

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA**

**ANÁLISIS DE  
SITUACIÓN  
EPIDEMIOLÓGICA**

2025

## **Autoridades**

**Dr. Fernando Boyd Galindo**  
Ministro de Salud

**Dr. Manuel Zambrano Chang**  
Vice Ministro de Salud

**Dra. Yelkys Gill**

Directora Nacional de la Dirección General de Salud Pública

**Dr. Pedro Contreras**  
Subdirector General de Salud de la Población

**Dr. Blas Armién**  
Jefe del Departamento de Epidemiología

## **Equipo de Trabajo**

### **SECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES**

Dra. Rocío Arjona C.  
Dra. Catherine Castillo C.  
Dr. Héctor Cedeño  
Dra. Lizbeth Cerezo  
Dra. Damaris Contreras  
Dra. Lourdes García  
Dr. Pablo González  
Dra. Lizbeth Hayer  
Dra. Yadira I. de Moltó  
Licda. Carmen Lange  
Licda. María Mastelari  
Dra. Lourdes Moreno  
Dra. Isela Rentería  
Dra. Marcela Reyes  
Licda. Yanin Adames

### **SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS DE VIGILANCIA**

Licda. Felicia Murillo  
Licda. Graciliana Chiari  
Licda. Daulineth Delgado

### **SECRETARIA**

Rubiela S. de Mitchell  
Iris Valdespino  
Judith Mero

### **PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

Licda. Itzel de Hewitt  
Licda. Dalys Pinto  
Licda. Sandra Silgado  
Licda. Elba Aparicio

### **SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS-PAI**

Licda. Diana Miranda  
Licda. Tomás Palacios  
Licda. Sadia Muñoz

## Contenido

Análisis Epidemiológico Integral de la Situación de Salud en Panamá – 2025 .....	8
Infecciones Respiratorias.....	8
Síndrome Gripal (ETI).....	8
Infecciones Respiratorias Agudas Graves .....	9
Bronquiolitis .....	11
COVID-19 .....	14
Tuberculosis .....	20
Enfermedades Prevenibles por Vacunas.....	26
Parotiditis .....	26
Tétanos.....	28
Tétanos Neonatal (TNN).....	30
Varicela.....	31
Tos ferina.....	35
Enfermedades Transmitidas por Alimentos .....	39
Enfermedad Diarreica.....	39
Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAs).....	39
Enfermedades Zoonóticas .....	41
Enfermedad por Hantavirus (EH).....	41
Leptospirosis.....	45
Miasis en heridas por gusano barrenador .....	46
Enfermedades Transmitidas por Vectores .....	48
Enfermedades de Chagas .....	48
Chikungunya.....	50
Dengue .....	50
Malaria.....	54
Zika.....	57
Oropouche .....	57
Leishmaniasis .....	61
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) .....	65
VIH.....	65
Mpox .....	65
Infecciones Asociadas a la Atención Médica (IAAS).....	66
Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles.....	70
Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades No Transmisibles .....	74
Referencias .....	76
Anexos .....	78

## Índice de Cuadros:

Cuadro 1. Número de casos y tasa de incidencia de Tuberculosis por año según localización anatómica de la enfermedad. Panamá. Años 2013-2025 /p.....	21
Cuadro 2. Número de casos de Tuberculosis notificados y variación porcentual respecto a las notificaciones del año anterior. Panamá. Años 2013-2024.....	22
Cuadro 3. Número de casos de Tuberculosis notificados por región y año. Panamá. Años 2013-2025 (p) .....	24
Cuadro 4. Casos de Leptospirosis por región de Salud, Panamá. Años 2013-2024. ....	46
Cuadro 5. Diagnósticos de la Enfermedad de Chagas, República de Panamá, Años 2019-2024. ....	49
Cuadro 6. Número de Casos confirmados de dengue según región de salud y criterio de confirmación en la República de Panamá. Año 2025 (SE 47). ....	52
Cuadro 7. Casos confirmados de malaria según clasificación en la República de Panamá, año 2020-2024 (SE50).....	56
Cuadro 8. Casos acumulados de enfermedad por Oropouche por grupo de edad y sexo. Panamá. Años 2024-2025(p) .....	60
Cuadro 9. Casos y Tasas de Leishmaniasis por región de salud, años 2020 - 2024....	62
Cuadro 10 . Casos y Tasas Leishmaniasis por grupo de edad, República de Panamá, años 2020 - 2024. ....	63
Cuadro 11. Clasificación de Leishmaniasis según tipo de lesión, República de Panamá, Años 2020-2024. ....	64
Cuadro 12. Casos de Leishmaniasis según criterio diagnóstico, República de Panamá, Años 2020-2024. ....	64
Cuadro 13. Porcentaje de microorganismos causantes de IAAS asociados a dispositivos invasivos. Panamá. Año 2024.....	69

## Índice de Gráficas

Gráfica 1. Síndrome Gripal (ETI): Tasa* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. República de Panamá. 2015 – 2024 .....	9
Gráfica 2. Síndrome Gripal (ETI): Tasa* de Incidencia, Curva Epidémica Promedio, Umbral de Alerta y Umbral Estacional según semana y año. Período 2009 - 2024. República de Panamá. 2025/p .....	9
Gráfica 3. Neumonía y Bronconeumonía: Tasa* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. República de Panamá. 2015 – 2024. ....	10
Gráfica 4. Neumonía y Bronconeumonía: Tasa* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. Periodo 2009 - 2024. República de Panamá. 2025/ .....	10

Gráfica 5. Bronquiolitis: Tasa* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. República de Panamá. 2015 - 2024. Periodo 2009 -2023.....	11
Gráfica 6. Bronquiolitis: Tasa* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. Periodo 2009 -2024. República de Panamá. 2025/p.....	12
Gráfica 7. Defunciones por infecciones respiratorias agudas graves según semana epidemiológica, República de Panamá. Período 2012-2024.....	12
Gráfica 8. Número de defunciones por influenza, según semana epidemiológica, República de Panamá, años 2015-2025/p .....	13
Gráfica 9 . Número de muestras positivas según tipo de virus de influenza identificado por semana epidemiológica, República de Panamá, Período 2015-2024.....	13
Gráfica 10. Número de muestras positivas según tipo de virus de influenza identificado por semana epidemiológica, República de Panamá, 2025 /pSE.....	14
Gráfica 11. Casos de COVID-19 y defunciones, según semana epidemiológica, en la República de Panamá. 2020-2024.....	15
Gráfica 12. Distribución proporcional por categoría de edad y sexo (facetas por año) de los casos de COVID-19 en la República de Panamá. 2020-2024 .....	17
Gráfica 13. Distribución proporcional por categoría de edad y sexo de las defunciones por COVID-19 en la República de Panamá. 2020-2024/p.....	18
Gráfica 14. Tasa de incidencia de Tuberculosis según sexo. Panamá. Años 2013-2025 (p).....	22
Gráfica 15. Tasa de incidencia de Tuberculosis según edades. Panamá. Años 2014-2024.....	23
Gráfica 16. Mortalidad por Tuberculosis. República de Panamá. Período 2015-2023..	25
Gráfica 17. Parotiditis: Casos y Tasa* de Incidencia. República de Panamá. 1987 - 2019 .....	26
Gráfica 18. Parotiditis: Casos según semana epidemiológica. República de Panamá. 2012-2019 .....	27
Gráfica 19. Parotiditis: Tasa* de Incidencia según grupo de edad. República de Panamá. 2010 – 2019 .....	27
Gráfica 20. Casos y tasa* de parotiditis según año. República de Panamá. 2020 – 2024. ....	28
Gráfica 21. Tétanos Adquirido: Casos, Tasa* de incidencia y línea de tendencia, según año. República de Panamá. 2000 – 2024. ....	29
Gráfica 22. Tétanos Adquirido: casos según grupo de edad y año. República de Panamá. 2000-2024.....	29
Gráfica 23. Tétanos Neonatal: Tasa* de incidencia, de Mortalidad y línea de tendencia según año. República de Panamá. 1978 – 2024 .....	31
Gráfica 24. Varicela: Casos, Tasa* de incidencia y línea de tendencia, según año. República de Panamá. 1998 - 2019/p .....	32
Gráfica 25. Varicela: Tasa* de incidencia, según año y cobertura de vacunación contra varicela según año. República de Panamá. 1998 - 2024 .....	33

Gráfica 26. Varicela: Tasa acumulada* de incidencia, según grupo de edad por quinquenios. República de Panamá. 2010 - 2024.....	33
Gráfica 27. Varicela: Tasa* de incidencia según región de salud. República de Panamá. 1998 - 2024 .....	34
Gráfica 28. Varicela: Tasa* de incidencia, curva epidémica, umbral de alerta y estacional según semana epidemiológica- Periodo 2015 – 2024. República de Panamá. 2025/p .....	34
Gráfica 29 .Casos y tasa de incidencia* de tos ferina según año. República de Panamá. ....	35
Gráfica 30. Defunciones y tasa* de mortalidad de tos ferina según año. República de Panamá. 1978-2019.....	36
Gráfica 31. Tasa* de incidencia de tos ferina según grupo de edad. República de Panamá. 1978 – 2019.....	36
Gráfica 32a. TOS ferina, tasa de Incidencia y % de cobertura de vacunación en menores de un año República de Panamá. 1978 – 2019. ....	37
Gráfica 33. Casos de tos ferina según semana epidemiológica. República de Panamá. 2020-2024 .....	38
Gráfica 34. Incidencia de las enfermedades diarreicas. República de Panamá, Años 1995 – 2025 (p).....	39
Gráfica 35. Incidencia de intoxicación alimentaria. República de Panamá, Años: 1995 - 2025 (p).....	40
Gráfica 36. Incidencia de salmonelosis. República de Panamá, Años:1995 - 2025 (p)40	
Gráfica 37. Gráfico 37. Número de casos de enfermedad por hantavirus y tasa de letalidad por año,.....	41
Gráfica 38. Gráfico 38. Casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus acumulados, según mes de ocurrencia. Panamá. Años 1999-2025 (p).....	42
Gráfica 39. Gráfico 39. Vigilancia de la enfermedad por hantavirus y de la dinámica de roedores a nivel de microescala en el Distrito de Tonosí. Panamá, 2006-2025.....	44
Gráfica 40. Gráfico 40. Casos de enfermedad por Hantavirus según grupo de Edad. Panamá, Años 1999-2024(p). .....	44
Gráfica 41. Tasa de incidencia anual de leptospirosis en Panamá, 2000-2025(p).....	45
Gráfica 42. Casos y Tasas de Enfermedad de Chagas, República de Panamá, Año:2000-2024.....	48
Gráfica 43. Casos confirmados de Chikungunya según año en la República de Panamá, año 2014-2025 (SE 40).....	50
Gráfica 44. Casos confirmados de dengue y tasa de incidencia según año en la República de Panamá, año 2014-2025 (SE47).....	51
Gráfica 45. Casos confirmados de dengue según semana epidemiológica en la República de Panamá, año 2024-2025 (SE47).....	51
Gráfica 46. Defunciones y tasa de mortalidad de dengue por año en la República de Panamá, 2010-2025 (p) (SE47). .....	53
Gráfica 47. Casos confirmados de malaria según especie en la República de Panamá, año 2015-2025 (SE 50).....	55

Gráfica 48. Casos confirmados de malaria según mes en la República de Panamá, año 2024-2025 (SE50).....	56
Gráfica 49. Casos confirmados de Zika según año en la República de Panamá, año 2015-2025 (SE40).....	57
Gráfica 50. Casos de enfermedad por Oropouche por región de salud y semana epidemiológica, Panamá. Años 2024-2025 (p) .....	59
Gráfica 51 . Casos y Tasas, Leishmaniasis, República de Panamá, Años 2000 - 2024	62
Gráfica 52. Infecciones asociadas a la atención de salud reportadas e incidencia por año. Panamá. Años 2018-2024.....	67
Gráfica 53. Densidad de Incidencia de IAAS por dispositivo invasivos en UCI. Panamá. Años 2018-2024 .....	68

#### Índice de Mapas

Mapa 1. Incidencia de COVID-19 por cada 100,000 habitantes por Región de Salud en la República de Panamá. Años 2020- 2024.....	19
Mapa 2. Porcentaje de letalidad por COVID-19 según Región de Salud en la República de Panamá. Años 2020- 2024.....	20
Mapa 3. Distribución de los casos de enfermedad por hantavirus confirmados por corregimiento. .....	43
Mapa 4. Distribución de los casos de miasis por <i>Cochliomyia hominivorax</i> en personas, Panamá. Semana epidemiológica 40 de los años 2024 (n=83) – 2025 (n=94).....	47

#### Índice de Figuras

Ilustración 1. Vigilancia integral de enfermedades no trasmisibles en Panamá.....	74
---	----

#### Índice de Anexos

Anexo 1 .....	78
Anexo 2 .....	79
Anexo 3 .....	80

# Análisis Epidemiológico Integral de la Situación de Salud en Panamá – 2025

La situación epidemiológica del país es presentada mediante casos, tasas de incidencia y gráficos de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) bajo vigilancia en cumplimiento del Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014. La información proviene principalmente de los ENO detectados por los médicos que laboran en el sistema de salud, público y privado. Estos casos son registrados en la Plataforma Tecnológica para la Notificación de ENO (SISVIG) según las normas y procedimientos del Ministerio de Salud. Regularmente los datos se complementan o actualizan con información laboratorial proporcionada por la red nacional de laboratorios y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES).

## Infecciones Respiratorias

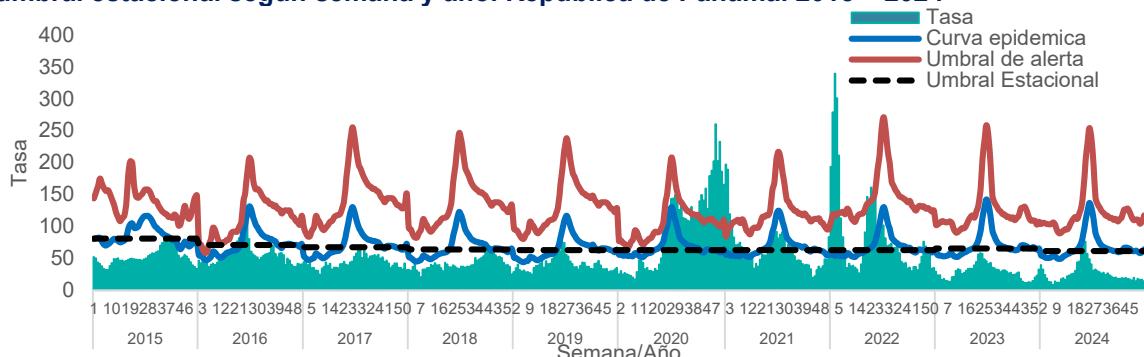
### **Síndrome Gripal (ETI)**

En Panamá, la vigilancia de la influenza se realiza a través de la vigilancia sindrómica del Síndrome Gripal o Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como de neumonías, bronconeumonías y bronquiolitis. Esta vigilancia permite monitorear el comportamiento estacional de los virus respiratorios, incluyendo influenza, en relación con las curvas epidémicas y los umbrales de alerta y estacional definidos para el país.

Entre 2015 y 2019, la incidencia de ETI presentó un patrón estacional típico, con incrementos entre las SE 20–30, coincidiendo con la temporada lluviosa. En 2016, las tasas superaron el umbral estacional y la curva epidémica entre las SE 20–26, reflejando una circulación intensa de virus respiratorios (Gráfico 1).

Durante la pandemia por COVID-19 (2020–2021), la actividad gripal disminuyó de manera notable. No obstante, en las SE 39–53 de 2020, la incidencia superó el umbral de alerta debido a la introducción de SARS-CoV-2, alterando los patrones habituales. En 2022, se observaron dos aumentos temporales (SE 1-5 y 19-23), que marcaron el retorno progresivo a la estacionalidad tras el levantamiento de las medidas de control. Durante 2023 y 2024, las tasas se mantuvieron por debajo de los umbrales estacional, de alerta y de la curva epidémica, sin picos significativos. Para la SE 15 de 2024, la incidencia fue de 12,3 casos por 100 000 habitantes, manteniéndose estable el resto del año (Gráfico 1).

Gráfica 1. Síndrome Gripal (ETI): Tasa\* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. República de Panamá. 2015 – 2024

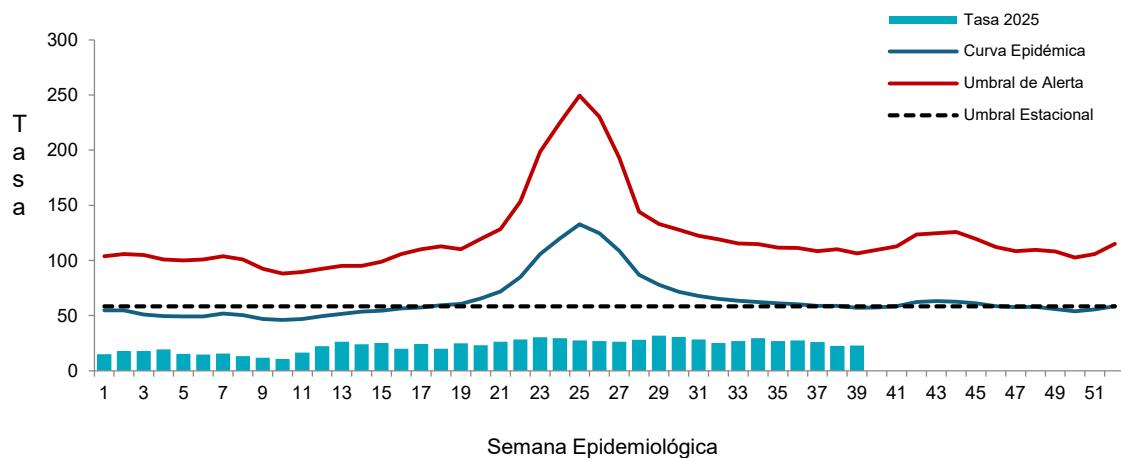


\*: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA.

En 2025 (SE 39), la actividad gripe continua dentro de los valores basales, sin superar umbrales ni mostrar patrones epidémicos (Gráfico 2).

Gráfica 2. Síndrome Gripal (ETI): Tasa\* de Incidencia, Curva Epidémica Promedio, Umbral de Alerta y Umbral Estacional según semana y año. Período 2009 - 2024. República de Panamá. 2025/p



/p: SE 39

\*: Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Departamento de Epidemiología

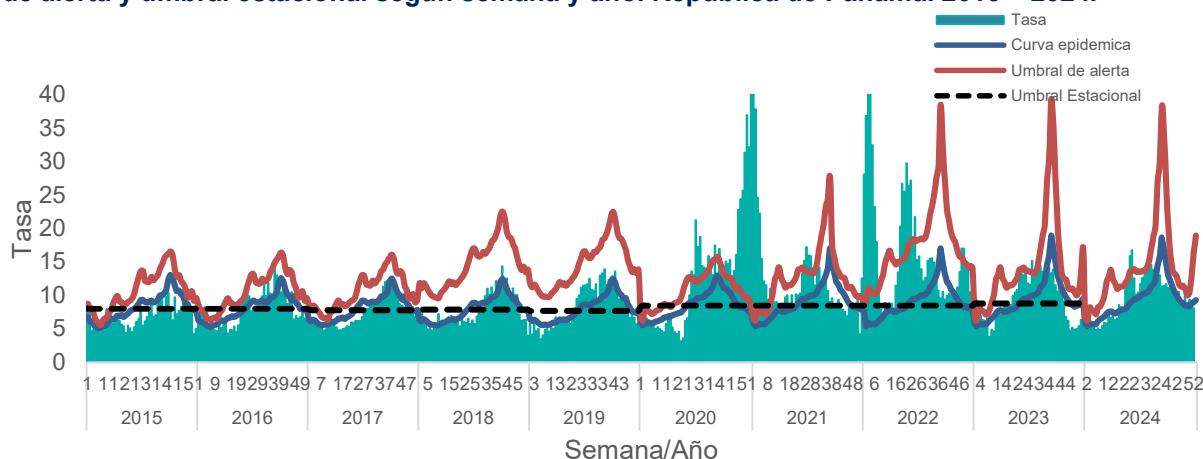
## Infecciones Respiratorias Agudas Graves

La vigilancia de neumonías, bronconeumonías y bronquiolitis como proxy de IRAG permite monitorear la transmisión de virus respiratorios y compararla con umbrales estacionales y curvas epidémicas históricas. En el periodo prepandémico, se observó un patrón estacional consistente, con incrementos durante la temporada lluviosa. En 2016, se registraron dos picos relevantes (SE 22–26 y 31–46) que superaron el umbral estacional; en 2015, 2017–2019, este exceso de casos ocurrió principalmente a partir de la SE 31 (Gráfico 3).

A partir de 2020, con la introducción de SARS-CoV-2, se alteraron los patrones habituales: las tasas superaron intermitentemente los umbrales estacionales desde la SE 10 y, en algunos momentos, también la curva epidémica y el umbral de alerta. En 2021–2022, se registraron alrededor de cinco semanas por año con tasas por encima de los umbrales, aunque con menor intensidad que en 2020, evidenciando una transición hacia un patrón mixto de circulación de SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios.

Durante 2023 y 2024, las tasas se mantuvieron por debajo de la curva epidémica y de los umbrales de referencia la mayor parte del año. En la SE 16 de 2024, la incidencia fue de 4,4 por 100 000 habitantes, consolidando un patrón de baja actividad respiratoria grave.

**Gráfica 3. Neumonía y Bronconeumonía: Tasa\* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. República de Panamá. 2015 – 2024.**

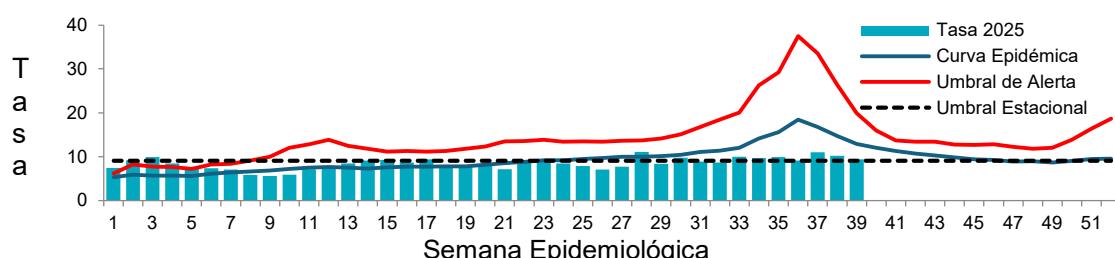


\*: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA

En 2025, hasta la SE 39, las tasas de IRAG se han mantenido dentro de valores basales, sin superar umbrales estacionales ni de alerta, ni presentar picos epidémicos, lo que reflejó circulación limitada de virus respiratorios graves (Gráfico 4).

**Gráfica 4. Neumonía y Bronconeumonía: Tasa\* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. Período 2009 - 2024. República de Panamá. 2025/**



/p: SE 39, \*: Tasa por 100 000 habitantes

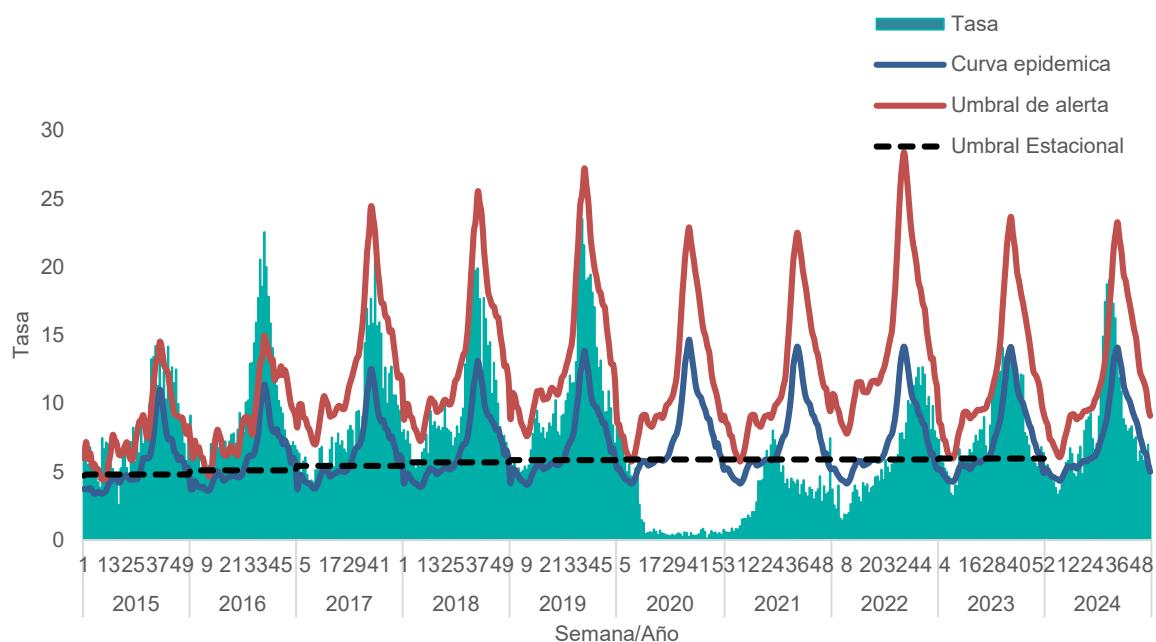
Fuente: Departamento de Epidemiología

## Bronquiolitis

La bronquiolitis es de notificación obligatoria y presenta transmisión durante todo el año, con incremento sostenido en el segundo semestre, coincidiendo con la temporada lluviosa y la mayor circulación de VSR. Entre 2015–2016, las tasas semanales superaron el umbral de alerta en varias semanas, mientras que 2017–2019 se mantuvieron dentro de los rangos esperados. En 2020, la incidencia disminuyó marcadamente debido a las medidas frente a la COVID-19. Durante 2021–2022, permaneció en niveles basales sin exceder umbrales (Gráfico 5).

En 2023, a partir de la SE 15, las tasas superaron durante 16 semanas consecutivas la curva epidémica promedio y el umbral estacional, evidenciando un repunte en el segundo semestre similar al patrón prepandémico. En 2024, se observó un comportamiento estacional típico con pico entre las SE 28–30, superando sostenidamente la curva epidémica y el umbral estacional, aunque sin alcanzar el umbral de alerta, confirmando el retorno del patrón estacional de VSR en el país.

Gráfica 5. **Bronquiolitis: Tasa\* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. República de Panamá. 2015 - 2024. Periodo 2009 -2023.**

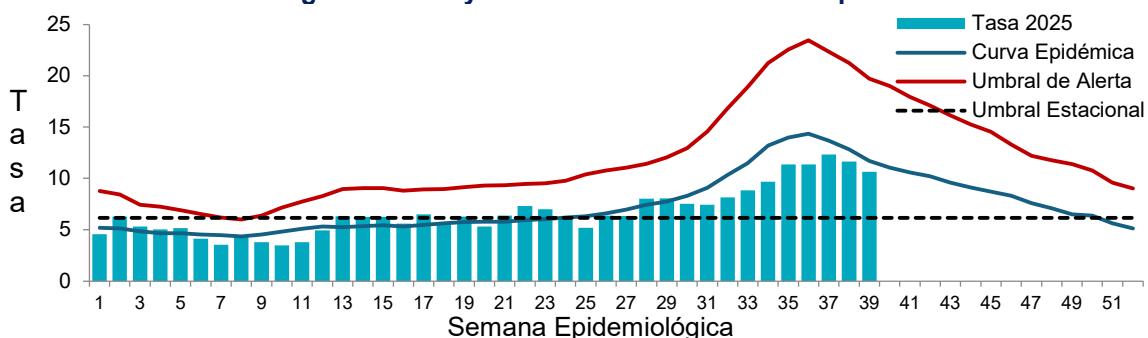


\*: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología-MINSA

En 2025, hasta la SE 39, la incidencia de bronquiolitis se mantiene dentro de los valores basales, sin superar los umbrales de referencia ni mostrar patrones epidémicos inusuales en el periodo analizado (Gráfica 6).

Gráfica 6. Bronquiolitis: Tasa\* de incidencia, curva epidémica promedio, umbral de alerta y umbral estacional según semana y año. Periodo 2009 -2024. República de Panamá. 2025/p.



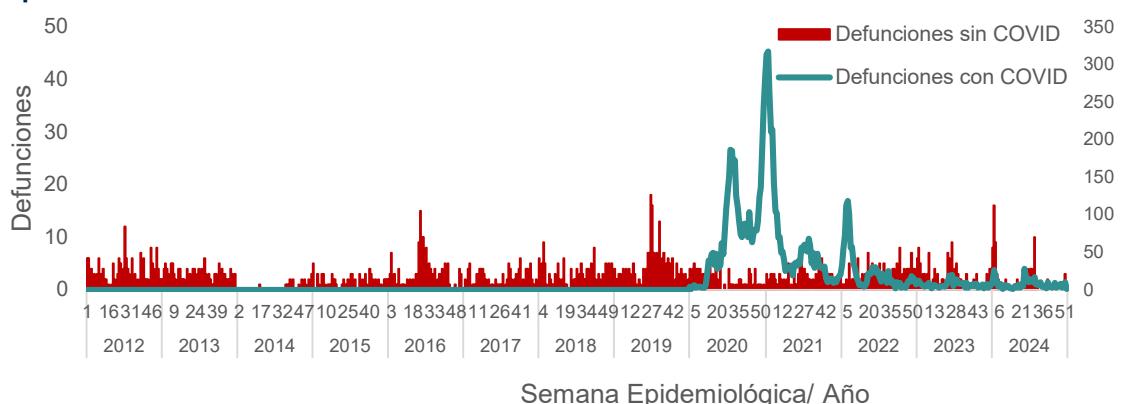
/p: SE 39

\*: Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Departamento de Epidemiología

**Defunciones:** Durante el período 2012–2020, el comportamiento de las defunciones por Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) presentó un patrón estacional bien definido, con un único pico anual que alcanzaba un máximo de hasta 18 defunciones semanales entre las semanas epidemiológicas (SE) 9 y 18. A partir de 2020, coincidiendo con la introducción de la COVID-19, este patrón se modificó significativamente, observándose múltiples picos de mortalidad a lo largo del año. Estos se concentraron principalmente entre las SE 1–5 y 24–30, con un rango de 39 a 313 defunciones semanales, manteniéndose, sin embargo, el patrón estacional de las defunciones por IRAG no asociadas a COVID-19 observado en años previos (Gráfica 7).

