



SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. INTRODUCCIÓN A LA SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ	3
2. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE PANAMÁ.....	8
3. EVOLUCIÓN Y DINÁMICA POBLACIONAL.....	12
4. ESTRUCTURA POBLACIONAL EN PANAMÁ 1950-2010-2050	13
5. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN. AÑOS SELECCIONADOS 1950, 2050	14
6. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	15
7. EL BONO DEMOGRÁFICO	17
8. FECUNDIDAD	18
9. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	19
DETERMINANTES Y DESIGUALDADES EN SALUD EN PANAMÁ	22
10. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN PANAMÁ	23
11. LA POBREZA EN PANAMÁ.....	24
12. EL PRODUCTO INTERNO BRUTO EN PANAMÁ	29
13. LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN PANAMÁ	33
14. LA EDUCACIÓN EN PANAMÁ	36
15. EL MEDIOAMBIENTE EN PANAMÁ.....	42
16. LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN PANAMÁ	47
17. EL AGUA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL EN PANAMÁ	50
18. EL CAMBIO CLIMÁTICO EN PANAMÁ.....	54
19. LA CRIMINALIDAD Y VIOLENCIA EN PANAMÁ	57
CONDICIONES DE SALUD EN PANAMÁ Y SUS TENDENCIAS	62
20. LA SALUD UN DERECHO HUMANO.....	63
21. LA MORTALIDAD GENERAL EN PANAMÁ.....	64
22. LA MORTALIDAD INFANTIL EN PANAMÁ	69
23. LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN PANAMÁ	74
24. LA MORTALIDAD MATERNA EN LA PANAMÁ	78
25. LA MORBILIDAD EN PANAMÁ	83
26. LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN PANAMÁ	92
26.1. MALARIA.....	92
26.2. DENGUE	94
26.3. LEISHMANIASIS	95
26.4. VIH/SIDA	97
26.5. TUBERCULOSIS.....	100
26.6. COLERA.....	102
26.7. SÍFILIS.....	103
26.8. OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	103
27. LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PANAMÁ.....	105
28. ENFERMEDADES NUTRICIONALES Y DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES EN PANAMÁ	123
29. LA SALUD MENTAL EN PANAMÁ	130
SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ	137
30. EL SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ	138
31. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN PANAMÁ	152
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	158
32. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN PANAMÁ	159
33. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL	164
34. GESTIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD	167
35. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO PANAMÁ (ODM)	168
36. BIBLIOGRAFÍA.....	172

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y MAPAS

MAPA DE PANAMÁ	9
GRÁFICO 1: IBEROAMÉRICA, AÑO DEL VALOR MÍNIMO DEL BONO DEMOGRÁFICO. POR PAÍS	18
GRÁFICO 2: TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS SELECCIONADOS 1950-2050.....	21
GRÁFICA 3: PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE 1996, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ Y LA VARIACIÓN PORCENTUAL, AÑOS 2002-2012.....	31
GRÁFICO 4: ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS SELECCIONADOS: 1950-2050.....	34
GRÁFICA 5: MATRÍCULA DE EDUCACIÓN UNIVERSITARIA: AÑOS 2007-2011	38
GRÁFICA 6: PORCENTAJE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA: CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DE PANAMÁ: AÑO 1990, 2000 Y 2010.....	51
GRÁFICA 7: PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON SERVICIO SANITARIO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DE PANAMÁ: AÑO 1990, 2000 Y 2010.....	52
GRÁFICO 8: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS SELECCIONADOS 1950-2050	65
GRÁFICA 9: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE), ALREDEDOR DEL AÑO 2010.....	71
GRÁFICA 10: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1960-2010 Y 2011.....	72
GRÁFICA 11: LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS AGRUPADAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011	73
GRÁFICA 12: TASA DE MORTALIDAD EN <5 AÑOS (AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE), ALREDEDOR DEL AÑO 2010.....	75
GRÁFICA 13: LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS AGRUPADAS DE MORTALIDAD EN <5 AÑOS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011	76
GRÁFICO 14: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE), ALREDEDOR DEL 2010	79
GRÁFICO 15: PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA Y COMARCA: AÑO 2011	82
GRÁFICO 16: TASA DE MORBILIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN CAUSA DE ENFERMEDAD, AÑO 2009.....	84
GRÁFICA 17: INCIDENCIA DE MALARIA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011	93
GRÁFICA 18: TASAS DE INCIDENCIA DE DENGUE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011.....	94
GRÁFICA 19: TASAS DE INCIDENCIA DE LEISHMANIASIS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011	96
GRÁFICA 20: TASAS DE INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011.....	98

GRÁFICA 21: TASAS DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011	101
GRÁFICO 22: TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL MUNDO, POR GRUPO DE CAUSAS: AÑO 2008.....	105
GRÁFICO 23: TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR GRUPO DE CAUSAS: AÑOS 2000-2010	108
GRÁFICO 24: TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN LA CAUSA Y POR GRUPO ETAREO: AÑO 2010.....	110
GRÁFICO 25: TASA DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR LAS CUATRO PRINCIPALES CAUSAS DE ENT: AÑO 2002 Y 2010.....	111
GRÁFICO 26: TASA DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE ENT: AÑO 2002, 2006 Y 2010	112
GRÁFICO 27: COMPARACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE NIVELES DE VIDA 2003 Y 2008 CON LA ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN DEL AÑO 1982	128
MAPA 2: SISTEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PANAMÁ.....	145
GRÁFICA 26: ESTIMACIONES DEL GASTO EN SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2001-2011	153
GRÁFICO 27: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2011.....	154
GRÁFICO 28: GASTO DE MEDICAMENTOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO 2007- 2011.....	156
GRÁFICO 29: GASTO GLOBAL EN VACUNAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 2007- 2011.....	157
GRÁFICO 30: NÚMERO DE PERSONAL DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ EN TRES CATEGORIAS (MÉDICOS, ENFERMERAS Y ODONTOLOGOS), AÑOS 2010 Y 2011	161
GRÁFICO 31: DISTRIBUCIÓN URBANO-RURAL DEL PERSONAL DE SALUD EN TRES CATEGIRIAS (MÉDICO, ENFERMERA Y ODONTOLOGO), EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011.....	163
GRÁFICO 32: RECURSO HUMANO EN SALUD POR SEXO EN LA REPÚBLICA DE PANAMA, AÑO 2011.....	164

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE PANAMÁ. AÑOS SELECCIONADOS: 1990-2012.....	23
CUADRO 2: PAÍSES EN DESARROLLO SELECCIONADOS QUE OCUPAN LOS PRIMEROS PUESTOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA REDUCCIÓN DEL IDH, ENTRE 1990 Y 2012 DEL DÉFICIT.....	24
CUADRO 3: PROPORCIÓN DE PERSONAS EN CONDICIONES DE POBREZA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AGOSTO DE 2006 – 2012.....	25
CUADRO 4: PROPORCIÓN DE PERSONAS INDIGENTES Y POBRES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIAS Y COMARCAS INDÍGENAS: ENCUESTA DE HOGARES 2008 – 2012.....	28
CUADRO 5: PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE COMPRADOR DE 1996, TOTAL Y PER CÁPITA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ Y SUS VARIACIONES PORCENTUALES ANUALES: AÑOS 1996-2012.....	30
CUADRO 6: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS SELECCIONADOS, 1950-2050.....	35
CUADRO 7: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA: CENSO 1980-2010.....	37
CUADRO 8: GASTOS EFECTUADOS POR EL GOBIERNO CENTRAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y TIPO DE GASTO: AÑOS 2007-11.....	40
CUADRO 9: GASTOS EFECTUADOS POR EL GOBIERNO CENTRAL, EN EDUCACIÓN Y COSTO POR ALUMNO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN: AÑOS 2007-11.....	41
CUADRO 10: GASTO EN PROTECCIÓN AMBIENTAL DEL SECTOR PÚBLICO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN FUNCIONES: AÑOS 2005-2009.....	43
CUADRO 11: SUPERFICIE REFORESTADA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2007-11.....	44
CUADRO 12: INCENDIOS FORESTALES Y SUPERFICIE AFECTADA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR USO DEL SUELO, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2007-11.....	45
CUADRO 13: OFERTA DE ENERGÍA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR TIPO DE RECURSOS: AÑOS 2007-11.....	46
CUADRO 14: EVENTOS NATURALES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR EFECTO CAUSADO EN LA POBLACIÓN, SEGÚN CLASE: AÑOS 2005-2009.....	56
CUADRO 15: HOMICIDIOS REGISTRADOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 1990-2010.....	60
CUADRO 16: NÚMERO DE HOMICIDIOS REGISTRADOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR SEXO, SEGÚN MES DE OCURRENCIA, AÑO 2010.....	61
CONDICIONES DE SALUD EN PANAMÁ Y SUS TENDENCIAS.....	62
CUADRO 17: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1960.....	68
CUADRO 18: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2010.....	69
CUADRO 19: REGIONES DEL MUNDO: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 1990-2009.....	70

CUADRO 20: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS Y REGIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2011	74
CUADRO 21: TASA DE MORTALIDAD EN < 5 AÑOS POR PROVINCIAS Y REGIÓN DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2011	77
CUADRO 22: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNAS POR PROVINCIAS, COMARCA Y REGIÓN DE SALUD, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2011	80
CUADRO 23: INCIDENCIA DE MALARIA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA AÑO 2011.....	93
CUADRO 24: INCIDENCIA DE DENGUE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA AÑO 2011.....	95
CUADRO 25: INCIDENCIA DE LEISHMANIASIS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA, AÑO 2011.....	96
CUADRO 26: INCIDENCIA ACUMULADA DEL VIH/SIDA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, AÑOS 1984-2011	97
CUADRO 27: DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA REPÚBLICA PANAMÁ, POR SEXO, AÑOS 1984-2011.....	99
CUADRO 28: INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA, AÑOS 2011	100
CUADRO 29: INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, POR PROVINCIA Y COMARCA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS 2011.....	101
CUADRO 30: TASA DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA Y COMARCA: AÑO 2010.....	113
CUADRO 31: DEFUNCION POR TUMORES MALIGNOS CON CERTIFICACIÓN MÉDICA POR SEXO, SEGÚN LOS PRINCIPALES SITIOS ANATÓMICOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2010.....	115
CUADRO 32: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PRE –ESCOLARES*, SEGÚN ENCUESTAS DE NIVELES DE VIDA, AÑOS 1997, 2003 Y 2008	124
CUADRO 33: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PRE –ESCOLARES*, SEGÚN ENCUESTAS DE NIVELES DE VIDA, AÑOS 1997, 2003 Y 2008	125
CUADRO 34: PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL, EN LAS INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 2012 ..	131
CUADRO 35: INFRACCIONES, POR EMBRIAGUEZ E INTOXICACIÓN POR ESTUPEFACIENTES REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 2012.....	132
CUADRO 36: DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES, LESIONES Y OTRAS VIOLENCIAS AUTOINFLIGIDAS Y AGRESIONES. PANAMÁ, AÑOS: 2000, 2005 – 2011	134
CUADRO 37: INSTALACIONES DE SALUD DEL MINSA Y LA CSS POR DENOMINACIÓN Y SEGÚN REGIÓN DE SALUD.....	149
CUADRO 38: PORCENTAJE DE POBLACIÓN PROTEJIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA D EPANAMÁ. AÑOS SELECCIONADOS 2005-2011	152
CUADRO 39: RECURSO HUMANO EN SALUD POR 10 MIL HABITANTES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS SELECCIONADOS: 1990, 2000 Y 2011.....	160
CUADRO 40: DENSIDAD DE RECURSO HUMANO EN SALUD POR 10 MIL HABITANTES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS SELECCIONADOS: 2001, 2006 Y 2011.....	162

CUADRO 41: RESULTADO DEL AUTOMONITOREO DEL MONTAJE DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS REQUERIDAS POR EL RSI EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 2011, 2012(ABRIL) Y 2013(ENERO)..... 166

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE
PLANIFICACIÓN**

**Dra. Zelibeth Valverde
DIRECTORA NACIONAL DE
PLANIFICACIÓN**

**SITUACIÓN DE SALUD DE
PANAMÁ
2013**

INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN A LA SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ

El documento de la situación del sector salud de Panamá es un proceso de producción de conocimiento mediante el cual se busca fortalecer la capacidad de los niveles técnicos y políticos del país para orientar la conducción. Además, nos ayuda a conocer los determinantes de la salud, así como el desempeño del sistema de servicios de salud. También orienta la identificación y selección de intervenciones y del desarrollo de los sistemas de servicios de salud. Incluye además, la identificación de políticas y/o planes, programas, proyectos y/o intervenciones o acciones orientadas a maximizar el impacto del sector en el logro de los objetivos o prioridades nacionales de salud.

Este documento es un insumo para orientar la construcción de políticas que se desarrollan a través de acciones concretas con ordenadores definidos sectoriales e intersectoriales, que contribuyen a modificar la situación de salud de los individuos, familia y comunidad, traducido en bienestar.

OBJETIVOS DEL DOCUMENTO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ

El objetivo de este trabajo es describir, analizar la situación de salud de la población de Panamá y especificar los recursos existentes para dar respuesta a los problemas.

- Caracterizar socio demográficamente la República de Panamá.
- Caracterizar la transición epidemiológica en Panamá, mediante la descripción de las causas principales de morbi-mortalidad.
- Generar información de base para la identificación de brechas (vinculación de las caracterizaciones con indicadores de desigualdades) y establecer las diferencias entre las regiones del país, vulnerables que sustente la mejora de la planificación de intervenciones en salud pública.
- Fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, incluida la toma de decisiones para diseñar políticas, planes, programas, proyectos o intervenciones en salud, en el marco de los compromisos asumidos en la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Reducir las desigualdades en la utilización y el acceso a los servicios de salud.
- Aumentar la protección social en salud mediante la extensión de la cobertura de los servicios de salud y/o la expansión de mecanismos de aseguramiento en salud, entre otras posibilidades.
- Extender la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud, incluyendo la propia infraestructura de salud pública y el fortalecimiento de la capacidad gerencial de recursos humanos.
- Orientar la toma de decisiones en los niveles nacional, regional y local del sector y formular Objetivos Sanitarios Nacionales.

- Justificar prioridades, incluidas las de inversión

METODOLOGÍA PARA ELABORAR EL DOCUMENTO SOBRE LA SITUACIÓN DE SALUD

Para elaborar el documento “situación de salud de Panamá”, se tomó como base la metodología y contenidos del análisis de situación de Salud de Centro América y República Dominicana, elaborado por la COMISCA y que es puesto a consideración de los miembros de la Comisión Técnica de Vigilancia de la Salud y Sistemas de Información de Centro América y República Dominicana (COTEVISI-COMISCA).

Con la elaboración de este documento se intenta describir la situación de salud de la población panameña y especificar los recursos existentes para dar respuesta a sus problemas. Esto implica el reconocimiento de distintas fuentes de información, que puedan dar cuenta de variados aspectos:

- **Socio-demográficos:** Describe la estructura y dinámica de las poblaciones que se relacionan con cambios en los perfiles de salud-enfermedad como edad, sexo, fecundidad, mortalidad, esperanza de vida, distribución de espacios urbanos, metrópolis, asentamientos relegados; estructura y función familiar; migraciones internas y externas. Incluye además características de la estructura de la población económicamente activa o en edades de trabajar, pobreza, indigencia, NBI; información sobre educación, accesibilidad al saneamiento ambiental, agua, alimentos, ocupación y la descripción y el estudio de las inequidades en salud y las condiciones de vulnerabilidad (individual, comunitaria y ambiental).
- **Morbi-mortalidad:** información sobre la morbilidad y mortalidad en el país. Además, de los factores de riesgo/ protección.
- **Recursos y Servicios:** que resumirá los datos de aquellos recursos que posibilitan la respuesta ante el daño en salud.

El documento “**Situación de Salud de Panamá**”, es un proceso que forma parte de las funciones de rectoría de salud, el cual es un insumo central para los procesos de toma de decisiones en salud, particularmente en la formulación de políticas y la planificación en salud.

Para la elaboración del presente documento se siguieron los siguientes pasos:

1. Identificación de indicadores y fuentes de datos

1.1. Identificación de la información a recoger

Se procedió identificar la información disponible para luego ser ordenada según las necesidades y la estructura del análisis. En este punto fue necesario definir objetivos realistas. El análisis de la situación de salud debe ser realizado en un lapso de tiempo. No tiene sentido extender excesivamente la búsqueda de la información, cuando ya los nuevos hallazgos serán poco prácticos o de escasa utilidad.

1.2. Búsqueda de información

Se solicitó información relacionada a la situación de salud y sus determinantes a las diferentes entidades del sector salud y extra sectoriales. Así como realizar una búsqueda de la documentación publicada sobre situación sanitaria y sus determinantes.

2. Recolección de datos requeridos

Una vez que se identificó y ubico la información, se preparó un plan y programación de actividades para obtenerla.

3. Procesamiento de datos

Se procedió a procesar los datos institucionales del sector salud así como las provenientes Organismos Internacionales.

4. Interpretación de información

Luego se realizó el análisis de los datos procesados, los indicadores seleccionados y los informes obtenidos. Se identificaron los principales problemas de salud.

5. Identificación de prioridades sanitarias

En base al paso anterior se procedió a la priorización de los problemas sanitarios más prevalentes así como los de mayor interés a nivel provincial y comarcal.

6. Elaboración de informe final.

7. Divulgación del Informe Final

CONTENIDO

El presente documento se divide en cinco apartados. En el primero se expone un contexto general sobre la población y la transición demográfica del país (la situación demográfica, composición de la población, evolución de la dinámica de la población, la estructura poblacional, pirámides del país, el bono demográfico y la fecundidad). En el segundo apartado se presentan los determinantes y desigualdades en salud (el Índice de Desarrollo Humano, la pobreza, , el Producto Interno Bruto, la educación, el medio ambiente, el agua y saneamiento ambiental, el cambio climático, la criminalidad y la violencia en el país). En el tercer apartado se plantean las condiciones de la salud y sus tendencias (la morbi-mortalidad, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, las enfermedades nutricionales y deficiencia de micronutrientes y la salud mental). El cuarto apartado presenta el sistema de salud (el modelo de atención, la organización de los servicios de salud, acceso a los servicios de salud, y el financiamiento de los servicios de salud), y el quinto apartado nos habla de la gestión de los recursos humanos en salud. Además, se presentan temas como el Reglamento Sanitario Internacional, la cooperación internacional y los avances de Panamá con relación a los Objetivos del Milenio.

POBLACIÓN Y TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN PANAMÁ



2. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE PANAMÁ

a. LOCALIZACIÓN

La República de Panamá 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.

La Nación Panameña está organizada en Estado Soberano e Independiente, cuya denominación es **República de Panamá**. Su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo. El Poder Público sólo emana del pueblo, lo ejerce el Estado conforme la Constitución lo establece, por medio de los Órganos Legislativo, Ejecutivo y Judicial, los cuales actúan limitada y separadamente, pero en armónica colaboración.

Moneda: El balboa es la unidad monetaria del país; se subdivide en 100 centésimos y es equivalente al dólar de los Estados Unidos de América.

El territorio de la República de Panamá comprende la superficie terrestre, el mar territorial, la plataforma continental submarina, el subsuelo y el espacio aéreo entre Colombia y Costa Rica, de acuerdo con los tratados de límites celebrados por Panamá con estos Estados.

El idioma oficial de la República es el español.

Moneda: El balboa es la unidad monetaria del país; se subdivide en 100 centésimos y es equivalente al dólar de los Estados Unidos de América.

