

LA TRAZABILIDAD COMO ESTRATEGIA IMPLEMENTADA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN RESPUESTA A LA PANDEMIA POR LA COVID-19, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ



TRACEABILITY AS A STRATEGY IMPLEMENTED AT THE FIRST LEVEL OF CARE IN RESPONSE TO THE COVID-19 PANDEMIC IN THE REPUBLIC OF PANAMA

Becerra M., Luis M.; Carranza D., Amelia I.; Carrizo D., Maribel

Luis M. Becerra M.

Luismanuel1583@gmail.com

Ministerio de Desarrollo Agropecuario de la provincia de Chiriquí, Panamá

Amelia I. Carranza D.

aicd16@gmail.com

Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, Ministerio de Salud de Veraguas, Panamá

Maribel Carrizo D.

maribel_carrizo@hotmail.com

Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, Ministerio de Salud de la provincia de Veraguas, Panamá

SALUTA

Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología, Panamá

ISSN-e: 2644-4003

Periodicidad: Semestral

núm. 5, 2022

saluta@umecit.edu.pa

Recepción: 29 Octubre 2021

Aprobación: 18 Noviembre 2021

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/327/3273192005/>

Resumen: A nivel mundial, los diferentes sistemas de salud pública, especialmente en lo que a la atención primaria se refiere, han sido seriamente afectados por el SARS-CoV-2. En América

Latina, en la región Centroamérica, específicamente en la República de Panamá, se implementaron varias políticas de prevención ante el avance de la pandemia. Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la mejor estrategia consiste en evitar la exposición al virus. China nos ha enseñado que la cuarentena, el distanciamiento social y aislamiento de las poblaciones pueden contener la pandemia. Este estudio tiene como finalidad establecer, de manera transparente, el manejo, en fase primaria, de la pandemia por la COVID-19 en Panamá, mediante los mecanismos de contención de la infección viral. Para la realización de este informe, se revisó la bibliografía de artículos científicos publicados entre los meses de marzo de 2020 a diciembre del mismo año. Estos fueron utilizados como referencia para conocer el manejo de la Covid-19, y las medidas de prevención en la región latinoamericana. Para inicios de la pandemia, el Índice de Reproducción Efectiva (RT) se estimaba arriba de 5 %; con la implementación de la Trazabilidad, para los meses de septiembre y octubre de 2020 oscilaba entre 0,96 a 0,98; sin embargo, para diciembre del mismo año, ocho provincias marcaban RT arriba de 1, con desborde hospitalario. La aplicación de la trazabilidad, conlleva una gran inversión, planeación interinstitucional, apoyo comunitario; además de funcionar en poblaciones muy articuladas y no numerosas.

Palabras clave: Covid-19, Trazabilidad, Atención Primaria, Panamá, Estrategia en Salud.

Abstract: Worldwide, different public health systems, especially in primary care, have been seriously affected by SARS-CoV-2. In Latin America, in the Central American region, specifically in the Republic of Panama, several prevention policies were implemented in the face of the advance of the pandemic. According to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the best strategy is to avoid exposure to the virus; China

has taught us that quarantine, social distancing and isolation of populations can contain the pandemic. The purpose of this study is to establish in a transparent manner, what has been the management in the primary phase of the COVID-19 pandemic in Panama, through the containment mechanisms of the viral infection. To carry it out, the bibliographic review of scientific articles published between the months of March 2020 to June 2021 will be taken into account, being used as a reference to know the management of Covid-19, and prevention measures in our region Latin American. At the beginning of the pandemic the RT was estimated above 5%, with the implementation of Traceability for the months of September, October 2020 it ranged from 0.96 to 0.98, however, by december 8 provinces marked RT above of 1 with hospitable overflow. Its application involves a large investment, inter-institutional planning, community support, as well as working in highly articulated and not numerous populations.

Keywords: Covid-19, Traceability, Primary Care, Panama, Health Strategy.

INTRODUCCIÓN.

Con el inicio de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, agente causal de la COVID-19, se evidenció, de manera casi inmediata, las serias carencias del sistema de salud panameño; incluyendo, una deficiente infraestructura hospitalaria. Todos estos factores dificultaron establecer un abordaje cónsono al triple desafío de contención epidemiológica, recuperación económica y mitigación de los costos sociales, tal como lo cita Filgueria et al. (2020).

Según Barrio Cortés, en el año 2020, el riesgo, por esta infección viral, consiste en un aumento desbordado de muertes, principalmente, por la escasez de ventiladores mecánicos invasivos, camas de cuidados intensivos; sumado a la serie de gastos operativos y al déficit de profesionales de la salud especialistas en cuidados críticos o de medicina intensiva.

