

RESUMEN EJECUTIVO

Brote de sarampión en la Ciudad de México y trayectoria de la estrategia de vacunación

Insumo técnico para colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Corte de información: 04 de mayo de 2026, 12:00 hrs.

Destinatario: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) — Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP).

Marco institucional: Convenio General de Colaboración INSP – SEDESA – SSP-CDMX (06/12/2019), modificado el 05/12/2024 con incorporación del SNSP-CDMX, vigente al 31/12/2030.

Fuentes: SINAVE/SUAVE-CDMX, Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática (DGE-DVEET); Plataforma CENSIA; reporte diario DEMP-SSPCDMX.

1. Antecedentes y propósito

La Ciudad de México enfrenta un brote de sarampión sin precedentes en las últimas dos décadas. Tras una respuesta masiva de vacunación que ha aplicado más de 3.6 millones de dosis entre agosto de 2025 y mayo de 2026, la transmisión persiste con dispersión territorial en las 16 alcaldías y un patrón epidemiológico que obliga a documentar con mayor precisión la inmunidad poblacional efectivamente alcanzada.

El presente resumen tiene dos finalidades: i) ofrecer al INSP un panorama sintético del brote y de la respuesta de vacunación que sirva como insumo para dimensionar y costear la propuesta técnica de colaboración, y ii) sustentar la pertinencia técnica de los dos productos acordados como objeto de la carta de intención: el análisis predictivo del comportamiento del brote y de las dosis necesarias para alcanzar inmunidad poblacional, y el diseño, desarrollo e implementación de una encuesta serológica con enfoque subestatal.

2. Situación epidemiológica del brote en CDMX

2.1 Magnitud, dinámica y posicionamiento nacional

Con corte al 04 de mayo de 2026, la CDMX se ubica como el cuarto foco nacional por volumen de casos, en un contexto donde México ha confirmado 16,958 casos distribuidos en las 32 entidades federativas y 482 municipios. La capital concentra una carga relevante por su densidad poblacional, su papel de nodo de movilidad metropolitana y la conectividad con el Estado de México, entidad que aporta el 13.6 % de los casos confirmados notificados en CDMX.

El cuadro 1 sintetiza los indicadores clave del brote a nivel local.

Cuadro 1. Indicadores clave del brote — CDMX, corte 04/05/2026

Indicador clave	Valor	Observación
Casos confirmados acumulados (2025–2026)	942	49 en 2025 + 893 en 2026
Casos con residencia en CDMX	812	128 (13.6%) Edo. Méx.; 2 Oaxaca
Casos activos	234	708 con alta sanitaria
Tasa de incidencia acumulada (CDMX)	10.28 / 100,000	Cuauhtémoc 24.41 (máxima)
Casos confirmados últimas 48 h	6	5 con residencia en CDMX
Casos sin antecedente vacunal	70 %	Sospecha de subregistro de antecedente
Hospitalizaciones acumuladas	80	2 nuevas en últimas 48 h
Defunciones confirmadas	3	Sin nuevas en últimas 48 h
Brotos activos	7	567 cercos epidemiológicos acumulados
Alcaldías afectadas	16 / 16	Dispersión territorial completa

Fuente: SINAVE/SUAVE-CDMX, DGE-DVEET, CENSIA. *Elaboración propia, DEMP-SSPCDMX.*

2.2 Distribución territorial y concentración del riesgo

La incidencia acumulada presenta una marcada heterogeneidad subestatal. Cinco alcaldías superan la tasa estatal de 10.28 / 100,000 habitantes y concentran más del 60 % de los casos confirmados: Cuauhtémoc (24.41), Venustiano Carranza (18.37), Iztacalco (16.85), Gustavo A. Madero (13.91) y Benito Juárez (10.54). Iztapalapa, aunque ligeramente debajo del umbral estatal en tasa, aporta el mayor volumen absoluto (177 casos por lugar de notificación) y mantiene 58 casos activos.

La concentración geográfica refleja un patrón de transmisión comunitaria sostenida en el corredor central-oriental de la ciudad, asociado a alta densidad, hacinamiento en nodos de transporte masivo y heterogeneidad en coberturas históricas. El Anexo Técnico (Figuras 1 y 5B) ilustra esta distribución y su relación con el esfuerzo de vacunación.

2.3 Perfil demográfico y estado vacunal

- **Edad:** el grupo de menores de 1 año presenta la mayor tasa específica (94.52 / 100,000) por su vulnerabilidad biológica; el grupo de 30–34 años aporta el mayor volumen absoluto (47.66 / 100,000), consistente con brechas históricas en cohortes nacidas entre 1990 y 2005.
- **Sexo:** predominio masculino (56.8 % vs. 43.2 %), patrón consistente con literatura previa para sarampión en contextos urbanos.
- **Antecedente vacunal:** 70 % de los casos confirmados no cuenta con antecedente de vacunación documentado y 12 % se ignora, lo que sugiere combinación de susceptibles reales y subregistro del antecedente. Esta zona de incertidumbre es uno de los argumentos centrales para la encuesta serológica.

2.4 Indicadores de alerta y dinámica reciente

La curva indica una estabilización inicial con transmisibilidad efectiva aún por encima del umbral de control ($R_t \approx 1.15$) y tiempo de duplicación estimado en 18 días. En las últimas 48 horas se confirmaron 6 casos nuevos (5 con residencia en CDMX en cuatro alcaldías distintas), persisten 7 brotes activos y se observa una disminución en la notificación de EFE que sugiere posible subregistro y obliga a fortalecer la búsqueda intencionada en las jurisdicciones sanitarias.

3. Trayectoria de la estrategia de vacunación

La respuesta inmunológica desplegada por la CDMX se ha estructurado en tres fases, con un esfuerzo acumulado de 3,686,445 dosis aplicadas entre agosto de 2025 y el 03 de mayo de 2026 (Cuadro 2). La curva del esfuerzo vacunal corresponde a una respuesta reactiva escalonada: contención inicial, intensificación masiva con la campaña iniciada el 08 de febrero de 2026, y barrido focalizado en territorios prioritarios desde finales del mes de abril de 2026.

Cuadro 2. Trayectoria del esfuerzo vacunal — CDMX, ago 2025 – 03 may 2026

Fase	Periodo	Eje estratégico	Dosis	% del total
I	ago – dic 2025	Contención inicial; blindaje de población vulnerable; dosis cero en escuelas y guarderías	776,924	21.1 %
II	ene – mar 2026	Intensificación masiva; campaña reactiva inicia 8 feb 2026; metas estratificadas por jurisdicción	1,891,360	51.3 %
III	abr – 03 may 2026	Barrido focalizado casa por casa; cierre de brechas residuales en alcaldías de mayor transmisión	1,018,161	27.6 %
Total	ago 2025 – 03 may 2026	Esfuerzo acumulado de dosis aplicadas	3,686,445	100 %

Fuente: Plataforma CENSIA, consulta 04/05/2026. Elaboración propia, DEMP-SSPCDMX.

