

TAB LA DE CONTENIDO

	Páginas
II. INTRODUCCION	
II. Contexto Geográfico	1
2.1 Localización y División Política	1
2.2 Características Físico - Geográficas del País	3
III. La Población Panameña	5
3.1 Una población que tiende a envejecer, con cambios en los patrones socio culturales!	7
3.2 El Crecimiento Natural de la Población	14
3.3 La Natalidad	16
3.4 La Mortalidad	18
3.5 La Fecundidad	23
3.6 La Migración	25
VI. El Entorno Económico y Social de la Población Panameña	27
4.1 Modelo Económico	27
4.2 Crecimiento Económico: Década De Los Noventa	29
4.3 La Población Económicamente Activa (PEA)	34
4.4 Ocupación	35
a. Tasa de Actividad Según Edad Y Sexo	35
b. Ocupación Según Categoría De Empleador	36
c. Ocupación Y Poder Adquisitivo	37
d. Ocupación Y Horas Laboradas	39
e. Ocupación Y Tipo De Actividad	40
f. Ocupación Y Situación Laboral De La Población De Niños y Adolescentes	41
4.5 Situación Del Desempleo	42
a. Desempleo Y Género	42
b. Distribución Del Desempleo	43
4.6 La Situación De La Pobreza En Panamá	43
a. Incidencia De La Pobreza	43
b. Profundidad Y Severidad De La Pobreza	45
c. Mapa De Pobreza	45

d. Características De Los Pobres	48
4.7 Educación y Analfabetismo	54
4.8 Vivienda	55
V. Factores Protectores y de Riesgo a la Salud de la Población Panameña	58
5.1 Situación de la Calidad del Ambiente y su Relación con la Salud Humana	58
a. Agua Potable y Residuales	58
b. Residuos Orgánicos y Sólidos	60
c. Contaminación Atmosférica	64
d. Ruido	71
e. Ambiente Laboral	71
f. Contaminación por Sustancias y Residuos Tóxicos	74
g. Contaminación de Alimentos	79
h. Zoonosis y Vectores	79
5.2 Conducta Humana y Salud	87
5.2.1 El Tabaquismo	88
5.2.2 Las Farmacodependencias	82
5.2.3 Las Violencias	86
5.2.4 Algunos Riesgos A La Salud del Binomio Madre - Hijo	101
a. La Lactancia Materna	101
b. El Control Prenatal	103
c. El Control Perinatal	106
d. Suero de Rehidratación Oral	107
5.3 Situación Alimentaria y Nutricional	108
VI. Nivel de Salud de la Población Panameña	118
6.1 Indicadores Y Trazadores De Salud De La Población Panameña	118
6.1.1 La Expectativa de Vida	118
6.1.2 Índice de Desarrollo Humano	121
6.1.3 Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura	121
6.2 Morbilidad y Mortalidad de la Población Panameña	122
6.2.1 La Mortalidad y Morbilidad Por Grupo De Edad y De Riesgo	123

6.2.1.1 La Mortalidad Infantil	124
6.2.1.2 Los Niños Y Niñas De Uno a Cuatro Años	129
6.2.1.3 Los Escolares Y Adolescentes De Cinco A Catorces Años	131
6.2.1.4 Los Adolescentes De Quince A Diecinueve Años	132
6.2.1.5 Los Adultos De Veinte A Cincuenta Y Nueve Años	132
6.2.1.6 La Tercera Edad	132
6.2.1.7 La Mortalidad Materna	133
6.2.1.8 La Población Trabajadora	136
6.2.2 Las Enfermedades Crónicas, Transmisibles e Inmunoprevenibles	145
6.2.2.1 Las Enfermedades Crónicas	145
a. La Enfermedad Cardio-Cerebro-Vascular	146
b. Los Tumores Malignos	148
c. Las Causas Externas	153
6.2.2.2 Las Enfermedades Inmunoprevenibles	161
6.2.2.3 Las Enfermedades Transmisibles	165
a. La Tuberculosis	165
b. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	167
c. La Enfermedad Inflamatoria Pélvica	175
d. La Neumonía	177
e. Las Diarreas	178
f. La Sífilis	180
g. La Leishmaniasis	183
h. La Malaria	185
i. El Dengue	188
j. La Toxoplasmosis	190
k. La Brucelosis	193
l. Las Intoxicaciones Alimentarias	195
m. Enfermedades de Origen Hídrico	196
n. La Enfermedad de Chagas	200
6.2.2.4 Las Enfermedades Emergentes y Reemergentes	203
6.3 La Salud Bucal	212
6.4 La Salud Mental	214

VII. Provisión de Servicios **219**

VIII Conclusiones **262**

IX. Consideraciones **264**

X. Bibliografía **267**

Anexos

1 Tendencia De Algunas Enfermedades Transmisibles

2 Instituciones Estatales De Salud Según Región. (Mapas Regionales)

**3 Prestaciones Económicas Otorgadas Por La Caja de Seguro Social.
Años 1994-1998.**

INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro N° 1: Proporción De La Población Según Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1960, 1970,1980,1990 Y 1997	7
Cuadro N°2: Proporción De La Población Por Area. República De Panamá. Años:1960, 1970, 1980,1990 Y 1997	10
Cuadro N° 3: Natalidad, Mortalidad, Crecimiento Natural, Fecundidad Y Esperanza De Vida, Por Área, Según Provincia. República De Panamá. Años: 1960-1990 Y 1997.	20
Cuadro N° 4: Estructura de las Causas de Muerte. Mortalidad General República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90 y 97	22
Cuadro N° 5: Migración Interna Neta Según Provincia Y Sexo. Censo De 1990. (Migración de Toda la Vida)	26
Cuadro N° 6. Tasa De Crecimiento Del Producto Interno Bruto. República de Panamá. Años: 1990-1998	30
Cuadro N° 7. Variación Porcentual Anual del Producto Interno Bruto Según Categoría De Actividad Económica, A Precios De 1982. Años: 1994-1998	33
Cuadro N°8: Población Económicamente Activa Por Sexo Según Año. República De Panamá. Años: 1993 Y 1997	34
Cuadro N°9: Población Económicamente Activa Por Area, Según Año. República De Panamá. Años: 1993 Y 1997	34
Cuadro N° 10: Población Económicamente Activa Según Condición Del Empleo. República De Panamá. Año: 1996	35
Cuadro N° 11 Tasa De Actividad De La Población Según Rango De Edad. República De Panamá. Años: 1993 Y 1997.	36
Cuadro N°12: Tasa Porcentual De Actividad De La Población De 15 Años Y Más Por Sexo. República De Panamá. Años: 1993 Y 1997	36
Cuadro N°13: Porcentaje de Población Ocupada Según Categorías En La Ocupación. República De Panamá. Años: 1993 y 1998.	37
Cuadro N°14: Población Ocupada De 15 Años Y Más De Edad Según Horas Semanales Trabajadas. República De Panamá. Año 1998	40
Cuadro N°15: Población Ocupada De 15 Años Y Más De Edad Por Sexo, Según Horas Semanales Trabajadas. República De Panamá. Año 1998	40
Cuadro N°16: Población Ocupada Por Actividad Económica Predominante, Según Rango De Edad Y Porcentaje de Población Ocupada. República De Panamá. Año 1997	41
Cuadro N° 17: Incidencia De La Pobreza Según Grupos De Edad. República De Panamá. Año: 1997.	44
Cuadro N°18: Incidencia De La Pobreza Según Región/Area. República de Panamá. Año: 1997.	44
Cuadro N° 19: Probabilidad De Ser Pobre Por Persona, Según Provincia. República De Panamá. Año: 1997	46
Cuadro N° 20: Características de los Hogares Pobres. República de Panamá. Año: 1997.	49
Cuadro N°21. Datos Básicos De Salud Por Area Y Nivel De Pobreza. República De Panamá. Año: 1997.	51- 52

Cuadro N°22.	Distribución Del Déficit Habitacional Por Categoría Según Provincia. República De Panamá. Mayo de 1997	56
Cuadro N°23	Distribución Del Déficit Habitacional Según Ingreso República De Panamá. Mayo de 1997	57
Cuadro N°24:	Cobertura Viviendas Con Servicios de Saneamiento Básico, Por Area Según Año. República De Panamá. Años: 1990-1998	58
Cuadro N°25:	Cobertura De Calidad Sanitaria Del Ambiente, Por Area Según Característica de la Vivienda. República De Panamá. Año: 1998	59
Cuadro N° 26 :	Entidades Relacionadas Con Las Distintas Etapas De Manejo De Los Residuos Sólidos Urbanos, Industriales Y Hospitalarios. República de Panamá. Año: 1998	62
Cuadro N° 27:	Manejo De Los Residuos Sólidos. República De Panamá. Año: 1999	63
Cuadro N°28.	Polígonos Industriales Del Sector Metropolitano Según Areas, Actividades Y Tipo De Contaminación. República de Panamá. Año: 1998	68
Cuadro N° 29:	Volumen De Los Principales Contaminantes Asociados Al Transporte Por Area Y Límite Permisible. República de Panamá. Año: 1998	70
Cuadro N°30:	Fuentes Y Efectos De Los Principales Contaminantes República de Panamá. Año: 1999	70
Cuadro N° 31.	Tasa de Accidentes de Trayecto Según Año. República de Panamá. Años: 1990-1991-1992-1993	72
Cuadro N°32.	Algunos Factores de Riesgo Laboral y Población Expuesta al Riesgo. Región Metropolitana. República de Panamá. Años: 1984-1992	72
Cuadro N°33	Factores Psicosociales de Riesgo Presentes En El Ambiente Laboral. Región Metropolitana. República de Panamá. Años: 1984-1992	73
Cuadro N°34.	Proporción De La Variable Orden de Inseguridad En La Ocurrencia De Accidentes De Trabajo. Región Metropolitana. República de Panamá. Años: 1984-1992	73
Cuadro N°35:	Algunos Casos Registrados De Víctimas Humanas En Areas De Ensayo Y Entrenamiento Militar. República De Panamá. Años: 1941-'70	77
Cuadro N°36:	Contaminación Química En Las Areas Revertidas, Según Fecha, Casos Y Areas Afectadas. República De Panamá. Años: '30-'40-'60	78
Cuadro N° 37:	Encuesta Larvaria Por Año Según Región de Salud. República de Panamá. Años: 1992 a 1999	81 - 82
Cuadro N° 38:	Tipos De Recipientes Con Aedes aegypty Según Año. República de Panamá. Años: 1992 a 1999	83
Cuadro N° 39:	Producción De Cigarrillos Y Cigarros Y Consumo De Tabaco Para La Producción. República De Panamá. Años: 1994-1998	89
Cuadro N° 40:	Venta Y Consumo De Cerveza Per CáPita Según Año. República De Panamá. Años: 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998	93
Cuadro N° 41:	Prevalencia Porcentual De Vida Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas. República De Panamá. Años: 1992-1996	94
Cuadro N° 42:	Importancia De Las Causas Externas En La Mortalidad General. República De Panamá. Año: 1980-1998/P	98
Cuadro N° 43.	Accidentes De Tránsito En El Total De Las Causas Externas. República de Panamá. Años: 1980-1998 P/	99

Cuadro N° 44:	Población De Menores De 5 Años Que Han Sido Amamantados Alguna Vez. Encuesta De Indicadores Múltiples. República De Panamá. Año: 1996	102
Cuadro N° 45:	Población De Menores De 23 Meses Aún Amamantados. Encuesta De Indicadores Múltiples. República De Panamá. Año: 1996	102
Cuadro N° 46:	Tipo De Lactancia Materna Recibida. Encuesta De Indicadores Múltiples. República De Panamá. Año: 1996	102
Cuadro N° 47:	Desnutrición En Niños Menores De 5 Años, Según Area. República De Panamá. Año: 1997	111
Cuadro N° 48:	Resumen De La Evolución De Indicadores Antropométricos En Menores De 5 Años, Según Encuesta De Asistencia A Los Servicios De Salud. República de Panamá. Año: 1995	112
Cuadro N° 49:	Proporción De Bajo Peso Al Nacer. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997	115
Cuadro N° 50:	Proporción De Bajo Peso Al Nacer Según Provincia. República De Panamá. Año:1997	115
Cuadro N° 51:	Resumen Del Estado Nutricional De Los Adultos Según Sexo Y Edad. República de Panamá. Año: 1995	116
Cuadro N° 52:	Esperanza De Vida Al Nacer Según Sexo. República De Panamá. Años: 1990-1997	119
Cuadro N° 53:	Esperanza De Vida Al Nacer Según Región De Salud República De Panamá. Años: 1960-2002	119
Cuadro N° 54:	Esperanza De Vida Al Nacer. Comarca Kuna Yala. República De Panamá. Años: 1960-2002	120
Cuadro N° 55:	Esperanza De Vida Al Nacer Según Actividad Económica Predominante. República De Panamá. Periodo: 1990-2000	120
Cuadro N° 56:	Principales Causas de Muerte Según Años De Vida Perdido. República de Panamá. Año: 1998	122
Cuadro N° 57:	Mortalidad Por Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997	123
Cuadro N° 58:	Tasas De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia. República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997	125
Cuadro N° 59:	Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año. República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90 y 97.	128
Cuadro N° 60:	Defunciones Y Tasas De Mortalidad En Los Menores De Un Año Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 1997	129
Cuadro N° 61:	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: 1997	130
Cuadro N° 62:	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: 1997	131
Cuadro N° 63:	Defunciones y Tasas de Mortalidad Materna por Provincia. República de Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997	133
Cuadro N° 64:	Principales Riesgos Laborales Según Sexo De La Población Laboral. República de Panamá. Año: 1998	137
Cuadro N° 65:	Algunos Datos De Salud De La Población Trabajadora. República De Panamá. Años: 93-97.	139

Cuadro N° 66:	Número Total De Trabajadores Y De Accidentes De Trabajo Mortales Según Actividad Económica. República De Panamá. Años: 1993-1997	140
Cuadro N° 67:	Número Total De Accidentes De Trabajo Según Actividad Económica. República De Panamá. Años: 1993-1996	141
Cuadro N° 68:	Accidentes De Trayecto En La Población Trabajadora Según Actividad Económica. República De Panamá. Años: 1993-1997	142
Cuadro N° 69:	Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Cardio-Cerebro Vasculares. República De Panamá. Años: 1991-1994-1997	148
Cuadro N° 70:	Tasa De Mortalidad Por Tumores Maligno. República De Panamá. Años: 1994-1995-1996	150
Cuadro N° 71:	Principales Tumores Registrados Según Provincia. República De Panamá. Año: 1996	151
Cuadro N° 72:	Posición De Las Muertes por Causas Externas Según Grupo de Edad. República de Panamá. Años: 1980-1985-1990-1995	154
Cuadro N° 73:	Tasa Anual De Muertes Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1980-1996 (P)	155
Cuadro N° 74:	Evolución De Las Tasas De Mortalidad Por Causas Externas. República De Panamá. Quinquenios: 1980-1994	156
Cuadro N° 75:	Evolución De La Razón De Años De Vida Productiva Perdidos ¹ Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1990-1995	158
Cuadro N° 76:	Tasas De Mortalidad De Las Cinco Principales Causas De Muerte Por Provincia. República De Panamá. Años: 1990, 1995 y 1997.	159
Cuadro N° 77:	Defunciones De Las Cinco Principales Causas De Muertes, Por Sexo. República De Panamá. Años: 1990, 1995 Y 1997	160
Cuadro N° 78:	Casos De Tuberculosis Pulmonar Registrados Por Provincia Y Sexo. República De Panamá. Año:98	167
Cuadro N° 79:	Casos Reportados De SIDA Según Región. República De Panamá. Años: 1984-1990-1992-1998	169
Cuadro N° 80:	Casos Reportados De SIDA Según Vía de Transmisión. República De Panamá. Años: 1984-1998	169
Cuadro N° 81:	Casos Y Letalidad Reportada Por SIDA Según Región. República De Panamá. Años: 1984-1998	171
Cuadro N°82:	Estudio De vigilancia Centinela De VIH. República de Panamá. Año: 1984 - 1987	172
Cuadro N° 83:	Casos Y Tasas De Enfermedad Inflamatoria Pélvica Según Región. República De Panamá. Años: 1998	177
Cuadro N° 84:	Morbilidad Por Neumonía En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1994 - 1997	178
Cuadro N° 85:	Morbilidad Por Diarreas En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1986-1990-1996-1998	179
Cuadro N° 86:	Casos Y Tasas De Diarreas En Población Total Según Regiones De Salud. República De Panamá. Años: 1998	180
Cuadro N° 87:	Casos Y Tasas De Sífilis Según Tipo De Sífilis. República de Panamá. Años: 1984-1997	182
Cuadro N° 88:	Casos Y Tasas De Morbilidad Por Leishmaniasis Según Región. República De Panamá. Años: 1998	184

Cuadro N° 89:	Proyección De Casos Esperados Para Los Años 2,000 Y 2,005 De Algunas Enfermedades Transmisibles De Alta Frecuencia Basados En La Conducta De Los Años 1988 A 1997. República De Panamá. Año; 1998	185
Cuadro N° 90:	Muestras Examinadas Y Casos De Malaria Detectados. República De Panamá. Años: 1992-1998	187
Cuadro N° 91:	Muestras Examinadas Y Casos De Malaria, Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1997-1998	187
Cuadro N° 92:	Porcentaje de Casos De Malaria Según Especie De Plasmodium Detectada. República De Panamá. Años: 1995-1998	188
Cuadro N° 93:	Casos Y Tasas De Dengue Clásico Según Región. República De Panamá. Años: 1993-1998	189
Cuadro N° 94:	Casos Acumulados De Toxoplasmosis Según Región. República De Panamá. Años: 1977-1995	191
Cuadro N° 95:	Tasas Acumuladas De Toxoplasmosis Según Región De Salud. República De Panamá. Periodos: 1977-1995	192
Cuadro N°96:	Tasas Acumuladas De Toxoplasmosis Según Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1990-1995	193
Cuadro N° 97:	Tasas Acumuladas De Brucelosis Según Región De Salud. República De Panamá. Periodos: 1977-1995	194
Cuadro N° 98:	Tasas Acumuladas De Brucelosis Según Grupo De Edad. República De Panamá. Años: 1990-1995	195
Cuadro N° 99:	Casos y Tasas De Intoxicaciones Alimentarias Según Año. República De Panamá. Años: 1995-1998	196
Cuadro N° 100:	Defunciones Por Patología De Origen Entérico. República De Panamá. Años: 1992-1997.	197
Cuadro N°101:	Casos De Enfermedades Hidroalimentarias Registradas En Las Instalaciones De Salud Y Laboratorios. República De Panamá. Años 1992-1998	199
Cuadro N°102:	Clasificación De Casos Captados Mediante El Sistema De Vigilancia Epidemiológica Del Síndrome Pulmonar Por Hantaan Virus. República De Panamá. Abril Del 2000.	206
Cuadro N° 103:	Algunos Indicadores De Salud Bucal En La Población Escolar República De Panamá. Años: 1997	213
Cuadro N° 103:	Acumulado De Algunos Tipos De Violencia Atendidos En El Servicio De Urgencias. Hospital Santo Tomás. República De Panamá. Años: 1987-1991	215
Cuadro N° 104:	Población Con Algún Impedimento Físico O Mental, Según Tipo De Impedimento, Por Provincia. República De Panamá. Año: 1989-1995	215
Cuadro N° 105:	Síndrome De Maltrato Atendidos En El Departamento de Salud Mental, Según Sexo, Por Tipo de Maltrato. Hospital del Niño. Años: 1990-1994	217
Cuadro N°106	Instalaciones Del Ministerio De Salud Y Caja De Seguro Social Por Grado De Complejidad De Atención Según Regiónor De Salud. República de Panamá. 1998.	223
Cuadro N° 107:	Tasa De Médicos, Odontólogos Y Enfermeras, Por Habitantes Según Provincia. República De Panamá. Año 1997.	227
Cuadro N° 108.	Consultas Realizadas En El Primer Nivel De Atención República de Panamá. Año: 1997.	232
Cuadro N° 109.	Producción Y Tasa De Utilización De Los Servicios Intermedios En La Red De Primer Nivel Según Región De Salud. República De Panamá. Año:1997.	232

Cuadro N° 110.	Inspecciones Realizadas, Construcciones De Pozos Y Letrinas, Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 1998.	243
Cuadro N° 111	Cobertura De Vacunación Según Región De Salud. República De Panamá. Año:1997.	244
Cuadro N° 112.	Cobertura Y Concentración Promedio Del Control Prenatal Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1995-1997.	249
Cuadro N° 113.	Porcentaje De Mujeres Con Control Prenatal Iniciado En El Primer Trimestre De Gestación, Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1994-1997.	249
Cuadro N° 114:	Cobertura Y Concentración Del Control De Crecimiento Y Desarrollo En Niños < De 1 Año Y De 1-4 Años, Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1995-1997.	249
Cuadro N° 115.	Centros Y Camas De La Red De Atención Hospitalaria Para Enfermos Agudos. República De Panamá. Año: 1998.	253
Cuadro N° 116.	Centros Y Camas De La Red De Atención Hospitalaria Para Enfermos Crónicos. República De Panamá. Año: 1998.	253
Cuadro N° 117:	Producción, Rendimiento y Costo del Servicio de Hospitalización y Consultas en Hospitales en la República. Año: 1999	254
Cuadro N° 118.	*Egresos E Indicadores Hospitalarios De Los Hospitales Regionales Y De Area. República De Panamá. Años: 1997.	255
Cuadro N° 119.	Consultas Producidas Por Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Año: 1997.	253
Cuadro N°120.	Producción De Servicios Intermedios De Hospitales Del MINSA Y De La CSS.. República De Panamá. Años:1997.	257
Cuadro N°121.	Estadísticas De Los Hospitales Nacionales. República De Panamá. Año: 1997.	257
Cuadro N°122.	Indicadores De Resultados De programas De tercera Edad Y De Atención A La Población. Caja De Seguro Social. Años: 1997 -1999.	258
Cuadro N°123.	Indicadores De Demanda Del Programa SADI A Nivel Nacional. Caja De Seguro Social. Años: 1997 -1999.	255
Cuadro N°124.	Indicadores De Oferta Del Programa SADI A Nivel Nacional. Caja De Seguro Social. Años: 1997 -1999.	255
Cuadro N°125.	Gastos Efectuados Por El Gobierno Central. República de Panamá. Años: 1997 -1999.	253
Cuadro N°126.	Gasto Social Del Gobierno Central. República De Panamá. Años: 1997-1998	257
Cuadro N° 127:	Algunos Datos De Económicos Relacionados Con La Salud De La Población Trabajadora. República De Panamá. Años: 1993-1997.	259
Cuadro N° 128:	Distribución De Subsidio De Accidentes De Trabajo. República De Panamá. Años: 1993-1997.	259
Cuadro N° 129:	Trabajadores Según Actividad Económica. República De Panamá.	258

INDICE DE GRAFICAS

	Página
Gráfica N° 1: Esperanza de Vida al Nacer. República de Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 1997.....	8
Gráfica N° 2: Tasas de Crecimiento Natural. República de Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 1997.....	14
Gráfica N° 3: Tasas de Natalidad. República de Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 1997.....	17
Gráfica N° 4: Tasas de Mortalidad. República de Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 1997.....	21
Gráfica N° 5: Tasas de Mortalidad Infantil. República de Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 1997.....	21
Gráfica N° 6: Tasas de Fecundidad Global. República de Panamá. Años: 1960 - 1970 - 1980 - 1990 - 1997.....	23
Gráfica N° 7: Producto Interno Bruto. República de Panamá.....	31
Gráfica N° 8: Indice De Precios Al Consumidor En La Ciudad De Panamá. Enero a Diciembre de 1999 y Enero a Mayo del 2000.....	39
Gráfica N° 9: Contaminación Atmosférica de No _x Según Mes. República de Panamá. Año: 1997.....	66
Gráfica N° 10: Promedios Mensuales de Plomo. República de Panamá. Año: 1997.....	67
Gráfica N° 11: Parque Automovilístico Según Provincias. República de Panamá. Año: 1996.....	69
Gráfica N° 12: Cobertura Boscosa. República de Panamá.....	77
Gráfica N° 13: Dengue: Incidencia Registrada, Porcentaje de Positividad al Aedes aegypti y Precipitación Pluvial Según Mes De Ocurrencia. República de Panamá. Año: 1999.....	81
Gráfica N° 14: Proporción estimada de Personas Infechadas Con VIH en Panamá. Años: 1984 - 1998.....	173
Gráfica N° 15: Casos De Enfermedad De Chagas. República de Panamá. Años: 1977 - 1998.....	200

Gráfica N° 16:	Casos Confirmados de Síndrome Pulmonar Por Hataan Virus (SPH) Según Fecha De Inicio De Síntomas. República de Panamá. 01 De Mayo Del 2000.....	205
Gráfica N° 17:	Casos Confirmados de Síndrome Pulmonar Por Hataan Virus (SPH) Según Grupo De Edad. República de Panamá. 01 De Mayo Del 2000.....	207
Gráfica N° 18:	Distribución Porcentual De Casos Confirmados de Síndrome Pulmonar Por Hataan Virus (SPH) Según Sexo. República de Panamá. 01 De Mayo Del 2000.....	207
Gráfica N° 19:	Distribución Geográfica De Casos Confirmados de Síndrome Pulmonar Por Hataan Virus (SPH) Según Distrito. República de Panamá. 01 De Mayo Del 2000.....	208
Gráfica N° 20:	Relación Entre El Gasto En Salud Y El PIB. República de Panamá. Años: 1990 -1980.....	257

INDICE DE MAPAS

		Página
Mapa N° 1:	Densidad de Población Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998.....	2
Mapa N° 2:	Distribución Política. República de Panamá. Año: 2,000.....	3
Mapa N° 3:	Tasa de Crecimiento Natural de la Población Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998.....	15
Mapa N° 4:	Tasa de Natalidad Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998.....	17
Mapa N° 5:	Tasa de Mortalidad Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998.....	19
Mapa N° 6:	Tasa Global de Fecundidad Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998	24
Mapa N° 7:	Mapa de Pobreza por Distrito. República de Panamá. Año: 1997.....	47
Mapa N° 8:	Prevalencia de Anemia en Embarazadas Madre. República de Panamá. Año: 1998.....	104
Mapa N° 9:	Prevalencia de Bajo Peso en la Madre. República de Panamá. Año: 1998.....	106
Mapa N° 10:	Prevalencia de Bajo Peso Al Nacer. República de Panamá. Año: 1998.....	107
Mapa N° 11:	Prevalencia de Desnutrición en Menores de Un Año. República de Panamá. Año: 1998.....	113
Mapa N° 12:	Prevalencia de Desnutrición en Niños de 1 - 4 años. República de Panamá. Año: 1998.....	114
Mapa N° 13:	Tasa de Mortalidad Infantil Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998	126
Mapa N° 14:	Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998.....	130
Mapa N° 15:	Tasa de Mortalidad Materna Según Provincias. República de Panamá. Año: 1998.....	134
Mapa N° 16:	Tasa de Mortalidad Por Enfermedad Cerebrovascular Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998	147
Mapa N° 17:	Tasa de Mortalidad Por Tumores Malignos Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	149
Mapa N° 18:	Tasa de Mortalidad Por Accidentes Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	157
Mapa N° 19:	Tasa de Mortalidad Por Suicidios Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	158
Mapa N° 20:	Tasa de Parotiditis Epidémica Según Región. República de Panamá. Año: 1998	163
Mapa N° 21:	Tasas de Rubeola Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	164

Mapa N° 22:	Tasas de Tosferina Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	165
Mapa N° 23:	Tasa de Tuberculosis Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	166
Mapa N° 24:	Tasa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Reportada Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	168
Mapa N° 25:	Letalidad Acumulada por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Según Región. República de Panamá. Año: 1984 - 1998.....	170
Mapa N° 26:	Tasa de Enfermedad Inflamatoria Pélvica Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	176
Mapa N° 27:	Tasa de Neumonía y Bronconeumonía Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	178
Mapa N° 28:	Tasa de Enfermedad Diarréica Según Región. República de Panamá. Año: 1998	179
Mapa N° 29:	Tasa de Sífilis Congénita Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	181
Mapa N° 30:	Tasa de Sífilis Precoz Latente Según Región. República de Panamá. Año: 1998	183
Mapa N° 31:	Tasa de Leishmaniasis Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	184
Mapa N° 32:	Tasa de Malaria Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	186
Mapa N° 33:	Tasa de Dengue Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	190
Mapa N° 34:	Tasa de Toxoplasmosis Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	191
Mapa N° 35:	Tasa de Intoxicación Alimentaria Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	196
Mapa N° 36:	Tasa de Hepatitis Infecciosa Tipo "A" Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	198
Mapa N° 37:	Tasa de Amebiasis Según Región. República de Panamá. Año: 1998.....	199
Mapa N° 38:	Enfermedad del Chagas, Tasas Acumuladas Según Distrito. República de Panamá. Año: 1990 - 1998.....	202
Mapa N° 39:	Casos y Defunciones Por Hantaan Virus. Región de Salud de Los Santos. República de Panamá. Año: 2000..	210
Mapa N° 40:	Casos y Defunciones Por Hantaan Virus. Región de Salud de Herrera. República de Panamá. Año: 2000.....	211
Mapa N° 41:	Instituciones Estatales de Atención Médico Sanitaria Del .Primer Nivel de Atención Según Región. República de Panamá. Año: 1999.....	220
Mapa N° 42:	Instituciones Estatales de Atención Médico Sanitaria Del Segundo Nivel de Atención Según Región. República de Panamá. Año: 1999.....	221
Mapa N° 43:	Instituciones Estatales de Atención Médico Sanitaria Del Tercer Nivel de Atención Según Región. República de Panamá. Año: 1999.....	222

Mapa N° 44:	Tasa de Médicos por Habitante Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	226
Mapa N° 45:	Tasa de Enfermeras por Habitante Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	227
Mapa N° 46:	Tasa de Odontólogos por Habitante Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	228
Mapa N° 47:	Cobertura de Sarampión en el Menor de Un Año Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	235
Mapa N° 48:	Cobertura de DPT en el Menor de Un Año Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	235
Mapa N° 49:	Cobertura de Polio en el Menor de Un Año Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	236
Mapa N° 50:	Cobertura de Atención de Consultas Prenatales Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	237
Mapa N° 51:	Cobertura de Atención de Consultas Prenatales Adolescentes de 10-19 Años Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	238
Mapa N° 52:	Cobertura de Crecimiento y Desarrollo en el Menor de Un Año Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	240
Mapa N° 53:	Cobertura de Crecimiento y Desarrollo en Menores de Cinco Años Según Provincia. República de Panamá. Año: 1998.....	242

INDICE DE ILUSTRACIONES

	Página
Ilustración N° 1:	
Pirámide de Población. República de Panamá. Año: 1960.....	12
Ilustración N° 2:	
Pirámide de Población. República de Panamá. Año: 1998.....	13
Ilustración N° 3:	
Distribución del Cáncer Por Tipo Según Sexo. República de Panamá. Año: 1998	

INTRODUCCION

La salud en la población panameña, así como los problemas que le aquejan, ha variado en estrecha relación con el crecimiento demográfico y el desarrollo socio - económico del país. El crecimiento y avance de las ciudades, el mejoramiento de los servicios públicos, la extensión de los programas y servicios de educación y de salud; el tránsito por el canal aunado a los cambios, proyecciones y mejoras del comercio, los servicios y la industria, entre otros, han constituido factores importantes en el estado de salud de la población y del medio ambiente.

El país cuenta, en la actualidad, con indicadores de salud que reflejan un mejoramiento de la calidad de vida de la población. A pesar de ello, persisten problemas relacionados con la equidad, en el acceso a programas y servicios de salud y disparidad en las condiciones de vida, que habida cuentas están asociados a los problemas de la pobreza y los problemas del desarrollo estructural de la economía panameña.

Pese a que en las poblaciones pobres persisten problemas de salud relacionados a enfermedades de tipo infecciosas, el perfil predominante en el país lo constituyen las enfermedades crónicas, las degenerativas y las violencias; asociadas a los hábitos, estilos de vida y comportamientos de las personas, así como a factores de riesgo del medio ambiente relacionados con el desarrollo y modernización del país.

Todos estos problemas, que de alguna forma intentan ser abordados y descritos en el presente documento, plantean retos al conjunto de la sociedad panameña. Es por ello, que el colectivo social debe participar en el mejoramiento de la salud y bienestar de la población, así como en la disminución de los niveles de iniquidad y en el proceso de mejoras de la calidad

de los servicios.

El presente documento, constituye un esfuerzo de elaborar un instrumento de trabajo y de referencia nacional, el cual ha tomado datos e información de un conjunto de documentos elaborados por diferentes unidades ejecutoras del Ministerio de Salud, así como por otras entidades nacionales. Se espera que el mismo sirva para que las autoridades y técnicos encargados de tomar decisiones de políticas y los responsables de la gestión de la salud; así como los profesionales, docentes y estudiantes interesados en los temas relacionados al sector salud, puedan obtener información sobre la situación de salud de la población panameña y sobre algunos de los riesgos que condicionan y determinan su nivel de salud.

Una versión más resumida será editada, con el propósito de que la población en general, las organizaciones sociales y no gubernamentales, las agencias de cooperación técnica, así como las instituciones públicas y privadas puedan obtener información relevante sobre la situación de salud de Panamá.

II. CONTEXTO GEOGRAFICO

2.1 LOCALIZACION Y DIVISION POLITICA

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.

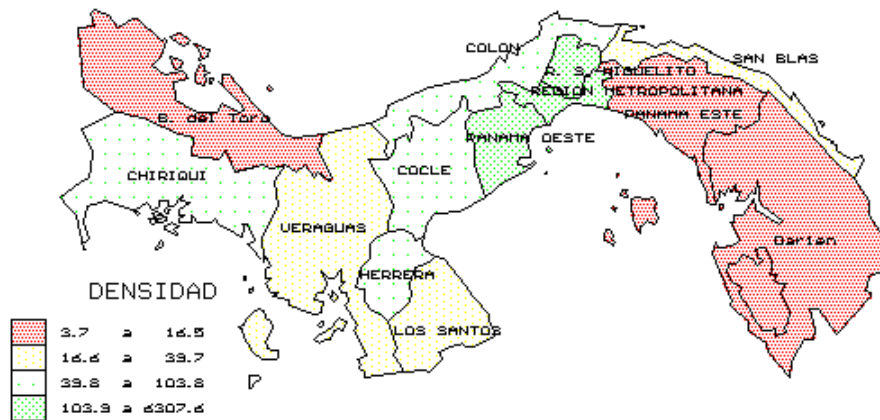
Panamá posee un territorio continental e insular de 75,517 kilómetros cuadrados (km²) y una población de 2,809,280 habitantes (al 1 de julio de 1999), lo que resulta en una densidad de 37.2 habitantes por kilómetro cuadrado. Las Regiones Sanitarias con mayor densidad de población son la Metropolitana, la de San Miguelito y Panamá Oeste, en el otro extremo se ubican Darién, Panamá Este y Bocas del Toro. (Mapa N° 1). El istmo panameño ostenta una excelente condición de país marítimo, con un mar territorial de 200 millas náuticas cuya superficie supera su territorio continental e insular y el cual posee extensas costas de fácil acceso a los océanos Pacífico y Atlántico. Así mismo, frente a ambas costas se encuentran unas 1,500 islas, islotes y cayos sobre la plataforma continental, más amplia en el Pacífico que en el Atlántico.

El Canal de Panamá, es una vía interoceánica que tiene 80 kilómetros de largo, de aguas profundas del Mar Caribe (Océano Atlántico) al Océano Pacífico, el mismo esta ubicado en la sección de Istmo más baja en relación con el nivel del mar (93 metros). El Canal corre de noroeste a sureste, con una entrada en el Atlántico situada a unos 54 kms. norte y a más de 43 kms. al este de la entrada del Pacífico. Por aire las distancias entre sus dos entradas es de 69.1 kms. La travesía de una nave por el Canal es de alrededor de 9 horas. El Canal cuenta entre sus características las siguientes: dos puertos terminales; dos trechos cortos a nivel del mar, ubicados en

cada uno de sus extremos, tres juegos de esclusas gemelas que lo conforman, el Lago Gatú y el Corte Culebra.

MAPA N°1

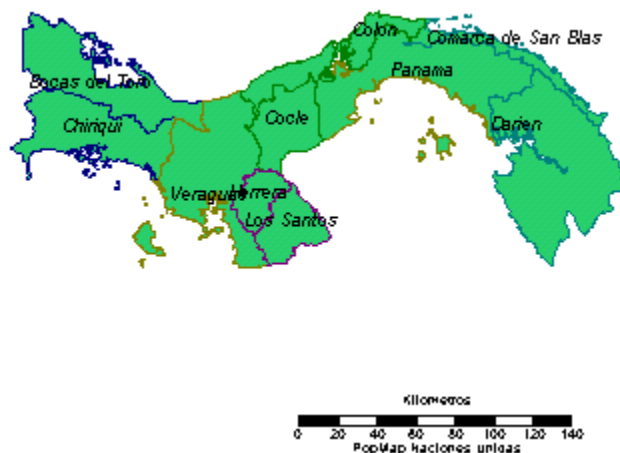
DENSIDAD DE POBLACION EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud
Sección de Estadística. MINSA.

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), 74 distritos o municipios, 587 corregimientos y cuatro comarcas indígenas (Kuna Yala, Emberá, Kuna de Madungandí y Ngöbe-Buglé). (Mapa N°2)

MAPA N° 2



2.2 CARACTERÍSTICAS FÍSICO-GEOGRÁFICAS DEL PAÍS.

Panamá posee un clima propio de la zona intertropical con una marcada diferencia entre las dos estaciones existentes: la estación lluviosa y la seca, referidas comúnmente como invierno y verano, respectivamente. 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. LA POBLACION PANAMEÑA

La población panameña se estimó, hasta el 1 de julio de 1999, en 2,809,280 habitantes, siendo mayor la proporción de hombres (50.5%) que de mujeres (49.5%). En zonas urbanas se concentra el 56.0% de la misma y el 44.0% restante lo hace en las zonas rurales. Según el censo de 1990, la población indígena panameña está representada por 194,269 habitantes que representan el 8.3% de la población total.

Producto de la posición geográfica en el Istmo y de circunstancias históricas, la población panameña está constituida por diversos grupos humanos. Podemos mencionar entre estos :

- a) Grupos no indígenas, los cuales constituyen el 91.7% de la población total del país y en estos se incluye:
 - 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: constituyen aproximadamente el 8.3% de toda la población y lo conforman 5 grupos claramente definidos.

- Kuna, según el censo de 1990 este grupo representa el 25% del total de la población indígena, el 33% con más de 10 años de edad era analfabeta, la mediana de edad se situó en 20 años ;
- Emberá y Wounaan, representan el 9% del total de la población indígena, el 44% con más de 10 años de edad resultó analfabeta y la edad mediana en 15 años;
- Ngobe-Buglé, anteriormente denominados Guaymíes, es el conglomerado más numeroso ya que representa el 64% del total de la población indígena cesado en 1990, el 50% de la población con más de 10 años de edad resultó analfabeta, su edad mediana se situó en los 15 años;
- Bokotas, es uno de los grupos más pequeños y poco conocidos, representan tan sólo 2% e igualmente se determinó que el 51% de la población con más de 10 años era analfabeta y la edad mediana era de 17 años.
- Teribes, también es un grupo pequeño ya que representan el 1% del total de población indígena, el 27% de la población mayor de 10 años es analfabeta y su edad mediana fue establecida en 17 años.

3.1 Una población que tiende a envejecer, con cambios en los patrones socio culturales!

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). Este hecho es observable al analizar el periodo 1960 - 97-99, cuando se aprecia el aumento progresivo de la población en edad productiva de 15-59 años (51.1%-59.7%-60.3%), aunque actualmente para la Seguridad Social esta población abarca hasta los 62 años; la tendencia a disminuir de la proporción de los menores de 15 años (43.4-32.5%-31.7%), y los leves aumentos de los mayores de 60 años (5.5 -7.8%-8.0). (Cuadro N°1). La estructura por edad señala, para 1997, un 32.50% de la población por debajo de los 15 años de edad; con una relación de dependencia de 61.1 (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 componente de salud y educación, de la comunicación, por disponibilidad de tecnología mundialmente conocida, y por factores económicos.

**Cuadro N° 1: Proporción De La Población Según Grupo De Edad.
República De Panamá. Años: 1960, 1970,1980,1990 Y 1997**

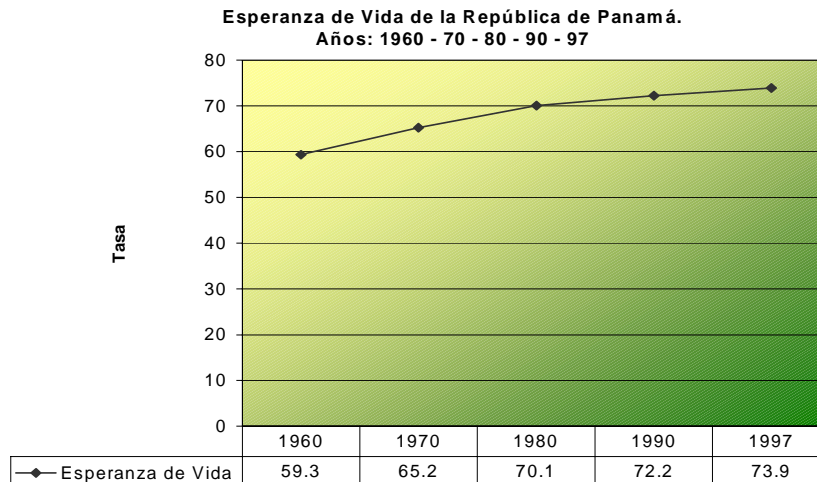
Grupo de Edad (años)	1960	1970	1980	1990	1997	1999
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Menor de 5	16.9	16.2	13.0	12.5	11.1	10.8
5-9	14.5	15.1	13.5	11.7	11.0	10.7
10-14	12.0	12.2	12.8	11.0	10.4	10.3
15-19	10.0	10.2	11.2	10.8	9.7	9.5
20-29	15.5	15.8	16.7	18.6	18.2	17.8
30-39	11.5	10.9	12.2	13.1	14.6	15.0
40-49	8.8	8.0	8.1	9.1	10.3	10.7
50-59	5.3	5.9	5.8	5.9	6.9	7.2
60 y Más	5.5	5.7	6.7	7.3	7.8	8.0

Fuente: Departamento de Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

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 13/100 niños, elevándose a 22.2/100 para 1994, y se estima que el año 2.000 aumente a 26 personas de la tercera edad por cada 100 niños preadolescentes.

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.

El concepto transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación de los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII. En un sentido amplio, la literatura describe la transición demográfica como un proceso de larga duración que transcurre entre dos situaciones extremas, el primero, inicial, de bajo crecimiento demográfico, caracterizado por altas tasas de mortalidad y de fecundidad y, otro final, de bajo crecimiento pero con niveles bajos en las tasas de mortalidad y fecundidad.

La transición demográfica es parte integrante de las transformaciones sociales y económicas; sin embargo la relación entre la transición y los cambios es compleja y no ha sido suficientemente definida. El proceso es heterogéneo, tanto entre países como dentro de ellos, por áreas geográficas y sectores sociales, en el sentido de que coexisten poblaciones que se encuentran en diversa etapa de la transición. La tipología elaborada por CELADE (1992), que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países de América Latina, utiliza como criterios de clasificación las tasas brutas de mortalidad y de natalidad, las que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades¹.

En un sentido estricto, la transición demográfica es el resultado de 2 transiciones, la transición de la mortalidad y la transición de la fecundidad. No obstante, la expresión transición demográfica no sólo se refiere a la transición de la fecundidad y la mortalidad, sino que abarca a la variación de otras importantes variables demográficas y socioeconómicas, a lo largo de un periodo.

Así, la interacción y variación de la mortalidad y, especialmente la fecundidad, provocan cambios importantes en la distribución o estructura por edad de la población, que se caracteriza por el incremento relativo de los grupos de más edad.

Acompañando a la transición demográfica, destaca la transición urbana (transición de la migración) y, la transición de la fuerza de trabajo, siendo éstas últimas, más complejas y menos autónomas.

Grupo I. Transición Incipiente:

Alta natalidad y mortalidad con un crecimiento natural moderado del orden de 2.5%.

El descenso de la mortalidad, sobre todo durante el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de las estructuras por edades: con una proporción superior al 50%, por debajo de los 15 años, lo que lleva también a una elevada relación de dependencia.

Grupo II. Transición moderada:

Alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo el crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. El descenso de la mortalidad, sobre todo en el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades: con una proporción superior al 50% (igual que el grupo I), por debajo de los 15 años, lo que también lleva a una elevada relación de dependencia.

Grupo III. Plena Transición:

Natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2% estructura por edades se mantiene, todavía relativamente joven, con una proporción que va del 32 al 36% por debajo de los 15 años de edad, aún cuando ya ha disminuido la relación dependencia.

Grupo IV. Transición Avanzada:

Natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1% la estructura por edades puede catalogarse como "mandar" con menos del 30% de su población en grupos de edad por debajo de los 15 años. A su vez, la relación de dependencia es baja.

La transición urbana se refiere a un proceso durante el cual un grupo de población con un perfil predominante rural se torna mayoritariamente urbano, se debe en gran medida a la migración del campo a la ciudad y responde, entre otros factores, a una elevada fecundidad y limitadas oportunidades socioeconómicas, en las áreas rurales. La transición urbana a su vez, influye en la transición de la fecundidad y la mortalidad mediante cambios en la estructura social y familiar, cambios en la educación y la motivación y cambios en el acceso a los servicios básicos. Cuando se analiza la distribución geográfica de la población según área se observa que entre el año 60 y 99, se dio un incremento porcentual del 34.9% en la población urbana, a expensas de un descenso en la rural. (Cuadro N°2).

**Cuadro N°2: Proporción De La Población Por Area.
República De Panamá. Años: 60,70,80,90 Y 1997**

Area	1960	1970	1980	1990	1997	1999
Urbana	41.5	45.3	50.5	53.7	55.5	56.0
Rural	58.5	54.7	49.5	46.3	44.5	44.0

Fuente: Contraloría General de la República

También se verifican muchas interrelaciones entre la transición demográfica y la transición de la fuerza de trabajo las variaciones de la composición y las características de la fuerza de trabajo influyen en la transición de la fecundidad y la mortalidad a través de procesos similares a los mencionados en el caso de la transición urbana.

El uso del concepto de transición demográfica se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aún en diferentes situaciones históricas; como por el hecho de que constituye un intento de explicación de la dinámica demográfica y sus interrelaciones con los factores sociales, económicos y políticos.

La transición demográfica es un proceso complejo, y los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como a los cambios en otras variables estrechamente relacionadas y tales como lugar de residencia (urbano-rural), el estado de salud y nutricional de la población, las

conductas asociadas a la formación de las uniones y a la planificación familiar, entre otras.

Dentro de cada país, el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, afectan el crecimiento, la distribución, el estancamiento y la expansión de los diferentes grupos que, cohabitan en el territorio. (Ilustraciones N° 1 y 2)

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 un base ancha, con la del año 98, donde se va estrechando su base e incrementando la proporción de población en edades maduras.

ILUSTRACION N° 1
PIRAMIDE DE POBLACION
REPUBLICA DE PANAMA . AÑO: 1960

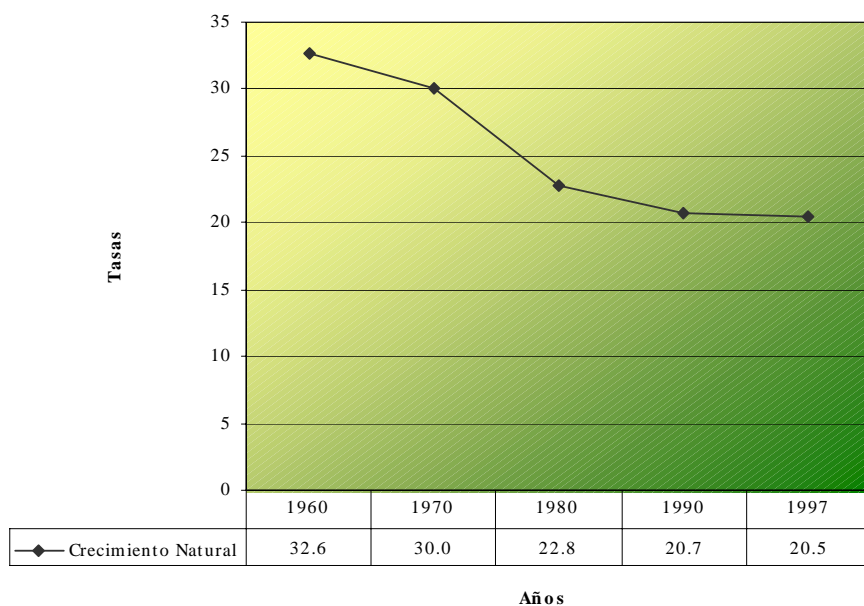
ILUSTRACION N° 2

3.2 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 moderada del orden de 2.0% anual con muestras de reducción, producto de la diferencia de una tasa bruta de natalidad (para 1960 fue de 41.0 y para 1997 de 25.0 nacimientos por mil habitantes) frente a una mortalidad (para 1960 fue de 8.4 y para 1997 de 4.5 muertes por mil habitantes). (Cuadro N°3 - Gráfica N°2)

Gráfica N°2

**Tasa de Crecimiento Natural Registrada en la República de Panamá.
Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97**



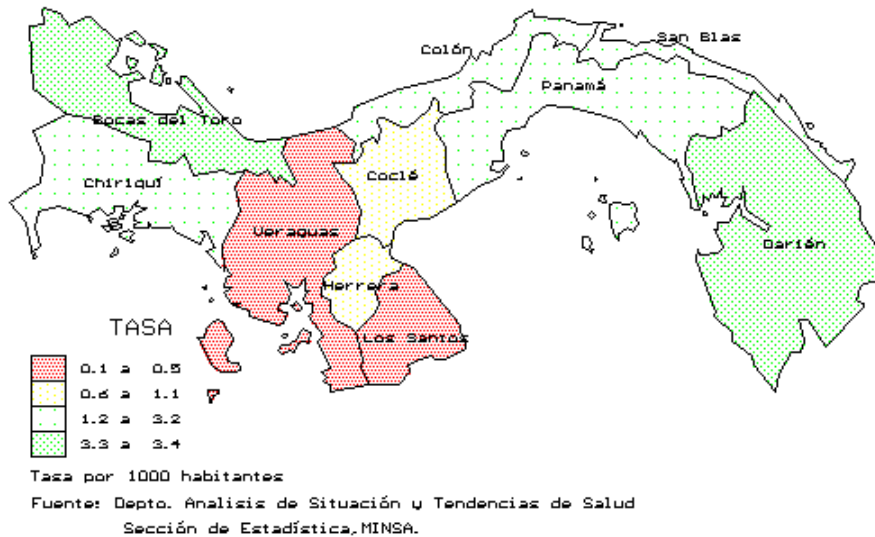
Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.

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%. Cuadro N°3. La proporción de sus poblaciones por debajo de los 15 años de edad, son 42.2% para Bocas del Toro y 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). El mapa n°3 permite apreciar la variación de la tasa de crecimiento media anual en las diferentes provincias del país.

MAPA N° 3

TASA MEDIA ANUAL DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



En el extremo opuesto, o sea en fase IV, transición demográfica avanzada, se ubican las provincias de Herrera, Los Santos y Panamá. De estas, la provincia de Los Santos presenta el proceso de transición más avanzado, siendo su 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 % (siendo considerados como dependientes los menores de 15 años y los mayores de 65 años de edad).

En segunda instancia le sigue la provincia de Herrera con 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) . La provincia de Chiriquí presenta los siguientes indicadores: crecimiento natural 1.88%, 33.6%, de la población por debajo de los 15 años de edad y una relación de dependencia de 65.2% (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.

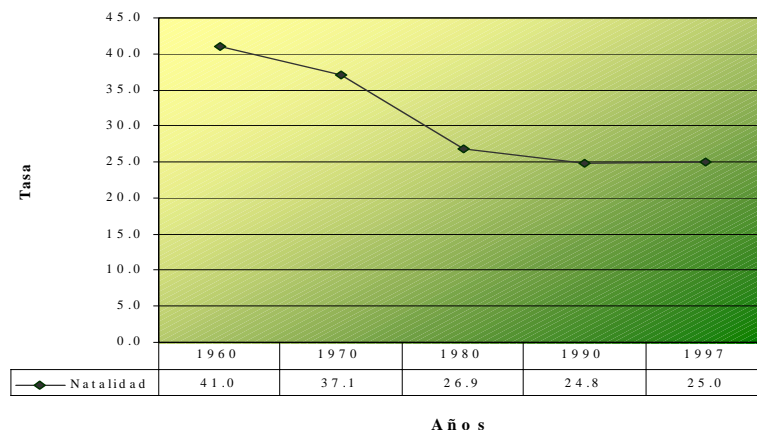
Otro aspecto que influye en este proceso son las características migratorias en estas poblaciones relacionadas con la falta de polos de desarrollo económico. (Cuadro N°5)

3.3 La Natalidad

La natalidad presenta valores que la sitúan dentro de la categoría de alta, desde 1960, a 1970, valores moderados entre 1980 y 1997 (Cuadro 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 la de Colón con una tasa de natalidad ubicada en un rango entre 29.9 a 31.9 nacimientos por 1,000 hab. (Mapa N° 4)

Gráfica N°3

Tasa de Natalidad Registrada en la República de Panamá
Años: 1960 -70 - 80 - 90 -97

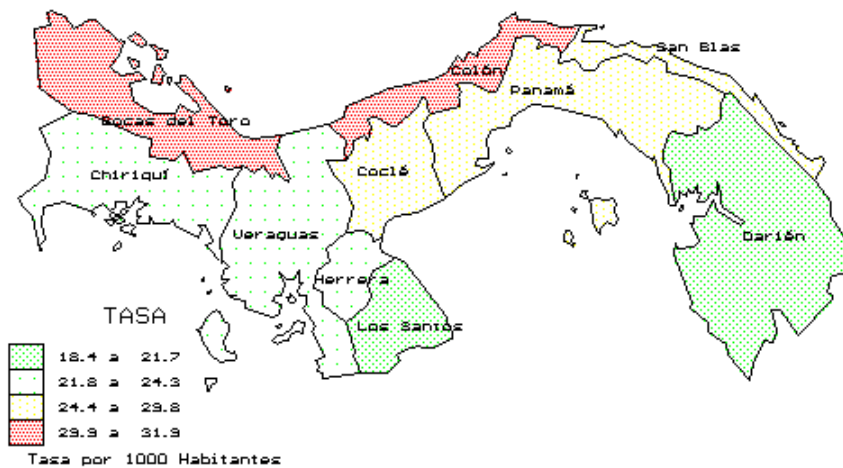


NOTA: Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos.

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

MAPA N° 4

TASA BRUTA DE NATALIDAD, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIAS, AÑO: 1998



Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud
Sección de Estadística. MINSA.

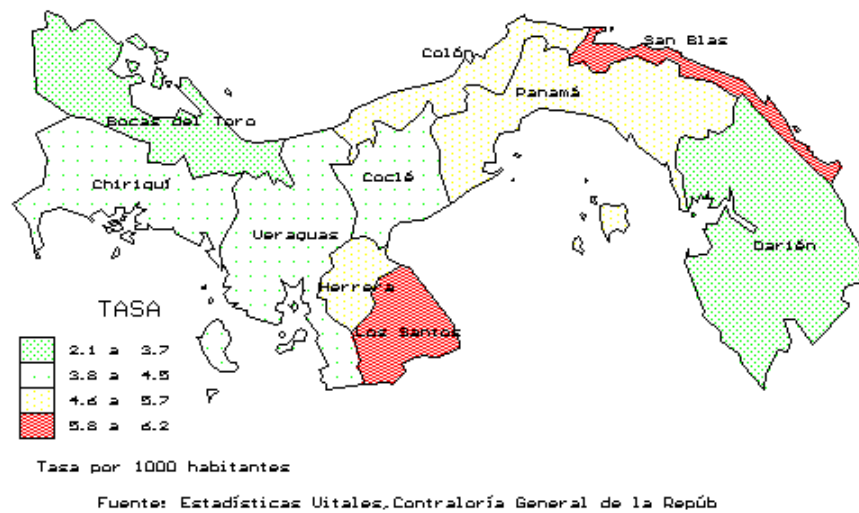
3.4. La Mortalidad

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, '80, '90 fue de 28.3, 15.2, 4.1, 4.1 muertes por 1,000 habitantes respectivamente, correspondiendo para 1997 una tasa de 4.5 muertes por 1.000 habitantes (Cuadro N°3), que diferenciada por sexo arroja un valor de 5.2 para los hombres y 3.8 para las mujeres. (Gráfica N°4). Para 1998, al considerar en el ámbito provincial el comportamiento de la mortalidad general, el riesgo de morir es de 1.7 a 2.7 veces mayor en la provincia de Los Santos y la Comarca Kuna Yala que en Bocas del Toro y Darién. (Mapa N° 5), lo cual guarda relación, quizás, con las condiciones de vida de estas poblaciones, con los grados de inequidad en la capacidad de respuesta de los servicios públicos y con el proceso de envejecimiento, principalmente en lo relacionado con la provincia de Los Santos.

En el descenso de la mortalidad, el componente más importante ha sido la reducción de la mortalidad infantil. (Gráfica N° 5). Esta tenía un valor elevado, en el quinquenio 1950-1955, del orden de 93.04 muertes por mil nacidos vivos disminuyendo a 43.38 por mil, en el quinquenio 1970-1975. Para el año 1997 alcanza un valor de 17.2 muertes por mil nacimientos.