Los sistemas de salud de los países de la región han presentado importantes debilidades, ya que, muchos de ellos, son sub-financiados, segmentados y fragmentados. Esto conlleva que se originen barreras para su acceso y cobertura, como es el caso particular del sistema sanitario panameño; el cual está conformado por dos modelos de gestión que conviven y compiten sin coincidir en el principio de universalidad y de salud igual para todos. (OPS/ OMS, 2021).

En Panamá, desde el año de 1969, la función rectora de regulación, vigilancia, financiamiento y ejecución, la debe ejercer el Ministerio de Salud (MINSA), como única Autoridad Sanitaria Nacional (ASN); posteriormente, surgió el segundo modelo de tipo alemán (Bismarck), dando origen a la Caja de Seguro Social (CSS), como fórmula de gestión y filtro de acceso para la población asegurada, que está financiada por cuotas obrero-patronal, que van directamente a la empresa gestora. El Estado se limita a ser el ente regulador de estos servicios, citando lo expresado por Guillen en el año 2020.

Igualmente, se presentan problemas en la asignación de los recursos, como el bajo financiamiento del primer nivel de atención, en donde no se alcanzan parámetros

recomendados para destinar el 30% del gasto público a la atención primaria (OPS en 2019); y que, cuando este porcentaje se logra, dicha inversión se traduce en montos que pueden ser extremadamente bajos, en cuanto a términos per cápita se refiere (Hong Wang, Peter Berman, 2020). Esto refleja una carencia de

prioridad y, a la vez, dificulta el logro de la eficiencia y calidad, mostrando una alta fragmentación en la organización de los servicios y la atención en salud.

La llegada de la Covid-19, a suelo panameño, evidenció un sistema muy desprovisto para ofrecer atención de calidad en salud pública; debido, principalmente, a que se contaba con una población enferma, vulnerable y alejada, totalmente, de los servicios sanitarios destinados a prevenir enfermedades; es decir, una atención primaria deficiente. (OPS/OMS, en 2021).

Posteriormente, se impusieron cuarentenas y separación por sexos entre hombres y mujeres para poder salir a las calles. Sumado a esto, se implementaron jornadas laborales con su consecuente reducción, en cuanto a horario de trabajo; tanto para el sector público como privado, entre otros aspectos. Sin embargo, una vez se relajaron las medidas cuarentenarias, paulatinamente, se dio un progresivo aumento de los casos, produciéndose un elevado porcentaje de positividad. Esto trajo como consecuencia que, el país se convirtiera en el lugar con más casos reportados por habitantes durante siete días consecutivos, por encima de naciones con mayor densidad poblacional como: Brasil, Chile o México (BBC NEWS, 2020).

Se planteó la necesidad de coordinar acciones que pudieran servir como mecanismo, no solo de contención sino de seguimiento de la enfermedad, ya que una de las premisas básica e importante, en todo sistema sanitario, plantea que: *“Entre mayor sea la capacidad de respuesta que se pueda dar en el primer nivel de atención, se tendrá una menor demanda a nivel hospitalario”* (Gutiérrez-Aguilar et al en 2020).

Este proceso de captación de la enfermedad, en los niveles básicos de atención, se traduce en una mayor respuesta que contribuye a no desmejorar el nivel hospitalario, de este modo, se disminuye el gasto de recursos para el abordaje de situaciones y diagnósticos. Es por ello, que las acciones como la trazabilidad de casos, se perfilaron como un mecanismo más efectivo siempre y cuando se pudiera contar con equipos de atención primaria fortalecidos y capacitados para lograr el vínculo, no solo con las familias sino con las comunidades, (OPS en 2021).

Trazabilidad, debe ser entendida como una búsqueda activa, en donde se debe dar seguimiento a todos aquellos casos que resulten positivos, con la correspondiente identificación de contactos que sean cercanos a la comunidad expuesta a la infección (MINSA en 2020); lo cual es un proceso de tipo investigativo que va a determinar cuándo inician y finalizan los casos. Esto permitiría analizar cuáles fueron esas prácticas incorrectas, que favorecen la diseminación del agente en una determinada comunidad a la cual se le brinda docencia, tanto a sus pobladores como a empresas y negocios, ya establecidos. Además de aportar el apoyo en salud, también se le proporciona, al paciente, ayuda en alimentación; así como asistencia social y psicológica. (MIDES en 2021).

En Panamá, se implementó el equipo unificado de trazabilidad (compuesto por un médico general, odontólogo, enfermeras, laboratorista, personal administrativo, entre otros), con la finalidad de realizar la labor de seguimiento de casos activos, determinando sus contactos directos y sospechosos. De manera que se pudieran aislar en sus residencias y, vigilando que se diera el cumplimiento de las medidas sanitarias. Es de vital importancia, para poder detener la transmisibilidad de la COVID-19, contener los posibles brotes, disminuir la tasa de mortalidad para evitar el marcado impacto en los servicios sanitarios. (OPS/OMS en 2021).

