Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

Informe de Situación Regional · N.º 16

Sarampión en la Región de las Américas

19 de noviembre del 2026 · *Próximo número: 3 de diciembre del 2026*[1]

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–45, 2026 (4 de enero – 14 de noviembre del 2026) · Ventana de cambio de dos semanas: SE 43–44 vs SE 41–42 [2]

ACUMULADO — SE 1–45, 2026

58.795	84	17
CASOS CONFIRMADOS	MUERTES Tasa de mortalidad 0,14%	PAÍSES Y TERRITORIOS (ACUMULADO) [3]

ÚLTIMAS 2 SEMANAS — SE 43–44, 2026

3	7/17
NUEVAS MUERTES *Tres nuevas muertes en los Estados Unidos de América*	PAÍSES Y TERRITORIOS QUE HAN NOTIFICADO CASOS DURANTE LAS SE 43-44 *Belice, 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 45 del 2026 (que finalizó el 14 de noviembre del 2026), la Región de las Américas notificó **58.795** casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 4,7 veces en comparación con el mismo período del 2025. Guatemala (34.860), México (14.087), Estados Unidos (5.412), Perú (2.985) y Canadá (1.128) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (**Mapa 1**). Se han notificado un total de **84** muertes, de los cuales 53 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, seis en los Estados Unidos de América, uno en Perú y uno en Bolivia (*1*).

Durante las SE 43 y 44 del 2026, la Región de las Américas notificó **527** nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios (**Figura 1**). De los 527 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 43 y 44, Estados Unidos registró 390, seguido de Guatemala con 73, Perú con 48, México con nueve, Belice con cuatro, Canadá con dos y Bolivia con uno[2].

La **reunión de la Comisión Regional de Monitoreo y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (CRV)**, celebrada del **10 al 13 de noviembre de 2026**, examinó la situación epidemiológica del sarampión en la Región. Sobre la base de la evaluación y las recomendaciones de la Comisión, que posteriormente fueron respaldadas por el Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), **Dr. Jarbas Barbosa**, se determinó que la transmisión endémica del sarampión se había restablecido en **Bolivia, México y los Estados Unidos**, lo que dio lugar a la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en los tres países.

