



# DOCUMENTO MARCO

# SITUACION DE SALUD DE PANAMA

ABRIL, 2005



**Doctor CAMILO ALLEYNE**  
**Ministro de Salud**

**Doctora DORA JARA**  
**Vice Ministra de Salud**



Documento elaborado por:

Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.

Departamento de Análisis de Situación y  
Tendencias de Salud



# *Presentación*

---

El perfeccionamiento de las funciones de salud pública y de atención a las personas, a la familia, a la comunidad y al ambiente, ha de fundamentarse en el conocimiento de las condiciones de salud de la población, así como de los factores que condicionan y determinan la misma, con el objeto de lograr una mejor aproximación y ubicación de las poblaciones en mayor riesgo de enfermar y morir.

El Análisis de Situación y Tendencias de Salud se constituye en un instrumento gerencial que orienta la toma de decisiones; que se caracteriza por ser dinámico, continuo, sistemático y dependiente de múltiples factores que coexisten en un momento dado en el país, en una región, distrito, corregimiento o lugar poblado y reflejar, precisamente, la condición de salud como producto de la sociedad en su conjunto.

Este documento, presenta un marco general de la Situación de Salud del país y aborda aspectos relevantes del comportamiento demográfico y socioeconómico de la sociedad panameña, enfoca algunos factores de riesgo y protectores a la salud humana resaltando los relativos a la calidad de la calidad del ambiente y otros que le son propios a conducta humana.

Profundiza en aspectos relativos al comportamiento de algunas patologías de mayor prevalencia en la población panameña y en el estudio de la mortalidad, considerando el impacto de la misma en la expectativa de vida de la población.

Finalmente, integra elementos de la prestación de servicios de salud e incursiona en la estimación del riesgo de enfermar y morir, de algunas de las patologías más frecuentes, para el año 2006.

Con esta publicación, el Ministerio de Salud, pone a la disposición de la Sociedad Panameña, un documento con una visión integral de la condición de salud del país.

*Camilo Alleyne*  
*Ministro de Salud*

## TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
<b>I. INTRODUCCION</b>	
<b>II. Contexto</b>	1
2.1 Aspectos Generales y Políticos	1
2.2 Localización y División Política	1
2.3 Características Físico – Geográficas del País	4
<b>III. Caracterización de la Población Panameña</b>	6
3.1 El Crecimiento Natural de la Población	12
3.2 La Natalidad	15
3.3 La Mortalidad	16
3.4 La Fecundidad	24
3.5 La Migración	26
<b>IV El Entorno Económico y Social</b>	27
4.1 La Economía Panameña en el 2003	29
a. Evolución Global	30
b. Caja de Seguro Social	32
c. Gasto Público Social	33
d. El Proceso de Ajuste y Recuperación	34
e. Proyecciones y Perspectivas	36
4.2 La Población Económicamente Activa (PEA)	37
4.3 Ocupación	39
a. Tasa de Actividad Según Edad Y Sexo	39
b. Ocupación Según Categoría De Empleador	40
c. Ocupación Y Poder Adquisitivo	41
d. Ocupación Y Tipo De Actividad	44
e. Ocupación Y Situación Laboral De La Población De Niños y Adolescentes	45
4.4 Situación Del Desempleo	48
4.5 La Situación De La Pobreza En Panamá	49
a. Incidencia De La Pobreza	49
b. Profundidad Y Severidad De La Pobreza	50
c. Mapa De Pobreza	51

4.7 Educación y Analfabetismo	58
4.8 Vivienda	61
<b>V. Factores Protectores y de Riesgo a la Salud de la Población Panameña</b>	<b>63</b>
5.1 Situación de la Calidad del Ambiente y su Relación con la Salud Humana	63
a. Agua Potable y Residuales	63
b. Residuos Orgánicos y Sólidos	65
c. Desechos Peligrosos	70
d. Disposición Final de Desechos	71
e. Reciclaje, Reutilización y Recuperación	71
f. Contaminación Atmosférica	72
g. Contaminación por Sustancias Tóxicas Y Residuos Peligrosos: Los Plaguicidas	81
h. La Contaminación Por Sustancias Tóxicas De Uso Militar	86
i. El Tránsito Por El Canal De Panamá	89
j. La Bahía De Panamá	89
k. El Arco Seco	91
l. Situación De Los Bosques	93
m. Incendios Forestales Y Quemadas	99
n. Seguridad Alimentaria Nutricional En Panamá	100
o. Vectores	104
p. Las Enfermedades En Bovinos	118
q. Los Desastres	121
5.2 Conducta Humana y Salud	123
a. Consumo de Tabaco	123
b. El Humo De Tabaco De Segunda Mano	128
c. Otras Farmacodependencias	132
d. Situación Alimentaria Y Nutricional	155
e. Características Del Trabajo, De La Fuerza Laboral Y Riesgos De Cáncer Que Afectan A La Población Trabajadora	172
f. Conducta y Prácticas Sexuales	173
g. Las Violencias	174
h. Los Desastres	182
<b>VI. Nivel de Salud de la Población Panameña</b>	<b>185</b>
6.1 Indicadores Y Trazadores De Salud	185

a. La Expectativa de Vida	185
b. Índice de Desarrollo Humano	197
c. Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura	206
6.2 La Morbilidad y La Mortalidad	208
a. La Mortalidad y Morbilidad Por Grupo De Edad	211
1. La Mortalidad Infantil, Neonatal ,Postneonatal Y Perinatal	212
2. Los Niños Y Niñas De Uno a Cuatro Años	224
3. Los Escolares Y Adolescentes De Cinco A Catorces Años	226
4. Los Adolescentes De Quince A Diecinueve Años	227
5. Los Adultos De Veinte A Cincuenta Y Nueve Años	228
6. La Tercera Edad	229
b. La Mortalidad Materna	230
c. Las Enfermedades Crónicas, Transmisibles e Inmunoprevenibles	233
1. Las Enfermedades Crónicas	233
1.1 Las Enfermedades Del Sistema Circulatorio	234
1.2 Los Tumores Malignos	241
1.3 Las Causas Externas	251
2. Enfermedades Transmisibles	263
2.1 Las Enfermedades Inmunoprevenibles	263
2.2 Otras Enfermedades Transmisibles	274
a. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	274
b. Enfermedad Inflamatoria Pélvica	296
c. Las Sífilis	298
d. Las Neumonías y Bronconeumonías	302
e. Enfermedades Transmitidas por Vectores	305
1. Síndrome Pulmonar por Hanta Virus en Panamá	305
2. Malaria	308
3. Encefalitis Equina del Este	322
4. Encefalitis Equina Venezolana	323
5. Situación de la Encefalitis Equina en Panamá	323
6. Dengue	325

7. Enfermedad de Chagas	334
8. La Leishmaniasis	336
f. Enfermedades Hidro Alimentarias	338
1. Enfermedad Diarreica	342
2. Amebiasis y Hepatitis	344
3.Las Muertes por Enfermedades Hidro Alimentarias	348
g. Las Zoonosis	349
1. La Toxoplasmosis	349
2. La Brucelosis	352
h. Hepatitis B	355
i. Influenza Epidémica	356
j. Varicela	357
k. Meningitis Viral	358
l. La Intoxicación Por Plaguicidas	359
6.3 Salud Mental	364
a. Discapacidad	365
b. Morbilidad Asociada a Factores Emocionales	365
c. Morbilidad Psiquiátrica	366
<b>VII. Provisión de Servicios</b>	370
<b>VIII. Proyecciones</b>	397
<b>IX. Conclusiones</b>	403
<b>X. Consideraciones</b>	411
<b>XI. Bibliografía</b>	415
<b>XII. Anexos</b>	420
1 Instituciones Estatales De Salud Según Región. (Mapas Regionales)	420
2 Tendencia De Algunas Enfermedades Transmisibles	435



## INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro N° 1 Población Por Sexo Según Provincias. República De Panamá. Año: 2004	6
Cuadro N°2 Distribución De La Población Indígena Según Etnia. República De Panamá. Año: 2004	7
Cuadro N° 3 Proporción De La Población Según Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990 , 2000 Y 2004	9
Cuadro N° 4 Proporción De La Población Por Area. República De Panamá. Años: 60,70, 80, 90, 2000 Y 2004	10
Cuadro N° 5 Principales Causas De Muerte Por Sexo. Año:2003	17
Cuadro N° 6 Natalidad, Mortalidad, Crecimiento Natural, Fecundidad Y Esperanza De Vida Por Área, Según Provincia. República De Panamá. Años: 1960-2000 Y 2003	19
Cuadro N° 7 Razón De Mortalidad Proporcional Por Causas De Muerte Específicas Y Demás Causas En La República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 Y 2003	21
Cuadro N°8 Tasa De Mortalidad Por Causas De Muertes Específicas Y Demás Causas En La República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990., 2000 Y 2003 (Tasa Por 100,000 Habitantes)	22
Cuadro N°9 Población Económicamente Activa Por Sexo Según Año. República De Panamá. Años: 2000 A 2002.	37
Cuadro N° 10 Población Económicamente Activa De 15 Y Mas Años De Edad Por Sexo Según Categoría En La Actividad Económica. Republica De Panamá. Agosto, 2002.	38
Cuadro N° 11 Tasa Porcentual De Actividad De La Población De 15 Años Y Más Por Sexo. República De Panamá. Años: 1993, 1997 Y 2002.	40
Cuadro N°12 Porcentaje De La Población Ocupada Según Categorías En La Ocupación. República De Panamá. Años: 1993-1998-2000-2002	40
Cuadro N°13 Población Infantil Y Adolescente Económicamente Activa Por Edad Según Categoría De Actividad Económica. Panamá. Año: 2000	46
Cuadro N°14 Asistencia A La Escuela De Los Trabajadores Infantiles Domésticos Según Jornada Educativa. Panamá. Año: 2002	48
Cuadro N°15 Incidencia De La Pobreza Según Grupos De Edad. República De Panamá. Año: 1997.	50
Cuadro N°16 Datos Básicos De Salud Por Area Y Nivel De Pobreza. República De Panamá. Año: 1997.	53
Cuadro N° 17 Población De 10 Y Mas Años De Edad Por Alfabetismo Según Grupo De Edad. Panamá. Censo 2000.	58
Cuadro N°18 Población De 4 Y Mas Años De Edad Según Nivel De Instrucción. Panamá. Censo 2000.	59
Cuadro N° 19 Cantidad De Escuelas, Matrícula Y Educadores. República De Panamá. Año: 2003	60
Cuadro N° 20 Universidades Públicas Y Privadas. República De Panamá. Año: 2003	60
Cuadro N°21 Distribución Del Déficit Habitacional Por Categoría Según Provincia República De Panamá. Año: 2003	61
Cuadro N°22 Distribución Del Déficit Habitacional Según Ingreso. República De Panamá. Año 2000	62
Cuadro N°23 Viviendas Con Servicios De Saneamiento Básico. República De Panamá. Años: 1998-2002	63
Cuadro N° 24 Situación De Los Servicios De Saneamiento Básico. República De Panamá Año: 2002	64
Cuadro N° 25 Manejo De Los Residuos Sólidos. República De Panamá. Año: 1999	67
Cuadro N° 26 Entidades Relacionadas Con Las Distintas Etapas De Manejo De Los Residuos Sólidos Urbanos, Industriales Y Hospitalarios. República De Panamá. Año: 2004	68
Cuadro N° 27 Promedio Ponderado De Desechos Domésticos Generados En Algunas Municipios. Panamá (Toneladas/Días). Año: 2001.	70

Cuadro N° 28	Fuentes Y Efectos De Los Principales Contaminantes. República De Panamá. Año: 1999	73
Cuadro N° 29	Volumen De Los Principales Contaminantes Asociados Al Transporte Por Area Y Límite Permissible. República De Panamá. Año: 1998	74
Cuadro N°30	Polígonos Industriales Del Sector Metropolitano Según Áreas, Actividades Y Tipo De Contaminación. República De Panamá. Año: 1998	76
Cuadro N° 31	Valores Promedio De Ruido Para Fuentes Móviles En Los Distritos De Panamá, San Miguelito Y Colón. Año 2003.	81
Cuadro N°32	Valores Promedio De Las Mediciones De Ruido Para Fuentes Fijas, En Los Distritos De Panamá, San Miguelito, Y Colón. Año 2003.	81
Cuadro N°33	Población Agropecuaria Económicamente Activa (PEA). Panamá. Año 2000.	82
Cuadro N°34	Algunos Casos Registrados De Víctimas Humanas En Areas De Ensayo Y Entrenamiento Militar. República De Panamá. Años: 1941-'70	86
Cuadro N°35	Contaminación Química En Las Areas Revertidas, Según Fecha, Casos Y Areas Afectadas. República De Panamá. Años: '30-'40-'60	87
Cuadro N°36	Estimaciones De La Superficie Boscosa. República De Panamá. Años: 1947 - 2000	95
Cuadro N° 37	Cobertura Boscosa Por Provincia. Panamá. Años: 1992 Y 2000	95
Cuadro N° 38	Suelos Según Categoría Y Superficie De Uso. Panamá. Año: 2000	96
Cuadro N° 39	Superficie De Areas Protegidas Por Categoría De Manejo. Panamá. Año: 2000	97
Cuadro N° 40	Sistema Nacional De Areas Protegidas Según Nombre, Superficie Y Provincia Por Categoría De Manejo. Panamá. Año: 2003	98
Cuadro N° 40.1	Cantidad De Incendios Forestales Registrados. Panamá. Años: 2000-2003.	100
Cuadro N° 41	Encuesta Larvaria Por Año Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1992 A 1999	109
Cuadro N° 42	Encuesta Larvaria Por Año Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 12000-2004	110
Cuadro N° 43.	Tipos De Recipientes Con Aedes Aegypti Según Año. República De Panamá. Años: 1992 A 2004	112
Cuadro N° 44	Producción De Cigarrillos Y Cigarros Y Consumo De Tabaco Para La Producción. República De Panamá. Años: 1994-2001 (P)	123
Cuadro N° 45	Código De Algunos Cánceres Asociados Consumo De Tabaco Según Cie-10. Ops-Oms. Año: 1992	124
Cuadro N° 46:	Venta Y Consumo De Bebidas Alcohólicas Per Cápita Según Año. República De Panamá. Años: 1997 A 2001	133
Cuadro N° 47:	Prevalencia Porcentual De Vida Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas. República De Panamá. Años: 1992-1996	134
Cuadro N° 48.	Porcentaje De Oportunidad De Uso De Drogas Por Sexo. Panamá. Año: 1999	139
Cuadro N° 49:	Prevalencia De Vida Según Tipo De Droga Consumida. PACARDO. Panamá. Año: 1999	139
Cuadro N° 50:	Prevalencia De Vida (%), Según Tipo De Droga Consumida Por Sexo. PACARDO, Panamá. Año: 1999	140
Cuadro N° 51.	Prevalencia De Vida (%), Según Tipo De Droga Consumida Por Edad. PACARDO. Panamá. Año: 1999	140
Cuadro N° 52:	Modelo De Regresión Logístico Prevalencia De Vida De Tabaco, Panamá, 1999	145
Cuadro N° 53:	Modelo De Regresión Logístico Prevalencia De Vida De Alcohol. Panamá. Año: 1999	145
Cuadro N° 54:	Modelo De Regresión Logístico Prevalencia De Vida De Marihuana, Panamá, 1999.	146
Cuadro N° 55:	Modelo De Regresión Logístico Prevalencia De Vida De Crack, Panamá. Año: 1999	146
Cuadro N° 56:	Modelo De Regresión Logístico. Prevalencia De Vida De Inhalantes. Panamá, 1999	147
Cuadro N° 57:	Modelo De Regresión Logístico Prevalencia De Vida De Cualquier Droga Ilícita, Panamá, 1999	147
Cuadro N°58:	Uso De Sustancias En Estudiantes Por Sexo. Panamá. Año: 2000	148
Cuadro N°59:	Droga Incautada Por Tipo Según Mes. Policía Técnica Judicial. Panamá. Año: 2001	154
Cuadro N° 60:	Detenidos Relacionados Con Drogas Según Sexo. Policía Técnica Judicial.	154

	Panamá. 2001	
Cuadro N° 61:	Casos Y Detenidos Relacionados Con Drogas. Por Mes De Ocurrencia. Policía Técnica Judicial. Panamá. 2001	154
Cuadro N° 62:	Distribución De Niveles De Retinol Sérico (Mcg/DI), A Nivel Nacional. Panamá. Año: 1999.	161
Cuadro N° 63	Distribución De Niveles De Retinol Sérico (Mcg/DI) Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá. 1999.	161
Cuadro N° 64	Niveles De Retinol Sérico Según Grupo Indígena Y No Indígena. Panamá, 1999.	162
Cuadro N° 65	Niveles De Retinol Sérico (Mcg/DI), Según Grupo De Edad. Panamá. Año: 1999.	162
Cuadro N° 66	Prevalencia De Anemia En Niños De 12 A 59 Meses, Según Grupo De Edad. Panamá, 1995.	164
Cuadro N° 67	Distribución Porcentual De Los Niveles De Hemoglobina En Niños De 12 A 59 Meses De Edad Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá, 1999.	164
Cuadro N° 68	Prevalencia De Anemia En Escolares De 6 A 12 Años A Nivel Nacional, Azuero Y Resto Del País Panamá, 1999	165
Cuadro N° 69	Distribución De Escolares De 6 A 12 Años Según Niveles De Hemoglobina A Nivel Nacional Y Por Área Rural Y Urbana. Panamá. Año: 1999.	165
Cuadro N° 70	Distribución De Escolares De 6 A 12 Años Por Niveles De Hemoglobina, Según Edad. Panamá, Año:1999.	165
Cuadro N° 71	Distribución De Los Niveles De Hemoglobina En Mujeres En Edad Fértil Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá, Año: 1999.	167
Cuadro N° 72	Niveles De Yoduria En Escolares De 6 A 12 Años A Nivel Nacional, Azuero Y Resto Del País. Panamá, 1999	168
Cuadro N° 73	Porcentaje De Bajo Peso Al Nacer Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	171
Cuadro N° 74	Practica De Relaciones Sexuales Con Personas Del Mismo Sexo, Según Tipo De Orientación Sexual Declarada. Provincia De Panamá. Año: 1998	174
Cuadro N° 75	Casos De Sospecha Por Violencia Domestica Y Maltrato Al Niño, Niña, Adolescente, Adulto Y Adulta Mayor Según Región De Salud Y Hospitales Nacionales. República De Panamá. Años: 1998 - 2003	177
Cuadro N° 76	Esperanza De Vida Al Nacer Según Sexo. República De Panamá. Años: 1960-2003	186
Cuadro N° 77	Esperanza De Vida Al Nacer Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1970-2002	186
Cuadro N° 78	Esperanza De Vida Al Nacer. Comarca Kuna Yala. República De Panamá. Años: 1995-2002	187
Cuadro N° 79	Esperanza De Vida Al Nacer Según Actividad Económica Predominante. República De Panamá. Periodo: 1990-2000	187
Cuadro N° 80	Impacto En Salud En Años De Esperanza De Vida Ganados Entre 1980 Y 2000 Por Sexo, Según Grandes Grupos Y Categorías Seleccionadas De Causas De Muerte. Panamá.	196
Cuadro N° 81	Indicadores Del Desarrollo Humano Para Panamá Y América Latina Y El Caribe. Año: 2002	198
Cuadro N°82	Índice Nacional De Desarrollo Humano Por Provincia, Comarca Y Area. Panamá. Años: 1990 Y 2000	199
Cuadro N° 83	Principales Causas De Muerte Según Años De Vida Perdido Por Muerte Prematura. República De Panamá. Año: 1998	206
Cuadro N° 84	Principales Causas De Mortalidad, Razón Proporcional Y Tasa De Mortalidad. Panamá. Año: 2003	210
Cuadro N° 85	Mortalidad Por Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1970-1980-1990-2000-2003	212

Cuadro N° 86	Tasa De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-2000-2003	214
Cuadro N° 87	Tasas De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia. República De Panamá. Años: 1984-2003.	215
Cuadro N° 88	Estructura De Las Causas De Muerte En Menores De Un Año. República De Panamá. Años: 60, 70, 80, 90, 2000 Y 2003	217
Cuadro N° 89	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En Los Menores De Un Año Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República De Panamá. Año: 2003	218
Cuadro N° 90	Defunciones Y Tasas De Mortalidad Infantil, Neonatal Y Posneonatal. República De Panamá. Años: 1980- 2003	220
Cuadro N° 91	Tasas De Mortalidad Perinatal Por Año Según Provincia. República De Panamá. Años: 1987-2003	223
Cuadro N° 92	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo De 1-4 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República De Panamá. Año: 2003	225
Cuadro N° 93	Tasa De Mortalidad En Menores De Cinco Años Según Provincia. Panamá. Años: 1998 – 2002 Y 2003.	226
Cuadro N° 94	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo De 5-14 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República De Panamá. Año: 2003	227
Cuadro N° 95	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo De 15-19 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República De Panamá. Año: 2003	228
Cuadro N°96	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo De 20-59 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República De Panamá. Año: 2003	229
Cuadro N° 97	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo De 60 Y Más Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República De Panamá. Año: 2003	230
Cuadro N° 98	Defunciones Y Tasas De Mortalidad Materna Por Provincia. República De Panamá. Años: 1970-1980-1990-200-2003	231
Cuadro N° 99	Principales Causas De Muerte Según Sexo. Panamá. Año: 2003 (Agrupa Las Enfermedades Circulatorias)	237
Cuadro N° 100	Cinco Principales Causas De Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio. República De Panamá. Año: 2003	238
Cuadro N°101	Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Cardio-Cerebro Vasculares. República De Panamá. Años: 1991-2000-2002	238
Cuadro N°102	Distribución De Las Ecv's Según Sexo Y Edad. Hst. Año: 2003	240
Cuadro N°103	Casos De Enfermedades Cerebrovasculares Atendidos. Hospital Santo Tomas. Años: 2000-2003	240
Cuadro N°104	Proyección De Casos De Enfermedades Cerebrovasculares Estimados Al Año 2006. República De Panamá. Año: 2004	241
Cuadro N°105	Tasas De Incidencia De Los Principales Tumores Malignos. República De Panamá. Quinquenios. 1990 A 2005	242
Cuadro N°106	Principales Causas De Mortalidad Por Cáncer. República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005	243
Cuadro N°107	Principales Causas De Mortalidad Por Cáncer. República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005	245
Cuadro N°108	Tasa De Mortalidad Por Tumores Malignos Según Provincia República De Panamá. Años: 1990, 2000, 2003.	249
Cuadro N°109.	Tasa De Letalidad De Los Principales Tumores Malignos. República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005	250
Cuadro N°110.	Importancia De Las Causas Externas En La Mortalidad General. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-2000-2003	251
Cuadro N° 111	Promedio De Defunciones Anual, Mensual Y Diario De Muertes Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1980- 2003	252
Cuadro N°112	Tasa Anual De Muertes Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1980-2000, 2003.	253

Cuadro N°113 Posición De Las Muertes Por Causas Externas Según Grupo De Edad. República De Panamá. Quinquenios: 1980-1985-1990-1995-2000	254
Cuadro N°114 Defunciones Y Tasas De Mortalidad Por Causas Externas Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	256
Cuadro N°115 Tasas De Mortalidad De Las Cinco Principales Causas De Muerte Por Provincia República De Panamá. Año 1990, 2000 Y 2003	258
Cuadro N°116. Mortalidad Por Accidentes De Tránsito Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003	259
Cuadro N°117 Mortalidad Por Homicidios Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003	260
Cuadro N°118. Mortalidad Por Suicidio Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003	261
Cuadro N°119. Evolución De La Razón De Años De Vida Productiva Perdidos Prematuramente <sup>1</sup> Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1990-1995	262
Cuadro N°120. Incidencia De Tuberculosis Por Región De Salud. Panamá. Año: 2003	269
Cuadro N°121. Incidencia De Tuberculosis Por Distrito. Panamá. Año: 2003	271
Cuadro N°122. Tasas Incidencia De Tuberculosis Pulmonar Por Región De Salud Según Grupos De Edad. Panamá, Año: 2003	272
Cuadro N°123. Tasas Incidencia De Tuberculosis Por Región De Salud Según Sexo. Panamá. Año: 2003	273
Cuadro N°124. Casos Acumulados De SIDA Según Vía De Transmisión Por Región De Salud. Panamá. Años: 1984 A 2003	278
Cuadro N°125. Tasa De Incidencia Acumulada Por Región De Salud. Panamá. Año: 2004.	279
Cuadro N°126. Coinfección De Tuberculosis Y Síndrome De Inmunodeficiencia Humana. Republica De Panamá. Años: 1998 A 2003.	283
Cuadro N°127 Resumen De Los Principales Estudios De Seroprevalencia. Panamá. Años: 1993-2001	284
Cuadro N°128 Resultado De Prueba De Anticuerpos VIH A Donantes. Laboratorio Central De Eferencia De Salud Pública. Ministerio De Salud. Panamá. Años: 1986 A 2003.	287
Cuadro N°129 Resultados De Prueba De Anticuerpos En No Donantes, Realizado En El LCRSP. Año: 1986-2003.	287
Cuadro N° 130 Casos Anuales Registrados De ITS En Centros De Salud. Región Metropolitana. Año: 1999 - 2003	290
Cuadro N° 131 Casos De SIDA Y VIH + Registrados En El Sistema De Vigilancia Según Fuente De Notificación. Panamá. Año: 2002	291
Cuadro N° 132 Resultados De Pruebas De Vih. Laboratorio Clínico Regional. I Semestre Según Grupos De Riesgo Y Por Año. Región Metropolitana De Salud. Años: 2002-2003	292
Cuadro N° 133 Causa Específica De Muerte Por Sida De Las Personas Con Residencia Habitual En Corregimientos Según Sexo Por Año. Región Metropolitana De Salud. Años. 1998-200	294
Cuadro N° 134 Defunciones Totales Y Por Sida Según Lugar De Residencia Habitual Y Por Año. Región Metropolitana De Salud. Años: 1998-2002	295
Cuadro N° 135 Casos Y Tasas De Enfermedad Inflamatoria Pélvica Según Región. República De Panamá. Años: 2003	297
Cuadro N° 136 Casos Y Tasas De Sífilis Según Tipo De Sífilis. República De Panamá. Años 1984-2003	301
Cuadro N° 137 Morbilidad Por Neumonía En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1994 - 2003	304
Cuadro N° 138 Casos De Síndrome Pulmonar Por Hantavirus Captados Republica De Panamá. Años: 1999 A 2004*	306
Cuadro N° 139 Ubicación De Los Casos Y Defunciones Por Sph Confirmados Según Región De Salud. Año 2004*	306
Cuadro N° 140 Clasificación De Los Casos Confirmados (1) Según Cuadro Clínico De Síndrome Pulmonar Por Hanta Virus Enfermedad Por Hanta E Infección Previa. República De Panamá. Años: 2000 -2004	307
Cuadro N° 141 Porcentaje De Casos De Malaria Según Especie De Plasmodium Detectada. República	315

De Panamá. Años: 1995-1998 Y 2003	
Cuadro N° 142 Muestras Examinadas, Casos Y Porcentaje Según Especie De Malaria Detectada. República De Panamá. Años: 2000- 2004	319
Cuadro N° 143 Casos Y Tasas De Malaria Según Toma De Muestra Y Origen Por Región. Panamá Año 2003	320
Cuadro N° 144 Incidencia Y Mortalidad De Malaria. Panamá. Años 2000-2003.	321
Cuadro N° 145 Comportamiento De La Encefalitis Equina Del Este (Eee) En Equinos Según Región, Año Y Tipo De Diagnóstico. República De Panamá. Años: 1973 – 1999.	322
Cuadro N° 146 Aislamientos Del Virus De Encefalitis Equina Venezolana En Humanos Por Región De Salud. República De Panamá. 1991 -2004.	323
Cuadro N° 147 Serotipos De Dengue Reportados En Panamá. Años: 1993-2004(1)	326
Cuadro N° 148 Casos Notificados De Dengue Según Año. República De Panamá. Años 1993 – 2004(1)	327
Cuadro N° 149 Serotipos De Dengue Confirmados Por Región De Salud Y Corregimiento/Localidad. Panamá. Año. 2003	333
Cuadro N° 150 Casos Y Tasas De Incidencia Por Leishmaniasis Según Región. República De Panamá. Años: 2003	337
Cuadro N° 151 Brotes De Eta´S Notificados E Investigados. Panamá. Años: 1995 – 2003	339
Cuadro N° 152 Casos De Las Principales Enfermedades De Transmisión Alimentaria Y/O Hídrica Reportadas Al Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiología. Panamá. Periodo 1995 – 2003	340
Cuadro N° 153 Casos Y Tasas De Diarreas En Población Total Según Regiones De Salud. República De Panamá. Años: 2000 – 2003	343
Cuadro N° 154 Morbilidad Por Diarreas En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1990-2000 Y 2003	344
Cuadro N° 155 Indicadores De Brotes De Eta´S Investigados Según Años. República De Panamá: 1995 - 2003	347
Cuadro N° 156 Defunciones Por Patología De Origen Entérico. República De Panamá. Años: 1992-2003	349
Cuadro N° 157 Tasas Acumuladas De Toxoplasmosis Según Región De Salud. República De Panamá. Periodos: 1981-2003	350
Cuadro N° 158 Casos, Tasas Y Distribución Porcentual De Casos De Toxoplasmosis Según Región. República De Panamá. Años: 2003	351
Cuadro N° 159 Casos De Toxoplasmosis Según Grupo De Edad. Panamá. Años: 1999-2003	352
Cuadro N° 160 Casos De Brucelosis Según Región. República De Panamá. Años: 2003	353
Cuadro N° 161 Casos Acumulados De Brucelosis. República De Panamá. Años: 2000-2003	355
Cuadro N° 162 Población Con Algún Impedimento Físico O Mental, Según Tipo De Impedimento, Por Provincia. República De Panamá. Año: 2000	365
Cuadro N° 163 Cuadro Comparativo De Las Prevalencias De Trastornos Mentales En La Comunidad De Acuerdo A Diferentes Estudios Epidemiológicos.	367
Cuadro N° 164 Diagnósticos Nuevos Del F00-F99 Realizados En Consulta Externa. Ministerio De Salud. Panamá. Año 2000	368
Cuadro N° 165 Egresos De Trastornos Mentales Según CIE-X Ministerio De Salud. Panamá. Año: 2001.	369
Cuadro N° 166 Inspecciones Realizadas A Viviendas, Establecimiento De Expendio De Alimentos Y Establecimiento De Interés Sanitario, Según Región De Salud. Panamá. Años: 1998 Y 2003	371
Cuadro N° 167 Cobertura Y Concentración De Controles De Crecimiento Y Desarrollo En El Menor De 1 Año. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2001-2003.	374
Cuadro N° 168 Cobertura Y Concentración De Controles De Crecimiento Y Desarrollo En El Menor De 1-4 Años. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2001-2003.	375
Cuadro N° 169 Cobertura De Vacunación En Menor De Un Año, Según Región De Salud. República De Panamá. Año:1997 Y 2003	377

Cuadro N° 170 Cobertura Y Concentración Promedio Del Control Prenatal Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1995-1997.	380
Cuadro N° 171 Cobertura Y Concentración Promedio Del Control Prenatal Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 2001-2003.	381
Cuadro N° 172 Porcentaje De Mujeres Con Control Prenatal Iniciado En El Primer Trimestre De Gestación, Según Región De Salud. República De Panamá. Períodos: 1994-1997 Y 2001-2003.	383
Cuadro N° 173 Consultas Realizadas En El Primer Nivel De Atención República De Panamá. Año: 1997 Y 2003	387
Cuadro N° 174* Egresos E Indicadores Hospitalarios De Los Hospitales Regionales Y De Area. República De Panamá. Años: 1997.	388
Cuadro N° 175* Egresos E Indicadores Hospitalarios De Los Hospitales Regionales Y De Area. República De Panamá. Años: 2003.	388
Cuadro N° 176 Estadísticas De Los Hospitales Nacionales. República De Panamá. Año: 1997.	389
Cuadro N° 177 Estadísticas De Los Hospitales Nacionales. República De Panamá. Año: 2003.	390
Cuadro N° 178 Consultas Producidas Por Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años: 1997 Y 2003.	390
Cuadro N° 179 Producción Partos Atendidos Y Cirugías Realizadas En Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años: 2003	391
Cuadro N° 180 Tasa De Utilización De Servicios Intermedios Per Cápita De Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años: 1997 Y 2003	392
Cuadro N° 181 Tasa De Médicos, Odontólogos Y Enfermeras, Por Habitantes Según Provincia. República De Panamá. Año 1997 Y 2002	393
Cuadro N° 182 Instalaciones Del Ministerio De Salud Y Caja De Seguro Social Por Grado De Complejidad De Atención Según Región De Salud. República De Panamá. 2003	396
Cuadro N° 183 Centros Y Camas De La Red De Atención Hospitalaria Para Enfermos Crónicos. República De Panamá. Año: 2003.	396
Cuadro N° 184 Defunciones Esperadas Y Tasas Estimadas De Algunas Patologías Y Grupos De Edad, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005	398
Cuadro N° 185 Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades No Transmisibles Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005	399
Cuadro N° 186 Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades Transmisibles, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005	400
Cuadro N° 187 Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades Prevenibles Por Vacuna, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005	401
Cuadro N° 188 Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades Transmitidas Por Vectores, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005	401
Cuadro N° 189 Algunas Actividades De Control De La Salud Ambiental, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005	

## INDICE DE GRAFICAS

	Página
Gráfica N° 1: Esperanza De Vida Al Nacer. República De Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 – 2000 - 2004	9
Gráfica N° 2: Tasas De Crecimiento Natural. República De Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 – 2000 - 2003	13
Gráfica N° 3: Tasas De Natalidad. República De Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 – 2000 - 2003	15
Gráfica N° 4: Tasas De Mortalidad. República De Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 – 2000 - 2003	20
Gráfica N° 5: Tasas De Mortalidad Infantil. República De Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 – 2000 - 2003	20
Gráfica N° 6: Tasas De Fecundidad Global. República De Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 – 2000 – 2003	25
Gráfica N° 7: Producto Interno Bruto A Precios De Comprador, En Millones De Balboas De 1996: Años 1996-2002	28
Gráfica N° 8: Variación Porcentual Anual Del Producto Interno Bruto, A Precios De 1996: Años 1996-97/2001-02	28
Gráfica N° 9: Producto Interno Bruto Per-Cápita, En Balboas De 1996: Años 1996-2002	28
Gráfica N° 10: Tasa De Desempleo. Panamá. Años: 1990-1993-1998-2002 Y 2003.	39
Gráfica N° 11: Déficit Habitacional Por Año. Panamá. Años: 1995-1997-2000-2003	61
Gráfica N° 12: Porcentaje Plaguicidas Importados Al País Por Tipo. Panamá. Años: 2001-2002	85
Gráfica N° 13: Cobertura Boscosa De Panamá.	94
Gráfica N° 14: Casos De Malaria Detectados En Panamá. Años: 1957 - 2000	106
Gráfica N° 15: Dengue: Incidencia Registrada, Porcentaje De Positividad Al Aedes Aegypti Y Precipitación Fluvial, Según Mes De Ocurrencia. República De Panamá. Año:1999	111
Gráfica N° 16: Dengue: Incidencia Registrada, Porcentaje De Positividad Al Aedes Aegypti Y Precipitación Fluvial, Según Mes De Ocurrencia. República De Panamá. Año: 2004.	111
Gráfica N° 17: Focos De Rabia Bovina. Panamá. Años: 2000-2004	119
Gráfica N° 18: Promedio De Animales Sacrificados Por Rebaño Reactivo A Brucelosis. Panamá. Años: 2000-2004	119
Gráfica N° 19: Rebaños Reactores A La Tbc Bovina Y Animales Sacrificados. Panamá. Años: 2000-2004	120
Gráfica N° 20: Promedio De Animales Sacrificados Por Rebaño Reactivo A La Ppd. Panamá. Años: 2000-2004	120
Gráfica N° 21: Niveles De Desregulación Por Grupo De Riesgo. Conapred. Panamá. Año: 2000.	149
Gráfica N° 22: Prevalencia De Desnutrición (<-2ds) Según Indicador Antropométrico Y Área En Niños De 0 - 59 Meses. Panamá 1997	156
Gráfica N° 23: Prevalencia De Desnutrición Según Peso Para Edad Y Edad En Niños De 0 - 59 Meses. Panamá, 1997	157
Gráfica N° 24: Estado Nutricional (Talla / Edad), De Niños Menores De 5 Años De Edad De Acuerdo Al Sexo A Nivel Nacional. Panamá, 1997	158
Gráfica N° 25: Prevalencia De Desnutrición (<-2ds), De Acuerdo A Los Niveles De Pobreza Según Diferentes Indicadores, Panamá,1997	159
Gráfica N° 26: Prevalencia De Retardo En Talla En Escolares De 6 A 9 Años. Panamá, 1982 - 2000	159
Gráfica N° 27: Distribución Porcentual De Los Niños De 12 A 59 Meses De Edad Según Niveles De Hemoglobina. Panamá, 1999	163



Gráfica N° 28	Distribución De Los Niveles De Hemoglobina En Embarazadas A Nivel Nacional. Panamá. 1999	166
Gráfica N° 29	Distribución De Los Niveles De Hemoglobina En Mujeres En Edad Fértil A Nivel Nacional. Panamá. 1999	166
Gráfica N° 30	Prevalencia De Deficiencia De Iodo Según Excreción De Iodo En La Orina (<5mcg/DI) En Escolares De 6 A 12 Años A Nivel Nacional, Azuero Y Resto Del País. Panamá. Años: 1990 Y 1999.	168
Gráfica N° 31	Sobre Peso En Niños De 0 - 59 Meses Según Indicador Antropométrico Y Niveles De Pobreza. Panamá. 1997	169
Gráfica N° 32	Sobrepeso Y Obesidad En Adultos Que Asisten A Centros De Salud De La República De Panamá, Panamá, 1995	170
Gráfica N° 33	Curva Endémica. Incidentes De Maltrato, Riña Y Violencia Intrafamiliar. Panamá. 1998-2000	175
Gráfica N° 34	Víctimas Según Relación Mujer-Hombre Y Victimarios Según Relación Hombre - Mujer. Panamá. Años: 1998-2003	178
Gráfica N° 35	Casos Acumulados De Violencia Intrafamiliar Según Estado Civil. Panamá. Años: 1998-2003	178
Gráfica N° 36	Víctimas De Violencia Intrafamiliar Y Agresores Por Grupo De Edad. Panamá. Años: 1998-2003	179
Gráfica N° 37	Promedio Porcentual De Casos De Violencia Intrafamiliar Según Tipo De Agresión. Panamá. Años: 1998-2003	179
Gráfica N° 38	Promedio Porcentual De Casos De Violencia Intrafamiliar Según Tipo De Instrumentos Utilizado. Panamá. Años: 1998-2003	180
Gráfica N° 39	Casos De Violencia Intrafamiliar Acumulados Según Antecedentes Del Agresor. Panamá. Años: 1999-2003	180
Gráfica N° 40	Relación Entre La Víctima De Vif Y El Agresor. Panamá. Años: 1999-2003	181
Gráfica N° 41	Años De Esperanza De Vida Ganados En La Población Por Sexo Según Grandes Causas De Muerte. Panamá. Años: 1980-2000.	190
Gráfica N° 42	Cambios En La Esperanza De Vida En La Población Masculina Por Grupos De Edad Según Grandes Causas De Muerte. Panamá. Años: 1980-2000.	192
Gráfica N° 43	Cambios En La Esperanza De Vida En La Población Femenina Por Grupos De Edad Según Grandes Causas De Muerte. Panamá. Años: 1980-2000.	192
Gráfica N° 44	Cambios En La Esperanza De Vida Por Sexo Y Edad Según Causas De Muerte Seleccionadas. Panamá. Años: 1980-2000.	194
Gráfica N° 45	Esperanza De Vida En Conglomerados De Países Por Nivel Y Brecha De Ingreso. Las Américas. Años 1990'S.	195
Gráfica N° 46	Distribución De La Pobreza En Los Hogares Según Area. Panamá. Año: 2000	200
Gráfica N° 47	Distribución De La Pobreza En La Población Nacional Según Area. Panamá. Año: 2000	200
Gráfica N° 48	Pobreza Extrema De Los Hogares Por Area Geográfica. Panamá. Año: 2000	201
Gráfica N° 49	Curva De Lorenz. Panamá. Año: 2000	201
Gráfica N° 50	Indice De Desarrollo Humano. Panamá. Años: 2000 – 2002	203
Gráfica N° 51	Nivel De Vida Decente. Indice De Desarrollo Humano. Panamá. Años: 2000 – 2002.	204
Gráfica N° 52	Indice De Desarrollo Humano Relativo Al Género. Panamá. Años: 2000 – 2002.	204
Gráfica N° 53	Indice De Desarrollo Humano Relativo A La Equidad De Género. Panamá. Años: 2000 – 2002.	205

Gráfica N° 54	Indice De Desarrollo Humano Relativo A La Equidad De Género. Panamá. Años: 2000 – 2002.	205
Gráfica N° 55	Indice De Años Perdidos Por Muerte Prematura. Panamá. Años: 2002-2003 (Appm Por 10,000 Habitantes - Edad Límite 75 Años)	207
Gráfica N° 56	Tasas De Mortalidad Por Grupo De Causas. Panamá. Años: 2002-2003	211
Gráfica N° 57	Tasas De Mortalidad Infantil, Neonatal Y Posneonatal. Panamá. Años: 1980 - 2003	220
Gráfica N° 58	Tasas De Mortalidad Infantil Y Perinatal. Panamá. Año: 2003	223
Gráfica N° 59	Tasas De Mortalidad Por Enfermedades Circulatorias Según Sexo. Istmo Centroamericano. Período 1995-2000.	235
Gráfica N° 60	Principales Causas De Muerte. Panamá. Año: 2003 (P). (Enfermedades Del Sistema Circulatorio Agrupadas)	236
Gráfica N° 61	Tasas De Mortalidad De Las Principales Causas De Muerte. Panamá. Año: 2003 (P) - (Enfermedades Del Sistema Circulatorio Agrupadas)	236
Gráfica N° 62	Comportamiento De Las Muertes Por Enfermedades Cerebrovasculares. Panamá. Años: 1980 Al 2006. (Proyecciones 2003-2006)	239
Gráfica N° 63	Tendencia De La Tasa De Morbilidad De Los Principales Tumores. Panamá Años: 1990-2005	242
Gráfica N° 64	Tasa De Mortalidad Por Causas Externas Y Sus Componentes. República De Panamá. Años: 1980-2003	253
Gráfica N° 65	Distribución Porcentual De Las Defunciones Por Causas Externas Según Grupo De Causa. Panamá. Años: 2000-2003	254
Gráfica N° 66	Tasas De Mortalidad Por Causas Externas Según Sexo. Panamá. Años: 1990-2000-2003	259
Gráfica N° 67	Defunciones Por Accidentes De Tránsito Según Sexo. Panamá. Años: 1998-2003	262
Gráfica N° 68	Casos Y Tasas De Tétano Neonatal. Panamá. Años: 1993-2003	264
Gráfica N° 69	Casos Y Tasas De Tétano Adquirido. Panamá. Años: 1993-2003	264
Gráfica N° 70	Casos De Rubéola. Panamá. Años: 1990-2003	265
Gráfica N° 71	Casos De Rubéola Congénita. Panamá. Años: 1993-2003	266
Gráfica N° 72	Casos De Parotiditis Epidémica. Panamá. Años: 1990-2003	266
Gráfica N° 73	Casos Y Tasas De Tosferina. Panamá. Años. 1993-2003	268
Gráfica N° 74	Incidencia De Sida Por Sexo Según Años De Ocurrencia. Panamá Años: 1984-2003	275
Gráfica N° 75	Incidencia Acumulada De SIDA Por Sexo Según Grupos De Edad. Panamá Años: 1984-2003	276
Gráfica N° 76	Proporción De Casos De SIDA Por Tipo De Riesgo República De Panamá, 1984 – 2003(1)	277
Gráfica N° 77	Tasas De Incidencia Anual De SIDA En Las Regiones De Salud Mas Afectadas. Panamá. Años: 1984 - 2003(1)	279
Gráfica N° 78	Tasas De Mortalidad De SIDA Según Años De Ocurrencia Panamá. Años: 1984 - 2003(1)	281
Gráfica N° 79	Seroprevalencia Del VIH En Trabajadores Comerciales Del Sexo, República De Panamá, 1998 - 2003	286
Gráfica N° 80	Resultados De Papanicolau En Población Femenina. Región Metropolitana. Años: 1999 - 2003	290
Gráfica N° 81	Proporción De Mortalidad Por SIDA Según Edad. Panamá. Años: 1998-2002	293
Gráfica N° 82	Proporción De Mortalidad Por SIDA Según Grupo De Edad Por Año. Región Metropolitana. Panamá. Años: 1998 - 2002	293

Gráfica N° 83 Casos Y Tasas De Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Panamá. Años: 1993-2003	297
Gráfica N° 84 Tasas De Sífilis. República De Panamá. Años: 1984-2003	299
Gráfica N° 85 Casos De Sífilis. República De Panamá. Años: 1984-2003	299
Gráfica N° 86 Casos Y Tasas De Sífilis Congénita. Panamá. Años: 1984-2003	300
Gráfica N° 87 Casos De Neumonía Y Bronconeumonía. Panamá. Años: 1993-2003	303
Gráfica N° 88 Tasa De Incidencia De Neumonía Y Bronconeumonía. Panamá. Años: 1993-2003	303
Gráfica N° 89 Tasa De Incidencia De Neumonía Y Bronconeumonía En Menores De 5 Años. Panamá. Años: 1993-2003	303
Gráfica N° 90 Tasa De Incidencia Por Malaria. Panamá. Años: 1957 – 2003	309
Gráfica N° 91 Incidencia De Malaria Según Años De Ocurrencia, Panamá: Años 1990-2003	310
Gráfica N° 92 Canal Endémico De La Malaria 1998-2002 Y Casos Notificados Según Semana Epidemiológica 2003.	311
Gráfica N° 93 Canal Endémico De La Malaria 1999-2003 Y Casos Notificados Según Semana Epidemiológica 2004.(P)	312
Gráfica N° 94 Incidencia De Malaria Por Regiones De Salud Panamá, Año: 2003.	312
Gráfica N° 95 Incidencia De Malaria Por Grupo De Edad. Panamá, Año: 2003.	316
Gráfica N° 96 Incidencia De Malaria Por Sexo Según Grupo De Edad. Panamá, Año: 2003.	317
Gráfica N° 97 Tendencia De La Malaria. Panamá. Años: 1990 – 2003	321
Gráfica N° 98 Tasas De Incidencia De Dengue Clásico Según Años. Panamá. Años: 1993-2004	327
Gráfica N° 99 Tasas De Incidencia Acumulada De Dengue Por Región De Salud, Panamá. Años: 1993 - 2004(1)	328
Gráfica N° 100 Tasas De Dengue Según Región De Salud, Panamá. Años: 2000 – 2003	329
Gráfica N° 101 Incidencia De Dengue Por Sexo Según Región De Salud. Panamá, Año: 2003	330
Gráfica N° 102 Distribución Porcentual De Muestras Indeterminadas Por Dengue. Panamá. Años: 2000- 2003	331
Gráfica N° 103 Muestras Indeterminadas Por Dengue Según Región De Salud. Panamá, Año: 2003	332
Gráfica N° 104 Distribución Porcentual De Casos De Dengue Según Tipo De Confirmación. Panamá. Año: 2003	333
Gráfica N° 105 Casos Enfermedad De Chagas. Panamá. Años: 1977-2003	334
Gráfica N° 106 Tasas Enfermedad De Chagas. Panamá. Años: 1993-2003	335
Gráfica N° 107 Casos De Leishmaniasis. Panamá. Años: 1993-2003	307
Gráfica N° 108 Tasas De Incidencia De Leishmaniasis. Panamá. Años: 1993-2003	307
Gráfica N° 109 Enfermedades Transmitidas Por Alimentos. Panamá. Años: 1995-2003	340
Gráfica N° 110 Casos De Shigelosis. República De Panamá. Años: 1993-2003	341
Gráfica N° 111 Casos De Otras Salmonelosis. República De Panamá. Años: 1993-2003	341
Gráfica N° 112 Casos De Enfermedad Diarréica. Panamá. Años: 1995-2003	343
Gráfica N° 113 Casos Y Tasas De Toxoplasmosis. Panamá. Años: 1984-2003	350
Gráfica N° 114 Casos De Brucelosis Según Mes De Ocurrencia. República De Panamá. Años: 2000-2003	354
Gráfica N° 115 Porcentaje De Casos De Brucelosis Por Sexo. Panamá. Años: 2000-2003	354

Gráfica N° 116 Tasa De Hepatitis B. República De Panamá. Años: 1994-2003	355
Gráfica N° 117 Casos De Influenza Epidémica. República De Panamá. Años: 1993-2003	356
Gráfica N° 118 Tasa De Incidencia De Influenza Epidémica. Panamá. Años: 1993-2003	357
Gráfica N° 119 Tasa De Incidencia De Varicela. Panamá. Años: 1993-2003	358
Gráfica N° 120 Tasa De Incidencia De Meningitis Viral. Panamá. Años: 1993-2003	359
Gráfica N° 121 Tasa De Incidencia De Intoxicación Por Plaguicida. República De Panamá. Años: 1993-2002	360
Gráfica N° 122 Casos De Intoxicación Por Plaguicida Según Causa. Panamá. Años: 2001-2002	360
Gráfica N° 123 Casos Acumulados De Intoxicación Por Plaguicida Por Causa Según Sexo. Panamá. 2001-2002	361
Gráfica N° 124 Casos Acumulados De Intoxicación Por Plaguicida En < 15 Años Según Sexo. Panamá. 2001-2002	361
Gráfica N° 125 Casos de Intoxicación Por Plaguicida Según Mes DE Ocurrencia. Panamá. Años: 2001- 2002	362
Gráfica N° 126 Casos Acumulados de Intoxicación Por Plaguicida Según Tipo de Cultivo. Panamá. Años: 2001-2002	363
Gráfica N° 127 Casos De Intoxicación Por Plaguicida Según Tipo De Plaguicida. Panamá. Años: 2001-2002	363
Gráfica N° 128 Comportamiento Observado De Las Coberturas De Crecimiento Y Desarrollo. Población Menor De 1 Año. Panamá. Periodos: 1995-1997 Y 2001-2003	376
Gráfica N° 129 Comportamiento Observado De Las Coberturas De Crecimiento Y Desarrollo. Población De 1-4 Años. Panamá. Periodos: 1995-1997 Y 2001-2003	376
Gráfica N° 130 Comportamiento Observado De Las Coberturas De Vacunación En Menores De 1 Año Panamá. Años: 1997 – 2003	378
Gráfica N° 131 Coberturas De Vacunación En Población De 1-4 Años Panamá. Años: 2000 – 2002	379
Gráfica N° 132 Comportamiento De Las Coberturas De Control Del Embarazo. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2001-2003	382
Gráfica N° 133 Comparación De La Concentración De Controles Del Embarazo Por Embarazada. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2001-2003	382
Gráfica N° 134 Comparación De Coberturas De Control De Embarazo En El I Trimestre De Gestación. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2000-2002	383
Gráfica N° 135 Comportamiento Observado De La Atención Profesional Del Parto Por Región. Panamá. Años: 1999- 2002.	385

## INDICE DE ILUSTRACIONES

### Página

Ilustración N° 1	Pirámides de Población. Panamá. Años: 1960, 1980, 1990, 2000	11
Ilustración N° 2	Pirámides de Población. Panamá. Años: 1960, 1980, 2000	12
Ilustración N° 3	Bosques y Manglares. Panamá.	55
Ilustración N° 4	Bosque Degradado Por Incendio Forestal	100
Ilustración N° 5	Arco Seco. Panamá. Año: 2002	118
Ilustración N° 6	Afiche. Campaña Prevención de Uso de Drogas	153
Ilustración N° 7	Incidencia Por Tumores Malignos Según Sexo Y Localización. Panamá. Año 2002 /P	244
Ilustración N° 8	Mortalidad Por Tumores Malignos Según Sexo Y Localización. Registro Nacional Del Cáncer. Panamá. Año: 2002	248

## INDICE DE MAPAS

		Página
Mapa N° 1	Localización Geográfica Del Istmo De Panamá.	2
Mapa N° 2	Densidad De Población Según Provincias. República De Panamá. Año: 2004	3
Mapa N° 3	Organización Política. República De Panamá. Año: 2003	4
Mapa N° 4	Tasa De Crecimiento Natural De La Población Según Provincias. República De Panamá. Año: 2003	13
Mapa N° 5	Tasa De Natalidad Según Provincias. República De Panamá. Año: 2003	16
Mapa N° 6	Tasa De Mortalidad General Según Provincias. República De Panamá. Año: 2003	18
Mapa N° 7	Tasa General De Mortalidad Y Cinco Principales Causas De Defunciones Según Provincias. República De Panamá. Año: 2003	23
Mapa N° 8	Tasa General De Mortalidad Con Certificación Médica Según Distrito. República De Panamá. Año: 2003	24
Mapa N° 9	Tasa De Fecundidad Global Según Provincias. República De Panamá. Año: 2003	26
Mapa N° 10	Mapa De Pobreza Por Distrito. República De Panamá. Año: 1997	52
Mapa N° 11	Indice De Pobreza. República De Panamá. Año: 2000.	57
Mapa N° 12	Mapa De Vegetación. República De Panamá.	57
Mapa N° 14	Mapa De Vegetación. República De Panamá.	94
Mapa N° 15	Sistema Nacional De Areas Protegidas. Anam. 2000	97
Mapa N° 16	Regiones Endémicas De Alto Riesgo A Malaria. Panamá. Año: 2004	105
Mapa N° 17	Víctimas De Sospecha Por Violencia Intrafamiliar Y Maltrato Al Menor Según Provincia. Panamá. Año:2003	176
Mapa N° 18	Víctimas De Sospecha Por Violencia Y Maltrato Al Niño, Niña, Adolescente, Adulto Y Adulta Mayor Reportadas En Las Regiones De Salud Y Hospitales Nacionales. Panamá. Año: 2002	177
Mapa N° 19	Distribución Del Número De Inundaciones Según Provincia. Sistema Nacional De Protección Civil. Panamá. Años 1990-2000	183
Mapa N° 20	Distribución Del Número De Viviendas Destruídas Por Inundaciones Según Corregimientos. Sistema Nacional De Protección Civil. Panamá. Años 1990-2000	183
Mapa N° 21	Distribución Del Número De Afectados Por Inundaciones Según Corregimientos. Sistema Nacional De Protección Civil. Panamá. Años 1990-2000	184
Mapa N° 22	Distribución Del Número De Damnificados Por Inundaciones Según Corregimientos. Sistema Nacional De Protección Civil. Panamá. Años 1990-2000	184
Mapa N° 23	Estimación De La Esperanza De Vida Al Nacer Según Distrito. Panamá. Año: 2002	187
Mapa N° 24	Estimación De La Esperanza De Vida Al Nacer Según Distrito. Panamá. Año: 2003	188
Mapa N° 25	Indice De Desarrollo Humano Por Provincia Y Comarca. Año: 2000	199
Mapa N° 26	Tasa De Mortalidad Infantil Según Provincia. Panamá. Año: 2003	215
Mapa N° 27	Tasa De Mortalidad Infantil Según Distrito. Panamá. Año: 2003	216
Mapa N° 28	Tasa De Mortalidad Neonatal Según Provincia. Panamá. Año: 2003	221
Mapa N° 29	Tasa De Mortalidad Post Neonatal Según Provincia. Panamá. Año: 2003	221
Mapa N° 30	Tasa De Mortalidad Perinatal Según Provincia. Panamá. Año: 2003	224
Mapa N° 31	Tasa De Mortalidad Materna Según Provincia. Panamá. Año: 2003	232
Mapa N° 32	Tasa De Mortalidad Por Tumores Malignos Según Provincia. Panamá. Año: 2003	247
Mapa N° 33	Tasa De Las Cinco Principales Causas De Mortalidad Por Tumores	249

	Malignos Según Provincia. Panamá. Año: 2003	
Mapa N° 34	Tasa De Mortalidad Por Homicidios Según Provincia. Panamá. Año: 2003	257
Mapa N° 35	Tasa De Parotiditis Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	267
Mapa N° 36	Tasa De Tosferina Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	268
Mapa N° 37	Tasa De Tuberculosis Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	270
Mapa N° 38	Tasa De Tuberculosis Según Distrito. Panamá. Año: 2003	270
Mapa N° 39	Tasa Acumulada De Sida Según Distrito. Panamá. Año: 2003	281
Mapa N° 40	Letalidad Acumulada De Sida Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	282
Mapa N° 41	Tasa De Enfermedad Inflamatoria Pélvica Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	298
Mapa N° 42	Tasa De Sífilis Precoz Latente Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	302
Mapa N° 43	Tasa De Neumonía Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	304
Mapa N° 44	Casos De Hantavirus Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	305
Mapa N° 45	Mortalidad Por Hantavirus Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	307
Mapa N° 46	Tasa De Incidencia De Malaria Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003	313
Mapa N° 47	Tasa De Dengue Según Provincia. República De Panamá. Año: 2003	329
Mapa N° 48	Tasa De Enfermedad De Chagas Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	335
Mapa N° 49	Tasa De Leishmaniasis Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	337
Mapa N° 50	Tasa De Intoxicación Alimentaria Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	342
Mapa N° 51	Tasa De Diarrea Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	344
Mapa N° 52	Tasa De Amebiasis Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	345
Mapa N° 53	Tasa De Hepatitis Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	346
Mapa N° 54	Tasa De Toxoplasmosis Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 2003	352
Mapa N° 55	Cobertura De Consultas De Crecimiento Y Desarrollo En Menores De Un Año Según Provincias. Panamá Año: 2003	374
Mapa N° 56	Cobertura De Consultas De Crecimiento Y Desarrollo En Menores De 5 Años Según Provincias. Panamá Año: 2003	375
Mapa N° 57	Cobertura De Vacunación De Polio Según Región. Panamá Año: 2003	378
Mapa N° 58	Cobertura De Vacuna Pentavalente Según Región. Panamá Año: 2003	379
Mapa N° 59	Cobertura De Atención De Consultas Prenatales Según Provincia. Panamá Año: 2003	384
Mapa N° 60	Cobertura De Atención De Consultas A Prenatales Adolescentes De 10-10 Años Según Provincia. Panamá Año: 2003	384
Mapa N° 61	Cobertura De Asistencia Profesional Al Parto Según Provincias Y Comarca. Panamá Año: 2003	386
Mapa N° 62	Tasa De Médicos Según Provincia. Panamá. Año: 2003	393
Mapa N° 63	Tasa De Enfermeras Según Provincia. Panamá. Año: 2003	394
Mapa N° 64	Tasa De Odontólogos Según Provincia. Panamá. Año: 2003	394

## EQUIPO COLABORADOR

### DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD

Sr. Lupercio Eric Barrios

#### Departamento De Análisis De Situación y Tendencias de Salud

##### Sección De Registros Médicos Y Estadística

Licdo. Alvis M. Ruiloba V.

Lic. Marisol Aguilar

Lic. Cathy A. Avila de Jiménez

Aux. Brunilda E. Batista M.

Téc. Oscar Bernal

Lic. Fanny G. Castañeda A.

Aux. Briceida Z. de Escolán

Lic. Rubén Magallón

Lic. Félix Mascarín

Téc. Guillermina McLeary

Lic. Lesbia Mojica

Aux. Isidra de Patiño

Téc. Mirka Rodríguez

Lic. Anayansi Tejada

Srta. Jacqueline Quijada

#### Sección de Soporte Informático

##### Mapas

Ing. Eligia Díaz

Sr. Joaquín Franco

#### Sección de Análisis

Lic. Bernardino Lozano

Dra. Melva Cruz

#### Departamento de Políticas Ambientales

Lic. Jessica Arango

### DIRECCION GENERAL DE SALUD

#### Departamento de Control de Vectores

Lic. Cornelio Campos

#### Departamento de Vigilancia de Factores Protectores Y de Riesgo A La Salud Y Enfermedad

Dr. Enrique Castañedas

Dra. Itza Mosca

Dra. Rocío Arjona

Lic. Maria Mastellari de Greco

Dr. Héctor Cedeño

#### Programa ITS/VIH/SIDA

Dra. Gladys Guerrero

#### Departamento de Atención Integral de la Población

Dra. Amoy Chong Ho

Dra. Magali de Zevallos

### DIRECCION NACIONAL DE PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Fania de Roach

Lic. Odalis Sinisterra



## I. INTRODUCCION

La salud es el resultado de un conjunto de relaciones que se establecen en la sociedad y que surge como producto de la sociedad misma. Es por tanto, un indicador particular a un conjunto social determinado, un análisis de las condiciones de salud de la población refleja, no sólo los riesgos y los daños a esta condición sino también los factores naturales y sociales que protegen, en un momento dado a un grupo poblacional de enfermar y morir.

El análisis de situación de salud es, por tanto, un instrumento epidemiológico - gerencial que articula un conjunto de datos y los articula generando información de utilidad para los procesos de formación de políticas, proceso de planificación en salud y de gestión sanitaria, que se traduce en toma de decisiones informadas que toman en cuenta las realidades y necesidades sanitarias de la población y que contribuye en el proceso de identificación y priorización de necesidades.

A lo largo del tiempo, el desarrollo social y económico del país, han contribuido en la transformación permanente de la salud de la población panameña, pero también han sido fuente generadora de nuevos riesgos y retos sanitarios. Para Panamá son evidentes los cambios en sus perfiles demográficos y epidemiológicos, cambios que se reflejan en las causas de morbi-mortalidad y en el perfil del riesgo de enfermar y morir de nuestra población. Especial mención merecen las transformaciones medio ambientales, dada su alta complejidad y relación directa con el surgimiento de nuevas enfermedades y con la re emergencia de otras.

A pesar de lo antes enunciado, es claro que Panamá y su población residente presentan indicadores de salud que reflejan un mejoramiento de la calidad de vida y del nivel de bienestar colectivo, sin embargo, no es menos cierto, que esos mismos indicadores son capaces de transmitirnos la existencia de amplias brechas a lo interno de nuestra población, particularmente de los pueblos indígenas que se ven afectados por una marcada iniquidad y rezago en sus condiciones de desarrollo humano.

Estas iniquidades se perciben en el diario quehacer social y también en los problemas de salud de los pobres, entre los que se concentran las enfermedades transmisibles, frente a

un perfil nacional orientado mayormente a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas y las violencias muy influenciadas por estilos y modos de vida, que se traducen en actitudes, prácticas y comportamientos de las personas hacia los factores protectores y de riesgo para la salud.

Este documento, presenta una recopilación y análisis de datos cuyas fuentes se encuentran a lo interno y externo del sector. Plantea, de alguna manera, los principales problemas de salud que afectan a la población y considera posibles retos que la sociedad panameña, de manera articulada y participativa ha de enfrentar en la búsqueda de mejores condiciones de vida en este nuevo siglo.

La Dirección Nacional de Políticas de Sector Salud, en su esfuerzo por contribuir en la toma de decisiones informadas, presenta este instrumento de trabajo, de referencia nacional y espera que el mismo sirva de marco de referencia a autoridades y técnicos de salud. De igual forma, lo pone a disposición de profesionales, docentes, estudiantes, organizaciones sociales y no gubernamentales, agencias de cooperación técnica, instituciones públicas y privadas y población en general, que requieran de información sobre la situación de salud, en su interés por contribuir en el desarrollo de la salud de panameños y panameñas.

## **II. CONTEXTO**

### **2.1 Aspectos Generales Y Políticos**

Panamá nace como república independiente el 3 de noviembre de 1903, fecha en que se separa de Colombia. Su sistema de gobierno es el de una democracia representativa con tres poderes, ejecutivo, legislativo y judicial. El ejecutivo incluye un presidente y dos vicepresidentes; el legislativo es unicameral, la Asamblea Legislativa, conformada por 72 representantes y el judicial es dirigida por nueve magistrados. El idioma oficial es el español y la religión predominante es católica (85%), seguida por la protestante (15%). La moneda oficial es el Balboa que circula a la par con el dólar de los EEUU.

El 31 de diciembre de 1999 cesó la presencia militar de EEUU de Norteamérica en territorio panameño y su participación en la administración del canal, que pasó al dominio de Panamá.

El proceso de descentralización de la gestión gubernamental es todavía incipiente si bien existe interés en los diversos actores y se trabaja en la preparación de un proyecto de fortalecimiento de la gestión pública a nivel municipal. Lo anterior se apoya en el reconocimiento de la centralización de la gestión pública actual, ya que según el Índice Nacional de Desarrollo Humano (INDH) del 2002, solo el 2% del gasto público se ejecuta a nivel de los municipios y provincias.

### **2.2 Localización Y División Política**

La República de Panamá se encuentra localizada en el Hemisferio Norte, en la zona intertropical cercana al Ecuador. Panamá tiene la forma de una S mayúscula acostada y presenta una dirección de este a oeste, contraria a la dirección del resto de los istmos centroamericanos los cuales van de norte a sur. Limita al norte con el Mar Caribe, al este con la República de Colombia, al sur con el Océano Pacífico y al oeste con la República de Costa Rica. El Istmo de Panamá es el más oriental, angosto y bajo de los istmos de América Central con una anchura mínima de 82 km. (Mapa N° 1)

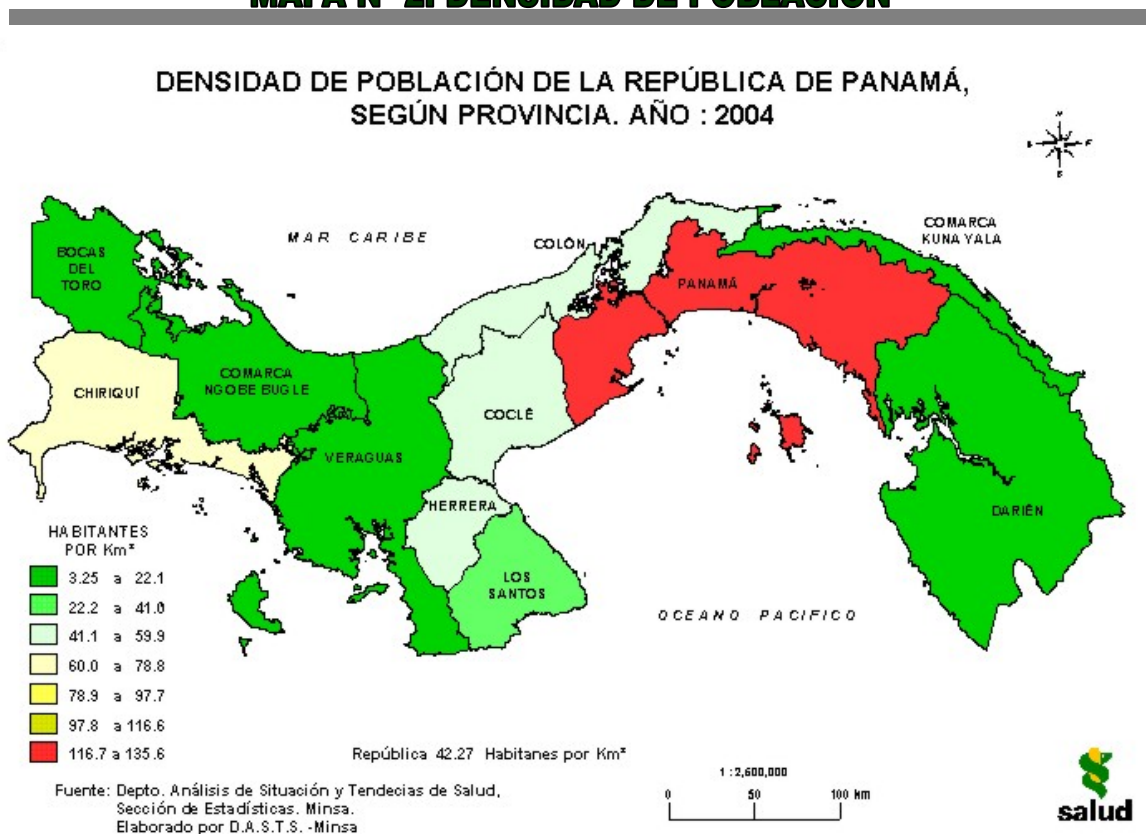
## MAPA N° 1: LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL ISTMO DE PANAMA



Panamá posee un territorio continental e insular de 75,517 kilómetros cuadrados (km<sup>2</sup>) y una población de 3.172.360 habitantes (al 1 de julio de 2004), lo que resulta en una densidad de 42.3 habitantes por kilómetro cuadrado y un crecimiento poblacional anual de 1,80 por ciento.

Las Provincias con mayor densidad de población son de Panamá, Colón, Chiriquí y Coclé, en el otro extremo se ubican las de Darién y Bocas del Toro y la comarca Kuna Yala. (Mapa N°2).

## MAPA N° 2: DENSIDAD DE POBLACION



Con fundamento en las características geográficas, la tradición histórica, los regionalismos y el ordenamiento jurídico vigente, el territorio se divide en nueve provincias (Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá y Veraguas), 75 distritos o municipios, 620 corregimientos (dos de ellos son comarcales: Kuna de Madugandi y Kuna de Wargandi) y cuatro comarcas indígenas (Kuna Yala, Emberá, Kuna de Madungandí y Ngöbe-Buglé). (Mapa N°3). A su vez el sector salud cuenta con 14 Regiones Sanitarias, de las cuales las de mayor densidad de población son la Metropolitana, la de San Miguelito y Panamá Oeste, y en el otro extremo se ubican Darién, Panamá Este y Bocas del Toro, principalmente las áreas indígenas. Se estima que para el año 2004 el porcentaje de población urbana era del 62.0%.

## MAPA N° 3: ORGANIZACION POLITICA. REPUBLICA DE PANAMA.

### DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA DE LA REPUBLICA DE PANAMA POR DISTRITO



### 2.3 Características Físico-Geográficas Del País.

Panamá posee un clima propio de la zona intertropical, uniforme a lo largo de todo el año, promediando los 27° C., con una marcada diferencia entre las dos estaciones existentes: la estación lluviosa y la seca, referidas comúnmente como invierno y verano, respectivamente; la primera se extiende de mayo a diciembre, a la que sigue la estación seca, llamada “verano”, caracterizada por la presencia permanente de vientos alisios. Las lluvias de nuestro país se caracterizan por ser muy intensas y de corta duración. El valor promedio anual de la precipitación en el Istmo es de 2,000 mm. Cabe destacar que existe una variación importante del contenido de humedad en el aire, en la cual influyen las grandes masas oceánicas del Atlántico y del Pacífico. Además que debido a lo angosto de la franja que separa estos océanos el clima está determinado por una gran influencia marítima. Son estas condiciones de alta precipitación junto a las altas temperaturas los factores propicios para la existencia de una gran variedad de insectos transmisores o vectores de distintas enfermedades tropicales, como la malaria, el dengue, la leishmaniasis, y la enfermedad de Chagas, entre otras.

Existen en Panamá varias cadenas montañosas, entre la que se destaca la Cordillera Central por su extensión, altura e influencia, tanto en las condiciones físicas (temperatura, precipitación y movimiento de masas de aire) como en la distribución de la población. La Cordillera Central divide al Istmo en dos vertientes: la del Pacífico y la del Atlántico.

A lo largo de la vertiente del Caribe la población es escasa, salvo algunas áreas de la provincia de Bocas del Toro, Colón y la Comarca de Kuna Yala en donde existen centros notables de población. Han sido los elementos naturales como la alta precipitación durante todo el año, el relieve quebrado y la acidez de los suelos los que han mantenido esta vertiente con una baja densidad de población.

Por otra parte, la mayor parte de la población panameña (aproximadamente el 75%) se encuentra localizada a lo largo de la vertiente del Pacífico. En esta zona convergen condiciones físico - geográficas favorables como la presencia de valles fértiles y llanuras extensas, abundantes recursos hídricos, una temporada seca marcada, suficiente radiación solar y alto potencial pesquero los que han hecho posible el desarrollo de las actividades agropecuarias e industriales.

Sobre la vertiente del Pacífico existen tres centros importantes de concentración de la población panameña:

1. La región metropolitana, la cual incluye las grandes ciudades de Panamá, Colón, La Chorrera y Arraiján (con más del 50% de la población nacional).
2. El área de las provincias centrales en la que se destacan las ciudades de Chitré, Las Tablas, Los Santos, Santiago, Aguadulce y Penonomé.
3. El área occidental de Chiriquí con centros como David, La Concepción y Puerto Armuelles.

La migración de las áreas rurales hacia los centros urbanos, especialmente hacia la zona metropolitana, merece una mención especial pues este proceso se ha acentuado en las últimas dos décadas. El fenómeno de la migración rural - urbano ha traído como consecuencia un notable desbalance entre el área metropolitana y el resto del país, que como resultado ha originado problemas ambientales relacionados con el crecimiento desordenado

de la ciudad de Panamá, que cada día absorbe a su paso áreas boscosas de enorme interés para el funcionamiento del Canal y entre otros, los relacionados con el saneamiento básico (agua potable, disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos). Una de las principales causas de esta destrucción ambiental es la creación de complejos residenciales e industriales, complejos que no sólo han tenido un alto precio en las áreas boscosas adyacentes a la ciudad, sino que han creado nuevos microclimas denominados “urbanos.”

### III. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 2004, en 3,172,360 habitantes, siendo mayor la proporción de hombres (50.4%) que de mujeres (49.6%). (Cuadro N°1). En zonas urbanas se concentra el 62.0% de la misma y el 38.0% restante lo hace en las zonas rurales, siendo el 30.7% menor de 15 años, el 63.5% de 15 a 64 años y el 5,8% de 65 y más.

Según el censo de 2000, la población indígena panameña está representada por 150,772 habitantes, que se corresponde con el 5.1% de la población total; para el 2004 esta población se mantiene en el 5.5%

**Cuadro N° 1 Población por Sexo según Provincias.  
República De Panamá. Año: 2004**

Región Comarca Indígena	Sexo		
	Total	Masculino	Femenino
<b>Total</b>	<b>3,172,360</b>	<b>1,600,879</b>	<b>1,571,481</b>
Bocas de Toro	103,072	53,181	49,891
Coclé	221,514	114,341	107,173
Colón	226,589	115,130	111,459
Chiriquí	400,321	203,633	196,688
Darién	43,828	24,207	19,621
Herrera	109,371	55,496	53,875
Los Santos	88,606	45,084	43,522
Panamá	1,582,351	787,658	794,693
Veraguas	222,381	117,140	105,241
Kuna Yala	36,192	16,917	19,275
Ngobe Buglé	128,978	63,289	65,689
Emberá	9,157	4,803	4,354

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004



Dada las particularidades geográficas del país y el marco histórico nacional, la población panameña está constituida por diversos grupos humanos, entre los que se cuentan:

- a) Grupos no indígenas, los cuales constituyen el 94.9% de la población total del país, para el año 2003. Los grupos no indígenas incluyen:
- Grupo Hispano indígena que constituye uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario;
  - Población Afro-Colonial, son los descendientes de los esclavos africanos traídos durante la colonización española
  - Población Afro-Antillana, son los descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa.
- b) Grupos Indígenas: el 2004 estos grupos constituyeron aproximadamente el 5.5% de toda la población y lo conforman 5 grupos claramente definidos, Kuna, Emberá y Wounaan, Ngobe Buglé, Bri Bri y Naso de los cuales, según el censo del 2000, los Ngobé Buglé representaban el 64.5% de la población indígena del país, para el 2004 cerca de 2 de cada 3 indígenas pertenecen a la etnia Ngobé Buglé. (Cuadro N°2 )

**Cuadro N° 2 Distribución de la Población Indígena según Etnia.  
República de Panamá. Año: 2004**

<b>Población Indígena</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Total	174327	100.0
Ngobé Buglé	128978	73.9
Kuná	36192	20.8
Emberá	9157	5.3

Fuente Documental: Contraloría General de la República,  
Dirección de Estadísticas y Censo. Análisis Demográfico

A pesar de que en 1997 el 38.4% de la población tiene menos de 18 años, y que para 1999 un 37.5% se encuentre en este rango de edad, la estructura por grupos de edad presenta rasgos propios de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. (Gráfica N° 1) La

proporción de población de menos de 18 años se mantiene alrededor del 40%, para los años 2000 y 2004. Este hecho es observable al analizar la distribución por grupos de edad en el diferentes décadas; se aprecia el aumento progresivo de la población en edad productiva de 15-59 años, aunque actualmente para la Seguridad Social esta población abarca hasta los 62 años; de igual forma son observables la tendencia a disminuir de la proporción de los menores de 15 años y los leves aumentos de los mayores de 60 años. (Cuadro N° 3). La estructura por edad señala, para 2003, que el 31.0% de la población por debajo de los 15 años de edad; con una relación de dependencia de 57.9 (siendo considerados como dependientes los menores de 15 años y los mayores de 65 años de edad). Estos cambios de las variables demográficas se dan como efecto de las variaciones en el patrón epidemiológico en la segunda mitad del siglo y de procesos de desarrollo en el área social, en sus componentes de salud y educación, de la comunicación, por disponibilidad de tecnología mundialmente conocida, y por factores económicos.

Un indicador que también refleja este proceso de envejecimiento, es la razón de la población de más de 60 años “tercera edad” y el número de “niños preadolescentes” o sea menores de 15 años. En 1970 la proporción de la tercera edad era de sólo 13 personas de la tercera edad por cada 100 preadolescentes, elevándose a 22.2/100 para 1994, y a 27.7 personas de la tercera edad por cada 100 niños preadolescentes, para el año 2003.

En síntesis, puede decirse que la estructura poblacional es aún joven, pero en plena transición al envejecimiento, como se puede apreciar en la evolución de la pirámide poblacional y en la paulatina reducción de la proporción de la población menor de 15 años,<sup>1</sup> con un índice de envejecimiento es de 27.7%. (Ilustraciones N° 1 y 2).

---

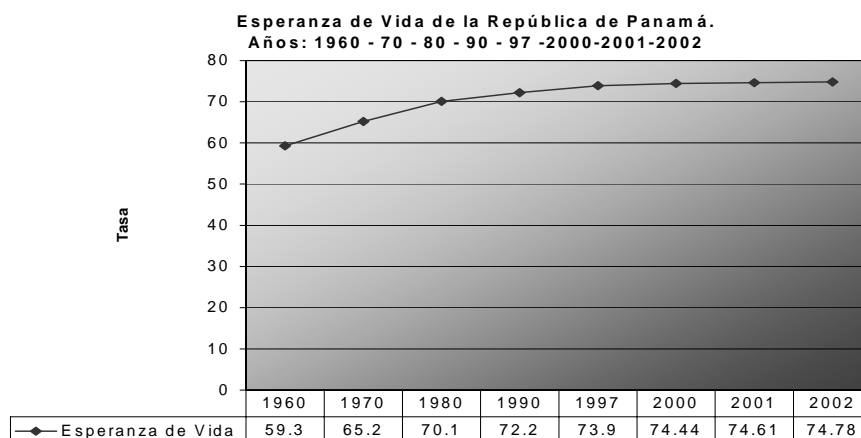
<sup>1</sup> Índice de envejecimiento = (población de 60 años y más / población 0-14) x 100. Fuente: Elaboración previa basada en estimaciones y proyecciones de los países, CELADE. Boletín Demográfico N° 62

**Cuadro Nº 3: Proporción De La Población Según Grupo De Edad.  
República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990 , 2000 Y 2004**

Grupo de Edad (años)	1960	1970	1980	1990	2000	2004
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Menor de 5</b>	16.9	16.2	13.0	12.5	11.2	10.9
<b>5-9</b>	14.5	15.1	13.5	11.7	10.5	10.3
<b>10-14</b>	12.0	12.2	12.8	11.0	10.2	9.8
<b>15-19</b>	10.0	10.2	11.2	10.8	9.5	9.4
<b>20-29</b>	15.5	15.8	16.7	18.6	17.9	17.2
<b>30-39</b>	11.5	10.9	12.2	13.1	15.2	15.5
<b>40-49</b>	8.8	8.0	8.1	9.1	10.6	11.2
<b>50-59</b>	5.3	5.9	5.8	5.9	7.1	7.4
<b>60 y Más</b>	5.5	5.7	6.7	7.3	7.9	8.4

Fuente: Departamento de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.  
Años: 2004

**Gráfica N°1**



Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas, MINSA.  
Años

Las proyecciones demográficas por provincia muestran cambios en el ritmo de crecimiento y estructura por sexo como consecuencia del proceso de transición demográfica. Se proyecta que la provincia de Panamá concentrará en el año 2015 más de la mitad de la población del país, debido al crecimiento natural y la atracción de población del resto de las provincias. Bocas de Toro y Darién duplicarán la población que presentaban en 1990 para el 2015, debido a las altas tasas de fecundidad y la inmigración.

En Panamá, acompañando a la transición demográfica, destaca la transición urbana (transición de la migración) y, la transición de la fuerza de trabajo, durante la cual un grupo de

población con un perfil predominante rural se ha tornado mayoritariamente urbano; transición que obedece, en gran medida, a la migración del campo a la ciudad dada, entre otros factores, por una elevada fecundidad y limitadas oportunidades socioeconómicas, en las áreas rurales. Este hecho se evidencia por los cambios en la distribución geográfica de la población según área, se observa que entre el año 60 y 2000, se dio un incremento porcentual del 50% en la población urbana, a expensas de un descenso en la rural que descendió en un 35.6%. La proporción de población urbano, para el 2004, es 1.6 3 veces porcentuales mayor que la rural. (Cuadro N°4).

**Cuadro N° 4 Proporción De La Población Por Area.  
República De Panamá. Años: 60,70, 80, 90, 2000 Y 2004**

Area	1960	1970	1980	1990	2000	2004
Urbana	41.5	45.3	50.5	53.7	62.2	62.0
Rural	58.5	54.7	49.5	46.3	37.7	38.0

Fuente: Contraloría General de la República

Estos cambios de la transición demográfica afectan la estructura de población, lo que es observable al comparar la pirámide de población del año 60, que se caracteriza por tener una base ancha, con las pirámides de población de los años 2000 y 2002, donde se va estrechando su base e incrementando la proporción de población en edades maduras. (Ilustración N° 1 y 2)

Ilustración Nº 1: Pirámides de Población. Panamá. Años: 1960. 1980. 1990- 2000

# Estructura Comparativa de la Población de la República, por Sexo y Edad.

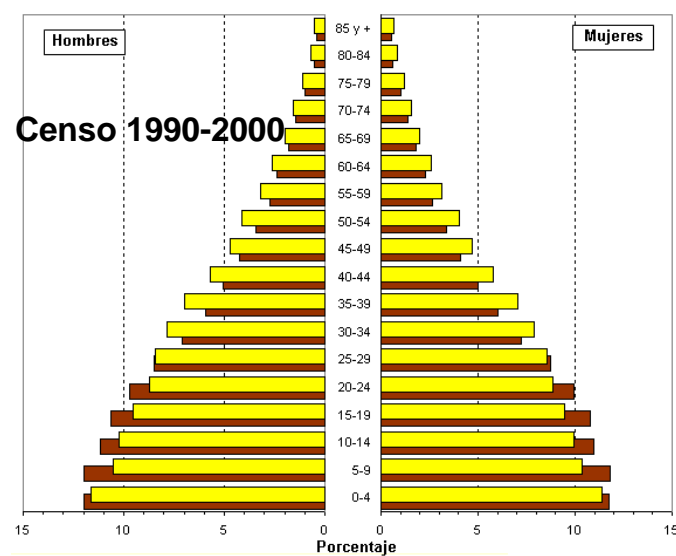
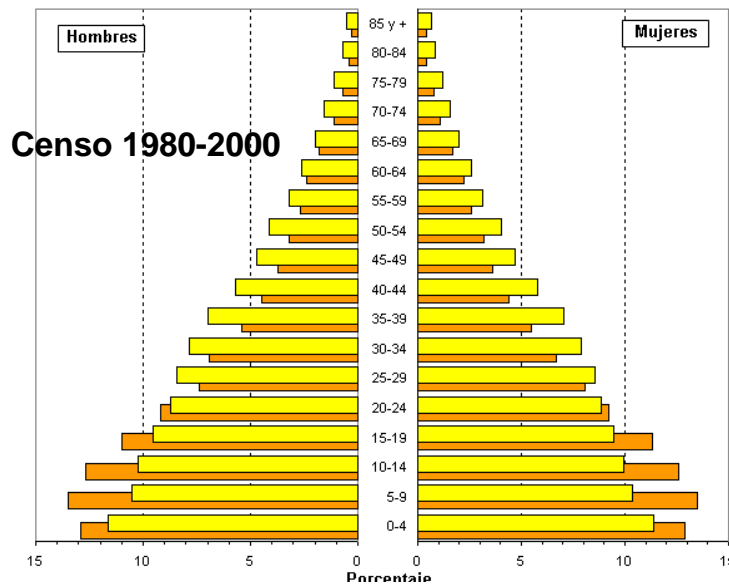
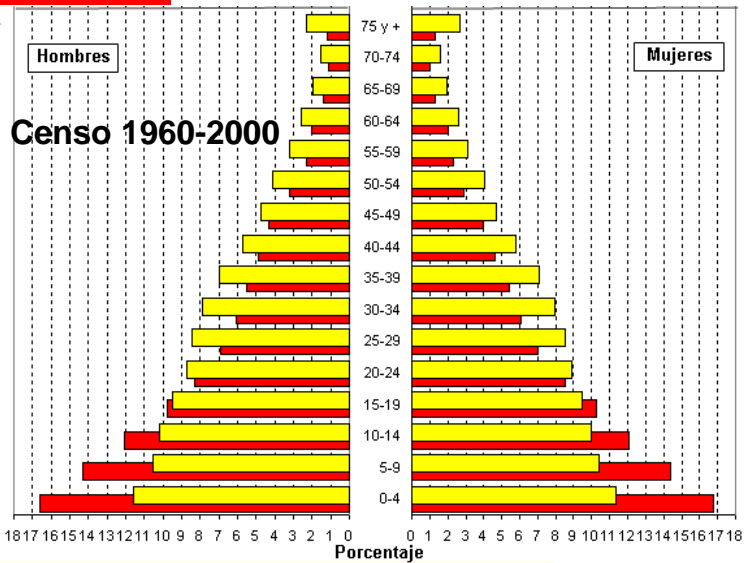


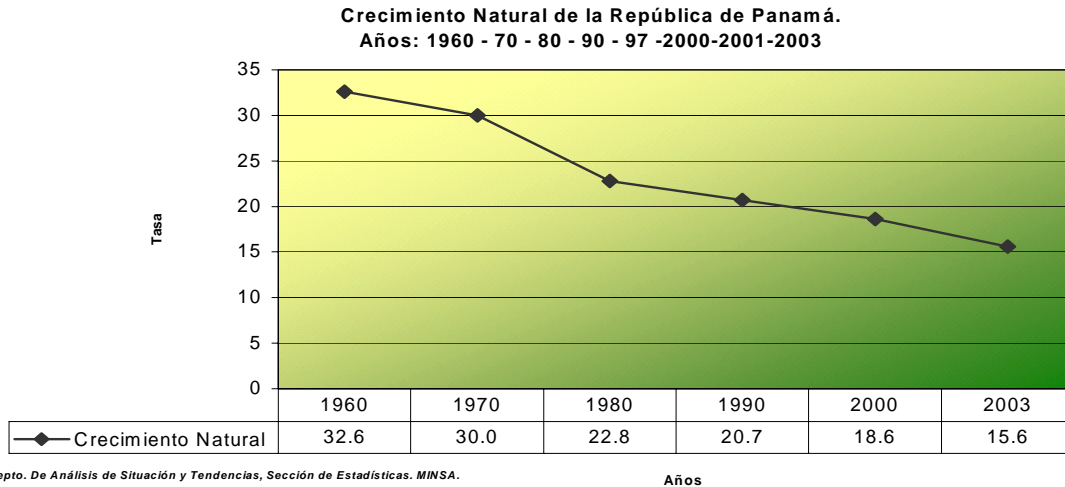
Ilustración N° 2: Pirámides de Población. Panamá. Años: 1960, 1980, 2000 - 2004



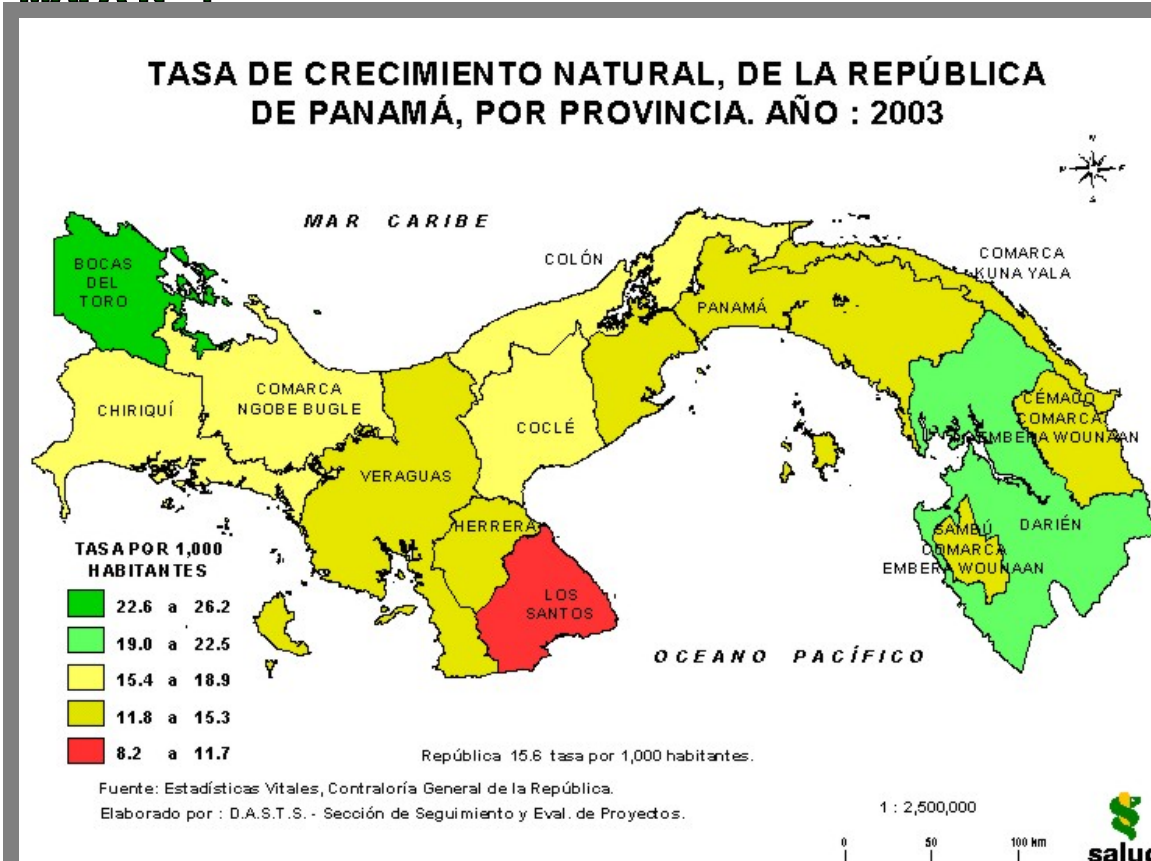
### 3.1 El Crecimiento Natural De La Población

La República de Panamá se encuentra en la tercera etapa, es decir de plena transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural de moderada a baja (alrededor del 2 anual), pues presenta muestras de reducción, producto de la diferencia de una tasa bruta de natalidad (para 1960 fue de 41.0; para 1997 de 25.0 y para 2003 de 19.8 nacimientos por mil habitantes) frente a una mortalidad (para 1960 fue de 8.4; para 1997 de 4.5 y para 2003 de 4.3 muertes por mil habitantes). (Cuadro N°6 - Gráfica N°2) La provincia de Los Santos presentó la tasa más baja de crecimiento natural de la población, en tanto Bocas del Toro y Darién presentaron las más elevadas (Mapa N° 4).

Gráfica N°2



**MAPA N° 4**



En términos generales las tasas de crecimiento de la población en el país continúan descendiendo tanto en el área urbana como en la rural, y se estima una disminución progresiva en las mismas, inclusive un crecimiento negativo para el área rural en el 2020; en parte como consecuencia de la migración de áreas rurales a áreas urbanas.

En el año 1997, en el ámbito provincial, los datos destacan diferencias notables, en cuanto a la fase de la transición por la cual atraviesan, Bocas del Toro y el Darién, que se ubican en la fase II, transición moderada, con tasas del orden de 2.9% y 2.0%. La proporción de sus poblaciones por debajo de los 15 años de edad, fue de 42.2% para Bocas del Toro y de 40.9% para Darién, en tanto que, sus relaciones de dependencia de 82.1% y 79.1%, respectivamente (siendo considerados como dependientes los menores de 15 años y los mayores de 65 años de edad). Para el 2003, el 41.9% y el 40.5% de la población de Bocas del Toro y Darién, respectivamente son menores de 15 años. La relación de dependencia se mantienen sin mayores fluctuaciones para ambas provincias, alcanzando cifras del 80.1% y del 81.4% para Bocas del Toro y Darién, respectivamente.

En el extremo opuesto, o sea en fase IV, transición demográfica avanzada, se ubican las provincias de, Los Santos, de Herrera y Panamá, en ese orden. La provincia de Los Santos presenta una tasa de crecimiento natural de apenas 1.25%, con una proporción de 25.8% de su población por debajo de los 15 años y una relación de dependencia de 55.7 %; la provincia de Herrera tienen una tasa de crecimiento natural de 1.7%, con un 30.5.0% de su población por debajo de los 15 años de edad y una relación de dependencia de 61.55 (siendo considerados como dependientes los menores de 15 años y los mayores de 65 años de edad).

En el decenio 1990-2000, el resto de las provincias, Coclé, Colón (incluida la Comarca de Kuna Yala), Chiriquí y Veraguas pasan por la fase III, en plena transición demográfica, con tasas de crecimiento natural que variaban entre 2.0 y 2.3% anual.

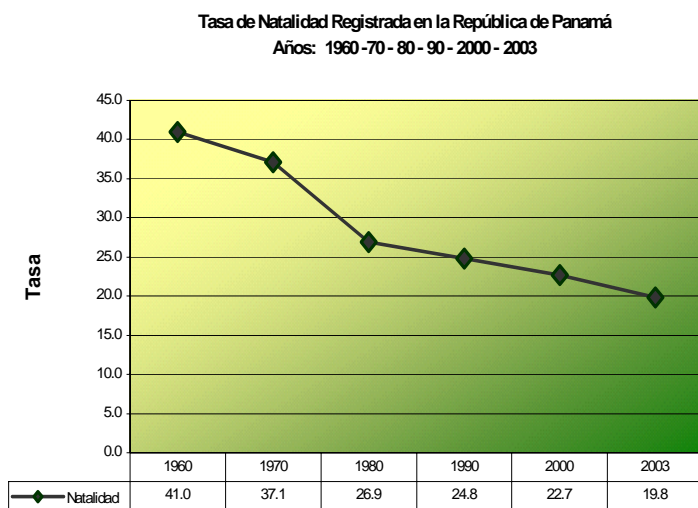
Otro aspecto que influye en este proceso son las características migratorias en estas poblaciones relacionadas con la falta de polos de desarrollo económico.



### 3.2 La Natalidad

La natalidad presenta valores que la sitúan dentro de la categoría de alta, en el periodo de 1960 a 1970, valores moderados entre 1980 y 1997; para el periodo 2000 – 2003 presenta una clara tendencia al descenso. Este descenso se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante los años 1960 a 2004, cuando alcanza un disminución porcentual del 50.7%, siendo de 41.0 por 1000 habitantes en 1960 y con una tasa estimada, para el 2004 de 20.2 por 1000 habitantes. (Cuadro N° 6 y Gráfica N°3). Al comparar el área urbana con la rural se observa que para la última la tasa de natalidad es alta 26.6 por 1000 nacidos vivos. En 1997, la provincia de Bocas del Toro es la única que presenta una tasa alta, en tanto las más bajas se reportan en las provincias de Herrera y de Los Santos, respectivamente. Para 1998 se suma a la provincia de Bocas del Toro. En el 2003, la tasa de natalidad del país fue de 19.8 nacimientos por 1000 habitantes; los distritos de Changuinola y Ñurum presentaron las tasas de natalidad más elevadas, con un rango entre 27.5 y 30.3 nacimientos por 1000 habitantes; en tanto que, los distritos Kankintú, Podrú, Río de Jesús, Chimán, Balboa y Cémaco alcanzaron cifras entre 8 y 10.6 nacimientos por 1,000 hab. (Mapa N° 5). Se estima que en el 2004, en las provincias de Herrera y Los Santos se presentaran las tasas más bajas, con 18.1 y 14.3 respectivamente.

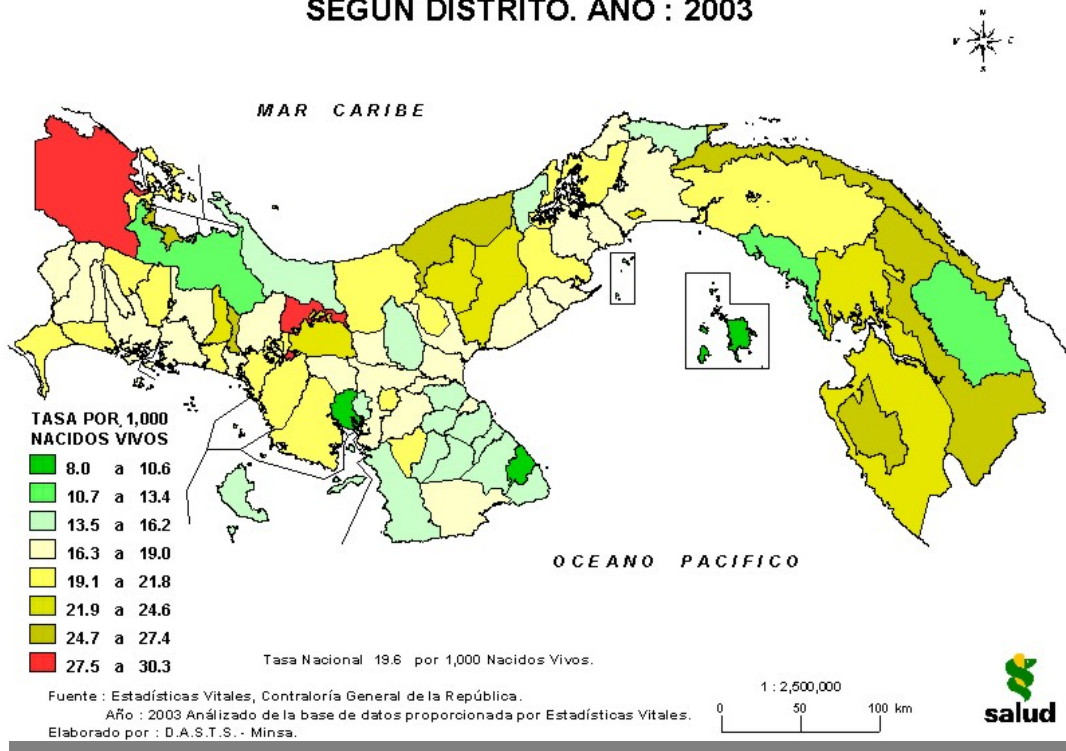
Gráfica N°3



NOTA: Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos.  
Fuente Documental: Contraloría General de la República: Dirección de Estadística y Censo.  
Estadísticas Vitales Volumen II. Nacimientos.  
Fuente Elaboración: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud-Registros Médicos y Estadísticas de Salud

## MAPA N° 5

### TASA DE NATALIDAD, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN DISTRITO. AÑO : 2003



### 3.3 La Mortalidad

En las últimas cuatro décadas, Panamá ha experimentado importantes transformaciones que han propiciado, en general, avances sustanciales en la salud de la población. El desarrollo económico, las mejoras en la educación, los adelantos en la higiene de la población, la salubridad y la tecnología médica, son factores que han incidido en la reducción de las tasas de mortalidad y en los cambios de los patrones de la morbilidad. La tasa de mortalidad registrada en las décadas de los años '30, '50 fue de 28.3 y de 15.2 muertes por 1,000 habitantes respectivamente. En la década 80 alcanzó cifras de 4.1 muertes por 1,000 habitantes y para 1997 la tasa fue de 4.5 muertes por 1.000 habitantes. Esta tasa se ha mantenido en los años 2000 a 2003 en alrededor de 4.0 muertes por 1,000 habitantes (Cuadro N°6, Mapa N° 6). Para el 2002, arroja un valor de 4.8 para los hombres y 3.5 para las mujeres, cifras que se

mantienen muy semejantes en el 2003, siendo de 4.9 para los hombres y 3.6 para las mujeres. (Cuadro N° 5).

**Cuadro N° 5. Principales Causas De Muerte Por Sexo. Año:2003**  
(tasas por 1000 habitantes)

CODIGO	CAUSA	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
		Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
	<b>TOTAL*</b>	<b>13248</b>	<b>4.3</b>	<b>7763</b>	<b>4.9</b>	<b>5485</b>	<b>3.6</b>
026-046	Tumores Malignos	2239	0.7	1239	0.8	1000	0.6
096-103	Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	0.5	1228	0.8	264	0.2
69	Enfermedades Cerebrovasculares	1391	0.4	750	0.5	641	0.4
67	Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	0.4	769	0.5	550	0.4
52	Diabetes Mellitas	784	0.3	343	0.2	441	.03
76	Enf. Crónicas de Vías Respiratorias Inferiores	534	0.2	306	0.2	228	0.1
20	Otras enfermedades del corazón	510	0.2	289	0.2	221	0.1
68	Enfermedad por VIH	424	0.1	315	0.2	109	0.07
74	Neumonía	377	0.12	205	0.13	172	0.12
93	Malformaciones congénita, deformidades y Anomalías cromosomicas	358	0.12	198	0.13	160	.011
92	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	338	0.11	196	0.13	142	0.10
	Todas las demás enfermedades	3482	1.1	1925	1.2	1557	1.0

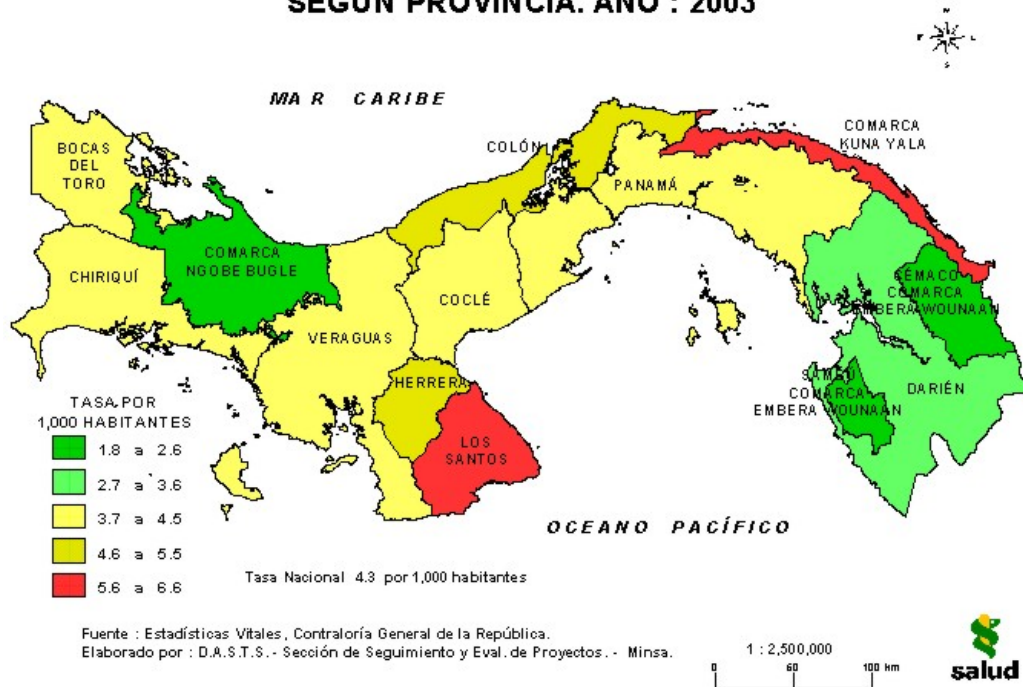
\* Tasas por 1000 habitantes.

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003.

Al considerar en el ámbito provincial y comarcal en el 2003, el comportamiento de la mortalidad general, indicó que el riesgo de morir es mayor en la provincia de Los Santos y la Comarca Kuna Yala que la Comarca Ngobe Buglé y Darién. (Mapa N° 6), lo cual guarda relación, quizás, con las condiciones de vida de estas poblaciones, con los grados de iniquidad en la capacidad de respuesta de los servicios públicos, con las condiciones del registro de mortalidad y con el proceso de envejecimiento, principalmente en lo relacionado con la provincia de Los Santos.

## MAPA N° 6

### TASA DE MORTALIDAD GENERAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003



En el descenso de la mortalidad, el componente más importante ha sido la reducción de la mortalidad infantil. (Gráfica N° 4). Esta tenía un valor elevado, en el quinquenio 1950-1955, del orden de 93.04 muertes por mil nacidos vivos disminuyendo a 43.4 por mil nacidos vivos, en el quinquenio 1970-1975. Para el año 1997 alcanza un valor de 17.2 muertes por mil nacimientos y para el 2003, las cifras fueron de 15.2 muertes por mil nacimientos. (Cuadro N° 6)

Este descenso de la mortalidad ha sido acompañado de un conjunto de procesos que se les ha denominado transición epidemiológica y cuyas principales características son los cambios en la estructura por edad de la mortalidad y los cambios en las causas de muertes predominantes; situación observable al analizar las tasas y la mortalidad proporcional por causa para los años 60', 70', 80', 90', 2000 y 2003. Las variaciones en el perfil epidemiológico son claras cuando en los primeros años del análisis prevalecían entre las principales causas de muerte las enfermedades infectocontagiosas y ya para el año 80' estos sitios eran predominantemente ocupados por las enfermedades crónicas y degenerativas. (Cuadros N° 6, 7 y 8)

**Cuadro N° 6: Natalidad, Mortalidad, Crecimiento Natural, Fecundidad Y Esperanza De Vida.  
Por Área, Según Provincia . República De Panamá. Años: 1960-2000 y 2003**

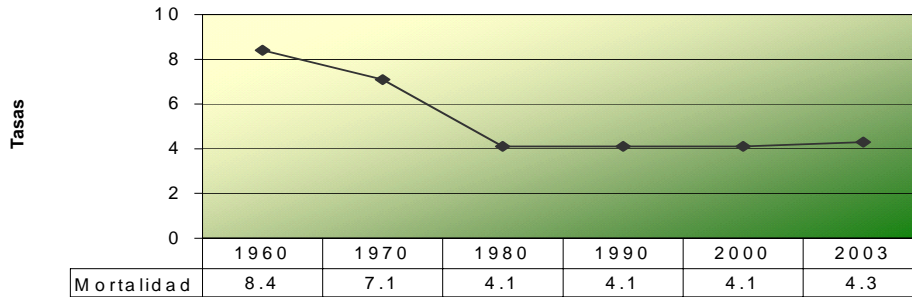
Indicador	Total	Área		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
<b>Crecimiento Natural</b>													
1960	32.6	31.9	33.2	34.1	32.5	26.1	38.4	31.9	31.4	30.6	31.6	34.1	-
1970	30.0	30.5	29.7	34.0	33.8	28.6	30.6	32.5	29.5	25.0	29.4	30.8	-
1980	22.8	22.0	23.7	33.9	25.4	22.3	23.4	19.5	21.5	14.3	22.1	24.8	-
1990	20.7	17.3	24.6	37.3	22.9	23.4	20.2	23.0	17.3	12.9	19.3	23.1	-
2000	18.6			25.8	19.7	19.9	18.5	15.8	16.0	10.3	18.0	19.2	23.8
2003	15.5	...	...	26.2	16.4	16.4	15.4	20.4	12.5	8.2	15.0	14.8	21.7
<b>Fecundidad Global</b>													
1960	7.03			6.73	9.93	6.43	7.61	10.36	7.0	6.82	5.97	8.22	-
1970	5.06			6.47	6.86	4.96	5.63	6.59	5.14	4.47	4.21	6.5	-
1980	3.64			6.22	4.74	3.84	4.18	4.28	3.77	2.93	2.98	5.14	-
1990	2.88			4.4	3.59	3.37	2.48	3.61	2.85	2.22	2.46	4.09	3.61
2000													
2003	2.36			3.7	2.9	2.5	2.4	3.6	2.3	1.9	2.1	2.7	3.8
<b>Natalidad</b>													
1960	41.0	39.1	42.4	46.9	42.7	37.4	46.3	39.4	38.6	37.1	38.2	45.5	-
1970	37.1	36.0	38.1	43.1	41.8	36.6	38.2	40.8	37.2	31.6	35.2	40.0	-
1980	26.9	26.1	27.7	38.6	29.5	27.3	27.5	20.7	25.3	18.7	25.9	29.4	-
1990	24.8	21.4	28.6	42.1	27.4	29.4	23.3	25.6	21.4	17.6	23.3	26.9	-
2000	22.7	...		28.7	23.6	25.2	22.2	17.9	20.0	16.3	22.3	23.2	29.2
2003	19.8			30.6	20.6	21.5	19.4	23.0	17.2	14.2	19.2	18.9	28.2
<b>Índice de Masculinidad (porcentaje)</b>													
1960	103.0	-	-	116.2	2121	98.8	106.4	116.9	104.7	106.2	96.9	109.4	-
1970	103.5	-	-	109.0	105.8	102.3	102.9	98.5	100.6	111.6	103.2	102.2	-
1980	104.2	-	-	112.5	17.0.	103.6	103.6	92.0	103.5	96.9	105.1	103.3	-
1990	103.7	-	-	109.0	4.1.7	103.5	105.2	111.7	102.2	106.3	104.5	97.9	93.1
2000	102.2			109.4	104.5	103.8	104.2	124.4	103.1	104.4	98.7	111.1	87.6
2003	101.9			107.2	106.6	103.4	103.7	123.8	103.0	103.8	99.0	111.1	87.6
<b>Mortalidad (2)</b>													
1960	8.4	7.2	9.2	12.8	10.2	11.3	7.9	7.5	7.2	6.5	6.6	11.4	-
1970	7.1	5.5	8.4	9.1	8.0	8.0	7.6	8.3	7.7	6.6	5.8	9.2	-
1980	4.1	4.1	4.0	4.7	4.1	5.0	4.1	1.2	3.8	4.4	3.8	4.6	-
1990	4.1	4.1	4.0	4.8	4.5	6.0	3.1	2.6	4.1	4.7	4.0	3.8	-
2000	4.1			3.8	3.6	5.4	4.0	2.4	4.6	5.5	4.0	3.9	5.6
2003	4.3			4.4	4.2	5.1	4.0	3.1	4.7	6.0	4.2	4.1	6.5
<b>Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.)</b>													
1960	56.9	53.1	59.3	70.6	59.04	81.4	61.6	56.3	45.0	49.6	47.7	62.4	-
1970	40.5	29.8	48.8	52.0	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	30.2	33.7	47.3	-
1980	21.7	19.4	23.9	37.3	26.3	20.5	26.0	12.4	23.2	14.2	19.7	16.8	-
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.6	10.6	9.0	17.1	16.5	32.6
2000	16.7			27.2	15.5	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	27.3
2003	15.2			37.6	14.9	13.5	15.2	29.2	11.3	10.4	12.5	10.8	20.5
<b>Esperanza de Vida</b>													
1960	59.3												-
1970	65.2			53.4	64.8	61.5	63.2	49.6	65.3	68.0	71.5	59.2	-
1980	70.1			61.4	68.5	67.3	67.7	57.7	70.5	72.0	74.7	64.3	-
1990	72.2			66.0	71.0	70.2	70.6	62.9	72.4	73.8	75.0	67.7	-
2000	74.26			70.15	73.93	71.45	75.06	68.31	75.40	75.54	76.38	72.36	69.0
2003	74.82			70.85	74.47	72.08	75.59	69.08	75.89	75.95	76.73	73.14	69.8

(1) Hasta 1990 incluía la Comarca Kuna Yala. (2) Tasas por 1,000 Habitantes

Fuente: Contraloría General de la República y Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2003

**Gráfica N°4**

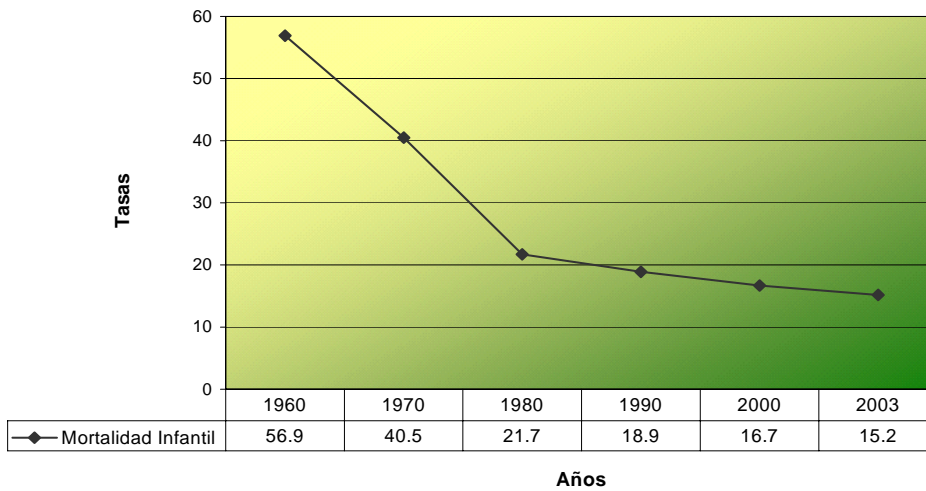
**Tasa de Mortalidad Registradas en la República de Panamá.  
Años: 1960, 70, 80, 90, 2000, 2003**



**NOTA:** Tasa calculada por 1,000 habitantes **Años**  
**Fuente Documental:** Contraloría General de la República: Dirección de Estadística y Censo. Volumen III Defunciones.  
**Fuente Elaboración:** Departamneto de Análisis y Tendencias de Salud-Registros Médicos y Estadísticas de Salud

**Gráfica N°5**

**Tasa Mortalidad Infantil Registrada en la República de Panamá.  
Años: 1960 , 70 , 80 , 90 , 2000, 2003**



**NOTA:** Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos.

**Fuente Documental:** Contraloría General de la República: Dirección de Estadística y Censo. Volumen III Defunciones.  
**Fuente Elaboración:** Departamneto de Análisis y Tendencias de Salud-Registros Médicos y Estadísticas de Salud

Cuadro N° 7. Razón de Mortalidad Proporcional por Causas de Muerte Específicas y Demás Causas en la República de Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 y 2003

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	%	Causa de Muerte	N°	%
Total	8387	100	Total	10225	100
1. Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	8.2	1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	8.8
2. Enfermedades del Corazón	544	6.4	2. Accidentes Suicidios y Homicidios	754	7.3
3. Accidentes Suicidios y Homicidios	520	6.2	3. Neumonía	710	6.9
4. Enf. Propias de la Primera Infancia	562	6.7	4. Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	6.6
5. Tumores Malignos	470	5.6	5. Tumores Malignos	656	6.4
6. Neumonía	497	5.9	6. Enfermedades Cerebro vasculares	537	5.2
7. Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	4.7	7. Sarampión	303	2.9
8. Bronquitis	337	4.0	8. Tuberculosis	278	2.7
9. Tuberculosis	288	3.4	9. Bronquitis, Enfisema y Asma	273	2.7
10. Tos ferina	243	2.9	10. Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	2.1
11. Demás Causas	3843	45.8	11. Demás causas	4919	48.1
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	%	Causa de Muerte	N°	%
Total	7959	100	Total	9799	100
1. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1035	13.0	1. Tumores Malignos	1398	14.2
2. Tumores Malignos	1000	12.6	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1232	12.5
3. Enfermedad Cerebro vascular	550	6.9	3. Enfermedad Cerebro vascular	964	9.8
4. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	490	6.1	4. Infarto Agudo del Miocardio	676	6.9
5. Infarto agudo del Miocardio	474	5.9	5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	5.6
6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	434	5.4	6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	417	4.2
7. Neumonía	313	3.9	7. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	374	3.8
8. Infección Intestinal Mal Definida	239	3.0	8. Neumonía	299	3.0
9. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	234	2.9	9. Diabetes Mellitus	266	2.7
10. Bronquitis Crónica y la no Especificada, Enfisema y Asma	171	2.1	10. Anomalías Congénitas	239	2.4
11. Demás Causas	3019	37.9	11. Demás causas	3381	34.5
2000			2003		
Causa de Muerte	N°	%	Causa de Muerte	N°	%
Total	11841	100.0	Total	13248	100.0
1. Tumores Malignos	1938	16.4	1. Tumores Malignos	2239	16.9
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1337	11.3	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	11.3
3. Enfermedad Cerebro vascular	1201	10.1	3. Enfermedad Cerebro vascular	1391	10.5
4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1147	9.7	4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	10.0
5. Diabetes Mellitus	623	5.3	5. Diabetes Mellitus	784	5.9
6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	494	4.2	6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	534	4.0
7. Enf. Por Virus Inmunodeficiencia Humana	489	4.1	7. Otras Enfermedades del Corazón	510	3.8
8. Ciertas Afecciones Perinatales	463	3.9	8. Enfermedad del VIH	424	3.2
9. Otras Enfermedades del Corazón	441	3.7	9. Neumonía	377	2.8
10. Malformaciones Congénitas	353	3.0	10. Malformaciones congénita, deformidades y anomalías cromosómicas	358	2.7
11. Demás causas	3355	28.3	11. Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo perinatal	338	2.6
			Todas la demás causas	3482	26.3

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:2003

**Cuadro N° 8 Tasa De Mortalidad Por Causas De Muertes Especificas Y Demás Causas En La República De Panamá. Años: 1960, 1970, 1980, 1990., 2000 Y 2003 (Tasa Por 100,000 Habitantes)**

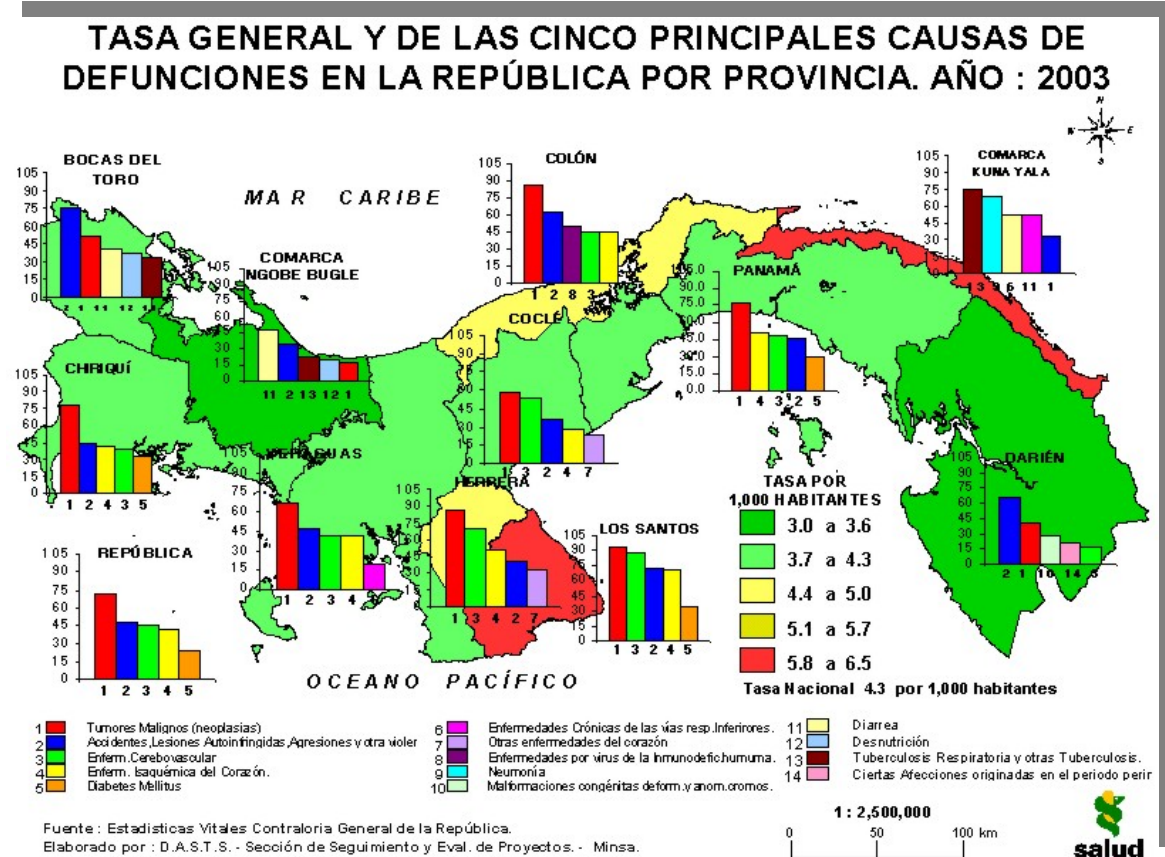
1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>8387</b>	<b>779.8</b>	<b>Total</b>	<b>10225</b>	<b>712.0</b>
1. Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	64.0	1. Enfermedades Isquémicas del Corazón	902	62.9
2. Enfermedades del Corazón	544	50.6	2. Accidentes Suicidios y Homicidios	754	52.6
3. Accidentes Suicidios y Homicidios	520	48.3	3. Neumonía	710	49.5
4. Enf. Propias de la Primera Infancia	562	52.3	4. Enteritis y otras Enf. Diarreicas	673	46.9
5. Tumores Malignos	470	43.7	5. Tumores Malignos	656	45.7
6. Neumonía	497	46.2	6. Enfermedades Cerebro vasculares	537	37.4
7. Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	36.7	7. Sarampión	303	21.1
8. Bronquitis	337	31.3	8. Tuberculosis	278	19.4
9. Tuberculosis	288	26.8	9. Bronquitis, Enfisema y Asma	273	19.0
10. Tos ferina	243	22.6	10. Otras Causas de Muerte en el Menor de un Año	220	15.3
11. Demás Causas	3843	357.3	11. Demás causas	4919	343.0
1980			1990		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>7959</b>	<b>410.5</b>	<b>Total</b>	<b>9799</b>	<b>405.3</b>
1. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1035	53.4	1. Tumores Malignos	1398	57.8
2. Tumores Malignos	1000	51.6	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1232	51.0
3. Enfermedad Cerebro vascular	550	28.4	3. Enfermedad Cerebro vascular	964	39.9
4. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de un Año	490	25.3	4. Infarto Agudo del Miocardio	676	28.1
5. Infarto agudo del Miocardio	474	24.4	5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	22.7
6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	434	22.4	6. Otras Enf. Isquemias del Corazón	417	17.2
7. Neumonía	313	16.1	7. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	374	15.5
8. Infección Intestinal Mal Definida	239	12.3	8. Neumonía	299	12.4
9. Enf. De la Circulación pulmonar y Otras Formas de Enf. Del Corazón	234	12.1	9. Diabetes Mellitus	266	11.0
10. Bronquitis Crónica y la no Especificada, Enfisema y Asma	171	8.8	10. Anomalías Congénitas	239	9.9
11. Demás Causas	3019	155.7	11. Demás causas	3381	139.8
2000			2003		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causas de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>11841</b>	<b>414.6</b>	<b>Total</b>	<b>13248</b>	<b>425.1</b>
1. Tumores Malignos	1938	67.9	1. Tumores Malignos	2239	71.8
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1337	46.8	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	47.9
3. Enfermedad Cerebro vascular	1201	42.1	3. Enfermedad Cerebro vascular	1391	44.6
4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1147	40.2	4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	42.3
5. Diabetes Mellitus	623	21.8	5. Diabetes Mellitus	784	25.2
6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	494	17.3	6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	534	17.1
7. Enf. por Virus Inmunodeficiencia Humana	489	16.9	7. Otras enfermedades del corazón	510	16.4
8. Ciertas Afecciones Perinatales	463	16.2	8. Enf. Por Virus Inmunodeficiencia Humana	424	13.6
9. Otras Enfermedades del Corazón	441	15.4	9. Neumonía	377	12.1
10. Malformaciones Congénitas	353	12.4	10. Malformaciones Congénitas	358	11.5
11. Demás causas	3355	117.47	11. Demás causas	3820	122.6

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:2004

La expresión geográfica de las causas de muerte, para el año 2003, puede ser apreciada en el Mapa N° 7

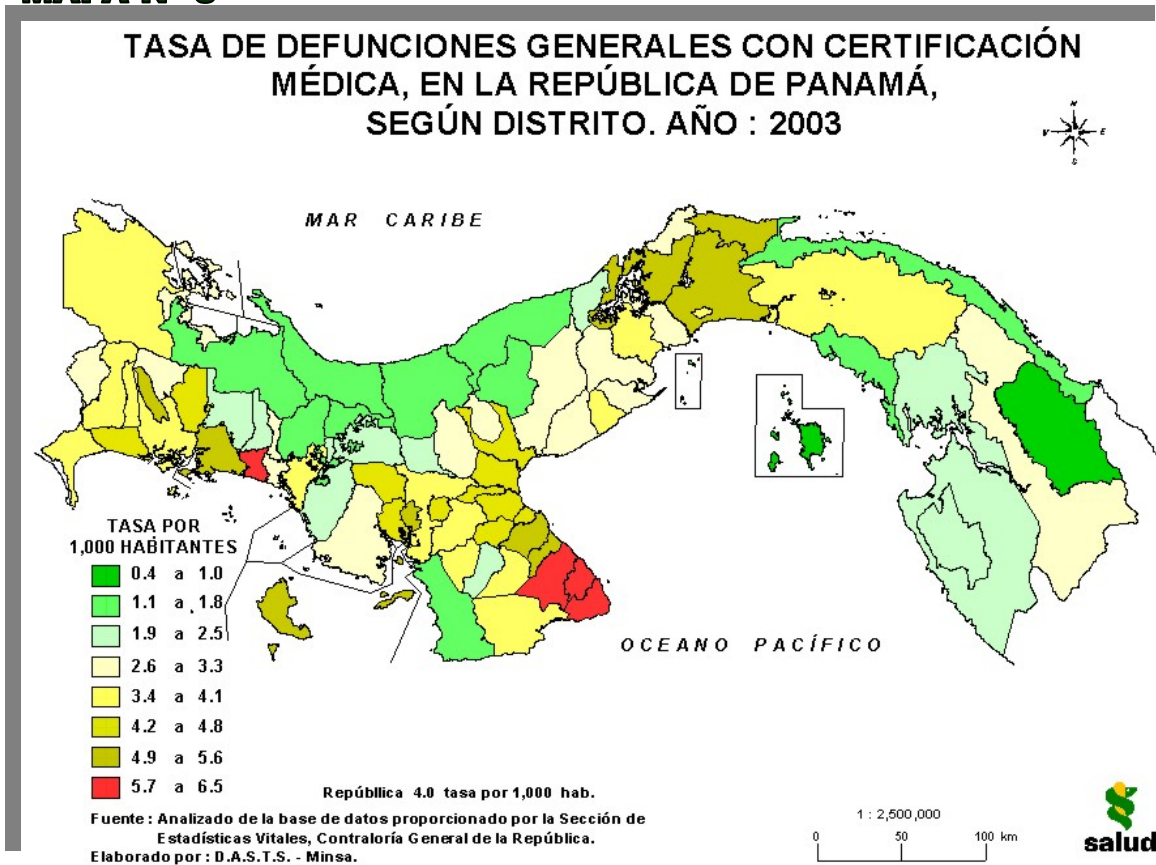


## MAPA N° 7



Sobre este punto, también puede expresarse que en el 2003, los distritos de San Félix, Las Tablas, Podrí y Pedasí Alanje, San Félix, Chitré, Guararé, Las Tablas, Pedasí, Pocrí, Santa Isabel, Colón y Panamá alcanzaron las tasas mas elevadas de defunciones generales con certificación médica, cuyos rangos oscilaron 5.7 y 6.5 defunciones por 1000 habitantes. Por su parte, los distritos de Kankintú, Kusapín, Muna, Ñuru, Donoso, Mariato, Santa Fé, Balboa, Chimán, La Pintada, Cémaco y la Comarca Kuna Yala, todos ellos rurales o indígenas, registraron tasas entre 0 y 1.8 defunciones con certificación médica por 1000 habitantes. (Mapa N°8)

## MAPA N° 8

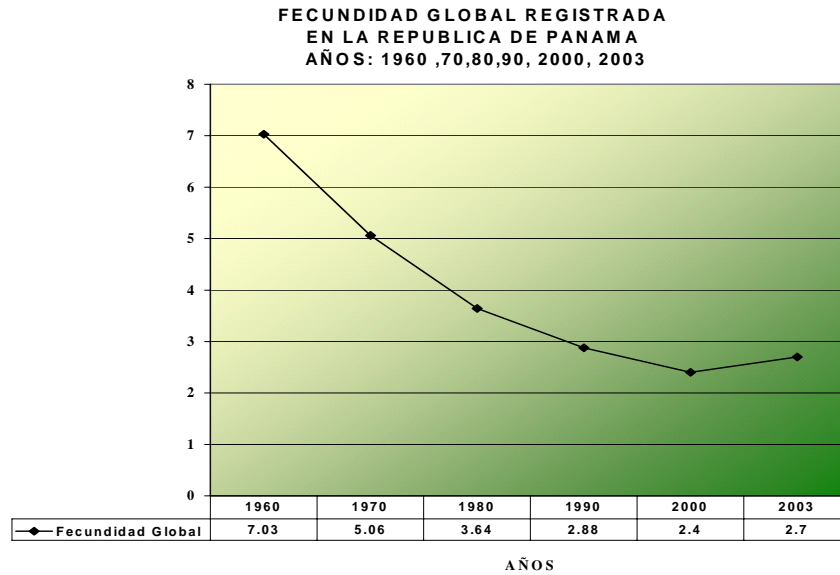


### 3.4 La Fecundidad

Iniciado el descenso de la mortalidad y en cierto aspecto debido a este, las tasas de fecundidad también comenzaron a disminuir. Vista esta variable a través de la tasa global de fecundidad, los datos muestran que en el quinquenio 1950-1955, el promedio de hijos por mujer es de 5.68. Hacia 1970-1975, dicho promedio había descendido a 4.94 hijos por mujer, en tanto que en el quinquenio 94-99 es de 2,7 hijos por mujer y se proyecta que la disminución será sostenida y gradual en el futuro, alcanzando el nivel de reemplazo aproximadamente en el 2020. Para el año 2002, el promedio de hijos por mujer fue de 2.7, es decir cerca de un 50% menor que para 1970, cuando era de 5.06 hijos por mujer. (Cuadro N° 6). (Gráfica N°6)

En el periodo 70-2003 se caracterizó por un descenso de la fecundidad global en el país, siendo 2 veces mayor en el 70 que en el 2003.

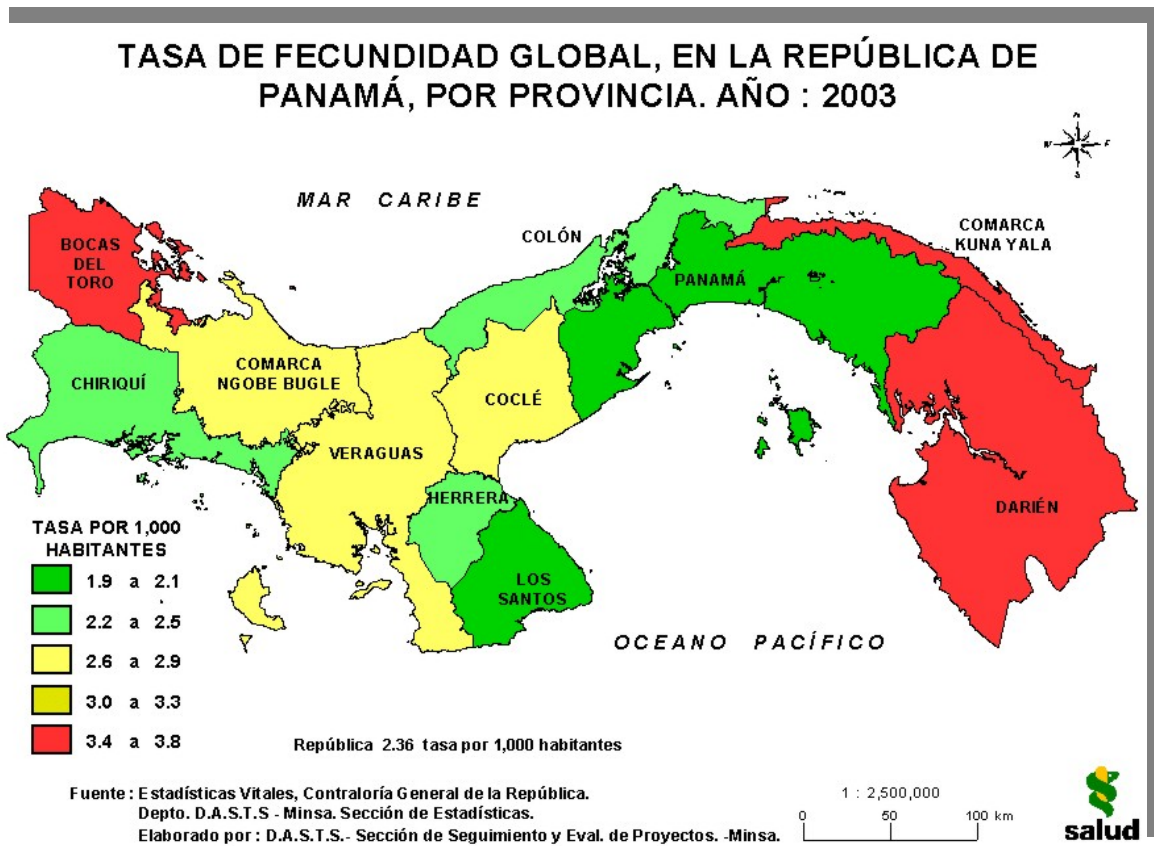
**Gráfica N°6**



Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.

La fecundidad ha descendido de forma heterogénea en las diferentes provincias, de tal forma que en Los Santos y Panamá esta variable presenta el nivel más bajo; y los rangos más elevados están en Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala (Mapa N° 9). En los distintos estratos sociales, culturales y económicos de nuestra sociedad este descenso ha sido influido por factores sociales, económicos y culturales que han modificado el nivel de aspiraciones, los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación a la planificación de la procreación y el espaciamiento de los nacimientos destacando entre ellos el uso de anticonceptivos conjuntamente con la esterilización femenina a edades tempranas.

## MAPA N° 9



### 3.5 La Migración

Al igual que el resto de Latinoamérica, uno de los rasgos más sobresalientes del crecimiento demográfico de Panamá ha sido el creciente grado de urbanización, alentado por las corrientes migratorias internas. Al efecto se señala que en el año 1970, el porcentaje de población residiendo en áreas urbanas era del orden de 45.3%, se incrementó a 50.5% en 1980, y durante el año 2003, la proporción de población residiendo en áreas urbanas representaba el 62.0%. (Cuadro N°4)

La provincia de Panamá es la provincia receptora por excelencia, seguida de la provincia de Colón. En Panamá se recoge al 70% de los inmigrantes del país. Los hombres inmigrantes representan el 28.0% y las mujeres el 31.6%. Entre estas dos corrientes migratorias el porcentaje de emigrantes es mayor que los inmigrantes. Al diferenciar este porcentaje según provincias en la de Panamá los inmigrantes

representaron el 31.6%, en tanto los emigrantes sólo el 5.6%, de allí que de cada 4 personas residentes en la provincia de Panamá una es nacida en otra provincia.

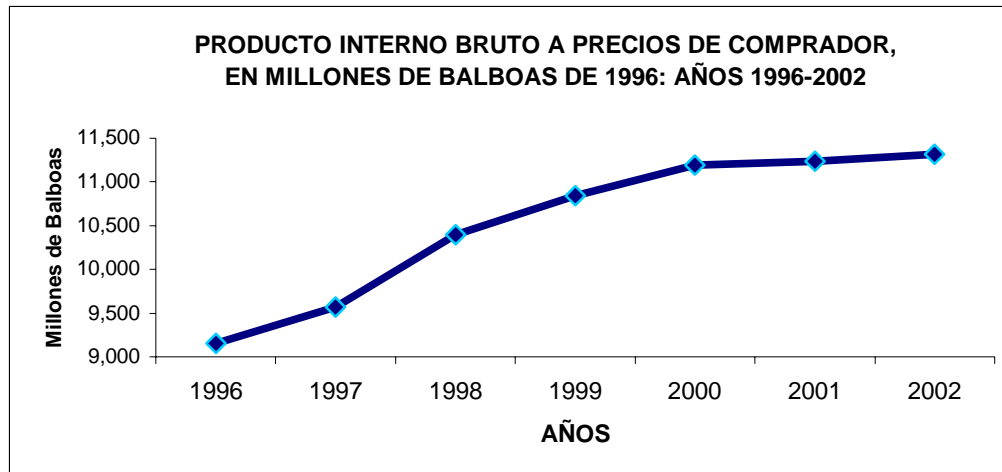
Otro hecho demográfico importante es la migración de jóvenes del campo al área metropolitana, principalmente de la Provincia de Panamá, que actualmente acoge cerca del 50% de la población entre 15 y 29 años de edad. Las provincias de Bocas del Toro y Darién son las únicas que, en comparación con las otras provincias, han ganado población de este grupo de edad, lo que se explica por las actividades que se realizan en las mismas y que atraen mano de obra joven. Las demás provincias han mantenido una estructura sin mayores variaciones, no obstante, llama la atención que las provincias de Los Santos, Herrera y Veraguas han perdido potencial joven, por la fuerte atracción que ha significado la capital y otras regiones para estos grupos de edades.

Se proyecta que para el período 1990 a 2015, los saldos migratorios netos internacionales reflejen una salida de 2,700 personas cada año. La migración interna en el mismo período continuará siendo del área rural hacia el área urbana. La migración internacional será importante en aquellas provincias con mayor crecimiento económico y mejor posición para la entrada y salida de población.

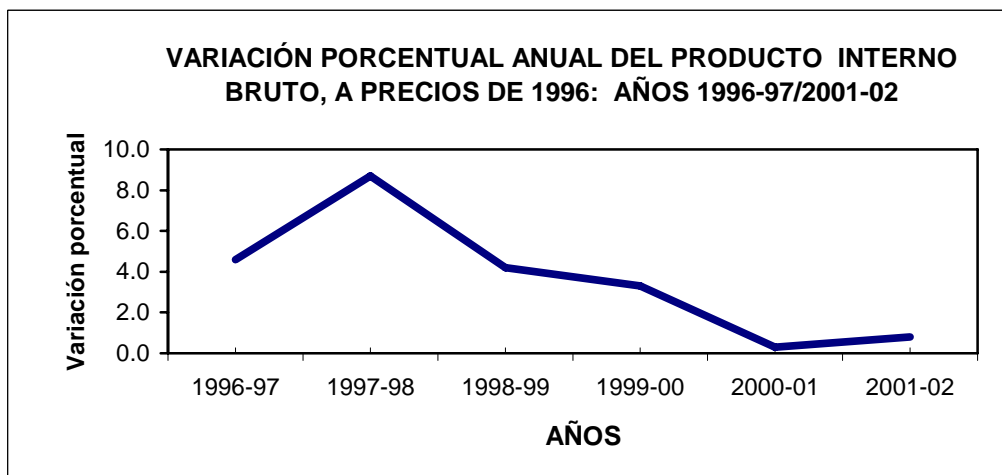
#### **IV. EL ENTORNO ECONÓMICO Y SOCIAL**

Durante el periodo 1996 a 2002 es clara la tendencia al aumento del PIB a precios del comprador; con una variación anual que ha sido fluctuante en los últimos 7 años. En cuanto al producto interno per cápita este sufrió un incremento progresivo del año 1996 al 2000 oscilando alrededor de 3,350 a 3,800 balboas (en balboas de 1996) respectivamente, momento en el que se inicia un descenso del mismo, alcanzando para el año 2,000 una cifra de 3,700 balboas (-1.1). (Gráficas N° 7, 8 y 9)

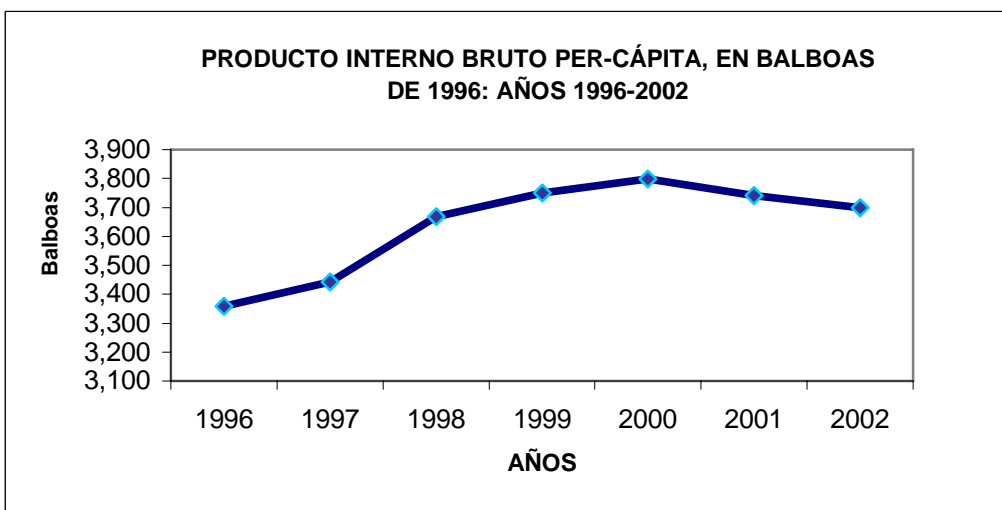
Gráfica N°7



Gráfica N°8



Gráfica N°9



#### **4.1 La Economía Panameña En El 2003**

El PIB sectorial del tercer trimestre de 2003 aumenta, año a año, en 4.1% y un crecimiento real del 4.2%. La economía no sólo se está expandiendo sino que el ritmo de crecimiento esta acelerándose de trimestre en trimestre. La mayoría de los sectores evidencian un crecimiento económico positivo. En la ausencia de algún factor exógeno, se puede predecir que la economía crecerá en el 2004 a su ritmo usual de tendencia.

Se registra una demanda interna y externa que beneficia al desarrollo económico. Dentro de los sectores de la economía se destaca la construcción, la cual ha crecido vertiginosamente a un ritmo de 30.1% durante el transcurso del año 2003. Se suman al crecimientos ejemplar del trimestre los siguientes sectores: la pesca (17.8%), la Zona Libre de Colón (5.2%) y los puertos (16.8%). Se nota una recuperación en el comercio al mayor y al detal. La banca parece estabilizarse y estar preparada para crecer en los próximos años.

El tercer trimestre registra un total de ingresos estatales de US\$ 439.1 millones. En lo que va del año, se han recaudado US\$ 1,319.8 millones en ingresos. La Caja de Seguro Social reporta un déficit de US\$46.8 millones para el trimestre.

La encuesta de hogares de agosto de 2003 informa que el desempleo se redujo de un 14.1% a un 13.4%. Pero esta tasa es todavía alta y se requiere de ajustes estructurales para lograr reducirla a un porcentaje menor.

Las exportaciones crecen en 7.8%, por lo que esta actividad se convierte nuevamente en un motor del crecimiento económico. Panamá ha concluido el proceso de negociar un Tratado de Libre Comercio (TLC) con Taiwán e inicia próximamente la negociación de un TLC con los Estados Unidos de América. Se espera que con los nuevos TLC, el crecimiento de la economía norteamericana y la recuperación de la región se generen más exportaciones y Panamá mantenga un buen ritmo de crecimiento económico.

### **a. Evolución Global**

En el tercer trimestre de 2003 se validan y sobrepasan las expectativas de recuperación que se pronosticaron a principios del año 2003 y que se reflejaron en un crecimiento de 2.4% en los dos primeros trimestres. En efecto, el crecimiento del PIB real, con respecto al año anterior, se estima en 4.2% para el total<sup>1</sup> y en 4.1% para los sectores productivos.

Esto implica que el crecimiento económico se está acelerando, ya que fue de 0.8% en el año 2002 y de 2.4% en el primer y segundo trimestre del 2003 como ya lo señaláramos. Esta evaluación, de mayor crecimiento y aceleración, se valida por otras fuentes de información.

Por ejemplo, el Índice Mensual de Actividad Económica (IMAE) registra un crecimiento acumulado de tendencia del 3.2% para septiembre del año 2003, pero el IMAE registra un crecimiento año a año para septiembre de 4.6% y 4.1% para la cifra trimestral. A su vez, las importaciones, excluyendo petróleo y bienes de capital, crecen en 20.6% con respecto al año anterior, esto incluye la importación de inventarios para los nuevos centros comerciales. Así mismo, varios analistas de la economía han estado revisando y aumentando sus estimados y proyecciones de crecimiento hasta un 100% de sus proyecciones iniciales. Por último, la mejoría en la actividad económica se confirma con entrevistas a comerciantes y empresarios de sectores claves.

La aceleración de la economía mantiene a ciertos sectores con un crecimiento alto, como la pesca, los puertos y la construcción. Hay otros sectores que se recuperan, como la Zona Libre de Colón (ZLC), la agricultura y la intermediación financiera.

Los factores que han impulsado el crecimiento provienen tanto de la demanda interna como de la demanda externa. En efecto, los sectores orientados a las exportaciones crecen en 2.4% con respecto al año anterior y los sectores orientados al mercado interno crecen en 4.4% durante el período. Resalta en el trimestre analizado el crecimiento de las exportaciones, de un 7.8% -- lo que implica un



crecimiento aún mayor que la tendencia -- después de un período de decrecimiento en el año 2002 y bajo crecimiento en el primer semestre del 2003.

En el informe todas las tasas de crecimiento provienen de un fuerte crecimiento en exportaciones de servicios por los puertos, los ingresos del Canal de Panamá (debido al aumento en tarifas), en la actividad de la ZLC (que se está recuperando, revirtiendo su tendencia de decrecimiento de los últimos años) y el turismo que día a día aumenta su participación en la actividad económica del país y genera nuevos empleos directos e indirectos. Las exportaciones de servicios han sido favorecidas por la reactivación de las economías suramericanas (Argentina, Brasil) y la importante recuperación económica norteamericana y en términos menores de la economía mundial. Así mismo, las exportaciones de bienes presentan un comportamiento positivo al aumentar significativamente las exportaciones de productos marinos – en particular pesca de atún y camarones (en más del 40%), así como recuperación en las exportaciones de café.

En la demanda interna sobresale el dinámico crecimiento de la inversión en construcciones, estimado en alrededor del 30.1%, reiterando ser el sector coyunturalmente más dinámico de la economía. Este desarrollo, que se discute en detalle más adelante, es producto de la reactivación de préstamos para viviendas por parte de la Banca y del impulso temporal de construcción de edificios y de viviendas de valor superior a los US\$65,000 para registrarlos antes de que termine la excepción al impuesto de inmueble de las nuevas construcciones que será eliminada a finales del 2004 por la Reforma Tributaria. Esto ha generado un aumento de más del 40% en los permisos de construcción, así como en el uso de cemento. Están en proceso de ejecución una serie de megaproyectos tanto públicos como privados, entre los cuales destaca la construcción del segundo puente sobre el Canal de Panamá, la expansión de la Carretera Interamericana, proyectos del IDAAN, la construcción de varios importantes centros comerciales e instalaciones de infraestructura portuaria y turística. Así mismo hay una dinámica positiva en la inversión privada en telecomunicaciones, producto de la apertura del sector, incluyendo instalaciones de centros de llamadas como ya lo hemos analizado en informes anteriores.

Por otra parte, hay indicaciones de un mayor gasto de consumo como efecto del mismo crecimiento económico y de la redistribución de ingresos que produjo la eliminación del pago del Impuesto a la Renta a los ingresos de los trabajadores hasta US\$800.00 mensuales y que a través de sus gastos han aumentado la demanda interna, además del aumento en las importaciones para atender este aumento de la demanda interna. Las ventas de autos mantienen un crecimiento superior al 15% lo que elimina las aprensiones que este sector tenía en una caída de las ventas por efecto de la Reforma Tributaria. Subyacente a este aumento en la demanda está el efecto de la política anticíclica que el Gobierno Nacional implementó, los efectos de la Reforma Tributaria que ya hemos analizado y la reactivación del crédito bancario a las familias como efecto secundario de la misma Reforma Tributaria al contar con mayores recursos (US\$60 millones anuales), que también aumentaron sus posibilidades de acceso al crédito. Por otro lado, la Banca terminó el proceso de ajuste para corregir la sobre expansión del crédito que existió hace tres años; han bajado los intereses, lo que hace más atractivas las hipotecas. Debido a ello, los bancos han vuelto a expandir significativamente el crédito a las familias para consumo y vivienda (aunque aún no así al crédito corporativo). Por último, los gastos corrientes del Gobierno Central aumentaron en un 8.5% donde el mayor impacto en dicho aumento es en lo que se refiere al pago de intereses de la deuda que en este período aumentaron 12.9% y en los servicios personales donde dicho aumento fue de un 4% y que es el resultado de medidas anticíclicas que se implementaron para reactivar la economía.

#### **b. Caja de Seguro Social**

En el tercer trimestre, las finanzas de la Caja de Seguro Social continúan deteriorándose. Aunque los ingresos no tributarios se mantienen estables, el gasto aumenta en US\$40.8 millones o sea un 6%, año a año. Los ingresos financieros y de gestión bajan en 11%, de US\$97.5 millones en el 2002 a US\$86.7 en el 2003. El resultado del ejercicio para los nueve meses es una pérdida de US\$ 46.9 millones. Hay que agregarle a esta pérdida un ajuste de cuentas por períodos anteriores y la apropiación de reservas durante el año, lo que reduce el monto total de las reservas

y el patrimonio de US\$ 2,389.6 millones en 2002 a US\$ 2,315.5 millones en el 2003 o sea una reducción en el patrimonio de la CSS de US\$ 74.1 millones.

El programa de Invalidez Vejez y Muerte (IVM) muestra una pérdida de US \$4.9 millones en el primer trimestre, US\$17.7 millones en el segundo trimestre y de US\$30.5 millones en el tercer trimestre. El crecimiento de las pérdidas en IVM es casi exponencial, por lo que se puede esperar que al cerrar el año aumente aún más la pérdida para este programa.

Igualmente, el programa de Enfermedad y Maternidad demuestra pérdidas que suman US\$15.0 millones al cierre del tercer trimestre o sea alrededor de US\$5 millones por trimestre.

La mesa del Dialogo de Invalidez, Vejez y Muerte de la CSS que ha coordinado el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha diseñado un instrumento computacional para analizar el déficit actuarial del programa de IVM y para modelar las diversas alternativas disponibles para resolver dicho déficit. Este instrumento de cómputo lo está validando la CSS y se espera que en los próximos meses se analicen en base a este modelo las diferentes alternativas que posibilitarán a que la sociedad civil defina las medidas que se deben tomar y que son urgentes para estabilizar económicamente una seguridad social de carácter público, solidario y sustentable.

### **c. Gasto Público Social**

El Gasto Público Social está compuesto por el gasto de salud pública, el sector de trabajo social y el sector educación

Se evidencia un fuerte y sostenido crecimiento del gasto público social en Panamá durante la última década, ya que se observa un incremento cuatro veces mayor que el producto nacional por persona. La CEPAL habla de un estimado de US\$.642.0 por persona en 1997, que si lo comparamos con algunos países centroamericanos, la mayoría no alcanzaron los US\$ 100 por persona en 1997.

El gasto en Salud Pública representa el primer renglón del gasto social, sin embargo el mismo se dirige principalmente al gasto corriente (planilla, operaciones y transferencias) dejando muy poco al gasto de capital o inversión social.

#### **d. El Proceso de Ajuste y Recuperación**

En los años 2001 y 2002 la economía estuvo expuesta a dos factores recesivos, por un lado el impacto de un proceso de ajuste de la demanda interna y por otro lado los choques externos negativos. El proceso de ajuste fue la reacción esperada a una sobre expansión económica previa. En efecto, durante el período de 1998 hasta mediados del 2001 existió un exceso de gasto interno que se reflejó en el déficit en cuenta corriente de la Balanza de Pagos que sobrepasó el 13% del PIB. Es decir el país tuvo un exceso de gastos sobre ingresos por dicha magnitud. Esta situación fue producto de la inversión por modernización y expansión en las empresas de servicios públicos privatizadas y además hubo una fuerte expansión del crédito bancario, en particular al consumo que llegó a crecer cerca del 40% en 1998.

Este ritmo no se podía sostener ya que estaba totalmente desfasado del crecimiento real de la economía y que, en lo que respecta a la expansión del crédito interno, representó un mal manejo de las fuentes de crédito privadas. Durante casi 36 meses se realizó el proceso de ajuste automático que sufrió nuestra economía en los años 2001 y 2002 (donde se pagó la cuenta por los excesos de los años 1998 y 1999) y que fue agravada por el término de las inversiones por concepto de modernización de los sectores privatizados.

Los bancos se encontraron con un mercado copado y un riesgo o exposición muy alto por lo que tomaron medidas drásticas que afectaron el circulante interno con efectos directos sobre la demanda interna y sobre el empleo. El proceso de recuperación se ha visto favorecido por la reducción de las tasas de intereses internacionales, lo cual ha permitido un aumento del margen de intereses de la banca, que ha generado mayores ganancias y le ha permitido aumentar sus reservas.

El ajuste interno de la economía se complicó debido a choques externos, en particular la crisis económica de Sur América (en Argentina y Brasil), que afectó a las exportaciones en general y provocó un decrecimiento de la actividad de la ZLC y de las operaciones *ultramar* de la Banca. Por ello el sector externo, que era un motor de crecimiento, tuvo un impacto recesivo sobre la economía. Como resultado de ambos efectos la economía se desaceleró a un crecimiento menor del 1% durante el 2001 y el 2002. A mediados del 2002 se empezó a notar que se terminaba el ajuste y se iniciaba la recuperación, lo que se ha reafirmado en el 2003 cuando se logra un crecimiento más cónsono con la tendencia secular de la economía panameña (el cual está entre 3.0% al 4.5% de crecimiento real anual) y que dado los cambios estructurales implementados por el Gobierno Nacional tanto a nivel fiscal (Ley 20 y 61 de 2002). Con la apertura de mercados a través de los tratados con Centroamérica, Taiwán y próximamente Estados Unidos de América, dicha tendencia será superada y el país obtendrá nuevos niveles de crecimiento económico.

Las dificultades de un proceso de ajuste de exceso de demanda, agravadas por choques externos negativos, hicieron dudar de la capacidad de la economía y del sistema monetario financiero para ajustarse eficientemente. Sin embargo, la experiencia panameña en ocasiones anteriores valida la capacidad del sistema para auto-equilibrarse sin impactos traumáticos.

En esta ocasión hubo una política anticíclica del Gobierno Nacional para evitar que la necesidad de un equilibrio fiscal agravara la situación económica, que tiene un costo social inaceptable para el actual Gobierno. La rebaja de los intereses internacionales ha sido positiva para el país y facilitó el ajuste en la banca.

La experiencia reciente reconfirma la evaluación de la capacidad del sistema panameño para ajustarse. El impacto de choques negativos y el proceso de ajuste tienen un costo permanente para países emergentes. Esto se discutió en varios informes anteriores (informe anual del 2000 y 2001 por ejemplo), usando la Gráfica No. 1 donde se puede observar el crecimiento de la economía, una vez ajustada, recupera su crecimiento histórico de tendencia, *pero a un nivel del PIB menor* al que

habría de no haber existido el choque-ajuste. De ahora en adelante y como efectos permanentes de las reformas que impulsó el Gobierno Nacional a través de la ley 20 y 61 del año 2002 y de su política de apertura de mercados y redistribución del ingreso nacional, el crecimiento económico deja de estar determinado por factores coyunturales y es producto de factores estructurales y de política económica de largo plazo.

#### **e. Proyección y Perspectivas**

La recuperación y la aceleración del crecimiento se perciben en los tres trimestres concluidos y con efectos estables para el crecimiento de los sectores motores de la economía como lo son la construcción (que contará con la Ley de Intereses Preferenciales para las casas de nivel popular antes de fines del presente año), las exportaciones (puertos, *call centers*, Canal de Panamá), la ZLC, un entorno internacional más positivo y la reactivación de los préstamos bancarios a las familias. Por otra parte, persiste el efecto positivo de la política anticíclica seguida por el Gobierno Nacional. Existen mejores expectativas en la producción de energía y en el turismo y un mayor nivel de confianza interna pese a los esfuerzos de sectores políticos y de poder interesados en que los efectos de la política económica implementadas por el Gobierno Nacional no se perciben antes de las próximas elecciones presidenciales.

Considerando los crecimientos estimados hasta septiembre, y la tendencia de corto plazo, las estimaciones del MEF han probado ser conservadoras y son superadas en la realidad.

Podemos proyectar un crecimiento anual del PIB para el 2003 superior al 3.5% en términos reales y probablemente cerca del 4.0%.

Por otra parte, persiste el efecto positivo de la política anticíclica seguida por el Gobierno Nacional.

Existen mejores expectativas en la producción de energía y en el turismo y un mayor nivel de confianza interna pese a los esfuerzos de sectores políticos y de poder interesados en que los efectos de la política económica implementadas por el

Gobierno Nacional no se perciben antes de las próximas elecciones presidenciales. Considerando los crecimientos estimados hasta septiembre, y la tendencia de corto plazo, las estimaciones del MEF han probado ser conservadoras y son superadas en la realidad. Podemos proyectar un crecimiento anual del PIB para el 2003 superior al 3.5% en términos reales y probablemente cerca del 4.0%.

#### 4.2 La Población Económicamente Activa (PEA)

La población económicamente activa para 1997 es 1.09 veces mayor que para 1993 y 2.0 veces mayor en el 2000 que en 1993, situación que evidencia un ligero y constante crecimiento de misma. En este contexto, la proporción promedio de mujeres en la población económicamente activa del país es de tan sólo el 34.71%, aunque, en los años 2000 y 2002 la relación hombre – mujer es de 1:1. (Cuadro N°8).

**Cuadro N° 9 Población Económicamente Activa Por Sexo Según Año.  
República De Panamá. Años: 2000 a 2002**

Años	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
Total	N°	%	N°	%	N°	%
1993	940,301	100.0	620,678	66.0	319,623	33.4
1997	1,049,371	100.0	661,894	64.8	359,022	35.1
2000	1,161,612	100.0	777051	66.9	384561	33.1
2001	1,122,347	100.0	730,272	65.1	392,075	34.9
2002	1,221,914	100.0	774090	63.3	447824	36.7

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2002

Según la Encuesta Continúa de Hogares, el porcentaje de PEA desocupada fue de 14,1%. Los hombres presentaron un porcentaje de desocupación del 11.2% mientras que las mujeres uno del 19.2%. El desempleo en el área urbana era de 16,5% y en el área rural de 8.7%, según esta encuesta. Al mismo tiempo la tasa de desempleo era casi el doble en los residentes urbanos pobres que en los no pobres.

El desempleo es más significativo entre los jóvenes, ya que en el año 2000 alcanzó un 24,1% en el grupo de 15 a 19 años, un 18% de 20 a 24 años y un 12% de 25 a 29 años.

La misma encuesta indicó que, el 62,5% de la población ocupada se emplea en el sector terciario y las actividades que más contribuyen a la ocupación son las relacionadas con el comercio y otras actividades personales y servicios. (Cuadro N° 10.) Ha proliferado la industria casera, que incluye la elaboración de productos alimenticios y confección de prendas de vestir, y los empleos par cuenta propia (30%) fenómeno común en Latinoamérica.

**Cuadro N° 10. Población Económicamente Activa De 15 Y Mas Años** De Edad Por Sexo Según Categoría En La Actividad Económica. Republica De Panamá. Agosto, 2002

Condición de actividad y categoría en la actividad económica	Población económicamente activa de 15 y más años de edad		
	Total	Hombres	Mujeres
<b>TOTAL.....</b>	<b>1221914</b>	<b>774090</b>	<b>447824</b>
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	176553	165962	10591
Pesca	11,302	10,587	715
Explotación de minas y canteras	1833	1703	130
Industrias manufactureras	110511	75264	35247
Suministro de electricidad, gas y agua	10,049	8195	1854
Construcción	93574	89471	4103
Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	227800	135634	92166
Hoteles y restaurantes	57213	22195	35018
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	88655	76064	12591
Intermediación financiera	26423	11426	14997
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	49247	32543	16704
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	75601	44813	30788
Enseñanza	64211	19379	44832
Actividades de servicios sociales y de salud	40467	14,280	26150
Otras actividades comunitarias, sociales y personales de servicio.	78899	44939	33960
Hogares privados con servicio doméstico	78472	7797	70675
Organizaciones y órganos extraterritoriales	455	331	124
Actividades no bien especificadas	25	25	--
Nunca han trabajado	30624	13445	17179

Las cifras se refieren a un promedio semanal del mes de agosto.

Excluye áreas especiales indígenas y los residentes permanentes en viviendas colectivas

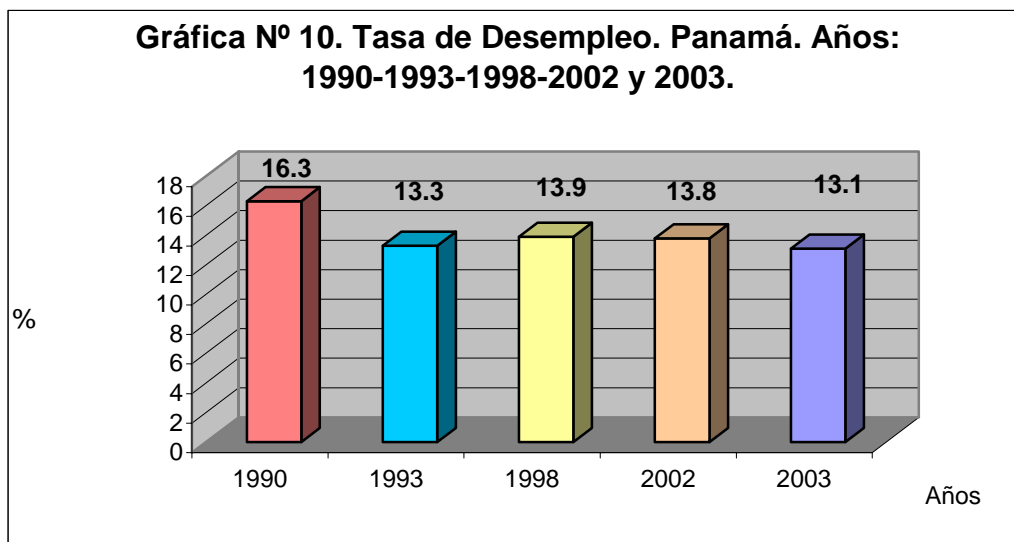
Fuente: Encuesta Continua de Hogares. 2002

Cuando se analiza la condición del empleo de la población económicamente activa en Panamá, el 60.4% cuenta, para 1996, con un empleo formal, lo que ubica a una proporción importante de la misma (39.6%) realizando su actividad



laboral en el mercado informal. Sin embargo, el mercado laboral ha sufrido transformaciones que han llevado a un fuerte crecimiento de la ocupación en diferentes tipos de informalidad. La mitad de la fuerza laboral en Panamá esta empleada en el sector informal y cerca del 80% de los extremadamente pobres y el 70% de los trabajadores pobres se desempeñan en este sector informal.

En síntesis puede indicarse que la tasa de desempleo fue de 16.3% para 1990 y de 13.1% para el año 2003, es decir con un descenso de 3.2 puntos porcentuales en más de 10 años (Gráfica N° 10). Algunos estudios plantean que la contracción de la demanda de mano de obra surge, en parte como resultado de problemas de carácter estructural. (Hughes, 1999).



### 4.3 Ocupación

#### a. Tasa de Actividad Según Edad y Sexo

Al analizar esta tasa por sexo puede apreciarse que en el año 1997, el sexo masculino presento una tasa 1.9 veces mayor que el femenino. Según la Encuesta de Hogares de 2002, la Población Económicamente Activa (PEA) de Panamá era de 1.221.914 de estos 854,632 (63.5%) se concentran en el área urbana. Las mujeres representaban el 45.9 % del total de la PEA. Mientras la tasa de participación en el

2002 para los hombres era de 79.6%, la de las mujeres era solo del 45.9%. (Cuadro N°11).

**Cuadro N°11: Tasa Porcentual De Actividad De La Población De 15 Años Y Más Por Sexo. República De Panamá. Años: 1993, 1997 y 2002**

Años	Sexo	
	Masculino	Femenino
1993	80.5	40.6
1997	79.5	41.8
2002	79.6	45.9

Fuente: Contraloría General de la República. Encuesta de Hogares 2002 e Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSA

**b. Ocupación Según Categoría del Empleador**

Al analizar según categoría de empleador, podemos observar que tanto para los años 93, 98, 2000 y 2002 el sector privado es el mayor empleador con cifras porcentuales que han oscilado en un rango de 39.1% a 44.0%, se destaca además, que el empleo en las categorías de trabajadores por cuenta propia se ha mantenido sin mayores variaciones y se presentó un descenso porcentual evidente en la categoría Comisión del Canal o Sitios de Defensa, que quizás se deban al cambio en la Administración del Canal ocurrido a finales de 1999. Al comparar los años 1993 con el 2002 fue evidente el descenso en 3.4 punto porcentuales de la categoría de ocupación de empleados de gobierno. (Cuadro N° 12)

**Cuadro N°12: Porcentaje De La Población Ocupada Según Categorías En La Ocupación. República De Panamá. Años: 1993-1998-2000-2002**

Categoría en la Ocupación	1993	1998	2000	2002
Empleados	66.9	69.2	66.5	66.1
Gobierno	19	18.3	18.5	15.6
Privada	39.1	44.5	42.6	44.0
Comisión del Canal o Sitios de Defensa	2.7	1.4	-	0.03
Servicio doméstico	6.1	5.0	5.6	6.4
Por cuenta propia	26.7	25.1	28.1	26.0
Patrono	2.3	2.6	2.9	2.7
Trabajador familiar	4.1	3.2	2.6	2.7

Fuente: Contraloría General de la República. Panamá en Cifras. Años: 2002

### **c. Ocupación Y Poder Adquisitivo**

#### **1. La Canasta Básica de Alimentos**

Según la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Economía y Finanzas, La Canasta Básica de Alimentos está compuesta por los alimentos de consumo más frecuente y como tal es un indicador del comportamiento alimentario de la comunidad. Se le define, como el conjunto de productos básicos que conforman la dieta habitual del panameño, en cantidades suficientes para cubrir adecuadamente al menos sus necesidades energéticas. Con base a la Encuesta sobre las Condiciones de Vida en la Ciudad de Panamá, en los años 1983/84 se determinó 2260 calorías diarias per cápita a nivel nacional, es decir 11300 calorías para la familia promedio de cinco miembros; y esta estructurada por 10 grupos de alimentos y una vez seleccionados los de mayor consumo, los mismos son valorados monetariamente para obtener el costo de esta Canasta. El tamaño familiar promedio de referencia utilizado en el año 2000 fue de 4.82 miembros.

La canasta básica familiar de alimentos actual cumple con los siguientes requisitos:

- 1) Satisface los requerimientos energéticos y de proteínas promedio per cápita diarios de la población de la ciudad de Panamá, esto es, 2,260 calorías, tomando en cuenta la composición por edad y sexo del grupo familiar; de acuerdo a las tablas de requerimientos energéticos de la población de 1985, calculadas por FAO, OMS. En 1996, el INCAP publicó las recomendaciones dietéticas diarias para Centroamérica y Panamá, tomando como base la información de la FAO, OMS.
- 2) Es representativa del patrón alimentario de la población, o sea, que incluye los alimentos de consumo más frecuente.
- 3) Toma en cuenta la disponibilidad y precios relativos de los alimentos.

Para el año 1998, y con respecto al salario mínimo y poder adquisitivo, este último se ha reducido, toda vez que la canasta básica alimenticia tiene un costo de B/.

224.26 y la canasta familiar de B/. 448.00, para un salario mínimo promedio de B/. 283.60 y una mediana de salario mensual de B/. 285.90. Esta situación presenta mayor nivel de déficit cuando se analiza según género, pues la mediana de salario para el hombre es de B/. 288.00 y para la mujer de B/. 281.90.

Al revisar las cifras para el año 2000, el costo de la canasta de alimentos era de B/. 221.06 y el costo mensual total, en el que se incluye además de los costos en alimentos, los de combustibles sumó B/. 225.43; para un cambio porcentual del costo mensual total 2000/1999 de 0.3; siendo que para 1999 el costo mensual total fue de B/. 224.72. Para el primer semestre del 2001, el costo promedio de la canasta de alimentos fue de B/. 217.60 y el costo mensual total alcanzó los B/. 221.97 balboas, con cambio porcentual del costo mensual total promedio 2001-2000 de - 1.87. Durante los meses de julio y agosto de 2004, se estimó la canasta básica de alimentos por hogar, en B/. 190.58 y 191.65 balboas.

La estimación de la actual canasta básica de alimentos corresponde a los distritos de Panamá y San Miguelito, la ingesta promedio aplicada fue de 2,305 calorías por persona por día, ligeramente mayor a la de años anteriores. Está estructurada en 10 grupos de alimentos y 51 productos alimenticios que aportan el total de las calorías requeridas. El promedio de personas por hogar en los distritos de Panamá y San Miguelito es de 3.84, según el X Censo de Población y VI de Vivienda del año 2000, y las estimaciones previas habían utilizado un promedio de 4.82 miembros, es decir un individuo menos por familia. La base para la construcción de esta canasta es la V Encuesta de ingresos y Gastos de los Hogares realizada por la Dirección de Estadística y Censo en los años 1997-98. Los precios de los alimentos incluidos en la canasta se basan en lo reportado por los establecimientos seleccionados para cada producto a funcionarios de la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. Para octubre del 2004, el costo promedio de la canasta fue de B/. 195.19 balboas.

## **2. Índice de Precio al Consumidor**

Según la Contraloría General de la República, el Índice de Precio al Consumidor en la Ciudad de Panamá (IPC) presentó una subida en el nivel general de los precios de 1.6 por ciento, al comparar las cifras de mayo del 98 con su similar del año 1999. Este incremento se explica por los grupos de cuidados médicos y conservación de la salud con 4.5 por ciento; transporte y comunicaciones con 4.3 por ciento; alquileres, combustible y energía eléctrica con 3.8 por ciento; alimentación y bebidas con 0.8 por ciento y esparcimiento, diversiones y servicios culturales de enseñanza con 0.5 por ciento. Sin embargo, el grupo de vestido y calzado, reflejó disminución en los precios de 0.4 por ciento. No mostraron cambios los grupos de muebles, accesorios, enseres eléctricos y cuidados de la casa y otros bienes y servicios.

El IPC de enero a mayo del año 2000 muestra una variación acumulada de 0.5 por ciento, superando a la que se registró para el mismo período del año 1999, que fue de 0.4 por ciento.

Cuando se hace referencia la Índice de Precios al por Mayor (IPM) puede decirse que, en Panamá se registró un incremento de 0.4% en el mes de septiembre de 2004 con respecto al mes de junio de ese mismo año. Este ascenso se dio con base en la contribución de los sectores industrial (0.6%), importación fundamentalmente de petróleo crudo (0.3%). En el extremo opuesto se ubico el sector agropecuario con un descenso de 0.1% dado la baja de precio de la carne de ganado. Cuando las comparaciones del IPM se efectúan entre septiembre de 2003 y septiembre de 2004 se hace evidente un incremento del 5% del IPM. Dicho incremento se da a expensas de os sectores de importación (5.6%), industrial (4.7%) y agropecuario (3.2%). Los IPM se mantienen sin variaciones para los productos de tabaco y los productos metálicos como el hierro y el acero presentaron un incremento del 24.2%.

En otro orden de ideas, puedo identificarse que algunos indicadores económicos reflejaron variaciones positivas durante el periodo agosto 2003 – agosto de 2004, tal es el caso de las actividades de sacrificio de ganado vacuno y porcino (3.5 y 3.3%, respectivamente), sacrificio de carne de gallina (16.6%) la producción de bebidas

alcohólicas (11.3%), la generación de electricidad (7.9%), la facturación de agua (5.0%), las actividades de los hoteles lo cual se refleja en sus tasas positivas relativas al promedio diario de cuartos ocupados, porcentaje de ocupación habitacional y promedio diario de pernoctaciones con un 10.1, 12.8 y 25.2%, respectivamente. Igual comportamiento se observó en la entrada de pasajeros residentes en el exterior (13.1%), en las exportaciones en cantidad y valor F.O.B. y las actividades de esparcimiento. Por su parte la actividad bursátil tuvo un descenso del 11.7% y el valor de los permisos de construcciones, adiciones y reparaciones evidenciaron tasas negativas del 14.2%.

La Zona Libre de Colón tuvo un crecimiento en el valor de las importaciones y reexportaciones del 3.0 y 3.5%, respectivamente.

Este indicador tiene como marco la ciudad de Panamá y el distrito de San Miguelito. La información básica para la terminación de las ponderaciones para el cálculo del índice de precios al consumidor se basa en los gastos de consumo de 1,070 familias de diferentes niveles de ingreso mensual investigadas en el estudio de las condiciones de vida de las familias realizada en la ciudad de Panamá en el año 1983/84. El PC actual tiene como año base el 1987 y se elabora mensualmente. En el año 2003 el grupo de alimentación y bebidas reflejó un incremento de 13.5% con respecto al año 1987.

#### **d. Ocupación Y Tipo de Actividad**

Según el tipo de actividad, para 1997, el 64% de los hombres que trabajan se concentra en actividades económicas relacionadas con la agricultura, el comercio, la manufactura y la construcción. Para el 2001, el 70.4% de la población masculina realiza además de las actividades antes mencionadas, las relativas al transporte, almacenamiento y comunicaciones; cifra que se mantiene para el 2002. En el caso de la población trabajadora femenina, para 1997 su actividad laboral se centra en las áreas de comercio, manufactura, enseñanza y comunitarias. En el año 2002, estas características se mantienen y se adicionan las vinculadas a la administración pública y defensa, así como el trabajo en hoteles y restaurantes.

**e. Ocupación y Situación Laboral De La Población De Niños Y Adolescentes**

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos el trabajo infantil lleva implícito la violación de este derecho, dado que le resta a esta población derecho propios de la edad, tal es el caso del derecho a crecer y desarrollarse con buena salud, al disfrute de la vivienda, de recreo, a recibir educación a no trabajar antes de una edad mínima adecuada y a no dedicarse a una ocupación que le pueda perjudicar su salud o educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral. (IPEC; 2003). Esta condición se relaciona no solamente con la violación de derechos por empleadores, sino también por sus familiares.

En 1997, en Panamá laboran 47,692 niños y adolescentes, representando esta cifra el 4.9% de la población total. El porcentaje de subempleo es de 69.0%. La fuerza laboral infanto-juvenil es caracterizada con un rango de edad de concentración en los 15-17 años (72%), la tasa de participación para la población infantil es de 4.5 y para la población juvenil 23.5%.

El ingreso promedio representa el 43% del salario mínimo establecido, es decir B/. 86.00. El 33% de la población trabajadora infanto-juvenil cumple jornadas laborales de más de 40 horas y centra su actividad económica, en el área rural, en las explotaciones agropecuarias (90%). EL 80% de la actividad laboral realizada por las niñas y adolescentes mujeres se ubica en el área de servicios domésticos.

Para el año 2000 la PEA entre 10 y 17 años alcanzó 38,853 jóvenes. La participación de estos jóvenes en el mercado de trabajo se concentra en el grupo de 15 a 17 años, pues representan el 77.1% de la PEA (29,973). Las actividades económicas que concentran la mayor proporción de esta población son la agricultura, ganadería, caza y silvicultura; hogares privados con servicios domésticos y el comercio al por mayor y menor con 43%, 16.4% y 14.4%, respectivamente. (Cuadro N°13)

Cuadro N° 13. Población Infantil Y Adolescente Económicamente Activa Por Edad  
Según Categoría De Actividad Económica. Panamá. Año: 2000

Categoría de Actividad Económica	Edad								
	Total	10	11	12	13	14	15	16	17
Total	38853	486	571	1316	2270	4237	7162	9285	13526
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	16702	299	350	819	1309	2281	3418	3718	4508
Pesca	1023	19	29	42	59	123	192	251	308
Explotación de minas y canteras	59	-	-	-	1	6	10	20	22
Industrias manufactureras	2215	22	21	3	76	168	355	519	981
Suministro de electricidad, gas y agua	51	1	1	-	2	-	5	8	34
Construcción	2226	12	9	29	42	123	299	612	1100
Comercio al por mayor y al por menor	5583	71	84	200	324	551	868	1360	2125
Hoteles y restaurantes	864	8	6	13	25	46	124	202	440
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	1112	13	13	27	49	89	180	269	472
Intermediación financiera	130	1	1	4	2	3	8	26	85
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	308	7	3	6	10	14	30	64	174
Administración pública y defensa	90	-	-	-	-	-	13	12	65
Enseñanza	113	3	-	1	4	2	5	22	76
Actividades de servicios sociales y de salud	119	1	-	1	-	7	16	29	65
Otras actividades comunitarias, sociales y personales de servicio.	1529	10	30	36	96	161	256	363	577
Hogares privados con servicio doméstico	6381	9	18	54	249	640	1327	1729	2355
Organizaciones y órganos extraterritoriales	3	-	-	-	-	-	1	-	2
Actividades no bien especificadas	345	10	6	11	22	23	55	81	137

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadísticas y Censo. Censo, 2000.

