

2 de mayo del 2025

Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 10 de abril del 2025 se notificaron 82.068 casos sospechosos de sarampión, en 156 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 39.281 (47,9%) fueron confirmados¹. En el año 2024, se informaron 706.913 casos sospechosos de sarampión en 184 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 359.466 (50,9%) fueron confirmados (1).

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 16, en la Región de las Américas, 2.325 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo cuatro defunciones, en Argentina (n= 22), Belice (n= 7)², el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 1), Brasil (n= 5), Canadá (n= 1.069)³, México (n= 421 casos, incluyendo una defunción) y los Estados Unidos de América (n= 800, incluyendo tres defunciones) (**Figura 1**) (2-8). Este total representa un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento de casos partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 14 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (24%), el grupo de 1-4 años (22%) y al grupo de 20-29 años (19%). Con relación al antecedente de vacunación, el 30% de los casos no estaban vacunados y en 65% dicha información era desconocida o ausente (**Figura 2**) (9).

En 2024, entre la SE 1 y la SE 52, en la Región de las Américas, se notificaron 17.887 casos sospechosos de sarampión de los cuales 465 casos han sido confirmados en Argentina (n= 14), Bermuda (n= 2), Bolivia (n= 3), Brasil (n= 5), Canadá (n= 146), los Estados Unidos (n= 284), México (n= 7), Perú (n= 2) y Turcas y Caicos (n= 2). De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados del 2024, los grupos de edad con la mayor proporción de casos corresponden al grupo de 10-19 años (27%), el grupo de 1-4 años (25%) y al grupo de 20-29

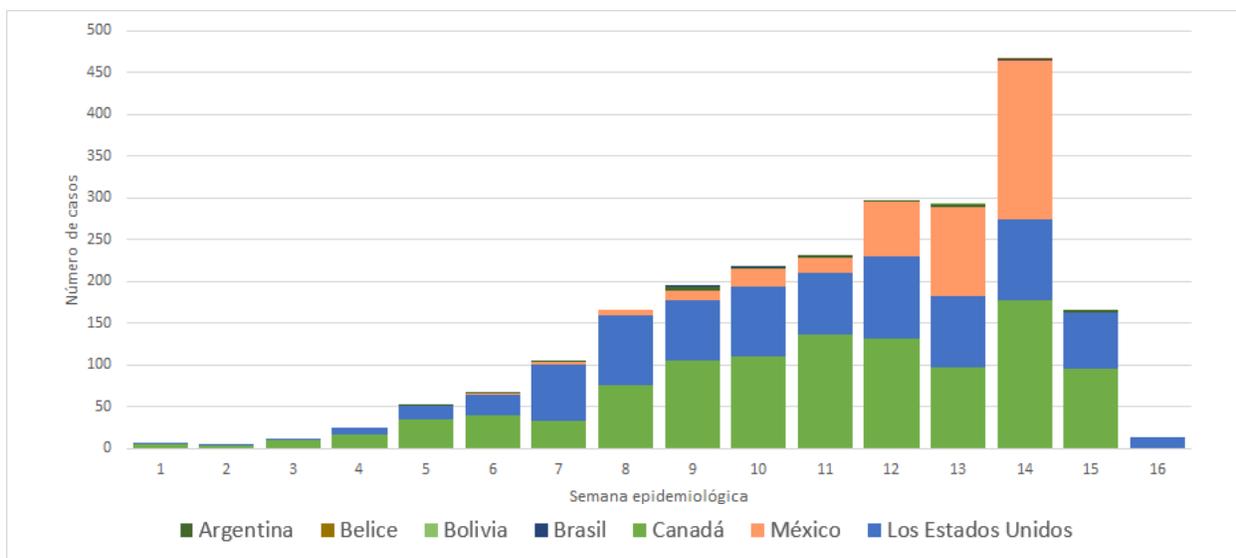
¹ Incluye casos confirmados por laboratorio, criterios clínicos o epidemiológicos.

² El número de casos de sarampión para Belice incluye casos confirmados por clínica y nexos epidemiológico.

³ El número de casos de sarampión para Canadá incluye casos confirmados y probables.

años (23%). Con relación al antecedente de vacunación, el 63% de los casos no estaban vacunados y en 18% dicha información era desconocida o ausente (9).

