

Informe de Situación Regional · N.º 13

Sarampión en la Región de las Américas

8 de octubre del 2026 · Próximo número: 22 de octubre del 2026¹

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–39 2026 (4 de enero – 3 de octubre del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 37–38 vs SE 35–36 ²		
ACUMULADO — SE 1–39, 2026		
55.792 CASOS CONFIRMADOS	77 MUERTES Tasa de mortalidad 0,14%	17 PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADOS) ³
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 37–38, 2026		
+687 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -35% (en comparación con SE 35–36) ⁴	+9 NUEVAS MUERTES Cinco nuevas muertes en Guatemala, dos nuevas muertes en los Estados Unidos de América, una nueva muerte en México y una nueva muerte en Perú	7/17 PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO CASOS Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, los Estados Unidos de América, Guatemala, México, y Perú

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 39 del 2026 (que finalizó el 3 de octubre del 2026), la Región de las Américas notificó **55.792** casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 4,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (34.355), México (13.595), Estados Unidos (3.887), Perú (2.553) y Canadá (1.121) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Se han notificado un total de **77** muertes, de las cuales 50 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, 2 en los Estados Unidos de América, una en Perú y una en Bolivia (1). Cabe destacar que las muertes notificadas en los Estados Unidos de América y en Perú son las primeras registradas por estos países en 2026.

Durante las SE 37 y 38 del 2026, la Región de las Américas notificó **687** nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 35–36; 1.059 nuevos casos, de los cuales 350 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (**Figura 1**). De los 687 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 37 y 38, Estados Unidos registró 293, seguido de Guatemala con 200, Perú con 155, México con 34 y Bolivia con 3, mientras que Canadá y Brasil notificaron un caso cada uno².

¹ Los informes regionales de situación anteriores, así como información y recursos adicionales sobre el sarampión en la Región de las Américas, están disponibles en la página web de la OPS sobre sarampión: [Brote Multi-país de sarampión 2026 - OPS/OMS](#), [Organización Panamericana de la Salud](#) (2)

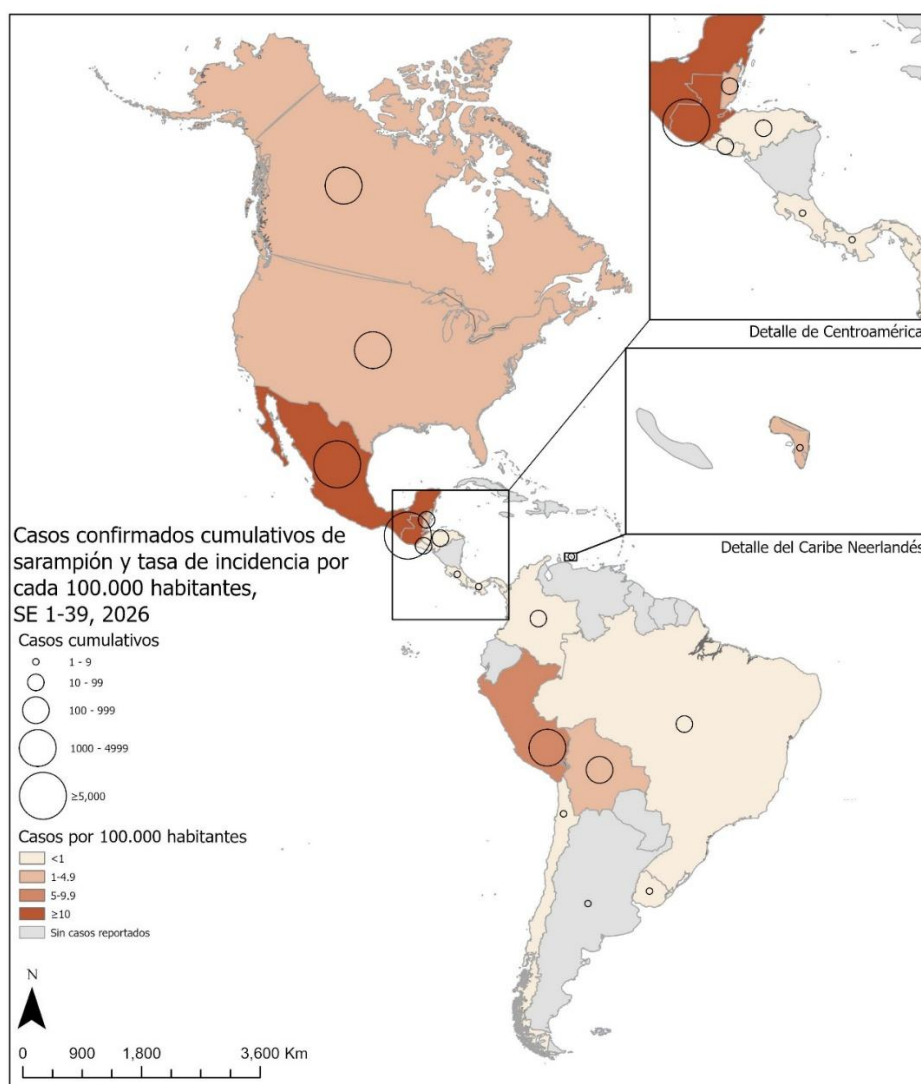
² Tenga en cuenta que las cifras presentadas en este Informe de situación pueden diferir de las que figuran en [el panel de control en línea de la OPS sobre el sarampión para la Región de las Américas](#). El Informe de situación refleja la información disponible a fecha de la semana epidemiológica 39 del 2026, mientras que el panel de control se actualiza de forma continua a medida que se dispone de nuevos datos.