En investigación realizada por el proyecto “Prevención y eliminación de las peores formas de trabajo infantil doméstico para América Central y República Dominicana identificó que cada 6 de cada 10 trabajadoras domésticas infantiles trabajaban el día entero mientras que 4 de cada 10 laboraban medio día. Por su parte las trabajadoras domésticas a tiempo completo manifestaron que inician sus labores a las 6 de la mañana y culminan a las 10 de la noche, siendo entonces que laboran cerca de 16 horas diarias. Este horario se ve extendido durante el periodo escolar.

De igual forma en el trabajo infantil el tema salarial afecta a este grupo, pues es sub pagado incumpléndose lo establecido en el Código del Trabajo en lo que respecta al salario mínimo. La investigación da evidencias de que 8 de cada 10 trabajadoras



domésticas infantiles (TDI) reciben remuneración en efectivo devengan menos del salario mínimo estipulado. La justificación a esta práctica laboral por parte de los patronos fue sustentada, entre otras cosas, en que “eran trabajadoras (es) inexpertos (as) por su corta edad, había que enseñarles de todo. Este estudio identificó que el 17% de las niñas no reciben pago en efectivo, sino que realizan trueque por casa y comida, y que un 5% reciben adicionalmente una remuneración en efectivo.

En este mismo orden de ideas hay que mencionar que los patronos no cumplen con el pago del décimo tercer mes y que sólo el 11% manifestó que recibe un regalo en Navidad de parte del patrono. Un 33% de las niñas encuestadas declararon que no asisten a la escuela y 4 de cada 10 de las asistentes tienen permiso para acudir jornadas vespertinas, el 60% restante acude a jornadas de fin de semana.

En el 2002, la caracterización del trabajo infantil doméstico en el país consideró las características étnicas, identificándose que 8 de cada 10 de estas trabajadoras son latinas, 8% indígenas y el 12% restante pertenece al grupo negroide y otros grupos. En cuanto a la relación por sexo por cada 3 mujeres se ubica un hombre, es decir que 3 de cada 4 son mujeres. En el caso particular del grupo indígena el 100% son chicas. Un 47% de las chicas encuestadas tenían 14 o menos años de edad, con una edad promedio de 13 años y un rango entre los 8 y 17 años. De igual forma se identificó que 1 de cada 10 de las chicas que efectúan trabajo doméstico son madres solteras.

Por su parte, el 70% de las encuestadas manifestaron que ingresaron al mercado de trabajo para poder estudiar y 65% reportó que para mejorar la condición económica de la familia. En búsqueda de casa y comida se captó un 12%. Las responsabilidades que desarrollan con mayor frecuencia son la limpieza de casas, cuidar niños y cocinar con un 73%, 42% y 38%, respectivamente.

Los chicos y chicas acuden a los servicios de salud únicamente cuando sufren algún trastorno de salud. Un 58% de los encuestados no acuden a controles de salud, pero sugieren que debe regularse para que se cumpla el derecho a recibir servicios oportunos de salud. Cerca de 1 de cada 2 trabajadores infantiles acude a la escuela en horario matutino y 1 de cada 5 asiste los fines de semana. (Cuadro N°14). Un 7%

declaro haber experimentado fracasos escolares, cerca de 4 de cada 6 ha obtenido calificaciones regulares y 1 de cada 3 obtuvieron notas por encima de 4 (en escala de 1 a 5).

Cuadro N° 14. Asistencia A La Escuela De Los Trabajadores Infantiles Domésticos Según Jornada Educativa. Panamá. Año: 2002

Jornada	Porcentaje
Total	100.0
Matutina	49.0
Vespertina	26.0
Nocturna	5.0
Fin de Semana	20.0

Fuente: Encuesta de Trabajo Infantil Doméstico.  
Programa de Erradicación del Trabajo Infantil Doméstico. Año: 2002.

El 54% de los investigados indicó que no vivía en su lugar de trabajo y 20% de los mismos manifestó tener una idea no muy clara sobre los derechos que le confiere la legislación vigente. Cerca de 9 de cada 10 entrevistadas manifestaron que en sus hogares efectuaban tareas domésticas y 7 de cada 10 indicó que nunca habían efectuado estas tareas en casa de terceros. Es importante indicar que 9 de cada 10 inicio sus labores en el TDI con 15 y menos años y 2 de cada 7 se inicio en esta actividad económica con menos de 12 años.

El salario mínimo establecido para el trabajo doméstico es de B/. 105.00 en los distritos de Panamá y San Miguelito y de B/. 95.00 en el resto del país. El 76% de las encuestadas recibe menos del monto correspondiente al salario mínimo y a un 9% no se le reconocen vacaciones, no se les paga cuota de seguridad social, no tienen días libres, ni pago del XIII mes.

#### 4.4 Situación del Desempleo

Este problema, que adquirió ribetes dramáticos a partir de la crisis de finales de los años 80, declinó su intensidad desde 1989 hasta 1993, período en el cual la tasa de desempleo abierto decreció en forma sostenida de 16.3% a 13.3%, no encontrándose diferencias significativas según estimaciones nacionales para 1998, cuando sus valores fueron del 13.9%. El 2003 registró cifras similares a las de 1993. (Gráfica N° 10)

Los resultados de la Encuesta de Hogares, realizado en agosto de 2003, reportó que la población total de 15 años y más asciende a 2, 098,844 personas. El 65.7% de la población total del 15 años y más se localiza en áreas urbanas. La tasa de desocupación total del 2003 es de 13.1%.

#### **4.5 La Pobreza En Panamá.**

La pobreza ha sido identificada como uno de los principales problemas sociales del país. Señalando como principal causa la iniquidad en la distribución del ingreso y del consumo, en conjunto con una infraestructura deficiente.

"Panamá es uno de los países con peor distribución de riqueza en la región y el mundo"<sup>2</sup>. Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano el 40,5% de los panameños viven bajo la línea de pobreza y el 26,5% en condiciones de pobreza extrema, situación que se ha mantenido con escasas variaciones desde la década del 70 y que llegó a su peor momento en 1990. Ese mismo informe estima que en la Provincia de Panamá es donde vive el mayor número de personas en situación de pobreza extrema, seguido por las comarcas indígenas. Sin embargo, Darién, Veraguas y Coclé son las provincias con mayor profundidad e intensidad de la pobreza.

##### **a. Incidencia De La Pobreza**

De acuerdo a la Encuesta de Niveles de Vida (ENV97)<sup>3</sup>, el 37.7% de la población total (1.020.000) son pobres. De la población total el 18.5% viven en situación de pobreza y el 18.8% en situación de pobreza extrema.<sup>4</sup> De acuerdo a la edad el alto grado de pobreza afecta principalmente a los niños, estimándose que el 53.2% de todos los menores de 5 años, el 50.4% de los de 5 a 9 años y el 45.8% de los de 10-14 años son pobres (Cuadro N°15).

---

<sup>2</sup> Objetivos de Desarrollo de! Milenio, Primer Informe de Panamá. Gabinete Social. Enero 2003

<sup>3</sup> "Perfil y características de los pobres en Panamá". Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección Nacional de Políticas Sociales. Marzo 1999

<sup>4</sup> **Línea de pobreza extrema** se define como el nivel de consumo o gasto total anual en alimentación por persona necesario para satisfacer las necesidades mínimas calóricas diarias, estimadas en 2,280 calorías promedio. El costo de este requerimiento es de 519.00 por persona al año. Las personas con un gasto total en consumo por debajo de este valor se clasifica en extrema pobreza o indigentes.

**La línea de pobreza general** se define como el nivel de gasto anual por persona en alimentos para satisfacer los requerimientos mínimos calóricos diario más un monto adicional para cubrir el consumo de servicios y bienes no alimenticios esenciales tales como: vivienda, transporte, educación, salud, vestuario y los de uso cotidiano en el hogar. El costose stimo en B/905.00 al año

**Cuadro N° 15: Incidencia De La Pobreza Según Grupos De Edad.  
República De Panamá. Año: 1997.**

Grupos de Edad	Total del País		Nivel de Pobreza							
			Pobres						No Pobres	
	Miles	%	Total		Extremos		No Extremos		Miles	%
Distribución de la Población (%)	2.732.3	100	1.020.1	37.3	514.8	18.8	505.3	18.5	1.712.2	62.7
Menor de 5 años	290.2	100	154.3	53.2	86.3	29.7	68.0	23.5	135.9	46.8
5-9	300.2	100	151.3	50.4	84.5	28.1	66.9	22.3	148.9	49.6
10-14	296.6	100	135.6	45.8	75.5	25.5	60.1	20.3	161.0	54.2
15-49	1.369.0	100	446.6	32.6	209.1	15.3	237.4	17.3	922.4	67.4
50-59	212.0	100	59.8	28.2	28.0	13.2	31.8	15.0	152.2	71.8
60 y más	264.2	100	72.4	27.4	31.4	11.9	41.0	15.5	191.8	72.6

Fuente: Estudio de Nivel de Vida. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. Año: 1997.

Al considerar aspectos de la distribución espacial de la pobreza, en el área urbana el 15.3% presenta algún nivel de pobreza. En las áreas rurales incluidas las indígenas, la incidencia de la pobreza es del 64.9%, cifras porcentuales que al ser desagregadas evidencian que en las zonas rurales no indígenas la pobreza es de 58.7%, mientras que en las indígenas alcanza cifras del 95.5% de población que vive en condiciones de pobreza, encontrándose 86.4% de pobreza extrema. De igual manera puede analizarse este aspecto según regiones del país. En la Región Central del país el 48% de la población se encuentra en condiciones de pobreza, cifras similares se alcanzaron en la Región Occidental y 21% en la Metropolitana, sin embargo, el 31% de total de pobres reside en ella.

#### **b. Profundidad Y Severidad De La Pobreza**

La pobreza es más profunda y severa en las áreas rurales e indígenas toda vez que el índice de profundidad es de 16.4% a nivel nacional, con una brecha de 32.1% para todos los pobres de las zonas rurales y de 66.1% para los de las zonas indígenas. Esta situación es evidente cuando se analiza el déficit promedio de consumo de todos los pobres con relación a la línea de pobreza que es de B/.399 por persona al año, para los pobres urbanos es de B/. 231.00, para la población rural total es de B/. 448 y para la población indígena es de B/. 629.

La Encuesta Nacional de Niveles de Vida reportó que en el área urbana los ingresos promedio por persona son tres veces mayores a los del área rural no indígena y nueve

---

por persona. Los individuos con un nivel de consumo por debajo de este valor se consideran pobres.

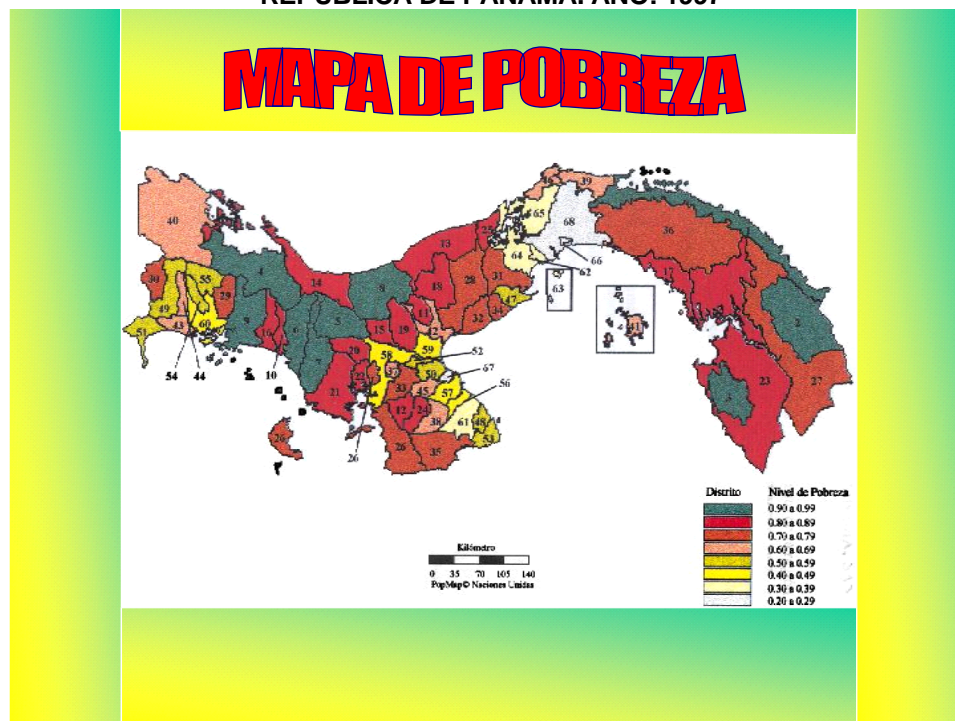
veces mayores que los hogares indígenas. Los hogares no pobres evidenciaron un ingreso por persona cinco veces mayor al de los hogares pobres. En término de la fuentes de ingreso, pudo identificarse que el trabajo informal guarda relación con la pobreza, un 21.5% del ingreso de los pobres proviene de trabajos en este sector, esta proporción es la mitad entre los no pobres. En las áreas rurales no indígenas la fuente de ingreso de los hogares a partir de actividades agropecuarias es de 26.7%, este mismo renglón aporta en el 34% de los hogares rurales indígenas, incrementándose hasta el 40% en los hogares de las áreas rurales indígenas pobres.

### **c. Mapa De La Pobreza**

Los resultados derivados del modelo de análisis empleado en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida, refleja que la Comarca de Kuna Yala registra la probabilidad de ser pobre más alta en todo el país (98.0%), seguida por Darién, Bocas del Toro y Veraguas con 83, 75 y 74% respectivamente. En contraste las provincias de Panamá y Colón presentaron las probabilidades más baja (48 y 28.0% respectivamente).

Desde un punto de vista político geográfico el 52.9% de los distritos tuvieron una probabilidad significativamente elevada de ser pobres, esta oscilaba entre el 0.70 y 0.99. Los distritos con mayor probabilidad de ser pobres, coincidieron con los de más alta concentración de población indígena, y la probabilidad oscilo entre 0.90 y 0.98, entre ellos están la Comarca Kuna Yala, Cémaco, Sambú, Chiriquí Grande, y Cañazas. En contraposición los Distritos de Panamá, Chitré y San Miguelito, distritos que acogen al 38% de la población del país, presentaron, en ese orden, la menor probabilidad de ser pobre (0.20 a 0.28). (Mapa N° 10)

MAPA N° 10: POBREZA SEGÚN DISTRITOS.  
REPUBLICA DE PANAMA. AÑO: 1997



El grado de pobreza influye en la **utilización de los servicios de salud**, pues los pobres y los extremadamente pobres consultan con menor frecuencia los servicios médicos y emplean más la automedicación o las recomendaciones de familiares cuando sufre alteraciones de su condición de salud - enfermedad. Cuando demanda servicios formales de salud, los pobres, indígenas y residentes en áreas rurales utilizan los servicios estatales. Entre algunos de los factores que condicionan el nivel de utilización de estos servicios, están las distancias y la no disponibilidad y costo del transporte. También se mencionaron la falta de tiempo, los costos del servicio, la no credibilidad en el equipo de salud y la falta de recursos humanos (médicos - enfermeras) (Cuadro N°16)

El 12.2% de la **población pobre esta desempleada** en tanto el 8.8% de los no pobres lo está, siendo más alta la desocupación en la población femenina pobre y extremadamente pobre donde se alcanzan tasas 3 veces mayores.

En el Censo Nacional del año 2000, se encontró que el porcentaje de viviendas que se abastecen de agua a través de acueducto, fue de 90,8%; en contraste las coberturas que tienen la comarcas indígenas Emberá y Ngobe Buglé con 10,8%.

**Cuadro N° 16 Datos Básicos de Salud por Area y Nivel de Pobreza.  
República de Panamá. Año: 1997.**

Dato Básico	Total País	Area			Nivel de Pobreza		
		Urbana	Rural No Indígena	Rural Indígena	Pobres		No Pobres
					Total	Extremos	
Personas Enfermas y Accidentadas del Último Mes	30.1	30.6	30.9	22.6	27.9	25.4	31.5
Persona que consultó							
Médico	54.5	60.9	50.2	20.1	39.7	27.6	62.3
Familiar, Automedicación, Nada	40.2	36.4	43.0	59.7	50.9	57.9	34.6
Sitio de Atención							
Público	69.6	62.3	79.5	96.2	86.0	85.8	63.3
Privado	30.4	37.7	20.5	3.8	14.0	14.2	36.7
Tiempo para llegar al sitio de consulta (prom en minutos)	33	25	44	59	42	50	30
Tiempo de Espera para la Consulta (prom en minutos)	65	59	77	55	76	60	61
Distancia o problemas de transporte (Enf. No Leves)	47.9	17.8	65.7	64.2	62.9	70.9	21.2
Mujeres de 15-49 años							
Examen de Papanicolau	68.2	70.0	70.2	40.0	63.8	56.6	70.2
Atención del Parto							
• Médico	82.3	95.2	80.7	24.9	67.4	48.6	95.5
• Partera Tradicional	4.7	0.6	5.4	21.8	8.8	14.2	1.0
• Enfermera o Auxiliar Enf.	4.1	2.7	5.3	6.5	6.2	7.9	2.3
• Padres o Miembros del Hogar	8.1	1.1	7.4	44.6	16.2	26.9	1.0
• Otro	0.8	0.3	1.2	2.2	1.4	2.3	0.3
Sitio de Atención del Parto							
• Red Hospitalaria o Primaria Pública o Privada	86.4	98.5	85.6	32.2	73.2	55.6	98.4
• En la Casa	13.2	1.4	13.8	67.9	26.3	43.9	1.5
• Otro	0.3	0.2	0.7	0.0	0.5	0.6	0.2
Promedio de Hijos Nacidos Vivos	2.88	2.42	3.34	4.49	3.89	4.5	2.35

Fuente: Estudio de Nivel de Vida. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. Año:1997.

Como es de esperar, las comunidades con mayor proporción de población en condiciones de pobreza presentan mayor analfabetismo, mayor desnutrición, menor sobrevivencia y peores niveles de vida.

Como se mencionara previamente, la distribución de ingresos muestra un alto grado de desigualdad; en 1997 se estimo el coeficiente de Gini<sup>5</sup> de desigualdad en 0.607, ubicando a Panamá junto a Brasil como los países con la peor distribución de ingreso en América Latina, situación que no ha mejorado. Ese mismo año el ingreso per capita en áreas urbanas más que triplicaba, el nivel de las áreas rurales, explicando en parte la menor incidencia de pobreza en sectores urbanos (22% versus 67% en rural y 42% promedio nacional). Las causas de esta desigualdad son diversas, pero de acuerdo a un estudio del Ministerio de Economía y Finanzas, basado en la Encuesta de Niveles de Vida de 1997, el factor más determinante es el nivel de educación del jefe de hogar seguido, orden de importancia, el área de residencia (urbano, rural), el número de perceptores de ingreso laboral en el hogar y el sector económico. Estos factores combinados, junto a otras características del jefe del hogar como sexo, edad, categoría de ocupación y la presencia de ingreso por jubilación, explicaban el 70% de la desigualdad del nivel nacional, como también de las comunidades urbanas. Pero los mismos ocho factores explicaban solo el 57% de la desigualdad rural, porque en este contexto, de acuerdo a los autores, existen otros factores pueden jugar un rol mas preponderante, como la distribución de las tierras agrícolas.

La última encuesta de Nivel de Vida se efectuó en el año 2003, los datos recabados están en fase de procesamiento y no se cuenta aún con los respectivos reportes; sin embargo se puede obtener un mapa actualizado de distribución de la pobreza en la República, cuya fuente es la Autoridad Nacional del Ambiente.

En el otro orden de ideas, se destaca que únicamente el 2% del gasto público total es ejecutado por los municipios y las provincias..., que los espacios de participación ciudadana son muy limitados, sobre todo en lo que respecta a la inversión social. (Informe Nacional de Desarrollo Humano: 2002, 31). Panamá es uno de los países de América Latina con un alto nivel de gasto social total y gasto per cápita en

---

<sup>5</sup> El coeficiente Gini es un índice entre 0 y 1. En el caso de igualdad perfecta (todo el mundo gana el mismo ingreso), el coeficiente es igual a cero. En el caso de desigualdad perfecta (una persona obtiene todo el ingreso generado en el país) el coeficiente asume un valor igual a uno. Fuente: Distribución del Ingreso en Panamá. Dirección de Políticas Sociales, Ministerio de Economía y Finanzas de Panamá.



servicios sociales, pero con una incidencia de pobreza más alta (Informe Nacional de Desarrollo Humano: 2002, 31-32). Lo novedoso que aporta el INDH Panamá 2002 en este análisis es que, de manera contundente, nos dice que el modelo desarrollo del país no responde a las necesidades diversas que emanan de las diferentes expresiones de la pobreza evidentes en el país. (Informe Nacional de Desarrollo Humano: 2002, 32). (Tomado de Isaías Chang Urriola, ANAN, 2004)

Un análisis integral de la pobreza en Panamá, obliga a considerar la otra cara de la pobreza, que esta centrada en la riqueza natural y ambiental como escenarios estratégicos nacional y regional. Según el Primer Informe de la Riqueza y Estado de la Biodiversidad de Panamá, de la ANAM para el año 2000, en lo que a características de la flora nacional se cuenta con 21 veces más especies de plantas por Km<sup>2</sup> que Brasil; el 3.5% de plantas con flores y el 7.3 % de los helechos y aliados del mundo. En cuanto a la fauna se refiere, el país cuenta con mayor número de especies de aves que los Estados Unidos y Canadá juntos; con cerca del 4% (172 especies) de la diversidad total de anfibios del mundo; el 3.5% (228 especies) de la diversidad mundial del reptiles; 10% de todas las especies de aves a nivel mundial (930 especies entre residentes y migratorias), el 5% de las 4,327 especies de mamíferos conocidas en el planeta.

### Ilustración Nº 3. Bosques y Manglares. Panamá



De igual forma, destaca la diversidad de manglares y arrecifes de coral en ambos litorales, que se encuentran protegidos en el Sistema Nacional de Áreas Protegidas (SINAP), pues protegen recursos genéticos

y naturales renovables, los diversos ecosistemas marinos, terrestres y lacustres, los paisajes naturales, las formaciones geológicas naturales y los patrones evolutivos del territorio nacional. Nuestro país cuenta con dos parques nacionales el Internacional La Amistad- Panamá/Costa Rica y el Nacional Darién, declarados Reservas de la Biosfera y Patrimonio Mundial de la Humanidad.

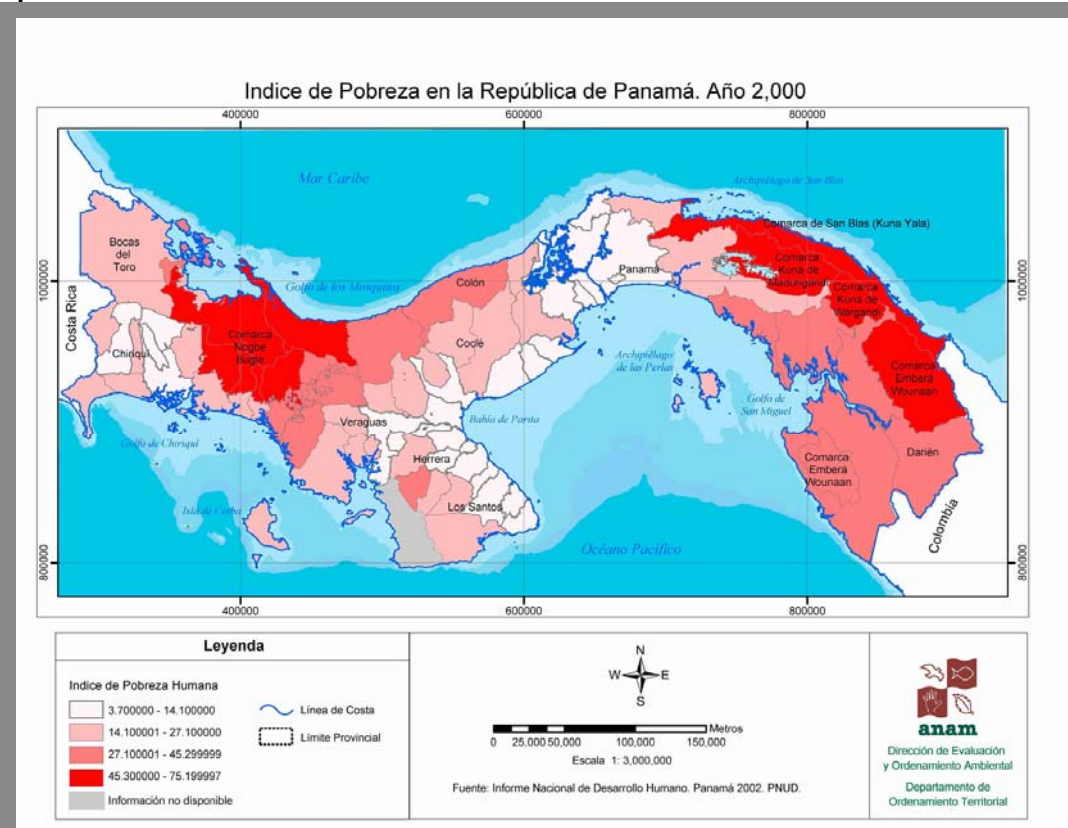
Un análisis del Índice de Desarrollo Humano ubicó a los distritos con cierto dinamismo económico como los distritos con nivel de Desarrollo Medio, a saber: cabeceras de provincias (Santiago y Las Tablas), asiento de agroindustrias (Aguadulce, Natá y Pesé), de explotaciones agrícolas de gran escala, (Barú, Changuinola y Boquete); o de atractivo turístico (San Carlos, Chame y Taboga). Algunos son pequeños distritos satélites de otros en que se albergan ciudades de cierta importancia, (Bugaba, Antón, Chepo y Santa María). (PIGOT: 2004)

Se identificaron 35 distritos con un nivel de desarrollo Bajo, siendo esta la categoría que incluye a más del 50% de todos los distritos del país. En esta se agrupan muy rurales, aunque en algunos se localicen pequeños centros urbanos, tal es el caso de Capira, Guanaca, Macaracas, Soná y Bocas del Toro.

En Grupo con nivel Muy Bajo de desarrollo se ubican 4 distritos cuyos índice fluctúa en un rango el 20,0% para Cañazas y el 13.6% para Sambú. En esta categoría también se encuentran Cémaco y Tolé, todos distritos donde se concentra una alta proporción de la población indígena panameña, constituyéndose en el grupo humano nacional con más bajo desarrollo relativo en el país y de mayor pobreza.

Una distribución espacial de este índice se recoge en el mapa levantado por la Autoridad Nacional del Ambiente, en el año 2000. (Mapa N°11), en el cual se ubican las Comarcas Indígenas como las de mayor índice de pobreza, seguidas de la Provincia de Darién, algunas áreas de Este de la Provincia de Panamá, el norte de Coclé y Veraguas y algunos Distritos de la Provincia de Herrera. Es destacable que son las áreas indígenas las que cuentan con la mayoría de los recursos naturales y ambientales disponibles en el territorio nacional. (Mapa N°12)

Mapa N° 11



Mapa N° 12



#### 4.6 Educación de la Población Panameña.

El Censo del 2000 identificó que el 92.3% de la población panameña con 10 y más años es alfabeto. Del 7.6% de la población analfabeta el 86.5% tiene 20 y más años de edad. El análisis del comportamiento del analfabetismo según sexo indicó que por cada 1.1 mujeres analfabetas hay un hombre analfabeta, lo que nos sugiere una ligera desigualdad de género en lo relacionado con esta variable. (Cuadro N° 17)

**Cuadro N° 17. Población De 10 Y Mas Años De Edad Por Alfabetismo Según Grupo De Edad. Panamá. Censo 2000.**

GRUPO DE EDAD	ALFABETISMO					
	TOTAL		ALFABETA		ANALFABETA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	2206868	100.0%	2037902	92.3%	168140	7.6%
10 A 14	285914	13.0%	273275	13.4%	12599	7.5%
15 A 19	268580	12.2%	258475	12.7%	10062	6.0%
20 Y MAS	1652374	74.9%	1506152	73.9%	145479	86.5%

Fuente: Censo Nacional de Población. Contraloría General de República. Año: 2002.

Alrededor del 10% de la población de 4 años y más no ha aprobado ningún grado de instrucción. Alrededor de 2 de cada 5 han aprobado algún grado de la escuela primaria y 3 de cada 4 han aprobado algún grado de la escuela secundaria. Sólo el 0.8% de la población tienen formación de postgrado (postgrado, maestría o doctorado). (Cuadro N° 18)

En cuanto al nivel de instrucción es destacable que el promedio de años aprobados es de 7.5 años, con una variación de dicho promedio que oscila entre 1.6 años hasta 9.7 años. Los grupos de edad con mayor promedio de años aprobados son el de 25 a 44 años con 9.6 años promedio aprobados; en tanto que las personas de 6 -9 años y las de 60 y más años con 1.6 y 4.9 años promedio aprobado, respectivamente. El análisis diferencial por sexo indicó que el promedio de años aprobados para los hombres es de 7.3 años y para las mujeres de 7.6 años. En el caso de la población masculina este promedio tiene un rango que oscila entre 1.5 y 9.4 años aprobados. Los grupos de 6 a 9 años y de 60 más presentan los promedios más bajos, 1.5 y 5 años, respectivamente. De igual forma el grupo de 20 a 44 años tiene un promedio de 9.3 años aprobados. Cuando se trata de la población femenina el comportamiento es

similar aunque el promedio de años aprobados por los grupos de edad antes descritos es mayor (9.8 para la población de 20 a 44 años y 5.4 para las mujeres con 60 y más años). En las comarcas indígenas es mayor en los hombres. Al igual que con el analfabetismo, existe una notoria diferencia entre las provincias urbanas y rurales y un nivel mínimo en las comarcas indígenas. El sistema educacional ocupa 7,4 años en promedio para graduar un alumno de la enseñanza primaria, con un mínimo de 6 años en la provincia de Panamá y un máximo de 9,4 en Darién.

La escolarización obligatoria es de 9 años, correspondiendo al ciclo de enseñanza primaria y el primer ciclo secundario (3 años).

**Cuadro Nº 18. Población De 4 Y Mas Años De Edad Según Nivel De Instrucción.  
Panamá. Censo 2000.**

<b>Nivel De Instrucción</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>2588002</b>	<b>100%</b>
<b>Sin Grado Aprobado</b>	<b>256155</b>	<b>9.9%</b>
<b>Pre Escolar</b>	<b>68214</b>	<b>2.6%</b>
<b>Primaria</b>	<b>1024723</b>	<b>39.6%</b>
Completa	464022	45.3%
Incompleta	559109	54.6%
No Especificado	1592	0.2%
<b>Secundaria</b>	<b>845805</b>	<b>32.7%</b>
Completa	313542	37.1%
Incompleta	530787	62.8%
No Especificado	1476	0.2%
<b>Universidad</b>	<b>256146</b>	<b>9.9%</b>
Hasta 3	116143	45.3%
4 Y Mas	139183	54.3%
No Especificado	820	0.3%
<b>Postgrado</b>	<b>8366</b>	<b>0.3%</b>
<b>Maestría</b>	<b>10987</b>	<b>0.4%</b>
<b>Doctorado</b>	<b>2069</b>	<b>0.1%</b>
<b>Superior No Universitario</b>	<b>25408</b>	<b>1.0%</b>
<b>Vocacional</b>	<b>55939</b>	<b>2.2%</b>
<b>Enseñanza Especial</b>	<b>8451</b>	<b>0.3%</b>
<b>No Declarado</b>	<b>5739</b>	<b>0.2%</b>

Fuente: Censo Nacional de Población. Contraloría General de República. Año: 2002.

Según el Ministerio de Educación, en el 2003 se contaba con 3,611 centros educativos oficiales y particulares, donde el 86.9% son instituciones públicas. El 87% son centros de educación primaria y el 13% son planteles de educación secundaria. Esta red educativa cuenta con un total de 32,890 educadores y una matrícula de 671,132 estudiantes. (Cuadro N° 19)

Cuadro N° 19. Cantidad De Escuelas, Matrícula Y Educadores.  
República De Panamá. Año: 2003

Tipo De Escuela	Nº De Escuelas	Matrícula	Educadores
<b>Total</b>	<b>3,611</b>	<b>671,132</b>	<b>32,890</b>
Públicas	3,139	592,526	26,928
Particulares	472	78606	5962
Primaria	3,141	419,904	17,296
Pública	2,863	377908	15305
Particulares	278	41996	1991
Secundaria	470	251228	15594
Pública	276	214618	11623
Particulares	194	36610	3971

Fuente: Ministerio de Educación. Año: 2003

La Universidad de Panamá, cuenta entre sus registro a 36 universidades en todo el territorio nacional, de las cuales el 88.9% son privadas (32) y 11.1% de carácter estatal. (Cuadro N° 20)

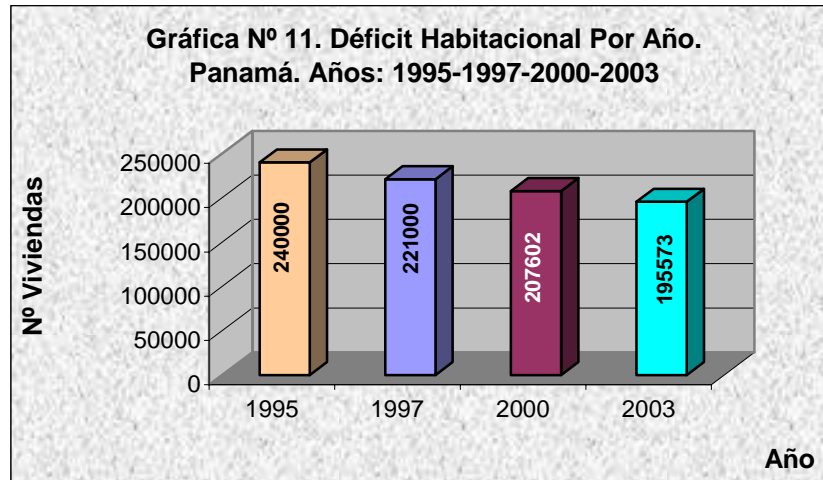
Cuadro N° 20. Universidades Públicas y Privadas. República de Panamá. Año: 2003

Tipo De Universidad	Nº
Total	36
Estatales	4
Privadas	32
Funcionando	20
No están funcionando	4
Proceso	8

Fuente: Universidad de Panamá. Año: 2003

#### 4.7 Vivienda

Según las estimaciones realizadas por Ministerio de Vivienda (MIVI) el déficit habitacional del país ha presentado un descenso progresivo, que se estima en 44,457 viviendas al establecer el diferencial 1995 – 2003. (Gráfica N° 11)



En el año 2003, Planificación del Ministerio de Vivienda estimó un déficit habitacional de 195,543 viviendas. Las provincias de Panamá, Chiriquí, Colón y Veraguas presentaron el mayor déficit habitacional. El deterioro total se reportó en mayor número de viviendas. (Cuadro N° 21)

**Cuadro N° 21 Distribución del Déficit Habitacional por Categoría según Provincia  
República de Panamá. Año: 2003**

Provincia	Déficit (1)		Deterioro	Deterioro	Hacinamiento
	Total	%	Parcial	Total	
Total	195,543	100.0%	57,985	69,376	241,842
B. del Toro	6,350	3.2%	1,037	1,694	8,557
Coclé	12,793	6.5%	1,718	5,607	16,563
Colón	18,456	9.4%	8,059	7,077	21,202
Chiriquí	20,371	10.4%	4,593	6,394	26,594
Darién	5,514	2.8%	2,586	3,126	5,308
Herrera	4,015	2.1%	564	2,205	5,011
Los Santos	2,722	1.4%	310	1,224	3,536
Panamá	88,537	45.3%	32,166	14,772	116,097
Veraguas	16,142	8.3%	3,864	9,720	18,326
C. Kuna Yala	3,744	1.9%	181	3,601	3,708
C. Emberá	1,292	0.7%	450	895	1,235
C. Ngobe Bugle	15,607	8.0%	2,457	13,061	15,705

(1) Este valor es el producto del cruce del déficit en deterioro parcial y el deterioro total por el hacinamiento

Fuente. Ministerio de Vivienda. Dirección General de Planificación. Año: 2004

En el año 2000, el MIVI estimó un déficit de 207,602 viviendas. Un análisis según ingreso, determinó que 1 de cada 4 viviendas deficitarias se ubicaron en familias con ingreso de menos de B/. 100.00; que 1 de cada 6 y cerca de 1 de cada 7 de las viviendas eran requeridas por familias con ingresos entre B/. 250.00 - 399.00 balboas y B/. 400.00 – 599.00 balboas, respectivamente. (Cuadro N° 22)

**Cuadro N°. 22 Distribución del Déficit Habitacional Según Ingreso  
República de Panamá. Año 2000**

Ingreso Mensual del Hogar en B/.	Déficit (1)		Deterioro Parcial	Deterioro Total	Hacinamiento
	Total	%			
Total	<b>207,602</b>	<b>100.0%</b>	<b>60,607</b>	<b>73,947</b>	<b>257,339</b>
Menos de 100	51,200	24.7%	12,304	27,053	59,443
100-124	8,911	4.3%	2,490	3,438	10,958
125-174	11,360	5.5%	3,101	4,260	14,098
175-249	22,125	10.7%	6,451	7,355	27,794
250-399	33,991	16.4%	10,396	10,162	43,087
400-599	32,336	15.6%	10,245	9,161	41,080
600-799	20,251	9.8%	6,532	5,442	25,841
800-999	13,532	6.5%	4,439	3,540	17,283
1000 y mas	13,896	6.7%	4,649	3,536	17,755

(1)Este valor es el producto del cruce del déficit en deterioro parcial y el deterioro total por el hacinamiento

Fuente. Ministerio de Vivienda. Dirección General de Planificación. Año: 2004



## V. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA

### 5.1 Situación De La Calidad Del Ambiente Y Su Relación Con La Salud Humana

#### a. Agua Potable Y Residuales

En materia de saneamiento en 1998 el 89.6 % de los hogares del país disponía de agua potable, el 92.3 % contaba al menos con infraestructura básica sanitaria para la disposición de excretas y el 68.6 contaban con una disposición sanitaria de basura. Sin embargo, en comunidades rurales de menos de 1,500 habitantes, la cobertura de estos servicios fue de 81%, 86% y 31.4% respectivamente. Para el 2002, el 92,5 % de los hogares del país disponían de agua potable y un 93.2% contaban con infraestructura básica para la disposición adecuada de excretas. Sin embargo, en el área rural sólo el 80.2% de los hogares contaban con agua potable y un 83.2% con disposición adecuada de excretas. En términos generales puede decirse, que la cobertura a los servicios de agua potable y de disposición sanitaria de excretas, se ha incrementado en el periodo 98-2002, (Cuadro N°23). Sin embargo, la calidad de estos servicios no es óptima; toda vez que existen condiciones de abastecimiento irregular y deficiente en un número importante de comunidades, las cuales tienen acceso interrumpido de agua y deben almacenar y manipular el agua potable que será objeto posterior de su consumo. También se presentan problemas de la calidad del agua para el consumo humano, sobre todo en el área rural.

**Cuadro N° 23. Viviendas Con Servicios de Saneamiento Básico  
República De Panamá. Años: 1998-2002**

Indicador	1998						2002					
	Total		Urbano		Rural		Total		Urbano		Rural	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Agua Potable</b>	572368	89.6	315946	98.1	256423	81.0	663495	92.5	429812	99.2	233682	80.2
<b>Disposición Sanitaria de Excretas</b>	589608	92.3	317501	98.6	272107	86.0	659908	93.2	427488	98.6	232419	83.2
<b>Disposición Sanitaria de Basura</b>	437741	68.6	305070	94.8	200793	31.4	558053	77.8	446325	96.1	111681	44.2

Fuente: Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. Ministerio de Salud. Año: 2002

Según información registrada por el Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente, para el año 2002 de 717,292 viviendas, el 64.78% están ubicadas en área urbana y un 35.22% en el área rural. Según consta, el 92.5% de las viviendas cuentan con servicio de agua potable, que

al ser desagregado según área evidencia inequidad en el acceso a este servicio básico, toda vez que la cobertura en las áreas urbanas es de 99.2% y en las rurales de 80.2%. En el área urbana 3625 viviendas carecen de agua potable, en tanto que 50,652 confrontan esta situación en el área rural, por lo que una de cada 13 viviendas en todo el país, carecen de agua potable. (Cuadros N°24). Los niveles de inequidad son más evidentes en las áreas rurales de las regiones sanitarias de Ngobe Bugle (53.5%), Darién (64.0%), Bocas del Toro (71.0%) y Chiriquí (72.5%). Un 19.8% de las viviendas ubicadas en áreas rurales y el 0.8% de las ubicadas en áreas urbanas no cuentan con disposición de agua potable.

**Cuadro N° 24. Situación de los Servicios de Saneamiento Básico.  
República De Panamá Año: 2002**

Indicador	Viviendas con el servicio						Viviendas sin el servicio					
	Total		Urbano		Rural		Total		Urbano		Rural	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Agua Potable</b>	663616	92.5	461011	99.2	202605	80.2	53677	7.5	3625	0.8	50652	1980
<b>Disposición Sanitaria de Excretas</b>	668425	93.2	458151	98.6	21074	83.2	48,867	6.8	6607	1.4	42383	16.8
<b>Disposición Sanitaria de Basura</b>	558006	77.8	446325	96.1	111681	44.2	159287	22.2	118311	3.9	140976	55.8

Fuente: Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. Ministerio de Salud. Año: 2002

Referente a las aguas residuales, en el año 2002 se aprueba el Reglamento Técnico que define las características de los efluentes para poder ser descargados a cuerpos y masas de aguas superficiales y subterráneas, sin embargo, están en proceso de reglamentación e implementación.

Las aguas residuales sólo en un 25% reciben tratamiento adecuado y el uso de las letrinas no es generalizado, especialmente en las áreas rurales y entre las comunidades indígenas. El nivel de contaminación de las fuentes de agua no está sujeto a control y la contaminación de las mismas tiende a incrementarse por las aguas residuales sin tratamiento procedente de las industrias y viviendas.

La contaminación de la Bahía de Panamá es producto de varias fuentes de la actividad en la ciudad capital. Entre las principales fuentes de contaminación se pueden mencionar en primer lugar la ocasionada por las aguas residuales de origen doméstico e industrial; en segundo lugar la producida por desechos sólidos, derrames intermitentes de petróleo, y tal

vez menos frecuente la producida por plaguicidas. Actualmente se encuentra en proceso de diseño el nuevo alcantarillado de la ciudad de Panamá (mejoras, ampliación y sistema de tratamiento), dentro del Proyecto de Saneamiento de la Bahía y la Ciudad de Panamá.

La descarga directa sin tratamiento de aguas residuales a la costa, ríos y quebradas genera olores desagradables que afectan directamente a gran parte de la población de la ciudad y especialmente la actividad turística, comercial y residencial establecida en las márgenes de la Bahía. La contaminación costera en la Bahía representa un serio peligro para la salud pública y ambiental del área metropolitana. Diariamente se descargan alrededor de 40 toneladas de materia orgánica de residuos en forma disuelta o particulada (medidas como demanda bioquímica de oxígeno), las cuales contienen un número de colonias de coliformes fecales (NMP/100 ml) que fluctúan por el orden de varios miles.

Los problemas relacionados con los desechos sólidos se deben a que entre el 20 - 30% de la basura que genera la ciudad por diferentes razones no son depositadas en el relleno sanitario. Las aguas de escorrentía producto de las lluvias transportan estos desechos que van a parar a la bahía. Además producto del tráfico marítimo se derraman alrededor de 2,000 barriles de hidrocarburos anualmente en las aguas cercanas a la costa del área metropolitana, se ha reportado la presencia de trazas de metales pesados como el plomo, cobre, cadmio y plaguicidas en los sedimentos de algunos ríos que atraviesan la ciudad.

#### **b. Residuos Orgánicos Y Sólidos**

En el año 2000 el 93.1% de las viviendas contaba con un sistema adecuado de disposición de excretas, de los cuales sólo el 52.2% contaba con servicios sanitarios conectado a tanque séptico o alcantarillado sanitario y 40.9% con letrinas. Ambos sistemas sanitarios encuentran un mayor desarrollo en las áreas urbanas que en las rurales. Un caso crítico lo presenta la región de Kuna Yala en donde el 92.0% de las viviendas no posee un sistema de servicio sanitario aunque esta situación puede estar ligada a sus costumbres.

El problema de disposición sanitaria de la basura aumenta en proporción directa con el aumento de la población y el crecimiento urbano, a ello se suma el manejo inadecuado de estos residuos. Lo anteriormente expuesto resulta en perjuicio y deterioro de la salud

pública y la calidad de vida; así como en la producción de desastres naturales, deterioro estético de las ciudades y su paisaje natural, y en la profundización de los problemas ambientales y de contaminación hídrica.

La composición y volumen de los desechos depende en gran medida de la condición socioeconómica de las familias que la generen. En la municipalidad de Panamá, por ejemplo, entre el 65 y 70% del volumen es papel y plástico o sea material reciclable. Los desechos industriales abarcan casi un 25 % de lo que se dispone en el relleno sanitario de Cerro Patacón y de este porcentaje el 72.9% son residuos industriales no peligrosos y proceden que la industria alimentaría y la textil y el 21.1% lo constituyen aceites, pinturas, químicos y otros que son considerados peligrosos. <sup>i</sup>

Evaluando la cobertura de recolección de residuos sólidos a nivel nacional se puede concluir que en promedio menos de la mitad de las comunidades recibe este servicio. En donde el área urbana presenta 83% de cobertura frente a un 24.5 % en áreas rurales y 15% en áreas indígenas<sup>ii</sup>. Para dicha actividad el 49.1% de las viviendas eran atendidas con carro recolector público y el 10.65 % con carro recolector privado.

En términos de eliminación de basuras de las viviendas existe un 7.3% de las mismas utilizan terrenos baldíos, otro 1.7% las dispone en cuerpos de agua superficial, el 26.8% decide incinerarla o quemarla, mientras que un 3.3% de las viviendas las entierra y el 1.1% restante utiliza otra forma no especificada para deshacerse de éstas.<sup>iii</sup> La expansión urbanística de los polos de la provincia de Panamá ha causado que un gran porcentaje de viviendas no sean suplidas del servicio de recolección, tal es el caso de Panamá Oeste que tiene 75% de cobertura del servicio y en ocasiones es ineficiente. En el caso de las áreas rurales, a excepción de las de San Miguelito, Herrera y Panamá Oeste, todas tienen niveles de cobertura menor del 60%.

A nivel nacional salvo los casos de municipios que cuentan con rellenos sanitarios como el de Cerro Patacón para Panamá y San Miguelito; en Colón el que atiende los distritos de Santa Isabel y Portobelo; en Chiriquí, el del municipio de Boquete y en Herrera, el del municipio de Santa María, tienen una disposición adecuada de desechos sólidos; el resto de los municipios

del país dispone inadecuadamente sus residuos sólidos en vertederos a cielo abierto (Cuadro N° 25) y en estos lugares extemporáneamente dan cobertura a estos residuos con tierra y en otras ocasiones los queman, generando los problemas ya conocidos, el deterioro de la calidad del ambiente y los riesgos a la salud humana. Se concluye entonces que del porcentaje total de viviendas urbanas el 59.7 % posee cobertura de disposición final adecuada mientras que en las áreas rurales el 19.7%<sup>iv</sup>.

**Cuadro N° 25. Manejo De Los Residuos Sólidos.  
República De Panamá. Año: 1999**

Provincia	Distrito	Sistema De Eliminación	Volumen (m/ día)	% de Recolección
Colón	Buena Vista	Vertedero a Cielo abierto	138,1	N.D
Coclé	Aguadulce	Vertedero a Cielo abierto	55,2	54.3
Herrera	Parita	Vertedero Controlado	8,1	36.7
Los Santos	Los Santos	Vertedero	21,3	39.2
	Las Tablas	Vertedero	8,3	65.6
	Valle Riquito	Vertedero a Cielo abierto	21,0	N.D
	Pocrí	Vertedero a Cielo abierto	1,0	46.1
	Pedasí	Vertedero a Cielo abierto	8,3	70.1
Veraguas	Santiago 1	Vertedero a Cielo abierto	6,4	57.2
	Atalaya 1	Vertedero a Cielo abierto	74,7	22.4
	Santa Fe	Vertedero a Cielo abierto	8,6	8.7
	Calobre 1	Vertedero a Cielo abierto	5,2	0.4
	Cañazas	Vertedero	6,7	2.8
	Soná	Vertedero	19,5	28.8
	San Francisco	Vertedero	27,3	8.7
Chiriquí	San Lorenzo	Vertedero	6,9	1.8
Bocas del Toro	Chiriquí Grande	Vertedero a cielo abierto	19,6	26.3
Panamá	Chorrera	Vertedero controlado	18,5	63.8
	Capira	Vertedero	88,0	27.1
	Arraján	No hay (utiliza la de Chorrera)	28,0	62.9
	Áreas Revertidas de Arraján 1		60,6	N.D

ND – No Disponible la información

Fuente: Datos de la Contraloría General de la República, Censos Nacionales de Población y de Vivienda 2000.

En el país, el manejo de los residuos sólidos domésticos, industriales y desechos hospitalarios, se realiza con una escasa coordinación de instituciones que forman parte del Gobierno Central y del Municipal, y la empresa privada a través del desarrollo de microempresas interviene en las actividades de recolección de manera poco o no regulada, toda vez que en el proceso de disposición sanitaria de estos residuos y desechos se conjugan en diferentes etapas. En áreas metropolitanas como Colón, Panamá y San Miguelito, la municipalización de los servicios relacionados con los desechos sólidos en 1999, trajo consigo una serie de problemas como la baja capacidad técnica de los recursos humanos en los municipios, deficiencias operacionales y escasa fiscalización de la calidad de los servicios, entre otras. Sumado a esto está la carencia de sitios adecuados de disposición y tratamiento de desechos peligrosos, potencialmente peligrosos y hospitalarios y el desconocimiento del tratamiento de los mismos. Existen diversas entidades relacionadas con las distintas etapas de manejo de los residuos sólidos urbanos, industriales y hospitalarios. (Cuadro N° 26)

**Cuadro N°.26 Entidades Relacionadas con las Distintas Etapas de Manejo de los Residuos Sólidos Urbanos, Industriales Y Hospitalarios. República de Panamá. Año: 2004**

Etapas De Manejo	Residuos Sólidos Domésticos		Desechos Sólidos	
	Municipio	Servicio Público/Privado	Industriales	Hospitalarios
<b>Recolección</b>	Panamá San Miguelito Colón David Santiago Arraiján Boquete Santamaría Resto del país	Público/DIMAUD Privado/REVISALUD Privado/AGUASEO Mixto/SEMA Privado/CREDESOL Privado/CREDESOL Privado Público/Municipio Público	Generadores	MINSAs
<b>Tratamiento</b>	Panamá y San Miguelito Santa Isabel y Portobelo Santamaría Boquete	Público/DIMAUD de Panamá Público/Municipios Portobelo/Santa Isabel Público/Municipio	Generadores	MINSAs
<b>Disposición Final</b>	Panamá San Miguelito Santamaría Boquete Resto del país	R. S Cerro Patacón R.S. Cerro Patacón R.S. Santamaría R.S de Boquete Vertederos a cielo abierto	Generadores	MINSAs
<b>Fiscalización</b>	En todos los Municipios	Salud, Municipios	MINSAs	MINSAs

\* A excepción de los municipios anteriormente citados RS: Relleno Sanitario

Las limitaciones van desde la falta o desmejoramiento de vehículos y equipos, insuficiente recurso humano y económico, pésima ubicación de los sitios de disposición final, el aumento

de la actividad informal de segregación que afecta el almacenamiento de los residuos, el vacío jurídico en materia de residuos sólidos, coordinación ineficiente de las autoridades, la falta de integración de la empresa privada entre otras que pueden traer consecuencias negativas sobre la salud y el ambiente.

Aunado a las deficiencias en el manejo de los residuos y la disposición final de estos residuos, está la falta de conciencia y coparticipación ciudadana, esa indiferencia contribuye a la falta de segregación en el origen, escasa cultura de reciclaje, la falta de sitios de disposición adecuada o su inadecuada localización, recolección poco eficiente. La ausencia de una cultura ambiental formal también limita la gestión integral de los residuos.

A pesar de esta situación existen en el país organizaciones no gubernamentales orientando a algunos municipios en materia de gestión integral de residuos sólidos pero, la información transmitida al Ministerio de Salud es escasa.

Por otro lado, el manejo de residuos hospitalarios es inadecuado, no se realiza una segregación y acondicionamiento de los residuos de acuerdo a su peligrosidad, con un alto potencial de contagio y propagación de enfermedades (los residuos líquidos no tienen tratamiento antes de su disposición final en la Bahía). No se dispone de información actualizada de la generación de desechos hospitalarios peligrosos, aunque se sabe que en el área metropolitana se han identificado 12 centros hospitalarios que generan 4,764 kg/día de desechos comunes y 4,782 kg/día de desechos peligrosos; y que en el resto del país existen 20 centros hospitalarios que generan alrededor de 4,631 kg/día y 1,385 kg/día respectivamente.

A manera de resumen puede decirse que:

La estrategia Nacional del Ambiente de 1999 identificó el manejo y disposición de desechos y residuos peligrosos y no peligrosos como uno de los problemas principales de calidad del ambiente. En el 2001 se generaron en el país 1,463.53 ton/día. Según el Informe del Estado del Ambiente GEO Panamá 2004, la cobertura de los servicios de recolección es del 75% de los desechos sólidos no peligrosos (domésticos) en áreas urbanas, y del 40 al 50% en áreas rurales. En los distritos de Panamá y San Miguelito la

cobertura oscila de 92 al 100%. Existen problemas en la recolección, transporte, disposición final y gestión administrativa de los desechos no peligrosos en todo el país.

Cuadro N° 27. Promedio Ponderado De Desechos Domésticos Generados En Algunas Municipios. Panamá (Toneladas/Días). Año: 2001.

<b>MUNICIPIO</b>	<b>VOLUMEN DE DESECHOS (ton/día)</b>
Total	<b>322.63</b>
Colón	<b>82.56</b>
David	<b>86.99</b>
Bugaba	<b>33.81</b>
Barú	<b>39.91</b>
Santiago	<b>35.07</b>
Chitré	<b>23.63</b>
<b>Aguadulce</b>	<b>20.66</b>

Fuente: OPS/OMS/MINSA, Análisis Sectorial de Residuos Sólidos de Panamá. 2001.

### **c. Desechos Peligrosos**

El manejo de desechos peligrosos industriales en Panamá requiere de criterios más específicos para una gestión ambiental limpia y segura. Existen pocas empresas o instalaciones dedicadas a la disposición final o tratamiento de desechos peligrosos, y la estructura pública no es adecuada para tales fines. Las empresas que generan los desechos, en la mayoría de los casos, no cuentan con sistemas de tratamiento y se limitan a enterrarlos sin ningún control ambiental. Los desechos y residuos peligrosos que se generan en Panamá incluyen aceites, álcalis y ácidos, solventes, pinturas, tintas, barnices, resinas, plaguicidas orgánicos, lodos y químicos orgánicos, asbestos, y los contenedores contaminados. Los aceites quemados y/o usados constituyen uno de los principales problemas de contaminación de los vertederos, ríos, quebradas y/o suelos.

Los desechos hospitalarios son recolectados en vehículos que no cuentan con las condiciones mínimas establecidas en el Decreto Ejecutivo N° 111 del 23 de junio de 1999. Son recolectados por el servicio de recolección de desechos no peligrosos (domésticos) y ambos son depositados en los rellenos sanitarios y vertederos sin ningún tipo de tratamiento. Un estudio realizado en el año 2000, que incluyó veintitrés hospitales públicos y privados, estimó una generación de 9,903.6 Kg/día.



Los desechos en puertos internacionales, es decir, provenientes de buques que arriban a los puertos internacionales deben ser incinerados bajo la fiscalización del Ministerio de Desarrollo Agropecuario y del Ministerio de Salud, conforme al Decreto Ejecutivo 116 de 18 de mayo de 2001. Actualmente se realiza a través de dos empresas. En la vertiente del Atlántico que sirve a los puertos de Cristóbal y Manzanillo, y otra en la vertiente del Pacífico que atiende a los puertos en Panamá. Se requiere incrementar los controles para evitar que los desechos sean desviados a los vertederos o algún otro sitio no adecuado para su disposición final.

#### **d. Disposición Final De Desechos**

La disposición final de desecho, en el país solo existen los rellenos sanitarios de Cerro Patacón, Boquete y David. En el resto de los municipios sólo se cuenta con vertederos a cielo abierto y otros sitios no adecuados. Los rellenos sanitarios no han sido gestionados eficientemente, por lo que la vida útil de los mismos ha sido reducida. Además, existen deficiencias en el manejo de los mismos, tales como deficiencia en el transporte de lixiviados a las lagunas de oxidación, lagunas que no cumplen con los requisitos mínimos, falta de cobertura diaria del suelo, e incendios en los rellenos y vertederos que contribuyen a la contaminación del aire con gases y partículas nocivas para la salud de la población. Otro problema en los rellenos, es la presencia de pepenadores de todas las edades que ponen en riesgo su salud durante las actividades que realizan.

#### **e. Reciclaje, Reutilización Y Recuperación.**

Existen unas 40 empresas que se dedican a actividades de reciclaje, reutilización y recuperación en el país. Sin embargo, gran parte de los materiales son recuperados y seleccionados de los vertederos y rellenos sanitarios por pepenadores. Éstos no cuentan con ningún equipo de protección personal, por lo que ponen en riesgo su salud durante las actividades que realizan.

## **f. Contaminación Atmosférica**

La contaminación atmosférica es la presencia en el aire de sustancias puestas allí, entre otras cosas por la actividad humana, en cantidades y concentraciones capaces de interferir con el bienestar y la salud de las personas, los animales y las plantas y los bienes materiales, o con el pleno uso y disfrute de la propiedad. Un incremento de 2°C en la temperatura global, como consecuencia del aumento de los niveles de CO<sub>2</sub> causa aumento de los niveles de mares entre 20-100cm, debido al deshielo de las capas polares. Esto afecta muchas áreas costeras y asentamientos humanos. Los efectos de la agricultura causa cambios climáticos, afecta las lluvias, la temperatura, la inflexión de los rayos solares, además de un incremento de las áreas desérticas haciendo vulnerables los brotes de malaria (como los insectos y el calor) lo que causa muchas muertes y una intensa presión en los sistemas de salud. Esto trae consecuencias para la salud humana.

### **1. Aire**

La contaminación del aire es la emisión al aire de sustancias peligrosas a una tasa que excede la capacidad de los procesos naturales de la atmósfera para transformarlos, precipitarlos (lluvia o nieve), y depositarlo o diluirlos por medio del viento y el movimiento del aire.

Las principales fuente de contaminación del aire son la biológica y la físico-química y que particularmente, en la Ciudad de Panamá, la contaminación del aire urbano se debe al empleo de combustible fósil que produce sustancias, que afectan la salud, como el dióxido de azufre, monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno, materia particulizada, plomo, y otros metales.

La contaminación del aire afecta a la salud de forma más evidente cuando los compuestos contaminantes se acumulan en concentraciones relativamente altas, capaces de producir a corto plazo efectos biológicos significativos.

Estudios realizados en Panamá, indican que la cantidad de partículas en suspensión alcanzan un valor promedio de 390ug/m<sup>3</sup> con un máximo de 1,403 ug/m<sup>3</sup>, que al ser comparado con las normas internacionales, que estiman el nivel de partículas en 260 ug/m<sup>3</sup>, se observan valores promedios mínimos que alcanzan 130 ug/m<sup>3</sup>, por encima del

normado. El promedio de monóxido de carbono es de 17,3 ppm con un máximo de 35ppm, para un nivel permisible de 9 ppm en 8 horas. El Cuadro N° 28 resume las principales fuentes de contaminación por tipo de contaminante y sus efectos en la salud.

**Cuadro N° 28. Fuentes Y Efectos De Los Principales Contaminantes.  
República de Panamá. Año: 1999**

CONTAMINANTE	FUENTE	EFFECTOS
Monóxido de Carbono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehicular</li> <li>• Gasolina</li> <li>• Industrias que utilizan gas o aceite</li> <li>• Industrias que utilizan aceite o carbón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entra rápidamente en el flujo sanguíneo causando desordenes del sistema nervioso y en altas concentraciones, la muerte</li> <li>• Irritan el sistema respiratorio y causan complicaciones del sistema cardiovascular</li> </ul>
Oxidos sulfuroros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantas generadoras que utilizan aceite, gas o carbón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dañan la vegetación y las cosechas</li> <li>• Aceleran el deterioro de la superficie externa de las edificaciones</li> <li>• Irritan los ojos y el tracto respiratorio superior</li> </ul>
Hidrocarburos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehículos de gasolina</li> <li>• Industrias y plantas generadoras de energía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dañan la vegetación</li> <li>• Estimulan producción de smog fotoquímico</li> </ul>
Partículas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehículos a diesel</li> <li>• Refinería de petróleo</li> <li>• Quemas</li> <li>• Emisiones del sistema de escape de vehículos</li> <li>• Industrias</li> <li>• Quemas</li> <li>• Plantas (polen y esporas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tóxicos en altas concentraciones</li> <li>• Estimula la producción de smog fotoquímico</li> <li>• Algunas son tóxicas para los humanos</li> <li>• Pueden causar alergias</li> <li>• Promueven la formación de precipitación</li> </ul>

Fuente: Estrategia nacional del ambiente, Calidad Ambiental en Panamá, Vol. 2, ANAM, 1999.

La contaminación física causada, generalmente, por polvo forma parte de los riesgos ambientales que contribuyen al padecimiento de enfermedades respiratorias, tales como la constricción de las vías respiratorias (asma), la rinitis, la bronco constricción refleja; así como la conjuntivitis, entre otras. A pesar de que estos son hechos demostrados en otros países, Panamá no cuenta con estudios precisos que determinen el riesgo de la contaminación atmosférica en la prevalencia de enfermedades del aparato respiratorio y cardiovascular. Sin embargo, se ha detectado un número importante de casos de tumores en las vías respiratorias, que pudieran estar relacionadas con los contaminantes atmosféricos. En el 2001, cerca del 10% de los tumores malignos están localizados en la tráquea, bronquios y pulmón.

La calidad del aire en las áreas urbanas de nuestro país va en aumento primordialmente por el crecimiento de la población. De acuerdo al Informe del Estado del Ambiente (GEO Panamá - 2004), provienen del sector transporte (fuentes Móviles), el resto se origina en fuentes fijas (Industrias).

Actualmente la contaminación originada por fuentes fijas no es crítica en lo que respecta a las emisiones. Sin embargo uno de los sectores que ha originado una mayor alerta es la generación de energía proveniente de las termoeléctricas. En Panamá se han establecido 15 plantas termoeléctricas, con una capacidad instalada total 770.77 MW. La principal preocupación de la comunidad es las emisiones de las chimeneas de las termoeléctricas; por que los proyectos existentes están en el proceso de adecuación y los nuevos proyectos tienen que cumplir con estándares internacionales.

En la ciudad de Panamá de acuerdo a los monitoreos realizados desde 1997 por el Instituto Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá, indican que hasta ahora sólo las calles, avenidas y sitios aledaños a éstos evidencian concentraciones por encima de los límites permitidos. (Cuadro N° 29)

**Cuadro N° 29 Volumen De Los Principales Contaminantes Asociados Al Transporte Por Area Y Límite Permisible. República de Panamá. Año: 1998**

CONTAMINANTE	CONCENTRACION CENTRO URBANO	CONCENTRACION ZONA RESIDENCIAL	LIMITE PERMISIBLE (OMS)
Plomo (Pb)	1,6 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	1,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	0,5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
Ozono (O <sub>3</sub> )	No existen valores para los parámetros	No existen valores para este parámetro	60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
Partículas Totales Suspendidas (PTS)	550 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Muestra no posible por falta de seguridad	75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
Partículas de diámetro menor a 10 micras (PM <sub>10</sub> )	85 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
Dióxido de Nitrógeno (NO <sub>2</sub> )	60 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Fuente: Estrategia Nacional del ambiente: Calidad Ambiental en Panamá; Vol. 2, ANAM, 1999.

En las áreas alejadas del intenso tráfico vehicular gozan de un aire con baja concentración de contaminantes y con niveles por debajo de los valores guías establecidos por

organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA, Environmental Protection Agency).

La Ley N° 36 de 17 de mayo de 1996 y su reglamentación establecen medidas concernientes al uso de sistemas de control de emisiones por los vehículos, la eliminación de la venta de gasolina con plomo y la inclusión del control de emisiones en el revisado vehicular.

El cese de la producción de la gasolina con plomo a partir de agosto de 2001 y la prohibición de su venta a partir del 1 de enero de 2002 produjo una disminución importante con respecto a los valores de plomo en el aire. (GEO PANAMA 2004)

El desarrollo industrial y el crecimiento de las ciudades ha traído como consecuencia el aumento de la contaminación del aire, es decir, una condición en la cual las concentraciones de las sustancias y compuestos presentes en la atmósfera se altera, provocando efectos negativos en la salud y el ambiente.

Las emisiones contaminantes probables del sector industrial en el área metropolitana según área geográfica de ubicación. Además, las áreas industriales protagonizan ruidos diversos, de las actividades de producción, el movimiento vehicular, maquinaria pesada que originan ruidos excesivos y producen contaminación sonora. (Cuadro N° 30)

Además, del aumento del parque vehicular y la falta de una red vial adecuada, las industrias, (Cuadro N°30) el sector de construcción, el tráfico aéreo y transporte (Cuadro N° 29) y las actividades agrícolas como la fumigación, contribuyen sensiblemente a la contaminación del aire, sonoro, química, física y visual. Los niveles de contaminación tienen implicaciones económicas, sociales, de salud; estas últimas no sólo relacionados a las afecciones respiratorias, sino también al estrés e intoxicaciones. (Cuadros N°28). En las provincias se destacan los parques automovilísticos de Panamá (73.1%), el de Chiriquí (10.0%) y el de Colón con 5%.

**Cuadro Nº 30. Polígonos Industriales Del Sector Metropolitano Según Áreas, Actividades Y Tipo De Contaminación. República de Panamá. Año: 1998**

AREAS	ACTIVIDADES	CONTAMINANTES
Área 1 CSS, Área industrial de la Locería	Metálicas, cromados, plantas de vapor, (combustión de búnker y diesel) Procesado y Embotellado de gas doméstico Embalaje de productos alimenticios	HC Partículas de Cr CO SO <sub>2</sub> Material partículado
Área 2 Urbanización Industrial de San Cristóbal y los Ángeles	Molinos, empacadoras de trigo, plantas de vapor, envases de químicos y productos farmacéuticos, fabricación de productos plásticos y celulosa, Producción de aceites vegetal y detergentes	Material partículado orgánico HC CO SO <sub>2</sub> NO CO <sub>2</sub> Partículas de sulfato
Área 3 Urbanización Industrial Orillac	Fabrica de reproducción de arcilla y cemento Procesador de embutidos, procesador de productos lácteos, Fabrica de Detergente, Fábrica de embragues y bandas de freno, plantas de vapor	Partículas de sulfito, partículas de asbesto HC Ácido orgánico Aldehídos Partículas de cemento SO <sub>2</sub> CO
Área 4 Entrada del Valle de San Isidro a Villa Zaíta	Reciclaje de aluminio Fabrica de producción de plásticos Plantas de vapor	Partículas de Aluminio HC
Área 5 Área estatua Roosevelt hasta Cerro Viento	Fabrica de productos plásticos Procesado de productos alimenticios, plantas de Vapor	Material partículado orgánico HC
Área 6 Cerro Viento hasta INAFORP	Procesos Metalúrgicos, Fábrica de productos plásticos, procesado de papel, llantas de vapor, manejo y envase de productos químicos	Partículas de óxido de hierro SO <sub>2</sub> Sulfitos HC

Fuente: Universidad Tecnológica de Panamá, Facultad de mecánica. 1998

El automóvil es considerado, como la principal fuente móvil de contaminación del aire. La combustión incompleta produce contaminantes como: Monóxido de carbón (CO), óxidos Nitrosos (NO<sub>x</sub>) y Plomo (Pb). Estos son conocidos como contaminantes críticos, que se han identificados como comunes y perjudiciales para la salud y el bienestar de los seres humanos.

En ciudades como la nuestra es poco el desarrollo de actividades industriales sin embargo existe una considerable cantidad de vehículos, más de 200 mil vehículos inscritos en el Municipio de Panamá.

Ya partir de 1989, se detecta un continuo aumento en el parque vehicular reducido durante el período de crisis política., para aumentar en la década del 90. Esto implica un aumento en la contaminación del ambiente, con contaminantes como NO<sub>x</sub>, CO, Pb (elemento asociado con enfermedades neurológicas que se manifiestan con la disminución de la capacidad intelectual) SO<sub>x</sub>, CO<sub>2</sub>, y partículas en suspensión, contaminación de aguas y suelos.

Los óxidos de nitrógeno (Nox), se trata de las especies NO y NO<sub>2</sub>, que se agrupan en Nox porque se emiten simultáneamente. Los óxidos de nitrógeno resultan de la combustión de combustibles fósiles (gasolina, diesel y coque, entre otros). En Panamá, durante el año 1997, los promedios de todas las muestras están cerca de los 64,0 g/m<sup>3</sup> el cual es considerado como límite máximo permitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según los datos de monitoreo de la calidad del aire correspondiente al año 2000, realizado por el Instituto Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá, los niveles de NO<sub>x</sub> en las estaciones ubicadas en la Universidad de Panamá y el cruce de San Miguelito, presentan una contaminación mediano y alto, resultan superiores a los valores guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Mientras que en áreas residenciales, tales como Balboa y cercanías del Hipódromo las mediciones indican que estos están de niveles aceptables.

En publicaciones realizadas por la Organización de la Salud (OMS), los contaminantes del aire pueden afectar a la piel, los ojos y otros sistemas del cuerpo, sin embargo el principal perjudicado es el sistema respiratorio, causando daños a los pulmones y como consecuencia el aumento de casos de enfermedades pulmonares, tales como: El Asma y la Bronquitis. Además puede causar exacerbación de enfermedades cardíacas, afectación al sistema nervioso y en algunos casos hasta la muerte.

Datos publicados por el Ministerio de Salud, sobre enfermedades respiratorias vinculadas con contaminantes por fuentes móviles, indican que en el año 2000, se notificaron 3379 casos de Neumonía y 3713 casos de Influenza en el área Metropolitana de la Ciudad de Panamá.

## 2. El Ozono

El ozono es un compuesto de alta reactividad que irrita las vías aéreas pulmonares y que interfiere en los mecanismos de defensa del organismo. El mismo ejerce además un inusual efecto sobre la función ventiladora, como resultado de los cambios en el reflejo de la respiración.

El deterioro de la capa de ozono acarrea un incremento en las radiaciones ultravioletas (UV-B) y, como efecto de la exposición a las mismas, el aumento de la incidencia de cánceres de piel, daños a las cosechas, interferencia en el mecanismos de fotosíntesis, y merma en la población del fitoplancton y de otros organismos.

El Laboratorio de Física de la Atmósfera de la Universidad de Panamá presentó una caracterización de los niveles de radiación UVB y del espesor de la columna de ozono total en la ciudad de Panamá, la misma mostró un valor medio de la columna de ozono total de (248 DU). El mínimo de la columna ozono (220 DU), en los meses de diciembre, enero y febrero del período 1998-2000, el valor máximo (300DU) y se registró durante el mes de agosto. Los resultados se encuentran dentro del margen de variabilidad estacional correspondiente a la latitud de la ciudad de Panamá.

Para el período se determinó que durante el 76.7% de los días de la estación seca y el 52% de los días de la estación lluviosa, de presentan índice ultravioleta B de riesgo para la salud, aunque estos no debe asociarse al deterioro de la capa de ozono, sino al grado de nubosidad existente.

Estudios realizados el Instituto Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá, en el 2004, concluyen:

1. La contaminación en calles y avenidas no ha bajado de intensidad, y sigue por encima o alrededor de los 40 mg/m<sup>3</sup> para el Dióxido de Nitrógeno (NO<sub>2</sub>).
2. Se observa también que en las áreas alejadas de la influencia del tráfico vehicular la concentración está por debajo del valor límite de 40 mg/m<sup>3</sup> para el Dióxido de Nitrógeno (NO<sub>2</sub>).
3. El Ozono (O<sub>3</sub>) se mantiene por debajo de los valores guía para este contaminante.



4. El PM10 (partículas) sigue siendo el contaminante que más riesgo a la salud genera y sus valores siguen registrándose por encima de la norma de la Organización Mundial de la Salud (50ug/m<sup>3</sup>).

El Ministerio Salud, participó intensamente en los debates y discusiones que se realizaron para la aprobación de la Ley N° 36, de 17 de mayo de 1996, en la que se establece la eliminación de la gasolina con plomo y la necesidad de crear un mecanismo de control de emisiones vehiculares, a través de la ATTT, además, elaboró el Decreto Ejecutivo N° 255 de 18 de noviembre de 1998, en el cual se establecen los límites máximo permisible de emisiones vehiculares cumpliendo así con lo establecido en la mencionada ley.

En agosto del 2001, la Refinería de Panamá pone fin a la producción de gasolina con plomo, adelantando así el calendario de eliminación, dispuesto por Ley N° 36 que sería el primero de enero del 2002, como fecha límite, y como resultado de esta acción la concentración de plomo en el aire hoy en día esta por debajo de los valores guías establecido por la OPS. Sin embargo, éstos mismos resultados demuestran que una gran cantidad de panameños están expuestos, diariamente, a concentraciones peligrosas de tóxicos en el aire como Óxidos de Nitrógeno (NO<sub>x</sub>) y Partículas Menores de 10 Micras (PM10), especialmente aquellos que transitan por nuestras calles y avenidas o viven cerca de ellas.

La Comisión de Trabajo Permanente de Emisiones Vehiculares, creada a través del Decreto Ejecutivo N° 158 del 18 de septiembre de 1998, elaboró y consultó un borrador de Mecanismo de Control de Emisiones Vehiculares, el cual fue presentado al Ministro de Gobierno y Justicia como intermediario ante la ATTT. Este mecanismo busca incorporar, al Revisado Anual Vehicular, el análisis de emisiones vehiculares con el fin de reducir las emisiones contaminantes de los vehículos, que generan aproximadamente el 90% de contaminación atmosférica en Panamá.

En el año 2003, inició la Consultaría para la elaboración del Anteproyecto de Normas de Calidad del Aire, evaluada por un Comité Técnico conformado por Instituciones Estatales y el Sector Privado, el resultado de esta consultaría se espera para mediados de el año 2005.

### 3. Ruido

En el mismo orden de ideas, resalta la creciente contaminación ambiental por la emisión de ondas sonoras, las cuales se vinculan con el crecimiento de la población y el desarrollo de la industria. El efecto del ruido sobre la salud desmejora la calidad de vida de los ciudadanos, aumentando los costos sociales producto del ausentismo laboral y los costos en servicios de salud asociados, que resultan como consecuencia de la rehabilitación de los afectados.

Al considerar la distribución geográfica del ruido, las principales áreas afectadas son las ciudades de Panamá y Colón, que tienen como principal fuente de ruidos, el tránsito de automóviles, ciertas actividades industriales y la generación de ruidos a horas no apropiadas.

Según el estudio realizado para medir las fuentes fijas de contaminación, identificadas en las áreas urbanas de Panamá, San Miguelito y Colón, como la industria, talleres, discotecas, aeropuertos; dieron como resultado que los niveles sonoros en días no laborales son inferiores a los días hábiles y que las mediciones realizadas en las áreas externas, los resultados siempre fueron mayores de 64dB, rebasando los niveles permisibles establecidos en la normativa ambiental vigente. (Decreto Ejecutivo N° 306 de 4 de septiembre de 2001; Decreto Ejecutivo del 1 de enero de 2004).

Los niveles superiores a 60dB indican que las mediciones efectuadas en los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón sobrepasan los niveles permisibles (Cuadros N° 31 y N° 32), estos presentan y tiene efectos críticos sobre la salud de la población como lo son la deficiencia auditiva. Niveles superiores a 80dB, reduce la actitud cooperativa, y aumenta el comportamiento agresivo en individuos predispuestos a la agresividad. (GEO Panamá, 2004).

**Cuadro Nº 31. Valores promedio de ruido para fuentes móviles en los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón. Año 2003.**

DISTRITO	LeqA diurno 1/	LeqA nocturno	LeqA 24 horas
Panamá	75.96	72.22	74.69
San Miguelito	75.48	73.28	74.65
Colón	73.38	68.06	71.59
<b>Nivel Máximo Sonoro (Decreto Ejecutivo Nº 306 de 2004)</b>	<b>60.00</b>	<b>50.00</b>	

1/ LeqA: Se refiere a los niveles equivalente sonoros medidos en decibeles en escala A.

Fuente: Consultoría Estudio Exploratorio de la Calidad del Aire y Ruido en los Distritos de Panamá, San Miguelito y Colón; y Programa de Capacitación/PAN/2003.

**Cuadro Nº 32 Valores Promedio de las mediciones de ruido para fuentes fijas, en los distritos de Panamá, San Miguelito, y Colón. Año 2003.**

DISTRITO	LeqA diurno 1/	LeqA nocturno	LeqA 24 horas
Panamá	78.96	70.31	77.25
San Miguelito	75.12	70.93	73.60
Colón	72.09	68.77	71.20
<b>Nivel Máximo Sonoro(Decreto Ejecutivo 306 de 2004)</b>	<b>60.00</b>	<b>50.00</b>	

1/ LeqA: Se refiere a los niveles equivalentes sonoros medidos en decibeles en escala A.

Fuente: Consultoría Estudio Exploratorio de la Calidad del Aire y Ruido en los Distritos de Panamá

#### **g. Contaminación Por Sustancias Tóxicas Y Residuos Peligrosos: Los Plaguicidas**

El manejo de sustancias tóxicas se ha convertido en un problema de gran magnitud, en especial el relativo al uso indiscriminado de plaguicidas y agroquímicos que afectan no sólo a quienes lo manejan, sino a las poblaciones que viven en las áreas aledañas a donde se usan; un ejemplo de esto es un estudio realizado en 1989 en el Hospital de Santiago de Veraguas que reveló que el 37% de las intoxicaciones registradas correspondieron a intoxicaciones por plaguicidas.

Esto hace que la gestión racional de plaguicidas sea un tema de interés social, económico y principalmente de salud, razón por la cual, el Ministerio de Salud, a través del Proyecto Regional PlagSalud; finalizado en el 2003, gestionó la aprobación de decretos alcaldicios que regulan el uso de los plaguicidas en las provincias de Herrera, Los Santos y Veraguas, y benefician además, a comunidades indígenas de las provincias de Chiriquí y Bocas del Toro.

Según el Censo realizado por la Contraloría General de la República en el 2000, la población total de la República de Panamá fue de 2,839,117 millones de habitantes, de los cuales la población económicamente activa (P.E.A.), representó el 39,4%, o sea, 1,119,071 del total de la población. La población económicamente activa agropecuaria representó el 18,2% del total del P.E.A. (Cuadro N° 33). En 1993, dichas actividades ocupaban el 20.7% del P.E.A., equivalente a 186,032 personas expuestas de uno u otro modo a los plaguicidas.

Cuadro N° 33 Población agropecuaria económicamente activa (PEA).  
Panamá. Año 2000.

Actividad	Número de Personas	
	N°	%
Población de la República	2,839,177	100
P.E.A. Total	1,119,071	39,41
P.E.A. agropecuaria	204,150	18.24

Fuente: Censos Nacionales de Población y Vivienda, Año 2000. Contraloría General de la República.

En Panamá se importan al menos 450 diferentes marcas de plaguicidas, de los cuales un tercio son insecticidas, y el resto herbicidas y fungicidas. El consumo anual promedio es de 3 Kilogramos por habitante del país. Puede mencionarse que Panamá importó entre el 1980-1989, 68.9 millones de kilogramos de plaguicidas, para un consumo anual de 6, 888,328 (Lamoth, 1992).

Según Wessenling y Castillo En: Jaén et al., 2000); Panamá supera seis veces el promedio mundial y casi tres veces por encima del consumo conjunto de países de Centroamérica.

Se estima que para 1998, Panamá importó 7,000 toneladas de plaguicida/año, con un costo de 30 millones de balboas. Las áreas de mayor entrada de plaguicidas al país fueron: Almirante, Panamá ciudad, Puerto Armuelles y David, esto se corresponde, más o menos, con las zonas de mayor utilización de los mismos (Lamoth, 1992).

En el Estudio realizado por la OPS/OMS en 1996, Panamá ocupó el primer lugar en la región Centroamericana, en cuanto a la cantidad de plaguicidas por habitante por hectárea cultivada y el segundo lugar en término de kilogramo por habitante por trabajador agrícola.

Al comparar estos datos con el estudio realizado por Henao y Arbelaez (2000), sobre importación de plaguicidas por kilogramos por habitantes y la población económicamente activa en la agricultura en la región centroamericana; Panamá ocupa el segundo lugar en Centroamérica con un consumo de 15 kilogramos por habitantes, después de Belice con 32 kilogramos de plaguicidas.

Según Henao y Arbelaez (2000); existe una clara relación entre la cantidad de plaguicidas importados en el istmo centroamericano durante el periodo 1992-2000 y la ocurrencia de intoxicaciones expresadas a través de las tasas de incidencia y mortalidad. Así mismo se observa, un incremento en las importaciones entre 1996 y el 2000, en relación directa con el aumento de casos de intoxicaciones.

A pesar que el sistema de notificación de intoxicaciones agudas por plaguicidas (IAP), ha venido mejorando en los últimos años, el número de casos reportados aún sigue siendo bajo (Mitre, 2004).

Con relación a este tema, PLAGSALUD en el 2001, realizó un estudio en siete países del istmo Centroamericano, entre ellos Panamá; en el cual se identificó una alta incidencia de subregistros, ocupando Panamá un 94% de casos, en comparación con Belice que ocupó un 99%. (Henao y Arbelaez, 2001)

Según este estudio, el área de la población expuesta en las provincias de los Santos, Herrera, Veraguas, Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Panamá Oeste y Panamá Este, registrándose 169 casos como probables IAP, de las cuales sólo siete fueron captados por el sistema de salud, siendo así una falla del sistema en el subregistro de los casos, y la falta de búsqueda de atención de la población en un 95.8% (162/169).

De estos casos, las provincias de Herrera y Veraguas presentaron 40 casos de personas con probable IAP que no fueron registradas; Chiriquí con 29 casos y los Santos con 19 casos. Las provincias de Bocas del Toro y la región de Panamá Oeste tuvieron un porcentaje de subregistro de 100% (no registraron ningún caso probable. (Mitre, 2004).

En el Proyecto PLAGSALUD, para mejorar el uso, manejo, transporte y legislación relacionada con plaguicidas; se creó un Grupo Técnico de trabajos de plaguicidas, con participación del Ministerio de Salud y de Desarrollo Agropecuario, y se formó además la Comisión técnica de plaguicidas.

Se han logrado significativos resultados en la capacitación a trabajadores de las bananeras de Chiriquí y Bocas del Toro en el uso menos riesgosos de los plaguicidas. La fiscalización a los locales de expendios de plaguicidas ha propiciado una importante mejoría de las condiciones, de trabajo y han disminuido en cerca del 40% los problemas de intoxicaciones accidentales por cercanías a cultivos (Geo Panamá, 2004).

En el periodo 1980-89, Panamá importó 68.9 millones de kilogramos de plaguicida, para un consumo promedio anual de 6,888,328 (Lamoth,1992), el cual correspondió al 12.8% de las importaciones promedio anuales de Centroamérica. Según Wesseling y Castillo, para 1992, Panamá ocupaba el primer lugar en kilogramos de plaguicida por habitante y por hectárea cultivada; y el segundo en kilogramos promedio por trabajador agrícola. Las áreas de mayor entrada de plaguicidas al país fueron: Almirante, Panamá Ciudad, Puerto Armuelles y David, esto se corresponde, más o menos, con las zonas de mayor utilización de los mismos (Lamoth,1992).

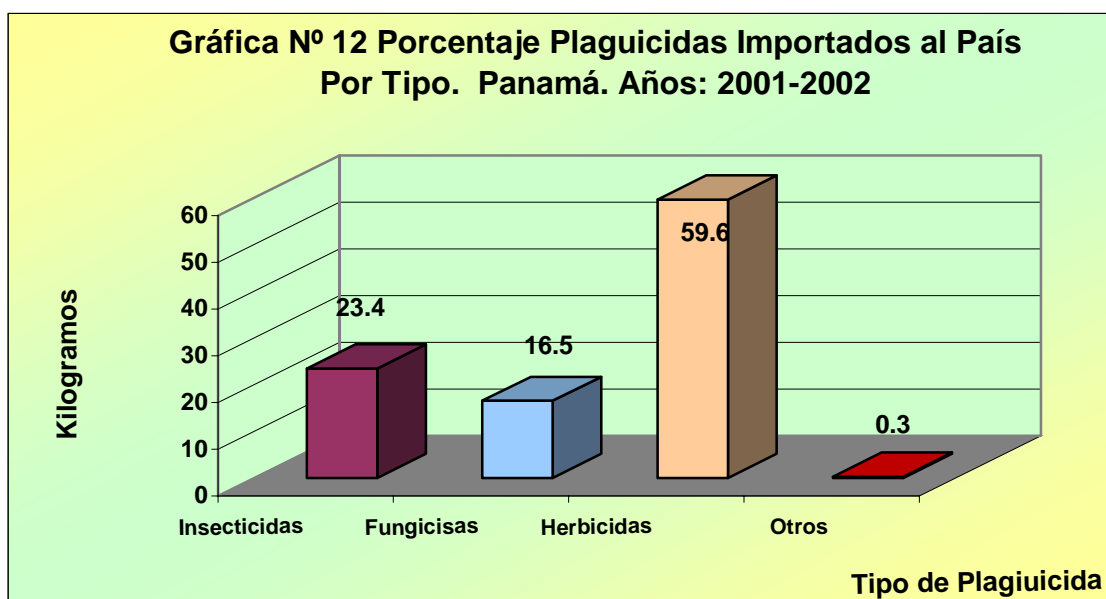
Se estima que la población económicamente activa agraria expuesta plaguicidas es de 574,757 personas (Chong et al, 1994). Una de las poblaciones de trabajadores con mayor exposición a los plaguicidas son los indígenas de Chiriquí y Bocas del Toro, toda vez que laboran en zonas bananeras, cafetaleras y hortícolas. Se estima que para 1998, Panamá importó 7,000 toneladas de plaguicida/año, con un costo de 30 millones de balboas.

Según estudios efectuados, los residuos de plaguicidas en el ambiente y alimentos, existen y se han identificado en sustratos ambientales, peces y crustáceos. En 1992, Lamoth reportó una mortandad de especies del mar asociado a plaguicidas; y en 1994, Rodríguez y Lamoth reportaron la existencia de plaguicidas en muestras de alimentos, tomadas de cultivos de las provincias de Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos, Veraguas y Panamá. Los residuos de plaguicidas fueron encontrados en el 22% de las mismas y en un 20% violentaban las normas

internacionales. Lo más grave es que se detectaron plaguicidas de uso prohibido tales como DDT, dieldrín y HCB.

En 1992 ocurrió se derramaron 4,000 litros de clorotalonil en el Río Chiriquí, en Divalá lo que ocasionó efectos ambientales en todo el curso del río, hasta su desembocadura en el mar, con la consecuente muerte de peces y otros animales.

En el periodo 2001-2002 se importaron al país 11,231,034 kilogramos de plaguicida. El 59.6% de los plaguicidas importados eran herbicidas (Gráfica N° 12). Del total de plaguicidas importados el 51.5% se importaron en el 2001. La relación kilogramos/habitantes fue de 1.93 y de 1.78 Kgs. durante los años 2001 y 2002, respectivamente. En el 2002, la relación kilogramo/trabajador agropecuario fue de 30.8 Kgs.



La creciente actividad minera genera desechos cuyo manejo plantea un conjunto de problemas en el país, pues es otro factor ambiental que afecta la salud de la población y deteriora las condiciones del ambiente, ya que ha desarrollado en nuestro país, con limitaciones en la toma de medidas de seguridad y sanitarias para las comunidades y personas que trabajan en las minas. El impacto que la misma genera en la salud depende del carácter de la operación, el grado de mecanización, el tipo de explotación y las técnicas utilizadas, el tiempo de duración y el tamaño de la operación. De igual forma incide en el

saneamiento básico pues está vinculada al desarrollo de asentamientos espontáneos, lo que representa una mayor presión sobre los recursos naturales del área y sobre los servicios de salud y la educación, entre otros. También se vinculan a este tipo de actividad económica la criminalidad, la promiscuidad, el desempleo y la especulación, que pueden acrecentar las fricciones entre la empresa minera y la opinión pública.

Al propio tiempo, el país viene sufriendo el impacto acumulado y creciente de un estilo de desarrollo agropecuario que ha sustituido los bosques – cerca del 55.5% de la superficie del país no está cubierta por bosques y han sido reemplazadas por áreas de cultivo, sabanas y vegetación secundaria pionera; este estilo genera también agotamiento de las fuentes de agua, pérdida de suelos, contaminación de agua fluviales, lacustres y marinas así como los productos del mar, los frutos de la tierra y los alimentos manufacturados, debido a la dispersión de agentes físicos y sustancias químicas.

#### **h. La Contaminación Por Sustancias Tóxicas De Uso Militar**

La contaminación por sustancias peligrosas y químico-tóxicas de uso militar y municiones sin detonar, son factores de contaminación ambiental más complejos y sensibles, que tiene que enfrentar Panamá, y que atentan contra la vida de los panameños, especialmente en las áreas de bases militares, que fueron utilizadas por el gobierno de los Estados Unidos. Estas actividades militares no se limitaron a las áreas canaleras, sino, que se extendieron al resto del país, teniendo como consecuencias víctimas humanas y la contaminación de los suelos, capa freática, agua y aire, resultado de las operaciones militares en las cuales se utilizaron agentes químicos peligrosos y residuos tóxicos. (Cuadros N° 34 y 35 )

**Cuadro N° 34. Algunos Casos Registrados De Víctimas Humanas En Areas De Ensayo Y Entrenamiento Militar. República De Panamá. Años: 1941-'70**

<b>FECHA</b>	<b>LUGAR</b>	<b>DETALLE</b>
1941	Fort Clayton	Exposición a experimentos de inhalación de gas mostaza
1944	Proyecto San José	Soldados de las bases fueron expuestos a ensayos para determinar sensibilidad al gas mostaza
Década de los 70	Proyecto San José Areas de ensayos, polígonos de tiro y áreas de entrenamiento	Earl Tupper, informa de quemaduras sufridas por uno de sus trabajadores, atribuibles al contacto con armamentos químicos. Bombardeo 27 víctimas (mutiladas o muertas) panameñas a causa de detonaciones accidentales

Fuente: Aporte del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud.



**Cuadro N° 35- Contaminación Química En Las Areas Revertidas, Según Fecha, Casos Y Areas Afectadas. República De Panamá. Años: '30-'40-'60**

FECHA	CASO	AREAS AFECTADAS
1930	77 hombres y dos oficiales conforman un compañía química militar	Cerro Tigre, entre Paraíso y Summit
1940-1941	84 toneladas de "gas mostaza" 10 toneladas de fosgeno	Bases de Paraíso, Clayton, Howard, France Field y Gullick
1941	Experimentos para determinar efectos de algunos gases sobre humanos	Fuerte Clayton
1944-1947	Más de 130 ensayos en San José. Vertimiento al mar de sustancias químico tóxicas. Se calcula que se lanzaron 31267 municiones	Ensayos en la isla San José Río Hato (base de almacenamiento)
1946	Rociado químico	Isla Iguana en Pedasí
1948	Vertido al mar de sustancias químico-tóxicas	Isla Iguana en Pedasí
1964	El Centro de Pruebas químicas experimentaba con armas neurotóxicas	Sherman, Emperador

Fuente: Estrategia Nacional del Ambiente: Calidad Ambiental en Panamá; Vol 2, ANAM, 1999.

Durante el proceso de reversión del Canal de Panamá en 1999, mediante la implementación de los tratados del Torrijos-Carter, se contempló la remoción de todas las amenazas a la vida, salud y seguridad humana de los territorios que revierten, antes de ser transferidos a Panamá.

De acuerdo a estos tratados, el territorio transferido a el Estado panameño incluye unas 34 mil hectáreas en las riberas del canal, de las cuales 14,590 hectáreas (ha), sirvieron de campo de tiro y bombardeo; y de estas 7,300 ha están contaminadas por municiones y explosivos no detonados (MND), y otros contaminantes propios de las actividades militares realizadas por las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, de las cuales 3,175 no pudieron ser saneadas al término de la vigencia del tratado.

Estas cifras son importantes para el Ministerio de Salud, ya que nos indican la amenaza a la seguridad y a la vida, con riesgos a la salud y el ambiente, considerando que el 50% de la población total del país se ubica en la región interoceánica, donde se concentran además el 75% de la actividad económica.

Desde 1997, el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de proporcionar evidencia científica necesaria para identificar con precisión los riesgos de la salud y la vida de los panameños, y de ofrecerle a la población de las comunidades colindantes con los campos de tiro y áreas de bombardeo, la educación necesaria para enfrentar los riesgos a la salud y la vida, que resultan de la presencia de municiones no detonadas y explosivos en sus cercanías.

En este sentido, el Ministerio de Salud, a través del Centro de Estudios de la Salud, Ambiente y Sociedad (CESAS), y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES), ha propuesto el proyectos: de “Evaluación de Riesgos Ambientales y daños a la salud, asociados a actividades militares de los Estados Unidos, en Panamá”; y ejecutó el Proyecto de Educación Ambiental Sanitaria, dirigido a comunidades de riesgo por su proximidad con los campos de tiro y áreas de bombardeo de Piña, Fuerte Sherman, Balboa Oeste y Emperador, bajo la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Estos proyectos, se han realizado apoyando al Grupo de Trabajo, establecido por la Presidencia de la República de turno, para atender el problema de la limpieza de los campos de tiro y áreas de bombardeo. En este Grupo de Trabajo, también participó la Autoridad Nacional del Ambiente, la Autoridad de la Región interoceánica y la Policía Nacional, y por el Ministerio de Gobierno y Justicia, bajo la responsabilidad de coordinación de la Cancillería, por parte del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Es del interés del Gobierno, activar los proceso de negociación con el gobierno de los Estados Unidos, para el saneamiento de las áreas de tiro que no fueron contempladas en el documento “Range Transfer Report (RTR), Empire, Balboa West & Piña Range”, del Departamento de Defensa de los Estados Unidos, entregado a Panamá el 13 de noviembre de 1998.

Hasta la fecha se han reportado dos casos de accidentes con (MND), en las áreas de riesgo, por lo que se hace necesario informar a las comunidades sobre el riesgo latente de los polígonos de tiro.

Mientras que no se complete el saneamiento, Panamá ha recomendado establecer Programas de Educación de Salud Ambiental, para reducir los riesgos a la salud, vida y seguridad, en las áreas afectadas. Además, se recomienda que se examine toda la tecnología disponible y emergente, para la remoción de explosivos no detonados, y se cumpla por ambas partes con los compromisos señalados en el Tratado del Canal.

#### **i. El Tránsito Por El Canal De Panamá**

El constante tránsito de barcos con carga peligrosa por las costas, representa un riesgo potencial de contaminación. En 1994, un tercio del total de toneladas largas que cursó por el canal eran sustancias peligrosas como los compuestos de amonio, benceno, Kerosene, nitratos de sodio, aceite lubricantes, potasa, compuestos de sodio y tolueno, figuran como los materiales peligrosos que en mayor cantidad fueron transportados a través del Canal de Panamá (Espinosa, 1997).

En materia de Salud Ambiental, el manejo de cargas y tránsito de sustancias peligrosas, en puertos, aeropuertos y el Canal de Panamá son factores globales y de riesgo potencial. El Ministerio de Salud controla el paso de sustancias peligrosas por el Canal, siguiendo los criterios de seguridad y salud ambiental, establecidos en los Convenios Internacionales a los que se ha suscrito Panamá.

En Panamá se registra contaminación por bifenilos policlorados (PCB'S), principalmente en las hidroeléctricas y áreas de uso militar. El Ministerio de Salud participa en conjunto con la Autoridad de la Región Interoceánica y la Autoridad del Canal en la vigilancia y análisis de áreas afectadas por PCB'S, tal es el caso de Summit y Gamboa, revertidas a Panamá en 1997. El análisis de 15 muestras (13 de la superficie y 2 a un metro de profundidad) extraídas de los suelos de los alrededores de las instalaciones donde se almacenaba PCB'S, refleja valores que oscilan entre un parte por millón y 53 partes por millón (ppm), los cuales se encuentran por encima de valores permisibles. (Laboratorio de Microbiología Experimental y Aplicada. UNIPAN, 1997)

#### **j. La Bahía De Panamá**

La contaminación de la Bahía de Panamá es uno de los problemas ambientales más importantes para los habitantes de la ciudad capital, ya que tiene impactos en el valor

paisajístico, tiene relevancia en el deterioro de la calidad ambiental por los malos olores y los posibles riesgos a la salud de la población expuesta causados por una deficiente gestión de las aguas servidas de la ciudad.

A través del Ministerio de Salud se han gestionado fondos para la elaboración de estudios de Factibilidad y diseño de alternativas para el Saneamiento de la Bahía y Ciudad de Panamá. En 1998, se contrató al Consorcio CESOC, proponiendo método para el tratamiento de las agua residuales un emisario submarino de 7.5 km de longitud. Subsecuentemente a la presentación del informe final del estudio, el Gobierno aprobó normas de descargas residuales que no permitían. Adicional a esto, se hicieron estudios para cumplir con las normas establecidas, lo que dio como resultado el Plan Maestro Consolidado. (PMC).

El Gobierno recibió una donación de la Agencia de Comercio y Desarrollo de los Estados Unidos (TDA), para llevar a cabo los estudios complementarios al PMC, en el cual se propone la construcción de sistemas de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de aguas tratadas y una planta de tratamiento única de lodos activados cerca de la desembocadura del río Juan Díaz.

Este proyecto tiene un costo estimado de US\$. 350,000,000 realizado en dos etapas. Su financiamiento se está negociando con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Banco de Cooperación Internacional del Japón (JBIC), y se iniciará las obras en el año 2005.

Con la implantación del proyecto se esperan impactos positivos, que son de gran magnitud y largo plazo, los cuales se harán evidentes durante su operación con el mejoramiento de las condiciones ambientales de la Bahía de Panamá y los ríos que desembocan a la misma. Esto trae como beneficios indirectos el mejoramiento de la calidad de vida de la población, disminución de la tasa de incidencia de las enfermedades de transmisión hidroalimentaria, aumento de oportunidades de recreación y del goce de un ambiente sano, mejoramiento del turismo, lo que debe redundar en un mejoramiento de la economía local.

### **k. El Arco Seco**

**La Región del Arco Seco** abarca 2,240 Km<sup>2</sup>, y comprende las provincias de Los Santos, Herrera y Coclé, así como el extremo occidental de la Provincia de Panamá. La importancia de esta zona, radica en que es el área menos lluviosa y de temporada seca más larga en el país, y cuya explotación data de épocas milenaria, acentuándose más en el último siglo por las actividades antrópicas como la agricultura y la ganadería extensiva, lo que propicio un proceso acelerado de desertificación, asociada a la degradación de los suelos por la deforestación, y modificaciones climatológicas.

Se han realizado estudios de vulnerabilidad a cambio climático de esta zona en todos los temas transversales como son recursos hídricos, seguridad alimentaria, enfermedades emergentes y reemergentes, entre otros.

El problema principal asociado con la salud de la población es la disponibilidad en cantidad y calidad de manera continua durante la época seca, debido a las sequías y recurrencias del fenómeno de El Niño. El proceso de desertificación se acentúa y sus consecuencias se hacen más visibles.

Esto tiene gran relevancia de impacto en la agricultura, y por ende en la seguridad alimentaria del país.

Actualmente se encuentra para remisión a la Asamblea Nacional, la Propuesta de Ley que dicta Marco Regulatorio para la Gestión de los Desechos Peligrosos y Sustancias Potencialmente Peligrosas, además existen disposiciones legales normativas para la mencionada Ley aprobadas y por aprobar como:

1. Decreto Ejecutivo N° 111, por el cual se Reglamenta La Gestión de los Desechos Sólidos Hospitalarios
2. Decreto Ejecutivo N° 156, que establece las Normas Sanitarias para la Construcción y Operación de Rellenos Sanitarios de Seguridad.
3. Decreto Ejecutivo N° 293, que dicta las Normas Sanitarias para Obtener el Permiso de Construcción y Operación así como la Vigilancia de los Sistemas de Incineración y Conicineración de Desechos Peligrosos.
4. Propuesta de Decreto sobre el Transporte de Materiales Peligrosos

5. Propuesta de Decreto sobre el Manejo, Transporte y Disposición de Aceites Usados.
6. Propuesta de Decreto para el Uso y Manejo de Baterías Usadas.

Panamá, ha ratificado los Convenios Internacionales relacionados con Sustancias Peligrosas y Desechos Peligrosos, como son:

1. Convenio de Basilea, sobre Movimientos Transfronterizos de Desechos Peligrosos
2. Protocolo de Montreal, sobre las Sustancias Que Agotan la Capa de Ozono
3. Convenio de Estocolmo, sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes
4. Convenio de Róterdam, sobre el Consentimiento Previo Informado de un Listado de Sustancias Peligrosas.

Por medio de estos Convenios se generó el Proyecto sobre el Manejo Ambientalmente Adecuado de Batería Plomo – Ácido en nuestro país y esta por iniciar la consultaría Inventario Nacional y Plan Nacional para el Manejo Ambientalmente Racional de PCB y Equipo que lo Contengan.

El Protocolo de Montreal a través de Fondo Multilateral para la implementación del mismo, ha financiado los siguientes proyectos

1. Fortalecimiento Institucional.
2. Dos proyectos para reconvertir cuatro fabricas de espumas de poliuretano
3. Recuperación y Reciclaje de Refrigerante R-12, en los Sectores Domestico y Comercial.
4. Recuperación y Reciclaje en Refrigeración Automotriz.
5. Plan de Manejo de Refrigerantes
6. Plan Nacional de Eliminación de CFC

Otros estudios realizados sobre este temas:

1. Creación de la Ley para el Manejo de los Residuos Peligrosos, con sus Correspondientes Normas Técnicas, año 2000.
2. Diagnóstico de la Situación sobre los Residuos Peligroso en Panamá, año 2000.
3. Productos Químicos Peligrosos de Uso en Domicilios, año 2000.

## I. Situación de los Bosques

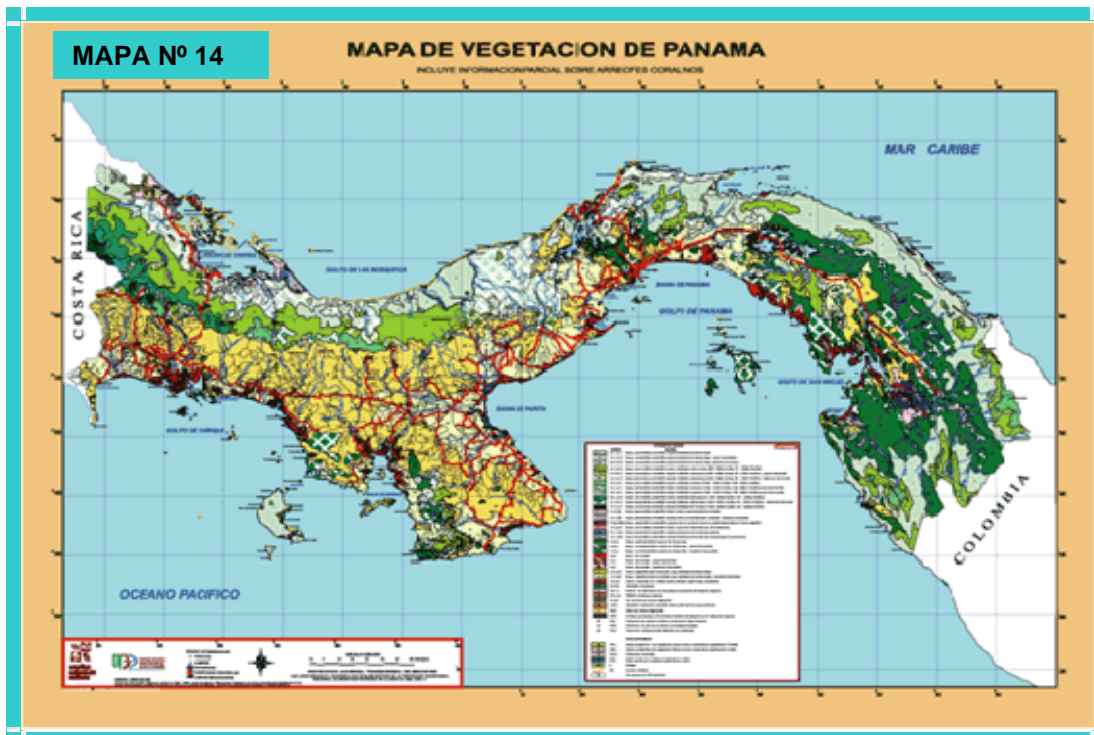
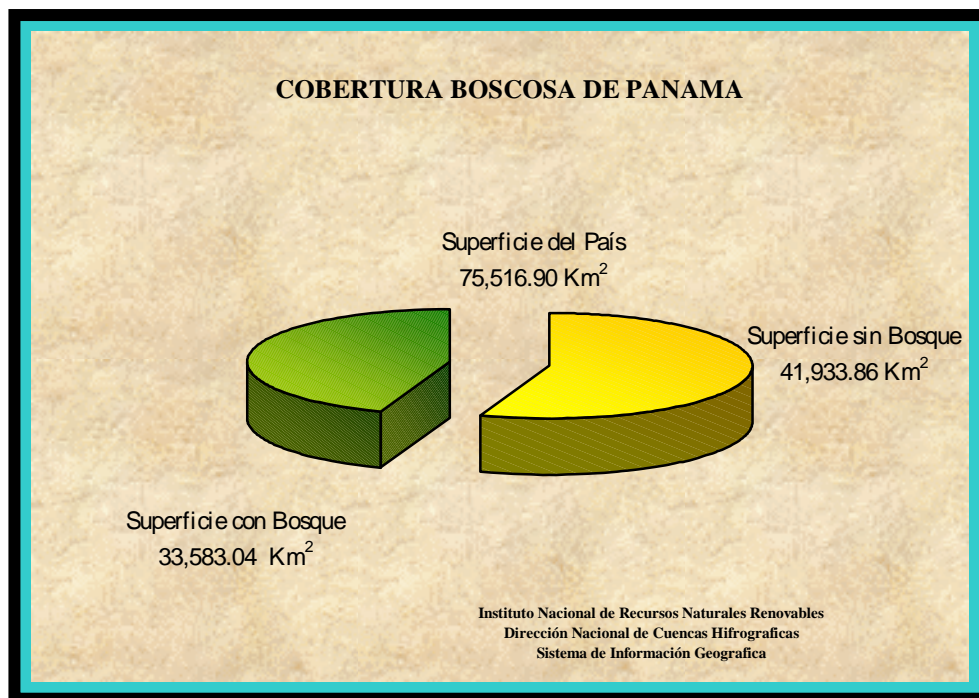
Los recursos forestales de Panamá están constituidos por las formaciones boscosas, tanto naturales como establecidas y por los suelos de aptitud forestal. Parte de estos recursos conforman el Patrimonio Forestal del Estado, el cual está constituido por todos los bosques naturales, las tierras sobre las cuales están estos bosques, por las tierras estatales de aptitud preferentemente forestal y las plantaciones forestales establecidas por el Estado en terrenos de su propiedad. Los bosques cumplen funciones vitales que generan beneficios a la población y a la salud humana.

La presión que existe sobre los recursos forestales del país, obedecen al proceso de desarrollo y políticas ligadas a aspectos económicos, sociales e institucionales, al cruzar las fronteras ecológicas. Esta presión se ha ido incrementado en las últimas décadas al comparar las tasas de deforestación versus la de reforestación con especies madereras.

Estos procesos tienen impacto en la salud de la población y el ambiente, relacionados con la pérdida de hábitat, degradación de suelo, pérdida de protección de las fuentes hídricas, entre otras consecuencias, aunado al fenómeno global de el NIÑO y cambio climático, que por las condiciones geofísicas del país propician la aparición de enfermedades emergentes, reemergentes, desastres naturales, contaminación de alimentos, entre otros factores de riesgo a la salud.

La superficie total del territorio de la República de Panamá es de 7,492,677 hectáreas, según cifras del Proyecto Fortalecimiento institucional del SIG de la ANAM, para la evaluación y monitoreo de los recursos forestales de Panamá-ANAM/OIMT-2000 (proyecto SIF-ANAM/OIMT-2000), de las cuales en 1992, existían 3,695,160 con cobertura boscosa, que representaban el 49% de la superficie total del país. En el 2000 a través del citado proyecto se determinó que la superficie boscosa del país alcanzaba una cifra de 3,364,591, que representaban el 45 % de la superficie total del país, sin incluir bosques intervenidos que representa aproximadamente 921,553 hectáreas; lo que sugiere que la cobertura boscosa del país es en realidad un poco más amplia. (Cuadro N° 36, Gráfica N° 13 y Mapa N° 14)

Gráfica N° 13



Fuente: Informe ANAM. 2004



**Cuadro N° 36. Estimaciones De La Superficie Boscosa.  
República De Panamá. Años: 1947 - 2000**

Año	Superficie ( ha)	Porcentaje	Fuente
1947	5,245,000	70.0	Garver
1970	4,081,600	53.0	FALLA 1978
1974	3,900,000	50.0	FALLA 1978
1992	3,695,160	49.3	Proyecto SIF-ANAM/OIMT-2000
2000	3,364,591	45.0	Proyecto SIF-ANAM/OIMT- 2000

Fuente: Informe ANAM. 2004

Tanto en el año 1992 como en el 2000, las provincias y/o comarcas con mayor cobertura boscosa en el país fueron Bocas del Toro, Colón, Darién, Panamá, Kuna Yala, Emberá Wounana y Ngobé Buglé, que tienen el 60% de los bosques del país, sin embargo en todos los casos la cobertura fue menor en el 2000 que en 1992. La mayor cantidad de kilómetros deforestados, en orden descendente, correspondieron a las provincias y/o comarcas de Darién, Gnobé Buglé y Panamá; en tanto que las provincias con mayores extensiones reforestadas fueron Chiriquí, Coclé y Los Santos. (Cuadro N° 37)

**Cuadro N° 37 Cobertura Boscosa Por Provincia. Panamá. Años: 1992 y 2000**

PROVINCIA	COBERTURA FORESTAL		CAMBIO DE LA COBERTURA FORESTAL 1992 - 2000				SUPERFICIE DEFORESTADA		SUPERFICIE RECUPERADA	
	1992 (Km <sup>2</sup> )	2000 (Km <sup>2</sup> )	KM <sup>2</sup>	TASA %	ANUAL KM <sup>2</sup>	ANUAL TASA %	TOTAL KM <sup>2</sup>	ANUAL KM <sup>2</sup>	TOTAL KM <sup>2</sup>	ANUAL KM <sup>2</sup>
<b>TOTAL</b>	36951.60	33645.91	-3305.69	-8.95	-413.2	-1.12	-3772.64	-471.58	466.96	58.37
<b>B. DEL TORO</b>	3522.52	3421.91	-100.61	-2.86	-12.58	-0.36	-101.48	-12.68	0.87	0.11
<b>COCLÉ</b>	691.15	654.22	-36.93	-5.34	-4.62	-0.67	-108.51	-13.56	71.58	8.95
<b>COLÓN</b>	2844.72	2606.26	-238.46	-8.38	-29.81	-1.05	-293.08	-36.63	54.62	6.83
<b>CHIRIQUÍ</b>	1049.41	1211.12	161.70	15.41	20.21	1.93	-2.78	-0.35	164.48	20.56
<b>DARIÉN</b>	9907.37	8531.25	-1376.12	-13.89	-172.01	-1.74	-1376.12	-172.01	0.00	0.00
<b>HERRERA</b>	102.25	93.21	-9.04	-8.84	-1.13	-1.10	-16.13	-2.02	7.10	0.89
<b>LOS SANTOS</b>	212.30	279.71	67.42	31.76	8.43	3.97	-1.29	-0.16	68.71	8.59
<b>PANAMÁ</b>	5670.53	4978.32	-692.20	-12.21	-86.52	-1.53	-751.30	-93.91	59.11	7.39
<b>SAN BLAS</b>	2155.64	2123.42	-32.22	-1.49	-4.03	-0.19	-32.22	-4.03		0.00
<b>EMBERÁ WOUNAAN</b>	4018.92	3976.14	-42.78	-1.06	-5.35	-0.13	-53.44	-6.68	10.66	1.33
<b>NGOBÉ BUGLÉ</b>	3757.75	2939.82	-817.93	-21.77	-102.24	-2.72	-817.93	-102.24	0.00	0.00

Fuente: Proyecto SIF-ANAM/OIMT, Informe de Cobertura Boscosa 1992 - 2000

De acuerdo a la Ley N° 1, del 3 de Febrero de 1994 (Ley Forestal de Panamá), existen tres categorías de bosques a saber: de producción, de protección y especiales. Los bosques de protección cumplen funciones reguladoras y protectoras de procesos ecológicos esenciales; los especiales están dedicados a la preservación de áreas de interés científico,

educativo, histórico, turístico, recreativo y otros sitios de interés social y utilidad pública y en los bosques de producción se ubican productos forestales de valor económico.

El cuadro N° 38, clasifica los suelos en función de la diversidad del uso.

Cuadro N° 38. Suelos Según Categoría Y Superficie De Uso. Panamá. Año: 2000

CATEGORIA DE USO	SUPERFICIE HECTÁREA
<b>TOTAL</b>	<b>7,492,677</b>
Agua	92,068
Bosque de Orey Homogéneo	3,657
Bosque Maduro	3,015,001
Bosque Intervenido	921,552
Bosque Secundario	71,988
Rastrojo	1,142,547
Uso Agropecuario	1,058,389
Uso Agropecuario de Subsistencia	815,945
Otros Usos	59,449
Bosque Inundable Mixto	37,397
Vegetación Baja Inundable	33,742
Manglar	174,435
Plantaciones	23,545
Cativo Mixto	31,060
Cativo Homogéneo	9,830
Albinas	2,065

Fuente: Proyecto SIF-ANAM/OIMT-2000

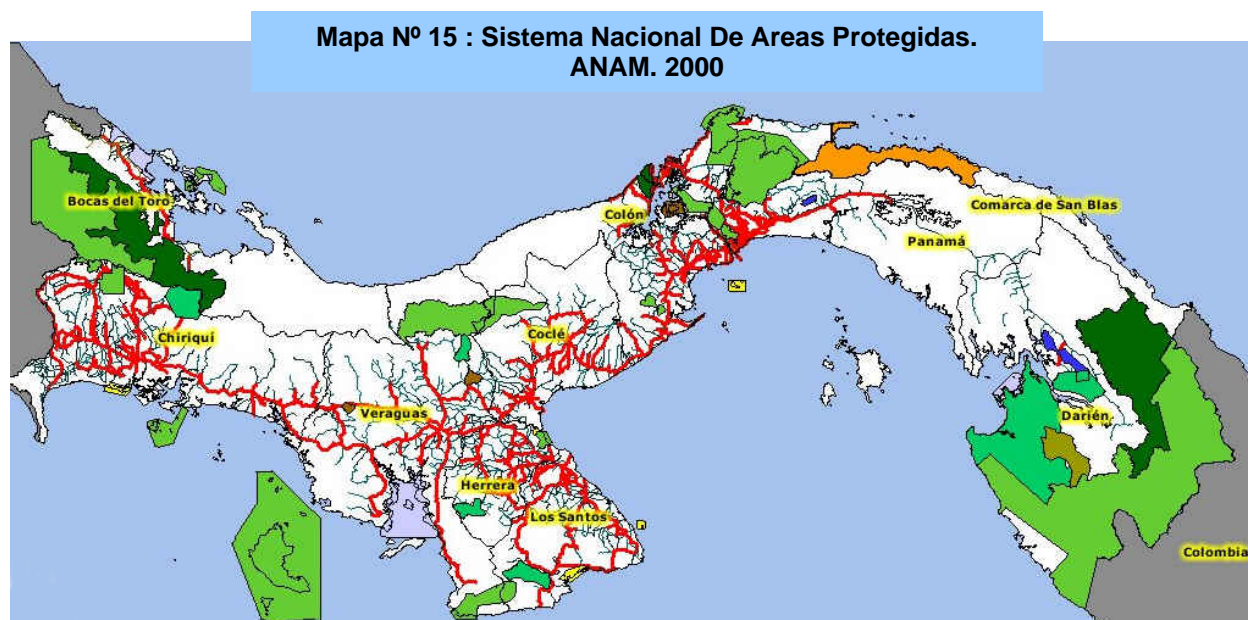
De la superficie con cobertura boscosa del país en el año 2000 (3,364,590 hectáreas), se estima que aproximadamente 350,000 hectáreas son catalogadas como bosques de producción.

Las áreas protegidas abarcan una superficie de 2, 454,125 hectáreas donde los parques nacionales abarcan el 59% de la superficie total de dichas áreas. El Sistema Nacional de Areas Protegidas (SINAP) esta formado por 13 categorías de manejo y constituyen aproximadamente el 33% del total del territorio nacional. (Cuadros N° 39 y 40, Mapa N° 15)

**Cuadro N° 39 Superficie de Areas Protegidas Por Categoría de Manejo.  
Panamá. Año: 2000**

Categoría de manejo	Superficie (ha)	Porcentaje
<b>Total</b>	<b>2,454,125</b>	<b>100</b>
Parques nacionales	1,443,394	59.0
Reservas forestales	346,413	14.1
Refugios de vida silvestre	39,165	1.5
Bosques protectores	336,959	13.7
Humedales	119,525	4.9
Monumentos naturales	5,739	0.2
Paisaje protegido	605	0.02
Areas recreativas	408	0.01
Zonas de protección hídrica	2,520	0.10
Areas silvestres	100,000	4.1
Corredor Biológico	31,275	1.3
Reserva hidrológica	26,122	1.0
Área de uso múltiple	2,000	0.08

Fuente: Dirección Nacional de Patrimonio Natural,  
SNAAPVS, ANAM, 2003



Fuente: Dirección Nacional de Patrimonio Natural, SNAAPVS, ANAM, 2003

Cuadro Nº 40 Sistema Nacional de Areas Protegidas Según Nombre, Superficie y Provincia Por Categoría de Manejo. Panamá. Año: 2003

Categoría de Manejo	Nombre	Superficie, ha	Provincia
<b>TOTAL</b>		<b>2,454,125.69</b>	
Parque Nacional	San Lorenzo	12,000.00	Colón
Área Recreativa	Lago Gatún	348.50	Colón
Área Recreativa	El Salto de las Palmas	60.00	Veraguas
Área Silvestre	Corregimiento Narganá No.1	100,000.00	San Blas
Área de Uso Múltiple	Ciénaga de la Macana	2,000.00	Herrera
Bosque Protector	Palo Seco	125,000.00	Bocas del Toro
Bosque Protector	Alto Darién	211,958.38	Darién
Corredor Biológico	Serranía de Bagre	31,275.00	Darién
Humedal de Importancia Int.	El Golfo de Montijo	89,452.00	Veraguas
Humedal	Lagunas de Volcán	142.50	Chiriquí
Humedal de Importancia Int.	San San Pond Sak	16,125.00	Bocas del Toro
Humedal de Importancia Int.	Humedal Punta Patiño	13,805.00	Darién
Monumento Natural	Barro Colorado	5,400.00	Panamá
Monumento Natural	Los Pozos de Calobre	4.00	Veraguas
Monumento Natural	Cerro Gaital	335.00	Coclé
Parque Internacional	La Amistad	207,000.00	Chiriquí - Bocas del Toro
Parque Nacional	Altos de Campana	4,925.00	Panamá
Parque Nacional	Volcán Barú	14,000.00	Chiriquí
Parque Nacional	Portobelo	35,929.00	Colón
Parque Nacional	Soberanía	19,541.32	Panamá y Colón
Parque Nacional	Darién	579,000.00	Darién
Parque Nacional	Sarigua	8,000.00	Herrera
Parque Nacional	Chagres	129,585.00	Panamá - Colón
Parque Nacional	Cerro Hoya	32,557.00	Los Santos - Veraguas
Parque Nacional	Gral de División Omar Torrijos Herrera	25,275.00	Coclé
Parque Nacional	Marino Isla Bastimentos	13,226.00	Bocas del Toro
Parque Nacional	Coiba	270,125.00	Veraguas
Parque Nacional	Camino de Cruces	4,590.00	Panamá
Parque Nacional	Marino Golfo de Chiriquí	14,740.00	Chiriquí
Parque Nacional	Parque Natural Metropolitano	265.00	Panamá
Parque Nacional	Santa Fe	72,636.00	Veraguas
Paisaje Protegido	Isla Galeta	605.69	Colón
Reserva Forestal	La Yeguada	7,090.00	Veraguas
Reserva Forestal	Fortuna	19,500.00	Chiriquí
Reserva Forestal	La Tronosa	20,579.00	Los Santos
Reserva Forestal	El Montuoso	10,375.00	Herrera
Reserva Forestal	Canglón	31,650.00	Darién
Reserva Forestal	Chepigana	257,219.00	Darién
Reserva Hidrológica	Serranía Filo del Tallo	24,722.00	Darién
Reserva Hidrológica	Isla Maje	1,400.00	Panamá
Refugio de Vida Silvestre	Isla Iguana	58.00	Los Santos

Cuadro N° 40. Sistema Nacional de Areas Protegidas Según Nombre, Superficie y Provincia Por Categoría de Manejo. Panamá. Año: 2003  
(continuación)

Categoría de Manejo	Nombre	Superficie, ha	Provincia
Refugio de Vida Silvestre	Peñón de la Honda	1,900.00	Los Santos
Refugio de Vida Silvestre	Taboga y Urabá	258.00	Panamá
Refugio de Vida Silvestre	El Peñón del Cedro de los Pozos	30.00	Herrera
Refugio de Vida Silvestre	Pablo Arturo Barrios	30.00	Los Santos
Refugio de Vida Silvestre	Isla de Cañas	25,433.00	Los Santos
Refugio de Vida Silvestre	Playa de la Barqueta Agrícola	6,716.30	Chiriquí
Refugio de Vida Silvestre	Playa de Boca Vieja	3,740.00	Chiriquí
Refugio de Vida Silvestre	Cenegón del Mangle	1,000.00	Herrera
Zona de Protección Hidrológica	Tapagra	2,520.00	Panamá

Fuente: Dirección Nacional de Patrimonio Natural, SNAAPVS, ANAM, 2003

Los manglares son bosques que se desarrollan en las áreas costeras del Atlántico y del Pacífico, con influencia del flujo y reflujo de agua salada. Estos abarcan una superficie de aproximadamente 174,435 hectáreas (proyecto SIF-ANAM/OIMT-2000), constituyendo el sostén de la industria pesquera nacional, ya que sirven como hábitat para el desarrollo en las primeras etapas del ciclo biológico de numerosas especies marinas de interés comercial.

#### **m. Incendios Forestales y Quemas**

Las principales causas de incendio forestal en Panamá son las malas prácticas agrícolas, como la quema y roza; las quemas de pastos y basura; fumadores; actividades recreativas (hogueras y barbacoas), caza, prácticas con explosivos; vandalismo, actos intencionales y quema de biomasa durante el cambio de uso de suelos. De lo anterior, tiene incidencia en la salud de las personas expuestas, desmejorando la calidad de vida y el ambiente que las rodea.

La provincia con mayor incidencia de quema de herbazales en el 2000 fue Panamá, con 77% de casos, en comparación en el 2002 en el cual la mayor incidencia por quemas se presentó en las provincias de Panamá (Oeste y Metropolitana) con 30%; Herrera con 12%; y Chiriquí con 30%, siendo la quema de herbazales la causa principal de incendios. (Cuadro N° 41)



Ilustración N° 4. Bosque Degradado Por Incendio Forestal.

Cuadro N° 40.1 Cantidad de incendios forestales registrados. Panamá. Años: 2000-2003.

<b>Año</b>	<b>Número de incendios</b>	<b>Cantidad de ha afectadas</b>	<b>Observaciones</b>
<b>2000</b>	43	2,204.30	El 77% de los casos se registró en la Provincia de Panamá, por la quema de herbazales
<b>2001</b>	73	4,246.75	Más de 50% de los casos se presentaron en la provincia de Herrera, por quemas de herbazales, rastrojos y bosques naturales
<b>2002</b>	279	3,558.80	El mayor número de incendios se presentó en las provincias de Panamá y Herrera, no obstante en relación, al área afectadas podríamos decir que el 42% corresponde a Chiriquí, 30% a Provincia de Panamá (Oeste y Metropolitana) y un 12% de Herrera, principalmente por quema de herbazales.

Fuente: ANAM. Dirección Nacional de Patrimonio Natural. Año: 2003.

#### **n. Seguridad Alimentaria Nutricional En Panamá**

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa Sana. (Cumbre Mundial sobre Alimentación, Roma, 1996).

La seguridad alimentaria nutricional, conlleva además, que los alimentos de que dispone la familia se distribuyan de acuerdo con las necesidades individuales; que los alimentos sean suficientemente variados, de calidad e higiénicos, y que cada miembro de la familia disfrute de un estado de salud que le permita utilizar, desde el punto de vista nutricional, los alimentos consumidos.

Estudios realizados por el Departamento de Nutrición, en familias de comunidades pobres, reveló que el acceso a los kilocalorías y de micro nutrientes, estaban por debajo de las recomendaciones dietéticas diarias, lo que implica un alto riesgo de inseguridad alimentaria y depende de la producción en los terrenos propios o de los proyectos de producción, que a su vez puede estar afectada por situaciones climáticas y ambientales.

El aprovechamiento de los alimentos está relacionado directamente con la inocuidad de ellos, ya que la contaminación por agentes químicos, físicos o biológicos puede causar problemas de salud, sobre todo, en las personas en riesgo. Es importante considerar los aspectos de calidad en los alimentos que se consumen, los cuales deben ser inocuos y sanos.

### **1. Seguridad Alimentaria Y Desastre**

En Panamá muchas familias viven en zonas de alta vulnerabilidad nutricional y de pobreza, principalmente en áreas rurales las cuales dedican más del 50% de la producción para el autoconsumo, que posiblemente no puedan satisfacer sus necesidades alimentaria y otras sin recurrir al trabajo remunerado. La mayoría ofrece pocos excedentes a los mercados alimentos.

La Seguridad alimentaria se ve afectada por fenómenos tales como sequías, inundaciones, incendios y problemas fito y zoonosarios que afectan la disponibilidad, calidad e inocuidad de los alimentos. Estos fenómenos afectan profundamente los cultivos de subsistencia y los cultivos comerciales o de zafra (café, maíz, tomate, caña, sandía, etc.); cultivos comerciales que aportan ingreso a las familias procedentes de zonas marginales.

Los fenómenos climáticos como la disminución de la precipitación pluvial en zonas como la del Arco, con sequía estacional durante la siembra de primera coa de mayo a julio, causa

graves daños a los cultivos en crecimiento, fenómeno ocurrido en el año de 1994 y en el 2001. También están las fuertes lluvias estacionales de octubre a noviembre que destruyeron los cultivos de segunda coa tales como: arroz, plátano, ñame, y otros que son importantes en la alimentación de las comunidades y que son de importancia comercial como el caso ocurrido en Darién en noviembre de 2004.

Se están realizando acciones en los gobiernos locales en conjunto con organismos internacionales para estudiar los fenómenos climatológicos globales y locales para evaluar las estrategias y las políticas a formular para la prevención y mitigación de la vulnerabilidad de los grupos de riesgo en caso de desastre.

## **2. Indicadores de seguridad alimentaria en Panamá**

- a. Disponibilidad de alimentos:** Se refiere a la cantidad y calidad de alimentos con que cuenta un país, región o comunidad para satisfacer las necesidades de la población, en función de la producción agroalimentaria y las importaciones y exportaciones.
- b. Hoja de balance de alimentos:** Según los datos preliminares proporcionados, por la Contraloría General De la República, la disponibilidad de calorías per cápita por día fue de 2,441 caloría y 67.6 gr de proteína y grasa 71.4 gr. En base a esta información, se puede concluir que de haber una distribución equitativa en el país, la disponibilidad de alimentos sería suficiente para satisfacer las necesidades de calorías y proteínas de toda la población. La disponibilidad de grasa para alimentación representa el 29.2% de las 2,441 calorías.
- c. Acceso y consumo de alimento:** Según datos de consumo de la población panameña revelan que la ingesta per cápita de calorías es de 2,225 y no hay diferencia significativa ente el área rural y urbana.
- d.** El 24.5% de las familias encuestadas a nivel nacional presentaron ingesta energética bajas (<70% de adecuación) y un 18% con ingesta excesiva (>130% de adecuación), que coincide con un incremento en la prevalencia de obesidad en el país.
- e.** El mayor aporte está proporcionado por los carbohidratos (60.0%), el 12% por las proteínas y el 28% por las grasas.



- f. **Población Económicamente activa (PEA):** Los resultados de la Encuesta de Hogares, realizado en agosto de 2003, reportó que la población total del 15 años y más asciende a 2, 098,844 personas de las cuales el 65.7% se localiza en áreas urbanas. La tasa de desocupación total del 2003 es de 13.1%.
- g. **Canasta básica de alimentos:** Los precios de los alimentos incluidos en la canasta se basan en lo reportado por los establecimientos seleccionados para cada producto por la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. Para octubre del 2004, el costo promedio de la canasta fue de B/. 195.19.
- h. **Índice de precios al consumidor (IPC):** Este indicador tiene como marco la ciudad de Panamá y el distrito de San Miguelito. El IPC actual tiene como año base el 1987 y se elabora mensualmente. En el año 2003 el grupo de alimentación y bebidas reflejó un incremento de 13.5% con respecto al año 1987.
- i. **Utilización biológica de alimentos:** Se refiere a las condiciones en que se encuentra el cuerpo que le permiten utiliza al máximo todas las sustancias nutritivas que consume. Depende del estado de salud, acceso a la atención de salud, condiciones del medio ambiente e inocuidad de los alimentos.
- j. **Inocuidad de los alimentos:** La calidad deficiente de los alimentos y agua, y enfermedades de origen alimentario pueden tener consecuencias sociales y económicas importantes. Las enfermedades de origen alimentario pueden causar pérdidas de ingreso y de rendimiento en el trabajo y aumentar los gastos en asistencia médica.

En Panamá, datos del año 2003 reportan que la tasa de mortalidad general por diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, fue de 6.5 % por 100,000 habitantes y en los menores de cinco años fue de 33.3 por ciento por 100,000.

El sector oficial realiza el control sanitario a través de la cadena agroalimentaria nacional al igual que en la s importaciones de productos alimenticias vigilando la inocuidad como también los aspectos relacionados con el deterioro y las propiedades nutricionales. En caso de incumplimiento, se procede, de acuerdo con la legislación a decomisos, destrucción o prohibición de venta.

Otros indicadores utilizados son los de cobertura de agua y saneamiento básico; cobertura de atención materno infantil; y mortalidad por enfermedades asociadas al estilo de vida y alimentación.

**o. Vectores**

**1. El anopheles**

La Malaria es una enfermedad endémica de las zonas tropicales, producida por un protozoo del género **plasmodium**, transmitido por la picadura de la hembra infectada del mosquito **Anopheles**, siendo las variedades más frecuentes en nuestro país, las que corresponden al **Plasmodium vivax** y al **Plasmodium falciparum**. Se consideran áreas endémicas en Panamá a las Regiones de Kuna Yala, Darién, Bayano y la Comarca Ngobe Bugle.

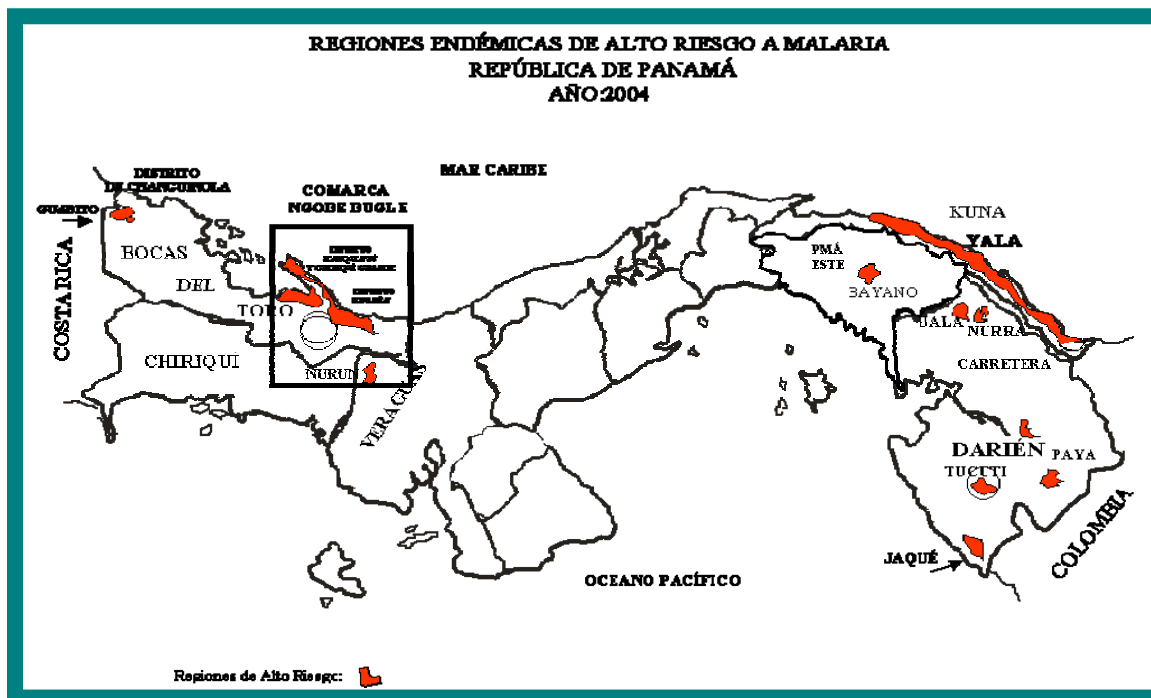
La malaria es una de las enfermedades tropicales que ha causado grandes daños a la salud de la población panameña y al desarrollo económico y social del país, en particular en lo relacionado con la construcción y operación del Canal de Panamá. Según Lorenzo Cáceres, narraciones hechas por los españoles sugieren la existencia de este problema de salud pública desde el año 1584, lo que hace pensar en su presencia a través de los siglos.

La distribución de la malaria, inicialmente afectaba a la Zona del Canal y a las ciudades de Panamá y Colón; así como a algunas áreas agrícolas vinculadas a la producción del banano (Puerto Armuelles y Almirante), aunque la carencia de registros estadísticos, en las primeras décadas de la República no permite hacer conclusiones contundentes sobre la situación de la malaria en el Istmo durante este periodo.

Hoy día, la población en alto riesgo de contraer malaria ha ido aumentando, de 390,568 en el año 2001 distribuidos en 19 distritos; 394,014; en el 2002 en 18 distritos a 459,911 para el 2003 con 23 distritos afectados. Se debe tomar en cuenta que muchos de los brotes en otras regiones de salud como San Miguelito y el área Metropolitana fueron principalmente a consecuencia de movimientos migratorios de las áreas maláricas conocidas.

La proporción de la población de bajo y mediano riesgo de contraer la Malaria, es menor a los años anteriores aún cuando la población en riesgo, en cifras, es mayor. En el año 2002 era de 2,469.444 (83.3%) de la población. Para el año 2003 esta misma población se estimo en 2,556.134 (81.9%). Para el 2004, las regiones endémicas de alto riesgo de malaria, entre las cuales destacan la Comarca Kuna Yala y algunos distritos de la Comarca Ngobé Buglé y de las Provincias de Darién, Bocas del Toro y el área este de la Provincia de Panamá. (Mapa N° 16).

Mapa N° 16

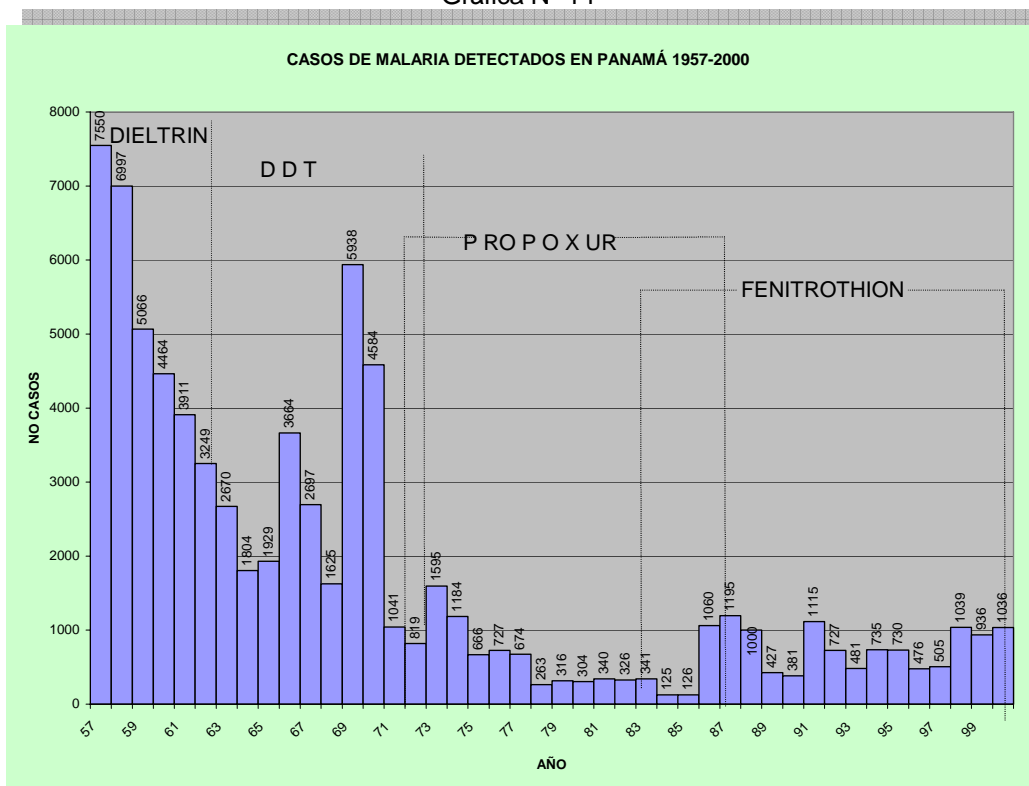


Se cuentan entre los factores de riesgo para padecer la malaria, la existencia de criaderos de mosquito y vector adulto, la falta de protección a las viviendas, el inadecuado saneamiento ambiental y estancamientos de las aguas, contra ellos se han aplicado y priorizado estrategias de intervención que han logrado controlar la infestación por el vector transmisor y en alguna medida, han permitido focalizar el problema y definir como las áreas endémicas o de mayor riesgo, las regiones de Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Kuna Yala. Además, pueden mencionarse la presencia de individuos susceptibles, así como los elementos culturales y socioeconómicos de algunos grupos poblacionales.

La experiencia nacional, en cuanto a la aplicación de insecticidas como mecanismos de control del vector transmisor de la malaria ha evolucionado desde la construcción del Canal a la fecha, toda vez que se han aplicado una gama de productos, que interrumpen diferentes fases de ciclo biológico de los anofelinos entre ellos: larvicida Panamá, verde parís, DDT, dieldrina grado técnico (DLN-GT), fentiión (baytex), OMS-33 (baygon o propoxur), OMS-43 (sumithión o fenitrotión). Desde 1993, el Departamento de Control de Vectores y Zoonosis ha iniciado la aplicación experimental del K-othrine (deltametrina P.H. al 5%), logrando diferentes porcentajes de mortalidad del vector en los bioensayos).

La aplicación de insecticidas ha sido periódica y considera las pruebas entomológicas, la vulnerabilidad de las áreas y los resultados de las encuestas maláricas. Esta medida de control sanitario ha implicado la utilización combinada de insecticidas, logrando diferentes niveles de eficacia de esta intervención, los cuales se relacionan con la resistencia que genera la población de insectos (sobrevivencia de más del 20% de la población de vectores a un agente químico específico). Desde 1988 y 1990 en Panamá se ha prohibido el uso del DDT y el Propoxur, respectivamente. (Gráfica N° 14)

Gráfica N° 14



Durante el año 1996 dada las condiciones de vulnerabilidad y receptividad se ha reestablecido la transmisión en Tolé - Chiriquí y en Puerto Vidal - Veraguas. Igual situación se ha presentado en Buena Vista - Colón y Chimán - Panamá, para 1997 y en Portobelo y Limón - Colón en 1998. (Caceres,1999).

Con relación a la variabilidad climática, durante el principio y final de la estación lluviosa se incrementa la población de vectores y por ende el número de casos de malaria; en tanto que en la estación seca disminuye la incidencia de malaria y la población del vector transmisor.

Desde los tiempos de la construcción del Canal ha predominado, como vector transmisor el *Anopheles albimanus*, seguido del *Anopheles punctimacula*.

El *Plasmodium vivax* se cuenta como la especie responsable del mayor número de casos desde 1957 hasta 1997, aunque el número de casos en los que se identificó el *Plasmodium falciparum* se ha incrementado (9 veces mayor), hecho evidente cuando se comparan los años 93-97 (de 20 casos a 179 casos). Desde 1972 no se ha identificado la presencia del *Plasmodium malarie*.

El Control de la Malaria en Panamá, se presenta como uno de los más grandes retos para la salud pública, ya que en las décadas de los 70, 80 e inicio de los 90 se había logrado mantener esta enfermedad focalizada en las Regiones de Bocas del Toro, Ngobe Bugle, Darién, Kuna Yala y Panamá Este, sin embargo de 1998 al 2004, se registra un cambio en el comportamiento epidemiológico, cuando se desplaza a otras regiones del país tales como; Colón, Veraguas y San Miguelito, incluso con pequeños brotes en el área Metropolitana.

La migración constante en las áreas indígenas de alto riesgo y bien focalizada, están provocando el aumento de los casos por ***Plasmodium falciparum***.

El Ministerio de Salud a través de la Subdirección General de Salud Ambiental y el Departamento de Control de Vectores realizan una ardua labor a fin de reducir y evitar la propagación de la enfermedad a otras comunidades.

En septiembre del 2002 se presentó un gran brote de Malaria por **Plasmodium falciparum** en la región de Kuna Yala, con evidencias de resistencia del vector al insecticida utilizado (Deltametrina al 5%). Esto obligó al cambio a Fenitrothion y a una inversión extra presupuestaria de más de \$50,000 para el abordaje de este problema.

En mayo de 2003 se evidencia un aumento significativo de casos, en la etnia, Ngobe Bugle, con afectación de los grupos que habitan tanto en la provincia de Bocas del Toro como los de Veraguas. La migración, la no adherencia al tratamiento y la resistencia a la utilización de insecticida, se han constituido en alguno de los factores de riesgo de la alta incidencia de casos.

A fines del 2003 se logró controlar parcialmente este problema sin embargo la gran movilización de este grupo poblacional ha hecho muy difícil su abordaje, dejando como meta en el 2004 disminuir los casos de Malaria en Ngobe Bugle y mantener el control en el resto de las áreas endémicas.

El número de casos ha aumentado 2,244 en el año 2002 a 4,500 en el año 2003, 3,873 casos por vivax y 627 por falciparum. Es evidente que la Malaria su tendencia es estar focalizada en regiones indígenas de Bocas del Toro, Kuna Yala, Ngobe Bugle, Panamá Este y Darién, independientemente de que se localizan pequeños brotes de otras regiones, producto de movimiento de la población y rápidamente se controle. Se destaca que, las situaciones de inseguridad en la frontera han disminuido la búsqueda de este problema, hecho que se agrava con el incremento de migraciones, con la dificultades para la ampliación de la cobertura en las comunidades positivas, con la resistencia del vector a los insecticidas, con el incremento de los costos de los insecticidas que han influido en el proceso y periodicidad del rociado y con la resistencia del Plasmodium a los medicamentos.

## **2. El Aedes**

Al analizar la encuesta larvaria que realizan los departamentos de control de vectores, en las diferentes regiones sanitarias del país, se observa que el porcentaje de infestación de larvas del mosquito *Aedes aegypty*, durante el periodo 92-98 ha oscilado entre 1.2 y 2.4%. Las regiones sanitarias con mayor porcentaje de positividad en los predios inspeccionados fueron

para el periodo 92-94, en orden decreciente, Chiriquí y Metropolitana. Del año 1995 a la fecha (99) el mayor porcentaje de positividad lo alcanzaron las regiones Metropolitana y de San Miguelito. Para el cierre del año 1999 este índice es de 2.1%. (Cuadro N°41)

**Cuadro N° 41. Encuesta Larvaria Por Año Según Región de Salud.  
República de Panamá. Años: 1992 a 1999**

Región De Salud	Años											
	1992			1993			1994			1995		
	Predios											
	Insp	(P)	% P	Insp	(P)	% P	Insp	(P)	% P	Insp	(P)	% P
Total Nacional	569771	6935	1.2	468659	11139	2.4	479876	8964	1.9	506003	8781	1.7
Bocas Del Toro	26399	0	0.0	9799	0	0.0	4962	0	0.0	5288	6	0.1
Coclé	58646	175	0.3	44139	462	1.0	38744	232	0.6	34355	232	0.6
Colón	35231	70	0.2	31208	248	0.8	52777	460	0.9	55586	326	0.6
Chiriquí	31678	1754	5.5	13542	1589	11.7	34515	1655	4.8	57444	1170	2.0
Darién	--	--	--	1096	0	0.0	2352	52	2.2	6636	87	1.3
Herrera	29277	583	2.0	24978	323	1.3	34236	258	0.8	41643	577	1.4
Kuna Yala	491	14	2.9	347	5	1.4	356	0	0.0	12764	198	1.6
Los Santos	42607	215	0.5	34032	285	0.8	35389	174	0.5	34290	370	1.1
Panamá	264321	4019	1.5	260521	7900	3.0	237735	5625	2.4	223991	5575	2.5
Metropolitana	200708	3513	1.8	127945	5092	4.0	115348	2949	2.6	111516	3018	2.7
San Miguelito	--	--	--	68236	1479	2.2	61233	1359	2.2	59518	1666	2.8
Panamá Este	10313	118	1.1	12510	291	2.3	14628	250	1.7	6477	53	0.8
Panamá Oeste	53300	388	0.7	51830	1038	2.0	46526	1067	2.3	46480	838	1.8
Veraguas	81121	105	0.1	46997	327	0.7	38810	508	1.3	34006	249	0.7

(continuación)

Región De Salud	Años											
	1996			1997			1998			1999 (a)		
	Predios											
	Insp	(P)	% P	Insp	(P)	% P	Insp	(P)	% P	Insp	(P)	% P
Total Nacional	447757	7951	1.8	431404	7457	1.7	351091	7441	2.1	311496	6261	2.0
Bocas Del Toro	7138	4	0.1	10175	1	0.0	11668	0	0.0	8998	6	0.1
Coclé	22448	185	0.8	19761	81	0.4	18943	221	1.2	17979	225	1.3
Colón	42271	188	0.4	33223	100	0.3	27213	396	1.5	20637	245	1.2
Chiriquí	49994	875	1.8	58824	885	1.5	57257	1106	1.9	57827	1244	2.2
Darién	10218	20	0.2	7418	36	0.5	4443	29	0.7	6363	5	0.1
Herrera	36008	576	1.6	38660	489	1.3	28177	615	2.2	27724	476	1.7
Kuna Yala	4627	55	1.2	5191	81	1.6	4600	85	1.8	2391	36	1.5
Los Santos	29771	211	0.7	19449	185	1.0	18834	191	1.0	17145	165	1.0
Panamá	206464	5653	2.7	213585	5495	2.6	152043	4410	2.9	152043	4410	2.9
Metropolitana	101852	2762	2.7	102494	2644	2.6	77972	2454	3.1	64918	2127	3.3
San Miguelito	49187	1947	4.0	37581	1348	3.6	10426	371	3.6	7824	458	5.9
Panamá Este	8796	41	0.5	8392	91	1.1	8162	70	0.9	7234	57	0.8
Panamá Oeste	46629	903	1.9	65118	1412	2.2	55483	1515	2.7	30392	776	2.6
Veraguas	38818	184	0.5	25118	104	0.4	27913	388	1.4	42064	441	1.0

P: Positivos

(a): Hasta el mes de noviembre

Fuentes: Sistema de Vigilancia del Departamento de Control de Vectores y Zoonosis

Es claro que, el *Aedes aegypti* se encuentra distribuido en todo el territorio nacional, principalmente en las regiones de mayor densidad poblacional como San Miguelito, Panamá Oeste, Región Metropolitana, Herrera, Chiriquí, Colón y Kuna Yala, al analizar la encuesta entomológica cuatrimestral de abril, agosto y diciembre del periodo del 2000 al 2003 y 2004 hasta la fecha la infestación oscila en 1.6% y 2.0 %. En el presente año se han logrado inspeccionar un total de 123, 204 predios de los cuales 2,945 fueron positivos para un % de infestación de 2.4%, las regiones más afectadas son: Kuna Yala 7.0%, San Miguelito 4.6%, Panamá Oeste 4.1%, Región Metropolitana 3.2%, Colón 2.1%, Chiriquí y Herrera con 1.6% c/u, el resto de las regiones con % inferiores (Cuadro N° 42

**Cuadro N° 42. Encuesta Larvaria Por Año Según Región de Salud.  
República de Panamá. Años: 2000-2004**

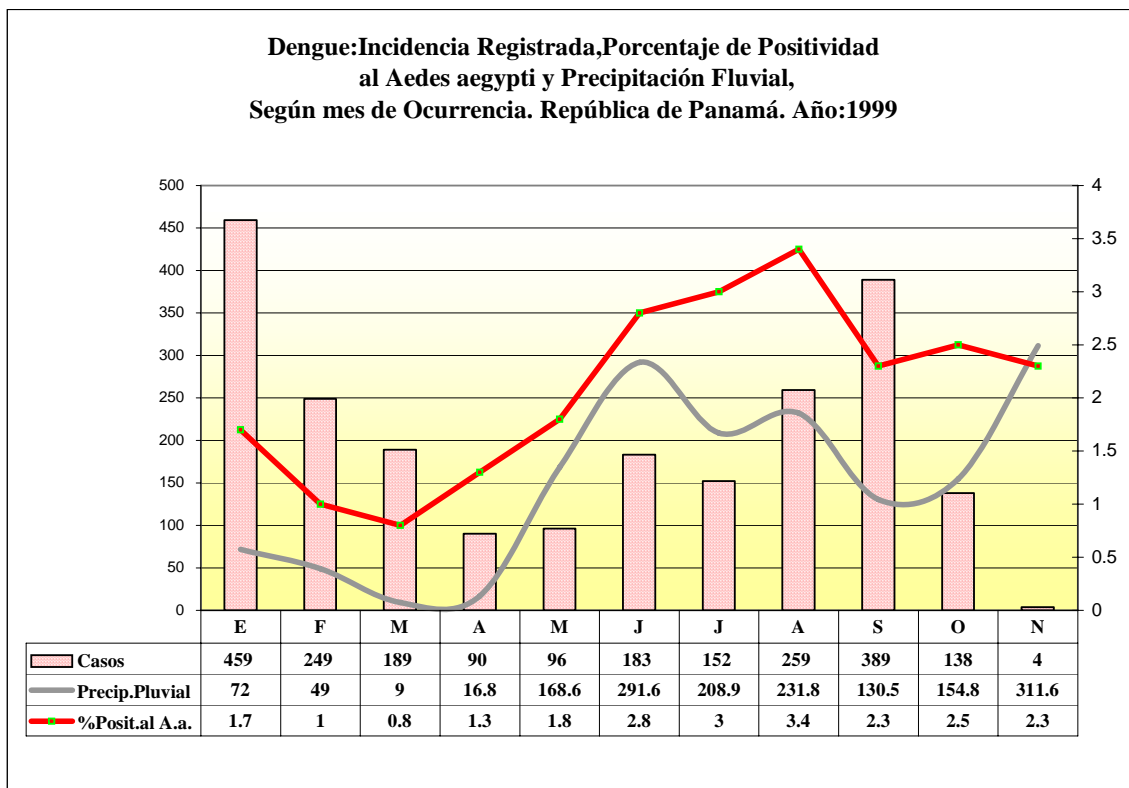
Encuesta Larvaria Por Año Según Región de Salud República de Panamá. Años: 2000 a 2004															
Región de Salud	Años														
	2000			2001			2002			2003			2004		
	Predios														
	Insp.	(P)	%	Insp.	(P)	%	Insp.	(P)	%	Insp.	(P)	%	Insp.	(P)	%
Total Nacional	143536	2564	1,8	154240	2791	1,8	233148	4866	2,1	194539	4017	2,1	123204	2945	2,4
Bocas del Toro	2050	22	1,1	3847	35	0,9	5440	92	1,7	5501	53	1,0	4184	9	0,2
Coclè	13197	86	0,7	13868	91	0,7	18191	162	0,9	13102	69	0,5	10192	42	0,4
Colòn	10320	55	0,5	8145	98	1,2	12046	156	1,3	22588	175	0,8	14505	301	2,1
Chiriquì	21413	276	1,3	24949	307	1,2	42754	585	1,4	33828	490	1,4	17766	291	1,6
Darièn	4450	12	0,3	5416	12	0,2	7384	40	0,5	5373	24	0,4	2028	15	0,7
Herrera	8704	151	1,7	10082	161	1,6	15069	229	1,5	12396	204	1,6	7956	129	1,6
Kuna Yala	2585	79	3,1	4700	124	2,6	3284	87	2,6	3317	83	2,5	2484	175	7,0
Los Santos	7028	88	1,3	7079	80	1,1	12859	108	0,8	10117	134	1,3	5118	79	1,5
PmáMetro	19445	635	3,3	19643	508	2,6	34253	980	2,9	27861	911	3,3	21855	694	3,2
San Miguelito	12631	479	3,8	11541	524	4,5	27299	1142	4,2	25618	1038	4,1	14737	678	4,6
Pmá.Este	2512	13	0,5	3796	16	0,4	6115	93	1,5	5567	49	0,9	4143	31	0,7
Pmá.Oeste	17716	560	3,2	19180	765	4,0	25983	1100	4,2	18023	714	4,0	11521	468	4,1
Veraguas	21485	108	0,5	21994	70	0,3	22471	92	0,4	11248	73	0,6	6715	33	0,5
(P)Positivos															

Fuente: Departamento de Control de Vectores. MINSa. Año: 2004

Al analizar la variabilidad climática vs. infestación se observa que la positividad disminuye en los meses de verano; febrero, marzo, abril y alcanza su nivel máximo en agosto, septiembre, octubre y noviembre que coincide con los máximos niveles de precipitación pluvial (Gráficas N° 15 y N°16).

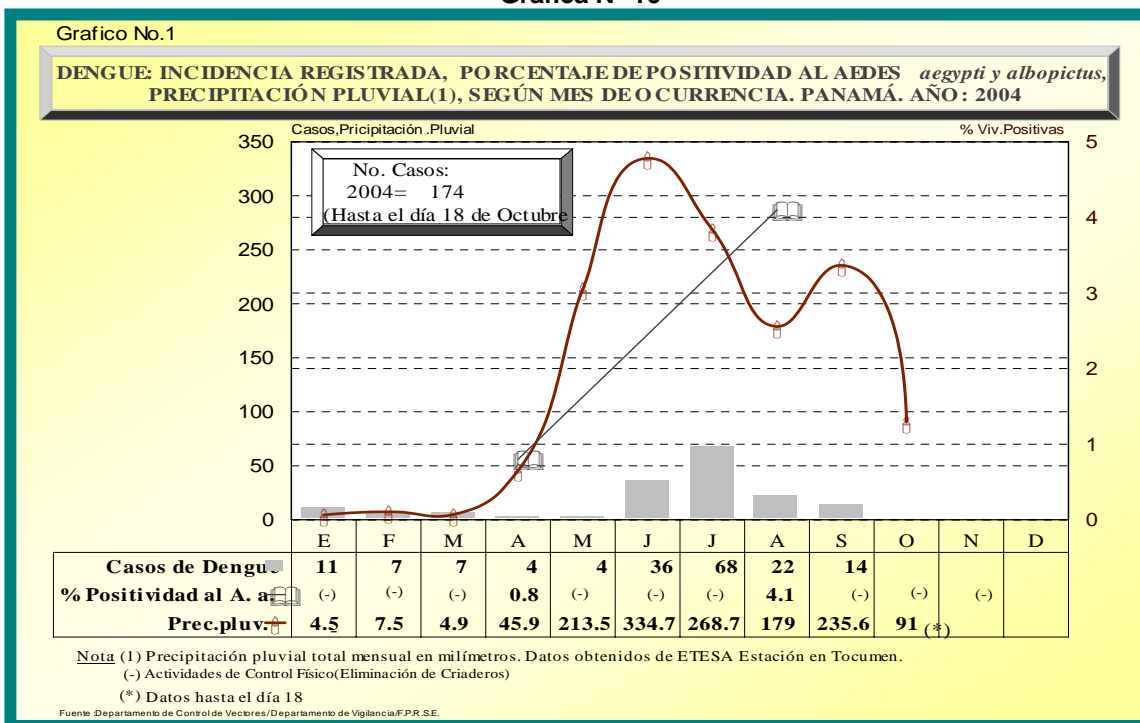


Gráfica N° 15



Fuente: Departamento de Control de Vectores. MINSA. Año: 2004

Gráfica N° 16



Fuente: Departamento de Control de Vectores. MINSA. Año: 2004

El mismo sistema de vigilancia del vector identifica su comportamiento, y demuestra que el **Aedes aegypti** sigue siendo un mosquito doméstico, esencialmente urbano. El mayor porcentaje de recipientes positivos son los útiles 66.4%, inservibles 31.6%, el 2.0 % naturales; definitivamente que esta información en las diferentes regiones ayuda para seleccionar y orientar las diferentes estrategias de intervención. (Cuadro N° 43).

Los hábitos higiénicos y comportamientos insalubres en un amplio sector de la población panameña, han contribuido a la eliminación limitada de los criaderos, hecho que puede incrementar el número de casos de Dengue Clásico. Además, la existencia de los cuatros (4) serotipos del virus del Dengue, puede incrementar el número de casos de dengue hemorrágico y generar una epidemia, toda vez que los riesgos de padecer del mismo se incrementan por la coexistencia de los diferentes serotipos del virus y por el mayor nivel de exposición al Dengue Clásico.

**Cuadro N° 43. Tipos De Recipientes Con Aedes aegypti Según Año.  
República de Panamá. Años: 1992 a 2004**

Año	Tipo de Recipientes							
	Útiles		Inservibles		Naturales		Totales	
	Fuente Aedes	Potencial	Fuente Aedes	Potencial	Fuente Aedes	Potencial	Fuente Aedes	Potencial
1992 (1)	1925	339615	1585	563301	62	18653	3572	921569
1993 (2)	3580	365902	3443	448613	162	30046	7185	844561
1994	5084	766125	3542	751675	338	67435	8964	1585235
1995	5036	1036492	3600	857296	222	154027	8858	2047815
1996	4567	631100	3187	734475	197	118178	7951	1483753
1997	4660	513376	2638	585413	119	87537	7417	1186326
1998	4597	403862	2143	465625	111	65220	6851	934707
1999 (3)	3787	310047	2409	383345	65	49444	6261	742836
2000	1680	132699	847	176645	36	15270	2563	324614
2001	1797	126789	939	177155	56	16542	2792	320486
2002	2182	134040	917	199523	44	15292	3143	348855
2003	2771	166821	1200	206676	62	17412	4033	390909
2004	1972	108557	947	115057	26	24544	2945	248158

(1) Incluye a las Regiones Metropolitana y de San Miguelito.

(2) Incluye a las Regiones de Colón, Metro, San Miguelito, Pmá Este y Oeste.

(3) Hasta el mes de noviembre (4) Abril y Agosto

Fuente: Sistema de Vigilancia del Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. MINSA.1999.

A partir del año 2002 (semana N° 49) se detecta el **Aedes albopictus** en el corregimiento de la 24 de diciembre-Tocumen de la Región Metropolitana, hasta la fecha se mantiene sin

variación en las mismas localidades del Este de la provincia de Panamá, adicionándose la localidad de Pedregal y Mañanitas. Para el 2003, la distribución espacial de los criaderos de *Aedes albopictus* se mantienen, según los registros, en los corregimientos de Tocumen (Sector Cabuya), Mañanitas, 24 de Diciembre (Monte Rico, 24 de diciembre), de la Región Metropolitana; y en Rancho Café, de la región de Panamá Este, que no reportó criaderos por este vector en el 2002.

Hasta el momento no se ha registrado resistencia del vector a los insecticidas utilizadas; Temephos al 1% (granulado) aplicado a recipientes que no se pueden eliminar, Deltametrina al 2.7%, Ciflutrina al 1.5 ULV (piritroide ambos) que se usa con el equipo liviano y pesado (intra y peridomiciliar) casa por casa, manzana por manzanas en áreas de alto y mediano riesgo con ciclos recomendados en las normas.

Recapitulando, en el 2003:

1. El índice de positividad anual nacional reportado por el Departamento de Control de Vectores, fue de dos (2) predios positivos por cada 100 predios inspeccionados.
2. El 68.5% de los focos positivos por *Aedes aegypti* corresponden a recipientes útiles, 29.9 % a recipientes inservibles y el 1.6% a los naturales.
3. Persisten los recipientes útiles para fines domésticos (almacenamiento de agua), como los principales criaderos del mosquito, condición que refuerza la necesidad de efectuar intervenciones capaces de impactar sobre las prácticas y actitudes de las comunidades para lograr cambios de conducta en forma permanente.
4. No han ocurrido cambios en cuanto a la persistencia de las regiones de San Miguelito, Panamá Oeste y Metropolitana como las de mayores índices de infestación por *Aedes aegypti*, con 4.1%, 4.0% y 3.3%, respectivamente. En tanto que las regiones de Darién, Coclé y Veraguas continúan con los menores índices de infestación, con cifras de 0.4%, 0.5% y 0.6%, respectivamente.

### **3. Tripanosoma cruzi**

En el año 1931, se reconoció la presencia de la tripanosomiasis americana en Panamá, la cual puede cursar como infección asintomática o con manifestaciones clínicas agudas o crónicas. Se transmite mediante la picadura de insectos infectados, transfusión sanguínea y vía congénita.

Según datos del Tropical Disease Research, en la República de Panamá, el 42% de la población total esta en riesgo de enfermar de Chagas (Tripanosomiasis Americana), durante el periodo 80-86 hubo 222,000 infectados para una prevalencia de 10.6%. La incidencia anual estimada, para 1990, fue de 7,130 casos (OPS. 1990)

Las principales especies de vectores transmisores de la enfermedad de Chagas, en el país son el *Rhodnius prolixus*, los *Triatoma dimidiata* y *dispar*, el *Patrongylus geniculatus* y el *Eratyrus cuspidatus*, su presencia se ha identificado en todo el territorio nacional. Esta condición, aunada a los riesgos que implica residir en viviendas con condiciones inadecuadas, especialmente, las ubicadas en las áreas rurales y suburbanas y la migración del campo a la ciudad son factores que han contribuido en la modificación del perfil epidemiológico de este problema de salud, transformándola en una infección urbana, que se transmite, además, por la transfusión sanguínea; toda vez que en los bancos de sangre no se tamiza al 100% de los donantes, ni se controlan los reactivos para la serología de esta enfermedad. Sin embargo, un estudio efectuado en 1996, en dos bancos de sangre (694 donantes-1.6% del total de donantes) identificó 10 pruebas positivas, para una prevalencia de 1.4%, más alta que la de VIH, Hepatitis C y Hepatitis B (0.06%, 0.5% y 0.7%, respectivamente).

Estudios realizados a insectos capturados en el área peridomiciliar de la Chorrera identifican la presencia de los *Tripanozomas cruzi* y *rangeli* en el tracto digestivo del 30-60% de los insectos capturados y en un 10% de los positivos se identificó metacíclicos del *tripanosoma rangeli* en las glándulas salivales. Por otro lado, encuestas realizadas a viviendas en Gualaca-Chiriquí, indican un 16.4% de infestación por *triatoma dimidiata* y el 3.2% de las encuestas a viviendas efectuadas en La Chorrera identifican al *Rhodnius pallences*.

Hasta el momento, no existen estudios que den evidencia de los niveles de resistencia a insecticidas por parte de los vectores transmisores, ni una clara focalización de las áreas donde se concentra este problema sanitario.

Desde otra perspectiva, la falta de control de los factores de riesgo y el conocimiento parcial del problema pueden tener implicaciones en los proyecto de ecoturismo. La situación puede verse agravada por los procesos de expansión de las fronteras agrícolas. Vale destacar que el

proceso de vigilancia de este problema se reactiva a partir de hallazgos fortuitos, que se dieron en los últimos años.

El gobierno de Panamá a través del MINSA, mediante la Comisión Nacional contra el Chagas ha reactivado en los últimos 5 años, las acciones integrales para el abordaje de este problema de salud pública. Se han obtenido logros significativos además de la activación de la Comisión como son: las disposiciones de tamizaje obligatorio en 1999; (en 1999 se tamizaba 16.6% de los donantes y en el 2003, el 95%); existen las guías de abordaje integral con revisión final así como un resuelto ministerial que establece la Coordinación Nacional contra la enfermedad de Chagas y una sección específica contra la enfermedad en el Departamento de Vectores.

Históricamente se reconoce al distrito de La Chorrera, provincia de Panamá, como el área endémica más importante para la enfermedad de Chagas en el país. Así demuestran estudios de Sousa del año 1972, cuyos datos fueron confirmados por encuesta reciente de Seroprevalencia en el 2003. En un estudio realizado en el 2003 por el Instituto Conmemorativo Gorgas, que se hizo en niños y niñas de edad escolar en cuatro localidades rurales del corregimiento de Amador, se evidencia que sigue ocurriendo transmisión activa en el área. En una muestra de 206 niños, se obtuvo una seroprevalencia de 2.9% en las áreas estudiadas (Los Hules, Lagarterita, Las Pavas y Lagartera Grande).

Otro dato disponible y que ratifica la especial importancia de la zona de la Chorrera para la enfermedad de Chagas, es la seroprevalencia en bancos de sangre; que para el caso del Hospital regional de esa área (Hospital Nicolás Solano) es del orden de 0.8% a 0.9%, contra un promedio 0.2% para el país.

Existen otras áreas donde se ha identificado la presencia del vector con altos porcentajes de infestación dentro de las provincias de Panamá y Colón, siendo nuestro interés el seleccionar algunas localidades donde sabemos que hay transmisión activa de la enfermedad de Chagas, razón por la cual se solicitó la cooperación técnica a la Agencia de Cooperación Internacional del Japón, la cual aprobó financiar la ejecución del estudio "Enfermedad de Chaga en Panamá: Seroprevalencia de la Infección por *T. Cruzi* en

Infantes de Edad Preescolar procedentes de áreas de Transmisión en la República de Panamá”.

Este estudio desarrollado por profesionales del Instituto Gorgas de la Salud en el año 2004 dirigido hacia la seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en niños de 6-14 años de las áreas endémicas de estas provincias, en las cuales se selecciono una muestra de 795 niños, en donde se identificaron seroprevalencias que van en rangos.

#### **4. Los Roedores**

En el año 2000, la epidemia de hantavirus en Panamá se vincula a con la identificación de dos serotipos de hantavirus nuevos. Uno de los virus identificados se denominó “El Chocló” y se asocia al roedor *Oligoryzomys fulvenscens* más conocido como rata arrocera enana y el otro virus aislado fue denominado “El Calabazo” vinculado al roedor *Zygodontomys brevicauda* comúnmente llamado rata cañera o ratón gris. Según estudios efectuados por Eustorgio Méndez, la rata arrocera enana, roedor relacionado con la ocurrencia de casos en la población, se localiza en la zona sur oriental y central del país.

Investigación sobre los roedores reservorios del virus de hantan, efectuada por el Instituto Gorgas de Estudios en Salud, en las provincias de Herrera y los Santos, entre el 28 de febrero y el 10 de marzo de 2000, concluyo que:

1. La región epidémica se caracteriza por presentar un ambiente ecológico totalmente deteriorado o devastado.
2. De un total de 130 roedores capturados el 63.8% fue capturado en Podrì, San José y Portobelo.
3. Las características ecológicas y la actividad agrícola y ganadera de la provincia de Los Santos fueron las razones principales que permitieron una mayor captura en el número de especies de roedores en la zona epidémica.
4. De las 12 especies de roedores capturadas en la zona epidémica 10 eran silvestres y 2 de hábitat urbanos (*Rattus rattus* y *Mus musculus*)
5. En todas las capturas predominó la *Zygodontomys brevicauda cherriei* que tuvo el 40.8% del total de capturas, seguida por *Sigmodon hispidus*, *Oligoryzomys fulvescens costarricensis* y *Oryzomys alfaroi* con el 15.4%, 12.3% y 7.7%,

respectivamente. Una de cada 3 roedores capturados pertenecía a alguna de estas especies.

6. En cuanto al aislamiento del hantaan virus, el 5% de los roedores capturados dieron resultados serológicos positivos; siendo que 7.5% y el 12.5% de los roedores capturados cuyas especies era *Zygodontomys brevicauda cherriei* y *Oligoryzomys fulvescens costarricensis*, fueron positivos. Estas pruebas permitieron identificar la última especie en mención como la responsable de la transmisión en humanos.
7. También se capturaron especímenes de la especie *S. hispidus*, mejor conocida como rata algodonera, pero aunque no se logró el aislamiento de ningún virus debe mantenerse en vigilancia a este roedor toda vez que se reconoció como reservorio en otros países.
8. Algunos factores que pueden estar vinculados a la alta densidad de roedores en el área epidémica conocida como el Arco Seco (Ilustración N° 5), fueron el agravamiento de la escasez de agua en la época seca y el incremento de los caudales picos con riesgo de inundación en la época lluviosa, con el consecuente incremento de la disponibilidad de alimentos. Es de señalar que entre estos factores también se cuenta la deforestación y la consiguiente disminución de los predadores naturales; así como la degradación de los suelos con la expansión de las fronteras agrícolas y la existencia de cultivos de maíz, arroz y caña de azúcar en áreas peri domésticas; los gallineros, cúmulos de leña y basura.
9. Casi todas las viviendas podían clasificarse como con un 10% de vulnerabilidad a los roedores, pues se caracterizaban por paredes externas incompletas, ventanas ornamentales no protegidas y techos de teja.



Ilustración N° 5. Arco Seco. Panamá. Año: 2002

Fuente: Plan Maestro de Desarrollo Turístico. IPAT. Año: 2002

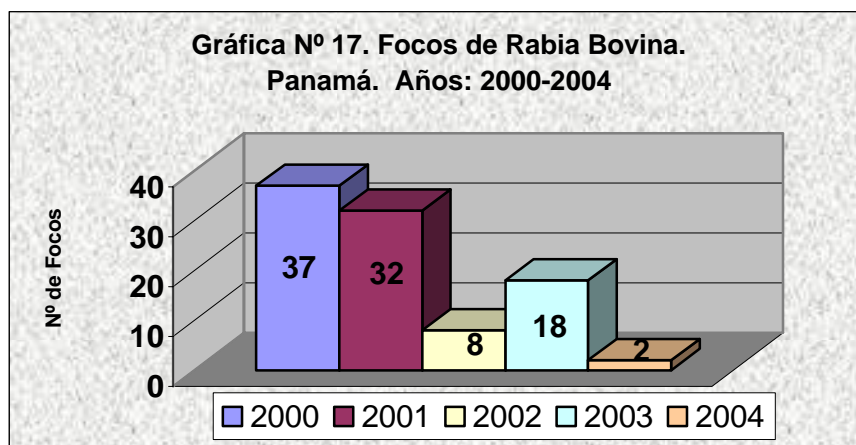
## p. Las Enfermedades en Bovinos

### 1. Rabia Bovina

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Desarrollo Agropecuario en el periodo 2000-2004, reportó que el país se mantiene libre de rabia transmitida por perros, en tanto que la rabia bovina continúa siendo una de las principales enfermedades que afectan al rebaño nacional, con áreas endémicas en Colón y Panamá Este. En este mismo periodo el número acumulado de rebaños afectados sumó 97 (Gráfica N° 17), de los cuales el 81.4% de los mismo se consignó en Colón y Panamá Este, aunque la sola provincia de Colón alcanzó el 64.9% de todos los rebaños afectados por la rabia bovina en el país. Para el 2003, la mayor



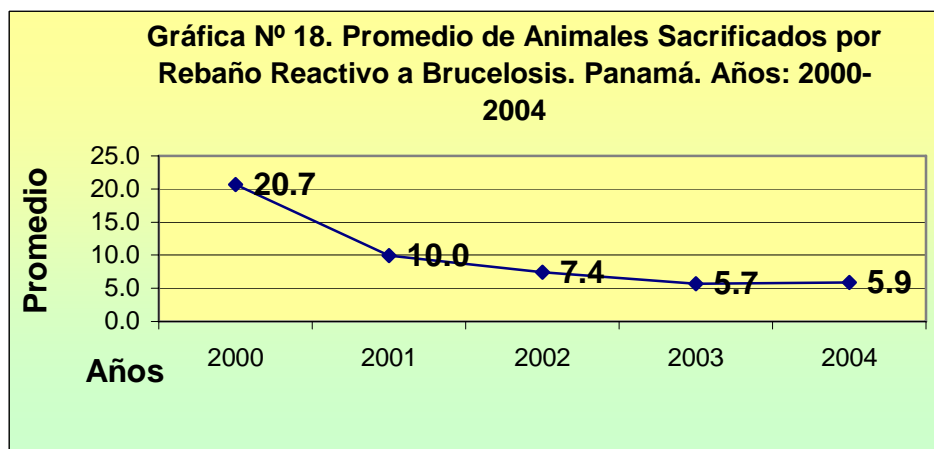
proporción de rebaños afectados se reportó en Colón con el 72.2%. En este periodo fueron sacrificados 174 bovinos, la mayoría en Colón.



Fuente: Sistema de Vigilancia del MIDA. 2004.

## 2. Brucelosis en Rebaños

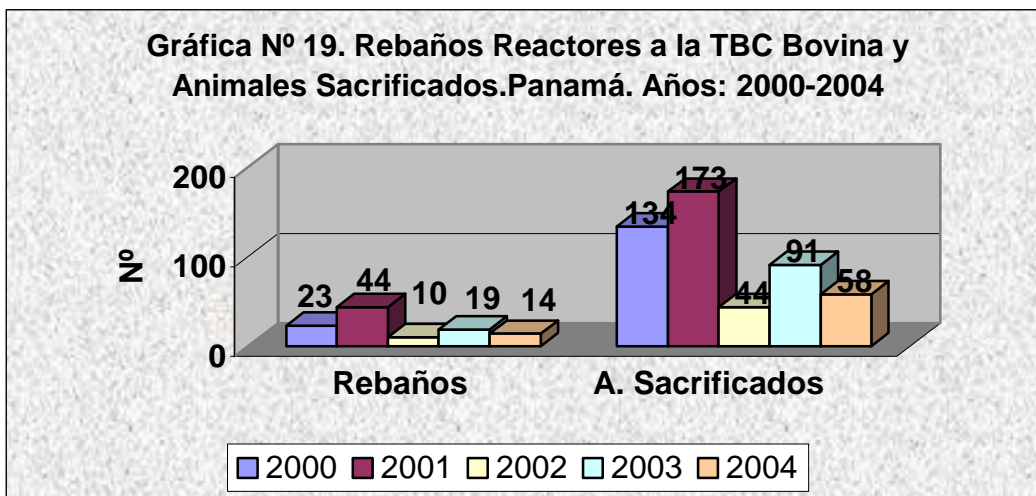
Un total de 128 rebaños reactivos a Brucelosis fueron reportados durante el periodo 2000-2004, para 1066 animales reactivos, de los cuales el 100% fue sacrificado. La provincia de Veraguas registró 78 rebaños reactivos, lo que representa el 60.9% del total de rebaños reportados en todo el periodo. A partir del 2003 se han registrado 8 rebaños reactivos que se han mantenido en el 2004, para un total de 38 y 100 animales reactivos en los años 2003 y 2004, respectivamente; siendo cerca de 2.6 veces mayor el número de animales reactivos en el 2004. (Gráfica Nº 18).