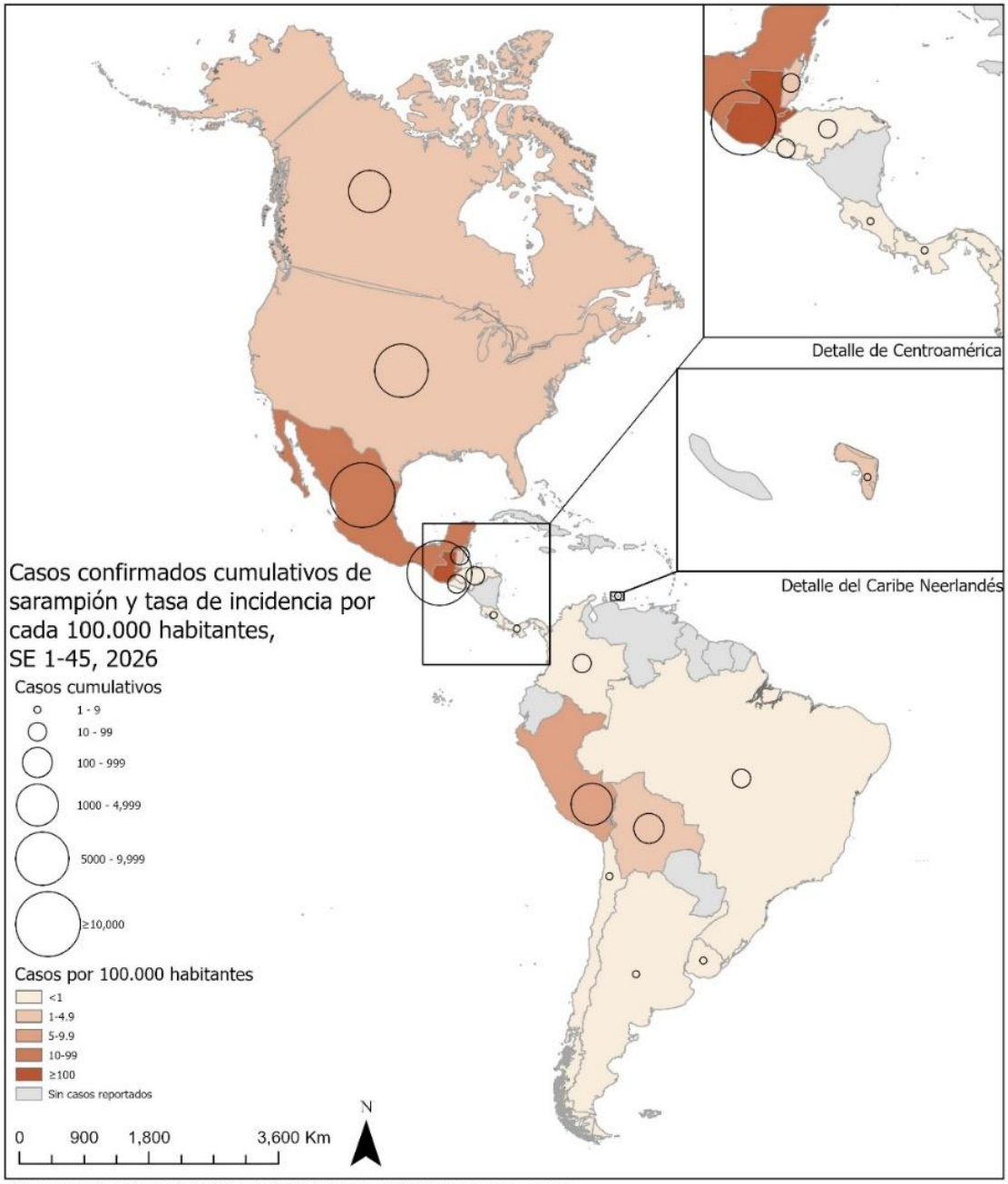
---

[1] *Los informes de situación regionales 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 45 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 15, ningún otro país ha notificado nuevos casos de sarampión en 2026.*

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE1 – 45, 2026. (n = 58.795)



© 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 (3)	La OPS continuó apoyando la respuesta al brote de sarampión en México mediante la implementación del plan de 90 días, al tiempo que mantuvo sesiones virtuales de seguimiento con los estados priorizados, incluidos Jalisco, Chiapas, Durango, Quintana Roo, Veracruz y Zacatecas.	Continuar apoyando la clasificación de los casos de sarampión pendientes, particularmente aquellos notificados durante las últimas 12 semanas epidemiológicas (893 casos pendientes al 10 de noviembre de 2026). La OPS también apoyará la capacitación en monitoreo rápido de vacunación dirigida a los equipos locales de los estados con transmisión activa y fortalecerá el apoyo técnico en los estados prioritarios para avanzar hacia el control y cierre de los brotes.
Guatemala (4)	La OPS continuó apoyando la respuesta subnacional mediante consultores territoriales en cinco departamentos prioritarios. El apoyo a la vigilancia incluyó la validación de datos, la notificación de casos mediante Go.Data, la búsqueda activa de casos integrada con las actividades de vacunación y la evaluación de opciones para descentralizar el diagnóstico de laboratorio del sarampión. El apoyo a la vacunación abarcó el despliegue de brigadas en zonas de difícil acceso, evaluaciones de la cadena de frío, encuestas sobre los motivos de no vacunación y la elaboración de un plan de relanzamiento de la campaña en zonas con bajas coberturas de vacunación. Los talleres de microplanificación se ampliaron a cinco áreas de salud adicionales. A nivel nacional, la OPS brindó asesoramiento sobre las estrategias de vacunación y las poblaciones objetivo para las fases 2 y 3 de la campaña. La serie de sesiones virtuales sobre manejo clínico y prevención y control de infecciones (PCI) continuó con una sesión dedicada al manejo de casos graves y su referencia a otros establecimientos de salud. Asimismo, se brindó apoyo a las actividades de participación comunitaria y a la elaboración de planes de comunicación con presupuestos definidos.	Seguir apoyando la implementación y el monitoreo de la campaña de vacunación, incluidos los preparativos para la fase 3 y los ajustes de las estrategias y las poblaciones objetivo. Entre las prioridades se incluyen mejorar la calidad de los datos de vigilancia y la búsqueda activa de casos, evaluar opciones para descentralizar el diagnóstico de laboratorio, mantener las operaciones de las brigadas de vacunación en zonas de difícil acceso, fortalecer la participación comunitaria en zonas con bajas coberturas de vacunación y completar la serie de capacitaciones sobre manejo clínico y PCI. Asimismo, se brindará apoyo para abordar las limitaciones de financiamiento para la movilización de brigadas y la escasez de vitamina A a nivel nacional.
Bolivia (5)	La OPS continuó apoyando la respuesta de Bolivia, incluida la actualización de los datos de vigilancia y vacunación para documentar el cierre del brote. En	Priorizar la interrupción de la transmisión activa en Santa Cruz y apoyar la implementación de las recomendaciones emitidas por la Comisión