División Política-Administrativa: Comprende **9** provincias, **75** distritos o municipios, **3** comarcas indígenas con categoría de provincia (Guna Yala, Emberá W. y Ngäbe Buglé), pues cuentan con un gobernador comarcal; y 2 comarcas con nivel de corregimiento (Guna de Madungandí y Guna de Wargandí), con los cuales se completan un total de **623** corregimientos en todo el país. **Superficie:** Total de la República: 75,517.0 km² (incluye áreas de masas de aguas continentales).

MAPA DE PANAMÁ



Fuente: Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

b. COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN PANAMEÑA

Como consecuencia de la posición geográfica del Istmo y de una serie de circunstancias históricas, la población está constituida por diversos grupos humanos:

- **Grupos no Indígenas**

1. Grupo Hispano-Indígena: Constituye uno de los grupos humanos de mestizaje más importantes. Está ubicado en el litoral Pacífico, en las tierras bajas que corren entre la carretera central y la costa de las provincias de Chiriquí, Veraguas, Coclé, Herrera, Los Santos y Oeste de la provincia de Panamá. Su actividad económica se desarrolla en todas las áreas, con especial énfasis en la agricultura, la ganadería y el comercio.

2. Población Afro colonial: Son los descendientes de los esclavos africanos traídos al Istmo durante la colonización española. Unos, al rebelarse y huir de la esclavitud, poblaron la costa atlántica, regiones selváticas del Bayano, Darién y el Archipiélago de Las Perlas. Los que se quedaron como sirvientes, adquirieron su libertad al abolirse la esclavitud y se mezclaron con los otros grupos que interactuaban en el Istmo, razón por la cual, se encuentran en todas las áreas de la actividad económica y estratos sociales de Panamá. Aún así, se pueden identificar a los descendientes de estos últimos en las Provincias Centrales, en áreas como Natá, Parita y Monagrillo; y en Chiriquí, en áreas como Puerto Armuelles y Alanje. Y de los primeros, en áreas como la Costa Arriba y la Costa Abajo de la provincia de Colón; Pacora, San Miguel y Chepo, en la provincia de Panamá.

3. Población Afroantillana: Son los descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa que llegaron a Panamá principalmente durante la construcción del Canal, traídos primero por los franceses y luego por los norteamericanos. Se les localiza mayormente en las áreas de tránsito (ciudades de Panamá y Colón) y en la provincia de Bocas del Toro. Sus descendientes en la actualidad, interactúan en todas las ramas de la actividad económica, científica y cultural; y en los estratos sociales de la nación panameña.

4. Otros grupos étnicos: Están constituidos por pequeños grupos que, por su número, solo permiten su clasificación como "Colonia". De ellas, la de mayor antigüedad es la china, que llegó al Istmo durante la construcción del Ferrocarril Transístmico en 1850. Otros grupos lo constituyen los indostanos, los hebreos, centroeuropeos y centroamericanos, que llegaron al Istmo atraídos por el auge comercial en la época de construcción del Canal y posteriormente, por las obras emprendidas para su defensa, operación y mantenimiento. Se dedican a actividades económicas relacionadas con el comercio y los servicios.

- **Grupos Indígenas**

Representan aproximadamente el 12.3 por ciento del total de la población de la República; están constituidos por ocho grupos claramente definidos:

1. Guna: Localizados, principalmente, en la región insular y costera del Archipiélago de Guna Yala, así como también, en la región continental de pluvio-selvas del Río Bayano; en la Comarca de Madungandí, constituida por un área geográfica del distrito de Chepo (provincia de Panamá); en el curso alto del Río Chucunaque y los afluentes del Río Tuira. Según el Censo de 2010, este grupo representó el 19.3 por ciento (80,526 personas) del total de la población indígena de la República. El 17.2 por ciento de ellos, con 10 años y más de edad, es analfabeto. La mediana de edad se situó en 22 años. El promedio de hijos por mujer fue de 2.4.

2. Emberá: Originarios del Chocó colombiano, se encuentran concentrados en las márgenes de los ríos darienitas y en la Comarca Emberá. Presentan las características típicas de una cultura de pluvio-selvas. Su economía es a base de la agricultura de subsistencia, con faenas secundarias de caza y pesca. Los Emberá representan el 7.5 por ciento (31,284) del total de la población indígena, investigada en el Censo de 2010. El 18.0 por ciento de este grupo con 10 años y más de edad resultó ser analfabeto; su edad mediana se situó en 22 años y el promedio de hijos por mujer se estableció en 2.9.3. Wounaan: Originarios del Chocó colombiano, se encuentran concentrados en las márgenes de los ríos darienitas y en la Comarca Emberá. Presentan las características típicas de una cultura de pluvio-selvas. Su economía es a base de la agricultura de

subsistencia, con faenas secundarias de caza y pesca. La investigación determinó que representan el 1.7 por ciento (7.279 personas) del total de la población indígena; y el 18.0 por ciento de la población resultó ser analfabeta. La edad mediana de este grupo se situó en los 19 años y el promedio de hijos por mujer se estableció en 3.0.

3. Ngäbe: Anteriormente denominado “guaymíes”. Se ubican, principalmente, en la Comarca Ngäbe-Buglé, formada de la segregación de tierras de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas. Este es el conglomerado más numeroso; representan el 62.3 por ciento (260,058 personas) del total de la población indígena censada en el 2010. La investigación también determinó que el 25.4 por ciento de los Ngäbe; de 10 años y más de edad son analfabetos. La edad mediana se situó en 16 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 3.0.

4. Buglé: Antes se denominaban “guaymíes”. Están ubicados, principalmente, en la Comarca Ngäbe-Buglé, formada de la segregación de tierras de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas, representan el 6.0 por ciento (24,912 personas) del total de la población indígena censada en el 2010. La investigación también determinó que el 23.5 por ciento de los Buglé de 10 años y más de edad son analfabetos. La edad mediana se situó en 18 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 2.8.

5. Bokota: Es uno de los grupos más pequeño y poco conocidos. Fueron identificados en 1927; viven en el Oriente de la provincia de Bocas del Toro y en las regiones vecinas del noroeste de la provincia de Veraguas. La investigación censal de 2010 determinó que representaron el 0.5 por ciento (1,959 personas) del total de la población indígena; además, el 12.7 por ciento de la población de 10 años y más de edad es analfabeta. La edad mediana de este grupo se determinó en 22 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 2.4.

6. Naso/Teribe: Se encuentran a orillas de los ríos Teribe y San San, en el corregimiento de Teribe (provincia de Bocas del Toro). Según el Censo de 2010, representan aproximadamente el 1.0 por ciento del total de la población indígena (4,046 personas). Se determinó que el 7.5 por ciento de la población con 10 años y más de edad es analfabeta su edad mediana fue establecida en 20 años y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres es 3.2

7. Bri Bri: Se le ubica a orillas del río Yorkín en Bocas del Toro. En 1911 se planteaba que, por su reducido número en el territorio nacional, debían considerarse como costarricenses, ya que en Panamá no tenían la condición tribal ni numérica de los otros grupos indígenas. Sin embargo, en el último Censo (2010) representan aproximadamente el 0.3 por ciento del total de la población indígena, reportó una población de 1,068 habitantes, con una

mediana de edad de 28 años. En cuanto a la población analfabeta, el censo reveló que representó el 10.0 por ciento de la población de 10 años y más y el promedio de hijos tenidos por sus mujeres se determinó en 2.5¹.

3. EVOLUCIÓN Y DINÁMICA POBLACIONAL

Por su condición de país de tránsito, históricamente Panamá ha sido el destino migratorio de personas de otros países de la región de América Latina y el Caribe y del mundo, lo que lo ha convertido en un lugar donde cohabitan habitantes de diferentes culturas, etnias, credos y religiones en una sola comunidad.

La evolución de la población del Istmo de Panamá, a partir de 1896, cuando aún formaba parte del territorio colombiano, se estimó en 311,000 habitantes, la cual se duplicó para el año 1940, ésta solo necesitó 30 años para volver a doblarse con 1,428,082 habitantes según el censo del año 1970, es decir, en 3/5 partes del tiempo anteriormente empleado. Ya para el Censo de 2010 la población en la República de Panamá pasa a 3,405,813 personas, lo que representa un incremento poblacional en 40 años de 1,977,731.

De acuerdo a sus resultados, se puede señalar que nuestro país ha pasado de un crecimiento alto (registrando una tasa de 3.17 entre 1911 y 1920) a un crecimiento más lento (registrando una tasa anual de crecimiento promedio (TCP) de 2.00 entre 1990 y el 2000); y de 1.84 entre 2000 y 2010, situación que según las estimaciones se mantendrá durante los próximos 25 años, como consecuencia directa de la disminución de la fecundidad a nivel nacional.

Según las estimaciones y proyecciones de la población, para el año 2010 el país refleja una tasa de crecimiento anual de la población de 1.6% y que para, el 1 de julio del 2010, Panamá cuenta con **3,661,835** habitantes. Al analizar la estructura de la población, se observa que el 29.2% de los habitantes son menores de 15 años y el 6.9% son mayores de 65 años, El 63.4%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los menores de cinco años representan el 9.9 %, el grupo de 5 – 9 el 9.8%, el grupo de 10 – 14 años el 9.4% y de 15-19 años el 8.8%. El sexo masculino, constituye el 50.2% y el sexo femenino el 49.8%. La población indígena panameña representa según el Censo 2010 el 12.3% de la población total.

La fuente antes citada indica que el 65.1% de la población del país habita en áreas urbanas y el 34.9% en áreas rurales. El 57.4% se concentra en las provincias de Panamá y Colón, o sea en la Región Interoceánica, donde existen las mayores oportunidades laborales y el mejor acceso a servicios,

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Panamá. Año 2010.

elementos fundamentales para lograr mejores condiciones de vida. La densidad de población del país es de 45.9 habitantes por kilómetro cuadrado. Mientras la provincia de Panamá concentra 151.7 habitantes por km.², en las comarcas Guna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé sólo se ubican 14.0, 2.3 y 23.0 habitantes por km.², respectivamente.

4. ESTRUCTURA POBLACIONAL EN PANAMÁ 1950-2010-2050

El crecimiento de la población resultante de las proyecciones de población 1950-2010-2050 se caracteriza por un aumento sostenido. La evolución de la población indica que la población total de la República pasó de 859,658 en 1950 a 3,661,835 habitantes en 2010 hasta alcanzar 5,625,442 al final de la proyección para el 2050. Esto significa que durante el período de la proyección (2010-2050), la población se incrementará en un 53.6 por ciento, es decir, que en el 2050, la población panameña se habrá incrementado en 1,963,607 personas más.

La evolución de la población indica que la población total de la República pasó de 859,658 en 1950 a 3,661,835 habitantes en 2010 hasta alcanzar 5,625,442 al final de la proyección para el 2050.

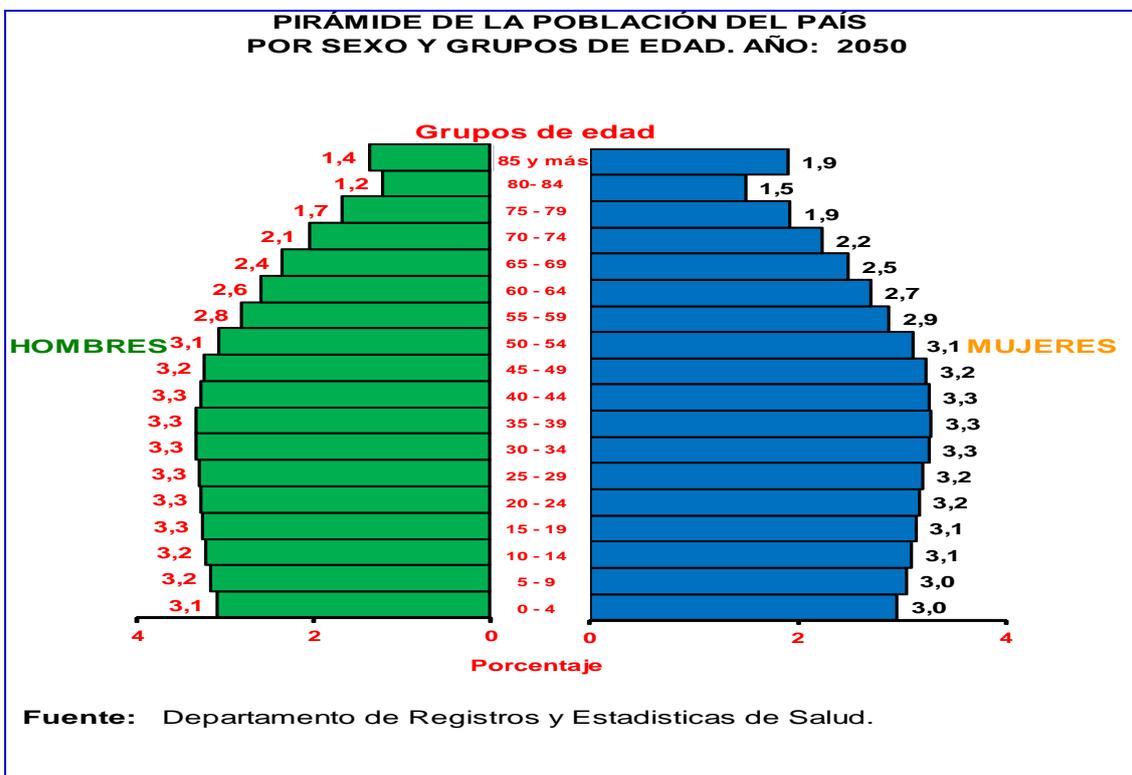
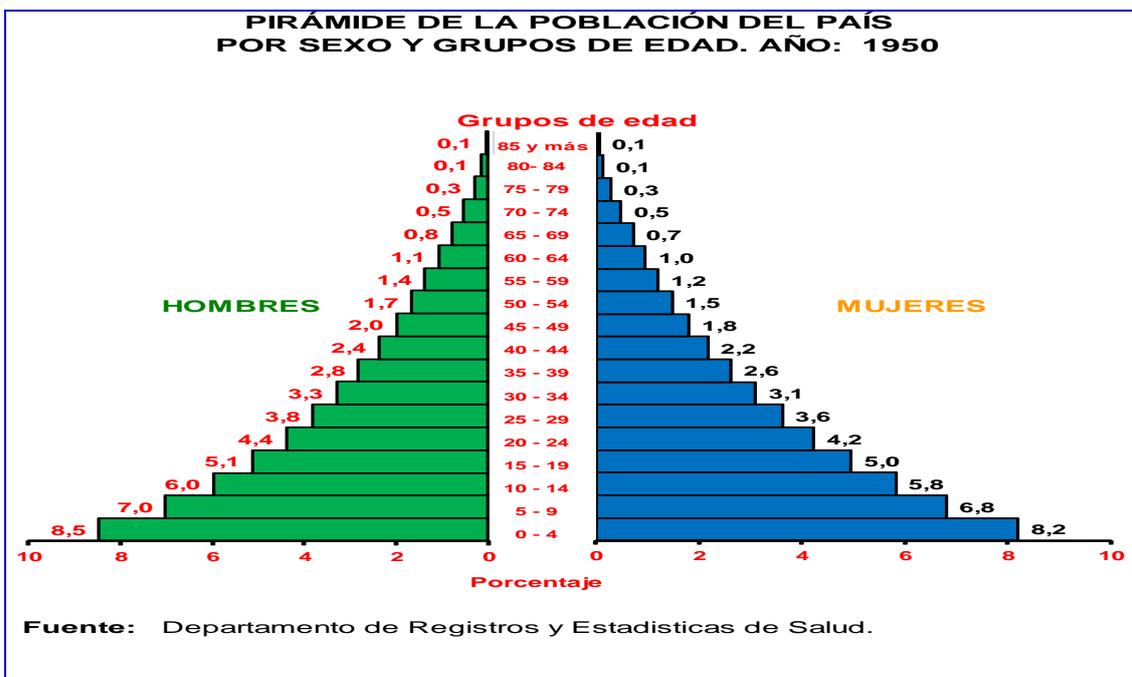
La estructura de la población durante esta proyección revela cambios significativos en la población menor de 15 años, la cual experimentará importantes cambios, de 42.3% en el año 1950 a 29.2% en el año 2010, Con un descenso progresivo resultante del envejecimiento. Cifras que para el 2050 serán de 18.6% del total de la población del país² (Ver Pirámides).

Sin embargo, producto de este proceso de maduración de la población, se observa, durante el período 1950-2010-2050, un aumento progresivo en la población económicamente activa de 15 a 64 años la cual de 54.1% en el año 1950 paso a 64.2% en el 2010, hasta alcanzar 65.7% de la población a finales de la década del veinte (año 2028), para luego descender paulatinamente y mantenerse en 62.7% de la población económicamente activa para el año 2050. Por otro lado, la población de 65 años y más de edad de 3.6% en el año 1950 paso a 6.9% en el año 2010, y aumentará paulatinamente hasta alcanzar 18.9% de la población total del país durante el 2050. Es importante señalar, que estos cambios se mantendrán tanto para hombres como para mujeres. Este comportamiento relativo a la población de 65 años y más, indica que casi 250 mil personas estimadas en el 2010, serán 1 millón en el 2050; es decir de acuerdo con la proyección la población adulta

² Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Panamá. Año 2010.

mayor y anciana se multiplicará por cuatro en los 40 años que abarca la proyección de población, lo que implica un desafío extraordinario para atender a esta población, tanto en el campo de la salud pública, como en el de la seguridad social.

5. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN. AÑOS SELECCIONADOS 1950 Y 2050



6. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La transición demográfica es el proceso mediante el cual las poblaciones pasan de un estado inicial de alta fecundidad, elevada mortalidad y juventud a otro de menor fecundidad, mortalidad más baja y envejecimiento. Con muy pocas excepciones, la transición comienza con el descenso de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida. La fecundidad se mantiene alta durante algunas décadas, de modo que la población comienza a crecer cada vez más rápido.

En la transición demográfica se producen descensos de la mortalidad y, sobre todo, de la fecundidad, que inciden en la estructura etaria de las poblaciones y se traducen en un incremento paulatino de las personas de edad. Un indicador de este proceso es el índice de envejecimiento, que expresa la relación entre el número de personas de edad y el de niños y jóvenes. Se calcula mediante el cociente entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, amplificado por 100. Un índice por debajo de 100 significa que hay menos personas de edad que menores de 15, y uno por encima de 100, que el número de personas de edad supera el de niños y adolescentes. En el año 2010 en América Latina había 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, mientras que en los países del Caribe esta relación era de 54 por 100, lo cual revela que en esa subregión el proceso de envejecimiento está más avanzado. En Europa, la región más envejecida, existen casi 170 personas de edad por cada 100 menores de 15, en América del Norte esta razón tiene un valor en torno a 113, en tanto que en África se encuentran solo 15 personas de edad por cada 100 menores de 15 años.

La transición demográfica es el proceso mediante el cual las poblaciones pasan de un estado inicial de alta fecundidad, elevada mortalidad y juventud a otro de menor fecundidad, mortalidad más baja y envejecimiento

En América Latina todos los países de la región han iniciado, con mayor o menor intensidad, el proceso de transición demográfica, empíricamente observable cuando las poblaciones pasan de altas tasas de natalidad y mortalidad a tasas vitales reducidas. En términos generales, en la región se han dado las etapas descritas a continuación, aunque con diferencias entre los países. La etapa pre transicional, característica de comienzos de este siglo pasado, era definida por una esperanza de vida al nacer del orden de 30 años y una tasa global de fecundidad de 6 a 7 hijos por mujer. Esta era una situación de equilibrio, caracterizada por altas tasas de fecundidad y mortalidad y bajas tasas de crecimiento.

En la primera mitad del siglo pasado se produce un descenso de la mortalidad seguido de un aumento de la fecundidad en los años cincuenta, con el consiguiente incremento de la tasa de crecimiento de la población.

