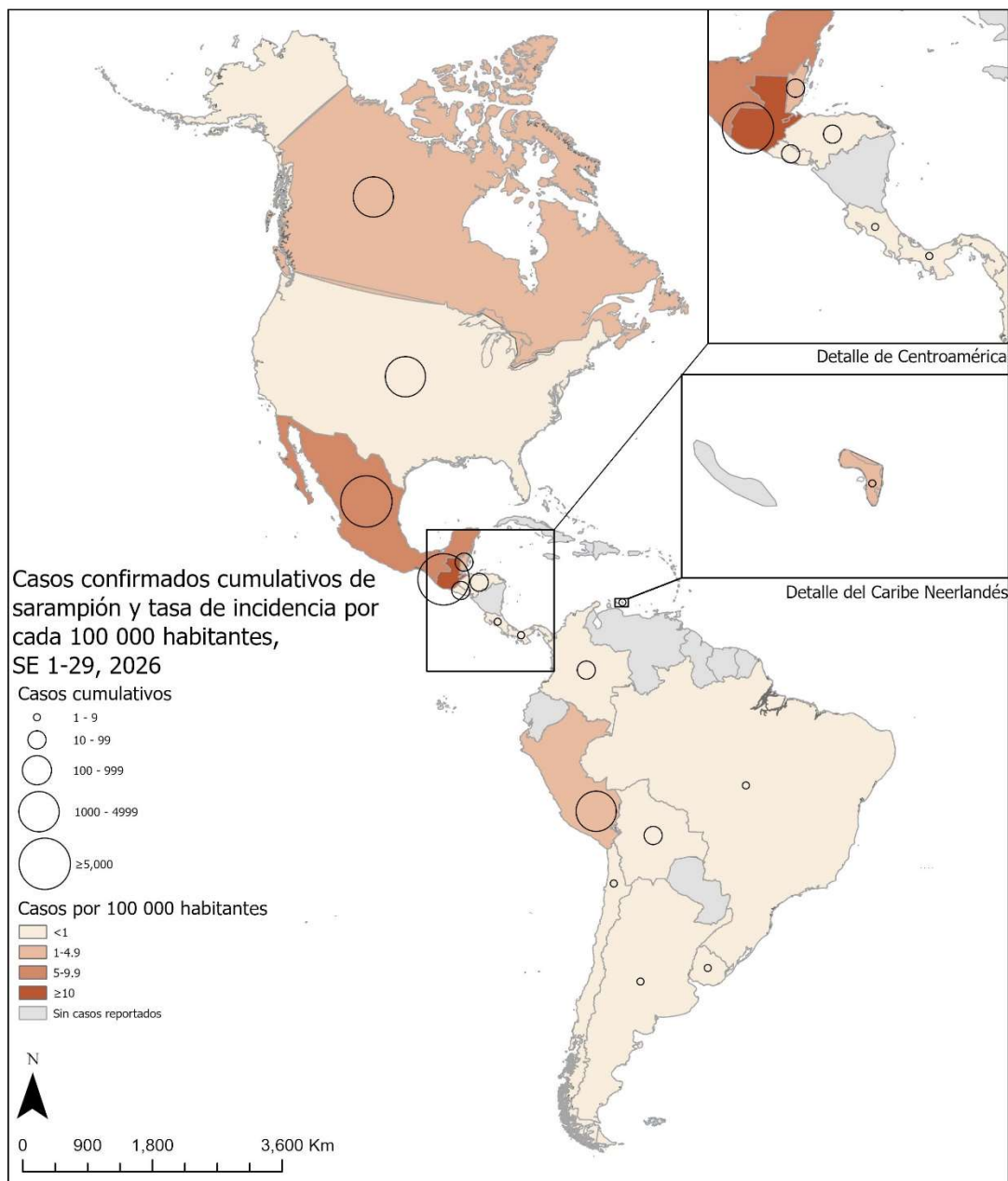
Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 29 de 2026 (que finalizó el 25 de julio del 2026), la Región de las Américas reportó **47.026** casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que representa aproximadamente un aumento de cinco veces en comparación con el mismo período de 2025. Guatemala (30.040), México (12.233), Estados Unidos (2.318) y Canadá (1.107) concentraron la mayor parte (97 %) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Además, se han notificado **48** muertes (1). **El aumento en el total acumulado regional en comparación con el Informe de situación n.º 7 se debe principalmente a Guatemala, que sigue siendo el principal contribuyente de casos recién confirmados** con 1.395 casos adicionales, seguida por México con 119 casos adicionales, Perú con 93 casos adicionales, Estados Unidos con 77 casos adicionales, Canadá con 9 casos adicionales, Bolivia con 3 casos adicionales y Colombia con 1 caso adicional.

