

Informe de Situación Regional · N.º 9

Sarampión en la Región de las Américas

14 de agosto del 2026 · Próximo número: 27 de agosto de 2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1- 31, del 2026 (4 de enero – 8 de agosto del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 29-30 vs SE 27-28 ¹		
ACUMULADO — SE 1–31, 2026		
48.690 CASOS CONFIRMADOS	51 Muertes Tasa de mortalidad (CFR) 0,10 %	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADOS) ²
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 29–30, 2026		
+695 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -59 % (en comparación con SE 27–28) ²	+1 NUEVAS MUERTES Una nueva muerte en México	17 de mayo PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO CASOS: Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Guatemala, México y los Estados Unidos de América. ³

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 31 del 2026 (que finalizó el 8 de agosto del 2026), la Región de las Américas reportó **48.690** casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que representa un aumento de aproximadamente cuatro veces en comparación con el mismo período del 2025. Guatemala (31.140), México (12.479), Estados Unidos (2.465) y Canadá (1.114) concentraron la gran mayoría (97 %) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Además, se han notificado **51** muertes (1). **El aumento en el total acumulado regional en comparación con el Informe de situación n.º 8 se debe principalmente a los 695 casos adicionales notificados en Guatemala, 199 en Estados Unidos, 118 en México —los tres con transmisión comunitaria— y cinco en Canadá, así como a cinco casos adicionales en Bolivia, donde la transmisión es limitada**².

Durante las SE 29 y 30 del 2026, la Región de las Américas reportó **695** nuevos casos confirmados de sarampión en cinco países y territorios, lo que representa una disminución del 59 % en comparación con el período anterior de dos semanas (SE 27–28; 1.697 nuevos casos)⁴ (**Figura 1**). Sin embargo, esta disminución se debe principalmente a retrasos en la notificación por parte de los países donde persiste la transmisión.

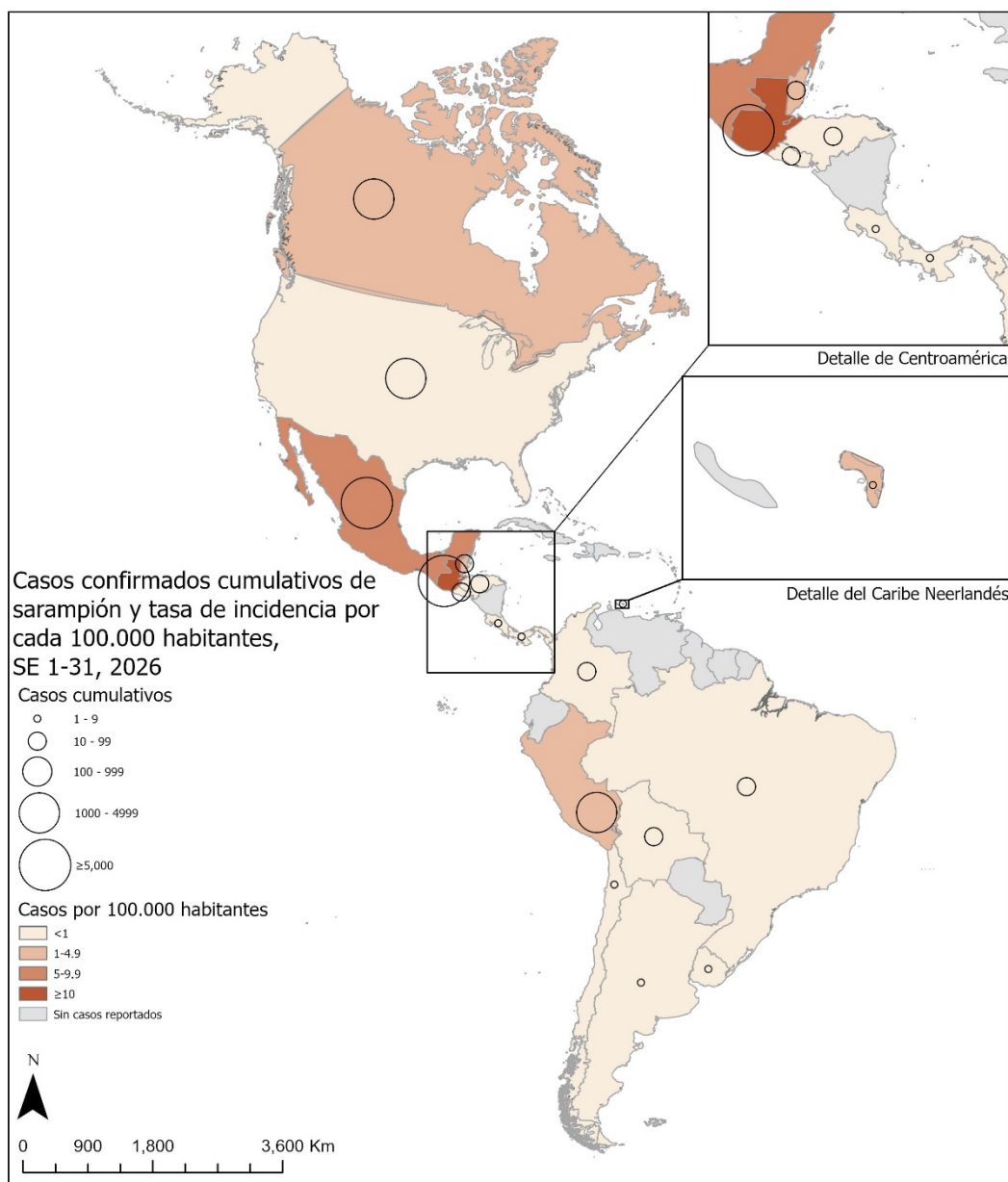
Aunque persiste el riesgo de introducción y propagación del sarampión en Colombia tras el terremoto del 10 de agosto del 2026, hasta la fecha no se han notificado en el país casos confirmados relacionados con ese evento.