Si dicho proceso resulta ser efectivo y con una base de tipo sistemática, puede contribuir, notablemente, a que el número de casos nuevos, generados por cada confirmado, mantenga el índice de Reproducción Efectiva (RT); tomando en cuenta que este valor epidemiológico es determinante en cuan efectivo son aquellos comportamientos que involucran colectividad, tales como: El distanciamiento social y el uso de mascarillas para lograr una desaceleración de contagios y establecer el promedio de personas que resultan infectadas por una sola persona. Citando la definición dada por el Texas Medical Center, durante el año 2021.

Nuestro país fortaleció el proceso de trazabilidad en el mes de julio (MINSA en 2020), bajo la coordinación del Ministerio de Salud, con el apoyo técnico de la OPS/OMS, en

conjunto con las Fuerzas de Tarea Conjunta, la Caja de Seguro Social y el liderazgo de las Autoridades Locales, Clubes Cívicos (MINSA en 2020), la participación y apoyo de líderes comunitarios, comarcales y la población en general.

El Centro de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria ante la COVID-19 (COCYTC), emitió el: *“Plan operativo de fortalecimiento del control y trazabilidad de la COVID-19 a nivel comunitario”*, que establece la dinámica de acción de la estrategia y de los equipos de trazabilidad en terreno, en todo el país. (OPS en 2021).

Entonces, debemos plantearnos, la siguiente interrogante: ¿Han sido efectivas las medidas de prevención en Panamá?

La Trazabilidad permite controlar el nivel de contagios y, por consiguiente, disminuir la saturación de pacientes en el sistema hospitalario, sobre todo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Este mecanismo de acción influyó en que los niveles de RT (Índice Efectivo de Reproducción) haya disminuido desde que la misma fue implementada.

Por lo presentado hasta el momento, planteamos la necesidad de realizar esta investigación.

ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de enfoque es descriptivo – narrativo, la investigación es no experimental y de corte transversal. Para la realización de este estudio se tomó en cuenta la revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos, publicados entre los meses de marzo a diciembre de 2020, que serán utilizados como referencia para conocer el manejo de la pandemia por la Covid-19, y los mecanismos de prevención implementados en nuestra región latinoamericana.

Se considerará la información, de acuerdo a su relevancia, validez y contenido en sitios de interés científico, tales como: La plataforma Google Académico; así como los informes epidemiológicos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); además de considerar la literatura disponible dada por un ente de referencia, como lo es el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

Como la investigación está centrada en Panamá, se analizará la información proporcionada por instituciones de índole investigativa, tales como: Instituto Conmemorativo Gorgas (ICG),

Instituto de Investigaciones y Alta Tecnología (INDICASAT); y las contempladas en los regentes de la salud pública, a saber: El Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS); también la obtenida de otros entes del Estado como: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Seguridad (MINSEG), Clubes Cívicos, entre otras, que puedan proveer información confiable de índole estatal.

Para complementar, se evaluarán las publicaciones emitidas por la prensa panameña, siempre y cuando estén dentro del contexto establecido en este estudio.

EXTRACCIÓN DE DATOS Y REVISIÓN.

La búsqueda inicial arrojó un total de 187 referencias bibliográficas, de las cuales se utilizaron 36 artículos y documentos que cumplieron con los criterios, previamente establecidos. Se añadieron 10 artículos de otras fuentes que comprenden medios locales e información de tipo epidemiológico que, igualmente, cumplieron con los parámetros para el análisis estadístico.

La implementación de la trazabilidad en Panamá, se dividió en fases, tomando en cuenta el inicio de la estrategia, la entrada en vigor y su posterior aplicación.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN.

Fase N°1: Llegada del agente biológico, normativas de restricción y masificación de pruebas.

El primer caso de la Covid-19 en Panamá, se dio a conocer el día 8 de marzo. Una mujer panameña de 40 años, quien ingresó al país en un vuelo procedente de España. El 9 de marzo, el MINSA comunica al país que las pruebas por RT-PCR arrojaron un resultado positivo. Esto marcaría el punto de partida, no solo de la pandemia en el istmo centroamericano, también traería cambios en los modelos de atención, en la implementación de normas, decretos y demás medidas encaminadas a evitar el posible colapso hospitalario y el déficit de atención (COVID-19 - informe de la situación de Panamá N°1 - Marzo 10, 2020 - OPS/OMS en 2020).

Luego de pasado, aproximadamente, un mes del inicio de la pandemia, nuestro país reportaba las siguientes cifras:

TABLA N°1
Situación en Panamá al 06 de abril de 2020.

SITUACIÓN EN PANAMÁ AL 06 DE ABRIL DE 2020			
CASOS CONFIRMADOS		MUERTES	
EXISTENTES	NUEVOS	EXISTENTES	NUEVAS
2,100	112	55	1

Tabla N°1: Situación en Panamá al 06 de abril de 2020. Fuente: OPS - Reporte N°7.