MAPA N° 5

TASA DE MORTALIDAD GENERAL, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1997



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. Las variaciones en el perfil epidemiológico se analizan con mayor profundidad en el Capítulo: Niveles de Salud de la Población Panameña. (Cuadros N° 3 y 4)

**Cuadro N° 3: Natalidad, Mortalidad, Crecimiento Natural, Fecundidad Y Esperanza De Vida.
Por Área, Según Provincia . República De Panamá. Años: 1960-1990 Y 1997.**

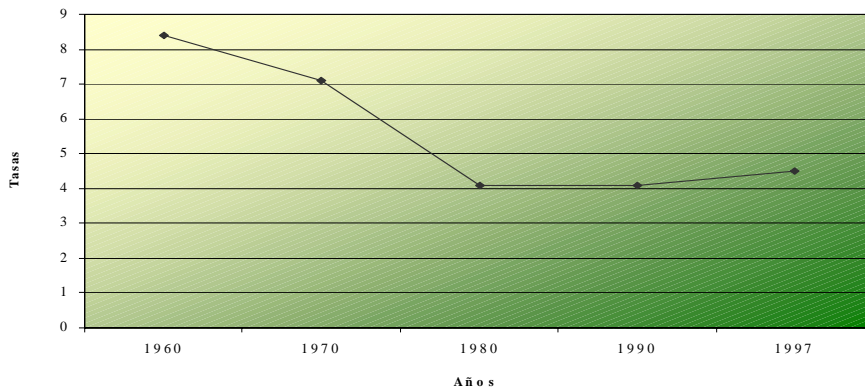
Indicador	Total	Área		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
Crecimiento Natural													
1960	32.6	31.9	33.2	34.1	32.5	26.1	38.4	31.9	31.4	30.6	31.6	34.1	-
1970	30.0	30.5	29.7	34.0	33.8	28.6	30.6	32.5	29.5	25.0	29.4	30.8	-
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	-
1997	20.5	19.1	22.3	29.7	19.0	24.5	18.8	20.3	16.9	12.5	20.3	19.9	21.6
Fecundidad Global													
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
1997	2.91			4.07	3.44	3.59	2.68	3.13	2.85	2.48	2.67	3.41	3.51
Natalidad													
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	-
1997	25.0	23.7	26.6	33.0	23.3	30.2	22.6	22.4	21.9	18.3	24.9	24.1	27.8
Índice de Masculinidad (porcentaje)													
1960	103.0	-	-	116.2	107.3	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	102.7	103.6	103.6	92.0	103.5	96.9	105.1	103.3	-
1990	103.7	-	-	109.0	100.7	103.5	105.2	111.7	102.2	106.3	104.5	97.9	93.1
1997	105.7	-	-	108.6	99.2	111.0	107.4	105.5	99.0	107.5	105.4	110.0	86.0
Mortalidad (2)													
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	-
1997	4.5	4.6	4.3	3.3	4.3	5.7	3.8	2.1	5.0	5.8	4.6	4.2	6.2
Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.)													
1960	56.9	53.1	59.3	70.6	59.0	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
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	29.8
Esperanza de Vida													
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	-
1997	73.9			69.3	73.6	73.1	72.9	64.3	74.5	75.7	76.2	70.1	70.2

(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: 1999

Gráfica N°4

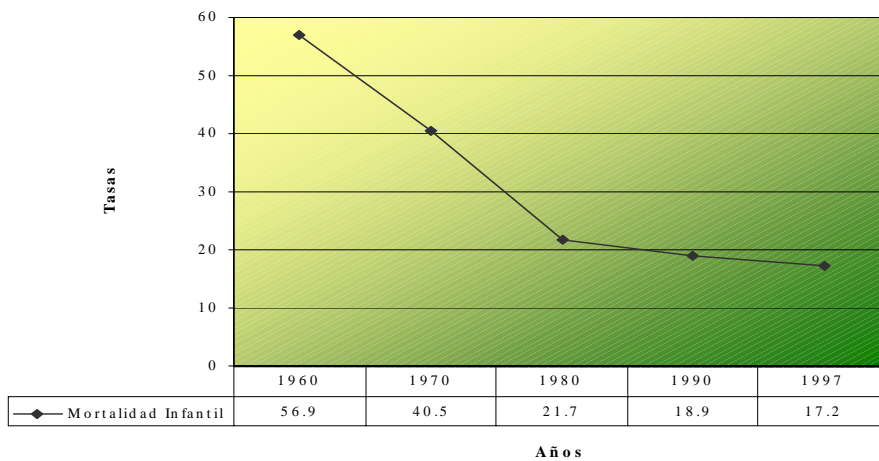
Tasa de Mortalidad Registradas en la República de Panamá.
Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97



NOTA: Tasa calculada por 1,000 habitantes

Gráfica N°5

Tasa Mortalidad Infantil Registrada en la República de Panamá.
Años: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97



NOTA: Tasa calculada por 1,000 Nacidos Vivos.

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

CuadroN° 4: Estructura de las Causas de Muerte. Mortalidad General .
República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90 y 97
(tasas por 100,000 habitantes)

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	8387	779.8	Total	10225	712.0
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. Diarréicas	673	46.9
5. Tumores Malignos	470	43.7	5. Tumores Malignos	656	45.7
6. Neumonía	497	46.2	6. Enfermedades Cerebrovasculares	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. Tosferina	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
Total	7959	410.5	Total	9799	405.3
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 Cerebrovascular	550	28.4	3. Enfermedad Cerebrovascular	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. Isquémicas del Corazón	434	22.4	6. Otras Enf. Isquémicas 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
			1997		
			Causa de Muerte	N°	Tasa
			Total	12179	448.0
			1. Tumores Malignos	1717	63.2
			2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1524	56.1
			3. Enfermedad Cerebrovascular	1293	47.6
			4. Infarto Agudo del Miocardio	768	28.2
			5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	506	18.6
			6. Demás causas	6371	234.3

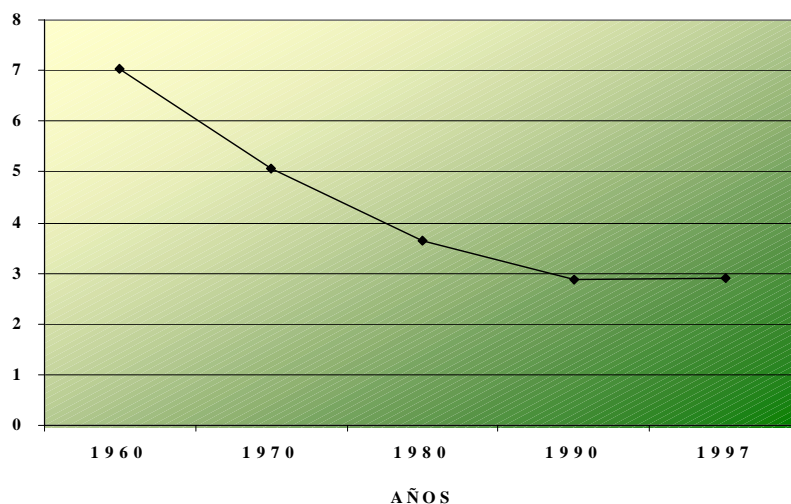
Fuente: Contraloría General de la República. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año:1998

3.5 La Fecundidad

Iniciado el descenso de la mortalidad y en cierto aspecto debido a este, las tasas de fecundidad también comenzaron a descender. 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. (Gráfica N°6)

Gráfica N°6

FECUNDIDAD GLOBAL REGISTRADA
EN LA REPUBLICA DE PANAMA
AÑOS: 1960 - 70 - 80 - 90 - 97



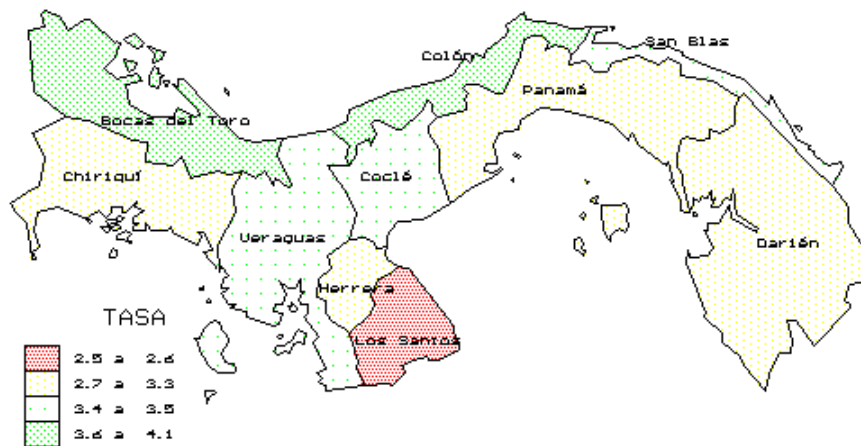
Fuente: Depto. De Análisis de Situación y Tendencias, Sección de Estadísticas. MINSA.

En el periodo 70-97 la fecundidad global en el país, presentó un descenso principalmente en el grupo de mujeres mayores de 25 años; las mujeres de 20 -24 años son las que aportan el mayor número de nacimientos con una tasa para 1970 - 1997 de 273.72 y de 158.1 x 1000 mujeres de esa edad, respectivamente; seguidas por el grupo de 25 a 29 años cuyo aporte fue de 245.67 y 145.63 por 1000 mujeres. Al grupo de 15-19 años correspondió una tasa de 134.06 y 102.34 x 1000 y las mujeres entre 35 y 39 años presentan una tasa de 122.63 y 54.1 por 1000 mujeres.

La fecundidad ha descendido de forma heterogénea en las diferentes provincias, de tal forma que en Los Santos esta variable presenta el nivel más bajo; y los rangos más elevados están en Bocas del Toro y Colón (Mapa N° 6), y en los distintos estratos sociales, culturales y económicos de nuestra sociedad; este descenso ha sido influido por factores sociales, económicos; 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 espaciamento de los nacimientos destacando entre ellos el uso de anticonceptivos conjuntamente con la esterilización femenina a edades tempranas.

MAPA N° 6

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1998



Tasa por 100,000 habitantes
Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud
Sección de Estadística, MINSAL.

3.6. 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 1997, la proporción de población residiendo en áreas urbanas representaba el 55.5%. (Cuadro N°2)

Entre 1985 y 1990 se encontró a Veraguas como provincia de expulsión y en menor medida la de San Blas; como provincia de atracción encontramos a Panamá, debido a que en la misma se encuentra la mayor infraestructura económica del país. Vale destacar a Bocas del Toro y Darién como provincias que incrementaron su población a expensas del factor migratorio, debido a las oportunidades de trabajo y tierras productivas que ofrecen, sobre todo para la población masculina. Este hecho es evidente ya alrededor del 60% de los inmigrantes son hombres y el índice de masculinidad es de 136 y 150 hombres por cada 100 mujeres para Bocas del Toro y Darién, respectivamente. Durante el periodo 80-90 el saldo migratorio fue de 4750 - 560 y 315 personas para las provincias de Panamá, Bocas del Toro y Darién.

Al momento de analizar el componente de migración, el Censo de Población y Vivienda de 1990, aplica el concepto de migración que establece el de lugar de residencia, como la provincia en la que habita el individuo cinco años antes de este Censo. Los datos recabados indicaron que el 18.5% de la población masculina y el 20.4% de la femenina no residían en su lugar de nacimiento. Las provincias registradas como altamente expulsora fueron Los Santos, Darién, Herrera, Veraguas, Coclé y Kuna Yala, en ellas predominó la emigración de la población femenina. La mayor diferencia en la migración por sexo predomina en las mujeres de Veraguas y Coclé. Vale destacar que en el periodo 90-95, la provincia de Panamá es la única que presenta intercambio de población mayor de 1,000 personas con todas las otras provincias; y que esta y Darién presentaron saldo migratorio positivo. (Cuadro N°5)

Cuadro N° 5: Migración Interna Neta Según Provincia Y Sexo. Censo De 1990
(Migración de Toda la Vida)

Sexo Provincia	Migrantes Interprovinciales						Migración Neta
	Residentes 1990	Inmigrantes		Población Nativa	Emigrantes		
		N°	%		N°	%	
Hombres	1137898	210286	18.5	1137898	210	18.5	0
B. del Toro	48239	7159	14.8	48363	7283	15.1	-124
Coclé	89528	10320	11.5	107627	28419	26.4	-18099
Colón	81557	17039	20.9	78483	13965	17.8	3074
Chiriquí	187162	9955	5.3	212234	35027	16.5	-25072
Darién	22376	7670	34.3	25038	10332	41.3	-2662
Herrera	47381	4859	10.3	61309	18787	30.6	-13928
Kuna Yala	15800	425	2.7	21759	6384	29.3	- 5959
Los Santos	39450	3544	9.0	62536	26630	42.6	-23086
Panamá	498457	140207	28.1	383064	24814	6.5	115393
Veraguas	107948	9108	8.4	137485	38645	28.1	-29537
Mujeres	1116982	227657	20.4	1116982	227657	20.4	0
B. del Toro	43349	5255	12.1	45272	7178	15.9	-1923
Coclé	82126	10500	12.8	106226	34600	32.6	-24100
Colón	79293	15965	20.1	76957	13629	17.7	2336
Chiriquí	178828	8863	5.0	206355	36390	17.6	-27527
Darién	18573	5084	27.4	24798	11309	45.6	-6225
Herrera	45536	5838	12.8	60151	20453	34.0	-14615
Kuna Yala	17547	365	2.1	21543	4361	20.2	-3996
Los Santos	37119	3944	10.6	61998	28823	46.5	-24879
Panamá	519961	164470	31.6	377570	22079	5.8	142391
Veraguas	94650	7373	7.8	136112	48835	35.9	-41462

Fuente: Estadísticas y Censo. Contraloría General de la República.

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.

Sólo dos provincias mostraron flujos migratorios positivos (recibieron más población de la que perdieron), Panamá y en menor grado Colón.

La provincia de Darién tiene una alta fluidez migratoria, sus tasas de inmigración son las más altas en el país (7.74 por 1,000 para 1990) y recibe población proveniente de las áreas rurales de Chiriquí y Provincias Centrales. Los inmigrantes de la provincia de Veraguas lo hacen de preferencia a la provincia de Panamá, Coclé y

Chiriquí, los de la comarca de Kuna Yala lo hacen hacia Panamá, Colón y Bocas Del Toro. Los inmigrantes de la provincia de Panamá provienen de preferencia de Veraguas, Chiriquí, Coclé y Colón; en tanto que los que emigran de Panamá lo hacen en su mayoría hacia Chiriquí, Coclé y Veraguas. En tanto las tasas más altas de emigración se registraron en Veraguas con -14.6 por 1000, Herrera y Colón con -12.45 y -7.37 por 1,000 personas.

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 ECONOMICO Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

4.1 Modelo Económico:

Desde el prisma económico la República de Panamá, al igual que el resto de América Latina, se integra al mercado mundial a mediados del siglo XIX, en el período en que la libre competencia está entrando a su etapa culminante, para dar inicio al proceso de concentración de la producción. No obstante, su

integración va a ser diametralmente opuesta a la del resto de los países de América latina, en lo referente a su condición y mecanismo de integración:

“ Para América Latina su condición de integración lo constituye su capacidad para crear oferta mundial de alimentos y una formación de materias primas industriales. .. y su mecanismo de integración son diverso pero todos inciden en la esfera de la producción.”.

La integración de Panamá al Mercado Mundial, desde su inicio, ha tenido un carácter terciario -exportador de bienes y servicios- que se basa en el aprovechamiento de nuestro principal recurso, “nuestra posición geográfica”. Esta integración se realiza a través de la esfera de la circulación, con base a una sólida división internacional del trabajo surgida al calor de la revolución industrial del transporte, la cual conllevó a una verdadera expansión del comercio exterior. La condición esencial de la integración Panameña vino a consistir en la capacidad para reducir el tiempo y costo de transporte.

¿Qué tan efectiva ha sido esta integración?

Uno de los indicadores económicos que sirve de referencia para cuantificar dicha integración y como esta ha incidido en el crecimiento económico del país lo constituye el Producto Interno Bruto a precios de mercado, (PIB), el cual se define como el valor total de los bienes y servicios producidos en un país en un periodo de tiempo, (normalmente un año), deduciendo lo consumido en la producción.

La evolución que ha tenido el mismo en los últimos años, (1990-1996), refleja un proceso de contracción económica, evidenciado fundamentalmente en el sector primario, (agricultura, ganadería, caza y silvicultura), y secundario, (industria manufacturera). Como consecuencia de la contracción escenificada en los sectores antes mencionados, el PIB a precio de mercado ha manifestado una tendencia a disminuir en los últimos años, (1990 – 1995) salvo el caso del año 1996, en donde muestra una muy leve recuperación con respecto al año

anterior. La baja pronunciada en los años 1987-1989 fue el resultado del periodo de crisis político-económica que vivió la nación panameña, el cual se manifestó en un bloqueo económico de parte de los E.E.U.U. y la ulterior inversión de diciembre de 1989, que produjo el colapso económico transitorio y total en el país.

A pesar de los vaivenes de la economía el patrón de crecimiento tradicional, basado prioritariamente en el sector terciario, continua siendo el mismo: "altamente concentrador de las riquezas e ingresos", paralelamente que continua siendo excluyente puesto que no prioriza en el desarrollo de las fuerzas productivas del país. Esto último es claramente comprensible si se considera el hecho que la principal fuente de financiamiento de las inversiones en Panamá ha sido el crédito internacional y el sistema financiero, y ambos destinan la mayor proporción de préstamos al sector económico que posee bajos riesgos de inversiones y un rápido período de reembolso de los créditos: el sector comercios y servicios, (En 1991 el 42.6% de los préstamos concedidos por el sistema bancario al sector privado dentro del país se dirigieron al sector comercio, mientras que los sectores agricultura y ganadería sólo obtenían en su conjunto el 4.7% de los préstamos y la industria lograba captar el 6.4% de los mismos).

Las variaciones que se han presentado en el crecimiento del PIB ha repercutido en la tasa de participación de la población ocupada y sobre todo en la tasa de desempleo abierta, la cual en los últimos años, (1994-1996), se ha mantenido estable en el ámbito nacional en alrededor del 14%. Cuadro N° 6.

4.2 Crecimiento Económico: Década De Los Noventa

Se inicia la década de los 90 con un marcado ascenso de PIB como podemos observar en el cuadro n°6 y gráfica n° 7, en las que se refleja la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto. Durante los primeros años de recuperación económica, se puede observar una tasa de crecimiento del PIB para 1991 del orden del 9.4%, una de las más altas durante el período en estudio, la cual obedece,

principalmente, a la reposición de nuevos equipos y al incremento de la variación de las existencias, en donde el Sector Construcción influyó mucho en este comportamiento.

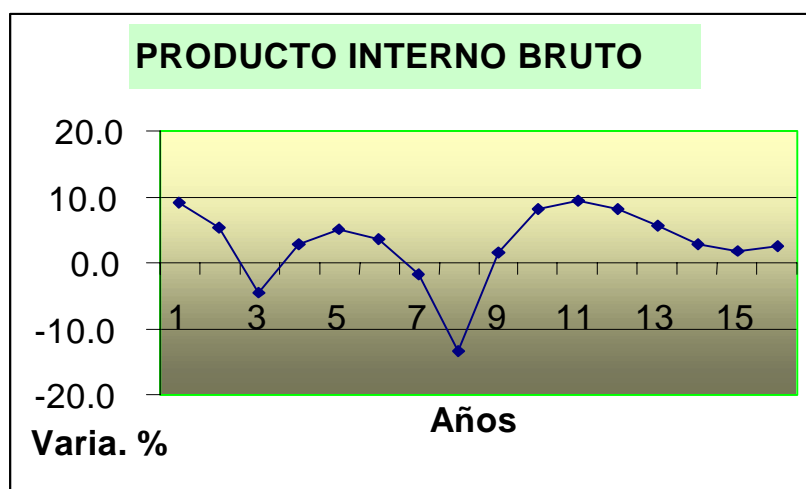
**Cuadro N° 6. Tasa De Crecimiento Del Producto
Interno Bruto
República De Panamá Años: 1990-1998**

Año	Variación % del PIB
1981	9.2
1982	5.3
1983	- 4.5
1984	2.7
1985	4.9
1986	3.6
1987	- 1.8
1988	- 13.4
1989	1.6
1990	8.1
1991	9.4
1992	8.2
1993	5.5
1994	2.9
1995	1.8
1996	2.8
1997	4.7
1998	3.9

Fuente: Contraloría General de la República.

Durante los primeros cinco años de esta década el promedio de crecimiento del PIB fue del 6.8%, los sectores que más explican este comportamiento fueron, la Zona Libre de Colón, la Industria Manufacturera, la Construcción y los Establecimientos Financieros (Banca y Financieras).

GRAFICA N° 7



El siguiente período que abarca a partir de 1995 hasta 1998, muestra un desempeño global que se caracterizó por el crecimiento de actividades asociadas al sector externo tales como la portuaria, la pesca y los derecho de importación. Para este periodo el proceso de apertura de mercado como política no fue aplicada con la gradualidad esperada por los sectores productivos. El sector más afectado por la medida fue el sector agropecuario, el cual no sintió el apoyo técnico requerido para adecuar sus cultivos a los requerimientos de la demanda internacional (Cuadro N°7). Dentro del sector se dieron cambios en sus procesos de producción y se incursionaron en otros rubros como, el Melón, Sandía, Piña, Camarón, Ñame, Otoé entre otros, los cuales se cotizaban a buen precio en el mercado internacional.

Es importante señalar, que a pesar de los cambios ocurridos en materia económica durante este período, el **desempleo, la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades para el sector rural**, siguieron siendo los principales problemas sociales de esta década. Mientras que a una parte de nuestra población se encuentra inserta en la economía de mercado, existe otra parte que no logra alcanzar los niveles económicos indispensables para su desarrollo.

Las políticas aplicadas no tomaron en cuenta que dentro del proceso de transformación, había que apoyar aquellos sectores que no pueden por si solos

asumir dichos cambios, el sector agropecuario fue uno de los más afectados y ello se ve reflejado en el aumento del desempleo de ese sector, el incremento de las migraciones y en la disponibilidad real de los alimentos en las poblaciones.

Finalizando esta década, nos encontramos con incrementos en los precios de los productos agrícolas de la canasta básica familiar, la gasolina lo cual ha incrementado el costo de la vida de los panameños y por otro lado, con los salarios estancados.

Es importante señalar que las políticas sociales deberán fortalecer aquellos sectores de la población que han quedado rezagados en el proceso de transformación.

Cuadro N° 7. Variación Porcentual Anual del Producto Interno Bruto Según Categoría De Actividad Económica, A Precios De 1982. Años: 1994-1998

Descripción	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98(e)
Agricultura, Ganadería Caza y Silvicultura	-1.3	1.4	-2.9	1.5
Pesca	41.6	-0.4	19.8	13.6
Explotación de Minas y Canteras	-5.5	-16.3	38.9	5
Industrias Manufactureras	0.2	-1.3	7	3.1
Suministro de Electricidad, Gas, y Agua	1.9	17.7	0.3	-4.5
Construcción	4.1	-4.1	5.5	5
Comercio al por Mayor y al por Menor, Reparación de vehículos automotores, Efectos personales y enseres domésticos	-1.2	-1.6	9.1	3
Hoteles y Restaurantes	5.2	6.2	6.3	5.7
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	9.4	2.5	5.4	6.6
Intermediación Financiera	-4.9	13.0	0.5	8
Actividades Inmobiliarias, empresariales y de alquiler	2.5	4.5	5.9	1.9
Enseñanza Privada	8.1	3.9	4.6	4.4
Actividades de Servicios Sociales y De Salud Privada	-0.5	2.0	2.5	4.5
Otras Actividades Comunitarias, Sociales y Personales de Servicios Menos: Servicios de Intermediación Financiera Medidos Indirectamente Asignados Al Consumo Interno	-0.5	8.1	11.8	3.6
SubTotal de Industrias	1.6	3.0	4.8	3.8
Productores de servicios gubernamentales	3.4	1.8	3.8	3
Productores de servicios domésticos Que sirven a los hogares	0.7	-5.3	3.3	4.4
Valor Agregado Bruto	1.7	2.8	4.7	3.7
Más: derechos de Importación	3	2.9	6	9.2
Mas: Impuesto a la transferencia de bienes Muebles que grava las compras de los Hogares 1/				
Producto Interno Bruto A Precios de Mercado	1.8	2.8	4.7	3.9

1/ Se refiere a la parte del impuesto a la transferencia de bienes muebles (ITBM)

Fuente: Contraloría General de la República

(e) Cifras Estimadas

4.3 La Población Económicamente Activa (PEA)

Al comparar la población económicamente activa de los años 1993 y 1997 puede observarse que se da un incremento porcentual de 8.7% durante 1997. En este contexto, la mujer representa tan sólo el 35.1% de la población económicamente activa del país. (Cuadro N°8). Para 1997 el 65.5% de la PEA se concentra en el área urbana, lo que constituye 1.9% más que para el año 1993. (Cuadro N°9). En cuanto al nivel de instrucción, la PEA no agrícola alcanzó como promedio de años aprobados 10.7 años.

**Cuadro N°8: Población Económicamente Activa Por Sexo Según Año.
República De Panamá. Años: 1993 Y 1997**

Años	Total		Sexo			
			Masculino		Femenino	
Total	N°	%	N°	%	N°	%
1993	940,301	100.0	620,678	66.0	319,623	33.4
1997	1,020,916	100.0	661,894	64.8	359,022	35.1

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSA.

**Cuadro N°9: Población Económicamente Activa Por Area, Según Año.
República De Panamá. Años: 1993 Y 1997**

Años	Total		Area			
			Urbana		Rural	
	N°	%	N°	%	N°	%
1993	940,301	100.0	598,396	63.6	341,905	36.4
1997	1,020,916	100.0	668,929	65.5	351,996	34.5

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSA

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.

Cuadro N° 10: Población Económicamente Activa Según Condición Del Empleo. República De Panamá. Año: 1996

Condición del Empleo	Población Económicamente Activa	%
Total	1,012,109	100
Formal	611,370	60.4
Informal	400,739	39.6

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSA

4.4 Ocupación

Para 1997 la tasa de ocupación fue de 51.7% y la estimada del 98 se encontraba en el orden del 52.3%, lo cual no refleja variaciones significativas en relación al año anterior.

a. Tasa de Actividad Según Edad y Sexo

Al analizar la tasa de actividad por edad, medida estadística en la cual se relaciona la población económicamente activa con la población total en cada grupo de edad, se puede describir el nivel de participación, en la actividad económica, de la población disponible para trabajar; es así como para 1997, la tasa de actividad encuentra su máximo nivel en la población de 25 a 44 años y los valores mínimos en las población laboral adolescente. (Cuadro N°11). Al analizar esta tasa por sexo puede apreciarse que en el año 1997, el sexo masculino presentó una tasa 1.9 veces mayor que el femenino. (Cuadro N°12).

Cuadro N° 11. Tasa De Actividad De La Población Según Rango De Edad. República De Panamá. Años: 1993 Y 1997.

Rango De Edad (Años)	1993	Rango De Edad (Años)	1997
15-19	36.8	15-19	32.1
		20-24	69.5
		25-29	74.4
20-29	70.2	30-34	76.4
30-39	71.1	35-39	77.0
40-49	67.5	40-44	76.3
50-59	58.3	45-49	73.3
60 y más	34.5	50-54	66.3
		55-59	53.9
		60 y más	25.5

*No incluye sector informal

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

Cuadro N°12: Tasa Porcentual De Actividad De La Población De 15 Años Y Más Por Sexo. República De Panamá. Años: 1993 Y 1997

Años	Sexo	
	Masculino	Femenino
1993	80.5	40.6
1997	79.5	41.8

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

b. Ocupación Según Categoría del Empleador

En el cuadro n° 13, al analizar según categoría de empleador, podemos observar que tanto para el año 93 y 98, el sector privado es el mayor empleador, aumentando en 5.4%; se destaca además, que el empleo en las categorías de trabajadores por cuenta propia presentó un descenso porcentual del orden del 0.4% en dichos años.

El ritmo en la generación de nuevos puestos de trabajo se vio drásticamente disminuido toda vez que el empleo creció en tan sólo 2.2% en 1994, siendo que en el trienio anterior (1991- 93) se incremento a un ritmo promedio anual de casi 7.0%, lo que significó, en términos absolutos, un promedio de alrededor de 38 mil nuevos empleos por año. Durante el periodo comprendido entre agosto del 98 y agosto del 99, se crearon 25,964 empleos de los cuales la empresa privada aportó el 77.7%, con decrecimientos en el Sector Gobierno, Comisión del Canal y Servicios Domésticos (13,350). En relación a los sectores Cuenta Propia y Patronos se presentó un

incremento por el orden de 3,449. Cuando se compara la generación de empleos en relación con 1994 (17,709 puestos de trabajo) se observa un incremento porcentual de 46.6%, que en cifras absolutas representa 8,255 puestos de trabajo más en 1998 que para 1994.

Sin embargo, en lo que a creación de puestos de trabajo se refiere, la economía redujo su velocidad de marcha en relación con años anteriores, a pesar que se observa una disminución en la tasa de participación de 62.2% a 61.2% y en la tasa de desempleo que pasa de 13.6% a 11.6% (agosto de 1998- agosto de 1999). La desaceleración se atribuye, entre otros factores, a los efectos del proceso electoral que generalmente produce inseguridad entre los inversionistas; al agotamiento del modelo de desarrollo en base a sustitución de importaciones; y a la incertidumbre y expectativa de los sectores productivos ante la puesta en marcha de un nuevo modelo económico que modifica las reglas del juego.

Se destaca que de la totalidad de los empleos generados en dicho periodo el 50.6% (15,249) correspondieron a la categoría de asalariados y el 49.4% a la de cuenta propia y patrono. Con esta contribución, más de dos terceras partes de la población ocupada (66.7%) tiene garantizada un salario, sin embargo al compararlo con 1994 esta proporción ha disminuido en 2.5%, aún así se encuentra en niveles superiores en relación con 1987, cuando el porcentaje de asalariados era del 60%.

Cuadro N°13: Porcentaje De La Población Ocupada Según Categorías En La Ocupación. República De Panamá. Años: 1993-1998

Categoría en la Ocupación	1993	1998
Empleados	66.9	69.2
Gobierno	19	18.3
Privada	39.1	44.5
Comisión del Canal o Sitios de Defensa	2.7	1.4
Servicio doméstico	6.1	5.0
Por cuenta propia	26.7	25.1
Patrono	2.3	2.6
Trabajador familiar	4.1	3.2

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSA

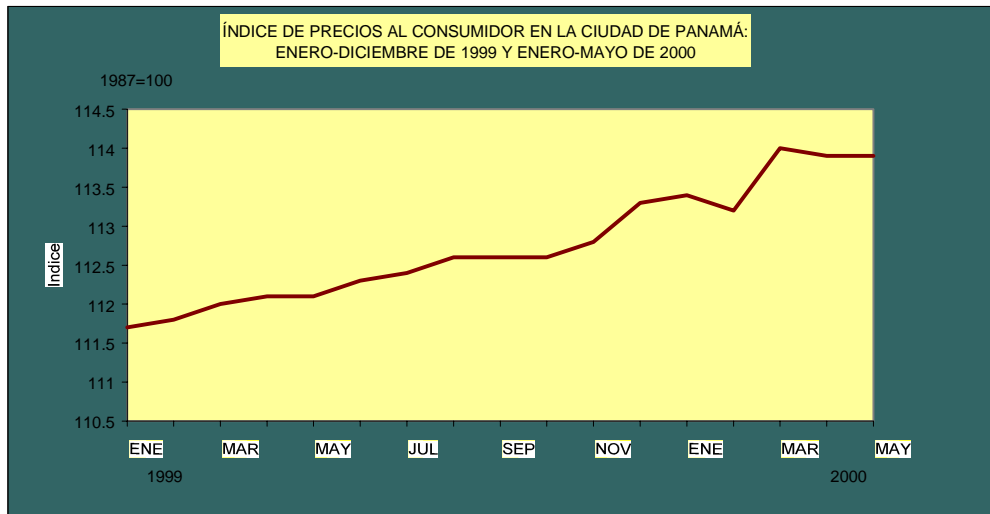
c. Ocupación Y Poder Adquisitivo

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.

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 presente año 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. (Gráfica N° 8)

Gráfica N° 8



d. Ocupación Y Horas Laboradas

El bajo poder adquisitivo lleva a los trabajadores a laborar horas extraordinarias, las cuales a su vez se convierten en un indicador cuantitativo de exposición a riesgos laborales. Un 80.2% de la población trabajadora cumple horarios de trabajo de más de 40 horas por semana (Cuadro N° 14), de las cuales el 65.0% son cubiertas por la fuerza laboral masculina. (Cuadro N° 15)

Cuadro N°14: Población Ocupada De 15 Años Y Más De Edad Según Horas Semanales Trabajadas. República De Panamá. Año 1998

Horas Semanales Trabajadas	N°	%
Total	796,307	100.0
40 y más	95,294	80.2
35 – 39	41,797	2.6
34-25	20,661	5.6
menos de 25	638,555	12.0

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSa

Cuadro N°15: Población Ocupada De 15 Años Y Más De Edad Por Sexo, Según Horas Semanales Trabajadas. República De Panamá. Año 1998

Horas Semanales Trabajadas	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	N°	%	N°	%
40 y más	414,619	65.0	223,936	35.0
35 - 39	12,754	61.7	7,907	38.3
34-25	23,521	56.3	18,276	43.7
menos de 25	50,486	52.9	44,808	47.1

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSa

d. Ocupación Y Tipo de Actividad

Según el tipo de actividad, el 64% de los hombres que trabajan se concentra en actividades económicas relacionadas con la agricultura, el comercio, la manufactura y la construcción. En el caso de la población trabajadora femenina su actividad laboral se centra en las áreas de comercio, servicios domésticos, manufactura, enseñanza y comunitarias.

Cuando se analiza la actividad económica y la población ocupada por sexo, los trabajadores masculinos predominan en todas las actividades económicas con excepción de las de servicios domésticos, enseñanza, servicios sociales, intermediación financiera y hoteles y restaurantes.

Vale destacar que en todas las edades la agricultura y el comercio figuran entre las tres principales áreas económicas predominantes, siendo más marcado el desarrollo de la acción agrícola en la población laboral adolescente. (Cuadro N°16)

Cuadro N°16: Población Ocupada Por Actividad Económica Predominante, Según Rango De Edad Y Porcentaje de Población Ocupada. República De Panamá. Año 1997

Rango De Edad (Años)	% De Población Ocupada	Actividad Económica Predominante	
		Tipo	%
15-19	6.3	agrícola comercio servicios domésticos	29.5 15.7 14.8
20-29	27.7	Comercio Agricultura Manufactura Construcción	23.6 14.4 10.4 8.1
30-39	26.3	Comercio Agricultura Manufactura Administración pública Transporte	19.2 14.0 10.4 8.8 7.7
40-49	21.1	Comercio Agricultura Manufactura Administración pública Enseñanza	13.8 13.2 10.9 9.6 9.2
50-59	12.0	Agricultura Comercio Manufactura Administración pública Construcción	21.1 13.8 10.4 8.5 7.0
Mayores de 60	6.5	Agricultura Comercio Manufactura	46.3 12.3 9.1

Fuente: Contraloría General de la República. Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida. MINSa

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

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.

4.5 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%.

Según datos preliminares obtenidos mediante la Encuesta de Hogares, realizada en junio de 1999, la desocupación afecta principalmente las áreas laborales del comercio, manufactura, construcción, actividades comunitarias y servicios domésticos, en las cuales se concentra el 54% de la población desempleada.

a. Desempleo y Género:

La tasa de crecimiento de la desocupación es mayor en la mujer que en el hombre, lo que se evidencia en las tasas de desempleo diferenciadas por sexo, con mayor intensidad en la población femenina que registra una tasa de desempleo de 19.7% en contraposición con 10.7% en el caso de los hombres.

La constante y permanente superación de la mujer, a través de los mecanismos formales e informales de formación y capacitación de recursos humanos, hasta el momento no refleja saldo positivo a favor de su inserción laboral y, por ende, de la reducción significativa de sus niveles de subutilización.

b. Distribución Del Desempleo:

La Región Metropolitana, con aproximadamente 107,747 desocupados, concentra el 73.9% del desempleo a nivel nacional. La tasa de desempleo aumentó en esta Región en el periodo 94-98 en un 0.8%, siendo 1.56 veces mayor en la mujer que en el hombre (tasa de desempleo mujeres de 21.0% y en el hombre 13.5%). En el resto del país el número de desocupados es de 38,127 los que representan el 9.6% de la fuerza laboral establecida en esa área.

4.6 La Situación De 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.

a. Incidencia De La Pobreza

De acuerdo a la Encuesta de Niveles de Vida (ENV97)², 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.³ 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°17).

² "Perfil y características de los pobres en Panamá". Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección Nacional de Políticas Sociales. Marzo 1999

³ **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 por persona. Los individuos con un nivel de consumo por debajo de este valor se consideran pobres.

Cuadro N° 17: 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	
			Total		Extremos		No Extremos			
Miles	%	Miles	%	Miles	%	Miles	%	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, es así como 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 (Cuadro N° 18).

Cuadro N°18: Incidencia De La Pobreza Según Región/Área.
República de Panamá. Año: 1997.

Región/Área	Total del País		Nivel de Pobreza			
			Pobres			No Pobres
			Total	Extremos	No Extremos	
Incidencia de la Pobreza en el país	100	37.3	18.8	18.5	62.7	
Región Metropolitana	100	21.3	6.6	14.8	78.7	
Panamá-San Miguelito	100	11.6	2.5	9.1	88.4	
Región Central	100	48.0	23.8	24.3	52.0	
Región Occidental	100	43.6	16.3	27.3	56.4	
Áreas Indígenas	100	95.4	86.4	9.0	4.6	
Áreas de Dificil Acceso	100	77.9	51.8	26.1	22.1	

^a Provincias de Panamá y Colon. ^b Ciudad de Panamá y Distrito de San Miguelito.

^c Provincias de Veraguas, Coclé, Herrera y Los Santos. ^d Provincia de Chiriqui y Bocas del Toro.

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

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 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). (Cuadro N° 19)

**Cuadro N° 19: Probabilidad De Ser Pobre Por Persona, Según Provincia.
República De Panamá. Año: 1997**

Provincia	Orden de Pobreza	Probabilidad estimada de ser pobre
Comarca Kuna Yala	1	0.98
Darién	2	0.83
Bocas del Toro	3	0.75
Veraguas	4	0.74
Coclé	5	0.68
Chiriquí	6	0.60
Herrera	7	0.53
Los Santos	8	0.51
Colón	9	0.48
Panamá	10	0.28

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

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° 7)

MAPA N° 7
POBREZA SEGÚN DISTRITOS. REPUBLICA DE PANAMA. AÑO: 1997

En la Ciudad de Panamá los corregimientos con mayor probabilidad de ser pobres son los de Curundú, Pedregal y Chorrillo con 0.29, 0.28 y 0.17 respectivamente. También, se destacaron con probabilidades elevadas de ser pobres otros corregimientos del Distrito Capital, a saber: Chilibre, San Martín, Pacora, Las Cumbres y Tocumen presentaron probabilidades del 0.57, 0.55, 0.48, 0.37 y 0.33 respectivamente.

En el Distrito de San Miguelito los corregimientos de Belisario Porras y Amelia Denis de Icaza registraron la mayor probabilidad de ser pobres (0.31 y 0.27 respectivamente). En el caso del distrito de Colón los corregimientos de Ciricito, Salamanca, Santa Rosa, Escobal y Buena Vista presentaron las mayores probabilidades de ser pobres y las cifras oscilaron entre 0.81 y 0.63.

d. Características De Los pobres

Existe un conjunto de factores socioeconómicos que caracterizan a los hogares y personas en situación de pobreza y que, a su vez, condicionan y se constituyen en factores condicionantes de los niveles de pobreza.

Los hogares de los pobres son de mayor **tamaño**, estos hogares tienen mayor número de menores de 12 años y tienen en promedio dos miembros más que los hogares de los no pobres. En el caso de los hogares indígenas estas cifras aumentan hasta 4 miembros más; el número de menores de 12 años es en promedio más del doble. Estas tendencias se asocian a las altas tasas de fecundidad y esperanza de vida más corta, principalmente en la población indígena. (Cuadro N° 20)

En cuanto a las **características de la vivienda** las casas de la población pobre cuenta con piso de tierra y paredes de caña brava, menor número de cuartos y mayores índices de hacinamiento. Más de la tercera parte de las familias carece de título de propiedad, la falta de agua potable afecta al 58% de la población indígena, incluidos los no pobres, al mismo tiempo se ven más afectados por las irregularidades en el abastecimiento de agua potable, situaciones que afectan la calidad del agua para el consumo humano. Por otro lado, el 85% de los hogares de la población pobre

carecen de acceso a los servicios de disposición sanitaria de excretas, proporción que es más acentuada en las áreas rurales pobres e indígenas. (Cuadro N° 20)

**Cuadro N° 20: Características de los Hogares Pobres.
República de Panamá. Año: 1997.**

Indicador	Total País	Area			Nivel de Pobreza			
		Urbana	Rural No Indígena	Indígena	Pobres			No Pobres
					Total	Extremos	No Extremos	
Personas por Hogar (Prom)	4.2	4.0	4.2	6.8	5.7	6.4	5.1	3.6
Niños menores de 12 años/hogar (prom)	1.1	0.9	1.2	2.7	2.0	2.5	1.6	0.7
Allfabetismo (%)	92.2	97.7	88.5	63.5	83.0	75.3	s/d	96.8
Promedio de Años de Escolaridad	7.2	8.9	5.4	2.9	4.5	3.5	s/d	8.7
Tasa de Repetición (%)								
Primaria	6.6	5.6	6.5	11.0	9.1	11.5	s/d	4.1
Secundaria	8.4	9.7	6.1	2.2	8.6	7.9	s/d	8.4
Educación Jefe de Hogar (prom)	7.9	10.0	5.3	3.1	4.5	3.3	5.4	9.2
Jefe de Hogar Mujer (%)	23.8	28.8	17.1	15.1	17.4	15.3	27.5	26.2
Trabajadores /Hogar (prom)	1.6	1.7	1.6	1.9	1.8	2.0	1.7	1.6
Relación de Dependencia (prom)	2.7	2.6	2.8	4.0	3.6	3.9	3.3	2.4
Desocupados mayores de 15 años (tasa)	10.0	10.3	8.6	15.7	12.9	13.6	12.3	8.8
Ocupados Sector Informal (%)	48.3	34.9	67.6	73.4	69.8	78.5	62.1	39.3
Hacinamiento (personas por cuarto)	1.7	1.4	1.8	4.3	2.9	3.7	2.2	1.2
Agua Potable								
Acueducto	88.9	98.2	80.2	42.2	71.7	58.4	82.4	95.4
Dentro de la Vivienda	60.6	75.1	35.8	16.8	23.3	12.8	29.3	71.2
Fuera de la Vivienda y del patio	2.9	2.8	2.7	10.7	5.3	6.1	4.8	2.3
Sin servicio sanitario	6.8	1.4	9.0	56.1	19.7	32.9	9.1	1.9
Sin Recolección de Basura	58.5	91.0	15.0	0.2	20.5	8.0	30.5	72.9

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

En el mismo orden de ideas, puede decirse que el grado de pobreza influye en la **utilización de los servicios de salud**, pues los pobre 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°21)

Al analizar la **situación de las mujeres en extrema pobreza** e indígenas en edad fértil, se destaca que *la atención profesional del parto* es del orden del 56.5% y del 31.4% respectivamente, cifras considerablemente bajas si se comparan con las de las mujeres no pobres (97.8%). En cuanto a los *controles de papanicolau cervicouterino* en las mujeres de 15 a 49 años, 70% de la mujeres no pobres y 60% de las mujeres pobres manifestaron haberse efectuado estos controles de salud. Sin embargo, esta misma variable arrojó cifras del 40% en las mujeres indígenas. (Cuadro N° 21)

La población femenina en edad fértil presenta tasas más alta de *fecundidad general* cuando se encuentra en condiciones de pobreza. Aquellas que residen en las áreas rurales e indígenas presentaron cifras de 3.92 y 4.55 respectivamente. El promedio nacional de hijos nacidos vivos por mujer fue de 2.88, para las áreas rurales de 3.34 y para las indígenas de 4.49; en tanto que las mujeres pobres tienen 3.89 y las no pobres 2.35. Las mujeres indígenas extremadamente pobres tienen 4.71 hijos nacidos vivos. Las mujeres con menor nivel educativo presentan más altas tasas de fecundidad indistintamente de su condición de pobreza, aunque para el mismo nivel educativo las pobres tienen una mayor tasa que las no pobres. (Cuadro N° 21)

La frecuencia de *embarazo precoz* (edades entre 15 y 20 años) es más alta en las mujeres pobres. Un 20% de las no pobres declaró embarazos precoces, en tanto el 25% de las pobres presentó esta condición. En este grupo de población femenina la incidencia de pobreza es de 55.6% y el 100% de la mujeres con embarazo precoz sin ningún tipo de educación y 89% de las que tienen educación primaria son pobres.

En relación con la **población menor de 5 años**, los grupos de pobre e indígena son más propensos a la diarrea y enfermedades respiratorias que los no pobres y los niños de áreas urbanas, situación que se refleja cuando uno de cada

cuatro niños pobres presento diarrea (25%) y cuatro de cada diez infecciones respiratorias (40%), en tanto que el 18% de no pobres presentaron diarrea y cifras similares se dieron en el caso de las infecciones respiratorias. Cabe destacar que en cuanto a la inmunización, como medida preventiva, casi la totalidad de los menores de 5 años esta vacunada contra la tuberculosis, la poliomielitis, difteria, tosferina y tétanos, excepción hecha para el sarampión cuando la cobertura es del 82% para los no pobres y de 72% para los indígenas. (Cuadro N° 21)

**Cuadro N° 21: 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 Ultimo 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.

Al relacionar la pobreza con **la desnutrición**, en la población menor de 5 años puede decirse que la cifra nacional es de 14.4% y la incidencia en poblaciones pobres

de 25% y que la desnutrición crónica afecta al 33.3% de esta población en condiciones de extrema pobreza. Se destaca por otro lado, que el 50% de los niños indígenas se ven afectados por algún grado de desnutrición. (Cuadro N° 21)

Cuadro N°21. Datos Básicos De Salud Por Area Y Nivel De Pobreza. (Continuación)
República De Panamá. Año: 1997.

Dato Básico	Total País	Area			Nivel de Pobreza		
		Urbana	Rural No Indígena	Rural Indígena	Pobres		No Pobres
			Total	Extremos			
Menores de 5 años							
Tuvo Diarrea	21.5	18.4	20.6	36.9	24.4	25.7	18.2
Tuvo Infección Respiratoria	41.5	43.7	40.7	35.4	41.3	40.5	41.8
Personas que consulto (%)							
Médico	57.5	69.4	53.7	20.9	44.7	32.4	72.2
Miembro del Hogar	35.0	27.7	38.3	54.1	43.7	50.9	25.0
Sitio de Atención (%)							
• Público	78.7	73.4	83.4	81.6	91.0	94.1	68.6
• Privado	21.3	26.6	16.6	18.4	9.0	5.9	31.4
Inmunizaciones (%)							
TBC	92.9	95.5	93.7	79.9	90.7	87.2	95.4
DPT	93.4	94.2	94.9	85.5	91.8	90.7	95.3
Polio	94.3	96.5	95.4	81.8	91.6	89.8	97.3
Sarampión	80.3	80.1	83.0	71.9	78.8	76.5	81.9
Desnutrición Crónica (talla-edad)	14.4	5.6	14.8	48.8	23.3	33.7	4.3
Desnutrición Aguda (peso-talla)	1.1	0.9	1.2	1.7	1.5	1.8	0.6
Bajo Peso (peso-edad)	6.8	2.9	7.2	21.1	11.1	16.7	1.9

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

Respecto a la **relación pobreza-educación** encontramos que la pobreza es considerablemente mayor entre las personas con menor nivel educativo, así, para 1997, el 62.2% de los jefes de hogares que no han cursado ningún grado de educación se encuentran en situación de pobreza, la incidencia de pobreza disminuye a un 46.6% cuando el jefe de hogar pasan a tener 6 años de instrucción y al 33.5% cuando tiene entre 7 y 9 años. En las áreas urbanas se observan mayores niveles de instrucción que en la rurales e indígenas, toda vez que los mayores de 5 años no pobres tienen un promedio de 8.7 años de instrucción, siendo estos de 4.5 y 3.5 para los pobres y pobres extremos respectivamente.

Al caracterizar la situación de la educación en la población pobre de 13 a 17 años, se observa que 6.1% no han completado siquiera un grado de primaria, condición que es más grave en la población indígena cuyas cifras alcanzan el 15.7%.

Además, el 21% y el 30% de la población pobre y en extrema pobreza, respectivamente tienen educación primaria incompleta, cifras que contrastan con el 2.6% para los no pobres. Las condiciones de la educación en esta población pueden estar relacionadas con factores como repetición, deserción y entrada tardía a la escuelas, así como con la necesidad de participar en el mercado laboral para apoyar en el sustento de la familia.

Aunque parezca contradictorio en los hogares pobres hay más personas trabajando, sin embargo las características propias del hogar, que cuenta con una mayor población infantil y por tanto con tasas de dependencia mayores, así como los bajos niveles de ingreso refuerzan las condiciones de pobreza. **La tasa de participación** de los hombres (80.6%) en el mercado laboral es similar independientemente de la condición de pobreza y área geográfica, sin embargo es notable la diferencia de esta tasa en relación con la población femenina (46.2%). Cuando además de ser mujer, se vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, esta tasa alcanza valores de 35.9% y 34.8% respectivamente.

Por otra parte, la pobreza se asocia a **mercados laborales informales**, cuando el 69.8 y 78.5% de los trabajadores pobres y extremadamente pobres se desempeñan en el sector informal; mientras el 39.3% de los no pobres labora en este. La condición de informalidad laboral se acentúa en las áreas rurales e indígenas donde alcanza hasta 70% de la fuerza de trabajo, proporción que es aproximadamente la mitad en el área urbana. Esta condición laboral guarda estrecha relación con los niveles educativos bajos. Siete de cada 10 adultos mayores labora en el sector informal.

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. Los niños de 10-14 años pobres tienen una tasa de participación del 16.6% y los extremadamente pobres de 19.0%. Tanto los pobres como los no pobres laboran en el sector informal, los primeros en actividades agrícolas.

4.7 Educación Y Analfabetismo.

El nivel de instrucción de la población de 6 años y más de edad en la República, medido a través del promedio de años de estudios aprobados, se ha incrementado ligeramente pasando de 4.2 años en la década del '70 a 6.7 años en la del '90. Cuando se analiza el comportamiento de esta tendencia según sexo, se observa similitud en los patrones de la misma.

El porcentaje de deserción escolar por nivel, visto para los años 1980, 1990 y 1994 muestra una tendencia hacia la disminución, tanto para el nivel primario como el secundario. Para los años 96 y 97 fue de 1.9 y 2.1% respectivamente.

En cuanto a la situación de analfabetismo, según los censos de 1970, 1980 y 1990, el porcentaje de la población analfabeta ha disminuido notablemente en toda la República. Al comparar las cifras de las décadas del '70 y '90, se observa que en la población indígena el porcentaje de analfabetismo disminuyó en un 56% y en la no-indígena en un 45%. Diferenciado por sexo, el hombre indígena muestra una disminución porcentual de 51.4% mientras que la mujer indígena alcanzó el 61.5%. Según el área (urbana/rural), el analfabetismo disminuyó en el área urbana en un 54% mientras que en el área rural fue de 48%.

Las mujeres han superado el nivel educativo de los hombres en términos globales, aunque todavía existe una proporción levemente superior de mujeres que no han cursado grado alguno (11.1%) en comparación con los hombres en la misma situación (10.3%).

La participación por sexo en la matrícula primaria es prácticamente igual entre hombres y mujeres. En la matrícula secundaria y universitaria las mujeres superan a los hombres. Primero lo hicieron en la enseñanza secundaria, donde sobrepasaron a los varones en los años 50 y 60, y luego en el nivel universitario donde alcanzaron la participación masculina en los años sesenta y la superaron considerablemente durante los años ochenta. Así, para el año 1996 las mujeres eran el 66.8% de los estudiantes

de la Universidad de Panamá, y el 73.1 de los alumnos graduados en esta Casa de Estudios.

4.8 VIVIENDA

Según estimaciones realizadas por el Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente, de este Ministerio, se proyectó que de las 638,534 viviendas que existen en el país el 20.0% tiene condiciones adecuadas para ser habitadas, que un 50.0% (319,268) están en condiciones regulares y el 30% restantes (191,560) no presentan las más mínimas condiciones para residir en ellas.

El Ministerio de Vivienda (MIVI) contempla dentro del déficit habitacional una variedad de soluciones entre las que se ubican la legalización de tierra en áreas de asentamientos espontáneos, lotes servidos, préstamos de materiales y viviendas básicas, por mencionar algunos. El déficit habitacional se ha distribuido en cuatro categorías: deterioro parcial, deterioro total, hacinamiento y formación de nuevos hogares. En el caso de las categorías de deterioro total y parcial se consideraron el estado físico de los pisos, techos y paredes de acuerdo a los materiales de construcción. Las viviendas con deterioro parcial pueden lograr el nivel de calidad con el que fueron construidas, con una inversión económica pequeña.

Por otro lado, para la categoría de viviendas con deterioro total se consideraron aquellas viviendas que desde su construcción inicial fueron construidas con materiales no adecuados y aquellas que ya cumplieron su periodo de vida. La categoría de hacinamiento identifica las viviendas hacinadas como aquellas con una densidad de más de tres (3) personas por cuarto, considerando este último como los aposentos o plazas utilizadas para fines de reposo o descanso. Por último, la categoría de viviendas para la formación de nuevos hogares consideró la tasa de crecimiento vegetativo y su tendencia hacia el año 2,000.

Atendiendo a lo expuesto, el MIVI para 1995 estimó en 240,000 viviendas, concentrándose el 48.0% en la provincia de Panamá. Para 1997 se estimó este déficit en 221,000 soluciones habitacionales, con un diferencia positiva 95-97 de 19,000 soluciones habitacionales y una reducción del déficit del orden del 8%. De esta insuficiencia, 140,114 viviendas corresponden a viviendas requeridas por la formación

de nuevos hogares y reemplazo de las viviendas deterioradas. La diferencia 80,886 son viviendas parcialmente deterioradas que pueden ser mejoradas. Son soluciones para personas que no tienen capacidad de adquirir una solución nueva y que sólo califican a programas como el de lotes servidos y préstamos de materiales.

El diferencial del déficit habitacional por provincia, destaca a la de Panamá como la de mayor concentración de necesidad de viviendas (44.8%), seguida de la de Chiriquí con 16.1%. Las provincias de Veraguas, Colón y Coclé agrupan el 8.3%, 8.0% y 7.6% del déficit habitacional del país. (Cuadro N°22)

Cuadro N°22. Distribución Del Déficit Habitacional Por Categoría Según Provincia. República De Panamá. Mayo de 1997

Provincia	Déficit Habitacional		Categoría			
	Total	%	Hacinamiento	Formación de Nvos Hogares	Deterioro Total	Deterioro Parcial
Total	221000	100.0	53040	34476	52598	80886
Porcentaje	221000	100.0	24.0	15.6	23.8	36.6
Bocas del Toro	8437	3.8	2025	1316	2008	3088
Coclé	16864	7.6	4047	2631	4014	6172
Colón	17688	8.0	4245	2759	4210	6474
Chiriquí	35518	16.1	8524	5541	8453	13000
Darién	6062	2.7	1455	946	1443	2218
Herrera	9419	4.3	2261	1469	2242	3447
Los Santos	9478	4.3	2274	1479	2256	3469
Panamá	99090	44.8	23782	15458	23583	36267
Veraguas	18444	8.4	4427	2877	4389	6751

Fuente :Ministerio de Vivienda. Dirección General de Planificación. Dpto de Planificación.

Al relacionar el déficit habitacional con el ingreso mensual del hogar, la mayor concentración por rango de ingreso es el 29.0% que agrupa a familias con ingreso mensual menor de B/. 100.00, es decir en condiciones de extrema pobreza. Un 21.7% de los hogares con necesidad de satisfacer sus requerimientos habitacionales percibe entre B/. 101.00 y B/. 249.00 balboas. Lo que indica que el 50.7% de los hogares con necesidades habitacionales carece de los recursos para satisfacer la canasta básica alimentaria, por tanto con dificultades para acceder al mercado tradicional de viviendas. Sólo un 23.5% y un 11.2% de las familias percibe ingresos entre B/. 400.00 y B/. 1000.00 y más de B/.1,000.00, respectivamente. (Cuadro N°23)

El Ministerio de Vivienda ha estimado que para junio de 1999, el déficit habitacional se ha reducido a 187,000 soluciones habitacionales, es decir en un 22.0% sobre la cifra estimada en 1995, toda vez que se han construido 4,101 unidades de vivienda completa, 32,889 familias fueron servidas con soluciones habitacionales intermedias (lotes, préstamos de materiales, asistencias habitacionales, remozamiento de inmuebles, servicios eléctricos y resane de estructuras y pintura, entre otras), 52,193 soluciones habitacionales embrionarias (mensura, legalización de terrenos entrega de títulos de propiedad y escritura de lotes en asentamientos legalizados) y 13,755 subsidios para la adquisición de materiales de construcción (familias con ingreso menor de B/. 300.00).

En las ciudades de Panamá y Colón se demolieron 102 casas condenadas, que sumaban 2,000 cuartos.

**Cuadro N°23 Distribución Del Déficit Habitacional Según Ingreso
República De Panamá. Mayo de 1997**

Ingreso Familiar Mensual (B/)	N°	%	% Acum.
Menos de 100	64068	29.0	29.0
100-124	10630	4.8	33.8
125-174	15912	7.2	41.0
175-249	21481	9.7	50.7
250-399	32178	14.6	65.3
400-599	26476	12.0	77.3
600-799	15625	7.1	84.4
800-999	9944	4.5	88.9
1000 y Más	24686	11.2	100.0
Total	221000	100.0	

Fuente :Ministerio de Vivienda. Dirección General de Planificación.
Dpto de Planificación. Año: 1997

V. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A LA SALUD DE LA POBLACION 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 1990 el 83.7% de los hogares del país disponía de agua potable, y el 88.1% contaba al menos con infraestructura básica sanitaria para la disposición de excretas. Sin embargo, en comunidades rurales de menos de 1,500 habitantes, la cobertura de estos servicios fue de 62% y 72% respectivamente. En términos generales puede decirse, que la cobertura a los servicios de agua potable y de disposición sanitaria de excretas y desechos sólidos, se ha incrementado en el periodo 90-98, (Cuadro N°24) sin embargo, la calidad de estos servicios, es pobre; 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.

Cuadro N°24: Cobertura Viviendas Con Servicios de Saneamiento Básico, Por Area Según

Año. República De Panamá. Años: 1990-1998

Indicador	1990						1998					
	Total		Urbano		Rural		Total		Urbano		Rural	
	N°	%	N°	%	N	%	N°	%	N°	%	N°	%
Agua Potable	438994	83.7	291406	98.7	147588	64.4	572368	89.6	315945	98.1	256423	81.0
Disposición Sanitaria de Excretas	461794	88.1	290463	98.4	171331	74.7	589608	92.3	317501	98.6	272107	86.0
Disposición Sanitaria de Basura	326713	60.0	258811	93.6	67872	25.3	437741	68.6	305070	94.8	200793	31.4

Fuente: Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. Ministerio de Salud. Año: 1998

Para 1998, según información registrada por el Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente de 638,534 viviendas, el 50.4% están ubicadas en área urbana y un 49.6% en el área rural. El 89.6% 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 98.1% y en las rurales de 81.0%. En el área urbana 6190 viviendas carecen de agua potable, en tanto que 60,100 confrontan esta situación en el área rural, por lo que una de cada 10 viviendas en todo el país, carecen de agua potable. (Cuadros N° 24 y 25). Los niveles de inequidad son más evidentes en las áreas rurales de las regiones sanitarias de Darién (49.7%), Bocas del Toro (54.9%), Panamá Este (61.2%) y Chiriquí (64.5%). Un 19.0% de las viviendas ubicadas en áreas rurales y el 1.9% de las ubicadas en áreas urbanas no cuentan con disposición de agua potable.

