Informe de Situación Regional · N.º 15

Sarampión en la Región de las Américas

5 de noviembre del 2026 · *Próximo número: 19 de noviembre del 2026*[1]

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–43, 2026 (4 de enero – 31 de octubre del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 41–42 vs SE 39–40 [2]

ACUMULADO — SE 1–43, 2026		
57.666 CASOS CONFIRMADOS	**81** MUERTES Tasa de mortalidad 0,14%	**17** PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADO) [3]
ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 41–42, 2026		
+547 NUEVOS CASOS CONFIRMADOS ↓ -38% *(en comparación con SE 39–40)*[4]	**0** NUEVAS MUERTES	**6/17** PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO CASOS DURANTE LAS SE 41-42 *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 43 del 2026 (que finalizó el 31 de octubre del 2026), la Región de las Américas notificó **57.666** casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 4,7 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (34.748), México (13.761), Estados Unidos (4.852), Perú (2.862) y Canadá (1.126) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Se han notificado un total de **81** muertes, de los cuales 53 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, tres en los Estados Unidos de América, uno en Perú y uno en Bolivia (*1*).

Durante las SE 41 y 42 del 2026, la Región de las Américas notificó **547** nuevos casos confirmados de sarampión en seis países y territorios, lo que representa una disminución del 38% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 39-40; 885 nuevos casos, de los cuales 242 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (**Figura 1**). De los 547 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 41 y 42, Estados Unidos registró 332, seguido de Guatemala con 115, Perú con 66, México con 29, Bolivia con cuatro y Canadá con uno[2] .

A pesar de la disminución de la transmisión del sarampión en algunos países de las Américas, reflejada en las **estimaciones del número reproductivo efectivo (Rt) inferiores a 1 (Tabla 3)**, la transmisión persistente de baja intensidad puede continuar, con la posibilidad de que se produzcan nuevos aumentos de casos cuando

[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 dedicada al sarampión: Brote de sarampión en varios países 2026 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (2)*

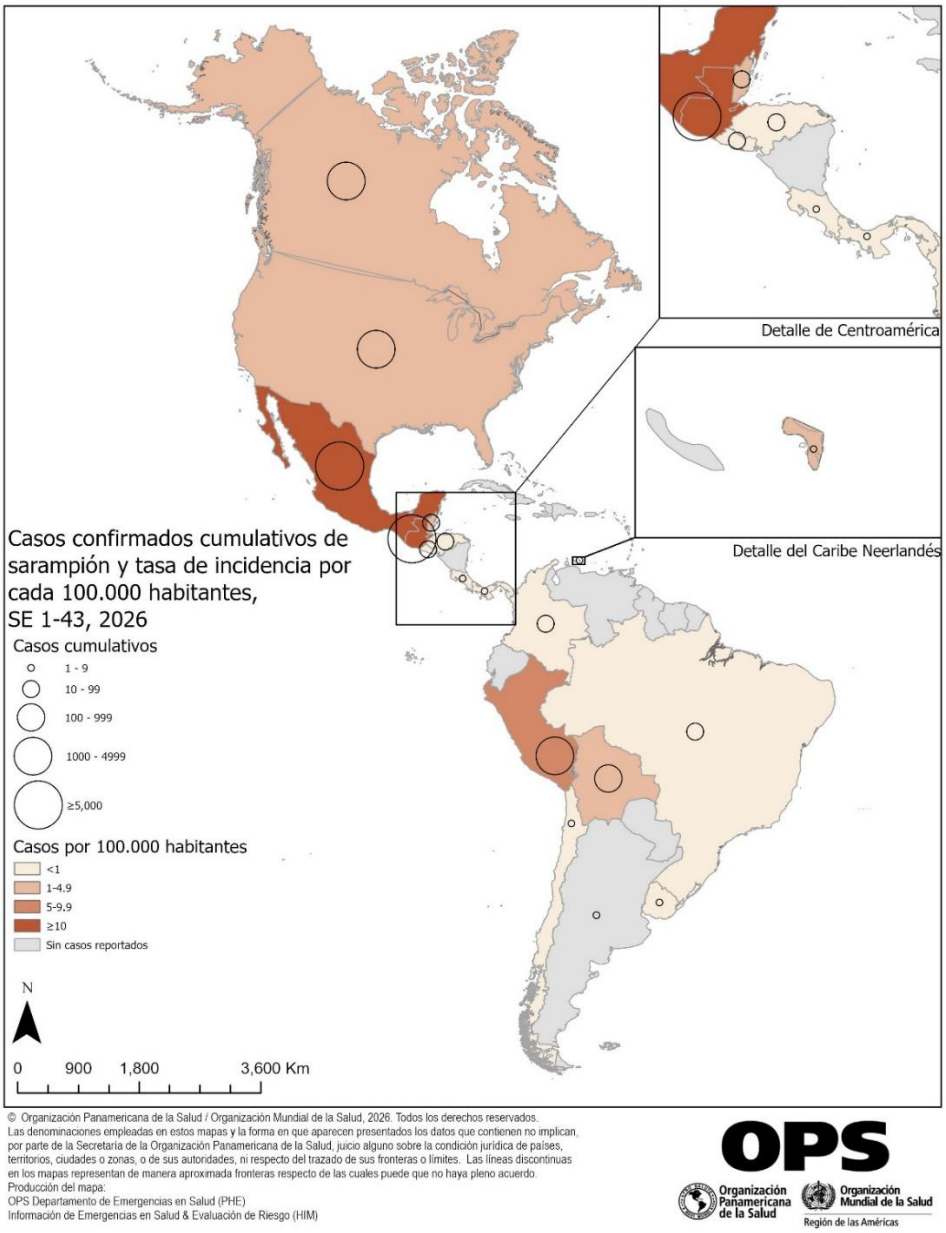
[2] *Tenga en cuenta que las cifras presentadas en este informe de situación pueden diferir de las que figuran en el panel de control en línea de la OPS sobre el sarampión para la Región de las Américas. El informe de situación refleja la información disponible a fecha de la semana epidemiológica 43 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 14, 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.*