OPS - Reporte N°7.

Entre los factores relacionados con la mortalidad se encuentra: La edad, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedad respiratoria crónica, cardiopatías, enfermedad hepática, tabaquismo, tuberculosis, VIH y cáncer. Como se muestra en dicho informe, muchas de las enfermedades, antes mencionadas, son propias del primer nivel de atención en salud. La COVID-19 comenzaba a mostrar, desde un inicio, que las comorbilidades son propias de patologías que, por décadas, han afectado a la población panameña (COVID-19 - Informe de la situación de Panamá N°7 - Abril 06, 2020 - OPS/OMS en 2020).

Panamá presentaba un R0 Efectivo por encima de 5 y, para la segunda semana, bajó entre 2 y 3; luego se estimó en 1,8. Pero, todavía se encontraba lejos de la meta de 1,0. Esto indicaba un aumento de casos confirmados por cada 100.000 habitantes; debido, en parte, a la estrategia de masificación de pruebas, pilar fundamental para la posterior implementación de la trazabilidad; ya que se logró equiparar el número de pruebas realizadas por día y por millón de habitantes, desde el día cero con países desarrollados y con mayor capacidad diagnóstica, como lo son: Estados Unidos, Italia y Corea del Sur. (Figura N°1) (OPS en 2020).



Figura N°1: Número de pruebas de la COVID - 19, realizadas por país (por millón de habitantes)

Fuente: Informe de situación de Panamá N°7 - Abril 06, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

FIGURA N°1:

Número de pruebas de la COVID - 19, realizadas por país (por millón de habitantes)

Informe de situación de Panamá N°7 - Abril 06, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Panamá, para el día 10 de abril, tenía proyectado tres posibles escenarios en cuanto a contagios por la COVID-19, de acuerdo con el R0 efectivo. Un primer escenario con un R0= 3,21, que era el que se tenía antes de aplicar restricciones de cuarentena; además de dos escenarios hipotéticos con R0 de 2,58 y 1,5. Este modelo permitió evidenciar que, si bien las medidas implementadas mostraron un importante impacto, comparado con la situación de no haber aplicado ninguna estrategia, era de cuidado, debido a que se podía presentar saturación de los servicios de hospitalización y de UCI.

Fase N°2: Entrada en vigor de la trazabilidad, junto al levantamiento gradual de la cuarentena por bloques.

Para el mes de junio de 2020, el país presentaba los siguientes indicadores, a nivel hospitalario; así como, aquellos relacionados al manejo de pacientes contagiados por el nuevo Coronavirus. (Informe de la situación de Panamá N°20 - Junio 30, 2020 - OPS/OMS (paho.org)).

TABLA N°2:

Situación en números – Panamá.

SITUACIÓN EN NÚMEROS - PANAMÁ					
CASOS CONFIRMADOS		MUERTES		CAMAS EN SALA	
EXISTENTES	NUEVOS	ANTERIORES	NUEVAS	GENERAL	UCI
35,550	765	631	11	687	139

Tabla N°2: Situación en números – Panamá. Fuente: OPS, www.paho.org

OPS, www.paho.org

Para el mes de junio se crea el Centro de Control Intrahospitalario (CCI), debido al marcado aumento de las hospitalizaciones; a tal magnitud, que se dio conversión de hospitales para atención exclusiva de pacientes con COVID-19. (OPS, 2020).

Durante este periodo aumentó la tasa de mortalidad y el porcentaje de positividad de quienes fallecieron de la COVID-19, era de 1,9 %. Además, se presentó una tasa de 774,9 infectados por cada 100.000 habitantes.

Para estas fechas, el país ocupaba el tercer lugar entre los cinco países de América que poseían la mayor tasa de incidencia, por encima de los valores para la región, que era de 495,1 x 100.000 habitantes. (OPS en 2020).

TABLA N° 3:
Riesgo de muestra, según presencia de factores de riesgo. Panamá, junio 27 de 2020.

		Muerte		TOTAL
		Si	NO	
Factor de Riesgo	Si	314	1.284	1.598
	No	250	1.793	2.043
TOTAL		564	3.077	3.641

Tabla N° 3: Riesgo de muestra, según presencia de factores de riesgo. Panamá, junio 27 de 2020. Fuente:
Informe de la situación de Panamá N°20 - Junio 30, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Informe de la situación de Panamá N°20 - Junio 30, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Para este mes, la situación de contagios por la COVID-19 se recrudeció en la región metropolitana de salud. Áreas como: San Miguelito, Panamá Norte y Oeste, presentaron una alta tasa de mortalidad; por lo que, se empezó a formular estrategias encaminadas a controlar la situación de contagio en estos lugares del país, que, de por sí, están carentes de buenas medidas sanitarias y con altos niveles de densidad poblacional. (OPS en 2020).