Cuadro N°25: Cobertura De Calidad Sanitaria Del Ambiente, Por Area Según Característica de la Vivienda. República De Panamá. Año: 1998

Indicador	Viviendas con el servicio						Viviendas sin el servicios					
	Total		Urbano		Rural		Total		Urbano		Rural	
	N°	%	N°	%	N	%	N°	%	N°	%	N°	%
Agua Potable	572368	89.6	315945	98.1	256423	81.0	66,166	10.4	6,024	1.9	60,142	19.0
Disposición Sanitaria de Excretas	589608	92.3	317501	98.6	272107	86.0	48,926	7.7	4,468	1.4	44,458	14.0
Disposición Sanitaria de Basura	437741	68.6	305070	94.8	200793	31.4	200793	31.4	16,899	5.2	183894	58.1

Fuente: Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. Ministerio de Salud. Año: 1998

Las aguas servidas no reciben un tratamiento adecuado, y el uso de la letrina 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 servidas sin tratamiento procedente de las industrias.

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.

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 1998 el 92.3% de las viviendas contaba con un sistema adecuado de disposición de excretas y sólo el 68.6% contaba con servicios sanitarios para la disposición de la basura. (Cuadros N° 24 y 25). Ambos sistemas sanitarios encuentran un mayor desarrollo en las áreas urbanas que en las rurales. El 98.6% de las viviendas del área urbana dispone de un sistema sanitario para la disposición de excretas y 4,500 viviendas carecen del servicio; en el área rural 86% de las viviendas cuenta con disposición sanitaria de excretas y 44,300 viviendas

carecen del servicio; por tanto 1 de cada 11 viviendas carece de un sistema sanitario para la disposición de excretas. Las regiones de Kuna Yala, Bocas del Toro, Darién y Panamá Este presentan los niveles más bajos de cobertura en este aspecto (32.2, 54.5, 62.1 y 63.9%, respectivamente). Existe coincidencia entre las regiones con acceso inadecuado al servicio de agua potable y de disposición sanitaria de excretas.

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 los residuos sólidos. Lo ante expuesto resulta en perjuicio y deterioro del ámbito social y de la salud pública; 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.

En cuanto a la disposición final de los desechos sólidos, se recolectaba el 94.8% en el área urbana y el 31.4% en la rural; en el nivel urbano 19,500 viviendas y 186,700 viviendas en el área rural no disponen de sistemas sanitarios para la eliminación de basura, es decir, que una de cada once viviendas no cuenta con este servicio de saneamiento básico. (Cuadros N° 24 y 25), pero su disposición final, salvo en el caso del relleno sanitario de Cerro Patacón, es inadecuado por ser vertederos a cielo abierto, es así como la cobertura de disposición final es del 60% para las áreas urbanas y de 10% para las rurales. Según información consignada por el departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente, en las áreas urbanas de Panamá Oeste y Este, polos de expansión residencial, sólo un 72.8% y 75% de las viviendas con acceso a un sistema de recolección de estos desechos. 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% y los mismos oscilan entre el 5.6% y el 50.5%.

En el país el manejo de los residuos sólidos, urbanos, industriales y hospitalarios, se realiza con el concurso de un conjunto de instituciones que forman parte del Gobierno Central y del Municipal, así como de la empresa

privada a través del desarrollo de microempresas, toda vez que en el proceso de disposición sanitaria de estos desechos se conjugan diferentes etapas. Recientemente la Dirección Metropolitana de Aseo, pasó a ser responsabilidad de los Municipios de Panamá, Colón y San Miguelito. (Cuadros N° 26 y 27)

Cuadro N° 26 : Entidades Relacionadas Con Las Distintas Etapas De Manejo De Los Residuos Sólidos Urbanos, Industriales Y Hospitalarios. República de Panamá. Año: 1998

Etapas De Manejo	Residuos Sólidos Domésticos		Residuos Sólidos	Residuos
	A. Metropolitana (Panamá Y Colón)	Municipios	Industriales	Hospitalarios
Recolección	DIMA	Municipios	Generadores	MINSA
Tratamiento	DIMA	Municipios	Generadores	MINSA
Disposición Final	DIMA	Municipios	Generadores	MINSA
Fiscalización	MINSA	Salud, Municipios	MINSA	MINSA

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

Según la Dirección Metropolitana de Aseo (DIMA) en 1994, los sectores industriales y comerciales son responsables por lo menos de un 25% del total de residuos dispuestos en Cerro Patacón. La composición de la basura doméstica entre 64-69% es materia orgánica y contiene entre 31-36% de material reciclable. Las deficiencias en el manejo y disposición final de los residuos sólidos se debe, en parte, a la falta de segregación en el origen, falta de reciclaje, recolección poco eficiente y la falta de vertederos o su inadecuada localización, la ausencia de una cultura ambiental formal, una inadecuada gestión integral de los desechos por falta de normativa, falta de coordinación entre autoridades competentes; todo esto conlleva consecuencias en la salud humana y la calidad de vida de las personas.

**Cuadro N° 27: Manejo De Los Residuos Sólidos.
República De Panamá. Año: 1999**

Provincia	Distrito	Sistema De Eliminación	Volumen (m/ día)	Estatus
Colón	Buena Vista	Vertedero a Cielo abierto	138,1	En proceso de creación, microempresas de gestión ambiental y relleno sanitario
Coclé	Aguadulce		55,2	
Herrera	Parita		8,1	
Los Santos	Los Santos		21,3	
	Las Tablas		8,3	
	Valle Riquito		21,0	
	Pocrí		1,0	
	Pedasí		8,3	
Veraguas	Santiago 1		6,4	
	Atalaya 1		74,7	
	Santa Fe		8,6	
	Calobre 1		5,2	
	Cañazas		6,7	
	Soná		19,5	
	San Francisco 1		27,3	
Chiriquí	San Lorenzo		6,9	
Bocas del Toro	Chiriquí Grande		19,6	
Panamá	Chorrera	Vertedero controlado	18,5	
	Capira	Vertedero	88,0	
	Arraiján	No hay	28,0	
	Areas Revertidas de Arraijan 1	No hay (utiliza la de chorrera)	60,6	
			6,8	

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

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). En la zona metropolitana, donde funcionan 12 centros hospitalarios, se generan 4,764 Kgs/día de desechos comunes y 4,782 Kgs/día de desechos peligrosos. En el resto del país existen 20 centros sanitarios que generan 4,641 Kgs/día de desechos comunes y 1,385 Kgs/días de residuos peligrosos.

c. 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 CO₂ 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.

En el país y fundamentalmente en la ciudad de Panamá se presenta un aumento de la contaminación del aire proveniente tanto de fuentes industriales como de los vehículos a motor, lo cual se puede relaciona al incremento de enfermedades y alergias del sistema respiratorio. (Gráficas N° 7 y 8)

Se resalta que 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.

Estudios realizados en Panamá, indican que la cantidad de partículas en suspensión alcanzan un valor promedio de 390ug/m³ con un máximo de 1,403 ug/m³, que al ser comparado con las normas internacionales, que estiman el

nivel de partículas en 260 ug/m^3 , se observan valores promedios mínimos que alcanzan 130 ug/m^3 , por encima del normado. El promedio de monóxido de carbono es de $17,3 \text{ ppm}$ con un máximo de 35 ppm , para un nivel permisible de 9 ppm en 8 horas.

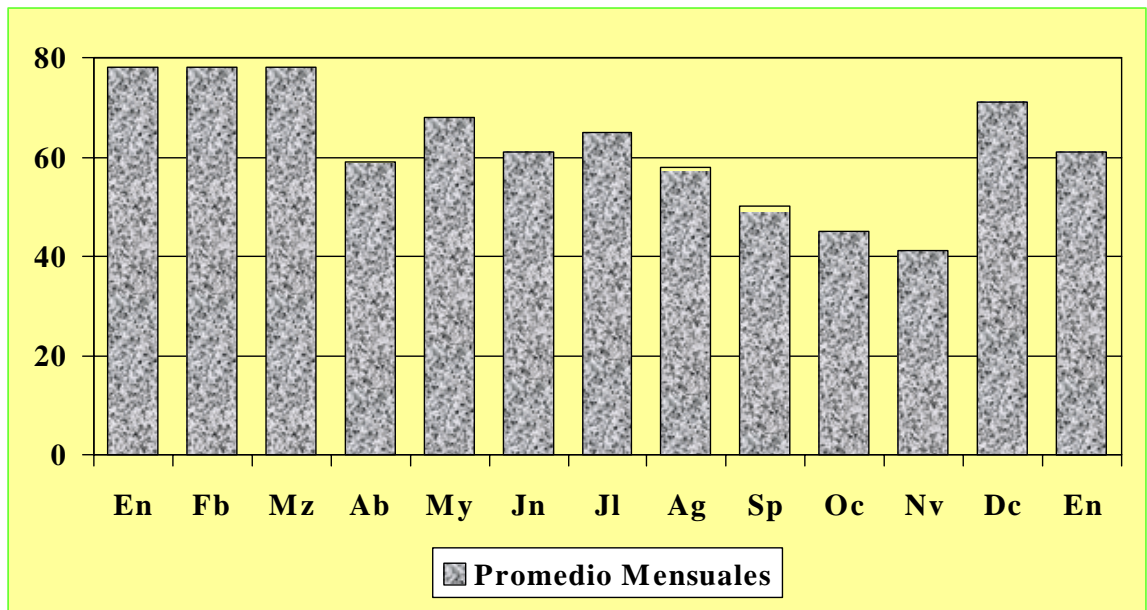
La contaminación física causada, generalmente, por polvo forma parte de los riesgos ambientales que contribuyen al padecimiento de enfermedades respiratorias, tales como la constricción de las vías respiratorias (asma), la rinitis, la broncoconstricción refleja; así como la conjuntivitis, entre otras. 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. El 27% de los tumores malignos están localizados en la tráquea, bronquios y pulmón.

A 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_x , CO , Pb (elemento asociado con enfermedades neurológicas que se manifiestan con la disminución de la capacidad intelectual) SO_x , CO_2 , y partículas en suspensión, contaminación de aguas y suelos.

En el caso de los óxidos de nitrógeno, se trata de las especies NO y NO_2 , que se agrupan en No_x porque se emiten simultáneamente. Los óxidos de nitrógeno resultan de la combustión de combustibles fósiles (gasolina, diesel, coke, etc.). En Panamá, durante el año 1997, los promedios de todas las muestras están cerca de los $64,0 \text{ g/m}^3$ el cual es considerado como límite máximo permitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los meses de enero, febrero y marzo se registraron las concentraciones más altas de óxido

y dióxido nitroso en el nivel atmosférico, mientras que los niveles más bajos se registraron durante los meses de septiembre, octubre y noviembre cuando la precipitación pluvial aumenta y puede estar contribuyendo a su difusión. Los promedios durante los primeros cinco meses del año están cerca de 75,0 g/m³. Se deduce pues, que los niveles resultantes por el estudio son verdaderamente peligrosos. (Gráfica N° 9). Se destaca que la Unión Europea, y otros países y organismos, tienen este parámetro en revisión y se espera que el límite de Nox baje a niveles de 25-50 g/m³.

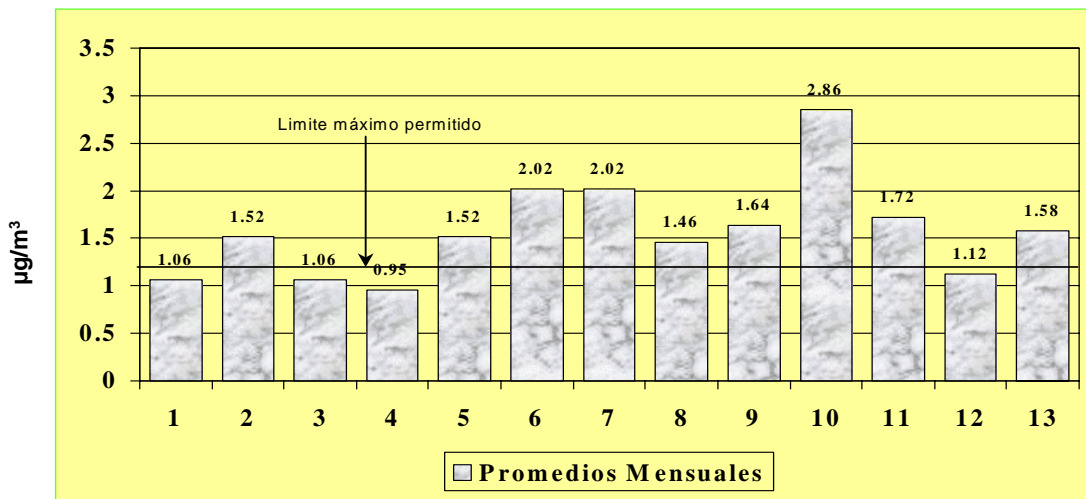
Gráfica N° 9
Contaminación Atmosférica Por No_x Según Mes.
República de Panamá. Año: 1997



Mediciones efectuadas por Duke, en 1998 dan evidencia de los elevados valores de plomo en el aire, en relación al límite máximo permitido. (Gráfica N°10)

Gráfica N°10

PROMEDIO MENSUALES DE PLOMO. AÑO 1997



Tesis MSPN.DUKE'98

El Instituto Especializado de Análisis de la Universidad de Panamá ha ubicado, durante el año 1999, estaciones de monitoreo en las que se miden los niveles de contaminación ambiental, identificándose en los predios de la Universidad de Panamá que el nivel de contaminación es de alta a moderada, con un promedio de 85,000 autos/día; por su parte la estación de San Miguelito registró niveles altos y un promedio de 30,000 autos/día; en las estaciones ubicadas en el cruce de Pedregal y la Barriada Chanis los niveles registrados fueron moderados y el promedio de autos días fue de 40000 y 20000, respectivamente.

Además, del aumento del parque vehicular y la falta de una red vial adecuada, las industrias, (Cuadro N° 28) 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°30). En las provincias se destacan los parques automovilísticos de Panamá (73.1%), el de Chiriquí (10.0%) y el de Colón con 5%. (Gráfica N° 11)

Cuadro N°28. Polígonos Industriales Del Sector Metropolitano Según Areas, Actividades Y Tipo De Contaminación. República de Panamá. Año: 1998

AREAS	ACTIVIDADES	CONTAMINANTES
Area 1 CSS, Area 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 ₂ Material particulado
Area 2 Urbanización Industrial de San Cristóbal y los Angeles	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 particulado orgánico HC CO SO ₂ NO CO ₂ Partículas de sulfato
Area 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 sulfato, partículas de asbesto HC Ácido orgánico Aldehídos Partículas de cemento SO ₂ CO
Area 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
Area 5 Area estatua Roosevelt hasta Cerro Viento	Fabrica de productos plásticos Procesado de productos alimenticios, plantas de Vapor	Material particulado orgánico HC
Area 6 Cerro Viento hasta INAFORP	Procesos Metalúrgicos, Fábrica de productos plásticos, pocelado de papel, llantas de vapor , manejo y envase de productos químicos	Partículas de óxido de hierro SO ₂ Sulfitos HC

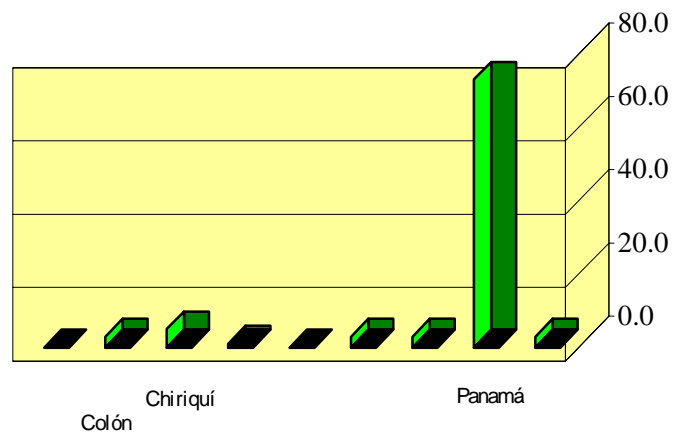
Fuente: Universidad Tecnológica de Panamá, Facultad de mecánica. 1998

El cuadro n° 28 detalla 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.

Gráfica N° 11

PARQUE AUTOMOVILISTICO, REGISTRADOS EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIAS AÑO1996



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

CONTAMINANTE	CONCENTRACION EN CENTRO URBANO	CONCENTRACION EN ZONA RESIDENCIAL	LIMITE PERMISIBLE POR LA 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 ₃)	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 ₁₀)	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 ₂)	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.

**Cuadro N°30: Fuentes Y Efectos De Los Principales Contaminantes.
República de Panamá. Año: 1999**

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

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

La utilización de Sustancias agotadoras de Ozono (SAO), producen daños ambientales los que incurren en riesgos a la salud, como son los indicadores del aumento de Cáncer en la piel. Los estudios realizados, en la Ciudad de Panamá, por la Universidad de Panamá evidencian el aumento de las moléculas de SAO, por encima del índice permitido, situación que contribuye al deterioro de la capa de ozono de la ciudad de Panamá.

d. Ruido

En el mismo orden de ideas, resalta la creciente contaminación ambiental por la emisión de ondas sonoras, la cual se vincula 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 salud, 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.

e. Ambiente Laboral

En cuanto al ambiente laboral, la salud ocupacional, se encarga de vigilar de manera integral de los factores que afectan a la población trabajadora (población económicamente activa), toda vez que estos factores y el ambiente laboral pueden ser causales, contribuyentes o agravantes de alteraciones de la salud; enfermedades y accidentes considerados de carácter extralaboral. De allí que el cáncer, la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón, las neurosis, la diabetes mellitus, las artrosis, el asma bronquial y los accidentes de tránsito, por mencionar algunos, pueden ser causados, relacionados o agravados por los factores de riesgos inherentes a las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Los accidentes de trayecto, aunque su etiología se relaciona con elementos extralaborales, afectan la salud de la población trabajadora, por lo que inciden sobre la fuerza - trabajo, como resultado del tiempo para el trabajo alcanzaron para 1993 una tasa de 31.9 accidentes por 10,000 cotizantes activos, que en comparación con la de 1990 se incrementó en 63.8% (Cuadro N°31)

Cuadro N° 31. Tasa de Accidentes de Trayecto Según Año.

República de Panamá. Años: 1990-1991-1992-1993
(tasas por 10,000 cotizantes)

Año	Tasas
1990	19.5
1991	35.8
1992	27.9
1993	31.9

Fuente: Sistema de Información de la Caja de Seguro, citado por Díaz y Eijkemans

El Programa de Salud Ocupacional de la Caja de Seguro Social, durante el periodo 84-92, realizó un estudio, en 251 empresas de la Región

Metropolitana, se encontró que los factores de riesgo con mayor población expuesta fueron el ruido y las sustancias aero - contaminantes. La tasa estimada de exposición al ruido fue de 17.8% (Cuadro N° 32)

Cuadro N°32. Algunos Factores de Riesgo Laboral y Población Expuesta al Riesgo. Región Metropolitana. República de Panamá. Años: 1984-1992

Factor de Riesgo	Población Laboral Expuesta
Ruido	5714
Disolvente Orgánico	3347
Aero contaminantes	5041
Posturales	1965
Deficiente Iluminación	2875
Sobrecarga Térmica	1597

Fuente: Panorama de Salud de los Trabajadores. MINTRAB, Instituto Panameño de estudios Laborales. Panamá 1996

Según Chon Wilson Batista, en el caso de los plaguicidas se estima que la población expuesta, cotizante activa, es de cerca de 27,263 trabajadores.

El estudio preliminar, realizado en 150 empresas, en una población expuesta de 5,000 trabajadores, identificó los factores psicosociales presentes en el ambiente de trabajo, destacándose las jornadas prolongadas de trabajo con 53.0%, el ritmo intenso de trabajo con 50% y el trabajo monótono y repetitivo con 48%. (Cuadro N° 33)

Cuadro N°33. Factores Psicosociales de Riesgo Presentes En El Ambiente Laboral. Región Metropolitana. República de Panamá. Años: 1984-1992

Riesgos Psicosociales	%
Jornadas Prolongadas De Trabajo	53%
Ritmo De Trabajo Intenso	50%
Métodos De Supervisión Rígidos	35%
Trabajo Monótono Y Repetitivo	48%
Exceso De Carga De Trabajo Mental	45%
Tumicidad	25%
Deficiente Sistema De Comunicación	10%

Fuente: Panorama de Salud de los Trabajadores. MINTRAB, Instituto Panameño de estudios Laborales. Panamá 1996

En cuanto a la variable orden de inseguridad, estudios posteriores han identificado como las principales causas de accidentes se relacionan con el

**mal manejo de materiales 46% y el uso de herramientas manuales (24%).
(Cuadro N°34)**

Cuadro N°34. Proporción De La Variable Orden de Inseguridad
En La Ocurrencia De Accidentes De Trabajo. Región Metropolitana.
República de Panamá. Años: 1984-1992

Orden de Inseguridad	%
Manejo de Materiales	46%
Uso de herramientas manuales	24%
Superficie de trabajo	14%
Maquinaria y equipos	8%

Fuente: Panorama de la Salud de los Trabajadores en Panamá. MINTRAB,
Instituto Panameño de estudios Laborales. Panamá 1996

La deficiencia de la calidad del aire en los ambientes de trabajo, ha causado problemas de salud a los trabajadores expuestos en empresas privadas y estatales, (1990-1994), que lo sitúa en un factor de riesgo muy significativo tanto por sus repercusiones en la salud como por el grave ausentismo generado. Además, el desarrollo y uso de nuevas tecnologías, nuevas sustancias químicas y biotecnología, ha generado nuevos factores de riesgo de orden físico, químico, biológico y psicosocial, cuyo impacto en la fuerza de trabajo nacional está produciendo alteraciones de tipo dérmico, psicofisiológico, cardio-vascular y de neurotoxicidad.

f. Contaminación Por Sustancias Tóxicas y Residuos Peligrosos

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.

En este sentido puede mencionarse que para 1980-89, Panamá importó 68.9 millones de kilogramos de plaguicida, para un consumo promedio anual de

6,888,328 (Lamoth,1992), que correspondía 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. 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).

Se estima que la población económicamente activa agraria expuesta a 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.

En cuanto a los residuos de plaguicidas en el ambiente y alimentos, existen estudios que los han identificado en sustratos ambientales, peces y crustáceos, hecho evidente en 1992, cuando Lamoth reportó una mortandad de especies del mar asociada a plaguicidas.

En 1994, Rodríguez y Lamoth en muestras de alimentos, de cultivos de las provincias de Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos, Veraguas y Panamá, encontraron residuos, en el 22% de las mismas y un 20% violentaban las normas internacionales. Aún más grave es el hecho, toda vez que se identificaron plaguicidas de uso prohibido tales como DDT, dieldrín y HCB.

Sobre derrames de plaguicidas no se tiene información suficiente, sin embargo, puede decirse que el último ocurrió en 1992, en Divalá cuando se derramaron 4,000 litros de clorotalonil en el Río Chiriquí Viejo, produciéndose

efectos ambientales en todo el curso del río, hasta su desembocadura en el mar, con la consecuente muerte de peces y otros animales.

El 49.51% de las intoxicaciones por plaguicida guardó relación con la actividad laboral, el 25.62 y el 21.43% se vincularon a accidentes no laborales e intento de suicidio respectivamente, afectándose principalmente la población entre 15 y 19 y la de 20 a 44 años con tasas de 17.65 y 23.16 muertes por 100,000 hab., respectivamente. En este mismo sentido, cuando se analiza la mortalidad relacionada con plaguicida, el 82.6% figura como suicidio y el 17.4% se asocia a accidentes no laborales. Es importante destacar que ninguna muerte por plaguicida tenía origen laboral, y que las edades de mayor tasa de mortalidad fue la de menores de un año (1.68 muertes por 100,000 hab.)

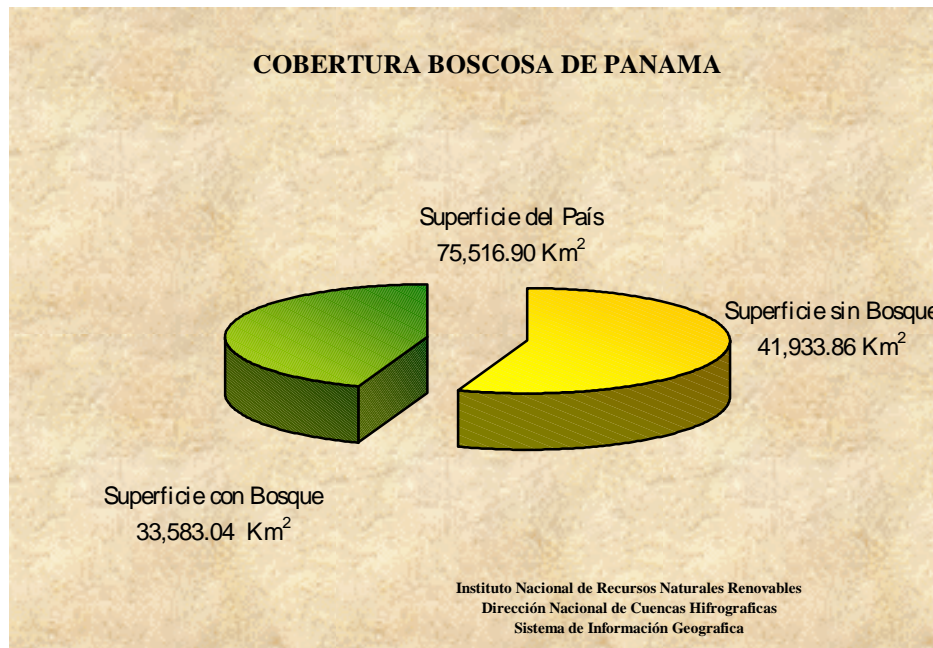
A ello cabe agregar, por otra parte, los problemas que ya plantea el manejo de los desechos que produce la creciente actividad minera que se realiza en el país. Esta área de la actividad económica es otro factor ambiental que afecta la salud de la población y deteriora las condiciones del ambiente, ella representa gran atractivo económico para los inversionistas (los trabajos de explotación, construcción e inversión; se han incrementado de 4.28 millones de balboas en 1991 a 50 millones en 1995, lo que representa un aumento del 92% de la inversión). La actividad minera se 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. Además, genera problemas de saneamiento básico vinculados a desarrollo de asentamientos espontáneos, y mayor presión sobre los recursos naturales del área y sobre los servicios como son la salud y la educación, entre otros. Se suman a ellos problemas subsecuentes de criminalidad, promiscuidad, 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 - hoy día el 55.5% de la superficie del país no está cubierta por bosques (Gráfica N° 12) - 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.

Gráfica N° 12



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° 35 y 36)

Cuadro N°35: Algunos Casos Registrados De Víctimas Humanas En Areas De Ensayo Y Entrenamiento Militar. República De Panamá. Años: 1941-'70

FECHA	LUGAR	DETALLE
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 armamento 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°36: 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.

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)

g. Contaminación de Alimentos

En relación con la condición sanitaria de los establecimientos de manipulación y expendio de alimentos puede decirse que para el año 1998, el 75.9% (24,636) de los mismos presentaba condiciones sanitarias buenas, en tanto

que en el 24.1% (7,802) eran deficientes. En todo el país 43,262 manipuladores de alimentos contaba con carnet sanitario.

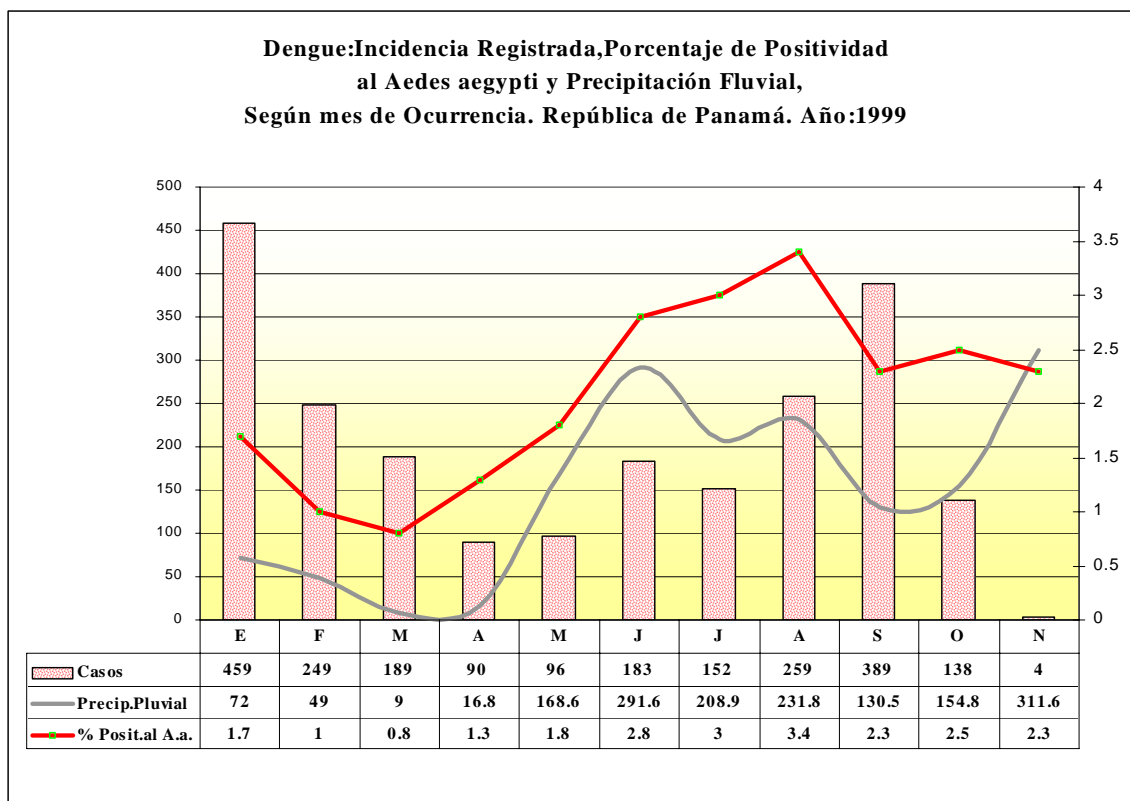
h. Zoonosis Y Vectores

El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Desarrollo Agropecuario en 1998, 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. La tuberculosis bovina, con una prevalencia nacional de 2.59% animales; disminuyó en Bocas del Toro, de 7.03% a 4.62%. Se reportó y diagnosticó la Encefalitis Equina del Este, con un total de 36 focos que afectaron la provincia de Darién. En cuanto a la prevalencia de brucelosis bovina se mantiene baja.

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 aegypti*, 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°37)

Al analizar la variabilidad climática y el comportamiento de los índices de infestación, se observa a lo largo de periodo de estudio que la positividad disminuyen en los meses de febrero, marzo y abril, es decir, durante la estación seca y alcanza sus niveles máximos en agosto, septiembre, octubre y noviembre, en coincidencia con los máximos niveles de precipitación pluvial. (Gráfica N°13)

Gráfica N° 13



Cuadro N° 37. 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

P: Positivos

Cuadro N°37 . Encuesta Larvaria Por Año Según Región de Salud.

República de Panamá. Años: 1992 a 1999
(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

El sistema de vigilancia de factores de riesgo de infestación del Aedes ha identificado la existencia de recipientes con este vector y de recipientes potenciales, en las diferentes regiones del país, uno de los hallazgos que ha servido para orientar las diferentes estrategias de intervención sobre este problemas que es factor importante en la cadena de transmisión del Dengue. Los recipientes inservibles se constituyen en la principal fuente de recipientes potenciales, en tanto que los recipientes útiles son la fuente en donde se ha identificado la mayor cantidad de aedes (entre el 50% y 67% de las fuentes de aedes se ubicaron en esta categoría de recipientes). (Cuadro N° 38)

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° 38: Tipos De Recipientes Con Aedes aegypty Según Año.
República de Panamá. Años: 1992 a 1999**

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

(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

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

Además, es importante destacar que, hasta el momento no se ha registrado resistencia a los insecticidas por parte del vector transmisor. Por otro lado, el Aedes albopictus, vector transmisor de esta enfermedad que aunque no se encuentra en el país, se ha identificado su presencia en países caribeños, lo que puede incidir en los riesgos que sobre esta enfermedad puede tener la población panameña.

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.

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), fenitión (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.

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*.

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.

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 metaciclícos 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 proyectos 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.

5.2 Conducta Humana Y Salud

En otro orden de ideas, nuestra sociedad 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. Estos aspectos son simplemente indicadores de problemas causales más complejos, como es el de la iniquidad en la distribución de la riqueza que produce esa sociedad y una demanda de calidad de vida por parte de la mayoría de los grupos que la integra, cada vez más insatisfecha.

Vivimos en un país en el que uno de cada dos panameños vive en condiciones de pobreza o de extrema pobreza, lo cual nos habla de una calidad de vida en la que no se resuelven las necesidades prioritarias para el desarrollo integral y no sólo la sobrevivencia de estos grupos como seres humanos.

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 (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 de los aspectos a considerar de este entorno social, podemos encontrarlos 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.

5.2.1 El Tabaquismo

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 de 39%. 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 188,923. (Cuadro N°39)

**Cuadro N° 39. Producción De Cigarrillos Y Cigarros Y Consumo De Tabaco
Para La Producción. República De Panamá. Años: 1994-1998**

Año	Producción (miles de unidades)		Consumo de Tabaco (kilos)
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

*Primer Trimestre. Empresas productoras de cigarrillo cerraron.

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1998

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, ya que los procesos ateroscleróticos subyacentes, comienzan desde los primeros años de vida.

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.

5.2.2 Las Farmacodependencias

Según estudios de CONAPRED, la Farmacodependencia 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. A pesar de que la situación afecta a todas las Regiones de salud, se hace difícil documentar el problema en forma precisa por el subregistro que existe, cuyas principales causales tienen que ver con:

1. La poca demanda de atención médica por esta causa, ya que el problema tiene implicaciones legales.
2. En las instalaciones de salud, sólo se registran las consecuencias del uso y abuso de drogas (traumas, hepatopatías, psicosis, etc.).
3. La dificultad para la recolección de datos confiables en el sistema tradicional de información, unidas a la no sistematización, ni institucionalización y falta de representatividad de las ventanas epidemiológicas.

Los problemas de la farmacodependencia son el resultado de la interacción de diversos factores, cada uno con igual importancia, entre estos, los factores legales, de interrelación familiar, social, educativos y factores del sistema de los servicios de salud y de responsabilidad social ante el problema.

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 de cerveza producida en el país, puede decirse que al comparar los años 94 y 98 se observa un incremento de alrededor de 20.7 millones de litros de cerveza vendida, y que durante el periodo 94-98 se dio un incremento progresivo en el nivel de venta de este producto, exceptuado el año 96 donde hubo un leve descenso. El consumo per-cápita, tomando como base la población estimada de mayores de 18 años, ha tenido un incremento porcentual de orden del 5.9% al comparar las cifras de los años 94-98. (Cuadro N° 40)

**Cuadro N° 40: Venta Y Consumo de Cervezas Per Cápita Según Año.
República De Panamá. Años: 1994 - 1995 - 1996 - 1997 - 1998**

Año	Población Mayor de 18 Años Estimada	Venta De Cerveza Producida (lit.)	Consumo Per Cápita (litros/hab.)
1994	1,554,603	122,968,223	79.1
1995	1,596,882	125,162,323	78.4
1996	1,635,135	116,285,500	71.1
1997	1,674,189	133,130,071	79.5
1998 (P)	1,714,086	143,681,007	83.8

(P) Cifras Estimadas

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

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1998

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° 41)

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° 41: Prevalencia Porcentual De Vida Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas. República De Panamá. Años: 1992-1996

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

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

Este estudio identificó como factores que inciden en el consumo de drogas tener amigos que no siguen las normas sociales, problemas psicológicos, inactividad y aislamiento social, mala conducta, problemas de asistencia a la escuela y, entre otros, la oportunidad de usar drogas. Como factores protectores se identificaron la atención de los padres y la participación de los jóvenes en actividades de prevención de uso de drogas.

Estudios realizados en los centros de rehabilitación durante 1998, evidencian que el 92.5% de la población en tratamiento era del sexo masculino, que un 24.3% de la población tenía entre 30 y 34 años y 4.9% de la población en rehabilitación eran adolescentes de 15 a 19 años; el 30.4% habían terminado la escuela primaria, 15.2% habían obtenido una licenciatura o postgrado universitario, un 48.7% eran solteros. Por otro lado, el 50.8% eran desempleados y 26.3% tenía un trabajo fijo y un 38.9% había recibido tratamiento previo. El 47.8% acudió a tratamiento de forma voluntaria.

Este mismo estudio concluye que la droga de inicio fue el alcohol (53.5%) seguido del tabaco y marihuana con 19%, de cocaína con 6.6% y de inhalantes con 1.3%. El patrón de consumo de drogas secundarias mostró que la cocaína ha

desplazado a la marihuana como segunda droga (29.3%) y como droga terciaria la cocaína reportó un 50.3%. El 25% de los investigados utilizaba droga secundaria y el 18.1% droga terciaria.

Como droga de mayor impacto en problemas de salud, legales y accidentes se reportó la cocaína (43.4%) seguida del alcohol (12.1%).

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.

5.2.3 Las Violencias

El documento “Construir la Paz o Dejar la Violencia en Paz, Dilema o Realidad”, plantea que la violencia es una conducta no deseada del ser humano que se quiere evitar. Esta se entiende como un estado de agresión, con el uso recurrente de conducta violenta como forma de resolver los conflictos, y que ha llegado a afectar la calidad de vida de nuestra sociedad. Conflicto y violencia no son sinónimos, ya que la violencia es el producto de una relación social conflictiva que surge de intereses y poderes que no encuentran soluciones distintas a la fuerza.

La magnitud y característica de la violencia la han convertido en un factor de la calidad de vida de todos los sectores sociales, (es una expresión de crisis urbana evidenciada en todos los medios. Esta bien claro que algunos factores neurobiológicos, (las disfunciones y daños cerebrales que disminuyen la concentración de serotonina y monoaminoxidasa, los niveles altos de testosterona y adrenalina), han demostrado estar en relación directa con la violencia; y que el alcohol y las drogas se relacionan como factores de riesgo para generar violencia según la circunstancia asociada.

Las violencias son el problema de Salud Pública más importante en la actualidad. Las tasas de mortalidad por Causas Externas calculadas por 100000 habitantes, se colocaron en los últimos 20 años como segunda causa de muerte con tasas que fluctuaron entre 48.5 y 59.7 superadas apenas por las muertes por tumores. En 1980, 1989 y 1994 fueron la primera causa de muerte

Una de las más importantes modificaciones que han ocurrido en el perfil de mortalidad de Panamá es el crecimiento absoluto y relativo de las muertes por violencias. Este repunte se da desde la década de los 70 cuando progresivamente fueron perdiendo importancia las enfermedades infecciosas en la muerte de los panameños, y han aportado aproximadamente entre el 11 y el 14% de las muertes anuales del país. (Cuadro N° 42)

Desde 1990 hasta 1998 han muerto 12662 panameños por estas causas y la situación que ya se tornaba preocupante a la segunda mitad de la década de los 80 adquirió características dramáticas en la década del 90, principalmente en los centros urbanos del país.

Para 1998 se tienen cifras preliminares de pérdidas de 1780 años por muertes prematuras por 100,000 habitantes, en comparación a las 1641 que se perdieron en 1995 y a los 1428 que se perdieron en 1990.

Cuadro N° 42: Importancia De Las Causas Externas En La Mortalidad General. República De Panamá
Año: 1980 - 1998p/

AÑOS	N° MUERTES TOTALES	MUERTES POR C. EXT.		POSICION DE CAUSA	% DE MUERTES
		N°	TASA		
1980	7959	1035	52.9	I	13.0
1981	7976	949	47.5	II	11.9
1982	8142	901	49.6	II	11.1
1983	8490	1011	48.4	II	11.9
1984	8250	1049	49.2	II	12.7
1985	8991	956	49.2	II	10.6
1986	9105	991	48.8	II	11.1
1987	9382	1157	50.9	II	12.7

1988	9557	1107	47.7	II	11.9
1989	9105	1373	57.9	I	14.4
1990	9799	1232	51.3	II	12.6
1991	9683	1279	52.3	II	13.2
1992	10143	1345	54.0	II	13.2
1993	10669	1368	53.9	II	12.8
1994	10983	1506	58.3	I	13.7
1995	11032	1571	59.7	II	14.2
1996	11161	1362	50.9	II	12.2
1997	12179	1524	56.1	II	12.5
1998	11198	1475	53.4	II	13.2

P/ Cifras preliminares al 18 de noviembre de 1998

Fuente: Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República.

El ritmo de crecimiento de las muertes por Causas Externas se puede atribuir al crecimiento acelerado en las tasas de muertes por homicidios cuya importancia proporcional en este grupo de causas ha pasado de 5.9% en el periodo 80-85 a 13.2 % en el periodo 85-90, y 19.8 % en 90-94. (Cuadro N° 43)

Las tasas de muertes por homicidio estratificados por sexo a lo largo del periodo llegan a ser en los hombres hasta 10 veces las registradas en las mujeres, en tanto que las tasas de suicidios han llegado a ser cuatro veces las de las mujeres.

**Cuadro N° 43. Accidentes De Tránsito En El Total De Las Causas Externas
República de Panamá. Años: 1980 - 1998 P/**

AÑO	C.EXTER		HOMICIDIOS		SUICIDIOS		ACCID.TRANSITO		OTROS ACCID.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1980	1035	4.0	41	3.8	39	35.2	364	591	57.1	
1981	949	5.1	48	3.9	37	38.0	361	503	53.0	
1982	901	4.6	41	2.6	23	44.1	397	440	48.8	
1983	1011	4.9	50	3.9	39	36.4	368	554	54.8	
1984	1049	5.6	59	2.8	29	34.0	357	604	57.6	
1985	956	11.4	109	5.5	53	37.9	362	432	45.2	
1986	991	11.7	116	7.5	74	38.8	385	416	42.0	
1987	1157	13.5	156	7.4	86	34.7	402	513	44.3	
1988	1107	14.5	160	7.9	87	32.1	355	505	45.6	
1989	1373	9.0	123	5.1	70	24.3	334	846	61.6	
1990	1232	19.6	241	6.0	74	29.1	358	559	45.4	

1991	1279	220	17.2	68	5.3	339	26.5	652	51.0
1992	1345	287	21.3	89	6.6	408	30.3	561	41.7
1993	1368	255	18.6	96	7.0	442	32.3	575	42.0
1994	1506	299	19.9	100	6.6	495	32.9	612	40.6
1995	1571	351	22.3	111	7.1	495	31.5	614	39.1
1996	1362	209	15.4	110	8.1	413	30.3	630	46.3
1997	1524	292	19.2	143	9.4	527	34.6	562	36.9
1998	1475	256	17.4	125	8.5	520	35.3	574	38.9

P/ Cifras preliminares al 18 de noviembre de 1998

Fuente: Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República.

La conducta por edad de las tasas de muertes por Causas Externas es similar para todos los años a partir de 1980, disminución progresiva de la tasa a medida que aumenta la edad hasta el grupo 5-14 cuando inicia su crecimiento progresivo.

A partir de la década del 90 las Causas Externas han pasado a ser la primera causa de muerte en casi todos los grupos de edad excepto en los menores de un año y en los mayores de 45 años.

Como la violencia tiene muchas manifestaciones en los diferentes ámbitos de la vida del hombre, el Ministerio de Salud ha priorizado el abordaje de la Violencia Intra familiar, (VIF), definida como a violencia física, sexual, emocional, patrimonial, negligencia entre los miembros de la familia, incluye el abuso infantil, la violencia conyugal, el abuso de adolescentes y de adultos mayores. Se manifiesta generalmente como consecuencia de condiciones culturales.

La vulnerabilidad de ciertos grupos humanos está relacionada con el sexo y la edad, y aunque pareciera que la mujer sufre más lesiones que el hombre, no necesariamente comete menos actos violentos. (Violencia física en el hogar con sus hijos o con violencia psicológica a su pareja sexual).

Por sus características la VIF es difícil de cuantificar ya que el ofensor casi siempre amenaza a la víctima con mas violencia si habla del problema; la víctima

no habla para evitar daño social para ella y su familia; las múltiples formas de expresión de esta forma de violencia y que en ella el enfrentamiento es entre contrincantes mas que una relación de víctima a victimario, y el que más violencia recibe termina siendo la víctima.

Aun se contemplan algunos problemas para la cuantificación del problema tales como la necesidad de mejorar el registro de los hechos violentos para medir el problema y su evolución así como el impacto de las acciones de control; la poca investigación operativa como medida para mejorar el conocimiento sobre la dinámica de las violencias y sus mecanismos de control y ayudar a la búsqueda de medidas de prevención al generar hipótesis sobre los factores causales prevenibles.

El enfoque clásico de análisis epidemiológico parece tener algunas limitaciones para la interpretación de la VIF por lo que es necesario incluir el enfoque de genero su interpretación

No toda la demanda de atención por medio de la denuncia o notificación ha sido atendida, ya que en muchas ocasiones las instituciones no disponen de los recursos necesarios para la atención de la necesidad demandada, principalmente la estructura horaria de servicios, entre otros; la necesidad atendida no se convierte necesariamente en una necesidad resuelta, debido a la acción de tipo judicial o administrativa que se desarrolla y que lleva a retrasos en las intervenciones, absoluciones, sobreseimientos etc.; Que es en base a la necesidad resuelta que se ha tratado de hacer interpretaciones de la necesidad sentida por las comunidades y el resultado generalmente es la elaboración de políticas y planes de intervención apartados de la realidad.

Los servicios de salud no tienen la capacidad de la atención oportuna de los casos y evitar la escalada del daño. Por esa razón se necesita fortalecer el abordaje multisectorial e interdisciplinario de las violencias.

5.2.4 Algunos Riesgos A La Salud Del Binomio Madre - Hijo

a. La Lactancia Materna:

En noviembre de 1996 se realizó la Encuesta Nacional De Indicadores Múltiples, por parte del Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La muestra de la misma fue de 1,185 viviendas, para un total 1,569 niños y niñas menores de 5 años.

Como producto de la investigación se encontró que el 91.5% de los niños habían sido amamantados alguna vez, sin diferencias urbano rurales; y que en los menores de 4-6 meses el indicador tasa de lactancia materna como alimentación predominante, se encontraba por el orden del 53%. Un 60% de las madres continuaban dando pecho a sus hijos hasta cumplida la edad de dos años. (Cuadro N° 44)

Cuadro N° 44: Población De Menores De 5 Años Que Han Sido Amamantados Alguna Vez. Encuesta De Indicadores Múltiples. República De Panamá. Año: 1996

Condición	N°	%
Total	1,569	100
Amamantados Alguna Vez	1,436	91.5
No Han Sido Amamantados	133	8.5

Fuente: Encuesta Nacional De Indicadores Múltiples. MINSA-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Año: 1996

Al momento de realizar el estudio 24.7% de los niños estaba recibiendo lactancia materna, predominando esta en la población menor de 2 años, con un 49.3%. El 82.0% de los menores de 6 meses recibía la lactancia materna. (Cuadro N° 45)

Cuadro N° 45: Población De Menores De 23 Meses Aún Amamantados. Encuesta De Indicadores Múltiples. República De Panamá. Año: 1996

Edad (Meses)	Total	N°	%
total	667	329	49.3
0-5	186	152	82.0
6-11	153	82	54.6
12-23	328	95	29.0

Fuente: Encuesta Nacional De Indicadores Múltiples. MINSA -Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Año: 1996

También, se encontró que un 32% de los menores de 4 meses se alimentaban con lactancia exclusiva y un 25% de los menores de 6 meses. (Cuadro N° 46)

Cuadro N° 46: Tipo De Lactancia Materna Recibida Encuesta De Indicadores Múltiples. República De Panamá. Año: 1996

Tipo De Lactancia	Menores De 4 Meses		Menores De 6 Meses	
	N°	%	N°	%
Total	116	100	186	100
Exclusiva	37	32	47	25
Predominante	31	27	54	29
Mixta	48	41	85	46

Fuente: Encuesta Nacional De Indicadores Múltiples. MINSA -Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Año: 1996

La lactancia materna como alimentación predominante, en la población menor de 6 meses, presentó un descenso porcentual (45%), al comparar las cifras alcanzadas en 1996 (29%), con las cifras de 1994 que eran del 53%.

Al momento del estudio, un 32% de los niños de 4 a 9 meses recibía leche materna y alimentación complementaria oportuna y un 38% de los niños del grupo de 6 a 9 meses. Las cifras obtenidas mediante este indicador son

bajas, esta situación puede explicarse en parte por las tendencias culturales del área rural en las cuales se da una introducción tardía de alimentos complementarios en el lactante.

La lactancia natural continua, indica el porcentaje de niños de 12 a 15 meses que reciben leche materna, fue del orden del 34.2%. Este mismo indicador reflejó que un 21.1% de los niños de 20 a 23 meses recibía leche materna al momento de la encuesta, evidenciándose que con el aumento de la edad del niño disminuye la lactancia materna y se incrementa la utilización de fórmulas o leches enteras.

La tasa del uso del biberón en los niños/as menores de 1 año fue del 43%, es decir, que habían recibido algo de beber en el biberón.

Los indicadores de lactancia materna alcanzados en el año 1996, ubican a Panamá, en el quinto lugar entre los países de las Américas. Sin embargo, las cifras relativamente bajas obtenidas tienen estrecha relación, entre otras cosas, con las prácticas y actitudes familiares concernientes con la lactancia materna, así como con la comercialización de las empresas distribuidoras y productoras de sucedáneos de la leche.

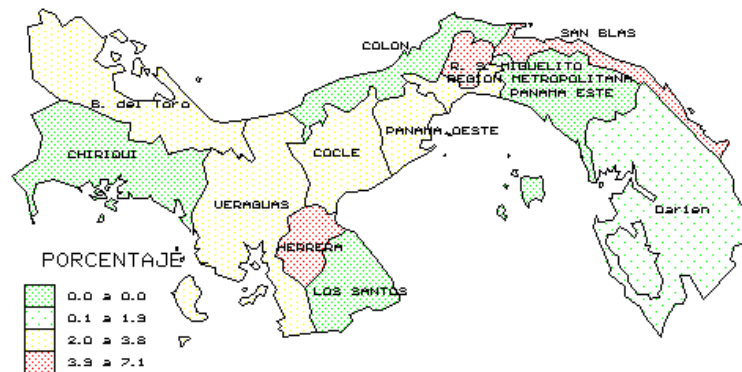
b. El Control Prenatal

Con la finalidad de disminuir los riesgos que afectan la salud del binomio madre - hijo, el sistema de salud vigila un conjunto de factores que inciden en el desarrollo de la gestación, mediante los controles de embarazo. En 1998, se captaron 58,734 mujeres embarazadas, de los 81,380 embarazos esperados, para una cobertura de 72.2% y un promedio de 3.4 consultas prenatales durante la gestación. Se atendieron 35,806 puérperas (0.6 puérperas por embarazadas captadas).

En una muestra de 24,359 historias clínicas de mujeres embarazadas, en 1998, se encontró que el espacio Inter.- genésico, fue de 24 meses y más en el 70.0% de las mujeres, en el otro extremo se encontró que el 2.9% de estas madres tuvieron espacio Inter. -genésico de 1 a 12 meses. El análisis de esta variable es importante porque la misma condiciona la salud de la madre gestante y del producto, toda vez que científicamente se ha demostrado que se dan problemas de bajo peso, anemia y otras patologías con mayor frecuencia, a medida que disminuye el espacio entre una gestación y otra. En cuanto a la anemia, la prevalencia más altas se registraron, durante 1998, en la región de Herrera y en la Comarca Kuna Yala. (Mapa N° 8)

MAPA N° 8

PREVALENCIA DE ANEMIA EN EMBARAZADAS,
POR REGIONES DE SALUD, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
AÑO : 1998



Según información obtenida a partir del resumen estadístico de la historia clínica perinatal, 46% de las embarazadas tenían vacunación previa de toxoide tetánico, 23.7% no se vacunaron y 30.3% fue vacunada con la primera dosis en algún momento de embarazo. Las cifras sugieren que la proporción de mujeres

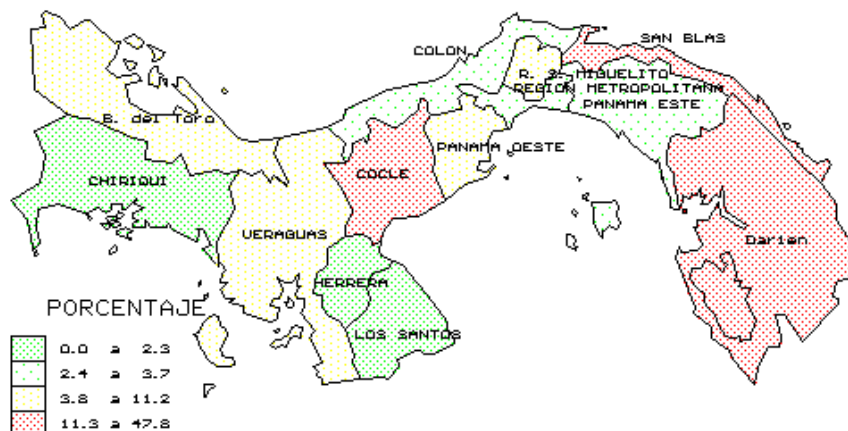
no vacunadas es alta ya que esta aplicación preventiva tiene como finalidad disminuir la incidencia de casos de tétanos en la madre, como en el producto.

En cuanto a los resultados de la prueba serológica no trepónemica para la detección de la sífilis, siendo el VDRL y el RPR los más usados en nuestro país, se registraron en el 99.4% de las 26,047 mujeres estudiadas el resultado fue negativo, con un porcentaje de positividad de 0.6%. Al relacionar este dato con los resultados del VDRL del niño en un 99.2% la prueba fue negativa y en 0.8% esta fue positiva, con un porcentaje de positividad ligeramente mayor que en las madres.

Un 56.6% de las embarazadas (41,773) tenían, al momento del primer control un peso entre 50 a 99 kilos, en tanto que el 14.5% presentaban niveles de bajo peso (menos de 50 kilos). En el ámbito regional se destacan con mayor prevalencia de madres con bajo peso, Darién, Coclé y Kuna Yala. (Mapa N° 9) Al relacionar esto con la talla el 12.3% median menos de 1.5 metros

MAPA N°9

PREVALENCIA DE BAJO PESO MATERNO, SEGUN SISVAN, POR REGIONES DE SALUD, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, AÑO: 1998

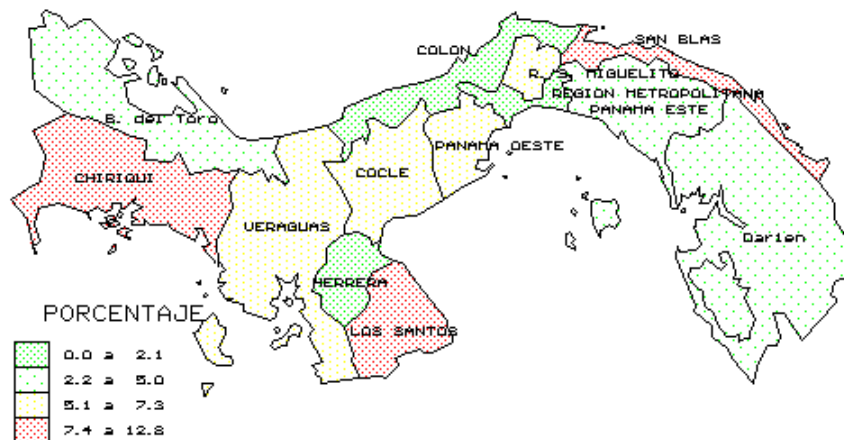


c. Control Perinatal

Una condicionante importante de la mortalidad infantil la constituye el bajo peso al nacer, en este sentido puede decirse, que de los 41,773 recién nacidos el 6.7% se encontraba en condiciones de bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos), que el 79.2% nació con un peso adecuado y que 4.5% tuvo un peso de 4000 gramos o más. Los rangos más elevados de prevalencia de este problema se registraron, en 1998, en las regiones de Kuna Yala, Chiriquí y Los Santos (Mapa N° 10). De igual forma influye el apgar al minuto y a los 5 minutos de nacidos, sin embargo, los porcentajes de omisión de esta información, en ambos casos, se encuentra por encima del 70%.

MAPA N°10

INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER SEGUN SISVAN,
POR REGION DE SALUD, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, AÑO: 1998



d. El Suero de Rehidratación Oral:

En Panamá con la finalidad de controlar los efectos de las Enfermedades Diarréicas Agudas en menores de 5 años, ha venido promocionando la utilización del Suero de Rehidratación Oral; según datos registrados en la Encuesta de Indicadores Múltiples, para 1992, la tasa de uso de SRO en el manejo de los casos de Diarreas Agudas fue de 62.0%, superando la tasa estimada que se había establecido en 55%, en el año 1990. La meta establecida para el año 1995, fue de 80%.

Los resultados de la encuesta realizada en el año 1996, indicaron que el 34.8% de los menores de 5 años que padecieron de diarreas agudas fueron tratados con suero de rehidratación oral, lo que representa una disminución porcentual de 43.9%.

Al considerar la definición de la Tasa de Uso de Suero de Rehidratación Oral utilizada en 1993, el 94.4% de los niños habían recibido SRO y/o algún líquido recomendado, evidenciándose un incremento porcentual del orden del 71.6%, al compararla con la tasa de Suero de Rehidratación Oral de 1990.

La tasa de incremento de ingesta de líquidos durante la diarrea fue del orden del 25.7%. Por otro lado al indagar sobre el uso de SRO, incremento de la ingesta de líquidos y comida normal o más de lo normal, sólo un 6.6% de los niños con padecimiento de diarrea habían aplicado esta modalidad, que es la que permite valorar la tasa de uso de SRO, con la definición actual. La tasa de mantenimiento de la alimentación normal o mayor durante la diarrea fue del 28.3%

De los 198 casos con diarrea el 66% disponía de una fuente de abastecimiento de agua potable, de estas el 70% estaban ubicadas dentro de la vivienda. Un 27% tenía como fuente de abastecimiento de agua un acueducto rural y 7% un pozo.

