2020-2021 Reporte de la COVID-19

Material suplementario

PREPARADO POR:
DR. DEREK LIAO
DR. ENRIQUE MENDOZA

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ Y LA PRIMERA SINDEMIA DEL SIGLO 21

Siguiendo un informe de una Comisión Especial del Lancet sobre la sindemia global de obesidad, desnutrición y cambio climático nosotros introducimos en Panamá el concepto de la sindemia global de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas y desigualdad socioeconómica. Cuando se reconoce oficialmente la pandemia producida por el SARS-COV-2 en marzo 2020, nos referimos, en intervenciones orales y escritas, a la pandemia como un componente de la primera sindemia del siglo 21.

Este concepto, agregado a la descripción de la pandemia como un proceso complejo, ayuda a comprender las bases académicas de los Comunicados escritos a lo largo del año 2020 y los inicios del 2021. La pandemia viral fue un evento relativamente pequeño inicialmente, de sorpresa en Wuham, China, complejo en su origen, que tuvo la capacidad de diseminarse rápidamente y llegar a tener consecuencias incalculables e inimaginables a nivel global, sacudiendo sistemas de salud que ya padecían de estrés disfuncional. Tal como destaca el NEJM Catalyst se necesitaba un abordaje basado en las ciencias de los sistemas.

La pandemia producida por el coronavirus afectó más a pacientes de edad avanzada, a pacientes con enfermedades crónicas caracterizadas por inflamación, insulino resistencia, disfunción de células endoteliales y alteraciones plaquetarias. Así mismo tuvo mayores consecuencias en los sectores de la población más deprivados social y económicamente. Las personas de escasos recursos financieros no podían hacer aislamiento efectivo, mantener el distanciamiento social, implementar las medidas de bioseguridad y prevenir la infección viral. El concepto de sindemia permitía describir, comprender y diseñar con más precisión la respuesta al componente pandemia viral de la sindemia.

Para comprender más el contexto de los Comunicados es necesario describir que el Dr. Enrique Mendoza fue Director Académico del Centro Regional de Capacitación en Salud que fue una iniciativa académica, de Estados Unidos y Panamá, destinada a preparar a los médicos de América Central para hacer frente a una potencial pandemia viral. El Dr. Mendoza diseñó, organizo e implementó cursos de dos semanas y en su período se prepararon más 500 médicos de América Central en los años de 2006 a 2008.

Se podrá apreciar en la lectura de los comunicados el conocimiento de la pandemia viral y su evolución y las bases científicas de las recomendaciones. Y el enfoque de la ciencia de los sistemas en la discusión de la evolución de la pandemia viral en nuestro país. La llamada a prestar atención a los otros componentes de la sindemia aparece en varios comunicados, así como a hacer énfasis en la capacidad de diagnóstico, aislamiento y cuarentena en los primeros meses de la pandemia y la estrategia que debía localizarse en las comunidades con la aplicación de las medidas de mitigación. En los comunicados se expresa la convicción de la necesidad de responder a la sindemia fortaleciendo el sistema de salud y dando prioridad a la formación de los profesionales de la salud.

Finalmente, hay cuatro escenarios de respuesta a la pandemia: erradicación, casi imposible; eliminación alcanzable en algunos países; cohabitación, el más probable y conflagración que esperamos que no se dé. Panamá debe prepararse al escenario de cohabitación todo tratando de llega a la eliminación, a través de la vacunación y de las medidas de protección personal.

FACULTAD DE MEDICINA
DESPACHO DEL DECANO

COMUNICADO #2
A TODOS LOS PROFESORES Y ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Siguiendo las directrices adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud, la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá inició las actividades académicas y administrativas en la modalidad virtual como medida preventiva y de contención para evitar la propagación del COVID-19.

Para el buen desarrollo de las actividades académicas se han dispuesto plataformas electrónicas para subir contenido además del apoyo brindado por la Asociación de Estudiantes de Medicina para adquirir licencias en aplicaciones que permiten la interacción profesor-estudiante y la creación de cursos sobre el correcto uso de distintas herramientas virtuales. Sobre el uso de las mismas, recomendamos coordinar con los grupos para unificar las herramientas entre los profesores y estudiantes por semestre evitando así la confusión de distintas plataformas.

Para profesores les solicito utilizar y respetar el horario dispuesto para impartir sus clases o llegar a una coordinación con los representantes de grupo un horario para utilizar alguna metodología destinada para impartir clases y aclarar dudas con los estudiantes. Durante este periodo de cuarentena, el material impartido debe ser evaluado de manera virtual. Aquellas materias que tengan teoría y laboratorio/clínica, y no convenga realizar la parte práctica de manera virtual utilizar los periodos de laboratorio/clínica para adelantar teoría, cuestión que al final de semestre se disponga con tiempo solamente para completar la parte práctica.

Para los estudiantes, las Asociaciones de Estudiantes de Medicina al igual que la de Tecnología Médica día a día se encuentran vigilando el desarrollo de todos los cursos, brindando soluciones en conjunto con el decanato y las direcciones de escuela ante cualquier problema además de recolectar la información de aquellos estudiantes que tengan problemas con el acceso a los cursos virtuales.

Nuestra facultad reafirma su responsabilidad y compromiso académico continuando sus labores en la modalidad virtual en medio de la pandemia del coronavirus.

Sinceramente,

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano

Dado en la ciudad de Panamá, a los veinticinco días del mes de marzo de dos mil veinte.

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ DA A CONOCER LA DECLARACIÓN EMITIDA HOY POR LA COALICIÓN PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS DE LOS MÉDICOS.

Coalition for Physician Accountability

Safeguard the Public; Protect our Health Care Workforce during the COVID-19 Pandemic

April 10, 2020

Coalición para la rendición de cuentas de los médicos. Proteja al público, proteja a nuestra fuerza laboral de salud durante la pandemia de COVID-19. 9 de abril de 2020.

Las organizaciones miembros de la Coalición para la rendición de cuentas de los médicos (www.physicianaccountability.org) han publicado la siguiente declaración en apoyo de los esfuerzos que deben realizarse para salvaguardar al público y proteger a los profesionales de la salud de nuestra nación durante la pandemia de COVID-19 para que puedan satisfacer las necesidades del público.

Los miembros de la Coalición incluyen las organizaciones nacionales responsables de la acreditación, evaluación, licencia y certificación de médicos a lo largo de su carrera médica, desde la escuela de medicina hasta la práctica. Nuestra membresía también incluye miembros del público y la profesión. Compartimos un fuerte compromiso para proteger la salud y seguridad del público a través de la prestación de atención médica de calidad.

Los casos de COVID-19 ahora han superado los 430,000 y las muertes han superado los 14,000, un desarrollo alarmante que ha afectado a pacientes, familias y comunidades en todo el país. Todos dependemos de los médicos y otros trabajadores de la salud para brindar atención segura y compasiva. Cientos de miles de médicos en todos los niveles de capacitación y experiencia (estudiantes de medicina, residentes y médicos en ejercicio, incluidos médicos retirados e inactivos que se ofrecen como voluntarios para volver a ingresar a la fuerza laboral) se han asociado con innumerables enfermeras, terapeutas respiratorios y otros profesionales de la salud para atender a los pacientes. .

Es crítico durante esta emergencia nacional que el público reciba la mejor atención posible por parte de los trabajadores de la salud calificados que estén adecuadamente protegidos. Los médicos tienen el deber ético y la obligación de cuidar a los demás a pesar del riesgo personal. Los líderes institucionales y electos no deben aprovecharse de esta obligación. Sin salvaguardas como el equipo de protección personal (EPP) y las pruebas adecuadas, están poniendo en riesgo la

salud de sus pacientes, así como su propia salud y la de sus familias. La Coalición reconoce que los suministros de EPP en este momento son inadecuados y apoya los estudios continuos para examinar la seguridad de la reutilización y la esterilización de EPP como opciones. Los profesionales de la salud están obligados profesionalmente a identificar recursos inadecuados que afectan su capacidad para tratar a los pacientes de manera segura o mantenerse ellos mismos a salvo. No deben sufrir represalias ni amenazas por llamar la atención sobre condiciones sistémicas inseguras para pacientes o médicos. Las condiciones para los médicos y trabajadores de la salud en la primera línea de la atención directa al paciente deben ser seguras.

Es vital en estos tiempos inciertos que nuestros líderes y funcionarios electos se guíen por la ciencia y los principios basados en evidencia al tomar decisiones en nombre de toda la población para combatir el virus que causa COVID-19. El público estadounidense y los trabajadores de la salud que los cuidan en este momento de gran necesidad están haciendo enormes sacrificios para hacer su parte para detener la propagación del virus. Es esencial que nuestros líderes les brinden los recursos que necesitan y una orientación que sea objetiva y transparente.

Se ha producido una interrupción extrema debido a la pandemia en muchas facetas de la educación, capacitación, licencias y acreditación de médicos. Tan pronto como sea posible, la Coalición y sus organizaciones miembros brindarán orientación sobre temas importantes, como la trayectoria de los estudiantes de medicina en transición de la graduación a la residencia, el movimiento de estudiantes y aprendices en áreas geográficas para entrevistas y rotaciones clínicas, pautas para el trabajo voluntario y mantener estándares para credenciales y competencias durante este tiempo de emergencia. Estas declaraciones serán revisadas y consideradas cuidadosamente para garantizar que representan los mejores caminos a seguir durante estos tiempos difíciles. Las organizaciones miembros de la Coalición se comprometen a trabajar con agencias gubernamentales y sistemas de atención médica para proteger al público y proteger a nuestros trabajadores de atención médica de primera línea y brindar a nuestros líderes electos la información que necesitan para respaldar una toma de decisiones sólida y basada en evidencia.

UN MENSAJE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ A LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

10 de abril 2020.

Queridos Compatriotas: Estamos enfrentando la primera Syndemia del siglo 21. La pandemia causada por el SARS-COV-2 se ha sumado a las pandemias que ya existían en el escenario de la salud pública nacional y global: la pandemia de enfermedades crónicas y la pandemia de desigualdad socio-económica. Además es la primera vez que enfrentamos una pandemia causada por un coronavirus; todas las pandemias anteriores fueron causadas por virus de la gripe. El virus y la enfermedad que produce son inéditos. En tres meses, la medicina, la ciencia y la tecnología han permitido hacer progresos sin precedentes en el conocimiento del virus y de la enfermedad. Sin embargo, más que nunca enfrentamos desconocidos conocidos y desconocidos desconocidos, lo que hace que la crisis de salud global sea excepcionalmente compleja e incierta.

Estamos inmersos en la evolución de la pandemia. Estamos enfrentando lo inevitable, la evolución de la pandemia determinada por el virus, para evitar lo inmanejable que es el colapso del sistema de salud. Tenemos que continuar con energía las estrategias de mitigación y de supresión, es decir, seguir estrictamente las medidas de distanciamiento social, permanecer en casa, practicar las recomendaciones de higiene haciendo énfasis en el lavado de manos y usar, de manera universal y obligatoria, las mascarillas como método de barrera. En la pandemia de 1918 fue obligatorio el uso de mascarillas y el Dr. George Gao, Director del CDC de China ha declarado recientemente que: **No usar mascarillas para protegerse del coronavirus es un gran error.** También es crucial garantizar la bioseguridad de los profesionales de la salud. Las autoridades tienen la responsabilidad de proporcionarles los equipos de protección personal para atender a los pacientes en forma segura.

La Facultad de Medicina continúa su trabajo que es esencial manteniendo la formación de los profesionales de la salud que el país necesita más que

nunca. El primero de abril comenzaron 73 egresados nuestros el internado en los hospitales docentes de la República; en agosto graduaremos 58 médicos, 30 licenciados en Radiología y 7 licenciados en Salud Ocupacional. Hemos abierto la Facultad de Medicina Virtual de la Universidad de Panamá. Todos nuestros estudiantes están recibiendo sus clases. El lunes 6 de abril comenzamos las primeras clases de nuestro programa MD-PhD para formar médicos investigadores. Estos médicos iniciaran enseguida trabajos de investigación en diversos aspectos de COVID-19 en Panamá. Nosotros ya estamos preparando la educación médica de la fase post-pandémica,

Nuestros profesores han estado en la primera línea de la lucha por la salud de los panameños. El Dr. Alfredo Moltó, egresado de nuestra Facultad de Medicina en 1973, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Profesor de la Facultad adquirió la enfermedad atendiendo a los pacientes. Él es un héroe de la salud pública nacional. Desde el principio de la crisis estuvo junto con nuestros médicos residentes del Doctorado en Medicina Preventiva haciendo el trabajo de campo, junto a los pacientes.

Los días y meses que vienen serán muy difíciles. Nuestra solidaridad con nuestros compatriotas del istmo y con nuestros hermanos de todos los continentes. Nuestro reconocimiento a la clase médica y a todos los profesionales de la salud de la República. A todos nuestros hermanos médicos de Italia, España, Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y de todos los países. Hoy más que nunca estamos unidos en el servicio a nuestros pueblos y en el amor a nuestra profesión.

Dr. Enrique Mendoza Posada, MD, MSc, FACP
Decano
Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

COMUNICADO #3
LA TRANSICIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19. LA PERSPECTIVA ACADÉMICA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.

En Europa y Norteamérica hemos hecho la transición del invierno a la primavera. En nuestro istmo la transición ha sido de la estación seca a la lluviosa. En los dos escenarios, la pandemia viral del SARS-COV-2 parece ir de una fase a otra. A ambos lados del Atlántico se habla de abrir la economía después de la implementación de severas medidas de mitigación. A la conducta viral se respondió con cambios dramáticos de la conducta humana.

La cuarentena previno las infecciones y redujo las muertes por covid-19. Sin embargo, es crucial decir que la crisis del COVID-19 está lejos de haber terminado. En los precisos momentos en que la mayoría de los países deciden flexibilizar las medidas de mitigación, todavía puede haber transmisión comunitaria sostenida, por lo menos, en regiones de los mismos. Hemos respondido enérgicamente al COVID-19 por más de dos meses. Pero no olvidemos que se trata de un virus respiratorio que se transmite fácilmente, cuya biología no ha cambiado. No tenemos los medios de hacer desaparecer el virus, es decir, no tenemos vacunas ni medicamentos que paren la transmisión. Permanecemos a riesgo. Sería sorprendente, dicen expertos en una de las últimas ediciones del New Journal of Medicine, que no tengamos nuevos brotes o macro brotes al flexibilizar las medidas de mitigación.

La interacción de la población con el virus es dinámica. No es estática. En la medida que haya transmisión significativa de este virus, la posibilidad de que individuos que estén incubando la enfermedad, o que tengan un bajo nivel de infección sintomática, puedan llegar a comunidades que no tienen transmisión, es alta. No se pueden flexibilizar las medidas de mitigación a la ciega. Necesitamos evidencias científicamente recolectadas para definir los riesgos de reintroducción del virus o de aumento de su transmisión. Por ejemplo, en nuestro país el virus llegó a través del Aeropuerto de Tocumen: qué se va hacer para eliminar la posibilidad de casos importados por medio de vuelos internacionales? También en nuestra ciudad el virus se propagó a través de los medios de transporte público, 300,000 usuarios diarios del metro, viajando enero, febrero y marzo sin distanciamiento social y sin mascarillas, ¿qué medidas se piensan tomar para evitar estos mecanismos de propagación viral?

En los meses de marzo a mayo hemos visto con preocupación que Panamá es el segundo país de América Latina con la mayor mortalidad expresada en términos de cien mil habitantes (Johns Hopkins University), tiene una tasa de letalidad que se mantiene alrededor de 2.88 y tiene Rt calculado con un modelo en 1 y en 1.5 según un segundo modelo (Imperial College of London). Actualmente la pandemia afecta sobre todo los sectores más humildes de la ciudad capital y la Comarca Guna Yala.

Comprendemos que la transición de la mitigación a la flexibilización de las medidas es profundamente complicada y que no hay una dinámica de implementación con validez universal. Globalmente se ha hecho énfasis en hacer pruebas en forma masiva para identificar a las personas con el virus, aislarlos y hacer la trazabilidad de los contactos para ponerlos en cuarentena. ¿Tiene nuestro país la capacidad de hacer pruebas masivas al reabrir los sectores económicos? ¿Tiene el país los mecanismos para la lograr la trazabilidad de los contactos? ¿Cómo se va a proteger a los trabajadores en las empresas?

La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá comprende bien que la decisión de reabrir la economía no es solamente médica o de salud pública y conocemos las consideraciones críticas a analizar desde la perspectiva económica y social. Sin embargo, todos los panameños tenemos el derecho de expresar nuestros pensamientos cuando se trata de nuestras vidas. El pueblo de Panamá no ha delegado las decisiones que implican vida o muerte, salud o enfermedad a ninguna persona o grupo de personas en particular.

Sinceramente,

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano

Dado en la ciudad de Panamá, a los trece días del mes de mayo de dos mil veinte.

COMUNICADO #5

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: SOLIDARIDAD ACADÉMICA CON EL BRITISH MEDICAL JOURNAL (BMJ)

Fiona Godlee, Editora en Jefe:
"Habrá cosas que el gobierno del Reino Unido acertó en la gestión de la pandemia del coronavirus, pero en este punto del proceso es difícil identificar cuáles son. Algunos lectores se han preguntado si la evaluación sombría del BMJ está justificada y nos pidieron que seamos más solidarios. Pocos pueden dudar del tamaño del desafío del gobierno o de la buena fe y experiencia de sus principales asesores. Pero si los ministros no comparten el pensamiento y la evidencia detrás de sus decisiones, solo podemos juzgarlos por los resultados. Están en el poder y nosotros y otros debemos responsabilizarlos.

"Demasiado poco, demasiado tarde, demasiado defectuoso" es el veredicto de nuestros editorialistas, cuando preguntan: "¿Cómo se equivocó tanto un país con una reputación internacional de salud pública?" Su respuesta es una triste letanía de decisiones pasadas y presentes que han fragmentado, diezmado y marginado la salud pública en el período previo a este momento cuando más se necesita. Su mensaje principal es que el liderazgo claro del centro debe combinarse con una fuerte capacidad operativa a nivel local. El Reino Unido actualmente no tiene ninguno.

Esto se ha demostrado de manera lamentable por el continuo fracaso en establecer un sistema coherente para la búsqueda de casos basados en la comunidad y el rastreo de contactos, sin el cual no puede haber una salida segura del confinamiento.

¿Es esta, entonces, la llamada de atención que hemos necesitado para planificar un nuevo futuro? Sí, escribe Ali Mehdi, de la misma manera que lo hicieron los planificadores del estado de bienestar durante la segunda guerra mundial. Otros están de acuerdo. Después de describir cómo Covid-19 afecta desproporcionadamente a las personas más pobres de nuestra sociedad, Adam Briggs y Harry Rutter dicen que la pandemia no puede convertirse en una excusa para empeorar la salud de la población y aumentar las desigualdades En cambio, debemos aprovechar esta crisis como una oportunidad para construir una sociedad más saludable y más igualitaria".

Current Issue FOREIGN AFFAIRS
May/June 2020
Chronicle of a Pandemic Foretold
Learning From the COVID-19 Failure—Before the Next Outbreak Arrives
By Michael T. Osterholm and Mark Olshaker
May 21, 2020.
Mayo / junio 2020

Crónica de una pandemia anunciada
Aprendiendo del fracaso COVID-19: antes de que llegue el próximo brote.
Por Michael T. Osterholm y Mark Olshaker
21 de mayo de 2020

"Se está acabando el tiempo para prepararse para la próxima pandemia. Debemos actuar ahora con decisión y propósito. Algún día, después de que la próxima pandemia haya venido e ido, una comisión muy parecida a la Comisión del 11 de septiembre se encargará de determinar qué tan bien los líderes del gobierno, las empresas y la salud pública prepararon al mundo para la catástrofe cuando tuvieron una advertencia clara. ¿Cuál será el veredicto?

Eso es del párrafo final de un ensayo titulado "Preparación para la próxima pandemia" que uno de nosotros, Michael Osterholm, publicó en estas páginas en 2005. La próxima pandemia ahora ha llegado, y aunque COVID-19, la enfermedad causada por el nuevo coronavirus que surgió a fines de 2019 está lejos de desaparecer, no es demasiado pronto para llegar a un veredicto sobre la preparación colectiva del mundo. Ese veredicto es condenatorio.

Hay dos niveles de preparación, de largo y de corto alcance y los líderes del gobierno, las empresas y la salud pública fallaron en gran medida en ambos. El fracaso análogo tanto en las últimas décadas para prepararse para una pandemia eventual como en los últimos meses para prepararse para la propagación de esta pandemia en particular ha tenido un costo aún mayor, a escala nacional y global".

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.
LOS DATOS PUBLICADOS POR EL IMPERIAL COLLEGE OF LONDON SEÑALAN UN Rt MENOR DE 1 EN PANAMÁ.

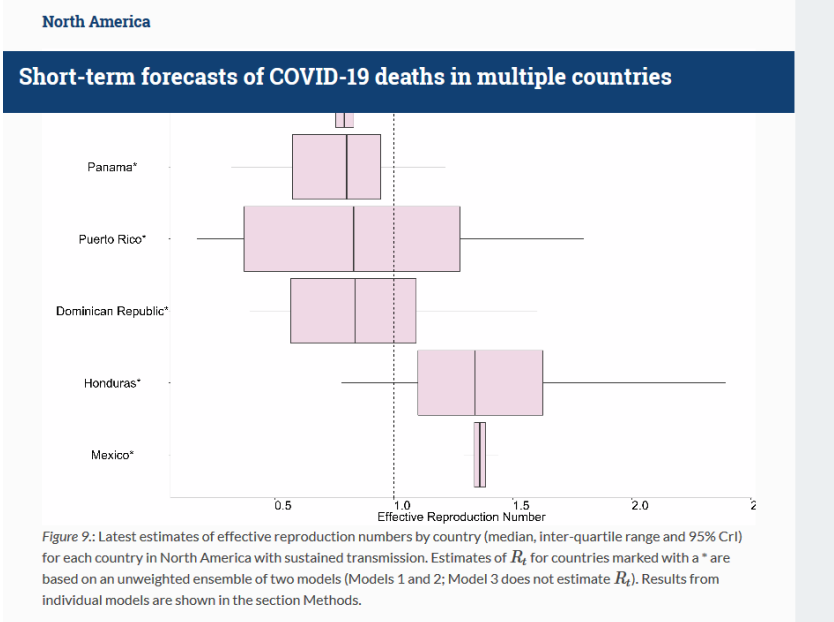


Figure 9.: Latest estimates of effective reproduction numbers by country (median, inter-quartile range and 95% CrI) for each country in North America with sustained transmission. Estimates of R_t for countries marked with a * are based on an unweighted ensemble of two models (Models 1 and 2; Model 3 does not estimate R_t). Results from individual models are shown in the section Methods.

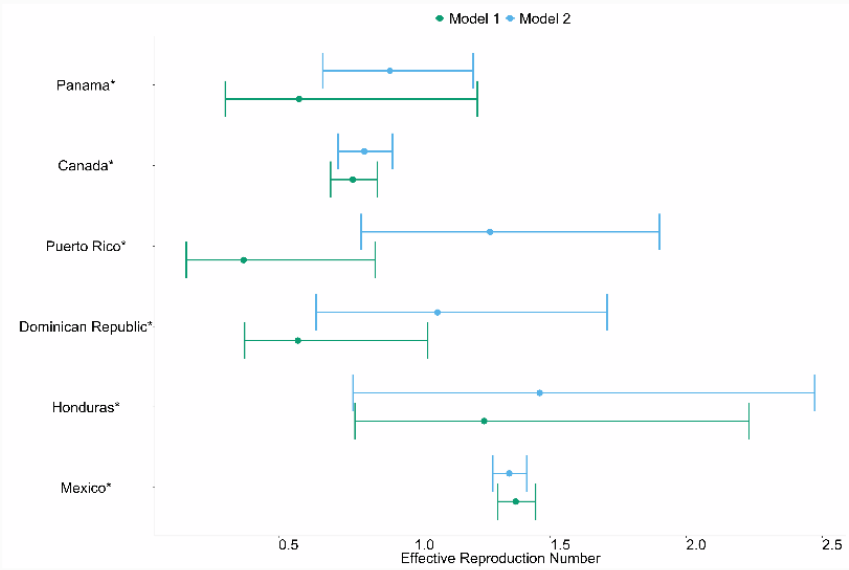


Figure 20. Estimates of R_t from individual models for each country in North America with active transmission (see Methods) for the week starting 17-05-2020. For countries marked with a *, R_t estimates from two models are available (Models 1 and 2).

South America

"La mayor parte de la discusión sobre la propagación del SARS-CoV-2 se ha concentrado en el número promedio de nuevas infecciones causadas por cada paciente. Sin distanciamiento social, este número de reproducción (R) es aproximadamente tres. Pero en la vida real, algunas personas infectan a muchas otras y otras no transmiten la enfermedad en absoluto. De hecho, esta última es la norma, dice Lloyd-Smith: "El patrón consistente es que el número más común es cero. La mayoría de las personas no transmiten".

Es por eso que, además de R, los científicos usan un valor llamado factor de dispersión (k), que describe cuánto se agrupa una enfermedad. Cuanto más baja es k, más transmisión proviene de un pequeño número de personas. En un artículo seminal de Nature de 2005, Lloyd-Smith y sus coautores estimaron que el SARS, en el que los supe diseminadores desempeñaban un papel importante, tenía una k de 0.16. La k estimada para MERS, que surgió en 2012, es de aproximadamente 0,25. En la pandemia de gripe de 1918, por el contrario, el valor era de aproximadamente uno, lo que indica que los grupos (clusters) jugaron un papel menor.

Las estimaciones de k para el SARS-CoV-2 varían. En enero, investigadores de la Universidad de Berna simularon la epidemia en China para diferentes combinaciones de R y k y compararon los resultados con lo que realmente había tenido lugar. Llegaron a la conclusión de que k para COVID-19 es algo mayor que para SARS y MERS. Pero en una pre impresión de marzo, Adam Kucharski de LSHTM estimó que es solo 0.1. "Probablemente alrededor del 10% de los casos conducen al 80% de la propagación", dice Kucharski.
Fraser, que rastrea la transmisión del VIH en África mediante la secuenciación de aislamientos de virus, dice que es un equilibrio difícil, pero que se puede manejar a través de una buena supervisión y compromiso con las comunidades. Los epidemiólogos tienen "el deber" de estudiar grupos (clusters), dice: "Comprender estos procesos mejorará el control de infecciones, y eso mejorará todas nuestras vidas".

"Al flexibiliza las medidas de mitigación hay el riesgo de una segunda ola. Irán reabrió en abril para salvar la economía, pero la semana pasada designó a la capital, Teherán, y ocho provincias como "zonas rojas", porque el virus se está propagando allí nuevamente. Algunos estados estadounidenses, como Georgia, que nunca suprimieron el brote inicial pronto descubrirán si levantaron los bloqueos demasiado apresuradamente. Algunos países africanos siguen adelante a pesar de que sus casos aumentan.

Para limitar el riesgo se requiere un enfoque epidemiológico que se centre en los lugares y las personas con mayor probabilidad de propagar la enfermedad. Un ejemplo son los hogares de ancianos, que en Canadá han visto el 80% de todas las muertes del país a pesar de que solo albergan al 1% de la población. En Suecia, los refugiados resultan ser de alto riesgo, tal vez porque varias generaciones pueden estar agrupadas en un hogar. También lo son los guardias de seguridad, que a menudo son ancianos y están expuestos a muchas personas en su trabajo.

Para que este enfoque tenga éxito a escala, necesita datos de las pruebas para proporcionar una imagen detallada de cómo se propaga la enfermedad. Las pruebas permitieron que Alemania descubriera rápidamente que tenía un problema en sus mataderos, donde el virus persiste más de lo esperado en superficies frías. Del mismo modo, Corea del Sur identificó un súper propagador en los bares gay de Seúl. Sin pruebas, un país está ciego.

Armados con datos, los gobiernos pueden refinar continuamente sus políticas. Algunas son universales. Alguna vez se pensó que las mascarillas eran ineficaces, pero de hecho ayudan a detener la propagación de la enfermedad. Al igual que el lavado de manos, son baratos y no imponen costos ocultos.
La fase de emergencia de la pandemia está llegando a su fin. Demasiados gobiernos no pudieron detectar lo que venía, pero luego hicieron lo que pudieron. En la segunda fase, mucho más larga, no tendrán tal excusa. Deben identificar grupos en riesgo; idear y promulgar políticas para ellos; dar explicaciones para que las personas vulnerables cambien su comportamiento sin convertirse en chivos expiatorios; proporcionar infraestructura vital; y estar listo para adaptarse a medida que entren nuevos datos. Esto diferenciará los países donde trabaja el gobierno de aquellos donde no lo hace. Los riesgos no podrían ser mayores".

