



Sarampión en las Américas y Panamá: Resurgimiento, brechas de vacunación y desafíos para sostener la eliminación

Measles in the Americas and Panama: Resurgence, vaccination gaps, and challenges to sustaining elimination

Eyda Mara Rosales Calderón

Universidad de Panamá, Centro Regional Universitario de Coclé, Panamá
e.mara.ros0429@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-0898-7675>

Fecha de recepción: 26/06/2026

Fecha de aceptación: 17/09/2026

DOI: <https://doi.org/10.48204/synergia.v5n2.11598>

Resumen

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa y prevenible mediante vacunación. Aunque los avances en inmunización han reducido considerablemente su impacto desde el año 2000, la enfermedad ha presentado un nuevo incremento de casos en los últimos años. El objetivo de esta investigación fue analizar el resurgimiento del sarampión en la Región de las Américas entre 2024 y 2026 y caracterizar la situación epidemiológica de Panamá durante este período. Se realizó una revisión documental descriptiva de fuentes oficiales y literatura científica publicada entre 2017 y 2026, utilizando descriptores relacionados con sarampión, vacunación, cobertura vacunal, eliminación, vigilancia epidemiológica, Américas y Panamá. Los resultados muestran un incremento progresivo de los casos después de los niveles relativamente bajos registrados entre 2021 y 2024. En 2023 se notificaron 73 casos confirmados en la Región, mientras que en 2024 se registraron 466 y en 2025 se alcanzaron 14,891 casos confirmados. En noviembre de 2025, las Américas perdieron su verificación como región libre de transmisión endémica debido al restablecimiento de la transmisión sostenida en Canadá. Para 2026, hasta la semana epidemiológica 35, se habían confirmado 52,676 casos en 17 países y territorios. Las coberturas regionales de vacunación también permanecieron por debajo del 95 % recomendado, con 89 % para la primera dosis y 79 % para la segunda en 2024, mientras que en 2025 descendieron a 88 % y 78 %, respectivamente. En Panamá, el país había mantenido la ausencia de transmisión autóctona desde 1995; sin embargo, en mayo de 2026 se confirmó un caso importado, lo que motivó el fortalecimiento de la vacunación y la vigilancia. Se concluye que sostener la eliminación requiere mantener coberturas altas y homogéneas, completar los esquemas de vacunación, fortalecer la vigilancia epidemiológica y responder oportunamente ante casos importados y brotes.

Palabras clave: sarampión, cobertura de vacunación, eliminación de enfermedades, salud pública, vigilancia epidemiológica, Panamá





Abstract

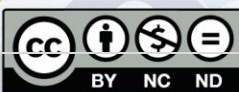
Measles is a highly contagious viral disease that can be prevented through vaccination. Although immunization advances have considerably reduced its impact since 2000, the disease has experienced a renewed increase in cases in recent years. The objective of this study was to analyze the resurgence of measles in the Region of the Americas between 2024 and 2026 and to characterize the epidemiological situation in Panama during this period. A descriptive documentary review was conducted using official sources and scientific literature published between 2017 and 2026, with descriptors related to measles, vaccination, immunization coverage, elimination, epidemiological surveillance, the Americas, and Panama. The results show a progressive increase in cases after the relatively low levels recorded between 2021 and 2024. In 2023, 73 confirmed cases were reported in the Region, while 466 were recorded in 2024 and 14,891 confirmed cases were reached in 2025. In November 2025, the Americas lost their verification as a region free of endemic measles transmission due to the re-establishment of sustained transmission in Canada. By 2026, through epidemiological week 35, 52,676 cases had been confirmed in 17 countries and territories. Regional vaccination coverage also remained below the recommended 95%, reaching 89% for the first dose and 79% for the second dose in 2024, while in 2025 these figures decreased to 88% and 78%, respectively. In Panama, the country had maintained the absence of indigenous transmission since 1995; however, an imported case was confirmed in May 2026, leading to strengthened vaccination and surveillance measures. It is concluded that sustaining measles elimination requires maintaining high and homogeneous vaccination coverage, completing vaccination schedules, strengthening epidemiological surveillance, and responding promptly to imported cases and outbreaks.