Un 80% de los menores de 6 meses, que padecieron de diarrea recibían lactancia materna. Vale desatacar que el 37% de los lactantes de 0-3 meses y 75% de los lactantes de 4-5 meses recibían alimentación mixta (pecho y fórmula). Sólo un 30% de los lactantes menores de 6 meses fue tratado con suero de rehidratación oral.

5.3 Situación Alimentaria Y Nutricional

En 1996 los estudios realizados en Panamá durante la Sexta Encuesta Alimentaria Mundial de la FAO estimaron el Suministro de Energía Alimentaria, (SEA), per cápita en 2527 kcal/día para el periodo 1993-95, con necesidades energéticas estimadas en 2103 kcal/día para ese mismo periodo. Sin embargo, el 19% de la población del país tiene acceso insuficiente a los alimentos, es decir, que consume menos de las necesidades mínimas,

El análisis de la evolución entre 1964 y 1996 de la composición del SEA mostró que la contribución de las proteínas se ha mantenido constante, (10%), la de los carbohidratos ha disminuido, (del 71 al 66%), y la de las grasas a aumentado, (del 17 al 23%).

En cuanto al tipo de alimento fuente del SEA, se observó que los alimentos de origen vegetal aportan alrededor del 80% del suministro, (cereales 40%, vegetales 10% y frutas el 5%). Los alimentos de origen animal aportan alrededor del 20% del suministro energético.

La proporción del SEA proveniente de las importaciones de alimentos es cada vez mayor, llegando a ser casi un 50%, compuesto principalmente por cereales, edulcorantes, leche y derivados y aceites vegetales.

En cuanto a las exportaciones de alimentos el principal rubro de exportación lo constituyen las frutas, con un volumen de exportación que representa el 17.2% del SEA.

En Panamá se han efectuado tres Encuestas de Consumo de Alimentos con muestreo que abarca la población en general, la primera en 1967, la segunda en 1980 y la tercera en 1992. En este último año la ingesta promedio de calorías per cápita se estimó en 2,255 calorías y no se encontraron diferencias significativas entre el área rural y urbana. El 46,8% de las familias ingerían menos del 90% de los niveles adecuados de energía.

El mayor aporte estaba dado por los carbohidratos que representan aproximadamente un 60% de las calorías totales. El 24% de las familias consumían menos del 90% de sus necesidades de proteínas.

La relación entre nutrición, ingreso y costo de la canasta básica de alimentos se deduce del análisis de los siguientes datos: el costo de la canasta básica de alimentos para la ciudad de Panamá, tenía un monto en promedio para 1998 de B/. 224.97 Balboas mensuales para una familia de aproximadamente cinco miembros, en tanto que el salario mínimo para la fecha era de B/. 283.60. Al comparar estas cifras con las de 1993, cuando la canasta básica alimentaria tuvo un costo de B/. 211.79 y el salario mínimo era de B/.195.52 Balboas, se observa un incremento porcentual de 6.2% para la canasta básica alimentaria.

Datos antropométricos de los niños:

El país cuenta con estudios nacionales del estado nutricional de niños menores de cinco años y de los que acuden a las instalaciones de salud.

En el año de 1992 se actualiza la situación nutricional de los niños de 12 a 59 meses en la Encuesta Nacional de Vitamina A, encontrándose que según el indicador Peso / edad 7% de los niños presentó desnutrición. De acuerdo con el indicador Peso / talla el 1% de los niños estudiados estaba con desnutrición aguda, en cuanto a Talla / edad el 9% presentó retardo moderado y severo en talla.

En 1997 la Encuesta Nacional de Niveles de Vida realizada en áreas urbanas, rurales, indígenas y de difícil acceso se tallaron y pesaron 2,339 niños y niñas menores de cinco años, existiendo una muy estrecha vinculación entre la pobreza y la desnutrición. El 6.8 % de los menores de cinco años muestran peso deficiente para la edad (<-2 score z). Aproximadamente 1 de cada 10 niños pobres presentó desnutrición (19.9%). La desnutrición sigue el mismo patrón de la distribución geográfica de la pobreza. Hay más niños pobres desnutridos en las áreas rurales e indígenas que en las urbanas. Más del 20.0% de los niños indígenas presentan formas moderadas y severas de desnutrición. El sobrepeso se concentra en niños de áreas urbanas, afectando a 1 de cada 5 niños pre - escolares. (Cuadro N° 47)

**Cuadro N° 47: Desnutrición En Niños Menores De 5 Años, Según Area
República De Panamá. Año: 1997
(en porcentaje)**

Area	Tipo de Desnutrición		
	Crónica (Talla/Edad)	Falta de Peso (Peso/Edad)	Aguda (Peso/Talla)
Total	14.4	6.8	1.1
Urbano	5.6	2.9	0.9
Rural	22.5	10.4	1.3
Rural No Indígena	14.8	7.2	1.2
Rural Indígena	48.8	21.1	1.7

Fuente: Informe de la FAO. Año: 1998

Además de contar con datos de encuestas de carácter nacional, se dispone de información del estado nutricional de niños, embarazadas y adultos que asisten a los servicios de los Centros de Salud del país (Cuadro N° 48)

En la III de estas Encuestas Nacionales, realizada en el año de 1995, el estado nutricional de menores de cinco años reflejó que aproximadamente 1 de cada 10 niños presentaba formas moderadas y severas de desnutrición (9.0%). El sobrepeso se observa en el 16.5% de los niños que asistieron a las instalaciones de salud. Al comparar los resultados de la I° Encuesta de 1992 y la III° Encuesta de 1995, reflejaron un aumento de la proporción de menores de cinco desnutridos, según los indicadores Peso / edad y Talla / edad; en tanto que la forma severa de desnutrición, disminuyó según el indicador Peso / talla.

**Cuadro N° 48. Resumen De La Evolución De Indicadores Antropométricos
En Menores De 5 Años, Según Encuesta De Asistencia A Los Servicios
De Salud. República de Panamá. Año: 1995**

INDICADOR	OBESOS	NORMALES	DESNUTRIDOS		
			LEVES	MODERAD.	SEVEROS
PESO / EDAD					
1992	19.7	53.6	20.6	4.9	1.2
1995	16.5	52	22.4	7.9	1.1
PESO / TALLA					
1992	25.4	58.7	13.1	2.1	0.6
1995	21.9	62.4	12.5	2.8	0.1
TALLA / EDAD					
1992	12.7	54.9	22.5	6.5	3.5
1995	11.6	50.2	23.7	9.1	5.2

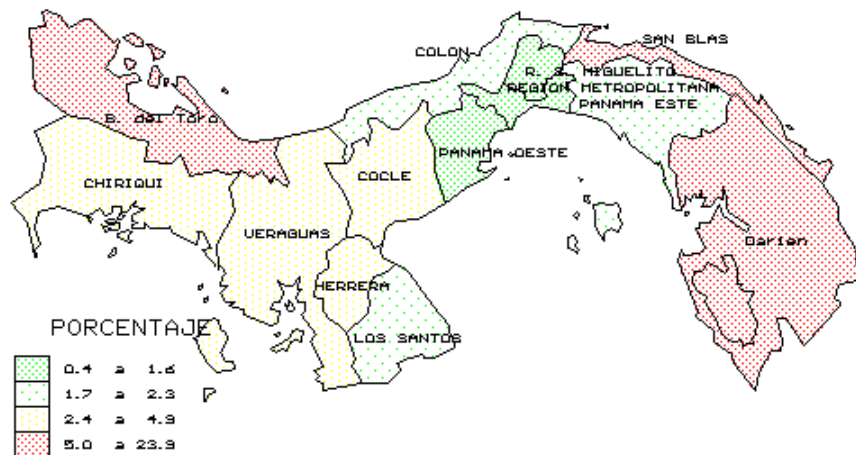
Fuente: Modificado de la III Encuesta Nacional del Estado Nutricional de Menores de 5 años, Embarazadas y Adultos que se atienden en las instalaciones de Salud. 1995

Aunque existe un deterioro de la situación nutricional entre 1992 y 1995 según el indicador Peso / edad, los resultados pueden estar reflejando el efecto ocasionado por la mayor asistencia de niños con desnutrición a las instalaciones de salud debido al Programa de Alimentación Complementaria en las instalaciones, la desnutrición crónica registra un incremento probablemente como consecuencia de la acumulación del deterioro nutricional durante el período comprendido entre 1992 y 1995. Sin embargo, la desnutrición de tipo aguda parece no registrar cambios entre ambos períodos, lo cual puede indicar efecto positivo de las intervenciones Nutricionales al evitar el deterioro de este indicador, aunque es de esperar que al darse la intervención con programas de alimentación complementaria se de una disminución en la proporción de los desnutridos severos y moderados con incremento en la proporción de desnutridos leves. Los mapas N° 11 y 12, reflejan la prevalencia regional de desnutrición en menores de un año y en niños y niñas de 1 a 4 años. Igualmente, parece que existen otras intervenciones del sector que pueden estar

influyendo en los cambios observados, como la promoción de la lactancia materna.

MAPA N° 11

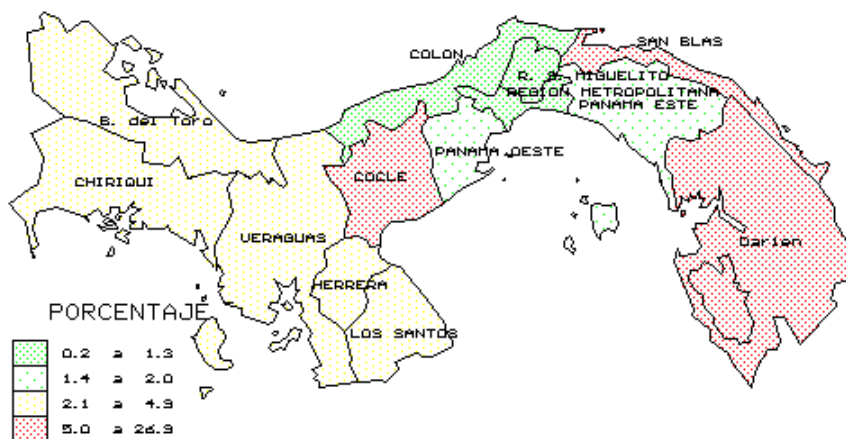
PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
SEGUN SISVAN, POR REGIONES DE SALUD,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, AÑO : 1998



A partir de 1995 se implementa en las instalaciones de salud el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional, que recopila información mensual del estado nutricional de niños pre-escolares, embarazadas y adultos, que asisten a esas instalaciones, constituyéndose en la única fuente disponible que permite obtener información de los servicios de salud del país, existiendo aún en algunas regiones de salud subregistro de los datos del estado nutricional.

MAPA N° 12

PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN NIÑOS DE 1 - 4 AÑOS,
SEGUN SISVAN, POR REGIONES DE SALUD,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, AÑO : 1998



La distribución porcentual del bajo peso al nacer (peso menor de 2.5 Kg) revela un incremento porcentual de 12.5%, toda vez que para 1960 las cifras se encontraban en 8.8 y en 1997 en 9.7%. (Cuadro N° 49). Para el año 1990, el 8.1% de los nacidos vivos tuvieron bajo peso; su distribución por área urbano-rural fue de 7.9 y 8.4%, respectivamente. Al desagregar esta condición del recién nacido según provincia, durante 1997, se observa que las de Kuna Yala, Veraguas y Chiriquí presentaron las cifras más elevadas (20.2, 12.5 y 12.5% respectivamente); que en Los Santos, Bocas del Toro y Coclé la misma osciló entre 10.5 y 9.5%; y que la menor proporción de bajo peso se encontró en las provincias de Colón, Herrera, Darién y Panamá (7.3 a 8.9%). (Cuadro N° 50)

**Cuadro N° 49: Proporción De Bajo Peso Al Nacer.
República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997**

Año	Porcentaje
1960	8.8
1970	8.9
1980	8.2
1990	8.1
1997	9.7

Fuente: Dpto. Análisis y Tendencia de Salud. MINSA

**Cuadro N° 50: Proporción De Bajo Peso Al Nacer Según Provincia.
República De Panamá. Año:1997**

Provincia	%
Bocas del Toro	10.5
Coclé	9.5
Colón	7.3
Chiriquí	12.5
Darién	8.8
Herrera	7.3
Kuna Yala	20.2
Los Santos	10.0
Panamá	8.9
Veraguas	12.5

Fuente: Dpto. Análisis y Tendencia de Salud. MINSA

Datos antropométricos de los adultos.

La III Encuesta del Estado Nutricional de 1995, evaluó la situación nutricional de los adultos que asisten a centros de salud, según el Índice de Masa Corporal (peso/talla²) (Cuadro N°51) observándose que la mitad de los 2451 adultos de ambos sexos y mayores de 20 años estudiados presentaban exceso de peso, (54.3%), y uno de cada 20 tenían bajo peso, (6.7%). La prevalencia de sobre peso en las mujeres es mayor que en los hombres. Al analizar por edad se observó que entre los adultos con menos de 61 años las diferencias en la prevalencia de sobrepeso entre hombres y mujeres son significativas.

**Cuadro N° 51. Resumen Del Estado Nutricional De
Los Adultos Según Sexo Y Edad. República De
Panamá. Año: 1995**

EDAD (años)	SOBRE PESO % /MC 26-29	OBESIDAD %/MC 30 Y +
20 - 60		
MASC	33.6	12.4
FEM	34.9	23.7
61 Y Más		
MASC	33.6	7.5
FEM	29.6	24.6

Modificado de la III encuesta nacional del estado
nutricional de menores de 5 años, embarazadas
y adultos

Deficiencias en micronutrientes

Deficiencia de Hierro:

En la década del 90, los estudios reportan cifras superiores al 15% y 20% de anemias en niños preescolares y embarazadas respectivamente. que reflejan que la magnitud de la anemia por deficiencia de hierro en el país es moderada, afectando principalmente a los niños de 1 a 2 años de edad, embarazadas y mujeres adultas.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo revelaron que del total de familias encuestadas, un 29% están por debajo del 50% de adecuación a las necesidades de Fe y solamente un 20% tiene ingesta sobre el 100% de este nivel de adecuación. La ingesta per-cápita de hierro es similar en el área urbana y rural

Deficiencia de Yodo:

En Panamá, el primer estudio sobre Bocio Endémico de carácter nacional en la población escolar fue realizado en 1958 y reveló una prevalencia de bocio de 32%. Más tarde, en 1967 la Encuesta Nacional de Nutrición encontró una prevalencia de bocio de 16,5%, y en 1975 se estableció que el 6% de la población general padecía este desorden. En 1969 se reglamento la yodación de la sal como solución para controlar la deficiencia de yodo en el país.

En 1990 se actualizan los estudios de deficiencia de yodo en el país en niños escolares de 6 a 12 años de edad, encontrándose una prevalencia de bocio en todo el país de 13.2%. Estos resultados, evidenciaron que la situación nutricional del yodo en la población escolar panameña se había deteriorado, constituyéndose el bocio endémico un serio problema de salud pública. En algunas micro regiones ocurrió aparentemente un recrudecimiento: la región de Azuero y en particular la provincia de Herrera, demuestran una endemia moderada , debido al consumo arraigado de la sal cruda Con estos resultados se elaboro y ejecuta el Plan de Acción de Control de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo.

Deficiencia de Vitamina A:

Los datos de la Encuesta Nacional de Vitamina A realizada en 1992 en niños de 12 a 59 meses, reportó que la prevalencia de niveles deficientes de retinol sérico (<10mcg/dl) fue nula en el país y la prevalencia de niveles bajos (<20mcg/dl), ascendió a 6% a nivel nacional, siendo que las regiones de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas, y Panamá Metropolitana y San Miguelito, presentaron la prevalencias más altas 6% y 9% respectivamente.

También se evaluó el Riesgo de Consumo Deficiente de Vitamina A. De acuerdo al índice de consumo el 21% de los niños estaban en alto riesgo de tener

un consumo deficiente de vitamina A y en base al patrón habitual de consumo de alimentos el 12%. Siendo que los niños indígenas tenían dos veces más riesgo alto según el índice de consumo y en cuanto al patrón habitual de consumo poseía un riesgo tres veces más alto que los niños no indígena. Igualmente, los niños indígenas acusaron prevalencia de bajos niveles de retinol en plasma que bordea los niveles críticos. Se identificó como factores de riesgo de la deficiencia de vitamina A: diarrea, desnutrición moderada y severa, lactancia materna excesivamente prolongada, educación primaria, ocupación como pequeño productos agrícola. Estos factores de riesgo, permitieron priorizar grupos dentro y fuera de las zonas indígenas.

5.4 Características Del Trabajo Y De La Fuerza Laboral Y Riesgos 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.

Los procesos de globalización integración económica asociados al achicamiento del estado, la desregulación han determinado:

1. Cambios en el perfil del trabajo y de la población trabajadora (informalidad, feminización, terciarización, trabajo infantil)
2. Perfil de riesgos del trabajo diferentes entre el sector moderno y el sector tradicional
3. Polarización epidemiológica con patrones antiguos remergentes combinados con nuevos perfiles de morbi-mortalidad

4. Modificaciones en la organización, división y contenido del trabajo (movilidad laboral, vertical y horizontal, polivalencia etc.)
5. Cambios en la estructura del mercado laboral (desregulación y flexibilización de la mano de obra, intensificación del trabajo con prolongación de la jornada de trabajo
6. Hipertrofia de la economía informal
7. Nómades reales (informales) y nómades virtuales (teletrabajo)
8. Aumento de la pobreza en los grupos de trabajadores.

5.4.1 Características Del Trabajo Y De La Fuerza Laboral

En materia del perfil del trabajo se han introducido criterios administrativos, tales como la calidad total, reingeniería, unidades de proceso; criterios relacionados con las nuevas tecnologías y criterios laborales, tales como los mencionados en el punto 5.

En el terreno del perfil de la población trabajadora se estima que en el país existen 1,088,974 trabajadores activos, de los cuales un 28% se encuentran desempleados o subempleados. De ellos 320, 661 trabajadores es decir el 33% se ubican en el sector informal (1. El 44% de los trabajadores activos tienen un ingreso inferior a 249. al mes y el 68.7% un ingreso menor a 400 balboas mensuales. El 45.6% de la población económicamente activa no tiene acceso a la seguridad social. En este escenario las mayores desventajas se concentran en la mujer trabajadora, en la cual la tasa de desempleo supera a la tasa general del país ya que se sitúa en un 16.1% cuando la tasa nacional es de 11.6%; lo anterior se traduce en una tasa de actividad del 49.7%. Entre un 30 y 50% de las mujeres que laboran se ubican en el sector informal de la economía, laborando más de 40 horas semanales y con un ingreso salarial inferior al de los hombres (2)

Llama la atención el hecho que cerca de 50,000 niños menores de 15 años se sitúan en los mercados de trabajo, de los cuales un 50% oscila entre 10-14 años de edad. El 80% de estos niños tienen ingresos inferiores al salario mínimo y el 100% de ellos carece de protección social y laboral (3).

5.4.2 Perfiles De Riesgo

Los cambios anteriormente descritos han ido transformando significativamente los procesos de producción con la consecuente modificación de los procesos de trabajo lo cual se ha traducido de la aparición de nuevos y variados riesgos de trabajo que combinados con los riesgos profesionales ya conocidos han determinado un incremento sustantivo de la carga de trabajo a las cuales están expuestos los trabajadores. Lo antes señalado constituye un elemento de suma importancia en la consideración del proceso de trabajo y la ocupación como factores de riesgos en términos de mortalidad y años de vida ajustados por incapacidad. En efecto 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).

Las condiciones sociales del trabajo en términos de organización y contenido del mismo tales como la intensificación del trabajo(aumento del ritmo del trabajo, aumento de la jornada de trabajo), turnicidad (trabajo por turnos), trabajo repetitivo y monótono (tarea poca especializada), rotación del trabajo (movilidad laboral etc.), sistemas de remuneración (trabajo a destajo) y trabajo extraordinario se traducen en fatiga, estrés y sobrecarga de trabajo mental cuyos efectos en las disfunciones mentales, y cardiovasculares no son reconocidos por la medicina oficial del país.

La exposición a factores de riesgos biológicos desde bacterias, virus,

plantas, animales y roedores se traducen en una serie de enfermedades infecciosas que tampoco son reconocidas como enfermedades de origen laboral por la medicina oficial del país.

VI. NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

6.1 INDICADORES Y TRAZADORES DE SALUD DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA.

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.

6.1.1. 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° 3). 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 el de la población femenina 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° 52)

Se estima que para el año 2,002 este indicador reflejará para toda la República cifras de 74.79 años, con una distribución por sexo de 72.78 años para los hombres y de 77.18 años para la población femenina. (Cuadro N° 52). 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° 52: Esperanza De Vida Al Nacer Según Sexo.
República De Panamá. Años: 1990-1997**

Sexo	Años						
	1960	1970	1980	1990	1998	2000	2002
Total	59.3	65.24	70.07	72.2	74.13	74.43	74.79
Hombres	58.3	63.99	68.37	69.8	71.87	72.34	72.78
Mujeres	60.4	66.55	71.86	74.7	76.49	76.81	77.18

Fuente: Contraloría General de la República. Año:1998

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. Así para el decenio 90-2000, las provincias de Panamá, Los Santos y Herrera se ubican como las de más alta esperanza de vida (o de menor mortalidad), la cual oscila entre 72 y 76 años de vida promedio; luego están Coclé, Chiriquí y Colón entre 70 y 73 años. Veraguas y Bocas del Toro entre 65 y 70 años y Darién con 62 a 65 años, provincias que concentran la población indígena, con hábitos y costumbres propias de su cultura, y que en las últimas tres décadas son las más rezagadas del país. Finalmente, la Comarca Kuna Yala que en el periodo 95-98, ha mantenido una esperanza de vida alrededor de 70 años. (Cuadros N° 53 y 54)

**Cuadro N° 53: Esperanza De Vida Al Nacer Según Región De Salud
República De Panamá. Años: 1960-2002**

Región	Años					
	1970	1980	1990	1998	2000*	2002**
Total	65.24	70.07	72.2	74.13	74.43	74.79
Bocas de Toro	53.44	61.43	65.96	69.63	70.18	70.75
Coclé	64.79	68.45	71.00	73.89	74.16	74.52
Colón	61.47	67.28	70.18	73.35	73.20	73.62
Chiriquí	63.19	67.69	70.58	73.17	73.54	73.93
Darién	49.61	57.74	62.86	64.70	65.48	66.29
Herrera	65.28	70.52	72.42	74.74	75.04	75.35
Los Santos	68.03	72.05	73.84	75.84	76.09	76.36
Panamá	71.46	74.65	75.00	76.31	76.54	76.78
Veraguas	59.18	64.27	67.68	70.42	70.93	71.45

* Estimaciones

Fuente: Contraloría General de la República. Año:1998

El análisis de la esperanza de vida según actividad económica indica que los trabajadores que se dedican a la agricultura y ganadería agrícolas, de la provincia de Bocas del Toro, presentan las cifras más bajas en este indicador, tanto en el quinquenio 90-95 como en el 95-2000 (67.82 y 69.47 años). Lo que incluye a la variable actividad económica, como uno de los factores que contribuye en la menor expectativa de vida de esta provincia en relación con el promedio nacional. (Cuadro N° 55)

**Cuadro N° 54: Esperanza De Vida Al Nacer. Comarca Kuna Yala
República De Panamá. Años: 1960-2002**

Comarca Kuna Yala	1995	1996	1997	1998
Total	69.61	69.89	70.17	70.45
Hombres	67.39	67.64	67.89	68.14
Mujeres	71.88	72.20	72.52	72.84

Fuente: Depto. de Análisis de Situación y Tendencias de Salud.
Sección de Estadísticas. MINSA 1999.

Tanto el descenso de la mortalidad, como la ganancia de vida media no se dieron de forma homogénea entre los grupos sociales que habitan en las distintas Regiones del territorio nacional.

**Cuadro N° 55: Esperanza De Vida Al Nacer Según Actividad Económica Predominante.
República De Panamá. Periodo: 1990-2000**

Actividad Económica Predominante	Area Provincial	Indicador 1990-1995	Indicador 1995-2000
Agricultura y Ganadería Cultivo de Banano, café, legumbres. Ganado	Area fronteriza Chiriquí	71.78	73.05
	Bocas del Toro	67.82	69.47
Cultivo de Banano Cultivo de Caña, sorgo, melón, tomate, arroz. Ganadería	Provincias Centrales:		
	Coclé	72.54	73.71
	Herrera	73.58	74.64
	Los Santos	75.11	75.77
	Veraguas	68.70	70.26
Silvicultura. Agricultura	Darién	62.24	64.47
Servicios Manufactura Construcción Transporte	Colón	71.41	72.69
	Panamá	75.42	76.24

Fuente: Contraloría General de la República.

6.1.2 Índice De Desarrollo Humano

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).

6.1.3 Años De Vida Perdidos Por Muerte Prematura

Puede decirse que, las afecciones originadas en el menor de un año representan 44.5 años de vida perdidos por muerte prematura, aunque 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° 56)

Cuadro N° 56: Principales Causas de Muerte Según Años De Vida Perdido.

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

6.2 Morbilidad y Mortalidad De La Población Panameña

El estudio de la salud de la población suele abordarse por la vía de su contraparte: la enfermedad y la muerte. La mortalidad continúa siendo utilizada como un valioso indicador para evaluar el estado de la salud de la población en su conjunto, para reflejar diferencias en la salud de los distintos grupos de población y para el seguimiento de las tendencias en salud.

Panamá, como otros países en desarrollo, experimenta un proceso denominado como transición epidemiológica, caracterizada por el cambio en el perfil de las enfermedades; por un lado las enfermedades infectocontagiosas tienden a disminuir en la mortalidad general y, por otro lado, las crónicas degenerativas aumentan de manera paulatina y sostenida, como ha ocurrido en los países desarrollados. (Cuadro N°4); pero además presenta la reaparición de enfermedades ya superadas y/o controladas y la aparición de patologías emergentes. Estas circunstancias dan a la población panameña un perfil de salud que, aunado a la transición demográfica que vive el país, determina y condiciona

un perfil de salud que se transforma rápidamente imponiendo retos al actual modelo de atención a la salud.

La tasa de mortalidad general, para 1997 fue de 4.5 muertes por 1,000 habitantes, alcanzándose un descenso porcentual del 46.4% al comparar estas cifras con las de 1960. (Cuadro N° 4). En el 97, las cinco principales causas de muerte en la República fueron: Tumores Malignos con una tasa de 63.2 X 100,000 habitantes; Accidentes, Suicidios y Homicidios y Otras Violencias con una tasa de 56.1 x 100,000 habitantes, las Enfermedades Cerebrovasculares con una tasa de 47.6, Infarto Agudo del Miocardio con 28.2 y, Ciertas Afecciones en el Menor de Un Año con 18.6 muertes por 100,000 habitantes. (Cuadros N° 4).

6.2.1 La Mortalidad Y Morbilidad Por Grupo De Edad Y De Riesgo

El comportamiento de la tasa de mortalidad durante los años 60 - 97, presentó un descenso porcentual del 46.4%, el cual se hace más evidente al analizar la mortalidad infantil cuando para 1960 esta fue de 56.9 muertes por 1,000 nacidos vivos y en 1997 fue de 17.2. A partir del año 80 la mortalidad en la población de 60 años y más comenzó a superar las tasas de mortalidad infantil. (Cuadros N°3 y 57)

Cuadro N° 57: Mortalidad Por Grupo De Edad. República De Panamá.
Años: 1960-1970-1980-1990-1997
 (tasas por 100,000 habitantes)

Edad (años)	Años									
	1960		1970		1980		1990		1997	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	8387	779.8	10225	712.8	7959	410.5	9799	408.7	12179	448.0
1-4	1260	883.3	1417	762.9	515	164.2	323	134.9	358	147.1
5-9	291	186.7	377	174.2	158	54.2	108	50.8	143	47.9
10-14	146	112.7	173	99.2	107	45.1	109	41.3	101	35.8
15-19	156	145.5	223	152.9	195	99.4	213	82.5	214	81.1
20-29	419	252	450	197.3	406	131.7	582	130.7	681	137.6
30-49	846	386.9	974	358.9	856	233.1	1087	204.3	1516	223.9
50-59	552	972.4	816	962.8	725	629.4	777	546.1	961	513.6
60 y más	2372	4004.7	3614	4453.5	3834	3480.1	5467	3143.8	7035	3332.9

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

6.2.1.1 La Mortalidad Infantil:

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más utilizados para reflejar las condiciones socioeconómicas de la población. Los factores que han tenido mayor incidencia en el descenso de la mortalidad infantil han sido la ampliación de la cobertura del programa, la existencia de redes más extensas de saneamiento ambiental e infraestructura básica (agua potable, alcantarillado y electrificación, por mencionar algunos), la expansión de la cobertura del sistema educativo factores que cobraron mayor importancia a partir de la década de 1970, coincidiendo con la creación de la institución rectora del sistema de servicios de salud.

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 17.2 en 1997. Estas muertes, que ocurren en el primer año de vida, suelen ser motivadas en gran parte por factores como: nacimiento prematuros, malformaciones congénitas, o por enfermedades de tipo infeccioso. La prevalencia de muertes en menores de un año siempre ha sido mayor en el área rural que en la urbana; con variación importante al analizar los años 60-97, que se evidencian por el descenso porcentual de su prevalencia rural del 66.4% (de 59.3 a 19.9 muertes por 1,000 N.V) (Cuadro N° 58)

En cuanto a su distribución por provincias las mayores tasa de mortalidad se ubican durante el año 60 Colón, Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas; en 1970 estas se ubicaron en Bocas del Toro y Darién, en los 80 en Bocas del Toro, Chiriquí y Coclé; en el 90 Bocas del Toro, Kuna Yala y Colón. (Cuadro N°58)

Según cifras de 1997, a nivel provincial, las más altas tasas de mortalidad infantil la ostentan la Comarca Kuna Yala (29.8 muertes por mil nacidos vivos) cuyos menores de un año tienen un riesgo 1.73 veces mayor que el promedio nacional y 2.7 veces mayor que los menores de un año de la provincia de Herrera;

Bocas del Toro y Darién (con tasas de 26.0 y 25.5 por mil nacidos vivos) con un riesgo de morir en los menores de un año 1.5 veces mayor que el promedio nacional y 2.3 veces mayor que en Herrera. Las provincias, cuya población tiene una menor esperanza de vida, 64.25 años para el Darién, 69.31 años para Bocas del Toro y 70.45 años, para Kuna Yala, tienen los indicadores más deficientes de saneamiento básico (dotación de agua potable, disposición sanitaria de excretas y basura), los cuales 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, hecho evidente durante el estudio realizado a partir de los datos del Censo de 1990, cuando se estimó su tasa de mortalidad específica en 84.1 por cada 1000 nacidos vivos. (Cuadro N° 58)

En el otro extremo, las provincias con menor tasa de mortalidad infantil, Panamá (15.2 muertes por mil nacidos vivos), Los Santos (13.7 por mil y Herrera (11.1 por mil), presentan las esperanzas de vida más altas 76.15, 75.71 y 74.53 años respectivamente. (Cuadro N° 58, Mapa N° 13)

**Cuadro N°58: Tasas De Mortalidad Infantil Por Año Según Provincia.
República De Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997**

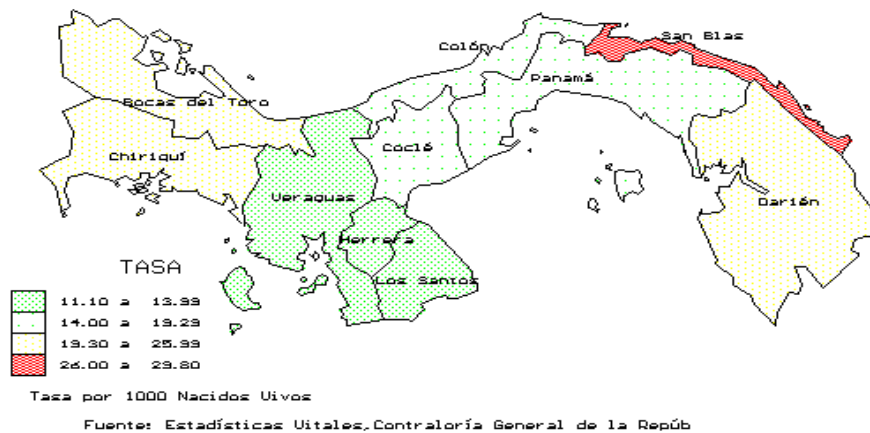
Indicador	Total	Area		Provincia									
		Urbana	Rural	Bocas	Coclé	Colón (1)	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala
Mortalidad Infantil (x 1000 N.V.)													
1960	56.9	53.1	59.3	70.6	59.0	81.4	61.6	56.3	45.0	49.6	47.7	62.4	-
1970	40.5	29.8	48.8	52.0	44.6	44.6	44.6	63.6	39.5	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
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	29.8

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

Fuente: Contraloría General de la República. Dpto de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Ministerio de Salud. Año: 1999

MAPA N° 13

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1997



Al analizar las cinco principales causas de muerte, en la estructura de la mortalidad infantil se observa 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 . (Cuadro N° 59)

Durante el año 1997, el 82.0% de las muertes se relacionó con causas endógenas. Se identificaron entre las principales causas de muerte 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. (Cuadros N° 59 y 60)

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, sus tasas han oscilado entre 1.6 y 2.0 muertes por 1000 nacidos vivos durante los años 90-97. (Cuadros N° 59 y 60)

También se ubican entre las cinco principales causas de muerte en el menor de un año, las Neumonías, las Infecciones Intestinales Mal Definidas y las Deficiencias Nutricionales. Esta última no consignada entre las principales causas de muerte para este grupo de edad, en 1995, en su lugar se ubicaban las causas externas. Sin embargo, puede decirse que la estructura de la mortalidad en el menor de un año no ha presentado variaciones importantes en el periodo 90 - 97, y que a excepción de las deficiencias nutricionales las mayores tasas de todas estas patologías las han tenido los varones. (Cuadros N° 59 y 60). Es importante indicar que la actual estructura de mortalidad infantil conlleva mayores dificultades para lograr una mayor disminución de esta tasa, toda vez que esta estructura se relaciona con causas endógenas de más difícil control, para lo que se requiere mayores intervenciones a nivel del control prenatal y desarrollo de la consejería.

Cuadro N°59: Estructura de las Causas de Muerte En Menores de Un Año .
República de Panamá. Años: 60, 70, 80, 90 y 97
(tasas por 10,000 nacidos vivos)

1960			1970		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	2345	568.4	Total	2156	404.6
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	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
Total	1144	217.4	Total	1133	189.1
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
			1997		
			Causa de Muerte	N°	Tasa
			Total	1170	172.0
			1. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año	506	74.4
			2. Anomalías Congénitas	293	43.1
			3. Neumonía	75	11.0
			4. Infección Intestinal Mal Definida	58	8.5
			5. Otras Desnutrición Proteico - Calórica	49	7.2
			6. Demás causas	189	27.8

Fuente: Contraloría General de la República. Año:1998

Cuadro N° 60:Defunciones Y Tasas De Mortalidad En Los Menores De Un Año Por Sexo Según Las Cinco Principales Causas De Muertes. República de Panamá. Año: 1997 (tasas por 10,000 nacidos vivos)

Causas	Menores de 1 año					
	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	1,170	172.0	647	208.9	523	177.6
Ciertas afecciones originadas en menores de un año	506	74.4	271	87.5	235	79.8
Anomalías congénitas	293	43.1	165	53.3	128	43.5
Neumonía	75	11.0	48	15.5	27	9.2
Infección intestinal mal definida	58	8.5	37	11.9	21	7.1
Otras desnutrición proteínocalórica	49	7.2	22	7.1	27	9.2
Demás Causas	189	27.8	104	33.6	85	28.9

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 1997

6.2.1.2 Los Niños y Niñas De Uno a Cuatro Años:

En 1997 la población de 1-4 años presentó una tasa de mortalidad de 147.1 muertes por 100,000 niños de 1-4 años, con un diferencial según sexo de 155.3 y 138.4 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: los Infecciones intestinales mal definidas 24.2 muertes por 100,000 niños de 1-4 años, accidentes y otras violencias con una tasa de 21.8, otras desnutrición proteico - calórica con 18.9, las neumonías 13.6 y las anomalías congénitas 13.1 muertes por 100,000 habitantes, manteniéndose la mismas estructura de mortalidad que para 1990, aunque con variaciones ligeras en el orden de presentación. Sólo en el caso de las neumonías las tasas de mortalidad fueron superiores en las niñas que en los niños. (Cuadro N°61)

Cuadro N° 61: 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: 1997 (tasas por 100,000 habitantes)

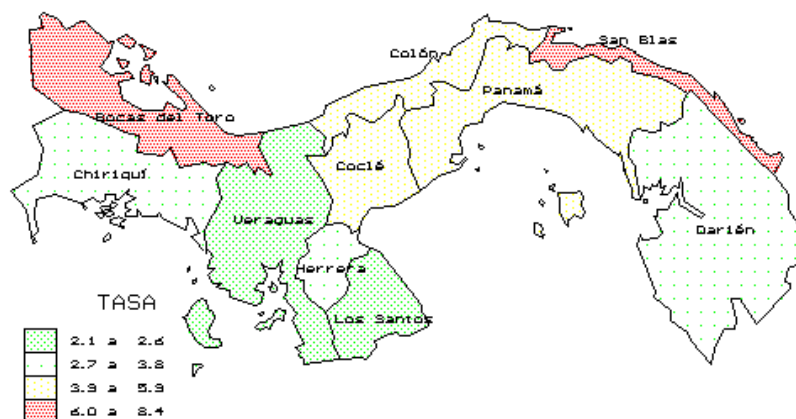
Causas	1 - 4 Años					
	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	358	147.1	194	155.3	164	138.4
Anomalías congénitas	32	13.2	20	16.0	12	10.1
Neumonía	33	13.6	13	10.4	20	16.9
Infección intestinal mal definida	59	24.2	35	28.0	24	20.3
Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	53	21.8	34	27.2	19	16.0
Otras desnutrición proteinocalórica	46	18.9	25	20.0	21	17.7
Demás Causas	135	55.5	67	53.6	68	57.4

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 1997

El informe sobre indicadores de salud, para el año 1998, reveló que 4 de cada mil nacidos vivos murieron antes de cumplir los cinco años. El análisis diferencial por área geográfica revela que en la Comarca de Kuna Yala, Bocas del Toro, este indicador alcanza cifras entre el 6 y 8 muertes por cada 1,000 n.v. (Mapa N° 14)

MAPA N° 14

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1998



Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud
Sección de Estadística, MINSA.

6.2.1.3 Los Escolares Y Adolescentes De Cinco a Catorce Años:

Se observa una disminución sostenida en las tasas de muerte de los escolares (5 a 14 años) de 2.0 en 1960 a 0.4 en 1994. Para 1997 la tasa de mortalidad en la población de 5 a 9 años fue de 47.9 x 100,000 hab., en tanto que para la población de 10-14 años fue de 35.8. Para el grupo de 5 a 14 años, llama la atención que las causas externas se constituyen en la primera causa de muerte, seguida de los tumores malignos, con tasas de 14.1 y 5.3 muertes por 100,000 hab. Al detallar las otras causas se identifican las anomalías congénitas, la infección intestinal mal definida y las deficiencias proteico - calóricas con 3.1, 2.6 y 1.7 muertes por 100,000 hab. Es importante resaltar que las causas externas presentaron tasas 2.5 veces mayores la población masculina que en la femenina y que, las anomalías congénitas fueron dos veces mayores en las mujeres, en tanto que los tumores prevalecieron en los varones. (Cuadro N°62)

Cuadro N° 62: 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: 1997 (tasas por 100,000 habitantes)

Causas	5 - 14 Años					
	Total		Masc.		Fem.	
	Nº	Tasas	Nº	Tasas	Nº	Tasas
Total	244	42.0	142	47.9	102	35.9
Anomalías congénitas	18	3.1	6	2.0	12	4.2
Infección intestinal mal definida	15	2.6	6	2.0	9	3.2
Otras desnutrición proteínocalórica	10	1.7	4	1.4	6	2.1
Causas Externas	82	14.1	59	19.9	23	8.1
Tumores Malignos	31	5.3	21	7.1	10	3.5
Demás Causas	88	15.2	46	15.5	42	14.8

Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República. Año: 1997

6.2.1.4 Los Adolescentes De Quince a Diecinueve Años:

Entre el grupo de edad de 15 a 19 años, observamos un descenso porcentual del orden del 44.3% en las tasas generales de mortalidad en los años 60 y 97 (145.5 y 81.1 por 100,000 hab). Al analizar la mortalidad por causa en este grupo, sobresalen en 1997, las muertes por causas externas - accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias - (4.5), los tumores malignos (0.6), las enfermedades del aparato circulatorio (0.5) y las enfermedades transmisibles (0.3 muertes por 10,000 habitantes).

6.2.1.5 Los Adultos De Veinte a Cincuenta Y Nueve Años:

La mortalidad en el grupo de 20 a 59 años, según las cifras publicadas por la Contraloría, se presenta con descenso porcentual de 43.6% para los años 1960-1990-1997 (41.1, 21.9 y 23.2 muertes por 10,000 habitantes respectivamente.), sin embargo, habría que resaltar la ligera tendencia al aumento que se presentó al comparar las cifras 90-97 (6.0%). Las Causas Externas se constituyen, en 1997, la principal causa de muerte (6.9) en este grupo de edad, seguidos de los Tumores Malignos (3.7) y de las Enfermedades del Aparato Circulatorio (3.7 muertes por 10,000 hab.)

6.2.1.6 La Tercera Edad

Según el registro de defunciones de la Contraloría General de la República, para el año 1997, en el grupo de la tercera edad (60 y más años), 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, constituyen las principales causas de muerte.

6.2.1.7 La Mortalidad Materna

Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto causan la muerte de más de medio millón de mujeres en el mundo cada año y dejan a muchas otras con problemas grandes y permanentes de salud. La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad que afecta a la mujer en la sociedad, de su acceso a servicios de salud, de nutrición, sociales y a posibilidades económicas.

Al igual que la mortalidad general e infantil, desde la década de los 60 y paralelo a los avances en el desarrollo económico, la educación, saneamiento básico y salubridad, los avances en el campo científico y tecnológico han contribuido al descenso notorio de la tasa de mortalidad materna de cifras alrededor de 200 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos a las tasas actuales que oscilan a partir de 1980 entre 50 y 80 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos, lo cual refleja un descenso porcentual del 60-75%.

La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 60-97, por un descenso de 2,0 muertes x 1,000 N.V. a cifras de 0.6, que reflejan una diferencia porcentual de 70%. (Cuadro N° 63). Durante el periodo 1980 a 1997 se ha mantenido estable, con valores que oscilan entre 50 a 80 por 100,000 nacidos vivos. Panamá está clasificado a nivel internacional en el grupo III de países con una tasa alta de Mortalidad Materna. Las muertes maternas representan el 5.7% de las defunciones en la población femenina en edad fértil y estas, el 13.9% del total de muertes en la población femenina.

La toxemia y la hemorragia se alterna en las primeras posiciones como causas específicas de mortalidad materna durante los últimos 10 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).

A partir de 1993 se inicia progresivamente la organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna la cual es declarada de notificación e investigación obligatoria a través del Resuelto N° 49 del 7 de mayo de 1998.

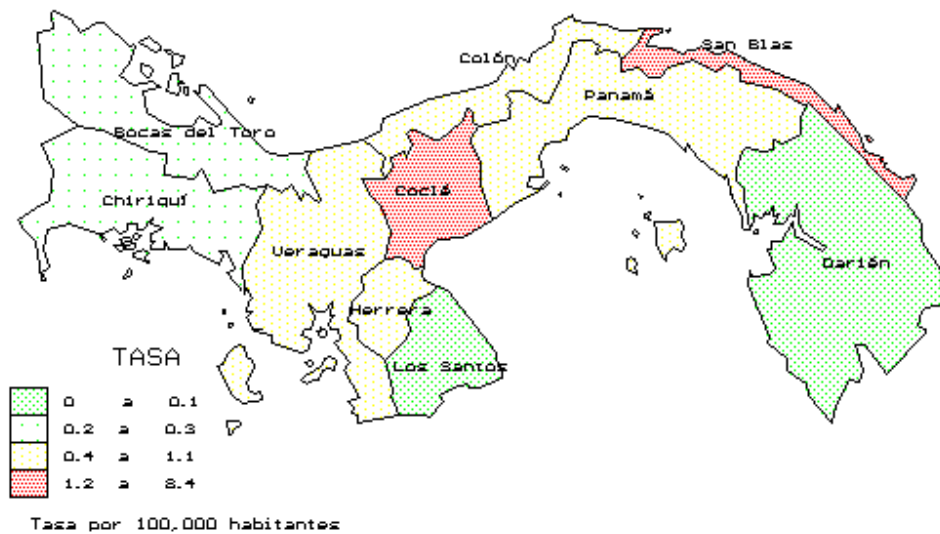
Durante el año 1997, el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, efectuó una auditoria de casos de muertes ocurridas a la población maternal, que luego de intercambio de información con la Contraloría General de la República permitió consignar información epidemiológica en relación con 39 casos. Se auditaron 26 de los casos (63.4%) y se efectuaron 8 autopsias verbales las cuales indagan sobre los antecedentes que precedieron a la muerte (19.5%). De las 41 muertes totales se excluyeron dos por no considerar que sus causas se relacionaban con el embarazo. El estudio de los 39 casos da evidencia de:

- El 61.5% de las muertes maternas se originaron en el área rural (61.%) y 20.5% en las sub-urbanas o marginales (8 casos). Es decir, que el 82.0% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres residentes en áreas de mayor postergación.
- El 60% de la muertes maternas afectaron a la población entre 20 y 34 años; principalmente al grupo de 20-29 años con el 51.3% seguidas del grupo de mujeres mayores de 35 años con 23.1% de las muertes. En el otro extremo de riesgo (embarazadas de 15-19 años) ocurrió el 15.4% de las muertes. Entre ambos grupos de edad considerado como de mayor riesgo ocurrió el 38.5% de las muertes maternas.
- El mayor número de casos procedía de la Comarca Kuna Yala (23.1%), región que ocupa el primer lugar en incidencia de muertes maternas desde hace más de una década. La Provincia de Panamá, que incuye a cuatro regiones de salud, registró el 35.8% y 10.3% de Coclé. Los 11 casos restantes se distribuyeron en el resto del país.

- El porcentaje de mortalidad materna más alto (46.0%) se registró en la Provincia de Panamá, en donde se sumó a su casuística propia (35.8%) un 13.1% procedente de otras provincias del país, específicamente de Coclé, Colón, Herrera y Kuna Yala. Kuna Yala y Colón con 20.5% y 10.3%, respectivamente. Es importante destacar que, en el caso de Panamá, aparecen registradas muertes procedentes de otras áreas (Coclé, Colón, Herrera y Kuna Yala) debido a que la muerte se consigna en el lugar de ocurrencia y no en el de procedencia. Los casos registrados de Panamá arrojan un porcentaje de 38.5%. (Cuadro N° 63 – Mapa N° 15)
- La Comarca Kuna Yala tuvo la tasa más elevada de 7.4 muertes por 1000 nacidos vivos, seguida de Colón con 0.68 por 1000; Coclé con 0.59 y Panamá con 0.56 defunciones maternas por 1,000 nacidos vivos. En la mencionada comarca la magnitud de la tasa se explica por el registro de 8 casos en una población en donde se dieron 1,075 nacidos vivos.
- En relación al lugar de ocurrencia de la muerte, puede identificarse que el 53.8% (21 pacientes) fallecieron en un hospital, no ocurrieron muertes en instalaciones de la red primaria; por lo que el 46.2% restante de las muertes ocurrieron extrahospitalariamente (casa, transporte, otros).

Mapa N° 15

TASA DE MORTALIDAD MATERNA, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1997



Fuente: Contraloría General de la República

- Un 43.6% (17) de los partos no fue atendido por un profesional de la salud, de los cuales el 25.6% ocurrió en casa y se asume fue atendido por un familiar, 12.8% (5 casos) fue atendido por una partera empírica y 5.1% no recibió ningún tipo de atención. El 56.4% restante fue atendido por un médico o una enfermera (21 partos y 1, respectivamente).
- La Hemorragia, fue principal causa específica de muerte materna con un 38.4%. Al desagregar estas 15 muertes se identificó que 8 de ellas se dieron en el postparto y 7 en el tercer trimestre del embarazo. Como segunda causa de muerte se ubicaron los Trastornos Hipertensivos del Embarazo con 17.9% (7

muerter) y el 10.3% se relacionaron con el Aborto. El resto de las causas de muertes maternas se registradas fueron la sepsis, embolia de líquido amniótico, complicación anestésica, parto obstruido, e hígado graso del embarazo, entre otros.

- El fallecimiento ocurrió en el puerperio en el 59.0% (23 casos), un 25.6% en el parto y 5.1% durante el embarazo. El 79.5% de las muertes se dio en mujeres que habían llegado hasta el tercer trimestre del embarazo.
- Es importante resaltar que el 64.1% de las defunciones maternas no habían sido precedidas por un control prenatal satisfactorio, toda vez que el 56.4% no habían tenido control alguno y en 7.7% de los casos había sido insuficiente. En tanto que el 12.8% tuvo un buen control prenatal. Sólo en 19 casos se registró información relacionada con la paridad, indicándose que 10 eran primigestas (25.6%), 2 tenían antecedentes de 2 ó 3 embarazos y 7 reportaron 4 ó más embarazos; del 51.3% restante se carecía del dato.
- En un 41.0% de los casos el embarazo había terminado por parto vaginal (16), seguidos de las cesáreas y abortos con 20.5 y 10.3% respectivamente. Para un 17.9% de los casos se consignó en los registros como embarazos ectópicos, partos obstruidos y otras complicaciones del tercer trimestre, en los cuales la defunción ocurrió antes de que se diera el parto. Para el 10.3% restante se carecía del dato.

**Cuadro N° 63: Defunciones y Tasas de Mortalidad Materna por Provincia.
República de Panamá. Años: 1960-1970-1980-1990-1997
(por mil nacidos vivos)**

Provincia	Años									
	1960		1970		1980		1990		1997	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	85	2.0	72	1.4	37	0.7	32	0.5	39	0.6
Bocas del Toro	1	0.7	1	0.5	1	0.4	2	0.6	1	0.2
Coclé	18	4.6	8	1.6	7	1.6	4	0.8	4	1.2
Colón	9	2.8	8	1.6	6	1.2	3	0.6	5	0.9
Chiriquí	17	2.2	17	1.9	4	0.5	8	0.9	3	0.3
Darién	3	3.9	4	4.3	1	1.5	-	-	-	-
Herrera	2	0.8	2	0.7	1	0.4	1	0.4	1	0.4
Kuna Yala	-	-	-	-	-	-	1	1.0	9	8.4
Los Santos	8	3.1	1	0.4	3	2.0	-	-	-	-
Panamá	6	0.4	16	0.8	5	0.2	7	0.3	14	0.5
Veraguas	21	3.6	15	2.5	9	1.6	6	1.0	2	0.4

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.

6.2.1.8 La Población Trabajadora

Según el documento Datos Básicos en Salud de Los Trabajadores, de la Caja de Seguro Social, del año 1998 los principales factores de riesgos laborales de la población trabajadora del país, afectan a la población femenina y masculina, aunque la primera se ve sometida a un conjunto de riesgos particulares relacionados con su género. (Cuadro N° 64)

Cuadro N° 64: Principales Riesgos Laborales Según Sexo De La Población Laboral. República de Panamá. Año: 1998

Hombres	Mujeres
sustancias químicas	sustancias químicas
sobrecarga de trabajo físico dinámico	sobrecarga de trabajo físico dinámico
Ruido	ruido
Vibraciones	vibraciones
ritmo de trabajo intenso	ritmo de trabajo intenso
trabajo extraordinario	trabajo extraordinario
	radiaciones de diversas frecuencia
	riesgos de salud reproductiva
	pantallas de visualización
	sobrecarga de trabajo mental
	sobrecarga de trabajo físico estático

Fuente: Datos Básicos de Salud de Los Trabajadores. Caja de Seguro Social. 1997 e Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida para el MINSA. Año:1999.

En Panamá investigaciones realizadas, empleando fuentes secundarias para la obtención de los datos, estiman que el subregistro en los accidentes de trabajo oscila alrededor del 83 al 85%, y que el subregistro de las enfermedades ocupacionales varía entre el 49 y 76%; y que, en lo referente a la incapacidad permanente por causas laborales el subregistro se estima entre el 87-93%.

Como causales del sub-registro sobre Enfermedades Profesionales, podemos mencionar entre otras los siguientes hechos: la limitada cantidad de personal médico calificado en Medicina Ocupacional para la tipificación y calificación de dichas patologías.

A pesar de lo expuesto la Caja de Seguro Social, en su documento Datos Básicos en Salud de los Trabajadores refleja que, durante el periodo 93-97, se registraron 3,792 y que el 93.14% de las enfermedades profesionales afectan a la población masculina. La mayor prevalencia de las mismas se da en la población laboral general de 20 a 39 años, con una mayor frecuencia de ocurrencia en los de 20-24 años (23.28%). En cuanto a su distribución por provincia las de Chiriquí y Panamá abarca al mayor porcentaje de afectados con 50.1 y 33.08% respectivamente. Las provincias que reflejan menor porcentaje son las de Los Santos y Darién con cifras de 0.1%. (Cuadro N°65)

En el mismo orden de ideas puede decirse que los aparatos y sistemas de cuerpo más afectados son el de la piel y tejidos subcutáneos con 42% y el de osteomuscular con 27.1%. El 27.8% restante se distribuye, en orden decreciente, en enfermedades parasitarias e infecciosas, del sistema nervioso y órganos de los sentido e intoxicaciones. Entre los agentes que contribuyen con mayor frecuencia en la generación de las enfermedades profesionales se ubican en su orden, materiales, sustancias y radiaciones, otros agentes no clasificados y ambientes de trabajo con valores porcentuales de 66.33, 17.21 y 15.21 respectivamente.

Para 1997, las actividades económicas en las que se presento el mayor número de enfermedades laborales registradas fueron la agricultura, silvicultura, caza y pesca, la industria manufacturera y el área de servicios (533, 58 y 62 casos). Al comparar este comportamiento con 1993, el área agrícola igualmente se encontraba en primer lugar con 525 casos, seguida de la industria manufacturera y la construcción con 210 y 141 casos respectivamente. (Cuadro N° 65)

Cuadro N° 65: Algunos Datos De Salud De La Población Trabajadora.

República De Panamá. Años: 93-97.

Indicador	Enfermedades Profesionales	Accidentes de Trabajo
Total		
1993	1,080	453,105
1997	695	568,000
Distribución Por Provincia (%)	100.00	
Chiriquí	50.10	
Panamá	33.08	
Bocas del Toro	8.22	
Coclé	7.47	
Colón	1.00	
Herrera	0.06	
Veraguas	0.05	
Los Santos	0.01	
Darién	0.01	
Distribución (%) por Edades (años)	100.00	100.00
Menores de 15	0.01	0.33
15-19	8.26	10.66
20-39	72.99	66.43
40-49	11.71	12.39
50 y más	5.70	6.82
S/D	1.33	3.39
Distribución Porcentual por Sexo	100.00	100.00
Masculino	93.14	95.60
Femenino	6.87	4.30
Distribución por Actividad Económica (1997)		
Total	695	14,534
Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca	533	4,127
Servicios	62	2,262
Industria Manufacturera	58	3,690
Construcción	19	1,373
Comercio	19	2,165
Otras	4	908

Fuente: Datos Básicos de Salud de Los Trabajadores. Caja de Seguro Social. Año:1998.

Con relación a los accidentes de trabajo, en el 1993 ocurrieron 49 muertes como producto de accidentes laborales (Cuadro N°66), para una tasa de 10.81 muertes por 100,000 cotizantes activos, el 61.2% de las muertes ocurrió en trabajadores de las áreas de la industria manufacturera y de servicios. Esta tasa presenta un ligero descenso para 1997, cuando sus cifras alcanza a las 9.5 muertes x 100,000, sin embargo la mayor proporción (59.3) de muertos procede de las mismas actividades económicas que para 1993, con predominancia de los del área de servicios (67.7%).

Cuadro N° 66. Número Total De Trabajadores Y De Accidentes De Trabajo Mortales Por Actividad Económica. República De Panamá. Años 1993 - 1997

AÑO	Actividad Económica									
	Cotizante Activos	Total Muertes	Agricultura Silvicultura a. Caza y Pesca	Minas y Canteras	Industria Manufacturera.	Construcción.	Electricidad. Gas, Agua y Servicios. Sanitarios	Comercio	Transporte Almacenamiento y Comunicaciones	Servicios
1993	453,105	49	-	-	15	6	1	7	5	15
1994	500,037	59	1	1	6	8	-	15	4	24
1995	522,698	74	1	1	6	14	1	20	3	28
1996	545,500	79	1	2	11	8	7	14	3	31
1997	568,000	54	3	2	11	8	1	6	2	21

Fuente: Caja de Seguro Social. Programa De Salud Ocupacional. Año: 2000.

En el mismo orden de ideas puede mencionarse que el promedio de accidentes por día laboral fue más alto, en orden decreciente, en la industria manufacturera, agricultura, silvicultura, caza y pesca, servicios, comercio y construcción (16.2, 16, 9, 8.8 y 7.5 respectivamente).

Al igual que las enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo ocurren más en hombres que en mujeres, (95.6% y 4.3% respectivamente) y entre la población trabajadora entre 20 y 39 (66.34%). Los meses de ocurrencia de la mayor proporción de accidentes son marzo y julio con cifras alrededor del 9%, en el resto de los meses del año estas oscilan entre 6 y 8%. Los días de

menor ocurrencia son los domingos con 2.18% y los sábados con 10.9%, en el resto de la semana las cifras varían entre 18 y 15%.

Al relacionar los casos de accidentes con la población de cotizantes activos, la tasa de accidentes para 1993 fue de 33.8 casos por 1,000; en tanto para 1997 fue de 25.5 por 1,000; lo que refleja un descenso porcentual de 24.6%. La mayor ocurrencia de accidentes, en el año 1993, se presenta en las áreas agrícolas, del comercio, de servicios y de la construcción con 4,348; 2,146; 2,304 y 1,998 respectivamente. (Cuadro N° 67). Estas áreas económicas continúan, para 1997, siendo las más afectadas, agregándose la industria de la manufactura.

