

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Reporte de Situación COVID-19 Panamá

Reporte No. 47
Febrero 9 de 2021

REPORTE DE SITUACIÓN - PANAMÁ

Reporte No. 47 - COVID-19

Febrero 9 de 2021

Puntos Destacados:

- A la fecha, se reportan 28.827 pacientes (8,8%) en aislamiento domiciliario, 2.058 pacientes (0,8%) se encuentran hospitalizados (1.844 en sala general y 214 en Unidades de Cuidado Intensivo -UCI). Se informan 290.124 (88,9%) casos como recuperados (Figura 1).
- Se reporta un total de 5.455 fallecidos con 392 nuevas muertes desde el último reporte el 26 de enero, para un porcentaje de fallecidos de 1,7%.
- El 51% de los casos se presenta en hombres.
- Al 9 de febrero de 2021, a nivel nacional se tiene una ocupación del 51% de las camas de hospitalización en sala, del 68% de camas de UCI y semi UCI y del 38% de los ventiladores.
- Los pacientes severos y críticos se distribuyen el 46% (447) en las Instalaciones de Salud de la Caja del Seguro Social (CSS), el 49% (479) en las del Ministerio de Salud y el 5% (46) en los hospitales privados de Panamá (Figura 2).
- En la primera semana de febrero, el promedio de hospitalizados en sala es de 2.107 y de 236 en UCI; esto representa una reducción del 9% (208 pacientes) con relación al promedio de hospitalizaciones en sala registrados en el mes de enero y aumento de 3 pacientes en UCI. (Figura 3).

SITUACIÓN EN NÚMEROS PANAMÁ

Hasta el 6 de febrero de 2021 - 6:00 p.m.

Casos Confirmados
326.464 (977 nuevos*)

Muertes
5.063(29 nuevas*)



Camas en sala

5.222[49% disponibles (2.568)]**



Camas en UCI y semi UCI

589 [32% disponibles (191)]**



Ventiladores

892 [62% disponibles (552)]**

*en las últimas 24 horas

***Hasta el 9 de febrero de 2021 - 12:00 m.

Figura 1
Casos de COVID-19 en Panamá al 6 de febrero de 2021

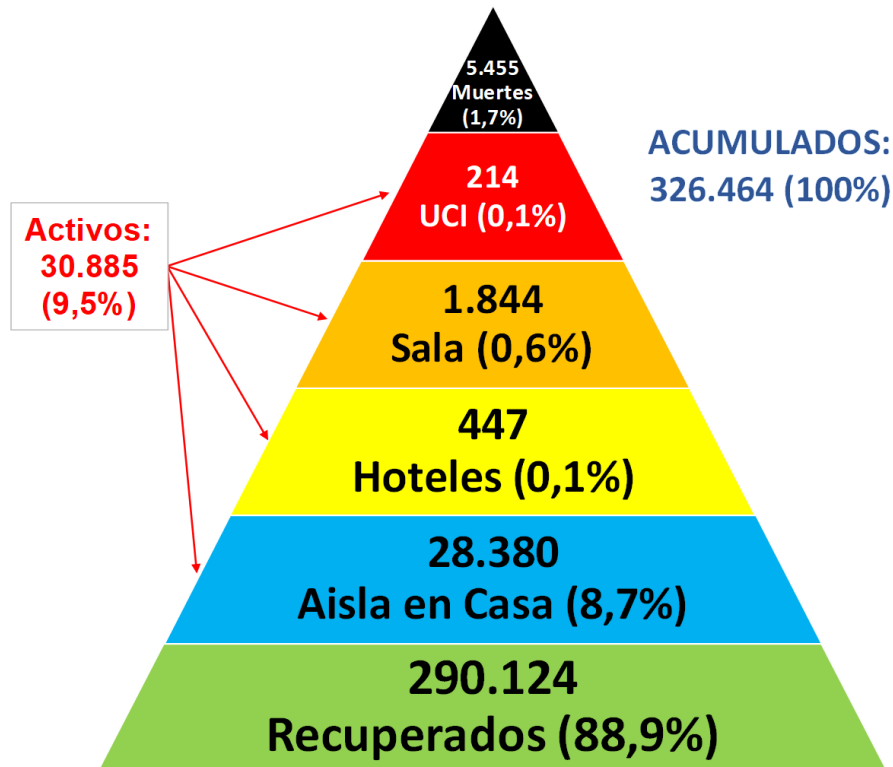
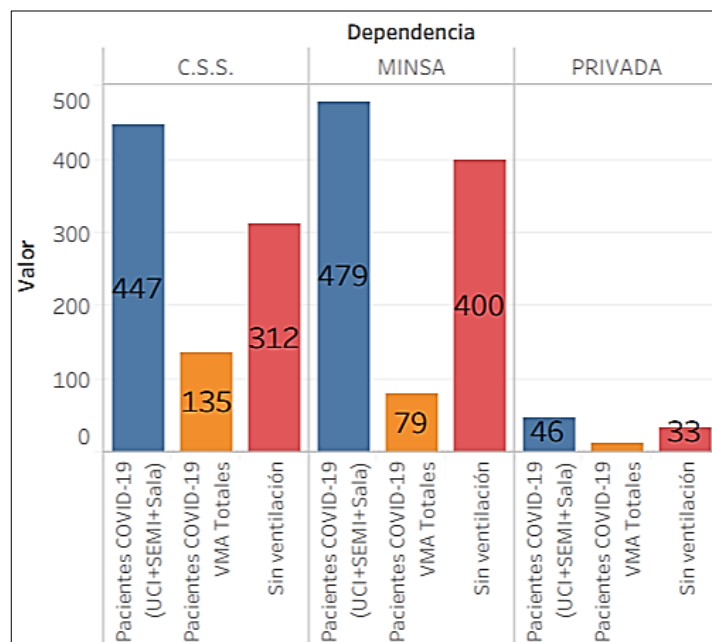


Figura 2
Distribución de los Pacientes en UCI en Instalaciones de Salud de la Red Pública (Caja del Seguro Social CSS y Ministerio de Salud) y en la Red Privada de Panamá, 9 de febrero de 2021



La figura 3 muestra dos picos en las hospitalizaciones durante la epidemia en Panamá, el primero en el mes de julio con promedios de 1.428 pacientes en sala y 159 en UCI y el segundo en enero con promedios de 2.315 ingresos en sala 233 en UCI. Luego de alcanzar las 2.500 hospitalizaciones en sala y 259 en UCI en la SE 3 (23 de enero), se ha observado un declive hasta la SE 5 (6 de febrero), que registra 1.844 y 214 ingresos en los respectivos servicios.

Con el incremento de infectados en la segunda ola de la pandemia de COVID-19, ha seguido el aumento de pacientes que ingresan a los hospitales en estados críticos de la enfermedad manteniendo las proporciones entre los ingresos en sala y en UCI, lo que ha requerido no sólo la adición de camas en ambos servicios, sino también la extensión de los suministros y del personal de salud.

En la figura 4 se observa la tendencia en paralelo de los pacientes en sala y en UCI, mostrando los mismos periodos de bajas o incrementos en forma casi simultánea; no obstante, en las últimas dos semanas en las que se tiene descenso de ambas internaciones, la brecha entre las dos líneas se hace más estrecha, por cuanto los pacientes en UCI tienen un periodo de estancia más amplio que los que están en sala, y que muchas veces supera hasta las tres semanas, lo que refleja una reducción más acelerada de las hospitalizaciones en sala en comparación con las de UCI.

Figura 3
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día. Panamá, 9 marzo 2020 a 6 de febrero de 2021

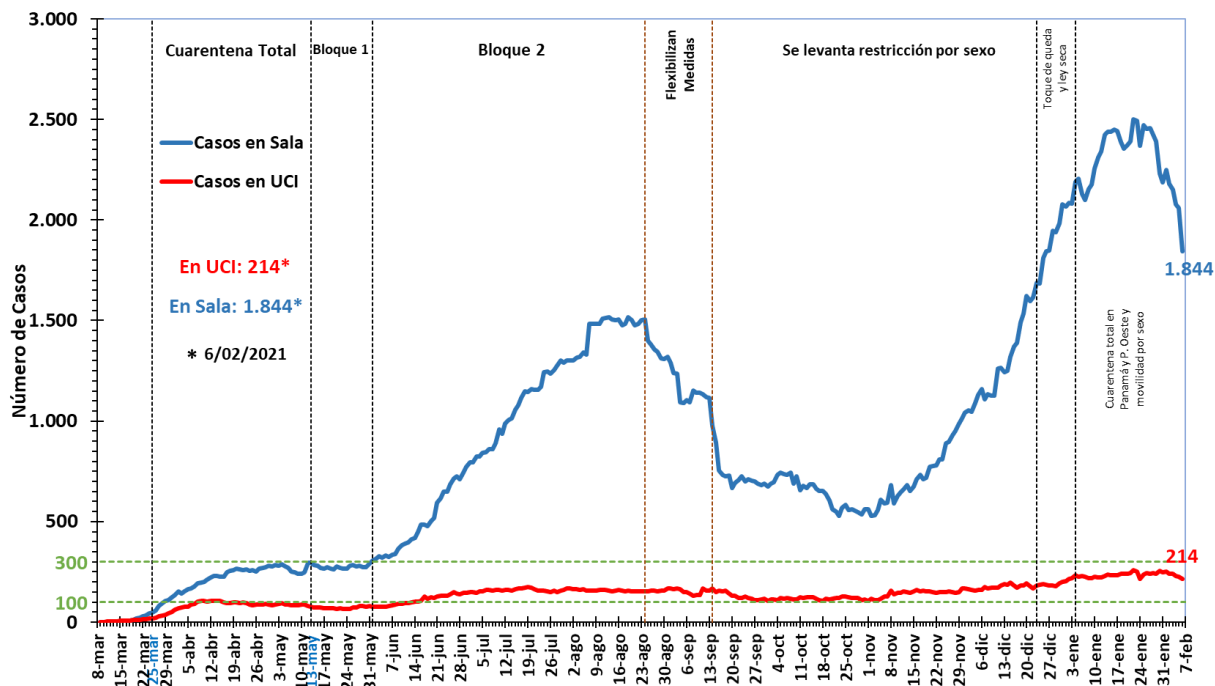
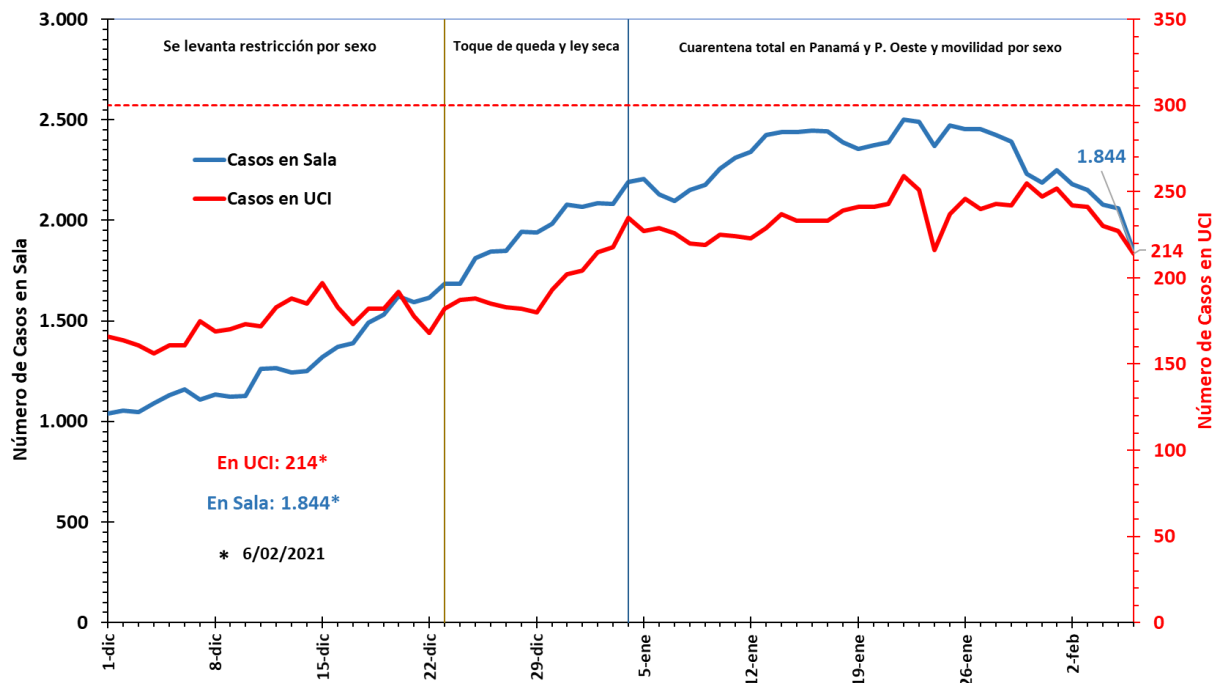


Figura 4
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día
Panamá, 1 diciembre 2020 a 6 febrero 2021



El aumento en las hospitalizaciones por COVID-19 coincide con el aumento de contagios en el personal de salud, generando nuevos desafíos para lograr mantener la capacidad de atención, con menos posibilidades de reconversión de camas y con un personal de salud mermado en cantidad, que acumula cansancio después de casi un año sin tregua.

Hasta la SE 5, 10.200 de los trabajadores de la salud¹ han sido infectados, es decir, el 3,1% del total de casos confirmados o detectados por pruebas de laboratorio. Estos están representados por personal que labora en áreas administrativas como asistenciales de las instalaciones de salud y del laboratorio, incluyendo personal que desempeña labores socio sanitarios en los equipos de respuesta rápida o de trazabilidad comunitaria.

El 63,5% de los casos (6.478) corresponden al sexo femenino y se reportan 107 defunciones, lo que representa una proporción de letalidad del 1,04% entre el total de los trabajadores de salud confirmados o detectados que están registrados en la base de datos del Ministerio de Salud.

El país recibió el primer lote de vacunas, 12840 dosis de la vacuna Pfizer BioNTech, las cuales fueron aplicadas priorizando al personal de salud con mayor exposición y riesgo.

¹ Los trabajadores de la salud de la base de datos COVID-19, se identifican cruzando la información de la cédula con la [Planilla y Gastos de Representación - Caja de Seguro Social](#) de la Defensoría del Pueblo (de acceso público)

La figura 5 muestra desde la primera semana de noviembre el aumento progresivo de las confirmaciones diarias, que superó el primer pico de julio (con 1.023 casos confirmados por día); en un 5% en noviembre (con promedios de 1.074 casos por día); 155% en diciembre donde se refleja el efecto de la relajación de medidas por parte de sectores de población durante eventos sociales y familiares de los meses de noviembre y diciembre, propiciando mayor propagación del virus, alcanzando cifras de 2.612 en promedio en diciembre y de 2.374 casos en promedio en enero de 2021.

En las últimas tres semanas, las confirmaciones diarias de casos van en progresiva disminución, reflejando promedios de 1.940 casos en la SE 3, 1372 en la SE 4 y 1002 casos en la SE 5; lo cual representa una reducción del 30,3%, 29,3% y 27% de cada una de las respectivas semanas con relación a la semana previa. Estos resultados se observan luego de instauradas nuevas medidas de cuarentena para Panamá y Panamá Oeste, y restricción de la movilidad de acuerdo a género, entre otras.

Las medidas de confinamiento contribuyeron a aplanar la curva al inicio de la pandemia y de nuevo en esta ocasión han surtido efecto contribuyendo a ralentizar la velocidad de transmisión.

La tendencia observada de la curva epidémica y del R_t indica que el número de casos secundarios también se está reduciendo y en consecuencia deberá incidir en la reducción de la mortalidad y de la letalidad en las próximas semanas, efecto que se puede evidenciar con un retraso de aproximadamente una a dos semanas, después de que la reducción en las confirmaciones diarias de casos se mantenga. Una vez más, el comportamiento individual será crucial para seguir controlando la propagación de la COVID-19, una vez se vayan flexibilizando las medidas.

Con relación a la confirmación de casos por semana de la figura 6, se observa que a partir de la SE 46, en la que se confirmaron 6.803 casos, inicia un crecimiento acelerado de la velocidad de contagio que paso de más de 19 mil casos en la SE 51 hasta más 25 mil en la SE 1, siendo en esta última donde se tiene el mayor registro de casos por semana durante todo el periodo de la epidemia. A partir de la SE 2 se observa una baja importante por semana, con una reducción del 72% de los casos en la SE 5 (que reporta 7.011 casos) respecto a la SE 1.