Durante las SE 27 y 28 del 2026, la Región de las Américas reportó **1.697** nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 6,7 % en comparación con el período de dos semanas anterior (SE 25-26; 1.818 nuevos casos)² (**Figura 1**). Esta disminución se debió principalmente a la reducción del número de casos notificados en Guatemala tras la incorporación de la actualización retrospectiva en el informe de situación anterior.

Tras los terremotos, si bien el riesgo de introducción y propagación del sarampión en Venezuela sigue siendo motivo de preocupación, hasta el momento no se han notificado casos confirmados en el país.

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

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE1 – 29, 2026. (n = 47.026)



© 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 pilar estratégico* consolida las acciones regionales en 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 acciones 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, manejo clínico y comunicación de riesgos; la instalación de puestos móviles de vacunación en las tres ciudades sede de la Copa Mundial de la FIFA 2026, incluyendo áreas de alta concentración como la Aldea Global 2026 en la Ciudad de México y las FIFA Fan Fests en Guadalajara y Monterrey; una reunión de coordinación con el Centro Nacional de Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) para dar seguimiento a las actividades de cooperación técnica en curso; la organización de un seminario virtual sobre la metodología 7-1-7, con la participación del CeNSIA y la Dirección General de Epidemiología (DGE); y la continuación de los preparativos para el taller destinado a evaluar la respuesta al brote y realizar un análisis estratégico para interrumpir la transmisión del sarampión en México.	Se ha programado un taller para revisar la respuesta al brote en México del 5 al 7 de agosto del 2026, utilizando la metodología 7-1-7. Durante el taller, se aplicará el enfoque 7-1-7 y se complementará con un análisis a fondo de la evolución epidemiológica del brote y las estrategias de vacunación, con especial énfasis en el período más reciente de ocho semanas. El objetivo es identificar los desafíos operativos, los grupos de población y las áreas geográficas que siguen sustentando la transmisión, y definir acciones estratégicas específicas que aceleren el control del brote e interrumpan la transmisión lo más rápido posible.
Guatemala (3)	En apoyo a la respuesta liderada por el Ministerio de Salud, la OPS continuó brindando cooperación técnica en los cinco pilares de la respuesta, incluyendo el fortalecimiento de la vigilancia nacional y subnacional mediante capacitación, consultas semanales, notificación conforme al RSI, la interoperabilidad entre el Gobierno, Go.Data-ISIS y la mejora de la calidad de los datos; el apoyo continuo a la Comisión Nacional de Sarampión para el análisis de la mortalidad y la letalidad, así como para la identificación de brechas en el manejo clínico y las intervenciones de atención primaria; los preparativos avanzados para la capacitación en vigilancia, respuesta y microplanificación, así como para	Seguir apoyando a las autoridades nacionales para fortalecer la respuesta ante los brotes; presentar la solicitud de vacunas adicionales para la campaña nacional de vacunación y asegurar el financiamiento para la adquisición de dosis adicionales de vacunas y jeringas, según lo planeado por los distritos de salud; impulsar los esfuerzos de movilización de recursos para asegurar el financiamiento del apoyo técnico continuo; y promover materiales de participación comunitaria y comunicación culturalmente apropiados, incluyendo orientaciones

