

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Reporte de Situación COVID-19 Panamá

Reporte No. 55

Junio 1 de 2021

REPORTE DE SITUACIÓN - PANAMÁ

Reporte No. 55 - COVID-19

Junio 1 de 2021

Puntos Destacados:

- A la fecha, se reportan 5.864 pacientes (1,6%) en aislamiento domiciliario, 412 pacientes (0,1%) se encuentran hospitalizados (364 en sala general y 48 en Unidades de Cuidado Intensivo -UCI). Se informan 364.783 (96,6%) casos como recuperados (Figura 1).
- Se reporta un total de 6.369 fallecidos con 73 nuevas muertes desde el último reporte el 15 de mayo, para un porcentaje de fallecidos de 1,7%.
- Al 18 de mayo de 2021, a nivel nacional se tiene una ocupación del 53% de las camas de hospitalización en sala, del 47% de camas de UCI y semi UCI y del 23% de los ventiladores.
- Los pacientes severos y críticos se distribuyen el 37% (131) en las Instalaciones de Salud de la Caja del Seguro Social (CSS), el 51% (178) en las del Ministerio de Salud y el 12% (42) en los hospitales privados de Panamá (Figura 2).
- En mayo, se registró un promedio diario de 322 hospitalizaciones en sala (variando entre 380 y 268), y de 56 en UCI (con entre 68 y 45), con una reducción del 11,0% y del 11,1% en los respectivos servicios en comparación con los promedios registrados en abril (362 en sala y 63 en UCI). (Figura 3).

SITUACIÓN EN NÚMEROS PANAMÁ

Hasta el 29 de mayo de 2021 - 6:00 p.m.

Casos Confirmados
377.428 (574 nuevos*)

Muertes
6.369 (4 nuevas*)



Camas en sala

5.923 [47% disponibles (2.784)]**



Camas en UCI y semi UCI

751 [53% disponibles (398)]**



Ventiladores

1.120 [77% disponibles (862)]**

*En las últimas 24 horas

**Hasta el 1 de junio de 2021 - 11:00 a. m.

Figura 1
Casos de COVID-19 en Panamá al 29 de mayo de 2021

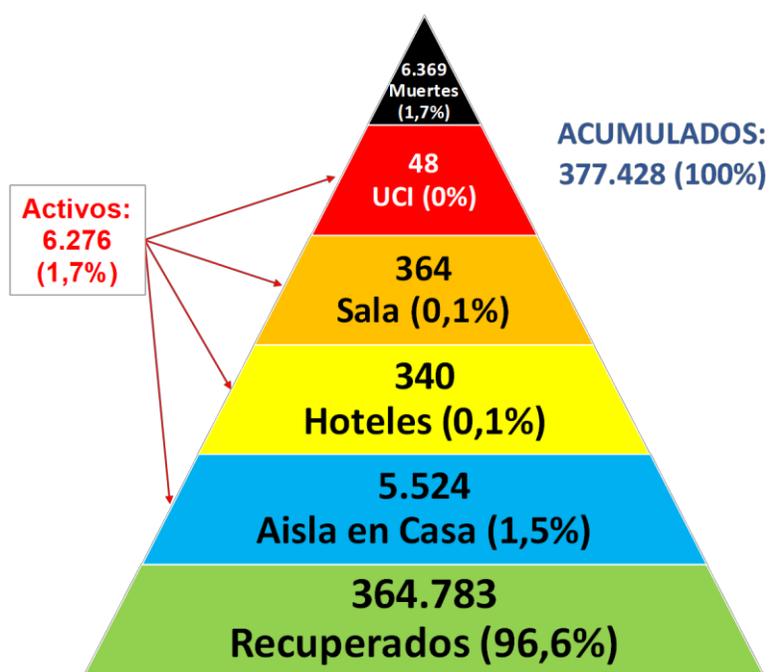
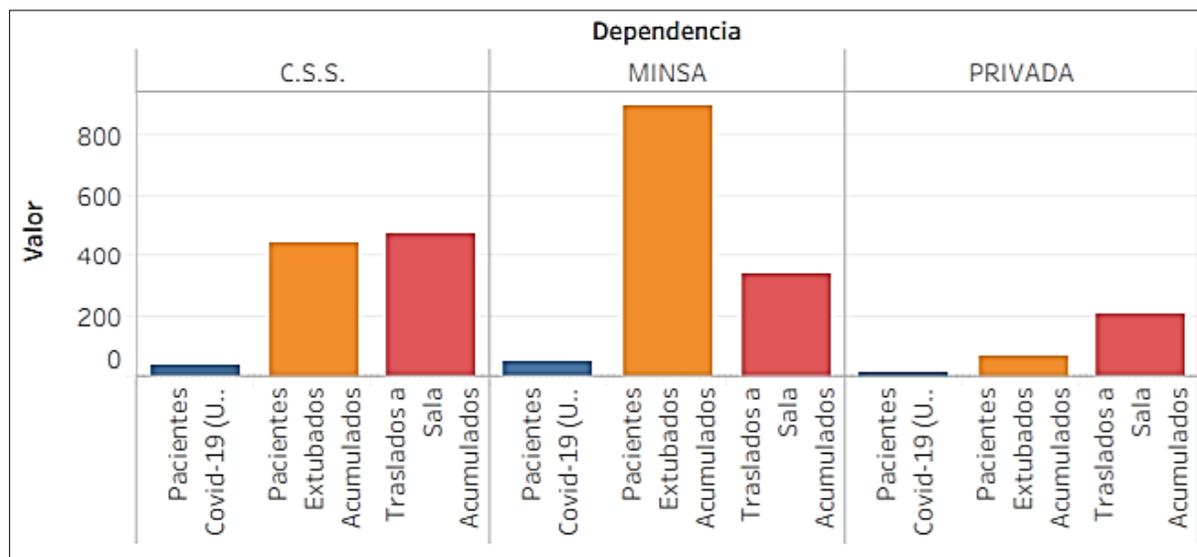


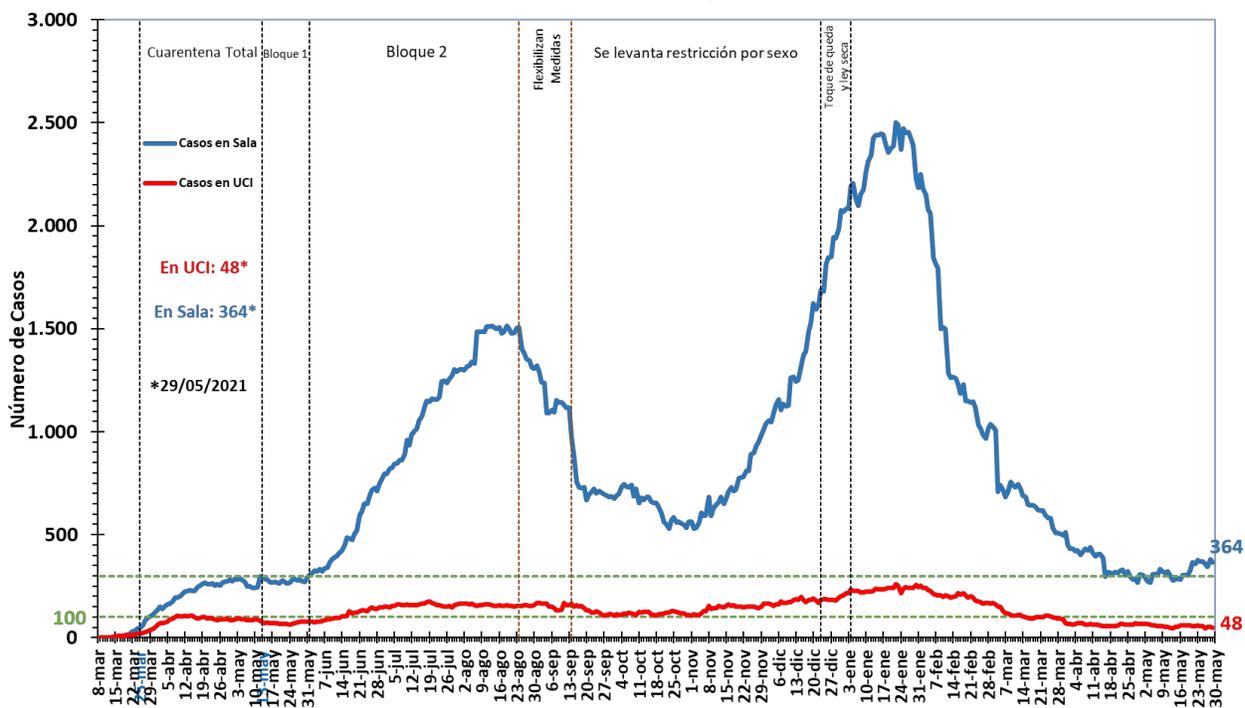
Figura 2
Distribución de los Pacientes en UCI en Instalaciones de Salud de la Red Pública (Caja del Seguro Social CSS y Ministerio de Salud) y en la Red Privada de Panamá, 1 de junio de 2021



En la figura 3 se observa un periodo de estabilidad de las hospitalizaciones en sala entre la SE15 (11 de abril) y la SE19 (15 de mayo), con un promedio de 317 en dicho periodo; sin embargo, en las SE20 y SE21 se observa incremento leve pero progresivo con 320 y 366 ingresos en sala en promedio en las respectivas semanas.

Los pacientes en UCI por el contrario siguen descendiendo, pasando de un promedio de 63 en el periodo comprendido entre la SE12 (28 de marzo) y la SE19 (15 de mayo) a 59 en la SE20 y 53 ingresos en la SE21, con una disminución que oscila entre el 6,3% y el 16,0%. Hasta el 29 de mayo, se reportan 364 pacientes en sala y 48 en UCI (figura 3).

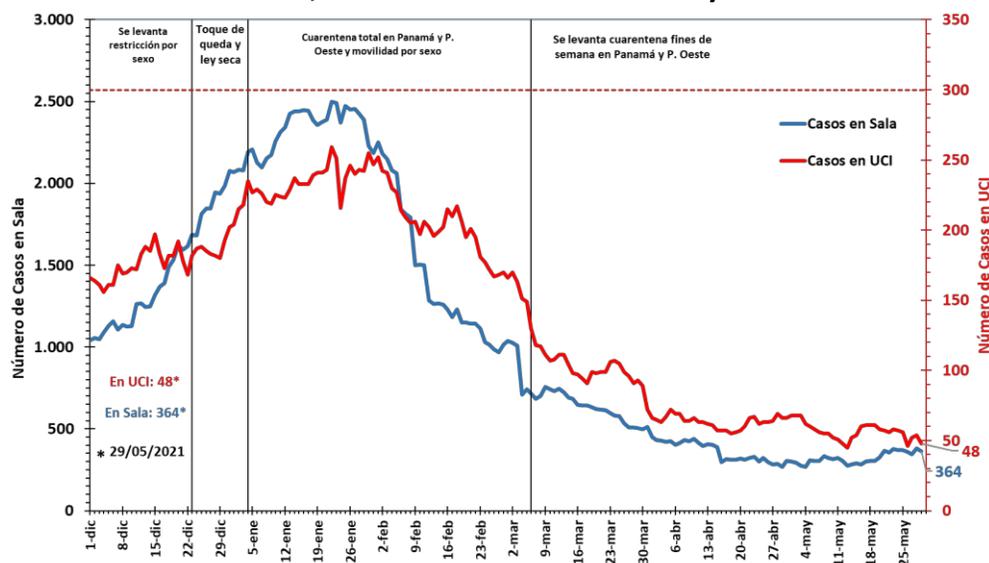
Figura 3
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día. Panamá, 9 marzo 2020 a 29 de mayo de 2021



En la figura 4 se observa la tendencia en paralelo de los ingresos en sala y en UCI, mostrando los mismos periodos de bajas o incrementos en forma casi simultánea hasta la SE4 (30 de enero), a partir de ahí se estrecha la brecha de ambas internaciones.

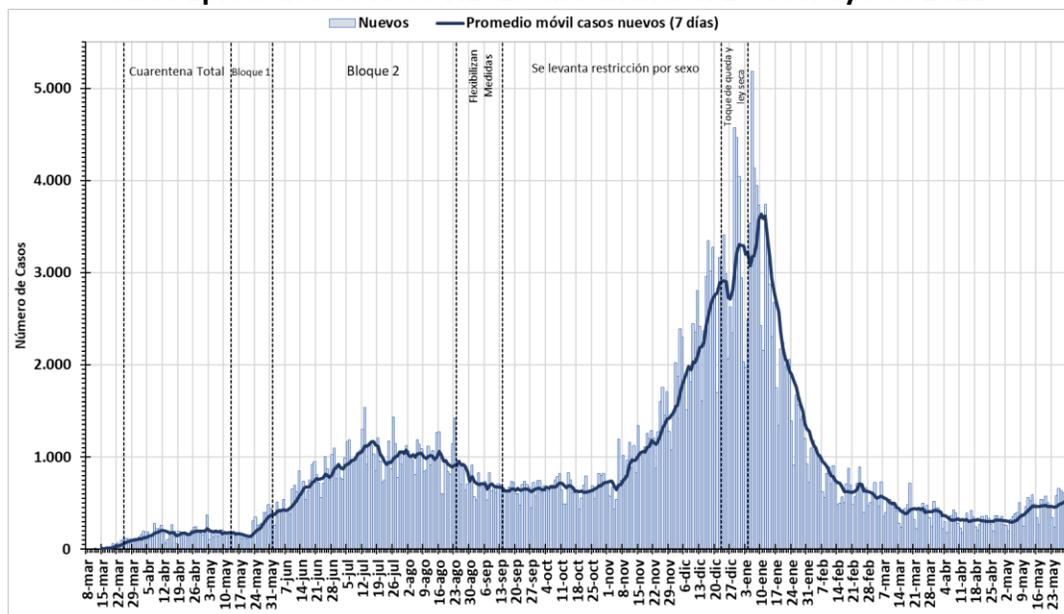
A partir del 9 de febrero, se invierte la tendencia sincrónica en ambos servicios, indicando la marcada diferencia en la velocidad en el descenso de los ingresos en sala, que casi dobla la velocidad del descenso de los ingresados en UCI. Después del 7 de marzo (SE10) se da un nuevo cambio, con una mayor aproximación en la velocidad en que disminuyen los pacientes de los dos servicios con un acercamiento entre ambas líneas; pero dado el aumento de los pacientes en sala y la continuada caída de los pacientes en UCI en las últimas dos semanas (SE20 y SE21) casi se sobreponen las dos líneas de tendencia.

Figura 4
Número de casos confirmados de COVID-19 hospitalizados en sala y UCI por día
Panamá, 1 diciembre 2020 a 29 de mayo 2021



Después del segundo pico de casos y a partir de la primera semana de enero, se tiene un rápido descenso de casos con promedios de 456, 318 y 440 en los últimos tres meses. Desde inicios de febrero se muestra una tendencia estable en la curva con un promedio de 317 casos en el periodo de la meseta entre la SE13 (3 de abril) y la SE18 (8 de mayo). A partir de entonces se ha presentado repunte en la confirmación de casos diarios con promedios de 469, 466 y 522 en las respectivas semanas 19 hasta la 21, lo que significa un incremento del 12% de nuevos casos en la última semana respecto a la semana anterior (figura 5).

Figura 5
Curva Epidémica de la COVID-19 en Panamá al 29 de mayo de 2021



La figura 6 muestra a partir de la SE 6 (del 7 al 13 de febrero) una desaceleración en la transmisión de la enfermedad, con tendencia a la progresiva disminución en la confirmación de casos semana a semana, esta tendencia se mantuvo hasta la SE16; sin embargo, desde la SE19 a la SE21 se supera las 3.000 confirmaciones semanales, representando un incremento del 33,6% de los casos en la SE21 (3.654) en comparación a la SE18 (2.426). Esta situación se contrasta con el porcentaje de positividad sobre el 5% que se registra en las últimas tres semanas (figura 7).