el virus alcanza grupos de población con coberturas insuficientes. Este patrón de transmisión esporádica, o transmisión «gota a gota», puede mantener la circulación del virus durante más de 12 meses, retrasando el cierre de los brotes y aumentando el riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica. Esto podría poner en peligro el **estatus de país libre de sarampión** y aumentar el riesgo de infección entre las poblaciones vulnerables, particularmente aquellas personas que no pueden vacunarse debido a contraindicaciones médicas.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE1 – 43, 2026. (n = 57.666)



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 (3)	La OPS siguió apoyando la respuesta de México al brote de sarampión mediante la asistencia técnica a los estados prioritarios y la coordinación con las autoridades nacionales. El plan de respuesta al brote de sarampión, de 90 días de duración, fue aprobado por la Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar de la Población, y se espera que sea revisado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional y del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) antes de su puesta en marcha. Ya han comenzado las visitas de asesoramiento técnico sobre el control y la erradicación del brote en Sonora y Jalisco, y se ha identificado a Chiapas como el siguiente estado prioritario. La OPS también apoyó la planificación de la formación en microplanificación para el Programa de Vacunación Universal de rutina en cuatro estados (Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán), incluida una segunda reunión de planificación el 20 de octubre y sesiones de formación virtuales los días 29 y 30 de octubre, como preparación para las actividades de formación presenciales previstas para noviembre del 2026.	Seguir coordinándose con las autoridades nacionales para apoyar la revisión y la aplicación del plan de respuesta al brote de sarampión de 90 días aprobado, incluida la coordinación con el Grupo de Trabajo Interinstitucional y la CONAVA. Continuar con las visitas de asesoramiento técnico sobre el control y la erradicación de brotes en los estados prioritarios, incluido Chiapas, y apoyar las actividades de formación presencial sobre microplanificación previstas en Guanajuato, Querétaro, Tlaxcala y Yucatán durante noviembre del 2026.
Guatemala (4)	La OPS siguió apoyando la respuesta subnacional a través de consultores territoriales en cinco departamentos prioritarios (Quiché, Sololá, Guatemala Sur, Izabal y Quetzaltenango). El apoyo incluyó actividades de campañas de vacunación en Quiché y Sololá, capacitación sobre participación comunitaria y promoción de la vacunación, preparativos para la detección activa de casos en hospitales y capacitación sobre las directrices de respuesta a brotes en centros de salud de Guatemala Sur. En Quetzaltenango, la OPS apoyó la formación de 75 estudiantes de medicina y 11 parteras tradicionales, la detección activa de casos a nivel institucional y comunitario, y el seguimiento de siete casos a través de Go.Data. Otras actividades incluyeron ajustes en los objetivos de la campaña y las solicitudes de vacunas, la logística para las brigadas de vacunación en zonas de difícil acceso y la coordinación intersectorial para movilizar recursos y preparar campañas. Las actividades de comunicación de riesgos incluyeron la elaboración de	Seguir apoyando la ejecución y el seguimiento de la campaña de vacunación en las áreas sanitarias prioritarias, incluyendo la microplanificación, la logística de las vacunas, la movilización de brigadas de vacunación y la participación comunitaria. Apoyar los preparativos para la fase 3 de la campaña de vacunación y la coordinación con las autoridades nacionales para revisar las poblaciones objetivo de la campaña, su duración y el establecimiento de un denominador oficial y validado para el seguimiento y la evaluación. Continuar con los esfuerzos para subsanar las deficiencias operativas y de la cadena de frío identificadas, dar prioridad a la vacunación entre los grupos de población vulnerables y establecer un denominador oficial y validado para el