	el marco de la campaña *Cerrando Brechas*, 276 brigadas de vacunación intensificaron las actividades de inmunización en municipios prioritarios de siete departamentos hasta el 15 de noviembre. El monitoreo rápido de vacunación permitió identificar municipios con coberturas inferiores a la meta del 95%, por lo que se reprogramaron las actividades de vacunación en esas zonas. Asimismo, la OPS brindó apoyo financiero para las actividades de comunicación de riesgos a nivel nacional y departamental, con el fin de aumentar la demanda de vacunación.	Regional de Monitoreo y Reverificación el 13 de noviembre de 2026. Continuar con las actividades de vacunación focalizadas y el monitoreo de seguimiento en los municipios con coberturas inferiores al 95 %, así como completar la validación de los datos de vigilancia y vacunación para documentar el cierre de los brotes en las zonas que cumplan con los criterios establecidos. Asimismo, se continuará brindando apoyo al monitoreo de las coberturas de vacunación, y la comunicación de riesgos, a pesar de las limitaciones financieras y administrativas.
Perú (6)	La OPS continuó apoyando la respuesta al brote de sarampión en Perú, incluida la asistencia técnica sobre estrategias de vacunación y control del brote en Ucayali. Se intensificaron las actividades de vacunación antes de la visita papal (del 11 al 16 de noviembre), incluida la verificación del estado de vacunación de los participantes, trabajadores y voluntarios. Tras la visita, el Ministerio de Salud fortaleció la vigilancia para detectar posibles casos secundarios mediante la intensificación de la notificación de casos, el rastreo de contactos y la movilización de equipos de respuesta rápida. En las zonas con transmisión comunitaria, continúan los barridos de vacunación, junto con la vacunación de lactantes de 6 a 11 meses con dosis cero y la ampliación de la vacunación hasta los 29 años. El 12 de noviembre, el Gobierno prorrogó la emergencia sanitaria nacional por sarampión hasta el 31 de diciembre de 2026 en Lima Metropolitana, el Callao y 12 departamentos.	Fortalecer la vigilancia epidemiológica y el rastreo de contactos para detectar posibles casos secundarios vinculados a la visita papal hasta principios de diciembre. Continuar apoyando la intensificación de las actividades de vacunación y respuesta en los departamentos prioritarios con transmisión activa o alta positividad de las pruebas de laboratorio, así como la evaluación de la calidad de los reactivos de diagnóstico para facilitar la clasificación oportuna de los casos. Asimismo, se continuará promoviendo la disponibilidad oportuna de vacunas adicionales y brindando apoyo a las actividades de respuesta en el marco de la prórroga de la emergencia sanitaria nacional.