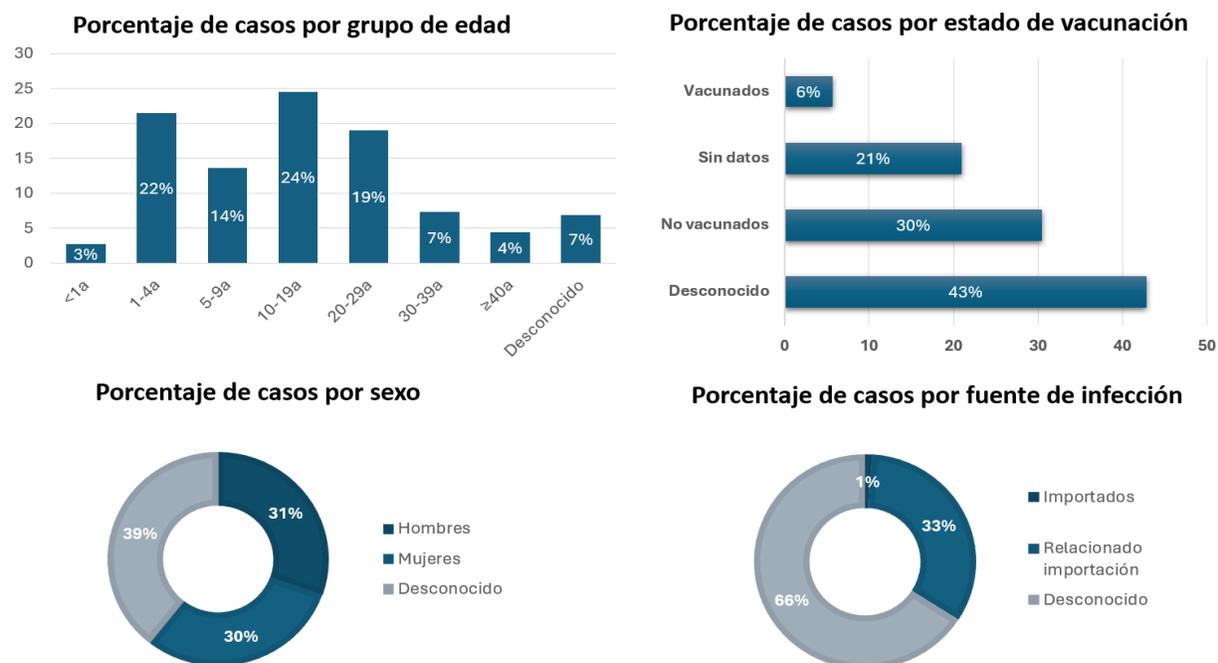
Figura 1. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 16).



*Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-8).

Figura 2. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas, 2025.

