HACIA EL 2030: Enfermedades Infecciosas
Meta e Indicadores

Descripción breve

Las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra. El SIDA, la Tuberculosis, Malaria, Hepatitis y Enfermedades desatendidas, son ejemplo de este grupo de enfermedades. Constituyen un desafío a la financiación y a los servicios y salud . Hasta hace pocos años, las infecciones constituían la primera causa de muerte en niños y adultos y a pesar de los notables avances en su prevención, diagnóstico y tratamiento, siguen siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Solo la neumonía y la diarrea infecciosa causan cerca de 4.5 millones de muertes cada año y se estima que las infecciones son responsables de alrededor del 20% de todos los fallecimientos.

Dirección de Planificación
Departamento de Planificación de Salud Poblacional
2021

Contenido Página

A. Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con enfermedades infecciosas Metas e Indicadores 1

B. Serie cronológica de indicadores de la meta 3.3 / ODS 3 2

C. Indicadores 6

1. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados. 6

i. Situación del VIH en las Regiones de Salud 7

ii. Incidencia de VIH según grupo de edad. 8

iii. Situación del VIH según sexo 8

iv. Estrategias de intervención 9

2. Incidencia de Tuberculosis 10

i. Situación de la Tuberculosis en las Regiones de Salud y según sexo 11

ii. Mortalidad por Tuberculosis 12

iii. Mortalidad por Tuberculosis según sexo 13

iv. Estrategias de intervención 14

3. Incidencia de la malaria en Panamá 14

i. Regiones de Salud y Corregimientos endémicos 15

ii. Incidencia de Malaria por grupo de edad 18

iii. Incidencia de malaria según sexo 18

iv. Mecanismos de Intervención para la eliminación de la malaria en Panamá. 19

4. Incidencia de Hepatitis B 20

i. Incidencia de hepatitis B en las Regiones de Salud 21

ii. Incidencia de Hepatitis B por grupo de edad 22

iii. Incidencia de Hepatitis B por sexo 22

iv. Medidas de intervención para la Prevención y Manejo de la Hepatitis B 23

5. Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas 24

i. Enfermedades tropicales desatendidas 24

1. Definición conceptual 24

2. Metodología de Medida 25

ii. Enfermedades Tropicales Desatendidas según Grupo de edad 26

a. Prevalencia de Parasitosis intestinal 26

b. Prevalencia de Giardiasis 27

c. Prevalencia de Escabiasis 27

d. Prevalencia de Pediculosis 28

iii. Enfermedades Desatendidas según Sexo 29

Contenido Página

6. Enfermedades Desatendidas de Notificación Obligatoria 30

i. Enfermedades desatendidas de notificación obligatoria, según Región de Salud 31

a. Prevalencia de Diarrea de origen no especificado 31

b. Prevalencia de Sífilis Congénita 31

c. Prevalencia de Leishmaniasis 31

d. Prevalencia de Chagas 32

ii. Prevalencia de Enfermedades desatendidas de notificación obligatoria, según grupo de edad 33

a. Amebiasis 33

b. Enfermedad Diarreica 34

c. Chagas 34

d. Leishmaniasis 35

iii. Prevalencia de Enfermedades Desatendidas de notificación obligatoria según Sexo 35

iv. Mecanismos de intervención para el control de las Enfermedades Desatendidas en Panamá 36

D. Avances en el conjunto de Metas, según indicador 38

E. Glosario de Términos 39

A. Objetivos de Desarrollo Sostenibles relacionados con enfermedades infecciosas Metas e Indicadores

El Objetivo de Desarrollo Sostenible N°3 , considera una meta y cinco indicadores asociados a nuevas infecciones por VIH, incidencia de tuberculosis, malaria, hepatitis y las enfermedades tropicales desatendidas.

Cuadro N° 1

META	INDICADOR
3.3. De aquí al año 2030, poner fin a la epidemia de SIDA, la tuberculosis, la malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	• 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, grupo de edad, y sectores clave de la población: (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y población trans) • 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes • 3.3.3. Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes • 3.3.4. Incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes • 3.3.5. Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas

B. SERIE CRONOLÓGICA DE INDICADORES DE LA META 3.3 / ODS 3 /AÑOS : 2010 - 2018

La serie cronológica de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, correspondientes al tema de las Enfermedades Infecciosas nos permite evaluar la tendencia : avances y retrocesos de las tasas registradas según las metas establecidas

Las tasas registradas de nuevas infecciones por VIH, señalan un aumento sostenido de las mismas, con un ascenso relevante para el año 2018 de 31.69 nuevas infecciones por 100000 habitantes.

En cuanto a la incidencia de Tuberculosis, se observa aumentos y descensos . Las tasas más bajas se presentaron en los años 2013 y 2014 con 35.0 y 38.6 afectados x cada 100.000 habitantes. Para el año 2015 hubo un leve aumento a 42.2 para luego descender y mantenerse constante del 2016 al 2018 con tasas de 41.0 .

Aunque las tasas de incidencia de malaria en el país han cursado con alzas y bajas, para los años 2017 y 2018, la tasa de 0.17. se han mantenido sin variación. Las tasas de incidencia por población malárica, constituyen la evidencia de las intervenciones que se requiere implementar en las Comarcas indígenas, entre otras, poblaciones vulnerables.

Al revisar la incidencia de Hepatitis B durante el período comprendido del 2010 al 2018, se observar una tendencia al descenso a partir del año 2015 . En los dos últimos años 2017 y 2018 el descenso en la incidencia de Hepatitis B ha sido la más significativa del periodo.

A lo largo del periodo se observa una tendencia a la disminución en la prevalencia de la mayoría de estas enfermedades desatendidas a excepción la Enfermedad de Chagas que para los dos (2) últimos años de la serie cronológica (2017 y 2018) presentó aumento en su tasa de 1.02 y 1.8 x cada 100.000 habitantes respectivamente

Cuadro N°2

SERIE CRONOLÓGICA DE INDICADORES DE LA META 3.3 / ODS 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

META	INDICADOR	SERIE CRONOLÓGICA								
		2010	2011	2012	2013	2014	**2015**	2016	2017	2018
3.3.a. Para el año 2030, finalizar la epidemia de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, grupo de edad, y sectores clave de la población: (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y población trans)	20.7	19.8	20.4	22.7	22.1	21.0	24.1	28.6	31.69

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología/Sección de Estadísticas

Cuadro N°2 (Continuación)

SERIE CRONOLÓGICA DE INDICADORES DE LA META 3.3 / ODS 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

META	INDICADOR	SERIE CRONOLÓGICA								
		2010	2011	2012	2013	2014	**2015**	2016	2017	2018
3.3.b. Para el año 2030, finalizar la epidemia de tuberculosis	3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes	44.2	43.4	44.7	35.0	38.6	42.2	39.3	41.1	41.3
3.3.c. Para el año 2030, finalizar la epidemia de malaria.	3.3.3. Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes	0.11	0.09	0.23	0.18	0.22	0.14	0.20	0.17	0.17
	Incidencia por población malárica (x 100000)	12.3	10.3	24.6	18.9	23.1	14.6	20.8	16.8	17.1
3.3.d. Para el año 2030, finalizar la epidemia de hepatitis	3.3.4. Incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes	2.8	3.5	5.9	4.9	5.5	4.7 .	3.2	2.2	2.6

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología/Sección de Estadísticas

Cuadro N°2 (Continuación)

SERIE CRONOLÓGICA DE INDICADORES DE LA META 3.3 / ODS 3

Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

META	INDICADOR	SERIE CRONOLÓGICA								
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
3.3.e. Para el año 2030, finalizar la epidemia de las enfermedades desatendidas	3.3.5.a Tasa de prevalencia de Parasitosis Intestinal	**2018.5**	**1966.6**	**1498.7**	**1230.4**	**1034.9**	**1207.6**	**1077.6**	**973.5**	**856.9**
	3.3.5.b Tasa de prevalencia de Diarrea	6214.8	5857.8	7345.8	7322.8	6709.2	5543.8	6598.7	6395.9	6199.3
	3.3.5.c Tasa de prevalencia Amebiasis	193.5	127.5	108.8	116.6	97.6	99.9	74.7	80.0	50.2
	3.3.5.d Tasa de prevalencia Giardiasis	57.00	51.1	45.8	39.6	39.4	38.3	31.3	29.6	27.9
	3.3.5.e Tasa de prevalencia Leishmaniasis	87.9	58.4	47.8	46.1	40.2	23.0	29.8	28.4	25.4
	3.3.5.f Tasa de prevalencia Chagas	1.6	0.99	2.5	0.96	1.6	1.6	0.94	1.02	1.8

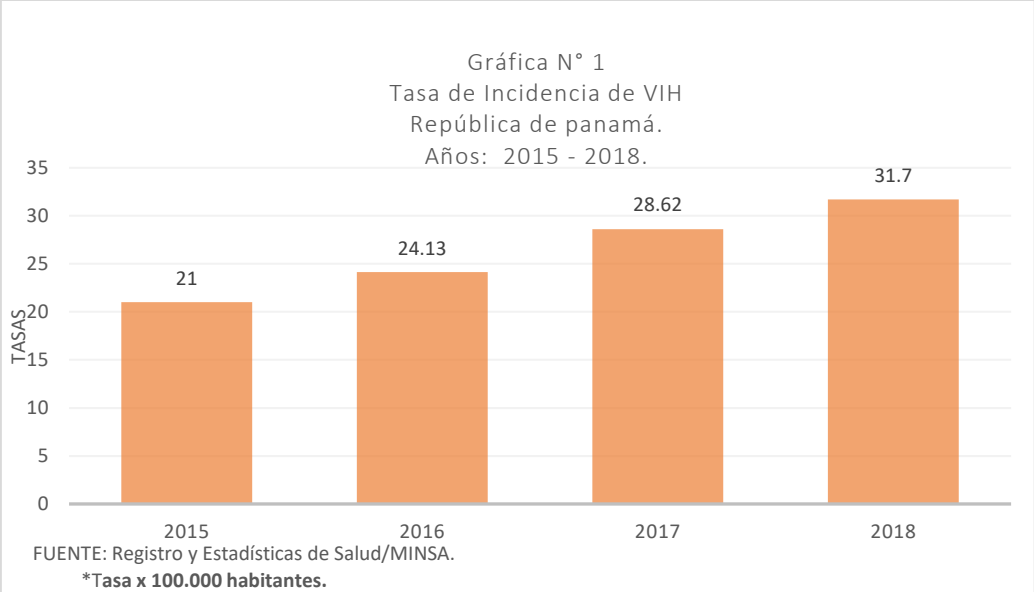
Fuente: Ministerio de Salud, departamento de Epidemiología/Sección de Estadísticas

C. Indicadores

1) Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, grupo de edad, y sectores clave de la población: (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y población trans).

El IV Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) efectuado en agosto de 2015 , señaló pocos avances del ODM 6 : Combatir el VIH / Sida . La Meta 6ª indicaba: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. Para el año 2015, la tasa de incidencia del VIH, fue de 21 casos nuevos por 100000, constituyendo un progreso insuficiente, respecto a la meta establecida.