Figura 6
Casos nuevos por semana epidemiológica. Panamá, 09 marzo 2020 – 29 de mayo de 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 21 de 2021)

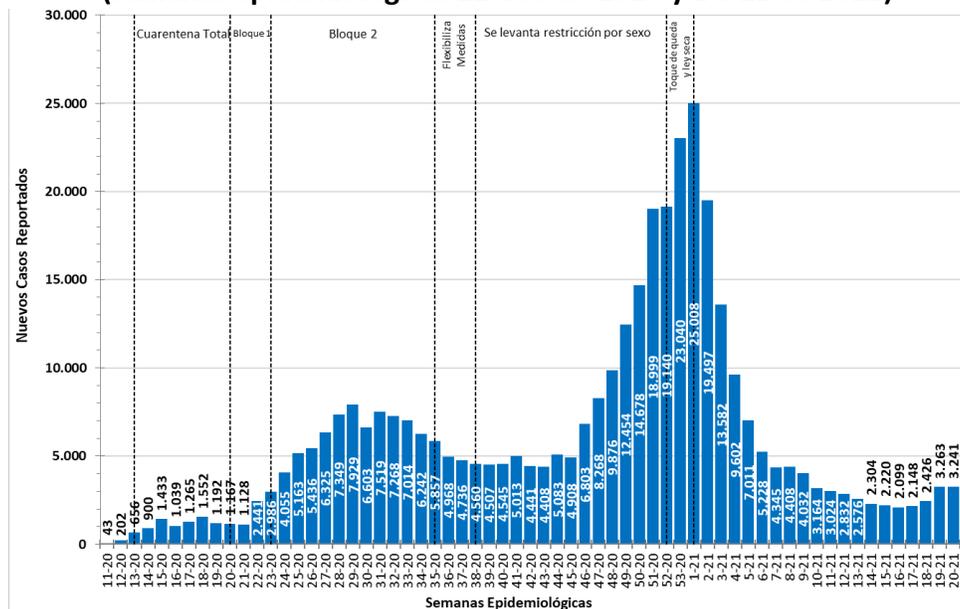
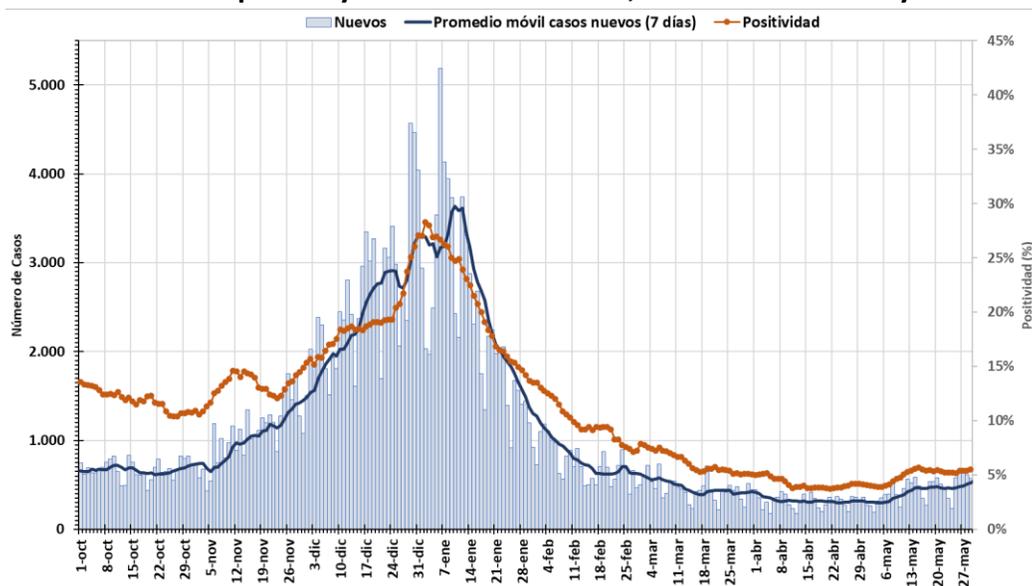
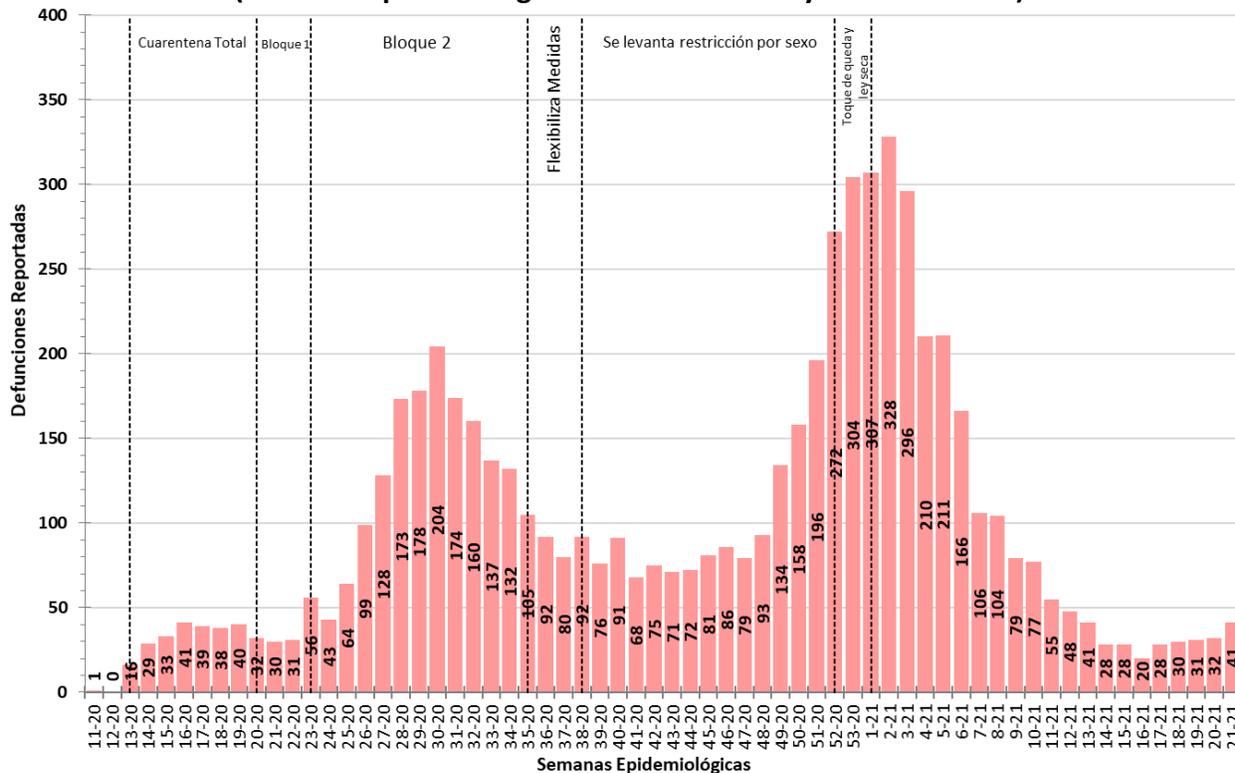


Figura 7
Casos nuevos por día y Positividad. Panamá, 1 Oct 2020 – 29 mayo 2021



En la figura 8 se aprecia como luego del pico 328 muertes notificadas en la SE 2, se presentó un descenso progresivo en las muertes por semana. Así entre la SE 14 (4 al 10 de abril) y las SE 19 y por seis semanas consecutivas, se llegó a un promedio de 28 muertes, que aumenta un 46,4% en la SE21 al registrar 41 muertes.

Figura 8
Muertes por semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 2020 – 29 mayo 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 21 de 2021)



La figura 9 muestra el promedio móvil de las muertes en 7 días se mantuvo en cuatro entre las SE 15 a la SE 19, con aumento progresivo desde entonces hasta llegar a promedio móvil de muertes en 7 días superior a siete. En mayo se contabiliza un total de 138 muertes, reportándose entre cero y 15 muertes por día, y con un incremento del 17% respecto a las muertes del mes de abril que registró en 118.

Hasta el 29 de mayo habían fallecido 6.369 personas por causa de la COVID-19. Estas muertes representan un total de 111.145 años potenciales de vida perdidos (APVP) por esta causa. El grupo de edad económicamente activo (20 a 69 años), acumuló el 75% de esta carga de APVP con 83.213 años. (Figura 10).

Figura 9
Muertes por COVID-19 en Panamá según fecha de reporte. Marzo 9 de 2020 a 29 de mayo de

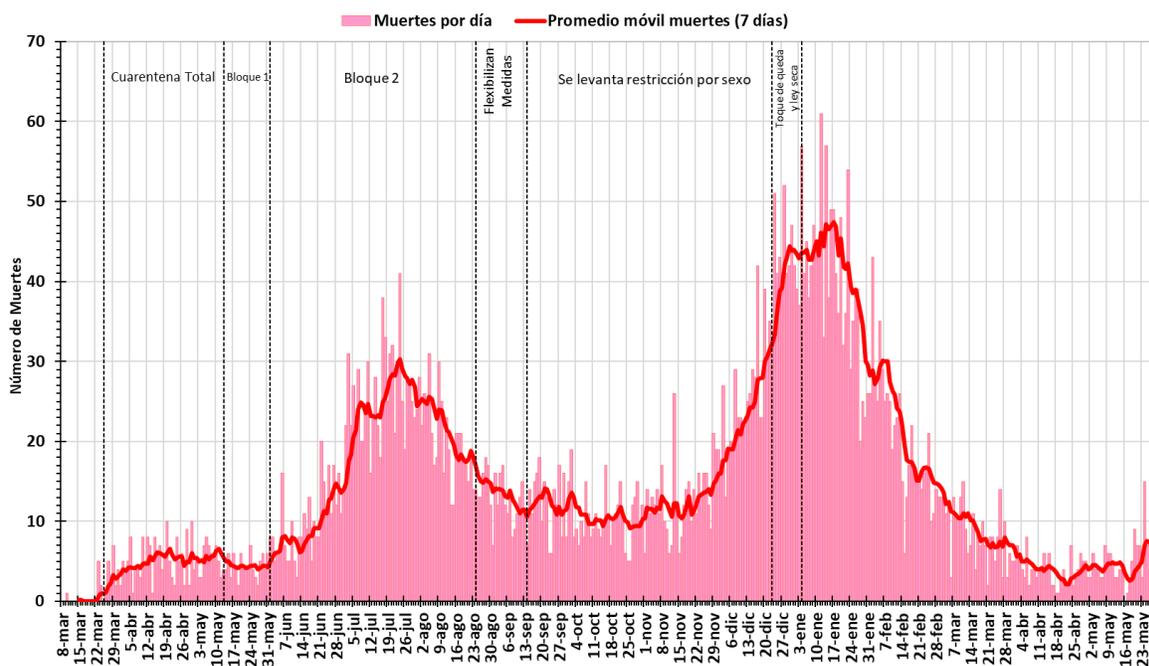
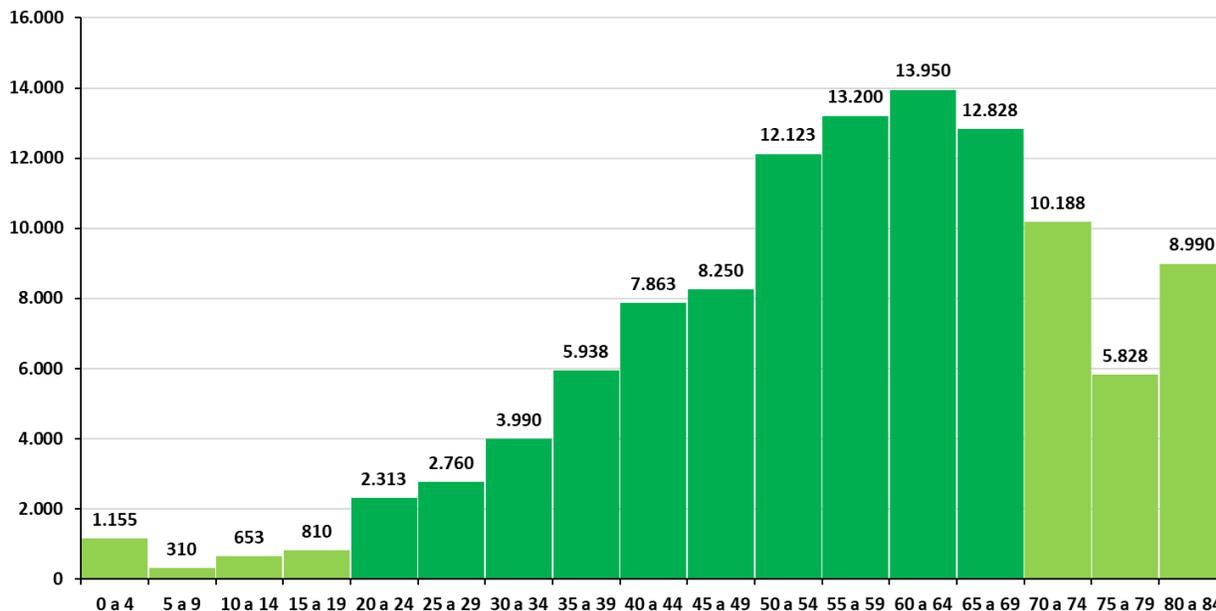


Figura 10
Años potenciales de vida perdidos por COVID-19. Panamá, 09 marzo 2020 – 29 mayo 2021



Hasta el 29 de mayo, Panamá continúa en segundo lugar entre los países de Centro América con mayor número de muertes después de Guatemala (8.121 muertes) según reportes oficiales de los países. (Figura 11); y registra una mortalidad de 146,8 x 100.000 habitantes, inferior a la

mortalidad promedio para las Américas de 159,7 x 100.000 habitantes (figura 12 y 13), estando por debajo de siete países de la Región: Brasil, Perú, Estados Unidos, México, Colombia, Argentina y Chile. Según los reportes oficiales figura en primer lugar entre los países de Centroamérica con mayor tasa de mortalidad. (figura 11).

Figura 11
Defunciones y Mortalidad por COVID-19 en países de Centroamérica, mayo 29 de 2021

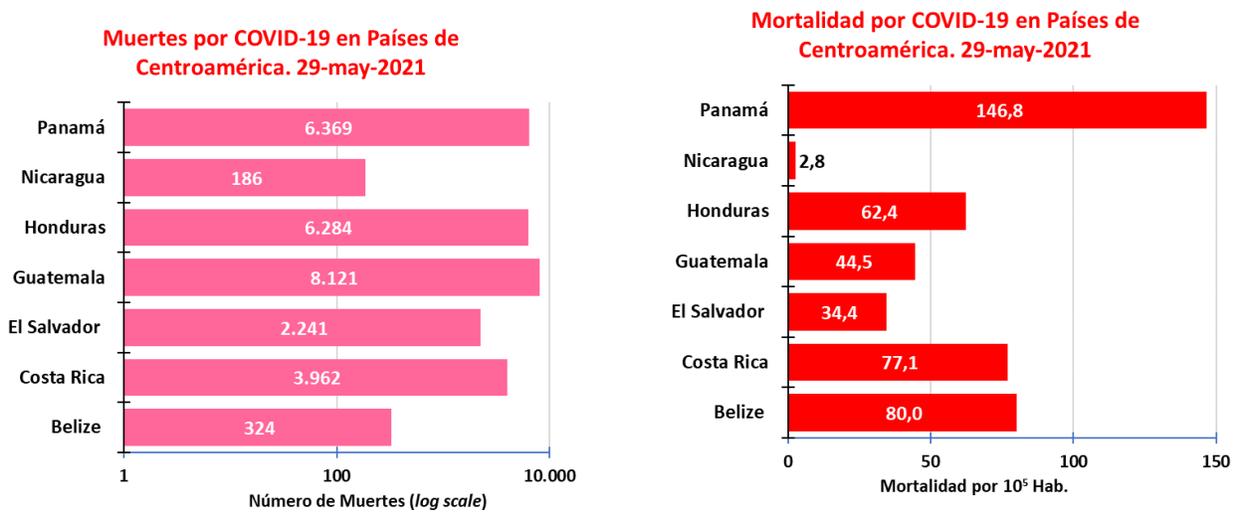


Figura 12. Mortalidad por COVID-19 por países, mayo 29 de 2021

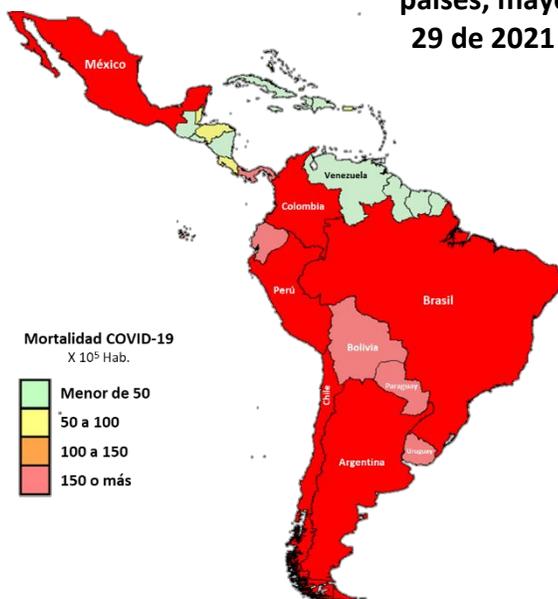
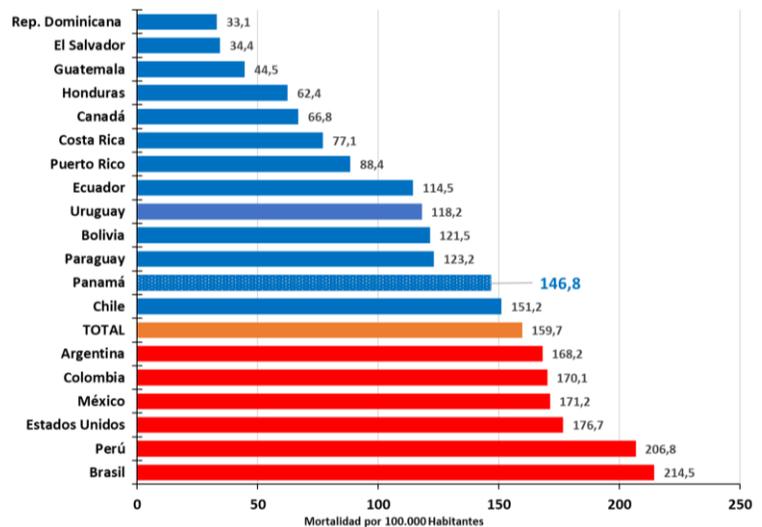


Figura 13. Mortalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 29 de mayo de 2021



Al 29 de mayo, la letalidad continua en el 1,7% (porcentaje de muertes entre quienes se confirmaron con la COVID-19), ocupando el segundo lugar entre los países centroamericanos con más baja letalidad después de Costa Rica (1,3%). (Figura 14) y figurando entre los países de las Américas con más baja letalidad, inferior a la letalidad promedio para la Región que es de 2,5% (figuras 15 y 16).