¹ Tenga en cuenta que las cifras presentadas en este Informe de situación pueden diferir de las que aparecen en [el tablero en línea de la OPS sobre el sarampión para la Región de las Américas](#). El Informe de situación refleja la información disponible al momento de la semana epidemiológica 31 de 2026, mientras que el tablero se actualiza de manera continua a medida que se dispone de nuevos datos.

² La falta de notificación y los retrasos en la notificación pueden dar lugar a una subestimación del número total de casos de sarampión notificados.

³ Desde el Informe de situación n.º 6, ningún otro país ha notificado nuevos casos de sarampión en 2026.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes, por país. Región de las Américas. Semana epidemiológica 1 – 31, 2026. (n = 48.690)



© 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 en 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 vacunación; 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 durante este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Medidas de la OPS
México (2)	En coordinación con la Dirección General de Epidemiología (DGE), el Centro Nacional de Salud Infantil y Adolescente (CeNSIA) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFCR), se presentó un plan de trabajo por etapas para octubre del 2026, diciembre del 2026 y marzo de 2027, con indicadores para monitorear las actividades de vigilancia, laboratorio y vacunación, con el objetivo de controlar epidemiológicamente los brotes en Zacatecas, Durango, Jalisco y Chiapas para noviembre del 2026. El taller de revisión de la respuesta a los brotes «7-1-7» se llevó a cabo del 5 al 6 de agosto, donde equipos de Jalisco, Durango y Zacatecas identificaron cuellos de botella y diseñaron acciones específicas para fortalecer la respuesta.	La Comisión Regional de Verificación del Sarampión y la Rubéola visitará Jalisco y la Ciudad de México, México, del 17 al 19 de agosto para revisar el progreso y recomendar ajustes que fortalezcan las estrategias de control de brotes. Promover una mayor coordinación entre las diversas entidades del sector de la salud y la adaptación continua de las estrategias de vacunación a la situación epidemiológica mediante la reactivación de la (ERRa).
Guatemala (3)	La OPS continuó brindando apoyo al Ministerio de Salud en materia de vigilancia, evaluación de riesgos (utilizando la herramienta de evaluación de riesgos de sarampión de la OPS) y planificación de la respuesta a brotes, incluyendo ejercicios de simulación y talleres de microplanificación en el contexto del brote de Chiquimula. Se preparó un documento técnico para los organismos de las Naciones Unidas y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) con el fin de respaldar una propuesta sobre el sarampión para obtener financiamiento humanitario a través de los mecanismos de fondos mancomunados administrados por la OCHA, y se comenzó a trabajar en la adaptación del plan regional de emergencia al	Continuar apoyando a las autoridades nacionales en su respuesta al brote, con énfasis en la movilización de recursos para garantizar la continuidad de las intervenciones prioritarias, al tiempo que se preservan y fortalecen las vías de cooperación a través de las cuales la OPS aporta su capacidad técnica y de coordinación. Asimismo, promover mecanismos para fortalecer la coordinación y la colaboración entre la OPS en Guatemala y los socios ejecutores, entre ellos Jhpiego, la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (SE-COMISCA) y los