**Cuadro N° 67 Número Total De Accidentes De Trabajo Por Actividad Económica.
República De Panamá. Años 1993 - 1996**

AÑO	Total Muertes	Agricultura Silvicultura Caza y Pesca	Explotación de Minas y Canteras	Industria Manufacturera	Construcción	Electricidad, Gas, Agua y Servicios Sanitarios	Comercio	Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones	Servicios
1993	15,313	4,248	46	4,24	1,998	73	2,146	158	2,304
1994	15,157	4,007	53	4,378	2,053	87	2,169	204	2,206
1995	15,272	4,088	37	4,212	2,024	70	2,245	279	2,317
1996	15,225	3,789	67	4,176	2,101	78	2,366	254	2,394

Fuente: Programa De Salud Ocupacional - C.S.S.

Las provincias con mayor accidentabilidad laboral en el área agrícola fueron Bocas del Toro, Chiriquí y Herrera con 96.54, 80.55 y 10.86%. En el área del comercio se destacan Colón, Panamá y Herrera con 27.52, 13.31 y 12.57%; mientras que en el área de servicios se ubica Veraguas y Herrera con la mayores frecuencias (59.7% y 11.39% respectivamente. Para el área de la construcción figuran entre las primeras Panamá y Los Santos con cifras alrededor del 35% y Herrera y Colón con cifras próximas al 16%. Es importante destacar que la provincia de Herrera se encuentra en los primeros lugares de accidentabilidad en todas las áreas en que prevalecen los accidentes laborales.

Como principales riesgos de accidentes de trabajo en el área agrícola están, en orden decreciente, usar herramientas impulsadas por fuerza manual, halando - empujando carga y caminando - subiendo equipo o superficie de trabajo. En todas las actividades económicas consignadas como las de mayor proporción de accidentes laborales coinciden los mismos riesgos, con pequeñas variaciones en su orden de frecuencia.

Cuadro N° 68: Accidentes De Trayecto En La Población Trabajadora, Según Actividad Económica. República De Panamá. Años: 1993-1997

Actividad Económica	Años	
	1993	1997
Total	1613	1166
Agricultura, Silvicultura, Pesca y Caza	173	139
Explotación de Minas y Canteras	2	1
Industria Manufacturera	316	157
Construcción	135	67
Electricidad, Agua, Gas y Servicios Sanitarios	20	13
Comercio	333	267
Transporte, Almacenamiento, Comunicaciones	19	26
Servicios	615	496

Fuente: Datos Básicos de Salud de Los Trabajadores. Caja de Seguro Social. Año:1998.

En cuanto a los accidentes de trayecto estos fueron, en 1997, más frecuentes en los trabajadores que se dedican a actividades de servicio y comercio, con una frecuencia de 42.5% y de 22.9% respectivamente. (Cuadro N°68)

Como causas de invalidez se registraron para el año 1994 las enfermedades osteoarticulares (21.8%), los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas (19.4% cada una) y los tumores y enfermedades cardiovasculares con 7.0 y 6.0% respectivamente. Vale destacar que las enfermedades mentales tuvieron un incremento de 7.1% en relación con 1991.

Sobre las intoxicaciones por plaguicidas en 1998 el sistema de vigilancia registró 406 casos, los principales químicos relacionados fueron, en orden

decreciente el gramoxone, lannate, furadan, round-up, neguvón, bravo 720, counter, paraquat y el tamaron. (nombre comercial). Las 23 muertes ocasionadas por plaguicidas el 43.5% se debió al grupo químico bupiridilico. Los nombres comerciales de los plaguicidas relacionados con las muertes fueron: gramoxone (43.5%), neguvon, paraquat, round-up, tamaron, furadan, 2-4-D, tiza zebra y vidatel.

Los cultivos a los que se asoció el mayor número de casos fueron: arroz (11.5%), banano (9.5%), papas (9.42%), flores (8.38%) y el maíz (7.33%).

La incidencia de intoxicaciones por plaguicida, fue de 14.7 casos por 100,000 habitantes. Su distribución según distrito evidencia las mayores incidencias en Tonosí, Bugaba, Alanje y Los Santos con 169, 131.7, 119.6 y 106 casos por 100,000 habitantes respectivamente. Entre los distritos con menor incidencia de casos están: Los Pozos, Las Minas, Ocú, Parita y Chitré cuyas tasas oscilan entre 2.3 y 1.6 casos por 100,000.

La tasa de mortalidad por plaguicidas en la República fue de 0.8 casos por 100,000 hab., y las tasas más elevadas se presentaron en los distritos de Alanje, Boquerón, Dolega y San Félix con valores entre 13.2 y 6.6 muertes por 100,000 hab.

El 49.51% de las intoxicaciones por plaguicida guardó relación con la actividad laboral, el 25.62 y el 21.43% se vincularon a accidentes no laborales e intento de suicidio respectivamente, afectándose principalmente la población entre 15 y 19 y la de 20 a 44 años con tasas de 17.65 y 23.16 muertes por 100,000 hab. respectivamente. En este mismo sentido, cuando se analiza la mortalidad el 82.6% figura como suicidio y el 17.4% se asocia a accidentes no laborales. Es importante destacar que ninguna muerte por plaguicida tenía origen laboral, y que las edades de mayor tasa de mortalidad fue la de menores de un año (1.68 muertes por 100,000 hab.)

En cuanto a la evaluación de Riesgos Laborales específicos ambientales, el Programa de Salud Ocupacional de la C.S.S. realiza estudio de “Evaluación y Medición de Vapores de Mercurio” en las Policlínicas de Área Metropolitana y algunas del Interior en el año 1985, encontrándose concentraciones superiores al límite máximo permisible. Se repite el estudio nueve años en Policlínicas del Interior y Centros de Salud, en 1994, y nuevamente se identifican niveles superiores a los límites máximos permisibles, en el ambiente laboral de las áreas de Odontología. para el año 1999 las evaluaciones de las áreas de odontología estudiadas, y en relación al uso obligatorio de la cápsula pre-dosificada de mercurio marcaban un control sobre la contaminación antes mencionada. En 1999 se realiza la primera revisión del Manual de Bioseguridad Buco-Dental C.S.S./MINSA/ Asociación Odontológica.

A manera de resumen:

Las condiciones sociales del trabajo, los riesgos profesionales, la profundización de las inequidades sociales asociados a los bajos salarios a la inseguridad e insalubridad de los lugares de trabajo y su entorno condicionan ala población trabajadora panameña a una mayor vulnerabilidad frente al desgaste laboral, los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales; que aparecen registrados sólo en lo referente a las lesiones graves e incapacitantes. En efecto entre 1994 y 1999 los casos esperados por accidente de trabajo en la Caja de Seguro Social debieron oscilar entre 110.000 a 130000 casos por año, sin embargo, los casos registrados oscilaron entre 13000 y 16000 casos, lo cual origina un grado de subregistro del 88% con una tasa muy baja de incidencia en torno al 2.3 al 3% (6).

Para el mismo periodo antes señalado los casos esperados por enfermedades profesionales en la Caja de Seguro Social debieron oscilar entre 1500 a 3000 casos por año (se espera que cada año se identifiquen de 3 a 5 casos nuevos por mil trabajadores expuestos), sin embargo se registraron entre 501 a 776 casos lo cual origina un grado de subregistro del 67% (7).

En el mismo lapso de tiempo antes indicado los casos esperados por incapacidad permanente debieron oscilar entre 6700 casos y 7980 por año, sin embargo se registraron entre 488-772 casos por año, lo cual arroja un grado de subregistro del 91% (8).

Las defunciones por accidente de trabajo entre 1994-1999 pasaron de 11.7 por cien mil trabajadores cotizantes a 9.0 por cien mil trabajadores cotizantes activos.

La invalidez para el trabajo” supuestamente por causas no laborales” esta en el orden del 23.9 por mil cotizantes activos, siendo su perfil epidemiológico el siguiente: (9)

- Enfermedades osteomusculares 40.4%
- Enfermedades Cardiovasculares 18.3%
- Enfermedades Siquiátricas 11.4%
- Enfermedades Oculares 8%

Como puede observarse en el perfil anterior los factores de riesgos señalados en le acápite correspondiente se relacionan con estos padecimientos ya sea como factores causales, concausales o agravantes; de suerte que la asociación con el trabajo siempre será correspondiente a una fracción etiológica atribuible muy importante.

Si se compara la tasa de mortalidad general de la población panameña con la tasa de mortalidad de los trabajadores activos entre 45- 65 años, observamos que la tasa general de mortalidad general entre los años 1990-1997 ha oscilado 4.1 a 4.3 por mil habitantes, mientras que la tasa de mortalidad de los trabajadores activos ha oscilado entre 4.9 y 5.0 por mil trabajadores activos(10), este comportamiento nos plantea la necesidad de investigar las causas de esta disparidad entre las mismas.

La mortalidad proporcional según ocupación entre los años 1990-1997 indica que los trabajadores en ocupaciones no identificadas, los agricultores y ganaderos, trabajadores en servicios personales y artesanos y operarios reflejaron los mayores porcentajes; y al considerar la mortalidad específica por mil trabajadores activos, las tasas más alta de mortalidad correspondieron a los trabajadores en ocupaciones no identificadas, agricultores y ganaderos, conductores de transporte y obreros y jornaleros.(11)

Para 1997, las principales causas de muertes según categoría socio-ocupacional fueron para los profesionales y técnicos, los tumores malignos, accidentes y enfermedades cardiovasculares; y para el resto de las ocupaciones la primera causa de muerte fueron los accidentes y la segunda y tercera cusa fueron los tumores malignos y enfermedades cardiovasculares.(12)

6.2.2 Las Enfermedades Crónicas, Transmisibles E Inmunoprevenibles

Los daños a la salud de la población se orientan hacia la persistencia de enfermedades consideradas como prevenibles (transmisibles, infecciones respiratorias agudas, gastrointestinales y otras), que con mayor frecuencia afecta a grupos poblacionales de mayor nivel de riesgo entre ellos, los que se encuentran en situación de pobreza y marginación; y hacia la intensificación de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas (tumores malignos, cerebrovasculares, enf. isquémica del corazón y otras) que demandan cada vez mayor atención e intervenciones médico-curativas altamente costosas y prolongadas.

A inicios de la década de los sesenta las enfermedades infecciosas ocupaban los primeros sitios en la lista de las causas de muerte del país. Hoy día, las enfermedades crónicas y degenerativas y los accidentes, suicidios y homicidios, que afectan sobre todo a la población en edad productiva, representan el 31.1% y 12.5% respectivamente del total de muertes ocurridas. Esta situación se ha identificado como importante, sobre todo por estar Panamá atravesando por un proceso de transición demográfica con el consecuente envejecimiento de la población.

Aunado a la persistencia de ciertas enfermedades infecciosas, se observa el resurgimiento de otras enfermedades, que se consideraban prácticamente controladas (cólera, tuberculosis y otras), afectando sobre todo a la población más pobre del país, sin olvidar la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) cuya presencia representa una seria amenaza para la población, toda vez que aumenta la susceptibilidad, de enfermar y morir por enfermedades transmisibles.

6.2.2.1 Las Enfermedades Crónicas.

El creciente interés de los últimos años acerca de la evolución de las enfermedades crónicas, tanto desde el ámbito de la epidemiología y de la clínica, como desde campos no especializados como el de la política y la economía, se

debe a dos circunstancias. En primer lugar, hay que atribuirlo a la abundante cantidad de información que sobre las causas y formas de prevención de las mismas se ha publicado, basada en observaciones clínico-patológicas y estudios de población, cuyos resultados sugieren que los factores de riesgo involucrados en su génesis son susceptibles de modificación en los individuos y en las poblaciones. En segundo lugar, este tipo de enfermedades demandan cada vez mayor atención e intervenciones médico-curativas altamente costosas y prolongadas que originan incapacidad y en ocasiones la muerte.

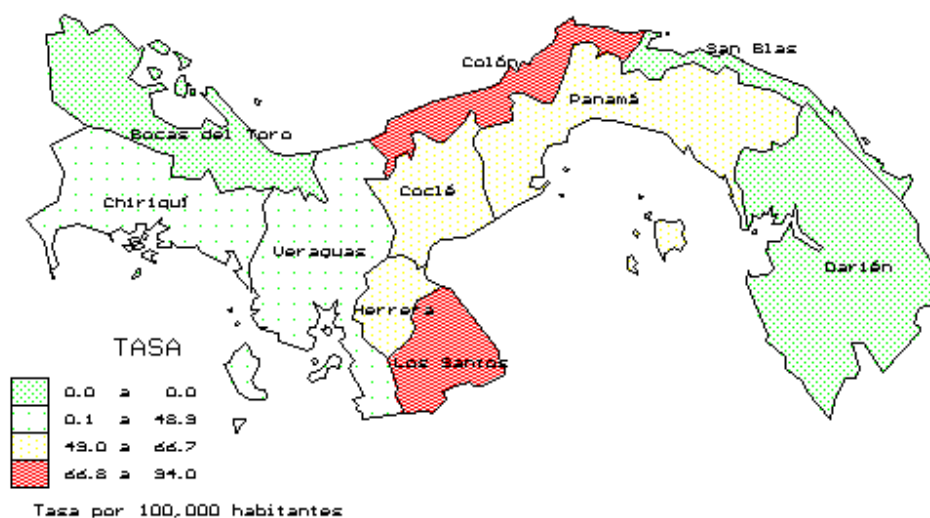
a. Las Enfermedades Cardio - Cerebro Vasculares

La Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), mejor conocida como "derrame", constituye una lesión transitoria o permanente, del cerebro, secundaria a una patología vascular previa, de inicio súbito. Estas enfermedades se caracterizan por su largo período de incubación, más de diez años, y no tiene una causa única, por lo que, el estudio de las diferentes causas que intervienen en su producción, son de interés trascendental para su prevención.

La importancia de las enfermedades cerebro vasculares radica en que representa la más común de las afecciones neurológicas y son motivo de consulta frecuente para médicos generales y especialistas; generalmente dejan secuelas de consideración debido a que ocasionan, en un 50% de los casos, pérdida total o parcial de la función del tejido nervioso cerebral. De igual manera, las enfermedades que afectan al corazón y/o al sistema circulatorio tienen, como característica común, la gravedad y las secuelas incapacitantes a las que conducen. Su aparición desde el punto de vista clínico, suele ser brusca, aunque el desarrollo de los factores que predisponen a ellas es largo y dependen en general de hábitos y de formas de vida.

MAPA N° 16

TASA DE MORTALIDAD CEREBROVASCULAR, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1997



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la Repúb

En Panamá, las enfermedades cardio - cerebro vasculares se ubican entre las principales causas de muerte, con una tasa de mortalidad de 105.4, 118.4 y 119.8 por 100,000 habitantes para los años 91, 94 y 97, con ligera tendencia al ascenso (13.7% de incremento porcentual 91-97). En tanto su comportamiento según provincia destaca a las provincias de Los Santos, Colón y Panamá con 171.2, 166.8 y 116.0 muertes por 100,000 hab., en 1991 y las de Los Santos, Herrera y Colón con 215.6, 152.4 y 151.2 muertes por 100,000 hab. en 1997. Para este mismo año las provincias de Veraguas, Darién y Bocas del Toro, presentaron la menor mortalidad por esta causa. (Cuadro N° 69)

Cuadro N° 69: Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Cardio-Cerebro Vasculares.
República De Panamá. Años: 1991-1994-1997
(tasas por 100,000 hab.)

Provincia	Años					
	1991		1994		1997	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	2575	105.7	3059	118.4	3256	119.8
Bocas del Toro	39	37.9	48	41.6	42	32.8
Coclé	176	97.5	215	114.8	213	110.0
Colón	296	166.8	295	158.9	292	151.2
Chiriquí	329	85.2	386	95.9	418	100.0
Darién	13	26.9	18	33.5	17	28.6
Herrera	120	112.4	141	140.4	156	152.4
Kuna Yala	162	76.0	205	94.2	207	93.6
Los Santos	136	171.2	142	177.9	172	215.6
Panamá	1300	116.0	1601	133.1	1734	135.0
Veraguas	4	11.2	8	21.4	5	12.9

Fuente: Contraloría General de la República

Al diferenciar la mortalidad por enfermedad cerebro-cardio-vascular, se aprecia que la mortalidad por enfermedades cerebro - vasculares, durante los años 90-95-97 presentó una tendencia al ascenso. Para 1990 la misma fue de 40.2 muertes por 100,000 hab. y para 1997 de 47.8, lo que indica un incremento porcentual de 18.4%. En cuanto al sexo esta ha prevalecido en la población masculina con 42.1 y 48.4 muertes por 100,000 hab., respectivamente. El infarto agudo del miocardio ha mantenido un comportamiento más o menos estable cuando en los años 90-95-97 ha mantenido tasas alrededor de 28 muertes por 100,000 hab. y una prevalencia de muertes en la población masculina con variaciones 90-95-97 entre 32.3 y 33.8 muertes por 100,000 hab. (Cuadros N° 76 y 77)

b. Los Tumores Malignos

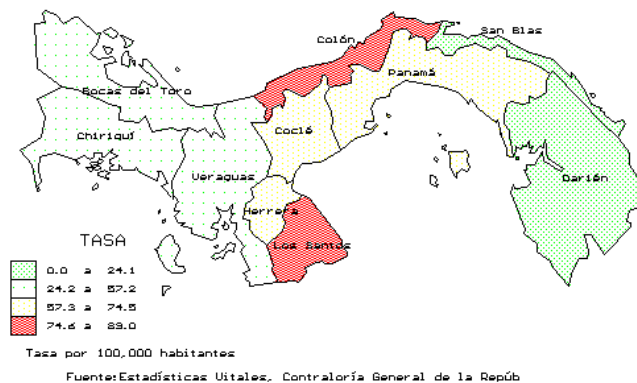
Desde el año 1960, los tumores malignos se encuentran entre las diez principales causas de muerte. Cuando se analiza el comportamiento de esta patología se observa una tendencia progresiva al aumento, pues para 1960 la tasa de mortalidad general por esta causa era de 43.7 muertes por 100,000 hab., de 45.7, 51.6 y 57.8 para los años 70,80 y 90 en tanto que para 1997 fue de 63.2 (Cuadro N° 4), lo cual indica un incremento porcentual (60-97) del 44.6%. Para

1997, su distribución según sexo registra que el 52.3 y el 47.7% ocurrieron en hombres y mujeres, respectivamente. La tasa de mortalidad para el sexo femenino fue de 62.9 muertes por 100,000 hab., en tanto fue de 65.4 en la población masculina. El 92.0 % de las muertes registrados por cáncer contó con certificación médica.

Al analizar las características de distribución por provincia, en el año 1996, esta patología presentó mayor niveles de mortalidad en las provincias de Panamá, Colón y Chiriquí (187.6, 127.9 y 122.5 respectivamente); en tanto que Kuna Yala, Bocas del Toro y Darién alcanzaron las tasas más bajas (39.2, 41.2 y 46.9 muertes por 100,000 hab.). Para 1998, las tasas más elevadas se ubicaron en las regiones de Colón y Los Santos. Vale resaltar que en las provincias con menor mortalidad por cáncer se encuentran las expectativas de vida más bajas y las más altas tasas de mortalidad infantil de la República, además de coexistir con factores de riesgo (estilos de vida y ambientales) distintos en las diferentes regiones del país. (Cuadro N° 70)

MAPA N° 17

TASA DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



**Cuadro N° 70: Tasa De Mortalidad Por Tumores Maligno.
República De Panamá. Años: 1994-1995-1996
(Tasas Por 100,000 Hab.)**

Provincia	Años					
	1994		1995		1996	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	3472	134.4	3751	142.6	3746	140.1
Bocas del Toro	59	51.1	64	53.6	51	41.2
Coclé	145	77.4	171	90.2	157	81.9
Colón	227	101.8	209	111.0	244	127.9
Chiriquí	432	107.3	546	133.9	506	122.5
Darién	35	65.1	41	73.8	27	46.9
Herrera	107	106.5	107	105.7	107	105.1
Kuna Yala	-	-	11	29.1	15	39.2
Los Santos	97	121.5	68	85.1	73	91.4
Panamá	2128	176.8	2320	188.2	2360	187.6
Veraguas	242	111.2	214	97.7	206	93.6

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1997

Al considerar el tipo de tumor maligno registrado como el causante del mayor número de muertes se observa, que para 1996, fue el cervico-uterino con una tasa de 69.6 muertes por 100,000 hab., seguido del de próstata y mama con tasas de 46.6 y 35.4, respectivamente. La distribución por provincia evidencia que el cáncer de cuello uterino registro una mayor tasa de mortalidad en las provincias de Chiriquí, Panamá y Colón con cifras que fluctuaron entre 97.6 y 66.3. (Cuadro N°71). El 27.2% de las muertes por este tipo de cáncer ocurrió en la mujeres de 30-39 años, seguido del grupo de 40-49 y del de 50-59 con 21.6% y 17.4% respectivamente.

La mortalidad por cáncer de próstata, fue mayor en las provincias de Panamá, Chiriquí y Colón (71.6, 41.6 y 38.8 respectivamente); los grupos de edad más afectados fueron el de 70 y más años y el de 60-69 con 61.9 y 26.1% respectivamente. (Cuadro N°71)

El Cáncer de Mama Femenina afectó mayormente a la población de las provincias de Veraguas, Panamá y Colón (96.6, 46.8 y 46.4 muertes por 100, 000

hab., respectivamente), en los grupos de 50-59 años, 40-49 y 70 y más con 27.5%, 27.0% y 19.6% respectivamente. (Cuadro N°71)

**Cuadro N° 71: Principales Tumores Registrados Según Provincia.
República De Panamá. Año: 1996
(tasas por 100,000 habitantes)**

Provincia	Estomago		Pulmón		Piel		Próstata ¹		Cérvix ²		Mama Fem. ²	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	254	9.5	191	7.1	381	14.2	420	46.6	620	69.6	316	35.4
Bocas del Toro	7	5.7	4	3.2	2	1.6	3	8.1	7	21.2	4	12.1
Coclé	21	10.9	3	1.5	9	4.7	15	23.1	29	49.4	8	13.6
Colón	18	9.4	10	5.2	9	4.7	24	38.8	40	66.3	28	46.4
Chiriquí	41	9.9	10	2.4	57	13.8	57	41.6	130	97.6	34	25.5
Darién	2	3.4	3	5.2	1	1.7	-	-	4	27.7	1	6.9
Herrera	9	8.8	3	2.9	11	10.8	3	8.5	16	46.7	8	23.4
Kuna Yala	-	-	-	-	8	20.9	-	-	2	16.1	-	-
Los Santos	3	3.8	5	6.3	6	7.5	6	19.8	10	35.3	9	31.7
Panamá	127	10.1	144	11.4	254	20.2	308	71.6	340	75.1	212	46.8
Veraguas	26	11.8	9	4.1	24	10.9	4	5.2	42	65.5	12	96.6

1: Cálculo por 100,000 hab. em base a estimación de la población masculina de 15 años y más

2: Cálculo por 100,000 hab. em base a estimación de la población femenina de 15 años y más

Fuente: Registro Nacional del Cáncer. Departamento de Análisis y Tendencia de Salud.

ILUSTRACION N° 3
Distribución De Cáncer Por Sexo

c. Las Causas Externas

Las causas externas tienen una trascendencia social y económica cada vez más creciente, en su génesis intervienen múltiples factores de riesgos, los cuales a su vez se diferencian generando un conjunto de categoría para esta patología. Durante los años 60 y 70 fueron la tercera y segunda causa de muerte respectivamente. (48.5 y 59.7 muertes por 100,000 hab.); variando su posición, a través de los años entre los tres primeros lugares dentro de la estructura de la mortalidad. (Cuadro N° 4). Del año 80 a 1994 han muerto por esta causa 17259 personas, durante el periodo 90 a 94 el número de muertos se incrementa en un 20%; y al comparar el año 90 con el 97 se observa que alrededor de 500 panameños más y hasta 1994 se han incrementado hasta un 20%, al comparar los años 90 y 97 han ocurrido un 39.4% más de muertes por esta causa durante 1997.

Esta situación es evidente en el incremento de la tasa de mortalidad por esta causa en un 8.0%, sustentado en un incremento del 76% en las tasas de homicidio. La importancia proporcional de los homicidios dentro de las causas externas se ha incrementado del 5% (1980-1985) a un 15% durante 1985-1990 y alrededor de un 20% entre el 90 y 94. Las tasas de mortalidad por homicidio son entre 5 y 10 veces mayores en los hombres que en las mujeres.

A partir de los 45 años disminuye la tasa de muertes por homicidios, pero en las mujeres se incrementa a partir de los 65 años coincidiendo con la tasa de suicidios en los hombres de esta edad.

**Cuadro N° 72: Posición de las Muertes por Causas Externas
Según Grupo de Edad. República de Panamá. Años: 1980-1985-1990-1995**

Grupo de Edad (años)	Años			
	1980	1985	1990	1995
Menor de un año	8	5	6	5
1-4	1	2	2	1
5-14	1	1	1	1
15-24	1	1	1	1
25-44	1	1	1	1
45-64	2	2	2	2
65-74	-	7	5	5
75 y Más	-	-	8	7

Fuente: Contraloría General de la República

Durante los años 80, 85, 90 y 95 las causas externas han ocupado el primer o segundo lugar entre todas las causas de muerte en la población menor de 65 años, a partir de esta edad son desplazadas por las enfermedades crónicas y degenerativas. (Cuadro N° 72)

Para 1997, destaca el hecho de que su importancia relativa se incrementa en el grupo de 1-4 años (21.8 muertes por 100,000) toda vez que es la segunda causa de muerte. (Cuadro N° 61). En el grupo de 5 a 14 años (14.1) es la primera causa de muerte, (Cuadro N°62) así como también en la población de 15-24 y de 25 a 54 años, con tasas de 12.3, 58.0 y 66.2 respectivamente. Esta mortalidad afecta principalmente a la población masculina en todos estas edades. Su importancia relativa es mínima en el grupo de más de 55 años.

Un análisis del comportamiento de las causas externas por tipo de causa y año de ocurrencia de la muerte, da evidencias del incremento de la tasa de suicidios, cuando se observa que de 1980 a 1996 esta se duplicó, pasando de 2.0 a 4.1 muertes por 100,000 hab. Por su parte, los accidentes de tránsito han mantenido tasas variables con cifras que han oscilado de 18.9 hasta 13.8 muertes por 100,000 hab. (Cuadro N° 72)

Al analizar el peso relativo de los diferentes componentes que integran las causas externas, en los años 80, 85,90 y 95, se observa una mayor proporción de muertes por otros accidentes, seguida de los accidentes de tránsito. Este comportamiento se ha mantenido a través del periodo de estudio, sin embargo es notable el incremento porcentual de los homicidios y suicidios a expensas de un descenso porcentual en los accidentes como causa externa de muerte. (Cuadro N°73)

Cuadro N° 73: Tasa Anual De Muertes Por Causas Externas.

República De Panamá. Años: 1980-1996 (P)

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 (p)	1375	51.4	205	7.6	112	4.1	417	15.6	641	24.0

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1998

Durante el periodo 80-95 al evaluar las tasas, la tendencia de los homicidios ha ido en aumento, la de suicidios indica una ligera tendencia al aumento y la de los accidentes de tránsito una ligera tendencia al descenso. (Cuadro N° 74). Se destaca que estos últimos, sobre todo aquellos relacionados al tránsito, no dejan de ser trascendentes para el sistema de salud toda vez que no sólo generan muertes, sino también discapacidad que trae consigo disminución de la calidad de vida del individuo y la familia, además del incremento de la complejidad y costos de la atención de salud requerida y una disminución de la capacidad productiva del individuo.

**Cuadro N° 74: Evolución De Las Tasas De Mortalidad Por Causas Externas.
República De Panamá. Quinquenios: 1980-1994**

Causas	Periodos			% de Cambio		
	A 1980-1984	B 1985-1989	C 1990-1994	AB	BC	AC
Causas Externas	246.4	249.9	270.4	(+ 1.4)	(+ 8.2)	(+ 9.7)
Homicidios	11.9	29.7	52.3	(+ 149.5)	(+ 76.0)	(+ 339.4)
Suicidios	16.7	16.5	17.1	(+ 1.1)	(+ 3.6)	(+ 2.3)
Accidentes de Tránsito	92.0	82.2	82.0	(- 10.6)	(0.0)	(- 10.8)

Fuente: Contraloría General de la República.

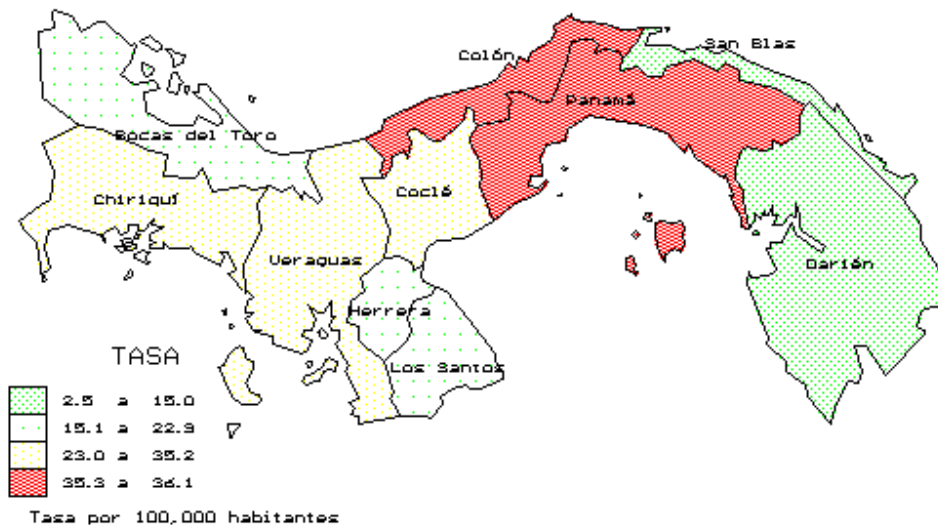
En el caso de las muertes por causas externas (accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias) para 1990 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 51.0, y el diferencial por provincia identificó a las provincias de Colón, Darién y Panamá como las de mayor mortalidad por esta causa (67.5, 63.9 y 56.6 muertes por 100,000 habitantes); durante 1995 se mantienen como primera provincia afectada por esta patología la de Colón con 105.1 y las de Los Santos y Panamá con tasas de 65.1 y 62.6 respectivamente. Ya para 1997, la tasa general de mortalidad por causas externas fue de 56.1 lo que evidencia un ligero descenso de la misma en relación con 1995. Se ubican Colón y Panamá como las provincias más afectadas y se suma Herrera con valores de 80.3, 61.0 y 62.5 respectivamente. (Cuadros N° 76 y 77). Para 1998 las provincias de Panamá y Colón presentaron el riesgo más altos de morir por accidentes, en tanto el riesgo de suicidios más alto se presentó en las provincias de Herrera y Los Santos (Mapas N° 18 y 19)

Al analizar el comportamiento de las causas externas dentro de las cinco principales causas de muerte se observa que durante los años 90-95-97, se ha presentado una tendencia al ascenso de las muertes por estas causas, con un incremento porcentual de 8.4% y valores de 58.3, 60.9 y 63.2 muertes por 100,000 hab., en los años respectivos. Las tasas más elevadas se presentaron en el sexo masculino con 63.6, 68.8 y 65.4 en el mismo periodo de análisis. (Cuadros N° 76 y 77)

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. Este es más evidente cuando se analiza su incremento porcentual de las causas externas, toda vez que ha alcanzado valores del 14.9% dentro del total de las causas de muerte. Al desagregar las causas externas por tipo destacan los suicidios con 46.7%. (Cuadro N° 75)

MAPA N° 18

TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1998



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República

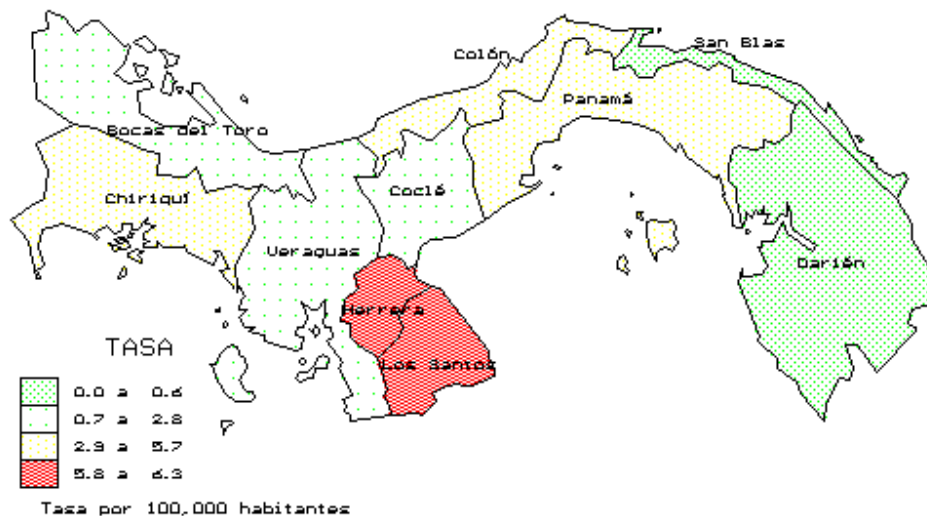
**Cuadro N° 75: Evolución De La Razón De Años De Vida Productiva Perdidos¹
Por Causas Externas. República De Panamá. Años: 1990-1995**

Tipo de Causas	1990			1995			% de Variación
	Total de Muertes	Tasa de Mortalidad	Razón AVPPP	Total de Muertes	Tasa de Mortalidad	Razón AVPPP	
Causas Externas	1232	51.3	1428.9	1571	59.7	1641.8	14.9
Homicidios	241	10.0	302.4	351	13.3	396.4	31.1
Suicidios	74	3.0	84.2	111	4.2	123.5	46.7
Accidentes de Tránsito	358	14.9	388.1	495	18.8	501.5	29.2

Fuente: Contraloría General de la República.

MAPA N° 19

TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



Fuente: Estadísticas Vitales, Contraloría General de la Repúb

**Cuadro N° 76: Tasas De Mortalidad De Las Cinco Principales Causas De Muerte
Por Provincia República De Panamá. Año 1990**

República / Provincias	1990						1995						1997					
	Total	1	1	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5
República	405.3	57.8	51.0	39.9	28.1	22.7	419.3	60.9	59.7	42.7	28.1	19.0	448.0	63.2	56.1	47.6	28.2	18.6
Bocas del Toro	483.8	47.7	45.3			26.2	271.5	18.4	47.8			20.9	331.3	24.2	33.6			
Coclé	452.2	58.6	38.8	53.3		27.3	412.5	48.5	39.0	40.6		24.3	431.4	57.3	40.3	56.2		18.1
Colón	601.4	67.5	67.5	77.4			541.6	66.9	105.1	54.7	27.6		573.4	74.6	80.3	66.8		
Chiriquí	310.0	43.4	42.1	29.0	19.4	19.4	353.1	53.0	54.9	34.6	19.6	14.7	382.7	51.4	50.7	40.9	19.1	
Darién	258.0	16.6	63.9	14.2	11.8	7.1	183.7	16.2	37.8			25.2	206.8	21.9	35.3			13.4
Herrera	409.1	64.2	37.8	42.5	27.4		416.0	55.3	48.4	54.3	20.8		504.2	74.3	62.5	63.5	18.6	
Kuna Yala	297.8		16.3			14.0	380.9		18.5	7.9			619.7					
Los Santos	467.7	58.3	49.8	63.2	34.0		575.4	55.0	65.1	78.8	28.8		575.4	89.0	46.4	94.0	32.6	
Panamá	403.9	69.9	56.6	39.0	38.2	23.3	453.3	75.4	62.6	48.2	40.7	20.0	463.5	73.4	61.0	49.8	42.4	
Veraguas	381.5	31.5	47.5	32.4		21.5	387.1	47.9	53.9	34.7		18.7	416.9	48.4	55.6	39.8		

Fuente: Contraloría General de la República. Año: 1990

1. Tumores Malignos
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias
3. Enfermedad Cerebro Vascular
4. Infarto Agudo del Miocardio
5. Ciertas Afecciones Originadas en el Menor de Un Año

**Cuadro N° 77: Defunciones De Las Cinco Principales Causas De Muertes .
Por Sexo. República De Panamá. Años: 1990, 1995 Y 1997**

CAUSAS	1990						1995						1997					
	TOTAL		Masc		Fem.		TOTAL		Masc		Fem.		TOTAL		Masc		Fem.	
	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T	Nº	T
Tumores Malignos	1,398	58.3	773	63.6	625	52.8	1,601	60.9	915	68.8	686	52.7	1,717	63.2	898	65.4	819	60.9
Accidentes, suicidios, homicidio y otra violencia	1,232	51.4	1,009	83.1	223	18.8	1,571	59.7	1,282	73.4	289	45.8	1,524	56.1	1,228	89.4	296	22.0
Enfermedad cerebrovascular	964	40.2	511	42.1	453	38.3	1,124	42.7	611	45.9	513	39.4	1,293	47.6	664	48.4	629	46.8
Infarto agudo del miocardio	679	28.3	406	33.4	273	23.1	740	28.1	449	33.8	291	22.4	768	28.3	443	32.3	325	24.2
Ciertas afecciones originadas en menores de un año	550	22.9	306	25.2	244	20.6	500	19.0	292	22.0	208	16.0	506	18.6	271	19.7	235	17.5
Demás Causas	4,976	207.5	2,683	220.9	2,293	193.8	5,496	208.9	3,096	232.8	2,400	184.5	6,371	234.3	3,574	253.6	2,797	207.9
Total	9,799	408.7	5,688	468.3	4,111	347.5	11,032	419.3	6,645	510.8	4,387	337.2	12,179	448.0	7,078	515.4	5,101	379.2

T: Tasa por 100,000 habitantes con base a la estimación de población al 1º de julio.

Fuente: Depto. De Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

6.2.2.2 Las Enfermedades Inmunoprevenibles.

Las enfermedades prevenibles por vacunas, o sea las inmunoprevenibles, son objeto de vigilancia permanente en todo el país; con el objetivo de lograr su control, eliminación o erradicación, considerando las características de cada una de ellas, se ha establecido, por disponer de ella, la estrategia de vacunación, como medida de salud pública de menor costo-beneficio.

Al analizar nuestro devenir histórico, se observa que durante la década del 70, aún algunas enfermedades prevenibles por vacunas como el Sarampión, figuraban en la lista de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad del país.

Hoy, con gran satisfacción se puede decir, que desde hace más de 20 años, a partir del inicio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Panamá, el 1 de noviembre de 1978 y con el incremento sostenido en las coberturas de vacunación, las enfermedades inmunoprevenibles han dejado de formar parte de la lista de las principales causas de morbimortalidad en el país.

Con gran éxito hemos logrado erradicar la Poliomiелitis desde 1972, al igual que la Difteria y la Fiebre Amarilla que tanta población diezmó durante la época de la construcción del Canal. Desde diciembre de 1995, mantenemos las tasas de Sarampión en cero (0).

El impacto en el descenso de las tasas de morbilidad y mortalidad por Tétanos Neonatal, son producto de:

- El aumento de coberturas en la atención del parto institucional
- La extensión de coberturas con Toxoide Tetánico y ahora con Tda al grupo de mujeres en edad fértil en todo el país
- El incremento sostenido en las coberturas de DPT al grupo menor de 5 años.

Durante 1996 y 1998, la tasa de Tétanos Neonatorum fue de cero (0) y para 1999 fue de 0.01 casos por mil nacidos vivos, en tanto que para el Síndrome de Rubéola Congénita la tasa fue de 0.03 casos por 1,000 nacidos vivos. La Viruela es otra enfermedad erradicada no sólo de nuestro país, sino del Mundo desde los años 70.

Panamá incluyó en el PAI, la vacunación Anti-Rubéola en el año 1986, coincidiendo ese año con un brote epidémico de la enfermedad en el país, el cual se repite en 1993. Ambos brotes epidémicos se relacionan con el aumento de casos tasas del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en los años 1987 y 1994, situación ésta, que lleva a considerar la necesidad de establecer estrategias que permitan eliminar el SRC como un problema de Salud Pública del país.

Panamá tiene el compromiso de erradicar el Sarampión para el año 2,000 aunque no se registran los casos. Es preocupante que a finales de 1999, tenemos aún 44 distritos con coberturas de vacunación anti-sarampión menores del 95% para la población, con una deserción del 11.0% a nivel nacional, por lo que es necesario que los esfuerzos se encaminen a alcanzar coberturas superiores al 95% a nivel de cada distrito y acelerar la vacunación en los grupos de población adulta en riesgo y vigilar el cumplimiento de las normas de vigilancia epidemiológica.

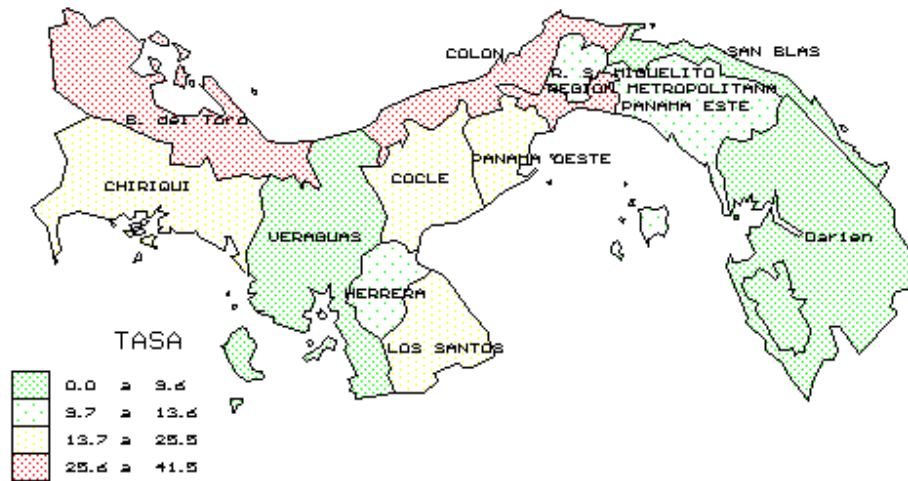
Es importante señalar que en 1999 se confirmaron 3,018 casos de Sarampión en la Región de las Américas, de los cuales el 9% se presentó en tres de los 11 países pertenecientes a Centroamérica y El Caribe, tales como: Costa Rica, República Dominicana y Haití; en estos últimos aún continúa la circulación del virus lo que nos coloca en riesgo de la introducción de este, en Panamá.

Sin embargo, aún se presentan casos de tétanos neonatal procedentes de zonas rurales apartadas y persisten epidemias periódicas de tosferina, parotiditis y rubéola. La tosferina continúa presentándose en el país, con tasas de 7.8 casos

por 100,000 hab., el 50% de los casos se presentó en las áreas indígenas de Bocas del Toro. La proyección de casos esperados indica que puede incrementarse los casos esperados si se registran disminuciones en las coberturas de vacunación por debajo de las cifras de cobertura aceptables. (Cuadro N° 90) (Anexo N° 1, en el que se presentan gráficas de tendencias de algunas enfermedades transmisibles) (Mapas N° 20, 21 y 22).

MAPA N° 20

TASA DE PAROTIDITIS EPIDEMICA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998

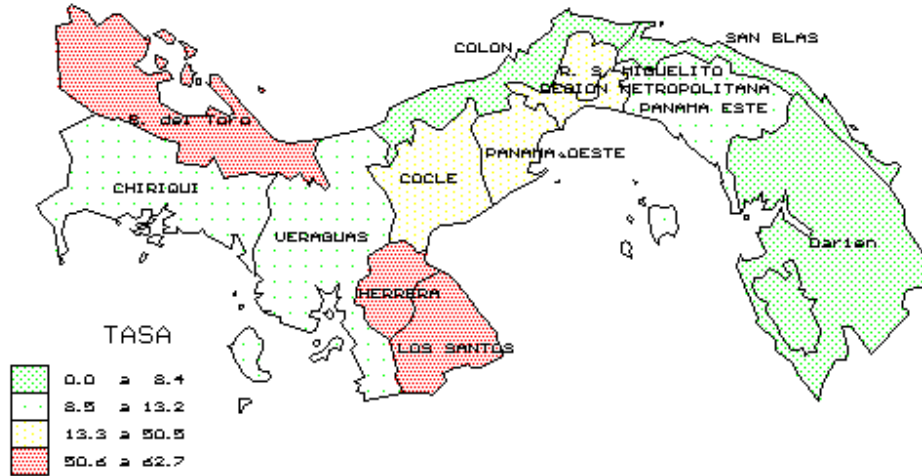


Tasa por 100,000 habitantes en base a la población.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

MAPA N° 21

TASA DE RUBEOLA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998

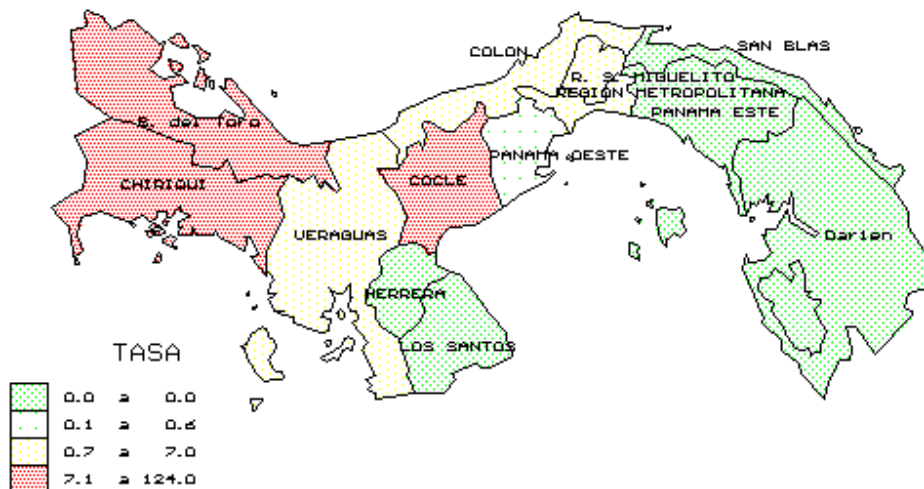


Tasa por 100,000 habitantes en base a la estimación.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/ Epidemiología.

MAPA N° 22

TASA DE TOSFERINA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la estimación.

Fuente : Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

6.2.2.3 Las Enfermedades Transmisibles.

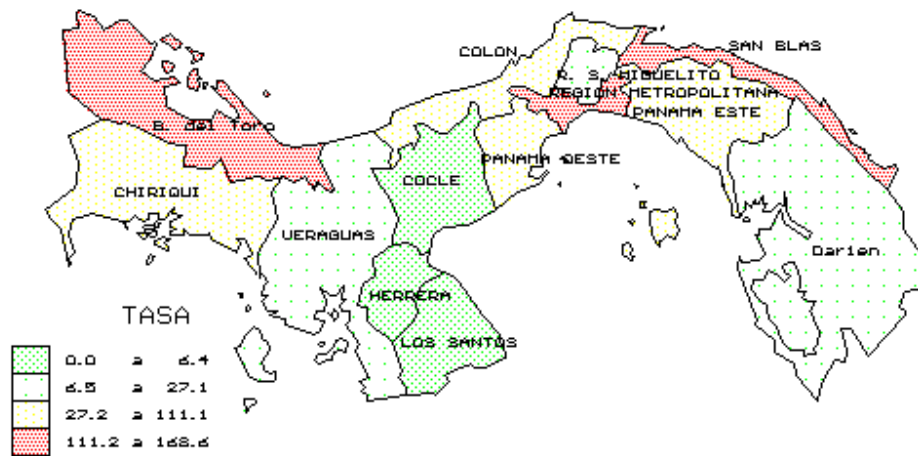
a. La Tuberculosis:

Desde 1984-85 se registra una tendencia al aumento de este problema de salud. Por otro lado, la tuberculosis pulmonar presentó, en 1994, un incremento en su tasa de incidencia, la cual registró valores de 37.7 casos por 100,000 hab. en comparación con la tasa del año 1990, que fue de 33.0 por 100,000 hab., estas tasas continúan en ascenso toda vez que para 1998 la tasa fue de 51.4 casos por 100,000 hab con un incremento porcentual 90-98 de 55.8%, Kuna Yala y Bocas del Toro (183.8 y 105.1 respectivamente). El mayor número de casos se registra en la

Provincia de Panamá, (42.6%) (Mapa N° 23). El sexo masculino es el más afectado (52.7%) y puede decirse que en los últimos 20 años se han duplicado sus tasas. (Cuadro N°78)

MAPA N° 23

TASA DE TUBERCULOSIS, EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la estimación.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

El 3.0% de los casos de tuberculosis (TBC) se asociaron al SIDA, observación importante de indicar, toda vez que la TBC es la afección oportunista más frecuente asociada con el SIDA. Durante 1998 se diagnosticó tuberculosis en 43 pacientes con SIDA, esta asociación se presentó en pacientes de las regiones Metropolitana (21 casos), de Panamá Oeste(8), San Miguelito (7), Colón (4), Chiriquí (2) y Veraguas (1)

**Cuadro N° 78: Casos De Tuberculosis Pulmonar Registrados Por
Provincia Y Sexo. República De Panamá. Año:98**

Provincia	Total		Sexo	
	N°	Tasas (x 100,000)	Maculino	Femenino
Total	1422	51.4	750	517
Bocas del Toro	139	105.1	73	66
Coclé	14	7.1	8	6
Colón	110	56.3	72	38
Chiriquí	270	63.8	146	121
Darién	20	32.5	13	7
Kuna Yala	72	183.8	32	40
Los Santos	3	3.8	1	2
Panamá	606	46.2	386	220
Veraguas	33	14.8	19	14
No Especificado	155	-	-	-

Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica

b. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

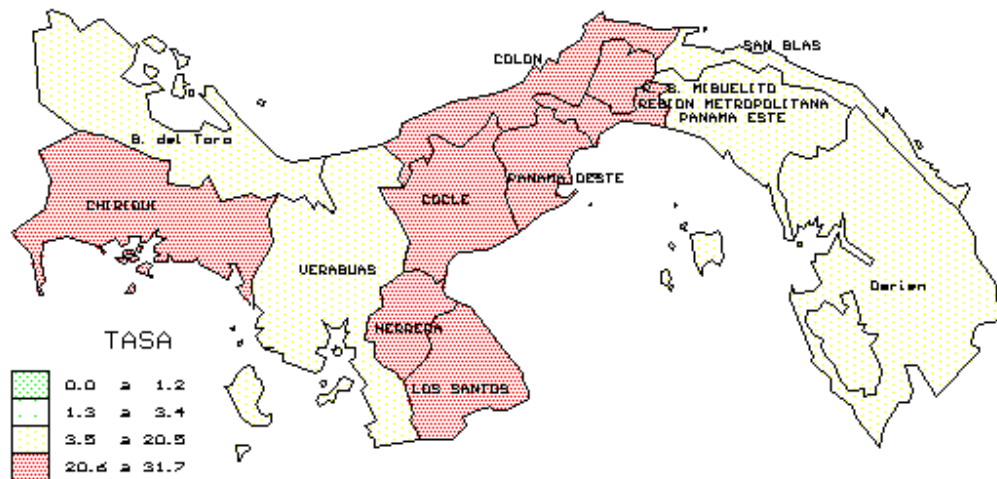
El SIDA en la república, se ha convertido en uno de los problemas más importantes de salud pública. En Panamá existe un sistema único de Vigilancia Epidemiológica que acopia la información de las instalaciones del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social (CSS) y de algunos hospitales y laboratorios privados, siendo aún muy escasa la participación del sector privado.

En el país, los dos primeros casos se registraron en septiembre de 1984 y hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían notificado 2721 casos, el 64% de estos casos desde 1995. Se han dado 2273 defunciones. A partir de 1992, se dio un aumento progresivo, abrupto y significativo en el número de casos y ya para 1998 el incremento fue de 4.7 veces comparado con 1992. La provincia más afectada es la de Panamá, con 2099 casos acumulados a 1998, de los cuales el 61% se presentaron en la región metropolitana, seguido de la provincia de Colón y Chiriquí con 15.1% y 5.3% respectivamente. Darién es la provincia que menos casos ha notificado (Cuadro No. 79, Mapa No. 24).

Por edad y sexo, el grupo de 25 a 34 años concentra el mayor número de casos (36.6%), sin embargo, el mayor riesgo de desarrollar la enfermedad se presenta en el grupo de 35 a 44 años. Igual comportamiento se aprecia en ambos sexos. El 4.4% de los casos es en los menores de 15 años de edad. La relación hombre/mujer ha ido estrechándose, así tenemos que en los primeros años de la epidemia esta relación llegó a ser hasta de 17/1 y ya en 1998 fue de 3/1.

MAPA N° 24

TASA DE SIDA, REPORTADAS EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGIONES DE SALUD AÑO : 1998



Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/ Epidemiología.

**Cuadro N° 79: Casos Reportados De SIDA Según Región.
República De Panamá. Años: 1984-1990-1992-1998**

Región	Total	Años			
		1984	1990	1992	1998
Total Nacional	2721	2	70	119	558
Bocas del Toro	14	-	4	-	-
Coclé	57	-	-	1	22
Colón	318	-	7	7	79
Chiriquí	111	-	3	4	16
Darién	4	-	-	-	-
Herrera	34	-	1	3	5
Kuna Yala	17	-	1	-	3
Los Santos	18	-	-	3	2
Panamá	2099	2	54	93	244
Este	45	-	-	1	11
Oeste	257	-	4	11	59
Metropolitana	1280	2	35	54	238
San Miguelito	517	-	15	28	117
Veraguas	44	-	-	4	6
No especificado	5	-	-	-	1

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

El modo de transmisión con el mayor número de casos es la sexual (63.5%), predominado la vía heterosexual (38.8%) seguido de la homo-bisexual (24.6%). De la transmisión sanguínea el mayor porcentaje lo ocupan los usuarios de drogas de intravenosa (3.1%). La transmisión perinatal es de 3.9%, superando la de los usuarios de drogas intravenosa y coincidiendo su aumento con el aumento de la transmisión heterosexual (Cuadro No. 80).

**Cuadro N° 80. Casos Reportados De SIDA Según Vía de Transmisión.
República De Panamá. Años: 1984-1998**

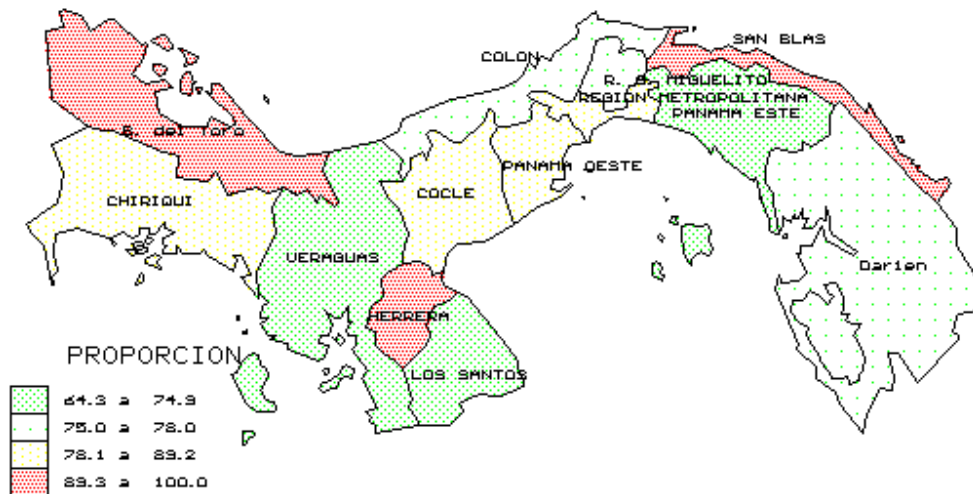
Factor de Riesgo	N° de Casos	%
Total	2721	100.0
Sexual	1730	63.5
• Homosexual	670	24.6
• Heterosexual	1057	38.8
• Abuso Sexual	3	0.1
Transfusión Sanguínea	18	0.7
Drogas I.V.	85	3.1
Perinatal	107	3.9
No especificado	765	28.2

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

La letalidad en el país por esta enfermedad es de 83.5%. La provincia de Bocas del Toro y la comarca Kuna Yala presentan una letalidad de 100%, seguida de Herrera con 94.1%, Coclé con 93% y Panamá Este con 84.4%. En todas las provincias la tasa de letalidad supera el 72% (cuadro No. 82) (mapa No. 25). El sexo masculino ha presentado una tasa de letalidad mayor que el femenino con 78.7% y 21.3% respectivamente. Los grupos con mayor letalidad han sido los de 55-64, 25-34 y 35-44 con valores que oscilan entre 88.7% y 84.9%.

MAPA N° 25

LETALIDAD ACUMULADA DE SIDA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑOS: 1984 A 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la estimación.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

La población de 0-4 años presentó una tasa de letalidad de 64.4%, más elevada en el sexo femenino (70.2%).

**Cuadro N° 81. Casos Y Letalidad Reportada Por SIDA Según Región.
República De Panamá. Años: 1984-1998**

Región	Total	Muertes	
		Número	% de Letalidad
Total Nacional	2721	2273	83.5
Bocas del Toro	14	14	100
Coclé	57	53	93.0
Colón	318	252	79.2
Chiriquí	111	93	88.8
Darién	4	3	75.0
Herrera	34	32	94.1
Kuna Yala	17	17	100.0
Los Santos	18	14	77.8
Panamá	2099	1758	83.7
• Este	45	38	84.4
• Oeste	257	212	82.5
• Metropolitana	1280	1078	84.2
• San Miguelito	517	430	83.2
Veraguas	44	32	72.7
No especificado	5	5	-

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

Estudios de Vigilancia Centinela y Datos de Seroprevalencia

En el país además de contarse con los datos de casos de SIDA, existen datos de estudios de vigilancia centinela realizados en embarazadas, puérperas y manipuladores de alimentos (Cuadro n° 82), tomado del trabajo elaborado por la Dra. Gladys Guerrero) y datos de seroprevalencia de hombres y mujeres privados de libertad.

La tasa en privados (as) de libertad del sexo masculino de 1989 a 1993 osciló entre 5.44 a 13.66% y del sexo femenino fue de 3.64% en 1990 y de 1.89% en 1991.

Se han realizado otros estudios de seroprevalencia en diferentes grupos poblacionales (individuos con factores de riesgo) y en diferentes instituciones (C.S.S., Contraloría General y ONGs). Además se cuenta con datos de seroprevalencia de la vigilancia rutinaria en donantes, en población no donante y clínica de higiene social.

