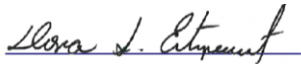


Panamá, 02 de septiembre del 2026

Señores
Comisión Regional de Certificación
Organización panamericana de la Salud (OPS)

La comisión nacional de Certificación para la Eliminación del sarampión, la Rubeola y el Síndrome de Rubeola Congénita presentamos ante ustedes el Informe Anual por Componentes para la Recertificación de la Sostenibilidad en la Eliminación del Sarampión, la Rubeola y el Síndrome de Rubeola Congénita (SRC) correspondiente al periodo 2025-2026.

Certificamos que dicho documento ha sido presentado por las autoridades nacionales de salud correspondientes a las áreas de competencia en materia de vigilancia epidemiológica, contención de laboratorio e inmunización. Este informe ha sido revisado por los miembros de la Comisión nacional de Certificación (CNC), realizando las recomendaciones pertinentes.

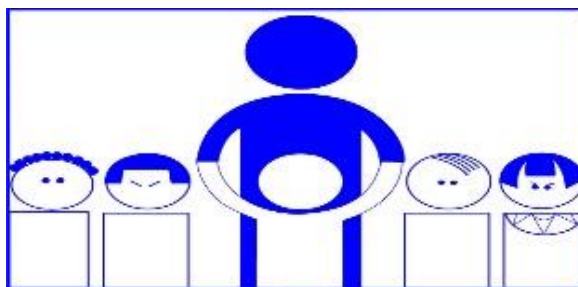


Dra. Dora Estripeaut
Presidenta
Comisión Nacional de Certificación



Dr. Rodrigo DeAntonio
Secretario

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**



**INFORME SOBRE EL SEGUIMIENTO Y LA REVERIFICACIÓN DE LA
ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SÍNDROME DE RUBÉOLA
CONGÉNITA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. PERIODO 2025-2026**

PANAMÁ, AGOSTO 2026

INDICE DE CONTENIDO

Resumen Ejecutivo

Introducción

1. Análisis de la evidencia, 2025-2026	8
1.1 Características epidemiológicas	8
1.2 Calidad de la Vigilancia.....	13
1.3 Vigilancia por laboratorio	17
1.4 Análisis de cohortes de población vacunadas	18
1.5 Resultados del Análisis de Riesgo	26
1.6 Creación del Comité Nacional de Sostenibilidad (CNS).....	39
1.7 Sostenibilidad de la eliminación	42
1.8 Correlación de la evidencia	45

ANEXOS

No 1. Informe Final de la Campaña nacional de Seguimiento contra el Sarampión/Rubéola año 2024

Nº 2. Informe de Brote

Nº 3. Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades y Condiciones Relacionadas en la República de Panamá.

Resumen Ejecutivo

La República de Panamá mantiene la condición de país libre de sarampión autóctono, sin evidencia de transmisión comunitaria persistente. A pesar del incremento en la presión epidemiológica regional durante el primer semestre de 2026, que generó la detección de 9 casos confirmados (3 importados y 6 relacionados a la importación), el sistema de vigilancia epidemiológica, las coberturas de vacunación alcanzadas en los años 2024 tanto en la campaña nacional contra el sarampión y la rubeola al igual que en las actividades de rutina y la respuesta laboratorial contuvieron eficazmente la dispersión del virus. Sin embargo, persisten brechas críticas en las coberturas nacionales de vacunación de segundas dosis para el año 2025 lo que eleva el riesgo de acumulación de susceptibles.

En este informe el país presenta la evidencia basada en los seis componentes (epidemiología, calidad de la vigilancia, vigilancia de laboratorio, inmunidad de la población, sostenibilidad de la eliminación y correlación de la evidencia) solicitados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a todos los países miembros que avale la certificación cada año para la recertificación como territorio libre de circulación activa de sarampión. En este sentido Panamá presenta información del año 2025 y hasta la semana epidemiológica 26 del 2026 relacionada a:

Situación Epidemiológica, Calidad de la vigilancia y Capacidad de Detección

La sensibilidad del sistema de vigilancia mostró un fortalecimiento significativo entre ambos periodos evaluados:

- Año 2025: Se capturaron 150 casos sospechosos; el 100% fue descartado por laboratorio. La tasa de notificación fue de 3.3 casos por 100,000 habitantes, superando el estándar internacional.
- Año 2026 (hasta SE 26): Las alertas institucionales elevaron la captación a 267 casos sospechosos. La tasa de notificación ascendió a 5.8 casos por 100,000 habitantes, reflejando una alta sospecha clínica.
- Confirmación de Casos (2026): Se confirmaron 9 casos positivos 3 importados y 6 relacionados a la importación sin transmisión comunitaria. El 100% de las muestras sospechosas y confirmatorias fueron procesadas y validadas por el laboratorio del Instituto Conmemorativo Goras de Estudios de la Salud (ICGES), garantizando la máxima certeza diagnóstica y genómica, para la contención de los brotes. Esta contención se dio en medio del peor escenario regional de sarampión en las Américas de las últimas décadas lo que, resalta la eficiencia de la intervención panameña.
- La centralización del diagnóstico molecular en el ICGES aportó un soporte científico para la toma de decisiones, logrando la trazabilidad exacta de los brotes y cerrando los márgenes de error diagnóstico

- Los indicadores de calidad internacional reflejan un sistema altamente sensible y vigilante. El incremento de la tasa de notificación de casos sospechosos, pasando de un notable 3.3 en 2025 a un sobresaliente 5.8 por 100,000 habitantes en 2026, confirma que el cuerpo médico mantiene una sospecha clínica activa y oportuna.

Inmunidad de la Poblacional

El análisis del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) revela un escenario de vulnerabilidad estructural debido al rezago en las segundas dosis:

- Campaña de Seguimiento (2024): Logró un éxito robusto con una cobertura global del 98.7%, sirviendo de escudo inicial para el control de los brotes de 2026.
- Coberturas de Rutina 2025: La primera dosis (SPR/MMR1) alcanzó el 89.6%, mientras que la segunda dosis (SPR/MMR2) un 59.0%.
- Coberturas de Rutina en el primer semestre 2026. Se observa una mejoría impulsada por las acciones de bloqueo, registrando 90.1% para SPR/MMR1 y 60.9% para SPR/MMR2. Las coberturas han sido calculadas con base a las dosis aplicadas de BCG, debido a que esta es una población que se acerca mucho más a la cohorte de nacido vivos que la asignada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de la Contraloría General de la República el cual presenta una diferencia de aproximadamente 10,000 niños más que los nacidos vivos. A pesar que, la brecha creada por las segundas dosis de SRP/MMR lo lleva a un acumulo de niños susceptibles que compromete la inmunidad de rebaño y arriesga la efectividad histórica lograda en la campaña nacional de seguimiento de 2024 (98.7%) es importante destacar que se ha realizado un análisis sistemático de la inmunidad en la población de menores de 5 años corroborando que más del 95% de estos logran completar esquemas de dos dosis antes de cumplir los 5 años, lo que nos deja un escenario más tranquilizador que no aporta a las coberturas nacionales pero si a la inmunidad de este grupo de edad. Con base a lo anterior el PAI trabaja arduamente en la implementación de estrategias para aumentar las coberturas y disminuir las brechas de inmunidad nacional.

Sostenibilidad Eliminación y Correlación de la Evidencia para la Certificación

El manejo del brote demuestra que los mecanismos de respuesta rápida y los cercos epidemiológicos de Panamá son altamente efectivos para contener brotes antes de que se conviertan en epidemias endémicas.

El sistema de vigilancia epidemiológica de Panamá contuvo con éxito el riesgo biológico. Durante el periodo de mayo-junio de 2026, solo se presentaron 3 casos importados y 6 casos relacionados a la importación, logrando cortar las cadenas de transmisión de manera oportuna y garantizar la ausencia total de circulación comunitaria en el territorio nacional. Sin embargo, para salvaguardar el estatus del país ante las comisiones de certificación nacional e internacional, el informe concluye que es necesario elevar y mantener de manera urgente las coberturas de SPR1 y SPR2 por encima

del 95% en los próximos periodos evaluativos, eliminando así las brechas de susceptibilidad que originaron el riesgo.

Acciones de Respuesta y Contención Implementadas

Para mitigar el riesgo derivado de las brechas de inmunidad del 2025, el Ministerio de Salud (MINSAL) en conjunto con la Caja de Seguro Social (CSS) ejecutó un plan de contingencia inmediato a través de:

- **Detección Temprana y Diagnóstico:** Activación del protocolo de "fiebre y exantema" en la red sanitaria junto al soporte técnico del Instituto Conmemorativo Gorgas para la confirmación molecular rápida.
- **Bloqueos Vacunales y Blindaje:** Despliegue de intensas jornadas de vacunación intra y extramuros que incluyeron puestos fijos de vacunación y la aplicación masivas de dosis a través de actividades tales como: vacunación de barridos documentados a través de las tarjetas de vacunas y uso del software de vacuna, giras, campañas, jornadas, perifocales, actualización de esquemas de los funcionarios de salud, viajeros internacionales, uso de dosis cero de vacunas a los niños de 6 a 11 meses contactos estrechos de casos positivos o aquellos que han de viajar a zonas de circulación activa de sarampión.
- **Vigilancia Institucional:** Rastreo estrictos de contactos y adecuación de áreas de aislamiento específicas en la red hospitalaria nacional.

Prioridades Estratégicas del País

Para mitigar el riesgo de reintroducción endémica del virus, el Ministerio de Salud prioriza tres líneas de acción inmediata:

- **Sostenibilidad de la Eliminación:** Garantizar el estatus libre de sarampión mediante el monitoreo estricto de los indicadores de control sanitario en los 82 distritos del país.
- **Fortalecimiento de la Vigilancia:** Mantener y expandir la capacidad de sospecha clínica, notificación oportuna y captación de febriles exantemáticos en todas las instalaciones de salud públicas y privadas.
- **Cierre de Brechas de Inmunidad:** Diseñar e implementar estrategias intensivas de vacunación para alcanzar y mantener coberturas superiores al 95% en ambas dosis (PR1 y SPR2), con especial énfasis en los distritos y corregimientos con mayor rezago de segundas dosis.

INTRODUCCIÓN

El sarampión es una enfermedad viral aguda, altamente contagiosa y potencialmente grave, cuya prevención depende directamente de coberturas de vacunación óptimas en la población. A nivel de la Región de las Américas, el panorama epidemiológico ha experimentado un cambio crítico entre 2025 y 2026. Tras años de esfuerzos orientados a sostener la eliminación del virus, la región enfrenta su peor rebrote en décadas, registrando un aumento extraordinario en la notificación de casos confirmados impulsado por persistentes brechas de inmunidad y la alta movilidad internacional. Este repunte regional ha calificado el riesgo para la salud pública en el hemisferio como "Muy Alto" según las evaluaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En este contexto, la República de Panamá ha mantenido históricamente una sólida trayectoria de control sanitario, sin reportar transmisión autóctona del virus desde noviembre de 1995, gracias a las altas coberturas de inmunización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la contención a través de laboratorio y a un sistema robusto de vigilancia epidemiológica. No obstante, la vulnerabilidad frente a la reintroducción del virus se materializó en el primer semestre de 2026. La confluencia de flujos migratorios y el turismo internacional resultaron en la detección de los primeros casos importados en mayo de 2026, lo que desencadenó una respuesta inmediata de rastreo de contactos y contención comunitaria por parte de las autoridades sanitarias. El presente informe técnico consolida el comportamiento de la vigilancia epidemiológica activa de sarampión en Panamá, con la participación de los tres componentes, inmunización, laboratorio y vigilancia, abarcando de forma integral el año 2025 y extendiéndose hasta la semana epidemiológica 26 del año 2026. El objetivo de este documento es evaluar los indicadores de monitoreo de casos sospechosos, analizar el estado vacunal de los grupos de edad vulnerables, detallar las acciones de respuesta ante la alerta regional y reafirmar el compromiso del Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) en la mitigación de riesgos biológicos para salvaguardar la seguridad sanitaria de todos los ciudadanos y residentes en el territorio nacional.

La evidencia presentada es consistente con el mantenimiento de la eliminación de la transmisión endémica del sarampión en Panamá.", demostrando la solidez de sus barreras sanitarias y la robustez de sus protocolos de contención ante presiones epidemiológicas externas severas en la región.

La detección de 9 casos confirmados en la primera mitad de 2026 expuso la alta vulnerabilidad a la reintroducción viral. No obstante, la investigación de campo oportuna y la clasificación precisa de los casos (3 importados y 6 relacionados a la importación) impidieron el establecimiento de una transmisión comunitaria sostenida, extinguiendo los conglomerados de forma temprana.

Informe de país por componente

1. Análisis de la evidencia, 2025-2026

1.1. Características epidemiológicas

Definición de Casos

Rubéola

- **Caso sospechoso**

Toda persona con fiebre y exantema sin causa determinada o toda persona en quién un trabajador de salud sospeche Rubéola.

- **Caso confirmado**

Caso sospechoso de Rubéola que es confirmado por los siguientes métodos de laboratorio (serología, aislamiento viral, pruebas moleculares) o por nexo epidemiológico (entendido como el antecedente de contacto en periodo de transmisibilidad con un caso de rubéola confirmado por laboratorio).

Sarampión

- **Caso sospechoso**

Toda persona con fiebre y exantema sin causa determinada o toda persona en quién un trabajador de salud sospeche sarampión.

- **Caso confirmado**

Caso sospechoso de Sarampión que es confirmado por los siguientes métodos de laboratorio (serología, aislamiento viral, pruebas moleculares) o por nexo epidemiológico (entendido como el antecedente de contacto en periodo de transmisibilidad con un caso de Sarampión o Rubéola confirmado por laboratorio).

Síndrome de Rubéola Congénita

- **Caso sospechoso**

Menor de un año, de quien el trabajador de salud sospeche SRC debido a que: se le ha detectado una o más de las siguientes anormalidades luego del nacimiento: cataratas congénitas, defectos cardiacos congénitos, púrpura o hipoacusia; y/o existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo.

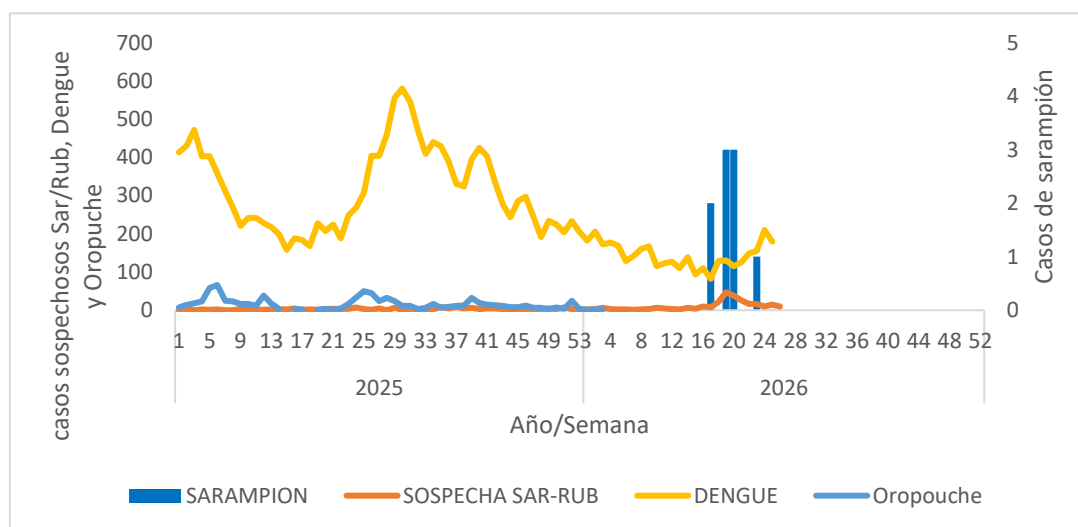
- **Caso confirmado**

Caso sospechoso de SRC que es confirmado por los siguientes métodos de laboratorio: serología, aislamiento viral, pruebas moleculares

Morbilidad:

a) Análisis de la distribución de casos notificados

Gráfico 1. Distribución de casos sospechosos y confirmados de Sarampión/Rubéola, Dengue y Oropouche por semana epidemiológica



Fuente: Departamento de epidemiología

Durante el año 2026 se ha dado un aumento en la notificación de los casos sospechosos para sarampión y rubeola, esto debido al brote de 3 casos positivos importados y 6 casos positivos relacionados a importación, de las capacitaciones en el país y a las supervisiones capacitantes realizadas. Con respecto a las otras enfermedades arbovirales hay una diferencia significativa de los casos de dengue del 2025 con respecto al 2026 viendo una disminución de los casos hasta la semana epidemiológica 26. El oropouche otra de las arbovirosis presentadas en este gráfico, presenta una tendencia la disminución de casos para el 2026.

Tabla 1. Distribución de casos sospechosos según estado de vacunación, grupo de edad y sexo. Años 2025-2026

Grupo de edad	2025									2026								
	Total de casos	Vacunados				No Vacunado				Total de casos	Vacunados				No Vacunado			
		F	M	Total	%	F	M	Total	%		F	M	Total	%	F	M	Total	%
<1 año	40	0	0	0	0	17	23	40	100	61	0	0	0	0	28	33	61	100
1a-4a	56	24	27	51	91.1	3	2	5	8.9	96	42	35	77	80.2	9	10	19	19.8
5a-9a	21	6	12	18	85.7	1	2	3	14.3	43	13	24	37	86.0	4	3	7	16.3
10a-19a	18	4	10	14	77.8	2	2	4	22.2	24	4	14	18	75.0	2	4	6	25.0
20a-29a	2	0	1	1	50.0	1	0	1	50.0	14	6	3	9	64.3	1	4	5	35.7
30a-39a	6	3	1	4	66.7	0	2	2	33.3	12	3	1	4	33.3	2	5	7	58.3
≥40a	7	3	1	4	57.1	3	0	3	42.9	17	4	5	9	52.9	4	4	8	47.1
Total	150	40	52	92	61.3	27	31	58	38.7	267	72	82	154	57.7	50	63	113	42.3

Fuente: Departamento de epidemiología

El aumento en el reporte de casos sospechosos hasta la semana epidemiológica 26 con respecto al año 2025 ha sido sumamente significativo, con 150 casos en el 2025 y 267 para el primer semestre del 2026 con un aumento porcentual de 78% en el reporte de casos sospechosos. Con respecto a la distribución por edad en ambos años la población de 1-4 años con 37% (56/150 casos) y 35.9% (96/267 casos) respectivamente encabezan los reportes.

En el 2025 de los casos reportados el 63% (95/150casos) pertenece al grupo comprendido entre 1-19 años; siendo el sexo masculino el más afectado con 55% (83/150) de casos reportados. De este total de casos 61.3% (92 casos) presentaban esquemas de vacunación contra un 38.7% (58 casos) sin vacunación de estos pacientes no vacunados 40 eran menores de 1 año de edad por lo que de acuerdo a la norma en la aplicación del esquema no debían estar vacunados.

Con respecto a los datos para el año 2026 el 57% (154 casos) presentan alguna dosis de vacuna y el 42.3% (113 casos) no estaban vacunados. Respecto a los grupos etareos 22.8% (61/267) casos eran <1 año y el 35.9% (96/267) casos de 1-4 años, siendo los <5 años los más afectados. Al igual que en el año 2025 el porcentaje de varones vacunados versus mujeres es mayor con 82/154 varones y 72/154 mujeres vacunadas para un porcentaje de 55.2% de varones y 46.7% de mujeres respectivamente.