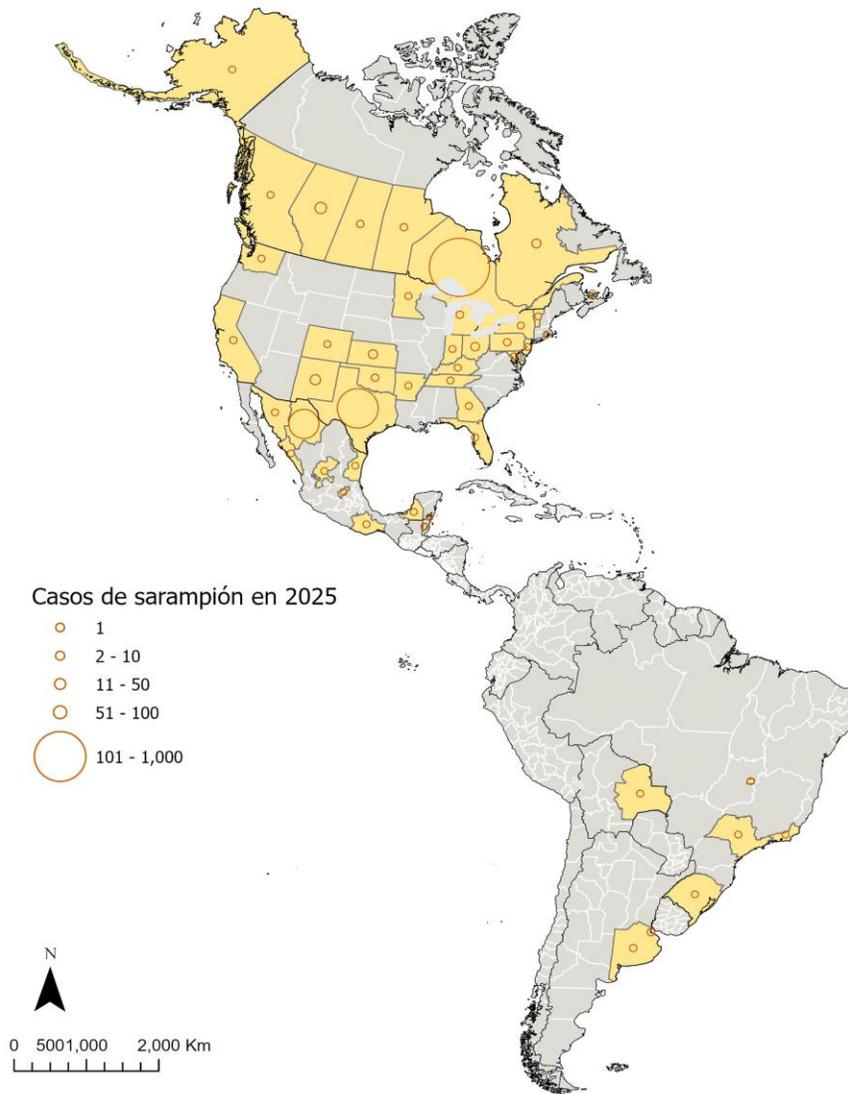


Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informes de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 28 de abril del 2025]. Inédito.

Situación epidemiológica de sarampión en 2025 por país en la Región de las Américas

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025. Desde la última alerta epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 28 de febrero del 2025, los países que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, México y los Estados Unidos (**Figura 3**) (2-8).

Figura 3: Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 16)



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. 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)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-8).

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 16 del 2025, se han confirmado un total de 22 casos de sarampión, 10 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 12 en la Provincia de Buenos Aires. Tres casos son importados, 15 están relacionados con los casos importados y cuatro se mantienen en investigación para establecer el posible nexo con las cadenas de transmisión de los casos importados (2, 10).

El primer caso del 2025 se notificó el 31 de enero, en una niña de seis años, con antecedente de viaje internacional. El segundo caso, hermana del caso índice de 20 meses, se notificó el 3 de febrero del 2025. Ninguna de las dos menores tenía antecedentes de vacunación contra el sarampión. Las pruebas confirmaron la presencia del virus en ambas, mediante detección de genoma viral por rRT-PCR (2, 10). Desde la identificación de estos casos, se han confirmado 20 casos adicionales hasta el 25 de abril, en personas entre los 5 meses y los 40 años. Un caso procedente de la provincia de Buenos Aires presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta la relación epidemiológica con el resto de los casos. Dos casos requirieron hospitalización debido a neumonía, los demás casos fueron manejados de manera ambulatoria y todos evolucionaron favorablemente. Catorce de los casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del genotipo B3, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del genotipo D8 (2, 10).

En **Belice**, entre la SE 1 y hasta la SE 16, se han confirmado un total de 7 casos de sarampión. El 12 de abril del 2025, el Ministerio de Salud y Bienestar (MOHW por su sigla en inglés) reportó dos casos confirmados de sarampión – los primeros en el país desde 1991. Los casos corresponden a dos hombres de 17 años residentes de los distritos de Corozal y Cayo, sin antecedente de vacunación y quienes viajaron a Chihuahua – México del 5 de enero al 31 de marzo del 2025 para asistir a una reunión. El inicio de síntomas de los casos fue el 2 y el 3 de abril del 2025. En los dos casos se colectaron muestras de sangre e hisopados nasofaríngeos, el 12 de abril de 2025 fueron confirmados como positivos para sarampión y se identificaron trece contactos cercanos que asistieron a la reunión en Chihuahua (3). Adicionalmente, el 27 de abril del 2025, el MOHW informó sobre cinco casos confirmados por clínica y nexo epidemiológico entre el grupo de contactos cercanos de los casos reportados el 12 de abril. Se identificaron otros 22 contactos escolares. Los casos mencionados, junto con nuevos casos de fiebre y erupción cutánea, han sido sometidos a pruebas, que hasta la fecha han dado negativo para el sarampión (3).