El esfuerzo se ha concentrado en las jurisdicciones de mayor carga: Iztapalapa (557,237 dosis), Gustavo A. Madero (524,891), Cuauhtémoc (407,937) y Álvaro Obregón (289,627). En la fase III (abril – mayo 2026), Iztapalapa (210,753), Gustavo A. Madero (128,093) y Cuauhtémoc (106,334) lideran el barrido casa por casa. El detalle por alcaldía y por fase se presenta en el Anexo Técnico (Cuadro A2 y Figura 2).

4. Brecha de incertidumbre y justificación de la encuesta serológica

Pese a un esfuerzo de cobertura nominal extraordinario, la persistencia de la transmisión —con $R_t > 1$, brotes activos en siete clústeres y una alta proporción de casos sin antecedente vacunal documentado— obliga a un cuestionamiento técnico sobre la inmunidad efectivamente alcanzada en la población. La literatura de respuesta a brotes sostiene que los registros administrativos de dosis aplicadas tienden a sobreestimar la protección real por la confluencia de factores operativos (movilidad poblacional, baja efectividad de cercos, errores de registro) y biológicos (fallo primario en aproximadamente 5–15 % de los vacunados con dosis única).

La razón exploratoria entre dosis acumuladas y casos confirmados por alcaldía, presentada en el Anexo Técnico (Figura 3), muestra que jurisdicciones con razones bajas (Venustiano Carranza, Iztacalco, Cuauhtémoc, Iztapalapa, Gustavo A. Madero) coinciden con las de mayor incidencia. Este desacoplamiento sugiere bolsas de susceptibles persistentes, no resueltas por el volumen de dosis aplicadas, y refuerza la pertinencia de un instrumento serológico capaz de visibilizar los nichos reales de susceptibilidad.

La OMS recomienda en fases de control de brotes con transmisión sostenida tras campañas masivas la integración de vigilancia virológica y serológica. En este contexto, la encuesta serológica propuesta tiene tres usos directos: i) estimar la prevalencia de títulos protectores y su distribución subestatal y por grupo etario; ii) identificar nichos de susceptibilidad para reorientar el barrido y la estrategia de comunicación de riesgo; iii) documentar la efectividad poblacional de las intervenciones desplegadas.

5. Implicaciones para el diseño metodológico (insumo INSP)

- **Estratificación:** muestreo estratificado por las cinco alcaldías de mayor incidencia (Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Iztacalco, Gustavo A. Madero, Iztapalapa), con el resto agrupado como estrato comparador, congruente con la concentración del 60 % de los casos en estas zonas.
- **Grupos etarios prioritarios:** adultos jóvenes de 20 a 39 años (cohorte con esquemas históricamente incompletos y mayor volumen de casos confirmados), niñas y niños de 1 a 5 años, y grupo de 11 a 20 años contribuidor en alcaldías de alta carga.
- **Ensayo serológico:** ensayo de neutralización en placa como prueba de referencia, en INSP o en coordinación con InDRE, según factibilidad de plataforma y plazos.
- **Diseño autónomo:** no se vincula al esquema muestral de ENSANUT, dado que el objeto, el universo y los plazos son distintos; un enfoque híbrido no resultaría costo-efectivo.
- **Ventana temporal:** implementación inmediata, idealmente con resultados disponibles antes del verano de 2026, para que los hallazgos puedan traducirse en reorientación operativa de brigadas y en ajustes de la microplaneación territorial.
- **Articulación con análisis predictivo:** los resultados serológicos alimentarán el modelo de proyección del brote y la estimación de dosis adicionales requeridas para alcanzar inmunidad poblacional ≥ 95 % en cada alcaldía.

6. Información disponible para compartir con el INSP

- Base de datos de casos confirmados a nivel individual con variables clínicas, demográficas, vacunales y geográficas, en cumplimiento con los requerimientos de protección de datos personales.
- Base de dosis aplicadas, agregada por semana epidemiológica y por alcaldía, derivada de la plataforma CENSIA.
- Reportes diarios y series históricas de notificación de EFE, incluyendo cercos epidemiológicos y resultados de muestras LVE-CDMX.
- Geocodificación de casos disponibles a nivel de colonia para análisis de clústeres (PENDIENTE A CONFIRMAR).

7. Conclusión

La intervención sostenida ha sido efectiva para evitar una catástrofe hospitalaria y mantener la letalidad en niveles contenidos, pero la persistencia de la transmisión —con R_t por encima del umbral, una alta proporción de casos sin antecedente vacunal documentado y bolsas territoriales que no han cedido al esfuerzo masivo de dosis aplicadas— exige un instrumento que permita cerrar la brecha entre cobertura nominal e inmunidad efectiva. La colaboración propuesta con el INSP, articulada en el análisis predictivo del brote y en el diseño y ejecución de una encuesta serológica con enfoque subestatal, es el siguiente paso técnico necesario para transitar a una fase de control sostenido.

ANEXO TÉCNICO

Brote de sarampión en la Ciudad de México y trayectoria de la estrategia de vacunación

Tablas detalladas, distribuciones, gráficos y análisis exploratorios subestatales

Corte de información: 04 de mayo de 2026, 12:00 hrs.

Documento complementario al Resumen Ejecutivo entregado al INSP.

Fuentes: SINAVE/SUAVE-CDMX, DGE-DVEET; Plataforma CENSA; reporte diario DEMP-SSPCDMX.
Elaboración: DEMP-SSPCDMX.