Cuadro 1: Distribución de casos por tamaño de la población según Distritos. Año 2025

Provincia	< 50,000 habitantes		50,000 - 100,000 habitantes		>100,000 habitantes	
	Distritos	No Casos	Distritos	No Casos	Ditritos	No Casos
Bocas del Toro	Almirante	1			Changuinola	1
Chiriqui	Alanje	4	Bugaba	6	David	27
	Boqueron	4	Barú	2		
	Dolega	5				
	Boquete	5				
	Gualaca	1				
	Remedios	1				
	Renacimiento	3				
	San Lorenzo	2				
	Tierras Altas	1				
	Tolé	1				
CNBugle	Besiko	2				
	Jirondai	2				
	Nole Duima	2				
	Mirono	1				
Coclé	Olá	1	Aguadulce	3		
Colon					Colon	1
Darien	Santa Fe	2				
Herrera	Parita	1	Chitré	2		
Los Santos	Guararé	1				
	Las Tablas	3				
Panamá	Taboga	3			Panamá	39
					San Miguelito	8
Panama Oeste					Arraijan	5
					La Chorrera	7
Veraguas	Atalaya	1			Santiago	1
	Calobre	1				
11	23	48	4	13	8	89

Fuente: Departamento de epidemiología

En el año 2025 se reportaron 150 casos sospechosos para sarampión y rubeola. De acuerdo al tamaño de la población y la distribución el mayor porcentaje de los casos fue en aquellos distritos con >100,00 habitantes con 59.3% (89/150) casos notificados 32% (48/150) casos en distritos con <50,000 habitantes y finalmente los distritos con población entre 50,000 a 100,00 habitante con el 8.6% (23 /150) casos. Estos 150 casos fueron reportados en 35/82 distritos del país. Con respecto a la desagregación de acuerdo al rango de coberturas 11.4% (4/35 distritos) presentan coberturas de <80%, el 20.6% (10/35distritos) coberturas de 80-89%, el 25.7% (9/35) coberturas de 90-94%, el 25.7% (4/35) coberturas 95-100% y el 25.7% (9/35 distritos) coberturas >100%.

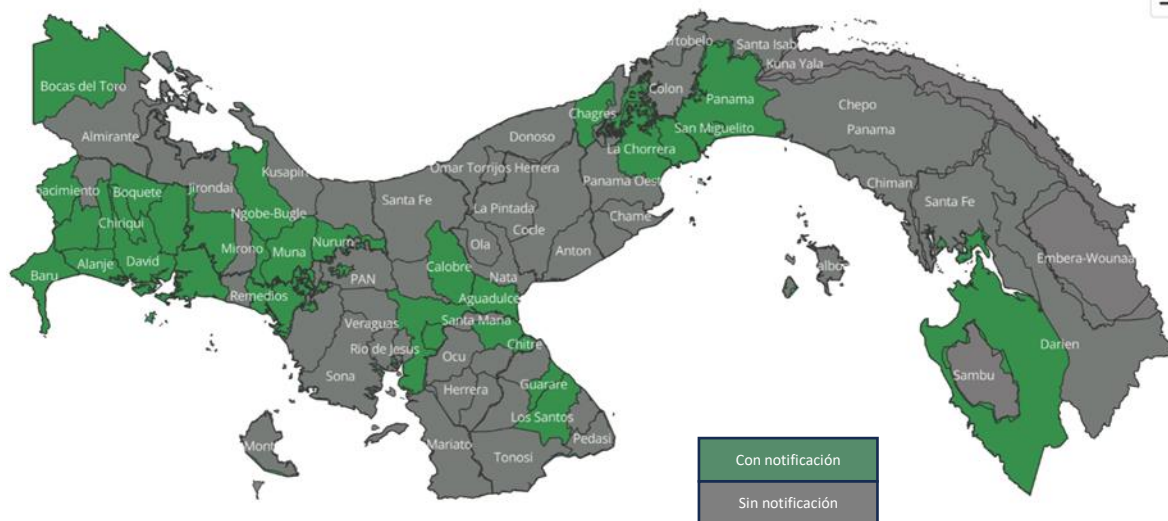
Cuadro 2: Distribución de casos por tamaño de la población según Distritos. Año 2026

Provincia	< 50,000 habitantes		50,000 - 100,000 habitantes		> 100,000 habitantes	
	Distritos	N° de casos	Distritos	N° de casos	Distritos	N° de casos
Bocas del Toro	Bocas del Toro Chiriqui Grande	2 1			Changuinola	3
Chiriqui	Alanje	4	Bugaba	10	David	37
	Boqueron	4	Barú	2		
	Dolega	4				
	Boquete	8				
	Gualaca	4				
	Remedios	1				
	Renacimiento	4				
	San Felix	1				
	Tierras Altas	3				
	Tolé	2				
CN Bugle	Kusapin	1				
Coclé	Nata	9	Aguadulce Anton	8 1	Penonome	3
Colon					Colon	4
Darien	Chepigana	2				
	Pinogana	3				
Herrera	Parita	4	Chitré	3		
	Ocú	2				
	Santa Maria	1				
	Pesé	1				
Los Santos	Los Santos	3				
	Guararé	1				
	Las Tablas	1				
	Pedasí	1				
Panamá	Chiman	1	Chepo	4	Panamá San Miguelito	65 20
Panamá Oeste	Chame	1			Arraijan	11
	Capira	1			La Chorrera	6
Veraguas	Atalaya	2			Santiago	7
	Calobre	1				
	Santa Fe	1				
	Las Palmas	1				
	Montijo	1				
	Soná	4				
	San Francisco	1				
	Cañazas	1				
Guna Yala			Guna Yala	1		
Total	35	82	7	29	9	156

Fuente: Departamento de epidemiología

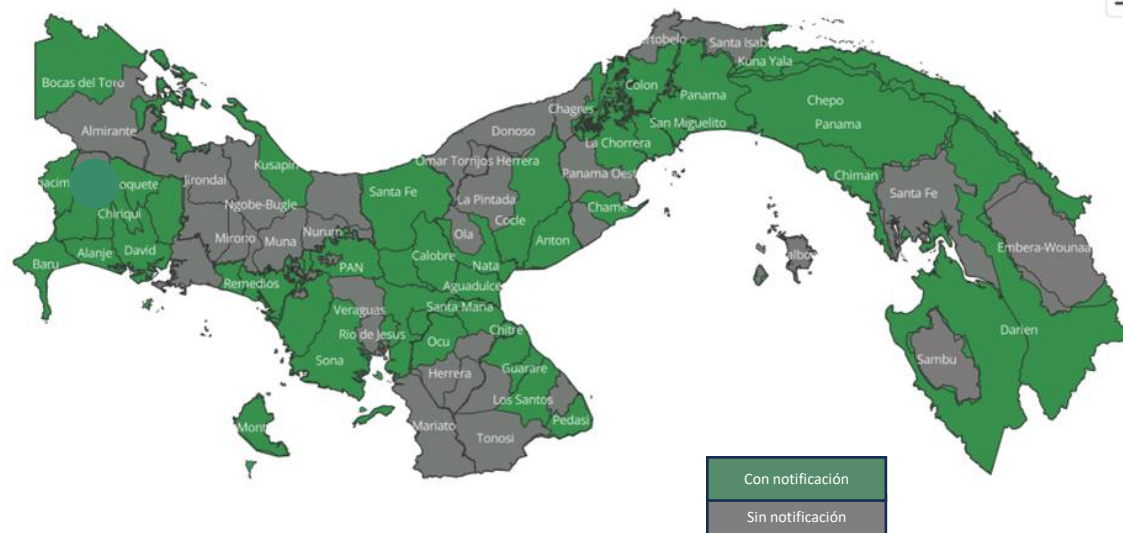
En el año 2026 hasta la semana epidemiológica 26 un total de 267 casos sospechosos de sarampión han sido reportados al sistema de vigilancia en un total de 51/82 distritos del país para un porcentaje de reporte de 62.2%. El aumento en la notificación de casos ha sido considerable con respecto al 2025 con un reporte en todo el año de 150 casos en 35/82 distritos para un porcentaje de 42.6% lo que indica un aumento porcentual de 19.6% en el 2026 con respecto al 2025.

Mapa 1: Distribución espacial de los distritos según notificación de casos. Año 2025



Fuente: Departamento de epidemiología

Mapa 2: Distribución espacial de los distritos según notificación de casos. Año 2026, hasta la semana epidemiológica 26.



Fuente: Departamento de epidemiología

Los mapas 1 y 2 representan la distribución espacial de los distritos según la notificación de casos para los años 2025 y hasta la semana epidemiológica 2026 del 2026. Los mismo reflejan el

aumento de la notificación en el reporte de 19.6% de distritos que se han unido al reporte de casos sospechosos en el 2026.

b. Municipios silenciosos

Cuadro 3: Distribución de los Municipios/Distritos silenciosos según tamaño de la población. Panamá 2025

Provincia	< 50,000 habitantes		50,000 - 100,000 habitantes		> 100,000 habitantes	
	Distritos	No de Casos	Distritos	No de Casos	Distritos	No de Casos
Bocas del Toro	Bocas del Toro	0				
	Chiriquí Grande	0				
Chiriquí	San Félix	0				
CNBugle	Nurum	0				
	Muna	0				
	Kankintu	0				
	Kusapin	0				
	Santa Catalina	0				
Colon	Chagres	0				
	Donoso	0				
	Portobelo	0				
	Santa Isabel	0				
	Omar Torrijos Herrera	0				
Darién	Chepigana	0				
	Pinogana	0				
	Cemaco	0				
	Sambu	0				
Herrera	Las Minas	0				
	Los Pozos	0				
	Ocú	0				
	Pesé	0				
	Santa María	0				
Los Santos	Los Santos	0				
	Macaracas	0				
	Pedasi	0				
	Pocrí	0				
	Tonosí	0				
Panama	Balboa	0	Chepo	0		
	Chiman	0				
Panama Oeste	Chame	0				
	San Carlos	0				
	Capira	0				
		0				
Coclé	La Pintada	0	Antón Penonomé	0 0		
	Natá	0				
Veraguas	Cañazas	0				
	La Mesa	0				
	Las Palmas	0				
	Montijo	0				
	Rio de Jesús	0				
	San Francisco	0				
	Santa Fe	0				
	Soná	0				
Guna Yala		0	Guna Yala	0		
Total	42	0	4	0		

Fuente: Departamento de epidemiología

En el año 2025 un total de 46/82 (56.0%) distritos se mantuvieron sin reportes de casos sospechosos de estos 14.6% (8 distritos) pertenecen a áreas comarcales y de pueblos originarios con características de dificultad en la accesibilidad geográfica y de servicios sanitarios en salud. De estos distritos 10/46 están ubicados en áreas costeras. El 47.8% (22/46) presentan coberturas <95% con respecto a un 54.6% (24/46) con coberturas iguales o mayores a 95%. De los distritos con coberturas <95%. Sin embargo, es importante señalar que 42/46 distritos mantienen poblaciones <50,000 habitantes.

Cuadro 4: Distribución de los Municipios/Distritos Silenciosos según tamaño de la población. Panamá 2026

Provincia	< 50,000 habitantes		50,000 - 100,000 habitantes	> 100,000 habitantes
	Distritos	N° de casos		
Bocas del Toro	Almirante	0		
Chiriquí	San Lorenzo	0		
CNBugle	Besiko	0		
	Nurum	0		
	Nole Duima	0		
	Mirono	0		
	Muna	0		
	Kankintu	0		
	Jirondai	0		
	Santa Catalina	0		
Coclé	La Pintada	0		
Colon	Chagres	0		
	Donoso	0		
	Portobelo	0		
	Santa Isabel	0		
	Omar Torrijos Herrera	0		
Darien	Santa fe	0		
	Cemaco	0		
	Sambu	0		
Herrera	Las Minas	0		
	Los Pozos	0		
Los Santos	Macaracas	0		
	Pocrí	0		
	Tonosí	0		
Panama	Tabpga	0		
	Balboa	0		
Panama Oeste	San Carlos	0		
Veraguas	La Mesa	0		
	Mariato	0		
	Rio de Jesús	0		
Guna Yala	Guna Yala	0		
Total	30	0		

Fuente: Departamento de epidemiología

En el año 2026 hubo una disminución significativa de distritos silenciosos con respecto al 2025 de 37.8% (18 distritos menos). En el 2025 de los 82 distritos del país 46 fueron reportados como silenciosos y en el 2026 este número ha disminuido a 30 distritos. Este aumento de los distritos reportando casos puede deberse a múltiples factores tales como: el fortalecimiento de la búsqueda activa (BA), ya sea institucional (BAI), o comunitaria (BAC).

Cuadro 5: Búsquedas Activas Institucionales en distritos silenciosos según tamaño de la población. Panamá 2026

Provincia/ Región	Distritos con < 50,000 habitantes	No de historias clínicas	Total revisadas	Total de exantemas febriles encontrados	Total notificado en SISVIG	Total de sospechosos con muestra	Clasificación final	
							Sospechoso	En investigación
Bocas del Toro	Almirante	6,238	6,238	0	0	0	0	0
Chiriquí	San Lorenzo	1,457	17	0	0	0	0	0
C.N. Bugle	Besiko							
	Ñürüm							
	Nole Duima							
	Mironó							
	Muna							
	Kankintú							
	Jirondai							
	Santa Catalina							
Coclé	La Pintada			0	0	0	0	0
Colon	Chagres							
	Donoso							
	Portobelo							
	Santa Isabel							
	Omar Torrijos H							
Darien	Santa fe							
	Cémaco							
	Sambu							
Herrera	Las Minas	785	785	0	0	0	0	0
	Los Pozos	1,105	1,105	0	0	0	0	0
Los Santos	Macaracas	3,821	157	0	0	0	0	0
	Pocrí	807	47	0	0	0	0	0
	Tonosí	1,671	81	0	0	0	0	0
Panamá	Taboga	876	876	0	0	0	0	0
	Balboa							
Panamá Oeste	San Carlos							
Veraguas	La Mesa	12	12	0	0	0	0	0
	Mariato	12	12	0	0	0	0	0
	Rio de Jesús	18	18	1	0	0	0	0
Total	30	16800	16386	1	0	0	0	0

Fuente: Departamento de epidemiología

Caracterización de los Distritos silenciosos de acuerdo con indicadores demográficos, socioeconómicos y de factores de riesgo.

Todos los distritos del cuadro superior tienen más de 12 semanas de silencio epidemiológico. Se realizaron BAI durante los meses de mayo y junio en 11 de los 30 distritos silenciosos para un porcentaje de 37.0% de los distritos que realizaron la BAI con un total de 16,800 historias clínicas de las cuales fueron revisadas 16,386 para un 97.5% de historias clínicas revisadas. Durante la BAI se identificó 1 exantemático febril, este sin notificación previa al sistema de información de vigilancia, sin embargo, posterior a la BAI, este fue incluido en el sistema de vigilancia. Esta información nos confirma la ausencia de casos sospechosos lo que justifica la falta de notificación de los mismos. Se continuará la BAI en los distritos sin notificación de casos. Al finalizar la BAI, 19/30 distritos permanecen como silenciosos para el 23.1% de los 82 distritos totales del país y una población de 372,569 habitantes residiendo en los mismos lo que representa el 8.0% de la población total de Panamá.

Con relación a la parte demográfica todos son distritos con menos de 50,000 habitantes. De los 30 distritos 10 son de pueblos originarios con accesibilidad geográfica de difícil o muy difícil acceso, limitada accesibilidad a los servicios de salud los cuales continúan siendo silenciosos posterior a la BAI. De los 30 distritos silenciosos el 63.3% (19/30) presentan cobertura menor a la cobertura óptima de 95% o más en tanto lo que aumenta la vulnerabilidad de los mismos ante el riesgo una importación de casos. En tanto que, el 36.7% (11/30) tiene coberturas de 95% o más.

Con base a la información anterior se programa continuar con las supervisiones a las regiones sanitarias e insistir vía requerimientos formales (notas y circulares) para el cumplimiento de la normativa e integrar las BAI en estos distritos.

c. Análisis de clasificación de casos

- Casos confirmados por laboratorio, mediante criterios clínicos y por vínculo epidemiológico descartados y pendientes.

Durante el año 2025 se reportó un total de 150 casos sospechosos, todos los casos fueron descartados por laboratorios, no hay casos confirmados. Durante este año se han confirmado otros virus tales como dengue (3 casos), CMV (28 casos), EBV (4 casos), enterovirus (1 caso).

En el 2026 se han reportado 267 casos sospechosos hasta la semana epidemiológica número 26 de los cuales han sido confirmados por laboratorio 9 casos (3 importados y 6 relacionados a la importación). De los casos descartados se han identificado otros virus tales como dengue (4 casos) CMV (25), EBV (8 casos) y Sika (4 casos) y un caso post vacunal con PCR (+) para rubeola post vacunal.

- **Criterios para descartar los casos con resultado IgM positivo para sarampión o rubeola, con base a las evidencias clínicas, epidemiológicas y del laboratorio.**

Los criterios para descartar los casos con IgM (+) han sido los siguientes:
 RT-PCR o aislamiento viral negativo en muestras adecuadas (hisopado faríngeo/nasal y orina dentro de los primeros 10 días del exantema).
 IgG pareada sin seroconversión o títulos estables entre fase aguda y convalecencia.
 Prueba de avidez IgG alta, lo que indica infección pasada y descarta infección reciente.
 Confirmación de otra etiología por laboratorio (ej. parvovirus B19, CMV, EBV, Dengue, Zika, Chik adenovirus).

- **Responsable de asignar la clasificación final de los casos**

Durante el brote hubo un total de 9 casos confirmados, 3 importados y 6 relacionados a la importación. La responsabilidad para la clasificación final de los casos recayó en epidemiología y laboratorio de nivel nacional, esto para los 3 casos importados y 1 caso relacionado a la importación. Sin embargo, para la clasificación de 5 casos relacionados a la importación se contó con las recomendaciones además de laboratorio y epidemiología de la comisión nacional para la certificación contra el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubeola congénita.



SSPA_Anexo_IgM
positivo_actualizad

Cuadro 6: Criterios para descartar los casos con resultado IgM positivo para sarampión y rubeola, 2025-2026

Año	N°. de casos sarampión IgM (+)	N°. de casos rubéola IgM (+)	N°. de casos sarampión y rubéola IgM (+)	N° de casos descartados	Base para el descarte					
					Reacción a la vacuna	Dengue/Chik/Zik	Parvo B19	Herpes 6	MR IgG	Otro*
2025	11	9	11/9	19	0	3	0	0	0	0
2026	10	8	10/8	18	0	4Deng	0	0	0	0

*Especificar los criterios clínicos utilizados para descartar los casos

Para el 2025 de los 11 IgM (+) para sarampión en 8 se detectó infección por citomegalovirus, uno de los casos tiene coinfección de dengue más citomegalovirus. De 9 casos positivos para rubeola, 5 están positivos por citomegalovirus y uno es coinfección con dengue más citomegalovirus que es el mismo con IgM (+) para sarampión. Un caso es una coinfección de rinovirus, micoplasma pneumoniae, enterovirus humano y adenovirus. En resumen, 3 muestras son positivas para dengue (1 IgM positiva y 2 negativas para sarampión y rubeola) 28 citomegalovirus IgM positivos, 4 Epstein-Barr virus IgM (+) y un enterovirus (+) por PCR.

En el año 2026, de los 10 casos positivos por IgM para sarampión 3 son confirmados. Los 7 restantes fueron descartados por PCR negativos y no se les encontró ningún otro agente infeccioso. En el 2026 se han detectado 4 casos con IgM negativo para sarampión y rubeola, pero positivos por IgM para dengue; 25 positivos para citomegalovirus, 8 (+) con IgM para Epstein- Barr y 4 Zika por PCR.