³ Desde el Informe de situación n.º 12, ningún otro país ha notificado nuevos casos de sarampión en 2026.

⁴ La falta de notificación y los retrasos en la notificación pueden dar lugar a una subestimación del número total de casos de sarampión notificados.

A pesar de la disminución de la transmisión en algunos países de las Américas, con **estimaciones de R_t inferiores a 1**, puede persistir una transmisión de baja intensidad mediante cadenas de infección esporádicas y difíciles de detectar. Este patrón de transmisión “gota a gota” puede mantener la circulación del virus durante más de 12 meses, retrasar el cierre de los brotes y aumentar el riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica, lo que podría, en última instancia, poner en riesgo el **estatus de país libre de sarampión**.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – 39, 2026. (n = 55.792)



© 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 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 (3)	La OPS continuó apoyando la respuesta de México al brote de sarampión, con especial atención a Zacatecas, donde se brindó asistencia técnica in situ tras un aumento de la mortalidad asociada al brote, que ha resultado en 385 casos confirmados y seis defunciones. El apoyo también incluyó una evaluación del cumplimiento de la norma que establece la investigación epidemiológica de los casos sospechosos dentro de las 48 horas posteriores a su notificación. La asistencia técnica se centró en fortalecer el seguimiento de contactos y acelerar las actividades de vacunación con SR (sarampión y rubéola) y SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) entre los grupos de edad más afectados, en particular los niños de 1 a 4 años y los adultos de 25 a 29 años. La OPS también brindó orientación técnica sobre la aplicación de los criterios de cierre de brotes de la Comisión Regional de Verificación (CRV), apoyando la transición desde la contención activa del brote hacia la estabilización y su eventual cierre.	Continuar apoyando la clasificación final de los casos en investigación, con especial atención a los casos notificados durante las semanas epidemiológicas más recientes. El apoyo también se centrará en la revisión y aprobación del plan de 90 días para el control y cierre del brote de sarampión, así como en la validación del cronograma de visitas interinstitucionales de apoyo técnico a los estados prioritarios. La OPS continuará brindando asistencia técnica focalizada para fortalecer la vigilancia, el seguimiento de contactos, las actividades de vacunación y la respuesta al brote, al tiempo que apoyará el seguimiento de las coberturas de vacunación y la identificación de brechas de inmunidad entre las poblaciones con mayor riesgo de transmisión sostenida. Asimismo, continuará brindando orientación técnica sobre la aplicación de los criterios de la CRV para apoyar el avance hacia la estabilización y el cierre del brote.
Guatemala (4)	La OPS siguió prestando apoyo a la respuesta nacional y subnacional de Guatemala frente al sarampión. Esto incluyó el envío de personal técnico y la formación de cuatro consultores subnacionales para los departamentos prioritarios, así como la presentación al Ministerio de Salud de una matriz de priorización de áreas sanitarias con una propuesta para una revisión temprana del modelo 7-1-7. En materia de inmunización, la OPS prestó apoyo a la planificación de campañas y a la vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI). A través del Fondo Rotatorio de la OPS, apoyó la adquisición de 3 millones de dosis de la vacuna SR (sarampión y rubéola) y aproximadamente 1,74 millones de dosis de la vacuna SRP (sarampión, rubéola y	Continuar con el apoyo técnico a los departamentos prioritarios, centrándose en la ejecución y el seguimiento de las campañas de vacunación, incluida la disponibilidad de dosis en relación con las poblaciones objetivo, junto con la evaluación de la preparación y la respuesta. La OPS también seguirá apoyando la vigilancia, el manejo clínico, la comunicación de riesgos y la participación comunitaria, y ayudará a abordar los retos operativos y de financiación.