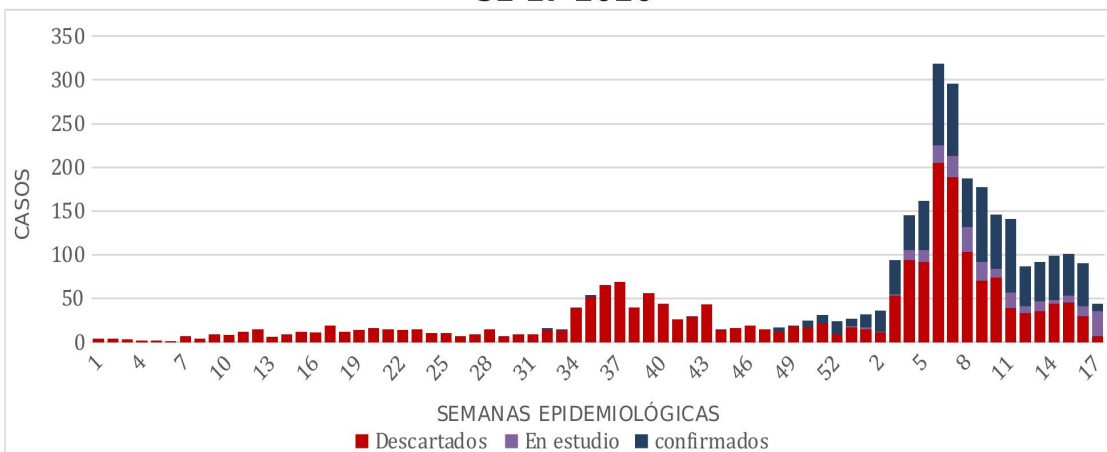
A. Caracterización epidemiológica subestatal

A.1 Curva epidémica del brote

La Figura 1 presenta la curva epidémica del brote en la Ciudad de México por semana epidemiológica, integrando los casos descartados, en estudio y confirmados notificados al Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática (SE 17 de 2026). La curva permite identificar el inicio del incremento sostenido a partir de la SE 33 de 2025, una primera meseta hasta la SE 52 y una segunda fase de aceleración con pico observado entre las SE 6 y 8 de 2026. La distribución de casos descartados, en estudio y confirmados a partir de la SE 1 de 2026 ilustra la intensificación de la búsqueda intencionada y la sensibilidad de la vigilancia ante el brote activo.

Figura 1. Casos probables y confirmados de sarampión en la Ciudad de México, SE 17 de 2026

CASOS PROBABLES Y CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO, SE 17 2026



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática, 2026.

Fuente: SSA/DGE/DVEET — Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática, 2026.
Tomado del reporte diario DEMP-SSPCDMX, corte 04/05/2026.

A.2 Casos y tasas de incidencia por alcaldía

El Cuadro 1 detalla la situación epidemiológica por alcaldía con corte al 04 de mayo de 2026, ordenado de mayor a menor tasa de incidencia acumulada. Se incluyen casos sospechosos (EFE), casos confirmados por lugar de notificación y por residencia, casos con alta sanitaria y casos activos, todos en el periodo 2025–2026.

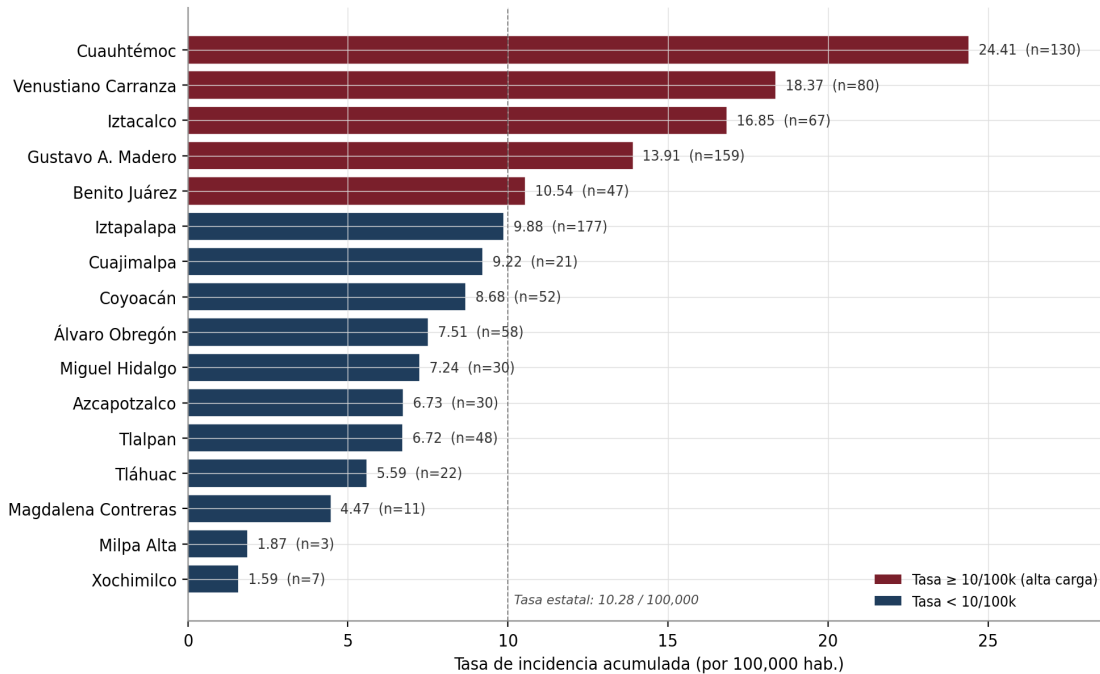
Cuadro 1. Casos de sarampión por alcaldía — CDMX, corte 04/05/2026

Alcaldía	EFE	Conf. notif.	IA /100k	Conf. residencia	Alta sanitaria	Activos
Cuauhtémoc	395	130	24.41	94	96	34
Venustiano Carranza	153	80	18.37	85	62	18
Iztacalco	252	67	16.85	60	47	20
Gustavo A. Madero	525	159	13.91	110	125	34
Benito Juárez	221	47	10.54	19	30	17
Iztapalapa	411	177	9.88	202	119	58
Cuajimalpa	58	21	9.22	17	18	3
Coyoacán	325	52	8.68	22	36	16
Álvaro Obregón	188	58	7.51	74	55	3
Miguel Hidalgo	166	30	7.24	18	24	6
Azcapotzalco	149	30	6.73	22	27	3
Tlalpan	163	48	6.72	35	35	13
Tláhuac	93	22	5.59	26	18	4
Magdalena Contreras	66	11	4.47	8	9	2
Milpa Alta	32	3	1.87	2	2	1
Xochimilco	47	7	1.59	18	5	2
Total CDMX	3,244	942	10.28	812	708	234

Fuente: SINAVE / SUAVE-CDMX. Tasa por 100,000 habitantes. La columna 'Brotos' a nivel de alcaldía no se desagrega en el reporte diario; el total de 7 brotes activos corresponde al estado actual de la ciudad.