En **Bolivia**, durante la SE 16 del 2025 se confirmó un caso de sarampión importado en el departamento de Santa Cruz. El caso, un niño de 14 meses, quien no cuenta con antecedente vacunal e ingreso a Bolivia el 25 de marzo procedente de Brasil. Presentó inicio de síntomas el 24 de marzo del 2025, e inicio de exantema el mismo día. El caso fue hospitalizado en una clínica privada de la ciudad de Santa Cruz y a la fecha ha presentado evolución clínica favorable. Se obtuvieron muestras de sangre e hisopado nasofaríngeo del caso el 20 de abril la cual fue positiva para anticuerpos IgM de sarampión y por reacción en cadena de polimerasa rT-PCR en el Instituto Nacional de Laboratorios INLASA (4).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 16 del 2025, se confirmaron cinco casos de sarampión en el Distrito Federal (n= 1), Rio de Janeiro (n= 2), São Paulo (n= 1) y Rio Grande do Sul (n= 1). Los casos en Rio de Janeiro son dos menores de 8 meses, no vacunados. El inicio del exantema fue el 28 de febrero y el 2 de marzo del 2025. Fue identificado el genotipo B3 99,8% de identidad genómica con la cepa MVs/Quetta.PAK/44.20, linaje MVs/Sao Joao de Meriti.BRA/9.25 (caso 1) y MVs/Sao Joao de Meriti.BRA/10.25 (caso 2). Los casos en el Distrito

Federal y Rio Grande do Sul son casos importados. Ambos casos eran mujeres adultas con antecedente de viaje internacional. El caso reportado en el Distrito Federal, de 35 años, sin antecedente de vacunación inicio exantema el 1 de marzo del 2025, se identificó el genotipo *D8 MVs/Brasilia.BRA/9.25*. El caso viajó a los Estados Unidos, Singapur, Filipinas y Australia antes del inicio de los síntomas. El caso reportado en Rio Grande do Sul, de 50 años, con antecedente de viaje a los Estados Unidos, inicio exantema el 6 de abril del 2025, dio positivo para sarampión por rT-PCR y se encuentra pendiente la genotipificación. Adicionalmente, un caso en un hombre de 31 años fue reportado en São Paulo sin antecedente de viaje internacional y vacunado (3 dosis) contra sarampión; el caso inicio exantema el 5 de abril del 2025 y la fuente de infección se encuentra bajo investigación (5).

En **Canadá**, entre la SE 1 y el SE 15 del 2025, se notificaron 1.069 casos de sarampión (916 confirmados y 153 casos probables) en siete provincias: Alberta (n= 83), British Columbia (n= 6), Manitoba (n= 10), Ontario (n= 924), Prince Edward Island (n= 2), Quebec (n= 36) y Saskatchewan (n= 8). Entre ellos se incluyen casos asociados a un pequeño número de brotes y casos importados. Los casos de sarampión reportados a la fecha en 2025 exceden por mucho los 177 casos confirmados y probables detectados en 2024 y se constituye en el conteo anual de casos más alto desde el logro de la eliminación en 1998 (6, 11).

De los 1.069 casos, 983 estuvieron expuestos en Canadá, 16 son importados y 70 tienen una fuente de exposición desconocida o pendiente. El 46% de los casos tenían entre 5 y 17 años, seguidos del 29% de casos que tenían más de 18 años. En cuanto a los antecedentes de vacunación, el 79% no estaba vacunado, el 15% no tenía antecedentes conocidos de vacunación, el 2% había recibido una dosis de la vacuna contra sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) y el 3% había recibido dos dosis de la SRP. El historial de vacunación por grupos de edad es el siguiente: el porcentaje de casos que habían recibido una o más dosis de vacuna SRP es inferior al 1% en niños de 1 a 4 años, el 2% en los casos entre 5 a 17 años y al 18% en adultos de 18 años o más. El 7% de los casos fueron hospitalizados (n= 80). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificaron genotipos D8 en 200 de los casos y el genotipo B3 en 26 de los casos (6, 11).

La mayoría de los casos (83%) reportados en 2025 están relacionados con un brote multi-jurisdiccional que afecta a personas no vacunadas en comunidades con niveles bajos de vacunación que a veces interactúan entre sí. El brote inicio a finales de 2024. Entre el 27 de octubre y el 12 de abril del 2025, 971 casos se han asociado con este brote reportado en seis provincias (Alberta, Manitoba, New Brunswick, Ontario, Prince Edward y Quebec). El brote inicio por un caso importado que asistió a un evento masivo en New Brunswick en octubre del 2024, que incluyó a múltiples asistentes de las provincias. La gran mayoría de los casos asociados con este brote no están vacunados (84%) o se desconoce el estado de vacunación (12%) (6, 11).

