

INFORME DE SITUACIÓN - PANAMÁ

Reporte No. 37 - COVID-19

Octubre 27 de 2020

Puntos Destacados:

- A la fecha, se reportan 20.625 pacientes (16,0%) en aislamiento domiciliario, 711 pacientes (0,6%) se encuentran hospitalizados (583 en sala general y 128 en Unidades de Cuidado Intensivo -UCI). Se informan 105.231 casos (81,4%) como recuperados (Figura 1).
- Se reporta un total de 2.633 fallecimientos con 69 nuevas muertes desde el último reporte el 18 de octubre, para un porcentaje de fallecidos de 2,0%.
- El 52,6% de los casos se presenta en hombres.
- En la última semana hasta el 25 de octubre, los ingresos a sala se redujeron en un 16%, pasando de un promedio 669 en la semana anterior a 576 esta semana, mientras que los pacientes en UCI permanecieron estables, con un promedio de 120 en la semana. (Figura 3).
- Después del momento más crítico de la epidemia en el mes de julio, la ocupación hospitalaria se redujo 75% hasta el 60%; con una disponibilidad de ventiladores que se ha mantenido entre el 60% y el 70%. Al 27 de octubre de 2020, a nivel nacional se tiene una ocupación del 57% de las camas de hospitalización en sala, del 59% de camas de UCI y semi UCI y del 32% de los ventiladores.
- Los pacientes severos y críticos se distribuyen el 51% (334) en las Instalaciones de Salud de la Caja del Seguro Social (CSS), el 46% (300) en las del Ministerio de Salud y el 3% (21) en los hospitales privados de Panamá (Figura 2).

SITUACIÓN EN NÚMEROS PANAMÁ

Hasta el 25 de octubre de 2020 - 6:00 p.m.

Casos Confirmados
129.200 (638 nuevos*)

Muertes
2. 633 (5 nuevas*)



Camas en sala

5.380 [43% disponibles (2.327)]**



Camas en UCI y semi UCI

603 [41% disponibles (246)]**



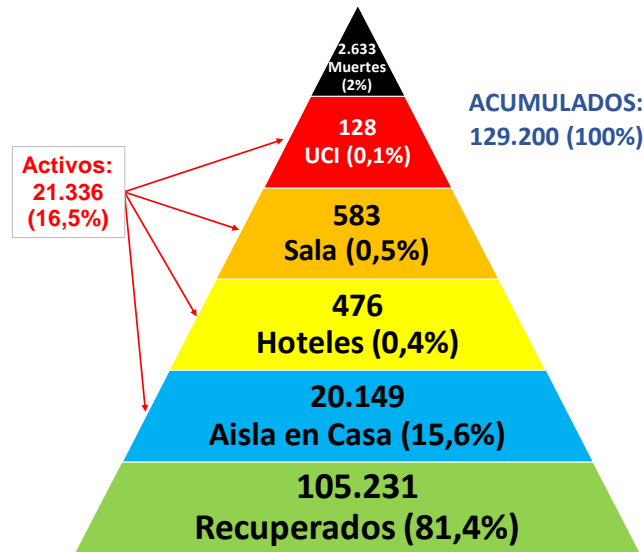
Ventiladores

817 [68% disponibles (552)]**

*en las últimas 24 horas

**Hasta el 27 de octubre de 2020 - 4:00 p.m.

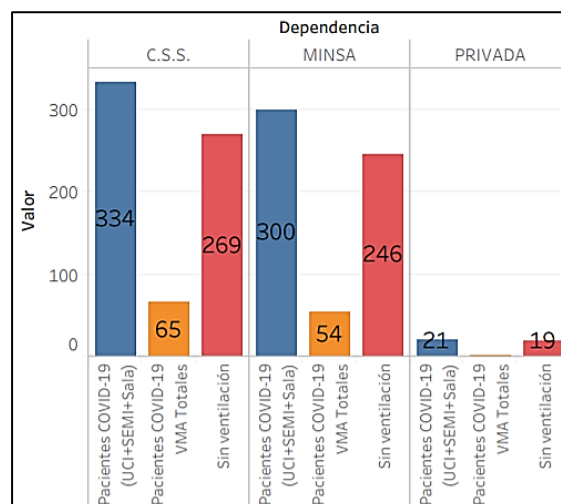
Figura 1
Casos de COVID-19 en Panamá al 25 de octubre de 2020



En la figura 3 se muestra cómo desde el inicio de la epidemia hasta el 1° de junio, se logró el mantenimiento del ingreso de pacientes a sala y a UCI en los niveles más bajos; después se entró en el periodo del pico de la epidemia registrándose los promedios más altos en el mes de julio con 1.428 pacientes en sala y 159 en UCI.

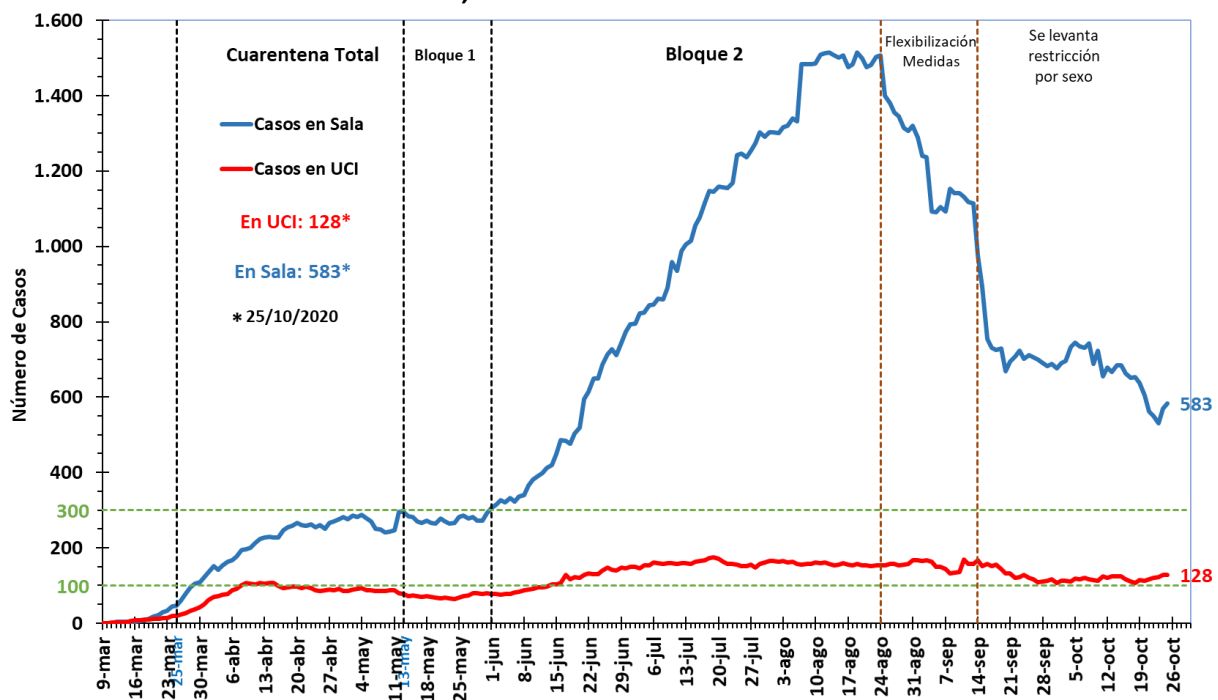
Desde el 23 de agosto (Semana epidemiológica- SE 35), se observa descenso de los ingresos en sala a 1.115 pacientes; luego entre la SE 38 y la SE 41 se estabilizan en 714 hospitalizaciones en promedio en el periodo. En las dos últimas semanas (SE 42 y 43), se registra una baja hasta alcanzar 583 pacientes en sala y aumento a 128 en UCI al 25 de octubre. (Figura 3).

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, 27 de octubre de 2020



La presión sin precedentes de pandemia sobre los servicios de salud exigió una pronta reasignación de recursos físicos y humanos para el manejo de los casos de COVID-19, con la suspensión de los servicios clínicos que no eran de emergencia, por lo que en este nuevo contexto, se incorpora paulatinamente la atención a la población con patologías crónicas, incluidos los tamizajes diagnósticos, las cirugías electivas y otros procedimientos; éstos se llevan a cabo aplicando estrictas medidas que reduzcan la transmisibilidad de la infección en las instalaciones de salud, con el propósito de asegurar una atención de calidad, preservando en todo momento la seguridad de los trabajadores de la salud, los pacientes y sus familias.