Keywords: measles, immunization coverage, disease elimination, public health epidemiological surveillance, Panama

Introducción

El sarampión es una enfermedad viral aguda y altamente contagiosa causada por el virus del sarampión. Se transmite principalmente por vía aérea y respiratoria y presenta una elevada capacidad de propagación, por lo que la existencia de grupos susceptibles puede facilitar la aparición de brotes después de la introducción del virus (Moss, 2017). Debido a esta elevada transmisibilidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan la necesidad de mantener coberturas de vacunación altas y homogéneas para prevenir la transmisión sostenida.

La vacunación ha producido importantes avances en el control del sarampión. A nivel mundial, las actividades de inmunización realizadas entre 2000 y 2024 evitaron aproximadamente 59





millones de muertes por sarampión, mientras que las muertes estimadas disminuyeron de aproximadamente 780,000 en 2000 a 95,000 en 2024 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025). Estos resultados demuestran el impacto de la vacunación como una de las principales herramientas de prevención.

Sin embargo, los avances alcanzados no han eliminado el riesgo de reaparición de la enfermedad. La OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estimaron 10.3 millones de casos de sarampión en el mundo durante 2023, lo que representó un aumento del 20 % respecto de 2022. El incremento se relacionó con deficiencias en la cobertura de inmunización y con la acumulación de personas susceptibles (World Health Organization [WHO] & Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024).

La Región de las Américas alcanzó oficialmente la eliminación del sarampión endémico en 2016. Posteriormente, Venezuela perdió temporalmente su estatus de eliminación en 2018 y Brasil en 2019 debido a brotes prolongados. Brasil recuperó la verificación de eliminación en noviembre de 2024 después de demostrar la interrupción de la transmisión endémica (OPS, 2024). Estos antecedentes muestran que la eliminación constituye un logro que requiere mantenimiento continuo.

Antes del resurgimiento observado en 2025 y 2026, la Región había registrado una disminución considerable de los casos. Según datos de vigilancia de la OPS, se notificaron 23,536 casos confirmados en 2019, 8,321 en 2020, 724 en 2021, 168 en 2022, 73 en 2023 y 466 en 2024. Por tanto, la situación observada desde 2025 representa un cambio significativo respecto de los niveles registrados inmediatamente antes del resurgimiento (OPS, 2025, 2026).

En 2024, la Región recuperó la verificación como libre de transmisión endémica después de la re verificación de Brasil. Hasta noviembre de ese año se habían confirmado 389 casos, todos importados o relacionados con importación, sin que se estableciera transmisión endémica sostenida (OPS, 2024). Sin embargo, durante 2025 la situación cambió considerablemente.





En noviembre de 2025, la OPS informó que las Américas habían perdido su verificación como región libre de transmisión endémica. La decisión se produjo después de que la Comisión Regional de Verificación concluyera que la transmisión endémica se había restablecido en Canadá, donde el virus había circulado durante al menos 12 meses. En ese momento se habían confirmado 12,596 casos en diez países; posteriormente, el consolidado correspondiente a todo 2025 alcanzó 14,891 casos confirmados y 29 defunciones (OPS, 2025, 2026).

Panamá presenta particularidades importantes dentro de este contexto. El país no registra casos autóctonos de sarampión desde noviembre de 1995 y ha mantenido un sistema de vigilancia epidemiológica orientado a detectar oportunamente casos sospechosos. No obstante, la situación regional representa un riesgo permanente debido a la movilidad internacional de personas. En mayo de 2026, Panamá confirmó un caso importado, por lo que las autoridades reforzaron las acciones de vacunación, vigilancia y prevención (Ministerio de Salud de Panamá [MINSA], 2026).

El problema que motiva esta revisión se relaciona con la diferencia entre los logros históricos alcanzados mediante la vacunación y la existencia actual de brechas de inmunización que permiten la acumulación de población susceptible. En este contexto, el objetivo general del presente artículo es analizar el resurgimiento del sarampión en la Región de las Américas y la situación de Panamá, considerando las tendencias epidemiológicas, las coberturas de vacunación, las características clínicas y las estrategias necesarias para sostener la eliminación. Como objetivos específicos se plantean: describir la evolución de los casos de sarampión en las Américas antes y durante el resurgimiento de 2025-2026; analizar las brechas de cobertura de vacunación y su relación con la aparición de brotes; caracterizar las manifestaciones clínicas y complicaciones del sarampión, incluyendo los hallazgos observados durante los brotes recientes; y sintetizar las principales estrategias de control y prevención, con énfasis en el contexto panameño.



Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo basado en una revisión documental de fuentes secundarias. Este diseño permitió recopilar y organizar información epidemiológica, clínica y de salud pública relacionada con el sarampión en la Región de las Américas y Panamá.

