

Informe de Situación Regional · N.º 12

Sarampión en la Región de las Américas

24 de septiembre del 2026 · Próximo número: 8 de octubre del 2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–37 2026 (4 de enero – 19 de septiembre del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 35–36 vs SE 33–34 ¹		
ACUMULADO — SE 1–37, 2026		
53.957 CASOS CONFIRMADOS	68 MUERTES Tasa de mortalidad 0,13%	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADOS) ²
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 35–36, 2026		
+709 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -43% (en comparación con SE 33–34) ³	+7 NUEVAS MUERTES Cuatro nuevas muertes en Guatemala y tres nuevas muertes en México	7/17 PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO CASOS Bolivia (Estado Plurinacional de), Canadá, Colombia, Estados Unidos de América, Guatemala, México, y Perú

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 37 del 2026 (que finalizó el 19 de septiembre del 2026), la Región de las Américas notificó **53.957** 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 (33.866), México (12.943), Estados Unidos (3.471), Perú (2.292) y Canadá (1.120) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Se han notificado un total de **68** muertes, de los cuales 45 ocurrieron en Guatemala, 22 en México y una en Bolivia (1).

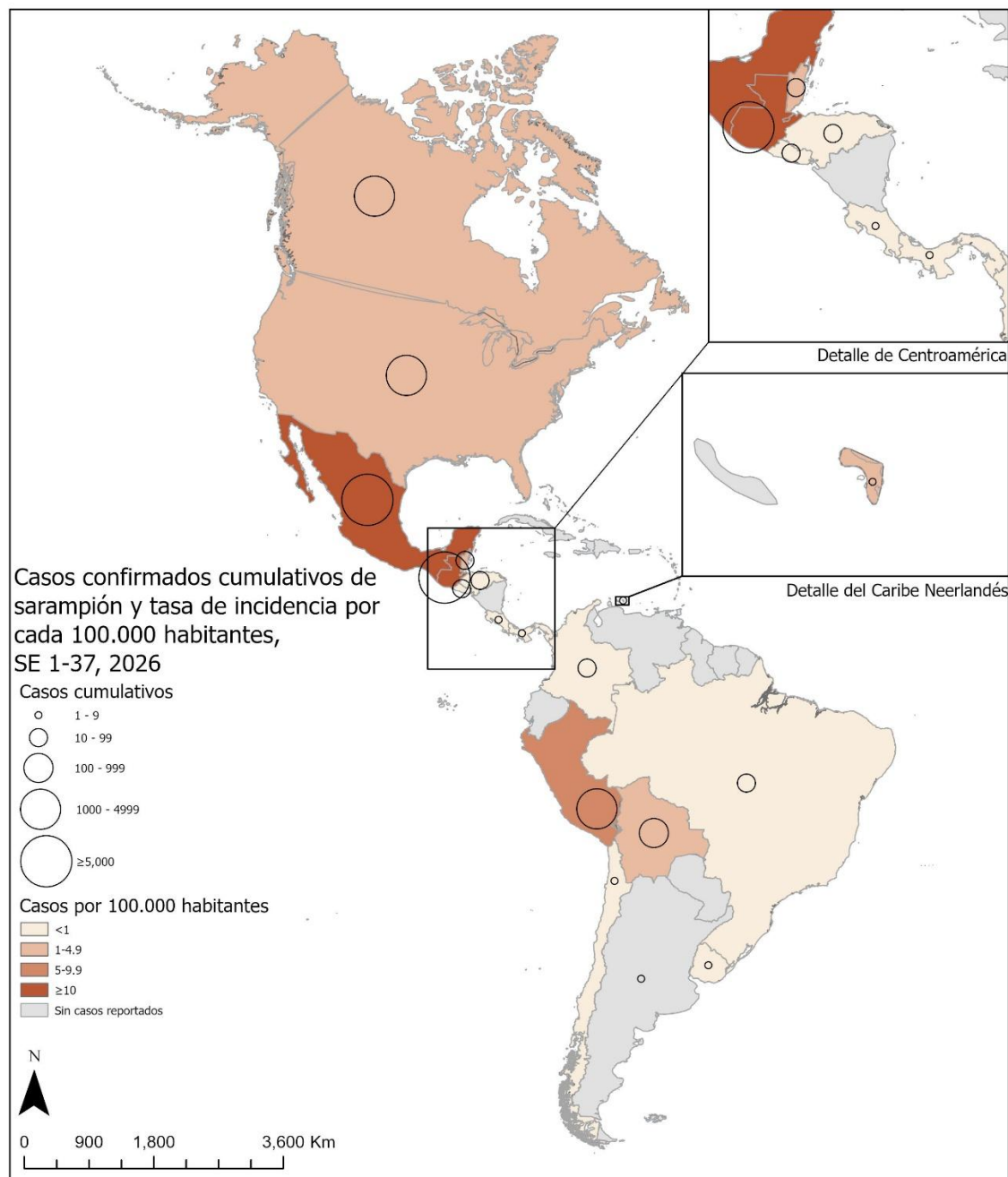
Durante las SE 35 y 36 del 2026, la Región de las Américas reportó **709** nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 43% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 33–34; 1.244 nuevos casos, de los cuales 333 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (**Figura 1**). De los 709 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 35 y 36, Estados Unidos registró 290, seguido de Perú con 190, Guatemala con 176, México con 46 y Bolivia con 5, mientras que Canadá y Colombia notificaron un caso 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 37 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 11, 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 37, 2026. (n = 53.957)