La infección por el VIH en Panamá tiene características de epidemia concentrada con una prevalencia menor al 1% en la población general, mostrando una tendencia al incremento. La tasa de infección por VIH, continúo en ascenso durante los años 2015, 2016, 2017 y 2018 (Gráfica Nº 1)



FUENTE: Registro y Estadísticas de Salud/MINSA.
*Tasa x 100.000 habitantes.

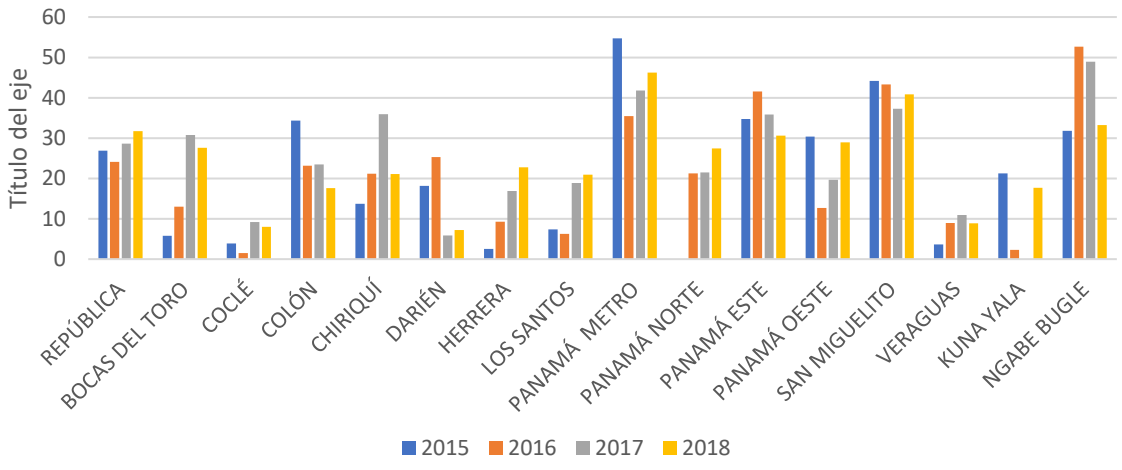
Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ENASSER (2014 – 2015), el 36.2% de las mujeres y el 34.9% de los hombres encuestados tienen conocimiento comprensivo sobre el SIDA. El 39.7% de los hombres y el 26.4% de las mujeres, usó condón en la primera relación sexual y el 60.3% de las mujeres y el 52.4% de los hombres, tuvo relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses. En cuanto al uso del condón en la última relación de alto riesgo, el 14.1% de las mujeres y el 13.3% de los hombres, respondieron afirmativamente.

iii. Situación del VIH en las Regiones de Salud

Al evaluar las tasas de incidencia del VIH por Región de Salud entre el año 2015 al 2018, se evidencia que las tasas más elevadas del país se encuentran en las Regiones de Panamá Metro, San Miguelito y la Comarca Ngäbe. Cabe señalar que a pesar de que la Región de Ngäbe Bugle en el 2016 (52.6) y en el 2017(48.9) presentó las tasas más elevadas del país; para el año 2018 la tasa de incidencia de VIH disminuyó significativamente a 33.2 x 100.000 hab.

Por otra parte, las Regiones de Panamá Oeste, Panamá Norte, Herrera y los Santos, presentan una tendencia al aumento de la tasa; mientras que la Regiones de Coclé y Veraguas presentaron las tasas más bajas de incidencia del VIH para este periodo.

Gráfica Nº2
Tasa de incidencia de VIH por Región de Salud.
Año 2015-2018.



Fuente: Registro y Estdìsticas de alud / MINSA

iv. Incidencia de VIH según grupo de edad.

El grupo etáreo con mayor incidencia de VIH corresponde a las personas entre 20 a 59 años, aunque es importante señalar que la tasas de incidencia del grupo de 15 a 19 años también va en aumento (Cuadro Nº3), lo que sugiere poca conciencia del riesgo que representa mantener relaciones sexuales sin el uso adecuado del preservativo y la promiscuidad sexual. Otro elemento relevante es que las parejas no reconocen la importancia de realizar la Prueba de VIH periódicamente para conocer su condición serológica.

Cuadro N°3
Tasa de incidencia de VIH por grupo de edad
República de Panamá
Años: 2015-2018.

Grupos de edad	2015	2016	2017	2018
< 4 años	1.89	2.15	5.13	1.62
5-9 años	0.55	0.55	0.82	0.54
10- 14 años	1.39	0.55	2.21	1.93
15- 19	28.36	19.72	20.37	25.81
20 - 24	73.05	78.09	74.22	90.41
25 - 29	78.80	73.75	92.77	95.41
30 - 39	44.68	42.37	51	58.98
40 – 49	25.03	20.5	26.14	28.47
50 – 59	12.79	10.3	15.95	18.36
60 y +	5.54	1.99	5.11	3.27

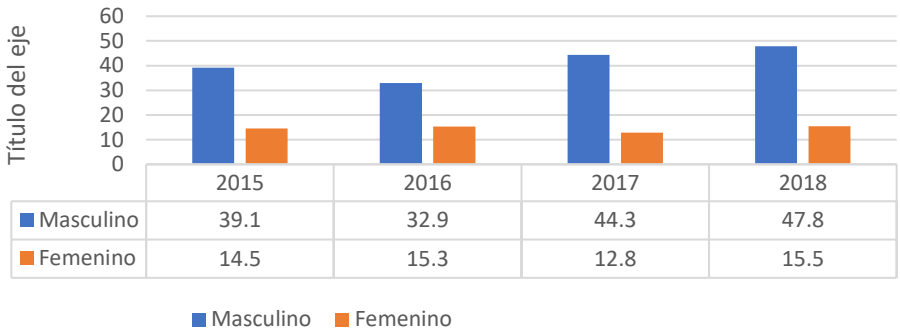
Fuente: Registro y Estadísticas de Salud/MINSA. *Tasa x 100.000 habitantes

v. Situación del VIH según sexo

Las tasas de incidencia de VIH según sexo del período comprendido entre el año 2015 al 2018 evidencian un mayor número de casos en los hombres, en comparación con el sexo femenino con tasas mayores de 30.00 x 100000 habitantes y con tendencia al aumento. Estos datos evidencian la condición de riesgo del sexo masculino; la necesidad de

implementar campañas educativas y la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de género .

Gráfica Nº 3
Tasa de Incidencia de VIH según sexo
República de Panamá
2015 - 2018



	2015	2016	2017	2018
Masculino	39.1	32.9	44.3	47.8
Femenino	14.5	15.3	12.8	15.5

Fuente : Registros y Estadístícas de Salud / MINSA

vi. Estrategias de intervención :

El país dispone de un Plan estratégico multisectorial 2014 – 2019 , en el cual se definen líneas estratégicas y actividades, dirigidas al fortalecimiento y sostenibilidad de la respuesta en el marco de los derechos humanos: se establece un marco jurídico para la atención integral de las infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana; promoción y prevención: extensión de cobertura de servicios y oferta de pruebas de VIH para la población clave, entre estos hombres que tienen sexo con hombres , mujeres trans y trabajadoras sexuales independientes; continuo de la atención de ITS y VIH: implementación de esquemas con inhibidores de integrasa los cuales promueven la adherencia a través de una toma única diaria y reducción significativa y en menor tiempo de la carga viral; gestión, monitoreo y evaluación: mejora en el sistema y accesibilidad a la información para la toma de decisiones oportunas y el análisis epidemiológico.

No obstante, es necesario promover el uso de métodos de prevención de las infecciones de transmisión sexual con un abordaje integral y facilitar el acceso a pruebas de VIH, tanto en la población escolar y universitaria, en las escuelas públicas y privadas, la comunidad, lugares de trabajo, el hogar y las iglesias.

2. Incidencia de Tuberculosis

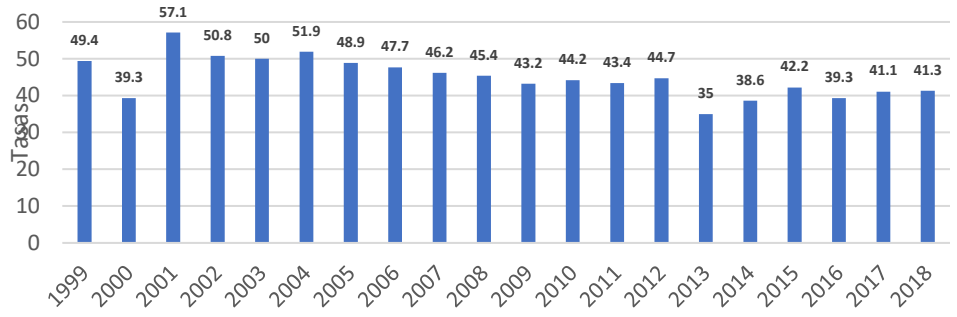
La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por Mycobacterium tuberculosis, una bacteria que suele afectar los pulmones, es curable y prevenible. La incidencia ha disminuido en los últimos años de 50.9 casos de TBC x 100000 habitantes en el año 2015 a una tasa de 41.3 en el 2018. Para el año 2030, se estima su disminución a 10.2. x 100000 habitantes según el Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis 2018 – 2022 y la Estrategia de fin a la Tuberculosis de la OMS /2035.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, definen una reducción de la incidencia de Tuberculosis en un 80% respecto al 2015 y avanzar hacia la eliminación de la TB como un problema de salud pública que requiere una respuesta multisectorial,

Según Informe de la Organización Panamericana de la Salud, el país notificó un total de 1.867 casos de TB durante el año 2017, de los cuales 1.778 fueron casos incidentes (nuevos y recaídas), lo que corresponde a un 81% de los estimados , con una brecha de 422 casos que no fueron captados por el sistema de salud. Para los coinfectados TB/VIH la brecha fue de 108 casos (73% de detección); en tanto que para los TB-MDR esta brecha fue de 31 casos (63% de detección).

Durante los últimos quince años el riesgo de enfermar por tuberculosis ha mostrado muy poca variación a nivel de país, manteniéndose entre 40 a 50 casos por 100.000 habitantes, con una discreta tendencia al descenso hasta el 2014 y a partir de ese año se ha incrementado tanto en casos como tasas, muy probablemente por mejora en la detección de casos. (Gráfica N°4)

Gráfica N°4
Tasa de Incidencia de Tuberculosis
República de Panamá
Años : 1999 - 2018



Fuente: Ministerio de Salud, Programa Nacional para el Control y Prevención de la Tuberculosis

i. Situación de la Tuberculosis en las Regiones de Salud y según sexo

Las áreas indígenas, Bocas del Toro y Colón tienen características socio-epidemiológicas, culturales, económicas, nutricionales y geográficas propias. Estas poblaciones originarias y afrodescendientes fueron priorizadas en el Plan estratégico para el control de la tuberculosis en Panamá 2018-2022.