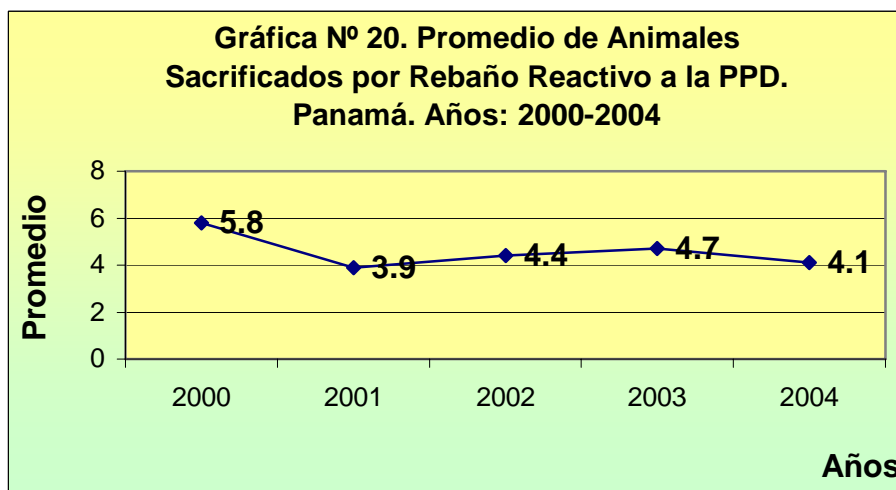
Fuente: Sistema de Vigilancia del MIDA. 2004.

### 3. Tuberculosis Bovina

Durante el periodo 2000-2004 se reportaron en total 110 rebaños reactores a la tuberculina, 94.5% de ellos en Bocas del Toro. Sólo se reportaron 2 rebaños reactores en Veraguas y 4 en Los Santos en el año 2004. En el 2000 hubo 1.6 veces más rebaños reactores que en el 2004, con un descenso porcentual del 39.1% en el número de rebaños reactores para este periodo. (Gráficas N° 19) Se sacrificaron en total 500 animales por esta causa, en todo el periodo; de los cuales el 1.6% procedían de las provincias de Veraguas y Los Santos. En promedio, en el periodo, se sacrificaron 4.5 animales por rebaño reactor a la tuberculina. (Gráficas N° 20)



Fuente: Sistema de Vigilancia del MIDA. 2004.



Fuente: Sistema de Vigilancia del MIDA. 2004.

#### **q. Los Desastres**

Nuestro país ha experimentado eventos adversos como inundaciones, sequías, deslizamientos de tierra, fenómeno del niño, terremotos, maremotos, guerras, tormentas tropicales y otros que datan desde el año 1600, los cuales han dejado pérdida de vidas humanas y de bienes materiales. Hoy en día estamos más expuestos a un sin número de amenazas tanto antrópicas como atmosférica, haciéndonos más vulnerables ante los mismos.

Los pronósticos para la próxima década destacan acontecimientos que causarán desastre. Todos los días ocurre en el mundo un desastre de consideración, y los países en vía de desarrollo (el 66% de la población mundial) por su vulnerabilidad económica, política, social, cultural, institucional, etc., son los más afectados con el 95% de las pérdidas globales en bienes materiales y vidas humanas.

Considerando acuerdos regionales firmados por nuestro país, como:

- ✓ “El Marco estratégico para la Reducción de la Vulnerabilidad y los Desastre en Centroamérica (Declaración de Guatemala II/Octubre 1999)”
- ✓ “El Plan Regional de Reducción de Desastre en Centroamérica 2000”

Para enfrentar situaciones de desastre el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, mediante el Departamento de Salud en Situaciones de Contingencia, ha realizado acciones como la Organización e implementación del Sistema Institucional de Salud en Emergencia y Desastre (SISED), mediante la resolución N° 013, del 29 de enero de 2003.

El sistema Institucional de Salud en Emergencia y Desastre (SISED), esta organizado a nivel Nacional, Regional y local

El objetivo general es el de coordinación y gestión de riesgo para casos de emergencias y desastre que afecten la salud, con la finalidad de prevenir y reducir sus consecuencias de daños, manteniendo las instalaciones seguras y los servicios de salud funcionales, garantizando una atención coordinada, oportuna y eficiente a la población afectada.

Las acciones realizadas por el Sistema Institucional de Salud en Emergencia y Desastre (SISED) durante el periodo 1999 al 2004 ha llevado a cabo un sinnúmero de actividades, entre las más sobresaliente están:

- ✓ Coordinación con los funcionarios de la región Sanitaria del Darién y la Comarca Kuna Yala teniendo como resultado la elaboración del un Plan de Contingencia para ambas regiones, por motivo de las poblaciones desplazadas y el Plan Colombia.
- ✓ Participación en el Grupo Técnico Nacional para la Prevención y control de Epidemias-Ampliado para la elaboración de las Guías Operativas para el Abordaje Integral del Síndrome Respiratorio Agudo Severo SARS.
- ✓ Participación en la elaboración del proyecto de Fortalecimiento de los Equipos de Búsqueda y Rescate y Atención Prehospitalaria en Desastre (FOSIDERE).
- ✓ Participación en la elaboración del Decreto Ejecutivo que establece las responsabilidades interinstitucionales ante eventos con agentes químicos, biológicos, radiactivos y sustancias potencialmente peligrosas y coordinación interinstitucional en los accidentes que se han presentado.
- ✓ Cursos de actualización y equipamiento para urgencias.
- ✓ Coordinación, planificación, dirección, control y participación de apoyo a la seguridad medica.
- ✓ Radiocomunicaciones: Implementación de la Fase I del proyecto de Red Nacional de Radiocomunicaciones del MINSA, con la adquisición del Centro de Radiocomunicaciones Troncales que sirve de enlace con las repetidoras de Volcán Barú, Cerro Chepigana, Isla Pino y Tikantiki, que junto a los otros equipos de radio en HF, VHF y UVF dan cobertura radial en el ámbito nacional.
- ✓ Gira de evaluación de daños y análisis de necesidades realizadas a Bocas del Toro, el día 9 de noviembre de 2004
- ✓ Gira realizada en áreas específicas del corregimiento de Metetí y del corregimiento de Yaviza, de la región de salud de Darién los días 26, 27 y 28 de noviembre de 2004.

- 
- <sup>i</sup> Estudio sobre el plan de manejo de los desechos sólidos para la municipalidad de Panamá. JICA.2003
- <sup>ii</sup> Análisis de la Encuesta Niveles de Vida 2000. MEF
- <sup>iii</sup> Censos Nacionales de Población y Vivienda. 2000
- <sup>iv</sup> Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. 2002

## 5.2 Conducta Humana Y Salud

### a. El Consumo de Tabaco

La producción nacional de cigarrillos y cigarros, ha disminuido considerablemente, al comparar los niveles de producción de los años 94-98, toda vez que empresas productoras de cigarrillo cerraron operaciones en el segundo trimestre de 1998. De allí que de 1,197,669 cigarrillos producidos en 1994 las cifras estimadas para 1998 estén por el orden de 284,159. En el caso de la producción de cigarros esta presenta un incremento del 13% para el periodo 1994-2001. En términos generales el consumo de kilos de tabaco al analizar el mismo periodo, evidencia un descenso porcentual del 77.7%, es decir, de 846,102 kilos consumidos en el 94 se da un descenso hasta 31,951 en el 2001 para un descenso porcentual del 96.2%. (Cuadro N° 44)

**Cuadro N° 44. Producción De Cigarrillos Y Cigarros Y Consumo De Tabaco Para La Producción. República De Panamá. Años: 1994-2001 (p)**

Año	Producción (miles de unidades)		Consumo de Tabaco (kilos)
	Cigarrillos	Cigarros	
1994	1,197,669	522	846,102
1995	1,136,140	527	797,577
1996	1,252,474	748	868,553
1997	1,205,442	992	870,676
1998*	284,159	726	188,923
1999	s/d	1,440	49,125
2000	s/d	13,284	53,707
2001 (p)	s/d	7,339	31,951

\*Primer Trimestre. Empresas productoras de cigarrillo cerraron.

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2002

El hábito de fumar contribuye con la formación de placas ateromatosas, suele implantarse a edades muy tempranas, ocurriendo la primera experiencia de fumar entre los 6 y 11 años de edad; de allí la relevancia que adquieren los efectos del tabaquismo sobre la salud. Existen evidencias científicas que ubican el consumo activo o pasivo de productos de tabaco como factor de riesgo para padecer diversos tipos de cáncer.

**Cuadro N° 45. Código De Algunos Cánceres Asociados Consumo De Tabaco Según CIE-10. OPS-OMS. Año: 1992**

<b>CANCER ASOCIADO AL TABAQUISMO</b>	
<b>Denominación</b>	<b>Código</b>
Labio - Boca – Faringe	C00.0 - C14.8
Laringe	C32.0 - C32.9
Esófago	C15.0 - C15.9
Tráquea - Bronquios - Pulmón	C33.X, C34.0 - C34.9
Estómago	C16.0 – C16.9
Páncreas	C25.0 - C25.9
Cuello del Útero	C53.0 - C53.9
Riñón - Vejiga - Vías Urinarias	C64.X, C67.0 - C67.9, C64.0 - C68.9
Cáncer de Mama	C 50.0 – C 50.9

Fuente: CIE-10. OPS-OMS. Año: 1992

La encuesta nacional de tabaquismo de 1983 estableció un 38% de prevalencia estimada para el tabaquismo en Panamá. En estudio realizado por la Asociación Nacional Contra el Cáncer se estimó que durante 1990, el 31.1% de las muertes por todas las causas eran atribuibles al tabaquismo (2346 de las 7538) y que el costo de atención atribuible al tabaquismo era de 15 millones de balboa, sin incluir los costos familiares y el tiempo de vida productivo perdidos. Se identificó, además, que 7 de las 10 principales causas de muertes contaban al tabaquismo como factor de riesgo.

El estudio de Tabaquismo en Panamá realizado en 1995, investigó 721 personas residentes en áreas urbana de toda la República, con edades entre 15 y 75 años, con un 43.0% de investigados con edades entre 15 y 29 años; 361 hombres y 360 mujeres; un 58.5% estaban casados o unidos y con 1.0% de analfabetas y sólo el 4.2% no habían completado la escuela primaria, 60% de la muestra la constituía población económicamente activa, y aunque no se pueden extrapolar sus resultados a la población general, este estudio facilita elementos para la orientación de políticas y estrategias de intervención sobre este problema de salud pública. El estudio realizado por Rubén Rivera, en 1995, concluyó lo siguiente:

- La prevalencia de los que fumaron alguna vez en su vida fue del 42.2%, que al desagregarse por sexo refleja que un 60.4% de la población masculina y 23.9% de la femenina.

- La prevalencia de los que fumó habitualmente en su vida fue de 35.8%, alcanzando cifras del 52.1% en los hombres y de 19.5% en las mujeres.
- La prevalencia de fumadores activos al momento del estudio fue de 16.7% (24.1% hombres y 9.19% mujeres) la cual es significativa desde el punto de vista estadístico.
- Un 97.4% de los entrevistados considera que el tabaco es perjudicial para la salud y 36% lo relaciona con el cáncer, en tanto que el 43.2% establece relación entre el tabaco y las afecciones pulmonares. Vale destacar que el 86.3% ubica al tabaco como droga y el 78.6% ha escuchado sobre campañas anti - tabaquismo.
- Con relación al consumo inicial el 53.6% declararon que lo hizo entre los 15 y 19 años; el 70.5% consumió tabaco antes de los 20 años. El consumo promedio de cigarrillos por día fue de 1-5 en el 65.4% de los encuestados.
- Las personas que dejaron de fumar requirieron de más de un intento para lograrlo (98.4%) y el 42.6% tenía más de 10 años de consumo. La convicción fue la causal más relevante de dejar el hábito (32.0%) y un 17.3% lo hizo a causa de alguna enfermedad.
- De los fumadores activos el 35% tenía entre 30 y 39 años; y el 62.5% eran menores de 40 años. La prevalencia más alta se presentó en la población con edades entre 60 y 64 años, y la más baja en los de 15 a 19 años con 16.7% y 67.9% respectivamente. La población masculina concentra la mayor proporción de fumadores activos (72.5%) con una prevalencia de 24.1%. Un 45.8% estaban casados y 42.5% habían alcanzado estudios universitarios o completado los secundarios y la prevalencia más baja se ubicaba en población con educación universitaria incompleta (31.1%) y las más alta la ostentaron aquellos que no habían completado la educación primaria (50.0%).
- De la población de fumadores activos estudiada el 48.3% de los mismos declararon fumar en sus hogares y 42.5% en los lugares de trabajo.
- Resalta el hecho de que el 95.0% de los fumadores activos reconoce que el tabaco es perjudicial para la salud y un 46.6% lo relaciona con enfermedades pulmonares. Vale destacar que 9.2% opina que el tabaco no produce daños a la salud y el 70.8% opina que es una droga. En cuanto a las campañas anti – tabáquicas el 78.3% ha escuchado sobre ellas, 55.9% en medios televisivos.
- Los hábitos de consumo de los fumadores activos reflejados en la investigación indican que el 68.3% lo hace a diario y que un 69.2% consumen en promedio 1-9 cigarrillos por día. Sólo 7.5% declara fumar sólo, destacándose la práctica de este hábito en presencia de



los amigos y en el seno familiar con 79.2 y 35.8%, respectivamente. Un 35% y un 33.3% llevan entre 11 - 20 años y 1-10 años de actividad. Es llamativo el hecho de que el 35.3% de los fumadores activos jamás ha intentado dejar el consumo.

- El uso de filtro en el cigarrillo se reportó en el 95.7% de los fumadores activos.

Según el Estudio Nacional de Prevalencia del Tabaquismo realizado en 1995, por la Asociación Nacional Contra El Cáncer, se evidencia que el consumo de tabaco, por hombres mayores de 15 años que fuman regularmente es de 24.1% y de mujeres de 9.1%. En lo referente a las tendencias se ha observado una disminución en su consumo en ambos sexos, notándose una mayor disminución en el sexo masculino en el cual el porcentaje de cambios es del 32%, mientras que en el femenino es del orden del 11%.

Durante el año 1998, de un total de 28,193 embarazadas que demandaron el servicio atención en instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, el 4.8% tenían antecedentes de fumar; el 95.2% restante negó el consumo de tabaco.

La Encuesta Mundial de Consumo de Tabaco en Jóvenes (EMTJ) aplicada en Panamá, en julio de 2002, a una muestra de 2,017 jóvenes entre 13 – 15 años, proporciona datos sobre la prevalencia de vida y de consumo de cigarrillo y de otros productos del tabaco. También indaga sobre cinco factores determinantes del consumo de tabaco, como lo son: el acceso/disponibilidad y el precio; la exposición ambiental del humo del tabaco (EAT); la cesación del consumo; los medios y la publicidad; y la entrega de información en las escuelas sobre estos factores determinantes, como parte integral del plan de estudios. Los resultados de este estudio aportan elementos que Panamá podría incluir en un programa de control integral del consumo de tabaco en la población juvenil.

En Panamá la encuesta (EMTJ) fue aplicada a jóvenes adolescentes de las escuelas públicas y privadas que cursaban entre el I al III año o bien del VII al IX grado, durante el año electivo 2002. El diseño muestral se estructuró considerando dos etapas, lo que permitió garantizar la representatividad de los resultados para todo el país. En la primera etapa las escuelas fueron seleccionadas considerando la probabilidad proporcional al tamaño de la matrícula. En la segunda etapa, las escuelas y los salones de clases fueron

seleccionados aleatoriamente y todos los estudiantes de un salón eran elegibles para participar del estudio. Se logró la participación de 49 de las 50 escuelas seleccionadas y la tasa de respuesta total fue de 87.31%.

### **Prevalencia**

31.6% de los estudiantes habían fumado cigarrillos alguna vez en su vida (chicos:35.1%, chicas:26.5%)

18.3% consumen en la actualidad algún producto del tabaco. (chicos:19.4%, chicas:15.5%)

12.5% fuman cigarrillos actualmente (chicos:13.2%, chicas: 10.7%)

10.2% usan algún otro producto de tabaco (chicos: 11.3%, chicas:7.9%)

13.2% nunca han fumado, pero probablemente inicien el consumo de productos del tabaco el próximo año.

### **Conocimiento Y Actitudes**

20.9% de los chicos y 18.9% de las chicas piensan que quienes fuman tienen más amigos.

9.0% de los chicos y 8.6% de las chicas asumen que quienes fuman lucen más atractivos.

### **Acceso Y Prevalencia. Fumadores Actuales**

14.0% usualmente fuman en casa

51.5% compran cigarrillos en la tienda

76.9% de quienes compran cigarrillos en la tienda no se les rechaza la compra por causa de su edad.

### **Fumadores Pasivos. (Consumo Ambiental De Tabaco)**

30.9% viven en casas donde otros fuman en su presencia

48.6% están alrededor de otros que fuman en lugares fuera de su casa

80.3% piensan que fumar en lugares públicos debería ser prohibido

81.0% piensan que el humo de otros es peligroso para ellos

25.1% tienen uno o dos padres que fuman

13.7% tienen algunos o todos sus amigos que fuman

### **Cesasion – Fumadores Actuales**

57.5% quieren dejar de fumar

68.6% han tratado de dejar de fumar durante el año pasado.

### **Medios – Anuncios**

76.9% han visto mensajes en los medios de comunicación en contra de fumar, en los últimos 30 días.

76.2% han visto anuncios a favor del cigarrillo en las carteleras, en los últimos 30 días.

65.6% han visto los anuncios a favor de los cigarrillos en periódicos y revistas, en los últimos 30 días.

12.7% tienen un objeto con un logo de marca de cigarrillo

9.9% le han ofrecido cigarrillos gratis, representantes de una compañía de tabaco.

### **Escuela**

65.7%, se le ha enseñado en clases, durante el año pasado, acerca de los peligros de fumar

43.6% ha discutido en clases, durante el año pasado, razones por la cual las personas a su edad fuman.

65.2% se le ha enseñado en clases, durante el año pasado, los efectos del uso del tabaco.

**Como hallazgos a enfatizar están los siguientes:**

- 18.3% de los estudiantes encuestados consumen actualmente algún producto de tabaco; 12.5% fuman cigarrillos actualmente; 10.2% usan algún otro producto de tabaco actualmente.
- La Exposición al EAT indica que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes viven en casas donde otros fuman en su presencia; que cerca de 5 a 10 se exponen al humo en lugares públicos y que, alrededor de 2 de cada 10 tienen padres que fuman.
- Cerca de 8 de cada 10 estudiantes consideran que el humo de otros es peligroso para ellos.
- Alrededor de 8 de cada 10 estudiantes consideran fumar en lugares públicos debe ser prohibido.
- Cerca de 8 de cada 10 estudiantes vieron o escucharon mensajes en los medios relacionados con no fumar, en los pasados 30 días.
- Alrededor de 6 de cada 10 estudiantes vieron avisos a favor del cigarrillo, en los pasados 30 días.

**b. El Humo De Tabaco De Segunda Mano (HTSM)**

En América Latina y el Caribe, la experiencia muestra que la exposición involuntaria a HTSM aumenta de forma paralela con el tabaquismo activo. Sin embargo, la información disponible sobre el rango de exposición, los lugares en los que tiene lugar y los determinantes de misma es escasa. Datos autorreferidos por adolescentes de la región entre 13 y 15 años de edad indican que la exposición a HTSM es elevada en el hogar y en los lugares públicos según lo consigna la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (EMTJ). Dicha encuesta revela que en el Caribe, la prevalencia de exposición en el hogar fluctúa entre el 20-30%, mientras que en América Latina varía desde un 40 hasta un 70%. En el caso de Panamá (MINSAL, 2002) la misma reflejó que:

- el 30.9% de los adolescentes encuestados había estado expuesto en los últimos 7 días al fumado en su casa.
- el 48.6% de todos los estudiantes encuestados indicaron que una o más personas había fumado en su presencia en lugares diferentes a su casa, sin diferencias significativas por sexo.
- uno de cada cuatro (24.1%) de los estudiantes adolescentes que nunca han fumado y más de la mitad (54.7%) de los estudiantes adolescentes fumadores manifestaron haber estado expuesto al humo de otros en el hogar, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, tanto para los del sexo femenino como para el masculino.
- al analizar la exposición al humo en lugares públicos, el 39.5% de los estudiantes adolescentes que nunca han fumado y el 80.2% de los estudiantes fumadores indicaron

haber estado expuestos al humo de otros; con diferencias significativas entre fumadores y los que nunca han fumado, en ambos sexos.

- el 85.1% de los que nunca han fumado manifestaron estar de acuerdo con que se debe prohibir fumar en lugares públicos; el 62% de los fumadores opinaron igual. El análisis de esta variable refleja diferencias estadísticamente significativas entre los fumadores y los que nunca han fumado en ambos sexos.
- el 85.3% de los que nunca han fumado y el 66.9% de los fumadores, reconocen que el humo de otros es dañino para su salud, aunque se consignan diferencias significativas entre estos dos grupos en ambos sexos.
- un alto porcentaje de los fumadores apoyan políticas que prohíban fumar en lugares públicos y creen que el humo de otros les hace daño.

Durante los meses de octubre y noviembre de 2003, se realizó en la Ciudad de Panamá el estudio de vigilancia de exposición al humo de tabaco. La muestra utilizada fue de conveniencia e incluyó un total de 15 establecimientos de interés público de los cuales el 66.7% se situaron en la categoría de restaurantes, bares y boleras; el 13.3% fueron colegios secundarios y el 20% restante estuvo integrado por un hospital, un municipio y un aeropuerto. Se colocaron 123 monitores, de estos 10 fueron monitores duplicados y 10 blancos; un monitor se ubicó en un baño de la sede central del Ministerio de Salud. El porcentaje de monitores perdidos alcanzó el 7.1%.

Los niveles de nicotina en fase de vapor encontrados para el conjunto de la ciudad pueden clasificarse como bajos-moderados. Sin embargo, se detectó exposición a humo de tabaco en algunos lugares en los que está prohibido fumar como el aeropuerto o algunos lugares del hospital. El nivel de exposición llega a alto o muy alto en los restaurantes y bares. A pesar de haber utilizado un muestreo de conveniencia, se intentó abarcar lugares muy diversos de toda la ciudad, así como niveles socioeconómicos muy diferentes, por lo que podemos pensar que estos resultados reflejan la existencia del problema de exposición a humo de tabaco en la ciudad de Panamá y probablemente en todo el país.

- Se detectó nicotina ambiental en 44 de las 95 muestras (46%), la ubicación de estos filtros cuyos valores de nicotina ambiental fueron superiores a 0.002 ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ) fue la siguiente: hospital (6), municipalidad (8), aeropuerto (12) y bares, restaurantes y boleras (18).
- En los 51 filtros restantes se detectaron niveles de nicotina menores de 0.002 ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ).
- El 100% de los colegios se ubicaron en el grupo de instalaciones participantes con niveles de nicotina menores de 0.002 ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ).
- el 100% de los bares, restaurantes y boleras se ubicaron con niveles de nicotina de 0.002 o más ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ).

Los niveles máximos de nicotina se encontraron en algunos restaurantes, bares y en algunos lugares del aeropuerto. En la mayoría de los filtros de los colegios, del hospital (salvo algunos dormitorios de médicos y en una oficina) y la municipalidad, los niveles pueden considerarse nulos o muy bajos.

Los mayores niveles medios de nicotina por  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  se encontraron en el grupo de restaurantes y bares. El nivel medio en los bares fue mayor que el de los restaurantes. El nivel medio de nicotina en las zonas de fumadores fue mayor que en las zonas de no fumadores,  $2.04 \mu\text{g}/\text{m}^3$  vs.  $0.46 \mu\text{g}/\text{m}^3$ . Sin embargo, en los espacios de no fumadores se observan dos patrones diferentes. En aquellas zonas de no fumadores que se encuentran adyacentes a zonas de fumadores sin completa separación del espacio (Restaurante N° 3, Restaurante N° 5), los niveles son notables y relacionados con los niveles que se encuentran en las zonas de fumadores. Especialmente en el restaurante N°5, la zona de no fumadores no protege a los no fumadores de la exposición al humo de tabaco de segunda mano. Sin embargo, cuando la zona de no fumadores corresponde a un local completo, sin compartir espacio con zona de fumadores, no se detectó humo de tabaco y los niveles fueron nulos (restaurante N°2). Estos resultados indican la ineficacia de la separación de zonas cuando no existe una separación real de las áreas y el éxito de lugares en los que no se permite fumar para proteger a los clientes y trabajadores de la exposición a humo de tabaco.

El aeropuerto ocupa el segundo lugar con respecto a valores medios. Dentro del aeropuerto, los niveles más elevados se encontraron en las cafeterías (tanto en las salas de fumadores como de no fumadores) y en algunas salas. En el resto de áreas, migraciones, check-in y sala de recogida de equipaje, los niveles fueron muy bajos o próximos a niveles no detectables.

En el hospital, 75% de los filtros no detectaron humo de tabaco (por debajo del nivel de detección) y en la mayoría de los lugares, cuando se detectó nicotina las concentraciones eran muy bajas, salvo en algunas áreas con niveles moderados que se correspondían con áreas de personal médico y una oficina. Algunos filtros se perdieron, desconocemos si las pérdidas fueron intencionales o no. En conjunto, las áreas de personal médico y las oficinas presentaron los niveles medios más elevados (aunque muy bajos con respecto a otras instituciones o países). En las áreas de enfermos, las cafeterías, y las áreas de enfermería, los niveles fueron prácticamente nulos.

En la municipalidad, los niveles de nicotina fueron muy bajos o no detectables (60% de los casos). Por último, en los colegios, en el 100% de los filtros no se detectó humo de tabaco, pero 4 filtros se perdieron, desconocemos si las pérdidas fueron intencionadas o no.

La encuesta de percepciones y actitudes se realizó en 233 trabajadores de los establecimientos incluidos en el estudio, indicó que la distribución por sexo de la población estudiada era de 47% hombres y 53% mujeres. La edad media fue 36.0 años (DS= 10.5) con un rango de 18 a 70 años. Con respecto al consumo de tabaco, 19.7% eran fumadores en el momento de realización de la encuesta, 10.7% ex fumadores y 69.5% no fumadores. En 1990, un estudio realizado por el Ministerio de Salud, registró una prevalencia de fumadores activos (mayores de 18 años) del 25%, cifra superior a la consignada en este estudio. En estudio efectuado por Rivera en 1995, la prevalencia de fumadores activos fue del 16.7%, para una población de entre 15 y 75 años de edad; lo que sugiere una variación de 3 puntos porcentuales más durante esta investigación.

Por otra parte, es de hacer notar que, en la Encuesta de Tabaco en Jóvenes, realizada por el Ministerio de Salud, con la colaboración del Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud, en el 2001 la prevalencia de consumo en jóvenes entre 13 y 15 años (18.3%), con cifras muy próximas a los hallazgos de esta investigación (19.7%), cuya información fue recabada en población de 18 años y más.

Alrededor del 45% de los encuestados percibe que la calidad del aire relacionada con el humo de tabaco que respiran en sus lugares de trabajo es mala o regular. Según el tipo de institución, este porcentaje asciende hasta 67% entre los trabajadores de los restaurantes y bares y se reduce a un 27% entre los trabajadores del hospital. Según el estatus de fumador, no se observan importantes diferencias entre fumadores y no-fumadores, el resultado para los ex – fumadores es difícil de interpretar debido al pequeño tamaño muestral. Cuando se preguntó sobre el nivel de humo de tabaco en sus lugares de trabajo, el 36% indica que era medio, alto o muy alto, y este porcentaje asciende hasta 57% en los restaurantes y bares.

Con respecto a como afectaría la prohibición de fumar a su capacidad de trabajo, más del 70% de los encuestados indicó que mejoraría la capacidad de trabajo. Este porcentaje es ligeramente inferior, 60%, entre los fumadores.

La percepción del impacto que tendría la prohibición de fumar en la imagen de la institución es especialmente relevante en la municipalidad y el hospital, donde más del 80% considera que mejoraría. En el aeropuerto y los colegios el porcentaje está alrededor del 70%. En los restaurantes y bares casi el 50% comparte esta opinión.

Alrededor del 80% de los fumadores encuentra fácil o muy fácil no fumar en el trabajo, y 15% lo encuentran regular, difícil, o muy difícil. Son muy positivos los resultados que conciernen a la aceptación de no fumar, si se prohibiese (87%).

Se intentó recoger el grado de acuerdo o desacuerdo con diferentes actitudes frente al tabaco. El mayor porcentaje de acuerdo (91%) se encontró para la frase *“el humo de tabaco es malo para la salud de las personas”*, seguido con un 79% de acuerdo para *“el consumo de tabaco de los trabajadores de esta institución influye en los demás”*. Por encima del 75% de los encuestados estuvo de acuerdo con *“me gustaría continuar trabajando en esta institución si se convierte en un espacio libre de humo de tabaco”*, seguido de 73% para *“me gustaría que mi institución fuese libre de humo”* (este porcentaje aumentó hasta casi 84% en el hospital y colegios). El 63% estuvo de acuerdo con que *“una política libre de humo es difícil de mantener”*. Solamente el 36% estuvieron de acuerdo con que *“la prohibición de fumar es injusta para los fumadores”* y el 24% con *“en ausencia del público, debe permitirse que los trabajadores fumen”*.

### **c. Otras Fármacodependencias**

Según estudios de CONAPRED, la fármaco dependencia es considerada como un problema prioritario de salud para los grupos de edad de 13 a 59 años, de igual manera constituye una de las principales causas y condicionante de comportamientos violentos y delictivos en el país.

Estudios realizados por la Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los delitos relacionados con droga (CONAPRED), señalan que el alcohol es la droga de mayor uso por la población general, que la población masculina es más afectada por el consumo de drogas ilegales y que las mujeres abusan más de los tranquilizantes menores. Destacan además, que la población adolescente es la de más alto riesgo de iniciarse en el consumo de drogas y

que el problema de consumo de cocaína va en aumento, afectando principalmente a la población adulta joven. De igual forma evidencia que la condición del empleo - desempleo no excluye a la población del problema de consumo de drogas.

En relación a la venta local de bebidas alcohólicas producidas en el país puede decirse que al 97 y 2001 se observa un descenso de alrededor de 7.0 millones de litros de bebidas alcohólicas vendidas; mientras que el valor monetario de las ventas se incremento en 1.4 millones de balboas. El consumo per-cápita, tomando como base la población estimada de 15 años y más, ha tenido un promedio de consumo de 73 litros por habitante durante los años 97 a 2001. (Cuadro N° 46 )

El 96.5 % de la cerveza que se consume en Panamá es de marcas nacionales, por eso la producción de esta bebida es un indicador indirecto del consumo de la población.

**Cuadro N° 46. Venta Y Consumo de Bebidas Alcohólicas Per Cápita Según Año. República De Panamá. Años: 1997 a 2001**

<b>Año</b>	<b>Población Mayor de 18 Años Estimada</b>	<b>Venta De Bebidas Alcohólicas Producida (lit.)</b>	<b>Valor (en balboas)</b>	<b>Consumo Per Cápita (litros/hab.)</b>
1997	1870623	142,012,809	103,993,084	74.1
1998	1916090	152,408,100	107,809,494	79.5
1999	1961986	154,825,206	110,931,708	78.9
2000	2008362	148,254,460	107,713,937	73.8
2001 (P)	2297359	135,013,745	105,437,134	58.7

(P) Cifras Estimadas

(1)Se refiere a las ventas en áreas ocupadas por personal norteamericano.

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1998-2002

La ventana epidemiológica sobre uso indebido de drogas realizada en los Cuartos de Urgencia de los Hospitales, ubicados en Ciudad de Panamá en el año 1996, al examinar las drogas de mayor consumo concluyó que entre las drogas legales el alcohol es la droga de mayor prevalencia de vida reportada (79.8%) y el tabaco (47.9%); en el caso de los tranquilizantes esta fue de 13.5%, cifras que reflejan un consumo alto. En tanto que entre las ilegales la droga de mayor consumo es la marihuana (7.3%) para los investigados en los cuartos de urgencia y de 17.4% para el caso de los investigados en los centros de detención. La prevalencia de vida de la cocaína en los cuartos de urgencia fue de 4.8% y en los centros de detención de 17.4%; para el crack fue de 1.9% y de 8.7% para la población investigada en



los cuartos de urgencia y en los centros de detención, respectivamente; y para el bazuco de 0.7% en los cuartos de urgencia y de 1.7% en los centros de detención; en total la prevalencia de vida de todas las formas de cocaína fue de 5.7% en los cuartos de urgencia y de 23.3% para los investigados en los centros de detención. Otros estudios realizados señalan que la edad promedio de uso del alcohol, el tabaco y la marihuana estuvo entre los 14 y los 16 años, por lo que pueden considerarse a éstas como sustancias inductoras para el uso de otras drogas como la cocaína. (Cuadro N° 47)

Al analizar la tendencia de consumo de drogas legales registrada en los estudios efectuados de 1992 al 96, se observa un incremento en el consumo de alcohol del orden del 9.5%. Por otro lado es notable el incremento en el consumo de estimulantes que se refleja en los resultados de dichos estudios. En relación con el análisis de consumo de drogas ilegales, para el mismo periodo, el año que refleja mayor consumo es el 94, quizás puede sugerirse una tendencia a estabilizarse de los niveles de consumo de estas drogas.

**Cuadro N° 47. Prevalencia Porcentual De Vida Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas. República De Panamá. Años: 1992-1996**

<b>Drogas Legales</b>					
<b>Tipo De Droga</b>	<b>Años</b>				
	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>Analgésicos</b>	62.2	73.3	75.0	76.6	-
<b>Tranquilizantes</b>	12.5	15.0	15.8	15.0	13.5
<b>Tabaco</b>	38.8	42.5	44.3	42.8	47.9
<b>Alcohol</b>	72.9	77.3	77.4	74.5	79.8
<b>Estimulantes</b>	1.8	1.5	6.65	5.3	-

<b>Drogas Ilegales</b>					
<b>Tipo De Droga</b>	<b>Años</b>				
	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>Marihuana</b>	5.1	7.6	8.6	5.9	7.3
<b>Cocaína (clor)</b>	4.4	5.4	7.1	3.0	4.8
<b>Crack</b>	-	1.7	2.7	1.1	1.9
<b>Bazuco</b>	-	1.2	1.7	0.5	0.7
<b>Inhalantes</b>	0.9	0.7	1.2	0.6	-

Fuente: Estudios de Prevalencia. Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los delitos relacionados con droga (CONAPRED)

En estudios realizados durante 1997, en población escolar (primer ciclo), el alcohol como droga lícita tuvo una prevalencia de vida de 41.7% y un consumo activo (prevalencia del último año) de 29.2%, seguido del tabaco cuyas prevalencias de vida y de consumo activo

fueron de 11.1 y 7.2 respectivamente; en tanto los tranquilizantes alcanzaron valores de 6.7 y 3.4% para las prevalencias de vida y de consumo del último año.

En relación con las drogas ilícitas las prevalencias obtenidas indican valores menores del 1% a escala nacional, por tanto el estudio concluye que existe un bajo consumo, aunque las cifras no dejan de ser alarmantes, sobre todo en las provincias de Bocas del Toro y Colón donde se reflejaron los niveles de consumo más altos. El diferencial por sexo evidencia mayores niveles de consumo en el masculino, con razones de disparidad de 1.42 para el alcohol y de 1.26 para el tabaco. Los reportes registrados para los I y II años son similares en cuanto a la prevalencia, sin embargo se da un salto significativo en los estudiantes de III año.

### **1. Alcoholismo**

Desde 1991 se vienen realizando, en los principales cuartos de urgencia de la ciudad capital y en centros de tratamiento, diferentes estudios relacionados con el consumo de alcohol. Estas investigaciones se efectúan con el apoyo de la Comisión Interamericana de Control del Abuso de Drogas, de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) y con la Coordinación General de la Secretaría Ejecutiva de CONAPRED y la Coordinación Técnica del Ministerio de Salud. La encuesta aplicada fue la elaborada por el Sistema Interamericano de Datos Uniformes Sobre Consumo de Drogas (SIDUC). Los cuartos de urgencia del Hospital Santo Tomás y del Complejo Hospitalario Metropolitano, constituyeron el área del estudio. Para 1998, los resultados fueron los siguientes:

El estudio indaga el consumo de drogas las seis horas antes de la entrevista, en los pacientes que asisten a los cuartos de urgencia y sus resultados finales fueron los siguientes:

- La población entrevistada fue mayoritariamente masculina principalmente adultos jóvenes (20-29 años).
- En el estudio las ocupaciones se distribuyeron ampliamente en cada una de las drogas confirmando que el consumo es un problema que afecta al individuo independientemente de su ocupación. A pesar de ello, las amas de casa se ven más afectadas como grupo individual.
- Las lesiones personales constituyeron la causa más frecuente de ingreso, pero un alto porcentaje no pudo ser clasificado en la variable motivo de ingreso en razón de las alternativas de respuesta apreciada.

- El intento de suicidio se presentó en un porcentaje elevado en adolescentes de 10 a 19 años, aunado a dos casos de sobredosis, lo cual parece indicar que el consumo de drogas puede producir consecuencias fatales tempranas.
- El alcohol fue la droga más consumida en las últimas seis horas previas al estudio y los tranquilizantes la segunda droga más consumida
- En términos generales los hombres consumieron más drogas que las mujeres, excepto los tranquilizantes donde las mujeres consumieron más.
- Para estas drogas de mayor reporte de consumo, el mismo estuvo relacionado con la causa que motivó el ingreso o su asistencia al cuarto de urgencias de estos hospitales.
- Las edades más afectadas son las edades productivas, probablemente asociado al estrés a que se someten.
- Preocupa el grupo de 15-19 años que reportó consumo de cocaína, marihuana y tranquilizantes probablemente debido al estrés a que se ven sometidos a esta edad.
- La cocaína fue la droga que mayor reporte de casos relacionados presentó.

## **2. Centros De Tratamiento**

En 1998 y contando con los auspicios de organismos internacionales interesados en el tema, el Ministerio de Salud, aplicó una encuesta a 226 pacientes de los Programas de Dependencia Química del Hospital Psiquiátrico (internado durante 6 semanas); del programa ambulatorio de la Clínica Margarita de la Cruz Blanca y del Programa de Hogares Crea (Comunidad Terapéutica).

La muestra se caracterizó por estar constituida por un 92.5% (209) de pacientes del sexo masculino y un 7.5% (17) de sexo femenino. La mayor proporción de entrevistados se ubicó en los grupos 30-34 años con el 24.3% y en el de 25-29 años con el 22.6%. Dentro de esta población de entrevistados, el 4.9% eran adolescente entre 15 a 19. Casi la mitad de los entrevistados eran solteros 48.7% y alrededor de 1 de cada 5 eran casados (21.7%). El 25.7% habían terminado la escuela primaria, un 15.0% declaró tener secundaria incompleta, el 15.2% indicó tener una licenciaturas y/o estudios de post-gradus universitarios, el 0.9% reportaron no tener ningún nivel de escolaridad.

Destaca que 1 de cada 2 entrevistados era desempleado, un 26.3% reportó tener trabajo fijo y 1 de cada 10 contaba con trabajo de manera ocasional. 10.6% trabajo ocasional.

Casi 4 de cada 10 (38.9%) entrevistados había recibido tratamiento previo por consumo de drogas. Cerca 1 de cada 2 entrevistados habían acudido de manera voluntaria a buscar ayuda (47.8%); 1 de cada 4 había sido llevado por amigos o familiares y 8,5% lo hizo por indicaciones médicas.

Como tipo de droga de inicio, se reportó en primer lugar el alcohol con el 53.5% seguido del tabaco y la marihuana con el 19% cada una. La cocaína como droga de inicio fue reportada por el 6.6% de los casos y las inhalantes por el 1.3%. El promedio y mediana de la edad de inicio, para el consumo de marihuana y alcohol están alrededor de los 14 años; en el caso de la cocaína se ubica en 17 años.

El patrón de consumo indicó que la cocaína ha desplazado a la marihuana como segunda droga; hecho observable cuando el 29.3% de los entrevistados reportaron la cocaína como droga secundaria frente al 26.3% que mencionó a la marihuana. Como droga terciaría 1 de cada 2 entrevistados identificó a la cocaína y cerca de 1 de cada 4 se reportó (23.2%) utilizó la marihuana. Uno de cada 4 entrevistados aún consume la droga secundaria y 18.1% la droga terciaria.

El estudio en mención, definió como la droga de mayor impacto aquella que le ha producido mayores problemas de salud, legales y accidentes, que lo ha llevado a buscar tratamiento; encontrándose que en el 43.4% esta droga fue la cocaína; seguida del alcohol y la marihuana con 12.1% y 4.5%, respectivamente.

Es importante recordar que aunque los estudios no permiten hacer inferencias sobre la situación de la farmacodependencia en la población general, aportan orientación en cuanto a que el grupo de edad de 12 a 19 años, lo que puede ser importante para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención sobre este problema de salud pública.

### **3. Estudio Sobre Consumo De Drogas En Estudiantes De II, III, IV Y V Año De Escuelas Secundarias En Panamá. PACARDO, Panamá 1999.**

De 1992 al 1997 se realizaron anualmente estudios de Vigilancia Epidemiológica sobre consumo de alcohol y otras drogas en las ciudades capitales de las Repúblicas de

Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Costa Rica, Panamá y la República Dominicana. Los mismos se llevaron a cabo en sitios centinelas ubicados en las Salas de Emergencia de los principales Hospitales, Centros de Detención y Centros de Tratamiento de esas ciudades, los cuales contaron con el apoyo de la Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA). Es importante señalar, que en estos estudios se utilizaron los mismos instrumentos y las mismas metodologías de recolección de la información y de análisis, lo que hacía que sus resultados fueran comparables.

El estudio PACARDO – CONAPRED, Septiembre – Octubre de 1999, tendría como propósito conocer el nivel de consumo nacional de alcohol, tabaco y otras drogas en la población escolar, obtener información sobre los factores de riesgo y revisar los programas preventivos que se han desarrollado en las distintas instituciones educacionales de cada uno de los países. La encuesta se aplicó entre el 5 de Septiembre y el 4 de Octubre de 1999, utilizando la muestra representativa a nivel nacional antes descrita.

Se indagó a 1,702 estudiantes, 844 varones y 858 mujeres. El 45.9% tenían 16 años de edad (45.9%) y cerca de 1 de cada 3 tenían 17 años. Llama la atención que en el grupo de edades de 14, - 16 años respectivamente, predominaban las estudiantes del sexo femenino, mientras que en el grupo de 17 - 18 años era mayor el sexo masculino. La mayoría de los estudiantes pertenecía al IV año (82.4%). El 78.9% estudiaba en escuelas públicas.

#### **4. Oportunidad De Uso, Prevalencia De Vida, De Último Año Y De Último Mes Del Consumo De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas**

El alcohol fue la droga que tuvo la mayor oportunidad de uso por los escolares en Panamá. Más de la mitad (56.6%), han tenido la oportunidad de usar esta droga legal, luego le siguió el tabaco con un 21.3%, marihuana con un 7.2% y los inhalantes con un 3.7%.

Con respecto a la distribución por sexo de esta variable, se pudo observar que los hombres tuvieron más oportunidad de usar todas las drogas estudiadas que las mujeres. Esta diferencia es mayor en el caso de las drogas ilegales, donde los escolares hombres

tuvieron en general dos veces más expuestos al uso de este tipo de drogas que las mujeres. (Cuadro N° 48)

Cuadro N° 48. Porcentaje de Oportunidad de Uso de Drogas por Sexo. Panamá. Año: 1999

SUSTANCIA	SEXO	
	HOMBRES	MUJERES
TABACO	27.0	16.0
ALCOHOL	63.2	50.6
MARIHUANA	10.8	3.4
CRACK COCAÍNA	2.0	0.4
INHALANTES	4.3	3.3
EXTASIS	1.6	0.5
HEROÍNA	1.4	0.2

Fuente: Estudio de Oportunidad De Uso, Prevalencia De Vida, De Último Año Y De Último Mes Del Consumo De Alcohol, Tabaco Y Otras Drogas. Año: 1999

Con relación a la prevalencia de vida del alcohol y del tabaco fue de 56.3% y 20.5%, respectivamente; seguidos de la marihuana y otras drogas ilegales con 6.0% y 4.1%, respectivamente. (Cuadro N° 49). Los estudiantes que tuvieron la oportunidad de consumir drogas, consumieron en mayor proporción drogas lícitas que ilícitas. Los chicos tuvieron mayor consumo de las distintas drogas que las chicas, con la sola excepción de los tranquilizantes. En el caso del tabaco, el 100% de las mujeres que tuvieron la oportunidad de consumirlo, lo hicieron. La marihuana también tiene un porcentaje alto en esta relación.

Cuadro N° 49. Prevalencia De Vida Según Tipo De Droga Consumida. PACARDO. Panamá. Año: 1999

SUSTANCIA	%	INTERVALO DE CONFIANZA
TABACO	20.5	18.6 – 22.4
ALCOHOL	56.3	53.9 – 58.6
TRANQUILIZANTES	1.9	1.2 – 2.5
MARIHUANA	6.0	4.9 – 7.1
CRACK COCAÍNA	0.4	0.1 – 0.7
INHALANTES	2.4	1.7 - 1.0
EXTASIS	0.4	0.1 – 0.8
HEROÍNA	0.4	0.1 – 0.7
ANFETAMINAS	0.8	0.3 – 1.2
ILEGALES	4.1	3.2 – 5.0

Fuente: PACARDO Año: 1999

La prevalencia de vida para el consumo de tabaco y alcohol fueron las más altas, alcanzando al 25.2% de los hombres y al 16% de las mujeres en el primer caso y al 61% de los hombres y 51.9% de las mujeres en el segundo. (Cuadro N° 50)

**Cuadro N° 50. Prevalencia De Vida (%), Según Tipo De Droga Consumida Por Sexo. PACARDO, Panamá. Año: 1999**

SUSTANCIA	HOMBRES	MUJERES
TABACO	25.2	16.0
ALCOHOL	61.0	51.9
TRANQUILIZANTES	1.5	2.2
MARIHUANA	8.9	2.9
CRACK COCAÍNA	0.7	0.1
INHALANTES	3.0	1.9
EXTASIS	0.8	0.1
HEROÍNA	0.7	0.1
ANFETAMINAS	1.1	0.5
ILEGALES	6.0	2.2

Fuente: PACARDO Año: 1999

El consumo de tabaco se a temprana edad y más o menos a los 16 años se estabiliza y, el alcohol, presenta un gran aumento del consumo a los 15 años, para estabilizarse posteriormente; en tanto que el aumento en el consumo de marihuana se da entre los 17 y 18 años. Por su parte la prevalencia de vida de consumo de inhalantes es más o menos estable en todas las edades. (Cuadro N° 51)

**Cuadro N° 51. Prevalencia De Vida (%), Según Tipo De Droga Consumida Por Edad. PACARDO. Panamá. Año: 1999**

TIPO DE DROGA	EDAD				
	14	15	16	17	18
TABACO	10.6	16.5	20.7	24.1	17.1
ALCOHOL	27.7	59.5	56.9	57.3	53.3
TRANQUILIZANTES	0.0	1.9	1.4	2.2	3.3
MARIHUANA	4.2	3.8	4.3	8.5	8.0
CRACK – COCAÍNA	0.0	0.0	0.3	0.4	1.0
INHALANTES	2.1	2.5	2.1	2.6	2.8
EXTASIS	2.1	0.0	0.4	0.6	0.5
HEROÍNA	0.0	0.6	0.3	0.6	0.5
ANFETAMINAS	0.0	2.5	0.8	0.6	0.0
ILEGALES	2.1	3.8	3.3	5.4	4.3

Fuente: PACARDO Año: 1999

El porcentaje de estudiantes que consumió, alguna vez en su vida, alcohol y tabaco aumenta progresivamente desde 2° a 5° año. El aumento más marcado del consumo de alcohol se produce de 3° a 4° año, mientras que para la marihuana y el crack-cocaína, este

aumento es mayor en el quinto año. Los inhalantes tuvieron un mayor consumo en el 2° y 3° año.

El estudio indicó que, el mayor consumo, alguna vez en la vida, de todas las drogas ocurrió en los colegios privados; salvo el de tranquilizantes y heroína. En el caso del tabaco, en las escuelas privadas se consume 2.9 veces más tabaco que en las públicas, esta relación es 1.6 veces mayor para el alcohol. Es probable que esta situación tenga que ver con la accesibilidad económica que tienen los estudiantes de las escuelas privadas a estos productos.

En cuanto a la prevalencia de consumo de drogas del último año, continúan el alcohol con 47.1% y el tabaco con 19.8%, como las drogas de mayor prevalencia de consumo; para una prevalencia de consumo de alcohol 2.5 veces mayor que la de tabaco. Más del 70% de los que dijeron haber consumido estas drogas alguna vez en la vida lo hizo en el último año. Ocho de cada 10 estudiantes que usó marihuana alguna vez. Las drogas ilegales como la marihuana, la cocaína, el crack y la heroína reportaron una prevalencia de consumo que osciló entre el 0.1% para la heroína y el 5% para la marihuana. El consumo fue mayor en los chicos.

En los colegios privados se reportaron las mayores prevalencias de consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas, tal es el caso del alcohol, tabaco, y heroína; por su parte, la marihuana, el crack y la cocaína fueron reportadas con las de mayor prevalencia de consumo en el último año en las escuelas públicas. La relación privado – público fue 2.6 veces mayor para el tabaco y 1.6 veces mayor para el alcohol.

El alcohol, fue también la droga lícita de mayor consumo del último mes, con una relación de 2.4:1 con respecto al tabaco; en tanto que la marihuana y el crack tuvieron la mayor prevalencia de consumo en el último mes dentro del grupo de drogas ilegales. La heroína consignó la menor prevalencia de consumo en el último mes. La prevalencia de consumo en el último mes fue mayor en los chicos que en las chicas. En el caso del alcohol la prevalencia de consumo en el último mes fue el doble en los chicos que en las chicas, para el tabaco esta relación es de 1.6 veces mayor, es decir, que el diferencial de consumo



entre chicos y chicas es menor que en el caso del alcohol. Por otra parte, prevalencia de consumo en el último mes de marihuana fue 3 veces mayor en chicos que en chicas y cerca de 2 veces mayor en chicos que en chicas, para el crack y la cocaína.

La mediana de edad de inicio de consumo tuvo un rango entre los 12 y 16 años, siendo el menor valor asignado a las anfetaminas y el mayor a la cocaína. Por su parte, el promedio tuvo un rango entre 12.8 y 15.1 años, el primero para las anfetaminas y el segundo para la cocaína. (drogas reportadas: tabaco, alcohol, tranquilizantes, marihuana, cocaína, anfetaminas e inhalantes).

#### **5. Investigación Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media de la Costa Atlántica Panameña. 1998**

Esta investigación se efectuó en una muestra de 1,131 estudiantes de segundo ciclo de secundaria de las comunidades de Almirante, Bocas del Toro, Ciudad de Colón, Colón y Ustupu, Comarca de San Blas. En el mismo se determinó que el 33.8% de estos estudiantes habían ingerido alcohol alguna vez en su vida y 30.9% se habían embriagado con alcohol alguna vez. El 4.8% había consumido tranquilizantes, el 2.9% había consumido marihuana y el 1.9% cocaína.

Igualmente, un 15.3% había consumido alcohol durante el último mes previo a la encuesta, el 14% se había embriagado durante este mismo período, 2.2% de la muestra estudiada había consumido marihuana y 2.1% había consumido tranquilizantes, mientras que un 1.0% había consumido cocaína.

#### **6. Encuesta sobre Uso Indebido de Drogas para Cuartos de Urgencias y Centros de Tratamiento de la Ciudad de Panamá. Año 2000. Ministerio de Salud CICAD/OEA**

Con un muestra de 2,002 pacientes adultos atendidos en los cuartos de urgencias del Hospital Santo Tomás y del Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social, así como en Centros de Tratamiento para adictos a drogas existentes en nuestro medio se efectuó la encuesta sobre uso indebido de drogas, la cual dio evidencias de que el 14.6% de los encuestados había consumido alcohol durante las seis horas previas a la entrevista, 4.6 %

había consumido tranquilizantes durante este mismo período, 1.3% había consumido cocaína y 0.7% marihuana.

En resumen, los estudios antedichos demuestran que el alcohol es la droga lícita de mayor uso por la población estudiada, que la población masculina es más afectada por el consumo de drogas ilegales y que las mujeres abusan más de los tranquilizantes menores. Destacan además, que la población adolescente es la de más alto riesgo de iniciarse en el consumo de drogas y que el problema de consumo de cocaína va en aumento, afectando principalmente a la población adulta joven. De igual forma evidencia que la condición del empleo - desempleo no excluye a la población del problema de consumo de drogas. No existen datos de prevalencia en población general, hasta el momento.

## **7. Algunos Factores Protectores y de Riesgo Asociados al Consumo de Drogas**

Como resultado del análisis factorial efectuado por PACARDO se identificaron 4 posibles factores protectores y 9 de riesgo relacionados con el consumo de drogas, siendo los hallazgos más relevantes los siguientes:

- ☑ **Escala Conducta Agresiva:** A mayor número de respuestas que reflejan cierto nivel de agresividad en los escolares, aumenta también la prevalencia del consumo tanto de vida como de último año. Es particularmente notorio en el caso de las drogas ilícitas. El aumento es de tres veces para crack – cocaína y más de diez veces para marihuana e inhalantes.
- ☑ **Escala Pares Con Problemas:** Esta escala al igual que la anterior tiene una relación directamente proporcional, es decir que a mayor asociación con pares con problemas mayor consumo de las distintas drogas, principalmente de las ilícitas. La prevalencia de vida aumenta más de 10 veces para el caso de marihuana, crack y cocaína.
- ☑ **Escala Pares Consumidores:** Esta variable refleja la relación directamente proporcional que existe entre pares que tengan cierta experiencia en el consumo de drogas pues la probabilidad de consumo de los estudiantes aumenta. En el caso del alcohol, este aumento es de más del 80%; para el tabaco es más de ocho veces. También se puede observar un gran incremento del consumo de la marihuana y el crack – cocaína.
- ☑ **Escala Conductas Riesgosas:** Las conductas riesgosas son un factor cuya presencia genera un incremento del consumo de drogas, con un efecto dosis – respuesta, el cual se identificó muy claramente en el caso del tabaco, donde este aumento es mayor que para el alcohol. También se observó el mismo efecto incremental marihuana y para crack – cocaína.
- ☑ **Escala Salud Mental:** Los estudiantes con mayor número de síntomas relacionados con problemas de salud mental, mayor fue la prevalencia del

- consumo alguna vez en la vida de las distintas drogas analizadas, siendo esta relación mayor en el caso de las drogas ilícitas.
- ☑ **Escala Problemas Escolares:** Los problemas escolares también se perfilan como un factor de riesgo de consumo de drogas en la población escolar, con una relación directamente proporcional, que es más intensa cuando se trata de drogas ilícitas.
  - ☑ **Escala Consumo De Drogas En La Familia:** Esta escala mide episodios conflictivos en el grupo familiar y dio evidencias de que entre los estudiantes que refieren tener algún miembro de la familia con problemas de consumo de drogas, o de haber vivido episodios de elevada conflictividad, las prevalencias de vida se incrementan, principalmente cuando se trata del consumo de cocaína y marihuana.
  - ☑ **Escala Relaciones Familiares:** Los estudiantes que reportaron tener problemas en el seno familiar consumen más drogas tanto lícitas, como ilícitas.
  - ☑ **Escala Relaciones Con Amigos:** A medida que los escolares tienen dificultades de relación con sus amigos, se da un aumento en el consumo de las distintas drogas estudiadas, aunque en menor proporción que en las escalas previamente analizadas. En el caso de la marihuana, el mismo es menor del 50%, mientras que el consumo de inhalantes es más del doble.
  - ☑ **Escala Vecindario:** Las prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida tienden a incrementarse a medida que los problemas sociales del barrio son mayores, principalmente cuando se trata del consumo de las drogas ilícitas.
  - ☑ **Escala Participación En Actividades De Prevención:** Los estudiantes que reportaron haber participado en alguna (s) actividades de prevención registraron menores prevalencias de consumo de drogas lícitas como ilícitas, excepto para los psicofármacos como tranquilizantes y anfetaminas.
  - ☑ **Escala Integración Social:** Mientras mejores sean las relaciones sociales de los estudiantes menores prevalencias de consumo fueron registradas para algunas de las drogas estudiadas, tal es el caso de la cocaína, los inhalantes y las anfetaminas. Esta relación no es así en el caso de la marihuana, el alcohol y el tabaco, donde la escala de integración social no se identifica como posible factor protector.
  - ☑ **Escala Atención Familiar:** La atención familiar se perfila como un factor protector, toda vez que los escolares que cuentan con un menor grado de protección familiar, consumen en mayor medida marihuana, cocaína y alcohol y tabaco.
  - ☑ **Escala De Religiosidad:** La religiosidad se identificó como un posible factor de protección, pues las ya que los que respondieron las dos preguntas en forma afirmativa, tienen un menor consumo de drogas que los que no lo hicieron, exceptuando las anfetaminas.

Los modelos de regresión logística para las seis (6) principales drogas estudiadas: alcohol, tabaco, marihuana, crack, inhalantes y cualquier droga ilícita, se efectuaron controlando por sexo y edad. Para estos análisis la variable dependiente fue el consumo alguna vez en la vida de las distintas drogas por separado (alcohol, tabaco, marihuana, crack, inhalantes y cualquier droga ilícita).

Se destaca que el consumo de tabaco por pares aumenta casi en veintiocho veces, cuando el estudiante tiene pares consumidores de droga. En tanto que el tener conducta agresiva aumenta cerca de 15 veces este riesgo, el consumo de droga por la familia lo incrementa cerca de 5 veces y la falta de integración social duplica este consumo. Por otra parte, las actividades de prevención de drogas y las actividades religiosas disminuyen este consumo prácticamente a la mitad, mientras que un barrio o vecindario adecuado lo disminuye en un 90%. (Cuadro N° 52)

Cuadro N° 52. Modelo de Regresión Logístico  
Prevalencia de Vida de Tabaco, Panamá, 1999

Tabaco	Odds Ratio	95% inferior	95% superior
Hombre	1.2	0.9	1.6
Edad	1.1	1.0	1.3
Conducta agresiva	14.6	6.6	32.3
Integración social	2.0	1.0	4.2
Pares consumidores de droga	27.9	13.2	59.1
Conducta riesgosa	1.4	1.0	2.0
Consumo de droga por la familia	4.7	2.3	9.5
Prevención de drogas	0.5	0.3	0.8
Religiosidad	0.5	0.3	0.7
Vecindario o barrio	0.1	0.1	0.2

Fuente: PACARDO Año: 1999

En general las escalas de salud mental, la conducta agresiva, falta de integración social, pares de consumidores y consumo de droga por la familia, aumentan el riesgo de consumir alcohol entre 2.8 y 10.1 veces. En el otro extremo se ubica la atención familiar, la participación en programas preventivos y la religiosidad, las buenas relaciones con amigos y tener un barrio adecuado disminuye el riesgo de consumo de alcohol. (Cuadro N° 53).

Cuadro N° 53 Modelo de Regresión Logístico  
Prevalencia de Vida de Alcohol. Panamá. Año: 1999

Alcohol	Odds Ratio	95% inferior	95% superior
Hombre	1.2	1.0	1.5
Edad	1.0	0.9	1.2
Salud mental	2.8	1.1	7.0
Conducta agresiva	9.4	4.3	20.5
Integración social	10.1	5.2	19.6
Pares consumidores de drogas	3.4	1.7	6.6
Consumo de droga por la familia	5.3	2.8	9.9
Relación con amigos	0.6	0.4	1.0
Atención familiar	0.5	0.3	0.9
Prevención de drogas	0.5	0.3	0.7
Religiosidad	0.5	0.4	0.7
Vecindario o barrio	0.6	0.4	1.1

Fuente: PACARDO Año: 1999

En el caso de las drogas ilícitas como la marihuana los hombres tuvieron dos veces más riesgo de consumo de esta droga que las mujeres y en todas las escalas conocidas como factores de riesgo el odds ratio fue superior a uno, cuyo rango se ubico entre 4.4 y 24.6 y con límites de confianza que no pasan por 1. De igual forma, los factores protectores como la atención familiar disminuyó el riesgo en un 70%, la participación en programas preventivos en un 40% y la religiosidad en 60%. (Cuadro N° 54)

**Cuadro N° 54. Modelo de Regresión Logístico  
Prevalencia de Vida de Marihuana, Panamá, 1999**

Marihuana	Odds Ratio	95% inferior	95% superior
Hombre	2.1	1.1	4.0
edad	1.4	1.0	1.9
Conducta agresiva	8.1	1.9	34.6
Integración social	4.4	0.8	23.2
Pares consumidores de droga	24.6	6.2	97.3
Consumo de droga por la familia	7.1	2.1	23.8
Atención familiar	0.3	0.1	1.1
Prevención de drogas	0.6	0.2	1.7
Religiosidad	0.4	0.2	0.9

Fuente: PACARDO Año: 1999

En cuanto al consumo alguna vez en la vida de crack puede concluirse que aunque en casi todas las variables estudiadas el odds ratio sugirió ser un factor de riesgo o protector, la amplitud de sus límites de confianza no permite concluir una aproximación a la relación causal. (Cuadro N° 55).

**Cuadro N° 55 Modelo de Regresión Logístico  
Prevalencia de Vida de Crack, Panamá. Año: 1999.**

Crack	Odds Ratio	95% inferior	95% superior
Hombre	3.0	0.6	15.2
Edad	1.0	0.5	2.1
Adaptación escolar	20.7	0.6	752.3
Relaciones familiares	6.8	0.4	107.5
Pares consumidores de droga	7.8	0.3	172.6
Consumo de droga por la familia	9.4	0.6	138.1
Prevención de drogas	0.1	0.0	2.7

Fuente: PACARDO Año: 1999

El consumo de inhalantes por los estudiantes tuvo cerca de 6, 11 y cerca de 13 veces más riesgo en las escalas de consumo de drogas en la familia, escolares con conducta agresiva y falta de adaptación escolar, respectivamente. (Cuadro N° 56)

**Cuadro N° 56 Modelo de Regresión Logístico.  
Prevalencia de Vida de Inhalantes, Panamá, 1999**

<i>Inhalantes</i>	Odds Ratio	95% inferior	95% superior
Hombre	0.9	0.5	1.8
Edad	1.0	0.7	1.4
Conducta agresiva	11.0	2.0	61.7
Adaptación escolar	12.9	2.3	72.9
Pares consumidores de droga	3.8	0.8	17.5
Consumo de droga por la familia	5.8	1.5	22.3

Fuente: PACARDO Año: 1999

El consumo de cualquier droga ilícita tuvo mayor riesgo cuando los estudiantes tenían pares consumidores de droga, conductas agresivas y consumo de drogas en la familia, con odds ratios de 25.4, 10.3 y 4.2, respectivamente. En el otro extremo se ubico, como factor protector la religiosidad. (Cuadro N° 57)

**Cuadro N° 57. Modelo de Regresión Logístico  
Prevalencia de Vida de Cualquier Droga Ilícita, Panamá, 1999**

<b>Cualquier Droga ilícita</b>	Odds Ratio	95% inferior	95% superior
Hombre	1.6	0.9	2.9
Edad	1.2	0.9	1.6
Conducta agresiva	10.3	2.7	39.9
Pares consumidores de droga	25.4	7.2	89.7
Consumo de droga por la familia	4.2	1.3	13.4
iglesia	0.4	0.2	0.8

Fuente: PACARDO Año: 1999

## **8. Estudio Sobre Riegos Macrosociales De Farmacodependencia A Nivel De Distritos En La República De Panamá. CONAPRED, Marzo De 2000.**

**Objetivo:** determinar cuáles son los núcleos poblacionales que se encuentran en mayores condiciones de riesgo de ser afectados por la farmacodependencia, ya sea debido a sus particulares características geográficas, demográficas, sociales educacionales, económicas, como de disponibilidad de drogas.

**Método:** “Jueceo”. Se determinó la ponderación del riesgo para 31 indicadores entre los que se consideraron los demográficos, sociales, educacionales, económicos, disponibilidad de drogas y geográficos.

**Distritos según clasificación de riesgo:**

**Extremo:** Panamá, Taboga, Chame, La Chorrera, Chepo, Chimán Capira, Arraiján, San Carlos, Balboa y San Miguelito.

**Muy Alto:** Todos los distritos de la provincia de Bocas del Toro y los corregimientos de Puerto Obaldía, Narganá y Aligandí, ubicados estos últimos en la Comarca de San Blas.

**Alto Riesgo:** todos los distritos de las provincias de Colón, Chiriquí, Darién y las capitales de las provincias de Coclé, Los Santos y Herrera.

**9. Primer Estudio Epidemiológico Sobre Desregulación Psicológica Como Factor De Riesgo Al Consumo De Drogas. (CONAPRED, Cruz Blanca)**

La población estudiada: muestra de adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años de edad, de escuelas públicas y privadas de las provincias de Panamá, Colón, Bocas del Toro y Chiriquí, así como adolescentes, en situación de riesgo social (desertores del sistema escolar) y en programas de tratamiento por abuso de drogas.

Finalidad: Estimar las prevalencias del uso de drogas y estudiar el fenómeno de la Desregulación Psicológica (DP) como principal factor de riesgo para el consumo de drogas, violencia y otros problemas en adolescentes.

**Desregulación Psicológica**

Es el déficit en la habilidad para regular el afecto, la conducta y la cognición en respuesta a los estímulos del ambiente.

### Prevalencia De Vida Al Consumo

La prevalencia para el alcohol alcanzan un 67.9% para los chicos y 63% para las chicas; en tanto que el cigarrillo reportó un 35.9% y un 28.4% para los chicos y chicas, respectivamente. La droga ilícita con mayor prevalencia de consumo fue la marihuana, con 8.8% en los chicos y 3.4% en las chicas. El consumo de éxtasis alcanza valores superiores al de la cocaína entre los adolescentes encuestados, alcanzado valores de 2.8% en los varones.

**Cuadro Nº 58. Uso de Sustancias en Estudiantes Por Sexo.  
Panamá. Año: 2000**

Sustancia	Chicos	Chicas	ExR
Alcohol	67.9	63.0	24.0
Cigarrillo	35.9	28.4	41.0
Emborracharse	30.4	17.5	106.0
Marihuana	8.8	3.4	197.0
Inhalantes	5.2	2.3	131.0
Cocaína	2.6	0.6	355.0
Extasis	2.8	0.7	331.0

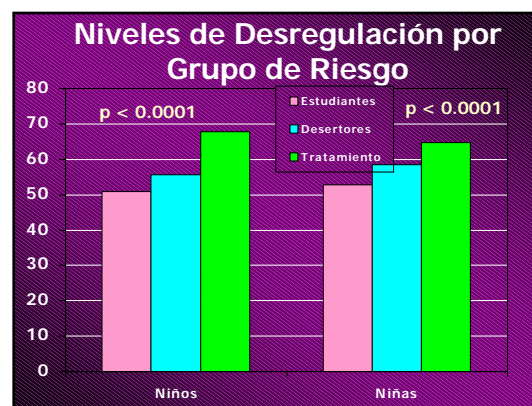
Fuente: CONAPRED. Año: 2000

La edad de inicio de consumo fue menor para los chicos que para las chicas, con una diferencia de varios meses. El inicio del consumo para las drogas legales, como el alcohol y los cigarrillos se da alrededor de los 12 años, mientras que para las drogas ilegales se da alrededor de los 13 años; siendo los chicos más propensos a consumir drogas, especialmente las ilícitas.

Gráfica Nº 21

### Desregulación Psicológica

Se encontraron diferentes niveles de desregulación en los grupos estudiados. Los niveles más altos los registraron los adolescentes en tratamiento a drogas, seguidos de los adolescentes desertores del sistema escolar, y los niveles más bajos fueron registrados por los estudiantes.



El nivel de desregulación psicológica se relaciona con síntomas de depresión, consumo de alcohol, de drogas ilícitas, conductas violentas e ideas suicidas.



Los adolescentes con altos niveles de desregulación psicológica tienen mayor riesgo de presentar estos problemas.

El estudio reportó que:

- el 10% de los varones y el 1.6% de las chicas manifestaron haber portado armas de fuego por la calle.
- el 13 % de los varones y el 5% de las chicas manifestaron haber llevado cuchillos o navajas al colegio.
- el 35% de los varones y el 27% de las chicas manifestaron haber visto que alguien ha sido apuñaleado.

En otro orden de ideas, puede indicarse que según el Informe Anual 2001, de CONAPRED, Panamá ha venido desarrollando, a través de sus entidades gubernamentales y no gubernamentales un conjunto de acciones orientadas a la promoción de la salud y a la prevención del uso de drogas, entre los cuales destacan las siguientes:

## 10. Programas Gubernamentales

En Escuelas Primarias

Nombre del Programa	Grados	Población Alcanzada
<b>Únete a los ganadores</b>	I y II	<b>Estudiantes: 11,138</b> <b>Docentes: 464</b> <b>Padre y madres: 4,399</b>
<b>Cazadores de Humo</b>	III, IV, V, VI	<b>Estudiantes: 10,020</b> <b>Docentes: 343</b> <b>Padres y madres: 1,909</b>
<b>Familias Unidas en Prevención (programa piloto)</b>	Todos	<b>Padres y madres: 1083</b> <b>Educadores: 87</b> <b>Técnicos: 8</b> <b>Enlaces: 5</b>

En Escuelas Secundarias

Nombre del Programa	Años	Población Alcanzada(*)
<b>Yo Tengo P.O.D.E.R.</b>	I y IV	<b>Docentes: 393</b> <b>Estudiantes: 1860</b>
<b>Juventud</b>	I a VI	<b>Nuevos monitores: 78</b> <b>Nuevos líderes: 780</b>
<b>Zonas Escolares Libres de Drogas</b>	I a VI	<b>Estudiantes: 2652</b> <b>Docentes: 102</b> <b>Policías: 217</b> <b>PTJ: 30</b>
<b>Prevención de la Violencia Escolar (colegios en zonas de alto riesgo)</b>	I a VI	<b>Estudiantes: 1,929</b> <b>Docentes: 175</b>

(\*) Hace referencia a la población que se incorpora al programa durante el 2001.

El **Ministerio de Salud**, ha desarrollado acciones de prevención de uso indebido de drogas a través de la Dirección de Promoción de la Salud, la Dirección de Provisión de Servicios y de las diferentes regiones de salud a lo largo del país. Especial énfasis reciben las acciones de prevención dirigidas a prevenir al control del tabaco, estableciéndose incluso para ello El Consejo Nacional para la Salud Sin Tabaco.

El **Tribunal Superior de Niñez y Adolescencia** desarrolla el programa de orientación que trabaja con población adolescente de alto riesgo y sus familiares.

El **Ministerio de la Juventud, la Mujer , la Niñez y la Familia**, también desarrollan acciones de prevención a través de sus programas dirigidos a la niñez y a la juventud.

La **Policía Técnica Judicial** desarrolla programas de prevención en las comunidades y escuelas.

### 11. Programas De Organismos No Gubernamentales Y Otros Organismos

La **Cruz Blanca Panameña** desarrolla programas de prevención integral del uso indebido de drogas en todo el país; a nivel de la comunidad, en el sector empresarial y el ámbito educativo. En las escuelas de enseñanza primaria desarrolla el programa Aventura de la

Vida en estudiantes de cuarto, quinto y sexto grado. Además lleva a cabo un programa de prevención juvenil dirigido a estudiantes de nivel secundario.

**Cristo Para Todas Las Naciones** a través del **Proyecto Joel** (Jóvenes con Espíritu Libre) efectúa en la Ciudad de Panamá, San Miguelito, Panamá Este y Chiriquí, un programa de prevención dirigido a la población de las escuelas.

La **Fundación PRIDE**, en el 2001 trabajo su programa de prevención integral del uso indebido de drogas en 126 escuelas de 7 provincias del país. También realiza su quehacer preventivo en la comunidad y forma grupos de prevención entre los jóvenes en las escuelas.

La **Fundación Educativa Médica Antidroga (FEMA)** dirige sus esfuerzos preventivos al sector laboral a través de jornadas de capacitación para supervisores, jefes de departamentos y empleados de instituciones públicas y privadas. De igual forma desarrolla un programa de prevención dirigido a las escuelas. FEMA ha desarrollado un juego educativo que previene el uso indebido de drogas entre la niñez y el mismo ha sido ampliamente distribuido durante el año 2001.

La **Iglesia Católica** ha establecido desde hace unos años un programa denominado Programa de Prevención del Uso Indebido de Drogas de la Iglesia Católica. A través de este programa la Iglesia Católica forma agentes multiplicadores dentro de las diferentes parroquias a nivel nacional y concientiza a la población sobre la importancia de escoger un estilo de vida libre de drogas. De igual forma, lleva acciones a través de los medios masivos de comunicación por medio de un programa radial semanal.

La **Universidad de Panamá** promueve estilos de vida saludables en la población estudiantil y el personal administrativo, mediante acciones de prevención tales como actividades recreativas, culturales y científicas.

### **Campaña De Prevención Del Uso Indebido De Drogas**

Durante el año 2001 se dio continuación a la Primera Campaña Nacional de Prevención del Uso Indebido de Drogas bajo el lema **“SIN DROGAS NI ALCOHOL DISFRUTO MI VIDA**

**MEJOR**” dirigida a la población adolescente, a través de mensajes por los medios masivos de comunicación, las instalación de vallas, el desarrollo de la Semana de la Prevención, el uso de cintillos alusivos a la prevención y la impresión de afiches para distribución masiva.



Ilustración N° 6. Afiche. Campaña Prevención de Uso de Drogas

### **Semana de la Prevención:**

Durante la última semana del mes de junio se enfatizó la campaña a través de los medios de comunicación, y con actividades realizadas por las instituciones que conforman CONAPRED y otros organismos que se unieron en un solo frente para enfatizar los mensajes por los medios masivos de comunicación o con actividades directas entre la población. Para esta semana se ha instituido el **Cintillo Naranja** como el símbolo de la prevención del uso indebido de drogas y se le dio amplia distribución al mismo.

**Control de la Oferta:** Uno de los mecanismos utilizados para el control de la oferta fue la incautación de drogas por parte de la Policía Técnica Judicial, siendo la cocaína con 1.3 millones de gramos, la d mayor volumen de incautación. Le siguen a esta la heroína y la marihuana. (Cuadro N° 59)

El total de detenidos en el 2001 alcanzo a 2588 personas con una relación de 1.1 individuos por caso. Por cada 5 hombres detenidos debido a delitos relacionados con drogas se detuvo a una mujer. (Cuadro N° 60). El rango de detenidos durante los meses del año tuvo un rango entre 180 y 250 personas, siendo el primero correspondiente al mes de febrero y el segundo al mes de mayo. (Cuadro N° 61)

**Cuadro N° 59. Droga Incautada Por Tipo Según Mes.  
Policía Técnica Judicial. Panamá. Año: 2001**

MES	Cantidad y Tipo de Droga (gms)				
	COCAINA	MARIHUANA	CRACK	HEROÍNA	EXTASIS*
<b>Total</b>	<b>1291053.17</b>	<b>13229.43</b>	<b>923.06</b>	<b>22490.45</b>	<b>4714</b>
Enero	50436.99	345.2	3.6	910.1	0
Febrero	165253.4	587.1	163.9	8810.1	0
Marzo	3140.4	8.48	4.58	7000	0
Abril	19089.41	60.1	67.29	890.1	0
Mayo	35470.73	633.4	126.9	3430.02	2101
Junio	1101.83	1012.61	21.58	10.1	0
Julio	101959.72	1.6	226.11	920.02	2,612
Agosto	9603.34	4048.41	105.7	0	0
Septiembre	9263.23	62.2	70.1	0	1
Octubre	105123.31	3153.22	98.7	0	0
Noviembre	765591.64	289.6	25.4	0	0
Diciembre	25019.17	3027.51	9.2	520.01	0

\* Unidades de pastillas.

Fuente: Informe de la Policía Técnica

**Cuadro N° 60 Detenidos Relacionados Con Drogas  
Según Sexo. Policía Técnica Judicial. Panamá. 2001**

SEXO	Nº	%
<b>TOTAL</b>	2588	100
<b>FEMENINO</b>	396	15.3
<b>MASCULINO</b>	2192	84.7

Fuente: Informe de la Policía Técnica Judicial

**Cuadro N° 61. Casos Y Detenidos Relacionados Con Drogas.  
Por Mes De Ocurrencia. Policía Técnica Judicial. Panamá. 2001**

MES	Nº CASOS	Nº DETENIDOS
Totales	2319	2588
Enero	193	198
Febrero	143	180
Marzo	223	242
Abril	197	224
Mayo	208	250
Junio	205	229
Julio	208	230
Agosto	187	198
Septiembre	202	221
Octubre	196	230
Noviembre	186	198
Diciembre	171	188

Fuente: Informe de la Policía Técnica Judicial

#### **d. Situación Alimentaria Y Nutricional**

La situación Nutricional de un país, en especial de los grupos más vulnerables a los problemas nutricionales, es un tema de interés para los gobernantes, instituciones, organizaciones internacionales. La misma está estrechamente relacionada con el acceso a los bienes y servicios que determinan la disponibilidad y el consumo de alimentos necesarios para lograr un estado nutricional adecuado.

En los últimos 34 años se ha estado caracterizando la situación alimentaria nutricional, en nuestro país, a partir de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1967 que reflejó como problemas nutricionales la desnutrición proteico – calórica, la deficiencia de vitamina A, deficiencia de Tiamina, anemia nutricional y el bocio endémico.

A finales de la década del 90 y principio del 2001, se actualiza la situación nutricional del país utilizando como instrumentos de medición la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de Panamá, la Encuesta Nacional de Bocio y Anemia en escolares de 6 a 12 años, la Encuesta Nacional de Vitamina A y Anemia y del Censo de Talla en escolares de Primer grado. Dichos estudios permiten indicar la situación de diversos problemas de alimentación y nutrición que se detallan a continuación.

#### **1. Desnutrición Proteico Calórica**

En la Encuesta Nacional de Niveles de Vida realizada en 1997, por el Ministerio de Economía y Finanzas, se investigó el estado nutricional de los menores de 5 años.

Para la evaluación del estado nutricional se utilizó el " puntaje Z " en los tres indicadores antropométricos peso para edad, a saber:

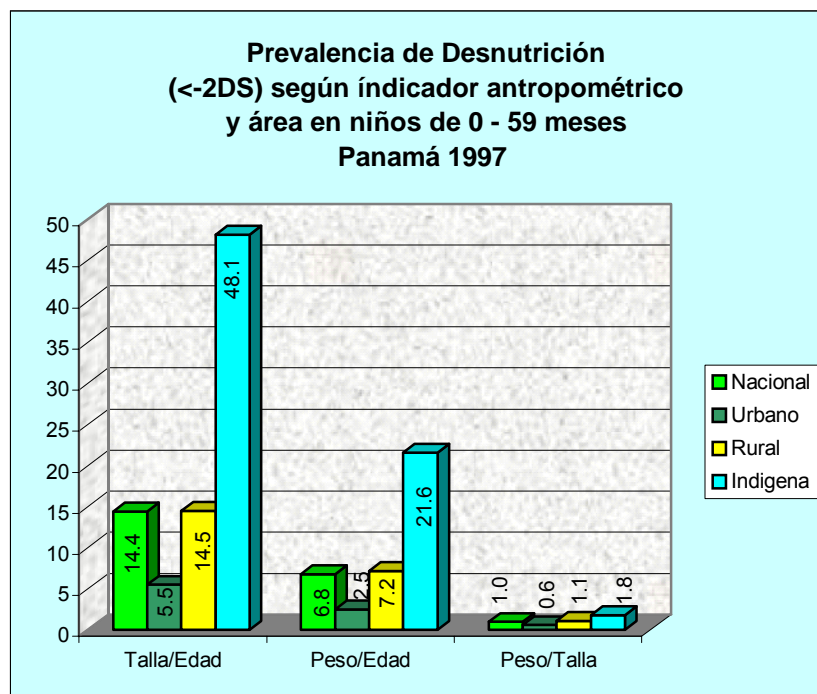
- >+1DS sobrepeso y / o sobre talla
- 1 DS+1DS normal
- <-2 DS desnutrición

Los datos fueron desagregados a nivel nacional, urbano, rural e indígena. De acuerdo a los 3 indicadores tenemos que la prevalencia de desnutrición según talla/edad es de 14.4%, 6.8% según peso/edad y 1.0 % peso/talla. Al desagregar la información a nivel urbano,

rural e indígena el porcentaje de desnutrición es mayor en el área indígena, estos niños tienen 3 veces más retardo en talla con respecto a los niños de todo el país. (Gráfica N° 22)

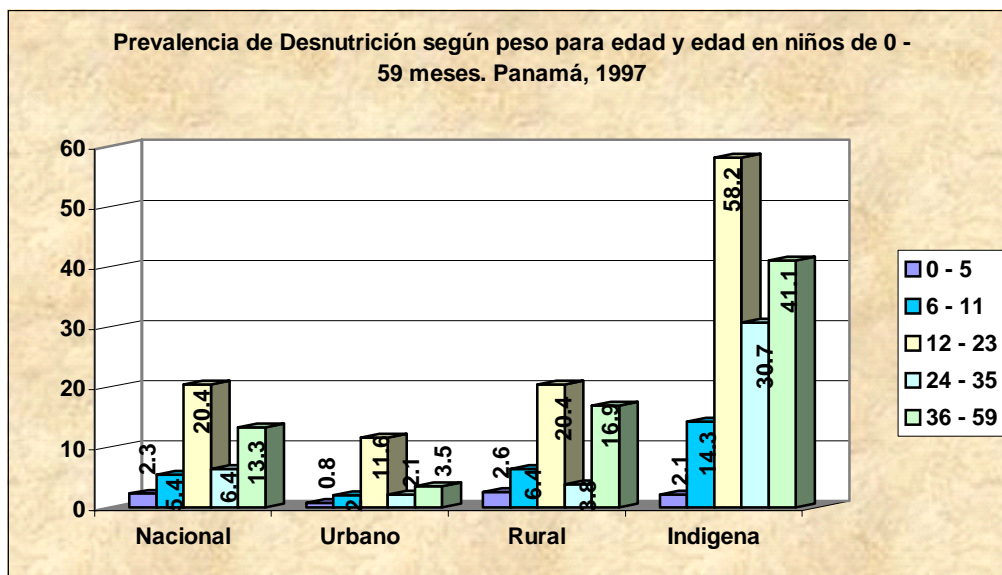
Al desagregar la prevalencia de desnutrición según la edad, la población con mayor es la que se ubica en las edades de 12 a 23 meses, tanto para el nivel nacional como para las áreas urbana, rural e indígena. En esta edad es que se produce el destete e integración definitiva del niño a la alimentación regular de los hogares. En la población indígena existe una distribución homogénea de la prevalencia de la desnutrición con respecto a la edad, indicando que el grupo de más baja prevalencia de desnutrición son los lactantes de 0 – 5 meses, lo que puede sugerir el efecto protector de la lactancia materna, que es una costumbre arraigada en estas poblaciones ( Gráfica N° 23)

Gráfica N° 22



Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. 1997

Gráfica N° 23



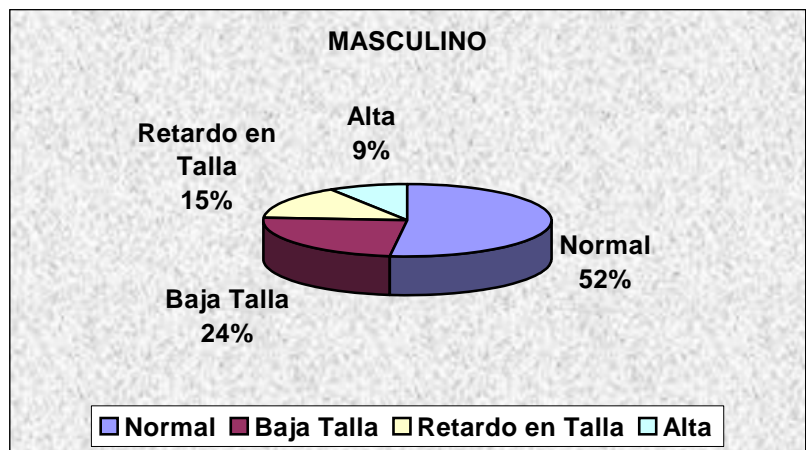
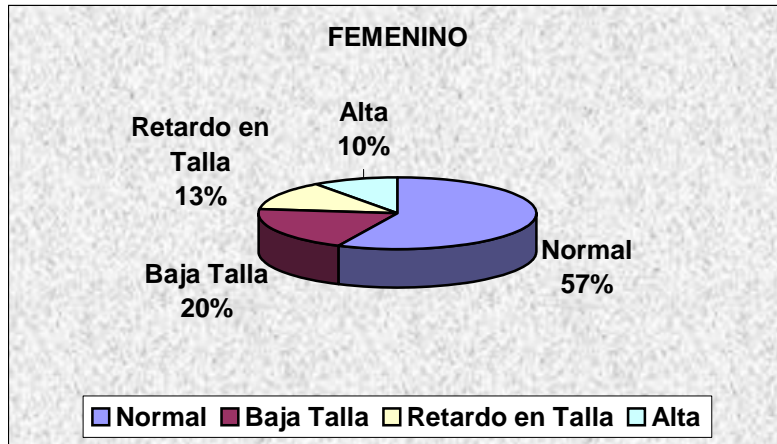
Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. 1997

En cuanto al sexo sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas de desnutrición según el indicador talla - edad. Así observamos que el 15% de los niños y el 13% de las niñas tienen un deterioro en su talla (Gráfica N° 24).

Es importante reconocer que la pobreza es la causante de una décima parte de la desnutrición en la población mundial. En nuestro país definitivamente, el ser pobre (consumo per cápita menor que B/.905.00 anuales) representa un riesgo de desnutrición. Al analizar la prevalencia de desnutrición de los niños menores de 5 años de acuerdo a la línea de pobreza tenemos que, según el indicador talla - edad los pobres tienen 5 veces más riesgo de desnutrición que los no pobres y los niños en poblaciones de pobreza extrema (consumo per cápita menor que B/.519.00 anuales) tienen aproximadamente 8 veces más riesgo que los no pobres; es importante señalar que los pobres y los pobres extremos se encuentran ubicados, en magnitud decreciente, en el área indígena y en el área rural (Gráfica N° 25). De acuerdo a los 3 indicadores antropométricos utilizados, la prevalencia de desnutrición es significativamente mayor en los niños de pobreza extrema.

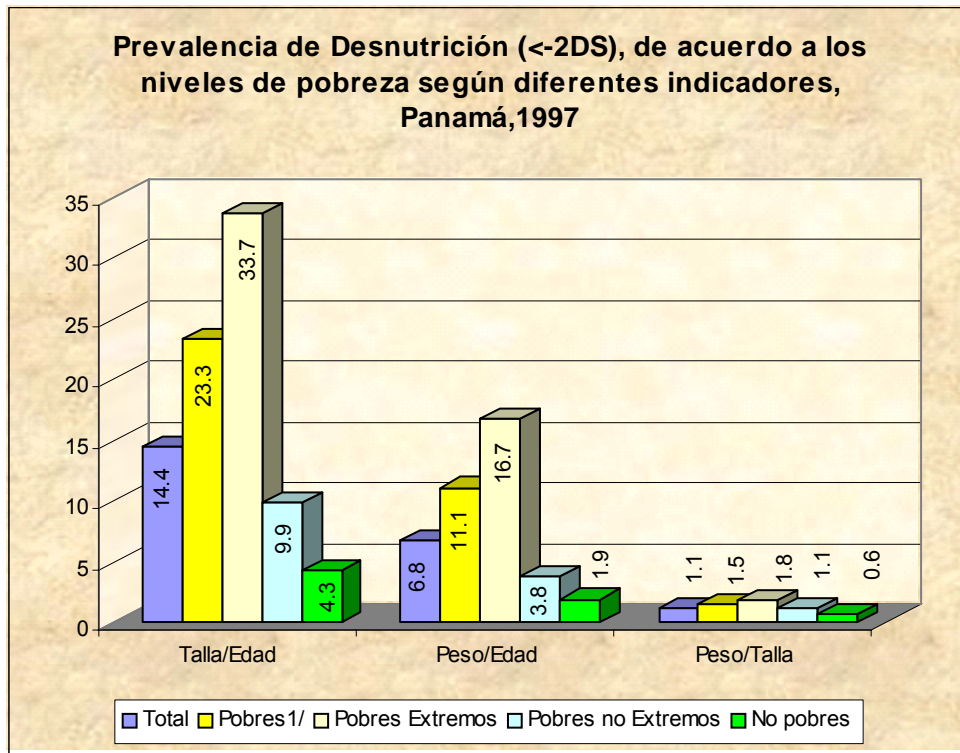


Gráfica N° 24. Estado Nutricional (Talla / Edad), De Niños Menores De 5 Años De Edad De Acuerdo Al Sexo A Nivel Nacional. Panamá, 1997

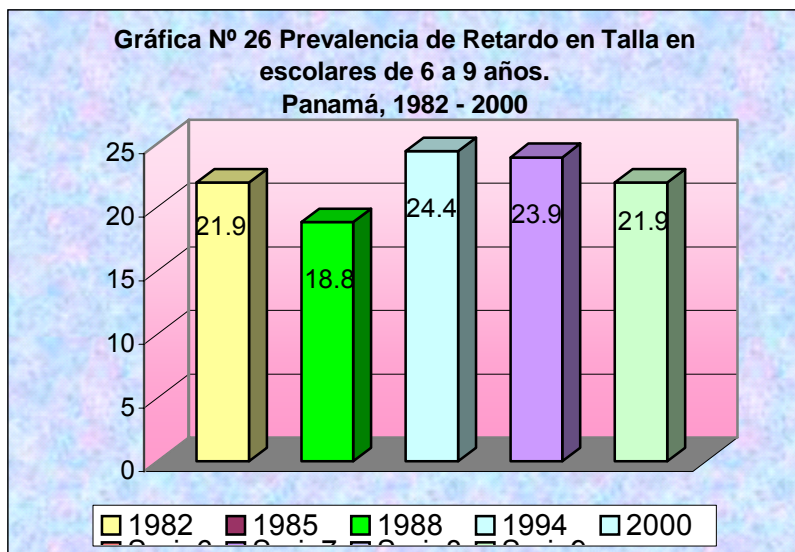


Fuente: Encuesta de Niveles de Vida. Dirección de Políticas Sociales  
Ministerio de Economía y Finanzas. 1997

Gráfica N° 25



En el país se han realizado cinco censos de talla en escolares de 6 a 9 años de primer grado de escuelas oficiales; en los últimos tres censos se ha observado una ligera disminución de la prevalencia de retardo en talla (Gráfica N° 26)



En el 2002, se realizó el estudio sobre el estado nutricional y calidad de vida del adulto(a) mayor que asiste a consulta en centros de salud y policlínicas de San Miguelito y área metropolitana, encontrándose que el 3.3 % de los encuestados presentaban bajo peso (índice de masa corporal inferior a 18.5.).

## **2. Deficiencia De Vitamina A**

En el año de 1999 el Ministerio de Salud con el apoyo de UNICEF, el INCAP y OPS realizó la II Encuesta Nacional de Vitamina A y actualizó la situación de anemia en grupos de riesgo.

El objetivo de esta encuesta fue la de determinar la magnitud de la deficiencia de vitamina A en pre- escolares y estimar la prevalencia de anemia en pre-escolares, embarazadas y mujeres en edad fértil, a nivel nacional, y distritos prioritarios y no prioritarios.

La muestra estuvo constituida en 924 niños pre-escolares y en el caso de anemia 1010 pre-escolares, 143 embarazadas y 1523 mujeres en edad fértil.

Las determinaciones de retinol sérico fueron realizadas en laboratorios del INCAP en Guatemala y la determinación de la anemia a través de hemoglobina en los laboratorios locales y regionales del Ministerio de Salud.

Los puntos de corte para evaluar la deficiencia de vitamina “A” a nivel individual son:

- Alto  $\geq 50$  mcg / dl
- Normal 20 – 49.9 mg / dl
- Bajo 10 – 19.9 mg / dl
- Deficiente  $< 10$  mcg / dl.

A nivel poblacional los criterios epidemiológicos para evaluar la gravedad de la deficiencia de Vitamina A son niveles de retinol sérico inferiores a  $< 20$ mcg/dl. Cuando la población estudiada presenta de 2 a 9.9% la deficiencia es de magnitud leve; moderada de 10 – 19.9% y  $\geq 20\%$  la magnitud es alta.

El porcentaje de niños pre-escolares con niveles deficientes es solamente de 1.8% y niveles bajo de 7.65% (Cuadro N° 62) por lo tanto, la magnitud de la deficiencia de vitamina A, en el país, puede clasificarse como leve (9.4%).

Cuadro N° 62. Distribución De Niveles De Retinol Sérico (Mcg/Dl),  
A Nivel Nacional. Panamá. Año: 1999.

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE (%)
TOTAL	924	100.0
<10	17	1.8
10 – 19.9	70	7.6
20 – 29.9	199	21.5
30 – 39.9	342	37
40 – 49.9	210	22.8
> = 50	86	9.3

Fuente: Encuesta Nacional de Vitamina A y Anemia.  
Panamá, Año: 1999.

Los pre-escolares de distritos prioritarios tienen aproximadamente dos veces más riesgo de deficiencia de vitamina A, que los que residen en distritos no prioritarios (Cuadro N° 63).

Cuadro N° 63. Distribución De Niveles De Retinol Sérico (Mcg/Dl)  
Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá. 1999.

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	N°	PRIORITARIOS		NO PRIORITARIOS	
		N°	%	N°	%
TOTAL	924	415	100.0	509	100.0
<10	17	9	2.1	8	1.6
10 – 19.9	70	43	10.4	27	5.3
20 – 49.9	752	321	77.3	431	84.7
> = 50	85	42	10.1	43	8.4

p < 0.05

Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia, Panamá, 1999.

Los hallazgos de este estudio revelan que la deficiencia de vitamina A (< 10 mcg/dl) no es un problema de salud pública a nivel nacional; en los distritos prioritarios la magnitud de los niveles bajos de vitamina A es moderada. Al desagregar los niveles de retinol sérico por

tipo de población, observamos que los niños indígenas son más afectados por la deficiencia de vitamina A (Cuadro N° 64).

**Cuadro N° 64. Niveles De Retinol Sérico Según Grupo Indígena Y No Indígena. Panamá, 1999.**

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	INDÍGENA		NO INDÍGENA		TOTAL DE CASOS
	Nº	%	Nº	%	
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100.0</b>	<b>810</b>	<b>100.0</b>	<b>914</b>
<b>&lt;10</b>	<b>5</b>	<b>4.4</b>	<b>12</b>	<b>1.5</b>	<b>17</b>
<b>10 – 19.9</b>	<b>22</b>	<b>19.3</b>	<b>48</b>	<b>6.0</b>	<b>70</b>
<b>20 – 29.9</b>	<b>45</b>	<b>39.5</b>	<b>154</b>	<b>19.0</b>	<b>199</b>
<b>30 – 39.9</b>	<b>29</b>	<b>25.4</b>	<b>313</b>	<b>38.6</b>	<b>342</b>
<b>40 – 49.9</b>	<b>9</b>	<b>7.9</b>	<b>201</b>	<b>24.8</b>	<b>210</b>
<b>&gt;= 50</b>	<b>4</b>	<b>3.5</b>	<b>82</b>	<b>10.1</b>	<b>86</b>

p < 0.0001

Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

El grupo de lactantes de 12 a 23 meses presentan mayor riesgo de deficiencia de vitamina A (Cuadro N°65).

**Cuadro N° 65. Niveles De Retinol Sérico (Mcg/Dl), Según Grupo De Edad. Panamá. Año: 1999.**

NIVELES DE RETINOL (mcg/dl)	EDAD (MESES)								TOTAL	
	12 - 23		24 - 35		36 - 47		48 - 59			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>201</b>	<b>100</b>	<b>227</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>100</b>	<b>256</b>	<b>100</b>	<b>924</b>	<b>100</b>
<b>&lt;10</b>	<b>9</b>	<b>4.5</b>	<b>4</b>	<b>1.8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1.6</b>	<b>17</b>	<b>1.8</b>
<b>10 – 19.9</b>	<b>18</b>	<b>9.0</b>	<b>14</b>	<b>6.2</b>	<b>21</b>	<b>8.8</b>	<b>17</b>	<b>6.6</b>	<b>70</b>	<b>7.6</b>
<b>20 – 29.9</b>	<b>48</b>	<b>23.9</b>	<b>49</b>	<b>21.6</b>	<b>55</b>	<b>22.9</b>	<b>47</b>	<b>18.4</b>	<b>199</b>	<b>21.5</b>
<b>30 – 39.9</b>	<b>62</b>	<b>30.8</b>	<b>89</b>	<b>39.2</b>	<b>87</b>	<b>36.2</b>	<b>104</b>	<b>40.6</b>	<b>342</b>	<b>37.0</b>
<b>40 – 49.9</b>	<b>44</b>	<b>21.9</b>	<b>54</b>	<b>23.8</b>	<b>49</b>	<b>20.4</b>	<b>64</b>	<b>25</b>	<b>210</b>	<b>22.7</b>
<b>&gt;=50</b>	<b>20</b>	<b>9.9</b>	<b>17</b>	<b>7.4</b>	<b>28</b>	<b>11.7</b>	<b>20</b>	<b>7.8</b>	<b>86</b>	<b>9.4</b>

p < 0.05

Fuente: Encuesta Nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

### 3. Anemia Nutricional

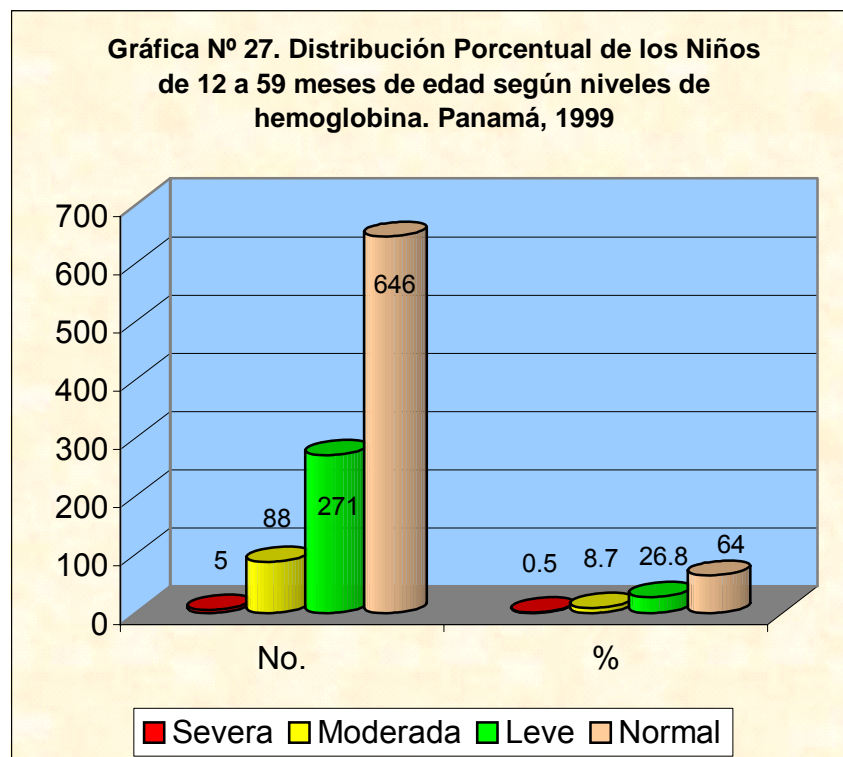
La anemia nutricional es la deficiencia por micronutrientes más común en nuestro país, principalmente por la baja ingesta de hierro de la dieta y por la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro en las comidas. Los parámetros utilizados para el

diagnóstico de anemia fueron la concentración de hemoglobina, menor de 11 en los pre-escolares y embarazadas e inferior a 12.0 g/dl en mujeres en edad fértil y escolares. La anemia es de tipo leve a moderada cuando la concentración de Hb es de 7.0 g/dl a 10.9 g/dl y severa inferior a 7.0 g/dl.

Los criterios de clasificación de la anemia en embarazadas y niños pre- escolares como problema de salud pública se observa en el esquema siguiente:

Magnitud	Leve – Moderada	Severa
	Hb 7.0 – 10.9 g/dl	Hb <7.0g/dl
<b>Alta</b>	≥ 40.0%	> 10.0%
<b>Moderada</b>	10.0 – 39.9%	1.0 – 9.9%
<b>Severa</b>	1.0 – 9.9%	0.1 – 0.9%

El 26.8% de los niños de 12 a 59 meses presentaron anemia leve, sólo se encontraron 5 casos de niños, en este grupo de edad, con anemia severa. (Gráfica N° 27)



Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

Un análisis por edad indica que la prevalencia de anemia es mayor en los lactantes de 12 a 23 meses, la mitad de ellos presentan anemia (Cuadro N° 66).

Cuadro N° 66. Prevalencia De Anemia En Niños  
De 12 A 59 Meses, Según Grupo De Edad. Panamá, 1995.

ANEMIA	EDAD (MESES)									
	12 - 23		24 - 35		36 - 47		48 - 59		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	236	100	249	100	258	100	267	100	100.0	100.0
SI	124	52.5	99	39.7	77	29.8	6.4	23.9	36.4	36.0
NO	112	47.5	150	60.3	181	70.2	213	76.1	346	64.0

p < 0.0001

Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

Los 5 niños con anemia severa procedían de distritos prioritarios. La anemia es significativamente mayor en los distritos prioritarios y los valores de hemoglobina menores o iguales a 9.9 ug/dl alcanzan al 12% de la población entre 12 y 59 meses. Por cada niño con anemia severa o moderada residente en los distritos no prioritarios hay 2 niños con este problema de salud, que residen en los distritos prioritarios. (Cuadro N° 67).

Cuadro N° 67. Distribución Porcentual De Los Niveles De  
Hemoglobina En Niños De 12 A 59 Meses De Edad Según Distritos  
Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá, 1999.

Niveles de Hemoglobina (g/dl)	Distritos				
	Total	Prioritarios		No Prioritarios	
	Nº	Nº	%	Nº	%
TOTAL	1010	448	100	562	100
<7 (severa)	5	5	0.9	0	0.0
7- 9.9 (moderada)	88	53	11.8	35	6.2
10-10.9 (leve)	271	138	30.8	133	23.7
>= 11	646	252	56.3	394	70.1

p < 0.0004

Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

En la Encuesta Nacional de Bocio se actualizó la situación de anemia en escolares de 6 a 12 años de edad. La prevalencia de anemia a nivel nacional es de 47%, ningún escolar del estudio presentó anemia severa (Cuadro N° 68).

Cuadro N° 68. Prevalencia De Anemia En Escolares De 6 A 12 Años  
A Nivel Nacional, Azuero Y Resto Del País Panamá, 1999

MAGNITUD DE LA ANEMIA	NIVEL NACIONAL		AZUERO		RESTO DEL PAÍS	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>TOTAL</b>	<b>284</b>	<b>47.0</b>	<b>108</b>	<b>39.5</b>	<b>145</b>	<b>49.1</b>
Leve (10 a 11.9 g/dl)	272	45.0	101	36.9	139	47.1
Moderada (7 a 9.9 g/dl)	12	2.0	7	2.6	6	2.0
Severa (<7g/dl)	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta Nacional de Bocio y Anemia en escolares de 6 a 12 años.  
Panamá, 1999.

La prevalencia de anemia es mayor en los escolares del área urbana, con una diferencia de 10 puntos porcentuales. (Cuadro N° 69). Al buscar diferencias entre los grupos de 6-8 años y 9 a 12 años, no se encontraron diferencias significativas entre la edad y el nivel de hemoglobina (Cuadro N° 70).

Cuadro N° 69. Distribución De Escolares De 6 A 12 Años Según  
Niveles De Hemoglobina A Nivel Nacional Y Por Área Rural Y Urbana.  
Panamá. Año:1999.

NIVEL DE HEMOGLOBINA	NACIONAL		RURAL		URBANA	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>TOTAL</b>	<b>605</b>	<b>100.0</b>	<b>443</b>	<b>100.0</b>	<b>162</b>	<b>100.0</b>
<12 g/dl	284	47.0	192	43.3	93	57.4
≥12 g/dl	231	53.0	251	56.7	69	42.5

\*P<0.002

Fuente: Encuesta Nacional de Bocio y Anemia. Panamá, 1999.

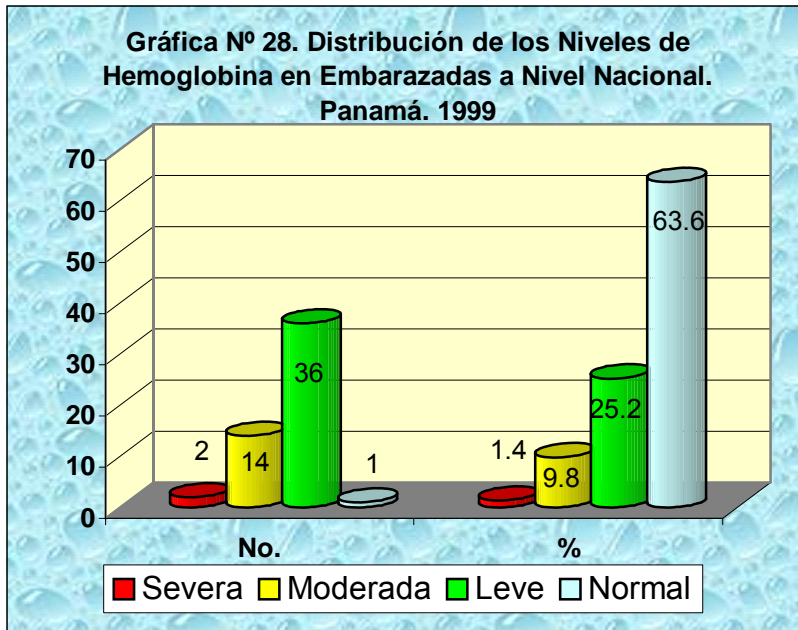
Cuadro N° 70. Distribución De Escolares De 6 A 12 Años  
Por Niveles De Hemoglobina, Según Edad. Panamá, Año:1999.

NIVELES DE HEMOGLOBINA	6 A 8 AÑOS		9 A 12 AÑOS	
	N°	(%)	N°	(%)
<b>TOTAL</b>	<b>276</b>	<b>100.0</b>	<b>324</b>	<b>100.0</b>
< 12 g/dl	142	51.5	182	56.2
≥ 12 g/dl	134	48.5	142	43.8

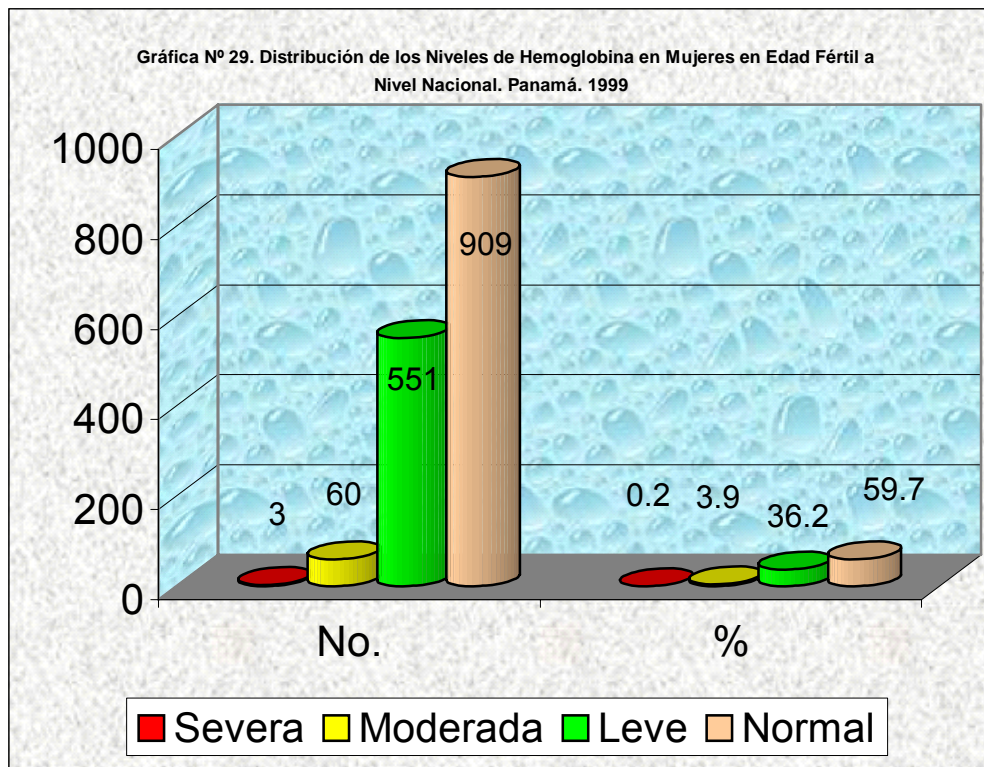
Fuente: Encuesta Nacional de Bocio y Anemia. Panamá, 1999.



El 36.4% de las embarazadas presenta anemia, de estas en 1 de cada 4 se reportó anemia leve. (Gráfica N° 28). Y el 40% de las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, presentan anemia (Gráfica N° 29).



Fuente: Encuesta Nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.



Fuente: Encuesta nacional de Vitamina A y Anemia. Panamá, 1999.

La prevalencia de anemia (menos de 12 g/dl de hemoglobina) es ligeramente mayor en las mujeres que viven en distritos prioritarios donde alcanzó al 43.3% de las mujeres en edad fértil (Cuadro N° 71)

**Cuadro N° 71 - Distribución De Los Niveles De Hemoglobina En Mujeres En Edad Fértil Según Distritos Prioritarios Y No Prioritarios. Panamá, Año:1999.**

NIVELES DE HEMOGLOBINA (g/dl)	PRIORITARIOS		NO PRIORITARIOS		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
<b>TOTAL</b>	730		805		1535	100.0
< 7.0	9	1.2	7	0.9	16	1.0
7.0 – 9.9	38	2.0	20	2.5	58	3.8
10.0 – 11.9	293	40.1	258	32.0	551	35.9
> 112.0	390	53.5	520	64.6	910	59.3

P < 0.00001

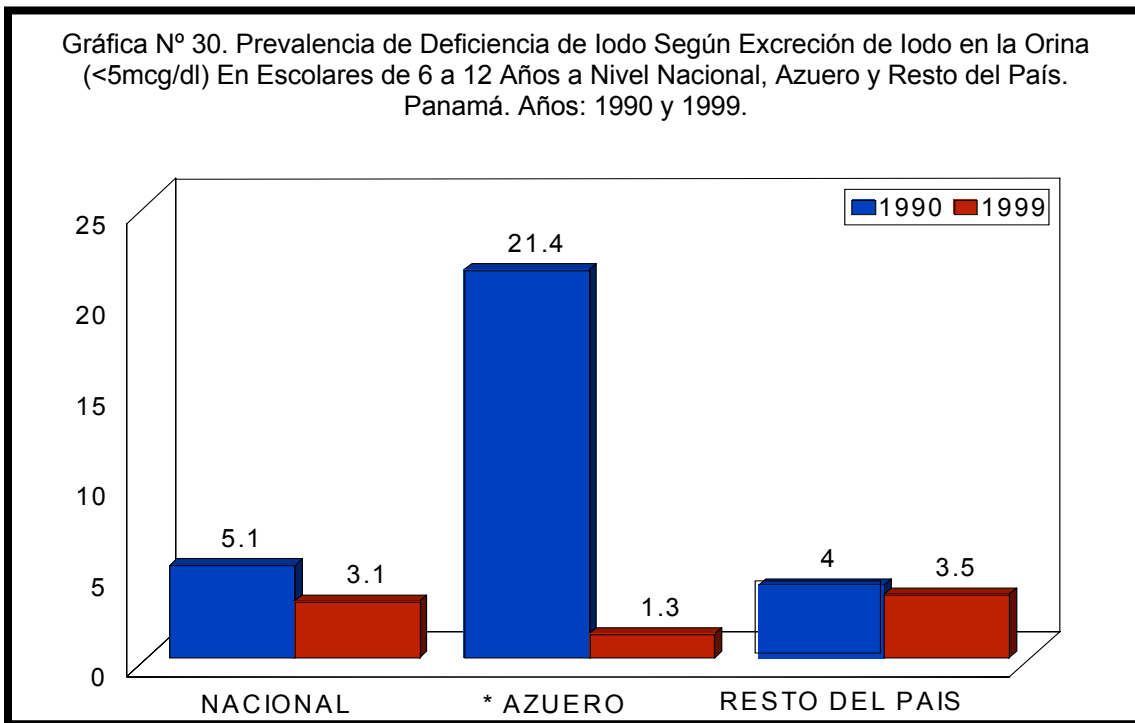
Fuente: Encuesta nacional de Bocio y Anemia en escolares de 6 – 12 años. Panamá, 1999.

#### 4. Desordenes Por Deficiencia De Yodo

Existen dos indicadores para evaluar la situación de los Desordenes por Deficiencia de Yodo (DDY); a través de la palpación de la glándula Tiroides y medición de la Yoduria, que determina el nivel de yodo en orina, y es el indicador de la ingesta del yodo reciente que en caso de nuestro país proviene en su mayoría de la sal yodada y se considera el indicador más confiable para determinar la deficiencia de yodo que la palpación de la glándula tiroides.

Se realizó el examen de palpación de la glándula tiroides a 2959 escolares de 6 a 12 años y se efectuaron 604 determinaciones de yoduria. La prevalencia de la deficiencia de yodo disminuyó significativamente a nivel nacional, Azuero y resto del país según los dos indicadores (Gráfica N° 30).

El 91% de los escolares no presentan carencia de yodo (yoduria por encima de 10) este resultado ubica a Panamá como un país sin carencia de yodo (Cuadro N° 72). Por lo que, en el 2,001 se logra certificar a Panamá, como país libre de desórdenes de yodo.



Fuente: Encuesta Nacional de Bocio y Anemia en escolares de 6 – 12 años. Panamá, 1999.

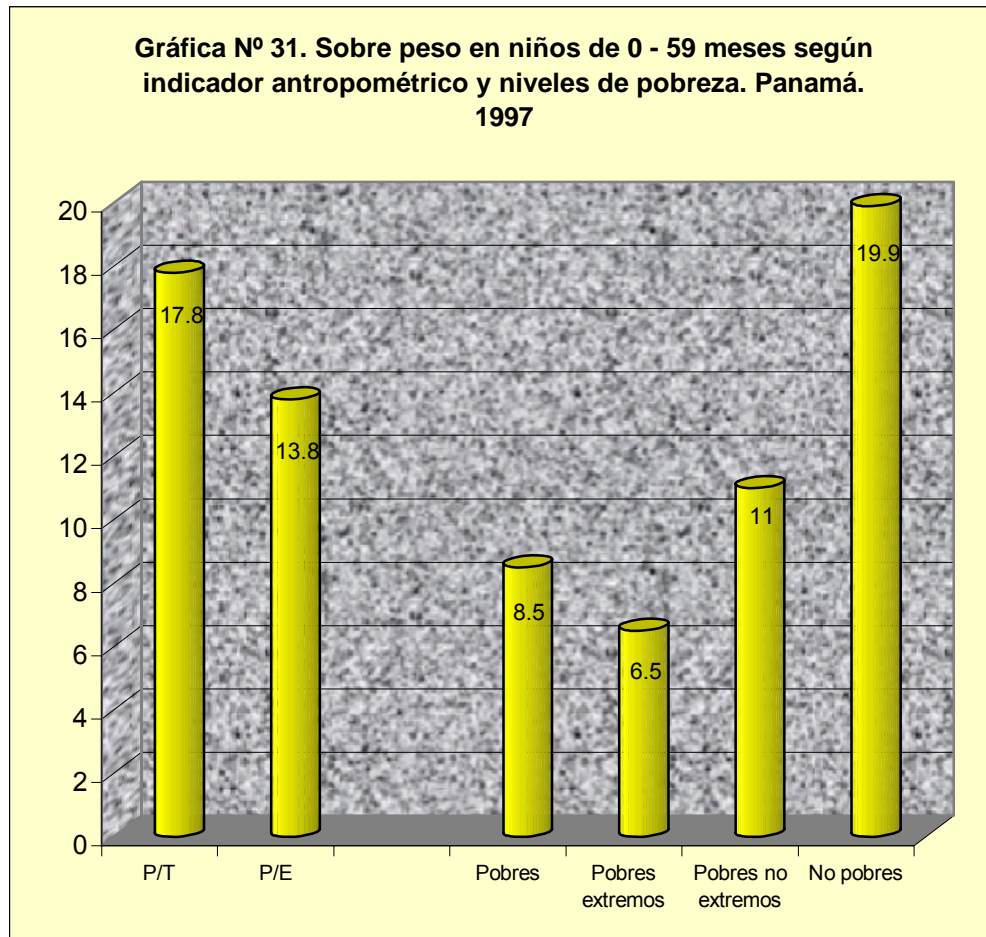
**Cuadro N° 72. Niveles De Yoduria En Escolares De 6 A 12 Años A Nivel Nacional, Azuero Y Resto Del País. Panamá, 1999**

Niveles de Yoduria	Nacional	Azuero (%)	Resto del País (%)
No hay carencia (> 10 mcg/dl)	91.4	94.1	90.8
Carencia leve (5 – 9 mcg/dl)	5.4	4.5	5.6
Carencia moderada (2 – 4.9 mcg/dl)	3.0	1.3	3.5
Carencia severa (< 2 mcg/dl)	0.0	0.0	0.0

Fuente: Encuesta nacional de Bocio y Anemia en escolares de 6 – 12 años. Panamá, 1999.

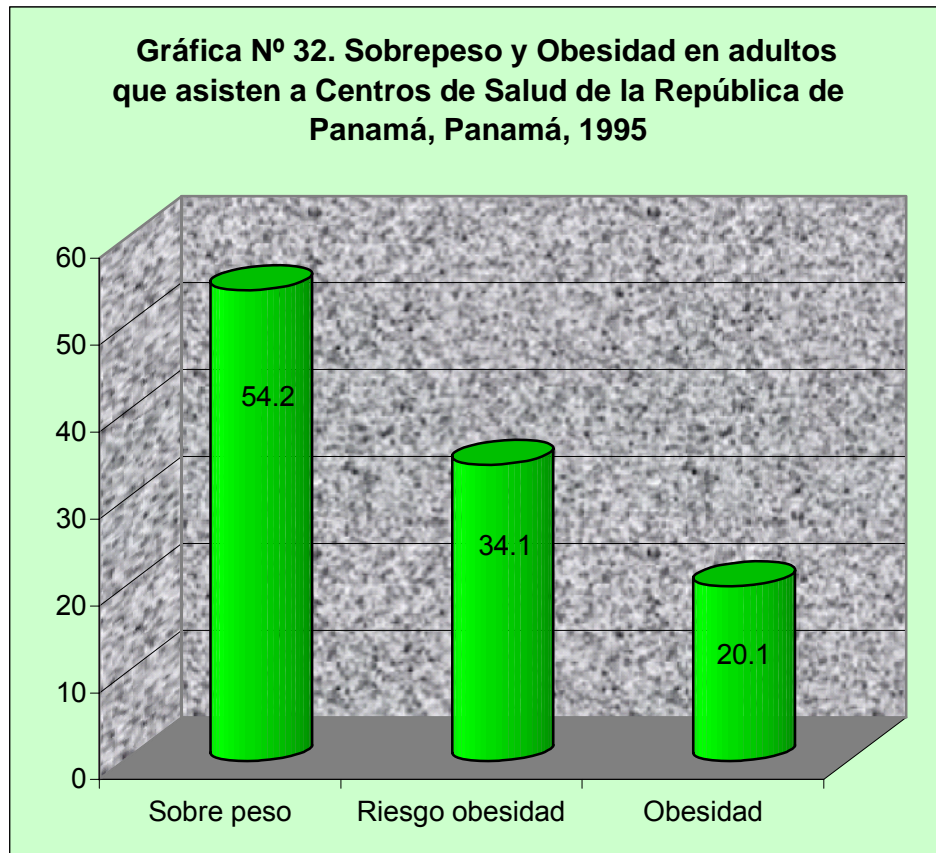
### 5. Obesidad

Según el indicador Peso / Talla el 17.8% de los niños de 0 a 59 meses presentan sobre peso ( $> +1DE$ ) y 13.8% según el indicador peso / edad.(Gráfica N° 31). De acuerdo a este indicador; el sobre peso afecta en mayor proporción a los niños no pobres.



Fuente. Encuesta de Niveles de Vida. Dirección de Políticas Sociales. Ministerio de Economía y Finanzas. 1997

En la población adulta un estudio un realizado en 1995, en pacientes que asisten a Centros de Salud, se encontró que más de la mitad presentan sobrepeso (54.2%), el 34.1% presentan riesgo de obesidad y una de cada 5 personas adultas son obesas (20.1%) (Gráfica N° 32)



Fuente: Encuesta Nacional del Estado Nutricional de menores de 5 años, embarazadas y adultos que se atienden en las instalaciones de Salud. 1995.

Por otro lado, en el estudio sobre Estado Nutricional Y Calidad Del Adulto(A) Mayor Que Asiste A Consulta En Centros De Salud Y Policlínicas De San Miguelito Y Área Metropolitana Del 2003, se encontró que 39% presentaban sobrepeso y el 19% obesidad. Esta información deja ver que la obesidad y el sobre peso son un problema de salud para la población adulta panameña y que pese a que los estudios de 1995 y de 2003 no sean comparables la proporción de obesos es similar en ambos estudios, cerca de 1 de cada 5 adultos son obesos.

La obesidad (índice de masa corporal >30) es más frecuente entre las mujeres con 22% y en 8% de los hombres y tiende a disminuir con la edad.

## 6. El Bajo Peso Al Nacer

Uno de los problemas que afecta al recién nacido es el bajo peso al nacer, en el 2003, el 10% de los nacidos vivos tuvo peso por debajo a la edad. Las regiones comarcales de

Ngobé Buglé y Kuna Yala presentaron porcentajes superiores al nacional, con 25.7% y 13.7%, seguidas de Darién y la Región Metropolitana de Salud con 11.9% y 10.7%, respectivamente. (Cuadro N° 73)

**Cuadro N° 73. Porcentaje de Bajo Peso al Nacer Según  
Región de Salud. Panamá. Año: 2003**

Región de Salud	%
República	10.2
Bocas del Toro	6.6
Coclé	9.4
Colón	10.4
Chiriquí	8.9
Darién	11.9
Herrera	10.3
Los Santos	8.9
Panamá Este	8.2
Panamá Oeste	8.7
Metropolitana	10.7
San Miguelito	9.3
Veraguas	10.1
Kuna Yala	13.7
Ngobe Buglé	25.7

Fuente: MINSA. Año: 2003.

A manera de síntesis puede decirse, que la situación nutricional de la población panameña se caracteriza porque:

1. Uno de cada 7 niños menores de 5 años presentan desnutrición según peso / edad.
2. Los niños indígenas presentan mayor prevalencia de retardo en talla.
3. Según los tres indicadores antropométricos los niños de pobreza extrema presentan mayor prevalencia de desnutrición.
4. Las niñas presentaron mayor retardo en talla que los niños.
5. A Nivel Nacional la deficiencia de Vitamina A no es un problema de salud pública, no obstante afecta más a los niños de áreas indígenas.
6. La magnitud de la anemia es alta en los escolares y moderada en las embarazadas y pre-escolares.
7. El 91% de los escolares no presentan carencia de yodo.
8. El sobrepeso afecta a más de la mitad de los adultos que asisten a Centros de Salud de la República de Panamá.

### **e. Características Del Trabajo, De La Fuerza Laboral Y Riesgos De Cáncer Que Afectan A La Población Trabajadora**

En los últimos decenios la adopción de modelos de desarrollo orientados a la reestructuración económica, la reorganización de la producción, el crecimiento económico basado en el consumo, la innovación tecnológica ha provocado cambios en la estructura y composición de la fuerza laboral, en la organización del trabajo y en las relaciones laborales que han dado lugar a cambios en los perfiles del trabajo, los perfiles de riesgos y en los patrones de morbi-mortalidad.

El empleo informal se incrementa, así como la presencia de los menores de 15 años en los mercados de trabajo, principalmente el grupo de 10-14 años de edad. Alrededor del 80% de estos niños y jóvenes no tienen ingresos inferiores al salario mínimo y el 100% de ellos carece de protección social y laboral (3).

La transformación de los procesos de producción con la consecuente modificación de los procesos de trabajo se ha traducido en la aparición de nuevos y variados riesgos de trabajo. En la relación con la mortalidad los factores de riesgo derivados de la ocupación se encuentran en el séptimo lugar, ocupan el segundo lugar en cuanto a años de vida con incapacidad y el cuarto en término de años potenciales de vida perdidos. (4)

En la República de Panamá se destacan como principales factores de riesgos aquellos relacionados con la sobrecarga física y la ergonomía (que deben estar afectando acerca del 50% a 70% de los trabajadores), los factores de riesgo físico que deben estar afectando cerca del 80% de los trabajadores expuestos; los factores de riesgo químico que incluyen la exposición potencial a más de 100,000 diferentes sustancias químicas con efectos teratogénicos y mutagénicos que afectan particularmente la salud materna y reproductiva de los trabajadores y que pueden ser responsables de un 25% del total de las muertes que afectan a los trabajadores producidas por el cáncer, los trastornos cardiovasculares, respiratorios y del sistema nervioso (5).

#### **f. Conductas Y Prácticas Sexuales**

A pesar de que no se cuenta con estudios de las conductas y prácticas sexuales de toda la población, se puede citar el estudio sobre Conocimientos, Aptitudes y Prácticas en ETS/VIH y SIDA en Adolescentes Escolares entre las edades de 14 y 20 años, efectuado en 1998 en la provincia de Panamá. Este estudio consistió en la aplicación de una encuesta a adolescentes de segundo ciclo de 15 colegios oficiales y particulares. La muestra de 1,958 estudiantes era representativa del Universo bajo estudio.

Algunos de los hallazgos más relevantes, en relación con las conductas y prácticas sexuales fueron los siguientes:

- La edad promedio declarada para la primera relación sexual fue de 14 años (13 años para los chicos y 15 años para las chicas).
- Aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes de segundo ciclo han tenido relaciones sexuales.
- El 91% de los encuestados declaró orientación heterosexual, 2% homosexual y 2% bisexual, sin que hubiesen diferencias significativas por sexo.
- Cerca de 1 de cada 3 estudiantes (36.4%) afirmaron haber tenido relaciones sexuales frente y el 63.2% declararon no haberlas tenido.
- Como razones que los lleva a decidir tener relaciones sexuales se destacaron:
  - por deseo (37.6%),
  - por amor (23.5%);
  - no sabe 5.6%
  - a cambio de dinero o favor (1.3 %)
  - víctima de violación (0.9 %)
- Un 45.7% de los estudiantes con vida sexual activa no utilizó ningún método anticonceptivo en su última relación sexual. Uno de cada cuatro utilizaron preservativo y el 11.9 % reportó haber empleado píldoras anticonceptivas.
- 4% (46) de las chicas entrevistadas declararon haber estado embarazadas, de las cuales 25 estudiantes (69.4%) respondieron que habían tenido la necesidad de interrumpir su embarazo. La edad promedio de embarazo entre las chicas que manifestaron haber estado embarazadas fue de 15 años. En tanto que 44 chicos afirmaron haber embarazado a alguien.



En lo concerniente a las creencias lo más llamativo fue que:

- El 80.9 % y el 61.8% de los estudiantes de colegios oficiales y particulares, respectivamente considera que la mujer debe llegar virgen al matrimonio.
- Sólo un 8.8 % de los estudiantes de colegios oficiales y 5.6% de los de colegios particulares consideran que para ser popular en el grupo hay que tener relaciones sexuales.

**Cuadro N° 74. Practica De Relaciones Sexuales Con Personas Del Mismo Sexo, Según Tipo De Orientación Sexual Declarada. Provincia de Panamá. Año: 1998**

Orientación	Total	¿has tenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?		
		SI	NO	NR
<b>Total</b>	1958	26	1560	372
<b>Heterosexual</b>	1784	15	1438	6
<b>Homosexual</b>	46	5	35	6
<b>Bisexual</b>	36	6	27	3
<b>NR</b>	92	-	60	32

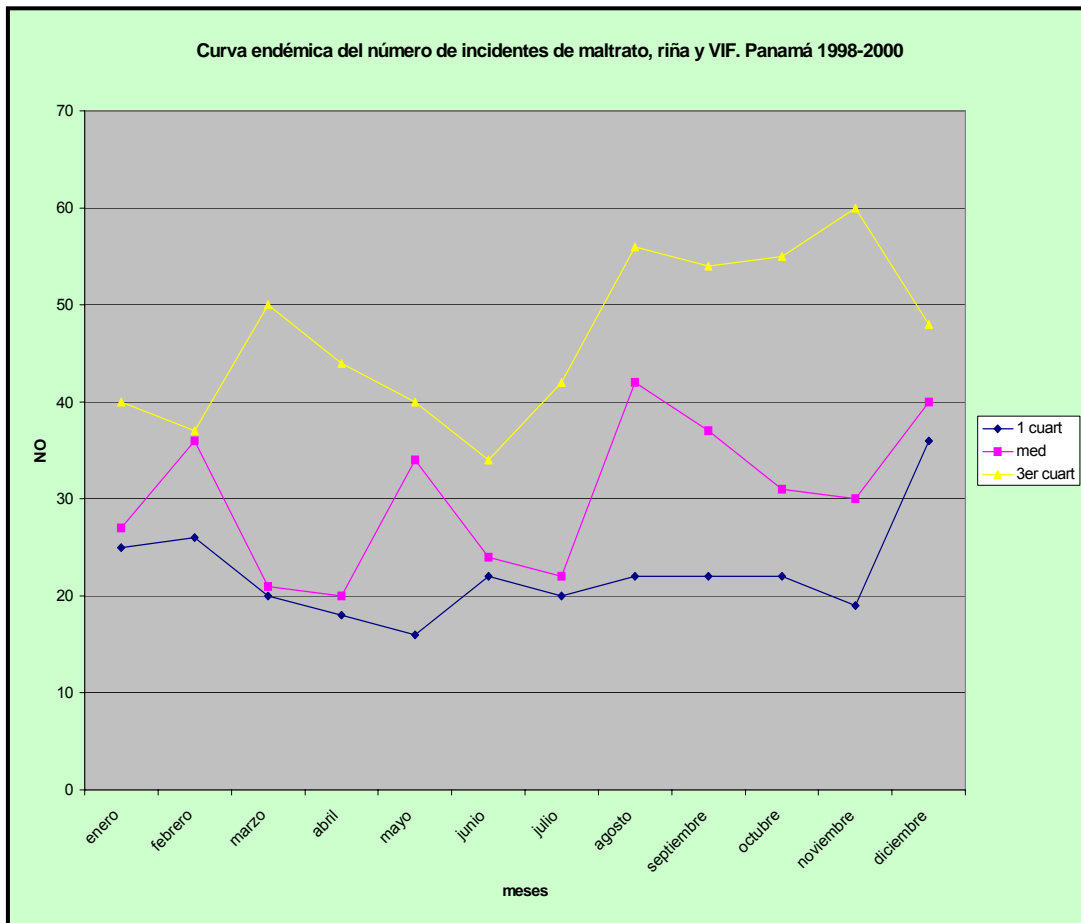
Fuente: Encuesta CAP-Adolescentes en VIH/SIDA y ETS noviembre de 1998.

### **g. Las Violencias**

El Ministerio de Salud ha declarado que la violencia en Panamá ha adquirido un carácter endémico, con repercusiones incrementales y progresivas sobre la proporción de muertes y años de vida perdidos prematuramente. Desde 1970, los accidentes, suicidios y homicidios ocupan el segundo lugar como causa de muerte, con una mortalidad proporcional que ha variado de 7.3 a 11.3% para los años 1970 y 2003, respectivamente. (Cuadros N° 7 y 8). Durante el periodo 1980 a 2003, sus tasas de mortalidad han tenido un rango de 59.7 a 44.9 defunciones por 100,000 cuyo valor mínimo se obtuvo en el 2001 y el máximo en 1995. Los hombres tienen entre 4 y 5 veces más riesgo de morir por esta causa. (Cuadro N° 7 y 8)

Según la curva endémica, los meses que concentran el mayor número de casos de riñas, maltratos y violencia intrafamiliar fueron los de febrero, mayo, agosto y diciembre. (Gráfica N° 33).

Gráfica N° 33. Curva Endémica. Incidentes de Maltrato, Riña y Violencia Intrafamiliar. Panamá. 1998-2000

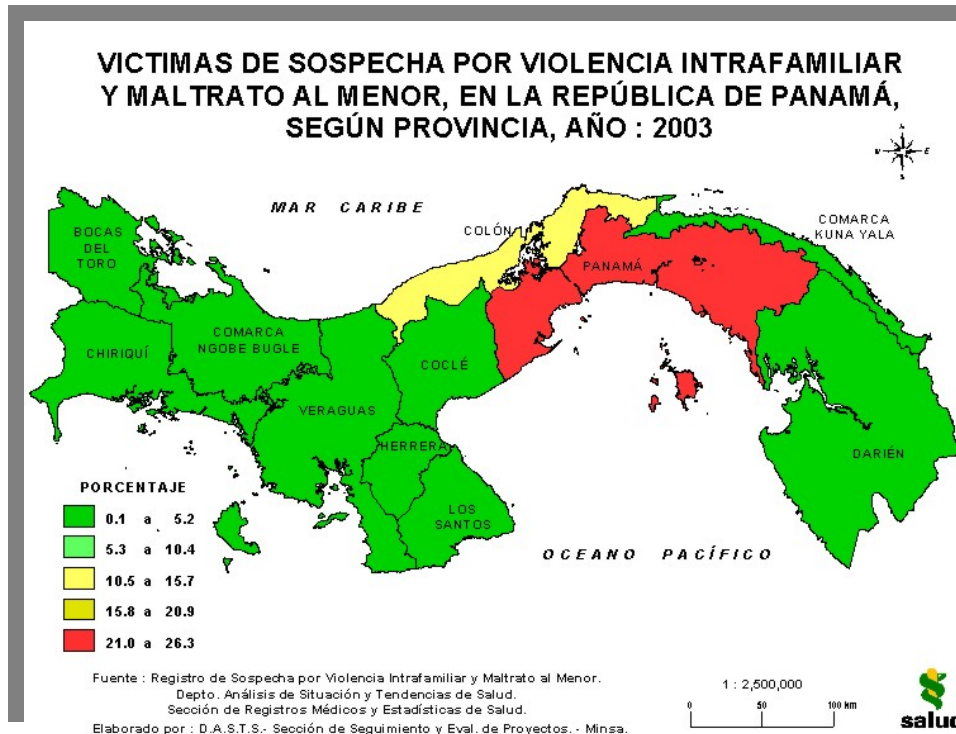


Fuente: CONADEC. Años: 1998-2000

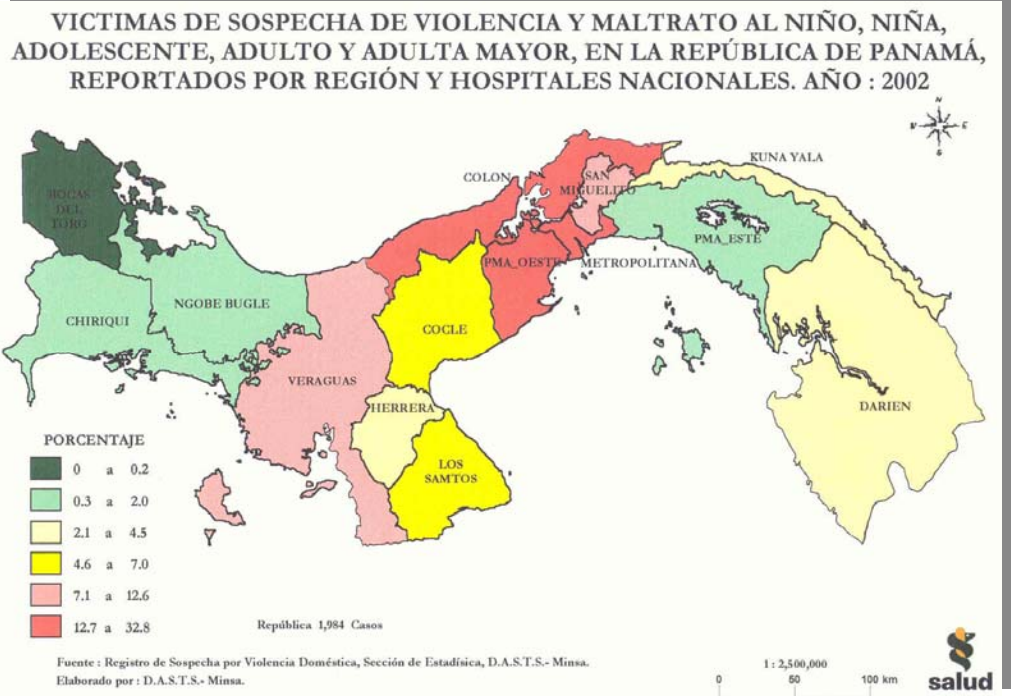
Como parte de las violencias, se hace especial énfasis en la **Violencia Intra Familiar (VIF)**, que en Panamá, presenta un panorama similar al de otros países en la región, por lo cual desde 1995 el país cuenta con la Ley N° 27, en la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato de menores y se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas. También se ha reformado Código Penal y Judicial y se le han hecho adiciones. La Ley N° 38 del 2001, ha perfeccionado algunas de las disposiciones antes enunciadas. A pesar de la falta de estadísticas fidedignas, se sabe que en el 2000 se registraron 30 muertes en mujeres, víctimas de sus parejas, que el 28,8% de los delitos que se investigan en las fiscalías de la ciudad de Panamá corresponden a violencia doméstica, y que este mismo año la Policía Técnica Judicial tramitó más de 1.500 denuncias de violencia contra mujeres.

Según el Registro de Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, durante el periodo 1998-2003 los casos acumulados de violencia sumaron 13,348 con un promedio anual de 2224.7 casos. Cada mes se dieron, en promedio 185.4 y cada día hubo 6.2 casos. En el año 2003, las instalaciones de salud del país, reportaron 2371 casos de sospecha de violencia doméstica y maltrato. Cerca de uno de cada 3 casos fueron reportados por el Hospital Santo Tomás, casi 1 de cada 4 casos se registró en las instalaciones de primer y segundo nivel de la provincia de Panamá (26.3%), siendo el 12.1% procedente de la región de salud de Panamá Oeste, que durante todo el periodo 1998-2003 ha mantenido una proporción similar. Un 15.4% de los casos fueron consignados en Colón y 12.0% en el Hospital de Niño. Los últimos datos reportados por la Caja de Seguro Social se dieron en 1998, cuando el 26.9% de los casos sospechosos procedían de dichas instalaciones. En general el comportamiento de reporte de casos según región de salud ha sido similar durante todo el periodo, concentrándose la mayor proporción en Colón, Panamá Oeste, Panamá Metro y San Miguelito. (Cuadro N° 75, Mapas N° 17 y N° 18).

Mapa N° 17



Mapa N° 18



**Cuadro N° 75. Casos De Sospecha Por Violencia Domestica Y Maltrato Al Niño, Niña, Adolescente, Adulto Y Adulta Mayor Según Región De Salud Y Hospitales Nacionales. República De Panamá. Años: 1998 - 2003**

REGION DE SALUD	Años											
	1998		1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	2,807	100.0	1,905	100.0	1,761	100.0	1,992	100.0	2,512	100.0	2371	100.0
BOCAS DEL TORO	118	4.2	26	1.4	0	0.0	4	0.2	4	0.2	66	2.8
COCLÉ	131	4.7	112	5.9	82	4.7	186	9.3	137	5.5	33	1.4
COLÓN	367	13.1	418	21.9	323	18.3	264	13.3	302	12.0	366	15.4
CHIRIQUÍ	48	1.7	61	3.2	30	1.7	24	1.2	61	2.4	103	4.3
DARIÉN	19	0.7	15	0.8	8	0.5	18	0.9	46	1.8	47	2.0
HERRERA	43	1.5	33	1.7	41	2.3	66	3.3	42	1.7	14	0.6
LOS SANTOS	32	1.1	...	...	27	1.5	68	3.4	92	3.7	53	2.2
<b>PANAMÁ</b>	<b>892</b>	<b>31.8</b>	<b>521</b>	<b>27.3</b>	<b>544</b>	<b>30.9</b>	<b>606</b>	<b>30.4</b>	<b>595</b>	<b>23.7</b>	<b>624</b>	<b>26.3</b>
PANAMA ESTE	5	0.2	6	0.3	12	0.7	13	0.7	31	1.2	11	0.5
PANAMA OESTE	322	11.5	282	14.8	313	17.8	333	16.7	355	14.1	288	12.1
METROPOLITANA	114	4.1	172	9.0	103	5.8	91	4.6	41	1.6	199	8.4
SAN MIGUELITO	451	16.1	61	3.2	116	6.6	169	8.5	168	6.7	126	5.3
VERAGUAS	90	3.2	78	4.1	121	6.9	130	6.5	140	5.6	66	2.8
KUNA YALA	3	0.1	15	0.8	19	1.1	28	1.4	51	2.0	11	0.5
NGOBE BUGLE	1/	1/	1/	1/	1/	1/	1/	1/	5	0.2	3	0.1
H. SANTO TOMAS	308	11.0	422	22.2	362	20.6	425	21.3	773	30.8	700	29.5
H. DEL NIÑO	...	...	204	10.7	204	11.6	173	8.7	264	10.5	285	12.0
CSS	756	26.9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

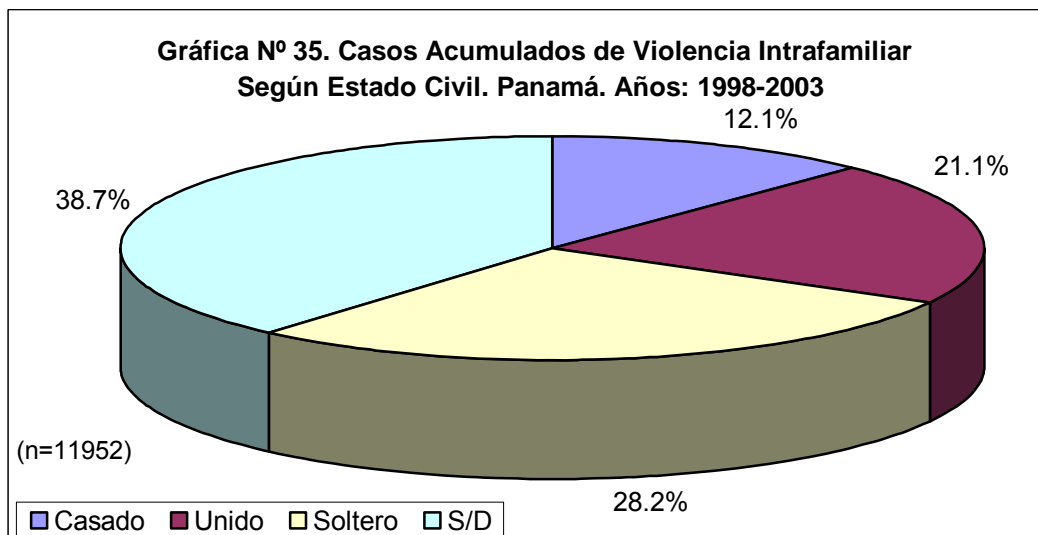
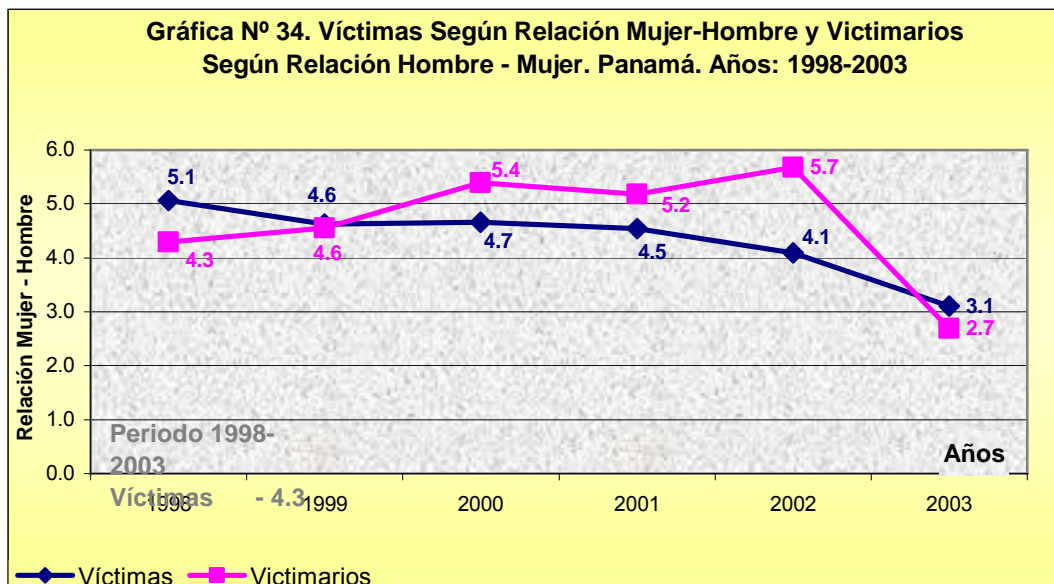
1/ No se cuenta con información para estos años ya que fue creada en el año 2000.

.../ Cifra no disponible

Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

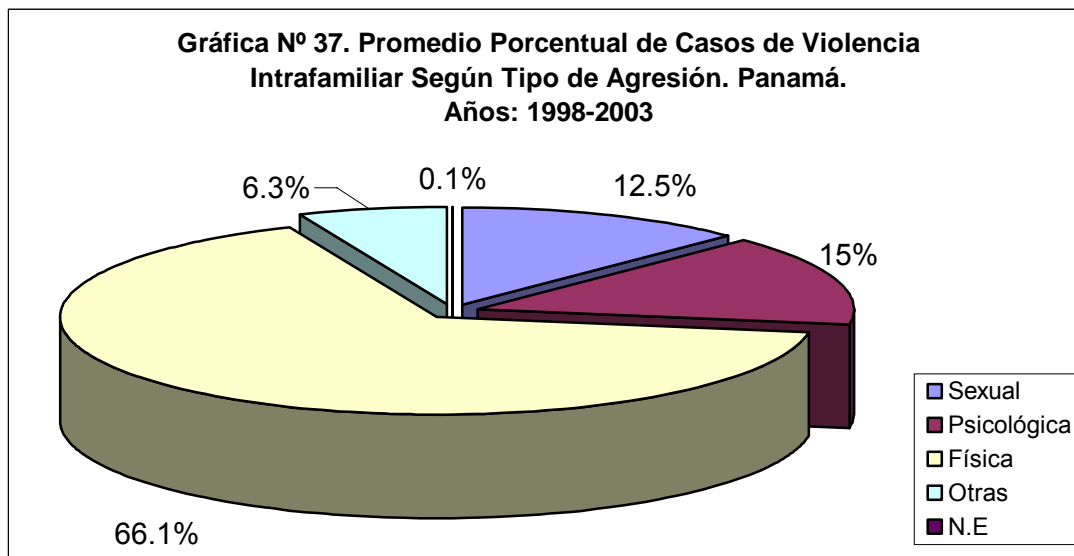
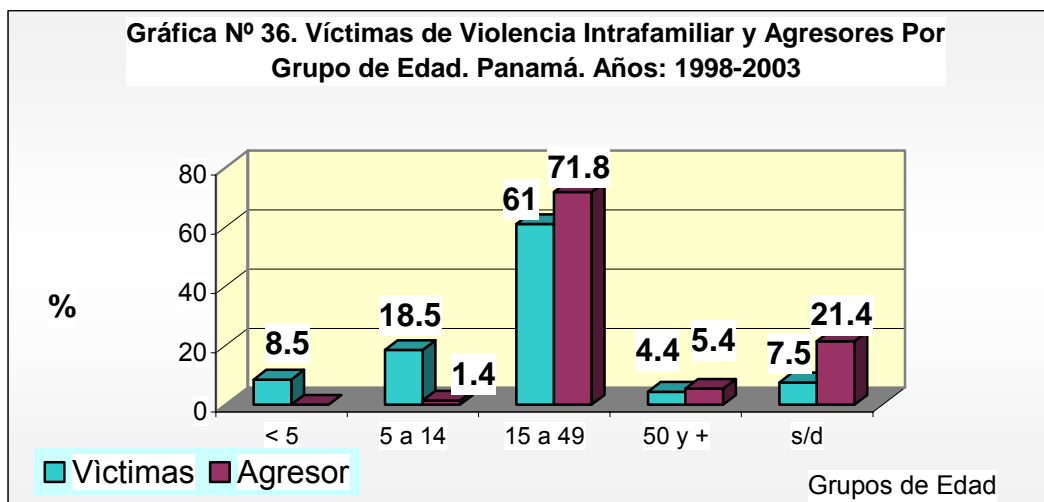
Por cada 4.3 mujeres víctimas de violencia hubo un hombre en esta condición; en tanto que por cada 4.6 hombres victimarios se reportó en una mujer victimaria. (Gráfica N° 34)

El 28.2% de las víctimas de violencia intrafamiliar reportadas durante el periodo 1998-2003 eran solteras. Por cada víctima casada hubo 2.3 casos en solteros y 1.7 víctimas unidas. Cerca de 2 de cada 5 reportes de víctimas no consignaron el estado civil. (Gráfica N° 35).



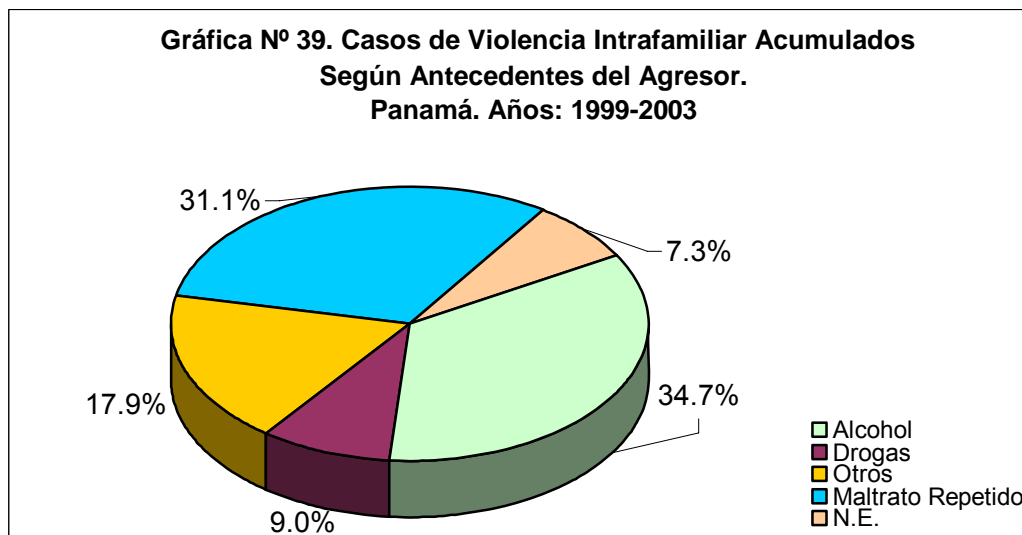
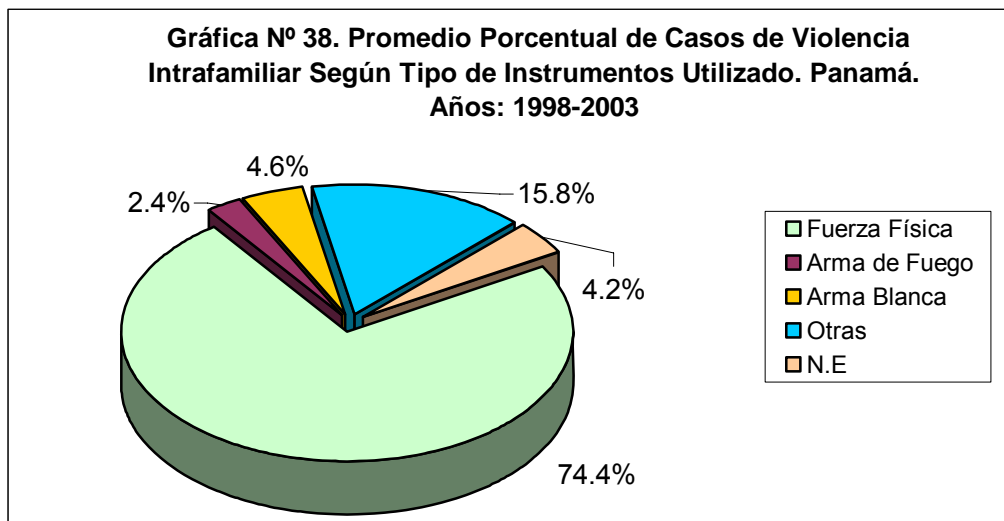
Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

Durante el periodo 1998- 2003, se destaca que el 60% de las víctimas tuvieron entre 15 y 49 años y que cerca de 3 de cada 4 agresores tenían entre 15 y 49 años. Es importante destacar que para 1 de cada 5 agresores no se le consigno la edad. (Gráfica N° 36). La violencia física se reportó en 2 de cada 3 casos de VIF; en tanto que la violencia sexual afectó al 6.3% de las víctimas, la mayor proporción de ellas mujeres. (Gráfica N° 37)



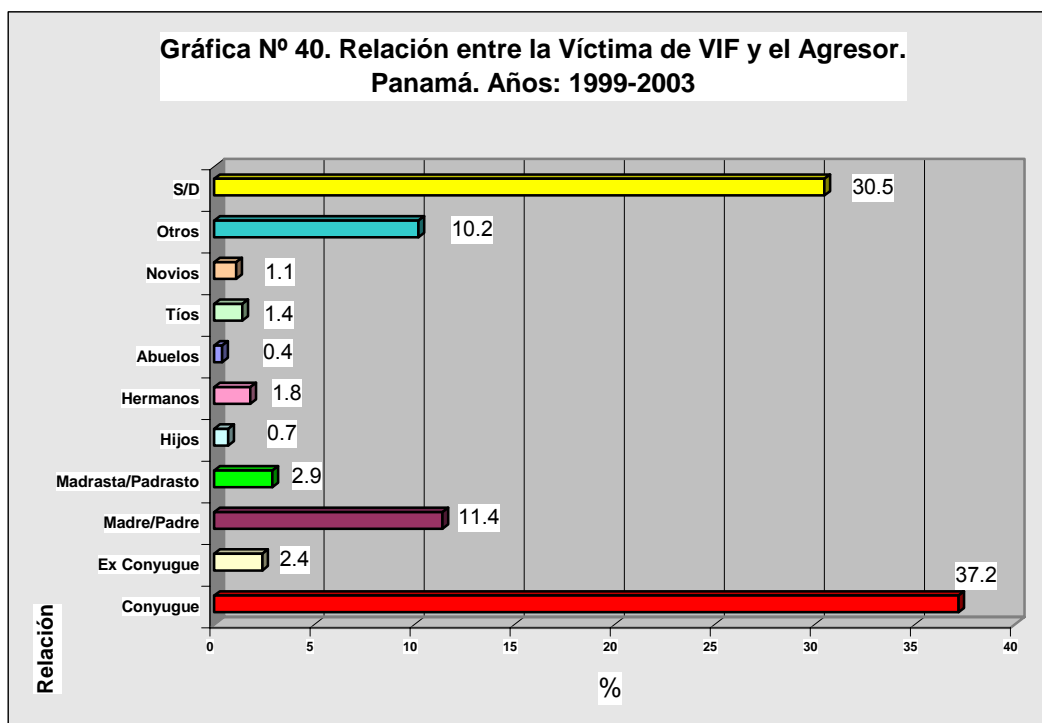
Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

La fuerza física fue utilizada por el agresor en 3 de cada 4 casos de VIF, en uno de cada 6 casos se registró un instrumento diferente a la fuerza física o armas de fuego y blanca. (Gráfica N° 38). Los reportes de VIF durante el periodo 1998-2003 consignan que el 43.7% de los 7047 antecedentes consignados, indicó que era consumidor de algún tipo de drogas., siendo que 1 de cada 3 agresores tenía antecedentes de consumo de alcohol y 9% cera consumidor de drogas. Se destaca que un tercio de los agresores tuvo antecedentes de maltrato repetido. (Gráfica N° 39)



Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

En relación con la relación entre la víctima y el agresor, se reportaron en registro del VIF 7402 casos en los cuales se identificó que 2 de cada 5 agresores eran cónyuges o ex cónyuges de las víctimas y que el 14.3% de agresores eran padres-madres o padrasto-madrasta de las víctimas. Cerca de 1 de cada 3 registros no consignó esta información. (Gráfica N° 40)



Fuente: Registro de Sospecha por Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, Sección de Estadística, Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

A pesar de la información existente, es importante indicar que persisten problemas para la cuantificación de la violencia intrafamiliar. Es necesario mejorar la calidad de los registros y efectuar más estudios que faciliten la caracterización de la violencia en Panamá y ampliar el conocimiento existente para la aplicación de medidas más efectivas de prevención y control.



#### **h. Los Desastres**

Al igual que en caso del hambre, la pobreza está asociada con los efectos de los desastres, pues los pobres son el sector más vulnerable de la población: viven en los ambientes más precarios, poseen escasos recursos y tienen más limitado acceso a los servicios de salud. Los habitantes de algunas regiones pobres del país están expuestos a riesgos ambientales, productos de atropellos al medio.

El sufrimiento causado por los desastres se extiende desde la devastación económica hasta la pérdida de la vivienda y la aflicción psicológica. La atención de salud mental y la asistencia básica humanitaria son medidas esenciales después de un desastre. Aproximadamente, 36 % de los afectados por desastres sufren algún trastorno mental.<sup>1</sup>

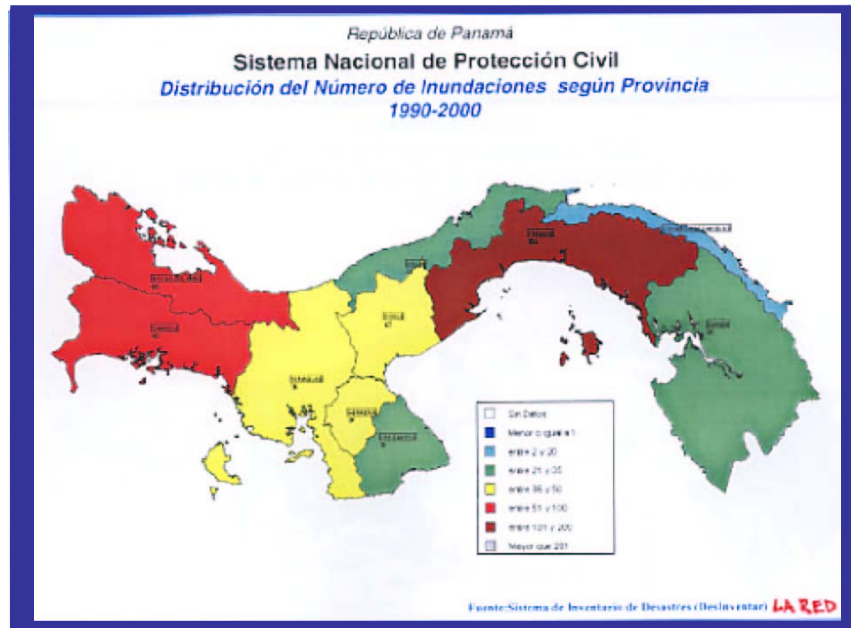
El Sistema Nacional de Protección Civil lleva un registro de los Desastres desde 1990 y en este resaltan las inundaciones y deslizamientos y son las provincias, en orden descendente, de Panamá, Bocas del Toro y Chiriquí, las que mayor número de inundaciones han tenido durante el periodo 1990-2000. (Mapa N° 19). Pesé a ello, el mayor número de viviendas destruidas se ubica en Cirilo Gaunora, Río Sábalo, Jaqué, Tucutí y Boca de Cupe en Darién y en Almirante en Bocas del Toro. (Mapa N° 20)

En cuanto a los damnificados, los corregimientos de Cirilo Gaunora, Río Sábalo, Jaqué, Tucutí y Boca de Cupe en Darién; Ciudad de Panamá y Río Indio en Coclé, reportaron el mayor número de damnificados. (Mapa N° 21). El mayor número de afectados se registró en los corregimientos de Guabito y Chiriquí Grande Cabecera en Bocas del Toro; Yaviza en Darién; Buena Vista y Ciudad de Panamá, en Panamá. (Mapa N° 22).

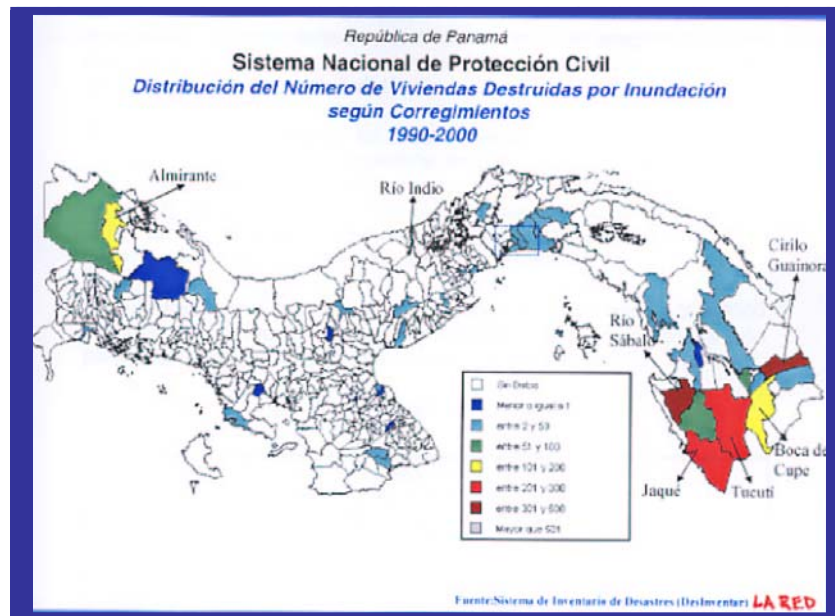
---

<sup>1</sup> De Girolamo y Mc Farlane, sin fecha.

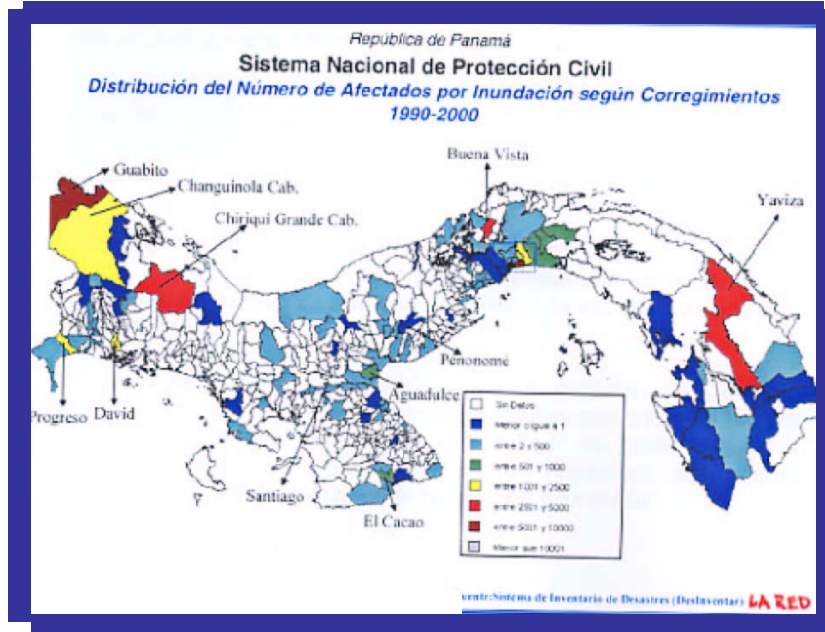
Mapa N° 19



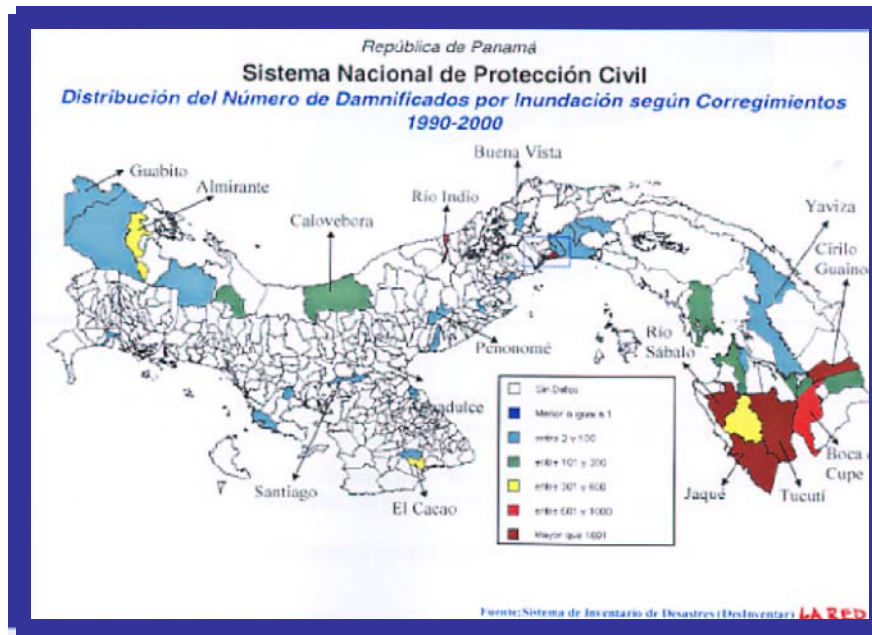
Mapa N° 20



Mapa N° 21



Mapa N° 22



## **VI. NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION PANAMEÑA**

### **6.1 Indicadores Y Trazadores De Salud**

En la última década del siglo los indicadores globales de salud de la población panameña tales como la esperanza de vida, mortalidad general e infantil reflejan un mejoramiento de la misma.

#### **a. La Expectativa De Vida.**

Los avances más notables en el descenso de la mortalidad del país se dieron a fines de la década del setenta, cuando la mortalidad general alcanzó una tasa de 4.4 muertes por mil habitantes (1979), manteniéndose, desde entonces, estable alrededor de este valor. (Cuadro N° 8). El impacto de esta situación, se ve claramente reflejado en el incremento de la esperanza de vida al nacer, la cual pasó de 59.3 años en 1960 a 74.13 años en 1998. Este indicador muestra que el promedio de vida de la población masculina pasó de 58.3 en 1960 a 71.87 años en 1998; y que la expectativa de vida de la mujer aumentó de 60.4 a 76.49 años, durante el mismo periodo. La ganancia en años fue mayor en las mujeres que en los hombres para el mismo periodo (16.09 y 13.57 años, respectivamente). Esta esperanza de vida al nacer se diferencia entre los sexo, y favorece a las mujeres que poseen menor mortalidad. (Cuadro N° 76).

Se estima que para el año 2,003 este indicador reflejará para toda la República cifras de 74.82 años, con un incremento porcentual del 26.2% con respecto a 1960. Para el 2003, la distribución por sexo fue de 72.23 años para los hombres y de 77.43 años para la población femenina; con una ganancia de 13.9 años y de 17 años para los hombres y mujeres, respectivamente cuando se comparan las cifras de 1960 con las del 2003. (Cuadro N° 76). En cuanto a su distribución según área la misma se proyecta en 76.03 años para el área urbana y en 72.55 años para la rural.

Cabe tener presente que la esperanza de vida al nacer es el indicador más eficiente de las condiciones de vida y del nivel de mortalidad de una población. Nuestro país está situado entre los de más alta esperanza de vida al nacer, lo que refleja el bajo nivel de la mortalidad, tanto infantil como general.

**Cuadro N° 76. Esperanza De Vida Al Nacer Según Sexo.  
República De Panamá. Años: 1960-2003**

Sexo	Años						
	1960	1970	1980	1990	1998	2000	2003
<b>Total</b>	59.3	65.24	70.07	72.2	74.13	74.26	74.82
<b>Hombres</b>	58.3	63.99	68.37	69.8	71.87	71.75	72.23
<b>Mujeres</b>	60.4	66.55	71.86	74.7	76.49	76.90	77.43

Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo. Años: 1960 – 1970 – 1980 – 1990 – 1998 – 2000 - 2003

A lo interno del país se observan diferencias marcadas que describen la situación particular de cada una de las provincias de la República. Al incursionar en este análisis se observan tales diferencias agrupando las provincias según su nivel de esperanza de vida estimada. Para los últimos 14 años (90-2004), las provincias de Panamá, Los Santos y Herrera se ubican como las de más alta esperanza de vida (o de menor mortalidad), con un rango entre 72.4 y 76.7 años de vida promedio; luego están Coclé, Chiriquí y Colón entre 70.2 y 75.5 años. Veraguas y Bocas del Toro presentaron cifras entre los 66 y 73 años y Darién se ha mantenido con cifras menores de 70 años, estas últimas 3 provincias concentran la población indígena y se han caracterizado en las últimas tres décadas, por ser las más rezagadas del país. Finalmente, la Comarca Kuna Yala que en el periodo 98-2004, ha mantenido una esperanza de vida alrededor de los 70 años. Para el periodo 2000 – 2004 se ha estimado la esperanza de vida en 66.7 y 64.8 años para las Comarcas Ngobe Buglé y Emberá, respectivamente. (Cuadros N° 77 y 78).

**Cuadro N° 77. Esperanza De Vida Al Nacer Según Región De Salud  
República De Panamá. Años: 1970-2002**

Región	AÑOS				
	1970	1980	1990	1998	2000 -2004*
<b>Total</b>	65.24	70.07	72.2	74.13	77.4
<b>Bocas de Toro</b>	53.44	61.43	65.96	69.63	70.72
<b>Coclé</b>	64.79	68.45	71.00	73.89	74.38
<b>Colón</b>	61.47	67.28	70.18	73.35	71.97
<b>Chiriquí</b>	63.19	67.69	70.58	73.17	75.50
* <b>Darién</b>	49.61	57.74	62.86	64.70	68.95
<b>Herrera</b>	65.28	70.52	72.42	74.74	75.80
<b>Los Santos</b>	68.03	72.05	73.84	75.84	75.86
<b>Panamá</b>	71.46	74.65	75.00	76.31	76.67
<b>Veraguas</b>	59.18	64.27	67.68	70.42	73.04
<b>Kuna Yala</b>				70.46	69.69
<b>Ngobe Buglé</b>					66.74
<b>Emberá</b>					64.78

\*Estimaciones. Fuente: Contraloría General de la República. Año::2004

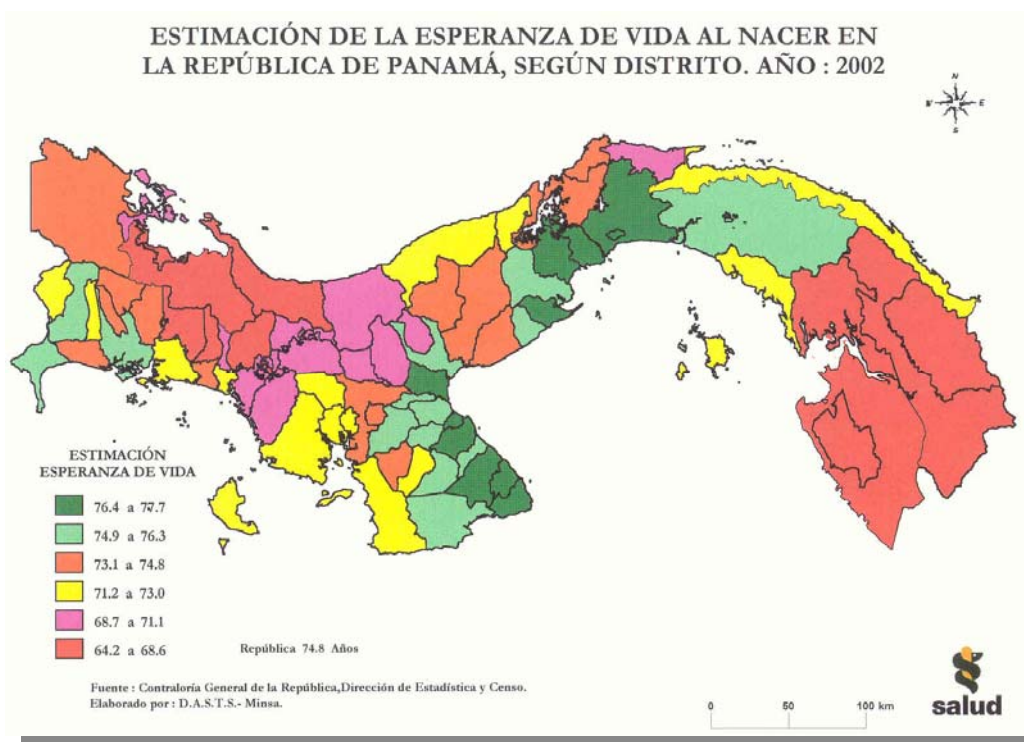
**Cuadro N° 78. Esperanza De Vida Al Nacer. Comarca Kuna Yala  
 República De Panamá. Años: 1995-2002**

Comarca Kuna Yala	1995	1996	1997	1998	2002
<b>Total</b>	69.61	69.89	70.17	70.45	68.7
<b>Hombres</b>	67.39	67.64	67.89	68.14	65.8
<b>Mujeres</b>	71.88	72.20	72.52	72.84	71.9

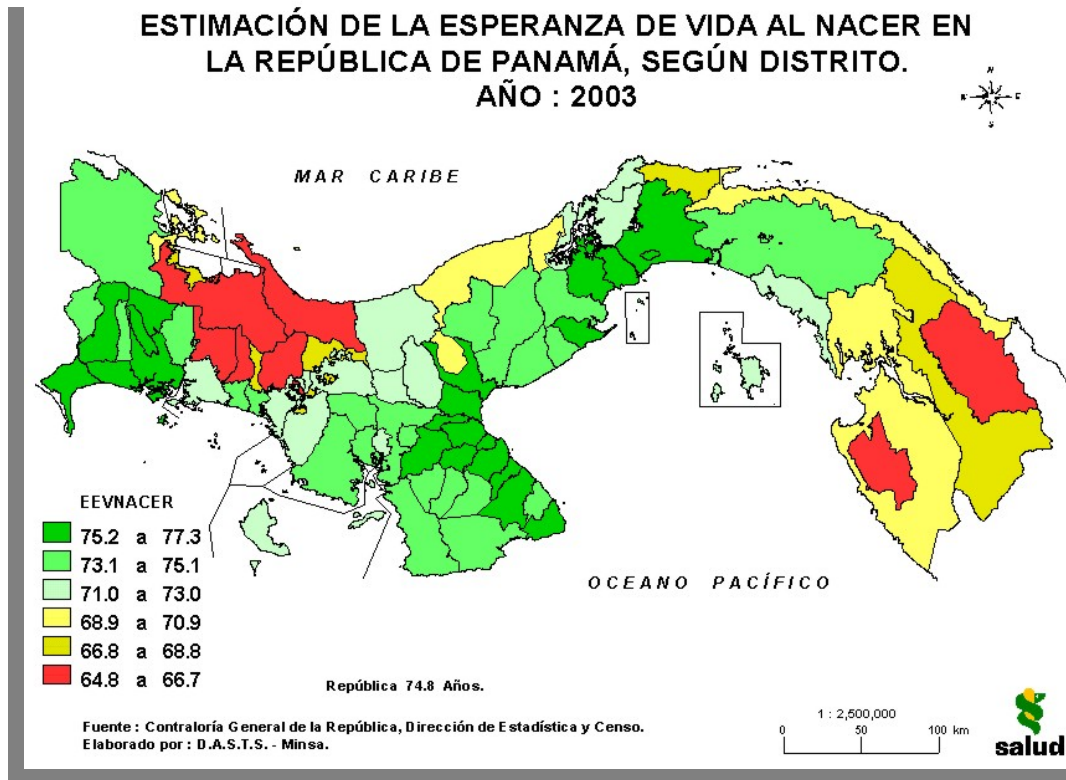
Fuente: Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.  
 Sección de Estadísticas. MINSA 2002.