Figura 2. Tasa de incidencia acumulada por alcaldía — CDMX, 2025–2026

Figura 1. Tasa de incidencia acumulada de sarampión por alcaldía, CDMX (corte 04/05/2026)



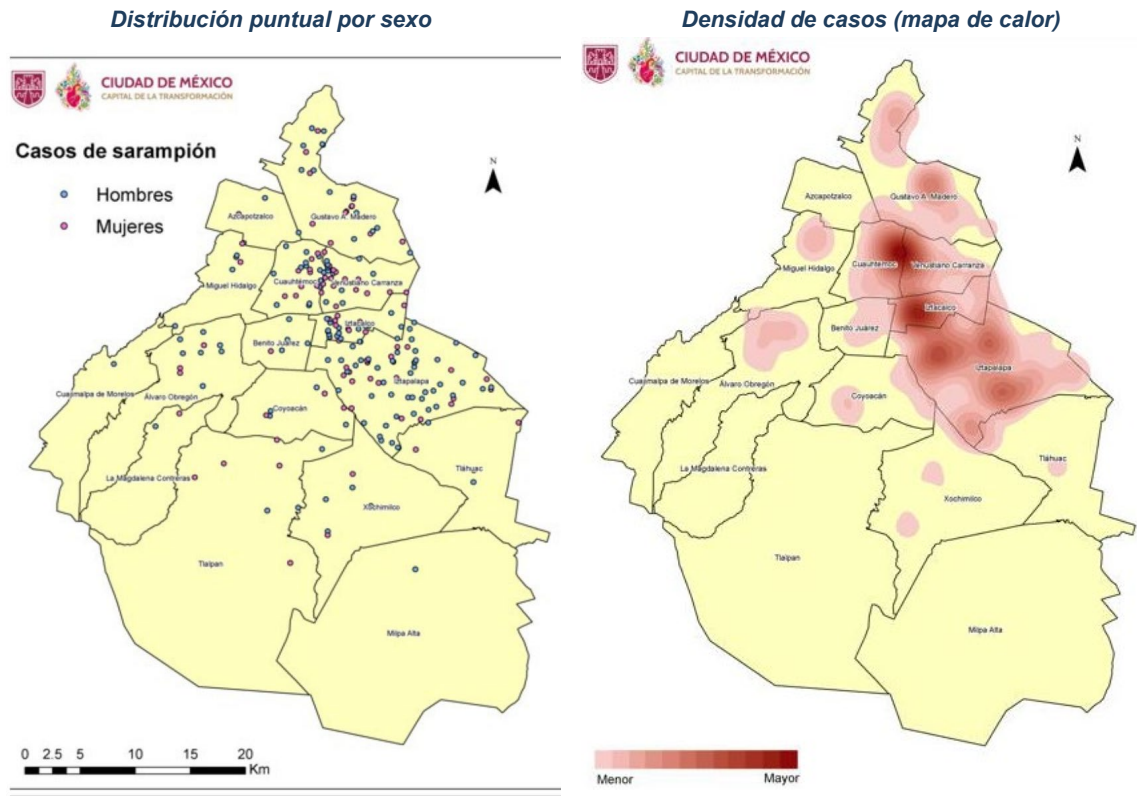
Fuente: SINAVE/SUAVE-CDMX, corte 04/05/2026.

Fuente: SINAVE/SUAVE-CDMX. Las cinco alcaldías con tasa $\geq 10/100,000$ (Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Iztacalco, Gustavo A. Madero y Benito Juárez) concentran la mayor carga relativa de enfermedad.

A.3 Distribución espacial de los casos confirmados

Las figuras 3 y 4 muestran la distribución georreferenciada de los casos confirmados con residencia en la Ciudad de México. La Figura 3 representa la ubicación puntual de los casos diferenciados por sexo, mientras que la Figura 4 presenta una superficie de densidad (mapa de calor) construida sobre los mismos casos. Ambas representaciones convergen en señalar un corredor de alta concentración que abarca Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Iztacalco y la zona norte de Iztapalapa, con presencia secundaria en Gustavo A. Madero y Benito Juárez. Esta concentración territorial es coherente con las tasas de incidencia del Cuadro 1 y constituye el sustento espacial para la estratificación de la encuesta serológica propuesta.

Figuras 3 y 4. Casos confirmados de sarampión en 2026 con residencia en la Ciudad de México — corte 04/05/2026

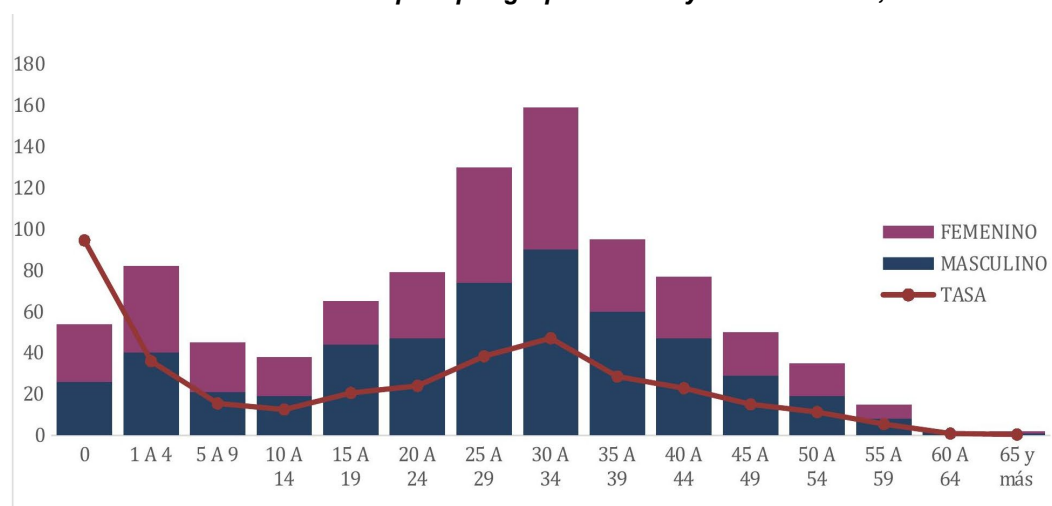


Fuente: Reporte diario DEMP-SSPCDMX, corte 04/05/2026. Izquierda: distribución puntual por sexo. Derecha: superficie de densidad (kernel) sobre los casos confirmados.

A.4 Distribución por grupo de edad y sexo

La Figura 5 presenta la distribución de los casos confirmados por grupo quinquenal de edad y sexo, junto con la tasa específica por 100,000 habitantes. El grupo de menores de 1 año concentra la mayor tasa específica (94.52 por 100,000), seguido del grupo de 30 a 34 años (47.66 por 100,000). En términos absolutos, los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años aportan el mayor volumen de casos, lo que refleja un patrón de transmisión que combina la susceptibilidad biológica de los lactantes con la susceptibilidad cohorte de adultos jóvenes nacidos en periodos de cobertura subóptima de la segunda dosis. La proporción global de casos masculinos (56.8 %) es ligeramente superior a la femenina, sin diferencias notorias por grupo etario.

Figura 5. Distribución de casos de sarampión por grupo de edad y sexo — CDMX, corte 04/05/2026



Fuente: Reporte diario DEMP-SSPCDMX, corte 04/05/2026. Barras apiladas por sexo (femenino / masculino); línea roja: tasa de incidencia específica por 100,000 habitantes.