La búsqueda se efectuó mediante la consulta de organismos oficiales y literatura científica. Se priorizaron documentos de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, los Centers for Disease Control and Prevention y el Ministerio de Salud de Panamá. También se consideraron artículos científicos publicados en revistas arbitradas.

Los criterios de inclusión fueron documentos publicados entre 2017 y 2026, redactados en español o inglés, que aportaran información epidemiológica, clínica, de vacunación, vigilancia o control relacionada con el sarampión. También se incluyeron documentos oficiales publicados durante 2026 debido a que la situación epidemiológica continúa en desarrollo.

Los criterios de exclusión fueron publicaciones de divulgación sin respaldo institucional, documentos sin información verificable y fuentes que no aportaran datos relacionados con los objetivos de la revisión.

Las palabras de búsqueda empleadas en español e inglés fueron: “sarampión”, “measles”, “vacunación”, “vaccination”, “cobertura vacunal”, “immunization coverage”, “eliminación”, “elimination”, “Américas”, “Americas” y “Panamá”, combinadas mediante operadores booleanos.

La información seleccionada se organizó en cuatro categorías temáticas: situación epidemiológica, coberturas de vacunación, características clínicas y estrategias de control. Para analizar el concepto de resurgimiento, se incorporaron datos históricos correspondientes a los años anteriores a 2024, particularmente de 2019 a 2023, con el propósito de establecer una comparación con el incremento registrado en 2025 y 2026.





El análisis consistió en la lectura crítica de las fuentes, extracción de los datos epidemiológicos y clínicos relevantes y organización de la información en tablas y categorías temáticas. Las cifras correspondientes a 2026 se presentan indicando la fecha de corte de cada fuente, debido a que los datos epidemiológicos pueden actualizarse posteriormente.

Por tratarse de una revisión documental basada en fuentes públicas, no participaron seres humanos y no fue necesario obtener consentimiento informado.

Resultados y discusión

Situación epidemiológica

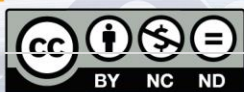
La revisión evidencia un cambio importante en el comportamiento del sarampión en las Américas. Después de los brotes registrados entre 2017 y 2019, los casos disminuyeron durante los años de la pandemia de COVID-19 y los años inmediatamente posteriores. Según datos de la OPS, en 2019 se notificaron 23,536 casos confirmados; en 2020, 8,321; en 2021, 724; en 2022, 168; en 2023, 73; y en 2024, 466 casos confirmados.

Tabla 1.

Evolución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, 2019-2025

Año	Casos confirmados
2019	23,536
2020	8,321
2021	724
2022	168
2023	73
2024	466
2025	14,891

Nota. Datos de vigilancia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2025, 2026).





Los datos muestran que 2023 representó uno de los niveles más bajos de casos registrados en la historia reciente de la Región. Sin embargo, en 2024 se produjo un incremento hasta 466 casos, aunque estos fueron importados o relacionados con importación y no se estableció transmisión endémica sostenida. En 2025 se produjo un aumento mucho mayor, con 14,891 casos confirmados, aproximadamente 32 veces más que los 466 casos de 2024 (OPS, 2026).

El incremento continuó durante 2026. Hasta la semana epidemiológica 35, finalizada el 5 de septiembre de 2026, la Región había notificado 52,676 casos confirmados en 17 países y territorios, además de 61 defunciones. Guatemala, México, Estados Unidos, Perú y Canadá concentraron el 99.5 % de los casos reportados hasta ese momento (OPS, 2026).

La pérdida de la verificación regional de eliminación se produjo en noviembre de 2025. La Comisión Regional de Verificación determinó que Canadá había restablecido la transmisión endémica debido a la circulación continua del virus durante al menos 12 meses. De acuerdo con los criterios regionales, cuando un país restablece la transmisión endémica, la Región pierde su verificación como libre de transmisión endémica (OPS, 2025).

La situación de 2025 y 2026 no representa únicamente un aumento numérico de casos, sino también un cambio en la distribución de la transmisión. Los brotes han afectado principalmente a comunidades con coberturas insuficientes de vacunación y han estado relacionados frecuentemente con casos importados que encontraron poblaciones susceptibles. En 2025, el 89 % de los casos de la Región correspondió a personas no vacunadas o cuyo estado de vacunación era desconocido (OPS, 2025).