Figura 5
Curva Epidémica de la COVID-19 en Panamá al 6 de febrero de 2021

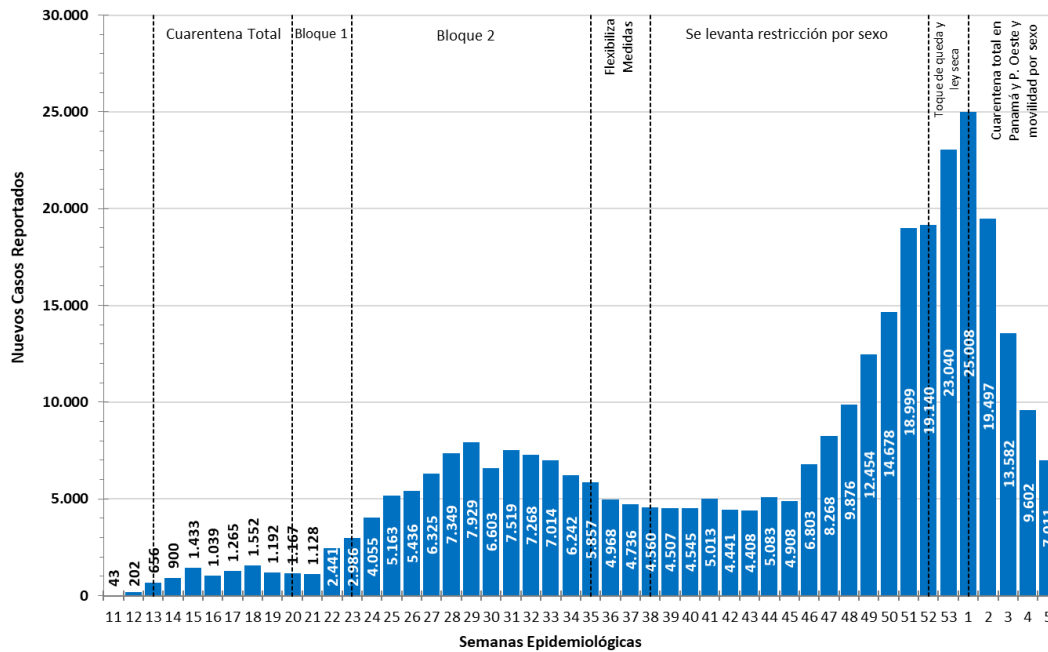
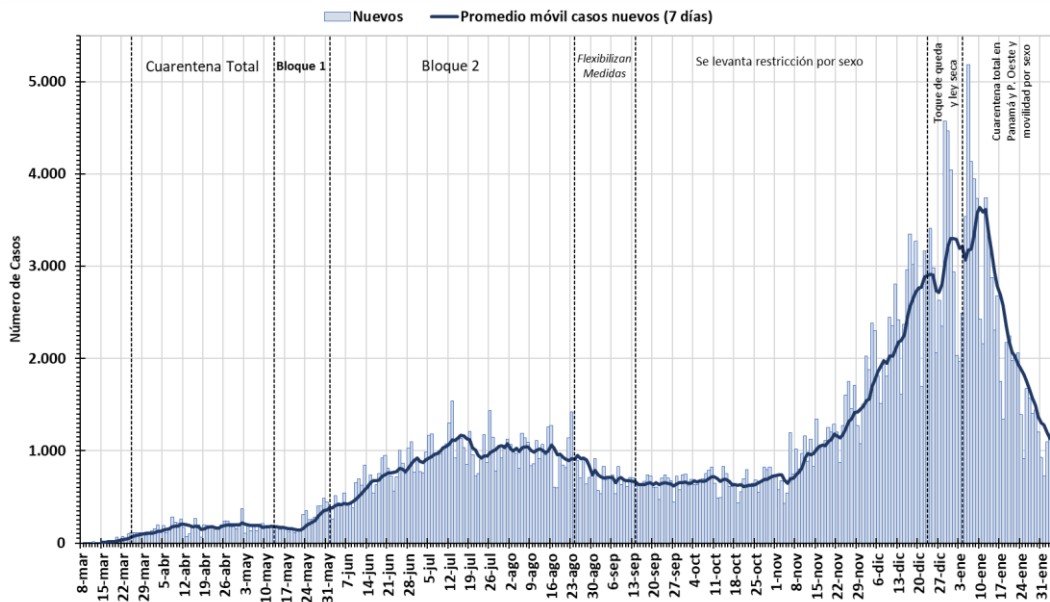
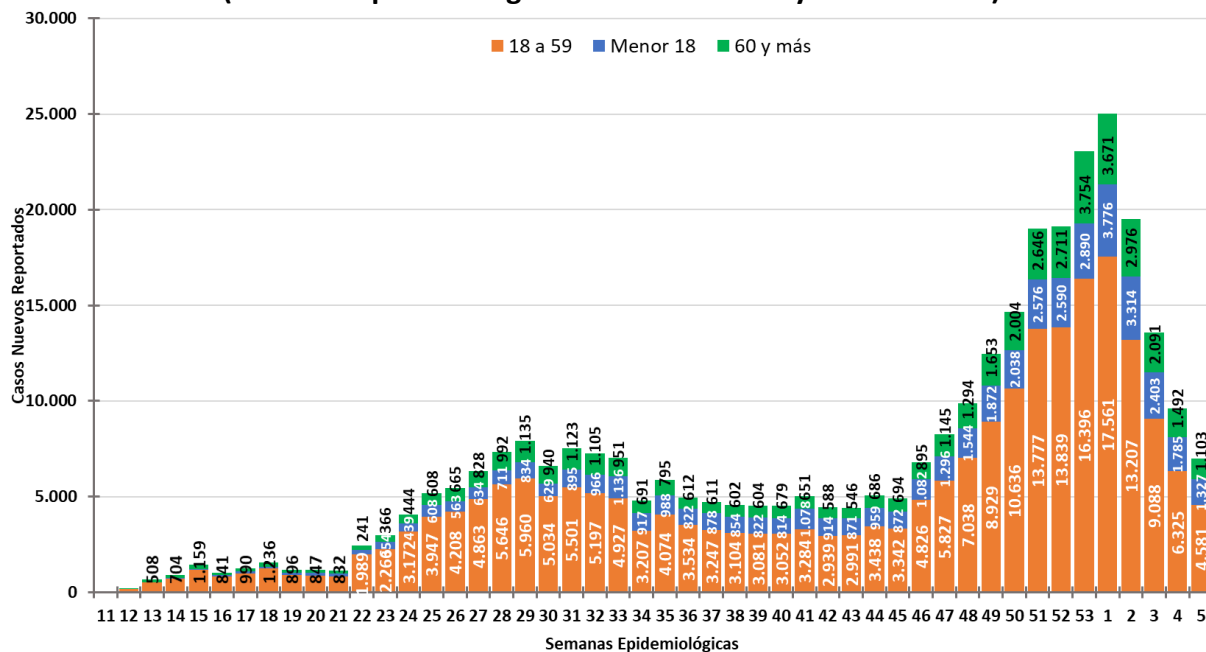


Figura 6
Casos nuevos por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo 2020 – 6 de febrero de 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021)



La reducción en los casos por grupos de edad para las mismas semanas epidemiológicas que se muestra en la figura 7, indica que el número de casos en s menores de 18 años descendió en un 35% desde la SE 1, que reportó 3.776 a la SE 5 con 1.327 casos; seguidamente, los mayores de 60 años mostraron una disminución del 30%, al pasar de 3.671 casos en la SE1 a 1.103 en la SE 5; y finalmente, el grupo de 18 a 59 años que ha tenido la mayor proporción de casos y que traía un incremento sostenido de nuevas confirmaciones desde la SE 48 hasta la SE 1 en la que registró 17.561 casos, bajó en un 26% al reportar 4.581 casos nuevos en la SE 5.

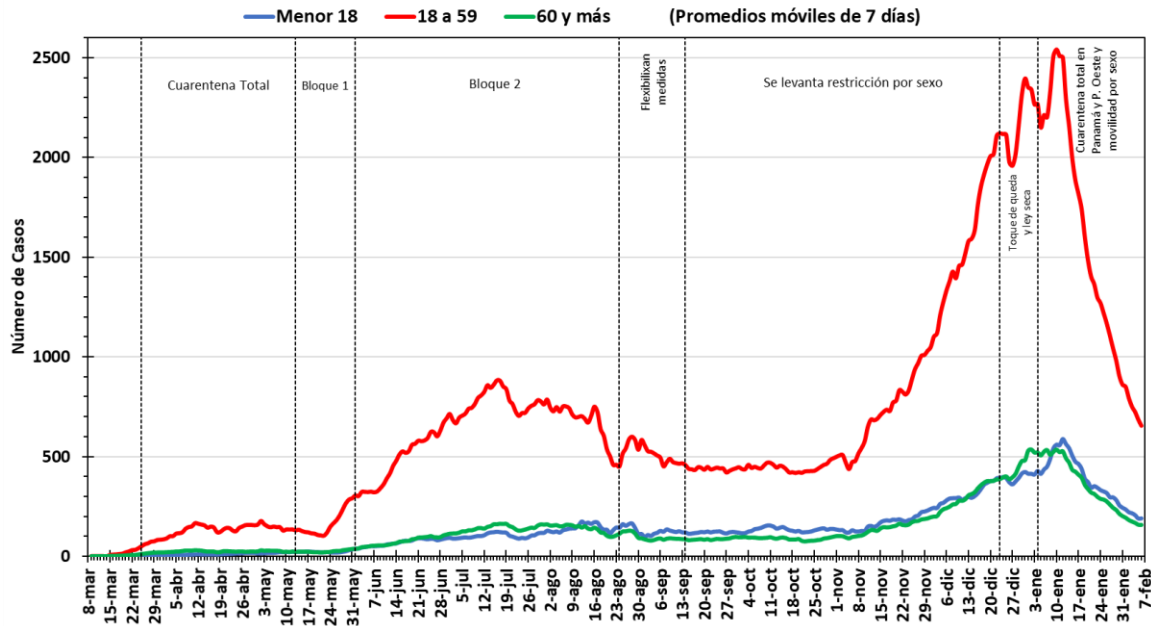
Figura 7
Casos nuevos por semana epidemiológica y grupo de edad. Panamá, 09 marzo 2020 – 6 febrero 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021)



De igual manera, los promedios móviles de 7 días que se muestran en la figura 8, reflejan una marcada caída desde la semana 1 a la 5 en los tres grupos de edad. En el grupo de 18 a 59 años pasó de un promedio móvil de 7 días de 2.500 en la SE 1 a 600 casos en la SE 5; los mayores de 60 años y los menores de 18 años que estuvieron sobre los 500 casos en promedio en la SE 1, ambos descendieron sobre los 15 casos en la SE 5.

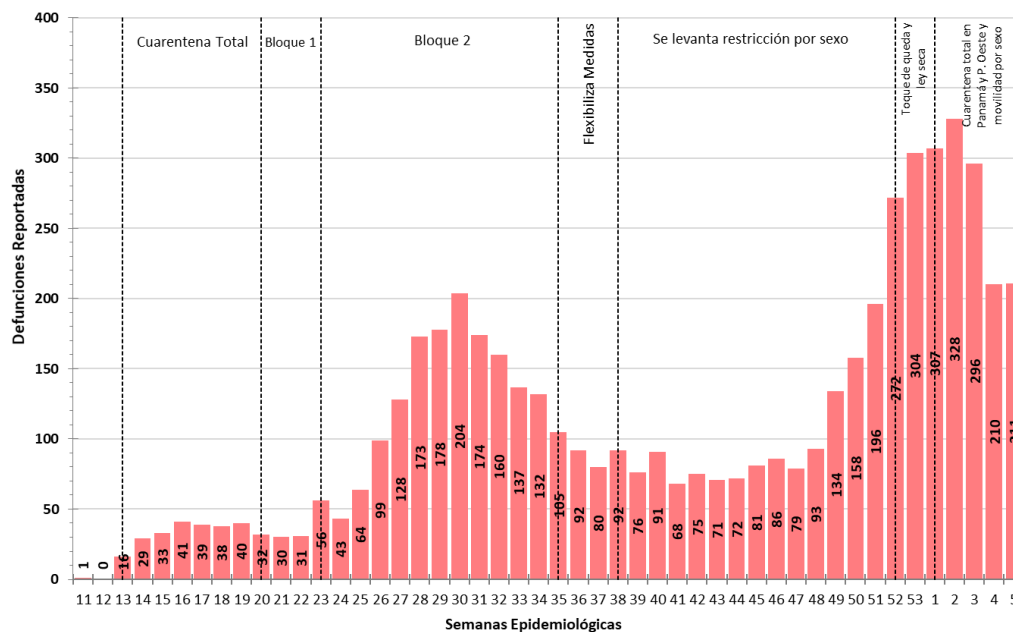
La mayor carga de la propagación de la enfermedad continúa en el grupo de 18 a 59 años que involucran a poblaciones más jóvenes, con mayor movilidad y en el que se encuentra la mayor proporción de la población vinculada a actividades laborales y productivas. Por ser este grupo en el que se presenta la forma más benigna de la enfermedad incluso de casos asintomáticos, genera una alta proporción de casos que tiene un impacto directo en la propagación entre las poblaciones vulnerables, de mayor edad y con comorbilidades, afectando indirectamente la mortalidad.

Figura 8
Reporte de Casos de COVID-19 en Panamá por Grupos de edad. Marzo 9 2020 a Febrero 6 2021



Con relación a los fallecimientos, en la figura 9 se aprecia el mayor reporte en la SE 2 (una semana después de presentar el mayor número de casos), con 328 muertes; seguidamente descendieron hasta presentar comportamiento estable en las dos últimas semanas, con 210 y 211 casos y una disminución del 64% con respecto al reporte de la SE2.

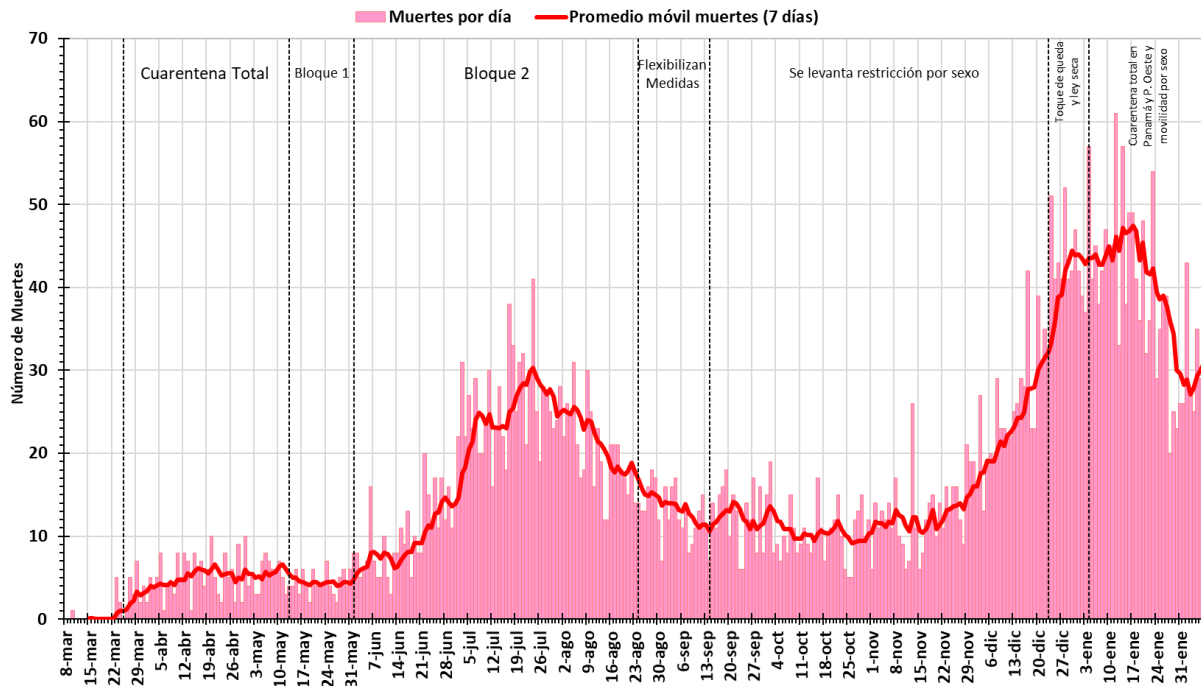
Figura 9
Muertes por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo 2020 – 2020 – 6 febrero 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021)



En la figura 10 se muestra el promedio móvil en 7 días y el número de muertes diarias según fecha de reporte. Después de observar promedios móviles en 7 días entre 42 y 47 de muertes en el periodo comprendido entre las semanas 53 de 2020 a la 2 de 2021, en la SE 5 bajó casi un 50%, con 28 muertes en promedio en 7 días, y un rango de 25 a 43 muertes en la última semana.

Figura 10

Muertes por COVID-19 en Panamá según fecha de reporte. Marzo 9 de 2020 a Febrero 6 de 2021



En la figura 11 se aprecia los promedios móviles en 7 días para las muertes por grupos de edad. Los valores más elevados están en el grupo de 60 años y más que alcanzó un máximo de 36 en la SE 2 y a la SE 5 se redujo a 20. El grupo de edad de 18 a 59 años mantiene el promedio móvil más bajo; este grupo tuvo un promedio por el orden de 10 a 12 muertes entre la SE 53 a la SE 2 y baja a la mitad con un promedio móvil de 6 muertes en la última semana (SE 5).

La tasa de mortalidad general en hombres es de 153,7 por 100.000 hab., un 64% más alta que la tasa general en mujeres que es del 98,9 por 100.000 hab. Por grupos de edad, los hombres de 80 y más años tienen la mortalidad más elevada de 2.117,1 por 100.000 hab., y en todos los grupos de edad, la tasa de mortalidad en hombres supera entre el 53,2% (en el grupo de 20 a 39 años) y el 59% (en el grupo de 60 a 79 años) la mortalidad en las mujeres. (Figura 12)

Figura 11
Muertes por COVID-19 en Panamá por Grupos de edad, hasta el 6 de febrero de 2021*

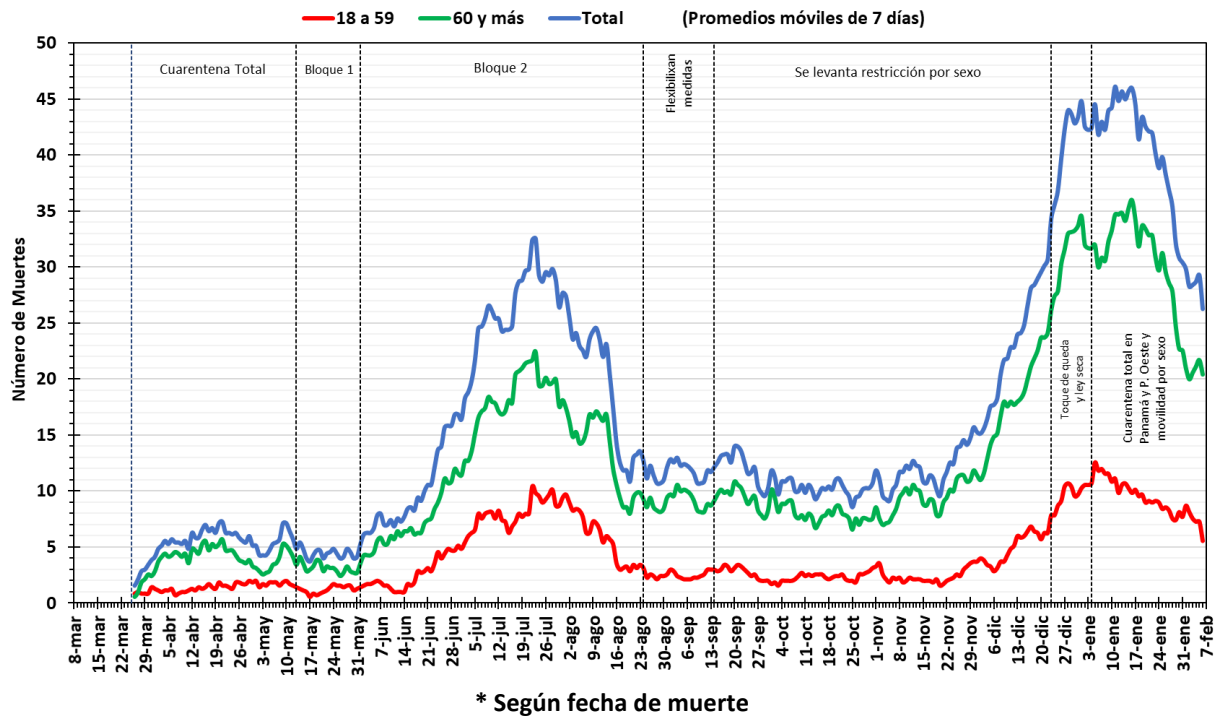
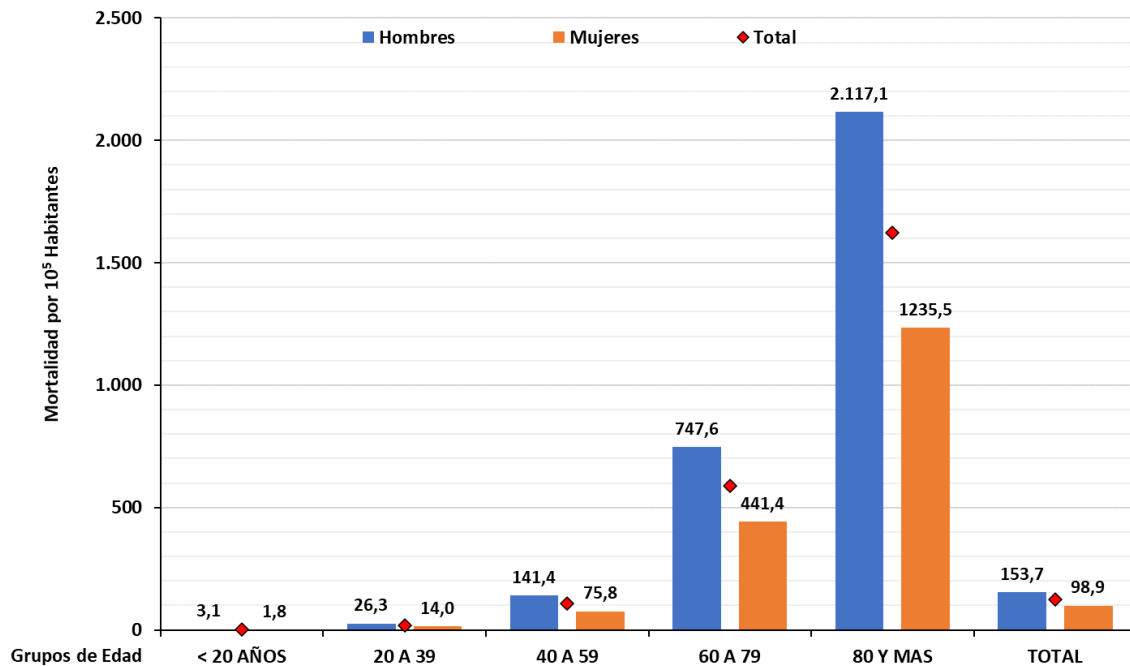