A.5 Casos con residencia fuera de la CDMX

El 13.8 % de los casos confirmados notificados en la CDMX corresponde a personas con residencia en otras entidades, principalmente del Estado de México (Cuadro 2). Este patrón refuerza la centralidad metropolitana del brote y la necesidad de coordinación interestatal.

Cuadro 2. Casos confirmados con residencia fuera de la CDMX — corte 04/05/2026

Municipio / Región de residencia	Casos confirmados
Estado de México (total)	128
Tlalnepantla	31
Nezahualcóyotl	27
Texcoco	21
Amecameca	15
Ecatepec	14
Naucalpan	7
Xonacatlán	5
Zumpango	5
Cuautitlán	1
Ixtlahuaca	1
Toluca	1
Estado de Oaxaca (total)	2
Istmo	1
Valles Centrales y Cañada	1

Fuente: SINAVE / SUAVE-CDMX, lugar de residencia.

A.6 Brotes confirmados y activos

La caracterización del brote a nivel ciudad se complementa con la identificación operativa de brotes localizados, definidos como agregaciones espaciotemporales de casos confirmados con vínculo epidemiológico documentado. El Cuadro 3 sintetiza los 38 brotes confirmados en la Ciudad de México con corte al 04 de mayo de 2026, su distribución por jurisdicción sanitaria y el subconjunto que permanece activo (n = 7) al cierre del reporte.

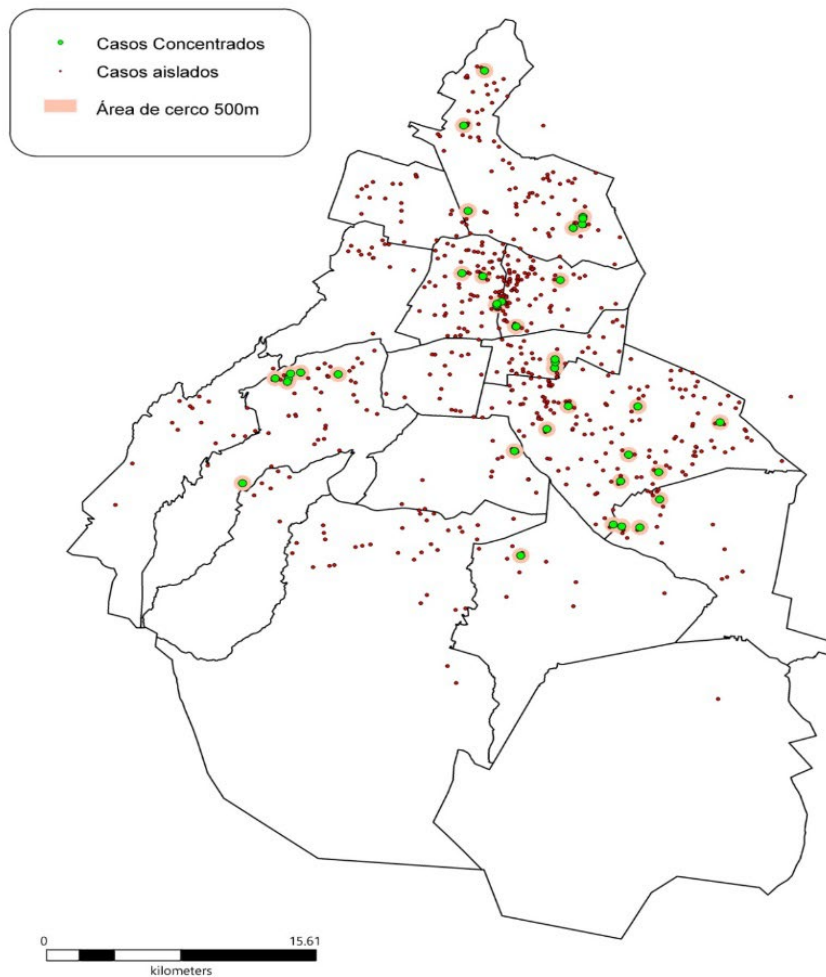
Cuadro 3. Brotes de sarampión confirmados y activos por jurisdicción sanitaria — CDMX, corte 04/05/2026

Jurisdicción sanitaria	Núm. brotes	Casos confirmados	Brotes activos
Cuauhtémoc	11	36	1
Iztapalapa	7	20	1
Cuajimalpa	4	19	1
Iztacalco	4	49	2
Álvaro Obregón	3	34	1
Gustavo A. Madero	3	11	0
Coyoacán	2	4	0
Venustiano Carranza	2	13	1
Xochimilco	2	4	0
Azcapotzalco	0	0	0
Benito Juárez	0	0	0
Magdalena Contreras	0	0	0
Miguel Hidalgo	0	0	0
Milpa Alta	0	0	0
Tláhuac	0	0	0
Tlalpan	0	0	0
Total CDMX	38	190	7

Fuente: SSA/DGE/DVEET — Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática, 2026. Casos confirmados refiere a casos asociados a los brotes identificados, no al total acumulado de casos confirmados en la ciudad.

Cuauhtémoc concentra el mayor número de brotes (11), seguida por Iztapalapa (7) e Iztacalco y Cuajimalpa (4 cada una). Iztacalco es la jurisdicción con el mayor número de casos vinculados a brotes (49) y con dos brotes activos al corte; Cuauhtémoc, Iztapalapa, Cuajimalpa, Álvaro Obregón y Venustiano Carranza mantienen un brote activo cada una. Esta distribución es congruente con el corredor de alta concentración identificado en las Figuras 3 y 4.

Figuras 6. Distribución espacial de los brotes y casos confirmados de sarampión — CDMX, corte 04/05/2026



Fuente: SSA/DGE/DVEET, 2026. Puntos verdes: casos concentrados en brotes; puntos café: casos aislados confirmados; sombreado naranja: área de cerco epidemiológico de 500 m. La representación cartográfica corrobora la concentración de brotes en el corredor central-oriental y revela focos secundarios dispersos en alcaldías del sur y poniente, donde la densidad de casos aislados sostiene la transmisión comunitaria de fondo.