	parotiditis) para la inmunización sistemática y las actividades de campaña. La OPS también prestó apoyo al informe anual de Guatemala sobre la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, entregó productos de digitalización de Go.Data y continuó trabajando en la formación sobre manejo clínico y prevención y control de infecciones (PCI), así como en la participación comunitaria.	
Bolivia (5)	La OPS siguió apoyando la respuesta de Bolivia al brote de sarampión, reforzando la vacunación y la vigilancia en los municipios prioritarios. En el marco del programa nacional de inmunización, está prevista una fase de intensificación desde mediados de octubre hasta mediados de noviembre, que incluye equipos móviles de vacunación, detección activa de casos, seguimiento rápido de la vacunación y supervisión de la campaña. El seguimiento de la cobertura continúa a través del servicio de asistencia nacional y de los equipos de apoyo técnico, junto con el seguimiento 7-1-7 en curso en los departamentos prioritarios.	Seguir apoyando la ejecución de la campaña y el seguimiento de la cobertura en los municipios prioritarios, prestando especial atención a las zonas que se sitúan por debajo de los objetivos nacionales, y reforzar los esfuerzos para interrumpir la transmisión en Santa Cruz. La OPS también continuará el seguimiento de las recomendaciones de la CRV y de los planes de acción «7-1-7», incluyendo la calidad de la documentación de los casos; la promoción junto con las universidades para facilitar la vacunación de los estudiantes de ciencias de la salud en prácticas clínicas; y las actividades de comunicación de riesgos, a pesar de las limitaciones administrativas y de recursos.
Perú (6)	La OPS siguió apoyando la respuesta del Perú al brote de sarampión, centrándose en Loreto. Tras el fallecimiento de un adolescente por sarampión, la OPS prestó apoyo a los equipos nacionales y regionales de inmunización para revisar la situación epidemiológica y ajustar el plan de intervención. Se continuó con las actividades de promoción para la adquisición de dosis adicionales de la vacuna contra el sarampión y la rubéola.	Seguir apoyando las medidas de control del sarampión en Loreto y otras zonas con transmisión activa, incluyendo la intensificación de la vacunación, la mejora de la cobertura y el seguimiento del plan de intervención conjunto, junto con la adquisición de vacunas y la comunicación de riesgos. La preparación también tendrá en cuenta la visita papal prevista para noviembre, dado el movimiento de población a gran escala, tanto nacional como internacional, que se espera que se produzca.

Respuesta de la OPS según los pilares estratégicos (7)⁵

Coordinación

- Reuniones con potenciales donantes para presentar la estrategia de respuesta y el llamamiento a donantes, con el fin de apoyar la capacidad de respuesta de los países ante los brotes de sarampión en las Américas. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/0350b900-ec67-45aa-a813-5c05c861fb94>

⁵ 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.

Vigilancia colaborativa

- La evaluación regional retrospectiva de los brotes de sarampión notificados durante 2025-2026, utilizando la metodología 7-1-7 adaptada, sigue avanzando, integrando indicadores de puntualidad, hallazgos cualitativos y la validación por parte de los países.
- En Bolivia y Perú se han finalizado las evaluaciones 7-1-7 y las visitas sobre el terreno de la CRV. En Bolivia, los resultados se debatieron recientemente con el ministro de Salud, mientras que en Perú se está preparando una comunicación que resume los resultados y las recomendaciones para las autoridades nacionales.
- En México se ha ultimado el plan actualizado de 90 días para el control y la eliminación del brote de sarampión, y la OPS sigue prestando apoyo técnico para su implementación y las actividades de campo relacionadas.
- En Guatemala, se han proporcionado recursos financieros para apoyar las actividades de respuesta al brote de sarampión, y se han movilizado recursos adicionales a través de los CDC.
- A nivel subregional en América del Sur, la OPS está apoyando la preparación para las concentraciones masivas asociadas a la próxima visita del Papa León XIV, lo que incluye planes para organizar un seminario web subregional.
- La OPS siguió apoyando la vigilancia de laboratorio y el seguimiento genómico en toda la Región. En Perú, se celebró una sesión de trabajo con el Laboratorio Nacional para apoyar la notificación de secuencias de sarampión a la base de datos de Vigilancia de Nucleótidos del Sarampión (MeaNS) de la OMS.
- La OPS también coordinó con los laboratorios nacionales de referencia de México (InDRE) y Brasil (Fiocruz) la revisión y corrección de la información de las semanas epidemiológicas asociada a secuencias seleccionadas notificadas a MeaNS, mejorando así la coherencia y la calidad de los datos regionales de vigilancia molecular.