- **Descripción de la epidemiología molecular de la transmisión viral y la circulación de genotipos y linajes específicos.**

Durante el primer semestre de 2026, Panamá notificó tres (3) casos importados de sarampión en viajeros internacionales, dos de ellos procedentes de Europa con tránsito por Centroamérica y un tercero proveniente de Guatemala. El análisis de secuenciación realizado en los dos casos con antecedente de viaje a Europa permitió identificar el genotipo B3, confirmando el origen importado de la infección y la concordancia con los genotipos que circulan en la región de exposición. Este hallazgo aporta evidencia molecular para la investigación epidemiológica y la trazabilidad de las cadenas de transmisión, además de diferenciar estos casos del genotipo D8, que ha sido el predominante en los brotes documentados en la Región de las Américas.

1.2. Calidad de la vigilancia

Cuadro 7: Indicadores de Vigilancia de Sarampión y Rubeola a nivel nacional y subnacional. Años 2025 hasta la semana 26 del 2026

República Región	Total Acumulado 2025	Tasa notificación 2025	Total Acumulado 2026	Tasa notificación 2026	Casos últimas 52 semanas (Sem. 27- 2025 a Sem. 26- 2026)	Tasa Ultimas 52 sem.	% de casos con investigación adecuada 2026	% de notificación Acumulada oportunaúltimas 52 semanas (sem. 27-2025 a sem. 26- 2026
República	150	3.2	267	5.8	362	7.8	86.5	97.2
Bocas del Toro	2	1.0	6	2.9	6	2.9	83.3	99.1
Coclé	4	1.4	21	7.6	22	7.9	85.7	98.1
Colón	1	0.3	4	1.2	4	1.2	75.0	97.8
Chiriquí	62	12.0	85	17.6	132	27.0	91.8	98.2
Darién	2	2.6	5	6.6	6	7.1	60.0	91.6
Herrera	3	2.5	11	9.1	14	11.6	90.9	99.1
Los Santos	4	4.2	6	6.3	9	9.4	83.3	98.4
Panamá Este	0	0.0	10	7.3	10	7.2	100.0	98.8
Metropolitana	33	3.6	45	5.0	64	7.0	84.4	94.7
Panamá Oeste	12	1.8	18	2.7	27	4.0	77.8	99.7
San Miguelito	8	2.0	20	5.0	23	5.7	80.0	96.8
Panamá Norte	9	2.9	15	4.9	18	5.8	86.7	96.6
Veraguas	3	1.2	19	7.4	22	8.5	89.5	98.8
Guna Yala	0	0.0	1	1.9	1	1.8	100.0	96.8
Ngäbe Buglé	7	2.8	1	0.4	4	1.6	100.0	83.7

Fuente: Departamento de epidemiología

En el período evaluado, Panamá se mantiene por encima de tasa esperada de 2 por 100,000 habitantes. Con respecto al nivel subnacional en el 2025 el 53.3% (8/15 regiones), cumplen con la tasa de notificación. En tanto que hasta la semana epidemiológica 26 del 2026 el 80% (12/15 regiones) cumplen con la tasa observando un aumento porcentual en la notificación de 27% en el 2026 con respecto al 2025. Al evaluar la tasa alcanzada en las últimas 52 semana (semana 27 del 2025 a la semana 26 del 2026) el cumplimiento de la tasa en los niveles subnacionales es del 87.0% (13/15 regiones sanitarias)

El incremento en 2026 refleja mejora de sensibilidad del sistema y no deterioro epidemiológico.

Cuadro 8: Indicadores de la vigilancia del sarampión y la rubéola a nivel nacional

Indicador	2025	2026*
a) Tasa anual de casos sospechosos de sarampión y rubéola a nivel nacional (por 100.000 habitantes**	3.3	5.8
b) Porcentaje de unidades notificando negativamente semanalmente**.	100	100
c) Porcentaje de casos sospechosos con investigación adecuada	84.0	86.5
d) Porcentaje de casos sospechosos con muestra de sangre recolectadas en ≤ 30 días desde la aparición del exantema.	100	100
e) Tasa anual de casos sospechosos de SRC a nivel nacional (por 10.000 nacidos vivos)	2	0

Fuente: Departamento de epidemiología

*Para el 2026, informe la tasa alcanzada hasta la semana epidemiológica 26.

**Calcular el porcentaje medio semanal de centros declarantes, utilizando la siguiente fórmula indicada en el anexo

El último caso de síndrome de rubeola congénita en Panamá fue reportado en 1999.

Las acciones implementadas en 2025 para mejorar indicadores de vigilancia se detallan a continuación:

- En el área de laboratorio se ha trabajado arduamente con respecto a mejorar la toma de muestras a través del reforzamiento y capacitación al personal de salud en la correcta recolección y conservación de las misma, asegurando la calidad y evitando rechazos.
- El envío oportuno de las muestras recolectadas al ICGES coordinando con transporte institucional para garantizar que las muestras lleguen de manera oportuna.
- Se ha procurado cumplir con el tiempo de respuesta del ICGES de acuerdo a lo establecido.
- Fortalecimiento en la comunicación interinstitucional manteniendo el flujo de información entre CSS, PAI y MINSA, mediante circulares y reuniones periódicas con epidemiólogos regionales.
- Finalmente, los casos de sarampión confirmados, importados y relacionados a la importación en el país en el 2026 ha sido una oportunidad de intensificar la capacitación dado que, fue un simulacro en vivo para poner en prácticas las capacidades de los equipos en todos los niveles de acción desde el nacional hasta el local. Todas las regiones sanitarias del país fortalecieron sus capacidades en vigilancia epidemiológica (BAI y BAC) y vacunación (monitoreo de cobertura, barridos documentados, vacunación en sucio, vacunación perifocal, vacunación de bloqueo, vacunación de captura, vacunación y profiláctica.).

Cuadro 9. Tasa anual de casos sospechosos de sarampión o rubéola a nivel subnacional por 100.000 habitantes

Nombre del estado/departamento/provincia/región*	2025	2026**
República	3.3	5.8
Bocas del Toro	0.98	2.9
Coclé	1.44	7.5
Colón	0.31	1.2
Chiriquí	12.85	17.4
Darién	2.63	8.0
Herrera	2.86	9.1
Los Santos	4.18	6.3
Panamá	2.86	5.1
Panamá Oeste	1.77	2.6
Veraguas	1.16	7.3
Comarca Guna Yala	0.00	1.8
Comarca Ngäbe Buglé	2.75	0.4

Fuente: Departamento de epidemiología

*Si la unidad administrativa tiene una población < 100.000 habitantes, debe notificarse al menos 1 caso sospechoso al año.

** Para el 2026, informe la tasa alcanzada durante las **primeras 26 semanas epidemiológicas**.

Se ha señalado que de acuerdo con la desagregación de acuerdo con el nivel de regiones sanitarias la mejoría en el reporte ha sido significativa hasta la semana 26 del 2026 80% versus el 53.3% en el 2025. Con relación a la tasa de notificación evaluada según el nivel subnacional (provincias/comarcas) para el año 2026 se observa un porcentaje en la tasa adecuada de notificación de 75% (9/12) lo que está por encima del 54.0% registrado en el 2025. Sin embargo, a la fecha de este informe, 1 provincia y dos comarcas continuaban sin alcanzar la tasa ideal en el reporte de casos sospechosos estas son la provincia de Colón y las comarcas indígenas de Guna Yala y Ngäbe Buglé.

Con relación a las coberturas el comportamiento en esta provincia y comarcas para ambos años ha sido de coberturas <95% tanto para MMR1 como MMR2 con la excepción de Guna Yala que presentó cobertura >100% en la MMR1 y Colón con cobertura >95% para MMR1 en el 2026. Se han identificado errores de población asignadas, de calidad del dato y de dotación de recursos humanos para la obtención y disponibilidad de los datos en tiempo real para lo cual se han realizado revisión y corrección de las bases de datos a través de la capacitación además de la contratación de personal digitador con apoyo de la OPS.

Cuadro 10. Resultados de la búsqueda activa de casos de sarampión y rubéola en establecimientos de salud, 2025-2026

Año	Nº de municipios	Nº de historias clínicas revisadas	Nº de establecimientos de salud visitados	Nº de casos sospechosos identificados	Nº de casos confirmados		Nº de casos descartados		Casos ya notificados al sistema de vigilancia		Casos sin notificación previa al sistema de vigilancia	
					SAR	RUB	Laboratorio	Enlace clínico/Epi	N	%	N	%
2025	1	1576	1	17	0	0	17	0	0	0	17	100
2026	42	235,380	80	86	0	0	86	0	54	62.7	32	37.2

Fuente: Departamento de epidemiología

La búsqueda activa institucional (BAI) en Panamá cumple con el proceso descrito a continuación: cada región de salud hace revisión de los expedientes o registros de diagnósticos en conjunto con los niveles locales para identificar aquellos que cumplan con la definición de caso sospechoso de sarampión/rubeola (exantema y fiebre), una vez identificados los casos sospechosos se verifica si estos han sido ingresados previamente al sistema de vigilancia. De no estar registrados en el sistema los mismos deberán ser incorporados cumpliendo con los protocolos establecidos (toma y envíos de muestras, perifocos, monitoreos rápidos de coberturas y vacunación). Las BAI se desarrollan en un período mensual especialmente en aquellos distritos donde no se cumple con la tasa de notificación en las últimas 52 semanas. La BAI realizada se desarrolló durante los meses de mayo y junio del 2026.

Cuadro 11. Resultados de la búsqueda activa de casos de sarampión y rubeola en comunidad, 2025-2026

Año	No. de comunidades visitadas	No. de personas entrevistadas	No. de casas visitadas	No. de instituciones comunitarias visitadas (i.e., escuelas)
2025	35	150	0	0
2026	201	18,598	6,246	0

Fuente: Departamento de epidemiología

Los resultados de la búsqueda activa en la comunidad (BAC) para el 2026 con respecto al 2025 revela un aumento porcentual significativo de comunidades visitadas y personas entrevistadas.

Esto indica que las capacitaciones, las supervisiones capacitantes y el seguimiento de contactos de casos confirmados durante el brote han sido determinantes para estos resultados. Del 100% de los casos identificados ninguno fue confirmado para sarampión o rubeola.

Cuadro 12. Resultados de la búsqueda activa en el laboratorio para sarampión y rubeola, 2025-2026*

Número de resultados de las muestras analizadas							
Mes	SARAMPION-IgM			RUBEOLA-IgM			Nº de municipios
	Positivo	Indeterminado	Negativo	Positivo	Indeterminado	Negativo	
2025	0	0	74	0	0	74	48
2026	0	0	64	0	0	0	19

Fuente: Departamento de epidemiología

* Especifique el número de municipios de los que proceden las muestras

Todos los casos identificados durante la búsqueda activa han sido descartados por laboratorios fueron descartados por IgM negativas.

1.3. Vigilancia por laboratorio

Cuadro 13. Desempeño de los indicadores de la vigilancia de laboratorio del sarampión y la rubéola

Indicador de laboratorio	2025	2026
a) Porcentaje de muestras de sangre recibidas en el laboratorio en 5 días o menos	96.0%	94%
b) Porcentaje de muestras con resultados de laboratorio en 4 días o menos	100%	100%
c) Porcentaje de casos sospechosos con muestras respiratorias y/o de orina para detección viral	HN 92% (o) 88.68%	97.7%
d) Porcentaje % de casos sospechosos con muestras respiratorias recolectadas idealmente en los 7 días siguientes a la aparición del exantema, y hasta 14 días después de la aparición del exantema.	88.68%	89.0%
e) Porcentaje de casos sospechosos con muestras de orina recolectadas idealmente en los 7 días siguientes a la aparición del exantema, y hasta 10 días después de la aparición del exantema.	87.58% (7días) 96.42% (14días)	88.2%

Fuente: Estadísticas laboratorio conmemorativo GORGAS

Acciones implementadas para mejorar los indicadores de vigilancia de laboratorio

- Capacitación al personal en la toma de las 3 muestras y tiempos.
- Protocolos estandarizados y guías rápidas para el proceso de las muestras.
- Mejoras logísticas en transporte.
- Digitalización de registros.

1.4. Análisis de cohortes de población vacunada

Cuadro 14. Cobertura nacional de vacunación con SRP1 y SRP2

Año	SRP1 (%) (1 año)	Núm. de dosis administradas	Núm. de niños de 1 año*	SRP2 (%) (Edad para la segunda dosis según esquema del país)	Núm. de dosis administradas	Núm. de niños (18 meses o 4-6 años según el esquema nacional para la segunda dosis)
2025**	89.6	51,780	57,732	59.0	21,357	57,732*
2026	90.1	21,354	23,696	60.9	14,424	23,696*

Fuente: Registros estadísticos del PAI

*población de niños calculada con base a las dosis de BCG aplicadas el año anterior.

**Cobertura preliminar

Para el primer semestre de las 2026 coberturas de vacunación han visto un leve incremento tanto para MMR1 como para MMR2 con respecto al año 2025. Estas han sido calculadas con base a las dosis aplicadas de BCG, debido a que esta población se acerca mucho más a la cohorte de nacido vivos que la proyección asignada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de la Contraloría General de la República la cual en los últimos años ha presentado una diferencia de aproximadamente 10,000 niños más que los nacidos vivos dificultando el cálculo real de las coberturas con base a la utilización el dato de nacidos vivos.

Aunque el uso de las dosis de BCG aplicadas constituye una aproximación operativa que puede reflejar mejor las cohortes efectivamente captadas por el programa en determinadas áreas, este método no reemplaza la necesidad de fortalecer la calidad de los denominadores poblacionales nacionales. Persisten diferencias relevantes entre las estimaciones derivadas de registros administrativos, nacimientos registrados y proyecciones poblacionales, por lo que los resultados deben interpretarse considerando esta limitación.

Uno de los principales desafíos identificados para la sostenibilidad de la eliminación continúa siendo la calidad de los denominadores utilizados para la estimación de coberturas de vacunación y la persistencia de distritos silenciosos en vigilancia. Ambos elementos adquieren especial

relevancia en el contexto regional actual debido a que pueden favorecer la acumulación no detectada de susceptibles y limitar la capacidad para identificar tempranamente eventos de transmisión. Se recomienda fortalecer los registros nominales electrónicos, la validación de cohortes poblacionales y las estrategias focalizadas de vigilancia activa en distritos silenciosos como parte del plan nacional de sostenibilidad.

Acciones Implementadas para recuperar las coberturas de SPR1 y SPR2 postpandemia de COVID-19

- Campaña nacional de seguimiento en el 2024 para la población de niños de 1 a 4 años con la técnica de barrido de vacunación en sucio.
- Intensificación de las actividades de vacunación intra y extramuros en las actividades de rutina.
- Semana de vacunación en las Américas centrada en la vacuna contra el sarampión.
- Vacunación en aeropuertos y puertos de entradas aprovechando la coyuntura del mundial de fútbol.

Cuadro 15. Niños con dosis cero de vacuna de SPR/MMR. Enero a diciembre del 2025 y primer semestre 2026.

Año de aplicación	Población esperada	No de niños vacunado	No de niños no vacunados
2021	74,447	68,229	6,218
2022	73,722	63,928	9,794
2023	73,614	64,996	8,618
2024	62,936*	78,842	0
2025*	57,732*	52,232	5,952
2026**	23,696*	21,354	2,342
Total	81428	73,134	8,294

Fuente: Registros estadísticos del PAI

*población con base a dosis de BCG aplicadas

**datos preliminares

El cuadro superior refleja la disminución de niños con cero dosis aplicadas de vacunas contra el sarampión y la rubeola para el 2026 con respecto al 2025. En el año 2024 se realizó la campaña de seguimiento contra el sarampión aplicando la estrategia de vacunación de barrido en sucio donde se alcanzó una cobertura de 98.7% y en la vacunación de rutina para ese año la cobertura fue de 96.3%. Esta estrategia además de la búsqueda de pacientes inasistentes a los establecimientos de salud a través del software de vacunas con el sistema nominal, las alianzas con socios estratégicos

como las sociedades científicas los medios de comunicación y las actividades de vacunación extramuros han sido determinantes para esta disminución de niños no vacunados. Es evidente la disminución de niños con cero dosis de vacunas en el 2025 y primer semestre 2026 con respecto al 2021.

Cuadro 16. Número de municipios y porcentaje de niños* según intervalos de cobertura con SRP1

Año	Número de municipios									
	<80 %	% de niños* que viven en esos municipios	80-89%	% de niños* que viven en esos municipios	90-94 %	% de niños* que viven en esos municipios	95-100 %	% de niños* que viven en esos municipios	>100 %	% de niños* que viven en esos municipios
2025	7	8	15	23	18	47	14	10	28	11
2026	8	7	15	18	6	7	15	48	38	20

* Edad de los niños según el calendario nacional para la vacunación con SRP1 y SRP2

Fuente: Registros estadísticos del PAI

De acuerdo con la distribución de los distritos según rango de coberturas en el 2026 se presenta una disminución en los distritos con coberturas <95% de 40/82 en el 2025 a 29/82 en el 2026 lo que representa 13% del total de distritos del país. En el rango de cobertura de 95-100% se aumentó 1 distrito y es importante destacar que la cantidad de niños que residen en estos distritos aumento en un 38% para el 2026 con respecto al 2025. El aumento en los distritos con coberturas >100% de 28/82 en el 2025 a 38/82 en el 2026, sigue indicando problemas en la calidad de los datos. Por lo que se está realizando un trabajo exhaustivo en la capacitación al personal de atención sobre calidad de los datos.

Cuadro 17. Número de municipios y porcentaje de niños* según intervalos de cobertura con SRP2

Año	Número de municipios									
	<80 %	% de niños* que viven en esos municipios	80-89%	% de niños* que viven en esos municipios	90-94 %	% de niños* que viven en esos municipios	95-100 %	% de niños* que viven en esos municipios	>100 %	% de niños* que viven en esos municipios
2025	59	92	11	6	2	1	1	0	9	1
2026	51	91	12	4	6	3	1	0	12	2

Fuente: Registros estadísticos del PAI

Con respecto a las coberturas para MMR/SPR2 el 84.1% (69/82) distritos presentan coberturas <95% en el 2026. Lo que representa una disminución 3 distritos en el 2026 con respecto a los 72/82 distritos en este rango de cobertura en el 2025. Esta información revela el comportamiento similar en ambos años con 99% de los niños viviendo en estos distritos en el 2026 con respecto al 98% del 2025, por lo que se implementan estrategias en el país con miras a mejorar estos datos.