En primer lugar, comenzó a descender la mortalidad, con lentitud a principios de siglo y con mayor intensidad aproximadamente a partir de los años treinta. En 1950-1955 la esperanza de vida al nacer en la región ascendía a 52 años, mientras la tasa de mortalidad infantil era de alrededor de 127 por mil. En las dos décadas siguientes se lograron sucesivos avances, que llevaron a superar los 60 años de esperanza de vida en la década de 1970. En esta etapa es probable que el incremento de la fecundidad se haya debido a descensos de la mortalidad, que prolongaron el tiempo de exposición de las mujeres al riesgo de concebir, y a mejoras en las condiciones de nutrición y salud que favorecieron una mayor procreación. Posteriormente continuó bajando la mortalidad y comenzó el descenso de la fecundidad, lo que produjo una desaceleración del crecimiento de la población. La evolución de la fecundidad fue mucho más intensa a mediados de la década de 1960, coincidiendo con la “segunda revolución anticonceptiva” y la difusión de métodos modernos como los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos, incluidos la esterilización y el aborto.

Panamá así como los otros países de América Latina presentan diferencias en cuanto al momento en que se inicia el descenso de la mortalidad y la fecundidad. Además, del ritmo de disminución de estas variables. Estas diferencias dan lugar a la coexistencia de diferentes etapas en los distintos países, y dentro de un mismo país entre grupos sociales, captadas a través de los diferenciales socioeconómicos y los estudios demográficos de la pobreza.

Pese a esta heterogeneidad, los indicadores demográficos permiten identificar ciertos patrones recurrentes, que han sido utilizados por el CELADE para clasificar a los países de acuerdo a la etapa de transición demográfica en que se encuentran (CEPAL/CELADE, 1995). Se trata de las siguientes etapas:

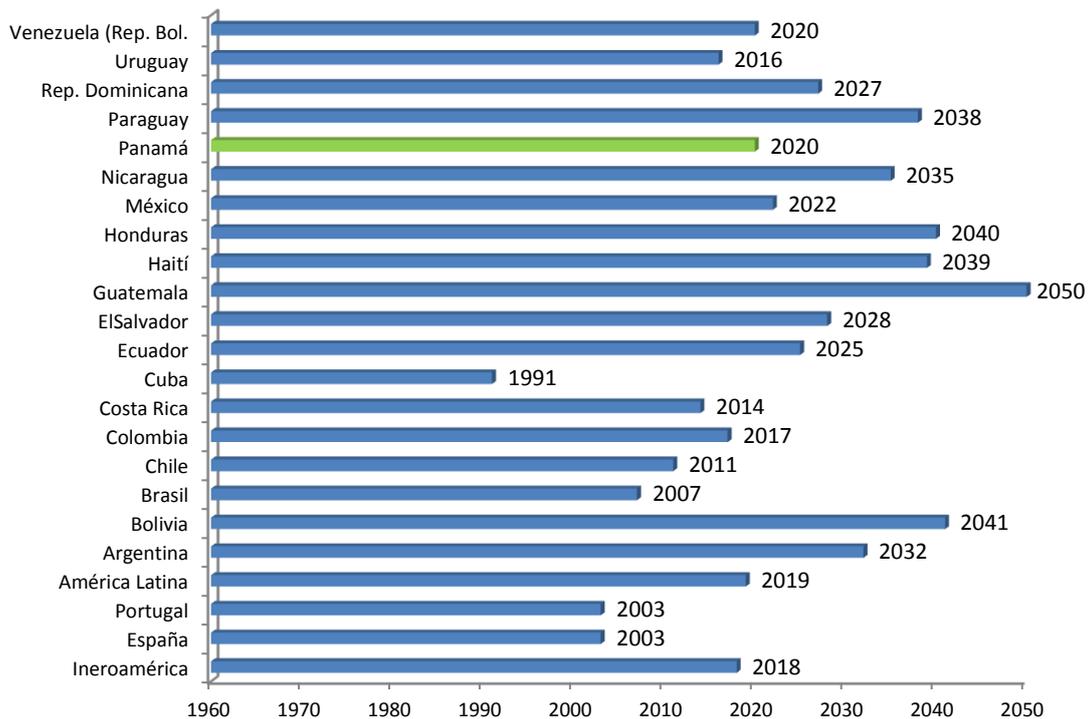
- i) **transición incipiente:** países de alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado (Bolivia y Haití);
- ii) **transición moderada:** países de natalidad alta y mortalidad intermedia, lo que se traduce en un crecimiento natural elevado (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay);
- iii) **en plena transición:** países de natalidad intermedia y mortalidad intermedia y baja, lo que determina un crecimiento natural moderado (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) y,
- iv) **transición avanzada:** países con natalidad baja y mortalidad intermedia y baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay).

Los países América Latina, en su mayoría se encuentran en un continuo proceso de descenso de la fecundidad y mortalidad, y Panamá no está exenta de esa realidad, de niveles altos de fecundidad y de mortalidad en décadas pasadas a niveles intermedios en la actualidad. Esto indudablemente tiene un efecto en la estructura de la población, la cual está reflejando un paulatino aumento de las personas en edades mayores, lo que permite referirnos al inicio de un proceso de envejecimiento demográfico que aunque incipiente, se prevé gradual y sostenido en los próximos años.

7. EL BONO DEMOGRÁFICO

Durante la transición demográfica hay un período en que la relación de dependencia desciende sustancialmente a medida que aumenta el peso relativo de la población en edad potencialmente productiva y disminuye el de las personas en edades potencialmente inactivas. En este período se crea un contexto especialmente favorable al desarrollo debido a que aumenta la viabilidad del ahorro y la oportunidad de invertir en el crecimiento económico, al tiempo que se reduce la demanda de recursos para la educación básica. En general, a este período se lo identifica como bono demográfico o ventana demográfica de oportunidades en alusión a las posibilidades que la coyuntura demográfica ofrece para incrementar las tasas de crecimiento económico per cápita y, por ende, los niveles de bienestar de la población.

GRÁFICO 1: IBEROAMÉRICA, AÑO DEL VALOR MÍNIMO DEL BONO DEMOGRÁFICO. POR PAÍS



Fuente: América Latina: CELADE, *Estimaciones y proyecciones de población*, 2007, [en línea] http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm; España y Portugal, United Nations, Population División, *World Population Prospects, 2006 Revision*, [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

8. FECUNDIDAD

En América Latina, los países en su mayoría se encuentran en un continuo proceso de descenso de la fecundidad y mortalidad, razón por la que Panamá no está exenta de esa realidad, ya que ha estado inmersa en una evolución y avance en las etapas de la transición demográfica, de niveles altos de fecundidad y de mortalidad en décadas pasadas a niveles intermedios en la actualidad.

La fecundidad constituye uno de los factores determinantes del cambio demográfico, en términos de su impacto en el ritmo de crecimiento o decrecimiento, maduración o envejecimiento poblacional.

La fecundidad³ constituye uno de los factores determinantes del cambio demográfico, en términos de su impacto en el ritmo de crecimiento o decrecimiento, maduración o envejecimiento poblacional.

Los resultados derivados de la estimación y proyección de la población, por provincia y comarca indígena 2000-30 muestran que la fecundidad mantendrá un descenso sostenido en este nivel geográfico, no obstante existen provincias

³ Boletín 14. Estimaciones y Proyecciones de la Población de la República, por Provincia y Comarca Indígena, Según Sexo y Edad: Años 2000-30

cuyo nivel de fecundidad durante este período superará significativamente el promedio nacional

La edad media en que se sitúa la fecundidad de la mujer panameña refleja una moderada tendencia a la disminución. A escala de provincia y comarca indígena, la misma se sitúa en el grupo de edad de 25-29 años. Este indicador que muestra la edad promedio en que las mujeres tienen sus hijos (as) refleja diferencias entre provincias, oscilando entre los 26 y los 29 años, según las características sociales y económicas predominantes.

Para el 2010, las provincias de Darién, Herrera y Los Santos presentaron como edad promedio los 26 años. En Coclé, Colón, Chiriquí, Panamá y Veraguas fue de 27 años. Bocas del Toro, Comarcas Kuna Yala y Emberá de 28 años; y con la edad media de fecundidad más alta de 29 años, la Comarca Ngäbe Buglé.

Para el 2020 a pesar de las disminuciones que se espera refleje este indicador, la edad media de la fecundidad continuará situándose en el grupo de 25 a 29 años.

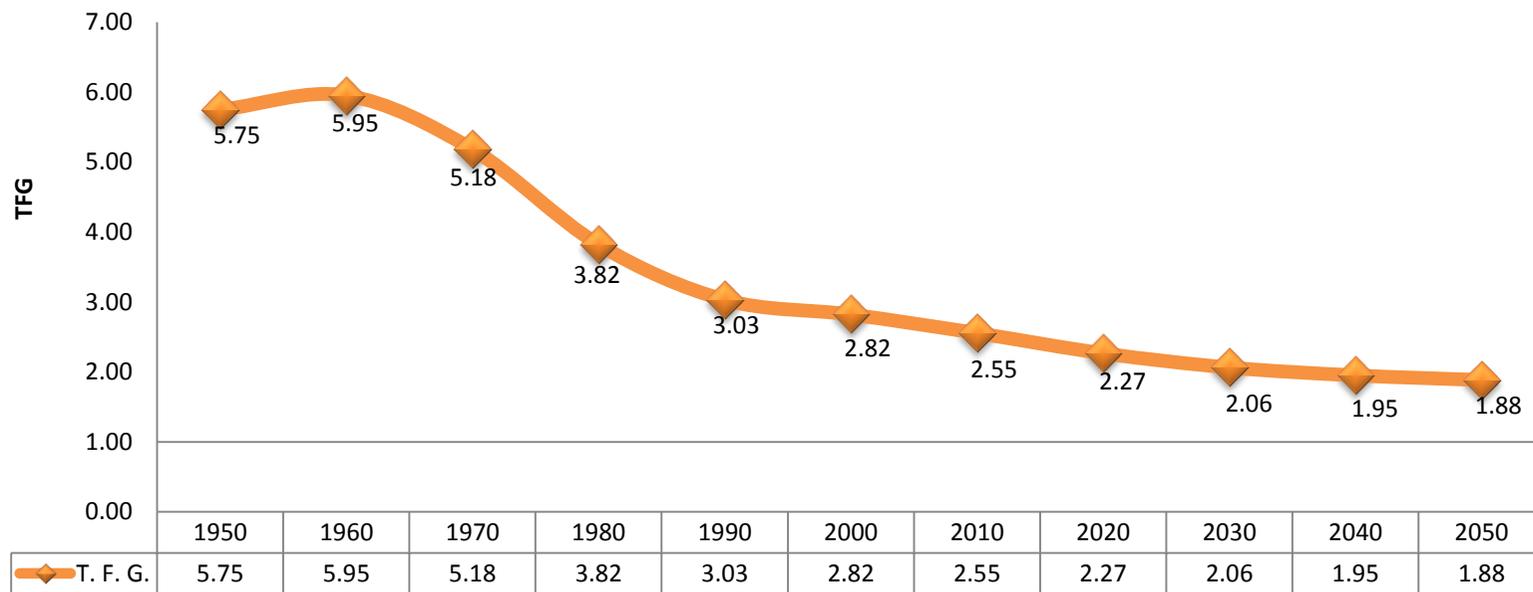
9. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

A nivel de provincia y comarca indígena, se observa durante todo el periodo de la proyección disimilitudes en las tasas globales de fecundidad. Estas diferencias obedecen principalmente a la intrínseca relación existente entre el nivel de fecundidad y las condiciones socio-económicas y los patrones culturales, así como a los factores psicológicos y fisiológicos, lo cual se interpreta como el acceso a los servicios de salud, educación, empleo, entre otros y al grado de dotación de las infraestructuras y condiciones que promuevan un entorno que ha contribuido al cambio de hábitos, aspiraciones y actitudes de la población respecto de la procreación, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a métodos de planificación familiar.

Las mayores diferencias se encuentran entre la Comarca Ngäbe Buglé y la provincia de Los Santos. La primera muestra la tasa más alta del país, alcanzando su punto máximo de 7.0 hijos por mujer en el 2000 y se espera que para el 2030 baje a un promedio de 4.2 hijos por mujer. Mientras que Los Santos con la tasa más baja, alcanzó en el 2000 un promedio de 2.3 hijos por mujer, muy cercana al nivel de reemplazo y para el 2030 logrará llegar a 1.4 hijos por mujer. También, se observa que hay provincias que mantendrán un comportamiento similar en los niveles de sus tasas globales de fecundidad, lo que permite hacer algunas agrupaciones de acuerdo con el promedio de hijos por mujer.

En el gráfico 2 se presenta la fecundidad del año 1950 hasta el 2050. Se muestra el repentino y marcado descenso de la fecundidad iniciado alrededor de 1970, de más de 5.18 a 2,55 en 2010, provocada probablemente por la “revolución anticonceptiva” y la difusión de métodos modernos como los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos, incluidos la esterilización y el aborto. Antes de este descenso sostenido se registró tasas por arriba del 5.5 en la fecundidad. Se espera que la fecundidad que es la variable demográfica que más aporta en el crecimiento poblacional, descienda progresivamente hasta alcanzar el nivel de reemplazo en el cual una mujer es reemplazado por otra de 2.1 hijos por mujer en el quinquenio 2025-2030.

GRÁFICO 2: TASA DE FECUNDIDAD GLOBAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS SELECCIONADOS 1950-2050



Fuente. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

DETERMINANTES Y DESIGUALDADES EN SALUD EN PANAMÁ

“Las desigualdades socioeconómicas son un desafío para el desarrollo y para el alcance de la salud. El colocar el ser humano en el centro del desarrollo, hace necesario partir de conocer las condiciones del Desarrollo Humano, la pobreza y el estado de las Metas y Objetivos de Desarrollo en la Panamá”.



10. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN PANAMÁ

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que busca medir el progreso medio de los países en términos de vida larga y saludable, educación, y nivel de vida digno.

El primer Informe sobre Desarrollo Humano fue presentado por primera vez en 1990, con el objetivo único de situar nuevamente a las personas en el centro del proceso de desarrollo en términos de debates económicos, formulación de políticas y promoción. Este Informe sobre Desarrollo Humano introdujo una nueva forma de medir el desarrollo mediante la combinación de indicadores de esperanza de vida, logros educacionales e ingresos en un Índice de Desarrollo Humano compuesto

El Informe sobre Desarrollo Humano introdujo una nueva forma de medir el desarrollo mediante la combinación de indicadores de esperanza de vida, logros educacionales (tasa de alfabetización) e ingresos (PIB per cápita) en un Índice de Desarrollo Humano compuesto

El IDH define un valor mínimo y uno máximo para cada dimensión (denominados objetivos) y luego muestra la posición de cada país con relación a estos valores objetivos, expresados mediante un valor entre 0 y 1.

Según el último Informe sobre Desarrollo Humano Mundial (2012), Panamá aparece en la posición número 59 (0,780) de 194 países y territorios. y se sitúa entre los países de desarrollo humano alto, véase cuadro 1.

CUADRO 1: ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE PANAMÁ. AÑOS SELECCIONADOS: 1990-2012

Año	Panamá	Desarrollo humano alto	América latina y Caribe	Mundo
2012	0.780	0.758	0.741	0.694
2011	0.776	0.755	0.739	0.692
2010	0.770	0.753	0.736	0.690
2009	0.767	0.747	0.730	0.685
2008	0.764	0.745	0.729	0.683
2007	0.758	0.738	0.722	0.678
2006	0.752	0.732	0.715	0.672
2005	0.746	0.725	0.708	0.666
2000	0.724	0.695	0.683	0.639
1995	....	....	0.653	0.618
1990	0.666	0.656	0.623	0.600
1985	....	....	0.600	0.578
1980	0.634	0.605	0.574	0.561

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2013

Entre 1980 y 2012, el valor de IDH de Panamá aumento de 0,634 a 0,780, lo que representa un incremento de 23%. Es así, que basados en los datos disponibles para el 2012. La República de Panamá está entre los países que ocupan los primeros puestos en la clasificación de la reducción del déficit del IDH o el crecimiento en INB per cápita, entre 1990 y 2012, véase cuadro 2.

CUADRO 2: PAÍSES EN DESARROLLO SELECCIONADOS QUE OCUPAN LOS PRIMEROS PUESTOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA REDUCCIÓN DEL IDH, ENTRE 1990 Y 2012 DEL DÉFICIT

PAÍSES	IDH (VALOR)		REDUCCIÓN EN EL DÉFICIT DEL IDH		PROMEDIO ANUAL DE CRECIMIENTO DEL INGRESO NACIONAL BRUTO PER CÁPITA	
	1990	2012	%	CLASIFICACIÓN	%	CLASIFICACIÓN
			1990-2012		1990-2012	
COREA, REP. DE	0,749	0,909	63.6	1	4.2	8
IRÁN, REP. ISLÁMICA	0,54	0,742	43.9	2	2.5	32
CHINA	0,495	0,699	40.5	3	9.4	1
CHILE	0,702	0,819	39.4	4	3.8	13
ARABIA SAUDITA	0,653	0,782	37.3	5	0.4	77
ARGENTINA	0,701	0,811	36.9	6	3.5	18
MALASIA	0,636	0,769	36.6	7	3.6	17
TÚNEZ	0,553	0,712	35.6	8	2.9	29
TURQUÍA	0,569	0,722	35.5	9	2,5	33
QATAR	0,743	0,834	35.3	10	3.2	22
MÉXICO	0,654	0,775	35.0	11	1.3	58
ARGELIA	0,562	0,713	34.4	12	1.0	69
PANAMÁ	0,666	0,780	34.3	13	3.9	11
BRASIL	0,590	0,730	34.1	14	1.7	50
BRUNÉI DARUSSALAM	0,782	0,855	33.4	15	-0,4	87

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2013.

11. LA POBREZA EN PANAMÁ⁴

En los últimos años Panamá ha presentado un alto crecimiento económico que ha permitido un aumento de la ocupación y los ingresos, y un descenso significativo de las tasa de desempleo. Al mismo tiempo, se ha incrementado la inversión pública y el gasto social, elementos que han favorecido un descenso sostenido de los niveles de pobreza general; es decir, hay menos personas que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades alimentarias y no

⁴ Indigencia y Pobreza marzo 2012 Ministerio de Economía y Finanzas.

alimentarias básicas, así como también ha disminuido la pobreza extrema, o sea la población que no tiene recursos suficientes para cubrir sus necesidades alimentarias mínimas.

De acuerdo con la Encuesta de Propósitos Múltiples correspondientes a marzo de 2012 del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la proporción de personas indigentes continuó disminuyendo. Este año fue la condición del 10.4% de la población inferior a lo reportado para agosto de 2011, de 11.5%, lo que equivale a reconocer que 34,058 personas aproximadamente dejaron de estar en la indigencia este año. También, la proporción de personas en condiciones de pobreza en general disminuyó, de 27.6% en 2011 a 25.8% en marzo de 2012. Esto también significa que 108,469 personas, aproximadamente, dejaron de ser pobres este año.

A pesar de tener que reconocer logros importantes, como el hecho que 329,797 personas dejaron de ser pobres entre 2006 y 2012, hay que aceptar que es una condición de bienestar que no se puede desatender sobre todo porque está extendida en las zonas rurales, en donde cuesta no sólo llevar las ayudas sino el progreso.

Las estimaciones están efectuadas considerando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censo a partir de los resultados del Censo de Población de 2010.