La Regiones de Panamá Metro, Panamá Este, Panamá Oeste y San Miguelito son afines por sus elementos geográficos, accesibilidad, pobreza, hacinamiento , entre otros. De los 1588 casos del 2016, y de los 1648 casos registrados en el año 2017, el 46% y el 55% respectivamente corresponden a estas Regiones, superando a las áreas indígenas. Predomina la afectación del sexo masculino y el grupo de edad de 35 - 49 años a excepción de la Región de Panamá Metro, en que el grupo de edad de 25 -34 años es el más prevalente.

Para el año 2017, las Regiones de Salud con tasas superiores a 50 casos por cada 100.000 habitantes corresponden en orden descendente a las Regiones de Guna Yala, Bocas del Toro, Panamá Este, Ngäbe Bugle, Colón y Área Metropolitana de Panamá.

En el año 2016 se registraron 1588 casos, 538 del sexo femenino y 1050 del sexo masculino. Las Regiones de Bocas del Toro, Colón, Darién (Emberá y Wounaan), Kuna Yala y la Comarca Ngäbe Bugle, registraron 606 casos que corresponden al 38% del total de casos reportados.

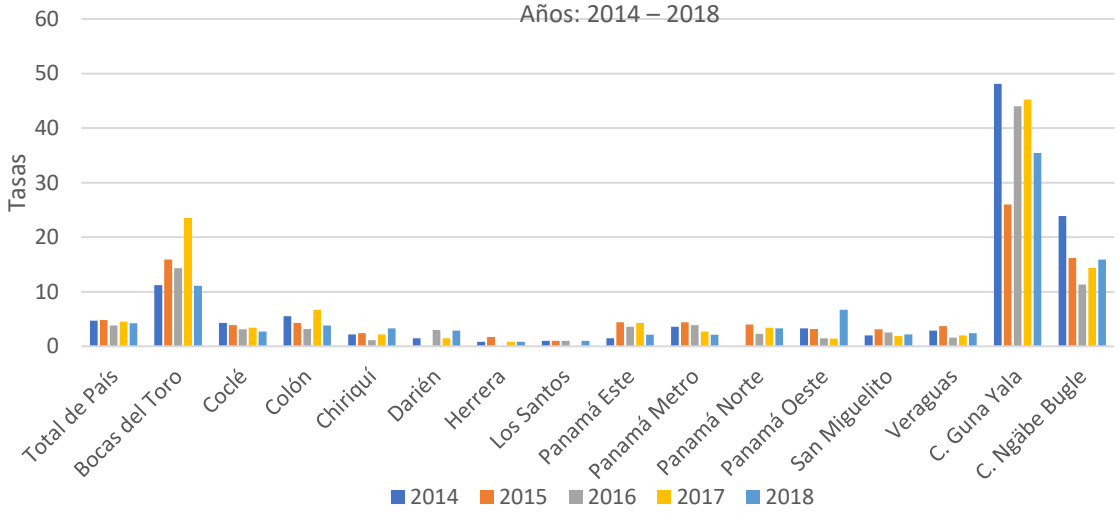
En relación al sexo, en todas las regiones citadas, excepto Guna Yala, predomina el sexo masculino. El 28% de los casos reportados en el año 2017, corresponden a las áreas en mención, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo de edad entre 25-34 años.

ii. Mortalidad por Tuberculosis

Según la OMS la TB sigue siendo la enfermedad más letal del mundo; cada día mueren 4,500 personas por esta causa y 30,000 contraen la enfermedad. Panamá no escapa de esta realidad, constituyendo uno de los países de Centroamérica, con una alta mortalidad.

En el año 2016 se estimaron un total de 270 fallecimientos por tuberculosis en todas sus formas. 220 de estas muertes no estarían relacionadas con el VIH, 50 estarían asociadas a VIH y alrededor de 20 serían muertes por Tuberculosis Multidroga resistente (TB-MDR). La Contraloría General de la República registró 176 fallecidos por TB en todas sus formas, lo que representa un registro del 80% de las defunciones estimadas. La mortalidad notificada por tuberculosis ha sido inferior a la estimada en los últimos 10 años. La tendencia de la mortalidad es hacia el descenso, acorde con lo establecido en el Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis y la Estrategia Mundial "Fin de la TB".

Gráfica N°5
Mortalidad por Tuberculosis Respiratoria, según Región de Salud
República de Panamá
Años: 2014 – 2018



Fuente: Analizado de la Base de Datos proporcionada por INEC, Estadísticas Vitales. La Región de Panamá Norte inicia a partir del año 2015

Para el período comprendido entre el 2014 y 2018, se registraron 184, 192, 154, 186 y 175 muertes respectivamente por Tuberculosis Respiratoria. Las Regiones de Salud más afectadas, fueron Ngäbe Buglé, Región Metropolitana, Panamá Oeste y Guna Yala (Gráfica N°5).

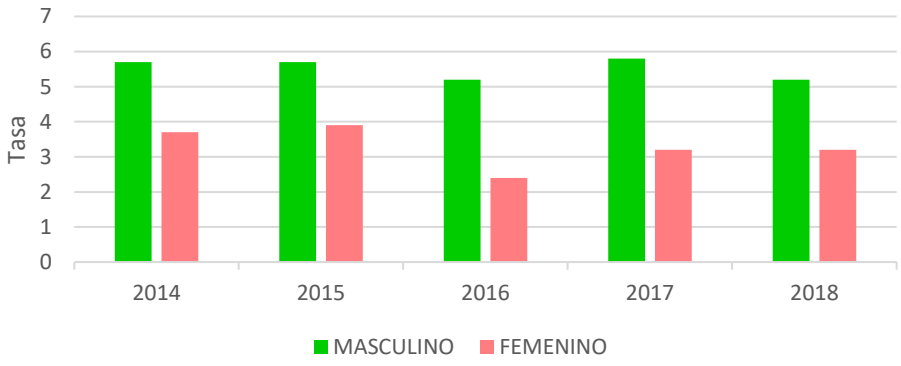
La tasa de mortalidad asociada a la tuberculosis ha mostrado fluctuaciones en el período 1990-2012, aunque siempre con una tendencia hacia la disminución.

iii. Mortalidad por Tuberculosis según sexo

La tasa de mortalidad por Tuberculosis Respiratoria es mayor en los hombres que en mujeres. Para el año 2018 la tasa en el sexo masculino disminuyó a (5.2) con respecto al año anterior 5.8. En cuanto al sexo femenino la tasa de mortalidad más baja se presentó en el año 2016 (2.4), con incremento en los años subsiguientes de 3.2 muertes x cada 100.000 mujeres. (Gráfica Nº6).

Es recomendable intensificar la búsqueda de sintomáticos respiratorios con enfoque de género, con estricta supervisión del cumplimiento del tratamiento.

Gráfica N°6.
Tasa de mortalidad por Tuberculosis Respiratoria según sexo.
Año 2014-2018



Fuente: Estadísticas vitales del INEC Panamá. Año 2018.Título del eje

iv. Estrategias de intervención

Un avance del país es la actualización e implementación de la Norma Técnica Nacional para el Control de la Tuberculosis, promulgada mediante la Resolución Nº 235 del 17 de abril de 2017.

Otras iniciativas corresponden a la Implementación del Plan estratégico Nacional de Tuberculosis 2018 – 2022 y la Estrategia de fin a la Tuberculosis de la OMS /2035 y la Primera Edición de la Norma para el Manejo Clínico del Paciente con Diagnóstico de Tuberculosis Drogoresistente.

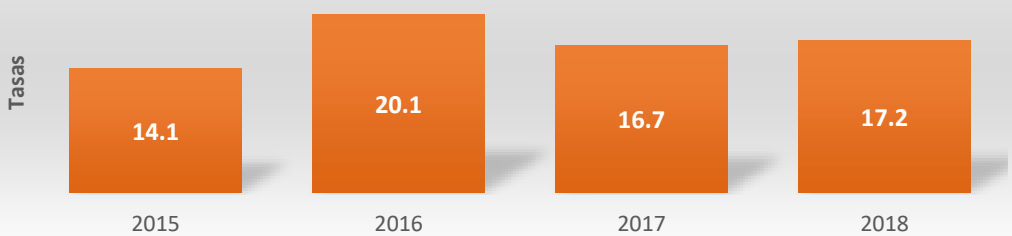
Panamá es uno de los pocos países en América que dispondrá de un marco jurídico que protege al paciente, lo dota del tratamiento de forma oportuna, define las estrategias para reducir la incidencia, prevalencia de casos y la disminución en el índice de mortalidad.

El Proyecto de ley 361 del 8 de julio de 2020, sancionado como la Ley 169 , Gaceta Oficial 29138 – C; declara en todas sus formas a la tuberculosis (TB) como un problema de salud pública y de interés nacional, establece el marco jurídico para el control y prevención de la Tuberculosis en el país, fortaleciendo los planes para su erradicación y tratamiento.

3. Incidencia de la malaria en Panamá

La incidencia de malaria para el periodo 2015 a 2018, ha oscilado con alzas y descensos, desde una tasa de 14.1 x 100000 habitantes en el año 2015, a una tasa de 21 x 100000 habitantes durante el 2016 (la más alta del período) a tasas de 16.8 y 17.1 durante el año 2017 y 2018, respectivamente. Gráfica N°7.

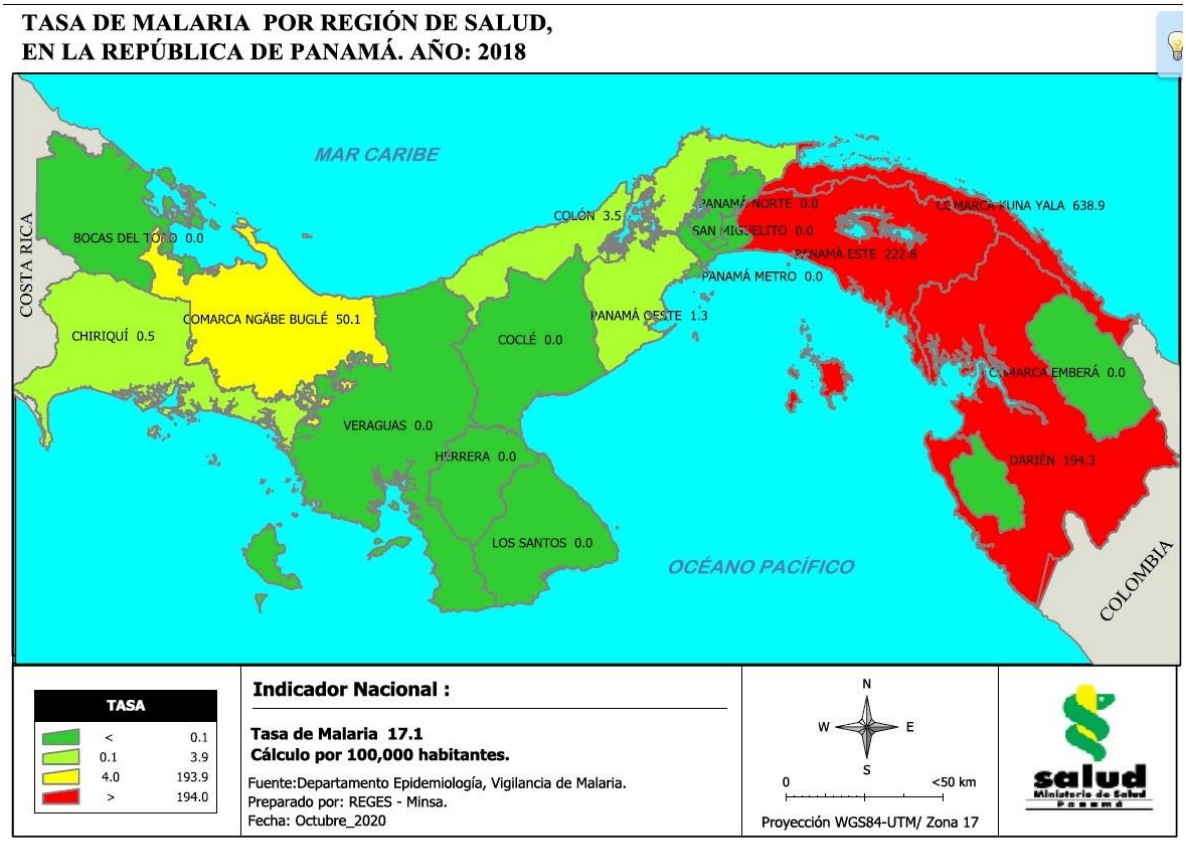
Gráfica N°7
Tasa de Incidencia de Malaria
República de Panamá.
Año 2015-2018.