Cuadro 18. Distribución de distritos para SPR1 según rango de coberturas. Años 2025 al 30 junio 2026

Distritos según Rango de Cobertura									
<80%		80-89		90-94		95-100		>100	
2025	2026	2025	2026	2025	2026	2025	2026	2025	2026
Almirante	Besiko	Bocas del Toro	Almirante	Aguadulce	Boquerón	Antón	Arraiján	Atalaje	Aguadulce
Changuinola	Chiriquí Grande	Chagres	Barú	Arraiján	Calobre	Barú	Chagres	Atalaya	Atalaje
Chiriquí Grande	Mirono	Chepigana	Bocas del Toro	Besiko	Cañazas	Calobre	Changuinola	Balboa	Antón
Montijo	Nole Duima	Colón	Boquete	Boquete	Cémaco	Kusapín	Colón	Boquerón	Atalaya
Pedasí	Ocú	David	Bugaba	Bugaba	Muna	La Mesa	Guararé	Cañazas	Balboa
Pocrí	Omar Torrijos Herr	Guararé	David	Chepo	Santiago	Macaracas	Guna Yala	Capira	Capira
Tierras Altas	San Lorenzo	Jirondai	Gualaca	Gualaca		Mirono	La Chorrera	Cémaco	Chame
	Tierras Altas	Kankintú	Las Minas	La Chorrera		Muna	La Pintada	Chame	Chepigana
		Las Palmas	Las Palmas	La Pintada		Parita	Las Tablas	Chimán	Chepo
		Nurum	Nurum	Los Santos		Pinogana	Los Pozos	Chitré	Chimán
		Olá	Pedasí	Natá		Renacimiento	Montijo	Dolega	Chitré
		Pinogana	Pinogana	Nurum		Santa Isabel	Panamá	Donoso	Dolega
		Pocrí	Pocrí	Ocú		Soná	Pesé	Guna Yala	Donoso
		San Félix	San Félix	Panamá		Tonosí	Portobelo	Las Palmas	Jirondai
		San Miguelito	San Miguelito	San Félix			Santa Catalina	Los Pozos	Kankintú
		Santa Catalina		San Francisco				Mariato	Kusapín
				Santiago				Nole Duima	La Mesa
				Tolé				Omar Torrijos Herrera	Los Santos
								Pesé	Macaracas
								Portobelo	Mariato
								Remedios	Natá
								Río de Jesús	Olá
								Sambú	Parita
								San Carlos	Penonomé
								Santa Fe	Remedios
								Santa Fe	Renacimiento
								Santa María	Río de Jesús
								Taboga	Sambú
									San Carlos
									San Francisco
									Santa Fe
									Santa Isabel
									Santa María
									Soná
									Taboga
									Tolé
									Tonosí
7	8	15	15	18	6	14	15	28	38

Fuente: Registros estadísticos del PAI

El cuadro superior presenta la distribución de los distritos según rangos de coberturas para MMR/SPR1 2025 y 2026 donde 18/28 distritos con coberturas >100% registrados en el 2025 se mantienen dentro del mismo rango en el 2026. Se observa que dos de los distritos con rango <80% en el 2025 aumentaron sus coberturas a un rango de 95-100% y 10/15 distritos (Chagres,

Chepigana, Colón, Guararé, Jirondai, Kankintú, Las tablas, Olá, Penonomé y Santa Catalina) con coberturas de 80-89% pasaron a coberturas $\geq 95\%$ lo cual es significativo en términos positivos. Con respecto a las características de los distritos con rango de coberturas $<80\%$ en su mayoría pertenecen a las áreas comarcales y de difícil acceso en ambos años, otro porcentaje de estos son de áreas costeras y con dificultad geográfica para la accesibilidad a las instalaciones de salud. Además, los distritos pertenecientes a las comarcas presentan dificultad en los datos de población algunos de ellos con población subestimadas y otros sobreestimadas. En el 2026, hubo un aumento de 12.2% con 10 nuevos distritos en el rango de $>100\%$ de cobertura con respecto al 2025, sin embargo, 19 de los 38 distritos son nuevos dentro de este rango en el 2026 y 4 de estos pertenecen a zonas comarcales. Aproximadamente el 50% de estos distritos son de difícil o muy difícil acceso geográfico y de instalaciones de salud.

Algunas de las medidas implementadas para acceder y mejorar las coberturas de vacunación tanto en los distritos con $<80\%$ como $>100\%$ son:

- Giras integrales de vacunación y asistencia sanitaria.
- Búsqueda extramuros a través de visitas domiciliarias de inasistentes a las instalaciones de salud.
- Aprovechar todas las oportunidades utilizando medidas tales como: acortar los esquemas de vacunación en los inasistentes captados cerca de los rangos de aplicación, hasta 15 días antes.
- Vacunación de captura en centros de gran afluencia de personas y de alta movilidad (centros comerciales, estaciones de autobuses, supermercados, iglesias, parques etcétera).
- Vacunación de grupos cautivos en centros de atención a la primera infancia (CAIPI).
Revisión constante y supervisión capacitante sobre calidad del dato. Depuración de los datos en el software nominal de vacunas.

**CÁLCULO DE SUSCEPTIBLES A NIVEL NACIONAL
SARAMPIÓN y RUBEOLA**

Variables	Población	NACIONAL
	2025 (1 Años)	
Población de 12 a 23 meses	57,732	57,732
Número de niños vacunados con SRP1 de 12 a 23 meses	52,232	52,232
% de Cobertura	90%	90%
Número de niños vacunados con SRP de 2 a 4 años (Esquema tardío)	4,748	4,748
Total de niños vacunados	56,980	56,980
Número de niños no vacunados con SRP	1,356	1,356
Vacunados y no inmunizados (10% de los vacunados)	5,698	5,698
Total de susceptibles	7,054	7,054
% de susceptibles por cohorte anual	12%	12%

RIESGO	% DE SUSCEPTIBLES
ALTO	$\geq 90\%$
MEDIO	50-89%
BAJO	$<50\%$

Cohorte de nacimiento del año actual (Pob. Menor 1 año)	57,732
Total de susceptibles	7,054
% de susceptibles	12

La última campaña de seguimiento en el país fue realizada en el año 2024 con una cobertura alcanzada de 98.7% por lo tanto, se ha realizado el análisis de susceptibles a partir del año 2025. La cohorte de población susceptible esperada para el 2026 es de 12% con un total de 7,054 niños con base a una población de 57,732 niños lo que sitúa al país en un escenario de bajo riesgo.

Calendario/Esquema Nacional de vacunación para SPR2 2026

SPR2	2da dosis	Año de introducción SPR 2
	18 meses	1992

Tabla 2. Cobertura general de vacunación contra el Sarampión y Rubeola en población de 1-4 años y por edades simples según región de salud. Campaña de vacunación contra el Sarampión/Rubeola, año 2024

REGIÓN DE SALUD	TOTAL			1 AÑO			2 AÑO			3 AÑO			4 AÑO		
	Nacidos Vivos	Dosis	%	Nacidos Vivos	Dosis	%	Nacidos Vivos	Dosis	%	Nacidos Vivos	Dosis	%	Nacidos Vivos	Dosis	%
TOTAL	248,725	245,399	98.7	63,920	83,894	131.2	66,499	57,273	86.1	69,945	50,338	72.0	48,381	53,894	111.4
Región de Bocas del Toro	16,215	17,791	109.7	4,306	5,685	132.0	4,549	4,446	97.7	4,383	3,743	85.40	2,977	3,917	131.6
Región de Coclé	14,177	15,523	109.5	3,699	5,243	141.7	3,709	3,681	99.2	4,105	3,294	80.24	2,664	3,305	124.1
Región de Colón	17,485	14,444	82.6	4,373	4,846	110.8	4,621	3,233	70.0	4,946	2,881	58.25	3,545	3,484	98.3
Región de Chiriquí	28,954	29,889	103.2	7,781	10,484	134.7	7,760	6,955	89.6	8,061	6,180	76.67	5,352	6,270	117.2
Región de Darién	5,012	6,226	124.2	1,342	2,220	165.4	1,577	1,487	94.3	1,385	1,273	91.91	708	1,246	176.0
Región de Herrera	5,490	5,932	108.1	1,458	2,066	141.7	1,421	1,280	90.1	1,554	1,268	81.60	1,057	1,318	124.7
Región de Los Santos	4,028	3,872	96.1	1,086	1,389	127.9	1,038	867	83.5	1,167	806	69.07	737	810	109.9
Región de Veraguas	14,417	16,177	112.2	3,768	5,799	153.9	3,852	3,602	93.5	3,929	3,300	83.99	2,868	3,476	121.2
Región de Guna Yala	2,756	2,778	100.8	712	830	116.6	843	683	81.0	699	608	86.98	502	657	130.9
Región de Guna Bugle	25,570	33,027	129.2	6,388	11,450	179.2	7,591	8,073	106.3	7,018	6,879	98.02	4,573	6,625	144.9
Región de Panamá Oeste	32,140	33,695	104.8	8,061	10,698	132.7	8,190	8,010	97.8	9,205	7,118	77.33	6,684	7,869	117.7
Región de Panamá Este	11,417	9,468	82.9	3,042	3,166	104.1	3,138	2,212	70.5	3,199	1,994	62.33	2,038	2,096	102.8
Región de Panamá Metro	41,105	32,471	79.0	10,352	12,140	117.3	10,742	7,216	67.2	11,643	6,069	52.13	8,368	7,046	84.2
Región de San Miguelito	16,362	11,616	71.0	3,967	3,866	97.5	4,008	2,570	64.1	4,822	2,342	48.57	3,555	2,838	79.6
Región Panamá Norte	13,597	12,490	91.9	3,585	4,012	111.9	3,460	2,958	85.5	3,829	2,583	67.46	2,723	2,937	107.9

Fuente: Departamento de Registros y estadísticas de salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI

La tabla superior presenta el porcentaje de cobertura alcanzada de manera global como país. La cobertura alcanzada a nivel nacional con base a la cohorte de nacidos vivos fue de 98.7% con un total de 245,399 niños vacunados de una población objetivo de 248,725 niños.

Con base a la desagregación de las coberturas por región sanitaria de salud 10/15 (66.6%) regiones lograron coberturas $\geq 95\%$; las regiones que no lograron coberturas optimas fueron Colón, Panamá San Miguelito y las tres regiones sanitarias del distrito de Panamá (Panamá Metro, Panamá Norte y Panamá Este).

En relación con la cobertura por edades simples indica una homogeneidad de 50% dado que, solo se logró la cobertura optima de $\geq 95\%$ en dos de las 4 edad evaluadas (niños de 1 y 4 años) en tanto que los niños de 2 y 3 años no alcanzaron la cobertura optima. Es importante determinar que tanto en los niños de 1 año como en los de 4 años el porcentaje de cobertura alcanzada sobrepaso el 100%, lo que nos lleva a inferir que puede haber problemas de calidad del dato.

Cuadro 19. Consolidado final de los Monitoreos Rápidos de Vacunación por Región de salud, edades simples y casa visitadas, según información recabada por los monitores nacionales. Campaña nacional de vacunación contra el Sarampión/Rubeola y el Síndrome de Rubeola 2024

No.	TOTAL DE VACUNADOS	EDAD				TARJETA			CASAS VISITADAS					
		1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	TOTAL	SIN TARJETA	CON TARJETA	TOTAL DE CASAS VISITADAS	C	V	P	R	A
Bocas del Toro	302	65	75	79	75	302	9	293	529	49	256	1	1	222
Coclé	241	56	46	39	93	241	17	224	674	125	243	8	0	296
Colón	154	26	28	27	52	154	15	139	711	199	138	37	0	337
Chiriquí	578	112	153	125	159	578	5	573	797	183	381	4	1	228
Darién	345	59	114	78	77	345	7	338	1330	202	532	16	1	579
Este	422	70	104	101	127	422	12	410	1481	402	354	28	10	687
Guna Yala	110	30	36	22	22	110	0	110	128	5	123	0	0	0
Herrera	217	52	53	41	58	217	3	214	560	40	189	4	2	325
Los Santos	259	46	66	64	71	259	6	253	449	19	248	32	2	148
Metropolitana	154	30	48	32	37	154	11	143	749	227	119	16	5	382
Ngabe Bugié	243	45	68	67	63	243	0	243	140	0	140	0	0	0
Norte	213	33	58	48	60	213	9	204	660	87	215	8	1	349
Oeste	393	72	84	92	121	393	23	370	1665	585	324	17	2	737
San Miguelito	169	32	48	39	44	169	12	157	766	49	120	8	1	558
Veraguas	135	20	30	32	51	135	2	133	255	9	94	4	1	147
Total	3935	748	1011	886	1110	3935	131	3804	10894	2181	3476	183	27	5027

Fuente: Departamento de Registros y estadísticas de salud. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Estrategias de vacunación para grupos de alto riesgo

Las estrategias de vacunación aplicadas para alcanzar a poblaciones vulnerables en el país se extienden más allá de las instalaciones de salud, a continuación, enunciamos algunas de estas:

Población de <1 año, adolescentes y adultos jóvenes

Vacunación a niños de 1 año adolescentes y adultos jóvenes: utilización de redes sociales (WhatsApp, llamadas telefónicas) sobre todo a los niños de 1-5 años, a través de la revisión del sistema nominal en el software (VaxRecords).

- Visitas domiciliarias, vacunación a poblaciones cautivas a través del programa escolar en los Centros de atención a la primera infancia (CAIPI).
- Captación de inasistentes a través de las vacunaciones y bloque en los perifocal de los casos sospechosos.
- Vacunación de barrios.
- Modificación temporal del esquema para niños de 6-11 meses que han de viajar a áreas de circulación activa de la enfermedad y para aquellos que sean contactos directos de casos confirmados de sarampión.
- Se han fortalecido las alianzas estratégicas con los medios de comunicación masiva (televisión y radio) para la promoción de la vacunación y con el apoyo de la OPS se ha realizado material educativo en varios de los idiomas de los pueblos originarios del país.
- Alianza con el metro de Panamá y el aeropuerto de Tocumen para difusión de propaganda alusiva a la prevención del sarampión.
- Vacunación de los trabajadores de aerolíneas nacionales y de todo aquellos que trabajan en el aeropuerto brindando servicios turísticos.

Trabajadores de la salud:

- Actualización del inventario de vacunación de todos los funcionarios de salud tanto de la red pública como privada con aplicación de las vacunas necesarias.
- Vacunación desde la academia.
- Vacunación según esquemas de todo trabajador tan pronto ingresa al sistema.

Vacunación a población migrante:

El año 2026 ha sido una oportunidad para implementar estrategias de vacunación a la población migrante con actividades dirigidas a la vacunación en toda la ruta del viajero desde el caunter hasta la puerta de embarque ofertando la vacunación a todo migrante que así lo requiera.

- Vacunación en lugares de acogidas y residencias comunitarias de viajeros.
- Vacunación en los puestos de entrada.

Resultados de la evaluación de Riesgo para Sarampión 2025

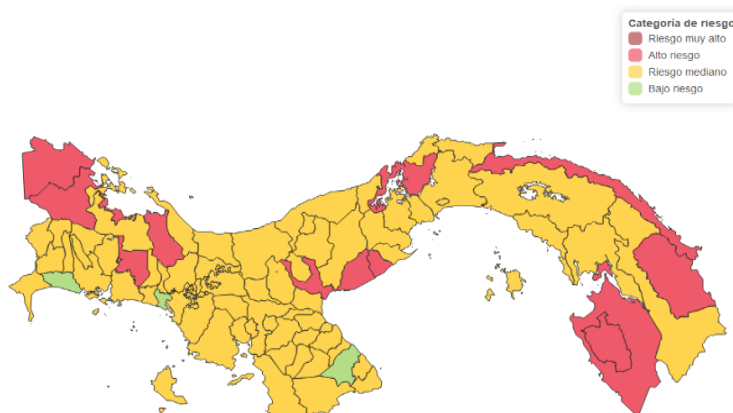
Sección 1: Perfil general de riesgo para sarampión y rubeola

De 82 municipios en PANAMÁ, 0 (0%) fueron categorizados en muy alto riesgo, 13 (15.9%) fueron categorizados en alto riesgo, 66 (80.5%) fueron categorizados en riesgo mediano, y 3 (3.7%) fueron categorizados en bajo riesgo.

Tabla 1a: Número de municipios en perfil general, PANAMÁ, 2021-2025.

Categorías de riesgo	Número de municipios	% de municipios
Bajo riesgo	3	3.7%
Riesgo mediano	66	80.5%
Alto riesgo	13	15.9%
Riesgo muy alto	0	0.0%
Total	82	100.0%

Figura 1a: Evaluación de riesgo para sarampión y rubeola PANAMÁ, 2021-2025.



Al realizar un análisis comparativo de los resultados globales con base al riesgo del 2025 con respecto al 2024, se observa una mejora significativa en la categoría de mediano y alto riesgo de 17.0%; es así que 10 distritos pasaron de un riesgo alto a riesgo mediano; a pesar de que 4 distritos aumentaron su categoría pasando de bajo a mediano riesgo del 2024 para el 2025; es importante destacar que ningún distrito es considerado de muy alto riesgo en ninguno de los dos años comparados.

Figura 1b: Mapa de riesgo para municipios de muy alto riesgo, PANAMÁ, 2021-2025.

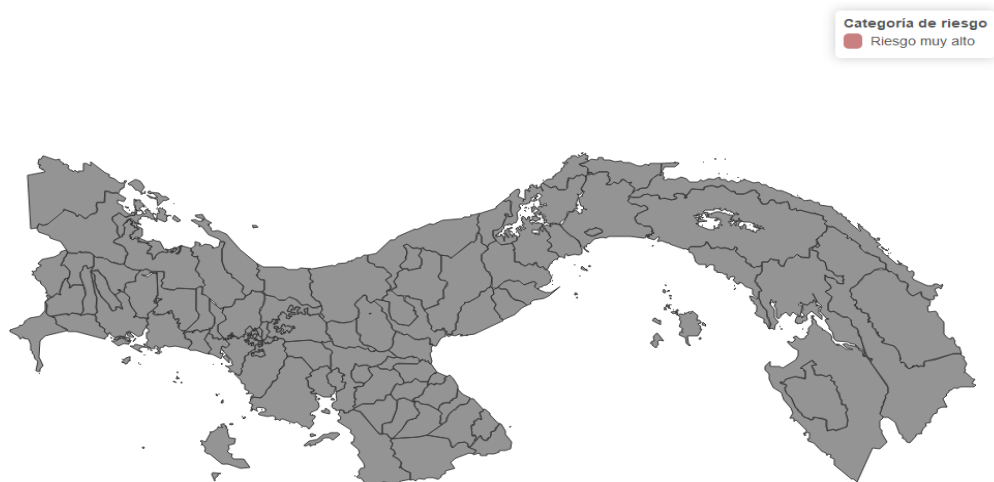
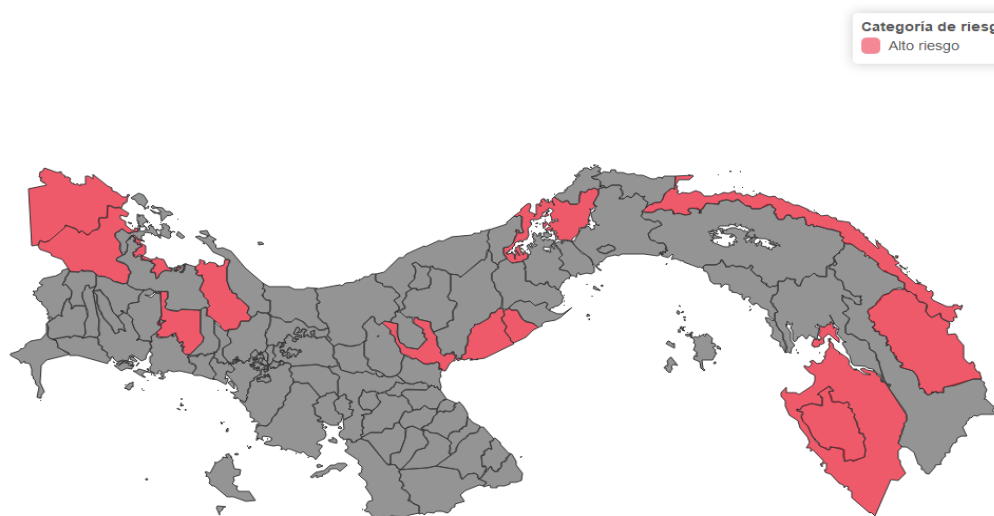


Figura 1c: Mapa de riesgo para municipios de alto riesgo, PANAMÁ, 2021-2025.



Sección 2: Inmunidad de la población

Tabla 2a: Número de municipios en inmunidad poblacional, PANAMÁ, 2021-2025.

Inmunidad de la población	Número de municipios	% de municipios
Bajo riesgo	36	43.9%
Riesgo mediano	40	48.8%
Alto riesgo	6	7.3%
Riesgo muy alto	0	0.0%
Total	82	100.0%

Figura 2a: Evaluación de riesgo para inmunidad poblacional, PANAMÁ, 2021-2025.