CUADRO 3: PROPORCIÓN DE PERSONAS EN CONDICIONES DE POBREZA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AGOSTO DE 2006 - 2012

(En porcentaje) Año	Total		Pobreza extrema		Pobreza no extrema	
	Indigencia	Pobreza	Urbana	Rural	Urbana	Rural
2006	17.6	38.3	5.7	38.6	23.6	64.4
2007	15.7	36.5	4.6	35.4	22.1	62.3
2008	15.3	33.8	4.2	35.2	19.6	59.4
2009	15.3	33.4	4.2	35.5	19.1	59.6
2010	12.2	29.8	4.1	27.0	16.6	54.1
2011	11.5	27.6	3.4	26.6	15.3	50.4
Marzo 2012(P)	10.4	25.8	2.9	24.3	12.6	50.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

A pesar de tener que reconocer logros importantes, como el hecho que 329,797 personas dejaron de ser pobres entre 2006 y 2012, hay que aceptar que es una condición de bienestar que no se puede desatender sobre todo

porque está extendida en las zonas rurales, en donde cuesta no sólo llevar las ayudas sino el progreso.

La encuesta concluye que no bastan las ayudas para superar estas condiciones de vida sino la valoración del trabajo, cuánto se paga por el trabajo aportado o el producto ofrecido. Al respecto, las condiciones de bienestar siguieron muy estrechamente relacionadas con el tipo de economía de la región. Así, en aquellas comunidades en las que predominó más el trabajo en empresas familiares o en el hogar, o en las que las personas dependieron más de sí mismo para generar el ingreso (trabajos por cuenta propia) que del empleo en la administración pública, en la empresa privada o con cualquier otro empleador, hubo una mayor proporción de la población que vivía en condiciones de precariedad.

La pobreza general y la extrema siguen siendo más comunes en las áreas rurales del país que en las urbanas, a pesar de las mejoras que se perciben por la situación económica del país. La condición está ligada a la calidad del empleo, que es precaria en las empresas familiares rurales, así como en los trabajos por cuenta propia, poco remunerados en las zonas rurales si se le compara, para la misma ocupación, al de la urbana. No menos importante, para efecto de nivel de bienestar es el mayor número de personas por hogar en las áreas rurales, pero de modo especial, en las indígenas.

Así, en éstas la proporción de personas en condiciones de pobreza extrema alcanzó mínimo históricos (2.9% de la población) mientras que en las áreas rurales, aunque disminuyó, fue la condición del 24.3% de la población, una proporción que más que se duplica (50.2%) al considerar la totalidad de personas en condiciones de pobreza, tanto extrema como no extrema en estas zonas.

La pobreza, incluyendo la extrema o indigencia, no sólo es una condición predominante en las áreas rurales sino, habría que agregar para localizarla con más exactitud, de las comarcas indígenas o de las áreas que corrientemente están habitando en las provincias por estos grupos étnicos. De ahí que, por ejemplo, en provincias con marcada presencia de población indígena, la pobreza no sólo supera a la del resto del país sino que también cede poco con el paso de los años, cuando se compara la evolución de sus índices con respecto al de otras provincias.

Así, mientras que en el conjunto de las provincias, el 6.4% de población estuvo en condiciones de pobreza extrema en 2012, en las comarcas indígenas fue el 68.5%, una proporción incluso, ligeramente mayor a la del 2011. La pobreza

extrema no cedió en la Guna Yala, donde el 63.7% de la población estuvo en la indigencia en 2011 mientras que en 2012 fue el 72.5%.

La respuesta al por qué esta comarca indígena experimentó este retroceso, tiene mucho que ver con las transferencias que los Gunas que trabajan fuera de la comarca, hacen a sus familias y, por consiguiente, más a registros contables que a cualquier otra causa. Antes se registraban como parte del ingreso de la comarca, pero a partir de 2010 se reparten entre provincias y comarcas indígenas. Es una condición que poco se da en los Emberá (emigran menos) y en los Ngäbe Buglé (que se movilizan como familia).

En las provincias, una mayor proporción de la población de Bocas del Toro (17.8%) y Darién (18.9%), ambas con una numerosa población indígena, estuvo en la indigencia, pero, no sólo fue menor a la correspondiente a 2011 – 28.3 y 24.0 por ciento respectivamente– sino que se redujo notablemente, al poder tener toda la población mayor acceso a bienes y servicios sociales que aunque son gratuitos, alcanzarlos en las zonas rurales de difícil acceso, cuesta.

CUADRO 4: PROPORCIÓN DE PERSONAS INDIGENTES Y POBRES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIAS Y COMARCAS INDÍGENAS: ENCUESTA DE HOGARES 2008 - 2012
(En porcentaje)

PROVINCIAS Y ÁREAS COMARCALES	INDIGENTES					POBRES				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Total	15.3	15.3	12.2	11.5	10.4	33.8	33.4	29.8	27.6	25.8
Provincias	12.1	11.9	9.1	7.7	6.4	30.7	30.1	26.4	23.4	21.4
Bocas del Toro	35.9	30.6	24.2	28.3	17.8	61.0	64.2	59.6	55.0	55.6
Coclé	27.8	30.3	21.0	15.0	14.4	50.7	51.1	46.9	37.0	33.9
Colón	8.6	9.5	10.3	5.8	3.2	21.2	25.3	26.0	17.6	15.8
Chiriquí	15.8	15.2	9.3	10.4	8.9	39.1	35.7	31.5	27.5	29.1
Darién	19.4	25.6	23.6	24.0	18.9	50.6	50.9	55.3	49.5	48.1
Herrera	15.5	14.3	7.7	4.8	4.5	36.7	32.7	24.9	20.6	21.5
Los Santos	11.4	12.4	6.4	2.9	4.2	30.3	32.5	23.9	16.9	16.6
Panamá	5.3	5.3	5.0	3.0	3.2	21.3	21.0	17.6	16.4	13.2
Veraguas	28.4	25.8	18.4	21.3	14.8	52.8	49.5	43.4	42.7	40.9
Áreas Indígenas	70.9	70.8	63.3	..	..	88.6	91.1	88.0	..	..
Comarcas indígenas	..	..	..	68.1	68.5	..	..	..	89.2	89.8
Guna Yala	..	..	..	63.7	72.5	..	..	..	83.7	83.3
Emberá	..	..	..	43.1	35.0	..	..	..	72.4	73.7
Ngäbe Buglé	..	..	..	70.5	69.8	..	..	..	91.4	92.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

12. EL PRODUCTO INTERNO BRUTO EN PANAMÁ

Durante el período 2002-2012, la economía panameña, medida a través del Producto Interno Bruto (PIB) en términos reales, ha mantenido una dinámica de crecimiento.

Se destacan para los años 2004 en adelante tasas superiores al 7% anual. En el año 2007, se registró un incremento de 12.1%, el más alto alcanzado por el país en los últimos años, reconocido como el crecimiento económico más alto de la Región de América Latina y el Caribe, y uno de los más altos del mundo. En el año 2008 se mantuvo el ritmo de crecimiento de la economía, lo cual se reflejó en todas las actividades económicas, particularmente las relacionadas con el sector externo como el Canal de Panamá, la Zona Libre de Colón, los puertos, el transporte aéreo y el turismo. La crisis económica y financiera internacional que golpeó a América Latina y el Caribe en los años 2008 y 2009 tuvo dos consecuencias significativas en Panamá, donde el PIB para el año 2009 cayó al 3.9%. Se interrumpió un período de crecimiento económico que,

El Producto Interno Bruto (PIB), indicador por excelencia para la medición de la actividad económica del país, registró en el 2012 un crecimiento de 10.7 %(E)

en términos de nivel y duración, no tenía precedentes desde los años setenta en la Región y Panamá.

Para el año 2010, Panamá logró recuperar su crecimiento, gracias al repunte de la economía mundial, liderado por China y la India. A dicha recuperación contribuyó además la baja de los precios internacionales (alimentos, hidrocarburos), que favoreció los salarios reales y propició por ende el dinamismo de la demanda interna. A pesar del crecimiento económico, persisten la pobreza, la exclusión y la desigualdad.

El Producto Interno Bruto (PIB)⁵, indicador por excelencia para la medición de la actividad económica del país, registró en el 2012 un crecimiento de 10.7 %(E) en la producción de bienes y servicios de la economía panameña, con respecto al año anterior. Valorado a precios constantes de 1996 registró, según cálculos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), un monto de B/.25,755.5 millones correspondiente a un incremento anual de B/.2,483.4 millones, lo que representa una variación porcentual del 10.7% para el 2012. Ver cuadro N°5

Para el período 2002-2012, el PIB per cápita ha registrado tasas de variación anual positivas, mostrando un aumento de 10.1% para el año 2007 y alcanzando un valor de 6,800.1 balboas de 1996 para el año 2012. Estas tasas

⁵ Fuente: Informe de Contraloría General de la República de Panamá. año 2011

han sido superiores a las observadas al principio de la década y son el resultado de la expansión económica que ha tenido el país en los últimos años, véase gráfico 3.

CUADRO 5: PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE COMPRADOR DE 1996, TOTAL Y PER CÁPITA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ Y SUS VARIACIONES PORCENTUALES ANUALES: AÑOS 1996-2012

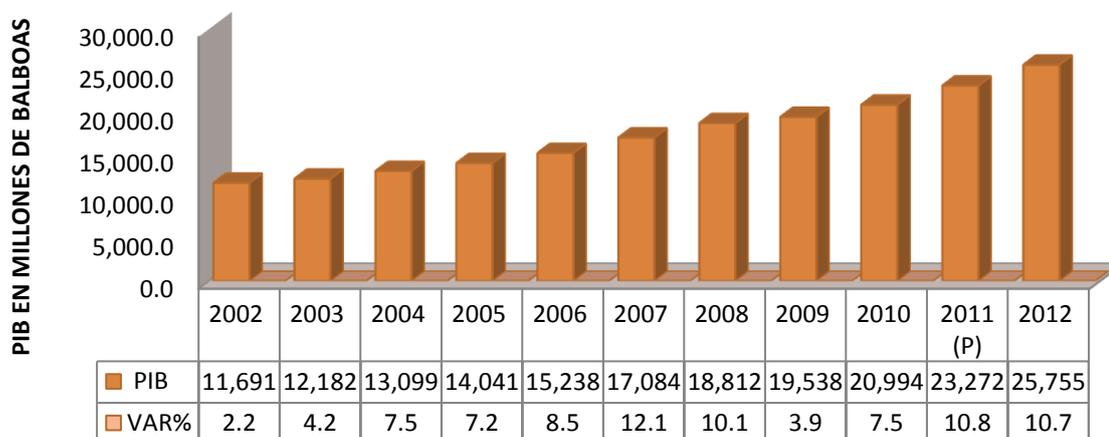
Año	Producto interno bruto a precios de comprador		Variación porcentual anual	
	Total (en millones de balboas de 1996)	Per cápita (1) (en balboas de 1996)	PIB total	PIB Per cápita
1996	9,322,1	3,324,8	...	...
1997	9,924,4	3,468,0	6,5	4,3
1998	10,653,0	3,647,5	7,3	5,2
1999	11,070,3	3,714,8	3,9	1,8
2000	11,370,9	3,739,6	2,7	0,7
2001	11,436,2	3,686,4	0,6	-1,4
2002	11,691,0	3,694,6	2,2	0,2
2003	12,182,8	3,775,8	4,2	2,2
2004	13,099,2	3,983,1	7,5	5,5
2005	14,041,2	4,190,1	7,2	5,2
2006	15,238,6	4,464,3	8,5	6,5
2007	17,084,4	4,915,3	12,1	10,1
2008	18,812,9	5,317,4	10,1	8,2
2009	19,538,4	5,427,3	3,9	2,1
2010	20,994,4	5,733,3	7,5	5,6
2011 (P)	23,272,1	6,249,5	10,8	9,0
2012	25,755,5	6,800,1	10,7	8,8

NOTA: Con referencia a la publicación realizada el 21 de septiembre de 2007, se efectuó revisión para el 2006, de acuerdo con información corregida en la Balanza de Pagos, la cual modificó la estimación preliminar del ingreso nacional disponible.

(1) Con base en las estimaciones y proyecciones de la población total de la República al 1º de julio de cada año, elaboradas con los resultados del Censo Nacional de Población del 2010.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Panamá.

GRÁFICA 3: PRODUCTO INTERNO BRUTO A PRECIOS DE 1996, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ Y LA VARIACIÓN PORCENTUAL, AÑOS 2002-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la Panamá.

Este crecimiento es explicado por la dinámica sostenida de los sectores asociados a lo interno de la economía, unida a una reactivación parcial observada en la economía internacional, que influyeron en los comportamientos de las actividades económicas nacionales. De las relacionadas con el sector externo, se destacaron las actividades en puertos, transporte aéreo, ferrocarril, turismo, Canal de Panamá y el comercio en la Zona Libre de Colón.

En el sector interno mostraron crecimiento las siguientes actividades: cría de ganado vacuno y aves de corral; minas y canteras, construcción, electricidad y agua, comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles; transporte regular de pasajeros y de carga y el transporte de cabotaje; telecomunicaciones, enseñanza, salud privada, otros servicios comunitarios, sociales y personales, así como los servicios domésticos.

La deuda pública total alcanzó 14.449 millones de dólares a octubre de 2012. De este monto, 14.247 millones corresponden al gobierno central (un 75,7% a La deuda externa y un 24,3% a la deuda interna) y los restantes 202 millones de dólares a instituciones descentralizadas. Este nivel de deuda representa un aumento del 11,4% nominal respecto del existente en similar período del año previo. No obstante, dado el alto nivel de crecimiento económico, la deuda total como porcentaje del PIB seguirá cayendo y se estima que se ubicó en un 39,6% a diciembre de 2012, por debajo de su nivel del año anterior (40,9%).

Mercado laboral

Los resultados de la Encuesta de Mercado Laboral realizada en agosto de 2011 señalan que la población total de 15 y más años de edad es de 2,541,622 personas, representando la población no indígena (2,418,093 personas) el 95.1% y la población indígena (123,529 personas) el 4.9%.

La deuda pública total alcanzó 14.449 millones de dólares a octubre de 2012. De este monto, 14.247 millones corresponden al gobierno central (un 75,7% a La deuda externa y un 24,3% a la deuda interna) y los restantes 202 millones de dólares a instituciones descentralizadas.

Al comparar esta población con la existente en marzo del 2011, se observa un incremento a nivel total entre estas encuestas de 25,262 personas, generando una tasa de crecimiento de 1.0 cada cien habitantes.

De la población total de 15 años y más de edad 1,570,774 personas corresponden a la población económicamente activa, de los cuales 1,500,854 personas están ocupadas; estas cifras comparadas con los resultados de marzo 2011, aumentaron en 1.4% y 2.7%, respectivamente.

La tasa de desempleo total en el 2011 es de 4.5%, la cual en comparación con marzo del 2011 (5.6%) registró una disminución de 1.1 puntos porcentuales.

Las provincias que registran el desempleo más alto son las de Bocas del Toro (8.4%), Panamá (5.1%), Colón (4.6%) y Coclé (4.4%). En el otro extremo se encuentran las comarcas Emberá y Ngäbe Buglé con 0.5% y 1.1%, respectivamente; debido en gran parte a que su población se dedica a la agricultura de subsistencia.

En la provincia de Panamá, se concentra el 57.4% de la población económicamente activa no indígena del país y el 59.4% de las personas con desempleo abierto, unas 7,151 personas.

Índice de precios

El IPC Nacional Urbano del 2011, con relación al del 2010, reflejó un aumento de 5.9% en sus divisiones, según se describe: Transporte de 12.5%; Bienes y servicios diversos de 7.5%; Alimentos y bebidas de 5.9%; Vestido y calzado de 5.7%; Salud de 3.7%; Muebles, equipo del hogar y mantenimiento rutinario de la casa de 3.6%; Esparcimiento, diversión y servicios de cultura de 2.2%; Vivienda, agua, electricidad y gas y Enseñanza de 1.8%, cada una.

13. LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN PANAMÁ

La esperanza de vida al nacer, constituye un indicador resumen de las tablas de mortalidad, la cual es una medida apropiada para reflejar el nivel de la mortalidad, debido a que se encuentra libre del efecto de la estructura por edades. Además, **identifica el promedio de años que podría vivir una persona desde su nacimiento hasta el final de su vida**, si prevalece la estructura de mortalidad observada desde su nacimiento. En Panamá, se puede observar un grado de avance del proceso de envejecimiento demográfico en algunas provincias. Así, mientras que en el conjunto de las provincias (Veraguas, Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos y Panamá), la esperanza de vida al nacer para el 2010 variaba entre los 76 años y los 79 años, para las provincias de Bocas del Toro, Darién y Colón la esperanza de vida al nacer se sitúa entre 72 años y los 74 años. En relación a las comarcas (Guna Yala, Emberá y Ngäbe Buglé), la esperanza de vida al nacer para el 2010 estuvo aproximadamente 10 años menos que las provincias con niveles de mortalidad bajo (entre 69 y 70 años). Por tanto, este indicador advierte de los desafíos que debe enfrentar el país en materia de salud.

Las Provincias con mayor esperanza de vida al nacer, dejan en evidencia el mejoramiento

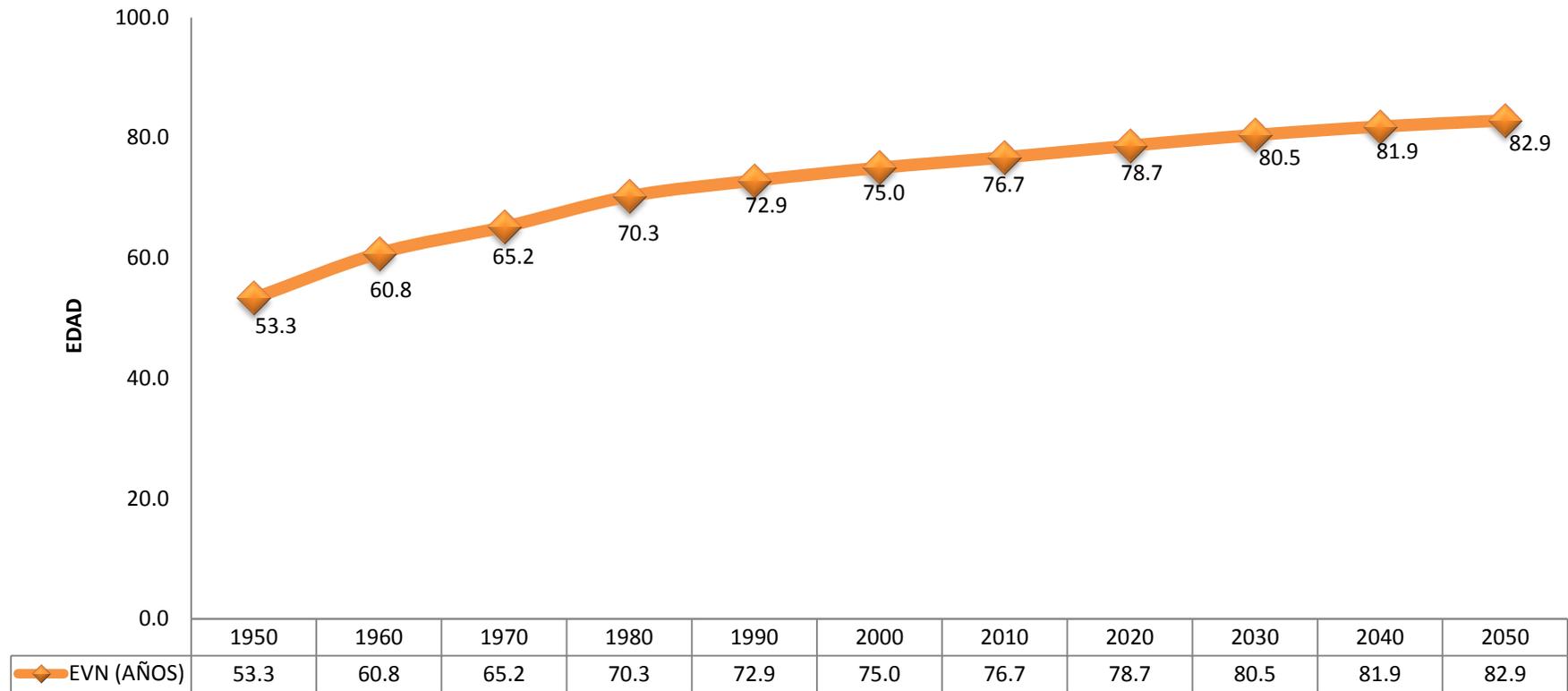
La esperanza de vida al nacer, constituye un indicador resumen de las tablas de mortalidad, la cual es una medida apropiada para reflejar el nivel de la mortalidad, debido a que se encuentra libre del efecto de la estructura por edades. Además, identifica el promedio de años que podría vivir una persona desde su nacimiento hasta el final de su vida.

en las condiciones de salud, no obstante, es importante que la sociedad se organice para resolver las crecientes necesidades de los adultos mayores en sectores como la salud, los servicios de cuidados, sistemas de pensiones y actividades de esparcimiento que serán demandadas por este contingente poblacional en aumento.