Un análisis por Distrito de este indicador trazador de salud de la población panameña indica que para el año 2002, los distritos de Panamá, San Miguelito, Arraiján, Capira, Chame, Aguadulce, Chitré, Los Santos, Las Tablas, Pedasí y Podrì presentaron las expectativas de vida más elevadas del país. (Mapa N° 23). En el 2003, los distritos de Besito, Mironó, Kankintú, Kusapín, Muna, Cemáco y Sambú reflejaron la expectativa de vida más baja, en un rango entre 64.8 y 66.7 años. (Mapa N° 24)

Mapa N° 23



Mapa N° 24



En la provincia de Bocas del Toro la actividad económica que predomina es el cultivo del banano, siendo que para el periodo 1995-2000, la expectativa de vida de su población se reportó cercana a los 69 años. Por su parte, en Darién, provincia en la que predomina la selvicultura-agricultura, tuvo la esperanza de vida más baja de todo el país. En las provincias centrales las actividades económicas predominantes fueron el cultivo de caña, sorgo, melón, tomate, arroz y la ganadería con una esperanza de vida que supero los 70 años de edad en los quinquenios 90-94 y 95-2000; a excepción de la provincia de Veraguas donde se alcanzaron los valores más bajos. (Cuadro N° 79)

**Cuadro N° 79. Esperanza De Vida Al Nacer Según Actividad Económica Predominante. República De Panamá. Periodo: 1990-2000**

Actividad Económica Predominante	Area Provincial	Indicador 1990-1994	Indicador 1995-2000
<b>Agricultura y Ganadería</b>			
Cultivo de Banano, café, legumbres. Ganado	Area fronteriza Chiriquí	71.78	73.05
Cultivo de Banano	Bocas del Toro	67.82	69.47
Cultivo de Caña, sorgo, melón, tomate, arroz. Ganadería	Provincias Centrales: Coclé Herrera Los Santos Veraguas	72.54 73.58 75.11 68.70	73.71 74.64 75.77 70.26
<b>Silvicultura. Agricultura</b>	Darién	62.24	64.47
<b>Servicios</b>	Colón	71.41	72.69
<b>Manufactura</b>	Panamá	75.42	76.24
<b>Construcción</b>			
<b>Transporte</b>			

Fuente: Contraloría General de la República.

### 1. El Impacto De La Mortalidad En La Esperanza De Vida En Panamá

Según estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la muerte prematura es uno de los eventos poblacionales de mayor importancia para el análisis de la situación de salud y la identificación de prioridades sanitarias. Cuanto mayor sea la magnitud de la muerte prematura en la población, más baja será su esperanza de vida. Por el contrario, las ganancias en esperanza de vida reflejan, en un sentido amplio, el impacto de los esfuerzos por reducir la mortalidad prematura.

En las dos últimas décadas del Siglo XX en Panamá la tasa cruda de mortalidad disminuyó de 5,9 a 5,0 por mil habitantes, lo que representa una reducción de 15% en el riesgo absoluto de morir. Esta favorable tendencia se vio reflejada en un aumento de alrededor de cuatro años en la esperanza de vida al nacer: por lo tanto, la esperanza de vida de los panameños subió de 68 a 72 años; la de las panameñas, de 73 a 77 años, entre el inicio de los '80s y final de los '90s.

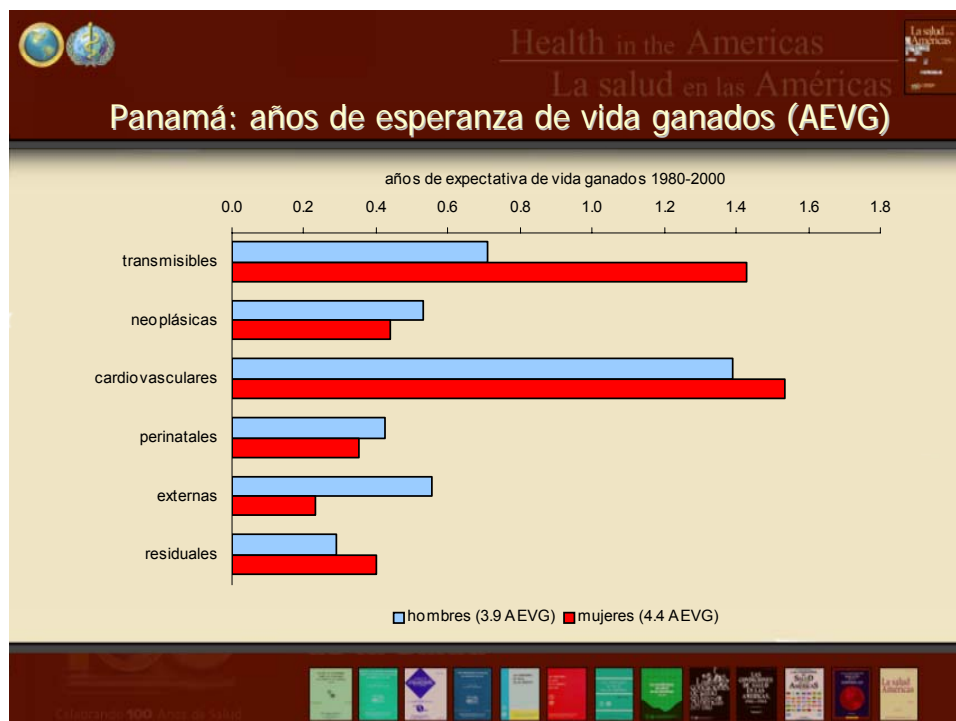
Estos cambios importantes en la esperanza de vida de panameños y panameñas alcanzados en los últimos veinte años pueden ser analizados en función de los cambios en los riesgos de morir por causas específicas; es decir, la contribución de



ciertas causas de muerte en el aumento de la esperanza de vida, empleando un método de descomposición descrito por Arriaga y presentado en la edición 2002 de la publicación de OPS "La Salud en las Américas". En otras palabras, es posible identificar cuales fueron las causas de muerte cuya reducción produjo más ganancia - y cuánto- de esperanza de vida durante dicho periodo, así como también cuales fueron las causas de muerte cuyo incremento impidió ganar más -y cuánto más- esperanza de vida, en cada sexo y en cada grupo de edad de la población panameña.

Es importante apreciar la contribución de cada una de las 5 grandes categorías de causas de muerte al aumento de la esperanza de vida masculina y femenina ocurrido en Panamá entre 1980 y 2000. Ha sido la reducción de la mortalidad prematura por causas cardiovasculares la que más contribuyo al aumento de la esperanza de vida observado en ambos sexos: de hecho, la reducción del riesgo de muerte por estas causas produjo un aumento cercano a 1,5 años en la esperanza de vida de cada sexo (esto es, 35% de los 3,9 años de esperanza de vida masculina y los 4,4 años de esperanza de vida femenina ganados en Panamá entre 1980 y 2000). (Gráfica N° 41)

Gráfica N° 41. **Años De Esperanza De Vida Ganados En La Población Por Sexo Según Grandes Causas De Muerte. Panamá. Años: 1980-2000.**

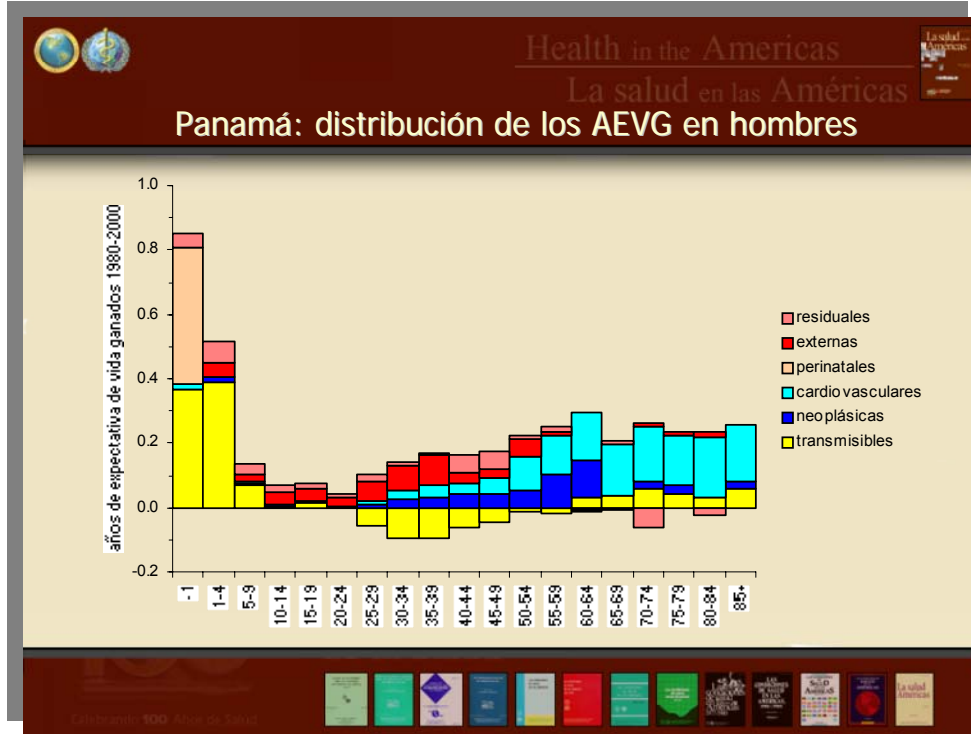


Esta significativa reducción del riesgo de muerte cardiovascular es la característica específica más remarcable de cambio en el perfil de mortalidad de la población panameña en las últimas dos décadas del Siglo XX. Considerando, además, la trayectoria progresiva hacia el envejecimiento poblacional como efecto de la transición demográfica que opera en el país, esta favorable tendencia sanitaria refleja tanto los esfuerzos de prevención primaria, como de prevención secundaria, de la enfermedad cardiovascular, desarrollados por la población y el sistema de servicios de salud.

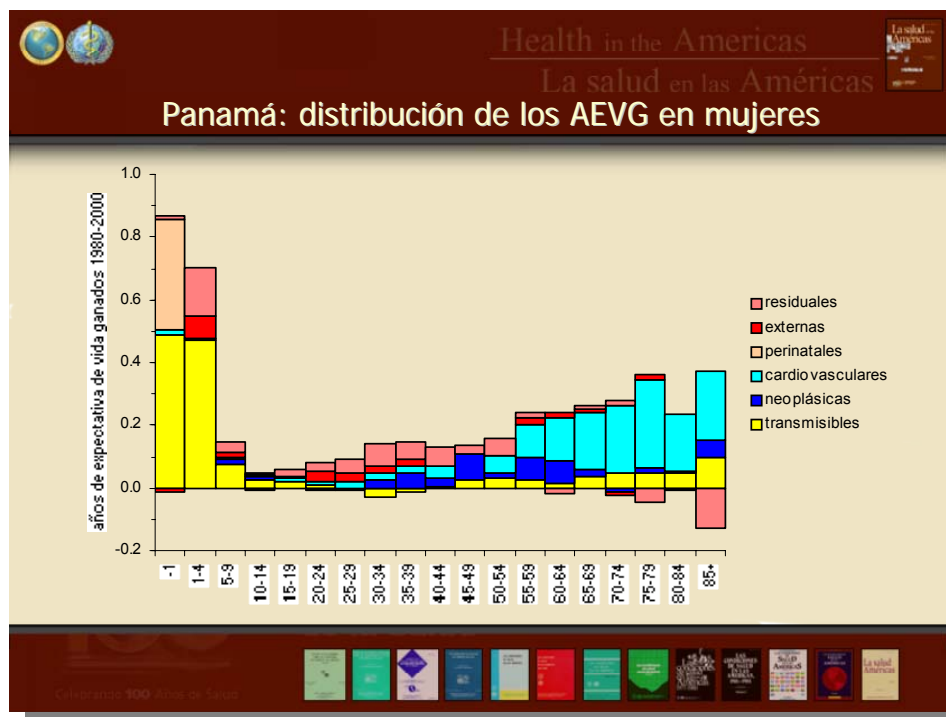
La reducción del riesgo de morir por causas infecciosas ha sido otra característica remarcable de la transición en Panamá, provocando un impacto notablemente más alto en la población femenina que en la masculina en términos de ganancia en esperanza de vida. En efecto, las mujeres vieron aumentar en 1,5 años su esperanza de vida al nacer -el doble que lo observado en varones- como consecuencia de la reducción de la mortalidad infecciosa. Por su parte, la reducción del riesgo de morir por causas neoplásicas y perinatales contribuyó, en conjunto, a sumar otros 1,0 y 0,8 años a la esperanza de vida de hombres y mujeres de Panamá, respectivamente, en el periodo. Finalmente, la reducción de la mortalidad por causas externas, esto es, la muerte violenta, produjo una contribución equivalente a 0,6 años de esperanza de vida masculina y a 0,2 años de esperanza de vida femenina.

Se resalta, también, la contribución de la mortalidad en cada grupo de edad al aumento de la esperanza de vida de hombres y mujeres en Panamá. Uno de los aspectos más destacables y notorios es la significativa ganancia de esperanza de vida conseguida por la reducción de la mortalidad en menores de 5 años de edad y especialmente los menores de 1 año (esto es, mortalidad infantil de ambos sexos). El gráfico permite observar que ello representó la ganancia de cerca de 1,5 años de esperanza de vida en cada sexo y fue obtenida fundamentalmente por la reducción del riesgo de morir por causas infecciosas y perinatales en estos grupos de edad de alta prioridad en salud pública. (Gráficas N° 42 y 43).

**Gráfico Nº 42. Cambios En La Esperanza De Vida En La Población Masculina Por Grupos De Edad Según Grandes Causas De Muerte. Panamá. Años: 1980-2000.**



**Gráfico Nº 43. Cambios En La Esperanza De Vida En La Población Femenina Por Grupos De Edad Según Grandes Causas De Muerte. Panamá. Años: 1980-2000.**



Otro aspecto destacable del análisis gráfico presentado es la contribución *negativa* de las causas infecciosas en la población adulta joven masculina -reflejo directo del impacto de la epidemia de SIDA en el país- indicando una reducción efectiva de la esperanza de vida masculina en Panamá. Un tercer aspecto a destacar es la significativa ganancia de esperanza de vida en ambos sexos por reducción del riesgo de morir por causas infecciosas -sobre todo neumonías- en población adulta mayor. Finalmente se destaca la mayor contribución de la reducción del riesgo de muerte cardiovascular en mujeres, sobre todo a edades más avanzadas de la vida.

Al considerar causas de muerte más específicas es posible apreciar con mayor claridad el impacto de los cambios en el perfil epidemiológico nacional así como de las acciones en salud prioritarias que se han venido ejecutando a lo largo de las dos décadas analizadas. El gráfico N° 44 presenta este análisis: toda curva por encima de la línea horizontal cero (esto es, cero años de esperanza vida ganados, AEVG) indica una ganancia en la esperanza de vida al nacer (por reducción del riesgo de muerte por la causa específica); en contraste, toda curva por debajo de dicha línea horizontal representa una pérdida en la esperanza de vida (esto es, una contribución negativa en AEVG, por incremento del riesgo de muerte por una causa específica).

La reducción del riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto y puerperio también aportó de manera significativa al aumento de la esperanza de vida femenina. También, fue positiva la contribución de la mortalidad por infección respiratoria aguda (fundamentalmente neumonías) entre adultos mayores de ambos sexos a la ganancia de esperanza de vida, lo cual sugiere acceso oportuno a servicios de hospitalización para esta población.

En cuanto al impacto asociado a problemas de salud crónicos, por un lado destaca la gran contribución al aumento de la esperanza de vida de la población panameña por la reducción del riesgo de muerte debida a enfermedad coronaria isquémica, cuyo beneficio se aprecia tan temprano como desde los 40 años de edad. Por otro lado, destaca el significativo impacto negativo del SIDA en la esperanza de vida, concentrado precisamente en la población adulta joven económicamente activa. En contraste con lo observado en casi todos los demás países de la Región de las

Américas, en Panamá el impacto negativo de la diabetes mellitus -a partir de los 40 años de edad- sobre la esperanza de vida de la población no se muestra aún particularmente intenso. (Gráfica N° 44)

Gráfica N° 44. Cambios En La Esperanza De Vida Por Sexo Y Edad Según Causas De Muerte Seleccionadas, Panamá, Años: 1980-2000



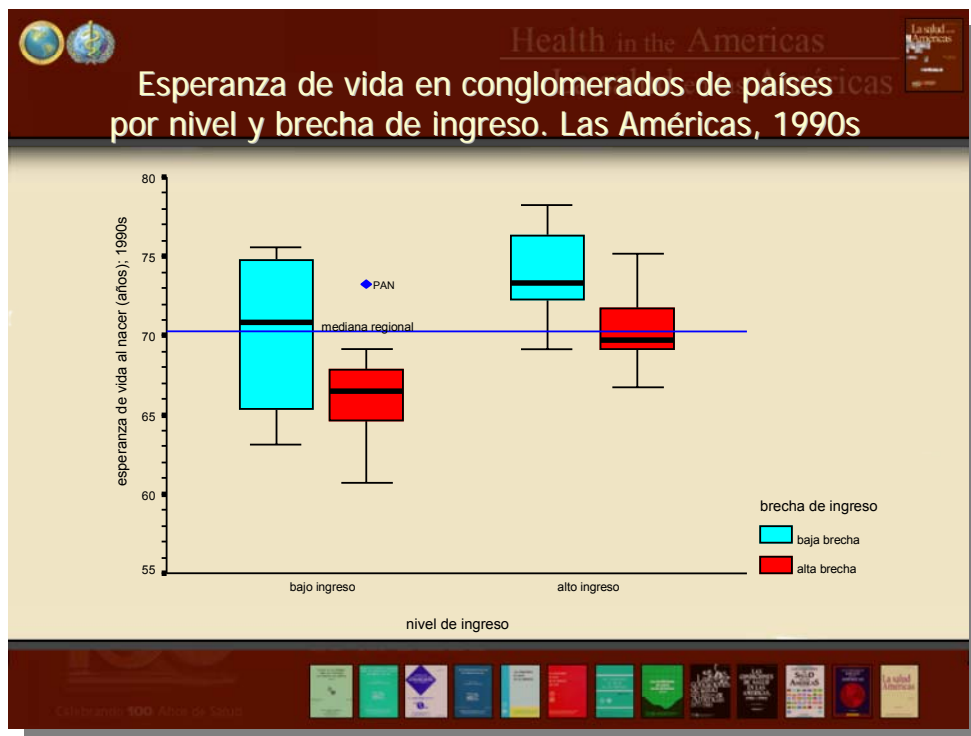
Entre 1980 y 2000, el impacto de la muerte violenta en la esperanza de vida de la población panameña, fue menor pues ocurrió una reducción importante en el riesgo de morir por accidentes de transporte, lo cual se ve reflejado en una igualmente importante contribución positiva al aumento de la esperanza de vida, sobre todo masculina. No obstante, es apreciable el impacto negativo del suicidio y, sobre todo, del homicidio en la población adulta joven (de 10 a 30 años de edad) del país lo que, a su vez, contribuye a una notable pérdida efectiva en esperanza de vida.

El análisis de la magnitud de los cambios en la estructura de la mortalidad y el perfil epidemiológico acontecidos en la población panameña en las dos últimas décadas, expresada en función de la contribución positiva o negativa (en años de esperanza de vida ganados, AEVG) de cada una de las 32 causas de muerte de una lista *ad-hoc*(2) a la esperanza de vida masculina y femenina, muestra con elocuencia el significativo impacto global de las estrategias e intervenciones sanitarias ejecutadas durante el periodo en el país para reducir la muerte prematura y evitable y mejorar las

condiciones de salud; el análisis deja ver con la misma elocuencia también el impacto potencial que, sobre la esperanza de vida, podría conquistarse priorizando intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad prematura por SIDA, enfermedades infecciosas en la población adulta mayor, violencia en la población adulta joven, enfermedades cardiovasculares, neoplasias de mama, útero, próstata y pulmón y diabetes mellitus, entre otros riesgos de muerte prematura emergentes del proceso de transición demográfica y polarización epidemiológica que tiene lugar en Panamá al inicio del Siglo XXI. (OPS, 2002) (Cuadro N° 80)

El análisis de la esperanza de Vida en conglomerados de países por nivel y brecha de ingreso ubica a Panamá en el conglomerado de bajo ingreso y brecha baja. (Gráfica N° 45)

Gráfica N° 45. Esperanza De Vida En Conglomerados De Países Por Nivel y Brecha de Ingreso. Las Américas. Años 1990's.



Cuadro N° 80. Impacto En Salud En Años De Esperanza De Vida Ganados Entre 1980 Y 2000 Por Sexo, Según Grandes Grupos Y Categorías Seleccionadas De Causas De Muerte. Panamá.

GRAN GRUPO DE CAUSA DE MUERTE	AEVG 1980 - 2000		
	HOMBRES	MUJERES	AMBOS
TOTAL	3.90	4.39	8.29
Transmisibles	0.71	1.43	2.14
Neoplásicas	0.53	0.44	0.97
Cardiovasculares	1.39	1.54	2.93
Perinatales	0.42	0.35	0.77
Externas	0.56	0.23	0.79
Residuales	0.29	0.40	0.69
Infecciones Intestinales Agudas	0.42	0.43	0.85
Tuberculosis	0.17	0.20	0.37
Inmunoprevenibles	0.26	0.29	0.55
Septicemia	0.03	0.00	0.03
SIDA	-0.64	-0.19	-0.84
Cáncer de Estómago	0.03	0.06	0.10
Cáncer de Colón	0.05	0.00	0.05
Cáncer de Pulmón	0.09	-0.01	0.08
Cáncer de Mama	0.00	-0.02	-0.02
Cáncer de Utero	0.00	0.11	0.11
Cáncer de Próstata	-0.10	0.00	-0.10
Leucemia	0.05	-0.03	0.02
Diabetes Mellitus	-0.14	-0.26	-0.40
Deficiencia Nutricional	-0.03	0.01	-0.02
Enfermedad Hipertensiva	0.05	0.06	0.11
Enfermedad Isquémica	0.72	0.71	1.43
Otras Cardiopatías	0.24	0.37	0.61
Enfermedad Cerebrovascular	0.17	0.09	0.27
Arterioesclerosis	0.16	0.26	0.42
Infecciones Respiratorias Agudas	0.37	0.53	0.90
Enfermedad Obstructiva Crónica	0.20	0.27	0.47
Cirrosis y Otras Hepatopatías	-0.02	0.02	-0.01
Enfermedades del Sistema Urinario	0.06	0.07	0.14
Embarazo, Parto y Puerperio	0.00	0.09	0.09
Anomalías Congénitas	-0.15	-0.10	-0.25
Afecciones Perinatales	0.42	0.35	0.77
Accidentes de Transporte	0.28	0.09	0.36
Caídas Accidentales	-0.04	0.01	-0.03
Ahogamiento accidental	0.19	0.03	0.21
Suicidio	-0.11	-0.02	-0.13
Homicidios	-0.31	-0.03	-0.35
Residuales	1.47	1.02	2.49

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS.  
Washington DC. Año: 2002.

### **b. Índice De Desarrollo Humano**

En 1995 Panamá ocupaba la posición 45, a nivel mundial, según su Índice de Desarrollo Humano con (IDH) cuyo valor alcanzó el 0.868. El producto interno bruto capita (PIB en dólares de 1995) era de 6.258. Panamá se encontraba entre los países de Centroamérica con alto índice de desarrollo humano, pues los índices de desarrollo humano para Centroamérica oscilaban entre 0.615 y 0.547, a excepción de Costa Rica que tenía 0.889.

Para 1997 el valor del Índice de Desarrollo Humano de Panamá fue de 0.791 lo que ubica al país en la posición 49, dentro del grupo de países considerados como de desarrollo humano mediano. Este índice está compuesto por un conjunto de indicadores relacionados con el desarrollo social y económico, entre los cuales se incluyen la esperanza de vida al nacer (73.6 años), la tasa de alfabetización de adultos (91.1%), la tasa bruta de matriculación; incluida la primaria, secundaria y terciaria combinada (73.0%) y el PIB real per cápita (7,168 PPA en dólares). La obtención del índice de desarrollo humano implica el cálculo previo de otros índices como lo son el índice de esperanza de vida (0.81), el índice de escolaridad (0.85) y el índice del PIB (0.71).

Para el 2001 este indicador alcanzó cifras de 0.788 y en el 2002 fue de 0.79 lo que sugiere un valor constante desde 1997, pero que ubica al país en la posición 61 con respecto a 177 países del Mundo, es decir que se ubica dentro del grupo de países con un Índice de desarrollo Humano Medio. Para este año, aunque el IDH de Panamá fue ligeramente superior al de América Latina y El Caribe (0.777); algunos de los indicadores de desarrollo humano son superiores a los de Panamá, tal es el caso de la Tasa Combinada de Matriculación en Escuelas Primarias, Secundarias y Terciarias, el PIB per cápita y el Índice del PIB. (Cuadro N° 81)



Cuadro N° 81. Indicadores del Desarrollo Humano para Panamá y América Latina Y El Caribe. Año: 2002

Indicadores Utilizados para el Cálculo del IDH.	Panamá	América Latina y El Caribe
<b>Indice de Desarrollo Humano</b>	<b>0.791</b>	<b>0.777</b>
Esperanza de Vida al Nacer	74.6 años	70.5 años
Tasa de Alfabetización de Adultos (% de 15 años y más)	92.3%	88.6%
Tasa Combinada de Matriculación en Escuelas Primarias, Secundarias y Terciarias (2001/02)	73.0%	81.0%
PIB per cápita (PPA en USD) – 2002	6.170	7.223
Indice de Esperanza de Vida	0.83	0.76
Indice de Educación	0.86	0.86
Indice del PIB	0.69	0.72
Clasificación del PIB per cápita (PPA en USD) Menos clasificación del IDH	18	-

Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano. Año: 2004

El país ha construido el IDH nacional, en dos ocasiones en la primera de ellas en el año 2000, cuyo tema central fue Panamá 2002 - “El Compromiso con el Desarrollo Humano: Un Desafío Nacional”. El segundo informe nacional se realizó en el 2002 y se enfocó en torno al papel central de la juventud panameña como objeto y sujeto del desarrollo humano integral y sostenible del país. Es valido indicar que las cifras que arroja el IDH nacional no son comparables con el IDH mundial, pues el primero da cuenta de las particularidades del país en cuanto a tres dimensiones básicas: el disfrute de una vida larga y saludable, el nivel de conocimientos y el nivel de vida decente.

Algunos resultados del IDH Nacional, 2000 dan evidencias de las desigualdades que existen a lo interno del territorio nacional y por ende de los contrastes existentes en temas prioritarios tales como la educación, el gasto público e inversión social y los grupos vulnerables; aunque en todas las provincias y comarcas se registraron mejorías con respecto al año 1990. (Cuadro N° 82, Mapa N° 25)

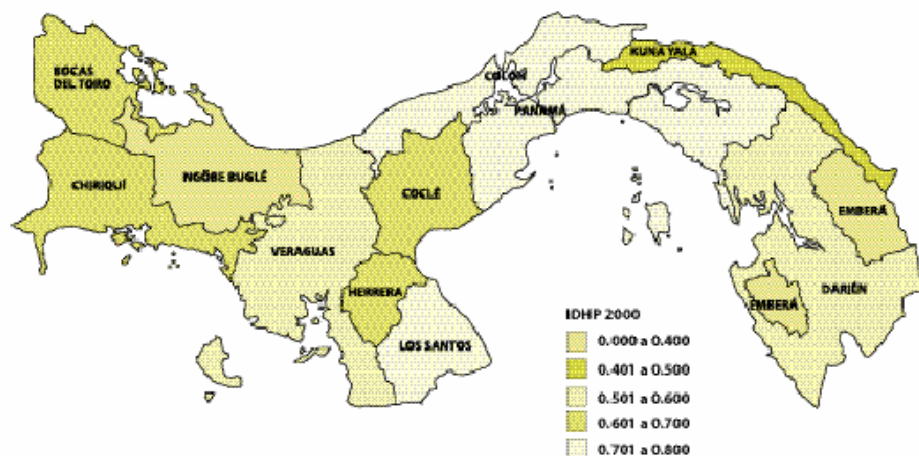
Cuadro N° 82. Índice Nacional de Desarrollo Humano Por Provincia, Comarca y Area. Panamá. Años: 1990 y 2000

PROVINCIA-COMARCAS	IDH 1990	IDH 2000	% INCREMENTO 1990-2000
Promedio Nacional	0.646	0.707	9.4
Urbano	0.732	0.776	6.0
Rural	0.519	0.576	10.8
Bocas del Toro	0.584	0.619	5.9
Coclé	0.578	0.650	12.5
Colón	0.659	0.715	8.4
Chiriquí	0.625	0.692	10.7
Darién	0.455	0.504	10.7
Herrera	0.610	0.690	13.2
Los Santos	0.627	0.710	13.3
Panamá	0.719	0.764	6.2
Veraguas	0.527	0.600	13.9
Kuna Yala	0.389	0.448	15.2
Emberá Wounaan	0.321	0.392	22.2
Ngobé Buglé	0.307	0.363	18.2
Wargandí	-	0.390	-
Madugandí	-	0.402	-

Fuente: INDH Panamá 2002. Datos de la Contraloría General de la República.

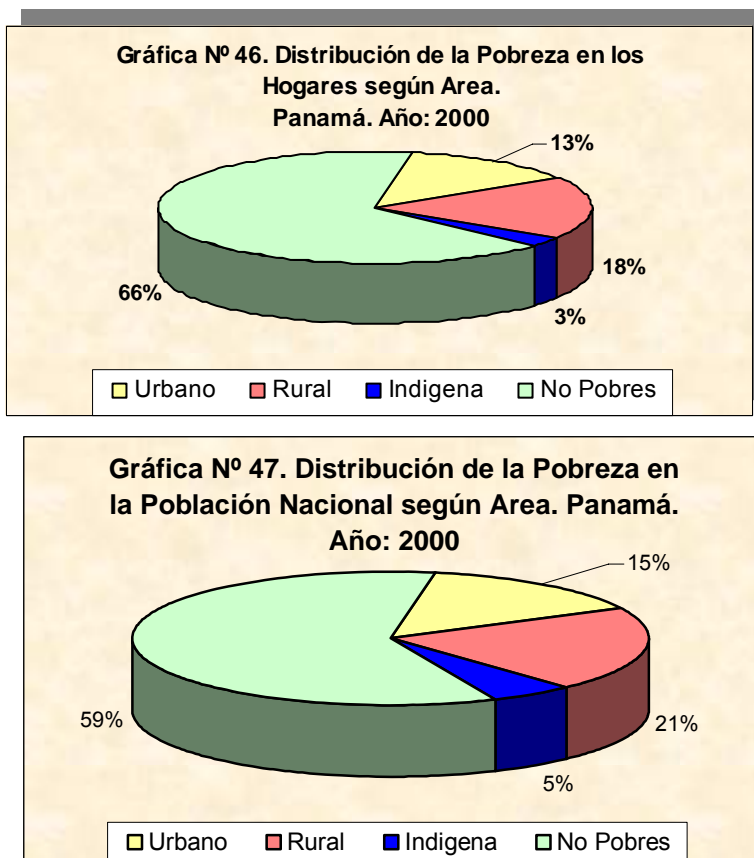
Mapa N° 25. Índice De Desarrollo Humano Por Provincia y Comarca. Año: 2000

Mapa 2.1. Índice de Desarrollo Humano, por provincia y comarca. Año 2000.



Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo.

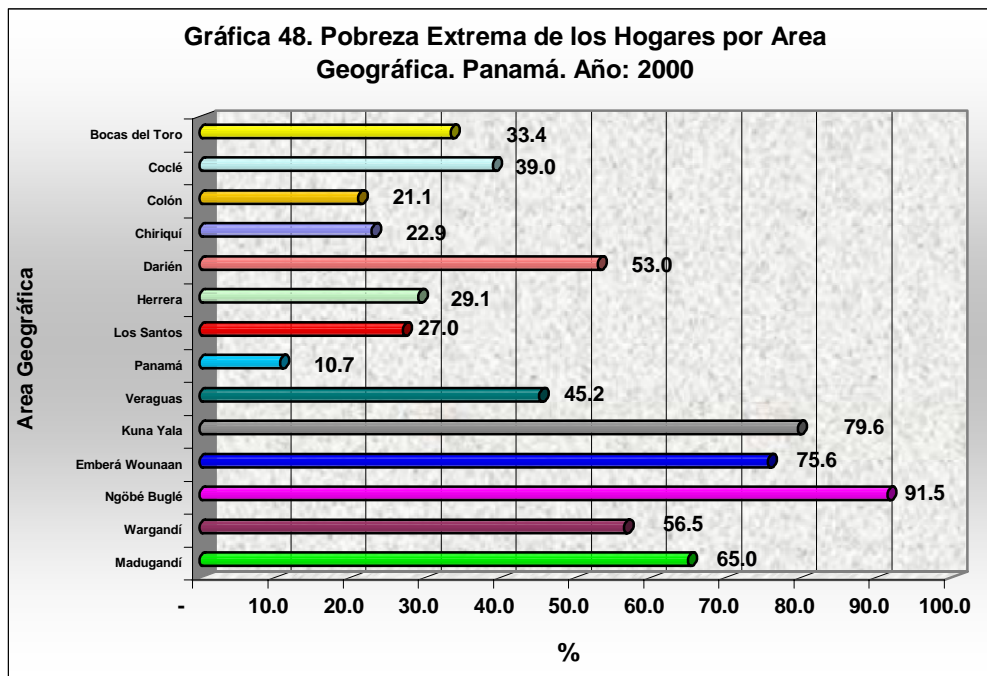
Según este informe el 34,3% de los hogares panameños son pobres, de los cuales el 18,3% se ubican en las áreas rurales (Gráfica N° 46). Cuando el análisis se efectuó considerando la población nacional el 20,7% de esta población reside en el área rural y el 5,1% en las áreas indígenas. (Gráfica N° 47)



Fuente: INDH Panamá 2002., en base a datos de la Contraloría General de la República.

El análisis de la pobreza extrema de los hogares durante el IDH Nacional 2000, indicó que más del 50% de los hogares de áreas indígenas se encuentran en extrema pobreza y que estas cifras, en la Comarca Ngobé Buglé, alcanzan al 91.5% de los hogares. Superando el 50% de hogares en extrema pobreza, también se ubica a la provincia del Darién y las Provincias de Panamá, Colón y Chiriquí ubican los menores porcentajes de hogares pobres. (Gráfico N° 48)

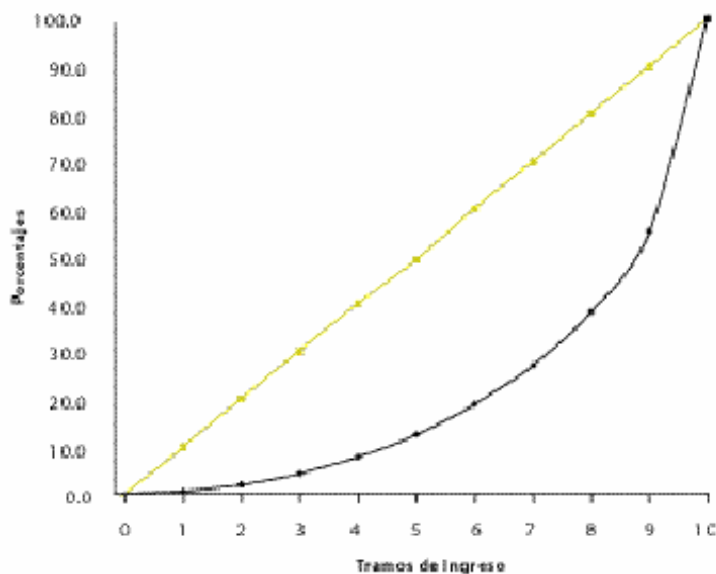
La curva de Lorenz de desigualdad distributiva del ingreso medio anual per cápita nacional, marca un coeficiente de Gini de 0.28 que representa la mitad del valor medio para América latina y el Caribe y que es 4 veces mayor que la de Canadá o Cuba. Esta curva identificó que el 40% más pobre recibe sólo el 7% del ingreso, en tanto que el 10%, quintil más rico recibió el 45% del ingreso; es decir 6 veces más ingresos que los más pobres. (Gráfica N° 49)



Fuente: INDH Panamá 2002., en base a datos de la Contraloría General de la República.

Gráfica N° 49. Curva de Lorenz. Panamá. Año: 2000

Gráfica 2.17. Curva de Lorenz para Panamá. Año 2000.



Fuente: INDH Panamá 2002, en base a datos de la Contraloría General de la República.

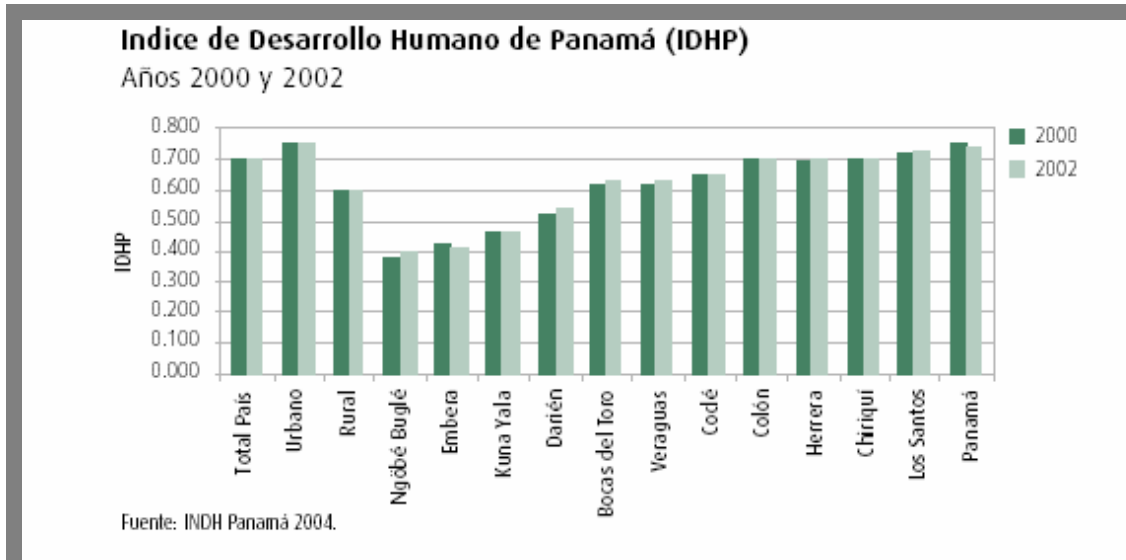
Por otra parte, el segundo informe del IDH nacional ha entregado los siguientes mensajes, en cuanto a que: “El Mundo en que vive la juventud: una realidad más compleja” :

1. Panamá se encuentra en una dinámica poblacional muy fuerte, en una etapa de plena transición, que augura cambios demográficos importantes en relación con las necesidades sociales y los patrones de morbilidad y mortalidad.
2. Existen desigualdades regionales que ocasionan movimientos migratorios, pues la dinámica rural no plantea alternativas rápidas de reemplazo generacional que sumado a la dinámica urbana motivan el interés de los jóvenes hacia las zonas urbanas.
3. La iniquidad es una característica de los grupos de edad, lo que se asocia a las capacidades diversas de organización en grupos sociales para participar pro activamente en la toma de decisiones que les afectan en su desarrollo.
4. Hay heterogeneidad entre los jóvenes con desigualdad de oportunidades.
5. Se presenta un incremento rápido de la demanda educativa mínima con una debilidad de la oferta tanto institucional como comunitaria, lo que se convierte en factores estructurales de iniquidad.
6. Se producen cambios constantes en la composición familiar.
7. La informalidad y flexibilidad en el empleo son mayores, situación que se refleja en la menor cobertura de la seguridad social.
8. Las diferencias demográficas por edad y estrato socioeconómico son importantes, sobre todo en lo referente a los índices de fecundidad, morbilidad (VIH-SIDA) y mortalidad.
9. Se presenta un incremento de los casos de delincuencia y violencia entre los jóvenes, lo que se traduce en deterioro de la opinión pública con respecto a los jóvenes; pese a que en ellos solo se involucra al 2% de la población juvenil y a que sólo el 3.1% de los delitos graves pueden atribuirse a este grupo poblacional.

En cuanto a las cifras obtenidas, en el 2002, el IDH nacional para todo el país fue de 0.700, igual que para el año 2000. Se presentaron diferencias entre las poblaciones urbanas y rurales, siendo de 0.75 y 0.600, respectivamente. Las provincias de Panamá, Los Santos, Chiriquí, Herrera y Colón alcanzaron un IDH igual o superior al

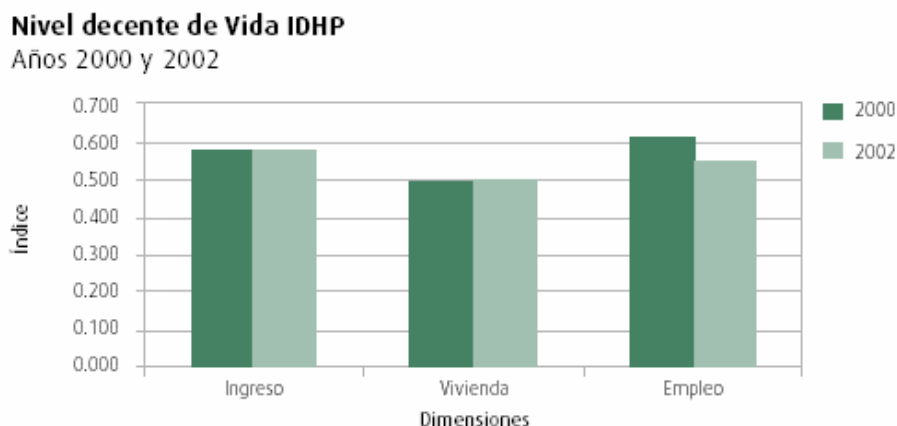
promedio nacional tanto en el 2000 como en el 2002. En tanto que, las Comarcas Indígenas (Ngöbe Buglé, Embera y Kuna Yala) y la provincia de Darién registraron un IDH inferior al de las áreas rurales. (Gráfica N° 50)

Gráfica N° 50. Índice de Desarrollo Humano. Panamá. Años: 2000 – 2002



Panamá mantiene un nivel de Desarrollo Humano medio alto, con avances en el campo de la educación y de la salud, pero con una caída en el nivel de vida en el que inciden como principales factores el aumento de empleos con pagos menores al salario mínimo, el incremento del empleo informal y el deterioro de la calidad de los puestos de trabajo. (Gráfica N° 51)

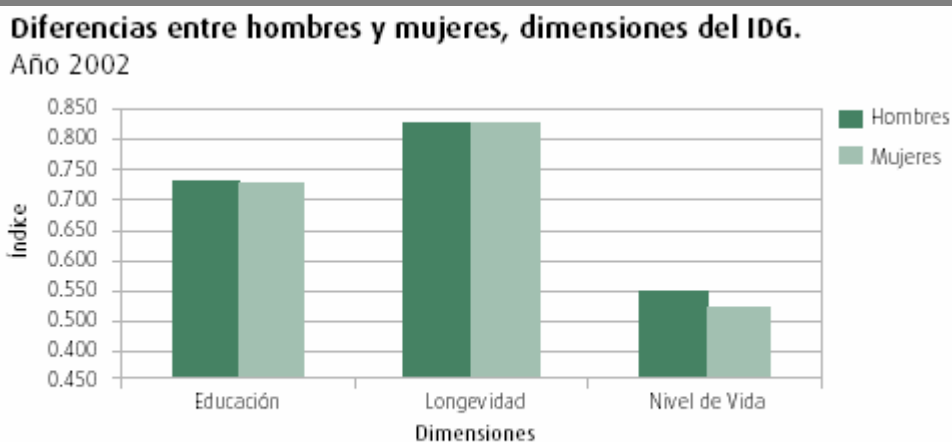
Gráfica N° 51. Nivel de Vida Decente. Índice de Desarrollo Humano.  
 Panamá. Años: 2000 – 2002



Fuente: INDH Panamá 2004.

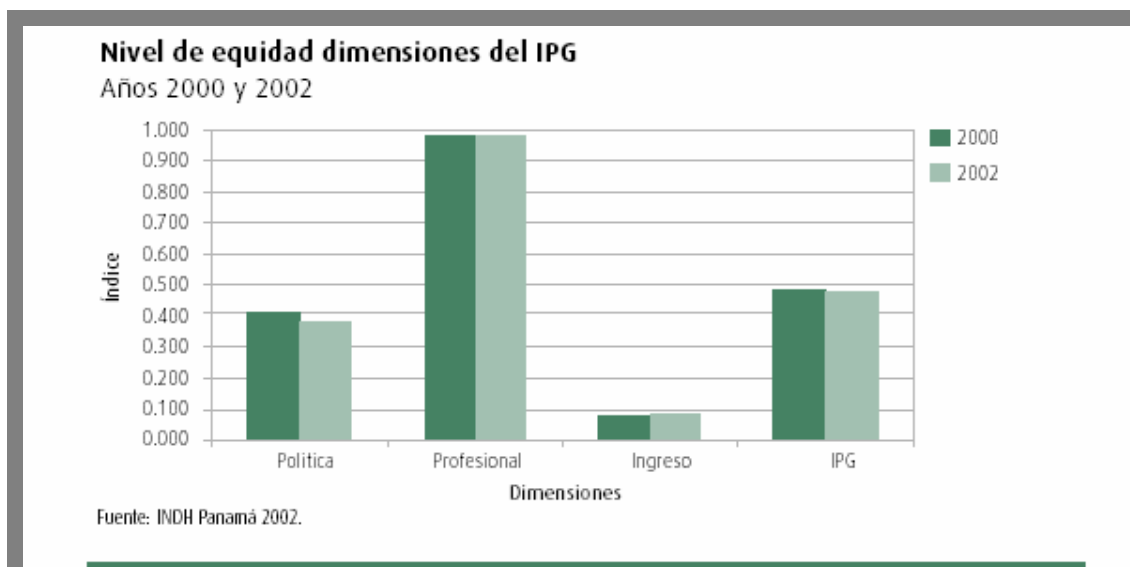
El IDH relativo a género sugiere una mejoría para las mujeres en cuanto a la educación y longevidad con una persistencia en la iniquidad relativa al empleo e ingresos. (Gráfica N° 52). Por otro lado, la participación femenina en la toma de decisiones es relativamente estable con una baja participación política y en relación con los ingresos a pesar de la alta participación técnico profesional. (Gráfica N° 53).

Gráfica N° 52. Índice de Desarrollo Humano Relativo Al Género.  
 Panamá. Años: 2000 – 2002



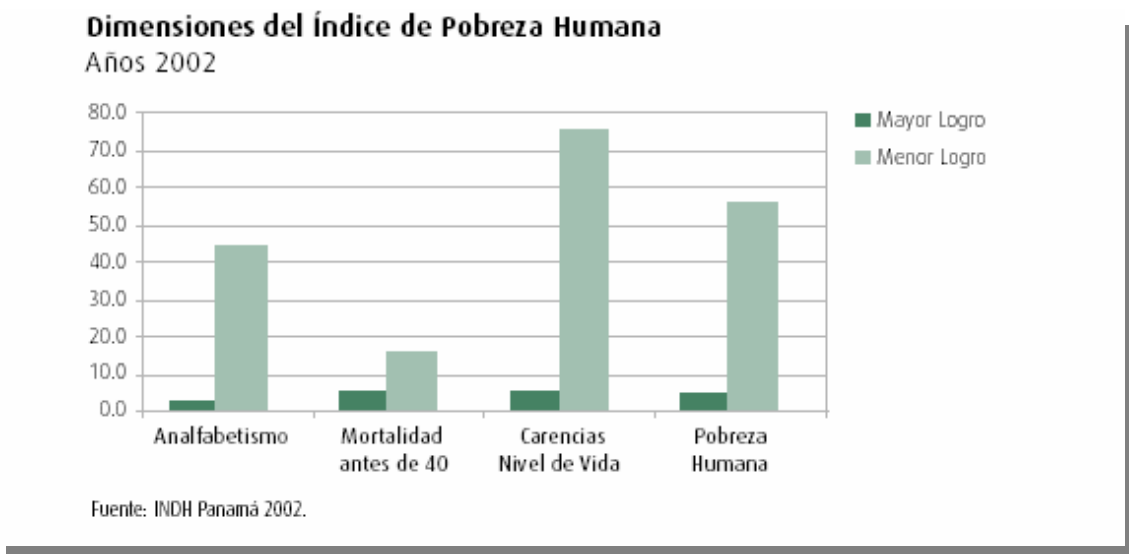
Fuente: INDH Panamá 2004.

Gráfica N° 53. Índice de Desarrollo Humano Relativo A La Equidad De Género. Panamá. Años: 2000 – 2002



Se evidencian leves mejoras en los niveles de pobreza humana, sin pocos avances en la disminución de las brechas urbano-rurales e indígenas. (Gráfica N° 54).

Gráfica N° 54. Índice de Desarrollo Humano Relativo A La Equidad De Género. Panamá. Años: 2000 – 2002





**c. Años De Vida Perdidos Por Muerte Prematura (APMP)**

En 1998, puede decirse que, aunque las afecciones originadas en el menor de un año representan 44.5 años de vida perdidos por muerte prematura, este no es el indicador que mejor refleja esta pérdida. Se destacan, entonces, los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias con 17.8 años, los tumores malignos con 7.0 y las neumonías con 3.9 años. Las otras principales causas de muerte reflejan pérdidas entre 0 y 3 años de vida perdida por muerte prematura. (Cuadro N° 83)

**Cuadro N° 83. Principales Causas de Muerte Según Años De Vida Perdido Por Muerte Prematura. República de Panamá. Año: 1998**

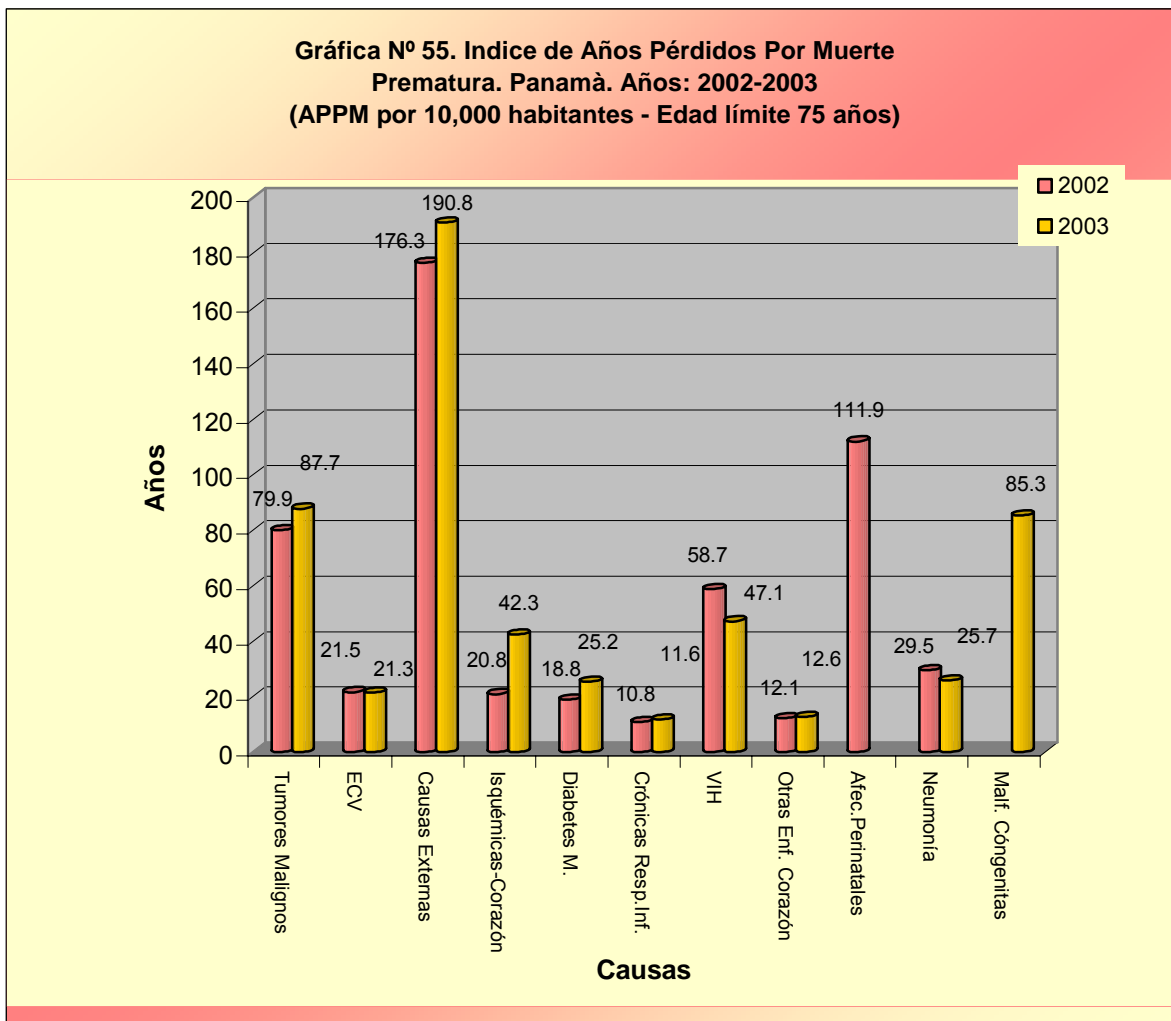
Principales Causas de Muerte (preliminares)	Tasas x 100,000 hab.				
	Bruta	Masculino	Femenina	Razón de Tasa	APMP
Tumores Malignos	58.9	63.7	53.9	1.2	7.0
Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	46.4	71.3	21.1	3.4	17.8
Enfermedad Cerebrovascular	38.3	38.8	37.7	1.0	2.4
Infarto Agudo del Miocardio	25.4	29.0	21.7	1.3	1.7
Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de un Año	14.8	16.2	13.4	1.2	44.5
Diabetes Mellitus	13.7	11.5	15.9	0.7	1.0
Otras Enfermedades Isquémicas del Corazón	14.7	16.0	13.4	1.2	0.5
Enf. de la Circulación Pulmonar y Otras Formas de Enf. del Corazón	2.3	2.5	2.1	1.2	0.3
Neumonía	12.6	13.6	11.6	1.2	3.9
Anomalías Congénitas	4786.2	438.4	373.3	1.2	289.4

APMP/Años Perdido por Muerte Prematura

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias. Dirección Nacional de Políticas. MINSA. Año: 1998

Durante los años 2002 y 2003, son la causas externas las que reportan el mayor número de APMP, con 176.3 y 190.8 años por 10,000 habitantes, respectivamente; a esta le siguen ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en el 2002 con 111.9 años y los tumores malignos en el 2003 con 87.7 años por 10,000 habitantes. En general, y al excluir las afecciones del periodo perinatal, puede decirse que las causas externas, los tumores malignos y malformaciones congénitas concentran el mayor número de APMP. No deja de ser importante la mención de la mortalidad por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) como una causa importante de pérdida de cerca de 50 años por

10,000 habitantes durante los años 2002 y 2003. También es válido destacar que los APMP por las Enfermedades Isquémicas del Corazón fueron 2 veces mayor en el 2003 con respecto al 2002 (Gráfica N° 55).



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud. MINSA. Año: 2005.

## **6.2 La Morbilidad Y La Mortalidad**

El análisis de la situación de salud de población pasa por conocer el comportamiento de los daños a la salud, que se expresan en la valoración de la enfermedad y la muerte. Estas variables y principalmente la mortalidad, permiten identificar diferencias geográfico – poblacionales y establecer algunas relaciones de riesgo, así como el comportamiento y tendencias temporo espaciales que permiten orientar que el quehacer en salud, a partir de las prioridades que se definan por los actores sociales, en el proceso de reconocimiento integral de la condición de salud – enfermedad de la población panameña.

Los cambios progresivos en la estructura de la población plantean grandes retos para el sistema nacional de salud sobre todo por el incremento en la población mayor de 65 años, que trae consigo el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias de una población en proceso de envejecimiento.

Esta situación, además, se ve agravada por la iniquidad del desarrollo social y económico que se evidencia por la persistencia de una amplia brecha social, expresada en el comportamiento geográfico poblacional de los indicadores demográficos, en la expectativa de vida, en el índice de desarrollo humano y en el comportamiento de algunos riesgos y patologías prevenibles que están afectando a la población panameña.

Se suman a esto, los cambios en el perfil epidemiológico de la población, que evidencia un incremento en las causas de muertes por enfermedades crónicas y degenerativas principalmente de las crónicas no transmisibles; con un perfil de morbilidad en el que coinciden las enfermedades transmisibles endémicas en Panamá, así como las emergentes y reemergentes como el dengue, la malaria, tuberculosis, hantaaan virus y el SIDA, entre otras; y las no transmisibles tal es el caso de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón y el cáncer, por mencionar algunas. Estos problemas se incrementan dada las prevalencia creciente de la obesidad, las dislipidemias y otras patologías vinculadas a la malnutrición.

De igual forma, la población se ve afectada por patologías de carácter social como las farmacodependencias, entre las que se cuentan el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas ilegales; y la desnutrición, por mencionar algunas.

Cada vez más los problemas relativos a la salud mental ocupan un espacio importante, entre los ya múltiples problemas de salud que afectan a los panameños y panameñas. La depresión, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y de ansiedad se han constituido en las patologías psiquiátricas más prevalentes en el país.

La tasa de mortalidad general, para 2003 fue de 4.3 muertes por 1,000 habitantes, cerca de la mitad de la tasa registrada en 1960. La tasa de mortalidad para la población masculina fue de 4.9 muertes por 1,000 habitantes y la de la población femenina de 3.6 muertes por 1,000 habitantes (Cuadro N° 5). Las cinco primeras causas de muerte en la República fueron, en orden descendente, fueron los Tumores Malignos, los Accidentes, Suicidios y Homicidios y Otras, las Enfermedades Cerebrovasculares, las Enfermedades Isquémicas del Corazón y la Diabetes Mellitus, las cuales representan el 54.6% de todas las muertes ocurridas en el país durante el 2003. (Cuadros N° 7 y N° 84)

Para el 2002, se reportó un subregistro en la mortalidad que alcanzó el 21.5%, con un rango porcentual entre el 78.9% y el 6.5%, el máximo valor se registró en la Comarca Emberá y el mínimo en la provincia de Panamá. La comarca Ngobe Buglé tuvo un Subregistro del 70.8% y Darién de 53.7%. En el 2003, se presentó una disminución de 4.8 puntos porcentuales (16.7%), en el subregistro de mortalidad. Las comarcas Emberá y Ngobe Buglé presentaron el mayor porcentaje de Subregistro con 75.4% y 53.4%, respectivamente; en tanto que Bocas del Toro, Panamá, Colón y Kuna Yala registraron porcentajes inferiores al 10%.

Por otro lado, las defunciones con causas mal definidas representaron el 2.5% y el 3.5% de las muertes en los años 2002 y 2003, respectivamente. Para el 2003 el rango estuvo entre 0.7% y 35.3%. Las Comarcas Emberá y Kuna Yala reportaron los mayores porcentajes de defunciones con causas mal definidas, 35.3% y 22.1%, respectivamente. En el extremo opuesto se ubicaron las Provincias de Bocas del Toro, Chiriquí y Panamá con cifras iguales o menores al 1%.

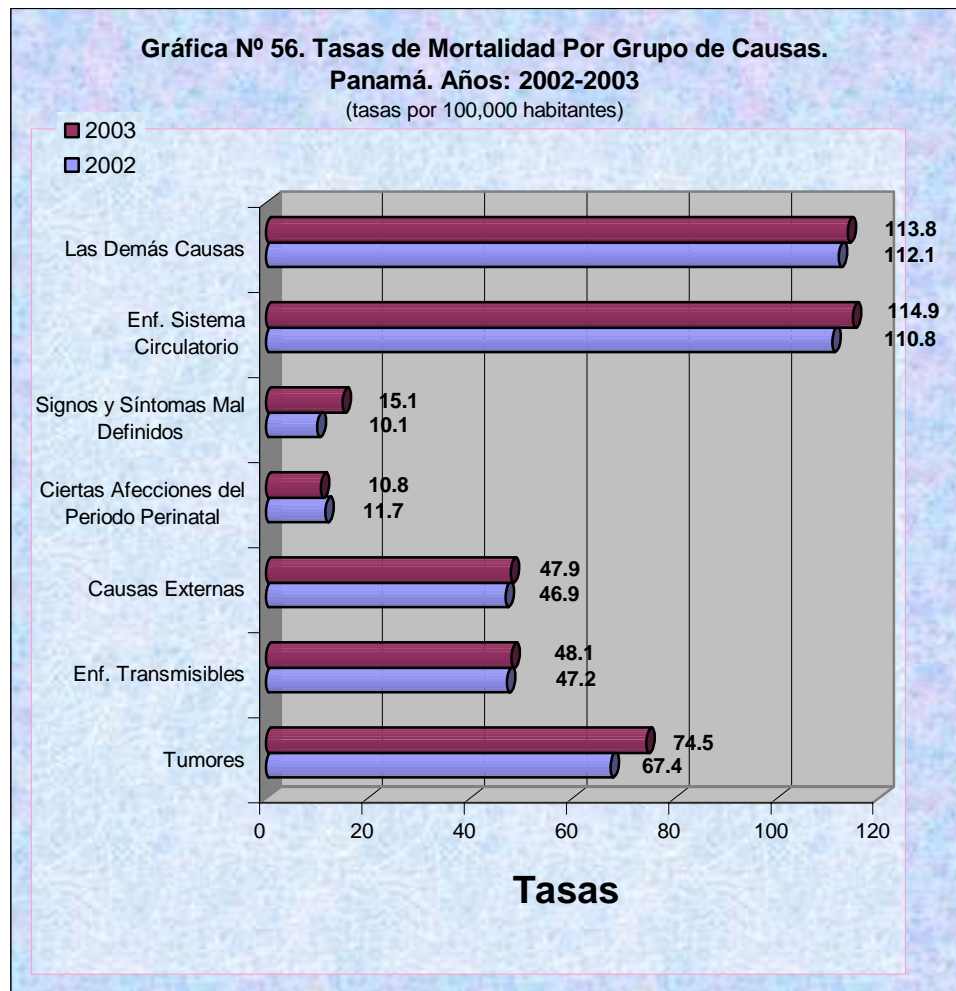
Cuadro N° 84. Principales Causas de Mortalidad, Razón Proporcional y Tasa de Mortalidad. Panamá. Año: 2003

Causa de Muerte	N°	%
Total	13248	100.0
1. Tumores Malignos	2239	16.9
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	11.3
3. Enfermedad Cerebro vascular	1391	10.5
4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	10.0
5. Diabetes Mellitus	784	5.9
6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	534	4.0
7. Otras Enfermedades del Corazón	510	3.8
8. Enfermedad del VIH	424	3.2
9. Neumonía	377	2.8
10. Malformaciones congénita, deformidades y anomalías cromosómicas	358	2.7
11. Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo perinatal	338	2.6
Todas la demás causas	3482	26.3

Causas de Muerte	N°	Tasa
Total	13248	425.1
1. Tumores Malignos	2239	71.8
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	47.9
3. Enfermedad Cerebro vascular	1391	44.6
4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	42.3
5. Diabetes Mellitus	784	25.2
6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	534	17.1
7. Otras enfermedades del corazón	510	16.4
8. Enf. Por Virus Inmunodeficiencia Humana	424	13.6
9. Neumonía	377	12.1
10. . Malformaciones congénita, deformidades y anomalías cromosómicas	358	11.5
11. Demás causas	3820	122.6

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:2004

Al considerar todas las muertes de los años 2002 y 2003 y analizarlas con base a la Lista Especial de Mortalidad de 6/67 Grupos de Causas (CIE – X), la mayor tasa de mortalidad se reportó en el grupo de Enfermedades del Sistema Circulatorio. Las enfermedades transmisibles y las causas externas han ocupado el III lugar, con variaciones en su posición en estos años. Por otro lado, preocupa la persistencia de tasas superiores a 10 defunciones por 100,000 habitantes cuya causa de muerte son los signos y síntomas mal definidos. (Gráfica N° 56).



**a. La Mortalidad Y Morbilidad Por Grupo De Edad**

La tasa de mortalidad general ha mostrado un comportamiento descendente hasta el año el año 1980, pues a partir de allí se ha mantenido alrededor de 4 defunciones por 100,000 habitantes, siendo el descenso de la mortalidad infantil uno de los factores que más impacto ha tenido en el descenso de la mortalidad general. La comparación de esta tasa, para los años 1970-2003 reflejó un descenso porcentual del 48.8%, sin embargo para la mortalidad infantil este descenso alcanzo un 62.5%, dado que las tasas fueron de 4046.0 muertes por 100,000 nacidos vivos y de 1520 muertes por 100,000 nacidos vivos para los años 1970 y 2003, respectivamente. A través del tiempo las tasas de mortalidad en la población de 60 años y más han ido incrementando su relación con respecto a la mortalidad infantil, siendo para 1970 de 1:1 y para el 2003 de 2:1. (Cuadro N° 85)

**Cuadro N° 85. Mortalidad Por Grupo De Edad. República De Panamá.**  
**Años: 1970-1980-1990-2000-2003**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Edad (años)	Años									
	1970		1980		1990		2000		2003	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	10225	712.8	7959	410.5	9799	408.7	11841	414.6	13,248	424.5
> 1	2156	4046.0	1144	2174.0	1133	1891.0	1081	1670.0	940	1520.0
1-4	1417	762.9	515	164.2	323	134.9	354	146.6	345	126.7
5-9	377	174.2	158	54.2	108	50.8	132	43.9	133	41.4
10-14	173	99.2	107	45.1	109	41.3	103	35.3	104	34.1
15-19	223	152.9	195	99.4	213	82.5	216	79.5	241	82.6
20-29	450	197.3	406	131.7	582	130.7	636	126.0	660	122.7
30-49	974	358.9	856	233.1	1087	204.3	1483	199.0	1584	191.3
50-59	816	962.8	725	629.4	777	546.1	983	470.3	1134	487.2
60 y más	3614	4453.5	3834	3480.1	5467	3143.8	6794	2938.6	8046	3078.3
N. Esp.							59	...	61	...

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

### 1. La Mortalidad Infantil, Neonatal, Posneonatal Y Perinatal

Durante el periodo 80-2003 se observa un descenso gradual de la mortalidad infantil, con un ligero incremento en el año 2003, con respecto al 2002; para un descenso porcentual del 32.5% en la tasa de mortalidad neonatal y del 25.3% en la de mortalidad posneonatal. La tasa de mortalidad infantil ha oscilado entre 21.7 y 15.2 defunciones por 1000 nacidos vivos, en tanto que la mortalidad neonatal y la posneonatal han registrado un rango entre 12.0 y 9.1 defunciones por 1000 nacidos vivos y 9.5 y 7.1 muertes por 1000 nacidos vivos, respectivamente.

#### 1.1 Mortalidad Infantil

A lo largo del desarrollo de la Salud Pública y de los Sistemas de Salud, la mortalidad infantil se ha constituido en un indicador ampliamente utilizado, toda vez que permite una aproximación a las condiciones socioeconómicas de la población, entre las cuales se cuentan las condiciones de acceso a los servicios de salud y a las políticas de salud, tales como la ampliación de la cobertura de los programas materno - infantil, de saneamiento ambiental e infraestructura básica (agua potable, alcantarillado y electrificación, por mencionar algunos), la expansión de la cobertura del sistema educativo y otros. Este indicador es utilizado, entre otras cosas para estimar el índice de desarrollo humano de

una población y para evaluar el impacto de las políticas de salud y sociales en su conjunto.

Si consideramos el periodo comprendido entre la década de los sesenta y los noventa, ésta presenta una tendencia general decreciente en nuestro país. De 56.9 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos en 1960, desciende en forma significativa para esta última década a 18.0 por cada mil nacidos vivos y a 14.4 en el 2002. Se destaca que para el 2003, la tasa de mortalidad infantil alcanza las cifras registradas para 1999. Hasta el año 1998, año a partir del que no se disponen de datos por área urbano – rural, las tasas más elevadas se registraron en los áreas rurales del país, aunque con variación importante al analizar los años 60-98, pues el descenso porcentual de su prevalencia rural fue de 69.0% (de 59.3 a 18.4 muertes por 1,000 N.V) (Cuadros N° 85 y 86)

En general las muertes de los menores de un año son causadas por factores relativos al embarazo y parto, tal es el caso de los nacimiento prematuros y las malformaciones congénitas; así como por enfermedades infecciosas y desnutrición. Cuadro N° 88)

Durante los años 60, 70, 80, 90, 2000 y 2003, la provincia de Bocas del Toro registró tasas superiores a la nacional. Más específicamente puede decirse que, las provincias que reportaron tasas superiores a la tasa nacional fueron: en 1960 Colón, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé y Veraguas; en 1970 a las antes mencionadas se suma; en 1980 Bocas del Toro, Chiriquí, Herrera y Coclé; en 1990 Bocas del Toro, Kuna Yala, Colón y Coclé; en el 2000 Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Kuna Yala; y en el 2003 Bocas del Toro, Darién y Kuna Yala las cuales presentan tasas superiores registradas para el país en 1980. (Cuadro N° 86)



**Cuadro Nº 86. Tasa De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia.  
República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-2000-2003  
(tasas por 1,000 nacidos vivos)**

Año	Total	Area		Provincias									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1960	56.9	53.1	59.3	70.6	59.04	81.4	61.6	56.3	45.0	49.6	47.7	62.4	-
1970	40.5	29.8	48.8	52.0	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	30.2	33.7	47.3	-
1980	21.7	19.4	23.9	37.3	26.3	20.5	26.0	12.4	23.2	14.2	19.7	16.8	-
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.6	10.6	9.0	17.1	16.5	32.6
2000	16.7	ND	ND	27.2	15.5	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	27.3
2003	15.2	ND	ND	37.6	14.9	13.5	15.2	29.2	11.3	10.4	12.5	10.8	20.5

ND: A partir de 1999 no se reportan estas cifras según área.

Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2000

Según cifras del 2003, a nivel provincial, la tasa de mortalidad infantil más alta la ostenta la provincia de Bocas del Toro (37.6 muertes por mil nacidos vivos) cuyos menores de un año tienen un riesgo 2.5 veces mayor que la tasa nacional y 3.6 veces mayor que los menores de un año de las provincias de Los Santos y Veraguas. La provincia de Darién y la Comarca Kuna Yala (con tasas de 29.2 y 20.5 por mil nacidos vivos) presentaron un riesgo de morir en los menores de un año 1.9 y 1.3 veces mayor que el promedio nacional, respectivamente; de igual forma tienen un riesgo 2.8 y 1.9 veces mayor que las provincias de Los Santos y Veraguas. (Cuadro Nº 87, Mapa Nº 26). Se destaca que las esperanzas de vida más bajas se consignan para la población de Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala, y que estas presentaron los indicadores más deficientes de saneamiento básico (dotación de agua potable, disposición sanitaria de excretas y basura), mismos que se constituyen en factores de riesgo para la transmisión de enfermedades en el menor de un año. De igual forma, se concentra en ellas un elevado porcentaje de la población indígena cuyas costumbres y tradiciones favorecen la prevalencia de enfermedades respiratorias en el menor de un año.

Una mirada por Distrito permite identificar al Distrito de Balboa como el de mayor tasa de mortalidad infantil (38 – 43.5 defunciones por 1,000 nacidos vivos), seguido de Pinogana, Changuinola, Pocrí y Mironó con tasas ubicadas en el rango de 32.6 – 37.9 defunciones en menores de un año por 1,000 nacidos vivos. (Mapa Nº 27)

**Cuadro Nº 87. Tasas De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia.  
República De Panamá. Años: 1984-2003  
(tasas por 1,000 nacidos vivos)**

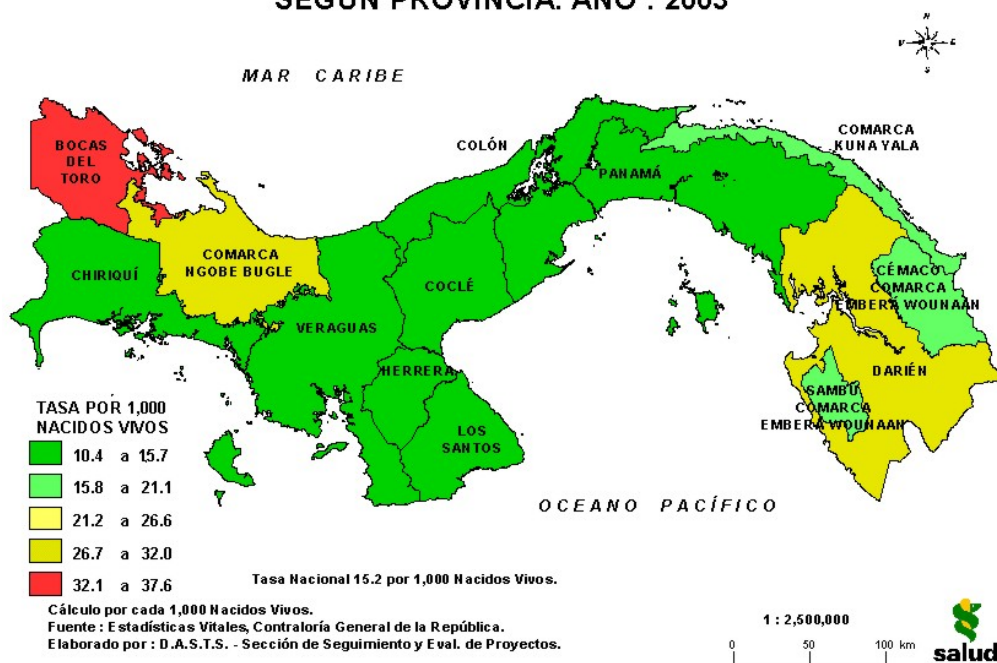
Año	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1984	20.0	19.7	20.3	26.0	19.5	27.0	21.2	18.7	14.3	17.9	18.2	20.1	24.0
1985	21.8	20.5	23.0	36.4	23.9	24.4	21.7	21.1	16.7	21.6	19.3	23.6	16.3
1986	19.4	18.1	20.5	33.7	23.2	22.8	21.1	26.9	14.0	17.6	16.4	17.0	15.3
1987	19.4	19.4	19.5	27.3	23.2	15.7	21.0	18.4	18.6	10.7	18.7	18.5	21.2
1988	18.6	18.9	18.4	31.2	19.6	15.1	20.4	18.7	12.3	7.8	18.0	16.7	25.8
1989	17.7	17.6	17.9	26.4	18.7	19.8	19.9	16.8	12.0	11.5	16.4	12.5	34.3
1990	18.9	17.9	19.7	33.9	20.3	25.5	17.6	17.8	10.6	9.0	17.1	16.5	32.6
1991	18.0	19.3	16.9	24.8	18.6	25.5	18.3	21.1	16.2	6.2	17.9	9.5	18.5
1992	17.2	18.8	15.7	17.9	19.7	21.9	15.9	15.7	11.9	10.5	17.4	16.3	16.4
1993	19.2	20.1	18.2	31.6	16.5	23.1	16.8	26.8	15.0	11.0	19.7	12.8	23.5
1994	18.0	18.0	18.0	28.3	16.7	25.0	18.9	14.9	9.9	10.3	17.1	14.0	30.1
1995	16.6	17.9	15.4	27.0	17.1	15.0	14.4	26.5	11.8	10.3	16.9	15.5	14.9
1996	16.1	16.0	16.2	20.8	14.1	18.5	17.4	21.1	14.9	14.0	15.3	12.1	32.7
1997	17.2	14.7	19.9	26.0	16.9	19.3	20.0	25.5	11.1	13.7	15.2	14.0	29.0
1998	16.8	15.2	18.4	32.2	15.8	13.9	18.0	18.2	11.9	8.6	16.8	8.8	26.2
1999	15.6	ND	ND	23.7	11.4	15.1	17.1	22.6	14.8	13.9	14.8	12.2	27.5
2000	16.7			27.2	15.5	16.8	18.6	32.4	11.5	14.7	14.9	13.1	27.3
2001	16.5			32.6	14.4	19.4	20.6	24.0	10.2	11.3	13.2	10.6	29.0
2002	14.4			28.2	10.9	14.2	17.7	21.1	11.3	8.0	12.4	8.6	25.0
2003	15.2			37.6	14.9	13.5	15.2	30.5	11.3	10.4	12.5	10.8	20.5

ND: A partir de 1999 no se reportan estas cifras según área.

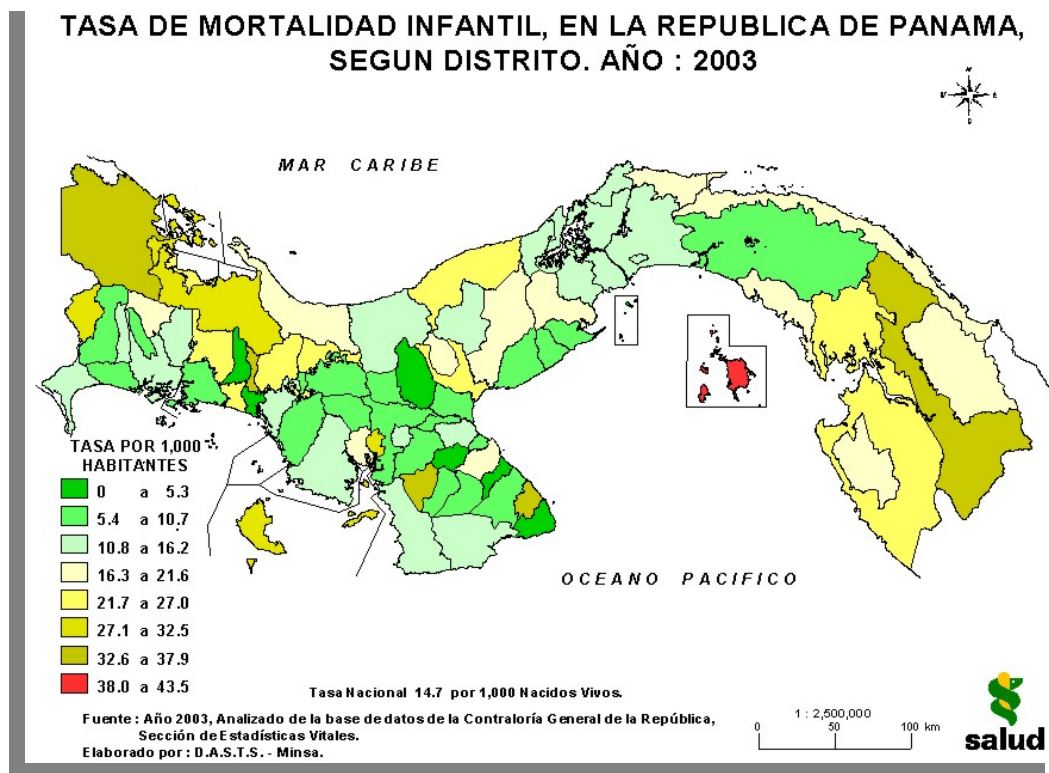
Fuente: Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 2000

Mapa Nº 26

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ,  
SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003**



Mapa N° 27



El análisis de las cinco principales causas de muerte, en la estructura de la mortalidad infantil, indica que en los años 60 y 70 prevalecían, las enfermedades infectocontagiosas, (las prevenibles por vacuna, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias) con proporción alrededor del 60.0% de las muertes, respectivamente; en los años 80 y 90 se observa como parte del proceso de transición epidemiológica el incremento de las causas endógenas, con el 76.3% y el 84.7% de las muertes, respectivamente . Para el año 2000 y 2003, persisten la neumonía y las Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, entre las 5 principales causas de muerte del menor de un año. (Cuadro N° 88)

En el 2003 aparecen los accidentes, lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias como la tercera causa de muerte en este grupo de edad, con un total de 55 defunciones para una razón de mortalidad proporcional del 6% y una tasa de mortalidad de 8.9 defunciones por 10,000 nacidos vivos, siendo que uno de cada 17 muertos con menos de un año de edad,

**Cuadro Nº 88. Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año.  
República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90, 2000 y 2003  
(tasas por 10,000 nacidos vivos)**

1960			1970		
Causa de Muerte	Nº	Tasa	Causa de Muerte	Nº	Tasa
<b>Total</b>	<b>2345</b>	<b>568.4</b>	<b>Total</b>	<b>2156</b>	<b>404.6</b>
1. Enfermedades Propias de la Primera Infancia	562	136.2	1. Enteritis y otras Enf. Diarréicas	272	51.0
2. Gastritis, Duodenitis, Enteritis y Colitis, Salvo Diarrea del R.N	438	106.2	2. Tétanos	150	28.1
3. Bronquitis	185	44.8	3. Neumonía	254	47.7
4. Tétanos	178	43.1	4. Lesiones al Nacer, Partos Distócicos y Otras Afecciones Anóxicas e Hipóxicas del Menor de un Año	218	40.9
5. Neumonía	158	38.3	5. Anomalías Congénitas	115	21.6
6. Tos ferina	62	15.0	6. Bronquitis, Enfisema y Asma	75	14.0
7. Sarampión	20	4.8	7. Sarampión	38	7.1
8. Accidentes y Homicidios	21	5.1	8. Influenza	34	6.4
9. Demás Causas	721	174.8	9. Demás causas	1000	187.7
1980			1990		
Causa de Muerte	Nº	Tasa	Causa de Muerte	Nº	Tasa
<b>Total</b>	<b>1144</b>	<b>217.4</b>	<b>Total</b>	<b>1133</b>	<b>189.1</b>
1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	490	93.1	1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	550	91.8
2. Anomalías Congénitas	131	24.9	2. Anomalías Congénitas	201	33.6
3. Infección Intestinal Mal Definida	83	15.8	3. Infección Intestinal Mal Definida	60	10.0
4. Neumonía	77	14.6	4. Deficiencias de la Nutrición	35	5.8
5. Tosferina	33	6.2	5. Neumonía	42	7.0
6. Bronquitis, Enfisema y Asma	29	5.5	6. Sarampión	15	2.5
7. Meningitis	28	5.3	7. Meningitis	15	2.5
8. Demás Causas	273	51.9	8. Demás causas	215	35.9
2000			2003		
Causa de Muerte	Nº	Tasa	Causa de Muerte	Nº	Tasa
<b>Total</b>	<b>1081</b>	<b>166.7</b>	<b>Total</b>	<b>940</b>	<b>152.2</b>
1. Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal	463	71.4	1. Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal	338	50.0
2. Malformaciones Congénitas, deformidades y Anomalías cromosómicas	291	44.9	2. Malformaciones Congénitas, deformidades y Anomalías cromosómicas	269	43.6
3. Desnutrición	54	8.3	3. Accidentes, Lesiones Autoinflingidas, agresiones y otras violencias	55	8.9
4. Neumonía	51	7.9	4. Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	50	8.1
5. Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso.	46	7.1	5. Neumonía	49	7.9
6. Demás causas	176	27.1	6. Desnutrición	34	5.5
			7. Demás causas	145	23.5

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

falleció por esta causa. Cerca de 4 de cada 6 defunciones (64.6%) se relacionó con causas endógenas, identificándose, entre ellas las muerte ocasionadas por ciertas afecciones

originadas en el menor de un año, denominación que incluye a las enfermedades de la madre que afectan al recién nacido, complicaciones obstétricas, crecimiento lento, desnutrición e inmadurez, traumatismos del nacimiento e hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del recién nacido, por mencionar algunas; esta última representa entre el 30 y 50% de las muertes de esta categoría. Además se ubican las anomalías congénitas, denominación que incluye, entre otras, la espina bífida e hidrocefalia, Labio Leporino y Fisura del Paladar y Labio y Anomalías Congénitas del Corazón y Aparato Circulatorio, esta última responsable de entre el 34% y 45% de las muertes ocurridas y tipificadas en esta categoría. (Cuadros N° 88)

A partir del año 1990, aparecen las deficiencias nutricionales entre las principales causas de muerte en los menores de un año, con un incremento porcentual del 43.1% al comparar las tasas alcanzadas en 1990 con respecto a las del 2000. En el 2003, se reportó una tasa similar a la del 2000 (5.5 defunciones por 10,000 nacidos vivos). Sin embargo, en 1990 una de cada 32 defunciones ocurrieron por desnutrición, en tanto que en el 2003 esta relación fue de 1 en 28 muertes. (Cuadro N° 88)

En general, la tasa de mortalidad infantil es más elevada en hombres que en mujeres, a excepción de las defunciones causadas por neumonía. (Cuadro N° 89).

**Cuadro N° 89. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En Los Menores De Un Año Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003**  
(tasas por 10,000 nacidos vivos)

Causas	Menores de 1 año					
	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>940</b>	<b>152.2</b>	<b>524</b>	<b>165.3</b>	<b>416</b>	<b>138.4</b>
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	338	50.0	196	61.8	142	47.2
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.	269	43.6	154	48.6	115	38.3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	50	8.1	26	8.2	24	8.0
Neumonía	49	8.1	23	7.3	26	8.6
Desnutrición	34	7.9	18	5.7	16	5.3
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias	55	8.9	31	9.8	24	8.0
Las demás causas	145	23.5	76	24.0	69	23.0

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

Como se describe en párrafos anteriores, son las causas endógenas las principales causas de muerte en este grupo de edad, ello implica la necesidad de desarrollar

estrategias orientadas a mejorar el acceso, frecuencia y calidad de intervenciones relativas al control prenatal y a la consejería.

### **1.2 Mortalidad Neonatal y Posneonatal**

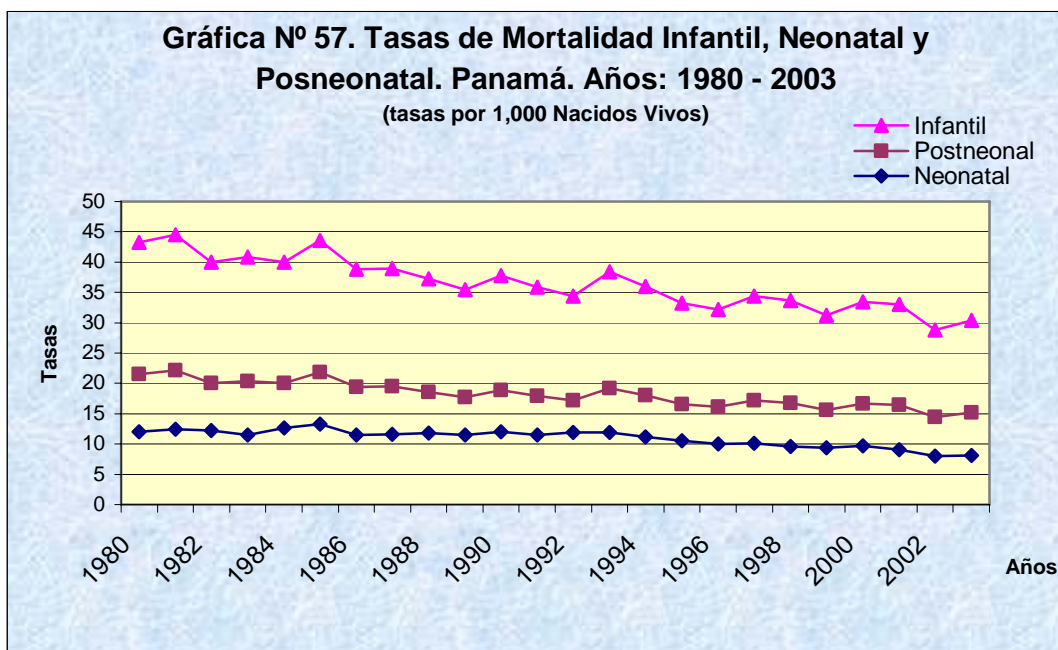
Un análisis del comportamiento de los últimos 23 años (1980-2003) de la mortalidad neonatal y post neonatal permite enunciar lo siguiente:

- La mortalidad neonatal (menos de 28 días de nacido) ha presentado un comportamiento descendente con tasas cuyo rango ha oscilado entre 8.1 y 13.3 defunciones por 1,000 habitantes, ubicándose las tasas más elevadas en el año 1985. Durante el periodo ocurrió un descenso porcentual del 32.5%, siendo el riesgo de morir de los neonatos 1.5 veces mayor en 1980 que en el 2003. (Cuadro N° 90, Gráfica N° 57). Para el año 2003, la mortalidad neonatal precoz fue de 5.9 y la neonatal tardía de 2.1 defunciones por 1000 nacidos vivos.
- La mortalidad posneonatal (28 días a 11 meses) también ha presentado un comportamiento descendente para un descenso porcentual de 25.3% durante el periodo. El rango de esta tasa fue de 9.7 a 5.3 defunciones por 1,000 habitantes, con la tasa más alta en 1981 y la más baja en 1992. El riesgo de morir durante el periodo posneonatal fue 1.3 veces mayor en 1980 que en el 2003. (Cuadro N° 90, Gráfica N° 57).

Para el año 2003, la mortalidad neonatal presentó las tasas más elevadas en la provincia de Darién (excluidas las comarcas Emberá Waunana en Cemáco y Sambú) y la provincia de Chiriquí. (Mapa N° 28). Por otro lado, se identificó a la provincia de Bocas del Toro y a la Comarca Kuna Yala, registraron las tasas más elevadas de mortalidad posneonatal; en tanto que Herrera y Los Santos reportaron las más baja. El primer grupo de provincias, presentó cifras cuyos rangos estuvieron entre 17.3 y 22.9 defunciones por 1,000 nacidos vivos; en tanto que para el segundo se ubicaron entre 2.2 y 4.2 defunciones por 1,000 nacidos vivos. (Mapa N° 29). En el 98, el comportamiento de las tasas de mortalidad posneonatal fue similar.

**Cuadro Nº 90. Defunciones Y Tasas De Mortalidad Infantil, Neonatal Y Posneonatal. República de Panamá. Años: 1980- 2003**  
(tasas por 1,000 nacidos vivos)

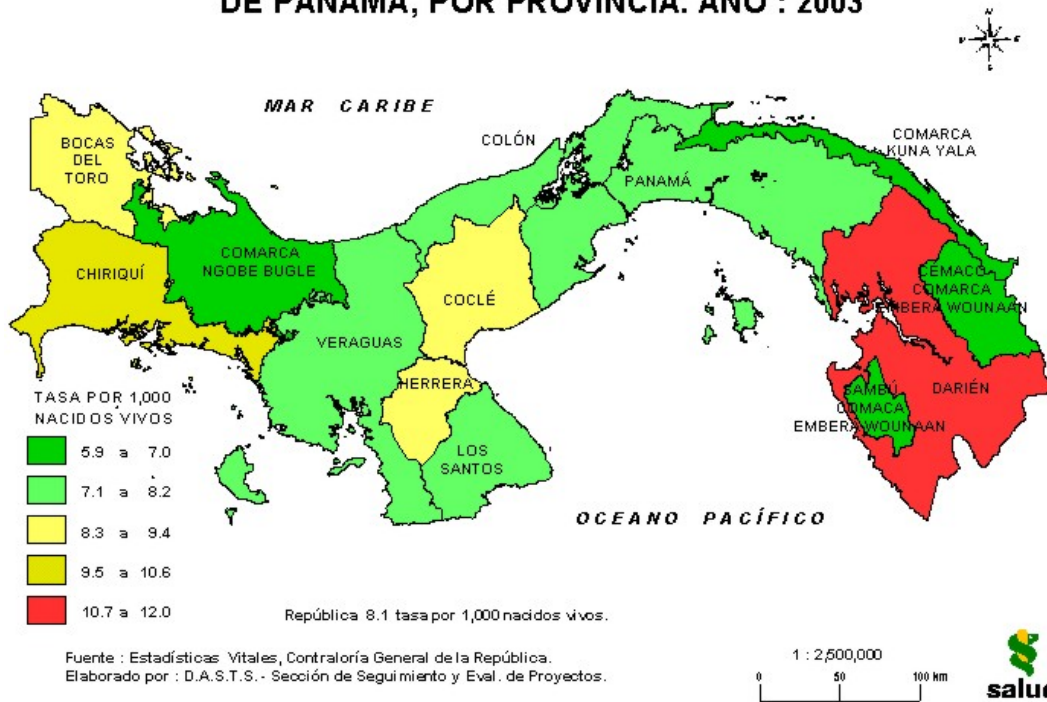
Años	Defunciones					
	Infantiles		Neonatales		Posneonatales	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
1980	1144	21.7	634	12.0	510	9.5
1981	1199	22.3	678	12.5	521	9.7
1982	1090	20.0	665	12.2	425	7.8
1983	1128	20.4	637	11.5	491	8.9
1984	1134	20.0	719	12.7	415	7.3
1985	1264	21.8	770	13.3	494	8.5
1986	1117	19.4	663	11.5	454	7.9
1987	1121	19.4	666	11.6	455	7.9
1988	1088	18.6	690	11.8	398	6.8
1989	1047	17.7	681	11.5	366	6.2
1990	1133	18.9	720	12.0	413	6.9
1991	1079	18.0	693	11.5	386	6.4
1992	1032	17.2	713	11.9	319	5.3
1993	1134	19.2	704	11.9	430	7.3
1994	1080	18.0	671	11.2	409	6.8
1995	1029	16.6	658	10.6	371	6.0
1996	1023	16.1	634	10.0	389	6.1
1997	1170	17.2	685	10.1	485	7.1
1998	1047	16.8	596	9.6	451	7.2
1999	1005	15.6	607	9.4	398	6.2
2000	1081	16.7	630	9.7	451	7.0
2001	1053	16.5	579	9.1	474	7.4
2002	885	14.4	492	8.0	393	6.4
2003	940	15.2	499	8.1	441	7.1



Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República. Año: 2004

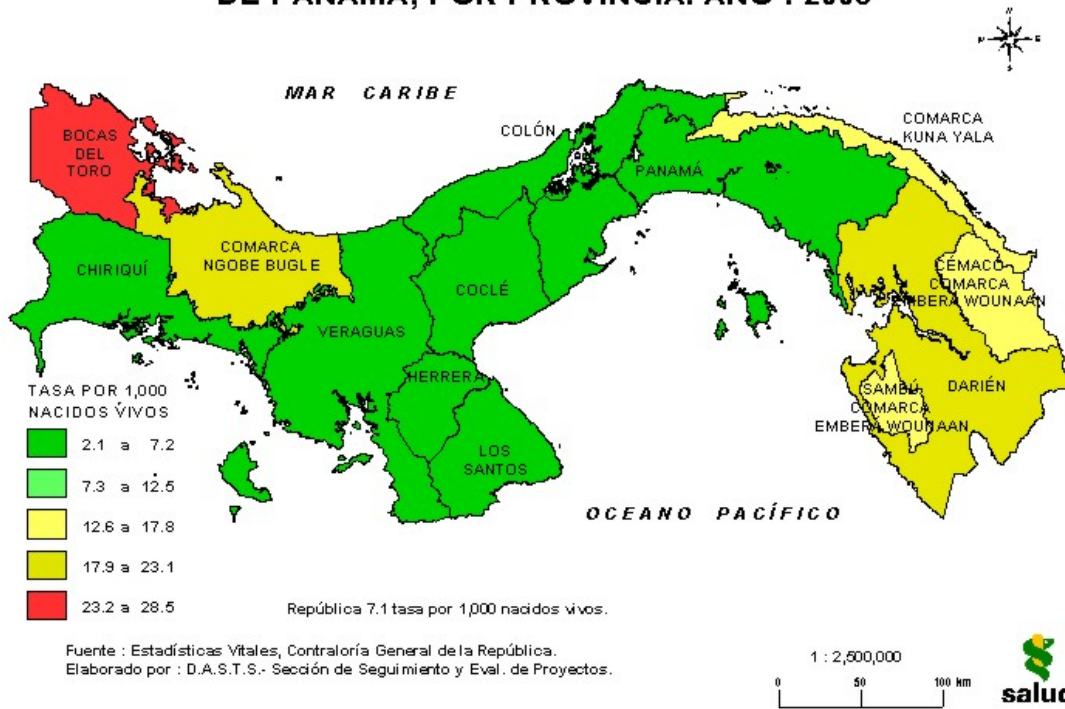
Mapa Nº 28

### TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA. AÑO : 2003



Mapa Nº 29

### TASA DE MORTALIDAD POST-NEONATAL, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA. AÑO : 2003





### **1.3 La Mortalidad Perinatal**

Durante el periodo de 1987 al 2003, la mortalidad perinatal que incluye la mortalidad fetal tardía, así como la muerte neonatal precoz, es decir la que ocurre durante los primeros siete días de nacido, ha mostrado un descenso progresivo. Para 1987 las tasas nacionales fueron de 17.5 defunciones por 1,000 embarazadas, en tanto que para el 2003 la misma alcanzó 11.9 defunciones por 1,000 embarazada, con un rango durante el periodo entre 18.1 y 11.9 defunciones por 1,000 embarazadas, registrándose el valor más elevado durante el año 1990. En 1987 el riesgo de ocurrencia de muerte en el periodo perinatal fue 1.5 veces mayor que en el 2003, con un descenso porcentual de 32% para este periodo.

Se observa además, paradójicamente, que para todos los años del 87 al 98, la tasa de mortalidad perinatal fue mayor en el área urbana que en la rural, y mayor que la tasa nacional. El riesgo de morir fue 1.2 veces mayor para las áreas urbanas, en las cuales la atención profesional del parto es mayor. Es importante determinar si esta situación refleja subregistro de información o implica deficiencias en la calidad de la atención. La provincia de Panamá ha presentado desde 1987 hasta 1998 tasas mayores al promedio nacional. En los últimos 5 años, las provincias de Chiriquí y Darién presentaron cifras superiores a la tasa nacional. La provincia de Veraguas ha sido la única del país que ha mantenido a lo largo del periodo cifras inferiores a la tasa nacional y a la rural (1987-1998). Al 2003 la provincia de Darién y la Comarca Ngobé Bugle presentaron las tasas de mortalidad perinatal más elevadas de todo el país, seguidas de la provincia de Herrera y de la Comarca Kuna Yala, con tasas ubicadas en los rangos de 19.4 – 21.9 y 16.9 – 19.3 defunciones por 1,000 embarazadas, respectivamente. (Cuadro N° 91 y Mapa N° 30)

En los últimos años, entre las principales causas de mortalidad neonatal precoz se cuentan, en orden decreciente, la Hipoxia, Asfixia y Otras Afecciones Respiratorias del Recién Nacido, la Septicemia del Recién Nacido, Crecimiento Lento, Desnutrición e Inmadurez y Traumatismo del Nacimiento, algunas de las cuales, guardan relación con el consumo de tabaco durante el embarazo.

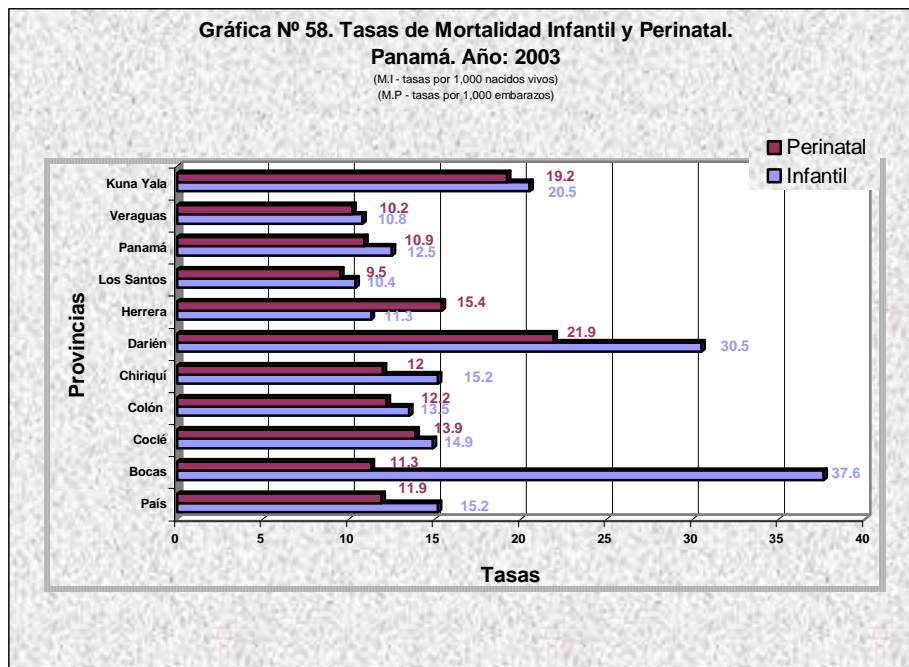
Al comparar el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil con la perinatal, por provincia, en el 2003, se observa que en Los Santos y Veraguas las cifras de ambos indicadores se aproximan; Bocas del Toro consigno la tasa de mortalidad infantil más

elevadas del país con una tasa de mortalidad perinatal inferior a la tasa nacional; Darién y Kuna Yala que registraron tasas muy elevadas de mortalidad infantil y las más altas de mortalidad perinatal. (Gráfica N° 58)

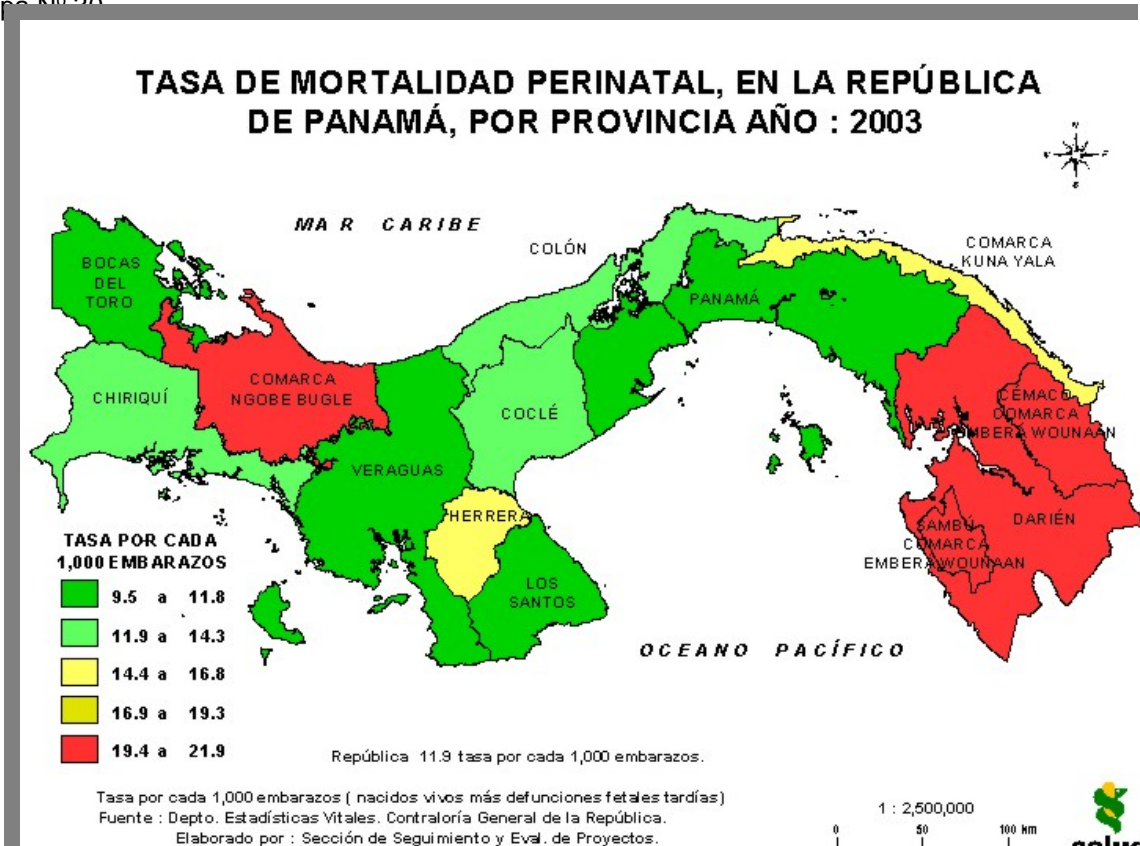
**Cuadro N° 91. Tasas De Mortalidad Perinatal Por Año Según Provincia.  
República De Panamá. Años: 1987-2003  
(tasas por 1,000 embarazos)**

Año	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
1987	17.5	19.1	16.2	11.6	23.8	14.4	17.5	13.0	16.3	12.6	18.8	16.4	12.2
1988	16.8	18.7	15.3	14.8	24.0	8.8	18.9	14.1	16.3	14.7	17.5	13.8	20.6
1989	17.3	19.8	15.1	13.5	18.9	16.1	18.1	20.1	12.8	11.5	18.7	13.3	21.8
1990	18.1	20.9	17.2	12.9	19.5	22.0	19.9	9.2	16.2	9.6	19.2	15.8	5.7
1991	16.0	18.7	13.9	9.4	19.6	17.3	17.6	17.6	15.2	10.2	17.9	7.9	7.0
1992	17.2	18.9	15.6	13.1	19.6	15.0	17.9	15.5	18.1	11.9	18.8	13.2	13.5
1993	16.9	19.8	14.1	10.6	18.4	14.2	15.1	12.9	17.2	11.0	20.0	12.9	13.7
1994	16.8	19.0	14.6	13.6	14.9	20.0	16.1	13.1	12.5	14.4	18.3	11.7	14.9
1995	15.1	16.8	13.6	13.4	17.5	14.3	12.5	18.4	18.3	20.3	15.5	14.6	13.9
1996	14.5	--	--	15.8	13.4	13.4	15.7	18.0	15.3	16.2	14.7	12.0	13.9
1997	13.5	14.1	12.7	11.1	14.2	12.4	11.1	14.1	14.6	12.3	14.3	13.7	16.6
1998	12.3	14.0	11.2	12.9	12.1	6.2	12.6	10.7	14.4	13.2	14.1	7.7	6.5
1999	13.1			13.6	9.2	7.3	14.8	17.8	15.1	15.8	13.6	12.6	14.4
2000	12.3			14.9	14.5	9.1	13.0	19.4	13.8	14.6	11.3	12.4	14.4
2001	12.8			20.5	14.1	9.8	16.1	19.9	14.7	13.5	11.1	10.5	17.8
2002	11.9			11.3	12.0	14.1	13.8	20.0	10.2	11.9	10.7	12.0	10.9
2003	11.9			11.3	13.9	12.2	12.0	21.9	15.4	9.5	10.9	10.2	19.2

1/Fuente: Contraloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales. Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 1999



Mapa N° 20



## 2. Los Niños Y Niñas De Uno A Cuatro Años

Durante el 2003 la población de 1-4 años registró una tasa de mortalidad de 126.7 muertes por 100,000 niños de 1-4 años, con un descenso porcentual del 14% con respecto a 1997 (147.1 muertes por 100,000 niños de 1-4 años), con un diferencial según sexo de 143.8 y 108.8 muertes por 100,000 habitantes para niños y niñas, respectivamente. Las principales causas de muerte, que afectaron a este grupo de población, en orden decreciente son: las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso 23.1 muertes por 100,000 niños de 1-4 años, accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias con una tasa de 21.3, las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas con una tasa de 17.6, desnutrición con 15.4, las neumonías 8.8 muertes por 100,000 habitantes, manteniéndose la misma estructura de mortalidad que para 1990, aunque con variaciones ligeras en el orden de presentación. Sólo en el caso de las malformaciones congénitas las tasas de mortalidad fueron ligeramente superiores en las niñas que en los niños. (Cuadro N° 92)

**Cuadro N° 92 . Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 1-4 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003 (tasas por 100,000 habitantes)**

Causas	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>126.7</b>	<b>200</b>	<b>143.8</b>	<b>145</b>	<b>108.8</b>
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	63	23.1	38	27.3	25	18.8
Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	58	21.3	39	28.8	19	14.3
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	48	17.6	24	17.3	24	18.0
Desnutrición	42	15.4	23	16.5	19	14.3
Neumonía	24	8.8	14	10.1	10	7.5
Demás Causas	110	40.4	62	44.6	48	36.0

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

El informe sobre indicadores de salud del 1998, reveló que 22 de cada mil nacidos vivos murieron antes de cumplir los cinco años con un rango de 12.5 a 53.6 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, en tanto que para el 2002 se consignaron 19.3 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, para un rango de 9.6 a 51.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. En el 2003 fallecieron cerca de 21 menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. Lo cual sugiere que luego de un quinquenio no han ocurrido cambios en el riesgo de morir de esta población. En el mismo sentido, el análisis diferencial por área geográfica, reveló que en 1998 en la Comarca de Kuna Yala y en Bocas del Toro, este indicador alcanza cifras de 47.7 y 53.6 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. En el 2002, las comarcas indígenas, Bocas del Toro y Darién presentaron las tasas más elevadas de muertes en menores de 5 años con un rango entre 30.7 a 51.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000, el valor mínimo lo registro la Comarca Emberá y el máximo Bocas del Toro. El comportamiento de este indicador en el 2003 fue similar al 2002, con variaciones en el rango de sus tasas 12.8 – 58.7 defunciones de menores de 5 años por cada 1000. (Cuadro N° 93)

**Cuadro N° 93 .Tasa de Mortalidad En Menores de Cinco Años Según  
Provincia. Panamá. Años: 1998 – 2002 y 2003.**  
(tasas por 1,000 nacidos vivos)

Provincia	Años		
	1998	2002	2003
<b>Total</b>	<b>22.4</b>	<b>19.3</b>	<b>20.8</b>
Bocas del Toro	53.6	50.1	58.7
Coclé	20.4	14.9	18.4
Colón	18.7	17.6	19.2
Chiriquí	24.1	20.9	19.1
Darién	29.8	30.7	35.1
Herrera	16.1	13.3	17.1
Los Santos	12.5	9.6	12.8
Panamá	19.9	14.8	15.5
Veraguas	13.4	13.3	13.2
Comarca Kuna Yala	47.7	42.0	38.0
Comarca Emberá		37.2	32.9
Comarco Ngobé Buglé		51.7	55.4

Fuente: Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales.  
Año: 2003

### 3. Los Escolares Y Adolescentes De Cinco A Catorce Años

Durante el periodo de 1991 – 2001 la población de 5-9 años presento una disminución porcentual del 17.0% en el riesgo de morir, con tasas de 47.2 y 39.1 defunciones de escolares entre 5 y 9 años por 100,000 habitantes, respectivamente. Por su parte durante el mismo periodo, la población de 10-14 años tuvo una tasa de 45.5 y 35.4 defunciones de escolares entre 10 – 14 años por 100,000 habitantes, respectivamente para un descenso porcentual del 22%.

En el 2002 la población de 5-14 años 31.4 defunciones por 100,000 habitantes y en el 2003 el riesgo de morir fue 38 defunciones por cada 100,000 habitantes siendo mayor en la población masculina, reportándose entre las principales causas de muerte las causas externas, cuya tasa es 2.5 veces mayor en hombres que en mujeres. Como segunda causa de muerte, en este grupo, se consiguieron las enfermedades del sistema nervioso con una tasa de 7.2 defunciones en población de 5-14 años por 100,000, duplicándose el riesgo de morir en los chicos con respecto a las chicas. Las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas y las enfermedades del sistema respiratorio afectaron más a la población femenina, teniendo estas 6.5 veces más riesgo de morir por las enfermedades respiratorias que los chicos. (Cuadro N° 94)

**Cuadro N° 94. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 5-14 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>37.8</b>	<b>127</b>	<b>39.7</b>	<b>110</b>	<b>35.9</b>
Causas externas	70	11.2	49	15.3	21	6.8
Enfermedades del sistema nervioso	34	5.4	23	7.2	11	3.6
Tumores malignos	26	4.2	16	5.0	10	3.3
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	24	3.8	9	2.8	15	4.9
Enfermedades del sistema respiratorio	14	2.2	2	0.6	12	3.9
Demás Causas	69	11.0	28	8.8	41	13.4

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

#### 4. Los Adolescentes De Quince A Diecinueve Años

El grupo de 15 a 19 años ha presentado un descenso progresivo en sus tasas generales de mortalidad, pues en 1960 la misma fue de 145.5, en 1997 de 81.1 y en el 2003 de 82.6 defunciones de persona entre 15 y 19 años por 100,000 habitantes, lo que ha significado un descenso porcentual de 43%, es decir que el riesgo disminuyó 1.8 veces. El riesgo de morir fue 2 veces mayor en los chicos que en las chicas. (Cuadro N° 95)

Entre las principales causas de muerte, para el 2003, se cuentan las muertes por causas externas - accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias – y los tumores malignos con tasas de 46.3 y 8.6 defunciones de personas con 15-19 años por 10,000 habitantes. En general, los chicos presentaron las tasas más elevadas entre las 6 principales causas de mortalidad; en el caso particular de las causas externas el riesgo de morir de los chicos fue 3.5 veces mayor que para las chicas; en tanto que por cada chica que falleció a causa de un tumor maligno, fallecieron 2 chicos. (Cuadro N° 95)

**Cuadro Nº 95. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 15-19 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>82.6</b>	<b>164</b>	<b>110.4</b>	<b>77</b>	<b>53.8</b>
Causas externas	135	46.3	106	71.3	29	20.3
Tumores malignos	25	8.6	17	11.4	8	5.6
Enfermedades del sistema nervioso	13	4.5	7	4.7	6	4.2
Enfermedades del sistema circulatorio	13	4.5	7	4.7	6	4.2
Enfermedades del sistema respiratorio	11	3.8	7	4.7	4	2.8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosomitas.	11	3.8	9	6.1	2	1.4
Demás Causas	33	11.3	11	7.4	22	15.4

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

### 5. Los Adultos De Veinte A Cincuenta Y Nueve Años

Durante el periodo 60-90 ha ocurrido un descenso porcentual del 47% siendo su tasa de 41.1 y 21.9 muertes por 10,000 habitantes, respectivamente. Sin embargo, habría que resaltar el ligero incremento porcentual (6%) que se presentó al comparar las cifras 90-97, toda vez que para este año la tasa fue de 23.2 muertes por 10,000 habitantes. Ya para los años 2002 y 2003 esta tasa se mantiene estable toda vez, que para ambos años, cerca de 21 de cada 10,000 habitantes de 20-59 años fallecen.

Tanto en 1997 como en el 2003, las Causas Externas fueron la principal causa de muerte con 69 y 57.9 defunciones por 100,000 habitantes, respectivamente. Los Tumores Malignos ocuparon el segundo lugar, con tasas de 37 y 39.5 defunciones por 100,000 habitantes. En el primer caso, se da un descenso porcentual de 16.1% en tanto que en el segundo el mismo fue de 6.8%. Mientras que en 1997 la tercera causa de muerte, en este grupo de edad, fueron las Enfermedades del Aparato Circulatorio con 37.0 muertes por 100,000 habitantes, en el 2003 esta posición fue ocupada por Enfermedades por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) donde 23 de cada 100,000 personas de 20-59 fallecieron por esta causa.

Es de hacer notar, que en el 2003, las defunciones por VIH fueron dos veces mayor que las ocurridas por enfermedades isquémicas del corazón y 2.5 veces mayor que las causadas por las enfermedades cerebro vasculares. El riesgo de morir por VIH fue, también, dos veces mayor en el primer caso y 2.6 veces mayor en el segundo.

Los hombres presentaron un riesgo de morir cerca de 2 veces mayor que las mujeres, situación que alcanza mayor magnitud en el análisis diferencial por causa, pues el riesgo de morir por causas externas es 7 veces mayor en los hombres y por VIH es 2.8 veces mayor. Por cada 3 varones que fallecen por enfermedades isquémicas del corazón muere una mujer, en tanto que 1.6 hombres mueren por cada mujer que fallece por enfermedad cerebro vascular. A esta edad, las mujeres tienen 1.3 veces más riesgo de morir por tumores malignos que los hombres. (Cuadro N° 96)

**Cuadro N° 96. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 20-59 Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003 (tasas por 100,000 habitantes)**

Causas	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>3378</b>	<b>211.3</b>	<b>2237</b>	<b>278.2</b>	<b>1141</b>	<b>143.6</b>
Causas externas	925	57.9	812	101.0	113	14.2
Tumores malignos	631	39.5	272	33.8	359	45.2
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	372	23.3	274	34.1	98	12.3
Enfermedades Isquémicas del corazón	171	10.7	131	16.3	40	5.0
Enfermedades Cerebrovasculares	144	9.0	89	11.1	55	6.9
Demás Causas	1135	71.0	659	82.0	476	59.5

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

## 6. La Tercera Edad

Para el 2003 la tasa general de mortalidad en la población de 60 años y más fue de de 307.8 por cada 10,000 habitantes con un mayor riesgo de morir en la población masculina que en la femenina.

El análisis de las causas de muerte, en este grupo de edad y según el registro de defunciones de la Contraloría General de la República, para el año 1997, identificó a las Enfermedades del Aparato Circulatorio, los Tumores Malignos, las Causas Externas y las Enfermedades Transmisibles, con tasas de 133.8, 56.8, 14.1 y 13.0 muertes por 10,000 habitantes respectivamente, constituyeron las principales causas de muerte.

Para el 2003, son los tumores malignos, las enfermedades del aparato circulatorio (las enfermedades cerebrovasculares, las isquémicas del corazón, la diabetes mellitas) y las crónicas de vías respiratorias inferiores, las principales causas de muerte en la población de



la tercera edad. No se ubicaron entre las 5 primeras causas de muerte las causas externas. Todas se presentaron con mayor frecuencia en la población masculina, 1.5 hombres fallecen por cada mujer que muere, excepto en el caso de la diabetes mellitus. (Cuadro N° 97)

**Cuadro N° 97. Defunciones Y Tasas De Mortalidad En El Grupo de 60 y más Años Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 2003**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>8046</b>	<b>307.8</b>	<b>4475</b>	<b>350.5</b>	<b>3571</b>	<b>267.1</b>
Tumores malignos	1539	58.8	926	72.5	613	45.9
Enfermedades Cerebrovasculares	1234	47.2	656	51.4	578	43.2
Enfermedad Isquémicas del Corazón	1145	43.8	635	49.7	510	38.1
Diabetes Mellitus	647	24.8	281	22.0	366	27.4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	464	17.8	266	20.8	198	14.8
Demás Causas	3017	115.4	1711	134.0	1306	97.7

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2003

#### **b. La Mortalidad Materna**

Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto causan daños y muertes evitables a la población femenina en todo el mundo, por lo cual se ha priorizado la atención del embarazo, parto y puerperio. Esta situación ha permitido el uso de la mortalidad materna como un indicador de desarrollo y de disparidad y desigualdad social relacionado con el acceso de la mujer a los servicios de salud, a la nutrición y a otros factores socio – económicos.

A través del tiempo la tasa de mortalidad materna ha tenido un comportamiento descendente. La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 70-2003 por un descenso, siendo en de 1.4 muertes x 1,000 N.V. a cifras de 0.7, que reflejan una diferencia porcentual de 50%. Durante el periodo 1980 a 2003 mantuvo un rango entre 0.5 y 0.7 por 100,000 nacidos vivos, es decir estable. Panamá está clasificado a nivel internacional en el grupo III de países con una tasa alta de Mortalidad Materna. (Cuadro N° 98). En el 2003, las muertes maternas representaron el 0.8% de las muertes ocurridas en mujeres y el 5.2% de las defunciones en la población femenina en edad fértil. El 14.7% de las muertes en población femenina ocurrió en mujeres en edad fértil.

En 1995 cuatro de las 10 Provincias del país presentaban tasas de mortalidad materna con cifras por encima de 1.0 por mil nacidos vivos, a saber: Colón con 2.5 muertes maternas por 1000 N.V.; Darién con 2.7 muertes maternas por 1000 N.V; Herrera con 1.9 muertes maternas por 1000 N.V y Kuna Yala con 3.7 muertes maternas por 1000 N.V. En el año 2003 superan este valor la provincia de Bocas del Toro, Darién y las Comarcas Kuna Yala y Ngobe Bugle con rangos de 1.3 a 4.9 muertes maternas por 1000 N.V, ocupando el rango inferior Bocas del Toro y el superior la Comarca Kuna Yala. Estas regiones se caracterizan por su alto grado de dispersión de la población, inaccesibilidad geográfica, concentración de población indígena y además, población campesina, bajo nivel de escolaridad y alto índices de pobreza. En síntesis, se ubica a las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Veraguas y a las Comarcas Kuna Yala y Ngobé Buglé como las de más altas tasas de mortalidad materna durante los años 1990, 2000 y 2003. (Cuadro N° 98, Mapa N° 31).

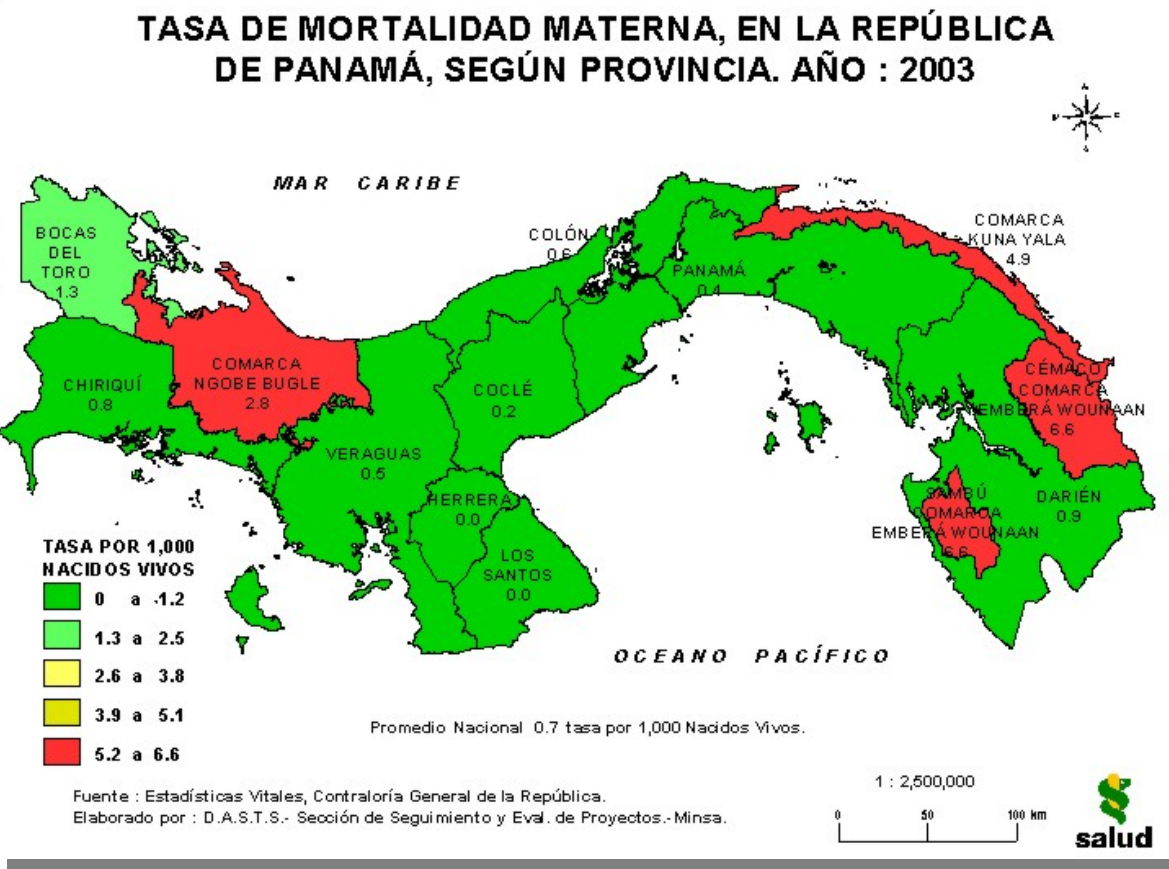
**Cuadro N° 98. Defunciones y Tasas de Mortalidad Materna por Provincia.  
República de Panamá. Años: 1970-1980-1990-200-2003  
(por mil nacidos vivos)**

Provincia	Años									
	1970		1980		1990		2000		2003	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>Total</b>	72	1.4	37	0.7	32	0.5	40	0.6	42	0.7
<b>Bocas del Toro</b>	1	0.5	1	0.4	2	0.6	3	0.7	4	1.3
<b>Coclé</b>	8	1.6	7	1.6	4	0.8	2	0.4	1	0.2
<b>Colón</b>	8	1.6	6	1.2	3	0.6	3	0.6	3	0.6
<b>Chiriquí</b>	17	1.9	4	0.5	8	0.9	5	0.5	6	0.8
<b>Darién</b>	4	4.3	1	1.5	-	-	1	0.9	2	1.6
<b>Herrera</b>	2	0.7	1	0.4	1	0.4	1	0.5	-	-
<b>Kuna Yala</b>	-	-	-	-	1	1.0	6	5.1	5	4.9
<b>Los Santos</b>	1	0.4	3	2.0	-	-	1	0.8	-	-
<b>Panamá</b>	16	0.8	5	0.2	7	0.3	11	0.4	12	0.4
<b>Veraguas</b>	15	2,5	9	1.6	6	1.0	7	1.3	2	0.5
<b>Ngobe Buglé</b>								-	7	2.8

Defunciones por complicaciones del embarazo, parto y estado puerperal. Darién: omisión del registro en 1997

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. Dirección Nacional de Políticas. MINSA.

Mapa N° 31



La toxemia y la hemorragia se alternaron entre las primeras posiciones como causas específicas de mortalidad materna durante los últimos 15 años. En 1995 la primera causa de muerte materna fue la hemorragia seguida de la toxemia; en tanto que para 1996, las primeras causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del puerperio, seguidas de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (toxemia).

Para el 2003, las principales causas específicas de mortalidad materna fueron la Hemorragia (26.8%), las Causas Obstétricas Indirectas (24.4%), los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (17.1%), el Aborto (12.2%) y la Sepsis (9.7%) y las Otras Causas Obstétricas Directas 9.7%. Las tasas específicas según causa fueron 17.8 muertes maternas por 100,000 para la hemorragia; 16.2 muertes maternas por 100,000 para las Causas Obstétricas Indirectas; 11.3 muertes maternas por 100,000 debido a Trastornos Hipertensivos del Embarazo; 8.1 muertes maternas por 100,000 a causa del

Aborto; 6.5 muertes maternas por 100,000 ocurridas por Sepsis y con igual tasa las Otras Causas Obstétricas Directas.

### **c. Las Enfermedades Crónicas, Transmisibles E Inmunoprevenibles**

El perfil de salud – enfermedad de la población panameña refleja la persistencia de enfermedades prevenibles y transmisibles, como es el caso de las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales, entre otras; las cuales se hacen más presentes en los espacios geográfico poblacionales que concentran un conjunto de riesgos y donde los niveles de pobreza son mayores. Este perfil, también refleja el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares e isquémicas del corazón, por mencionar algunas. Este último grupo de patologías se caracteriza por una alta demanda de servicios de salud de alta tecnología, de larga estancia y altos costos; a lo que se suma la transición demográfica hacia una población que cada vez es más vieja, incrementándose por ende la proporción de población con 60 y más años.

Un análisis cronológico de las causas de muerte en Panamá, ubica a las enfermedades infecciosas en los primeros lugares durante la década de los sesenta; sin embargo, a la fecha estas posiciones son ocupadas por las enfermedades crónicas no transmisibles y a las causas externas, a excepción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que en los últimos 5 años se ha identificado entre las primeas 10 causas de muerte.

Desde la perspectiva de la morbilidad destaca el resurgimiento de la tuberculosis, de la malaria y del dengue; la emergencia del SIDA y del Hantaan virus; el control del Cólera y la erradicación de la Poliomieltis y del Sarampión, por mencionar algunos cambios importantes en el comportamiento de las enfermedades transmisibles. Por otro lado, se destaca el incremento de los tumores malignos, de las enfermedades del sistema circulatorio, de los trastornos de la salud mental, del incremento de la drogadicción y de las enfermedades sociales, como la desnutrición.

#### **1. Las Enfermedades Crónicas.**

Con el desarrollo de las evidencias científicas que determinan las causas que inciden en la ocurrencia de las enfermedades crónicas y con los avances clínico –epidemiológicos; así

como por las repercusiones y gran trascendencia que para el sistema de salud, en términos de la demanda – oferta de servicios y de los costos que representa la atención de las personas que padecen de este tipo de patologías, cada vez se viene procurando profundizar el análisis y el desarrollo de nuevas estrategias de intervención de este grupo de problemas de salud, pero sobre todo en el control de los factores de riesgo que determinan y condicionan su presencia, toda vez que los mismos son susceptibles de modificación en los individuos, en los grupos específicos y en las poblaciones. Otro factor que las ubica como prioritarias, es la pérdida de capacidad productiva de la población que generan, pues este tipo de problemas afecta, principalmente, a la población adulta.

### **1.1 Las Enfermedades del Sistema Circulatorio.**

Según Boletín de Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República las Enfermedades Del Sistema Circulatorio agrupan las siguientes entidades nosológicas, a saber:

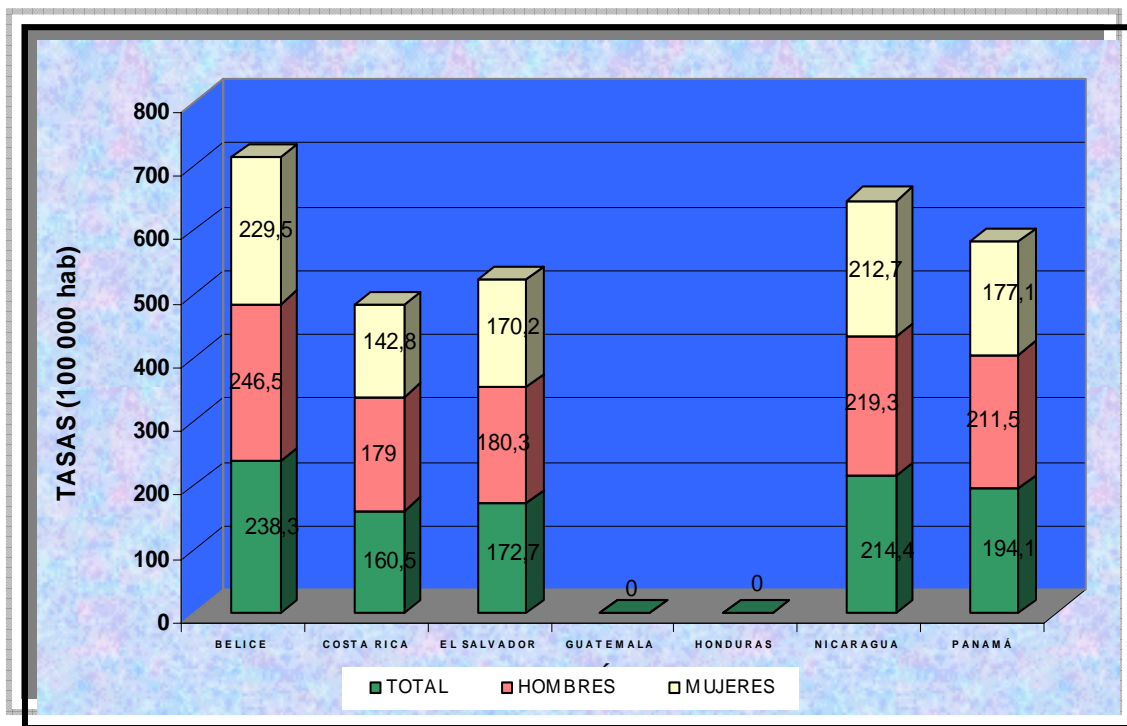
- Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas.
- Enfermedades hipertensivas
- Enfermedades isquémicas del corazón
- Otras enfermedades del corazón
- Enfermedades cerebrovasculares
- Aterosclerosis
- Las demás enfermedades del sistema circulatorio.

El Istmo Centroamericano cuenta entre sus causas de muerte a las enfermedades del sistema circulatorio, registrándose tasas de mortalidad en un rango entre 229.5 y 142.8 defunciones por 100,000 habitantes, cuyo límite superior fue reportado en Belice y el inferior en Costa Rica; no se cuenta con reporte de Guatemala y Honduras. Estas patologías afectan tanto a los hombres como a las mujeres, aunque las tasas en el sexo masculino son ligeramente superiores que en el femenino. (Gráfica N° 59)

En el caso particular de Panamá, el análisis de las enfermedades del sistema circulatorio se ha realizado desagregando las diferentes entidades nosológicas que se agrupan en ellas, lo que se ha reflejado en las principales causas de muerte, pues a través del tiempo han sido los accidentes, suicidios y homicidios, lo tumores malignos y la enfermedad cerebro vascular las patologías que han ocupado, de manera alterna, los tres primeros lugares como causa de muerte en la República de Panamá. Un análisis en el que se

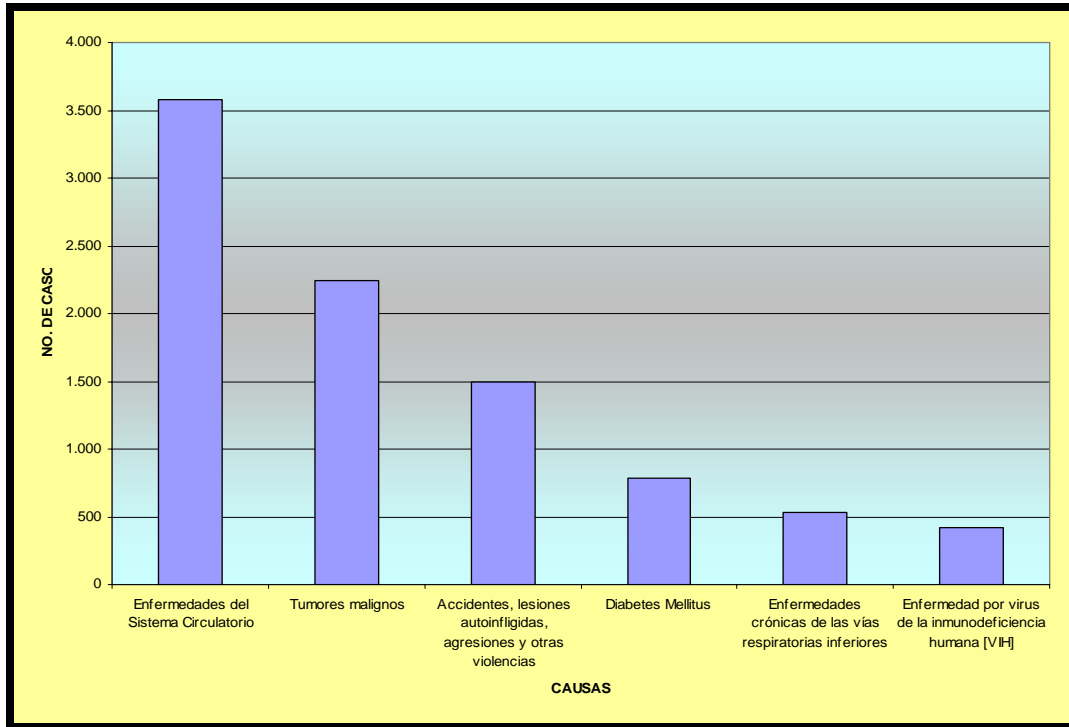
agrupan las enfermedades del sistema circulatorio da evidencias de que este grupo se constituye en la principal causa de muerte; para el año 2003 las muertes por esta causa sumaron 3,582 defunciones, es decir el 27.0% de todas las muertes ocurridas en la república, es decir, 1 de cada 4 defunciones ocurridas. Además, puede decirse que las defunciones por esta causa fueron 1.6 veces más que por tumores malignos y 2.4 veces más que por accidentes, suicidios y homicidios. Similar comportamiento se refleja en las tasas de mortalidad. (Gráficas N° 60 y N° 61). El comportamiento por sexo sugiere que por cada mujer que fallece a causa de una enfermedad del sistema circulatorio mueren 1.2 hombres. (Cuadro N° 99)

**Gráfica N° 59. Tasas De Mortalidad Por Enfermedades Circulatorias Según Sexo. Istmo Centroamericano. Período 1995-2000.**



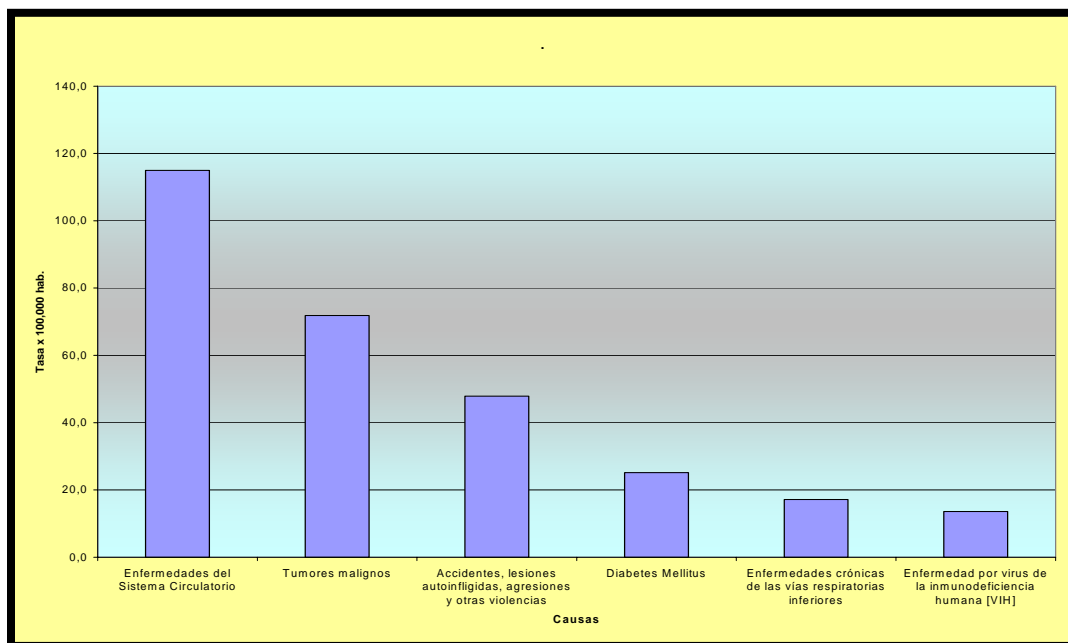
Fuente: Salud de las Américas. OPS. Año: 2003.

**Cuadro Nº 60. Principales Causas De Muerte. Panamá. Año: 2003 (P)**  
 (Enfermedades Del Sistema Circulatorio Agrupadas)



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004.

**Gráfica Nº 61. Tasas De Mortalidad De Las Principales Causas De Muerte. Panamá. Año: 2003 (P)**  
 (Enfermedades del Sistema Circulatorio Agrupadas)



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004.

**Cuadro N° 99. Principales Causas de Muerte Según Sexo. Panamá. Año: 2003**  
**(agrupa las enfermedades circulatorias)**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas 1/	Total General			Hombre			Mujer		
	Nº	Tasa	Pos.	Nº	Tasa	Pos.	Nº	Tasa	Pos.
<b>Total General</b>	<b>13.248</b>	<b>425,1</b>	<b>..</b>	<b>7.763</b>	<b>493,6</b>	<b>..</b>	<b>5.485</b>	<b>355,4</b>	<b>..</b>
Enfermedades del Sistema Circulatorio	3.582	114,9	1	2.005	127,5	1	1.577	102,2	1
Tumores malignos	2.239	71,8	2	1.239	78,8	2	1.000	64,8	2
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias	1.492	47,9	3	1.228	78,1	3	264	17,1	4
Diabetes Mellitus	784	25,2	4	343	21,8	4	441	28,6	3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	534	17,1	5	306	19,5	6	228	14,8	5
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	424	13,6	6	315	20,0	5	109	7,1	9
Neumonía	377	12,1	7	205	13,0	7	172	11,1	6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	358	11,5	8	198	12,6	8	160	10,4	7
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	338	10,8	9	196	12,5	9	142	9,2	8
Enfermedades del hígado	243	7,8	10	151	9,6	10	92	6,0	11
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	203	6,5	11	109	6,9	12	94	6,1	10
Tuberculosis respiratoria	195	6,3	12	125	7,9	11	70	4,5	13
Desnutrición	150	4,8	13	70	4,5	13	80	5,2	12
Anemias	95	3,0	14	51	3,2	14	44	2,9	15
Septicemia	94	3,0	14	48	3,1	15	46	3,0	14
Enfermedades de sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	61	2,0	15	18	1,1	16	43	2,8	16
Las demás causas	2.079	66,7	..	1.156	73,5	..	923	59,8	..
1/ Según la Clasificación Internacional de Enfermedades Decima Revisión.									
Fuente: Base de Dato proporcionada por la Sección de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.									

Durante el año 2003, dentro del grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, destacan las enfermedades cerebro vasculares y las isquémicas del corazón con tasas de 44.6 y 42.3 defunciones por 100,000 habitantes. (Cuadro N° 100)



**Cuadro N° 100. Cinco Principales Causas de Muerte Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio. República de Panamá. Año: 2003**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Causas	Nº	Tasas
<b>Total</b>	<b>885</b>	<b>143.5</b>
Enfermedades Cerebrovasculares	1391	44.6
Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	42.3
Otras Enfermedades del Corazón	510	16.4
Enfermedad Hipertensiva	197	6.3
Aterosclerosis	29	0.9

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 2004

Por su parte, las enfermedades cardio - cerebro vasculares, en Panamá, han registrado una tasas con una tasa de mortalidad relativamente estable al comparar los años 1991 con el 2002, siendo de de 105.7 y 109.5 por 100,000 habitantes, respectivamente. Su comportamiento según provincia destaca a los riesgos más elevados de morir por esta causa, en orden descendente, en Los Santos, Colón, Panamá y Herrera en 1991; en tanto que para el 2000 y 2002 la provincia de Herrera pasa a ocupar la posición n°2, seguida de Colón y Panamá en el 2000 y por Colón, Veraguas y Panamá en el 2002. (Cuadro N° 101)

**Cuadro N° 101. Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Cardio-Cerebro Vasculares. República De Panamá. Años: 1991-2000-2002**  
(tasas por 100,000 hab.)

Provincia	Años					
	1991		2000		2002	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
<b>Total</b>	<b>2575</b>	<b>105.7</b>	<b>3000</b>	<b>105.1</b>	<b>3246</b>	<b>109.5</b>
<b>Bocas del Toro</b>	39	37.9	60	42.6	46	45.9
<b>Coclé</b>	176	97.5	176	88.0	190	91.3
<b>Colón</b>	296	166.8	275	137.4	276	128.6
<b>Chiriquí</b>	329	85.2	400	92.3	417	110.1
<b>Darién</b>	13	26.9	18	27.5	20	39.3
<b>Herrera</b>	120	112.4	152	146.1	153	145.4
<b>Kuna Yala</b>	162	76.0	4	10.0	8	23.6
<b>Los Santos</b>	136	171.2	163	205.0	184	216.1
<b>Panamá</b>	1300	116.0	1529	111.8	1688	116.2
<b>Veraguas</b>	4	11.2	223	99.4	254	117.3
<b>Ngobe Bugle</b>	-	-	-	-	10	8.5

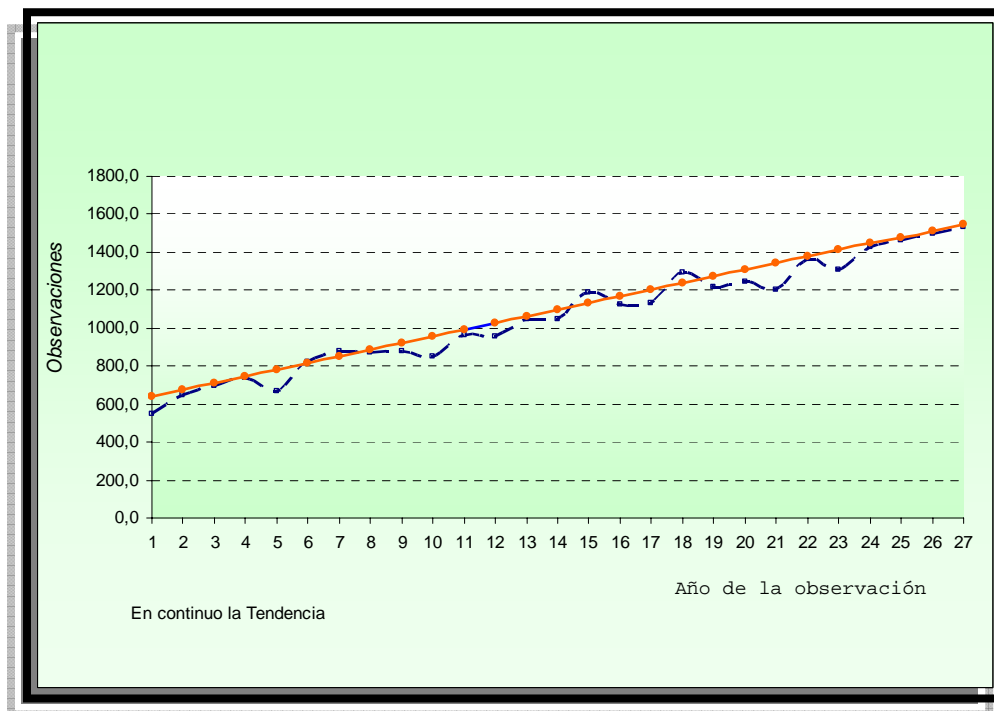
Códigos de Enfermedades cardio cerebro vasculares según CIE-X.

Fuente: Contraloría General de la República. Base de Datos de Mortalidad.

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV) son la causa más frecuente de mortalidad dentro de la categoría de enfermedades del sistema circulatorio, un análisis de sus

tendencias proyecta un incremento de la mortalidad por esta causa y estima las defunciones en más de 1,500 para el año 2006. (Gráfica N° 62)

**Gráfica N° 62. Comportamiento de las Muertes por Enfermedades Cerebrovasculares. Panamá. Años: 1980 al 2006 (Proyecciones 2003-2006)**



Fuente: Dirección de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2004

Una revisión de las características de la población afectada por las ECV realizado en el Hospital Santo Tomás (HST) permitió consignar que de los 366 pacientes con este problema durante el año 2003, el 62% eran del sexo masculino, es decir que cerca de 3 de cada 5 pacientes atendidos en el HST por esta causa, eran del sexo masculino y que el 44% de los casos se presentó en pacientes con 70 años o más. Al considerar el sexo y la edad puede indicarse que el 26.85 de los pacientes masculinos sufre una ECV entre los 50 y 69 años de edad; en tanto las mujeres entre los 80 y 89 años son el grupo más afectado. (Cuadro N° 102).

Este mismo estudio identificó que las enfermedades cerebrovasculares más frecuentemente atendidas, en el Hospital Santo Tomás, durante los años 2000 a 2003, fueron: la hemorragia intra encefálica, la oclusión y estenosis de las arterias cerebrales,

secuelas de ECV's, otras hemorragias intracraneales no traumáticas y otras ECV's.  
(Cuadro N° 103)

**Cuadro N° 102. Distribución De Las Ecv's Según Sexo Y Edad. HST. Año: 2003**

Rango de Edad	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100,0</b>	<b>227</b>	<b>62,0</b>	<b>139</b>	<b>38,0</b>
20-29	10	2,7	6	1,6	4	1,1
30-39	22	6,0	13	3,6	9	2,5
40-49	36	9,8	26	7,1	10	2,7
50-59	68	18,6	50	13,7	18	4,9
60-69	69	18,9	48	13,1	21	5,7
70-79	66	18,0	42	11,5	24	6,6
80-89	70	19,1	28	7,7	42	11,5
90y más	25	6,8	14	3,8	11	3,0

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004.

**Cuadro N° 103. Casos De Enfermedades Cerebrovasculares Atendidos. Hospital Santo Tomas. Años: 2000-2003**

Código	Enfermedades Cerebrovasculares	2000	2001	2002	2003
	<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>234</b>	<b>350</b>	<b>366</b>
I 60	Hemorragia Subaracnoidea	8	11	12	19
I 61	Hemorragia Intraencefálica	46	67	63	73
I 62	Otras Hemorragias Intracarneales No Traumáticas	30	34	47	26
I 63	Infarto Cerebral	10	10	16	12
I 64	Accidente Cerebral Encefálico Agudo No Especificado Como Hemorrágico O Isquémico	1	0	1	1
I 65	Oclusión Y Estenosis De Las Arterias Precerebrales Sin Ocasionar Infarto Cerebral	0	0	2	1
I 66	Oclusión Y Estenosis De Las Arterias Cerebrales	12	7	28	16
I 67	Otras Enfermedades Cerebrovasculares	69	100	169	203
I 68	Trastornos Cerebrovasculares En Enfermedades Clasificadas En Otra Parte	0	0	1	0
I 69	Secuelas De Enfermedades Cerebrovasculares	18	5	11	15

Fuente: Departamento de Registros médicos y Estadísticas. HST. Años: 2000-2003

Una proyección efectuada de los casos de enfermedades cerebros vasculares (ECV's) dan evidencia de la tendencia al aumento de estos casos, con un incremento porcentual del 27.6% en los casos presentados en el 2002 con respecto a los proyectados en el 2006.  
(Cuadro N° 104)

Cuadro N° 104. **Proyección De Casos De Enfermedades Cerebrovasculares Estimados Al Año 2006. República de Panamá. Año: 2004**

Indicador	AÑOS						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Muertes En Toda La Republica Por ECV's (1)	1.201	1.367	1.310	1.430	1.464	1.498	1.532
Porcentaje De Defunciones Observaciones HST	32,0	23,1	23,4	27,0			
Porcentaje Promedio De Defunciones (2)				26,4			
Morbilidad Estimada Por ECV's En Panamá	3.753	5.918	5.598	5.296	5.545	5.674	5.803

1. Datos de la Contraloría General de la República
2. Datos del Hospital Santo Tomás

## 1.2 Los Tumores Malignos

El análisis del comportamiento de los casos de cáncer en la República de Panamá, para los quinquenios del 90 al 2005, evidencia que para el año 1990 los 5 principales tumores malignos que presenta la población panameña son los de cuello uterino, próstata, mama femenina, estómago y tráquea, bronquios y pulmón, en ese orden. De igual forma puede decirse que, para los años de 1995 y 1999 se excluyen de entre los 5 primeros diagnósticos de cáncer a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón y se incluyen los tumores de piel. Las proyecciones realizadas para el año 2005, sugieren que de mantenerse las mismas condiciones de riesgo el comportamiento de la incidencia de cáncer será similar. (Cuadro N° 105)

Al comparar las tasas de morbilidad (quinquenios 1990-2005) se observa un descenso porcentual del 11.6% para el cáncer de cervix, que para el 90 tenía una tasa de 81.0 casos por 100,000 habitantes de 15 años y más; y para el 2005 se proyecta una tasa de 71.6 casos por 100,000 habitantes de 15 años. Cuando se trata del cáncer de próstata, para el 2005, las tasas alcanzarían cifras 2.2 veces mayores que las del año 1995; por su parte, para el 2005, el cáncer de mama femenina duplica sus tasas con respecto a cifras alcanzadas en 1999. (Cuadro N° 105).

Por otra parte, es importante destacar la tendencia ascendente de la morbilidad por cáncer y del cáncer de mama, así como el comportamiento fluctuante en la tendencia del cáncer

de próstata y la tendencia estable para los cánceres de cuello de útero, estómago, colón, piel y tráquea, bronquios y pulmón. (Gráfica N° 63)

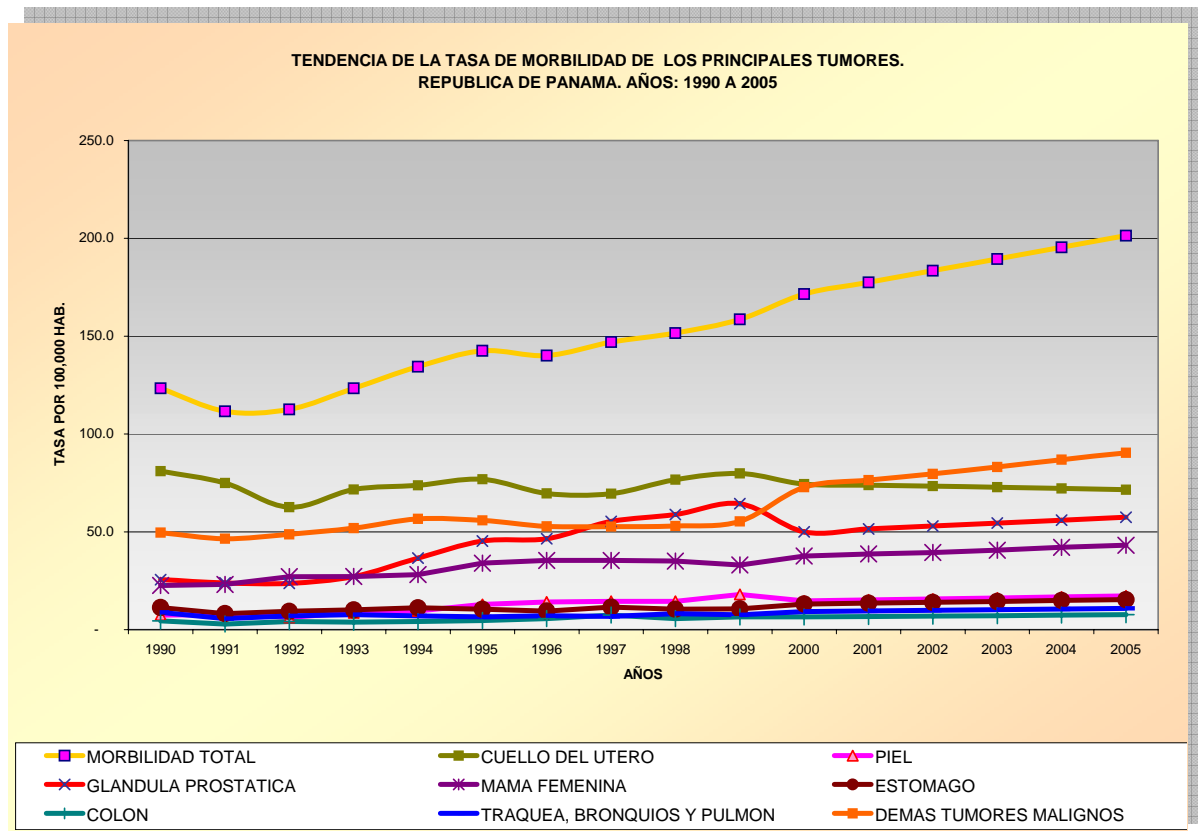
**Cuadro N° 105. Tasas De Incidencia De Los Principales Tumores Malignos  
República De Panamá. Quinquenios. 1990 A 2005**

(tasas por 100,000 habitantes)

TIPO DE CÁNCER	AÑOS							
	1990		1995		1999		2005 *	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	623	81.0	670	76.9	763	79.8	801	71.6
PIEL	181	7.5	341	12.9	505	14.5	557	17.3
GLANDULA PROSTATICA	200	25.6	400	45.3	620	64.4	648	57.5
MAMA FEMENINA	174	22.6	297	34.0	316	33.1	483	43.2
ESTOMAGO	272	11.3	276	10.4	301	10.7	496	15.4
COLÓN	109	4.5	125	4.7	184	6.5	247	7.6
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	212	8.8	173	6.5	273	7.6	351	10.9
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	1,189	49.6	1,469	55.8	1,555	55.4	2,918	78.0

\* Datos estimados

**Gráfica N° 63**



Durante el año 2002, la tasa de incidencia por cáncer fue 1.5 veces mayor en las mujeres que en los hombres, siendo que de los 3147 casos reportados como nuevos el 59.3% se registraron en población femenina. Los casos de cáncer de laringe, esófago, riñón y

próstata se consignaron únicamente en hombres, en tanto que, los tumores malignos de tiroides, mama. Ovario. Cuerpo y cuello de útero se reportaron únicamente en población femenina. (Ilustración N° 7)

El mayor número de defunciones por cáncer, durante los quinquenios en estudio se debió a los cánceres de estómago, próstata y tráquea, bronquios y pulmón. Cuando se analizan las tasas de mortalidad de las 7 principales causas de muerte por cáncer, son los tumores malignos de glándula prostática, cuello de útero y estómago, los que alcanzan las cifras más elevadas. Cabe destacar que el comportamiento del cáncer de mama femenina presenta una tendencia al aumento, siendo que su tasa presentó un incremento porcentual del 70% del año 1990 al 2000. Para el año 2005, se proyecta el mismo comportamiento. (Cuadro N° 106)

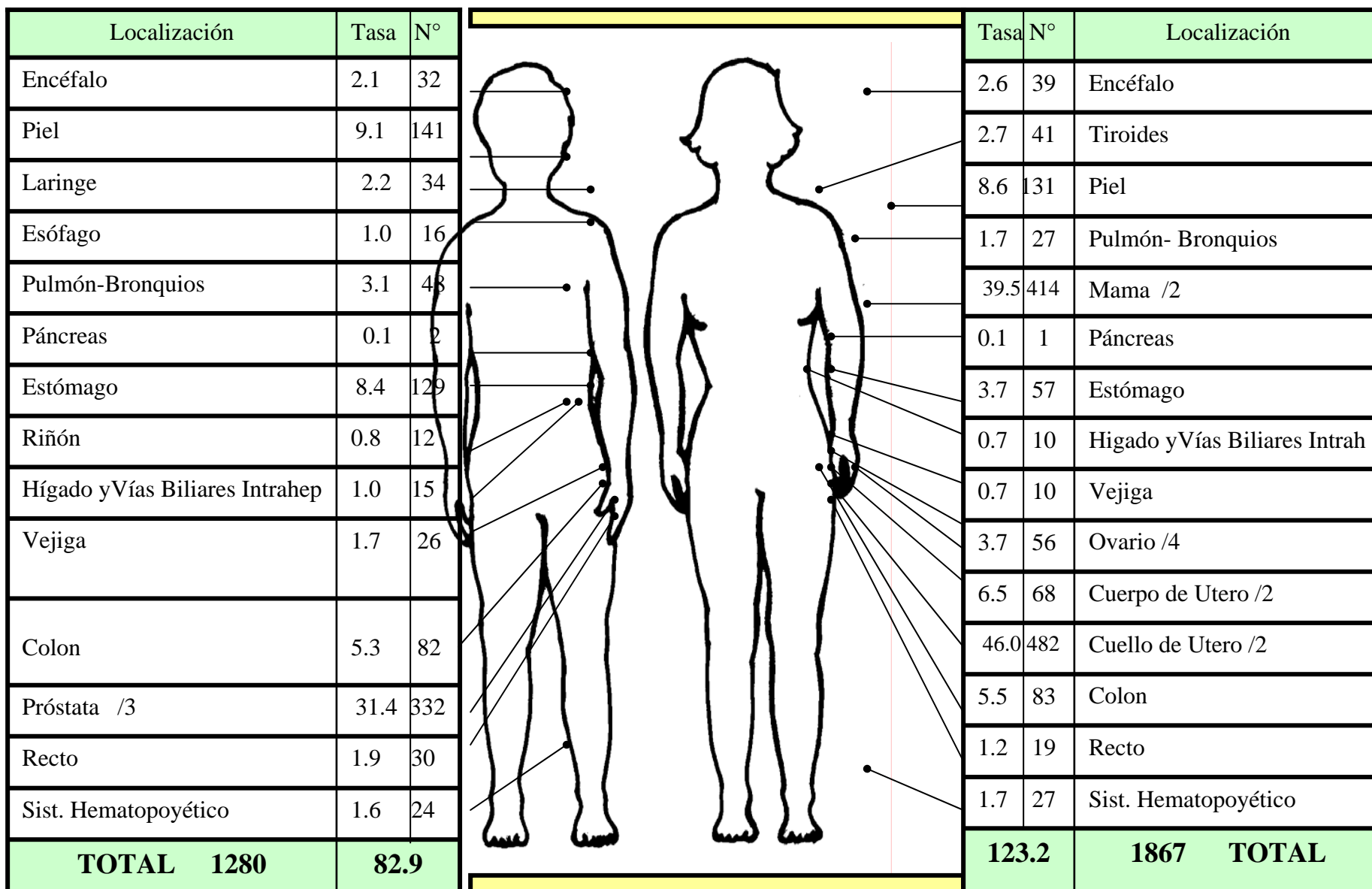
**Cuadro N° 106. Principales Causas De Mortalidad Por Cáncer  
 República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005**

(tasas por 100,000 habitantes)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS							
	1990		1995		1999		2005	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	109	9.2	97	7.5	144	8.0	141	8.8
PIEL	7	0.3	5	0.2	5	0.5	12	0.4
GLANDULA PROSTATICA	136	11.2	182	13.7	231	16.6	241	14.8
MAMA FEMENINA	63	5.3	79	6.1	99	9.0	130	8.2
ESTOMAGO	174	7.3	193	7.3	213	6.9	279	8.6
COLÓN	69	2.9	82	3.1	130	5.0	126	3.9
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	171	7.1	144	5.5	182	6.2	246	7.6
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	669	27.9	819	27.7	792	31.0	1,137	34.6

\* Datos estimados.

Tasas sin Normalizar, en base a toda la población. Año 2000 según registros de la Contraloría.



Tasas Específicas por sexo /1 , 2, y3 :En base a la nueva estimación de la población masc y femen, mayor de 15 años X 100,000 hab. Al 1° de julio, censo 2000. Contraloría Gral.

Tasa /4: Calculada en base a la nueva estimación de la población femenina, censo de Población de 2000, Contraloría General de la República

Demás Tasas: Por 100,000 habitantes, en base a la nueva estimación de la población femenina al 1° de julio, censo de Población, 2000, Contraloría General de la República

Nota: Ca-cu In Situ 208 (19.8) Invasor 274 (26.2) - Mama fem Invasor 381 (36.4) In Situ 33(3.2)

/P: Cifras Preliminares Fuente: Registro Nacional del Cáncer

Es importante destacar que las variaciones entre las tasas de mortalidad, para 1990 y las proyectas para el 2005, muestran:

- ◇ En el caso del cuello de útero una tendencia estable. Cuando el análisis se efectúan al ajustar la tasa por edad, considerando para su cálculo, como población de riesgo a las mujeres de 15 y más años, el comportamiento es el mismo. Sin embargo, al realizar el análisis comparativo, entre las tasas normalizadas y sin normalizar, las tasas ajustadas son mayores. Esta situación se hace tangible cuando para 1990, las tasas normalizadas son 54.3% mayores que las tasas sin normalizar (de 9.2 defunciones por 100,000 mujeres a 14.2 defunciones por 100,000 mujeres de 15 y más años); y en el 2005, según cifras proyectadas, este incremento es de un 43.2% (de 8.8 defunciones por 100,000 mujeres a 12.6 defunciones por 100,000 mujeres de 15 y más años). (Cuadros N° 106 y N° 107)
- ◇ El cáncer de próstata presenta una tendencia en aumento, la tasa general de mortalidad por este tipo de cáncer será 2.6 veces mayor para el 2005, que en 1990 (incremento porcentual del 32%). Cuando se analiza la tasa de mortalidad sólo tomando para su cálculo la población masculina de 15 años y más, esta tendencia al aumento se mantiene, sin embargo, el incremento porcentual (1990-2005) alcanza el 23%, en su tasa proyectada para el 2005. (Cuadros N° 106 y N° 107)

**Cuadro N° 107. Principales Causas De Mortalidad Por Cáncer**  
**República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005**  
(tasas por 100,000 habitantes)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS							
	1990		1995		1999		2005-	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
CUELLO DEL ÚTERO	109	14.2	97	11.1	117	11.7	141	12.6
PIEL	7	0.3	5	0.2	16	0.5	12	0.4
GLANDULA PROSTATICA	136	17.4	182	20.6	247	24.5	241	21.4
MAMA FEMENINA	63	8.2	79	9.1	131	11.6	130	11.7
ESTOMAGO	174	7.3	193	7.3	221	6.9	279	8.6
COLÓN	69	2.9	82	3.1	153	5.0	126	3.9
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	171	7.1	144	5.5	186	6.2	246	7.6
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	669	27.9	819	31.1	867	31.0	1,137	34.6

Nota: La tasa de Mortalidad de Cuello de Útero, Glándula Prostática, y mamas femeninas se recalcularon en base a la población de mayor riesgo mayores de 15 años.



- ◇ En relación a las cifras de 1990, puede decirse que los tumores malignos de mama femenina presentan una tendencia al aumento; el número de casos es casi el doble para 1999 y 2.8 veces mayor para el 2005, según cifras proyectadas para ese año. Sus tasas de incidencia han tenido un incremento del 46.5% y del 91.2% para los años 1999 y 2005, respectivamente. Por otro lado, el número de muertes por esta causa, se espera, se dupliqué para el 2005. Las tasas de mortalidad evidencian una tendencia al aumento, siendo que la tasa proyectada para el 2005, se estima 1.5 veces mayor a las de 1990. Este comportamiento se mantiene cuando para el cálculo de las tasas se utiliza la población femenina mayor de 15 años. (Cuadros N° 106 y N° 107)
- ◇ Los casos de tumores malignos de estómago y los de tráquea, bronquios y pulmón presentan una tendencia al aumento, con un incremento porcentual proyectado (1990-2005) de sus tasas de incidencia al 2005 de 36.2% y 23.9%, respectivamente. En cuanto a sus tasas de mortalidad el incremento porcentual fue del 17.8% para el primer caso y 7.0% en el segundo. (Cuadros N° 103, N° 106 y N° 107)
- ◇ El comportamiento de la incidencia de los tumores malignos de la piel indica que los casos proyectados para el 2005, serán 3 veces más que los de 1990. Son los tumores malignos que alcanzan el mayor incremento porcentual de sus casos, con una tasa de incidencia que se duplica en este mismo periodo, pero mantienen una tasa de mortalidad estable que no alcanza valores mayores de 0.5 defunciones por 100,000 habitantes durante el periodo de estudio. (Cuadros N° 106 y N° 107)

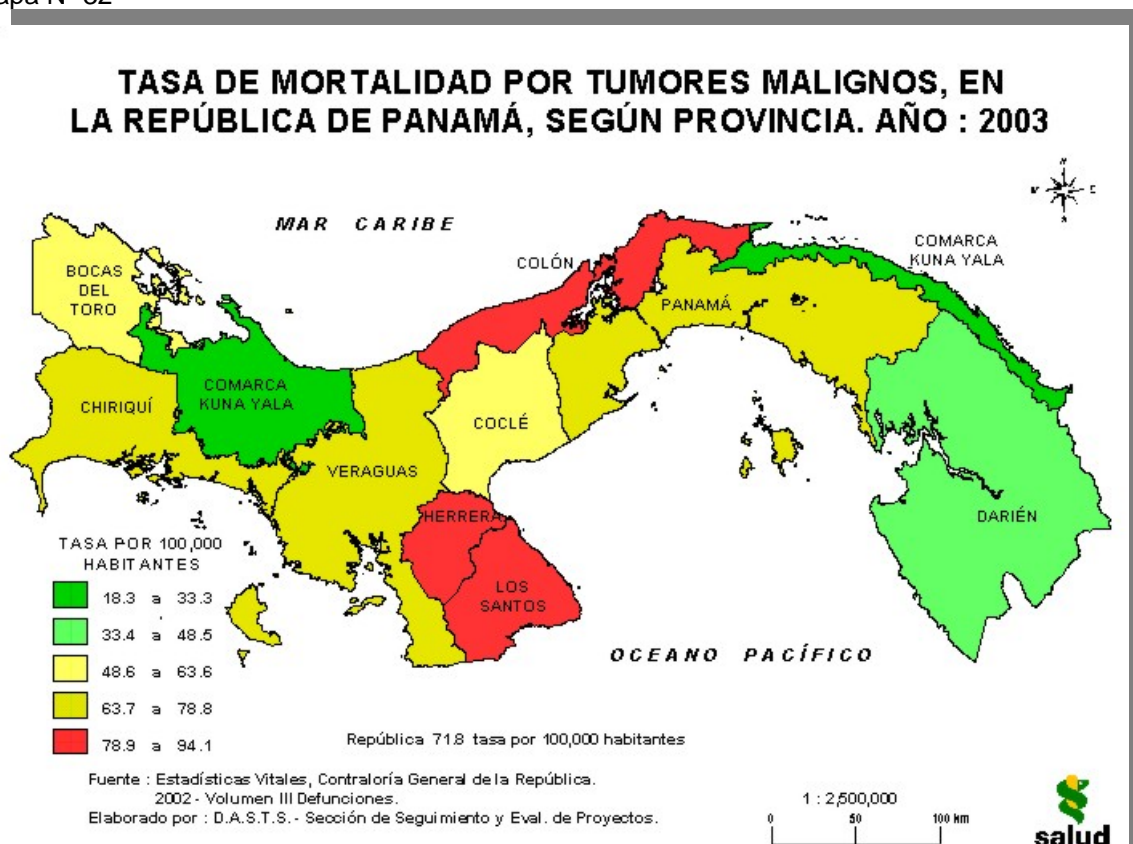
Durante el año 2002, fallecieron 1.3 más hombres que mujeres a causa de los tumores malignos y en general, todos los tipos de cáncer fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres a excepción de los propios del sexo femenino, tal es el caso de los carcinomas de cuello del útero, del ovario, de mama y de otras partes del útero. (Ilustración N° 8).

Durante el año 1990 las provincias de Coclé, Colón, Herrera, Los Santos y Panamá presentaron las tasas de mortalidad por tumores malignos más elevadas, con un rango de 58.3 a 69.9 defunciones por 100,000 habitantes, ubicándose el máximo valor

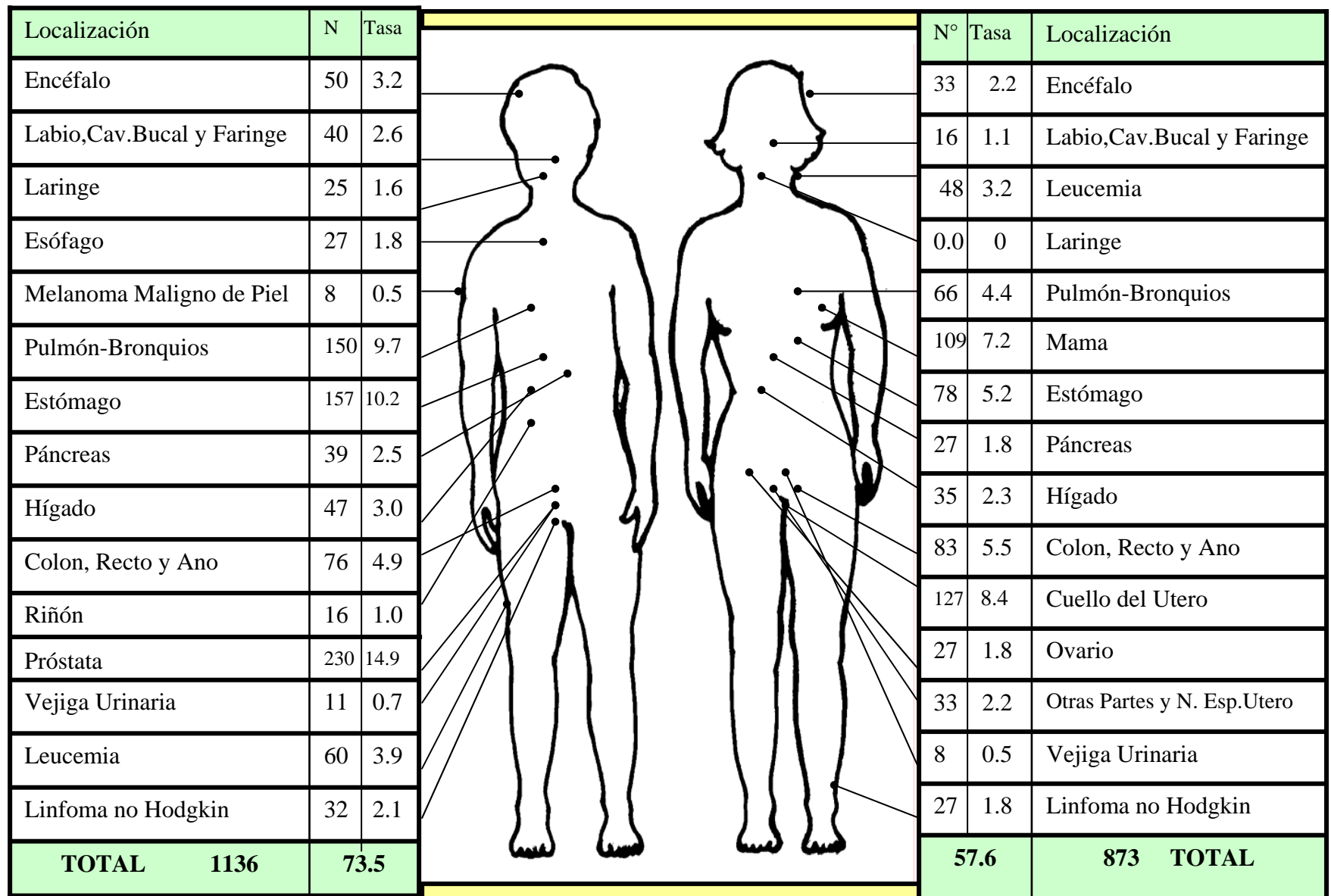
en la provincia de Panamá y el mínimo en Los Santos. En el año 2000, la distribución geográfica fue similar aunque con incremento en los valores de sus tasas, para un rango de 63.5 a 95.6 defunciones por 100,000 habitantes situándose el valor máximo en la provincia de Herrera y el mínimo en Coclé. Para el 2003, se excluye de este grupo la provincia de Coclé y se incorpora la de Chiriquí. El rango de las tasas oscilo entre 76.3 y 94.1 defunciones por 100,000 habitantes. Como puede notarse con el paso del tiempo las tasas fueron incrementándose. (Cuadro N° 108)

En el 2003 las Provincias de Colón, Herrera y Los Santos presentaron las tasas más elevadas de cáncer con un rango entre 78.9 y 94.1 defunciones por 100,000 habitantes, con un tasa nacional de 71.8 defunciones por 100,000 habitantes. Llama la atención que las Comarcas Indígenas de Kuna Yala y Gnobé Buglé y la Provincia de Darién registraron las tasas de mortalidad más bajas, con un rango de 18.3 a 48.5 defunciones por 100, 000 habitantes, es decir 1.5 veces menor que la tasa nacional. (Mapa N° 32)

Mapa N° 32



**Ilustración Nº 8. Mortalidad Por Tumores Malignos Según Sexo Y Localización.  
Registro Nacional Del Cáncer. Panamá. Año2002**



**Nota: Mama femen: 10.4 (mujeres > de 15 años) Cuello de Utero: 12.1 (mujeres > 15 años) Próstata: 21.8 (Hombres>de 15 años)**  
 Tasas: Calculada por 100,000 habitantes en base a la estimación de la población al 1º de julio. **Censo 2000**  
**Tasas Específicas:** Calculada por 100,000 habitantes en base a la nueva estimación de la población al 1º de julio. **Censo 2000**  
 Fuente: Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo, Estadísticas Vitales

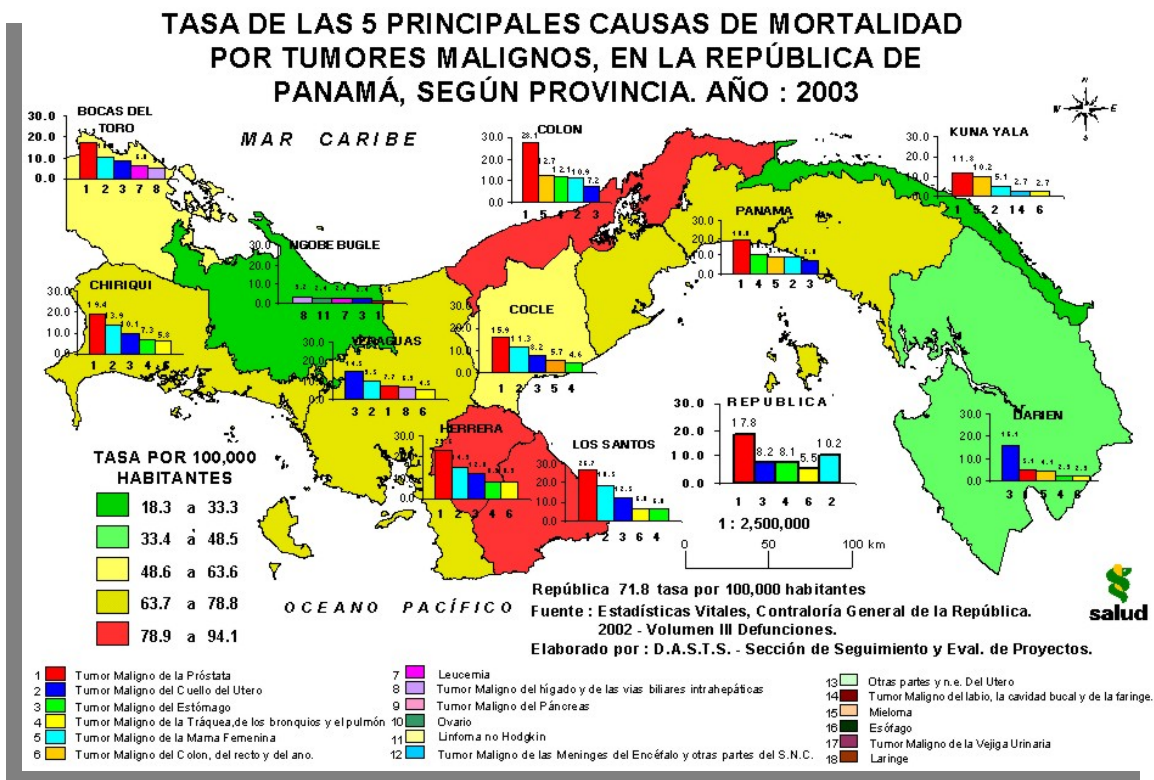
**Cuadro N° 108. Tasa De Mortalidad Por Tumores Malignos Según Provincia  
República De Panamá. Años: 1990, 2000, 2003  
(Tasas Por 100,000 Hab.)**

Provincia	Años					
	1990		2000		2003	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>1,398</b>	<b>57.8</b>	<b>1938</b>	<b>67.9</b>	<b>2239</b>	<b>71.8</b>
Bocas del Toro	40	47.7	31	22.0	51	50.7
Coclé	101	58.6	127	63.5	128	58.5
Colón	116	67.5	133	66.4	193	86.2
Chiriquí	166	43.4	246	56.7	309	78.1
Darién	7	16.6	17	26.0	20	38.0
Herrera	68	64.2	82	78.8	93	85.6
Kuna Yala	4	9.3	5	12.5	12	33.1
Los Santos	48	58.3	76	95.6	83	94.1
Panamá	779	69.9	1098	80.3	1179	76.3
Veraguas	69	31.5	123	54.8	148	66.9
Comarca Ngobe Buglé					23	18.3

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

Los tumores malignos de próstata, cuello uterino, mama, estómago y de tráquea, bronquios y pulmón presentaron las tasas de mortalidad más elevadas durante el año 2003 y se distribuyen geográficamente en todo el territorio nacional. (Mapa N° 33)

Mapa N° 33



Los adelantos de la tecnología médica han logrado el control de algunos tipos de tumores malignos, sin embargo la letalidad por cáncer es alta en, sino todos, la mayoría de los tumores malignos de mayor ocurrencia en nuestro país. Esta situación se relaciona con la oportunidad diagnóstica y terapéutica y no sólo con el tipo y agresividad del tumor.