La seroprevalencia en donantes de 1986 a 1999 a oscilado entre 0.06 a 0.2%, presentándose el valor más alto en 1989. Los datos de seroprevalencia en población no donante de 1986 a 1996 fluctuó entre 1.18 a 2.29% y en las trabajadoras del comercio sexual que acuden a las clínicas de higiene social de 1992 a 1997 la tasa a oscilado entre 0.18 a 0.93%.

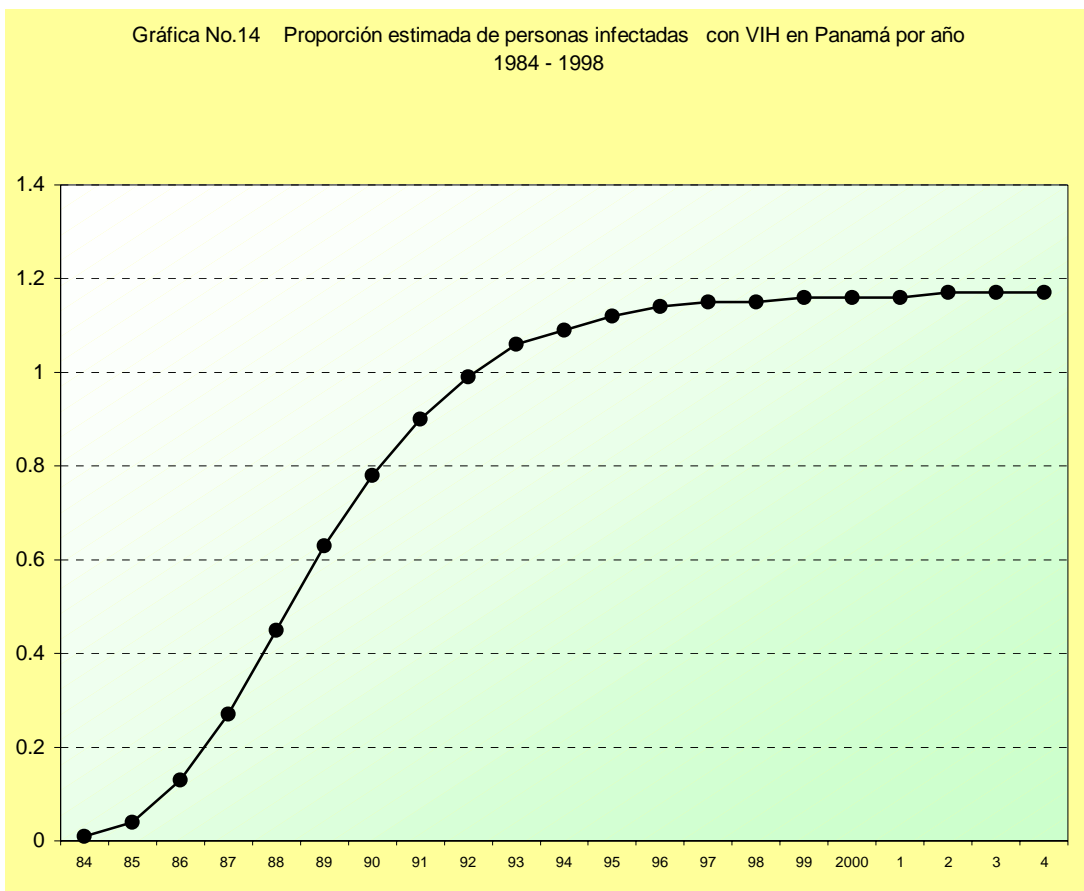
**Cuadro N° 82 . Estudios De Vigilancia Centinela De VIH
República De Panamá. Años: 1984 - 1987**

Región	Instalación de Salud	Población Estudiada	Tasa (%)	Fecha de Estudio
Chiriquí	HJDO	Puérperas	0.81	Ene. a Mar. 93
Chiriquí	HJDO	Puérperas	0.87	Dic. 94 a Feb. 95
Metro	HST	Puérperas	0.73	Ene. a Mar. 93
San Mgto	HST	Puérperas	0.75	Ene. a Mar. 93
San Mgto	Centros de Salud	Manipuladores de Alimentos	0.87	Dic. 93 a Mar. 94
San Mgto	Centros de Salud	Embarazadas	0.33	Agos. a Nov. 94
Colón	HMAG	Puérperas	0.18	Agos. a Nov. 94
Bocas del Toro	HRChanguinola	Puérperas	0	May. a Agos. 96
Herrera	HCAC	Puérperas	0	Feb. a Oct. 96
Pmá Oeste	Centros de Salud	Embarazadas	0.51	Feb. a Mar. 96
Pmá Oeste	Centros de Salud	Embarazadas	0.88	Oct. a Dic. 97

Fuente: Informe de Consultoría "Revisión de Estudios de Seroprevalencia del VIH en Panamá"

Estimación De VIH Positivo Y Enfermos De SIDA En Panamá

Para efecto de las proyecciones se ha trabajado con modelos matemáticos que podrían tener validez en el país. En Panamá no se lleva el registro sistemático anual de los pacientes infectados, por lo que solo se disponen de estimaciones de infectados de VIH realizadas con estos modelos, primeramente (hasta 1997) con EPIMODEL (presentado por OPS) y posteriormente con Spectrum (presentado por PASCA). Según este último modelo utilizado durante el estudio “El impacto socioeconómico del VIH/SIDA en Panamá”, este modelo estimó y proyectó una curva de prevalencia de VIH en la que se asumió que el período de crecimiento rápido de la infección se dio en la década del 80, y que actualmente se ha dado una estabilización (cuadro No. 83, gráfica No. 14).



Basado en este modelo se estimó que en el país se infectan desde 1995 un promedio anual de 20000 personas (acumulándose desde esa fecha aproximadamente 80000 personas infectadas). Se estimó un promedio de 1500 casos nuevos de SIDA por año desde 1995 en la población adulta (mayores de 15 años de edad) acumulándose 6000 posibles casos entre 1995 y 1998.

De acuerdo a esta estimación la relación entre VIH positivos y casos de SIDA esperados por año desde 1995 es aproximadamente de 20/1.

Estimación De Embarazadas Infectadas Con VIH Positivo

La vigilancia centinela en embarazadas se realiza en Panamá desde 1993, llevándose a cabo estudios en diferentes regiones de salud, la prevalencia en este grupo ha oscilado entre 0% en Herrera y Bocas del Toro y 0.87% en Chiriquí. De acuerdo al trabajo MINSA-PASCA que establece una prevalencia de 0.77% al combinar los datos existentes de la Metro y Chiriquí para 1993, se estimó que para 1999 se presentarían alrededor de 637 embarazadas VIH positivas.

Estimaciones y Proyecciones

Se construyeron tres escenarios diferentes de prevalencia para realizar estimaciones para 1999 y proyecciones para el 2005 del número de embarazadas VIH positivas esperadas y estimaciones para 1999 y el 2000 del número de VIH positivos esperados.

Para construir estos tres escenarios se utilizaron, para las embarazadas los datos de estudios de vigilancia centinela y para los VIH positivos los datos de seroprevalencia observados en población no donante (Dra. Guerrero) utilizados en el trabajo MINSA-PASCA.

Las Embarazadas VIH+ Esperadas

- **0.8%**, (producto de combinar datos existentes de la Metro y Chiriquí para 1993), según lo cual se esperan 687 infectadas en 1999 y 821 en el 2005.
- **2.0%**, (oscilación máxima del intervalo de confianza observado en estudios de Chiriquí, Metro y San Miguelito), lo que estima en 1718 las infectadas esperadas en 1999 y 2051 para el 2005.
- **3.5%**, (oscilación máxima del intervalo de confianza en estudio de Panamá Oeste en 1997), esto nos lleva a esperar 3007 infectados en 1999 y 3590 en el 2005.

Los VIH+ Esperados

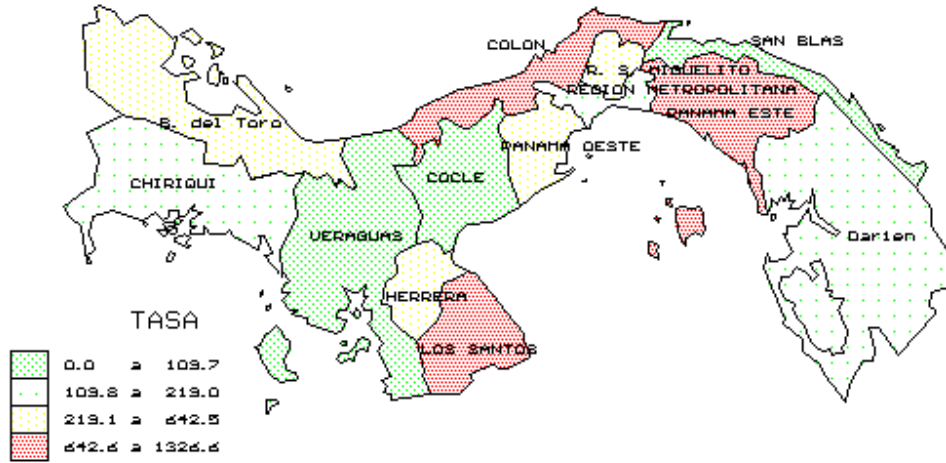
- **1.1%**, (estimó en 1.1% la prevalencia nacional al combinar los datos calculados de prevalencia en áreas urbanas y rurales), se estiman 30902 infectados en 1999 y más de 33700 en el 2000.
- **2.29%**, (valor máximo de seroprevalencia en población no donante), se calculan 50567 infectados y en el año 2000 superarían los 55000 infectados.
- **1.8%**, (seroprevalencia en una muestra de 23788 no donantes del MINSA en 1999), se estiman 64332 infectados en 1999 y 70000 en el año 2000.

c. La Enfermedad Inflamatoria Pélvica:

En cuanto a la enfermedad inflamatoria pélvica se destaca un incremento progresivo de este problema de salud, el cual para 1998 alcanzó una tasa de 550.0 casos por 100,000 mujeres, con mayor prevalencia que la nacional en las regiones de Panamá Este y Los Santos (1326.6 y 1048.8 casos por 100,000 mujeres) (Cuadro N° 83) (Mapa N° 26)

MAPA N° 26

TASA DE ENF. INFLAMATORIA PELVICA, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la población
femenina de 15 años y más.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

**Cuadro N° 83: Casos Y Tasas De Enfermedad Inflamatoria Pélvica
Según Región. República De Panamá. Años: 1998**
(por 100,000 mujeres)

Región	N°	Tasa
Total Nacional	4,000	550.0
Bocas del Toro	342	538.6
Coclé	90	95.8
Colón	618	642.6
Chiriquí	246	118.0
Darién	31	109.8
Herrera	111	219.5
Kuna Yala	1	4.9
Los Santos	405	1048.8
Panamá Este	596	1326.6
Panamá Oeste	626	515.8
Metropolitana	400	143.3
San Miguelito	534	243.4
Veraguas	0	0.0

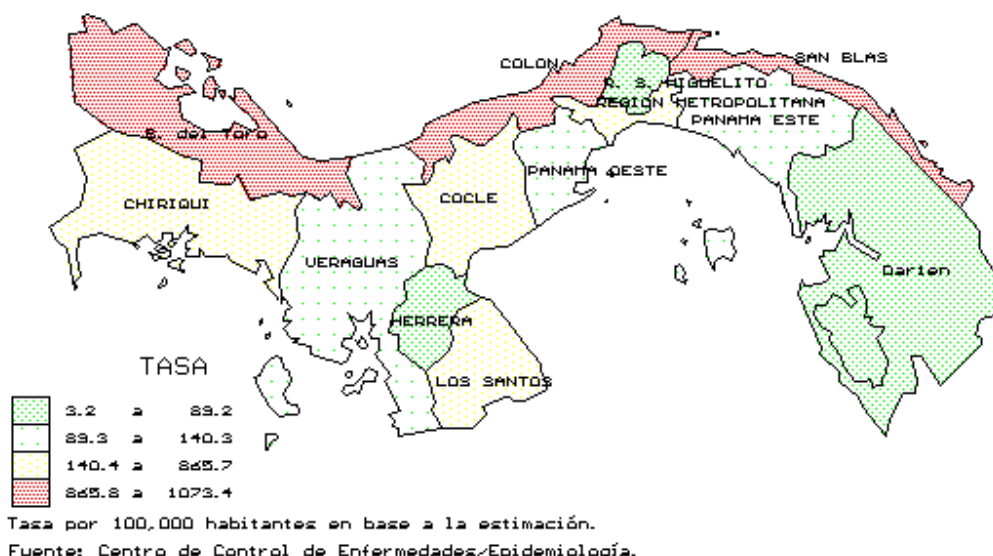
Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

d. Las Neumonías:

Desde 1994 se registran, en el sistema de vigilancia epidemiológica, las neumonías, incluidas en esta las bronconeumonías, las tasas de morbilidad del menor de 5 años, por esta causa fueron en 1994 de 1350.9 casos por 100,000 hab y para 1997 de 1406.6 lo que indica se ha dado un incremento porcentual de 4.1%. La población más afectada fue la de 1-4 años en la cual se presentó el 62% de los casos en 1994 y el 55.4% en 1997. Las tasas más elevadas ocurrieron en el menor de un año, donde además, se observa un incremento de 22.8% al relacionar los años 94-97 (tasas de 2568.8 y 3155.7 respectivamente). (Cuadro N°84) En 1998 las tasa más elevadas se ubicaron en las regiones de Bocas del Toro, Colón y Kuna Yala. (Mapa N° 27)

MAPA N° 27

TASA DE NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS, REGISTRADAS EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGIONES DE SALUD. AÑO: 1998



Cuadro N° 84: Morbilidad Por Neumonía En Menores De Cinco Años. República De Panamá. Años: 1994 - 1997 (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

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 1998

e. Las Diarrea:

Como parte de las enfermedades de notificación obligatoria se encuentra la morbilidad por diarrea, patología que evidencia un incremento progresivo del número de casos y tasas durante el periodo 86-98, cuando sus tasas aumentaron

porcentualmente en 43.1%., siendo durante todo el periodo más prevalentes en los menores de un año, aunque el mayor número de casos se registro en la población de 1-4 año. (Cuadro N° 85). En 1998 la tasa nacional de enfermedad diarreica fue de 4553.1 casos por 100,000 hab, el 37.3% de los casos se presentaron en la Región Metropolitana y el 16.7 en San Miguelito. La prevalencia por esta causa fue mayor en las regiones Metropolitana, de Bocas del Toro, Panamá Oeste y Herrera, con cifras de 8,622.4, 6,814.5, 6,373.3 y 5380.0, respectivamente. (Cuadro N° 86). Resalta el hecho de que en 1998 no ocurrieron casos de Cólera. (Mapa N° 28)

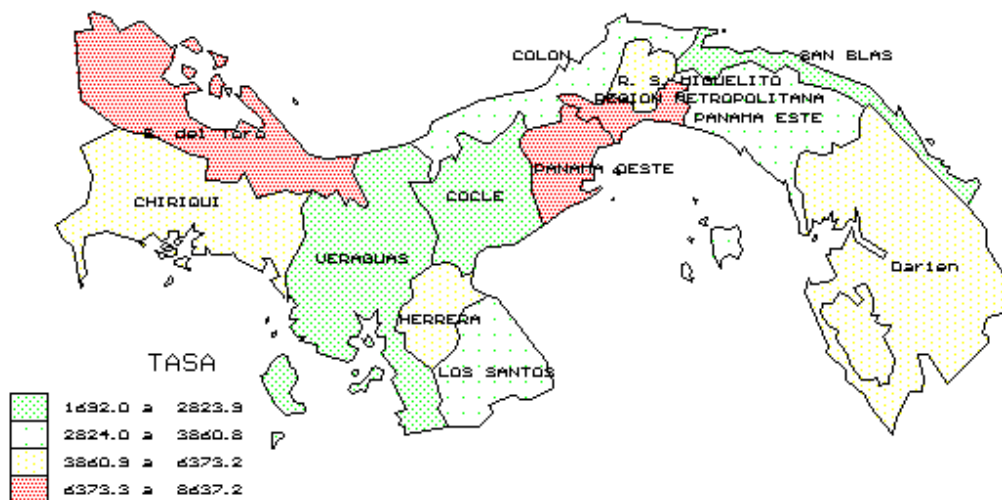
**Cuadro N° 85: Morbilidad Por Diarreas En Menores De Cinco Años.
República De Panamá. Años: 1986-1990-1996-1998
(100,000 hab.)**

Años	Total		Menor de Un Año		1 - 4 Años	
	N°	Tasas	N°	Tasas	N°	Tasas
1986	44983	15809.5	19785	33490	25198	11176.5
1990	53438	17765.0	21481	34707.0	31957	13505.2
1996	52413	17217	19279	31848.7	33134	13586.0
1998	686608	22638.3	24234	40186.4	44374	18227.9

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 1998

MAPA N° 28

TASA DE ENFERMEDADES DIARREICA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la estimación

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/ Epidemiología.

**Cuadro N° 86: Casos Y Tasas De Diarreas En Población Total Según
Regiones De Salud. República De Panamá. Años: 1998**
(100,000 hab.)

Regiones de Salud	Total	
	N°	Tasas
Total Nacional	125831	4553.1
Bocas del Toro	9015	6814.5
Coclé	5153	2630.7
Colón	6484	3317.8
Chiriquí	18293	4322.1
Darién	2388	3885.3
Herrera	5537	5380.0
Kuna Yala	817	2085.4
Los Santos	3045	3821.5
Panamá Este	2607	2840.3
Panamá Oeste	15750	6373.3
Metropolitana	46967	8622.4
San Miguelito	21035	761.1
Veraguas	3765	1694.2

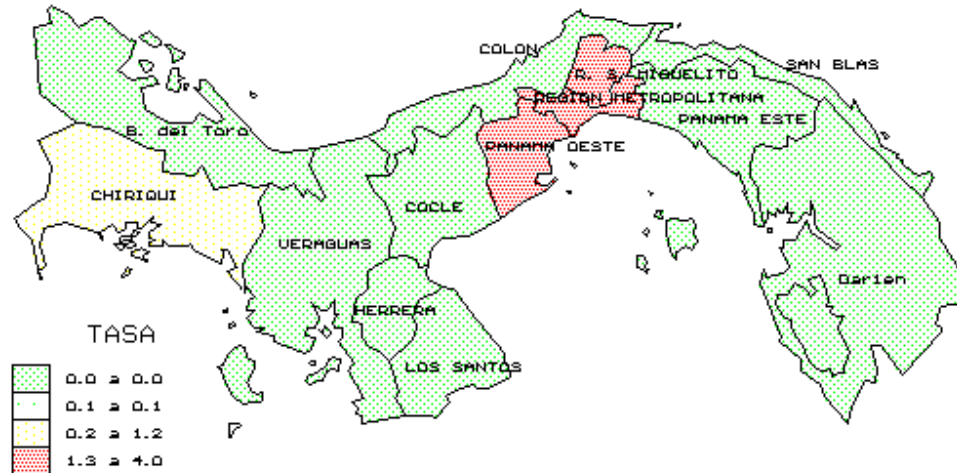
Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Año: 1998

f. La Sífilis:

La sífilis constituye una de las enfermedades de transmisión sexual de relevancia en cuanto a que afecta pues afecta a toda la población, incluida las mujeres embarazadas y a los menores de un año. Al analizar el comportamiento de la sífilis congénita se observa que la misma se mantiene más o menos estable con cifra de 0.3 casos por 100,000 hab. en 1984 y de 0.4 en 1998. La mayor incidencia de sífilis en la República se ubica en el grupo de las sífilis precoz latente cuyas tasas se han prácticamente duplicado (84-98) cuando de 4.4 en 1984 alcanzó niveles de 8.2 en 1998. En el caso de la sífilis precoz sintomática se observa una tendencia fluctuante en el periodo 84-98, con una tasa de 3.4 casos por 100,000 hab. en 1998. Desde el año 1993 no se reportan casos de neurosífilis y en 1994 se registraron 3 casos de sífilis cardiovascular. (Cuadro N° 87). En 1998 las regiones de San Miguelito y Metropolitana registraron las tasas más elevadas y el mayor número de casos (65.2 y 31.3 casos por 100,000 hab) y 51.4% y 19.4% respectivamente. (Mapas N° 29 y 30)

MAPA N° 29

TASA DE SIFILIS CONGENITA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998



Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

Cuadro N° 87: Casos Y Tasas De Sífilis Según Tipo De Sífilis. República De Panamá. Años 1984-1997

ENFERMEDAD	A Ñ O S									
	1984		1985		1986		1987		1988	
	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/	Nº	T 1/
Sífilis Congénita 2/	19	0.3	8	0.1	10	0.2	10	0.2	19	0.3
Sífilis Precoz Sintomática	220	10.3	197	9.0	82	3.7	269	11.8	220	9.5
Sífilis Precoz Latente	93	4.4	64	2.9	45	2.0	169	7.4	203	8.7
Sífilis Tardía Latente	23	1.1	14	0.6	1	0.1	22	1.0	10	0.4
Otras Sífilis Tardía	0	0.0	1	0.1	0	0.0	2	0.1	3	0.1
Otras Sífilis y las no especificadas	638	29.9	521	23.9	352	15.8	301	13.2	267	11.5
Sífilis Cardiovascular	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Neurosífilis	0	0.0	1	0.1	0	0.0	2	0.1	1	0.0

ENFERMEDAD	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

* P/ cifras preliminares

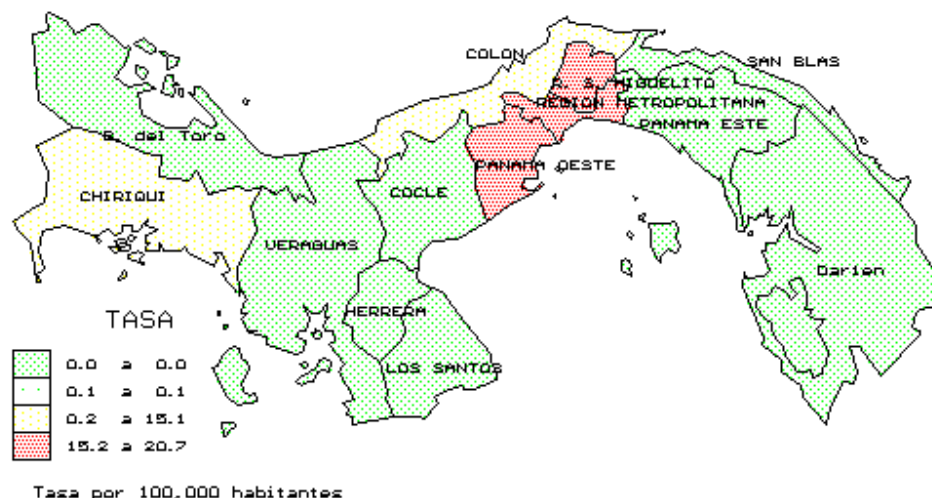
1/ Tasa por 100,000 habitantes.

2/ Tasa por 1,000 Nacidos Vivos.

Fuente: Departamento de Vigilancia de Factores Protectores de Riesgo a la Salud y Enfermedades.

MAPA N° 30

TASA DE SIFILIS PRECOZ LATENTE, EN
LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

g. La Leishmaniasis:

La Leishmaniasis, enfermedad asociadas a vectores, en últimos años se ha incrementado tanto en sus valores absolutos como en la tasa de incidencia, situación que se observa cuando se comparan los valores para los años 1994 y 1990. Las regiones sanitarias más afectadas son las de Colón, Bocas del Toro y Coclé. Para 1998 la tasa en toda la República fue de 61.3 casos por 100,000 hab. y las provincias más afectadas fueron Bocas del Toro, Panamá Este, Coclé y Colón con tasas de 357.5, 220.1, 178.2 y 104.4 casos por 100,000 hab., respectivamente. (Cuadro N° 88) (Mapa N° 31). Cabe destacar que como consecuencia de los procesos de urbanización de zonas de riesgo y por la expansión de las fronteras agrícolas se están presentando casos en zonas en donde antes no se había registrado su existencia. Según

los registros de servicios de salud la población menor de 15 años es la que presenta mayor demanda por esta causa.

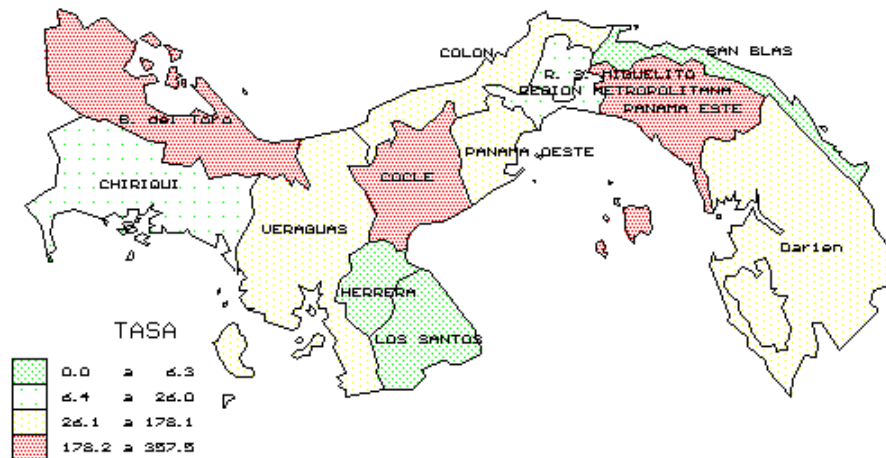
Cuadro N° 88: Casos Y Tasas De Morbilidad Por Leishmaniasis Según Región. República De Panamá. Años: 1998

Región	Muertes	
Total Nacional	1693	61.3
Bocas del Toro	473	357.5
Coclé	349	178.2
Colón	204	104.4
Chiriquí	51	12.0
Darién	50	81.4
Herrera	0	0
Kuna Yala	1	2.6
Los Santos	3	3.8
Panamá Este	202	220.1
Panamá Oeste	219	88.6
Metropolitana	55	10.1
San Miguelito	28	6.5
Veraguas	58	26.1

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSA

MAPA N° 31

TASA DE LEISHMANIASIS, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la población estimada.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

Según documento de referencia del Centro de Control de Enfermedades, publicado en julio de 1998, se han estimado, a partir del comportamiento de las enfermedades transmisibles de alta frecuencia el número de casos esperados para los años 2,000 y 2005. Esta estimación toma como base los años 1988 a 1997 y se ha levantado mediante el procedimiento de regresión lineal. El cuadro n° 89, indica los casos esperados según patología y en general proyecta un incremento de los casos del año 2000 al 2005.

Cuadro N° 89: Proyección De Casos Esperados Para Los Años 2,000 Y 2,005 De Algunas Enfermedades Transmisibles De Alta Frecuencia Basados En La Conducta De Los Años 1988 A 1997. República De Panamá. Año; 1998

Enfermedad	Casos Esperados	
	2000	2005
Tuberculosis Pulmonar	1847	2474
Tosferina	125	456
Sarampión	0	0
Rubeola	2811	3483
Parotiditis	1138	946
Sífilis Precoz Sintomática	43	0
Gonorrea	783	0
Enf. Inflamatoria Pélvica	4564	6120
Uretritis no gonócoccica	615	497
Malaria	416	274
Leishmaniasis	2475	3151
Intoxicación Alimentaria	1304	1549
Amebiasis	3870	4667
Diarrea	131980	157596
Toxoplasmosis	320	259
Varicela	13026	15507
Hepatitis A	1213	1342
Influenza	221836	282194
Neumonía	3114	1084

Fuente: Centro de Control de Enfermedades. MINSa

h. La Malaria:

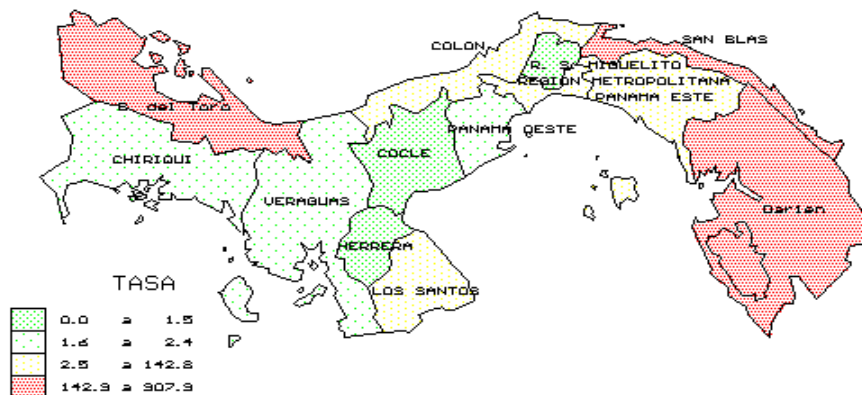
Durante el periodo 92 al 98 se han detectado 4,693 casos de Malaria en todo el Territorio Nacional, habiendo examinado 1,617,227 muestras sanguíneas (Cuadro N°90), con un porcentaje de positividad de 0.3%. Del total de casos acumulados en el periodo en mención 1,039 casos se presentaron en 1998, lo que

corresponde al 22.1% de los casos. En comparación con el año anterior, 1997 a la misma fecha se duplicó el número de casos, esto es motivado por el brote epidémicos registrados y como consecuencia de movimientos migratorios indígenas. Del año 1996 al 98 se ha presentado una fuerte tendencia al aumento de casos por esta patología.

En el año 1998 el mayor número de casos se concentraron en las regiones sanitarias de Darién (555), Bocas del Toro (191), Panamá Este (104), Colón (82) y Kuna Yala (56); esta concentración geográfica de los casos fue similar en el año 1997. (Cuadro N° 91; Mapa N° 32). Durante el periodo 90 - 97 se agrega a estas regiones la de Chiriquí. Para 1998 la distribución y focalización de los casos se da así: 53.2% en la Provincia de Darién; en Bocas del Toro el 18.4%, Panamá Este 10.0%, Colón 7.9%, y Kuna Yala 5.4%. Sólo la provincia de Herrera se mantienen libre de Malaria.

MAPA N° 32

TASA DE MALARIA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD AÑO : 1998



Tasa por 100.000 habitantes en base a la estimación.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/ Epidemiología.

Cuadro N° 90: Muestras Examinadas Y Casos De Malaria Detectados.**República De Panamá. Años: 1992-1998**

Año	Muestras Examinadas	Casos Detectados
Acumulado	1617227	4693
1992	308,358	727
1993	278,557	481
1994	237,992	735
1995	222,498	730
1996	188,914	476
1997	193,853	505
1998	187,055	1,039

Fuente: Departamento de Control de Vectores y Zoonosis.
Ministerio de Salud

Cuadro N° 91: Muestras Examinadas Y Casos De Malaria, Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1997-1998

Región de Salud	1997		1998	
	Muestras	Casos	Muestras	Casos
Bocas del Toro	24,038	109	34,213	191
Coclé	43	0	5,118	3
Colón	13,707	46	13,559	82
Chiriquí	34,095	14	30,841	8
Darién	62,563	187	55,644	555
Herrera	3,276	0	3,157	0
Kuna Yala	10,417	14	12,246	56
Los Santos	5,321	0	4,615	2
Metropolitana	274	22	3,764	24
Panamá Este	1,694	108	10,064	104
Panamá Oeste	6,579	1	5,664	4
San Miguelito	1,407	4	1,476	6
Veraguas	847	0	6,694	4

Fuente: Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. Ministerio de Salud
Año: 1998

Al analizar la especie de Plasmodium que afecta a la población panameña se observa que a partir de 1996 se da un incremento de los casos cuyo agente patógeno es el Plasmodium falciparum, entidad que genera mayor sintomatología e incrementa el riesgo de muerte por esta causa, situación que se evidencia al analizar el periodo 95 al 98 cuando de 2.5% en el 95 pasa a 11.9% en el 98; el porcentaje de incremento de casos falciparum fue de 3.76% (Cuadro N° 92)

Cuadro N° 92: Porcentaje de Casos De Malaria Según Especie De Plasmodium Detectada. República De Panamá. Años: 1995-1998

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

Fuente: Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. MINSA

De la totalidad de los casos registrados en todo el país, durante 1998, el 85.4% de los casos registrados como autóctonos y 14.6 como importados de otros países. Si se comparan estas cifras con las de 1996, se observa un incremento de casos autóctonos para 1998, pues para el 96 esta cifra era del orden del 79%.

i. El Dengue:

En relación al Dengue, Panamá desde 1942 no tenía esta enfermedad, en 1993 se detectan los primeros 14 casos, luego de 8 años de lucha contra el vector que reinfestó el país en 1985. En el año de 1994 se diagnosticaron 790 casos de Dengue Clásico, 3,084 en 1995 con 3 casos de Dengue Hemorrágico y una defunción, en 1996 se registraron 812 casos; presentando para este año una disminución de 75% en relación con 1995. Las Tasas de Morbilidad en estos 4 años ha sido de 0.5, 30.3, 117.2, 29.7 respectivamente.

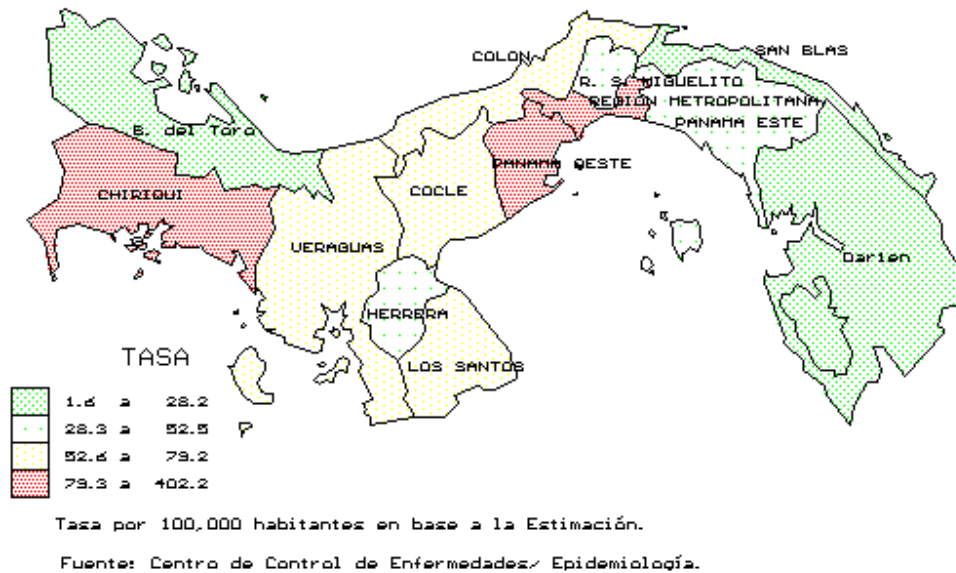
**Cuadro N° 93: Casos Y Tasas De Dengue Clásico Según Región.
República De Panamá. Años: 1993-1998**
(tasas por 100,000 hab)

Región de Salud	1998		1993-1998 (acumulado)	
	N°	Tasas	N°	Tasas
Total	2802	101.4	10,143	382.4
Bocas del Toro	10	7.6	19	15.6
Coclé	120	61.3	150	78.7
Colón	143	73.2	164	86.7
Chiriquí	648	153.1	1376	335.3
Darién	1	1.6	8	14.2
Herrera	47	45.7	404	398.1
Kuna Yala	11	28.1	22	57.4
Los Santos	51	64.0	436	545.7
Panamá Este	26	28.3	37	42.6
Panamá Oeste	994	402.2	3084	1318.2
Metropolitana	425	78.0	2728	521.5
San Miguelito	201	47.0	1516	377.8
Veraguas	117	52.6	178	81.1

En el periodo 93 al 98 se han presentado un total de 10,143 casos de dengue clásico, para una tasa a nivel nacional de 382.4 casos por 100,000 hab. Durante 1998, existía un índice de infestación del mosquito *Aedes aegypti* del 2.1.%, diagnosticándose un total de 2,802 casos de Dengue Clásico, que representaron el 27.6% de los casos 93-98, y una tasa de 101.4 casos por 100,000 hab.. Las regiones con mayor número de casos fueron Panamá Oeste, Chiriquí, Metropolitana y San Miguelito comportamiento que se ha mantenido durante todo el periodo en estudio. (Cuadro N° 93; Mapa N° 33). Esta situación puede ir en aumento de persistir hábitos higiénicos y comportamientos insalubres en un amplio sector de la población panameña. En el país se ha detectado la presencia de los cuatro serotipos del virus de dengue, que día a día afectan más panameños y por ende se incrementa el riesgo de brotes epidémicos de dengue hemorrágico. En 1998 se registró un caso de dengue hemorrágico, en el corregimiento de San Felipe de la región Metropolitana de Salud, el cual sobrevivió sin secuelas.

MAPA N° 33

TASA DE DENGUE, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGIN DE SALUD, AÑO : 1998



j. La Toxoplasmosis

Durante el periodo 77-95 se registraron, en la República de Panamá, un total de 4,227 casos de Toxoplasmosis, reportándose el menor número de ellos en las regiones de Kuna Yala y Darién con 7 y 4 casos respectivamente, con un incremento de casos, a partir de 1993, en las regiones de Bocas del Toro, Coclé, San Miguelito y Veraguas. (Cuadro N° 94)

La distribución porcentual de los casos acumulados refleja a las regiones sanitarias Metropolitana, de Chiriquí y de Azuero como las de mayor proporción de casos acumulados (33.9, 18.8 y 15.9%, respectivamente) (Cuadro N° 94). Para

1998 el mayor número de casos se presentó en Coclé, Los Santos y Chiriquí (Mapa N°34)

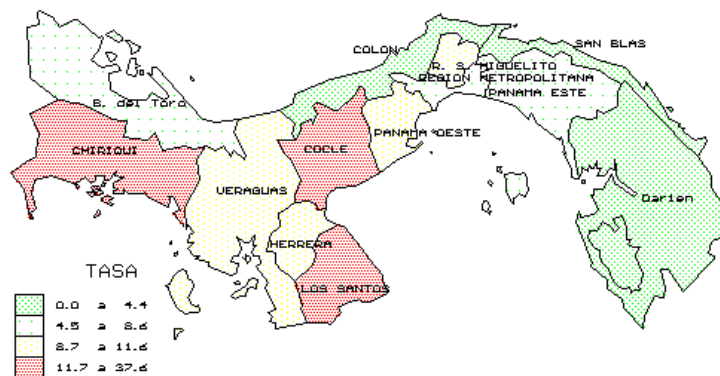
Cuadro N° 94: Casos Acumulados De Toxoplasmosis Según Región. República De Panamá. Años: 1977-1995

Región	Casos Acumulados	
	Nº	%
Total Nacional	4277	100
Bocas del Toro	38	0.9
Coclé	144	3.4
Colón	18	0.4
Chiriquí	805	18.8
Darién	4	0.09
Azuero	681	15.9
Kuna Yala	7	0.2
Panamá	374	8.7
Panamá Este	19	0.4
Panamá Oeste	293	7.9
Metropolitana	1449	33.9
San Miguelito	73	1.7
Veraguas	322	7.5

Fuente: División de Epidemiología. Ministerio de Salud.
Año: 1995

MAPA N° 34

TASA DE TOXOPLASMOSIS, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



Taza por 100,000 habitantes en base a la estimación.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

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. (Cuadro N° 95). Durante el periodo 90-95, el grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 5 a 14 años con 97.8 casos por 100,000 habitantes. (Cuadro N° 96)

Cuadro N° 95: Tasas Acumuladas De Toxoplasmosis Según Región De Salud República De Panamá. Periodos: 1977-1995

Región de Salud	1977-1980		1981-1985		1986-1990		1991-1995	
	Casos	Tasas (1)	Casos	Tasas (2)	Casos	Tasas (3)	Casos	Tasas (4)
República	338	18.5	1448	70.6	1073	44.7	1365	53.8
Bocas del Toro	-	-	8	11.5	4	5	26	23.4
Coclé	7	4.8	23	14.9	30	17.9	84	45.4
Colón	2	1.2	7	3.8	6	3	3	1.5
Chiriquí	9	3.1	136	41.1	219	59.5	441	111.1
Darién	-	-	4	11.7	-	-	-	-
Azuero	18	11.4	233	133.1	304	164.7	126	70.2
Kuna Yala	*	-	1	2.6	*	-	3	8.1
Panamá (1)	95	11.6	323	35.5	*	-	*	-
Panamá Este	*	-	*	-	1	2	18	50.3
Panamá Metro (2)	207	47.1	647	69.5	343	41.5	258	40.7
Panamá Oeste	*	-	-	-	67	35.1	182	79.3
San Miguelito	*	-	*	-	*	-	67	24.4
Veraguas	-	-	66	33.3	99	46.4	157	72.6

(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

(3) 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

Fuente: División de Epidemiología. Ministerio de Salud. Año: 1995

Cuadro N°96: Tasas Acumuladas De Toxoplasmosis Según Grupo De Edad.
República De Panamá. Años: 1990-1995
(tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad (años)	Acumulados	
	Casos	Tasas
Total Nacional	1605	63.2
Menor de un Año	36	0.5*
1-4	153	63.1
5-14	550	97.8
15-44	743	61.3
45 y más	123	26.8

* Tasas por 10000 N.V.

Fuente: División de Epidemiología. Ministerio de Salud.

k. La Brucelosis

El total de casos registrados de brucelosis fue de 73, para el periodo 77-95. No se registraron casos en Darién y San Blas. Para 1997 estas cifras habían alcanzado un total de 82 casos, lo que refleja un incremento en 9 casos en un periodo de 2 años (12% de incremento porcentual). (Cuadro N° 97)

Las tasas acumuladas más altas (1.4 casos por 100,000 hab) se registraron en el periodo 81-85 y la mayor cantidad de casos (30) y las regiones con mayor prevalencia fueron, en orden decreciente, las de Bocas del Toro, Azuero y Colón. La enfermedad parece ser endémica en Chiriquí y Coclé. Desde 1990 no se registran casos en Bocas del Toro y desde hace alrededor de 10 años no se presentan casos en Azuero, Colón y Veraguas. La tasa nacional 91-95 fue cuatro veces mayor que la del periodo 86-90 y para el periodo 91-95 la misma ha sido 7 veces menor que la del periodo 81-85, reflejándose una tendencia al descenso de este problema sanitario. (Cuadro N°98)

Los grupos etáreos con mayores tasas acumuladas (90-95) fueron los de 45 y más años y el de 15-44 años. Desde el año 90, no se presentaron casos en

menores de 5 años lo que evidencia la asociación de esta patología con las edades productivas. (Cuadro N°98)

Según registros del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Desarrollo Agropecuario, durante los años 86-90 se registraron los mayores porcentajes de positividad en las muestras de bovinos examinados en las diferentes fincas de la República, estos oscilaron entre 3.6 y 5.6%, para el periodo 84-85 estuvieron entre 1.7 y 1.5; en tanto que del 91 al 94 la variación estuvo entre 2.4 y 0.7%, con tendencia a la disminución progresiva de bovinos positivos por brucelosis.

**Cuadro N° 97: Tasas Acumuladas De Brucelosis Según Región De Salud
República De Panamá. Periodos: 1977-1995**

Región de Salud	1977-1980		1981-1985		1986-1990		1991-1995	
	Casos	Tasas (1)	Casos	Tasas (2)	Casos	Tasas (3)	Casos	Tasas (4)
República	17	0.9	30	1.4	5	0.2	21	0.8
Bocas del Toro	-	-	6	8.6	1	1.2	-	-
Coclé	4	2.7	1	0.6	2	1.2	2	1
Colón	-	-	4	2.2	-	-	-	-
Chiriquí	3	1.1	2	0.6	2	0.5	2	0.5
Darién	-	-	*	-	-	-	-	-
Azuero	2	1.2	10	5.7	-	-	-	-
Kuna Yala	*	-	*	-	*	-	-	-
Panamá (1)	-	-	3	0.3	-	-	-	-
Panamá Este	*	-	*	-	-	-	7	19.5
Panamá Metro (2)	4	0.9	2	0.2	-	-	1	0.1
Panamá Oeste	*	-	*	-	-	-	-	-
San Miguelito	*	-	*	-	-	-	9	3.2
Veraguas	4	2.3	2	1.1	-	-	-	-

(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

(3) 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

Fuente: División de Epidemiología. Ministerio de Salud. Año: 1995

Cuadro N° 98: Tasas Acumuladas De Brucelosis Según Grupo De Edad.
República De Panamá. Años: 1990-1995
(tasas por 100,000 hab.)

Grupo de Edad (años)	Acumulados	
	Casos	Tasas
Total Nacional	22	0.87
Menor de un Año	-	-
1-4	-	-
5-14	4	0.72
15-44	12	0.99
45 y más	6	1.31

* Tasas por 10000 N.V.

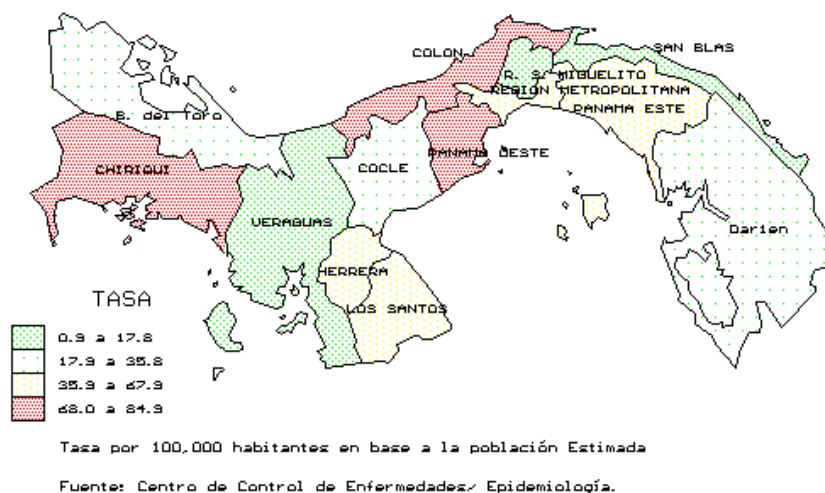
Fuente: División de Epidemiología. Ministerio de Salud.

I. Las Intoxicaciones Alimentarias

Al comparar el comportamiento de las intoxicaciones alimentarias durante los años 95-98 se observa un descenso porcentual de los casos de intoxicación alimentaria del 22.0% y de sus tasas del orden del 25.7%. Llama la atención que al confrontar el año 97 con el 98, en este último año se dio un incremento de 153 casos en relación con el año anterior y de sus tasas en un 15.4%. (Cuadro N° 99). En Chiriquí, Panamá Oeste y Colón, se registraron las tasas más elevadas de intoxicación alimentaria, las más bajas se registraron en Veraguas y Kuna Yala.

MAPA N° 35

TASA DE INTOXICACION ALIMENTARIA, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998



Cuadro N° 99: Casos y Tasas De Intoxicaciones Alimentarias Según Año.

República De Panamá. Años: 1995-1998
(tasas por 100,000 hab.)

Años	Casos	Tasas
1995	1331	50.5
1996	1281	47.9
1997	884	32.5
1998	1037	37.5

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. MINSA.

m. Enfermedades De Origen Hidrico

Las enfermedades transmitidas por aguas contaminadas son múltiples. En los menores de 5 años de edad, las diarreas se encuentran entre las principales causas de consulta y en los adultos jóvenes, en plena edad productiva, las parasitosis se encuentra entre las patologías más

frecuentes. Una de las consecuencias, más importantes, del déficit sanitario es su contribución como factor de riesgo para enfermar o morir a causa de enfermedades entéricas, patologías estas asociadas con la contaminación microbiológica del agua.

Aún siguen apareciendo como causa de defunción las infecciones intestinales mal definidas, las cuales se incrementaron del 92 al 97 en un 66%; de igual forma se registran todas las enfermedades infecciosas y parasitarias, encontrándose un incremento en el año de 1.68 casos en relación al año 92.

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° 100) 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. (Cuadro N° 101).

**Cuadro N°100. Defunciones Por Patología De Origen Entérico.
República De Panamá. Años: 1992-1997.**

Clasificación De Las Enfermedades	Años					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997
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
Todas las Enfermedades Infecciosas y parasitarias (069)	28	25	24	26	28	47

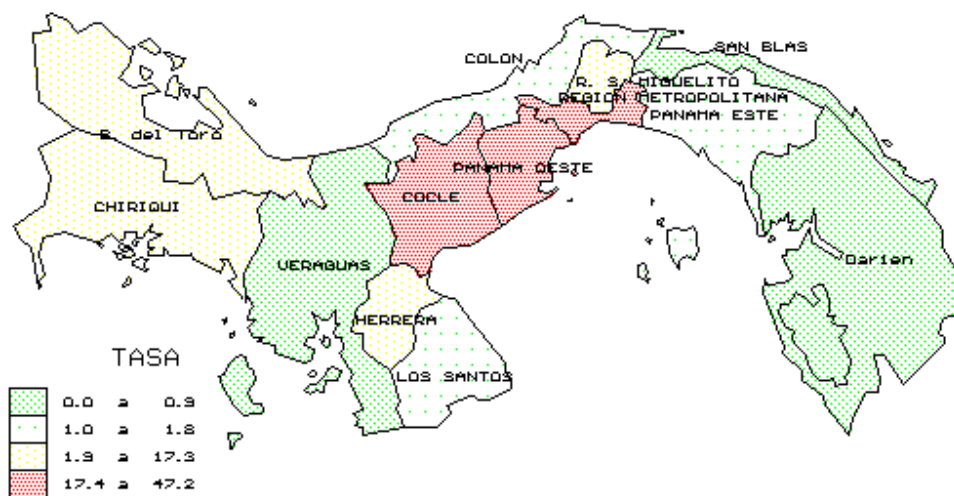
Fuente: Panamá en cifras años 1992-1996. Dirección de Estadística y Censo, Contraloría General. República de Panamá

En cuanto al reporte de enfermedades de origen entérico, el registro de casos da evidencia de un incremento de casos de infecciones por salmonella sin que se consignen casos de fiebre paratifoidea y con muy baja incidencia de casos de fiebre tifoidea. Por otro lado, no se reportaron casos de shigelosis durante los años 95 y 96, en 97 se registraron 3 casos y durante el resto del periodo en estudio el número de casos oscilo entre 23 y 34. (Cuadro N° 101)

La hepatitis infecciosa registró el mayor número de casos en el año 1995 (1164), seguida de un descenso progresivo, aunque el número de casos aún en 1997, era 2.5 veces mayor que para 1992. (Cuadro N° 101). Las regiones sanitarias con mayores tasas de hepatitis infecciosa, en 1998, fueron San Miguelito, Coclé y la Metropolitana (Mapa N° 36)

MAPA N° 36

TASA DE HEPATITIS INFECCIOSA TIPO A, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN REGION DE SALUD, AÑO: 1998



Tasa por 100,000 habitantes en base a la estimación.

Fuente: Centro de Control de Enfermedades/Epidemiología.

Cuadro N°101. Casos De Enfermedades Hidroalimentarias Registradas En Las Instalaciones De Salud Y Laboratorios. República De Panamá. Años 1992-1998

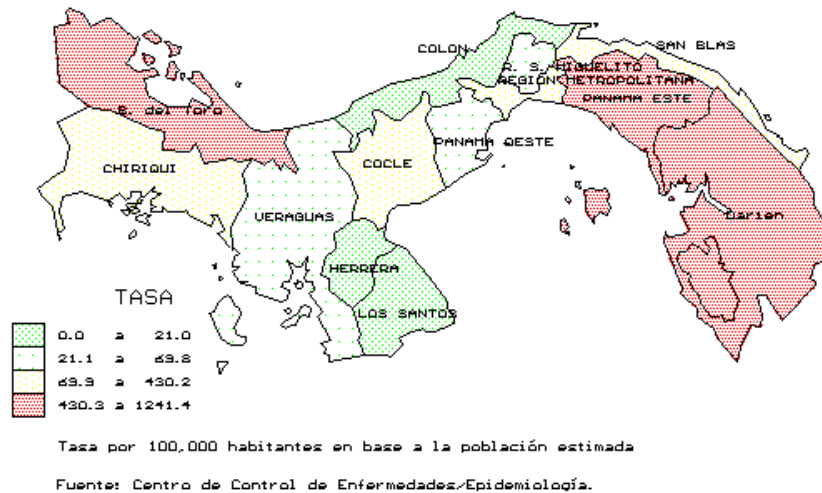
Tipo de Notificación	1992	1993	1994	1995	1996	1997 (p)	1998 (p)
Fiebre Tifoidea	1	2	-	-	1	-	2
Fiebre Paratifoidea	-	-	-	-	-	-	-
Otras infecciones por Salmonella	22	15	15	20	46	21	32
Shigellosis	23	29	34	-	-	3	26
Intoxicación Alimentaria	850	1472	1224	1136	1281	898	1144
Amibiasis	2499	3083	3481	3834	2965	3090	4017
Infecciones Intestinales mal definidas (incluyen diarreas)	90880	87396	99716	112492	107661	123105	125831
Hepatitis infecciosa	157	142	420	1164	746	389	394
Cólera	2418	42	-	-	-	-	-

Fuente: Panamá en Cifras años 1992-1996. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República de Panamá.

Al analizar la prevalencia de casos de amebiasis, en la República se aprecia que las regiones sanitarias de Bocas del Toro, Darién y Panamá Este, presentaron el mayor riesgo de enfermar por esta causa. (Mapa N° 37)

MAPA N° 37

TASA DE AMEBIASIS, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



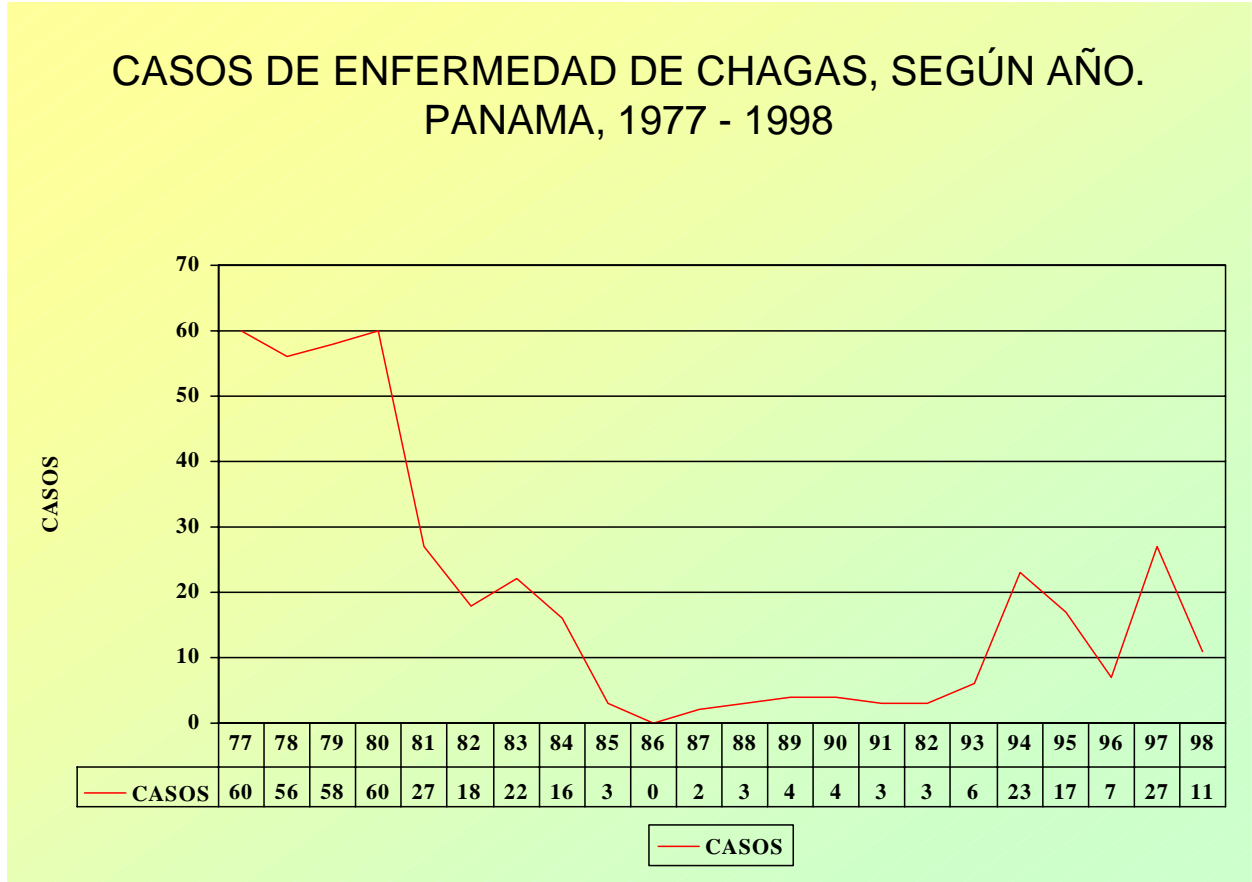
n. La Enfermedad de Chagas

Esta enfermedad se incluye dentro del grupo de patologías de notificación obligatoria en la República de Panamá, por lo que forma parte del sistema de vigilancia epidemiológica. Según informes del Departamento de Vigilancia de Factores Protectores y de Riesgos a la Salud, durante el periodo 76 a 96 el total de casos registrados es de 344, habiéndose notificado el 93% entre los años 76 y 86 y sólo un 7% del año 87 al año 96. (Gráfica N° 15). La disminución en el registro de caso durante el último periodo puede estar relacionadas con subregistro y subnotificación (ambos

confirmados en 1998, durante investigación), dificultad para la confirmación de casos y desconocimiento del equipo de salud del cuadro clínico, entre otros

Gráfica N° 15

CASOS DE ENFERMEDAD DE CHAGAS, SEGÚN AÑO. PANAMA, 1977 - 1998



En encuestas extensas 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 90-98 las tasas acumuladas más elevadas se presentaron en los distritos de La Chorrera y Arraiján cuyas tasas oscilaron entre 7 y 19.0 casos por 100,000 habitantes. (Mapa N° 38)

MAPA N° 38 (CHAGAS)

6.2.2.3 Enfermedades Emergentes Y Reemergentes

Para el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) 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.

Desde 1973 en el mundo han aparecido por lo menos 29 enfermedades antes desconocidas, ejemplo: SIDA y Ébola, en Panamá, además del SIDA tenemos la Emergencia del Virus Hanta.

Tenemos también a reaparición de enfermedades infecciosas, ya conocidas anteriormente controladas (Reemergentes) ejemplo: Cólera, Dengue y Dengue Hemorrágico, Malaria, Tuberculosis, Encefalitis Equina Venezolana.

Por considerarlo de interés le presentamos la situación de la infección por el Virus Hanta en nuestro país.

El Virus Hanta En Panamá

Los **VIRUS HANTA** infectan a los roedores en todo el mundo y en estos al parecer la infección es asintomática. Se ha sabido desde hace algún tiempo que algunas especies de roedores infectan a los humanos con diversa intensidad. Algunos serotipos no afectan al ser humano.

