



PRONUNCIAMIENTO URGENTE

IMPLEMENTACIÓN INMEDIATA DE ANTICUERPO MONOCLONAL DE LARGA VIDA MEDIA COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

La protección de los lactantes no puede postergarse hasta 2027

13 defunciones asociadas al VRS en 2026	12 víctimas menores de cinco años	9 defunciones en las semanas epidemiológicas 23–28
---	---	--

Panamá, 1 de agosto de 2026

A LAS AUTORIDADES NACIONALES DE SALUD

Las sociedades científicas firmantes, comprometidas con la protección de la salud materno-infantil y con la formulación de políticas públicas sustentadas en evidencia, expresamos nuestra profunda alarma ante el aumento de la enfermedad grave y las defunciones asociadas al virus respiratorio sincital (VRS) en niños durante la actual temporada de circulación viral.

De acuerdo con los datos difundidos por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, en lo que va de 2026 se han registrado 13 defunciones asociadas al virus respiratorio sincital (VRS), de las cuales 12 corresponden a menores de cinco años. Nueve de estas defunciones ocurrieron entre las semanas epidemiológicas 23 y 28 (del 31 de mayo al 11 de julio). Resulta especialmente preocupante que estas muertes se produjeran antes de que la circulación del VRS alcanzara el umbral de alerta epidemiológica. Dado que actualmente el país se encuentra en ese nivel de circulación viral, es razonable anticipar un mayor riesgo de casos graves y defunciones si no se implementan de manera inmediata medidas extraordinarias de prevención y control. Este escenario exige una respuesta sanitaria urgente, proporcional al nivel de riesgo y sustentada en la mejor evidencia disponible.

UNA ESTRATEGIA ÚNICA NO HA CERRADO LA BRECHA DE PROTECCIÓN

Reconocemos la incorporación de la vacunación materna contra el VRS en julio de 2025. Es una intervención valiosa y debe mantenerse. Sin embargo, una política de salud pública no puede evaluarse únicamente por la compra o disponibilidad de dosis, sino por la protección efectiva alcanzada en los recién nacidos y lactantes.

En el contexto panameño, depender exclusivamente de la vacunación durante una ventana limitada del embarazo deja sin protección a numerosos bebés: hijos de madres que no accedieron oportunamente al control prenatal, que no fueron captadas dentro del periodo de vacunación, que tuvieron un parto antes de lograr una transferencia adecuada de anticuerpos o cuyo estado de inmunización no pudo verificarse al nacimiento. Esta limitación afecta con mayor intensidad a las poblaciones con barreras geográficas, sociales y de acceso a los servicios de salud.

El propio Ministerio de Salud informó el 22 de julio de 2026 que el Programa Ampliado de Inmunización mantenía 69,079 dosis de vacuna contra el VRS en depósito. Este dato no permite calcular por sí solo la cobertura materna —pues la vacuna también se utiliza en adultos mayores—, pero hace indispensable que se publiquen de inmediato las coberturas desagregadas, el número de embarazadas efectivamente inmunizadas y la proporción de recién nacidos que recibieron protección oportuna.

La vacunación materna no debe abandonarse; debe complementarse. Cuando una estrategia no alcanza a todos los bebés, el deber del sistema sanitario es cerrar esa brecha con una intervención administrable directamente al lactante.

ANTICUERPO MONOCLONAL DE LARGA VIDA MEDIA: PROTECCIÓN DIRECTA, INMEDIATA Y DE LARGA DURACIÓN

Los anticuerpos monoclonales de acción prolongada se administran directamente a los recién nacidos o a los lactantes durante los primeros meses de vida, en una sola dosis intramuscular y brindan protección pasiva inmediata durante aproximadamente cinco a seis meses. La Organización Mundial de la Salud reconoce tanto la vacunación materna como los anticuerpos monoclonales de acción prolongada como herramientas para prevenir enfermedad grave por VRS en lactantes. La evidencia clínica y de implementación demuestra una reducción sustancial de hospitalizaciones por VRS.

En Panamá, la Sociedad Panameña de Pediatría ha recomendado la administración universal del anticuerpo monoclonal, al nacimiento, señalándolo como la estrategia de mayor impacto para prevenir casos, hospitalizaciones, ingresos a cuidados intensivos y muertes, con potencial ahorro de costos para el sistema sanitario.

Valoramos que el Ministerio de Salud haya informado la aprobación de fondos y la intención de introducir una estrategia combinada. No obstante, anunciar su implementación para 2027 no responde a la urgencia epidemiológica de 2026. Una promesa futura no protege a los recién nacidos que están expuestos hoy ni a los lactantes que ingresan actualmente a urgencias, salas de hospitalización y unidades de cuidados intensivos.