Gráfica 7. Defunciones por infecciones respiratorias agudas graves según semana epidemiológica, República de Panamá. Período 2012-2024

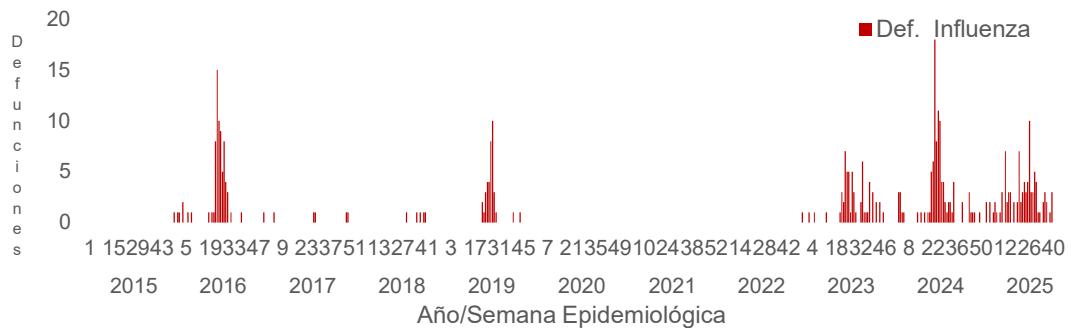


Fuente: Departamento de Epidemiología

Durante el período 2015–2019, el número de defunciones por influenza en Panamá presentó un patrón estacional bien definido, con picos concentrados entre las semanas epidemiológicas 20 y 35, coincidiendo con el periodo de mayor circulación viral. A partir de 2020, con la introducción de la COVID-19 y las medidas de mitigación implementadas, se observó una disminución marcada en la mortalidad por influenza. Desde 2022 se evidencia una reemergencia progresiva, con recuperación del patrón estacional previo a la pandemia. En 2025, hasta la semana epidemiológica 39, se han registrado 92 defunciones por influenza, con un

incremento progresivo a partir de la SE 20 y picos concentrados entre las SE 24 y 30, reflejando un patrón estacional similar al observado en los años previos a la pandemia. Al tratarse de un año en curso, estas cifras no son directamente comparables con las de años completos (Gráfica 8).

Gráfica 8. Número de defunciones por influenza, según semana epidemiológica, República de Panamá, años 2015-2025/p

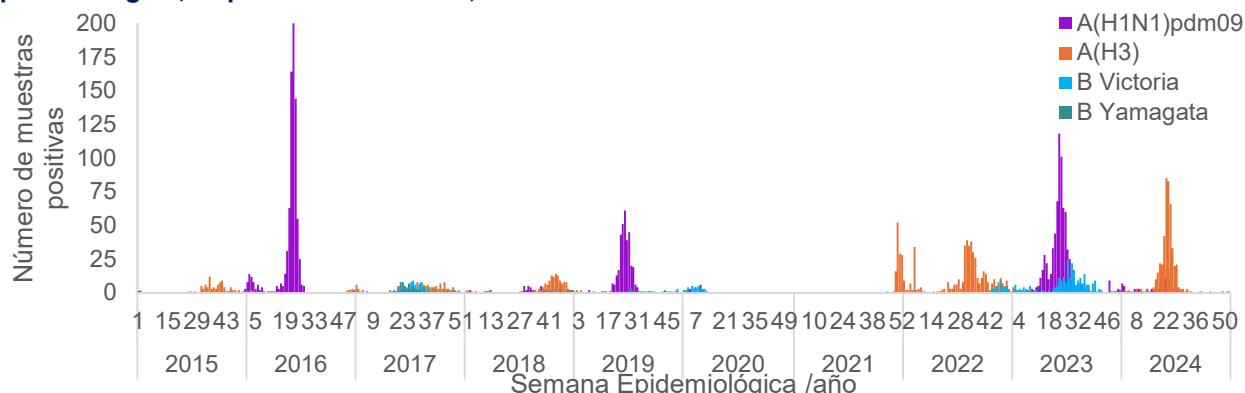


/p: datos hasta SE 39

Fuente: Departamento de Epidemiología

**Virus identificados:** Entre 2015 y 2024, la vigilancia virológica documentó la circulación continua de los virus A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B (líneas Victoria y Yamagata), con variaciones interanuales en el predominio de subtipos. En 2015–2019 predominó los subtipos A, en 2022 el subtipo A(H3N2), con detecciones de A(H1N1)pdm09 y B (Victoria) en menor proporción. No se ha evidenciado circulación de B/Yamagata desde 2020, en concordancia con la tendencia regional. En 2023–2024 se mantuvo la co-circulación de A(H1N1)pdm09 y A(H3N2), con baja participación de virus B, y sin evidencia de B/Yamagata. La actividad virológica mostró picos definidos a mitad de año, similares a los patrones prepandémicos (Gráfica 9).

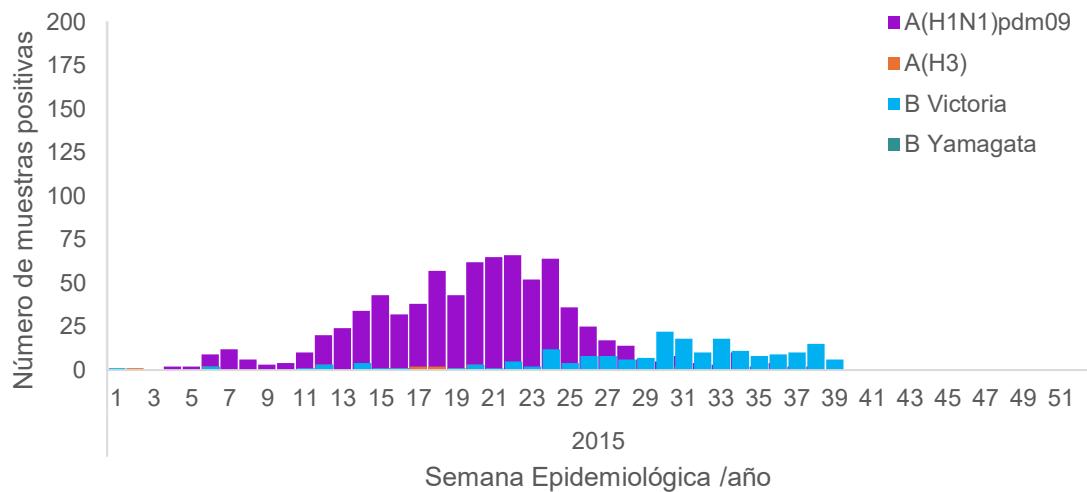
Gráfica 9. Número de muestras positivas según tipo de virus de influenza identificado por semana epidemiológica, República de Panamá, Período 2015-2024



Fuente Sistema de vigilancia de virus respiratorios, FluNet

En 2025, la actividad comenzó tempranamente con predominio marcado de A(H1N1)pdm09, alcanzando su pico entre las SE 17–25. La circulación de A(H3) fue baja y dispersa, y la de B (Victoria) se presentó en menor proporción entre las SE 20–30. No se ha detectado B/Yamagata. Posteriormente, la actividad virológica disminuyó progresivamente, manteniéndose en niveles basales hasta la SE 39 (Gráfica 10).

**Gráfica 10. Número de muestras positivas según tipo de virus de influenza identificado por semana epidemiológica, República de Panamá, 2025 /pSE**



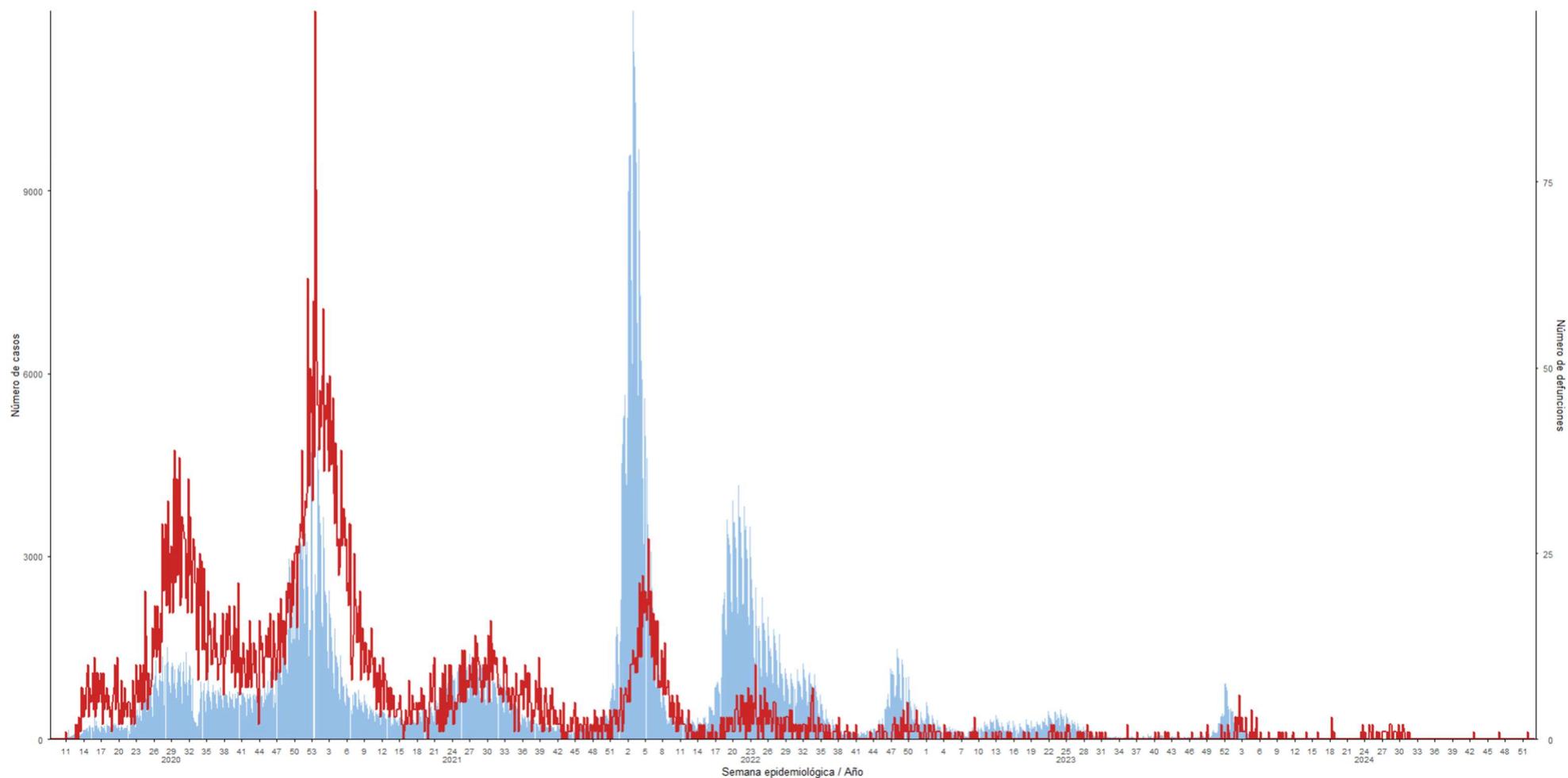
/p: SE 39

Fuente Sistema de vigilancia de virus respiratorios, FluNet

## COVID-19

En Panamá desde el inicio de la pandemia en 2020 al 2024 se notificaron 1,062,858 casos de COVID-19. Hasta la SE 39 de 2025 se han notificado 2,592 casos. La mayor cantidad de casos se notificaron en la SE 03 de 2022, (con 69,941 casos), seguido de la SE 11 de 2021 (29,982 casos); se puede observar como a finales de cada año y en las primeras SE hubo picos elevados de casos; y a esto es importante destacar que las defunciones, representadas por la línea roja, muestran picos que generalmente siguen a los picos de casos, pero desde mediados de 2021 se observa gran disminución en la cantidad de defunciones, así como su tendencia a la disminución hasta la actualidad (Gráfico 11).

Gráfica 11. Casos de COVID-19 y defunciones, según semana epidemiológica, en la República de Panamá. 2020-2024



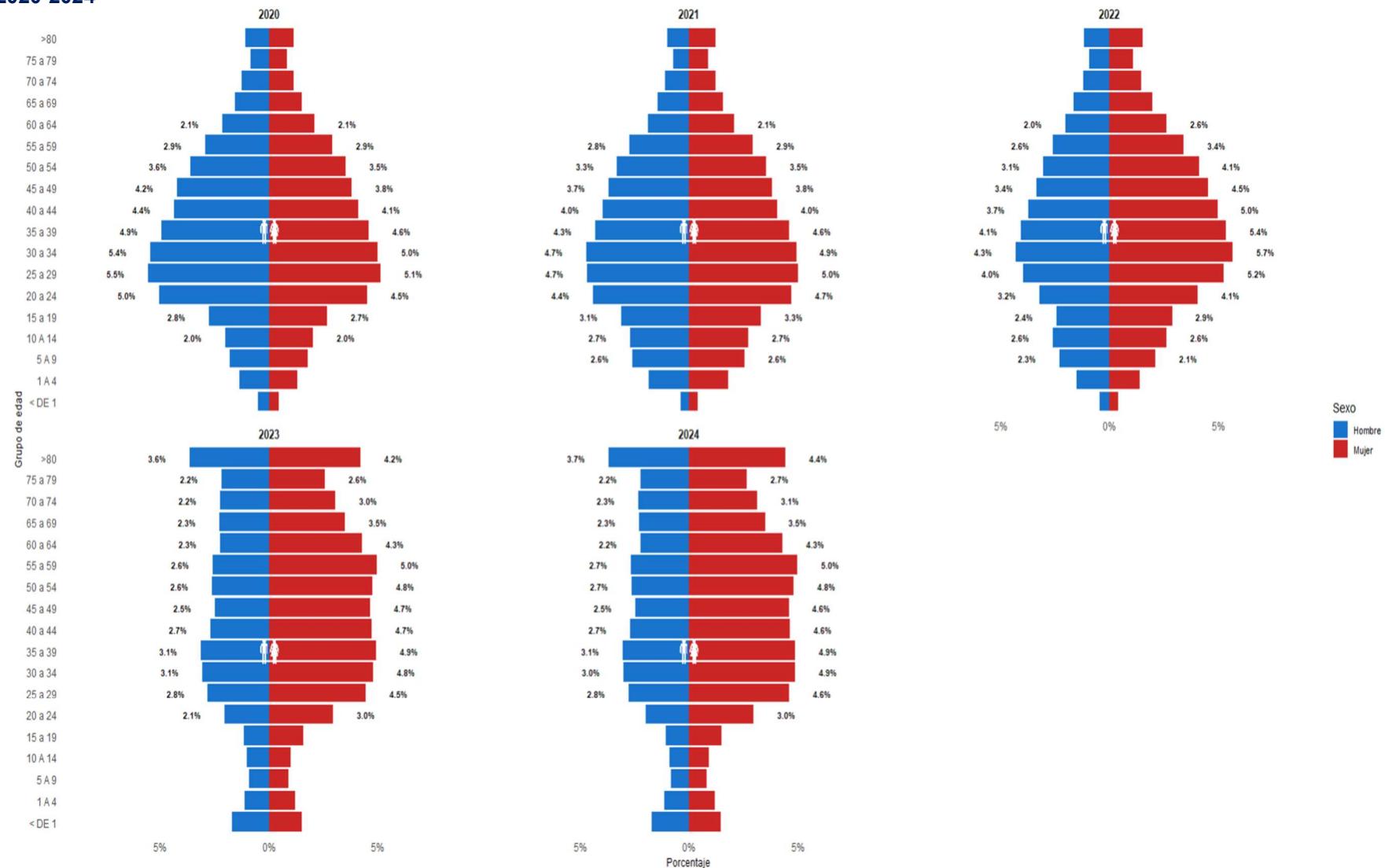
Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología.

En la evolución nacional de los casos y defunciones por COVID-19, se observan varias ondas epidémicas a lo largo del periodo 2020 – 2024. El primer aumento corresponde al inicio de la transmisión comunitaria en 2020, seguido por un segundo pico de mayor magnitud en 2021 y un tercero más corto en 2022. En los años 2023 y 2024, la curva evidencia una reducción sostenida en la notificación de casos, con niveles bajos y fluctuaciones mínimas. Las defunciones siguieron un patrón temporal similar al de los casos, con picos que se corresponden con los períodos de mayor notificación, aunque en menor magnitud y con leve desfase temporal posterior al aumento de casos. En conjunto, el gráfico muestra una tendencia descendente tanto en casos como en defunciones a partir de 2022, reflejando una menor actividad epidémica en los años más recientes (Gráfico 11).

Los casos y defunciones por COVID-19 en la República de Panamá, entre los años 2020 y 2024, desagregada por región de salud, aunque presentaron un comportamiento temporal similar nacional hubo algunas variaciones. Las regiones Metropolitana, Panamá Norte, Panamá Este, Panamá Oeste y San Miguelito presentaron los mayores volúmenes de casos y defunciones, con curvas que evidencian un patrón de ondas sucesivas y una reducción progresiva en los años posteriores. En las regiones Darién, Guna Yala, Herrera, Los Santos y Ngäbe-Buglé, la magnitud de los casos y defunciones fue menor, manteniéndose niveles bajos durante la mayor parte del periodo, con aumentos puntuales en 2021. Por su parte, las regiones Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Colón y Veraguas mostraron una actividad intermedia, con picos definidos en 2021 y 2022, seguidos de disminución en los años siguientes. Durante 2023 y 2024, el número de casos y defunciones evidenciaron baja actividad, con registros semanales esporádicos (datos no mostrados).

La distribución proporcional de casos de COVID-19 por edad y sexo en Panamá entre 2020 y 2024 muestra predominio de los grupos de 20 a 39 años en todos los años analizados. En 2020 y 2021, estos grupos concentran la mayor proporción de casos tanto en hombres como en mujeres. A partir de 2022 se observa un aumento proporcional en los grupos de 0 a 19 años, manteniéndose una menor participación de los adultos mayores de 60 años durante todo el periodo. En la mayoría de los grupos etarios se observa una ligera predominancia femenina, que se mantiene de forma consistente a lo largo de los años. La distribución mantiene un patrón similar en las distintas facetas anuales, con variaciones proporcionales según grupo de edad. (Gráfica 12).

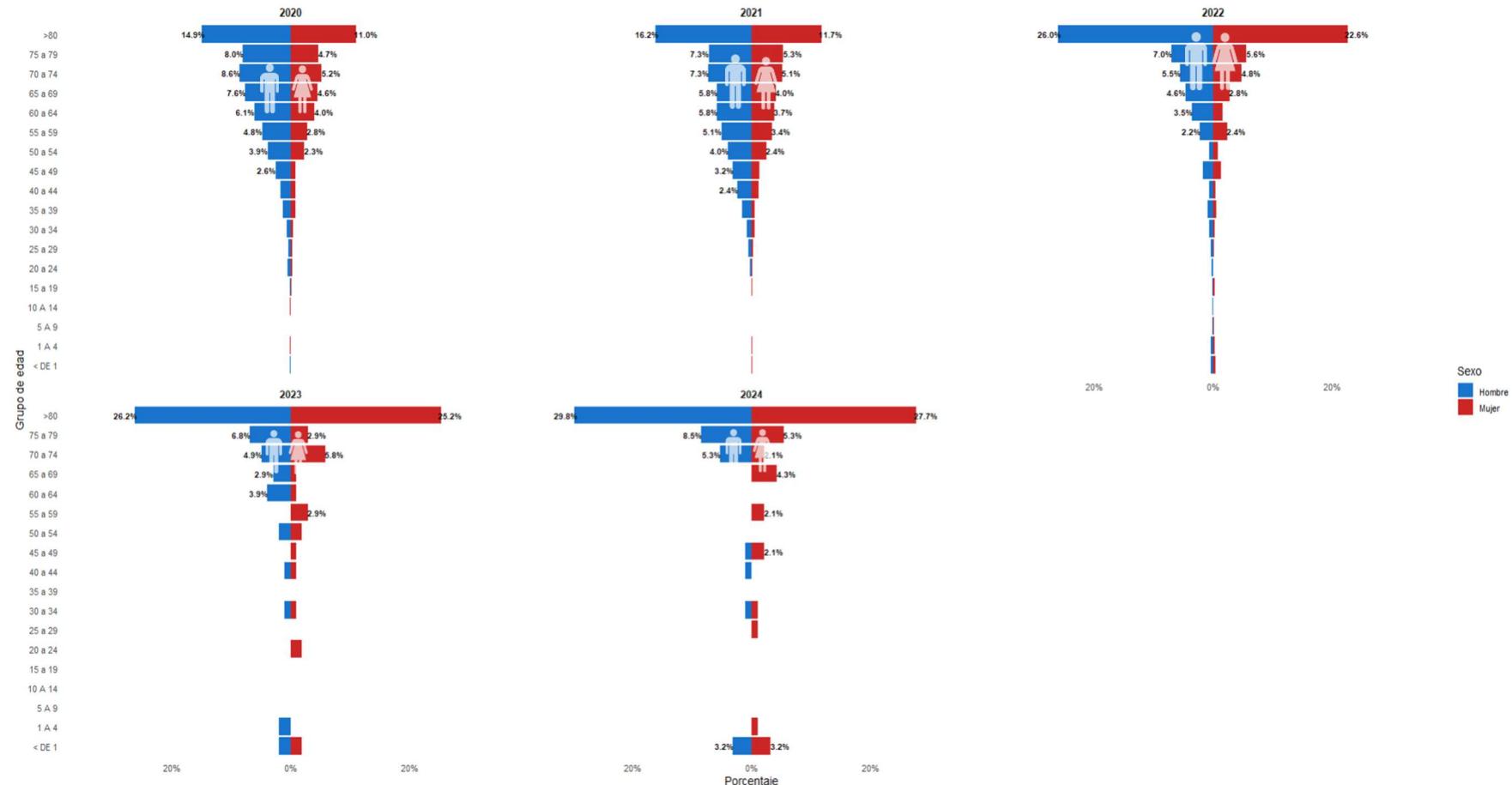
Gráfica 12. Distribución proporcional por categoría de edad y sexo (facetas por año) de los casos de COVID-19 en la República de Panamá. 2020-2024



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología.

Entre los años 2020 y 2024, la mayor proporción de defunciones por COVID-19 se registró en los grupos de edad de 60 años y más, con predominio del grupo de 80 años y más en todos los años analizados. Las defunciones en personas menores de 40 años fueron poco frecuentes. En cuanto al sexo, las defunciones se concentraron principalmente en hombres, quienes presentaron mayores proporciones en casi todos los grupos etarios durante el período 2020–2024 (Gráfico 13).

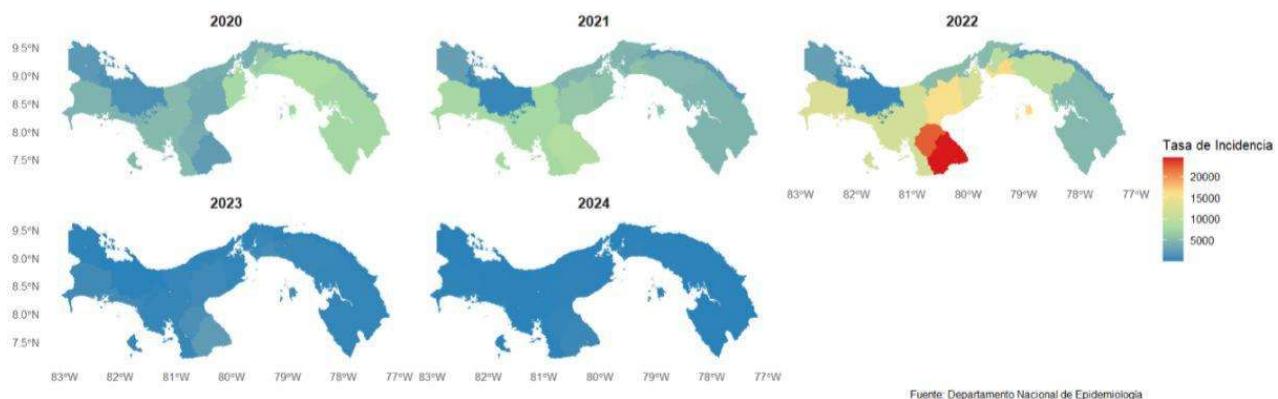
**Gráfica 13. Distribución proporcional por categoría de edad y sexo de las defunciones por COVID-19 en la República de Panamá. 2020-2024/p**



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología.

Durante 2020, las tasas de incidencia fueron bajas a moderadas en la mayoría de las regiones, con concentraciones más elevadas en la Región Metropolitana y el Darién. En 2021, se registró un aumento generalizado de la incidencia en comparación con el año previo, destacándose las regiones de Chiriquí, Veraguas, Herrera y Los Santos con valores más altos. En 2022, las tasas mostraron una mayor heterogeneidad entre regiones, con incidencias elevadas en las regiones de Los Santos, Herrera, Coclé y Metropolitana. En los años 2023 y 2024, se observó una disminución sostenida de las tasas en todo el país, con niveles bajos de incidencia en la mayoría de las regiones y una distribución más homogénea (Mapa 1).

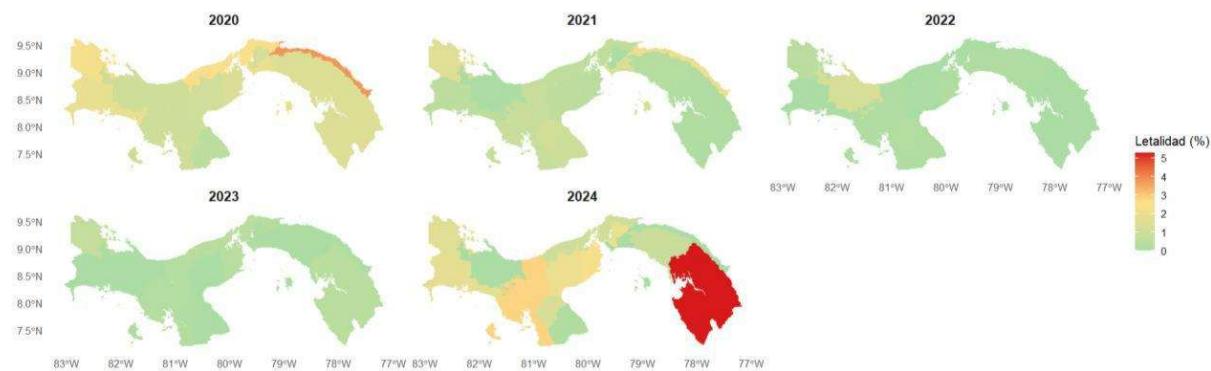
**Mapa 1. Incidencia de COVID-19 por cada 100,000 habitantes por Región de Salud en la República de Panamá. Años 2020- 2024.**



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología.

En cuanto a la letalidad, en 2020, se registraron las tasas más elevadas en las regiones de Guna Yala, Colón y Bocas del Toro (Mapa 2). En 2021, la letalidad disminuyó en varias regiones como Colón, Chiriquí y Coclé, mientras que permaneció elevada en Guna Yala, Metropolitana y Bocas del Toro. Durante 2022, la distribución de la letalidad se presentó más homogénea entre las regiones, con valores moderados en la mayoría y con una tasa intermedia en la comarca Ngäbe-Buglé. En 2023, se observó una reducción generalizada de la letalidad en todo el país, predominando valores bajos en la mayoría de las regiones, aunque Bocas del Toro mantuvo niveles moderadamente altos. En 2024, las tasas continuaron siendo bajas en la mayoría de las regiones, con incrementos puntuales en Veraguas y Panamá Oeste, mientras que Darién alcanzó una letalidad superior al promedio nacional (Mapa 2).

Mapa 2. Porcentaje de letalidad por COVID-19 según Región de Salud en la República de Panamá. Años 2020- 2024.



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología

## Tuberculosis

Entre el **2013-2025 (SE 36)** se han notificado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica **22,779** casos de Tuberculosis en todas sus formas; de las cuales 19866 (87%) corresponden a TBP y 2987 (13%) TB EXP. La menor cantidad se notificó en el 2013 (1347) y la mayor en 2023 (2213), el número más alto de enfermos desde el 1979 en que se tiene registro sistemático de esta patología en el Departamento de Epidemiología.

En el 2013 la incidencia fue de 35.0 casos por 100,000 habitantes, el año anterior había sido 41.2. La baja en el 2013 se explica pues ese año se migró el sistema de información de TB desde la base de dato de Epi Info hacia el formulario de notificación virtual en el **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Panamá (SISVIG)** y, hubo mucha dificultad para obtener los datos del sistema de vigilancia epidemiológica. Finalmente, los indicadores se calcularon a partir de los datos del Programa de Tuberculosis. Desde el 2014 el uso del SISVIG fue ampliándose y perfeccionándose, traduciéndose en un mejor registro de casos. Adicionalmente, con la subvención del Fondo Mundial, a partir del año 2016 se fue ampliando la capacidad de la red de diagnóstico con el uso de Xpert MTB/RIF; una prueba molecular automatizada que detecta en menos de dos horas y simultáneamente el MTB y la resistencia a la rifampicina.