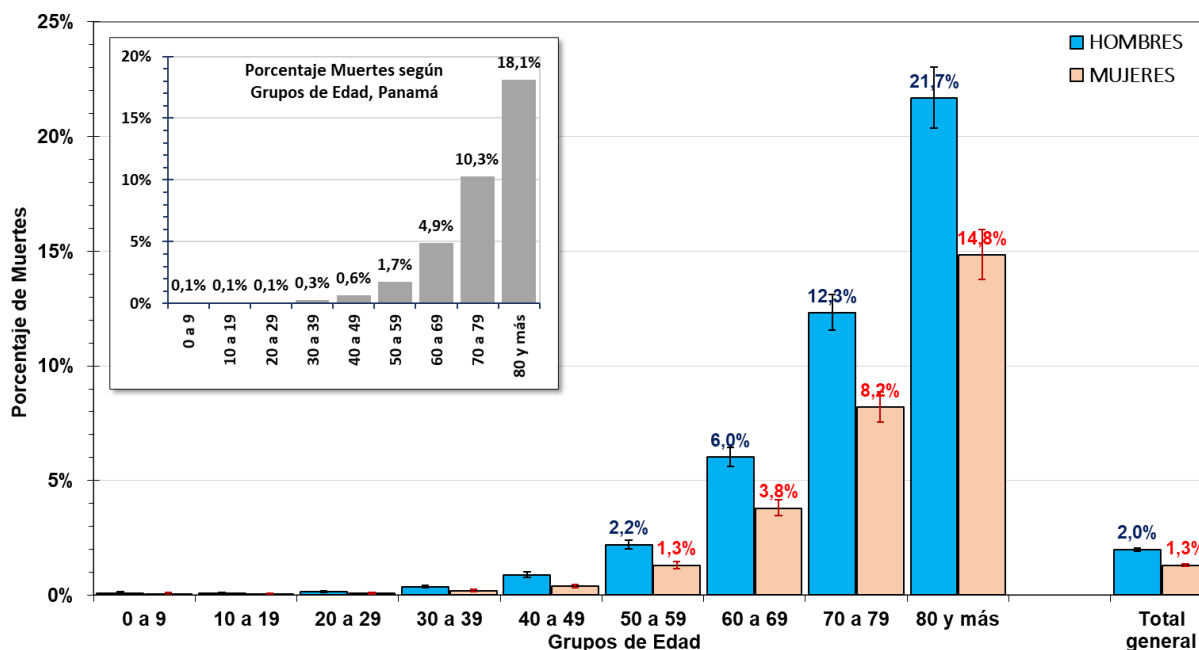
Figura 12
Mortalidad por COVID-19 por Grupos de Edad y Sexo. Panamá, Febrero 6 de 2021



En la figura 13, se muestra la distribución de los fallecidos por grupos de edad y sexo. Por edades se tiene que en el grupo de 80 años hay una proporción más elevada de muertes con el 18,1%, le sigue el grupo de 70 y 79 que aporta el 10,3%, los de 60 a 69 años el 4,9% y los de 50 a 59 años el 1,7%. La letalidad por COVID-19 en menores de 49 años está entre el 0,1 y 0,6%.

Según sexo, los hombres tienen una letalidad general del 2,0%, es decir, que mueren en una proporción 0,7% mayor que las mujeres (1,3%), diferencias que están más marcada en el grupo de 80 y más años, donde la letalidad masculina es de 21,7%, indicando que los hombres que contraen la COVID-19 mueren en un porcentaje 6,9% mayor con respecto a las mujeres de este grupo (letalidad femenina 14,8%); los hombres de 70 a 79 años, de 60 a 69 años y de 50 a 59 fallecen en una proporción equivalente al 4,1%, 2,2% y 0,9% más, frente a las mujeres de los respectivos grupos de edad.

Figura 13
Porcentaje Muertes según Grupos de Edad y Sexo. Panamá, marzo 9 2020 a febrero 6 de 2021

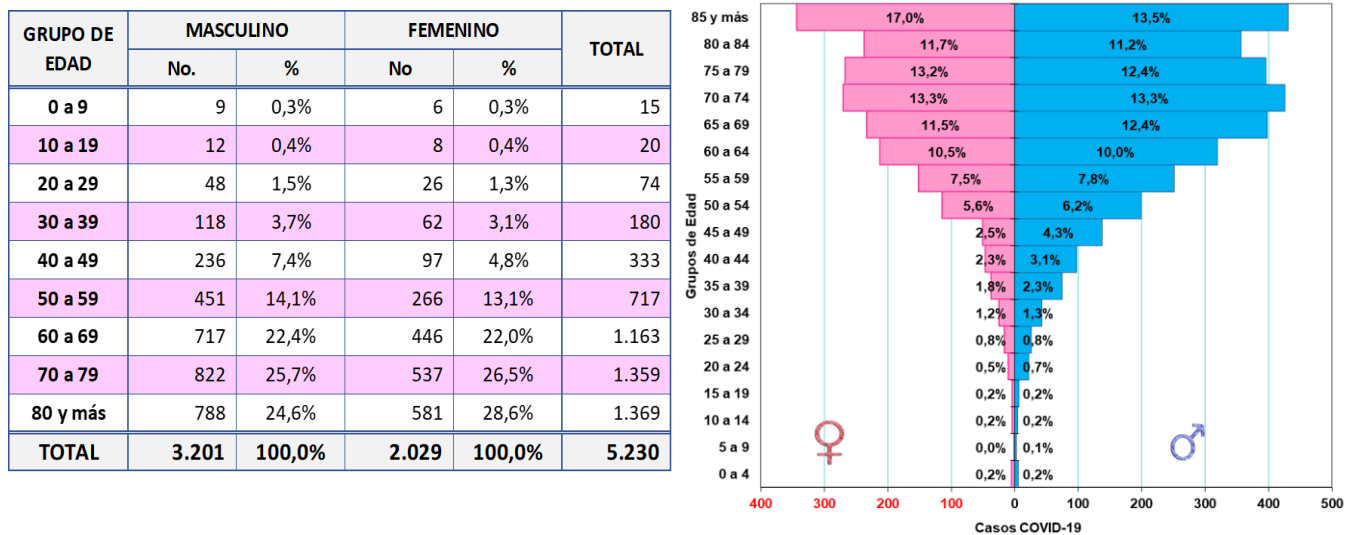


En la figura 14, igualmente se aprecia que a medida que se avanza la edad se aumenta la mortalidad. En la distribución de 5.230 muertes ocurridas hasta el 6 de febrero, se observa cómo la pirámide se invierte (base muy reducida con cúspide muy amplia), y es a partir de los 50 años que se presenta el 88,1% de las muertes. Entre estos, el grupo de 80 y más años tienen el 26,1% de los fallecidos, siendo el único grupo de edad en que se presenta el mayor porcentaje de muertes en las mujeres (28,6%).

En las franjas de edad por arriba de los 20 años hasta los 69 años, las muertes en la población masculina superan las ocurridas en la femenina, indicando que estos tienden a sufrir la

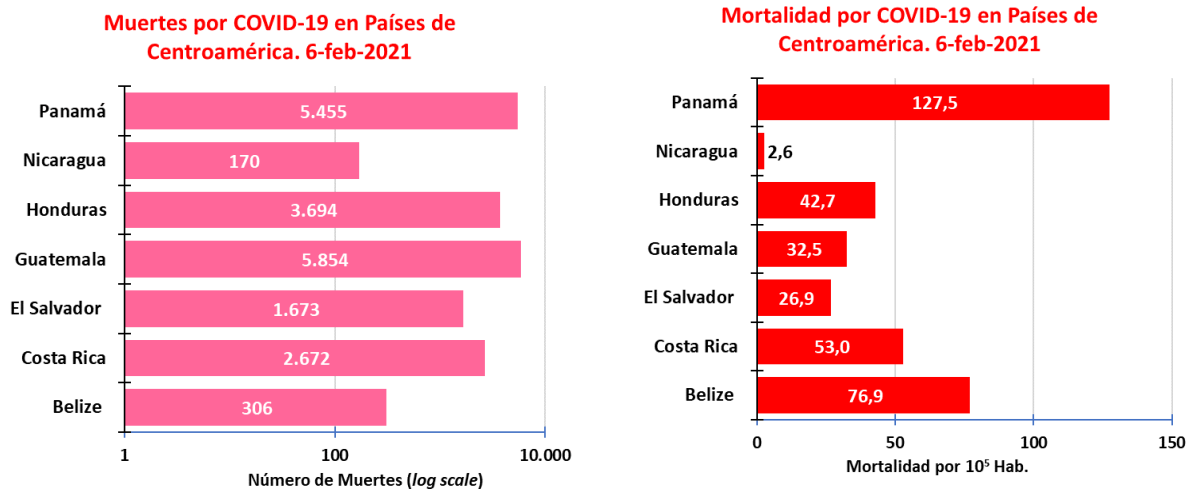
enfermedad de manera más severa y tener más complicaciones que conducen a la muerte. En esta muestra, el 61,2% de las muertes (3.201) están ocurriendo en la población masculina, con una relación hombre mujer aproximada de 2:1.

Figura 14
Muertes por COVID-19 por grupos de edad y sexo. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 febrero de 2021
N=5.230 muertes



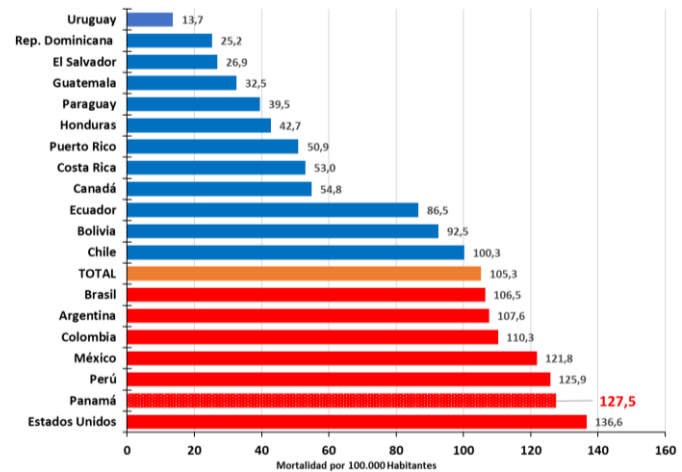
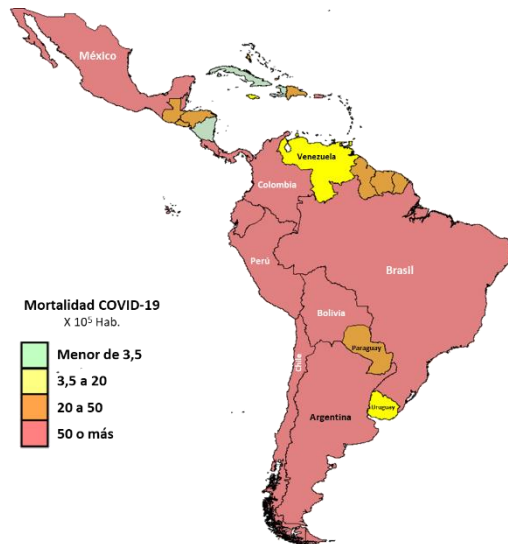
Con un acumulado de 5.455 defunciones ocurridas hasta el 6 de febrero de 2021, Panamá ocupa el segundo lugar entre los países de Centro América con mayor número de muertes después de Guatemala (5.854 muertes). (figura 15).

Figura 15
Defunciones y Mortalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, febrero 6 de 2021



Con relación a la de mortalidad¹ de las figuras 15, 16 y 17, en la SE 5, Panamá registra una mortalidad de 127,5 x 100.000 habitantes, por encima de la mortalidad para las Américas de 105,3 x 100.000 habitantes (figura 17), ocupando así el segundo lugar en la Región después de Estados Unidos, y el primer lugar con la mayor tasa de mortalidad entre los países de Centroamérica, considerando los reportes oficiales. (figura 15).

Figura 16. Mortalidad por COVID-19 por países, febrero 6 de 2021 **Figura 17. Mortalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 6 febrero de 2021**



En Panamá, el porcentaje total de muertes entre quienes se confirmaron con la COVID-19 es del 1,7% hasta el 6 de febrero de 2021. A la fecha, se continúa entre los países de las Américas con más baja letalidad, incluso inferior a la letalidad para la Región que es de 2,3% (figuras 18 y 19) y ocupando el segundo lugar entre los países centroamericanos con más baja letalidad después de Costa Rica (1,4%). (figura 20).

¹. Este indicador se refiere a las personas que mueren sobre el total de población, y se expresa por 100.000 habitantes.

Figura 18. Letalidad de la COVID-19 por Países, Figura 19. Letalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 6 febrero de 2021

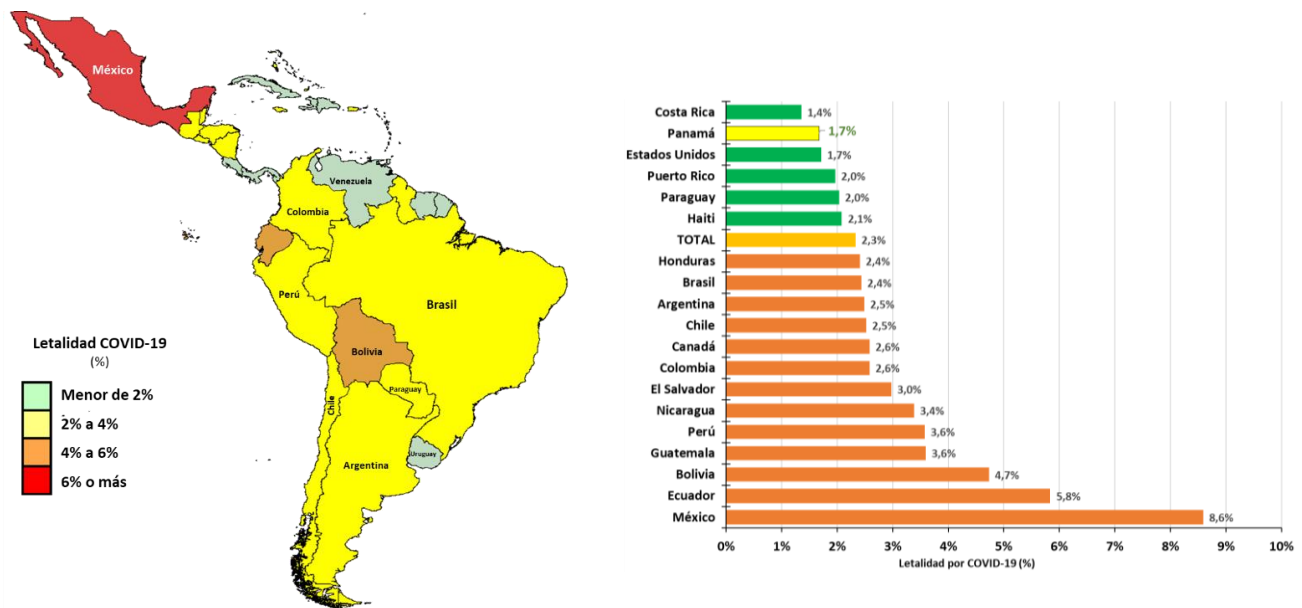
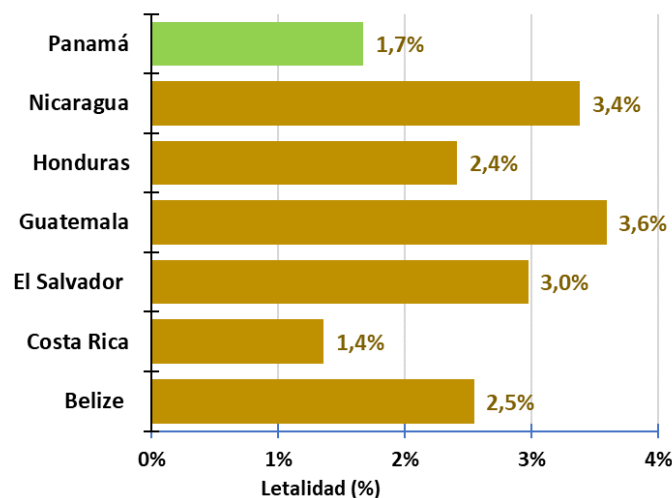


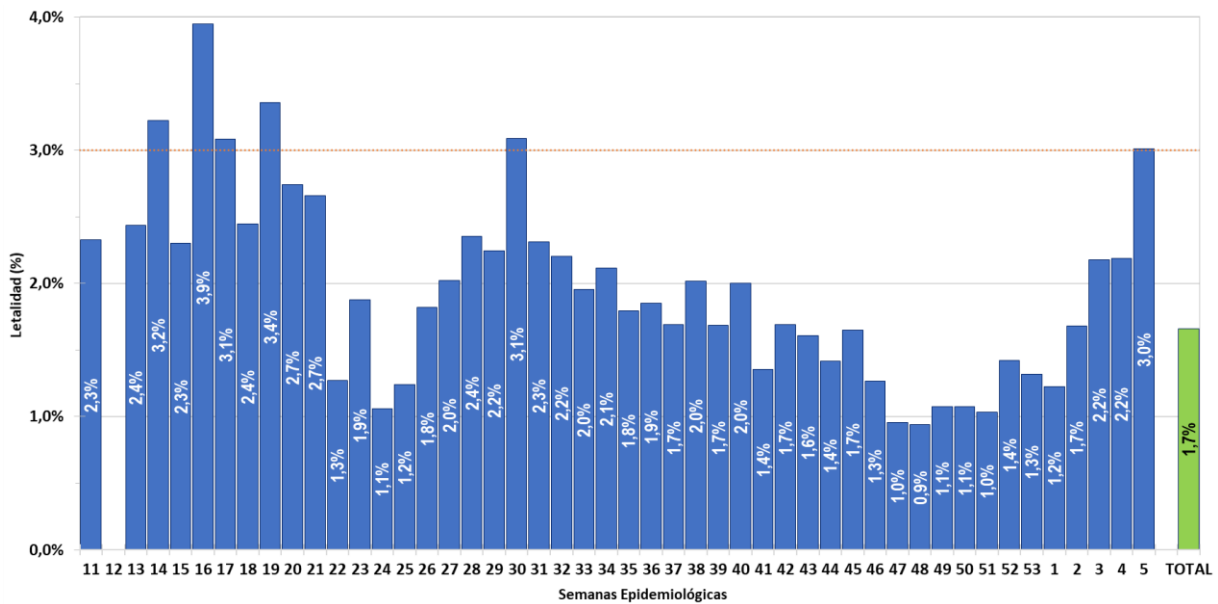
Figura 20
Letalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, febrero 6 de 2021

Letalidad de la COVID-19 en Países de Centroamérica. 6-feb-2021



Desde la SE 20 de 2020 a la SE 5 de 2021, la letalidad ha oscilado entre 0,9 a 3,1%, con una letalidad general del 1,7%. En la SE 5, la letalidad específica aumentó 0.8% al pasar de 2,2% en la SE 4 a 3,0%. (figura 21).