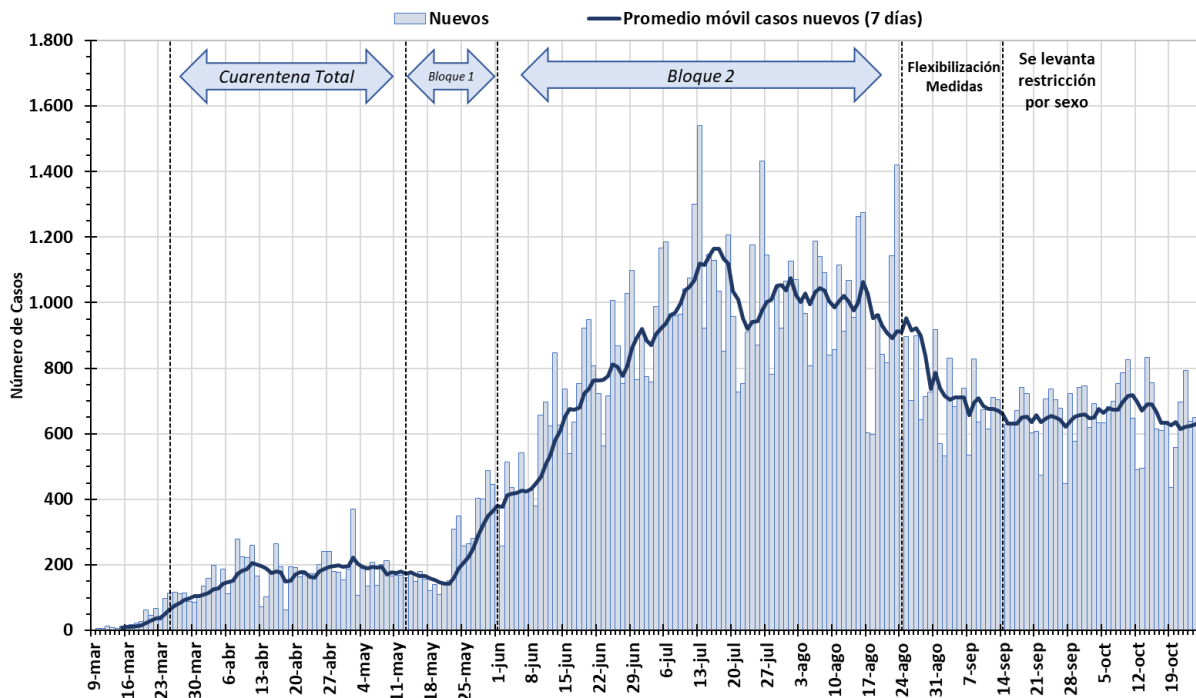
Figura 3
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día
Panamá, 9 marzo a 25 de octubre 2020



La figura 4 muestra el aplanamiento de la curva al inicio de la epidemia, con la implementación del confinamiento de la población (el 25 marzo), entre otras medidas. A partir del 22 de mayo, se tuvo ascenso progresivo en el número de casos, en la medida que se da la flexibilización de la movilidad y la reapertura de los bloques por grupos de actividades comerciales en el país, hasta alcanzar los 1.023 casos confirmados por día en el mes de julio. Para finales de agosto hasta el 25 de octubre, se presenta una meseta en la curva epidémica, pasando de 940 casos en promedio en agosto a 654 en septiembre y 664 en octubre. (figura 4).

Respecto a la confirmación de casos nuevos por semana epidemiológica, se observa cómo luego de tener un incremento en la SE 41 de 5.013 casos, se ha visto una reducción de las confirmaciones en las SE 42 y 43 frente a las semanas previas, llegando a 4.441 y 4.408 casos respectivamente. (figura 5).

Figura 4
Curva Epidémica de la COVID-19 en Panamá al 25 de octubre 2020



La reducción en la confirmación de nuevos casos de la COVID-19, se refleja en la disminución del número de fallecimientos por COVID-19, luego de presentarse un máximo 204 muertes en la SE 30 (19 al 25 de julio) (figura 6). Entre la SE 39 a la SE 43 han ocurrido el menor número de fallecimientos, con 76 muertes en promedio en este período; y desde la SE 30 hasta la SE 43 (24 de octubre) en la que se registra 71 muertes, se ha tenido una reducción del 65,2% en el número de muertes.

A la luz de los actuales datos epidemiológicos y ante el nuevo escenario de vuelta a la normalidad, la OPS/OMS insta a toda la comunidad a unirse al llamado de las autoridades de salud de no bajar la guardia y a continuar colaborando con la reducción de los contagios, para mantener la epidemia de la COVID-19 en niveles tolerables, tanto para el sistema sanitario como para la sociedad en general, de tal forma que se pueda hacer sostenible la actividad laboral y social en el país.

En la figura 7 se muestra el promedio móvil en 7 días y el número de muertes diarias según fecha de reporte hasta el 11 de octubre. Después de superar las 25 muertes en promedio durante el mes de julio (rango mínimo de 16 y máximo de 41); se observa una tendencia descendente en el mes de agosto, con entre 7 y 31 muertes por día y un promedio de 19 muertes registradas en dicho mes. Desde el 18 de agosto y hasta el 28 de septiembre se observa una tendencia estable, con un reporte de entre 6 y 18 muertes diarias, y un promedio de 12 muertes en el mes de septiembre, cifra que sigue a la baja con un promedio de 10 fallecidos por semana desde las SE 40 a la 43 del mes de octubre.

Con un acumulado de 2.633 defunciones ocurridas hasta el 25 de octubre, Panamá ocupa el segundo lugar entre los países de Centro América con mayor número de muertes después de Guatemala. (figura 8).

Figura 5. Casos nuevos por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo – 24 octubre 2020 (semanas epidemiológicas 11 a 43)

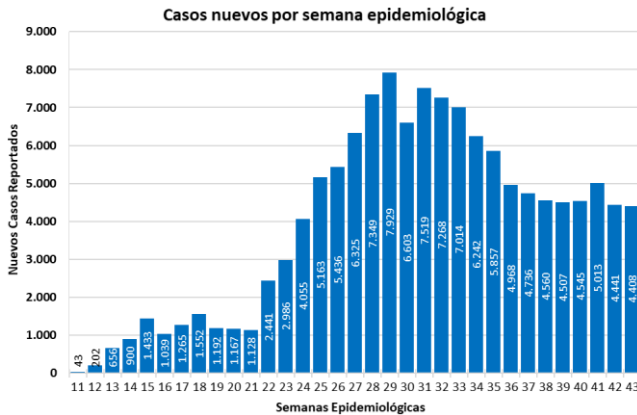


Figura 6. Muertes por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo – 24 octubre 2020 (semanas epidemiológicas 11 a 43)

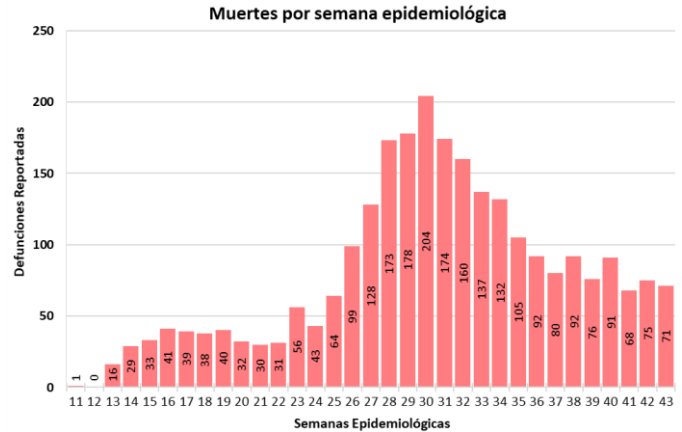


Figura 7 Muertes por COVID-19 en Panamá según fecha de reporte. Marzo 9 a octubre 25 de 2020

