



**Mario
Esquivel Solórzano
ADEMEN**

24105099@uan.edu.mx



**Lilia Yamilet
Flores Rentería
AEMED - UAMX**

floresreterialiliayamilet@gmail.com

La historia de la medicina nos ha enseñado que las enfermedades infecciosas no respetan fronteras; sin embargo, los seres humanos están condenados a repetir la misma historia una y otra vez. En 2020, el mundo se paralizó ante la llegada del SARS-CoV-2, un fenómeno que transformó por completo la práctica médica y nuestra vida cotidiana. Una pandemia de esta magnitud mostró las carencias estructurales de los sistemas de salud a nivel global. En aquel entonces, la promesa de los líderes mundiales y las instituciones sanitarias fue un consenso para todos: "nunca más nos volverá a tomar desprevenidos".

La realidad actual desmiente esa supuesta madurez institucional. El resurgimiento y la persistente dispersión global del virus del mpox (MPXV) con un acumulado que supera los 181,164 casos confirmados y 492 defunciones a nivel global desde enero de 2022 hasta marzo de 2026 (2), evidencia de las deficiencias de un sistema de salud fragmentado no solo a nivel nacional, sino también con múltiples desafíos en el plano internacional. Se debe considerar que el mpox no representa únicamente un reto biológico aislado, sino el síntoma de un sistema inequitativo que urge reformar si de verdad pretendemos alcanzar el "Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3: Salud y Bienestar)".

La esperanza de la erradicación y la fragmentación del sistema de salud

Tras la erradicación oficial de la viruela humana en 1980 y el consecuente cese global de los esquemas de vacunación masiva con el virus vaccinia, se abrió un nicho de susceptibilidad inmunológica poblacional que allanó el camino para el resurgimiento del mpox en las regiones tradicionalmente endémicas de África Central y Occidental. Sin embargo, la complacencia de los países de altos ingresos mantuvo a esta zoonosis en el olvido terapéutico durante décadas, catalogándola erróneamente como un "problema local".

La situación actual nos demuestra el costo de haber dejado de prestar atención al mpox durante tantos años. Hoy circulan diferentes variantes del virus (clados Ia, Ib, IIa y IIb), cada una con características que hacen más difícil su control. El clado IIb fue el responsable del brote internacional de 2022 y afectó principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). No obstante, desde 2024, el clado Ib ha despertado una nueva preocupación porque ha mostrado una mayor capacidad para propagarse entre personas, incluso dentro de los hogares y a través de los viajes internacionales (4). Además, los cambios que ha presentado el virus nos recuerdan que sigue evolucionando y que

la vigilancia epidemiológica debe mantenerse de forma constante. Hallazgos moleculares recientes documentan procesos de recombinación intercalado, como la identificación de cepas recombinantes Ib/Ilb (3). Este gran dinamismo evolutivo es uno de los retos más interesantes y alarmantes: el virus muta más rápido de lo que se actualizan las guías de práctica clínica.

Vigilancia epidemiológica

Una de las lecciones más costosas de la pandemia de COVID-19 fue la necesidad de implementar sistemas de vigilancia genómica y epidemiológica robustos, digitalizados y en tiempo real. Con el mpox, la historia se repite con patrones muy desalentadores. La OPS/OMS ha emitido alertas epidemiológicas constantes instando a los Estados Miembros a mantener activa la secuenciación genómica ante la introducción de nuevas variantes (3); pese a ello, el subregistro y la lentitud diagnóstica siguen ganando terreno en gran parte de nuestra región latinoamericana.

La vigilancia no puede basarse únicamente en la identificación del paciente que acude a unidades de tercer nivel con un cuadro clínico claro y visible de lesiones exantemáticas multifocales. Es importante recordar las clases de medicina y el énfasis en que la verdadera vigilancia epidemiológica se ejerce en la atención primaria, integrando la detección de mpox con los programas ya establecidos de infecciones de transmisión sexual (ITS), como la sífilis y el VIH. No podemos aislar estas patologías cuando el paciente comparte los mismos determinantes de

vulnerabilidad social y conductual. La falta de insumos de PCR específicos en clínicas rurales y la centralización de los laboratorios nacionales de referencia perpetúan un sesgo en el seguimiento epidemiológico: solo vemos una fracción de los casos, y eso retrasa las intervenciones de aislamiento y el rastreo de contactos, esenciales para romper la cadena de transmisión.