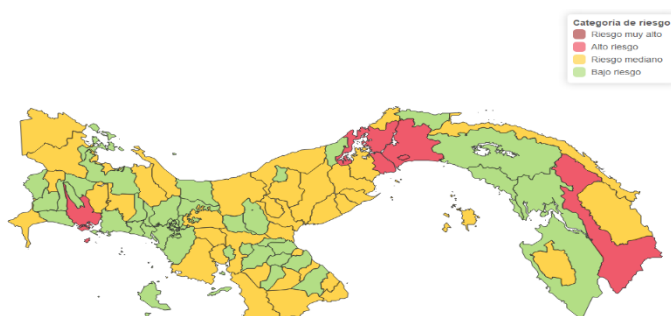
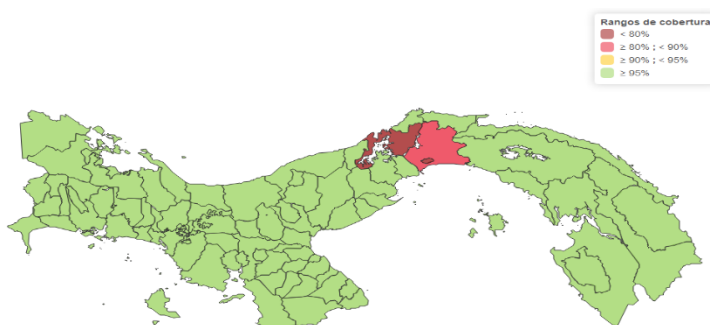


Figura 2b: Cobertura de la campaña de sarampión-rubéola (SR), PANAMÁ, 2024.



Con respecto a la categoría global para inmunidad poblacional hubo un aumento de 6.0% en la categoría bajo riesgo (5 distritos) y hubo una disminución porcentual igual de 6.0% en el riesgo alto en el 2025 con respecto al 2024.

Figura 2c: Cobertura de SRP1, PANAMÁ, 2025.

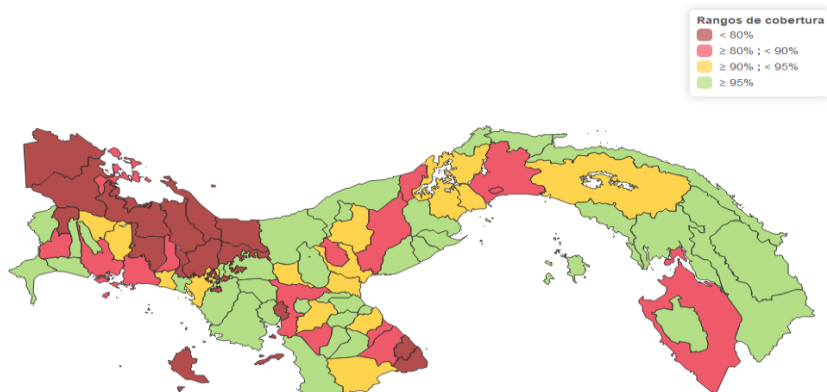
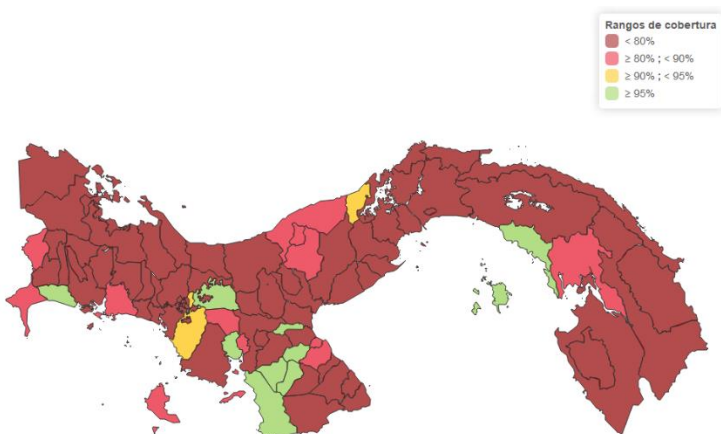


Figura 2d: Cobertura de SRP2, PANAMÁ, 2025.



Sección 3: Calidad de la vigilancia

Tabla 3a: Número de municipios en calidad de vigilancia, PANAMÁ, 2021-2025.

Calidad de la vigilancia	Número de municipios	% de municipios
Bajo riesgo	21	25.6%
Riesgo mediano	2	2.4%
Alto riesgo	0	0.0%
Riesgo muy alto	59	72.0%
Total	82	100.0%

Figura 3a: Evaluación de riesgo para calidad de la vigilancia, PANAMÁ, 2025.

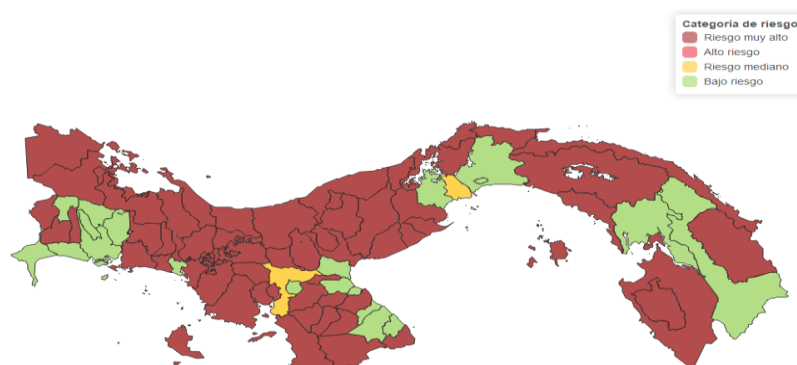
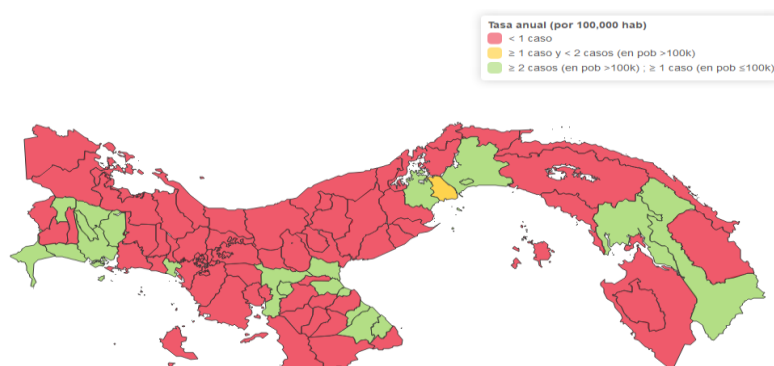


Figura 3b: Tasa anual de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubeola por 100,000 habitantes¹, PANAMÁ, 2025.



Cuando un municipio tiene menos de 100,000 habitantes y ha reportado al menos un caso sospechoso en el año más reciente, la herramienta asigna 0 puntos de riesgo. Si el municipio ha estado en silencio epidemiológico (no ha reportado ningún caso), la herramienta asignará la máxima puntuación de riesgo (8 puntos).

Figura 3c: Proporción de casos sospechosos con investigación adecuada, PANAMÁ, 2025.

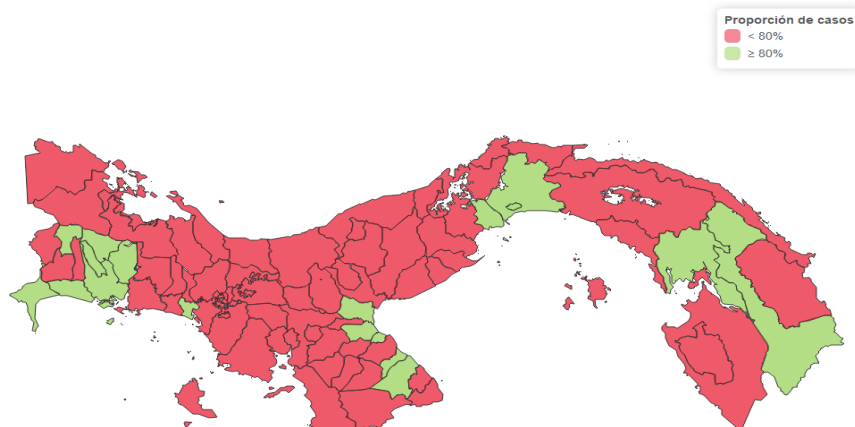


Figura 3d: Proporción de casos sospechosos con muestra adecuada, PANAMÁ, 2025.

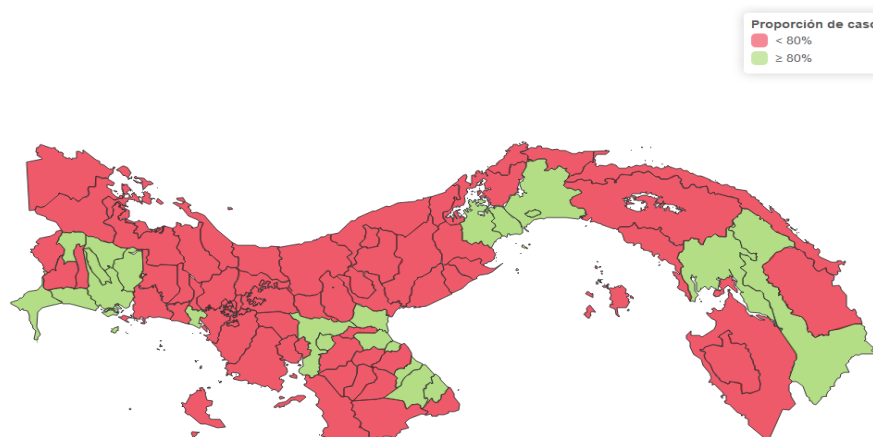


Figura 3e: Proporción de muestras enviadas al laboratorio en ≤ 5 días, PANAMÁ, 2025.

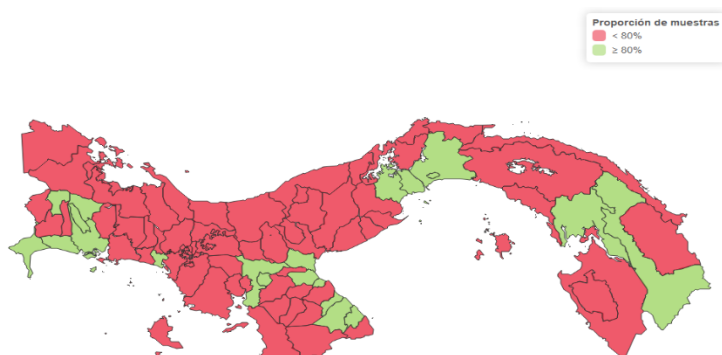


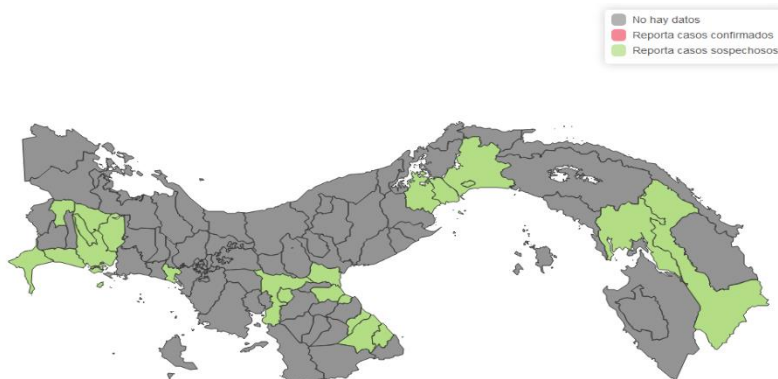
Tabla 3b: Distribución espacial de municipios/Distritos notificando casos de sarampión y rubeola, PANAMÁ, 2021-2025.

Municipalidades notificando casos

Número de municipios que reportan casos confirmados 0

Porcentaje de municipios que reportan casos confirmados 0.0%

Figura 3f: Distribución espacial de municipios notificando casos de sarampión y rubeola, PANAMÁ, 2025.



Sección 4: Desempeño del programa

Tabla 4a: Número de municipios/Distritos en rendimiento del programa, PANAMÁ, 2021-2025.

Desempeño del programa	Número de municipios	% de municipios
Bajo riesgo	16	19.5%
Riesgo mediano	26	31.7%
Alto riesgo	31	37.8%
Riesgo muy alto	9	11.0%
Total	82	100.0%

Figura 4a: Evaluación de riesgo para rendimiento del programa, PANAMÁ, 2021-2025.

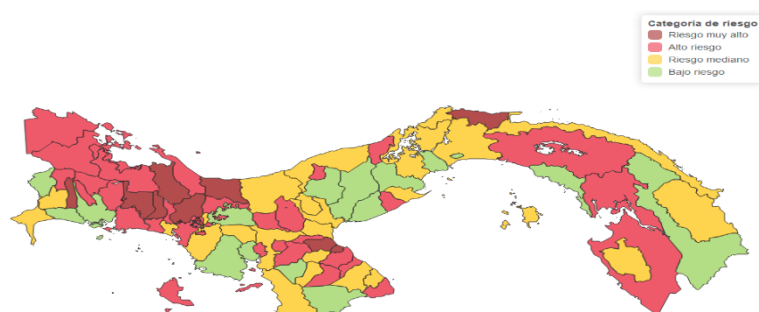


Figura 4c: Tasa de deserción SRP1-SRP2, PANAMÁ, 2025.

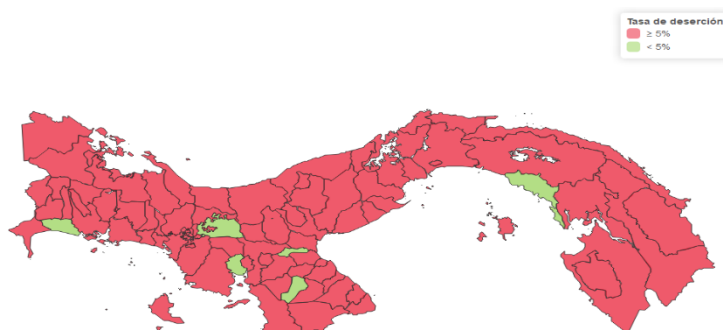
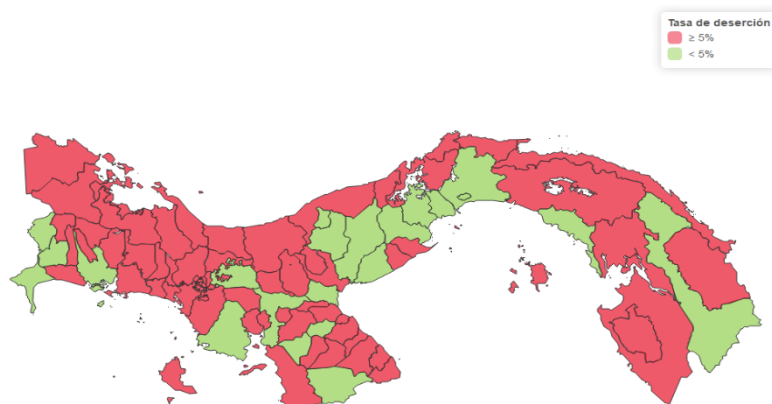


Figura 4d: Tasa de deserción Penta1-SRP1, PANAMÁ, 2025.



En relación al desempeño del programa, la categoría de bajo riesgo aumento en 6,1% en el 2025 con respecto al 2024 pasando de 13.4 (11/82 distritos a 19.5% (16/82 distritos). En tanto que la categoría de riesgo medio disminuyo en 8.5% 8 (7/82 distritos) al igual que la categoría de alto riesgo en 4.9% con 4 distritos menos. Sin embargo, 8 distritos aumentaron a muy alto riesgo en el 2025 con respecto al 2024 para un aumento porcentual de 7.3%; la mayoría de los distritos de muy alto riesgo forman parte de la comarca Ngäbe Buglé, 6/9 distritos.

Sección 5: Evaluación de la amenaza

Tabla 5a: Número de municipios/Distritos en evaluación de la amenaza, PANAMÁ, 2021-2025.

Evaluación de la amenaza	Número de municipios	% de municipios
Bajo riesgo	27	32.9%
Riesgo mediano	41	50.0%
Alto riesgo	12	14.6%
Riesgo muy alto	2	2.4%
Total	82	100.0%

Figura 5a: Perfil de riesgo para evaluación de la amenaza, PANAMÁ, 2021-2025.

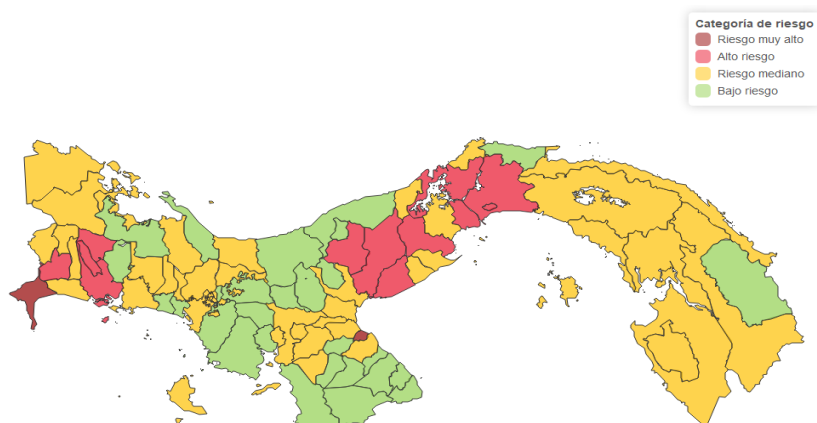


Figura 5b: Densidad poblacional (por km²), PANAMÁ, 2021-2025.

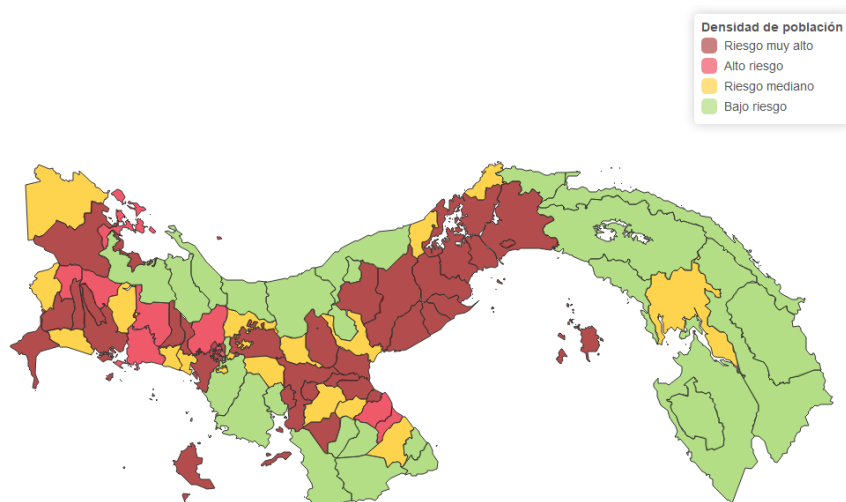
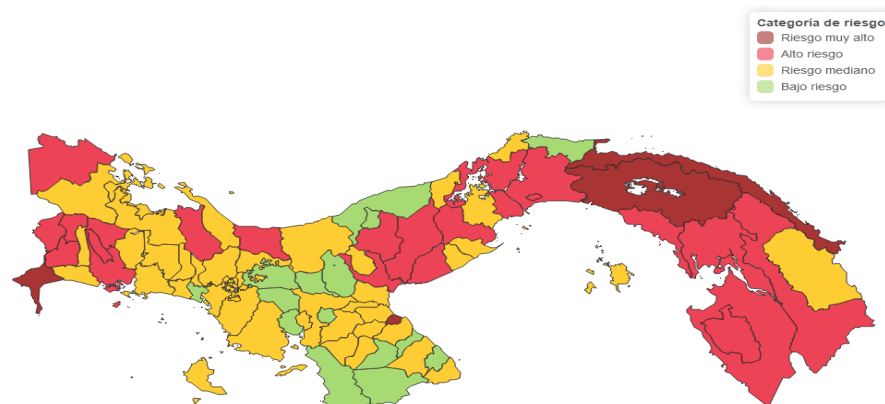


Figura 5c: Grupos vulnerables, PANAMÁ, 2025.