© 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. La *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 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.

Resumen operativo — Países prioritarios

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

País	Respuesta conjunta durante este período	Enfoque para las próximas 2 semanas Acciones de la OPS
México (2)	La OPS siguió prestando apoyo a las autoridades nacionales en el control y la contención del brote de sarampión mediante la coordinación técnica con el 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 dar prioridad a las misiones de apoyo en los estados con transmisión activa y concentrar los recursos en las zonas de mayor riesgo. La OPS y la FICR también apoyaron la elaboración del Informe Anual del País para la Comisión Regional de Verificación, lo que incluyó el análisis y la cartografía de la cobertura vacunal a nivel nacional y subnacional. Las actividades de respuesta en materia de vacunación continuaron mediante campañas de vacunación de bloqueo, campañas de vacunación documentadas y módulos de macrovacunación, al tiempo que avanzaron los preparativos para prestar apoyo técnico a Quintana Roo y se intensificaron las medidas de control del brote en Zacatecas, Durango, Jalisco y Chiapas.	Seguir apoyando la implementación y validación del plan conjunto de asistencia técnica, dando prioridad a los estados con transmisión activa y mayor riesgo de propagación sostenida. Apoyar los esfuerzos para aumentar la cobertura vacunal en las poblaciones susceptibles, reforzar la vigilancia epidemiológica, la detección activa de casos y el seguimiento de contactos, y garantizar un suministro adecuado de vacunas y la capacidad de la cadena de frío. También se seguirá haciendo hincapié 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 reforzando las actividades nacionales y subnacionales de respuesta a los brotes. Se puso en marcha la formación de cuatro consultores subnacionales, con el apoyo de la elaboración de un paquete de formación intensiva, al tiempo que prosiguieron los preparativos para la prestación de apoyo técnico internacional en materia de respuesta a los brotes, microplanificación y ejecución de campañas de vacunación. Se elaboró una matriz de priorización de áreas sanitarias basada en la transmisión activa, la mortalidad y la puntuación de riesgo de la OPS para 2025, y se presentó al Ministerio de Sanidad, junto con una propuesta para aplicar la metodología 7-1-7 para la revisión temprana de la respuesta a los brotes. Se ampliaron las actividades de vigilancia y microplanificación de la vacunación en Totonicapán. La OPS también apoyó la planificación de la campaña de vacunación mediante el análisis de la situación y los riesgos, reforzó la vigilancia de los ESAVI (Eventos	Seguir apoyando la implementación de intervenciones prioritarias de respuesta a brotes en las áreas de salud identificadas mediante el análisis de priorización, incluyendo el apoyo técnico subnacional, la planificación y microplanificación de la vacunación, la vigilancia del ESAVI y la participación comunitaria. La OPS también apoyará la movilización de recursos y los esfuerzos para abordar las limitaciones operativas que afectan a la adquisición de vacunas y suministros, así como a la implementación de actividades de vacunación y comunicación, al tiempo que se refuerza la coordinación con los socios ejecutores, entre ellos Jhpiego, SE-COMISCA y los CDC.

	Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización) mediante el apoyo técnico al mecanismo interprogramático y la entrega de directrices nacionales y procedimientos operativos estándar, y prestó apoyo a la Comisión Nacional de Verificación y a la preparación del informe anual de certificación sobre la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de e congénito por rubéola. Se entregaron al Ministerio de Salud los productos de digitalización de Go.Data y un manual de usuario. Se avanzó en las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria mediante la colaboración con líderes comunitarios y parteras tradicionales en Quiché, la elaboración y validación de materiales documentales y la distribución de material promocional en las áreas sanitarias prioritarias.	
Bolivia (4)	La OPS siguió apoyando las actividades de respuesta a los brotes y de verificación. La Comisión Regional para la Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita concluyó su visita, que incluyó un análisis de la situación del sarampión en Santa Cruz, La Paz y a nivel nacional, y se presentaron las conclusiones y recomendaciones al ministro de Sanidad. También se avanzó en el proceso de cierre de casos y documentación, con la verificación de la exhaustividad y coherencia de la información en el repositorio documental centralizado y el establecimiento de un calendario de trabajo con los equipos departamentales de vigilancia epidemiológica para garantizar la exhaustividad, integridad y coherencia de los expedientes de los casos.	Continuar con el seguimiento de las recomendaciones de la Comisión de Reverificación y la implementación de los planes de acción 7-1-7 en Santa Cruz y La Paz, incluido el fortalecimiento continuo de la documentación de los casos y la calidad del repositorio. Continuar con las actividades de promoción junto al sector educativo, en particular las universidades, para facilitar el acceso a la vacunación y promover los requisitos de vacunación para los estudiantes de carreras relacionadas con la salud que participan en prácticas clínicas. La OPS también seguirá apoyando las actividades de comunicación de riesgos en el contexto de los recursos limitados y las restricciones administrativas que afectan a la implementación.
Perú (5)	La OPS siguió apoyando las actividades de respuesta al brote y los preparativos para la revisión de respuesta temprana 7-1-7 y la evaluación de seguimiento de las medidas de control del brote con equipos nacionales y regionales en Puno y Arequipa. El apoyo técnico también incluyó la coordinación de una formación sobre inmunización para las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Centro.	Seguir apoyando la aplicación y el seguimiento de las medidas de control de brotes, incluido el seguimiento de la revisión 7-1-7 y de las recomendaciones de la Comisión de Reverificación. Fortalecer los equipos locales para la identificación oportuna de casos y las medidas de control, y continuar con las actividades de promoción para abordar la insuficiencia de recursos destinados a la adquisición de vacunas y al seguimiento por parte de los equipos nacionales y regionales de vigilancia, laboratorio e inmunización. Apoyar una comunicación de riesgos más específica sobre el riesgo de sarampión y la importancia de la vacunación.

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

Vigilancia colaborativa

- La evaluación regional retrospectiva de los brotes de sarampión notificados durante 2025-2026, utilizando la metodología adaptada 7-1-7, sigue avanzando, integrando indicadores de puntualidad, hallazgos cualitativos y la validación de los países.
- Se han completado las evaluaciones y las visitas de la Comisión Regional de Verificación (CRV) en México, Bolivia, y Perú, y se están consolidando los resultados para el análisis regional y el seguimiento.
- En Perú, se debatió el brote de sarampión durante una reunión entre el Representante de la OPS/OMS y el ministro de Salud. También se están reforzando las medidas de preparación de cara a grandes concentraciones de personas, como las fiestas del Señor de los Milagros en octubre y la visita del papa León XIV en noviembre, que podrían aumentar el riesgo de transmisión del sarampión.
- La OPS siguió prestando apoyo técnico para fortalecer las capacidades de vigilancia y diagnóstico de laboratorio en toda la Región. En Costa Rica, se prestó apoyo técnico para optimizar la capacidad nacional de secuenciación del virus del sarampión mediante el método Sanger.
- La OPS coordinó con los responsables de MeaNS2 (Red Mundial de Laboratorios de la OMS para el Sarampión y la Rubéola: Vigilancia de Nucleótidos del Virus del Sarampión) la armonización de los cálculos de la semana epidemiológica de la plataforma con la metodología utilizada por los países de la Región.