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
	ejercicios de simulación en Quiché, Chiquimula, Alta Verapaz, Ixil y Huehuetenango; apoyó la reevaluación de las poblaciones susceptibles y la estimación de las necesidades de recursos humanos, transporte, logística y vitamina A para las actividades de vacunación y el manejo de casos; revisó y modificó la guía para maestros, parteras y líderes comunitarios sobre la vigilancia comunitaria del sarampión y la vacunación, cuya traducción a las lenguas mayas está en curso; y continuó con el desarrollo del tablero de la campaña de vacunación para monitorear la respuesta al brote y dar seguimiento a las dosis administradas.	para maestros, parteras y líderes comunitarios en lenguas mayas.
Estados Unidos	Intercambio técnico continuo con las autoridades nacionales.	Se mantiene la coordinación y la colaboración en la respuesta al brote de sarampión
Bolivia (4)	La OPS continuó brindando asistencia técnica para fortalecer las actividades de cierre del brote de sarampión y los esfuerzos de vacunación en Bolivia. En Santa Cruz, una misión técnica apoyó la revisión y validación de la documentación departamental, abordó las brechas en la notificación y estableció coordinación con el nuevo director de Epidemiología, con un avance en la documentación superior al 95 %. También continuó la coordinación interinstitucional entre la Dirección de Promoción de la Salud, el PAI y el Ministerio de Defensa para planificar las actividades de vacunación en las unidades militares. En La Paz, una reunión interdepartamental e interinstitucional celebrada en Copacabana se centró en fortalecer los planes de vacunación contra el sarampión y restablecer la cobertura en los municipios prioritarios, mientras que una misión en Cochabamba supervisó las actividades, apoyó la planificación operativa, evaluó las intervenciones de comunicación y coordinó la vacunación de los reclutas y el personal premilitar. En cuanto a la comunicación y la movilización social, se había utilizado el 100 % de los recursos de cooperación técnica de la OPS asignados para junio y julio, mientras que la implementación general alcanzó el 83 % según los informes departamentales. El desempeño fue más sólido en La Paz, Pando, Oruro, Chuquisaca y Tarija; bueno en Beni y Cochabamba; y regular en Potosí y Santa Cruz. Se invitó a estos dos últimos departamentos a intensificar los esfuerzos de	Continuar brindando seguimiento técnico a la documentación de cierre de brotes y apoyar la implementación de la estrategia VacunaTok, programada para la segunda quincena de agosto. También se fortalecerán las capacidades técnicas para la investigación de brotes, el rastreo de contactos y la respuesta rápida en Santa Cruz y sus redes de salud.

País	Respuesta conjunta en este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
	comunicación sobre vacunación e inmunización, fortalecer la coordinación interna y mejorar el seguimiento de las actividades planificadas.	

Respuesta de la OPS por pilares estratégicos (5)³

Coordinación

- La OPS ha finalizado un [Plan de Respuesta Estratégica para el brote regional de sarampión](#), elaborado por el IMST en un formato de listo para los donantes. El formato establece los recursos necesarios para la respuesta regional y se está difundiendo a través de la página web de la OPS y las redes sociales, al tiempo que se está llevando a cabo una campaña de divulgación directa dirigida a donantes humanitarios estratégicos. Su objetivo es movilizar los recursos financieros necesarios para mantener las actividades de vigilancia, inmunización y respuesta clínica en todos los países afectados y en riesgo.
- Para poner en práctica la respuesta, el IMST elaboró una [Matriz de Preparación y Respuesta ante el sarampión](#), en la que se organizan las acciones recomendadas en seis pilares técnicos —Coordinación; Vigilancia, Laboratorio, Investigación de casos y Rastreo de contactos; Manejo clínico; Inmunización; Comunicación de riesgos y Participación comunitaria; y Respuesta rápida—, diferenciados según tres escenarios epidemiológicos (sin transmisión, cadenas de transmisión caracterizables, transmisión comunitaria). La matriz se elaboró mediante consultas con las oficinas regionales y nacionales, y ofrece a los Estados Miembros una referencia única para ajustar su postura de respuesta a medida que evoluciona la situación epidemiológica local.