	un folleto en lengua maya en Quiché y la contratación de un comunicador social para apoyar la coordinación intersectorial y los materiales de comunicación. La OPS también prestó apoyo a talleres presenciales de microplanificación para 16 Direcciones Departamentales de Redes de Servicios de Salud Integrados (DDRISS) en preparación para la fase 3 de la campaña de vacunación, así como a un taller a nivel central para el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) sobre vigilancia, simulacros de respuesta ante brotes, microplanificación y comunicación de riesgos. Además, se llevó a cabo la primera de seis sesiones de formación virtual sobre el manejo clínico del sarampión y la prevención y el control de infecciones (PCI), a la que asistieron 358 participantes, seguida de una segunda sesión que abarcó la evaluación inicial, la estratificación del riesgo, los signos de alerta, la administración de vitamina A y los procedimientos de derivación. La OPS también apoyó la impresión y distribución de certificados de vacunación en Sololá y participó en una reunión de alto nivel con las autoridades sanitarias nacionales para revisar las directrices de la campaña de vacunación, la disponibilidad de vacunas, la capacidad operativa y los retos en materia de adquisición.	seguimiento y la evaluación de la campaña. Mantener el apoyo técnico para la detección activa de casos a nivel institucional y comunitario, el seguimiento de los casos y la formación sobre la respuesta a brotes, la gestión clínica y el PCI. Seguir apoyando las actividades de comunicación de riesgos y la coordinación con las autoridades nacionales para abordar las limitaciones en la adquisición de vacunas.
Bolivia (5)	La OPS siguió apoyando la respuesta de Bolivia al brote de sarampión mediante la detección activa de casos a nivel institucional en ocho municipios prioritarios de siete departamentos y actividades de cierre del brote en 40 municipios que no han notificado casos confirmados durante más de tres meses, incluida la verificación de los nueve criterios nacionales de cierre. El apoyo a la inmunización incluyó el despliegue de 276 brigadas de vacunación en el marco de la campaña de vacunación *Cerrando brechas* contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) y contra el sarampión y la rubéola (SR), así como la movilización de 361 profesionales sanitarios para el seguimiento y la supervisión rápidos de la vacunación en ocho municipios prioritarios de siete departamentos. La OPS también prestó apoyo al seguimiento nacional de la cobertura vacunal y al avance de la campaña mediante equipos de asistencia técnica y continuó revisando los materiales para un curso virtual sobre el manejo clínico del sarampión.	Seguir apoyando las actividades intensificadas de vacunación en el marco de la campaña *Cerrando brechas*, incluido el despliegue de brigadas de vacunación, el seguimiento rápido de la vacunación y la supervisión en ocho municipios prioritarios de siete departamentos hasta el 15 de noviembre. Completar la detección activa de casos a nivel institucional y la verificación de los nueve criterios de cierre de brotes en los municipios elegibles, y evaluar los resultados una vez finalizadas estas actividades. Seguir prestando apoyo técnico para el seguimiento de la cobertura vacunal y el avance de la campaña a través de los equipos nacionales de asistencia técnica, así como revisar el contenido del curso sobre el manejo clínico del sarampión para el Campus Virtual de Salud Pública.
Perú (6)	La OPS apoyó las actividades de preparación y respuesta ante el sarampión en Ucayali, incluido un taller técnico sobre características clínicas, vigilancia epidemiológica y eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI). La coordinación con el Vicariato de Pucallpa incluyó debates sobre la protección de aproximadamente 3.000 voluntarios y otros participantes durante la próxima visita papal, habiéndose acordado actividades de vacunación a nivel parroquial. La Dirección	Apoyar la evaluación de los reactivos de diagnóstico del sarampión para garantizar la calidad de las pruebas de laboratorio y colaborar en el análisis y la clasificación definitiva de los casos pendientes de las primeras semanas del brote. La OPS también seguirá apoyando la preparación para las próximas concentraciones masivas, abogará por la disponibilidad