Sinceramente,

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano

Dado en la ciudad de Panamá, a los veinticuatro días del mes de mayo de dos mil veinte.

COMUNICADO #6

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.

LA RESPUESTA A LA PANDEMIA DE COVID-19: ORGANIZAR LAS COMUNIDADES.

El Lancet al escribir sobre la pandemia de influenza de 1918 dice: "*si solamente hubiéramos actuado más temprano con una consciencia de salud colectiva hubiéramos salvado millones de vidas*". En la misma línea de pensamiento Peter Dunnill escribió en el British Medical Journal "*prepararse para una pandemia es como tener asegurada la casa*". El Secretario de Salud de la administración del presidente George W. Bush hijo, el Dr. Michael O. Leavitt, al referirse a la influenza aviar expresó: "*sigue siendo un peligro serio que todos debemos enfrentar*".

Eran los años 2006-2008: EL MINISTERIO DE SALUD, EL INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS Y LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ CON EL APOYO Y EL FINANCIAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS ORGANIZAMOS EL CENTRO REGIONAL DE ENTRENAMIENTO EN SALUD PARA AMÉRICA CENTRAL Y PANAMÁ, PREPARAMOS CENTENARES DE MÉDICOS DE AMÉRICA CENTRAL PARA HACER FRENTE A UNA POTENCIAL PANDEMIA DE GRIPE.

En enero de 2008 organizamos en Panamá el primer curso de entrenamiento a líderes de comunidades de América Central para enfrentar una eventual pandemia de gripe. En el informe al Departamento de Salud de los Estados Unidos el reporte del curso decía: las personas y las familias pueden y deben saber qué hacer si una pandemia tiene lugar. Hay medidas sencillas que pueden mitigar y limitar el impacto negativo de una pandemia de influenza en las comunidades regionales.

Se expresaba que hay que comprender que la responsabilidad para responder a una emergencia de salud pública como una pandemia no puede ser completamente colocada en los profesionales de la salud y otros ubicados en la primera línea de respuesta, quienes también pueden llegar a estar incapacitados por la enfermedad e incluso perder la vida. Se insistía en la responsabilidad de cada persona, sola o colectiva para responder a la pandemia en su casa y/o en su comunidad.

Recientemente el CDC de los Estados Unidos ha expresado que "Los objetivos para utilizar estrategias de mitigación en comunidades con transmisión local de COVID-19 son reducir la transmisión de la enfermedad y en particular proteger a las personas con mayor riesgo de cuadros graves de la enfermedad, incluido los adultos mayores y las personas de cualquier edad con afecciones de salud subyacentes además garantizar la bioseguridad de los profesionales de la salud y los trabajadores en empresas críticas."

Las pandemias son globales en su naturaleza, pero su impacto es local. Esta pandemia está afectando la vida de cada panameño, cada familia y cada comunidad. Tenemos que organizar a las comunidades en la respuesta a la pandemia. El trabajo con las comunidades debe centrarse en aspectos esenciales: cómo disminuir la transmisión del virus; cómo lograr los cambios de conductas y la adopción de un estilo de vida saludable y seguro para enfrentar la pandemia; como organizar la solidaridad con los más vulnerables social y económicamente. Tenemos que trabajar con los líderes naturales, religiosos y docentes. Confiemos en nosotros mismos: si los panameños tienen una información sincera, transparente, honesta y humana, tomarán buenas decisiones sobre qué hacer por ellos mismos y sus familias. Las vidas y la salud de nuestros compatriotas son muy valiosas. Todos los panameños debemos ser los dueños de nuestra salud, de nuestras vidas y de nuestros destinos.

Hoy más que nunca recordamos en el artículo del Lancet del 12 de enero 2019: "Offline: Rosa Luxemburg and the struggle for health: ¿Cuál debería ser la respuesta? "*La salud pública debe basarse en los principios de solidaridad y separarse de las relaciones basadas en el mercado*". La salud tiene un poder social particular. La salud es un objetivo que es "*una reivindicación compartida, una bandera común que nos une en la lucha". "La salud es un poderoso llamado a la movilización*".

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ INFORMA AL PAÍS QUE HA ORGANIZADO EL MOVIMIENTO DE ESTUDIANTES POR LA SALUD DE LOS PANAMEÑOS: EDUCAR Y APRENDER, SERVIR Y LIDERIZAR EN LAS COMUNIDADES.

Sinceramente,

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano

Dado en la ciudad de Panamá a los cuatro días del mes de junio de dos mil veinte.

COMUNICADO #7

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.

COMPRENDIENDO LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA VIRAL. (25 DE JULIO 2020).

En las últimas semanas hemos visto un aumento en el número de panameños infectados con el virus SARS-COV-2 y tristemente un incremento en el número de compatriotas que han perdido sus vidas. A la pregunta ¿por qué? Nosotros inicialmente hemos respondido diciendo: así como hay personas a más riesgo de una evolución grave con la infección viral porque tienen enfermedades crónicas que tienen un componente basal inflamatorio, con disfunción de células endoteliales y disfunción plaquetaria, así también hay países con mayor riesgo de una evolución tórpida de la pandemia. ¿Cuáles son estos países? Aquellos con un sistema de salud frágil antes de la pandemia, con un nivel de desigualdad socio-económica importante, sin un sentimiento de solidaridad colectiva y con una vocación individualista, con un sistema político económico con serias brechas en su credibilidad pública. Panamá lo consideramos como un país a alto riesgo de una evolución grave de la pandemia.

Recientemente dos publicaciones aparecidas en revistas importantes sustentan y agregan otras consideraciones a nuestra respuesta a la pregunta que nos hemos formulado. En Science, aparece un artículo titulado: "El impacto de COVID-19 y las estrategias de mitigación y supresión en países de bajos y medianos ingresos". El artículo sostiene que "la pandemia actual de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) plantea una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo. Los autores combinaron datos sobre demografía, patrones de contacto, gravedad de la enfermedad y capacidad y calidad de la atención médica para comprender su impacto e informar sobre las estrategias para su control.

Las poblaciones más jóvenes en países de bajos ingresos pueden reducir el riesgo general, pero la capacidad limitada del sistema de salud junto con un contacto intergeneracional más cercano en gran medida niega este beneficio. Las estrategias de mitigación que disminuyen, pero no interrumpen la transmisión aún conducirán a epidemias de COVID-19 que abrumen rápidamente los sistemas de salud, con muertes excesivas sustanciales en los países de bajos ingresos como resultado de la atención médica más pobre disponible.

De los países que han asumido la supresión hasta la fecha, los países de bajos ingresos han actuado tempranamente. Sin embargo, esta deberá mantenerse o activarse con mayor frecuencia en estos entornos para mantenerse por debajo de la capacidad del sistema de salud disponible, con las consecuencias perjudiciales asociadas para la salud, el bienestar y las economías de estos países". Nuestro concepto de países a alto riesgo parece ser confirmado por los resultados de este estudio publicado en Science.

Por otro lado, The Economist ha publicado el jueves 23 un artículo que explica la dinámica de la transmisión viral, titulado: Saliendo de cuarentenas y Covid-19: "La geometría de la pandemia en América" Y sostiene que incluso cambios moderados en el comportamiento pueden causar grandes aumentos en las infecciones por coronavirus. El artículo dice que "La explicación del patrón de infecciones estadounidenses radica en algo de importancia central para la propagación de un virus: progresión geométrica, como 1, 2, 4, 8, 16. Si una persona infecta a dos, dos infectan a cuatro, etc. A menos que la tasa de infección se reduzca al reducir los contactos, cualquier aumento geométrico aumenta rápidamente: 256, 512, 1,024".

Además, el tiempo de apertura económica también es clave, dice el artículo: "Otra explicación es que el punto de partida es importante. Si comienza una progresión geométrica en uno, el décimo en la secuencia es 512. Si comienza en tres, la décima iteración es 1,536. Los estados estadounidenses comenzaron a aliviar sus cuarentenas, por así decirlo, a las tres: sus casos eran tres o más veces mayores que en Europa." El artículo de The Economist concluye: "La implicación de estas cifras es que, cuando el virus está muy extendido, incluso pequeñas cantidades de actividad pueden hacer que las infecciones se disparen. Entonces, la tarea de salud pública es clara: reducir el nivel de infección a quizás a una décima parte de lo que es ahora (más cerca de los niveles europeos o asiáticos). Eso parece requerir cuarentenas completas. Por el momento, pocos políticos parecen preparados para tal cosa".

Volvemos a la pregunta: ¿Por qué el aumento en el número de panameños infectados y fallecidos?: la progresión geométrica de la pandemia viral después de la apertura de los bloques económicos y los factores de riesgo que tiene Panamá parecen explicar esta evolución. Qué hacer: primero comprendamos la gravedad de la situación. Lo dicen los autores del artículo de Science: "En la actualidad, no es posible predecir con certeza el número exacto de casos para un país determinado, la carga precisa de mortalidad y enfermedad que resultará o los beneficios y desventajas de los diferentes enfoques para controlar el virus que se están implementando actualmente. Una comprensión completa de estos solo estará disponible retrospectivamente.

Aunque nuestros resultados ilustran los desafíos que enfrentarán muchos países al tratar de mitigar el impacto de las epidemias locales de COVID-19, es importante tener en cuenta que incluso niveles moderados de cambios en el comportamiento pueden evitar muchas infecciones y, por lo tanto, salvar millones de vidas. Aunque la supresión siempre tendrá el mayor impacto en la morbilidad y mortalidad relacionadas con COVID-19, la intensidad de las intervenciones requeridas debe ser equilibrada frente a los riesgos de salud más amplios que podría implicar desviar toda la atención a una sola enfermedad".

"También es importante tener en cuenta que no cuantificamos el impacto social y económico más amplio de los enfoques intensivos de mitigación o supresión; ni abordamos el desafío de las iniciativas de supresión intensiva, en países donde existe un alto grado de trabajo informal que hace que tales intervenciones sean desafiantes y pueden limitar la reducción del nivel de infección. Es probable que estos sean importantes, particularmente en los países de bajos ingresos, donde la capacidad de proporcionar apoyo para garantizar los medios de vida de los pobres y los más vulnerables es más marginal. Además, para los países que carecen de la infraestructura capaz de implementar estrategias de supresión lideradas por la tecnología, como las que se están aplicando actualmente en Asia y en ausencia de una vacuna u otra terapia efectiva, se deberá considerar cuidadosamente, una vez que se levantan las medidas de supresión, implementar estrategias para evitar un alto riesgo de fallas del sistema de salud en el futuro.

Nuestros resultados resaltan las decisiones difíciles que los países enfrentarán en las próximas semanas y meses, independientemente de la región o el estado de los ingresos. Dado el pronóstico probablemente peor de los casos graves de COVID-19 en entornos con sistemas de salud más débiles, junto con la mayor vulnerabilidad de las economías en desarrollo a los efectos negativos de las medidas de mitigación estrictas, las decisiones que enfrentan los países de bajos ingresos son complejas, considerando la continua incertidumbre sobre las estrategias de salida más apropiadas y efectivas. Mientras tanto, la prioridad debe ser aumentar la disponibilidad de soporte de oxígeno para mitigar el impacto en la salud junto con mejorar la capacidad de vigilancia y pruebas a gran escala para reducir la propagación de la infección"

La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, por estas razones ha planteado continuar con la dinámica en las comunidades y la apertura urgente de la Ciudad de la Salud, originalmente Ciudad Hospitalaria, que ahora se podría llamar Ciudad Solidaridad.

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano

Dado en la ciudad de Panamá a los veinticinco días del mes de julio de dos mil veinte.

Panamá y el COVID-19:

¿Qué pasó, dónde estamos y qué podemos hacer?

Autor: Derek Liao 7 de agosto de 2020

El 9 de marzo de 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en Panamá, en aquel entonces no nos imaginamos las repercusiones que tendría. Hoy, 7 de agosto, 152 días después de ese primer caso, estamos en el debate entre cuarentena y apertura de bloques económicos.

Desde el inicio de la pandemia, las medidas de mitigación se fueron fortaleciendo hasta lograr una cuarentena por sexo, la cual duró 42 días y logró en aquel momento aplanar la famosa "curva", hasta lograr una meseta alrededor de los 200 casos diarios, a pesar del aumento de pruebas diarias realizadas.

Debido a este aplanamiento y mantener un Rt en 1, se abrieron los bloques económicos 1 y 2 y se relajó la medida de mitigación a Toque de Queda, la cual solo duró 1 semana debido al repunte de casos, el cual se mantuvo por los siguientes 55 días.

Actualmente nos encontramos en cuarentena por sexo en 5 provincias del país y pareciera que hemos vuelto a una nueva fase de meseta, con alrededor de 1000 casos diarios y un Rt cercano al 1, pero a diferencia de la primera meseta, actualmente hemos llegado a un "doble techo" en el promedio de pruebas diarias, siendo este de 3200, en vez de seguir aumentando las pruebas realizadas nos hemos estancado, y como es sabido, menos pruebas, menos casos y, más pruebas, más casos.

Esta incapacidad de realizar suficientes pruebas ha hecho que nuestro porcentaje de pruebas positivas se mantenga desde hace 60 días por arriba del 30%, muy lejos de la meta establecida del 10%, confirmándonos que actualmente nuestra capacidad de rastrear nuevos casos ("trazabilidad") es insuficiente; este es un aspecto por mejorar.

Hoy en día, presentamos más de 24000 casos activos en todo el país, de los cuales 1500 son pacientes hospitalizados, a pesar de eso, la cantidad de pacientes en UCI no sobrepasa los 170, ¿será acaso que hemos llegado al límite de camas en UCI?, es algo difícil de saber, pero sigue siendo llamativo.

Desde hace 35 días, tener más de 20 fallecidos reportados por días se ha convertido en nuestra "nueva normalidad", espero que pronto podamos reportar que nadie ha fallecido de COVID-19 en el país, la esperanza es lo último que se pierde.

Comparando Panamá, hoy 7 de agosto, con el resto del mundo, según los datos del Our World in Data, Panamá es la tercera nación con más casos por millón de habitantes por día, en la última semana, con

239.28 casos/millón, y las 6ta nación con más fallecidos por millón de habitantes por día, en la última semana, con 5.86 fallecidos/ millón; cifras, claramente preocupantes.

¿Qué podemos hacer?

Debemos disminuir el número de contagios que se están dando y propongo las siguientes medidas:

1. Realizar más pruebas, con el objetivo de alcanzar el 10% de positivos o aún menos.

2. Contar con más rastreadores de casos en cada comunidad, para detener la cadena de transmisión.

3. Realizar aislamiento en hoteles a los nuevos pacientes con COVID-19.

4. Cuarentena total por mínimo de 3 semanas.

El autor es médico

COVID-19 en Panamá: ¿Qué ha pasado durante esta semana?

Semana epidemiológica 34: Del 16 de agosto al 22 de agosto de 2020

Autor: Derek Liao

Durante esta semana se han depurado 1427 casos repetidos, y hemos finalizado cono 85480 casos acumulados, según la curva de distribución de casos diarios, estamos en una nueva fase de meseta alrededor de los 900 casos diarios.

A pesar del aumento de pruebas realizadas hasta alcanzar 29 mil, los nuevos casos y los fallecimientos han disminuido a niveles que no observábamos desde hace 8 y 7 semanas, respectivamente.

El Imperial College London pronóstico que íbamos a registrar 118 fallecimientos, por debajo de los 132 presentados esta semana.

Con el aumento de pruebas realizadas, producto de la implementación de pruebas de antígenos según el MINSA, el porcentaje de positividad ha descendido del 33% de la semana previa a un 21%, acercándonos a la meta del 10% de pruebas positivas.

Hemos terminado la semana con 23 mil casos activos, siendo la gran mayoría los pacientes en aislamiento domiciliario y nos hemos mantenido por arriba de los 1600 casos hospitalizados.

Desde el 24 de julio el promedio de fallecimientos reportados ha disminuido de 30 a 19 muertes diarias. Ahora la pregunta sería, ¿Por qué mueren menos personas?

Aunque el MINSA no ha dado un informe oficial de nuevos hospitalizados, podemos observar que alrededor de mediados de julio fueron disminuyendo las nuevas hospitalizaciones diarias. lo cual ha sido acorde con la disminución de fallecimientos observada una semana después.

Actualmente el 73% de los casos se registran en el grupo de 20 a 59 años, y el 72% de fallecidos en el grupo de 60 o más años.

Evaluando la tasa de letalidad corregida con los casos de las 2 semanas previas podemos observan que, en todos los grupos etarios, excepto el de 40 a 59 años ha habido una reducción de la letalidad de por lo menos 20 % desde el 13 de junio.

Oficialmente según el MINSA, el Rt se encuentra en 0.94, y analizando por nuestra cuenta el Rt de fallecidos podemos ver que desde el 27 de julio ha estado por debajo de 1, lo cual podríamos interpretar que la reducción de los contagios empezó a partir de un mes antes, finales de junio, pero no se iba a observar en el reporte de casos hasta mediados de julio, así como ha ocurrido según los reportes diarios.

En cuanto a los casos por 100 mil habitantes en las provincias y comarcas del país, podemos observar que Panamá, Panamá Oeste y Darién están por encima del promedio nacional de 2055 casos por 100 mil habitantes y muy cerca de este valor está Colón.

Durante esta última semana, la Comarca Guna Yala y la provincia de Darién han sido las más afectadas, registrando más de 200 casos por 100 mil habitantes.

Comparándonos con el mundo, en cuanto a el promedio de fallecimientos registrados diariamente por millón de habitantes, los primeros 5 países en el mundo son de Latinoamérica, siendo Panamá el número 5, superado en orden por Colombia, Perú, Bolivia y Brasil.

Evaluando el pronóstico de fallecidos según el Laboratorio Nacional de Los Álamos, para el día 23 de agosto íbamos a presentar en el escenario intermedio 1892 fallecimientos, solo 10 fallecimientos menos de los registrados hasta esa fecha.

El Imperial College London pronóstica para la semana epidemiológica 35 que presentemos 112 nuevas defunciones.

El autor es médico.

COMUNICADO #12

UNA LECCIÓN DE LA SINDEMIA DEL SIGLO 21:

ES URGENTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.

El 21 de mayo del 2019 realizamos una marcha desde la Facultad de Medicina hasta el Hospital Santo Tomás: Por la salud de los panameños. Por la construcción del Hospital del Niño, del Instituto Oncológico Nacional, de la Ciudad de la Salud y de la Facultad de Medicina.

En un Comunicado al país explicando los objetivos de la marcha dijimos: "En un momento cuando la discusión de la salud mundial se ha concentrado en la cobertura universal, la posibilidad de crear y administrar los sistemas de salud integral e integrada se está convirtiendo en una tarea cada vez más difícil. ¿Cuál debe ser la respuesta? "La salud pública tiene que ser basada en los principios de solidaridad y separada de las relaciones basadas en el mercado". Salud tiene un poder social particular. La salud es un objetivo que es «compartido, una bandera común que nos une en la lucha. " "La salud es una poderosa llamada a movilizarse".

Y preguntamos hace más de un año: ¿Por qué terminamos un quinquenio gubernamental sin legado en el escenario de la salud pública?

Respondimos: "Debido a inercia política, un término colectivo para los efectos combinados de ausencia de liderazgo político y de la negativa del gobierno a implementar políticas para responder a las Sindemias del siglo 21. La ausencia de logros en salud pública es el resultado de la oposición de poderosos intereses económicos y a la inacción en salud por parte de la comunidad".

Es decir, hace más de un año la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá denunció la negativa nacional a prepararse para responder a las Sindemias del siglo 21. En septiembre 2020, después de más de 6 meses de estar inmersos en la primera sindemia del siglo 21, que ha afectado directamente a casi 100,000 panameños y ha ocasionado el fallecimiento de más de 2,000 no es posible que repitamos los errores del pasado reciente.

¿Por qué el país ha fallado en dar una respuesta más adecuada para proteger la salud, la vida y el bienestar del pueblo de Panamá en el escenario de la sindemia? La sindemia es el mejor ejemplo de la complejidad de la medicina que caracteriza al siglo 21. La respuesta a la pregunta requiere de un análisis profundo. Sin embargo, no hay dudas que las serias deficiencias de nuestro sistema de salud jugaron un papel clave en los déficits de la dinámica frente a la sindemia. Teníamos un sistema de salud en un estado de equilibrio frágil, al borde de la falla, con stress disfuncional crónico, casi sin aliento institucional.

Fueron los médicos, internos, residentes, generales y especialistas los que asumieron el papel de los soldados en la primera línea del combate contra los componentes de la sindemia. La mayoría de ellos formados en el hogar académico construido por el Dr. Octavio Méndez Pereira. Negarse a construir la nueva Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá sería un grave error histórico y una expresión de que no se han aprendido las lecciones de esta primera sindemia del siglo 21.

Llamamos a la reflexión y a la acción cívica de las autoridades de las cuales depende proporcionar los fondos para la construcción de la nueva Facultad de Medicina. Nuestra Alma Mater es prácticamente una Facultad de Ciencias de la Salud porque además de formar a los médicos del país, preparamos a los tecnólogos médicos, a las nutricionistas, a los técnicos y licenciados en radiología e imágenes, a los licenciados en salud ocupacional, a los técnicos en urgencias médicas, a los masters en ciencias médicas básicas, a los masters en salud pública y a los médicos residentes como masters y doctores en ciencias clínicas. Las actuales instalaciones se construyeron para 30 estudiantes por año y no más de 150 estudiantes en total. De 150 estudiantes en total hemos pasado a dos mil estudiantes. EN LAS MISMAS INSTALACIONES CONSTRUIDAS A INICIOS DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO 20. En un área de 11,600 m2 la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá ha hecho una contribución histórica e inédita a la salud de los panameños formando el recurso humano en salud que requiere el país. Le recordamos a nuestros compatriotas que tenemos diez años es este esfuerzo por lograr la construcción de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá para seguir trabajando por la salud nacional.

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dado en la ciudad de Panamá a los tres días del mes de septiembre de dos mil veinte.

¿Estamos preparados para el repunte?

Autor: Derek Liao 8 de septiembre de 2020

El mes de septiembre es un mes muy importante para Panamá, desde el día 7 iniciamos una serie de flexibilizaciones semanalmente y surge la pregunta, ¿Habrá un repunte de casos?, y por consiguiente ¿Estamos preparados para un repunte?

El 12 de mayo de 2020, la OMS publicó una guía para evaluar el riesgo de flexibilizar las medidas de mitigación, el cual se basa en 3 criterios, el criterio epidemiológico, el del sistema de salud y el de vigilancia de salud pública y dependiendo de la evaluación que se dé a los 3 criterios, el riesgo puede ser bajo, intermedio o alto.

Revisemos los puntos más importantes en cada criterio y evaluemos nuestra situación.

Criterio Epidemiológico: ¿Está la epidemia controlada?

Según la OMS, necesitamos cumplir varios aspectos entre los que se encuentran:

- Mantener un número reproductivo efectivo (Rt) menor a 1 durante al menos 2 semanas consecutivas.
- En un período de 3 semanas, tener un descenso del 50% de los casos y mantener la tendencia descendente.
- Un porcentaje de positividad de las pruebas menor al 5% por lo menos por 2 semanas.
- Por lo menos 80% de los casos deben estar identificados en una lista de contactos y estar vinculados a un conglomerado conocido.
- Disminución de las muertes por lo menos durante 3 semanas
- Disminución continua de hospitalizados en sala y en Cuidados intensivos por lo menos por 2 semanas.

Revisando las estadísticas, en un período de 3 semanas solo hemos logrado disminuir 14% de los casos, estando lejos del 50% sugerido, y además nos queda pendiente, lograr disminuir a menos del 5% el porcentaje de positividad.

Criterio del sistema de salud: ¿Es el sistema capaz de hacer frente a un aumento en los casos?

Entre los criterios que debemos cumplir están:

- El sistema de salud debe tener la capacidad de enfrentar un aumento del 20% de los casos en los hospitales.
- Todos los pacientes no COVID-19 deben poder recibir una atención adecuada y la mortalidad de este grupo de pacientes no debe ser mayor a la presentada antes de la pandemia.
- Tener la capacidad de hacer pruebas y aislar a los pacientes sospechosos de COVID-19.

Según una reciente conferencia del MINSA, al 24 de agosto teníamos más de 2000 camas de sala y más de 250 camas de cuidados intensivos y semi intensivos disponibles, dando capacidad para hacer frente a un 20% de incremento en los casos hospitalizados.

Criterio de vigilancia en salud pública: ¿Podemos identificar a los nuevos casos y sus contactos?

Entre los requisitos tenemos:

- Los nuevos casos deben por ser identificados, reportados y los datos incluidos en el análisis epidemiológico en las primeras 24 horas.
- El 90% de los casos sospechosos deben ser aislados y se debe confirmar o descartar COVID-19 en las primeras 48 horas del inicio de síntomas.
- Al menos 80% de los nuevos casos de COVID-19 deben tener sus contactos rastreados y estar en cuarentena en las primeras 72 horas de haber sido confirmado el caso.
- Mantener un monitoreo de por lo menos 80% de los contactos durante 14 días.

Los requisitos de vigilancia son rigurosos para poder identificar tempranamente los casos, y poder actuar rápidamente ante un eventual repunte.

Utilizando lo criterios de la OMS y viendo que hay criterios por mejorar, este mes de septiembre con flexibilización de las medidas de mitigación, representa un riesgo que podríamos clasificar de intermedio a alto en cuanto a la posibilidad de poder controlar un posible repunte de casos.

La pandemia del COVID-19, no solo es un problema de salud pública, ha ocasionado problemas económicos y sociales, para poder asegurar una reapertura segura, debemos como nación, hacer todo lo posible para mejorar los aspectos en los cuales estamos deficientes y poder asegurar una atención sanitaria de calidad tanto a los pacientes con COVID-19 y los que no tienen COVID-19.

A LOS PROFESORES Y ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ:

LA FACULTAD DE MEDICINA Y LA MEDICINA DEL SIGLO 21.

En los últimos años la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá le ha hecho llegar a sus profesores y estudiantes una serie de mensajes desde el Despacho del Decano:

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: LA VISIÓN PARA EL SIGLO 21. DEL DESPACHO DEL DECANO, ENRIQUE MENDOZA. PRIMERO DE UNA SERIE DE MENSAJES.

FORMULANDO LA PREGUNTA CRÍTICA: CÓMO FORMAR MÉDICOS EN ESTA TRANSICIÓN DE LA SEGUNDA A LA TERCERA DÉCADA DEL SIGLO 21. PARA RESPONDER A ESTA PREGUNTA CRÍTICA HAY QUE DESCRIBIR LAS REALIDADES EMERGENTES EN EL ESCENARIO DE LA MEDICINA.

PRIMERA REALIDAD EMERGENTE: LA COMPLEJIDAD DE LA MEDICINA. DICE EL NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE:

Perspective

SEPTEMBER 28, 2017

Lost in Thought — The Limits of the Human Mind and the Future of Medicine

Ziad Obermeyer, M.D., and Thomas H. Lee, M.D.

Medical thinking has become vastly more complex, mirroring changes in our patients, our health care system, and medical science. The complexity of medicine now exceeds the capacity of the human mind. It is ironic that just when clinicians feel that there is no time in their daily routines for thinking, the need for deep thinking is more urgent than ever. Medical knowledge is expanding rapidly, with a widening array of therapies and diagnostics fueled by advances in immunology, genetics, and systems biology. Patients are older, with more coexisting illnesses and more medications. They see more specialists and undergo diagnostic testing, which leads to exponential accumulation of electronic health record (EHR) data. Every patient is now a "big data" challenge, with vast amounts of information on past trajectories and current states. All this information strains our collective ability to think. Medical decision-making has become maddeningly complex. Patients and clinicians want simple answers, but we know little about whom to refer for BRCA testing or whom to treat with PCSK9 inhibitors. Common processes that were once straightforward — ruling out pulmonary embolism or managing new atrial fibrillation — now require numerous decisions.