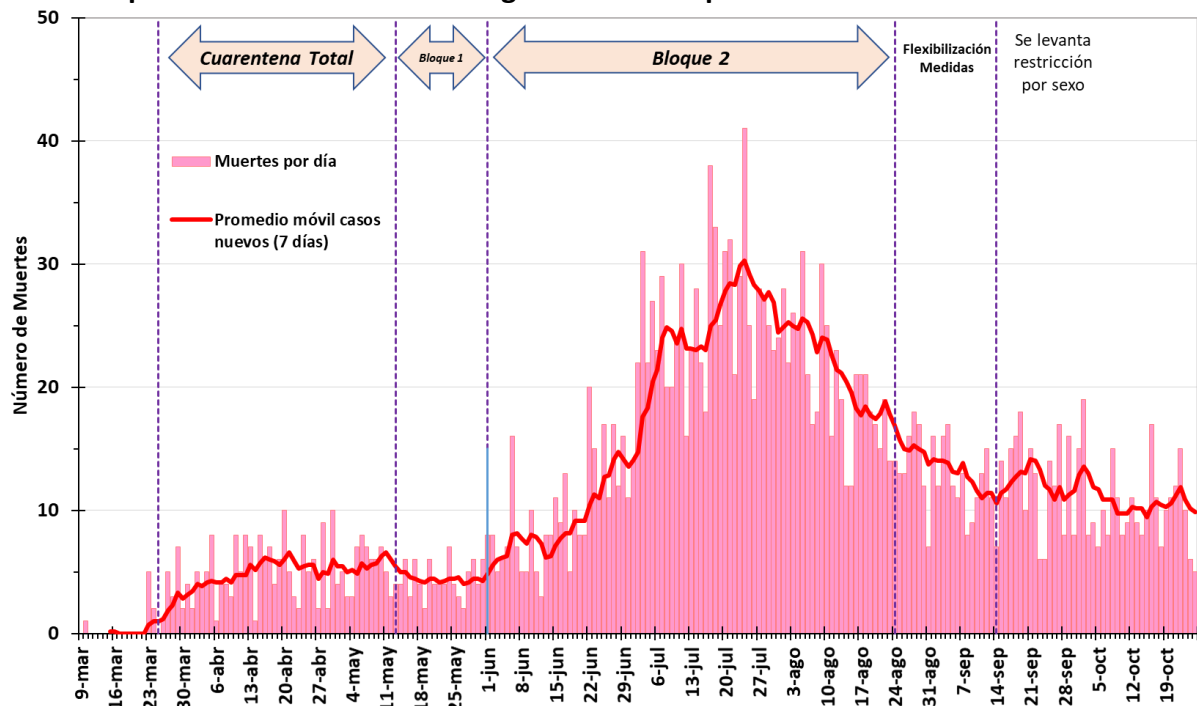
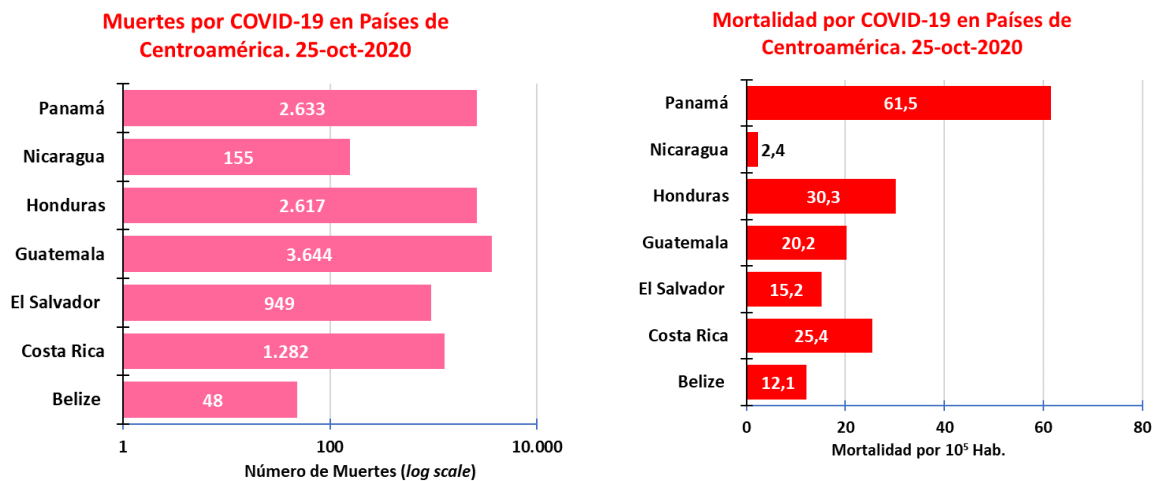
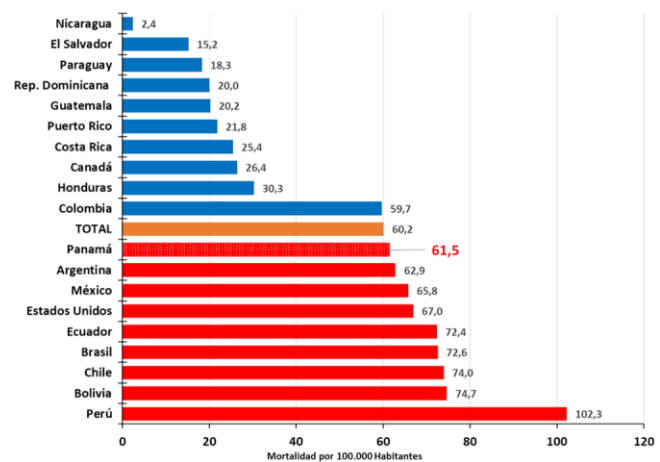
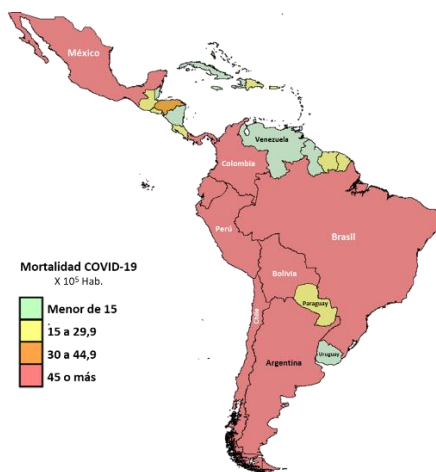


Figura 8
Defunciones y Mortalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, octubre 25 de 2020



Con relación al indicador de mortalidad¹ de las figuras 8, 9 y 10, en la SE 43, Panamá registra una mortalidad de 61,5 x 100.000 habitantes, por encima de la mortalidad para la Región de las Américas de 60,2 x 100.000 habitantes (figura 10) y ocupando el primer lugar con la mayor tasa de mortalidad entre los países de Centroamérica. (figura 8).

Figura 9. Mortalidad por COVID-19 por Países, Figura 10. Mortalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 25 de octubre de 2020



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

Figura 11. Letalidad de la COVID-19 por Países, octubre 25 de 2020

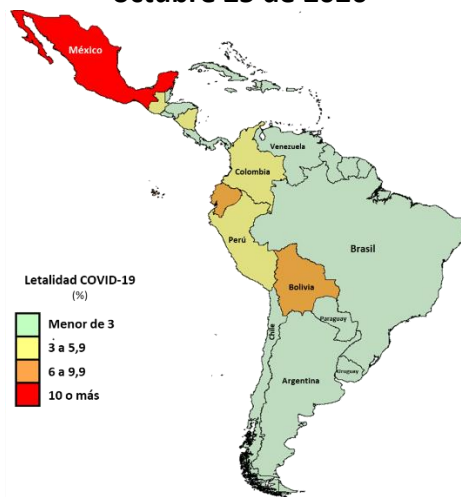


Figura 12. Letalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 25 de octubre de 2020

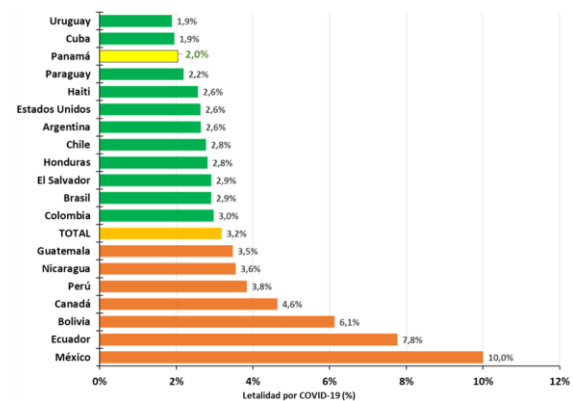
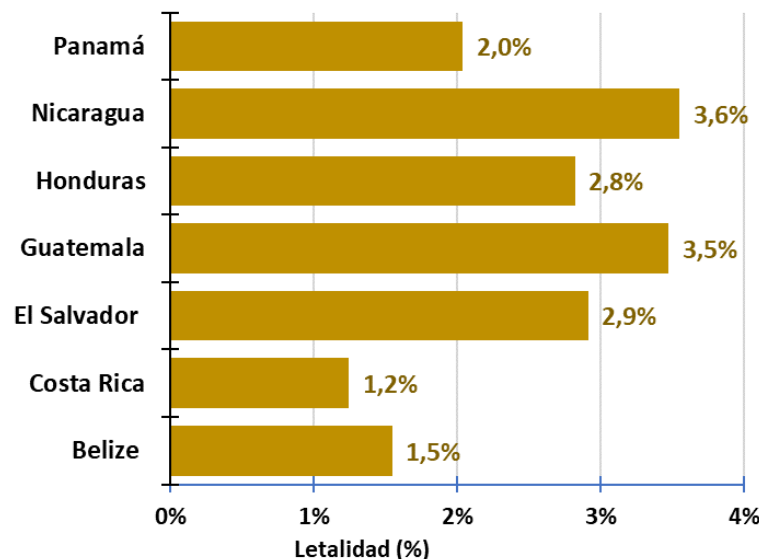


Figura 13
Letalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, octubre 25 de 2020

Letalidad de la COVID-19 en Países de Centroamérica. 25-oct-2020

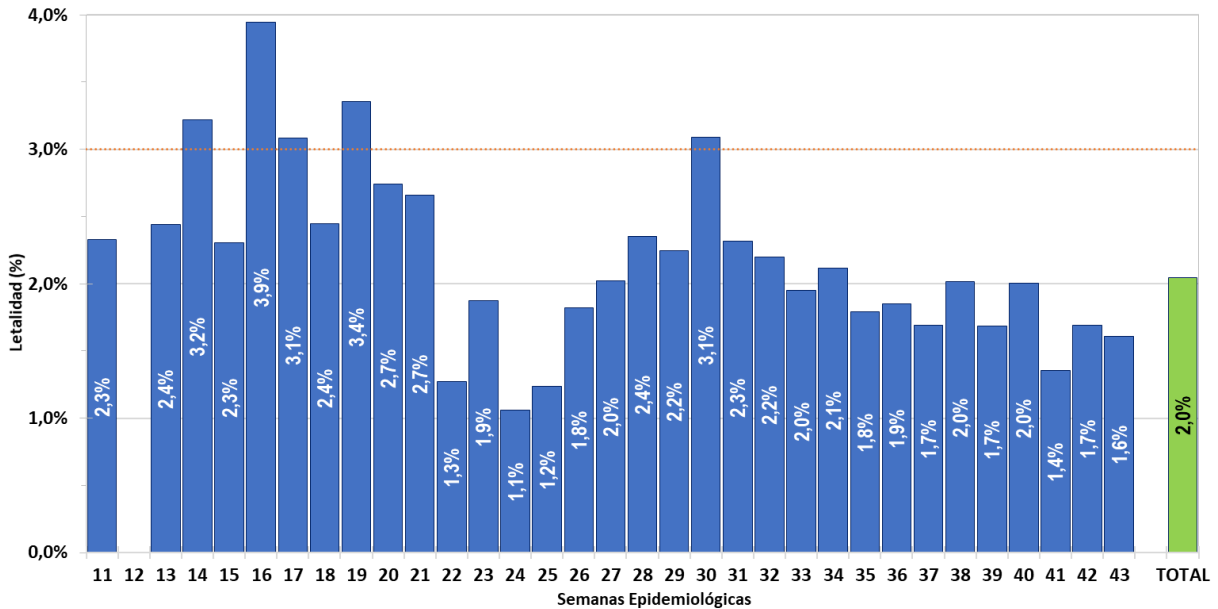


Hasta el 25 de octubre, en Panamá el porcentaje total de muertes entre quienes se confirmaron con la COVID-19 es del 2,0%, continuando entre los países de las Américas con más baja letalidad, incluso inferior a la letalidad para la Región que es de 3,2% (figuras 11 y 12) y ocupando el tercer lugar entre los países centroamericanos con más baja letalidad después de Costa Rica y Belice. (figura 13).