Figura 21
Porcentaje Muertes según Semanas Epidemiológicas. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 febrero 2021



Al 6 de febrero, Panamá es el segundo país de las Américas con más alta incidencia después de Estados Unidos, con 7.630,3 casos acumulados por cada 100.000 habitantes, y a su vez está por encima de la tasa promedio para la Región de 4.520,5 x 100.000 habitantes (figuras 22 y 23). Asimismo, ocupa el primer lugar en casos acumulados (326.464 casos) e incidencia entre los países de Centroamérica. (Figura 24).

Figura 22
Incidencia de COVID-19 por Países, febrero 6 de 2021

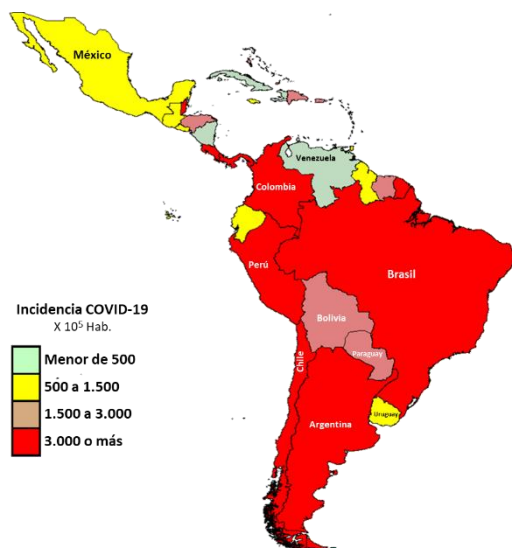


Figura 23
Incidencia por COVID-19, primeros 20 países de América al 6 febrero de 2021

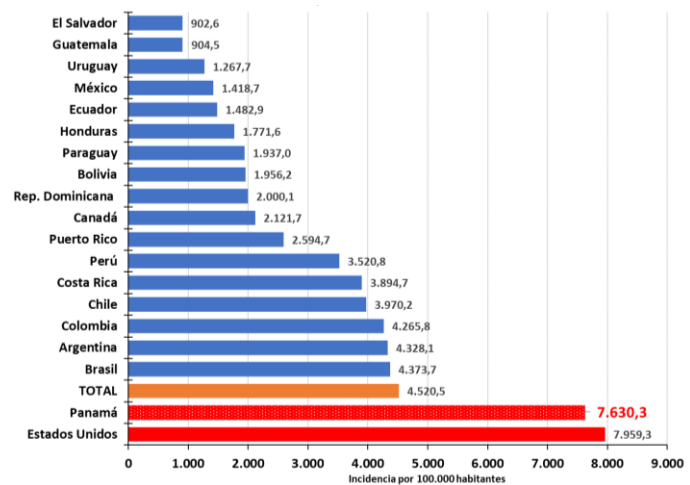
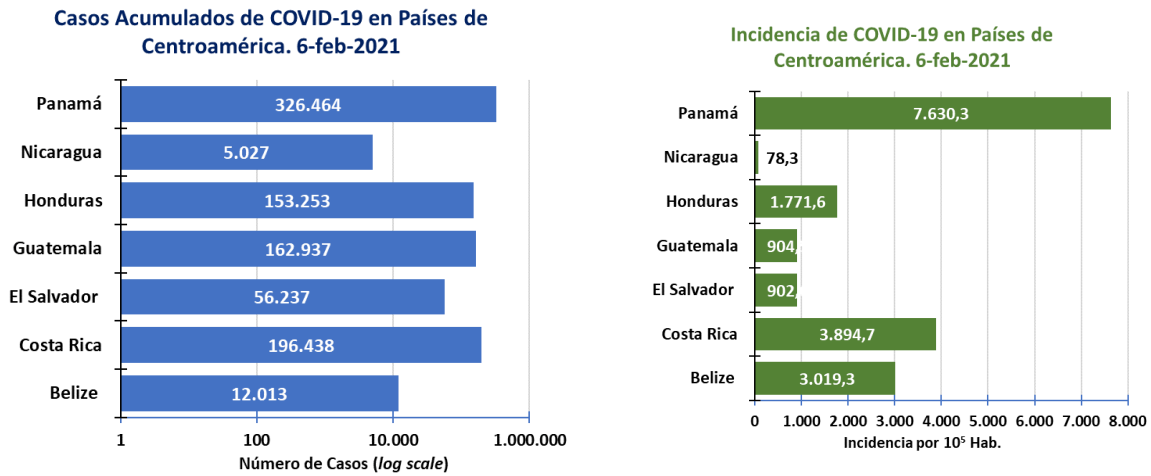
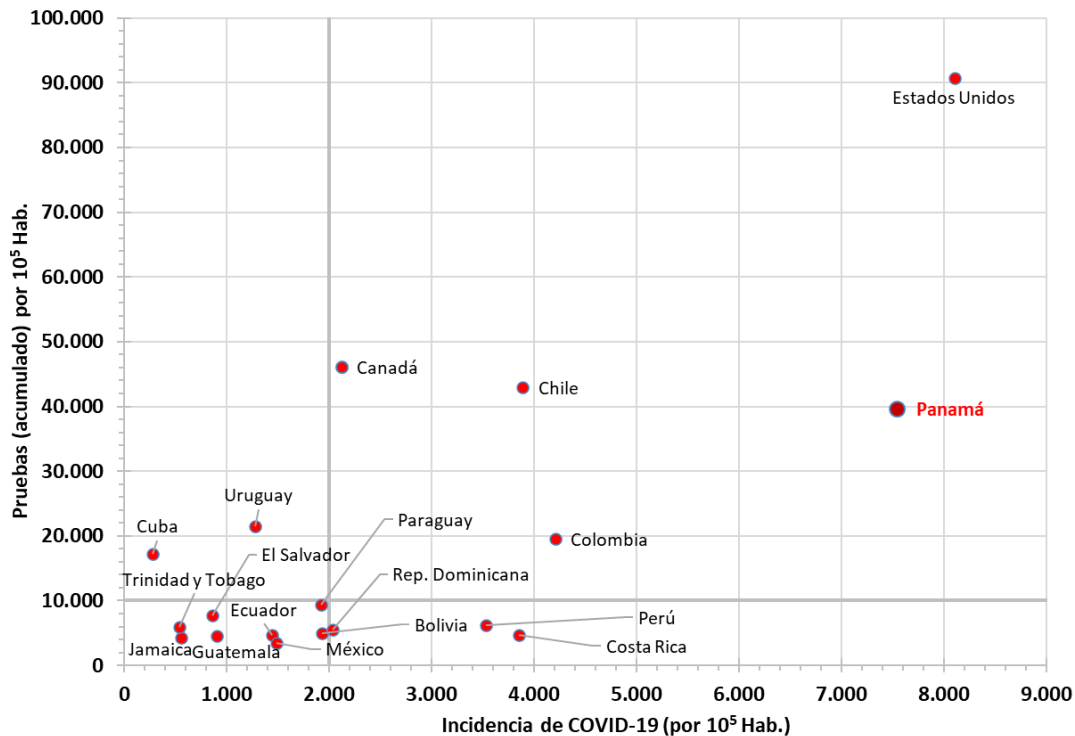


Figura 24
Casos e Incidencia de COVID-19 en países de Centroamérica, febrero 6 de 2021



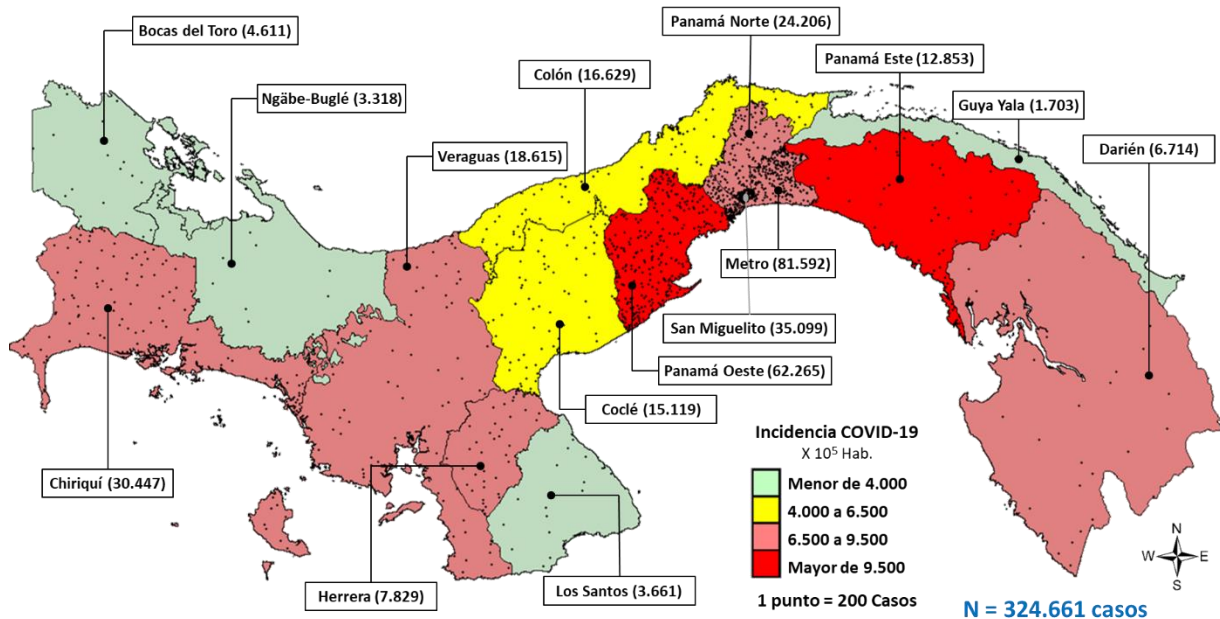
Si bien Panamá muestra la incidencia más alta de COVID-19 en América, es de los países que más pruebas de diagnóstico aplica a la población (405.200 pruebas por millón de habitantes), siendo superada sólo por Chile (429.245 pruebas por millón de habitantes), Canadá (460.678 pruebas por millón de habitantes), y Estados Unidos (906.911 pruebas por millón de habitantes). (figura 25).

Figura 25
Incidence de COVID-19 y Pruebas por países, febrero 6 de 2021



Con relación a la distribución geográfica de los casos acumulados por regiones de salud hasta el 6 de febrero, el 72,3% de los casos se distribuyen en las siguientes seis regiones: Metropolitana con 25,1% (81.592 casos), Panamá Oeste con 19,2% (62.265 casos), San Miguelito con 10,8% (35.099 casos), Panamá Norte con 7,5% (24.206), Veraguas con 5,7% (18.615 casos) y Panamá Este con 4,0% (12.853 casos). Las nueve regiones restantes contribuyen con el 27,7% de los casos. (figura 26).

Figura 26
COVID-19 en COVID-19 en Regiones de Salud de Panamá – Casos e Incidencia Acumulada, Febrero 6 de 2021



Las mayores tasas de incidencia acumulada las aporta Panamá Oeste con 10.266,9 casos por 100.000 habitantes, Panamá Este con 10.228,1 casos por 100.000 habitantes, Darién con 9.478,5 casos por 100.000 habitantes, Metropolitana con 9.462,1 casos por 100.000 habitantes, San Miguelito con 9.214,8 casos por 100.000 habitantes y Panamá Norte con 8.420,2 casos por 100.000 habitantes. (figura 26 y 27).

En la figura 28 se visualiza una proporción de casos en la población masculina del 51% y el 68,5% de los casos se concentra en las edades de los 20 a los 59 años en ambos sexos. La pirámide tiene una base mediana más o menos homogénea, conformada por los grupos de 0 a 19 años, que luego se amplifica hasta el grupo de 50 a 55 años para terminar con una cúspide que se va estrechando por encima del grupo de los 60 años hasta el de más de 85 años.

Figura 27
Incidencia de COVID-19 por Regiones de Salud. Panamá, Febrero 6 de 2021

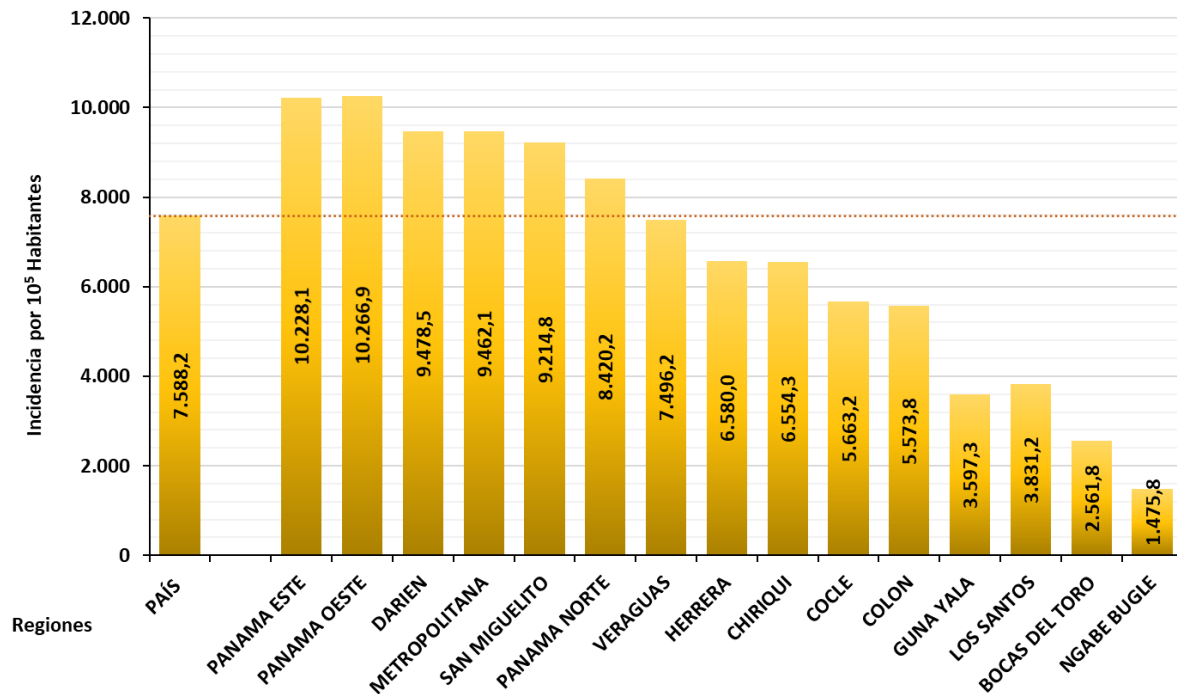
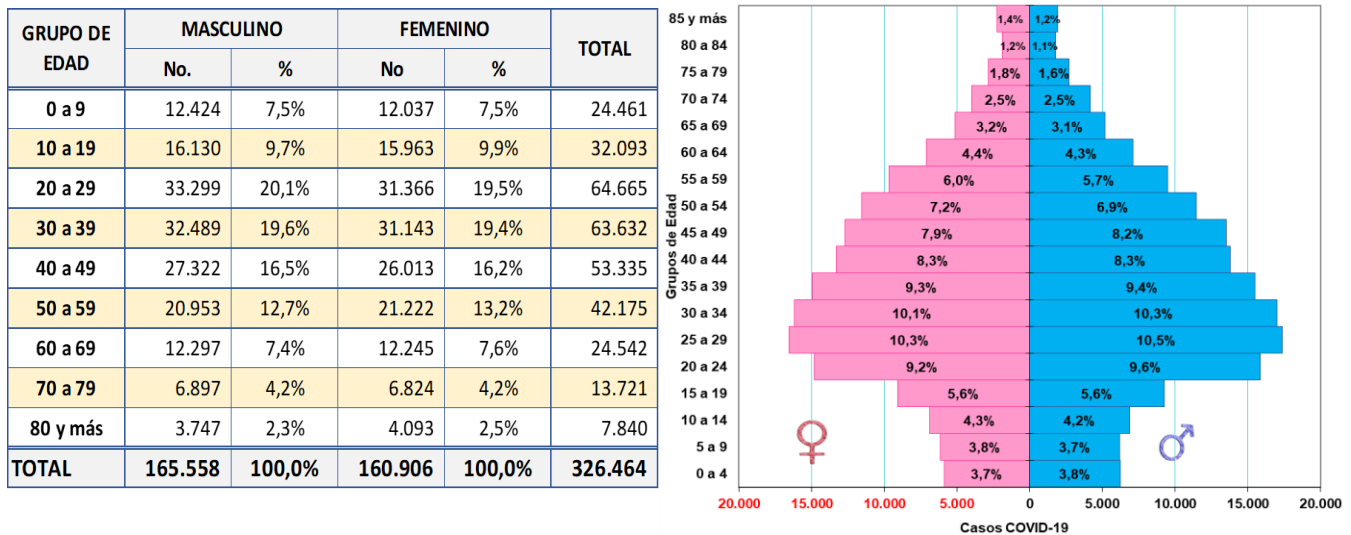
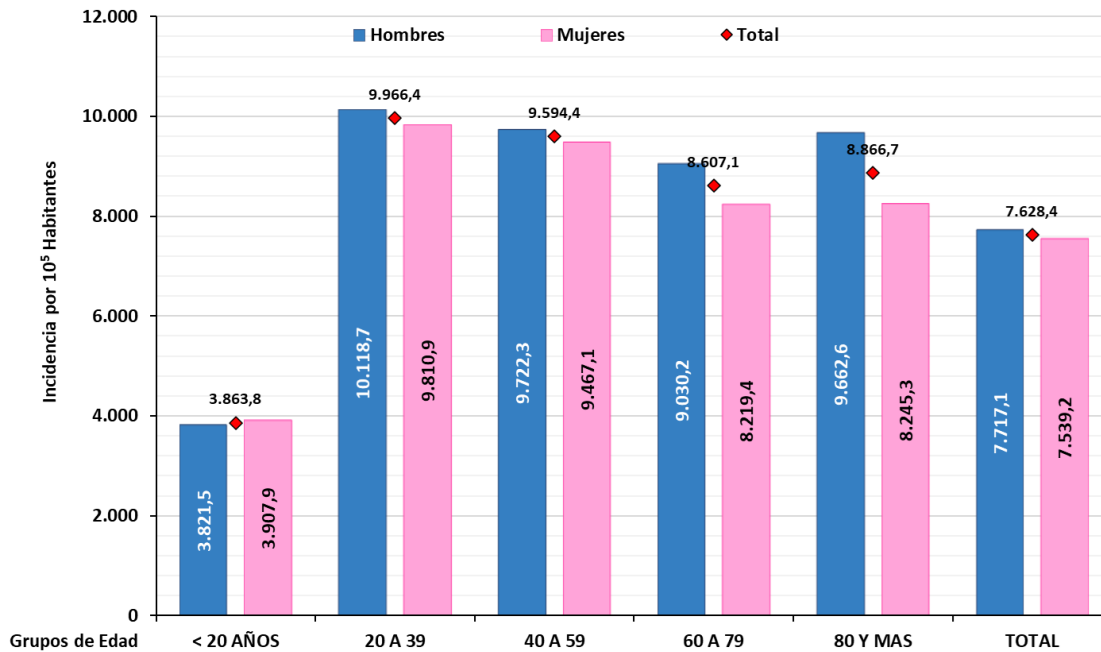


Figura 28
Casos de COVID-19 por grupos de edad y sexo. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 febrero de 2021
N=326.464 casos



La incidencia general de la COVID-19 en la población masculina es de 7.717,1 por 100.000 hab., ligeramente superior a la femenina de 7.539,2 por 100.000 hab., y se comporta de igual forma en los grupos de 20 a 80 y más años más alta en mujeres. (Figura 29)

Figura 29
Incidencia de COVID-19 por Grupos de Edad y Sexo. Panamá, Febrero 6 de 2021



En siete de las regiones de salud se concentra el 80,8% del total de casos activos hasta el 6 de febrero: La Metropolitana con 5.440 casos (17,7%), Panamá Oeste con 4.972 (16,2%), Chiriquí con 4.551 (14,8%), Veraguas con 3.112 casos (10,1%), Coclé con 2.412 casos (7,8%), San Miguelito con 2.200 casos (7,2%) y Panamá Norte con 2.163 casos. Las regiones con menos del 1% de casos activos son: Ngäbe Buble con 159 (0,5%) y Guna Yala con 64 (0,2%). (figura 30).