Alianzas y comunicaciones

- Se realizaron presentaciones ante las oficinas de la OPS en los países sobre la movilización de recursos, en las que se destacaron las oportunidades para adoptar enfoques creativos a fin de obtener contribuciones en especie y fortalecer las alianzas, junto con los esfuerzos tradicionales de movilización de fondos.
- Se fortaleció la comunicación pública mediante la publicación de un artículo de noticias en el sitio web de la OPS en el que se destacaban las estimaciones de la OMS y UNICEF que muestran que la cobertura de inmunización de rutina se ha recuperado en todas las Américas, mientras que la disminución de la cobertura de vacunación contra el sarampión sigue dejando a las comunidades vulnerables a los brotes (5).

³ La respuesta de la OPS se organiza en torno a los pilares estratégicos. En esta sección se describen 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.

Vigilancia colaborativa

- Se brindó apoyo financiero y técnico a las actividades de respuesta al brote de sarampión en Brasil y Ecuador.
- En colaboración con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC, por sus siglas en inglés), se enviaron dos consultores para apoyar la respuesta en México y se establecieron reuniones semanales de coordinación. Con su apoyo, se están llevando a cabo los preparativos para realizar una evaluación 7-1-7 en el país.
- En colaboración con las autoridades nacionales de Perú, se apoyó la implementación de actividades de respuesta destinadas a detener la transmisión del sarampión entre las poblaciones indígenas de Yurimaguas.
- Se llevó a cabo una capacitación sobre la metodología 7-1-7 en Costa Rica con los coordinadores de inmunización de Guatemala y Bolivia. Además, se realizó una capacitación virtual sobre la metodología con la participación de la mayoría de los países de la Región.
- Se continuó la coordinación con las autoridades nacionales de Guatemala para fortalecer el sistema nacional de información, lo que contribuyó a mejorar la calidad de los datos y a garantizar que los datos epidemiológicos se mantengan actualizados en el sistema.

Operaciones de inmunización y vacunación

- Se prestó apoyo a las actividades de vacunación en Guatemala.
- Se entregó a Venezuela el primer envío de vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio Regional y donadas por Brasil, con el fin de apoyar la respuesta de emergencia en curso.
- En la siguiente tabla se resumen las actividades de vacunación y los avances reportados 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
Perú	Transmisión comunitaria	Se ha informado de avances limitados en las actividades y cambios en la representación de las autoridades locales.
México	Transmisión comunitaria	Respuesta de inmunización mediante la implementación de bloques de vacunación, campañas de vacunación documentadas y el establecimiento de centros de vacunación a gran escala, incluida la instalación de puestos móviles de vacunación en las tres ciudades sede de la Copa Mundial de la FIFA 2026, incluso en áreas de alta concentración como la Aldea Global 2026 en la Ciudad de México y las FIFA Fan Fests en Guadalajara y Monterrey
Venezuela	Alto riesgo	El primer envío de vacunas adquiridas a través del Fondo Rotatorio Regional y donadas por Brasil se entregó a Venezuela el 21 de julio del 2026 para apoyar la respuesta de emergencia en curso. Se esperan donaciones adicionales.