En América, en 1993 en la zona de Four Corners de Nuevo México y Arizona en los Estados Unidos se detectó un brote de enfermedad causada por un nuevo Virus Hanta, hasta esa fecha sólo registrada en el viejo mundo, desde antes de la Segunda Guerra Mundial.

Se trata de una enfermedad viral aguda, zoonótica. Las manifestaciones clínicas principales de esta enfermedad son: fiebre, dolores musculares y trastornos gastrointestinales, seguida del inicio repentino de un cuadro de dificultad respiratoria e hipotensión. La enfermedad evoluciona con rapidez hasta llegar a insuficiencia respiratoria y choque cardiogénico. La tasa de letalidad bruta es de 40 a 50%. En nuestro país la enfermedad se ha caracterizado por ir desde casos inaparentes o asintomáticos hasta casos fatales de Síndrome Pulmonar por Virus Hanta

El diagnóstico se hace al demostrar la presencia de anticuerpos específicos por técnicas de laboratorio u otras técnicas más sofisticadas.

El virus causante de esta enfermedad se encuentra en roedores sobre todo en ratas de campo y no parece afectar mucho a la salud de estos roedores que lo eliminan en la orina, materias fecales y saliva. El principal modo de infección a las personas es a través de la inhalación de virus en aerosoles (gotas de polvo en el aire). Los aerosoles infecciosos pueden ser generados con la eliminación de orina, materia fecal o a partir de secreciones respiratorias. También puede producir aerosoles secundarios al remover material contaminado como tierra, basura o nidos de animales.

Estos aerosoles presentan riesgo particular en espacios cerrados, las condiciones ideales para la transmisión del virus a humanos se dan cuando los individuos cohabitan con roedores infectados o mientras realizan la limpieza de edificaciones o instalaciones infectadas por roedores.

En Panamá se han identificado a la fecha dos serotipos de hantavirus nuevos o sea no corresponde a ninguno de los identificados previamente. Tenemos pendiente establecer el nombres de cada virus. Un tipo está asociado al roedor *Oligoryzomys fulvenscens* (**rata arrocera enana**) y el otro al roedor

Zygodontomys breviceps (**rata cañera o ratón gris**). El hantavirus asociado a la Oligoryzomys, es el que hasta ahora a causado casos en humanos.

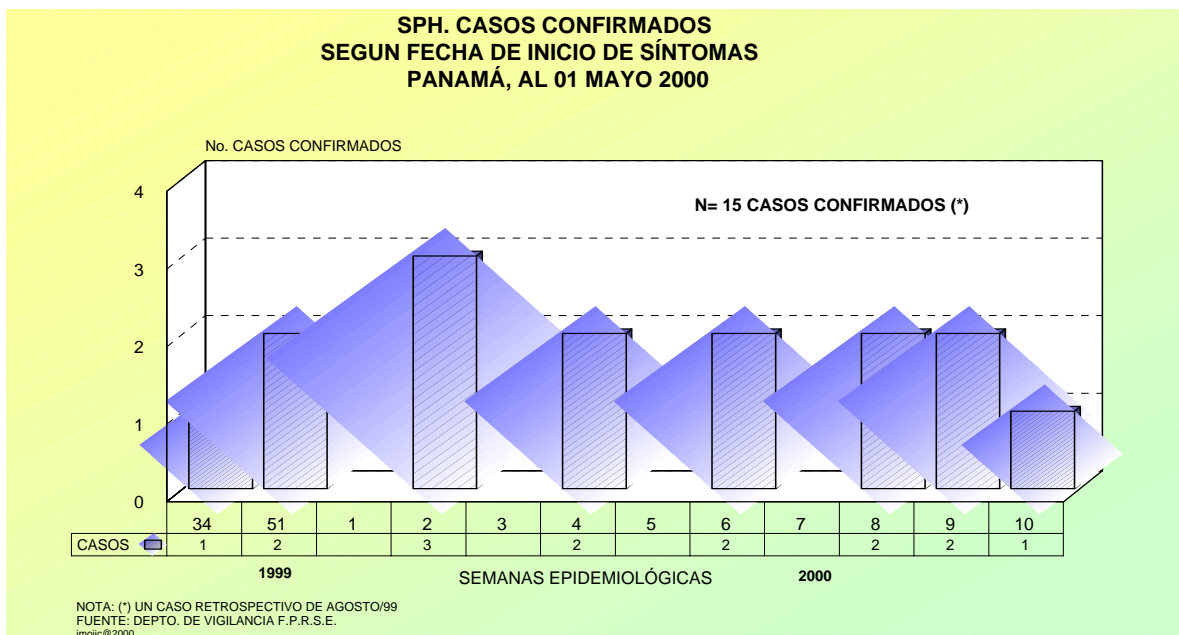
Situación Epidemiológica Al 1° De Mayo De 2000

El estudio de seroprevalencia general realizado en las comunidades afectadas en los alrededores de Las Tablas revelan una seropositividad de 12.9% (40/311) con una mediana de edad de 31.5 años (rango de 1 a 79 años). No hay diferencia significativa con relación al sexo y grupo de edad. El poblado más afectado fue San José.

El estudio con personal de salud que trató a los casos en el Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid, revela que no hubo transmisión de persona a persona, lo cual concuerda con la no existencia de casos secundarios en familiares u otros contactos de los afectados.

Los primeros casos se presentaron en diciembre de 1999 y el último en abril de 2000, distribuidos así: 2 casos en diciembre, 4 casos en enero, 5 casos en febrero, 3 casos en marzo y 1 retrospectivo de agosto de 1999. (Gráfico No.16)

Gráfico No.16



El Sistema de Vigilancia Epidemiológico establecido desde el inicio de la epidemia registró 20 casos sospechosos, de los cuales 3 fueron descartados, 2 fueron infecciones previas, 15 casos detectados confirmados según los siguientes criterios: 11 para laboratorio IgM(+) e IgG(+), 3 por Criterio Clínico epidemiológico (3 defunciones a quienes no se les tomó muestra para diagnóstico) y 1 caso retrospectivo por criterio clínico epidemiológico con IgG(+). En cuanto a la clasificación clínica 14 casos se registran como síndrome pulmonar por hantavirus y 1 como enfermedad pulmonar por hantavirus, este último no ameritó atención médica y se captó mediante investigación del primer caso de Parita. La tasa de letalidad registrada es de 21%. (Cuadro No.102)

Cuadro No.102 .Clasificación De Casos Captados Mediante El Sistema De Vigilancia Epidemiológica Del Síndrome Pulmonar Por Hantavirus. República De Panamá. Enero – Abril /2000

CLASIFICACIÓN (X)	No.
Total	20
Infección Previa por Hantavirus	2
Enfermedad por Hantavirus	1
Síndrome Pulmonar por Hantavirus	14
Descartado	3

(X) Según Criterios Clínicos Epidemiológicos Y Serológicos

Fuente: Departamento De Vigilancia De Factores Protectores Y De Riesgos A La Salud Y Enfermedades

Mediante estudio retrospectivo, se ha podido demostrar un primer caso de Síndrome Pulmonar por Hantavirus de agosto de 1999, procedente de La Enea/Guararé, fue hospitalizado en Santiago de Veraguas. El rango de edad es de 26 – 56 años con una mediana de 46.5 años, sin predominio de sexo. (Gráficas No. 17 y 18)

Gráfico No.17

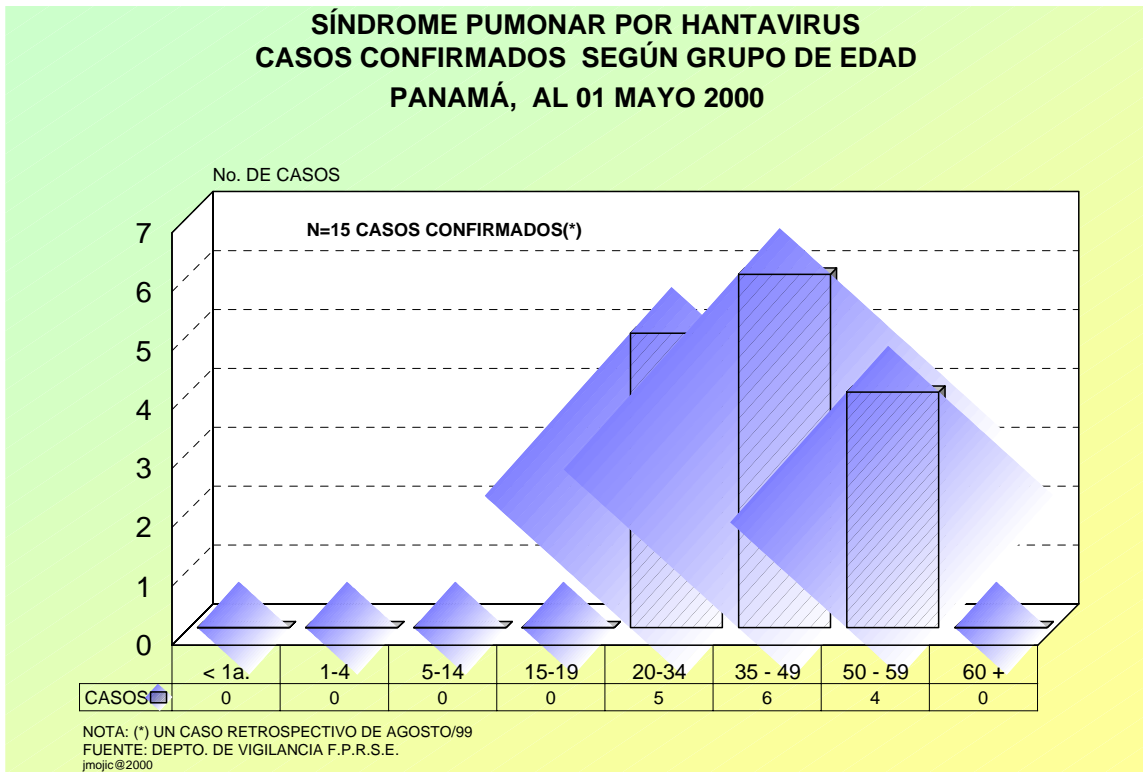
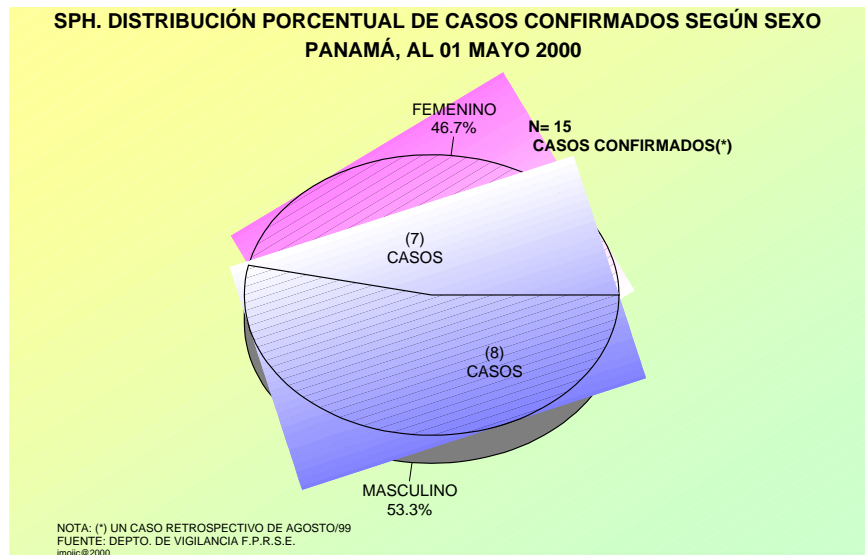
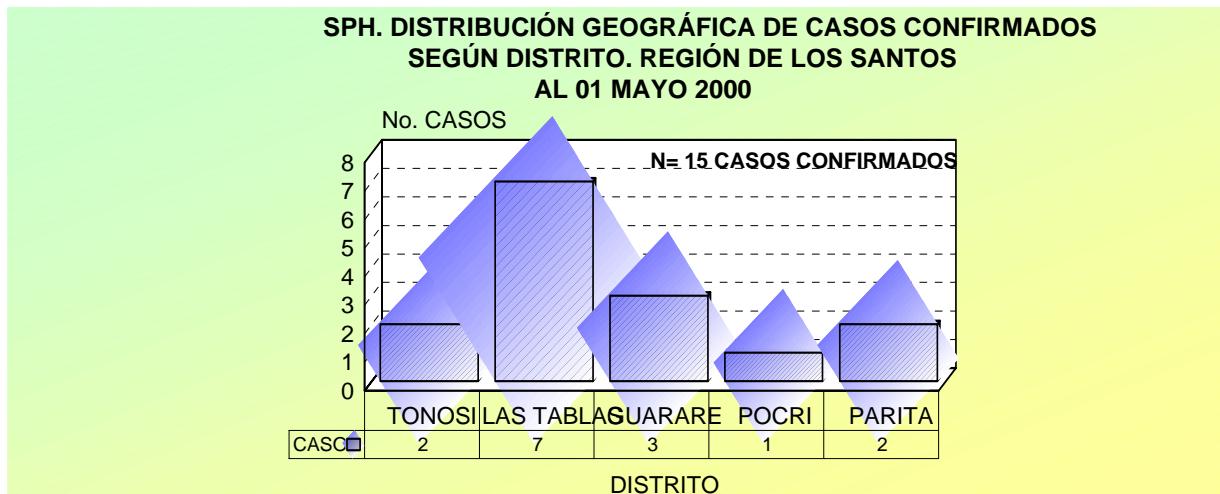


Gráfico No.18



Los casos están localizados en áreas rurales o semirurales de las regiones de Los Santos (13 casos) y Herrera (2 casos), en los distritos de Las Tablas (7 casos), Guararé (3 casos), Tonosí (2 casos), Pocrí (1 caso) y Parita (2 casos). Por localidad tenemos 3 casos en el centro de Las Tablas, 2 en La Enea de Guararé, 2 en San José, 1 en Las Llanas Tonosí, 1 en Las Minitas, 1 en Santo Domingo, 1 en El Cocal, 1 en Bella Vista, 1 en Lajamina y 2 en Parita de la Provincia de Herrera, éstos últimos casos son de interés epidemiológica ya que aunque son de área rural están relativamente alejados de donde se originaron los otros casos, y los pacientes niegan haber visitado recientemente el área de Las Tablas, por lo menos en el último año. (Gráfica No.19) (Mapas N° 39 y 40)

Gráfico No. 19



Fuente: Departamento De Vigilancia De Factores Protectores Y De Riesgos A La Salud Y Enfermedades.

Ante un aumento de las enfermedades emergentes y reemergentes se hace necesario fortalecer la red de vigilancia, incluyendo la capacidad de

diagnóstico por laboratorio; se debe mejorar la infraestructura nacional de salud e impulsar la investigación de campo para tener una rápida acción que permita prever o controlar los brotes a nivel nacional, síndromes infecciosos y problemas de resisitencia de los microorganismos a las drogas antimicrobianas.

**MAPA N° 39. Casos Y Defunciones Por Hanta Virus.
Región de Salud de Los Santos**

**MAPA N° 40. Casos Y Defunciones Por Hanta Virus.
Región de Salud de Herrera**

6.3 La Salud Bucal

El perfil epidemiológico de la salud bucal está determinado por una serie de factores condicionantes que operan en la sociedad y que producen en los diferentes grupos poblacionales, la aparición de riesgos para la salud que inciden en el proceso salud - enfermedad, de lo cual no escapan los aspectos odontológicos. Las caries y la periodontopatías constituyen los principales problemas de salud de la población nacional y mundial.

La encuesta nacional de salud bucal realizada en 1991, en población escolar, reveló que el 90.3% de los niños entre 6 y 12 años tienen experiencias de caries y que sólo el 3.7% de los niños encuestados estaba libre de caries y gingivitis.

Las provincias de Panamá (13.6%) y Colón (20.6%) destacan como las que presentan la mayor proporción de niños sin caries, situación que coincide con las áreas geográficas incluidas en el programa de fluoración del agua de consumo humano, que se realiza desde hace décadas atrás.

Es válido mencionar que un estudio parcial realizado en 1987, en el Distrito de San Miguelito, reportó un CPO-D de 5.1 a la edad de 12 años y la encuesta nacional de 1991, para el mismo grupo lo ubica en 3.9 para el sexo masculino y en 5.0 para el femenino. La encuesta reveló que el 50.3% de los encuestados se ubicaban en bajo riesgo respecto a la ingesta diaria de azúcar y 42.02% en riesgo moderado.

Al valorar las condiciones de higiene oral en los niños, se registró que el 42.88% y el 49.52% tenían una buena higiene y regular higiene oral, respectivamente.

Las estructura de soporte del diente se encontraron en el 47.49% de los encuestados en buenas condiciones de salud, es decir sin inflamación, en tanto un 41.56% de los niños presentó signos evidentes de inflamación que afectan su estado periodontal.

En los escolares, las afecciones de tejidos blandos presentaron una prevalencia menor al 10%, que al distribuirse por tipo de patología se reflejo los siguiente: 3.4% de prevalencia de abscesos de origen dentario, pericoronaritis y aftas con prevalencias de 3.4 y 1.9% respectivamente.

La prevalencia para las anomalías cráneo - faciales fue de 54.4%, siendo las más frecuentes el desvió de la línea media (20.4%), el apiñamiento (17.8%), la mordida abierta (11.9%) y el diastema (10.6%).

En 1997 se realizó el último estudio a nivel nacional, este refleja un índice de CPO-D a los 12 años de edad de 3.6. Sin embargo, en su cálculo se incluyó población indígena, por lo cual no es comparable con los registros obtenidos en encuestas anteriores. La de caries dental, el índice de caries dental y la prevalencia de fluorosis reflejaron desigualdades en las condiciones de la salud bucal entre población escolar de áreas urbanas, rurales e indígenas. (Cuadro N° 103)

Cuadro N° 103. Algunos Indicadores De Salud Bucal En La Población Escolar República De Panamá. Años: 1997

Indicador	Area		
	Urbana	Rural	Indígena
Prevalencia de Caries Dental (población de 6-7-8-12 y 15 años)	73.2%	86.6%	83.3%
Índice de Caries Dental - Dentición Permanente (12 años de edad)	3.7	4.5	2.9
Prevalencia de Fluorosis (%)	12.3	2.1	1.9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Bucal. Año:1997

6.4 La Salud Mental

A pesar de que entre las principales causas de muerte de la población panameña figuran los accidentes, suicidios y homicidios y que, a lo largo del tiempo, la tasa de muertes por suicidio va en aumento; además, cada día es más evidente el incremento de la violencia, generadora de daños a la salud individual, familiar y social, el sistema no cuenta con información epidemiológica suficiente sobre los riesgos para la salud mental y el padecimiento de trastornos mentales que inciden en el proceso salud enfermedad. A la fecha entre los datos disponibles sólo se registra, de manera parcial, la demanda satisfecha por parte del Ministerio de Salud.

Aunado a lo anterior se presentan limitaciones en el registro de los datos, toda vez que se carece de registro del diagnóstico primario o secundario en la atención de salud integral y los relacionados con el control de la salud mental y con algunos problemas psicosociales y morbilidades psiquiátricas (violencia, drogas, abuso, adicción al alcohol, discapacidad mental, por mencionar algunos).

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 pesar de lo expuesto, y como elemento que sustenta lo antes enunciado, puede mencionarse que durante 1987-1991, el Cuarto de Urgencias del Hospital Santo Tomás, atendió 8,823 casos de violencia, de los cuales el 39.3% correspondieron a riñas y 20.2% a heridas por arma blanca. (Cuadro N° 103). El grupo de edad más afectado fue el de 25-44 años.

Cuadro N° 103. Acumulado De Algunos Tipos De Violencia Atendidos En El Servicio De Urgencias. Hospital Santo Tomás. República De Panamá. Años: 1987-1991

Tipo de Violencia	N°	%
Total	8823	100.0
Herida por Arma Blanca	1784	20.2
Asaltos	556	6.3
Riñas y otros	3464	39.3
Otras Violencias	88	1.0
Sin Dato	2931	33.2

Fuente: Registros Médicos y Estadísticas. Registro de Urgencias Hospital Santo Tomás. Año: 1991

Durante el periodo 89-95, se identifican 31,111 discapacitados físicos y mentales, de los cuales el 46.9% se concentran en la provincia de Panamá y el 16.1% en Chiriquí. El 56.0% de los impedidos físicos son del sexo masculino. El tipo de impedimento registrado con mayor frecuencia es el retraso mental con 7,491 casos, seguido del impedimento físico permanente con 6,902 personas (24.1 y 22.2%, respectivamente). (Cuadro N° 104)

Cuadro N° 104. Población Con Algún Impedimento Físico O Mental, Según Tipo De Impedimento, Por Provincia. República De Panamá. Año: 1989-1995 (acumulados)

Provincia	Total	Ciego	Sordo	Retraso Mental	Parálisis Cerebral	Imp. Físico Permanente	Otros	No Declarado
Total	31111	4284	5095	7491	2211	6902	5079	49
Bocas del Toro	939	209	183	165	53	168	160	1
Coclé	2177	296	338	613	138	472	320	-
Colón	2151	312	342	485	153	553	313	1
Chiriquí	5024	637	878	1195	332	1163	817	2
Darién	481	80	105	118	23	93	62	-
Herrera	1509	183	324	368	104	303	226	1
Los Santos	1539	128	185	468	105	522	130	1
Kuna Yala	310	75	46	59	9	64	57	-
Panamá	14,580	2,016	2230	3409	1144	3074	2666	41
Veraguas	2393	348	464	611	150	490	328	2

Fuente: Contraloría General de la República. Departamento de Estadística y Censo. Año: 1990

Para el año 1995, el Hospital Psiquiátrico Nacional registró 910 egresos, de ellos el 60% correspondía a población masculina y el 40% restante se dio en mujeres. Entre los principales diagnósticos se ubicaron la esquizofrenia (28.3%), la

dependencia a drogas (23.5%) y psicosis afectiva (9.9%). El Hospital Anita Moreno registró, por su parte 700 egresos.

En la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría, algunos hospitales regionales, identificaron las reacciones de adaptación, los trastornos neuróticos y la psicosis esquizofrénica. A nivel de los Centros de Salud, de algunas regiones sanitarias del país, los trastornos neuróticos, los trastornos depresivos no clasificados, el retardo selectivo del desarrollo y la perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia se ubicaron como las principales causas de consulta en el servicio de psiquiatría.

Al analizar el comportamiento de los trastornos mentales, en adolescentes y adultos jóvenes, para 1995, se destacan entre los diagnósticos de consulta externa los trastornos neuróticos, las reacciones de adaptación, las psicosis esquizofrénicas y afectivas y las perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia. En tanto que como egresos hospitalarios la psicosis esquizofrénica (369), la psicosis afectiva (299), dependencia a drogas (241), síndrome de maltrato (167) y trastornos neuróticos (103).

En este mismo orden de ideas, a nivel de los centros de salud, se reflejan entre las principales causas de consultas médicas del servicio de psiquiatría los trastornos neuróticos, retardo selectivo del desarrollo, trastornos depresivos no clasificada, perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia.

Por otro lado, aunque sin mayor cuantificación se ubican entre los problemas relacionados con la salud mental la indiferencia y rechazo a los gerontes y discapacitados, el deterioro del ambiente socio-cultural caracterizado por la desadaptación social, sentimientos de desesperanza, baja autoestima e incapacidad de resolver los problemas cotidianos y el aumento de la desintegración familiar.

Registros del Hospital del Niño durante el periodo 90 - 94, dan cuenta del incremento de casos de síndrome de maltrato atendidos en esta instalación de salud. Resalta el hecho que los casos de violencia sexual se incrementaron, aunque para 1994, se presentó un descenso de casos atendidos; y que la mayor demanda de atención de casos de violaciones, incestos y de abuso sexual, se registran en la población masculina, con una relación del doble o más en este grupo que en las niñas. Excepción de ello, se observa en los registros de casos de maltrato psicológico donde las niñas parecen ser las de mayores demandante de atención por esta causa. (Cuadro N° 105)

Cuadro N° 105. Síndrome De Maltrato Atendidos En El Departamento de Salud Mental, Según Sexo, Por Tipo de Maltrato. Hospital del Niño. Años: 1990-1994

Tipo de Maltrato	1990			1991			1992			1993			1994		
	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M
Violencia Física	22			14			21			37	18	19	33	19	14
Violencia Sexual	30			47			50			114	28	66	40	10	30
Otros	7			9			23			13	7	6			
Violación				6	2	4	15	2	13	13	4	9			
Incesto				10	6	4	11	3	8	6	1	5	23	6	17
Síndrome de Maltrato										158					
Maltrato Psicológico													10	7	3
Abuso Sexual	9	5	4	9	1	8	8	1	7	9	2	7	28	5	23
Sin ETS	13	3	10	19	5	14	16	5	11	27	1	26	40	10	30

Fuente: Dpto de Registros Médicos y Estadísticas. Hospital del Niño. Año: 1994

De los 2120 egresos ocurridos en los hospitales nacionales y regionales, durante 1997, a 1388 (65.5%) se le consignó el grupo de edad, sexo y diagnóstico, identificándose que el 55.4% ocurrieron en población masculina y que, el grupo de edad con mayor número de egresos fue el de 20-59% con el 85% del total. Entre los principales diagnósticos se identificaron la esquizofrenia (24.9%), trastornos afectivos bipolares (19.6%), trastorno mental y del comportamiento debido al uso múltiple de drogas y sustancias psicoactivas (17.0%), trastorno depresivo y depresión psicótica (5.9%), psicosis afectiva (3.9%) y retraso mental (3.2%).

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.

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 Provisión de Servicios.

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.

La capacidad instalada de las dos instituciones públicas del sector salud, MINSA y Caja de Seguro Social, consiste de 770 establecimientos de salud distribuidos de la siguiente manera: 5 hospitales nacionales, 14 hospitales regionales, 17 hospitales de área, 28 policlínicas, 1 policentro, 178 centros de salud, 7 Unidades Locales de Atención Primaria (ULAPS), 107 subcentros de salud, 399 puestos de salud y 2 instalaciones sociosanitarias, clasificadas como hospitales : el leprosorio de Palo Seco y el Hogar de la Esperanza. (Cuadro N°106) (Mapa N° 41, 42 y 43)

Mapa 41

Mapa 42

MAPA N° 43

Cuadro N°106 Instalaciones Del Ministerio De Salud Y Caja De Seguro Social Por Grado De Complejidad De Atención Según Región De Salud. República de Panamá. 1998.

Región de Salud	Grado de Complejidad								
	Total	Hospital	Policlínicas	C. de S. Sin camas	C. de S. Con camas	ULAPS	S. C. De salud	Puesto de Salud	Otros
República	773	38	28	149	29	7	107	399	16
Bocas del Toro	63	3	1	11	2	0	3	43	0
Coclé	83	2	3	15	4	0	9	49	1
Colón	70	3	3	10	1	1	12	40	1
Chiriquí	143	4	4	32	4	1	17	72	10
Darién	59	3	0	0	6	0	5	45	0
Herrera	38	3	1	15	0	0	19	0	0
Los Santos	39	4	2	11	0	0	22	0	0
Panamá Este	50	1	1	9	0	0	0	38	1
Panamá Oeste	55	1	3	11	0	2	12	26	0
Metropolitana	34	7	6	16	0	0	1	2	2
San Miguelito	15	1	2	9	0	2	1	0	0
Veraguas	97	3	2	10	6	1	0	75	1
San Blas	24	3	0	0	6	0	6	9	0

* Unidades Locales de Atención Primaria - CSS

Fuente: Departamento de Análisis de las Tendencias de Salud. 1998.

Estado de los establecimientos y equipo.

En el año de 1995, con la coordinación de OPS/OMS, el Ministerio de Salud ejecutó el Catastro de 393 de sus instalaciones de Salud, aproximadamente un 50.8% del total.

Algunos datos relevantes fueron:

- Un 50% de las instalaciones de Salud brindaban servicios de atención primaria a comunidades con una población entre 200 y 10,000 habitantes.
- Un 25% de las instalaciones evaluadas tenían más de 20 años de construcción.
- Las actividades de mantenimiento, en el 51.7% de las instalaciones era responsabilidad de la respectiva área médica, en un 28.8% la comunidad y los Comités de Salud se encargaban de dar el mantenimiento mínimo necesario. En un 55% de las instalaciones evaluadas, no se hizo ningún tipo de mejoras en los últimos 5 años.
- Un 71% de las instalaciones evaluadas contaba con servicio de energía eléctrica provisto por la red, en ese entonces pública, del IRHE y un 21.5% de las instalaciones evaluadas no tenían electricidad.

- De las instalaciones evaluadas 131(33.3%) contaban con suministro de agua potable brindado por los acueductos administrados por el IDAAN, 211(53.7%) se abastece de acueductos rurales, 9 (2.3%) contaba con pozo propio, 24 (6.1%) se abastecía de pozos públicos y un 9.5% no contaba con abastecimiento de agua potable.
- En un muestreo realizado en 100 instalaciones para determinar la potabilidad del agua suministrada a las mismas no se registraron valores de Cloro Residual.
- En 69 (17.5%) de las instalaciones evaluadas, se realizaba la disposición de las aguas residuales y/o excretas a través de los alcantarillados sanitarios administrados por el IDAAN. En 166 (42.2%) de las instalaciones se realizaba a través de tanques sépticos dentro de los predios de la instalación, en 128 (32.5%) se realizaba por medio de letrinas y 5 (1.3%) no contaban con instalación sanitaria.
- En relación con la disposición final de los desechos sólidos, 111 (28.2%) de las instalaciones evaluadas dependían de los sistemas de recolección pública de basura administrados por la DIMA y/o Municipios; en 131(33.3%) se utiliza el método de Incineración o quema en forma rudimentaria en 156 (39.7%) se dispone de los desechos en vertederos a cielo abierto, 10 (2.5%) se utilizaban vertederos sanitarios. Solo en un 0.8% de las instalaciones evaluadas se registró que existe algún método de tratamiento de los residuos sólidos peligrosos.
- Solo 126(32.0%) de las instalaciones se cuenta con algún método de esterilización en buena o regular condición para el adecuado manejo del instrumental quirúrgico.
- La capacidad de dichas instalaciones para hacer frente a situaciones de contingencias prolongadas o desastres naturales de gran magnitud queremos resaltar que:
 1. En 336 (85.5%) de las instalaciones no se disponía de equipo auxiliar de generación de energía eléctrica, que permitiese la conservación de la cadena de frío y la continuidad de algunos servicios, ante fallas eléctricas.
 2. En 320 (81.4%) de las instalaciones evaluadas no se contaba con tanques de reserva de agua.
 3. Sólo 165 (42.0%)de las instalaciones evaluadas contaba con el Sistema de Radio Comunicación del Ministerio de Salud.
 4. En 364.0(92.6%) de las instalaciones no disponía de equipos de alarma y sonido que facilitasen la comunicación de masas en casos de contingencias.
 5. En 370 (94.1%) de las instalaciones evaluadas no contaba con el equipo mínimo necesario para la extinción de incendios.

Equipamiento y mantenimiento biomédico

En cuanto al equipamiento Biomédico, el Ministerio de Salud, tienen equipos por más de B/.100,000,000.00 que se distribuyen en 400 marcas y 800 modelos. No existe en forma regular el

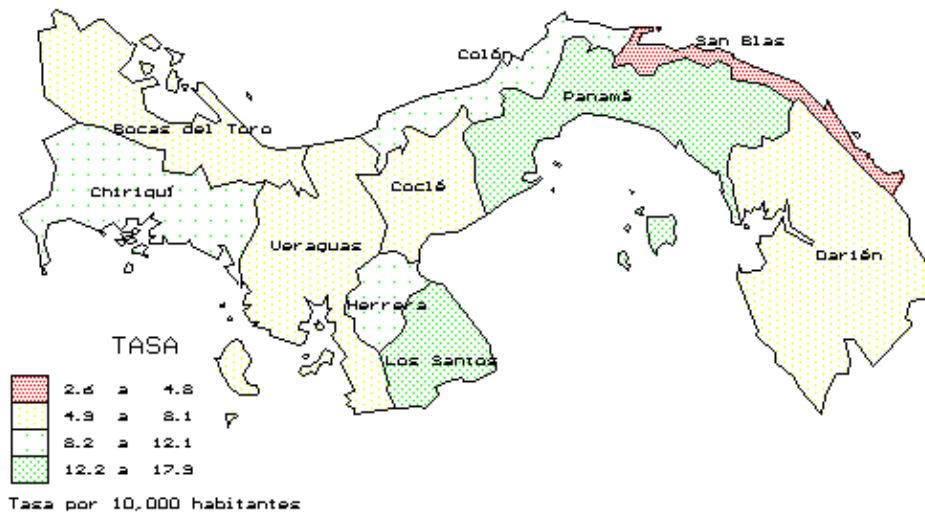
mantenimiento preventivo. No se dispone de un sistema para la evaluación de tecnologías, equipos biomédicos e industriales. El recibo de donaciones de equipos no se ajusta a ningún tipo de criterio técnico por personal idóneo.

En 1999 se realizó una evaluación de los equipos disponibles por la comisión para enfrentar la falla del milenio. De acuerdo con esta evaluación fue necesario el reemplazo de 131 equipos informáticos (B/.19,944.75) y 58 equipos de biomédica. (B/.98,805.00).

Recursos Humanos para la provisión de Servicios: el cuadro 109 muestra las tasas de los últimos años en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos profesional y técnico con que cuentan las distintas regiones de salud. (Mapas N° 40, 41 y 42)

MAPA N° 44

TASA DE MEDICOS POR HABITANTES, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



Fuente: Estadísticas Sociales, Contraloría General de la Repúb

Cuadro N° 107 Tasa De Médicos, Odontólogos Y Enfermeras, Por Habitantes Según Provincia. República De Panamá. Año 1997.

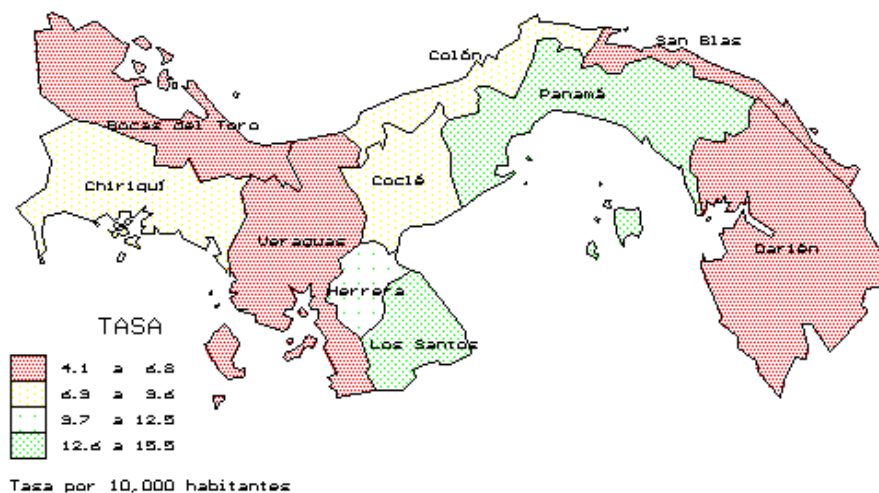
REGIÓN DE SALUD	MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		ENFERMERAS	
	N°	Med/hab 1/	N°	Odon/hab 1/	N°	Enf/hab 1/
TOTAL	3,434	12.6	744	2.7	3,153	11.6
BOCAS DEL TORO	63	4.9	20	1.6	68	5.3
CLCLÉ	118	6.1	40	2.1	135	7.0
COLÓN	159	8.2	25	1.3	179	9.3
CHIRIQUÍ	384	9.2	83	2.0	356	8.5
DARIÉN	29	4.9	10	1.7	36	6.1
HERRERA	112	10.9	32	3.1	127	12.4
LOS SANTOS	97	12.2	28	3.5	111	13.9
PANAMÁ	2305	17.9	453	3.5	1985	15.5
VERAGUAS	157	7.1	45	2.0	140	6.3
SAN BLAS	10	2.6	8	2.1	16	4.1

1/Cálculo por 10,000 habitantes

Fuente: Estadísticas Sociales, Contraloría General de la República.

MAPA N° 45

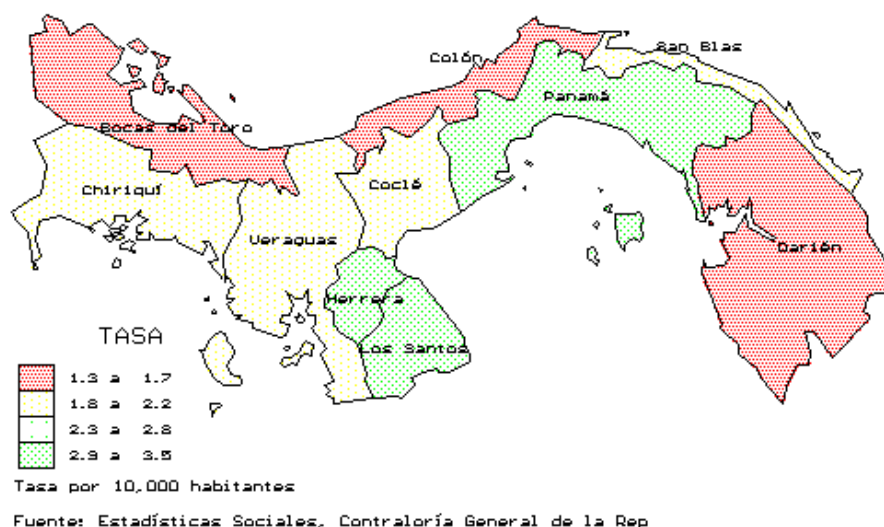
TASA DE ENFERMERAS POR HABITANTES, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO 1998



Fuente: Estadísticas Sociales, Contraloría General de la Repú

MAPA N° 46

TASA DE ODONTÓLOGOS POR HABITANTES, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1998



Se destaca que tasas de médicos, enfermeras y odontólogos, iguales o superiores al promedio nacional, se registran en las regiones de Panamá y Los Santos, situación que puede estar relacionada con la concentración de población e instalaciones de mayor complejidad de atención en el primer caso y con la coexistencia de varias instalaciones hospitalarias en la segunda. (Cuadro N° 107)

La encuesta de recursos humanos realizada por el MINSa en 1996, el sector público de salud contaba con 19,087 funcionarios distribuidos en instalaciones de la Caja del Seguro Social y del Ministerio de Salud. El grupo médico agrupa el 13.2% de los funcionarios de ambas instituciones, en tanto que el 11.8% son enfermeras. La distribución de médicos por cada 10,000 habitantes es de 11.7 en tanto que la de odontólogos es de 2.4 y la de enfermeras es 10.7. Las mayores tasas se dan en la región Metropolitana y Los Santos.

Los Distritos que presentaron las mayores tasas de prevalencia de recursos médicos fueron: Chitré (26.0), Panamá (22.8), David (18.6), Los Santos (17.6) y Las Tablas (16.3). Los odontólogos presentaron las más altas tasas en los Distritos de Chitré (7.1), Sambú (4.2), Santiago (3.9) y Panamá (3.1). El grupo de enfermeras evidencia las tasas más elevadas, de este recurso, en los Distritos de Chitré (25.2), David (20.3), Los

Santos y Panamá (con 19.4 enfermeras por 10,000 habitantes), distritos en los que se concentran las instalaciones hospitalarias del país.

Los Asistentes de Salud, trabajan en los Puestos de Salud, que constituyen las instalaciones del más bajo escalón de complejidad dentro del primer nivel de atención y que se ubican en las áreas postergadas rurales de difícil acceso y alcanzan las tasas más elevadas en los distritos de Sambú (12.6), Changuinola (10.9), Portobelo (9.4) y Chepo (8.6). Se captaron en el periodo 92-96 1,470 parteras empíricas.

Con relación al recurso humano que labora en instalaciones hospitalarias, de un total de 6,274 funcionarios, el 36.1% pertenece a la Caja del Seguro Social, 46.6% es del MINSA y un 17.33% proviene de los patronatos.

En términos generales, se aprecia en todo el país una menor disponibilidad de técnicos de salud cuyo énfasis profesional se vincula con la atención de la salud ambiental, los profesionales que orientan su quehacer al manejo de los aspectos educacionales en salud y los de carácter social. Las estadísticas registran 35 educadores para la salud y 145 trabajadores sociales, 182 inspectores de saneamiento ambiental y 72 veterinarios.

De acuerdo con informe de gestión de la Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos existe una serie de problemas que limitan la productividad del trabajo y calidad de los servicios ofertados, entre estos es necesario mencionar los siguientes:

1. Deterioro de las condiciones de trabajo del personal de salud, y escasez de la aplicación de tecnología adecuada, lo que dificulta el desarrollo de los procesos administrativos.
2. Los procesos de trabajo centralizados, fragmentados y aislados no dan respuesta a las necesidades de desarrollo de los recursos humanos, de los servicios y a las necesidades de salud de la población y del ambiente.
3. El escaso desarrollo gerencial, de instrumentos y procesos de trabajo, limita la capacidad técnica de gestión que perpetúa la aplicación de enfoques gerenciales tradicionales y centralistas.
4. Desigual distribución del trabajo que ocasiona personal sobrecargado y rutinizado en su ámbito de trabajo, por un lado y por el otro, personal sub-

utilizado.

5. El modelo de atención tradicional no permite cumplir con los roles de regulación y vigilancia de la salud pública.
6. La evaluación del desempeño del funcionario no es sistemática, es de carácter eficientista, emplea metodologías obsoletas y no tiene objetivos claramente definidos.
7. Resistencia a la tecnificación y a la correspondiente simplificación de los procesos de trabajo y desarrollo tecnológico limitado, lo cual dificulta los procesos administrativos tornándolos ineficientes e ineficaces.

La Producción de Servicios.

El primer nivel de atención: **el mayor número de instalaciones se ubica en este nivel y brindan los servicios con el menor grado de complejidad y capacidad de resolución. (Cuadro N° 106).**

Las acciones de salud, en este nivel, son realizadas por los equipos locales de salud. Las modalidades van desde la atención individual y domiciliaria, hasta la realización de giras integrales de salud a comunidades apartadas. Los programas de promoción de la salud se desarrollan en las regiones de salud a través de equipos interprogramáticos. Las líneas de acción priorizadas incluyen: salud como derecho y deber, entornos saludables, reorganización de los servicios en pro de la atención integral y estilos de vida saludables. Para ello, se utilizan estrategias de participación comunitaria, comunicación social y educación para la salud.

Entre los programas de prevención específica, destacan los de las enfermedades inmunoprevenibles (con cobertura universal), de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y el de prevención y control de la Tuberculosis. Además, se desarrollan los programas de enfermedades transmitidas por aguas y alimentos, de intoxicaciones agudas por plaguicidas, de enfermedades respiratorias, de enfermedades diarreicas y Cólera, de ITS/VIH-SIDA, de drogodependencias y de salud ocupacional y salud mental.

Existen programas institucionalizados para la detección precoz de Cáncer Cervicouterino, la Diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular. La cobertura de la atención está determinada por la demanda.

Producción de los Servicios Finales e Intermedios del Primer Nivel de Atención:

La frecuentación de los servicios del primer nivel de atención es de 2.7 consultas por habitante/año (no incluye actividad de enfermería). (Cuadro N° 108).

El cuadro n°109 muestra la producción de servicios intermedios a nivel de la red primaria y la tasa de utilización de los servicios intermedios según región de salud para el año 1997.

Cuadro N° 108 Consultas Realizadas En El Primer Nivel De Atención
República de Panamá. Año: 1997.

Región	Población	Consultas			Consulta/h ab-año
		Total	MINSA	CSS	
Total	2,718,686	7514994	3337436	4177558	2.7
Bocas del Toro	127,968	119926	90722	29204	0.9
Coclé	193,779	444095	212033	232062	2.3
Colón	193,064	343444	205340	138104	1.8
Chiriquí	418,109	1033362	653012	380350	2.5
Darién	59,488	92686	92686	-	1.6
Herrera	102,349	236260	130123	106137	2.3
Los Santos	79,770	210830	70089	140741	2.6
Panamá Este	89,814	89953	77922	12031	1.0
Panamá Metro	241,773	795427	281170	514257	3.3
Panamá Oeste	535,615	2357072	619556	1737516	4.4
*San Miguelito	417,062	1236489	568867	667622	2.9
Veraguas	221,169	492814	273280	219534	2.9
San Blas	38,726	62636	62636	-	1.6

- No aplica. No hay instalaciones de la CSS.

1) Información correspondiente a 1996 (MINSA)

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y procesos CSS. Departamento de Análisis de las Tendencias de Salud. 1997.

Cuadro N° 109. Producción Y Tasa De Utilización De Los Servicios Intermedios En La Red De Primer Nivel Según Región De Salud. República De Panamá. Año:1997.

Región de Salud	Servicios Intermedios					
	Laboratorios		Medicamentos Despachados		Estudios de Rx	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Total	11961953	4399.9	11396290	4191.8	325517	119.7
Bocas del Toro	49313	385.3	120126	938.7	1409	11.0
Coclé	683698	3528.2	822629	4245.2	16387	84.6
Colón	391500	2027.8	388741	2013.5	12518	64.8
Chiriquí	1161710	2778.5	1744114	4171.4	35951	86.0
Darién	24721	415.6	106921	1797.4	-	-
Herrera	69407	678.1	519037	5071.2	13946	136.2
Los Santos	351578	4407.4	522060	6544.6	7391	92.7
Panamá Este	20070	223.5	50681	564.3	-	-
Panamá Oeste	1047631	4333.1	948162	3921.7	45609	188.6
Metropolitana	6205084	11584.9	3837547	7164.8	136529	254.9
San Miguelito	1663346	3988.2	1353190	3244.6	40902	98.1
San Blas	293895	1328.8	983082	4444.9	14875	67.3

Veraguas
----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tasa por 1000 habitantes. (Población utilizada según datos del cuadro anterior)

.. dato no disponible

La producción esta incluida en el cuadro 120.

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y Procesos. CSS. Departamento de Análisis de las Tendencias de Salud. MINJSA 1997.

San Miguelito, Colón y Panamá Oeste presentan los volúmenes y las tasas de utilización más elevadas de servicios intermedios. Las dos primeras regiones en probable relación con accesibilidad y la capacidad instalada.

El cuadro n°110 ilustra el número de servicios brindados por la red del primer nivel para atender las necesidades de saneamiento básico.

Cuadro N° 110. Inspecciones Realizadas, Construcciones De Pozos Y Letrinas, Según Región De Salud. República De Panamá. Año: 1998.

REGIÓN DE SALUD	TOTAL DE INSPECCIONES	INSPECCIONES REALIZADAS						CONSTRUCCION		CONST. DE ACUEDUCTOS P/
		ESTABLECIMIENTOS						POZOS P/ N°	LETRINAS N°	
		VIVIENDA		EXP. ALIMEN.		INT. SANIT.				
		N	%	N	%	N	%			
TOTAL	270,163	135,674	50.2	108,011	40.0	26,478	9.8	105	5337	0
B. TORO	1,795	1,389	77.4	264	14.7	142	7.9	2	516	
COCLE	8,072	5,328	66.0	2,125	26.3	619	7.7	6	635	
COLON	2,844	1,005	35.3	1,516	53.3	323	11.4	6	192	
CHIRIQUI	80,145	40,271	50.2	34,836	43.5	5,038	6.3	20	722	
DARIEN	8,067	5,226	64.8	1,915	23.7	926	11.5	2	121	
HERRERA	6,016	4,092	68.0	1,654	27.5	270	4.5		370	
LOS SANTOS	15,263	11,589	74.2	3,623	23.2	411		1	631	
PMA. ESTE	6,725	5,799	86.2	714	10.6	212	32	9	132	
PMA. METRO	57,119	17,602	30.8	27,429	48.0	12,088		38	292	
PMA. OESTE	20,793	13,346	64.2	6,250	30.1	1,197	5.8	21	466	
SAN MIGUELITO	33,636	12,154	36.1	18,356	54.6	3,126	9.3		401	
SAN BLAS	4,885	3,189	65.3	1,316	26.9	380	7.8		63	
VERAGUAS	2,443	14,684	60.1	8,023	32.8	1,746	7.1	3	796	

Fuente: Departamento de Salud Ambiental Subdirección Nacional de Salud Ambiental. MINSA. Año: 1998

Cobertura de Programas dirigidos a la salud materno infantil en el año 1997.

La cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el menor de un año, en el ámbito nacional, en el año 1997 se muestra en el cuadro n° 111. Para la vacuna Antipoliomielítica la cobertura fue de 99.6%, para la DPT

94.6%, y en el caso de la vacuna Antisarampionosa de 91.8. (Mapas N° 47, 48 y 49)

Bocas del Toro, San Blas y Veraguas presentaron coberturas por debajo del nivel nacional. Estas tres regiones de salud y San Miguelito exhibieron las cifras de cobertura menores en el caso de la vacuna DDPT. En el caso de la vacuna antisarampión San Miguelito y San Blas presentaron niveles por debajo de la cobertura nacional.

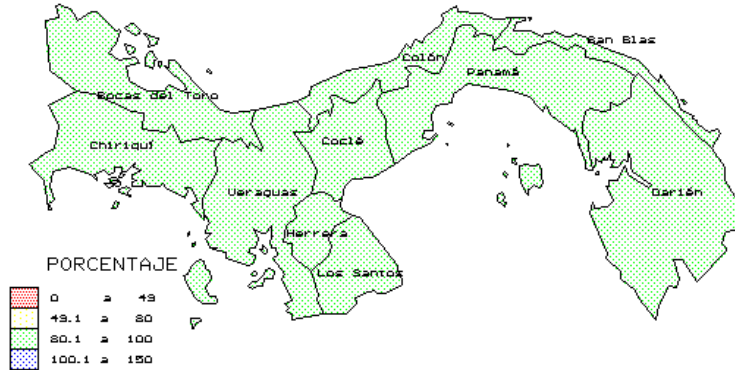
**Cuadro N° 111 . Cobertura De Vacunación Según Región De Salud.
República De Panamá. Año:1997.**

Región de Salud	Tipo de Vacuna			
	BCG	POLIO	DPT	SARAMPIÓN
República	112.8	99.6	94.9	91.8
Bocas del Toro	99.9	84.8	83.3	90.8
Coclé	111.3	100.9	100.0	102.2
Colón	121.6	100.1	101.5	95.7
Chiriquí	127.4	100.3	100.5	97.4
Darién	99.2	98.5	96.9	92.1
Herrera	101.2	95.5	85.9	92.5
Los Santos	106.7	102.6	102.0	96.8
Panamá Este	111.6	106.1	103.7	106.8
Panamá Oeste	109.7	102.1	101.0	97.1
Panamá Metro	115.4	112.6	98.9	93.7
San Miguelito	116.1	95.7	83.4	72.5
San Blas	99.4	84.7	84.0	81.8
Veraguas	96.8	89.9	89.1	90.1

Fuente: Programa Ampliado de Inmunización. 1997.

MAPA N° 47

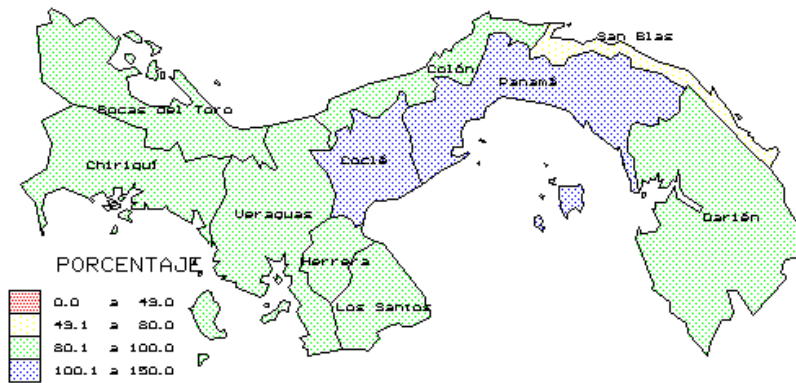
COBERTURA DE VACUNACION DE SARAMPION, EN MENORES DE UN AÑO, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA AÑO: 1998



Fuente: Centro de Control de Enfermedades/PAI.

MAPA N° 48

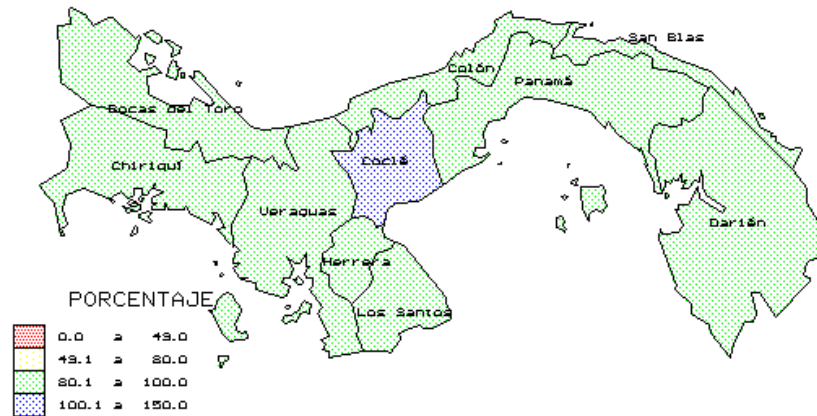
COBERTURA DE VACUNACION CON DPT, EN MENORES DE UN AÑO, EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



Fuente: Centro de Control de Enfermedades/PAI.

MAPA N° 49

COBERTURA DE VACUNACION DE POLIO, EN MENORES DE UN AÑO EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO: 1998

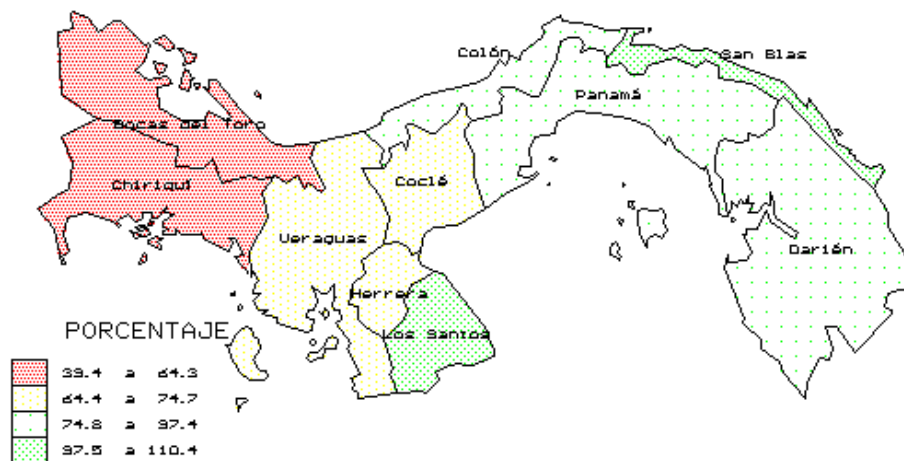


Fuente: Centro de Control de Enfermedades/PAI.

La cobertura de atención prenatal en el año 1997 fue de sólo 74.6%, cifra que comparada con la del año 1995, muestra un notable descenso de 14.5 % puntos porcentuales. Este descenso es prácticamente general en todas las regiones de salud con la excepción de Chiriquí, Darién y Los Santos. (Cuadro N°112). Por otra parte, Bocas del Toro, Coclé, Colón, Panamá Este, San Miguelito y Veraguas presentan coberturas inferiores al promedio nacional. Bocas del Toro, presentó las coberturas más bajas de todas las regiones en los tres años presentados en el cuadro, con coberturas del orden de 40.2% en el año 1997. En el 98, las coberturas más bajas se registraron en las regiones de Los Santos y Kuna Yala. (Mapas N° 50 y 51).

MAPA N° 50

COBERTURA DE ATENCION DE CONSULTAS A PRENATALES,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998

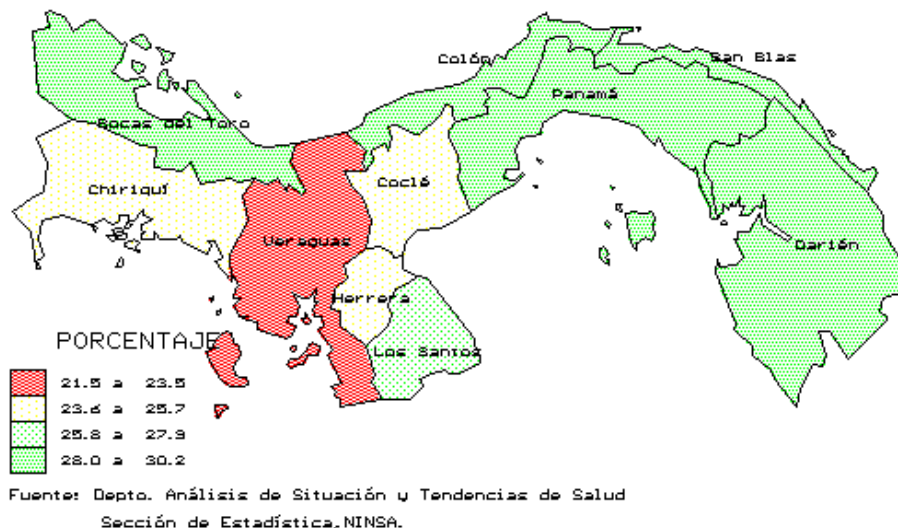


Porcentaje por cada 100 embarazadas esperadas

Fuente: Depto. Análisis de Situación y Tendencias de Salud
Sección de Estadística, MINSA.

MAPA N° 51

CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS, POR PROVINCIA,
EN LA REPUBLICA DE PANAMA, AÑO 1998



La concentración de consultas de atención prenatal es del orden de 3.4 consultas promedio/embarazada. Esta cifra permanece casi inalterada cuando se comparan los años 1995-1997. (cuadro n° 112).

En cuanto a la estrategia de captación precoz del embarazo, en el primer trimestre de gestación, se observa una incipiente tendencia al incremento, aunque con fluctuaciones (Cuadro N° 113). Llama la atención las cifras de la región de salud Metropolitana, que siendo área urbana y con una mayor accesibilidad de las instalaciones, el porcentaje es uno de los más bajos e incluso por debajo del porcentaje nacional.

Cuadro N° 112. 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
Los Santos	75.5	3.4	137.4	4.1	80.2	3.5
P. Este	97.3	3.4	74.0	3.4	68.6	3.1
P. Oeste	100.0	3.6	142.0	2.8	100.1	3.2
P. 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
San Blas	100.0	4.5	115.0	4.5	116.0	4.5
Veraguas	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° 113. Porcentaje De Mujeres Con Control Prenatal Iniciado En El Primer
Trimestre De Gestación, Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1994-
1997.