Desde la SE 20 a la 43, la letalidad ha oscilado entre 1,1 a 3,1%, con una letalidad de 1,6% en la SE 43 (Figura 14) y disminución de una décima en la letalidad general.

Figura 14

Porcentaje Muertes según Semanas Epidemiológicas. Panamá, 9 marzo – 24 octubre 2020



Panamá continúa registrando la más alta incidencia entre los países de las Américas, con 3.019,7 casos acumulados por cada 100.000 habitantes hasta el 25 de octubre, ocupando así el primer lugar tanto en incidencia como en casos acumulados entre los países de Centroamérica (129.200); así mismo, es el país con la mayor tasa de incidencia entre todos los países de las Américas, estando por encima de la tasa promedio para la Región de 1.891,5 x 100.000 habitantes (figura 15, 16 y 17).

Figura 15

Incidencia de COVID-19 por Países, octubre 25 de 2020

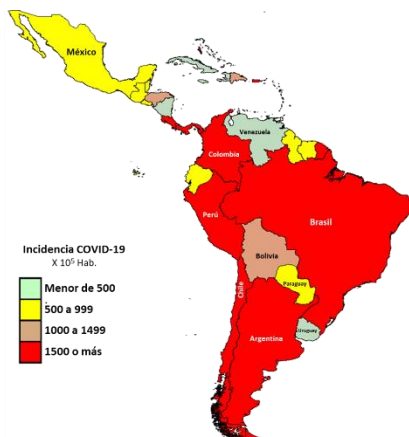


Figura 16

Incidencia por COVID-19, primeros 20 países de América al 25 de octubre de 2020

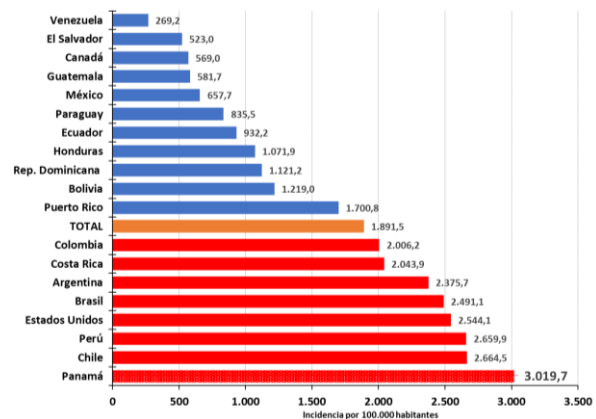
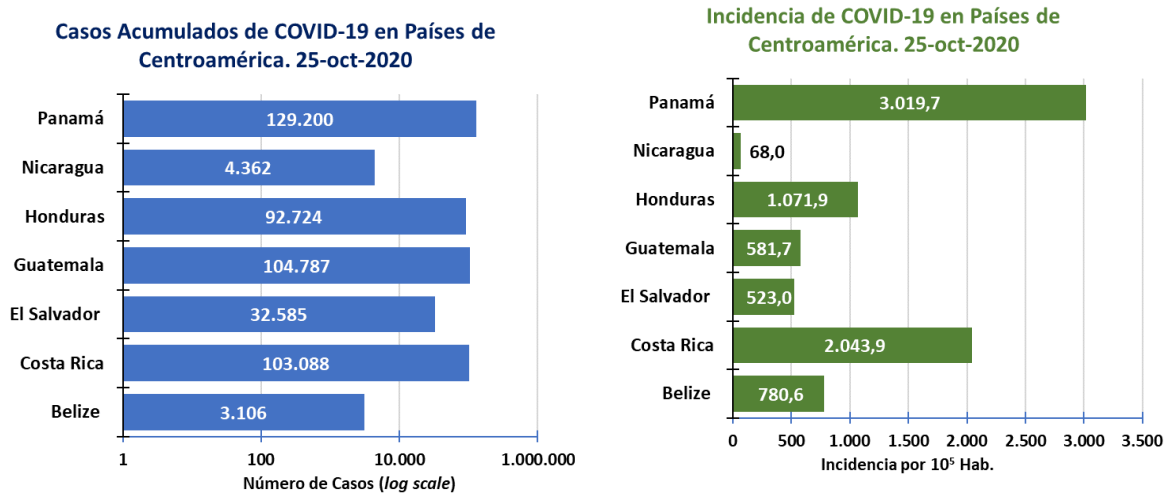
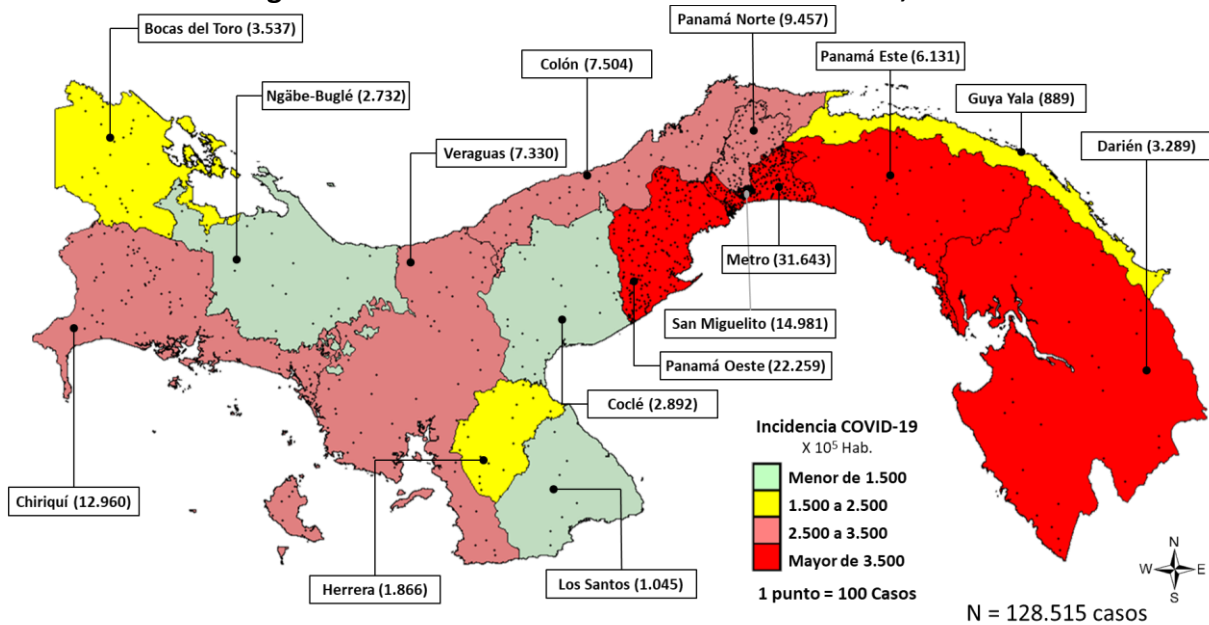


Figura 17
Casos e Incidencia de COVID-19 en países de Centroamérica, octubre 25 de 2020



Con relación a la distribución geográfica de los casos por regiones de salud hasta el 24 de octubre, el 71,4% de los casos se distribuyen en las siguientes seis regiones: Metropolitana con 24,6% (31.643 casos), Panamá Oeste con 17,3% (22.259 casos), San Miguelito con 11,7% (14.981 casos), Panamá Norte con 7,4% (9.457), Veraguas con 5,7% (7.330 casos) y Panamá Este con 4,8% (6.131 casos). Las nueve regiones restantes contribuyen con el 28,6% de los casos. (figura 18).

Figura 18
COVID-19 en Regiones de Salud de Panamá – Casos e Incidencia, octubre 24 de 2020



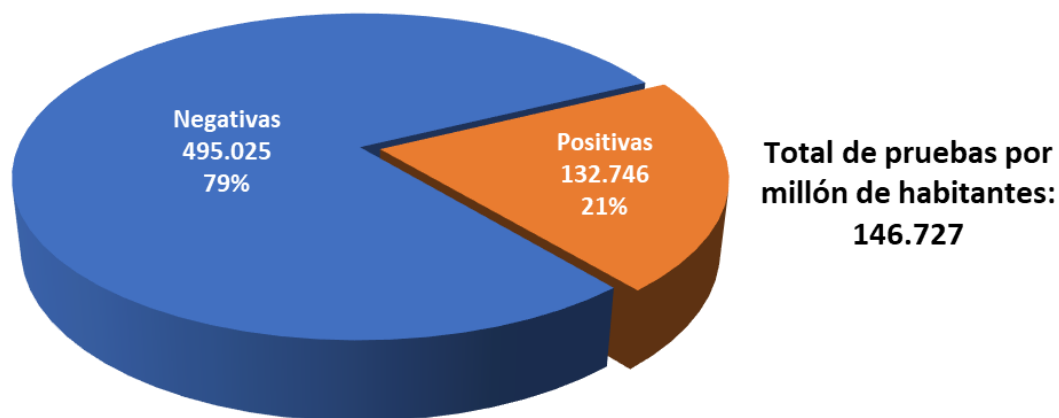
Las mayores tasas de incidencia las aporta Panamá Este con 4.878,9 casos por 100.000 habitantes, Darién con 4.643,3 casos por 100.000 habitantes, San Miguelito con 3.933,1 casos por 100.000 habitantes, Panamá Oeste con 3.670,3 casos por 100.000 habitantes, la

Metropolitana con 3.669,6 casos por 100.000 habitantes, y Panamá Norte con 3.289,7 casos por 100.000 habitantes. (Figura 18).