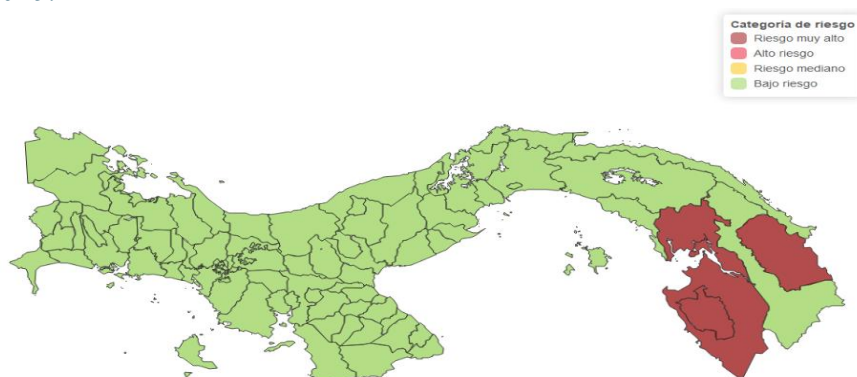


sección 6: Respuesta rápida a casos importados

Tabla 6a: Número de municipios en respuesta rápida, PANAMÁ, 2021-2025.

Respuesta rápida a casos importados	Número de municipios	% de municipios
Bajo riesgo	78	95.1%
Riesgo mediano	0	0.0%
Alto riesgo	0	0.0%
Riesgo muy alto	4	4.9%
Total	82	100.0%

Figura 6a: Evaluación de riesgo para respuesta rápida a casos importados, PANAMÁ, 2021-2025.



En respuesta rápida el escenario se ha mantenido igual para ambos años con 78/82 distritos manteniendo equipos de respuesta rápida (ERR) preparados para el manejo de brotes y activos para la acción. Siendo Cémaco, Sambú, Santa Fe y Chepigana los cuatro distritos sin ERR, todos estos de la provincia de Darién.

Figura 6b: Presencia de equipo de respuesta rápida entrenado a nivel subnacional, PANAMÁ, 2021-2025.

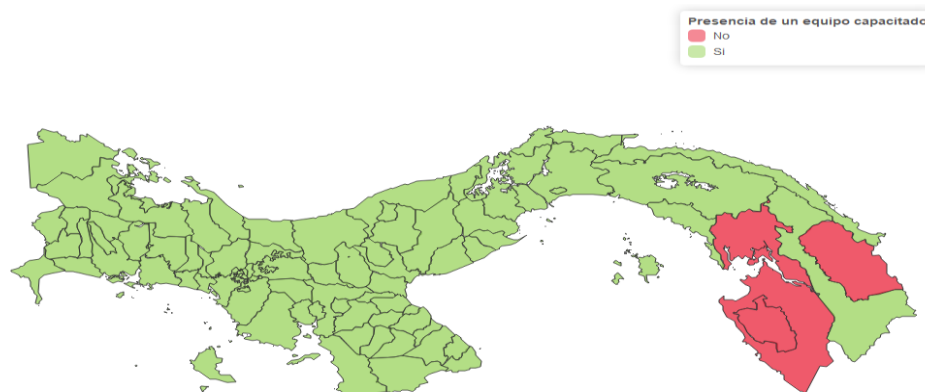
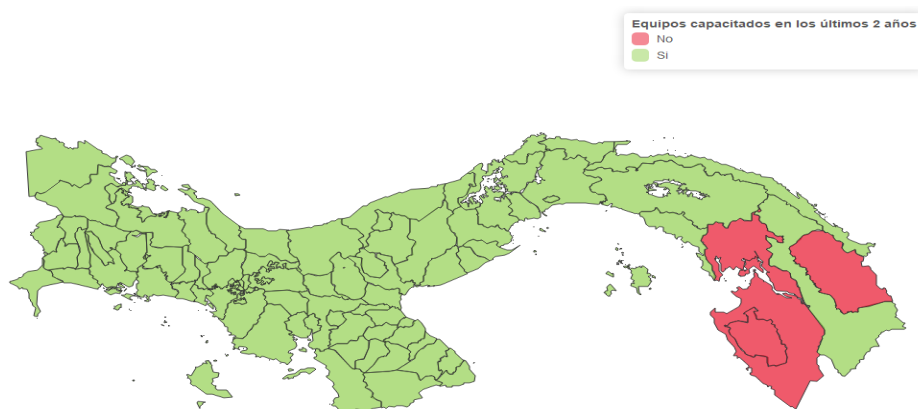


Figura 6c: Equipos capacitados en respuesta a brotes por el nivel subnacional en los últimos dos años, PANAMÁ, 2021-2025.



Apéndice: Variables globales

Datos globales de referencia

Datos globales de referencia	Valor
Nombre del país o del nivel subnacional	PANA MÁ
Año de la evaluación del riesgo	2026
¿Tiene el país un equipo nacional de respuesta rápida capacitado?	Si
¿Año de la última campaña (AAAA)?	2024
Edad de administración de la SRP1 (en meses)	12
Edad de administración de la SRP2 (en meses)	18
Brote	Si
Idioma	SPA

Campos calculados

Campos calculados	Valor
Primer año de datos	2021
Último año de datos	2025
Años de evaluación	2021-2025

Geoelemento

Geoelemento	Valor
Formas cargadas	82
Número de niveles subnacionales	13
Número de municipios	82
Población del país en el año de referencia	4,568,998
Áreas (km2) en el año de referencia	65,952.8

1.5 Creación del Comité Nacional de Sostenibilidad (CNS)

Cuadro 10. Reuniones y actividades del Comité Nacional de Sostenibilidad (CNS)

Fecha de la reunión	Objetivos y desafíos principales	Medidas propuestas por el comité
16 julio 2025	Docencia virtual dirigida a los municipios silenciosos para promover el informe de casos sospechosos	Se orienta a los municipios silenciosos sobre la importancia de la vigilancia y los mecanismos de reporte
21 de julio 2025	Se instala la comisión Nacional con la inclusión de nuevos miembros, siguiendo las recomendaciones de la comisión Regional del año 2024	Inclusión de nuevos miembros que no pertenezcan al Sistema de Salud local.
22 de julio 2025	Reunión para la revisión de los casos sospechosos de Sarampión, Rubéola y Rubéola Congénita con IgM positivas	Se revisaron las evidencias de cada uno de los casos y se descartaron como casos positivos.
11 marzo 2026	Reunión para la revisión de las recomendaciones de la comisión Regional y redactar las recomendaciones de la Comisión Nacional para el Ministerio de Salud de Panamá	Recomendaciones para el Ministerios de Salud de Panamá para fortalecer las acciones estratégicas para asegurar la sostenibilidad de estatus de Eliminación Sostenida: - Reforzar vigilancia epidemiología sobre todo en los municipios que se mantienen silenciosos. - Fortalecimiento de la capacidad de detección del laboratorio - Reforzar las actividades de vacunación y la expansión del registro nominal electrónico - Vigilancia de puntos de entrada y movilidad poblacional
9 de mayo 2026	Consenso para la redacción de recomendaciones al Ministerio de Salud luego del informe de cos casos importados de Sarampión en el país.	Se redactó nota dirigida al Ministro de Salud, con las recomendaciones del la Comisión Nacional sobre el manejo de los casos importados.
26 junio	Consenso para la redacción de recomendaciones al Ministerio de Salud de Recomendaciones ante casos identificados en personas previamente vacunadas relacionados con casos importados de sarampión	Se redactó nota dirigida al Ministro de Salud, con las recomendaciones de la Comisión Nacional sobre Recomendaciones ante casos identificados en personas previamente vacunadas relacionados con casos importados de sarampión

No se han realizado nuevos cambios en el Comité Nacional.

DECLARACION DE INTERÉS Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio de la presente, yo, **Rodrigo DeAntonio** con número de identidad personal **E-8-185652** declaro que mi interés para formar parte de la Comisión Nacional para la Recertificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita es meramente científico y con el fin de garantizar que el país se mantenga libre de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Negando cualquier conflicto de interés.

Así mismo, me comprometo a mantener la más estricta confidencialidad sobre toda la información, documentos y discusiones que se generen o compartan en el marco de las reuniones y trabajos de la comisión.



Dr. Rodrigo DeAntonio

Secretario.

Representante del Centro de Vacunación e Investigación clínica
Y epidemiología de enfermedades prevenibles por Vacuna (CEVAXIN)

DECLARACION DE INTERÉS Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio de la presente, yo, **Dora Estripeaut** con número de identidad personal **8-501-589** declaro que mi interés para formar parte de la Comisión Nacional para la Recertificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita es meramente científico y con el fin de garantizar que el país se mantenga libre de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Negando cualquier conflicto de interés.

Así mismo, me comprometo a mantener la más estricta confidencialidad sobre toda la información, documentos y discusiones que se generen o compartan en el marco de las reuniones y trabajos de la comisión.


Dora Estripeaut (Sep 1, 2026 12:03:44 CDT)

Dra. Dora Estripeaut

Presidenta

Representante de la Sociedad Panameña de Infectología pediátrica

DECLARACION DE INTERÉS Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio de la presente, yo, **Stella Rowley** con número de identidad personal **8-222-2539** declaro que mi interés para formar parte de la Comisión Nacional para la Recertificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita es meramente científico y con el fin de garantizar que el país se mantenga libre de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Negando cualquier conflicto de interés.

Así mismo, me comprometo a mantener la más estricta confidencialidad sobre toda la información, documentos y discusiones que se generen o compartan en el marco de las reuniones y trabajos de la comisión.


Stella Rowley (Sep 2, 2026 18:55:08 CDT)

Dra. Stella Rowley
Vice-presidenta
Representante de la Sociedad Panameña de
Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello

DECLARACION DE INTERÉS Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio de la presente, yo, **Max Ramírez** con número de identidad personal N-14-889 declaro que mi interés para formar parte de la Comisión Nacional para la Recertificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita es meramente científico y con el fin de garantizar que el país se mantenga libre de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Negando cualquier conflicto de interés.

Así mismo, me comprometo a mantener la más estricta confidencialidad sobre toda la información, documentos y discusiones que se generen o compartan en el marco de las reuniones y trabajos de la comisión.



Dra. Max Ramírez
Vocal
Representante de la Sociedad Panameña de Pediatría

DECLARACION DE INTERÉS Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio de la presente, yo, **Yarelys Durán** con número de identidad personal **8-785-1401** declaro que mi interés para formar parte de la Comisión Nacional para la Recertificación de la Eliminación del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita es meramente científico y con el fin de garantizar que el país se mantenga libre de Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita. Negando cualquier conflicto de interés.

Así mismo, me comprometo a mantener la más estricta confidencialidad sobre toda la información, documentos y discusiones que se generen o compartan en el marco de las reuniones y trabajos de la comisión.


Yarelys Durán (Sep 2, 2026 19:15:20 CDT)

Dra. Yarelys Durán

Vocal

Representante de la Sociedad Panameña de Ginecología y
Obstetricia

ACTA CONSTITUTIVA DE LA COMISIÓN

En el día de hoy lunes 21 de julio 21 de julio, se procede a dar formal instalación a la Comisión Nacional para la Recertificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubeola y el Síndrome de Rubeola Congénita en la República de Panamá.

La conformación de esta comisión tiene entre sus objetivos:

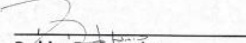
1. Revisar la documentación y evidencias presentadas por las instancias pertinentes (Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Epidemiología y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), que certifican el mantenimiento del país libre de Sarampión, la Rubeola y el Síndrome de Rubeola congénita.
2. Validar el informe del país con las evidencias proporcionadas para la recertificación.

A fin de dar cumplimiento al mandato anteriormente señalado, asistieron a esta reunión de instalación los miembros de la misma: Dra. **Dora Estripeaut** por la Sociedad Panameña de Infectología Pediátrica. **Dr. Rodrigo De Antonio**, por CEVAXIN y el Sistema Nacional de Investigación; Dra. **Stella Rowley** por la Sociedad Panameña de Otorrinolaringología, Cirugía de cabeza y cuello; Dra. **Yarelys Durán** en representación de la Sociedad panameña de Ginecología y Obstetricia y el Dr. **Max Ramírez** por la Sociedad panameña de Pediatría.

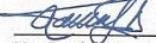
Además de los miembros de la Comisión estuvieron presentes como autoridades del Ministerio de Salud (Minsa) la Dra. **Reina Roa**, Directora General de Salud, la Magistra **Itzel S. de Hewitt**, Coordinadora General del PAI, la Dra. **Yadira de Moltó** de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunas la licenciada **Sandra Silgado Mena** enlace con la comisión nacional de Certificación por parte del PAI nacional y por parte del ICGES la licenciada **Ilka Guerra** responsable del Programa de Sarampión y Rubeola.

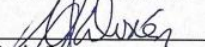
Siendo las 11:00am del día 21 de julio y sin otros temas que presentar se da por terminada la reunión de reconstitución de la Comisión Nacional.


Dora Estripeaut
Presidenta de la CNC
Sociedad Panameña de Infectología
Pediátrica


Rodrigo De Antonio
Secretario de la CNC
Centro de Vacunación e Investigación
Clínica y Epidemiológica de Enfermedades
Prevenibles por Vacunas (CEVAXIN)


Stella Rowley
Sociedad panameña de Otorrinolaringología
Y Cirugía de Cabeza y Cuello


Max Ramirez
Sociedad Panameña de Pediatría


Yarelys Duran
Sociedad Panameña de Ginecología
Y Obstetricia

*Fe de erratas: Aclaremos que, la conformación de la nueva comisión mediante la juramentación de los nuevos miembros se realizó el día 21 de julio del 2025. Por error se repitió dos veces 21 de julio en el primer párrafo del acta.

1.6. Sostenibilidad de la eliminación

Área de laboratorio

El Laboratorio Nacional de Referencia, bajo el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), garantiza la capacidad diagnóstica y la sostenibilidad técnica.

- Procesa muestras con estándares internacionales de calidad.
- Participa en programas de control externo de calidad de la OPS/OMS.
- Asegura la sostenibilidad del diagnóstico mediante la compra de kits de detección de sarampión a través del Fondo Estratégico de la OPS, lo que garantiza acceso continuo y precios competitivos. Sostenibilidad del programa se refleja en:
 - La continuidad en la adquisición de insumos (kits de laboratorio) por parte del ICGES/OPS.
 - El respaldo financiero y logístico del Fondo Estratégico de la OPS.
 - La integración de vigilancia epidemiológica y capacidad diagnóstica en un marco nacional coordinado.

Vacunación

El país ha mantenido el aumento de las coberturas de vacunación desde la campaña de seguimiento del 2024 con una cobertura alcanzada de 98.7%, aunque en el 2025 estas disminuyeron para el 2025 SPR1 89.9% y SPR2 a 59% se observa un aumento para el primer semestre del 2026 a SPR1 90% y SPR2 60%. De igual manera los distritos con coberturas <95% han disminuido en un 13.7% de 48.7% (40 distritos) a 35% (29 distritos).

El reciente brote de tres casos importados de sarampión con 6 casos relacionados a importación sin casos secundarios que indiquen transmisión comunitaria es una clara señal de que el país mantiene la eliminación de la circulación endémica del sarampión en el territorio nacional.

Cuadro 20. Listado de verificación para las medidas de preparación para reducir el riesgo de transmisión sostenida del sarampión

Ítem de la lista de verificación	Sí / No / Parcial	Comentarios
Se han documentado los cambios en la composición del equipo nacional de respuesta rápida desde julio de 2025 , incluida la capacitación de los nuevos integrantes, cuando corresponda.	Si	Se cuenta con listado actualizado de los integrantes de los ERR de cada uno de los niveles desde el nacional, subnacional y locales.
Los equipos subnacionales de respuesta rápida han sido capacitados en los últimos 2 años y se dispone de las fechas correspondientes.	Si	
Existen mecanismos de financiamiento de emergencia a nivel nacional, subnacional y local para apoyar la respuesta a brotes.	Sí	El presupuesto para el manejo de las contingencias está de manera centralizada y se hacen las asignaciones correspondientes hacia los niveles subnacionales o local dependiendo de las necesidades.
Se han adquirido dosis adicionales de vacunas SR/SRP para grupos priorizados y para actividades de respuesta a brotes.	No	Esto ha sido manejado con las vacunas programadas para el manejo de la rutina dado que el abastecimiento ha sido suficiente.
Las normas nacionales de inmunización autorizan el uso de la vacuna SRP (cepa Leningrad-Zagreb) en personas mayores de 10 años para la respuesta a brotes.	Sí	La vacunación de rutina en el esquema nacional de Panamá autoriza el uso de esta vacuna hasta los 19 años de edad.
Existen mecanismos para administrar vacunas fuera del horario habitual de atención, incluidos horarios nocturnos y fines de semana.	Si	A nivel del país existen centros de atención que brindan horario extendido hasta las 7 de la noche, atención en feriados, sábados y domingos a través (pagos de turnos extraordinarios o tiempos compensatorios).

Los lineamientos de vigilancia permiten el uso de criterios clínicos y de vínculo epidemiológico para la confirmación de casos durante períodos de alta transmisión.	No	Solo se utiliza el criterio de nexo epidemiológico o de laboratorio.
Existen algoritmos de priorización de pruebas de laboratorio durante períodos de alta transmisión.	No	En la actualidad no ha sido necesario, a todos los casos sospechosos se le realizan pruebas. La norma de vigilancia establece la utilización del principio de nexo epidemiológico, sin embargo, no ha sido necesario aplicarlo.
Existen mecanismos para el envío de muestras a los laboratorios regionales de referencia.	Si	El sistema nacional de vigilancia y diagnóstico de sarampión en Panamá cuenta con mecanismos establecidos para garantizar la calidad y confiabilidad de sus resultados. El ICGES asegura la capacidad diagnóstica y participa en controles externos de calidad. Las muestras de sarampión se envían una vez al año, entre septiembre, al Laboratorio de CARPHA, aprovechando los envíos programados de la vigilancia de poliovirus. Este mecanismo optimiza recursos logísticos, garantiza eficiencia y asegura la validación externa de los resultados nacionales. La participación en controles internacionales refuerza la credibilidad del sistema y contribuye a la sostenibilidad del programa de eliminación del sarampión.
Los protocolos para la administración de vitamina A están establecidos y se implementan de forma rutinaria.	Si	No ha sido necesario la aplicación de la vitamina A ya que, no se han presentado casos en menores de 5 años.

El sistema de información de vigilancia es capaz de proporcionar datos en tiempo casi real para orientar las actividades de respuesta a brotes.	Si	A través de la plataforma SISVIG Plus y VPD-SMART.
El registro nominal de vacunación puede registrar dosis adicionales administradas durante la respuesta a brotes o campañas de seguimiento.	Si	Durante el reciente brote se amplió de manera temporal la aplicación de la dosis cero en niños de 6 a 11 meses para los contactos directos de los casos confirmados y aquellos que han de viajar a zonas de circulación activa. Estas dosis pueden ser registradas en el sistema nominal de información sin ninguna restricción.
Existe un plan de comunicación de riesgo y de crisis.	No	Hay un plan en proceso de elaboración del cual han implementados acciones en situaciones de crisis sanitarias en el país.