Comunicación sobre riesgos y crisis y participación comunitaria

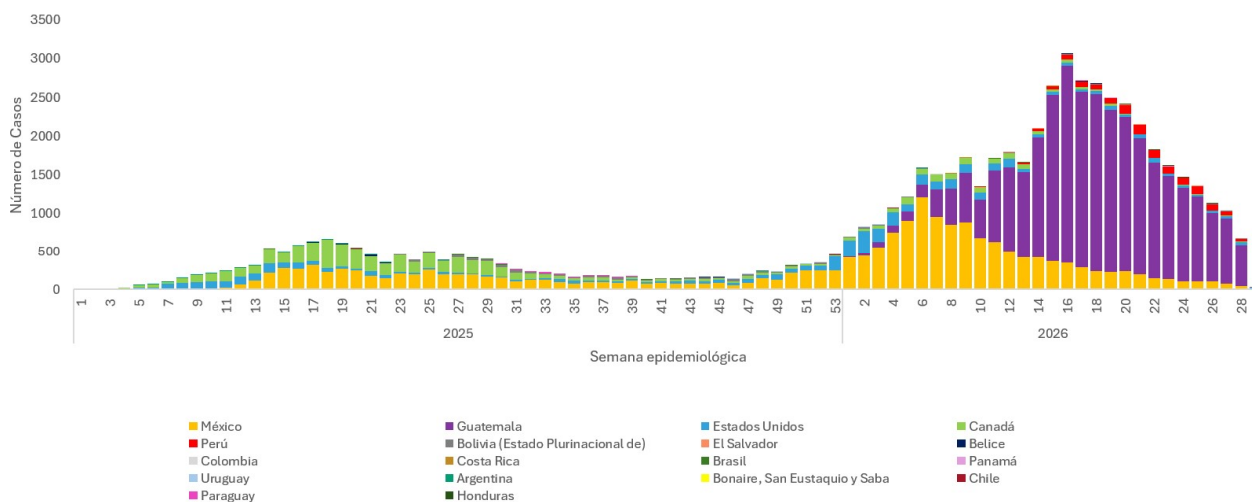
- Se lanzó un curso virtual en inglés para trabajadores de la salud sobre cómo combatir la desinformación sobre las vacunas. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/23-7-2026-paho-launches-virtual-course-health-workers-combating-vaccine-misinformation>
- Apoyó la preparación de un video para una campaña de vacunación en Ecuador. Disponible en: <https://www.facebook.com/reel/1672786067351447>
- Apoyó al Ministerio de Salud de Perú en el desarrollo de un módulo sobre comunicación de riesgos y participación comunitaria para un curso sobre vigilancia de epidemias, investigación y respuesta a brotes de sarampión dirigido a equipos de respuesta rápida.

Apoyo operativo y logística

- Se enviaron dos expertos para brindar apoyo técnico a las actividades de vacunación en las zonas afectadas por el terremoto en Venezuela.

Situación epidemiológica

Figura 1. Curva epidemiológica de casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 29 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, a fecha de la SE 29 del 2026

País	Casos en 2026 (hasta la SE 29) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 29) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
Guatemala*	30.040 ⁴	29	↓ en descenso 	Eliminación sostenida	Se sigue reportando transmisión en los 22 departamentos. A pesar de la tendencia general a la baja a nivel nacional, en las últimas semanas la transmisión parece estar impulsada principalmente por los casos reportados en un número limitado de departamentos, entre ellos Guatemala Central, Izabal y Alta Verapaz. Las tasas de incidencia más altas se observan en Izabal (314.6 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (295.5 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (289.4 por cada 100.000 habitantes). De todos los casos confirmados de sarampión, el 63 % se presentó en personas de entre 15 y 39 años, siendo el grupo de edad de 20 a 29 años el más afectado. Entre los niños menores de un año, los de 4 a 11 meses representaron la mayor proporción de casos. La distribución por sexo fue relativamente equilibrada, con las mujeres representando el 51% de los casos y los hombres el 49 %. El último caso se registró en la semana epidemiológica 28 de 2026.