El Ministerio de Salud inauguró el Centro de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria (COCTC), para tratar la COVID-19 en el distrito de San Miguelito. Y sería el primero, de muchos centros, cuyo objetivo es dar seguimiento a los casos detectados y sus contactos, debido a que son zonas con alto hacinamiento y pobreza. Esta iniciativa ayudaría a controlar el incremento de casos en esta región.

Con estas cifras, las autoridades se enfocaron en grupos prioritarios (centros de alta concentración de personas, como: Refugios para desamparados, migrantes, centros penitenciarios, asilos, corregimientos de población pobre y marginada o que viven en condiciones de hacinamiento), con la finalidad de frenar el avance del nuevo Coronavirus. (OPS en 2020).

Para el día 17 de julio de 2020, se establecieron acciones puntuales, como: El fortalecimiento de la trazabilidad con seguimiento, con un mayor apoyo médico y social; además de brindar tratamiento a los contactos y familiares de los casos confirmados, igual que, cambios en la estrategia de comunicación, por parte del Estado. (OPS en 2020).

Fase N°3: Aplicación de la Trazabilidad, como estrategia de Control.

Para el día 9 de septiembre del año 2020, los entes sanitarios, con base al comportamiento epidemiológico, informaban a la población que la trazabilidad se había constituido en una herramienta básica en la lucha contra la COVID-19; ya que se había logrado mejorar el porcentaje de positividad, mostrando una disminución de entre 12 y 14% (OPS en 2020). Los datos indican la siguiente situación epidemiológica:

TABLA N°4
Situación en números – Panamá.

SITUACIÓN EN NÚMEROS - PANAMÁ					
CASOS CONFIRMADOS		MUERTES		CAMAS EN SALA	
EXISTENTES	NUEVOS	ANTERIORES	NUEVAS	GENERAL	UCI
101,745	704	2166	11	5225	183

Tabla N°4: Situación en números – Panamá. Fuente: Informe de la situación de Panamá N°33 - Septiembre 28, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Informe de la situación de Panamá N°33 - Septiembre 28, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Para el mes de julio se registraron 1.057 y 159 pacientes en promedio, en los respectivos servicios, tanto de Sala, como de UCI. En agosto, se tuvo los valores más altos de pacientes hospitalizados en Sala, con un promedio de 1.428, con estabilidad de los pacientes en UCI en 158. A partir del 22 de ese mismo mes, se observó una tendencia al descenso de estos hospitalizados con 1.115 pacientes hasta el 13 de septiembre; mientras que permanecieron estables los pacientes en UCI en 157 (OPS, 2020) (Figura N°2).



Figura N°2: Número de casos confirmados por la COVID-19, hospitalizados en Sala y UCI, por día. Panamá, 9 de marzo a 13 de septiembre de 2020. Fuente: Informe de la situación de Panamá N°34 - Octubre 5, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

FIGURA N°2:
Número de casos confirmados por la COVID-19, hospitalizados en Sala y UCI, por día. Panamá, 9 de marzo a 13 de septiembre de 2020. Informe de la situación de Panamá N°34 - Octubre 5, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Al flexibilizarse las medidas adoptadas, el comportamiento de la curva epidémica, en septiembre, mostraba un promedio de 674 nuevos casos diarios; contrario a lo observado en el mes de julio, que era de 1,023; y, para agosto, fue de 940. Era evidente la desaceleración que presentaba el agente, en cuanto a nuevos contagios; lo cual, posiblemente, indicaba que la trazabilidad estaba rindiendo sus frutos. Sin embargo, para ese tiempo se estaban tomando otras medidas paralelas conjuntas, como la aplicación de toques de queda, cuarentenas en ciertos distritos con alto RT. (OPS, 2020).

Las defunciones evidenciaban una marcada tendencia a la disminución, en el reporte de muertes; porque, para el mes de agosto se reportaron entre 7 y 31 decesos por día, con un promedio de 19 al mes. Mientras que, desde el 18 de agosto hasta el 12 de septiembre, se mantuvo una tendencia estable, con un mínimo de 9 y un máximo de 17 fallecidos, en ese mes; y un promedio de 11, en la última semana, hasta el 12 de septiembre (OPS, 2020) (Figura N°3).