Pese a que los tumores de piel presentan una alta frecuencia de casos, la tendencia de su letalidad se marca hacia el descenso, siendo inferior al 4% durante los quinquenios en estudio. (Cuadro N° 109)

Se destaca la alta letalidad de los tumores malignos de pulmón, tráquea y bronquios, donde alrededor de 5 de cada 6 casos mueren; aunque se proyecta una letalidad menor para 2005, cuando se estima que alrededor de 4 de cada 6 casos fallezcan. De entre los principales tumores malignos que padecen los panameños (as), estos tumores presentan las mayores tasas de letalidad, que durante el periodo en estudio alcanzó valores mínimos del 70% y máximos de 85%. (Cuadro N° 109).

Un comportamiento similar se observa en los tumores de estómago y colón donde en promedio, cerca de 5 de cada 8 casos fallecieron (Quinquenios: 1990 a 2005). Para el 2005, se proyecta un descenso de la letalidad por estas causas; cerca de 1 de cada 2 casos morirán. (Cuadro N° 109)

**Cuadro N° 109. Tasa De Letalidad De Los Principales Tumores Malignos**  
**República De Panamá. Quinquenios: 1990 A 2005**  
 (porcentajes)

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR CÁNCER	QUINQUENIOS			
	1990	1995	1999	2005*
CUELLO DEL ÚTERO	17.5	14.5	18.9	17.6
PIEL	3.9	1.5	1.0	2.2
GLANDULA PROSTATICA	68.0	45.5	37.3	37.2
MAMA FEMENINA	36.2	26.6	31.3	27.0
ESTOMAGO	64.0	69.9	70.8	56.3
COLÓN	63.3	65.6	70.7	51.2
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	80.7	83.2	85.0	70.0
DEMÁS TUMORES MALIGNOS	56.3	55.8	50.9	44.4

\*Datos Estimados

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2003

### 1.3 Las Causas Externas

Las causas externas desde hace varias décadas figuran entre las principales causas de muerte, alternando con los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular, las primeras posiciones como causa muerte. Entre ellas se incluyen los suicidios, homicidios y otras violencias, que afectan a la población panameña de todas las edades, pero principalmente a los jóvenes y adultos en edad productiva. Este comportamiento hace de las causas externas un problema de salud pública de alta magnitud, gravedad y trascendencia social, con importantes implicaciones para los servicios de salud, pero principalmente para la unidad familiar y para la capacidad laboral y productiva de la sociedad panameña. Como problema de salud pública y por su complejidad y la de los factores determinantes y condicionantes de su presencia, es fundamental caracterizarlo con mayor profundidad, con la finalidad de lograr el desarrollo de estrategias de control costo efectivas. (Cuadro N° 110)

En las diferentes décadas estudiadas, las tasas de mortalidad por causas externas se han mantenido en un rango entre 46.8 a 53.4 defunciones por 100,000 habitantes; sin embargo la proporción de muertes por esta causa ha presentado un incremento de 5 puntos porcentuales. (Cuadro N° 110).

**Cuadro N° 110. Importancia de las Causas Externas en la Mortalidad General. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-2000-2003**

Año	Nº de Muertes Totales	Muertes por Causas Externas		Posición de Causa	% de Muertes Por C.E
		Nº	Tasas		
1960	8387	520	48.3	3	6.2
1970	10225	754	52.6	2	7.3
1980	7959	1035	53.4	1	13.0
1990	9799	1232	51.0	2	12.5
2000	11841	1337	46.8	2	11.3
2003	13248	1492	47.9	2	11.3

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

En el periodo 1980 - 2003 ocurrieron 23,034 muertes debido a causas externas, con un promedio anual y mensual de 1212 y 101 defunciones, respectivamente. Cada día fallecen 3.4 personas por esta causa. (Cuadro N° 111). En este periodo, el mayor peso relativo lo tuvieron los otros accidentes, con un 46% del total de las muertes, seguido de

los accidentes de tránsito con el 32.7%; es decir que cerca de 3 de cada 4 defunciones por causas externas (78.7%). Sin embargo, es de hacer notar el incremento porcentual de los homicidios y suicidios a expensas de un descenso porcentual en los accidentes como causa externa de muerte. (Cuadro N° 111).

**Cuadro N° 111 Promedio De Defunciones Anual, Mensual y Diario de Muertes Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1980- 2003**

Año	Causas Externas	Homicidios	Suicidios	Accidentes de Tránsito	Otros Accidentes
<b>Total</b>	23034	3403	1526	7526	10579
Promedio Anual	1212	179	80.3	396	556.8
Promedio Mensual	101	15	6.7	33	46.4
Promedio Diario	3.4	0.5	0.2	1.1	1.5

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de salud. MINSa. 2005

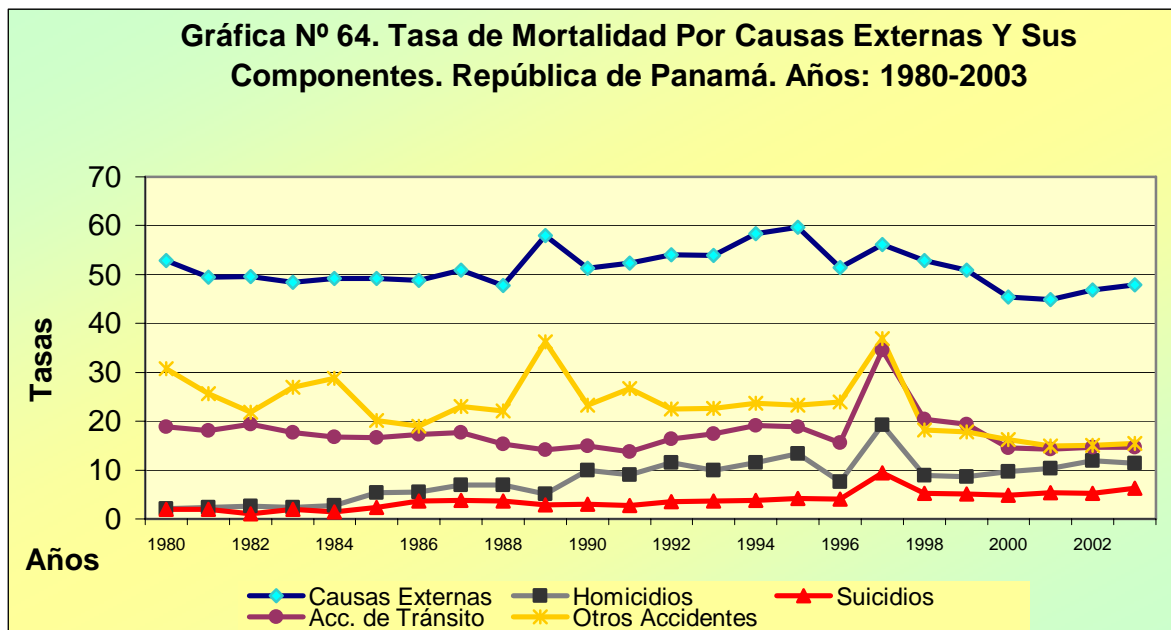
Un análisis del comportamiento de las causas externas por tipo de causa y año de ocurrencia de la muerte, indica que los años de 1989 a 1999 presentaron las tasas más elevadas por causas externas; además, da evidencias del incremento de la tasa de suicidios, cuando se observa que de 1980 a 2003 esta se triplicó, pasando de 2.0 a 6.3 muertes por 100,000 hab.; mientras que los accidentes de tránsito reportaron un descenso porcentual del 22.2% con tasas que han oscilado en un rango de 34.6 a 13.8 defunciones por 100,000 habitantes. El valor máximo se alcanzó en 1997 y el mínimo en 1991. Por su parte, los homicidios presentan un comportamiento ascendente de sus tasas, pues en el 2003 son 5.4 veces mayor que en 1980. (Cuadro N° 112, Gráfica N° 64)

Los accidentes han representado más del 60% del total de defunciones por causas externas durante el periodo 2000 – 2003 y cerca de 1 de cada 4 muertos han fallecido debido a un homicidio. (Gráfica N° 65)

Un análisis quinquenal da evidencia de que en años 80, 85, 90, 95, 2000 y 2003 las causas externas han ocupado el primer lugar como causa de muerte en la población de 15 a 44 años y el segundo lugar en el grupo de 45-65 años, excepto en el año 2000 cuando ocuparon la tercera posición como causa de muerte para este grupo etáreo. (Cuadro N° 113 )

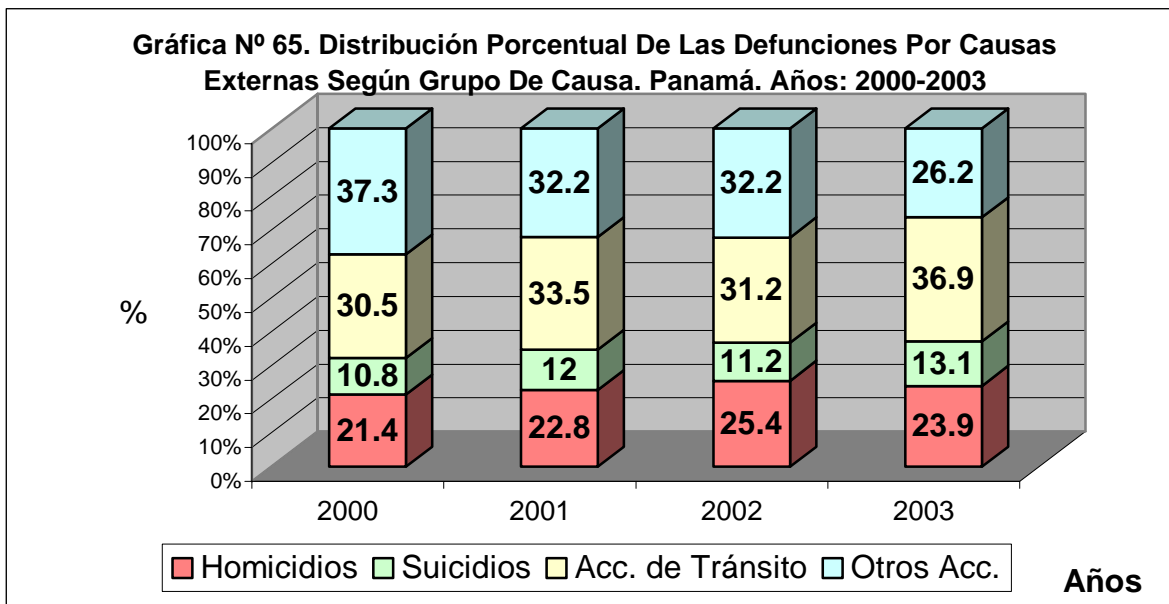
**Cuadro N° 112. Tasa Anual De Muertes Por Causas Externas.  
República De Panamá. Años: 1980- 2000, 2003  
(Tasa por 100,000 habitantes)**

Año	Causas Externas		Homicidios		Suicidios		Accidentes de Tránsito		Otros Accidentes	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
1980	1035	52.9	41	2.1	39	2.0	364	18.9	591	30.8
1981	949	49.5	48	2.4	37	1.9	361	18.1	503	25.6
1982	901	49.6	41	2.6	23	1.1	397	19.4	440	21.9
1983	1011	48.4	50	2.4	39	1.9	368	17.6	554	27.0
1984	1049	49.2	59	2.8	29	1.4	357	16.7	604	28.8
1985	956	49.2	109	5.3	53	2.4	362	16.6	432	20.2
1986	991	48.8	116	5.5	74	3.7	385	17.3	416	19.0
1987	1157	50.9	156	6.9	86	3.8	402	17.7	513	23.0
1988	1107	47.7	160	6.9	87	3.7	355	15.3	505	22.1
1989	1373	57.9	123	5.1	70	2.9	334	14.1	846	36.3
1990	1232	51.3	241	10.0	74	3.0	358	14.9	559	23.3
1991	1279	52.3	220	9.0	68	2.7	339	13.8	652	26.7
1992	1345	54.0	287	11.5	89	3.5	408	16.3	561	22.5
1993	1368	53.9	255	10.0	96	3.7	442	17.4	575	22.7
1994	1506	58.3	299	11.5	100	3.8	495	19.1	612	23.7
1995	1571	59.7	351	13.3	111	4.2	495	18.8	614	23.3
1996	1375	51.4	205	7.6	112	4.1	417	15.6	641	24.0
1997	1524	56.1	292	19.2	143	9.4	527	34.6	562	36.9
1998	1458	52.8	246	8.9	145	5.2	563	20.4	504	18.2
1999	1430	50.9	243	8.6	143	5.1	544	19.4	500	17.8
2000	1337	45.4	286	9.7	144	4.9	428	14.5	479	16.2
2001	1348	44.9	308	10.3	162	5.4	431	14.3	447	14.9
2002	1434	46.9	365	11.9	160	5.2	448	14.6	461	15.1
2003	1492	47.9	356	11.4	195	6.3	550	17.7	391	12.6



Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003





**Cuadro N° 113. Posición de las Muertes por Causas Externas Según Grupo de Edad. República de Panamá.**  
Quinquenios: 1980-1985-1990-1995-2000

Grupo de Edad (años)	Años					
	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Menor de un año	8	5	6	5	6	3
1-4	1	2	2	1	3	2
5-14	1	1	1	1	1	1
15-24	1	1	1	1	1	1
25-44	1	1	1	1	1	1
45-64	2	2	2	2	3	2
65-74	-	7	5	5	6	6
75 y Más	-	-	8	7	7	7

Fuente: Contraloría General de la República

En el año 2003 los menores de un año presentaron una tasa de mortalidad por esta causa de 8.9 defunciones por 10,000 nacidos vivos. (Cuadros N° 88 y N° 89). En el grupo de 1-4 años esta tasa se mantiene estable, siendo de 21.8 y de 21.3 muertes por 100,000 en 1997 y en el 2003, respectivamente. Durante ambos años ocupó la II posición como causa de muerte en este grupo etéreo. (Cuadro N° 92). En la población de 5 a 14 años es la primera causa de muerte, desde el año 1980, aunque de 1997 al 2003 sus tasas reflejan un descenso porcentual del 20.5% (14.1 y 11.2 defunciones por 100,000 habitantes, respectivamente. (Cuadro N° 94). Para las chicas y chicos de 15-19

años, las causas externas son la primera causa de muerte 46 de cada 100,000 jóvenes fallecieron en el 2003 debido a ellas. (Cuadro N° 95). Por otro lado, la población de 20-59 años reportó una tasa de mortalidad de 57.9 defunciones por 100,000 habitantes. (Cuadro N° 96). En el caso de la tercera edad, 60 y más años, las causas externas no figuran entre las 5 principales causas de muerte, toda vez que son reemplazadas por las enfermedades crónicas y degenerativas. (Cuadro N° 97). Esta mortalidad afecta principalmente a la población masculina en todas las edades.

En 1990 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 51.0, y el diferencial por provincia identificó a las provincias de Colón, Darién y Panamá como las de mayor mortalidad por esta causa (67.5, 63.9 y 56.6 muertes por 100,000 habitantes); para 1995, Colón se mantiene como la primera provincia afectada por esta patología Colón con 105.1, en tanto que Los Santos y Panamá reportaron tasas de 65.1 y 62.6 defunciones por 100,000 habitantes, respectivamente. En el 97 la tasa general de mortalidad por causas externas fue de 56.1 y se ubican Colón y Panamá y Herrera como las más afectadas con tasas de 80.3, 61.0 y 62.5 defunciones por 100,000 habitantes, respectivamente. La distribución espacial de defunciones por causas externas en el 2003, evidencia que tasas superiores a la nacional se registraron en 6 de las 14 regiones de salud, tal fue el caso de Colón, Los Santos, Panamá Este, Metropolitana, San Miguelito y Kuna Yala. Es oportuno anotar que 1 de cada 5 muertes por causas externas ocurrió en la Región Metropolitana de Salud y cerca de 1 de cada 3 (35%) se reportaron en Metro y San Miguelito. (Cuadro N° 114).

**Cuadro N° 114. Defunciones y Tasas de Mortalidad por causas Externas Según Región De Salud. Panamá. Año: 2003**

República / Provincias	Causas Externas							
	Todas las Causas Externas		Suicidios		Homicidios		Accidentes de Transporte	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
<b>República</b>	<b>1492</b>	<b>42.4</b>	<b>195</b>	<b>6.3</b>	<b>356</b>	<b>11.4</b>	<b>550</b>	<b>17.7</b>
Bocas del Toro	76	40.3	8	7.9	8	7.9	15	14.9
Coclé	78	42.0	18	8.2	7	3.2	31	14.2
Colón	140	50.4	15	6.7	48	21.5	50	22.3
Chiriquí	177	40.4	26	6.6	29	7.3	76	19.1
Darién	31	30.5	6	11.4	10	19.0	4	7.6
Herrera	45	46.3	7	6.4	4	3.7	21	19.3
Kuna Yala	12	65.7	1	2.8	1	2.8	1	2.8
Los Santos	64	59.3	12	13.6	4	4.5	33	37.4
Ngobe Buglé	44	29.7	10	8	8	6.4	4	3.2
Panamá Este	50	56.8	4	4.5	9	10.2	22	25
Panamá Oeste	144	37.3	16	4.1	30	7.8	60	15.5
Metropolitana	304	50.8	23	3.8	111	18.6	125	20.9
San Miguelito	220	47.9	28	6.1	77	16.8	72	15.7
Veraguas	107	39.9	21	9.5	10	4.5	36	16.3

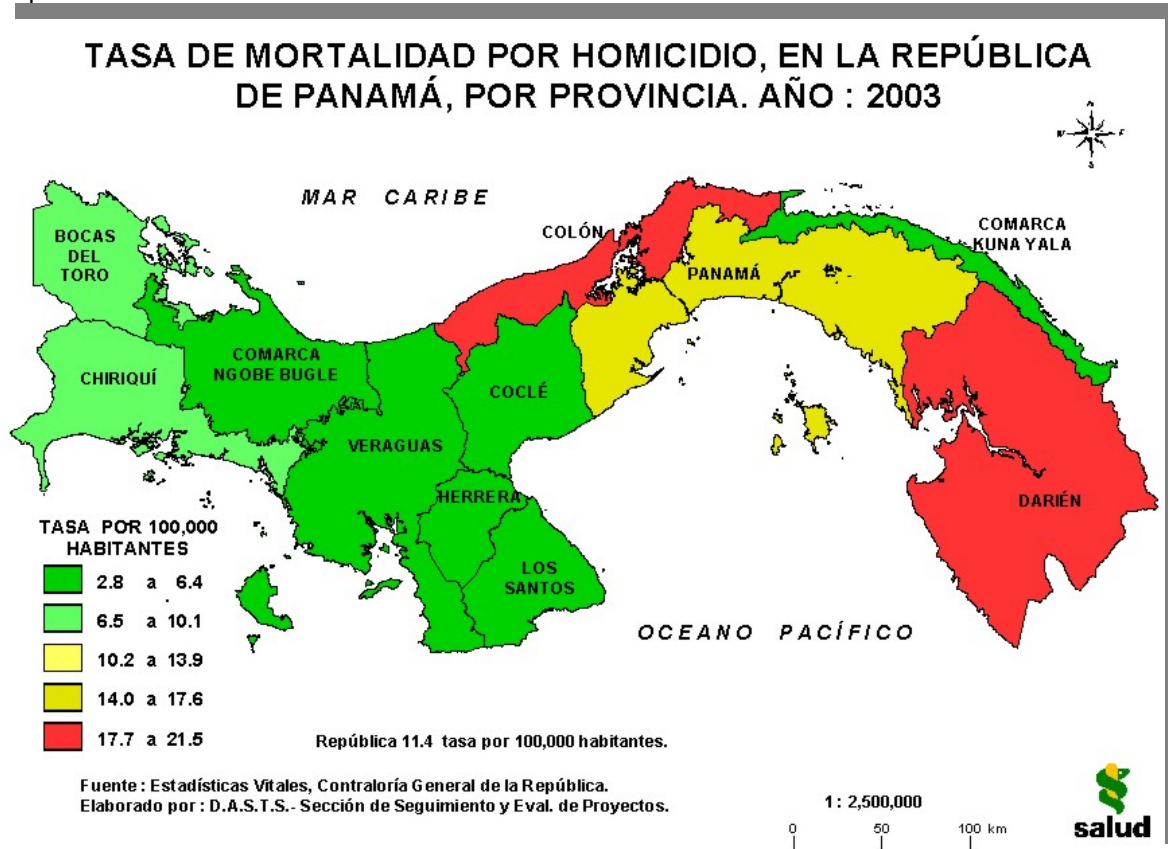
Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2004

Para 1998 las provincias de Panamá y Colón presentaron el riesgo más alto de morir por accidentes, en tanto el riesgo de suicidios más alto se presentó en las provincias de Herrera y Los Santos. En el 2003, el comportamiento del riesgo de morir por suicidios fue mayor en Darién y Los Santos, siendo en esta última región 2 veces mayor al del país. También reportaron tasas superiores a la nacional Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Herrera y Veraguas. Además, uno de cada 7 defunciones por suicidio se presentó San Miguelito y 1 de cada 8 se reportaron en Chiriquí. (Cuadro N° 115). Las regiones de salud de Colón, Darién, Metropolitana y San Miguelito reportaron, en orden descendente, tasas de homicidio más elevadas a la nacional. Uno de cada 3 defunciones ocurrió en la Metropolitana y 13.5% de las mismas se consignaron en Colón. (Cuadro N° 115, Mapa N° 34). El riesgo de accidentes de tránsito fue mayor, en orden descendente, en Colón, Metropolitana, Herrera y Chiriquí; 2 de cada 9 defunciones (22.2%) a causa de los mismos se presentó en la Metropolitana y 1 de cada

2 defunciones por accidentes de tránsito se reportó en la Provincia de Panamá. (Cuadro N° 115).

Mapa N° 34



Al analizar el comportamiento de las causas externas dentro de las cinco principales causas de muerte se observa que durante los años 90-2000-2003, esta ha ocupado el segundo lugar, con un comportamiento estable de la tasa nacional de mortalidad por estas causas. Las provincias de Colón y Panamá han mantenido tasas superiores a la nacional durante los tres años de análisis, sin embargo Darién tuvo un descenso porcentual del 7.8% (1990-2003); en tanto que Bocas del Toro y Los Santos han sufrido un incremento porcentual de 66.7% y 45.6%, respectivamente. (Cuadro N° 115)

**Cuadro N° 115. Tasas De Mortalidad De Las Cinco Principales Causas De Muerte  
Por Provincia República De Panamá. Año 1990, 2000 Y 2003**

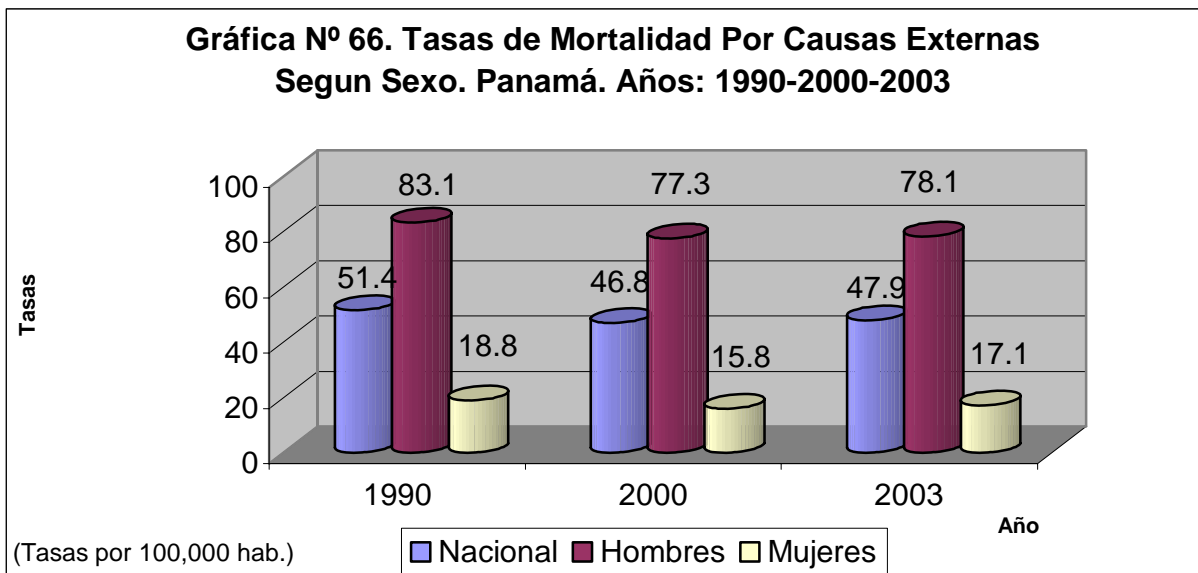
Provincias Comarca	Años																	
	1990						2000						2003					
	Total	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5
<b>República</b>	<b>405.3</b>	<b>57.8</b>	<b>51.0</b>	<b>39.9</b>	<b>28.1</b>	<b>22.7</b>	<b>414.6</b>	<b>67.9</b>	<b>46.8</b>	<b>42.1</b>	<b>40.2</b>	<b>21.8</b>	<b>425.1</b>	<b>71.8</b>	<b>47.9</b>	<b>44.6</b>	<b>42.3</b>	<b>25.2</b>
B. del Toro	48.4	47.7	45.3			26.2	29.0	22.0	28.4	13.5	12.8		40.3	50.7	75.5	8.0	10.9	11.9
Coclé	45.2	58.6	38.8	53.3		27.3	38.7	63.5	36.0	41.5	22.5	10.5	42.0	58.5	35.7	53.9	27.4	17.8
Colón	60.1	67.5	67.5	77.4			52.5	66.4	58.9	56.4	52.4	35.5	50.4	86.2	62.6	45.1	44.7	29.0
Chiriquí	310	43.4	42.1	29.0	19.4	19.4	37.1	56.7	49.1	32.9	42.2	21.4	40.5	78.1	44.7	39.4	41.9	32.0
Darién	25.8	16.6	63.9	14.2	11.8	7.1	21.4	25.9	30.6	15.3	7.6		30.5	38.0	58.9	13.3	7.6	
Herrera	40.9	64.2	37.8	42.5	27.4		40.3	78.8	43.2	62.5	44.2	17.3	46.3	85.6	41.4	69.9	51.5	21.2
Kuna Yala	29.8		16.3			14.0	53.6		42.4				65.7	33.1	33.1			
Los Santos	46.8	58.3	49.8	63.2	34.0		59.6	95.6	50.3	93.0	65.4	45.3	59.3	94.1	72.5	87.3	70.3	34.0
Panamá	40.4	69.9	56.6	39.0	38.2	23.3	42.7	80.3	49.6	42.2	45.7	25.6	42.0	76.3	46.4	48.3	49.7	29.5
Veraguas	38.2	31.5	47.5	32.4		21.5	40.4	40.6	38.5	46.6	27.8	10.7	39.9	66.9	48.3	41.6	41.6	13.1
Ngobe Bugle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29.7					

N°	Causa	Años
1	Tumores malignos	1990, 2000, 2003
2	Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1990, 2000, 2003
3	Enfermedad Cerebro Vascular	1990, 2000, 2003
4	Infarto Agudo del Miocardio	1990
5	Ciertas Afecciones Orig. en el Menor de Un Año	1990
4	Enfermedades Isquémica del Corazón	2000, 2003
5	Diabetes Mellitus	2000, 2003

Fuente: Contraloría General de la República. Estadísticas Vitales. Años: 1990-2000-2003

La distribución por sexo de la mortalidad general en Panamá, da evidencia de la existencia de un riesgo 1.3 veces mayor de morir de los hombres en relación con las mujeres. En el caso particular de las causas externas el riesgo de morir es cerca de 5 veces mayor en los hombres que en las mujeres. (Gráfica N° 66)



Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Años. 1990-2000-2003

En el 2003, los accidentes de tránsito ocurren 4 veces más en la población masculina que en la femenina y en todas las edades excepto entre los 15-19 años el riesgo es mayor en los hombres. La población de 20 a 59 años tuvo 1.4 veces mas riesgo de morir por esta causa; en tanto que en la de 60 y más el riesgo fue 2.3 veces mayor. Los adolescentes de 15-19 años presentaron 2.8 veces más riesgo de morir por accidentes de tránsito que los de 10 a 14 años. (Cuadro N° 116)

**Cuadro N° 116. Mortalidad Por Accidentes de Tránsito Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003**  
(Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	550	17.7	440	28	110	7.1
< de 1 año	0	0	0	0	0	0
1 a 4	12	4.5	8	5.8	4	3.0
5 a 9	14	4.4	11	6.7	3	1.9
10 a 14	13	4.3	7	4.5	6	4.0
15 a 19	35	12.0	17	11.4	18	12.6
20 a 59	361	22.6	313	38.9	48	6.0
60 y más	110	42.3	80	63.0	30	22.6

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.  
Año: 2003

Los homicidios como componente de la mortalidad por causas externas, reportó en el 2003, un riesgo 8 veces mayor en los hombre que en las mujeres. Fallecieron por esta causa 3.5 veces más niños menores de un año que niñas. los accidentes de tránsito ocurren 4 veces más en la población masculina que en la femenina y en todas las edades excepto entre los 15-19 años el riesgo es mayor en los hombres. La población de 20 a 59 años tuvo 1.4 veces mas riesgo de morir por esta causa; en tanto que en la de 60 y más el riesgo fue 2.3 veces mayor. Tres de cada 4 defunciones por homicidios ocurrió en la población de 20 a 59 años, donde le riesgo fue 8.7 veces mayor en hombre que en mujeres. Uno de cada 7 muertes por esta causa ocurrió en adolescente entre 10 a 19 años, sin embargo los adolescentes entre 15 y 19 años tuvieron 10 veces más riesgo de morir que los de 10-14 años. Se estima que los chicos de 15 – 19 años presentaron 22 veces más riesgo de morir por homicidio que las chicas del mismo grupo de edad. (Cuadro N° 117)

Cuadro N° 117 Mortalidad Por Homicidios  
Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003  
(Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	356	11.4	318	20.2	38	2.5
< de 1 año	9	13.0	7	19.8	2	5.9
1 a 4	4	1.5	1	0.7	3	2.3
5 a 9	0	0	0	0	0	0
10 a 14	5	1.6	3	1.9	2	1.3
15 a 19	48	16.4	46	30.9	2	1.4
20 a 59	264	16.5	237	29.5	27	3.4
60 y más	24	9.2	22	17.3	2	1.5
N. E	2	0.0	2	0.0	0	0.0

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.  
Año: 2003

El riesgo de morir a causa de un suicidio fue 1.8 veces mayor en los hombre que la tasa general de país y 8 veces mayor que en las mujeres. No se dieron casos de suicidios en menores de 9 años y el 100% de las defunciones por esta causa en el grupo de 10 a 14 años ocurrió en chicos. Uno de cada 7 suicidios se reporto entre jóvenes de 10 a 19 años, con una tasa 9 veces mayor en el grupo de 15 a 19 años.

Cerca de 4 de cada 5 (81%) suicidios en jóvenes de 15-19 años se consigno en chicos. El 70% de los suicidios se reportó en población entre los 20 y 59 años, con una tasa 8.6 veces mayor en los hombres que en las mujeres. En la población de 60 y más años la tasa general fue la más elevada, con un diferencial por sexo de 20.5 defunciones por 100,000 hombres y 1.5 defunciones por 100,000 mujeres. (Cuadro N° 118).

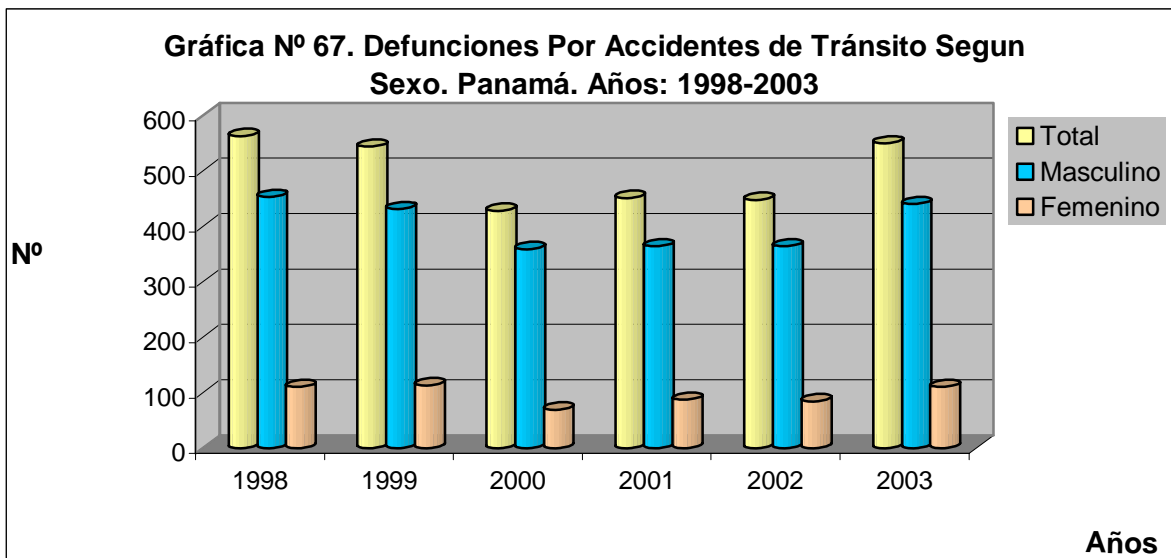
Cuadro N° 118. Mortalidad Por Suicidio  
Por Sexo Según Edad. Panamá. Año. 2003  
(Tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad	Sexo					
	Total		Masculino		Femenino	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Total	195	6.3	174	11.1	21	1.4
< de 1 año	0	0	0	0	0	0
1 a 4	0	0	0	0	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0	0
10 a 14	3	1.0	3	1.9	0	0.0
15 a 19	26	8.9	21	14.1	2	3.5
20 a 59	138	8.3	124	15.4	14	1.8
60 y más	28	10.8	26	20.5	2	1.5

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.  
Año: 2003

En el periodo 1998-2003 ocurrieron 2984 accidentes de tránsito, de los cuales 8 de cada 10 ocurrieron en hombres. El promedio anual de muertes por accidentes de tránsito fue de 497.3, en tanto que el promedio anual en hombre fue de 401.8 y en mujeres fue de 95.5 defunciones por accidente de tránsito. Durante el periodo ocurrieron en promedio 4.3 veces más defunciones por accidentes de tránsito en hombres que en mujeres. Los años 98 y 2003 reportaron el mayor número de muertes por esta causa, los cuales representaron el 37.3% del total. (Gráfica N° 67)





Fuente: Contraloría General de la República. Año: 2003

La evolución de la razón de años de vida productiva perdidos a causa de las muertes por accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, ha presentado un incremento importante, en términos absolutos, cuando se comparan los años 90 y 95 y 90 y 2003. Este es más evidente cuando se analiza su incremento porcentual de los AVPPP, toda vez que ha alcanzado valores del 14.9% y de 33.5%. (Cuadro N° 119)

**Cuadro N° 119 Evolución De La Razón De Años De Vida Productiva Perdidos Prematuramente<sup>1</sup> Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1990-1995**

Indicador	Años			
	1990	1995	2002	2003
Total de Muertes	1232	1571	1434	1492
Tasa de Mortalidad	51.3	59.7	46.9	47.9
Razón de AVPPP <sup>1</sup>	1428.9	1641.8	1763.0	1908.0
% de Variación 90-95				14.9
% de Variación 90-2003				33.5

Fuente: Contraloría General de la República. Años: 1990-1995-2000-2003

## **2. Enfermedades Transmisibles**

### **2.1 Las Enfermedades Inmunoprevenibles**

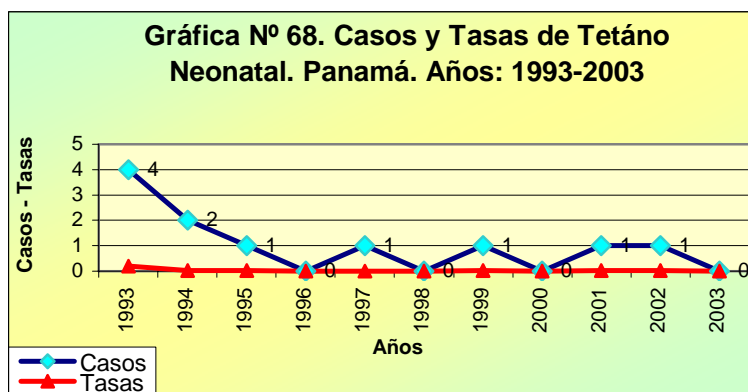
Las enfermedades prevenibles por vacunas son objeto de vigilancia permanente en todo el país para lograr su control, eliminación o erradicación, según sea el comportamiento y tendencias en los diferentes espacios geográfico – poblacionales del país. La vacunación es la estrategia de salud pública más costo – efectiva para la disminución de la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles y se viene aplicando en el país desde hace varias décadas atrás. El impacto de esta medida se hace notar en los cambios del perfil de mortalidad de la población panameña, pues en el 60 figuraba entre las principales causas de muerte la tosferina, en el 70 el sarampión y desde la década del 80, estas enfermedades no se cuentan entre las principales causas de muerte. (Cuadro N° 8)

En el grupo de menores de un año, las enfermedades inmunoprevenibles, han persistido entre las principales causas de muerte hasta 1990, siendo la tosferina, el sarampión y el tétanos las patologías consignadas en la estructura de mortalidad del menor de un año. (Cuadro N° 88)

En el año 1972, se erradicó la Poliomiелitis, al igual que la Difteria. Desde la época de la construcción del Canal, la Fiebre Amarilla ha disminuido en el país, presentándose el último caso de fiebre amarilla urbana en 1905, con casos de fiebre amarilla selvática en 1974. Sin embargo, el sistema de vigilancia se mantiene alerta y en el caso particular de la Polio, el objeto de vigilancia es la Parálisis Flácida, con un total de 89 casos investigados durante el periodo 1993-2003, para un promedio de 8 casos por año. De igual forma, se efectúa la vigilancia de los monos centinelas (muertos o enfermos), como parte del sistema de vigilancia de la Fiebre Amarilla, en las áreas de alto riesgo, donde además se mantiene la vacunación de susceptibles. Desde los años 70, la Viruela ha sido erradicada no sólo de nuestro país, sino del Mundo.

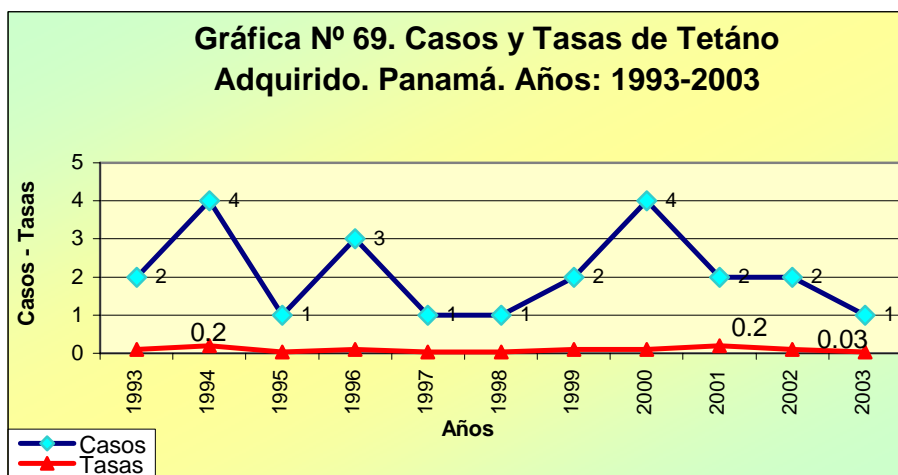
Se destaca, también, que los últimos 14 casos de Sarampión fueron reportados en el año 1995, siendo la Región de Salud de San Miguelito la que consignó el mayor número de casos (10); los cuatro casos restantes se reportaron en Chiriquí, Panamá Oeste y Veraguas. Se considera eliminado el Sarampión en el país.

En el periodo 1993-2003 han ocurrido 11 casos de tétano neonatal, de los cuales el 36.4% se reportó durante 1993. Durante 1996, 1998, 2000 y 2003 la tasa de Tétanos Neonatorum fue de cero (0). Los casos se han reportado en diferentes regiones sanitarias a lo largo del periodo. (Gráfica N° 68)



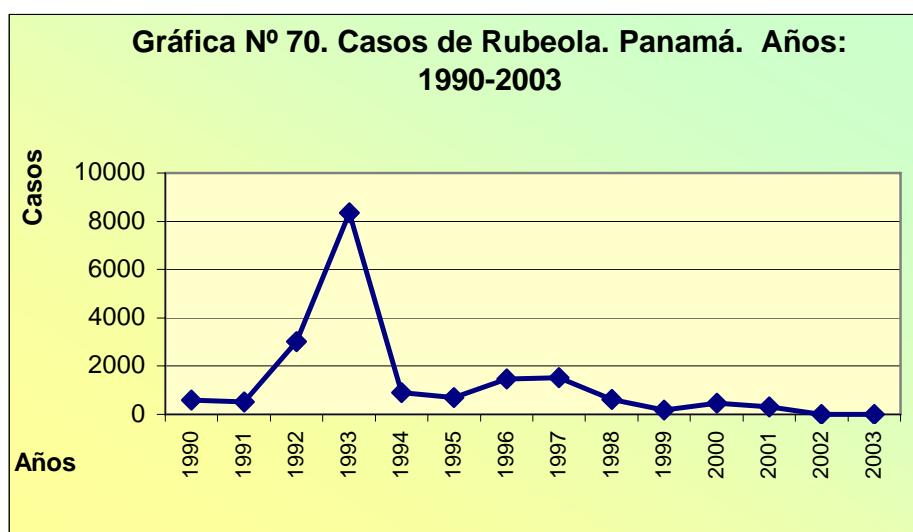
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

Por otro lado, el tétano adquirido ha tenido un descenso porcentual de su tasa del orden del 70% durante el periodo 1993-2003, con tasas de 0.1 y 0.03 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. El rango de las tasas de incidencia para este periodo fue de 0.03 a 0.2 casos por 100,000 habitantes y un total de 23 casos, de los cuales un 17.4% se presentaron en 1994 y otro 17.4% ocurrió en el 2000. (Gráfica N° 69) Las tasas más elevadas (alrededor del 2.6 casos por 100,000 habitantes) se presentaron en Kuna Yala en los años 1993, 1994 y 1998.



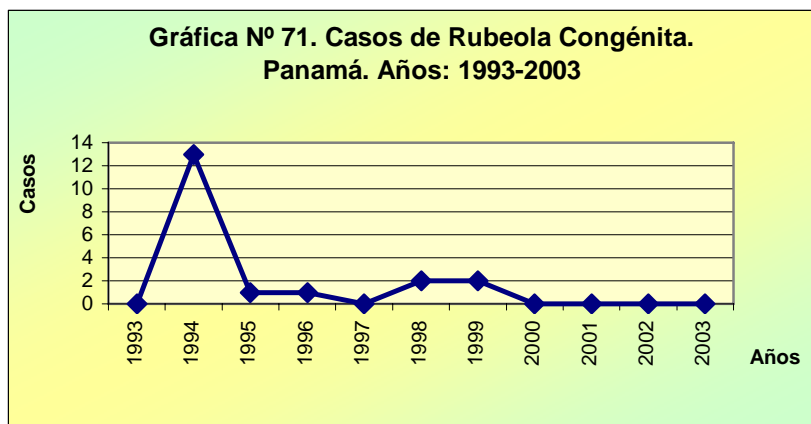
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

En 1986 se incluye como parte de las Normas de Vacunación del PAI, la vacunación Anti-Rubéola. Los últimos brotes epidémicos se registraron en 1986 y en 1993. El comportamiento de la Rubéola evidencia una tendencia al descenso de casos y tasas desde 1993 al 2003, que se refleja en un descenso porcentual de 99.9% hasta el 2002, ya que para el 2003 no se registraron casos de esta patología. Las regiones más afectadas, en 1993, por este problema de salud pública fueron Chiriquí, Azuero, Panamá Oeste y Metropolitana con un rango de sus tasas de 484.6 a 381.8 casos por 100,000 y una tasa nacional de 346.3 casos por 100,000 habitantes. Para el 2002 los 10 casos reportados se reportaron en Coclé (2), Colón (1), Chiriquí (2), Metropolitana (4) y San Miguelito (1). (Gráfica N° 70)



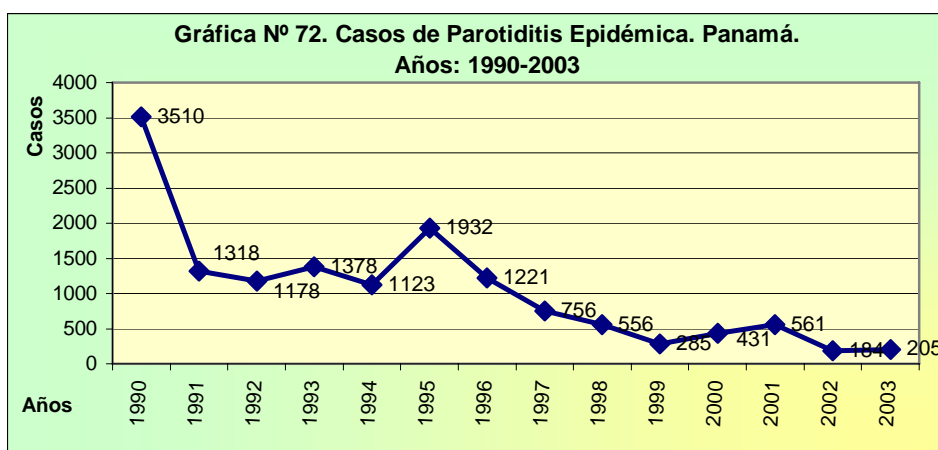
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud.  
DiPol. MINSA. Año: 2005

Es observable que se dio un incrementó de los casos y tasas del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en 1987 y 1994, en este último año, la tasa para la República fue de 0.5 casos por 100,000 habitantes y 11 de los 13 casos se concentraron en las regiones de Chiriquí y Metropolitana con tasas de 1 y 1.4 casos por 100,000 habitantes; aunque Panamá Este con un solo caso reportado alcanzó una tasa de 1.3 casos por 100,000 habitantes. Desde el año 2000 no se reportan casos de rubéola congénita. (Gráficas N° 71)



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

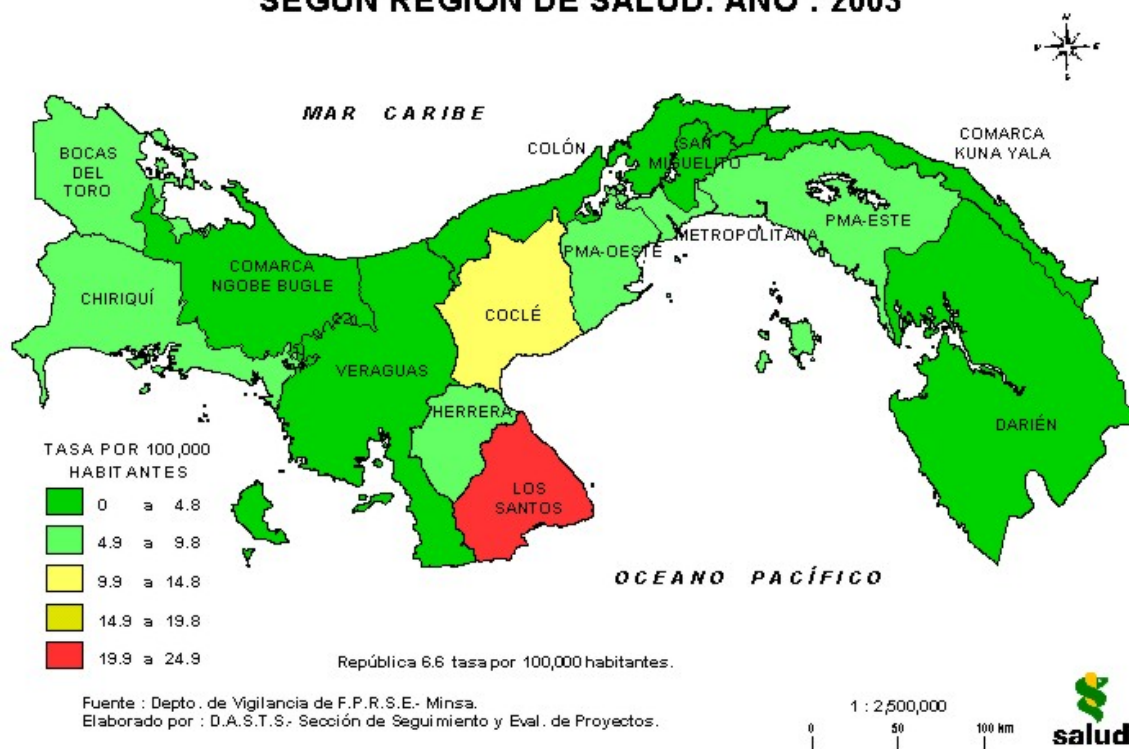
La parotiditis reporta un descenso progresivo de sus tasas para un descenso porcentual del 84.7% durante al comparar los años 1994 con el 2003 y una ocurrencia de casos 17 veces mayor en 1990 que en el 2003. (Gráfica N° 72) Los casos se presentaron en todas las regiones del país, con variaciones de la frecuencia de ocurrencia en las diferentes regiones cada año. En el 2003, la tasa nacional fue de 6.6 casos por 100,000 habitantes, reportándose las más elevadas en la provincia de Los Santos con un rango entre 19.9 y 24.9 casos por 100,000 habitantes; seguida de la provincia de Coclé ubicada en el rango de 9.9 a 14.8 casos por 100,000 habitantes. (Mapa N° 35)



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

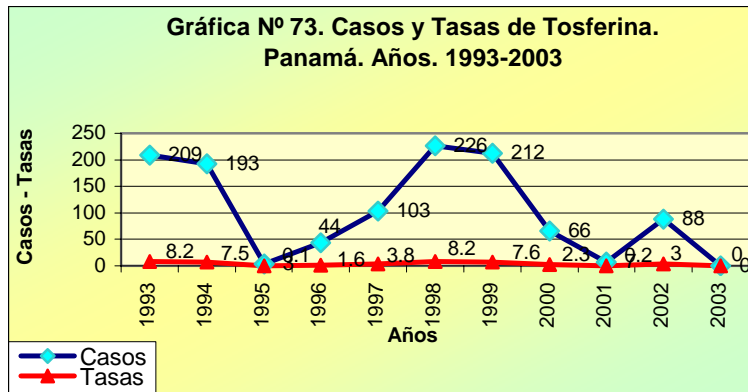
MAPA N° 35

### TASA DE PAROTIDITIS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO : 2003



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

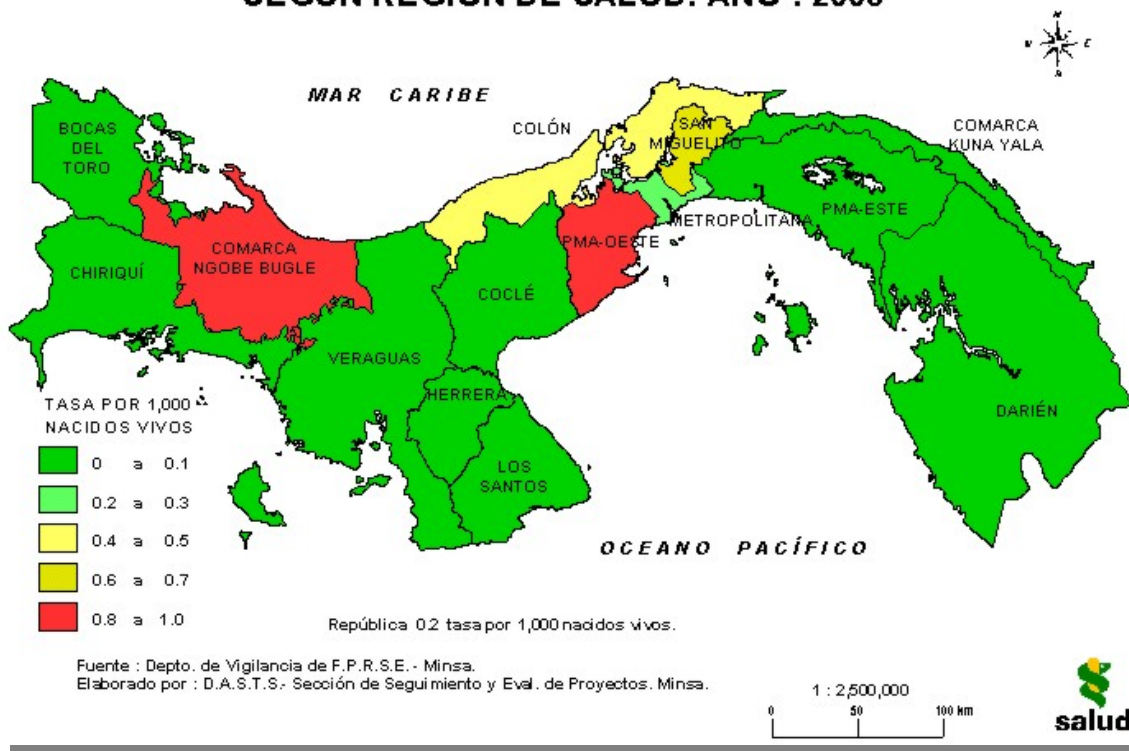
Durante el periodo 1993 a 2003 la tasa de incidencia de tosferina ha variado de 8.2 a 0.2, siendo el máximo valor reportado en los años 1993 y 1998; y el valor mínimo en el 2003. Este problema se distribuye en todo el territorio nacional y presenta un comportamiento descendente. (Gráfica N° 73). A lo largo del periodo se reportaron un total de 1151, el mayor número de casos se ha presentado en la provincia de Bocas del Toro, toda vez que 877 casos se han consignado en la misma, es decir 3 de cada 4 casos ocurridos en el país. En el 2003, la Comarca Ngobé Bugle y Panamá Oeste reportaron las tasas más elevadas. (Mapa N° 36 )



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

**MAPA N° 36**

**TASA DE TOSFERINA, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO : 2003**



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

Para el año 2003, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis registró 1427 casos para una tasa de 45.7 casos por 100,000 habitantes, se mantiene sin variación la tendencia ascendente que empezó hace 20 años. Las Regiones de Kuna Yala, Ngobe Bugle, Bocas del Toro y Colón presentan mayor riesgo con tasas de 237.7, 192.3, 121.24 y 111.2 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. Estas tasas al ser comparadas con la tasa promedio nacional son entre 5.2 y 2.4 veces mayores. (Cuadro N° 120, Mapa N° 37)

**Cuadro N° 120. Incidencia De Tuberculosis Por Región De Salud. Panamá. Año: 2003**

REGIÓN DE SALUD	CASOS	TASAS
<b>REPUBLICA</b>	<b>1427</b>	<b>45.72</b>
BOCAS DEL TORO	132	121.24
CHIRIQUI	95	24.00
COCLE	25	11.49
COLON	252	111.18
DARIEN	21	39.08
HERRERA	9	8.18
KUNA YALA	85	237.74
LOS SANTOS	12	13.53
METRO	138	23.08
NGOBE BUGLE	240	192.32
PANAMÁ ESTE	48	54.55
PANAMÁ OESTE	140	36.25
SAN MGUELITO	193	41.99
VERAGUAS	28	12.32
N.E.	9	-

Tasas por 100,000 habitantes  
 Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

El análisis por distritos da evidencia que en todo el país, se ubican 17 distritos cuyas tasas son superiores al promedio nacional. Los 5 distritos con las tasas más elevadas son Nole Duima, Besiko, Mirono, Kuna Yala, Muna y sus tasas varían de 565.3 a 154.2 casos por 100,000 habitantes, es decir que su población residente tiene un riesgo de enfermar entre 12.4 y 3.4 veces mayor que el promedio nacional. En todos estos distritos residen poblaciones indígenas. (Cuadro N° 121, Mapa N° 38)





**Cuadro N° 121. Incidencia De Tuberculosis Por Distrito.  
Panamá. Año: 2003**

DISTRITO	CASOS	TASAS	DISTRITO	CASOS	TASAS
<b>REPUBLICA</b>				<b>1427</b>	<b>45.72</b>
NOLE DUIMA	58	565.25	ÑURUN	3	24.08
BESIKO	74	404.64	GUALACA	2	22.54
MIRONO	40	356.51	BARU	14	22.20
KUNA YALA	85	237.74	BUGABA	16	21.68
MUNA	47	154.23	CAPIRA	7	20.21
COLON	246	127.48	SAN FRANCISCO	2	18.88
SAN FELIX	7	124.51	SAN CARLOS	3	18.33
CHEPO	42	111.28	ALANJE	3	18.16
CHANGUINOLA	93	106.20	SANTA MARIA	1	13.42
PINOIANA	10	68.12	SANTIAGO	9	10.93
SAN MGTO	193	62.12	LAS PALMAS	2	10.23
KANKINTU	13	53.81	RENACIMIENTO	2	10.19
REMEDIOS	2	52.45	CHAGRES	1	9.75
ARRAIJAN	88	49.89	TONOSI	1	9.56
LA MESA	6	48.91	DONOSO	1	9.13
TOLE	6	48.55	CHITRE	4	8.58
DAVID	63	47.02	LSANTOS	2	7.91
SAN LORENZO	3	42.64	LA PINTADA	2	7.86
BOQUETE	7	38.17	PESE	1	7.56
CAÑAZAS	6	34.21	BOQUERON	1	7.41
PORTOBELLO	3	34.09	KUSAPIN	1	5.58
PARITA	3	32.18	NATA	1	5.21
LTABLAS	8	30.60	DOLEGA	1	5.16
CHEPIGANA	9	30.23	CHAME	1	4.72
CHORRERA	41	29.79	BOCAS DEL TORO	5	4.59
POCRI	1	28.63	ANTON	2	4.25
SANTA FE	4	28.25	NE	19	-
PANAMÁ	143	24.90			
PENONOME	19	24.44			

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

La población de 15 años y más presentó las tasas más elevadas de tuberculosis en todo el país, siendo el grupo de edad de los mayores de 65 años el que presenta la tasa más elevada (83.8 por 100,000 habitantes) la cual es 1.8 veces mayor al promedio nacional. En la región de Bocas del Toro todos los grupos de edad, excepto el de 65 años y más presentan tasas entre 2 y 3 veces superiores al promedio nacional, aunque en el grupo de

0 a 14 años la tasa para esta región es 8.7 veces mayor. En el caso de la región de salud de Colón, las tasas para todos los grupos de edad, excepto para el de 0 a 14 años, son cerca de 3 veces superiores a los promedios nacionales para cada grupo de edad. En Darién los grupos de edad de 55-64 y 65 y más años son los más afectados por la Tuberculosis, duplican las respectivas tasas nacionales. (Cuadro N° 119)

En el caso de las Regiones de Kuna Yala y Ngobe Bugle se presentaron las tasas más elevadas de todo el país para todos los grupos de edad. En estas Regiones el riesgo es más alto y oscila entre 4 y 10 veces mayor al promedio nacional. En la región de Panamá Este las tasas de incidencia más elevadas se presentan en los grupos de edad entre los 15 y 54 años; en Panamá Oeste la población de 45-54 años y la de 65 y más tiene las tasas de incidencia más elevadas. En la región de San miguelito, Las Cumbres y Chilibre los grupos entre los 15-44 años y el de 54-64 años son la más afectada. Se destaca que en la región de Veraguas, en todos los grupos de edad las tasas de incidencia para la tuberculosis son menores que los promedios nacionales respectivos. (Cuadro N° 122)

**Cuadro N° 122. Tasas Incidencia De Tuberculosis Pulmonar Por Región De Salud Según Grupos De Edad. Panamá, Año: 2003**

Región De Salud	Edad							
	Total	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 +
<b>República</b>	45.7	15.6	41.0	62.0	60.2	62.9	68.5	83.3
Bocas Del Toro	121.2	133.4	80.0	102.8	117.7	160.8	205.0	72.2
Chiriquí	24.0	11.2	15.2	25.8	34.8	36.4	33.3	58.1
Coclé	11.5	1.3	10.3	9.4	0.0	5.6	14.8	83.4
Colón	111.2	11.8	114.2	162.7	176.7	171.0	193.5	238.1
Darién	39.1	8.9	20.1	55.4	36.7	51.7	150.6	198.5
Herrera	8.2	0.0	0.0	12.1	6.7	26.4	11.6	22.9
Kuna Yala	237.7	14.1	159.7	428.9	351.4	336.4	655.7	802.6
Los Santos	13.5	0.0	7.0	15.2	23.6	9.7	12.4	22.0
Metro	23.1	3.4	21.5	28.7	40.0	39.5	24.3	19.7
Ngobé Bugle	192.3	81.0	170.1	344.1	239.4	344.1	491.8	880.7
Panamá Este	54.6	0.0	85.0	83.1	84.3	98.0	22.6	82.0
Panamá Oeste	36.2	3.5	28.1	51.8	48.2	65.3	59.5	88.5
San Miguelito	42.0	3.7	43.4	66.4	68.0	52.5	70.4	49.0
Veraguas	12.3	1.4	9.2	18.4	22.2	24.7	33.1	6.4

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

El sexo masculino es el más afectado en todo el país con una relación de sus tasas hombre – mujer de 1.22 (49.9 para hombres y 40.8 casos por 100,000 habitantes para las mujeres). Este comportamiento es un tanto diferente en las Regiones de Kuna Yala, Ngobé Bugle, Bocas del Toro y San Miguelito, que en ese orden presentan las tasas más elevadas en la población femenina; aunque el riesgo es 3 veces mayor para la población femenina de San Miguelito que para los hombres de esa misma área. En la región Ngobé Bugle el riesgo hombre-mujer se aproxima al 1. Por otro lado, en las Regiones de Ngobe Bugle, Kuna Yala y Colón los hombres presentaron las tasas de incidencia más elevadas en población masculina, pero en la región de Panamá Este los varones tuvieron 4.7 veces más riesgo que las mujeres; en tanto que, en las Regiones de Colón, Herrera, Metropolitana, Panamá Oeste y Veraguas el riesgo se estima cercano al doble para los hombre. (Cuadro N° 123)

**Cuadro N° 123. Tasas Incidencia De Tuberculosis Por Región De Salud Según Sexo. Panamá. Año: 2003**

Región De Salud	Sexo					
	Total		Femenino		Masculino	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<b>Republica</b>	<b>1427</b>	<b>45.72</b>	<b>632</b>	<b>40.88</b>	<b>786</b>	<b>49.90</b>
<b>Bocas Del Toro</b>	<b>132</b>	<b>121.24</b>	67	129.82	65	113.50
<b>Chiriquí</b>	<b>95</b>	<b>24.00</b>	37	19.11	58	28.68
<b>Coclé</b>	<b>25</b>	<b>11.49</b>	11	10.41	14	12.52
<b>Colón</b>	<b>252</b>	<b>111.18</b>	73	65.69	179	154.94
<b>Darién</b>	<b>21</b>	<b>39.08</b>	10	40.76	11	37.66
<b>Herrera</b>	<b>9</b>	<b>8.18</b>	3	5.51	6	10.80
<b>Kuna Yala</b>	<b>85</b>	<b>237.74</b>	54	284.03	31	185.17
<b>Los Santos</b>	<b>12</b>	<b>13.53</b>	4	9.21	8	17.68
<b>Metro</b>	<b>138</b>	<b>23.08</b>	48	15.57	90	31.07
<b>Ngobé Bugle</b>	<b>240</b>	<b>192.32</b>	118	187.93	122	196.76
<b>Panamá Este</b>	<b>48</b>	<b>54.55</b>	7	17.87	41	83.99
<b>Panamá Oeste</b>	<b>140</b>	<b>36.25</b>	45	23.50	95	48.77
<b>San Miguelito</b>	<b>193</b>	<b>41.99</b>	146	62.83	47	20.68
<b>Veraguas</b>	<b>28</b>	<b>12.32</b>	9	8.32	19	15.96
<b>N.E.</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	5	-	4	-

Tasas por 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Durante el año 2003, de los 1427 casos registrados de tuberculosis se reportaron 137 casos de asociados al SIDA, lo que representa un 9.6% de los casos. De igual forma el

sistema de vigilancia consignó 66 casos de tuberculosis extrapulmonar, es decir, 4.6% de los casos.

## **2.2 Otras Enfermedades Transmisibles**

### **a. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

Se estima que en Panamá, para el 2003, el número de infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), oscilaba entre 18,000 a 22,000 personas entre los 15 a 49 años de edad. (MINSAs; 2003)<sup>1</sup> Para este mismo año, el sistema de vigilancia registró 656 casos nuevos de SIDA, para un total de casos acumulados de 6,141 durante el periodo septiembre de 1984 - diciembre de 2003. Para la definición de caso se aplican los criterios del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta de 1993.

La tasa de incidencia anual de SIDA ha presentado un crecimiento sostenido a través de los años. La caída observada en los años 2002 y 2003 se debe, entre otras cosas al retraso en la notificación propia del sistema, que se corrige con el cierre de las investigaciones epidemiológicas o del periodo de cierre correspondiente. Otra explicación posible es el inicio del tratamiento antirretroviral, pues muchos pacientes empiezan la terapia antes del inicio de los síntomas y signos o de que su CD4 baje hasta 200.

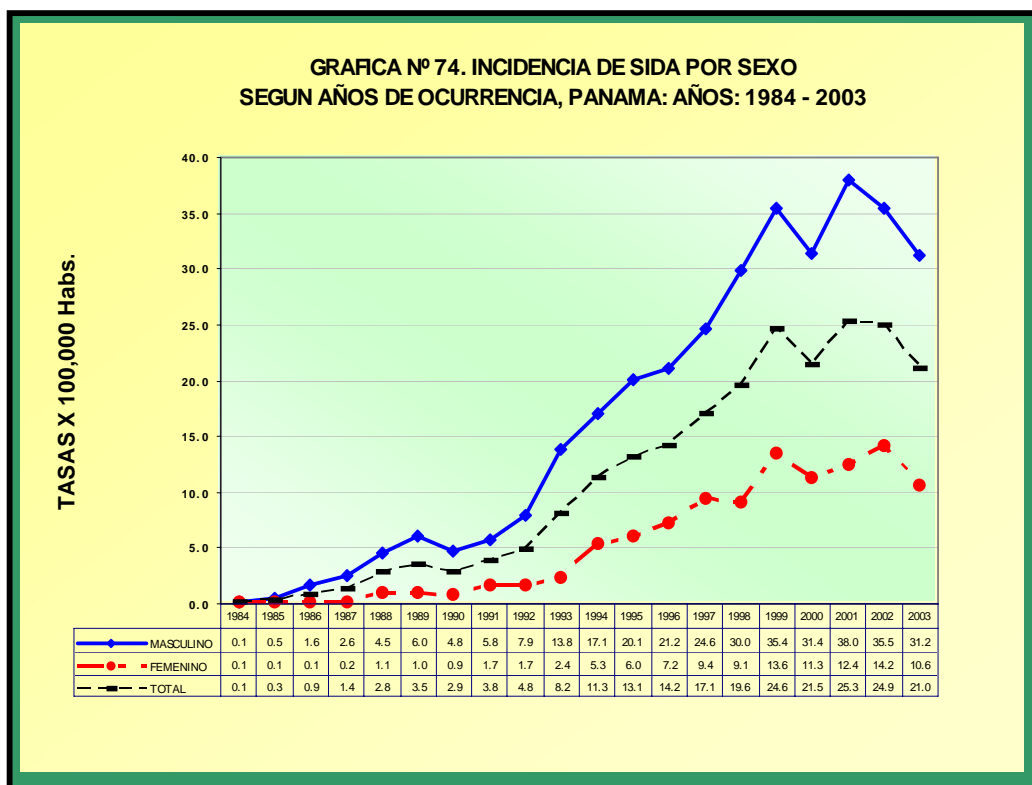
#### **a.1 Distribución por sexo y grupo de edad**

Desde el inicio de la epidemia la mayor proporción de casos se ha presentado en los hombres, donde han ocurrido el 75.6% de los casos de SIDA. (Gráfica N° 74)

La razón hombre-mujer se incrementa con el incremento de la edad, siendo que existe una variación a saber: para el grupo de 15-24 años la razón hombre - mujer es de 1.6, para el de 25-44 años es de 3.2 y para el de 45 y más años la relación es de 5.0 hombres por cada mujer. La razón hombre/mujer en el ámbito nacional ha sido de 3:1 en los últimos 8 años. El comportamiento de este indicador, desde el inicio de la epidemia ha estas fechas es uno de los que más variación ha tenido, pues al inicio de la epidemia la diferencia llegó a ser más marcada; siendo que para el año de 1986, se presentó una relación casos de 17 hombres por cada mujer.. (Gráfica N° 75)

---

<sup>1</sup>MINSAs. División de Epidemiología. Situación Epidemiológica del SIDA en Panamá. Año de 2003.



(1) Cifras hasta Diciembre de 2003

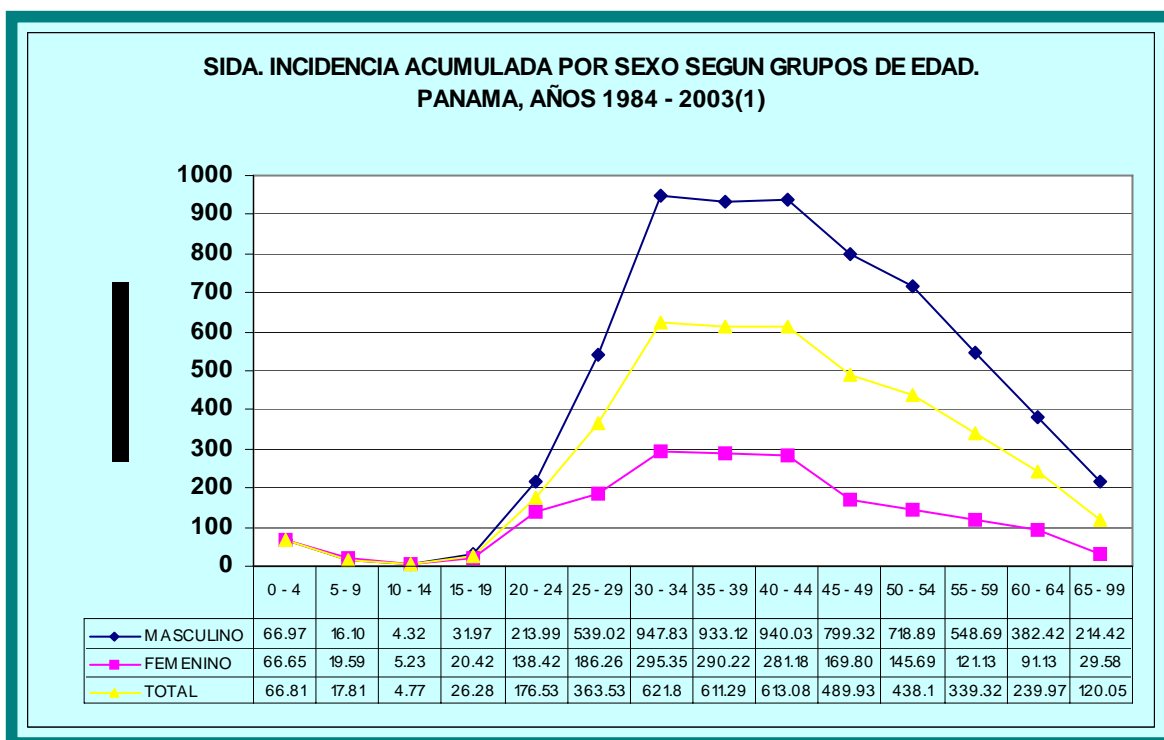
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades.  
 Año: 2004

Los grupos de edad más afectados desde el registro del primer caso en el año 1984 hasta diciembre de 2003, han sido los de 30 a 34 años, 35 a 39 y 40 a 44 años, con tasas de incidencia acumulada alrededor de 600 casos por 100,000 habitantes; en tanto que para el grupo de 45 a 49 años de edad la tasa acumulada fue de 489.93 casos por 100,000 habitantes. (Gráfica N° 75)

### a.2 Categorías de Transmisión

En relación a los mecanismos de transmisión, en Panamá el 65.9% de los casos se deben a la transmisión sexual, 3.8% a transmisión madre-hijo (peri natal), 2.3% a transmisión sanguínea (Droga IV, hemofílico, transfusión sanguínea) y el 28.0% restante se desconoce el factor de riesgo. Un alto porcentaje de los casos sin factor de riesgo especificado han sido captados a través de los certificados de defunción, donde no se consigna este tipo de información.

Gráfica N° 75



(1) Cifras hasta diciembre 200

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades.  
Año: 2004

A partir del año 1992, patrón epidemiológico predominante ha cambiado hacia la transmisión heterosexual. Pese a que el patrón actual ubica en segundo plano la transmisión homosexual, relativa al grupo de hombres que tienen sexo con hombres, los estudios de sero prevalencia efectuados sugieren que la infección por VIH permanece oculta en este grupo.

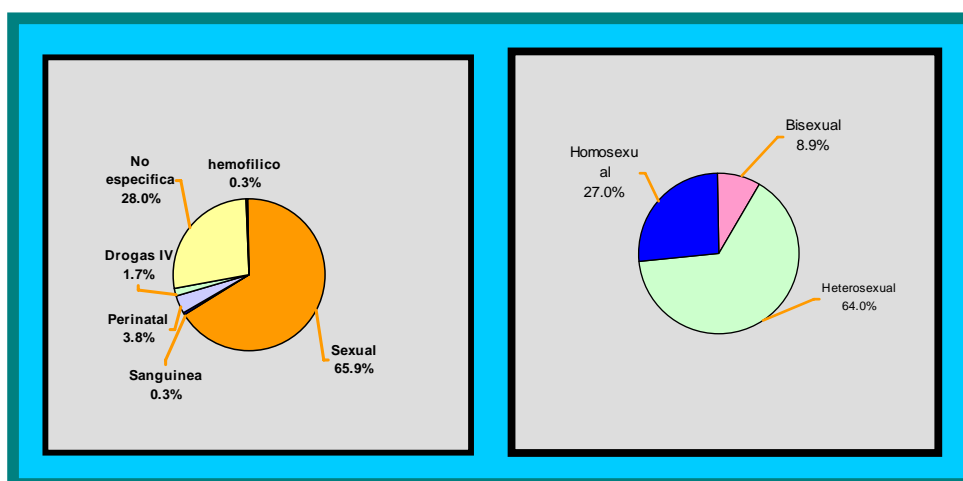
A partir de 1985, en Panamá, se efectúa el tamizaje de toda sangre donada para la detección de anticuerpos anti VIH. En 1998 se efectuó la última notificación de casos de SIDA en pacientes hemofílicos, todos con historia de ser portadores desde años anteriores, ninguno con historia reciente de infección. En el año 2003, no se han reportado casos asociados a hemo recepción.

Los usuarios de drogas intravenosas no representan un gran número dentro del total de casos 93 (1.7%). Sin embargo, cada vez es más frecuente la notificación de los casos por transmisión sexual asociados al uso indebido de drogas, sobre todo de cocaína y alcohol. (Gráfica N° 76)

Del total de casos que tienen como factor de riesgo la transmisión sexual, 2933 (64.0%) corresponden al contacto heterosexual, 838 (27%) a homosexuales y 277 (8.9%) bisexuales. De los casos notificados por transmisión heterosexual 1985 son varones y 948 son mujeres. El 76.5% de los casos del sexo femenino ha sido notificado en los últimos siete años. En este sentido, es importante destacar que durante los primeros años de la epidemia, la notificación de casos en mujeres, en su mayoría era dada por ser contacto de hombres infectados. Hoy día, se suma a este comportamiento la promiscuidad sexual, que es el riesgo mayormente reportado. (Gráfica N° 76)

De los 268 casos notificados en menores de 15 años de edad, 3 de cada 4 se produjeron mediante el mecanismo de transmisión madre-hijo, sumando un total de 203 casos, de los cuales cerca de 4 de cada 5 casos (81.7%) se notificaron en los últimos siete años.

**Gráfica N° 76 Proporción De Casos De SIDA Por Tipo De Riesgo  
República De Panamá, 1984 – 2003(1)**



1) Cifras hasta diciembre 2003

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004



Durante el periodo 1994 a 2003 se reportaron 6141 casos, de los cuales el 47.7% tuvieron una vía de transmisión heterosexual. Uno de cada 5 casos de transmisión heterosexual se reportaron en Colón y cerca de 2 de cada 3 en Panamá. (Cuadro N° 121).

Cuadro N° 124. Casos Acumulados de SIDA según Vía de Transmisión por Región de Salud. Panamá. Años: 1984 a 2003

Región	Total	Homo sexual	Hetero sexual	Transfusión	Hemofílico	Drogas I.V	Perinatal	N.E
Total	6141	1115	2933	19	16	104	236	1718
B. del Toro	23	6	9	0	0	0	0	8
Coclé	107	9	53	0	0	0	3	42
Colón	965	118	629	5	1	11	39	162
Chiriquí	282	73	158	0	0	4	13	34
Darién	11	2	4	1	0	0	1	3
Herrera	51	12	13	0	0	1	0	25
Los Santos	44	16	7	0	0	0	0	21
Panamá	4523	851	2012	12	15	87	170	1376
Veraguas	77	13	36	1	0	1	7	19
Kuna Yala	41	11	4	0	0	0	2	24
N. Buglé	9	3	4	0	0	0	1	1
N.E	8	1	4	0	0	0	0	3

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

### a.3 Distribución geográfica

Los casos de SIDA son un problema de salud pública, que afectan a la población residente de todo el país y han tenido un comportamiento ascendente en todas las Regiones sanitarias, aunque en algunas de ellas se concentra un gran número de casos. La variación de las tasas acumuladas entre las Regiones oscilan entre 19.9 y 513.2 casos por 100,000 habitantes, para una tasa acumulada nacional de 235.2 casos por cada 100,000 habitantes.

La epidemia en Panamá está concentrada en los grandes conglomerados urbanos, las tasas de incidencia acumulada, según región fueron, en orden descendente la Metropolitana, Colón, San Miguelito y Panamá Oeste. (Cuadro N° 125)

Las Regiones de Colón, Metropolitana, San Miguelito y Panamá Oeste presentan tasas superiores a la tasa nacional, excepto la región de Panamá Oeste cuya tasas se registran

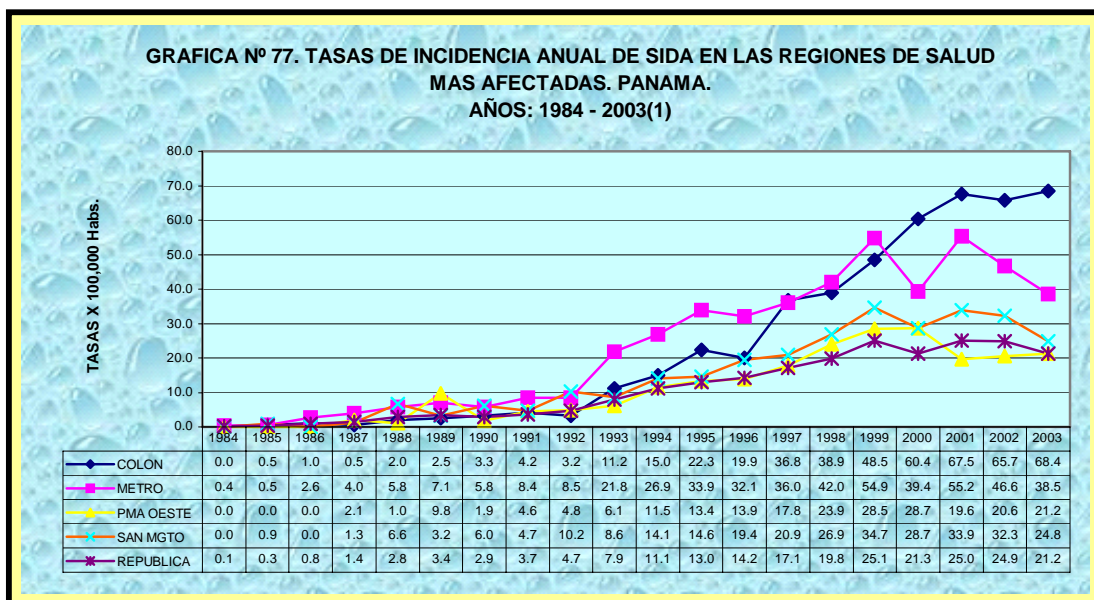
inferiores a la nacional en los años 2001 y 2002, aunque alcanzó cifras similares a la tasa acumulada nacional en el 2003. La región de Colón presenta franco ascenso.

En el año de 2003, las Regiones que presentaron las mayores tasas de incidencia fueron las Regiones de: Colón, Metropolitana y San Miguelito con 68.4, 38.5 y 24.8 por 100,000 habitantes respectivamente. (Gráfica N° 77).

**Cuadro N° 125. Tasa de Incidencia Acumulada por Región de Salud. Panamá. Año: 2004.**

Región	Tasas de Incidencia Acumulada (casos por 100,000 hab)
Metropolitana	513.2
Colón	481.8
San Miguelito	309.2
Panamá Oeste	275.1
Panamá Este	130.0
Kuna Yala	101.3
Chiriquí	68.5
Coclé	57.4
Los Santos	54.8
Herrera	49.5
Veraguas	35.0
Darién	20.4
Bocas del Toro	19.9

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004



1) Cifras hasta diciembre 2003

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Con relación al factor de riesgo en las Regiones, encontramos que el 50% y más de todos los casos se han dado por transmisión sexual, predominando en la gran mayoría la transmisión heterosexual, excepto las Regiones de Kuna Yala y Los Santos donde el mayor porcentaje aún se detectan entre los hombres que tienen sexo con hombres.

De los casos por transmisión madre hijo, el 30.0% de los casos provienen de la Región Metropolitana, 27.1% de San Miguelito, 16.5% a Colón, 10.5 % de Panamá Oeste y el 15.9% restante distribuidos en las Regiones de Coclé, Chiriquí, Veraguas y Darién. Solamente Bocas del Toro, Herrera y Los Santos no han notificado casos por transmisión perinatal.

Al analizar los datos por distritos y corregimientos, se aprecia que de los 75 distritos que hay en el país, el 88% (66) han presentado casos de SIDA. Los mas afectados son: Panamá con una tasa de 1482.2 casos por 100,000 habitantes, seguido de Colón 568.6, Arraiján 551.2, San Miguelito 248.2 y La Chorrera 239.2. (Mapa N° 39)

De los 593 corregimientos existentes en el país, en 236(40%) se han registrado casos de SIDA, los que han acumulado la mayor cantidad de casos desde el inicio de la epidemia son: El Chorrillo (Panamá) con una tasa de 1,587.6 casos por 100,000 habitantes, Calidonia (Panamá) 1,088.1, Santa Ana (Panamá) 953.0, Barrio Sur (Colón) 933.1, Barrio Norte (Colón) 852.7 y Arraiján (Panamá Oeste) con 704.3 casos por cada 100,000 habitantes.

#### **a.4 Mortalidad Por SIDA**

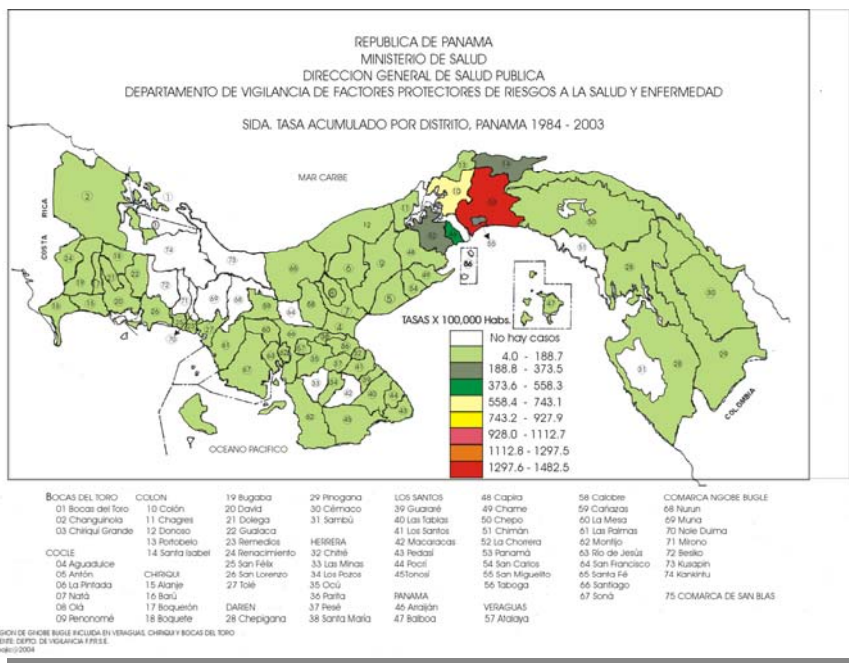
Durante el año 2003, se reportaron 385 defunciones, acumulando desde el inicio de la epidemia 4598 muertes. El SIDA ocupa el séptimo lugar entre las principales causas de muerte en la República de Panamá, y un índice de APMP (Años perdidos por muerte prematura) de 44.7 por 100,000 habitantes<sup>2</sup>. Esta información es preliminar ya que faltan defunciones por SIDA, registradas de la Contraloría General de la República.

---

<sup>2</sup> MINSA. Dirección Nacional de Políticas de Salud. Indicadores Nacionales de Salud. DASTS. Sección de Estadísticas. Junio 2003.

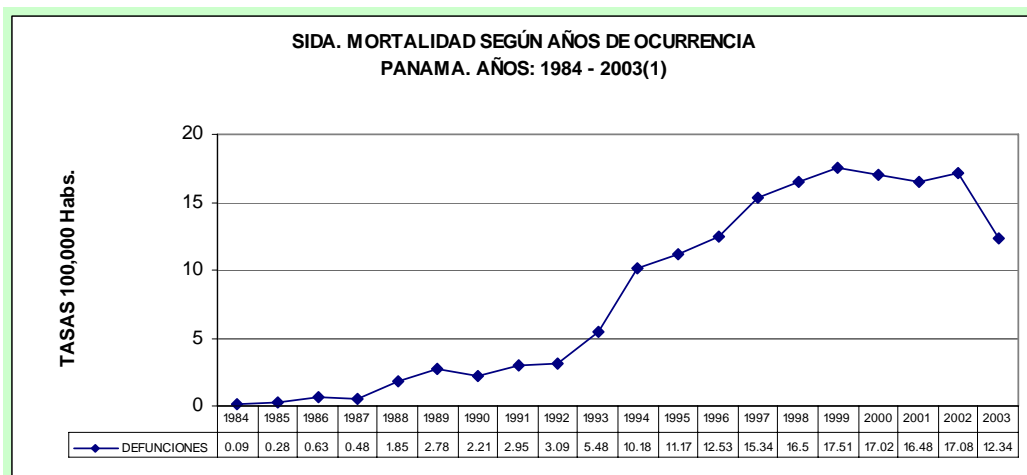
La mortalidad por año, para 1984 fue 0.09 defunciones por 100,000 habitantes, la misma fue en ascenso, hasta el año de 1999 con 17.5, a partir de ese año observamos una ligera disminución de las tasas a 17.1, 16.5, 17.1 y 12.3 defunciones por 100,000 habitantes, para el año 2000, 2001, 2002 y 2003, respectivamente. (Gráfica N° 78)

Mapa N° 39 Tasa Acumulada de SIDA Según Distrito. Panamá. Año: 2003



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Gráfica N° 78

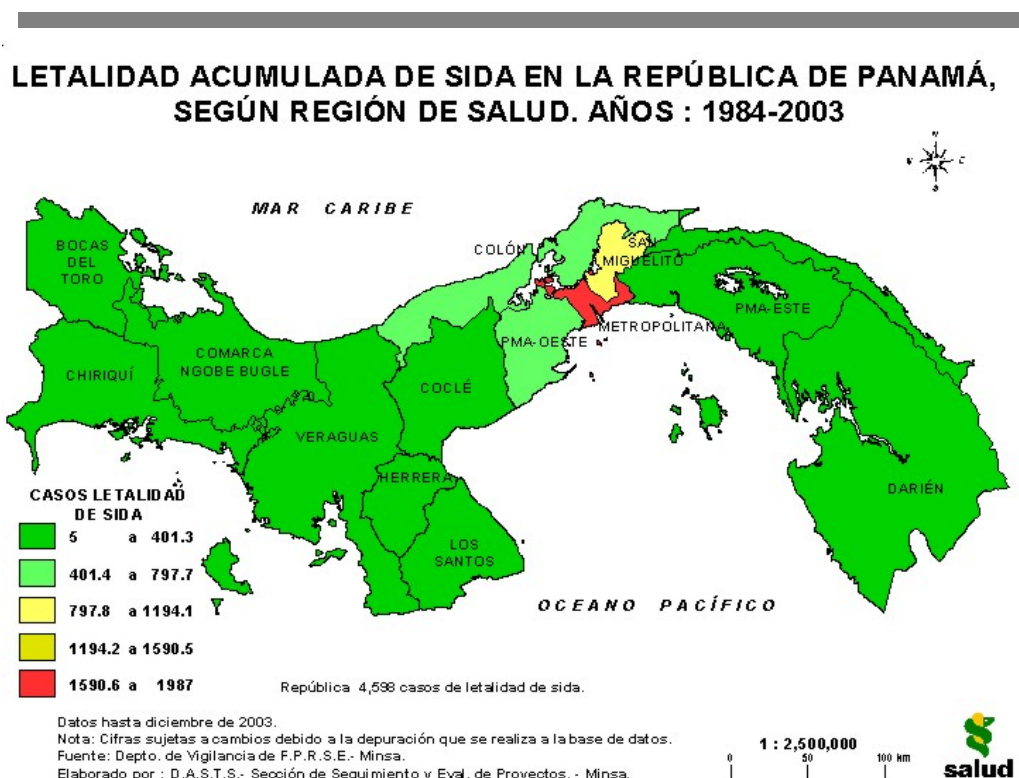


1) Cifras hasta diciembre 2003.

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

La tasa de letalidad acumulada hasta el año 2003 es de 75.0%. En octubre de 1999 en la Caja de Seguro Social (CSS) inicia la administración de combinaciones medicamentosas contra el VIH en los asegurados y en el 2002 el MINSA inicia el tratamiento a personas no aseguradas. (Mapa N° 41)

Mapa N° 40



### a.5 Enfermedades Oportunistas

Las enfermedades oportunistas que se han presentado con mayor frecuencia en Panamá entre los años 1984 y 2003, son: las enfermedades infecciosas (62.7%), no especificadas ó clasificadas en otras enfermedades oportunistas (19.3%), síndrome de emaciación (13.0%), cánceres (3.5%) y trastornos neurológicos (1.4%).

Dentro del grupo de las enfermedades infecciosas, las mas frecuentes en el paciente con SIDA son: tuberculosis con 42.9%, candidiasis con 19.4%, neumonía por *Pneumocystis*

*jiroveci* con 12.9%, toxoplasmosis con 11.1%, histoplasmosis 4.4%, criptococosis con 3.4% y otras infecciosas 5.8%.

La doble infección SIDA-Tuberculosis desde el inicio de la epidemia se ha presentado en 1655 casos, siendo que un 65.5% presentaron manifestación de tuberculosis pulmonar. El promedio porcentual de casos de TBC con SIDA, durante el periodo 1998-2003 fue de 10.9%: en tanto que el promedio porcentual de casos de SIDA con TBC oportunista alcanzó el 29.2%, es decir 2.6 veces mayor. (Cuadro N° 126)

**Cuadro N° 126. Coinfección De Tuberculosis Y Síndrome De Inmunodeficiencia Humana. Republica De Panamá. Años: 1998 A 2003.**

AÑOS	CASOS DE TBC CON SIDA	CASOS DE SIDA CON OPORTUNISTA TBC
1998	8.1%	21.5%
1999	12.8%	26.1%
2000	10.9%	21.9%
2001	12.9%	31.9%
2002	11.7%	30.6%
2003	9.0	42.9%

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004. Vigilancia de las ITS/VIH/SIDA, Vigilancia de la Tuberculosis.

La Tuberculosis pulmonar es la causa principal de morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH, mientras que el VIH es el factor desencadenante más importante para la TB en las poblaciones con alta prevalencia de infección por el VIH.

Los estimados revisados de la epidemiología mundial de TB/VIH indican que el 11% de todos los casos nuevos de TB en los adultos (15-49 años) fueron atribuibles a la infección por el VIH en el año 2000<sup>3</sup>

La coinfección VIH/TBC fue responsable del 18.8% de todos los fallecimientos por SIDA en el año 2003.

<sup>3</sup> OMS. Un marco Ampliado de DOTS para el control eficaz de la Tuberculosis. TB/VIH. Ginebra 2002.Pág.17

## a.6 Otros Componentes Del Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiológica

### ■ Seroprevalencia del VIH

Para la vigilancia de la seroprevalencia se han realizado estudios del VIH en embarazadas y puérperas, como podrá observarse existe un vacío de información de 1997 al 2001 que se debe principalmente a falta de recursos financieros para su ejecución y por los cambios administrativos que se han sucedido tanto en la organización como en la jefatura del programa, los estudios realizados en puérperas que se realizaron a inicios de la epidemia han dejado de elaborarse por ser tardíos para la intervención. (Cuadro N° 124)

Cuadro N° 127. Resumen De Los Principales Estudios De Seroprevalencia.  
Panamá. Años: 1993-2001

Lugar	Instalación de Salud	Población estudiada	Grupo de edad	Tamaño de la muestra	VIH	% VIH	Intervalos de confianza	Fecha del estudio
Chiriquí	HJDO	Puérperas	14-49	1,115	9	0.81	0.39-1.58	Ene a mar 93
Chiriquí	HJDO	Puérperas	14-49	460	4	0.87	0.27-2.37	Dic a feb 95
Metro	HST	Puérperas	17-30	817	6	0.73	0.29-1.67	Ene a mar 93
San Miguelito	HST	Puérperas	15-30	802	6	0.75	0.30-1.70	Ene a mar 93
Colón	Centro de Salud	Embarazadas	15-40	600	2	0.33	0-05-1.33	Ago a nov 94
Bocas del Toro	HMAG	Puérperas	14-51	544	1	0.18	0.01-1.18	Ago a nov 94
Herrera	HRCh.	Puérperas	10-59	250	0	0	-----	May a Ago 96
Panamá Oeste	HCAC	Puérperas	15-49	400	0	0	-----	Feb a oct 96
Panamá oeste	Centro de Salud	Embarazadas	15-39	197	1	0.51	0.03-3.23	Feb a mar 96
Panamá	Centro de Salud	Embarazadas	15-40	227	21	0.88	0.15-3.49	Oct a dic 97
Panamá	Región Metro	Embarazadas	15-49		¿	0.2		2001
	Caja del Seguro Social	Embarazadas	15-49	478	1	0.2		2001

Fuente: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

De 1989 – 1993 se realizan estudios especiales en privados de libertad de ambos sexos (vigilancia biológica); en el año 2000 y 2001 se retoman los estudios de seroprevalencia en embarazadas y a partir del 2001 se iniciaron dos estudios especiales:

1. Prevalencia de ITS/VIH en jóvenes de la clínica de planificación familiar.

Este estudio se realizó en adolescentes de 18 y 19 años de edad, en el periodo de agosto de 2001 a marzo de 2002, por la Clínica de Reproducción Humana del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud. Los resultados fueron:

Clamidia 24.4%, Herpes2 12.2%, tricomonas 7.3%, gonorrea 14%, IVPH 12.6%, HIV 0% y sífilis 0%.

2. El estudio Multicéntrico Centroamericano en Trabajadoras Comerciales del Sexo y Hombres que tienen sexo con otros hombres, con vigilancia biológica y encuesta de comportamientos.

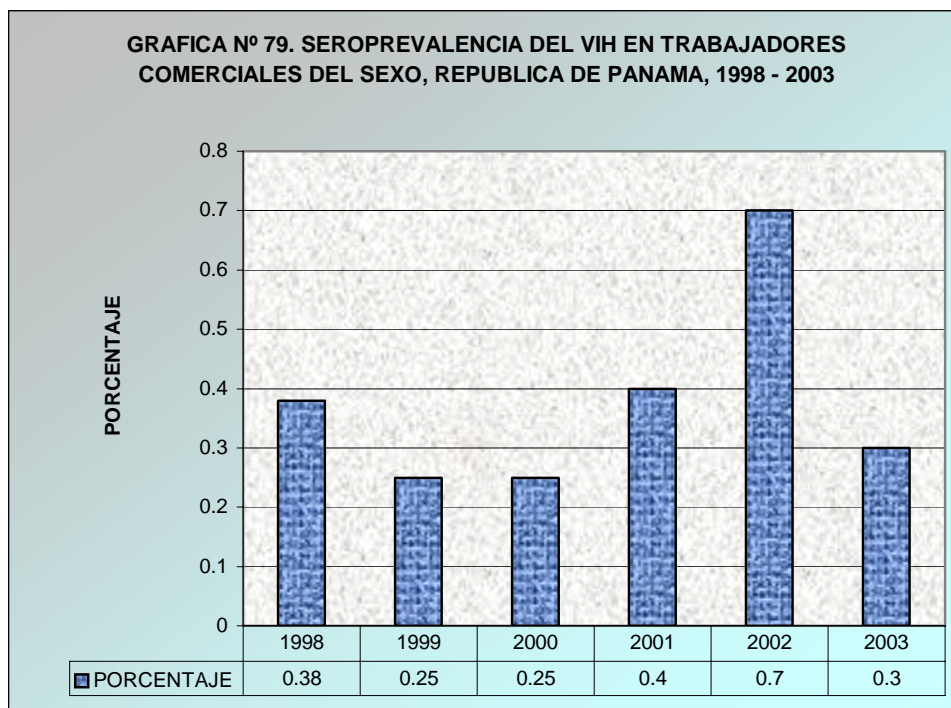
#### ■ Tamizaje Rutinario del VIH

En el protocolo de atención a la mujer en control prenatal está establecido que debe realizársele una serie de pruebas de laboratorio, como: hematología, VDRL y prueba de VIH entre otros.

En el año de 2003, ocurrieron 61.753 nacimientos vivos en la en la Republica de Panamá, de los cuales se tamizaron 4098 muestras de embarazadas para VIH, de las cuales resultaron positivas 51(12%). Incluye información del laboratorio Regional de Pueblo Nuevo (Región Metropolitana de Salud), Hospital José Domingo de Obaldía (Chiriquí), Región de Bocas del Toro, Panamá Oeste, Hospital Manuel Amador Guerrero (Colón), Regiones de Herrera, Darién y Coclé.

Así mismo en las clínicas de Higiene Social, a todas las mujeres Trabajadoras del Comercio Sexual (TCS) cautivas, en forma sistemática cada 3 meses se les realiza una prueba de VIH. Los resultados de la seroprevalencia encontrada en este grupo ha sido en 1998 0.38% (18 positivas de 4,660 muestras tomadas), en 1999 0.25 (15 positivas de 5,869 muestras tomadas), en el año 2000 0.25% (15 positivas de 6,042 muestras tomadas), y en el año 2001 0.40% (24 positivas de 6,036 muestras tomadas). En el año 2002 0.70% (40 positivas de 5,572 muestras tomadas), y en el año 2003 0.30% (17 positivas de 5,964 muestras tomadas). Hay algunas TCS cautivas que realizan la prueba hasta 4 veces en el año, por tanto los denominadores corresponden a pruebas realizadas. La gran mayoría son extranjera de tal forma que si salen positivas a la prueba de VIH, son enviadas a su país de origen. (Gráfica N° 79)





Fuente: Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública

Puede observarse que la seroprevalencia de anticuerpos al VIH realizada en los Bancos de Sangre de la Red Nacional ha ido disminuyendo a través del tiempo, aunque con cambios mínimos. (Cuadro N° 128)

Se ha encontrado que donantes positivos a VIH, vuelven a presentarse en los Bancos de Sangre con la intención de ser donantes. Esta situación se da en función de que la prueba de VIH no se realiza de inmediato y el donante se retira sin conocer su estado serológico, a esto se suma el hecho de que en un número variable de casos los donantes reportan direcciones falsas, con las consiguientes dificultades para que el personal de salud pueda contactar al donante seropositivo.

También se cuenta con los resultados en no donantes, estas son personas que por diversas razones se les realizan las pruebas, sea de forma voluntaria ó por sospecha de la infección o enfermedad, presencia de factor de riesgo o por otro motivo. En este grupo de población la seroprevalencia no evidencia cambios de importancia, pero si es importante resaltar que la prevalencia para todos los años sobrepasa el 1%. (Cuadro N° 129)

**Cuadro Nº 128. Resultado De Prueba De Anticuerpos VIH A Donantes. Laboratorio Central De Referencia De Salud Pública. Ministerio De Salud. Panamá. Años: 1986 A 2003.**

Año	Pruebas de VIH		% de Seroprevalencia
	Realizadas	Positivas Confirmadas	
1986	12,673	22	0.17
1987	24,902	21	0.08
1988	28,136	37	0.13
1989	28,848	58	0.20
1990	30,291	29	0.09
1991	35,554	22	0.06
1992	32,515	40	0.12
1993	30,549	21	0.07
1994	32,567	32	0.10
1995	30,926	36	0.12
1996	42,013	26	0.06
1997	42,343	32	0.08
1998	42,109	37	0.09
1999	43,921	42	0.09
2000	44,496	44	0.10
2001	42,867	45	0.10
2002	46,669	47	0.10
2003	46,176	43	0.093

Fuente: Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública. Año: 2004

**Cuadro Nº 129. Resultados De Prueba De Anticuerpos En No Donantes, Realizado En El LCRSP. Año: 1986-2003.**

Año	Pruebas de VIH		% de Seroprevalencia
	Realizadas	Positivas confirmadas	
1986	1,967	37	1.88
1987	5,988	80	1.34
1988	9,027	207	2.29
1989	8,893	155	1.74
1990	10,775	128	1.18
1991	15,085	304	2.02
1992	22,564	344	1.50
1993	27,514	434	1.58
1994	33,006	493	1.49
1995	45,864	700	1.50
1996	46,039	673	1.46
1997	47,137	709	1.50
1998	41,724	706	1.69
1999	45,234	746	1.64
2000	51,319	875	1.70
2001	52,929	855	1.62
2002	54,112	982	1.81
2003	62,542	1025	1.63

Fuente: Laboratorio Central de referencia en Salud Pública. Año: 2004

### ■ Estudios Del Comportamiento

Los niveles locales tienen la capacidad para efectuar estudios de vigilancia de segunda generación, denominación que reciben los estudios del comportamiento; toda vez que, ya se han desarrollado estudios previos de conocimientos, actitudes y prácticas en poblaciones de riesgo. El estudio más trascendental en el último quinquenio es el Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá, cuyas principales conclusiones son:

- a) Se encontró una prevalencia de VIH en las Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS) de 2.0% (1.9% en la ciudad de Panamá y 2.1% en Colón).
- b) Las TCS ambulantes o clandestinas son las que tienen menos conocimientos, más creencias erróneas, menos identificación de síntomas de ITS y buscan menos atención ante la presencia de síntomas subjetivos de ITS y más alta la prevalencia de VIH y otras ITS.
- c) La accesibilidad al condón es alta pero la disponibilidad es baja (menos del 50%) al momento de necesitarlo y es la principal razón de inconsistencia en el uso del condón.
- d) Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es de 11%, este es un porcentaje alto sobre todo porque dentro de esta población se encuentra un grupo de bisexuales, que sirven de puente hacia otras poblaciones. En esta muestra los gays son más afectados por el VIH que los bisexuales<sup>4</sup>.

### ■ Comportamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en la Región Metropolitana de Salud.

Un análisis sobre la situación de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre las que se incluyen las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, efectuado por Epidemiología de la Región Metropolitana de Salud, RMS; ha considerado a este grupo de enfermedades, dado sus características poblacionales, multi-étnicas, culturales y sociales, como las que mayor trascendencia e impacto tiene en los cambios del perfil epidemiológico de la República de Panamá, pues están directamente relacionadas con el comportamiento y la conducta humana. Esto hace

---

<sup>4</sup> MINSA. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Estudio Multicentrico Centroamericano de Prevalencia de ITS/VIH y Comportamientos en poblaciones específicas en Panamá. Ciudad de Panamá. Panamá, agosto 2003.

fundamental que en su análisis de situación dos dimensiones: la comunitaria y la de los servicios de salud. La primera permite definir el comportamiento del problema en la población, y en consecuencia, el perfil epidemiológico real en la población; en tanto que, la segunda permite reconocer a los servicios como el escenario donde se presta la atención de salud cuyas características evolucionan en el tiempo, en toda la red de servicios de salud, a veces con criterios poco ajustados a la atención e intervención real del problema.

El estudio efectuado toma como fuente de datos de las ITS, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y por ende los registros de las bases de datos del programa MORBI EPI que lleva la Sección de Registros Médicos y Estadísticas de la RMS, cuya fuente primaria son los Informes Epidemiológicos Semanales de los Centros de Salud. La revisión se efectuó para el periodo 1999 - 2003, encontrándose que el 9.1% de los 190,052 registros de primeros diagnósticos de enfermedades notificables, corresponden a ITS, proporción que ha venido incrementándose en forma progresiva desde 3.2% en 1999 hasta 14.2% en los primeros ocho meses del 2003. (Cuadro N° 130)

Pudo observarse que de los 17281 primeros diagnósticos de ITS que se registraron en el periodo estudiado, el 68%, (11787), correspondieron a papiloma virus, vaginitis y a la enfermedad inflamatoria pélvica, siendo estos diagnosticados casi en su totalidad en mujeres; que las gonorreas, las sífilis y las tricomonas aportaron el 21% de los diagnósticos, (4006), correspondiendo a la mujer el 50% de los diagnósticos de Sífilis, y cerca de uno de cada tres, (37%), de los diagnósticos que se han dado de Gonorrea en ese periodo. (Cuadro N° 130)

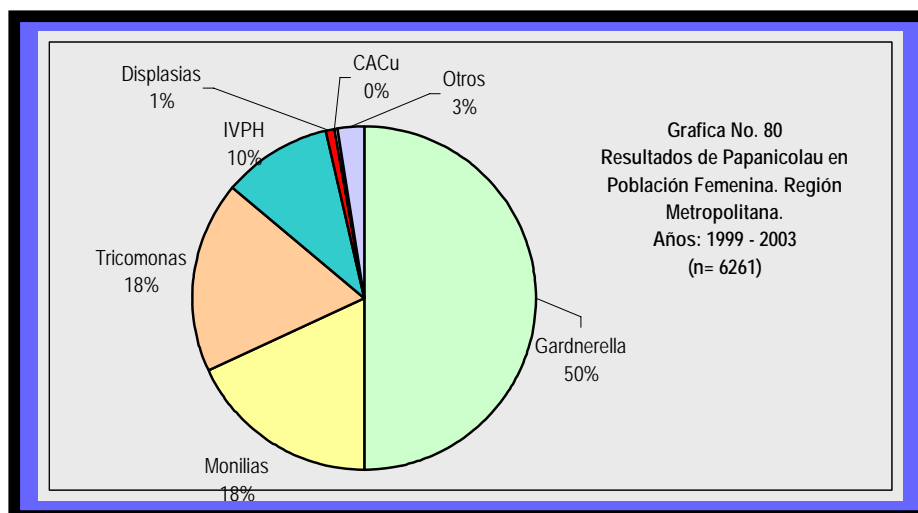
En términos generales, el 87% de los primeros diagnósticos de ITS que se han registrado en el periodo corresponden a diagnósticos en mujeres. De los 17,428 papanicolau leídos por el Laboratorio Regional de Citología se reportan resultados con patologías en 6261, correspondiendo a Gardenella el 49%, a las Monilias y las tricomonas el 18 %, respectivamente y el 10% a casos de Papiloma Virus. (Gráfica N° 80)

**Cuadro N° 130. Casos Anuales Registrados de ITS En Centros De Salud. Región Metropolitana. Año: 1999 - 2003**

ITS	1999	2000	2001	2002	2003 (a)	TOTAL AL PERIODO	%
Papiloma Virus	0	796	1175	1356	1162	4489	26.0
Vaginitis	0	806	776	1180	1226	3988	23.1
EIP	169	243	498	1268	1132	3310	19.2
Gonorrea	396	503	353	277	178	1707	9.9
Tricomonas	0	350	306	321	212	1189	6.9
Sífilis	178	212	210	286	224	1110	6.4
Otras ITS	355	115	95	104	101	770	4.5
Uretritis	23	60	52	77	77	289	1.7
VIH-SIDA	27	69	88	56	42	282	1.6
Herpes	4	18	22	30	17	91	0.5
Chancro	5	9	4	5	5	28	0.2
Hepatitis B	2	4	1	8	1	16	0.1
Clamidias	3	3	2	0	2	10	0.1
Granuloma Inguinal	2	0	0	0	0	2	0.0
<b>TOTAL DE ITS</b>	<b>1164</b>	<b>3188</b>	<b>3582</b>	<b>4968</b>	<b>4379</b>	<b>17281</b>	
<b>Total de Enfermedades de Vigilancia</b>	<b>35920</b>	<b>39337</b>	<b>39478</b>	<b>44401</b>	<b>30916</b>	<b>190052</b>	
<b>% DE ITS</b>	<b>3.2</b>	<b>8.1</b>	<b>9.1</b>	<b>11.2</b>	<b>14.2</b>	<b>9.1</b>	

(a) Información de Enero a Agosto

Fuente: Base de datos de MORBI-EPI aportada por la Sección de Estadísticas



Al considerar el VIH- SIDA, se destaca que los casos registrados en los Centros de Salud de la Región Metropolitana apenas son el 12% de los de SIDA y el 24% de los de VIH,

registrados por el Nivel Central de vigilancia como casos en personas residentes en el país; estas diferencias obedecen al hecho que el sistema de vigilancia registra información procedente de instalaciones públicas y privadas de todo el territorio nacional. (Cuadro N° 131)

Cuadro N° 131. Casos De SIDA y VIH + Registrados En El Sistema De Vigilancia Según Fuente De Notificación. Panamá. Año: 2002

Condición	Fuente de detección	No.	Tasa *100000 hab	% de detección en Centros de Salud
SIDA	Casos Detectados por los Centro de Salud de la RMS	30	5.2.	12.1%
	Casos Detectados por otras instalaciones incluyendo las de la RMS	248	43.1.	
VIH	Casos Detectados por los Centro de Salud de la RMS	37	6.4.	24.2%
	Casos Detectados por otras instalaciones incluyendo las de la RMS	153	26.6.	

Fuente: Tomado del INFORME 2002 de Indicadores de Salud Poblacional presentados por el Departamento de Salud Pública en Octubre 2003.

De las 4632 muestras de sangre procesadas por VIH en el 2002, por el Laboratorio Clínico Regional, se observa que 1.6 % resultaron sospechosas, (Elisa +), cifra que paso a 2.3% en el primer semestre del 2003 en las 5345 pruebas realizadas, lo que implico un incremento de 35%. Este incremento se debió principalmente al cambio en la proporción de positivos en el grupo de los denominados pacientes de bajo riesgo, que paso de 2.5% en las 945 pruebas del año 2002 al 5.2% en las 1040 pruebas realizadas en el primer semestre del 2003, (incremento del 100% en la proporción de positividad) .Es en el grupo de los pacientes que acuden a control de salud que donde se dio la mayor proporción de cambio al pasar de 3.1 al 6.6%. (Cuadro N° 132)

En el 2002 un 23% (2066/8844) de las embarazadas captadas para control prenatal, en la RMS, fueron sometidas a pruebas de tamizaje por VHI, detectándose una prevalencia de 0.6% al encontrarse 12 positivas. Para el primer trimestre de 2003, se determinó una prevalencia de 0.8%, pues 12 de las 1406 muestras tomadas a las 5352 mujeres captadas (26%) resultaron positivas; una de ellas en una menor de 18 años.

**Cuadro N° 132. Resultados De Pruebas De VIH. Laboratorio Clínico Regional. I Semestre Según Grupos De Riesgo Y Por Año. Región Metropolitana De Salud. Años: 2002-2003**

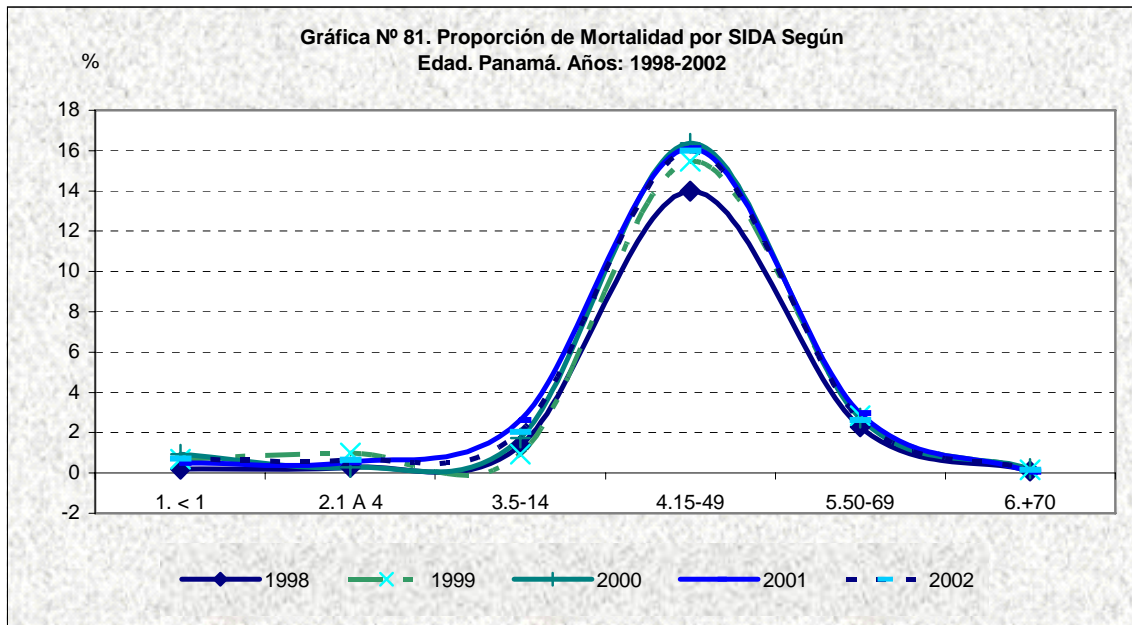
Tipo de paciente	2002			2003			% de cambio	
	Muestras Procesadas	Reactivos	%	Muestras Procesadas	Reactivos	%		
<b>Total</b>	4632	73	1.6	5345	114	2.1	35.3	
<b>Grupos de bajo riesgo</b>	C. Salud	700	22	3.1	748	49	6.6	108.4
	Pre nupcial	129	0	0.0	123	4	3.3	---
	Colposcopia	116	2	1.7	169	1	0.6	-65.7
	<b>Sub Total</b>	945	24	2.5	1040	54	5.2	104.4

Fuente: Tomado del INFORME 2002 de Indicadores de Salud Poblacional presentados por el Departamento de Salud Pública en Octubre 2003.

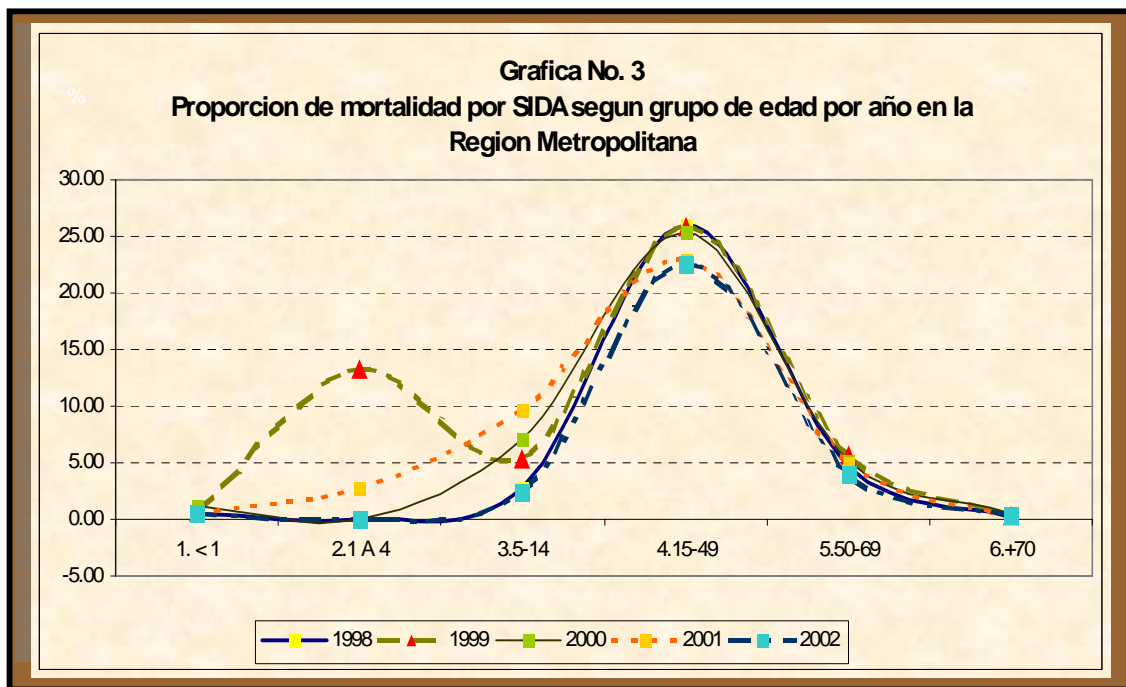
En cuanto a la mortalidad, es destacable que el SIDA es la ITS de mayor trascendencia social por su estigma, por su costo en discapacidad y por la gran mortalidad por ello se ha considerarlo especialmente en este análisis, principalmente cuando ha hecho su aparición dentro del selecto listado dentro de las 10 primeras causas de muertes en el país, ocupando actualmente la octava posición.

Como causa de muerte entre las mujeres su importancia ha aumentado progresivamente, pasando desde la doceava posición en 1998 hasta la novena posición en el año 2002, y entre los hombres es la octava causa de muerte desde 1998, y la relación de mortalidad por sexo es tres hombres por cada mujer fallecida por esta causa.

El comportamiento por edad en el país en los últimos cinco años, no ha registrado variación en el aporte proporcional de cada grupo (Gráfica N° 81). Un análisis efectuado por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Región Metropolitana de Salud, permitió observar cambios en este comportamiento una desagregación al incrementarse la importancia proporcional de las edades menores en el grupo de muertos por esta causa. (Graficas N° 82)



Gráfica Nº 82



En el caso de los ciudadanos residentes en la Región Metropolitana el SIDA es la cuarta causa de muerte entre los hombres y la octava entre las mujeres, y entre 1998 y el 2002 habían fallecido alrededor de 957 personas por SIDA que residencian habituales en era



los corregimientos de la Región Metropolitana de Salud, (41% de los 2291 muertos por esta causa en el periodo según datos preliminares de la CGR).

Las mico bacterias (20%) y el Neumocistes carinni (14%), son las enfermedades oportunistas más involucradas con las muertes de estas personas residentes en corregimientos de la RMS, sin embargo, en alrededor de uno de cada tres muertos, (30%), no se identifica la enfermedad oportunista involucrada en la causa de muerte. (Cuadro N° 133)

**Cuadro N° 133. Causa Específica De Muerte Por Sida De Las Personas Con Residencia Habitual En Corregimientos Según Sexo Por Año. Región Metropolitana De Salud. Años. 1998-2002**

CAUSAS	1998			1999			2000			2001			2002			TOTAL		
	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%	H	M	%
<b>Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</b>	36	12	26.7	51	10	33.3	48	11	35.1	50	20	28.9	48	11	32.1	233	64	31.0
Enfermedad por HIV, resultante en infección por <b>mico bacterias</b>	27	14	22.8	29	6	19.1	25	10	20.8	40	9	20.2	25	10	19.0	146	49	20.4
Enfermedad por HIV, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias	22	7	16.1	16	2	9.8	10	5	8.9	31	5	14.9	10	5	8.2	89	24	11.8
Enfermedad por HIV, resultante en neumonía <b>Pneumocystis carinii</b>	20	2	12.2	27	8	19.1	16	5	12.5	32	11	17.8	16	5	11.4	111	31	14.8
Enfermedad por HIV, resultante en enfermedad infecciosa o parasitarias no especificada	7	2	5.0	4	1	2.7	12	5	10.1	7	2	3.7	12	5	9.2	42	15	6.0
<b>Sub Total</b>	<b>112</b>	<b>37</b>	<b>82.8</b>	<b>127</b>	<b>27</b>	<b>84.2</b>	<b>111</b>	<b>36</b>	<b>87.5</b>	<b>160</b>	<b>47</b>	<b>85.5</b>	<b>111</b>	<b>36</b>	<b>79.9</b>	<b>621</b>	<b>183</b>	<b>84.0</b>
Resto Causas	31			29			21			35			84			153		
<b>Total</b>	<b>180</b>			<b>183</b>			<b>168</b>			<b>242</b>			<b>184</b>			<b>957</b>		

Fuente: Base de datos preliminar de mortalidad de la Contraloría General. Cifras Oficiales ubicadas en Estadísticas Vitales. Contraloría General de la República. Años: 1998-2002

Del total de muertos residentes en la Región Metropolitana, 563 defunciones eran de personas residentes en Juan Díaz y Tocumen en tanto que, El Chorrillo, Calidonia, Curundú y Santa Ana era el lugar de residencia de 206 personas fallecidas por esta causa.

Es importante destacar que en Juan Díaz y Tocumen una de cada 20 defunciones ocurridas en el periodo fue un caso de SIDA, en tanto que en los otros cuatro corregimientos los muertos por SIDA eran uno de cada 9 o 10 fallecidos en el periodo. (Esta Proporción fue similar en San Felipe). (Cuadro N° 134)

Cuadro N° 134. Defunciones Totales Y Por SIDA Según Lugar De Residencia Habitual Y Por Año. Región Metropolitana De Salud. Años: 1998-2002

Lugar de residencia	1998			1999			2000			2001			2002			PERIODO		
	Total	SIDA	%	Total	SIDA	%	Total	SIDA	%	Total	SIDA	%	Total	SIDA	%	Total	SIDA	%
<b>TOTAL</b>	2896	180	6.2	2901	183	6.3	2689	168	6.2	2844	172	6.0	2936	157	5.3	14266	860	6.0
San Felipe	57	7	12.3	50	7	14.0	56	2	3.6	42	4	9.5	53	5	9.4	258	25	9.7
El Chorrillo	167	22	13.2	180	17	9.4	147	20	13.6	162	25	15.4	158	22	13.9	814	106	13.0
Santa Ana	152	16	10.5	162	23	14.2	138	17	12.3	148	13	8.8	117	13	11.1	717	82	11.4
Calidonia	192	18	9.4	191	22	11.5	160	13	8.1	175	21	12.0	180	18	10.0	898	92	10.2
Curundú	109	17	15.6	111	20	18.0	121	24	19.8	116	17	14.7	111	9	8.1	568	87	15.3
Bethania	327	3	0.9	274	7	2.6	278	6	2.2	302	3	1.0	321	4	1.2	1502	23	1.5
Bella Vista	169	1	0.6	183	3	1.6	146	2	1.4	171	3	1.8	175	5	2.9	844	14	1.7
Pueblo Nuevo	132	9	6.8	108	6	5.6	105	6	5.7	118	6	5.1	118	8	6.8	581	35	6.0
San Francisco	184	6	3.3	201	6	3.0	201	6	3.0	194	7	3.6	195	5	2.6	975	30	3.1
Parque Lefevre	254	10	3.9	253	9	3.6	226	5	2.2	253	3	1.2	245	8	3.3	1231	35	2.8
Río Abajo	242	12	5.0	237	8	3.4	204	5	2.5	228	8	3.5	204	10	4.9	1115	43	3.9
Juan Díaz	421	28	6.7	463	30	6.5	417	25	6.0	442	18	4.1	454	23	5.1	2197	124	5.6
Pedregal	177	13	7.3	208	10	4.8	202	14	6.9	216	20	9.3	199	11	5.5	1002	68	6.8
Ancón	57	2	3.5	43	1	2.3	51	0	0.0	49	4	8.2	58	0	0.0	258	7	2.7
Tocumen	256	16	6.3	237	14	5.9	237	23	9.7	228	20	8.8	156	9	5.8	1114	82	7.4
Mañanitas	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	86	5	5.8	86	5	5.8
24 de diciembre	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	106	2	1.9	106	2	1.9

Las Cifras oficiales son las publicadas por Estadísticas Vitales  
Fuente: Base de datos preliminar de mortalidad de la Contraloría General.

La base del Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, del Ministerio de Salud, ha registrado, hasta el 1 de octubre, un total de 2705 casos de SIDA, en la Región Metropolitana de Salud. Un 52% (1426) tenían fecha de diagnóstico a partir del 1 de enero de 1998, de los cuales 318 fueron notificados por la CGR, es decir, no habían sido

captados por el sistema de vigilancia. Esta cifra representa el 22% del total de casos de SIDA de la RMS.

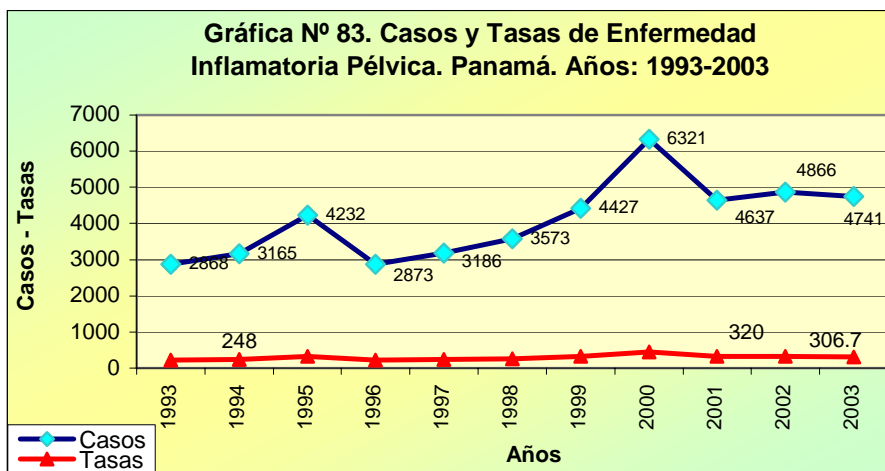
En esta base de datos se registran 924 defunciones a partir enero de 1998, el 61% de ellas (565), aparentemente fueron diagnosticados como caso de SIDA el mismo día de la defunción, ya que la fecha de diagnóstico coincide con la de defunción.

### **b. Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)**

Durante el periodo 1993-2003 se registraron 44,889 casos acumulados de EIP, para un promedio anual de 4,080 y mensual de 340 casos. Los casos de esta enfermedad presentaron un comportamiento fluctuante, aunque con una tendencia al aumento pues se estimó un incremento porcentual del 65.3% de casos durante el periodo.

La tasa de incidencia se mantuvo estable, las cuales tuvieron un rango de 217.2 a 446.6 casos por 100,000 habitantes, cuyo valor máximo se registró en 2000 y el mínimo en 1996. (Gráfica N° 83). Para todo el periodo las regiones de salud de Bocas del Toro, Colón, Darién, Panamá Este, Panamá Oeste, Herrera, Los Santos y San Miguelito consignaron tasas por encima de la tasa nacional.

En el 2003, Panamá Este, Los Santos y Bocas del Toro presentaron las tasas más elevadas con cifras de 1636.3, 768.9 y 699.5 casos por 100,00 habitantes, respectivamente. La población de estas regiones presentó un riesgo de enfermar por esta causa entre 2.3 a 5.3 veces mayor al riesgo nacional. Tasas superiores a la nacional, también fueron registradas en Panamá Oeste y San Miguelito. (Cuadro N° 135, Mapa N° 41)



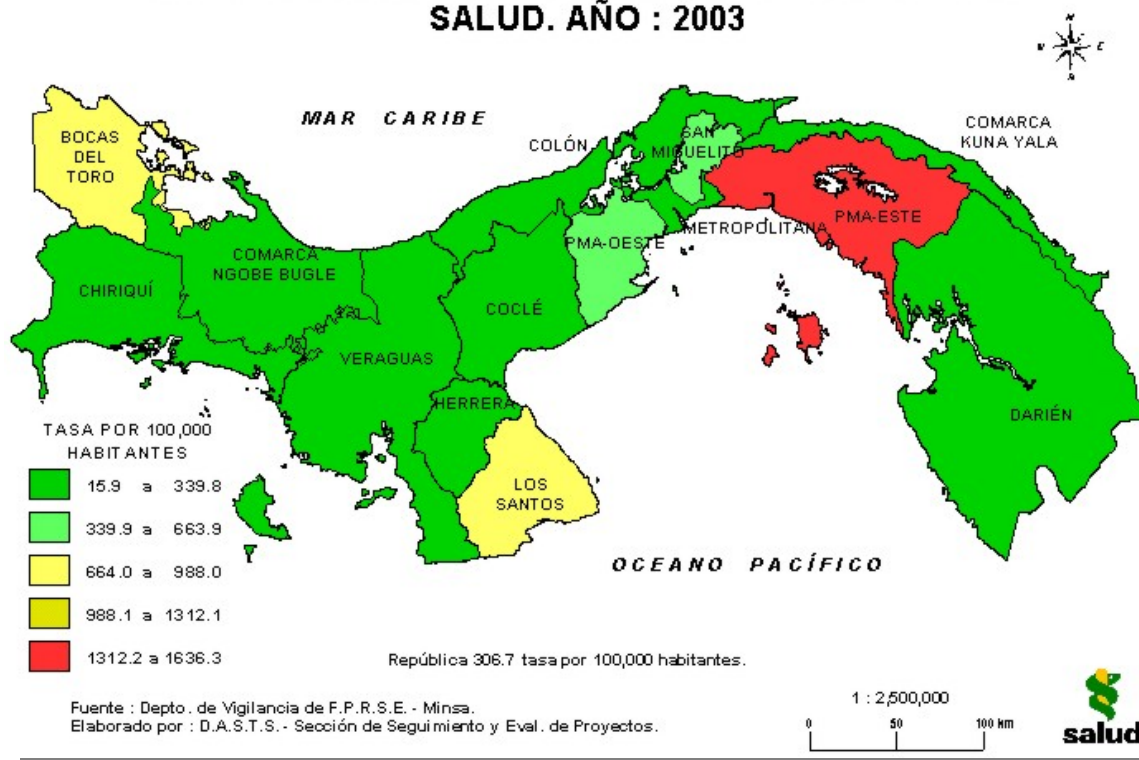
**Cuadro N° 135 Casos Y Tasas De Enfermedad Inflamatoria Pélvica Según Región. República De Panamá. Años: 2003**  
(por 100,000 mujeres)

Región	N°	Tasa
<b>Total Nacional</b>	<b>4741</b>	<b>306.7</b>
Bocas del Toro	361	699.5
Coclé	323	305.6
Colón	273	245.6
Chiriquí	146	75.4
Darién	43	175.3
Herrera	121	222.3
Kuna Yala		242.0
Los Santos	334	768.9
Panamá Este	641	1636.3
Panamá Oeste	1059	553.1
Metropolitana	152	49.3
San Miguelito	1180	507.8
Veraguas	52	48.0
Comarca Ngöbe Buglé	10	15.9

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

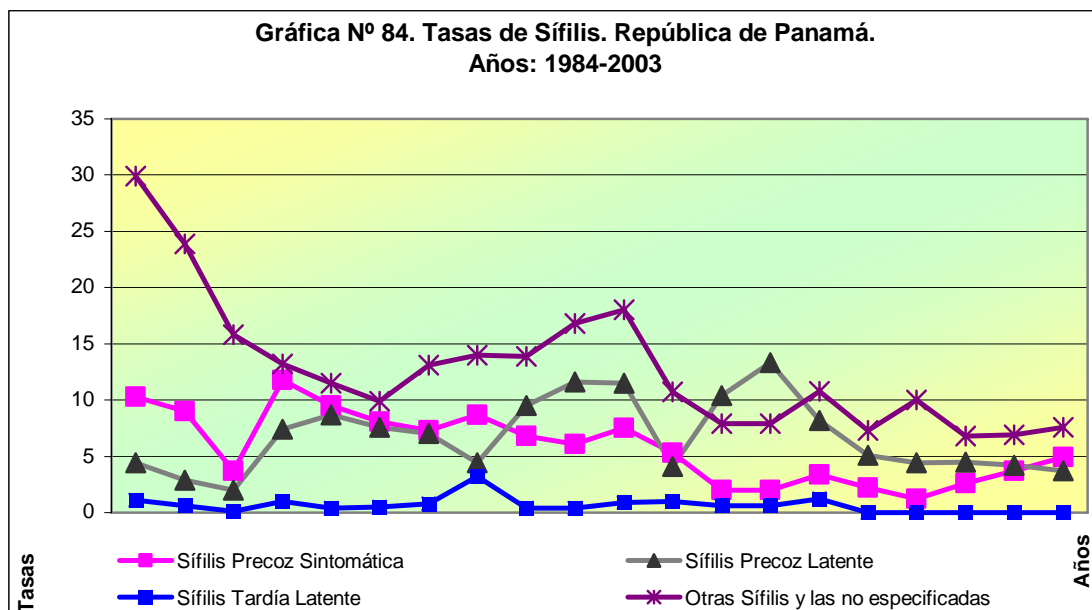
Mapa Nº 41

**TASA DE ENFERMEDAD POR INFLAMACION PELVICA.  
 EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE  
 SALUD. AÑO : 2003**

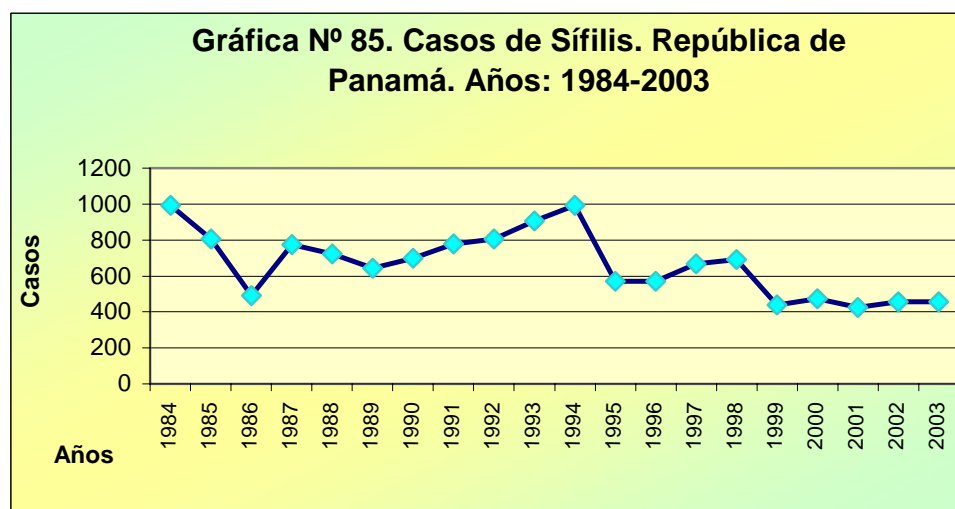


**c. Las Sífilis**

La sífilis es una de las enfermedades de transmisión sexual y es parte del sistema de vigilancia de transmisibles cuyo reporte es obligatorio. Tiene gran impacto en la población, pues afecta a todos los grupos de edad, incluidos grupos especiales como las embarazadas afectando incluso a los productos de la gestación. En general, puede decirse que la sífilis presenta un comportamiento descendente. (Gráfica Nº 84). Durante el periodo 1984-2003 se reportaron 13,357 casos con un promedio anual de 668 casos y un promedio mensual de 56 casos. En el 2003 se registraron 2.2 veces menos casos que en 1984. (Gráfica Nº 85)



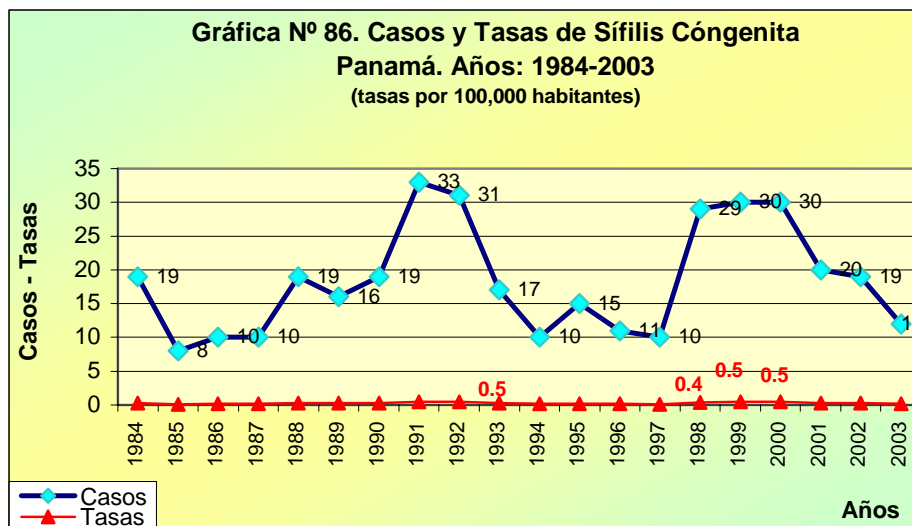
Fuente: Depto. de Vig. Factores Protectores de Riesgo a la Salud y Enf. Año: 2005



Fuente: Depto. de Vig. Factores Protectores de Riesgo a la Salud y Enf. Año: 2005

Al analizar el comportamiento de la sífilis congénita se observa que la misma se mantiene más o menos estable con tasas que oscilan entre 0.1 y 0.5 casos por 1,000 nacidos vivos, durante el periodo 1984 y 2003. En los años 1992, 1999 y 2000 se reportaron las mayores tasas. Durante el periodo se registraron 368 casos con 18.4 casos como promedio anual y 1.5 casos como promedio mensual. En los años 1991-1992 y 1999 – 2000 se reportaron el 33.6% (124) de los casos totales. (Gráfica N° 86, Cuadro N° 133). Para el 2003, la tasa

nacional fue de 0.2 casos por 1,000 nacidos vivos, la tasa fue 4 y 3 veces mayor que la nacional en Darién y Chiriquí, respectivamente. No se registraron casos en Coclé, Herrera, Los Santos, Panamá Este y Oeste, San Miguelito, Veraguas y Kuna Yala.



Fuente: Depto. de Vig. Factores Protectores de Riesgo a la Salud y Enf. Año: 2005

Las mayores tasas de incidencia las reporta el grupo de la sífilis precoz sintomática con tasas que han oscilado entre 2 y 11.8 casos por 100,000 habitantes, aunque para el 2003 su tasa es 2.1 veces menor que en 1984. La sífilis precoz latente ha tenido un comportamiento fluctuante, aunque su tasas para el 2003 refleja un descenso porcentual del 15.9%, con respecto a 1984. Es notable el descenso de las otras sífilis y las no especificadas, que en 1984 reportaron una tasa de 29.9 y en el 2003 de 7.6 casos por 100,000 habitantes, lo que denota un descenso porcentual del 74.5% con un riesgo 4 veces menor de enfermar por este grupo de sífilis en el 2003; que más bien pudiese interpretarse como mejoras en la calidad del diagnóstico. Desde el año 1993 no se reportan casos de neurosífilis y en 1994 se registraron 3 casos de sífilis cardiovascular. (Cuadro N° 134).

Para el 2003, las regiones Metropolitana y Panamá Este reportaron las tasas más elevadas de sífilis precoz latente (Mapa N° 42). De los 116 casos reportados el 86.2% y el 10.3% de los mismos se registro en I Metropolitana y Panamá Oeste, respectivamente

**Cuadro Nº 136. Casos Y Tasas De Sífilis Según Tipo De Sífilis.  
República De Panamá. Años 1984-2003**

ENFERMEDAD	A Ñ O S									
	1989		1990		1991		1992		1993	
	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/
Sífilis Congénita 2/	16	0.3	19	0.3	33	0.5	31	0.5	17	0.3
Sífilis Precoz Sintomática	193	8.1	176	7.3	213	8.7	168	6.8	155	6.1
Sífilis Precoz Latente	179	7.6	168	7.0	107	4.4	237	9.5	295	11.6
Sífilis Tardía Latente	12	0.5	20	0.8	77	3.2	11	0.4	9	0.4
Otras Sífilis Tardía	7	0.3	0	0.0	5	0.2	9	0.4	3	0.1
Otras Sífilis y las no especificadas	234	9.9	313	13.1	341	14.0	345	13.9	426	16.8
Sífilis Cardiovascular	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurosífilis	1	0.0	1	0.0	1	0.0	4	0.2	0	0.0

ENFERMEDAD	1994		1995		1996		1997		1998	
	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/
Sífilis Congénita 2/	10	0.2	15	0.2	11	0.2	10	0.1	29	0.4
Sífilis Precoz Sintomática	194	7.5	139	5.3	53	2.0	55	2.0	95	3.4
Sífilis Precoz Latente	296	11.5	109	4.1	277	10.4	362	13.3	226	8.2
Sífilis Tardía Latente	23	0.9	27	1.0	17	0.6	15	0.6	32	1.2
Otras Sífilis Tardía	0	0.0	1	0.0	0	0.0	11	0.4	10	0.4
Otras Sífilis y las no especificadas	465	18.0	281	10.7	212	7.9	215	7.9	298	10.8
Sífilis Cardiovascular	3	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurosífilis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ENFERMEDAD	1999		2000		2001		2002		2003	
	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/
Sífilis Congénita 2/	30	0.5	30	0.5	20	0.3	19	0.3	12	0.2
Sífilis Precoz Sintomática	61	2.2	35	1.2	77	2.6	109	3.7	154	4.9
Sífilis Precoz Latente	143	5.1	125	4.4	132	4.5	124	4.2	116	3.7
Sífilis Tardía Latente	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otras Sífilis Tardía	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otras Sífilis y las no especificadas	206	7.3	285	10.0	198	6.8	204	6.9	237	7.6
Sífilis Cardiovascular	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurosífilis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

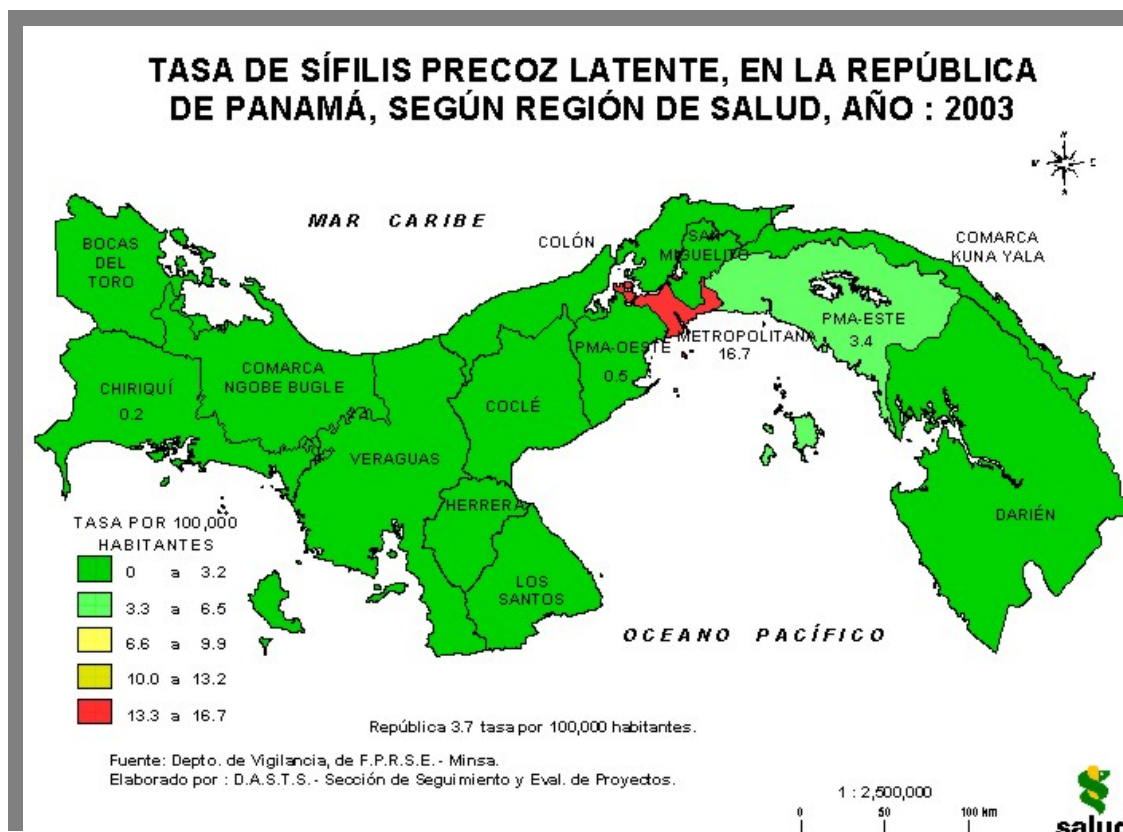
1/ Tasa por 100,000 habitantes.

2/ Tasa por 1,000 Nacidos Vivos.

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores de Riesgo a la Salud y Enfermedades. Año: 2005

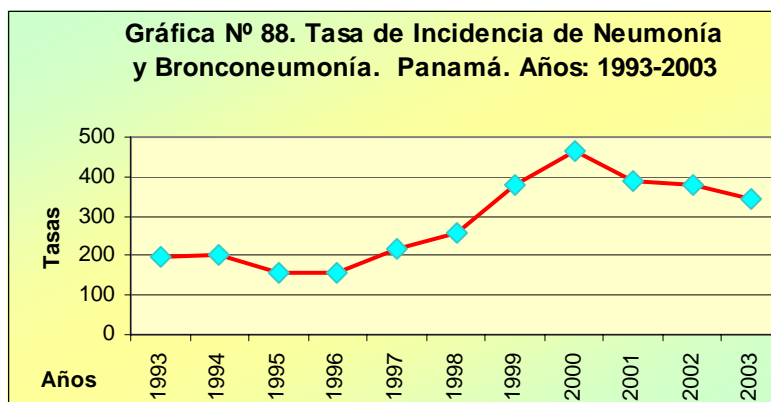
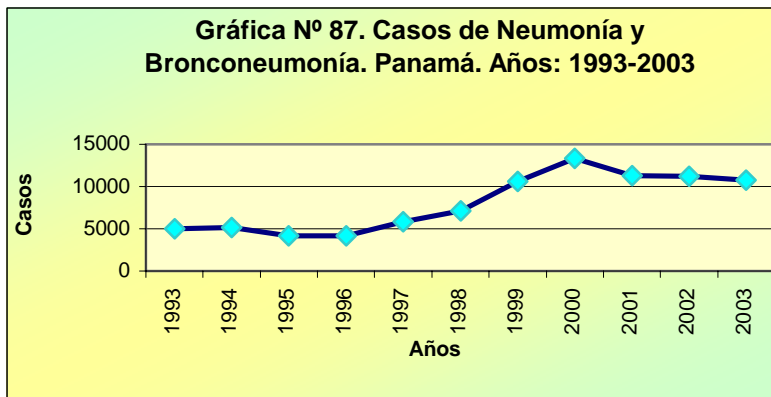


Mapa N° 42



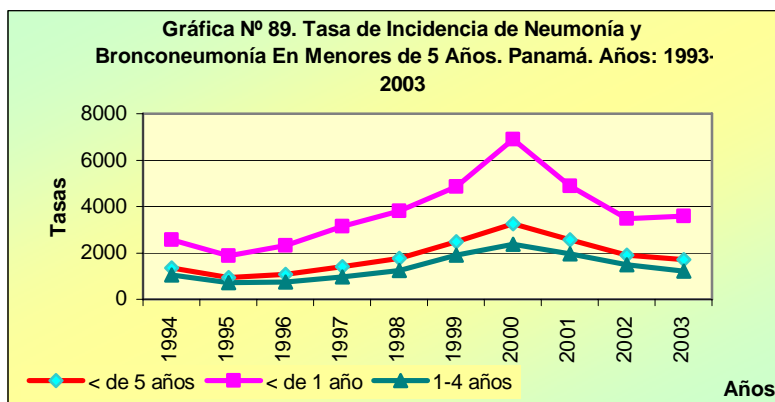
#### d. Las Neumonías y Bronconeumonías

Las enfermedades respiratorias agudas (ERA) son una de las patologías transmisibles de más alta incidencia en el país y tienen una alta tasa de frecuentación en los servicios de salud, principalmente en el grupo de menores de 5 años. Durante el periodo 1993-2003 se reportaron 88,709 casos con un promedio anual de 11,475 casos, para un promedio mensual y diario de 956 y 32 casos, respectivamente. A partir de 1996 la neumonías - bronconeumonías presentan un comportamiento ascendente, con un incremento porcentual de 219.2% en el periodo 1996-2000; en tanto que, al final del periodo se reportaron 2 veces más casos que en 1993, pese al descenso de casos observado a partir del 2001. (Gráfica N° 87). En el mismo sentido, el riesgo de enfermar por neumonía – bronconeumonía, se ha incrementado durante el periodo estudiado, siendo 1.7 veces mayor en el 2003 que en 1993. Las tasas se han ubicado en un rango de 155.8 a 465.8 casos por 100, 000 habitantes, reportándose el valor máximo en el 2000 y el mínimo en 1996. (Gráfica N° 88)



Fuente: Depto Análisis de Situación y Tendencias de Salud. DiPol. MINSA. Año: 2005

La tasa de incidencia de Neumonías – Bronconeumonías en los menores de 5 años ha presentado un comportamiento ascendente progresivo hasta el año 2000, cuando se inicia el descenso progresivo de sus tasas. Dentro de este grupo son los menores de un año, los más afectados pues la tasa de incidencia en este grupo duplica la tasa nacional, durante todo el periodo, para los menores de 5 años. (Cuadro N° 137, Gráfica N° 89)



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

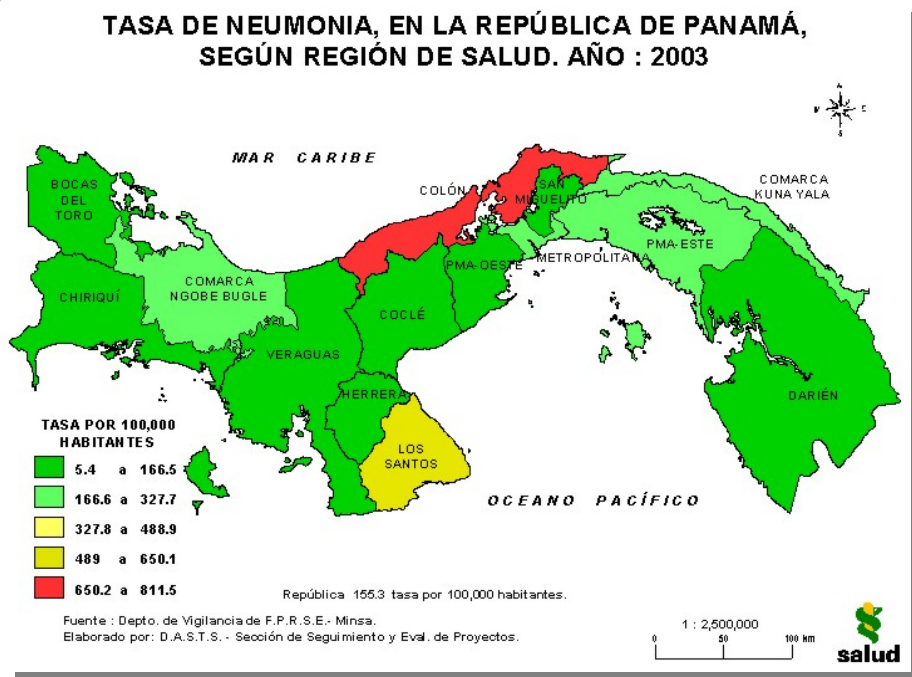
**Cuadro N° 137. Morbilidad Por Neumonía En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1994 - 2003**  
(100,000 hab.)

Años	Total		Menor de Un Año		1 - 4 Años	
	N°	Tasas	N°	Tasas	N°	Tasas
1994	4110	1350.9	1563	2568.8	2547	1046.4
1995	2884	945.6	1145	1886.7	1739	711.1
1996	3248	1067.0	1399	2311.1	1849	758.2
1997	4263	1406.6	1903	3155.7	2360	972.2
1998	5325	1757.1	2288	3794.1	3037	1251.0
1999	7522	2488.9	2925	4868.5	4597	1898.5
2000	9848	3267.6	4135	6901.0	5713	2366.0
2001	7787	2556.8	3007	4885.1	4780	1967.0
2002	6492	1912.2	2495	3463.6	3997	1494.4
2003	5833	1700.6	2532	3582.8	3301	1212.1

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

Los casos de ERA se distribuyen en toda la república, durante el periodo estudiado las regiones de Bocas del Toro, Colón, Los Santos y Kuna Yala han presentado tasas superiores a la tasa nacional. A partir del 2000 se han sumado a estas Panamá Este y la Región Metropolitana de Salud. Para el 2003, la tasa nacional fue de 345.7 casos por 100,000 habitantes, en tanto que a región de Colón reportó la tasa más elevada con 804.7 casos por 100,000 habitantes, seguida de Los Santos con 513.0. (Mapa N° 43).

Mapa N° 43



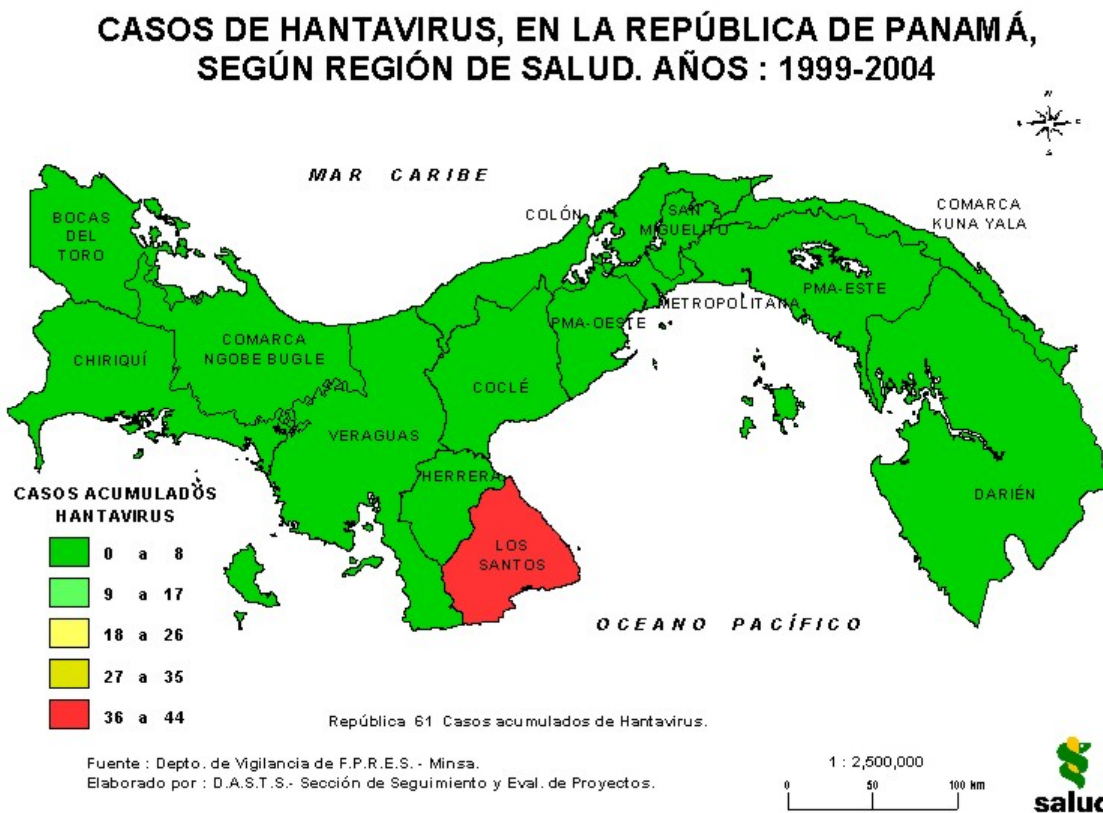
## e. Enfermedades Transmitidas por Vectores

### 1. Síndrome Pulmonar por Hantavirus en Panamá

Las Enfermedades Infecciosas Emergentes son las enfermedades de origen infeccioso cuya incidencia en humanos ha aumentado en las últimas décadas ó amenaza con aumentar en el futuro cercano. (Centro de Control de Enfermedades - CDC, EUA), el hantavirus se clasifica dentro de este grupo, en Panamá.

En el año de 1999 se registraron los primeros casos (Tres) del Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de Salud de Los Santos. De 1999 a Julio de 2004 se han registrado un total de 61 casos (Mapa N° 44), con nueve (9) defunciones, lo que representa una letalidad de 14.8% por el Síndrome pulmonar por Hantavirus en Panamá. En el 2002 uno de cada 2 enfermos fallecieron. (Cuadro N° 138)

Mapa N° 44



Cuadro N° 138. Casos De Síndrome Pulmonar Por Hantavirus Captados Republica De Panamá. Años: 1999 A 2004\*

AÑOS	CASOS	No. DE MUERTES	LETALIDAD (%)
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>9</b>	<b>14.8</b>
<b>1999</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>33.3</b>
<b>2000</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>19.0</b>
<b>2001</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>20.0</b>
<b>2002</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>50.0</b>
<b>2003</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>40.0</b>
<b>2004</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

En el año 2004 hasta el mes de julio se han registrado 25 casos de Síndrome Pulmonar por Hantavirus, donde el 72% se presentó en la Región de Salud de Los Santos, área geográfica en la que se continúan concentrando los casos. (Cuadro N° 139). No se han registrado defunciones por esta causa.

Cuadro N° 139. Ubicación De Los Casos Y Defunciones Por SPH Confirmados Según Región De Salud. Año 2004\*

REGIÓN DE SALUD	Nº. CASOS	%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>
<b>LOS SANTOS</b>	<b>18</b>	<b>72.0</b>
<b>VERAGUAS</b>	<b>4</b>	<b>16.0</b>
<b>COCLÉ</b>	<b>2</b>	<b>8.0</b>
<b>HERRERA</b>	<b>1</b>	<b>4.0</b>

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Al clasificar los casos confirmados según cuadro clínico, se identificaron 65 casos en el periodo 2000-2004. A los 21 casos ocurridos en el 2000, se suman 3 casos de 1999 y 4 casos definidos en el grupo de retrospectivos. El 44.6% de los casos se clasificó como leve y uno de cada 4 casos ocurridos fue severo. Un total de 4 casos se reportó como infección previa. (Cuadro N° 140)

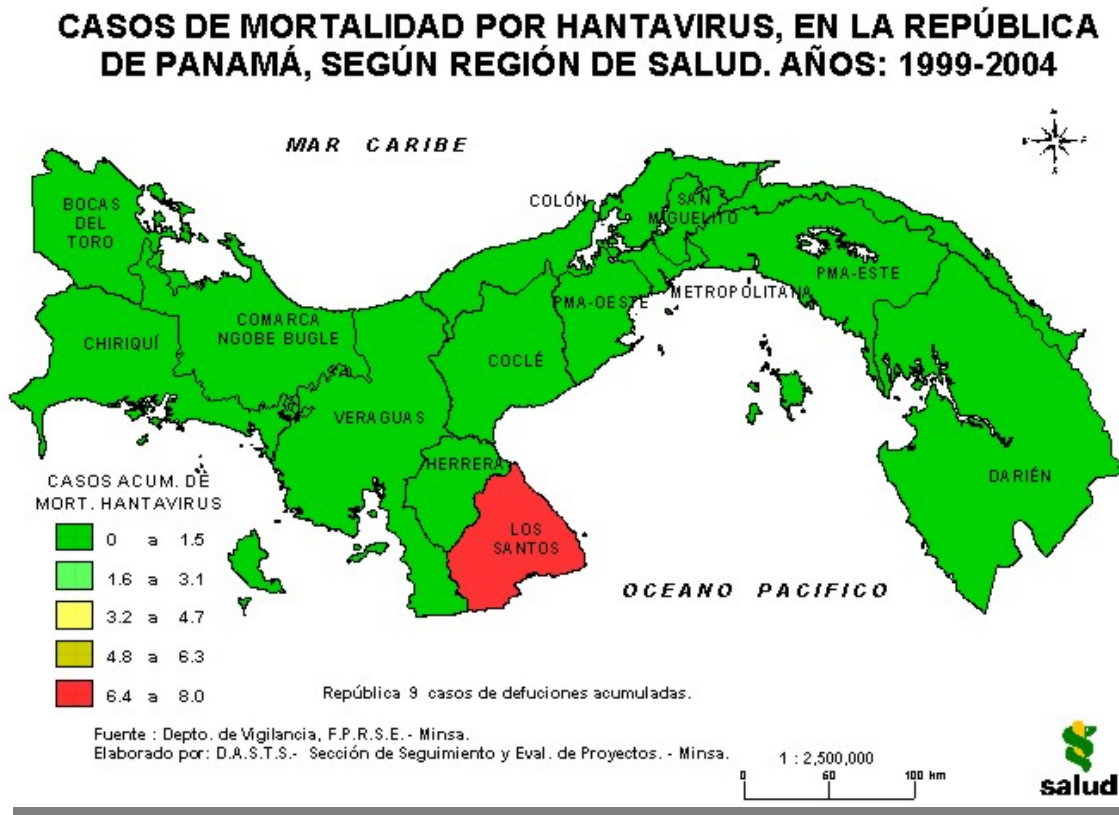
**Cuadro N° 140. Clasificación De Los Casos Confirmados (1) Según Cuadro Clínico De Síndrome Pulmonar Por Hanta Virus Enfermedad Por Hanta E Infección Previa. República De Panamá. Años: 2000 -2004**

CLASIFICACION		TOTAL	2000	2001	2002	2003	2004
<b>TOTAL</b>		<b>65</b>	<b>28</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
<b>SPH</b>	<b>LEVE</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
	<b>MODERADO</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
	<b>SEVERO</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>ENF. POR HANTA</b>		<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>INFECCION PREVIA</b>		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Nota: (1) Incluye casos por criterios clínico-epidemiológicos y retrospectivos  
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Durante el periodo 1999 – 2004 se han registrado un total de 9 defunciones acumuladas por Hantavirus, que se han presentado en la Región de Salud de Los Santos. (Mapa N° 45)

Mapa N° 45



## **2. Malaria**

Medrano et al, en su documento “Comentarios sobre la Malaria y la Salud Pública en la Región Metropolitana de Salud” presentan las siguientes reflexiones:

La importancia de la malaria como problema de salud va en aumento en muchas partes del mundo, e igual en nuestro país. Sus epidemias generalmente aparecen primero entre habitantes concentrados en zonas periféricas cercanas o con algún vínculo con zonas endémicas y sus primeras victimas son campesinos ó indígenas de bajos recursos que viven en barriadas de precaristas.

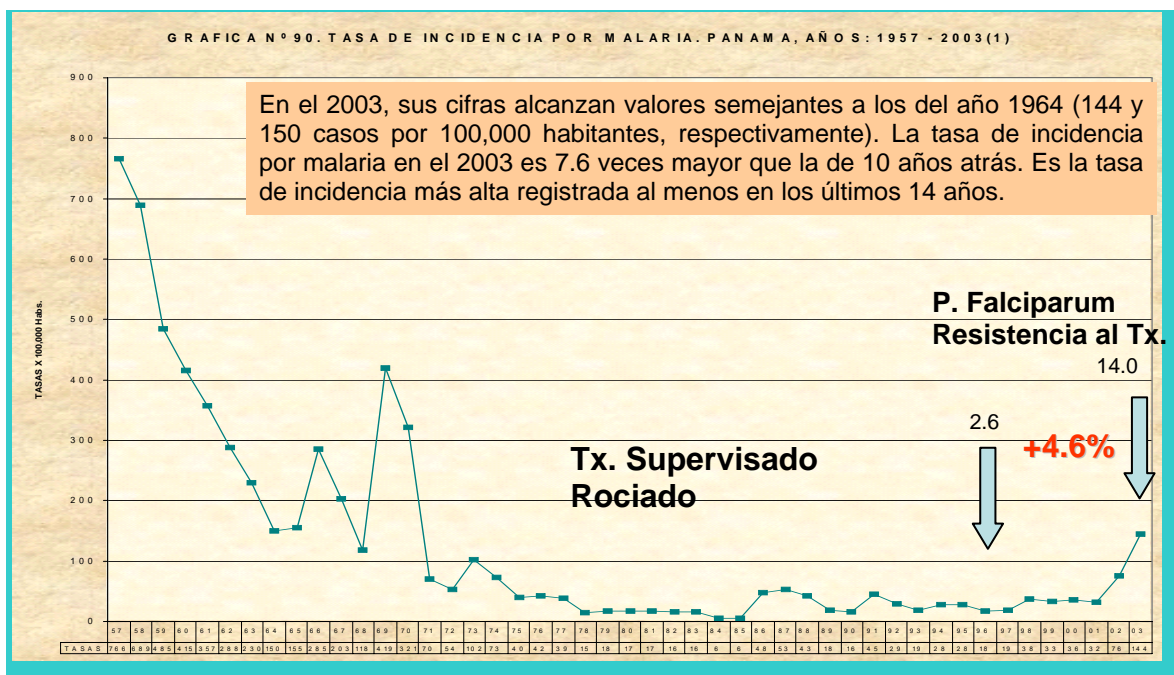
Recientemente en nuestro país se ha dado la migración de grandes grupos poblacionales originada por múltiples causas. Estas migraciones se dan hacia zonas maláricas y desde ellas hacia áreas antes libres de la enfermedad. Muchas de las áreas receptoras se caracterizan por ser áreas con problemas de ambiente, de desorganización administrativa y del aparato de servicios públicos, los que suelen quedar desbordados ante una repentina marea de demanda de atención.

El escaso conocimiento, las limitaciones económicas y los estilos de vida de un número importante de migrantes hacen difícil su rápida incorporación a nuevos modos y condiciones de vida de las comunidades receptoras, haciendo difícil su captación y tratamiento. De igual forma inciden los cambios y la variabilidad en el clima y la debilidad propia de los programas de salud pública en algunas zonas urbanas. A todo esto se suman la resistencia del parásito al medicamento y de los vectores a los insecticidas.

La malaria que parecía un problema residual, en extinción, entre pocos habitantes que permanecían en zonas remotas, que estaba controlada en el decenio de los años setenta y comienzos de los noventa, ha reaparecido, se ha transformando en un problema re emergente, que puede afectar grandes sectores de población, especialmente en Kuna Yala, Darién, Región Gnobe y Panamá Este.

El peligro es real, teniendo en cuenta el número de casos que se están captando, la movilidad de la población, la persistencia de focos malarios, y el comprensible debilitamiento de la capacidad para diagnosticar y tratar el mal, y tomar medidas sanitarias efectivas en poco tiempo y con apoyo social.

En los últimos 46 años el comportamiento de las tasas de incidencia por malaria ha presentado un comportamiento variable. En 1957 alcanzaba los 766 casos por 100,000 habitantes e inicia un descenso sostenido hasta 1966, cuando alcanza cifras de 285 casos por 100,000 habitantes. Para 1969 se presenta un nuevo ascenso de la tasa de incidencia por malaria siendo de 419 casos por 100,000 habitantes. A partir de 1971, las tasas han oscilado entre 6 y 144 casos por 100,000 habitantes. Sin embargo, es notable el incremento de las tasas a partir del año 2002. (Gráficas N° 90 y N° 91).



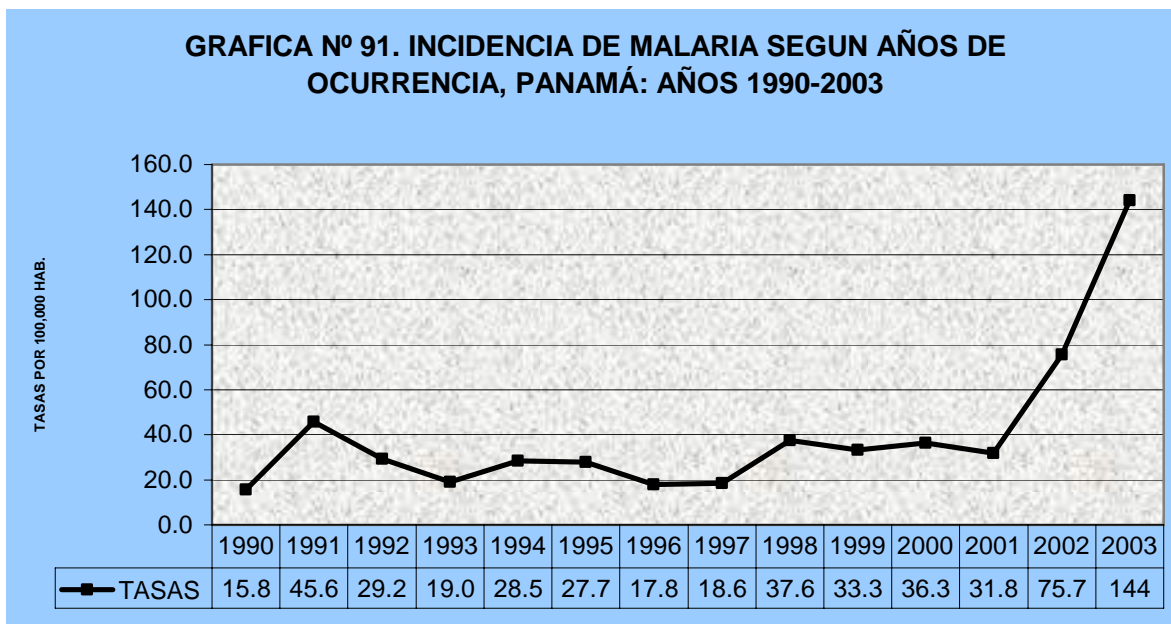
Fuente: Depto. de Control de Vectores – Subdirección de Salud Ambiental Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

En el 2003, sus cifras alcanzan valores semejantes a los del año 1964 (144 y 150 casos por 100,000 habitantes, respectivamente). La tasa de incidencia por malaria en el 2003 es 7.6 veces mayor que la de 10 años atrás, es decir que la de 1993 (144 y 19



casos por 100,000 habitantes, respectivamente) y es la tasa de incidencia más alta registrada al menos en los últimos 14 años. Este comportamiento, desde la perspectiva de la salud pública denota una reemergencia de la malaria en nuestro país. Al referirnos al número de casos de Malaria en el país, del año 2002 al 2003 los mismos se duplicaron, siendo de 2244 y 4500 casos, respectivamente. (Gráficas N° 90 y N° 91).

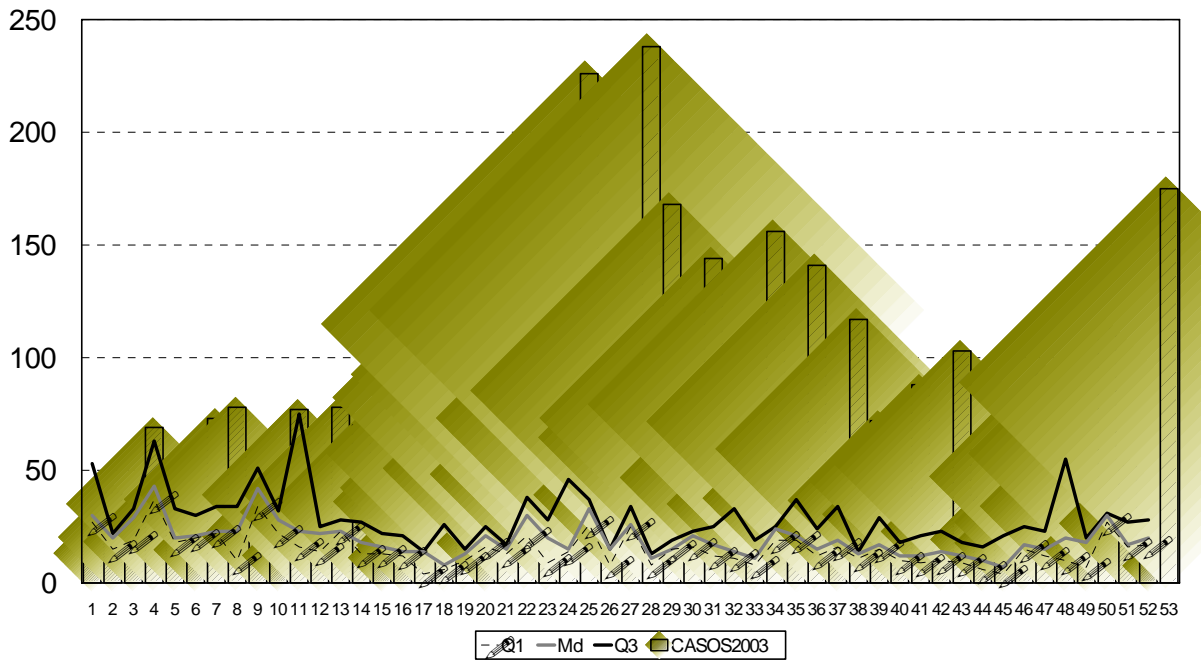
El canal endémico de la malaria da evidencias del comportamiento epidémico de la de malaria en el país, durante los años 2002 y 2003. Este comportamiento epidémico no se presentó únicamente durante las semanas 1, 6, 9, 10, 15 y 52 del año 2003 y los mayores picos epidémicos se ubicaron en el rango de las semanas 19 a la 38 (Gráficas N° 92 y 93). Para el 2004, el canal endémico da evidencias de la ocurrencia de una clara epidemia de malaria, que ha venido desarrollándose desde el 2002 y que sus tasas de incidencia para el 2003, alcanzaron cifras 7.6 veces mayores a las de 10 años atrás.