Therefore, it is not surprising that we get many of these decisions wrong. Most tests come back negative, yet misdiagnosis remains common. Patients seeking emergency care are often admitted to the hospital unnecessarily, yet many also die suddenly soon after being

sent home. Overall, we provide far less benefit to our patients than we hope. These failures contribute to deep dissatisfaction and burnout among doctors and threaten the health care system's financial sustainability. If a root cause of our challenges is complexity, the solutions are unlikely to be simple.
The first step toward a solution is acknowledging the profound mismatch between the human mind's abilities and medicine's complexity. Long ago, we realized that our inborn sensorium was inadequate for scrutinizing the body's inner workings — hence, we developed microscopes, stethoscopes, electrocardiograms, and radiographs. Will our inborn cognition alone solve the mysteries of health and disease in a new century? The state of our health care system offers little reason for optimism.

En nuestro informe a los profesores y estudiantes de hace años citábamos el ejemplo de la Universidad de Liege en Bélgica:
EL MODELO DE LA UNIVERSIDAD DE LIEGE.

Atouts du programme
• **Un enseignement novateur** Une analyse détaillée de l'évolution de la société, des connaissances et des techniques a amené la Faculté de Médecine à développer un enseignement novateur organisé selon une structure modulaire et sur un mode multidisciplinaire dont le centre est l'étudiant. Cette approche, appelée **"apprentissage par problèmes" (problem based learning)**, complète les cours *ex cathedra* et les cliniques et existe sous diverses formes (Apprentissage Par Problèmes ou APP, Apprentissage au Raisonnement Clinique ou ARC ou encore Apprentissage à la Résolution de Problèmes complexes ou ARPc) apparaissant au fil du cursus, avec une intégration croissante des matières. L'apprentissage y est organisé par groupes placés sous la supervision de tuteurs formés à cette méthode dont l'objectif est de permettre aux étudiants de devenir les acteurs de leur apprentissage. Le "*learning*" y remplace le "*teaching*".

EN EL 2011, HACE NUEVE AÑOS, POR INICIATIVA DEL DECANATO Y BAJO EL LIDERAZGO DEL DR. FRANKLIN ESPINO SE TRANSFORMÓ EL CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA III. EL DR. ESPINO DESCRIBIÓ LAS BASES CONCEPTUALES DEL CURSO:

"JUSTIFICACIÓN: La necesidad imperante de coordinar todos los esfuerzos de formación del Estudiante de Medicina hacen de la Asignatura Atención Primaria de Salud (Razonamiento Diagnóstico y de Manejo) una estrategia emergente al introducir formalmente la Medicina Basada en la Evidencia, la Gestión Clínica, el Razonamiento Clínico esencialmente el Razonamiento Diagnóstico y del Manejo en el Plan de Estudios de la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá para poder integrar a la Atención Primaria de Salud con todas las demás asignaturas tanto del Ciclo Básico, Pre-Clínico y Clínico.

La fortaleza en el proceso Diagnóstico y Manejo están orientados hacia la Solución de Problemas y la Toma de Decisiones Clínicas compartidas con el paciente y familiares con el objetivo primordial el cual es la seguridad del paciente evitando errores. La explosión del conocimiento y de la tecnología de punta de una magnitud no considerada, permitiría retomar un antiguo y pragmático concepto y estrategia como es el Razonamiento Clínico que junto a la Gestión Clínica contribuirían a la formación de un Médico General capaz de desempeñarse en todos los escenarios tanto en el Primer Nivel de Atención (Unidades Locales de Salud cualesquiera que sean) hasta niveles complejos como los Hospitales de II y IV Nivel.

Teniendo la fortaleza que le da su competencia por el dominio del conocimiento y las habilidades y destrezas que le ofrecerían la Medicina Basada en la Evidencia y la Gestión Clínica y sustentado en un buen Sistema de Salud y un buen Sistema de Tecnología de la Informática y la Comunicación, nuestro egresado no se sentirá solo en ningún escenario y podrá desempeñarse con mayor eficiencia siendo más clínico. Tendrá más fortaleza en los cuidados agudos, crónicos, preventivos, curativos y paliativos de sus pacientes y de la población desde el primer encuentro con el paciente".

Desde el 2018 nuestros estudiantes han recibido cursos dictados por profesores de la Universidad de Johns Hopkins sobre Razonamiento y Excelencia Clínica:

HOME Team Director, Division of Hospital Medicine
Assistant Professor of Medicine

Male
Languages: English, Hindi, Nepalese

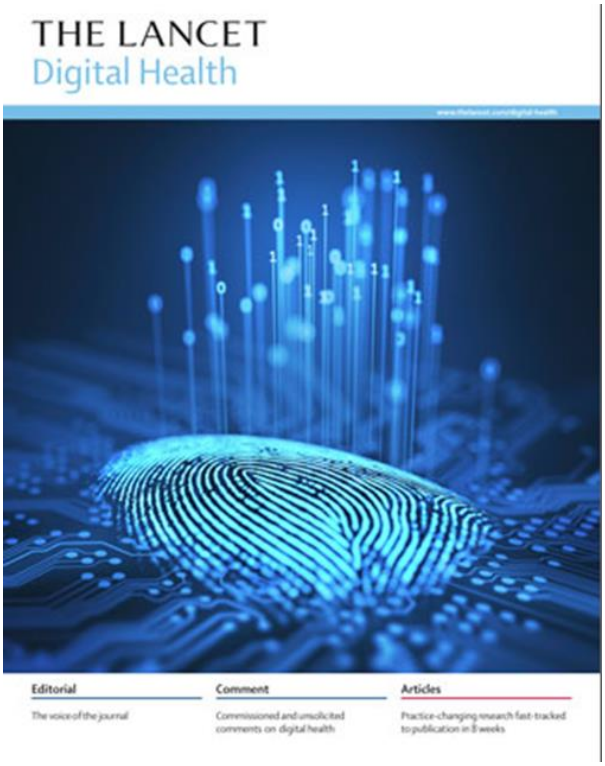
EXPERTISE
Internal Medicine, Medical Education

RESEARCH INTERESTS
Medical Education; Clinical Reasoning; Clinical Excellence and Patient Safety

EN UN SEGUNDO COMUNICADO A LOS PROFESORES Y ESTUDIANTES HACE AÑOS ESCRIBIMOS:

LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: LA VISIÓN PARA EL SIGLO 21. DEL DESPACHO DEL DECANO, ENRIQUE MENDOZA. SEGUNDO DE UNA SERIE DE MENSAJES.

FORMULANDO LA PREGUNTA CRÍTICA: CÓMO FORMAR MÉDICOS EN ESTA TRANSICIÓN DE LA SEGUNDA A LA TERCERA DÉCADA DEL SIGLO 21. PARA RESPONDER A ESTA PREGUNTA CRÍTICA HAY QUE DESCRIBIR LAS REALIDADES EMERGENTES EN EL ESCENARIO DE LA MEDICINA.
SEGUNDA REALIDAD EMERGENTE: LA TECNOLOGÍA DIGITAL EN MEDICINA CLÍNICA, EN SALUD PÚBLICA Y EN SALUD GLOBAL. Y DISCUTÍAMOS COMO INCORPORAR A LA EDUCACIÓN MÉDICA ESTA SEGUNDA REALIDAD EMERGENTE, CITANDO AL LANCET Y AL INSTITUTO PASTEUR:



- Artificial intelligence and machine learning technologies
- Telemedicine
- Virtual healthcare
- Computational medicine
- Biomedical analytics
- Healthcare systems engineering
- Data management, storage, and security in healthcare
- Clinical engineering
- Digital clinical trials
- Wearable technology
- Mhealth
- Precision medicine
- High-definition medicine
- Regenerative medicine
- Clinical genomics
- Disease diagnostics, prognostics, prediction and classification
- Biomedical sensors
- Bionics
- Biosignal processing
- Medical robotics
- Micro- and nanobiotechnology
- Health economics
- Digital therapeutics.

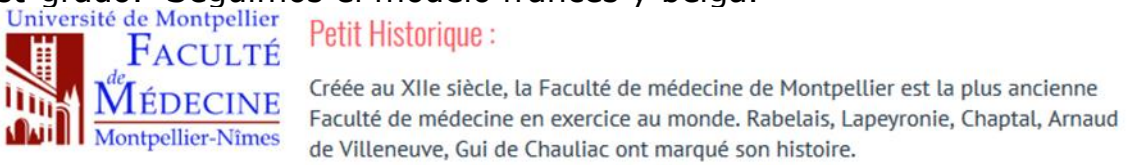
Y ESCRIBIMOS A LOS PROFESORES Y ESTUDIANTES:
FACULTAD DE MEDICINA APRENDIENDO DEL INSTITUTE PASTEUR.
With its new "Omics" buildings, the Institute Pasteur continues its digital revolution
2018.09.13

The new "Omics" buildings, inaugurated today at the Institute Pasteur, will house outstanding multidisciplinary research teams and state-of-the-art technologies to explore the myriad possibilities offered by the development of computational biology, with the aim of strengthening our ability to tackle the scientific and health challenges of the 21st century. This center of expertise, unique in France, consolidates the Institute Pasteur's position as a major global player with the capability of generating and analyzing big health data and extracting the knowledge needed to advance our understanding of the living world and improve healthcare.

EN UN TERCER MENSAJE, HACE VARIOS AÑOS, A LOS PROFESORES Y A LOS ESTUDIANTES LES ESCRIBIMOS:
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: LA VISIÓN PARA EL SIGLO 21. DEL DESPACHO DEL DECANO, ENRIQUE MENDOZA. TERCERO DE UNA SERIE DE MENSAJES.
FORMULANDO LA PREGUNTA CRÍTICA: CÓMO FORMAR MÉDICOS EN ESTA TRANSICIÓN DE LA SEGUNDA A LA TERCERA DÉCADA DEL SIGLO 21. PARA RESPONDER A ESTA PREGUNTA CRÍTICA HAY QUE DESCRIBIR LAS REALIDADES EMERGENTES EN EL ESCENARIO DE LA MEDICINA.
TERCERA REALIDAD EMERGENTE: LA CIENCIA DE LA DESIGUALDAD.

Y CITAMOS EL LANCET EN ESE TERCER MENSAJE:

EN UN CUARTO MENSAJE A LOS PROFESORES Y A LOS ESTUDIANTES ESCRIBIMOS:
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: LA VISIÓN PARA EL SIGLO 21. DEL DESPACHO DEL DECANO, ENRIQUE MENDOZA. CUARTO DE UNA SERIE DE MENSAJES.
FORMULANDO LA PREGUNTA CRÍTICA: CÓMO FORMAR MÉDICOS EN ESTA TRANSICIÓN DE LA SEGUNDA A LA TERCERA DÉCADA DEL SIGLO 21. PARA RESPONDER A ESTA PREGUNTA CRÍTICA HAY QUE DESCRIBIR LAS REALIDADES EMERGENTES EN EL ESCENARIO DE LA MEDICINA.
CUARTA REALIDAD EMERGENTE: DEL SIGLO 20, FORMACIÓN DE PRE-GRADO AL SIGLO 21, FORMACIÓN DE POST-GRADO.
En la propuesta de cambios académicos que se discutirán el jueves 7 de marzo en Junta de Facultad aparece la de convertir la formación de médicos de pre-grado a post-grado. Seguimos el modelo francés y belga.



EN 1994 POR INICIATIVA PROPIA LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ COMENZÓ A TRABAJAR EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DE POST-GRADO. EN EL 2003, NUEVE AÑOS DESPUÉS LOGRAMOS LA APROBACIÓN DEL INTERNADO COMO UN PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA

CLÍNICA Y DE LAS RESIDENCIAS COMO PROGRAMAS DE MAESTRÍAS Y DOCTORADOS CLÍNICOS.
EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HEMOS APROBADO CERCA DE 50 PROGRAMAS DE RESIDENCIAS INCLUYENDO TODOS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y TRABAJOS DE GRADUACIÓN. POR PRIMERA EN LA HISTORIA SE APROBÓ EL PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA PREVENTIVA Y NUESTROS RESIDENTES HAN JUGADO UN PAPEL IMPORTANTE EN LA DINÁMICA DE RESPUESTA A LA PANDEMIA. LUEGO DE TRES ADMINISTRACIONES GUBERNAMENTALES LOGRAMOS INICIAR NUESTRO MD-PhD, UNO DE LOS PRIMEROS EN AMÉRICA LATINA PARA FORMAR MÉDICOS CIENTÍFICOS.
EN EL 2003 INTRODUCIMOS LAS MAESTRÍAS EN CIENCIAS PRE-CLINICAS Y ESTABLECIMOS UN LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN EN FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY DIRIGIDO POR EL DOCTOR OCTAVIO SOUSA Y EL DR. EDUARDO ORTEGA.

EN EL 2015 COMENZAMOS LAS GESTIONES PARA LOGRAR LA ACREDITACIÓN INTERNACIONAL DE NUESTROS PROGRAMAS DE RESIDENCIAS. NO LOGRAMOS PROGRESAR POR FALTA DE APOYO GUBERNAMENTAL.

ACGME
International, LLC
515 North State Street
Suite 2000
Chicago, Illinois 60654
Phone 312.755.5000
Fax 312.755.7498
www.acgme-i.org

ACGME INTERNATIONAL

Report to Dr. Enrique Mendoza
Dean
University of Panama School of Medicine
Re: visit from representatives of ACGME-I and ABMS-I
8-9 April 2015

The purpose of this report is to provide an assessment of our visit. The ACGME-I team consisted of Dr. Susan Day, Mr. John Ogunkeye, and Dr. Lori Lewis. ABMS-I was represented by Ms. Kathy Holtzman as well.

The scope of this report is limited to an assessment of the accreditation system and does not address the ABMS-I perspective of the visit.

This visit consisted of extensive interviews of those interested in graduate medical education, including medical education leadership, faculty, and residents. Additionally, ACGME-I staff toured two facilities - St Thomas Hospital (STH) and Social Security Hospital (SSH). Each is a teaching hospital at which multiple residencies are sponsored. Due to time constraints, a third teaching hospital

A LO LARGO DE NUEVE AÑOS HEMOS LUCHADO PARA CONSTRUIR LA NUEVA FACULTAD DE MEDICINA. TAL COMO LO DESCRIBIÓ LA DRA. GRISELDA ARTEAGA

LAS NUEVAS INSTALACIONES CONTARÍAN CON LOS EQUIPOS PARA HACER INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:
"La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá contará con equipamiento de alta tecnología para la realización de investigaciones de punta en biomedicina, contribuyendo con la generación de nuevo conocimiento en las ciencias biomédicas básicas, y la resolución de problemas de salud del país en las ciencias biomédicas y clínicas aplicadas.

En las nuevas instalaciones se contará con un laboratorio multipropósito, el cual no solo brindará servicio a los investigadores de la Facultad, sino también a los investigadores del país, tanto de centros de investigaciones nacionales, como a la empresa privada. El Laboratorio Multipropósito contará con equipos que podrán brindar los servicios de:

- Microscopia electrónica de transmisión
- Microscopia confocal
- Microscopia de fluorescencia
- Citometría de flujo
- Laboratorio de Biología Molecular

A lo largo de la pandemia la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá ha aportado al país sus análisis en relación a la crisis de salud pública nacional y global.

LOS COMUNICADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ DESDE MARZO 2020.
22 DE MARZO 2020.
9 de abril 2020.
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ DA A CONOCER LA DECLARACIÓN EMITIDA HOY POR LA COALICIÓN PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS DE LOS MÉDICOS.
Coalition for Physician Accountability
Safeguard the Public; Protect our Health Care Workforce during the COVID-19 Pandemic April 9, 2020
"Es crítico durante esta emergencia nacional que el público reciba la mejor atención posible por parte de los trabajadores de la salud calificados que estén adecuadamente protegidos. Los médicos tienen el deber ético y la obligación de cuidar a los demás a pesar del riesgo personal. Los líderes institucionales y electos no deben aprovecharse de esta obligación. Sin salvaguardas como el equipo de protección personal (EPP) y las pruebas adecuadas, están poniendo en riesgo la salud de sus pacientes, así como su propia salud y la de sus familias. La Coalición reconoce que los suministros de EPP en este momento son inadecuados y apoya los estudios continuos para examinar la seguridad de la reutilización y la esterilización de EPP como opciones. Los profesionales de la salud están obligados profesionalmente a identificar recursos inadecuados que afectan su capacidad para

tratar a los pacientes de manera segura o mantenerse ellos mismos a salvo. No deben sufrir represalias ni amenazas por llamar la atención sobre condiciones sistémicas inseguras para pacientes o médicos. Las condiciones para los médicos y trabajadores de la salud en la primera línea de la atención directa al paciente deben ser seguras".

MAYO 2020:
Los gobiernos no han comprendido que más que una pandemia enfrentamos una sindemia (dos o más pandemias presentándose simultáneamente: la pandemia viral, la pandemia de enfermedades crónicas, la pandemia de desigualdad socioeconómica y ahora lo que el Washington Post ha llamado la pandemia de corrupción en América Latina. No se puede enfrentar a una de las pandemias de la sindemia sin enfrentar las otras. La pandemia de desigualdad socio-económica hace más difícil la resistencia contra la pandemia viral. Millones de ciudadanos del mundo soportan estoicamente las medidas de mitigación para preservar su salud y sus vidas, en condiciones de pobreza sin la solidaridad de sus gobiernos, quienes se han limitado a medidas simbólicas y prácticamente inefectivas. En nuestro país, el Gobierno debe proporcionar a la población una ayuda real y efectiva en estos momentos.
La situación que enfrentamos ha sido descrita magistralmente, en el New England Journal of Medicine, como Volátil, Incierta, Compleja, y Ambigua. Queremos expresarle nuestro reconocimiento al pueblo de Panamá, verdadero héroe y mártir de esta tragedia biológica. Muchos panameños han fallecido, en la más completa soledad sin el último adiós de sus seres queridos. Miles de panameños sin empleo viviendo momentos de angustia y de stress a su máxima expresión.

MAYO 2020:
La interacción de la población con el virus es dinámica. No es estática. En la medida que haya transmisión significativa de este virus, la posibilidad de que individuos que estén incubando la enfermedad, o que tengan un bajo nivel de infección sintomática, puedan llegar a comunidades que no tienen transmisión, es alta. No se pueden flexibilizar las medidas de mitigación a la ciega. Necesitamos evidencias científicamente recolectadas para definir los riesgos de reintroducción del virus o de aumento de su transmisión. Por ejemplo, en nuestro país el virus llegó a través del Aeropuerto de Tocumen: qué se va hacer para eliminar la posibilidad de casos importados por medio de vuelos internacionales? También en nuestra ciudad el virus se propagó a través de los medios de transporte público, 300,000 usuarios diarios del metro, viajando enero, febrero y marzo sin distanciamiento social y sin mascarillas, qué medidas se piensan tomar para evitar estos mecanismos de propagación viral?
Comprendemos que la transición de la mitigación a la flexibilización de las medidas es profundamente complicada y que no hay una dinámica de implementación con validez universal. Globalmente se ha hecho énfasis en hacer pruebas en forma

masiva para identificar a las personas con el virus, aislarlos y hacer la trazabilidad de los contactos para ponerlos en cuarentena. Tiene nuestro país la capacidad de hacer pruebas masivas al reabrir los sectores económicos? Tiene el país los mecanismos para la lograr la trazabilidad de los contactos? Cómo se va a proteger a los trabajadores en las empresas?

MAYO 2020:
Las pandemias son globales en su naturaleza, pero su impacto es local. Esta pandemia está afectando la vida de cada panameño, cada familia y cada comunidad. Tenemos que organizar a las comunidades en la respuesta a la pandemia. El trabajo con las comunidades debe centrarse en aspectos esenciales: cómo disminuir la transmisión del virus; cómo lograr los cambios de conductas y la adopción de un estilo de vida saludable y seguro para enfrentar la pandemia; como organizar la solidaridad con los más vulnerables social y económicamente. Tenemos que trabajar con los líderes naturales, religiosos y docentes. Confiemos en nosotros mismos: si los panameños tienen una información sincera, transparente, honesta y humana, tomarán buenas decisiones sobre qué hacer por ellos mismos y sus familias. Las vidas y la salud de nuestros compatriotas son muy valiosas. Hoy más que nunca debemos ser los dueños de nuestra salud, de nuestras vidas y de nuestros destinos.

EN EL COMUNICADO NÚMERO 6 AFIRMAMOS:
COMUNICADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA NUMERO 6 DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: LA RESPUESTA ACADÉMICA A LA PANDEMIA DE COVID-19, ORGANIZAR LAS COMUNIDADES.
"El Lancet de 1918, al escribir sobre la pandemia de influenza de ese año dice: "si solamente hubiéramos actuado más temprano con una consciencia de salud colectiva hubiéramos salvado millones de vidas". No podemos repetir los mismos errores de hace un siglo y en la misma línea de pensamiento Peter Dunnill, escribió en el British Medical Journal, prepararse para una pandemia es como tener asegurada la casa. Y el Secretario de Salud de la Administración del Presidente George Bush, hijo, el Dr. Michael O. Leavitt cuando al referirse a la influenza aviar expresó: "sigue siendo un peligro serio que todos debemos enfrentar". Eran los años 2006-2008.
En enero del 2008 se organizó en Panamá el primer curso de entrenamiento a líderes de comunidades de América Central para enfrentar una eventual pandemia de gripe. El curso fue organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, dentro el marco del Centro Regional de Entrenamiento en Salud para América Central y Panamá, bajo la dirección del Instituto Conmemorativo Gorgas y el Ministerio de Salud. En el informe al Departamento de Salud de los Estados Unidos el reporte del curos decía: "las personas y las familias pueden y deben saber qué hacer si una pandemia tiene lugar. Hay medidas sencillas que pueden mitigar y limitar el impacto negativo de una pandemia de influenza en las

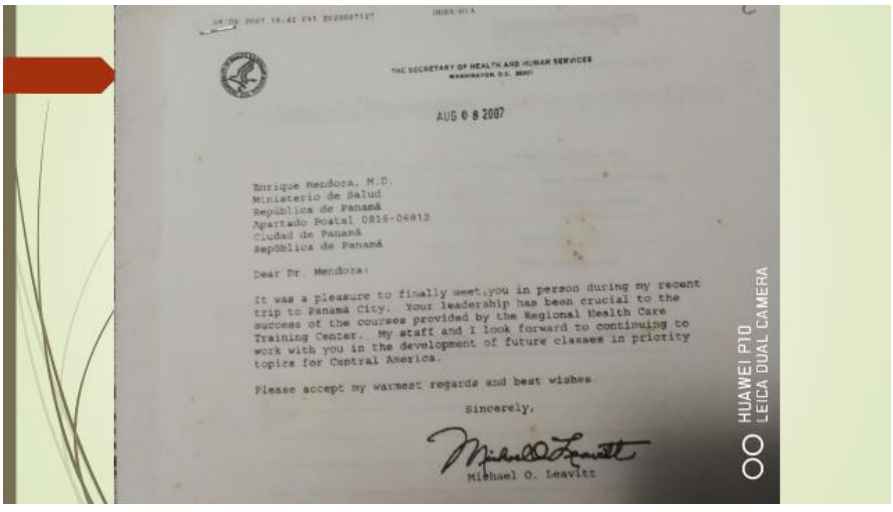
comunidades regionales. Se expresaba que hay que comprender que la responsabilidad para responder a una emergencia de salud pública como una pandemia no puede ser completamente colocada bajo en los profesionales de la salud y otros ubicados en la primera línea de respuesta, quienes también pueden llegar a estar incapacitados por la enfermedad e incluso perder la vida. Se insistía en la responsabilidad de cada persona, sola o colectiva para responder a la pandemia en su casa y o en su comunidad".

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: 14 AÑOS PREPARÁNDONOS PARA ENFRENTAR UNA PANDEMIA.

AÑO 2006: PRIMER CURSO ORGANIZADO POR EL CENTRO REGIONAL DE CAPACITACIÓN EN SALUD PARA AMÉRICA CENTRAL Y PANAMÁ PARA PREPARARSE A ENFRENTAR UNA PANDEMIA.

AÑO 2006: ENSEÑÁNDOLE A LOS MÉDICOS DE AMÉRICA CENTRAL Y PANAMÁ SOBRE PANDEMIAS VIRALES. CON LA PARTICIPACIÓN DE EXPERTOS INTERNACIONALES.

AÑO 2006: CON EL SECRETARIO DE SALUD Dr. MICHEL LEAVITT DE LOS ESTADOS UNIDOS EN UNO DE LOS CURSOS PREPARANDO A LOS MÉDICOS DE AMÉRICA CENTRAL Y PANAMÁ PARA HACER FRENTE AL DESAFÍO DE UNA PANDEMIA VIRAL.



THE SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
WASHINGTON, D.C. 20201

AUG 0 8 2007

Enrique Mendoza, M.D.
Ministerio de Salud
República de Panamá
Apartado Postal 0816-06812
Ciudad de Panamá
República de Panamá

Dear Dr. Mendoza:

It was a pleasure to finally meet you in person during my recent trip to Panama City. Your leadership has been crucial to the success of the courses provided by the Regional Health Care Training Center. My staff and I look forward to continuing to work with you in the development of future classes in priority topics for Central America.

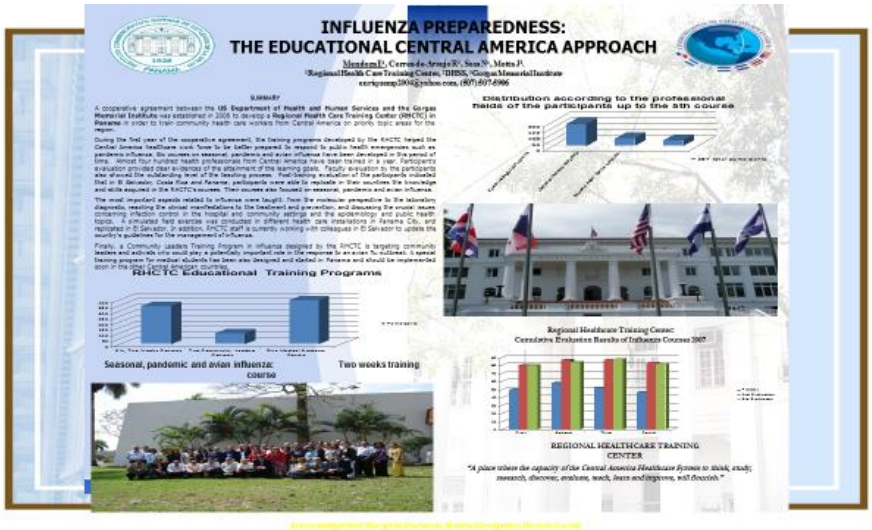
Please accept my warmest regards and best wishes.

Sincerely,

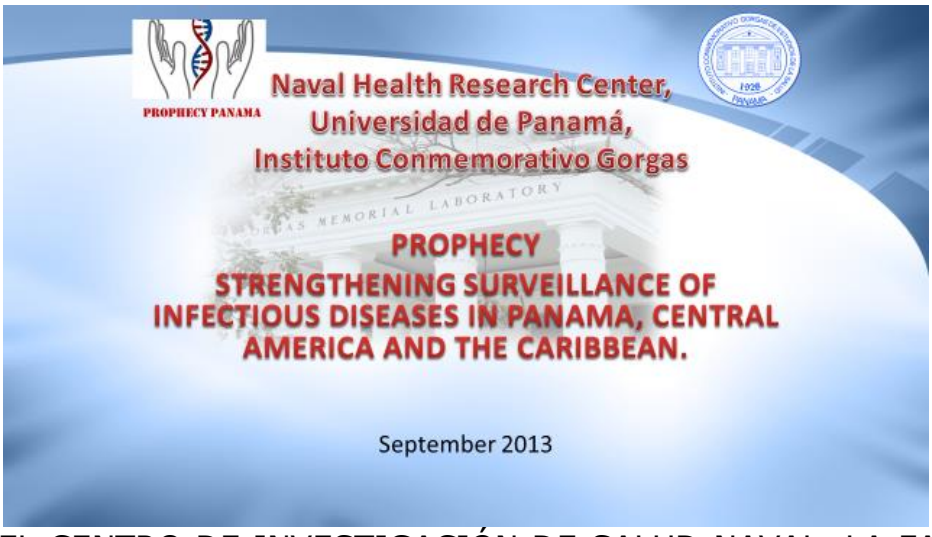
Michael O. Leavitt

HUAWEI P10
LEICA DUAL CAMERA

AÑO 2007: LA CARTA DEL DR. MICHAEL LEAVITT, SECRETARIO DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS, AL DR. ENRIQUE MENDOZA DICIÉNDOLE "SU LIDERAZGO HA SIDO CRUCIAL PARA EL ÉXITO DE LOS CURSOS DADOS POR EL CENTRO REGIONAL DE ENTRENAMIENTO EN SALUD".