La tasa de incidencia de casos activos a nivel nacional es de 718,4 casos por 100.000 habitantes con cinco regiones que se destacan con la incidencia más alta de casos activos, estas son: Veraguas con 1.253,2 casos por 100.000 habitantes, Herrera con 1.046,4 casos por 100.000 habitantes, Chiriquí con 979,7 casos por 100.000 habitantes, Coclé con 903,5 casos por 100.000 habitantes y Panamá Oeste con 819,8 casos por 100.000 habitantes.

La pirámide de los 31.031 casos activos de la COVID-19 de la figura 31, presentan una distribución similar a la de los casos, con una base regular que se va ampliando progresivamente y a partir de los 20 años hasta los 59 y donde se concentra el 63,8% de casos. La cúspide se hace más reducida a partir de los 60 años. El 51% de casos activos corresponde a la población femenina (figura 31).

Figura 30
COVID-19 en Regiones de Salud, Panamá – Casos Activos e Incidencia, Febrero 6 de 2021

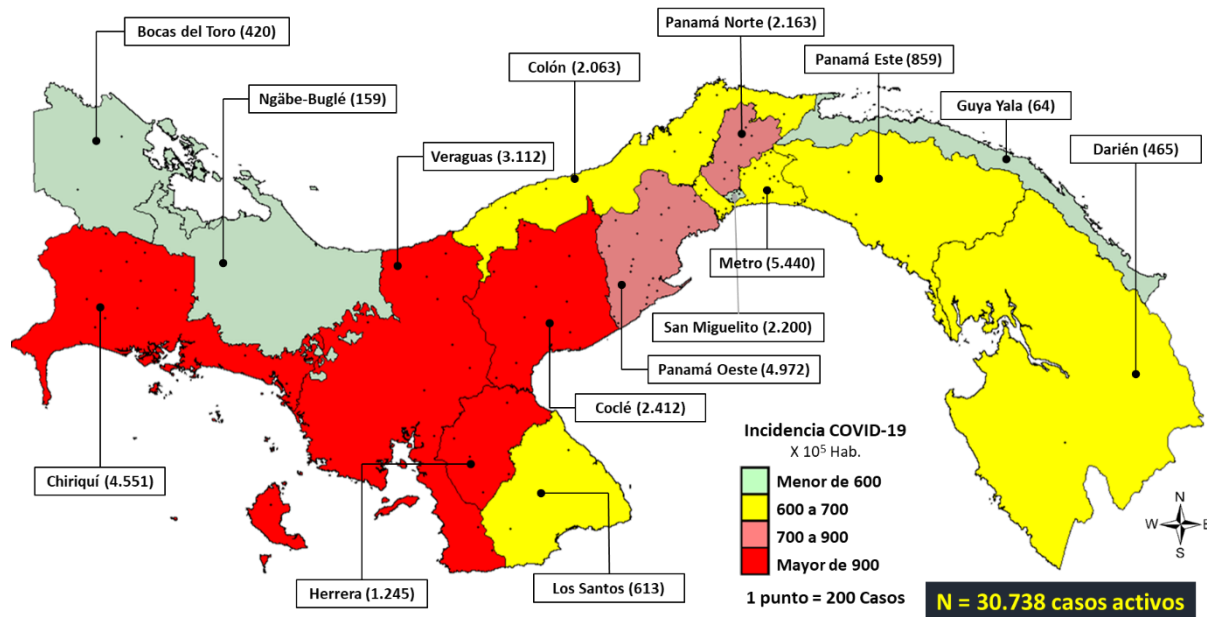
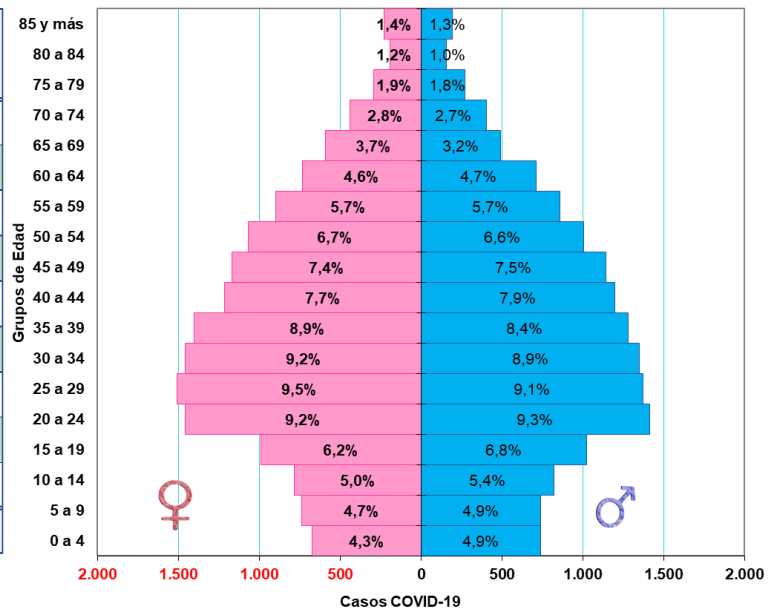


Figura 31
Casos Activos de COVID-19 por grupos de edad y sexo. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 febrero de 2021

N=31.031 casos

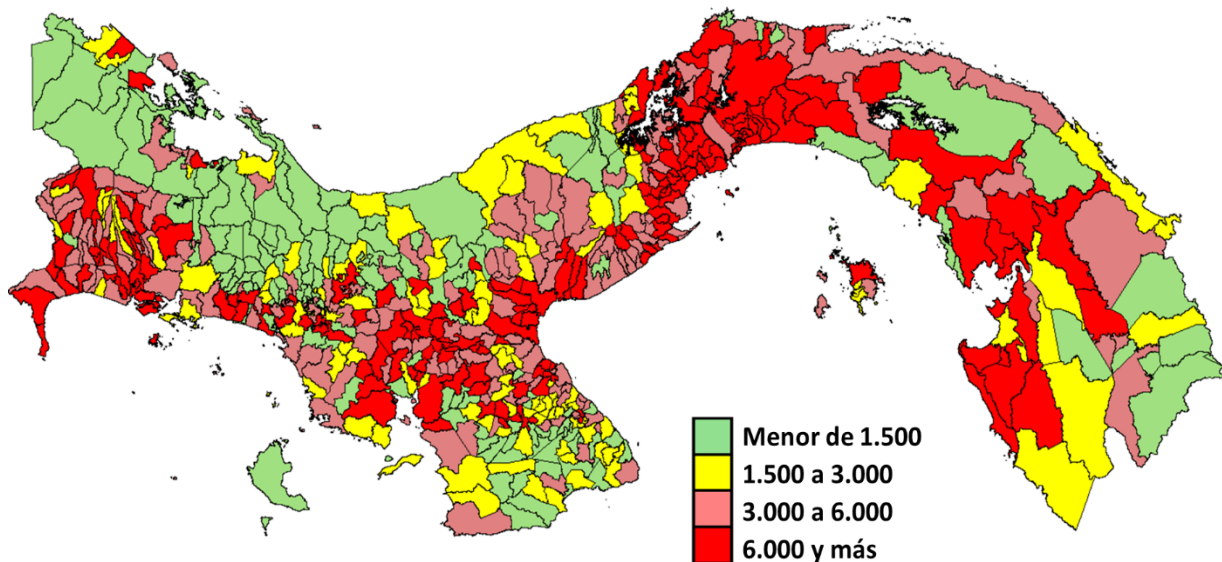
GRUPO DE EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL
	No.	%	No	%	
0 a 9	1.481	9,8%	1.415	8,9%	2.896
10 a 19	1.848	12,2%	1.776	11,2%	3.624
20 a 29	2.787	18,4%	2.969	18,7%	5.756
30 a 39	2.633	17,3%	2.861	18,1%	5.494
40 a 49	2.340	15,4%	2.384	15,0%	4.724
50 a 59	1.862	12,3%	1.964	12,4%	3.826
60 a 69	1.205	7,9%	1.324	8,4%	2.529
70 a 79	677	4,5%	735	4,6%	1.412
80 y más	349	2,3%	421	2,7%	770
TOTAL	15.182	100,0%	15.849	100,0%	31.031



Entre los 10 corregimientos con más alta incidencia de casos se encuentran: San Martín de Porres (Veraguas) con 120.464,3 casos por 100.000 hab., Pedregal (Chiriquí) con 60.388,4 casos por 100.000 hab., Herrera (Panamá Oeste) con 50.121,6 casos por 100.000 hab., Playa Leona (Panamá Oeste) con 24.308,8 casos por 100.000 hab., Bugaba (Chiriquí) con 23.721,9 casos por 100.000 hab., Santa Fe (Darién) con 21.470,0 casos por 100.000 hab., Nuevo Emperador (Panamá Oeste) con 21.162,2 casos por 100.000 hab., David (Chiriquí) con 20.216,2 casos por 100.000 hab., San José (Veraguas) con 20.056,1 casos por 100.000 hab., y Santiago (Veraguas) con 18.998,4 casos por 100.000 hab. (figura 28).

Entre los 10 corregimientos con más alta incidencia de casos activos figuran: San Martín de Porres (Veraguas) con 21.152,2 casos por 100.000 hab., Pedregal (Chiriquí) con 12.917,8 casos por 100.000 hab., Rio Congo (Darién) con 5.863,4 casos por 100.000 hab., La Tetilla (Veraguas) con 5.605,3 casos por 100.000 hab., Las Trancas (Los Santos) con 3.903,3 casos por 100.000 hab., El Cacao (Veraguas) con 3.900,7 casos por 100.000 hab., Bugaba (Chiriquí) con 3.607,3 casos por 100.000 hab., Herrera (Panamá Oeste) con 3.599,2 casos por 100.000 hab., Bella Vista (Chiriquí) con 3.518,3 casos por 100.000 hab., y El Carrillo (Veraguas) con 3.338,4 casos por 100.000 hab. (figura 32).

Figura 32
Incidencia COVID-19 por corregimientos de Panamá, febrero 6 de 2021



La figura 34 muestra los corregimientos que confirmaron más casos en la SE 5 de con respecto a SE 4, entre los 10 primeros se encuentran: Cristóbal- Colón (165/113), Santiago - Veraguas (214/174), Metetí – Darién (47/11), David – Chiriquí (268/236), Chiriquí – Chiriquí (31/4), La Concepción – Chiriquí (85/60), San Antonio – Veraguas (53/28), Rincón – Chiriquí (28/5), Guarumal - Veraguas (26/5) y Tulu - Coclé (31/12).

Figura 33
Incidencia (casos activos) COVID-19 por corregimientos de Panamá, febrero 6 de 2021

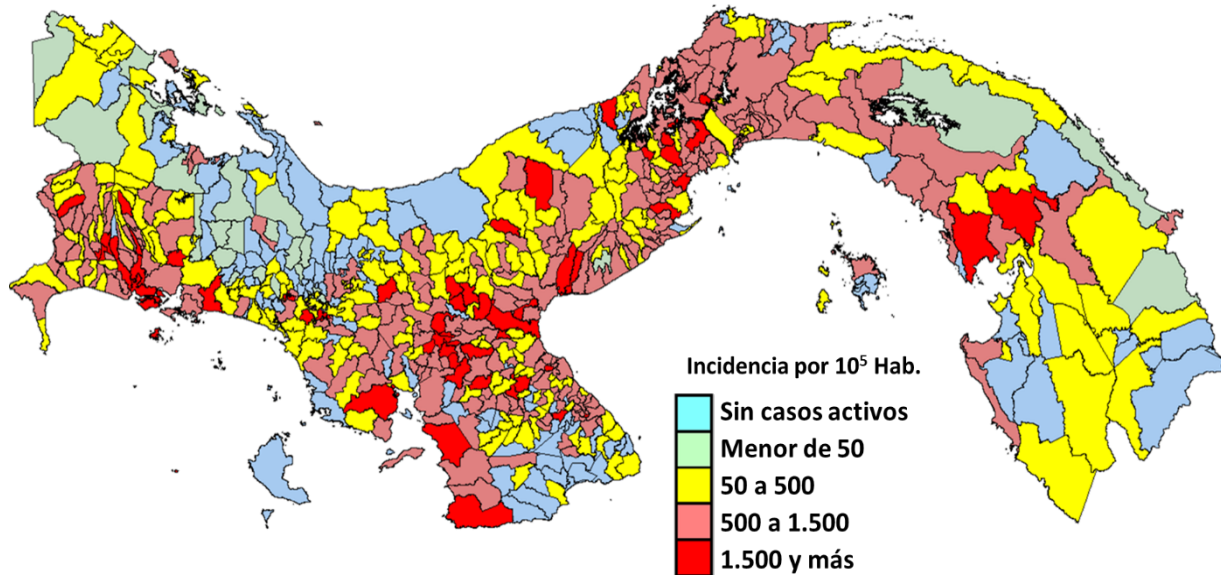
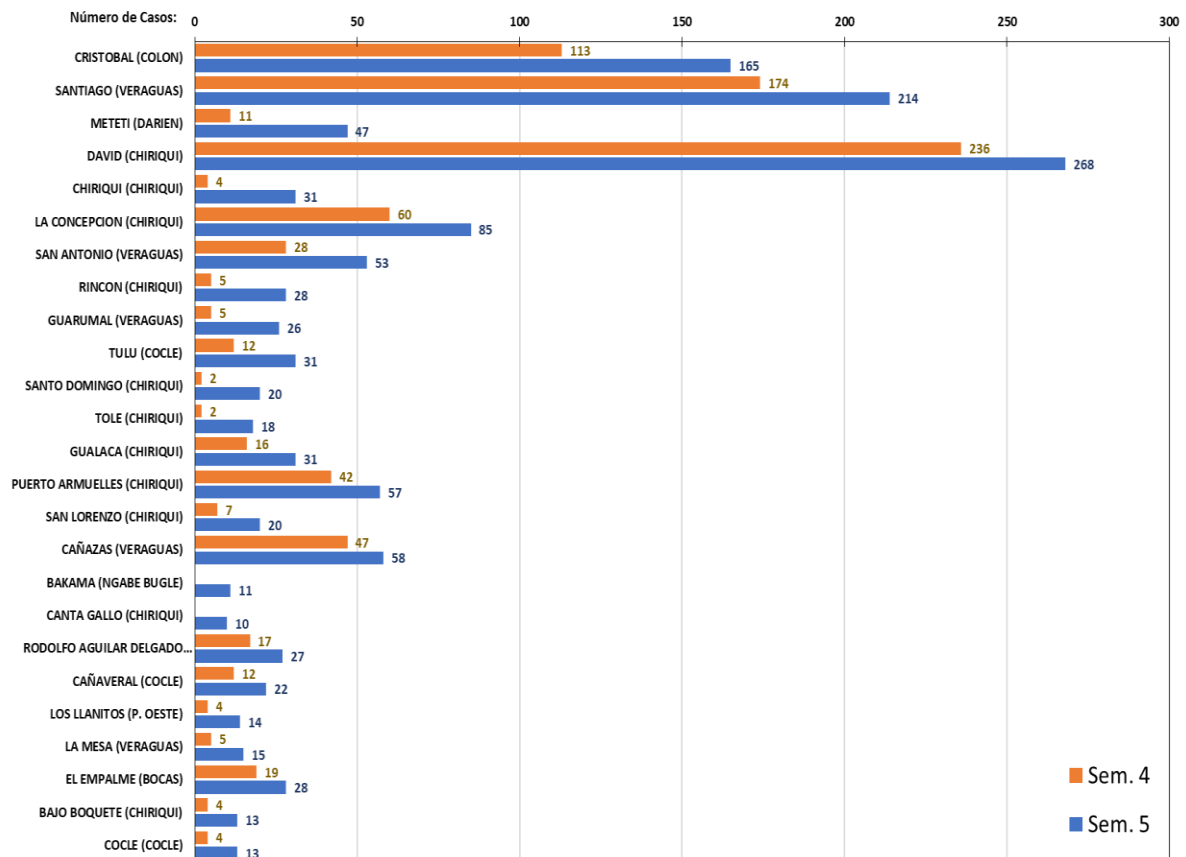
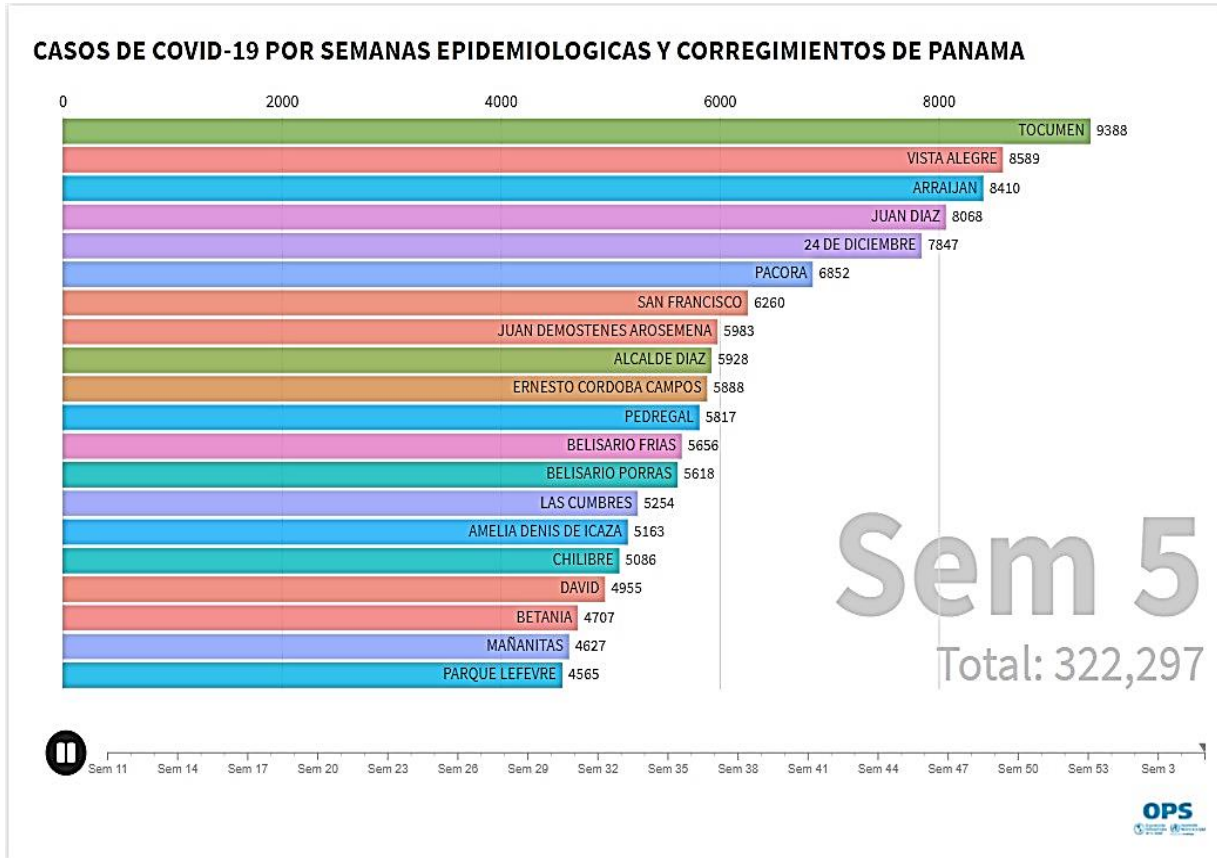