Pruebas Diagnósticas para COVID-19 en Panamá

En el periodo comprendido entre el 9 de marzo y el 25 de octubre, se tiene un acumulado de 627.771 pruebas realizadas a la población, que incluye tanto las pruebas antigénicas como las de RT-PCR; con 6.657 nuevas pruebas en las últimas 24 horas y 44.801 nuevas pruebas desde el pasado reporte del 18 de octubre. Esto indica que se están efectuando 146.727 pruebas por cada millón de habitantes (Figura 19).

Figura 19
Pruebas Antigénicas y de RT-PCR en tiempo para COVID-19 en Panamá, acumulado a octubre 25 2020

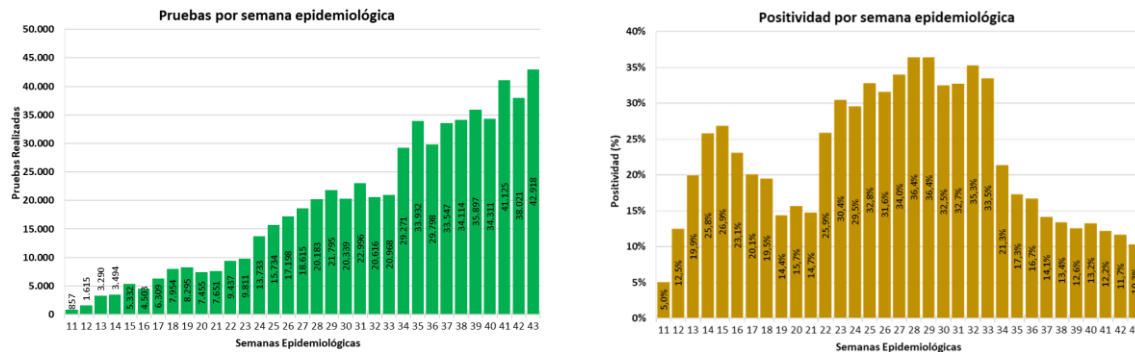


La figura 20 muestra el incremento progresivo en el número de pruebas y la variación en la positividad por SE. En el periodo comprendido entre la SE 28 a la 33 se superaron las 20 mil pruebas semanales, con un aumento importante a 29.271 pruebas en SE 34 hasta alcanzar las 42.918 en la SE 43.

En el periodo comprendido entre la SE 22 a 33, se observa el mayor porcentaje de positividad², que varió entre un 25,9 y un máximo de 36,4%, mismo valor que fue reportado consecutivamente en las SE 28 y 29. Desde la SE 34 se observa un descenso progresivo hasta la SE 43, en la que se tiene el porcentaje más bajo de positividad del 10,3%. Esto significa que en un período de 10 semanas se ha tenido una reducción del 71,7% de la positividad. (figura 20).

². Se estima con el número de pruebas con resultado positivo sobre el total de pruebas realizadas por 100.

Figura 20
Pruebas y Positividad por Semana Epidemiológica (11 a 43). Panamá, 09 marzo – 24 de octubre 2020



De acuerdo con los [“Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19”](#), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los criterios epidemiológicos para valorar que la pandemia está controlada es que *“menos del 5% de las muestras analizadas dan positivo para COVID-19 al menos durante las dos últimas semanas, siempre y cuando la vigilancia de casos sospechosos sea integral”*.

Si bien el porcentaje de positividad ha venido decreciendo, se deben continuar los esfuerzos para alcanzar el umbral del 5% y sostenerlo, según los criterios de la OMS. Es por este motivo que, los esfuerzos de las autoridades de salud están encaminados a lograr aumentar la aplicación de pruebas en los grupos de población con brotes y conglomerados, que es donde en principio hay más transmisión de la COVID-19.

En la figura 21, muestra la meta fijada por las autoridades de salud para aumentar la realización de pruebas, con el fin de pasar de las 6.000 a las 7.000 pruebas por día, hasta llegar a las 10.000. Toda vez que la reducción de la velocidad de propagación de la COVID-19 se basa en la capacidad para detectar las personas infectadas e identificar sus contactos a fin de aislar los primeros y colocar en cuarentena los segundos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado recientemente [nuevas pruebas de diagnóstico de antígenos](#), más accesibles y confiables y que brindan la posibilidad de realización de manera precisa y rápida, incluso en comunidades remotas. Esta prueba permitirá a los trabajadores de salud de primera línea realizar intervenciones de manera oportuna y aislar a los pacientes confirmados para interrumpir la transmisión e iniciar un tratamiento de inmediato.

Las pruebas rápidas de antígenos constituyen un punto de inflexión para alcanzar la meta de tener más pruebas diarias, porque brindan la posibilidad de aplicarlas en zonas remotas de difícil acceso y con resultados inmediatos; sin embargo, no reemplazan a las pruebas moleculares de RT-PCR que son, y continuarán siendo, el método de referencia para las pruebas de la COVID-19, por ser sumamente precisas, pero que requieren entornos de laboratorio.

En la figura 22, se observa desde SE 34 (16 de agosto) un incremento en el promedio móvil pruebas por día sobre las 5.000 hasta llegar a las 6.400 pruebas en promedio en la última semana (25 de octubre). El pico máximo de la media móvil de positividad alcanzó el 38,6% el 16 de agosto (SE 34), presentando una reducción del 75% hasta el 25 de octubre, semana en la que se registró un promedio móvil (7 días) de positividad de 9,6%.

Figura 21
Pruebas Realizadas y Casos Nuevos de COVID-19. Panamá, Semanas Epidemiológicas 11 a 43 (marzo 9 a octubre 24 2020)

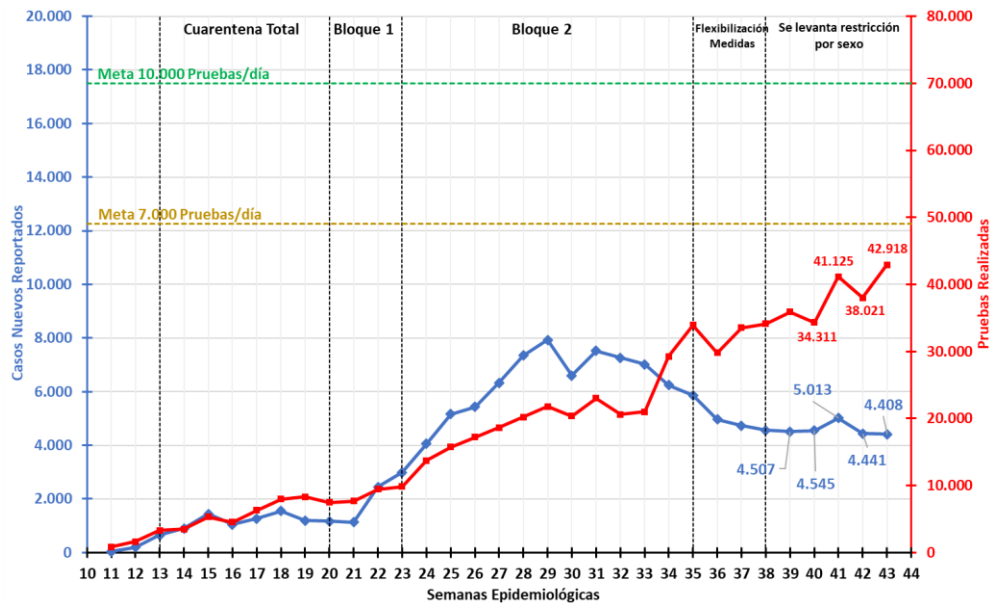
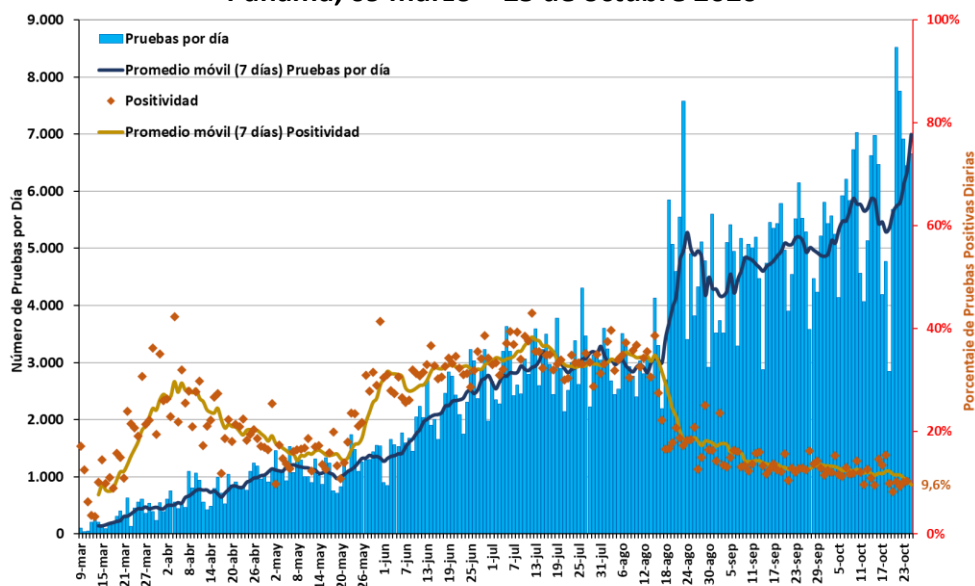