También se observa que en todas aquellas áreas donde prevalecen condiciones de ruralidad, dispersión geográfica y menor acceso a los servicios de salud, la ganancia en años y la esperanza de vida es sustancialmente menor que en las áreas donde el desarrollo y la cobertura en atención de la salud es mayor.

En el gráfico 4, se muestra la expectativa de vida al nacer, que comenzó a ascender de manera constante de 50.3 años en el 1950 y llegó a 76.7 años en 2010. En el cuadro 6, se presenta la evolución en el tiempo para años puntuales terminados en cero y el diferencial entre sexo que tenderá a disminuir al final de la proyección.

GRÁFICO 4: ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS SELECCIONADOS: 1950-2050



Fuente. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

CUADRO 6: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS SELECCIONADOS, 1950-2050

Período	Esperanza de vida al nacer (En años)		
	Hombres	Mujeres	Diferencia entre sexos
1950	52.4	54.2	1.8
1960	59.8	61.9	2.1
1970	63.9	66.5	2.6
1980	68.0	72.7	4.7
1990	70.1	75.9	5.8
2000	72.7	77.5	4.8
2010	73.7	79.9	6.2
2020	75.8	81.8	6.0
2030	77.6	83.4	5.8
2040	79.1	84.8	5.7
2050	80.4	86.0	5.6

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

14. LA EDUCACIÓN EN PANAMÁ

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL

La Ley 47 de 1946, Orgánica de Educación, con las adiciones y modificaciones introducidas por la Ley 34 del 6 de julio de 1995 dice en su Artículo 1: “La educación es un derecho y un deber de la persona humana, sin distinción de edad, etnia, sexo, religión, posición económica, social o ideas políticas. Corresponde al Estado el deber de organizar y dirigir el servicio público de la educación, a fin de garantizar la eficiencia y efectividad del sistema educativo nacional, que comprende tanto la educación oficial, impartida por las dependencias oficiales, como la educación particular, impartida por personas o entidades privadas.”

El Sistema Educativo Panameño está organizado en varios niveles, cada uno de los cuales cumple con un fin específico de acuerdo al tipo de enseñanza que se imparte. Este sistema comprende lo siguiente:

Primer nivel o educación básica general:

Tiene una duración de once años, es obligatoria y gratuita. Es general, porque responde a un concepto de cultura amplia, tanto en el aspecto científico como en el humanístico; y es básica, porque proporciona formación esencial que debe tener todo ciudadano para adquisición de conocimientos superiores y su correcta integración a procesos sociales más generales. Constituye una estructura académica de once años distribuidos en tres etapas; preescolar: 2 años, primaria: 6 años y premedia: 3 años.

Continuará y profundizará la formación integral del educando, con un amplio período de exploración y orientación vocacional de sus intereses y capacidades. Segundo nivel o educación media: Es la que sigue a la Educación Básica General y antecede a la Educación Superior. Tiene como objetivo continuar la formación cultural del estudiante y ofrecerle una sólida formación en opciones específicas, a efecto de prepararlo para el trabajo productivo, que le facilite su ingreso al campo laboral y proseguir estudios superiores. Tiene una duración de 3 años y es de carácter gratuita y diversificada.

Segundo nivel o educación media: Es la que sigue a la Educación Básica General y antecede a la Educación Superior. Tiene como objetivo, continuar la formación cultural del estudiante y ofrecerle una sólida formación en opciones específicas, a efecto de prepararlo para el trabajo productivo, que le facilite su ingreso al campo laboral y proseguir estudios superiores. Tiene una duración de 3 años y es de carácter gratuita y diversificada.

De acuerdo a los resultados finales del XI Censo de Población y VII de Vivienda del año 2010, se puede señalar en lo que respecta al nivel educativo, una reducción en el porcentaje de analfabetas ya que este indicador pasó de 10.7 por ciento en 1990, 7.6 por ciento en el 2000 y 5.5 por ciento en el 2010. No obstante lo anterior, se observan un mayor número de mujeres analfabetas que de hombres en esa condición (6.0 por ciento y 4.9 por ciento respectivamente).

A nivel interno del país, las provincias que registraron un mayor porcentaje de analfabetas son: Darién (15.9 por ciento), Bocas del Toro (12.1 por ciento) y Veraguas (10.9 por ciento). Por otro lado, la situación de las Comarcas es mucho más grave y afecta en mayor magnitud a las mujeres; la Comarca Kuna registró un 28.3 por ciento de analfabetismo, la Comarca Emberá un 22.9 por ciento y la Comarca Ngäbe Buglé un 30.8 por ciento. Es importante resaltar que los programas para la alfabetización han surtido efecto y ha tenido disminuciones importantes en estas áreas, ver cuadro 7.

**CUADRO 7: PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA EN LA
REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA: CENSO
1980-2010**

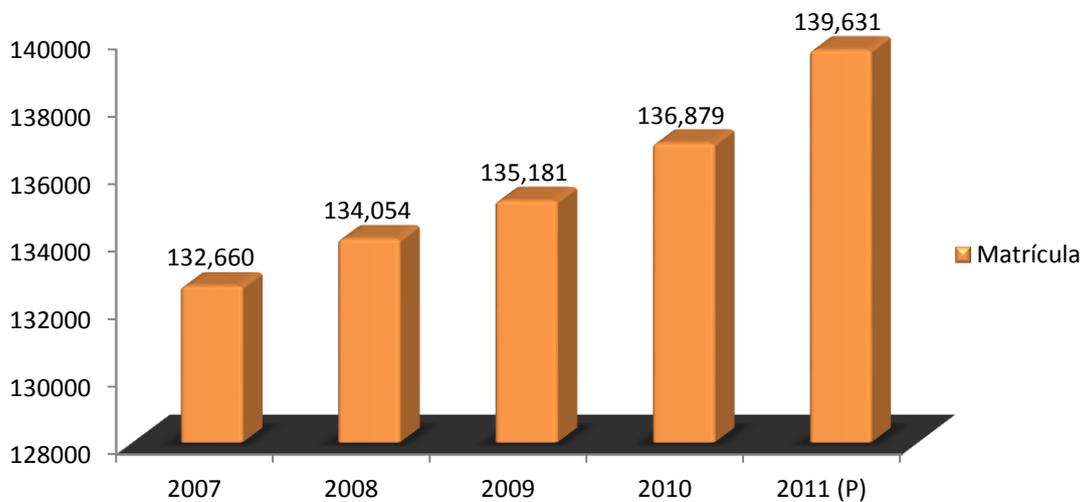
PROVINCIA	1980	1990	2000	2010
TOTAL	13.2	10.7	7.6	5.5
BOCAS DEL TORO	34.6	30.1	16.9	12.1
COCLÉ	11.4	9.7	6.1	4.7
COLÓN	6.3	5.7	3.7	2.5
CHIRIQUÍ	19.1	15.9	7.7	5.9
DARIÉN	36.1	28.6	23.0	15.9
HERRERA	19.9	14.0	10.4	6.8
LOS SANTOS	19.1	14.8	10.7	6.8
PANAMÁ	5.3	4.3	2.8	2.0
VERAGUAS	28.5	21.9	15.2	10.9
COMARCA GUNA YALA	50.6	40.0	38.5	28.3
COMARCA EMBERÁ	....	39.4	34.4	22.9
COMARCA NGABE BUGLÉ	....	....	45.9	30.8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Matrícula

En el 2010, se matricularon 1,013,415 alumnos en el país; de este total, el 43.4 por ciento corresponde a la educación primaria, el 28.0 por ciento a la educación, premedia y media, la educación universitaria representa un 13.7 por ciento y el resto de los niveles educativos absorben el 14.9 por ciento.

GRÁFICA 5: MATRÍCULA DE EDUCACIÓN UNIVERSITARIA: AÑOS 2007-2011



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Durante el quinquenio 2006-10 se incrementó la matrícula en 53,115 alumnos nuevos, lo que representa un 5.2 por ciento, al comparar el 2006 respecto al 2010. Al analizar las cifras por sexo en la educación primaria, se observa que en los hombres es mayor con un 51.9 por ciento y las mujeres con un 48.1 por ciento; sin embargo, para la educación premedia y media esta situación es inversa, ya que las mujeres representan el 50.6 por ciento y los hombres el 49.4 por ciento.

Reprobación escolar

La tasa de reprobación de la educación primaria oficial para el 2010 es de 7.0 por ciento y para la particular de 0.1 por ciento. Cabe señalar, que las provincias de Coclé, Los Santos y Darién se han mantenido en estos cinco últimos años sin tener alumnos reprobados en las escuelas particulares. Al final de este mismo año, los alumnos matriculados en las escuelas oficiales y particulares de la educación premedia y media del país registraron una tasa de reprobación de 10.1 por ciento y 2.7 por ciento, respectivamente.

Deserción escolar

La tasa de deserción escolar de la educación primaria en la República alcanzó el 1.7 por ciento. El porcentaje de hombres con el 1.9 por ciento, es más alto que el de las mujeres con 1.4 por ciento. Al observar este indicador por provincia, el porcentaje más alto lo presenta Chiriquí con 1.6 por ciento y entre las comarcas indígenas, la Emberá con el 14.0 por ciento.

En este mismo sentido, la tasa de deserción de la educación premedia y media oficial en la República es de 4.3 por ciento, pero se observa que existe diferencia a nivel de provincias y comarcas indígenas, como es el caso de Darién con 11.7 por ciento, Chiriquí con 6.7 por ciento, Bocas del Toro con 5.7 por ciento y comarcas indígenas, la Emberá con 8.8 por ciento y Kuna Yala con 7.5 por ciento, representan las tasas más altas por provincia, y comarcas indígenas, respectivamente.

Graduados

El análisis de las cifras permite señalar que durante el 2010, se graduaron 62,098 alumnos en la educación premedia y media de todo el país. De este total, el 81.0 por ciento corresponde a las escuelas oficiales y el 19.0 por ciento a las particulares. Igualmente del total de graduados, las mujeres representan el 53.3 por ciento y los hombres el 46.7 por ciento.

El gasto del sector público destinado a la educación paso de B/.1,012,191 en el 2008 a B/.1,433,992 en el 2012, lo que representa un aumento del 29 por ciento.

Gastos en educación

La distribución porcentual del gasto, efectuado por el Gobierno Central a la Educación Panameña en la República EN EL 2011, indicó que el 28.0 por ciento se destinó a la educación preescolar y primaria; el 22.0 por ciento a la media; el 22.0 ciento a la universitaria; el 2.0 por ciento a la especial, el 2.0 por ciento a la educación de adultos y alfabetización y el 24.0 por ciento a otros gastos (Incluye además de los Gastos de Administración y Educación Suplementaria del Ministerio de Educación, los correspondientes al Instituto Panameño de Deportes, Instituto Nacional de Cultura, Educación Agropecuaria, Educación Sindical del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, Radio y Televisión Educativa y el Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano), ver cuadro 8.

El gasto del sector público destinado a la educación paso de B/.1, 012,191 en el 2008 a B/.1, 433,992 en el 2012, lo que representa un aumento del 29 por ciento. Finalmente, el costo total anual por alumno en la República durante el 2010 alcanzó B/. 1,171.00; en la educación preescolar y primaria el costo por

alumno fue de B/. 712,20 en la premedia y media de B/.1,120.32 y en la universitaria de B/.2,613.69, ver cuadro 9.

CUADRO 8: GASTOS EFECTUADOS POR EL GOBIERNO CENTRAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y TIPO DE GASTO: AÑOS 2007-11

Nivel de educación y tipo de gasto	Gastos efectuados por el Gobierno Central en educación (1) (en miles de balboas)				
	2007	2008	2009	2010 (R)	2011 (P)
TOTAL	817,827	988,220	964,072	1,076,431	1,217,001
Preprimaria y primaria	255,977	258,225	304,177	292,174	335,427
Media	186,908	231,365	236,939	242,976	272,370
Universitaria	181,168	203,177	249,517	250,162	269,612
Educación especial	26,781	18,531	20,641	22,056	25,685
Educación de adultos y alfabetización	18,533	17,076	18,507	21,543	23,402
Otros gastos (2)	148,460	259,846	134,291	247,520	290,505
Gastos corrientes (3)	728,875	819,277	827,798	928,283	1,022,006
Preprimaria y primaria	226,538	222,803	260,376	271,304	304,086
Media	185,910	228,142	229,071	235,374	260,613
Universitaria	169,076	182,885	202,255	212,565	226,434
Educación especial	16,461	17,740	19,739	20,448	24,199
Educación de adultos y alfabetización	18,532	17,075	18,507	21,508	23,365
Otros gastos (2)	112,358	150,632	97,850	167,084	183,309
Gastos de capital (4)	88,952	168,943	136,274	148,148	194,995
Preprimaria y primaria	29,439	35,422	43,801	20,870	31,341
Media	998	3,223	7,868	7,602	11,757
Universitaria	12,092	20,292	47,263	37,597	43,178
Educación especial	10,320	791	902	1,608	1,486
Educación de adultos y alfabetización	1	1	-	35	37
Otros gastos (2)	36,102	109,214	36,441	80,436	107,196

NOTA: Debido al redondeo del computador, la suma o variación puede no coincidir.

(1) Comprende los gastos del Ministerio de Educación, la asignación del Gobierno en su presupuesto a las Universidades de Panamá, Autónoma de Chiriquí, Tecnológica de Panamá y las Américas, Cultura, Instituto Panameño de Deportes, Instituto Panameño de Habilitación Especial e Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano.

(2) Incluye además de los Gastos de Administración y Educación Suplementaria del Ministerio de Educación, los correspondientes al Instituto Panameño de Deportes, Instituto Nacional de Cultura, Educación Agropecuaria, Educación Sindical del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral, Radio y Televisión Educativa y el Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano.

(3) Se refiere a los servicios personales y no personales, gastos generales corrientes y la partida de transferencias corrientes.

(4) Se refiere a los gastos en maquinaria y equipo en general, los aportes de capital y las partidas destinadas a la construcción, mantenimiento y conservación de edificios escolares e instalaciones deportivas.

Fuente: Contraloría General de la República, Dirección de Métodos y Sistemas de contabilidad.

CUADRO 9: GASTOS EFECTUADOS POR EL GOBIERNO CENTRAL, EN EDUCACIÓN Y COSTO POR ALUMNO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN: AÑOS 2007-11

Nivel de educación	Gasto y costo por alumno				
	2007	2008	2009	2010 (R)	2011 (P)
TOTAL					
Matrícula (1) (número de alumnos)	793,826	794,633	777,130	791,493	787,087
Gasto en educación (2) (en miles de balboas)	656,639	756,965	817,951	846,444	922,064
Costo por alumno (en balboas)	827,18	952,60	1,052,53	1,069,43	1,171
Preescolar y primaria:					
Matrícula (número de alumnos)	478,153	477,397	462,950	465,721	460,947
Gasto (3) (en miles de balboas)	221,432	240,160	280,843	291,752	328,285
Costo por alumno (en balboas)	463,10	503,06	606,64	626,45	712,20
Premedia y media:					
Matrícula (número de alumnos)	219,641	224,792	225,209	237,226	239,506
Gasto (3) (en miles de balboas)	182,766	232,221	227,451	242,277	268,323
Costo por alumno (en balboas)	832,11	1,033,05	1,009,96	1,021,29	1,120,32
Universitaria:					
Matrícula (número de alumnos)	96,032	92,444	88,971	88,546	86,634
Gasto (3) (en miles de balboas)	169,076	182,886	202,255	212,565	226,434
Costo por alumno (en balboas)	1,760,62	1,978,34	2,273,26	2,400,62	2,613,69

(1) Se refiere a la matrícula oficial de la educación preprimaria, primaria, media y suplementaria, al clases de julio. De las universidades de Panamá, Autónoma de Chiriquí, Tecnológica de Panamá y Especializada de Las último día de Américas, cubre la matrícula del primer semestre.

(2) Comprende los gastos de funcionamiento del Ministerio de Educación y su asignación del Fondo de Seguro Educativo.

(3) Se refiere a los gastos señalados para la educación preprimaria, primaria, media y universitaria, transferencia al Instituto Panameño de Habilitación Especial, Ministerio de Desarrollo Social, Chapala, Ministerio de Desarrollo Agropecuario, Educación Agropecuaria. No han sido considerados en la no determinación del costo unitario, aquellos que por su mismo carácter general, pueden distribuirse entre los diferentes niveles de educación.

Fuente: Contraloría General de la República, Dirección de Métodos y Sistemas de Contabilidad y el Departamento de Estadística del Ministerio de Educación.

15. EL MEDIOAMBIENTE EN PANAMÁ

En 2005, el monitoreo de la calidad del agua puso de manifiesto que 15% de los ríos estaban altamente contaminados con sustancias orgánicas biodegradables, pero en 2008 solo lo estaban 0,4%. El Proyecto Saneamiento de la Ciudad y la Bahía de Panamá ejecutado por el Ministerio de Salud, busca mejorar las condiciones sanitarias de la población, particularmente en barrios de bajos ingresos, y así disminuir la contaminación de los cauces y ríos urbanos en el área metropolitana de la Ciudad de Panamá, que durante muchos años a contaminado la bahía de Panamá, todo mediante la ampliación de los sistemas de alcantarillado sanitario y tratamiento de aguas residuales.

Según el Censo del año 2010 a nivel nacional, un promedio de 93.3% de las viviendas recibe agua apta para el consumo humano a través de acueductos y 94,5% cuenta con servicios sanitarios, pero en la población indígena persisten coberturas bajas.

Según el Censo del año 2010 a nivel nacional, un promedio de 93.3% de las viviendas recibe agua apta para el consumo humano a través de acueductos y 94,5% cuenta con servicios sanitarios, pero en la población indígena persisten coberturas bajas.

Por otro lado, en la ciudad de Panamá se generan diariamente de 900 a 1.200 toneladas de basura. En 2010, la mayoría de los sitios de acopio de residuos del país no cumplían con los requerimientos mínimos de vertederos controlados. Las tierras secas y degradadas ocupan 27% del territorio nacional y en ellas viven aproximadamente medio millón de personas, la mayoría en pobreza o pobreza extrema. Son improductivas y la deforestación es notable; abarcan cinco provincias y una comarca indígena. El aumento de la extensión de las aéreas protegidas, de 34,3% en 2006 a 38,7% en 2009, contribuye a la conservación de los bosques. Al creciente parque automotor se le atribuye 90% de la contaminación del aire. En 2009 se establecieron políticas públicas sobre la prohibición del uso de combustibles con plomo, que impusieron límites permisibles a las emisiones de gases para todo tipo de vehículos.