Entre la SE1 y la SE15 del 2025, se han reportado seis brotes, distintos al brote multi-jurisdiccional previamente descrito, los cuales se encuentran activos hasta el 12 de abril del 2025. Estos brotes consisten en dos o más casos epidemiológica o virológicamente relacionados y están relacionados directamente con casos importados (6, 11).

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 16 de 2025, se han notificado 800 casos de sarampión y tres de ellos fallecidos, en 25 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Indiana, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, Minnesota, New Jersey, New Mexico (incluyendo un fallecido confirmado), New York State,

New York City, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, Tennessee, Texas (incluyendo dos fallecidos confirmados), Vermont y Washington. Del total de casos, el 93% (n= 751) están asociados a brotes (definido como tres o más casos), con diez brotes identificados este año. Se han reportado casos relacionados con el brote en 12 estados (Georgia, Indiana, Kansas, Kentucky, Michigan, New Jersey, New Mexico, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Tennessee, y Texas). Los brotes en los estados de Texas, New Mexico y Oklahoma contabilizan el 82% de los casos reportados (7, 12).

El 31% (n= 249) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 38% (n= 304) a personas de entre 5 y 19 años, el 29% (n= 231) a adultos mayores de 20 años y el 2% (n= 16) a personas de edad desconocida. En cuanto a la vacunación, el 96% de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido y el 1% tenían una dosis única de SRP y el 2% tenía dos dosis de SRP. Entre los casos confirmados vacunados, el 14% son menores de 5 años, el 25% personas entre 5 y 19 años, el 57% adultos mayores de 20 años y en el 4% se desconoce su edad. El 11% (n= 85 de 800) de los casos requirieron hospitalización, principalmente en menores de 5 años con un 19% (n= 47 de 249). La cobertura de vacunación de SRP en niños ha disminuido en los últimos años del 95,2% en 2019-2020 al 92,7% en 2023-2024 (7, 12).

En **México**, entre la SE 1 y la SE 15 del 2025, se han confirmado 421 casos de sarampión incluyendo un fallecido; dos importados, 35 relacionados con la importación y 384 con fuente de infección en estudio. Los casos fueron reportados en Campeche (n= 4), Chihuahua (n= 403, incluyendo un fallecido), Oaxaca (n= 4), Querétaro (n= 1), Sinaloa (n= 1), Tamaulipas (n= 2) y Zacatecas (n= 1). El primer caso reportado en 2025, una niña de cinco años, sin antecedentes de vacunación, proveniente de los Estados Unidos y residente en Oaxaca, con antecedente de viaje internacional entre octubre del 2024 y enero del 2025, arribó a México el 29 de enero e inició exantema el 10 de febrero. El caso fue confirmado por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) con resultados de rRT-PCR sarampión e IgM sarampión positivos. El genotipo y el linaje identificado fue B3, Linaje: MVs/An_Giang.VNM/27.24. Tres casos adicionales relacionados con este caso fueron confirmados en Oaxaca (8, 13).

En el Estado de Chihuahua se presentó el primer caso confirmado el 20 de febrero, se trata de un masculino de 9 años sin antecedente de vacunación, que presentó inicio de exantema el 11 de febrero y cursó su periodo de transmisibilidad dentro de su comunidad. El caso fue confirmado por el InDRE con resultados de rRT-PCR sarampión e IgM sarampión positivos. El genotipo y el linaje identificado fue D8, Linaje: MVs/Ontario.CAN/47.24. Posteriormente, como parte de las acciones de rastreo de contactos y búsqueda activa, se han identificado 416 casos adicionales (8, 13).