País	Respuesta conjunta durante este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Medidas de la OPS
	contexto guatemalteco en diálogo con socios, entre ellos UNICEF y Jhpiego. En cuanto a la vacunación, se elaboró el plan operativo financiero para la campaña nacional y se brindó apoyo para la planificación logística y la coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para una campaña de vacunación contra el sarampión dirigida al personal del sistema de las Naciones Unidas y sus familias. En el ámbito de la comunicación de riesgos y crisis y la participación comunitaria, se revisó y actualizó la Guía para docentes, parteras y líderes comunitarios sobre el sarampión, la vigilancia comunitaria y la vacunación (la versión en lenguas mayas está en proceso), y se capacitó a una partera líder como facilitadora para las sesiones departamentales de sensibilización dirigidas a parteras y líderes comunitarios.	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
Bolivia (4)	La OPS continuó brindando asistencia técnica para fortalecer las actividades destinadas a poner fin al brote de sarampión y los esfuerzos de vacunación en Bolivia. Se ha completado y validado la documentación de cierre de casos en siete de los nueve departamentos de Bolivia, y el informe final nacional se encuentra al 70 % de su finalización prevista —incluidos los cierres de casos regionales, la información epidemiológica y los anexos metodológicos—. Tras la confirmación de un caso positivo de sarampión en La Paz, los municipios de La Paz y El Alto declararon alerta epidemiológica y acordaron medidas conjuntas para fortalecer la vigilancia, intensificar la vacunación y gestionar la comunicación de riesgos. En este marco, se elaboraron directrices operativas para una respuesta inmediata y un paquete gráfico institucional compuesto por seis banners digitales, y se estableció un grupo de trabajo con las unidades de comunicación. Se mantuvo la coordinación interinstitucional mediante la participación diaria en la sala de situación, las comunicaciones y la presentación de	Fortalecer las capacidades técnicas para la investigación de brotes, el rastreo de contactos y la respuesta rápida en los departamentos de Santa Cruz y La Paz, así como dentro de sus redes de salud. Además, fortalecer el compromiso político en Santa Cruz para dar prioridad a la contención del brote de sarampión mediante la promoción de la implementación oportuna y sostenida de las intervenciones y la asignación de los recursos necesarios.

País	Respuesta conjunta durante este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Medidas de la OPS
	informes, así como el monitoreo de los medios de comunicación, junto con una campaña de programación de vacunación para reclutas y aprendices en servicio premilitar, dirigida conjuntamente por el Ministerio de Salud y Deportes, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y las unidades militares. Además, se están preparando planes para celebrar dos reuniones comunitarias en Oruro y Potosí con el objetivo de restablecer la cobertura de vacunación — incluida la vacunación contra el sarampión — tras los recientes disturbios sociales. Estas actividades están programadas para la semana del 10 al 14 de agosto.	
Perú (5)	La OPS está brindando apoyo para la gestión de una Carta de Acuerdo con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) del Alto Amazonas a fin de facilitar el despliegue de 59 brigadas de vacunación en zonas de alto riesgo.	Continuar promoviendo la adquisición de un mayor número de dosis de la vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR); fortalecer la capacidad de los equipos locales para la identificación oportuna de casos y la implementación de medidas de control; y apoyar la identificación de zonas de alto riesgo para enfocar las intervenciones de vacunación en la región de la selva, particularmente en Loreto, Amazonas y Ucayali.