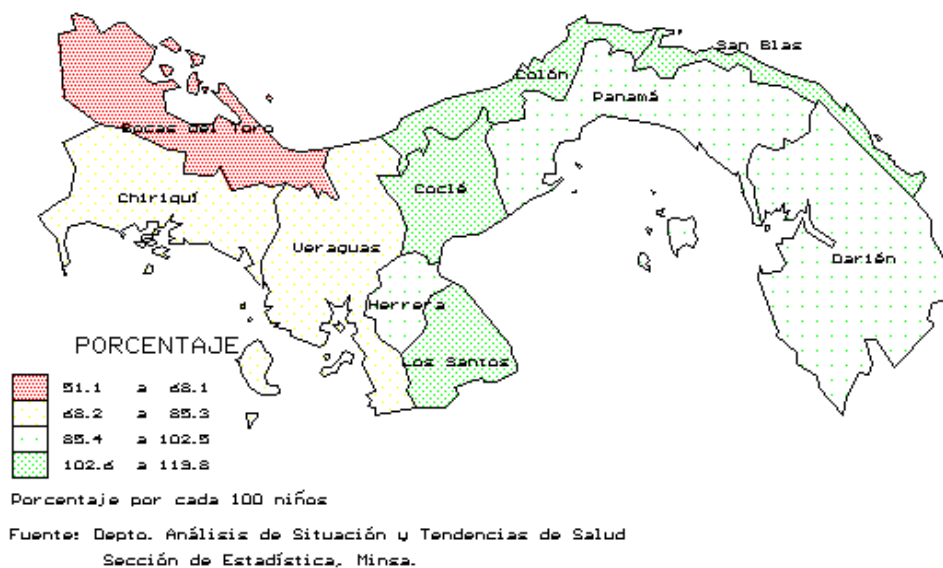
REGION DE SALUD	AÑOS		
	1995	1996	1997
Total	33.4	41.3	39.3
Bocas del Toro	43.9	48.6	48.5
Coclé	36.0	40.6	39.4
Colón	33.0	39.6	36.2
Chiriquí	29.9	41.9	39.0
Darién	32.3	36.6	40.2
Herrera	33.1	43.0	45.9
Los Santos	34.8	48.6	46.5
Panaá Este	40.2	47.2	45.2
Panamá Oeste	29.6	46.2	40.3
Metropolitana	34.9	39.9	36.4
San Miguelito	34.7	38.8	40.1
Veraguas	29.5	40.3	38.4
San Blas	30.9	37.6	34.5

Fuente: Departamento de Análisis de Tendencias de Salud. 1997.

El control de crecimiento y desarrollo en el menor de 1 año alcanzó una
cobertura de 94.0% en el año 1997. (Cuadro N°114) (Mapa N° 52)

MAPA N° 52

COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO,
EN MENORES DE UN AÑO, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN PROVINCIA, AÑO : 1998



Esta cobertura exhibe un descenso de 13.8 puntos porcentuales en el año 1997 cuando se contrasta con la del año 1995. Bocas del Toro, Coclé, Colón y Los Santos exhibieron, en el año 1997, las coberturas más bajas mientras que las regiones de Chiriquí, Darién, San Miguelito y San Blas mejoraron la cobertura. La concentración de controles casi no muestra variaciones en los años 1995 a 1997. Para 1998 las regiones de Los Santos, Coclé, Colón y Kuna Yala presentaron las más bajas coberturas de control en el menor de un año. (Mapa N° 52)

El control del crecimiento y desarrollo del menor de 1 a 4 años no ha presentado variaciones significativas tanto en la cobertura como en la concentración de consultas en los tres años presentados. La cobertura es inferior al 50% y la concentración de controles muy por debajo de la norma establecida en los tres años examinados. (Mapa N°53)

Cuadro N° 114. Cobertura Y Concentración Del Control De Crecimiento Y Desarrollo En Niños < De 1 Año Y De 1-4 Años, Según Región De Salud. República De Panamá. Años: 1995-1997.

REGION DE	< 1 año			1-4 años		
	1995	1996	1997/P	1995	1996	1997

SALUD	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc	Cob	Conc
Total	94.0	4.7	94.1	4.8	80.2	4.9	40.6	2.0	43.2	2.2	38.1	2.0
Bocas del Toro	99.9	2.6	a/55.6	a/2.9	57.3	3.1	25.1	1.9	a/21.6	a/1.8	15.7	2.2
Coclé	97.2	a/4.0	114.0	5.0	73.1	4.4	a/50.8	a/1.7	56.2	2.1	40.2	2.1
Colón	85.3	3.6	109.4	5.4	66.5	5.5	28.8	2.7	36.2	2.6	30.1	2.2
Chiriquí	65.2	a/5.5	78.9	4.4	76.7	4.0	a/33.4	a/2.3	47.8	2.8	66.8	1.8
Darién	98.2	a/5.4	77.8	4.6	130.1	3.6	42.0	1.6	36.9	2.2	56.2	2.5
Herrera	99.4	5.5	92.6	6.4	88.6	5.5	a/50.4	a/2.3	52.9	2.4	45.3	2.9
Los Santos	78.6	5.4	103.4	6.2	67.7	7.3	a/22.3	a/2.5	32.7	2.9	27.9	2.5
Pamá Este	82.2	4.0	70.9	4.2	76.1	4.0	33.7	2.0	24.9	2.3	25.5	2.1
Pamá Oeste	100.0	4.9	111.4	5.3	91.0	5.1	45.0	2.3	43.0	2.3	41.0	11.6
Pamá Metro	100.0	4.3	135.0	4.8	85.1	5.2	56.1	2.0	54.2	1.9	22.7	2.2
San Miguelito	60.0	7.9	109.1	4.8	83.7	5.7	32.0	2.2	35.4	2.1	27.4	2.0
San Blas	91.3	5.4	101.8	5.2	98.5	6.1	44.6	1.5	79.2	1.5	80.8	1.4
Veraguas	92.6	4.4	69.6	4.3	78.5	5.0	73.5	2.0	39.9	1.8	40.9	1.9

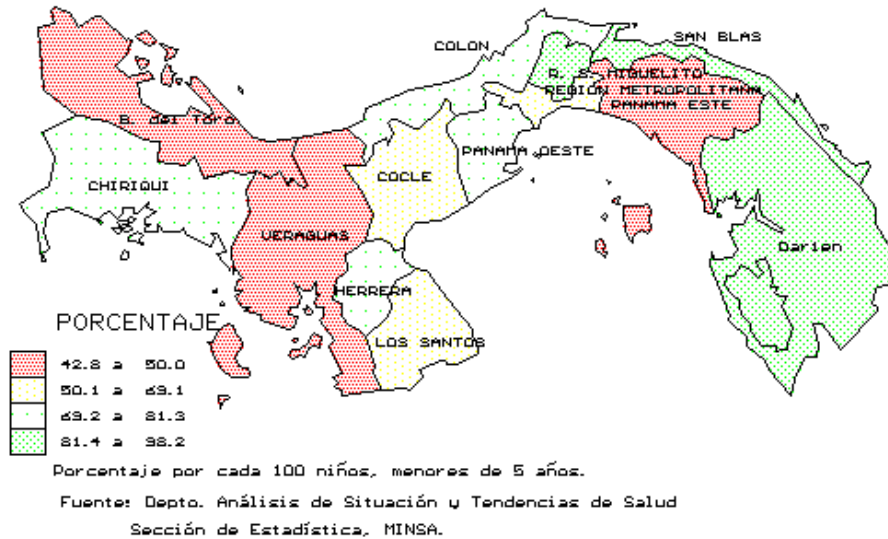
Norma de concentración: < 1 año: 10 controles. En el menor de 1-4 años: 7 controles según el Programa Integral de Atención a la Niñez. 1995.

a/ No incluye la C.S.S.

Fuente:Departamento de Análisis de tendencias de Salud. 1997

MAPA N° 53

COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
EN MENORES DE CINCO AÑOS, EN LA REPUBLICA DE PANAMA,
SEGUN REGION DE SALUD, AÑO : 1998



La Red de Atención Hospitalaria: 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. Adicionalmente, se puede clasificar en establecimientos para la atención de enfermos agudos y crónicos.

La red de hospitales públicos del país cuenta con un total de 38 instalaciones, de las cuales 35 están destinadas al manejo de enfermos agudos y a la atención de enfermos crónicos con una disponibilidad de 5,936 camas. De estas, 903 están destinadas a la atención de enfermos de larga estancia. Los cuadros 115 y 116 presentan una clasificación en uso por el sistema de información del MINSA, así como la disponibilidad de camas y su relación porcentual con respecto al total en el año 1998.

Cuadro N° 115. Centros Y Camas De La Red De Atención Hospitalaria
Para Enfermos Agudos. República De Panamá. Año: 1998.

Denominación	N° de Centros	%	N° de Camas	%
Total	37	100.0	5735	100.0
Larga Estancia	2	5.4	72	1.3

De área General	17	45.9	756	13.1
Regional General	9	24.3	1310	22.7
Regional Especializado	4	10.8	931	16.1
Nacional General	1	2.7	651	11.3
Nacional Especializado	4	10.8	2045	35.1

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Cuadro N° 116. Centros Y Camas De La Red De Atención Hospitalaria Para Enfermos Crónicos. República De Panamá. Año: 1997.

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN	DENOMINACIÓN	DEPENDENCIA	CAMAS	PORCENTAJE
TOTAL	--	--	903	100.0
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NACIONAL	NACIONAL ESPECIALIZADO	MINSA	536	59.4
PALO SECO	LEPROSORIO	MINSA	24	2.6
HOGAR DE LA ESPERANZA	--	CSS	48	5.3
PABELLON PSIQUIATRICO DEL HOSPITAL ANITA MORENO		MINSA	295	32.7

Fuente: Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

En algunas de las regiones sanitarias existe coordinación funcional entre la CSS y el MINSA, por ejemplo en la Región Metropolitana se han establecido convenios entre la CSS y algunos hospitales (Hospital del Niño e Instituto Oncológico). La CSS no presta atención a pacientes que no son beneficiarios en las áreas no integradas, exceptuando aquellas atendidas en Urgencia. Sin embargo, en los establecimientos del MINSA el acceso no tiene restricciones y les cobra con tarifas igualitarias a las que pagan los pacientes no asegurados. El término accesibilidad también comprende el aspecto económico a los pacientes asegurados que asisten a las instalaciones del MINSA.

Algunos hospitales del MINSA disponen de sistemas computarizados de información que, al igual que en los de la CSS se utilizan para realizar funciones administrativas. Los establecimientos privados cuentan con ellos y los destinan a procesos de facturación y contabilidad. Durante el año 1998-1999 se ha implementado un proyecto piloto destinado a establecer Sistemas de Información Gerencial que aporten información sobre producción, rendimiento y costos en los hospitales regionales. Parte de la información se presenta en los cuadros 117.

Cuadro 117. Producción, Rendimiento Y Costo Del Servicio De Hospitalización Y Consulta En Hospitales De La República De Panamá. 1999.

Indicador	Establecimiento							
	Santiago	Cecilio Castillero	Gerardino De León	Aquilino Tejeira	HISMA 2/	Nicolás Solano	HST 1/	ION
Costo De Egreso	240.97	68.83	177.35	219.11	395.52	329.96	477.23	1377.32
Costo Dco	49.12	16.6	51.59	51.58	138.79	86.31	82.64	117.88
Costo De Consulta	39.46	21.87	17.66	12.13	24.35	16.70	24.20	45.47
% De Ocupación	79.7	68.1	62.0	67.9	50.7	65.4	70.4	71.1
Estancia Promedio	4.8	3.9	3.9	4.25	2.85	4.7	6.4	9.4
Giro de Camas (Índice De Rotación)	5.06	5.52	5.52	3.59	5.51	4.73	4.05	1.67
Intervalo De Sustición	1.22	1.47	2.18	4.11	2.77	2.73	1.88	5.09
Número De Camas	198	94	99	131	216	172	658	127

Fuente: Departamento de Análisis y Tendencias de Salud. MINSA

Los Hospitales Regionales: la tasa de frecuentación para los hospitales regionales es de 60/1000 habitantes. Las mayores tasas de frecuentación se observan en las regiones de Los Santos, Herrera, Veraguas y Colón, respectivamente. Una de las probables variables que tal vez incida en este comportamiento es la mayor proporción de población de la tercera edad en estas regiones de salud. (13.3% y 10.1% en Los Santos y Herrera respectivamente). Es importante señalar también que de las 391 camas de que dispone el Hospital Anita Moreno de Los Santos, 295 el 75.4% están destinadas al pabellón de crónicos.

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). (Cuadro N° 118)

Cuadro N° 118. *Egresos E Indicadores Hospitalarios De Los Hospitales Regionales Y De Area. República De Panamá. Años: 1997.

Región	Población	Camas	Egresos	Frecuen- tación	% de ocupación	X días estancia	Giro de cama
Total	2718686	2520	12044	0.06			
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
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
San Blas	38,726	32	955	0.02	27.8	3.5	30.0
Veraguas	221,169	316	18312	0.08	75.1	4.4	58.0

*No incluye Hospitales Nacionales

Fuente: Departamento de Análisis de tendencias de salud. 1997.

Los cuadros n° 119 y 120 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. La región de salud de Herrera presenta una cifra de frecuentación muy superior al promedio. Es probable que la explicación esté dada por la distribución del recurso médico (26.7% laboran en la red primaria y 73.3% en los hospitales (8.8% de las instalaciones de la región corresponden a hospitales) y por la edad de la población que condiciona la atención de tipo especializada y más compleja.

Cuadro N° 119. Consultas Producidas Por Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Año: 1997.

Región	Población	Consultas	Consulta/hab-año
Total	2718686	2788519	1.0
Bocas del Toro	127968	215519	1.7
Coclé	193779	153102	0.8
Colón	193064	230928	1.2
Chiriquí	418109	380177	0.9
Darién	59488	53176	0.9
Herrera	102349	203310	2.0
Los Santos	79770	144327	1.8
Panamá Este	89814	97586	1.1
Panamá Oeste	241773	75551	0.3
Metropolitana	535615	1011950	1.9
San Miguelito	417062	-	-
Veraguas	221169	198266	0.9
Kuna Yala	38726	24582	0.6

- dato no disponible.

Total de hospitales: 37

MINSA/Patronato: 25

CSS:12

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y procesos CSS. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud. 1997.

La evaluación de la producción de los servicios intermedios y finales requiere la existencia de normas de producción y rendimientos. La información requerida para este fin puede obtenerse de los sistemas de contabilidad de costos, que como mencionamos al inicio de esta sección en algunos hospitales se dieron pasos para su implantación (apertura de cartera de servicios, elaboración de matriz para la captura de la información, captura de información y uso de software).

Cuadro N°120. Producción De Servicios Intermedios De
Los Hospitales Del MINSA Y De La CSS. República De Panamá. Años:1997.

Región	Med. Despachados	Lab	Rx	Ración Servida (a)	Lbs. de ropa lavada	Cirugías	Partos
Total	5395750	13695396	526899	3440942	6682536	57000	50437
Bocas del Toro	371722	95747	21579	110373	187789	524	2278
Coclé	294364	401499	21934	55049	-	5061	3605
Colón	325261	1048709	39584	264846	237756	4791	5267
Chiriquí	1109839	1693409	84145	522881	1735954	10476	8498
Darién	68809	24489	586	14062	19051	558	326
Herrera	438255	1568106	29623	166425	426632	4862	2336
Los Santos	545954	498315	15687	171874	227973	1679	1108
Pamá Este	180896	814169	14894	76242	388460	972	816
Pamá Oeste	192835	421124	15729	149439	132955	2901	3477
Metro	140505	6731892	243655	1686178	2817066	16850	18051
San Miguelito	-	-	-	-	-	-	-
Vera-guas	342492	334512	38861	215531	505245	7978	3868
San Blas*	120818	63425	622	8042	3655	348	807

*Se incluyó toda la producción regional de Centros de Salud, Sub centros y Puestos con camas, la información no estaba abierta por instalación.

(a) raciones servidas sólo a pacientes. Los Hospitales de Santiago y Cañazas incluyen el total.

Fuente: Unidad de Análisis, Evaluación y procesos de la CSS. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, Sección de Estadísticas. 1997.

Los Hospitales Nacionales están ubicados en la región metropolitana de salud. El cuadro n° 121 muestra sus indicadores de producción.

**Cuadro 121. Estadísticas De Los Hospitales Nacionales.
República De Panamá. Año: 1997.**

Nombre de la institución	Camas	Egresos	Camas Días utilizados	Giro de cama	Días de Estancia	X días de estancia	% de Ocupación
Santo Tomás	651	31368	189488	48.2	171976	5.5	79.7
Instituto Oncológico	127	2703	32803	21.3	32530	12.0	70.8
Hospital del Niño	410	18831	115183	45.9	115738	6.1	77.0
Hospital Psiquiátrico Nacional	547	732	180386	1.3	363987	497.3	90.3
Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS	931	32656	217509	35.1	284265	8.7	64.0

Fuente: Departamento de Análisis de Tendencias de Salud. 1997.

Programa Nacional De Pensionados, Jubilados Y Tercera Edad

El progresivo mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo de una mejor medicina Preventiva, han dado como resultado una mayor expectativa de vida de los panameños, que alcanzan en el año 1996 los 74 años. De proseguir el actual crecimiento demográfico de la población gerontológica debemos pasar del actual 7.4% de envejecimiento de nuestra población (182,000 mayores de 60 años) al 12.9% (506,000 personas) en el año 2020, lo que significa un incremento total de 177%, representando un enorme desafío para todas las estructuras sociales del país, y especialmente para el sector salud, y la Caja de Seguro Social.

Reconociendo el problema, nuestro país se ha hecho signatario de los principales convenios internacionales que establecen sistemas de protección al anciano, que son la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena en 1982 y la Declaración de Cartagena de Indias, suscrita por los presidentes Latinoamericanos en 1992.

La Caja de Seguro Social, cumpliendo a cabalidad las propuestas firmadas, concernientes al sector salud, estableció desde 1985 un Programa específico para la atención del Adulto Mayor, comprendiendo que la estrategia de la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas tiene que adaptarse a las necesidades específicas de este grupo cada vez más numeroso, que crea gran demanda de servicios institucionales especialmente en el Tercer Nivel de atención y que sufre de enfermedades predominantes crónico-degenerativas, es difícil cura con altos costos de Atención. Esto por sí solo justifica ampliamente la existencia del Programa dirigido a la Promoción de la Salud y la Prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad, orientado además como nivel asesor la planificación y recursos en los sectores de atención al Adulto Mayor.

Las áreas de acción del Programa están incluidas dentro de la meta “Salud para todos en el año 2000” incluida en los planes internacionales de la OPS y OMS e incluyen:

I. La evaluación de la situación y adopción de políticas para la Atención del Adulto Mayor:

- Desarrollo de estudios demográficos y epidemiológicos que definan la magnitud del problema del envejecimiento, permitiendo establecer proyecciones.
- Determinación de las características de la población asegurada de edad avanzada, a través de la investigación Gerontológica.

- Asesoría a la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas en la adopción de una Política Institucional de Atención al Adulto Mayor.
- II. Desarrollo de la atención integral del Adulto Mayor en los Servicios Generales de Salud.
- Desarrollo de enfoques y estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria en los diferentes niveles de atención de la Institución.
 - Definición de actividades por niveles de atención y categoría profesionales por el cuidado del anciano.
 - Estudios para mejorar el conocimiento sobre la disponibilidad de servicios para la atención gerontológica, evaluar calidad de vida y reorientar la atención Institucional.
 - Interrelacionar e incorporar a diferentes categorías profesionales e institucionales en el estudio y las respuestas alternativas a la atención del anciano.
- III. Promoción y desarrollo de Programas de Acción comunitaria:
- Desarrollo de Programas educativos y recreativos para estimular y orientar enfoques de promoción de la salud, autocuidado y atención no institucionalizada para los grupos de asegurados de edad avanzada.
 - Promoción de la participación de grupos en el desarrollo de sus propias organizaciones de base, como soporte al Programa de Salud, utilizando la autogestión como fuente del financiamiento de sus proyectos y actividades.
 - Promoción del desarrollo y coordinación de servicios de atención a las necesidades psico-sociales de los ancianos asegurados, tales como Centros de Atención Diurna y Servicios de Visita Domiciliaria.
 - Asesoría a la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas en la adopción de una política institucional de Atención al Adulto Mayor.
- IV. Desarrollo de Recursos Humanos:
- Adiestramiento y Capacitación de los diversos profesionales multidisciplinario que intervienen en los servicios de salud según niveles de atención.
 - Incorporación del enfoque de la atención primaria en la formación de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y especialistas en gerontología y geriatría.

Calidad de vida, a través de actividades de promoción de la salud, así como el fortalecimiento de la independencia, promover la dignificación del adulto mayor, mejorando su socialización, y la capacitación, con la ayuda de la familia y la comunidad.

Objetivos Específicos

- Promover la salud de los adultos mayores a través del programa de la tercera edad.
- Fortalecer la participación de la comunidad en dar a conocer las acciones que benefician al adulto mayor, con la participación de todas las fuerzas vivas de la comunidad.
- Prevención de la incapacidad física secundaria a enfermedades crónicas-degenerativas.

Metas

La Caja de Seguro Social basa sus metas en los indicadores de los resultados del programa de la tercera edad y de atención de la población.

Cuadro N° 122. Indicadores de Resultados de Programas de Tercera Edad y Atención a la Población. CSS. Años: 1997-1999

INDICADORES DE RESULTADOS	1997	1998	1999
Cobertura De Captación Anual De Adultos Mayores	8.1%	10%	5.6%
Cobertura Anual De Controles De Salud	20.7%	29%	12.1%
Cobertura De Vacunación A La Población Total	N/D	10%	10%
Cobertura Anual De Charlas A Familiares De Pacientes Encamados	1.9 Charlas/Paciente	1.6 Charlas/Paciente	1.2 Charlas/Paciente
Promedio Anual De Pañales Entregados Por Paciente Encamado	62.2	73	181

Fuente: Indicadores de resultados de Tercera Edad y S.A.D.I. (97-99) Programa de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad. Caja de Seguro Social.

Programa De Atención Domiciliaria Integral SADI

El Servicio de Atención Domiciliaria Integral (SADI) es un componente del Programa de la Tercera Edad, mediante el cual, por evaluación previa y control posterior, se brinda a un grupo seleccionado de enfermos funcionalmente dependientes, los servicios médicos, sociales, de enfermería, de fisioterapia, de farmacia y afines, bajo la dirección y orientación del médico coordinador de cada policlínica, en el ambiente familiar del paciente, utilizando los recursos disponibles y apropiados de las instituciones de salud, de la comunidad y del hogar.

Objetivos

- Disminuir el período de hospitalización y prevenir hospitalizaciones frecuentes mediante buen control en el hogar.
- Acelerar la recuperación, previniendo o disminuyendo la incapacidad física, fomentando la independencia funcional.
- Brindar al enfermo dependiente el mejor cuidado en la casa del que podría ofrecerse en el hospital.
- Proporcionar al enfermo un cuidado multidisciplinario satisfactorio en el ambiente hogareño y familiar.
- Capacitar, orientar e instruir al enfermo y a sus familiares en el cumplimiento de las recomendaciones médicas, infundirles el espíritu de cooperación y hacerlos conscientes de su obligación moral.
- Racionalizar la utilización de los servicios hospitalarios frecuentes mediante buen control en el hogar.
- Racionalizar el costo en el cuidado de estos enfermos tanto para los familiares como para la Institución.

Ubicación

El Servicio de Atención Domiciliaria estará a cargo del Equipo Coordinador del Programa de la Tercera Edad en cada Policlínica o Unidad Ejecutora de la Caja de Seguro Social y está ubicado en el consultorio del médico o enfermera coordinador del Programa.

Tipo De Pacientes

A. Temporales

Son aquellos enfermos con invalidez transitoria que pueden ser rehabilitados. El objetivo del Servicio es hacer al usuario cada vez más

independiente. Estos enfermos serán dados de alta y transferidos al servicio ambulatorio cuando de acuerdo con evaluaciones periódicas se considere que se ha logrado una recuperación satisfactoria.

B. Permanentes

Son aquellos enfermos cuya condición es tal, que estarían imposibilitados permanentemente para acudir a la consulta ambulatoria. El tratamiento para este grupo será integral y ayudará a mantener al enfermo fuera del hospital.

Este grupo incluye:

- a. Cánceres terminales, enfermedad cerebro vascular con incapacidad física, enfermedad cardiovascular severa, enfermedad pulmonar crónica severa, enfermedad reumatoidea avanzada, esclerosis múltiples avanzada, enfermos con lesiones medulares con parálisis o cuadriplejía, úlcera por presión, inválidos por parálisis infantil, demencia senil en fase terminal y aquellos pacientes con enfermedades crónicas invalidantes con pocas esperanzas de recuperación.
- b. Pacientes seniles: aquellos que por su condición de deterioro físico y mental no pueden ser llevados a la consulta ambulatoria.

Normas De Funcionamiento

Las visitas domiciliarias sólo se realizarán durante los días hábiles y durante las horas estipuladas en el horario diario de trabajo. El equipo determinará la frecuencia de las visitas de acuerdo al tipo y condición del paciente según la norma de clasificación del paciente dependiente. No se harán visitas de urgencia.

Los familiares podrán informar al médico tratante, durante las horas de servicio, sobre cualquiera complicación que se le presente al enfermo. Si hubiera una urgencia médica, el paciente deberá ser llevado al cuarto de Urgencias para que lo evalúen médicos de Urgencia. Estos deberán hacer un reporte al Programa u hospitalizarlo si fuera necesario.

Si es hospitalizado, los familiares deberán informar al Programa. A la salida del hospital, los familiares deberán exigir la hoja de resumen de hospitalización (hoja amarilla) y traerla al Programa.

Beneficios del Programa

- Visita del equipo multidisciplinario en el domicilio del paciente encamado.
- Extracción de muestras de sangre: Los exámenes de laboratorio no se harán de urgencia y las solicitudes deberán ser formuladas por el médico del servicio a domicilio. El Departamento de Laboratorio apoyará el Programa realizando las extracciones y recolección de muestras en la casa del paciente dependiente.
- Expedición de recetas de medicamentos: Cinco días antes que se le acaben los medicamentos al paciente dependiente, el familiar deberá acudir a la oficina del Programa con su tarjeta de medicamento para que se le confeccionen sus recetas e informen sobre la condición del paciente. Las recetas deberán ser escritas de puño y letra por los médicos del servicio a domicilio y tendrán el sello de la visita domiciliaria. Serán llevadas a la farmacia de la policlínica por el familiar del enfermo.
- La policlínica correspondiente suplirá al Equipo de Salud del material necesario para el funcionamiento del servicio de Atención Domiciliaria. Cada policlínica contará con un maletín con material y equipo necesario para una visita médica rutinaria.
- **El área geográfica susceptible de ingresar en este servicio estará comprendida dentro de un radio de acción no mayor de 25 kilómetros a la redonda.**
- El equipo de salud no se compromete a realizar visitas a áreas de difícil acceso o de alto riesgo personal.
- **El médico deberá expedir el certificado de defunción siempre y cuando lo considere pertinente, dentro de su horario regular de trabajo.**

Cuadro N° 123. Indicadores De Demanda Del Programa SADI A Nivel Nacional.

Caja De Seguro Social. República de Panamá. Años: 1997 – 1999

Indicadores de demanda	1997	1998	1999	% Incremento / Decremento
N° de adultos mayores	138,614	139,893	141,012	0,8%
N° de adultos mayores asegurados	87,590	73,059	81,895	10,8%
N° pacientes encamados	2,518	2,876	7,162	59,8%
Edad promedio	74	74	76	2,6%

Cuadro N° 124. Indicadores De Oferta Del Programa SADI A Nivel Nacional.

Caja De Seguro Social. República de Panamá. Años: 1997 – 1999

Indicadores de oferta	1997	1998	1999	% Incremento / Decremento
N° de médicos en el programa de atención domiciliaria	42	47	33	- 29.8%
N° de enfermeras en el programa	38	40	31	- 22.5%
N° de trabajadores sociales en el programa	29	25	24	-4%
N° de miembros de Asociaciones de Familiares del Paciente Encamado	207	442	422	-4.5%
N° de miembros del Voluntariado de Oro	227	191	200	4.5

Organización y Provisión de Servicios De Atención a los Trabajadores:

En la actualidad los servicios de atención de a los trabajadores tanto por Riesgos Profesionales como por Enfermedades comunes se encuentran diluidas en el contexto de la red nacional de servicios de salud, como parte de los programas de salud del adulto o de la atención a la comunidad o de la familia, en una visión biologicista tanto de su entorno como de sus condiciones de vida. En este sentido la medicina oficial panameña ha tratado la categoría trabajo en una” forma empírica que no ha permitido un análisis de la esencia de la relación trabajo-salud ni tampoco identificar lo que determina el surgimiento, el desarrollo, la transformación o la desaparición de conceptos médicos relacionados con el trabajo “ (14); es decir la medicina clásica nacional considera las consecuencias del trabajo sobre la salud como un fenómeno biológico individual que ocurre en el ámbito del consumo. Efectivamente se relacionan el nivel de ingreso con determinadas enfermedades y se presenta el problema “como si el proceso salud-enfermedad en su relación con el trabajo sucediera solamente en el escenario del mercado de consumo” (15). Por lo anterior prescindir de los efectos del trabajo sobre la salud y valorar solo las condiciones de vida es negar que las condiciones de producción, de la organización del trabajo y las condiciones materiales del trabajo incrementan el riesgo de enfermar y morir de los trabajadores.

En este contexto la medicina y la salud en Panamá no toman en cuenta el carácter bifacético del trabajo y lo consideran solo por su aspecto abstracto y cuantitativo; es decir como el despliegue de la fuerza humana en sentido fisiológico para la producción de bienes y servicios, ignorando así el aspecto concreto o cualitativo del trabajo y su rol transformador en el hombre. En estos escenarios la organización y provisión de los servicios de atención a los trabajadores desconocen los perfiles epidemiológicos de los procesos salud-enfermedad que afectan a los trabajadores en razón del hecho que se hace abstracción de las condiciones de trabajo , las distintas formas de consumo(bio - social y socio cultural) y las relaciones de distribución e intercambio de bienes. Lo anterior se traduce en :

1. Dicotomía en la atención (lo ocupacional y no ocupacional)
2. Dificultades en establecer la ligazón etiológica y clínica con el mundo del trabajo
3. Dificultades en el uso de criterios y el análisis epidemiológico para la provisión de servicios
4. La medicalización de la atención subordinando el componente técnico- ambiental y organizacional que subyace a los procesos de trabajo
5. Ausencia de la Rehabilitación para el trabajo

6. La salud en el trabajo ausente en los contenidos de la promoción, prevención específica y en la atención primaria
7. Ausencia de indicadores de estructura, proceso , resultados e impacto.

De allí que se asista a un subregistro y subdiagnóstico de la patología que afecta a la población trabajadora que impide construir desde la perspectiva epidemiológica el comportamiento histórico de la misma, así como determinar su peso específico en el desarrollo económico del país.

En conclusión se puede afirmar que en términos generales la organización y provisión de servicios de salud dirigidos a los trabajadores presentan las siguientes características:

1. Desigualdad en el conocimiento y actitudes relativas a la salud de los trabajadores y sus cuidados básicos.
2. Desigualdad en el grado de cobertura
3. Desigualdad en el diagnóstico y tratamiento ante una misma enfermedad
4. Desigualdad en el acceso entre áreas urbanas y rurales
5. Una práctica sanitaria segmentada

Si a lo antes expuesto se le agrega la vieja discusión entre lo ambiental y lo ocupacional se entiende el porqué no se asiste a una visión integral de la problemática de los trabajadores

Gasto Social del Gobierno Central:

La planificación que realiza el gobierno Nacional para brindar beneficios a toda la comunidad a través de su programa de trabajo, conlleva a la evaluación de las necesidades primordiales en nuestro país en materia de educación, salud, vivienda, trabajo y bienestar social.

Lo anterior se expresa en la política social definida y en el aumento del gasto social, que van dirigidos al fortalecimiento y modernización de los sistemas de salud, educación, y bienestar social, propiciando un mayor acceso a grupos de bajos ingresos y la comunidad en general.

La evolución del gasto social durante el periodo 1990-98, medida como porcentaje del PIB, muestra una tendencia creciente, manteniéndose una participación promedio de 9.3 por ciento en dicho periodo. (Cuadro N° 126).

**Cuadro N° 125. Gastos Efectuados Por El Gobierno Central.
República De Panamá. Años: 1990-1998**

Años	Gastos del Gobierno Central			
	(En millones de balboas)		(En porcentaje)	
	Gasto Total	Gasto Social	Gasto Social/ Gasto Total	Gasto Social/ PIB
1990	1149.60	421.5	36.7	7.9
1991	1405.00	512.4	36.5	8.8
1992	1523.50	668.1	43.9	10.1
1993	1463.40	690.5	47.2	9.5
1994	1613.90	742.0	46	9.6
1995	1702.00	751.2	44.1	9.5
1996	1976.70	751.0	38.0	9.2
1997	2557.40	877.0	24.3	10.1
1998	2586.60	1074.80	41.6	--

Fuente: Contraloría General de la República

Durante el año 1998, el Gobierno Central destinó B/. 1,074.8 millones al gasto social, que comparado con el periodo anterior refleja un aumento de 22.6 por ciento; de los cuales, B/. 455.3 millones se destinaron a educación, B/. 189.1 millones a salud; B/. 21.7 millones, a vivienda y para los servicios comunitarios, trabajo y bienestar social, B/. 408.7 millones. (Cuadro N° 126)

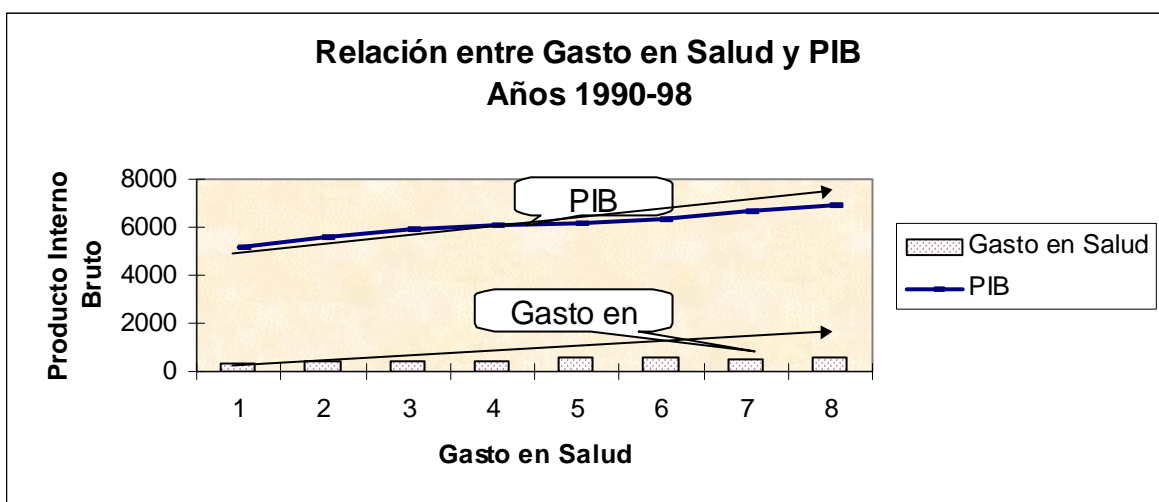
En cuanto al gasto total de salud, para el mismo año, B/. 99.8 millones fueron utilizados para los servicios médicos y B/. 89.3 millones en otros gastos como los administrativos y el programa de saneamiento ambiental, los cuales inciden directamente en el mejoramiento de la salud de toda la población.

Cuadro N° 126. Gasto Social Del Gobierno Central.
República De Panamá. Años: 1997-1998
(en millones de balboas)

Detalle	Años		Crecimiento	
	1997	1998	Absoluto	Porcentual
Total	877.0	1074.80	197.8	22.6
Educación	407.6	455.3	47.7	11.7
Salud	182.4	189.1	6.7	3.7
Trabajo y Bienestar Social y Servicios	258.5	408.7	150.2	58.1
Vivienda	28.5	21.7	- 6.8	- 23.9

Fuente: Contraloría General de la República

Gráfica N° 20



Riesgos Profesionales e Indemnizaciones Laborales

Puede decirse, que un total 568,000 trabajadores eran asegurados y estaban cubiertos por riesgos profesionales, durante 1997, estos representaban el 20.9% de la población total y sólo el 33.9% de la población asegurada. De

4,710 pensiones vigentes por riesgos profesionales el 43.7% eran parcial permanente y el 8.4% absoluta, el 47.9% eran pensiones otorgadas a sobrevivientes. El monto total de las prestaciones económicas por esta causa fue de 13.3 millones de balboas, su distribución según el tipo de pensión fue de 25% (parciales permanentes), 16% (de sobreviviente), 9% (absoluta permanente). Con un monto promedio mensual de 135.67 balboas; para las pensiones parciales y de 245.73 y 80.59 para las absolutas y de sobreviviente respectivamente. (Cuadros N° 127 y 128)

Las indemnizaciones por riesgos profesionales se incrementaron de 372 en 1993 a 515 en 1997. En este último año, las áreas de la manufactura y la agrícola concentran el 28.1 y el 23.9% de las indemnizaciones por riesgos profesionales. El monto de las indemnizaciones fue de 754,627.31 balboas o sea el 5% de monto total de las prestaciones económicas por riesgos profesionales. El monto promedio de las mismas fue de 1,465 balboas; 331 balboas más que para 1993.

En relación con el costo de atención de los accidentes de trabajo, accidentes de trayecto y enfermedad profesional el mismo fue de 11.9 millones en 1997 y de 9.3 en 1993, lo que significó un incremento de 2.6 millones de balboas durante este periodo.

Información adicional sobre el programa de prestaciones económicas de la Caja de Seguro Social se ubica en el Anexo N°3.

**Cuadro N° 127: Algunos Datos De Económicos Relacionados Con La Salud
De La Población Trabajadora. República De Panamá. Años: 93-97.**

Indicador	1993	1997
Cotizantes Activos	453,105	568,000
Total de Subsidios	1,080	695
Pensiones Vigentes por Riesgos Profesionales	3,782	4,710
Parcial permanente	1447	2062
Absoluta	317	394
De sobreviviente	2018	2254
Monto Total Pagado en Pensiones	1.8 millones	2.2 millones
Monto Promedio de las Indemnizaciones		
Total	422,089.69	754,627.31
Promedio	1134.65	1,465.30
Monto Mensual Promedio de las Pensiones Parciales		
Total	2.2 millones	3.4 millones
Promedio	139.87	135.67
Monto Promedio de las Pensiones Absolutas		
Total	814,738.00	1.2 millones
Promedio Mensual	214.18	245.73
Subsidios		
Total	4.7 millones	5.9 millones
Monto Promedio	256.27	355.92
Costo de Atención por Riesgos Profesionales (accidentes de trabajo, accidentes de trayecto y enfermedades profesionales)	4.7 millones	6.0 millones
Costos de Subsidios	4.7 millones	5.9 millones

Fuentes: Informe de Consultoría del Dr. Díaz Mérida para el MINSa. Año:1999. Manual de Datos Básicos de Salud Ocupacional. Caja de Seguro Social. Año: 1998

Costos de los Riesgos Profesionales y de la Invalidez

Para 1999 los días de incapacidad temporal subsidiados por la Caja de Seguro Social por enfermedad común ascendieron a 372,761 días, que representan un promedio de 34.7 días por caso con un costo de 4.0 millones de balboa, ; igualmente los casos por Riesgos profesionales estimados estuvieron en el orden de 373,200 días equivalentes a un promedio de 20.0 días por caso con un costo de 6.1 millones (13). El monto total en ambos casos asciende a 10.1 millones de balboas

La discapacidad por enfermedad común arrojó un costo de 53.1 millón de balboa y por Riesgos profesionales 7.3 millones, lo cual da lugar a un monto total de 60.4 millones de balboas

Los costos indirectos estimados como pérdidas de las empresas por riesgos profesionales ascendieron a 710.2 millones de balboas (aplicando el método de Bird que consiste en que por cada dólar pagado por

atención médica y compensación económica por riesgos profesionales se pierden entre 6 y 53 dólares por costos indirectos. Si utilizamos los porcentajes de pérdida con relación al Producto Interno Bruto, de acuerdo a la O.I.T. /O.M.S. (10 al 20 %) las pérdidas económicas ascienden entre 693 a 1,398 millones de balboas.

**Cuadro N° 128 . Distribución De Subsidio De Accidentes De Trabajo
República De Panamá. Año 1993 - 1996**

DETALLE	1993	1994	1995	1996
	Monto (B/)	Monto (B/)	Monto (B/)	Monto (B/)
Gran Total	9,808,232.92	10,680,210.45	12,207,116.41	12,809,383.37
Incapacidad Temporal	4,614,402.55	5,008,102.03	5,734,208.43	5,791,204.09
Pensión de Sobreviviente	1,753,175.62	1,907,500.46	2,104,884.19	2,177,750.63
Pensión Permanente Parcial	2,203,826.98	2,399,738.12	2,729,162.94	3,067,675.20
Pensión Permanente Absoluta	814,738.08	918,267.81	933,268.59	1,066,009.37
Indemnización	422,089.69	446,602.03	705,592.26	706,744.08

Fuente: Programa De Salud Ocupacional - C.S.S.

Edad De Jubilación General Para Hombres Y Mujeres (Jubilaciones Especiales Para Grupos Laborales).

La edad normal de pensión por vejez para la mujer es de 57 años y para los hombres es de 62 años. Sin embargo, para algunas profesiones la ley ha establecido retiros anticipados y que se dan de acuerdo a los años de servicio prestados, la edad del trabajador o tomando en consideración ambos factores. Esto es lo que se conoce como jubilación y que se encuentra regida por leyes especiales.

Las jubilaciones especiales que a continuación detallamos estarán vigentes hasta el 31 de diciembre de 1999, como resultado de la recién aprobada Ley 8 de 6 de febrero de 1997 que las derogó. La misma creó el sistema de ahorro y capitalización de los servidores públicos como alternativa de pensión complementarios. Los efectos de esta ley no afectan a las personas que se encuentran gozando de pensiones o jubilaciones ya otorgadas; igualmente no modificó y continuarán vigente las leyes de jubilación especial de la Policía Nacional y el Cuerpo de Bomberos.

Indice De Leyes Especiales De Jubilaciones. (Vigentes hasta el 31 de

diciembre de 1999.)

1. Ley de Empleados Auxiliares de Enfermería.
2. Ley de Empleados del Banco Nacional de Panamá.
3. Ley de Empleados del Cuerpo de Bomberos.
4. Ley de Empleados de la Caja de Ahorros.
5. Ley de Empleados de la Compañía del Canal de Panamá.
6. Ley de Empleados de Correos y Telégrafos.
7. Ley de Educadores.
8. Ley de Enfermería.
9. Ley de Empleados de la Guardia Nacional.
10. Ley de Empleados del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial.
11. Ley de Empleados del Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación e Instituto Nacional de Telecomunicaciones.
12. Ley de Laboratoristas.

Cuadro N° 129. Trabajadores Según Actividad Económica. República de Panamá

Actividad Económica	N° de Trabajadores
Agricultura, Silvicultura y Pesca	22015
Explotación Minas y Canteras	461
Manufactura	47915
Construcción	21606
Electricidad, Gas, Agua y Servicios Sanitarios	7679
Comercio	115328
Transporte, Almacenamiento y Comunicación	16288
Servicios	91996

Fuente: Programa de Salud Ocupacional. CSS

VIII. CONCLUSIONES

1. Existen problemas sanitarios que surgen como producto del proceso de desarrollo social y económico del país, estos se relacionan con daños a la salud y con factores condicionantes y determinantes del nivel de salud de la población panameña, tal es el caso de la contaminación del ambiente físico y social, de los alimentos, del agua y del aire (plaguicidas, plomo, desechos y sustancias peligrosas, por mencionar algunos).
2. Los cambios progresivos en la estructura de la población plantean retos para el Sistema Nacional de Salud, sobre todo al considerar algunos de los elementos básicos que surgen como consecuencia de los mismos:
 - a) El aumento de los grupos de población en edad productiva
 - b) El incremento de los grupos de población mayor de 65 años y,
 - c) El continuo movimiento migratorio de lo rural a lo urbano.
3. La iniquidad del desarrollo social y económico se evidencia, entre otras cosas por:
 - a) La persistencia de una amplia brecha social, que se destaca al analizar los indicadores demográficos, la expectativa de vida, la mortalidad infantil y el comportamiento de algunos riesgos y patologías prevenibles que están afectando a la población panameña, principalmente a la residente en las provincias de Darién y Bocas del Toro y en las Comarcas Indígenas.
 - b) Los grupos indígenas y campesinos pobres son los más afectados en especial la población infantil y las mujeres, situación que coincide con el rezago epidemiológico de algunas áreas y poblaciones del país.
 - c) Desde la perspectiva laboral existe un número importante de panameños que trabajan en el sector informal (39%) y de mujeres trabajadoras que enfrentan, día a día, las desigualdades y discriminación de género en el campo laboral.
 - d) La población trabajadora infantil y adolescente se caracteriza por ser subempleada y subpagada
4. Los cambios en el perfil epidemiológicos de la población plantean:
 - a) Incrementos de las muertes y traumas por causas externas y enfermedades crónicas y degenerativas
 - b) En el perfil de morbilidad coexisten las enfermedades crónicas y degenerativa, así como las enfermedades infecciosas y transmisibles. Estas últimas principalmente en las áreas urbano marginales y rurales.
 - c) Aparición y/o resurgimiento de enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), del Dengue y de la Tuberculosis (TBC), entre otras.
 - d) Persistencia de problemas de salud pública relacionados con la dependencia a drogas, la malnutrición (desnutrición - obesidad), el

tabaquismo y alcoholismo; y con el deterioro del ambiente físico-químico-biológico y social.

5. La gestión sanitaria se encuentra en una etapa de modernización, que plantea entre sus objetivos mejoras a la calidad, eficiencia, eficacia y equidad con que hasta ahora se han venido desarrollando las acciones de salud. Se identifican como aspectos de importancia:

- a) La organización de un sistema nacional de atención de salud para la población panameña con diferentes niveles de atención y complejidad, pero con una débil articulación.
- b) La multiplicidad de actores que intervienen en la gestión y provisión de salud, en la cual participan el sector público y el privado. Así como la comunidad y organizaciones no gubernamentales.
- c) El incremento progresivo de los costos en los servicios de salud.
- d) La duplicidad en la función de provisión de servicios, entre las instituciones públicas que los ofertan (Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social)
- e) Insatisfacción de los recursos humanos y usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- f) A pesar de las inversiones realizadas para mejorar la red de servicios, en términos de equipo y de estructura física, persisten condiciones de deterioro que limitan la capacidad resolutoria de los servicios y por ende su calidad.
- g) La priorización en el desarrollo de programas de salud orientados a la atención de la mujer y la niñez.
- h) La dificultad de obtención de datos que permitan realizar un análisis más profundo de la gestión sanitaria en el campo de la salud ambiental.
- i) La necesidad de mejorar el sistema de información para lograr un análisis de costos - eficiencia, costo - eficacia y costo - efectividad.

6. A pesar que la Constitución Nacional en su artículo 106 numeral 6 señala que es responsabilidad del Estado establecer una Política de Medicina Seguridad e Higiene del Trabajo dicho precepto ha sido insuficiente hasta la fecha en razón de la carencia de una Ley Marco que reglamente él articulan en mención. Igualmente el Código del Trabajo en los artículos 282 –330 señala normas generales en materia de Riesgos Profesionales que carecen de una aplicación específica dado el carácter genérico de las mismas y la ausencia de reglamentos generales y específicos en materia de Seguridad e Higiene.

El Código Sanitario en los artículos 208-211 establece normas de carácter general que no se han traducido en normas reglamentarias específicas en los distintos aspectos que se contemplan en los artículos mencionados.

Por último el Decreto de Gabinete No 68 del 31 de Marzo de 1970 no ha sido reglamentado en los artículos 69-71 y 76.

En el campo de las normas internacionales del trabajo relacionadas con la seguridad y salud en el trabajo, Panamá solamente ha ratificado cuatro convenios de un total de veinte.

IX. CONSIDERACIONES

El Análisis de Situación de Salud evidencia 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 todos los panameños como una responsabilidad de **TODOS**
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. Priorizar las acciones sanitarias para la prevención y control de riesgos y daños, ocasionados por el surgimiento o resurgimiento de enfermedades transmisibles, que afectan a la población, haciendo énfasis en la más desprotegida y/o de mayor riesgo.
4. Fortalecer la ejecución de programas o proyectos dirigidos a intervenir sobre los riesgos que inciden en problemas prioritarios que afectan la salud de la población escolar y adulta, tales como la drogadicción, alcoholismo, violencia intrafamiliar, obesidad, hipertensión y diabetes, entre otras.
5. 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 los recursos humanos de salud, en los campos de la capacitación, formación, planificación, acreditación y gestión administrativa, por mencionar algunos, vinculando a las entidades formadoras, empleadoras, gremios y usuarios del sistema.

Gestión Sanitaria

1. Fortalecer la Gestión Sanitaria, en el campo de la Salud Pública y de la Provisión de Servicios, aplicando estrategias que permitan hacer más efectiva la utilización de los recursos del Sistema y lograr mejor impacto de las acciones de salud.
2. Promover una cultura de evaluación de 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 y provisión de servicios.
2. 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 toma de decisiones.
3. Normalizar y acreditar instalaciones y servicios de salud

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 resolutoria 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:
 - Fortalecer la atención integral a los grupos infantiles y escolares, así como a la madre.
 - Dar seguimiento al Programa Nacional de Nutrición (PRONAN) 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.

X. BIBLIOGRAFIA

1. **ARELLANO LENOX, CARLOS.** El Uso de las Armas Químicas en Panamá. Boletín La Ruta. Organo 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 DE LA REGION INTEROCEANICA.** Aspectos Ambientales de la Reversión. Jornada Técnica. Panamá. 1997
4. **CACERES LORENZO.** La Lucha Antimalárica en Panamá. Proyecto Plagsalud. OMS/OPS-DANIDA. Panamá. 1999
5. **CAJA DE SEGURO SOCIAL.** Departamento de Salud Ocupacional. Datos Básicos en Salud de los Trabajadores. 1998
6. **CAJA DE SEGURO SOCIAL.** Seguridad Social En Cifras. Area De Salud. Boletín Estadístico 1992-1997. Panamá. Noviembre, 1999.
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
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. Panamá en Cifras. Años: 1989-1993. Noviembre de 1994
13. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Industria. Año 1998.
14. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Panamá en Cifras. Años: 1992-1996. 1997.
15. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Panamá en Cifras. Años: 1994-1997. Noviembre de 1997.
16. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Volumen III Defunciones. Estadística Panameña. Año 1991.
17. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Volumen II Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Estadística Panameña. Año 1993.
18. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Volumen II Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales. Estadística Panameña. Año 1996.

19. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Informes sobre Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones. Año 1997.
20. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Informes sobre Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Defunciones. Año 1996.
21. **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. Boletín Especial. Abril de 1993.
22. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°562. 1974
23. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°903. 1983
24. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°944. 1984
25. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°1. 1987
26. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Estadística Panameña. Boletín N°8. 1992
27. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social. Estadísticas del Trabajo. Encuesta Continua de Hogares. Estadística Panameña. Marzo de 1993
28. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social. Estadísticas del Trabajo. Volumen II. Empleo: Sector Público y Privado. Estadística Panameña. 1997
29. **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.** Dirección de Estadísticas y Censo. Situación Social. Estadísticas del Trabajo. Encuesta Continua de Hogares. Estadística Panameña. Marzo de 1998
30. **DAMES & MOORE.** Plan de Desarrollo Urbano de las Areas Metropolitanas del Pacífico y del Atlántico. Documento Técnico N°1. Panamá. 1997.
31. **DIAZ, MERIDA.** Programa Estratégico de Seguridad, Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente. Noviembre 1999.
32. **DIAZ, MERIDA FRANCISCO; LAMOTH, LEONARDO.** Características Ocupacionales y Ambientales de los Plaguicidas en Panamá. Proyecto Plagsalud. Panamá. 1998.
33. **DUQUE, H. VASCO.** Monitoreo de la Calidad del Aire en Panamá. Instituto Especializado de Análisis. Universidad de Panamá. Panamá. 1998
34. **EIKEMANS, 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
35. **FERNANDEZ, B.** Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología: Un Reto Democrático. Universidad de Panamá. Cuadernos Nacionales, N°6, IDEM. Panamá. 1991
36. **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.
37. **GORDON, ISRAEL; QUINTERO, CESAR.** Definición de la Realidad Nacional de Acuerdo al Índice de Desarrollo Humano. Proyecto ODA-CIESS. Panamá. Marzo de 1998.

38. **MAGE, DAVID; ZALI OLIVER.** Contaminación Atmosférica Causada por Vehículos Automotores: Consecuencias Sanitarias para Combatirlas. OMS/OPS. México.237 pág.
39. **MINISTERIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO.** Dirección de Salud Animal. Boletín Epidemiológico Anual. Notas del Departamento de Epidemiología. Notificaciones en 1998. Abril de 1999.
40. **MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS.** Dirección de Políticas Sociales. Estudio de Nivel de Vida. Año:1997
41. **MINISTERIO DE SALUD.** Condiciones Generales del Medio Ambiente de Trabajo. MINSAL. Panamá. 1997
42. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Memoria 1997. Agosto 1998
43. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Memoria 1998. 1999
44. **MINISTERIO DE SALUD DE PANAMA.** Boletines Estadísticos de las Regiones de Salud de Panamá. 1997
45. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos. Informe de Gestión 1994-1999. Agosto 1999
46. **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
47. **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.
48. **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.
49. **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.
50. **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.
51. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Bucal. Salud Oral en los Sistemas Locales de Salud. 1995
52. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Bucal. Encuesta Nacional de Salud Bucal. 1997
53. **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. Año 1998
54. **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 1998
55. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Calidad Sanitaria del Ambiente. Año: 1998
56. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección General de Salud Pública. Departamento de Control de Vectores y Zoonosis. Informe Estadístico.1998
57. **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

58. **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.
59. **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 Puerperas. 1999.
60. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Estadísticas de Salud -1998. Septiembre de 1999.
61. **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. 1998
62. **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
63. **MINISTERIO DE SALUD.** Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Registro Nacional del Cáncer. 1998
64. **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.
65. **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.
66. **MINISTERIO DE TRABAJO Y DESARROLLO LABORAL.** Departamento de Análisis de Productividad y Salarios. Mercado Laboral. Agosto 1999-1998.
67. **MINISTERIO DE VIVIENDA.** Dirección General de Planificación. El Déficit Habitacional en Panamá. Mayo 1997
68. **MINISTERIO DE VIVIENDA.** Programas y Proyectos Realizados y en Ejecución. Septiembre 99-94.
69. **MINISTERIO DE VIVIENDA.** Dirección General de Planificación y Presupuesto. Plan Nacional de Viviendas 2000 - 2004. Noviembre de 1999.
70. **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.
71. **ORGANIZACION DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION.** Informe sobre la Situación de Alimentaria y Nutricional en Panamá. Año: 1998.
72. **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.
73. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud en los Países de la Región. Mayo, 1999
74. **ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.** Análisis de la Reforma del Sector Salud en Panamá. Junio 1999

ANEXO N° 1 CONTENIDO

1. Tendencia de los Casos de Varicela en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
2. Tendencia de los Casos de Tosferina en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
3. Tendencia de los Casos de Rubéola en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
4. Tendencia de los Casos de Influenza en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
5. Tendencia de los Casos de Parotiditis Epidémica en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
6. Tendencia de los Casos de Tuberculosis en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
7. Tendencia de los Casos de Tuberculosis Otras Formas en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
8. Tendencia de los Casos de Enfermedad Inflamatoria Pélvica en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
9. Tendencia de los Casos de Sífilis Precoz Sintomática en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
10. Tendencia de los Casos de Otras Sífilis y las No Especificadas en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
11. Tendencia de los Casos de Diarrea en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
12. Tendencia de los Casos de Intoxicación Alimentaria en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
13. Tendencia de los Casos de Amebiasis en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
14. Tendencia de los Casos de Otras Salmonelosis en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
15. Tendencia de los Casos de Hepatitis Infecciosa Tipo A en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
16. Tendencia de los Casos de Hepatitis Viral No Especificada en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
17. Tendencia de los Casos de Neumonía en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
18. Tendencia de los Casos de Leishmaniasis en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
19. Tendencia de los Casos de Toxoplasmosis en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.
20. Tendencia de los Casos de Malaria en el periodo 1988 - 1998 y Proyección para el Año 2000.

ANEXO N° 2 CONTENIDO

1. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Bocas del Toro. Año: 1999
2. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Coclé. Año: 1999
3. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Colón. Año: 1999
4. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Chiriquí. Año: 1999
5. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Darién. Año: 1999
6. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Herrera. Año: 1999
7. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Kuna Yala. Año: 1999
8. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Los Santos. Año: 1999
9. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de la Comarca Ngobe-Bugle. Año: 1999
10. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud Metropolitana. Año: 1999
11. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Panamá Este. Año: 1999
12. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Panamá Oeste. Año: 1999
13. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de San Miguelito. Año: 1999
14. Instituciones Estatales del Sistema Regional de Salud de Veraguas. Año: 1999

ANEXO N° 3
PRESTACIONES ECONOMICAS OTORGADAS POR LA
CAJA DE SEGURO SOCIAL
AÑOS: 1994 – 98

1. Pensiones vigentes y monto pagado en la república según programa.
2. Número y monto de los subsidios concedidos en la república, según programa.
3. Número y monto de los subsidios concedidos en la república, por el programa de maternidad y enfermedad.
4. Subsidios de incapacidad y monto pagado a asegurados cotizantes activos en la república.
5. Subsidios de maternidad concedidos pagadas a aseguradas cotizantes activas en la república.
6. Subsidios concedidos por el programa de lentes y monto pagado a pensionados y jubilados en la república.
7. Subsidios concedidos y monto pagado por riesgos profesionales en la república por clase.
8. Subsidios de incapacidad temporal concedidos por accidentes de trabajos en la república, según grupo de actividad económica.
9. Subsidios por accidentes de trayectos concedidos en la república, según grupo de actividad económica.
10. Subsidios por enfermedad ocupacional concedidos en la república, según grupo de actividad económica.
11. Subsidios por incapacidad temporal concedidos y monto pagado por accidente del trayecto del trabajo y enfermedad ocupacional en la república, por provincia.
12. Subsidios de funerales pagados por riesgos profesionales en la república, según grupo de actividad económica.
13. Indemnizaciones por riesgos profesionales en la república, según grupo de actividad económica y sexo.