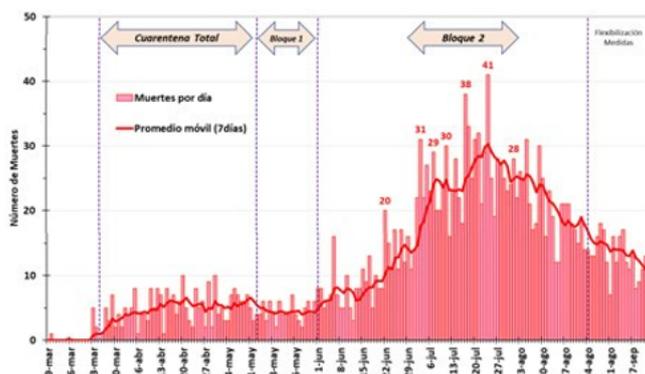


Figura N°3: Muertes por la COVID-19 en Panamá, según la fecha de reporte. Marzo 9 a 13 de septiembre de 2020. Fuente: Informe de la situación de Panamá N°35 - Octubre 11, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

FIGURA N°3:

Muertes por la COVID-19 en Panamá, según la fecha de reporte. Marzo 9 a 13 de septiembre de 2020. Informe de la situación de Panamá N°35 - Octubre 11, 2020 - OPS/OMS (paho.org)

Hasta el 13 de septiembre, el porcentaje total de defunciones, entre quienes se confirmaron por la COVID-19, era del 2,1%, manteniéndose entre los países de las Américas con más baja letalidad y por debajo de lo esperado en la región que, para esos meses, era de 3,5%. (OPS, 2020).

Una vez analizado los datos de mortalidad, ocupación hospitalaria y demás, vamos a determinar qué tan efectiva ha sido la trazabilidad, en cuanto el Índice de Reproducción Efectivo o RT; en donde, lo esperado, para cada país, es mantener el indicador por debajo de 1. Para este mes, ya la COVID-19, alcanzaba cerca de seis meses de circular en Panamá.

El punto de análisis se da tomando en cuenta que, dicho valor era de más de 5,5; el cual descendió progresivamente, y se mantuvo alrededor de 1,0, durante el mes de mayo hasta el 11 de junio, en donde se tuvo un RT=1,63 (IC95%: 1,56 – 1,71), uno de los más altos registrados en el periodo; posteriormente, del 17 al 26 de julio se mantuvo cifras cercanas a 1.

En la semana del 18 de julio hubo descenso a un RT=1,23 (IC95%: 1,20 – 1,26); el 25 de julio llegó a un RT=1,16 (IC95%: 1,13 – 1,18). En el mes de agosto se observó un constante descenso del RT; así: Al 1° de agosto un RT=1,13 (IC95%: 1,10 – 1,16), al 8 de agosto un RT=1,07 (IC95%: 1,04 – 1,09); luego, el 15 de agosto a un RT=0,99 (IC95%: 0,97

– 1,02); después, el 23 de agosto continuó disminuyó a un RT=0,94 (IC95%: 0,92 – 0,97); el 29 de agosto con un RT=0,96 (IC95%: 0,94 – 0,98).

El 6 de septiembre, el RT fue de 0,87 (IC95%: 0,85 – 0,89) y el 12 de septiembre, de 0,90 (IC95%: 0,87 – 0,92). Solo la provincia de Los Santos presentó un Rt por encima de 1 (RT=1.43); Veraguas con un RT=1,0 y las 13 regiones restantes (el 86.7%), mostraban un RT por debajo de 1, entre 0,58 y 0,94.

Al cierre del mes de noviembre y principios del mes de diciembre, la trazabilidad fue puesta a prueba realmente, como medida de contención de brotes y rebrotes de la enfermedad. Para esos meses el país mostraba los siguientes indicadores:

TABLA N°5:
Situación en números – Panamá

SITUACIÓN EN NÚMEROS - PANAMÁ					
CASOS CONFIRMADOS		MUERTES		CAMAS EN SALA	
EXISTENTES	NUEVOS	ANTERIORES	NUEVAS	GENERAL	UCI
164,729	1,276	3,060	21	5,388	149

Tabla N°5: Situación en números – Panamá. Fuente: OPS, www.paho.org

OPS, www.paho.org

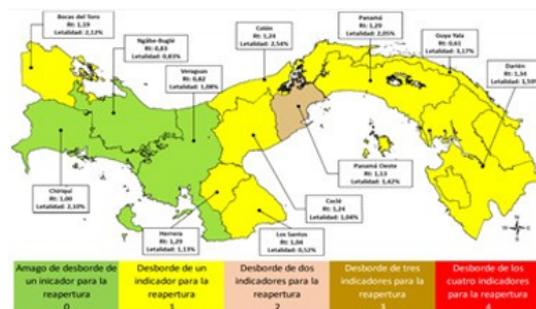
A finales de noviembre de 2020 se presentan importantes repuntes de casos, incrementándose a un 116 %, con respecto a meses anteriores, pasando de 4,579 a 9,876; mostrando un ascenso significativo de casos desde la SE 44 (5 de noviembre), aumentando la velocidad de contagios del nuevo Coronavirus.