Respuesta de la OPS según los pilares estratégicos (7)[4]

Vigilancia colaborativa e inmunización

- La Comisión Regional de Verificación (CRV) de la Eliminación del Sarampión y la Rubéola celebró una reunión del 10 al 13 de noviembre de 2026 para examinar los informes anuales de los países junto con las autoridades nacionales, de la cual se derivaron recomendaciones regionales y específicas para mantener y recuperar el estatus de eliminación del sarampión.

[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.*

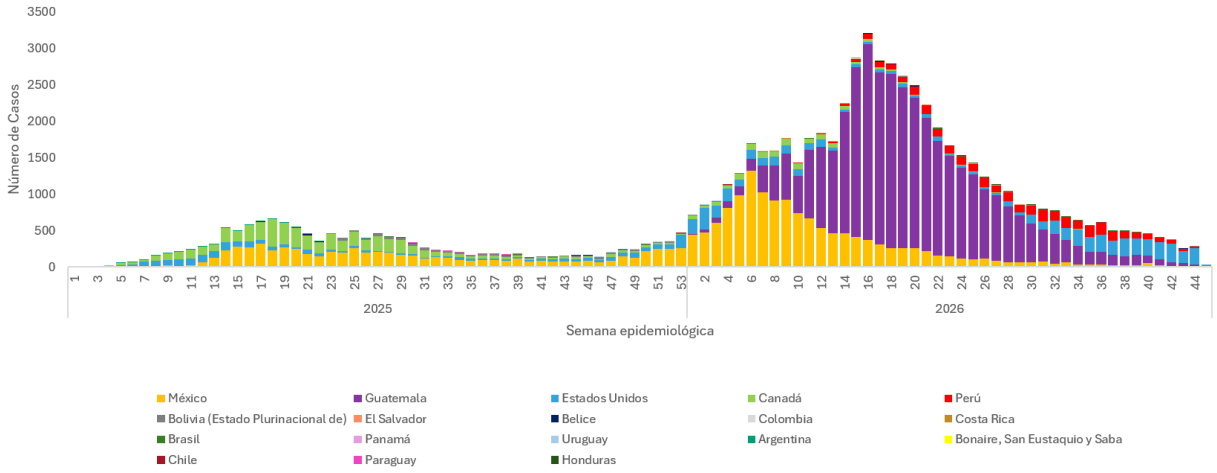
- En México, la OPS sigue apoyando las actividades de respuesta sobre el terreno y la finalización de un plan actualizado de 90 días para controlar y poner fin al brote de sarampión.
- En Perú, la OPS apoyó las actividades de preparación para la visita del Papa León XIV, así como las campañas de vacunación en los departamentos de Loreto, Amazonas y Madre de Dios.
- En el marco del enfoque 7-1-7 para evaluar las acciones tempranas de detección y respuesta ante los brotes de sarampión, 14 de los 18 países participaron en la evaluación, y 13 de los 14 países participantes enviaron el cuestionario. Se completaron las entrevistas y los análisis de los brotes en Costa Rica y El Salvador, y se está llevando a cabo la armonización de los códigos para el análisis cualitativo regional.
- La OPS coordinó una entrevista con el equipo nacional de Paraguay, prevista para el 2 de diciembre del 2026, como parte de la evaluación 7-1-7. Se espera que los resultados iniciales del análisis regional estén disponibles en la segunda semana de diciembre del 2026.

Comunicación de riesgos y crisis y participación comunitaria

- La OPS apoyó la colaboración con los medios de comunicación sobre la situación regional del sarampión, lo que incluyó entrevistas con The New York Times y Associated Press (AP).
- La OPS publicó un documento de preguntas y respuestas dirigido a periodistas y al público en general sobre la situación del sarampión en las Américas. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2026-sarampion-americas-preguntas-respuestas-referencia-tecnica-para-periodistas (8)
- El 17 de noviembre de 2026, la OPS celebró una conferencia de prensa para proporcionar información actualizada sobre la situación del sarampión en la Región de las Américas. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=flnhsxg2_WE (9)
- La OPS publicó un comunicado de prensa en el que instó a los países a intensificar los esfuerzos para detener los brotes de sarampión y avanzar hacia la eliminación de la enfermedad en las Américas. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2026-ops-insta-paises-intensificar-esfuerzos-para-detener-brotes-sarampion-avanzar (10)
- La OPS elaboró y compartió con los países materiales de comunicación sobre la prevención del sarampión, incluido contenido para redes sociales preparado en el contexto de la visita del Papa León XIV a Argentina, Uruguay y Perú. Estos materiales se han publicado en la biblioteca multimedia de la OMS para respaldar las iniciativas de comunicación a nivel nacional. Disponibles en: https://who.canto.global/v/G0UK5LGBT1/album/TJ33U?viewIndex=0 (11)