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

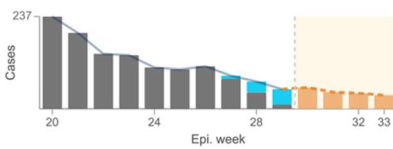
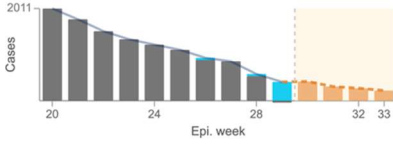
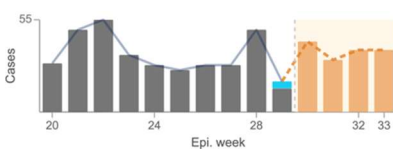
País	Casos en 2026 (hasta la SE 29) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 29) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
México*	12.233	18	↓ en descenso 	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	La mayoría de los casos nuevos en 2026 se reportaron en Jalisco (6.701), Ciudad de México (1.013) y Chiapas (858). El último caso se registró en la semana epidemiológica 29 de 2026.
Estados Unidos*	2.318	0	↑ en aumento 	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Carolina del Sur (670), Utah (522), Texas (188), Virginia (176), Florida (141), Pensilvania (134) y Arizona (108). El último caso se registró en la semana epidemiológica 29 de 2026.
Canadá*	1.107	0	— 	Endémico	En 2026, el mayor número de casos se ha reportado en Manitoba (677), Alberta (311), Columbia Británica (43), Quebec (31) y Ontario (29). En las últimas semanas, la transmisión parece estar impulsada principalmente por los casos reportados en un número limitado de provincias, entre ellas Columbia Británica, Manitoba y Quebec. El grupo de edad más afectado es el de 5 a 17 años (41 %). El último caso se registró en la semana epidemiológica 28 de 2026.

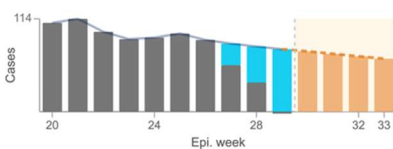
País	Casos en 2026 (hasta la SE 29) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 29) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
Perú*	1.139	0	↓ en descenso 	Eliminación sostenida	Los casos reportados en 2026 siguen concentrándose en Puno, con el 90 % de los casos, seguido de Arequipa, Lima, Cusco, Moquegua, Lambayeque, Huánuco, Tacna, Madre de Dios y Junín. El grupo de edad más afectado es el de 10 a 29 años. El último caso se registró en la semana epidemiológica 28 de 2026.
Bolivia*	85	1	Transmisión gota a gota con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Eliminación sostenida con motivos de gran preocupación	El último caso se registró en la semana epidemiológica 29 de 2026.
El Salvador	42	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la semana epidemiológica 26 de 2026.
Colombia	14	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la semana epidemiológica 27 de 2026.
Belice	11	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la semana epidemiológica 20 de 2026.
Honduras	10	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida con preocupaciones importantes	El último caso se registró en la semana epidemiológica 26 de 2026.
Panamá	9	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la semana epidemiológica 23 de 2026.
Brasil	8	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida con preocupaciones moderadas	El último caso se registró en la semana 24 de 2026.
Costa Rica	5	0	Importaciones esporádicas	Eliminación sostenida	El último caso se registró en la semana epidemiológica 15 de 2026.
Otros (≤5 casos) ***	Ver tablero (1)	Ver tablero (1)	—	—	—

*Países con brotes activos: se han reportado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **La última semana epidemiológica (EW) se excluyó de los recuentos observados para mitigar el retraso en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Chile y Uruguay. Consulte el tablero de control sobre el sarampión de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (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 (**en barras azules**) corrige las semanas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación. La proyección a corto plazo (**en barras naranjas**) 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 29 del 2026

País	R_t (CrI del 95 %) ¹ Número de reproducción efectivo	Basado en el modelo ²	Previsión a 4 semanas (semanas 30–33) mediana [PrI del 95 %] ³	Interpretación del modelo
México	0,77 [0,68 – 0,85]	↓ en descenso	~173 [114–240] 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	0,67 [0,64 – 0,69]	↓ en descenso	~1 225 [1 070–1 388] casos 	Se estima que R_t es de 0,67 [0,64–0,69], lo que se mantiene considerablemente por debajo del umbral epidémico. Esto indica una contracción de la transmisión, y las proyecciones apuntan a que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,08 [0,90 – 1,28]	↓ en descenso	~147 [87–226] casos 	Se estima que R_t es de 1,08. Aunque la estimación puntual está ligeramente por encima de 1, la incertidumbre en torno a la estimación no permite llegar a una conclusión clara sobre los cambios en la transmisión. Se

