

Informe de Situación Regional · N.º 11

Sarampión en la Región de las Américas

11 de septiembre del 2026 · Próximo número: 24 de septiembre del 2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–35 2026 (4 de enero – 5 de septiembre del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 33–34 vs SE 31–32 ¹		
ACUMULADO — SE 1–35, 2026		
52.676 CASOS CONFIRMADOS	61 MUERTES Tasa de mortalidad 0,12%	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADOS) ²
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 33–34, 2026		
+911 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -36,6 % (en comparación con SE 31–32) ³	+6 NUEVAS MUERTES Cinco nuevas muertes en Guatemala y una nueva muerte en México	6/17 PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO CASOS Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Estados Unidos de América, Guatemala, México, y Perú

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 35 de 2026 (que finalizó el 5 de septiembre del 2026), la Región de las Américas notificó **52.676** 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 (33.334), México (12.848), Estados Unidos (3.134), Perú (1.997) y Canadá (1.119) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Se han notificado un total de **61** muertes, de los cuales 41 ocurrieron en Guatemala, 19 en México y una en Bolivia (1).

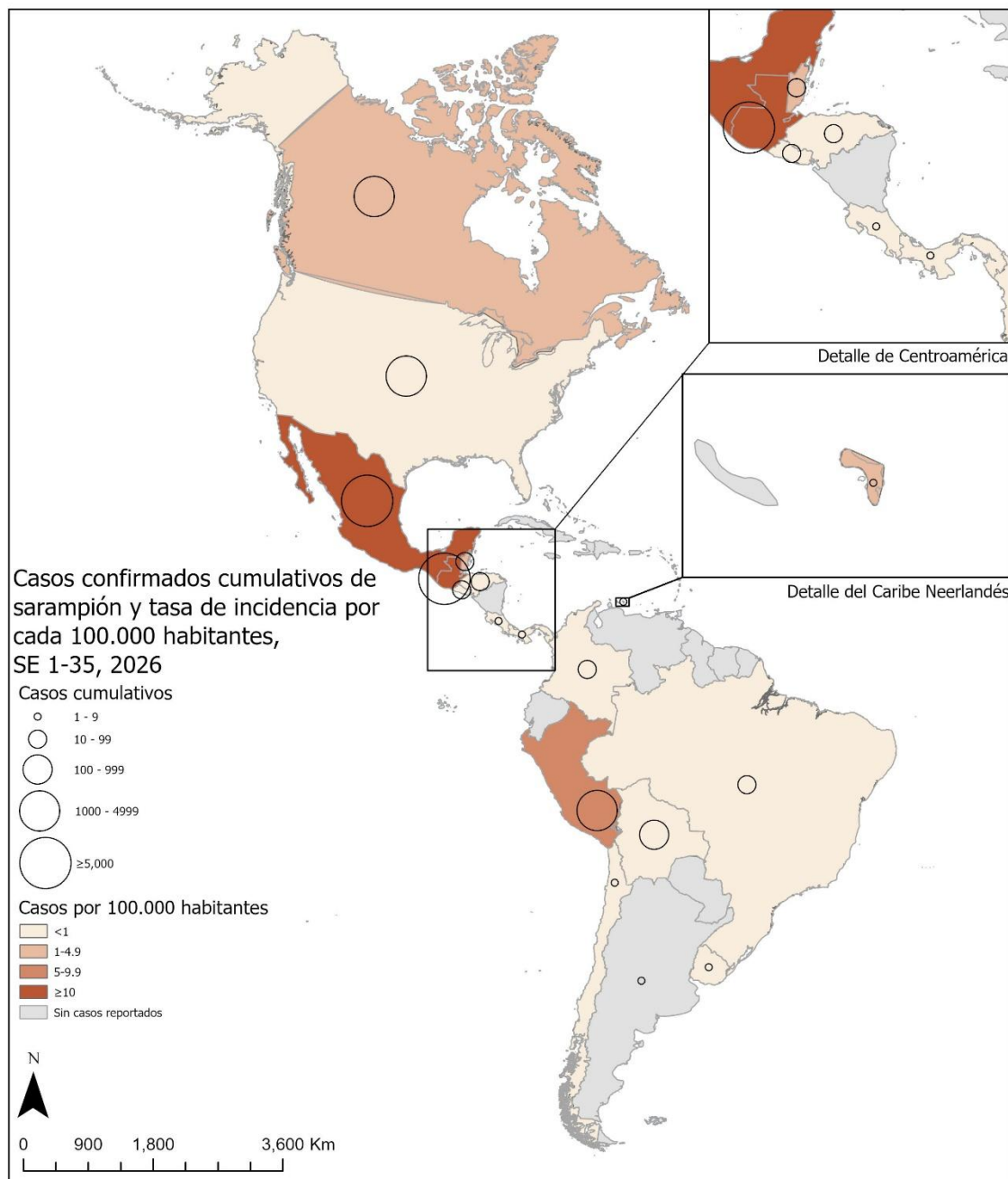
Durante las SE 33 y 34 de 2026, la Región de las Américas reportó **911** nuevos casos confirmados de sarampión en seis países y territorios, lo que representa una disminución del 36,6% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 31–32; 1.436 casos nuevos, de los cuales 274 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (**Figura 1**). De los 911 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 33–34, Guatemala registró 350, seguida de Estados Unidos con 303, Perú con 171 y México con 83, mientras que Bolivia y Canadá notificaron dos casos cada uno².