Fuente: Depto. de Control de Vectores – Subdirección de Salud Ambiental Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Gráfica N° 92

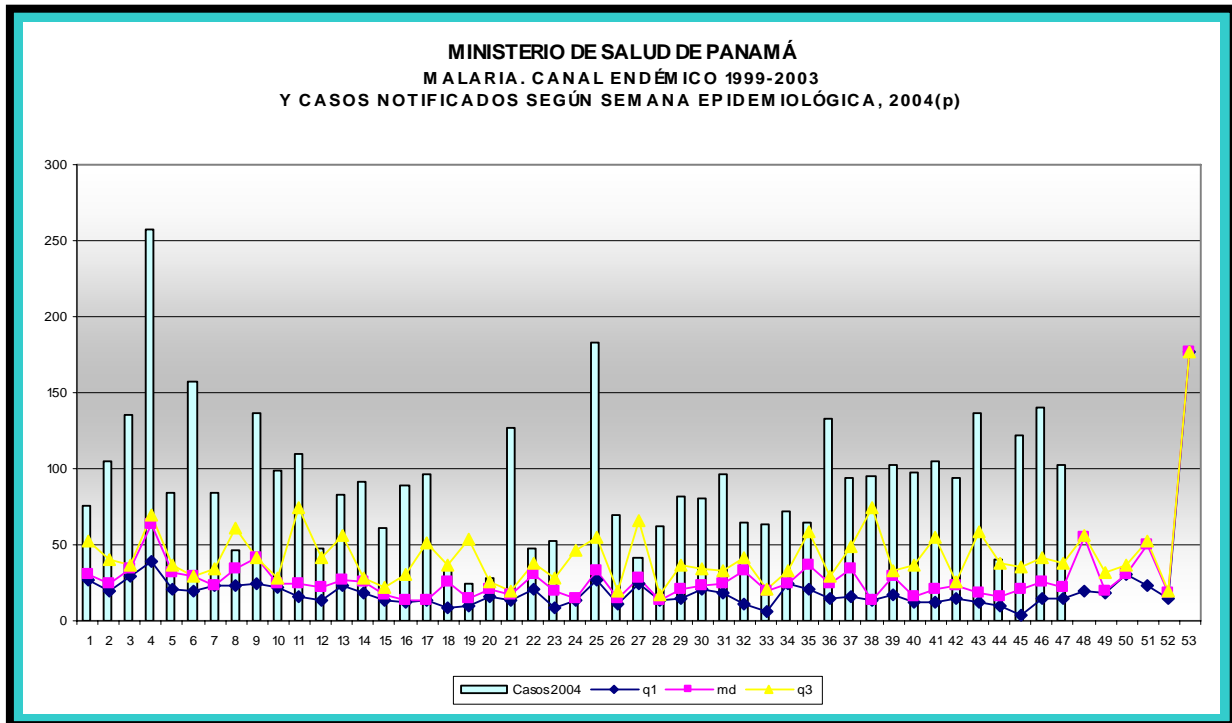
**REPÚBLICA DE PANAMÁ**  
**MALARIA. CANAL ENDEMICO 1998 - 2002,**  
**Y CASOS NOTIFICADOS SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, 2003**



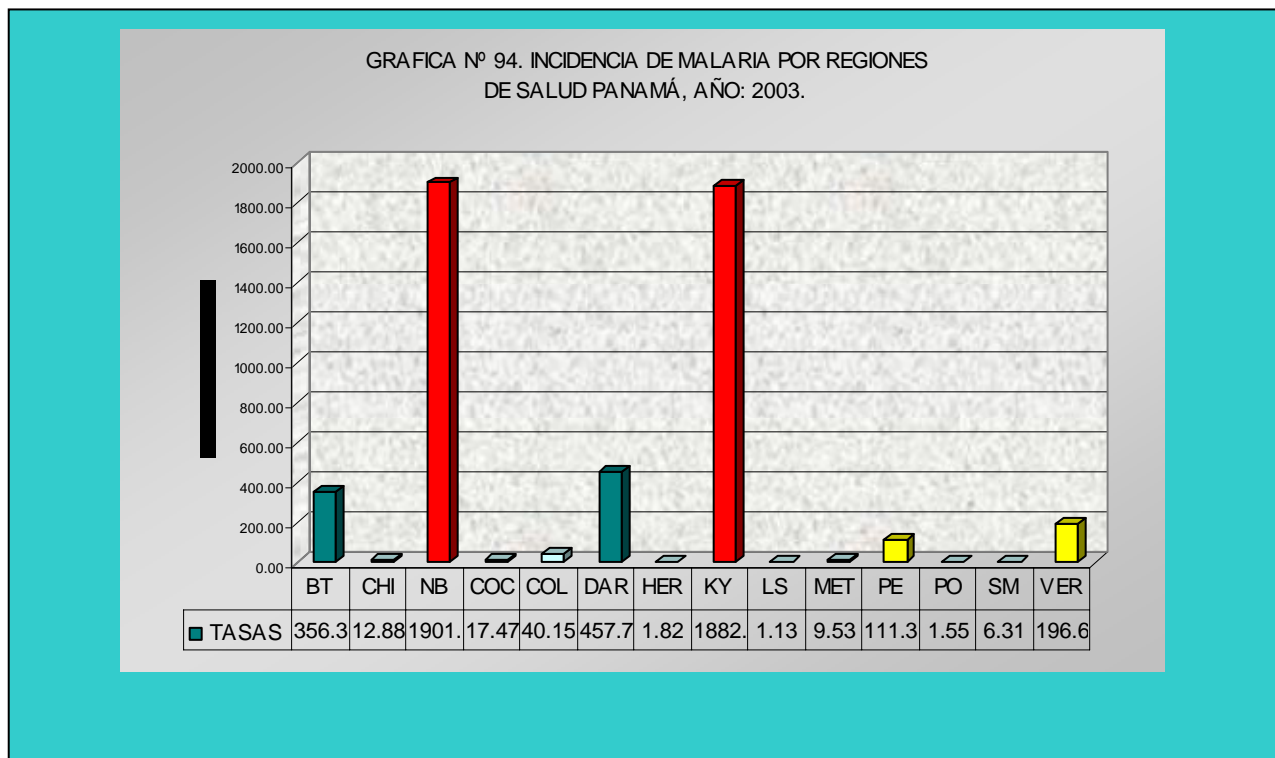
FUENTE: DEPTO. DE CONTROL DE VECTORES / VIGILANCIA F.P.R.S.E.

Dada las características climáticas del país, existen Regiones sanitarias con mayor riesgo malárico, siendo las Regiones Ngobe Buglé, KunaYala, Darién, Bocas del Toro y Veraguas las más afectadas, durante el año 2003. Sus tasas superaron el promedio nacional siendo hasta 13 veces mayor en las comarcas indígenas y entre 1.4 y 3.2 veces mayor en las Regiones sanitarias no comarcales. (Gráfica N° 94, Mapa N° 46)

Gráfica N° 93

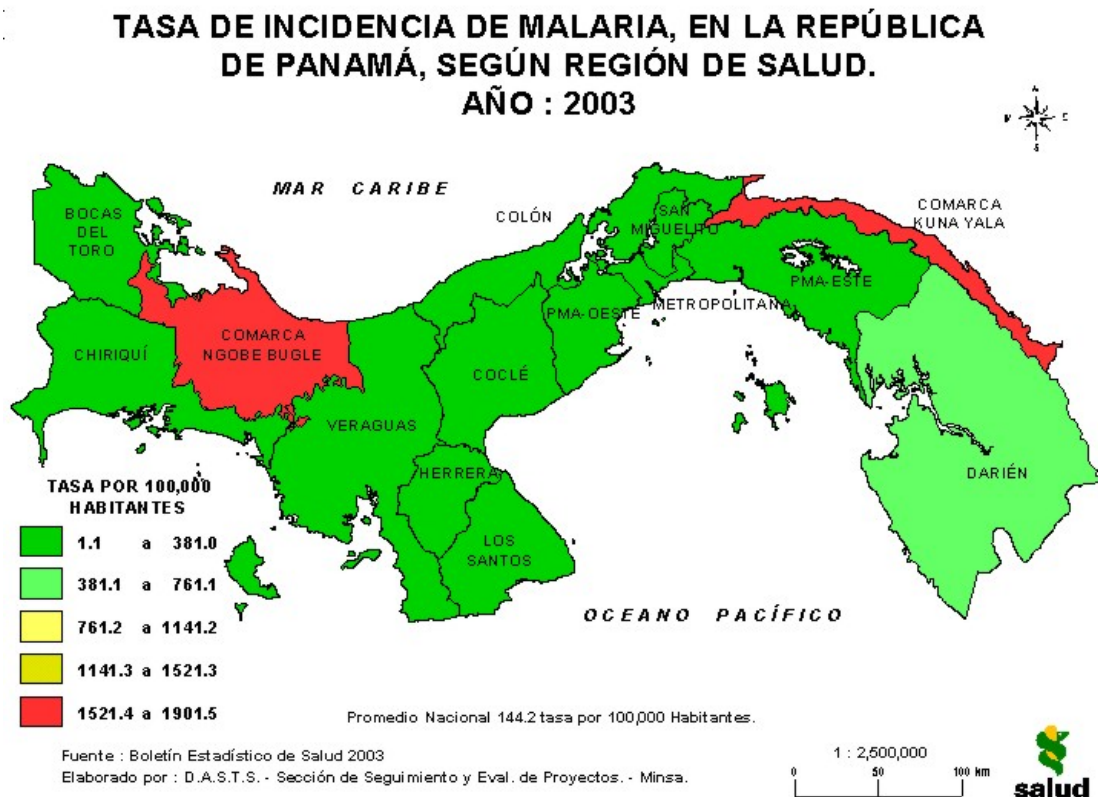


Gráfica N° 94



Fuente: Depto. de Control de Vectores – Subdirección de Salud Ambiental  
Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Mapa Nº 46



El incremento marcado de la incidencia de la Malaria en el 2003 con respecto al 2002 se debe, principalmente, a los brotes ocurridos en las áreas endémicas. Tal es el caso de la Comarca Ngobe Buglé con 2,373 en el 2003 y 658 en el año 2002; es decir que ocurrieron 3.6 veces más casos. Por su parte en la Comarca Kuna Yala los casos pasaron de 459 en el 2002 a 673 en el 2003, con un incremento porcentual del 46.6%. En Bocas del Toro se mantuvo el mismo número de casos en los años 2002 y 2003 y en Veraguas los casos se cuadruplicaron siendo que pasaron de 100 a 447 casos, para los años 2002 y 2003, respectivamente.

El Plasmodium vivax fue el responsable de los brotes ocurridos en la Ngobe Bugle, Bocas del Toro y Veraguas. Los distritos más afectados fueron los de Kankintú, Kusapín, Nurúm, Río de Jesús, Santiago, San Francisco, Santa Fé, Changuinola y Chiriquí Grande.

Los corregimientos más afectados donde se concentraron los casos fueron los siguientes:

**Comarca Ngobe Buglé**

Distrito Kankintú	Distrito Kusapín	Distrito Ñurúm
1. Guariviara	1. Sta. Catalina	1. Buenos Aires
2. Kankintú	2. Río Chiriquí	2. Cerro Pelado
3. Bisira	3. Tobobe	3. Agua de Salud
	4. Kusapí	

**Región de Salud de Veraguas**

Distrito Río de Jesús	Distrito Santiago	Distrito San Francisco	Distrito Santa Fe
Las Huacas	Canto del Llano	San Juan Remance Los Hatillos San Francisco	Calovébora

**Región de Salud de Bocas del Toro**

Distrito Changuinola	Distrito Chiriquí Grande
Las Tablas Guabito Changuinola	Chiriquí Grande cabecera Punta Peña Rambala

En la Comarca Kuna Yala, la especie del parásito responsable del brote fue el Plasmodium falciparum, aunque se siguen presentado casos por Plasmodium vivax. Las localidades por Corregimiento más afectadas según la especie fueron:

Corregimientos			
Ailigandí	Narganá	Puerto Obaldía	Tubualá
<b>Casos de Malaria Ocurridos por Plasmodium falciparum</b>			
Aidirgandí	Maguebgandí		Carreto
Irgandí	Ticantiquí		Armila
Playón Grande			Navagandí
<b>Casos de Malaria Ocurridos por Plasmodium vivax</b>			
Irgandí		Puerto Obaldía	Isla Pino
			Navagandí

En el 2003, cerca de 5 de cada 6 casos registrados de Malaria fueron ocasionados por el Plasmodium vivax (3873/4500), en tanto que 14% estaba relacionado con la presencia del Plasmodium falciparum (627 casos).

La región de Kuna Yala concentró el 86% de los casos ocurridos por Plasmodium falciparum en el 2003. Sin embargo, se presentaron casos en casi todas las Regiones

sanitarias, a saber: el 5.6% (35 casos) en Darién, el 4.6% (29 casos) en Panamá Este, el 2.1% (13 casos) en Panamá Metro, el 0.8% (5 casos) en San Miguelito, el 0.5% (3 casos) en Chiriquí, el 0.3% (2 casos) en Colón, el 0.1% (1 caso) en las Regiones de Coclé y Veraguas.

En sentido contrario, en las Regiones de Bocas del Toro, Comarca Ngobe Buglé, Herrera, Los Santos y Panamá Oeste, todos los casos de Malaria reportados fueron causados por Plasmodium vivax.

Es importante resaltar que desde 1996, se da un incremento progresivo de los casos de malaria cuyo agente patógeno es el Plasmodium falciparum. Este comportamiento se hace evidente durante el periodo 95 - 98, cuando la proporción de casos de malaria por plasmodium falciparum se incrementó de 2.5% a 11.9%; es decir en 3.76%. Para el 2003, la proporción de casos por este agente etiológico alcanza el 14% con respecto al total de casos, con un incremento porcentual para el periodo 1995-2003 del 4.6%. (Cuadro N° 141). Desde la perspectiva de la salud pública este comportamiento de la epidemia incrementa, progresivamente, los casos con mayor sintomatología y mayor riesgo de muerte.

**Cuadro N° 141. Porcentaje de Casos De Malaria Según Especie De Plasmodium Detectada. República De Panamá. Años: 1995-1998 y 2003**

Año	Plasmodium vivax	Plasmodium Falciparum
1995	97.5	2.5
1996	94.7	5.3
1997	64.6	35.4
1998	88.1	11.9
2003	86.0	14.0

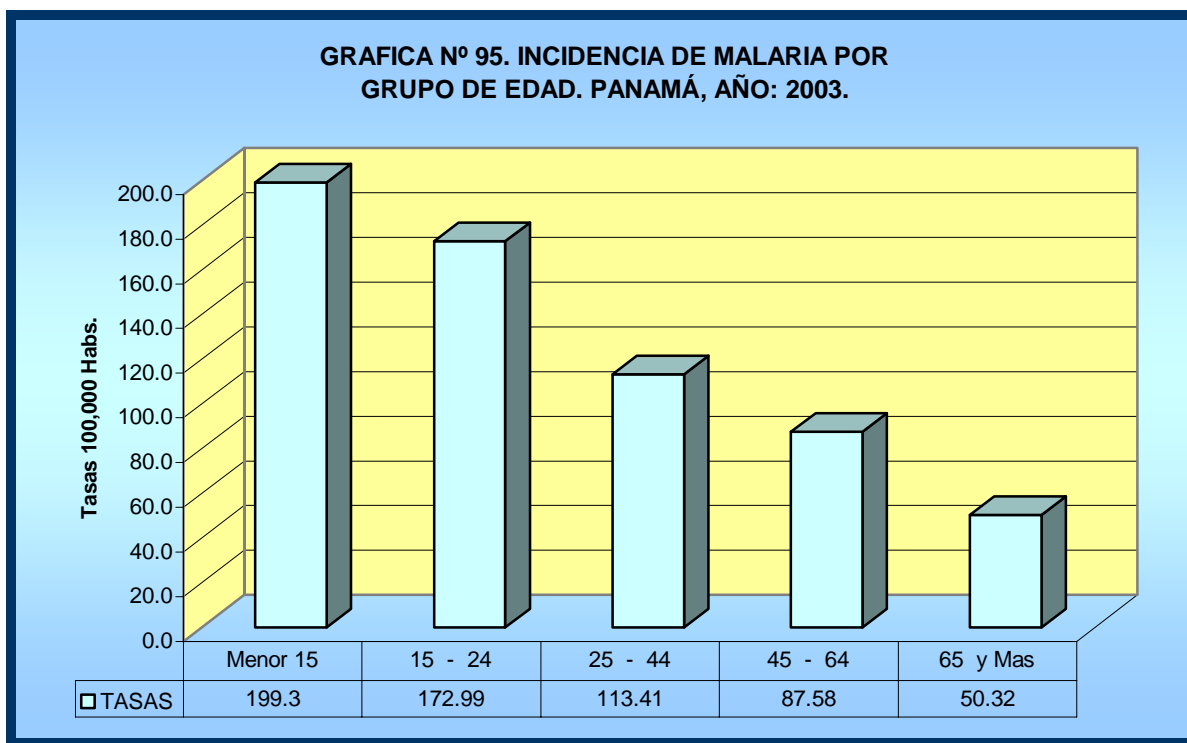
Fuente: Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. MINSA. Año: 2004

Se destaca el hecho que, únicamente, el 0.5% de los casos (26/4500) fueron casos importados del extranjero, donde el 92.3% de los mismos eran procedentes de Centroamérica.

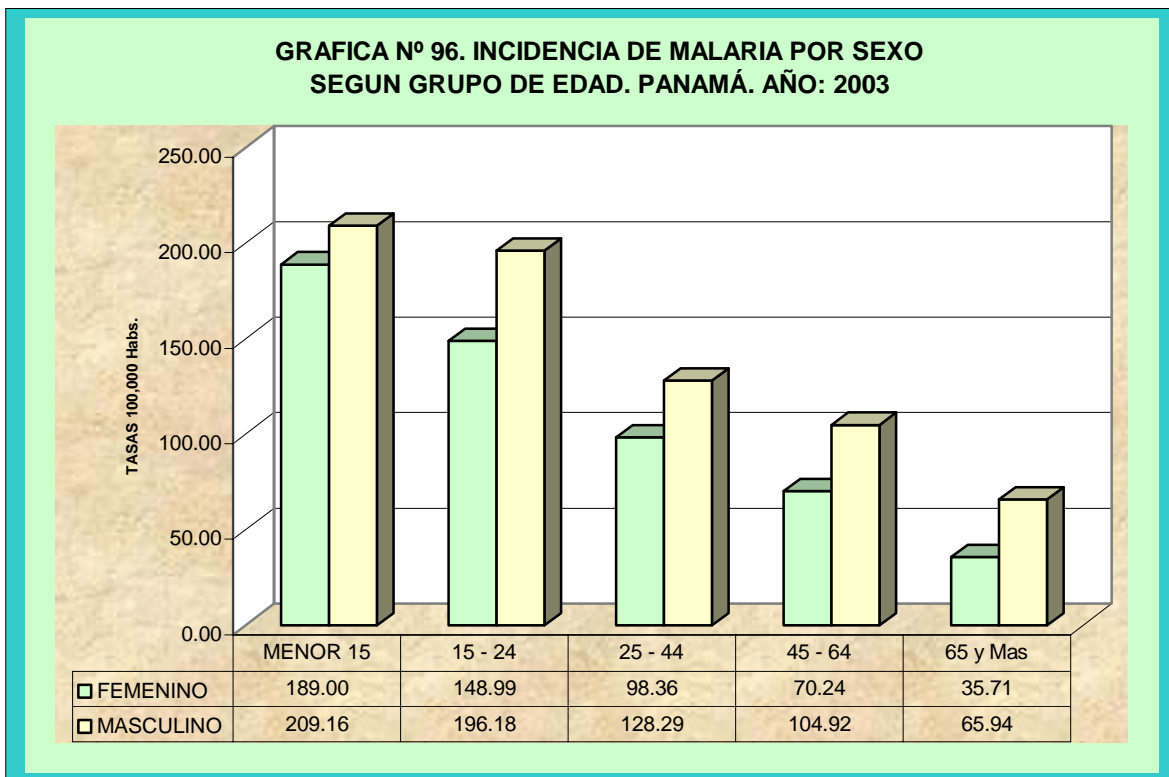
En otro orden de ideas, es importante anotar que se registró una tasa de mortalidad de 0.1 por 100,000 (5 defunciones), todas asociadas a infección por Plasmodium falciparum y áreas indígenas endémicas y que, estas defunciones se presenta luego de 15 años de ausencia de muertes en el país, por esta causa.

Al igual que en años anteriores, el grupo de edad más afectado fue el de menores de 15 años con una tasa de incidencia de 199.3 por 100,000 habitantes; seguido por el grupo de 15-24 con 172.98; y el grupo de 25-44 años con 113.4 casos por 100,000 habitantes. Los menores de 15 años y el grupo de 15-24 años superaron la tasa promedio nacional, con un incremento porcentual en sus tasas del 38.4% y el 20.1%, respectivamente. (Gráfica N° 95)

El sexo masculino ha sido el más afectado en todos los grupos de edad, con una tasa de incidencia nacional de 160.1 casos por 100,00; en tanto que la tasa de incidencia en la población femenina alcanzó 127.9 casos por 100,000. La relación hombre - mujer fue de 1.3:1. (Gráfica N° 96)



Fuente: Departamento. de Control de Vectores Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004



Fuente: Departamento. de Control de Vectores Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004

Las tasas de mortalidad por malaria se han mantenido bajas a través del tiempo y, desde 1975 hasta el 2003 no han sido superiores a 0.1 defunciones por 100,000 habitantes: Destaca que en el periodo entre 1986 y 2001, no ocurrieron muertes por esta causa en el país.

En el caso particular del año 2003 ocurrieron 5 defunciones. Vale mencionar que todas las defunciones ocurridas se han debido a complicaciones en pacientes con Malaria por Plasmodium falciparum. Cuatro de las cinco (80%) defunciones ocurridas se registraron en la Comarca Kuna Yala, área geográfica que concentró el 86% de los casos de malaria por falciparum. Un muerto fue registrado en La Palma de Jaqué, provincia de Darién. La tasa de mortalidad por Malaria, para este año fue de 0.16 muertes por 100,000 habitantes y la tasa de letalidad alcanzo el 0.1%.

Desde el punto de vista de la ubicación geográfica de los casos de malaria, puede mencionarse que de los 75 distritos que constituyen la República de Panamá, en 48 de ellos se registró actividad malárica; es decir en el 64%. Al analizar sus tasas de



incidencia de malaria se identificó que en el 37.5% de los distritos con actividad malárica (18/48) se consignaron tasas superiores al año anterior, con un rango entre 1.2 a 51.4 veces mayores.

Los distritos que presentaron las mayores tasas de incidencia en orden decreciente fueron:

- Kusapín con una tasa de 718.27 por 10,000 habitantes (3 veces mayor que en el 2002);
- Kankintú con una tasa de 337.33 por 10,000 habitantes (1.8 veces mayor respecto al 2002);
- Ñurúm con una tasa de 213.52 por 10,000 habitantes;
- Chiriquí Grande con una tasa de 206.99 por 10,000 habitantes (1.9 veces menor que en el 2002);
- Comarca Kuna Yala con una tasa de 188.24 por 10,000 habitantes (1.4 veces mayor respecto al 2002);
- San Francisco con una tasa de 112.35 por 10,000 habitantes (2.2 veces mayor que en 2002);
- Santa Fé con una tasa de 108.07 por 10,000 habitantes (4.5 veces mayor respecto al 2002);
- Santa Isabel con una tasa de 762.32 por 100,000 habitantes (1.9 veces mayor que en el 2002);
- Sambú con una tasa de 73.56 por 10,000 habitantes (2.6 veces menor respecto al 2002);
- Atalaya con una tasa de 54.98 por 10,000 habitantes (51.4 veces mayor que en el 2002);
- Cémaco con una tasa de 46.4 por 10,000 habitantes (6.2 veces mayor que en el 2002);
- Chepigana con una tasa de 45.68 por 10,000 habitantes (1.6 veces menor respecto al 2002);
- Portobelo con una tasa de 42.04 por 10,000 habitantes (11.6 veces mayor que en el 2002).
- Pinogana con una tasa de 41.55 por 10,000 habitantes (1.2 veces mayor respecto al 2002).
- Río de Jesús con tasa de 37.93 casos por 10,000 habitantes
- Chepo con 23.31 casos por 10,000 habitantes
- Changuinola con 21.92 casos por 10,000 habitantes y,
- Chimán con 17.76 casos por 10,000 habitantes.

Cabe señalar que en el 2003 se consignaron casos de malaria en 12 distritos que no registraron casos en el año 2002; y que sólo en los distritos de Gualaca y Barú con casos reportados en el año 2002, no registraron casos en el 2003.

En el año 2003, se examinaron un total de 166,807 muestras sanguíneas para un índice de exploración sanguínea global (IES) de 5.5%, manteniéndose esta cifra por debajo de los parámetros internacionales establecidos que se ubican en el 12% y por debajo de la registrada en el año 2002 (5.8%). Este índice se comporto de manera variable en las diferentes Regiones y/o comarcas a saber:

- Darién (distritos de Chepigana y Pinogana), con un IES de 75.1%
- Cémaco (distrito de Cémaco y Sambú), con un IES de 73.7%
- Panamá Este (distrito de Chepo y Chimán), con un IES de 29.4%
- Comarca Ngobe Buglé con un IES de 21.4%.
- Comarca Kuna Yala con un IES de 21.2%
- Bocas del Toro con un IES de 16.3%

Cerca de 3 de cada 4 muestras examinadas [121,919 (73%)] procedían de áreas de alto riesgo malárico; en tanto que el 27% (44,888) procedían de áreas con mediano y bajo riesgo.

Es de hacer notar que a partir del año 2002 la proporción de muestras positivas por plasmodium falciparum es 3 veces mayor que para el año 2001, situación que incrementa la gravedad del problema. (Cuadro N° 142)

**Cuadro N° 142. Muestras Examinadas, Casos Y Porcentaje Según Especie De Malaria Detectada. República De Panamá. Años: 2000- 2004**

Año	Muestras Examinadas	Casos	Plamodium	
			Vivax	Falciparum
<b>Acumulado</b>	772822	12303	%	%
2000	149702	1036	95.7	4.3
2001	156588	928	95.8	4.2
2002	166031	2244	85.0	15.0
2003	166807	4500	86.1	13.9
2004 (1)	133694	3595	84.9	15.1

(1) Hasta la semana N° 41

Fuente: Departamento de Control de Vectores

Al analizar el índice de láminas positivas (ILP) fue evidente que, en todo el país, el 2.7% de las muestras examinadas fueron positiva, encontrándose los índices de positividad más elevados en las Comarcas Ngobe Buglé y Kuna Yala, así como en la región de Bocas del Toro con cifras del orden del 10.7%, 8.9% y 2.4%, respectivamente.

Es importante destacar que históricamente los casos de Malaria se han reportado de acuerdo al lugar de la toma de muestra y que a partir del año 2003, se comienza a registrar los casos de Malaria de acuerdo al lugar de origen de la infección. Este cambio en el sistema de registro de casos guarda relación con la necesidad de conocer, de manera más precisa, las áreas de actividad malárica y por ende efectuar un proceso de planificación y coordinación de las medidas de prevención y control de la enfermedad, más acordes a la realidad nacional.

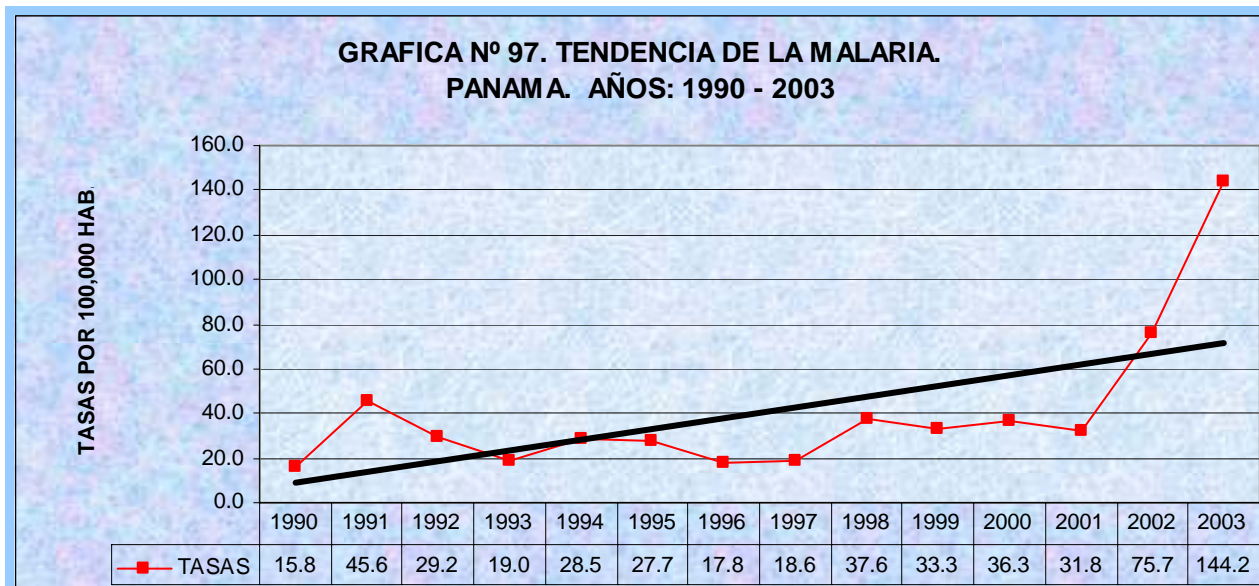
Es evidente que independientemente de si el análisis se efectúa considerando el lugar de toma de la muestra o el de origen los casos se concentran en las mismas Regiones y/o comarcas.

Sin embargo, cuando se revisan las cifras en las Regiones Ngobe Bugle, Darién y Kuna Yala las tasas son más elevadas al tomar en consideración el lugar de origen de las muestras (Cuadro N° 143)

**Cuadro N° 143. Casos Y Tasas De Malaria Según Toma De Muestra Y Origen Por Región. Panamá Año 2003**

REGIÓN DE SALUD	LUGAR			
	DE TOMA DE MUESTRA		DE ORIGEN	
	CASOS	TASAS	CASOS	TASAS
<b>TOTAL</b>	<b>4500</b>	<b>144.2</b>	<b>4500</b>	<b>144.2</b>
BOCAS DEL TORO	388	356.3	387	355
Ngobe Buglé	2373	1901.5	2443	1958
Coclé	38	17.5	34	16
Colón	91	40.1	83	37
Chiriquí	51	12.9	44	11
Darién	197	457.8	217	506
Cemáco	49		55	
Herrera	2	1.8	0	0
Los Santos	1	1.1	0	0
Metropolitana	57	9.5	4	1
San Miguelito	29	6.3	18	4
Panamá Este	98	111.4	99	113
Panamá Oeste	6	1.5	0	0
Veraguas	447	196.7	392	172
Kuna Yala	673	1882.4	698	1952
Importado/Exportado			26	

Fuente: Dpto. de Control de Vectores. Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2003



**Cuadro N° 144. Incidencia Y Mortalidad De Malaria.  
Panamá. Años 2000-2003.**

AÑO	INCIDENCIA		MORTALIDAD	
	CASOS	TASA (1000 hab.)	MUERTES	TASA (100000 hab.)
2000	1036	0.4	1	0.0
2001	928	0.3	1	0.03
2002	2244	0.8	1	0.03
2003	4500	1.5	5	0.16

Fuente: Departamento de Control de Vectores. MINSA.  
Año: 2004

**En resumen:**

La tasa de incidencia por malaria era 765.7 por 100,000 habitantes, logrando descensos significativos hasta 5.8 en 1986; manteniéndose, con bajas tasas de incidencia hasta hace dos años en que se incrementa significativamente, constituyéndose en un problema de Salud Pública, pues se proyecta una tendencia ascendente de sus tasas (Gráfica N° 97). Para el año 2002, esta enfermedad se incrementó en un 141% en relación al 2001, diagnosticándose 2,244 casos, de los cuales 85% (1907) fueron por **Plasmodium vivax** y el 15% (337) por **Plasmodium falciparum**. El 93% de estos últimos se presentaron en la Región de Kuna Yala.

En el año 2003, se registraron 4,500 casos, 3873 casos (86%) por **P. vivax** y 627 casos (14%) por **P. falciparum**. En Kuna Yala de 673 casos registrados, el 80% son por **P. falciparum**. La Región de Ngobe Bugle registró 2373 casos, todos por **P. vivax**, constituyendo un incremento del 361% respecto al año 2002. Estas dos

Regiones de Salud atraviesan por una franca epidemia, agravada ante la sospecha de resistencia del vector a los insecticidas y del parásito a los medicamentos tradicionalmente utilizados. Esto se ha evidenciado científicamente por la detección de cepas de **P. falciparum** con mutaciones que se asocian a la resistencia a la Cloroquina, Pirimetamina y sulfadoxina. En el 2004, hasta la semana epidemiológica N° 41 se han registrado un total de 3,595 casos diagnosticados de malaria, con un balance 77 casos de malaria menos que los registrados en el 2003 para esta semana.

La tasa de incidencia de malaria fue 2.8 veces mayor en el 2004 con respecto al 2000, de igual forma se incrementó la tasa de mortalidad por esta causa, pues la misma tuvo un valor de por debajo de 0.1 defunciones por 100,000 habitantes (1975-2003) y de 0 desde 1986 hasta el 2001. En el 2003 fue 4.3 veces mayor que en el 2001. (Cuadro N° 144). Todas las muertes del 2003 ocurrieron en personas con malaria por Plasmodium falciparum.

### 3. Encefalitis Equina del Este

Desde 1973 se han registrado casos y brotes de EEE en équidos, en diferentes Regiones del país. (Cuadro N° 145). En el periodo de 2000 a 2003, no se han reportado casos. No se cuenta con registro de casos de EEE en personas.

**Cuadro N° 145. Comportamiento De La Encefalitis Equina Del Este (EEE) En Equinos Según Región, Año Y Tipo De Diagnóstico. República De Panamá. Años: 1973 – 1999.**

Año	Región	Población equina en riesgo	Equinos enfermos	Equinos muertos	Tipo de Diagnóstico
1973	Panamá, Coclé	No definida	149	118	No definido
1986	Panamá Este, Coclé	1334	8	8	Serología aislamiento
1988	Coclé	245	3	3	Clínico e histopatología
1995	Panamá Oeste	No definida	26	13	Serología E histopatología
1998	Darién	4350	47	47	Serología
1999	Darién, Veraguas, Chiriquí	84	19	5	Clínico e histopatología

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Desarrollo Agropecuario.

#### 4. Encefalitis Equina Venezolana

Panamá reporta casos EEV de personas afectadas en las diferentes Regiones de Salud desde 1991, aunque cerca de 2 de cada 3 de los casos se concentran en la región de Darién, pues de los 43 casos registrados en el periodo de 1991 – 2003 el 74.4% se reportaron en esta región sanitaria. (Cuadro N° 146). Es importante mencionar que, no se tiene reportes de casos de EEV en équidos, sin embargo, es necesario fortalecer la vigilancia en los animales sobre todo en las regiones/áreas con casos detectados en humanos.

Cuadro N° 146. Aislamientos Del Virus De Encefalitis Equina Venezolana En Humanos Por Región De Salud. República De Panamá. 1991 -2004.

Año	Aislamientos EEV	Procedencia Región
1991	1	Panamá Este
1995	1	Panamá Este
	1	Veraguas
	1	Coclé
1996	1	Panamá Este
1997	1	Panamá Este
1998	7	<b>Darién</b>
	1	Panamá Oeste
1999	1	Panamá Este
2000	1	Panamá Este
2001	11	<b>Darién</b>
2002	2	<b>Darién</b>
2003	12	<b>Darién</b>
	1	Bocas del Toro
	1	Panamá Este

Fuente: Sección Virología del Instituto Gorgas; DVFPRSE del MINSA. Año: 2004

#### 5. Situación de la Encefalitis Equina en Panamá

En año 2001 se registraron 11 casos de EEV, con una defunción. Todos los casos fueron confirmados por Virología del Instituto Gorgas del MINSA y todos eran procedentes de la Provincia del Darién, cuatro de ellos se reportaron en el distrito de Chepigana (2 del corregimiento de Río Iglesias y 2 de Tucutí) y siete (7) en el distrito de Pinogana (6 del corregimiento de Yaviza y 1 de Metetí). Este brote se presentó entre la semana 23 a la 31, que corresponde a la época lluviosa de la Región. La relación mujer hombre fue de 1.2:1

siendo que, 6 ocurrieron en mujeres y 5 en hombres. Los afectados fueron niños o adolescentes, entre 3 y 15 años de edad.

Al mismo tiempo, se procesaron muestras de sangre de contactos asintomático de Bijagual del corregimiento de Río Iglesias, siete mostraron evidencias de infección de virus EEV, todos ellos eran del sexo masculino y mayores de 15 años; seis resultaron negativos y eran menores de 15 años. Estos resultados sugieren infección asociada a la actividad laboral de los IgG positivos.

En la semana epidemiológica 40 del año 2002, se registraron dos (2) casos de EEV en población masculina, de 20 y 12 años de edad. Ambos casos en el área de Metetí región de Darién.

Durante las semanas epidemiológicas 43 y 44, del año 2003 se registraron 13 casos de EEV, de los cuales 11 ocurrieron en el área de Santa Fe, región de Darién. Un 63.6% ocurrió en mujeres y el rango de edad estuvo entre los 2 y los 87 años. También se presentó un caso en cada una de las Regiones de Bocas del Toro y de Panamá Este. En Bocas del Toro, en el área de Changuinola, durante la semana epidemiológica 50, se registro un caso de EEV en un adolescente de sexo masculino, 13 años de edad. En tanto que, en Panamá Este, área de Pacora, durante la semana epidemiológica 51, se registro un caso en un adulto del sexo masculino, de 26 años de edad.

En los años 2002 y 2003 no se consignaron defunciones a causa de EEV.

Para el 2004, se confirmaron 6 casos EEV y 22 infecciones en todo el país. No hubo defunciones por esta causa. Sin embargo, se han captado 25 casos de Encefalitis probablemente virales, de estas se han descartado infecciones por VEE en 19 casos y VNO en 16 casos. Según etiología se han reportado: 3 casos de Encefalitis Herpética, una (1) Encefalitis por Salmonella, una (1) Meningo-encefalitis por Criptococcus y el resto de los casos se mantienen como encefalitis viral inespecífica.

Las intervenciones para controlar los casos y brotes se llevaron a cabo mediante una coordinación intra institucional entre Epidemiología, Vectores, ICGES, Zoonosis, Región de

Salud de Darién e interinstitucionalmente con la Dirección de Salud Animal del Ministerio de Desarrollo Agropecuario, se contó con la asesoría técnica de Salud Pública Veterinaria de la OPS en Panamá.

Las actividades realizadas para controlar los casos y brotes consistieron en: investigación de campo de cada caso; atención de los casos; investigación de las condiciones y factores que favorecieron la presentación de casos en el área problema; vacunación de équidos; control de vectores (mosquitos) mediante la aplicación de insecticidas y educación sanitaria a la comunidad, entre otras.

La EEV en humanos se ha presentado como casos esporádicos en pequeños brotes, mayormente en el área Este del país, no se han presentado casos en équidos, esto hace presumir que se trata de focos naturales, que se mantienen debido a una variante enzoótica, de la enfermedad.

## **6. Dengue**

En Panamá, hubo una epidemia de dengue fue en 1942. Para 1949, se emprendieron esfuerzos para la erradicación del *Aedes aegypti*, vector transmisor del Dengue, y en 1958, el país fue certificado como libre de *Aedes aegypti*. En 1985, ocurrió la reinfestación.

Ocho años después, en 1993, se confirmó el primer caso de dengue autóctono. Para fines de 1993, se confirmaron 14 casos de dengue con aislamiento del virus DEN-2. Se registra un ascenso en la incidencia de los casos de dengue en Panamá durante el periodo 1993-2002. El brote más grande ocurrió en 1995, con 3.083 casos, aunque el número de casos no disminuyó en mucho durante el período de 1997 a 1999. Al comparar el comportamiento de esta epidemia con la mayoría de los países centroamericanos, Panamá no ha presentado una epidemia grave, aunque ha sido el único país que ha detectado casos autóctonos en estas condiciones.

Desde la reaparición del dengue se aplican medidas de investigación y de control, sustentadas en los hallazgos del programa de vigilancia activa que se desarrolla desde septiembre de 1988.



Es importante indicar que durante el periodo epidémico 1993 - 2004, han ocurrido 22 casos acumulados de dengue hemorrágico y tres defunciones por esta causa, la primera ocurrida en 1995 y otras dos en el 2004 durante las semanas epidemiológicas N° 27 y 32. En ambas se identificaron post mortem y utilizando la prueba PCR el serotipo Dengue-2, como agente causal. Estas defunciones ocurrieron en áreas netamente rurales.

En los últimos siete (7) años, el país se encuentra en estado de alto riesgo de una posible epidemia de dengue hemorrágico, pues desde 1994 están circulando los 4 serotipos, principalmente el serotipo 2. (Cuadro N° 147)

**Cuadro N° 147. Serotipos De Dengue Reportados En Panamá. Años: 1993-2004(1)**

Año	Serotipos de Dengue			
	DEN-1	DEN-2	DEN-3	DEN-4
1993		X		
1994	X	X	X	X
1995	X	X	X	
1996	X			
1997	X			
1998	X	X		X
1999	X	X	X	X
2000	X	X	X	X
2001		X		
2002		X		
2003	X	X		
2004	X	X	X*	

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

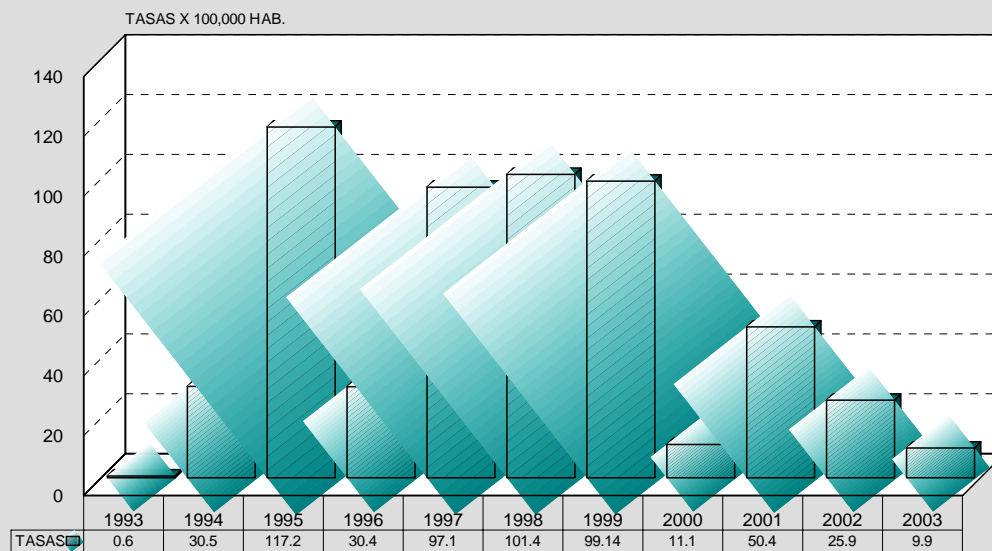
El comportamiento de la epidemia de Dengue (1994 – 2003) reflejó un descenso porcentual del 67% en sus tasas de incidencia Para el año 2003 se reportaron un total de 310 casos de Dengue, todos de Dengue Clásico, cifra similar a la del año 2000 y 2.4 veces menor que la del 2002. Este descenso, también se corresponde con el descenso de la tasa de incidencia del país, pues fue 2.6 veces menor en el 2003 que en el 2002, con 9.9 casos por 100,000 habitantes y 25.9 casos por 100,000 habitantes, respectivamente (Cuadro N° 148, Gráfica N° 98).

**Cuadro Nº 148. Casos Notificados De Dengue Según Año.  
República De Panamá. Años 1993 – 2004(1)**

AÑOS	TASAS *	TOTAL DE CASOS	DENGUE CLASICO	DENGUE HEMORRÁGICO
2004	4.5	142	140	2
2003	9.93	310	310	0
2002	25.9	768	763	5
2001	56.2	1605	1598	7
2000	11.1	317	314	3
1999	99.1	2785	2784	1
1998	101.4	2802	2801	1
1997	97.1	2641	2641	0
1996	30.4	812	812	0
1995	117.2	3084	3081	3
1994	30.5	790	790	0
1993	0.6	14	14	0

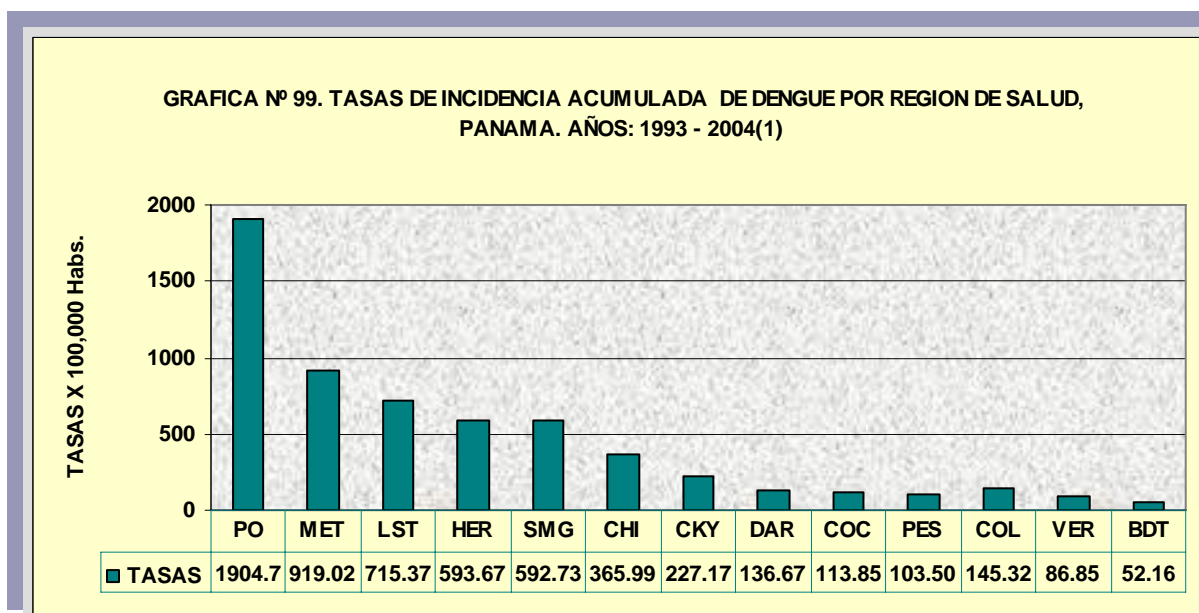
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

**Grafica Nº 98. Tasas De Incidencia De Dengue Clásico Según Años. Panamá. Años: 1993-2004**



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

De acuerdo a la tasa de incidencia acumulada en los años 1993-2004, las Regiones de mayor riesgo de Dengue fueron: Panamá Oeste, Metropolitana, Los Santos, Herrera y San Miguelito. (Gráfica N° 99). De igual forma, puede indicarse que las regiones de salud de Darién y Kuna Yala presentaron tasas de incidencia superiores a la tasa nacional en los años 2001 y 2002, respectivamente. (Gráfica N° 100)



\*Tasas por 100,000 habitantes

(1) Datos hasta la semana epidemiológica 33- 2004 (21-08-2004)

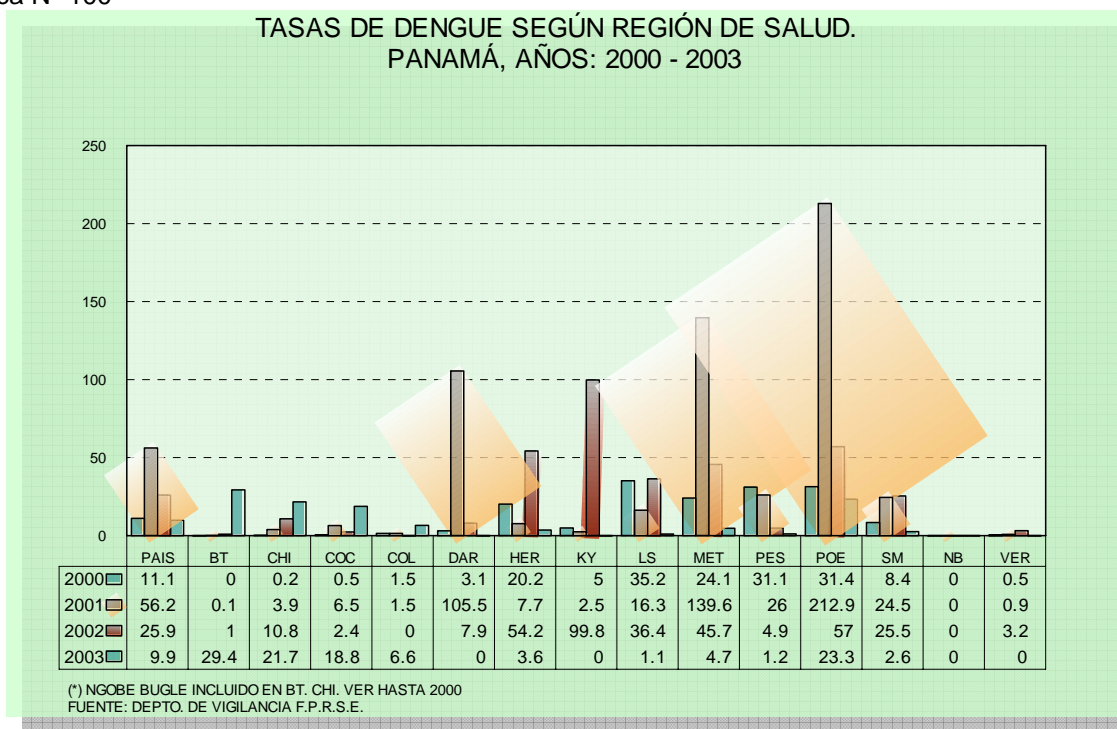
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

La Región de Salud de Bocas del Toro presentó la tasa de incidencia de Dengue más elevada en el 2003, seguida de Chiriquí y Coclé, con rangos de 23.5 a 29.4 y de de 17.6 a 23.4, respectivamente. (Mapa N° 47)

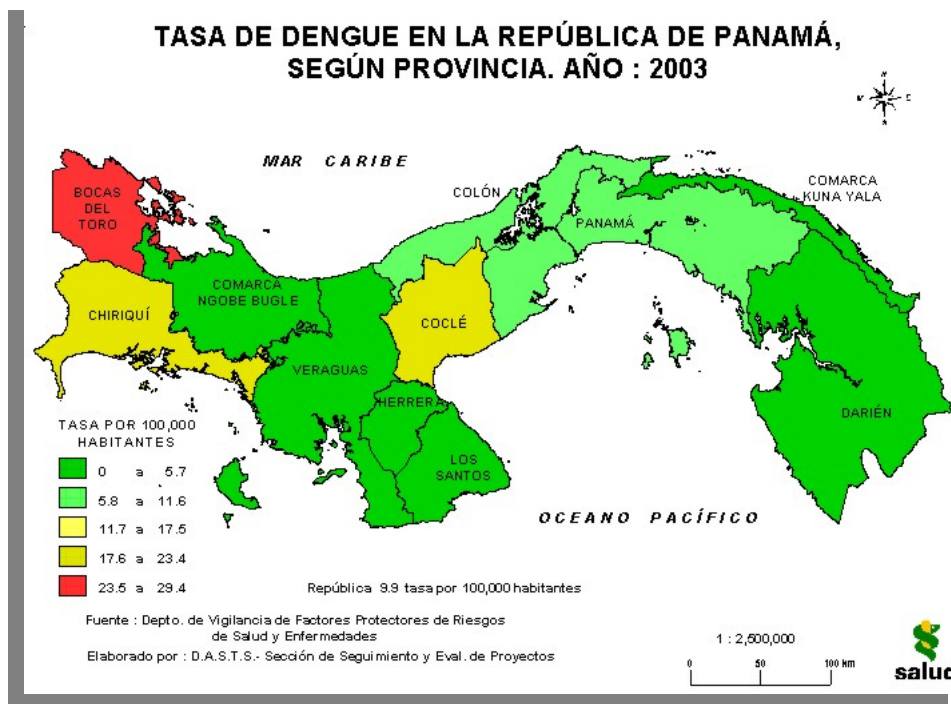
Durante el 2003, el sexo femenino fue el más afectado, excepto en la región de San Miguelito, con una incidencia nacional de 11.6 casos por 100,000 mujeres. En cuanto al

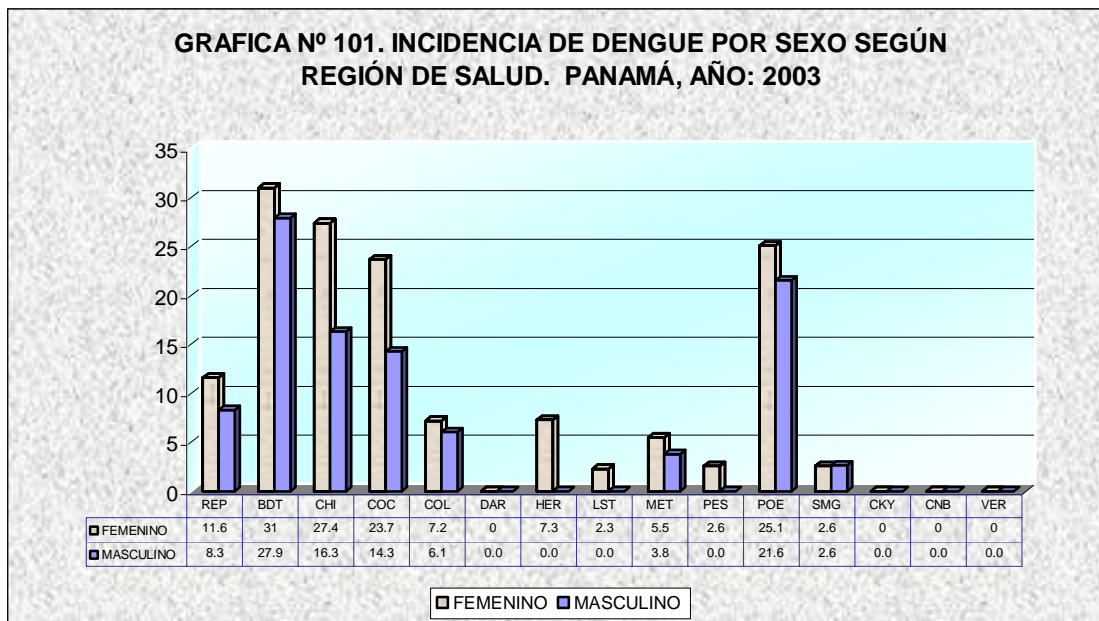
sexo masculino la incidencia nacional fue de 8.3 casos por 100,000 hombres, es decir 1.4 veces menor que para las mujeres. (Gráfica N° 101).

Gráfica N° 100



Mapa N° 47





Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

Los grupos de edad más afectados son el de 25-44 años y el de 15-24 años con una tasa de incidencia de 15.0 casos por 100,000 habitantes y 11.3 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. Entre ambos grupos de edad se incluye gran parte de la población trabajadora del país, cuyo absentismo laboral, por esta enfermedad, repercute en la economía nacional. De igual forma se ve afectada la acción educativa, pues en estos grupos se integra población estudiantil de nivel secundario y universitario.

Según cifras del Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades, durante el año 2003, la mayor cantidad de casos por distritos se registraron en, en orden descendente, en La Chorrera, David, Penonomé, Changuinola y Panamá con 82, 78, 41, 31 y 30 casos, respectivamente. Los distritos de Penonomé y Panamá presentaron el mayor riesgo para esta enfermedad con una tasa de 439.7 casos y 321.8 casos por 100,000 habitantes, respectivamente.

Los corregimientos de mayor riesgo para Dengue registrados durante el año 2003 fueron:

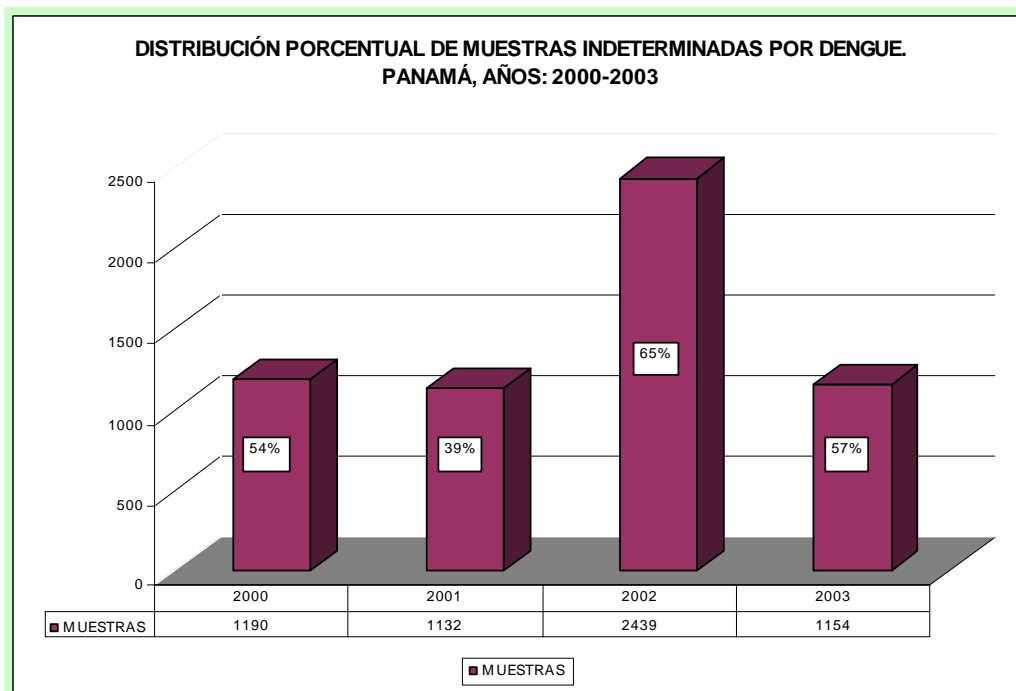
1. Cañaveral con una tasa de incidencia de 604 casos por 100,000 habitantes.
2. Santa Rita con una tasa de incidencia de 559 casos por 100,000 habitantes.
3. Barrio Balboa con una tasa de incidencia de 185 casos por 100,000 habitantes.
4. Guabito con una tasa de incidencia de 153 casos por 100,000 habitantes.

## 5. David con una tasa de incidencia de 90 casos por 100,000 habitantes

La vigilancia virológica del Dengue se efectúa en el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud (ICGES) que reportó haber procesado, en el 2003, un total de 1554 muestras de casos sospechosos de dengue, de las cuales se obtuvo resultados del 43%, siendo positivas 159 muestras (10%) y negativas 515, es decir 33%. Las 880 muestras restantes, que representaban el 57% de las muestras procesadas se reportaron como indeterminadas, puesto que no se efectuó la toma de la segunda muestra, es decir la que se corresponde con la fase convaleciente de los casos sospechosos, que es la que permite confirmar o descartar la enfermedad.

Esta situación es repetitiva desde hace varios años atrás, toda vez que la cifra de resultados indeterminados ha estado en un rango del 39 al 65% en los años 2000 al 2003. La cifra máxima se obtuvo en el 2002 y la mínima en 2001. Para un promedio porcentual del 53.8% para el periodo antes mencionado. (Gráfica N° 102)

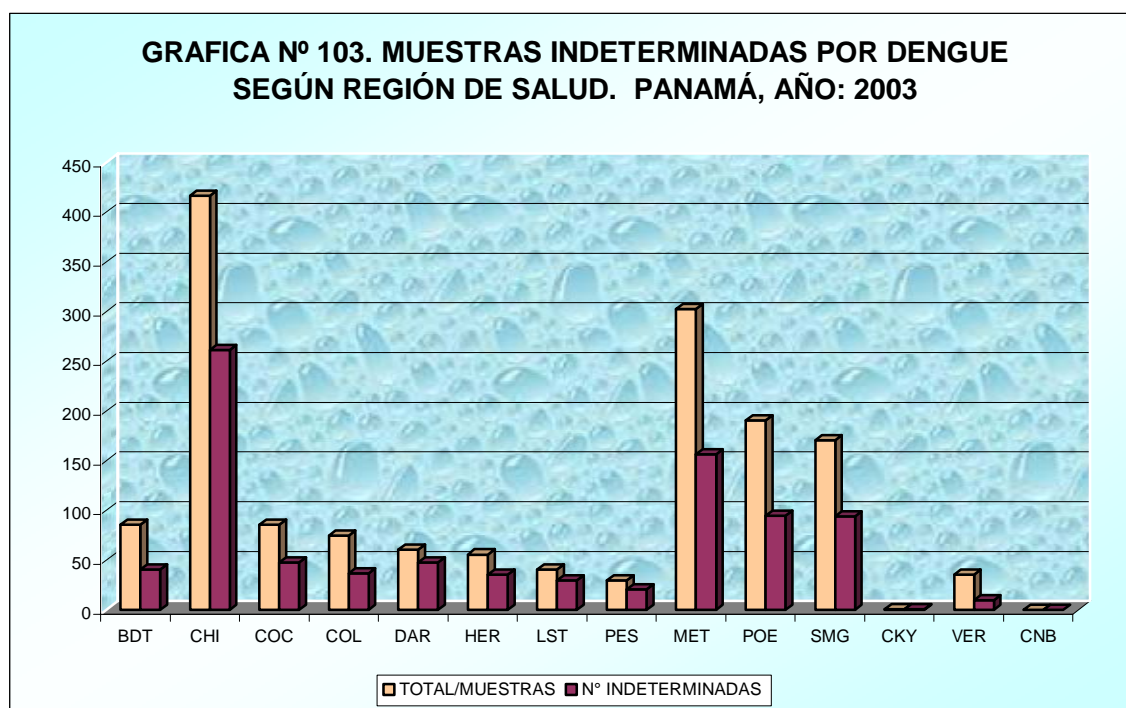
**Gráfica N° 102.**



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades.  
Año: 2004.

Las Regiones con mayor cantidad de muestras tomadas y enviadas al ICGES en el año 2003 fueron: Chiriquí con el 26.8%, Metropolitana con el 19.4% y Panamá Oeste con el 12.2% del total de muestras enviadas. Sin embargo, estas mismas Regiones presentaron resultados indeterminados en el 63%, 52% y 50% de las muestras enviadas, respectivamente.

Las Regiones con las mayores cantidades de muestras indeterminadas fueron: Comarca Kuna-Yala, Darién, Los Santos, Panamá Este y Herrera con el 100%, 79%, 73%, 70% y 64% de las muestras enviadas, respectivamente. La Comarca Ngobe Bugle (**CNB**) tiene dos años consecutivos que no envía muestras para vigilancia virológica de Dengue. (Gráfica N° 103)



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

Durante el año 2003 en el país se confirmó la circulación de virus dengue serotipo uno (D1) y dos (D2) en las diferentes regiones de salud del país. (Cuadro N° 149)

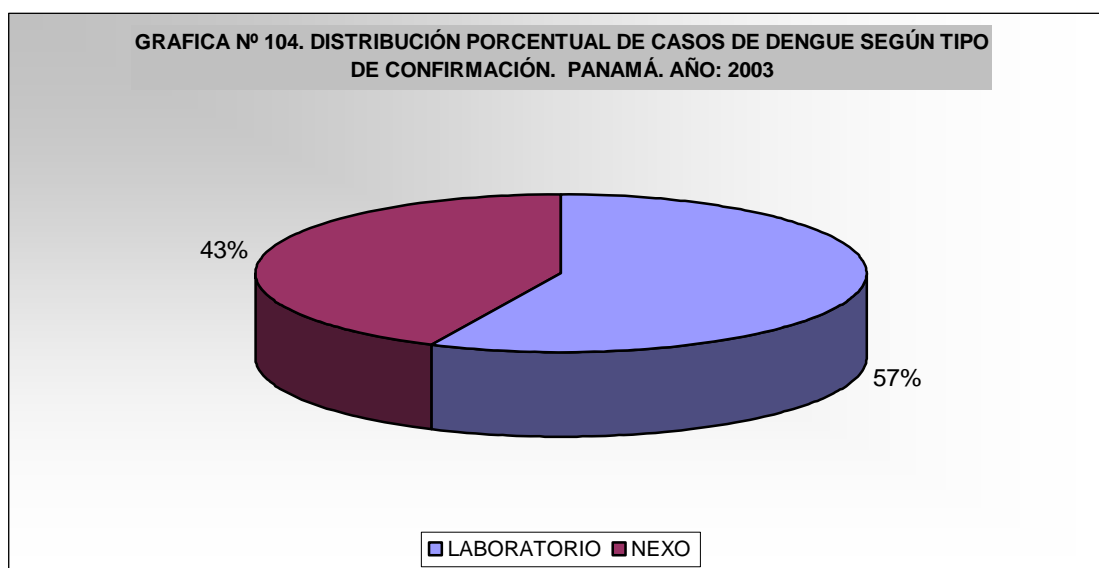
**Cuadro N° 149. Serotipos De Dengue Confirmados Por Región De Salud Y Corregimiento/Localidad. Panamá. Año. 2003**

SEROTIPO	REGIÓN DE SALUD	CORREGIMIENTO LOCALIDAD
Den-1 (D1)	Bocas del Toro (BDT)	Guabito
		Changuinola
Den-2 (D2)	Colón (COL)	Limón
	Chiriquí (CHI)	David
	Metropolitana (MET)	Río Abajo
		24 de Diciembre
	Panamá Oeste (POE)	Barrio Colón
Herrera (HER)	Llano Bonito	

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

Se registraron brotes epidémicos de Dengue Clásico en las Regiones de Coclé (en Cañaveral/Peñonomé), Bocas del Toro (en Guabito), Chiriquí (en Paso Canoa/Puerto Armuelles y en David), y Panamá Oeste (en Santa Rita y Barrio Balboa/La Chorrera). Los casos que se dieron en Paso Canoa y Guabito, zonas fronterizas con Costa Rica, tuvieron nexos con el brote de Dengue Clásico, de serotipo Den-1, que se estaba presentando en Costa Rica. Posteriormente, se demostró la circulación de Den-1 en Guabito y Changuinola.

De los 310 casos reportados en el año 2003, el 57% fueron confirmados por laboratorio (159 casos) y el 43% por Nexo Epidemiológico (146 casos). (Gráfica N° 104).



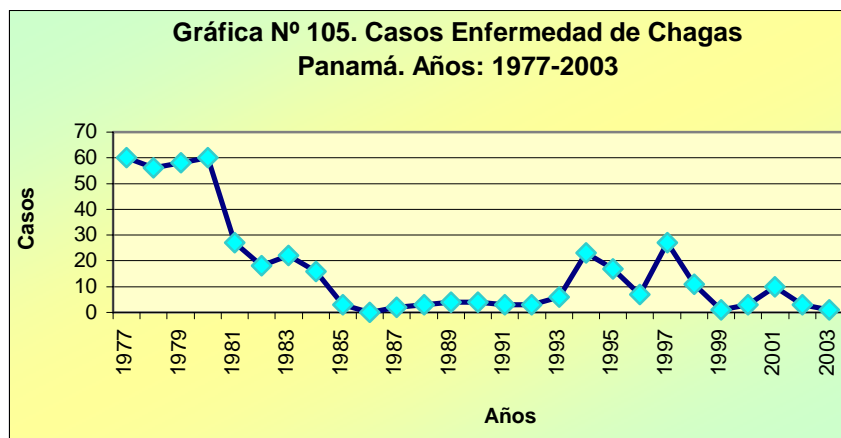
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.



Las Regiones de salud que aplicaron el concepto de nexo epidemiológico en la confirmación de los casos fueron: Coclé con el 95% de sus casos (39/41), Panamá Oeste con el 82% de sus casos (74/90), Metropolitana con el 46% de sus casos (13/28), Chiriquí con el 20% de sus casos (17/86) y Bocas del Toro con el 9% de sus casos (3/32).

## 7. Enfermedad de Chagas

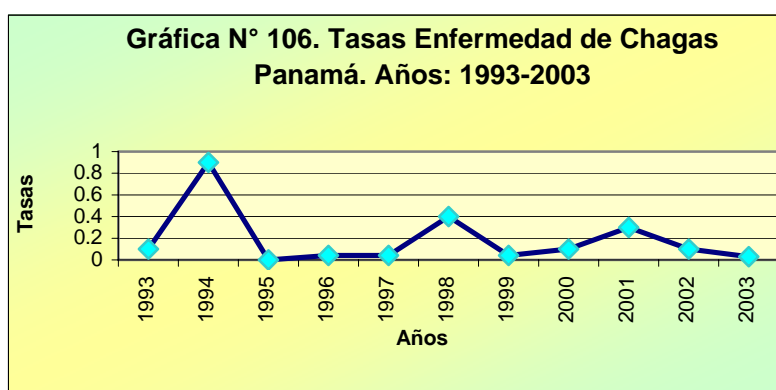
La enfermedad de Chagas pertenece al grupo patologías de notificación obligatoria y es objeto de vigilancia epidemiológica. Según informes del Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud, durante el periodo 77 a 2003 se han reportado un total de 448 casos con un promedio anual de 16.5 casos. El 70.8% de los casos se consignó entre 1977 y 1984. (Gráfica N° 105). De 1985 hasta 1993, se da una disminución en el registro de caso debido a subregistro y subnotificación, como se hizo evidente en investigación efectuada en 1998, también se identificó la dificultad para la confirmación de casos y el desconocimiento del equipo de salud del cuadro clínico, entre otros de los factores que afectaron el sistema de vigilancia de Chagas. En los años 1994, 1998 y 2001 se da un repunte de casos, años en los que se concentra el 36.6% de los 131 casos que se reportaron entre 1984 y el 2003.



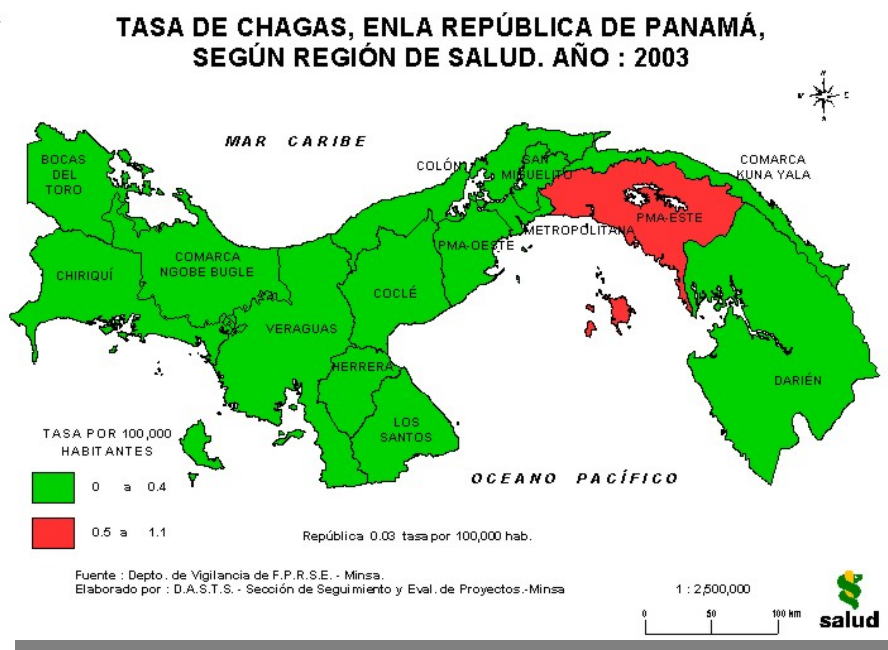
En encuestas realizadas con exámenes parasitológicos y serológicos, a más de 20,000 personas, de diferentes provincias del país, se encontró que la infección por *Tripanosoma cruzi* es más frecuente en las ciudades de Panamá y Colón. En Veraguas y Chiriquí la prevalencia de anticuerpos anti *T. cruzi* en residentes de zonas rurales fluctúa entre 0 -

7.0% con un promedio de 1.9%. (Sousa et al.) En La Chorrera una muestra de 1361 muestras presentó un índice de seropositividad que osciló entre 10.9 y 37.3% y para el *T. cruzi* y para *T. rangeli* de 0 - 17.4%.

Durante el periodo 1993-2003 la tasas de incidencia de Enfermedad de Chagas se reportaron entre 0.03 y 0.9, el máximo valor de este rango se registró en 1994 (Gráfica N° 106) y las regiones de salud, con tasas más elevadas fueron Panamá Oeste, Colón, Los Santos y San Miguelito. En el 2003, Panamá Este fue la más afectada. (Mapa N° 48)



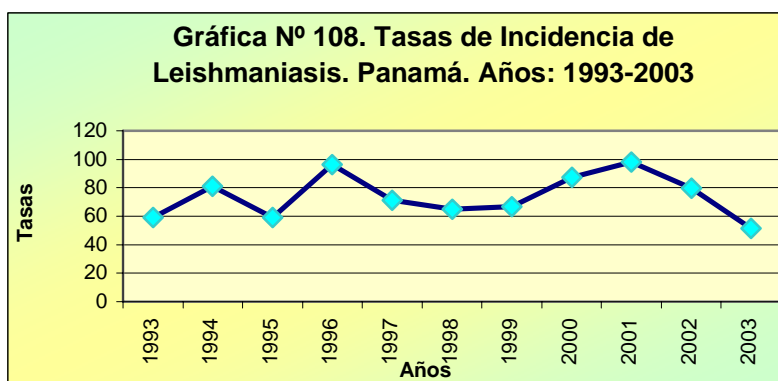
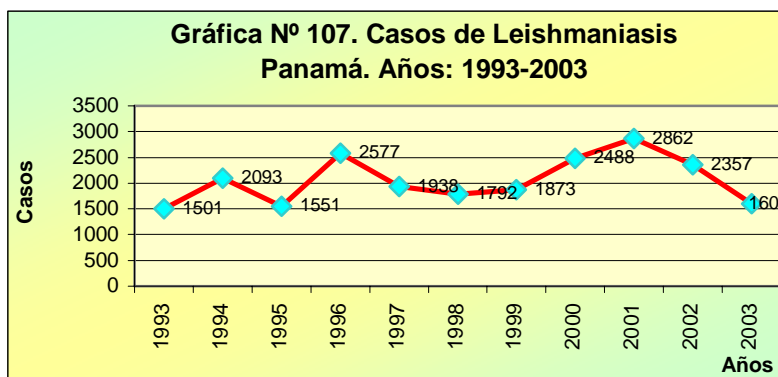
MAPA N° 48



## 8. La Leishmaniasis

Esta es una enfermedad endémica en Panamá, que se transmite por vectores. A lo largo del periodo 1993-2003 el comportamiento de esta enfermedad transmisible ha sido fluctuante, con un total de 22634 casos en los últimos 11 años; para un promedio anual de 2058 y mensual de 172 casos. Ocurrió un descenso porcentual de 6.7% en los casos. La tasa de incidencia de leishmaniasis ha variado en un rango entre 51.3 y 98.1 casos por 100,000 habitantes, el valor mínimo se reporto en el año 2003 y el máximo en el 2001; esta tasa reflejo un descenso porcentual del 13.3%. (Gráficas N° 107 y N° 108)

Las regiones sanitarias más afectadas son las de Colón, Bocas del Toro, Coclé, Darién, Panamá Este y Panamá Oeste registraron tasas de incidencia, durante todo el periodo, tasas superiores a la tasa nacional. En el 2003, 51.3 de cada 100,000 personas han enfermado de leishmaniasis y se suma a las regiones antes citadas Veraguas. Bocas del Toro y Coclé presentaron las tasas más elevadas. (Cuadro N° 150, Mapa N° 49).

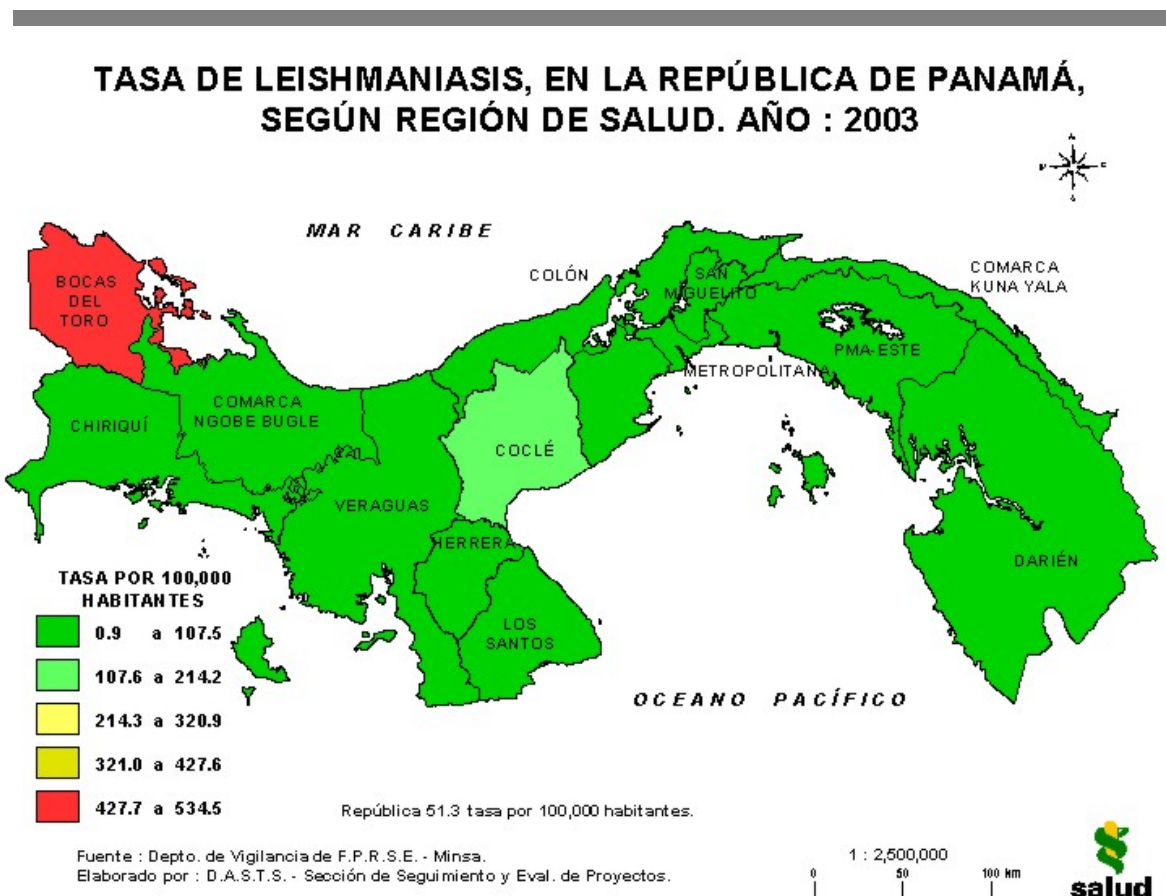


**Cuadro N° 150. Casos Y Tasas De Incidencia Por Leishmaniasis  
Según Región. República De Panamá. Años: 2003**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Región	Casos	Tasas
<b>Total Nacional</b>	<b>1602</b>	<b>51.3</b>
Bocas del Toro	582	534.5
Coclé	311	143.0
Colón	131	57.8
Chiriquí	54	13.6
Darién	49	91.2
Herrera	1	0.9
Kuna Yala	5	14.0
Los Santos	0	0.0
Panamá Este	67	76.1
Panamá Oeste	191	49.5
Metropolitana	33	5.5
San Miguelito	29	6.3
Veraguas	126	55.4
Ngöbe Buglé	23	18.4

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

MAPA N° 49



## **f. Enfermedades Hidro Alimentarias**

En Panamá, al igual que en el resto del mundo la prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (ETA's) representa un problema y un desafío a la Salud Pública dada las dificultades para conocer su incidencia real, entre las causas que influyen en este hecho, pueden mencionarse las relativas a las limitantes propia del sistema de salud, entre los cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Diagnóstico médico deficiente en los de centros de
- Limitada capacidad analítica de Laboratorio en el área de alimentos
- Poca y deficiente investigación de brotes y casos de ETA's
- Deficiente coordinación entre los entes responsables de la vigilancia epidemiológica de la inocuidad de alimentos y salud pública
- Desconocimiento de la comunidad de los problemas relacionados con la inocuidad de alimentos y ETA's

A pesar estas deficiencias y limitaciones desde 1996, se decidió adoptar la guía de vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como instrumento para mejorar las actividades de vigilancia e investigación de las ETA's en Panamá, que se esta aplicando con mayor énfasis en las Regiones Metropolitana, San Miguelito, Panamá Este y Oeste, Coclé y Los Santos, donde se han conformado equipos multidisciplinarios para la investigación integral de los brotes. En el periodo 1995 a 2003, se notificaron e investigaron 147 brotes de ETA's , que produjeron 3,253 casos y 8 defunciones por esta causa. El 39.8% de los casos fueron registrados en los años 1995 y 1998, aunque el mayor número de brotes reportados e investigados se presentaron en el 2000 y 2001. En el 2003 se consignaron cerca de 2 veces menos casos que en 1995, para un número similar de brotes; pero ocurrieron 4 veces más defunciones. (Cuadro N° 151)

**Cuadro N° 151. Brotes De ETA'S Notificados E Investigados. Panamá. Años: 1995 – 2003**

Año	N° De Brotes	Enfermos	Fallecidos
1995	15	630	1
1996	14	335	1
1997	10	42	0
1998	11	667	1
1999	15	226	0
2000	47	358	1
2001	50	456	0
2002	21	200	0
2003	14	339	4

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

En el periodo 1995 a 2003, el sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud de Panamá, registra un promedio anual de 1,315 casos de intoxicaciones alimentarias; 112,287 casos de enfermedad diarreica aguda y 30 casos de Salmonelosis. Se reporta muy baja incidencia de casos de fiebre tifoidea. El promedio mensual de casos de diarrea fue de 9357. (Cuadro N° 152). Durante el periodo 2001 – 2003, la tasa de intoxicaciones alimentarias ha oscilado entre 59.8 y 34.4 casos por 100,000 habitantes, correspondiendo el valor máximo al año 2001 y el mínimo al 2003, con un descenso porcentual del 42.4%. En el 2003, la región Metropolitana registró la tasa más elevada de todo el país, duplicó la tasa nacional; seguida de Chiriquí, Los Santos y Panamá Este con 51.0, 49.6 y 46.6 casos por 100,000 habitantes; este comportamiento fue similar al del año 2000, durante el cual se incluye Colón entre las regiones con mayo tasas de intoxicaciones de esta naturaleza.

No se consignaron casos de fiebre paratifoidea hasta el año 2001, cuando se dio el reporte de un caso. Por otro lado, se reportaron 380 casos de shigelosis en el periodo 1992-2003, con un promedio de 32 casos por año, sin reporte de casos de en 1995 y 1996. El 60.2% de los casos se registro entre el 2000 y 2003. Las Otras Salmonelosis han tenido un comportamiento fluctuante de casos reportados, con un total de casos acumulados de 268 y un promedio anual de 30. (Gráficas N° 108, N° 109 y N° 110 )

Durante el 2002 se captaron 1,685 casos de Intoxicación alimentaria; 170,650de Enfermedad Diarreica; 28 de Salmonelosis; 339 de Hepatitis Infecciosa; 4,902 de

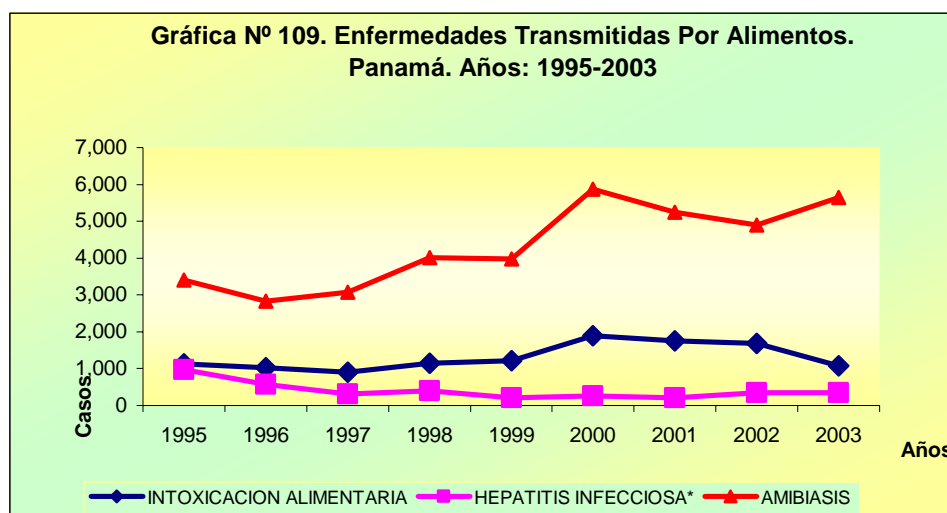
Amibiasis. En este mismo año se registraron e investigaron 21 brotes de ETA's, en la que enfermaron unas 200 personas, y no se registraron defunciones. En el 25% de los brotes se logro identificar el agente etiológico involucrado, en un 40% el alimento contaminado responsable, y en un 70% el lugar de elaboración-consumo. Al igual que en años anteriores persiste la deficiencia en la investigación de brotes de ETA's, ya que no se identifican correctamente los agentes etiológicos y los alimentos involucrados, debido a la notificación tardía y por ende fallas en la recolección de información y muestras para análisis, importantes en la caracterización de los brotes de ETA's. (Gráficas N° 109, N° 110 y N° 111 ) (Cuadros N° 152).

**Cuadro N° 152. Casos De Las Principales Enfermedades De Transmisión Alimentaria y/o Hídrica Reportadas Al Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiología. Panamá. Periodo 1995 - 2003**

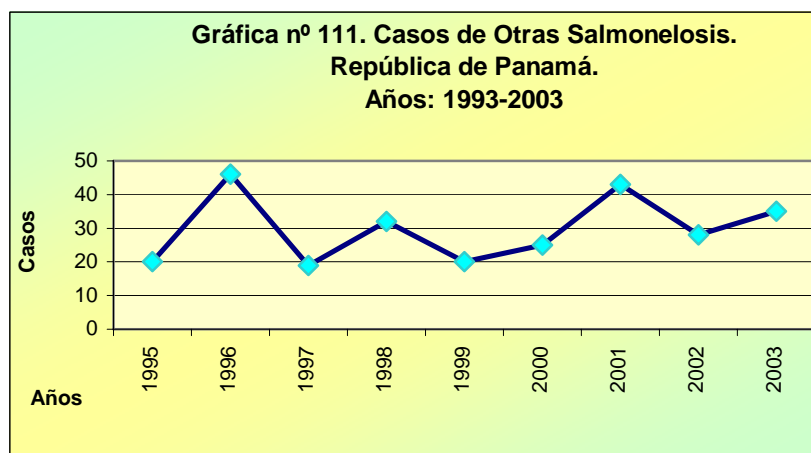
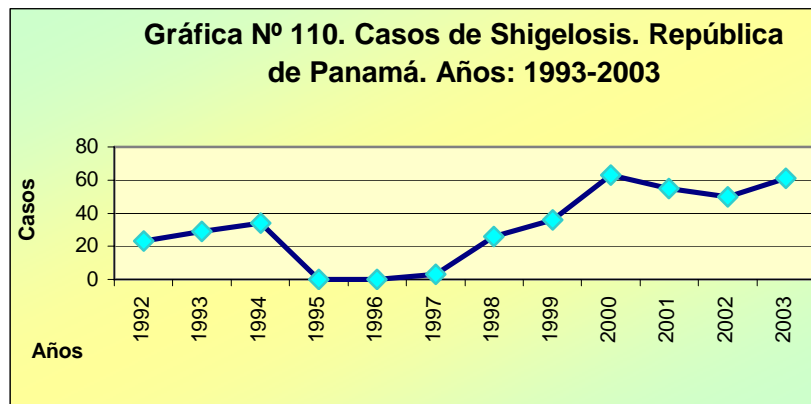
AÑO	INTOXICACION ALIMENTARIA	ENFERMEDAD DIARREICA	HEPATITIS INFECCIOSA*	AMEBIASIS	FIEBRE TIFOIDEA
1995	1,136	112,492	973	3,410	1
1996	1,031	106,663	565	2,833	-
1997	898	128,419	305	3,075	-
1998	1,144	145,464	394	4,017	2
1999	1,222	140,968	210	3,978	1
2000	1,896	184,340	253	5,876	-
2001	1,751	169,128	206	5,254	-
2002	1,685	170,650	339	4,902	-
2003	1,073	189,314	345	5,639	-
<b>Acumulados</b>	<b>11,836</b>	<b>1,347,438</b>	<b>3,590</b>	<b>38,984</b>	<b>4</b>
<b>Promedio Año</b>	<b>1,315</b>	<b>112,287</b>	<b>399</b>	<b>4,332</b>	
<b>Promedio Mes</b>	<b>44</b>	<b>9,357</b>	<b>13.3</b>	<b>361</b>	

Nota: \*Se incluyen en este grupo las hepatitis A (dx. laboratorio o por criterios clínicos epidemiológicos).

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.



Fuente: Depto de Vig. de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enf.. Año: 2004.



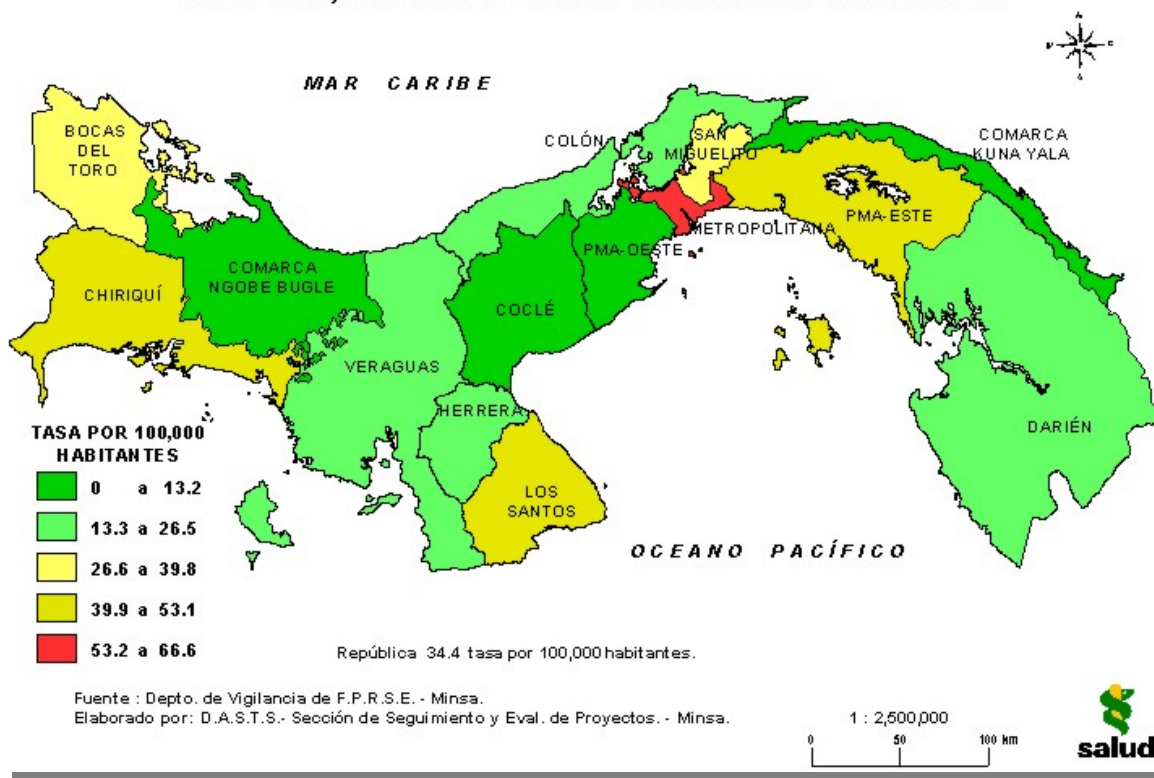
Fuente: Panamá en Cifras. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República de Panamá. Años: 1992-2003

En el 2003 se captaron 1,073 casos de Intoxicación Alimentaria, 189,314 de Enfermedad Diarreica, 35 de Salmonelosis, 345 de Hepatitis Infecciosa y 5,639 de Amibiasis. Las tasa nacional de intoxicación alimentaria fue de 34.4 casos por 100,000 habitantes, en tanto que tasas más elevadas se reportaron en Panamá Metro con un rango de 53.2 – 66.6 casos por 100,000 habitantes, seguida de Chiriquí, Los Santos y Panamá Este cuyas tasas oscilaron entre 39.9 y 53.1 casos por 100,000 habitantes. (Mapa N° 50)



Mapa N° 50

## TASA DE INTOXICACIÓN ALIMENTARIA, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO : 2003



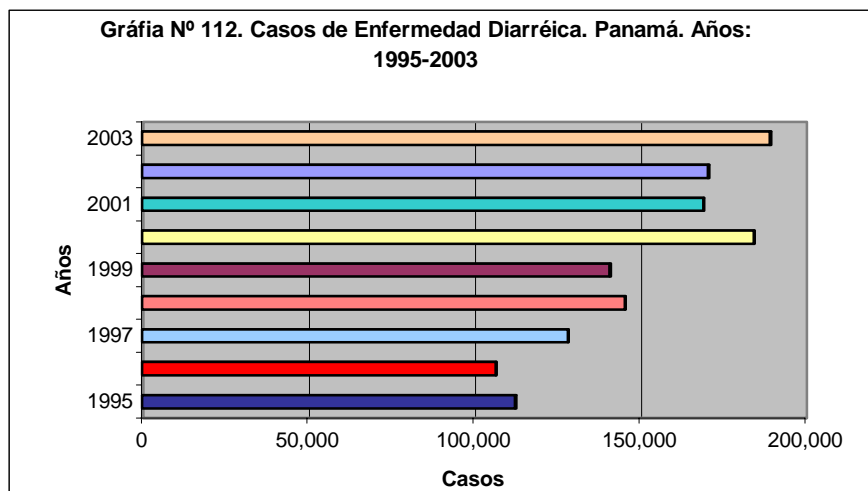
### 1. Enfermedad Diarreica

Las Diarreas muestran una tendencia ascendente, con más de un millón de casos acumulados, un promedio anual 112,287 y un promedio mensual de 9,357 casos, durante el periodo 1995-2003. (Cuadro N° 153, Gráfica N° 112). Se reportó para el 2003, una tasa nacional de 6075 casos por 100,000 habitantes, siendo Bocas del Toro la región con mayor tasa de incidencia (de 9343.1-11,449.4 casos por 100,000 habitantes) seguida de Chiriquí, Metropolitana y San Miguelito con tasas ubicadas en un rango de 7236.9 a 9343 casos por 100,000 habitantes. (Mapa N° 51)

**Cuadro Nº 153. Casos Y Tasas De Diarreas En Población Total Según Regiones De Salud. República De Panamá. Años: 2000 - 2003**  
(100,000 habitantes)

Región de Salud	Años			
	2000		2003	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas
<b>Total Nacional</b>	185176	6484.4	189314	6065.7
<b>Bocas del Toro</b>	9581	6798.7	12466	11449.4
<b>Coclé</b>	6346	3171.7	11360	5221.9
<b>Colón</b>	10001	4996.2	7261	3203.5
<b>Chiriquí</b>	26219	6048.2	31341	7916.2
<b>Darién</b>	2786	4259.2	2949	5487.5
<b>Herrera</b>	6401	6150.7	7699	7000.2
<b>Kuna Yala</b>	1462	3646.6	1818	5084.9
<b>Los Santos</b>	4816	6056.8	4388	4947.3
<b>Panamá Este</b>	4407	4585.3	5338	6066.8
<b>Panamá Oeste</b>	39414	15287.2	19378	5017.1
<b>Metropolitana</b>	44957	7972.6	44479	7438.3
<b>San Miguelito</b>	23200	5158.3	34906	7594.6
<b>Veraguas</b>	5586	2489.9	4785	2105.4
<b>Ngöbe Buglé</b>	-	-	1146	918.3

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 1998



Los menores de 5 años son la población más afectada por la enfermedad diarreica. Dentro este grupo los menores de un año presenta entre 1.5 y 2.0 veces más riesgo de enfermar que el grupo de menores de 5 años y entre 1.7 y 2.5 veces más riesgo que el grupo de 1-4 años. Para el 2003, la tasa de incidencia de enfermedad diarreica en

menores de 5 años fue 4 veces mayor que la tasa general del país; 6 veces mayor para el grupo de menores de 1 año y 3.4 veces mayor para el de 1-4 años. (Cuadro N° 154

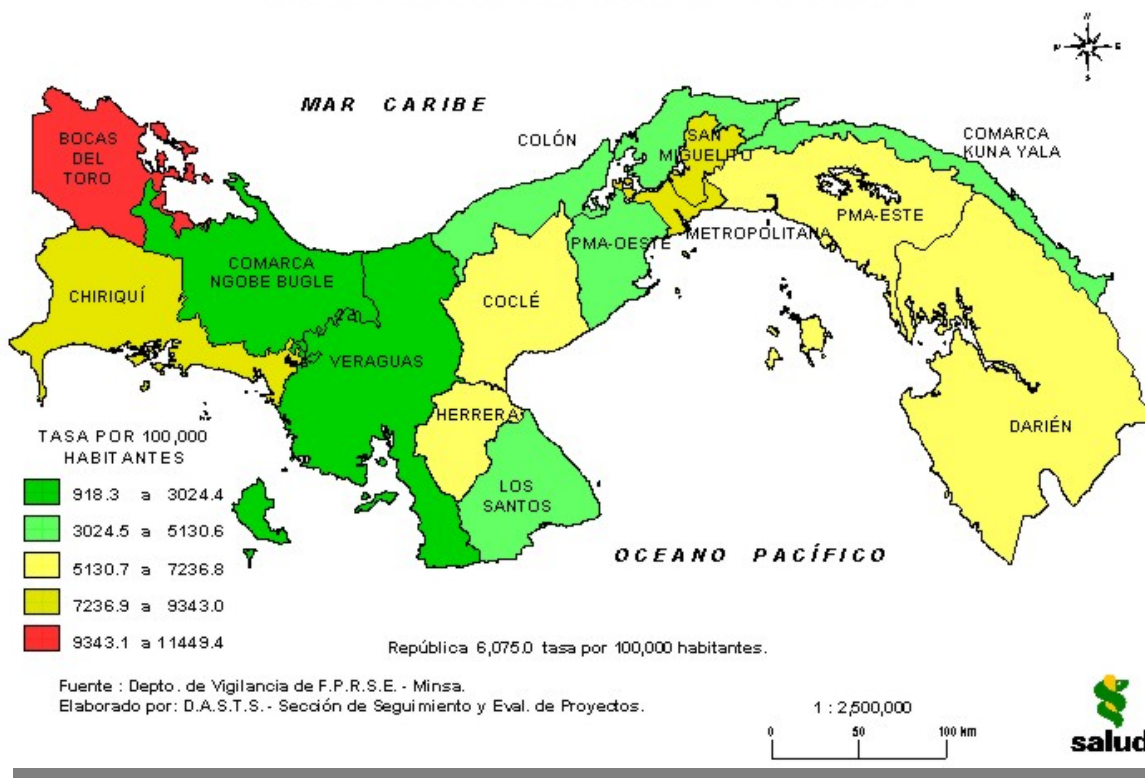
**Cuadro N° 154. Morbilidad Por Diarreas En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1990-2000 y 2003**  
(100,000 hab.)

Años	Total		Menor de Un Año		1 - 4 Años	
	N°	Tasas	N°	Tasas	N°	Tasas
1990	53438	17765.0	21481	34707.0	31957	13505.2
2000	85955	28520.5	28034	46786.5	57921	23987.5
2003	83152	24242.1	25771	36466.7	57381	21070.0

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.  
Año: 2005

Mapa N° 51

**TASA DE DIARREA, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO : 2003**

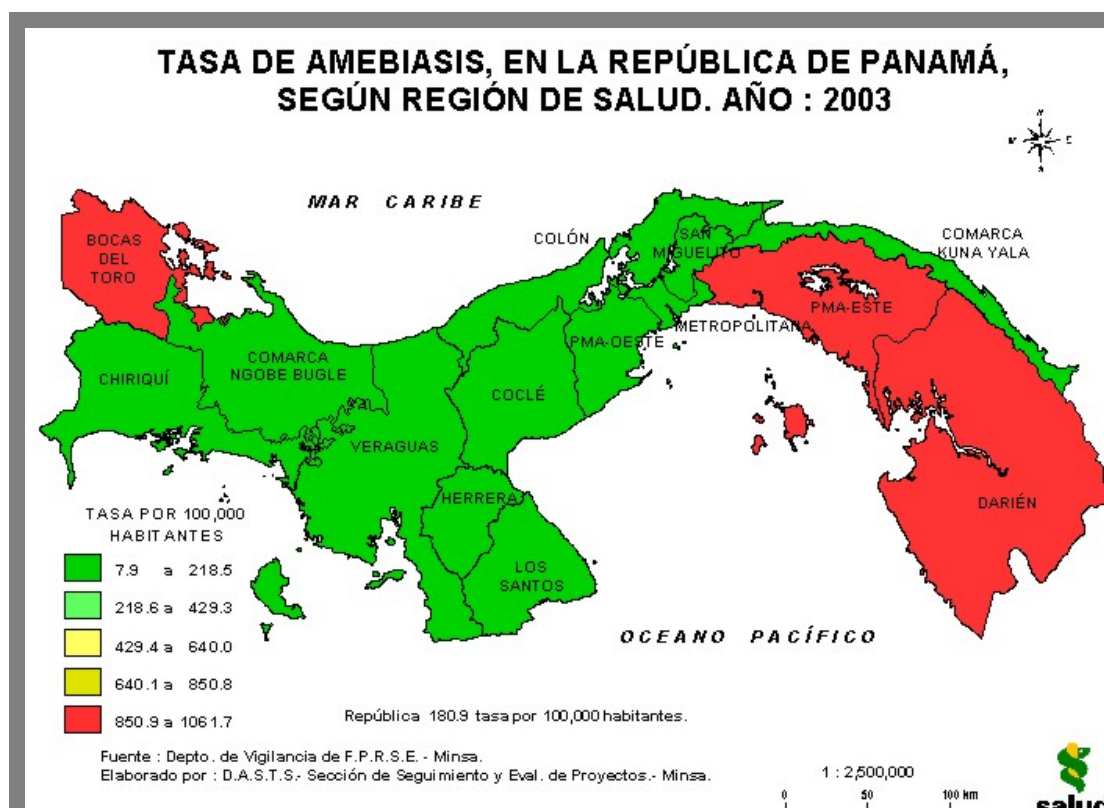


## 2. Amebiasis Y Hepatitis

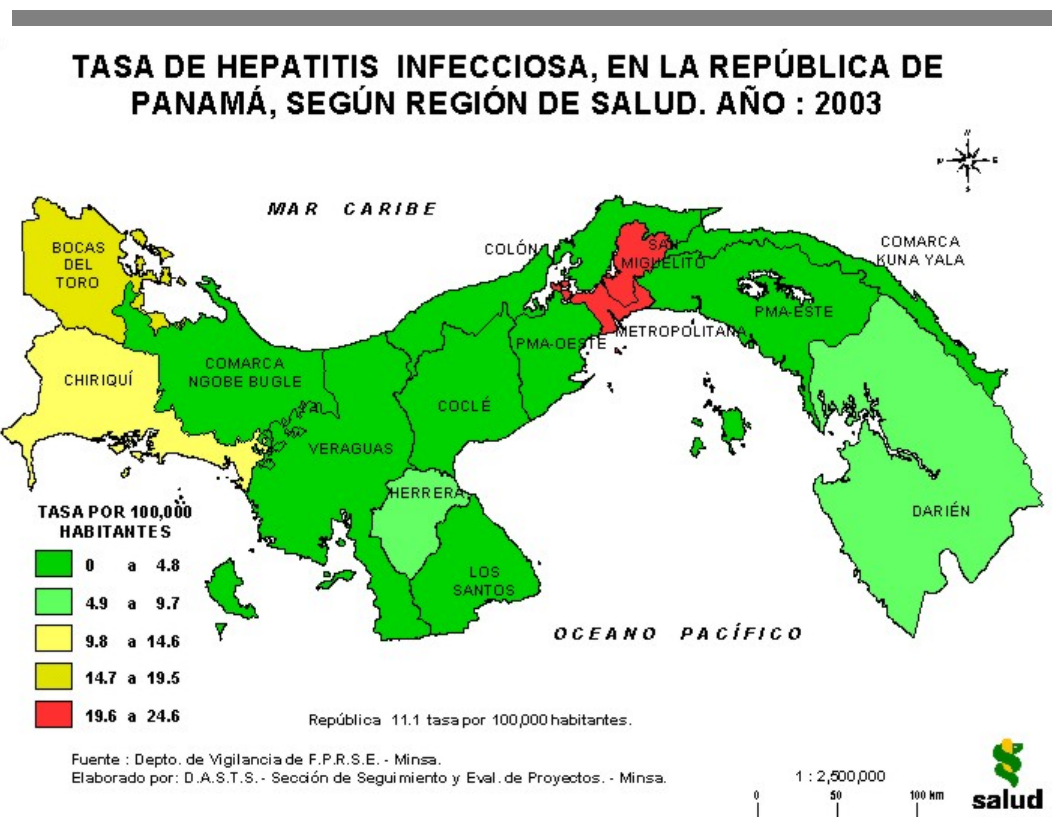
La amebiasis durante el periodo 1995 – 2003 registro un total de 38,984 casos con un promedio anual de 4,332 casos y de 361 casos mensuales. En el 2003 tuvo una tasa de

incidencia nacional de 180.9 casos por 100,000 habitantes, según el sistema de vigilancia las regiones más afectadas por esta patología son las de Bocas del Toro, Panamá Este y Darién con tasas que fluctuaron entre 850.9 y 1061.7 casos por 100,000 habitantes. (Mapa N° 52). En tanto que se reportaron 3550 casos de Hepatitis Infecciosa con un promedio anual de 399 casos y mensual de 13 casos. Esta enfermedad tuvo un comportamiento estable. (Cuadro N° 152, Gráfica N° 108) En el 2003 la tasa fue de 11.1 casos por 100,000 habitantes. Las regiones Metropolitana y san Miguelito reportaron las tasas más elevadas en el 2003 (19.6 a 24.6 casos por 100,000 habitantes) a esta le siguieron Bocas del Toro y Chiriquí. (Mapa N° 53).

Mapa N° 52



Mapa N° 53



De igual forma, en el 2003, se registraron e investigaron 14 brotes de ETA's en los que enfermaron unas 339 personas y fallecieron 2. En el 50% de los brotes se logro identificar el agente etiológico involucrado, en el 71% el alimento contaminado responsable y en un 86 % el lugar de elaboración y consumo. Si bien ha mejorado la vigilancia e investigación en cuanto a la identificación del agente causante y del alimento involucrado, cuando se presenta un brote de ETA's; esta es un área que tiene que ser fortalecida a todos los niveles del sistema de salud al igual que la coordinación interdisciplinaria afín de contar con una caracterización confiable de la situación de las ETA's. (Cuadros N° 152 y N° 155).

Al 30 de julio de 2004, se han captado 593 casos de Intoxicación Alimentaria, 97,924 de Enfermedad Diarreica, 23 de Salmonelosis, 366 de Hepatitis Infecciosa, 2244 de Amebiasis. En este periodo se han registrado e investigado 4 brotes en los que han enfermado unas 93 personas no se han registrado defunciones a causa de estos. En los cuatro brotes se ha identificado el alimento involucrado y el local de elaboración y

consumo. El agente etiológico causante fue determinado por laboratorio en uno de los brotes y los otros tres por investigación clínico-epidemiológica. La investigación de brotes de ETA's, en lo que va del año ha mejorado no obstante se requiere seguir fortaleciendo la vigilancia e investigación y mejorar la coordinación interdisciplinaria a todos los niveles del sistema de salud.

Los últimos 42 casos de Cólera se reportaron en 1993, con una tasa nacional de 1.7 casos por 100,000 habitantes. Las regiones de Darién, Panamá Este, Colón y Kuna Yala concentraron todos los casos reportados y las tasas reportadas tuvieron un rango de 26.9 a 5.5 casos por 100,000 habitantes, con valores mínimos en Colón y máximos en Darién. Desde 1994 a la fecha no se reportan casos de Cólera en Panamá.

Informes de la OMS, infieren que el 70% de los casos de enfermedades diarreicas se deben a alimentos y/o agua contaminados, aunado al sub-registro, sub-notificación de este tipo enfermedades, así como la indiferencia de las personas ante este tipo de eventos, tenemos que manifestar que nos encontramos frente a una situación que requiere de la atención de todos los entes involucrados en el problema a fin de mejorar esta situación.

El sistema de Salud registra e investiga unos 40-50 brotes de ETA's que son notificados por año. En las investigaciones realizadas se ha logrado identificar el agente etiológico involucrado en un 45-50%, el alimento involucrado en un 50%, y el local donde se consumieron los alimentos en un 80-90%, de los brotes (Cuadro N° 155).

**Cuadro N° 155. Indicadores De Brotes De ETA'S Investigados Según Años.  
República De Panamá: 1995 - 2003**

AÑO	N° DE BROTES	IDENTIFICACION (%)		TIPO DE LOCAL %
		AGENTE ETIOLOGICO	ALIMENTO INVOLUCRADO	
1995	12	58.3	50	100
1996	13	46.1	23	100
1997	10	10	10	90
1998	11	72	72	100
1999	15	53	46	80
2000	21	51.1	87	80
2001	50	48	40	70
2002	21	25	25	
2003	14	50	71	86

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

En los brotes investigados se ha detectado que las enterobacterias, como *Salmonella* sp, y *Escherichia coli*; y la toxina de *Stafilococcus aureus* son los principales agentes patógenos involucrados en las ETA's. Los alimentos mixtos y los de origen animal como las carnes, lácteos y pescados contaminados son los productos mayormente asociados a los brotes de las ETA's, identificándose que los alimentos involucrados por lo regular han sido elaborados en las cocinas de hogares, vía pública (venta callejera) y cocinas institucionales (escuelas, internados, cárceles), que no reúnen las condiciones higiénico-sanitarias mínimas establecidas para manejo y expendio de alimentos.

La incidencia de los casos y brotes de ETA's en nuestro país esta condicionada por una serie de factores socio-culturales entre los que podemos mencionar:

- Ingesta de alimentos bien cocidos, pero con manejo higiénico-sanitario inadecuado post-cocimiento
- Alto consumo de alimentos en la vía pública
- Deficiencia en la adopción de medidas y hábitos de higiene en la preparación y expendio de alimentos
- Indiferencia de los consumidores en cumplir y hacer cumplir las normas sanitarias básicas en preparación y expendio de los alimentos
- Escasos recursos asignados a la vigilancia, prevención y control de las ETA's y limitado ejercicio del rol regulador del Estado.

### **3. Las Muertes por Enfermedades Hidro Alimentarias**

Durante los años 92 y 93 Panamá fue afectado por la epidemia del Cólera, la cual ocasionó 2,460 casos y 54 muertes en todo el país, (Cuadro N° 154) para una letalidad del 2.2%. Este problema de salud pública se concentró en el año 92, cuando se registraron el 98.3% de los casos y el 92.6% de las muertes. Esta patología afectó principalmente a la población indígena. Del año 94 a esta fecha no se han presentado nuevos casos y puede decirse que Panamá se encuentra libre de Cólera. Es importante resaltar que las infecciones intestinales mal definidas (016) fueron la principal causa de muerte con 2139 muertes, seguidas por todas las enfermedades infecciosas y parasitarias, con 476 defunciones, que representan el 79.1% y el 17.6%, respectivamente, de total de muertes clasificadas dentro del grupo de enfermedades de origen hídrico. (Cuadro N° 156).

**Cuadro N° 156. Defunciones Por Patología De Origen Entérico.  
República De Panamá. Años: 1992-2003**

Clasificación De Las Enfermedades	Años											
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cólera (010)	50	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre Tifoidea (011)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Shigelosis (012)	1	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicación Alimentaria (013)	3	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Amibiasis (014)	4	3	1	3	2	2	-	-	-	-	-	-
Infecciones Intestinales a otros organismos específicos (015)	-	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-
Infecciones Intestinales mal definidas ( 016)	127	156	146	170	150	211	230	168	182	246	150	203
Todas las Enfermedades Infecciosas y parasitarias (069)	28	25	24	26	28	47	53	51	46	69	42	37

Fuente: Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General. República de Panamá. Año: 2005

## **g. Las Zoonosis**

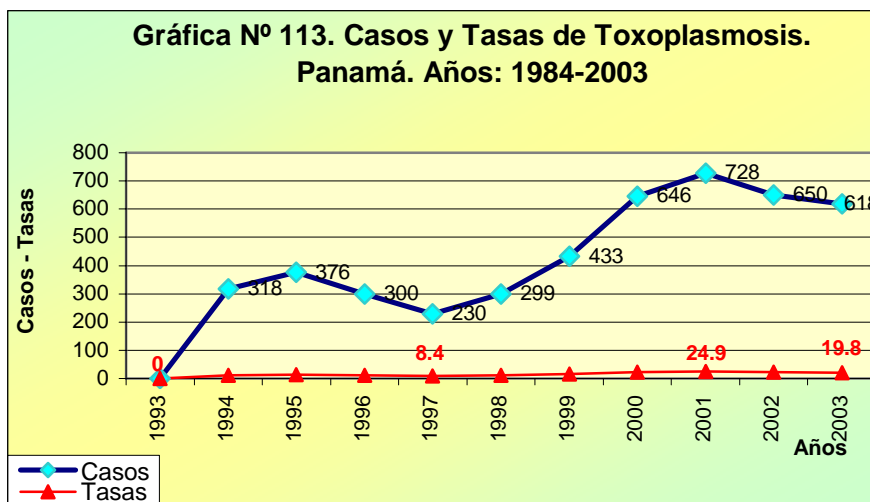
### **1. La Toxoplasmosis**

La Toxoplasmosis es una enfermedad zoonótica con un acumulado de casos 1993-2003 de 4598 y un promedio anual de 418 y 35 casos de promedio mensual. Esta patología evidencia un comportamiento ascendente de casos durante todo el periodo, pero particularmente durante los años de 1997 al 2001 cuando ocurrió un incremento porcentual de 216.5%, en estos años se concentra el 50.5% de los casos acumulados durante el periodo de análisis. A partir del 2001 se inicia un descenso en el número de casos, siendo el mismo de 15.15 al 2003. En cuanto a las tasas de incidencia las mismas fluctuaron entre 0 y 24.9 casos por 100,000 habitantes, alcanzando valores máximos en el 2001, 2000 y 2002 con 24.8, 22.6 y 21.9 casos por 100,000 habitantes, respectivamente. El riesgo de enfermar de toxoplasmosis es 1.6 veces mayor en el 2003 que en 1994. (Gráfica N° 113)

En el periodo 81-85 se registró la tasa acumulada más alta en el país 70.6 casos por 100,000 hab y las regiones de Azuero, Metropolitana y Chiriquí presentaron las tasas más altas (133.1, 69.5 y 41.1 respectivamente). En el periodo 91-95 se da un descenso porcentual de la tasa acumulada nacional acumuladas de toxoplasmosis del orden del 23.8%, destacaron las regiones de Chiriquí, Panamá Oeste y Veraguas como las de mayor prevalencia acumulada. Durante el periodo 95-2000, las regiones de Los Santos,



Chiriquí, Coclé y Metropolitana, presentaron, en orden descendente, las tasas más elevadas. Ya para el 2001-2003 las tasas de prevalencia acumuladas más elevadas las reportaron Chiriquí, Los Santos y Bocas del Toro. (Cuadro N° 157).



**Cuadro N° 157. Tasas Acumuladas De Toxoplasmosis Según Región De Salud República De Panamá. Periodos: 1981-2003**

Región de Salud	1981-1985		1986-1990		1991-1995		1996-2000		2001-2003	
	C	T(2)	C	T(3)	C	T(4)	C	T(5)	C	T(6)
<b>República</b>	<b>1448</b>	<b>70.6</b>	<b>1073</b>	<b>44.7</b>	<b>1365</b>	<b>53.8</b>	<b>1908</b>	<b>69.0</b>	<b>1996</b>	<b>67.4</b>
Bocas del Toro	8	11.5	4	5	26	23.4	43	32.5	87	86.9
Coclé	23	14.9	30	17.9	84	45.4	168	85.8	65	31.2
Colón	7	3.8	6	3	3	1.5	17	8.7	13	6.1
Chiriquí	136	41.1	219	59.5	441	111.1	767	181.2	1089	287.5
Darién	4	11.7	-	-	-	-	0	0.0	0	0.0
Azuero	233	133.1	304	164.7	126	70.2	44	24.1		
Herrera							33	32.1	43	40.9
Kuna Yala	1	2.6	*	-	3	8.1	0	0.0	0	0.0
Los Santos							177	222.1	89	104.5
Panamá (1)	323	35.5	*	-	*	-	522	39.8	552	38.0
Panamá Este	*	-	1	2	18	50.3	14	15.3	15	18.6
Panamá Metro (2)	647	69.5	343	41.5	258	40.7	197	36.2	269	46.8
Panamá Oeste	-	-	67	35.1	182	79.3	189	76.5	155	43.8
San Miguelito	*	-	*	-	67	24.4	122	28.5	113	25.5
Veraguas	66	33.3	99	46.4	157	72.6	137	61.6	58	26.8
Ngöbe Buglé							0	0.0	0	0.0

(1) Tasa estimada por 100,000 hab. al 1 de julio de 1978 (2) Tasa estimada por 100,000 hab. al 1 de julio de 1983

(2) Tasa estimada por 100,000 hab. al 1 de julio de 1988 (4) Tasa estimada por 100,000 hab. al 1 de julio de 1993

(5) Tasa estimada por 100,000 hab. Al 1 de julio de 1998 (6) Tasa estimada por 100,000 hab. Al 1 de julio de

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

En el 2003, la tasa nacional de toxoplasmosis fue de 19.8 casos por 100,000 habitantes. El mayor riesgo de enfermar por esta causa se reportó en las regiones de Chiriquí donde

el riesgo es 5.0 veces mayor que para el país, seguida de Bocas del Toro con 24.8 y Los Santos con 23.7 casos por 100,000 habitantes. (Cuadro N° 158, Mapa N° 54) Sin embargo, la mayor proporción de casos se consignó en Chiriquí, Metropolitana y Panamá Oeste con el 62.8%, 10.0% y 7.7% de los casos ocurridos en ese año. (Cuadro N° 158).

**Cuadro N° 158. Casos, Tasas y distribución Porcentual de Casos de Toxoplasmosis Según Región. República De Panamá. Años: 2003**

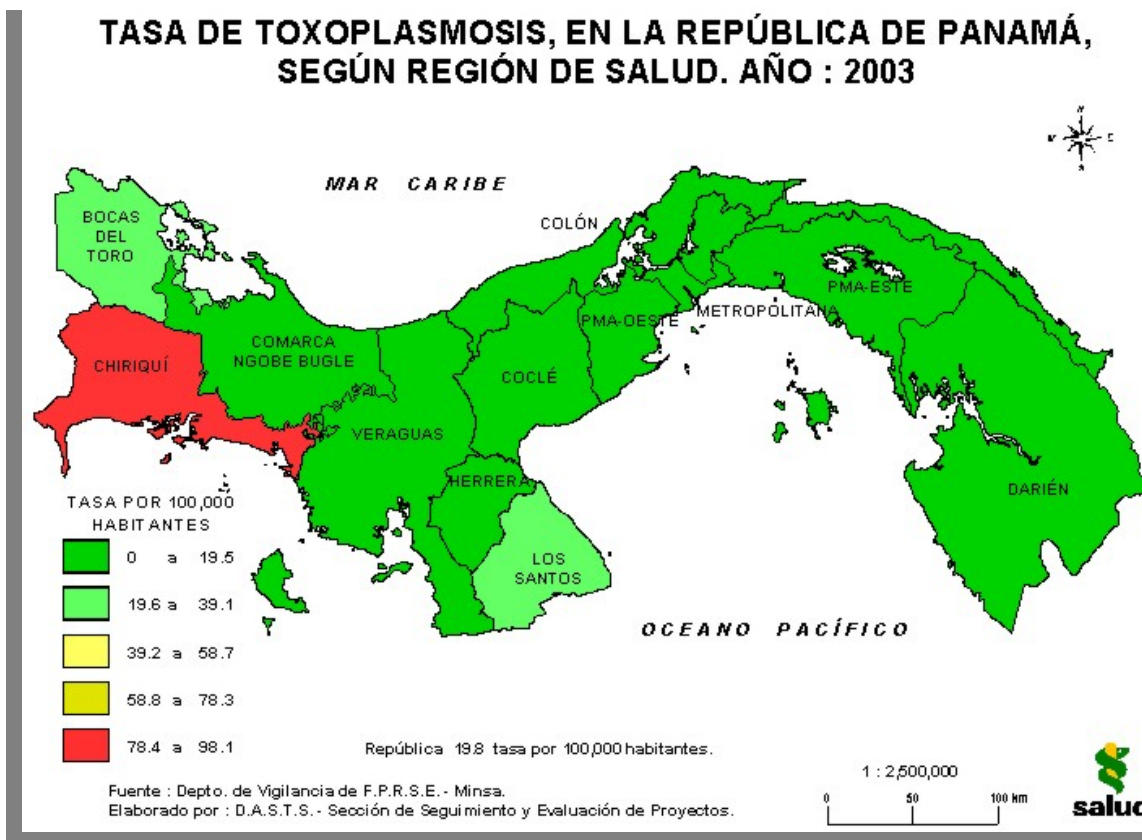
Región	Indicador		
	Casos	Tasas	%
<b>Total Nacional</b>	<b>618</b>	<b>19.8</b>	<b>100.0</b>
Bocas del Toro	27	24.8	4.3
Coclé	11	5.1	1.8
Colón	6	2.6	0.8
Chiriquí	388	98.0	62.8
Darién	0	0.0	0
Herrera	20	18.2	3.2
Kuna Yala	0	0.0	0
Los Santos	21	23.7	3.3
Panamá Este	1	1.1	0.1
Panamá Oeste	47	12.2	7.7
Metropolitana	62	10.4	10.0
San Miguelito	31	6.7	5.0
Veraguas	4	1.8	0.6
Ngöbe Buglé	0	0.0	0

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

A lo largo del periodo 1994-2003 la región de Bocas del Toro ha triplicado su tasa (6.1 y 24.8 casos por 100,000, respectivamente). Darién no reportó casos. En Herrera el riesgo ha sido 3.7 veces mayor en el 2003 que en 1995; en tanto que en Los Santos el riesgo es 3.1 veces menor en el 2003 con respecto a 1999. Veraguas disminuyó su riesgo, para el 2003, en 7.2 veces con respecto a 1994. Kuna Yala no reporta casos desde 1995 y Ngöbe Buglé desde el 2002, cuando se separa el registro de la Comarca.

Uno de cada 2 casos se reportó en población en edad productiva (20-54 años), aunque el mayor número de casos se registró en el grupo de 25-49 años, seguido de los jóvenes entre 10 y 14 años y de 5 a 9 años con el 31.4%, 16.8% y el 13.7%, respectivamente. (Cuadro N° 159).

MAPA N° 54



Cuadro N° 159. Casos de Toxoplasmosis Según Grupo de Edad.  
Panamá. Años: 1999-2003

Grupo de Edad	Años					
	Total	1999	2000	2001	2002	2003
Total	3075	433	646	728	650	618
< 1 año	36	3	6	13	5	9
1-4	178	24	21	40	60	33
5-9	423	59	96	114	89	65
10-14	518	81	119	117	110	91
15-19	352	58	89	76	61	68
20-24	273	37	49	81	53	53
25-49	965	141	198	220	184	222
50-54	251	21	54	51	67	58
55 y +	79	9	14	16	21	19

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

## 2. La Brucelosis

El total de casos registrados de brucelosis, durante los años 2000 a 2003 fue de 138; lo que sugiere un incremento de casos, si se compara esta cifra la del periodo 1977-1997

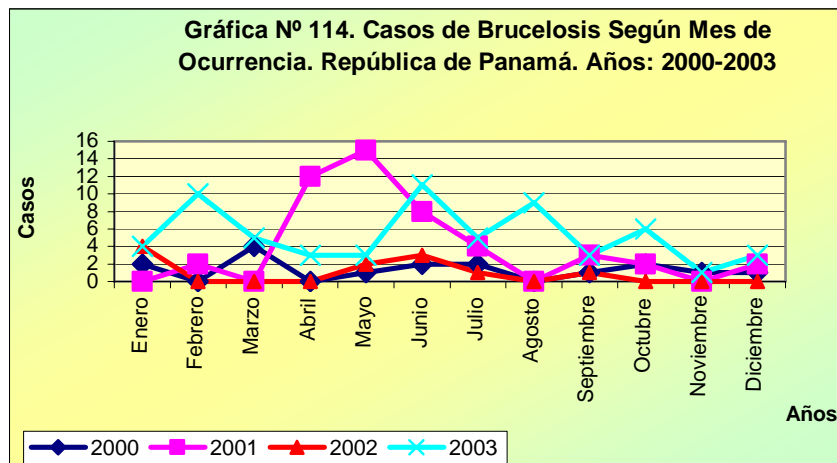
(20 años), cuando se reportaron únicamente 82 casos. Para el año 2003, la tasa nacional fue de 2 casos por 100,000 habitantes, destacándose las regiones de San Miguelito que presentó 3.5 veces más riesgo de enfermar por esta causa que la República; Panamá Este que casi triplicó el riesgo y Chiriquí que tuvo una tasa 1.8 veces mayor que la nacional. (Cuadro N° 160)

**Cuadro N° 160. Casos de Brucelosis  
Según Región. República De Panamá. Años: 2003**  
(100,000 habitantes)

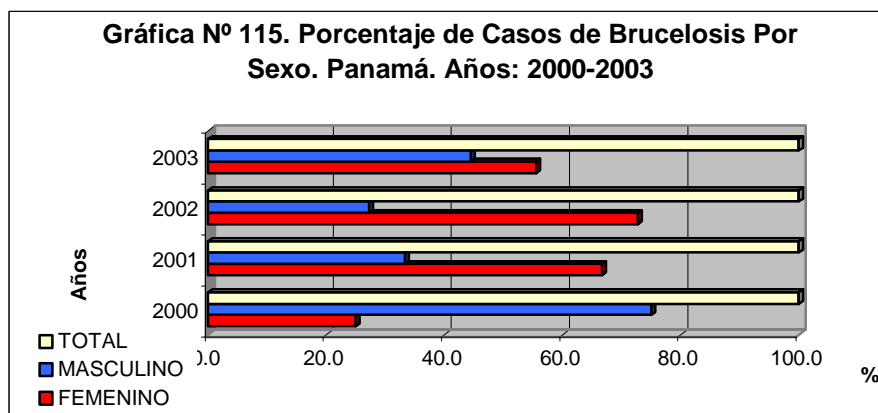
Región	Casos	Tasas
<b>Total Nacional</b>	<b>63</b>	<b>2.0</b>
Bocas del Toro	0	0.0
Coclé	1	0.5
Colón	0	0.0
Chiriquí	14	3.5
Darién	0	0.0
Herrera	3	2.7
Kuna Yala	0	0.0
Los santos	3	3.4
Panamá Este	5	5.7
Panamá Oeste	0	0.0
Metropolitana	5	0.8
San Miguelito	32	7.0
Veraguas	0	0.0
Ngöbe Buglé	0	0.0

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

Un análisis del comportamiento estacional de la Brucelosis en los años 2000-2003 indica que en el 2000 el mayor número de casos (25%) se reportó en el mes de marzo, para el 2001 los meses de abril a junio concentraron el 72.9% de los casos ocurridos (48) en ese año; mayo y junio fueron los meses con mayor reporte de casos (45.4%) en el 2002 y que 4 de cada 7 casos que se presentaron en el 2003 ocurrieron en los meses de febrero, junio, agosto y octubre. (Gráfica N° 114).



Durante el año 2000 por cada 3 casos de Brucelosis en hombres se reportó uno en mujeres. En los años subsiguientes, esta relación se invierte, toda vez que para el 2001 por cada 2 mujeres se enfermó un hombre, en el 2002 la relación hombre mujer fue de 1:3; en tanto que para el 2003 fue de 1:1.2 (Gráfica N° 115)



El grupo de 15-19 años concentró el 85.5% de los casos acumulados en el periodo 2000-2003 y en los menores de 5 años no se reportaron casos, lo que evidencia la asociación de esta patología con las edades productivas. (Cuadro N° 161)

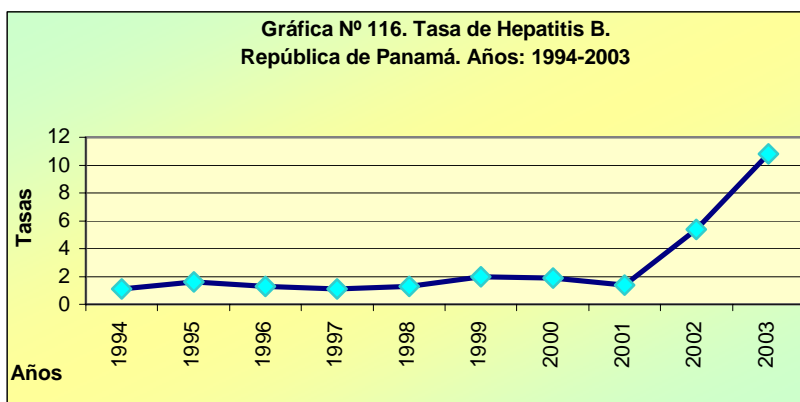
**Cuadro N° 161. Casos Acumulados de Brucelosis.  
República De Panamá. Años: 2000-2003**

Grupo de Edad (años)	Acumulados	
	Casos	%
<b>Total Nacional</b>	<b>138</b>	<b>100</b>
Menor de un Año*	0	0
1-4	0	0
5-14	1	1
15-49	118	85.5
50 y más	19	13.7

Fuente: División de Epidemiología. Ministerio de Salud.

### h. Hepatitis B

Durante el periodo 1994-2003 se reportaron 818 casos acumulados de hepatitis B, con un promedio anual de 74.4 y un promedio mensual de 6.2 casos; con un comportamiento ascendente en el número de casos. En el 2003 hubo 12 veces más casos que en 1994. La tasa de incidencia tuvo un rango de 1.1 a 10.8 casos por 100,000 habitantes y da evidencia una tendencia ascendente, más pronunciada a partir del 2002, cuando el riesgo de enfermar por esta causa es 5 veces mayor que en 1994. En el 2003, cerca de 11 de cada 100,000 personas padecieron de hepatitis B. (Gráfica N° 116).



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

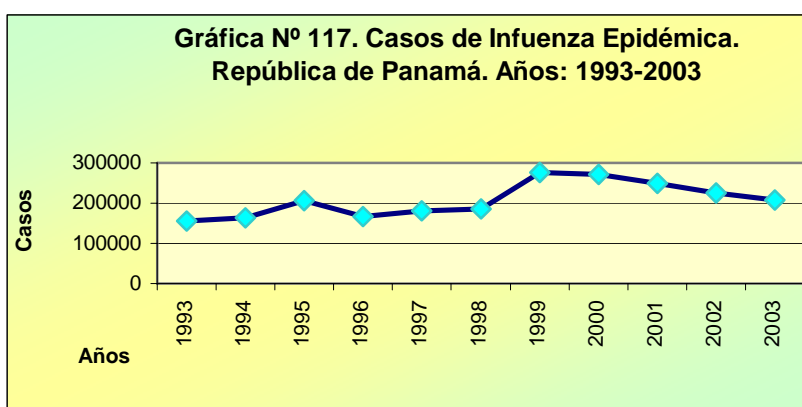
Las regiones con mayor tasa de incidencia fueron Boca del Toro, Colón y Panamá Oeste en 1994 con una tasa 6 veces mayor a la tasa nacional para el mismo año; Bocas del Toro, Panamá Este y Los Santos con tasas entre 14.2 y 6.3 casos por 100, 000 habitantes en 1995; Bocas del Toro y Metropolitana en 1998; Panamá Este y Chiriquí en 1999; Chiriquí y Metropolitana en 1999; Chiriquí, Panamá Este y Colón en el 2000 y sus tasas que oscilaron entre 2.5 y 4.6 casos por 100,000 habitantes. Durante el 2002, Chiriquí tuvo

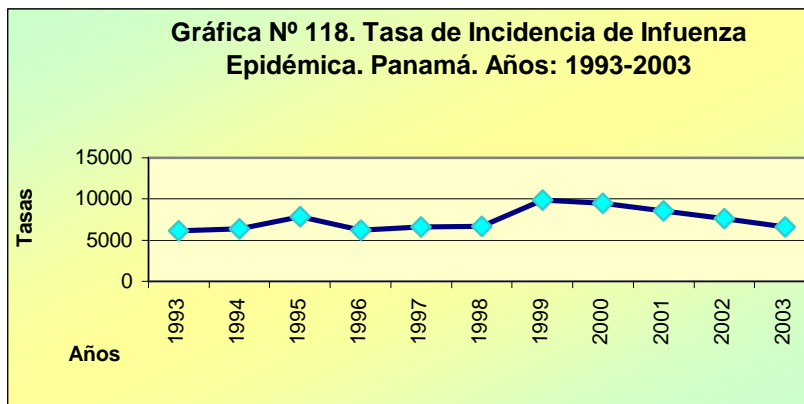
una tasa de 29.3 casos por 100,000 habitantes, es decir 5.4 veces mayor a la tasa nacional y concentró el 68.9% (111) de los casos reportados en todo el país; a esta región le siguen, en orden descendente, Bocas del Toro con 8 enfermos por cada 100,000 habitantes y; Metropolitana y Colón con tasas 3.7 casos por 100,000 habitantes, cada una. Ya en el 2003 la tasa nacional fue de 10.8 casos por 100,000 habitantes y nuevamente Chiriquí alcanza la tasa más elevada de todo el país, siendo cerca de 6 veces mayor que la tasa nacional y Metropolitana, Panamá Oeste y Colón presentaron tasas en un rango de 4.4 a 6.9 casos por 100,000 habitantes.

### i. Influenza Epidémica

Para el periodo 1993 – 2003 se reportaron 2,288,752 casos de influenza epidémica para un promedio anual de 208,068 casos y un promedio mensual de 17,339 casos. Durante este periodo cada día se enfermaron, en promedio, 578 residentes y cada hora se reportaron 24 casos. Para el 2003 se registraron 1.3 veces más casos que en 1993. En el año 1999, se reportó el mayor número de casos, que representaron el 12% de total de casos del periodo y en los últimos 5 años ocurrió el 53.8% de los casos. (Gráfica N° 117)

Durante el periodo 93-99 las tasas de incidencia tuvieron un rango de 6130.9 a 9834.1 casos por 100,000 habitantes. A partir de 1999 se observa un comportamiento descendente de la misma sin embargo, en todo el periodo se dio un incremento porcentual del 8.3%. En general, puede decirse que esta enfermedad afecta a la población de todo el territorio nacional con tasas superiores a 1000 casos por 100,000 habitantes, siendo algunas excepciones las reportadas en Veraguas del 2000 al 2002 y en la Ngobé Bugle en el 2002 y 2003. (Gráfica N° 118)





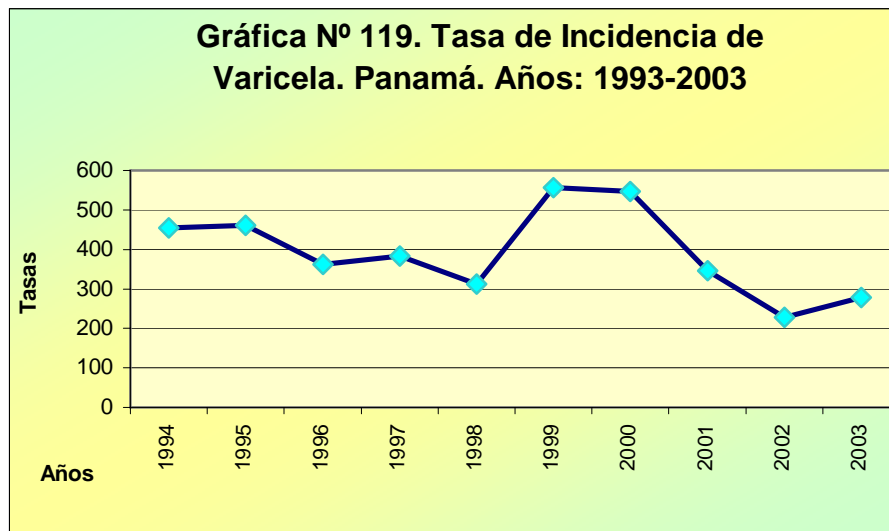
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

### **j. Varicela**

De 1994 al 2003 hubo un acumulado de 109,375 casos con un promedio anual de 10,938 casos. Cada día se reportaron en promedio 30 enfermos de Varicela y 911 cada mes. Las tasas de incidencia de varicela, durante el periodo, tuvieron un rango de 227.6 a 555.7 casos por 100,000 habitantes, correspondiendo el valor máximo al año 1999 y el mínimo al 2003. El descenso porcentual de la misma fue de 38.5% durante el periodo. Los casos fueron 1.3 veces menos en el 2003 que en 1994. Es de hacer notar, que en 1999 (555.7 casos por 100,000 habitantes) la tasa fue 2 veces mayor que en el 2003 (278.9 casos por 100,000 habitantes). (Gráfica N° 119)

Para el 2003 superaron la tasa nacional Bocas del Toro, Coclé, Panamá Oeste, Metropolitana San Miguelito y Kuna Yala con un rango de 330.1 a 500.7 casos por 100,000 habitantes cuyo valor mínimo se reportó en Panamá Oeste y el máximo en Kuna Yala; esta última región supero 1.8 veces la tasa nacional de este año.



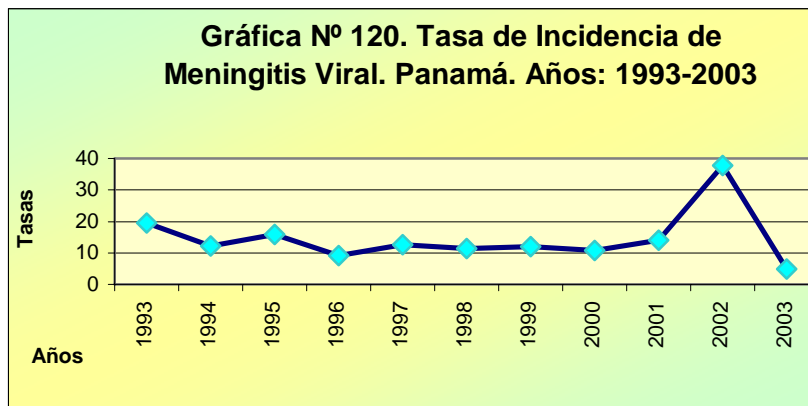


Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

#### **k. Meningitis Viral**

En los últimos 11 años (1993-2003) se reportaron 4446 casos de meningitis viral para un promedio de 12.4 casos por mes. El 25% de los casos se concentraron en el 2002. Del 2001 al 2003 se registraron el 37.6% (1676) de los casos acumulados en el periodo y el 62.7% (1052) de los mismo se notificaron en la región Metropolitana de Salud.

La tasa de incidencia tuvo un comportamiento más o menos estable hasta el año 2002 cuando alcanzó 37.7 casos por 100,000 habitantes, duplicó la tasa de 1993 y fue 7.7 veces mayor que en el 2003. (Gráfica N° 120). En el 2001 la Región Metropolitana reportó un riesgo 4.5 veces mayor al nacional para ese mismo año; esta situación fue 3 y 2.5 veces mayor para el 2002 y 2003, respectivamente.

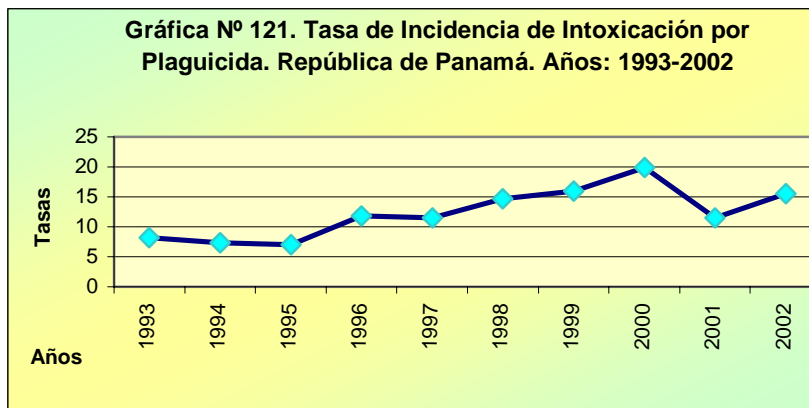


Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.

### I. La Intoxicación Por Plaguicidas

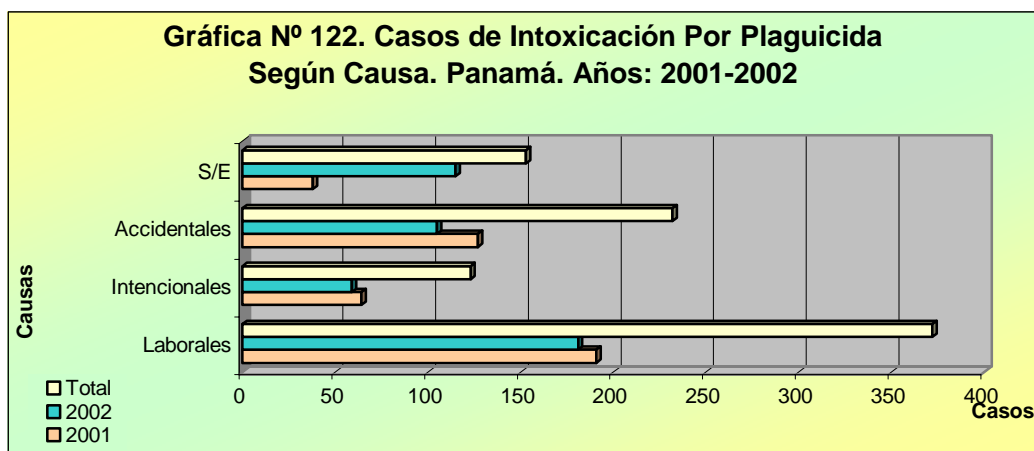
El acumulado de casos de intoxicación por plaguicidas sumó 3427 casos, en el periodo 1993 a 2002, para un promedio anual de 343 casos. Cerca de 29 personas se intoxicaron con plaguicidas al mes y una persona cada día fue víctima de los plaguicidas. Del 98 al 2002 se reportó el 64.6% de los casos (2214 casos).

La tasa de incidencia por esta causa ha mostrado un incremento progresivo hasta el año 2000, cuando fue 2.4 veces mayor que en 1993. (Gráfica N° 121). Para todo el periodo reportó un incremento porcentual de 89%. Del 93 al 2002 Chiriquí supera entre 2 y 4 veces la tasa nacional, en tanto que, Herrera lo duplica o triplica. En el caso de la región de Los Santos, esta alcanza un riesgo entre 4 y 5 veces mayor al nacional y Panamá Este reporta tasas cerca de 1.5 veces mayor al nacional. Durante todo el periodo Kuna Yala no reportó casos.



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.

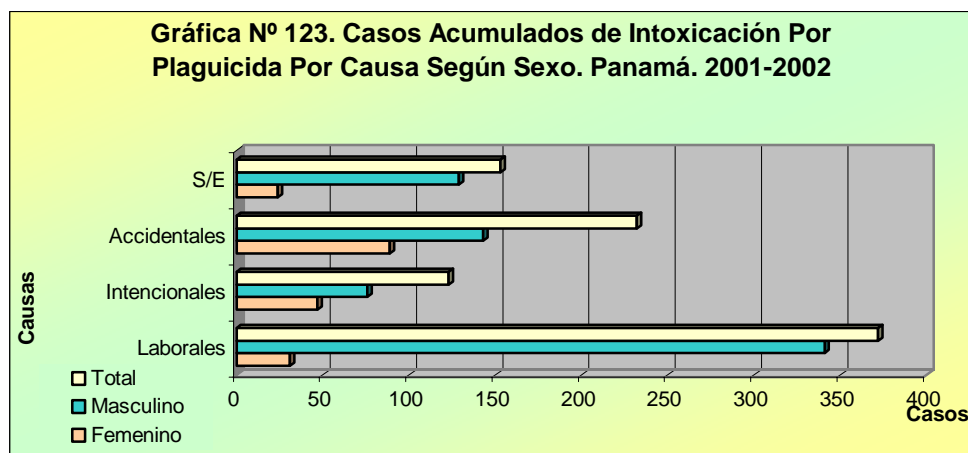
De los 880 casos ocurrido en el bienio 2001-2002, con un promedio 68 casos por mes. El 52.3% de los casos del periodo ocurrió en el 2002. Es de hacer notar que el total de casos no especificados por causa fue 8 veces mayor en el 2002 que en el 2001. Durante los años 2001 y 2002, la principal causa de intoxicación por plaguicida tuvo relación con la actividad laboral, siendo que 3 de cada 7 intoxicados reportaron este factor como causa del problema. Cerca de 1 de cada 8 casos tuvieron una causa intencional; en tanto que el 26% fueron accidentales. (Gráfica N° 122)



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.

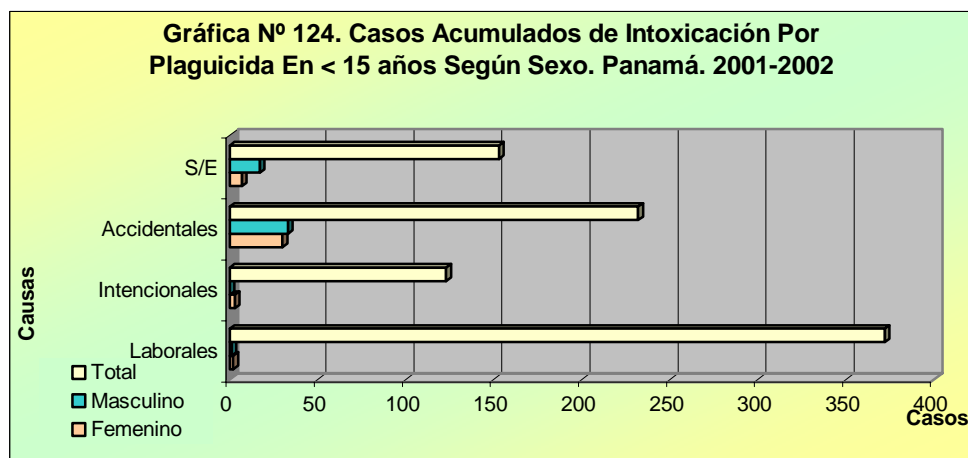
Durante el mismo bienio, los hombres se intoxicaron 3.6 veces más que las mujeres. Por cada 11 hombres intoxicados a causa de su trabajo se presentó un caso en mujeres. Por cada 4.5 hombres intoxicados por factores de trabajo, uno se intoxicó intencionalmente. En

las mujeres el 46.5% (89/191) de los casos fue un accidente y 1 de cada 4 fue intencional. (Gráfica N° 123)



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.

En el periodo 2001-2002, cerca de 4 de cada 6 casos acumulados de intoxicación ocurridos en menores de 15 años se debió a un accidente, en tanto que en 1 de cada 4 no se reportó la causa. De los 93 casos ocurrido en este grupo de edad 3 fueron intencionales. La actividad laboral genero 3 casos de los cuales el 66.6% ocurrió en mujeres. (Gráfica N° 124)

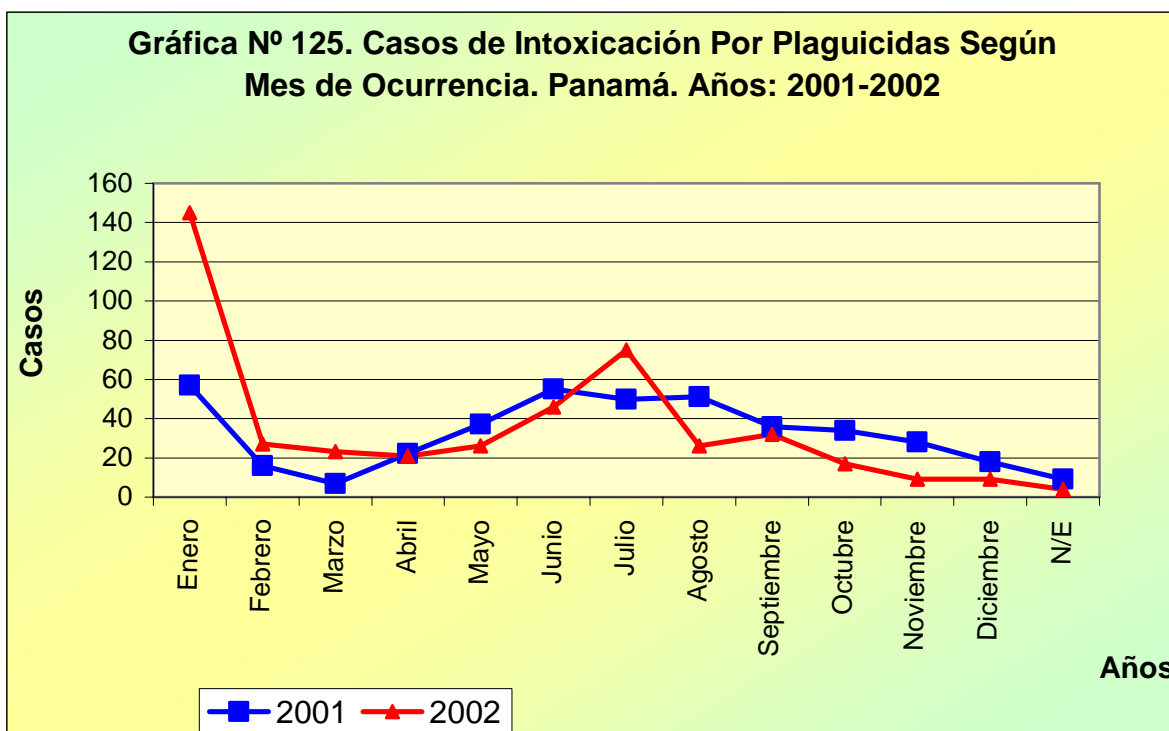


Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.

En el mismo periodo el 48.6% de los casos ocurrió en los meses de enero, junio y julio; aunque el mes de enero reportó el 22.9% de todos los casos del periodo. Los meses de

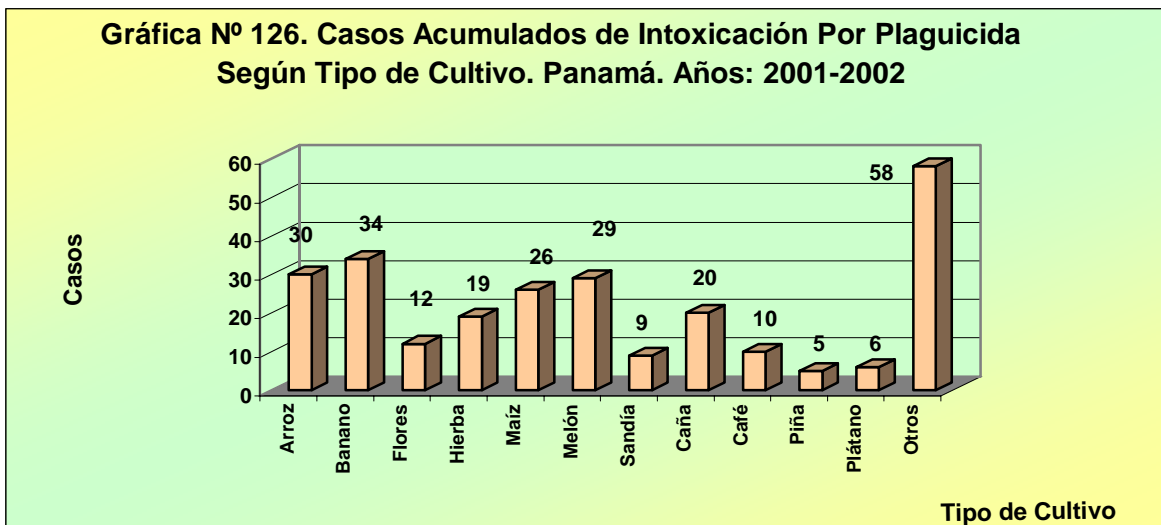
enero, junio, julio y agosto del 2001 concentraron el 50% (213/420) de los casos de ese año; en tanto que en el 2002 el 47.8% de los casos se registró en los meses de enero y julio. El mes de enero de 2002 reportó 2.5 veces más casos que el mismo mes en el 2001. (Gráfica N° 125)

Los cultivos del banano, arroz, melón y maíz fueron los más vinculados a las intoxicaciones por plaguicidas. (Gráfica N° 126)

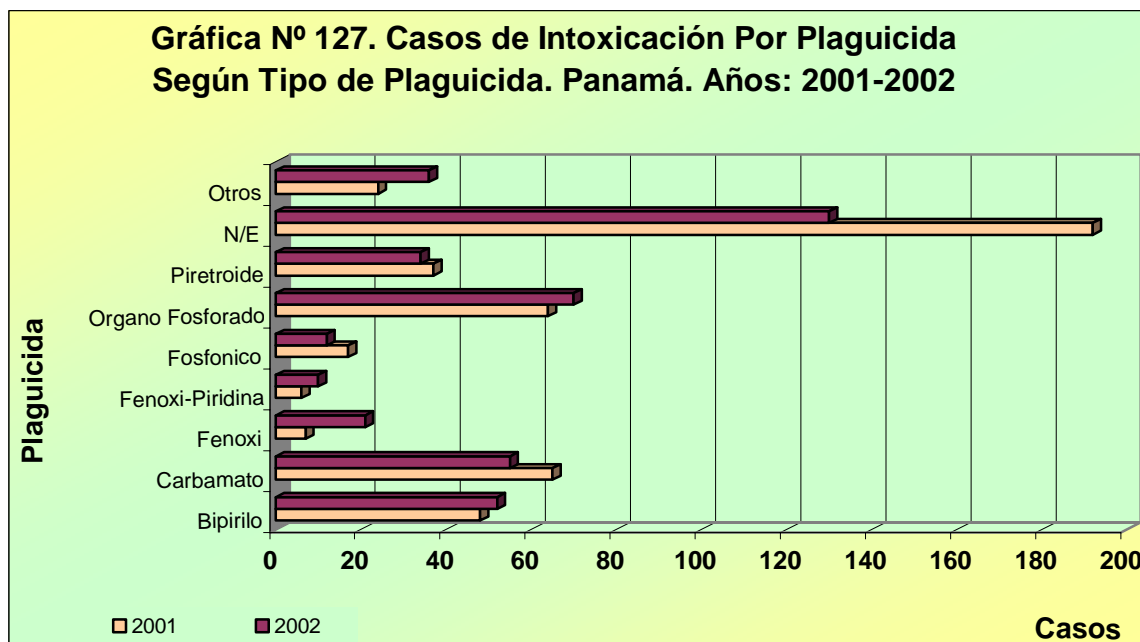


Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.

Cerca del 15% de los casos de intoxicación se relacionaron un órgano fosforado, en tanto que uno de cada cuatro casos de intoxicación por plaguicida se debió a los bipirilos y carbamatos. Es notable el elevado porcentaje de casos en los que no se consigna el plaguicida responsable del evento, alcanzando el 41.7% y el 28.2% en el 2001 y 2002, respectivamente. (Gráfica N° 127)



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2005.

En cuanto a las muertes debidas a intoxicaciones por plaguicidas, en el 2001 todas fueron intencionales, sumaron 14 y el 57.2% ocurrieron en hombres. Un 7.1% de las defunciones de ese año, debido a esta causa sucedió en menores de 15 años. Se reportaron en los meses de

enero, mayo, junio, julio, septiembre y diciembre. El 42.8% de las defunciones estuvo asociada al bupirilo. No se determinó el tipo de cultivo involucrado en ninguno de los casos.

Para el 2002 se consignaron 25 defunciones por plaguicida, de las que 3 de cada 4 ocurrieron en población masculina y 5 de cada 6 fueron intencionales, las muertes restantes tuvieron vínculo laboral. La única muerte ocurrida en menores de 15 años fue intencional y representó el 4.7% de las defunciones totales. Cuatro de cada 10 defunciones sucedió en el mes de enero, las restantes se distribuyeron en los diferentes meses del año, excepto en noviembre cuando no se reportaron defunciones por esta causa. La muerte de cerca de 1 de cada 2 intoxicados (52%) por plaguicida se debió al bupirilo.

### **6.3 Salud Mental**

Es de indicar que el hacinamiento en hogares y comunidades con espacios reducidos, poco ventilados, deficiente estructura sanitaria, y pocas o ninguna oferta cultural (espacios abiertos, parques, teatro, deportes) generan situaciones de agresividad, violencia y poca solidaridad; aislamiento y conductas de desadaptación social (consumo de drogas, por ejemplo). Constituyéndose en factores predisponentes y en algunos casos factores específicos de la salud, no sólo física, sino psicológica y emocional de la población.

Algunos aspectos del entorno social antes descrito, se identifican en las condiciones de marginalidad y pobreza, las que guardan una relación directa con los problemas como la baja autoestima, solidaridad y desesperanza aprendida; bajo rendimiento escolar, consumo de drogas, desintegración y violencia familiar.

Además, se debe puntualizar que las limitaciones de registro de los datos de causas de consulta y egresos en los pacientes con trastornos mentales, no permiten hacer evidente magnitud de los trastornos de ansiedad y depresión que afectan a la población panameña, problemas que se podrían reflejar como las principales patologías psiquiátricas al momento de mejorar el sistema de registros.

### a. Discapacidad

El Censo de población y Vivienda del año 2000, captó 52,197 personas con algún impedimento físico o mental, en la República de Panamá. Las deficiencias físicas y el retraso mental reportaron el mayor porcentaje de casos con 22.2 y 19.5%, respectivamente. Uno de cada 3 impedidos era ciego o sordo. La provincia de Panamá aglutinó el 45.8% de los impedidos, seguida de Chiriquí y Veraguas con el 15.0% y 8.4%, respectivamente. (Cuadro N° 162)

**Cuadro N° 162. Población Con Algún Impedimento Físico O Mental, Según Tipo De Impedimento, Por Provincia. República De Panamá. Año: 2000**

Provincia	Total	Ciego	Sordo	Retraso Mental	Parálisis Cerebral	Deficiencia Física	Otros	No Declarado
<b>Total</b>	<b>52197</b>	<b>7981</b>	<b>7674</b>	<b>10185</b>	<b>3804</b>	<b>11592</b>	<b>10396</b>	<b>565</b>
%	100.0	15.3	14.7	19.5	7.3	22.2	19.9	1.1
<b>Bocas del Toro</b>	1170	228	204	161	66	242	258	11
<b>Coclé</b>	3976	596	629	860	261	955	641	34
<b>Colón</b>	3630	653	458	759	267	770	689	34
<b>Chiriquí</b>	7805	1122	1177	1567	534	1855	1492	58
<b>Darién</b>	856	161	141	204	56	156	120	18
<b>Herrera</b>	2123	271	368	470	159	478	370	7
<b>Kuna Yala</b>	577	141	48	87	23	151	126	1
<b>Los Santos</b>	2273	257	312	499	137	544	518	6
<b>Ngobe Buglé</b>	1476	300	392	184	75	256	256	3
<b>Panamá</b>	23916	3559	3233	4489	1921	5173	5166	375
<b>Veraguas</b>	4395	693	712	905	305	1012	760	8

Fuente: Contraloría General de la República. Departamento de Estadística y Censo. Año: 2000

### b. Morbilidad Asociada A Factores Emocionales

Como segunda causa de muerte, figuran desde hace cerca de 4 décadas, las causas externas como causa de muerte en Panamá. Dentro de este grupo se ubican los suicidios, problema de salud mental que a lo largo del tiempo han incrementado su tasa de mortalidad. Paralelamente, se hace notar el incremento de la violencia a nivel intrafamiliar y social con los consecuentes deterioros que ello representa, para la salud física, mental y social de la población panameña.

A pesar de lo antes enunciado, sistema de información epidemiológica no se ha desarrollado lo suficiente, en lo relativo a riesgos para la salud mental y el padecimiento de trastornos



mentales; y en general puede decirse, que hoy día se registra parcialmente la demanda satisfecha por parte del Ministerio de Salud, esta situación no permiten hacer evidente la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento que afectan a la población panameña.

### **c. Morbilidad Psiquiátrica**

El país no cuenta con los estudios epidemiológicos requeridos para conocer la prevalencia específica de los principales trastornos psiquiátricos. Sin embargo, puede ser de utilidad aplicar las prevalencias a partir de las estimaciones presentadas por la OMS en su informe de Salud 2001, en el cual se establece que más del 25% de la población mundial padece alguna de estas enfermedades en algún momento de su vida. Según el modelo de Goldberg y Huxley, que localiza la distribución de los trastornos mentales en la comunidad y en los distintos niveles de atención según los estudios de prevalencia realizados, es esperable que entre un 25 a un 35% de personas de la comunidad padezcan trastornos mentales; en tanto que, entre los pacientes que están siendo atendidos en atención primaria por cualquier causa, el porcentaje esperable de personas que padecen algún trastorno mental sería de un 22%. (Cuadro N° 163)

De acuerdo a datos de la base de Morbilidad Nueva registrada en instalaciones del Ministerio de Salud para el año 2000, hubo 1086 diagnósticos nuevos del F00-F99 realizados en 52 instalaciones de salud a lo largo del país. La principal categoría diagnosticada para el año 2000 fue la correspondiente a los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, con de 2 de cada 5 diagnósticos nuevos y los trastornos del humor, con 1 de cada 6 diagnósticos nuevos. Podemos inferir que la ansiedad y la depresión son los problemas que originan la mayor cantidad de diagnósticos nuevos en la consulta externa del Ministerio de Salud. (Cuadro N° 164)

Por otro lado, llama la atención la poca frecuencia de diagnósticos del F10-F19, códigos en los que se ubican los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas, a pesar de datos indirectos que señalan la importancia para la morbi - mortalidad general de los trastornos asociados al



**Cuadro N° 164. Diagnósticos Nuevos Del F00-F99 Realizados En Consulta Externa.  
Ministerio De Salud. Panamá. Año 2000**

<b>Grupo de Diagnósticos</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL		1086	100
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	F00-F09	18	1.66
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.	F10-F19	96	8.84
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	F20-F29	78	7.18
Trastornos del humor (afectivos)	F30-F39	181	16.67
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	F40-F49	438	40.33
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	F50-F59	103	9.48
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	F60-F69	23	2.12
Retraso mental.	F70-F79	21	1.93
Trastornos del desarrollo psicológico.	F80-F89	48	4.42
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y F99 Trastorno mental sin especificación	F90-F99	80	7.37

Fuente: DATS Base de Morbilidad 2000 (p)

La alta frecuencia de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y los trastornos mixtos, que incluyen abuso de sustancias han sido las alteraciones más frecuentes halladas en los pacientes que acuden a centros de atención primaria en otros países del mundo, han sido los trastornos depresivos, (Kamerow y cols., 1986; Katon y Schulberg, 1992).

En los registros de egresos hospitalarios del Ministerio de Salud para el año 2001 constan un total de 28,111 egresos de los cuales 1015 (3.6%) corresponden a diagnósticos de F00-F99 (Cuadro N° 165)

Por otra parte en estudio colaborativo, con la Organización Mundial de la Salud, realizado por la Comisión Nacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica se refleja la claridad de la población en términos de la atención de los padecimientos físicos, no así para los problemas mentales. Este estudio señaló que la epilepsia, la esquizofrenia, el alcoholismo y la adicción a drogas son percibidas como enfermedades; no así la neurosis depresiva, el episodio de manía o hipomanía y la depresión psicótica, las cuales se perciben como problemas. Se perciben como trastornos de mayor frecuencia el alcoholismo, las drogas, el retardo mental y la epilepsia; y como el más severo la esquizofrenia.

**Cuadro N° 165. Egresos de Trastornos Mentales Según CIE-X  
Ministerio de Salud. Panamá. Año: 2001.**

<b>Grupo de Diagnósticos</b>	<b>Código</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
TOTAL		1015	100
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	F00-F09	30	2.95
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.	F10-F19	190	18.71
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	F20-F29	265	26.10
Trastornos del humor (afectivos)	F30-F39	369	36.35
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	F40-F49	69	6.79
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	F50-F59	4	0.39
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	F60-F69	22	2.17
Retraso mental.	F70-F79	39	3.84
Trastornos del desarrollo psicológico.	F80-F89	7	0.69
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y F99 Trastorno mental sin especificación	F90-F99	20	1.97

Incluye: HST, HPN, Hdel Niño y red de hospitales regionales. No se cuenta con datos H Anita Moreno.  
Fuente: Registro de Egresos del Ministerio de Salud 2001.

Estas percepciones guarda relación con las actitudes y prácticas de la población en cuanto a las enfermedades mentales y la integración social de los enfermos mentales. No se observaron diferencia entre las áreas urbana y rural.

## **VII. PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD POBLACIONAL Y AMBIENTAL**

### **7.1 Vigilancia Sanitaria Del Medio Ambiente: Comportamiento De Las Inspecciones Realizadas.**

Una de las actividades que realiza el Ministerio de Salud para asegurar la vigilancia y control de los factores de riesgo a la salud generados por el medio ambiente lo constituyen las Inspecciones, estas se realizan por intermedio de los Departamentos de Salud Pública de las Regiones de Salud. Las Inspecciones que se realizan son dirigidas a inspecciones a las viviendas, inspecciones a instalaciones de expendio de alimentos e inspecciones a instalaciones de interés sanitario.

Como puede observarse del total de inspecciones realizadas, en el año 2003 se realizaron 75,954 inspecciones menos que en 1998, es decir, disminuyeron en 28.11% respecto al año 1998. Las Regiones de Salud que aumentaron en general sus actividades de inspección en el año 2003 fueron: Bocas del Toro, Coclé y Los Santos; en tanto que las Regiones que disminuyeron sus actividades de inspección fueron Chiriquí, Darién, Panamá Metro, Panamá Oeste y San Miguelito. (Cuadro N°)

Llama la atención que en la Provincia de Panamá la cual abarca las Regiones de Panamá Oeste, Metro, San Miguelito y Panamá Este para el año 2003, la disminución de las actividades de inspección representó un 43.71% respecto al año 1998, es decir 51,695 inspecciones menos. En la Provincia de Chiriquí la disminución llegó hasta 60.14%.

Al observar el comportamiento y distribución de las inspecciones durante el año 2003 la inspección de viviendas representó el 54.7% del total de las inspecciones realizadas en tanto que en el año 1998 representó un 50.2%. Un comportamiento similar se observa en relación a las inspecciones en instalaciones de interés sanitario, para el año 2003 representaron el 13.3% del total de las inspecciones en tanto que en el año 1998 representaron el 9.8%. La ausencia de datos de las Regiones de Chiriquí y Panamá Este hacen que se observe una aparente diferencia en el peso o proporción de inspecciones realizadas a los establecimientos de expendio de alimentos, durante el año 2003 estas

representaron el 21.0% de todas las inspecciones, en tanto que en el año 1998 representaron el 40% de las inspecciones.

En conclusión la actividad de inspección disminuyó sobre todo en Regiones de Salud (Panamá Metro, Panamá Oeste, San Miguelito y Chiriquí) donde existe un alto nivel de desarrollo económico y comercial, así como de concentración de habitantes, para los próximos años será importante aumentar los niveles de cobertura de las inspecciones sanitarias en estas Regiones y procurar mantener los niveles alcanzados en el resto de las Regiones.

**Cuadro N° 166. Inspecciones Realizadas a Viviendas, Establecimiento de Expendio de Alimentos y Establecimiento de Interés Sanitario, según Región De Salud. Panamá. Años: 1998 y 2003.**

Región de Salud	Total de Inspecciones		Inspecciones Realizadas											
			Viviendas				Expendio de Alimentos				Est. De Interés Sanitario			
	1998	2003	1998		2003		1998		2003		1998		2003	
	N°	N°	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>TOTAL</b>	270,163	194,209	135,674	50.2	121,027	54.7	108,011	40.0	40,713	21.0	26,478	9.8	25,834	13.3
Bocas del Toro	1,795	6,323	1,389	77.4	2,721	43.0	264	14.7	2,773	43.9	142	7.9	829	13.1
Coclé	8,072	12,762	5,328	66.0	8,187	64.2	2,125	26.3	3,224	25.3	619	7.7	1,351	10.6
Colón ....	2,844	3,376	1,005	35.3	3,120	92.4	1,516	53.3	.....	.....	323	11.4	256	7.6
Chiriquí	80,145	31,946	40,271	50.2	26,303	82.3	34,836	43.5	1,168	3.7	5,038	6.3	4,475	14.0
Darién	8,067	2,877	5,226	64.8	2,124	73.8	1,915	23.7	637	22.1	926	11.5	116	4.0
Herrera	6,016	7,279	4,092	68.0	4,566	62.7	1,654	27.5	2,242	30.8	270	4.5	471	6.5
Los Santos	15,263	29,410	11,589	74.2	18,634	63.4	3,623	23.2	9,676	32.9	411	2.6	1,100	3.7
Panamá Este ....	6,725	3,525	5,799	86.2	2,946	83.6	714	10.6	.....	.....	212	3.2	579	16.4
Panamá Metro	57,119	25,052	17,602	30.8	9,578	38.2	27,429	48.0	6,824	27.2	12,088	1.2	8,650	34.5
Panamá Oeste	20,793	14,657	13,346	64.2	8,801	60.0	6,250	30.1	3,666	25.0	1,197	5.8	2,190	14.9
San Miguelito	33,636	23,344	12,154	36.1	10,503	45.0	18,356	54.6	8,434	36.1	3,126	9.3	4,407	18.9
Veraguas	2,443	21,487	14,684	60.1	14,852	69.1	8,023	32.8	5,665	26.4	1,746	7.1	970	4.5
Kuna Yala	4,885	5,475	3,189	65.3	3,586	65.5	1,316	26.9	1,222	22.3	380	7.8	667	12.2
Ngobé Buglé		6,696			5,106	76.3			847	12.6			743	11.1

...../Sin Datos

Fuente: Depto de Saneamiento Ambiental. Dirección General de Salud. Ministerio de Salud.

## 7.2 La Provisión De Servicios Públicos De Salud A La Población

### a. El Modelo De Atención Y La Salud Integral A La Población

El Modelo de Atención se caracteriza por una oferta de programas de fomento y prevención de riesgos y daños, y servicios dirigidos a la atención de problemas de salud de la población. Los mismos son brindados a través de las instalaciones de salud del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social.

La organización y clasificación de las instalaciones de ambas instituciones esta estructurada por niveles de atención y articulada según los niveles de complejidad y capacidad resolutive de las instalaciones.

Las poblaciones en las cuales se focaliza fundamentalmente los programas y la prestación de servicios es la población recién nacida, menores de cinco año de edad, puérperas y mujeres embarazadas. Adicionalmente el Seguro Social brinda una atención de manera particular a los Adultos Mayores o tercera edad y mantiene una modalidad de atención domiciliaria a pacientes crónicos (SAMI).

A partir del año 2003 el Ministerio de Salud desarrollo una modalidad de entrega de servicios y atención a poblaciones de áreas geográficas de difícil acceso consistente en un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) entregado a través de Giras de Salud o Equipos Itinerantes.

#### **b. Cobertura Y Concentración Del Control De Crecimiento Y Desarrollo Del Niño Y La Niña**

Al observar el comportamiento de las coberturas del control de crecimiento y desarrollo en el menor de 1 año y en el grupo de 1 a 4 años, durante los periodos 1995-1997 y 2001-2003 se manifiesta en general una tendencia a disminuir. (Gráfica N°128)

Para el grupo de menores de 1 año la cobertura promedio entre los periodos comparados exhibe un descenso de 89.43% correspondiente al período 1995-1997 a 77.16% en el periodo 2001-2003, es decir 12.27 puntos porcentuales de diferencia.

Similar situación se observa en el grupo de 1 a 4 años, la cobertura promedio entre los periodos comparados está por debajo del 50% y exhibe un descenso de 40.63% correspondiente al período 1995-1997 a 35.3% en el periodo 2001-2003, es decir 5.33 puntos porcentuales de diferencia.

En relación al número de controles realizados por niño (concentración), la tendencia en el grupo de menores de 1 año muestra una disminución de 4.9 controles/paciente durante el

período 1995-1997 a 2.9 controles/paciente en el período 2001-2003, es decir una disminución de 2 controles/paciente; en el grupo de niños de 1-4 años la tendencia se ha mantenido sin grandes diferencias alrededor de 2 controles/niño. Sin embargo cabe anotar que en ambos casos el número de controles/niño observado se encuentra muy por debajo del establecido por la norma. (Gráfica N° 129)

Salvo las Regiones de Darien y San Blas que lograron aumentar las coberturas en los controles del menor de 1 año y el notable esfuerzo de la Región Ngobe, el resto de las Regiones muestran caídas en las coberturas. Sin embargo, la distribución espacial de las coberturas de control del menor de un año en el 2003, hacen notar las bajas coberturas de las regiones de Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas y Los Santos, cuyos cifras oscilan en un rango entre 51.2 y 64.3% (Cuadros N°167 y N°168; Mapa N° 55)

Respecto a las coberturas de los Controles en el grupo de 1-4 años las Regiones de Salud que mantuvieron una tendencia a aumentar en el período 2001-2003 fueron de manera notable las comarcas de Kuna Yala seguido por la Comarca Ngobe, Darién, Colón, Panamá Este y Bocas del Toro; el resto de las Regiones de Salud muestran una tendencia a disminuir sus coberturas. (Cuadros N°167 y N°168).

Cuando se mira al menor de 5 años, es notable las muy bajas coberturas registradas en el 2003, en casi todas las provincias del país, a saber: Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas, Los Santos, Herrera, Colón y Panamá donde 4 de cada 9 menores de 5 años fueron atendidos en el programa de control de salud. (Mapa N° 56)

Es evidente que para los próximos años un reto importante lo constituye recuperar los niveles de cobertura de los controles de crecimiento y desarrollo, aumentar la concentración de las consultas por niño de acuerdo a la norma establecida y mejorar el sistema de información de prestación de servicios MINSA-CSS, pues se carece de información de la CSS que pueda ser integrada en este análisis.