Figura 22
Número de Pruebas Reportadas y Porcentaje de Pruebas Positivas por Día Panamá, 09 marzo – 25 de octubre 2020





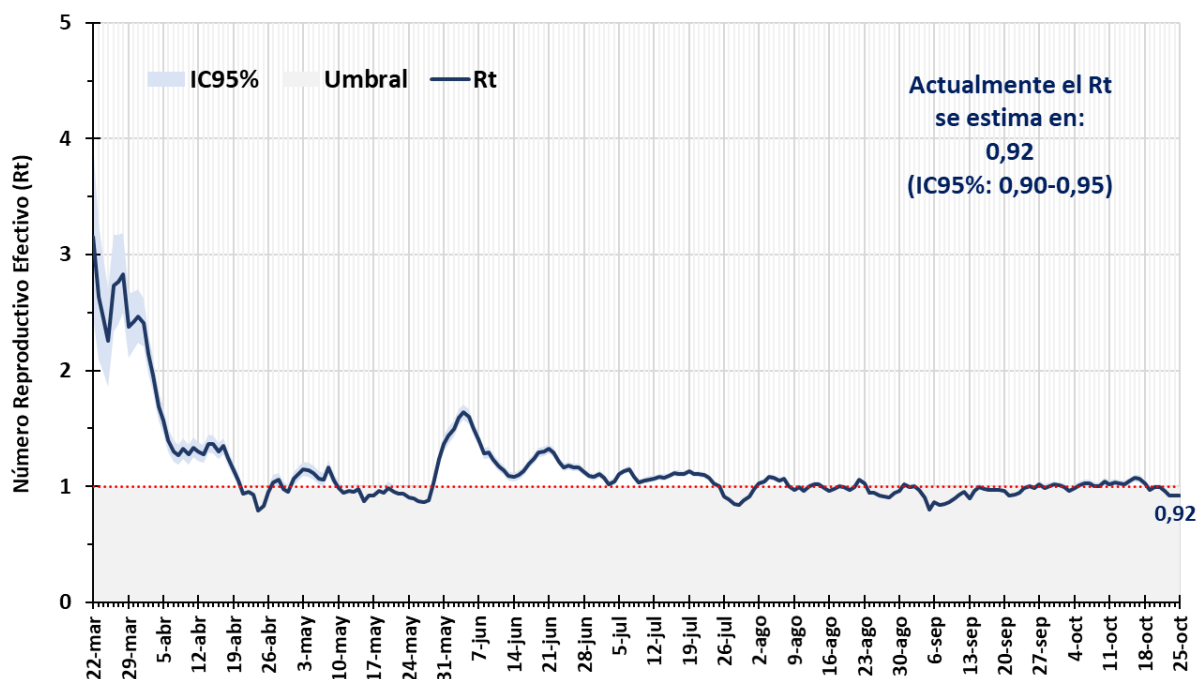
TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

En la figura 23 se observa la evolución del R_t (número efectivo de casos secundarios por caso de infección en una población) desde el inicio de la epidemia. Se partió de un R_t efectivo de más de 5,5 que descendió progresivamente y se mantuvo alrededor de 1,0 durante el mes de mayo hasta el 11 de junio en donde se tuvo un $R_t=1,63$, uno de los más altos registrados en el periodo. Desde entonces y hasta el 26 de julio, el R_t fluctuó con valores ligeramente superiores a 1.

A partir de la primera semana de agosto se ha observado una tendencia cercana a 1, con variaciones del R_t de 1,13 (al 1° de agosto) a un $R_t=0,96$ (el 29 de agosto). En septiembre (SE 36 a 39), el R_t varió entre 0,87 y 1,0; en octubre, un R_t ha permanecido muy cerca de 1 (1,01 en la SE 40, y 1,02 en las SE 41 y SE 42) y por debajo de 1 en la SE 43 en la que es 0,92 (IC95%: 0,90 – 0,95). Esto significa que por cada caso confirmado (activo), se estaría transmitiendo la enfermedad sólo a otra persona o a nadie en absoluto.

Si se logra mantener un R_t inferior a 1, es indicio de que la epidemia está controlada y que puede ir disminuyendo. De ahí la importancia del autocuidado y tomar distancia de quienes no previenen la enfermedad, porque en Panamá se ha creado una cultura de que cada vez son más las personas que se cuidan.

Figura 23
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 25 de octubre 2020 por número de casos

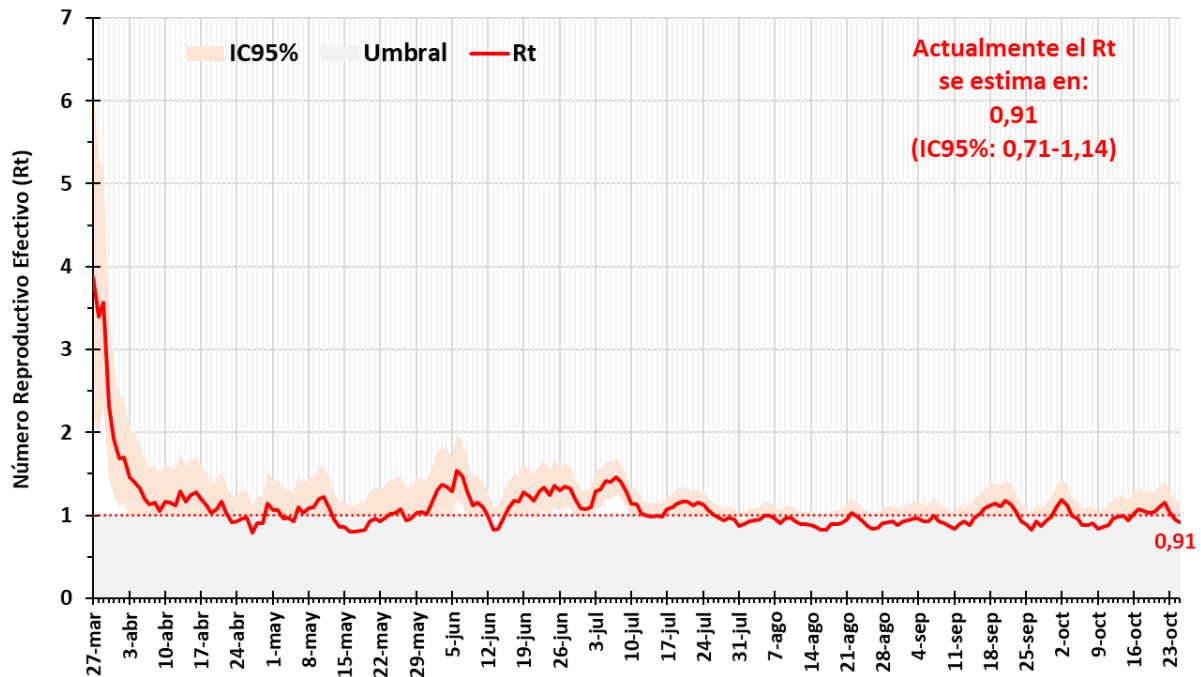


El R_t para las defunciones, ha permanecido con valores de 1 o menos desde finales de agosto, con valores entre 0,88 y 1,05 por nueve semanas (SE 35 a SE 43). En las SE 43 (hasta el 25 de octubre) se estima en 0,91 (IC95%: 0,71 – 1,14). Esto indica que, la dinámica actual de la epidemia se ve reflejada en la mortalidad, una razón más para que los ciudadanos continúen velando por el cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad. (Figura 23).

Si bien la mayoría de la población tiene una evolución favorable de la COVID-19 con el 40% que desarrolla manifestaciones leves y el 40% moderados; en el 15% ocurren manifestaciones clínicas graves, y el 5% desarrollan un cuadro clínico crítico con complicaciones, lo que hace que sea aún más importante reducir la transmisión de la enfermedad, tomando precauciones como ponerse mascarillas, mantener la distancia física evitando aglomeraciones, y mantener una frecuente higiene de manos.

Figura 24

Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 25 de octubre 2020 por número de defunciones



RECOMENDACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS

Recomendación para fomentar la participación comunitaria en salud

La excepcionalidad de la infección por el SARS-CoV-2 ha presentado desafíos importantes a los Sistemas de Salud, evidenciando las debilidades ya existentes en las condiciones socio sanitarias en los Países de la Región y exacerbando las inequidades en materia de salud, especialmente en aquellas poblaciones que ya se encontraban viviendo en situaciones de vulnerabilidad como falta de acceso al agua potable, hacinamiento, desempleo, discapacidad, situaciones de violencia, por mencionar algunas.