¹ Tenga en cuenta que las cifras presentadas en este informe de situación pueden diferir de las que figuran en [el panel de control en línea de la OPS sobre el sarampión para la Región de las Américas](#). El informe de situación refleja la información disponible a fecha de la semana epidemiológica 35 del 2026, mientras que el panel de control se actualiza de forma continua a medida que se dispone de nuevos datos.

² Desde el Informe de situación n.º 10, ningún otro país ha notificado nuevos casos de sarampión en 2026.

³ La falta de notificación y los retrasos en la notificación pueden dar lugar a una subestimación del número total de casos de sarampión notificados.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 35, 2026. (n = 52.676)



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

En las siguientes secciones se describe la respuesta operativa en curso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ante la situación regional del sarampión. El *resumen operativo* 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 según los 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.

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 Acciones de la OPS
México (2)	La OPS continuó apoyando a las autoridades nacionales en el control y cierre del brote de sarampión mediante la coordinación técnica con CeNSIA, las autoridades de vigilancia epidemiológica y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR). Se avanzó en el plan conjunto de asistencia técnica para priorizar las misiones de apoyo en los estados con transmisión activa y focalizar los recursos en las zonas de mayor riesgo. La OPS y la FICR también apoyaron la preparación del Informe Anual de País para la Comisión Regional de Verificación, incluyendo el análisis y mapeo de las coberturas de vacunación a nivel nacional y subnacional. Las actividades de respuesta de vacunación continuaron mediante bloqueos vacunales, barridos documentados y macromódulos de vacunación, mientras que también se avanzó en la preparación de apoyo técnico para Quintana Roo y en la intensificación de las acciones de control del brote en Zacatecas, Durango, Jalisco y Chiapas.	Continuar apoyando la implementación y validación del plan conjunto de asistencia técnica, priorizando los estados con transmisión activa y mayor riesgo de transmisión sostenida. Apoyar los esfuerzos para aumentar las coberturas de vacunación en poblaciones susceptibles, fortalecer la vigilancia epidemiológica, la búsqueda activa de casos y el seguimiento de contactos, y garantizar la disponibilidad adecuada de vacunas y la capacidad de la cadena de frío. Se continuará haciendo énfasis en el fortalecimiento de la coordinación nacional y subnacional, la reactivación de la Estrategia Nacional de Respuesta Rápida (ERRa) y la adaptación de las estrategias de vacunación a la evolución de la situación epidemiológica.
Guatemala (3)	La OPS siguió apoyando las actividades nacionales y subnacionales de respuesta al brote en Guatemala, incluidos talleres de microplanificación y análisis de información en Ixil, Izabal y Quetzaltenango, así como la participación comunitaria con líderes comunitarios y parteras tradicionales en Totonicapán y Sololá. Se mantuvo la cooperación técnica en materia de gestión clínica y prevención y control de infecciones, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional del Sarampión, y se está llevando a cabo la contratación de cuatro consultores para reforzar la respuesta subnacional y la ejecución de campañas de vacunación.	Continuar apoyando la implementación de intervenciones prioritarias de respuesta al brote, haciendo hincapié en la movilización de recursos y el fortalecimiento de la capacidad nacional y subnacional para la planificación de la vacunación y la respuesta. La OPS también apoyará una mayor coordinación con los socios ejecutores, entre ellos Jhpiego, SE-COMISCA y los CDC, y promoverá mecanismos de coordinación para facilitar el diálogo entre las autoridades sanitarias de la Región.