En el 2019 la incidencia mostró reversión, pasando de 48.3 a 42.2 casos por 100,000 habitantes. Este descenso, se mantuvo en el 2020 (35.0) y en el 2021 (36.2), coincidiendo con los dos años más difíciles de la pandemia de COVID-19, en donde los esfuerzos estuvieron dirigidos a contener ese evento, dándose menor prioridad a la ejecución de los programas de salud y al manejo de la información que estos generaban. A partir del 2022 la incidencia nuevamente aumentó, pasando

a 39.9, 47.6 y 49.0, en los años 2022, 2023 y 2024 respectivamente. La incidencia del 2024 (49.0), supera a las registradas en el año 2015 (42.2), de referencia para los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Número de casos y tasa de incidencia de Tuberculosis por año según localización anatómica de la enfermedad. Panamá. Años 2013-2025 /p.**

Años	TB TOTAL		TBP		TBEXP	
	Casos	Tasa 1/	Casos	Tasa 1/	Casos	Tasa 1/
2013	1347	35.0	1097	30.8	250	7.0
2014	1512	42.5	1251	32.0	261	6.7
2015	1679	42.2	1502	38.4	177	4.5
2016	1837	45.5	1588	39.3	249	6.2
2017	1999	48.7	1794	43.8	229	5.6
2018	2023	48.8	1776	42.7	297	7.1
2019	1779	42.2	1530	36.3	249	5.9
2020	1497	35.0	1292	30.2	205	4.8
2021	1571	36.2	1358	31.3	213	4.9
2022	1753	39.9	1528	34.7	225	5.1
2023	2122	47.6	1895	42.5	227	5.1
2024	2213	49.0	1946	43.1	267	5.9
2025 (P)	1447	31.7	1309	28.6	138	3.0

Fuente: MINSA - DIGESA - Departamento de Epidemiología. Notificación individual en SISVIG

p/ Datos preliminares hasta la SE 36

1/: Tasa por 100,000 habitantes

La TBP mostró fluctuaciones intermedias, pero se caracteriza por una tendencia al aumento. La tendencia de la TB EXP por su parte se mantiene estable durante todo el periodo, oscilando entre 4.5 y 7.1 casos por 100,000 habitantes, sin grandes variaciones (Cuadro 1).

Al analizar la variación porcentual en las notificaciones anuales, de los 12 años con datos completos (2013-2024), en tres se registró un crecimiento negativo; es decir, se reportaron menos casos respecto al año previo: **el 2023**, que ya fue explicado en párrafo previo; **el 2019**, año en que se empezaba a ver el impacto de las intervenciones adicionales realizadas con apoyo del Fondo Mundial y; en **el 2020**, producto más bien de las dificultades para el acceso a los servicios de salud y no a una disminución real de la TB (Cuadro 2).

A partir del 2014 se observa que va disminuyendo los casos, hasta llegar al crecimiento negativo 2019-2020; pero a partir del 2021 se da un repunte de casos y nuevamente se pasa a un crecimiento positivo. Convirtiéndose el 2023, en el año en que mayor aumento de casos se dio respecto al año previo (21%). Sin embargo, de forma esperanzadora, se nota que, en el 2024, a pesar de que hubo un ligero aumento de casos respecto al 2023, el porcentaje de crecimiento fue de apenas un 4.3%, el más bajo de la serie. De mantenerse esta tendencia, es posible que entre

el 2025-2026 nuevamente tengamos un crecimiento negativo y podamos avanzar con más celeridad a los ODS (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Número de casos de Tuberculosis notificados y variación porcentual respecto a las notificaciones del año anterior. Panamá. Años 2013-2024.**

Año	Nº de casos de Tuberculosis notificados	% variación respecto al año
		anterior
2013	1347	-9.5
2014	1512	12.2
2015	1679	11.0
2016	1837	9.4
2017	1999	8.8
2018	2023	1.2
2019	1779	-12.1
2020	1497	-15.9
2021	1571	4.9
2022	1753	11.6
2023	2122	21.0
2024	2213	4.3

Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología. SISVIG. Notificación individual

**Por sexo**, a nivel de país, la incidencia durante todos los años de la serie fue mayor en los hombres, oscilando entre 37.6 en el 2020 y 66.2 en el 2023. En tanto la incidencia en las mujeres fluctuó entre 17.5 (año 2020) y 33.8 casos por 100,000 habitantes, en el 2018. No obstante, en ambos sexos se notó la tendencia al aumento de la incidencia de TB en el período analizado (Gráfico 14).

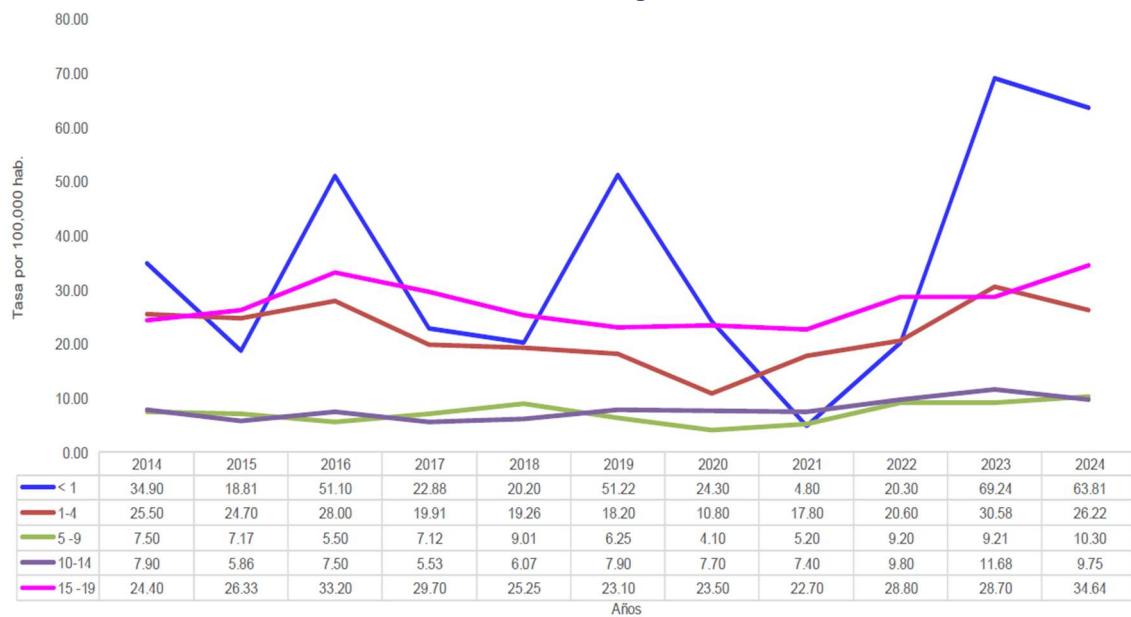
**Gráfica 14. Tasa de incidencia de Tuberculosis según sexo. Panamá. Años 2013-2025 (p).**



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología. SISVIG. Notificación individual.

**Con relación a las edades;** en la niñez y la adolescencia, el comportamiento de la Tuberculosis muestra variaciones importantes. En los menores de un año, la incidencia de TB ha mostrado fluctuaciones notables; siendo la más baja en el año 2021 (4.80) y la más alta en el 2023 (69.2). Los grupos de 1-4 y 15-19 han mostrado tendencia al aumento en la incidencia de TB, pero de forma más lenta pero sostenida. Mientras que los de 5-9 y 10-14 años, la TB ha aumentado de forma insidiosa (Gráfica 15).

Gráfica 15. Tasa de incidencia de Tuberculosis según edades. Panamá. Años 2014-2024.



Fuente: MNSA. Depto. de Epidemiología. SISVIG. Notificación Individual

**En la población adulta** el comportamiento de la Tuberculosis muestra variaciones importantes. En las personas de 25-34 años la incidencia fue la más alta que grupos de 1-4 y 15-19 han mostrado tendencia al aumento en la incidencia de TB, pero de forma más lenta pero sostenida. Mientras que los de 5-9 y 10-14 años, la TB ha aumentado de forma insidiosa (datos no mostrados).

**Por regiones de salud**, Guna Yala ha ocupado la tasa de incidencia más alta en 10 de doce años (2013-2014, 2016-2023), en todos esos años la incidencia ha sido superior a 100 casos por 100,000 habitantes y, en los dos años restantes (2015 y 2024) ocupó la segunda posición en incidencia más alta. La segunda región más afectada ha sido Bocas del Toro, en dos años ocupó la primera de posición (2015, 2024); en ocho años la segunda posición (2013-2014, 2016, 2018-2019, 2021, 2022 y 2023) y en un año la tercera posición (2017). La tercera región con incidencia más alta ha sido Panamá Este, en el 2017 y el 2020 ocupó la segunda incidencia más alta y, durante siete años ocupó la tercera posición (2015, 2018-2019, 2021-2024) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Número de casos de Tuberculosis notificados por región y año. Panamá. Años 2013-2025 (p)

Región	AÑOS												
	2013 a/	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 b/
País	35.0	38.6	42.2	45.5	48.7	48.3	42.2	35.0	36.2	39.9	47.6	49.0	31.6
BDT	94.2	97.4	126.5	156.5	91.2	89.8	114.2	75.0	104.7	115.8	132.0	156.0	89.7
CHI	18.6	25.2	20.2	25.5	28.2	31.3	24.2	15.9	18.8	20.7	29.5	25.1	17.0
CKY	206.2	156.5	125.0	208.0	162.8	141.5	136.2	114.1	119.8	153.2	195.0	151.9	90.0
CNB	45.3	62.7	59.1	84.2	70.5	60.3	56.1	49.4	40.0	69.5	89.4	98.8	56.2
COC	13.5	13.4	16.7	15.4	12.2	14.1	12.4	15.4	11.5	14.4	18.0	20.4	14.1
COL	59.0	69.7	58.9	55.5	47.3	55.6	46.9	42.6	43.9	45.0	41.2	57.7	27.5
DAR	12.4	26.0	22.7	34.3	38.2	21.7	14.3	9.9	29.1	26.1	47.5	52.1	35.4
HER	8.5	16.1	10.2	14.4	9.3	9.3	5.0	15.1	9.2	11.7	13.3	16.6	16.6
LST	6.3	6.3	5.3	8.4	4.2	9.4	10.5	6.3	2.1	10.5	10.5	15.7	9.4
MET	47.1	46.6	50.6	50.0	67.8	69.8	56.3	49.5	46.9	43.5	54.5	51.0	30.2
PES	50.3	67.2	102.8	83.1	114.1	79.3	97.3	78.0	77.4	93.8	117.0	126.6	107.1
POE	24.1	28.5	30.4	35.2	37.1	42.2	31.1	24.9	28.3	24.9	31.5	31.3	24.5
SMG	25.4	27.5	39.5	43.3	52.1	60.0	46.1	40.4	37.7	41.7	38.7	39.4	28.8
VER	17.7	14.0	18.0	14.3	22.8	15.8	14.5	11.3	13.6	15.9	25.2	26.5	19.0
PNO				25.5	46.0	38.8	32.1	22.6	26.4	31.8	35.8	27.4	18.6

Fuente: MINSA-DIGESA-SISVIG- Notificación Individual

a/: Datos del Programa de Control de Tuberculosis

b/: Datos preliminares hasta la semana 36

En el período de 2013-2024, ocho regiones de salud han mantenido incidencia de Tuberculosis por debajo de la tasa del país, son: Herrera, Los Santos, Chiriquí, Coclé, Darién, Panamá Oeste, Panamá Norte y Veraguas. Particularmente Los Santos, Herrera y Coclé, han sido las regiones con las tasas de incidencia más baja, aunque a partir del 2022 han tendido al incremento (Cuadro 3).

**Mortalidad:** Panamá, en el marco de los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Estrategia Mundial fin de la TB (post 2015) y el Plan Regional de Tuberculosis 2016-2025, se comprometió a reducir la mortalidad por Tuberculosis en 75% respecto a lo registrado en el 2015. Ese año las cifras oficiales de fallecidos por Tuberculosis fue de 5.21 por 100,000 habitantes. Implicaría que para el 2025 la mortalidad debería reducirse a 1.31 defunciones por 100,000 habitantes.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) de la Contraloría General de la República de Panamá, la mortalidad por Tuberculosis descendió progresivamente durante 5 años consecutivos; a partir del 2015 hasta 2020, pasando de 5.21 a 3.4 fallecidos por 100,000, respectivamente.

A partir del 2021 la tendencia al descenso se detuvo y, la tasa de mortalidad repuntó a 3.80 (2021) y 3.86 (2022) defunciones por 100,000 habitantes. Al igual que la

incidencia, este incremento coincide con la pandemia de COVID-19. El INEC en el informe de Estadísticas Vitales Volumen III - Defunciones: publicó que en el 2023 ocurrieron 156 defunciones por Tuberculosis; lo que representa una tasa de mortalidad de 3.5 fallecidos por cada 100,000 habitantes, ligeramente inferior al año anterior (Gráfica 16).

Gráfica 16. Mortalidad por Tuberculosis. República de Panamá. Período 2013-2023.



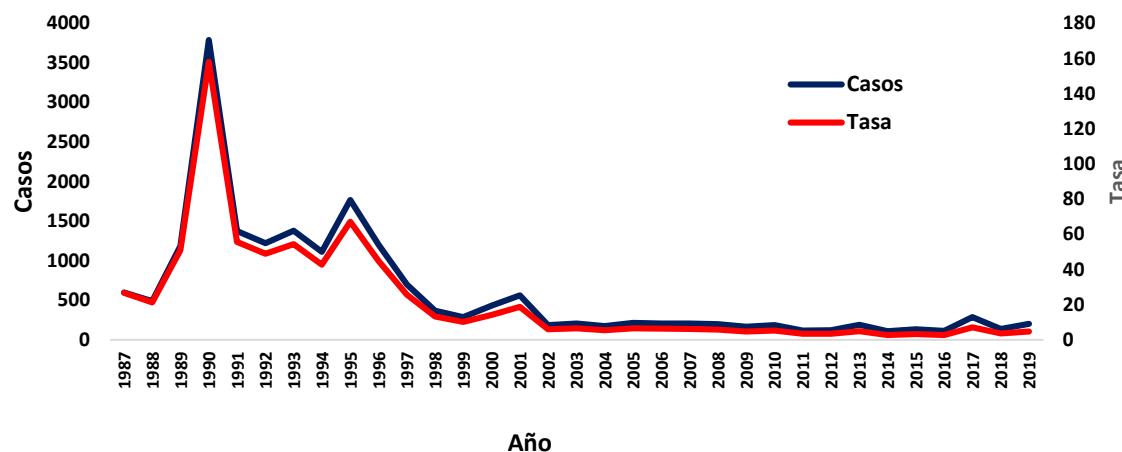
Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología. SISVIG. Notificación individual.

## Enfermedades Prevenibles por Vacunas

### Parotiditis

En Panamá, desde 1987 a 2019 la tasa de incidencia por 100 000 habitantes ha oscilado entre 2.7 y 158.2 siendo el año 1990 en el que se notificó la tasa más alta y el año 2016 la menor. La tendencia desde 1995 con 1766 casos y tasa de incidencia por 100 000 habitantes de 67.1 ha ido de manera sostenida en descenso, con algunos incrementos como en 2001 con 561 casos y tasa de 18.7 y en 2017 con 286 casos y tasa de 7.0, siempre por debajo del número de casos y tasa de incidencia de 1995. Hay que señalar que a partir de 1992 se inicia la vacunación contra la parotiditis con la vacuna SPR (MMR) la cual se ha aplicado una primera dosis en el niño de un año (12 -15 meses) y una segunda dosis 6 meses o más después de la primera dosis (Gráfico 17).

Gráfica 17. Parotiditis: Casos y Tasa\* de Incidencia. República de Panamá. 1987 - 2019

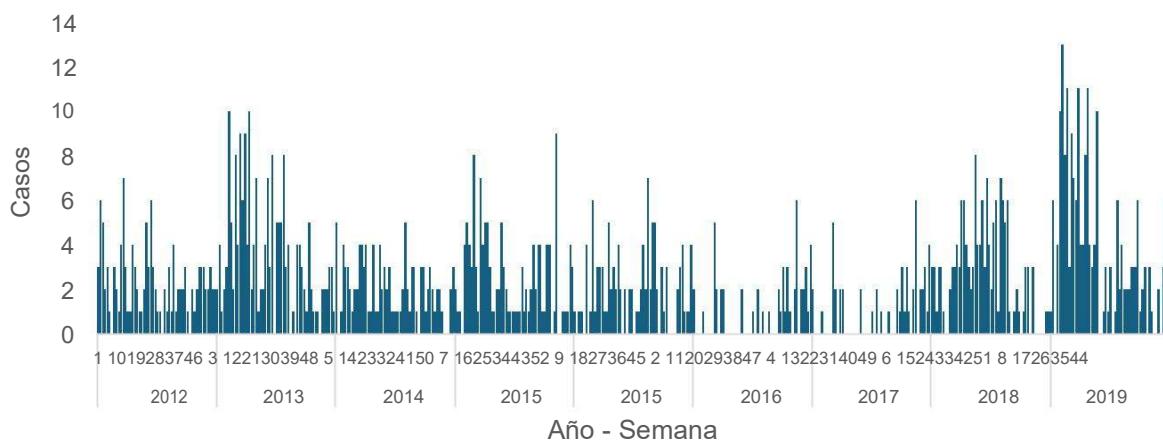


\*Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Desde 2012 cuando se cuenta con notificación individual el SISVIG hasta 2019 la notificación semanal ha oscilado entre cero caso y 13 casos, siendo en el año 2019 cuando se notificó el mayor número semanal y anual (Gráfico 18).

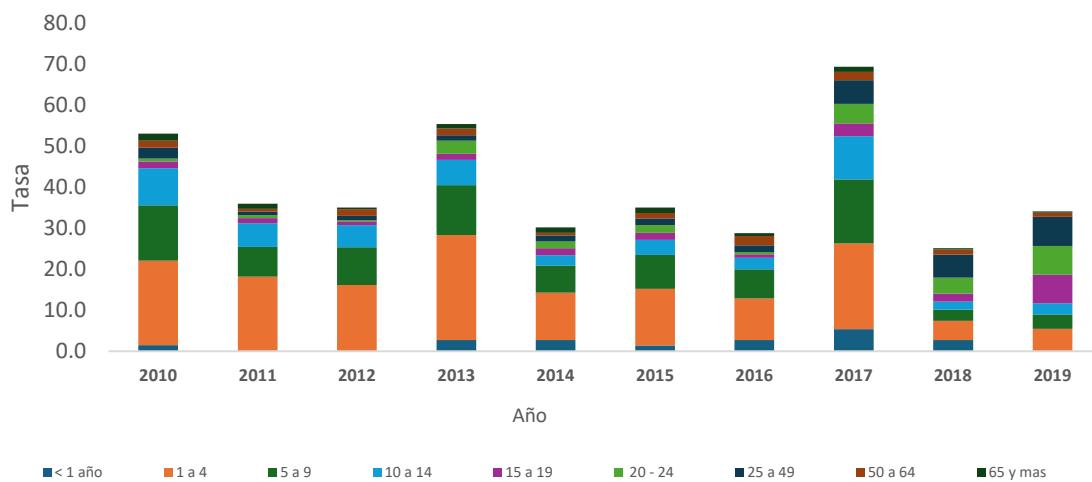
Gráfica 18. Parotiditis: Casos según semana epidemiológica. República de Panamá. 2012-2019



Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Los grupos de edad con mayores tasas específicas han sido en el periodo de 2010 a 2019 los de 1 a 4 años seguido por el de 5 a 9 años y los de 10 a 14 años en tercer lugar (Gráfico 19).

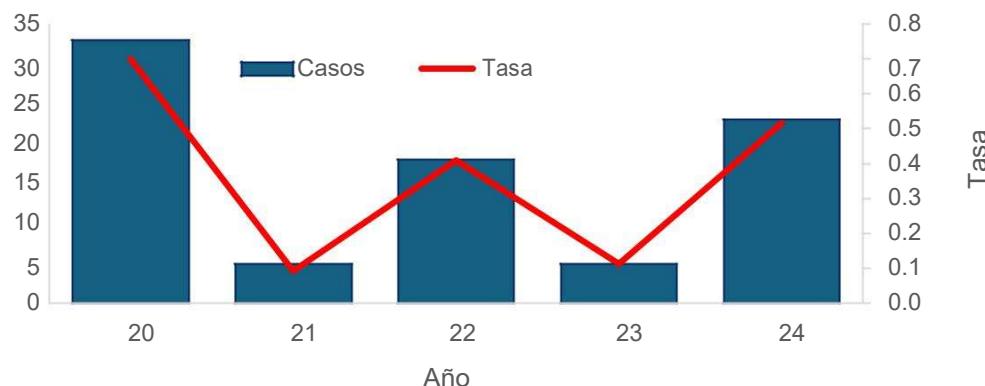
Gráfica 19. Parotiditis: Tasa\* de Incidencia según grupo de edad. República de Panamá. 2010 – 2019



\*Tasa por 100 000 habitantes. Fuente: Departamento de Epidemiología. MINSA

Desde que se declaró la pandemia en 2020 hasta el 2024, se observó una disminución de la notificación de los casos variando 5 a 33 casos por año, situación que se ha mantenido (Gráfico 20).

Gráfica 20. Casos y tasa\* de parotiditis según año. República de Panamá. 2020 – 2024.



\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología

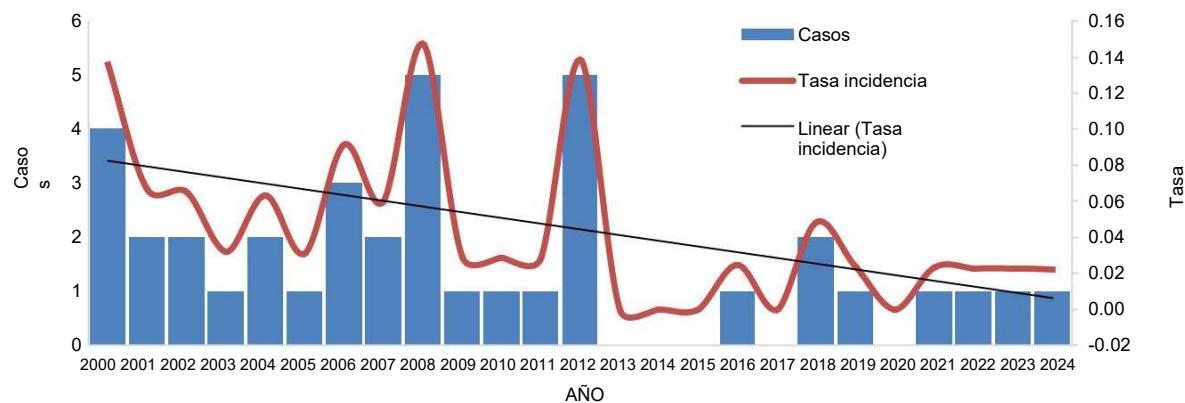
Es importante destacar que el total de los 84 casos notificados en este periodo, 59 (70.2%) han sido confirmados clínicamente, 15 casos (7.9%) por laboratorio (RT-PCR) y 6 caso por Nexo Epidemiológico. La tasa de incidencia por 100 000 habitantes mayor es en sexo masculino con 2.5 (54 casos) y de 1.4 (30 casos) en el sexo femenino. El grupo de edad con mayor tasa de incidencia acumulada por 100, 000 habitantes es el de 1 a 4 años (6.8) seguido por el de 5 a 9 años (6.2) y el < de un año (2.7). Todas estas tasas se encuentran por encima del promedio nacional que es de 1.9. Finalmente, en 10 de 15 regiones de salud se han notificados casos confirmados de parotiditis siendo la tasa de incidencia acumulada por 100 000 habitantes mayor en la Región de Bocas del Toro 12.1 (23 casos) seguida por Panamá Norte 3.7 (11 casos), Panamá Oeste con 2.5 (16 casos) y Metropolitana con 1.6 (14 casos).

En 2025 se han notificado hasta la semana 40, 15 casos confirmados de parotiditis para una tasa de 0.3 por 100,000 habitantes. La tasa por grupo de edad mayor es en grupo de 1 a 4 años (2.4) y la región de salud de Bocas del Toro es la que más casos a notificado con 4 casos. Para caracterizar mejor el comportamiento de la parotiditis se necesita que todos los casos sospechosos se investiguen indicando su antecedente de vacunación ya que para este informe no hemos podido conocer esta condición ya que no es informada en la notificación individual, que es donde por el momento, mientras se habilite el módulo de investigación en SISVIG, se podría consignar en el lugar de comentarios.

## Tétanos

**Tétanos Adquirido:** Desde el año 2000 al 2024 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 38 casos de tétanos adquirido con rango de 0 casos a 5 casos anuales para una tasa de incidencia acumulada de 1.0 por 100,000 habitantes. El año con mayor tasa de incidencia fue el 2008 con 0.15 por 100,000 habitantes y su tendencia es al descenso (Gráfico 21).

Gráfica 21. Tétanos Adquirido: Casos, Tasa\* de incidencia y línea de tendencia, según año. República de Panamá. 2000 – 2024.

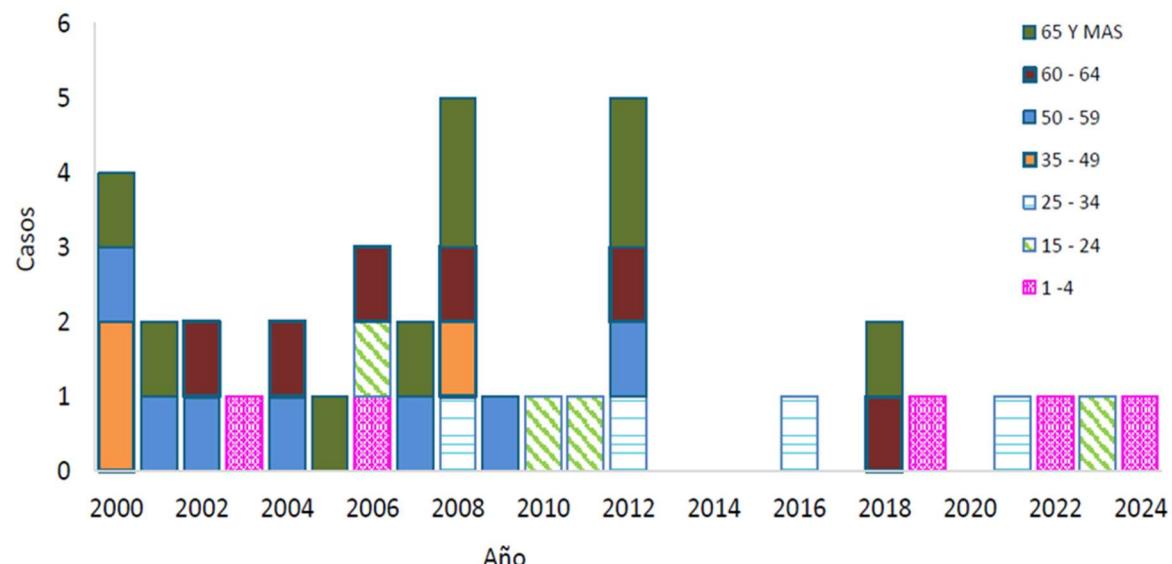


\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología

En esta serie de casos de 25 años, los grupos de edades en que con más frecuencia ocurren casos son el de 65 y más (9 casos), el de 50 – 59 (7 casos) y el de 60 – 64 (6 casos). No se han reportado casos en menores de un año, ni en el grupo de 5 – 14 años (Gráfico 22).

Gráfica 22. Tétanos Adquirido: casos según grupo de edad y año. República de Panamá. 2000-2024



Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología

La tasa de incidencia acumulada por 100,000 habitantes (periodo 2000-2024), según grupo de edad, más alta, es en el grupo de 1 – 4 (7.1) seguido por el de 60 - 64 (5.2) y de 65 y más (3.6). Se observa una tendencia al aumento en los extremos de la edad.

Para el periodo evaluado la tasa de incidencia acumulada por 100,000 habitantes más alta es en la región de salud de Bocas del Toro (3.2) seguida por la región C. Guna Yala (2.6) y Los Santos (2.2). Las regiones de Darién, Veraguas, Herrera, Panamá Oeste, Comarca Ngäbe Buglé y Chiriquí tienen tasas de incidencia acumuladas por encima de la tasa de País (1.0).

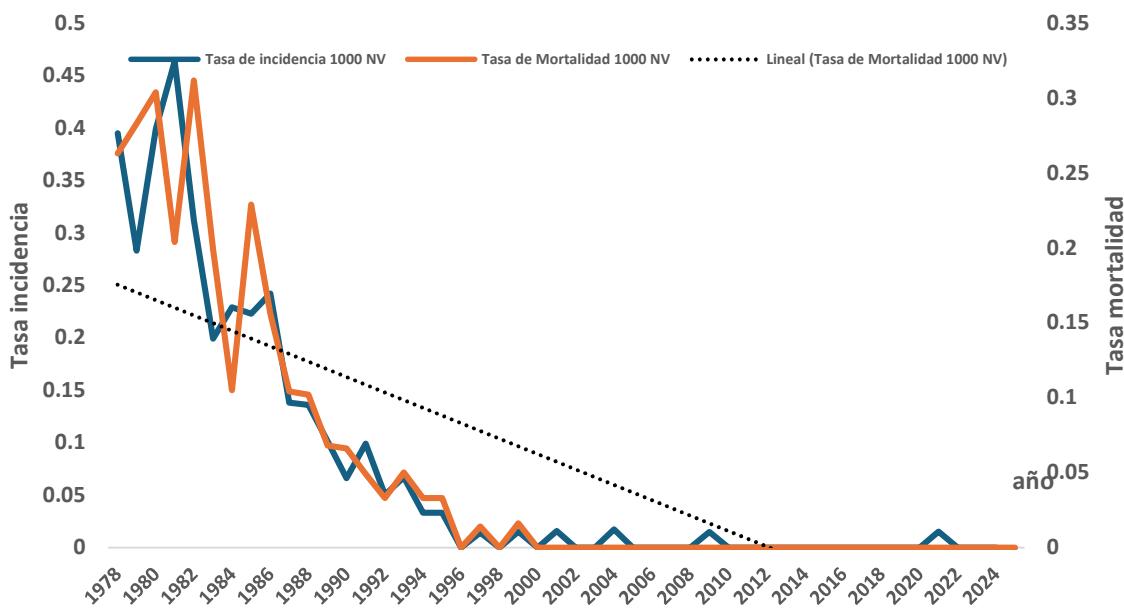
De los 38 casos notificados, el 78.9% son en el sexo masculino. Veinticuatro casos no se aplicó vacunación contra el tétanos post herida, lo que representa el 63.1 % y en 27 casos se informó no tener antecedente de vacunación contra el tétanos (71.0%). El sitio anatómico más frecuente de la herida o puerta de entrada del Clostridium tetani, son las extremidades con un 73.0% (28 casos) y con una ligera mayor frecuencia en los miembros inferiores con 16 casos y el 57.1% del total de casos con herida en extremidades.