Los esfuerzos por combatir esta pandemia ocasionada por un virus totalmente desconocido, ha generado respuestas muy heterogéneas desde los países, pero que han ido evolucionando a medida que se conoce un poco más el comportamiento del virus y debido a la aplicación de medidas de mitigación y control que han permitido reducir la velocidad de transmisión, sin embargo estas medidas también se han visto acompañadas por consecuencias negativas en lo individual y en lo colectivo, en aspectos sociales, económicos, psicológicos y emocionales, a pesar de ello, es preciso reconocer que, sin la fortaleza de nuestro sistema de salud, de los trabajadores de la salud y del compromiso que ha demostrado la mayoría de la comunidad, el impacto de la epidemia hubiera sido aún mayor.

Cabe mencionar que a nivel de los sistemas de salud, si bien la respuesta inicial se centró en esfuerzos dirigidos a fortalecer los servicios de salud para afrontar el aumento de la demanda para la detección y manejo de los casos de la COVID-19 y sus contactos, tanto a nivel ambulatorio como de internamiento, mediante la reconversión de servicios o a través de la implementación de nuevas modalidades como los hoteles medicalizados, Áreas de Triage, Centros de Hisopado Express, entrega de medicamentos a nivel domiciliario o el seguimiento de casos vía telefónica, estas acciones causaron una disrupción no intencionada de la capacidad de los sistemas de salud para brindar otros servicios como los de promoción de la salud y prevención, los cuales se brindan a través de Programas para la prevención y control de enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus-DM y la Hipertensión Arterial-HTA; Programas de Vacunación; Controles del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido; Planificación Familiar, todos los cuales contribuyen a mantener la salud y el bienestar así como a evitar o detectar tempranamente el desarrollo de condiciones o complicaciones que pueden colocar a las personas en un mayor riesgo de morbilidad.

En el contexto de la pandemia y de acuerdo a datos de una Encuesta, en 27 países, la mitad de los Programas de DM e HTA se detuvieron y el 40% de las visitas relacionadas al embarazo se redujeron.

De igual manera más de una cuarta parte de los países han suspendido las campañas de vacunación de rutina, lo que podría aumentar el riesgo de brotes de enfermedades que son inmunoprevenibles³.

En estos momentos se han desarrollado nuevos conocimientos en todos los aspectos, estamos mejor capacitados para responder a la epidemia y se han acelerado muchos procesos que apuntan al objetivo de mejora de los servicios sanitarios y de mantener la salud del conjunto de la población; sin embargo, también se ha puesto en evidencia los vacíos y las desigualdades del modelo de atención existente, por lo que apremia y es el momento oportuno para producir los cambios.

La promoción de la salud como proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla, busca fortalecer la capacidad individual y comunitaria para mejorar la salud, así como abordar sus determinantes sociales a través de una participación significativa y un trabajo intersectorial para mejorar la equidad en salud⁴. En este sentido, se viene colocando como un tema central de las agendas de los países, de una manera renovada y considerando la necesidad de fortalecer los entornos saludables claves, facilitar la participación y empoderamiento de la comunidad, fortalecer la buena gobernanza y fortalecer también los sistemas y servicios de salud a través de la promoción de la salud.

Este enfoque que sigue teniendo aún mayor relevancia en el contexto de la pandemia, se expresó en alguna medida mediante iniciativas desarrolladas entre individuos y comunidades empoderadas y autoridades locales, clubes cívicos, cooperativas, empresas privadas, instituciones gubernamentales, como fue el caso del Distrito de Pedasí⁵, Comunidad Guna de Cativa y la Comunidad de Don Bosco⁶ que se organizaron para brindar ayuda a las familias afectadas y la comunidad en general, apoyando tareas de abastecimiento de insumos, alimentos y agua potable, colaborando con las medidas de cerco sanitario con voluntarios, el uso de redes sociales para transmitir información sobre el cuidado para la salud y con el seguimiento médico de los casos a través de visitas domiciliarias con profesionales contratados por la autoridad local.

La meta sin embargo sería lograr el desarrollo de un proceso de participación social y comunitario pleno, que considere todos los momentos del proceso: la planeación, la gestión, la evaluación y la veeduría de los servicios de salud.

³ Directora de la OPS advierte sobre interrupciones en servicios de salud esenciales debido a la COVID-19

⁴ Renovando la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14889:hp-sdgs-rio&Itemid=39620&lang=es)

⁵ <https://www.pedasihumanitario.org>

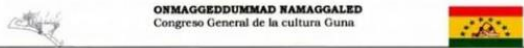
⁶ Webinar “Participación social: Desafíos en la Pandemia y retos a futuro”: <https://www.youtube.com/watch?v=BswjWe13HPo>

Recomendaciones

- Planificar estrategias de intervención comunitaria en las que se coordinen y articulen los diferentes recursos comunitarios disponibles y se incluya a la población en espacios de activa participación, con el fin de minimizar la incertidumbre, y disminuir la ansiedad y el miedo frente a la COVID-19, fomentar el autocuidado, la protección solidaria y la vigilancia mutua de la enfermedad en su entorno.
- Es importante fortalecer los mecanismos de educación para la salud y Comunicación de Riesgos, de modo que se incorpore a la población en la construcción de la Estrategia de Comunicación a fin de que los mensajes de Salud Pública y la información lleguen, no sólo a los actores tradicionales sino que permitan la inclusión de audiencias, como las personas con distintos tipos de discapacidad, población sin acceso a tecnologías de la información, población que requiera adaptación cultural de los mensajes, en los procesos de participación comunitaria.
- Identificar e integrar líderes y agentes comunitarios como actores fundamentales para el desarrollo de estas intervenciones y para crear el cambio hacia una cultura de protección y bioseguridad.
- Concientizar a la comunidad de que las medidas recomendadas por las autoridades de salud que nacieron en el contexto de la pandemia siguen vigentes, porque aún está activa y representa un peligro latente, y es una responsabilidad compartida el control de la enfermedad.
- Promover un mayor proceso de capacitación en temas de empoderamiento, liderazgo y participación social a nivel de las Comunidades.

Retos en el ejercicio de la participación comunitaria.

[El Congreso Cultural Guna emitió una resolución en la cual prohíbe el uso de mascarillas](#) a residentes, funcionarios y visitantes de la comarca, quienes deben respetar las tradiciones culturales particulares de este pueblo. Además, se toman acciones sobre otras medidas implementadas por las autoridades sanitarias a nivel nacional, entre las cuales se encuentran la eliminación de los comités de salud comunitarios COVID-19, y dejar sin efecto la medida de cuarentena en todas las comunidades del territorio comarcal. Se hace referencia también a lo que prevalece en la “medicina dule” y la promoción de mecanismos estratégicos para su desarrollo como forma de prevención y mitigación para futuras enfermedades contagiosas.



ONMAGGEDDUMMAD NAMAGGALED
 Congreso General de la cultura Guna

RESOLUCION N°4

Onmaggeddummad Namaggaled, reunida en su Asamblea General en la comunidad de Aggwadub, los días 20 al 26 de octubre de 2020, en uso de sus facultades legales que les confiere el Igardummadwala, el Estatuto de Gunayala, el Reglamento Interno y otras normas gunas.

CONSIDERANDO

Que en el pleno de Onmaggeddummad Namaggaled, los delegados de las comunidades presentes, discutieron ampliamente sobre la situación del COVID-19, en la Comarca Gunayala, de igual forma se presentó el escenario que enfrentaron sus comunidades cuando se establecieron las medidas sanitarias por el MINSA y adaptado por los mismos, para la prevención y mitigación del COVID-19;

Que, en el informe de las comunidades, se destacó la creación de los comités de salud comunitario COVID-19, para la prevención y mitigación del virus del COVID-19, las cuales establecieron protocolos o medidas sanitarias que una de ellas, es el uso obligatorio de la mascarilla o tapaboca, que no es una costumbre de nuestro pueblo guna;

Que nuestras Autoridades locales han sentido, que se les han vulnerado la autoridad de decisión cuando los comités de salud comunitario COVID-19 asumieron el liderazgo de ese rol en muchas situaciones no relacionado a la crisis pandémica, creando un malestar entre la dirigencia local;

Que nuestras autoridades locales también practicaron nuestras medidas sanitarias propias, resaltando nuestra medicina indígena, fuera de la convencional, que en muchas ocasiones fueron rechazadas por autoridades gubernamentales establecidas en Gunayala;

Que la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, en su artículo 1, declara: Los indígenas tienen derecho, como pueblo o como individuos, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y las normas internacionales de derechos humanos. Artículo 3. Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su derecho económico, social y cultural. Artículo 4. Los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho a la libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con sus asuntos internos y locales, así como a disponer de medios para financiar sus funciones autónomas.

Que en Igardummadwala, en su capítulo I, artículo 1, establece: Gunayar Igardummadwala es el instrumento jurídico con que cuenta Gunayala tanto para relacionarse con el Estado Panameño como para aplicarlo en su territorio y en su espacio. Es de cumplimiento obligatorio tanto para personas públicas y privadas o particulares, residentes o en tránsito por Gunayala.



ONMAGGEDDUMMAD NAMAGGALED
 Congreso General de la cultura Guna

costumbres del pueblo guna, por tanto:

RESUELVE

1. Por el proceso de normalidad de la crisis de la pandemia del COVID-19 en Gunayala, queda prohibido el uso de la mascarilla en las comunidades, para los comercios, funcionarios de las instituciones gubernamentales, en los puertos de Gairi y para todo visitante que llegue a la comarca Gunayala, quienes respetarán las tradiciones culturales muy particulares del pueblo guna.
2. Los comités de salud comunitario COVID-19, creadas en nuestras comunidades, quedan desde la publicación de esta Resolución, suprimidas, y prevalecerá nuestra medicina dule;
3. Permanecerán abiertas, todos los Onmagged Nega (casa de congreso local), en todas las comunidades de la comarca Gunayala.
4. Se levanta la cuarentena, producto del COVID 19, en las comunidades de la comarca Gunayala.
5. Buscar y promover mecanismos estratégicos para fortalecer y desarrollar la medicina dule en todas nuestras comunidades, como forma de prevención y mitigación de cualquier enfermedad futura, con riesgos de propagación, contagio e infección;
6. Enviar esta Resolución a la Junta Ejecutiva del Onmaggeddummad Namaggaled y a las 49 comunidades de la comarca Gunayala.