Fuente : Departamento de Epidemiología del MINSA /Sección de Vigilancia de Malaria.

i. Regiones de Salud y Corregimientos endémicos

La Malaria está erradicada en la mayor parte del territorio nacional. En el año 2018 la tasa nacional de Malaria fue de 17.1 x 100000 habitantes; Bocas del Toro, Coclé,Veraguas, Herrera, Los Santos, la Región Metropolitana y San Miguelito no registraron casos . Tasas entre 0.1 y 3.9 reportaron las Regiones de Chiriquí, Panamá Oeste y Colón. (Mapa N° 3).



Entre las áreas endémicas, se señalan la Comarca de Madungandí, Darién, la Comarca de Wargandí y Guna Yala que es la Región más afectada, con las tasas más alta del país. En estas áreas se reporta el 91.9% del total de casos registrados a nivel nacional. La Comarca Ngäbe Buglé, presenta las menores tasas, durante el período 2015 al 2018. (Cuadro N°4).

Cuadro Nº4 Tasa de Incidencia de Malaria en las Regiones endémicas República de Panamá Años: 2015-2018.								
Regiones Endémicas	**Años**							
	2015		**2016**		**2017**		**2018**	
	Total	**Tasa**	**Total**	**Tasa**	**Total**	**Tasa**	**Total**	**Tasa**
GUNA YALA	195	**459.9**	270	**623.9**	275	**621.7**	289	**638.9**
DARIEN	162	**244.8**	252	**375.6**	139	**204.3**	134	**194.3**
PANAMÁ ESTE	153	**113.2**	343	**249.9**	142	**101.9**	139	**96.7**
COMARCA NGÄBE BUGLE	28	**14.1**	107	**52.7**	77	**36.9**	107	**50.0**

Fuente: Departamento de Epidemiología del MINSA/Sección de Vigilancia de Malaria 2018.

Playón Grande, Armila y Puerto Obaldía de la Región de Guna Yala, Mortí en Darién y Aguas Claras en la Región de Panamá Este son los Corregimientos que presentaron más casos de Malaria durante el año 2018 (Cuadro N°5).

Cuadro Nº5. Casos acumulados de Malaria en Regiones de Salud endémicas, según Corregimientos. República de Panamá. Años: 2015 – 2018.				
Región y corregimientos	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
GUNA YALA	**195**	**270**	**275**	**289**
Ailigandí	93		3	1
Tubualá	62			1
Narganá	20		2	1
Carreto		49	17	5
La Miel		31	30	31
Maguebgandí		29	14	9
Playón Grande		28	28	56
Airdirgandí		20	21	7
Armila			26	44
Puerto Obaldía			19	43

DARIEN	162	252	139	134
Lajas Blanca	41			
Wargandí	43			
Metetí	19			1
Yaviza	18	13	6	6
Manuel Ortega	19			
Mortí		22	10	25
Cocalito		16		
Boca de Tigre		14		12
Wala		13	17	6
Boca de Capeti			11	9
Unión Chocó			11	19
Nurra				12

Cuadro Nº5 .
Casos acumulados de Malaria en Regiones de Salud endémicas, según Corregimientos. República de Panamá. Años: 2015 – 2018.

Región y corregimientos	2015	2016	2017	2018
PANAMÁ ESTE	**153**	**343**	**142**	**139**
Madungandí	136			1
Tortí	35		3	4
Chimán	16			
Aguas Claras		66	44	32
Ípeti Kuna		24	6	1
Nargandi		24	5	
Puerto Limón			49	10
Río Sabalo				16
Río Diablo				14
Wagandi				11

Fuente: Departamento de Epidemiología del MINSA/Sección de Vigilancia de Malaria

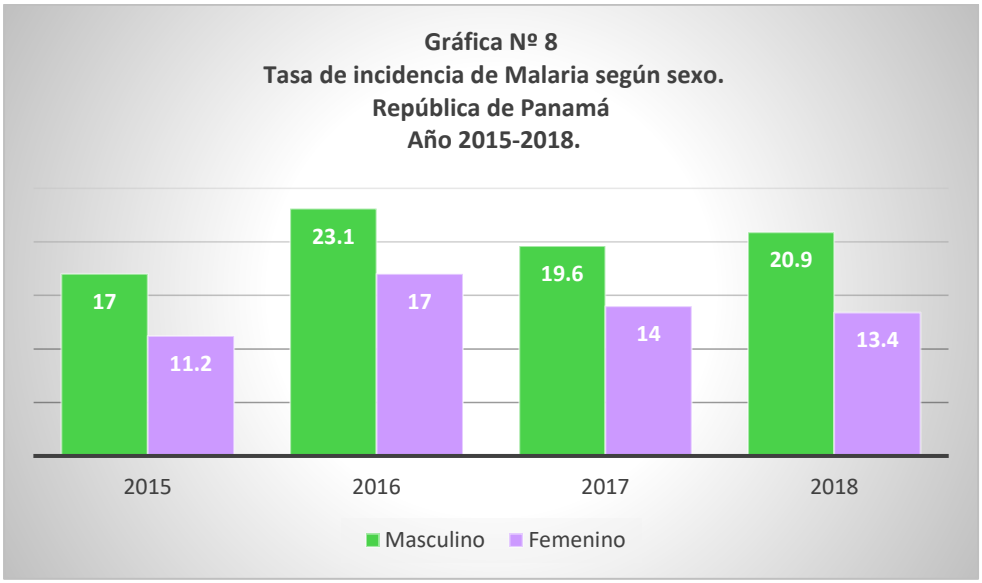
ii. Incidencia de Malaria por grupo de edad.

Los menores de 1 – 4 años, constituyen el grupo de edad más vulnerable a la Malaria, que se evidencia con las tasas más elevadas durante el período comprendido entre los años 2015 - 2018.

Cuadro Nº 6. Tasa de incidencia de Malaria según grupo de Edad. República de Panamá Años: 2015-2018.				
GRUPOS DE EDAD	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
< de 1 año	13.4	9.4	9.4	25.6
1 - 4 años	23.3	34.1	29.3	32.4
5-9 años	16	27.50	22.7	20.7
10- 14 años	12.8	29.10	21.3	24.8
15- 19	15.3	26	21.5	22.2
20 – 59	15.8	23.2	18.6	14.8
60 – 64	7.6	9.5	12.6	10.5
65 y +	8.3	9.9	16	5.8

Fuente: Departamento de Epidemiología del MINSA/Sección de Vigilancia de Malaria .

iii. Incidencia de Malaria según sexo.



Fuente: Departamento de Epidemiología del MINSA/Sección de Vigilancia de Malaria 2018.

Del 2015 al 2018, el sexo masculino es el más afectado, con tasas superiores a las registradas por el sexo femenino.

iv. Mecanismos de Intervención para la eliminación de la malaria

Panamá como país signatario de la OMS forma parte de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030, elaborada con el propósito de ayudar a los países a reducir el sufrimiento humano causado por la más mortal de las enfermedades transmitidas por mosquitos en el mundo. Con la adopción de esta estrategia, los Estados Miembros de la OMS han hecho suya la audaz visión de un mundo sin malaria, al tiempo que han establecido la meta de reducir al 2030 la carga de mortalidad por esta enfermedad en todo el mundo en un 90%, así como eliminarla al menos en 35 países.

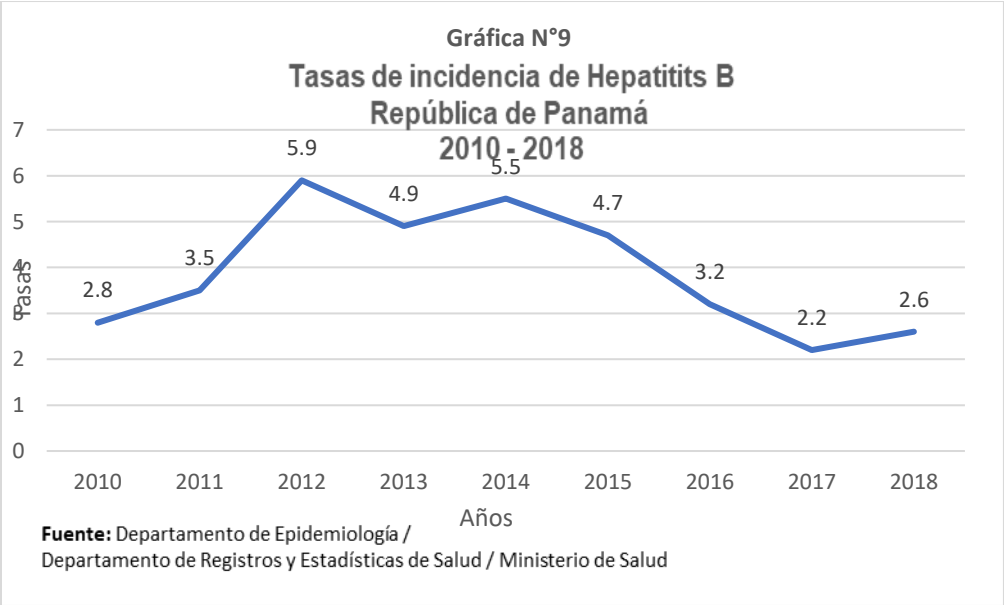
Para implementar la estrategia se conformó un equipo de trabajo con puntos focales de los Programas Nacionales de malaria de todos los países de la región, representantes de sociedad civil y socios técnicos para apoyar el desarrollo de la Nota Conceptual denominada "EMMIE". La Nota Conceptual describe las estrategias regionales para la eliminación de la malaria y articula metas anuales para cada país. La iniciativa de 10 millones de dólares tiene un periodo de ejecución del 2014 al 2020, la meta es lograr la eliminación de los casos autóctonos de malaria para el 2020 y la certificación de la eliminación por OPS/OMS para 2025.