Respuesta de la OPS por pilares estratégicos ⁵

Coordinación

- La OPS celebró una reunión con el equipo de la OPS en Guatemala y las autoridades nacionales para analizar los principales obstáculos que afectan actualmente la respuesta al brote de sarampión y explorar medidas para abordarlos.
- Con base en la Matriz de Preparación y Respuesta ante el Sarampión—que brinda a los Estados Miembros un marco para ajustar las acciones de respuesta de acuerdo con los escenarios epidemiológicos—, se han distribuido materiales de preparación y respuesta disponibles en español a las contrapartes de los países de habla hispana. Actualmente se está ultimando la versión en inglés.

⁵ La respuesta de la OPS se organiza en torno a 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 el informe. El apoyo operativo específico para cada país se resume en la Tabla 1.

Alianzas y comunicaciones

- Se realizó una presentación con las oficinas de la OPS en los Estados Miembros sobre las opciones para movilizar recursos a nivel nacional, con el objetivo de fortalecer las capacidades para identificar y aprovechar las oportunidades de financiamiento y las alianzas.
- Se llevaron a cabo reuniones regionales con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Gavi y la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) para fortalecer la coordinación y explorar oportunidades de colaboración en apoyo de la respuesta regional al brote de sarampión.

Vigilancia colaborativa

- Se asignaron recursos adicionales para fortalecer los equipos de respuesta rápida y otras intervenciones de prevención y respuesta relacionadas con el brote de sarampión.
- El apoyo técnico a Canadá continúa mediante una reunión con las autoridades canadienses para presentar y analizar el plan nacional de respuesta.
- En coordinación con las autoridades brasileñas, se realizó un seguimiento del brote de sarampión en São Paulo y de las medidas de respuesta en curso.
- Se completó la revisión y acreditación virtual del laboratorio nacional de sarampión y rubéola de Venezuela, con resultados satisfactorios.
- Se está llevando a cabo un análisis regional del sarampión utilizando la metodología 7-1-7 para evaluar el desempeño de la vigilancia y la respuesta, identificar brechas comunes y orientar las acciones para fortalecer la detección y la respuesta oportuna.

Operaciones de inmunización y vacunación

- Se inició un intercambio de información con Colombia para compartir el plan de vacunación implementado en Venezuela, con el objetivo de proporcionar información que pudiera ser útil para las actividades de vacunación en ese país, al tiempo que se mantuvo la comunicación con las autoridades para evaluar el impacto potencial del terremoto en las actividades de vacunación.
- Continúan los esfuerzos de promoción ante las autoridades peruanas para apoyar la adquisición de vacunas contra el sarampión.
- Se realizó un seguimiento del caso importado de Perú notificado en Bolivia para ayudar a reconstruir la línea de tiempo e identificar a los contactos durante el período de transmisibilidad.
- En Venezuela, se han capacitado y desplegado equipos de vacunación en las tres entidades federales más afectadas —La Guaira, el Distrito Capital y Miranda— en coordinación continua con Gavi para asegurar dosis adicionales para estas entidades.