De los casos confirmados, el 52% son mujeres y el 48% hombres. El 34% de los casos tenían entre 25 y 44 años, seguidos del 14% de casos que tenían de 5 a 9 años. En cuanto al antecedente de vacunación en los casos confirmados, el 92% no estaba vacunado, el 4% había recibido una dosis de SRP y el 4% había recibido dos dosis de la SRP. Se confirmó una defunción por complicaciones de sarampión en una persona con comorbilidades y sin antecedente de vacunación contra sarampión (8, 13)

Orientaciones a los Estados Miembros

En el contexto del incremento de casos de sarampión en la Región de la Américas en lo que va del 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) recomienda a los Estados Miembros intensificar los esfuerzos para sostener la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y el contexto regional actual a continuación se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida (14, 15):

Vacunación

a. Países con brotes activos:

- En países con transmisión comunitaria, con largas cadenas de transmisión, amplia dispersión geográfica y dificultad para identificar la fuente de infección, implementar actividades de vacunación masiva indiscriminada (una dosis adicional de vacuna SRP o SR) a los grupos afectados.
- En países con brotes con pequeñas cadenas de transmisión, número limitado de casos en zonas geográficas claramente identificadas y fuentes de transmisión conocida:
 - i. Implementar el bloqueo de vacunación en las primeras 72 horas en cinco manzanas a la redonda (121 manzanas) y siguiendo la ruta de desplazamiento de los casos confirmados, durante su periodo de transmisibilidad.
 - ii. Implementar el barrido documentado si la intervención es posterior a las primeras 72 horas o si el bloqueo fue inefectivo. El barrido se debe implementar en un área más amplia que la del bloqueo de vacunación.
 - iii. Realizar el monitoreo rápido de vacunación en las áreas intervenidas a fin de determinar zonas que requieran intervenciones de vacunación adicionales.

b. Todos los países:

- **Mantener una reserva de vacuna** sarampión-rubéola (SR) y/o SRP, y jeringas/insumos para acciones de prevención y control ante casos importados.
- **Implementar actividades de intensificación de la vacunación** basadas en los resultados del análisis de riesgo de sarampión y rubéola, con el objetivo de cerrar las brechas de cobertura, priorizando los municipios con mayor riesgo.
- **Fortalecer la microplanificación de los servicios de vacunación de rutina** para alcanzar coberturas de vacunación de al menos el 95% con dos dosis de la vacuna. La OPS ha desarrollado directrices que pueden ser de gran utilidad para esta labor.
- **Ofrecer vacunación a los viajeros** mediante brigadas médicas o puestos de vacunación fijos, asegurando su acceso en puntos estratégicos.

- **Aumentar los esfuerzos para alcanzar coberturas de vacunación en poblaciones reticentes**, incluyendo actividades de sensibilización dirigidas a autoridades locales, líderes comunitarios y religiosos, así como a otros actores sociales y sectores gubernamentales clave, como el sector educativo. Además, llevar a cabo actividades complementarias de vacunación en las comunidades de acogida o áreas circundantes a las poblaciones reticentes para cerrar las brechas de inmunidad y fortalecer la protección comunitaria.

Vigilancia

a. Países con brotes activos:

- Activar los equipos de respuesta rápida que estén capacitados, incorporando todos los sectores relevantes.
- Implementar la sala de situación para el análisis de los datos y toma de decisiones. Esto debe incluir el análisis detallado de los casos, incluyendo su ruta de desplazamiento y el análisis de las actividades de vacunación implementadas.
- Activar las medidas administrativas que faciliten el direccionamiento de recursos para implementar las medidas de respuesta rápida.
- En zonas con transmisión comunitaria, se recomienda utilizar una definición de caso más específica y documentar el cambio de definición.
- Asimismo, en caso de no poder confirmar los casos sospechosos por laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexos epidemiológicos, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.

b. Todos los países:

- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** en las zonas consideradas de alto riesgo, áreas fronterizas y con silencio epidemiológico, mediante la implementación de búsquedas activas tanto en los servicios de salud como en la comunidad.
- **Adoptar y adaptar las orientaciones recientes de la OPS** sobre la búsqueda activa de casos al aplicar esta estrategia de vigilancia, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Regional para sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita emitidas en su reunión del 2024, disponible en español en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (16).
- **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** (17) en todos los casos sospechosos de sarampión o rubeola, para realzar el análisis correspondiente tanto para la confirmación por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares de RT-PCR en tiempo real como para la secuenciación genómica con el fin de documentar el genotipo asociado con la infección.
- **Clasificar los casos sospechosos** con resultado IgM positivo considerando los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, con participación de los delegados de vigilancia, laboratorio e inmunizaciones, además de la comisión nacional de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola.