AÑO 2008: TRABAJO PRESENTADO POR EL DR. ENRIQUE MENDOZA EN WASHINGTON EN EL CONGRESO DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, SOBRE EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE MÉDICOS DE AMÉRICA CENTRAL Y PANAMÁ SOBRE PANDEMIA VIRAL.



AÑO 2013: EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE SALUD NAVAL, LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ Y EL INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DESARROLLAMOS EL PROYECTO PROPHECY PARA FORTALECER LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PANAMÁ, AMÉRICA CENTRAL Y EL CARIBE.

AÑO 2018: LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: RECORDANDO LA PANDEMIA DE INFLUENZA DE 1918, CIEN AÑOS DESPUÉS.
AÑO 2020: DESDE MARZO A JULIO 6 COMUNICADOS SOBRE LA PRIMERA SINDEMIA DEL SIGLO 21.

COMUNICADO #7
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.
COMPRENDIENDO LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA VIRAL. (25 DE JULIO 2020).

"En las últimas semanas hemos visto un aumento en el número de panameños infectados con el virus SARS-COV-2 y tristemente un incremento en el número de compatriotas que han perdido sus vidas. A la pregunta ¿por qué? Nosotros inicialmente hemos respondido diciendo: así como hay personas a más riesgo de una evolución grave con la infección viral porque tienen enfermedades crónicas que tienen un componente basal inflamatorio, con disfunción de células endoteliales y disfunción plaquetaria, así también hay países con mayor riesgo de una evolución tórpida de la pandemia. ¿Cuáles son estos países? Aquellos con un sistema de salud frágil antes de la pandemia, con un nivel de desigualdad socio-económica importante, sin un sentimiento de solidaridad colectiva y con una vocación individualista, con un sistema político económico con serias brechas en su credibilidad pública. Panamá lo consideramos como un país a alto riesgo de una evolución grave de la pandemia".

Fuimos los primeros en proponer: "La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, por estas razones ha planteado continuar con la dinámica en las comunidades y la apertura urgente de la Ciudad de la Salud, originalmente Ciudad Hospitalaria, que ahora se podría llamar Ciudad Solidaridad".

COMUNICADO NÚMERO 8:

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. COMUNICADO NUMERO 8.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá reitera al país que no se debe tomar la decisión de contratar médicos extranjeros sin consultar con las Sociedades Médicas Especializadas. Consideramos que es requisito esencial para la contratación de médicos extranjeros la aprobación de las Sociedades Médicas. Estos no son momentos para generar conflictos en el escenario de la salud pública nacional. Los profesionales de la salud de nuestro país han atendido a nuestros compatriotas aun en condiciones de peligro para su salud, sus vidas y la de sus familiares. Merecen ser parte del proceso de toma de decisiones.

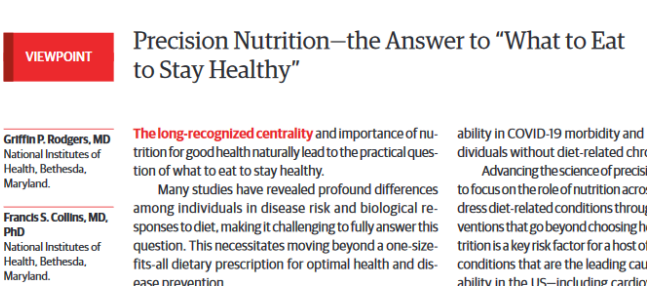
COMUNICADO NÚMERO 9 DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.

15 DE AGOSTO 2020.

COMUNICADO NÚMERO 12:

UNA LECCIÓN DE LA SINDEMIA DEL SIGLO 21: ES URGENTE LA CONSTRUCCIÓN DE LA NUEVA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ.

RECIENTEMENTE HEMOS HECHO ÉNFASIS EN LA MEDICINA DE PRECISIÓN QUE SERÁ LA NUEVA REALIDAD EMERGENTE DE LA MEDICINA DEL SIGLO 21:



Opinion Viewpoint

VIEWPOINT

Precision Nutrition—the Answer to "What to Eat to Stay Healthy"

Griffin P. Rodgers, MD
National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.

Francis S. Collins, MD, PhD
National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.

The long-recognized centrality and importance of nutrition for good health naturally lead to the practical question of what to eat to stay healthy.

Many studies have revealed profound differences among individuals in disease risk and biological responses to diet, making it challenging to fully answer this question. This necessitates moving beyond a one-size-fits-all dietary prescription for optimal health and disease prevention

ability in COVID-19 morbidity and
dividuals without diet-related chr

Advancing the science of precisi
to focus on the role of nutrition acro
dress diet-related conditions throu
ventions that go beyond choosing h
trition is a key risk factor for a host o
conditions that are the leading cau
ability in the US—including cardio

Box. *2020-2030 Strategic Plan for NIH Nutrition Research*

Vision for the Future: Precision Nutrition for All

Strategic Goals for Answering Key Questions[a]

1: Spur discovery and innovation through foundational research
- To answer the key question "What do we eat and how does it affect us?"

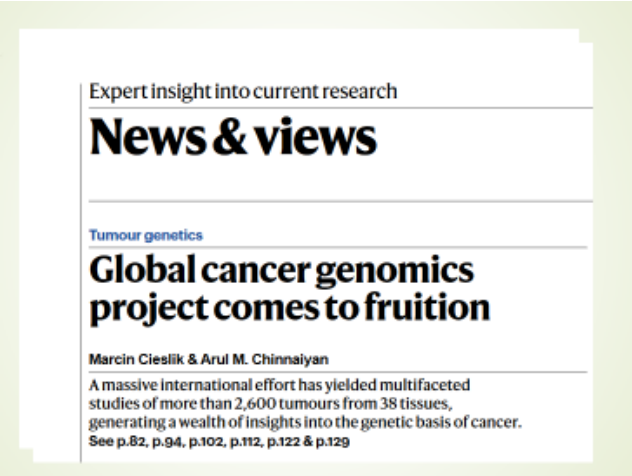
2: Investigate the role of dietary patterns and behaviors for optimal health
- To answer the key question "What and when should we eat?"

3: Define the role of nutrition across the lifespan for healthy development and aging
- To answer the key question "How does what we eat promote health across our lifespan?"

4: Reduce the burden of disease in clinical settings
- To answer the key question "How can we improve the use of food as medicine?"

[a] Cross-cutting research areas are relevant to all strategic goals described in this plan: minority health and health disparities; health of women; rigor and reproducibility; data science, systems science, and artificial intelligence; and training the nutrition scientific workforce.

LA MEDICINA DE PRECISIÓN Y EL CÁNCER:



Expert insight into current research

News & views

Tumour genetics

Global cancer genomics project comes to fruition

Marcin Cieslik & Arul M. Chinnaiyan

A massive international effort has yielded multifaceted studies of more than 2,600 tumours from 38 tissues, generating a wealth of insights into the genetic basis of cancer.

See p.82, p.94, p.102, p.112, p.122 & p.129

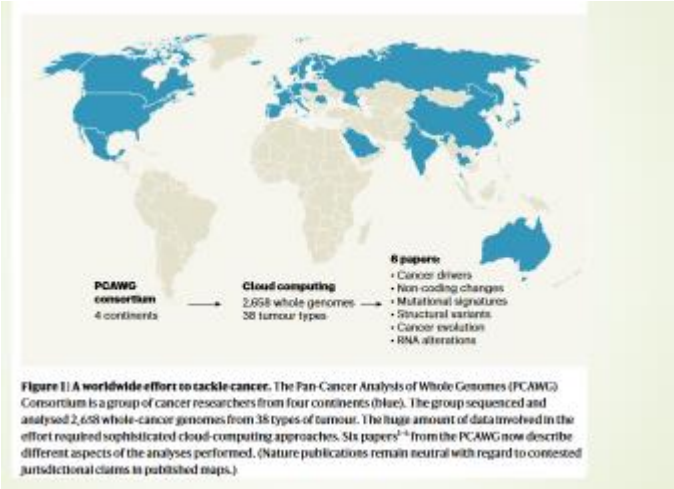
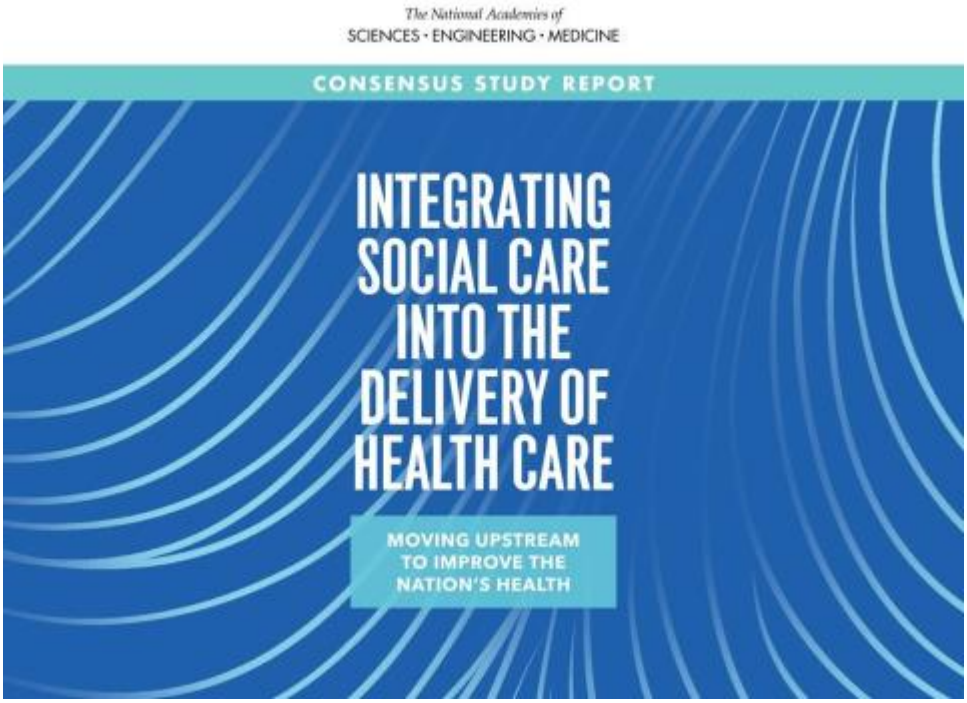


Figure 1 | A worldwide effort to tackle cancer. The Pan-Cancer Analysis of Whole Genomes (PCAWG) Consortium is a group of cancer researchers from four continents (blue). The group sequenced and analysed 2,658 whole-cancer genomes from 38 types of tumour. The huge amount of data involved in the effort required sophisticated cloud-computing approaches. Six papers[1–6] from the PCAWG now describe different aspects of the analyses performed. (Nature publications remain neutral with regard to contested jurisdictional claims in published maps.)

EN PREPARACIÓN: LA PRIMERA SINDEMIA DEL SIGLO 21, LA PERSPECTIVA DE TRANSLATIONAL MEDICINE.
HEMOS ESTADO INSISTIENDO EN EL ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES DEL SISTEMA DE SALUD:



LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA DIRECCIÓN CONCEPTUAL ADECUADA PARA EL SIGLO 21.

Ansiedad y Depresión en Estudiantes de la Carrera de Medicina. Universidad de Panamá. 2019.

Investigador principal: Bernardino Denis

Tipo de estudio:
Descriptivo transversal.

Universo:
1303 estudiantes (2do semestre 2019)

Muestra:
297 participantes.

Muestreo:
Estratificado por los 12 semestres.

El formulario consiste de 3 partes:
1– **Ficha demográfica/antecedentes.**
2- **GAD 7** (Encuesta Ansiedad).
3- **PHQ9** (Encuesta Depresión).
Este formulario es auto aplicado.

Consentimiento **Ficha Demográfica** **GAD7/PHQ9**

Resultados

Tabla 1. Clasificación de **ANSIEDAD (GAD7)** estratificado por sexo.

Clasificación	Masculino	Femenino	Total
Mínimo	48(44.04%)	55(29.26%)	103(34.68%)
Leve	38(34.86%)	77(40.96%)	115(38.72%)
Moderado	18(16.51%)	40(21.28%)	58(19.53%)
Severo	5(4.59%)	16(8.51%)	21(7.07%)
Total	109	188	297

Fuente: Encuesta de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina 2019.

*65,32% de los estudiantes con situaciones de ansiedad.

Clasificación de GAD7 en estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá.

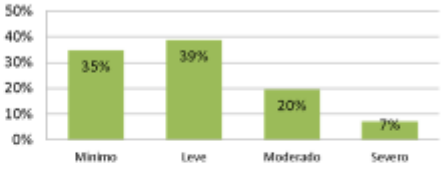


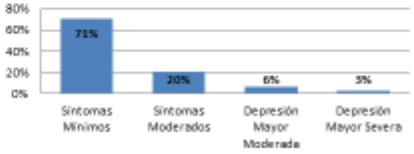
Tabla 2. Clasificación de PHQ9 estratificado por sexo.

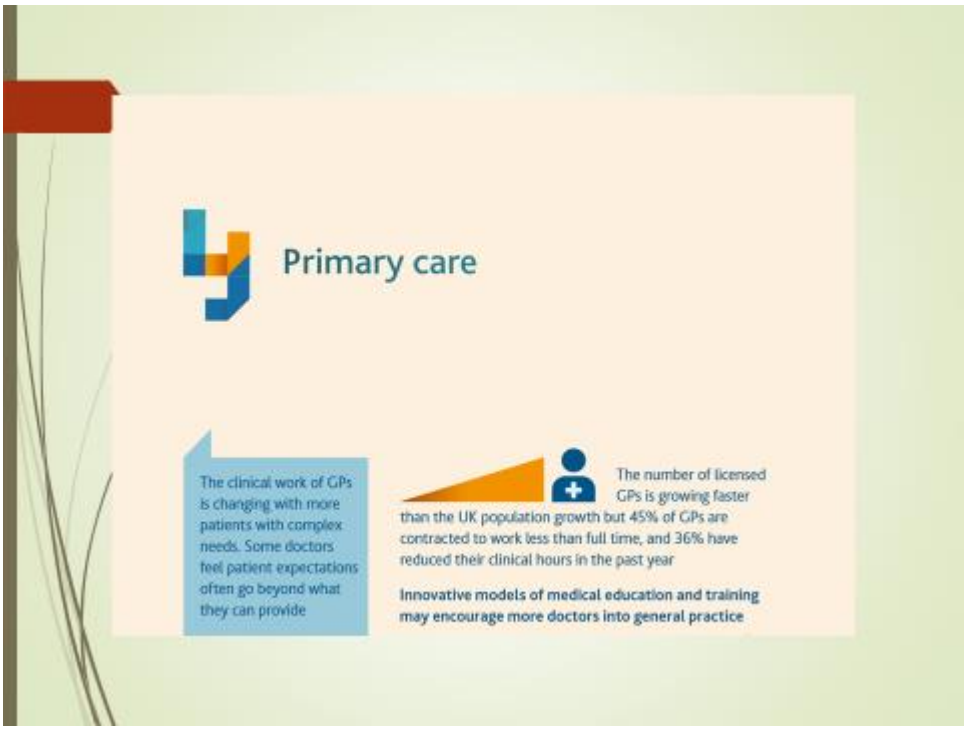
Clasificación	Masculino	Femenino	Total
Síntomas Mínimos	80(73.39%)	130(69.15%)	210(70.71%)
Síntomas Moderados	20(18.35%)	40(21.28%)	60(20.20%)
Depresión Mayor Moderada	7(6.42%)	12(6.38%)	19(6.40%)
Depresión Mayor Severa	2(1.83%)	6(3.19%)	8(2.69%)
Total	109	188	297

Fuente: Encuesta de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina 2019.

*29,29% de los estudiantes con situaciones de depresión.

Clasificación de PHQ9 en estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá.




Primary care
The clinical work of GPs is changing with more patients with complex needs. Some doctors feel patient expectations often go beyond what they can provide
The number of licensed GPs is growing faster than the UK population growth but 45% of GPs are contracted to work less than full time, and 36% have reduced their clinical hours in the past year
Innovative models of medical education and training may encourage more doctors into general practice

Clinical leadership
Effective clinical leadership is important in shaping positive cultures
Clinical leadership includes formal leadership roles and everyday leadership where doctors lead in their day-to-day practice
Leadership is one of our priorities. We have an
Everyday leadership can be difficult to define, and doctors don't always recognise leadership in their own clinical and professional behaviours

Offline: Touch—the first language

Why don't doctors touch patients anymore? Having had the privilege of attending clinics in the UK's National Health Service almost every week since March this year, I can honestly say that at no stage has any physician, surgeon, or anaesthetist ever completed anything approaching a physical examination. (Even taking a history by a doctor has been an astonishingly cursory exercise. Nurses are more thorough, albeit by using a checklist.) These observations are not meant to be criticisms. You might fairly argue that since my "presenting complaint" did not concern the heart, lungs, abdomen, or neurological system a full physical examination was unnecessary. But as someone who went to medical school in the 1980s, I had the importance of inspection, palpation, percussion, and auscultation burned into my emerging clinical soul. The pages and pages of findings we wrote based on extensive histories and physical examinations conformed to a pattern of extraordinary detail that we were exhorted, indeed required, to describe. But not today. Or, at least, not in the contemporary day-to-day practice of medicine. The physical examination seems to have become an anachronism, a vestigial remnant, of clinical care. Should we mourn or celebrate the demise of the laying on of hands?

without a shade of eye contact, you learn whether the latest piece of tissue extracted is free or not of disease. The consultant is impassive, unmoved, as they transmit your fate. And through all of these exchanges, there is no contact. Indeed, the opposite. Absolute separation. No examination of hands. No attentive search for enlarged lymph nodes. No feeling for a pulse, radial, brachial, carotid, or otherwise. No measurement of the jugular venous pressure. No inspection or palpation of the praecordium. No auscultation of the heart. No percussion or auscultation of the chest. No abdominal examination. And one's nervous system might simply not exist. I have tested these perceptions with friends who still see patients. They are surprised that I am surprised.

•

The avoidance of touch is bad medicine. I am as enthralled as anyone else by new medical technologies. I honour (indeed now depend upon) the discovery of new medicines to manage previously untreatable conditions. I admire the achievements of doctors in an ever-more pressured clinical environment. But a clinical examination is not only about eliciting evidence to piece together a differential diagnosis. The clinical examination, and

ESTE PROBLEMA SEÑALADO POR EL Dr. Richard Horton será agravado por la pandemia. El examen clínico como el primer lenguaje entre el médico y el paciente podrá desaparecer.

Perspectives

The art of medicine

The soul in medicine

"Things have a life of their own. It's simply a matter of waking up their souls."

Gabriel García Márquez, *One Hundred Years of Solitude*

When I was a child in New York City in the 1940s, the word "Soul" was commonly invoked in school, in the neighbourhood, at home, and on the radio. Soul had a strong religious connotation, and was invoked regularly in the synagogue I attended as well as in the churches my late wife visited as a young girl. The social gospel orientation of many churches in African American communities would intensify its moral significance in the decades that followed. And soul as a lively, deep, and divided humanity in the writings of the early great civil rights activist W E B Du Bois continues to be relevant and resonant. But in recent decades, the term has largely declined in popular use in the USA.

A German Jewish émigré general practitioner who treated my family and my frequent bouts of bronchitis in the 1950s, and who later still would work to recruit me into the profession he loved, talked readily of medicine as a moral calling and about the souls of patients, family members, and physicians. He was not at all religious, so by "the soul" he appeared to mean the moral and spiritual core of the sick person, the family carer, and the professional healer. He had personally witnessed the corruption of "the souls" of the German people and of Nazi doctors. He recalled how the doctors themselves expressed interest in a medicine that claimed to treat the soul of the "Aryan folk"—a reminder that the term can be transmogrified into a dangerous hypocrisy. But in this gentle yet passionate family doctor's ordinary speech, soul simply signified the way the sick experienced illness as a threat to their values, their deepest emotions, and their faith, and also the human way physicians treated their patients.

At Stanford University during the 1960s, professors in humanities courses I enrolled in still used this idea of the soul. But in the social sciences and natural sciences, the word was never uttered. At Stanford Medical School, I came to understand that you didn't mention the soul in a basic medical science course if you wanted to prevent derision, yet not so in the clinic. A few of the older clinicians still used it on occasion, especially to lament what they regarded as the effect of "big government" and "big business" in undermining the healing tasks of health professionals. When I entered psychiatry in the early 1970s, I never once heard the word used by clinicians, even when religious patients and their families used it to frame the meaning of their illness and the source of hope.

William James, the physician, psychologist and educator, had banished the soul from his magisterial turn of the

Otro de los daños colaterales de la pandemia será una mayor pérdida del alma de la medicina.

OTROS APORTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA AL SISTEMA DE SALUD Y AL SISTEMA EDUCATIVO DURANTE LAS NUEVE MESES DE SINDEMIA. EL ESTABLECIMIENTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRTUAL.

SENACYT
Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación

CONVOCATORIA PÚBLICA DE RESPUESTA RÁPIDA AL COVID19 EN PANAMÁ
GUÍA PARA EL PLAN DE TRABAJO

DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

Punto 1: Resumen ejecutivo publicable (máximo 1 página)

Antecedente: Nuestro sistema de salud se encuentra en un momento decisivo. Estamos frente a una situación sin precedentes: la primera syndemia del siglo 21: la pandemia del SARS-COV-2 se ha sumado a la pandemia de enfermedades crónicas y a la pandemia de desigualdad socio-económica. El país ha pasado de medidas de contención a una estricta dinámica de mitigación de la pandemia. Prácticamente todo el sistema de salud está operando en la modalidad de contingencia y concentrado en hacer el diagnóstico de los pacientes con COVID-19, identificar a los contactos, monitorizar a los pacientes en los hoteles-hospitales y tratar a los que están hospitalizados.

El otro componente de la syndemia, las epidemias de las enfermedades crónicas no están recibiendo la atención que requiere. De acuerdo a un documento de la Organización Mundial de la Salud titulado Previniendo las Enfermedades Crónicas, una Inversión Vital, las epidemias de las enfermedades crónicas son responsables de 60 % de la mortalidad total anual. Según el mismo documento, existe el conocimiento científico para prevenir y tratar estas enfermedades crónicas y si aplicamos este conocimiento podríamos reducir las muertes por las enfermedades crónicas y salvar millones de vidas.

Para poder manejar a los pacientes con enfermedades crónicas con la mayor efectividad posible, debemos hacer cambios profundos en el manejo integral de los pacientes crónicos. La situación en nuestro sistema de salud es cada vez más compleja y difícil. La innovación es la única solución. Debemos utilizar los avances producidos por la revolución digital, para facilitar el acceso del paciente al sistema de salud, en momentos en que el distanciamiento social ha llegado a insertarse en la vida cotidiana haciendo difícil la llegada del paciente crónico a las instalaciones de salud.

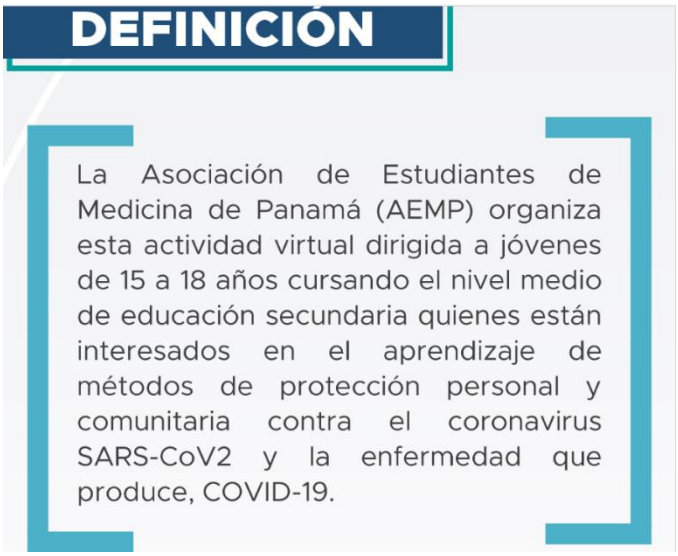
Problema: por la pandemia la gran mayoría de recursos están enfocados en el diagnóstico, atención y terapéutica de los pacientes con COVID 19, por lo que se verá disminuida la atención a los pacientes con enfermedades crónicas y no podrán dar seguimiento a su patología y/o recibir atención pertinente a sus inquietudes. Por otro lado, la pandemia hará que la educación médica de pre y postgrado quede afectada, al poder extenderse de meses a un año por lo menos y sus efectos prolongarse por más tiempo. El reto de la educación médica es pasar de la educación presencial a la educación virtual, que ya se estaba anunciando como un cambio fundamental en la educación médica de pre-grado, y que ahora se impone dado el cierre de las universidades. Además de la enseñanza pre-clínica hay que pensar en modalidades de enseñanza clínica por vía virtual.

Objetivo General: proveer a pacientes con enfermedades crónicas una atención rápida, oportuna, de bajo riesgo para el paciente y el médico, que le permita recibir recomendaciones y tratamientos especializados en un corto plazo de tiempo

EL CURSO DE 6 MESES PARA ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS PÚBLICAS:

PREPARACIÓN DE ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS PÚBLICAS PARA EL INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA

LOS TALLERES SOBRE EL COVID-19 DADOS POR LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA A LOS ESTUDIANTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DEL PAÍS:

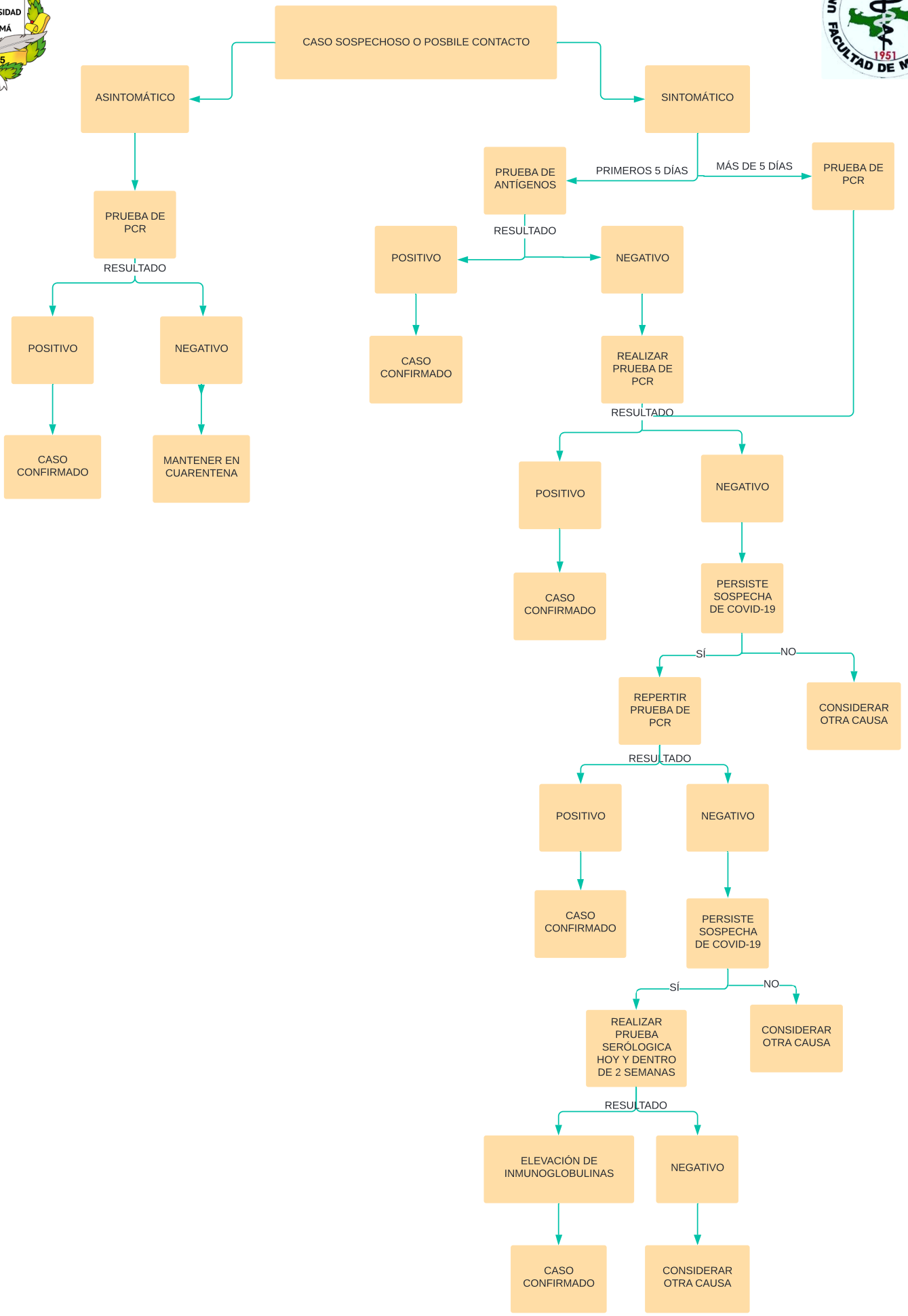


CONCLUSIONES: LA FACULTAD DE MEDICINA SEGUIRÁ GARANTIZANDO QUE EN EL SIGLO 21 SE SIGA REALIZANDO EL LEGADO DEL DR. OCTAVIO MÉNDEZ PEREIRA.