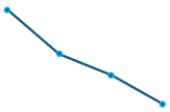
Situación epidemiológica

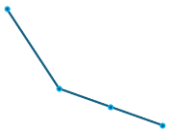
Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 45 del 2026

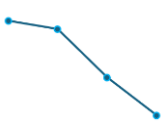


La tabla siguiente resume la situación epidemiológica en los países que han notificado casos confirmados de sarampión.

Tabla 2. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, a fecha de la SE 45 del 2026

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 43-44	Casos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Tendencia observada (SE 41-44)**	Escenario de respuesta (12)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+73	34.860	53	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la semana epidemiológica (SE) 45, se ha notificado 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 (332,7 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 44 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 43-44	Casos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Tendencia observada (SE 41-44)**	Escenario de respuesta (12)****	Notas epidemiológicas
México*	+9	14.087	23	↓ en descenso 	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 7.538 casos acumulados en 2026; Chiapas, con 1.058 casos; y la Ciudad de México, con 1.033 casos. Los lactantes menores de un año siguen siendo los más afectados en términos de incidencia, con 107 casos por cada 100.000 habitantes. El caso más reciente se registró en la SE 44 del 2026.
Estados Unidos*	+390	5.412	6	estable 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos confirmados se ha registrado en Pensilvania (1.529), Carolina del Sur (670), Utah (536) y Wisconsin (505). 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 aproximadamente el 40% y el 41% de los casos, respectivamente, seguidos de los niños menores de cinco años (18%). En general, el 96% de los casos se produjeron entre personas que no estaban vacunadas o cuyo estado de vacunación se desconocía. Desde el anterior informe de situación, se han notificado tres muertes más relacionados con el sarampión en 2026, lo que eleva el total acumulado a seis muertes. El caso más reciente se notificó en la SE 45 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 43-44	Casos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Tendencia observada (SE 41-44)**	Escenario de respuesta (12)****	Notas epidemiológicas
Perú*	+48	2.985	1	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 45, la transmisión se ha concentrado principalmente en el sur de Perú, sobre todo en los departamentos de Puno (1.463) y Arequipa (579), aunque también se han registrado casos en Loreto (268), Madre de Dios (236), Lima (164) y Cusco (140). El caso más reciente se registró en la SE 44 del 2026.
Canadá*	+2	1.128	0	Transmisión por «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 del 2024 se notificó en agosto del 2026. Desde entonces, se han notificado nueve casos importados adicionales. El caso más reciente se registró en la SE 44 del 2026.
Bolivia*	+1	127	1	Transmisión por «gota a gota» con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	La transmisión sigue activa en los departamentos de Santa Cruz y La Paz. El último caso se notificó en la SE 44 del 2026.
Brasil	0	67	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	Se han notificado brotes activos en los estados de Amazonas y Acre, relacionados con casos importados de Perú. El último caso se notificó en la SE 41 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	+4	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.