	Regional de Salud se comprometió a colaborar con hoteles y restaurantes para reforzar la notificación oportuna de los casos sospechosos. También se completó la donación de equipos de la cadena de frío a Ucayali. Además, se realizaron visitas técnicas en Piura y Trujillo, donde se ofrecieron recomendaciones sobre las actividades de respuesta al brote y el uso de la vacuna SPR para el control del brote.	oportuna de dosis adicionales de la vacuna MR y respaldará los esfuerzos para aumentar la cobertura de vacunación contra el sarampión y responder a la transmisión en curso.

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

Vigilancia colaborativa

- En Bolivia, la OPS sigue apoyando la respuesta activa al brote de sarampión en La Paz y Santa Cruz, incluidas las actividades de vigilancia y respuesta sobre el terreno, tras la detección de un nuevo caso importado de Perú.
- En Guatemala, la OPS sigue apoyando las actividades de respuesta al brote mediante el despliegue de cuatro profesionales nacionales y un profesional internacional en cinco departamentos, junto con una campaña de vacunación en curso en cuatro departamentos.
- En Estados Unidos, la OPS sigue vigilando los elevados niveles de transmisión del sarampión que persisten, especialmente en los estados del noreste.
- Brasil, Colombia y Perú están coordinando actividades de inmunización transfronterizas en municipios fronterizos, previstas para el 7 de noviembre del 2026.
- En Uruguay, el proceso virtual de revisión y acreditación del laboratorio nacional de sarampión y rubéola se inició el 22 de octubre del 2026 y se espera que concluya en diciembre del 2026.
- En Belice, Costa Rica y El Salvador, la OPS realizó entrevistas con delegados nacionales como parte del enfoque 7-1-7 para evaluar y fortalecer las capacidades de detección, notificación y respuesta oportunas ante eventos de salud pública.

Comunicación de riesgos y crisis y participación comunitaria

- La OPS está promoviendo el documento de Respuesta Estratégica y Llamamiento a los donantes a través de las redes sociales para aumentar la visibilidad de la respuesta regional al sarampión y apoyar los esfuerzos de movilización de recursos. Disponible en: https://www.linkedin.com/posts/pan-american-health-organization_el-sarampi%C3%B3n-ha-resurgido-en-las-am%C3%A9ricas-activity-7520847715954511872-h6yB (8)
- Materiales de comunicación elaborados con motivo de la próxima visita del Papa León XIV a Argentina, Uruguay y Perú, del 6 al 17 de noviembre del 2026, que incluyen contenidos para redes sociales