Coberturas de vacunación

La cobertura de vacunación constituye uno de los principales factores relacionados con la capacidad de prevenir brotes. Para mantener la eliminación del sarampión, se recomienda alcanzar coberturas de al menos 95 % con dos dosis de vacuna en las poblaciones objetivo.





En 2023, la cobertura regional alcanzó 87 % para la primera dosis y 76 % para la segunda. En 2024 se observó una recuperación parcial, con 89 % para la primera dosis y 79 % para la segunda. Sin embargo, ambas cifras permanecieron por debajo del 95 % necesario para prevenir la transmisión sostenida (OPS, 2025, 2026).

En 2025, la cobertura volvió a disminuir. Las estimaciones de OMS y UNICEF indicaron una cobertura de 88 % para la primera dosis y 78 % para la segunda, lo que demuestra que la recuperación observada en 2024 no fue suficiente para cerrar las brechas de inmunización (OPS, 2026).

Tabla 2.

Cobertura regional de vacunación contra el sarampión, 2023-2025

Año	Primera dosis	Segunda dosis	Meta recomendada
2023	87 %	76 %	≥95 %
2024	89 %	79 %	≥95 %
2025	88 %	78 %	≥95 %

Nota. Datos a partir de estimaciones de OPS/OMS y UNICEF (OPS, 2025, 2026).

La brecha entre la primera y la segunda dosis es particularmente importante porque significa que una proporción considerable de la población inicia el esquema, pero no necesariamente lo completa. Además, la cobertura promedio regional puede ocultar diferencias importantes entre países y dentro de los propios países.

En 2024, solamente el 33 % de los países y territorios de la Región alcanzó una cobertura de al menos 95 % para la primera dosis y únicamente el 20 % alcanzó ese nivel para la segunda dosis (OPS, 2026). Esto evidencia que el problema no consiste solamente en aumentar el promedio regional, sino también en conseguir coberturas homogéneas en las distintas poblaciones y territorios.



La relación entre las brechas de vacunación y los brotes también se observa en la distribución de los casos. Durante 2025, la mayoría de los casos confirmados correspondió a personas no vacunadas o con estado de vacunación desconocido. Esto indica que los brotes se favorecen cuando el virus encuentra grupos de personas susceptibles (OPS, 2025).

Situación de vacunación y vigilancia en Panamá

En Panamá es necesario diferenciar entre la eficacia o protección proporcionada por la vacuna y la cobertura de vacunación alcanzada por la población. La afirmación de que una dosis de la vacuna contra el sarampión proporciona aproximadamente 93-95 % de protección y que dos dosis aumentan la protección a aproximadamente 97 % se refiere al nivel de protección conferido por el esquema de vacunación, no a que el 95 % o 97 % de la población panameña haya estado vacunada.

Por tanto, estos porcentajes no deben presentarse como una cobertura anual de Panamá. La cobertura real corresponde al porcentaje de la población objetivo que recibió las dosis correspondientes durante un período determinado.

En Panamá, el MINSA informa que históricamente la cobertura de la primera dosis ha oscilado aproximadamente entre 80 % y 94 %, mientras que la segunda dosis presenta valores ligeramente inferiores. Esta información evidencia que, aunque el país ha mantenido una vacunación importante, todavía existen brechas que requieren seguimiento (MINSA, 2026).

El país no registra casos autóctonos de sarampión desde noviembre de 1995. Sin embargo, la ausencia de transmisión endémica no significa ausencia de riesgo. La circulación del virus en países de la Región y la movilidad internacional mantienen la posibilidad de importación (MINSA, 2026).

En mayo de 2026 se confirmó en Panamá un caso importado de sarampión. Ante este evento, el MINSA reforzó las acciones de vacunación y vigilancia. Para junio de 2026, se habían aplicado más de 170,000 dosis de vacuna contra sarampión y rubéola como parte de la respuesta nacional (MINSA, 2026).





La situación demuestra que Panamá ha mantenido la ausencia de transmisión autóctona durante un período prolongado, pero continúa expuesto a la introducción del virus desde otros países. Por ello, la vigilancia epidemiológica y el mantenimiento de coberturas adecuadas siguen siendo necesarios.

Características clínicas y complicaciones

El sarampión presenta un período de incubación generalmente de aproximadamente 7 a 14 días antes de la aparición de los primeros síntomas. El cuadro suele iniciar con fiebre, tos, coriza y conjuntivitis. Posteriormente pueden aparecer las manchas de Koplik en la mucosa oral y un exantema maculopapular que generalmente comienza en la cara y progresa hacia otras partes del cuerpo (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2026).