El control del comercio internacional de los contaminantes orgánicos persistentes, su eliminación y movimientos transfronterizos, se regula a partir de la ratificación de los Convenios de Rotterdam, Estocolmo y Basilea. Mediante resolución No. 210 de 2009 se prohibió el lindano (gammahexacloruro de benceno). En 2008, por cada panameño se utilizaba al menos tres kilogramos de agroquímicos, cantidad seis veces superior a la utilizada en América Central. De 2006 a 2008, el volumen de plaguicidas agrícolas aumentó de 5,6 a 7,2 millones de kilogramos, predominantemente los insecticidas organofosforados más peligrosos.

En cuanto al medioambiente Panamá ha invertido grandes sumas para la protección del ambiente. En el cuadro 10, se puede observar que en el 2009 se destinaron para el control y mitigación B/. 100,185, 790 el cual ha ido incrementando los últimos años. Por otro lado, en la función de conservación superan los 15 Millones de balboas para el 2009.

En cuanto a las áreas reforestadas en Panamá, en el cuadro 11, se puede observar las hectáreas de superficie reforestada entre el año 2007 y 2011 en la República de Panamá, por provincia y Comarca. En el observamos las provincias con mayor porcentaje de hectáreas reforestas en los últimos 5 años, como lo son Panamá, Darién y provincias con porcentajes bajos como Los Santos y Herrera.

CUADRO 10: GASTO EN PROTECCIÓN AMBIENTAL DEL SECTOR PÚBLICO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN FUNCIONES: AÑOS 2005-2009

FUNCIONES	GASTO EN PROTECCIÓN AMBIENTAL (EN BALBOAS)				
	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL	69,827,345	84,630,963	104,316,094	128,418,478	172,127,218
ADMINISTRACIÓN	24,916,813	32,261,696	39,024,456	41,487,182	42,070,345
CONSEVACIÓN	5,101,746	4,593,503	12,485,218	22,256,435	15,520,496
CONTROL Y MITIGACIÓN	35,749,241	42,177,210	47,725,902	47,916,725	100,185,790
MONITOREO Y VIGILANCIA	270,509	458,806	571,227	4,205,998	4,281,563
PLANEACIÓN Y ESTUDIOS	3,288,258	4,658,218	3,367,027	10,564,175	8,465,944
PREVENCIÓN	427,500	427,500	746,713	1,762,417	1,423,600
RESTAURACIÓN	73,269	54,029	395,551	225,546	179,480

Fuente: Dirección de Gestión Integrada de Cuencas Hidrográficas. Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM).

CUADRO 11: SUPERFICIE REFORESTADA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2007-11

Provincia y comarca indígena	Superficie reforestada (hectáreas)					
	Total	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	10,535	3,293	5,372	1,650	220	2,380
Bocas del Toro	95	15	20	40	20	202
Coclé	630	172	174	174	110	28
Colón	486	144	252	83	8	1,248
Chiriquí	491	82	246	163	...	93
Darién	5,412	1,505	3,077	830	...	...
Herrera	213	113	52	25	22	10
Los Santos	403	170	203	11	19	15
Panamá	2,246	953	1,180	81	32	783
Veraguas	406	69	119	210	8	1
Comarca Guna Yala	1	-	-	-	1	...
Comarca Ngäbe Buglé	151	69	49	33	...	...

Fuente: Dirección de Gestión Integrada de Cuencas Hidrográficas. Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM).

En Panamá desde los años 1918 y 1923 existen áreas protegidas como el Bosque Comunal el Colmon con 1.4 Km² y la isla de Barro Colorada localizada en el Lago Gatún del Canal de Panamá, el cual es un sitio protegido dedicado al estudio de los bosques tropicales y, junto a cinco penínsulas adyacentes, forman el *Monumento Natural de Barro Colorado (MNBC)*, con un área de 81.9. Km². Establecido el 17 de abril de 1923, ha sido administrado por el instituto Smithsonian desde 1946. El Instituto de Investigaciones Tropicales del Smithsonian tiene un centro de investigación permanente, dedicado a estudiar los ecosistemas del bosque lluvioso. Al 2011 en total existen 35,784.8 Km² de áreas protegidas lo que representa un 47.4% de todo el territorio Nacional.

Los desastres naturales y los provocados por el hombre afectan el estado de salud de la población, el medio ambiente y la economía de país y constituyen una limitante para el cumplimiento de los objetivos y metas de desarrollo y del sector salud. La mayor parte de las pérdidas ocasionadas por los desastres naturales huracanes, inundaciones, sequías y los cambios climáticos, en la región se concentra en el sector agrícola. De manera recurrente, los eventos de El Niño y La Niña causan pérdidas de cosechas e infraestructura de servicios vitales de los más pobres y de importancia económica.

Los daños en las economías de América Central y del Caribe de los más recientes eventos, se estimaron en más de US\$ 2.2 miles de millones,

poniendo así de manifiesto su vulnerabilidad y la necesidad de contar con planes y medidas de prevención y de mitigación. Por otro lado, en Panamá los incendios forestales representan pérdidas cuantiosas para el agro y las áreas forestales. Entre el 2007 y 2011 se registraron un total de 2,039 incendios forestales de los cuales el 37 por ciento se reportaron en el 2007, ver cuadro 12.

CUADRO 12: INCENDIOS FORESTALES Y SUPERFICIE AFECTADA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR USO DEL SUELO, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: AÑOS 2007-11

Provincia y comarca indígena	Incendios forestales	Superficie afectada (hectáreas)		
		Total	Forestal	Agropecuario
2007	754	9014,485	2696,17	6318,315
2008	257	3609,525	751,05	2858,475
2009	524	4827,51	1553,69	3273,82
2010	256	2302,5	726,4	1576,1
2011	248	1951,39	286,91	1664,48

Fuente: Dirección de Gestión Integrada de Cuencas Hidrográficas. Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM).

Las legislaciones ambientales vigentes en Panamá también tienen implicaciones para los proyectos de generación de energía. La actualidad en las legislaciones ambientales en la región y Panamá que tienen vigencia desde hace algunas décadas en la mayoría de los países, está inspirada en el concepto de desarrollo sostenible y en los compromisos adquiridos por los países en acuerdos y tratados internacionales de protección al ambiente. Son de particular relevancia para la generación de electricidad los relacionados con el cambio climático y las emisiones de GEI, además de los relacionados con la emisión de contaminantes de efectos más locales sobre el ambiente y la salud humana.

Se constata que el entorno social y político que rodea la problemática ambiental actual es muy diferente a lo que se veía hace apenas 30 años, producto de los cambios a nivel mundial. La sociedad está más informada y más atenta a los problemas que afectan su espacio inmediato. No solamente eso, sino que exige mayor participación en los proyectos de desarrollo que, por su magnitud, afectan las comunidades cercanas a las obras. Ésta es una realidad con que los desarrolladores de plantas regionales tendrán que lidiar.

Las legislaciones ambientales tienen implicaciones para todos los proyectos de desarrollo y en particular para los de generación de electricidad. Los proyectos hidroeléctricos de grandes presas con embalses de grandes dimensiones están sujetos a la realización de minuciosos estudios de impacto ambiental (EIA) y al escrutinio de los organismos ambientales nacionales y de la sociedad civil organizada (organizaciones no gubernamentales, partidos políticos, entre otros). La mayor oposición se registra cuando es necesario el desplazamiento de población afectada por el embalse. La oposición a la construcción de proyectos hidroeléctricos, aun de tamaño mediano (menores de 50 MW), está ampliamente documentada por la prensa local y por la literatura internacional.

Ante las críticas recibidas internacionalmente, los organismos multilaterales también han revisado sus políticas para el financiamiento de estas obras. Los requerimientos ambientales exigidos por estos organismos para el financiamiento de plantas hidroeléctricas o termoeléctricas son tan severos que en muchas ocasiones se han abstenido de financiarlas. También los proyectos termoeléctricos están sujetos a cumplir con requisitos ambientales muy exigentes, especialmente de emisiones atmosféricas, entre ellas las de GEI.

Este comportamiento se puede observar en Panamá cuando miramos la oferta de energías renovables que paso de representar el 25.1 por ciento del total de la oferta energía en el 2007 a 17.9 por ciento en el 2011. Esto se puede explicar por lo difícil que se hace generar energía a través de hidroeléctricas u otros tipos de generación más costosos, ver cuadro 13.

CUADRO 13: OFERTA DE ENERGÍA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR TIPO DE RECURSOS: AÑOS 2007-11

Año	Oferta de energía (kBep)						Proporción de la oferta de energía de los recursos renovables
	Total	Total de recursos renovables	Recursos renovables			Recursos no renovables	
			Hidrogenaría	Leña	Productos de caña		
2007	25,315,2	6,350,3	2,271,4	3,349,6	729,2	18,964,9	25,1
2008	24,002,2	6,467,4	2,641,8	3,136,4	689,2	17,534,8	26,9
2009	26,253,5	5,965,1	2,415,6	2,924,3	625,2	20,288,4	22,7
2010	28,204,0	5,974,1	2,598,5	2,712,1	663,4	22,229,9	21,2
2011	32,325,7	5,801,9	2,539,2	2,499,7	763,0	26,523,8	17,9

NOTA: kBep se refiere a miles de barriles equivalentes de petróleo.

Fuente: Secretaría Nacional de Energía. Ministerio de la Presidencia.

16. LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN PANAMÁ

El concepto de **Seguridad Alimentaria** surge en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años 80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. Y en la década del 90, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la Seguridad Alimentaria como un derecho humano.

En Panamá el hambre rural persiste a pesar del desarrollo económico. La información recabada para evaluar el estado del Derecho a la Alimentación en Panamá muestra que, a pesar de los avances económicos del país, se mantienen altos los niveles de pobreza, pobreza extrema. Los indicadores nutricionales manifiestan asimismo que el hambre en el país persiste, así como la inseguridad alimentaria, **véase tema de pobreza en Panamá**. Dicha situación no presenta uniformidad al interior del país, sino que se constata una profunda desigualdad por provincia y comarca. Las más afectadas son las zonas rurales e indígenas, lo que expresa una vinculación estrecha entre la inseguridad alimentaria y las estructuras sociales y políticas del país y la inequidad que se arrastra históricamente.

El concepto de **Seguridad Alimentaria** surge en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional.

En cuanto al derecho a la alimentación como política de Estado. En el ámbito legal, Panamá es un país que ha situado las necesidades nutricionales de la población como materia de política de Estado en la constitución política. Se han aprobado distintas leyes y decretos que institucionalizan programas nutricionales, una Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y entidades gubernamentales para dirigir y evaluar los avances en este ámbito. Además, el país es parte de los principales cuerpos legales relacionado con los Derechos Económicos, Sociales y Culturales a nivel internacional.

El hito más relevante en este proceso por instalar un marco legal y programático fue el proyecto de ley de seguridad alimentaria, presentado en 2004 como Decreto Ejecutivo N° 171 del 18 de octubre del 2004 y mediante Ley N° 36 del 29 de junio del 2009, que crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SENAPAN), con entidades dedicadas a conducir y evaluar el Plan Nacional. Este proyecto fue sujeto a modificaciones, las cuales fueron entregadas a la Asamblea de Diputados. Ya para el año 2012, la Ley 89 del 28 de diciembre de 2012, incorpora la Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional al Ministerio de Desarrollo Social, y modifica artículos de la Ley 36 de 2009, a la par a este diseño legal, se puede reconocer una estructura institucional orientada a la seguridad alimentaria.

Las organizaciones públicas que se orientan a cumplir el Derecho a la Alimentación lo hacen principalmente a través de la formulación y ejecución de programas de seguridad alimentaria y nutricional. En este sentido, cabe destacar la acción del Ministerio de Educación y su programa de alimentación complementaria, el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Salud Infantil y el Ministerio de Desarrollo Agropecuario con el Programa de Apoyo al Consumidor. Además, cabe destacar otras instituciones importantes como el Fondo de Inversión Social y el Instituto de Desarrollo Agropecuario.

Por otro lado se crean programas de protección social dirigidos a grupos vulnerables de pobreza y pobreza extrema, entre los que podemos mencionar:

- **Red de Oportunidades** Objetivo: Contribuir al desarrollo del Sistema de Protección Social para el combate a la pobreza al aminorar la desnutrición materno infantil, desarrollar capital humano y social, y dar acceso a los servicios de educación y salud que eleve la productividad laboral. Beneficiarios: aproximado de 73,069 hogares anuales de escasos recursos del país. Cobertura: Nacional.
- **B/. 100 a los 70** Objetivo: Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de 70 años y más, sin jubilación ni pensión en situación de riesgo, vulnerabilidad, pobreza y marginalidad, para cubrir necesidades básicas, sociales y condición de vida. Beneficiarios: 85,929 adultos de 70 años y más sin pensión ni jubilación (según datos del tercer pago 2012) Cobertura: Nacional.
- **Programa de Alimentación Complementaria** Objetivo: Mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a controles, madres embarazadas, madres lactantes, mujeres en edad fértil, y pacientes con tuberculosis que reciben el tratamiento estrictamente supervisado. Beneficiarios: 98,949 niños y 21,687 embarazadas y otros en 2012. Cobertura: Comarca Ngäbe-Buglé, Bocas del Toro, Veraguas, Colón, Darién y Coclé.
- **Plan Nacional de Micronutrientes 2008-2015** Objetivo: Reducir de manera sostenida las deficiencias de vitaminas y minerales en la población del país evitando excesos y desbalances, con énfasis en los grupos vulnerables y excluidos. Beneficiarios: 27,436 niños de 4-11 meses, 165,856 niños de 1-4 años, 388,700 niños escolares, 67,553 embarazadas y 546,765 mujeres en edad fértil. Cobertura: Nacional (en concentran de población indígena, zonas con mayores índices de pobreza y alta prevalencia de desnutrición).
- **Desarrollo de Proyectos en Granjas y Huertos** Objetivo: Mejorar la nutrición de la población panameña, especialmente la que habita en las zonas identificadas como de pobreza y pobreza extrema. Beneficiarios: 27,017 beneficiarios de 2009 a 2012, 5,036 huertos entregados.

Cobertura: Nacional (incluyendo Comarca Ngäbe-Buglé y Emberá Wounam).

- **Programa de Redes Territoriales a través de los Huertos Caseros.** Objetivo: Fortalecer a las Redes Comunitarias en el emprendimiento económico y subvencionar las necesidades de la familia. Cobertura: se empezó con un Plan Piloto con las Redes Territoriales Coclé (11) y Veraguas (12) en convenio con MIDES - AMPYME, SENAPAN e INADHE. Beneficiarios: 16 Corregimientos, 8 Distritos, con 23 Redes fortalecidas beneficiando alrededor de 30,000.000 personas Cobertura: Coclé y Veraguas.
- **Comedores Comunitarios.** Objetivos: Equipamiento y suministro de los comedores comunitarios a Nivel Nacional. - Suministro de los alimentos diariamente a niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores con una capacidad de atención de 100 personas diarias. Beneficiarios: 2,919 en comedores comunitarios.

La realidad actual es que a pesar de la gran cantidad de proyectos sociales, faltan políticas agrarias comprometidas con la seguridad alimentaria nacional, más aún, con una política de soberanía alimentaria, la cual, debe tener como centro la producción diversificada para garantizar la disponibilidad y acceso a los alimentos en Panamá.

Se necesita mucha más formación y sensibilización la formación y concienciación para exigir el Derecho a la alimentación en la sociedad Panameña es muy débil y son pocas las acciones en ese campo por parte del Gobierno, medios de comunicación, universidades, iglesias, sindicatos o gremios de profesionales, productores y consumidores organizados. Sin embargo, los organismos internacionales, como FAO; entidades gubernamentales y no gubernamentales han generado proyectos que muestran un avance en este sentido, principalmente en lo referido a la capacitación. En cuanto a la información, se puede decir que aún no existe en Panamá conciencia ciudadana clara que permita exigir los Derechos Económicos, Sociales, y Culturales y menos aún el Derecho a la Alimentación.

En cuanto a las políticas de disponibilidad y acceso a los alimentos, más que pensar en la agro exportación como solución al tema de la pobreza, y por consiguiente el apoyo a los grandes productores, el Gobierno podría reorientar sus políticas a hacia los pequeños y medianos productores, que son los que pagan la crisis abandonando al campo y malvendiendo sus tierras ahora que ya están tituladas.

17. EL AGUA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL EN PANAMÁ

América Latina y el Caribe es una de las regiones de mayor abundancia de agua en el mundo. Sin embargo, su distribución es muy desigual y los recursos hídricos están sujetos a múltiples presiones, entre las que se cuentan la creciente contaminación hídrica, la degradación de las cuencas de captación y el agotamiento y uso insostenible de los acuíferos como resultado del crecimiento demográfico, el desarrollo socioeconómico y la interferencia creciente de la sociedad en el ciclo hidrológico. La gestión efectiva de los recursos hídricos ha adquirido mayor importancia a la luz de los crecientes impactos antrópicos y los efectos probables del cambio climático en la distribución e intensidad de las precipitaciones, el aumento del nivel del mar, la variación de los patrones de temperatura y sus consecuencias en los glaciares.

La expansión de los servicios de agua potable y saneamiento en Panamá, ha logrado que la mayoría de la población urbana tenga acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable. En general, la situación agregada es mejor respecto del agua potable que del saneamiento y la

Desde 1992, se han realizado fuertes inversiones para alcanzar las coberturas de viviendas con acceso a agua apta para consumo humano. A nivel nacional, se incrementó de 80.71% en 1990 a 92.9 en 2010. En el Sector Rural, de 57.1% en 1990 a 78.11% en el 2010. El número de viviendas con servicio sanitario se incrementó de 93.1% en 2000 a 94.5% en 2010, estando el 33,1 % de la población conectada a alcantarillado, el 30% a un tanque séptico, y el 31,4% a una letrina

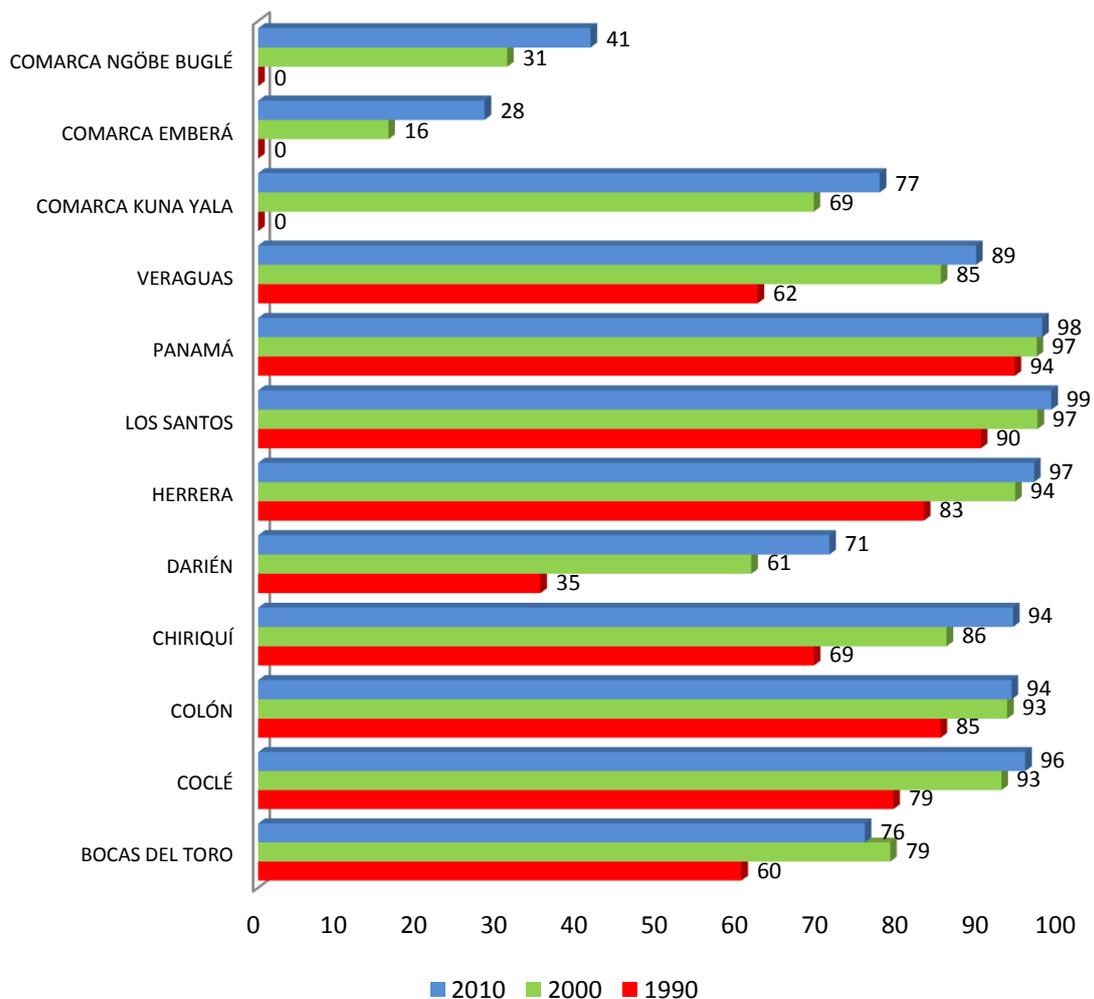
cobertura de ambos servicios es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Sin embargo, tanto entre las distintas provincias y comarcas como

dentro de ellos se observan diferencias sustanciales al respecto, lo que refleja el alto nivel de desigualdad del ingreso. En materia de agua potable, falta mejorar la cobertura, la calidad del agua entregada y su efectiva desinfección, en áreas rurales, así como reducir los problemas de interrupción del suministro y los niveles de pérdida. En el caso del saneamiento, la situación es similar: los puntos débiles son la cobertura y la calidad de los servicios, así como el tratamiento de las aguas servidas urbanas, que son la principal causa de graves problemas de contaminación en muchos lugares del país.