B. Trayectoria del esfuerzo vacunal

B.1 Dosis por alcaldía y por fase

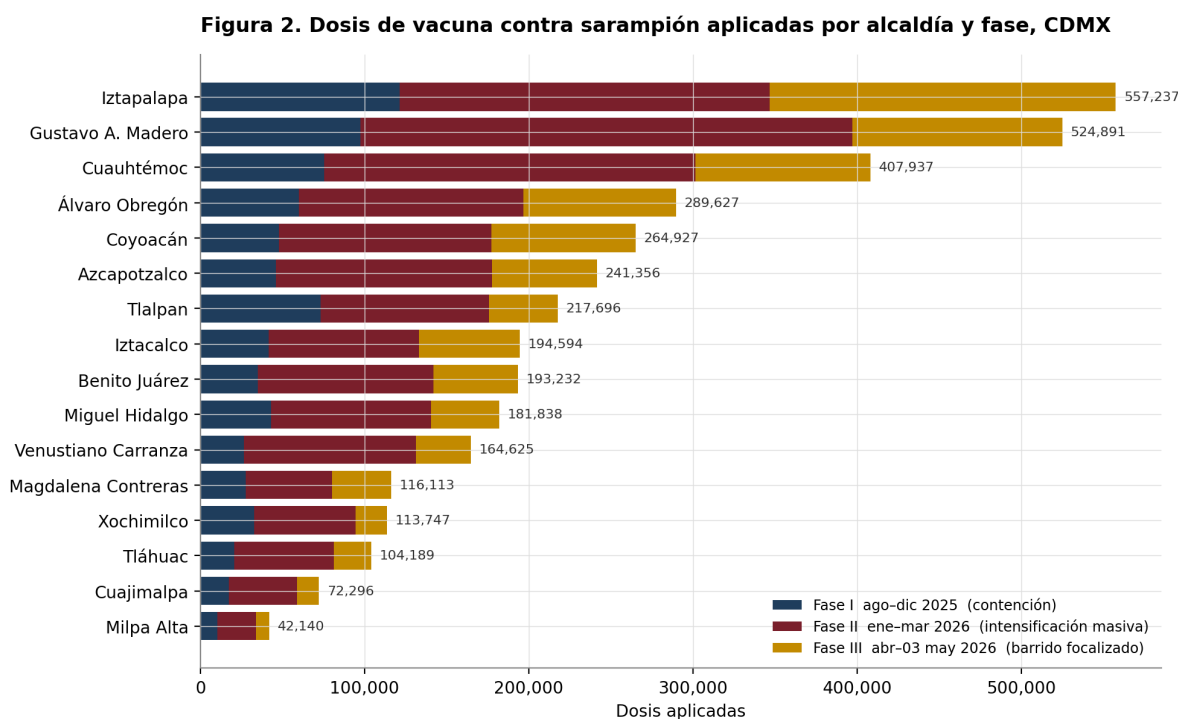
El Cuadro 4 detalla el desglose del esfuerzo vacunal acumulado por alcaldía y por fase de la respuesta. Las cuatro alcaldías con mayor volumen acumulado (Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc y Álvaro Obregón) concentran el 48 % de las dosis aplicadas en CDMX.

Cuadro 4. Dosis aplicadas por alcaldía y por fase — CDMX, ago 2025 – 03 may 2026

Alcaldía	Fase I ago–dic 2025	Fase II ene–mar 2026	Fase III abr–03 may 2026	Total	% del total
Iztapalapa	121,367	225,117	210,753	557,237	15.1 %
Gustavo A. Madero	97,330	299,468	128,093	524,891	14.2 %
Cuauhtémoc	75,328	226,275	106,334	407,937	11.1 %
Álvaro Obregón	59,974	136,601	93,052	289,627	7.9 %
Coyoacán	47,932	129,256	87,739	264,927	7.2 %
Azcapotzalco	46,187	131,302	63,867	241,356	6.5 %
Tlalpan	73,189	102,757	41,750	217,696	5.9 %
Iztacalco	41,583	91,535	61,476	194,594	5.3 %
Benito Juárez	35,124	106,873	51,235	193,232	5.2 %
Miguel Hidalgo	43,046	97,471	41,321	181,838	4.9 %
Venustiano Carranza	26,438	104,988	33,199	164,625	4.5 %
Magdalena Contreras	27,814	52,559	35,740	116,113	3.1 %
Xochimilco	32,946	61,791	19,010	113,747	3.1 %
Tláhuac	20,659	60,563	22,967	104,189	2.8 %
Cuajimalpa	17,393	41,638	13,265	72,296	2.0 %
Milpa Alta	10,614	23,166	8,360	42,140	1.1 %
Total CDMX	776,924	1,891,360	1,018,161	3,686,445	100.0 %

Fuente: Plataforma CENSIA, consulta 04/05/2026. La fase III incluye datos parciales hasta el 03/05/2026. El total acumulado del periodo es 3,686,445 dosis.

Figura 7. Dosis aplicadas por alcaldía y por fase — CDMX, ago 2025 – 03 may 2026



Fuente: Plataforma CENSIA, consulta 04/05/2026. Total acumulado CDMX (ago 2025 – 03 may 2026): 3,686,445 dosis.

Fuente: CENSIA. La fase II concentra el 51.3 % del esfuerzo total, alineada con la campaña reactiva masiva iniciada el 08 de febrero de 2026.

B.2 Dosis aplicadas por grupo de edad y población de riesgo (CENSIA)

El Cuadro 5 presenta el desglose del esfuerzo vacunal acumulado por grupo de edad y poblaciones de riesgo, conforme a la clasificación de la Plataforma Federal CENSIA. El periodo de referencia comprende la totalidad del año epidemiológico 2025–2026 (semanas 0 a 53), con corte al 04 de mayo de 2026. Esta lectura por grupo etario complementa la del Cuadro 4 y permite valorar la composición demográfica del esfuerzo vacunal frente a la estructura de susceptibles observada en la Figura 4.

Cuadro 5. Dosis aplicadas contra sarampión por grupo de edad y población de riesgo — CDMX, SE 0 a SE 53 (26/04/2025 – 08/05/2026)

Grupo de edad / población de riesgo	Dosis SRP	Dosis SR	Total contra sarampión	% del total
6 a 11 meses	10,459	23,684	34,143	0.9 %
1 año	109,889	758	110,647	3.0 %
18 meses	92,666	N/A	92,666	2.5 %
2 a 5 años	70,002	676	70,678	1.9 %
6 años	128,527	125	128,652	3.5 %
7 a 9 años	51,810	384	52,194	1.4 %
10 a 19 años	163,776	457,803	621,579	16.8 %
20 a 29 años	225,062	697,901	922,963	25.0 %
30 a 39 años	142,072	512,523	654,595	17.7 %
40 a 49 años	219,223	599,142	818,365	22.1 %

Grupo de edad / población de riesgo	Dosis SRP	Dosis SR	Total contra sarampión	% del total
Personal de salud	55,623	91,619	147,242	4.0 %
Personal educativo	28,520	10,535	39,055	1.1 %
Jornaleros agrícolas	1,149	857	2,006	0.1 %
Todos los grupos	1,298,778	2,396,007	3,694,785	100.0 %

Fuente: Plataforma Federal CENSIA, consulta 04/05/2026, 15:18 hrs. SRP: vacuna triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis); SR: vacuna doble viral (sarampión-rubéola). El total acumulado en este corte (3,694,785) difiere ligeramente del total del Cuadro A2 (3,686,445) por diferencias en el momento de consulta y en el agrupamiento por fases. La columna SR para el grupo de 18 meses no aplica conforme al esquema nacional de vacunación.