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dado en la ciudad de Panamá a los veinte días del mes de septiembre de dos mil veinte.

ALGORITMO PARA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA SARS-COV-2



Bibliografía:

World Health Organization. (11 de Septiembre de 2020). Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays.

World Health Organization. (11 de Septiembre de 2020). Diagnostic testing for SARS-CoV-2.

Fecha: 22/09/2020

Realizado por: Dr. Derek Liao

Repaso de la pandemia en Panamá hasta el día de hoy

¿Qué sucedió y cómo estamos ahora?

Autor: Dr. Derek Liao 28 de septiembre de 2020

Desde el 9 de marzo de 2020 que se reportó el primer caso de COVID-19, han pasado más de 200 días, y mucho ha sucedido con respecto a la pandemia en nuestro país, por lo tanto, es pertinente evaluar que ha sucedido en este tiempo y en qué lugar nos encontramos ahora.

Aquel 9 de marzo de 2020, el primer caso reportado de COVID-19 en nuestro país fue una joven de 40 años procedente de España, desde ese día empezamos a sumar casos y posteriormente fallecidos por COVID-19 en la estadística mundial.

Durante el mes de marzo e inicios de abril se suspenden las clases, se implementa el toque de queda, la ley seca y la cuarentena por sexo, logrando a mediados de abril estabilizar la distribución de nuevos casos, alcanzando una meseta de aproximadamente 200 casos diarios (4,7 casos por 100 mil habitantes) y en promedio 6 fallecidos diarios, con respecto a las pruebas realizadas promediábamos más de 700 pruebas diarias con más del 25% de positivos.

Durante esta fase de meseta se decide levantar la ley seca y el 13 de mayo se decide abrir el primer bloque de actividades económicas, con un promedio de 4 casos diarios por 100 mil habitantes (175 casos), realizando más de 1000 pruebas diarias y con un 15% de positivos; nueve días después de esta apertura iniciamos una fase de repunte en la pandemia, la cuál iba a mantenerse por 2 meses, hasta mediados de julio, mes en el cuál tuvimos un repunte en los fallecimientos diarios reportados llegando hasta 30 fallecidos en promedio diariamente para finales de ese mes.
Durante la fase de repunte se decide abrir el 1 de junio el segundo bloque de actividades económicas, con un promedio de 9 casos diarios por 100 mil habitantes (380 casos); además se eliminó la cuarentena y se implementó el toque de queda, medida que solo duró 1 semana en ser reinstaurada. Durante esta fase, el porcentaje de positivos llegó hasta el 37% para mediados de julio, promediando 3100 pruebas diarias.

Desde la mitad del mes de julio iniciamos una fase de descenso en el reporte de casos diarios de 27 casos por 100 mil habitantes (1160 casos), por lo que el gobierno decide iniciar una nueva fase de reapertura de actividades económicas el 17 de agosto, momento en el cual promediábamos 24 casos por 100 mil habitantes (1000 casos), en este momento se incrementan las pruebas realizadas a más de 5000 diarias y el porcentaje de positivos cae hasta el 18%. El 24 de agosto se flexibiliza la cuarentena sin restricción por cédula y el día 14 de septiembre se reinstaura el toque de queda.
Desde mediados de septiembre hasta el día de hoy, esta fase de desaceleración se ha estabilizado en los 15 casos diarios por 100 mil habitantes (640 casos) y los fallecimientos se encuentran en promedio en 11 fallecidos por día, las pruebas diarias realizadas se

encuentran en promedio por arriba de las 5000 diarias y el porcentaje de positivos ha disminuido al 12,6%.

Comparando Panamá con el resto del mundo, desde el inicio de la pandemia al día 25 de septiembre de 2020, según datos de Our World in Data, Panamá ocupa el cuarto puesto entre los países con más casos de COVID-19 por millón de habitantes (25198) , el puesto número 42 entre los países con más pruebas por 1000 personas (101), el quinto puesto entre los países con menos pruebas para confirmar un caso de COVID-19 (4) y el puesto número 15 entre los países con más fallecidos por COVID-19 por millón de habitantes (532).

Análisis de la capacidad hospitalaria en la República de Panamá

Autor: Dr. Derek Liao 2 de noviembre de 2020

Para realizar el análisis nos basaremos en las proyecciones para dentro de 6 semanas (9 de diciembre de 2020) de nuestro país, publicada por el Laboratorio Nacional de Los Álamos con los datos del 28 de octubre de 2020.

(Los Alamos National Laboratory, 2020) [1]En el mismo se plantean 3 escenarios, pero nos enfocaremos en el escenario intermedio y en el peor escenario:

En el escenario intermedio para el 9 de diciembre presentaremos 156733 casos y 3076 defunciones; mientras que, en el peor escenario presentaremos 172355 casos y 3214 defunciones. (Ver Tabla 1 y 2).

Utilizaremos estos 2 escenarios para proyectar un probable número de casos y camas hospitalarias requeridas para los pacientes con COVID-19 al 9 de diciembre de 2020.

Debido a que son escenarios hipotéticos realizaremos ciertas suposiciones en cada uno de los mismos para el 9 de diciembre de 2020:

Escenario Intermedio:

- El porcentaje de pacientes recuperados será de 83%, mismo porcentaje presentado para el día de ayer.
- El porcentaje de pacientes hospitalizados será del 4% y estará distribuido así, 3,3% en sala y 0,7% en UCI, como se presentó hace 1 mes (ver gráfica 1 y 2).
- El número de pacientes hospitalizados por enfermedades no COVID-19 será el mismo que el día de hoy, 2 de noviembre.
- El número total de casos y fallecidos será el descrito anteriormente.

En este escenario el número de casos activos para la fecha sería de 23568, de los cuales 778 pacientes estarían en sala y 164 pacientes en cuidados intensivos, totalizando 942 casos hospitalizados.

La disponibilidad de camas en sala en los hospitales del área metropolitana (CHDRAAM, HSJ, HILTZ) sería del 25 %, del resto de los hospitales 43% y la disponibilidad nacional sería del 37% (Ver tabla 3).

Mientras que la disponibilidad de camas en UCI y semi- UCI en los hospitales del área metropolitana (CHDRAAM, HSJ, HILTZ) sería del 31 %, del resto de los hospitales 43% y la disponibilidad nacional sería del 37% (Ver tabla 3).

En cuanto a la disponibilidad de ventiladores mecánicos en los hospitales del área metropolitana (CHDRAAM, HSJ, HILTZ) sería del 30 %, del resto de los hospitales 70% y la disponibilidad nacional sería del 51% (Ver tabla 3).

[1] Los Alamos National Laboratory. (2020, octubre 28). *LANL COVID-19*. Retrieved from LANL COVID-19: https://covid-19.bsvgateway.org/

Peor escenario:

- El porcentaje de pacientes recuperados será de 80%, mismo porcentaje presentado hace 2 semanas.
- El porcentaje de pacientes hospitalizados será del 7,2% y estará distribuido así, 6,5% en sala y 0,7% en UCI, como se presentó hace 2 meses (ver gráfica 1 y 2).
- El número de pacientes hospitalizados por enfermedades no COVID-19 será el mismo que el día de hoy,, 2 de noviembre.
- El número total de casos y fallecidos será el descrito anteriormente.

En este escenario el número de casos activos para la fecha sería de 31257, de los cuales 2031 pacientes estarían en sala y 219 pacientes en cuidados intensivos, totalizando 2250 casos hospitalizados.

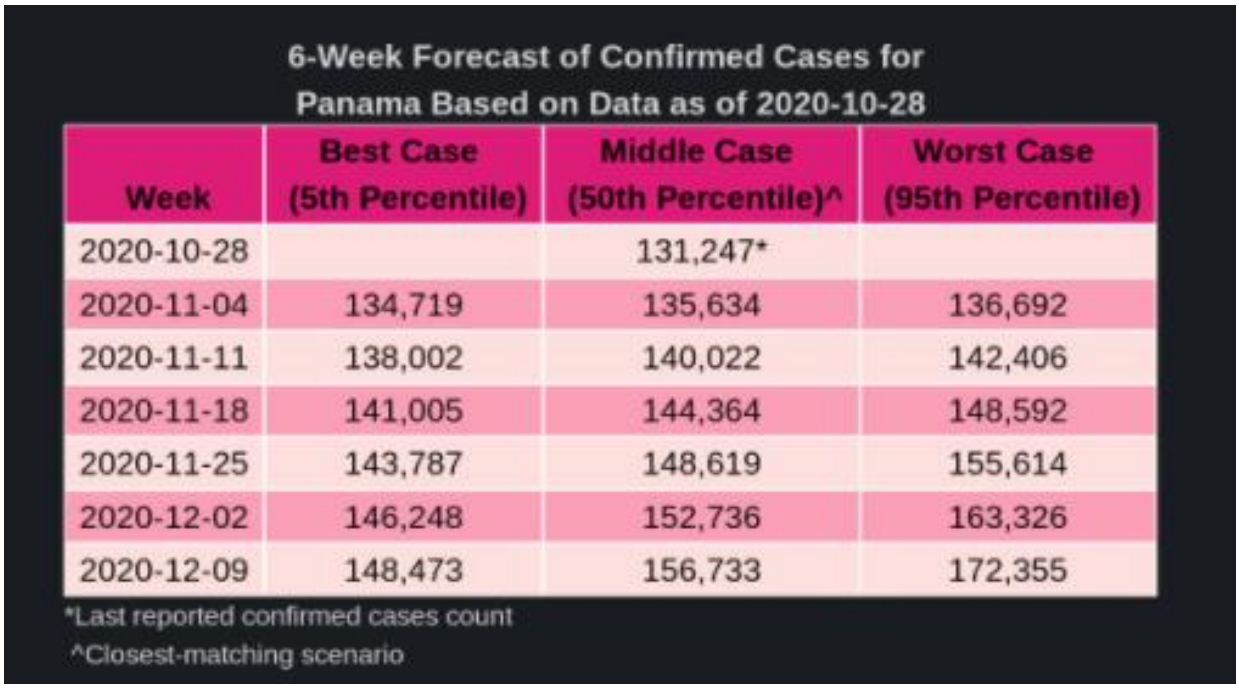
La disponibilidad de camas en sala en los hospitales del área metropolitana (CHDRAAM, HSJ, HILTZ) se vería sobrepasada en un 7%, destacando la necesidad de 144 camas más en el CHDRAAM, la disponibilidad del resto de los hospitales 24% y la disponibilidad nacional sería del 13% (Ver tabla 3).

Mientras que la disponibilidad de camas en UCI y semi- UCI en los hospitales del área metropolitana (CHDRAAM, HSJ, HILTZ) sería del 16 %, del resto de los hospitales 34%, destacando necesidad de camas en el Hospital Regional Dr. Rafael Hernández (HRRH), y en el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez (HRRE); la disponibilidad nacional sería del 24% (Ver tabla 3).

En cuanto a la disponibilidad de ventiladores mecánicos en los hospitales del área metropolitana (CHDRAAM, HSJ, HILTZ) sería del 12 %, destacando la necesidad de ventiladores en el CHDRAAM, del resto de los hospitales 63% y la disponibilidad nacional sería del 39% (Ver tabla 3).

ANEXO

Tabla 1.

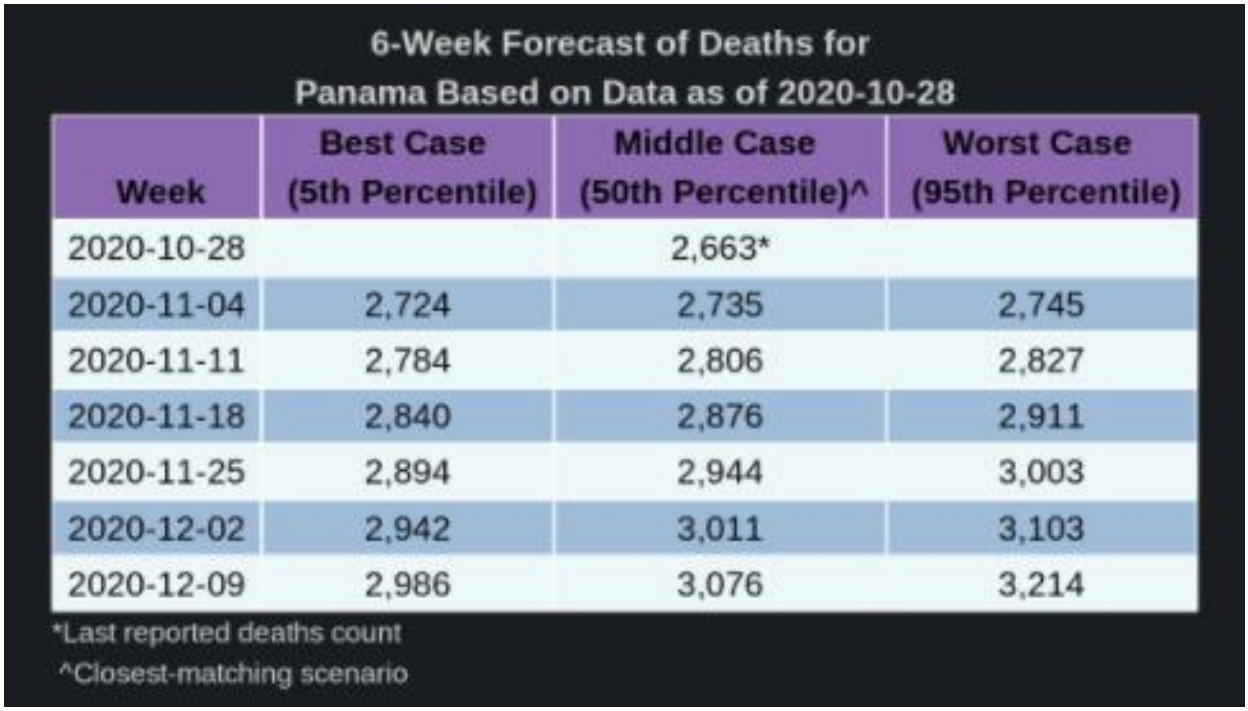


6-Week Forecast of Confirmed Cases for Panama Based on Data as of 2020-10-28

Week	Best Case (5th Percentile)	Middle Case (50th Percentile)^	Worst Case (95th Percentile)
2020-10-28		131,247*	
2020-11-04	134,719	135,634	136,692
2020-11-11	138,002	140,022	142,406
2020-11-18	141,005	144,364	148,592
2020-11-25	143,787	148,619	155,614
2020-12-02	146,248	152,736	163,326
2020-12-09	148,473	156,733	172,355

*Last reported confirmed cases count
^Closest-matching scenario

Tabla 2.

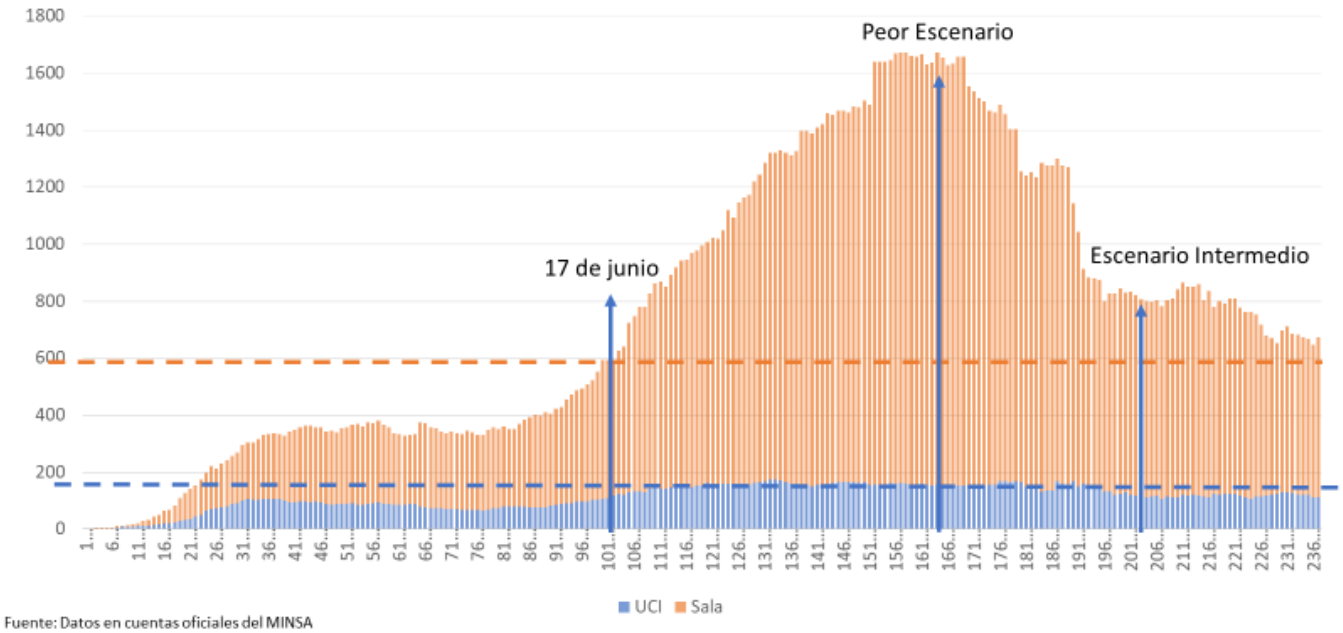


6-Week Forecast of Deaths for Panama Based on Data as of 2020-10-28

Week	Best Case (5th Percentile)	Middle Case (50th Percentile)^	Worst Case (95th Percentile)
2020-10-28		2,663*	
2020-11-04	2,724	2,735	2,745
2020-11-11	2,784	2,806	2,827
2020-11-18	2,840	2,876	2,911
2020-11-25	2,894	2,944	3,003
2020-12-02	2,942	3,011	3,103
2020-12-09	2,986	3,076	3,214

*Last reported deaths count
^Closest-matching scenario

GRÁFICA 1. CASOS DE COVID-19 HOSPITALIZADOS POR DÍA - PANAMÁ 31/10/20.DR. DEREK LIAO



Fuente: Datos en cuentas oficiales del MINSA

Gráfica 2. Ratio de Casos en UCI, Sala y Hospitalizacion según casos Activos desde 17 de junio hasta el 1 de noviembre. Panamá 2020. Dr. Derek Liao

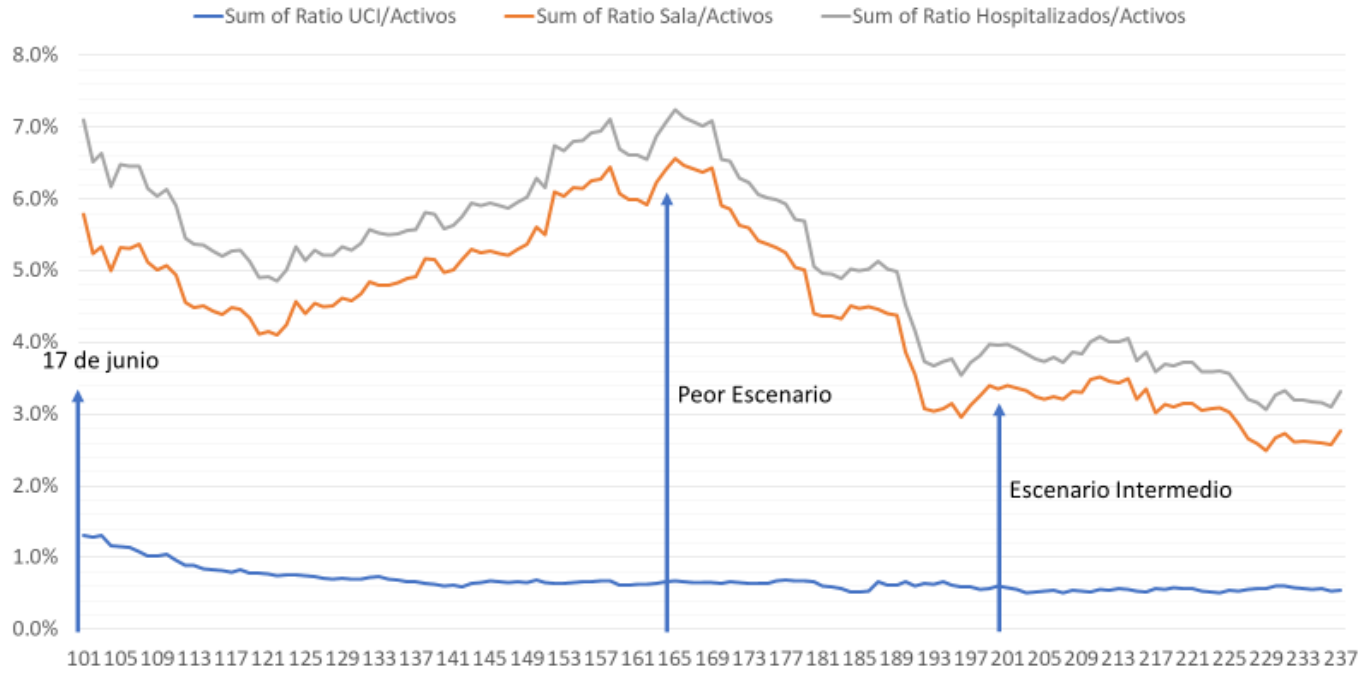


Tabla 3.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

MONITOREO DIARIO DE CAMAS DE SALA, UCI, SEMI-INTENSIVO Y VENTILADORES

SALA	529
UCI	115

Al 2/Nov/2020

Escenario Intermedio	
Sala	778
UCI	164

Peor Escenario	
Sala	2031
UCI	219

Fecha: 02 de noviembre de 2020

HOSPITALES	CAMAS DE SALA				Proyecciones al 09 de Dic				CAMAS UCI Y SEMI-INTENSIVO				Proyecciones al 09 de Dic				VENTILADORES						Proyecciones al 09 de Dic							
	Total	Ocupadas COVID	Ocupadas otras causas	Disponibles	Ocup. COVID Escenario Intermedio	Disponibles Escneario Intermedio	Ocup. COVID Peor Escenario	Disponibles Peor Escenario	Total	Ocupadas COVID	Ocupadas otras causas	Disponibles	Ocup. COVID Escenario Intermedio	Disponibles Escneario Intermedio	Ocup. COVID Peor Escenario	Disponibles Peor Escenario	Total de Ventiladores fijos y de transporte	Ocupados COVID	Ocupados otras causas	Ventiladores fijos y de transporte disponibles	Total de Ventiladores fijos	Ventiladores fijos disponibles	Ocupados por COVID. Esc. Intermedio	Ventiladores Disponibles Esc. Intermedio	Ocupados por COVID. Peor Escenario	Ventiladores Disponibles Peor Esc.	Porcentaje de pacientes con COVID-19 en sala	Porcentaje de pacientes con COVID-19 en UCI	Razón de Ventiladores/Pac. Covid en UCI	Razón de Ventiladores/Pac. Covid en UCI
Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid	596	119	283	**194**	**175**	**138**	**457**	**-144**	157	55	38	**64**	**78**	**41**	**105**	**14**	121	54	22	45	100	28	77	22	103	-4	22.5%	47.8%	0.98	0.98
Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE - Complejo)	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	33	10	0	**23**	**14**	**19**	**19**	**14**	5	3	0	2	0	0	4	1	6	-1	0.0%	8.7%	0.30	0.30
Hospital Susana Jones Cano	42	0	16	**26**	**0**	**26**	**0**	**26**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	3	0	0	3	0	0	0	3	0	3	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos (24 de Dic.)	295	8	212	**75**	**12**	**71**	**31**	**52**	8	0	5	**3**	**0**	**3**	**0**	**3**	28	0	7	13	15	8	0	21	0	21	1.5%	0.0%	#DIV/0!	0.00
SUB TOTAL (3 hospitales)	**933**	**127**	**511**	**295**	**187**	**235**	**488**	**-66**	**198**	**65**	**43**	**90**	**93**	**62**	**124**	**31**	**157**	**57**	**29**	**63**	**115**	**36**	81	47	109	19	24.0%	56.5%	0.88	0.88
Porcentaje de Disponibilidad (3 hospitales)				**32%**		**25%**		**-7%**				**45%**		**31%**		**16%**				**40%**		**31%**		**30%**		**12%**				
Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera	79	0	41	**38**	**0**	**38**	**0**	**38**	9	0	3	**6**	**0**	**6**	**0**	**6**	19	0	2	17	17	15	0	17	0	17	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Regional de Chepo	111	19	29	**63**	**28**	**54**	**73**	**9**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	3	0	0	3	0	0	0	3	0	3	3.6%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Dr. Dionisio Arrocha	78	4	20	**54**	**6**	**52**	**15**	**43**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	4	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0.8%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Regional Dr. Rafael Hernandez (HRRH)	436	64	189	**183**	**94**	**153**	**246**	**1**	25	12	7	**6**	**17**	**1**	**23**	**-5**	61	14	8	34	24	12	20	33	27	26	12.1%	10.4%	1.17	1.17
Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE - HRRH)	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	16	9	0	**7**	**13**	**3**	**17**	**-1**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	7.8%	0.00	0.00
Hospital Dr. Raúl Dávila Mena	175	10	74	**91**	**15**	**86**	**38**	**63**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	11	0	0	11	4	4	0	11	0	11	1.9%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital de Almirante	21	0	6	**15**	**0**	**15**	**0**	**15**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital de Chiriquí Grande	21	0	18	**3**	**0**	**3**	**0**	**3**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	2	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Dr. Ezequiel Abadía	86	0	36	**50**	**0**	**50**	**0**	**50**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	4	0	0	3	1	1	0	4	0	4	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado	107	6	62	**39**	**9**	**36**	**23**	**22**	29	2	9	**18**	**3**	**17**	**4**	**16**	23	2	2	19	16	12	3	18	4	17	1.1%	1.7%	1.00	1.00
Hospital Regional Dr. Rafael Estevez	200	14	95	**91**	**21**	**84**	**54**	**51**	10	5	2	**3**	**7**	**1**	**10**	**-2**	20	5	2	13	16	9	7	11	10	8	2.6%	4.3%	1.00	1.00
Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero (CHMAG)	277	12	136	**129**	**18**	**123**	**46**	**95**	53	3	22	**28**	**4**	**27**	**6**	**25**	22	3	3	16	8	5	4	15	6	13	2.3%	2.6%	1.00	1.00
Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales (UCRE - CHMAG)	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	12	0	0	**12**	**0**	**12**	**0**	**12**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
Hospital Hogar de La Esperanza	37	0	29	**8**	**0**	**8**	**0**	**8**	0	0	0	0	**0**	**0**	**0**	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	#DIV/0!	0.00
SUB TOTAL (12 hospitales)	**1628**	**129**	**735**	**764**	**190**	**703**	**495**	**398**	**154**	**31**	**43**	**80**	**44**	**67**	**59**	**52**	**170**	**24**	**17**	**119**	**86**	**58**	34	119	46	107	24.4%	27.0%	0.77	0.77
Porcentaje de Disponibilidad (12 hospitales)				**47%**		**43%**		**24%**				**52%**		**43%**		**34%**				**70%**		**67%**		**70%**		**63%**				
TOTAL (15 hospitales)	**2561**	**256**	**1246**	**1059**	**376**	**939**	**983**	**332**	**352**	**96**	**86**	**170**	**137**	**129**	**183**	**83**	**327**	**81**	**46**	**182**	**201**	**94**	116	165	154	127	48.4%	83.5%	0.84	0.84
Porcentaje de Disponibilidad (15 hospitales)				**41%**		**37%**		**13%**				**48%**		**37%**		**24%**				**56%**		**47%**		**51%**		**39%**				

P.D. Los totales resaltados en amarillo tuvieron que ser corregidos
Resaltado en rojo se destacan los números negativos

COMUNICADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ:

ANTE LA RE-ACELERACIÓN DE LA PANDEMIA VIRAL, LA RESPUESTA INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

Estudios hechos por el Dr. Derek Liao, (Estudiante de la Maestría de Epidemiología de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres), nos permiten describir que desde mediados de septiembre se ha observado una estabilización de alrededor de los 600 a 700 casos diarios de COVID-19 reportados en nuestro país, tendencia mantenida hasta inicios de noviembre, donde hemos observado, en la semana del 8 al 14 de noviembre, un aumento del 38.6% de los casos reportados con respecto a la semana previa. Además, el porcentaje de casos positivos ha aumentado al 14.3%, el Rt para la semana del 8 al 14 se encuentra por encima del 1 (Rt =1.19), los pacientes hospitalizados por COVID-19 han aumentado y en las últimas 3 semanas se han reportado más fallecimientos. Todos estos indicadores nos confirman el inicio de una fase de re-aceleración de la pandemia causada por el SARS-COV-2.