Dado en la comunidad de Aggwadub, a los veintidós días del mes de octubre de dos mil veinte

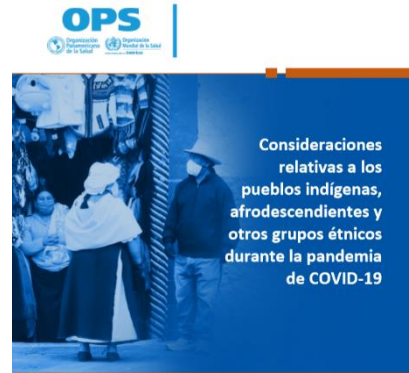
Don Héctor
 DOMITILIO MORRIS
 Sagladummad

José Nava
 JOSÉ NAVAS
 Sagladummad

Leovigildo Pérez
 LEOVIGILDO PÉREZ
 Sagladummad

José Pérez Ledao
 JOSÉ PÉREZ LEDAO
 Sigwi

En el documento [Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19](#), la OPS/OMS emite “recomendaciones específicas para líderes de la comunidad y el personal de salud”, haciendo referencia a la necesidad de generar acuerdos en la población, a través de sus líderes y con la red integrada de servicios de salud, con relación a las acciones que se llevarán a cabo por los líderes en sus comunidades, bajo la responsabilidad de los servicios de salud. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, resalta la importancia de garantizar la atención incluyente para la COVID-19, tomando en cuenta aspectos como el involucramiento de los médicos tradicionales y otros miembros de la comunidad, con el fin de lograr mecanismos de prevención efectivos, acceso a información adecuada, y medidas efectivas sobre pruebas diagnósticas y aislamiento.





ACCIONES DE GOBIERNO Y DEL SECTOR SALUD

- Las autoridades sanitarias comunican que estarán implementando estrategias dirigidas a la detección de casos en playas y balnearios del país, en ocasión de su reciente apertura el pasado 25 de octubre. Comunican que instalarán la toma de muestra de hisopados y detección de casos a través de pruebas de inmunofluorescencia de manera aleatoria a las personas que asistan a las playas. [Comunicado-245](#)
- El director de la Caja de Seguro Social (CSS) informó que, de las 560 personas recuperadas registradas en las Clínicas Post COVID hasta el 19 de octubre, 519 (96%) han manifestado afectaciones posteriores a su recuperación. El 66% de estas personas son mujeres y el 34% hombres, encontrándose en el rango de edad de los 30 a los 49 años, todos correspondientes a las provincias de Panamá y Panamá Oeste. Entre las principales afectaciones reportadas se encuentran cansancio excesivo, dolores musculares y en articulaciones, falta de aire y debilidad. [prensa.css.gob.pa](#). Los pacientes son registrados a través de un cuestionario digital para pacientes recuperados. <https://tramites.css.gob.pa/recuperadosCovid/>

La OPS/OMS, en su [Alerta Epidemiológica: Complicaciones y secuelas por COVID-19 del 12 de agosto de 2020](#) recomienda proporcionar programas de rehabilitación personalizados, desde el corto hasta el largo plazo, de acuerdo a las necesidades de cada paciente; la evaluación y seguimiento integrales de las cohortes de pacientes recuperados, basando el manejo específico en los protocolos nacionales vigentes; y garantizar la continuidad del seguimiento y asistencia a los pacientes recuperados de la COVID-19.

1. formulario de registro

1. Nombre Completo (Obligatorio)	7. A usted se le entregó el resultado de su prueba de COVID-19 (Obligatorio)
<input type="text"/>	Seleccione
2. Cédula o pasaporte (Obligatorio, si es nacional)	8. Cuando terminó el aislamiento, se le entregó el certificado de cuarenta? (Obligatorio)
<input type="text"/>	Seleccione
3. Fecha de nacimiento (Obligatorio)	9. Durante la enfermedad realizó aislamiento en
2002-10-27	<input type="checkbox"/> Casa
4. Género (Obligatorio)	<input type="checkbox"/> Hotel hospital
Seleccione	<input type="checkbox"/> Hospitalizado en Sala
5. Ocupación (Obligatorio)	<input type="checkbox"/> Hospitalizado en Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
6. Residencia	10. Cuántos días permaneció en aislamiento? (Obligatorio, sólo número)
6.1. Provincia (Obligatorio)	<input type="text"/>
Seleccione	10.1. Si recuerda la fecha en la que se mantuvo en aislamiento, escríbala
6.2. Distrito	<input type="text"/>
Seleccione	11. Antes de haberse enfermado de COVID-19 sufría de alguna de las siguientes enfermedades
6.3. Corregimiento	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial
Seleccione	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
6.4. Teléfono fijo	<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de los pulmones
6.5. Celular (Obligatorio, sin guiones)	<input type="checkbox"/> Problemas de los riñones
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
6.6. Correo electrónico (Obligatorio)	<input type="checkbox"/> Problemas psicológicos
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
	<input type="checkbox"/> Otros (escribalo)
	12. Después de haberse recuperado del COVID-19 ha presentado algún tipo de molestias que no había presentado antes de enfermarse (Obligatorio)
	Seleccione
<input type="button" value="Anterior"/>	<input type="button" value="Enviar"/>

OPS **RESPUESTA DE LA OPS/OMS EN PANAMÁ**

- La oficina de la OPS/OMS en Panamá brinda apoyo en la gestión para la donación de equipos médicos a las instalaciones del primer nivel de atención de las Regiones de Salud de los territorios indígenas de Darién, Guna Yala, Panamá Este, Ngäbe Buglé, Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas, para fortalecer la respuesta ante la pandemia del COVID-19.
- Coordinación y asesoría técnica para la elaboración de un proyecto de cooperación (ACNUR-OPS-MINSA) para la atención médica integral y con enfoque preventivo que brinde cobertura a la población migrante y ciudadanos de comunidades de acogida.
- Se brinda apoyo al Ministerio de Salud en el desarrollo del seminario virtual “*Habilidades para intervenciones de apoyo psicosocial durante COVID-19*” con el cual se busca fortalecer las habilidades psicosociales básicas para el apoyo mutuo en tiempos de COVID. Este seminario va dirigido a personal de primera línea de respuesta, voluntarios, comunidades de Fe y todos los involucrados en la respuesta a la COVID-19.

SEMINARIO VIRTUAL
HABILIDADES PARA INTERVENCIONES DE APOYO PSICOSOCIAL DURANTE COVID-19

Dirigido a: personal de primera línea de respuesta, representantes de las comunidades de fe, trabajadores sociales y otros involucrados en la respuesta al COVID-19

Jueves 22 de Octubre
9 am a 12 md

Enlace: <https://zoom.us>
ID: 850 0318 1436
Contraseña: SemiNa2O

zoom

Cursos y Seminarios

- La OPS/OMS ha desarrollado el curso **Atención de Salud para las Personas Mayores (ACAPEM-Nivel Básico)**. La Acreditación Internacional de Competencias en la Atención de Salud para las Personas Mayores (ACAPEM) es una estrategia de capacitación en red promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), junto a otras Asociaciones e Instituciones en la Región de Las Américas.

Organización Panamericana de la Salud
 Organización Mundial de la Salud
 Américas

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA
 "Promoviendo el reconocimiento a la geriatría"

ACREDITACIÓN INTERNACIONAL DE COMPETENCIAS
 EN LA ATENCIÓN DE SALUD PARA LAS PERSONAS MAYORES (ACAPEM)

Estas acreditaciones son dirigidas a profesionales de la salud con el objetivo de lograr el desarrollo de competencias y que logren su idoneidad en la atención a las personas mayores. En este curso se añadieron recursos para tener mejor entendimiento de los aspectos importantes de los cuidados de las personas mayores durante la pandemia. El curso en español está disponible en el siguiente enlace: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/acapem-b-atencion-de-salud-para-las-personas-mayores-acreditacion-internacional-de>

- En la página de webinars del Campus Virtual de Salud Pública (<https://www.campusvirtualsp.org/en/webinars>), se tienen disponibles tres seminarios virtuales desarrollados sobre los **cuidados a las personas mayores durante y luego de la pandemia**, en los cuales se aborda la atención de los adultos mayores por los profesionales de la salud, con énfasis en las necesidades antes y luego de la pandemia; el autocuidado y los ejercicios físicos como estrategia para optimizar los cuidados a las personas mayores en la atención primaria, durante y luego de la pandemia de la COVID-19; y la evaluación de salud de las personas mayores centrada en sus capacidades, así como los cuidados integrados.



REFERENCIAS

1. Ministerio de salud de Panamá. www.minsa.gob.pa
2. Comunicado del Ministerio de Salud No. 245
<http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-245>
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.
5. [Cronología de actuación ante COVID19 en Panamá](#)
6. [COVID-19 en Panamá: Información y recursos:](#)
<https://panama.campusvirtualsp.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/3376465/>