Figura 14
Letalidad por COVID-9 en países de Centroamérica, 29 de mayo de 2021

Letalidad de la COVID-19 en Países de Centroamérica. 29-may-2021

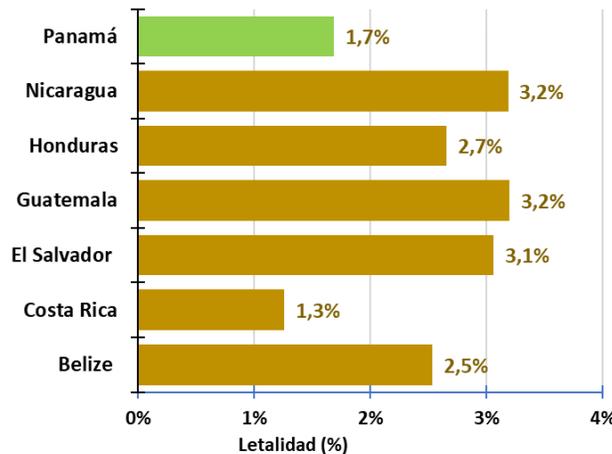


Figura 15. Letalidad de la COVID-19 por Países, mayo 29 de 2021

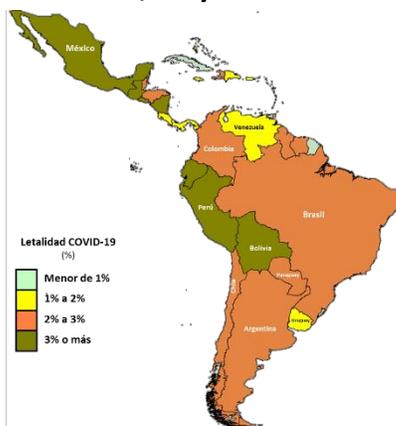
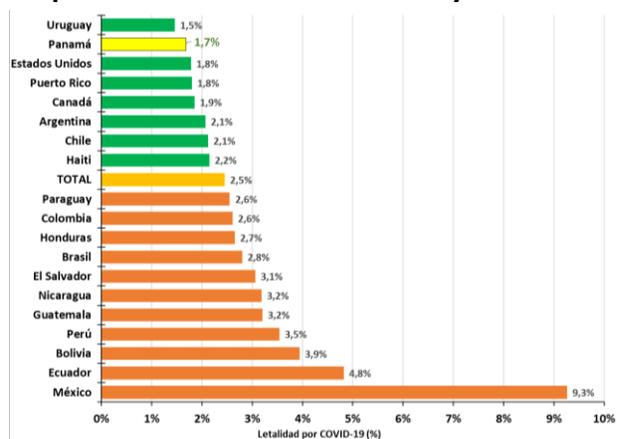
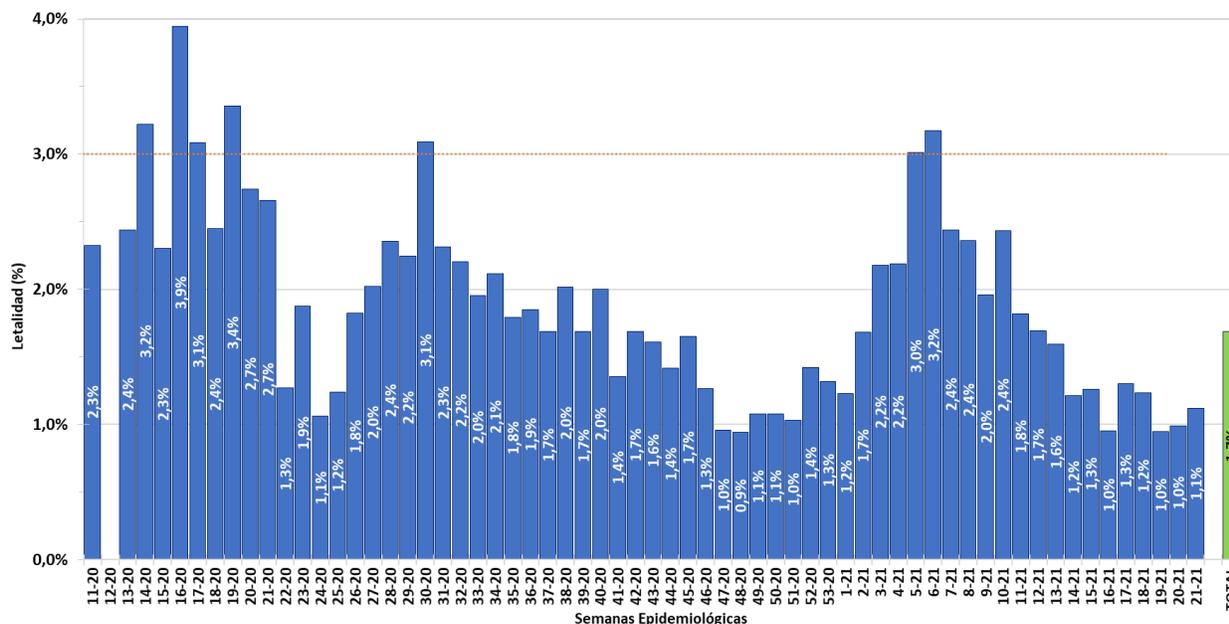


Figura 16. Letalidad por COVID-19, primeros 20 países de América al 29 de mayo de 2021



Después de las semanas 5 y 6 de 2021 que alcanzó una letalidad de 3,0% y 3,2% se ha presentado un descenso progresivo, mostrando desde la SE 11 una letalidad inferior al 2,0% con porcentajes. Desde la SE14 hasta la SE 21 la letalidad ha variado entre 1,3% y 1,0% y la letalidad general continua en 1,7% (Figura 17).

Figura 17
Porcentaje Muertes según Semanas Epidemiológicas. Panamá, 9 marzo 2020 – 29 de mayo 2021



Al 29 de mayo, Panamá es el segundo país de las Américas con más alta incidencia *acumulada* después de Estados Unidos, con 8.698,4 casos acumulados por cada 100.000 habitantes, y a su vez está por encima de la tasa promedio para la Región de 6.517,6 x 100.000 habitantes (figuras 18 y 19). Asimismo, ocupa el primer lugar en casos acumulados (377.428 casos) e incidencia entre los países de Centroamérica. (Figura 20).

Figura 18
Incidencia Acumulada de COVID-19 por Países, mayo 29 de 2021



Figura 19
Incidencia Acumulada por COVID-19, primeros 20 países de América al 29 de mayo 2021

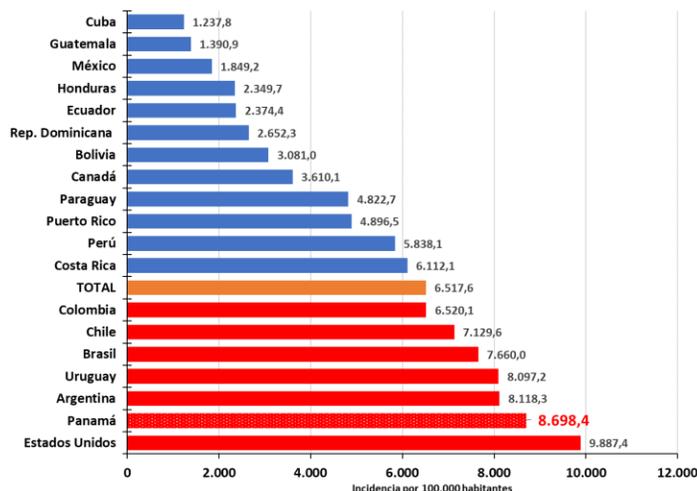
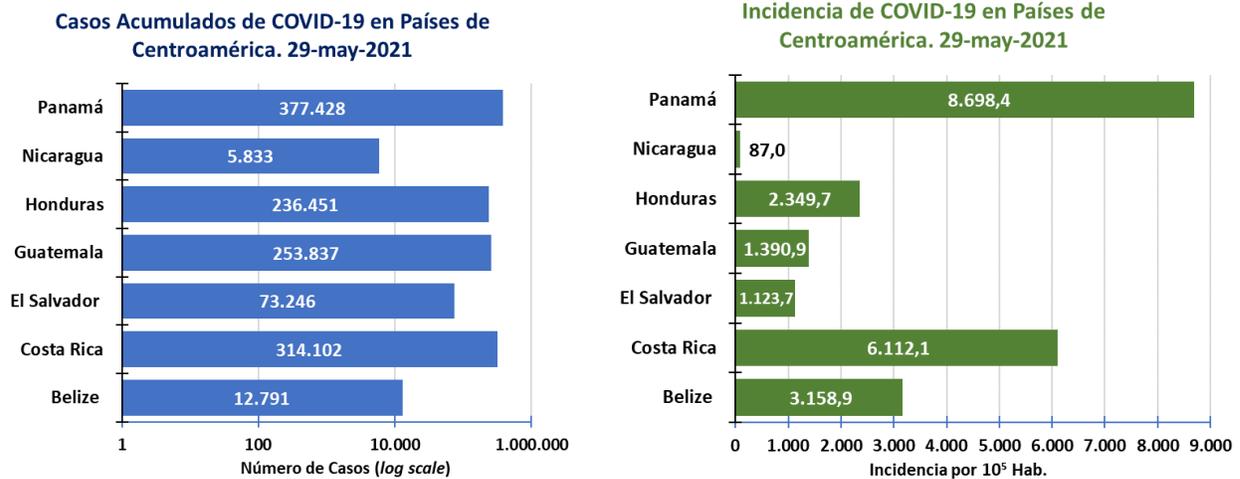


Figura 20

Casos e Incidencia Acumulada de COVID-19 en países de Centroamérica, mayo 29 de 2021



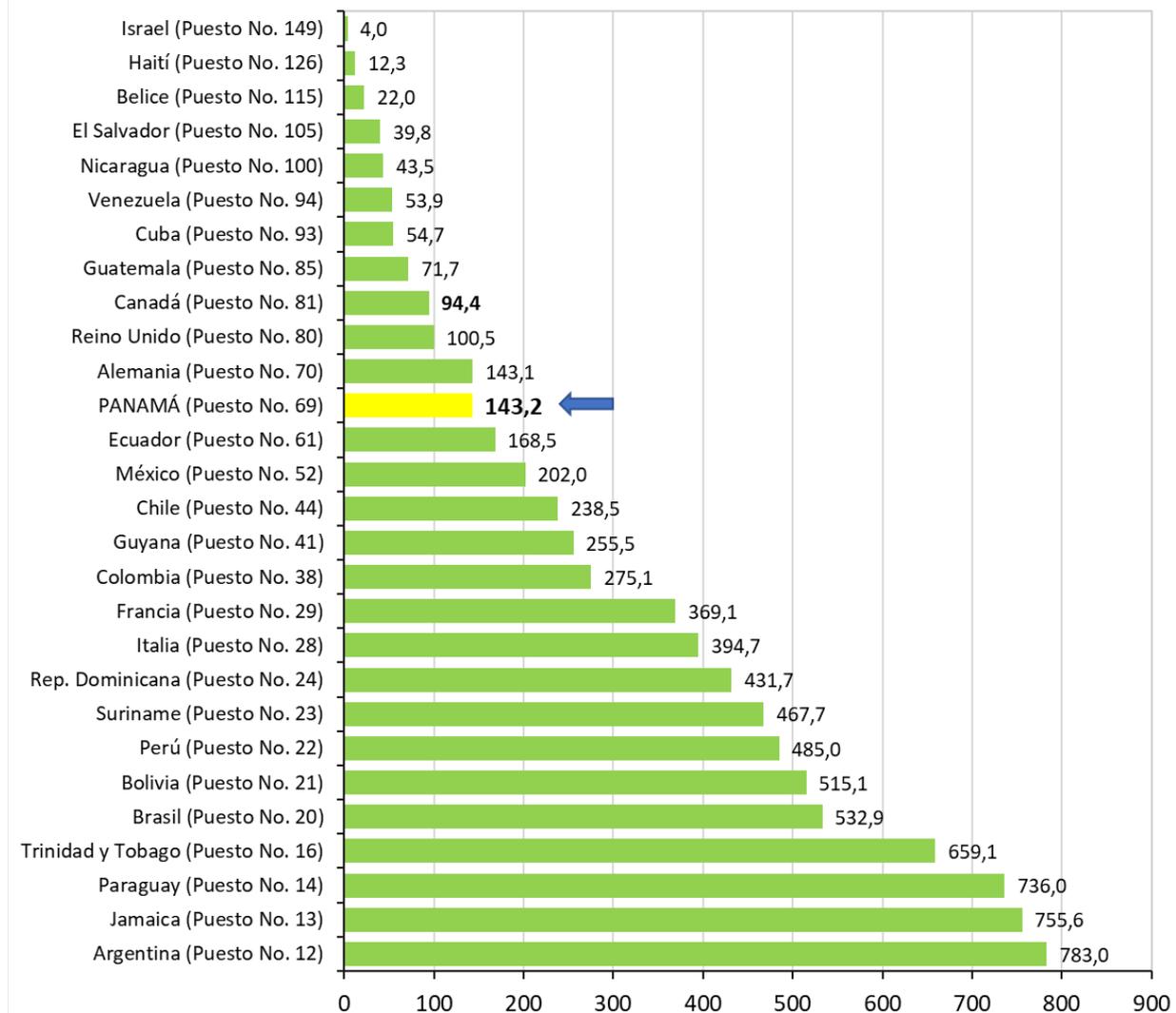
La incidencia acumulada se calcula con el número acumulado de casos de COVID-19 desde que apareció el primer caso en el país. Teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad aguda, de duración limitada, son los casos activos a determinada fecha los que cuentan para la estimación del riesgo de transmisión.

En contraste con las cifras de incidencia acumulada, Panamá tiene una de las incidencias de casos activos más bajas, tanto a nivel de la Región, como a nivel mundial, y ha bajado del puesto 83 en la SE 17 al 69 (con 143,2 casos activos por cada 100.000 habitantes), dentro de los países que reportan datos a la OMS (Figura 21).

En la figura 22 se presenta el ranking de países según incidencia acumulada de casos de COVID-19 y al comparar con la figura 21 podemos ver el contraste con Panamá que presenta alta incidencia acumulada ocupando el cuarto puesto, pero una muy baja incidencia de casos activos a nivel mundial.

Cuando revisamos este aspecto al interior del país, por Regiones de Salud, podemos ver el contraste entre la incidencia acumulada y la incidencia de casos activos (figura 23). Resalta la situación en las regiones con mayor número de casos acumulados (Panamá Oeste, Panamá Este y Metropolitana), que, si bien exhiben incidencias acumuladas muy altas, en la actualidad la incidencia de casos activos es bastante baja.