Las observaciones del Dr. Derek Liao permiten asumir que potencialmente superaremos las proyecciones del peor escenario establecidas el 21 de octubre por el Laboratorio Nacional de Los Álamos, en el que se pronosticaba para el 2 de diciembre de 2020, en Panamá, 155,651 casos reportados, mientras que, en las proyecciones de fallecimientos, nos acercamos a los 3093 fallecidos contemplados en ese escenario.

Paralelamente a la evolución de la pandemia viral en nuestro Istmo, en la Facultad de Medicina hemos seguido estrechamente la evolución de la pandemia en Europa y en los Estados Unidos. Nuestro seguimiento incluye las publicaciones en las principales revistas científicas y médicas y las noticias y artículos publicados en los principales periódicos, revistas y cadenas de televisión de ambos continentes.

The Economist en su edición del 7 de noviembre describía: **Una vez más, con pavor. La segunda ola de covid-19 ha enviado a gran parte de Europa de nuevo al bloqueo. "**A medida que se han percatado del alcance del desastre incipiente, los líderes les han dicho a sus ciudadanos que no tienen más remedio que volver a imponer cierres de varios tipos. Para el 5 de noviembre, 20 países habían cerrado gimnasios, restaurantes, museos y otros lugares públicos, introducido toques de queda, prohibido a las personas salir por negocios no esenciales o todo lo anterior. Francia ha ido más lejos, prohibiendo todas las reuniones sociales y reprimiendo las salidas fuera del hogar por cualquier cosa que no sea comida, medicamentos o educación. Pero incluso Suecia, defensora de un enfoque más ligero, pidió nuevas restricciones el 3 de noviembre, limitando el tamaño de los grupos en los restaurantes y desalentando las reuniones entre hogares. En general, la diferencia más llamativa entre estas medidas y las de la primavera es que la mayoría de las escuelas y universidades permanecen abiertas".

Sin embargo, las medidas ante la segunda ola en Europa han generado un fuerte debate. Science publicó el 2 de noviembre un artículo titulado: "**Europa se cierra por segunda vez. Pero ¿cuál es su plan a largo plazo?** Por Kai Kupferschmidt. "La mayoría de los países están reaccionando sin un plan a largo plazo, simplemente tratando de evitar lo peor.

Los funcionarios difieren sobre la mejor manera de reducir los números nuevamente y qué tan bajo es el nivel por el que deben esforzarse. Y nadie sabe qué vendrá después. A falta de vacunas para salvar el día, los países pueden enfrentar una serie agotadora de bloqueos, un patrón de dientes de sierra, "arriba y abajo y arriba y abajo", que podría arruinar la economía, dice Albert Osterhaus, virólogo de la Universidad de Medicina Veterinaria, Hanovre. "No hay estrategia en Europa", concluye". "No todo el mundo está convencido de que los encierros son la respuesta". "Pero la mayoría de los científicos dicen que los cierres son inevitables si Europa quiere evitar el colapso de los sistemas de salud, aunque no es necesario que sean tan draconianos como en la primavera." Por ahora, Europa parece estar estancada en un tercer escenario: bloquearse para evitar que el sistema de salud se doble. "La esperanza es que las vacunas, los tratamientos y las mejores opciones estén disponibles en el nuevo año". Lauterbach dice que estaba a favor de un bloqueo más prolongado en verano para ir a la eliminación. Pero eso sería demasiado difícil en invierno, dice. "Todo lo que podemos hacer ahora es romper la ola". "Pero el nivel del agua seguirá siendo alto".

Hay un tono poco optimista, en algunos. Un artículo publicado en la prensa americana: Opiniones. **"Ha pasado un año desde que surgió covid-19. El mundo todavía no está preparado para ello".** David Von Drehle**.** Columnista**.** 13 de noviembre de 2020. El autor sostiene que "Incluso la idea del sacrificio compartido, la base de la salud pública ha recibido una paliza. Medidas como el uso de mascarillas, el lavado de manos y el distanciamiento social solo son eficaces contra una pandemia si se practican de forma amplia y sistemática.

Sin embargo, para muchos estadounidenses (y otros en todo el mundo), el supuesto derecho de las personas a optar por no participar en estas medidas relativamente fáciles supera incluso el riesgo de muerte de sus conciudadanos. El libertarismo ha llegado a su límite lógico cuando la gente proclama la libertad de ser un vector de enfermedad ".

"La triste realidad es que no hemos lidiado bien con el virus de este año. A pesar de gastar billones de dólares y la pérdida o interrupción de innumerables vidas, el nuevo coronavirus se está propagando más rápido que nunca . Veremos qué aprende la OMS, pero mi conclusión es la siguiente: la suerte nos protegió durante muchos años y ahora necesitamos suerte más que nunca".

El Consejo Científico francés subraya la importancia de abrir a la reflexión y el debate sobre los objetivos que los franceses quieren seguir tras la segunda ola. "¿Está la sociedad francesa dispuesta a dedicar una parte importante de los recursos sanitarios al Covid-19, posiblemente en detrimento del manejo de otras patologías, con las consecuencias de pérdida de oportunidad para patologías no Covid? Por el contrario, ¿está la sociedad francesa preparada para afrontar un número muy elevado de muertes en su población más frágil y anciana? ", Ellos preguntan. La cuenta para responder ya ha comenzado.

Por otro lado el Dr. Camille Landais, profesor de economía en la London School of Economics y miembro del Economic Analysis Council, adjunto a Matignon y quien en el 2016 recibió el Premio al Mejor Joven Economista Francés y el Premio Philip Leverhulme de Economía sostiene que: "La forma en que oponemos la economía y la salud es problemática. No controlar la epidemia es exponerse a un monstruoso costo humano, por lo que no hay compensación. No tenemos más remedio que contener la epidemia. Pero el enfoque en el costo económico es reductor. Tenemos que hablar de un costo social.

Las medidas que se toman ahora nos afectan mucho más allá de lo que comúnmente se llama economía: apuntan a nuestra capacidad para movernos, ver a nuestros seres queridos, utilizar servicios públicos como la educación. Son dimensiones que tienen un valor inmenso pero que no se miden en el PIB. No tenemos una manera fácil de cuantificar estos costos, por lo que queremos olvidarnos de ellos. Pero nos damos cuenta de que son ellos quienes determinan la aceptación social de las medidas".

El Profesor Landais agrega: "Lo que me ha fascinado desde el inicio de esta epidemia es la tremenda responsabilidad colectiva mostrada por la población. La gente es relativamente altruista y está dispuesta a aceptar medidas duras para ayudar a frenar la epidemia. Por tanto, debemos involucrar a los ciudadanos mucho más estrechamente en las decisiones. El Jefe de Estado no puede decidir estos arbitrajes solo. Este es un problema colectivo al que nos enfrentamos con el tiempo. No podemos, cada seis meses, que se tomen medidas tan extremas en una opacidad democrática tan grande. Necesitamos la consulta ciudadana, de lo contrario las condiciones para la aceptabilidad de tales medidas se verán socavadas".

En las últimas dos semanas se ha iluminado una luz al final del túnel: la tecnología del ARN mensajero parece surgir como una respuesta efectiva contra el ARN viral. Se reafirma el concepto bioquímico: este es un mundo con un escenario de salud pública dominado por el ARN. ¿Qué podemos hacer los panameños frente a la re-aceleración de la pandemia sobre todo ahora que se aproximan las fiestas del Día de la Madre, de Navidad y de finales del Año?

RECOMENDACIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA A LOS PANAMEÑOS:

1.- Preparen y sigan un plan personal y familiar de bioseguridad. Fuera de su núcleo familiar usen sus mascarillas, el protector facial, practiquen el lavado frecuente de las manos y utilicen el gel alcoholado.
2.- No invite familiares o amigos a su residencia si no forman parte de su núcleo familiar. No celebre reuniones ni fiestas en sus casas.
3.- Prepárese para celebrar las fiestas del día de la madre y del final del año con las personas que viven con Usted en su núcleo familiar. Haga una celebración virtual con los otros familiares que tienen sus propios hogares. Recuerde: mejor que este año celebremos de manera virtual para poder el próximo año celebrar de manera presencial. Es mejor pasar las fiestas en el núcleo familiar íntimo a tener que estar en un hospital aislado para esta época del año tan significativa.

La fatiga pandémica no es motivo para bajar la guardia. La forma más segura de celebrar este año sigue siendo juntos, pero "*de corazón a corazón, no cara a cara*".
Con los casos de COVID-19 alcanzando un máximo histórico, la decisión de no reunirse en persona puede ser la decisión más cariñosa que una familia puede tomar en esta temporada navideña. Este es especialmente el caso si sus miembros incluyen personas en categorías de mayor riesgo, como adultos mayores y personas con diabetes o cáncer, por nombrar solo algunos.

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dado en la ciudad de Panamá a los diecisiete días del mes de noviembre de dos mil veinte.

UNIVERSITY OF MIAMI

INSTITUTE for ADVANCED STUDY of the AMERICAS

COVID-19 Observatory

Observatory for the Containment of COVID-19 in the Americas

El Observatorio COVID-19 de la Universidad de Miami recopila, analiza y comparte datos de políticas nacionales y subnacionales sobre la pandemia de COVID-19 en América Latina.

Fecha: jueves 17 de diciembre de 6:30 a 7:30 pm.

Enlace Stream de YouTube:

YouTube

https://youtu.be/d0PxRnuyOjA

Join Zoom Meeting:

https://zoom.us/j/95635004478?pwd=cHhXYmFRSUxQOTFpc3gwb1lSU3NHZz09

Meeting ID: 956 3500 4478

Passcode: 861233

zoom

Dr. Julio Frenk: es el Presidente de la Universidad de Miami. Es Profesor de Ciencias de la Salud Pública en la Escuela de Medicina Leonard M. Miller y Profesor de Gestión y Política del Sector de Salud en la Escuela de Administración de Empresas. Fue el Decano de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard y el Profesor de Salud Pública y Desarrollo Internacional. Ex Ministro de Salud de México de 2000 a 2006

Dr. Felicia Knaul: Doctora en Economía por la Universidad Harvard. Es directora del El Instituto de los Estudios Avanzados de las Américas y profesora de la Facultad de Medicina Leonard M. Miller, en la Universidad de Miami. Es también profesora investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública y, economista principal y directora del programa Universalidad y Competitividad en Salud en la Fundación Mexicana para la Salud. De 2009 a 2015 fue profesora asociada de la Facultad de Medicina de Harvard y directora de la Iniciativa Harvard de Equidad Global.

COMUNICADO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ - ENERO 2021

Desde hace dos meses nuestro país vive la segunda fase de re aceleración de la pandemia producida por el SARS-COV-2, la que ha llevado a que nos coloquemos como el primer país de las Américas con el número de casos y de fallecimientos nuevos diarios por millón de habitantes. La Facultad de Medicina señaló el inicio de esta nueva fase de re aceleración de la pandemia en un comunicado público del 17 de noviembre 2020 titulado: "ANTE LA RE ACELERACIÓN DE LA PANDEMIA VIRAL, LA RESPUESTA INDIVIDUAL Y FAMILIAR".

A finales de diciembre 2020 nuestro país finalmente adoptó medidas para mitigar esta re aceleración de la pandemia viral. La pregunta más crítica que podemos formular es ¿qué procede hacer a partir del 14 de enero 2021? Siendo claro que es necesario desarrollar una visión integral de la gestión de la pandemia que permita la reducción de los casos de infección por el coronavirus (SARS-COV-2), comprendiendo que las vacunas ayudarán a controlar el virus, pero no hasta finales de 2021 y que nuevos períodos de crecimiento de la transmisión viral producirán más daños a la salud, la sociedad, al empleo y a las empresas.

Lograr y mantener un número reducido de casos debería ser nuestro primer objetivo. El bajo número de casos salva vidas y menos personas morirán o sufrirán los efectos a largo plazo del COVID-19. Además, los recursos médicos no se desviarán de otros pacientes que los necesiten. En segundo lugar, el bajo número de casos salva puestos de trabajo y empresas. El impacto económico de COVID-19 es impulsado por la circulación viral dentro de la población y las economías pueden recuperarse rápidamente una vez que el virus se reduzca o elimine en gran medida. China y Australia han demostrado que esto es posible.

En tercer lugar, el control de la propagación es más eficaz con números de casos bajos. Aligerar las restricciones y aceptar números de casos más altos es una estrategia miope que conducirá a otra re aceleración y por lo tanto, a mayores costos para la sociedad en su conjunto. Las capacidades de prueba y de trazabilidad son limitadas: solo con números de casos suficientemente bajos puede la estrategia de prueba-trazabilidad-aislamiento-soporte, de manera rápida y eficiente, ayudar a mitigar la propagación.

En cuarto lugar, la trazabilidad de contactos y la cuarentena no son factibles con una alta prevalencia de infección. En quinto lugar, apuntar a la inmunidad de la población adquirida naturalmente no es una opción. La pesada carga en términos de morbilidad y mortalidad, reflejada también en el actual exceso de mortalidad y la duración incierta de la inmunidad deberían desalentar fuertemente este enfoque. En sexto lugar, la planificación es posible. Cuando el número de casos es bajo, no hay necesidad de cambios rápidos de política. Esto reduce el daño económico y la incertidumbre y la tensión sobre la salud mental.

Los expertos coinciden en apuntar a un objetivo de no más de diez nuevos casos de COVID-19 por millón de personas por día. Según el análisis de la semana del 3 al 9 de enero de 2021, realizado por el Dr. Derek Liao, la República de Panamá presenta actualmente, 850 casos por millón de personas por día. Es decir, Panamá está muy lejos de alcanzar la meta de no más de 10 casos por millón de personas por día.

Cuando el número de casos sea bajo, será posible flexibilizar las restricciones, pero se debe monitorizar cuidadosamente. Mientras tanto hay que continuar y mejorar las medidas de mitigación específicas, como el uso de mascarillas, higiene, reducción moderada del contacto, pruebas y trazabilidad de contactos. Incluso si el número de casos es bajo, debe establecerse una estrategia para las pruebas de vigilancia (al menos 300 pruebas por millón de personas por día) para que se pueda detectar un aumento en el número de casos a tiempo (actualmente en nuestro país se realizan más de 3000 pruebas por millón de personas por día).

Es fundamental comunicar claramente el objetivo y la ventaja de un número reducido de casos para fomentar la cooperación pública. El éxito de estas medidas depende fundamentalmente de la cooperación y la participación del público. Defender los beneficios económicos y sociales de reducir el número de casos, si se comunica claramente, fomentará en gran medida la cooperación pública. Así controlar COVID-19 será más fácil. En un futuro cercano, una mayor inmunización, más pruebas y una mejor comprensión de las estrategias de mitigación facilitarán aún más el control de COVID-19.

En conclusión, qué hacer el 14 de enero próximo: Es evidente que seguimos teniendo un grado de transmisión viral sumamente elevado y que tenemos que continuar las medidas de mitigación, tratando de reducir el impacto social y económico amplio de estos enfoques intensivos de mitigación o supresión. Comprendemos el desafío de las iniciativas de supresión intensiva, en países como el nuestro donde existe un alto grado de trabajo informal que hace que tales intervenciones sean desafiantes y pueden limitar la reducción del nivel de infección. Panamá es también un país donde la capacidad de proporcionar apoyo para garantizar los medios de vida de los pobres y los más vulnerables es marginal. Sabemos que las decisiones que enfrentará el Ministerio de Salud en los próximos días son difíciles, considerando la continua incertidumbre sobre las estrategias más apropiadas y efectivas de enfrentar la pandemia. Sin embargo, insistimos en que la prioridad debe ser disminuir la transmisión viral. Hoy repetimos la posición que asumimos antes de la primera y la segunda reapertura de las actividades comerciales: abrir actividades comerciales sin un control real de la transmisión viral es exponerse a un tsunami de infecciones y de fallecimientos por la COVID-19. Sin embargo, reconocemos honestamente, que la respuesta a la pregunta que hacer el próximo 14 de enero no es propiedad de los académicos, ni de los gobernantes, ni de los empresarios si no de la población panameña en su conjunto.

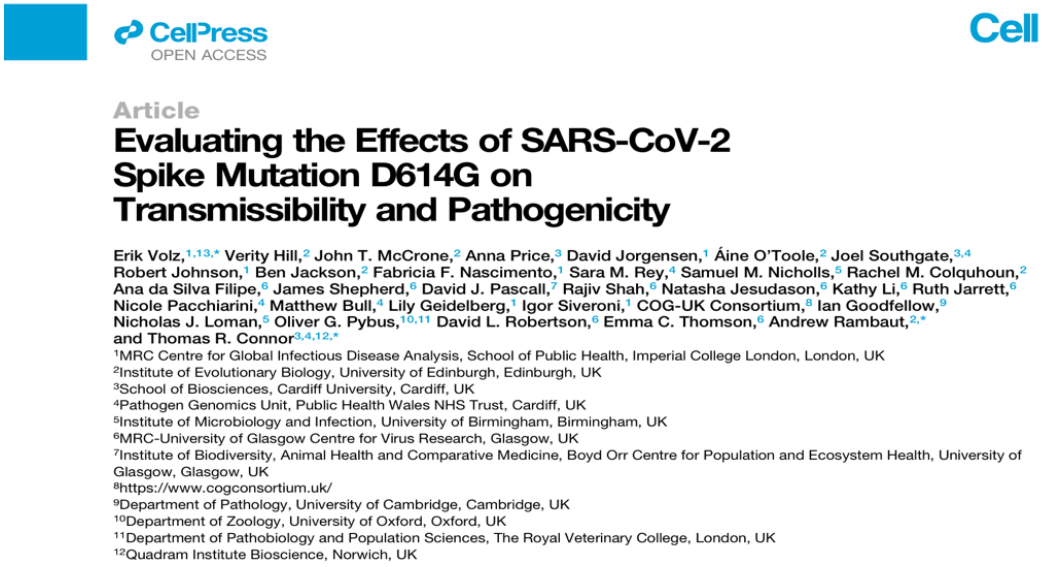
Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dado en la ciudad de Panamá a los once días del mes de enero de dos mil veintiuno.

COMUNICADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ:

SIGNIFICADO DE LA VARIANTE D614G EN LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA PRODUCIDA POR EL SARS-COV-2. LA PERSPECTIVA BRITÁNICA. 18-1-2021.

La Revista científica Cell publicó un estudio científico británico sobre la variante D614G del SARS-CoV-2.



CellPress
OPEN ACCESS

Cell

Article

Evaluating the Effects of SARS-CoV-2 Spike Mutation D614G on Transmissibility and Pathogenicity

Erik Volz,[1,13,*] Verity Hill,[2] John T. McCrone,[2] Anna Price,[3] David Jorgensen,[1] Áine O'Toole,[2] Joel Southgate,[3,4] Robert Johnson,[1] Ben Jackson,[2] Fabricia F. Nascimento,[1] Sara M. Rey,[4] Samuel M. Nicholls,[5] Rachel M. Colquhoun,[2] Ana da Silva Filipe,[6] James Shepherd,[6] David J. Pascall,[7] Rajiv Shah,[6] Natasha Jesudason,[6] Kathy Li,[6] Ruth Jarrett,[6] Nicole Pacchiarini,[4] Matthew Bull,[4] Lily Geidelberg,[1] Igor Siveroni,[1] COG-UK Consortium,[8] Ian Goodfellow,[9] Nicholas J. Loman,[5] Oliver G. Pybus,[10,11] David L. Robertson,[6] Emma C. Thomson,[6] Andrew Rambaut,[2,*] and Thomas R. Connor[3,4,12,*]

[1]MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, School of Public Health, Imperial College London, London, UK
[2]Institute of Evolutionary Biology, University of Edinburgh, Edinburgh, UK
[3]School of Biosciences, Cardiff University, Cardiff, UK
[4]Pathogen Genomics Unit, Public Health Wales NHS Trust, Cardiff, UK
[5]Institute of Microbiology and Infection, University of Birmingham, Birmingham, UK
[6]MRC-University of Glasgow Centre for Virus Research, Glasgow, UK
[7]Institute of Biodiversity, Animal Health and Comparative Medicine, Boyd Orr Centre for Population and Ecosystem Health, University of Glasgow, Glasgow, UK
[8]https://www.cogconsortium.uk/
[9]Department of Pathology, University of Cambridge, Cambridge, UK
[10]Department of Zoology, University of Oxford, Oxford, UK
[11]Department of Pathobiology and Population Sciences, The Royal Veterinary College, London, UK
[12]Quadram Institute Bioscience, Norwich, UK

En el artículo publicado el 18 de noviembre se sostiene que "Un enfoque principal de la investigación actual sobre la genética del SARS-CoV-2 es si alguna de estas mutaciones tiene el potencial de alterar significativamente propiedades virales importantes, como el modo o la velocidad de transmisión, o la capacidad de causar enfermedades. La teoría evolutiva predice que la mayoría de las mutaciones virales nuevas son perjudiciales y de corta duración, mientras que las mutaciones que persisten y crecen en la frecuencia observada pueden ser selectivamente neutrales o ventajosas para la aptitud viral.

La discriminación entre la neutralidad y la selección positiva es un desafío, particularmente para un virus emergente como el SARS-CoV-2. Por ejemplo, la observación de que una nueva mutación está aumentando en prevalencia o rango geográfico es, por sí sola, insuficiente para demostrar su ventaja selectiva para el virus porque tales aumentos pueden ser generados por procesos epidemiológicos neutrales como cuellos de botella genéticos después de eventos fundadores y expansiones de rango".

También en el artículo se explica: "Actualmente no existe un consenso científico sobre el efecto de la mutación D614G en la infectividad y transmisibilidad del SARS-CoV-2, y existe cierto escepticismo de que pueda producir un efecto significativo a nivel poblacional dado que el SARS-CoV-2 ya es altamente transmisible y de propagación rápida (van Dorp et al., 2020; Grubaugh et al., 2020).

El efecto del reemplazo de D614G se ha caracterizado in vitro con pseudotipo de virus e in vivo en modelos animales, pero esto puede no recapitular con precisión el efecto de las variantes sobre la *transmisibilidad del virus dentro de la población humana. Por lo tanto, la evidencia experimental debe complementarse con estudios de población a gran escala que puedan detectar cambios significativos en la transmisión de persona a persona. El pequeño tamaño de los conjuntos de datos genómicos del SARS-CoV-2 de muchos países impide un análisis sólido a escala nacional.

El conjunto de datos de secuencias de SARS-CoV-2 global sustancialmente más grande también es problemático debido a los metadatos de secuencia limitados y los enfoques de muestreo variable entre los países. Para determinar estadísticamente si existe una diferencia significativa en la transmisión entre las variantes 614D y 614G, lo ideal es observar introducciones independientes repetidas de cada variante en la misma población y seguir las trayectorias de los brotes que causan".

<u>En la Discusión del artículo los científicos británicos dicen:</u>
"La propagación de una mutación viral se rige por procesos demográficos como el crecimiento de la población, la expansión del rango, los efectos del fundador y la deriva genética aleatoria, así como por la selección positiva potencial si la mutación confiere una transmisibilidad mejorada. Usamos datos a nivel de población para evaluar epidemiológicamente la aptitud de transmisión del pico 614G mediante el uso de un conjunto de datos muy grande de muestras de pacientes y una variedad de enfoques de inferencia. No todos los métodos muestran una señal concluyente de un mayor crecimiento de la variante 614G. Dados los muchos factores que contribuyen a la dinámica de transmisión, no es sorprendente que los valores a nivel de población que hemos estimado sean mucho menores que el aumento proporcional de la infectividad celular medida in vitro (Korber et al., 2020; Yurkovetskiy et al., 2020).

Estimar la aptitud epidemiológica de variantes genéticas individuales durante una pandemia emergente presenta múltiples desafíos. El origen reciente del SARS-CoV-2 combinado con una tasa de evolución relativamente baja significa que la diversidad genética viral global es baja y muchos métodos para identificar la selección positiva tendrán baja sensibilidad. La evidencia de selección positiva en la posición de pico 614 y otros sitios ha sido sugerida por modelos estadísticos basados en la razón de tasas de sustituciones no sinónimas a sinónimos (Pond, 2020). Sin embargo, la detección de la selección positiva mediante tales métodos no implica necesariamente que la mutación mejore la transmisibilidad, y los efectos de las mutaciones individuales sobre la transmisibilidad serán generalmente bajos (MacLean et al., 2020).

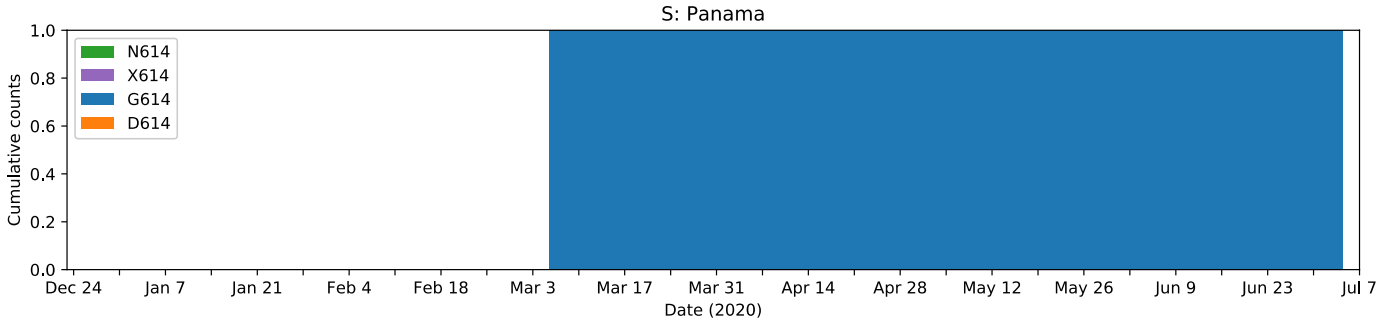
Nuestro análisis enfatiza que, si bien los experimentos de laboratorio pueden identificar cambios en la biología del virus, su extrapolación para identificar los efectos sobre la transmisión a nivel de población requiere precaución. En el caso de D614G, un gran aumento en la infectividad celular da como resultado una señal débil a nivel de población que, no obstante, produce un efecto discernible sobre la transmisibilidad. Aunque creemos que es probable que exista un efecto sobre la transmisibilidad del SARS-CoV-2 causado por D614G, es importante señalar que la estimación del tamaño absoluto de este efecto es incierta y mucho más difícil de predecir".

Los científicos británicos explican su nivel de preparación para hacer estos estudios: "En el Reino Unido, el rápido establecimiento de una colaboración de secuenciación nacional al comienzo de la epidemia, el consorcio COVID-19 Genomics UK (COG-UK) (COG-UK, 2020), ha dado lugar a la generación de> 40.000 secuencias de SARS-CoV-2 del país en <6 meses (aproximadamente la mitad de todos los genomas secuenciados a nivel mundial al 7 de julio).

COG-UK ha facilitado el uso de muestreos robustos y sistemáticos y enfoques bioinformáticos y de laboratorios compartidos y la recopilación de metadatos centrales consistentes, lo que ha dado como resultado un gran conjunto de datos de alta resolución capaz de examinar cambios en la biología del virus en el Reino Unido. Fundamentalmente para este estudio, y a diferencia de las epidemias que siguieron a los primeros brotes en Europa, la epidemia del Reino Unido es el resultado de la introducción repetida de SARS-CoV-2 desde numerosos lugares del mundo, incluido un número sustancial de subárboles (grupos) filogenéticos que llevan ya sea 614D y 614G.