Entre el año 2000 y el 2024 se han notificado 14 defunciones (13 hombres y una mujer) para una tasa de mortalidad acumulada por 100,000 habitantes de 0.4 y un rango entre 0 y 0.10. Los años en que la tasa de mortalidad fue más alta son el 2000 y 2001 con tasa de 0.1 y 0.07 respectivamente. La tendencia es al descenso y La tasa de letalidad para este periodo es de 36.8% (14/38). De las 14 defunciones notificadas en 9 (64.2%) no se aplicó vacunación contra el tétanos post herida y 6 (66.6%) de estas 9 defunciones no tenían antecedente de vacunación. El sitio anatómico de la herida o puerta de entrada del agente infeccioso más frecuente en defunciones por tétanos adquirido fueron las extremidades. En 9 de las 15 regiones de salud se han notificado defunciones siendo la tasa de mortalidad por 100,000 habitantes más alta en la región de salud C. Guna Yala (2.6) seguida por la región de Bocas del Toro (1.6).

### **Tétanos Neonatal (TNN)**

Desde 1978 a diciembre de 2024 el TNN ha ido en franco descenso, observándose tasas de incidencia que van desde 0.0 hasta 0.464 por 1000 NV, siendo el año 1981 cuando más casos se registraron. Las tasas de mortalidad han oscilado desde 0.0 hasta 0.304 por 1000 NV. Después de 2010, se notifica un caso (1) de TNN al sistema de vigilancia Epidemiológica en 2021, por lo que en la República de Panamá se cumple con el indicador de Tasa menor a 1 por 1,000 NV y solo en un distrito la tasa es mayor a 1 (Kankintú (1.4) (Gráfico 23)

Gráfica 23. **Tétanos Neonatal: Tasa\* de incidencia, de Mortalidad y línea de tendencia según año. República de Panamá. 1978 – 2024**



\*Tasa por 1,000 Nacidos Vivos

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología

En 2025 hasta la semana 40 se ha notificado **un caso de tétanos neonatal** ocurrido en Changuinola, Bocas del Toro en hijo de madre procedente de la Comarca Ngäbe-Buglé sin control prenatal, parto en casa, corte del cordón umbilical con tijera contaminada.

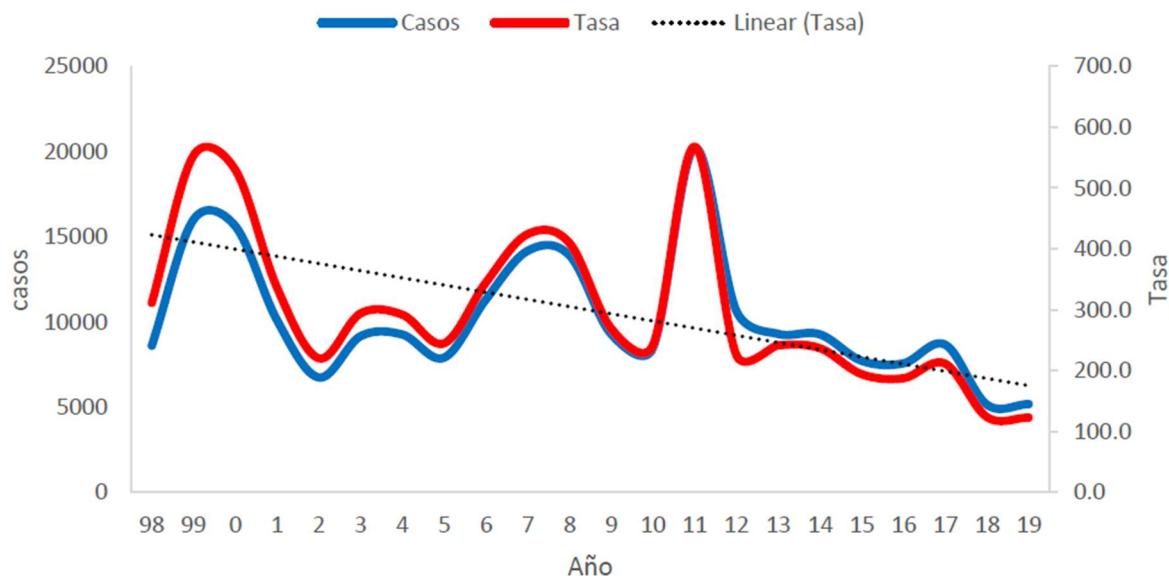
Es importante señalar que, en 1989, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la cual hacía un llamamiento a la eliminación del TNN como problema de salud pública en todo el mundo para 1995, que se define como menos de un caso por cada 1,000 nacidos vivos (NV) en cada distrito de cada país. En 1996 la evaluación del TNN estableció que Panamá había cumplido parcialmente con el compromiso ya que como país cumple con el indicador, pero, que aún persistían 11 distritos con tasas mayores a 1 por 1000 Nacidos vivos (NV) y que las acciones de control debían focalizarse hacia los distritos clasificados en fase de ataque. En la evaluación del año 2000, solo se añadió 1 distrito a los once ya identificados con tasas de incidencia por encima de 1 por 1000 NV y al momento de la evaluación solo en cuatro distritos no se cumplía con el mencionado indicador en los últimos cinco años.

## Varicela

Desde 1998 a 2019 los casos de varicela han sido notificados desde 5,152 a 20,204 casos anualmente. En 2011 fue el año que más casos se notificaron (20,204) para una tasa de incidencia por 100,000 habitantes de 567.9. La tasa de incidencia menor fue en 2018 con 123.9 por 100, 000 habitantes. La tendencia de la tasa de incidencia

es al descenso. Cabe señalar que desde 2013 se ofrece la vacuna contra la varicela en los brotes y desde 2014 se introduce en el esquema nacional de vacunación, de manera universal para los niños de un año (1ra dosis) y a los 4 años (1 dosis de refuerzo) (Gráfico 24).

**Gráfica 24. Varicela: Casos, Tasa\* de incidencia y línea de tendencia, según año. República de Panamá. 1998 - 2019/p**

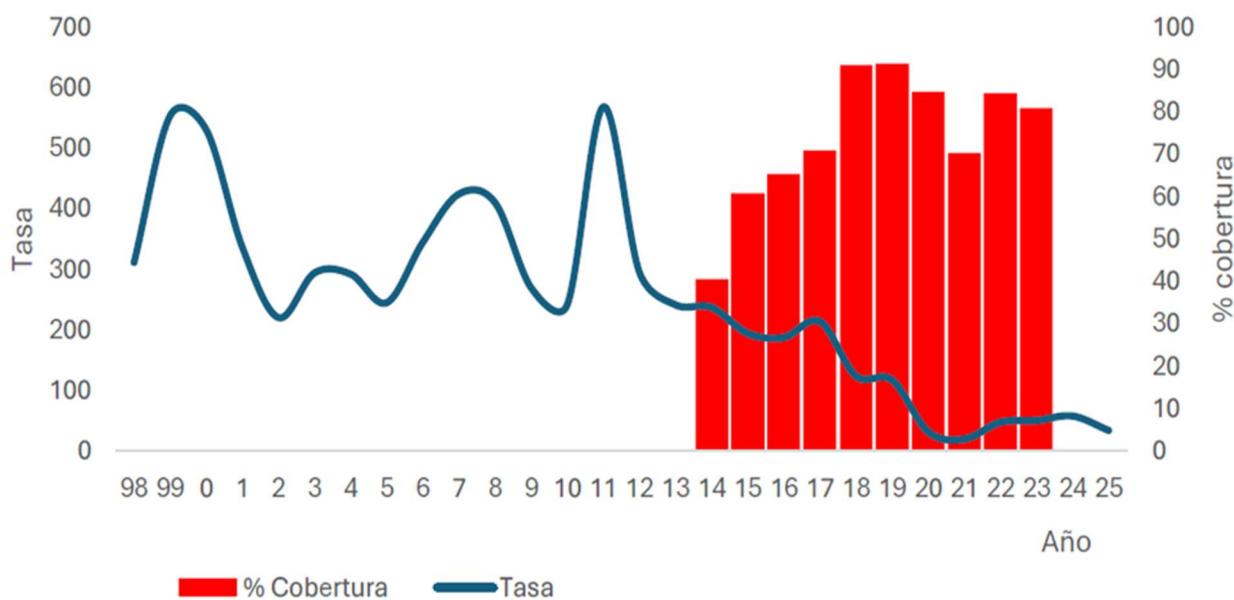


**\*: Tasa por 100 000 habitantes.**

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

Entre 2020 y 2024 se han notificado desde 864 casos hasta 2608, y las tasas de incidencia por 100,000 habitantes han oscilado entre 19.9 y 57.8. En 2021 se notifica la tasa de incidencia más baja y la más alta en 2024. Estos datos están influenciados por la pandemia de COVID-19 que se declaró en 2020 hasta el punto de que la tasa de incidencia para 2024 es 47% menor comparada con la de 2019 (122.8) (Gráfico 25).

Gráfica 25. Varicela: Tasa\* de incidencia, según año y cobertura de vacunación contra varicela según año. República de Panamá. 1998 - 2024

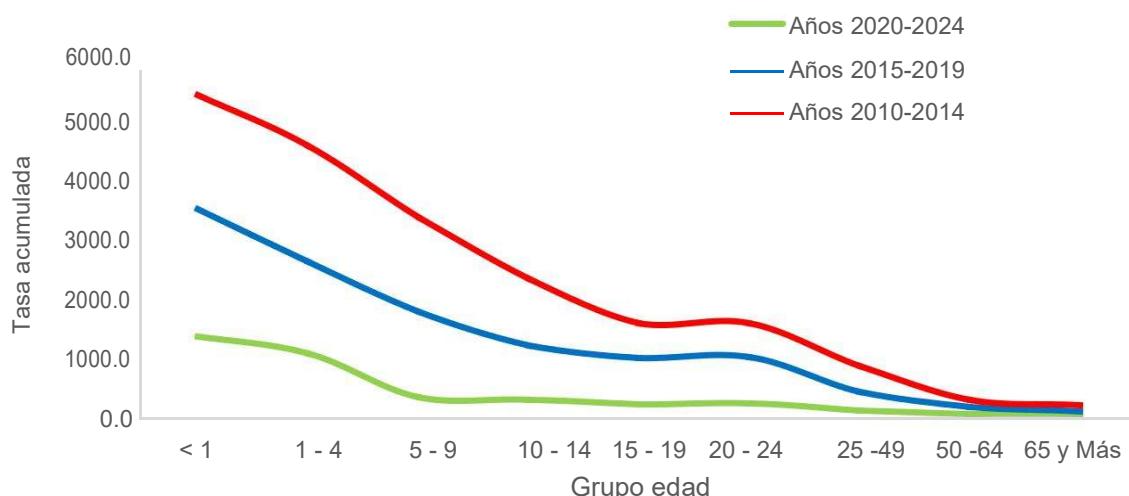


\*Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

En cuanto a la edad el grupo más afectado es el de menor de un año observándose una tasa de incidencia acumulada en descenso según el quinquenio de ocurrencia, seguida por la de 1 a 4 años y 5 a 9 años (Gráfico 26)

Gráfica 26. Varicela: Tasa acumulada\* de incidencia, según grupo de edad por quinquenios. República de Panamá. 2010 - 2024

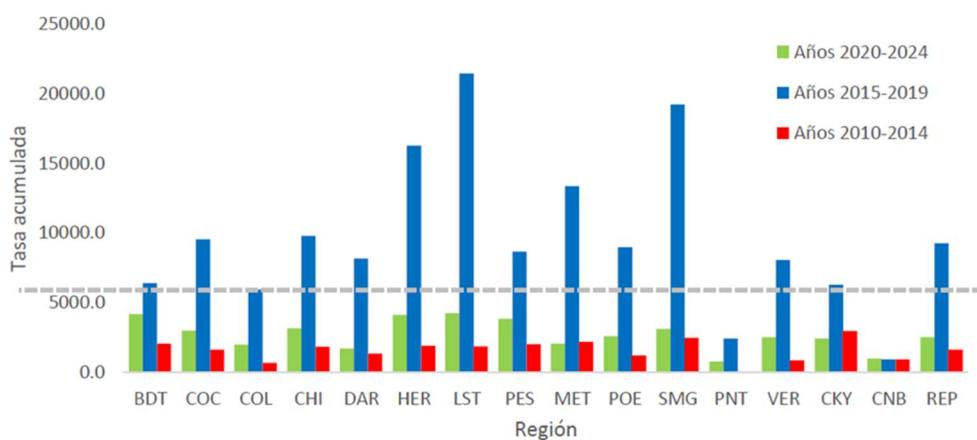


\*: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

En todas las regiones de salud se han notificado casos de varicela en el periodo evaluado (2010 - 2024), se observan tasa de incidencia acumulada más altas en el quinquenio 2015 - 2019 siendo las regiones de Los Santos, San Miguelito y Herrera las regiones con las tasas acumuladas más altas. Para el quinquenio 2020 - 2024 se observa un descenso en las tasas acumuladas en todas las regiones comparadas con los dos quinquenios anteriores. Las tres primeras regiones de salud con tasas acumuladas por encima de la del país son Los Santos, Bocas del Toro y Herrera (Gráfico 27).

Gráfica 27. Varicela: Tasa\* de incidencia según región de salud. República de Panamá. 1998 - 2024

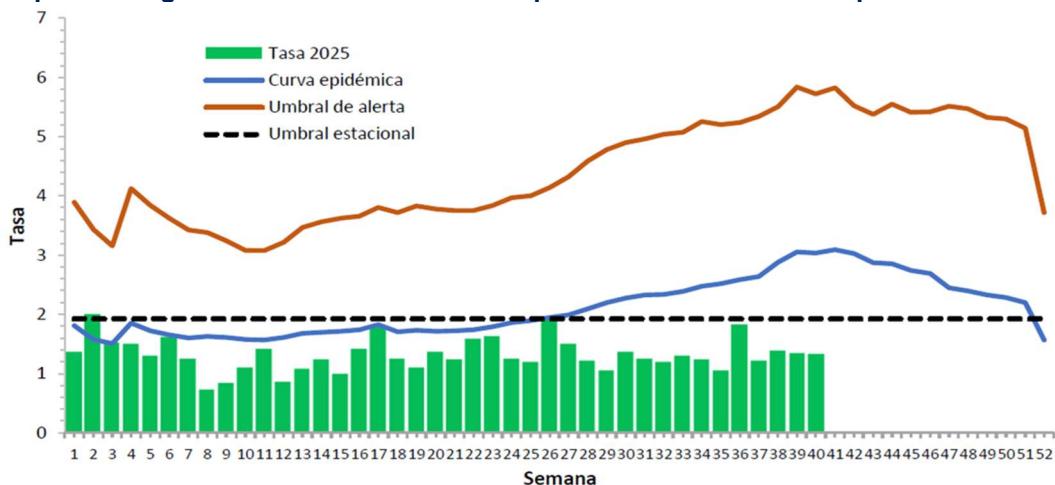


\*Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

Para 2025, hasta la semana 39, la tasa de incidencia semanal de la varicela se ha mantenido en la mayoría de las semanas por debajo de los umbrales de alerta y estacional, solo en la semana 2 sobrepasó la curva epidémica (Gráfico 28).

Gráfica 28. Varicela: Tasa\* de incidencia, curva epidémica, umbral de alerta y estacional según semana epidemiológica- Periodo 2015 – 2024. República de Panamá. 2025/p



\*: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Departamento de Epidemiología MINSA

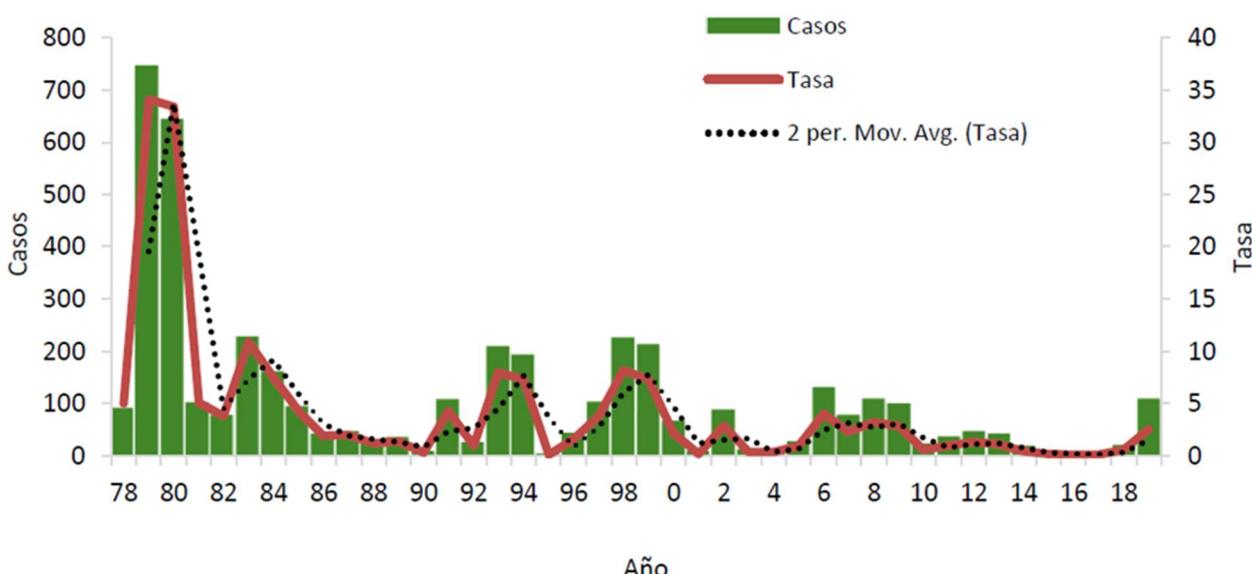
En 2025 se notifica brote de varicela en centro penitenciario en la región de Chiriquí, en el mes de mayo, el cual fue intervenido recomendando aislamiento de los casos confirmados y sospechosos, reforzar medidas de higiene personal, desinfección de superficies de contacto común, vacunación a susceptibles entre otras.

La implementación de la vacunación que tradujo, en el incremento de su cobertura en los niños de un año, ha permitido observar el descenso de la tasa de incidencia por esta enfermedad inmunoprevenible (Gráfico 24). El comportamiento epidemiológico descrito está influenciado por la introducción de la vacunación contra la varicela a partir de 2014, por lo que se espera reducir la misma en población vacunada que a la fecha es hasta los once años, por lo tanto, casos y brotes se pueden esperar en población mayor a esa edad y la que no haya sido vacunada ya que la cobertura aún no es óptima para la primera y segunda dosis

### Tos ferina

La notificación de casos de tos ferina desde 1978 a 2019 ha tenido de manera sostenida una tendencia al descenso con brotes intermitentes en algunas áreas del país. La tasa de incidencia desde 2014 hasta 2019 ha oscilado entre 0.1 y 2.6 por 100,000 habitantes siendo la tasa más alta para el año 2019, asociada a brote en la Comarca Ngäbe-Buglé que inicia en 2018 (Gráfico 29).

Gráfica 29 .Casos y tasa de incidencia\* de tos ferina según año. República de Panamá.  
1978-2019.

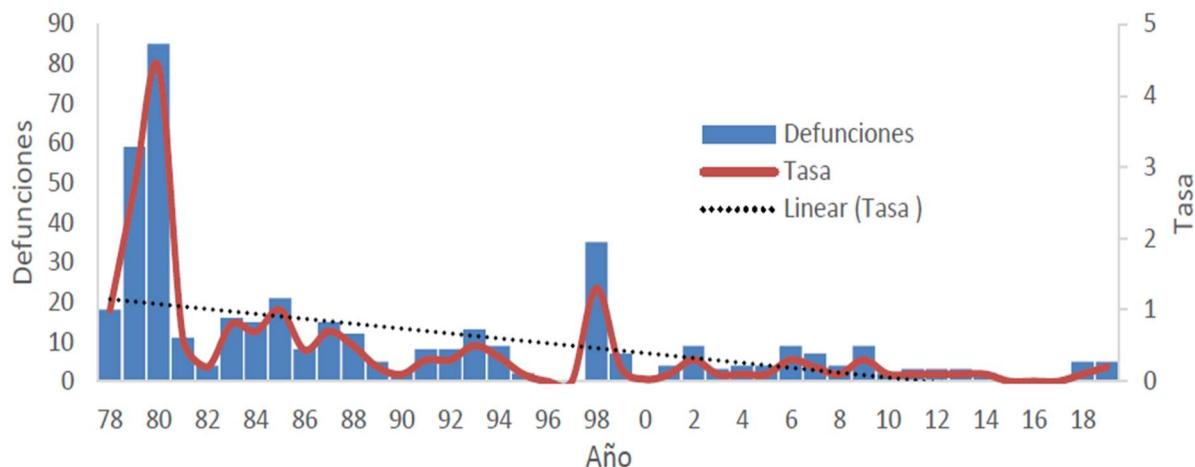


\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

En cuanto a las defunciones, también su tendencia es hacia el descenso desde 1978 al 2019 y en los últimos 10 años (2014 a 2023) la tasa de mortalidad presenta un rango de 0.00 a 0.22 por 100.000 habitantes. La tasa mayor (0.22) se alcanzó en 2018. (brote comarca Ngäbe-Bugle) (Gráfico 30).

Gráfica 30. Defunciones y tasa\* de mortalidad de tos ferina según año. República de Panamá. 1978-2019.

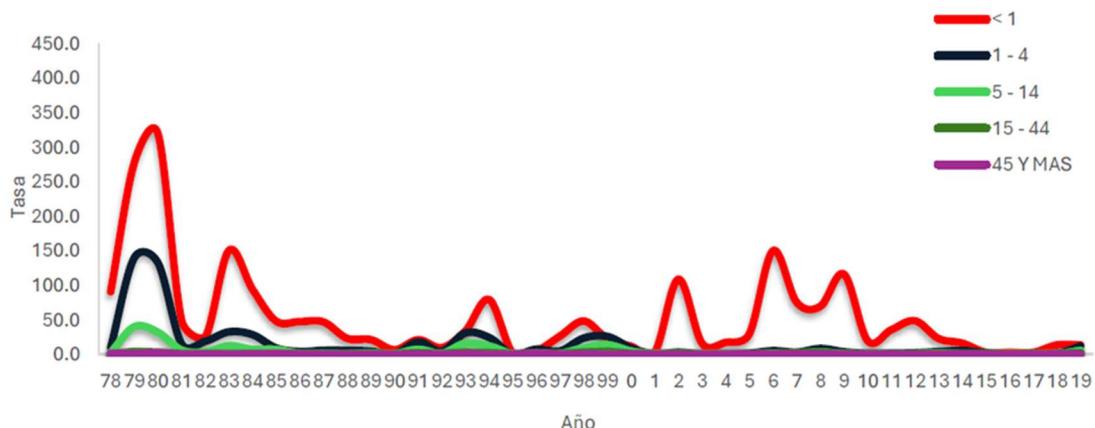


\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

Los grupos de edad más afectados son los menores de un año y los de 1 a 4 años. Desde 1978 a 2019 la tasa de incidencia específica por edad ha oscilado para los menores de un año entre 13.5 y 319.6 y para los de 1 a 4 años entre 0.0 y 139.9 (Gráfico 31).

Gráfica 31. Tasa\* de incidencia de tos ferina según grupo de edad. República de Panamá. 1978 – 2019.



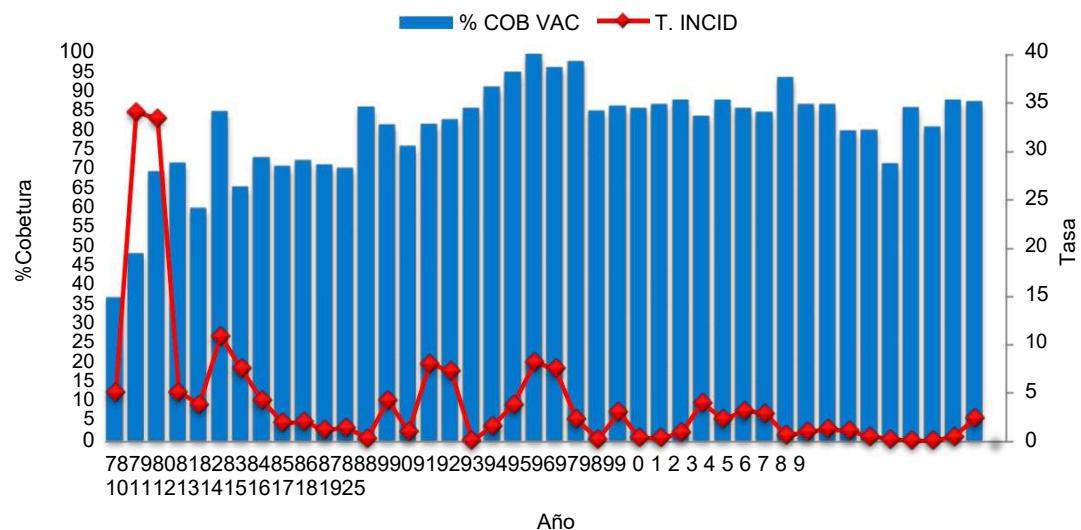
\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

En cuanto a su distribución geográfica en el periodo 2007- 2019 en todas las regiones de salud se han identificado casos, observándose mayor detección de casos incluido brote (2018-2019) en la Comarca Ngäbe Buglé y Bocas del Toro.

Para prevenir la tos ferina en especial en los niños menores de edad se debe vacunar a los dos, cuatro y seis meses de edad y alcanzar cobertura de 80% o más, la cual permite evitar brotes, epidemias y defunciones. Cobertura en 2029 87.7% (Gráfico 32 A y 32 B).

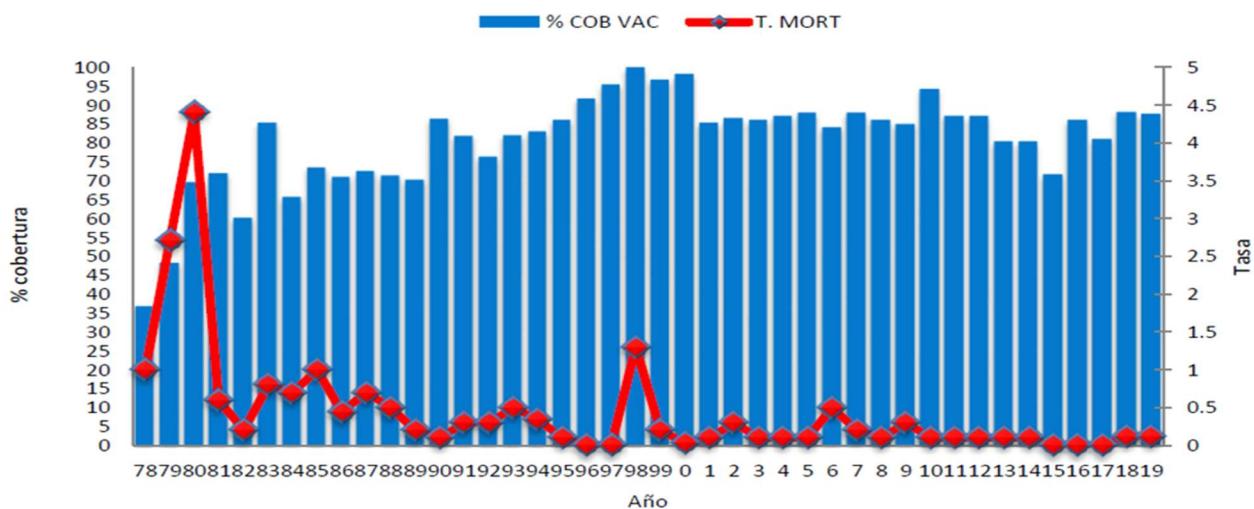
**Gráfica 32a. Tos ferina, tasa de Incidencia y % de cobertura de vacunación en menores de un año República de Panamá. 1978 – 2019.**



\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

**Gráfica 32b Tos ferina, tasa\* de mortalidad y % de cobertura de vacunación en menores de un año República de Panamá. 1978 –2019.**



\*Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

En el periodo de 2020 a 2024 se han notificado entre 11 y 61 casos sospechosos de tos ferina siendo el año 2020 en el que menos casos se notificaron y en el año 2023 con el mayor número de casos sospechosos notificados. Confirmándose entre uno a siete casos por año durante este periodo, siendo el 2023 el que notificó el mayor número de casos y en 2020 y 2021 el menor (Gráfico 33). Se acumularon 19 casos de los cuales 11 fueron hombres y 8 mujeres, de estos fallecieron tres casos, dos en el 2021 (un masculino y una femenina) ambos menores de un año y una femenina entre 1-4 años en el 2023.

Gráfica 33. Casos de tos ferina según semana epidemiológica. República de Panamá. 2020-2024



Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

En el periodo 2020 – 2024 se notificaron casos en las regiones de Bocas del Toro, Chiriquí, Panamá Metro, Panamá Este, Guna Yala, N. Bugle y Panamá Norte. Las tasas de incidencia anuales mayores se dieron en las regiones Ngäbe-Buglé (2.5 por 100000 habitantes), Guna Yala (2.1 por 100000 habitantes) y Panamá Este (0.8 por 100000 habitantes). Todos los casos tenían un esquema de vacunación incompleto.