Otras iniciativas regionales se implementan, como las desarrolladas por el Consejo de Ministros de Centro América y la República Dominicana (COMISCA), que busca eliminar la enfermedad en los países miembros, entre ellas, la eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (formada por Haití y la Rep. Dominicana), en respuesta a la Declaración emitida en el año 2013 durante la XX Reunión de COMISCA, haciendo un llamado a la eliminación de la transmisión autóctona de Malaria en la región para el año 2020.

Finalmente, para cumplir con las metas nacionales y los compromisos adquiridos en el marco de la eliminación de la malaria en las Américas, el Ministerio de Salud ha desarrollado un proceso colectivo para la elaboración del Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria en la República de Panamá (2018-2022). La meta para el año 2020 es el fortalecimiento de la estrategia y la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Panamá.

El Plan busca organizar todas las intervenciones destinadas a la eliminación de la malaria, brindando especial atención a las poblaciones indígenas, que son las más afectadas. Es evidente la necesidad de realizar la promoción constante de las medidas necesarias para la eliminación de los focos maláricos con la oportuna búsqueda reactiva de casos en el cumplimiento de la estrategia del diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta (DTIR), en estas zonas endémicas, pero siempre con el enfoque de interculturalidad para un mayor alcance de las acciones sanitarias en estas poblaciones vulnerables.

4. Incidencia de Hepatitis B

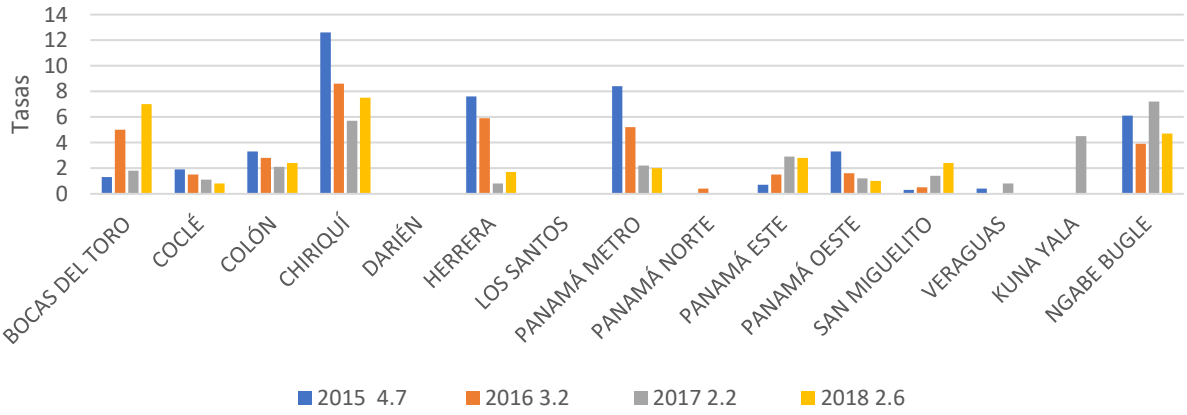


En el año 2010 de una tasa de incidencia de Hepatitis B de 2.8, se incrementó a 3.5 y 5.9 en los años 2011 y 2012., con un descenso en el año 2013 a una tasa de 4.9. A partir del año 2014, con una tasa de 5.5 ha presentado un descenso paulatino hasta alcanzar una tasa de incidencia de 2.2 en el año 2017 y 2.6 para el año 2018. Gráfica Nº9.

La cobertura de vacunación de Hepatitis B en menores de un año, se ha incrementado de 77.8% en el 2010 a 84.8 % en el año 2018. El mayor porcentaje de vacunación fue alcanzado en el año 2012 con un 93.5% de cobertura .

i. Incidencia de Hepatitis B en las Regiones de Salud

Gráfica N° 10
Incidencia de Hepatitis B, según Región de Salud
República de Panamá
Años: 2015 - 2018



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Departamento de Epidemiología

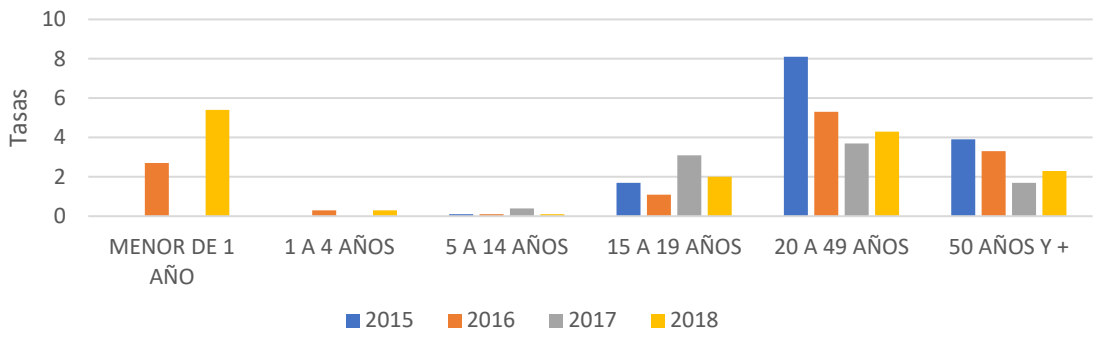
La mayor incidencia de Hepatitis B en el periodo evaluado se reportó en las Regiones de Chiriquí, Comarca Ngäbe Bugle y Panamá Metro, Para el año 2018, la tasa de incidencia de la Región de Bocas del Toro, San Miguelito y Herrera , se incrementaron respecto a los años anteriores.

ii. Incidencia de Hepatitis, según grupo de edad

La mayor incidencia de la Hepatitis B en el periodo evaluado corresponde a los grupo de 20 a 49 años y a los adultos mayores de 50 años. Valga señalar que en el año 2018 la incidencia más elevada de Hepatitis B (5.4) se dio en niños menores de 1 año.

En los niños escolares y adolescentes se evidencia una disminución de la incidencia en el año 2018 con respecto al año anterior.

Gráfico Nº 11
Tasa de incidencia de Hepatitis B según grupo de edad
Años:2015-2018.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Departamento de Epidemiología / Ministerio de Salud

iii. Incidencia de Hepatitis según sexo

Cuadro N°7
Tasa de incidencia de Hepatitis B, según sexo
Años: 2015 - 2018

Enfermedad	2015		2016		2017		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hepatitis B	5.9	3.1	4.3	2.1	2.1	2.3	2.8	2.5

Fuente: Departamento de Epidemiología del MINSA

Se observa que el sexo masculino presenta la mayor incidencia de la enfermedad en este periodo evaluado pero con tendencia al descenso, aunque en el 2018 presento un leve incremento de la tasa, mientras que en el sexo femenino se presenta una tendencia al aumento de la incidencia.

iv. Medidas de Intervención para la Prevención y manejo de la Hepatitis B.

En el año 2010, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA 63.18, que insta a los Estados Miembros a colaborar en favor de un enfoque integral de la prevención y el control de las Hepatitis virales, en las siguientes esferas :

• La formulación de directrices, estrategias y objetivos necesarios para la vigilancia, la prevención y el control de las Hepatitis virales.

• La provisión del apoyo necesario para el desarrollo de la investigación científica en materia de las Hepatitis virales.

• La movilización de recursos para fortalecer los sistemas de vigilancia, los programas de prevención y control, el diagnóstico y la capacidad de laboratorio y el tratamiento de las Hepatitis virales en los países en desarrollo de manera equitativa, eficiente y apropiada

• El fortalecimiento de la Red Mundial en pro de la Seguridad de las Inyecciones de la OMS.

Las medidas asequibles, como la vacunación, el suministro de sangre e inyecciones seguras y los alimentos inocuos, pueden reducir la transmisión de las Hepatitis virales. Por esta razón en nuestro país, la vacunación contra la Hepatitis es la principal medida de intervención en la prevención de la enfermedad, específicamente la Hepatitis B.

El esquema de vacunación de Panamá incluye la aplicación de la vacuna contra la Hepatitis B en el menor de un año, la cual alcanzó una cobertura de 85% a nivel nacional en el año 2018. Debido al riesgo al que están expuesto grupos específicos, como los trabajadores y estudiantes de ciencias de la salud, los privados de libertad, los trabajadores comerciales del sexo, manipuladores de alimentos y de desechos peligrosos y a contactos de casos sospechosos, el esquema de vacunación para adultos indica la vacunación de estas poblaciones especiales

Ante la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinada a prevenir y erradicar la Hepatitis Viral, la Clínica del Hígado y de Hepatitis del Complejo Hospitalario “Dr. Arnulfo Arias Madrid” (CHDRAAM), se ha integrado a la propuesta que proyecta eliminar esta enfermedad a nivel mundial en el año 2030.

Desde el 2015 el Ministerio de Salud en conjunto con la CSS han venido recabando datos y organizando la información necesaria sobre la prevalencia de la enfermedad infecciosa que ayuden en la elaboración de una Guía de referencia para el tratamiento y manejo de esta enfermedad en nuestro país que contribuirá significativamente, al momento de abordar la atención de los pacientes con Hepatitis (A, B, C, D y E).

A partir de 2011, todos los 28 de julio se celebra el Día Mundial contra la Hepatitis. Este evento constituye una oportunidad excepcional para que las comunidades de todo el mundo unan sus fuerzas en un día determinado, con el fin de llamar la atención sobre la amenaza que suponen las hepatitis para la salud mundial y promuevan acciones para combatir la enfermedad.

5. Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas (3.3.5.)

Este indicador fue substituido por el indicador: **Prevalencia de enfermedades tropicales desatendidas,** Para los efectos del monitoreo y evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

dado que el sistema de información no satisface la definición conceptual y los datos que se requieren en el numerador y el denominador para su estimación, los cuales se definen a continuación:

i. Enfermedades tropicales desatendidas

1. Definición conceptual:

Entre las enfermedades tropicales desatendidas se consideran, la parasitosis intestinal, sin otra especificación, la Escabiasis, la Giardiasis y la Pediculosis. Algunas son de notificación obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica, entre ellas, la Enfermedad Diarreica, Amebiasis, Leishmaniasis, Sífilis Congénita, Enfermedad de Chagas y la Lepra

La definición conceptual de este indicador hace referencia al Número de personas que requieren tratamiento y atención para cualquiera de las Enfermedades tropicales desatendidas (ETD) objeto de la Hoja de ruta de las ETD de la OMS y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y notificadas a la OMS. El tratamiento y la atención se definen de manera amplia para permitir el tratamiento y la atención preventivos, curativos, quirúrgicos o de rehabilitación. Otras intervenciones (por ejemplo, gestión de vectores, salud pública veterinaria, agua, saneamiento e higiene, vigilancia de enfermedades, gestión de la morbilidad y prevención de la discapacidad) deben abordarse en el contexto de las metas e indicadores para la cobertura sanitaria universal (CSU) y el acceso universal al agua y saneamiento.

2. Metodología de medida:

La cantidad de personas que requieren tratamiento y atención para las ETD se mide mediante los sistemas nacionales existentes y se informa a través de formularios conjuntos de solicitud y notificación de medicamentos donados y la base de datos integrada de ETD.