Manejo clínico

- A través del Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes (IMST, por sus siglas en inglés) para el brote de sarampión, la OPS publicó el documento *Manejo clínico y medidas de prevención y control para la infección por sarampión*, actualmente disponible en español. Elaborado con expertos de la Región, el documento proporciona a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para el manejo clínico de los casos de sarampión y para la prevención y el control de infecciones en los servicios de salud, con el objetivo de reducir las complicaciones y limitar la transmisión. Próximamente estará disponible una versión en inglés. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/4e81cc3d-a209-466a-8031-0c59c41729b6>

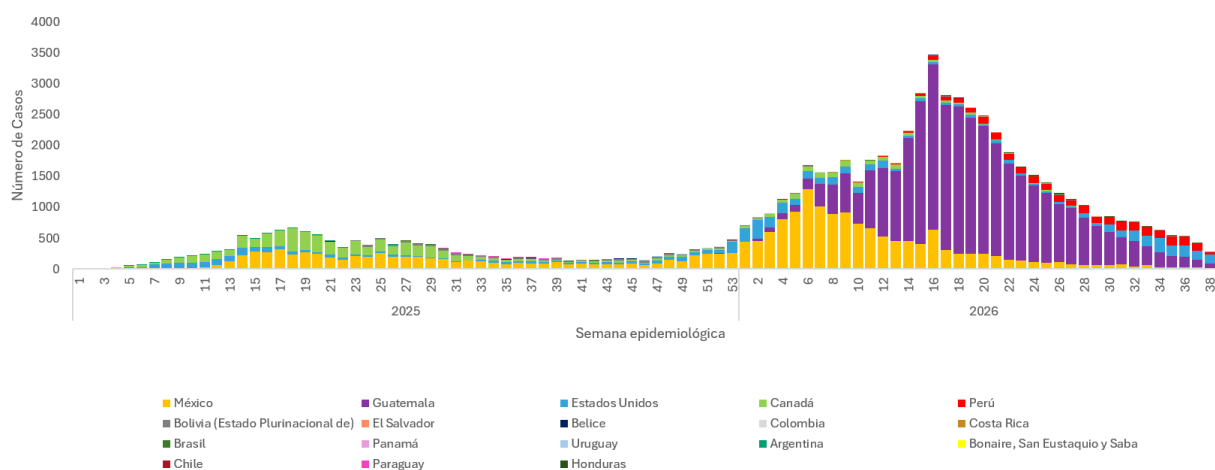
Operaciones de inmunización y vacunación

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

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. - Se ha presentado una solicitud de 500.000 dosis de vacunas.
México	Se están llevando a cabo los preparativos para una formación en microplanificación que abarque las actividades de la campaña previstas para 2027 y la inmunización sistemática en los estados que no han registrado circulación del virus del sarampión durante más de 20 semanas.
Colombia	Se están actualizando las herramientas de microplanificación para apoyar la vacunación preventiva sistemática y la campaña de vacunación del 2027.
Brasil	Se está trabajando en la actualización de la herramienta de microplanificación para las campañas de vacunación y la respuesta ante brotes.
Chile	Se está elaborando un plan de comunicación social para apoyar las actividades de vacunación de seguimiento dirigidas a poblaciones seleccionadas.

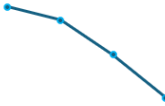
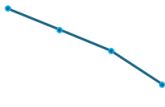
Situación epidemiológica

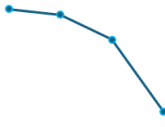
Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 39 del 2026



La tabla siguiente 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 39 del 2026

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+200	34.355	50	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 39, se ha notificado transmisión en los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; a nivel departamental, las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (400,4 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (328,6 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (306,7 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 67,6% de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 39 del 2026.
México*	+34	13.595	23	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 7.274 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 920 casos. El caso más reciente se registró en la SE 38 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Estados Unidos*	+293	3.887	2	↓ en descenso ⁶ 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Pensilvania (963), Carolina del Sur (670), Utah (535), Wisconsin (207), Texas (192), Virginia (178), Florida (148), Ohio (144) y Arizona (110). Las dos primeras muertes relacionadas con el sarampión registradas en Estados Unidos en 2026 también se notificaron durante este periodo. El caso más reciente se notificó en la SE 39 del 2026.
Perú*	+155	2.553	1	↓ en descenso ⁷ 	Escenario C: transmisión comunitaria	Se notificó el primer fallecimiento relacionado con el sarampión en Perú en un varón de 16 años no vacunado de la comunidad de Alto Monte, distrito de San Pablo, provincia de Mariscal Ramón Castilla, departamento de Loreto. El paciente presentó síntomas el 3 de septiembre y falleció el 13 de septiembre del 2026. El caso más reciente se registró en la SE 39 del 2026.
Canadá*	+1	1.121	0	Transmisión por gotículas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	En el año 2026, hasta la semana epidemiológica 39, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (50), 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 38 del 2026.