**Cuadro N° 167. Cobertura Y Concentración De Controles De Crecimiento Y Desarrollo En El Menor De 1 Año. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2001-2003.**

Región De Salud	Menor de 1 año											
	1995		1996		1997/P		2001		2002		2003	
	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc
<b>Total</b>	94.0	4.7	94.1	4.8	80.2	4.9	82.7	2.9	70.0	3.0	78.8	2.9
Bocas del Toro	99.9	2.6	a/55.6	a/2.9	57.3	3.1	66.3	2.6	61.5	2.6	66.2	2.8
Coclé	97.2	a/4.0	114.0	5.0	73.1	4.4	89.9	3.0	69.0	3.1	73.2	2.9
Colón	85.3	3.6	109.4	5.4	66.5	5.5	97.8	3.6	66.6	3.9	68.5	3.8
Chiriquí	65.2	a/5.5	78.9	4.4	76.7	4.0	67.6	2.4	60.5	2.4	55.7	2.2
Darién	98.2	a/5.4	77.8	4.6	130.1	3.6	93.3	2.4	130.6	2.9	113.2	2.9
Herrera	99.4	5.5	92.6	6.4	88.6	5.5	81.1	5.1	77.1	5.2	74.0	5.0
Kuna Yala	91.3	5.4	101.8	5.2	98.5	6.1	96.7	4.1	109.1	4.1	98.1	4.1
Los Santos	78.6	5.4	103.4	6.2	67.7	7.3	66.1	2.7	51.2	1.3	47.0	3.4
Ngobé Buglé							110.3	1.5	96.0	2.1	135.4	2.0
Panamá Este	82.2	4.0	70.9	4.2	76.1	4.0	74.2	2.7	47.2	2.3	53.9	2.3
Panamá Oeste	100.0	4.9	111.4	5.3	91.0	5.1	95.5	3.2	79.2	3.5	74.7	3.2
Panamá Metro	100.0	4.3	135.0	4.8	85.1	5.2	88.4	2.7	70.4	2.7	74.9	2.9
San Miguelito	60.0	7.9	109.1	4.8	83.7	5.7	69.6	3.4	61.1	3.4	61.0	3.6
Veraguas	92.6	4.4	69.6	4.3	78.5	5.0	73.4	2.5	63.0	2.7	66.8	2.4

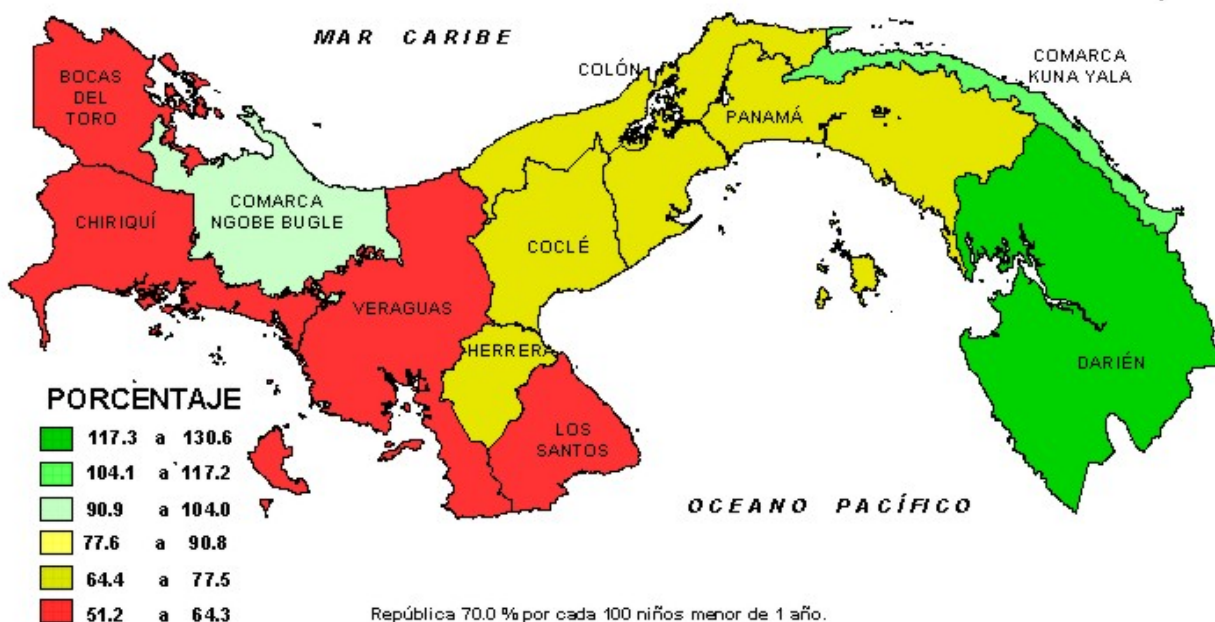
Norma de concentración: < 1 año: 10 controles. En el menor de 1-4 años: 7 controles según el Programa Integral de Atención a la Niñez.

a/ No incluye la C.S.S.

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Sección de REMES. Año: 2004

Mono N° 55

**COBERTURA DE CONSULTAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EN MENORES DE 1-AÑO, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003**



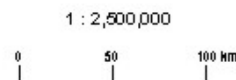
República 70.0 % por cada 100 niños menor de 1 año.

Cálculo por cada 100 niños menores de 1 año.

Incluye información de la C.S.S. La Región de Colón, Panamá Este y Panamá Oeste.

Fuente : Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadística.

Elaborado por : D.A.S.T.S. - Sección de Seguimiento y Eval. de Proyectos.



**Cuadro N° 168. Cobertura Y Concentración De Controles De Crecimiento Y Desarrollo En El Menor De 1-4 Años. Panamá. Periodos 1995-1997 Y 2001-2003.**

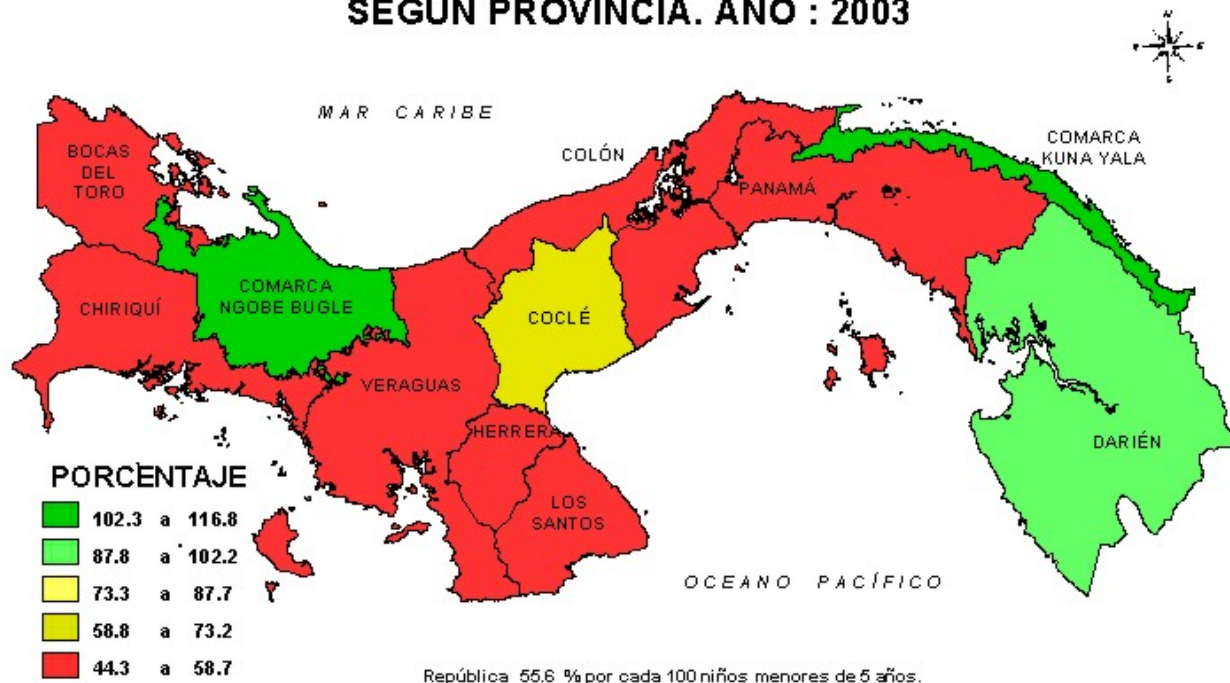
Región De Salud	1-4 años											
	1995		1996		1997		2001		2002		2003	
	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc
Total	40.6	2.0	43.2	2.2	38.1	2.0	35.9	2.1	33.9	2.3	36.1	2.2
Bocas del Toro	25.1	1.9	a/21.6	a/1.8	15.7	2.2	24.6	2.1	24.9	2.1	32.3	2.0
Coclé	a/50.8	a/1.7	56.2	2.1	40.2	2.1	41.9	2.6	40.0	2.7	43.2	2.4
Colón	28.8	2.7	36.2	2.6	30.1	2.2	53.7	2.4	41.9	2.5	44.5	2.3
Chiriquí	a/33.4	a/2.3	47.8	2.8	66.8	1.8	38.7	1.7	33.5	1.8	25.0	2.0
Darién	42.0	1.6	36.9	2.2	56.2	2.5	46.4	2.0	68.2	2.5	69.0	2.0
Herrera	a/50.4	a/2.3	52.9	2.4	45.3	2.9	43.1	3.0	36.4	3.4	39.0	3.3
Kuna Yala	44.6	1.5	79.2	1.5	80.8	1.4	96.3	1.5	107.2	1.5	106.8	1.5
Los Santos	a/22.3	a/2.5	32.7	2.9	27.9	2.5	22.1	2.8	26.1	3.0	26.5	3.2
Ngobé Buglé							40.4	1.6	39.1	2.3	77.7	1.7
Pmá Este	33.7	2.0	24.9	2.3	25.5	2.1	20.5	2.5	29.4	1.9	56.0	1.7
Pmá Oeste	45.0	2.3	43.0	2.3	41.0	11.6	42.5	2.4	35.5	2.5	34.7	2.4
Pmá Metro	56.1	2.0	54.2	1.9	22.7	2.2	23.3	2.3	24.5	2.2	19.8	2.5
San Miguelito	32.0	2.2	35.4	2.1	27.4	2.0	27.1	2.2	24.1	2.3	21.3	2.3
Veraguas	92.6	4.4	69.6	4.3	78.5	5.0	32.7	2.0	35.2	2.2	40.7	1.9

Norma de concentración: < 1 año: 10 controles. En el menor de 1-4 años: 7 controles según el Programa Integral de Atención a la Niñez.

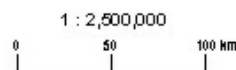
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Sección de REMES. Año: 2004

**Mapa N° 56**

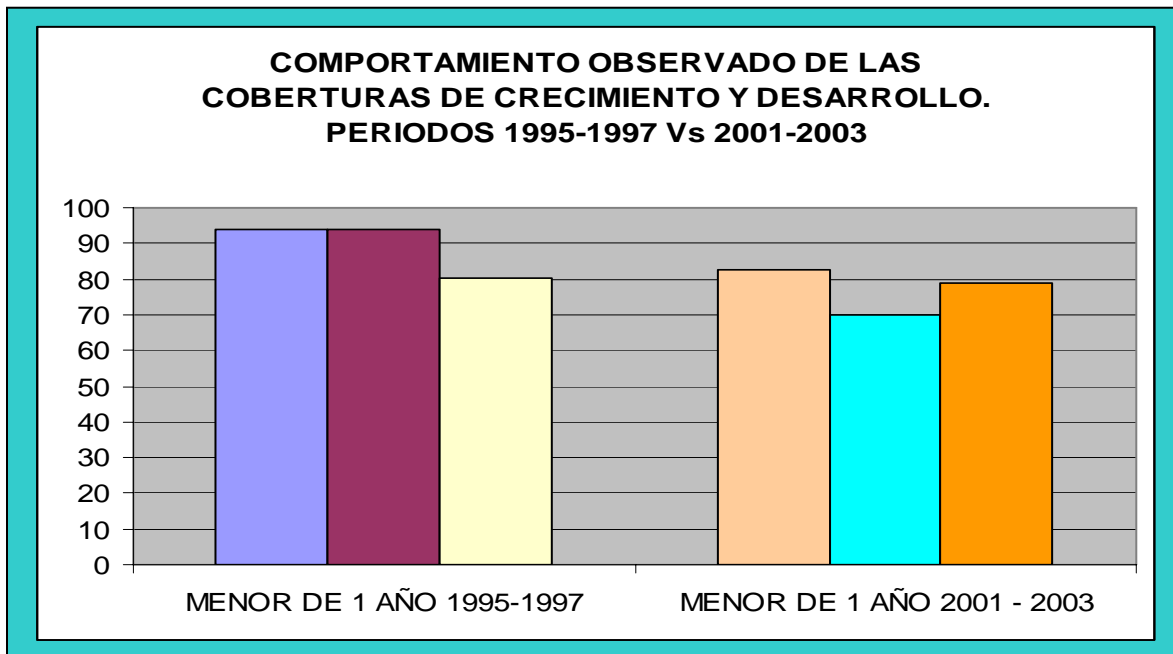
**COBERTURA DE CONSULTAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EN MENORES DE 5 AÑOS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA. AÑO : 2003**



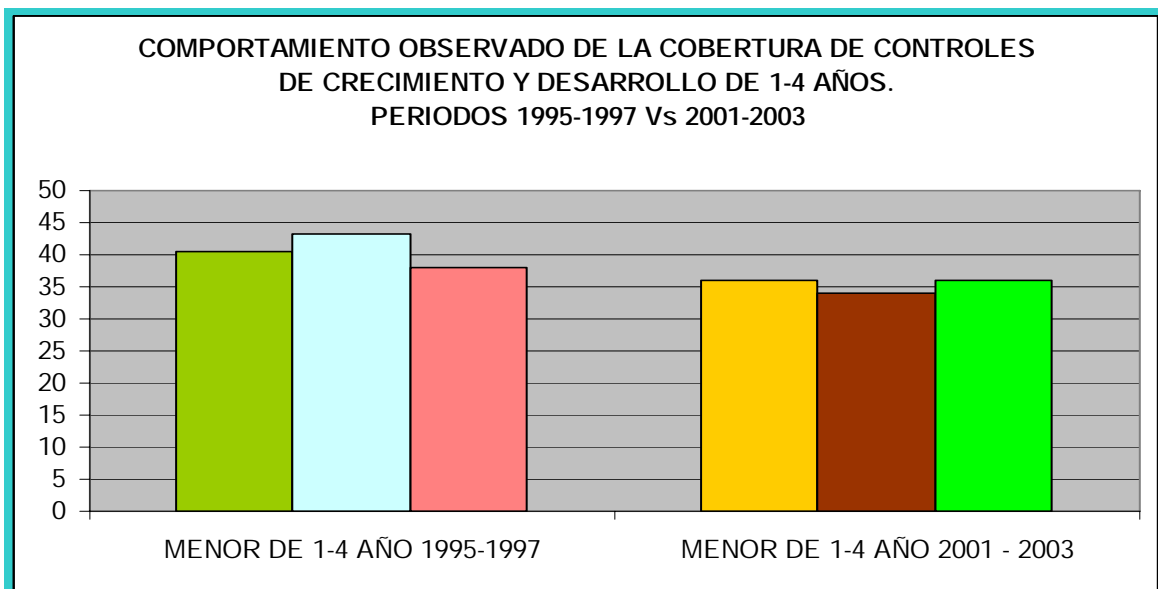
Cálculo por cada 100 niños menores de 5 años.  
Incluye información de la C.S.S. La Región de Colón, Panamá Este y Panamá Oeste.  
Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas.  
Elaborado por : D.A.S.T.S.- Sección de Seguimiento y Eval. de Proyectos.



**Gráfica N° 128**



**Gráfica N° 129**



**c. Coberturas De Vacunación En El Menor De Un(1) Año Y Del Menor De Cinco(5) Años**

En el año 2003 el Ministerio de Salud introdujo por primera vez la vacuna pentavalente dentro del esquema de vacunación reemplazando la aplicación de la DPT.

Se puede observar que las coberturas de vacunación en el año 2003 al compararlas con el año 1997 disminuyeron, la cobertura de BCG bajó de 112.8% a 86.8%, la Anti Polio bajo de 99.6% a 83.2% y Sarampión de 91.8% bajó a 83.3%. (Cuadro N° 169, Gráfica N° 130)

Durante el año 2003 las Regiones de Salud de Coclé, Panamá Oeste y San Miguelito mostraron coberturas de vacunación de la Pentavalente y contra el BCG, el Polio y el Sarampión por debajo del promedio nacional de ese año. Llama la atención el esfuerzo realizado por la Región de Bocas del Toro y la Comarca Ngobe Bugle los cuales mostraron coberturas por encima de los promedios nacionales. (Cuadro N° 169, Mapas N° 57 y N° 58)

**Cuadro N° 169. Cobertura De Vacunación en menor de un año, Según Región De Salud. República De Panamá. Año:1997 y 2003**

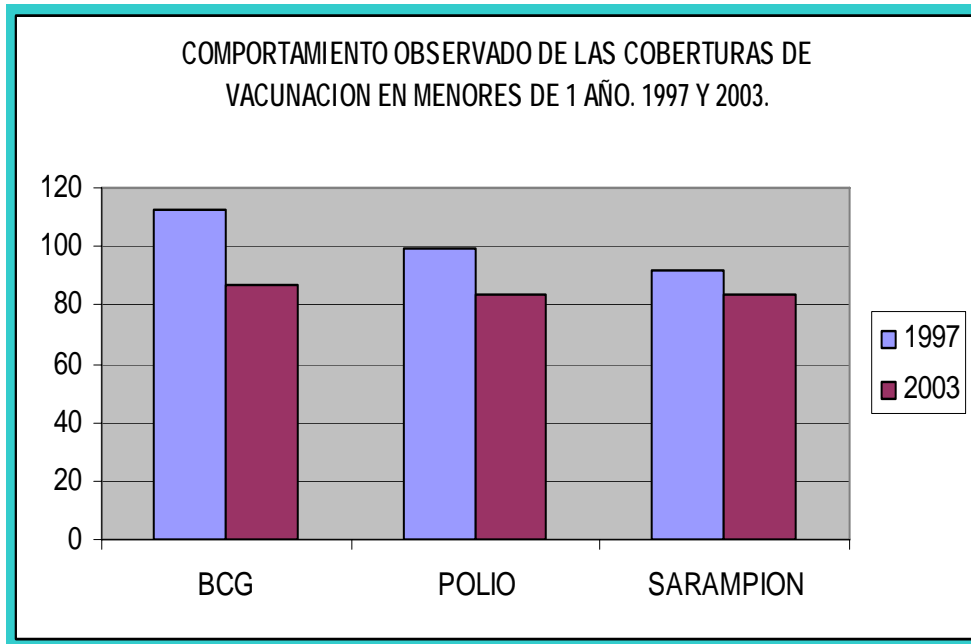
Región de Salud	Tipo de Vacuna							
	1997				2003			
	BCG	POLIO	DPT	SARAMPIÓN	BCG	POLIO	PENTAV.	SARAMPIÓN
<b>República</b>	<b>112.8</b>	<b>99.6</b>	<b>94.9</b>	<b>91.8</b>	<b>86.8</b>	<b>83.2</b>	<b>85.7</b>	<b>83.3</b>
Bocas del Toro	99.9	84.8	83.3	90.8	122.4	103.0	104.3	101.9
Coclé	111.3	100.9	100.0	102.2	74.0	76.8	82.4	81.4
Colón	121.6	100.1	101.5	95.7	75.6	97.8	97.8	96.9
Chiriquí	127.4	100.3	100.5	97.4	91.6	86.9	87.7	87.6
Darién	99.2	98.5	96.9	92.1	74.1	81.3	87.5	76.6
Herrera	101.2	95.5	85.9	92.5	83.8	89.8	90.6	86.1
Kuna Yala	99.4	84.7	84.0	81.8	87.2	76.1	77.5	94.0
Los Santos	106.7	102.6	102.0	96.8	83.5	89.4	88.6	83.3
Ngobé Buglé					129.4	90.5	103.3	97.4
Panamá Este	111.6	106.1	103.7	106.8	111.6	86.6	84.1	97.6
Panamá Oeste	109.7	102.1	101.0	97.1	80.0	72.7	74.6	70.1
Panamá Metro	115.4	112.6	98.9	93.7	95.2	91.6	97.4	92.6
San Miguelito	116.1	95.7	83.4	72.5	60.5	64.3	63.9	59.8
Veraguas	96.8	89.9	89.1	90.1	89.7	80.8	80.8	80.4

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Año: 2004.

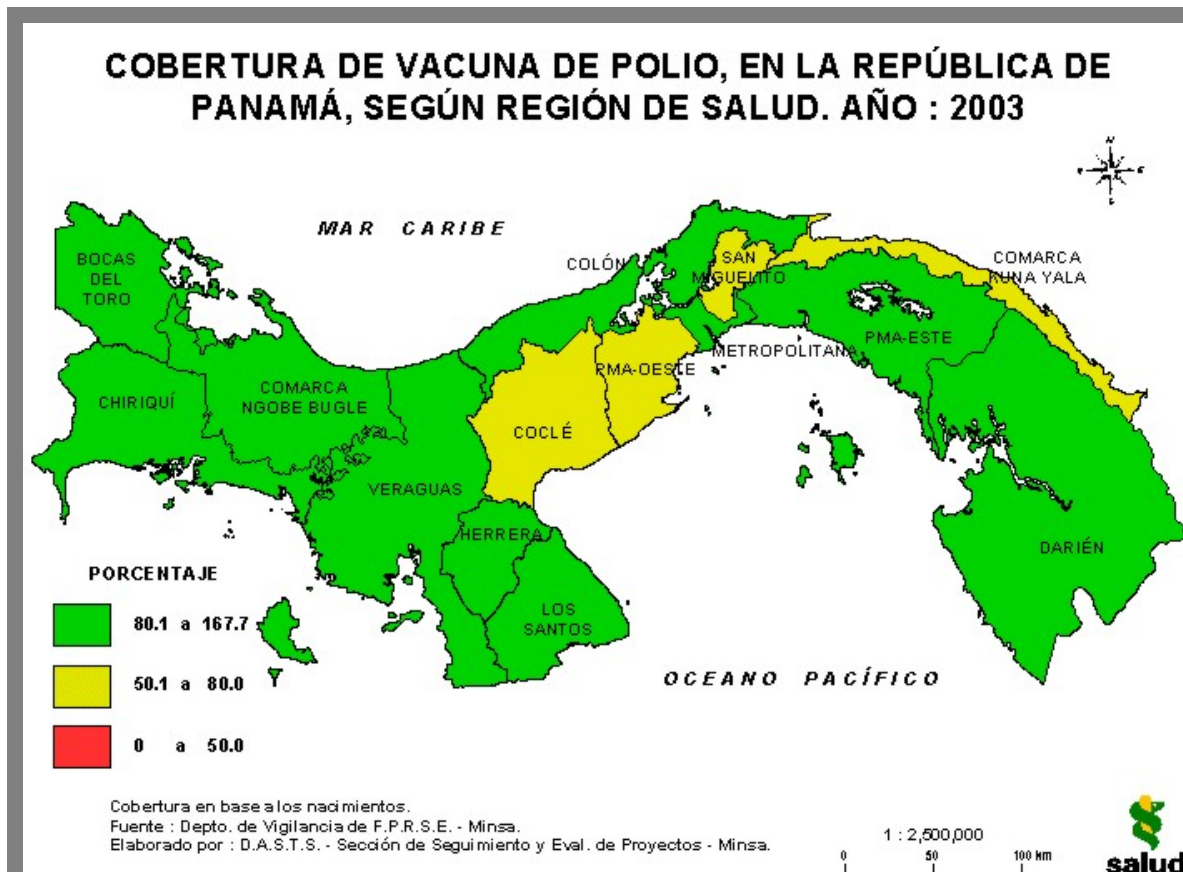
Al observar el comportamiento de las coberturas de vacunación en el grupo de edad de 1 a 4 años durante el período 2000-2002, las coberturas con la BCG es la más alta, seguida de la vacuna contra el Polio y la Pentavalente. Sin embargo es evidente que en el último año dichas coberturas descendieron siendo la más baja la vacuna contra el sarampión que disminuyó en 8.5 puntos porcentuales. (Gráfica N° 131)

Sin duda para los próximos cinco años el aumento de las coberturas de controles en el menor de 1 años y de 1 a 4 años debe implicar un esfuerzo por aumentar de igual forma la cobertura de vacunación de al menos por encima del 90%.

Gráfica N° 130

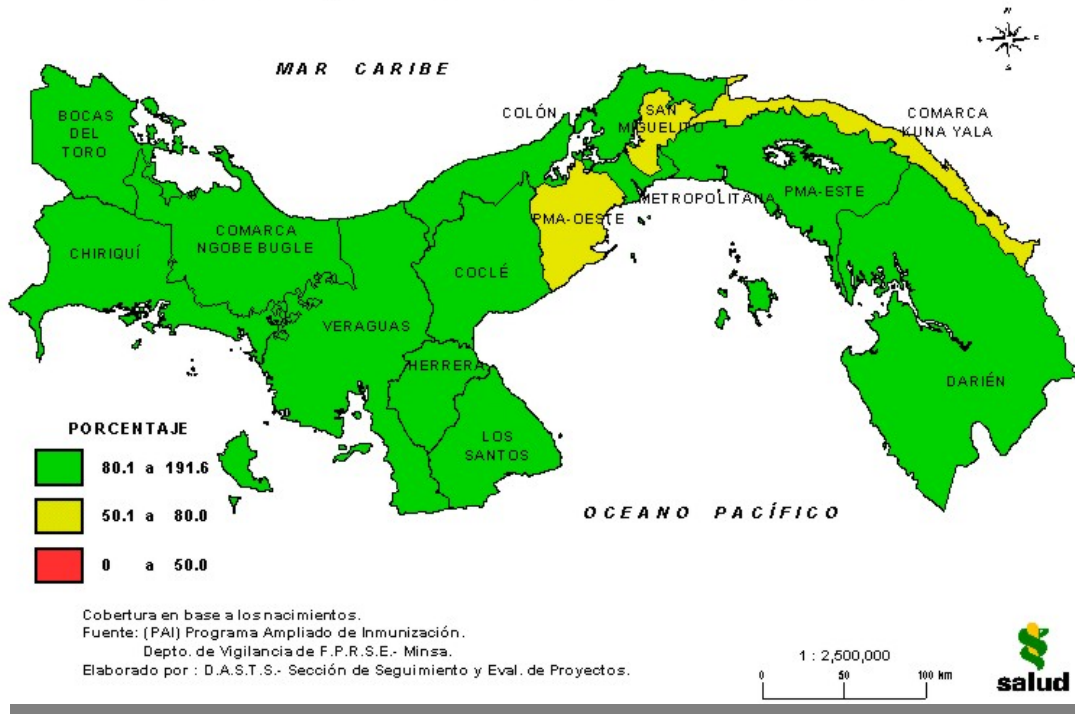


Mapa N° 57

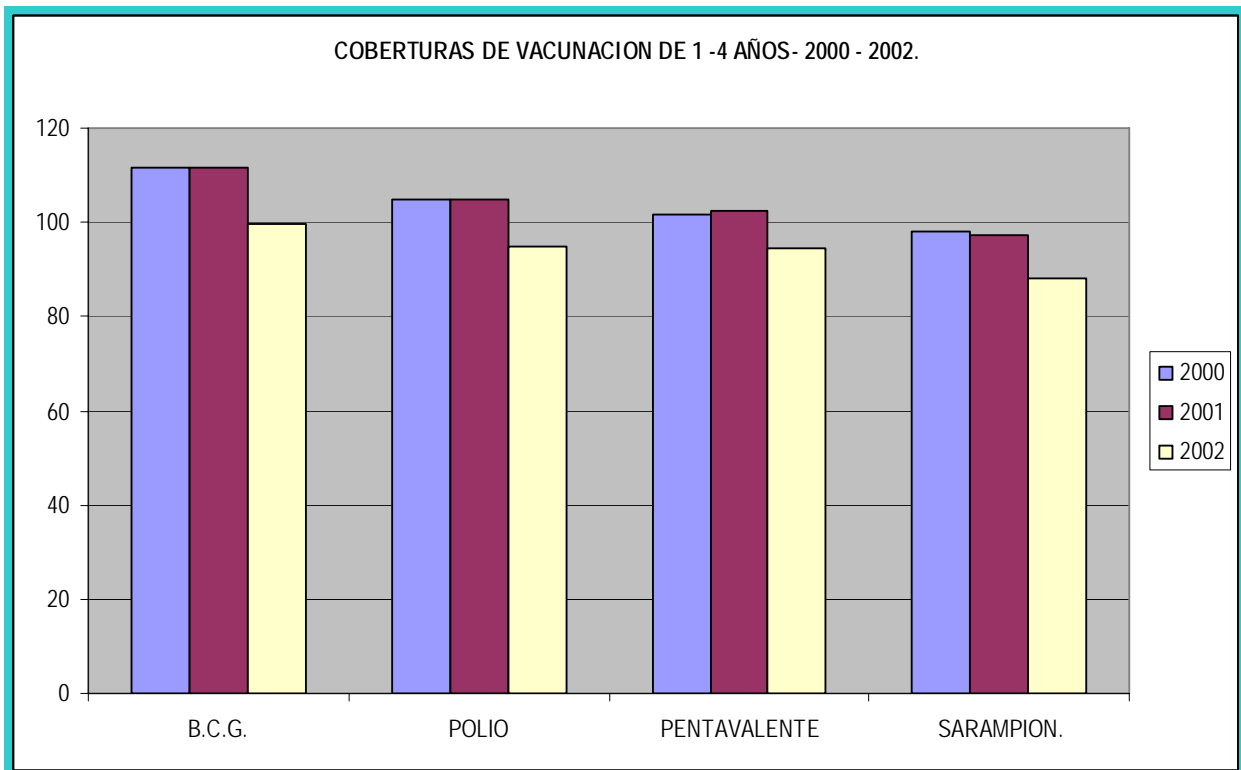


Mapa N°58

### COBERTURA DE VACUNA PENTAVALENTE, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN REGIÓN DE SALUD. AÑO : 2003



Gráfica N° 131



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

#### d. Cobertura Del Control De Embarazo Y Atención Profesional Del Parto.

Al analizar la cobertura del Control de Embarazo en los dos períodos de comparación se observa un aumento de la cobertura promedio de 85.23 a 91.6, es decir un aumento de 7.47% respecto al período de 1995-1997, sin embargo no se observaron mejoras en la concentración o número de consultas de control, manteniéndose el promedio en tres(3) consultas por paciente. (Cuadro N° 170 y N° 171; Gráficas N° 132 y 133).

En cuanto a la estrategia de captación precoz del embarazo en el primer trimestre de gestación, al comparar el promedio del periodo 1995-1997 con el periodo 2001-2003 se observa una disminución de 2.2 puntos porcentuales (Cuadro N° 172; Gráfica N° 134).

Además, puede decirse que, la cobertura de control prenatal nacional alcanzó, en el 2003 al 77.4% de las embarazadas, sin embargo regiones de salud como Los Santos y Bocas del Toro, reportaron coberturas en un rango de 52.5 a 62.5% y Coclé y Chiriquí entre 62.6 y 72.7%, todas por debajo de la cobertura nacional. (Mapa N° 59). También se destaca que, en todo el país la cobertura de control de embarazo a las embarazadas entre 10 y 19 años no superó el 37%, con un promedio nacional del 28%. (Mapa N° 60)

**Cuadro N° 170. Cobertura Y Concentración Promedio Del Control Prenatal Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1995-1997.**

Región De Salud	1995		1996		1997	
	Cob.	*Concentración	Cob.	Concentración	Cob.	Concentración
Total	89.1	3.6	92.0	3.4	74.6	3.4
Bocas del Toro	79.3	3.1	43.4	3.3	40.2	3.6
Coclé	85.0	3.8	102.0	3.6	68.0	3.7
Colón	100.0	3.0	123.3	3.0	67.9	2.8
Chiriquí	65.6	3.1	91.1	3.0	75.2	2.5
Darién	70.7	3.7	80.9	3.4	84.4	2.9
Herrera	100.0	3.3	120.4	3.4	80.6	4.7
Kuna Yala	100.0	4.5	115.0	4.5	116.0	4.5
Los Santos	75.5	3.4	137.4	4.1	80.2	3.5
Panamá Este	97.3	3.4	74.0	3.4	68.6	3.1
Panamá Oeste	100.0	3.6	142.0	2.8	100.1	3.2
Panamá Metro	100.0	3.7	131.0	3.6	82.4	3.6
San Miguelito	75.1	4.2	83.2	3.8	69.6	3.8
Veraaguas	87.8	3.4	64.6	3.6	70.4	3.3

\*Norma de concentración: 7 (Normas Técnico Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer.1995)  
Fuente: Departamento de Análisis de Tendencias de Salud. 1997.

**Cuadro N° 171. Cobertura Y Concentración Promedio Del Control Prenatal Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 2001-2003.**

Región De Salud	2001		2002		2003	
	Cob.	*Conc.	Cob.	Conc.	Cob.	Conc.
<b>Total</b>	<b>81.6</b>	<b>3.5</b>	<b>94.0</b>	<b>3.3</b>	<b>99.2</b>	<b>3.0</b>
Bocas del Toro	47.5	3.9	61.3	3.5	59.0	3.4
Coclé	76.7	3.4	92.4	3.4	91.1	3.3
Colón	111.3	3.4	101.4	3.7	115.6	3.2
Chiriquí	70.0	3.1	85.1	2.8	82.4	2.8
Darién	161.2	2.8	172.0	3.1	153.2	2.8
Herrera	65.1	5.4	117.2	3.2	111.0	3.3
Los Santos	78.8	3.0	83.1	3.2	64.0	3.9
P. Este	157.8	3.3	121.0	2.5	96.4	2.4
P. Oeste	103.5	4.1	104.6	3.4	134.1	2.9
P. Metro	71.9	3.4	75.8	3.3	85.8	3.2
San Miguelito	65.3	3.7	72.7	3.8	82.6	3.3
Veraguas	91.8	3.0	106.1	3.1	102.6	2.9
Kuna Yala	112.3	4.5	121.1	4.5	120.3	4.3
Ngobé Buglé	99.7	2.0	158.3	2.1	182.7	1.9

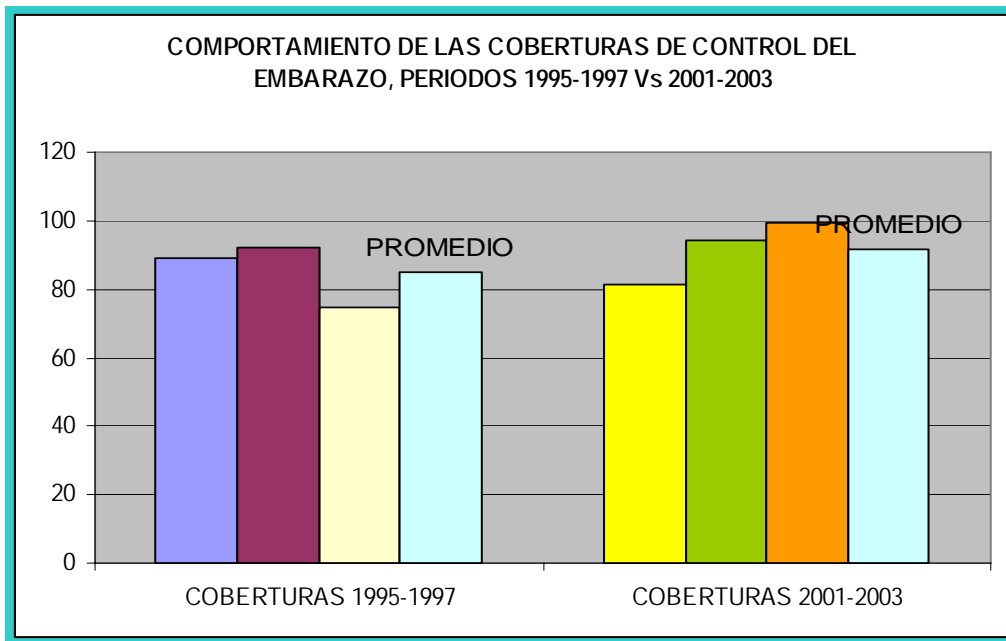
\*Norma de concentración: 7 (Normas Técnico Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer. 1995)

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

Una conclusión que se deriva de lo anterior es la necesidad de reforzar en los próximos cinco años la red de servicios del primer nivel de atención con miras a lograr un aumento importante en la cobertura de control de embarazo en las regiones de salud que se encuentran por debajo del 85%, elevar el nivel de concentración a lo que establece la norma enfatizando la captación en el primer trimestre e incrementar la captación temprana y seguimiento de las embarazadas adolescentes. Por otro lado se hace necesario mejorar el sistema de registros de manera que se pueda contar con información más objetiva en regiones como Darién, Panamá Este, Kuna Yala y Comarca Ngobe.

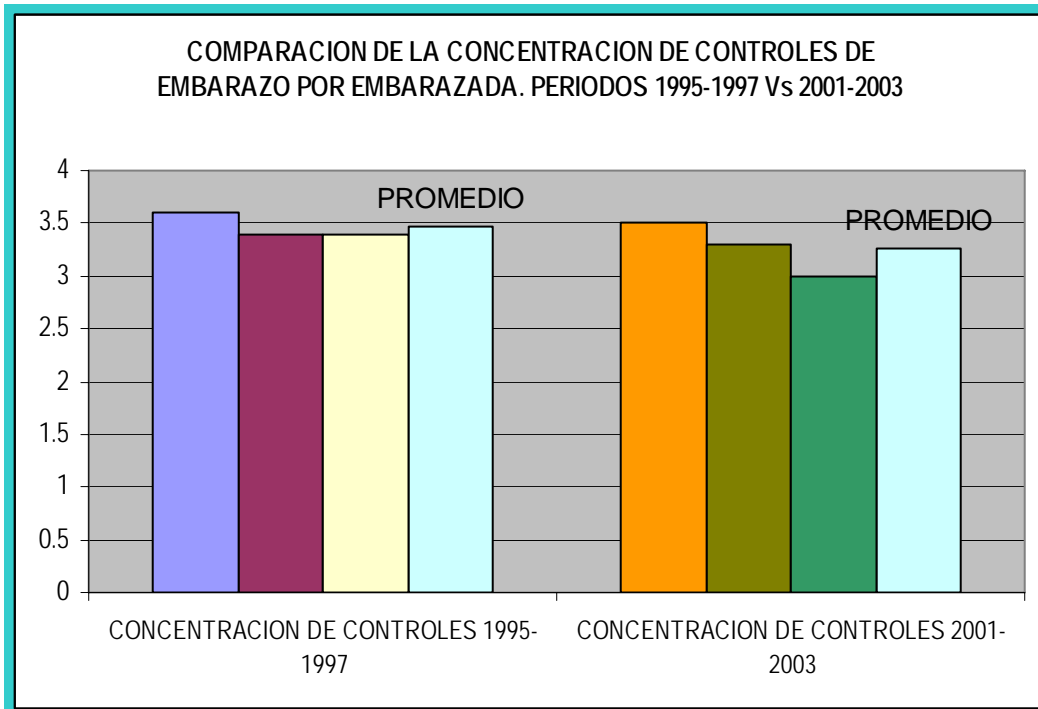


**Gráfica N° 132**



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES.  
Año: 2004

**Gráfica N° 133**



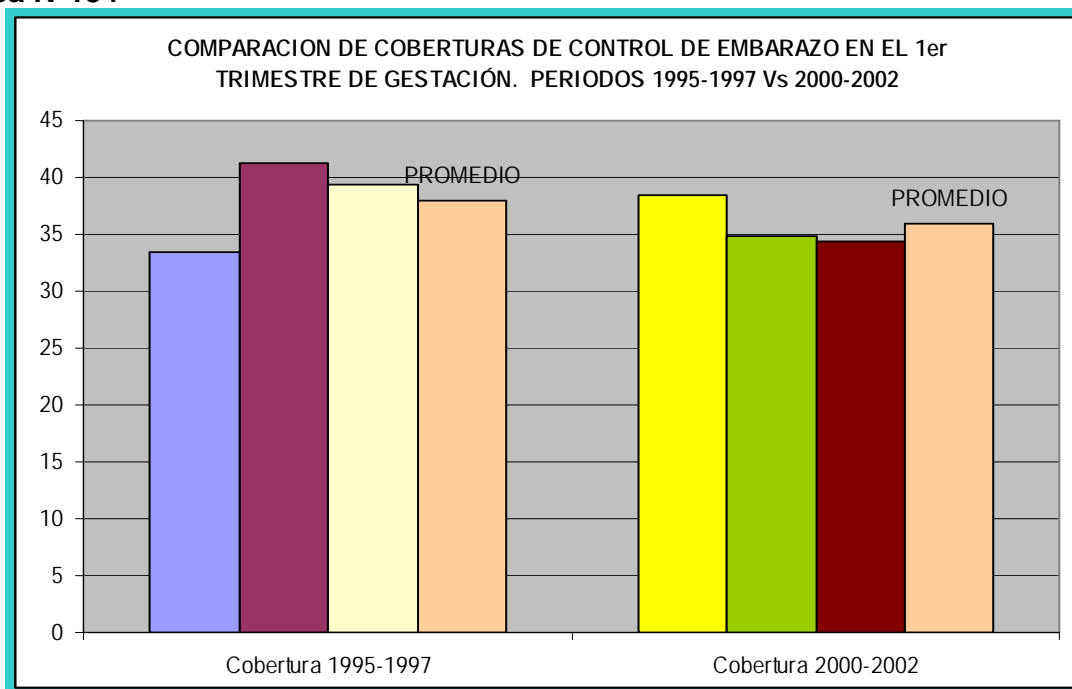
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES.  
Año: 2004

**Cuadro N° 172. Porcentaje De Mujeres Con Control Prenatal Iniciado En El Primer Trimestre De Gestación, Según Región De Salud. República De Panamá. Periodos: 1994-1997 y 2001-2003.**

REGION DE SALUD	AÑOS					
	1995	1996	1997	2001	2002	2003
Total	33.4	41.3	39.3	34.8	34.4	38.2
Bocas del Toro	43.9	48.6	48.5	36.3	40.2	32.9
Coclé	36.0	40.6	39.4	36.9	35.0	37.3
Colón	33.0	39.6	36.2	44.7	31.7	40.4
Chiriquí	29.9	41.9	39.0	39.0	36.3	38.3
Darién	32.3	36.6	40.2	38.6	35.2	40.0
Herrera	33.1	43.0	45.9	43.8	42.1	38.1
Kuna Yala	30.9	37.6	34.5	7.1	10.7	43.5
Los Santos	34.8	48.6	46.5	51.0	50.8	49.8
Ngobe Bugle				28.2	23.1	20.9
Panaá Este	40.2	47.2	45.2	38.6	39.5	41.5
Panamá Oeste	29.6	46.2	40.3	38.8	44.3	40.8
Metropolitana	34.9	39.9	36.4	37.5	39.5	38.2
San Miguelito	34.7	38.8	40.1	38.4	37.6	45.7
Veraguas	29.5	40.3	38.4	35.9	36.2	35.5

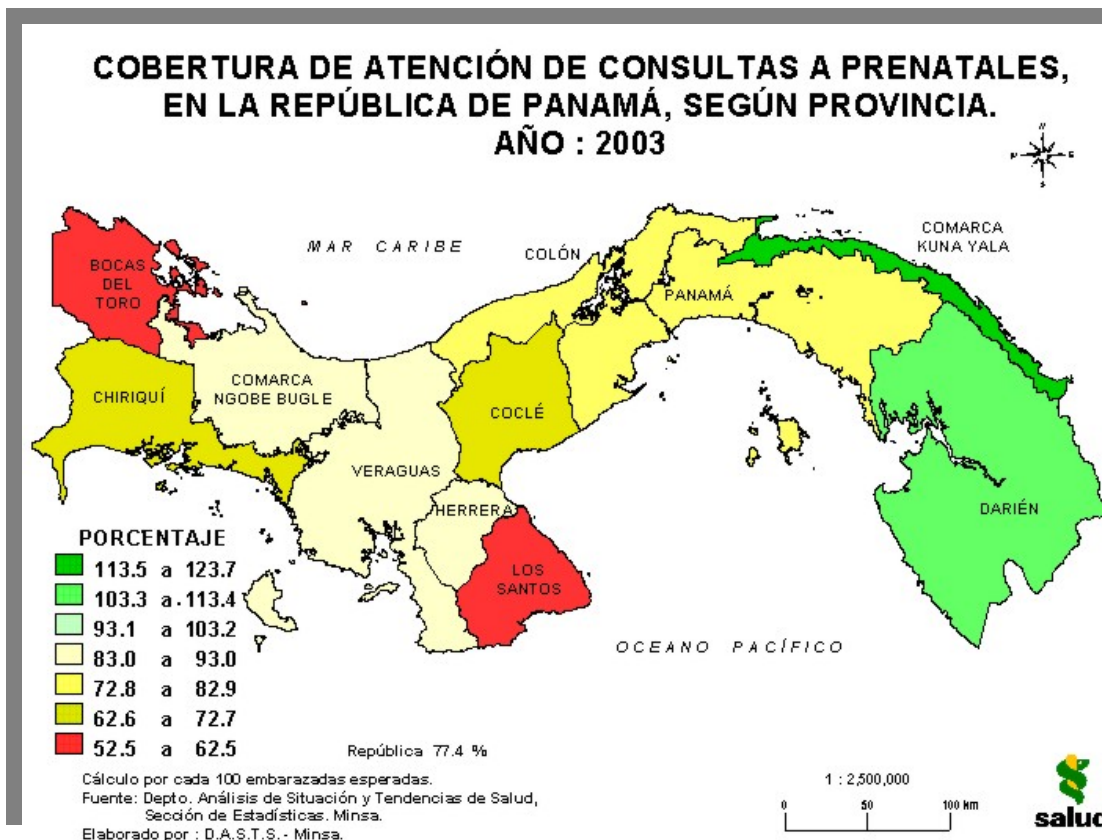
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

**Gráfica N°134**

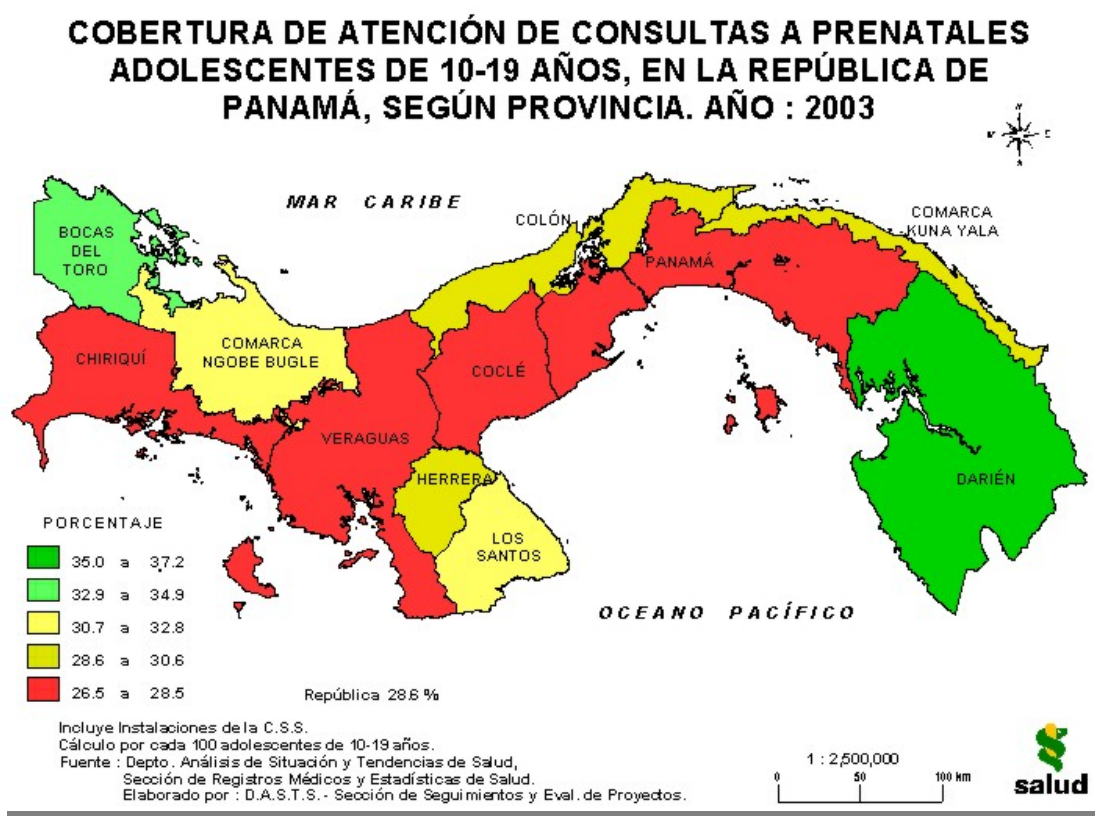


Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

Mapa N° 59

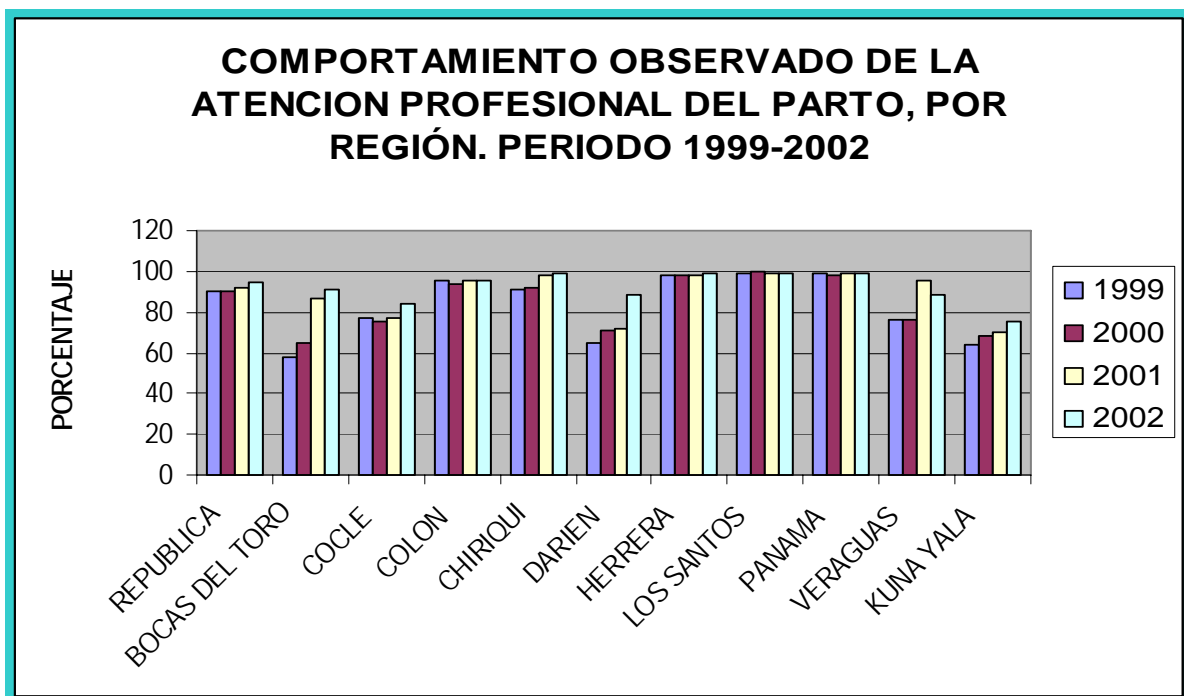


Mapa N° 60



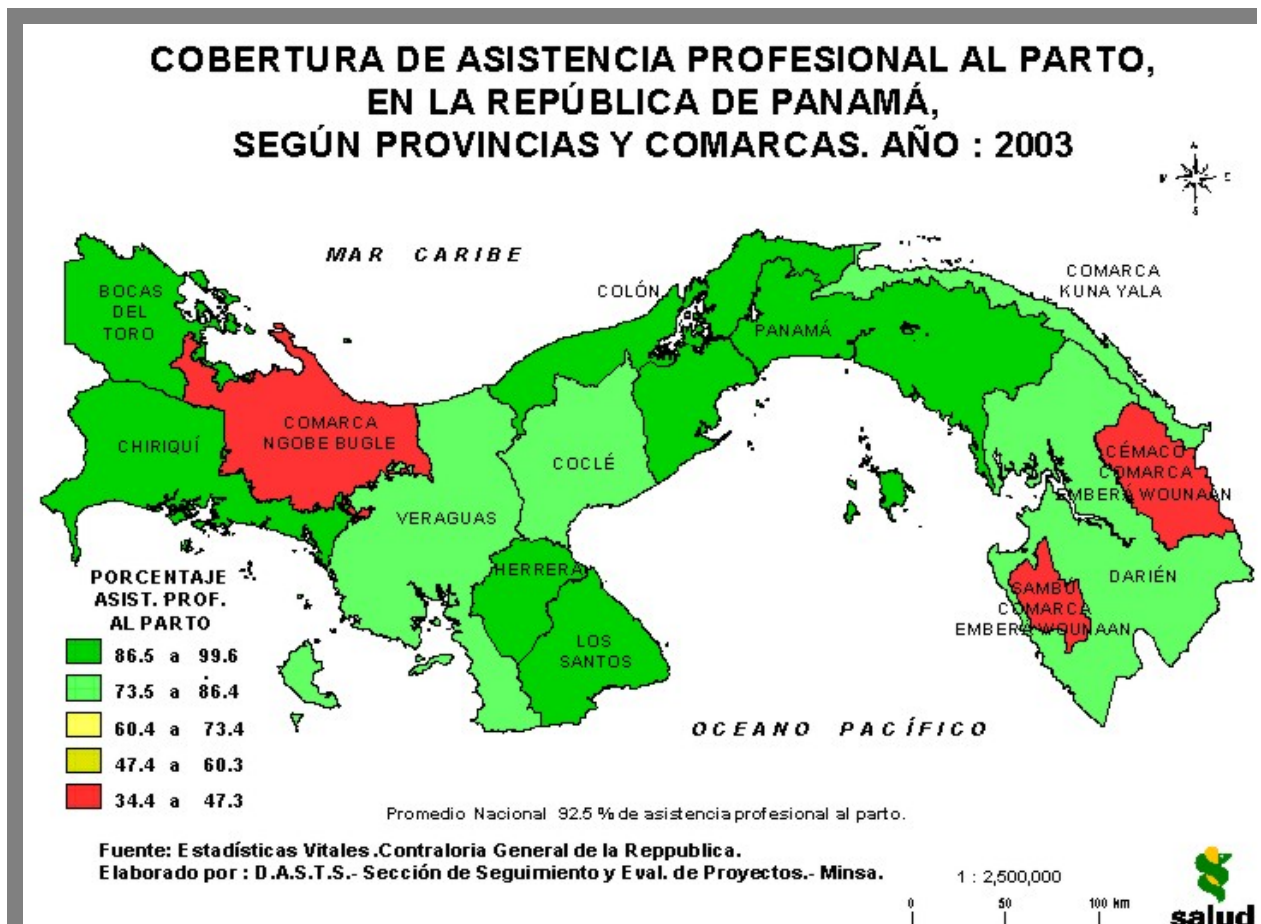
En relación a la Atención del Parto en general la tendencia observada en el período 1999 al 2002 muestra un incremento, siendo las regiones de Bocas del Toro, Darién, Veraguas y Kuna Yala donde, a pesar de no superar el promedio nacional, se registran los incrementos más notorios. (Gráfica N° 135). En el 2003, las Comarcas Emberá Wounana y GNobe Bugle, presentaron una cobertura de atención profesional del parto entre 2 y 2.7 veces menor a la cobertura nacional, que alcanzó el 92.5% (Mapa N° 61). Durante los próximos cinco años será importante las inversiones y adecuaciones que se realicen en estas regiones con miras a reforzar los servicios y recursos existentes para elevar el nivel de cobertura de la atención del parto.

Gráfica N° 135



Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

Mapa N° 61



### 7. 3 Producción De Los Servicios De Atención

#### a. Consultas Realizadas En El Primer Nivel De Atención

El primer nivel de Atención lo constituyen fundamentalmente los Centros de Salud y Centros de Atención Primaria (CAP-CSS) y Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS-CSS), las cuales generan consultas de atención de carácter ambulatorio, incluyéndose las consultas generadas por los programas de control de salud.

Al observar el cuadro No. 108, la relación de consultas atendidas según dependencia en las instalaciones del Ministerio de Salud se atiende alrededor del 40% y en la Caja del Seguro Social el 60% de la demanda. En relación a la frecuentación la tasa en ambos años se mantuvo en 2.7 consultas por habitantes, mostrando las Regiones de Panamá

Oeste la única que mantuvo en ambos años una frecuentación superior al promedio nacional. (Cuadro N° 173)

Cuadro N° 173 Consultas Realizadas En El Primer Nivel De Atención  
República de Panamá. Año: 1997 y 2003

Región	Población		Consultas						Consultas/hab. Año	
			1997			2003			1997	2003
	1997	2003	Total	MINSA	CSS	Total	MINSA	CSS		
<b>Total</b>	<b>2,718,686</b>	<b>3,121,039</b>	<b>7514994</b>	<b>3337436</b>	<b>4177558</b>	<b>8,463,783</b>	<b>3,404,224</b>	<b>5,059,559</b>	<b>2.7</b>	<b>2.7</b>
Bocas del Toro	127,968	108,879	119926	90722	29204	138,068	86,436	51,632	0.9	1.3
Coclé	193,779	217,545	444095	212033	232062	632,293	314,108	318,185	2.3	2.9
Colón	193,064	226,660	343444	205340	138104	528,788	211,770	317,018	1.8	2.3
Chiriquí	418,109	395,911	1033362	653012	380350	950,487	460,089	490,398	2.5	2.4
Darién	59,488	53,740	92686	92686	-	104,769	104,769	-	1.6	1.9
Herrera	102,349	109,983	236260	130123	106137	407,967	176,604	231,363	2.3	3.7
Kuna Yala	38,726	35,753	62636	62636	-	82,815	82,815	-	1.6	2.3
Los Santos	79,770	88,695	210830	70089	140741	191,730	95,424	96,306	2.6	2.2
Ngobe Buglé	0	124,793	0	0	-	148,265	148,265	-	0	1.2
Panamá Este	89,814	87,987	89953	77922	12031	141,335	121,355	19,980	1.0	1.6
Panamá Metro	241,773	386,236	795427	281170	514257	949,668	275,528	674,140	3.3	2.5
Panamá Oeste	535,615	597,969	2357072	619556	1737516	3,196,338	682,117	2,514,221	4.4	5.3
*San Miguelito	417,062	459,618	1236489	568867	667622	432,334	432,334	...	2.9	0.9
Veraguas	221,169	227,270	492814	273280	219534	558,926	212,610	346,316	2.9	2.5

- No aplica. No hay instalaciones de la CSS.

1) Información correspondiente a 1996 (MINSA)

Fuente: Departamento de REMES (CSS), Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. (MINSA) Año: 2004

### b. Producción De Los Hospitales Regionales

Al comparar la tasa de frecuentación de los hospitales regionales en los dos años de referencia en el año 2003 la frecuentación aumento en 10 egresos por cada 1000 habitantes. El número de camas por habitantes aumento de 9 camas/10,000 habitantes a 10 camas/10,000 habitantes, siendo el incremento más significativo en la Región de Chiriquí y la apertura en 1998 del Hospital Integrado San Miguel Arcángel en San Miguelito.

En relación al porcentaje de ocupación este aumento en el año 2003 en 5.42 puntos porcentuales, el promedio de los días de estancia se mantuvieron alrededor de 5 días

estancia por paciente y en cuanto al número de egresos producidos por cama, en el 2003 los egresos por cama aumentaron en 6 egresos más por cama con relación al año 1997.

En el nivel central del MINSA no se dispone de información agregada sobre las causas más frecuentes de egresos, una situación que potencia este problema es el no cierre de expedientes, entre otros detectados (no se utiliza la Décima Clasificación de Enfermedades). (Cuadros N° 174 y N°175)

**Cuadro N° 174. \*Egresos E Indicadores Hospitalarios De Los Hospitales Regionales Y De Area. República De Panamá. Años: 1997.**

Región	Población	Camas	Egresos	Frecuentación	% de ocupación	X días estancia	Giro de cama
<b>Total</b>	<b>2718686</b>	<b>2520</b>	<b>114517</b>	<b>0.04</b>	<b>59.18</b>	<b>5.28</b>	<b>45.25</b>
Bocas del Toro	127,968	151	7087	0.05	59.5	7.5	49.7
Coclé	193,779	228	13474	0.07	71.0	4.3	59.0
Colón	193,064	294	13522	0.08	68.6	5.1	45.1
Chiriquí	418,109	310	19625	0.05			
Darién	59,488	131	3483	0.06	24.1	3.2	26.6
**Herrera	102,349	245	13597	0.09	73.0	5.4	68.0
Kuna Yala	38,726	32	955	0.02	27.8	3.5	30.0
Los Santos	79,770	627	11051	0.14	65.8	10.0	17.6
Panamá Este	89,814	87	4558	0.05	66.0	4.6	52.4
Panamá Oeste	241,773	192	8853	0.03	60.9	4.8	46.1
Veraguas	221,169	316	18312	0.08	75.1	4.4	58.0

\*No incluye Hospitales Nacionales

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

**Cuadro N° 175. \*Egresos E Indicadores Hospitalarios De Los Hospitales Regionales Y De Area. República De Panamá. Años: 2003.**

Región	Población	Camas	Egresos	Frecuentación	% de ocupación	X días estancia	Giro de cama
<b>Total</b>	<b>3,121,039</b>	<b>3,192</b>	<b>165,277</b>	<b>0.05</b>	<b>64.6</b>	<b>4.6</b>	<b>51.8</b>
Bocas del Toro	108,879	176	11648	0.11	63.4	3.6	66.2
Coclé	217,545	269	16995	0.08	67.9	4.0	63.2
Colón	226,660	318	15145	0.07	51.6	4.0	47.6
Chiriquí	395,911	761	34234	0.09	68.5	5.6	45.0
Darién	53,740	68	1542	0.03	15.5	2.7	22.7
Herrera	109,983	244	12786	0.12	69.2	4.8	52.4
Kuna Yala	35,753	25	493	0.01	14.9	2.8	19.7
Los Santos	88,695	442	9119	0.10	67.4	15.7	20.6
Panamá Este	87,987	94	8690	0.10	82.0	3.3	92.4
Panamá Oeste	386,236	200	10620	0.03	65.3	4.3	53.1
San Miguelito	459618	236	19491	0.04	59.8	2.6	82.6
Veraguas	227,270	359	24514	0.11	70.0	3.6	68.3

\*No incluye Hospitales Nacionales

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

### c. Producción De Los Hospitales Nacionales

Los Hospitales Nacionales están ubicados en la región metropolitana de salud, un análisis de los indicadores de producción hospitalarios indica que, al comparar el número de camas hospitalarias disponibles en los dos años de referencia se observa que mientras que para la mayoría de los Hospitales Nacionales no hubo grandes variaciones en el Hospital Psiquiátrico Nacional se observa para el año 2003 una reducción significativa de 337 camas. (Cuadros N° 176 y N° 177).

En relación al número de egresos producidos por cada cama en el año 2003 se observa que salvo el Instituto Oncológico y el Hospital Psiquiátrico aumentaron los egresos por cama en 4 egresos más y 2 egresos más por cama, respectivamente. (Cuadros N° 176 y N° 177).

En cuanto al promedio de días estancia tanto el Hospital Santo Tomás como el Complejo Metropolitano se mantuvieron sin variación, el Instituto Oncológico disminuyó en 2.7 días de estancia, el Hospital del Niño aumentó en 1.1 días y el Hospital Psiquiátrico aumentó en 587.4 días de estancia. Respecto al porcentaje de ocupación cabe señalar que durante el año 2003, ningún hospital tuvo una ocupación de 80%, siendo el rango entre 67.4% y 76.2% (Cuadros N° 176 y N° 177).

**Cuadro N° 176. Estadísticas De Los Hospitales Nacionales.  
República De Panamá. Año: 1997.**

Nombre de la institución	Camas	Egresos	Camas Días utilizados	Giro de cama	X días de estancia	% de Ocupación
Hospital Santo Tomás	651	31368	189488	48.2	5.5	79.7
Instituto Oncológico	127	2703	32803	21.3	12.0	70.8
Hospital del Niño	410	18831	115183	45.9	6.1	77.0
Hospital Psiquiátrico Nacional	547	732	180386	1.3	497.3	90.3
Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS	931	32656	217509	35.1	8.7	64.0

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 1997  
Programa Nacional De Pensionados, Jubilados Y Tercera Edad



Cuadro 177. Estadísticas De Los Hospitales Nacionales.  
República De Panamá. Año: 2003.

Nombre de la institución	Camas	Egresos	Camas Días utilizados	Giro de cama	X días de estancia	% de Ocupación
Hospital Santo Tomás	591	25,229	149,341	42.7	5.4	69.2
Instituto Oncológico	148	3,814	36,383	25.8	9.3	67.4
Hospital del Niño	417	15,832	111,120	38.0	7.2	73.0
Instituto de Salud Mental	210	770	58,415	3.7	1,084.7	76.2
Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS	904	25,310	240,106	28.0	9.4	72.8

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

#### d. Producción De Servicios Hospitalarios Finales E Intermedios

Los cuadros 178, 179 y 180 presentan respectivamente la producción de servicios finales e intermedios de los hospitales del MINSA y de la CSS en la República. El dato incluye todas las consultas profesionales y técnicas ofertadas a la población.

En relación a las Consultas Externas Especializadas atendidas, la Tasa de Frecuentación se mantuvo similar en una(1) consulta por habitante, siendo mayor en la Región de Bocas del Toro. (Cuadro N° 178)

Cuadro N° 178. Consultas Producidas Por Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años: 1997 y 2003.

Región	1997			2003		
	Población	Consultas	Consulta/hab-año	Población	Consultas	Consulta/hab-año
<b>Total</b>	<b>2718686</b>	<b>2788519</b>	<b>1.0</b>	<b>3,121,039</b>	<b>3,185,137</b>	<b>1.0</b>
Bocas del Toro	127968	215519	1.7	108,879	254,169	2.3
Coclé	193779	153102	0.8	217,545	229,719	1.1
Colón	193064	230928	1.2	226,660	277,930	1.2
Chiriquí	418109	380177	0.9	395,911	349,510	0.9
Darién	59488	53176	0.9	53,740	49,608	0.9
Herrera	102349	203310	2.0	109,983	153,146	1.4
Kuna Yala	38726	24582	0.6	35,753	18,813	0.5
Los Santos	79770	144327	1.8	88,695	136,408	1.5
Panamá Este	89814	97586	1.1	87,987	131,418	1.5
Panamá Oeste	241773	75551	0.3	386,236	94,697	0.2
Metropolitana	535615	1011950	1.9	597,969	1,011,849	1.7
San Miguelito	417062	-	-	459,618	258,459	0.6
Veraguas	221169	198266	0.9	227,270	219,411	1.0

- dato no disponible.

Total de hospitales 1997: 37; MINSA/Patronato: 25, CSS:12

Total de hospitales 2003: 39 MINSA/Patronato: 24, CSS:15

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y procesos CSS. Y Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

En el año 2003, el 56% de las cirugías se efectuaron en las Regiones de Panamá Metro y Chiriquí; en cuanto a los partos el 56.9% se atendieron en las Regiones de Panamá Metro, Chiriquí y San Miguelito. (Cuadro N° 179).

Respecto a la producción de los Servicios Intermedios, en el cuadro 120b se puede observar que el promedio de medicamentos despachados en los años de comparación se mantuvo en un(1) medicamento por persona, aunque en la Región de Los Santos el promedio de medicamentos despachados fue de seis(6) medicamentos por persona.

El promedio nacional de exámenes de laboratorios realizados disminuyó de cinco(5) a dos(2) exámenes por persona, siendo notorio el promedio per capita en la Región de Los Santos que aumento de seis(6) a ocho(8) exámenes por persona. Finalmente en cuanto al promedio de estudios radiológicos X se realizó un estudio por cada 10 personas. (Cuadro N° 180)

Cuadro N°179. Producción Partos atendidos y Cirugías realizadas En Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años:2003

Región	Producto			
	Cirugías		Partos	
	N°	%	N°	%
Total	89,763	100.00	51,955	100.00
Bocas del Toro	3,607	4.02	2,414	4.65
Coclé	6,660	7.42	3,242	6.24
Colón	4,461	4.97	4,308	8.29
Chiriquí	12,234	13.63	8,128	15.64
Darién	407	0.45	306	0.59
Herrera	4,351	4.85	1,996	3.84
Kuna Yala 1/	93	0.10	704	1.36
Los Santos	1,619	1.80	897	1.73
Pmá Este	1,959	2.18	1,436	2.76
Pmá Oeste	4,142	4.61	3,656	7.04
Panamá	38,629	43.03	15,385	29.61
San Miguelito	5,439	6.06	6,039	11.62
Veraguas	6,569	7.32	3,444	6.63

1/ En las Cirugías y Partos se incluyó toda la producción regional de Centros de Salud, Sub centros y Puestos con camas.

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y procesos de la CSS.

Dep. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

Cuadro N°180. Tasa de Utilización De Servicios Intermedios Per Cápita De Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años:1997 y 2003

Región	1997				2003			
	Población	Medicamentos Despachados	Lab	Rx 1/	Población	Medicamentos Despachados	Lab	Rx 1/
Total	2718686	1.98	5.04	0.19	3,121,039	1.86	2.0	0.18
Bocas del Toro	127968	2.9	0.75	0.17	108,879	4.05	1.56	0.33
Coclé	193779	1.52	2.07	0.11	217,545	2.49	4.28	0.18
Colón	193064	1.68	5.43	0.21	226,660	1.41	1.41	0.14
Chiriquí	418109	2.65	4.05	0.20	395,911	1.77	2.76	0.15
Darién	59488	1.16	0.41	0.009	53,740	4.09	1.62	0.005
Herrera	102349	4.28	15.32	0.29	109,983	3.21	1.71	0.26
Los Santos	79770	6.84	6.25	0.20	88,695	6.79	8.02	0.22
Pamá Este	89814	2.01	9.07	0.17	87,987	1.29	1.98	0.16
Pamá Oeste	241773	0.80	1.74	0.06	386,236	1.03	.....	0.06
Metro	535615	0.26	12.57	0.45	597,969	1.53	3.53	0.36
San Miguelito 2/	417062	-	-	-	459,618	1.69	0.03	0.11
Veraguas	221169	1.55	1.51	0.18	227,270	1.76	1.78	0.12
San Blas*	38726	3.12	1.64	0.02	35,753	0.64	1.21	0

.../ Cifras no disponibles.

1/ Se refiere a Estudios Radiológicos.

2/ En el año 1997 el Hospital San Miguel Arcángel no estaba aún funcionando.

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y procesos de la CSS. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas. 2003.

## 7.4 Recursos Humanos E Instalaciones Para La Provisión De Servicios De Salud

### a. Recursos Médico, De Enfermería Y Odontólogos.

Al comparar los años 1997 y 2002, el promedio general de médicos por habitantes aumento de 12.6 a 13.7 médicos por cada 10,000 habitantes, el número de odontólogos aumento de 2.7 a 3.0 odontólogos por cada 10,000 habitantes y el recurso de enfermería disminuyó de 13.7 a 11.3 enfermeras por 10,000 habitantes. Las mayores concentraciones de recursos médicos están en Herrera, Los Santos y Panamá; Los Santos muestra el mayor número de Odontólogos y respecto al personal de enfermería las provincias de mayor recursos son Chiriquí, Herrera, Los Santos y Panamá. (Cuadro N° 181).

Para el 2003, se reportaron 14.2 médicos por 10,000 habitantes con un diferencia por provincia que ubica a las Comarcas Kuna Yala y Gnobe Bugle con tasas en un rango de 0.6 a 4.2 médicos por 10,000 habitantes; y continuan las provincias de Panamá, Herrera, Los Santos y Chiriquí concentrando este tipo de recursos con tasas que oscilaron entre 11.7 y 19.2 médicos por 10,000 habitantes. En cuanto a las enfermeras, la tasa nacional fue de 11.6 enf. por 10,000 hab., con una concentración de este recurso en las provincias

de Panamá, Herrera y Los Santos cuyo rango de tasas estuvo entre 12.2 y 15.2 enf. por 10,000 hab.; en la Cmarca Gnobe Bugle se reportó la tasa más baja (menos de 3.4 enf. por 10,000 hab.); la tasa de odontólogos fue de 3 por 10,000 habitantes y las comarcas Kuna Yala y Darién presentaron tasas por debajo de 2.1 odontólogos por 10,000 hab. (Mapas N° 62, N° 63 y N° 64)

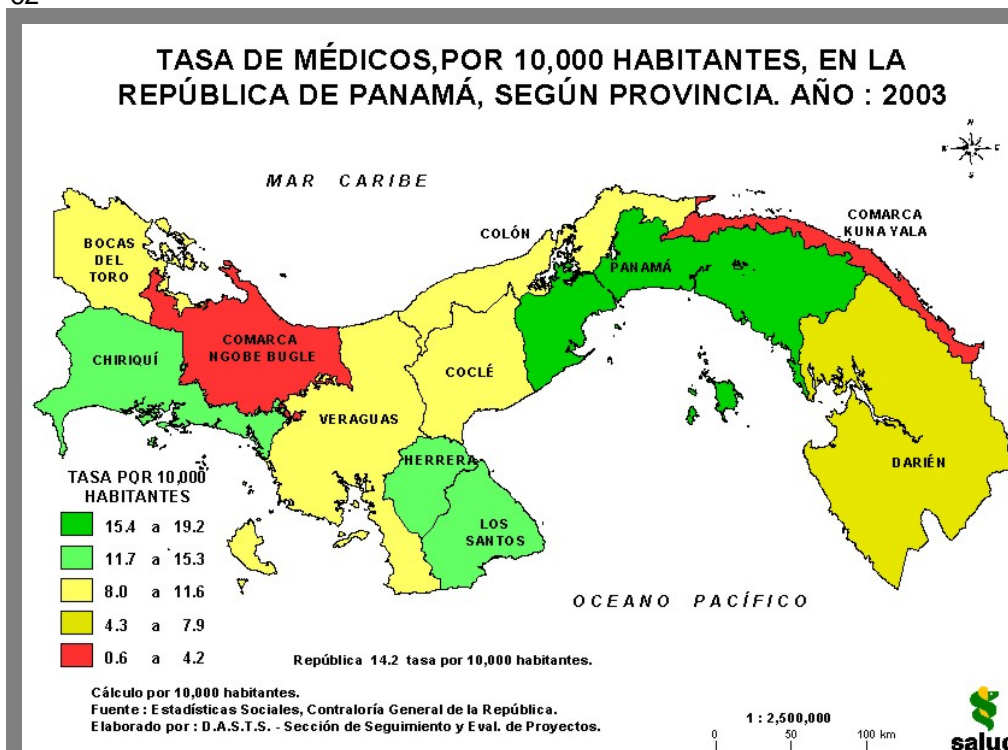
**Cuadro N° 181 Tasa De Médicos, Odontólogos Y Enfermeras,  
Por Habitantes Según Provincia. República De Panamá. Año 1997 y 2002**

Provincia	Médicos				Odontólogos				Enfermeras			
	1997		2002		1997		2002		1997		2002	
	Nº	M/hab	Nº	M/hab	Nº	O/hab	Nº	O/hab	Nº	E/hab	Nº	E/hab
TOTAL	3,434	12.6	4,203	13.7	744	2.7	897	3.0	3,153	11.6	3,451	11.3
BOCAS DEL TORO	63	4.9	80	8.1	20	1.6	23	2.3	68	5.3	94	9.6
COCLÉ	118	6.1	168	7.8	40	2.1	60	2.8	135	7.0	182	8.4
COLÓN	159	8.2	187	8.5	25	1.3	51	2.3	179	9.3	218	9.9
CHIRIQUÍ	384	9.2	465	11.9	83	2.0	108	2.8	356	8.5	406	10.4
DARIÉN	29	4.9	35	6.7	10	1.7	10	1.9	36	6.1	35	6.7
HERRERA	112	10.9	158	14.6	32	3.1	41	3.8	127	12.4	160	14.8
KUNA YALA	10	2.6	13	3.6	8	2.1	9	2.5	16	4.1	25	6.9
LOS SANTOS	97	12.2	118	13.4	28	3.5	41	6.7	111	13.9	113	12.9
NGOBE BUGLÉ	-	-	7	0.6	-	-	7	0.6	-	-	7	0.6
PANAMÁ	2305	17.9	2791	18.5	453	3.5	491	3.3	1985	15.5	2,034	13.5
VERAGUAS	157	7.1	181	8.2	45	2.0	56	2.5	140	6.3	177	8.0

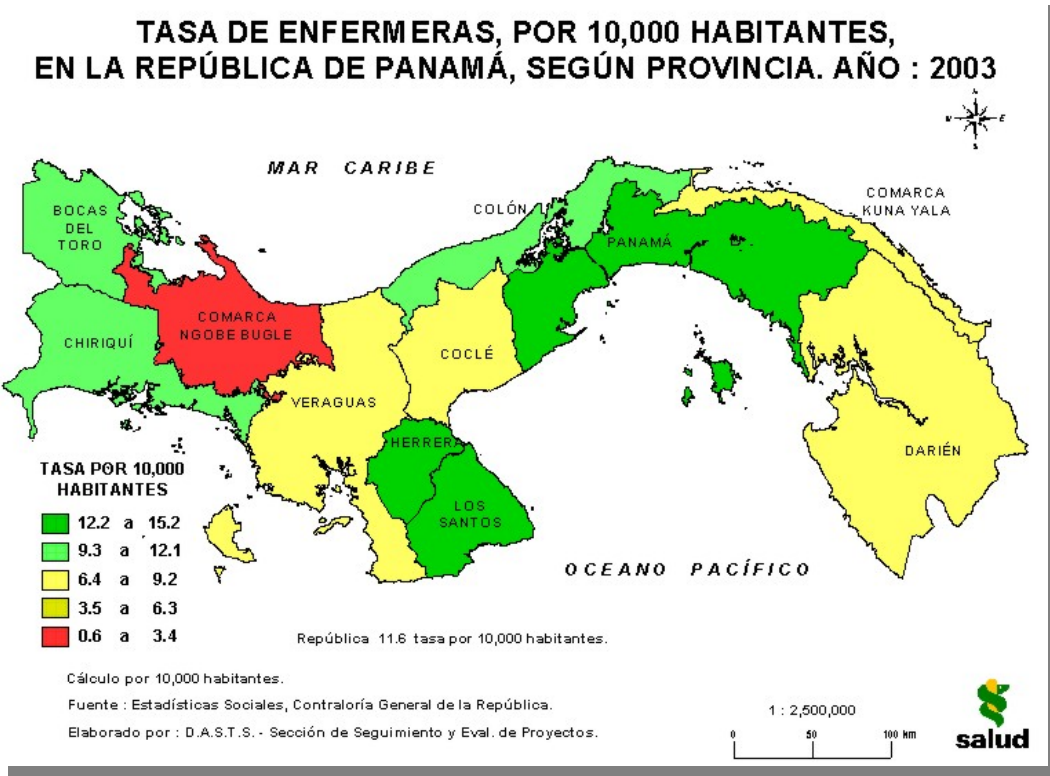
1/Cálculo por 10,000 habitantes

Fuente: Estadísticas Sociales, Contraloría General de la República

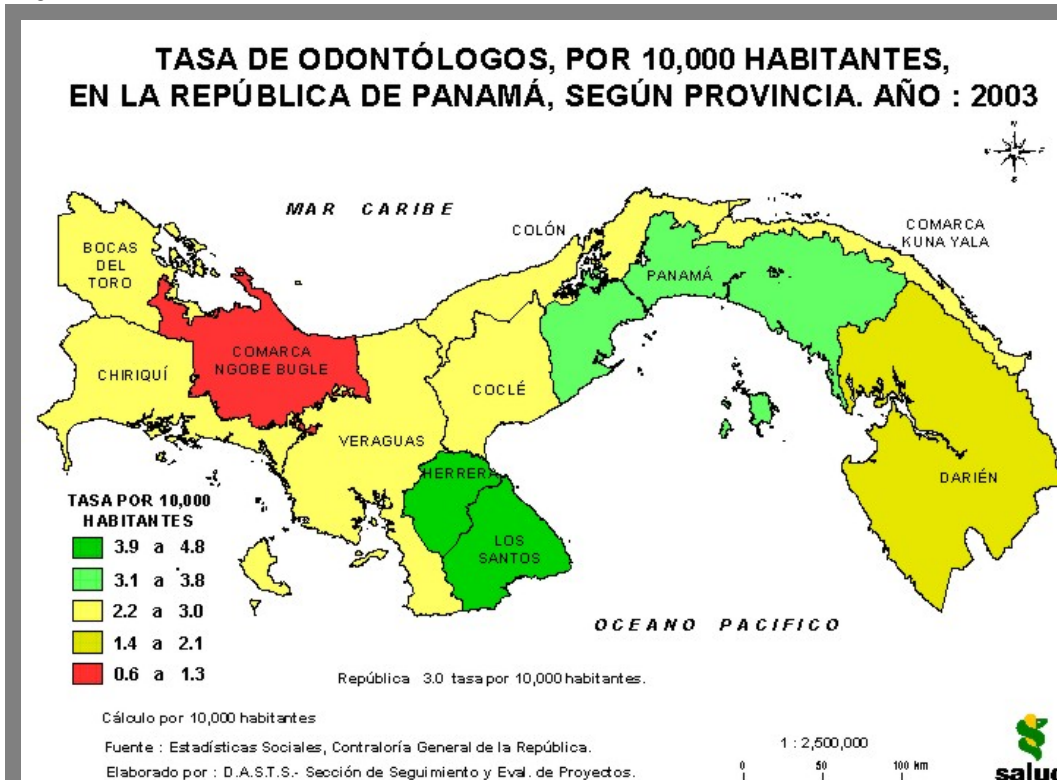
Mapa N° 62



Mapa N° 63



Mapa N° 64



### **b. Instalaciones De Salud**

El Ministerio de Salud tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar servicios que sean adecuados para el logro de este objetivo. Para este fin, se configura como la entidad planificadora, evaluadora de todas las actividades que se realicen en el sector destinadas al cuidado de la salud. Para desarrollar sus funciones de financiación, regulación y provisión, el Ministerio de Salud se estructura de forma desconcentrada y, a nivel territorial, se organiza en 14 regiones sanitarias y distritos/corregimientos sanitarios.

La atención de salud se lleva a cabo a través de la red de servicios del MINSA y de la CSS, constituida por establecimientos proveedores organizados con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Se han establecido tres niveles de atención: un primer nivel con recursos organizados para resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de salud en donde se incluyen los Puestos, Subcentros, Centros de Salud y Unidades Locales de Atención Primaria. El segundo nivel de atención incluye a las Policlínicas, Policentros y Hospitales Rurales y Regionales. Por último, el tercer nivel de atención compuesto por los Hospitales Nacionales, de alta complejidad y capacidad de resolución.

Para el año 2003 la capacidad instalada de las dos instituciones públicas del sector salud, MINSA y Caja de Seguro Social, consiste de 868 establecimientos de salud distribuidos de la siguiente manera: 39 hospitales, 36 policlínicas, 1 policentro, 151 centros de salud sin cama, 31 centros de salud con cama, 10 Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS), 9 Centros de Promoción de la Salud, 116 subcentros de salud, 451 puestos de salud y 2 instalaciones sociosanitarias, clasificadas como hospitales: el Leprosorio de Palo Seco y el Hogar de la Esperanza. (Cuadro N°182). En la red pública de servicios de salud existen 4 instalaciones destinadas a la atención de pacientes crónicos. (Cuadro N° 183)

**Cuadro N°182 Instalaciones Del Ministerio De Salud Y Caja De Seguro Social Por Grado De Complejidad De Atención Según Región De Salud. República de Panamá. 2003**

Región de Salud	Grado de Complejidad									
	Total	Hospital	Policlinicas 1/	C. de S. Sin camas	C. de S. Con camas	ULAPS	C. de Promoción	S. C. De salud	Puesto de Salud	Otros
República	868	39	36	151	31	10	9	116	451	25
Bocas del Toro	39	4	1	9	1	1	0	4	19	0
Coclé	89	2	3	14	4	1	3	11	51	0
Colón	69	3	1	11	1	1	0	12	39	1
Chiriquí	128	4	15	30	3	1	0	21	43	11
Darién	62	3	0	0	6	0	0	5	48	0
Herrera	43	3	1	15	0	0	1	19	0	4
Los Santos	39	4	2	11	0	0	0	22	0	0
Panamá Este	57	1	1	8	0	0	0	0	46	1
Panamá Oeste	75	1	3	11	0	3	3	12	41	0
Metropolitana	39	7	5	17	0	0	1	1	3	5
San Miguelito	17	2	2	9	0	2	0	1	0	0
Veraguas	87	3	2	10	6	1	1	0	63	0
Kuna Yala	20	2	0	0	6	0	0	6	6	0
Ngobé Buglé	104	0	0	6	4	0	0	2	92	0

1/ Incluye Policlinicas y Sub-policinicas

\* Unidades Locales de Atención Primaria - CSS

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

**Cuadro N° 183. Centros Y Camas De La Red De Atención Hospitalaria Para Enfermos Crónicos. República De Panamá. Año: 2003.**

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN	DENOMINACIÓN	DEPENDENCIA	CAMAS	%
<b>TOTAL</b>	--	--	<b>481</b>	<b>100.0</b>
INSTITUTO DE SALUD MENTAL	NACIONAL ESPECIALIZADO	MINSA	210	43.6
PALO SECO	LEPROSORIO	MINSA	30	6.2
HOGAR DE LA ESPERANZA	--	CSS	46	9.7
PABELLON PSIQUIATRICO DEL HOSPITAL ANITA MORENO	--	MINSA	195	40.5

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de REMES. Año: 2004

## VIII. PROYECCIONES

El análisis de la ocurrencia de las enfermedades y del desarrollo de algunas intervenciones sanitarias a través del tiempo ofrece los insumos necesarios que permite estimar los casos, muertes y actividades que se espera ocurran para un determinado periodo. Existen diversos métodos que pueden ser útiles para efectuar estas proyecciones, en este sentido, para la elaboración de los cuadros de este capítulo, las estimaciones realizadas se sustentan en la aplicación del procedimiento de regresión lineal; y se definió el 2006 como el año al que se llevarían las estimaciones. Dependiendo del comportamiento de la variable y de la disponibilidad de datos las proyecciones fueron efectuadas considerando como mínimo los últimos 5 años de registro.

De igual forma, se estimaron las tasas esperadas para el año 2006 utilizando las proyecciones de población total y por edad y sexo para el país. También se calcularon las diferencias porcentuales de las tasas y actividades, comparando datos del 2002 ó del 2003 con las cifras proyectadas para el 2006.

Se espera que estos datos contribuyan a dar dirección al quehacer sanitario, pues las cifras proyectadas pueden variar en función de las intervenciones que se efectúen para el control de los daños y riesgos a la salud relacionados con un problema en particular.

Pese a que el análisis de tendencias de la mortalidad para el 2006 proyecta un incremento del número de muertes, el análisis del riesgo de morir, sugiere un descenso tanto del riesgo general de morir, como del riesgo de muerte por grupos de edad; con variaciones porcentuales que van desde 0.95 hasta 18.3%. En general, se proyecta un descenso del riesgo de morir por tumores malignos. Sin embargo, los cánceres de cuello de útero, mama, próstata y colón sugieren un incremento porcentual de sus tasas para el año 2006. (Cuadro N° 184)

Por otra parte, para las causas externas se proyectan incrementos porcentuales para todas ellas excepto para los suicidios donde se estima un descenso porcentual del 4.5% para la tasa de suicidios. En tanto que, las enfermedades circulatorias de mayor mortalidad



continúan reflejando incrementos porcentuales, según las proyecciones efectuadas para el 2006. (Cuadro N° 184)

**Cuadro N° 184. Defunciones Esperadas Y Tasas Estimadas De Algunas Patologías Y Grupos De Edad, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005 (tasas por 100,000 habitantes)**

Problema/Patología	Año				Diferencia Porcentual De Riesgo
	2003		Proyecciones 2006		
	Muertes	Tasas	Muertes	Tasas	
<b>Grupos de Edad</b>					
	13248	424.5	13814	420.7	<b>-0.9</b>
Muertes Neonatales*	499	8.1	554	7.9	<b>-2.5</b>
Muertes Post Neonatales*	499	7.1	404	5.8	<b>-18.3</b>
Menores de Un Año*	940	15.2	958	13.7	<b>-9.9</b>
1 - 4 años	345	126.7	314	114.1	<b>-9.9</b>
5 - 9 años	133	41.4	128	38.5	<b>-7.1</b>
10 - 14 años	104	34.1	103	33.0	<b>-3.2</b>
15 - 19 años	241	82.6	246	81.4	<b>-1.4</b>
20 - 59 años	3378	211.3	3450	202.7	<b>-4.1</b>
60 y Más	8046	3078.0	8537	2940.7	<b>-4.5</b>
<b>Tumores Malignos</b>	<b>2239</b>	<b>71.8</b>	<b>2018</b>	<b>61.4</b>	<b>-14.5</b>
Cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmón	209	6.7	224	6.8	1.5
Cáncer de Cuello de Útero	117	10.9	142	12.4	14.0
Cáncer de Próstata	281	26.0	312	27.1	4.2
Cáncer de Mama	123	11.5	138	12.1	5.0
Cáncer de Estómago	254	8.1	268	8.2	1.2
Cáncer de Colón	174	5.6	198	6.0	7.1
Cancer Laringe	25	0.8	26	0.8	0.0
Cáncer de Labio, Boca y Faringe	55	1.8	58	1.8	0.0
<b>Causas Externas</b>	<b>1492</b>	<b>47.9</b>	<b>1668</b>	<b>50.8</b>	<b>6.1</b>
Homicidios	356	11.4	420	12.8	12.3
Suicidios	195	6.3	198	6.0	<b>-4.5</b>
Accidentes de Tránsito	459	14.7	521	15.9	8.2
Otros Accidentes	482	15.5	529	16.1	3.9
<b>Algunas Enfermedades Circulatorias</b>					
Enf. Cerebro Vacular	1391	44.6	1567	47.7	7.0
Infarto Agudo del Miocardio	877	28.1	929	28.3	0.7
Otras Enf. Isquémicas del Corazón	403	12.9	405	12.3	<b>-4.7</b>
Hipertensión Arterial	199	6.4	210	6.4	0.0
Diabetes	784	25.2	926	28.2	11.9

\* Tasa por 1,000 nacidos vivos

Fuente: Contraloría General de la República; Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.  
Año: 2005

La estimación de casos de enfermedades no transmisibles sugiere un incremento porcentual de todas las tasas, excepto la Bronquitis crónica, asma y enfisema pulmonar y la diabetes con descensos porcentuales cercanos al 1%; aunque para la diabetes se proyecta un descenso de betes y el cáncer de cuello uterino. Se preevé que los casos de sospecha de violencia en hombres tendrán un incremento porcentual mayor que los casos en mujeres, para el año 2006. (Cuadro N° 185)

**Cuadro N° 185. Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades No Transmisibles Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005 (tasas por 100,000 habitantes)**

Enfermedades No Transmisibles	Año				Diferencia Porcentual De Riesgo
	2003		Proyecciones 2006		
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Hipertensión Arterial*	18538	594.0	21046	640.9	7.9
Bronquitis Crónica, Enfisema Pulmonar y Asma	244	7.8	253	7.7	-1.5
Diabetes*	3697	118.5	2463	75.0	-36.7
Cáncer de Cuello Uterino	683	63.9	721	63.1	-1.3
Cáncer de Pulmón/1	89	2.9	174	5.3	85.8
Cáncer de Próstata/1	600	56.8	924	80.3	41.3
Cáncer de Mama Femenina/1	433	41.4	502	43.9	6.2
Cáncer de Estómago/1	219	7.2	302	9.2	28.5
Cáncer de Colón y Recto/1	243	7.9	326	9.9	25.0
Intoxicación Por Plaguicida/1	460	15.0	684	20.8	38.6
Sospecha de Violencia	2371	76.0	3118	94.9	25.0
Sospecha de Violencia en Hombres	577	18.5	814	24.8	34.1
Sospecha de Violencia en Mujeres	1793	57.4	2320	70.6	23.0

\* casos atendidos en instalaciones del MINSA

/1 - año 2002

Para algunas de las enfermedades hidroalimentarias se estimaron los casos y tasas esperadas para el año 2006, siendo que únicamente la hepatitis infecciosa presentó un descenso porcentual del orden del 7.2%. Se proyectó, además, un incremento porcentual de las sífilis congénitas, de la enfermedad inflamatoria pélvica y del SIDA. (Cuadro N° 186).

**Cuadro N° 186. Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades Transmisibles, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005 (tasas por 100,000 habitantes)**

Enfermedad Transmisible	Año				Diferencia Porcentual De Riesgo
	2003		Proyecciones 2006		
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
<b>Hidroalimentarias</b>					
Diarreas	189314	6065.7	232321	7074.4	16.6
Amebiasis	5,639	180.7	7177	218.5	20.9
Hepatitis Infecciosa	345	11.1	295	9.0	<b>-7.2</b>
Intoxicaciones Alimentarias	1073	34.4	1871	57.0	65.7
Otras Salmonelosis	35	1.1	36	1.1	0.0
Shigelosis	61	1.9	77	2.3	21.1
Inf. Intestinales Mal Definidas	203	6.5	224	6.8	4.6
<b>Enfermedades de Transmisión Sexual</b>					
Todas las Sífilis	456	14.6	299	9.1	<b>-37.7</b>
Sífilis Congénita	12	0.4	24	0.7	75.0
Sífilis Precoz Latente	116	3.7	95	2.9	<b>-21.6</b>
Sífilis Precoz Sintomática	154	4.9	57	1.7	<b>-65.3</b>
Otras Sífilis y las No Especificadas	237	7.6	215	6.5	<b>-14.5</b>
Enf. Inflamatoria Pélvica	4741	151.9	6169	187.9	23.7
SIDA	656	21.0	927	28.2	34.3
<b>Otras Enfermedades Transmisibles</b>					
Varicela	8706	278.9	12773	389.0	39.5
Hepatitis B	336	10.8	260	7.9	<b>-26.8</b>
Influenza Epidémica	207331	6643.0	285148	8683.1	30.7
Meningitis Viral	152	4.9	534	16.3	232.7
Neumonía y Bronconeumonía	10788	345.7	16050	488.7	41.4
Neumonía y Bronconeumonía Menor de 1 año	2532	81.1	4144	126.2	55.6
Neumonía y Bronconeumonía 1-4 años	3301	105.8	6180	188.2	77.9

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.  
Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

Se proyecta un descenso porcentual del orden del 58.7% de la tasa de parotiditis para el año 2006 y un incremento de la de tos ferina y tétano adquirido. (Cuadro N° 187). En el caso de las enfermedades transmitidas por vectores las estimaciones sugieren un incremento del riesgo de enfermar por Chagas, Dengue, Hanta Virus, Leishmaniasis, Toxoplasmosis y Malaria. Llama la atención que se proyecta un riesgo de malaria por falciparum 1.6 veces mayor en el 2006 que en el 2003. (Cuadro N° 188)

**Cuadro N° 187. Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades Prevenibles Por Vacuna, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Enfermedades Prevenibles Por Vacuna	Año				Diferencia Porcentual De Riesgo
	2003		Proyecciones 2006		
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Parotiditis	205	6.6	89	2.7	-58.7
Rubéola	0	0.0	0	0.0	0.0
Tetáno Neonatal	0	0.0	0	0.0	0.0
Tetáno Adquirido	1	0.03	2	0.06	90.1
Tosferina	0	0.0	52	1.6	160.0

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.  
Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

**Cuadro N° 188. Casos Esperados Y Tasas Estimadas De Algunas Enfermedades Transmitidas Por Vectores, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005**  
(tasas por 100,000 habitantes)

Enfermedades Transmitidas Por Vectores	Año				Diferencia Porcentual De Riesgo
	2003		Proyecciones 2006		
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Enfermedad de Chagas	1	0.03	11	0.3	945.4
Dengue	310	9.9	1130	34.4	246.4
Hanta Virus	5	0.2	16	0.5	204.1
Leishmaniasis	1602	51.3	2487	75.7	47.5
Toxoplasmosis	618	19.8	939	28.6	44.4
Malaria	4500	144.2	6648	202.4	40.4
M. vivax	3873	124.1	5547	168.9	36.1
M. falciparum	627	20.1	1101	33.5	66.9

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud y Enfermedades. Año: 2004.  
Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

La proyección de algunas de las actividades de control de la salud ambiental sugiere un descenso de los predios inspeccionados que se reportan en la encuesta lavaria, así como de las inspecciones de saneamiento básico, a excepción de los establecimientos de interés sanitario. (Cuadro N° 189)

**Cuadro Nº 189. Algunas Actividades De Control De La Salud Ambiental, Proyectadas Al Año 2006 Según Modelo de Regresión Lineal. República De Panamá. Año: 2005**

Actividades	Año		Diferencia Porcentual
	2003	Proyecciones 2006	
	Actividad	Actividad	
<b>Detección de Casos de Malaria</b>			
Gota Gruesa	133694	143666	7.5
<b>Encuesta Larvaria</b>			
Pedios Inspeccionados	194539	169551	<b>-12.8</b>
Pedios Positivos	4017	4431	10.3
<b>Inspecciones Saneamiento Básico</b>	194209	163491	<b>-15.8</b>
Vivienda	121027	100924	<b>-16.6</b>
Expendio de Alimento	46378	30927	<b>-33.3</b>
Establecimientos de Interés Sanitario	26804	31640	18.0

Fuente: Departamentos de Salud Ambiental; Control de Vectores, de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 2005

## **IX. CONCLUSIONES**

El desarrollo social y económico del país, guarda estrecha relación con la persistencia de algunos daños a la salud y con los factores que condicionan y determinan el nivel de salud de la población panameña. Los aspectos ambientales son cada vez más, un factor que influye favorable o desfavorablemente, según sea el caso, en la salud de las personas. La evidencia científica ha demostrado que la vigilancia y control de riesgos inherentes a la contaminación del ambiente físico y social, de los alimentos, del agua y del aire, entre otros redundan en mejor nivel de salud de la población y del propio ambiente.

La estructura de la población continua en un proceso de cambio, gradual y progresivo. Dichos cambios se reflejan en el incremento de la población en edad productiva, de la población con 65 y más años y en la persistencia de las tendencias migratorias del campo hacia la ciudad. En el 2003, el 31.0% de la población tiene menos de 15 años, para una relación de dependencia con respecto a los mayores de 65 años de 57.9%. La estructura por grupos de edad de nuestro país, tiene rasgos que caracterizan a las poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer. Es por ello que cualquier proceso de renovación del Sistema Nacional de Salud, deberá considerar todos estos elementos, pues son estratégicos toda vez que cada uno de ellos plantea retos distintos y necesidad de abordarlos de manera particular.

Además, es prudente tener presente que los cambios de las variables demográficas se dan como efecto de las variaciones en el patrón epidemiológico en la segunda mitad del Siglo XX, así como de las transformaciones sociales, tanto en sus componentes de salud y educación, como de la comunicación, del desarrollo de tecnologías y de los cambios en los aspectos económicos de orden nacional e internacional.

Las proyecciones demográficas por provincia, también, muestran cambios en el ritmo de crecimiento y estructura por sexo; ello como consecuencia del proceso de transición demográfica. Se proyecta que la provincia de Panamá concentrará en el año 2015 más de la mitad de la población del país, debido al crecimiento natural y la atracción de población del

resto de las provincias y que, Bocas de Toro y Darién duplicarán la población que presentaban en 1990 para el 2015, debido a las altas tasas de fecundidad y la inmigración.

En otro orden de ideas, es claro que la iniquidad en la distribución de la riqueza es una de las características económicas más importantes del país, ello que hace que cerca del 40% de la población panameña sea pobre y, que de ellas la mitad se ubique en pobreza extrema. Esta situación, se refleja en la búsqueda social por una mejor calidad de vida por parte de la mayoría de los grupos que integran la Sociedad panameña, cada vez más insatisfechos. Vivimos en un país en el que no se resuelven las necesidades prioritarias para el desarrollo integral, sólo se atienden los aspectos básicos relativos a la sobrevivencia de los grupos humanos con mayor nivel de postergación.

Esta situación se refleja, de igual manera, en el Índice de Desarrollo Humano de Panamá, que no refleja variaciones importantes, más sin embargo ubica al país, con todas sus iniquidades internas, dentro del grupo de países considerados como de desarrollo humano mediano.

La sociedad panameña refleja en todos los ordenes los efectos que le produce una crisis de carácter global, la cual encuentra formas de expresión a través de patologías sociales como el aumento de las conductas violentas, problemas de adaptación social, aumento de las formas de expresión del estrés en la salud física y emocional de los individuos y los grupos sociales y el incremento de las muertes violentas.

Como resultado de todo lo anterior, encontramos que el hacinamiento en hogares y comunidades con espacios reducidos, poco ventilados, deficiente estructura sanitaria, y pocas o ninguna oferta cultural (espacios abiertos, parques, teatro, deportes) generan situaciones de agresividad, violencia y poca solidaridad; aislamiento y conductas de desadaptación social, tal es el caso del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, por ejemplo, desesperanza aprendida y pobre autoestima, que agravan la salud física, social, mental y emocional de la población. Los aspectos antes enunciados, son factores de riesgo que se asocian con las principales causas de muerte que afectan a los panameños y panameñas desde la década del 80 y que, por consiguiente generan deterioro de la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria.

La población indígena y los residentes de las provincias de Bocas del Toro y Darién presentan la más amplia brecha en sus indicadores demográficos y de desarrollo humano, concentrando la mayor iniquidad. Su expectativa de vida tiene un rezago de cerca de 25 años, al igual que la mortalidad infantil con respecto al promedio nacional. De igual forma concentran la mayor desigualdad de género y las tasas más elevadas desempleo o empleo informal.

Desde hace más de 10 años el desempleo se mantiene alrededor del 14% y el trabajo infantil se caracteriza por la sobrecarga laboral, la mala remuneración y por que es subpagado.

Por otro lado, el análisis de la situación de salud ha incorporado algunos indicadores que tratan de medir el nivel de salud de la población, sin embargo, en Panamá, al igual que en otros países del mundo, se toma como referencia la enfermedad y la muerte, pues continúa siendo un indicador útil para evaluar el estado de la salud de la población en su conjunto. En Panamá, la mortalidad refleja diferencias entre los diferentes espacios geográfico – poblacionales, entre los distintos grupos de población y nos ha permitido analizar el comportamiento y tendencias de los diferentes daños que inciden en la salud poblacional y ambiental.

Este análisis de la mortalidad, permite concluir que Panamá, se encuentra en una transición epidemiológica, con el consecuente cambio en el perfil de las enfermedades; mientras la mortalidad general por enfermedades infectocontagiosas tienden a disminuir, la mortalidad general por enfermedades crónicas y degenerativas aumentan progresiva y sostenidamente. Paralelamente, se presenta la emergencia y reemergencia de enfermedades como el Hanta Virus, SIDA, Dengue, Malaria y Tuberculosis, por mencionar algunas.

La tasa de mortalidad general desde el año 1980 se ha mantenido alrededor de 4.0 muertes por 100,000 habitantes. Entre las 5 principales causas de muerte, se han ubicado los Tumores Malignos, los Accidentes, Suicidios y Homicidios y Otras Violencias, las Enfermedades Cerebrovasculares, el Infarto Agudo del Miocardio y Ciertas Afecciones en el Menor de Un Año, las cuales se alternan las primeras posiciones desde la década del 80.



Siendo las Causas Externas y los Tumores Malignos las que tienen mayor impacto en la pérdida prematura de años de vida.

En tal sentido, los tumores malignos de cuello de útero, próstata, mama femenina, estómago, colón y tráquea, bronquios y pulmón presentan la mayor incidencia y mortalidad por cáncer; en tanto que los accidentes tienen el mayor peso proporcional dentro de las causas externas, seguido por los homicidios y suicidios.

A partir del año 80 la mortalidad en la población de 60 años y más comenzó a superar las tasas de mortalidad infantil, siendo la ampliación de la cobertura del programa, la existencia de redes más extensas de saneamiento ambiental e infraestructura básica el incremento de la cobertura del sistema educativo, algunos de los factores que han tenido mayor incidencia en el descenso de la mortalidad infantil. Las muertes, que ocurren en el primer año de vida, suelen ser motivadas en gran parte por factores como: nacimientos prematuros, complicaciones obstétricas, malformaciones congénitas, o por enfermedades de tipo infeccioso. Con una mayor prevalencia de muertes en el área rural, particularmente en las provincias de Bocas del Toro y Darién y las Comarcas Kuna Yala y Gnobé Bugle, donde se reporta la más alta mortalidad infantil.

El Dengue es una enfermedad reemergente en Panamá, las regiones de mayor riesgo acumulado para **Dengue** durante el período 1993-2003 son, en orden descendente, las de Panamá Oeste, Metropolitana, Los Santos, Herrera, San Miguelito y Chiriquí con un rango de sus tasas de incidencia entre 1909.2 y 359.8 casos por 100,000 habitantes. Las Regiones de Darién, Kuna Yala, Veraguas y Ngobe Bugle no reportaron casos de Dengue. La Región Ngobe Bugle no reporta casos desde hace 3 años (2001 - 2003). El sistema de vigilancia de febriles, presenta serias debilidades pues el porcentaje de resultados indeterminados para las muestras sanguíneas supera el 50%.

La Malaria enfermedad endémica en algunas regiones de nuestro país, presentó un repunte en el año 1998. En el 2003, sus cifras alcanzan valores semejantes a los del año 1964 (144 y 150 casos por 100,000 habitantes, respectivamente); con una tasa de incidencia 7.6 veces mayor que la de 10 años atrás; siendo tasa de incidencia más alta

registrada al menos en los últimos 14 años. Durante el periodo 95 - 98, la proporción de casos de malaria por *plasmodium falciparum* se incrementó de 2.5% a 11.9%. En el 2003 fue de 14% con respecto al total de casos, situación que incrementa, el riesgo de muerte por esta causa.

La Tuberculosis Pulmonar se ha incrementado y es la afección oportunista más frecuente asociada con el SIDA. El SIDA, han sufrido un aumento progresivo, abrupto y significativo a partir del año 1992 con una concentración de casos en las provincias de Colón, Panamá y San Miguelito. Se presentó un predominio de casos en población heterosexual y una letalidad elevada.

Desde los años 70, la Viruela ha sido erradicada no sólo de nuestro país, sino del Mundo. Y desde 1972 se erradicó la Poliomielitis, al igual que la Difteria, en Panamá. Los últimos 14 casos de Sarampión fueron reportados en el año 1995 y en el 2003 no se registraron casos de rubéola y desde el 2000 no se reportan casos de rubéola congénita..Persisten casos de sífilis congénita en algunas regiones del país y brotes epidémicos de periódicas de parotiditis y tosferina; esta última principalmente en la Comarca Gnobe Buglé y Panamá Oeste. La cobertura de vacunación ha presentado un comportamiento descendente, aunque aún reporta coberturas nacionales aceptables, con áreas desprotegidas en algunos distritos del país.

El Ministerio de Salud tienen por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar servicios que sean adecuados para el logro de este objetivo ejerce el rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública ambiental. Así como de regulación, control y vigilancia de farmacias y drogas. Además, oferta servicios de salud a toda la población panameña, enfatizado las acciones de provisión de servicios en la población que no esta protegida por la seguridad social. Para este fin, se configura como la entidad planificadora, evaluadora de todas las actividades que se realicen en el sector, destinadas al cuidado de la salud. Para desarrollar sus funciones de financiación, regulación y provisión, el Ministerio de Salud se estructura de forma desconcentrada y, a nivel territorial, se organiza en 14 regiones sanitarias y distritos/corregimientos sanitarios.

La población protegida por la seguridad social alcanzó en el 2003 cerca del 60.0% de la población total y se estima que por cada jubilado o pensionado hay 5 trabajadores solidarios con él, y que por cada cotizante activo hay un promedio de tres dependientes o beneficiarios. La Caja de Seguro Social provee servicios de atención directa a la población derechohabiente, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte.

La atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores organizados en redes según nivel de atención con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Los establecimientos de la red de atención pública hospitalaria se clasifican de acuerdo a la complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del proceso asistencial, en hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención. También se clasifican en establecimientos para la atención de enfermos agudos y crónicos.

Tanto la Caja de Seguro Social como el Ministerio de Salud vienen desempeñándose como entes financiadores de los servicios de salud. El recurso financiero que permite la gestión sanitaria tiene como fuentes de financiamiento los recursos del gobierno central que se obtienen vía la recaudación de impuestos. De igual forma los usuarios del sistema, aportan mediante cuotas de copago que retornan vía cuentas bancarias específicas a las instalaciones de salud donde los recursos fueron generados. Este copago no considera los costos reales en que se incurre al momento de la atención sanitaria y esta condicionado a la posibilidad de pago de cada uno de los individuos y familias que demanda atención de salud.

En algunas de las regiones sanitarias existe la coordinación funcional entre la CSS y el MINSA, y se han establecido convenios entre la CSS y algunos hospitales nacionales, tal es el caso del Hospital del Niño y el Instituto Oncológico. La CSS no presta atención a pacientes que no son beneficiarios. Sin embargo, en los establecimientos del MINSA el acceso no tiene restricciones.

Desde 1998 se ha introducido un nuevo modelo de gestión en el Hospital San Miguel Arcángel, institución pública, integrada (CSS-MINSA), cuyo financiamiento se provee desde CONSALUD, con aportes financieros por parte de la CSS y del MINSA, y que funciona con

base a un contrato programa, el cual establece costos por servicio prestado y un mecanismo solidario de copago que se fundamenta, para la población no asegurada en su capacidad económica. La CSS cubre el 100% de los costos de la población asegurada que fue atendida en dicha instalación.

Otra fuente de financiamiento tiene que ver con el pago de servicios prestados en el campo de la salud pública, estos ingresan a Ministerio de Salud Central o a la Unidad Ejecutora correspondiente, para ser utilizados en acciones específicas, que fueron a su vez la fuente de autogestión.

En cuanto al financiamiento de la seguridad social, el mismo es provisto mediante el pago de cuotas obrero patronales.

La actual administración plantea la modernización y reforma del sistema de salud y propugna la creación de un sistema único para la prestación de servicios y las consiguientes modificaciones funcionales a la estructura organizativa del Ministerio de Salud. Hoy día, el sistema de salud se ve afectada por la débil articulación de su red de servicios, pese a la existencia de una organización por niveles de atención y complejidad. De igual forma, persiste la duplicidad de funciones MINSA-CSS. Múltiples actores gestionan y prestan servicio de salud a la población, entre ellos el sector público, el privado y la comunidad y organizaciones no gubernamentales.

La complejidad de los procesos de atención y los cambios del perfil epidemiológico contribuyen al incremento progresivo de los costos en los servicios de salud. A lo que se suma la ineficiencia e ineffectividad de sistema.

A todo esto se adiciona, una práctica gerencial que continúa siendo centralizada, tradicional y carente de estímulos y recompensas hacia los trabajadores de la salud con la consiguiente insatisfacción y desmotivación de las personas de la organización.

No se cuenta con un plan de inversiones orientado al mantenimiento preventivo de las instalaciones de salud, por tanto independientemente de cuanto se invierta para mejorar la

red de servicios, continua el deterioro de las instalaciones y servicios lo que limita su capacidad de respuesta y su calidad.

## **X. CONSIDERACIONES**

El Análisis de Situación de Salud da evidencia de un conjunto de problemas de salud, poblacional y ambiental; así como de la gestión sanitaria, que plantean la necesidad de desarrollar políticas, estrategias y líneas de acción, en por lo menos, los siguientes campos y aspectos:

### **Promoción de la Salud y Provisión de Servicios**

1. Promover la salud y el bienestar físico, mental y social de la población panameña, en el marco de sus derechos y deberes constitucionales; así como con la integración de todas las personas residentes en el territorio nacional.
2. Promover a través de los medios de comunicación, las ONG'S, instituciones públicas y privadas y universidades, conductas, hábitos, valores y actitudes tendientes a lograr comportamientos y estilos de vida saludable.
3. Fortalecer la participación interinstitucional, intersectorial y comunitaria como estrategia para el control de riesgos y daños a la salud pública, en sus componentes ambiental y poblacional.
4. Desarrollar programas sostenidos de educación en salud, en el marco de las responsabilidades y derechos ciudadanos, de la familia y de la comunidad en materia de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva.
5. Priorizar las acciones sanitarias para la prevención y control de riesgos y daños, ocasionados por el surgimiento o resurgimiento de enfermedades transmisibles, focalizando las intervenciones hacia la más desprotegida y/o en mayor riesgo.
6. Fortalecer la ejecución de programas o proyectos dirigidos a intervenir sobre los riesgos que inciden en problemas prioritarios que son causa de enfermedad y muerte en la población, tales como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, la violencia intrafamiliar, la obesidad, la hipertensión y la diabetes, entre otras.
7. Mejorar y fortalecer la salud de los trabajadores prestando especial atención a los problemas y factores de riesgo de la salud laboral.

### **Desarrollo de los Recursos Humanos y de la Investigación en Salud**

1. Desarrollar políticas de investigación en las áreas de las ciencias de la salud y sociales; así como la investigación relacionada con la eficiencia, eficacia, equidad, costos y calidad de la gestión sanitaria.
2. Promover políticas orientadas al desarrollo de las personas de la organización, en los campos de la capacitación, formación, planificación, certificación y recertificación de profesionales y técnicos de salud, y gestión administrativa, por mencionar algunos, vinculando a las entidades formadoras, empleadoras, gremios y usuarios del sistema.
3. Consolidar la investigación epidemiológica como generadora de conocimiento, para la toma de decisiones oportunas, que permitan el control de las enfermedades y riesgos que más afectan la salud de panameñas y panameños.

### **Gestión Sanitaria**

1. Reforzar la Gestión Sanitaria, en el campo de la Salud Pública y de la Provisión de Servicios, con el desarrollo de estrategias que permitan hacer más efectiva la utilización de los recursos del Sistema y lograr mejor impacto de las acciones de salud.
2. Desarrollar estrategias para el logro de mecanismos de financiación de los servicios de salud tendientes a disminuir la inequidad.
3. Promover una cultura de evaluación de políticas, planes, programas y proyectos de salud, en los campos poblacional, ambiental y de la gestión sanitaria.

### **Regulación, Control y Vigilancia de la Salud Pública**

1. Desarrollar y actualizar normas, disposiciones legales, protocolos y procedimientos técnicos que sirvan de marco regulatorio en materia de salud pública poblacional y ambiental; así como de la provisión de servicios.
2. Vigilar el efectivo cumplimiento de las regulaciones sanitarias vigentes.
3. Fortalecer el Sistema de Información en todos sus componentes y en particular en los de Vigilancia Epidemiológica y de Salud Pública, como soporte a la evaluación y a la toma de decisiones.
4. Normalizar y acreditar instalaciones y servicios de salud.
5. Fortalecer la vigilancia epidemiológica particularmente de las enfermedades víricas, mediante el incremento de la capacidad resolutoria de la red de laboratorios.

### **Políticas Públicas de Salud**

1. Fortalecer la estrategia de atención primaria y mejorar las coberturas de los programas de salud integral en las poblaciones pobres de extrema pobreza
2. Diseñar políticas, estrategias y mecanismos que incorporen al sector informal a un seguro de prevención y atención de salud integral del trabajador.
3. Coordinar con las autoridades ambientales y todos los sectores públicos y privados del país, la definición de estrategias y acciones tendientes a mejorar la salud del ambiente natural y artificial, toda vez que el deterioro del ambiente incide negativamente en la salud del ser humano.
4. Formación, formulación, ejecución y evaluación de una política de información en salud, que considere el diseño y la estandarización de indicadores y normas para los subsistemas de vigilancia, estadística sanitaria general y específica y de gestión de servicios de salud.
5. Promover el desarrollo de una política de mejoramiento continuo de la calidad del Sistema Nacional de Salud, centrada en la satisfacción del usuario.
6. Desarrollar una política de evaluación de tecnología, en particular sobre medicamentos.
7. Focalizar las inversiones en:
  - a) Desarrollar y modernizar la red de servicios
    - En el primer nivel de atención para mejorar su cobertura, elevar su capacidad resolutive y fortalecer los programas de salud integral a nivel individual, familiar, comunitario y ambiental; así como de los trabajadores.
    - En el segundo y tercer nivel de atención para mejorar la eficiencia, calidad y la autonomía de la gestión.
    - Desarrollar los servicios de emergencia médica y traslado de pacientes, atendiendo a criterios de efectividad, eficiencia, oportunidad y calidad.
  - b) Fortalecer la estrategia de atención primaria en las zonas geográfico - poblacionales de mayor pobreza, con énfasis en:
    - Reforzar la atención integral a los grupos infantiles y escolares, así como a la madre.



- Diseñar, Implementar y/o Reforzar programas dirigidos al abandono del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Dar seguimiento al Programa Nacional de Nutrición de carácter interinstitucional en el marco de la atención integral de salud.
- Fomentar la participación y organización de la comunidad para la gestión sanitaria, la promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades.
- Vigilar y controlar los factores de riesgo a la salud relacionados con el medio ambiente, tales como: acceso y suministro de agua segura para el consumo humano, control de enfermedades transmitidas por vectores o contaminación, saneamiento básico y disposición de desechos sólido y peligrosos.

c) Fortalecer la capacidad institucional en función de desarrollar:

- La capacidad de vigilancia, regulación y conducción del sector
- La capacidad de financiación que asegure el acceso a la atención de salud integral de la población
- La desconcentración de funciones relacionadas con el ejercicio de la autoridad sanitaria
- La descentralización de la provisión de servicios promoviendo la autonomía de gestión
- La complementariedad de los recursos financieros de las instituciones del sector público.
- La coordinación entre instituciones públicas y privadas intra y extrasectoriales.

### En Síntesis

El comportamiento del perfil epidemiológico incrementa la necesidad de generar formas más efectivas para la gestión de los servicios de salud, así como de adecuar los modelos de atención, fomentar estilos de vida saludable y regular el consumo de productos donde la evidencia científica ha demostrado sin lugar a duda que contribuyen con la enfermedad y muerte, tal es el caso del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco de segunda mano.

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. **ARELLANO LENOX, CARLOS.** El Uso de las Armas Químicas en Panamá. Boletín La Ruta. Organó Informativo del Instituto del Canal, Universidad de Panamá. 1998
2. **AUTORIDAD NACIONAL DEL AMBIENTE, BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO.** Calidad Ambiental - Análisis de la Situación Actual. Estrategia Nacional del Ambiente. Panamá. Vol. 7:2, 1999.
3. **AUTORIDAD NACIONAL DEL AMBIENTE, BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO.** Isaías Chang Urriola. Descentralización y Ordenamiento Territorial Ambiental: nuevo paradigma para un viejo conflicto. Panamá. Junio, 2004.
4. **AUTORIDAD DE LA REGION INTEROCEANICA.** Aspectos Ambientales de la Reversión. Jornada Técnica. Panamá. 1997
5. **CACERES LORENZO.** La Lucha Antimalárica en Panamá. Proyecto Plagsalud. OMS/OPS-DANIDA. Panamá. 1999
6. **CAJA DE SEGURO SOCIAL.** Departamento de Salud Ocupacional. Datos Básicos en Salud de los Trabajadores. 1998
7. **CASTREJON, RAMIRO.** Evaluación de las Condiciones Ambientales de las Instalaciones Entregadas a la Fecha. En Bases Militares: Seguridad Ambiental y Desarrollo Nacional. ARI. Panamá. 1995.
8. **COMISION NACIONAL DE ESTUDIO Y PREVENCION DE LOS DELITOS RELACIONADOS CON DROGA.** Informe Anual. "Estudio de Prevalencia". 1998, 2000 y 2001.
9. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Demografía. Población, Migración, Asistencia Social y Educación. Serie "A". Estadística Panameña. Año 1961.
10. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación de la Población Panameña con Perspectiva de Género. Monografía. Agosto de 1999.
11. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social. Servicios de Salud. Estadística Panameña. 1996 -1997-1998.
12. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Industria. Año 2001
13. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Panamá en Cifras. Años: 60 - 2003
14. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Volumen III Defunciones. Estadística Panameña. Año 2003
15. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Volumen II Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Estadística Panameña. Año 2003
16. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Volumen II Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Estadística Panameña. Años: 60-2003
17. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Proyección de la Población Total del País por Sexo, Según Grupos de Edad: Años 1990-2025. Estadística Panameña. Censo 2000.

18. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°562. 1974
19. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°903. 1983
20. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°944. 1984
21. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°1. 1987
22. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°8. 1992
23. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social. Estadísticas del Trabajo. Encuesta Continua de Hogares. Estadística Panameña. Años: 1993 - 2003
24. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social: Seguridad Social. Panamá. Año: 2002
25. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social. Estadísticas del Trabajo. Volumen II. Empleo: Sector Público y Privado. Estadística Panameña. 2001
26. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Comentarios sobre el Índice de Precios al por Mayor en la República: Septiembre de 2004.
27. **DAMES & MOORE.** Plan de Desarrollo Urbano de las Areas Metropolitanas del Pacífico y del Atlántico. Documento Técnico N°1. Panamá. 1997.
28. **DIAZ, MERIDA.** Programa Estratégico de Seguridad, Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente. Noviembre 1999.
29. **DIAZ, MERIDA FRANCISCO; LAMOTH, LEONARDO.** Características Ocupacionales y Ambientales de los Plaguicidas en Panamá. Proyecto Plagsalud. Panamá. 1998.
30. **DUQUE, H. VASCO.** Monitoreo de la Calidad del Aire en Panamá. Instituto Especializado de Análisis. Universidad de Panamá. Panamá. 1998
31. **EIJKEMANS, GERRY; DIAZ M, FRANCISCO.** Panorama de la Salud de los Trabajadores en Panamá. Ministerio de Trabajo y Bienestar Social. Instituto Panameño de Estudios Laborales. Serie Estudios Panamá. 1996, p.31
32. **FERNANDEZ, B.** Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología: Un Reto Democrático. Universidad de Panamá. Cuadernos Nacionales, N°6, IDEM. Panamá. 1991
33. **FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA; MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Materno Infantil. Encuesta Nacional de Indicadores Múltiples. 1996.
34. **GORDON, ISRAEL; QUINTERO, CESAR.** Definición de la Realidad Nacional de Acuerdo al Índice de Desarrollo Humano. Proyecto ODA-CIESS. Panamá. Marzo de 1998.
35. **MAGE, DAVID; ZALI OLIVER.** Contaminación Atmosférica Causada por Vehículos Automotores: Consecuencias Sanitarias para Combatirlas. OMS/OPS. México. 237 pág.
36. **MINISTERIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO.** Dirección de Salud Animal. Boletín Epidemiológico Anual. Notas del Departamento de Epidemiología. Notificaciones en 2003.

37. **MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.** Dirección de Políticas Sociales. Estudio de Nivel de Vida. Año:1997
38. **MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.** Dirección de Políticas Sociales. Costo Mensual de la Canasta Básica de Alimentos, para la Ciudad de Panamá. Año 2000 y Primer Semestre de 2001.
39. **MINISTERIO DE SALUD.** Condiciones Generales del Medio Ambiente de Trabajo. MINSAs. Panamá. 1997
40. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Memoria 1997. Agosto 1998
41. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Memoria 1998. 1999
42. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Boletines Estadísticos de las Regiones de Salud de Panamá. 1997
43. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos. Informe de Gestión 1994-1999. Agosto 1999
44. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. División de Epidemiología. Departamento de Investigaciones Epidemiológicas. Conducta de Algunas Zoonosis en la República de Panamá. Años: 1977-1995
45. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud. División de Salud y Atención a las Personas. Departamento de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental 1996-2000. Panamá.
46. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. División de Epidemiología. Departamento de Investigaciones Epidemiológicas. Propuesta del Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar. Diciembre de 1996.
47. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Nutrición. III Encuesta Nacional del Estado Nutricional de Menores de 5 años, embarazadas y adultos que se atienden en las instalaciones de salud. Panamá. 1995.
48. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud y Atención Integral a la Población. Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna. Análisis de Casuística del Año 1997. Panamá. 1998.
49. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Bucal. Salud Oral en los Sistemas Locales de Salud. 1995
50. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Síndrome Pulmonar Por Hantavirus En Panamá. Informe, 2004.
51. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Informe Situación De La Tuberculosis. Panamá. Año:2003
52. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Informe Situación Epidemiológica De La Malaria En Panamá. Año:2003
53. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Informe Situación Epidemiológica Del Dengue. Año: 1993 – 2004.
54. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Informe Sobre Enfermedades Transmitidas Por Alimentos. Periodo: 2002-2004

55. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Informe Sobre **ENCEFALITIS EQUINA.** Periodo: 2002-2004
56. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Situación Epidemiológica Del Sida En La República De Panamá. Años 1984-2003.
57. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Provisión de Servicios. Departamento de Nutrición. Informe Situación Alimentaria Nutricional. Panamá. Año: 2004
58. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Años: 1993 - 2003
59. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Vigilancia de Factores de Protectores y de Riesgo a la Salud y Enfermedad. Sistema de Vigilancia de las Intoxicaciones por Plaguicidas. Año 2004
60. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. Año: 2004
61. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. Informe Estadístico.2004
62. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Planificación de la Salud. Departamento de Formulación, Seguimiento y Evaluación de Planes, Programas y Proyectos de Salud. Plan Nacional de Salud. 1997
63. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Panfleto Desplegable Indicadores de Salud. 1998 a 2004.
64. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Situación de Salud de la Mujer Embarazada y de las Puérperas. 1999.
65. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Estadísticas de Salud. Año: 2003
66. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Sistema de Vigilancia de la Violencia Intrafamiliar. 2004
67. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Base de Datos de la Historia Clínica Perinatal. 1998
68. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Registro Nacional del Cáncer. 2000- 2001
69. **MINISTERIO DE SALUD.** Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Construir la Paz o Dejar la Violencia en Paz. Dilema o Realidad. Mortalidad por Causas Externas en Panamá. Años: 1980-1985. Enero de 1998.
70. **MINISTERIO DE SALUD.** Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Centro de Control de Enfermedades. Documento de Referencia. Conducta de Algunas Enfermedades Transmisibles de Alta Frecuencia en la República de Panamá. Años: 1988-1997 y su Proyección 2000-2005. Julio de 1998.

71. **MINISTERIO DE SALUD.** Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Síndrome pulmonar por Virus Hanta. Experiencia Panameña. 1999-2000. Panamá, Enero de 2001.
72. **MINISTERIO DE TRABAJO Y DESARROLLO LABORAL.** Departamento de Análisis de Productividad y Salarios. Mercado Laboral. Agosto 1999-1998.
73. **MINISTERIO DE VIVIENDA.** Dirección General de Planificación. El Déficit Habitacional en Panamá. Año: 2003
74. **MINISTERIO DE VIVIENDA.** Programas y Proyectos Realizados y en Ejecución. Año: 2003
75. **MINISTERIO DE VIVIENDA.** Dirección General de Planificación y Presupuesto. Plan Nacional de Viviendas 2000 - 2004.
76. **OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO.** Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC). Proyecto: Prevención y eliminación de las peores formas de trabajo infantil doméstico para América Central y República Dominicana. El Trabajo Infantil en Panamá. 2003
77. **ORGANIZACION DE LA NACIONES UNIDAS.** Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Población, Equidad y Transformación Productiva. Situación y Tendencias Demográficas. Santiago de Chile. Año: 1993.
78. **ORGANIZACION DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION.** Informe sobre la Situación de Alimentaria y Nutricional en Panamá. Año: 2003
79. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Programa de Salud Ambiental. Guía para el Desarrollo del Sector de Aseo Urbano en Latinoamérica y el Caribe. OPS, Washington, D.C. 1991.
80. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud en los Países de la Región. Mayo, 1999
81. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Salud en las Américas. Washington, D. C. Año: 2002
82. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Análisis de la Reforma del Sector Salud en Panamá. Junio 1999
83. **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.** Resumen Ejecutivo. Informe Nacional de Desarrollo Humano. De la Invisibilidad al Protagonismo. Panamá. 2004.
84. **PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO.** Resumen. Informe Sobre Desarrollo Humano. La Libertad Cultural en el Mundo Diverso de Hoy. Año: 2004

# **ANEXO N° 1:**

# **INSTALACIONES DE SALUD.**

# **REGIONES SANITARIAS**





### INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN DE COCLÉ. AÑO : 2003



Nota: Incluye las instalaciones que están funcionando.  
 Incluye C.S. con cama: Codesito y P.S. Platanal, Sardina y Calle Larga, R.Colón.  
 C.P: Ofelina Chiari de Nata y de Penonomé.  
 Fuente: D.A.S.T.S-Estadística de Salud. MINSA  
 Elaborado: D.A.S.T.S



## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN DE CHIRIQUÍ. AÑO : 2003



Nota : Incluye las instalaciones que están funcionando.

Incluye : Policlínica de Volcán, Nvo. Vedado de David, Básica de Dolega. El Centros de Pto. Armuelles. Puestos : Lajero de San Lorenzo y Llano Culebra de Tolé. Los Centros de Salud Gómez y la Estrella de Bugaba bajan a Sub-Centros.

El puesto de Guarumal de Alanje, pasa a ser Sub-Centro de Salud.

Fuente : D.A.S.T.S. - Sección de Estadísticas.-Minsa.

Elaborado por: D.A.S.T.S.- Sección de Seguimiento y Eval. de Proyectos. Minsa.



ESCALA GRÁFICA



## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD DE LA REGIÓN DE DARIÉN. AÑO : 2003



Escala Gráfica  
0 10 20 30 km

Nota : Incluye las instalaciones que están funcionando.  
Se incluye C. Salud con Cama de Garachiné y el Sub-Centro de Chepigana. Puestos : Tamarindo, Río Congo, Punta Alegre y Cannán.  
Nota : No están funcionando actualmente los siguientes puestos: Calle Larga, Río de Jesús de Garachiné, Buena Vista de Río Congo Arriba, Vista Alegre, El Salto, Lajas Blanca y Corozal de Cémaco.  
Fuente : D.A.S.T.S.- Estadísticas de Salud.- Minsa.  
Elaborado por : D.A.S.T.S.- Sección de Seguimientoy Eval. de Proyectos.



## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN DE HERRERA. AÑO : 2003



**INSTALACIONES :**

<span style="color: red;">H</span>	HOSPITAL REG. ESPECIALIZADO.....( 1 )
<span style="color: blue;">H</span>	HOSPITAL REG. GENERAL.....( 1 )
<span style="color: green;">H</span>	HOSPITAL DE AREA GENERAL.....( 1 )
<span style="color: magenta;">□</span>	POLICLINICA.....( 1 )
<span style="color: blue;">⊠</span>	CENTRO DE SALUD.....(15 )
<span style="color: green;">△</span>	SUB-CENTRO DE SALUD.....( 16 )
	<b>TOTAL.....( 39 )</b>

Incluye: C.A.P.S de Los Pozos, Ocu, Pese,  
 Santa María, C.P La Arena.  
 Fuente: D.A.S.T.S. Sección de Estadística MINSA  
 Elaborado: D.A.S.T.S

Escala Gráfica



## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD DE LA REGIÓN DE LA COMARCA KUNA YALA. AÑO : 2003



**INSTALACIONES :**

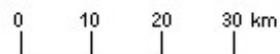
- H HOSPITAL DE AREA GENERAL.....( 2 )
- ⊕ CENTRO DE SALUD CON CAMA.....( 6 )
- △ SUB CENTRO DE SALUD.....( 6 )
- PUESTO DE SALUD.....( 6 )
- TOTAL.....( 20 )

Nota : Incluye las instalaciones que están funcionando.

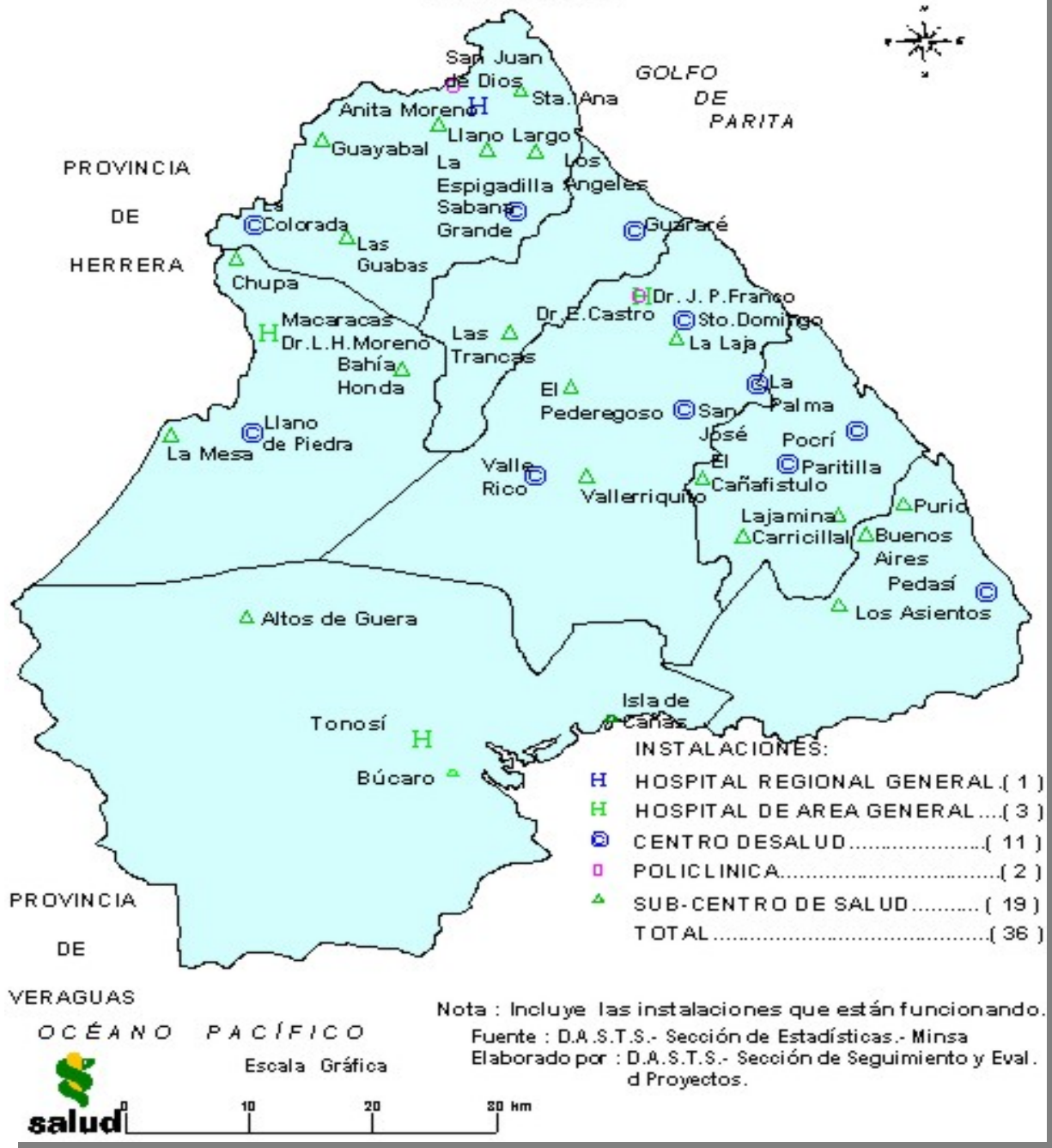
Fuente : D.A.S.T.S.- Sección de Estadística.- Minsa.

Elaborado por : D.A.S.T.S.- Sección de Seguimiento y Eval. de Proyectos.- Minsa.

Escala Gráfica



## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN DE LOS SANTOS. AÑO : 2003



## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN METROPOLITANA. AÑO : 2003



Nota : Incluye las instalaciones que están funcionando.  
 Se incluye : Inst.Nal. de Medicina Fis. de Rehab.

Centro de Promoción de 24 de Diciembre.  
 2 clínicas ( hipódromo y aeropuerto tocumen )  
 1 clínica del C.R.I.



Fuente: D.A.S.T.S. - Sección de Estadísticas. - Minsa.  
 Elaborado por : D.A.S.T.S.- Sección de Seguimiento y Eval.  
 de Proyectos.- Minsa.

Escala Gráfica





## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN DE LA COMARCA NGOBE BUGLE.

AÑO : 2003



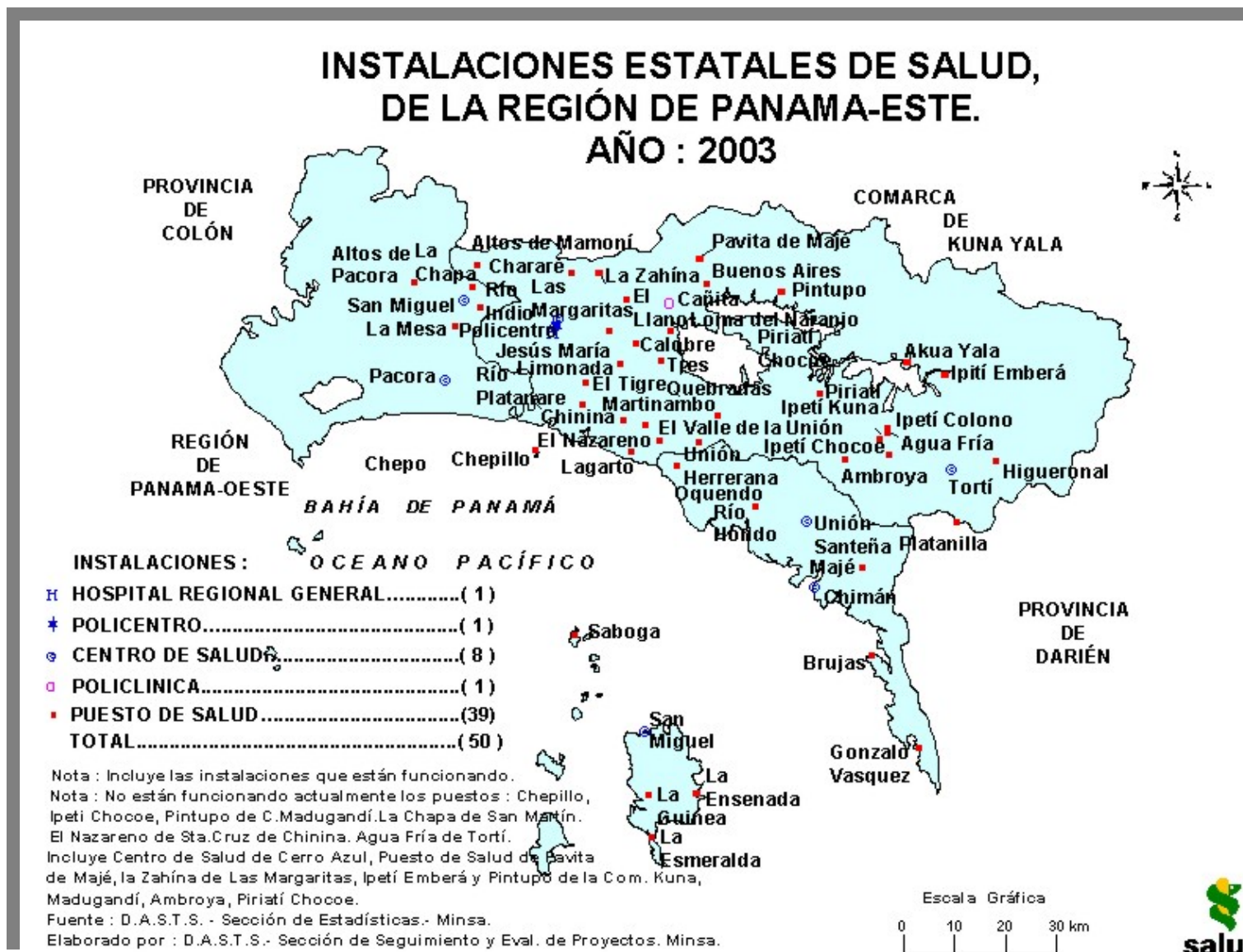
Nota : Incluye unicamente las instalaciones que están funcionando

Se incluye: Centro de Salud : Kuspín, Santa Catalina y Buenos Aires de Ñurun.

Fuente : D.A.S.T.S. - Sección de Estadísticas. - Minsa.

Elaborado por : D.A.S.T.S.- Sección de Seguimientoy Eval.de Proyectos.-Minsa





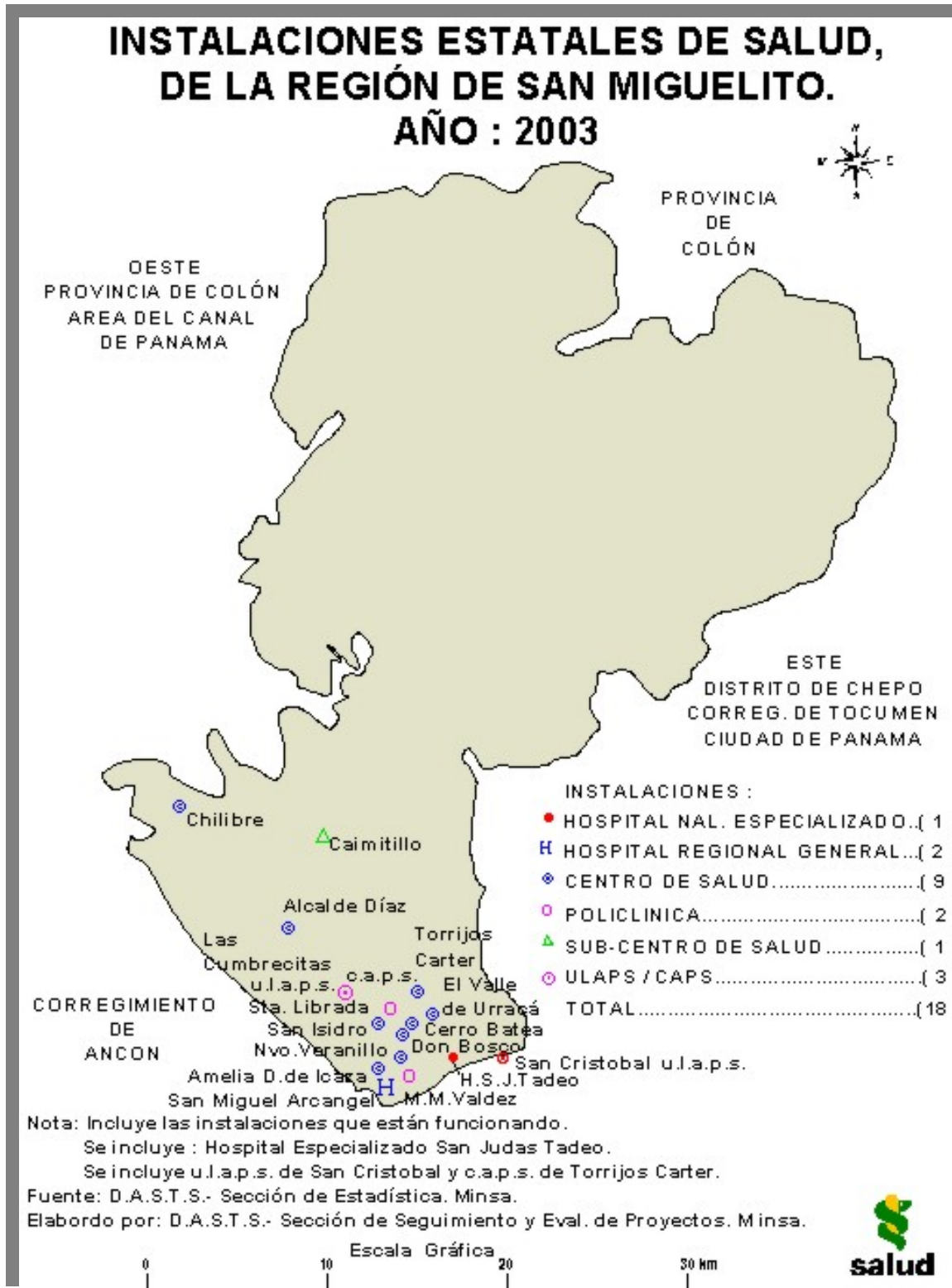
## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGION DE PANAMA-OESTE. AÑO : 2003



Nota : Incluye las instalaciones que están funcionando.  
 Incluye : Centro de Promoción de Villa Rosario, de Capira y Arraiján.  
 Nota : No están funcionando actualmente los Sub-Centros : Sajalices de Chame, El Espino y Las Uvas de San Carlos. Los Puestos : Arenas Blancas, Río Indio, La Humildad de Capira, Buenos Aires, El Espavé y Manglarito de Chame. El Jobo, Los Corozales Afuera y Playa Leona, de La Chorrera. El Copé, Guayabito, La Pita, Los Uanitos y Mata Ahogado de San Carlos. Huile Arraiján.

Fuente : D.A.S.T.S. - Sección de Estadística.- Minsa.  
 Elaborado por : D.A.S.T.S.- Sección de Seguimiento y Eval. de Proyectos. Minsa.





## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, DE LA REGIÓN DE VERAGUAS. AÑO : 2003



Nota : Incluye únicamente las instalaciones que están funcionando.

Se incluye: U.L.A.P.S. Dr. Ade León de Santiago y C.A.P.S. de Zapotillo, Las Palmas.

Se incluye: Centro de Promoción Canto del Llano.

Se incluye: Puestos de Cébaco y Gobernadora de Montijo, Calovébora, Río Concepción, Guabal, Río Veraguas, de Sta. Fé, Bajo Grande de Mariato, Pixvae de Las Palmas, Los Guarumos de Cañazas.

Fuente : Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas, Minsa.

Elaborado por : D.A.S.T.S. - Minsa.



## **ANEXO N° 2:**

# **PROYECCIONES**

**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las muertes por CUELLO DEL UTERO**  
**en el periodo 1989 - 2003**

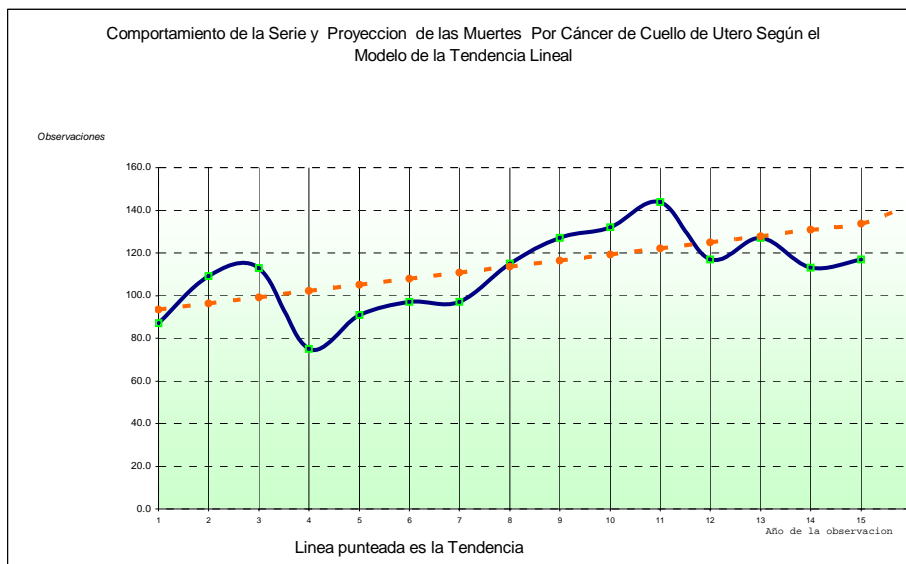
Año	Muertes	Año	Muertes
1989	87	1999	144
1990	109	2000	117
1991	113	2001	127
1992	75	2002	113
1993	91	2003	117
1994	97		
1995	97		
1996	115		
1997	127		
1998	132		

Proyección de casos al 2006= 

142
-----

  
 Coeficiente de regresión = 

2.86
------



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

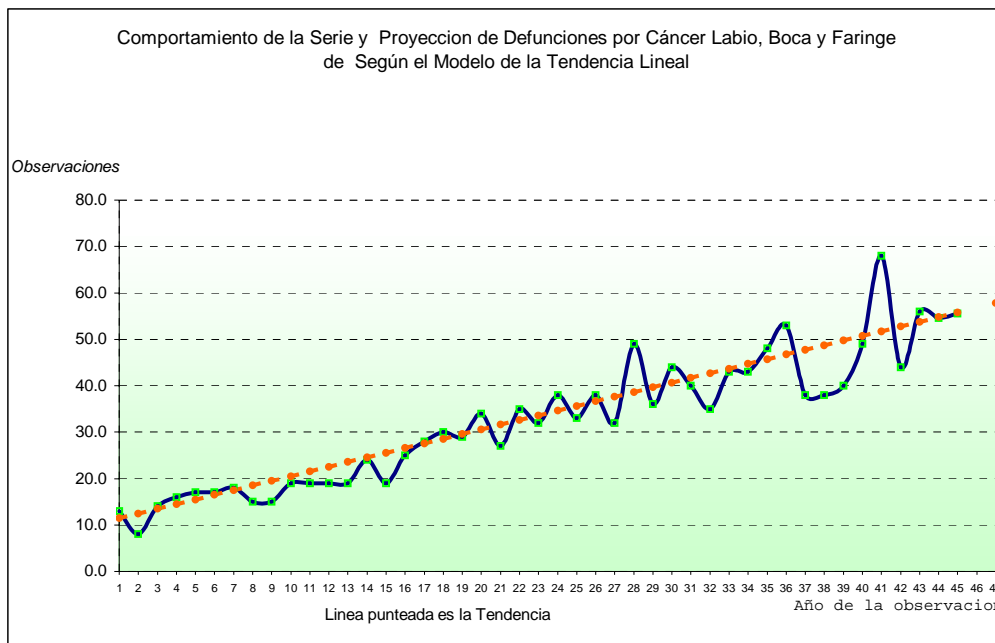
**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las muertes por TUMORES MALIGNOS de LABIOS, CAVIDAD BUCAL y FARINGE  
 en el periodo 1960 - 2004  
 y proyeccion para el año 2006**

Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes
1960	13	1970	19	1980	27	1990	40	2000	68
1961	8	1971	19	1981	35	1991	35	2001	44
1962	14	1972	19	1982	32	1992	43	2002	56
1963	16	1973	24	1983	38	1993	43	2003	55
1964	17	1974	19	1984	33	1994	48	2004	56
1965	17	1975	25	1985	38	1995	53		
1966	18	1976	28	1986	32	1996	38		
1967	15	1977	30	1987	49	1997	38		
1968	15	1978	29	1988	36	1998	40		
1969	19	1979	34	1989	44	1999	49		

Proyección de casos al 2006=  
 Coeficiente de regresion =

<b>58</b>
1.01



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

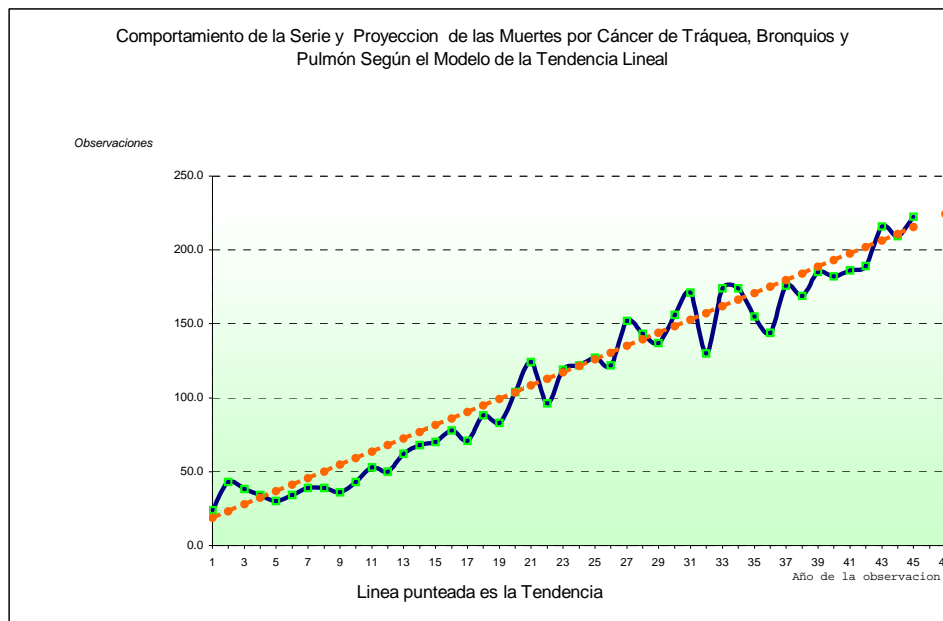


**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las muertes por T.M. TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON**  
**en el periodo 1960 - 2004**  
**y proyección para el año 2006**

Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes
1960	24	1970	53	1980	124	1990	171	2000	186
1961	43	1971	50	1981	96	1991	130	2001	189
1962	38	1972	62	1982	119	1992	174	2002	216
1963	34	1973	68	1983	122	1993	174	2003	209
1964	30	1974	70	1984	127	1994	155	2004	223
1965	34	1975	78	1985	122	1995	144		
1966	39	1976	71	1986	152	1996	176		
1967	39	1977	88	1987	143	1997	169		
1968	36	1978	83	1988	137	1998	185		
1969	43	1979	104	1989	156	1999	182		

Proyección de Muertes para 2006= **224**  
 Coeficiente de regresión = **4.47**



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las Muertes por TUMORES MALIGNOS**  
**en el periodo 1960 - 2004**  
**y proyección para el año 2006**

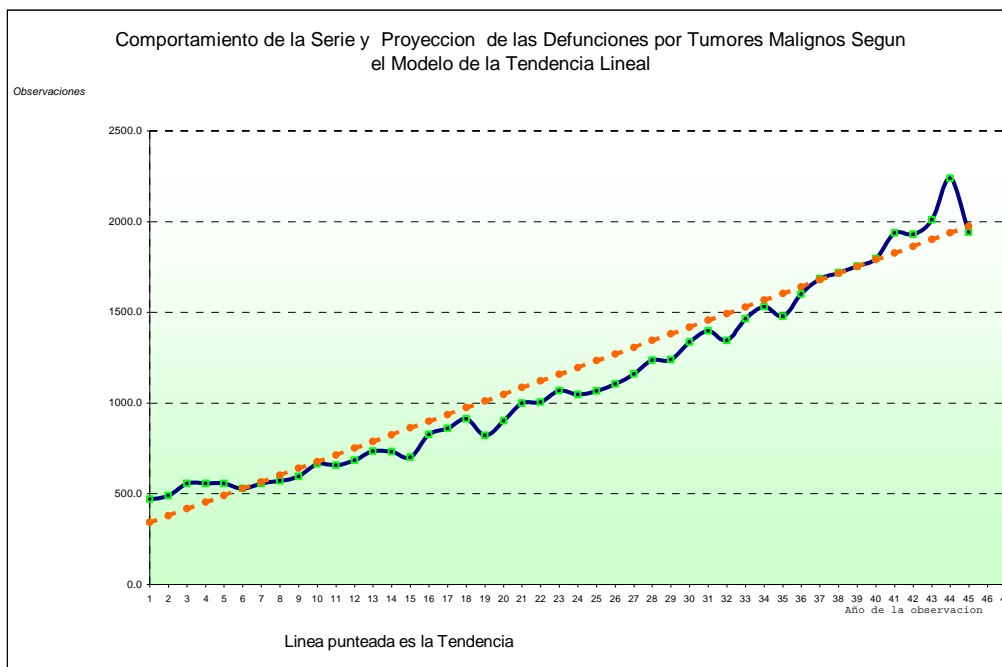
Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes	Año	Muertes
1960	470	1970	656	1980	1000	1990	1398	2000	1938
1961	489	1971	684	1981	1005	1991	1345	2001	1929
1962	556	1972	735	1982	1070	1992	1464	2002	2009
1963	557	1973	733	1983	1046	1993	1532	2003	2239
1964	557	1974	701	1984	1065	1994	1479	2004	1940
1965	529	1975	827	1985	1105	1995	1601		
1966	556	1976	859	1986	1161	1996	1685		
1967	572	1977	912	1987	1236	1997	1717		
1968	596	1978	821	1988	1239	1998	1755		
1969	664	1979	903	1989	1336	1999	1796		

Proyección de casos al 2006= 

2049
------

  
 Coeficiente de regresión = 

37.10
-------



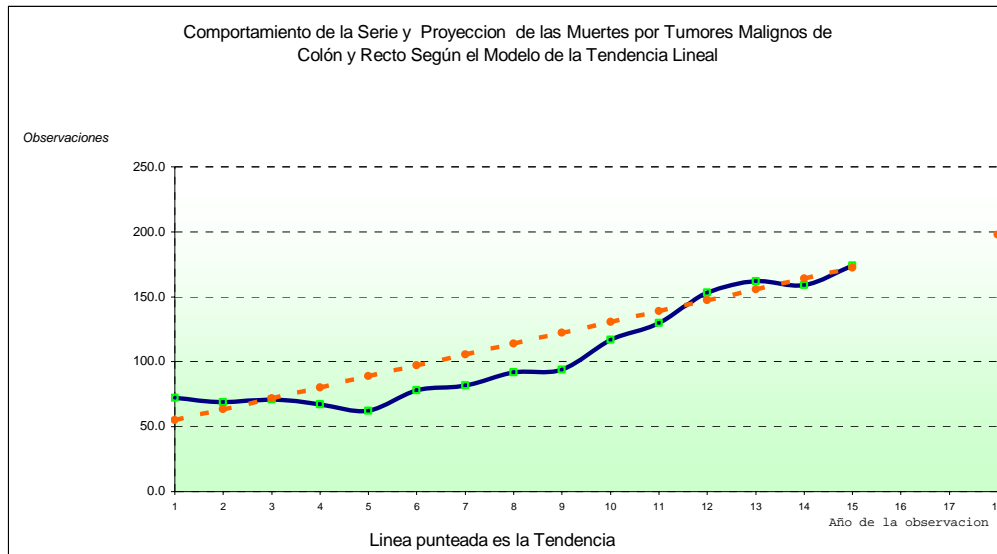
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las Muertes por Tumor Maligno de Colón y Recto  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Muertes	Año	Muertes
1989	72	1997	94
1990	69	1998	117
1991	71	1999	130
1992	67	2000	153
1993	62	2001	162
1994	78	2002	159
1995	82	2003	174
1996	92		

Proyección de Casos para 2006= **198**  
 Coeficiente de regresion = **8.38**

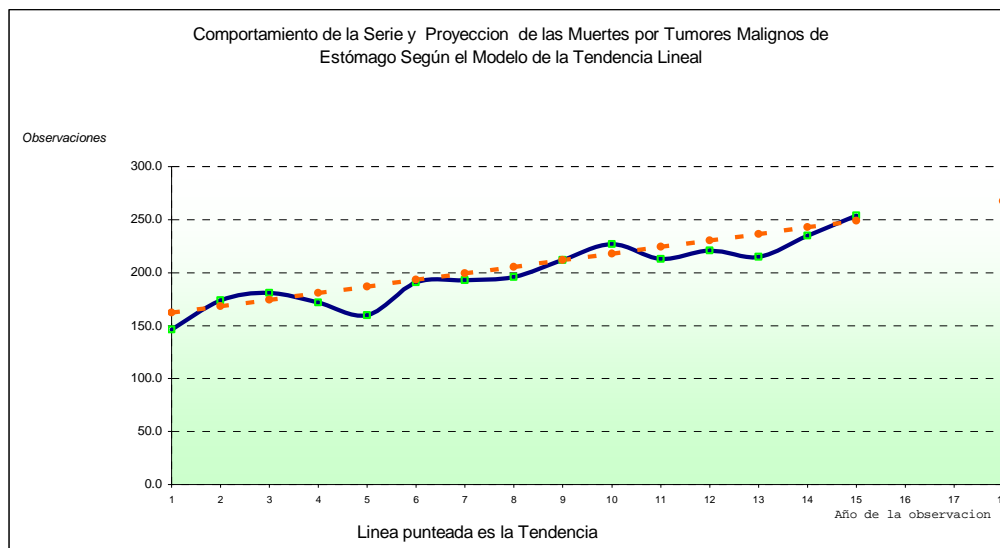


Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Tendencia de las Muertes por Tumor Maligno de Estómago  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Muertes	Año	Muertes
1989	146	1997	212
1990	174	1998	227
1991	181	1999	213
1992	172	2000	221
1993	160	2001	215
1994	191	2002	235
1995	193	2003	254
1996	196		

Proyección de Casos para 2006= **268**  
 Coeficiente de regresion = **6.21**



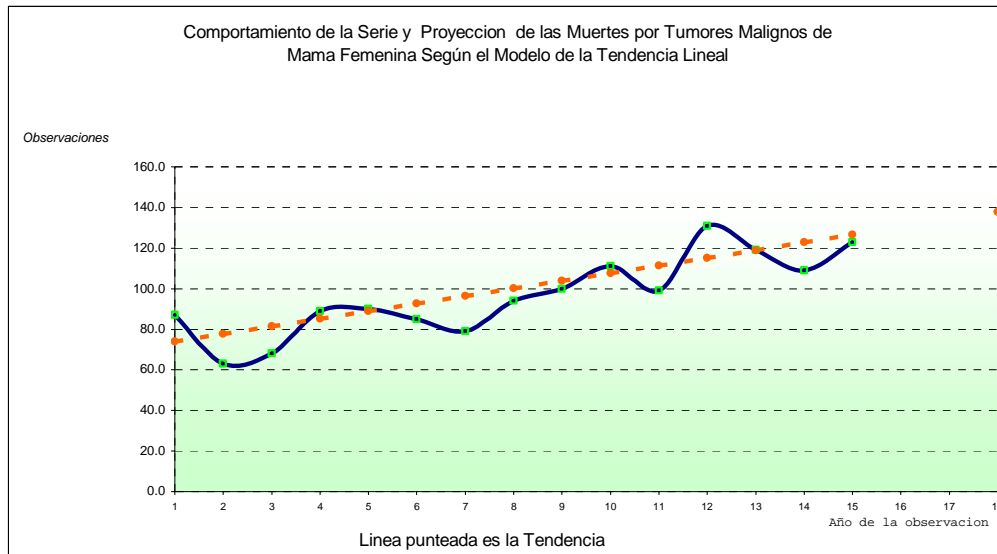
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las Muertes por Tumor Maligno de Mama Femenina  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Muertes	Año	Muertes
1989	87	1997	100
1990	63	1998	111
1991	68	1999	99
1992	89	2000	131
1993	90	2001	119
1994	85	2002	109
1995	79	2003	123
1996	94		

Proyección de Casos para 2006= **138**  
 Coeficiente de regresion = **3.75**



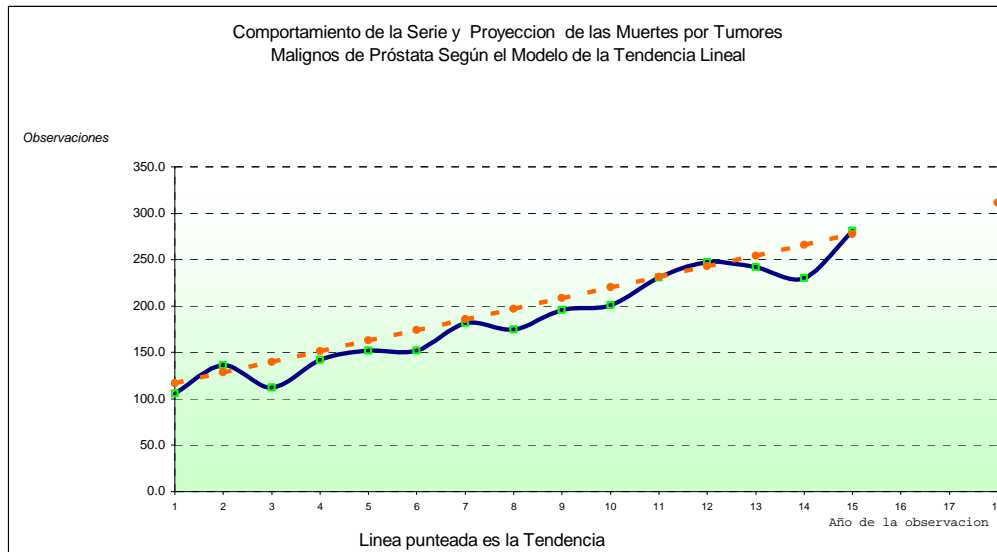
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de las Muertes por Tumor Maligno de Próstata  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Muertes	Año	Muertes
1989	106	1997	196
1990	136	1998	201
1991	112	1999	231
1992	142	2000	247
1993	152	2001	242
1994	152	2002	230
1995	182	2003	281
1996	175		

Proyección de Casos para 2006= **312**  
 Coeficiente de regresion = **11.46**



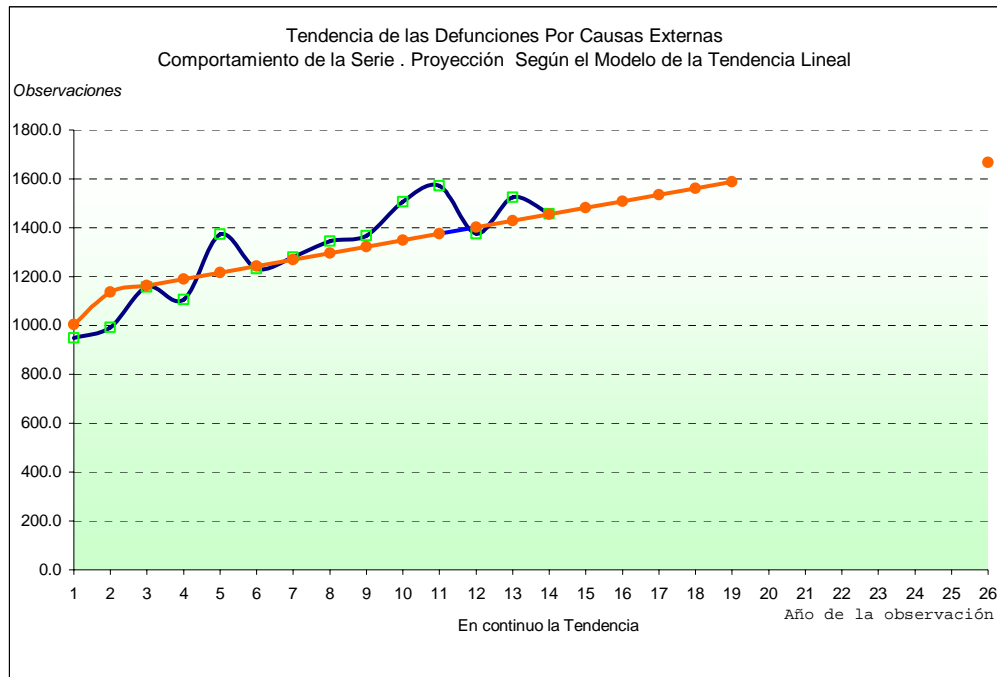
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones Por Causas Externas  
 en el periodo 1981 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1981	949	1993	1368
1982	901	1994	1506
1983	1011	1995	1571
1984	1049	1996	1375
1985	956	1997	1524
1986	991	1998	1458
1987	1157	1999	1430
1988	1107	2000	1337
1989	1373	2001	1348
1990	1232	2002	1434
1991	1279	2003	1492
1992	1345		

Proyección de Muertes al 2006 = **1668**  
 Coeficiente de regresión = **26.58**

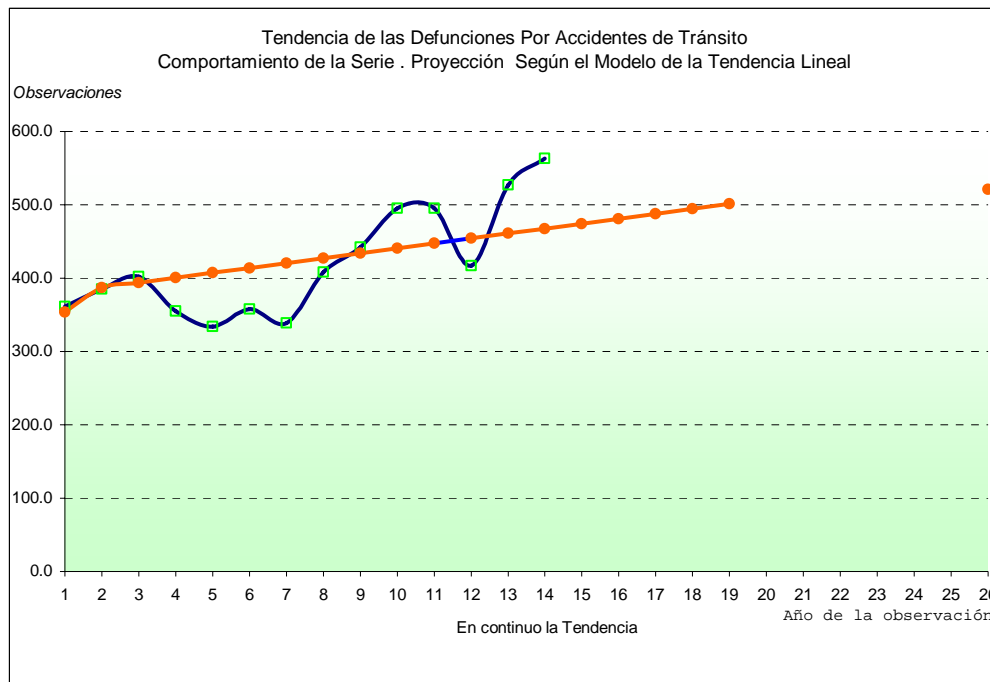


Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Tendencia de las Defunciones Por Accidentes de Tránsito  
 en el periodo 1981 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1981	361	1993	442
1982	397	1994	495
1983	368	1995	495
1984	357	1996	417
1985	362	1997	527
1986	385	1998	563
1987	402	1999	544
1988	355	2000	428
1989	334	2001	431
1990	358	2002	448
1991	339	2003	459
1992	408		

Proyección de Muertes al 2006 = **521**  
 Coeficiente de regresión = **6.72**



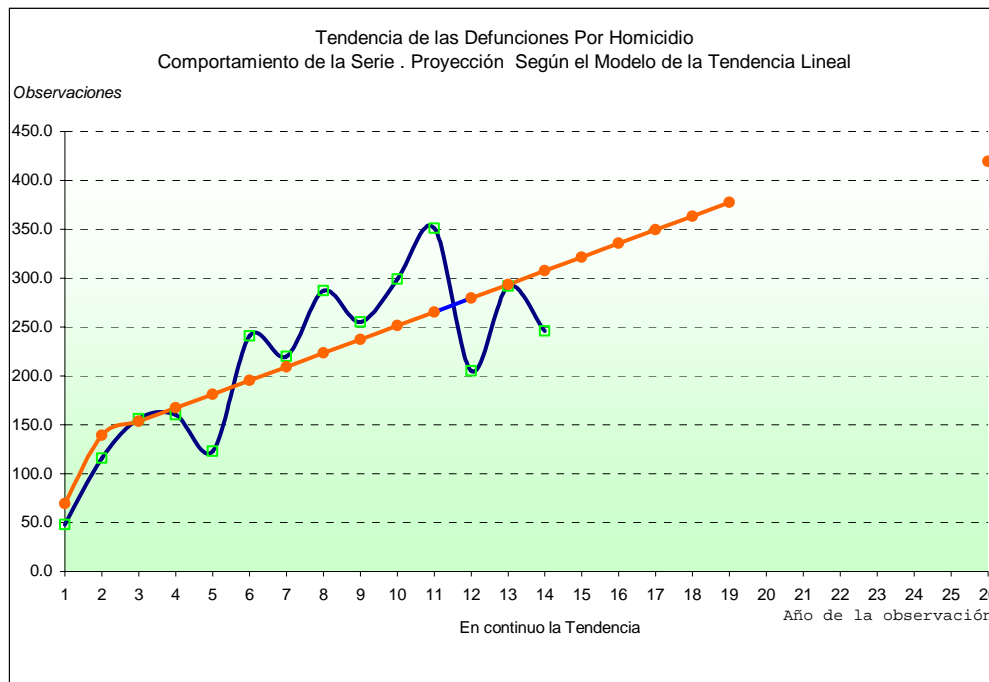
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud



Tendencia de las Defunciones Por Homicidio  
 en el periodo 1981 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1981	48	1993	255
1982	41	1994	299
1983	50	1995	351
1984	59	1996	205
1985	109	1997	292
1986	116	1998	246
1987	156	1999	243
1988	160	2000	286
1989	123	2001	308
1990	241	2002	365
1991	220	2003	356
1992	287		

Proyección de Muertes al 2006 = **420**  
 Coeficiente de regresión = **14.01**



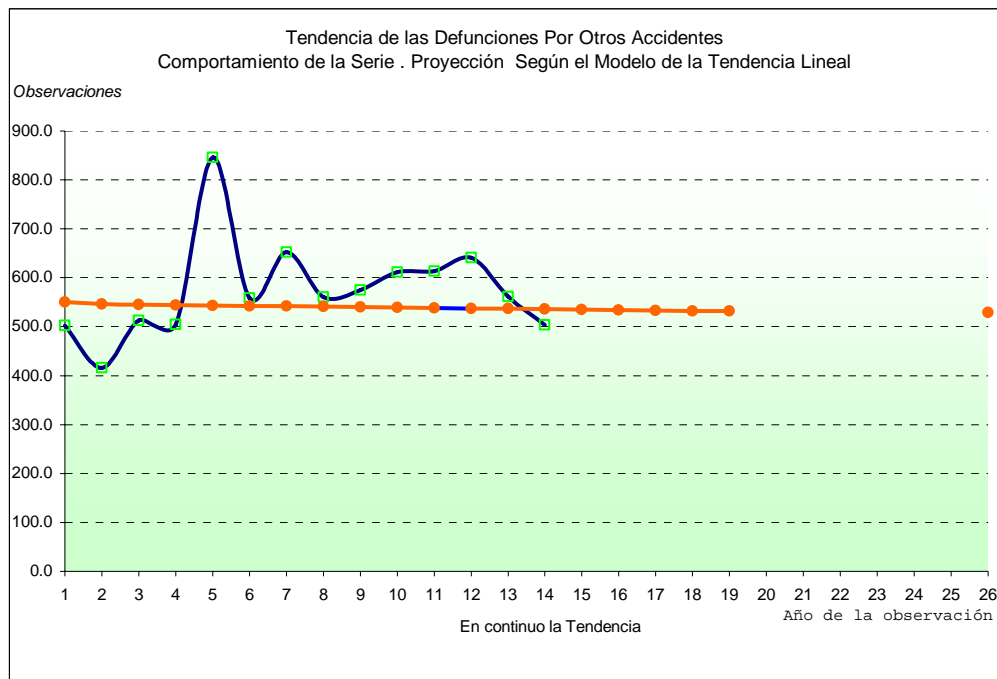
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones Por Otros Accidentes  
 en el periodo 1981 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1981	503	1993	575
1982	440	1994	612
1983	554	1995	614
1984	604	1996	641
1985	432	1997	562
1986	416	1998	504
1987	513	1999	500
1988	505	2000	479
1989	846	2001	447
1990	559	2002	461
1991	652	2003	482
1992	561		

Proyección de Muertes al 2006 = **529**  
 Coeficiente de regresión = **-0.85**



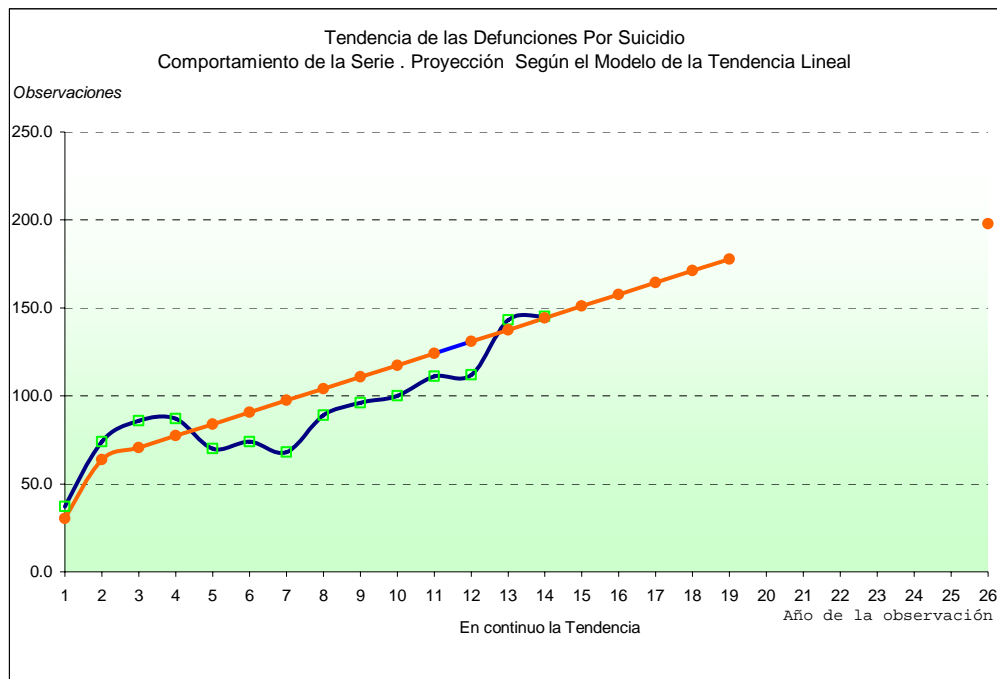
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones Por Suicidio  
 en el periodo 1981 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1981	37	1993	96
1982	23	1994	100
1983	39	1995	111
1984	29	1996	112
1985	53	1997	143
1986	74	1998	145
1987	86	1999	143
1988	87	2000	144
1989	70	2001	162
1990	74	2002	160
1991	68	2003	195
1992	89		