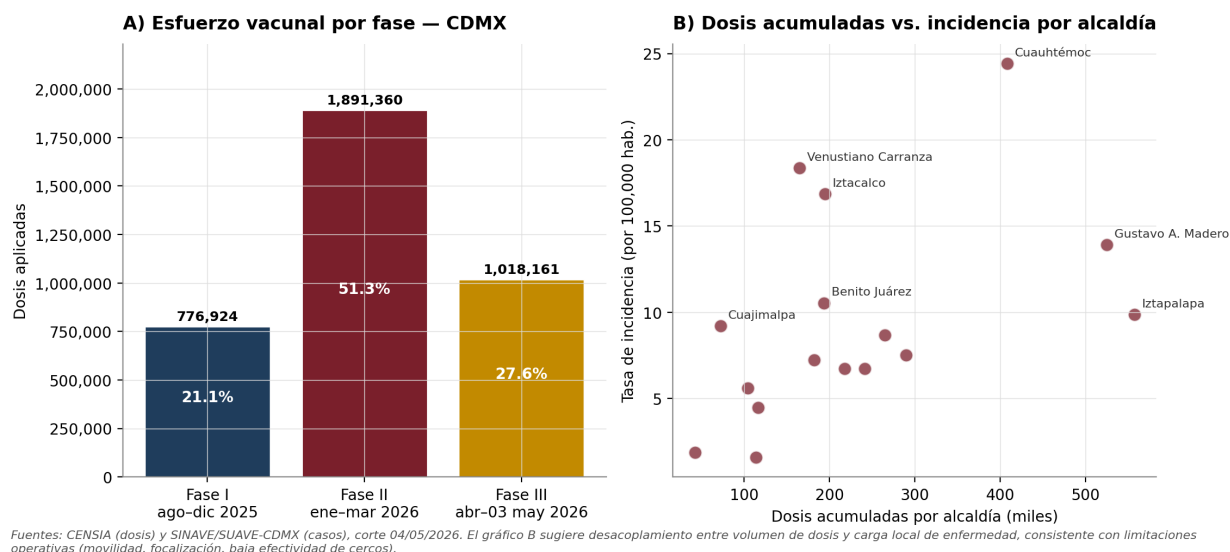
Tres grupos concentran el 65.5 % del esfuerzo acumulado: 20 a 29 años (922,963 dosis; 25.0 %), 40 a 49 años (818,365; 22.1 %) y 30 a 39 años (654,595; 17.7 %). El despliegue concentrado en estas cohortes responde directamente a la composición etaria del brote documentada en la Figura 5 — donde los grupos de 25 a 39 años aportan el mayor volumen de casos absolutos — y a la estrategia de cierre de brechas en cohortes nacidas en periodos de cobertura subóptima de la segunda dosis. Por contraste, los grupos pediátricos del esquema regular (1 año, 18 meses, 6 años) suman 332,000 dosis (9 %) y reflejan la continuidad del programa habitual más los refuerzos.

Las poblaciones de riesgo ocupacional (personal de salud, personal educativo y jornaleros agrícolas) acumulan 188,303 dosis (5.1 %), una proporción modesta pero estratégicamente relevante por su rol como vectores potenciales en entornos de transmisión amplificada. Esta estratificación resulta directamente útil para el diseño de la encuesta serológica: la prevalencia de seropositividad esperada y los tamaños de muestra deberán dimensionarse de manera diferenciada por estos grupos.

B.3 Composición global del esfuerzo y desacoplamiento territorial

La Figura 8 ilustra la concentración del esfuerzo en la fase II (panel A) y la relación entre dosis acumuladas y tasa de incidencia por alcaldía (panel B). El gráfico de dispersión sugiere desacoplamiento entre el volumen nominal de dosis aplicadas y la carga local de enfermedad: alcaldías como Cuauhtémoc, Venustiano Carranza e Iztacalco mantienen tasas elevadas a pesar de un volumen importante de dosis, lo que es congruente con limitaciones operativas en la microplaneación territorial (movilidad poblacional, baja efectividad de cercos epidemiológicos, focalización subóptima).

Figura 8. Composición del esfuerzo vacunal por fase y correlación con la incidencia por alcaldía



Fuente: CENSIA y SINAVE/SUAVE-CDMX, corte 04/05/2026.

C. Indicadores exploratorios y brecha entre cobertura nominal e inmunidad

C.1 Razón dosis aplicadas / caso confirmado por alcaldía

Como indicador exploratorio de la presión epidemiológica relativa frente al esfuerzo vacunal, se calcula la razón entre dosis acumuladas y casos confirmados por alcaldía. La mediana subestatal es de aproximadamente 4,636 dosis por caso. Las alcaldías por debajo de esta mediana concentran la mayor presión epidemiológica relativa: Venustiano Carranza (2,058), Iztacalco (2,904), Cuauhtémoc (3,138), Iztapalapa (3,148) y Gustavo A. Madero (3,301).

Esta lectura no es un indicador de efectividad —la población denominador difiere sustancialmente entre alcaldías y las dosis aplicadas no son por persona única— pero permite identificar dónde el esfuerzo nominal ha sido proporcionalmente menor frente a la carga observada. Estos territorios son los candidatos prioritarios de la encuesta serológica propuesta.