⁶ La reciente disminución observada en los Estados Unidos debe interpretarse con cautela. Es probable que los recuentos de caso s correspondientes a las semanas epidemiológicas más recientes estén incompletos debido a retrasos en la notificación. Una vez ajustados estos retrasos, las estimaciones del modelo indican un aumento de la transmisión (R_t 1,4 [ICr del 95%: 1,33–1,48]). Véase la Tabla 3.

⁷ La reciente disminución observada en Perú debe interpretarse con cautela. El recuento de casos de las semanas epidemiológicas más recientes puede estar incompleto debido a los retrasos previsible en la notificación. Una vez tenidos en cuenta estos retrasos, las estimaciones del modelo sugieren una transmisión globalmente estable ($R_t \approx 1,06$, con un intervalo de incertidumbre que incluye el valor 1). Véase la Tabla 3.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Bolivia*	+3	120	1	Transmisión por gotículas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	El último caso se notificó en la SE 39 del 2026.
El Salvador	0	58	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 30 del 2026.
Brasil	+1	39	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 37 del 2026.
Honduras	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 31 del 2026.
Colombia	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni 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 ni 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 ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 23 del 2026.

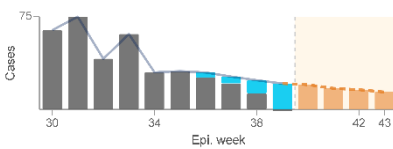
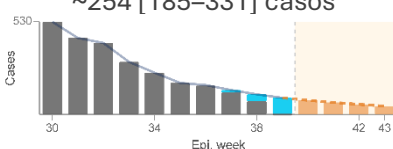
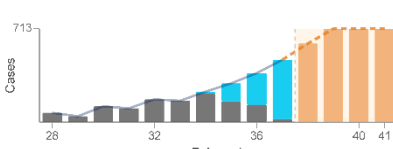
País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Costa Rica	0	5	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de 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)	—		—

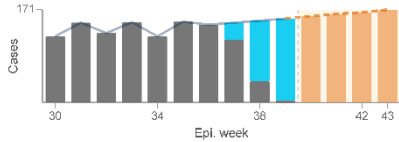
*Países con brotes activos: se han notificado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **Se ha excluido la semana epidemiológica (SE) más reciente de los recuentos observados para tener en cuenta los retrasos en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba; Chile; y Uruguay. 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 casos confirmados limitados 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. (8)

Como complemento al 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 últimas semanas 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 actualmente (R_t), es decir, el número medio de infecciones secundarias por caso. Un valor de R_t superior a 1 indica una transmisión sostenida o en aceleración; 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 39 del 2026

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 40-43) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
México	0,81 [0,66–0,98]	↓ en descenso	~67 [33–115] 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	0,68 [0,63–0,74]	↓ en descenso	~254 [185–331] casos 	Se estima que R_t es de 0,68, 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	1,4 [1,33–1,48]	↑ en aumento	~2.480 [2.172–2.812] casos 	Se estima que R_t es igual a 1,4. 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 continuar con el seguimiento 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

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 40-43) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
				pie 4. De los 1.117 casos registrados en 2026, 1.021 siguen estando relacionados con el brote que comenzó en octubre del 2024, el cual muestra ahora un descenso sostenido.
Perú	1,06 [0,97–1,14]	~estable	~659 [528–808] casos 	Se estima que R_t es 1,06. 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 (9). 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 valor de R_t estimado actualmente.

⁴Canadá y Bolivia: 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 semanas epidemiológicas 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 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 (10).

Número de reproducción efectivo (R_t). El R_t se estimó utilizando el método EpiEstim (9), 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 (11). 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 valor estimado de R_t . 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 de serie 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 correspondiente a 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 5 de octubre 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. Respuesta Multipaís ante el Brote de Sarampión. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/brote-multi-pais-sarampion-2026>
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en México, 5 de octubre del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 5 de octubre del 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 5 de octubre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Perú, 5 de octubre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
7. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional del IMST sobre el sarampión, 5 de octubre del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Inédito.
8. 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>
9. 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.
10. 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.
11. 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/>.