Respuesta rápida

- **Revisar y -de ser necesario- ajustar los planes operativos de preparación y de respuesta rápida**, fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud principalmente en las áreas de riesgo mencionadas en el apartado **Vacunación**.
- **Iniciar una respuesta oportuna ante casos importados de sarampión o rubéola**, lo que incluye la activación de los equipos de respuesta rápida capacitados y la implementación de los protocolos nacionales de respuesta rápida (18, 19).
- **Establecer un manejo intrahospitalario adecuado para los casos** para evitar la transmisión nosocomial, particularmente durante brote. Esto implica mantener un flujo adecuado de referencia de pacientes en salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención), evitando el contacto con otros pacientes en salas comunes como salas de espera y de hospitalización.
- **Capacitar al personal de salud**, con énfasis en los equipos de respuesta rápida, en la respuesta a brotes. La OPS cuenta con cursos en línea de autoaprendizaje para este fin disponibles (en español) en: 1) Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola> (18); 2) Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion> (19).

Eventos masivos y viajeros internacionales

Las últimas recomendaciones sobre eventos masivos y viajeros internacionales en la Región de las Américas se encuentran disponibles en la alerta epidemiológica de la OPS/OMS sobre sarampión publicada el 28 de febrero del 2025, disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025> (20).

Canales para la difusión de las orientaciones

La OPS/OMS recomienda a las autoridades nacionales que consideren la difusión de las orientaciones de este documento mediante:

- Campañas de sensibilización pública para promover y mejorar la salud de los viajeros antes y después de su viaje a fin de que adquieran comportamientos responsables en relación con la vacunación contra el sarampión, y conozcan los signos y síntomas de sarampión. Para esta actividad se recomienda tener también en cuenta a los servicios de atención médica o clínicas para viajeros, aeropuertos, puertos, estaciones de trenes y autobuses, las líneas aéreas que operan en el país, entre otros.
- Las agencias de viajes, las entidades relacionadas con el turismo y los cuerpos diplomáticos también deben conocer y divulgar las recomendaciones necesarias que un viajero debe tener en cuenta antes del viaje.
- Comunicación a médicos y otros trabajadores de salud de los contenidos de las guías nacionales de vigilancia existentes, así como difusión oportuna de cualquier nuevo protocolo que el país desarrolle en relación con los viajeros.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 24 de abril del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.
2. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Argentina. Comunicación recibida el 28 de abril del 2025 mediante correo electrónico. Buenos Aires; 2025. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Belice. Comunicación recibida el 2 de mayo del 2025 mediante correo electrónico. Belmopán; 2025. Inédito.
4. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 28 de abril del 2025 mediante correo electrónico. La Paz; 2025. Inédito.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 28 de abril del 2025 mediante correo electrónico. Brasilia; 2025. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Comunicación recibida el 28 de abril del 2025 mediante correo electrónico. Ottawa; 2025. Inédito.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de los Estados Unidos. Comunicación recibida el 28 de abril del 2025 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2025. Inédito.
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México. Comunicación recibida el 23 de abril del 2025 mediante correo electrónico. Ciudad de México; 2025. Inédito.
9. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [consultado el 28 de abril del 2025]. Inédito.
10. Ministerio de Salud de la República Argentina. Boletín epidemiológico Nacional No.751 SE 15, 21 de abril de 2025. Buenos Aires, 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_752_se_15.pdf.
11. Agencia de Salud Pública de Canadá. Measles and Rubella Weekly Monitoring Reports – 2025. Ottawa: PHAC; 2025. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>.
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Casos y brotes de sarampión. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 18 de abril del 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>.

13. Secretaría de Salud de México. Situación Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Ciudad de México: Secretaría de Salud de México; 2025. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/situacion-epidemiologica-de-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion>.
14. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Grupo Asesor Estratégico (GAE) en Enfermedades Prevenibles por Vacunación (EPV). Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/grupo-asesor-estrategico-gae-enfermedades-prevenibles-por-vacunacion-epv>.
15. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Marco regional para el monitoreo y la reverificación de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en la Región de las Américas. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56856>.
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Orientaciones para la búsqueda activa de casos de parálisis flácida aguda, sarampión y rubéola. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola>.
17. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Orientaciones sobre las pruebas de sarampión y de la rubéola realizadas en la red de laboratorios de la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34932>.
18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/brotos-sarampion-rubeola>.
19. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2022. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampionPostEliminacion>.
20. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 28 de febrero del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-region-americas-28-febrero-2025>.