**En 2025** hasta la semana 40 se han notificado 29 casos sospechosos de los cuales se han confirmado 9 de los seis (67%) son del sexo femenino, 4 casos en menores de un año, un caso de 1 año, ninguno de ellos con el esquema de vacunación completo. No se han notificado defunciones en 2025. Las regiones de salud en que se han notificado casos confirmados en 2025 hasta semana 40 son Panamá Metro con la tasa (0.77) más alta seguida por San Miguelito (0.25)

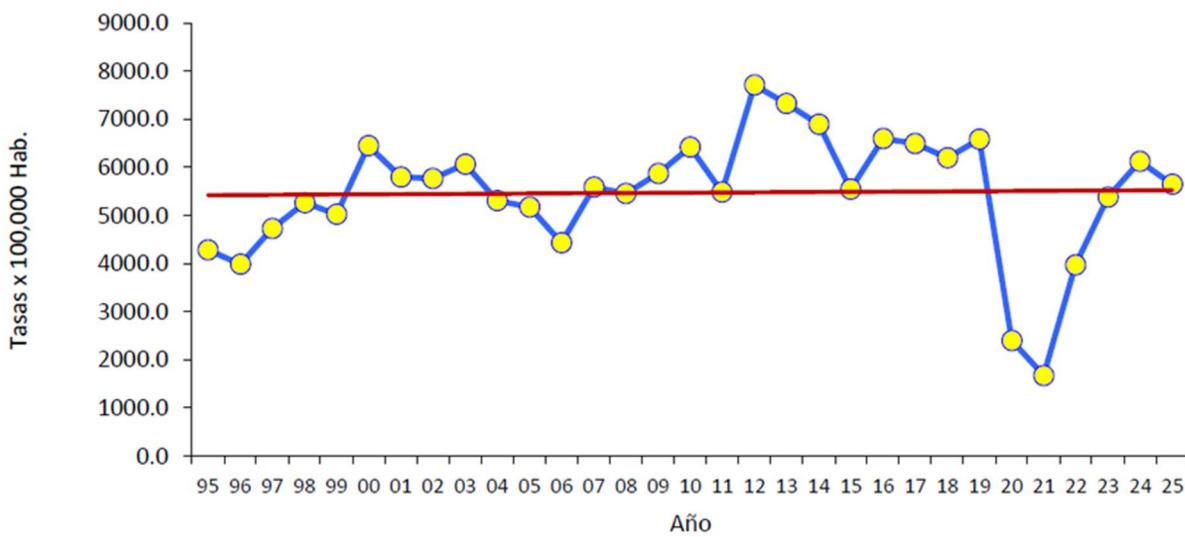
## Enfermedades Transmitidas por Alimentos

### Enfermedad Diarreica

En Panamá las Enfermedades diarreicas (Gráfico 34) representan un problema de salud pública y se considera que hay un subregistro y subnotificación de este evento tenemos una tasa de incidencia de más de 5000 casos por 100000 habitantes al año. Los principales agentes enteropatógenos a los que se les atribuye este evento son bacterias como *Escherichia coli*, *Salmonella* spp, *Shigellas*. Virus como Norovirus que han que han sido identificados en brote, Rotavirus; Parásitos como Amebas, Criptosporidios entre otros.

Los principales factores que inciden en la presentación de estos eventos esta la deficiente higiene y saneamiento básico que se practica en la manipulación, procesamiento, conservación y manejo de los alimentos y agua para consumo humano.

Gráfica 34. Incidencia de las enfermedades diarreicas. República de Panamá, Años 1995 – 2025 (p)



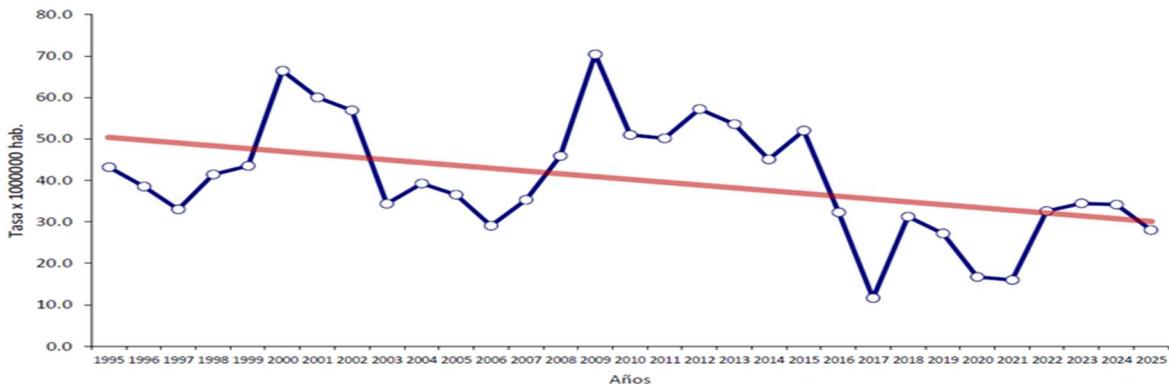
Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

### Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAs)

En Panamá, las intoxicaciones alimentarias (Gráfico 35) igual que la enfermedad diarreica hay un subregistro y sub-notificación dado que es un evento que en gran cantidad de casos la población no acude a los centros de atención médica y se automedica. Se tiene registrada una incidencia de más de 60 casos por cada 100000 habitantes por año. Estas tasas disminuyeron para los años 2020, 2021, a causa de medidas implementadas para control de

COVID19, como fue fortalecimiento de campañas de promoción de higiene, cuidado personal y restricción de movilización entre otras.

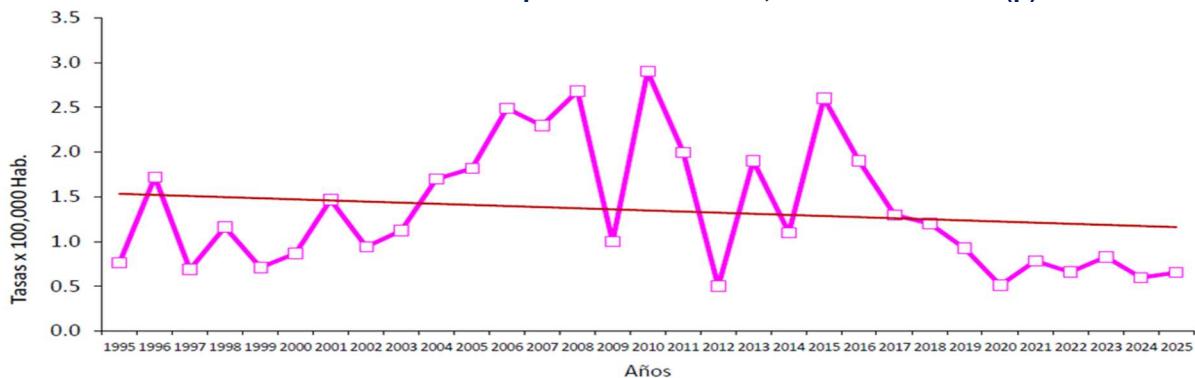
Gráfica 35. **Incidencia de intoxicación alimentaria. República de Panamá, Años: 1995 - 2025 (p)**



Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

La salmonelosis es un tipo de enfermedad alimentaria causada por la bacteria *Salmonella* (bacterias que por lo general viven en los intestinos de los animales y humanos y se expulsan a través de las heces). Es una de las enfermedades de transmisión alimentaria más comunes y ampliamente extendidas. Además, la mayoría de los casos de salmonelosis son leves, aunque, en ocasiones, la enfermedad puede causar defunción. En Panamá se notifican confirmado por laboratorio unos 3 casos por 100000 habitantes al año de salmonelosis (Gráfico 36).

Gráfica 36. **Incidencia de salmonelosis. República de Panamá, Años:1995 - 2025 (p)**



Fuente: MINSA, Departamento de Epidemiología.

La incidencia de las ETAs en nuestro país puede estar determinada y/o condicionada por factores como: deficiente manejo higiénico sanitario de los alimentos en las diferentes etapas de producción, procesos, distribución, conservación, elaboración, expendio. Ingesta de alimentos bien cocidos, pero mal conservados. Alto consumo de alimentos en la vía pública. Deficientes hábitos higiénicos. Poca responsabilidad ciudadana en cumplir con las normas sanitarias. Rol regulador del Estado limitado por escasos recursos asignados a esta actividad.

Los principales agentes patógenos identificados como causales de las ETAs investigados son enterobacterias (Salmonella sp, E.coli) Estafilococo aureus (toxinas). Los alimentos mixtos y de origen animal carnes, lácteos y pescados son los principalmente asociados a las ETAs. Los alimentos involucrados en las ETAs son elaborados en los hogares, vía pública (ventas callejeras), cocinas brindan servicios institucionales (escuelas, internados, cárceles).

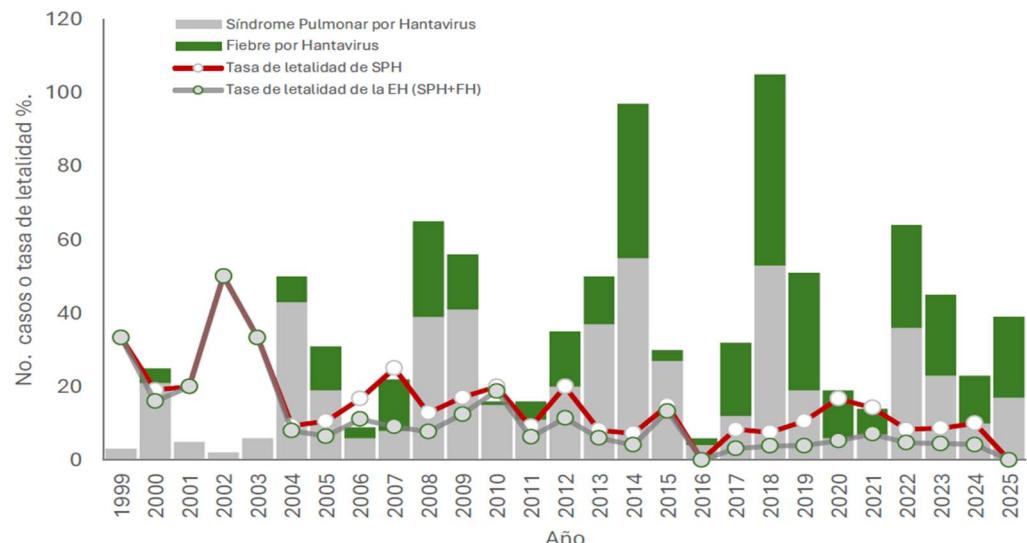
## Enfermedades Zoonóticas

### Enfermedad por Hantavirus (EH)

El Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) es una zoonosis aguda emergente y los primeros casos de Panamá se registran a finales de 1999 e inicios del 2000. Aunque se identificaron dos roedores reservorios (subfamilia Sigmodontinae) con dos tipos diferentes de Hantavirus, virus Calabazo en el Zygodontomys brevicauda y el virus Choclo en el Oligoryzomys costaricensis, sólo este último se ha asociado al SCPH en los humanos. Las investigaciones de esta entidad en Panamá permiten identificar dos formas de presentación: de esta enfermedad: la Fiebre por Hantavirus (FH) que es una presentación leve de la enfermedad y el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH) que es el cuadro clínico severo de la enfermedad.

Es una enfermedad emergente de baja frecuencia, que desde su diagnóstico en el año 2000 a la fecha se han registrado 916 casos de los cuales 545 son SCPH y 361 son FH. Del total de los casos SCPH 64 han fallecido, para una letalidad acumulada de 12% [rango 7% – 50%] (Gráfico 37).

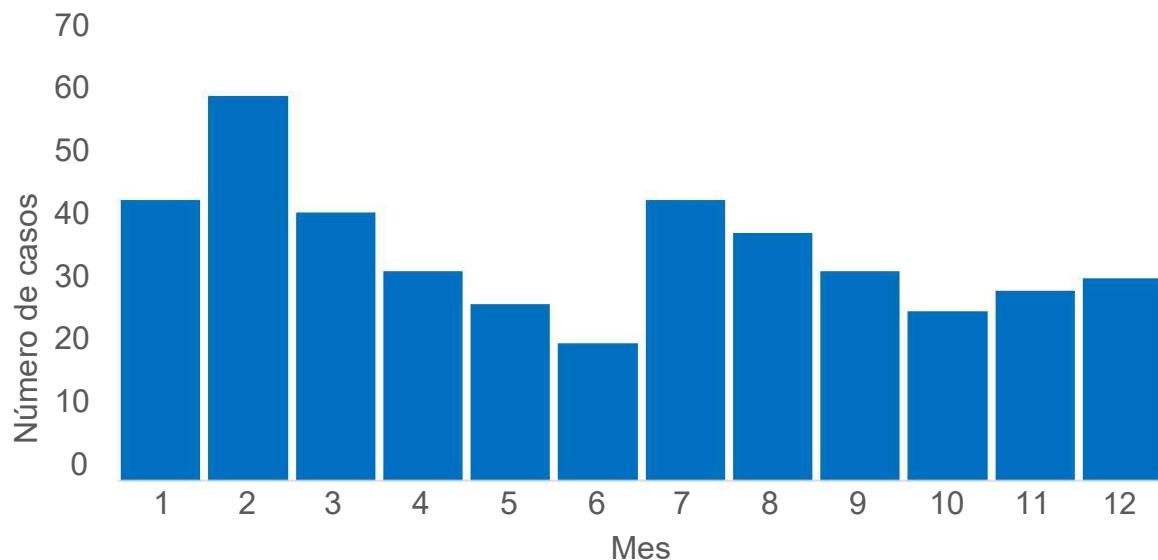
Gráfica 37. Gráfico 37. Número de casos de enfermedad por hantavirus y tasa de letalidad por año,



Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud / DIEEZ-ICGES. Panamá.

El análisis de la serie temporal de los casos indica que la enfermedad se presenta con cierta ciclicidad (Gráfico 37) y estacionalidad (Gráfico 38) en nuestro país; registrando un incremento del número de casos cada 3 a 4 años (Gráfico 37) y ocurrencia de más casos a finales de la estación lluviosa y durante la estación seca (Gráfico 38).

**Gráfica 38. Casos de Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus acumulados, según mes de ocurrencia. Panamá. Años 1999-2025 (p).**

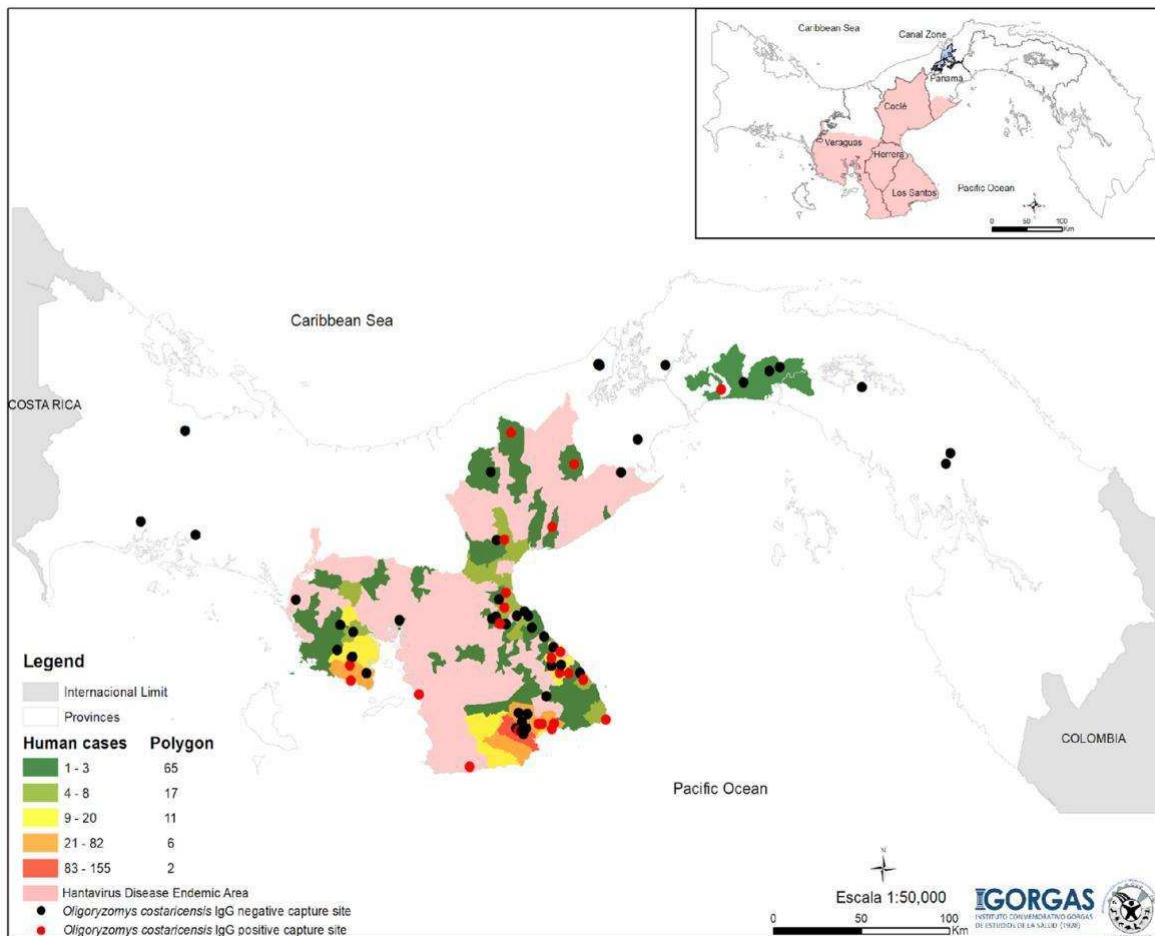


Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Panamá.

La enfermedad se registra en la región central del país con mayor frecuencia en las provincias centrales, es decir, Los Santos (77%), Veraguas (12%), Coclé (7%) y Herrera (3%) (Mapa 3); y se han identificado casos en otras provincias, pero las investigaciones epidemiológicas indican que la exposición al agente se dio en el área endémica (provincias centrales); a excepción de tres (3) casos en la región de Panamá Este, dos casos (2) casos atípicos en 2008 en el cual la sintomatología no fue compatible con lo descrito en la definición caso, y un (1) caso de 2021 cuya exposición ocurrió en Panamá Este.

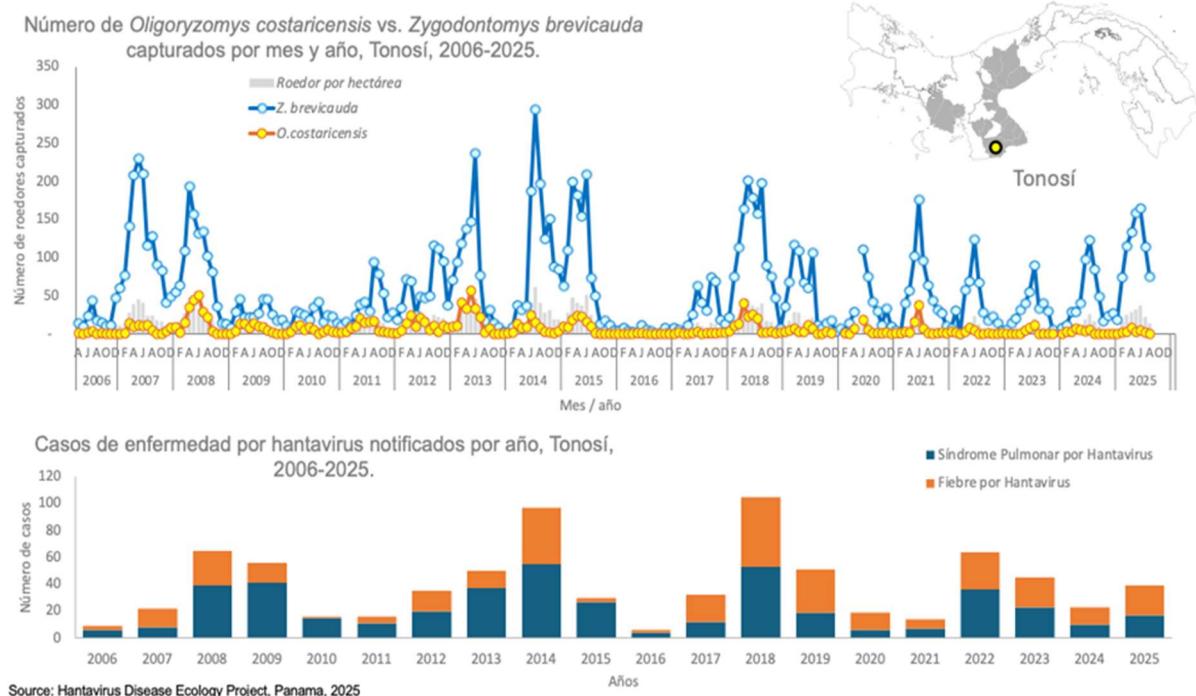
### Mapa 3. Distribución de los casos de enfermedad por hantavirus confirmados por corregimiento.

El área resaltada en rosa incluye los corregimientos donde se detectaron casos de enfermedad aguda y coincide con los sitios de captura de *Oligoryzomys costaricensis* en los que se han detectado individuos positivos para Orthohantavirus choctoense (puntos rojos) [17,21]. Los corregimientos con mayor número de casos se destacan en amarillo, naranja y rojo. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37376694/>)



Este comportamiento se ha asociado a varios factores como variabilidad climática, fenómenos del niño y la niña, dinámica poblacional de los roedores silvestres (Gráfico 39), así como las intervenciones de las actividades agropecuarias, deforestación y disturbios en los ecosistemas y comportamientos socioculturales, que influye en los escenarios epidemiológicos para su presentación. La vigilancia de la dinámica de la población de roedores silvestres en el distrito de Tonosí y el distrito de Natá es una herramienta importante para la alerta temprana a nivel de microescala que permite anticipar con al menos dos meses de anticipación al sistema del incremento o disminución del *Oligoryzomys costaricensis* y el *Zygodontomys brevicauda* y la detección de casos de EH (Gráfica 39).

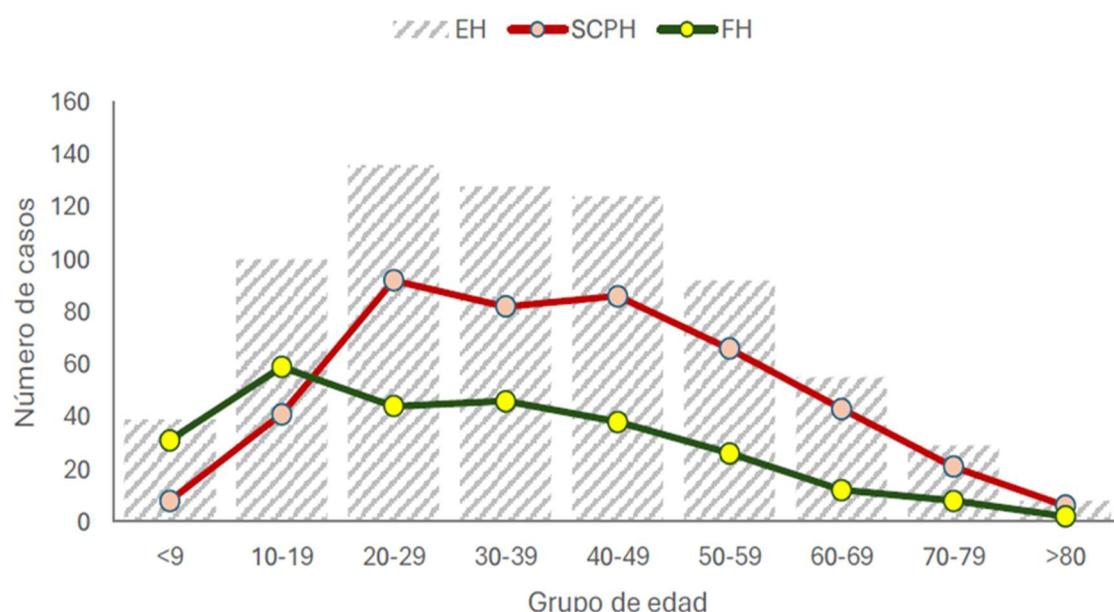
**Gráfica 39. Vigilancia de la enfermedad por hantavirus y de la dinámica de roedores a nivel de microescala en el Distrito de Tonosí. Panamá, 2006-2025.**



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud - ICGES. Panamá.

La enfermedad afecta a ambos sexos y a todos los grupos de edad, registrando más casos el sexo masculino y las personas entre 18 -50 años personas en edad productiva (Gráfica 40).

**Gráfica 40. Gráfico 40. Casos de enfermedad por Hantavirus según grupo de Edad. Panamá, Años 1999-2024(p).**



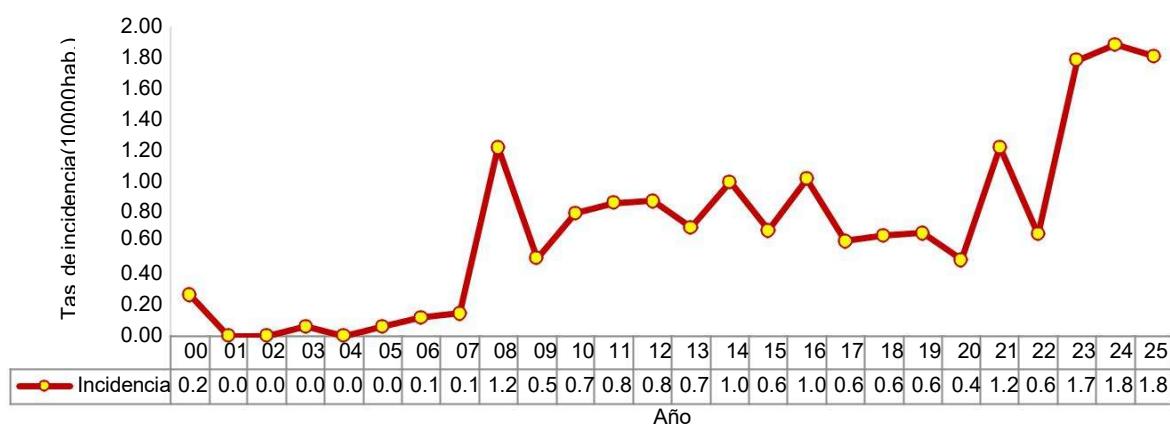
Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Panamá.

El Ministerio de Salud en los últimos años ha venido fortaleciendo la vigilancia epidemiológica de casos y factores de riesgo de la enfermedad, así como detección temprana de casos sospechosos y confirmados lo que permitido identificar y atender oportunamente más casos. Se han descentralizado pruebas diagnósticas de laboratorio para hantavirus contando con diagnóstico de laboratorio además del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES), en los niveles locales y regionales del área endémica (Los Santos, Herrera., Coclé y Veraguas). Igualmente, las medidas preventivas de promoción de la salud, así como las de saneamiento básico, control de vectores, capacitación al personal de salud han sido fortalecidas. El mejoramiento en la detección y notificación oportuna de casos sospechosos y confirmados ha permitido mejorar el abordaje de este evento de salud pública, logrando la implementación de medidas de prevención, control, atención oportunamente.

## Leptospirosis

La leptospirosis en Panamá es una enfermedad desatendida, endémica, subregistrada y subnotificada con una tasa de incidencia que varía de 0.06 a 1.88 por 100000 habitantes, entre el periodo de 2000-2025 (p). Siendo las tasas de incidencia los últimos 3 años las más elevadas de esta serie temporal (Gráfico 41).

Gráfica 41. Tasa de incidencia anual de leptospirosis en Panamá, 2000-2025(p)



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Panamá.

Se presenta casos en todas las regiones de salud del país (Cuadro 4), con mayor registro en comunidades con poblaciones vulnerables, con limitaciones al acceso a servicios básicos, de atención médica, viviendas, alimentos, abastecimiento de agua segura, saneamiento básico, aunado a factores socioculturales de convivencia entre otros. Es una enfermedad que afecta todos los grupos de edad y ambos sexos.

Cuadro 4. Casos de Leptospirosis por región de Salud, Panamá. Años 2013-2024.

Región/Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bocas del Toro	0	0	0	2	3	1	1	0	4	1	2	3
Coclé	1	7	7	6	3	4	4	3	2	4	3	6
Colon	2	5	2	4	0	6	7	2	3	1	1	10
Chiriquí	6	4	0	0	0	0	0	0	3	1	4	3
Darién	2	1	1	5	3	2	3	6	15	28	25	27
Herrera	3	0	1	6	0	2	2	2	3	5	1	1
Los Santos	2	0	3	4	1	3	1	1	1	1	3	3
Panamá Metro	3	5	2	1	7	3	3	4	9	9	7	10
Panamá Este	0	1	0	1	2	2	1	0	1	1	1	1
Panamá Oeste	4	1	6	3	2	1	3	0	0	2	3	2
San Miguelito	2	4	3	4	3	1	1	0	2	0	0	1
Panamá Norte							1	0	3	1	1	2
Veraguas	1	2	0	5	1	1	0	2	6	7	2	7
Guna Yala	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ngäbe-Bugle	0	8	2	0	0	1	1	1	1	11	31	3
Total	27	39	27	41	25	27	28	21	53	72	84	80

Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología/BD Especial. Ministerio de Salud.

En la región Darién se han registrado brotes en los años 2021 al 2024 se presentaron brotes importantes en la población en general. En la región Ngäbe-Bugle en los años 2022 y 2023 se presentaron brotes importantes en menores de 15 años, en áreas de muy difícil acceso por vía terrestre, con limitaciones para llevar asistencia médica y sanitaria. En la mayoría de las ocasiones para llegar a estas áreas se requiere movilización aérea (Cuadro 4).