Operaciones de inmunización y vacunación

- Las actividades de respuesta en materia de vacunación continuaron en los países afectados, incluida la aplicación y el seguimiento de las estrategias de vacunación entre las poblaciones prioritarias. A continuación, se resumen los avances recientes en Guatemala, México y Perú:

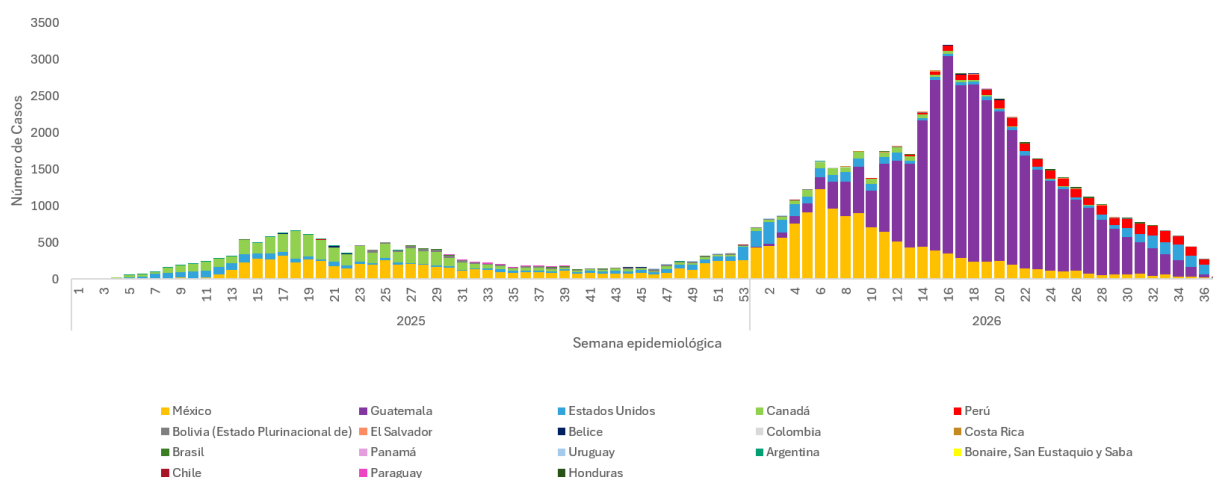
País	Avances en la respuesta de vacunación
Guatemala	• Se está llevando a cabo una campaña de vacunación en cuatro áreas programáticas: Quiché, Chiquimula, Sololá e Izabal. • Otros departamentos están elaborando planes de respuesta al brote para orientar las actividades de vacunación.
México	• Se han iniciado actividades de microplanificación en los estados que no han notificado ningún caso de sarampión desde hace más de 20 semanas.
Perú	• Las actividades de vacunación continuaron entre las poblaciones prioritarias.

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.

- En Puno, ninguna de las 12 zonas evaluadas alcanzó la meta establecida (IC del 95%: 30%–82%).
- La cobertura notificada fue del 82% en El Collao, del 62% en San Román y del 43% en Sandía.