Aquí, utilizamos el conjunto de datos de COG-UK para examinar la evidencia de una mayor transmisibilidad del SARS-CoV-2 debido a cambios genéticos en su proteína Spike. También investigamos la influencia del pico 614D versus G en la patogenicidad al hacer coincidir los datos de la secuencia con el resultado clínico".

Un científico panameño, el Dr. José Loaiza, Investigador de Indicasat, mediante una Comunicación personal, nos escribe: **En Panamá se detectó la variante D614G al inicio de la pandemia, de hecho el primer genoma secuenciado en Panamá era un representante que contenía las mutaciones de esta variante (Figure 1), indicando que el país no fue colonizado inicialmente por la variante original de Wuhan, China. Por lo tanto, es normal que la variante D614G tenga una proporción elevada en la población panameña, ya que ha tenido más de 9 meses para propagarse a nivel nacional.**



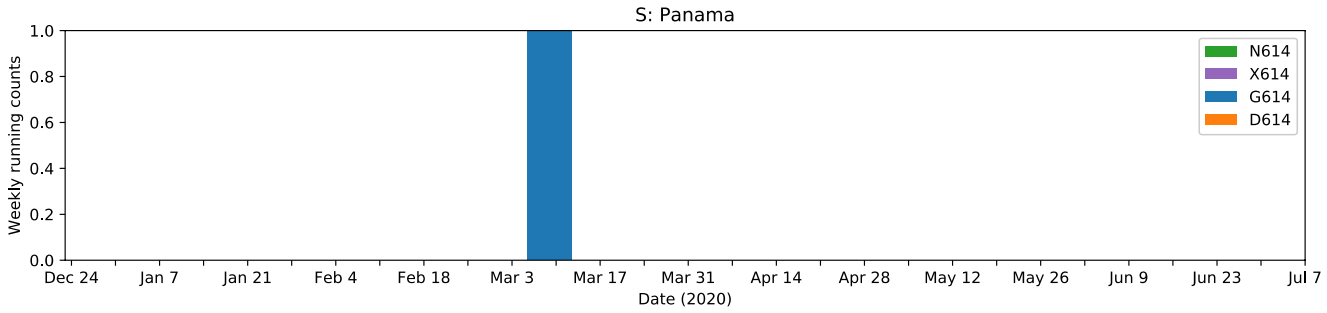


Figura 1. Muestra la presencia de la mutación G614 en el primer genoma de SARS-CoV-2 secuenciado en Panamá, en Marzo de 2020. En la variante original de Wuhan, la posición 614 presenta el aminoácido ácido aspártico que es connotado con el símbolo químico "D", mientras que en la forma mutante (Llamada nueva Cepa), la posición 614 presenta el aminoácido glicina que es connotado con el símbolo químico "G". Datos extraídos de https://www.lanl.gov/updates/covid-19-science.php.

El Dr. Loaiza en su comunicación personal concluye:

Puntos relevantes

1. *El mecanismos de contagio entre personas infectadas y sanas es aleatorio e independiente de posibles diferencias en la capacidad de infectividad y replicación celular que puedan existir entre distintas variantes del virus.*
2. *El aumento en la frecuencia de ocurrencia de la variante D614G en la población panameña se debe principalmente al prolongado período de propagación que ha tenido desde su ingreso al país, a inicios de la pandemia.*

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dado en la ciudad de Panamá a los dieciocho días del mes de agosto de dos mil veinte.

[*] *Volz et al., 2021. Cell 184, 64-75. January 7, 2021 a 2020 The Author(s). Published by Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.11.020.*

UN LLAMADO A LA SOLIDARIDAD NACIONAL CON LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL Y LA FACULTAD DE MEDICINA.

Con motivo de la Celebración del Centenario de la República en el 2003 escribí varios artículos publicados posteriormente en el 2005 en un libro cuyo editor fue el Dr. Carlos Mendoza.

En el artículo: **Entrecruce de la Universidad y la CSS expresé:**
"A menos de cincuenta años del surgimiento de la República, el 5 de noviembre de 1949, en la ciudad de Panamá, el doctor Octavio Méndez Pereira, en su carácter de Rector de la Universidad de Panamá y debidamente autorizado por la Junta de Síndicos y el Consejo General Universitario, y el señor Adolfo Quelquejeu, gerente y representante legal de la Caja de Seguro Social, debidamente autorizado por su Junta Directiva, firmaron un contrato que era expresión de la visión de patria surgida en noviembre de 1903. Se trataba de un acuerdo de dos instituciones republicanas, la una comprometida con la educación y la otra con la salud de los istmeños. Es difícil no sentir una emoción profunda al reconocer que en 1949, dos años antes de la inauguración de la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá, estos dos panameños ilustres establecieron las columnas sobre las que se levantaría la educación médica de pre-grado y el alma mater de la mayoría de los médicos de la República. "En mi artículo destaqué "la visión y los sueños del Rector Octavio Méndez Pereira y de Alejandro Quelquejeu, que en 1949 habían comprendido la importancia del entrecruzamiento histórico de las dos instituciones en el trayecto nacional de dar a los panameños educación y salud."

En el artículo de hace 15 años concluía: "En este despertar de un nuevo siglo y de un nuevo milenio, la Universidad de Panamá y la CSS hacen frente a serios desafíos y amenazas. Ambas instituciones nacionales parecen sacudidas por los vientos huracanados de la transición de un siglo a otro." Y advertía contra las fuerzas que querían producir la imposición del eclipse de la visión y los sueños del Rector Octavio Méndez Pereira y de Alejandro Quelquejeu.

Actualmente no hay motivo de celebración en el escenario de la salud pública nacional. En ocho años el país no ha sido capaz de iniciar la construcción de la nueva Facultad de Medicina, lo que expresa un desconocimiento absoluto de un informe de la Organización Mundial de la Salud que dice que hay una crisis de los profesionales de la salud con el potencial para agravarse en los próximos años y que La correlación entre la disponibilidad de médicos y la cobertura de las acciones en salud sugiere que la salud del público sufre cuando hay una escasez de trabajadores de la salud.

Para enfrentar los problemas de salud globales, el objetivo del país es sencillo: tener los médicos adecuados con las competencias necesarias en el lugar adecuado haciendo el trabajo necesario.

La Caja del Seguro Social, la institución de seguridad social más noble y generosa del hemisferio está bajo permanente fuego cruzado. Mientras que en países industrializados muchos ciudadanos no tienen cobertura de salud, en Panamá los cotizantes tienen cuidados de salud para ellos, sus conyugues, sus padres e hijos.

Hay que hacer un llamado patriótico a la solidaridad nacional con la Caja del Seguro Social y la Facultad de Medicina. Tenemos que preservar las dos instituciones construidas en la primera mitad del siglo 20 que ocupan un lugar especial en el corazón de los panameños porque responden a sus legítimas aspiraciones a salud y educación.

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dado en la ciudad de Panamá a los dieciocho días del mes de enero de dos mil veintiuno.

JUNTA DE FACULTAD EXTRAORDINARIA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMA

COMUNICADO

En Junta de Facultad Extraordinaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá se analizó con gran preocupación la intención de la Asamblea Nacional de Diputados de modificar la Ley 43 de 21 de julio de 2004 modificada por la ley 32 del 3 de junio del 2008, que establece el Régimen de Certificación y Recertificación de los profesionales, especialistas y técnicos de las disciplinas de Salud en Panamá. La aplicación de la ley le asegura a la población panameña una atención por profesionales con competencias y habilidades necesarias para el ejercicio en el campo de la Medicina.

El proceso de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos de las disciplinas de la salud, tiene como propósito principal asegurar a la sociedad, que los que ingresan al sector salud han logrado adquirir las competencias básicas que se requieren para la atención segura de los pacientes. Esta certificación se obtiene a través de la aprobación de un examen que mide las competencias del egresado y le permite entrar al sistema de salud en base a méritos académicos.

La explosión exponencial del conocimiento, la tecnología sanitaria, la complejidad de la Medicina del siglo XXI y el incremento de las Universidades que imparten carreras en el área de la salud hace necesario que exista un mecanismo que regule y evalúe las competencias obtenidas por los egresados, con títulos obtenidos a nivel Nacional o Internacional. Objetivo que ha sido logrado desde la implementación de la Ley.

Por todos los beneficios que conlleva la ley de Certificación, la Junta de Facultad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, rechaza rotundamente el anteproyecto de ley 243 del proyecto de ley 525 que modifica la Ley 32 del 3 de junio del 2008, ya que esto representa un retroceso de los principios fundamentales de la certificación.

En su lugar instamos a trabajar en proyectos de ley que beneficien el mejoramiento del sistema sanitario de nuestro país y la formación integral de los Profesionales, Especialistas y Técnicos en salud para elevar los indicadores de atención y el reconocimiento nacional e internacional.

“Ningún otro interés debe desviar el camino hacia un Sistema de Cuidados de Salud seguro en la cual, la Certificación es un hito fundamental”.

FDA NEWS RELEASE

Declaración de la FDA sobre el seguimiento de los programas de dosificación autorizados para las vacunas para el COVID-19

La siguiente declaración se atribuye al comisionado de la FDA, el Dr. Stephen M. Hahn, M.D. y al Dr. Peter Marks, M.D., PhD., director del Centro de Evaluación e Investigación Biológica de la FDA

For Immediate Release: January 04, 2021

English

Dos diferentes vacunas de ARNm han mostrado una notable eficacia de alrededor del 95% en la prevención de la infección del COVID-19 en adultos. A medida que la primera ronda de receptores de las vacunas es elegible para recibir su segunda dosis, queremos recordar al público la importancia de recibir las vacunas para el COVID-19 de acuerdo a como han sido autorizadas por la FDA para recibir con seguridad el nivel de protección observado en los extensos ensayos aleatorios que respaldan su eficacia.

Hemos estado siguiendo las discusiones y los reportes de noticias sobre la reducción del número de dosis, la extensión del tiempo entre las dosis, el cambio de la dosis (media dosis), o la combinación de vacunas para inmunizar a más personas contra el COVID-19. Todas estas son preguntas razonables que deben considerarse y evaluarse en los ensayos clínicos. Sin embargo, en este momento, sugerir cambios en la dosis o en los programas autorizados por la FDA de estas vacunas es prematuro y no se basa sólidamente en las pruebas disponibles. Sin datos apropiados que apoyen tales cambios en la administración de las vacunas, corremos un riesgo significativo de poner en peligro la salud pública y socavar los históricos esfuerzos de vacunación para proteger a la población del COVID-19.

Los datos disponibles siguen respaldando el uso de dos dosis específicas de cada vacuna autorizada a intervalos determinados. Para la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-BioNTech, el intervalo es de 21 días entre la primera y la segunda dosis. Y para la vacuna de Moderna contra el COVID-19, el intervalo es de 28 días entre la primera y la segunda dosis.

Lo que hemos visto es que los datos en las presentaciones de las empresas sobre la primera dosis son comúnmente malinterpretados. En los ensayos de la fase 3, el 98% de los participantes en el ensayo de Pfizer-BioNTech y el 92% de los participantes en el ensayo de Moderna recibieron dos dosis de la vacuna con un intervalo de tres o cuatro semanas, respectivamente. Los participantes que no recibieron dos dosis de la vacuna en un intervalo de tres o cuatro semanas fueron generalmente seguidos sólo por un corto período de tiempo, por lo que no podemos concluir nada definitivo sobre la profundidad o la duración de la protección después de una sola dosis de la vacuna a partir de los porcentajes de dosis únicas reportados por las empresas.

El uso de un régimen de dosis única y/o la administración de una dosis inferior a la estudiada en los ensayos clínicos sin comprender la naturaleza de la profundidad y la duración de la protección que proporciona es preocupante, ya que hay algunos indicios de que la profundidad de la respuesta inmunológica está asociada con la duración de la protección proporcionada. Si las personas no saben realmente qué tan protectora es una vacuna, existe el potencial de daño porque pueden suponer que están totalmente protegidos cuando no lo están y, por consiguiente, alterar su comportamiento para correr riesgos innecesarios.

Sabemos que algunas de estas discusiones sobre el cambio de la dosis o del programa de dosificación se basan en la creencia de que el cambio de la dosis o del programa de dosificación puede ayudar a que el público reciba más rápidamente la vacuna. Sin embargo, hacer cambios que no están respaldados por pruebas científicas adecuadas puede ser, en última instancia, contraproducente para la salud pública.

Nos hemos comprometido repetidamente a tomar decisiones basadas en los datos y la ciencia. Hasta que los fabricantes de vacunas tengan datos y ciencia que apoyen un cambio, continuamos recomendando fuertemente que los proveedores de salud sigan el programa de dosificación autorizado por la FDA para cada vacuna contra el COVID-19.

La FDA, una agencia que es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, protege la salud pública al asegurar la seguridad, eficacia y protección de los medicamentos humanos y veterinarios, vacunas y otros productos biológicos para el uso humano, y los dispositivos médicos. La agencia también es responsable de la seguridad del suministro de alimentos, cosméticos, suplementos alimenticios, y de los productos que emiten radiación electrónica, y de regular los productos de tabaco.

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Endocrinólogo y Bioquímico

Dado en la ciudad de Panamá a los veintisiete días del mes de enero de dos mil veintiuno.

DEL DESPACHO DEL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ. 28-1-2021.

La vacuna contra el coronavirus de Pfizer está mostrando una efectividad del 92 por ciento en Israel, según la primera gran investigación controlada del mundo sobre cómo funciona fuera de las pruebas clínicas. Solo 31 de los 163,000 israelíes vacunados por Maccabi Healthcare Services contrajeron coronavirus en sus primeros 10 días de protección completa, dijo su principal analista de estadísticas de vacunas, Anat Ekka Zohar, a The Times of Israel hoy jueves.

THE TIMES OF ISRAEL

JANUARY 28, 2021
CURRENT TOP STORIES

Vaccine found 92% effective in Israel, in first controlled result outside trials

By NATHAN JEFFAY

Only 31 out of 163,000 fully vaccinated Maccabi members caught virus, indicating Pfizer shots living up to expectations; expert: Results 'well within expected standard deviation'

En una muestra equivalente de israelíes no vacunados, se diagnosticaron 6.437 en el mismo período de tiempo. "Estas son muy, muy buenas noticias", dijo Ekka Zohar. "Es el primer estudio en el mundo que analiza un número tan grande de pacientes completamente vacunados". Pfizer logró una eficacia del 95% en ensayos clínicos y los médicos de todo el mundo están mirando a Israel con gran expectación para ver si la vacuna se acerca a esa cifra en el uso en el mundo real.

"Esto es muy emocionante", dijo Ekka Zohar. "Es un nivel muy alto de eficiencia y estamos viendo un porcentaje muy bajo de coronavirus entre los pacientes que han recibido ambas dosis".

Se cree que la protección total comienza una semana después de recibir la segunda dosis, por lo que los datos de Maccabi cubren a todos sus miembros que están entre siete y 16 días después de recibirla.

Only 31 out of 163,000 fully vaccinated Maccabi members caught virus, indicating Pfizer shots living up to expectations; expert: Results 'well within expected standard deviation'

By **NATHAN JEFFAY**
Today, 1:56 pm | 11

2,528 shares

A medical worker prepares a COVID-19 vaccine in Kiryat Ye'arim, on January 25, 2021. (Yonatan Sindel/Flash90)

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Endocrinólogo y Bioquímico

Dado en la ciudad de Panamá a los veintiocho días del mes de enero de dos mil veintiuno.

LAS RESPUESTAS A LA PRENSA 1-2-2021.

Respuestas:

Tal como Usted afirma hay un debate científico sobre el intervalo entre las dosis de la vacuna aprobada y administrada recientemente en Panamá. Puede observar el título de una noticia publicada en el British Medical Journal (BMJ) el 25 de este mes:

NEWS

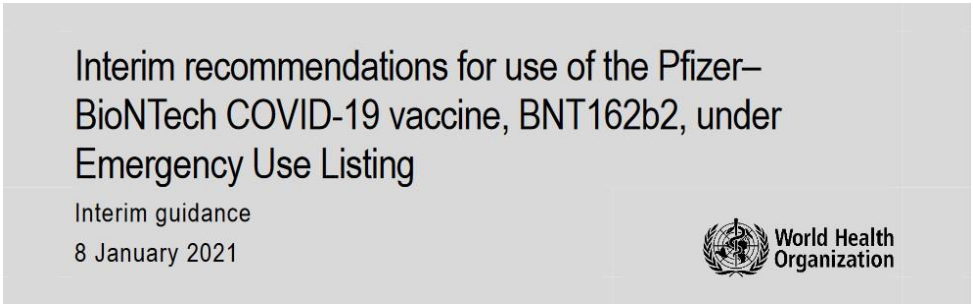
Check for updates

The BMJ
Cite this as: BMJ 2021;372:n226
http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n226
Published: 25 January 2021

Covid-19: Medical community split over vaccine interval policy as WHO recommends six weeks

Elisabeth Mahase

La OMS ha reconocido que algunos países se enfrentan a "circunstancias excepcionales" y pueden querer retrasar las segundas dosis para "permitir una cobertura inicial más alta". Pero dijo que no hay datos sobre la eficacia más allá de los 42 días, ya que los participantes del ensayo recibieron dos dosis con un intervalo entre las dosis en el ensayo con una duración de 19 a 42 días. "Los países que experimentan circunstancias epidemiológicas excepcionales pueden considerar retrasar por un período corto la administración de la segunda dosis como un enfoque pragmático para maximizar el número de personas que se benefician de una primera dosis mientras el suministro de vacunas sigue aumentando. La recomendación de la OMS en la actualidad es que el intervalo entre dosis puede extenderse hasta 42 días, sobre la base de los datos de ensayos clínicos disponibles actualmente ", dijo la OMS.



Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under Emergency Use Listing

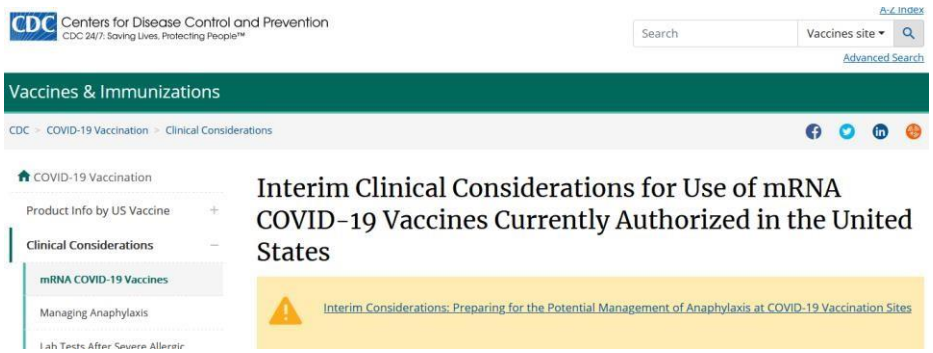
Interim guidance

8 January 2021

World Health Organization

Sin embargo, la OMS también señala: "Los países deben asegurarse de que dichos ajustes del programa a los intervalos de dosis no afecten la probabilidad de recibir la segunda dosis."

En lo que concierne a las recomendaciones publicadas por el CDC:



El CDC dice textualmente: "Los CDC continúan recomendando que las personas reciban su segunda dosis de la vacuna COVID-19 lo más cerca posible del intervalo recomendado (3 semanas para Pfizer-BioNTech y un mes para Moderna). La guía actualizada de los CDC se revisó para permitir la administración de una segunda dosis hasta 6 semanas (42 días) después de la primera si no es factible cumplir con el intervalo recomendado. Los CDC no abogan por que las personas retrasen la obtención de su segunda dosis, pero los datos de los ensayos clínicos respaldan este rango".

Por otro la FDA en una declaración del 4 de enero 2021 dice:

"Hemos estado siguiendo las discusiones y los reportes de noticias sobre la reducción del número de dosis, la extensión del tiempo entre las dosis, el cambio de la dosis (media dosis), o la combinación de vacunas para inmunizar a más personas contra el COVID-19. Todas estas son preguntas razonables que deben considerarse y evaluarse en los ensayos clínicos. Sin embargo, en este momento, sugerir cambios en la dosis o en los programas autorizados por la FDA de estas vacunas es prematuro y no se basa sólidamente en las pruebas disponibles. Sin datos apropiados que apoyen tales cambios en la administración de las vacunas, corremos un riesgo significativo de poner en peligro la salud pública y socavar los históricos esfuerzos de vacunación para proteger a la población del COVID-19.

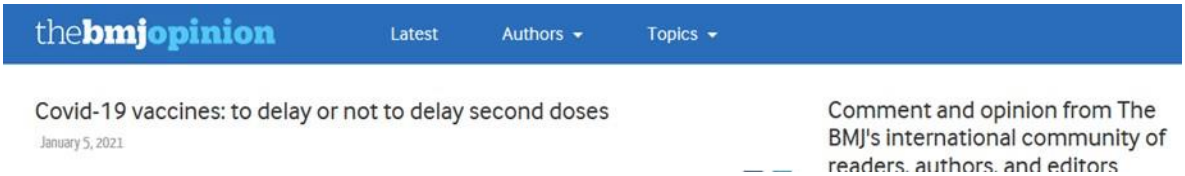
Los datos disponibles siguen respaldando el uso de dos dosis específicas de cada vacuna autorizada a intervalos determinados. Para la vacuna contra el COVID19 de Pfizer-BioNTech, el intervalo es de 21 días entre la primera y la segunda dosis. Y para la vacuna de Moderna contra el COVID-19, el intervalo es de 28 días entre la primera y la segunda dosis".

En conclusión: FDA hace 26 días mantuvo los períodos entre las dosis de 21 días para la vacuna Pfizer-BioNTech. La recomendación de la OMS en la actualidad es que el intervalo entre dosis puede extenderse hasta 42 días, sobre la base de los datos de ensayos clínicos disponibles actualmente". Sin embargo, la OMS también señala: "Los países deben asegurarse de que dichos ajustes del

programa a los intervalos de dosis no afecten la probabilidad de recibir la segunda dosis." Y CDC afirma: "Los CDC continúan recomendando que las personas reciban su segunda dosis de la vacuna COVID-19 lo más cerca posible del intervalo recomendado (3 semanas para Pfizer-BioNTech y un mes para Moderna). Y advierte: Los CDC no abogan por que las personas retrasen la obtención de su segunda dosis, pero los datos de los ensayos clínicos respaldan este rango".

En Panamá tendríamos que pedir el Acta de la reunión de expertos que decidieron recomendar al Ministerio de Salud el cambio de la administración de la vacuna de Pfizer. O se tomó esta decisión después de leer y escuchar las opiniones de médicos por las redes sociales y los canales de TV diciendo que había que "rifárselas". Y tendríamos que preguntar si se siguió la recomendación de OMS de asegurarse de que ese cambio no afectará la probabilidad de recibir la segunda dosis de la vacuna y también si se mantuvo la recomendación del CDC de que las personas reciban su segunda dosis de la vacuna lo más cerca posible del intervalo recomendado.

La discusión científica sobre la decisión de las autoridades británicas:



En contra de la decisión:

La decisión de retrasar la segunda dosis entre 4 y 12 semanas no se basan en los datos de los estudios clínicos, sino en una suposición de lo que habría sucedido si la segunda dosis no se hubiera administrado a los 21 días. Si bien las suposiciones pueden ser útiles para generar una hipótesis, por sí solas no son una razón suficiente para alterar un régimen de dosificación eficaz conocido.

Tampoco hay datos sobre cuánto tiempo una primera dosis única del inmunógeno generado por ARNm (la proteína Spike del virus) induce una respuesta inmunitaria clínicamente eficaz, que comprende células T, células B y sus células de memoria. Un punto crucial es que la vacuna Pfizer usa ARNm. El ARNm no replicante (estructura básica utilizada en las dos vacunas covid-19, Pfizer / BioNTech y Moderna) después de la inyección en el cuerpo se degrada rápidamente por sistemas de enzimas extra e intracelulares (ARNasas). Se han introducido modificaciones para mejorar la administración y supervivencia de las vacunas de ARNm, incluso envolviendo el ARNm en nanopartículas lipídicas (LNP-ARNm). Se desconoce qué tan bien sobrevive el ARNm de LNP después de una primera inyección y si induce respuestas inmunes humanas duraderas. Los modelos animales que utilizan vacunas de ARNm de LNP contra el virus muestran que ~ 28 días después de una primera inyección, los correlatos de la producción

de anticuerpos neutralizantes del virus disminuyen notablemente (lo que sugiere una supervivencia y estimulación limitadas por el ARNm de la vacuna y su inmunógeno Spike codificado).

Sin embargo, la respuesta inmunitaria antiviral específica se incrementó fuertemente con una segunda inyección de vacuna. Esto plantea la preocupación de que extender una segunda inyección más allá de los 28 días podría comprometer la eficacia de la vacuna. Se necesitan con urgencia estudios en humanos, idealmente antes de seguir la estrategia de la segunda dosis diferida. El intervalo de tiempo para un refuerzo de ARNm puede ser muy crítico para obtener la mejor respuesta inmune sostenida. Las vacunas de ARNm nunca se han utilizado en ensayos en humanos en etapa tardía antes de 2020 y los únicos datos que tenemos son de los estudios Pfizer / BioNTech y Moderna (otra vacuna de ARNm). Además, dado que la vacuna Pfizer / BioNTech está programada para ser entregada a entre 3 y 10 millones de adultos vulnerables o trabajadores de atención social y de salud expuestos a altos niveles de riesgo, los JCVI / CMO parecen estar abogando por lo que podría resultar un cambio importante con el consiguiente riesgo clínico (por ejemplo, menor eficacia que la generada por el estudio Pfizer / BioNTech).

Si se implementa la demora en la segunda dosis, se deben realizar ECA rigurosos que comparen el programa de dosificación de 21 días y la segunda posología para garantizar rápidamente una política de vacunación futura basada en la evidencia. La vacuna utilizada en el estudio Oxford / AstraZeneca es un tipo diferente de vacuna (ADN del vector viral) para el que existen datos previos de otras vacunas similares. En estas circunstancias, existe un argumento válido para apoyar el retraso de la segunda dosis de esta vacuna si no hay suficiente suministro de la vacuna y el equilibrio de los riesgos para la salud pública lo justifica.

Finalmente en un escrito:

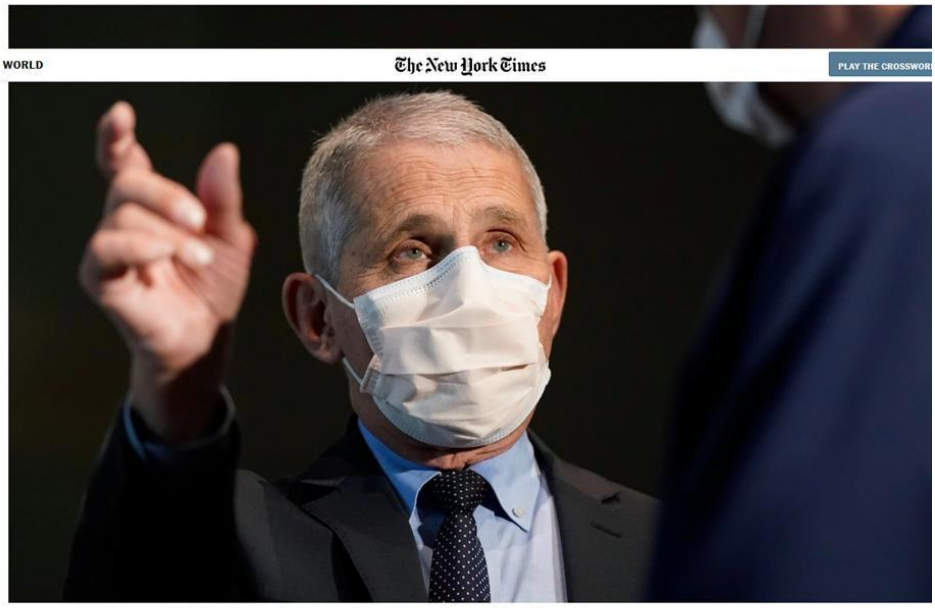
Accepted Manuscript© The Author(s) 2021. Published by Oxford University Press for the Infectious Diseases Society of America. "The case against delaying SARSCoV-2 mRNA vaccine boosting doses. Paul Bieniasz1, 21 Laboratory of RetrovirologyThe Rockefeller University1230 York Avenue New YorkNY1065, se puede leer:

"Aunque existe incertidumbre, los argumentos claves en contra de retrasar la administración de dosis de refuerzo de la vacuna de ARNm son, en última instancia, más poderosos: (1) no hay evidencia de la eficacia de una vacuna de ARNm de dosis única después de 21 o 28 días y hay razones importantes para pensar que la eficacia observada en los primeros puntos de tiempo disminuirá. (2) Los individuos vacunados únicamente con una dosis inicial pueden crear un grupo de millones de huéspedes con inmunidad incompleta que permitan la transmisión progresiva del SARS-CoV-2, lo que impulsa la selección de variantes

cada vez más resistentes a los anticuerpos. En última instancia, no creo que se deban utilizar vacunas altamente eficaces en regímenes alterados y no probados que pueden no ser eficaces y corren el riesgo de acelerar su obsolescencia."