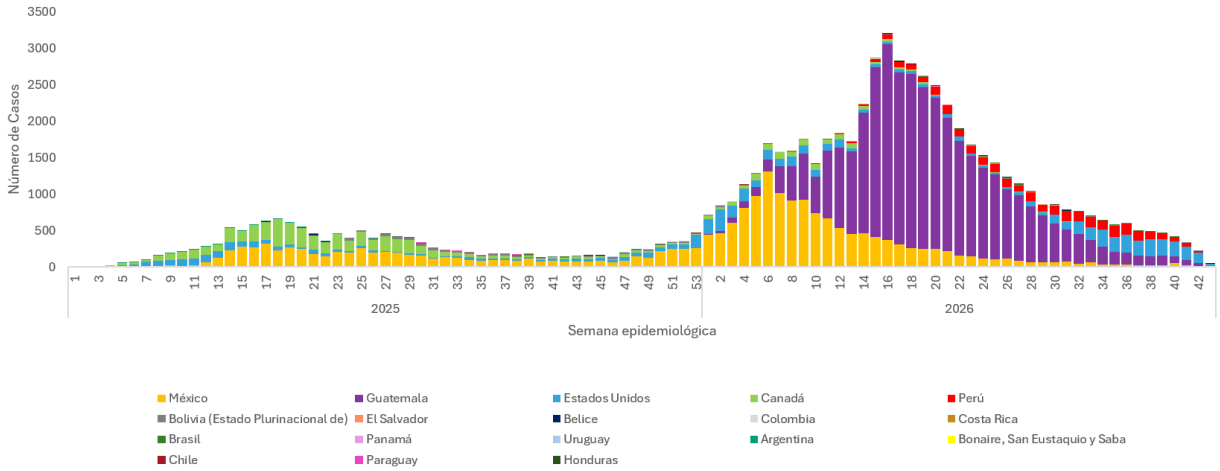
[5] *La respuesta de la OPS se articula en torno a pilares estratégicos. En esta sección se describen las actividades regionales e internacionales llevadas a cabo en toda la Región —por la sede de la OPS, las oficinas subregionales y las oficinas en los países— en coordinación con las autoridades nacionales durante el período que abarca el informe. El apoyo operativo específico para cada país se resume en la Tabla 1.*

destinados a promover la prevención del sarampión y sensibilizar sobre los riesgos de transmisión asociados a las concentraciones masivas.

- La OPS ha actualizado sus recomendaciones para los viajeros con el fin de reforzar la prevención y la preparación frente al sarampión en el contexto de los viajes internacionales y las próximas concentraciones masivas. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-salud-para-viajeros-peregrinos-noviembre-2026 (9)
- La OPS está coordinándose con sus contrapartes de Bolivia, México y Estados Unidos para armonizar las estrategias de comunicación y los mensajes relacionados con las conclusiones de la Comisión Regional de Seguimiento y Revalidación para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola.

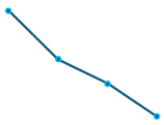
Situación epidemiológica

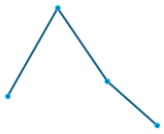
Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 43 del 2026



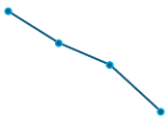
La tabla siguiente resume la situación epidemiológica en los países que han notificado casos confirmados de sarampión.

Tabla 2. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, a fecha de la SE 43 del 2026