Entre las principales complicaciones se encuentran la otitis media, neumonía, diarrea, encefalitis y, en casos poco frecuentes y tardíos, panencefalitis esclerosante subaguda. Los lactantes, niños pequeños y personas con determinadas condiciones de inmunosupresión presentan mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves (CDC, 2026; Moss, 2017).

La información clínica adquiere especial importancia en el contexto de los brotes recientes. Los reportes de la OPS durante 2025 y 2026 muestran que los casos han afectado a diferentes grupos de edad, con una incidencia particularmente elevada entre los menores de un año y los niños de 1 a 4 años. En 2025, la OPS informó que los menores de un año presentaron la tasa de incidencia más elevada, seguidos por los niños de 1 a 4 años (OPS, 2025).

En los Estados Unidos, donde se registraron grandes brotes durante 2025, la mayoría de los casos correspondió a niños y adolescentes que no habían recibido la vacuna o cuyo antecedente de vacunación era desconocido. Además, aproximadamente el 12 % de los casos notificados en Estados Unidos durante 2025 requirió hospitalización, lo que evidencia que los brotes actuales no se limitan a cuadros leves (CDC, 2026).





En la Región de las Américas, los reportes epidemiológicos también muestran que los casos se concentran de manera importante en poblaciones con vacunación incompleta o inexistente. Por ello, las manifestaciones observadas durante los brotes recientes deben interpretarse junto con la distribución por edad, antecedentes de vacunación, hospitalizaciones y complicaciones, y no únicamente mediante la descripción clínica clásica de la enfermedad.

Estrategias de control

Las estrategias de control recomendadas por los organismos internacionales incluyen mantener coberturas de vacunación elevadas y homogéneas, completar los esquemas de dos dosis, fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar la detección y confirmación de casos, realizar respuestas rápidas ante brotes y desarrollar estrategias de comunicación para enfrentar las dudas y la desinformación relacionadas con las vacunas (OPS, 2025, 2026; OMS, 2025).

La evidencia señala que avanzar hacia la eliminación y posteriormente hacia la erradicación del sarampión requiere incrementar la cobertura de vacunación, responder oportunamente a los brotes y mantener esfuerzos sostenidos para alcanzar este objetivo (Sánchez, 2024).

La OPS también recomienda fortalecer la vigilancia de casos sospechosos, asegurar capacidad de laboratorio, realizar investigación epidemiológica, identificar contactos y aplicar medidas de vacunación de respuesta cuando sea necesario. Estas acciones permiten detectar rápidamente la introducción del virus y limitar las cadenas de transmisión (OPS, 2026).

En Panamá, las estrategias implementadas incluyen vacunación rutinaria, campañas de recuperación de cobertura, vacunación en diferentes puntos de acceso a la población y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Ante la situación regional, el MINSA también ha reforzado la vacunación de personas que viajan a países donde existe circulación del virus (MINSA, 2026).

Discusión

Los resultados muestran que el resurgimiento del sarampión en las Américas debe interpretarse dentro de una tendencia que comenzó antes de 2025. Después de los elevados





niveles registrados en 2019 y 2020, los casos disminuyeron durante 2021-2023, período en el que las medidas relacionadas con la pandemia de COVID-19 también redujeron la circulación y exposición a diferentes enfermedades respiratorias. Sin embargo, la disminución de los casos no significó la desaparición del riesgo.

En 2023 se notificaron solamente 73 casos confirmados en la Región, mientras que en 2024 se registraron 466. Aunque este incremento fue importante, los casos de 2024 fueron importados o relacionados con importación y la respuesta de los países permitió evitar la transmisión endémica sostenida. Por esta razón, la Región pudo recuperar su verificación como libre de sarampión endémico en 2024 (OPS, 2024).

La situación cambió durante 2025. Los 14,891 casos confirmados registrados ese año representan un aumento de aproximadamente 32 veces respecto de 2024. El incremento no puede explicarse únicamente por una mayor detección, debido a que los organismos regionales documentaron brotes activos, transmisión comunitaria y una elevada concentración de casos entre personas no vacunadas o con estado de vacunación desconocido (OPS, 2025, 2026).