Dr. Fauci advises against the British approach of delaying a second dose of vaccine.

Jan. 1. 2021
By Katherine J. Wu



Dr. Anthony Fauci disagrees with Britain's plan to wait up to 12 weeks to administer the second dose of the vaccine. Pool photo by Patrick Semansky

El Dr. Anthony S. Fauci, el principal experto en enfermedades infecciosas del país, le dijo a CNN que Estados Unidos no seguiría el ejemplo de Gran Bretaña en la administración de las primeras inyecciones de vacunas, retrasando potencialmente la administración de segundas dosis. Gran Bretaña anunció un plan para retrasar las segundas inyecciones de sus dos vacunas autorizadas, desarrolladas por Pfizer y AstraZeneca, en un intento de distribuir a más personas la protección parcial conferida por una sola dosis. "No estaría a favor de eso", dijo el Dr. Fauci a Elizabeth Cohen de CNN, con respecto a la modificación de los horarios de dosificación de las vacunas autorizadas para su uso en los Estados Unidos, fabricadas por Pfizer y Moderna. "Vamos a seguir haciendo lo que estamos haciendo". Su opinión fue recibida con la aprobación de algunos expertos, incluido el Dr. Eric Topol, un experto en ensayos clínicos del Scripps Research Translational Institute en California, quien tuiteó: "Eso es bueno porque está siguiendo lo que sabemos, los datos del ensayo con un extraordinario 95% eficacia, evitando la extrapolación y las incógnitas".

Si bien los ensayos clínicos se diseñaron para probar la eficacia de las segundas dosis administradas tres o cuatro semanas después de la primera, los

funcionarios británicos dijeron que permitirían un intervalo de hasta 12 semanas. Tales retrasos no se han probado rigurosamente en los ensayos. La vacuna Pfizer-BioNTech, por ejemplo, demostró ser un 95 por ciento efectiva en la prevención de Covid-19 cuando se administra en dos dosis, con tres semanas de diferencia. Desviarse de este régimen "es como ir al salvaje oeste", dijo la Dra. Phyllis Tien, médica de enfermedades infecciosas de la Universidad de California en San Francisco. "Debe basarse en datos si van a hacer un cambio". Ampliar la brecha entre las dosis de vacuna podría reducir los beneficios de la segunda inyección, que está destinada a aumentar las defensas del cuerpo contra el coronavirus, aumentando la fuerza y durabilidad de la respuesta inmunológica. Mientras tanto, los efectos protectores de la primera dosis también podrían disminuir más rápido de lo previsto. Con la vacuna de Pfizer, por ejemplo, "no sabemos realmente qué sucede cuando solo se toma una dosis después de, como, un mes", dijo Natalie Dean, bioestadística de la Universidad de Florida. "Simplemente no es la forma en que se probó".

A favor de la decisión:

The New York Times

One Dose Now for Everyone Most Likely to Die

Forget boosters and more trials. America's overly prudent vaccination strategy is killing people.

By Adam Finn and Richard Malley

Dr. Finn and Dr. Malley are physicians specializing in infectious diseases and vaccinology.

- Jan. 29, 2021

"En la carrera por evitar cada vez más muertes por Covid-19, Estados Unidos se enfrenta a dos problemas importantes: no tener suficientes dosis de vacuna a la mano y luchar para entregar las que están disponibles. Según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hasta el 28 de enero se habían distribuido aproximadamente 48,4 millones de dosis, pero solo se habían administrado 26,2 millones. La Administración de Alimentos y Medicamentos ha otorgado autorización de uso de emergencia para dos vacunas que requieren dos dosis: la primera inyección y el refuerzo se administrarán con tres semanas de diferencia en el caso de la vacuna Pfizer-BioNTech, y con cuatro semanas de diferencia para la vacuna Moderna. Hasta el jueves, solo 4.2 millones de personas en Estados Unidos habían recibido ambas dosis, según el C.D.C. Inseguros acerca de los suministros de vacunas, algunos centros de vacunación han cancelado las primeras citas mientras mantienen las segundas citas según lo programado. Debería ser exactamente al revés".

"Creemos que se salvarían más vidas al proporcionar lo antes posible (a) solo una dosis de vacuna (b) a todas las personas que enfrentan el mayor riesgo de morir por Covid-19, cualquiera que sea la razón (edad avanzada, otras condiciones médicas, obesidad severa), y (c) simplemente olvidarse de cualquier refuerzo por un tiempo, tal vez incluso por un tiempo muy largo. Las segundas dosis deben posponerse durante el tiempo necesario para lograr este objetivo principal. Los dos fabricantes de vacunas y la F.D.A. se han mostrado reacios a respaldar cualquier cambio en los programas de vacunación que se probaron en los ensayos clínicos de fase 3, debido a que no se probaron otras opciones y, por lo tanto, se desconoce su eficacia. A primera vista, esta posición parece sensata; sin embargo, en las circunstancias actuales, es peligrosamente excesiva. El C.D.C. ha autorizado administrar una segunda dosis hasta seis semanas después de la primera si "no es factible" ceñirse al intervalo recomendado. Pero esta es una extensión arbitraria, no se probó más que cualquier otra modificación, y creemos que es demasiado corta para lograr mucho bien en toda la sociedad".

"Con la pandemia en su apogeo (una persona muere de Covid-19 aproximadamente cada 30 segundos en Estados Unidos), no hay tiempo para esperar los resultados de ensayos clínicos adicionales, que tardarían meses en completarse, antes de que se implementen los planes de dosificación modificada de la vacuna. Y estudiar la eficacia de dosis únicas solo entre personas que enfrentan un riesgo muy bajo de morir por Covid-19 no diría mucho de todos modos sobre la viabilidad de usar dosis únicas con las personas con mayor riesgo de muerte. Debemos seguir adelante ahora mismo, incluso sin ensayos, con un enfoque de dosis única dirigido a los más vulnerables. ¿Sería una apuesta peligrosa y posiblemente significaría jugar con la vida de las personas? Mucho menos de lo que piensas".

"En teoría, retrasar las segundas dosis podría significar que cualquier inmunidad que los individuos adquirieran después de la primera inyección disminuiría en el ínterin. Sin embargo, por lo general, como ocurre con las vacunas contra el meningococo, la influenza o la fiebre tifoidea, si la inmunidad después de una sola dosis disminuye, lo hace durante meses o años, no en cuestión de semanas. Una sola dosis puede ganar mucho tiempo. El enfoque estricto de la administración del Presidente Biden para la vacunación Covid-19 (dos inyecciones y administradas, tanto como sea posible, de acuerdo con el cronograma establecido por los fabricantes) puede ser el más seguro para los legisladores, pero no es el más seguro para el público. Es demasiado prudente y, en esta etapa de la pandemia, el exceso de precaución está matando gente. Se podrían salvar más vidas si simplemente nos olvidáramos de los refuerzos y más pruebas por un tiempo y nos apresuráramos ahora mismo para dar solo una oportunidad a todas las personas que corren el riesgo de muerte más inmediato".

Finalmente en un artículo escrito por:

Accelerate COVID-19 Vaccine Rollout by Delaying the Second Dose of mRNA Vaccines

Stanley A. Plotkin, MD,
Emeritus Professor of Pediatrics, University of Pennsylvania
4650 Wismer Road
Doylestown, PA 18902
Stanley.plotkin@vaxconsult.com
215-297-9321

Neal Halsey, MD
Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health
Bloomberg School of Public Health
615 N. Wolfe St. Room W5041
Baltimore, MD 21205
nhalsey1@jhu.edu
410-491-4203

Corresponding author:

Stanley A. Plotkin, MD,
Emeritus Professor of Pediatrics, University of Pennsylvania
4650 Wismer Road
Doylestown, PA 18902
Stanley.plotkin@vaxconsult.com

Manuscript

Se puede leer:

"Instamos a que se considere el uso provisional de dosis únicas en los Estados Unidos con el fin de extender la vacunación a la mayor cantidad de personas posible. Basado en principios inmunológicos, la sensibilización con dosis únicas aún permitiría reforzar con una segunda dosis varios meses después, cuando mejoren los suministros. Los trabajadores de la salud y los socorristas en los Estados Unidos están recibiendo dos dosis ahora, pero mientras haya escasez de vacunas de ARNm, el público en general se beneficiaría del uso generalizado de al menos una dosis. Instamos a que se considere seriamente este paso hasta que los suministros sean suficientes para la vacunación de dos dosis sin dejar en riesgo a un gran número de personas susceptibles. Por supuesto, la autorización de vacunas adicionales ayudaría a aliviar la escasez, aunque la mayoría de las principales vacunas candidatas requieren dos dosis, y surgirán los mismos problemas si los suministros son insuficientes y los datos de eficacia respaldan la protección a corto plazo de una dosis. Siempre que los suministros sean adecuados, se pueden establecer intervalos más cortos entre la primera y la segunda dosis. El problema aquí es proteger al mayor número de personas en el menor tiempo posible".

Hay una crisis global de la producción de vacunas:

Es posible que aunque los fabricantes hayan aumentado sus objetivos para 2021 (Mil millones de dosis para Moderna, alrededor de 2 mil millones para PfizerBioNTech), la tasa de producción no es lo suficientemente fuerte como para responder a la emergencia. En una entrevista con Spiegel publicada a principios de enero, el cofundador de BioNTech, Ugur Sahin, ya admitió que la situación "no era color de rosa". El cielo no se ha iluminado desde entonces. Por el contrario, Pfizer y BioNTech han desatado dos acaloradas controversias, a las que la UE ha encargado 600 millones de dosis. El 15 de enero, los laboratorios informaron retrasos en las entregas debido a contingencias de producción.

Sobre el papel, la tecnología del ARN es muy adecuada para la producción en masa. En la práctica, el rendimiento general es limitado porque "las unidades de producción aún no se han creado", recuerda Anne Bucher, exdirectora general de Salud de la Comisión Europea (hasta octubre de 2020), quien escribió para el think tank Terra Nova una nota dedicada a la producción de vacunas publicada el viernes 22 de enero. Como las vacunas de Pfizer-BioNTech y Moderna fueron los primeros medicamentos de ARN mensajero aprobados para humanos, la infraestructura existente se había reservado hasta ahora para una producción modesta dedicada a la investigación clínica y al desarrollo de futuras vacunas y terapias contra cánceres o enfermedades raras. ¿Los fabricantes se están quedando sin materias primas? Para fabricar su vacuna, Pfizer-BioNTech y Moderna necesitan enzimas, nucleótidos y nanopartículas lipídicas (NPL). Materias primas que, hasta 2020, no se producían a gran escala. "Las NPL han sido durante mucho tiempo un nicho bastante exótico, muy pocas empresas las producen", admite Dietmar Katinger, director ejecutivo de la empresa austriaca Polymun Scientific, que suministra estas partículas para BioNTech. Los fabricantes de vacunas diversifican sus fuentes de suministro, sin poder siempre satisfacer sus necesidades. Por eso Moderna dice: "Planeamos entregar entre 600 millones y mil millones de dosis en el año fiscal 2021. Sin embargo, esta cifra puede verse influenciada por el rendimiento y la disponibilidad de materias primas".

Esta situación es dramáticamente ilustrada por la línea final de un artículo de The Economist:

The Economist ≡ Menu | Weekly edition | Search

Europe
Jan 30th 2021 edition ›

Shots fired

Europe's delays in covid-19 vaccine delivery are causing tempers to flare

Britain and the EU are at loggerheads again

"Pero la disputa no ha terminado, y si los retrasos continúan o empeoran, es probable que resurja la amenaza de restricciones a la exportación. Después de todo, en una crisis, a menudo es cada uno por sí mismo".

Conclusiones:

En nuestro país han fallecido más de 5 mil compatriotas, se han enfermado más de 300,000 y probablemente se han empobrecido cientos de miles y muchos niños, adolescentes y jóvenes han quedado sin educación. No se pueden seguir tomando decisiones en base a consideraciones políticas. Se deben respetar los principios de la medicina del siglo 21: la enfermedad es la pandemia viral, el paciente es la población, la población está en el centro del escenario y cualquier decisión no se puede tomar sin informar, sin explicar, sin consultar con la población. En Panamá se tomó una decisión sin mediar un informe científico escrito y en un escenario con variables que el país no controla como el suministro de las vacunas.

Dr. Enrique Mendoza. MD. MSc.FACP

Egresado con Primer Puesto de Honor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá en 1973. Ganador de cinco Premios de Graduación.

Médico Endocrinólogo formado de 1975 a 1980 en Francia y Bélgica.

Médico graduado en Bioquímica e Investigador Científico en los Estados Unidos de 1985 a 1990.

DEL DESPACHO DEL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ: EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA Y REAPERTURA DE LAS ESCUELAS. 15 DE FEBRERO 2021.

Recientemente, el pasado viernes 12, el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) publicó un documento titulado: "Estrategia operativa para escuelas K-12 a través de la mitigación por fases".
"Es fundamental que las escuelas abran sus puertas lo antes posible de forma segura y que permanezcan abiertas para aprovechar los beneficios de las clases presenciales y los servicios de apoyo clave. Para que las escuelas puedan abrir y permanecer abiertas, es importante adoptar e implementar medidas de manera sistemática para desacelerar la propagación del SARS-CoV-2 tanto en las escuelas como en la comunidad. Si la transmisión en la comunidad es alta, es más probable que los estudiantes y el personal asistan a la escuela infectados y el COVID-19 puede propagarse con mayor facilidad en las escuelas (CDC, 2021b)."
"El éxito a la hora de prevenir la introducción y posterior transmisión del SARS-CoV-2 en las escuelas está relacionado con evitar la transmisión en las comunidades (CDC, 2021b)."
"Dada la posible asociación entre los niveles de transmisión del SARS-CoV-2 en la comunidad y el riesgo de exposición al SARS-CoV-2 en las escuelas, la primera medida para determinar cuándo y cómo realizar una reapertura de manera segura implica evaluar el nivel de transmisión en la comunidad (CDC, 2021b)."

En la actualización, el CDC señala sus indicadores para el nivel de transmisión comunitaria y da recomendaciones dependiendo de cada nivel para la reapertura de las escuelas.
Las autoridades educativas, en colaboración con los funcionarios de salud pública locales, deben evaluar el nivel de riesgo en la comunidad, ya que el riesgo de introducción de un caso en el entorno escolar depende del nivel de transmisión comunitaria. Los CDC recomiendan el uso de dos medidas de carga comunitaria para determinar el nivel de riesgo de transmisión: número total de casos nuevos por cada 100,000 personas en los últimos 7 días y porcentaje de resultados de la prueba de amplificación de ácido nucleico (NAAT) que son positivos durante los últimos 7 días. Las dos medidas de carga comunitaria deben usarse para evaluar la incidencia y propagación del SARS-CoV-2 en la comunidad circundante (por ejemplo, el corregimiento).

El nivel de transmisión para cualquier lugar determinado cambiará con el tiempo y debe reevaluarse semanalmente para conocer la situación y para modular continuamente la planificación. Si bien el riesgo de exposición al SARS-CoV-2 en una escuela puede ser menor cuando los indicadores de propagación en la comunidad son menores, este riesgo también depende de la implementación de estrategias de mitigación en la escuela y la comunidad.

Si la transmisión comunitaria es baja pero las estrategias de mitigación de la escuela y la comunidad no se implementan o no se implementan de manera consistente, entonces aumentará el riesgo de exposición y posterior transmisión del SARS-CoV-2 en una escuela. Alternativamente, si la transmisión comunitaria es alta, pero las estrategias de mitigación de la escuela y la comunidad se implementan y se siguen estrictamente como se recomienda, entonces el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en una escuela disminuirá.

En cualquier nivel de transmisión comunitaria, todas las escuelas tienen opciones para brindar instrucción en persona (ya sea completa o híbrida), mediante el estricto cumplimiento de las estrategias de mitigación. Los modos de aprendizaje recomendados varían para minimizar el riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 en la escuela al enfatizar la mitigación en fases, incluidas las políticas escolares que requieren el uso universal y correcto de mascarillas. Los modos de aprendizaje recomendados (en persona, híbridos, virtuales) dependen del nivel de transmisión comunitaria y del estricto cumplimiento de la mitigación.

Nuevos indicadores y límites para la transmisión del COVID-19 en la comunidad* (notificado durante 7 días) (de la nueva estrategia operativa de los CDC para escuelas de kínder a 12.º grado a través de una mitigación por etapas)

Indicador	Transmisión más baja	Transmisión baja Azul	Transmisión moderada Amarillo	Transmisión sustancial Anaranjado	Transmisión alta Rojo
Cantidad total de casos nuevos por cada 100 000 personas en los últimos 7 días**	Esta categoría no existe más. Se fusionó en una sola categoría, la categoría de transmisión baja (azul).	0-9	10-49	50-99	≥100
Porcentaje de NAAT con resultados positivos en los últimos 7 días***		<5 %	5 %-7,9 %	8 %-9,9 %	≥10 %

Si los dos indicadores sugieren niveles diferentes, deben tomarse las medidas correspondientes al límite más alto.

****La cantidad total de casos nuevos por cada 100 000 personas en los últimos 7 días se calcula sumando la cantidad de casos nuevos en el condado (u otro tipo de comunidad) en los últimos 7 días dividido por la cantidad de habitantes del condado (u otro tipo de comunidad), multiplicado por 100,000.***

*****El porcentaje de pruebas de diagnóstico y NAAT con resultados positivo durante los últimos 7 días se calcula dividiendo la cantidad de pruebas positivas en el condado (u otro nivel administrativo) durante los últimos 7 días por la cantidad total de resultados de pruebas durante los últimos 7 días.***

De acuerdo al último resumen epidemiológico de la semana del 7 al 13 de febrero de 2021, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, actualmente presentamos en el país 18 casos por 100 mil habitantes por día (Liao, 2021), lo cual representa 126 casos por 100 mil habitantes en la última semana, clasificándonos en la categoría de transmisión alta (color rojo) según la clasificación de la CDC (CDC, 2021b).

Basándonos en este resumen (Liao, 2021), en el análisis de las provincias y comarcas, podemos destacar que las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Panamá Oeste y Veraguas se encuentran en el rango de transmisión alta (color rojo), mientras que las provincias de Colón, Darién, Herrera, Los Santos y Panamá se encuentran en el rango de transmisión sustancial (color anaranjado) en los últimos 7 días, además, las comarcas de Guna Yala y Ngäbe Buglé presentan transmisión moderada (color amarillo).

Phased mitigation in schools that do not implement screening testing

Table 2 presents an operational plan for opening and remaining open for schools that do not offer screening testing either on premises or through a collaboration with a community service or department of public health. The mitigation plan emphasizes mitigation at all levels of community transmission, with particular emphasis on school policies that require universal and correct use of masks

Table 2. Recommended Implementation of Mitigation Strategies and K-12 School Learning Modes by Level of Community Transmission for Schools That Do Not Implement Expanded Screening Testing

<table>
<tr><th>Low Transmission[1]
Blue</th><th>Moderate Transmission
Yellow</th><th>Substantial Transmission
Orange</th><th>High Transmission
Red</th></tr>
<tr><td colspan="4">All schools: Universal and correct use of masks is required; physical distancing; handwashing and respiratory etiquette; cleaning and maintaining healthy facilities; contact tracing in combination with isolation and quarantine.
Diagnostic testing[2]: Symptomatic students, teachers, and staff and close contacts referred for diagnostic testing</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">K-12 schools open for full in-person instruction
Physical distancing of 6 feet or more to the greatest extent possible[3]</td><td colspan="2">Elementary schools in hybrid learning mode or reduced attendance[4]
Physical distancing of 6 feet or more is required</td></tr>
<tr><td>Middle and high schools in hybrid learning mode or reduced attendance
Physical distancing of 6 feet or more is required</td><td>Middle and high schools in virtual only instruction unless they can strictly implement all mitigation strategies, and have few cases; schools that are already open for in-person instruction can remain open, but only if they strictly implement mitigation strategies and have few cases[5]</td></tr>
<tr><td>Sports and extracurricular activities occur; physical distancing of 6 feet or more to the greatest extent possible[6]</td><td>Sports and extracurricular activities occur with physical distancing of 6 feet or more required</td><td>Sports and extracurricular activities occur only if they can be held outdoors, with physical distancing of 6 feet or more</td><td>Sports and extracurricular activities are virtual only</td></tr>
</table>

1. Niveles de transmisión comunitaria definidos como el total de casos nuevos por cada 100.000 personas en los últimos 7 días (bajo, 0-9; moderado, 10-49; sustancial, 50-99; alto, ≥100) y porcentaje de pruebas positivas en los últimos 7 días (bajo, <5%; moderado, 5-7,9%; sustancial, 8-9,9%; alto, ≥10%).

2. Las pruebas de diagnóstico para el SARS-CoV-2 están destinadas a identificar la aparición de la infección por el SARS-CoV-2 a nivel individual y se realizan en personas con o sin sospecha de infección por COVID-19 de acuerdo con la autorización y el etiquetado de la prueba.

3. Si la distancia física de al menos 6 pies entre todos los estudiantes, maestros y personal dentro de una clase, cohorte o grupo no es posible en todo momento, las escuelas deben asegurar el distanciamiento físico entre clases, grupos y grupos.

4. El aprendizaje híbrido o la asistencia reducida están destinados a maximizar la distancia física entre los estudiantes. Las escuelas pueden considerar modelos de aprendizaje híbridos o modos de instrucción donde porcentajes sustanciales de estudiantes reciben instrucción solo virtual. En todos los niveles de transmisión comunitaria, las escuelas deben brindar a las familias la opción de participar en el aprendizaje virtual si un estudiante o miembro de la familia está en riesgo de contraer una enfermedad grave por COVID-19.

5. La implementación estricta de las estrategias de mitigación se refiere a las políticas que requieren el uso consistente y correcto de mascarillas, un distanciamiento físico de al menos 6 pies, todas las demás estrategias claves de mitigación.

6. Los funcionarios escolares deben implementar límites a los espectadores y asistentes para deportes, actividades extracurriculares y eventos escolares de acuerdo con las recomendaciones de enmascaramiento y distanciamiento físico para cada fase.

Las regiones con transmisión alta en los últimos 7 días, las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Panamá Oeste y Veraguas, se recomienda educación secundaria a través de modalidad virtual, y mientras que las regiones con transmisión comunitaria sustancial, las provincias de Colón, Darién, Herrera, Los Santos y Panamá, la educación secundaria puede ser realizada de manera híbrida, los eventos deportivos solo en exteriores, manteniendo distanciamiento y utilización de mascarillas. Tanto en las regiones con transmisión sustancial y alta, se recomienda la educación primaria a través de modalidad híbrida, manteniendo las medidas de mitigación ya comentadas.

Las regiones con transmisión comunitaria moderada, en este caso, las comarcas Guna Yala y Ngäbe Buglé, podrían realizar estudios de manera presencial, y actividades deportivas y extracurriculares manteniendo el distanciamiento físico y utilizando mascarillas.

Referencias

1. CDC. (2021a). *CDC's Operational Strategy for K-12 Schools through Phased Mitigation*.
2. CDC. (2021b). *COVID-19 - Reapertura de escuelas: indicadores útiles para la toma de decisiones | CDC*. https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/indicators.html
3. Liao, D. (2021). *Resumen Epidemiológico de la COVID-19 - 13 de Febrero 2021 - YouTube*. https://www.youtube.com/watch?v=drhTC87Uips.

Dr. Derek Liao
Junior Faculty
Facultad de Medicina
Universidad de Panamá

Dr. Enrique Mendoza. MD.MSc.FACP
Decano de la Facultad de Medicina
Endocrinólogo y Bioquímico

Emerging Stronger After COVID-19: Priorities for Health System Transformation Visual Framework
NATIONAL ACADEMY of MEDICINE
Clinicians
Health care payers
Research
Patients, families, and communities
Public health
Digital health
Care systems
Quality, safety and standards organizations
Health product manufacturers and innovators

FOREIGN AFFAIRS

MENU Current Issue Archive Books & Reviews Anthologies Newsletters

A Dark Pandemic Year Could Still Portend a Brighter Future

The World After COVID-19 Could Be as Good as or Better Than the One Before

By Charles Kenny April 12, 2021

EL SURGIMIENTO DEL LIDERAZGO ACADÉMICO DEL SIGLO 21: COLEGIO MÉDICO, SOCIEDADES MÉDICAS ESPECIALIZADAS, FEDERACIÓN DE MÉDICOS INTERNOS Y RESIDENTES, ASOCIACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA Y FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMÁ:

Dr. Enrique Mendoza
Decano
Facultad de Medicina

Situación de la COVID-19 en Panamá y América Latina

Autor: Dr. Derek Liao 23 de mayo de 2021

Desde abril de 2021, Suramérica registra la mayor cantidad de casos y fallecimientos por COVID-19 por millón de habitantes a nivel mundial, los países de esta región están viviendo actualmente su peor situación desde el inicio de la pandemia.

En estos últimos 7 días, los siguientes países latinoamericanos: Uruguay, Argentina, Costa Rica Paraguay, Trinidad y Tobago, y Chile, se mantienen entre los 10 de países con más casos por millón de habitantes y en cuanto a fallecimientos: Uruguay, Paraguay, Antigua y Barbuda, Argentina, Colombia, Perú, Trinidad y Tobago, y Brasil conforman los 10 países con más fallecidos por COVID-19 por millón de habitantes en los últimos 7 días.(Ritchie et al., 2020)

Ante este escenario de alta transmisión y mortalidad registrado en Latinoamérica, se hace fundamental analizar nuestra situación y qué podemos hacer para evitar un escenario similar al de nuestros países hermanos.

En las últimas semanas hemos observado un incremento en el reporte de nuevos casos, casos activos, hospitalizados y fallecimientos; el mayor número de casos por habitantes desde el inicio del año 2021 se ha concentrado en el área occidental de país, en las provincias de Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro, siendo la provincia de Chiriquí en 12 de las últimas 14 semanas la región con más casos registrados por habitantes.

El análisis del comportamiento de la pandemia indica que luego de la desaceleración registrada en enero de 2021, nuevamente hemos iniciado una fase de re-aceleración de la pandemia, la cual su magnitud dependerá de las medidas de flexibilización o mitigación que se realicen en el país.

La estrategia de vacunación inició con un plan dividido en fases, cuyo objetivo es inmunizar a la población más vulnerable a complicaciones en caso de contagios. La fase 2A la cual involucra a los mayores de 60 años está próxima a culminar en la provincia de Panamá y Panamá Oeste.

Debido a la vulnerabilidad de este grupo etario, los cuales presentan una tasa de letalidad ajustada de 7% en el grupo de 60 a 79 años y de 19% en el grupo de 80 o más años (Liao, 2021), se hace imperativo concentrar nuestro esfuerzo en vacunar a esta población a nivel nacional, por ende, en estas áreas de alta trasmisión como observamos en las provincias de Chiriquí, Veraguas y Bocas del Toro, se hace prioritario focalizar la vacunación en estos grupos, además de elaborar medidas para disminuir los contagios de manera inmediata, por lo cual recomendamos:

- Vacunación a grupos prioritarios de 60 o más años con las vacunas disponibles (Pfizer, Astrazeneca)
- Detección temprana de casos y de contactos

- Aislamiento apropiado a los infectados y cuarentena a los contactos
- Restricción de actividades que favorezcan contagios como actividades en áreas cerradas, donde existan aglomeraciones y haya contacto cercano entra las personas.
- Énfasis en correcta utilización de mascarillas, manteniendo buen sello, favorecer utilización de mascarillas de mejor calidad y continuar educación sobre lavado de manos.

Referencias

Liao, D. (2021). *(96) Resumen Epidemiológico de la COVID-19 - 22 de Mayo 2021 - YouTube*. https://www.youtube.com/watch?v=wXKrwDtFw5c

Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Beltekian, D., Mathieu, E., Hasell, J., Macdonald, B., Giattino, C., Appel, C., Rodés-Guirao, L., & Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*. https://ourworldindata.org/coronavirus