- **Numerador:**

Número de casos nuevos que requieren tratamiento y atención individualizados para otras ETD

- **Denominador:** No aplica

En nuestro país, algunas enfermedades desatendidas son de notificación obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica, entre ellas, la Enfermedad Diarreica, Amebiasis, Leishmaniasis, Sífilis Congénita, Enfermedad de Chagas y la Lepra. Otras enfermedades desatendidas registradas en el sistema de información estadística corresponden a la Parasitosis intestinal sin otra especificación, la Escabiasis, Giardiasis y la Pediculosis.

Cuadro N.º 8
Tasa de prevalencia de enfermedades desatendidas.
República de Panamá
Años: 2015- 2018

ENFERMEDADES DESATENDIDAS	Años			
	2015	2016	2017	2018
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	1069.45	971.63	864.03	856.93
Escabiasis	696	590.7	574.7	554.06
Giardiasis [Lambliasis]	38.29	31.29	29.55	27.92
Pediculosis, sin otra especificación	14.19	16.67	22.38	21.64

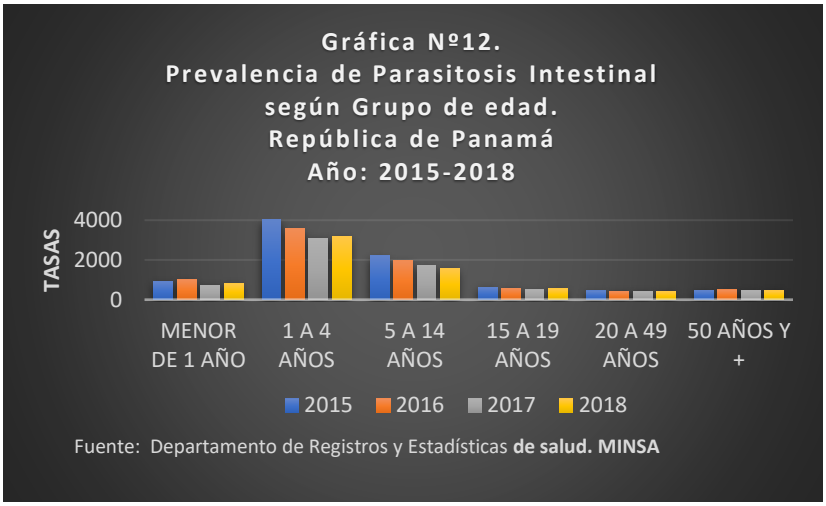
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA.

Las de mayor prevalencia en la población durante el periodo del 2015 al 2018 fueron: Parasitosis intestinal, Escabiasis y Giardiasis, con tendencia al descenso de sus tasas, a excepción de la Pediculosis la cual presenta un aumento significativo. (Cuadro N°8).

ii. Enfermedades Desatendidas por Grupo de edad

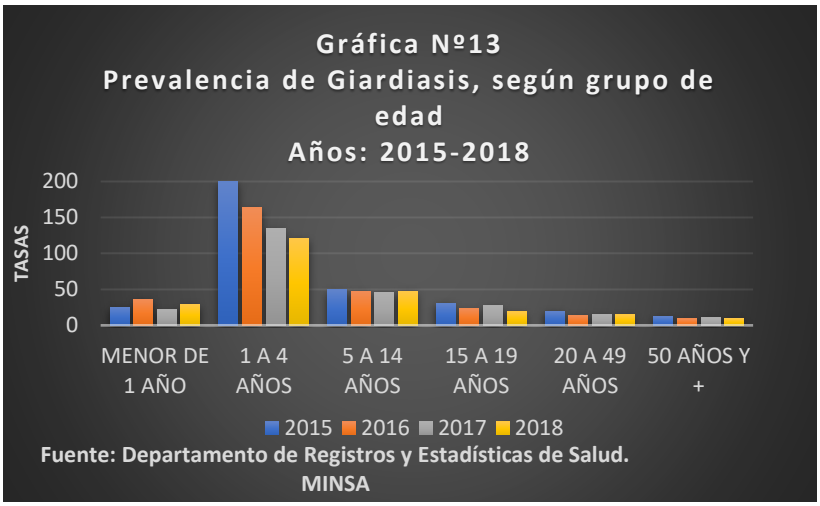
Las enfermedades desatendidas afectan todas las edades del ciclo de vida, principalmente a la niñez. Su prevención requiere de una coordinación intrainstitucional (recursos humanos y financieros, sensibilización y capacitación de los trabajadores de atención primaria y tecnólogos médicos para el diagnóstico y tratamiento oportuno, como también una coordinación interinstitucional para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, entre ellos, la disponibilidad de agua apta para el consumo humano, lavado de manos, vivienda, entre otros factores de riesgo.

a. Prevalencia de Parasitosis intestinal:



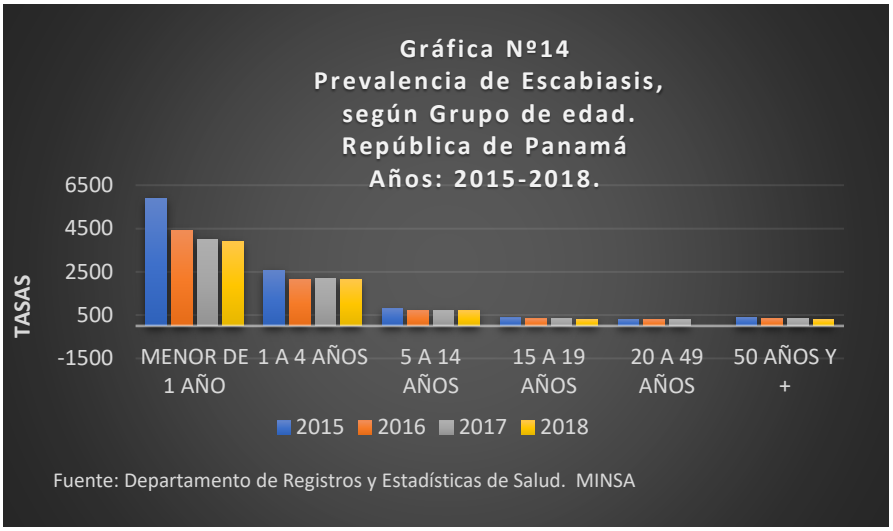
Tasas elevadas de Parasitosis intestinal se presentan principalmente en niños menores de 4 años y en escolares, las cuales han descendido durante el periodo de 2015 al 2018. Los adolescentes, adultos y adultos mayores son los menos afectados. Gráfica N°12)

b. Prevalencia de Giardiasis



La tasa de prevalencia de diarreas por Giardiasis en niños de 1 a 4 años es elevada, pero con tendencia a la disminución a través del periodo; seguido del grupo de niños en edad escolar, donde las tasas se han mantenido constante. Han de intensificarse las acciones de promoción y educación para la salud de los Programas de Crecimiento y desarrollo y Salud Escolar. Gráfica Nº13.

c. Prevalencia de Escabiasis

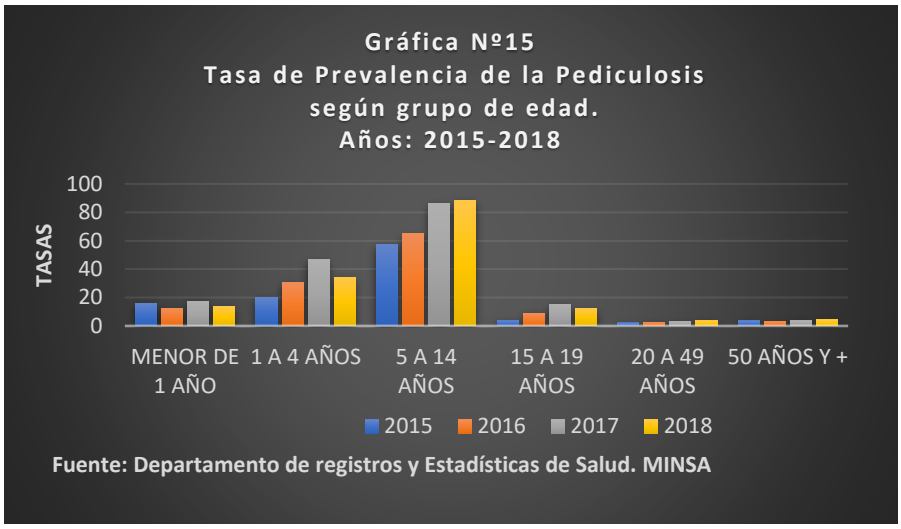


Al analizar la prevalencia de la Escabiasis vemos que el mayor número de casos se presentan en los menores de 1 año y en el grupo de edad de 1 a 4 años con una leve tendencia a la

disminución de la tasa y una disminución de la incidencia de la enfermedad a medida que se aumenta la edad de la persona. Gráfica N°14.

d. Prevalencia Pediculosis

Observamos la mayor incidencia de pediculosis en niños y adolescentes de edad escolar, con una leve tendencia al aumento de la tasa en el periodo evaluado; mientras que en los menores de 4 años la tasa del 2018 es más baja que la del 2017 (Gráfica N.º 15).



La mayor infestación de la pediculosis suele darse en las escuelas y guarderías, por lo que se debe insistir en la promoción y educación de medidas de higiene personal en los Programa de Crecimiento y Desarrollo y sobre todo en el Programa de salud escolar donde los niños deben recibir el tratamiento oportuno para controlar la propagación de la enfermedad entre los escolares y en los adultos de sus familias.

iii. Enfermedades desatendidas según sexo.

Cuadro Nº 9
Prevalencia de Enfermedades Desatendidas según sexo.
República de Panamá
Años: 2015- 2018.

Enfermedad	2015		2016		2017		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	1005.6	1133.9	929.7	1013.8	814.5	913.9	820	894.1
Escabiasis	568.1	825	486.1	696.1	482.5	667.6	466.2	642.5
Giardiasis	37.2	39.4	32.2	30.4	20.3	30	28.7	27.2
Pediculosis, sin otra especificación	4.3	24.1	5.2	28.2	6.4	38.5	19.7	68.4

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

En el Cuadro Nº 9, se observan que en la Parasitosis Intestinal, Escabiasis y la Pediculosis, las mujeres presentan tasas de incidencia más elevadas en comparación con los hombres, aunque el dato no es relevante, puede asociarse a la búsqueda de atención de salud de las mujeres respecto a los varones.

6. Enfermedades Desatendidas de notificación obligatoria.

A continuación, se describen las Enfermedades Desatendidas de notificación obligatoria: la Enfermedad Diarreica, Amebiasis, Leishmaniasis, Sífilis Congénita, Enfermedad de Chagas y la Lepra.

Cuadro Nº10
Tasa de enfermedades desatendidas bajo vigilancia epidemiológica.
República de Panamá
Año 2015- 2018.