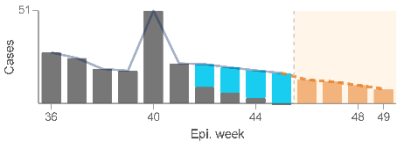
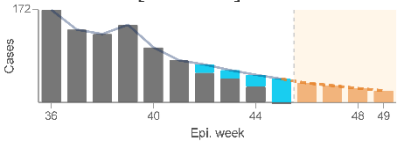
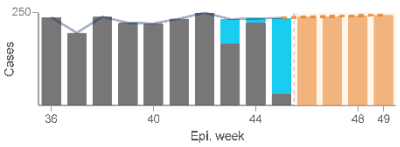
País	Nuevos casos notificados hasta las SE 43-44	Casos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Fallecimientos en 2026 (hasta la SE 45) (*1*)	Tendencia observada (SE 41-44)**	Escenario de respuesta (12)****	Notas epidemiológicas
Colombia	0	17	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 41 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*)	—		—

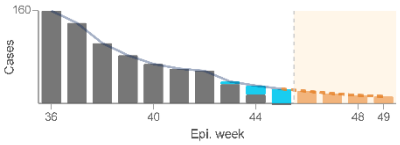
**Países con brotes activos: se han notificado casos de sarampión durante un período de 12 semanas o más. **Se ha excluido la semana epidemiológica (SE) más reciente de los recuentos observados para tener en cuenta los retrasos en la notificación. ***Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba; Chile; y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

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 45 del 2026

País	R_t (CrI del 95%[1]) Número de reproducción efectivo	Según el modelo [2]	Previsión a 4 semanas (SE 46-49) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
México	**0,71 [0,56–0,88]**	*~estable*	~43 [16–78] casos 	R_t se estima en 0,71. El intervalo de incertidumbre se sitúa íntegramente por debajo de 1, lo que sugiere una disminución de la transmisión. El modelo prevé un número reducido de casos durante las próximas cuatro semanas.
Guatemala	**0,69 [0,61–0,79]**	*↓ en descenso*	~115 [69–170] casos 	Se estima que R_t es de 0,69, 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	**1,02 [0,95–1,08]**	*~estable*	~965 [807–1 138] casos 	Se estima que R_t es 1,02. 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, los datos de las dos últimas semanas se han ajustado

País	R_t (CrI del 95%[1]) Número de reproducción efectivo	Según el modelo [2]	Previsión a 4 semanas (SE 46-49) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
				considerablemente para tener en cuenta el retraso, por lo que esta estimación debe interpretarse con precaución.
Canadá	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4.
Perú	**0,66 [0,56–0,77]**	*↓ en descenso*	~64 [31–106] casos 	El valor de R_t se estima en 0,66, 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 (13). 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 e intervalo de predicción (PrI) del 95% para los nuevos casos previstos durante las semanas epidemiológicas (SE) 46-49, en función del R_t estimado actualmente.

[4] Canadá y Bolivia: no se ha realizado 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 servir de base a las 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 (Rt) estimado actualmente.

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 adaptadas a los datos (14).

Número de reproducción efectivo (Rt). El Rt se estimó utilizando el método EpiEstim (13), 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 (15). 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 **incierta** (el intervalo incluye 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 16 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, 16 de noviembre del 2026. Ciudad de México: OPS; 2026. Inédito.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización del IMST sobre el sarampión en Guatemala, 16 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, 16 de noviembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe actualizado del IMST sobre el sarampión en Perú, 16 de noviembre del 2026. Sucre: OPS; 2026. Inédito.
7. Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional del IMST sobre el sarampión, 16 de noviembre del 2026. Washington, D.C.: OPS; 2026. Sin publicar.
8. Organización Panamericana de la Salud. Sarampión en las Américas: preguntas y respuestas – Referencia técnica para periodistas y el público en general. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2026-sarampion-americas-preguntas-respuestas-referencia-tecnica-para-periodistas
9. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia de prensa – Actualización sobre la situación del sarampión en la Región de las Américas. YouTube; 17 de noviembre de 2026. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=fInhsxg2_WE
10. Organización Panamericana de la Salud. La OPS insta a los países a intensificar los esfuerzos para detener los brotes de sarampión y avanzar hacia su eliminación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 17 de noviembre de 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2026-ops-insta-paises-intensificar-esfuerzos-para-detener-brotes-sarampion-avanzar
11. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca multimedia de la OMS. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 16 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://who.canto.global/v/G0UK5LGBT1/album/TJ33U?viewIndex=0
12. 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
13. 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.

14. 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.

15. 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/.