Figura 21
Incidencia de Casos Activos de COVID-19 por países, mayo 29 de 2021

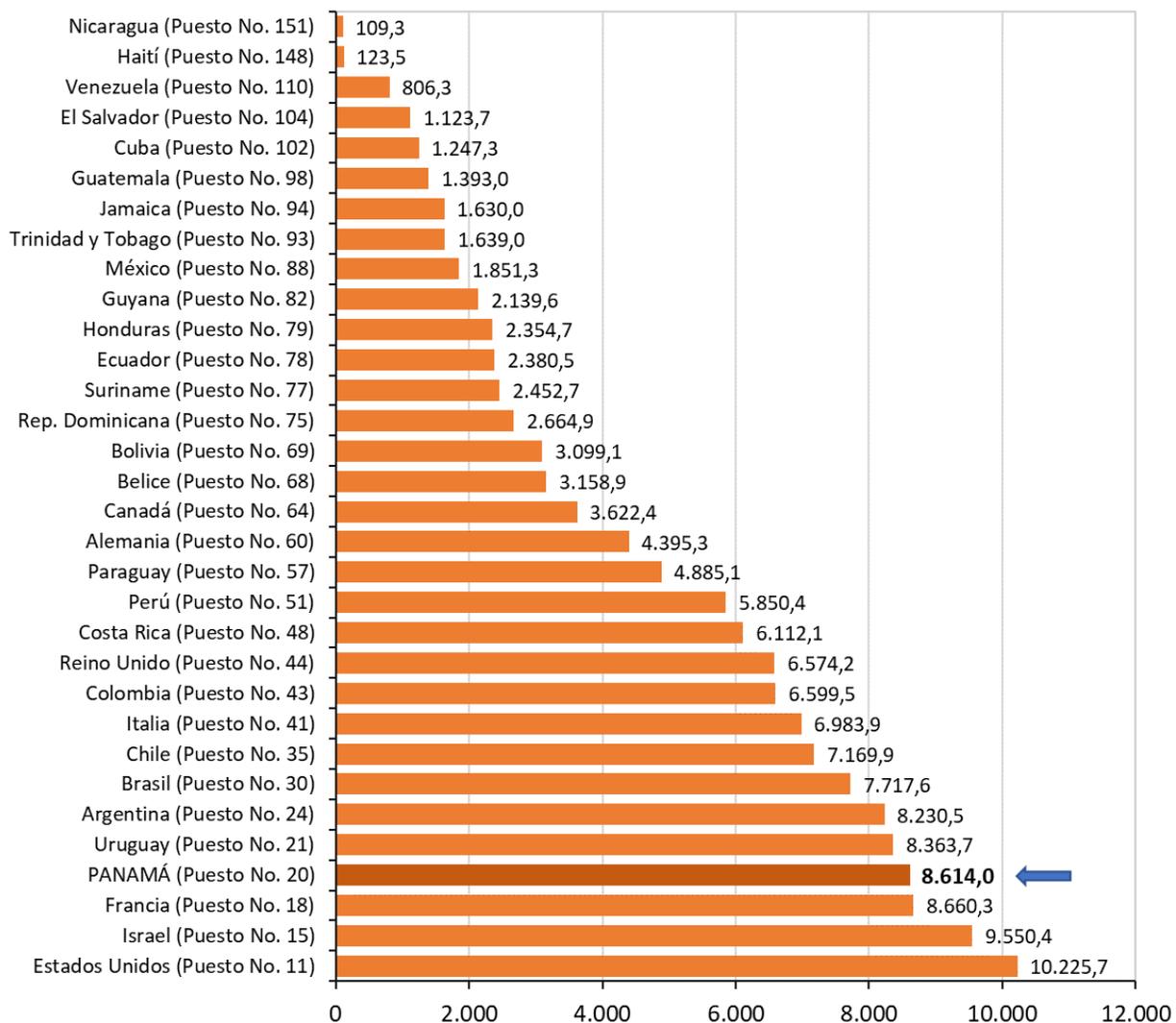


Las figuras 23 y 25 muestran ocho de las regiones sanitarias con las mayores tasas de incidencia acumulada por encima de la tasa de incidencia nacional: Panamá Este, Panamá Oeste, Darién, Metropolitana, San Miguelito, Veraguas, Chiriquí y Panamá Norte con entre 10.791 y 8.851 casos por 100.000 habitantes. Las siete regiones restantes están por debajo del promedio del país.

Desde el 1 de mayo (SE17) hasta el 29 de mayo (SE21), se tiene un incremento del 61% de los casos activos, pasando 3.896 casos a 6.276. Son cuatro las regiones que tienen las más altas tasas de incidencia de casos activos por encima del promedio nacional (143,2 casos por 100.000 habitantes), estas son: Chiriquí con 311,2 casos activos por 100.000 habitantes, Veraguas con 212,9 casos activos por 100.000 habitantes, Metropolitana con 202,8 casos activos por 100.000 habitantes y Guna Yala 190 casos activos por 100.000 habitantes. Las 11 regiones restantes tienen

una baja tasa de incidencia, entre 24,3 y 133,2 casos activos por 100.000 habitantes siendo la Ngäbe Buglé la que tiene la tasa más baja (figuras 23 y 26).

Figura 22
Incidencia de Casos Acumulados de COVID-19 por países, mayo 29 de 2021



La figura 24 destaca a la Región Metropolitana con un aumento progresivo del promedio móvil de casos nuevos en 7 días desde inicios del mes de mayo, pasando de tener un promedio móvil en 7 días de 52 casos nuevos en la SE17 (25 abril a 1 de mayo) a 84, 114 y 154 en las respectivas semanas 19, 20 y 21. La Región de Chiriquí inició el mes con un promedio móvil de casos nuevos de 105 y tuvo un ascenso hasta un promedio móvil de 148 en la SE18, luego de la cual ha tenido estabilidad en 110 y 118 casos nuevos en promedio en las SE20 y SE21.

Las demás regiones presentan promedios móviles de casos nuevos en 7 días por debajo de 45 en las últimas tres semanas.

Figura 23
Incidencia de COVID-19 según casos activos y acumulados por regiones de salud. Panamá, mayo 29 de 2021

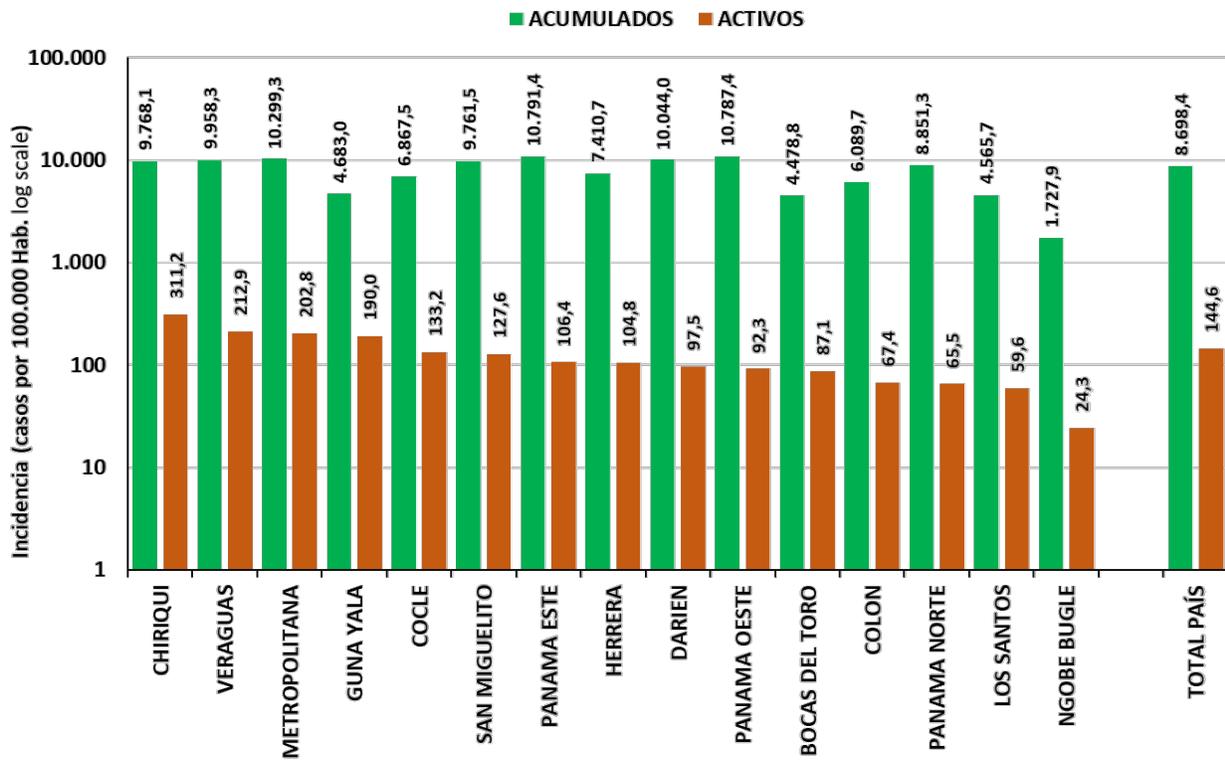


Figura 24
Promedio Móvil (7 días) de casos nuevos de COVID-19 por día y por Regiones de Salud. Panamá, Mayo 29 de 2021

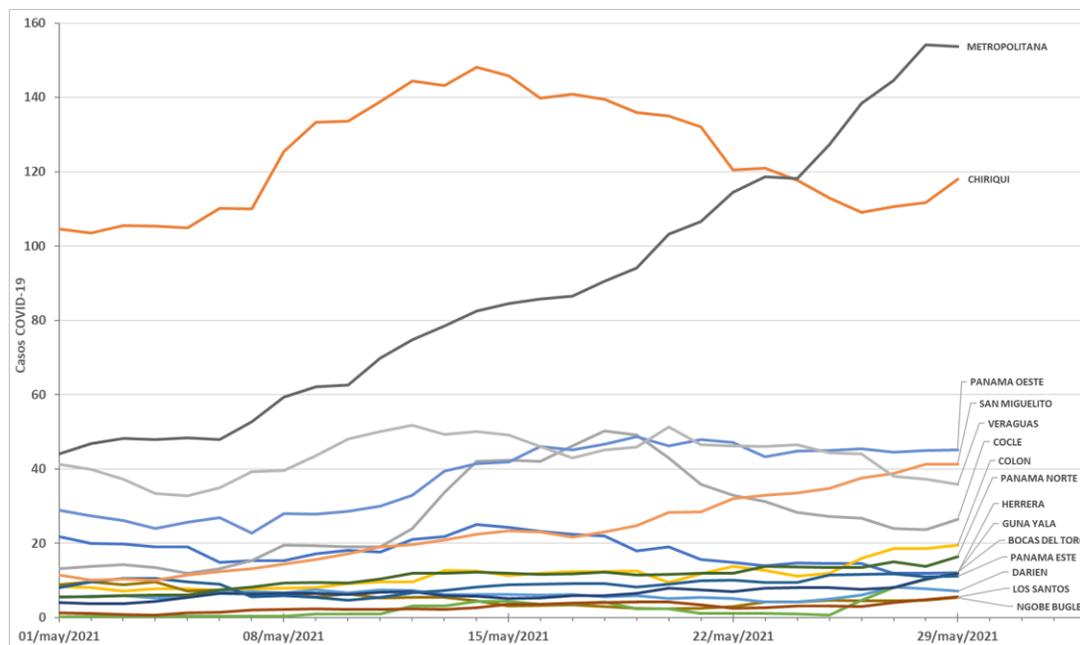


Figura 25
COVID-19 en Regiones de Salud de Panamá – Casos e Incidencia Acumulada, Mayo 29 de 2021

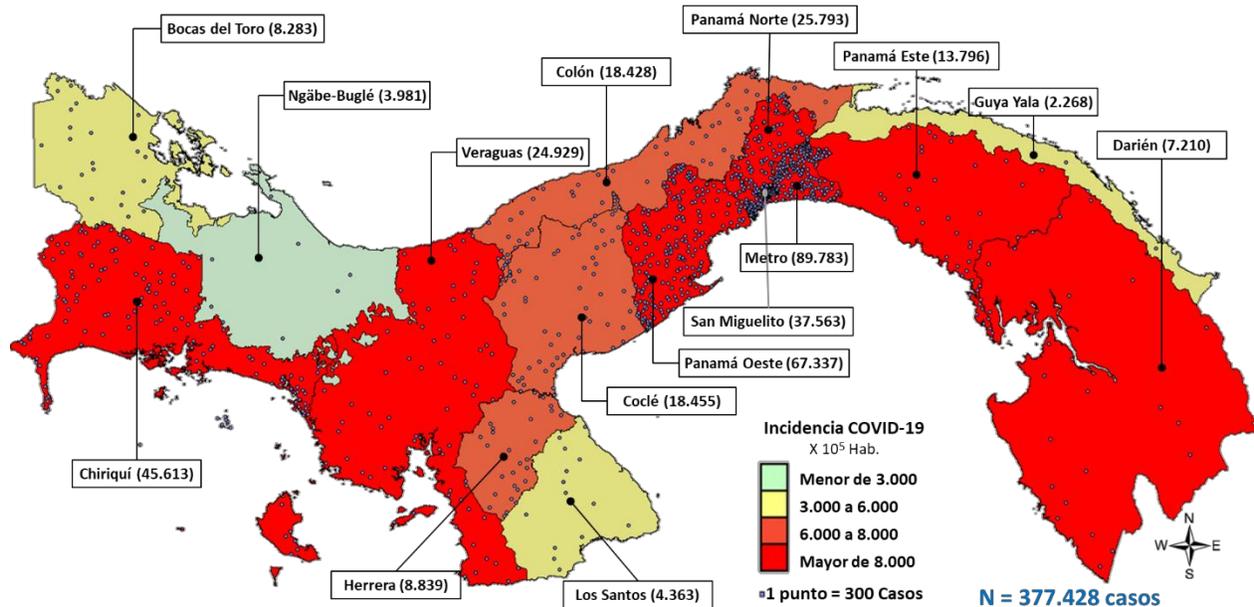
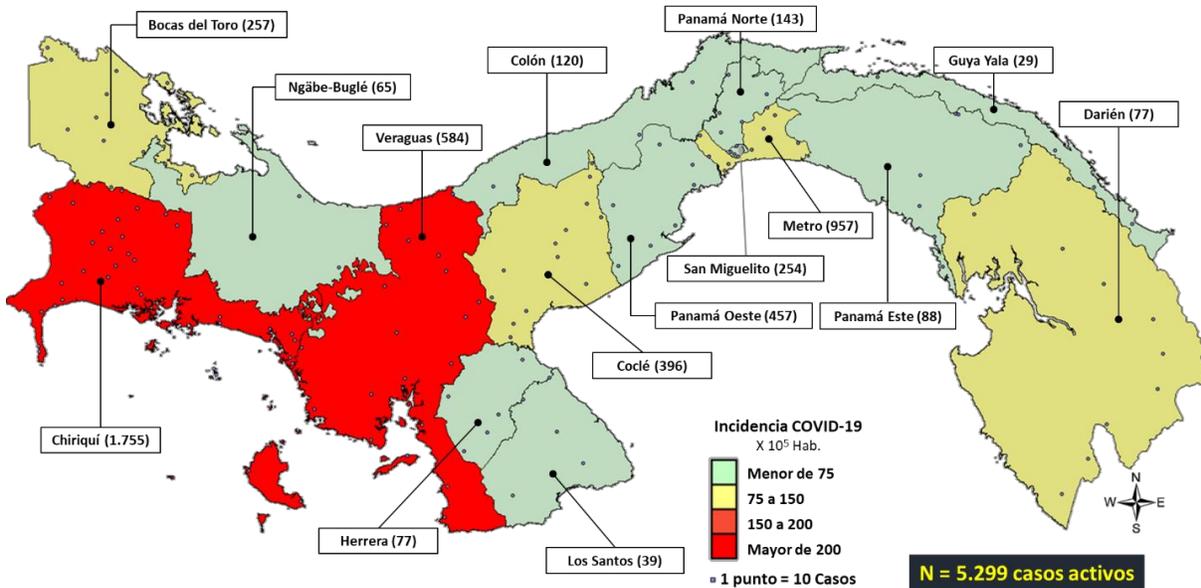


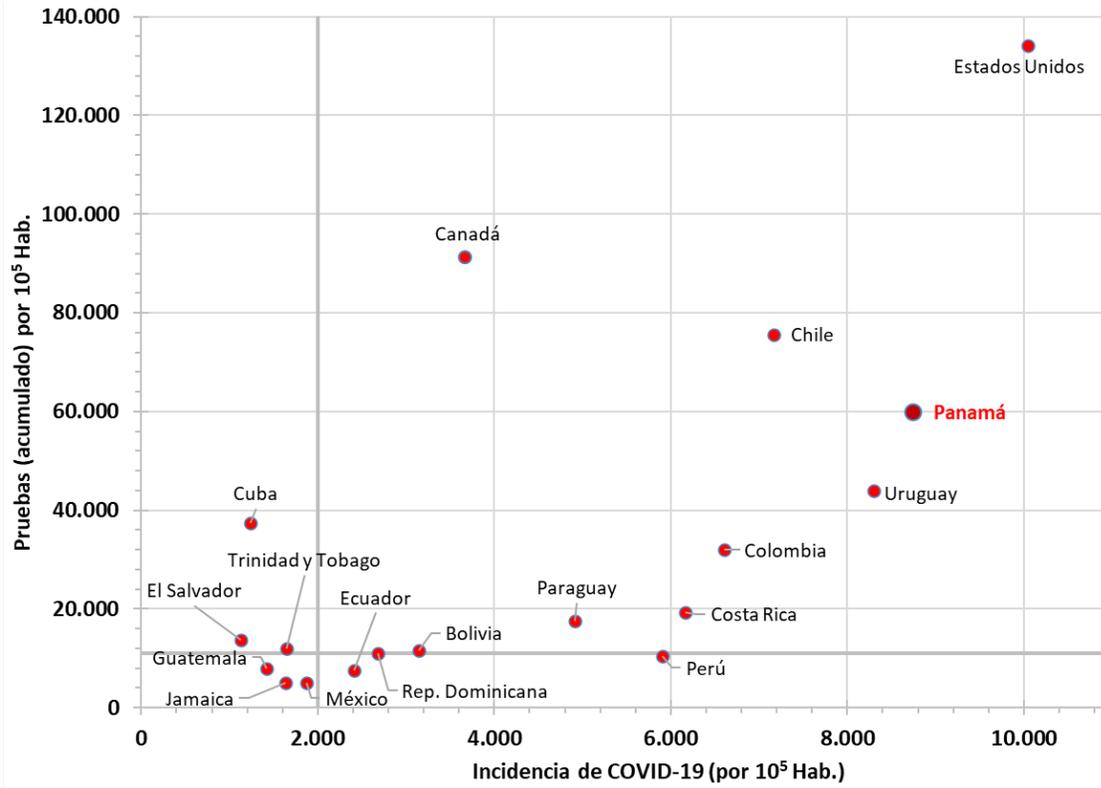
Figura 26
COVID-19 en Regiones de Salud, Panamá – Casos Activos e Incidencia, Mayo 29 de 2021



Si bien Panamá muestra una de las incidencias acumuladas más alta de la COVID-19 en América, a su vez está entre los países que más pruebas de diagnóstico aplica, identificando así mayor número de casos en la población. Hasta el 29 de mayo se tienen 609.135 pruebas por millón de habitantes, siendo superada en volumen de pruebas por Chile con 756.458 pruebas por millón de

habitantes, Canadá con 912.704 pruebas por millón de habitantes y Estados Unidos con 1.341.129 pruebas por millón de habitantes. (Figura 27).