Figura 34
Corregimientos reportando mayor número de casos (cambio entre semanas epidemiológicas 4 y 5 de 2021)



Para consultar la evolución de los casos de COVID-19 por semanas epidemiológicas y corregimientos de Panamá, ingrese al siguiente enlace:
<https://public.flourish.studio/visualisation/5091479/>

Figura 35



Pruebas Diagnósticas para COVID-19 en Panamá

En el periodo comprendido entre el 9 de marzo de 2020 y el 6 de febrero de 2021, se tiene un acumulado de 1.733.650 pruebas realizadas a la población, entre pruebas antigénicas y de RT-PCR; con 9.446 nuevas pruebas en las últimas 24 horas y 121.010 nuevas pruebas desde el pasado reporte del 26 de enero. Es decir que, se están realizando 405.200 pruebas por cada millón de habitantes (Figura 35).

La figura 36 muestra desde la SE 34 el escalamiento en el volumen de pruebas aplicadas a la población por semana, con la realización de 100.089 pruebas en la SE1, en la que se detectó el mayor número de casos hasta la fecha. A partir de la semana 2 se observa reducción en el volumen de pruebas semanales, así que en la SE 5 se realizaron 59.627 pruebas, 40,4% menos a las aplicadas en la SE1.

Figura 35
Pruebas Antigénicas y de RT-PCR en tiempo para COVID-19 en Panamá, acumulado a febrero 6 2021

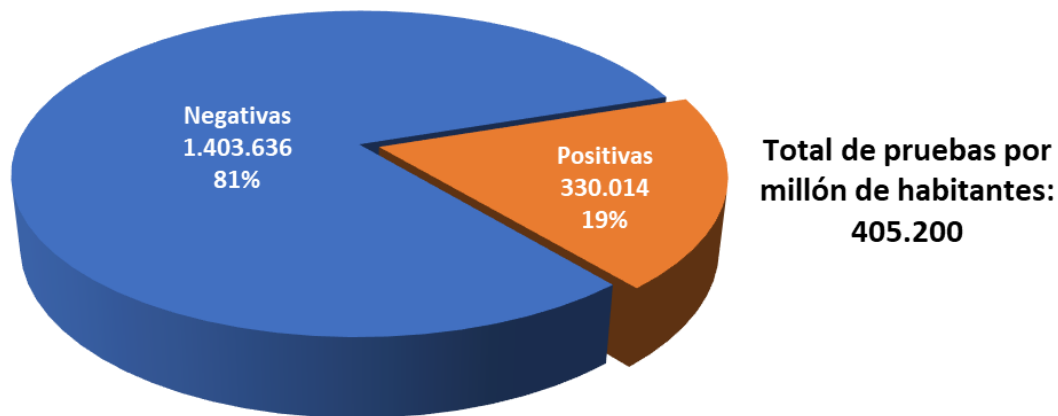
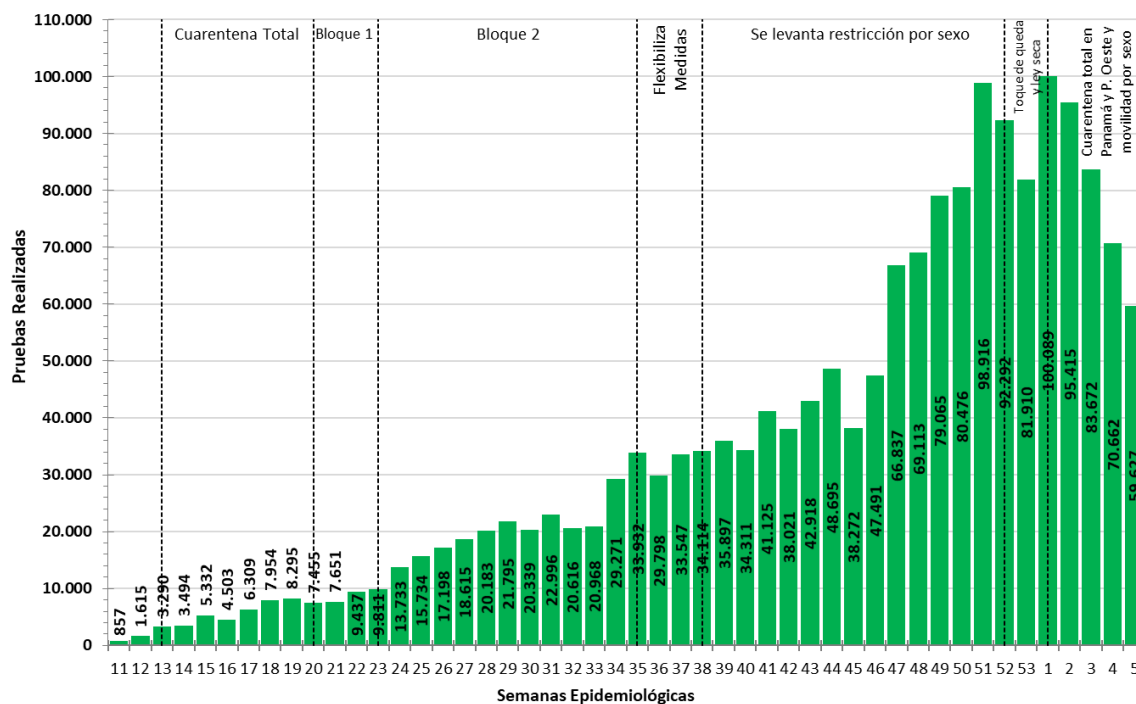


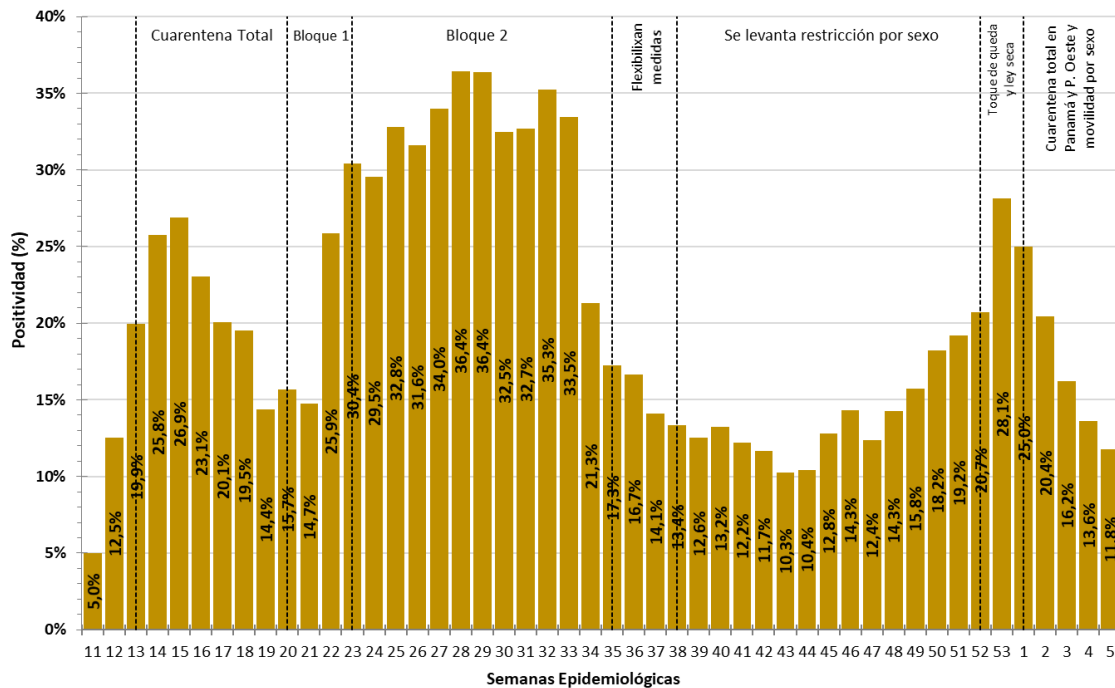
Figura 36
Pruebas por semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 febrero 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021)



En la figura 37 se aprecia que el porcentaje de positividad¹ también ha venido descendiendo, esta semana se registra el 11,8%, con una baja del 58,0% respecto a la SE 53 en la que se ha obtenido el mayor porcentaje en esta segunda ola (28,1%).

¹ Se estima con el número de pruebas con resultado positivo sobre el total de pruebas realizadas por 100.

Figura 37
Positividad por semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 de febrero 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021)



La figura 38 muestra el volumen de pruebas requeridas para la detección de un caso de la COVID-19; variando entre 4 y 6 por 8 semanas consecutivas entre la SE 49 de 2020 a la SE 3; sin embargo, en las dos últimas semanas se requiere entre 7 (SE4) y 8 (SE5) pruebas para identificar un positivo.

Figura 38
Pruebas por Caso Confirmado según semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 de febrero 2021 (semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021)

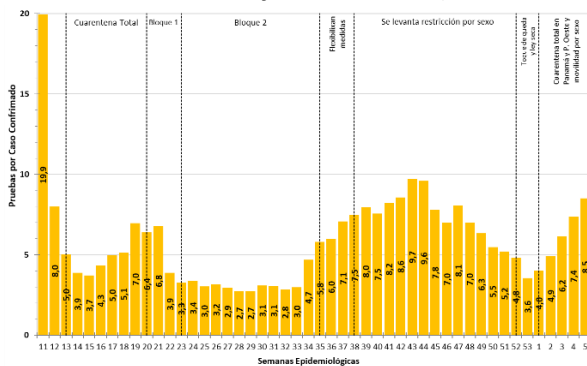
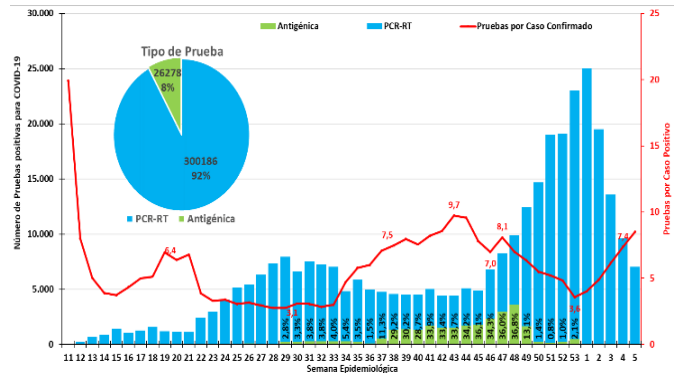


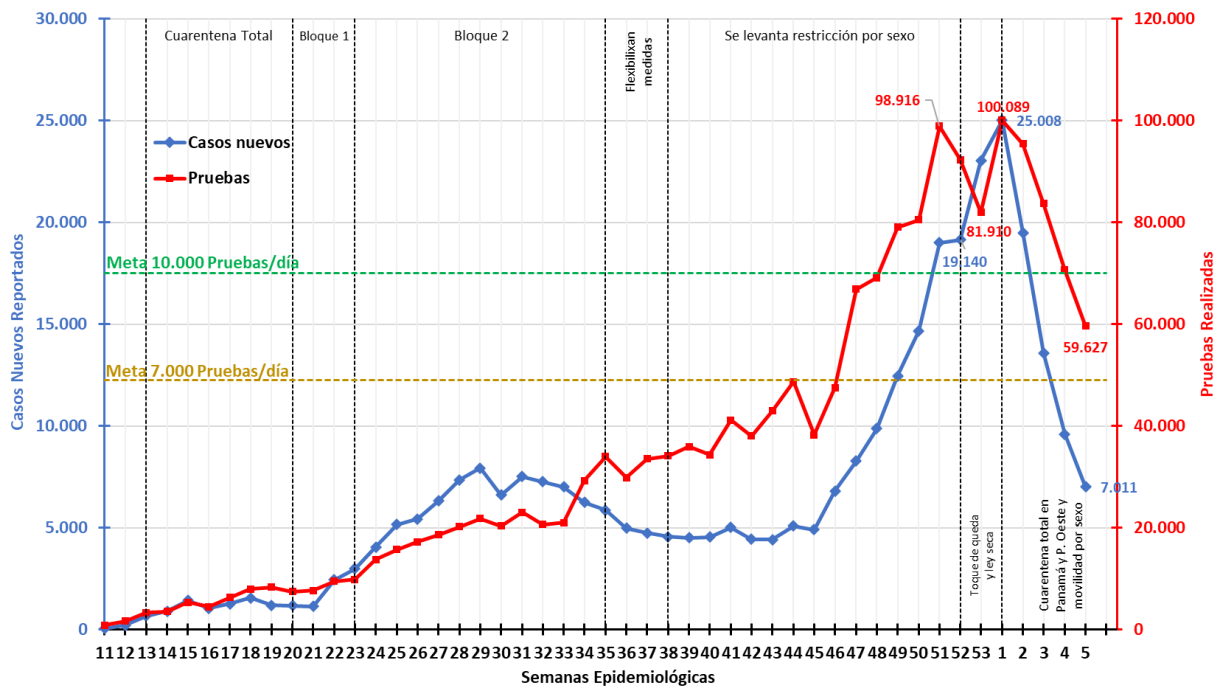
Figura 39
Pruebas para COVID-19 según método, por semana epidemiológica y Número de pruebas por caso positivo



Por tipo de prueba, se observa en la figura 39 que, el 92% (300.186) corresponden a pruebas de PCR, predominando esta prueba desde el inicio de la epidemia.

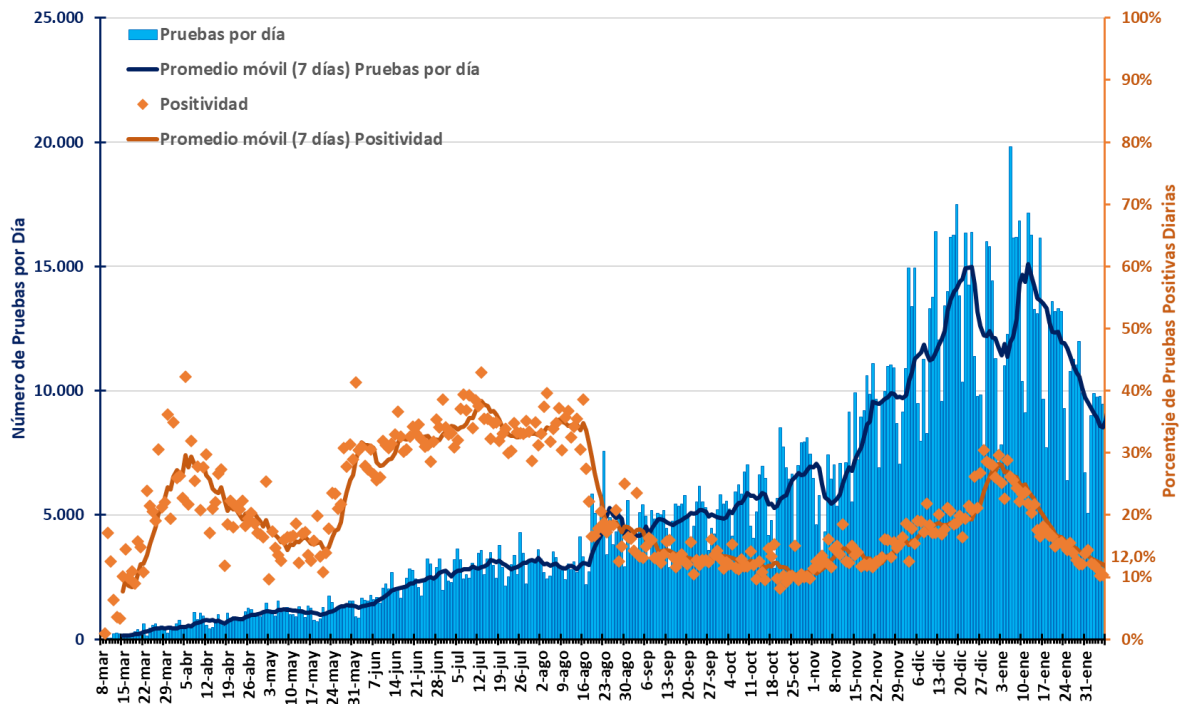
En la figura 40, se muestra que desde la SE47 se alcanzó la meta fijada de las 7.000 pruebas diarias y de 10.000 en la SE 48 (línea roja). En la última semana, al efectuar 59.627 pruebas realizadas (línea roja), se detectaron 7.411 personas con la infección de la COVID-19 (línea azul).