Desde 1992, se han realizado fuertes inversiones para alcanzar las coberturas de viviendas con acceso a agua apta para consumo humano. A nivel nacional, se incrementó de 80.71% en 1990 a 92.9 en 2010. En el Sector Rural, de 57.1% en 1990 a 78.11% en el 2010. El número de viviendas con servicio sanitario se incrementó de 93.1% en 2000 a 94.5% en 2010, estando el 33,1 % de la población conectada a alcantarillado, el 30% a un tanque séptico, y el 31,4% a una letrina. En zonas urbanas, la cobertura de saneamiento alcanza el 98,9%, mientras que a nivel rural el 85,2%. Los reportes de los últimos tres

censos evidencia el incremento en el acceso a agua en las diferentes provincias y comarcas. Sin embargo, las comarcas siguen estando rezagadas con relación al resto del país. Para el censo del año 2010 las comarcas reportan un porcentaje de acceso al agua de 28% para la comarca Ngäbe Buglé, 41% para la comarca Emberá y un 77% para la comarca Guna Yala. Por otro lado, las provincias de Bocas del Toro y Darién, como áreas de difícil acceso y con porcentajes de población indígena altos no superan el 80% de acceso a este vital líquido. El resto de las provincias mantiene coberturas por arriba del 90%, ver gráfico 6.

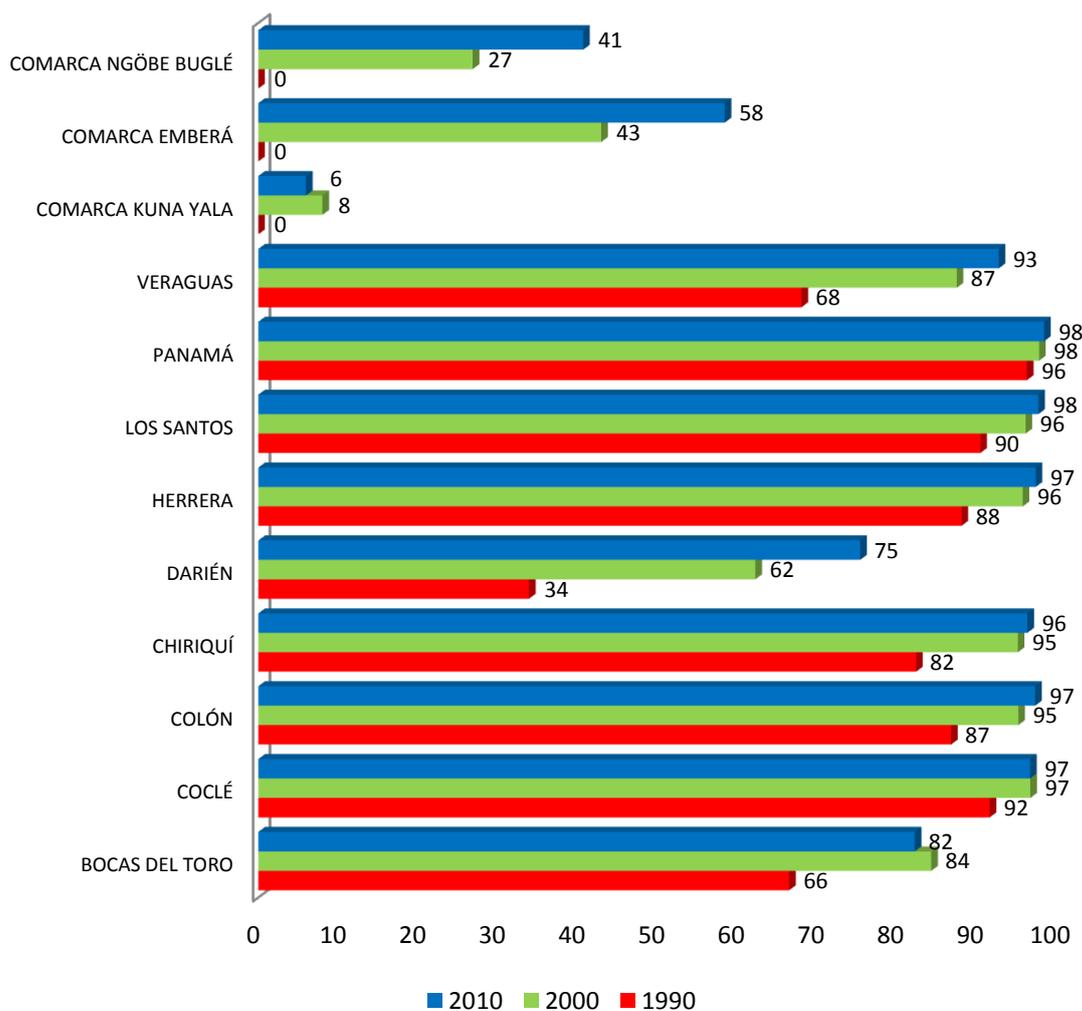
GRÁFICA 6: PORCENTAJE DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA: CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DE PANAMÁ: AÑO 1990, 2000 Y 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Con relación al número de viviendas con servicio sanitario se incrementó en todas las provincias y comarcas, lo que supone que el país alcanzara esta meta en los ODM para el 2015. Sin embargo las comarcas indígenas y en especial la comarca Guna Yala en los últimos dos censos no se observa un mejor acceso a los servicios sanitarios, manteniendo un porcentaje por debajo del 10%. Para la comarca Emberá y Ngäbe Buglé en los últimos 10 años se observa un mejoramiento en el acceso a este servicio. A nivel provincial las provincias de Darién y Bocas del Toro mantienen una cobertura de 75% y 82% para el 2010 respectivamente. El resto de las provincias el acceso a los servicios de saneamiento superan el 95%, ver gráfico 7.

GRÁFICA 7: PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON SERVICIO SANITARIO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA CENSOS DE POBLACIÓN Y VIVIENDA DE PANAMÁ: AÑO 1990, 2000 Y 2010



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

El Derecho al Agua para todos, es una precondition necesaria para obtener el alejamiento de la pobreza en el mundo, por lo tanto; el reconocimiento formal de éste, es un paso fundamental en la actuación del derecho a la vida y para el desarrollo de las poblaciones.

La calidad de vida y la salud de las personas, incluida su supervivencia, dependen del acceso al agua, y que siendo éste un recurso natural finito, su escasez es una amenaza real para la sociedad humana.

Por ser el acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento un derecho fundamental, el Estado tiene la obligación de proveer estos servicios a la población en general, sin discriminación alguna, no pudiendo eximirse de este deber bajo la justificación de falta de recursos.

18. EL CAMBIO CLIMÁTICO EN PANAMÁ

Las actividades que el ser humano ha realizado en su afán de satisfacer sus necesidades económicas, ya sea consciente o inconscientemente, han ocasionado la liberación de Gases de Efecto Invernadero (GEI), entre los que destacan el dióxido de carbono (CO₂), el metano (CH₄) y el óxido nitroso (NO₂). Estos gases han causado un aumento sustancial en la temperatura promedio del planeta. Sin embargo, recientemente se ha alertado públicamente sobre la idea de que la liberación de este tipo de gases se ha acelerado en los últimos dos siglos y tal situación se ha agravado, a tal grado, que los últimos 50 años (1950-2006) han sido los más cálidos, debido a que se han registrado las temperaturas más altas de la superficie mundial.

En la Declaración sobre el estado del clima mundial de la Organización Meteorológica Mundial (OMM), se afirma que 2011 ha sido el undécimo año más cálido desde que se iniciaran los registros en 1850.

El cambio climático representa una seria amenaza para las sociedades centroamericanas por sus múltiples impactos previstos en la población y en los sectores productivos. En términos fiscales constituye un pasivo público contingente que afectará las finanzas públicas de los gobiernos por varias generaciones. Se estima que para 2030 Centroamérica aún producirá menos de 0,5% de las emisiones de los gases de efecto invernadero (GEI) del planeta, pero al mismo tiempo ya es una de las regiones más vulnerables ante los embates del cambio climático. Estos cambios representan una seria amenaza para las sociedades centroamericanas por sus múltiples impactos previstos en la producción, la infraestructura, los medios de vida, la salud, la seguridad y el debilitamiento de la capacidad del ambiente para proveer recursos y servicios vitales.

Los países de América Latina y, en particular, alguno de la región del Istmo Centroamericano tienen dos peculiaridades importantes; la primera de ellas es que se caracterizan por depender fuertemente de la agricultura y, en segundo lugar, están gravemente expuestos a sufrir los efectos del calentamiento global debido a que su territorio se identifica por ser una pequeña franja angosta y rodeada por los océanos Pacífico y Atlántico, lo cual lo hace más susceptible a sufrir sequías, huracanes y deslizamientos frecuentes. En el caso particular de Panamá, además de ser dependiente de la agricultura, la pobreza extrema es otro grave problema y, por tanto, se esperaría que esta nación pudiera ser afectada de manera considerable por el cambio climático.

De acuerdo con las estimaciones, es posible afirmar que los efectos en el agro panameño ocasionados por el calentamiento global han sido y serán cuantiosos en varios sentidos: disminuciones notables en la producción de los

cultivos, en sus rendimientos y por ende en los ingresos de la población que depende de la actividad agrícola, ello sin considerar otro tipo de efectos negativos, tales como pérdidas humanas e insumos agrícolas que no se consideraron en el estudio. De esta forma, al ser Panamá un país con dependencia de esta actividad económica, es muy importante señalar la trascendencia que tienen y tendrán las medidas de adaptación y mitigación al cambio climático, debido a que, de no generarlas, se podría poner en serio riesgo el desarrollo y la subsistencia de las pequeñas poblaciones rurales que están subordinadas al sector. Dadas estas premisas, es necesario advertir con carácter urgente que el gobierno de Panamá deberá unir esfuerzos en materia ambiental y económica para generar y aplicar políticas públicas que ayuden al sector a protegerse de los estragos negativos del cambio climático⁶.

Amenazas y vulnerabilidades

La República de Panamá es un país con una incidencia e impactos de desastres menores en comparación con el resto de Centroamérica; sin embargo, el país no está exento de ellos. Las poblaciones vulnerables, en su gran mayoría, se expanden hacia áreas de amenazas reconocidas por estudios técnicos de especialistas. El concepto de vulnerabilidad ante desastres socio-naturales toma amplio interés.

Durante el periodo 2005-2009 los eventos naturales que más efectos causaron en la población están las inundaciones con 544 reportadas y un total de 124,933 personas afectadas, seguido de los deslizamientos de tierra con 96 reportados y 661 afectados. En un tercer lugar los incendios con 3,137 damnificados, luego le siguen los vendavales con 69 reportados y 3,081 personas afectadas

Con una población de aproximadamente 25.8%⁷ en condición de pobreza, la gente se ve obligada a concentrarse en áreas altamente vulnerables (como los corregimientos de San Miguelito, Chorrillo, Calidonia, Juan Díaz, Alcalde Díaz, Pacora entre otras). Estas zonas se asocian a patrones de desarrollo urbano espontáneo, que no respetan las normas de construcción y que han adquirido hábitos de consumo poco higiénicos (acumulación de basura en fuentes de agua, basureros clandestinos en cualquier esquina de la ciudad, etc.). Las ciudades de Panamá y Colón, y con certeza el resto de las ciudades del país, viven en un constante nivel de riesgo. El país presenta fallas geológicas activas importantes: Falla de Tonosí, Zona de Fractura de Panamá, Falla de Gatún, el cinturón deformado del norte de Panamá, entre otras. En caso de que se produzca un sismo fuerte, en particular los centros urbanos se verían

⁶ Panamá Efectos del cambio climático Sobre la agricultura, AÑO 2010

⁷ Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (Pobreza e Indigencia marzo 2012)

seriamente afectados, con las secuelas de falta de servicios y control de enfermedades. Eventos como el terremoto que impactó a las provincias de Bocas del Toro y Chiriquí en 1991; el paso del huracán Mitch en fase de tormenta tropical cerca de las costas panameñas en la provincia de Darién en 1998; los movimientos sísmicos de Chiriquí de 2001 y en Colón en el 2003; las trombas marinas avistadas en el área de la Bahía de Panamá en el 2002 y en agosto del 2003; las graves inundaciones del 17 de septiembre de 2004 en la capital, que dejaron un saldo de 16 víctimas mortales, 13.011 afectados y 1.405 damnificados.

Durante el periodo 2005-2009 los eventos naturales que más efectos causaron en la población están las inundaciones con 544 reportadas y un total de 124,933 personas afectadas, seguido de los deslizamientos de tierra con 96 reportados y 661 afectados. En un tercer lugar los incendios con 3,137 damnificados, luego le siguen los vendavales con 69 reportados y 3,081 personas afectadas, ver cuadro 14.

Además, de las inundaciones de los últimos años en Panamá y Colón y La Chorrera, son eventos que evidencian que son necesarias la preparación y participación comunitaria para enfrentar los efectos del cambio climático que cada año se presentan con más fortaleza en nuestro país.

CUADRO 14: EVENTOS NATURALES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR EFECTO CAUSADO EN LA POBLACIÓN, SEGÚN CLASE: AÑOS 2005-2009

CLASE DE EVENTO	TOTAL DE EVENTOS NATURALES	EFECTOS CAUSADOS EN LA POBLACIÓN			
		AFECTADOS	MUERTOS	HERIDOS	DAMNIFICADOS
TOTAL	872	130,344	104	113	8,510
DESLIZAMIENTO	96	661	7	....	44
COLAPSO DE ESTRUCTURA	66	1,161	4	48	56
INCENDIOS	95	485	....	58	3,137
INUNDACIONES	544	124,933	93	6	4,947
MAREJADA	1	23	....	....	3
SISMO	1	....	....	....	....
VENDAVAL	69	3,081	....	1	323

Fuente: Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC).

19. LA CRIMINALIDAD Y VIOLENCIA EN PANAMÁ

Detrás del *boom* del crecimiento económico de América Latina se esconde, aunque torpemente, una ola de crimen y violencia que afecta a todos sus ciudadanos, en particular a los más humildes que no tienen cómo protegerse.

El fenómeno tiene múltiples orígenes, cada cual con su propia complejidad: desde el crimen organizado, pasando por sistemas judiciales y policiales poco modernos y efectivos, hasta la violencia doméstica, que afecta a una de cada tres mujeres en el mundo.

El crimen y la violencia en América Latina ya alcanzan el nivel de "epidemia" - más de 10 homicidios por cada 100,000 habitantes, de acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)-. Para ponerlo en perspectiva: mientras que España, con 47 millones de habitantes, tiene un promedio de 400 homicidios por año, en Centroamérica, que tiene 41 millones de habitantes, se registran unas 18,000 muertes violentas anualmente.

Sumados, todos los minutos de silencio por esas víctimas no equivalen, ni por asomo, a una fracción del tiempo perdido por la región y por los hogares afligidos por estas irreparables pérdidas.

Los efectos tangibles de este trágico fenómeno son alarmantes y amenazan los avances sociales y económicos de los últimos años -una creciente clase media y una drástica caída de la pobreza.

Los costos materiales de la inseguridad son enormes. En el caso de Centroamérica, los gastos policiales, de seguridad y de salud derivados de la violencia y el crimen, representan 8% del PIB subregional (gasto público y privado).

Los costos intangibles son más difíciles de medir, pero se pueden vislumbrar. ¿Cómo calcular, por ejemplo, cuál habría sido el aporte de los jóvenes que vieron sus vidas truncadas por este flagelo?

Otros costos, también difíciles de calcular numéricamente, se manifiestan en una ruptura preocupante del contrato social, incitada por la desconfianza de los ciudadanos en la capacidad del Estado para defender a la sociedad.

Recientes encuestas indican que el número de latinoamericanos que citan el crimen como su principal preocupación se ha triplicado en la última década. El miedo los hace replegarse, esconderse detrás de rejas y lejos de los espacios públicos, lo cual debilita los lazos interpersonales que forman la base de una sociedad.

El problema es difícil, porque su raíz es compleja y múltiple. El narcotráfico, la violencia juvenil y pandillera, la falta de oportunidades educativas, la abundancia de armas de fuego, y los sistemas judiciales y policiales débiles, son sólo algunas de las causas del crimen y la violencia, particularmente en Centroamérica.

Según las estadísticas de la región centroamericana podemos observar que Panamá, luego de un aumento sostenido desde el año 2007, logró disminuir la tasa de Homicidio de 2010 (21.7) en comparación de 2009 (23.7). Las áreas de

En el informe de criminalidad del año 2010, los delitos registrados con mayor frecuencia fueron:

Delitos Contra el Patrimonio con 31,614 casos, (43.9%); en esta categoría se registraron 14,715 Hurtos Simples y 6,086 Robos a Mano Armada; Delitos Contra la Vida con 5,726 casos, (8.0%) destacándose en este tipo de delito el registro de 1,785 Heridos por Armas de Fuego, 1723 Lesiones Personales y 759 Homicidios;

mayor preocupación en la región son El Salvador (71.0) y Honduras (67.0) que registraron sus más altos índices de Homicidio en 2009 en comparación con años anteriores. Es importante señalar que todos los países de la región central han pasado el nivel de 10.0 Homicidios por 100 mil habitantes establecido por el OPS, como niveles “rojos”.

En el informe de criminalidad del año 2010 del Ministerio de Seguridad Pública de Panamá registra 71,997 incidentes delictivos, de los cuales 54,628 correspondieron a delitos, (75.9%); y 17,369 de estos fueron faltas, (24.1%).