1.7 Correlación de la evidencia

El Comité Nacional de Sostenibilidad (CNS) debe responder a dos preguntas:

- a) ¿Ha mantenido el país la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC desde que la Región de las Américas fuera declarada libre de estas enfermedades en el 2015 y el 2016, respectivamente?

SÍ, se ha mantenido

- b) Si el país respondió no a la pregunta 1.7 a., ¿está el país preparado para solicitar la reverificación de la eliminación del sarampión o la rubéola si se ha restablecido la transmisión endémica de alguna de estas dos enfermedades?

SÍ _____ NO _____ **No aplica.**

Para responder a estas preguntas, el Comité Nacional de Sostenibilidad debe tener en cuenta la información recopilada en su informe, prestando especial atención a lo siguiente:

- Un comité nacional que funcione bien y que se reúna al menos una vez al año.

- Interrupción de los casos endémicos de sarampión, rubéola y SRC en los países de la Región de las Américas durante al menos un año, en presencia de una vigilancia bien realizada.
- Ausencia de cepas endémicas del virus del sarampión y de la rubéola a través de la vigilancia viral en los países de la Región de las Américas durante al menos un año.
- Priorización del enfoque en tres frentes: cobertura alta de vacunación, vigilancia de calidad alta lo suficientemente sensible como para detectar casos importados y relacionados con la importación, y respuesta rápida a los brotes.
- Documentación de la sostenibilidad de la eliminación.

2. Cumplimiento de recomendaciones

Cuadro 21. Recomendaciones de la Comisión Regional al país para el 2025

Recomendaciones	Acciones implementadas para abordaje de las recomendaciones
Institucionalizar la implementación de la búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión y rubeola en establecimientos de salud y laboratorio con una periodicidad de al menos cada tres meses	La búsqueda activa en Panamá es realizada de manera institucional por los coordinadores regionales y locales de epidemiología en cada en las instalaciones de salud. Además, se ha establecido como rutina que por cada caso sospechoso de sarampión o rubeola se debe realizar BAI en la instalación de correspondencia del paciente ante situaciones de salud.
Seguir incorporando las directrices de OPS en la metodología de detección activa de casos.	En esta área se ha utilizado la metodología para las búsquedas activas institucionales, comunitarias y de laboratorio ampliando la red de vigilancia.
Documentar el incremento en el número de municipios que notificaron casos tras la búsqueda activa, estratificado por tamaño de municipio.	Esta información está ampliamente documentada en la sección 1.2 de calidad de la vigilancia. Siete nuevos distritos han detectado e incorporado casos al sistema de vigilancia a través de la búsqueda activa institucional.

Fortalecer la vigilancia de SRC para alcanzar el umbral regional de notificación.	Panamá mantiene la vigilancia del SRC sin embargo el último caso documentado data de 1999.
Realizar revisiones de la calidad de los datos sobre la cobertura de vacunación y los denominadores utilizando las directrices de la OPS, adaptación de necesidades y normativas nacionales. El uso de la BCG como indicador sustitutivo del denominador poblacional supone una cobertura total, lo que plantea dudas sobre su fiabilidad.	El país ha señalado en el informe del período 2024-2025 la discrepancia entre la población proyectada por el Instituto Nacional de estadísticas y censos de la Contraloría nacional de la república y los nacimientos vivos reportados por la misma fuente, con una diferencia de casi 10,000 niños. Por lo que se mantendrá con la utilización de las dosis de BCG aplicadas como denominador dado que, este número se acerca más a la realidad de nacidos vivos, nacionales o extranjeros.

ANEXO 2

Informe sobre brotes

1. Descripción de la situación epidemiológica

Cuadro 1. Distribución de los casos confirmados según vínculo y semana epidemiológicos de acuerdo a la clasificación final. Año 2026

No Caso	Vínculo epidemiológico	Edad en años	Semana Epi	Signos y síntomas					Resultados de laboratorio				Clasificación final
				Fiebre	Exantema	Tos	Coriza	Conjuntivitis	IgM	PCR	IgG Avidéz	Genotipificación	
1	Importado	18	17	Si	Si	Si	Si	Si	+	+		B3	Sarampión importado
2	Importado	21	17	Si	Si	Si	Si	Si	+	+		B3	Sarampión importado
3	Caso 2	40	19	Si	Si	No	Si	No	-	+		B3	Sarampión relacionado a importación
4	Casos 1 y 2	27	19	Si	Si	No	No	No	-	+	84.8% (alta)		Sarampión relacionado a importación
5	Caso 1	31	19	Si	Si	No	No	No	-	+	93.9% (alta)		Sarampión relacionado a importación
6	Casos 1 y 2	45	20	Si	Si	Si	No	No	-	+	87.9% (alta)		Sarampión relacionado a importación
7	Caso 1	33	20	Si	Si	Si	No	No	determinado	+	89.9% (alta)		Sarampión relacionado a importación
8	Casos 1 y 2	38	20	Si	Si	No	No	No	-	+	86.4% (alta)		Sarampión relacionado a importación
9	Importado	24	23	Si	Si	Si	Si	Si	+	+			Sarampión importado

Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

Fecha de inicio de exantema del último caso confirmado es el 09/06/2026.

- **Distribución de casos confirmados por grupo poblacional (población general, pueblos indígenas, comunidades reticentes, mujeres embarazadas, entre otros).**

De los 3 casos importados el caso 1 y 2 son turistas internacionales y el caso 3 es un conductor de transporte internacional de mercancías. Los 6 casos relacionados a la importación 1 es trabajador del lugar de hospedaje del caso 2 y los 5 restantes son trabajadores de la salud.

- **Distribución espacial de los casos confirmados.**

El espacio de los casos confirmados relacionados a la importación fue en el área laboral. Todos los casos fueron contagiados en su lugar de trabajo, uno en el hostel donde estuvo

hospedado el caso 2; los otros 5 todos trabajadores del hospital donde fueron atendidos los casos 1 y 2. Ninguno de los casos relacionados a la importación fue contagiado en la comunidad.

- **Distribución espacial de los casos confirmados según la fuente de la infección.** (importado, relacionado con la importación, desconocido o endémico) y por genotipo o el identificador de secuencia distinta (DSId por su sigla en inglés).

La fuente de infección de los casos esta distribuida de la siguiente manera:

Casos importados: casos 1 y 2 informan estadía durante su periodo de incubación en nicaragua y Costa Rica. El caso 3 informa proceder de Guatemala y haber estado en contacto con un familiar con diagnósticos de sarampión semanas antes de su ingreso al Panamá. Los 6 casos relacionados a la importación estuvieron en contacto estrecho con los casos importados 1 y 2 durante su periodo de transmisibilidad.

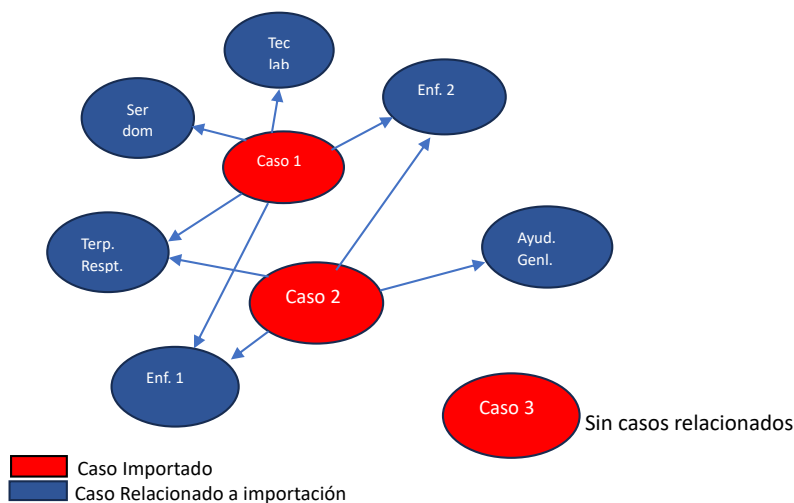
Con respecto a la genotipificación de los casos se realizó a los casos importados 1 y 2 y al caso 1 relacionado a la importación identificando el genotipo B3. Las muestras de los casos confirmados están en proceso de ser enviadas al laboratorio de referencia (CDC, Atlanta, USA), para su correspondiente control de calidad.

Imagen 1. Distribución espacial de casos confirmados según la fuente de Infección.



Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

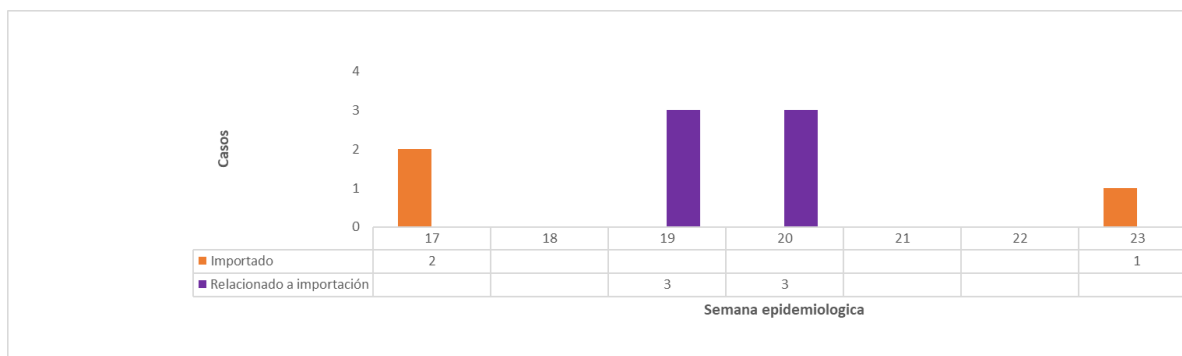
Imagen 2. Distribución de la cadena de transmisión de Casos relacionados a la Importación



Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

Los brotes estuvieron focalizados en entornos cerrados con alta carga viral (atención hospitalaria y hospedaje compartido). Todos los casos fueron relacionados a la importación y sin evidencia de transmisión comunitaria. De los 6 casos relacionados a la importación, 5 estuvieron vinculados al caso importado 1, todos fueron personal de la instalación de salud donde fue atendido el caso (1 técnico de laboratorios, 2 enfermeras, 1 de servicios generales y 1 terapeuta respiratorio). Con respecto al caso 2; 4 de los seis casos relacionados a la importación estuvieron en contacto con el caso los cuales también eran personal sanitario (2 enfermeras, 1 terapeuta respiratorio y 1 ayudante de servicios generales). El caso 3 no tuvo casos relacionados.

Gráfica 1. Clasificación de los casos confirmados a nivel nacional, según la fuente de la infección



Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

De los 9 casos positivos, 3 son importados y 6 relacionados con importación. No hay casos endémicos ni de fuente desconocida.

- **En cada brote y sobre la base del último caso confirmado, especifique el número de contactos que fueron objeto de seguimiento y acciones de investigación en los últimos 30 días.**

De los casos importados 1 y 2, fueron identificados 442 contactos de estos se dio seguimiento a 419 (94.8%) de los cuales se identificaron 6 casos sintomáticos, los que fueron confirmados como sarampión relacionado a la importación y de estos no se derivó ningún caso secundario.

Del tercer caso importado se identificaron 125 contactos de los cuales ninguno presentó a la conclusión del seguimiento, sintomatología asociada al sarampión.

- **Número de dosis de vitamina A administradas.**

No se confirmaron casos en la población infantil donde se requiere la administración de vitamina A; por ende, no se administró ninguna dosis de vitamina A.

2. Hospitalizaciones y mortalidad

Los 3 casos importados requirieron hospitalización y un caso relacionado a la importación.

- **Número de hospitalizaciones, desagregado por:**

Cuadro 2. Casos y tasa de incidencia de sarampión importados y relacionados a importación según grupo de edad, Panamá 2026/p

Grupo de edad	Total	Importado	Relacionado a importación	Tasa*
Total	9	3	6	0.1
< 1 año	0			
1-4 años	0			
5-9 años	0			
10 a 14 años	0			
15 a 19 años	1	1		
20 a 24 años	2	2		

25 a 34 años	3		3	0.4
35 a 44 años	3		3	0.5
45 y más años	0			

/p datos hasta semana 26.

*Tasa por 100,000 habitantes en casos relacionados a importación

Fuente: Departamento de epidemiología. MINSA.

De acuerdo con el grupo de edad 1 caso fue de 15-19 años, 2 casos de 20-24 años. De los casos importados y los relacionados a importación 3 son de 25 a 34 años y 3 de 35-44 años. La Tasa de incidencia para la república es de 0.1 por 100,000 habitantes.

✓ **Nivel subnacional/municipal,**

Todos los casos hospitalizados fueron ingresados en hospitales de la ubicación geográfica del hospedaje, ninguno fue referido a un nivel de complejidad superior al que se encontraba en el momento del diagnóstico de su enfermedad.

✓ **Causa de hospitalización**

Las causas de hospitalización fue la condición general de los pacientes, específicamente la deshidratación y en uno de los casos por compromiso del sistema respiratorio.

✓ **Grupo poblacional**

Con respecto al grupo poblacional los 3 casos importados fueron población general (dos turistas internacionales y 1 profesional del transporte de carga internacional) todos sin antecedentes de vacunación. De los casos relacionados a importación 5 son trabajadores de la salud y 1 trabajador de servicios generales en el lugar de hospedaje de uno de los casos importados.

✓ **Historia de vacunación de los casos**

De los 6 casos relacionados a la importación 5 casos con antecedente documentado de vacunación de 1 a 5 dosis y 1 caso sin antecedente documentado de vacunación, sin embargo, con detección de IgG con prueba de avidez alta (89.9% de avidez).

No se documentó ninguna defunción durante el manejo de los brotes.

3. Actividades de respuesta a los brotes

Actividades de vigilancia y pruebas de laboratorio

- **Procedimientos utilizados para efectuar la investigación epidemiológica de los casos.**

Esta se inicia ante la notificación a epidemiología nacional de la sospecha de sarampión por parte del laboratorio que recibe la muestra de suero (GORGAS) y ante la falta de las muestras de orina y nasofaríngeo se procedió a contactar a la región de salud correspondiente la cual ubica los casos sospechosos para obtención de las muestras faltantes e iniciar la investigación epidemiológica correspondiente. Esta investigación está compuesta por actividades de búsqueda cativa en la comunidad (BAC), e institucional (BAI), de casos sospechosos y seguimiento de los contactos por 21 días.

Se realiza vacunación perifocal para completar esquemas de acuerdo con la normativa nacional y monitoreo rápido de vacunación contra tarjeta. En los contactos directos de los casos confirmados se realizó vacunación profiláctica en sucio durante las primeras 72 horas posterior a la exposición. En los sitios donde por la naturaleza del recorrido amplio del caso confirmado donde no se pudo identificar contactos directos del mismo se realizó vacunación tipo barrido contra tarjeta, modificación temporal del esquema nacional de vacunación recomendando la dosis cero en niños de 6 a 11 meses que sean contactos directos de casos confirmados o con la intención de viajar a áreas de circulación activa de sarampión.

Activación de la sala de situación nacional permanente y salas de situación regionales de donde proceden los casos. Las salas de situación fueron de manera presencial y virtual para el nivel nacional y virtual para el nivel regional; involucrando a otros componentes (atención a la población provisión de servicios, comunicación social, insumos y suministros, OIRDES, laboratorio, PAI) y se realizó con integración del MINSA, Caja de Seguro Social y hospitales públicos y privados. La sección de la sala fue activada de inmediato una vez fueron notificados los 2 primeros casos confirmados; los cuales fueron notificados al sistema de vigilancia de manera simultánea en un mismo día. Activación de los equipos de respuesta rápida de todos los niveles (nacional, regional y locales).

A pesar de que no se identificaron contactos de los casos confirmados en todas las regiones sanitarias, todas las regiones del país participaron de manera permanente en las salas de situación para reforzar el manejo de la búsqueda activa, de brotes monitoreo rápido de coberturas, perifocos e investigación de brote.

Por parte de laboratorios se toma en cuenta para la investigación y confirmación del caso; si este cumple los criterios clínicos y de laboratorio. Aplicar pruebas serológicas y moleculares para confirmar o descartar el caso, (ELISA para IgM/IgG y RT-PCR para detección viral). Se descartará el caso si las pruebas son negativas o se identifica otra etiología. Una vez se obtienen los resultados estos se reportan al sistema nacional de vigilancia.

- **Obtención de muestras para confirmar el diagnóstico y aislar o identificar el virus.**

Uno de los casos importado se le toma la muestra en el lugar de hospitalización, en tanto que el otro caso importado fue contactado y conducido por el equipo de respuesta rápida, quien gestiona a través del hospital de la región sanitaria correspondiente la obtención de las muestras necesarias. Estos dos casos fueron atendidos en primera instancia en el mismo hospital de atención privada. El tercer caso importado acude a consulta en una clínica privada en la frontera de Panamá con Costa Rica y debido a su condición y sintomatología estos realizan la sospecha de sarampión notificando al sistema de vigilancia de la región sanitaria quién realiza el traslado y custodia de las muestras tomadas en la instalación de atención del caso sospechoso.

Los casos relacionados a importación se notifican a través del seguimiento de estos ya que, eran contactos de los casos reportados. Las muestras son tomadas en el lugar de atención de cada uno de acuerdo a su área laboral o lugar de residencia. La obtención de muestras se realiza para confirmar el diagnóstico de sarampión por serología, RT-PCR, el aislamiento viral para la identificación del virus en muestras de Hisopado nasofaríngeo y orinas.

- **Censo de contactos y seguimiento.**

De los casos importados 1 y 2, fueron identificados 442 contactos de estos se dio seguimiento a 419 (94.8%) de los cuales se identificaron 6 casos sintomáticos, los que fueron confirmados como sarampión relacionado a la importación y de estos no se derivó ningún caso secundario. Del tercer caso importado se identificaron 125 contactos de los cuales ninguno presentó a la conclusión del seguimiento, sintomatología asociada al sarampión.

- **Aislamiento de los casos en establecimientos de salud o en su domicilio, para evitar la transmisión intrahospitalaria y la propagación del virus en la comunidad.**

El aislamiento de los casos importados se realizó en las instalaciones de salud de atención a partir de la sospecha. De los casos derivados a la importación 1 realizó el aislamiento en el hospital de atención y 5 en sus residencias respectivas.

- Resultados de búsquedas activas en centros de salud, laboratorio y en la comunidad.

Cuadro 3. Resultados de la búsqueda activa de casos de sarampión y rubéola en establecimientos de salud, hasta la semana 26 del 2026

Año	Nº de municipios	Nº de historias clínicas revisadas	Nº de establecimientos de salud visitados	Nº de casos sospechosos identificados	Nº de casos confirmados		Nº de casos descartados		Casos ya notificados al sistema de vigilancia		Casos sin notificación previa al sistema de vigilancia	
					SAR	RUB	Laboratorio	Enlace clínico/Epi	N	%	N	%
2026	5	112,768	37	12	0	0	12	0	7	58.3	5	41.7

Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

Cuadro 4. Resultados de la búsqueda activa en el laboratorio para sarampión y rubeola, 2026 hasta la semana epidemiológica 26*

Número de resultados de las muestras analizadas							
Mes	SARAMPION-IgM			RUBEOLA-IgM			Nº de municipios
	Positivo	Indeterminado	Negativo	Positivo	Indeterminado	Negativo	
2026	0	0	64	0	0	0	19

Fuente: Estadísticas laboratorio GORGAS

Cuadro 5. Resultados de la búsqueda activa de casos de sarampión y rubeola en comunidad, hasta la semana 26 del 2026

Año	No. de comunidades visitadas	No. de personas entrevistadas	No. de casas visitadas	No. de instituciones comunitarias visitadas (i.e., escuelas)
2026	51	544	6,246	0

Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

- Resultados de la red de notificación negativa semanal.