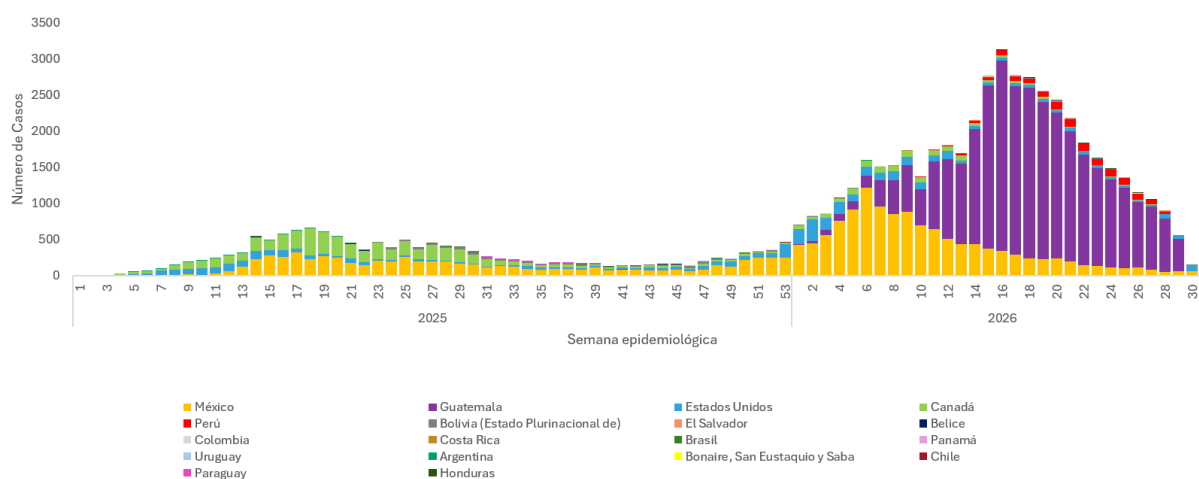
Comunicación de riesgos y crisis y participación comunitaria

- Continúa el apoyo a la producción de un video sobre la reticencia a la vacunación y el sarampión en Ecuador, cuyo lanzamiento está previsto para pronto.

- Se publicó una alerta epidemiológica actualizada sobre la situación regional del sarampión. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-measles-americas-region-7-august-2026>
- Se publicó una evaluación de riesgo actualizada sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/public-health-risk-assessment-related-measles-implications-americas-region-v3-following>

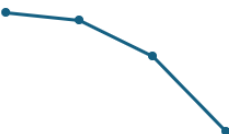
Situación epidemiológica

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 31 del 2026

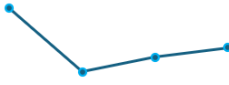


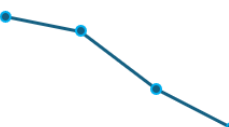
La tabla a continuación resume la situación epidemiológica en los países que han notificado casos confirmados de sarampión.

Tabla 2. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, al 31.^a SE del 2026

País	Casos nuevos hasta la SE 29-30	Casos en 2026 (hasta la SE 31) (1)	Fallecimientos en 2026 (hasta la semana 31) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+448	31.140 ⁶ (los últimos datos disponibles corresponden a la SE 29)	32	↓ en descenso 	Descenso sostenido	A la SE 29, se ha reportado transmisión en 20 de los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; sin embargo, a nivel departamental, la transmisión se mantiene sostenida en Alta Verapaz. Las tasas de incidencia más altas siguen observándose en Izabal (329 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (310 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (292,5 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 entre 4 y 11 meses siguen representando la mayor proporción de casos. El 67,1 % de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la semana epidemiológica 29 del 2026.

⁶ Las cifras reportadas reflejan los datos al cierre de la semana epidemiológica 29.

País	Casos nuevos hasta la SE 29-30	Casos en 2026 (hasta la SE 31) (1)	Fallecimientos en 2026 (hasta la semana 31) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
México*	+118	12.479	18	↑ en aumento 	Se mantiene con gran preocupación	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 6.728 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.027 casos; y Chiapas, con 858 casos. El caso más reciente se registró en la semana epidemiológica 31 del 2026.
Estados Unidos*	+119	2.465	0	↑ en aumento 	Eliminación sostenida con preocupaciones significativas	En las últimas semanas, los nuevos casos se han concentrado principalmente en Pensilvania, con 82 casos nuevos en las últimas dos semanas. En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Carolina del Sur (670), Utah (524), Texas (190), Virginia (176), Florida (141), Pensilvania (216) y Arizona (109). El caso más reciente se reportó en la semana epidemiológica 31 del 2026.