Bolivia (4)	La OPS siguió apoyando los preparativos de Bolivia para la respuesta a brotes y la verificación, incluida la revisión técnica de las presentaciones nacionales y departamentales de Beni y Santa Cruz antes de la misión de la Comisión de Revalidación (9-11 de septiembre), basándose en la Evaluación de Acción Temprana 7-1-7 realizada del 25 al 27 de agosto.	Seguir apoyando el seguimiento de la evaluación «7-1-7» y de la misión de la Comisión de Revalidación, incluida la aplicación de las recomendaciones y el refuerzo de la documentación para el análisis del brote. Mantener la coordinación con el sector educativo para

	Asimismo, se creó un repositorio digital centralizado para consolidar y realizar un seguimiento de la documentación clínica y epidemiológica de los nuevos casos. En respuesta a tres casos importados de Perú, la OPS apoyó el despliegue de 100 brigadas de vacunación en 10 redes de salud de La Paz y El Alto, con resultados preliminares de 2.505 niños menores de 5 años vacunados, 14.676 hogares visitados y una búsqueda activa de casos en la comunidad en curso.	ayudar a garantizar que los alumnos de La Paz y El Alto completen sus calendarios de vacunación, al tiempo que se mantiene el compromiso político y técnico con las autoridades de Santa Cruz.
Perú (5)	La OPS siguió prestando apoyo a las actividades de respuesta al brote, incluida la coordinación del taller de revisión de la respuesta temprana «7-1-7», previsto para los días 14 y 15 de septiembre, y una visita de seguimiento del 15 al 17 de septiembre para evaluar los avances en las medidas de control. También prosiguió el apoyo a las actividades de vacunación, incluida una transferencia a la Red de Salud Datem del Maraño para facilitar el despliegue de brigadas de vacunación de acuerdo con el plan aprobado.	Seguir apoyando la aplicación y el seguimiento de las medidas de control del brote, incluido el seguimiento mediante la revisión 7-1-7 y la visita sobre el terreno. Mantener la labor de promoción para la adquisición de dosis adicionales de la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR), reforzar los equipos locales para la identificación oportuna de casos y las medidas de control, y apoyar la comunicación de riesgos sobre la importancia de la vacunación.

Respuesta de la OPS según los pilares estratégicos (6)⁴

Vigilancia colaborativa

- La OPS siguió prestando apoyo técnico para fortalecer las capacidades de vigilancia y diagnóstico de laboratorio en Bolivia, Colombia, Honduras y Perú.
- Se está llevando a cabo un análisis regional retrospectivo de los brotes de sarampión notificados durante 2025-2026 utilizando la metodología 7-1-7, que combina indicadores de puntualidad, hallazgos cualitativos y validación por parte de los países, adaptada a la vigilancia y la respuesta al sarampión. Se han elaborado orientaciones metodológicas, cuestionarios y el proceso de revisión por países; se están realizando entrevistas con los países y los análisis avanzan a medida que se dispone de información. Se ha desarrollado un panel de control en R/Shiny para supervisar los datos enviados y los indicadores clave, así como para apoyar las entrevistas técnicas.