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 41-42	Casos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Tendencia observada (SE 39-42)**	Escenario de respuesta (10)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+115	34.748	53	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la semana epidemiológica (SE) 43, se han registrado casos de transmisión en los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional desde el pico observado durante las SE 16 a 18; a nivel departamental, las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (402,5 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (332,4 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (309,3 por cada 100.000 habitantes). Las personas de entre 15 y 39 años representaron el 62% de los casos confirmados, siendo el grupo de edad de 20 a 29 años el más afectado. Los lactantes menores de un año siguen siendo especialmente vulnerables, con una tasa de letalidad del 0,55%, frente al 0,15% en la población general de casos confirmados. En general, el 67,6% de los casos confirmados no presentaba antecedentes documentados de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 43 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 41-42	Casos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Tendencia observada (SE 39-42)**	Escenario de respuesta (10)****	Notas epidemiológicas
México*	+29	13.761	23	- 	Escenario C: transmisión comunitaria	La transmisión sigue mostrando una tendencia general a la baja, aunque aún se siguen notificando casos en varios estados. La mayoría de los casos del 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 7.290 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 993 casos. Los lactantes menores de un año siguen siendo los más afectados en términos de incidencia, con 102 casos por cada 100.000 habitantes. El caso más reciente se registró en la SE 42 del 2026.
Estados Unidos*	+332	4.852	3	↓ en descenso [6] 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos confirmados se ha registrado en Pensilvania (1.411), Carolina del Sur (670), Utah (535) y Wisconsin (323). Se han notificado casos en 47 jurisdicciones, de los cuales el 96% está relacionado con brotes. Los niños y adolescentes de entre 5 y 19 años y los adultos de 20 años o más representan cada uno el 41% de los casos, seguidos de los niños menores de cinco años (17%). En total, el 96% de los casos se produjeron entre personas que no estaban vacunadas o cuyo estado de vacunación se desconocía. El caso más reciente se notificó en la SE 43 del 2026.

[6] *La reciente disminución observada en Estados Unidos debe interpretarse con cautela. Es probable que los recuentos de casos de las semanas epidemiológicas más recientes estén incompletos debido a retrasos en la notificación. Una vez tenidos en cuenta estos retrasos, las estimaciones del modelo indican un aumento de la transmisión (R_t 1,49 [CrI del 95%: 1,42–1,57]). Véase la tabla 3.*

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 41-42	Casos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Tendencia observada (SE 39-42)**	Escenario de respuesta (10)****	Notas epidemiológicas
Perú*	+66	2.862	1	↓ en descenso[7] 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 43, la transmisión se ha concentrado principalmente en el sur de Perú, sobre todo en los departamentos de Puno (1.500) y Arequipa (531), aunque también se han registrado casos en Madre de Dios (253), Loreto (190), Lima (118) y Cusco (110). El caso más reciente se registró en la SE 43 del 2026.
Canadá*	+1	1.126	0	Transmisión «gota a gota» con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	El último caso asociado al brote multijurisdiccional de sarampión que comenzó en Nuevo Brunswick en octubre de 2024 se notificó en agosto de 2026. Desde entonces, se han notificado nueve casos importados adicionales. El caso más reciente se registró en la SE 41 del 2026.
Bolivia*	+4	125	1	Transmisión «gota a gota» con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	La transmisión continúa activa en los departamentos de Santa Cruz y La Paz. El último caso se notificó en la SE 42 del 2026.
Brasil	0	65	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	Se han notificado nuevos brotes en los estados de Amazonas y Acre, relacionados con casos importados de Perú. El último caso se notificó en la SE 40 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.
Belice	0	19	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El caso más reciente se notificó en la SE 43 del 2026.

[7] *El descenso reciente observado en Perú debe interpretarse con cautela. Es posible que los recuentos de casos de las últimas semanas epidemiológicas estén incompletos debido a los retrasos previsibles en la notificación. Una vez tenidos en cuenta estos retrasos, las estimaciones del modelo sugieren una transmisión globalmente estable ($R_t \approx 1{,}06$, intervalo de incertidumbre que incluye 1). Véase la tabla 3.*

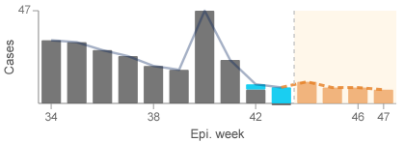
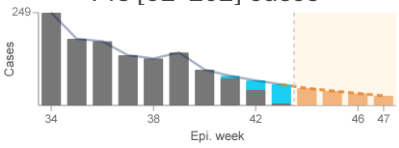
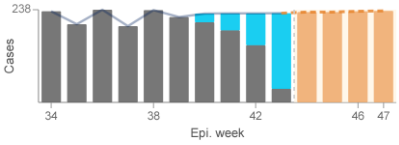
País	Nuevos casos notificados hasta las SE 41-42	Casos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 43) (*1*)	Tendencia observada (SE 39-42)**	Escenario de respuesta (10)****	Notas epidemiológicas
Colombia	0	16	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 38 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.
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.
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*)	—		—