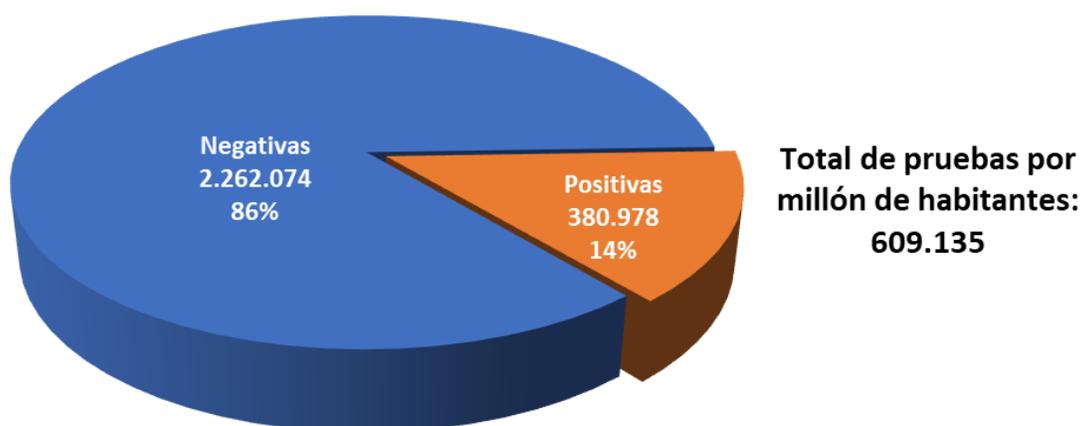
Figura 27
Incidencia de COVID-19 y Pruebas por países, 29 de mayo de 2021



Pruebas Diagnósticas para COVID-19 en Panamá

En el periodo comprendido entre el 9 de marzo de 2020 y el 29 de mayo de 2021, se tiene un acumulado de 2.643.052 pruebas realizadas a la población, entre pruebas antigénicas y de RT-PCR; con 10.130 nuevas pruebas en las últimas 24 horas y 127.030 nuevas pruebas desde el pasado reporte del 18 de mayo. En el país se están realizando 609.135 pruebas por cada millón de habitantes (Figura 28).

Figura 28
Pruebas Antigénicas y de RT-PCR en tiempo para COVID-19 en Panamá, acumulado a mayo 29 2021



En la figura 29 se observa desde la SE5 hasta la SE19 un promedio de 56.133 pruebas por semana, incrementándose en un 13% en las dos últimas semanas alcanzando un promedio de 63.515 pruebas. En la SE21 el aumento de pruebas corresponde al 5,7% respecto a la semana anterior, al pasar de 61.766 a 65.264 pruebas.

En la figura 30 se aprecia un período de seis semanas desde la SE13 hasta la SE18 con un porcentaje de positividad¹ por debajo del 5,0%, luego en las siguientes tres semanas se tuvo un aumento entre 5,2% a 5,6%.

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

Figura 29
Pruebas por semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 29 de mayo 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 21 de 2021)

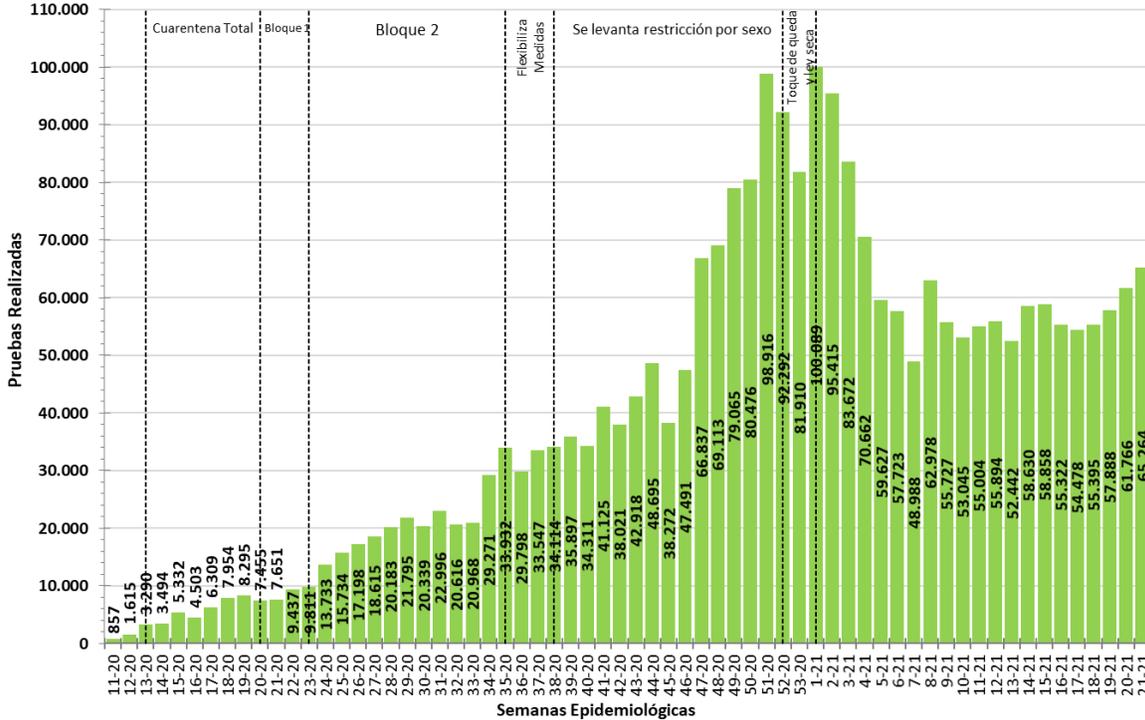
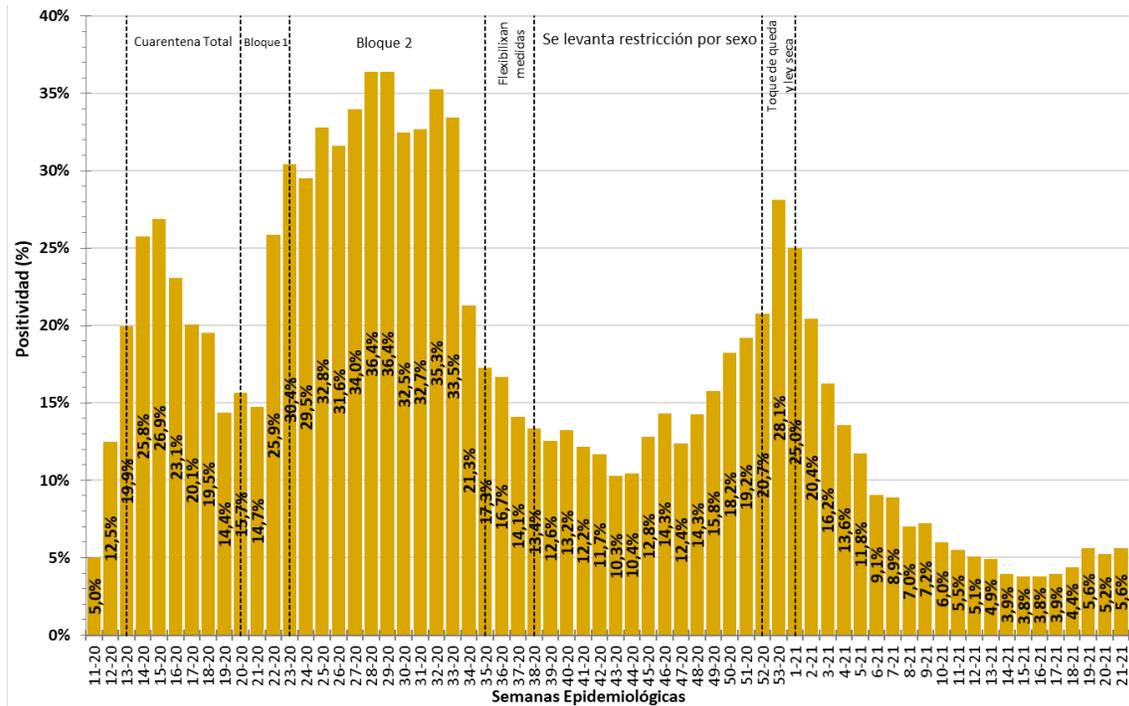
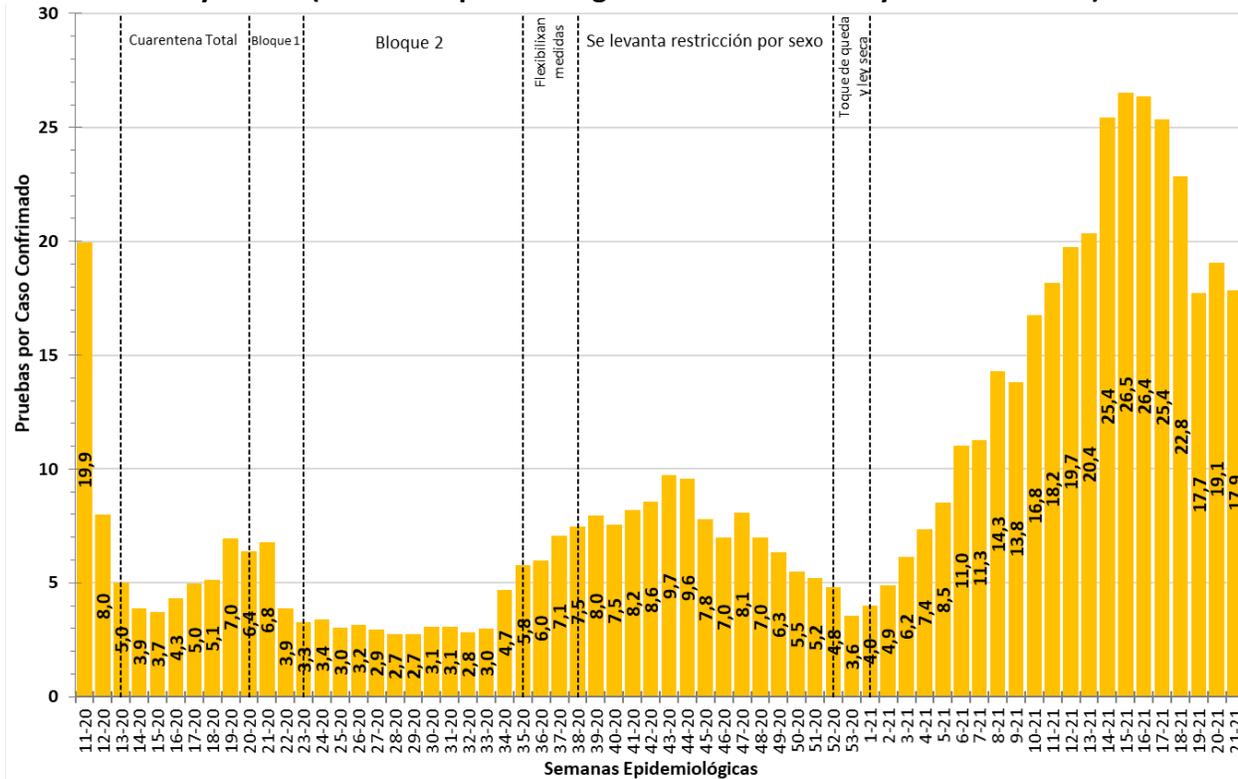


Figura 30
Positividad por semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 29 de mayo 2021
(semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 21 de 2021)



Desde la SE14 a la SE17 se estuvo detectando un caso de la COVID-19 por cada 25 o 26 pruebas aplicadas a la población, indicador que ha descendido entre 23 y 19 pruebas en las tres últimas semanas contrastando con el aumento de la positividad en el mismo periodo (figura 31).

Figura 31
Pruebas por Caso Confirmado según semana epidemiológica. Panamá, 9 marzo 2020 – 29 de mayo 2021 (semanas epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 21 de 2021)



La figura 32, muestra la superación de la meta de las 7.000 pruebas diarias desde la SE47 y de las 10.000 en la SE 48 (línea roja). Desde la SE 5, se observa una relación inversamente proporcional entre el volumen de pruebas y el número de casos detectados; es decir, que, a pesar de mantener un número constante de pruebas aplicadas a la población, se tuvo una tendencia a la identificación de menos casos hasta la SE 17. Luego en las SE18 a la SE21 se observa un incremento progresivo de pruebas en simultánea con el aumento paulatino de los casos confirmados.

El promedio móvil de positividad de 7 días de la figura 33 alcanzó un 4,1% hasta la SE17, luego entre la SE18 a la SE21 se presenta un repunte a un 5,7%; el promedio móvil de pruebas en 7 días también pasó de las 7.500 pruebas diarias a 9.000 en la SE21.

Figura 32
Pruebas Realizadas y Casos Nuevos de COVID-19. Panamá, Semanas Epidemiológicas 11 a 53 de 2020 y 1 a 21 de 2021 (Marzo 9 2020 a mayo 29 2021)

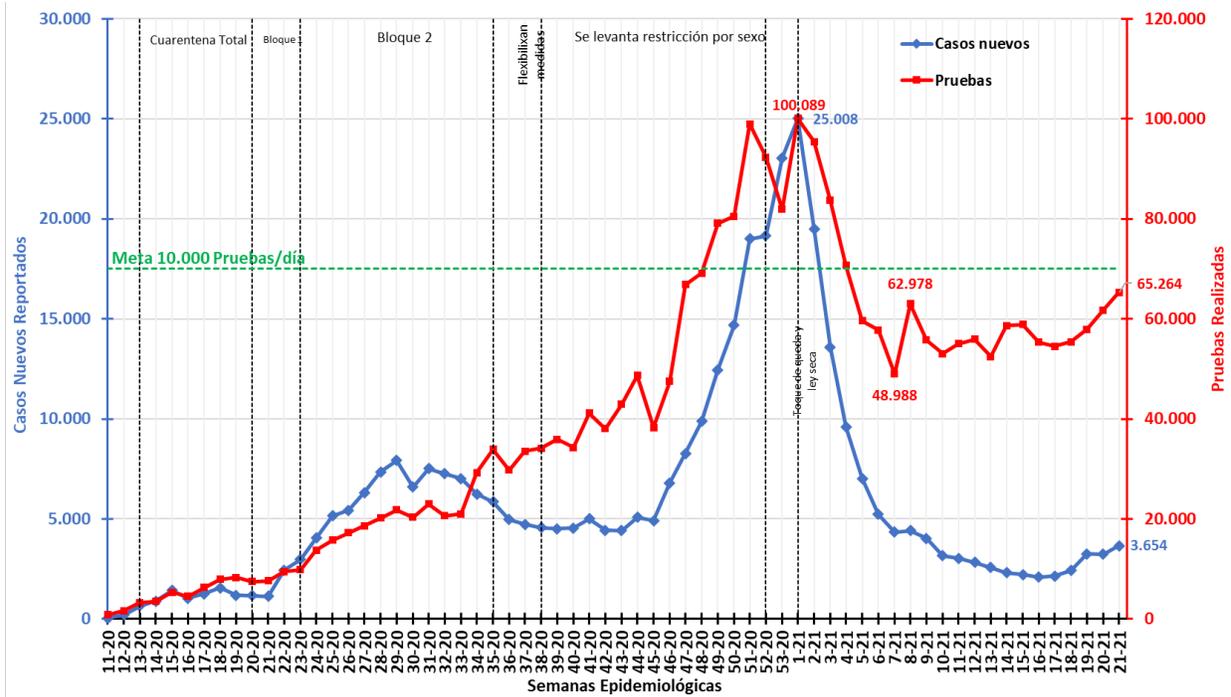
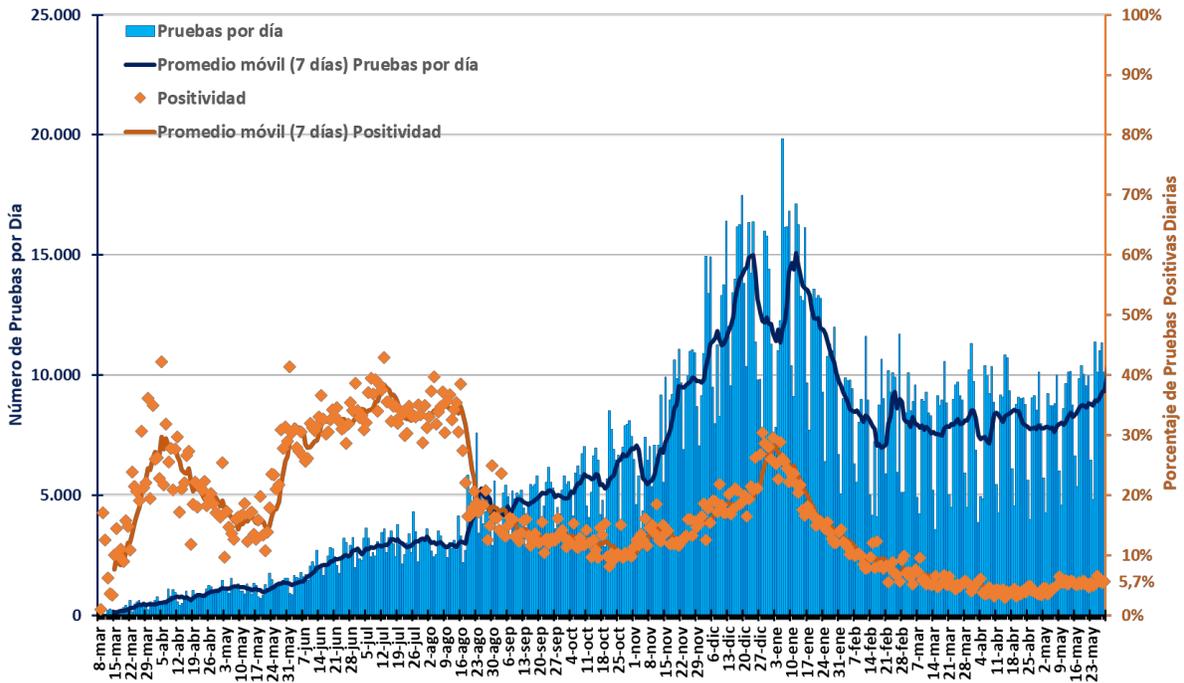