Situación epidemiológica

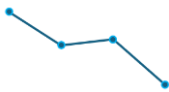
Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 37 del 2026



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, a fecha de la SE 37 del 2026

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 35-36	Casos en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Tendencia (SE 33-36)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+176	33.866	45	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 37, se han notificado transmisión en los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; a nivel departamental, la transmisión se mantiene en Alta Verapaz. Las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (374,9 casos por cada 100.000 habitantes), seguida 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 36 del 2026.
México*	+46	12.943	22	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 6.839 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 877 casos. El caso más reciente se registró en la SE 36 del 2026.
Estados Unidos*	+290	3.471	0	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Pensilvania (745), Carolina del Sur (670), Utah (527), Texas (192), Virginia (178), Wisconsin (158), Florida (147), Ohio (124) y Arizona (110). El caso más reciente se notificó en la SE 37 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 35-36	Casos en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Tendencia (SE 33-36)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Perú*	+190	2.292	0	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	El caso más reciente se registró en la SE 37 del 2026.
Canadá*	+1	1.120	0	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	Durante el año 2026, hasta la SE 37, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (49), Ontario (33) 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 36 del 2026.
Bolivia*	+5	115	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 36 del 2026.
El Salvador	0	58	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	28	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 32 del 2026.
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.

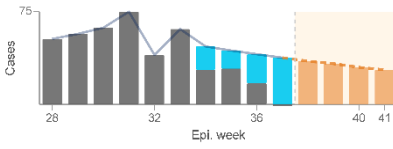
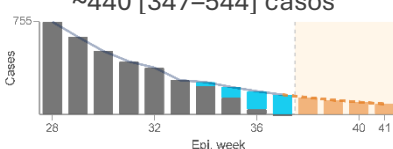
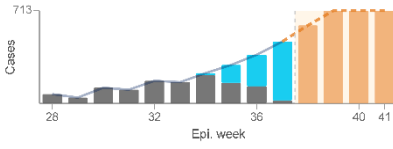
País	Nuevos casos notificados hasta las SE 35-36	Casos en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Tendencia (SE 33-36)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Colombia	+1	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 35 del 2026.
Belice	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El caso más reciente se notificó en la SE 31 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)	—		—

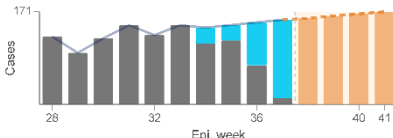
*Países con brotes activos: se han notificado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **Se ha excluido la semana epidemiológica (SE) más reciente de los recuentos observados para tener en cuenta los retrasos en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba; Chile; y Uruguay. Consulte 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 en función del 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 reforzadas 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 3**). 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 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 3. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 37 del 2026

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 38-41) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
México	0,85 [0,73–0,98]	↓ en descenso	~126 [76–188] 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	0,71 [0,66 – 0,76]	↓ en descenso	~440 [347–544] casos 	Se estima que R_t es de 0,71, manteniéndose por debajo del umbral epidémico. Esto indica una disminución de la transmisión, y las proyecciones sugieren que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,64 [1,55 – 1,73]	↑ en aumento	~3.550 [3.143–4.011] casos 	Se estima que R_t es de 1,64. 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.
Canadá	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4. De los 1.117 casos

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 38-41) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
				registrados en 2026, 1.021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre del 2024, que es un e que ahora muestra un descenso sostenido.
Perú	1,05 [0,97 – 1,14]	~estable	~660 [528–810] casos 	Se estima que R_t es 1,05. 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 al 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) 38-41, condicionada al R_t estimado actualmente.

⁴Canadá y Bolivia: No se ha realizado ningún modelo 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 fases 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 de 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 correspondiente a 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 esperado de casos para las semanas incompletas, con intervalos de credibilidad del 95%. Los umbrales se establecieron basándose en una evaluación interna de la estabilidad del modelo, 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, por sus siglas en español) (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 22 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, 21 de septiembre del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 21 de septiembre del 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 21 de septiembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Perú, 21 de septiembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional del IMST sobre el sarampión, 21 de septiembre del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Inédito.
7. Organización Panamericana de la Salud. Matriz de preparación y respuesta al 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 del 2012;68(3):755-65. doi: 10.1111/j.1541-0420.2012.01748.x. Publicado en línea el 24 de febrero del 2012. PMID: 22364540; PMCID: PMC4553425. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4553425/>.