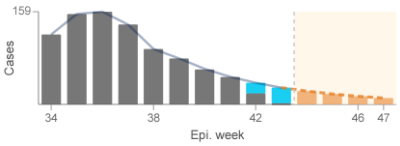
**Países con brotes activos: se han notificado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **Se ha excluido la semana epidemiológica (SE) más reciente de los recuentos observados para tener en cuenta los retrasos en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba; Chile; y 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/3xtcjv84 (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. (10)*

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 43 del 2026

País	R_t (CrI del 95%)[1] Número de reproducción efectivo	Según el modelo [2]	Previsión para 4 semanas (SE 44-47) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
México	**0,84 [0,68–1,03]**	*~estable*	~34 [12–68] casos 	R_t se estima en 0,84. El intervalo incluye el valor 1, lo que sugiere una transmisión relativamente estable. El modelo prevé un número reducido de casos durante las próximas cuatro semanas.
Guatemala	**0,66 [0,59–0,74]**	*↓ en descenso*	~143 [92–202] casos 	Se estima que R_t es de 0,66, 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	**1,01 [0,95–1,08]**	*~estable*	~933 [777–1 105] casos 	Se estima que R_t es 1,01. El intervalo incluye el valor 1, lo que concuerda con una meseta a nivel nacional. El agregado nacional combina un brote en declive en Pensilvania con un crecimiento reciente en otros estados. Sin embargo, las dos últimas semanas se han ajustado sustancialmente por el retraso, por lo que esta estimación de debe

País	R_t (CrI del 95%)[1] Número de reproducción efectivo	Según el modelo [2]	Previsión para 4 semanas (SE 44-47) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
				interpretarse con precaución.
Canadá	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4.
Perú	**0,58 [0,5–0,67]**	*↓ en descenso*	~66 [33–105] casos 	El valor de R_t se estima en 0,58, con un intervalo de incertidumbre que se mantiene íntegramente por debajo de 1, lo que indica una disminución de la transmisión a nivel nacional. El modelo prevé una disminución continuada de los casos durante las próximas cuatro semanas.
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 (11). CrI del 95% = intervalo de credibilidad del 95%. Véanse las Notas técnicas.

[2] Tendencia 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).

[3] Mediana 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.

[4] Canadá 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 servir de base a las decisiones operativas.

Notas técnicas

Este informe de situación utiliza dos etapas complementarias de modelización. En primer lugar, **la predicción 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 estimado actualmente (Rt).

Datos sobre 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 previsiones a corto plazo adaptativas a los datos (12).

Número de reproducción efectivo (Rt). El Rt se estimó utilizando el método EpiEstim (11), 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 (13). El intervalo de serie se consideró fijo; esta simplificación subestima ligeramente la incertidumbre de Rt, pero no afecta a las clasificaciones cualitativas de las tendencias presentadas. Los intervalos de credibilidad para Rt 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 Rt: **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 Rt. 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 2 de noviembre 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 al brote de sarampión en varios países. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/en/measles-multi-country-outbreak-2026
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en México, 2 de noviembre del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 2 de noviembre del 2026. Ciudad de Guatemala: OPS; 2026. Inédito.
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe actualizado del IMST sobre el sarampión en Bolivia, 2 de noviembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe actualizado del IMST sobre el sarampión en Perú, 2 de noviembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
7. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional del IMST sobre el sarampión, 2 de noviembre del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Inédito.
8. Organización Panamericana de la Salud. La OPS lanza una estrategia de 10,7 millones para contener los brotes de sarampión. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.linkedin.com/posts/pan-american-health-organization_el-sarampi%C3%B3n-ha-resurgido-en-las-am%C3%A9ricas-activity-7520847715954511872-h6yB
9. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de salud para viajeros y peregrinos. Noviembre del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-salud-para-viajeros-peregrinos-noviembre-2026
10. 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
11. 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.
12. 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.
13. 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/.