Enfermedades	2015	2016	2017	2018
Enfermedad Diarreica	**5543.84**	**6598.69**	**6395.91**	**6199.3**
Amebiasis	**99.86**	**74.71**	**79.96**	**50.2**
Leishmaniasis	22.9	29.75	28.49	25.4
Sífilis Congénita	2.11	3.29	5.3	6.3
Enfermedad De Chagas	**1.56**	**.94**	**1.02**	**1.8**
Lepra	**0.08**	**S/D**	**0.02**	**0.05**

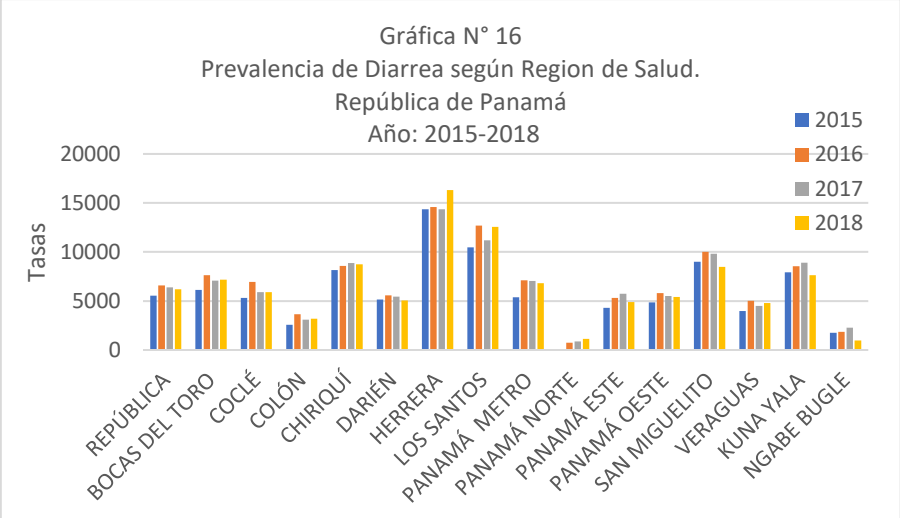
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

En términos generales se puede observar que las tasas de prevalencia de Amebiasis tienen una marcada tendencia hacia el descenso en este período, a diferencia de las tasas de Chagas, Lepra y Sífilis congénita que se incrementan. Cuadro N°10.

Este aumento en la prevalencia nos indica que es necesario la búsqueda, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de estas enfermedades para que no se constituyan en un problema de salud pública.

i.Prevalencia de Enfermedades Desatendidas de notificación obligatoria, según Región de Salud.

a) Prevalencia de Diarrea de origen no especificado



Fuente: Departamento de registros y Estadísticas de Salud/Vigilancia Epidemiológica del MINSA

Las mayores tasas de incidencia de Diarrea del país se presentaron en las regiones de Herrera y Los Santos, con un leve aumento de esta incidencia en el 2018 en ambas regiones. Le siguen en prevalencia las Regiones de San Miguelito, Chiriquí y la Comarca de Guna Yala, pero presentando tasas más bajas que la de años anteriores. (Gráfica N°16).

b) Prevalencia de Sífilis Congénita

Los datos de prevalencia de Sífilis Congénita indican que para el período 2015 – 2018, , las Regiones de Salud con las tasas de prevalencia más elevadas fueron Colón, Bocas del Toro, Darién, Panamá Oeste y San Miguelito. En el año 2018 la prevalencia se elevó en las Regiones de Coclé, Panamá Este y Panamá Oeste.

c) Prevalencia de Leishmaniasis

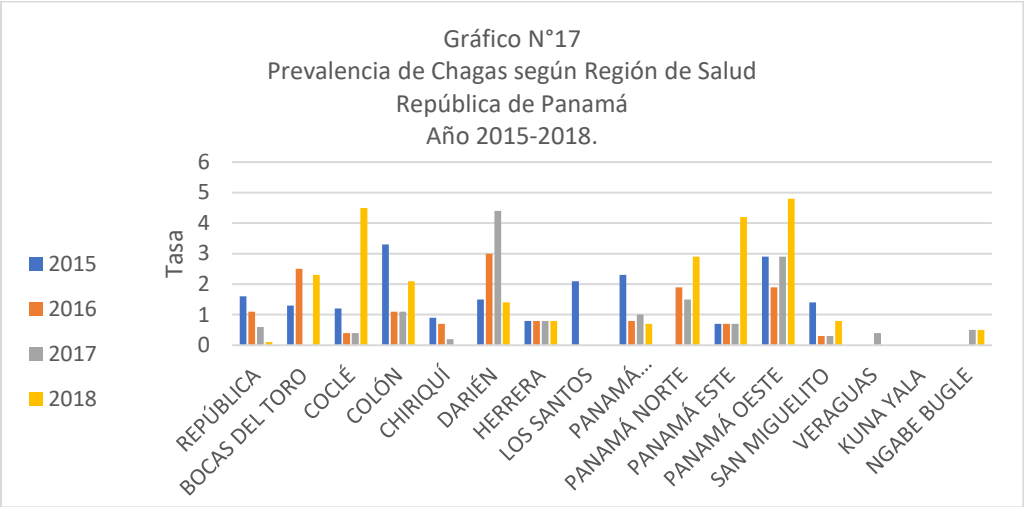
Las tasas de prevalencia de Leishmaniasis son elevadas en las Regiones de Bocas del Toro, Comarca Ngäbe Bugle, Coclé y Darién consideradas áreas endémicas de la enfermedad. Para el año 2018, es relevante la prevalencia de Leishmaniasis, en comparación a los años anteriores de la Región de Panamá Oeste. (Cuadro N.º 11).

Cuadro Nº 11 Tasa de Prevalencia de Leishmaniasis según Región de Salud. República de Panamá Año.2015-2018.				
	2015	2016	2017	2018
REPÚBLICA	**22.9**	**3.3**	**5.3**	**6.3**
BOCAS DEL TORO	**193.6**	**185.7**	**230.6**	**141.5**
COCLÉ	**52.1**	**96.8**	**40.2**	**60.4**
COLÓN	47	35.6	26.3	32.1
CHIRIQUÍ	8.4	7.9	7.7	6.3
DARIÉN	**68**	**38.7**	**30.9**	**45**
HERRERA	5.9	1.7	0.8	2.5
LOS SANTOS	0	1	5.2	1
PANAM METRO	5.9	0.9	5.4	5.6
PANAMÁ NORTE	S/D	4.2	3.4	5.5
PANAMÁ ESTE	21.5	43	39.5	28.5
PANAMÁ OESTE	11.4	10.1	12	**34.2**
SAN MIGUELITO	8.7	10.8	6.3	4.3
VERAGUAS	10.6	16.3	37.8	28.7
KUNA YALA	7.1	18.5	11.3	11
NGABE BUGLE	**29.8**	**100.9**	**116.5**	**49.6**

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

d) Tasa de prevalencia de Chagas

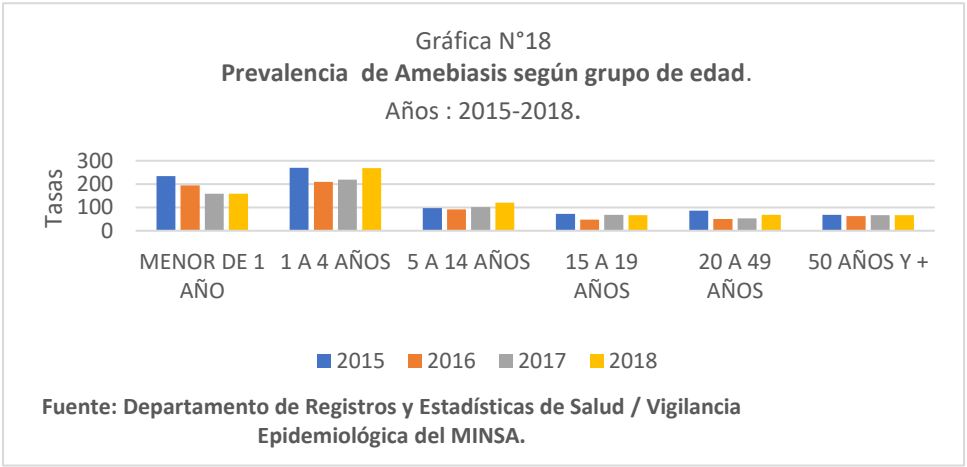
La Región de salud con la mayor prevalencia de Chagas es Panamá Oeste, con tasas mayores que las tasas de la República en todos los años del periodo evaluado, de igual manera la Región de Panamá Norte presenta prevalencia elevada de la enfermedad. En el año 2018 se aumentó el número de casos nuevos en la Regiones de Coclé y Panamá Oeste. En estas regiones se debe fortalecer las acciones para controlar el vector transmisor de la enfermedad y concientizar al equipo de salud del diagnóstico temprano. Gráfica N°17.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud/ Vigilancia Epidemiológica del MINSA

ii.Enfermedades desatendidas de notificación obligatoria, según grupo de edad.

a) Amebiasis



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

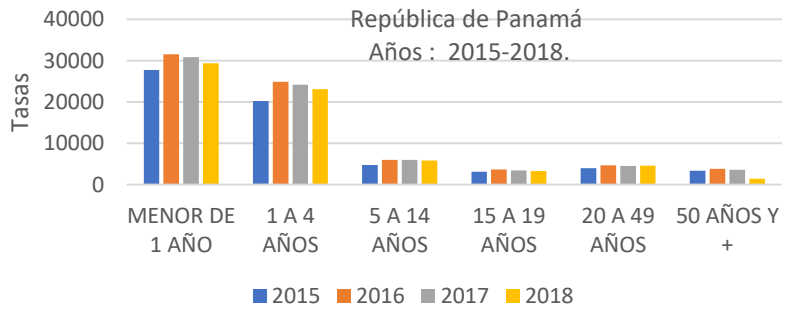
El mayor número de casos de amebiasis se presentan en niños menores de 4 años, aún más en niños de 1 a 4 años, representando una situación de riesgo para su salud y evidenciando la necesidad de reforzar en las madres y/o cuidadores las medidas de higiene de manos y consumo de agua apta para consumo humano por los menores. En la Gráfica N°18, para el año 2018, se observa el aumento de la prevalencia

de Amebiasis en el grupo de 1 a 4 años, como en niños y adolescentes de edad escolar con respecto a los años anteriores del periodo evaluado.

b) Enfermedad Diarreica

La enfermedad diarreica es prevalente principalmente en los menores 4 años, descendiendo entre adolescentes, adultos y adultos mayores. (Gráfica Nº19).

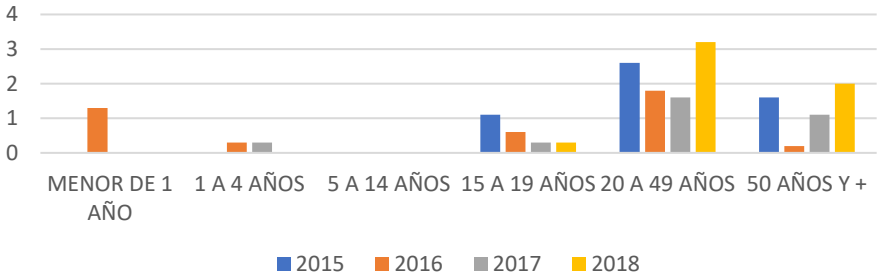
Gráfica N° 19
Tasa de Prevalencia de Enfermedad Diarreica según Grupo de edad.
República de Panamá
Años : 2015-2018.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud /Departamento de Vigilancia Epidemiológica / MINSA.

c) Tasa de prevalencia de Chagas

Gráfico N° 20.
Prevalencia de Chagas según grupo de edad.
República de Panamá
Años: 2015- 2018.