Manejo clínico

- En Guatemala se está llevando a cabo una formación sobre gestión clínica y prevención y control de infecciones (PCI) con el fin de reforzar las capacidades en materia de gestión clínica temprana y PCI. La formación comenzó el 28 de agosto, y la primera sesión técnica tendrá lugar en septiembre.

⁴ La respuesta de la OPS se articula 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.

- Se han incorporado recomendaciones actualizadas sobre gestión clínica y PCI, que se encuentran en proceso de publicación.

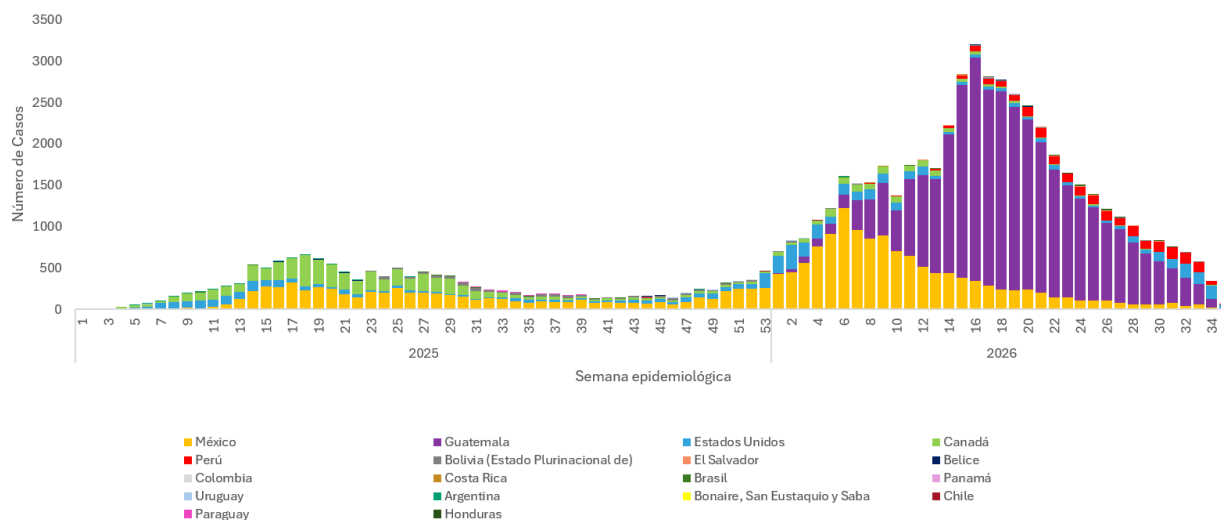
Operaciones de inmunización y vacunación

- En Brasil, se está llevando a cabo un análisis de la seguridad de la vacuna triple vírica (SPR) entre adolescentes y adultos. Se han solicitado datos históricos de vacunación para respaldar el análisis, y se espera un primer borrador para finales de septiembre.
- La OPS siguió apoyando actividades para fortalecer los sistemas de vigilancia de los eventos supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) en 10 países de la Región.
- Prosiguieron las actividades de respuesta de vacunación en los países afectados, incluida la implementación y el seguimiento de estrategias de vacunación entre los grupos de población prioritarios. A continuación, se resumen los avances recientes comunicados en Bolivia y Perú:

País	Avances en la respuesta de vacunación
Bolivia	• Prosiguieron las actividades de vacunación en los departamentos afectados: • Cobertura del 57,8% entre los niños menores de 1 año. • Cobertura del 58,8% con la primera dosis entre los niños de 1 a 4 años. • Cobertura del 61,3% entre los niños y adolescentes de 5 a 19 años (desde junio de 2025 hasta el 7 de septiembre del 2026).
Perú	• En Puno, continuaron las actividades de vacunación entre las poblaciones prioritarias: • Centros educativos: se alcanzó el 74% del objetivo. • Niños de 1 año: cobertura del 40%. • Todos los grupos de edad: cobertura del 51%. • En otros departamentos, las actividades se centraron en completar los calendarios de vacunación