Las coberturas de vacunación constituyen uno de los elementos centrales para comprender este comportamiento. Aunque la cobertura regional aumentó de 87 % a 89 % para la primera dosis y de 76 % a 79 % para la segunda entre 2023 y 2024, estas cifras permanecieron por debajo del 95 % requerido para evitar la aparición de brotes. Además, en 2025 las coberturas descendieron nuevamente a 88 % y 78 %, respectivamente (OPS, 2026).

La existencia de una brecha particularmente importante en la segunda dosis resulta relevante porque la eliminación requiere no solo iniciar el esquema de vacunación, sino también lograr que las poblaciones objetivo completen las dosis recomendadas. Asimismo, los promedios regionales pueden ocultar diferencias importantes entre países y comunidades.

La evidencia disponible sobre los brotes recientes también respalda la relación entre vacunación insuficiente y enfermedad. La OPS informó que durante 2025 el 89 % de los casos correspondió a personas no vacunadas o con estado de vacunación desconocido. En Estados



Unidos, los brotes de 2025 también afectaron principalmente a niños y adolescentes no vacunados o con antecedentes de vacunación desconocidos (CDC, 2026).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la descripción clásica del sarampión continúa siendo válida, pero los reportes recientes permiten contextualizarla epidemiológicamente. Los casos se han concentrado de manera importante en niños pequeños y personas sin protección suficiente, y una proporción de pacientes ha requerido hospitalización. Por ello, la caracterización de los brotes actuales debe incluir tanto los signos clínicos como la edad, el estado de vacunación y la gravedad de los casos.

La situación de Panamá presenta diferencias respecto de otros países de la Región. El país mantiene ausencia de transmisión autóctona desde 1995, pero confirmó un caso importado en 2026. Este hecho demuestra que la eliminación nacional no elimina el riesgo de introducción, particularmente en un contexto regional de elevada movilidad internacional y circulación activa del virus (MINSA, 2026).

Por otra parte, es importante corregir la interpretación de los porcentajes de protección de la vacuna. El aproximadamente 95 % de protección después de una dosis y cerca del 97 % después de dos dosis corresponde al desempeño de la vacuna, no a la cobertura poblacional de Panamá. La cobertura se refiere a cuántas personas de la población objetivo recibieron las dosis, mientras que la eficacia o efectividad se refiere al grado de protección que proporciona la vacunación. Esta distinción es fundamental para interpretar correctamente los datos epidemiológicos.

Las estrategias de control deben, por tanto, combinar vacunación, vigilancia, diagnóstico y comunicación. La evidencia indica que aumentar la cobertura sin garantizar vigilancia adecuada puede retrasar la detección de casos, mientras que una vigilancia eficiente sin suficientes niveles de inmunidad deja a la población susceptible ante nuevas importaciones. La respuesta debe integrar ambos componentes.

Entre las limitaciones de este trabajo cabe señalar que, al tratarse de una revisión documental





de fuentes secundarias, los resultados dependen de la disponibilidad y actualización de los datos publicados. Asimismo, las cifras epidemiológicas de 2026 corresponden a cortes específicos y pueden ser modificadas posteriormente por los organismos oficiales. Por esta razón, los resultados deben interpretarse considerando la fecha de corte indicada en cada fuente. Esta limitación es particularmente importante en una situación epidemiológica activa, en la que los datos pueden incorporar posteriormente casos notificados de manera retrospectiva.

Conclusión

El sarampión ha vuelto a representar un desafío importante para la salud pública de las Américas después de varios años de reducción de casos. La evolución registrada desde 2019 muestra una disminución marcada hasta 2023, seguida de un aumento en 2024 y de un incremento mucho mayor durante 2025 y 2026. En 2025 se confirmaron 14,891 casos y la Región perdió su verificación como libre de transmisión endémica después de que Canadá presentara transmisión sostenida durante al menos 12 meses (OPS, 2025, 2026).

Las coberturas de vacunación constituyen uno de los principales factores relacionados con este comportamiento. Aunque se observó una recuperación parcial en 2024, las coberturas regionales de 89 % para la primera dosis y 79 % para la segunda permanecieron por debajo del 95 % recomendado. En 2025 ambas coberturas disminuyeron nuevamente, alcanzando 88 % y 78 %, respectivamente (OPS, 2026).

Los brotes recientes muestran además una elevada concentración de casos entre personas no vacunadas o cuyo estado de vacunación es desconocido. Esta situación confirma la importancia de cerrar las brechas de inmunización y evitar la acumulación de poblaciones susceptibles.