Cuadro 6. Razón dosis / caso por alcaldía — orden ascendente

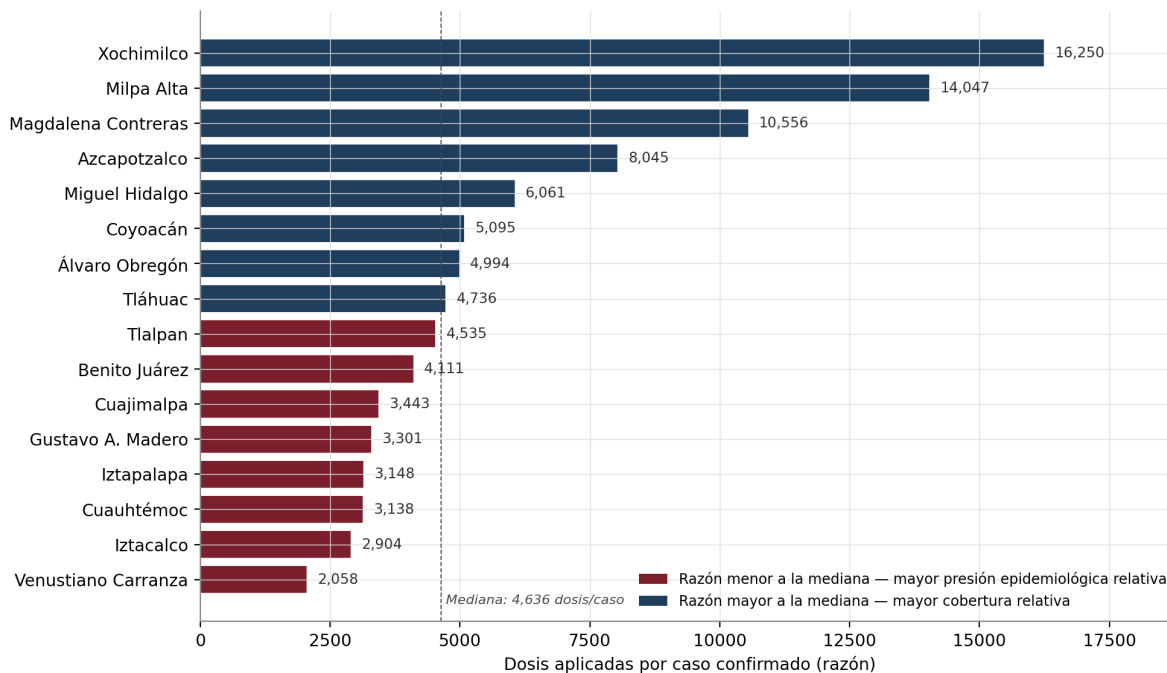
Alcaldía	Casos conf.	Tasa /100k	Dosis acum.	Dosis / caso
Venustiano Carranza	80	18.37	164,625	2,058
Iztacalco	67	16.85	194,594	2,904
Cuauhtémoc	130	24.41	407,937	3,138
Iztapalapa	177	9.88	557,237	3,148
Gustavo A. Madero	159	13.91	524,891	3,301
Cuajimalpa	21	9.22	72,296	3,443
Benito Juárez	47	10.54	193,232	4,111

Alcaldía	Casos conf.	Tasa /100k	Dosis acum.	Dosis / caso
Tlalpan	48	6.72	217,696	4,535
Tláhuac	22	5.59	104,189	4,736
Álvaro Obregón	58	7.51	289,627	4,994
Coyoacán	52	8.68	264,927	5,095
Miguel Hidalgo	30	7.24	181,838	6,061
Azcapotzalco	30	6.73	241,356	8,045
Magdalena Contreras	11	4.47	116,113	10,556
Milpa Alta	3	1.87	42,140	14,047
Xochimilco	7	1.59	113,747	16,250

Fuente: CENSIA y SINAVE/SUAVE-CDMX. Indicador construido para fines exploratorios. Las alcaldías destacadas en color son las de tasa de incidencia $\geq 10/100,000$.

Figura 9. Razón dosis aplicadas / caso confirmado por alcaldía — orden ascendente

Figura 3. Razón dosis aplicadas / caso confirmado por alcaldía, CDMX



Indicador exploratorio: razón entre dosis acumuladas (ago 2025-03 may 2026, CENSIA) y casos confirmados (SINAVE, lugar de notificación). Razones bajas señalan brechas relativas entre cobertura nominal e incidencia.

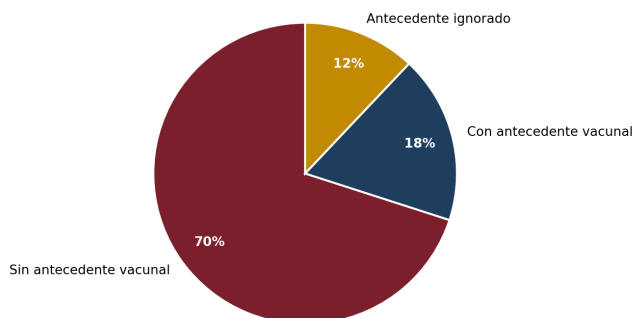
Fuente: CENSIA y SINAVE/SUAVE-CDMX. Las barras en color vino corresponden a las alcaldías con razón menor a la mediana subestatal.

C.2 Distribución del antecedente vacunal en casos confirmados

La proporción de casos confirmados sin antecedente vacunal documentado (70 %) y de casos con antecedente ignorado (12 %) representa una zona de incertidumbre crítica. Esta combinación sugiere la coexistencia de susceptibles reales y subregistro del antecedente. La encuesta serológica permite distinguir empíricamente ambos componentes mediante la cuantificación de títulos protectores en la población.

Figura 10. Distribución de los casos confirmados según antecedente vacunal documentado

Figura 4. Distribución de casos confirmados según antecedente vacunal, CDMX



Fuente: SINAVE/SUAVE-CDMX, corte 04/05/2026. n=942 casos confirmados.

Fuente: SINAVE/SUAVE-CDMX. La distribución 70/18/12 corresponde al corte 04/05/2026 sobre 942 casos confirmados acumulados.

D. Notas metodológicas y consideraciones para la propuesta

- **Cortes de información:** los datos de casos provienen del corte SINAVE/SUAVE-CDMX al 04/05/2026 a las 12:00 hrs; los datos de dosis provienen de la Plataforma CENSIA con consulta el 04/05/2026 y se reconocen pequeñas diferencias entre cortes y cohortes de reporte que serán reconciliadas en la base entregada al INSP.
- **Lugar de notificación vs. residencia:** los conteos por alcaldía utilizan lugar de notificación; las tasas se calculan sobre población residente. La diferencia entre 942 confirmados y 812 con residencia en CDMX (130 casos) es atribuible a residencia en otras entidades, principalmente del Estado de México.
- **Subregistro de notificación:** se observa una disminución en la notificación de EFE en las cinco alcaldías de mayor incidencia, lo que sugiere posible subregistro y obliga a fortalecer la búsqueda intencionada sectorial.
- **Lineaje viral:** la genotipificación previa identifica el genotipo D8 / lineaje MVs/Ontario.CAN/47.24 con vínculos filogenéticos a brotes de Estados Unidos y Canadá, información que ya se ha compartido con InDRE y será integrada al análisis predictivo conjunto.
- **Insumo para dimensionamiento de muestra:** el INSP podrá utilizar la incidencia subestatal (Cuadro A1), el volumen y composición de dosis aplicadas (Cuadro A2) y el indicador exploratorio de razón dosis/caso (Cuadro A3) para construir la estratificación, el tamaño de muestra y los costos asociados a la encuesta serológica.