Figura 40
Pruebas Realizadas y Casos Nuevos de COVID-19. Panamá, Semanas Epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 5 de 2021 (Marzo 9 2020 a Febrero 6 2021)



En la figura 41, también se observa en SE 5 un importante descenso en el promedio móvil de positividad de 7 días a 12,0% reduciéndose en más de la mitad con respecto al obtenido en la SE 1 del 25%, esta disminución se presenta de manera simultánea a la caída del promedio móvil a 8.000 pruebas en 7 días, después de llegar a 13.000 y 15.000 pruebas en las SE 2 y SE 3.

Figura 41
Número de Pruebas Reportadas y Porcentaje de Pruebas Positivas por Día
Panamá, 9 de marzo 2020 – 6 de febrero 2021



TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Las figuras 42 y 43 referidas al R_t de los casos (número efectivo de casos secundarios por caso de infección en una población), indica que tanto la estimación del R_t según los casos reportados diariamente como por fecha de inicio de los síntomas, reflejan valores por debajo de 1 de 0,73 (IC95%: 0,71 – 0,74) en el primero y 0,80 (IC95%: 0,79 – 0,82) en el segundo, con corte al 6 de febrero, ambos valores muy próximos el uno del otro.

Este resultado, suponiendo que se mantiene adecuado reporte de datos, indica que en promedio una persona infectada tiene la posibilidad de transmitir la enfermedad durante su periodo de contagio a menos a otro individuo susceptible. En este momento, gracias al gran esfuerzo de la población de acoger las estrategias de intervención de las autoridades sanitarias, como el aislamiento, la cuarentena los fines de semana y la restricción de movilidad por sexo, incluyendo las medidas de protección personal del uso de la mascarilla, lavado frecuente de manos y otras actividades para prevenir el contagio como la limpieza de superficies, se observa una importante disminución en los casos.

Figura 42
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 6 de febrero 2021 por número de **casos reportados diariamente**

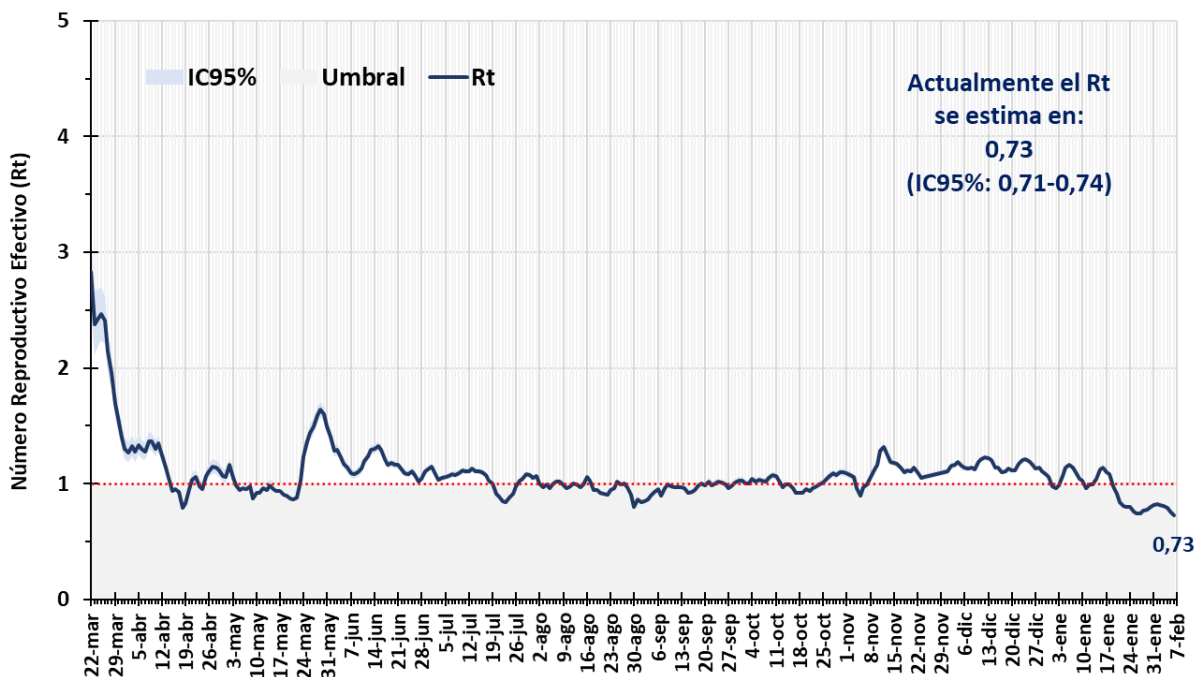
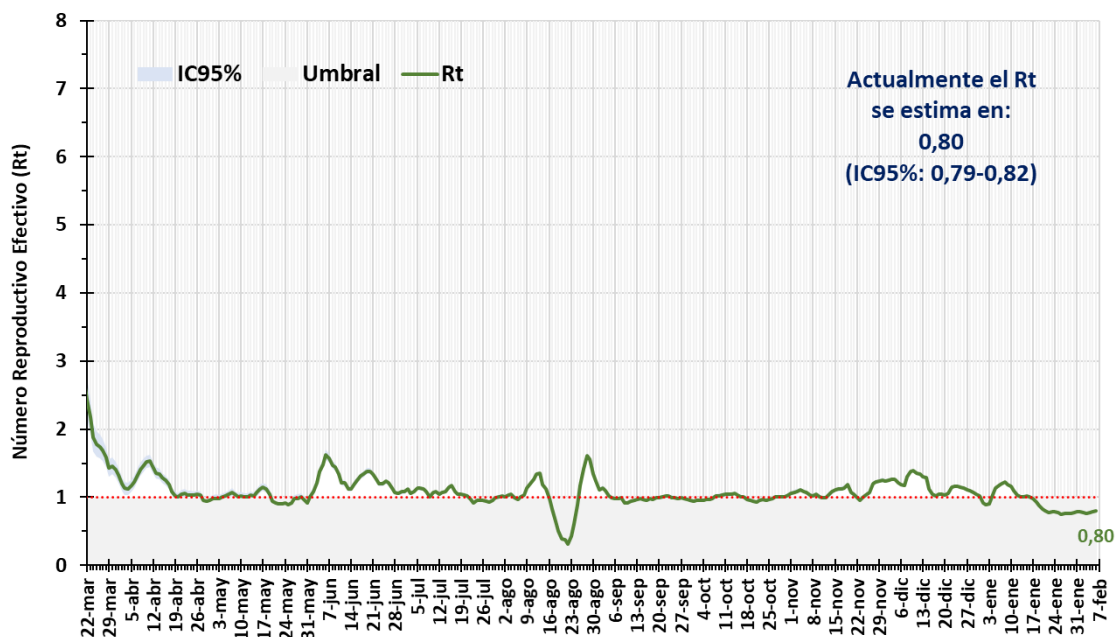
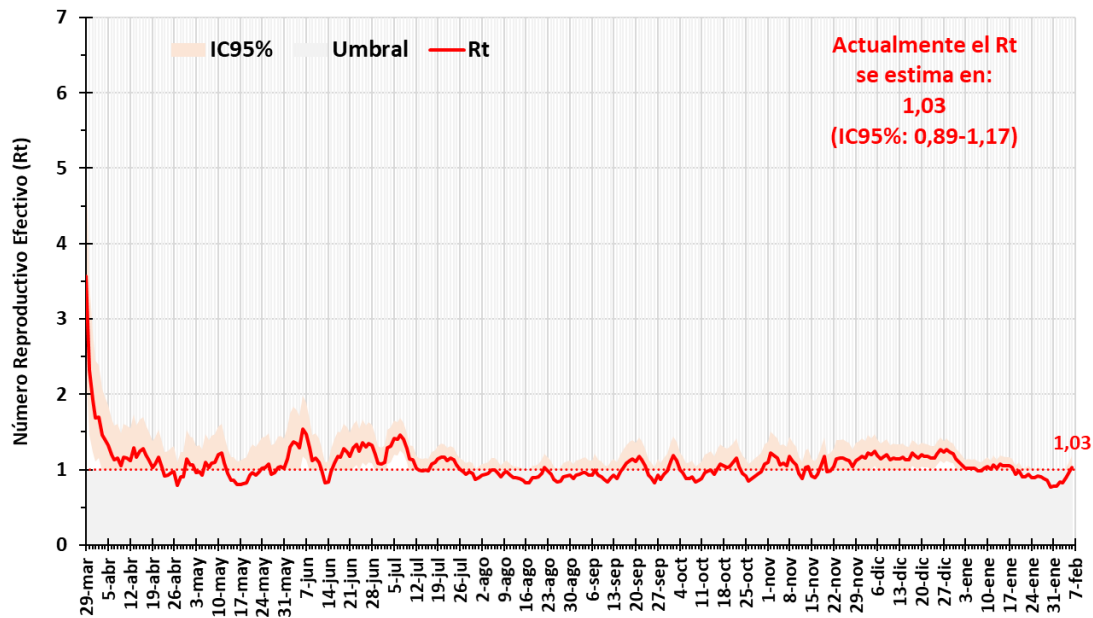


Figura 43
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 6 de febrero 2021 por número de casos según **Fecha de Inicio de Síntomas**



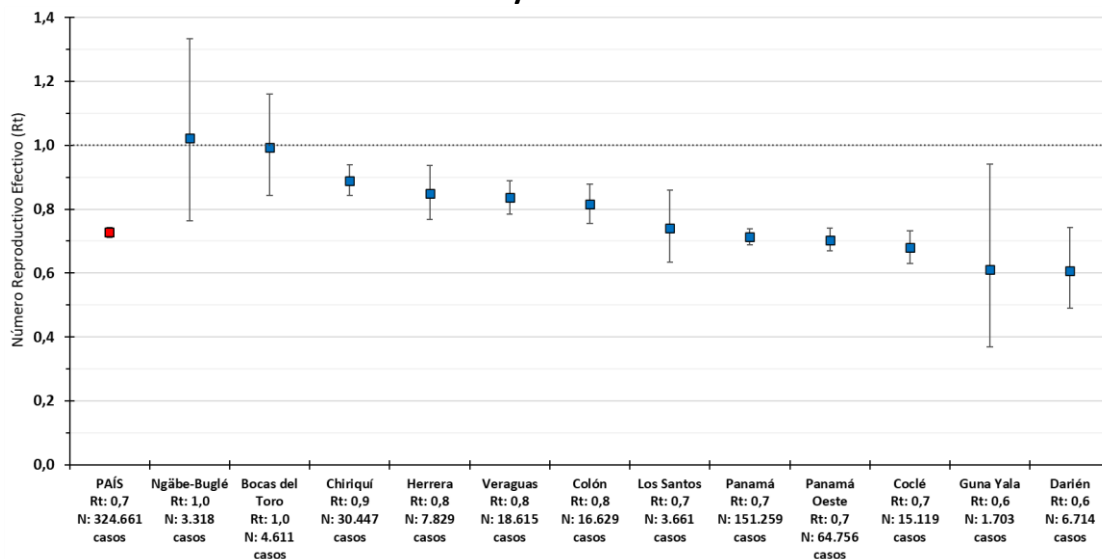
El Rt para las defunciones de la figura 44, tal contrario de lo ocurrido con los casos presentó valor ligeramente superior a 1 en la semana 5, $Rt=1,03$ (IC95%: 0,89 – 1,17).

Figura 44
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 6 de febrero 2021 por número de defunciones diarias reportadas



Con fecha de corte a la SE 5, sólo dos provincias tienen un $R_t = 1$, estas son: Guna Yala y Bocas del Toro; las 10 provincias restantes registran R_t entre 0,9 y 0,6. (figura 51)

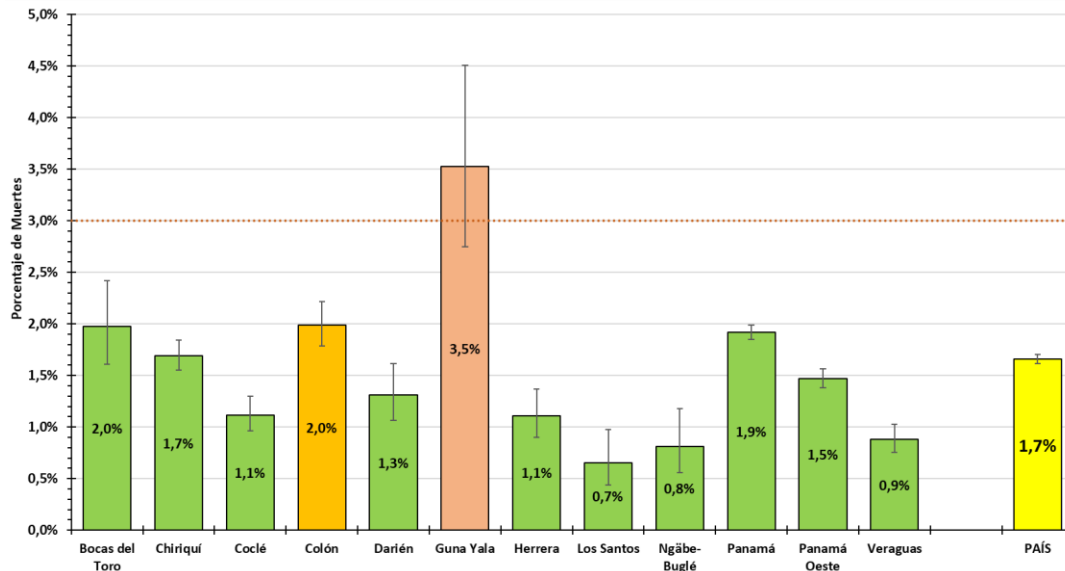
Figura 51
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 6 de febrero de 2021 por Provincias y número de casos



La letalidad por provincias refleja cinco de ellas con porcentajes por encima del promedio nacional (1,7%) estas son: Guna Yala con el 3,5%, Colón y Bocas del Toro con el 2,0%, Panamá

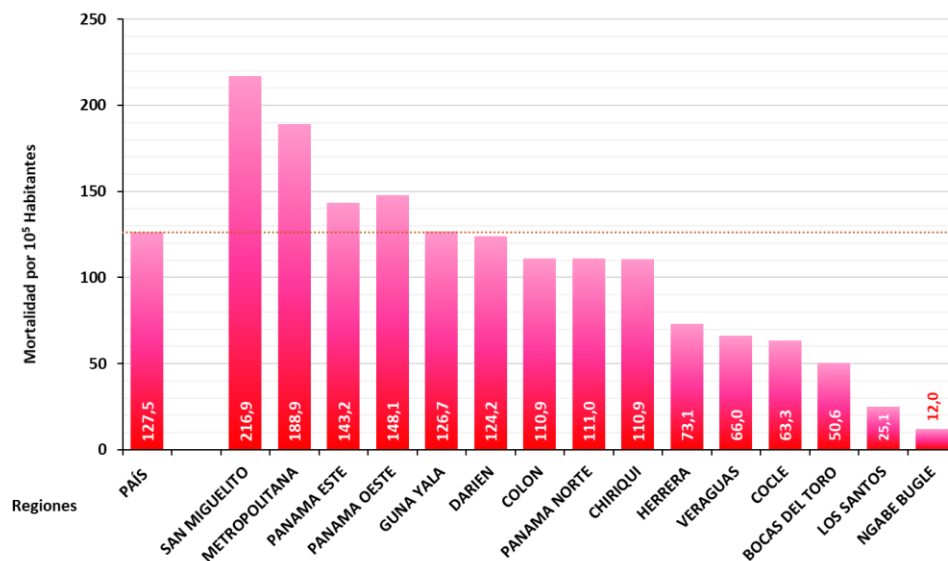
con 1,9% y Chiriquí con 1,7%; las demás siete provincias tienen una letalidad entre 0,7% (Los Santos) y 1,5% (Panamá Oeste). (figura 52)

Figura 52
Porcentaje Muertes según Provincias. Panamá, 9 marzo 2020 – 6 febrero 2021



Respecto a la tasa de mortalidad por regiones de la figura 53, cinco tienen este indicador por encima del nacional (127,5 muertes por 100.000 hab.), estas son: San Miguelito con 216,9 muertes por 100.000 hab., Metropolitana con 188,9 muertes por 100.000 hab., Panamá Oeste con 148,1 muertes por 100.000 hab., y Panamá Este con 143,2 muertes por 100.000 hab. Estas regiones también se caracterizan por tener las mayores tasas de incidencia, por arriba del promedio del país.

Figura 53
Mortalidad por COVID-19 por Regiones de Salud. Panamá, Febrero 6 de 2021



RECOMENDACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS

Consideraciones relativas a la prueba de la vacunación COVID-19 para los viajeros internacionales. Documento de posición provisional de la OMS.

La OMS ha publicado el [Documento de posición provisional: consideraciones relativas a la prueba de la vacunación COVID-19 para los viajeros internacionales](#), que presenta su posición en cuanto a la conveniencia de los requisitos para la vacunación COVID-19 o la prueba de vacunación para los viajeros internacionales, considerando la posibilidad de que los Estados Partes introduzcan requisitos como la prueba de la vacunación COVID-19 para los viajeros internacionales salientes o entrantes, de conformidad con las disposiciones del [Reglamento Sanitario Internacional \(2005\)](#). Este documento se ha publicado conforme a las recomendaciones temporales realizadas a la secretaría de la OMS en [la sexta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\) sobre la pandemia de enfermedad por el coronavirus de 2019](#), el 14 de enero de 2021.

*La OMS recomienda a las autoridades nacionales y a los operadores de transporte no introducir requisitos de prueba de la vacunación COVID-19 para los viajes internacionales como una condición para la salida o la entrada, basándose en **consideraciones científicas, éticas, jurídicas y tecnológicas**. También recomienda que las personas vacunadas deben cumplir con otras medidas de reducción del riesgo de viaje.*

Con relación a las *consideraciones científicas*, continúan existiendo varias incógnitas sobre la eficacia de las vacunas COVID-19. Las recomendaciones irán evolucionando a medida que se recopilen pruebas sobre las vacunas existentes y nuevas, y sobre el asesoramiento del [Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización \(SAGE\)](#) de la OMS. Hasta el momento, se han proporcionado recomendaciones sobre las vacunas [ARNM BNT162b2 \(Pfizer-BioNTech\)](#) y la [vacuna Moderna mRNA-1273](#) (con inclusión en el uso de emergencias), y con base a la eficacia de estas vacunas contra COVID-19 y los grupos de población y entornos en los que se recomiendan. Estas recomendaciones también abordan aspectos como la necesidad de investigación en cuanto a eficacia y protección.

Sobre el uso de estas vacunas en viajeros internacionales, el SAGE concluyó que la OMS actualmente **no recomienda la vacunación COVID-19 de los viajeros a menos que pertenezcan a un grupo de alto riesgo o en entornos epidemiológicos identificados en la [Hoja de Ruta de Prioridad del SAGE de la OMS](#)**.

El 94% de los países que han iniciado la vacunación de sus poblaciones se encuentran en la categoría de ingresos altos o medianos, lo que ha generado preocupación en torno a un posible aumento de las desigualdades ya existentes debido a la distribución inequitativa de las vacunas COVID-19.