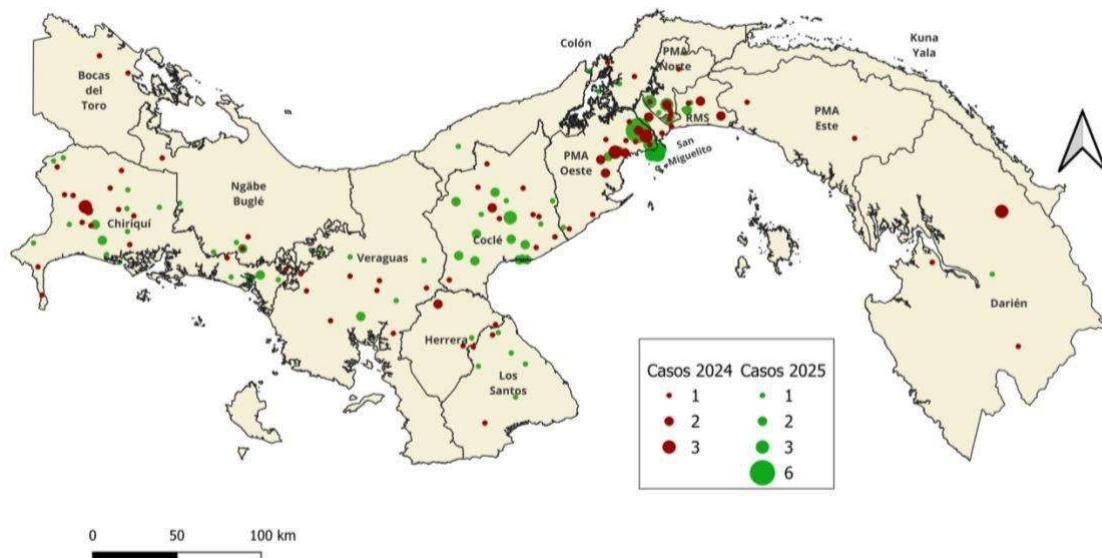
### Miasis en heridas por gusano barrenador

La miasis o bichera causada por larvas de *Cochliomyia hominivorax* (GBG) es una enfermedad parasitaria de los animales vivos de sangre caliente, que incluye a las mascotas y a los seres humanos. La fase parasitaria es la etapa de larva o gusano de la mosca del GBG cuyo nombre científico es *Cochliomyia hominivorax* que en latín significa “Devoradora de Hombres”. El nombre de “barrenador” se le dio debido a que sus larvas se asemejan a la de un tornillo para madera, con la cabeza plana y el cuerpo cónico rodeado por segmentos con espinas, que dan la impresión de un tornillo. Infesta la parte más profunda de los tejidos vivos como la piel, las cavidades: ocular, oral, nasal, genital y otras. Provoca lesiones graves, la pérdida de la función del órgano parasitado, si las heridas afectadas no son tratadas, dan origen a nuevas reinfecciones por esta u otras especies de moscas. A simple vista es difícil diferenciar las larvas del GBG de las de otras moscas. En aspectos de salud pública, cuando las personas enferman en ocasiones requieren de hospitalización, por lo que se debe disponer de espacios de camas y tiempo de atención médica profesional. En el comercio constituye una barrera para el comercio pecuario nacional e internacional.

Desde hace más de 25 años Panamá ha trabajado para erradicar la enfermedad del gusano barrenador en el ganado, sin embargo, en los últimos dos (2) años, se han incrementado los casos en animales, y se han registrado un número importante de casos en humanos. El incremento de casos no solo se ha dado en Panamá, sino también casi en toda América Central y América Latina.

A mediados de 2023, se reportan casos de GBG en animales fuera del área endémica (Darién) y a inicios de 2024 casos de miasis por *Cochliomyia hominivorax* en personas, desde entonces se vienen registrando y notificando casos sobre todo en la población vulnerable adultos mayores, incapacitados, niños menores de 15 años (Mapa 4).

**Mapa 4. Distribución de los casos de miasis por *Cochliomyia hominivorax* en personas, Panamá. Semana epidemiológica 40 de los años 2024 (n=83) – 2025 (n=94).**



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología/BD Especial. Ministerio de Salud.

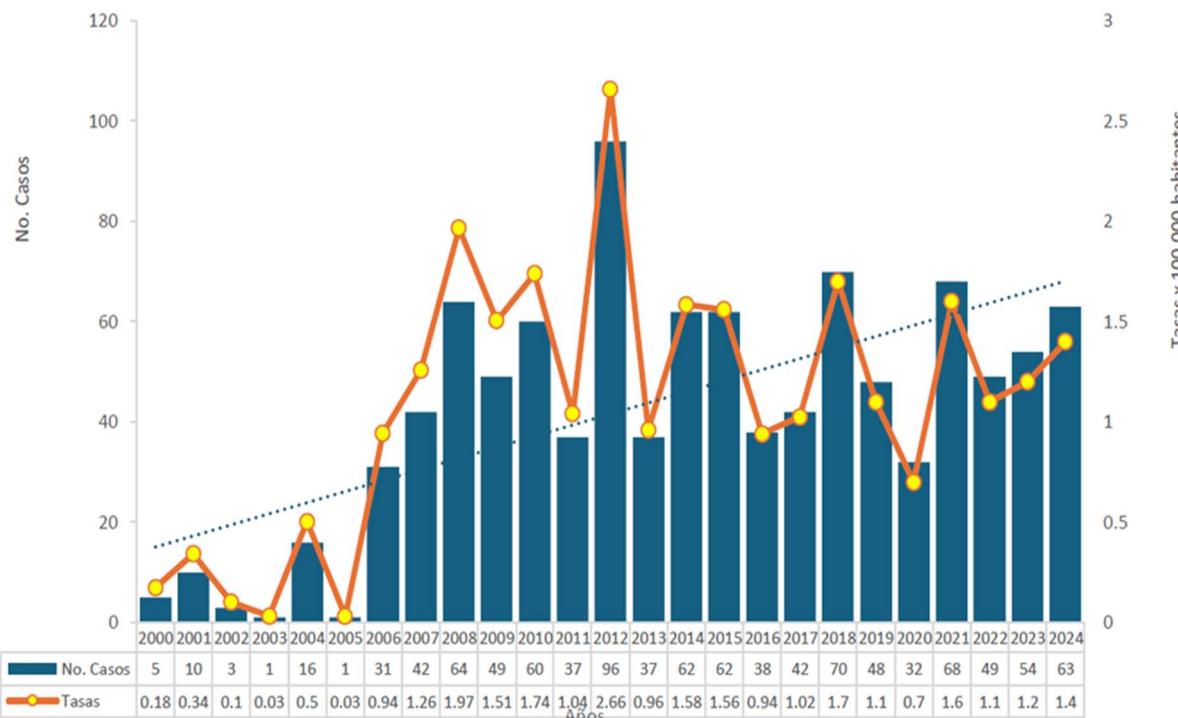
Ante esta situación el Ministerio de Salud ha fortalecido la vigilancia, monitoreo, incidencia de miasis y atención oportuna de casos; se están identificando áreas y factores de riesgo para adopción de medidas preventivas y de control. Se está orientando y educando a la población sobre medidas de higiene personal y saneamiento básico. Búsqueda, atención y tratamiento médico oportuno. Se coordina con Salud Animal MIDA y Comisión Panamá – Estados Unidos para la Erradicación y Prevención del Gusano Barrenador del Ganado (COPEG), el monitoreo y comportamiento de este evento para el abordaje oportuno de los casos en humanos.

# Enfermedades Transmitidas por Vectores

## Enfermedades de Chagas

La enfermedad de Chagas se considera endémica en todo el territorio nacional, con marcado predominio en las comunidades rurales cercanas al Canal de Panamá donde también se reportan altas densidades del principal chinche vector (*Rhodnius pallescens*). Sin embargo, la gran dispersión territorial de vectores de menor importancia como el *Triatoma dimidiata* hace posible la transmisión en muchas áreas consideradas habitualmente como “no endémicas”. La Enfermedad de Chagas presenta ciclos de aumento cada tres a cuatro años (Gráfico 42), la pandemia COVID-19 no evitó el aumento de casos en el periodo en que se esperaba, la tendencia de la enfermedad en aumento.

Gráfica 42. Casos y Tasas de Enfermedad de Chagas, República de Panamá, Año:2000-2024



Fuente: Base de datos SISVIG, Departamento de Epidemiología-MINSA, abril 2024.

La Enfermedad de Chagas presenta ciclos de aumento cada tres a cuatro años, la pandemia COVID-19 no evitó el aumento de casos en el periodo en que se esperaba, la tendencia de la enfermedad en aumento (Gráfico 42).

Las cardiopatías crónicas han estado oscilando entre el 7 y 19% generalmente, prevalece la enfermedad aguda que no afecta al corazón (rango 25% - 83%) en cada año de esta serie.

En los años anteriores hay un porcentaje importante de personas que quedan con diagnóstico de infección sin clasificar, en el año 2024 se logra clasificar a cada caso (Cuadro 5).

El año en que más se han identificado casos de Enfermedad de Chagas congénita fue 2021 con seis casos, de allí la enfermedad se presenta en baja frecuencia con identificación de un solo caso en el 2019, 2022, 2023 y 2025 (p. al 15 de octubre).

**Cuadro 5. Diagnósticos de la Enfermedad de Chagas, República de Panamá, Años 2019-2024.**

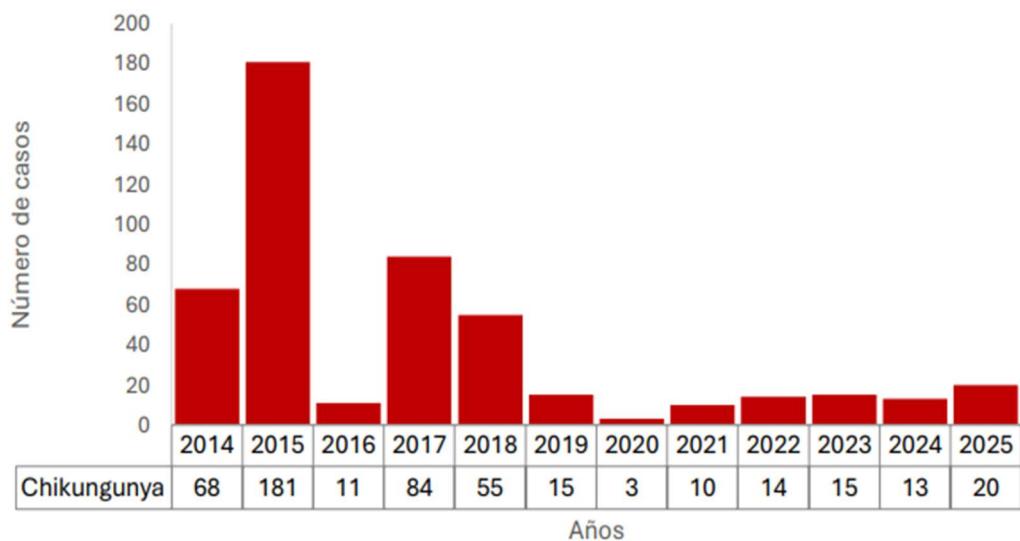
Años	Total	Cardiopatía crónica		Cardiopatía aguda		Enfermedad Aguda no afecta al corazón		Infección Tripanosoma cruzi	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2019	48	6	12.5	0	0	40	83.3	2	4.2
2020	32	5	15.6	0	0	8	25.0	19	59.3
2021	68	5	7.3	6	8.8	45	66.2	12	17.7
2022	68	13	19.1	3	4.4	36	53.0	16	23.5
2023	54	6	11.1	0	0	37	68.5	11	20.4
2024	63	5	7.9	7	11.1	51	81.0	0	0.0

Fuente: Base de datos SISVIG, Departamento de Epidemiología-MINSA, abril 2024.

## Chikungunya

Los primeros casos introducidos de esta enfermedad se identificaron en el 2014 y particularmente la mayoría de los casos se identificaron en la Región Metropolitana. Hasta la semana epidemiológica 40 de 2025 se han acumulado 489 casos, oscilando entre 3 y 181 casos por año. Los 20 casos acumulados durante el 2025 son autóctonos y distribuidos en diferentes regiones sanitarias. No se han registrado defunciones de esta patología (Gráfico 43).

Gráfica 43. Casos confirmados de Chikungunya según año en la República de Panamá, año 2014-2025 (SE 40).

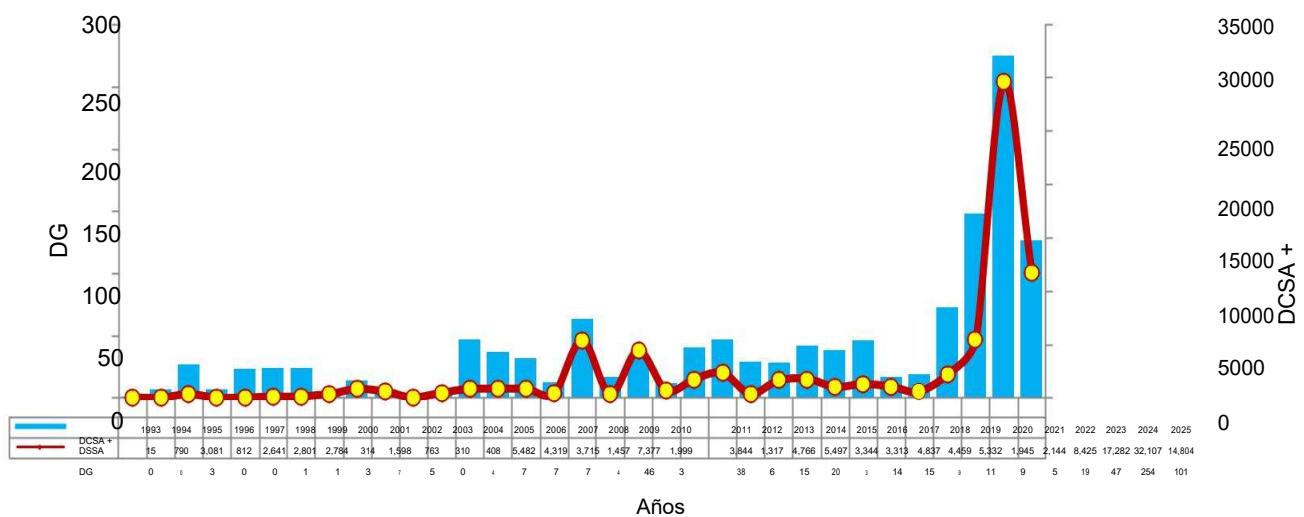


Fuente: Departamento de epidemiología/sección estadística

## Dengue

En la serie temporal de los casos de dengue desde el 1993 al 2019 los años con más casos diagnosticados fueron 2005, 2009, 2014 y 2019, en donde la notificación osciló entre 5000 y 7400 habitantes a nivel nacional. En el 2020 y 2021 se notificaron menos de 2000 casos. Por otra parte, en 2022 se notificaron 8,425 casos cuya cifra se duplicó en el 2023 (n=17,329) y para el 2024 (n=32,361) nuevamente se duplica la cifra. Para el 2025 (n=14905) los casos notificados hasta la semana epidemiológica 47, sugieren que el total de casos acumulados será similar al 2023 (Gráfico 44, Gráfico 45).

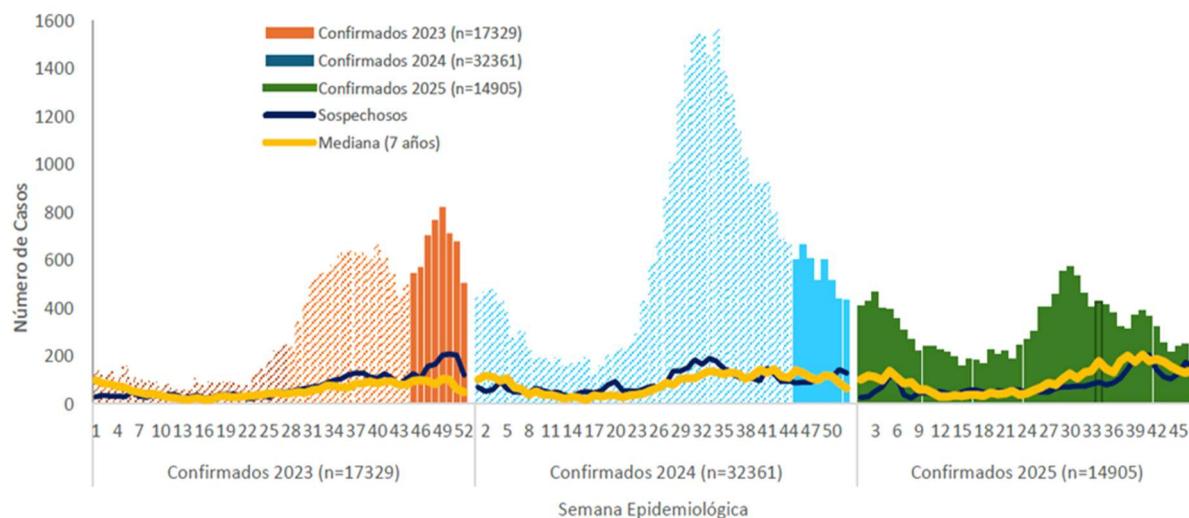
Gráfica 44. Casos confirmados de dengue y tasa de incidencia según año en la República de Panamá, año 2014-2025 (SE47)



Fuente: Ministerio de Salud – Dirección General de Salud Pública – Departamento de Epidemiología

Panamá no escapa de ese comportamiento cíclico del resto de los países, el 2024 fue el año con más casos registrados en la historia del dengue, tasa de incidencia más elevada del resto de los años, acompañado de una mortalidad de 1.2 (54 defunciones) por 100000 habitantes y una letalidad del 0.16%. Se afectaron todos los grupos de edad y la relación hombre:mujer fue 1:1.

Gráfica 45. Casos confirmados de dengue según semana epidemiológica en la República de Panamá, año 2024-2025 (SE47).



Fuente: Ministerio de Salud – Dirección General de Salud Pública – Departamento de Epidemiología

Este año a la semana 47 tenemos registrados 14905 casos, de estos el 0.68% (101 casos) corresponden a dengue grave, con una letalidad del 0.17% (25 defunciones), estas defunciones están distribuidas en 10/15 regiones sanitarias y oscilan entre 1 a 92 años (Cuadro 6). El 68% de los casos están en cuatro regiones sanitarias (Metropolitana, San Miguelito, Panamá Oeste y Panamá Norte), sin embargo, la más afectada fue San Miguelito (Cuadro 6). La mayoría de los casos se registran en el rango de edad comprendido de 25 a 49 años, sin embargo, el grupo más afectado es el de 10 a 14 años.

Cuadro 6. Número de Casos confirmados de dengue según región de salud y criterio de confirmación en la República de Panamá. Año 2025 (SE 47).

Región de Salud	Clasificación clínica*			Tasa de incidencia**				Defunciones	
	Total	DSSA	DCS A	DG	Total	DSSA	DCS A	DG	
<b>Total</b>	<b>14905</b>	<b>13220</b>	<b>1584</b>	<b>101</b>	<b>326.2</b>	<b>289.3</b>	<b>34.7</b>	<b>2.2</b>	<b>25</b>
<b>San Miguelito</b>	2585	2393	178	14	<b>646.4</b>	598.4	44.5	3.5	2
<b>Los Santos</b>	515	490	23	2	<b>538.2</b>	512.0	24.0	2.1	1
<b>Metropolitana</b>	4588	4021	545	22	<b>506.2</b>	443.7	60.1	2.4	3
<b>Panamá Norte</b>	1419	1286	129	4	<b>463.6</b>	420.1	42.1	1.3	0
<b>Darién</b>	335	295	33	7	439.8	387.3	43.3	9.2	0
<b>Bocas del Toro</b>	820	715	98	7	<b>399.8</b>	348.6	47.8	3.4	4
<b>Herrera</b>	429	381	44	4	356.2	316.3	36.5	3.3	0
<b>Panamá Este</b>	387	331	52	4	283.9	242.8	38.1	2.9	2
<b>Panamá Oeste</b>	1584	1352	224	8	234.1	199.8	33.1	1.2	1
<b>Veraguas</b>	546	500	42	4	<b>211.3</b>	193.5	16.3	<b>1.5</b>	0
<b>Chiriquí</b>	869	705	149	15	180.0	146.1	30.9	3.1	5
<b>Colón</b>	439	409	28	2	137.1	127.7	8.7	0.6	1
<b>Coclé</b>	303	276	21	6	109.2	99.5	7.6	2.2	2
<b>C. Kuna Yala</b>	15	12	3	0	28.1	22.5	5.6	0.0	0
<b>C. Ngäbe-Buglé</b>	71	54	15	2	27.9	21.2	5.9	0.8	1

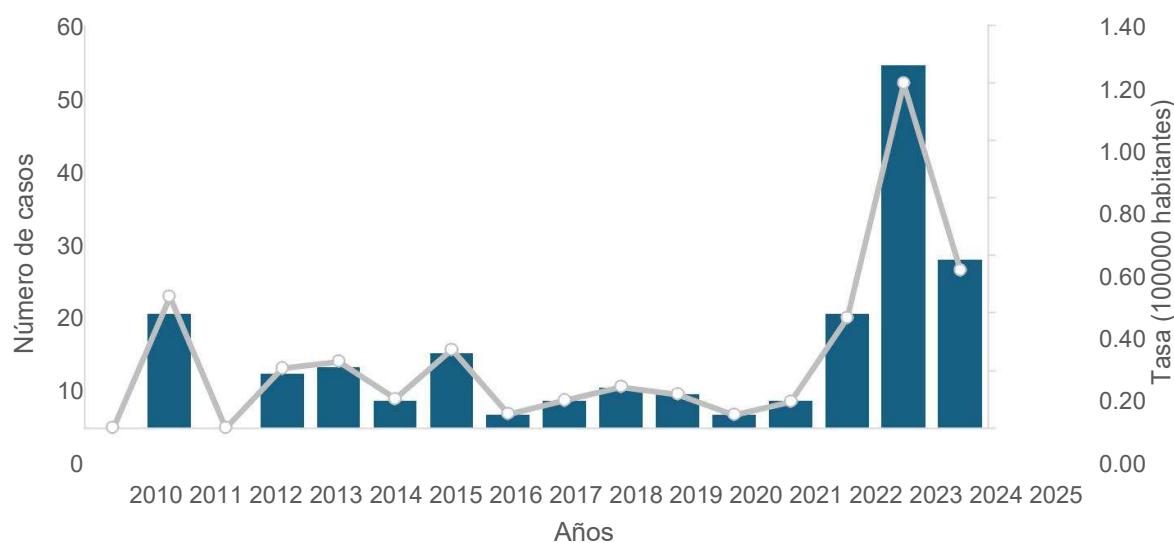
Fuente: Ministerio de Salud – Dirección General de Salud Pública – Departamento de Epidemiología

Durante los últimos 33 años desde la introducción definitiva del dengue en Panamá, han circulado los cuatro serotipos virales, con un predominio histórico de DENV-1 y DENV-2. En los brotes de 2005 (n=5,489) y 2014 (n=5,517) predominaron DENV-1 y DENV-2, mientras que en los de 2009 (n=7,423) y 2019 (n=5,343) la circulación principal correspondió a DENV-1 y DENV-3. Los años 1999 (n=2,784), 2000 (n=317) y 2015 (n=3,347) registraron la circulación simultánea de los cuatro serotipos. La pandemia por COVID-19 afectó la vigilancia y notificación del dengue, con una disminución de reportes en 2020 y 2021; no obstante, a partir de 2022 (n=8,444) se observó un incremento significativo de casos, acompañado de la circulación de DENV-

1, DENV-2 y DENV-3. En los años 2023, 2024 y 2025 volvió a documentarse la circulación de los cuatro serotipos.

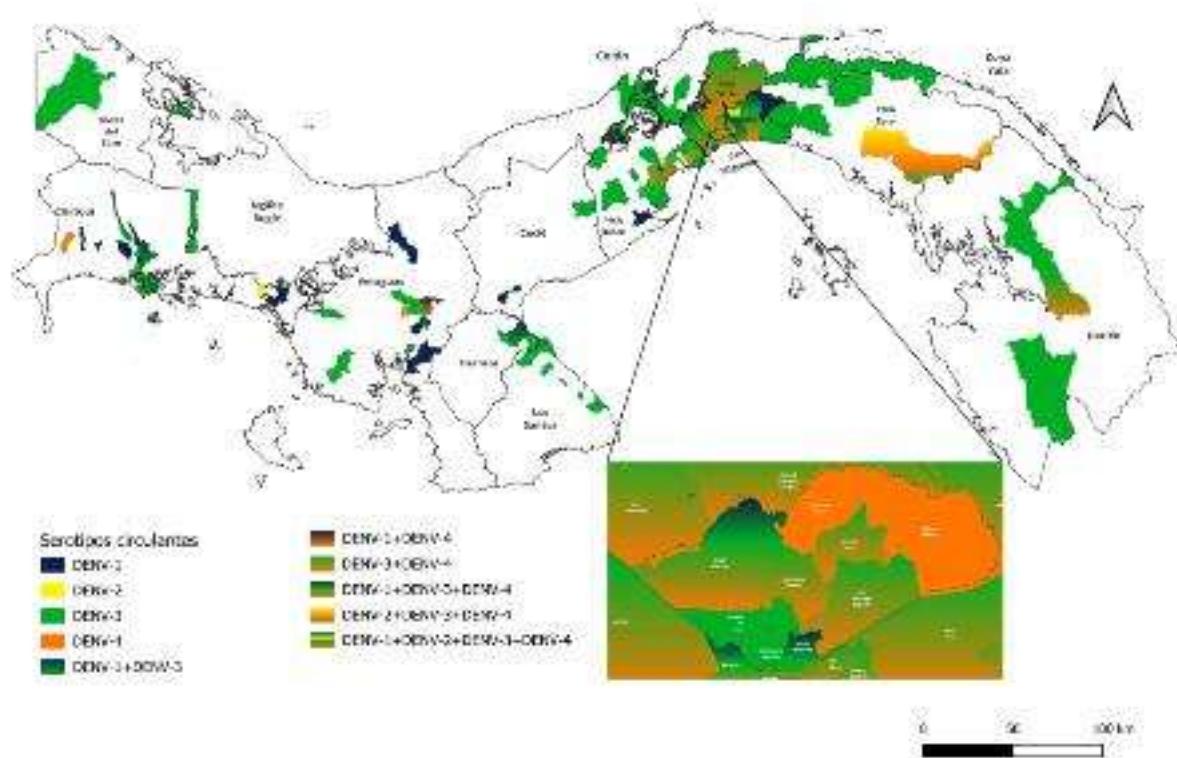
Los casos de Dengue se incrementaron a partir del 2022 (Gráfico 42) y se notificaron 4 defunciones (Tasa de mortalidad 0.09 por 100000 habitantes), para el 2023 se registró un incremento notable con 17 defunciones acumuladas (Tasa de mortalidad 0.38 por 100000 habitantes). En el 2024 se acumularon 54 defunciones (Tasa de mortalidad 1.20 por 100000 habitantes) y lo que ha transcurrido hasta la semana epidemiológica 47 de 2025 se han notificado 25 defunciones (Tasa de mortalidad 0.55 por 100000 habitantes) (Gráfico 46). Se observa que el incremento de los casos desde el 2022 al 2025 se ha traducido en un incremento de las defunciones y ha coincidido con la circulación de los cuatro serotipos de Dengue (Mapa 5).

Gráfica 46. Defunciones y tasa de mortalidad de dengue por año en la República de Panamá, 2010-2025 (p) (SE47).



Fuente: Ministerio de Salud – Dirección General de Salud Pública – Departamento de Epidemiología.

Mapa 5. Serotipos de Dengue identificados por la vigilancia virológica según corregimiento, República de Panamá, Año 2025.

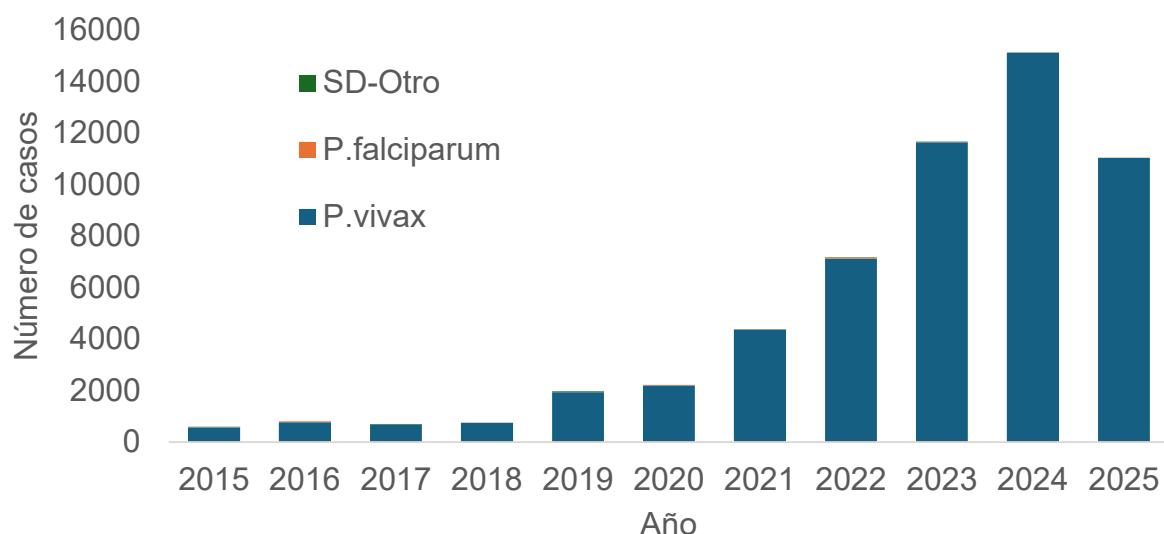


Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología-DIGESA-MINSA-Virología ICGES.

## Malaria

Panamá inicia el proceso de eliminación de la malaria hace más de 10 años en la iniciativa Eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla Española “EMMIE”, en la cual fuimos merecedores de un premio en el año 2018 por la disminución de casos en los cinco años anteriores; en ese mismo año se elabora y publica un documento “Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria en Panamá 2018-2022”, la cual inicia su ejecución con el acompañamiento de socios en la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica “IREM”, compromiso adquirido en COMISCA por todos los ministros adscritos. Desde el 2019 se observa una tendencia al aumento de casos en todos los años pandémicos; el 2024, año con más casos registrados en la historia de la malaria en el país; esto pudo haber sido por múltiples factores, tales como: la migración irregular de América del Sur al Norte, pasando por la comarca Kuna Yala y la provincia de Darién, cambios en las estrategias aplicadas por el personal de salud, reducción progresiva del recurso humano, y aumento de puntos diagnósticos, entre otras. La especie dominante en el país es *Plasmodium vivax* (Gráfico 47).

