



Leticia Viniegra Ramos
CAEM UAEH
leticiaviniegra15@gmail.com

A pesar de que el panorama médico actual está respaldado por avances biotecnológicos orientados a la erradicación de patógenos, la realidad epidemiológica en el primer nivel de atención presenta un escenario divergente. Si bien la formación y la investigación médica profundizan extensamente en los mecanismos de la infección, los retos sanitarios contemporáneos evidencian que el factor limitante no es la ausencia de conocimiento científico, sino la incapacidad estructural del sistema para implementarlo.

El aumento alarmante de casos de sarampión en las Américas, advertido recientemente en las alertas epidemiológicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1), evidencia las limitaciones de las estrategias preventivas del sistema de salud pública. Si a este resurgimiento le sumamos la creciente expansión territorial de las Enfermedades Transmitidas por Vector (ETV), impulsada por el cambio climático, el panorama se vuelve insostenible. Sin embargo, uno de los obstáculos que pueden dificultar el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, “Salud y bienestar”, de la Agenda 2030 (Meta 3.3) (2), es el subregistro epidemiológico. Diversos factores, como las limitaciones diagnósticas, operativas, presupuestales y de notificación, pueden afectar la identificación

y el registro oportuno de los casos. Como resultado, las cifras reales de morbilidad podrían no reflejar completamente la magnitud del problema, obligando al sistema de salud a tomar decisiones con información epidemiológica potencialmente incompleta.

Ecosistemas alterados y vulnerabilidad social

Las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) representan actualmente una de las mayores cargas de morbilidad a nivel mundial, afectando desproporcionadamente a las poblaciones con los menores índices de desarrollo (3). Sin embargo, la dinámica de transmisión está cambiando de forma acelerada. El calentamiento global y la alteración de los ecosistemas han permitido que vectores como el *Aedes aegypti* extiendan su rango de supervivencia hacia latitudes y altitudes que históricamente no presentaban riesgo (4). Esta adaptación ecológica y climática significa que regiones enteras del país ahora enfrentan amenazas epidemiológicas para las cuales su infraestructura sanitaria, especialmente en el primer nivel de atención, no estaba diseñada ni se encuentra preparada (4).

La brecha entre el conocimiento científico y la realidad sanitaria es innegable. La investigación biomédica ha logrado desc-

frar los mecanismos de infección y desarrollar nuevas vacunas; sin embargo, estas herramientas pierden eficacia a nivel poblacional si el primer nivel de atención en las comunidades vulnerables no cuenta con los recursos necesarios para implementar una prevención primaria efectiva. La falta de acceso a servicios básicos, como el agua potable, obliga a las poblaciones a almacenar agua en condiciones que favorecen la creación de criaderos. Mientras tanto, los consultorios de Atención Primaria a la Salud (APS) operan con un desabasto crónico de insumos básicos y pruebas diagnósticas. Es precisamente en estas zonas de alta vulnerabilidad, alejadas de los hospitales de tercer nivel, donde se concreta una proporción importante del riesgo epidemiológico; una situación que puede permanecer insuficientemente documentada debido a limitaciones en la capacidad diagnóstica, la disponibilidad de recursos y los mecanismos de vigilancia epidemiológica.

El costo político de la vigilancia epidemiológica y el sesgo del subregistro

En el contexto nacional, la vigilancia de estas patologías cuenta con un respaldo legal teóricamente robusto. La NOM-017-SSA2-2012 establece los criterios para la vigilancia epidemiológica, mientras que la NOM-032-SSA2-2014 detalla los lineamientos específicos para la prevención y el control de las ETV. Estas normativas fundamentan la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y establecen

la notificación obligatoria a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).

En teoría, esta estructura garantiza un reporte estandarizado y oportuno. Sin embargo, su aplicación se enfrenta a la realidad operativa.

Desde una perspectiva crítica, algunos autores han señalado que la vigilancia epidemiológica puede enfrentar tensiones entre las necesidades de salud pública y los procesos administrativos. La emisión de alertas epidemiológicas frente al repunte de ETV. Asimismo, el reconocimiento oficial de altas tasas de morbilidad particularmente en cuadros severos como el dengue grave requiere una capacidad diagnóstica y de vigilancia sólida que permita documentar la magnitud del problema.

En consecuencia, puede generarse un fenómeno de subregistro epidemiológico. En los escenarios donde la infraestructura de Atención Primaria a la Salud (APS) carece de la capacidad instalada o de los insumos necesarios para realizar confirmaciones diagnósticas oportunas, se produce un vacío estadístico. Este vacío puede ocasionar que algunos casos graves o defunciones sean registrados bajo diagnósticos inespecíficos. Como resultado, existe el riesgo de que las cifras disponibles no reflejen completamente la carga real de enfermedad, lo que podría afectar la toma de decisiones, la asignación de recursos y la capacidad de respuesta del sistema de vigilancia epidemiológica.

El espejismo estadístico y la amenaza para la Agenda 2030

Este subregistro no solo vulnera el derecho a la salud a nivel local, sino que compromete directamente los acuerdos internacionales.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, “Salud y bienestar”, de la Agenda 2030 establece metas precisas para poner fin a las epidemias de enfermedades transmisibles. Sin embargo, es epidemiológicamente imposible evaluar el progreso hacia la Agenda 2030 si la línea base utilizada como referencia está alterada. La subestimación de la verdadera carga de morbilidad de las ETV puede generar una falsa sensación de seguridad que afecte la asignación presupuestal y dificulte el desarrollo de las políticas públicas efectivas. En consecuencia, resulta imposible erradicar aquello que el sistema no mide adecuadamente.

Conclusión

En conclusión, la verdadera preparación del sistema de salud ante las enfermedades emergentes y reemergentes no depende exclusivamente de la innovación biotecnológica, sino de la integridad operativa e institucional. Para que la Atención Primaria a la Salud funcione como una verdadera primera línea de defensa, es imperativo dotar a los consultorios de los recursos diagnósticos necesarios y garantizar la autonomía del reporte epidemiológico, libre de presiones administrativas. Alcanzar la salud planetaria y cumplir los compromisos de la Agenda 2030 exige, como paso innegocia-

ble, la honestidad estadística.

REFERENCIAS

1. laOrganización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 29 de mayo de 2026 [citado 11 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/05/2026-mayo-29-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal.pdf>
2. Pacto Mundial de la ONU. ODS 3: Salud y bienestar [Internet]. Pacto Mundial; [citado 11 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.pactomundial.org/ods/3-salud-y-bienestar/>
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 11 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>
4. World Mosquito Program. Explicativo: cómo el cambio climático está amplificando las enfermedades transmitidas por mosquitos [Internet]. World Mosquito Program; [citado 11 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.worldmosquitoprogram.org/es/noticias-historias/historias/explicativo-como-el-cambio-climatico-esta-amplificando-las>

“Un sistema de salud que maquilla sus cifras por conveniencia política es, en última instancia, un sistema que renuncia a su propósito”

Opinión de la autora.