En este contexto salen a relucir *consideraciones éticas* importantes relacionadas a la introducción de un requisito de vacunación como condición para viajar, considerando el potencial de obstaculizar el acceso mundial equitativo a un suministro limitado de vacunas y la equidad en la distribución general de beneficios y cargas, pudiendo originar (en el contexto de la distribución desigual de las vacunas) que las personas sin acceso a una vacuna COVID-19 autorizada afrontarían obstáculos injustos en su libertad de circulación, si la prueba del estado de vacunación se convirtiera en una condición para la entrada o la salida de un país.

Otro tema discutido por el Comité de Emergencia del RSI en relación con la pandemia COVID-19, fueron las *consideraciones legales*, haciendo referencia a las disposiciones acordadas por los Estados Parte en el Reglamento Sanitario Internacional sobre la introducción de un requisito de prueba de vacunación para los viajeros internacionales salientes o entrantes. En este sentido **la fiebre amarilla es la única enfermedad mencionada en el RSI para la que los países pueden exigir pruebas de vacunación para los viajeros internacionales** ([Anexo 7 \(fiebre amarilla\) del RSI \(2005\)](#)). Además, en el contexto de la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por la propagación internacional del poliovirus, la OMS emite cada tres meses “Recomendaciones temporales” que permiten a determinados países afectados exigir pruebas de vacunación contra la poliomielitis para los viajeros internacionales. En caso de que en el futuro se introduzca el requisito de prueba de la vacunación COVID-19 para los viajeros internacionales, de conformidad con las disposiciones del RSI, estas deben ser aprobadas por la OMS, con calidad adecuada y universalmente disponibles, para la protección de todas las personas contra la propagación internacional de enfermedades.

La OMS cuenta con un Grupo de Trabajo sobre Certificados de Vacunación Inteligente, orientado por el [Grupo Asesor Técnico de Salud Digital](#), con el objetivo de elaborar orientaciones para el uso de tecnologías digitales para documentar el estado de la vacunación, el cual requeriría de cooperación internacional para su validación y adopción generalizada (interoperabilidad abierta e intercambio de datos seguros), y que además debe estar alineado con las consideraciones científicas, legales y éticas abordadas por el Comité de Emergencia del RSI en relación con la pandemia COVID-19; y garantizar que las tecnologías digitales no generen ni perpetúan las desigualdades.

La OMS está colaborando con sus asociados para establecer un marco de gobernanza y especificaciones para un certificado de vacunación digital para su posible uso tanto a nivel nacional como internacional y, en este contexto, el estado de vacunación COVID-19 de los viajeros internacionales se debería registrar a través del **Certificado Internacional de Vacunación y Profilaxis** basado en el modelo presentado en el [Anexo 6 del RSI](#), siempre que las vacunas COVID-19 precalificadas por la OMS estén disponibles universalmente y se proporcionen recomendaciones pertinentes en virtud del RSI.

RESPUESTA A POBLACIONES VULNERABLES Y ACCIONES DE GOBIERNO

La Dirección General del Sistema Penitenciario del Ministerio de Gobierno reporta 3.035 casos confirmados hasta el 3 de febrero, con un aumento de 149 casos en relación con el informe previo del día 11 de enero. Hasta la fecha se ha recuperado el 97.3% de los casos (2.954) manteniendo solo un 2.6% de casos activos (78). Los centros que mantienen casos activos son: Centro Femenino de Rehabilitación (40), La Joyita (14), Nueva Esperanza (8), Santiago (8), La Joya (3), La Nueva Joya (1), Aguadulce (1), Bocas del Toro (1), Darién (1) y Centro de Custodia de Pacora (1). No hay hospitalizados ni hubo variaciones en el número de fallecimientos (6). [Privados de libertad y COVID-19](#)

Centro	Positivos Total	Recuperados	Positivos Activos	Hospitalizados	Defunciones
Penonomé	491	491	–	–	–
Cefere	395	355	40	–	–
Santiago	394	385	8	–	1
La Nueva Joya	383	382	1	–	–
Chiriquí	252	251	–	–	1
Chitré	238	238	–	–	–
Aguadulce	157	156	1	–	–
Las Tablas	151	151	–	–	–
Tinajitas	150	150	–	–	–
El Renacer	143	142	–	–	1
La Joya	69	66	3	–	2
La Joyita	52	38	14	–	1
Centro custodia Pacora	47	46	1	–	–
Nueva Esperanza	42	34	8	–	–
Bocas del Toro	32	31	1	–	–
Transición La Chorrera	16	16	–	–	–
Transición Tocumen	15	15	–	–	–
Darién	7	6	1	–	–
Los Algarrobos	1	1	–	–	–
Total	3,035	2,954	78	0	6

El Ministerio de Desarrollo Social hizo entrega de certificaciones de reapertura a dos Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI), acreditándolos como centros que cumplen con todos los lineamientos y protocolos de bioseguridad para un regreso seguro de sus estudiantes, basado en 4 principios fundamentales: participativo, voluntario, seguro y gradual. Estos centros cumplen una doble función social; la de educar y estimular a los niños y niñas en la etapa más importante de su desarrollo y permitir que los padres de familia puedan retornar a su trabajo.



Entre las medidas de bioseguridad que son observadas para ser acreedor de estas certificaciones se encuentran el uso de mascarillas y pantallas faciales en los niños, el lavado de manos y uso de alcohol en los salones de clases, entre otras.



Estos certificados de reapertura cuentan con un código QR que les permite a los padres de familias y tutores validar que el CAIPI ha cumplido con todos los lineamientos exigidos para su apertura a través de la dirección <https://www.mides.gob.pa/reapertura-de-caipi/>. En la página de la institución www.mides.gob.pa, sección "Reapertura de CAIPI" se puede consultar toda la información necesaria para el retorno gradual a estos centros.

La reapertura de estos centros se realizará en base a la evaluación realizada por un comité conformado por Directores Regionales del MIDES, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Alcaldías, Gobernadores, enlaces de CAIPI y el jefe del Departamento de Epidemiología de las regionales de salud, quienes analizarán la situación epidemiológica de cada área donde se encuentren los CAIPI.



Los usuarios de los CAIPI pueden escoger su modalidad de atención a la primera infancia de forma semi-presencial o de manera virtual. En Panamá operan 98 CAIPI que les brindan estimulación temprana a 2,218 niños y niñas.

La Sociedad Panameña de Pediatría de Panamá, publica un comunicado donde manifiesta su postura a favor del regreso presencial a las escuelas. En este documento se hace un llamado al rol de las escuelas no sólo en la formación académica de los niños, sino en las habilidades sociales, emocionales, y el rol de la protección social que la institución le aporta a cada estudiante. La evidencia generada hasta el momento apunta a los efectos a largo plazo que la sobreexposición a las pantallas, la falta de socialización, la inequidad en el acceso a la tecnología y equipos que no garantizan una educación virtual de calidad pueden tener sobre los niños contrapuesto con la baja incidencia de COVID-19 en los menores de 18 años y el curso más leve de la misma hacen que el retorno a la escuela se considere impostergable. Este reinicio presencial va de la mano con acciones conjuntas de los diferentes actores en donde cada centro cuente con el presupuesto adecuado para garantizar las medidas de bioseguridad, fortalecimiento de las plataformas tecnológicas que permitan la alternancia en un sistema semipresencial, de los docentes, padres de familia y estudiantes. Enlace: [Postura de la SPP en cuanto a clases presenciales](#)



REGRESO A CLASES

Las escuelas brindan no sólo formación académica y protección social a los niños si no que son imprescindibles para su neurodesarrollo, ayudándolos a adquirir habilidades cognitivas, sociales y emocionales sobretodo en sus primeros años de vida.

La pandemia ha afectado el tradicional sistema educativo que se ofrece a nuestros niños y adolescentes transformándolo de una educación presencial a una virtual. Esta afectación ha sido mayor en aquellos grupos pertenecientes a las comunidades con poca o nula accesibilidad a tecnología y de bajos recursos económicos, debido a la falta de una computadora, teléfono inteligente o conexión de internet, que les permita recibir una educación a distancia o virtual en forma adecuada.

Nuestros niños están pasando ahora mucho más tiempo frente a las pantallas, perdiendo el intercambio entre pares y la socialización con estos, lo que puede tener consecuencias, a corto y largo plazo, tanto en su bienestar como en su desarrollo.

Para garantizar un retorno escolar seguro, la OMS en su documento [Consideraciones para las medidas de salud pública relativas a las escuelas en el contexto de la COVID-19](#) tiene como objetivo ayudar tanto a las autoridades, educadores y comunidad escolar en general a tomar decisiones sobre la gestión de las escuelas con el mayor nivel de seguridad posible durante la pandemia de COVID-19. Lo principal es que en todas las consideraciones y decisiones se pueda garantizar la continuidad de la educación de los niños en beneficio de su bienestar general, su salud y su seguridad. Este documento también presenta orientaciones sobre como ajustar las medidas de salud pública y sociales según vaya evolucionando la pandemia.

Consideraciones para las medidas de salud pública relativas a las escuelas en el contexto de la COVID-19

Anexo del documento Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19

14 de septiembre de 2020



Introducción

Los países de todo el mundo están adoptando amplias medidas de salud pública y sociales, como el cierre de las escuelas, con el fin de evitar la propagación del SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19.¹ Este anexo examina consideraciones relativas a la actividad escolar, incluidas las operaciones de apertura, cierre y reapertura y las medidas necesarias para reducir al mínimo el riesgo de COVID-19 para los estudiantes y el personal. El presente anexo se aplica a los entornos educativos para niños menores de 18 años y describe principios generales y recomendaciones clave que no solo pueden adaptarse a las escuelas, sino también a determinados contextos relacionados con las escuelas, como las actividades extracurriculares.

El presente anexo *sustituye* el documento publicado por la Organización Mundial de la Salud el 10 de mayo de 2020 titulado *Consideraciones para las medidas de salud pública relativas a las escuelas en el contexto de la COVID-19*.² Este documento se redactó con la colaboración del grupo consultivo técnico de expertos sobre instituciones educativas y COVID-19 y expertos de la OMS, el UNICEF y la UNESCO, que llevaron a cabo un análisis conjunto de los datos más recientes para elaborar estas orientaciones provisionales, las cuales tienen en cuenta cuestiones de equidad, recursos y viabilidad. Las principales novedades que aporta el presente documento son un enfoque basado en los riesgos de la actividad escolar en el contexto de la COVID-19 en base al grado y la intensidad de la transmisión en los niveles administrativos inferiores al nivel nacional, consideraciones adaptadas a la edad sobre el distanciamiento físico y el uso de mascarillas en las escuelas, y medidas integrales a varios niveles para prevenir la introducción y la propagación del SARS-CoV-2 en el entorno educativo.



ACCIONES DE GOBIERNO Y DEL SECTOR SALUD

- El Ministerio de Salud (MINSa) anuncia la habilitación de varios centros de hisopados en diversos puntos del país, con los cuales se busca continuar reforzando la capacidad diagnóstica y captar oportuna a pacientes con COVID-19. [Comunicado N° 337 | Ministerio de Salud de Panamá](#)
-
- La Dirección Nacional de Farmacias y Drogas del MINSa emitió la [Resolución # 039 del 22 de enero de 2021](#), que establece el procedimiento de emergencia para gestión de los viales vacíos de vacunas contra el SARS CoV 2 (COVID-19) en Panamá.
 - El Ministerio de Salud realizó el levantamiento de varias medidas impuestas para el control de la transmisión de la COVID-19 a partir del 8 de febrero, entre ellas:
 - Reapertura de restaurantes bajo la aplicación de medidas específicas como la limitación de venta y consumo de licor solo como acompañante de comidas, uso obligatorio de mascarillas y pantalla facial para todo el personal de atención al cliente, distanciamiento de dos metros entre mesas, la hora de cierre será a las 7:30 de la noche y se mantendrá el servicio de entrega a domicilio.
 - Levantamiento de la restricción por género en establecimientos, respetando el aforo del 50 por ciento de personas que ingresen de acuerdo con la capacidad del local.
 - Se permite el acceso a playas, ríos y balnearios en las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Herrera, de lunes a viernes en un horario de 6 de la mañana a 4 de la tarde, con prohibición de la venta y consumo de bebidas alcohólicas en dichos lugares. [Comunicado N° 343 | Ministerio de Salud de Panamá](#)
 - El ministro de salud anunció que gestionó la solicitud de adquisición de 3 millones de dosis de la vacuna Sputnik V a Rusia, aclarando que se realiza mientras se encuentran a la espera de la certificación de esta por los organismos reguladores, para al contar con las autorizaciones ya Panamá haya terminado las negociaciones. [COMUNICADO N° 348 | minsa.gob.pa](#)
 - La Caja de Seguro Social anuncia la habilitación formal del Hospital COVID de Ciudad de la Salud y ha empezado a recibir pacientes con COVID-19 trasladados de otras instalaciones.

Este hospital estratégicamente se ha definido como un hospital no COVID. Para este, se han nombrado unas 150 personas en esta primera etapa, entre especialistas, médicos generales, enfermeras, técnicos de enfermería, terapeutas respiratorios, especialistas en cuidados intensivos, médicos internistas y una médica radióloga.



[Ciudad de la Salud recibe sus primeros pacientes](#)

- La Dirección Nacional de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud comunicó a la población en general los peligros asociados a la ingesta de productos cuyo contenido incluya dióxido de cloro o “*Solución mineral milagrosa*”, como utilidad terapéutica para la prevención o tratamiento de la COVID-19. Esta dirección ha recibido notificaciones de personas que presentan eventos adversos después del consumo de productos que contienen dióxido de cloro. [MINSA reitera riesgo de ingerir “dióxido de cloro” para tratar la COVID-19](#)



La Organización Panamericana de la Salud publicó una comunicación titulada “[La OPS no recomienda tomar productos que contengan dióxido de cloro, clorito de sodio, hipoclorito de sodio o derivados](#)” en la cual advierte sobre los riesgos del uso de productos a base de dióxido de cloro por vía oral o parenteral como tratamientos para COVID-19, ni en ningún otro caso, debido a que no existe evidencia sobre su eficacia, además de los graves efectos adversos que podría ocasionar el ingerir o inhalar estos productos.

En la publicación, la OPS recomienda el fortalecimiento de la notificación a la autoridad regulatoria nacional de medicamentos, de cualquier evento adverso ligado al consumo de estos productos y la vigilancia de la promoción de productos con supuestas propiedades terapéuticas para la COVID-19 a través de los medios de comunicación, con el fin de implementar las acciones correspondientes.

El dióxido de cloro y el clorito sódico tiene una rápida reacción en los tejidos humanos y si se ingieren pueden causar:

- irritación de la boca, el esófago y el estómago,
- cuadro digestivo irritativo severo, con la presencia de náuseas, vómitos y diarreas,
- graves trastornos hematológicos, cardiovasculares y renales,
- disminución de la presión arterial,
- complicaciones respiratorias debido a la modificación de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno.

Adicionalmente, la inhalación a través de nebulizadores puede generar edema pulmonar, broncoespasmos, neumonitis química y edema de glotis e incluso producir la muerte si se las exposiciones están por encima del valor límite de exposición profesional.

La OPS también realizó el [Webinar: Toxicidad del Dióxido de Cloro \(COVID-19\)](#) con el objetivo de dar a conocer la toxicidad de compuestos de cloro a fin de promover la toma de conciencia en autoridades, comunicadores sociales, profesionales y público en general del alto riesgo a la salud por el uso erróneo (oral, inhalado e intravenoso) que se ha promovido para la prevención y tratamiento de la COVID-19.



OPS
RESPUESTA DE LA OPS/OMS EN PANAMÁ

- Acompañamiento al equipo Nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud en la actualización de la herramienta VIRAT VRAF 2.0 y del Plan Nacional de Despliegue y Vacunación contra la COVID-19.
- Acompañamiento al Ministerio de Salud en la consolidación de la respuesta nacional a la Encuesta Nacional de Continuidad de los Servicios de Salud Esenciales durante la pandemia de la COVID-19.
- La OPS en Panamá ha realizado acompañamiento a la Comisión Nacional de Cáncer Pediátrico, conformada por especialistas pediatras, hematólogos pediatras, oncólogos pediatras, tanto del MINSa como de la CSS y ONG,s representadas por FANLYC para la elaboración de la *Guía para la Detección temprana del cáncer en niños y adolescentes*. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), con el propósito

de que el personal médico y de enfermería de atención primaria pueda identificar a tiempo a los niños con sospecha de cáncer y para su derivación oportuna y "DAR A LOS NIÑOS CON CÁNCER UNA OPORTUNIDAD PARA UNA CURACIÓN "

- Como parte de las celebraciones del Día Mundial sin Tabaco 2021, que este año tiene como tema "Comprometerse a dejar el tabaco" la OPS el día 8 de febrero, realizó el lanzamiento de Florencia en español, el cual es un recurso de Inteligencia Artificial de la OMS para ayudar a las personas a dejar de fumar. Los fumadores tienen más probabilidades de presentar síntomas graves de la COVID-19 que los no fumadores, así que, ahora más que nunca, es importante abandonar este hábito.



Florencia disipa los mitos en torno a la COVID-19 y el tabaco y ayuda a elaborar un plan personalizado para abandonar el tabaquismo. Está disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana a través de vídeo y de mensajes de texto para facilitar el acceso a información fiable.

REFERENCIAS

1. Ministerio de salud de Panamá. www.minsa.gob.pa
2. Comunicado del Ministerio de Salud No. 349
<http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-349>
3. Conferencias diarias de prensa del Gobierno Nacional de Panamá.
https://www.facebook.com/watch/live/?v=861224491053419&external_log_id=83d205912161db87f26d5a367b52cac8
4. Instituto Conmemorativo Gorgas. <http://www.gorgas.gob.pa/>
5. [Cronología de actuación ante COVID19 en Panamá](#)
6. [COVID-19 en Panamá: Información y recursos:](#)
<https://panama.campusvirtualesp.org/covid-19-8>
7. [Informes de Situación para COVID-19 de Panamá:](#)
<https://www.paho.org/es/taxonomy/term/1066>
8. Casos de COVID-19 por semanas epidemiológicas y corregimientos de Panamá:
<https://public.flourish.studio/visualisation/4804474/>

NOTA:

La publicación de este SITREP se realiza de manera quincenal

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones contenidas en las Alerta y Actualizaciones epidemiológicas de la COVID disponibles en: www.paho.org/alertasepi

A continuación, se lista una serie de enlaces a guías, informes científicos y otros recursos publicados por la OPS/OMS y la OMS.

<p>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</p> 	<p>Manejo Clínico</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/30zjmCj</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3li6wQB</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/3i8JIR</p>
<p>Laboratorio</p> 	<p>Prevención y control de infecciones</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d3TJ1g</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d2ckuV</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/3oARxDH</p>
<p>Preparación crítica y respuesta</p> 	<p>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ijWHBT</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/3i5rNN6</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ivDivW</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/3i5rNN6</p>
<p>Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones</p> 	<p>Otros recursos</p>
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d66iJO</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/3i5rNN6</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/33zXgRQ</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/3i5rNN6</p>