Tabla 2. Porcentaje de notificación oportuna según región de salud. Panamá. 2025 y últimas 52 semanas (Semanas 27 a 53 2025 a semanas 1 a 26 2026)

República/ Región	2025	Últimas 52 semanas (27 a 53 2025- 1 a 26 2026)
	Notificación oportuna	Notificación oportuna
	Porcentaje acumulado	Porcentaje acumulado
República	97.3	93.6
Bocas del Toro	97.0	97.3
Coclé	100.0	96.3
Colón	100.0	96.0
Chiriquí	98.5	96.4
Darién	91.6	89.5
Herrera	98.7	97.3
Los Santos	99.6	96.6
Panamá Este	98.8	97.0
Panamá Oeste	99.6	97.8
Panamá Metro	95.7	92.9
Panamá Norte	98.0	94.8
San Miguelito	97.8	95.0
Veraguas	98.3	97.0
Guna Yala	96.8	95.0
Ngäbe Buglé	84.2	82.2

Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

La notificación negativa oportuna se realiza semanalmente alcanzándose un porcentaje acumulado para 2025 de 97.3% y en las últimas 52 semanas de 93.6%. Ninguna región de salud o nivel subnacional está por debajo del 80% en ambos periodos. La notificación acumulada sumando la tardía es del 100%.

Actividades de vacunación

Cuadro 6. Actividades implementadas de vacunación durante el manejo de los brotes

Indicador	Total de dosis aplicadas.
Aplicación de vacunas de contactos	437 dosis
Resultado de vacunación de barrido	1,927
Resultado de vacunación perifocal	3,438
Campaña de vacunación masiva	16,800
Proporción de niños de 6-11 meses (dosis cero) y zonas donde se implementó.	45
Uso de off label de la vacuna SPR (cepa leningrad Zagreb) en individuo mayores a los 10 años.	Panamá utiliza la vacuna de MMR/SPR hasta los 19 años de edad como rutina

Un total de 80,247 dosis de vacunas con componente contra el sarampión fueron aplicadas durante el manejo del brote en población general. Debido al brote las actividades de vacunación fueron intensificada tanto dentro de las instalaciones de salud como fuera de estas, con participación de los tres sectores que componen el sistema de salud en el país (público Ministerio de Salud, seguridad social Caja de Seguro Social y privado). Con respecto a las actividades de vacunación de bloqueo 22,647 dosis de vacuna fueron inoculadas en actividades intensificadas de vacunación extramuros durante el manejo del brote. El cuadro superior presenta el desglose en la aplicación de estas dosis. Se implementó la aplicación de dosis cero en el rango de edad de 6 a 11 meses a nivel de todo el territorio nacional para niños que viajaron a países con circulación activa de sarampión y/o contactos directos de casos positivos de sarampión con un total de 45 dosis de vacunas.

4. Epidemiología molecular

- Porcentaje de brotes (de sarampión o rubéola) en los que se dispone de información sobre el genotipo o identificador de secuencia distinta (al menos en el 80% de los brotes).

Durante el período analizado, se registró un total de 3 brotes de sarampión y se obtuvo información genética de los 2 primeros (66.6%), aunque esta genotipificación está siendo verificada a nivel del laboratorio de referencia (CDC-USA) ya que el laboratorio de Panamá no está certificado para tal fin.

Detalle de la caracterización molecular:

- Se identificó el genotipo B3 en tres casos.
- Dos de los casos correspondieron a importaciones documentada.
- Un tercer caso se relacionó a un caso importado.

La disponibilidad de información genotípica en todos los casos demuestra una adecuada capacidad de laboratorio y vigilancia molecular, asegurando la trazabilidad de la cadena de transmisión y la diferenciación entre casos importados y relacionados a la importación. El cumplimiento del indicador respalda la calidad del sistema de vigilancia y contribuye a la verificación del estado de eliminación de sarampión y rubeola en el país.

Cuadro 7. Distribución de genotipos y linajes por semana epidemiológica, ubicación geográfica y fuente de la infección. Año 2026

Caso	Genotipo	Semana Epidemiológica	Linaje	Ubicación Geográfica	Fuente de infección
1	B3	17	Pendiente por confirmar CDC	Procedente de Costa Rica/Nicaragua	Importado
2	B3	17	Pendiente por confirmar CDC	Procedente de Costa Rica/Nicaragua	Importado
3	B3	20	Pendiente por confirmar CDC	Distrito de Panamá/Bella Vista	Relacionado a importación

Fuente: Estadísticas del departamento de epidemiología

De los 9 casos confirmados, 3 han sido genotipificados identificándose el genotipo 3B, dos diagnosticados en la semana epidemiológica 17, y 1 en la semana 20. El caso 1 y 2 eran procedentes de Costa Rica/Nicaragua y 1 fue un caso secundario a importación procedente del distrito de Panamá. El linaje de los tres casos se mantiene pendiente de confirmación por parte del CDC al igual que la información de los otros 6 casos de los cuales 1 es importado procedente de Guatemala y 5 del distrito de Panamá.

- Porcentaje de casos confirmados de SRC en los que se hizo un seguimiento de la excreción de virus hasta obtener al menos dos resultados negativos consecutivos.

Panamá no ha reportado casos de síndrome de rubeola congénita desde 1999. La obtención de muestras se realiza con el objetivo de confirmar diagnóstico y evaluar la excreción viral, se procesan mediante serología, RT-PCR y cultivo celulares.

En el marco de la vigilancia genómica, y considerando que el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) es Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la Vigilancia Genómica de Patógenos Epidémicos y Pandémicos, se realizaron análisis de genotipificación de los primeros casos identificados en el país. Los análisis efectuados en dos casos importados y un caso relacionado con la importación permitieron identificar el genotipo B3 en los tres casos.

Cabe señalar que el laboratorio aún no cuenta con la certificación de la OPS para la genotipificación de los virus del sarampión y la rubéola. Por esta razón, y como parte del proceso de confirmación de los hallazgos, se remitieron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) muestras correspondientes a los tres casos importados identificados en el país y a un caso relacionado con la importación, cuyos resultados de confirmación se encuentran pendientes.

Principales nudos críticos/cuellos de botella, soluciones implementadas y lecciones aprendidas

Nudos críticos/cuellos de botellas

- El punto ciego privado: Acceso tardío a la información epidemiológica de hospitales privados (notificación del caso sospechoso y envío de la muestra al laboratorio).
- Turismo nómada no vacunado: Extranjeros ilocalizables, negativa a compartir itinerarios y movilidad masiva intra país.
- Bioseguridad ocupacional: inapropiado uso de del Equipo de protección personal (EPP) en ambiente sanitarios según la norma.

Lecciones aprendidas

Con base a el manejo del brote se identifican necesidades y/o prioridades inmediatas, a mediano y a largo plazo que son la base para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubeola y el síndrome de rubeola congénita.

- La sostenibilidad de las coberturas de vacunación en 95% o más a nivel de todo el país en un punto esencial para evitar casos secundarios ante una importación de casos.
- Fortalecer la vigilancia en las zonas silenciosas e intensificar la búsqueda activa (BAC, BAI y BAL) para la detección oportuna de casos sospechosos.
- Fortalecer la red de salud en todos los niveles.
- Accionar el marco legal (ley 48 de 2007), lo cual declara la vacunación como una medida de salud de interés y obligatoriedad en todo el territorio nacional.

- Cumplir los tiempos de respuesta clínicas para la detección, epidemiológicas en la contención y de laboratorio para la confirmación diagnóstica.

Prioridades inmediatas: Implementación de herramientas como Go Data para el seguimiento de contactos de manera amigable.

- Identificar e implementar estrategias para la trazabilidad internacional de contactos.

Prioridades a mediano y largo plazo:

- Es apremiante que los organismos de cooperación internacional unifiquen las áreas temáticas de apoyo a los países para facilitar la gestión.
- Evaluación de las estrategias de abordaje para el éxito del país para detección oportunas de casos y brote con el resultado de un manejo exitoso.
- Necesidad de apoyo regional: sobre todo en materia de logística para el sostenimiento de la capacitación de los equipos de respuesta rápida y de todo el personal del sistema sanitario, priorizando al personal para la vigilancia epidemiológica.

Criterios para considerar el brote cerrado: epidemiológicos, de vacunación y de laboratorio

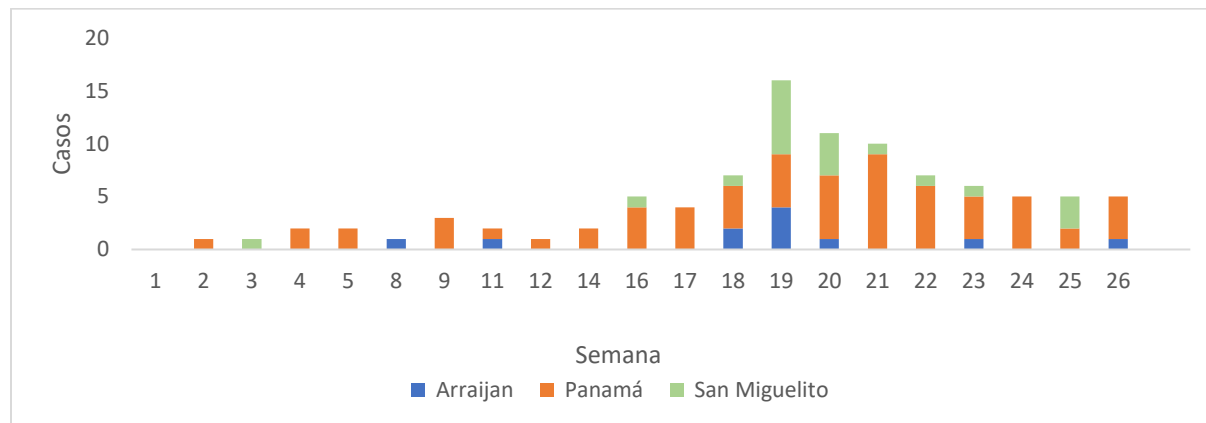
Las evidencias que indica el cumplimiento de criterios para el cierre de los brotes se enumeran a continuación:

1. Criterios epidemiológicos

- Ausencia de casos de sarampión confirmados durante 12 semanas después del inicio del exantema del último caso confirmado, en el marco de actividades de vigilancia epidemiológica de alta calidad. Tres brotes fueron identificados

Brote 1

Grafica 1. Casos sospechosos de sarampión y rubéola según semana epidemiológica. Distritos de Panamá, Arraiján y San Miguelito. 2026



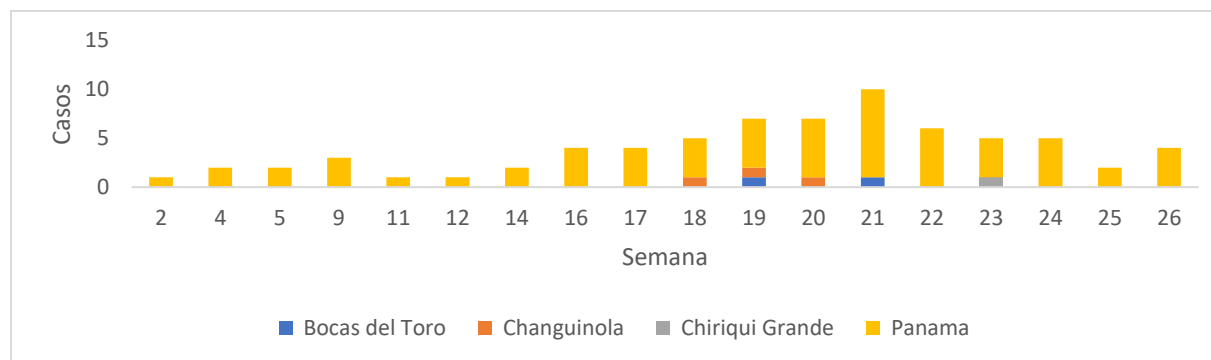
Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Caso índice importado atendido en instalación de salud donde fue hospitalizado y del cual derivaron 5 casos relacionados a esta importación por contacto relacionado a su tipo de trabajo (n=6 casos). La fecha de inicio del exantema del primer caso fue el 26 de abril de 2026 (semana epidemiológica 17) y la fecha de inicio del exantema del último caso fue el 20 de mayo de 2026 (semana epidemiológica 20). A la fecha de este informe no han transcurrido 12 semanas después del inicio del exantema del último caso confirmado. Desde la semana 17 hasta la semana 26 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 207 casos sospechosos de los cuales relacionados con este brote tenemos 70 casos (por residir en los distritos donde residen los casos confirmados relacionados a la importación) aunque, la exposición no fue en la comunidad sino en el ambiente laboral. Los 70 casos sospechosos notificados han sido descartados por laboratorio por cumplir con los criterios de descarte (IgM negativo, o PCR no detectada).

Se realizó rastreo y seguimiento en las Provincias de Panamá, Panamá Oeste, Coclé, Colón y Chiriquí, donde se identificaron 189 contactos, 11 en transporte aéreo, 60 en la sala de espera del hospital de atención y 118 como personal de salud. Se identificaron durante el seguimiento 5 casos sintomáticos con fiebre, exantema y 2 de estos con los cuales fueron confirmados por RT-PCR como sarampión relacionado a importación.

Brote 2

Gráfica 2. Casos sospechosos de sarampión y rubéola según semana epidemiológica. Distritos de Panamá, Bocas del Toro, Changuinola y Chiriquí Grande. Semanas 1 a 26 de 2026



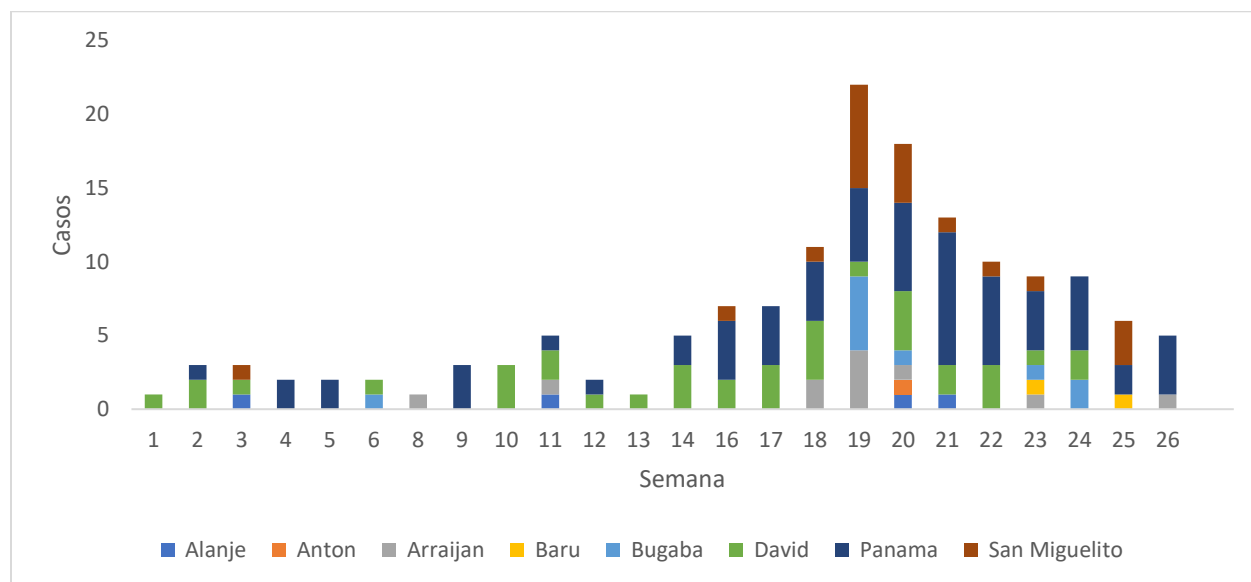
Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Caso índice importado atendido en instalación de salud donde fue hospitalizado y del cual derivó un caso relacionado con la importación por contacto en el área de hospedaje (n=2 casos) con fecha de inicio del exantema 2 de mayo de 2026 (semana epidemiológica 17) y la fecha de inicio de exantema del último caso 14 de mayo de 2026 (semana epidemiológica 19). A la fecha de este informe no han transcurrido 12 semanas después del inicio del exantema del último caso confirmado. Desde la semana 17 hasta la semana 26 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 207 casos sospechosos de los cuales relacionados con este brote tenemos 47 casos sospechosos (por residir en los distritos donde el caso importado deambuló). Los 47 casos sospechosos notificados han sido descartados por laboratorio por cumplir con los criterios de descarte (IgM negativo, o PCR no detectada).

Se realizó rastreo y seguimiento en la Provincia de Bocas del Toro, distritos de Changuinola y Bocas del Toro identificándose 81 contactos a los cuales se le dio seguimiento a 66, la diferencia no fue localizada (Extranjeros en su mayoría que salieron del país), en la provincia de Panamá donde se identificaron 82 contactos en el hostel de hospedaje, 60 en la sala de espera del hospital de atención y 118 como personal de salud, 37 en buses ara un total de 297. Se identificó un caso sintomático con fiebre, exantema y coriza el cual fue confirmado por RT-PCR como sarampión relacionado a importación.

Brote 3

Gráfica 3. Casos sospechosos de sarampión y rubéola según semana epidemiológica. Distritos de Panamá, Alanje, Antón, Arraiján, Barú, Bugaba, David y San Miguelito. Semanas 1 a 26 de 2026



Caso importado atendido en instalación de salud del nivel local (distrito de Barú, Paso Canoa, frontera con Costa Rica), hospitalizado en hospital del distrito de Bugaba con fecha de inicio del exantema el 9 de junio de 2026 (semana epidemiológica 23) del cual no tenemos casos relacionados por lo que esta fecha es también la última. A la fecha de este informe no han transcurrido 12 semanas después del inicio del exantema del último caso confirmado. Desde la semana 23 hasta la semana 26 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 207 casos sospechosos de los cuales relacionados con este brote tenemos 29 casos sospechosos (por residir en los distritos donde el caso importado deambuló). Los 29 casos sospechosos notificados han sido descartados por laboratorio por cumplir con los criterios de descarte (IgM negativo, o PCR no detectada).

Se realizó rastreo y seguimiento de los contactos en ocho distritos, 4 de la provincia de Chiriquí donde se identificó el caso, dos de la provincia de Panamá, uno de la provincia de Coclé y uno de la provincia de Panamá Oeste. El total de contactos identificados y seguidos fue de 125, 79 en Chiriquí, 36 en Panamá, 6 en San Miguelito, y 4 en Panamá Norte. Ningún contacto presentó síntomas y/o signos de sospecha de sarampión durante el seguimiento.

Capacitación en preparación para respuesta a brotes de sarampión, rubéola y CRS.

Durante el periodo evaluado no se han realizado actividades de capacitación con utilización de las herramientas virtuales de OPS. El país ha realizado actividades de capacitación virtuales y presenciales de actualización en vacunación y vigilancia epidemiológica todos con facilitadores del Ministerio de Salud, del laboratorio GORGAS y OPS.

- **2025:**

22 al 24 de enero. Taller de evaluación y monitoreo de la Campaña de Seguimiento de vacunación contra el Sarampión. -99 participante.

20 al 22 de agosto- 100 participantes

11 y 12 de diciembre 74 personas Taller para el fortalecimiento en comunicación de riesgo y participación comunitaria.

- **2026**

18 y 20 de marzo con la participación de 102 participantes.

22 de mayo. Simposio sobre la Respuesta integrada frente al riesgo de reintroducción del sarampión. 50 participantes todos del área de laboratorio.

25 de junio. Modalidad virtual. Manejo clínico de casos de sarampión y complicaciones. 5 personas del nivel nacional (laboratorio, vigilancia e inmunización.

29-30 de junio y 1de julio. Taller de Implementación de la validación de estimaciones poblacionales con imágenes satelitales. 52 personas.