SOLICITUDES FORMALES Y URGENTES

En ejercicio de nuestra responsabilidad científica y ética, solicitamos formalmente —y exigimos, dentro del marco del respeto institucional— que las autoridades nacionales adopten las siguientes medidas:

- 1. Adelantar la implementación del anticuerpo monoclonal de acción prolongada a 2026.** Activar un mecanismo extraordinario de adquisición, importación y distribución que permita iniciar su aplicación durante la temporada actual, sin postergarla hasta 2027.
- 2. Reforzar la vacunación materna, pero corregir sus brechas operativas.** Fortalecer la captación prenatal, la educación comunitaria, la disponibilidad en áreas de difícil acceso y el registro nominal, evitando presentar la vacunación materna y el anticuerpo monoclonal como intervenciones excluyentes.
- 3. Publicar un cronograma vinculante en un plazo no mayor de 15 días calendario.** El cronograma debe incluir las etapas de compra, registro o autorización sanitaria, recepción, lineamientos técnicos, distribución nacional, capacitación y fecha efectiva de inicio.
- 4. Garantizar protección al nacimiento antes del egreso hospitalario.** Como mínimo, debe asegurarse anticuerpo monoclonal de acción prolongada a los recién nacidos cuyas madres no fueron vacunadas, recibieron la vacuna con menos de 14 días de antelación al parto, tienen estado vacunal desconocido o presentan condiciones de alto riesgo; simultáneamente, debe evaluarse la implementación universal al nacimiento conforme a la recomendación de la Sociedad Panameña de Pediatría.
- 5. Priorizar territorialmente la respuesta.** La distribución inicial debe considerar la carga de enfermedad y mortalidad, con atención inmediata a la comarca Ngäbe Buglé, Bocas del Toro, Chiriquí y las demás regiones que reporten transmisión elevada, hospitalizaciones o defunciones.
- 6. Transparentar los resultados del programa.** Publicar semanalmente y por región la cobertura de vacunación materna, las dosis disponibles y aplicadas, el número de recién nacidos protegidos, las hospitalizaciones, ingresos a cuidados intensivos y defunciones por VRS.

- 7. Instalar una mesa técnica nacional en un plazo máximo de 10 días.** Incluir al Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, el Programa Ampliado de Inmunización, epidemiología, neonatología, pediatría, infectología, neumología pediátrica y representantes de las sociedades científicas para definir la implementación, vigilancia y evaluación de impacto.
- 8. Mantener la vacunación materna, pero corregir sus brechas operativas.** Fortalecer la captación prenatal, la educación comunitaria, la disponibilidad en áreas de difícil acceso y el registro nominal, evitando presentar la vacunación materna y el anticuerpo monoclonal como intervenciones excluyentes.

LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA NO PUEDE ESPERAR HASTA 2027.

Cada defunción infantil es una tragedia irreparable y un llamado a actuar con mayor rapidez. La existencia de una intervención preventiva eficaz transforma la demora en una decisión con consecuencias sanitarias previsibles.

Las sociedades científicas firmantes reiteramos nuestra disposición a colaborar técnicamente con las autoridades. Esa colaboración, no obstante, debe traducirse en decisiones inmediatas, presupuesto ejecutado, fechas verificables y acceso equitativo para todos los niños, sin que el lugar de nacimiento, la condición socioeconómica o el acceso prenatal determinen quién recibe protección.

La responsabilidad del Estado no termina con anunciar una estrategia: se cumple cuando la protección llega oportunamente al brazo de cada recién nacido que la necesita.

SOCIEDADES FIRMANTES

Dra. Geraldine Norte | **Sociedad Panameña de Pediatría**

Dra. María Mercedes Castrejón | **Sociedad Panameña de Infectología Pediátrica**

Dra. Bleixen Admadé | **Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología**

Dra. Ana Belén Arauz | **Sociedad Panameña de Infectología**

REFERENCIAS TÉCNICAS Y OFICIALES

1. Ministerio de Salud de Panamá. "Minsa reforzará protección de recién nacidos con vacunas y anticuerpos monoclonales contra el virus sincitial respiratorio". 22 de julio de 2026. [Enlace](#)
2. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Datos de VRS correspondientes a la semana epidemiológica 28 de 2026, difundidos públicamente el 31 de julio de 2026. [Enlace](#)
3. Organización Mundial de la Salud. WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease. Mayo de 2025. [Enlace](#)
4. Lucas A, Williams Alvarado Y. Recomendaciones de la Sociedad Panameña de Pediatría: inmunización contra el virus sincitial respiratorio en niños. Revista Pediátrica de Panamá. 2025. [Enlace](#)
5. Drysdale SB, et al. Nirsevimab for Prevention of Hospitalizations Due to RSV in Infants. New England Journal of Medicine. 2023;389:2425-2435. [Enlace](#)