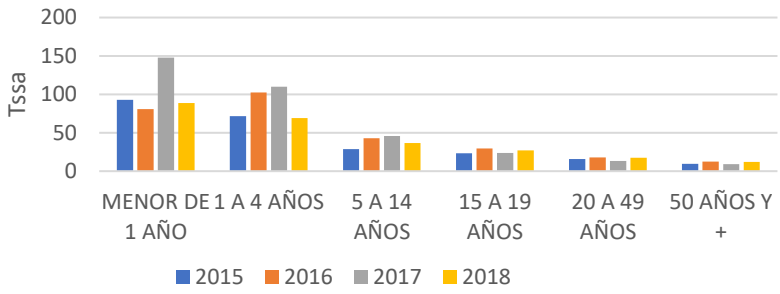


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Departamento Vigilancia Epidemiológica / Ministerio de Salud

La mayor prevalencia de la Enfermedad de Chagas se presenta en la población adulta de 20 años. Para el año 2018, se registra una tasa de 3.2, superando los registros de años anteriores. Por presentarse el mayor número de casos en población adulta se requiere reforzar las medidas preventivas para evitar la transmisión, tales como el tamizaje en embarazadas, la búsqueda de casos reactivos en banco de sangre y reforzar la higiene y seguridad de las viviendas en áreas endémicas, mediante campañas de promoción de la salud.

d) Prevalencia de Leishmaniasis

Gráfica N° 21.
Prevalencia de Leishmaniasis según grupo de edad.
República de Panamá
Años: 2015-2018.



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Departamento de Vigilancia Epidemiológica / MINSA.

Para el año 2018, los grupos de edad más afectados por Leishmaniasis corresponden a los menores de 5 años y el grupo de 5 a 14 años. En la población adulta de 20 años y más se registra un mayor número de casos que en los años anteriores. Gráfica Nº21.

iii. Enfermedades desatendidas bajo vigilancia epidemiológica según sexo.

Al hacer el análisis de la incidencia de este grupo de enfermedades desatendidas según su distribución por sexo, vemos que en el caso de la Amebiasis y la Diarrea es el sexo femenino la que presenta la mayor incidencia, con tendencia al aumento de la tasa de amebiasis y disminución de la tasa de diarrea; lo contrario ocurre en la incidencia de Chagas, Hepatitis A y Leishmaniasis donde el mayor número de casos se presentó en el sexo masculino donde la incidencia de Chagas va en aumento en comparación con las otras dos enfermedades.

TABLA N°12. TASA DE ENFERMEDADES DESATENDIDAS BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SEGÚN SEXO. AÑO 2015- 2018.

Enfermedad	2015		2016		2017		2018	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Amebiasis	92.9	106.8	70.5	78.9	75.5	84.5	88.3	97.2
Diarrea	5316.7	5772.8	6351.4	6847.8	6135.5	6658.1	5965.2	6435
Leishmaniasis	24	22	32.3	27.2	30.3	26.5	27.6	23.3
Hepatitis A	0.6	0.6	1.6	0.7	1.5	0.5	0.4	0.2
Chagas	2.3	0.8	1.3	0.5	1.4	0.7	2.6	1

Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud / Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

7. Medidas de intervención para el control de las Enfermedades Desatendidas

Las enfermedades tropicales desatendidas afectan en particular a las poblaciones más pobres, residentes en zonas rurales remotas y barrios suburbanos marginales, que persisten cuando hay pobreza e insalubridad. Estas enfermedades reciben poca atención y se ven postergadas en las prioridades de la salud pública, a pesar de que pueden prevenirse, eliminarse, e incluso erradicarse si se mejora el acceso a intervenciones seguras y rentables ya existentes. Su control depende de intervenciones simples que pueden llevarse a cabo por personal de salud no especializado sumado a acciones preventivas de base comunitaria, como el lavado de mano y el consumo de agua apta para el consumo humano. Es decir, se requiere de acciones sostenidas de promoción, prevención, atención y rehabilitación, así como de investigación, pilotaje e implementación de acciones de intervenciones interdisciplinarias e interinstitucionales para su adecuado control.

El Resuelto No 2961 del 11 de junio de 1999, “Por el cual se determinan las enfermedades de notificación obligatoria y se señalan los procedimientos de notificación en todo el territorio nacional, fue publicada en la Gaceta Oficial 23826, el 25 de junio de 1999.

El Ministerio de Salud de Panamá mediante el Decreto Ejecutivo N.º 950 del 9 de abril del 2014 crea la Comisión Técnica Nacional para la prevención y control del Chagas, Leishmaniasis y otras enfermedades infecciosas desatendidas que tiene entre sus principales objetivos; poner en relevancia nacional el tema de estas enfermedades, la creación y /o actualización de las guías para la atención y coordinar en conjunto con la Caja de Seguro Social (CSS) y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES), los mecanismos que permitan su oportuna vigilancia, diagnóstico y tratamiento.

La Comisión Técnica en conjunto con el Hospital del Niño concluyó el “Protocolo de diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad de Chagas y Chagas Congénito del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel” y actualmente dirige su esfuerzo hacia la actualización de la Guía de la Enfermedad de Chagas. Otras iniciativas que se implementan se detallan a continuación:

a) Coordinación estrecha con el Departamento de Medicina Transfusional y Servicios de Sangre para la sensibilización y capacitación de los trabajadores de la salud de los Bancos de Sangre en la detección temprana de la Enfermedad de Chagas.
b) Coordinación con la Dirección de Medicamentos la dotación suficiente de los medicamentos para el tratamiento de Chagas y Leishmaniasis en todas las instalaciones de salud del país.
c) En las Regiones de Salud, tamizaje para Chagas a todas las embarazadas y así prevenir la enfermedad en neonatos.
d) Elaboración de un Plan de actualización a médicos de atención primaria en el diagnóstico temprano y el tratamiento de Chagas y
e) Revisión de la Guía para el abordaje de la Leishmaniasis y la Enfermedad de Chagas.

D. Avances en el cumplimiento de metas, según indicador

Según los datos disponibles hasta el año 2018, se ha descendido en 10.69% en el avance hacia la meta definida de 20.5 para el año 2020, del indicador 3 .3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, grupo de edad, y sectores clave de la población: (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y población trans) (Cuadro N°13).

Cuadro No 13						
Avances en el cumplimiento de metas según indicador						
Meta	**Indicador**	**Línea basal (Año: 2015)**	**Tasa al 2018**	**Meta 2020**	**Diferencia porcentual**	**Avance en el cumplimiento Meta 2020**
3.3. De aquí al año 2030, poner fin a la epidemia de SIDA, la tuberculosis, la malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, grupo de edad, y sectores clave de la población: (trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y población trans)	21.0	31.69	20.5	+11.19	- 10.69
	3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes	42.2 **50.9	41.3	*40.7	+1.6	0.9
	3.3.3. Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes	0.14	0.17	***Erradicación de la Malaria	-0.3	-0.3
	3.3.4. Incidencia de hepatitis B por cada 100.000 habitantes	4.7	2.6	2..0	0.6	2.1

*Plan estratégico Nacional de Tuberculosis 2018 -2022 y la Estrategia de fin a la Tuberculosis de la OMS /2035

**Dato en proceso de verificación

*** Erradicación de la Malaria, según COMISCA.

Glosario de Términos

Casos de TBC incidentes: es el número de casos nuevos o recidivas de enfermedad tuberculosa que aparecen en un año y que se expresa generalmente por 100.000 habitantes

Casos reactivos de Chagas: Caso con resultado positivo a una primera prueba de tamizaje para Chagas, regularme detectado en las pruebas realizadas a donantes por los Bancos de Sangre. Sin embargo, este resultado debe ser confirmado con una segunda prueba realizada por el Laboratorio Central de Referencia del país, utilizando el método ELISA, la cual confirma o descarta el diagnóstico.

Endemia: Es un término que denota la presencia habitual de una enfermedad o un agente infeccioso en una determinada zona geográfica o grupo de población. La prevalencia habitual de una enfermedad determinada en dicha zona.

Cuando la presencia de una enfermedad, tanto transmisible como no transmisible, se da de una forma regular se dice que esa enfermedad existe con carácter endémico.

Enfermedades desatendidas: Las enfermedades desatendidas u olvidadas son un conjunto de enfermedades infecciosas, muchas de ellas parasitarias, que afectan principalmente a las poblaciones más pobres y con un limitado acceso a los servicios de salud; especialmente aquellos que viven en áreas rurales remotas y en barrios marginales. Estas enfermedades reciben poca atención y se ven postergadas en las prioridades de la salud pública porque los afectados carecen de influencia política.

Eventos de notificación obligatoria (ENO): Son los rumores, sospechas, casos o defunciones por enfermedades, riesgos u otros eventos de salud, que, por su transmisibilidad, peligrosidad o potencialidad de daño, sean definidos como tales, por el Decreto Ejecutivo Nº 1617. Del 21 de octubre del 2014.

País libre de Malaria: País libre de la transmisión local por lo menos por tres (3) años consecutivos, la Organización Mundial de la Salud puede certificar su estatus de estar libre de la malaria.

Técnicamente la eliminación de la malaria es más compleja si se intenta de manera aislada y no promueve el uso eficiente de los recursos.

Pre-eliminación de Malaria: se da en áreas donde: i) la información de las unidades de salud que son representativas del total del área objeto o país, indica que la tasa mensual de láminas positivas entre pacientes febriles con sospecha de malaria es consistentemente menor que 5% a través del año, de forma que la carga de enfermedad está llegando a ser manejable; ii) estudios de base poblacional en el pico de la temporada de transmisión confirma una tasa de infección de 5% entre personas de todas las edades con fiebre o historia de fiebre. La malaria está limitada a focos bien definidos y si están en capacidad de realizar un seguimiento individual de cada caso.

Tuberculosis Respiratoria - Tuberculosis Pulmonar: Es la infección bacteriana crónica del tracto respiratorio por M. tuberculosis, la principal y más común forma de la afección y para efectos epidemiológicos, es la única capaz de contagiar a otras personas.

Paciente con VIH- Paciente con Tuberculosis : La coinfección TB/VIH, es la persona que vive con VIH y padece la enfermedad tuberculosa activa. Este binomio de pacientes requiere la coordinación de ambos programas; además, la evaluación y supervisión de la terapia por un especialista a nivel de cada Región.

Tuberculosis Multidrogo Resistente (TB/MDR): La Tuberculosis multirresistente MDR TB, por sus siglas en inglés), es aquella cuyo agente causal es resistente a por lo menos dos medicamentos: la isoniazida y la rifampicina, que son los antibióticos más poderosos para el tratamiento de dicha enfermedad. Estos medicamentos se usan para tratar a todas las personas enfermas de Tuberculosis.