País	Casos nuevos hasta la SE 29-30	Casos en 2026 (hasta la SE 31) (1)	Fallecimientos en 2026 (hasta la semana 31) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
Canadá*	+5	1.114	0		Endémico	En la semana 30, se reportaron 5 casos nuevos en Columbia Británica (n=4) y Ontario (n=1), provincias con transmisión limitada. Sin embargo, no se ha identificado la fuente de infección en 4 de estos casos. En el año 2026, hasta la semana epidemiológica 30, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (677) y Alberta (311), ninguna de las cuales reportó casos esta semana; les siguen Columbia Británica (49), Quebec (31) y Ontario (30). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de 5 a 17 años (41 %). El caso más reciente se registró en la semana epidemiológica 30 del 2026.
Perú*	+0	1.277 ⁷ (los últimos datos disponibles corresponden a la semana epidemiológica 28)	0	↓ en descenso 	Eliminación sostenida	Los casos reportados en 2026 siguen concentrándose en el departamento de Puno, con 1.106 casos repartidos en 13 provincias y 14 distritos, de los cuales 716 (64,73 %) se concentran en la provincia de San Román... La provincia con el segundo mayor número de casos es Puno, con 208 casos (18,80 %). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de 10 a 29 años. El caso más reciente se registró en la semana epidemiológica 28 del 2026.

⁷ Las cifras reportadas reflejan los datos al cierre de la semana epidemiológica 28.

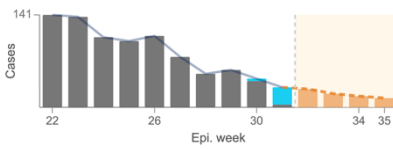
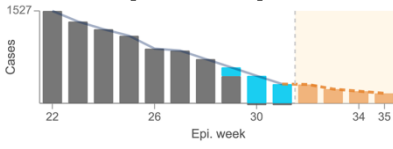
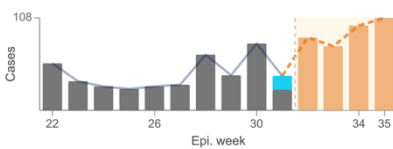
País	Casos nuevos hasta la SE 29-30	Casos en 2026 (hasta la SE 31) (1)	Fallecimientos en 2026 (hasta la semana 31) (1)	Tendencia (últimas 4 semanas)**	Clasificación de la Comisión de Revalidación (6)	Notas epidemiológicas
Bolivia*	+5	88	1	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Eliminación sostenida con motivos de grave preocupación	El último caso se reportó en la semana epidemiológica 30 del 2026.
El Salvador	0	53	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida	El último caso se reportó en la semana epidemiológica 28 del 2026.
Colombia	0	14	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida	El último caso se reportó en la semana epidemiológica 27 del 2026.
Belice	0	11	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida	El caso más reciente se reportó en la semana epidemiológica 20 del 2026.
Honduras	0	12	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida con preocupaciones significativas	El último caso se reportó en la semana epidemiológica 27 del 2026.
Panamá	0	9	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida	El último caso se reportó en la semana epidemiológica 23 del 2026.
Brasil	0	15	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida con preocupaciones moderadas	El último caso se reportó en la semana 27 del 2026.
Costa Rica	0	5	0	Casos importados esporádicos	Eliminación sostenida	El último caso se reportó en la semana epidemiológica 15 del 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. **Se excluyó la semana epidemiológica (SE) más reciente de los recuentos observados para tener en cuenta los retrasos 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)

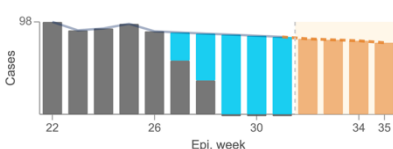
Para complementar el resumen de casos anterior, esta sección presenta estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión para países con brotes sostenidos y datos suficientes (**Tabla 3**). El pronóstico inmediato (**mostrado en barras azules**) ajusta las semanas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación. La proyección a corto plazo (**mostrada en barras naranjas**) pronostica 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 mayor que 1 indica una transmisión sostenida o en aceleración; un valor menor que 1 indica un brote en declive. La metodología completa se presenta en las Notas Técnicas.