Figura 33
Número de Pruebas Reportadas y Porcentaje de Pruebas Positivas por Día Panamá, 9 de marzo 2020 – 29 de mayo de 2021





TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Respecto al R_t (número efectivo de casos secundarios por caso de infección en una población), la figura 34a según los casos reportados diariamente, muestra que el R_t se ha mantenido por debajo de 1 desde la SE3 (17 al 23 de enero), con excepción de las SE8, SE19 y SE20 en las que estuvo ligeramente por encima de dicho umbral. Para la actual SE21 se reporta un $R_t= 0,99$ (IC95%: 0,96 – 1,03). El mismo valor se obtiene para el R_t de los casos según fecha de inicio de síntomas de la figura 34b.

El R_t para las defunciones (figura 35) ha presentado variaciones sobre 1 después de la SE16 (24 de abril), la más alta ocurrida en la SE20 con un $R_t=1,4$ (IC95%: 0,96 – 1,9). En la SE 21 desciende a un $R_t=0,94$ (IC95%: 0,68 – 1,25).

Figura 34a
Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 29 de mayo de 2021 por número de **casos reportados diariamente**

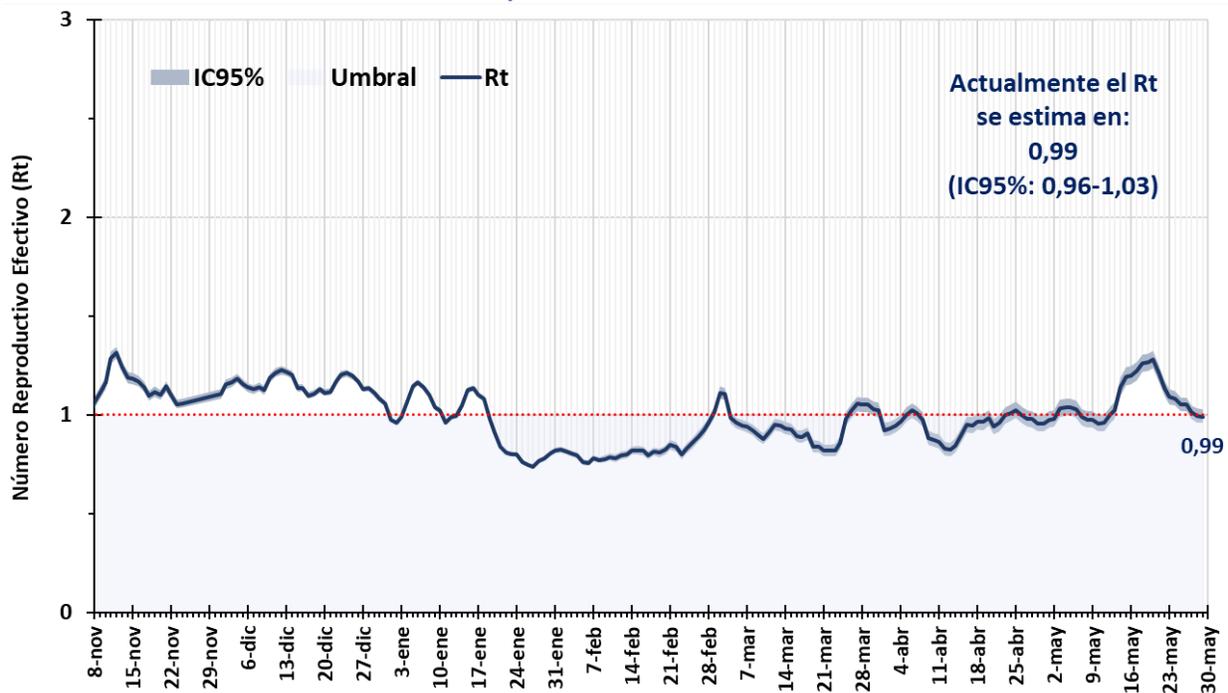


Figura 34b
 Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 29 de Mayo de 2021 por número de casos según **Fecha de Inicio de Síntomas**

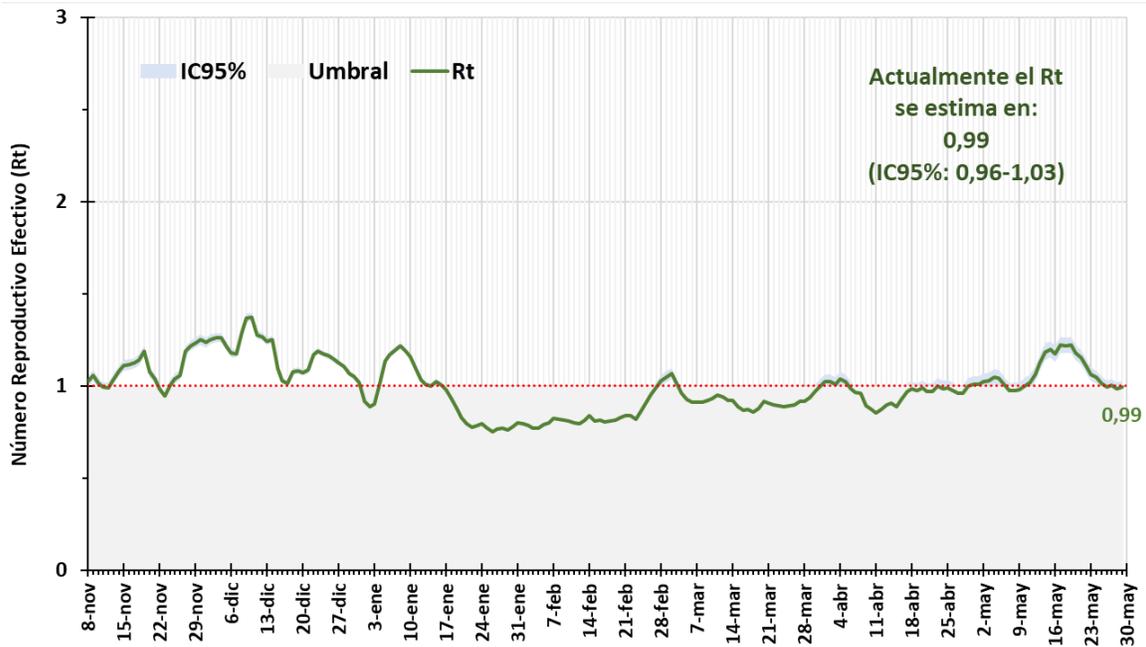
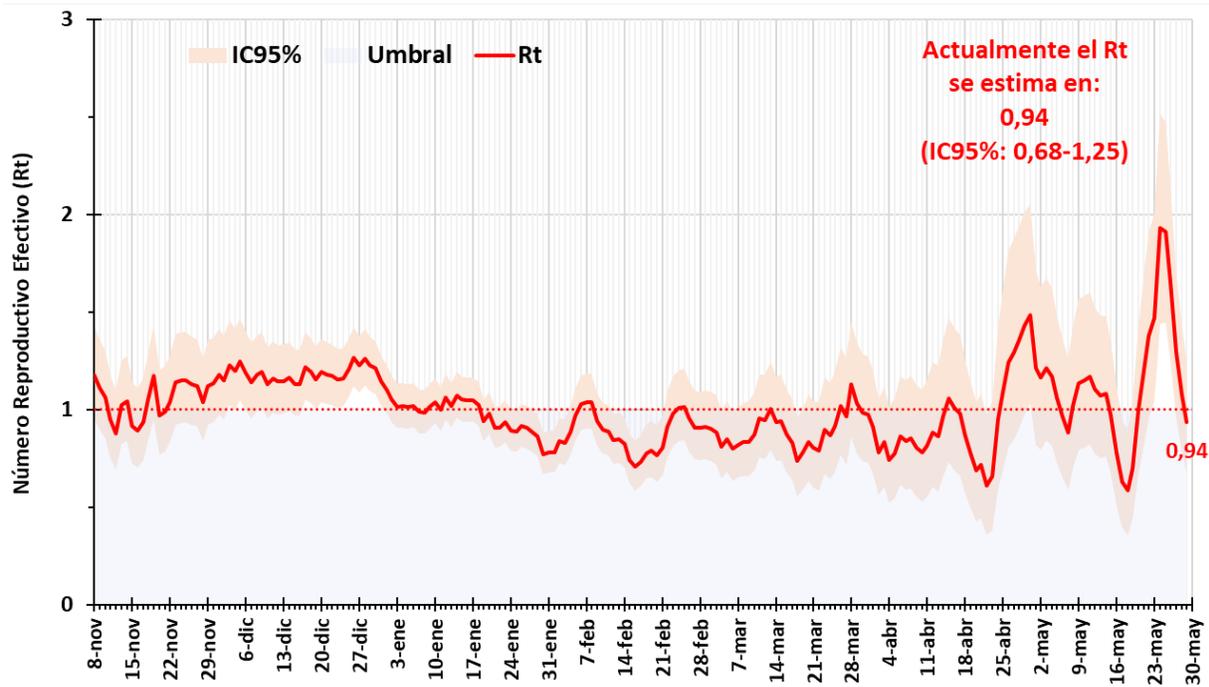


Figura 35
 Número de Reproducción Efectivo COVID-19 en Panamá al 29 de mayo de 2021 por número de **defunciones diarias reportadas**



Los valores fluctuantes del R_t (>1), el ascenso de casos confirmados y del porcentaje de positividad, junto con la disminución en el número de pruebas por caso confirmado, el incremento de casos activos y de las muertes por día, deben alertar sobre la ocurrencia de una mayor transmisión de la COVID-19. Por lo tanto, se hace necesario extremar medidas y analizar la información desagregándola al nivel geográfico más pequeño posible. De esta forma es posible identificar tempranamente los brotes o clústeres de casos e intervenirlos adecuadamente. De lo contrario, se puede esperar que después de que transcurran dos períodos epidemiológicos se podría tener impacto negativo en los indicadores de ocupación hospitalaria en sala y UCI y en consecuencia sobre la mortalidad.

De igual manera, es importante la valoración de la situación epidemiológica por Regiones monitoreando la circulación de las variantes del virus, específicamente donde se observa que se van incrementando los casos confirmados y los casos activos como en Chiriquí y Veraguas donde la transmisión fue más moderada durante la segunda ola, y en aquellas áreas donde la población susceptible sea ser mayor.

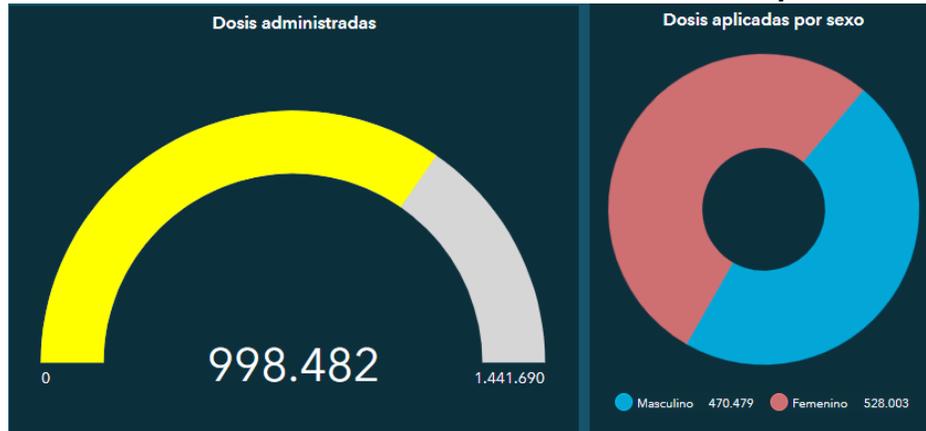
La OPS/OMS recuerda que las autoridades nacionales han dado recomendaciones de medidas de salud pública acordes a la evolución de la situación epidemiológica de la epidemia en el país, las medidas que están aplicando otros países en estos momentos no son equivalentes a la situación que actualmente presenta Panamá, por lo que dichas medidas no son extrapolables para cualquier país.

Así mismo, se reitera que la experiencia en el control de la epidemia ha demostrado que para frenar la transmisión no basta con la aplicación de medidas de forma parcial por la población, sino que estas deben ser estrictas y combinadas, a fin de que se reduzca la interacción entre personas en espacios públicos, guardando el distanciamiento físico, usando correctamente la mascarilla cubriendo nariz y boca y manteniendo el lavado frecuente o higiene de manos.

Vacunación contra el COVID-19 en Panamá

En [Panamá](#), desde el 20 de enero hasta el 29 de mayo de 2021, se ha administrado a nivel nacional un total de 998.442 dosis de vacunas, el 94,8% son vacunas de Pfizer (946.874) y el 5,2% de AstraZeneca. De estas el 62,5% corresponden primeras dosis (624.247) y el 37,6% a segundas dosis (375.559); y el 53% (528.003) han sido aplicadas en la población femenina. (Figura 36).

Figura 36
Proceso de vacunación contra el COVID-19 en Panamá a Mayo 29 de 2021



Según los datos oficiales publicados por [Our World in Data](#), en Panamá registra un 19,1% de dosis administradas por cada 100 personas, ubicándolo como el cuarto país de América con más dosis acumuladas después de México, Estados Unidos y Chile (figura 37); así mismo, es el décimo país a nivel mundial que registra la mayor proporción de población que ha recibido al menos una dosis de la vacuna, con un 15,2% hasta el 27 de mayo. (Figura 38).