Esta situación dificultó, seriamente, las acciones de trazabilidad para tratar de contener el avance de la pandemia en la nación centroamericana; porque, en nuestro istmo, se encontraban, en promedio, cuatro (4) contactos por cada caso confirmado; es decir que, adicional a los 9.876 casos, en los que se tenían que asegurar aislamiento por 14 días, se debería realizar seguimiento a 39.504 contactos potenciales.

Esto significaba que, con los 321 equipos unificados de trazabilidad que, para ese entonces estaban conformados en las 15 regiones de salud, cada uno tendría que realizar el seguimiento de 123 casos por semana; es decir, a 18 casos por día, tarea, técnicamente, imposible; por lo que no se podía realizar seguimiento al 100 % de casos detectados, aumentando el riesgo de rebrotes.

En cuanto a la tasa de mortalidad, la población panameña presentaba un alto índice de muertes, sobre todo en la adulta mayor; además, si eran pacientes con enfermedades de fondo. Esta situación provocó que nuestro país presentara la segunda mayor tasa de letalidad, por detrás de Guatemala.

Panamá Oeste, para estas fechas, mostraba 3 indicadores de desborde (color café), de acuerdo con lo reportado por el Plan de Contingencia de la COVID -19. Los equipos de trazabilidad exponían la urgencia en el tema de la falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Cuidados Respiratorios, menor al 15 %, en ocho provincias, con RT mayor a 1. Por lo cual, había desborde a nivel hospitalario (color amarillo). Las demás regiones estaban en riesgo de esta situación. (color verde).



Es cierto que se debe elogiar el esfuerzo realizado por los entes sanitarios en Panamá, como el MINSA y CSS; pero, también es cierto que, esta estrategia se implementó a raíz de una situación compleja, en donde sale a relucir, una vez más, el poco nivel de inversión, en cuanto a Atención Primaria se refiere.

Las medidas de prevención fueron efectivas al inicio de la pandemia, sin embargo, todo mecanismo implementado, en el contexto de la COVID-19, requiere apoyo y colaboración de la comunidad.

Los esfuerzos del Estado panameño, se centran en ciertas áreas, dejando de lado, no solo otras regiones del interior del país, sino que, la base estructural no permite la atención de otras patologías.

La Trazabilidad ha contribuido a controlar los niveles de contagio, pues, tomando en cuenta lo observado durante el desarrollo de este estudio, podemos manifestar que los niveles de contagio fueron disminuyendo progresivamente, de igual forma la participación comunitaria fue una gran colaboración para alcanzar este objetivo.

La trazabilidad fue insuficiente en los meses donde hubo flexibilización de las medidas, así como, la cantidad de recursos y de personal para atender el alto número de contagios y la búsqueda de sus contactos.

SARS-CoV-2, plantea un escenario muy complejo, en donde toda estrategia, antes de la llegada de las vacunas, está dirigida a disminuir los contagios. La trazabilidad se muestra como una herramienta que, implementada con mayor cantidad de recurso, le permitiría, al país, dar un mejor impacto.

Además, se debe considerar que, este agente, a medida que avanza la pandemia, muestra una importante variación a nivel molecular; lo cual se traduce en mayor capacidad de contagio e índice de mortalidad.

Esta situación muestra la falta de infraestructuras; por lo que, se tendría que evaluar si el impacto fue por este mecanismo o por la mejora en la capacidad hospitalaria instalada.

Actualmente, no se han realizado estudios de este tipo en Panamá, por lo que no se puede tener un punto de comparación, en cuanto a lo mostrado por esta investigación con otras realizadas, anteriormente.

Conflicto de intereses.

Los autores de esta publicación declaran no tener conflicto de interés alguno, entre ellos o cualquier otra institución. Se ha respetado la identidad de las personas tomadas en cuenta para la realización de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrio Cortés, J., & et al. (marzo de 2021). Atención primaria en el domicilio en el marco de la pandemia COVID-19. Elsevier. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.004>
- BBC NEWS. (09 de julio de 2020). BBC NEWS. Obtenido de [s. https://www.bbc.com/mundo/noticiasamerica-latina-53313897](https://www.bbc.com/mundo/noticiasamerica-latina-53313897)
- Filguera, F., & et al. (2020). América Latina ante la crisis del COVID - 19: vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social. Cepal Series Políticas Sociales, 149. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11362/46484>
- Giovanella, L., & et al. (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? 1-25. doi: [doi: doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310)
- González R., M. (junio de 2020). Características iniciales de las políticas de control de la pandemia de Covid-19 en América Latina. Gaceta Médica de Caracas, 207-216. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/342259904_Caracteristicas_iniciales_de_las_politicas_de_control_de_la_pandemia_de_Covid-19_en_America_Latina
- Guillen, A. (21 de julio de 2020). Sistema Sanitario Panameño. pág. 1.
- Gutiérrez-Aguilar, R., & et al. (03 de marzo de 2020). Modelo de umbral de reducción de tasa diaria de casos COVID-19 para evitar el colapso hospitalario en Chile. Obtenido de Medwave: <https://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/revisiones/Analisis/7871.act?ver=sindisenio>.