Proyección de Muertes al 2006 = **198**  
 Coeficiente de regresión = **6.70**



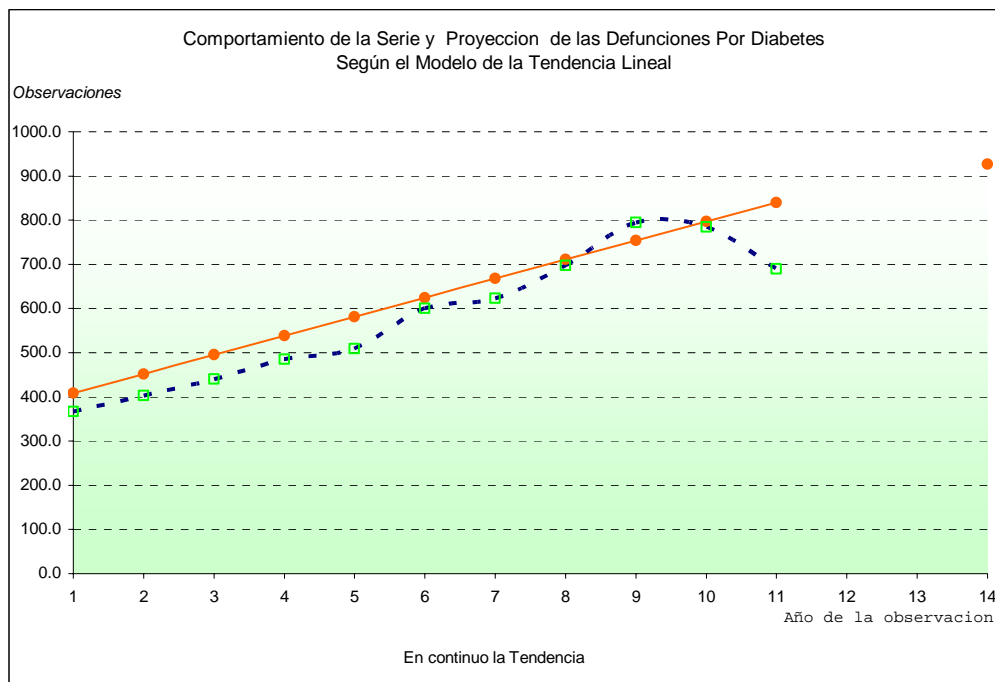
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas del Sector Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones Por Diabetes  
 en el periodo 1994 - 2004  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1994	367	14.2
2	1995	403	15.3
3	1996	440	16.4
4	1997	485	17.8
5	1998	509	18.4
6	1999	601	21.4
7	2000	623	21.8
8	2001	698	23.9
9	2002	795	26.8
10	2003	784	25.2
11	2004	690	21.8

Proyeccion para el año 2006 = **926** Coeficiente de Regresion= 43.13



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

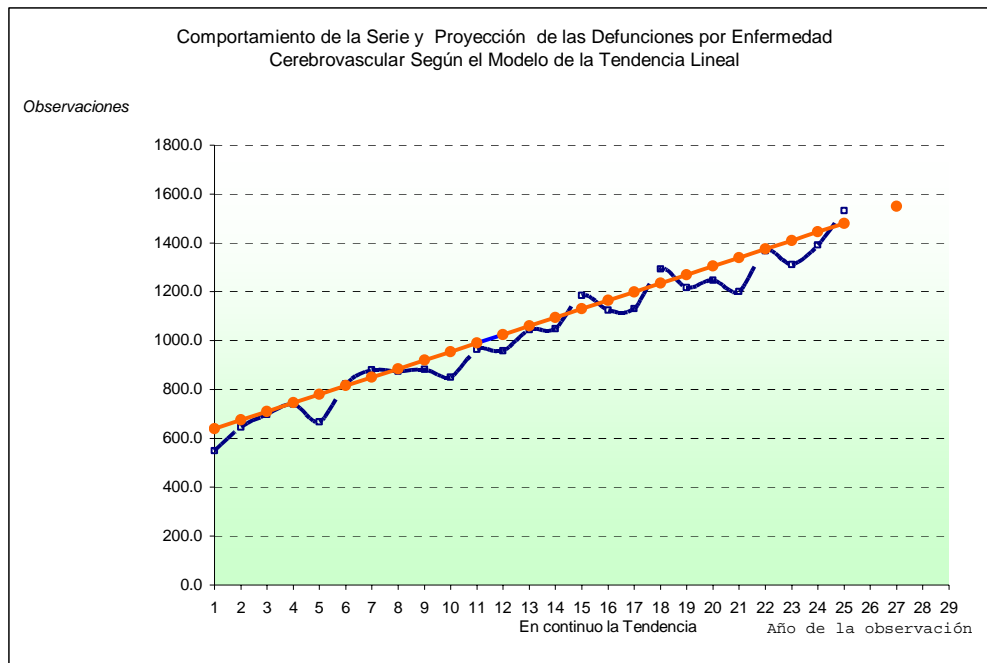
**Tendencia de las muertes por ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR  
 en el periodo 1980 - 2004  
 y proyección para el año 2006**

Año	Muertes
1980	550
1981	645
1982	697
1983	740
1984	668
1985	822
1986	880
1987	874
1988	881
1989	849
1990	964
1991	959
1992	1,045

Año	Muertes
1993	1,048
1994	1,185
1995	1,124
1996	1,131
1997	1,293
1998	1,216
1999	1,246
2000	1,201
2001	1,367
2002	1,310
2003	1,391
2004	1,532

Proyección de casos al 2006 =  
 Coeficiente de regresión =

<b>1549</b>
34.97



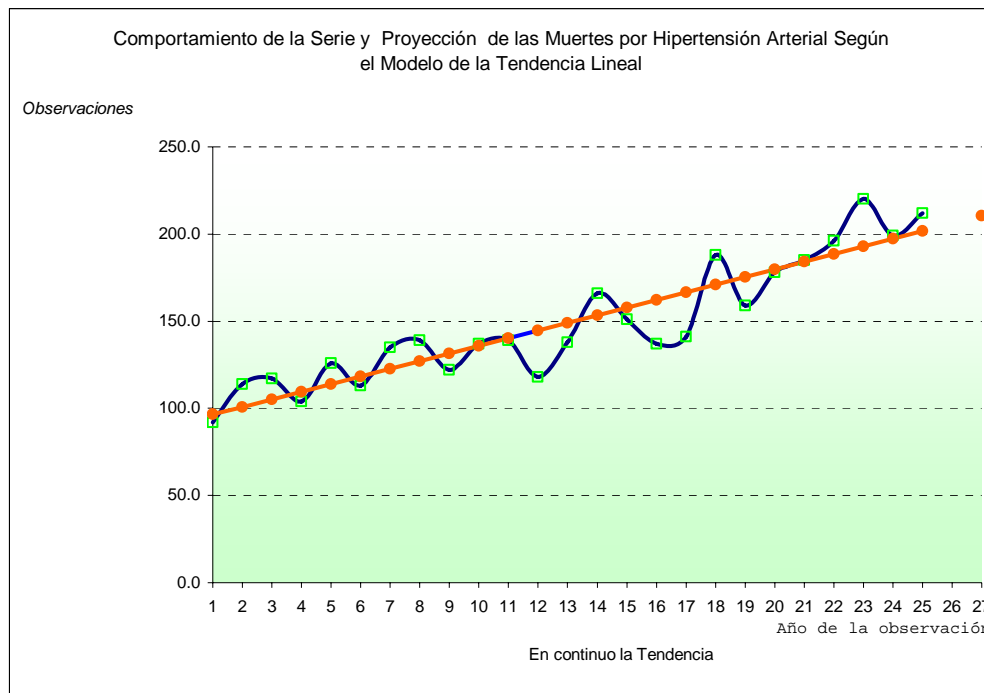
**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**  
**Tendencia de las muertes por HIPERTENSION ARTERIAL**  
**en el periodo 1980 - 2004**  
**PROYECCIONES AL AÑO 2006**

Año	Muertes
1980	92.0
1981	114.0
1982	117.0
1983	104.0
1984	126.0
1985	113.0
1986	135.0
1987	139.0
1988	122.0
1989	137.0
1990	139.0
1991	118.0

Año	Muertes
1992	138.0
1993	166.0
1994	151.0
1995	137.0
1996	141.0
1997	188.0
1998	159.0
1999	178.0
2000	185.0
2001	196.0
2002	220.0
2003	199.1
2004	211.8

Proyección de casos al 2006 =  
 Coeficiente de regresión =

210
4.38



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

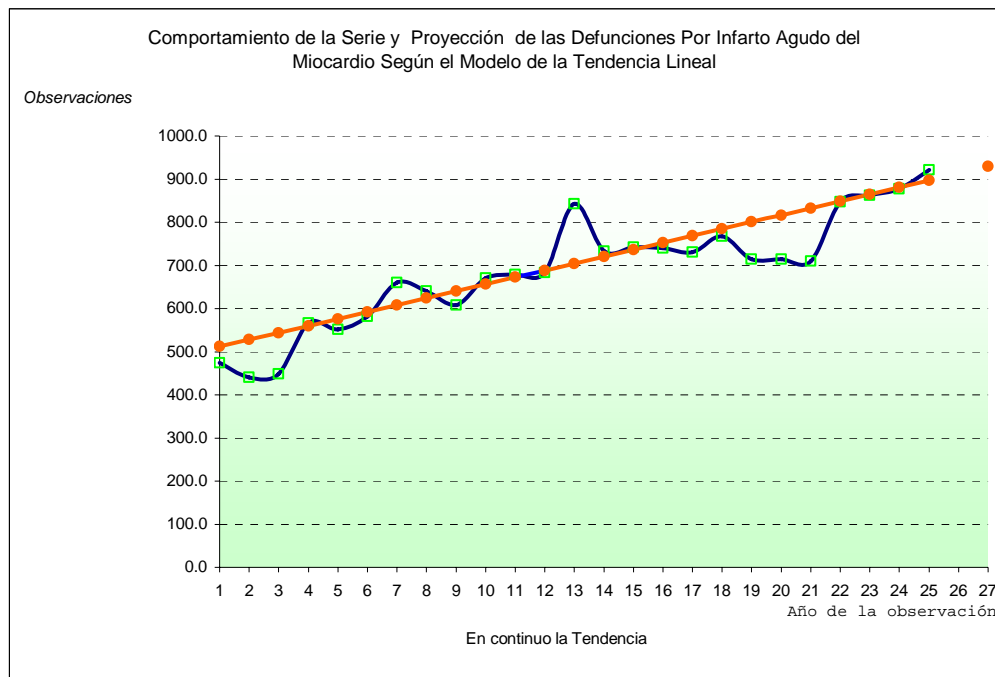
**Tendencia de las muertes por INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO  
 en el periodo 1980 - 2004  
 y proyección para el año 2006**

Año	Muertes
1980	474.0
1981	441.0
1982	448.0
1983	567.0
1984	551.0
1985	582.0
1986	660.0
1987	641.0
1988	608.0
1989	670.0
1990	679.0
1991	683.0
1992	843.0

Año	Muertes
1993	733.0
1994	742.0
1995	740.0
1996	731.0
1997	768.0
1998	714.0
1999	715.0
2000	710.0
2001	847.0
2002	862.0
2003	877.0
2004	921.9

Proyección de casos al 2006 =  
 Coeficiente de regresión =

<b>929</b>
16.05



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

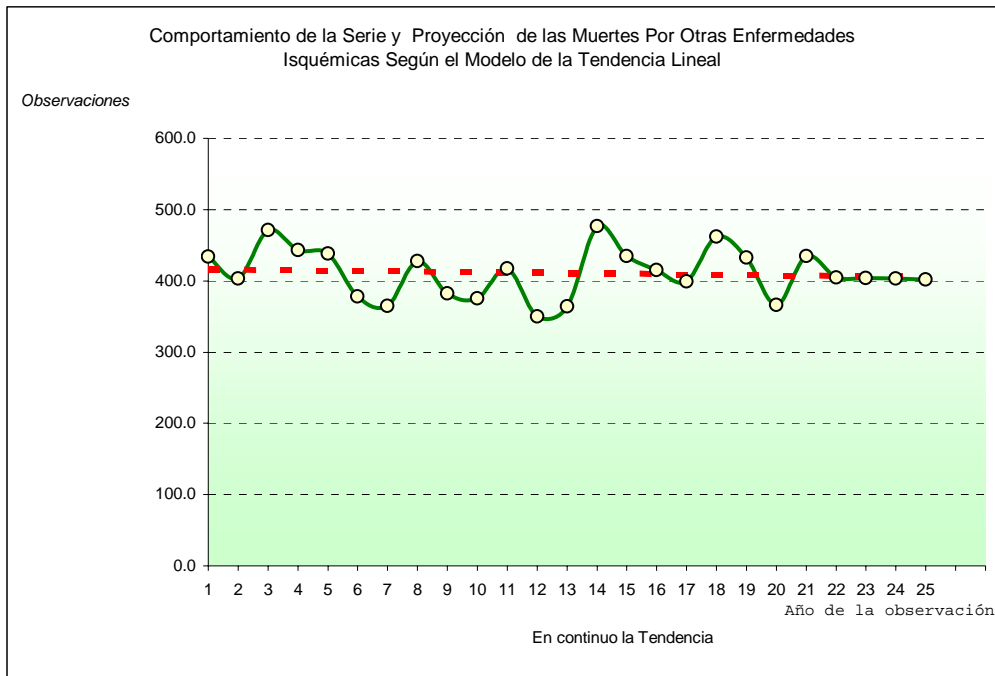
**Tendencia de las muertes por OTRAS ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON**  
**en el periodo 1980 - 2004**  
**y proyección para el año 2006**

Año	Muertes
1980	434.0
1981	403.0
1982	471.0
1983	443.0
1984	438.0
1985	378.0
1986	365.0
1987	428.0
1988	382.0
1989	375.0
1990	417.0
1991	350.0

Año	Muertes
1992	364.0
1993	477.0
1994	435.0
1995	415.0
1996	399.0
1997	462.0
1998	433.0
1999	366.0
2000	435.0
2001	404.5
2002	403.8
2003	403.1
2004	402.0

Proyección de casos al 2006 =  
 Coeficiente de regresión =

<b>405</b>
-0.45





Ministerio de Salud  
Dirección Nacional de Políticas de Salud  
Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones En Menores de Un Año  
en el periodo 1981 - 2003  
y proyección para el año 2006

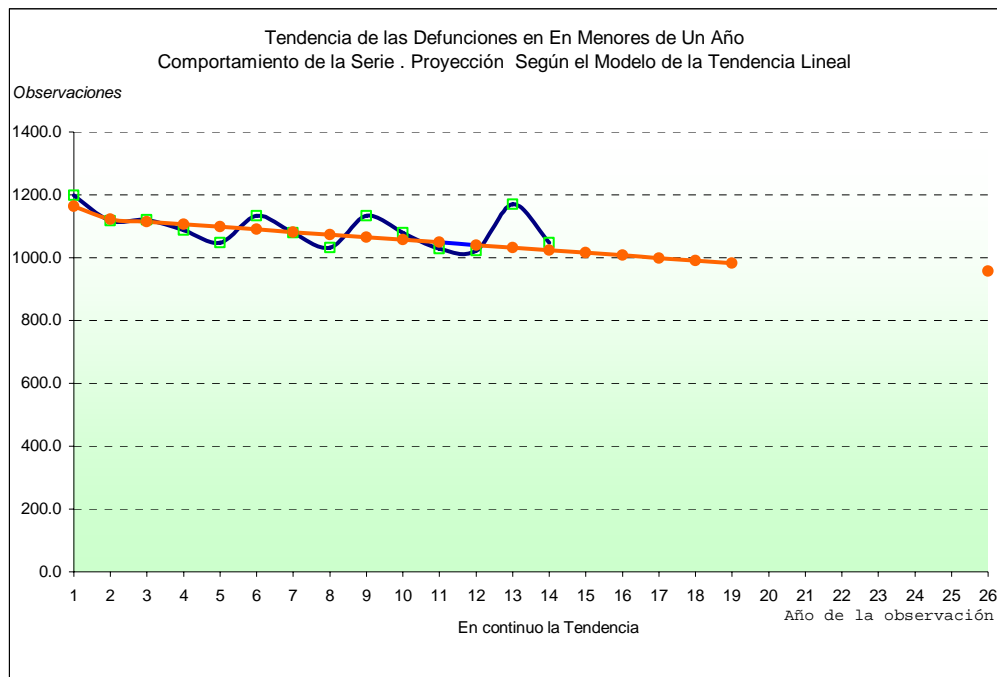
Año	Muertes	Año	Muertes
1981	1199	1993	1134
1982	1090	1994	1080
1983	1128	1995	1029
1984	1134	1996	1023
1985	1264	1997	1170
1986	1117	1998	1047
1987	1121	1999	1005
1988	1088	2000	1081
1989	1047	2001	1053
1990	1133	2002	885
1991	1079	2003	940
1992	1032		

Proyección de Muertes al 2006 = 

958
-----

  
 Coeficiente de regresión = 

-8.25
-------



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
Dirección Nacional de Políticas de Salud  
Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones en el Periodo Neonatal  
en el periodo 1981 - 2003  
y proyección para el año 2006

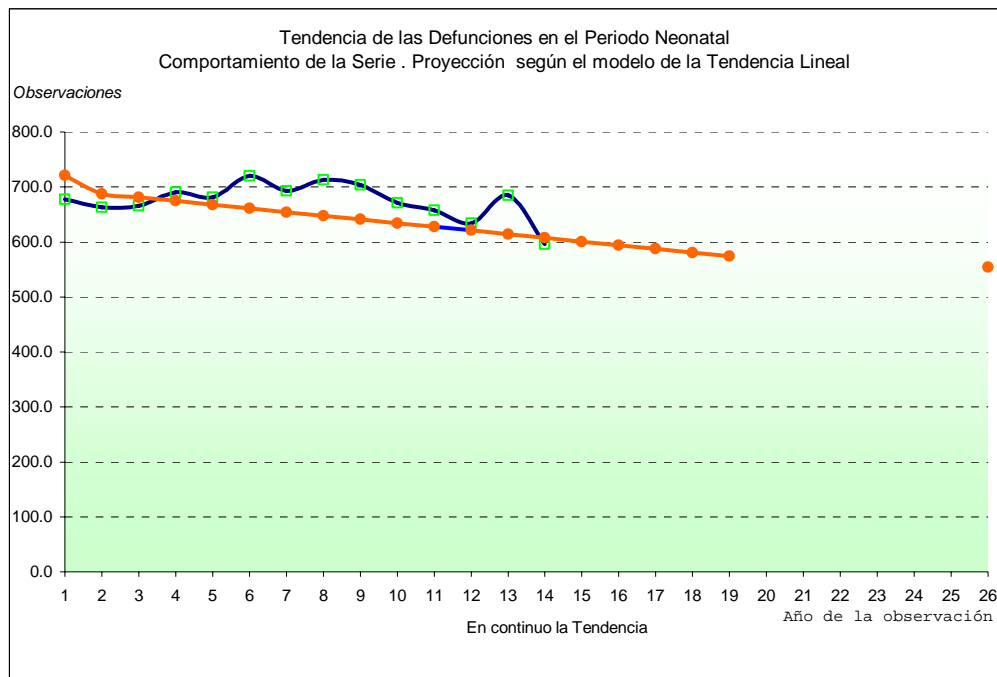
Año	Muertes	Año	Muertes
1981	678	1993	704
1982	665	1994	671
1983	637	1995	658
1984	719	1996	634
1985	770	1997	685
1986	663	1998	596
1987	666	1999	607
1988	690	2000	630
1989	681	2001	579
1990	720	2002	492
1991	693	2003	499
1992	713		

Proyección de Muertes al 2006 = 

554
-----

  
Coeficiente de regresión = 

-6.68
-------



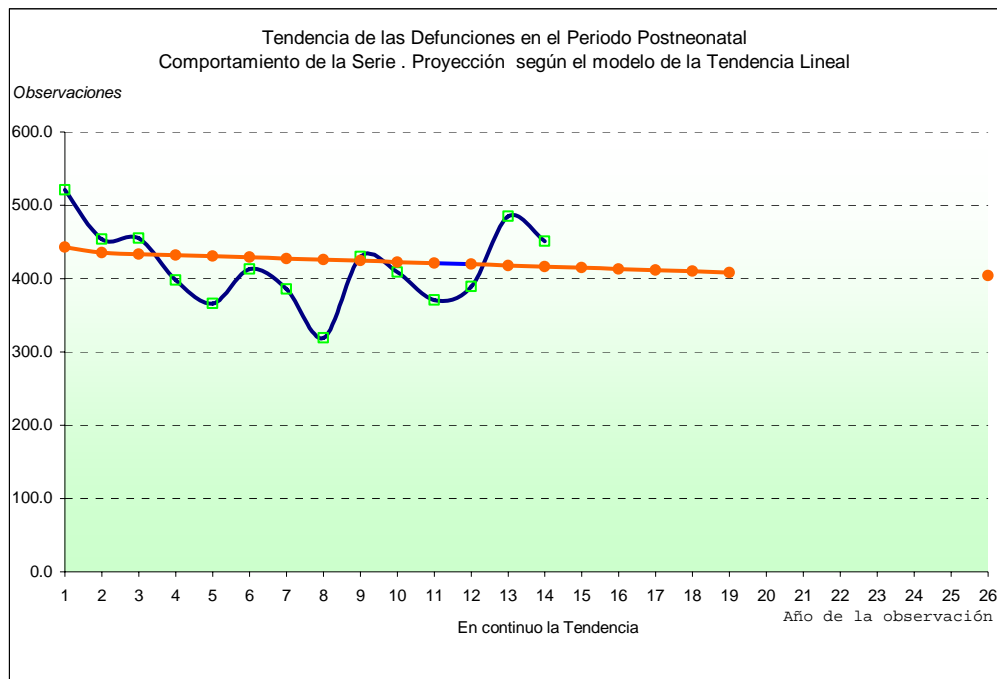
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones en el Periodo Postneonatal  
 en el periodo 1981 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1981	678	1993	704
1982	665	1994	671
1983	637	1995	658
1984	719	1996	634
1985	770	1997	685
1986	663	1998	596
1987	666	1999	607
1988	690	2000	630
1989	681	2001	579
1990	720	2002	492
1991	693	2003	499
1992	713		

Proyección de Muertes al 2006 = **404**  
 Coeficiente de regresión = **-1.57**

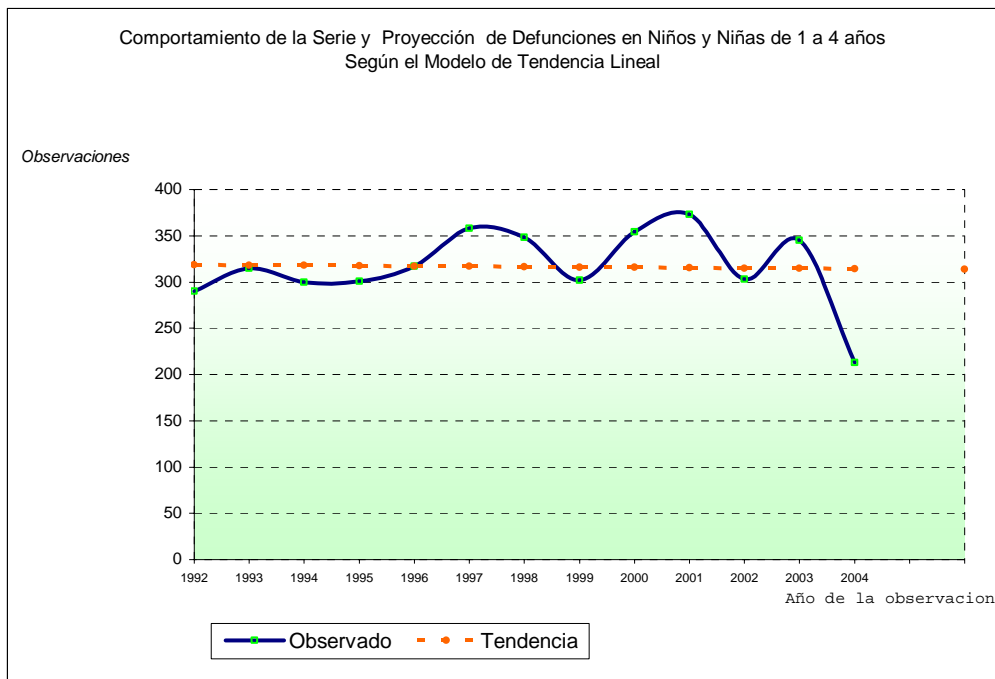


Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Defunciones en Niños y Niñas de 1 a 4 años. Panamá.**  
**Periodo 1992 - 2004**  
**Proyección para el año 2006**

Proyección de Muertes al 2006=	314
Coefficiente de Regresión =	-0.36

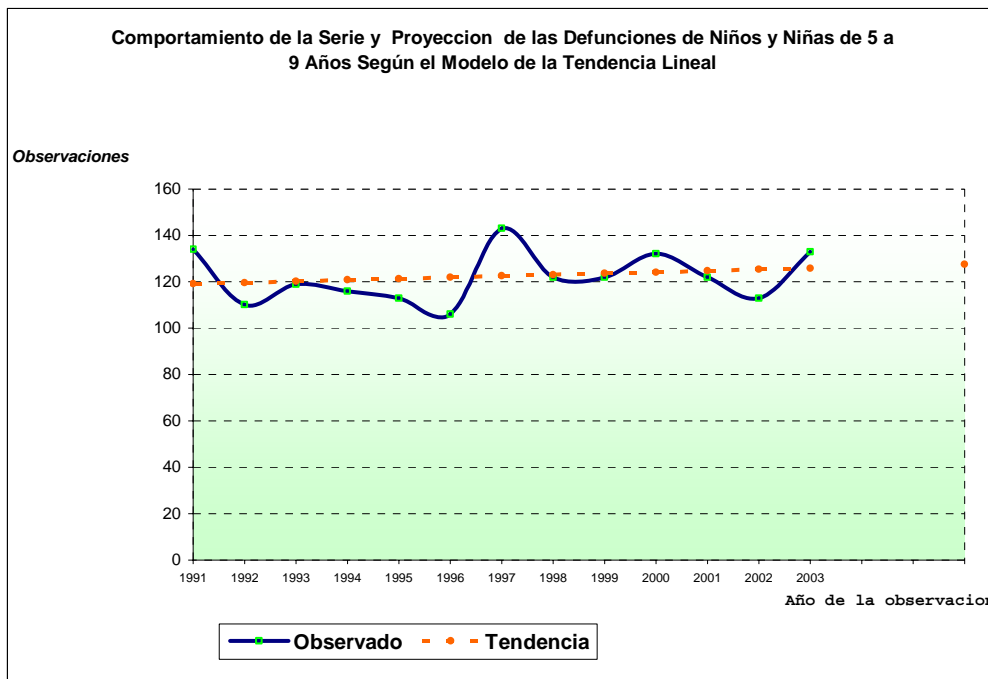


Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**DEFUNCIONES DE NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS. PANAMA**  
**en el periodo 1991 - 2003**  
**y proyección para el año 2006**

Proyección de casos al 2006=	128
Coefficiente de regresión =	0.57



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

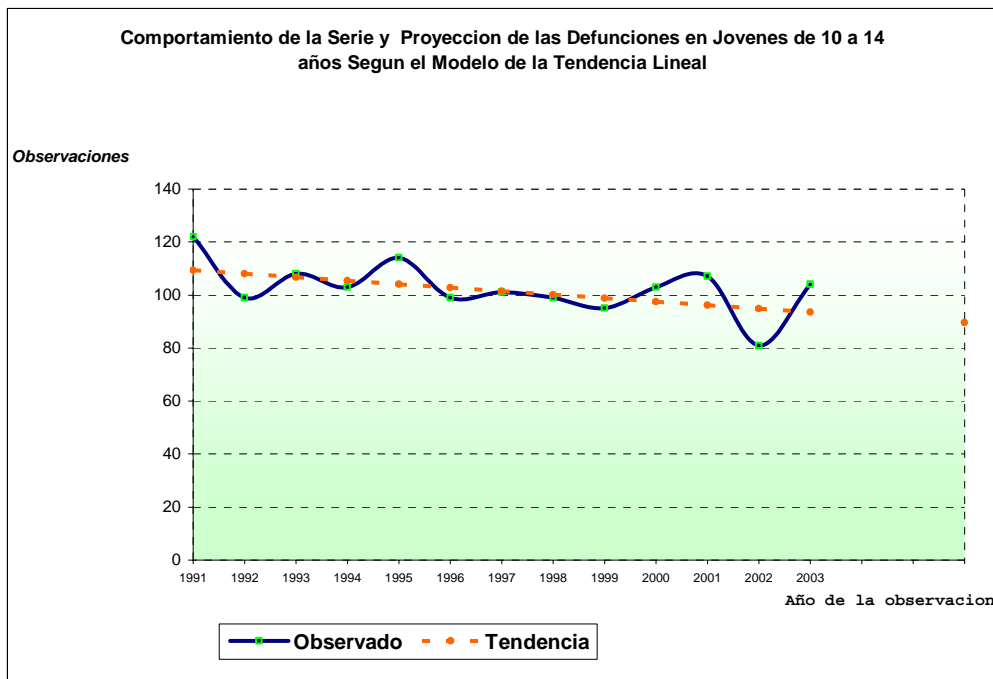
**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Analisis de Situación y Tendencias de Salud**

**DEFUNCIONES EN JOVENES DE 10 A 14 AÑOS. PANAMA**  
**en el periodo 1991 - 2003**  
**y proyección para el año 2006**

Proyección de casos al 2006=

90
-1.32

Coefficiente de regresión =



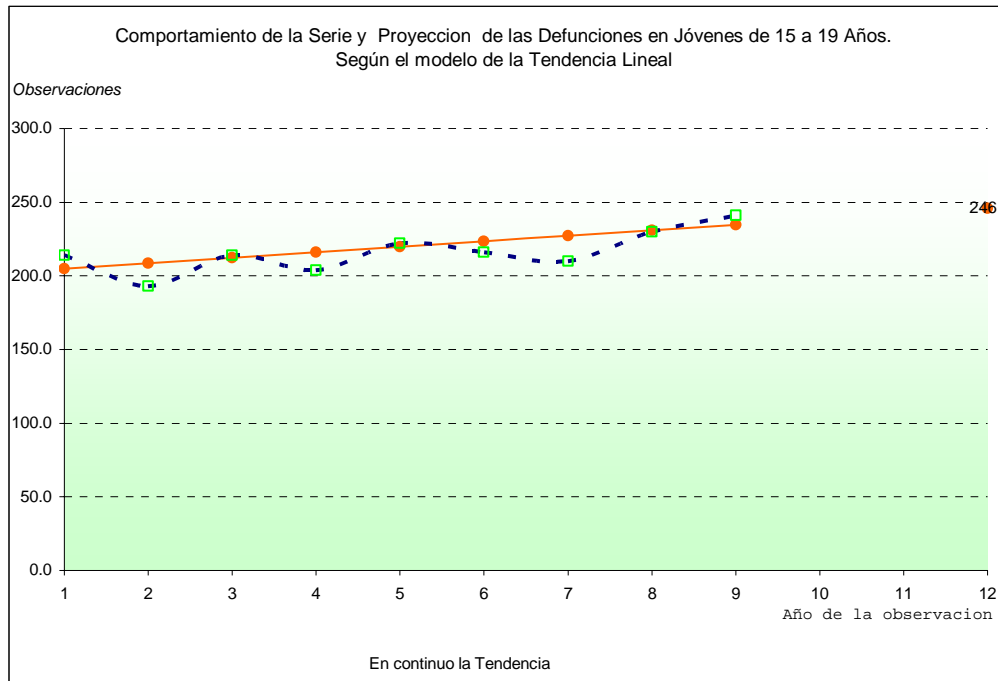
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones en Jóvenes de 15 a 19 años. Panamá  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	214
2	1996	193
3	1997	214
4	1998	204
5	1999	222
6	2000	216
7	2001	210
8	2002	230
9	2003	241

Proyeccion para el año 2006 = **246**      Coeficiente de Regresion= 3.72



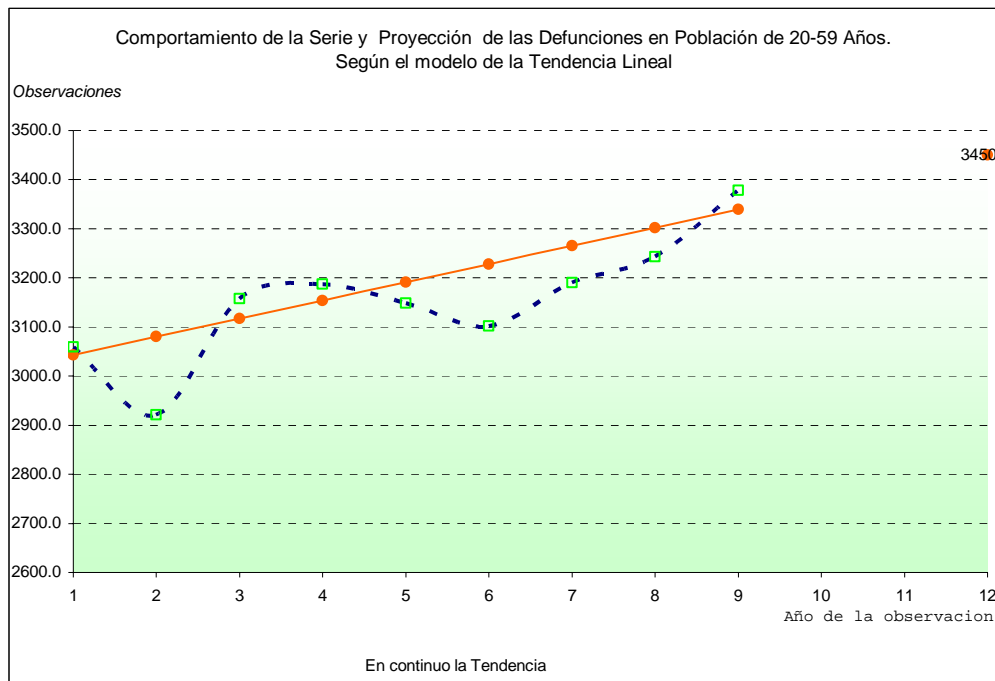
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones en Población de 20-59 años. Panamá  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	3059
2	1996	2921
3	1997	3158
4	1998	3187
5	1999	3149
6	2000	3102
7	2001	3190
8	2002	3243
9	2003	3378

Proyeccion para el año 2006 = **3450**    Coeficiente de Regresion= 37.02



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

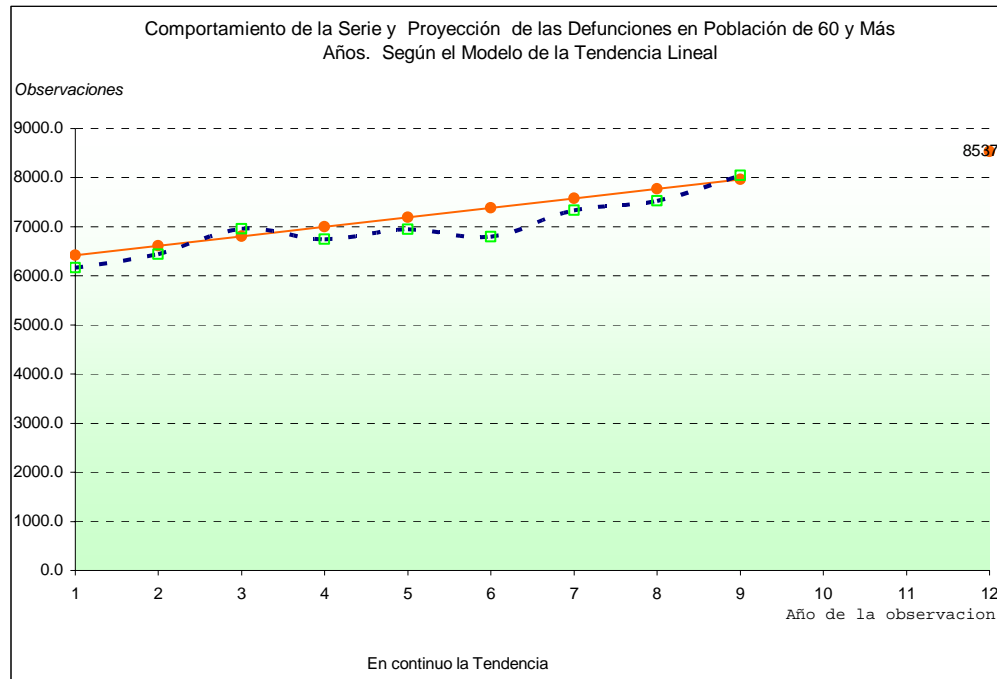


Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones en Población de 60 y Más Años. Panamá  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	6164
2	1996	6445
3	1997	6959
4	1998	6748
5	1999	6949
6	2000	6794
7	2001	7333
8	2002	7524
9	2003	8046

Proyeccion para el año 2006 = **8537**      Coeficiente de Regresion= 192.65



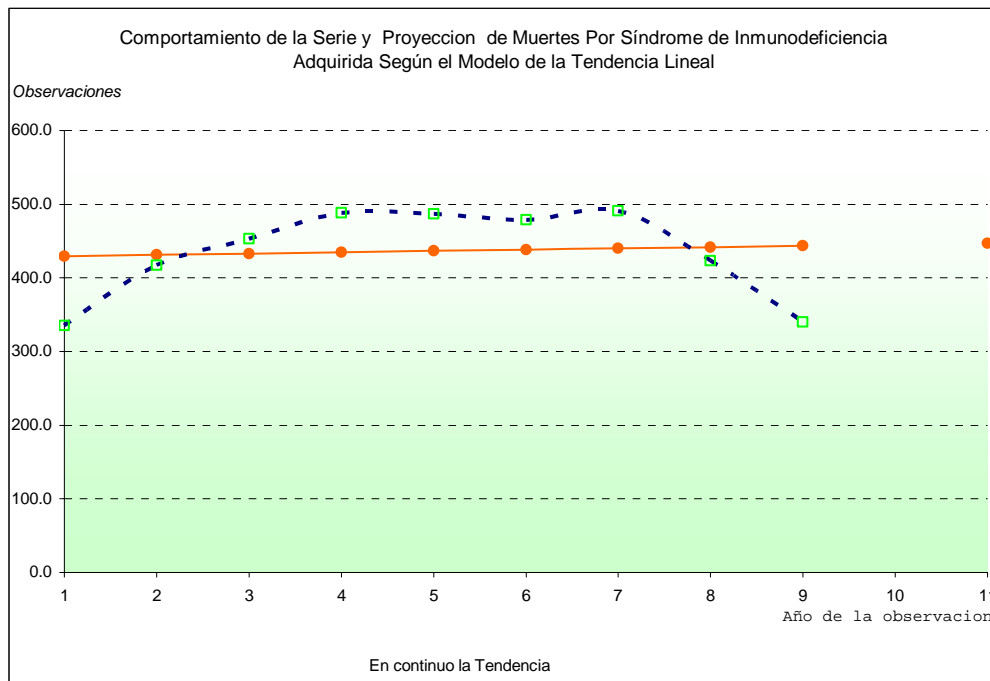
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Muertes Por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Muertes
1	1995	335
2	1996	417
3	1997	453
4	1998	488
5	1999	487
6	2000	479
7	2001	491
8	2002	423
9	2003	340

Proyeccion para el año 2007 = **447** Coeficiente de Regresion= 1.75



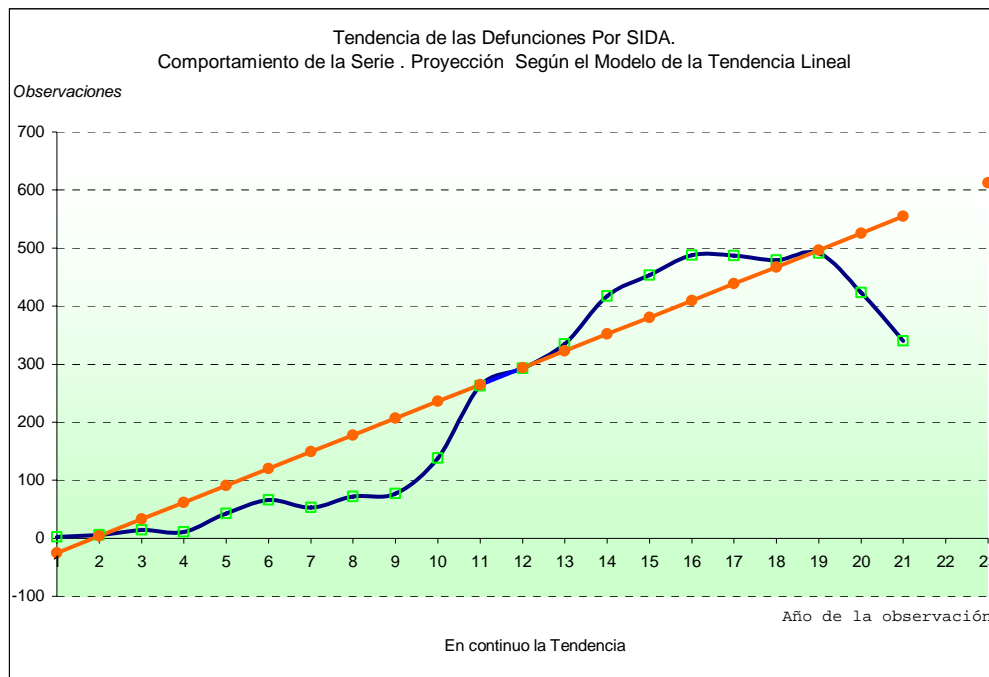
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Defunciones por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
 en el período 1984 - 2004  
 y proyección para el año 2006

Año	Muertes	Año	Muertes
1984	2	1996	335
1985	6	1997	417
1986	14	1998	453
1987	11	1999	488
1988	43	2000	487
1989	66	2001	479
1990	53	2002	491
1991	72	2003	423
1992	77	2004	340
1993	138		
1994	263		
1995	293		

Proyección de casos al 2006 = **612**  
 Coeficiente de regresión = **28.97**



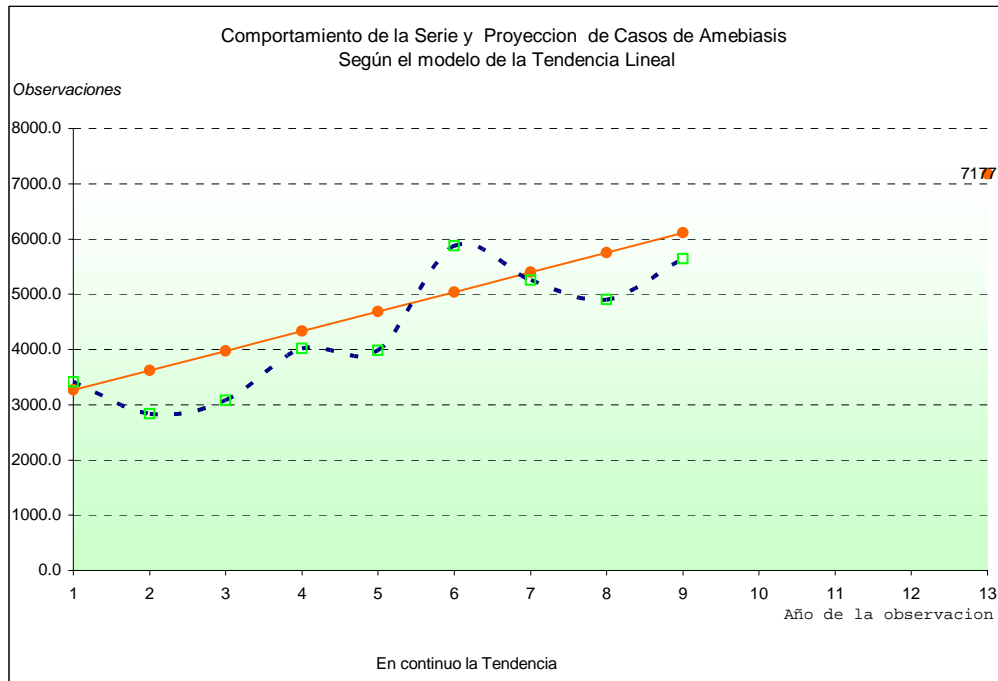
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Amebiasis  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	3410
2	1996	2833
3	1997	3075
4	1998	4017
5	1999	3978
6	2000	5876
7	2001	5254
8	2002	4902
9	2003	5639

Proyeccion para el año 2006 = **7177**      Coeficiente de Regresion= 355.67



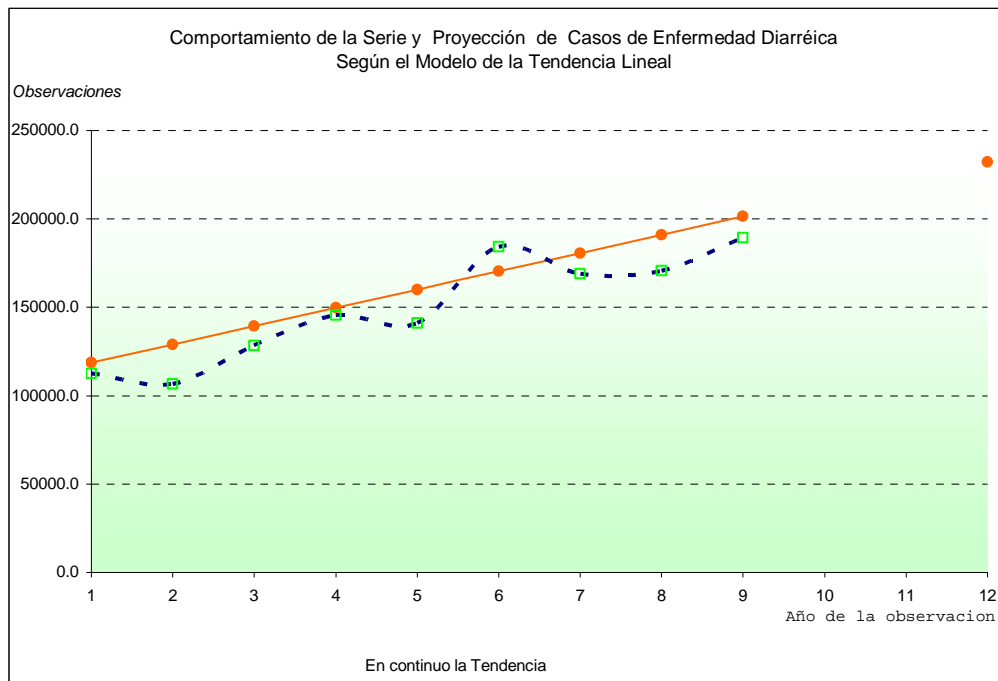
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Enfermedad Diarréica  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	112492
2	1996	106663
3	1997	128419
4	1998	145464
5	1999	140968
6	2000	184340
7	2001	169128
8	2002	170650
9	2003	189314

Proyeccion para el año 2007 = **232321** Coeficiente de Regresion= 10325.72



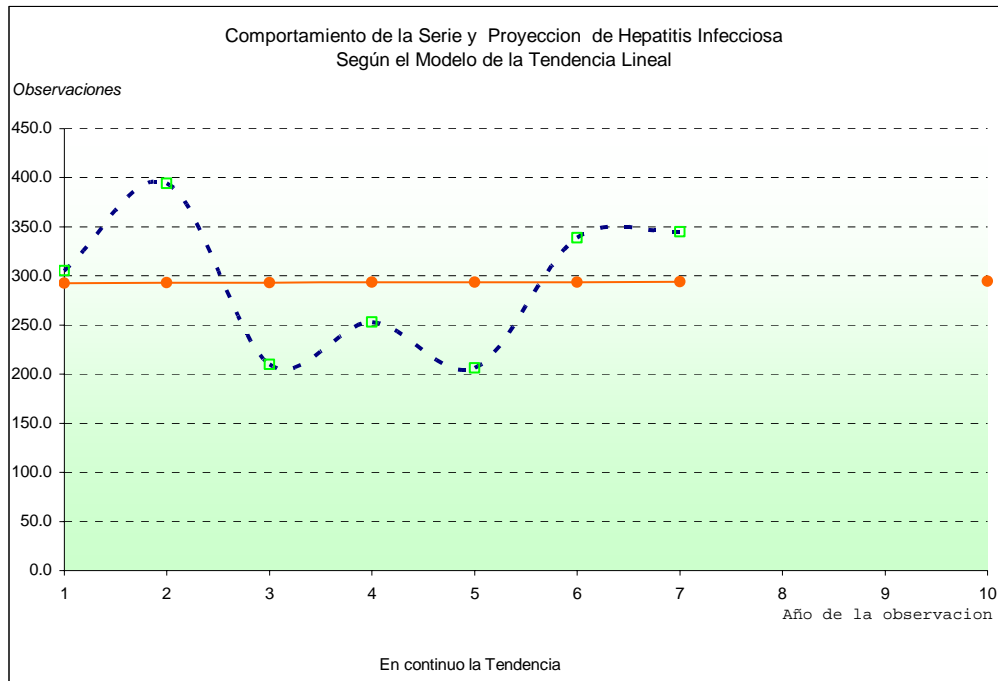
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Hepatitis Infecciosa  
 en el periodo 1997 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1997	305
2	1998	394
3	1999	210
4	2000	253
5	2001	206
6	2002	339
7	2003	345

Proyeccion para el año 2006 = **295**      Coeficiente de Regresion= 0.21



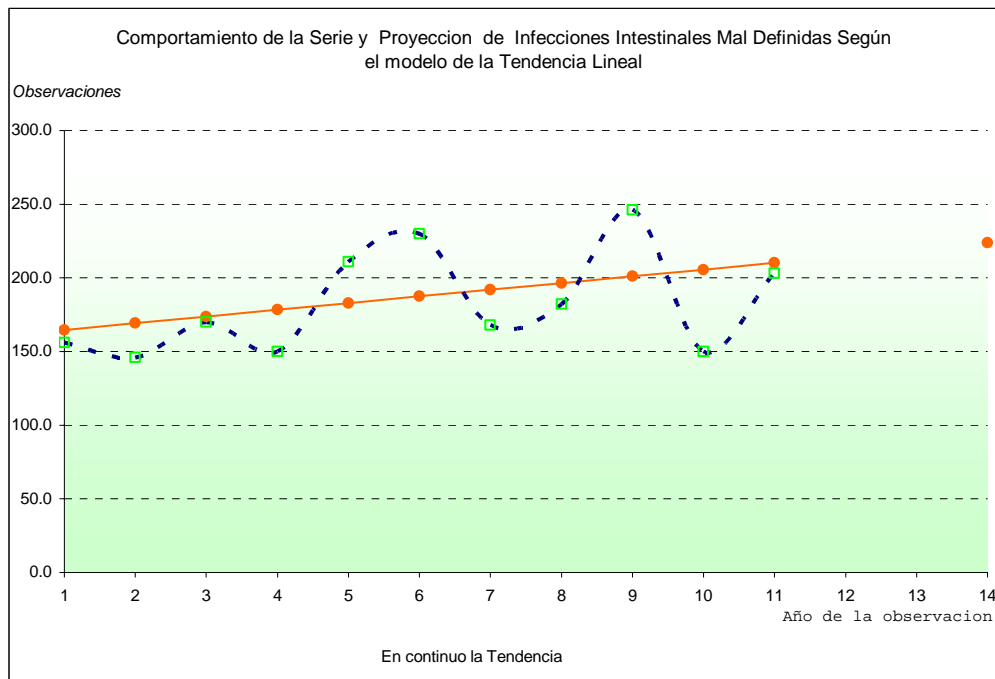
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Infecciones Intestinales Mal Definidas  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1993	156
2	1994	146
3	1995	170
4	1996	150
5	1997	211
6	1998	230
7	1999	168
8	2000	182
9	2001	246
10	2002	150
11	2003	203

Proyeccion para el año 2006 = **224**      Coeficiente de Regresion= 4.55



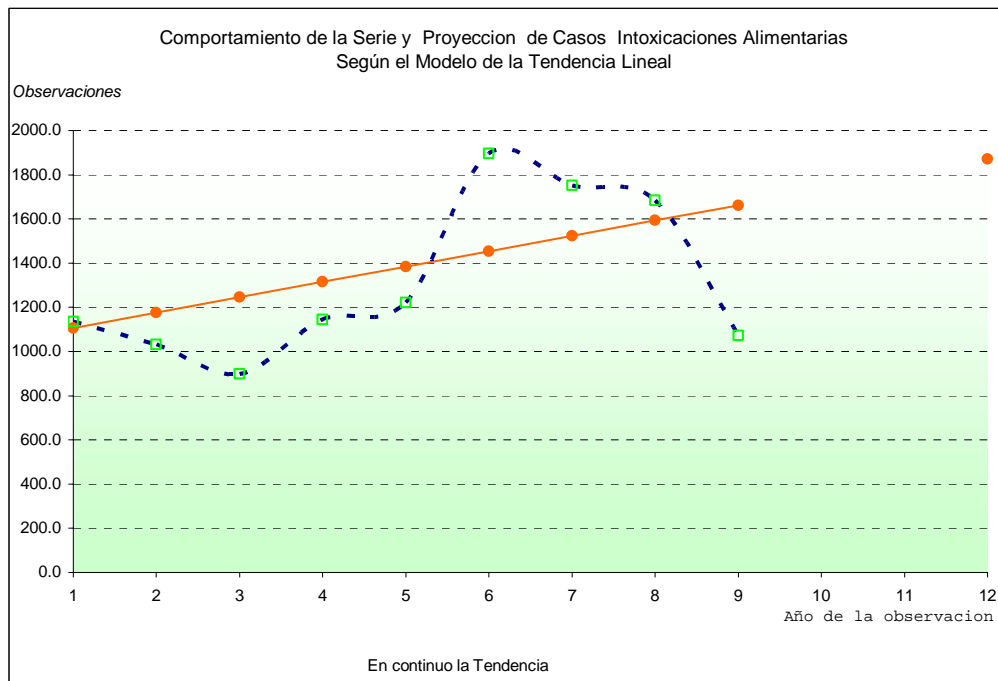
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Intoxicaciones Alimentarias  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	1136
2	1996	1031
3	1997	898
4	1998	1144
5	1999	1222
6	2000	1896
7	2001	1751
8	2002	1685
9	2003	1073

Proyeccion para el año 2006 = **1871** Coeficiente de Regresion= 69.47



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

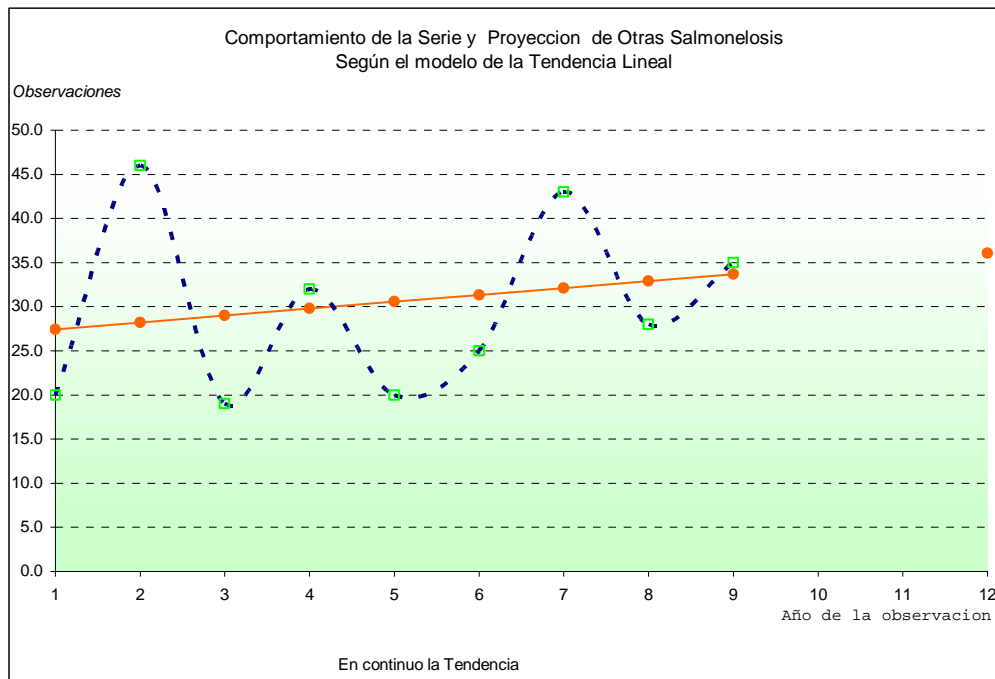


Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Otras Salmonelosis  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	20
2	1996	46
3	1997	19
4	1998	32
5	1999	20
6	2000	25
7	2001	43
8	2002	28
9	2003	35

Proyección para el año 2006 = **36**      Coeficiente de Regresión= 0.78



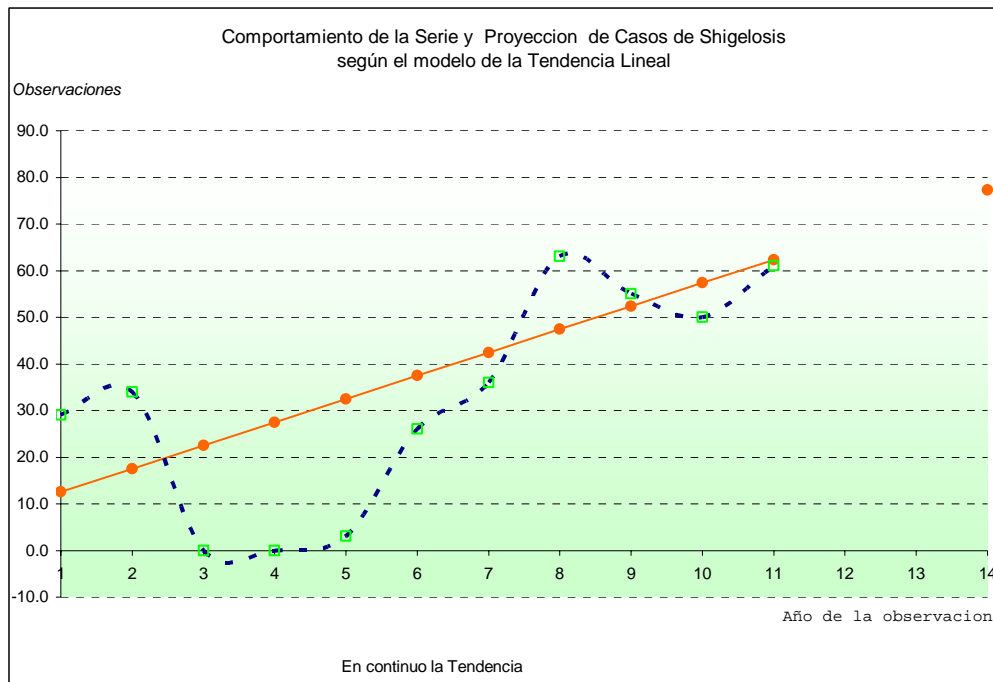
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Shigelosis  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1993	29
2	1994	34
3	1995	0
4	1996	0
5	1997	3
6	1998	26
7	1999	36
8	2000	63
9	2001	55
10	2002	50
11	2003	61

Proyección para el año 2006 = **77**      Coeficiente de Regresión= 4.98



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

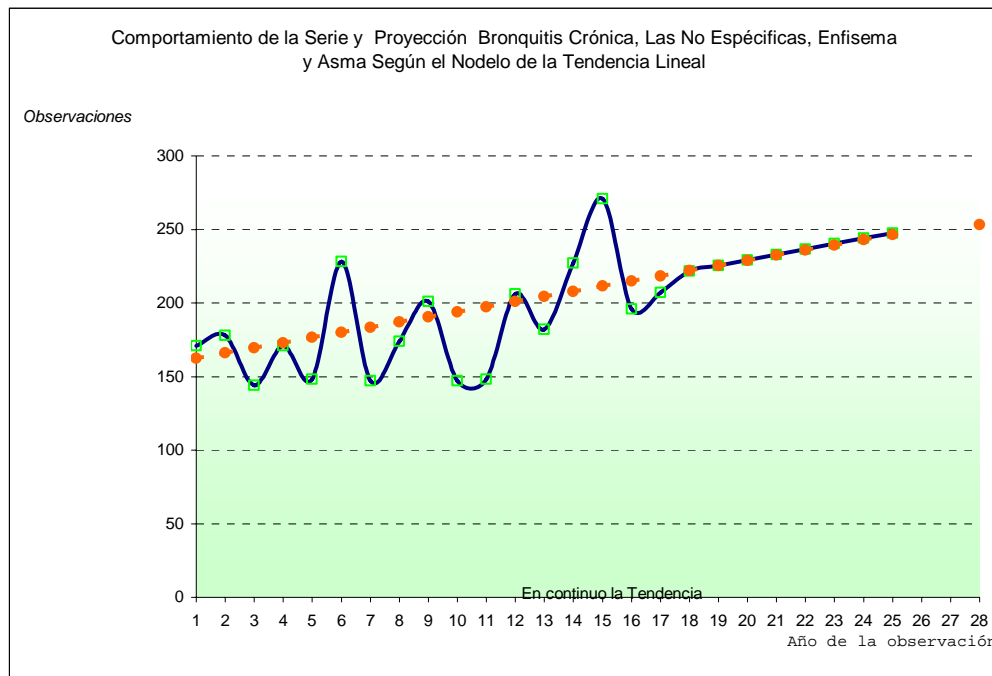
Tendencia de los casos de BRONQUITIS CRONICA, LAS NO ESPECIFICAS, ENFISEMA Y ASMA  
 en el periodo 1980 - 2004  
 y proyección para el año 2006

Año	Casos
1980	171
1981	178
1982	144
1983	171
1984	148
1985	228
1986	147
1987	174
1988	201
1989	147
1990	148
1991	206

Año	Casos
1992	182
1993	227
1994	271
1995	196
1996	207
1997	222
1998	226
1999	229
2000	233
2001	237
2002	240
2003	244
2004	248

Proyección de casos al 2006 =  
 Coeficiente de regresión =

<b>253</b>
3.50

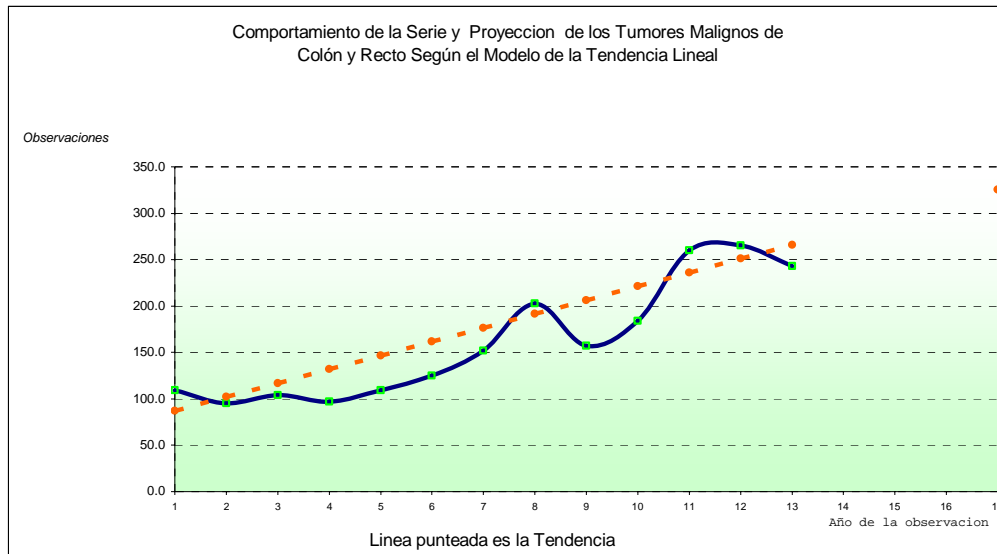


**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Tendencia de los Casos por Tumor Maligno de Colón y Recto**  
**en el periodo 1990 - 2002**  
**y proyección para el año 2006**

Año	Casos	Año	Casos
1990	109	1997	203
1991	95	1998	157
1992	104	1999	184
1993	97	2000	260
1994	109	2001	265
1995	125	2002	243
1996	152		

Proyección de Casos para 2006= **326**  
 Coeficiente de regresión = **14.91**



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de los Casos de Cáncer de CUELLO DEL UTERO  
 en el periodo 1989 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006**

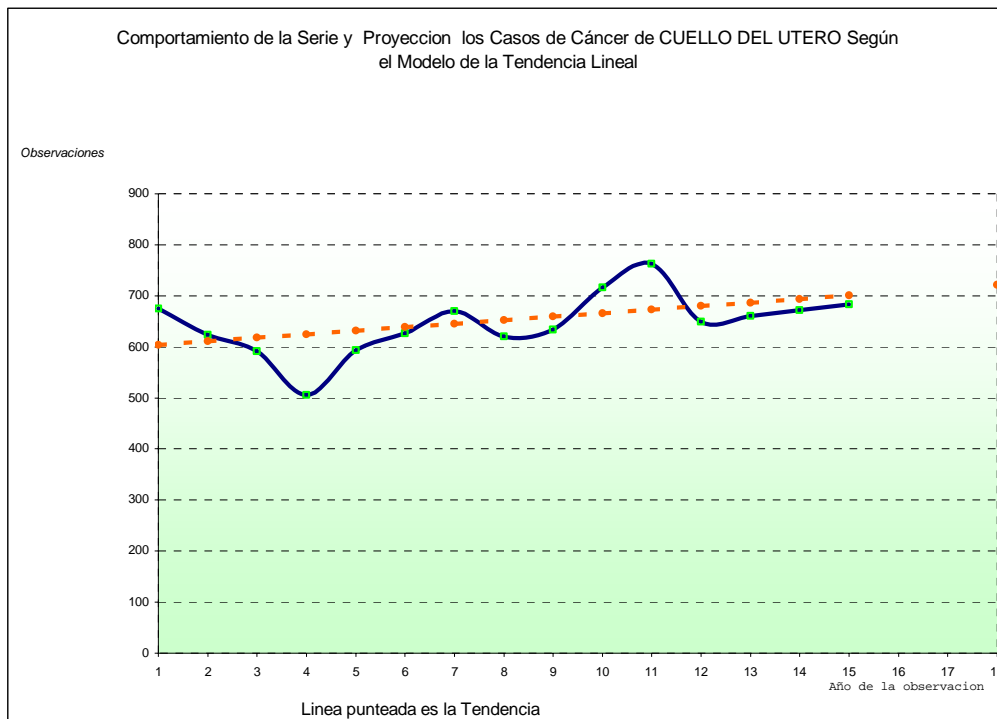
Año	Casos	Año	Casos
1989	675	1999	763
1990	623	2000	649
1991	591	2001	661
1992	506	2002	672
1993	593	2003	683
1994	627		
1995	670		
1996	620		
1997	634		
1998	716		

Proyeccion de casos al 2006= 

721
-----

  
 Coeficiente de regresion = 

6.88
------

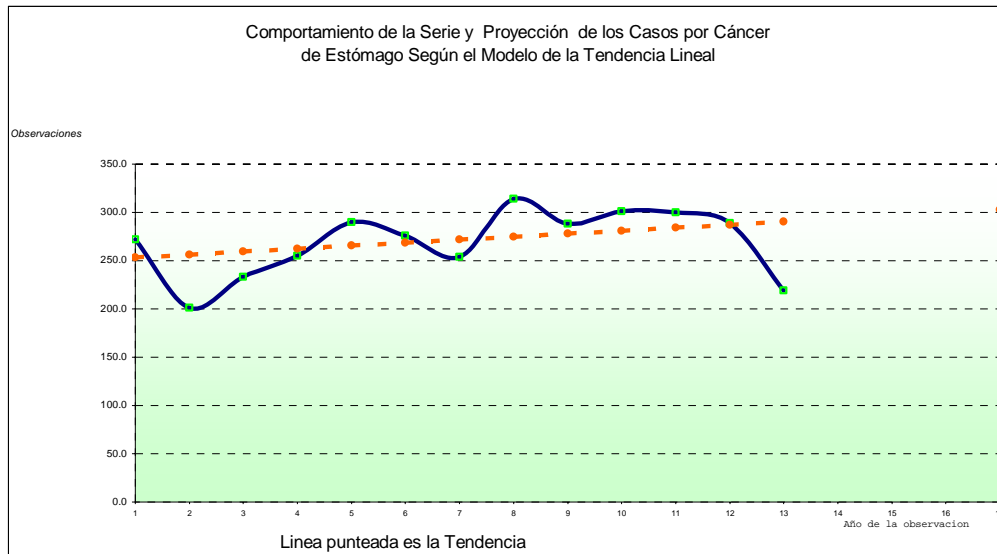


**Ministerio de Salud**  
**Dirección Nacional de Políticas de Salud**  
**Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

**Tendencia de los Casos por Cáncer de Estómago**  
**en el periodo 1990 - 2002**  
**y proyección para el año 2006**

Año	Casos	Año	Casos
1990	272	1997	314
1991	201	1998	288
1992	233	1999	301
1993	255	2000	300
1994	290	2001	289
1995	276	2002	219
1996	254		

Proyección de Casos para 2006= **302**  
 Coeficiente de regresión = **3.09**



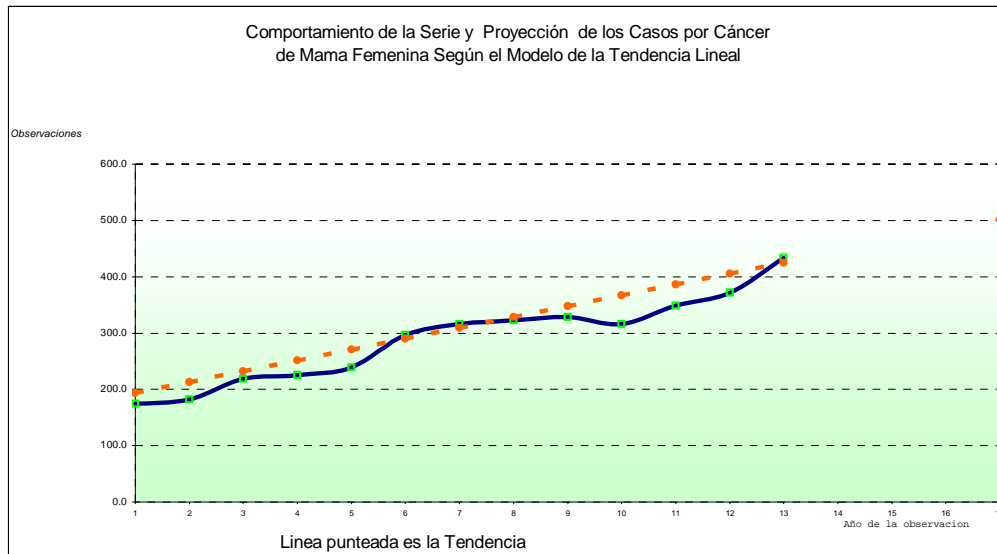
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de los Casos por Cáncer de Mama Femenina  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Casos	Año	Casos
1990	174	1997	323
1991	182	1998	328
1992	219	1999	316
1993	225	2000	349
1994	239	2001	372
1995	297	2002	433
1996	316		

Proyección de Casos para 2006= **502**  
 Coeficiente de regresion = **19.24**



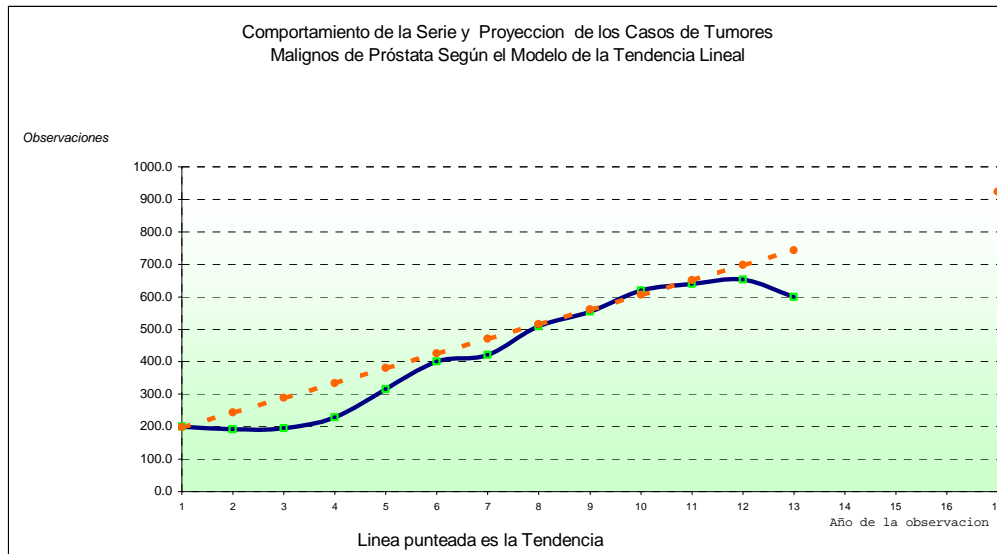
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de los Casos por Tumor Maligno Próstata  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Casos	Año	Casos
1990	200	1997	510
1991	192	1998	555
1992	195	1999	620
1993	229	2000	640
1994	315	2001	653
1995	400	2002	600
1996	420		

Proyección de Casos para 2006= **924**  
 Coeficiente de regresion = **45.32**



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

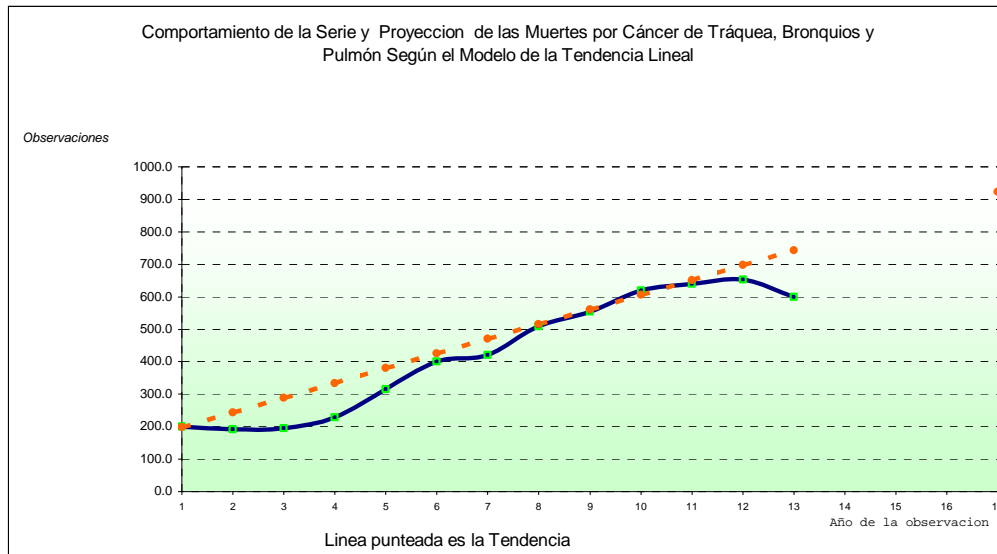


**Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud**

**Tendencia de los Casos por T.M. Próstata  
 en el periodo 1960 - 2004  
 y proyeccion para el año 2006**

Año	Casos	Año	Casos
1990	200	1997	510
1991	192	1998	555
1992	195	1999	620
1993	229	2000	640
1994	315	2001	653
1995	400	2002	600
1996	420		

Proyección de Casos para 2006= **224**  
 Coeficiente de regresion = **45.32**

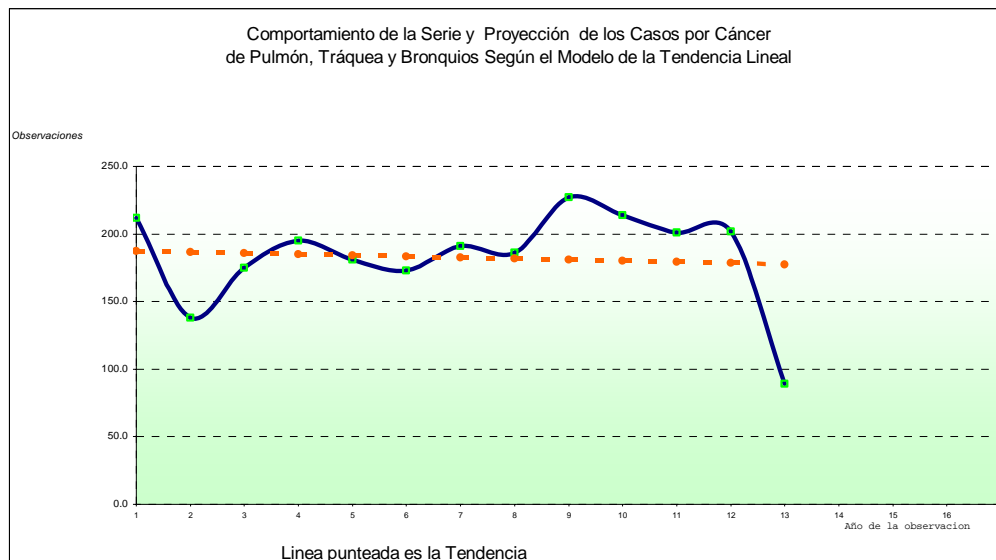


Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

**Tendencia de los Casos por Cáncer de Pulmón, Tráquea y Bronquios  
 en el periodo 1990 - 2002  
 y proyección para el año 2006**

Año	Casos	Año	Casos
1990	212	1997	186
1991	138	1998	227
1992	175	1999	214
1993	195	2000	201
1994	181	2001	202
1995	173	2002	89
1996	191		

Proyección de Casos para 2006= **174**  
 Coeficiente de regresion = **-0.84**



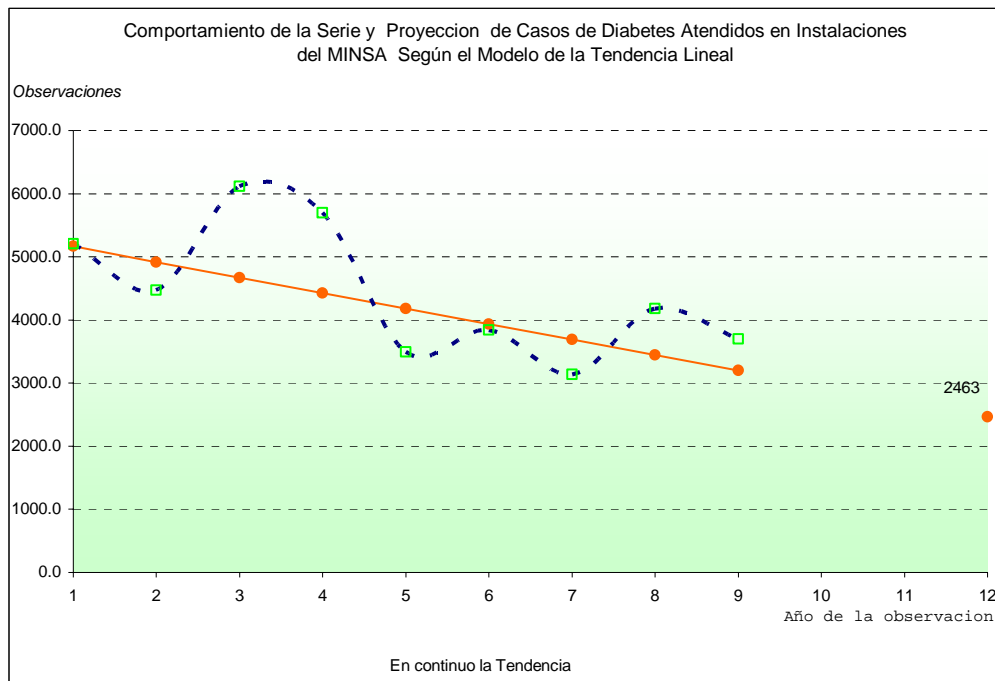
Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Diabetes Atendidos en Instalaciones del MINSA  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	5210
2	1996	4468
3	1997	6119
4	1998	5695
5	1999	3493
6	2000	3841
7	2001	3138
8	2002	4180
9	2003	3697

Proyeccion para el año 2006 = **2463**    Coeficiente de Regresion= -245.53



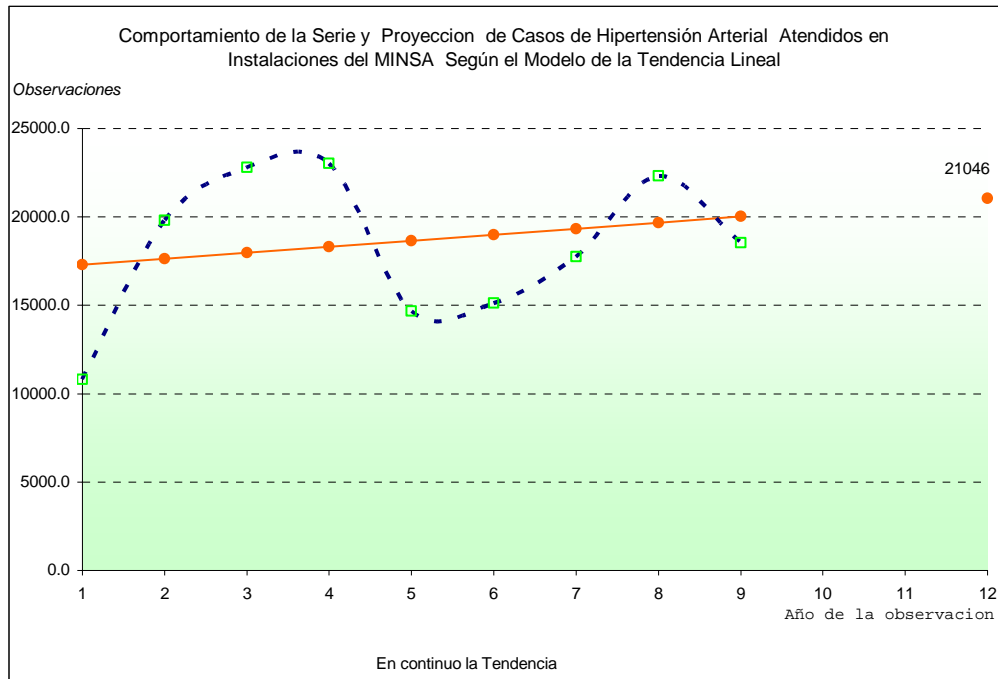
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Hipertension Arterial Atendidos en Instalaciones del MINSA  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	10814
2	1996	19795
3	1997	22793
4	1998	23011
5	1999	14686
6	2000	15118
7	2001	17760
8	2002	22313
9	2003	18538

Proyeccion para el año 2006 = **21046** Coeficiente de Regresion= 341.52



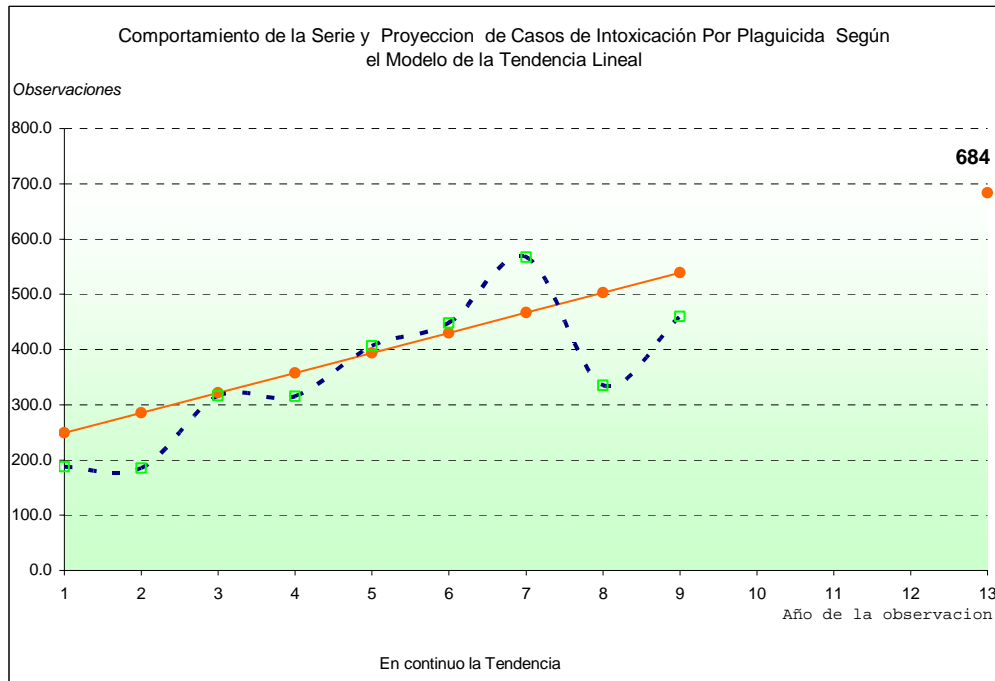
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Intoxicación Por Plaguicida  
 en el periodo 1994 - 2002  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1994	188
2	1995	185
3	1996	316
4	1997	315
5	1998	406
6	1999	448
7	2000	567
8	2001	335
9	2002	460

Proyección para el año 2006 = **684** Coeficiente de Regresion= 36.22



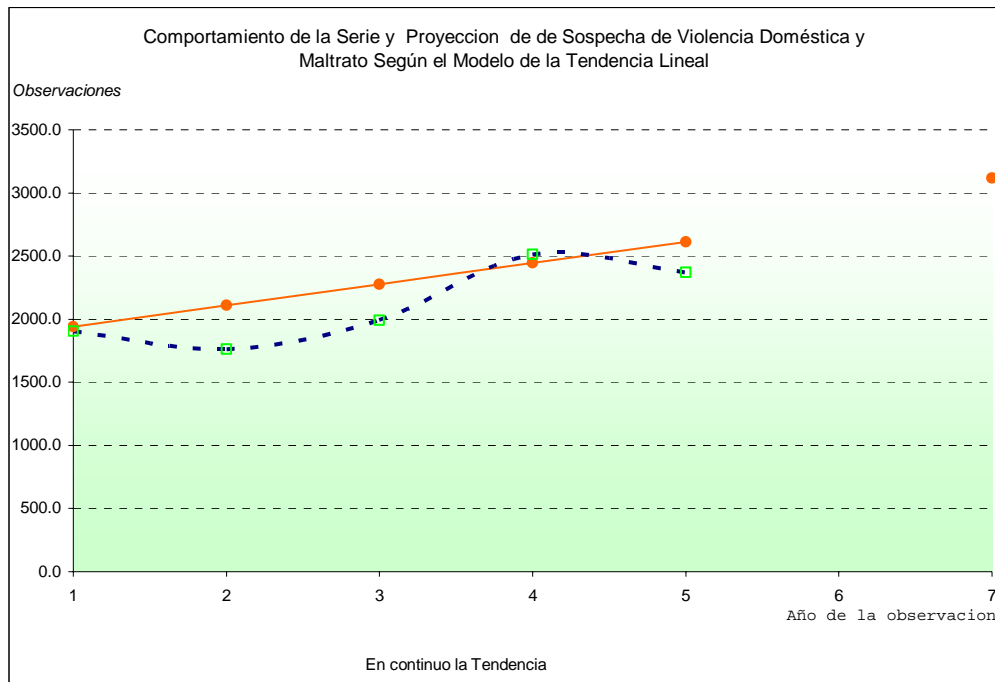
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Sospecha de Violencia Doméstica y Maltrato  
 en el periodo 1999 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	1905
2	2000	1761
3	2001	1992
4	2002	2512
5	2003	2371

Proyeccion para el año 2006 = **3118** Coeficiente de Regresion= 168.30



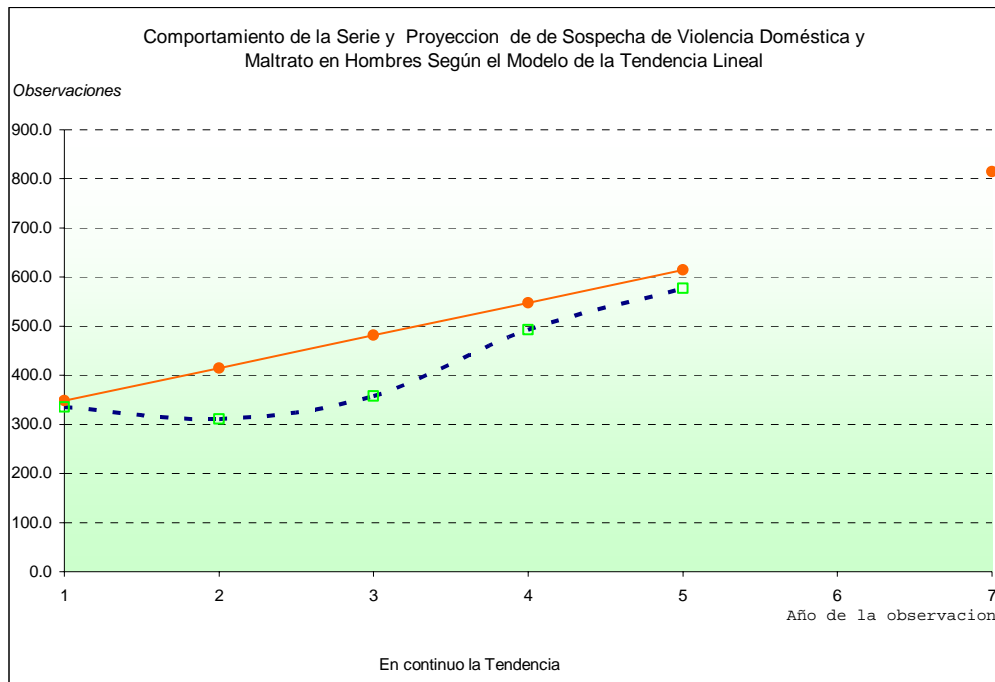
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Sospecha de Violencia Doméstica y Maltrato en Hombres  
 en el periodo 1999 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	335
2	2000	311
3	2001	358
4	2002	493
5	2003	577

Proyeccion para el año 2006 = **814** Coeficiente de Regresion= 66.60



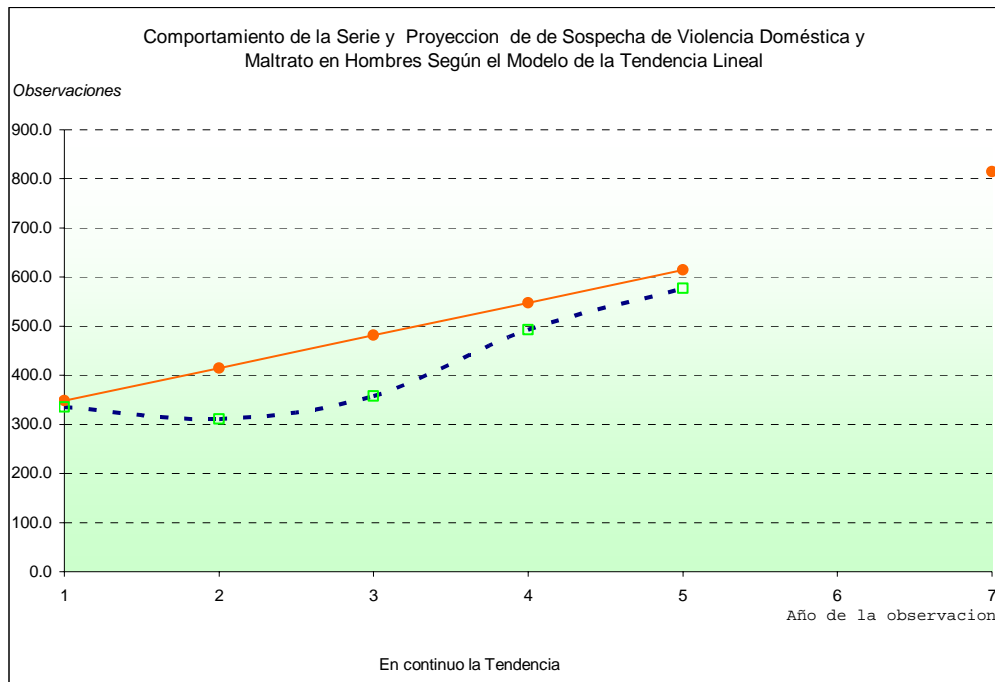
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Sospecha de Violencia Doméstica y Maltrato en Hombres  
 en el periodo 1999 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	335
2	2000	311
3	2001	358
4	2002	493
5	2003	577

Proyeccion para el año 2006 = **814** Coeficiente de Regresion= 66.60



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

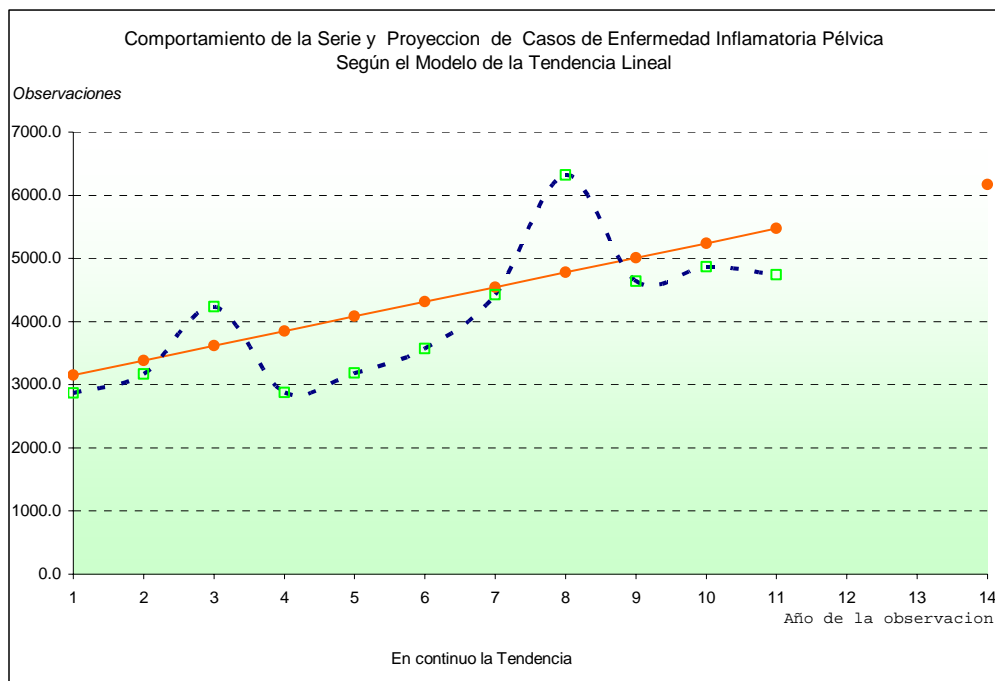


Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	2868	35.4
2	1994	3165	43.0
3	1995	4232	42.8
4	1996	2873	41.5
5	1997	3186	56.2
6	1998	3573	55.5
7	1999	4427	78.3
8	2000	6321	54.5
9	2001	4637	91.6
10	2002	4866	67.5
11	2003	4741	61.3

Proyección para el año 2006 = **6169** Coeficiente de Regresión= 232.01



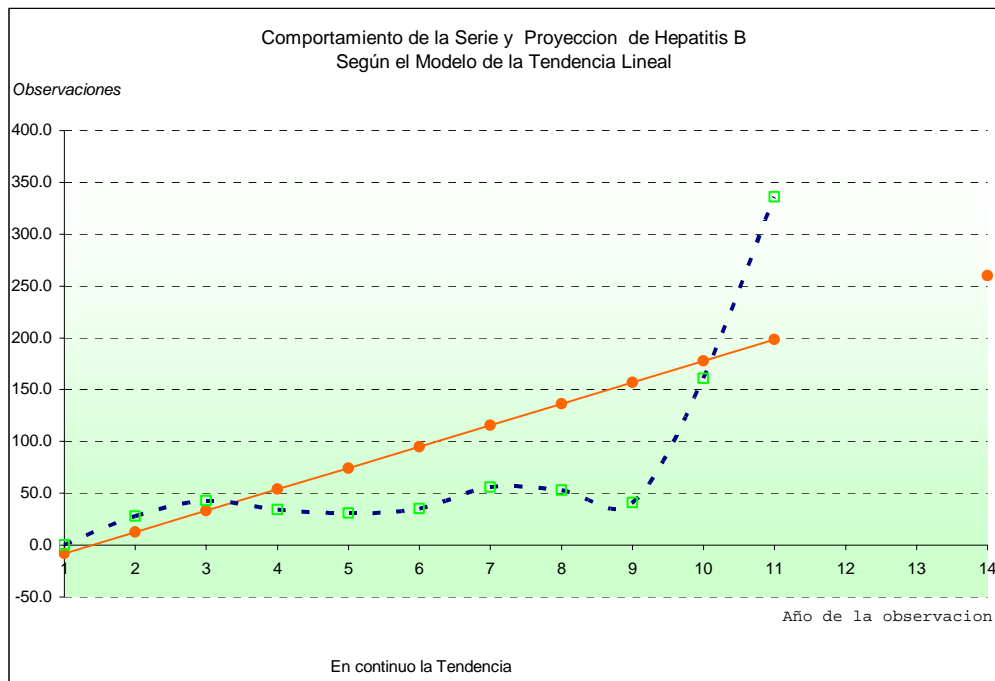
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Hepatitis B  
 en el periodo 1993 -2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	0	0
2	1994	28	1.1
3	1995	43	1.6
4	1996	34	1.3
5	1997	31	1.1
6	1998	35	1.3
7	1999	56	2
8	2000	53	1.9
9	2001	41	1.4
10	2002	161	5.4
11	2003	336	10.8

Proyeccion para el año 2006 = **260** Coeficiente de Regresion= 20.63



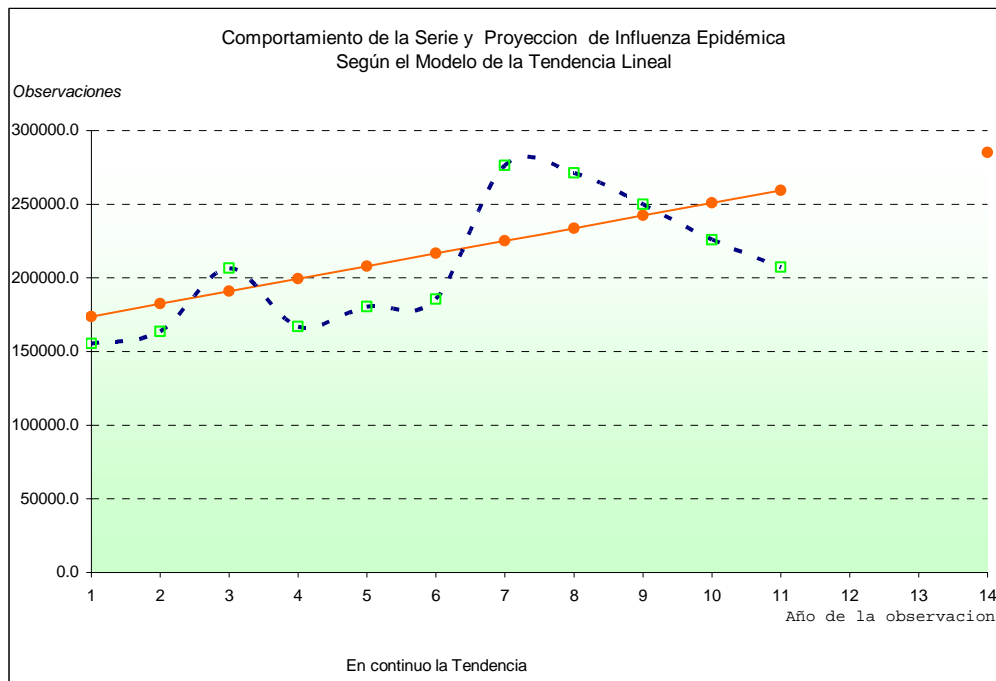
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Influenza Epidémica  
 en el periodo 1993 -2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	155419	6130.9
2	1994	163703	6338.8
3	1995	206680	7855.5
4	1996	166766	6235.4
5	1997	180349	6633.7
6	1998	185446	6710.3
7	1999	276267	9834.1
8	2000	271200	9496.8
9	2001	249777	8557.9
10	2002	225814	7620.6
11	2003	207331	6643.0

Proyeccion para el año 2006 = **285148** Coeficiente de Regresion= 8564.37



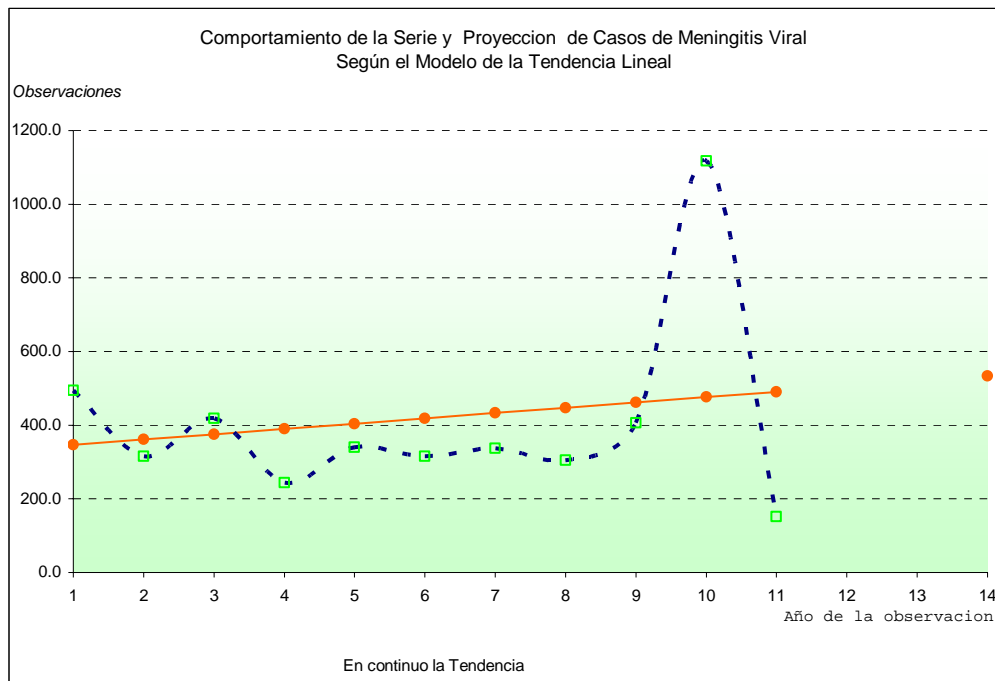
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Meningitis Viral  
 en el periodo 1993 -2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	494	19.5
2	1994	315	12.2
3	1995	419	15.9
4	1996	244	9.1
5	1997	340	12.5
6	1998	316	11.4
7	1999	337	12
8	2000	305	10.7
9	2001	406	14
10	2002	1118	37.7
11	2003	152	4.9

Proyección para el año 2006 = **534** Coeficiente de Regresion= 14.38



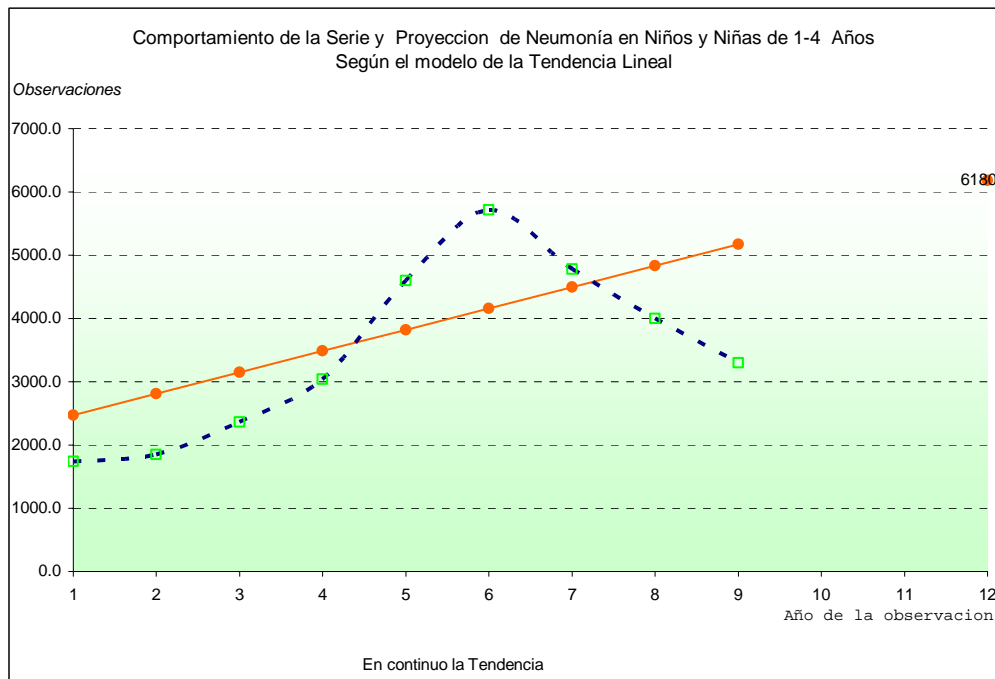
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Neumonía en Niños y Niñas de 1-4 Años  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	1739
2	1996	1849
3	1997	2360
4	1998	3037
5	1999	4597
6	2000	5713
7	2001	4780
8	2002	3997
9	2003	3301

Proyección para el año 2006 = **6180** Coeficiente de Regresión= 336.80



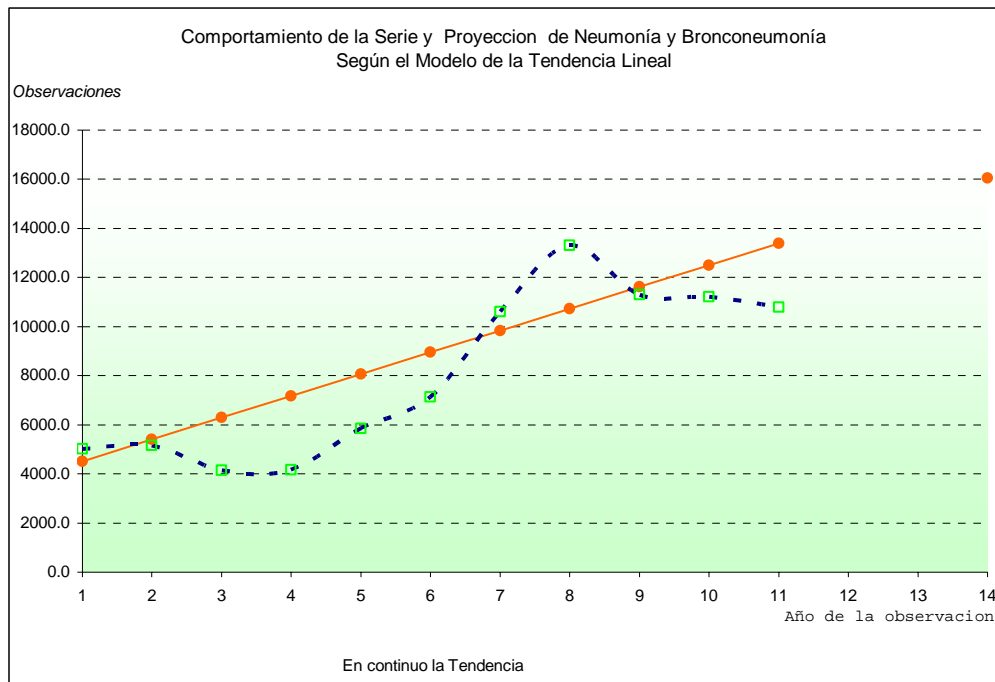
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Neumonía y Bronconeumonía  
 en el periodo 1993 -2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	5014	197.8
2	1994	5158	199.7
3	1995	4149	157.7
4	1996	4168	158.8
5	1997	5859	215.5
6	1998	7140	258.4
7	1999	10609	377.6
8	2000	13303	465.8
9	2001	11300	387.2
10	2002	11221	378.7
11	2003	10788	345.7

Proyección para el año 2006 = **16050** Coeficiente de Regresión= 887.23



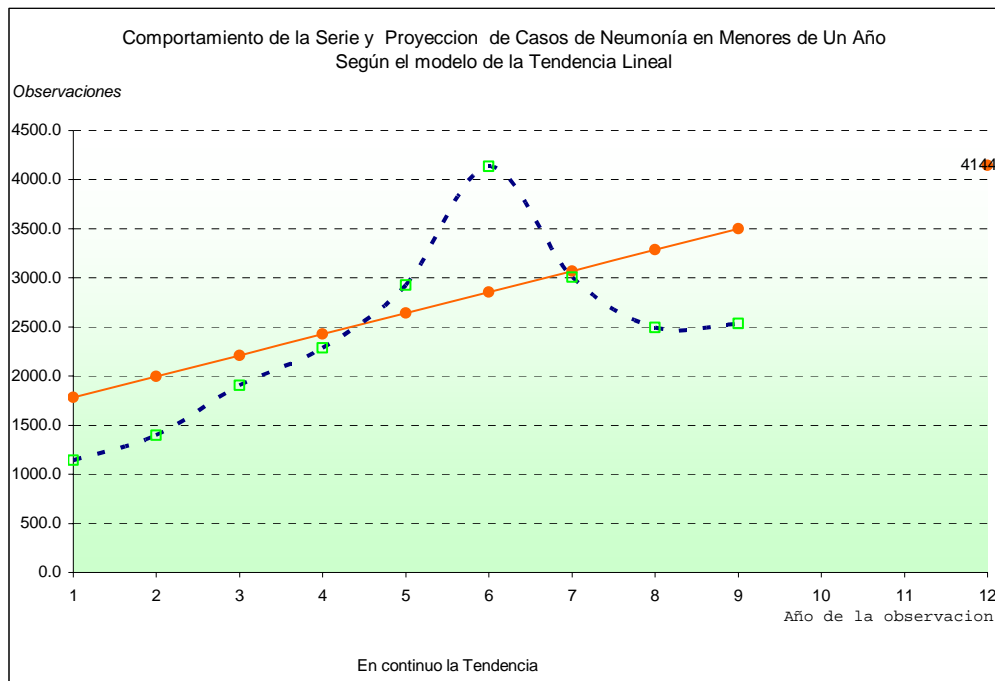
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Neumonía en Menores de 1 Año  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	1145
2	1996	1399
3	1997	1903
4	1998	2288
5	1999	2925
6	2000	4135
7	2001	3007
8	2002	2495
9	2003	2532

Proyección para el año 2006 = **4144** Coeficiente de Regresion= 214.85



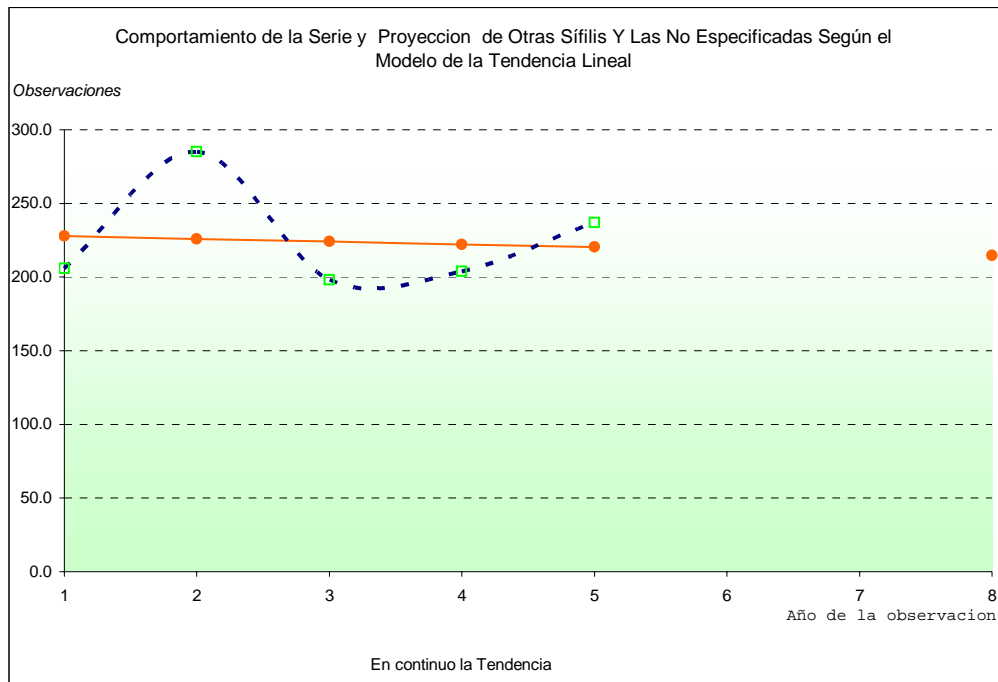
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Otras Sífilis Y Las No Especificadas  
 en el periodo 1999 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	206
2	2000	285
3	2001	198
4	2002	204
5	2003	237

Proyección para el año 2006 = **215** Coeficiente de Regresion= -1.90



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

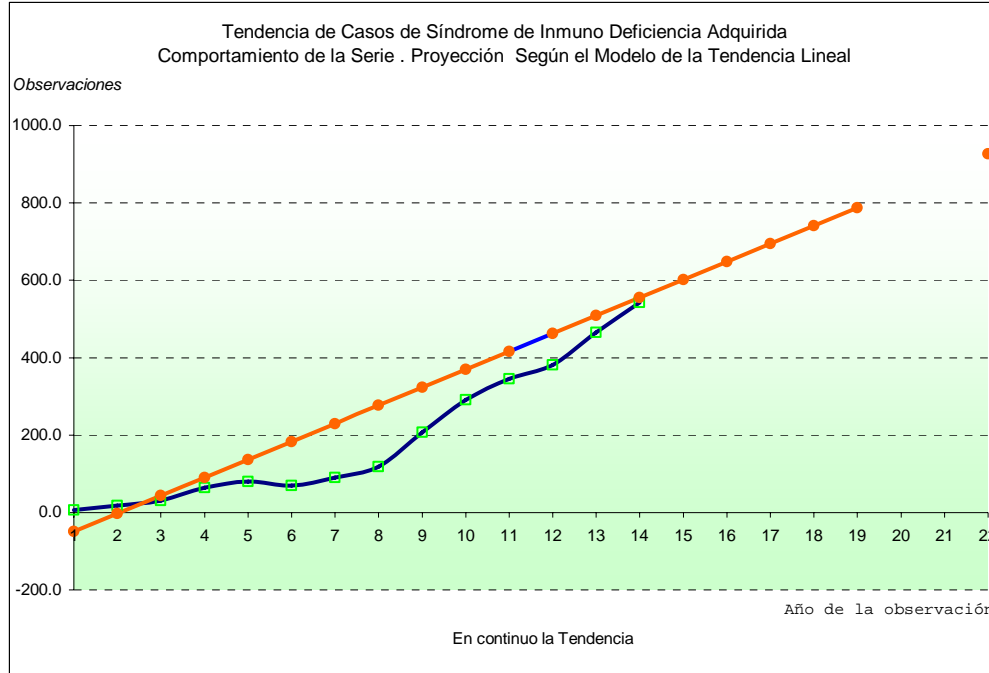


Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida  
 en el periodo 1985 - 2003  
 y proyección para el año 2006

Año	Casos	Año	Casos
1985	6	1997	465
1986	18	1998	543
1987	31	1999	691
1988	64	2000	613
1989	80	2001	724
1990	70	2002	738
1991	90	2003	656
1992	119		
1993	207		
1994	291		
1995	345		
1996	381		

Proyección de casos al 2006 = **927**  
 Coeficiente de regresión = **46.47**



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Sífilis Congénita  
 en el periodo 1985 - 2003  
 y proyección para el año 2006

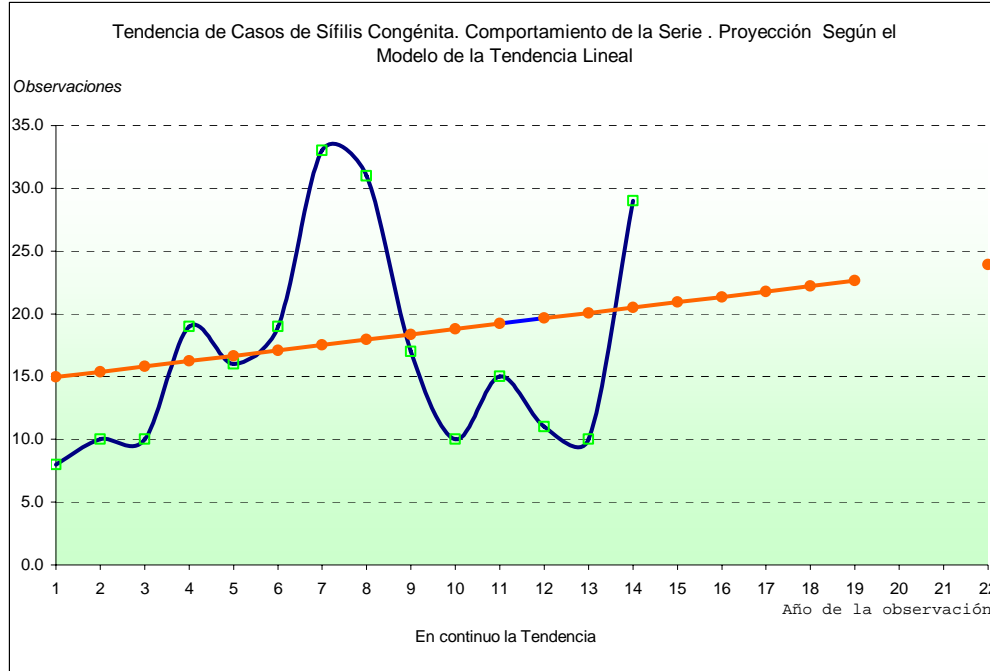
Año	Casos	Año	Casos
1985	8	1998	29
1986	10	1999	30
1987	10	2000	30
1988	19	2001	20
1989	16	2002	19
1990	19	2003	12
1991	33		
1992	31		
1993	17		
1994	10		
1995	15		
1996	11		
1997	10		

Proyección de casos al 2006 = 

24
----

  
 Coeficiente de regresión = 

0.43
------



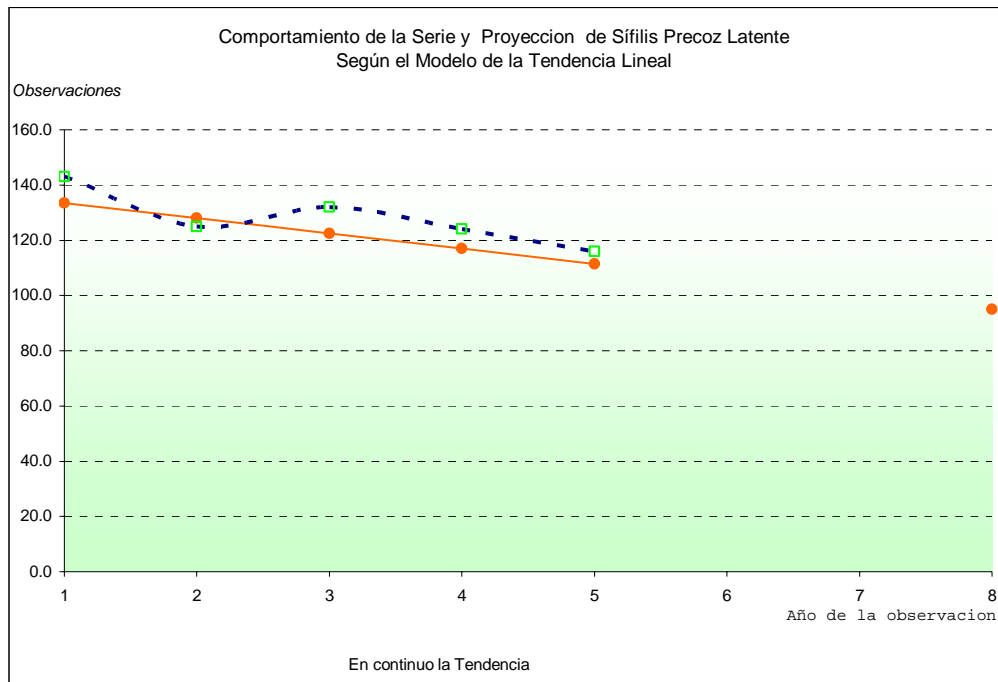
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Sífilis Precoz Latente  
 en el periodo 1999 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	143
2	2000	125
3	2001	132
4	2002	124
5	2003	116

Proyeccion para el año 2006 = **95**      Coeficiente de Regresion= -5.50



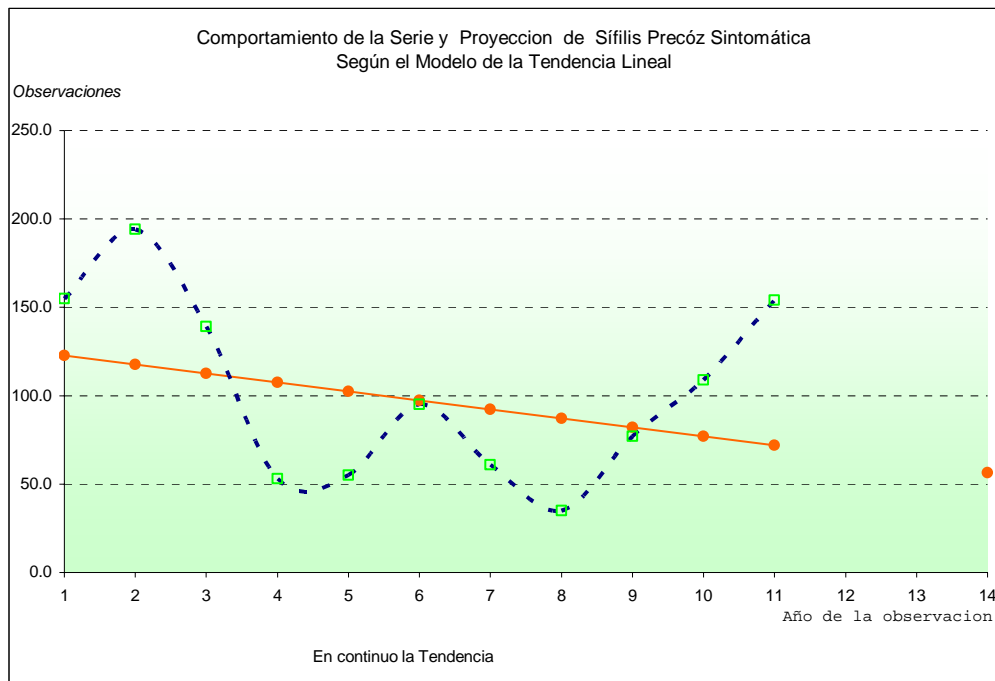
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los casos de Sífilis Precóz Sintomática  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1993	155
2	1994	194
3	1995	139
4	1996	53
5	1997	55
6	1998	95
7	1999	61
8	2000	35
9	2001	77
10	2002	109
11	2003	154

Proyeccion para el año 2006 = **57**      Coeficiente de Regresion= -5.10



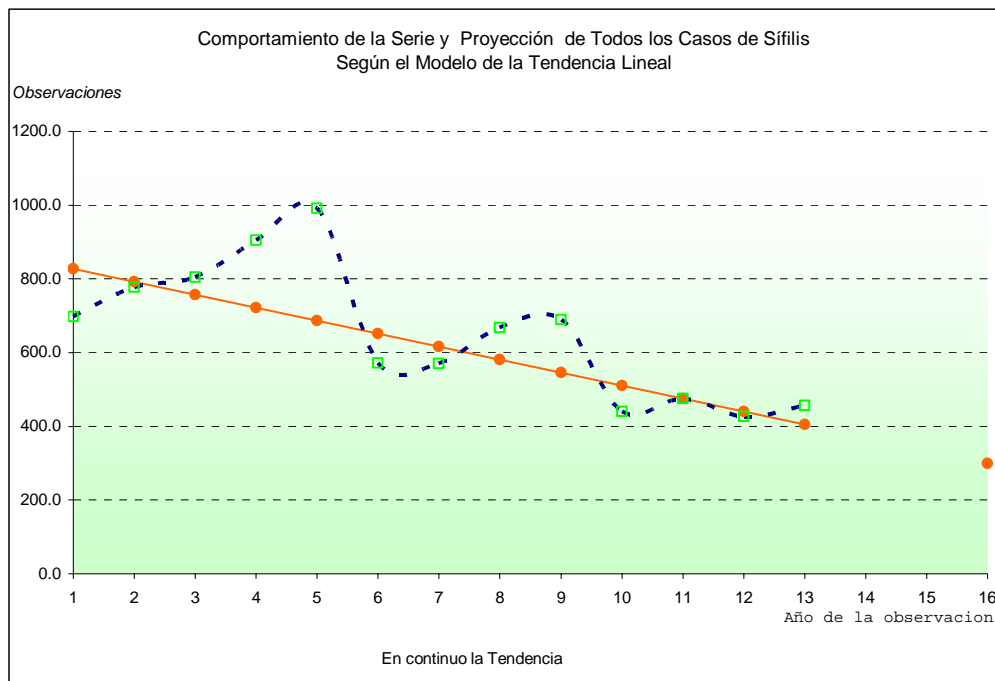
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas del Sector Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de Todos los Casos de Sífilis  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	697	0.6
2	1994	905	30.5
3	1995	991	117.2
4	1996	572	30.4
5	1997	570	97.1
6	1998	668	101.4
7	1999	690	99.1
8	2000	440	11.1
9	2001	475	56.2
10	2002	427	25.9
11	2003	456	9.9

Proyeccion para el año 2006 = **299**      Coeficiente de Regresion= -35.26



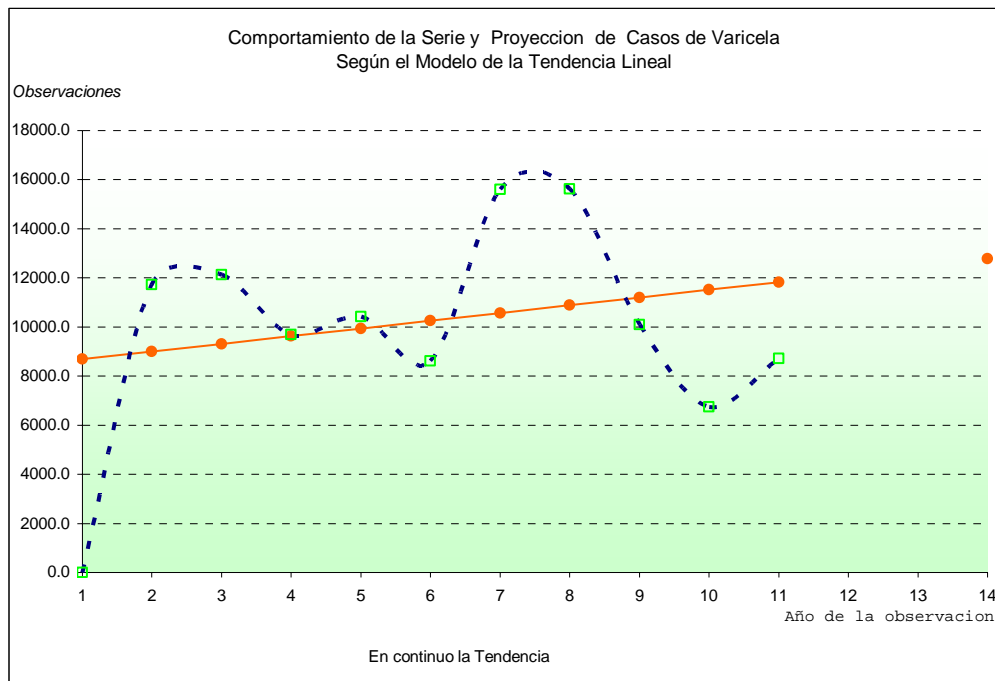
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Varicela  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	0	35.4
2	1994	11729	43.0
3	1995	12126	42.8
4	1996	9687	41.5
5	1997	10431	56.2
6	1998	8609	55.5
7	1999	15610	78.3
8	2000	15628	54.5
9	2001	10105	91.6
10	2002	6744	67.5
11	2003	8706	61.3

Proyeccion para el año 2006 = **12773** Coeficiente de Regresion= 314.44



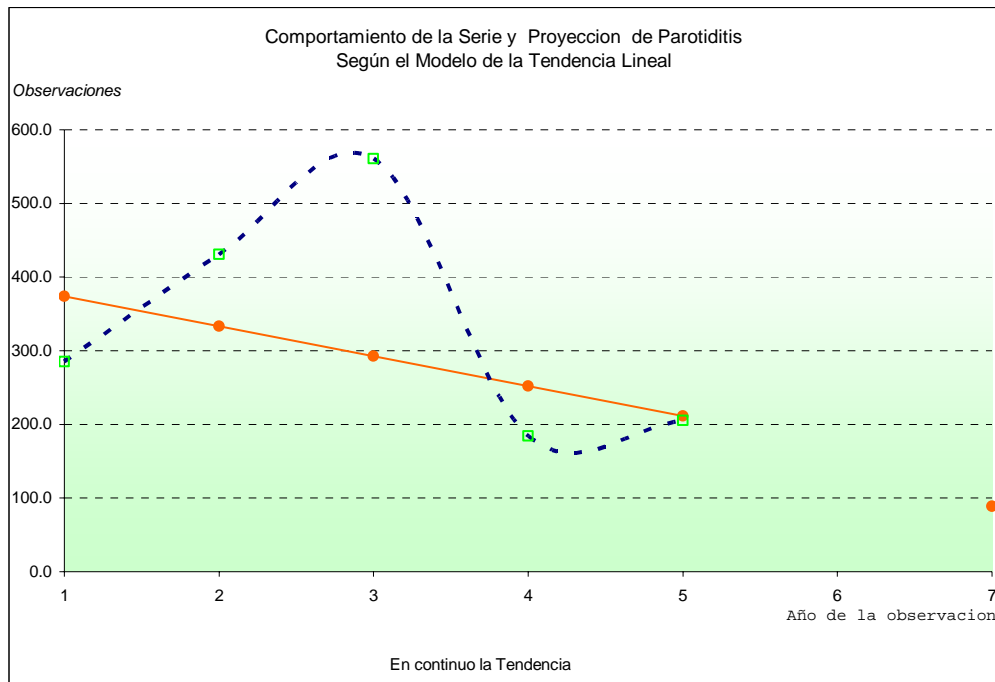
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Parotiditis  
 en el periodo 1999 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	285
2	2000	431
3	2001	561
4	2002	184
5	2003	205

Proyeccion para el año 2006 = **89**      Coeficiente de Regresion= -40.70



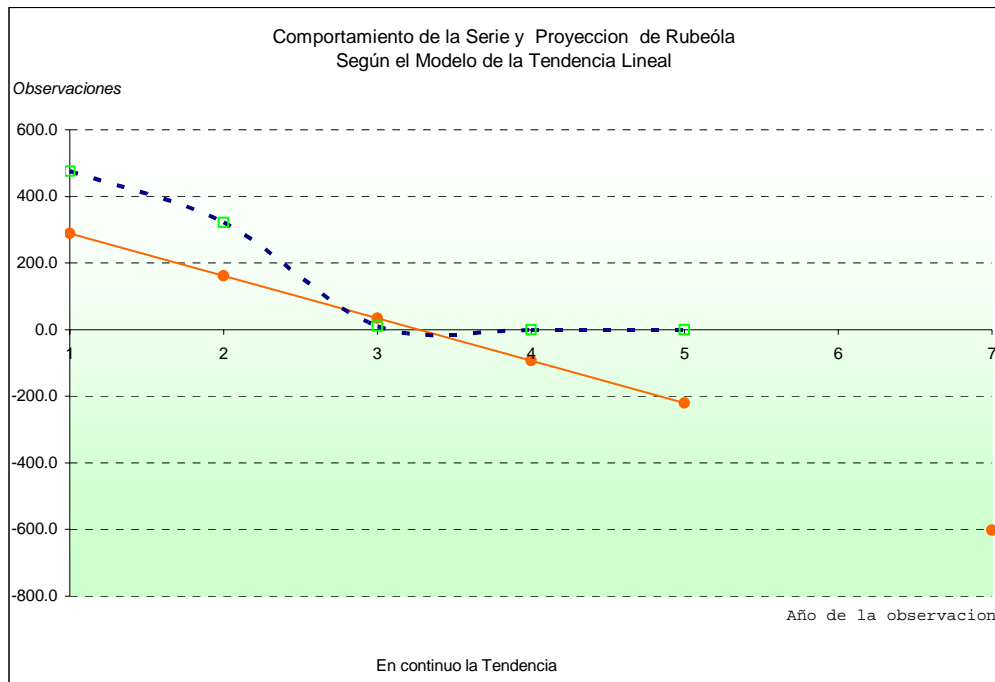
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Rubeóla  
 en el periodo 1999 - 2004  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	475
2	2000	322
3	2001	10
4	2002	0
5	2003	0

Proyeccion para el año 2006 = **-602**    Coeficiente de Regresion= -127.20



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

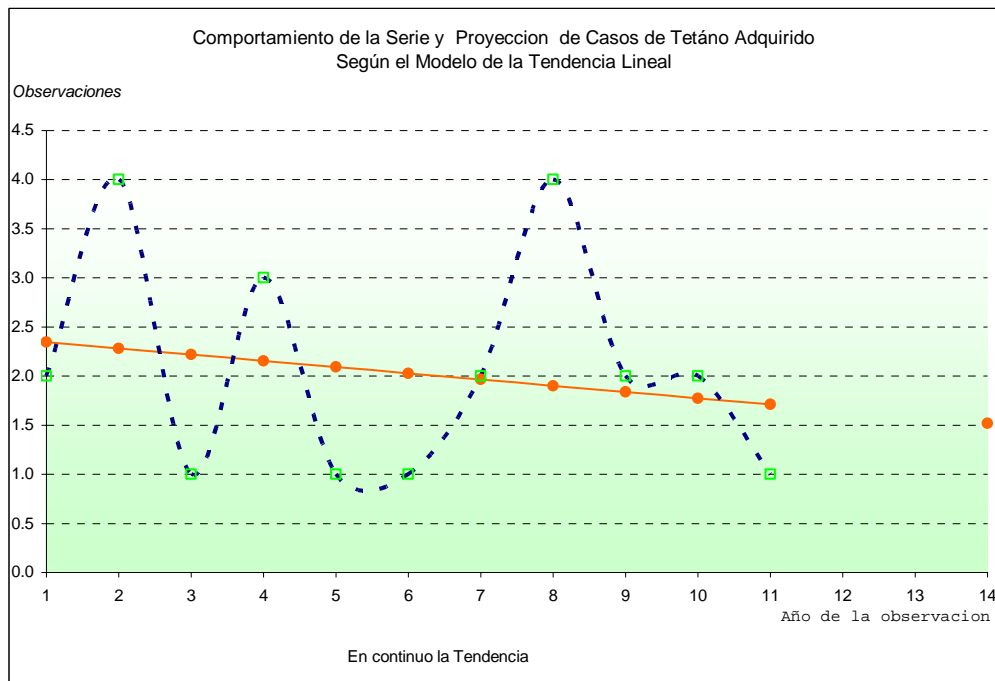


Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas del Sector Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Tetano Adquirido  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1993	2
2	1994	4
3	1995	1
4	1996	3
5	1997	1
6	1998	1
7	1999	2
8	2000	4
9	2001	2
10	2002	2
11	2003	1

Proyeccion para el año 2006 = **2**      Coeficiente de Regresion= -0.06



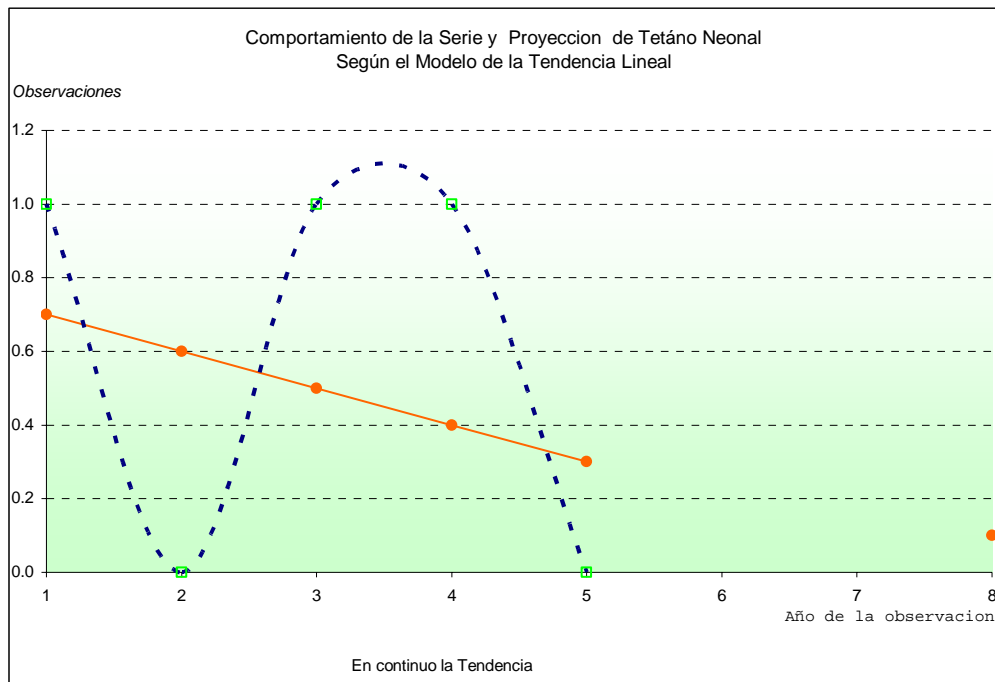
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Tetano Neonatal  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1999	1
2	2000	0
3	2001	1
4	2002	1
5	2003	0

Proyeccion para el año 2006 = **0**      Coeficiente de Regresion= -0.10



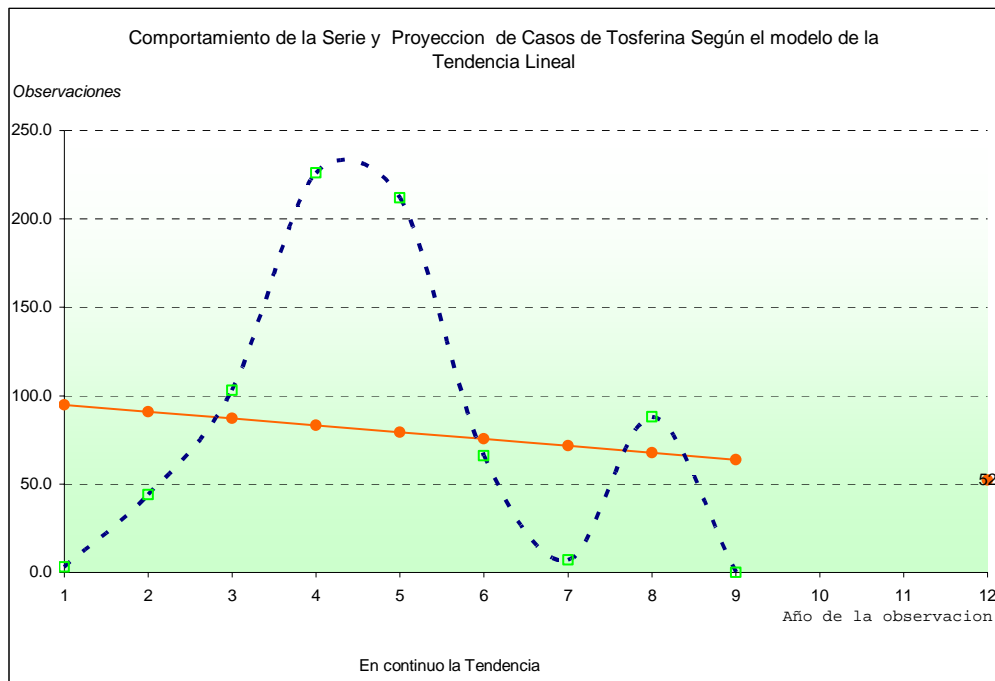
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Tosferina  
 en el periodo 1995 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1995	3
2	1996	44
3	1997	103
4	1998	226
5	1999	212
6	2000	66
7	2001	7
8	2002	88
9	2003	0

Proyeccion para el año 2006 = **52**      Coeficiente de Regresion= -3.87



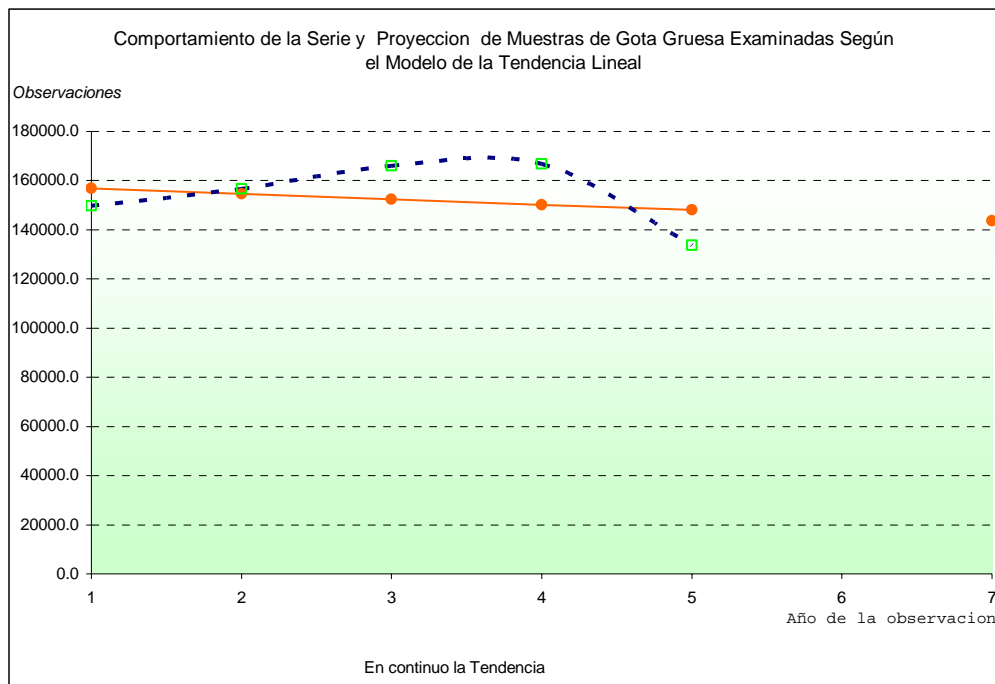
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de las Muestras de Gota Gruesa Examinadas  
 en el periodo 2000 - 2004  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	2000	149702
2	2001	156588
3	2002	166031
4	2003	166807
5	2004	133694

Proyección para el año 2006 = **143666** Coeficiente de Regresión= -2179.70



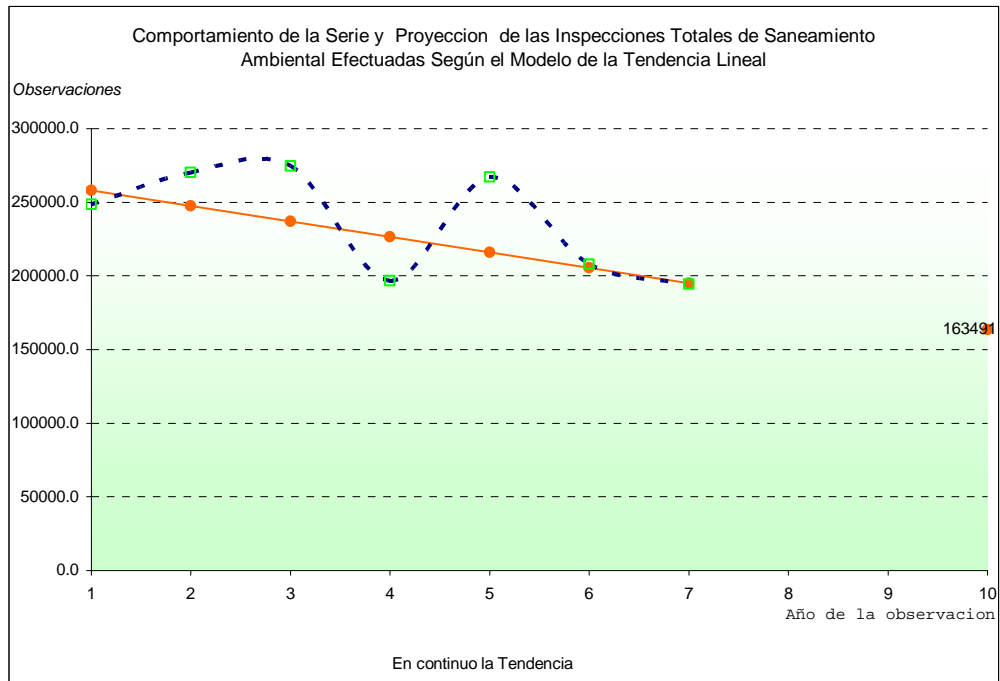
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Inspecciones Totales de Saneamiento Ambiental Efectuadas  
 en el periodo 1997 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1997	248379
2	1998	270163
3	1999	274712
4	2000	196862
5	2001	267103
6	2002	208064
7	2003	194209

Proyección para el año 2006 = **163491** Coeficiente de Regresion= -10511.32



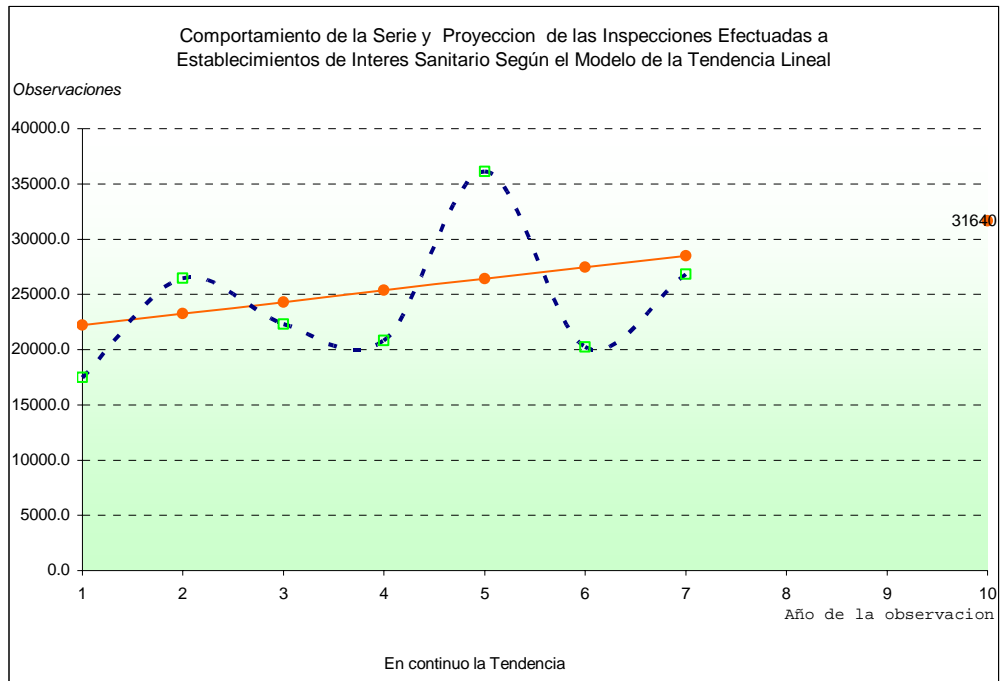
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Inspecciones Efectuadas a Establecimientos de Interes Sanitario  
 en el periodo 1997 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1997	17467
2	1998	26478
3	1999	22282
4	2000	20802
5	2001	36124
6	2002	20212
7	2003	26804

Proyección para el año 2006 = **31640** Coeficiente de Regresion= 1047.18



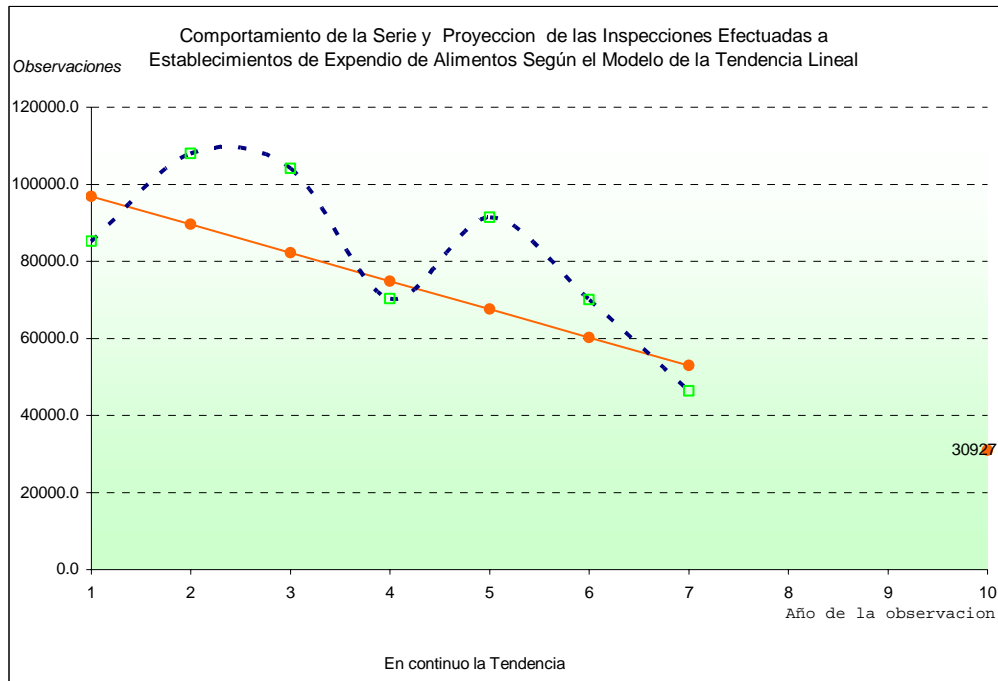
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Inspecciones Efectuadas a Establecimientos de Expendio de Alimentos  
 en el periodo 1997 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1997	85199
2	1998	108011
3	1999	104055
4	2000	70338
5	2001	91443
6	2002	69996
7	2003	46378

Proyección para el año 2006 = **30927**    Coeficiente de Regresion= -7325.18



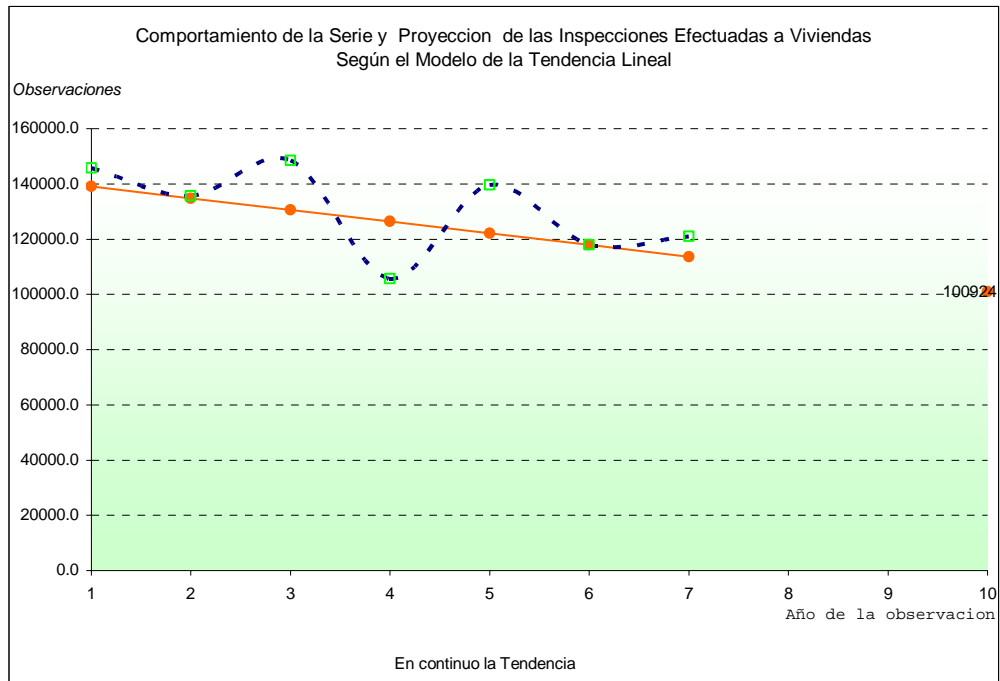
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de las Inspecciones Efectuadas a Viviendas  
 en el periodo 1997 - 2003  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1997	145713
2	1998	135674
3	1999	148375
4	2000	105722
5	2001	139536
6	2002	117856
7	2003	121027

Proyección para el año 2006 = **100924** Coeficiente de Regresion= -4233.32



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

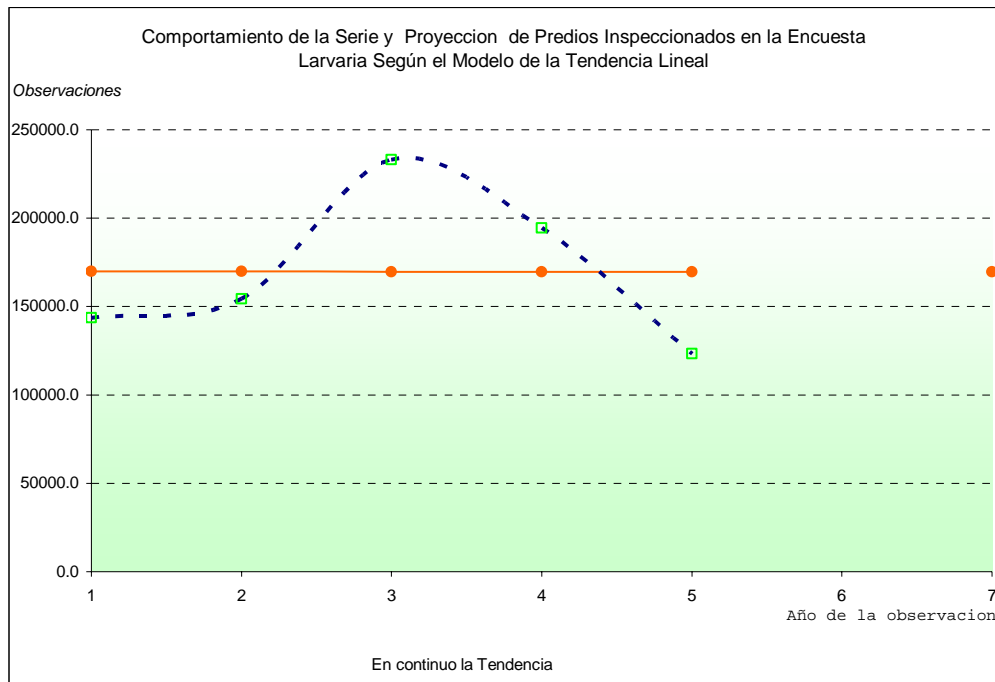


Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Predios Inspeccionados en la Encuesta Larvaria  
 en el periodo 2000- 2004  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	2000	143536
2	2001	154240
3	2002	233148
4	2003	194539
5	2004	123204

Proyeccion para el año 2006 = **169551** Coeficiente de Regresion= -36.50



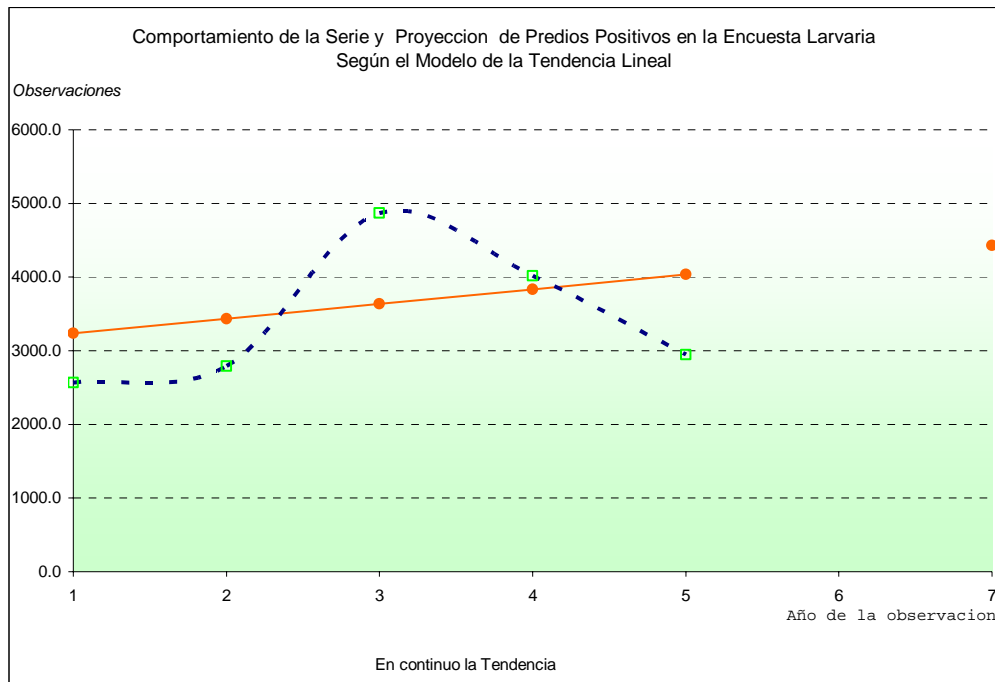
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Predios Positivos en la Encuesta Larvaria  
 en el periodo 2000- 2004  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	2000	2564
2	2001	2791
3	2002	4866
4	2003	4017
5	2004	2945

Proyeccion para el año 2006 = **4431** Coeficiente de Regresion= 198.80



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Dirección Nacional de Políticas de Salud  
 Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Enfermedad de Chagas  
 en el periodo 1985 - 2003  
 y proyección para el año 2006

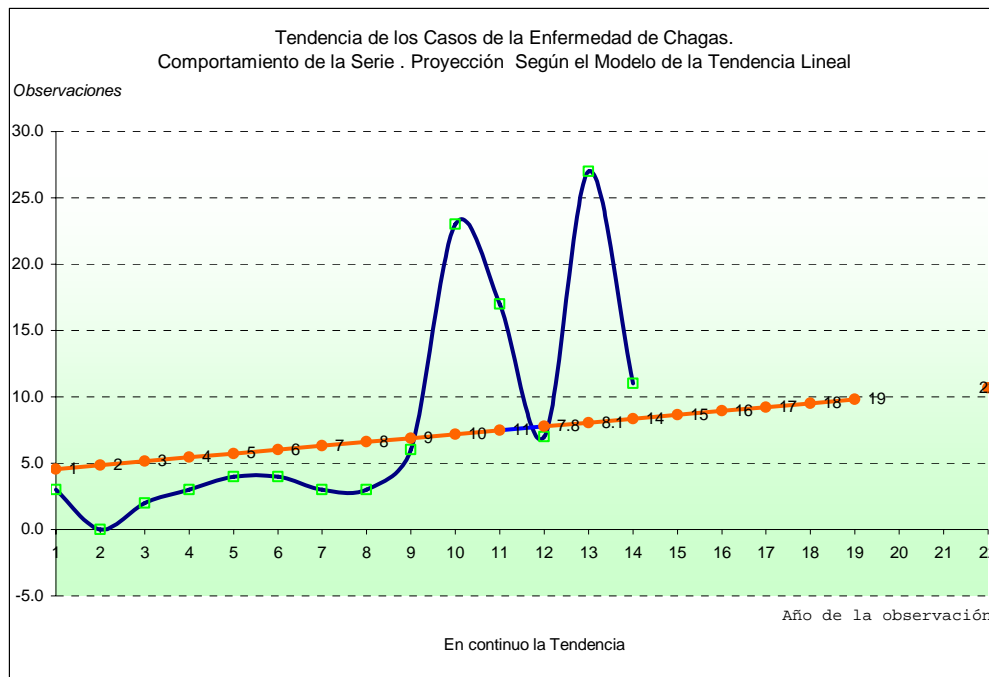
Año	Casos	Año	Casos
1985	3	1997	27
1986	0	1998	11
1987	2	1999	1
1988	3	2000	3
1989	4	2001	10
1990	4	2002	3
1991	3	2003	1
1992	3		
1993	6		
1994	23		
1995	17		
1996	7		

Proyección de casos al 2006 = 

11
----

  
 Coeficiente de regresión = 

0.29
------



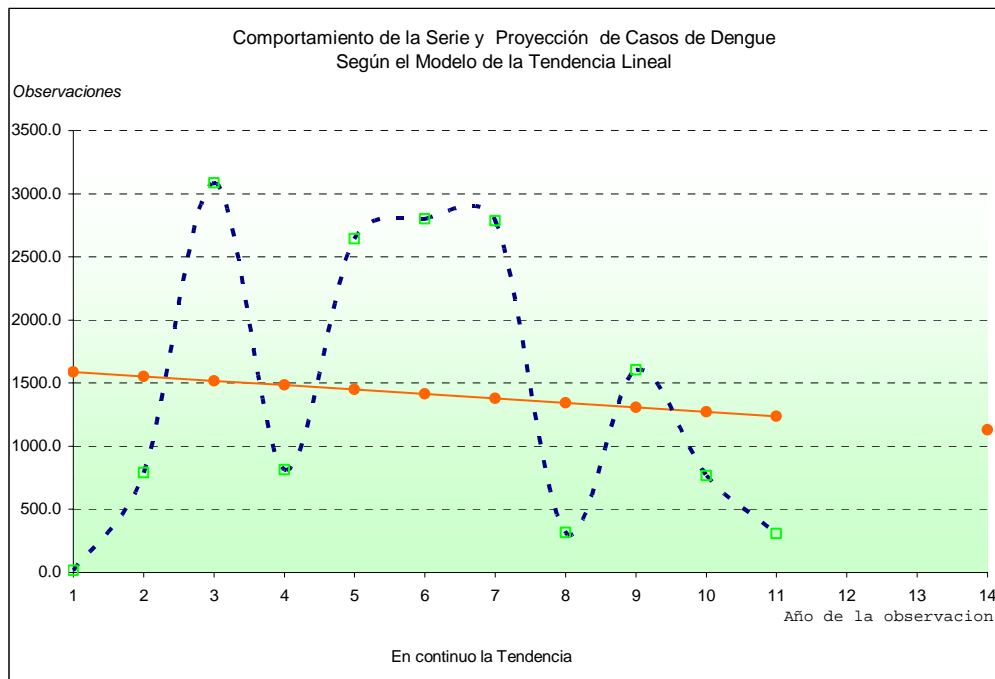
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Dirección General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas del Sector Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Dengue  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1993	14
2	1994	790
3	1995	3084
4	1996	812
5	1997	2641
6	1998	2802
7	1999	2785
8	2000	317
9	2001	1605
10	2002	768
11	2003	310

Proyeccion para el año 2006 = **1130**      Coeficiente de Regresion= -35.37



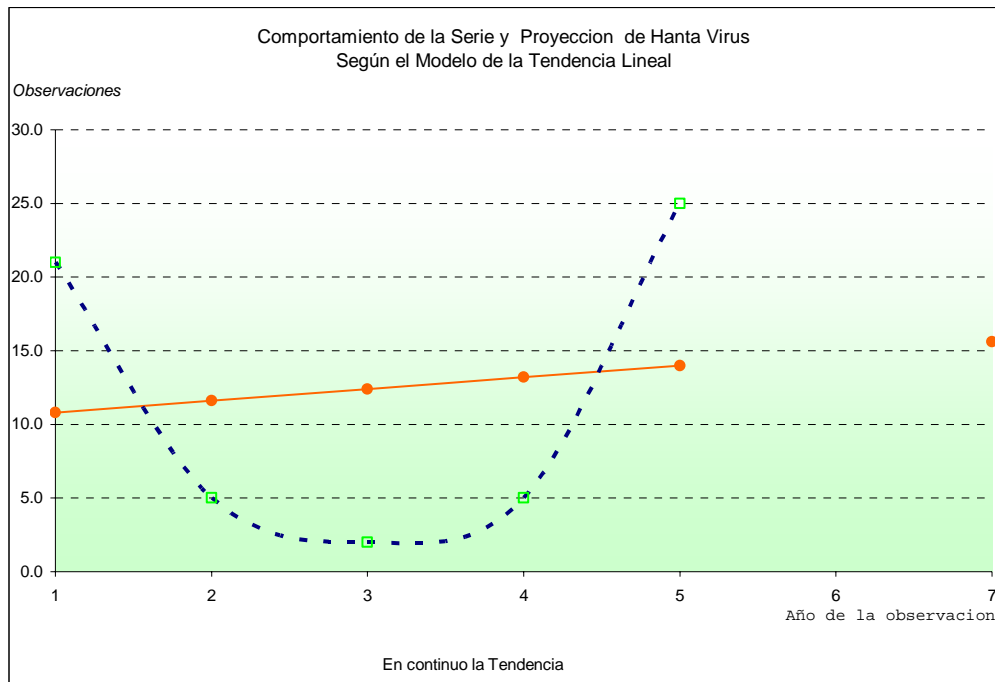
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Hanta Virus  
 en el periodo 2000 - 2004  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	2000	21
2	2001	5
3	2002	2
4	2003	5
5	2004	25

Proyeccion para el año 2006 = **16**      Coeficiente de Regresion= 0.80



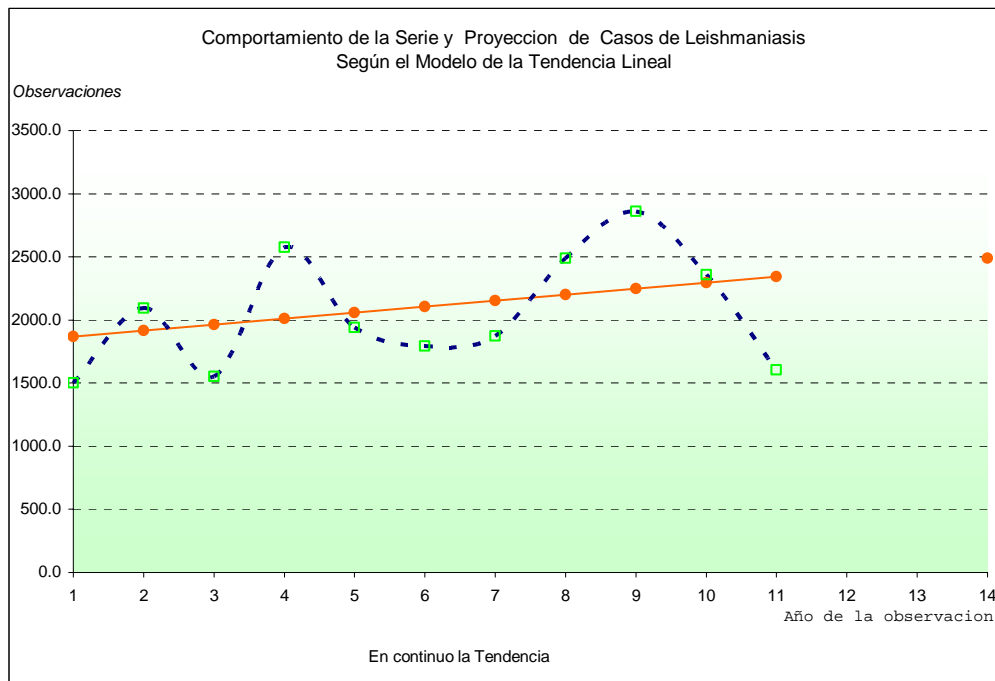
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Leishmaniasis  
 en el periodo 1993 - 2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	1501	35.4
2	1994	2093	43.0
3	1995	1551	42.8
4	1996	2577	41.5
5	1997	1938	56.2
6	1998	1792	55.5
7	1999	1873	78.3
8	2000	2488	54.5
9	2001	2862	91.6
10	2002	2357	67.5
11	2003	1602	61.3

Proyección para el año 2006 = **2487** Coeficiente de Regresion= 47.74



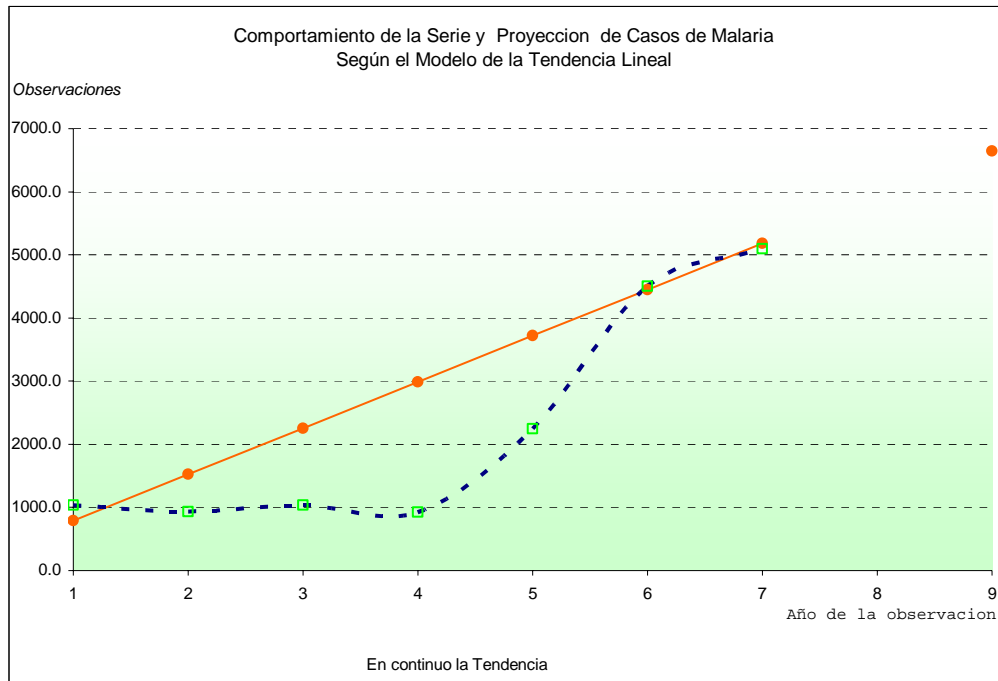
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Malaria  
 en el periodo 1998 - 2004  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1998	1038
3	1999	936
4	2000	1036
5	2001	928
6	2002	2244
7	2003	4500
9	2004	5095

Proyección para el año 2006 = **6648** Coeficiente de Regresion= 732.39



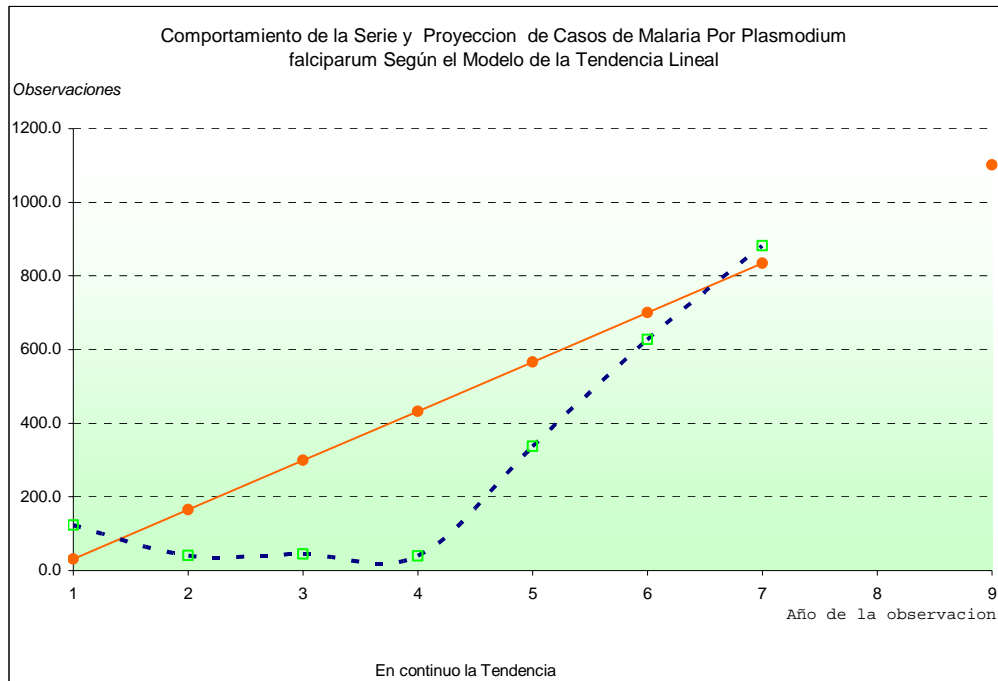
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Malaria Por Plasmodium falciparum  
 en el periodo 1998 - 2004  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1998	123
2	1999	40
3	2000	45
4	2001	39
5	2002	337
6	2003	627
7	2004	882

Proyeccion para el año 2006 = **1101**      Coeficiente de Regresion= 133.68



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

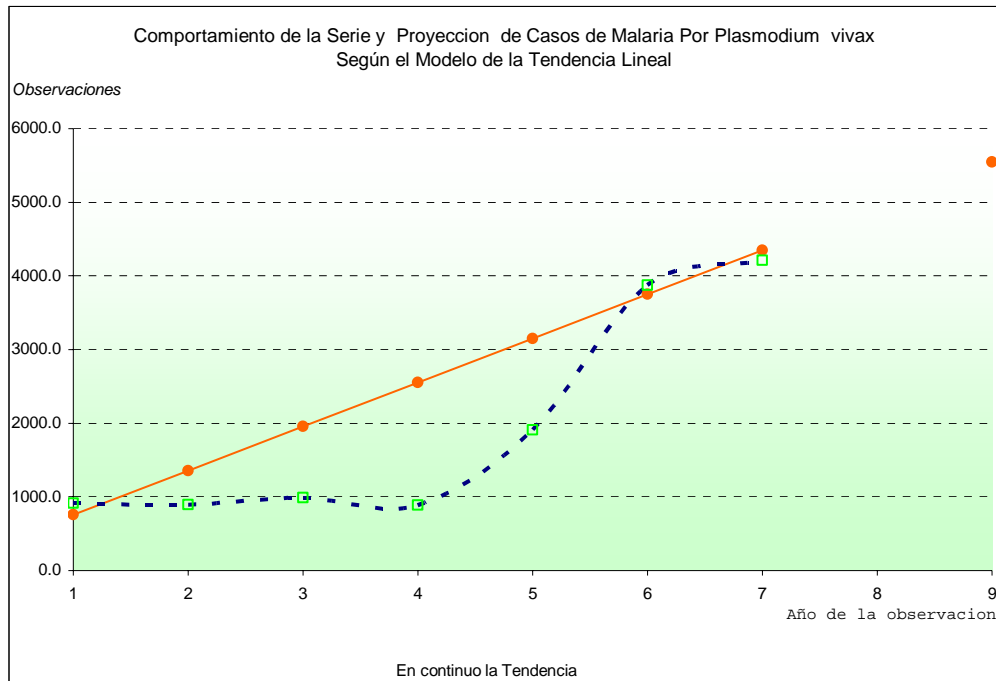


Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Malaria Por Plasmodium vivax  
 en el periodo 1998 - 2004  
 y proyeccion para el año 2006

No.	Año	Casos
1	1998	915
2	1999	896
3	2000	991
4	2001	889
5	2002	1907
6	2003	3873
7	2004	4213

Proyección para el año 2006 = **5547**    Coeficiente de Regresion= 598.71



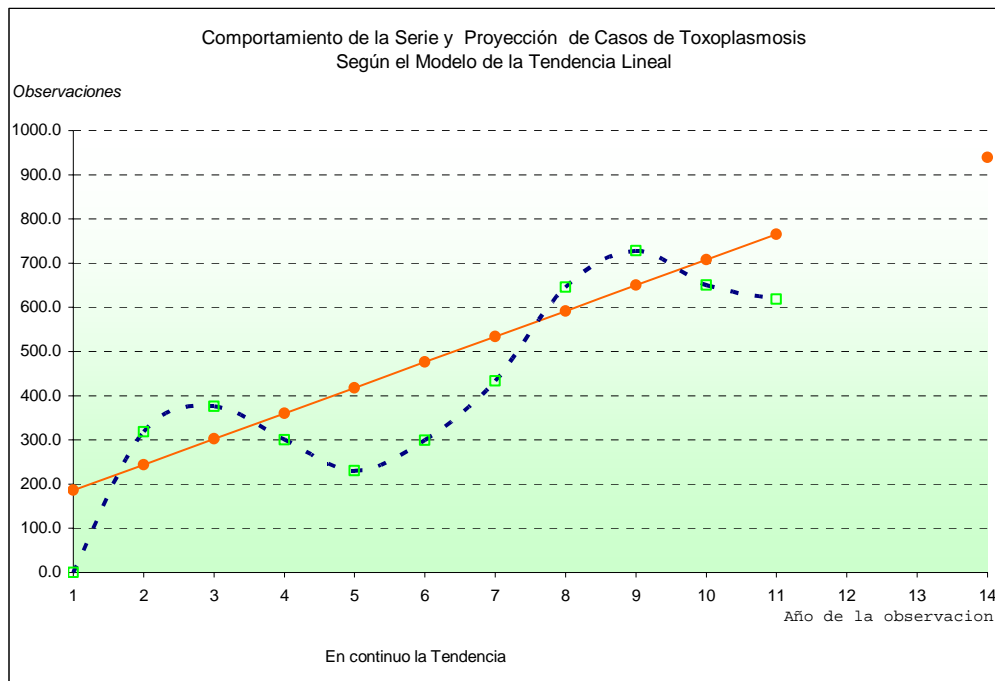
Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud

Ministerio de Salud  
 Direccion Nacional de Politicas de Salud  
 Departamento de Analisis de Situacion y Tendencias de Salud

Tendencia de los Casos de Toxoplasmosis  
 en el periodo 1993 -2003  
 y proyección para el año 2006

No.	Año	Casos	Tasa
1	1993	0	0
2	1994	318	12.3
3	1995	376	14.3
4	1996	300	11.2
5	1997	230	8.4
6	1998	299	10.8
7	1999	433	15.4
8	2000	646	22.6
9	2001	728	24.9
10	2002	650	21.9
11	2003	618	19.8

Proyección para el año 2006 = **939**      Coeficiente de Regresion= 57.90



Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores de Riesgo, Direccion General de Salud