Figura 37
Dosis de vacuna COVID-19 administradas por cada 100 personas

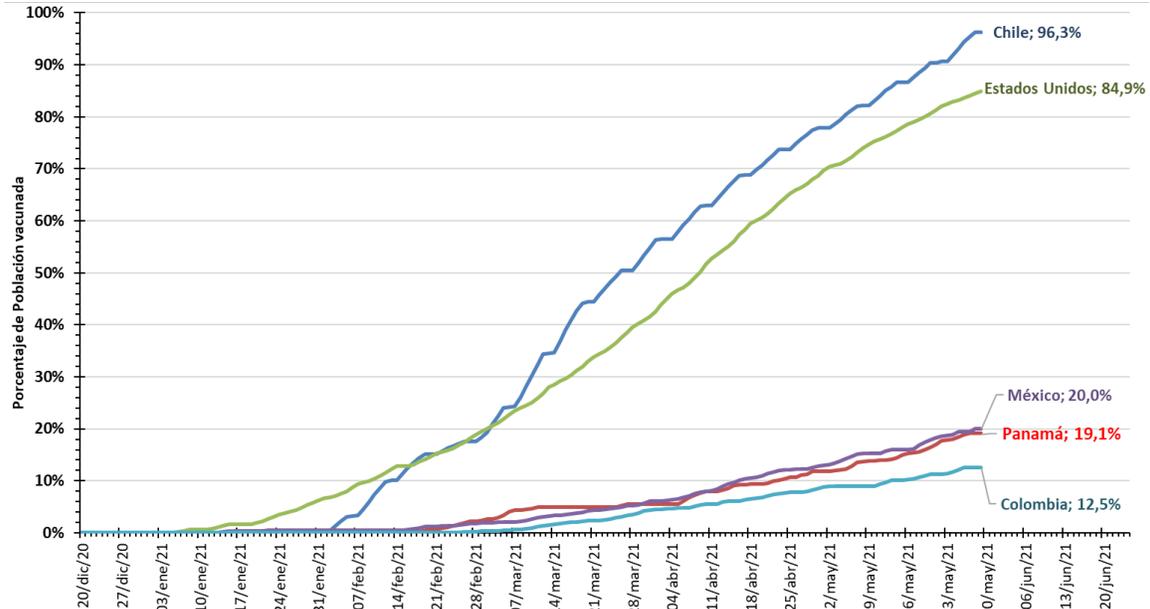
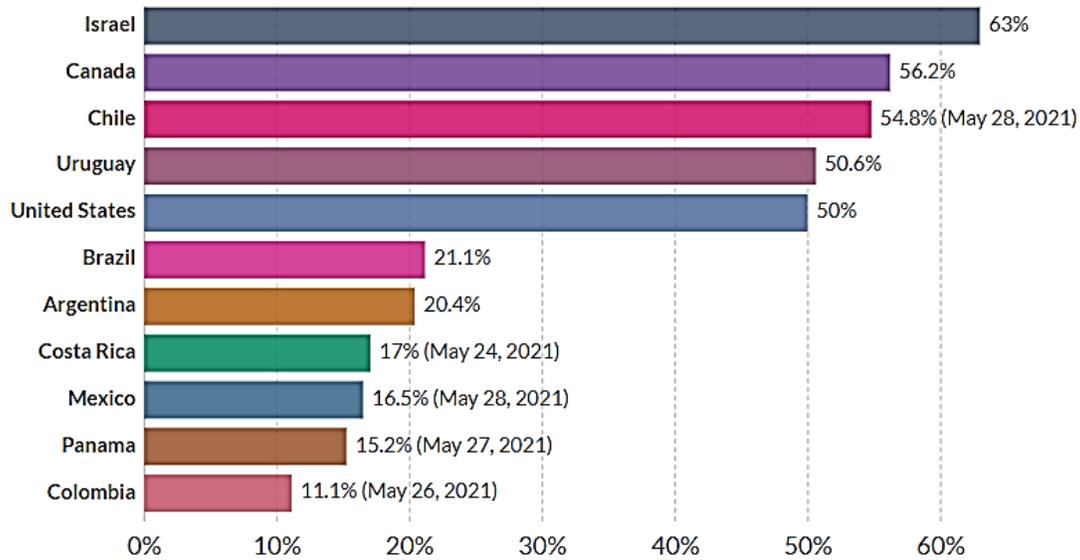


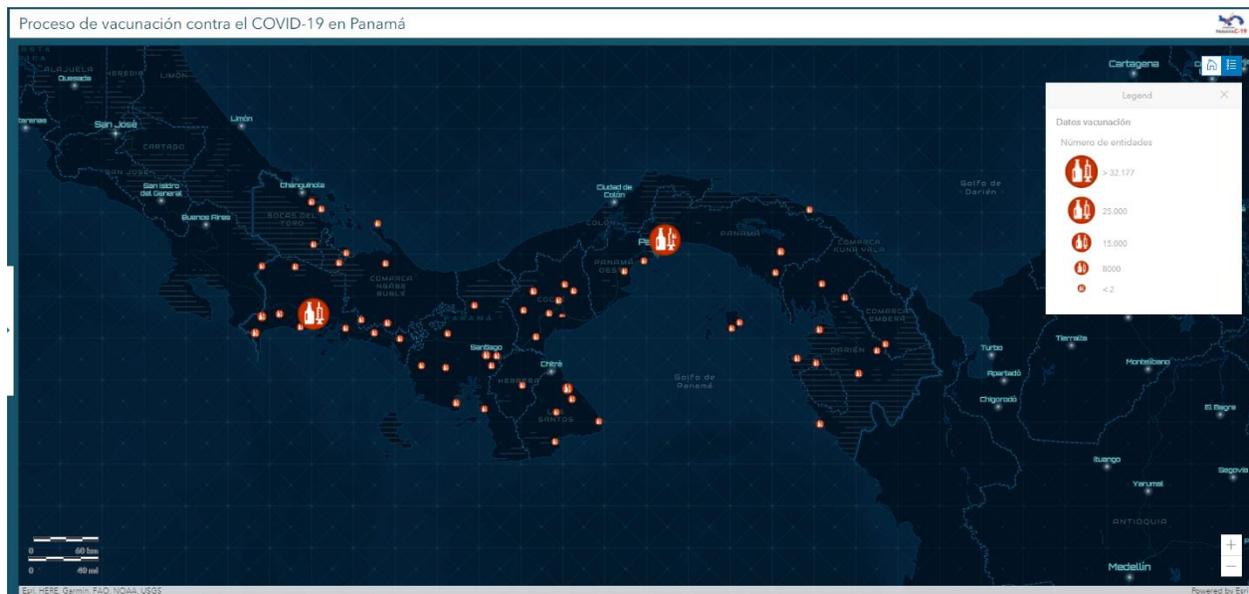
Figura 38
Proporción de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna COVID-19, 29 de mayo de 2021



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 30 May, 12:00 (London time)
OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

En la figura 39 se aprecia la distribución de las personas registradas en el proceso de vacunación por corregimiento distribuidas en todo el país.

Figura 39
Proceso de vacunación contra el COVID-19 en Panamá



Fuente: <https://vacunas.panamasolidario.gob.pa/vacunometro/>

Nueva nomenclatura para las variantes del SARS-CoV-2

Con el propósito de formular un esquema de nomenclatura mejorado para la comunicación de las variantes de interés (VOI) y variantes de preocupación (VOC), la OMS convocó a un grupo de expertos, recomendado el uso de letras del alfabeto griego como etiquetas fáciles de pronunciar y no estigmatizantes, es decir, Alfa, Beta, Gamma, etc., que será más fácil y práctico de discutir por audiencias no científicas. Una vez que se hayan asignado las 24 letras, se considerarán y anunciarán otras listas de nombres en el sitio web de la OMS: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

Los nuevos nombres no reemplazan los tres sistemas de nomenclatura actuales para rastrear la evolución genética del SARS-CoV-2: GISAID, Nextstrain y Pango. Estos sistemas siguen siendo fundamentales y seguirán utilizándose en todas las comunicaciones científicas

Una variante del SARS-CoV-2 que cumple con la definición de VOC está asociada con uno o más cambios considerados de impacto para la salud pública mundial:

- Aumento de la transmisibilidad o cambio perjudicial en la epidemiología del COVID-19; o
- Aumento de la virulencia o cambio en la presentación de la enfermedad clínica; o
- Disminución de la eficacia de las medidas sociales y de salud pública o de los diagnósticos, vacunas, terapias disponibles.

WHO label	Pango lineage	GISAID clade/lineage	Nextstrain clade	Earliest documented samples	Date of designation
Alpha	B.1.1.7	GRY (formerly GR/501Y.V1)	20I/S:501Y.V1	United Kingdom, Sep-2020	18-Dec-2020
Beta	B.1.351	GH/501Y.V2	20H/S:501Y.V2	South Africa, May-2020	18-Dec-2020
Gamma	P.1	GR/501Y.V3	20J/S:501Y.V3	Brazil, Nov-2020	11-Jan-2021
Delta	B.1.617.2	G/452R.V3	21A/S:478K	India, Oct-2020	VOI: 4-Apr-2021 VOC: 11-May-2021

Un aislamiento de SARS-CoV-2 es una variante de interés (VOI) si, en comparación con un aislamiento de referencia, su genoma tiene mutaciones con implicaciones fenotípicas establecidas o sospechadas, ya sea porque:

- se ha identificado que causa transmisión comunitaria/múltiples casos/conglomerados de COVID-19, o se ha detectado en múltiples países; o
- la OMS en consulta con el Grupo de Trabajo de evolución del virus del SARS-CoV-2 de la OMS considera que es un VOI.

WHO label	Pango lineage	GISAID clade/lineage	Nextstrain clade	Earliest documented samples	Date of designation
Epsilon	B.1.427/B.1.429	GH/452R.V1	20C/S.452R	United States of America, Mar-2020	5-Mar-2021
Zeta	P.2	GR	20B/S.484K	Brazil, Apr-2020	17-Mar-2021
Eta	B.1.525	G/484K.V3	20A/S484K	Multiple countries, Dec-2020	17-Mar-2021
Theta	P.3	GR	20B/S.265C	Philippines, Jan-2021	24-Mar-2021
Iota	B.1.526	GH	20C/S:484K	United States of America, Nov-2020	24-Mar-2021
Kappa	B.1.617.1	G/452R.V3	21A/S:154K	India, Oct-2020	4-Apr-2021

Hasta el 31 de mayo en Panamá se han detectado las cuatro variantes consideradas de mayor impacto para la salud pública (VOC), es decir la B.1.1.7 (Alfa), y la P.1 (Gamma) que tienen transmisión comunitaria; de la variante B.1.351 (Beta) se han detectado casos en viajeros.

La A.2.5.1 conocida como la variante A2 Pan que fue identificada localmente y que circula de forma mayoritaria en el país no se clasifica entre las variantes VOI ó VOC.

RECOMENDACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS

PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN CONTEXTO ESCOLARES

El suicidio es un problema de salud pública que cada día toma mayores dimensiones en la población cada vez más joven convirtiéndose en la tercera causa de muerte entre adolescentes y jóvenes en la región de las Américas. A pesar de que, es una situación prevenible, para lograrlo con éxito se deben desarrollar una serie de actividades que vayan desde mejorar las condiciones de la educación de los jóvenes y niños, la identificación y el tratamiento eficaz de los trastornos mentales y neurológicos, el desarrollo y refuerzo de habilidades para los y las jóvenes, la limitación del acceso a los medios de suicidio, hasta el control de los factores de riesgo.

En el ambiente escolar es un trabajo en equipo con enfoque de prevención que involucra a los docentes y todo el personal que acude al centro educativo. Deben contar con herramientas que permitan identificar y fortalecer los factores protectores, identificar tempranamente los factores y situaciones de riesgo de conducta suicida y poder desarrollar estrategias de promoción del bienestar, tanto de los estudiantes como del personal del centro educativo.

Factores protectores de la conducta suicida		
Patrones Familiares	Estilo cognitivo y personalidad	Factores culturales y sociodemográficos
<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación con los miembros de la familia • Apoyo de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Buenas habilidades sociales • Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros • Búsqueda de ayuda cuando surjan dificultades • Búsqueda de consejos cuando hay que elegir opciones importantes • Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas • Receptividad hacia conocimientos nuevos 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración social (deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades) • Buenas relaciones con sus compañeros • Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos • Apoyo de personas relevantes

Factores y situaciones de riesgo de la conducta suicida		
Patrones Familiares	Estilo cognitivo y personalidad	Factores culturales y sociodemográficos
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias de los padres • Abuso de alcohol y sustancias o comportamiento antisocial en la familia • Familia violenta y abusiva • Escaso cuidado provisto por los padres y cuidadores. Poca comunicación dentro de la familia • Peleas frecuentes entre los padres y cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Humor inestable, enojo o agresividad • Comportamiento antisocial • Conductas irreales, representación de fantasías • Alta impulsividad • Irritabilidad • Rigidez de pensamiento y de cumplir patrones • Escasa habilidad de solución de problemas frente a habilidades • Inhabilidad para entender la realidad • Tendencia a vivir en un mundo ilusorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico y educativo y desempleo en la familia. • Pueblos originarios e inmigrantes. • Escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad. • Carencia de acceso a raíces culturales.

Factores y situaciones de riesgo de la conducta suicida		
Patrones Familiares	Estilo cognitivo y personalidad	Factores culturales y sociodemográficos
<ul style="list-style-type: none"> • Divorcio, separación o muerte • Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes • Expectativas demasiado altas o bajas por parte de los padres o cuidadores • Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada • Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y ambiente emocional negativos con rasgos de rechazo o descuido • Rigidez familiar • Familias adoptivas o afines 	<ul style="list-style-type: none"> • Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización, se defrauda fácilmente • Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones; petulancia • Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador, rechazo a los compañeros y adultos incluyendo a los padres • Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual • Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos. 	

Debemos mencionar las principales situaciones de riesgo y acontecimientos que pueden desencadenar la conducta suicida:

- Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (percepción)
- Problemas familiares
- Separación de los amigos, la pareja, de los compañeros de clase
- Muerte de una persona querida
- Término de una relación amorosa
- Conflictos interpersonales o pérdida
- Problemas legales o disciplinarios
- Presión de grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos
- Sometimiento y victimización
- Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios

- Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes
- Falta de empleo y problemas económicos
- Embarazo no deseado, aborto
- Infección con VIH u otras ITS
- Enfermedad física grave
- Desastres naturales

Señales para identificar a los estudiantes afligidos y con posible riesgo de conducta suicida:

- Falta de interés en las actividades cotidianas
- Descenso general de las calificaciones
- Disminución del esfuerzo
- Comportamiento inadecuado en la clase
- Ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso
- Fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de sustancias psicoactivas
- Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía

Resumen de recomendaciones	Identificar estudiantes con trastornos de personalidad y ofrecerles apoyo psicológico
	Forjar lazos cercanos con los jóvenes hablándoles y tratando de entender y ayudar
	Aliviar la aflicción mental
	Ser observador y estar entrenado en el reconocimiento temprano de la comunicación de la conducta suicida
	Ayudar con su trabajo a estudiantes menos diestros
	Observar faltas injustificadas
	Desestigmatizar la enfermedad mental y ayudar a eliminar el abuso de alcohol y sustancias
	Restringir el acceso a los estudiantes a los medios aptos para el suicidio
	Proporcionar a los docentes y otros miembros del equipo que trabajan en la institución acceso a medios de autocuidado



RESPUESTA A POBLACIONES VULNERABLES

Evaluación de avances del Consejo Nacional para la Paridad de Género

El Consejo Nacional para la Paridad de Género, realizó una reunión para analizar los avances obtenidos hasta la fecha con el objetivo de reducir la brecha económica de las mujeres y el establecimiento de alianzas público-privadas que impulsan el empoderamiento de la mujer durante la pandemia de la COVID-19. Durante la reunión se resaltó la sobrecarga de trabajo a la que han estado expuestas las mujeres con la pandemia, evidenciando la urgencia de seguir trabajando en una *política de Estado* que fomente un empoderamiento sostenible.



La actividad central de la Iniciativa de Paridad de Género (IPG) en este período ha sido impulsar el Plan de Acción de la Iniciativa, el cual ha puesta en marcha 93 acciones sociales en beneficio de más de 3,500 mujeres. La IPG busca sumar más organizaciones civiles y particulares a los objetivos del cierre de las brechas económicas de género y con el apoyo de instituciones como la SENACYT se han capacitado más de 1.000 mujeres en carreras tecnológicas que ayudarán a disminuir la brecha digital.