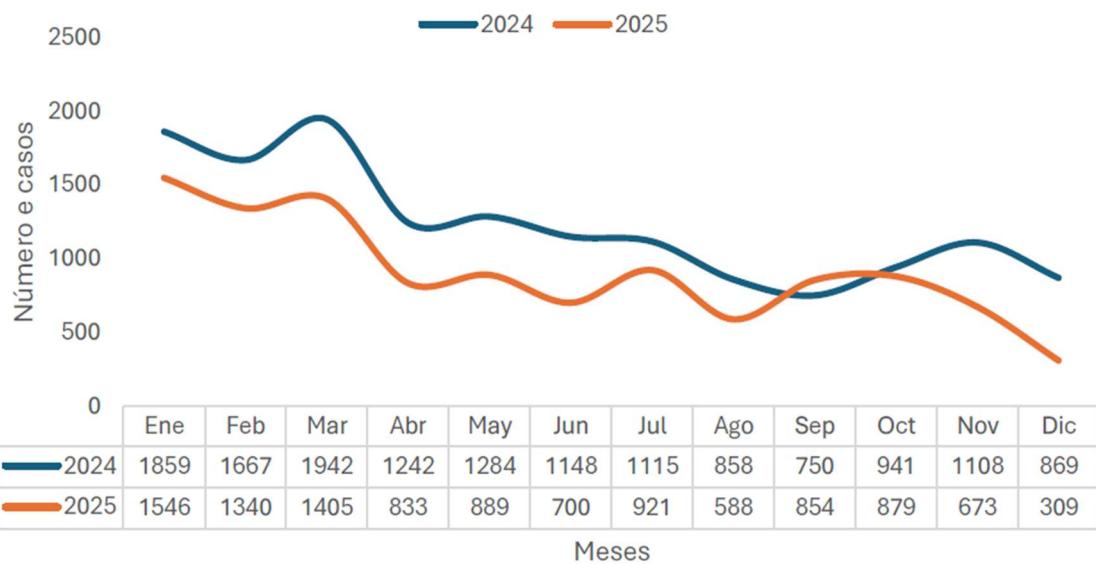
Gráfica 47. Casos confirmados de malaria según especie en la República de Panamá, año 2015-2025 (SE 50)



Fuente: SISVIG-módulo malaria/sección estadística/tablero de mando

Para la semana epidemiológica 50 de 2025 se notifican 11037 casos de malaria confirmados, es decir, 3000 casos menos en comparación con el año 2024 para el mismo periodo (Gráfico 48). La mayoría de estos casos se concentran en las áreas/regiones consideradas endémicas (P. Este, Kuna Yala, Ngäbe Buglé, Darién y este año que se suma Veraguas), con 15 focos maláricos; del total de casos el 62.7% (6928/11037) son autóctonos (Cuadro 7). En el 2017 hubo una defunción de un masculino de 42 años, extranjero de la región de Panamá Este; este año se han notificado cuatro defunciones, todas mujeres, dos de ellas embarazadas, entre 14 y 94 años, procedentes de P. Este (2), Darién y Veraguas.

Gráfica 48. Casos confirmados de malaria según mes en la República de Panamá, año 2024-2025 (SE50)



Fuente: SISVIG-módulo malaria/sección estadística/tablero de mando

Cuadro 7. Casos confirmados de malaria según clasificación en la República de Panamá, año 2020-2024 (SE50)

Clasificación	Años					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Autóctono	1 945	4 117	6 599	9 466	10 591	6 928
Importado	13	16	35	57	23	9
Inducido	0	0	0	0	0	0
Introducido	113	3	32	16	20	5
Recaída	135	198	467	2 024	4 408	2 684
Recrudescencia	2	0	5	32	65	14
SD Clas	3	28	28	65	9	1 397
Total	2 211	4 362	7 166	11 660	15 116	11 037

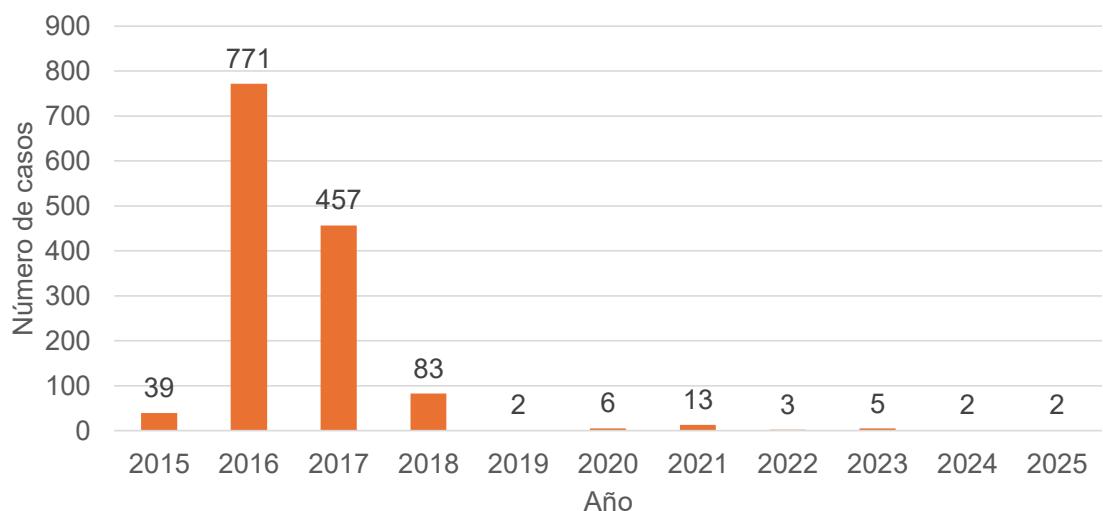
Fuente: SISVIG-módulo malaria/sección estadística/tablero de mando

Panamá se enfrenta a múltiples desafíos para lograr la meta de cero casos autóctonos, entre los que se destacan: i) Acceso limitado a los servicios de salud, ya que la mayoría de las áreas endémicas de malaria no cuentan con una instalación de salud; ii) Factores sociales y económicos, ya que la pobreza dificulta el uso de medidas preventivas (mosquiteros, viviendas adecuadas), la migración interna y externa, y el poco empoderamiento de la población para mantener una comunidad sana. iii) Condiciones ambientales y climáticas, la cual se puede expandir a otras zonas. iv) Sostenibilidad del financiamiento, ya que esta requiere de inversiones constantes durante muchos años.

## Zika

En Panamá se detectaron y confirmaron los primeros casos en noviembre del 2015 en un brote en la región de salud de la comarca Kuna Yala, en las islas de Ustupu y Mulatupu. El 17 de marzo nace y fallece el primer recién nacido con microcefalia asociada a este virus. En ese brote se tuvo varios registros de malformaciones congénitas, así como síndromes neurológicos. Desde su inicio hasta la semana epidemiológica 40 de 2025 se han registrado 1383 casos variando 2 a 771 casos por año (Gráfico 49).

Gráfica 49. Casos confirmados de Zika según año en la República de Panamá, año 2015-2025 (SE40).

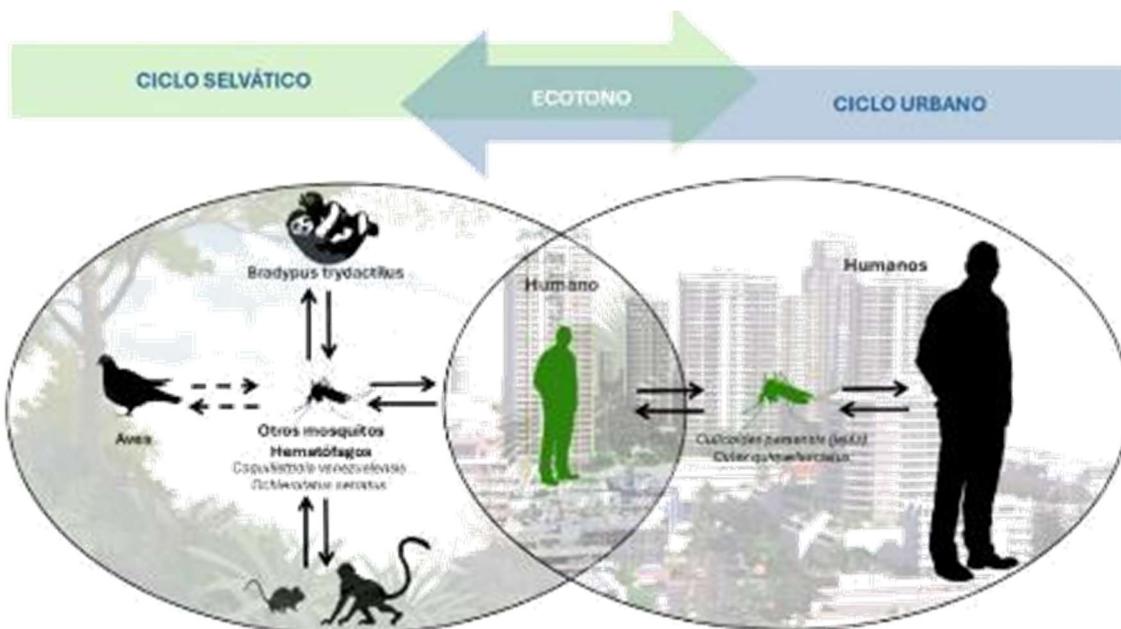


Fuente: Departamento de epidemiología/ sección estadística

## Oropouche

El virus Oropouche es un virus re-emergente en las Américas, transmitido a las personas principalmente a través de jejenes infectados y algunas especies de mosquitos. El virus Oropouche (OROV) pertenece al cero-grupo Simbu dentro del género Orthobunyavirus, que forma parte de la familia Peribunyaviridae. Fue identificado por primera vez en 1955 en Trinidad y Tobago. Se considera endémico en la región amazónica.

El OROV es un virus zoonótico transmitido por la picadura de mosquitos infectados, que se mantiene en la naturaleza a través de dos ciclos: uno urbano y otro selvático. Aunque no se han identificado completamente los reservorios del virus en el ciclo selvático existen pruebas de la presencia de anticuerpos contra el OROV en aves silvestres y mamíferos, incluyendo perezosos, algunos primates no humanos y roedores, lo que sugiere su implicación en el ciclo de transmisión del virus (Figura 1).



Fuente: Pérez-López, E., Pérez-Jiménez, H., & Rojas-Gómez, B. (2004). Virus Oropouche: un arbovirus emergente en el Ecuador de competencia en los Andes. *Salud Pública de México*, 46, 246-250. doi:10.1016/j.sump.2004.03.001

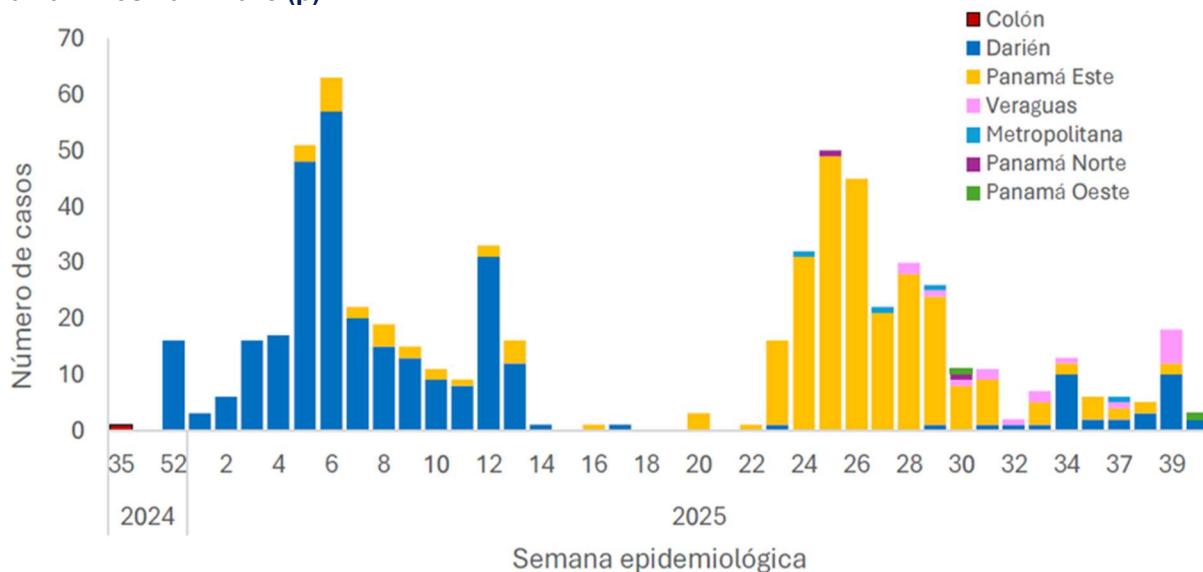
Figura 1. Ciclo de Transmisión de la Enfermedad por Virus de Oropouche

En el año 2024, durante la SE No 35 Panamá notificó su primer caso autóctono de la enfermedad desde 1989. Este caso posiblemente adquirió la infección en área boscosa de la provincia de Colón y corresponde a la secuencia hOROV/Panama/3066/2024 (Información aprobada por EID Journal para su publicación). A finales del mismo año, aproximadamente a partir de la semana 44 (27 de octubre al 2 de noviembre) se registró aumento de febres en pacientes que acudieron a instalaciones de salud de la región de Darién (Centro de Salud de Metetí, Centro de Salud de Santa Fe, Hospital San José de La Palma) en la Región de Salud de Darién. Los resultados dieron negativos a pruebas por Malaria, Dengue, Chikungunya, Leptospirosis, virus gastrointestinales y virus respiratorios. Se realizaron estudios adicionales de estos casos resultando positivas a OROV. En un primer momento se analizaron 58 muestras. El día 25 de enero de 2025 el ICGES informa que 34 (58.6 %) dieron positividad por PCR a OROV. En la secuenciación genómica se identificó de BR-2015-2024 (2/2025).

Desde los casos de 2024 hasta la semana 40 del año 2025 se han investigado por enfermedad de Oropouche 1853 pacientes; de los cuales se han descartado 1,022 (55.2%), 218 están bajo investigación (11.8%) y se han confirmado 613 (33.1%).

De los 613 casos confirmados, la mayoría se han registrado en la Región de Salud de Darién, con 312 casos, lo que representa una tasa de 50.5 por cada 10,000 habitantes. Le sigue la Región de Salud de Panamá Este con 275 casos y una tasa de 20.2 por cada 10,000 habitantes. La Región de Salud de Veraguas reporta 17 casos, equivalente a una tasa de 0.7 por cada 10,000 habitantes, mientras que la Región Metropolitana de Salud registra 4 casos. Finalmente, las Regiones de Panamá Norte y Panamá Oeste notifican 2 casos cada una. (Gráfica 50).

Gráfica 50. Casos de enfermedad por Oropouche por región de salud y semana epidemiológica, Panamá. Años 2024-2025 (p).



Fuente: Departamento de epidemiología/ sección estadística

La ubicación geográfica de los casos de OROV se realiza de acuerdo con el lugar donde ocurrió el contagio según los hallazgos de la investigación epidemiológicas. Producto de ello, se reasignó un caso de Síndrome Febril Agudo Neurológico a Panamá Este que inicialmente se había registrado en la Región Metropolitana

El 48% (297) corresponden al sexo masculino, la tasa de incidencia para las mujeres es de 14 y para los hombres 13 casos por 100,000 habitantes. Todos los grupos de edad han sido afectados, con mayor afectación entre los grupos de 25 a 49 años con 266 casos, de las cuales 134 eran mujeres y 132 hombres (Cuadro 8).

Cuadro 8. Casos acumulados de enfermedad por Oropouche por grupo de edad y sexo. Panamá. Años 2024-2025(p)

Grupo de edad	Femenino	Masculino	Total
< 1	2	4	6
1 - 4	7	6	13
5 - 9	11	14	25
10 - 14	24	28	52
15 - 19	24	22	46
20 - 24	28	21	49
25 - 34	66	61	127
35 - 49	68	71	139
50 - 59	42	26	68
60 - 64	14	12	26
> 65	30	32	62
<b>Total</b>	<b>316</b>	<b>297</b>	<b>613</b>

Fuente: MINSA/DIGESA/Dpto. de Epidemiología/SISVIG-NI

Entre las gestantes se han confirmado seis, las cuales han tenido una evolución favorable del cuadro clínico asociado al virus Oropouche y permanecen bajo vigilancia estrecha para evaluar el curso del embarazo. Cuatro embarazadas han culminado el embarazo exitosamente. Un recién nacido presentó signos y síntomas de OROV y se confirmó el caso por transmisión vertical y fue tratado según los protocolos establecidos. Hasta el momento, los recién nacidos se encuentran en buen estado de salud, sin complicaciones en su crecimiento y desarrollo.

En cuanto a los casos con manifestaciones neurológicas, seis pacientes han requerido hospitalización con sospecha de FAN.S debido a OROV; de estos, dos se descartaron y cuatro se confirmaron con la enfermedad. Con relación a los casos confirmados tres evolucionaron favorablemente y fueron dados de alta, y el cuarto caso falleció, defunción ocurrida en la semana epidemiológica 9. El fallecido era un hombre de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial y Diabetes Mellitus, además de un reciente viaje a la provincia de Darién. Presentó síntomas de deterioro neurológico y fue hospitalizado con un diagnóstico inicial de neuroinfección. Durante su estancia hospitalaria, se realizaron estudios complementarios incluyendo análisis de líquido cefalorraquídeo, que confirmó la infección por el virus Oropouche.

La investigación entomológica realizada en la región de Darién permitió identificar a Culicoides paraensis como el vector potencial que circula en las casas con casos de

enfermedad por el virus Oropouche en la zona, evidenciado por su abundante presencia en el entorno peridomiciliar. La presencia simultánea de múltiples especies de vectores, incluyendo *Culex quinquefasciatus*, *Lutzomyia* spp. y *Aedes scapularis*, sugiere un escenario epidemiológico complejo que requiere un enfoque integral en la vigilancia y control vectorial. Los patrones de actividad temporal observados en las diferentes especies proporcionan información valiosa para la implementación de medidas preventivas específicas.

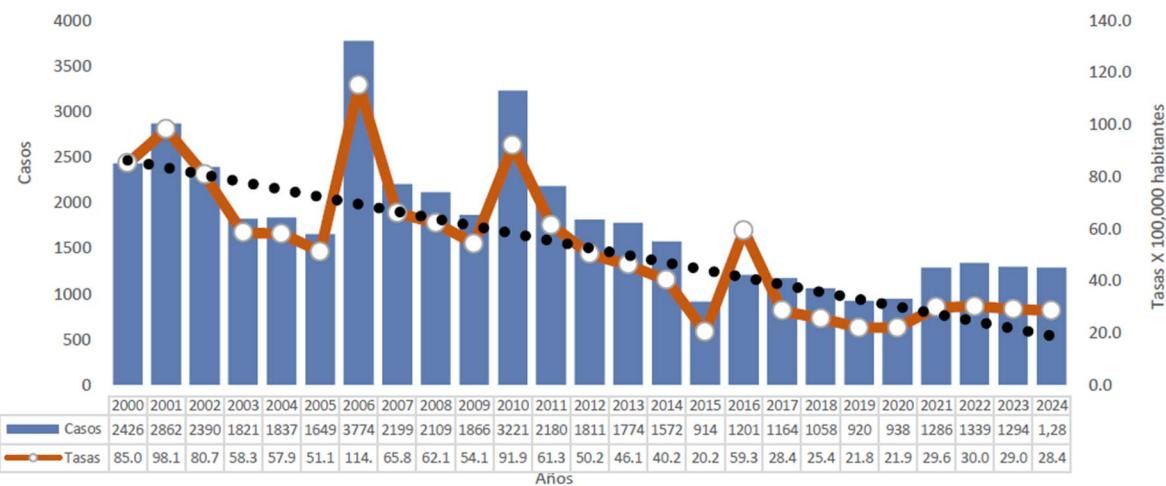
### **Leishmaniasis**

En Panamá la especie predominante es *L. panamensis*; aunque ocasionalmente se han reportado infecciones en humanos por *L. braziliensis* y *L. colombiensis*. Comúnmente se observa un ciclo de vida silvestre donde el parásito circula entre los reservorios naturales (perezoso, zarigüeya y roedores entre otros) manteniendo el ciclo con la participación de vectores propios de la zona. Bajo estas condiciones, el hombre se infecta accidentalmente al incursionar en áreas boscosas y semi-boscosas donde circula establemente la infección. Hasta la fecha no se han detectado en el país casos de Leishmaniasis visceral (LV) aunque se ha observado la presencia de su vector y reservorios silvestres potenciales en algunas zonas del país.

Desde el año 2000 hasta 2024 se han presentado 44,886 casos a nivel nacional, siendo el año 2001, 2006 y 2010 los de mayor número de casos (2862, 3774 y 3221) y tasas de (98.1 casos x100,000 habitantes), (114.9 x 100,000 habitantes) y (91.9 x 100,000 habitantes) respectivamente. La Leishmaniasis está dentro de la lista de enfermedades desatendidas.

La tendencia de la enfermedad muestra en diez años analizados una ligera disminución en cuanto a las tasas. En los últimos catorce años (2011-2024) los casos como las tasas han disminuido, observándose en este tiempo la tasa más alta en el año 2016 con 59.3 casos x 100,000 habitantes. Han ocurrido epidemias importantes en los años 2001, 2006, 2010 y 2016. La tendencia de la enfermedad es hacia la disminución. (Gráfica 51). La Enfermedad Leishmaniasis presenta tasas que oscilan entre 21 casos a 30 casos por 100,000 habitantes para los últimos siete años, observándose un incremento sostenido en meseta en los últimos tres años, con tasas de 29 a 30 casos por 100,000 habitantes.

Gráfica 51 . Casos y Tasas, Leishmaniasis, República de Panamá, Años 2000 - 2024



Fuente: SISVIG/ENO/Departamento de Epidemiología

La incidencia más alta según región sanitaria en cada año, la encontramos en Bocas del Toro, esta oscila entre 103.0 y 146.5 casos por 100,000 habitantes. Luego les siguen la Comarca Ngäbe-Bugle, Veraguas, Coclé y Darién. (Cuadro 9).

Cuadro 9. Casos y Tasas de Leishmaniasis por región de salud, años 2020 - 2024

Regiones	2020		2021		2022		2023		2024	
	NºCASOS	TASA								
<b>Total.....</b>	938	21.9	1286	29.6	1339	30.4	1294	29.0	1281	28.4
B. del Toro	259	143.9	271	146.5	266	140.0	228	116.9	206	103.0
Coclé	74	27.7	95	35.4	113	41.8	149	54.8	155	56.4
Colón	85	28.5	190	62.8	145	47.3	116	37.3	67	21.2
Chiriquí	32	6.9	43	9.2	96	20.5	51	10.8	71	14.9
Darién	19	26.8	24	33.4	53	72.9	51	69.3	30	40.1
Herrera	4	3.4	3	2.5	8	6.7	4	3.3	7	5.8
Los Santos	2	2.1	12	12.6	2	2.1	8	8.4	3	3.1
Panamá Este	19	15.1	44	5.0	44	33.8	33	3.7	26	2.9
Pmá Metro	79	9.2	67	52.4	79	9.0	61	46.1	51	38.0
Pmá Oeste	72	11.9	220	35.2	196	30.5	217	32.9	152	22.7
San Mgto	6	1.6	25	6.5	30	7.7	30	7.6	18	4.5
Panamá Norte	0	0.0	43	14.8	48	16.3	58	19.4	32	10.6
Veraguas	117	47.1	109	43.5	82	32.5	112	44.0	191	74.5
C. Kuna Yala	7	14.8	16	33.0	8	16.1	12	23.7	5	9.6
C. N. Bugle	163	72.5	124	53.8	169	71.6	164	67.9	267	107.7

Fuente: SISVIG/ENO/Not.individual/ Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadísticas de Vigilancia.

Según edad, para los cinco años analizados (2020-2024) se registraron altas tasas de la enfermedad en los niños menores de cinco años, estás entre 62.0 hasta 167.0 casos por 1000,000 habitantes. En este periodo de manera general los menores de 15 años se diagnosticaron desde un 44% en el año 2023, hasta un 54.2% en el año 2020. (Cuadro 10).

Cuadro 10 . Casos y Tasas Leishmaniasis por grupo de edad, República de Panamá, años 2020 - 2024.

Edades	Años									
	2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
<b>Total</b>	938	21.9	1286	29.6	1339	30.4	1294	29.0	1281	28.4
< 1	<b>46</b>	<b>62.0</b>	<b>76</b>	<b>102.1</b>	<b>69</b>	<b>93.5</b>	<b>47</b>	<b>63.8</b>	<b>123</b>	<b>167.0</b>
1 - 4	<b>243</b>	<b>82.2</b>	<b>243</b>	<b>82.4</b>	<b>231</b>	<b>78.3</b>	<b>240</b>	<b>81.5</b>	<b>250</b>	<b>85.1</b>
5 - 9	126	34.2	181	49.0	183	49.5	165	44.7	158	42.8
10-14	93	25.6	136	37.3	147	40.1	119	32.3	125	33.9
15-19	79	21.9	122	33.6	125	34.3	116	31.7	108	29.5
20-24	75	21.6	107	30.4	95	26.7	98	27.3	95	26.3
25-34	100	15.7	154	23.8	154	23.5	155	23.4	132	19.7
35-49	95	11.1	145	16.7	173	19.7	148	16.7	143	16.0
50-59	43	9.8	63	14.0	81	17.5	88	18.5	73	15.0
60-64	7	4.3	20	11.9	37	21.1	39	21.4	30	15.9
> 65	31	8.4	39	10.1	44	10.9	79	18.8	44	10.0

Fuente: SISVIG/ENO/Not. individual/ Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadísticas de Vigilancia.

Según la clasificación diagnóstica de las lesiones de la Leishmaniasis en los últimos cinco años, con alta frecuencia se ha mantenido la leishmaniasis cutánea entre un 56.9% y un 78.9%; con baja frecuencia la leishmaniasis mucocutánea en menos de un 2%. En cada año se desconoce el tipo de leishmaniasis diagnosticada entre cerca de un 20 a un 40%. (Cuadro 11).

Cuadro 11. Clasificación de Leishmaniasis según tipo de lesión, República de Panamá, Años 2020-2024.

Años	Total	B55.1 (L. Cutánea)		B55.2 (L. Mucocutánea)		B55.9 (L. No especificada)	
		No.	%	No.	%	No.	%
2020	938	740	78.9	14	1.5	184	19.6
2021	1286	800	62.2	13	1	473	36.8
2022	1339	836	62.4	13	1	490	36.6
2023	1294	902	69.7	12	0.9	380	29.4
2024	1281	729	56.9	5	0.4	547	42.7

Fuente: SISVIG/ENO/Not. individual/ Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadísticas de Vigilancia.

En los cinco años analizados (2020 al 2024) no se han registrado defunciones a nivel nacional.

Los diagnósticos de leishmaniasis han sido consistentes en los últimos cuatro años. Persiste el diagnóstico clínico en casi dos tercios y en el otro tercio el diagnóstico por laboratorio (Cuadro 12). En los tres últimos años analizados se observa una mejora en el criterio diagnóstico de la enfermedad por laboratorio, siendo de 2021 al 2022 un incremento de casi un 4% y de 2022 al 2023 de un 11% más.

Cuadro 12. Casos de Leishmaniasis según criterio diagnóstico, República de Panamá, Años 2020-2024.

Año	Total	Criterio diagnóstico			
		Clínico		Laboratorio	
		No.	%	No.	%
2020	938	511	54.5	427	45.5
2021	1,286	986	76.7	300	23.3
2022	1,339	980	73.2	359	26.8
2023	1,294	798	61.7	496	38.3
2024	1281	899	70.2	382	29.8

Fuente: SISVIG/ENO/Notificación individual/ Departamento de Epidemiología/ Sección de Estadísticas de Vigilancia.

# Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

## VIH

Desde la notificación del primer caso de VIH/SIDA en Panamá en 1984, hasta diciembre de 2024, el sistema de vigilancia epidemiológica ha registrado un total de 43,111 casos. De ellos, 22,396 corresponden a personas asintomáticas (VIH) y 20,715 a personas con CD4 < 200 y/o enfermedades oportunistas (sida). Hasta la fecha, se reportan 14,178 fallecimientos, mientras que 28,933 personas viven actualmente con el virus (PVVIH).

El sexo masculino continúa siendo el más afectado, con 20,838 casos registrados, frente a 8,095 casos en mujeres, según se detalla en el (Cuadro No. 1). Estimaciones para el 2024 indican que 31,000 personas (28,000–35,000), entre adultos y niños, viven con el VIH, una cifra que refleja el impacto positivo de la Terapia Antirretroviral (TARV), la cual ha transformado la infección en una enfermedad crónica que permite una mayor calidad y esperanza de vida; no obstante, este mismo avance ha contribuido a un incremento acumulativo en el número total de personas que viven con el virus, dado que ahora sobreviven por períodos más prolongados (<https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/epidemiologia>).

## Mpox

En Panamá, el primer caso de Mpox fue confirmado el 4 de julio de 2022. Hasta el 2 de enero de 2026, el país ha notificado un total acumulado de 258 casos confirmados, incluyendo una defunción atribuida a la enfermedad.

El análisis de la distribución por sexo evidencia que el 99 % de los casos se ha presentado en hombres, mientras que el 1 % corresponde a mujeres, lo que refleja una marcada predominancia masculina en el patrón epidemiológico observado a nivel nacional, concentrándose principalmente en el grupo de 20 a 49 años.

En relación con la distribución geográfica por regiones de salud, la Región Metropolitana de Salud concentra la mayor proporción de casos confirmados, con 59,3 % (n = 153) del total. Le siguen Panamá Oeste, con 42 casos (16,2 %); San Miguelito, con 25 casos (9,6 %); y Panamá Norte, con 20 casos (7,7 %). Las regiones con menor número de casos reportados fueron Chiriquí, con 5 casos (1,9 %); Bocas del Toro, Los Santos y Veraguas, con 3 casos cada una (1,1 %); Panamá Este, con 2 casos (0,8 %); y Herrera y Colón, con 1 caso cada una (0,4 %). En total, 11 de las 15 regiones de salud del país (73,3 %) han notificado al menos un caso confirmado de Mpox.