- Henríquez - Márquez, K. I., & et al. (2021). Prevención e identificación temprana de casos sospechosos COVID-19 en el primer nivel de atención en Centro América. *ELSEVIER*, 115-116. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.004>
- J. A. Sánchez-Duque, L. A.-V.-M. (2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. 369-372.
- Joost Hopman, M., & et al. (16 de marzo de 2020). Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Network*, 1545-1546. doi:[doi:10.1001/jama.2020.4169](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4169)
- Levy-Carciente, E. K. (18 de marzo de 2021). Cedice. Obtenido de Cedice: <https://cedice.org.ve/observatoriogp/portfolio-items/gasto-de-salud-en-america-latina>
- Llor, C., & et al. (mayo de 2020). Coronavirus y atención primaria. *Elsevier*, 294– 296. doi:<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2020.03.002>
- MINSA. (22 de julio de 2020). Ministerio de Salud de Panamá. Obtenido de MINSA. (enero de 2020). Ministerio de Salud Panamá. Obtenido de Ministerio de Salud Panamá: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/destacado/plan_coronavirus.pdf
- MINSA. (04 de julio de 2020). MINISTERIO DE SALUD PANAMÁ. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD PANAMÁ: http://minsa.b-cdn.net/sites/default/files/general/comunicado_ndeg_131.pdf
- MINSA. (22 de julio de 2020). MINSA concreta esfuerzo de clubes cívicos para el equipo de trazabilidad. Obtenido de Ministerio de Salud de Panamá: https://yomeinformopma.org/info_detail/150
- MINSA. (17 de marzo de 2020). Yo me informo MINSA. Obtenido de Ministerio de Salud: https://yomeinformopma.org/info_detail/11
- Molero-García, J., & et al. (26 de diciembre de 2020). Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde la atención primaria. *Elsevir*, 53 (101966). doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.12.007>
- Molina, U. C. (11 de agosto de 2020). TVN media-Noticias. Obtenido de https://www.tvn-2.com/contenido_exclusivo/Atencion-primaria-covid-19-Panama-salud-debil-sistema_0_5712178726.html
- OMS. (7 de octubre de 2020). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=CjwKCAjw8cCGBhB6EiwAgORey-n0vGC1qJTRLpBCg2rMyLM5CIahrsokalIIDmicLCSp-X9jKLVQRoC9ZQQAvD_BwE
- OPS. (23 de abril de 2020) Nota técnica. La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de la COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/>
- OPS. (31 de marzo de 2020). Informe de la situación de Panamá N°6. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg6-marzo-31-2020>
- OPS. (06 de abril de 2020). COVID-19 - Informe de la situación de Panamá N°7. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg7-abril-06-2020>
- OPS. (10 de marzo de 2020). Informe de la situación de la Covid-19 de Panamá N°1. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg1-marzo-10-2020>
- OPS. (11 de marzo de 2020). Informe de la situación de la Covid-19 de Panamá N°2. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg2-marzo-11-2020>
- OPS. (13 de marzo de 2020). Informe de la situación de la Covid-19 de Panamá N°4. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-informe-situacion-panama-ndeg4-marzo-13-2020>
- OPS. (2021). Respuesta colaborativa e integrada en Panamá ante la COVID-19. Respuesta colaborativa e integrada en Panamá ante la COVID-19, 85.

- Pallarés Carratalá, V., & et al. (agosto de 2020). La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes. Elsevier, 3-5. doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.002>
- Prensa Libre. (24 de marzo de 2020). Panamá reporta la primera muerte por Coronavirus en Centroamérica. Obtenido de <https://www.prensalibre.com>
- Rivera Gutiérrez, R., & et al. (26 de mayo de 2021). COVID-19 en Panamá y el mundo: una revisión de la literatura. Revista Médico Científica, 37-60. doi:<https://doi.org/10.37416/rmc.v32i1.553>
- Rodríguez-Morales, A., & et al. (17 de marzo de 2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. Acta Médica Peruana, 3-7. doi:<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>
- Sánchez-Duque, J. A., & et al. (17 de abril de 2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. ELSEVIER, 369–372. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
- Serrano-Cumplido, A., & et al. (agosto de 2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. 48-54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.008>
- Solera Albero, J., & et al. (mayo de 2020). La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. 468-472. doi:<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3655>
- Taget, A. (2021). El impacto de la pandemia en la región centroamericana y los posibles cambios post pandemia. PENSAMIENTO PROPIO, 193-226. Obtenido de <http://www.cries.org/wp-content/uploads/2021/01/011-Tager.pdf>
- Urzúa, A., & et al. (abril de 2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. TERAPIA PSICOLÓGICA, 103- 118. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>