En la reunión se destacó el desarrollo del diseño de una estrategia nacional para la integración de niñas y jóvenes en las disciplinas y empleos STEM (Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas), la implementación de una política pública para fomentar el empleo e inserción laboral de jóvenes y mujeres en condición de vulnerabilidad socioeconómica. [Consejo Nacional para la Paridad de Género evalúa avances para disminuir brecha económica de las mujeres - MIDES](#)

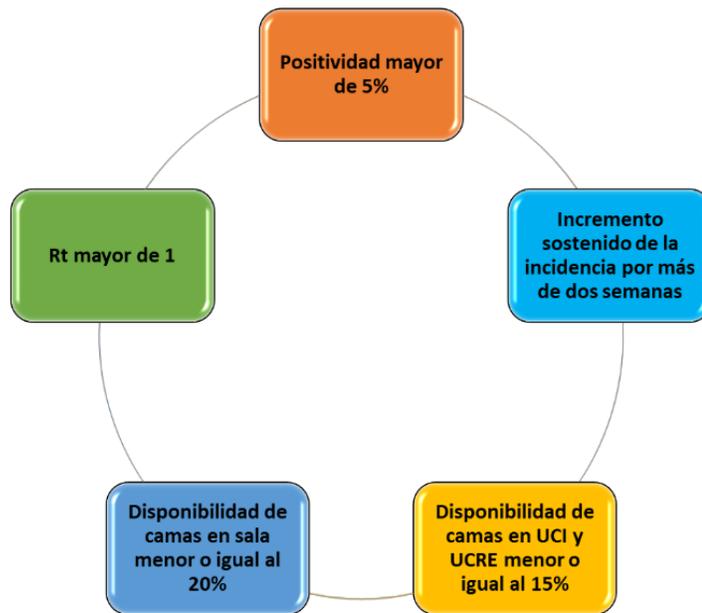
Acciones interinstitucionales por el bienestar de niños/as migrantes

Autoridades del Servicio Nacional de Migración (SNM) y de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF) sostuvieron en días pasados una reunión de coordinación interinstitucional con el objetivo de buscar el fortalecimiento de las acciones dirigidas a los niños y niñas migrantes, no acompañados o separados, en los albergues de Darién. [Migración Panamá en Twitter](#)

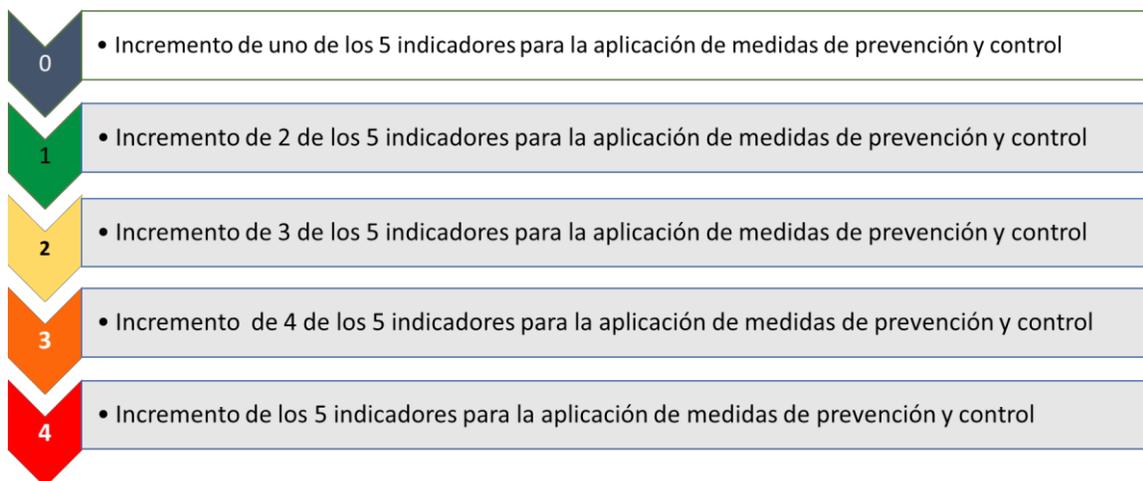


ACCIONES DE GOBIERNO Y DEL SECTOR SALUD

- El Ministerio de Salud anuncia la implementación del **Plan de prevención ante la posibilidad de repunte de casos por COVID-19**, el cual consta de 5 indicadores: *positividad mayor de 5%, incremento sostenido de la incidencia por más de dos semanas, Rt mayor de 1, disponibilidad de camas en sala menor o igual al 20%, disponibilidad de camas en UCI y UCRE menor o igual al 15%*. De acuerdo con estos indicadores, se establecieron 5 niveles de alerta para la aplicación de medidas de prevención y control.



Niveles de Alerta para la Aplicación de Medidas de Prevención y Control



- El Ministerio de Salud anuncia que desde el 7 de junio se ampliará el período de toque de queda en la ciudad capital, de lunes a domingo desde las 10 pm hasta las 4 am, con cierre de comercios a las 9 pm. Además, se flexibilizaron medidas en las provincias de Veraguas, Coclé y Chiriquí, basado en el comportamiento epidemiológico en las mismas. [Comunicado N° 462 Parte 1](#). [Comunicado N° 462 Parte 2](#)

NUEVAS MEDIDAS DE RESTRICCIONES A PARTIR DEL LUNES 7 DE JUNIO DE 2021

Panamá Metro

- * El corregimiento de San Felipe, Isla Taboga, Ocoque Occidente y Oriente, se mantienen con toque de queda de 12:00 a.m. a 4:00 a.m.

TOQUE DE QUEDA

- De lunes a domingo desde las **10:00 p.m.** hasta las **4:00 a.m.**
- Cierre de los comercios a las **9:00 p.m.**, cumpliendo con el toque de queda de las **10:00 p.m.**

San Miguelito y Coclé

TOQUE DE QUEDA

- De lunes a domingo desde las **10:00 p.m.** hasta las **4:00 a.m.** y cierre de los comercios a las **9:00 p.m.**

Provincia de Veraguas

- * Se levantan las medidas de restricción de cuarentena total en los distritos de Cañas, Montijo, Calobre, Santa Fe, Mariato y Río de Jesús y el toque de queda cambia de 12:00 a.m. a 4:00 a.m.

TOQUE DE QUEDA

PARA EL RESTO DE LA PROVINCIA:

- De lunes a sábado desde las **10:00 p.m.** hasta las **4:00 a.m.**
- El comercio continúa abierto de lunes a sábado hasta las **9:00 p.m.**, cumpliendo con el toque de queda de las **10:00 p.m.**

CUARENTENA TOTAL

- * Sin jornada laboral ni movilidad, desde el sábado a las **10:00 p.m.** hasta el lunes a las **4:00 a.m.**

Chiriquí

- * Se levantan las medidas de restricción de cuarentena total en el distrito de Remedios y el toque de queda cambia de 12:00 a.m. a 4:00 a.m.

TOQUE DE QUEDA

PARA EL RESTO DE LA PROVINCIA:

- De lunes a sábado desde las **10:00 p.m.** hasta las **4:00 a.m.**
- El comercio continúa abierto de lunes a sábado hasta las **9:00 p.m.**, cumpliendo con el toque de queda de las **10:00 p.m.**

CUARENTENA TOTAL

- * Sin jornada laboral ni movilidad, desde el sábado a las **10:00 p.m.** hasta el lunes a las **4:00 a.m.**

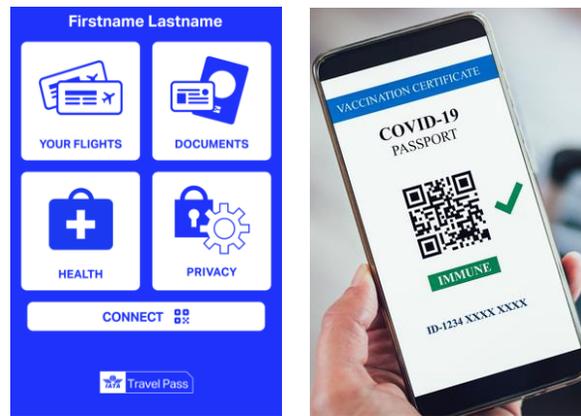
- El Ministerio de Salud reitera a los viajeros provenientes de países de Suramérica, Reino Unido, Sudáfrica y la India que al ingresar al país deben traer una prueba de COVID de 48 horas previas. Una segunda prueba de verificación se le realizará en el Aeropuerto Internacional de Tocumen, y de ser negativo el resultado de las dos pruebas, el viajero pasa al hotel autorizado de su elección ([VisitPanama](#)) o al que ofrece el Estado, para cumplir el período de tres días de cuarentena como se estipula en el decreto [Decreto Ejecutivo 589 de 29 de abril de 2021](#).

Si la prueba resultara positiva, el viajero pasa a los hoteles establecidos para pacientes positivos y cumplir así con su cuarentena de 14 días bajo la supervisión médica del personal de Salud. [Requisitos a viajeros República de Panamá](#)

REQUISITOS Y PROTOCOLOS DE VIAJE POR EMERGENCIA SANITARIA

INICIO > ASISTENCIA, LICENCIAS Y CERTIFICACIONES > REQUISITOS Y PROTOCOLOS DE VIAJE POR EMERGENCIA SANITARIA

- El Ministerio de Salud comunica que las personas que deseen ingresar al país y posean su *Certificado Digital de Vacunación* "con esquema completo" igual o mayor a catorce días y una prueba negativa de menos de 48 horas en el **IATA Travel Pass**, no tendrá que realizarse una prueba al ingresar al país y quedará exonerado de la cuarentena. De no presentarlo, se aplicará el protocolo establecido previamente por el país. [COMUNICADO N° 448](#)



- El Ministerio de Salud anunció mediante [Decreto Ejecutivo N° 776 de 28 de mayo de 2021](#), la reapertura de parques infantiles a partir del 31 de mayo de 2021, hasta un 75% de su capacidad, manteniendo las medidas de bioseguridad impartidas por la autoridad sanitaria. [COMUNICADO N° 455](#)

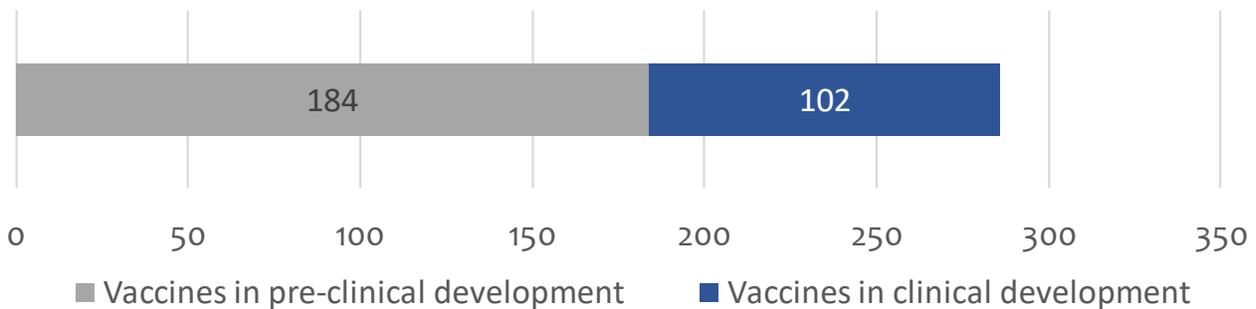


- La Caja de Seguro Social recibió la donación de dos hospitales de campaña, de 40 camas cada uno por parte de la Embajada de los Estados Unidos, los cuales serán utilizados en las provincias de Chiriquí y Veraguas como una medida de preparación ante el aumento de casos de COVID-19 al que se enfrentan estas provincias. [CSS recibe dos hospitales campaña en Chiriquí y Veraguas](#)



OPS RESPUESTA DE LA OPS/OMS EN PANAMÁ

- Como parte del apoyo y la coordinación interinstitucional para la mejora de la calidad y pertinencia cultural de la prestación de servicios de salud ante el COVID-19, fueron analizadas las necesidades más apremiantes de insumos para las regiones sanitarias que no son comarcas pero que poseen poblaciones indígenas (Veraguas, Chiriquí, Coclé, Colón y áreas de la Región de Salud Metropolitana). En ese sentido fueron entregados: 2,600 unidades de alcohol 70% en botella plástica de 16oz; 750 pantallas faciales reutilizables; 145,000 mascarillas de pliegue quirúrgicas; 16,000 respiradores KN95 que fueron entregadas a la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas DASI del MINSA.
- Apoyo para la participación de Panamá en la Plataforma Global de Datos Clínicos COVID-19 de la OMS con presencia del Hospital Santo Tomás y del Hospital del Niño – Dr. José Renán Esquivel que iniciaron labores para cargar en la plataforma la información clínica de los casos de COVID-19 atendidos.
- El pasado 28 de mayo, la Organización Panamericana de la Salud publicó su más reciente informe sobre el Resumen de la Revisión Sistemática sobre potenciales terapéuticas para el COVID-19. El resumen de la evidencia indica que al 27 de mayo de 2021 hay 115 potenciales intervenciones terapéuticas en estudio. Para muchas de estas intervenciones aún es incierto los potenciales beneficios y riesgos por lo que requieren de mayor investigación. El mismo puede ser consultado en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>
- La OMS ha lanzado el **The COVID-19 candidate vaccine landscape and tracker**, esta base de datos compila información detallada sobre las vacunas candidatas contra el COVID-19 actualmente en desarrollo. La base de datos se actualiza regularmente (dos veces por semana). La base de datos reporta 102 Vacunas en desarrollo clínico y 184 vacunas candidatas en etapa preclínica. Para acceder a la base de datos puede ingresar: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>



•

- El pasado 07 de mayo, la Organización Mundial de la Salud informó sobre la Autorización de Uso para Emergencia de la Vacuna Sinopharm producida por el Bio-Instituto de Productos Biológicos de Beijing, una subsidiaria del Grupo Biotec de China. La plataforma se basa en una vacuna inactivada de COVID-19.

Las [recomendaciones provisionales](#) para su uso se emiten con base en la evidencia científica presentada por el fabricante. La autorización indica que la vacuna está prevista para uso en personas de 18 años en adelante, bajo un esquema de dos dosis (0.5ml) administrados intramuscularmente en el musculo deltoides. De acuerdo con la recomendación del fabricante la vacuna puede ser administrada en un intervalo de 3 semanas. La recomendación de la OMS recomienda un intervalo de 3 a 4 semanas. El grupo Asesor de expertos en inmunización (SAGE) preparó un [documento con antecedentes](#) que recoge las discusiones del SAGE y que respaldó la publicación de las recomendaciones provisionales de la OMS para uso de la vacuna de Sinopharm.

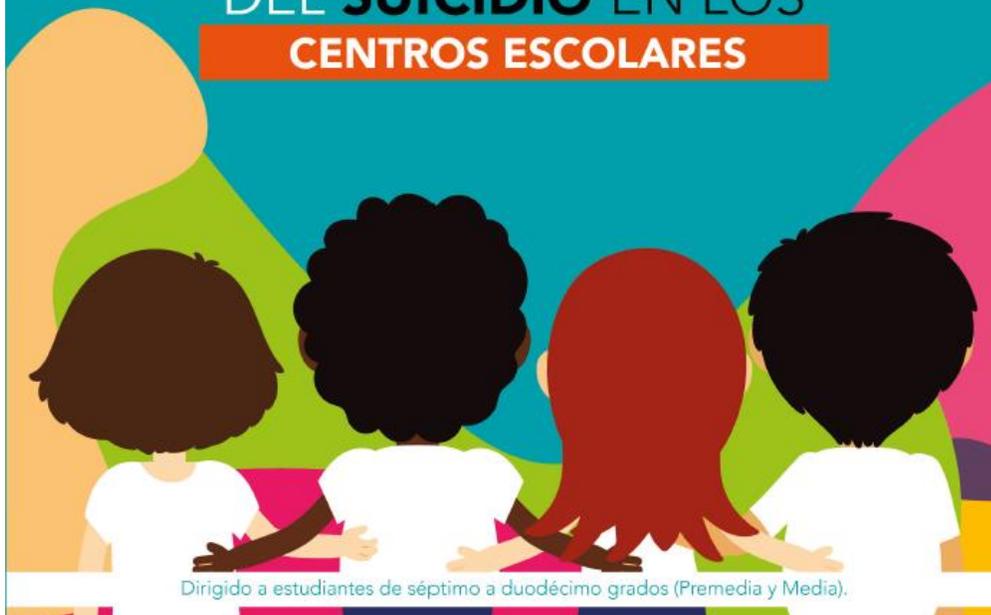
- El Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR) de la OPS/OMS dictaron el quinto Seminario de la Serie de Seminarios Virtuales sobre COVID-19, Metas ODS en Salud y Equidad: **Protegiendo los logros regionales en salud neonatal después de la COVID-19**. En este se abordaron los desafíos en salud neonatal entre pre y post pandemia desde la perspectiva de derechos, la disminución de las desigualdades en salud neonatal: la fórmula para acumular capital humano y la experiencia de República Dominicana en el Programa Canguro.
- En sinergia con el Ministerio de Salud se realiza capacitación a los gabinetes psicopedagógicos del Ministerio de Educación en Herramientas de Prevención de Suicidio tanto para docentes como para estudiantes basados en la “Guía de Talleres Prácticos: Sí a la vida.

Esta guía está pensada para ser aplicada por estudiantes entrenados para que apliquen y desarrollen con sus compañeros talleres de prevención de conductas suicidas y fomento del bienestar emocional de los estudiantes. Los estudiantes, además de conocer la metodología del taller fomentarán en sus compañeros el desarrollo de habilidades para la vida como lo son: empatía, autoconocimiento, manejo de estrés, comunicación, manejo de las emociones, toma de decisiones, solución de problemas.

Este trabajo en equipo busca desarrollar competencias en el personal del centro educativo no especializado en salud mental y se les presenta “Prevención del Suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional” forma parte de una serie de herramientas de prevención de conductas suicidas para diferentes profesionales como de los medios de comunicación, personal del primer nivel de atención, médicos generales, socorristas, docentes, entre otros. Enlace: [Prevención del suicidio: recursos](#)

Si a la vida

TALLERES PRÁCTICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LOS CENTROS ESCOLARES



Dirigido a estudiantes de séptimo a duodécimo grados (Premedia y Media).

REFERENCIAS

1. Ministerio de salud de Panamá. www.minsa.gob.pa
2. Comunicado del Ministerio de Salud No. 461
<http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-461>
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.campusvirtualsp.org/covid-19>
7. [Informes de Situación para COVID-19 de Panamá:](#)
<https://www.paho.org/es/taxonomy/term/1066>

NOTA:

La publicación de este SITREP se realiza de manera quincenal