En Panamá, la situación es diferente debido a que el país mantiene ausencia de transmisión autóctona desde 1995. Sin embargo, la confirmación de un caso importado en mayo de 2026 demuestra que el riesgo continúa presente. La respuesta del MINSA mediante el fortalecimiento de la vacunación y la vigilancia epidemiológica evidencia la necesidad de





mantener las medidas de prevención incluso cuando no existe transmisión endémica (MINSA, 2026).

También resulta necesario diferenciar la cobertura de vacunación de la protección proporcionada por la vacuna. El porcentaje de protección asociado con una o dos dosis no representa la cobertura alcanzada por Panamá en un año determinado. La cobertura debe analizarse mediante los porcentajes de la población objetivo que efectivamente recibió cada dosis.

En conclusión, sostener la eliminación del sarampión requiere mantener coberturas de vacunación altas y homogéneas, completar los esquemas de dos dosis, fortalecer la vigilancia epidemiológica, garantizar la confirmación rápida de los casos y responder oportunamente ante brotes e importaciones. La evidencia también señala la importancia de mantener esfuerzos sostenidos de vacunación y respuesta para avanzar nuevamente hacia la interrupción de la transmisión (Sanchez, 2024).

Como líneas futuras, se recomienda profundizar en el análisis de las brechas de vacunación a nivel local, estudiar los factores que dificultan la aplicación de la segunda dosis, fortalecer los sistemas de vigilancia y evaluar de manera continua la situación epidemiológica de Panamá en relación con los brotes regionales.

Referencias

- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Measles (rubeola): Cases and outbreaks*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/measles/>
- Do, L. A. H., & Mulholland, K. (2025). Measles 2025. *New England Journal of Medicine*, 393(24), 2447–2458. <https://doi.org/10.1056/NEJMr2504516>
- Gavi, the Vaccine Alliance. (2025). *Measles vaccines have contributed to a dramatic reduction in cases and deaths since 2000*. <https://www.gavi.org/news/media-room/measles-vaccines-have-contributed-dramatic-reduction-cases-and-deaths-2000>
- Manual MSD. (2024). *Sarampión*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/sarampión>





- Ministerio de Salud de Panamá. (2026). *Minsa intensifica medidas de prevención frente al repunte regional de sarampión*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-intensifica-medidas-de-prevencion-frente-al-repunte-regional-de-sarampion>
- Moss, W. J. (2017). Measles. *The Lancet*, 390(10111), 2490–2502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31463-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31463-0)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Measles vaccines: WHO position paper—April 2017. *Weekly Epidemiological Record*, 92(17), 205–228. <https://www.who.int/publications/i/item/WER9217>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Measles. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 28 de abril). Measles – Region of the Americas. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON565>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025, 15 de agosto). Diez países de las Américas reportan brotes de sarampión en 2025. <https://www.paho.org/es/noticias/15-8-2025-diez-paises-americas-reportan-brotes-sarampion-2025>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025, 19 de septiembre). La OPS intensifica su llamado a fortalecer la vacunación ante el aumento de casos de sarampión en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2025-ops-intensifica-su-llamado-fortalecer-vacunacion-ante-aumento-casos-sarampion>
- Organización Panamericana de la Salud. (2026, 4 de febrero). OPS emite alerta epidemiológica ante la persistencia de sarampión en las Américas y urge a reforzar la vacunación y la vigilancia. <https://www.paho.org/es/noticias/4-2-2026-ops-emite-alerta-epidemiologica-ante-persistencia-sarampion-americas-urge>
- Organización Panamericana de la Salud. (2026, 15 de julio). Las estimaciones de la OMS y UNICEF muestran que la vacunación de rutina ha recuperado en las Américas, pero la disminución de la cobertura contra el sarampión deja a las comunidades vulnerables a brotes. <https://www.paho.org/es/noticias/15-7-2026-estimaciones-oms-unicef-muestran-que-vacunacion-rutina-ha-recuperado-americas>
- Pandey, A., & Galvani, A. P. (2023). Exacerbation of measles mortality by vaccine hesitancy worldwide. *The Lancet Global Health*, 11(4), e478–e479. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00063-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00063-3)
- Sanchez, D. J. (2024). Measles virus: Continued outbreaks while striving for eradication. *Virulence*, 15(1), 2386022. <https://doi.org/10.1080/21505594.2024.2386022>