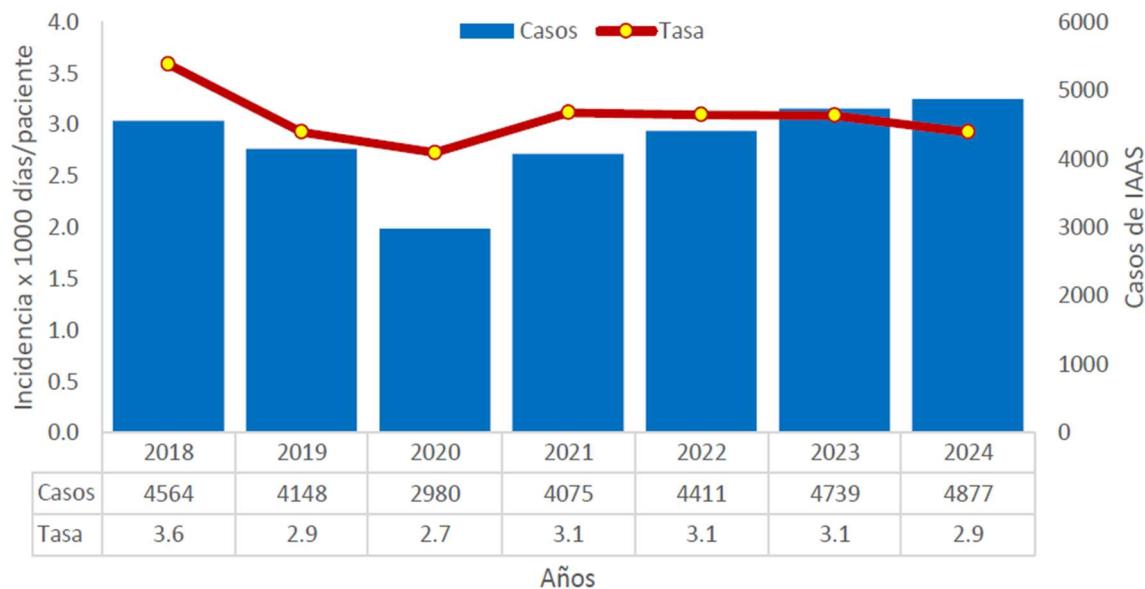
El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) ha realizado la caracterización genómica de las muestras correspondientes a los casos confirmados, identificándose en el 100 % (n = 258) de los hisopados analizados la circulación del virus Mpox, clado IIb, en concordancia con los linajes reportados a nivel regional durante el período de estudio.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) lidera la coordinación de la vacunación contra Mpox en Panamá, estrategia que fue iniciada el 2 de noviembre de 2022. Desde su implementación, se han emitido diversas circulares técnicas con orientaciones actualizadas para la ejecución progresiva de la vacunación, priorizando fases y grupos poblacionales definidos según el riesgo epidemiológico y la disponibilidad de biológicos.

### Infecciones Asociadas a la Atención Médica (IAAS)

En el periodo 2018-2024, el número total de IAAS reportadas fue de 29,794 infecciones. Observando que el pico más alto de infecciones reportadas fue en el 2024, que muestra un incremento de 2.5% con relación al año 2023 (4739) y de 6.5% con relación al año 2018 (4564); en el 2020 hubo un descenso en el reporte de aproximadamente un 50% (Gráfico 52). En lo que respecta a la tasa de IAAS por 1,000 días pacientes, el cual, corresponde a un factor de riesgo, debido a que el incremento de los días estancia aumenta la posibilidad de que aparezcan estos eventos en los pacientes hospitalizados; la tasa nacional de IAAS por 1,000 días pacientes para el periodo de reporte fue de 3.1 infecciones. Se observa una disminución significativa en el año 2020 (pandémico) con una incidencia de 2.7 debido a una menor cantidad de reportes ya que el recurso humano estaba enfocado en la pandemia y el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP) (Gráfico 52).

Gráfica 52. Infecciones asociadas a la atención de salud reportadas e incidencia por año. Panamá. Años 2018-2024



Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud.

La tasa de letalidad nacional es de un 10%, variando entre 8.3% y 12.5%, destacando que en los años 2020 y 2021 presentaron las tasas más elevadas, posiblemente producto de la pandemia

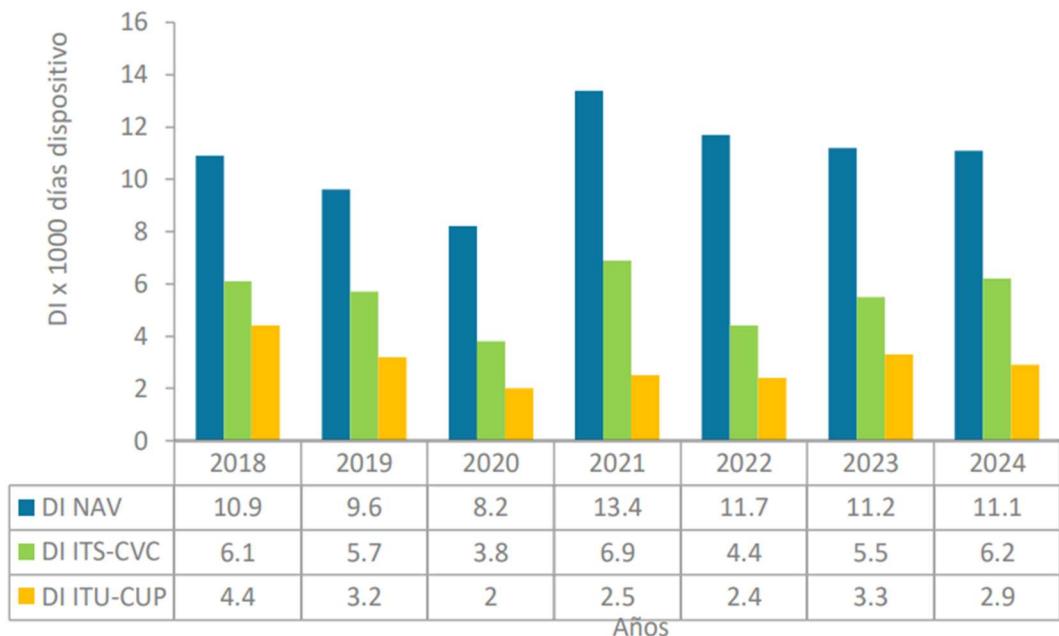
**Tasas específicas de IAAS:** En Panamá, el sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS es activo y selectivo pues se focaliza en identificar estas infecciones en pacientes con factores de riesgo específicos. Estos factores son principalmente los procedimientos invasivos (Catéter Urinario, Ventilación Mecánica, Catéter Venoso Central y los Procedimientos Quirúrgicos). Estos dispositivos generalmente se encuentran mayormente asociados a pacientes en estado crítico, que requieren atención en Unidades de Cuidados Intensivos.

En el periodo 2018-2024, se reportaron un total de 7,083 infecciones en las Unidades de Cuidados Intensivos con una incidencia nacional de 16.8 infecciones x 1000 días paciente (rango 13.3-20.4 infecciones x 1000 días paciente).

Las tasas más elevadas se presentan en neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) con una densidad de incidencia nacional de 10.8 NAV por 1000 días ventilador mecánico (VM), seguido de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter de vía central (ITS-CVC) con densidad de incidencia nacional de 5.5 ITS x 1000 días catéter central y las infecciones de tracto urinario asociadas a catéter urinario permanente (ITU-CUP) con

densidad de 3.0 ITU x 1000 días catéter urinario (Gráfico 53). Al comparar entre UCI de adultos y UCI pediátricos se observa que en ambos las mayores tasas se presentan en NAV, sin embargo, en las UCI Pediátrico las tasas de ITS-CC y de ITU-CUP son mayores en comparación con las UCI de adultos, con densidad de incidencia nacional de 11.9 NAV, 8.2 ITS, 6.8 ITU (UCI Pediátrico) y de 10.7 NAV, 4.7 ITS, 2 ITU en UCI adultos.

Gráfica 53. Densidad de Incidencia de IAAS por dispositivo invasivos en UCI. Panamá. Años 2018-2024



DI= Densidad de incidencia; NAV= Neumonías asociadas a ventilación mecánica; IST-CVC= Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter de vía central; ITU-CUP= Infecciones de tracto urinario asociadas a catéter urinario permanente.

Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud.

En los neonatos, se realiza una estratificación de riesgo según el peso al nacer encontrando que para las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter de inserción periférica (Picc) la media nacional es de 7.3 x 1000 días Picc y el peso más afectado son los menores de 1000 gramos y para los catéteres umbilicales es de 4.8 infecciones x 1000 días catéter umbilical.

**Microorganismos asociados a IAAS:** Los quince microorganismos aislados causantes de IAAS más frecuentes notificados al sistema de vigilancia (Cuadro 13). La mayoría son bacterias Gram negativas: *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*. La presencia de la mayor parte de estos microorganismos son un indicador de falta de cumplimiento a las acciones de prevención y control como la higiene de manos, la calidad del agua, la adecuada desinfección del ambiente, entre otros.

**Cuadro 13. Porcentaje de microorganismos causantes de IAAS asociados a dispositivos invasivos. Panamá. Año 2024**

Microorganismo	Frecuencia	Porcentaje
Klebsiella pneumoniae	256	16.2
Pseudomonas aeruginosa	199	12.6
Stenotrophoma maltophilia	120	7.6
Escherichia coli	112	7.1
Acinetobacter baumannii	96	6.1
Acinetobacter baumannii complex	86	5.4
Staphylococcus aureus	66	4.2
Candida albicans	57	3.6
Candida parapsilosis	57	3.6
Enterobacter cloacae	53	3.3
Serratia marcescens	43	2.7
Candida tropicalis	42	2.6
Proteus mirabilis	38	2.4
Enterococcus faecium	36	2.3
Enterococcus faecalis	33	2.1

Fuente: Departamento Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud.

**Tasa de infección de sitio quirúrgico:** Se reportaron 4635 infecciones de sitio quirúrgico en el periodo 2018-2024 de un total de 658,022 cirugías limpias y limpias contaminadas realizadas, observando una disminución durante los años 2020-2021 debido al cierre de salones de operaciones por la pandemia Covid-19. La media de infecciones de sitio quirúrgico es de 0.7%. En cuanto a las cirugías trazadoras tenemos que la cesárea es la cirugía más realizada con mayor número infecciones, sin embargo, las mayores tasas de infección se presentan en neurocirugías: derivación ventrículo peritoneal, laminectomía y craneotomía.

**Otras enfermedades de interés en salud pública y sujetas a vigilancia epidemiológica** con fines de eliminación se encuentran detalladas en el Decreto Ejecutivo N.º 14 (martes 8 de julio de 2025), mediante el cual se aprueba el Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Relacionadas en la República de Panamá, para el período 2025–2032. Este instrumento normativo establece el marco estratégico, los objetivos y las prioridades nacionales orientadas a la reducción, control y eliminación de dichas enfermedades en el país (<https://www.minsa.gob.pa/normatividad/decreto-ejecutivo-ndeg-14-de-martes-08-de-julio-de-2025-que-aprueba-el-plan-estrategico>).

## Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles

En los últimos 65 años, Panamá ha enfrentado múltiples brotes y epidemias de enfermedades emergentes y reemergentes que han impactado de manera significativa a nuestra población. En este contexto, la introducción y consolidación de la vacunación ha tenido un efecto decisivo en la salud pública, al constituirse como una de las intervenciones más eficaces para la protección colectiva. Como evidencia de ello, el país ha logrado interrumpir la circulación de enfermedades de alto impacto como la viruela, la poliomielitis (1972), el sarampión (1995), el síndrome de rubéola congénita (1999) y la rubéola (2002), consolidando logros históricos en el control de enfermedades inmunoprevenibles.

El último brote de fiebre amarilla selvática registrado en 1974 marcó un hito en la respuesta sanitaria nacional, al impulsar la implementación de la vacunación contra esta enfermedad en áreas de alto riesgo como Darién, la comarca Guna Yala y Panamá Este. A partir de entonces, el país fortaleció de manera sostenida su Programa Ampliado de Inmunizaciones, que hoy se destaca a nivel regional al ofrecer protección frente a 22 enfermedades inmunoprevenibles, reflejando un logro relevante y sostenido en términos de salud pública.

Paralelamente, Panamá ha enfrentado de forma persistente la carga de enfermedades zoonóticas, estrechamente vinculadas a factores ambientales, sociales y ecológicos. La enfermedad por hantavirus, identificada a finales de la década de 1990 e inicio de 2000, se ha convertido en un evento emblemático por su asociación con la dinámica de roedores silvestres, los cambios en el uso del suelo y las actividades agropecuarias. La leptospirosis, endémica y frecuentemente subdiagnosticada, continúa relacionada con condiciones de pobreza, desbordamientos, eventos climáticos extremos y limitaciones en el acceso a agua segura y saneamiento básico. La leishmaniasis, en sus formas cutánea y mucocutánea, refleja la interacción creciente entre las poblaciones humanas y los ecosistemas selváticos, particularmente en áreas rurales y de frontera agrícola. Por su parte, la malaria sigue representando un desafío prioritario para la salud pública nacional, con ciclos de transmisión asociados a migración interna y externa, inequidades sociales y condiciones ambientales favorables para el vector, lo que ha dificultado alcanzar de manera sostenida la meta de eliminación.

Adicionalmente, el país ha experimentado la emergencia y reemergencia de diversas arbovirosis, entre ellas dengue (1993), encefalitis equina venezolana (2004), Madariaga (2010), Chikungunya (2014), Zika (2015) y, más recientemente, Oropouche (2024). Estas enfermedades han puesto de manifiesto la influencia del cambio climático, la urbanización

no planificada y la presencia de múltiples vectores en la complejidad del escenario epidemiológico nacional. De igual forma, las epidemias causadas por virus respiratorios como la influenza A(H1N1) en 2009 y el SARS-CoV-2 en 2020 tuvieron un impacto significativo no solo a nivel nacional, sino también regional y global, poniendo a prueba de manera reiterada la capacidad de respuesta del sistema sanitario panameño.

La situación epidemiológica de Panamá en el período analizado refleja un escenario complejo, dinámico y profundamente influenciado por determinantes sociales, ambientales, culturales y operativos. El sistema de vigilancia basado en los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), sustentado en SISVIG y complementado por la red nacional de laboratorios del sector público/privado y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, ha permitido caracterizar la carga de enfermedad y detectar eventos emergentes; sin embargo, los datos también evidencian brechas persistentes que trascienden lo estrictamente biomédico.

Las infecciones respiratorias muestran una transición clara desde patrones estacionales previos a la pandemia, hacia una disrupción profunda durante 2020–2021 y una normalización progresiva desde 2022. Aunque actualmente la actividad se mantiene en niveles basales, la experiencia reciente demuestra que el comportamiento poblacional, la adherencia a medidas preventivas y la percepción del riesgo de salud, enfermedad y muerte, influyen de forma decisiva en la transmisión. En este contexto, la promoción de la salud y la comunicación de riesgo siguen siendo herramientas clave para sostener conductas protectoras más allá de las crisis sanitarias.

La pandemia de COVID-19 dejó lecciones estructurales. Si bien Panamá logró reducir significativamente la incidencia y mortalidad a partir de 2023, la respuesta evidenció tensiones entre la autoridad sanitaria, la percepción comunitaria del riesgo y la desinformación. La infodemia (entendida como la sobreabundancia de información, mucha de ella falsa o distorsionada) afectó la adherencia a medidas de prevención, vacunación y búsqueda oportuna de atención, fenómeno que continúa influyendo en otros programas de salud.

La tuberculosis, por su parte, sigue siendo un indicador sensible de inequidad social. El aumento de la incidencia desde 2022 refleja tanto una transmisión activa como la recuperación de la capacidad diagnóstica tras la pandemia. La concentración de casos en hombres, niños, adolescentes y regiones como Guna Yala, Bocas del Toro y Panamá Este pone en evidencia la interacción entre pobreza, hacinamiento, movilidad humana y barreras culturales. En este contexto, la falta de incorporación de la cosmovisión local y de estrategias de participación comunitaria limita la efectividad de las intervenciones, incluso cuando existen herramientas diagnósticas

y terapéuticas disponibles la manejo, control y prevención de las enfermedades infecciosas.

Las enfermedades prevenibles por vacunación constituyen un ejemplo claro de cómo los determinantes socioculturales influyen en la epidemiología. A pesar de los logros históricos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, persisten brotes y casos asociados a esquemas incompletos, acceso limitado y, de manera creciente, a la influencia de movimientos antivacunas. Estos grupos, amplificados por redes sociales y desinformación, erosionan la confianza en las vacunas y representan un riesgo tangible de reemergencia de enfermedades previamente controladas. La promoción de la salud basada en evidencia, el diálogo intercultural y la participación proactiva de líderes comunitarios son fundamentales para contrarrestar este fenómeno.

En las enfermedades transmitidas por alimentos, zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores, el componente comunitario es igualmente determinante. Prácticas culturales, condiciones de vivienda, manejo del agua, convivencia con animales domésticos-sinantrópicos y percepción del riesgo influyen directamente en la exposición y transmisión. La experiencia con hantavirus, leptospirosis, dengue, malaria y Oropouche demuestra que las intervenciones exclusivamente verticales son insuficientes si no se acompañan de procesos sostenidos de educación, empoderamiento comunitario y respeto a los saberes de la población a nivel local.

La emergencia del virus Oropouche, con transmisión en áreas rurales y selváticas, casos neurológicos y transmisión vertical, refuerza la necesidad de integrar la vigilancia epidemiológica con la vigilancia entomológica, ambiental y social. La identificación de múltiples vectores y escenarios de transmisión enfatiza la importancia de comprender cómo las comunidades interactúan con su entorno y cómo perciben las medidas de control de acuerdo con su cosmovisión particular.

**Limitaciones y brechas:** Persisten brechas estructurales en acceso a servicios, recurso humano, financiamiento sostenido y articulación intersectorial. A ello se suma una brecha crítica en comunicación de riesgo, participación comunitaria y manejo de la infodemia. La desconfianza, los movimientos antivacunas y la falta de enfoques interculturales limitan la efectividad de programas clave.

## Recomendaciones

1. Educar a la población sobre el autocuidado para prevenir las infecciones respiratorias.
2. Desarrollar campañas de sensibilización y promoción de la etiqueta respiratoria y la importancia de sospecha de Tuberculosis ante síntomas presuntivos de esta enfermedad.
3. Intensificar la vacunación de rutina para mantener y alcanzar coberturas optimas que permitan el control de enfermedades eliminadas, controladas y el surgimiento de brotes
4. Realizar las investigaciones de los eventos de notificación obligatoria en los perifocos por el Equipo de Respuesta Rápida (ERR) dentro de los tiempos establecidos en las normas de vigilancia a fin lograr una respuesta en prevención y control efectiva.
5. Continuar la utilización de umbrales epidemiológicos de los eventos de notificación obligatoria de alta frecuencia para detectar de forma oportuna variaciones temporales y geográficas, además; orientar la toma de decisiones.
6. Fortalecer la capacidad diagnóstica del laboratorio para la identificación oportuna de agentes transmisibles que facilitan el análisis de la situación y el control específico
7. Mantener el control de calidad de los datos recopilados que facilitan el análisis pertinente para la toma de decisiones asertiva.
8. Divulgar mediante la comunicación de riesgo los hallazgos de los análisis realizados, a fin de lograr la aceptación de las intervenciones por la población.
9. Fortalecer la supervisión del desempeño del sistema de vigilancia epidemiológica en el nivel regional y local.

En conjunto, esta trayectoria histórica evidencia que, si bien Panamá ha alcanzado avances sustanciales en la prevención y control de enfermedades transmisibles, el país continúa enfrentando retos complejos que requieren enfoques integrales, sostenidos y articulados. La convergencia de enfermedades emergentes, zoonóticas y reemergentes refuerza la necesidad de fortalecer estrategias de vigilancia, prevención, control y promoción de la salud bajo un enfoque de Una Sola Salud (One Health), incorporando de manera activa a las comunidades, respetando la cosmovisión local y anticipando los riesgos derivados de los cambios ambientales, sociales y demográficos.

## Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades No Transmisibles

Panamá enfrenta una carga creciente de Enfermedades No Transmisibles (ENT) caracterizada por un perfil epidemiológico complejo y desigual. Aunque cuenta con marcos normativos sólidos e iniciativas prometedoras, la fragmentación del sistema de salud, las brechas en la vigilancia y los desafíos en el acceso y la calidad de los servicios limitan el impacto de las intervenciones. La respuesta nacional requiere un enfoque integral, coordinado y basado en evidencia.

Las autoridades sanitarias mundiales reconocen que cuatro factores de riesgo modificables, tabaquismo, inactividad física, dieta inadecuada y consumo excesivo de alcohol, explican gran parte de la carga de ENT. Se estima que su control podría prevenir alrededor del 75% de las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2, y hasta el 40% de los casos de cáncer. En Panamá, estos factores se comportan de manera similar, a lo que se suman factores intermedios críticos como la hipertensión arterial, las dislipidemias y la obesidad, los cuales deben ser identificados y abordados con igual prioridad.

Para orientar una respuesta nacional integrada y equitativa, el Departamento Nacional de Epidemiología asume el liderazgo técnico en la unificación de la información, el monitoreo riguroso y la evaluación continua de las políticas. Como parte de este esfuerzo, desde septiembre de 2025 se instaló una comisión de trabajo para la organización, sistematización e implementación de la vigilancia de ENT. Un hito clave de este proceso fue el taller realizado en diciembre de 2025, que permitió la validación y armonización de los 25 indicadores macro de la OMS (Anexo 1). Este logro consolidó un consenso interinstitucional esencial entre el MINSA, CSS, ICGES, INEC y MEDUCA, entre otros. Si bien la vigilancia de las ENT trasciende las competencias exclusivas de la epidemiología al involucrar dimensiones conductuales, nutricionales, ambientales y clínicas, la articulación impulsada desde este departamento ha sido fundamental para unificar metodologías, esfuerzos y responsabilidades, sentando las bases para un sistema de vigilancia integral, sostenible y alineado con los compromisos internacionales (Ilustración 1).

Ilustración 1. Vigilancia integral de enfermedades no transmisibles en Panamá.



Con el objetivo de consolidar y proyectar estos avances, se establecen las siguientes recomendaciones estratégicas. Es prioritario fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante la integración del Registro Nacional de ENT (RENENT) con los sistemas existentes (SEIS, SIES, CSS) y garantizar su implementación a nivel nacional, al tiempo que se definen metas nacionales cuantificables alineadas con los indicadores de la OMS y se institucionalizan encuestas STEPS periódicas cada 5 años para el monitoreo continuo de factores de riesgo.

Paralelamente, se debe mejorar el análisis y la difusión de datos mediante la generación de reportes epidemiológicos trimestrales con desagregación por provincia, sexo, edad y etnia, así como la creación de un observatorio nacional de ENT que ofrezca acceso público a datos y tendencias, todo ello acompañado del fortalecimiento de las capacidades analíticas del personal en epidemiología de ENT y en el uso de herramientas especializadas. En el ámbito de la investigación y evaluación, se recomienda promover estudios costo-efectivos sobre intervenciones vigentes como HEARTS y GABAs, evaluar el impacto real de leyes clave como la Ley de diabetes y la Ley 13 de tabaco, e investigar los determinantes sociales de las ENT en poblaciones vulnerables, incluyendo comunidades indígenas y rurales, campesinos, cinturones de pobreza urbanos/periurbanos y otros grupos vulnerable.

Finalmente, la articulación intersectorial es un pilar fundamental. Para ello, se debe fortalecer la Comisión Nacional de ENT con la participación activa de la CSS, ONGs, la academia y el sector privado, desarrollar un plan de comunicación unificado con mensajes claros y culturalmente adaptados para la prevención, y coordinar estrechamente con el INEC para mejorar la certificación de muertes por ENT y reducir los subregistros, asegurando así la calidad de la información para la planificación sanitaria.

La implementación de estas acciones, bajo el liderazgo técnico del Departamento de Epidemiología y mediante una colaboración intersectorial sólida, es fundamental para transformar el sistema de vigilancia y avanzar hacia la prevención y el control efectivo de las ENT en Panamá.

**En conclusión**, Panamá cuenta con capacidades técnicas sólidas, pero el éxito futuro dependerá de su capacidad para integrar ciencia, tecnología y datos con participación comunitaria, promoción de la salud, enfoque intercultural y gobernanza del conocimiento, avanzando hacia un modelo de salud pública verdaderamente integral, resiliente y sostenible.

## Referencias

1. Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014. Que determina y categoriza los Eventos de Salud Pública de Notificación e Investigación, define los tipos de vigilancia epidemiológica, la vigilancia laboratorial y se señalan los procedimientos para su realización ([https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/decreto ejecutivo 1617 de 21 oct 2014.pdf](https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/decreto_ejecutivo_1617_de_21_oct_2014.pdf)).
2. Boletines e informes del Departamento de Epidemiología – DIGESA – MINSA (<https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/epidemiologia>).
3. Normas de Vigilancia y Formularios de Notificación. Departamento de Epidemiología – DIGESA – MINSA. <https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/normas-de-vigilancia-y-formularios-de-notificacion>
4. Decreto Ejecutivo N° 14 (De martes 08 de julio de 2025). Que aprueba el Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Relacionadas en la República de Panamá para el Período Comprendido entre los Años 2025-2032 (<https://www.minsa.gob.pa/normatividad/decreto-ejecutivo-ndeg-14-de-martes-08-de-julio-de-2025-que-aprueba-el-plan-estrategico>) (Gaceta Oficial No. 30317-B).
5. Resolución No. 408 de 14 de marzo de 2025, Que aprueba la Norma de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)(Gaceta Oficial 30243-C).
6. Plan estratégico nacional para la prevención y control del cáncer 2019-2029. ([https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan\\_estrategico\\_nacional\\_para\\_la\\_prevencion\\_y\\_control\\_del\\_cancer\\_2019 - 2029.pdf](https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_estrategico_nacional_para_la_prevencion_y_control_del_cancer_2019 - 2029.pdf)).
7. Hong, S. L., Stockman, M., Nova Blanco, J. R., Van Cleemput, C., Ahoudi, A., Armién, B., Bento, A., Bollen, N., Conde Pereira, C., Freitas, C., Hofstra, M., Jordan, M. R., Kashima, S., Gonçalves, C. C. M., Campelo de Albuquerque E Melo, C. F., Nahata, K., de Oliveira, E. C., Parra, L., Saenz, C., de Souza, W., ... Vandamme, A. M. (2025). **Transdisciplinary training to address challenges in genomic epidemiology of infectious diseases.** Frontiers in public health, 13, 1713182. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1713182>
8. ASIS 2020, Priorizando la Covid-19, Dirección Nacional de Planificación de Salud septiembre 2021 MINSA PANAMÁ Análisis de situación de salud 2020: [https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/analisis\\_de\\_situacion\\_de\\_salud\\_asis\\_macro\\_nacional\\_2020\\_con\\_enfasis\\_en\\_covid-19\\_para\\_la\\_web\\_final.pdf](https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/analisis_de_situacion_de_salud_asis_macro_nacional_2020_con_enfasis_en_covid-19_para_la_web_final.pdf).
9. ENSPA 2019. Informe de Resultados. Ministerio de Salud y el Instituto Conmemorativo Gorgas:

[https://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/external/SIGENSPA/Informe\\_general.htm](https://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/external/SIGENSPA/Informe_general.htm).

10. Análisis de Situación de Salud con Énfasis en Macro Indicadores en la República de Panamá, Ministerio de Salud, Dirección de Planificación de Salud, Diciembre, 2023.  
[https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/analisis\\_de\\_situacion\\_de\\_sa\\_lud\\_2023\\_documento\\_mortalidad.pdf](https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/analisis_de_situacion_de_sa_lud_2023_documento_mortalidad.pdf).
11. OMS/OPS. Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas, 2019. (<https://iris.paho.org/items/2e0be3f3-bd39-40be-a158-156504d8b4bf>)
12. WHA58.3. Revisión del Reglamento Sanitario Internacional, 2025.  
([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_3-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-sp.pdf))

## Anexos

### Anexo 1



Representación del equipo nacional de epidemiología, integrado por profesionales del Nivel Nacional, las 15 regiones de salud, el nivel hospitalario del Ministerio de Salud, como de la Caja de Seguro Social, cuya articulación y cobertura territorial constituyen un pilar fundamental para la vigilancia epidemiológica, la detección oportuna ante la Alerta y Respuesta de eventos transmisibles como no transmisibles.

## Anexo 2

Como parte del proceso de formulación, validación y puesta en marcha del Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Relacionadas en Panamá 2025–2032, se documentan a continuación imágenes correspondientes a dos momentos clave: el taller técnico de trabajo interinstitucional y el acto oficial de presentación del plan.

Estas actividades reflejan tanto la construcción técnica participativa como el respaldo político de alto nivel necesario para garantizar la implementación, sostenibilidad y seguimiento del plan en los próximos años, en concordancia con los compromisos nacionales y regionales en materia de eliminación de enfermedades transmisibles.



Equipo técnico interinstitucional participante del taller para la socialización y análisis del Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Relacionadas en Panamá 2025–2032, orientado a fortalecer capacidades, alinear prioridades y preparar la implementación del plan como hoja de ruta nacional para los próximos años, abril de 2024.



Acto oficial de presentación del Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Relacionadas en Panamá 2025–2032, presidido por el señor Ministro de Salud y el Director de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. Jarbas Barbosa, como expresión del compromiso político y técnico del país con la eliminación de enfermedades prevenibles, Abril de 2025.

Anexo 3



Reunión de los miembros de la comisión de trabajo convocados a la revisión, validación de los 12 indicadores del Marco Mundial de la OMS propuestos para la vigilancia integral de las Enfermedades No Transmisibles.