País	R_t (CrI del 95 %) ¹ Número de reproducción efectivo	Basado en el modelo ²	Previsión a 4 semanas (semanas 30–33) mediana [PrI del 95 %] ³	Interpretación del modelo
				recomienda continuar con el monitoreo.
Canadá	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se realizó el modelado — véase la nota al pie 4. De los 1.107 casos registrados en 2026, 1.021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre de 2024, el cual ahora presenta una disminución sostenida.
Perú	0,92 [0,82 – 1,02]	↓ en descenso	~278 [199–370] casos 	Se estima que R_t es de 0,92. Si bien la estimación puntual es inferior a 1, la incertidumbre actual no permite inferir claramente que la transmisión esté disminuyendo. Es necesario un seguimiento continuo para confirmar si esta tendencia se mantiene.
Bolivia	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se realizó el modelado — véase la nota al pie 4.

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 (8). CrI del 95 % = intervalo de credibilidad del 95 %. Véanse las Notas técnicas.

²Tendencia 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).

³Mediana de la proyección a 4 semanas e intervalo de predicción (PrI) del 95 % para los nuevos casos proyectados durante las semanas epidemiológicas (EW) 30–33, condicionada al R_t estimado actualmente.

⁴ Bolivia y Canadá: 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 la previsión a corto plazo no es lo suficientemente sólida como para fundamentar decisiones operativas.

Notas técnicas

Este informe de situación utiliza dos etapas de modelación complementarias. 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 reportado en su totalidad. En segundo lugar, **el pronóstico a corto plazo** proyecta la incidencia esperada de casos para 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 Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (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, de acuerdo con las directrices generales sobre pronósticos a corto plazo adaptativos a los datos (8).

Número de reproducción efectivo (R_t). El R_t se estimó utilizando el método EpiEstim (8), que aplica un enfoque bayesiano de ventana deslizante a la serie de incidencia corregida por la predicción a corto plazo. 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 del intervalo serial (media de 15 días, desviación estándar de 4 días), en consonancia con la literatura sobre el sarampión (8). El intervalo serial se trató como fijo; esta simplificación subestima ligeramente la incertidumbre de R_t , pero no afecta las clasificaciones cualitativas de tendencias presentadas. Los intervalos de credibilidad de R_t se calculan en función de la estimación puntual de la predicción inmediata y, por lo tanto, no propagan formalmente la incertidumbre de dicha predicción. La clasificación de tendencias 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 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 de 2026)— pueden afectar la interpretación de las tendencias en cada país y se señalan en el anexo de 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 27 de julio de 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, 24 de julio de 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 27 de julio de 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 27 de julio de 2026. Sucre: OPS; 2026. Sin publicar.
5. Organización Panamericana de la Salud. Las estimaciones de la OMS y UNICEF indican que la inmunización de rutina ha repuntado en las Américas, pero la disminución de la cobertura contra el sarampión deja a las comunidades vulnerables a los brotes. Washington, D.C.: OPS; 15 de julio de 2026.

Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/15-7-2026-who-and-unicef-estimates-show-routine-immunization-has-rebounded-americas-declining>.

6. 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>.
7. Gobierno de Canadá. Semana epidemiológica n.º 24 (del 14 al 20 de junio de 2026) — Informe semanal de monitoreo del sarampión y la rubéola. Ottawa: GC; 2026. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>
8. 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(8):1505–1512. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256666227_A_New_Framework_and_Software_to_Estimate_Time-Varying_Reproduction_Numbers_During_Epidemics.
9. McGough SF, Johansson MA, Lipsitch M, Menzies NA. Pronóstico inmediato 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.
10. Groendyke C, Welch D, Hunter DR. Un análisis basado en redes de los datos sobre el sarampión de Hagelloch de 1861. *Biometrics*. Septiembre de 2012;68(3):755-65. doi: 10.1111/j.1541-0420.2012.01748.x. Publicado en línea el 24 de febrero de 2012. PMID: 22364540; PMCID: PMC4553425. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4553425/>.