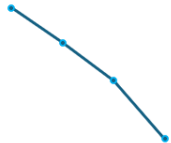
Situación epidemiológica

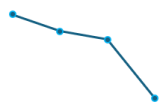
Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 35 del 2026



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

Tabla 1. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, hasta la SE 35 del 2026

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 33-34	Casos en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Tendencia (SE 31 a 34)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+350	33.334	41	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 35, se ha notificado transmisión en 19 de los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; a nivel departamental, la transmisión se mantiene sostenida en Alta Verapaz. Las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (374,9 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (322,4 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (302,4 por cada 100.000 habitantes). De todos los casos confirmados de sarampión, el 63% se produjo en personas de entre 15 y 39 años, siendo el grupo de edad de 20 a 29 años el más afectado. Los lactantes menores de un año siguen siendo el grupo de mayor riesgo. El 67,5% de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 34 del 2026.
México*	+83	12.848	19	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 6.797 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 874 casos. El caso más reciente se registró en la SE 35 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 33-34	Casos en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Tendencia (SE 31 a 34)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Estados Unidos*	+303	3.134	0	↑ en aumento 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Carolina del Sur (670), Pensilvania (557), Utah (526), Texas (191), Virginia (178), Florida (144), Wisconsin (112) y Arizona (110). El caso más reciente se notificó en la SE 35 del 2026.
Perú*	+171	1.997	0	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	El caso más reciente se registró en la SE 35 del 2026.
Canadá*	+2	1.119	0	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	Durante el año 2026, hasta la SE 35, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (49), Ontario (32) y Quebec (31). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de 5 a 17 años (41 %). El caso más reciente se registró en la SE 34 del 2026.
Bolivia*	+2	104	1	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	El último caso se notificó en la SE 33 del 2026.
El Salvador	0	56	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 30 del 2026.
Brasil	0	24	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 27 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 33-34	Casos en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Tendencia (SE 31 a 34)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Honduras	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 31 del 2026.
Colombia	0	14	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 27 del 2026.
Belice	0	12	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El caso más reciente se notificó en la SE 27 del 2026.
Panamá	0	9	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 23 del 2026.
Costa Rica	0	5	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 15 del 2026.
Otros (≤5 casos) ***	—	Véase el panel de control (1)	Véase el panel de control (1)	—	—	—

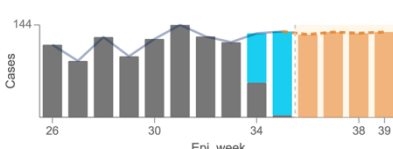
*Países con brotes activos: se han reportado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **Se ha excluido la semana epidemiológica (SE) más reciente de los recuentos observados para tener en cuenta los retrasos en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba; Chile; y Uruguay. 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)

****Los escenarios de respuesta se definen según el patrón actual de transmisión del sarampión: el escenario A se refiere a entornos sin casos confirmados y con riesgo de importación; el escenario B, a un número limitado de casos confirmados con cadenas de transmisión identificables; y el escenario C, a casos confirmados que se producen en múltiples áreas geográficas con múltiples cadenas de transmisión identificables o no identificables, lo que concuerda con la transmisión comunitaria. Las medidas de respuesta son acumulativas: el escenario B incluye las medidas del escenario A, mientras que el escenario C incluye las medidas de los escenarios A y B, con medidas adicionales o intensificadas según sea necesario. (7)

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 2**). La previsión inmediata (**mostrada en barras azules**) ajusta las semanas más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación. La proyección a corto plazo (**representada por las barras naranjas**) prevé la incidencia esperada de casos durante las próximas cuatro semanas basándose 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 2. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 35 del 2026