Inmunización

La vacunación contra el mpox ha dejado en evidencia las desigualdades en el acceso a las vacunas, algo que ya habíamos visto durante la pandemia de COVID-19. Ante este escenario de escasez crónica, la inmunización universal queda descartada y los países se ven obligados a priorizar de manera estricta a los grupos con alta exposición.

La escasez de vacunas contra mpox no es una casualidad, sino el resultado de las desigualdades que siguen existiendo en el acceso a los recursos de salud. Muchos países de América Latina todavía dependen de la disponibilidad del mercado internacional para obtener vacunas y tratamientos, lo que dificulta responder de manera oportuna ante un brote. Además, aunque existen medicamentos como tecovirimat, brincidofovir y cidofovir, la evidencia sobre su eficacia sigue siendo limitada (1). Esto demuestra que aún tenemos importantes retos en investigación y en el desarrollo de tratamientos que realmente puedan responder a este tipo de emergencias sanitarias.

Comunicación del riesgo frente al estigma institucional y social

También es importante reflexionar sobre el impacto que tienen nuestras palabras al hablar de una enfermedad. Durante el brote de mpox en 2022, la mayoría de los casos se presentaron en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), lo que provocó estigmatización y discriminación, recordando lo ocurrido durante los primeros años de la epidemia por VIH. Esto hizo que muchas personas evitaran acudir a los servicios de salud por miedo a ser juzgadas, dificultando la detección temprana y el control de la enfermedad.

La pandemia de COVID-19 también nos enseñó que la desinformación puede propagarse tan rápido como un virus; sin embargo, esa lección no fue suficiente. Informar no consiste únicamente en publicar infografías o comunicados; también implica escuchar a las comunidades, generar confianza y comunicar con empatía. Cuando un mensaje señala o estigmatiza a un grupo, las personas dejan de buscar atención médica por miedo a ser juzgadas, y eso favorece que la enfermedad continúe propagándose. Hoy sabemos que el mpox no afecta exclusivamente a un grupo de personas, sino que cualquier persona puede estar en riesgo bajo determinadas circunstancias. Como futuros médicos, tenemos la responsabilidad de utilizar un lenguaje que informe, acompañe y genere confianza, porque nuestras palabras también pueden ser una herramienta para prevenir enfermedades y cuidar a quienes más lo necesitan.

El resurgimiento del mpox es el testimonio vivo de que nuestros sistemas de salud no están verdaderamente preparados, sino meramente habituados a reaccionar ante las crisis cuando estas tocan la puerta. Resulta evidente que las metas de acceso universal a servicios de salud, medicamentos y vacunas seguras y eficaces siguen siendo una realidad lejana para millones de personas. No podemos esperar a que ocurra la siguiente emergencia para volver a actuar. Se necesitan sistemas de salud más preparados, mayor inversión en investigación y un acceso más equitativo al diagnóstico, las vacunas y los tratamientos. El mpox nos recuerda que las enfermedades emergentes seguirán apareciendo y que la mejor respuesta siempre será la prevención y la preparación. Ojalá las lecciones que nos dejó la pandemia de COVID-19 no vuelvan a olvidarse, porque detrás de cada brote hay personas, familias y vidas que dependen de las decisiones que tomemos hoy. Por último, es fundamental ser conscientes de que la identificación de los síntomas en etapas tempranas y un diagnóstico preciso permitirán reconocer y atender de manera eficaz a cada paciente.

REFERENCIAS

1. Fox T, Gould S, Princy N, Rowland T, Lutje V, Kuehn R. Therapeutics for treating mpox in humans. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 3. Art. No.: CD015769. DOI: 10.1002/14651858.CD015769.
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: mpox en la Región de las Américas, 10 de septiembre del 2024. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2024.
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Mpox en la Región de las Américas. 23 de abril del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026
4. Srivastava S, Laxmi, Sharma K, Sridhar SB, Talath S, Shareef J, Mehta R, Satapathy P, Sah R. Clade Ib: a new emerging threat in the Mpox outbreak. Front Pharmacol. 2024 Dec 19;15:1504154. doi: 10.3389/fphar.2024.1504154. PMID: 39749207; PMCID: PMC11693458.