Tabla 3. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, al cierre de la semana 31 del 2026⁸

País	R_t (CrI del 95 %) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Pronóstico a 4 semanas (semanas 32–35) Mediana [PrI del 95 %] ³	Interpretación del modelo
México	0,62 [0,53–0,71]	↓ en descenso	~80 [43–125] casos 	R_t por debajo de 1 con un rango estrecho: el modelo apunta a una disminución continua durante las próximas 4 semanas, con el límite superior también por debajo de 1.
Guatemala	0,66 [0,63–0,69]	↓ en descenso	~913 [782–1,058] casos 	Se estima que el R_t es de 0,66 [0,63–0,69], lo que se mantiene muy por debajo del umbral epidémico. Esto indica una disminución en la transmisión de I, y las proyecciones sugieren que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,35 [1,18–1,53]	↓ en aumento	~367 [259–500] casos 	Se estima que R_t es 1,35 (IC: 1,18–1,53). La estimación y su intervalo de incertidumbre están por encima de 1, lo que indica un aumento en la transmisión en el período más reciente, tras la tendencia a la baja observada anteriormente. Se recomienda continuar con el monitoreo para evaluar la persistencia de este cambio.
Canadá	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se realizó ningún modelo; véase la nota al pie 4. De los 1 107 casos registrados en 2026, 1

⁸ Tenga en cuenta que la información presentada en esta tabla para Guatemala y Perú refleja los datos recibidos hasta la semana epidemiológica 29 y la semana epidemiológica 28, respectivamente.

País	R_t (Crl del 95 %) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Pronóstico a 4 semanas (semanas 32–35) Mediana [PrI del 95 %] ³	Interpretación del modelo
				021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre de 2024, el cual ahora muestra una disminución sostenida.
Perú	0,97 [0,87 – 1,07]	↓ en descenso	~313 [228–413] casos 	Se estima que R_t es 0,97 (IC del 95 %: 0,87–1,07). Aunque la estimación puntual es ligeramente inferior a 1, el intervalo de incertidumbre incluye el valor 1, por lo que no es posible concluir con claridad si la transmisión está disminuyendo o aumentando. Se recomienda continuar con el monitoreo para evaluar la evolución de la transmisión.
Bolivia	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se realizó ningún modelo; 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). Crl del 95 % = intervalo de credibilidad del 95 %. Véanse las Notas técnicas.

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

³Mediana de la proyección de 4 semanas y del intervalo de predicción (PrI) del 95 % para los nuevos casos proyectados durante las semanas epidemiológicas (SE) 33–35, condicionada al R_t estimado actualmente.

⁴ Bolivia y Canadá: No se realizó la modelización porque la incidencia semanal ha caído por debajo del umbral (<5 casos/semana) en el que la estimación de R_t ya no es confiable y el pronóstico a corto plazo no es lo suficientemente sólido como para fundamentar decisiones operativas.

Notas técnicas

Este informe de situación utiliza dos etapas complementarias de modelización. En primer lugar, **el pronóstico inmediato (nowcasting)** ajusta las semanas epidemiológicas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación, generando 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 para las próximas cuatro semanas con base en el número de reproducción efectivo (R_t) estimado actualmente.

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 binomial lineal generalizado 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 ajustada a la previsión 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 para el intervalo de serie (media de 15 días, desviación estándar de 4 días), en consonancia con la literatura sobre el sarampión (8). El intervalo de serie se consideró fijo; esta simplificación subestima ligeramente la incertidumbre de R_t , pero no afecta las clasificaciones cualitativas de las tendencias presentadas. Los intervalos de credibilidad para R_t se calculan a partir de la estimación puntual del pronóstico inmediato y, por lo tanto, no propagan formalmente la incertidumbre de dicho pronóstico. La clasificación de las 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 1).

Pronósticos a corto plazo. Se generaron proyecciones de cuatro semanas utilizando un modelo de renovación que simuló 10 000 trayectorias estocásticas de Poisson ancladas al R_t estimado. Los resultados se expresan como la mediana y el 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 específicos de cada país en materia de vigilancia —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 la interpretación de las tendencias en cada país y se indican en el apéndice de cada país.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Panel Regional de Datos sobre el Sarampión de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 12 de agosto 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, 7 de agosto de 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 10 de agosto de 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 4 de agosto de 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.

5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Perú, 4 de agosto de 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
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 al 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 (26 Julio –1 de Agosto de 2026) — Informe semanal sobre la vigilancia 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 monitoreo 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/>.