País	R_t (CrI del 95 %) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 36-38) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
México	0,73 [0,63–0,85]	↓ en descenso	~97 [56–150] casos	R_t es inferior a 1, y el intervalo de incertidumbre se mantiene íntegramente por debajo de 1; el modelo sugiere que la transmisión está disminuyendo.
Guatemala	0,75 [0,71 – 0,79]	↓ en descenso	~762 [636–901] casos	Se estima que el valor de R_t es de 0,75, lo que se mantiene por debajo del umbral epidémico. Esto indica una disminución de la transmisión, y las previsiones sugieren que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,81 [1,70 – 1,92]	↑ en aumento	~3.296 [2.867–3.769] casos	Se estima que R_t es de 1,81. La estimación y su intervalo de incertidumbre se mantienen muy por encima de 1, lo que indica un aumento sostenido de la transmisión en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar la persistencia y la magnitud de esta tendencia al alza.

País	R_t (CrI del 95 %) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 36-38) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
Canadá	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota de pie 4. De los 1.117 casos registrados en 2026, 1.021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre de 2024, que ahora muestra un descenso sostenido.
Perú	1,01 [0,92 – 1,10]	~estable	~526 [411–657] casos 	Se estima que R_t es 1,01. La estimación se aproxima a 1, con un intervalo de incertidumbre que abarca valores por debajo y por encima de 1, lo que indica una transmisión globalmente estable en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar si la transmisión evoluciona hacia una tendencia claramente al alza o a la baja.
Bolivia	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota de pie 4.

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

²Tendencia clasificada en función 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 y del intervalo de predicción (PrI) del 95% para los nuevos casos previstos durante las semanas epidemiológicas (SE) 34 a 37, condicionada al valor de R_t estimado actualmente.

⁴Bolivia y Canadá: no se realizó 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 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 modelización complementarias. En primer lugar, **la previsión inmediata (nowcasting)** ajusta las SE más recientes para tener en cuenta los retrasos en la notificación, generando 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 esperada de casos para las próximas cuatro semanas basándose en el número de reproducción efectivo (R_t) estimado actualmente.

Datos sobre los casos. Los recuentos semanales de casos confirmados de sarampión se obtuvieron de los sistemas nacionales de vigilancia que informan a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Previsión inmediata. Para tener en cuenta los retrasos en la notificación inherentes a la vigilancia pasiva, se aplicó un modelo de previsión inmediata con el fin de estimar la incidencia real de las semanas epidemiológicas más recientes. En función 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 previsto 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, de acuerdo con las directrices generales sobre la previsión a corto plazo adaptativa a los datos (9).

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 por defecto 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 bibliografía sobre el sarampión (10). El intervalo de serie se consideró fijo; esta simplificación subestima ligeramente la incertidumbre de R_t , pero no afecta a las clasificaciones cualitativas de las tendencias presentadas. Los intervalos de credibilidad para R_t se calculan a partir de la estimación puntual de la previsión inmediata y, por lo tanto, no propagan formalmente la incertidumbre de dicha previsión. La clasificación de las tendencias se basó en el intervalo de credibilidad completo del 95% de R_t : **al alza** (límite inferior > 1), **a la baja** (límite superior < 1) o **incierto** (el intervalo incluye el 1).

Previsiones a corto plazo. Se generaron proyecciones a cuatro semanas utilizando un modelo de renovación que simulaba 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 a la interpretación de las tendencias en cada país y se señalan 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 9 de septiembre 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, 8 de septiembre del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 8 de septiembre del 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 8 de septiembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Perú, 8 de septiembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional del IMST sobre el sarampión, 8 de septiembre del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Inédito.
7. Organización Panamericana de la Salud. Matriz de preparación y respuesta ante el sarampión: actividades clave por pilar y escenario epidemiológico. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/6e7fdf61-bd6f-4f22-99ac-71c5e2a6d3fd/full>
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. Previsión inmediata 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/>.