Los delitos registrados con mayor frecuencia fueron: Delitos Contra el Patrimonio con 31,614 casos, (43.9%); en esta categoría se registraron 14,715 Hurtos Simples y 6,086 Robos a Mano Armada; Delitos Contra la Vida con 5,726 casos, (8.0%) destacándose en este tipo de delito el registro de 1,785 Heridos por Armas de Fuego, 1723 Lesiones Personales y 759 Homicidios; Delitos Contra el Orden Jurídico Familiar y el Estado Civil categoría que registro 5,335 casos, (7.4%), representando la Violencia Doméstica el delito de mayor incidencia con 4,707 casos registrados; y los Delitos Contra el Pudor y la Libertad Sexual registraron 2,091 casos, (2.9%), en este grupo 996 casos fueron por Violación Carnal.

En las faltas registradas, se destaca el registro de 5,440 indocumentados nacionales, (31.3%); seguido de 2,082, casos de riña y escándalo, (12.0%); y 1,664 casos por libar licor en la vía pública, (9.6%).

Para el año 2006, según el Sistema Nacional Integrado de Estadísticas Criminales, en Panamá se registró 64,704 incidentes delictivos, con una tasa

de 209 casos por cada diez mil habitantes. Mientras que para el año 2010 se finalizó con 71,997, registrando una tasa de 205.4 incidentes por cada diez mil habitantes. Solo en la Provincia de Panamá se reportó el 56.5 % de los incidentes, sobresaliendo los casos de Hurtos, Robo, Robo a Mano Armada, Violencia Domestica y Homicidios; éste último delito ha venido proyectando descenso en el último año, hasta alcanzar una tasa de 21.7 por cada cien mil habitantes en el año 2010.

Los índices reflejados indican que estamos afrontando problemas de seguridad persistentes. En la Provincia de Panamá se concentra 72.3% de los Homicidios, seguido de Colón con 13.5%. Los niños y jóvenes de 0 a 19 años son afectados en un 19.9% y los de 20 a 29 años representan el 30.2%. Lo que significa que el 50.1% de los asesinatos son en jóvenes entre 0 y 29 años, reflejando un alto grado de violencia en los barrios, producto de las disputas entre pandillas y el consumo de drogas. Esta última causa es el detonante principal de la violencia en los barrios. Según investigaciones realizada por el SIEC conjuntamente con el Centro de Custodia y Cumplimiento del Instituto Interdisciplinario, demuestran que existen niños consumiendo drogas desde los 9 años, lo que indica la pronta afectación del sistema cognitivo de los jóvenes.

Uno de los problemas que más preocupa a la ciudadanía es el aumento de los homicidios producto de las actuaciones de pandillas y el crimen organizado, en donde se encuentra vinculado el narcotráfico, según información suministrada por la unidad anti pandilla de la Policía Nacional, se encuentran identificados unos 236 grupos de pandillas, Lo que equivale a una tasa de 7 pandillas por cada cien mil habitantes. Cabe señalar que estos grupos crecen un 10% por año, por lo que hay fuertes tendencias al aumento en los próximos años.

CUADRO: 15: HOMICIDIOS REGISTRADOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 1990-2010

AÑO DE OCURRENCIA	HOMICIDIOS	
	TOTAL	PROMEDIO DIARIO
1990	278	0.8
1991	294	0.8
1992	311	0.9
1993	308	0.8
1994	323	0.9
1995	377	1.0
1996	248	0.7
1997	315	0.9
1998	281	0.8
1999	285	0.8
2000	299	0.8
2001	306	0.8
2002	380	1.0
2003	338	0.9
2004	308	0.8
2005	364	1.0
2006	363	1.0
2007	444	1.2
2008	654	1.8
2009	818	2.2
2010	759	2.1

Fuente: Elaborado por el SIEC, con base en la información suministrada por la División de Análisis, Estadística y Difusión de la DIJ.

Al observar el comportamiento del Homicidio, vemos que en 2000 se registró 299 casos de Homicidios dando un promedio de 0.8 Homicidios por día del año, es decir casi una víctima por día del año. Se observa que en el año 2009 se registró 818 Homicidios y el promedio aumentó a 2.2 cada día. Para el año 2010 se muestra 0.1 de mejora en comparación con esta cifra.

El mayor número de los delitos Contra La Vida e Integridad, se reportan en la Provincia de Panamá (4,103), seguido de Colón (671) y Chiriquí (397) casos. Podemos observar que la utilización de armas de fuego juega un papel importante, ya que un porcentaje considerable son Lesiones Personales mediante el uso de este instrumento y el porcentaje de casos atendidos en los cuartos de urgencia, de igual manera es por la misma razón.

De los 759 asesinatos registrados en el 2010, 57 fueron de mujeres representando el 7.5% total de los casos. La causa principal fue el crimen pasional producto de la violencia doméstica (20). Los masculinos registraron 701 casos, esta cifra representa 92.4% de la totalidad de Homicidios registrados. 76 de rivalidades entre grupos de pandillas y 64 producto de Robos. Este último representa el 11.8% del total de Homicidios, véase cuadro 16.

**CUADRO 16: NÚMERO DE HOMICIDIOS REGISTRADOS EN LA
REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR SEXO, SEGÚN MES DE OCURRENCIA,
AÑO 2010**

MES DE OCURRENCIA	SEXO		
	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO
TOTAL	759	57	701
ENERO	78	10	68
FEBRERO	67	5	62
MARZO	73	5	68
ABRIL	77	4	73
MAYO	78	5	73
JUNIO	53	2	51
JULIO	57	6	51
AGOSTO	48	2	46
SEPTIEMBRE	68	5	62
OCTUBRE	58	6	52
NOVIEMBRE	54	2	52
DICIEMBRE	48	5	43

Fuente: Elaborado por el SIEC, con base en la información suministrada por la División de Análisis, Estadística y Difusión de la DIJ.

Los Homicidios por grupo etario, indican que en los rangos de edades entre 18 a 39 años han registrado 446 casos, lo que representa el 58.76% de los casos registrados en el año 2010. Siendo (n=131) Homicidios en jóvenes entre 20 y 24 años de edad, el de mayor número de víctima.

CONDICIONES DE SALUD EN PANAMÁ Y SUS TENDENCIAS



20. LA SALUD UN DERECHO HUMANO

La vida y la salud constituyen Derechos Humanos esenciales para que las personas alcancen su máximo desarrollo individual y un requisito para la construcción de sociedades justas y democráticas.

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Sin lugar a dudas, la vida es el bien máspreciado de todo ser humano, y por ello no sorprende que el derecho a existir sea el primero y más básico de todos los derechos humanos reconocidos. También se reconoce el derecho a un estándar de vida adecuado y con relación a estos dos derechos, el derecho a la vida y el derecho a un estándar de vida adecuado, la comunidad internacional ha distinguido la salud como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos.

Los criterios sobre el derecho a la salud son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos interrelacionados y esenciales. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos los grupos de población, en especial a los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, se debe contar con accesibilidad física, económica, a la información, y no discriminación. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles, respetuosos de la confidencialidad.

El derecho a la salud se traduce en el aumento o la prolongación de la vida, en la disminución de las alteraciones del equilibrio fisiológico, en la reducción de los malestares, en la limitación de las incapacidades, en el mayor bienestar, en el equilibrio y satisfacción con el medio ambiente y, por último, en el aumento de la capacidad de reserva individual hacia las enfermedades, a un costo compatible, con las posibilidades de la sociedad.

El perfil de salud de Panamá, se caracteriza por los efectos de una polarización demográfica y epidemiológica, en donde las enfermedades transmisibles aún prevalentes, especialmente presentes en las poblaciones jóvenes, rurales y pobres coexisten con las de tipo crónico-degenerativo propias de poblaciones en envejecimiento, con creciente urbanización y con cambios notables en el estilo de vida (cambios en las dietas y en la actividad física, urbanización, adicciones, entre otras), consecuentemente existe una emergencia de problemas como la obesidad, los accidentes y la violencia (incluyendo la violencia doméstica y de género) y los relacionados con tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas, aunados al incremento de aquellos de origen laboral y mental⁸.

⁸ Fuente: Tomado del ASIS 2013 (COMISCA).

21. LA MORTALIDAD GENERAL EN PANAMÁ

La transición demográfica y, en particular, el descenso de la mortalidad, han ido acompañados de un conjunto de procesos al que se le ha dado el nombre de “transición epidemiológica”. El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios). Estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud, lo cual obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo. A medida que se acentúan los cambios demográficos y epidemiológicos, se incrementan la magnitud y severidad de las enfermedades crónicas no transmisibles⁹.

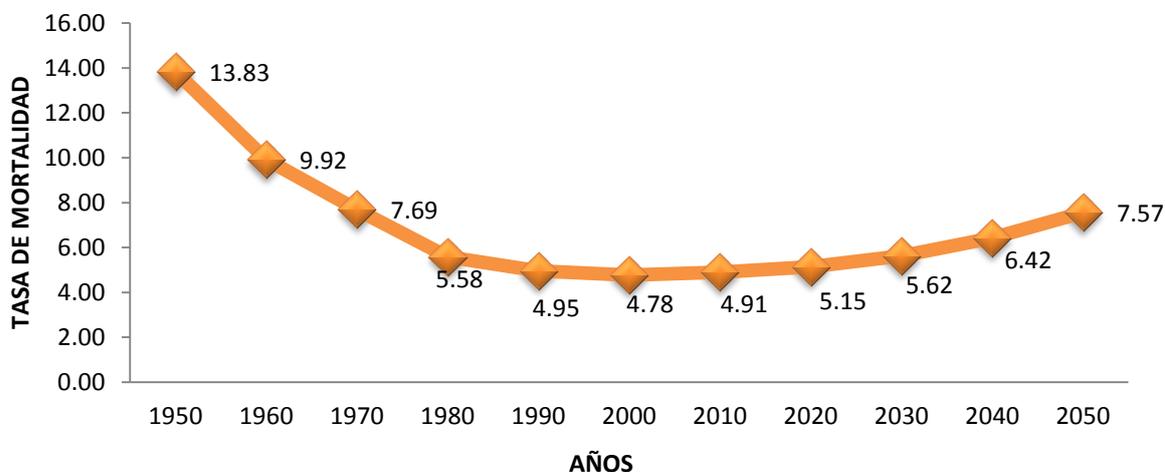
El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios).

Tasa bruta de mortalidad del país

Según los datos generados por el INEC en las estimaciones y proyecciones 1950-2050 La tasa bruta de mortalidad en Panamá paso de 13.8 en el año 1950 a 5.0 en el 2010, para luego ir creciendo paulatinamente hasta representar el 7.6 por cada mil habitantes en el 2050, aumentando en 54.0 por ciento en relación al año 2010. En términos absolutos, las cifras del año 2010, registradas en el país son de 17,779 defunciones, las cuales se incrementarán a 40,766 en el año 2050, ver gráfico 8.

⁹ Fuente: CEPAL, CELADE: **El proceso de envejecimiento demográfico y sus tendencias futuras**

GRÁFICO 8: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS SELECCIONADOS 1950-2050



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

Tasa bruta de mortalidad por provincias y comarcas

En el año 2010, las mayores tasas de mortalidad fueron de 7.7 por mil habitantes en las Comarcas Ngäbe Buglé y Emberá, seguido de Guna Yala y Los Santos con 7.4 y 7.2 muertes por mil personas, respectivamente. La provincia de Panamá durante el periodo 2000-10 mostró un comportamiento de incremento en sus defunciones; no obstante, reflejó la tasa más baja de defunciones por cada mil personas.

De igual manera, el resto de las provincias en el periodo 2000-10, mostraron una tendencia moderada en su tasa bruta de mortalidad; no obstante, para el periodo 2010-20 las mismas reflejarán aumentos, con excepción de la provincia de Colón, cuyo comportamiento será contrario. Se estima que la provincia de Los Santos al 2020 mantenga la tasa más alta del país, producto de su estructura demográfica envejecida, lo cual causa efecto sobre su tasa bruta de mortalidad, con un aumento en relación a 2010 de 1.1 por mil habitantes.

Según las Estadísticas Vitales, con información concerniente a los hechos ocurridos en la República, durante el 2010, la tasa bruta de mortalidad en Panamá es de 4.7 por cada mil habitantes en el 2010, aumentando en 4.4 por ciento en relación al año anterior. En términos absolutos, las cifras de este año, registran en el país 16,542 defunciones, que en términos relativos, reflejan un crecimiento de 6.7 por ciento más, que en el 2009.

La tasa bruta de mortalidad a nivel provincial indica que la provincia de Los Santos, ostenta el primer lugar en el país, con 6.8 defunciones por cada mil habitantes en el 2010. Le siguen la Comarca Kuna Yala con 6.7 y Herrera

con 5.8, mientras que las tasas más bajas se encuentran en la Comarca Emberá y la provincia de Darién. Del total de las defunciones en Panamá, un 7.3 por ciento corresponde a menores de 5 años, de estos, un 5.5 tenían menos de 1 año. Por otro lado, un 3.3 por ciento tenían edades entre los 5 a 19 años, con mayor incidencia de hombres que de mujeres, en particular en el grupo de 15 a 19 años. Un 16.9 por ciento de la mortalidad del país, están dentro del rango de 20 a 49 años, con más del 60 por ciento de ocurrencia, en hombres, en ese grupo de edad. Las defunciones en personas de 50 años y más, encierra un 72.2 por ciento, con un promedio de 58.9 por ciento en hombres y 41.1 por ciento en mujeres en ese rango.

Es importante señalar que la evaluación del registro de defunciones del 2000 y 2009 apunta que el sub-registro o porcentaje de omisión es más alto que en los nacimientos, a nivel nacional este porcentaje se estima en 16.9 por ciento en el 2000, mientras que en el 2009 es de 12.5 por ciento. Sin embargo, a nivel interno del país los diferenciales en cuanto al subregistro de las defunciones es significativo: la Comarca Emberá para el 2009 prácticamente mantiene el 75 por ciento de omisión que en el 2000, algo similar ocurre en la provincia de Darién donde la omisión de las defunciones pasa de 54 a 52 por ciento del 2000 al 2009, en el resto de las provincias han mejorado su cobertura significativamente siendo las provincias de Colón y Panamá las que presentan las mejores coberturas en el registro de este hecho vital, con omisiones de 2 y 1 por ciento respectivamente.

Al analizar las 16,542 causas de muerte por sexo y grupos de edad registradas en el 2010, utilizando la Lista abreviada de 80 grupos de causas, los “Tumores (neoplasias) malignos” (72.1 por 100,000), ocupan la primera posición; en segundo lugar se ubican los “Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia” (55.9 por 100,000), en el tercer lugar, las “Enfermedades isquémicas del corazón (52.8 por 100,000), en cuarto lugar aparecen las “Enfermedades cerebrovasculares” (36.4 por 100,000); y en la quinta posición, la “Diabetes mellitus” (24.9 por 100,000).

Al utilizarse esta misma lista para destacar las causas de muerte en cada grupo de edad, se puede apreciar, que en el grupo menor de 1 año de edad las “Afecciones originadas en el periodo perinatal” ocupan el primer lugar, seguida por las “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas”, y en un tercer lugar las “Neumonías”. Sin embargo, de 1 a 4 años de edad la “Neumonía” ocupa el primer lugar, como causa básica de muerte, seguida de los “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso” en cambio, en el grupo de 5 a 14 años, la causa más importante son los “Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia”.

De los 15 a 44 años, se mantienen en primera posición los “Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia”. A partir de los 5 a 14 años se comienzan a manifestar los “Tumores (neoplasias) malignos” como segunda causa de muerte, ocupando el tercer lugar en el tramo de los 25 a 34 años, posición en la cual se mantiene pero a mayor nivel, entre los 35 a 44 años, para posteriormente ocupar el primer lugar con una elevada tasa, entre los 45 a 74 años

En el grupo de 15 a 24 años se comienza a manifestar la “Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana” (VIH), como tercera causa de muerte, para ocupar el segundo lugar, entre los 25 a 34 años, posición en que se mantiene, entre los 35 a 44 años, con la diferencia de que la tasa es más elevada, para nuevamente ocupara la tercera posición, entre los 45 a 54 años.

Las “Enfermedades isquémicas del corazón” comienzan a presentarse, en las personas de 35 a 44 años, en una cuarta posición, la cual sigue ocupando entre los 45 a 54 años, para alcanzar la segunda posición entre los 55 a 64 y 65-74 años, y llegar a ocupar la primera posición, a partir de los 75 años. En cuanto a las “Enfermedades cardiovascular”, ocupan el quinto lugar en el tramo de los 45 a 54 años, para llegar a la cuarta posición entre los 55 a 64 años y 65-74 años, y luego bajar al segundo lugar entre las personas de 75 y más.

Es importante destacar la frecuencia de la “Diabetes mellitus”, que hace su aparición entre las principales cinco causas de defunción como quinta causa de muerte entre los 55 a 64 años, para elevarse a la tercera posición en el grupo de los 65 a 74 años; bajando al cuarto lugar en el grupo de 75 y más.

En el análisis de la mortalidad por causas, es de interés los diferenciales que se observan por sexo, y cómo éstos evolucionan a través del tiempo. En las muertes por “Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia”, se observa el mayor diferencial por sexo; ya que en los hombres, la tasa fue de 94.6 por 100,000, mientras que en las mujeres sólo llegó a 16.6 por 100,000. Esto también se aprecia con los “Tumores (neoplasias) malignos” en donde se registraron 77.2 muertes por cada 100,000 hombres, mientras que en las mujeres la tasa fue de 66.8 por 100,000. En las enfermedades isquémicas del corazón se observa mayores tasas en hombres con 62.4 por 100,000 hombres, mientras que en las mujeres la tasa fue de 43.1 por 100,000 mujeres.

Se observan diferencias más pequeñas, por sexo, en la “Neumonía”, en las “Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores”, en las “Enfermedades cerebrovasculares” y en la “Diabetes mellitus”; sólo que en este

último caso, las mujeres presentan tasas más elevadas que los hombres, 28.1 y 21.9 por 100,000 respectivamente.

Un análisis de las causas de muerte en Panamá, ubica a la enfermedad infecciosa en el primer lugar durante la década de los años sesenta, ver cuadro 14. Sin embargo, a la fecha esta posición es ocupada por una Enfermedad Crónica No Transmisible, ver cuadro 15 y los eventos de Causa Externa (homicidios), al igual que para esa década de los sesenta ocupa los primeros lugares en el 2010. La excepción es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como Enfermedad Transmisible, que en los últimos años se ha identificado entre las primeras 10 causas de muerte en el país.

Con una proporción de población con 60 y más años que envejece cada día, incrementa cada vez más a las enfermedades crónicas y degenerativas como los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares e isquémicas del corazón, Diabetes Mellitus y las Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Inferiores por mencionar algunas, esto ocasiona una alta demanda en los servicios de salud de alta tecnología, una larga estancia hospitalaria y altos costos. Esta transformación tanto demográfica como epidemiológica ha incrementado el costo de los servicios y por ende el gasto total en salud, tanto público como privado.

CUADRO 17: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 1960

Causa de Muerte	N°	Tasas
Total	8387	779.8
Gastroduodenitis, enteritis y colitis	688	64.0
Enfermedades del Corazón	544	50.6
Accidentes Suicidios y Homicidios	520	48.3
Enf. de la Primera Infancia	562	52.3
Tumores Malignos	470	43.7
Neumonía	497	46.2
Todas las Demás Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	395	36.7
Bronquitis	337	31.3
Tuberculosis	288	26.8
Tos ferina	243	22.6
Demás Causas	3843	357.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República

CUADRO 18: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2010

Causa de Muerte	N°	Tasas
Total	16,542	472.0
Enfermedades isquémicas del corazón	1,861	52.8
Enfermedades cerebrovasculares	1,276	36.4
Diabetes Mellitus	874	24.9
Agresiones (homicidios)	760	21.7
Neumonía	722	20.6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	551	15.7
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	533	15.2
Accidentes de transporte	477	13.6
Enfermedades hipertensivas	359	10.2
Enfermedades del hígado	313	8.9
Tumor maligno de próstata	307	8.8
Demás Causas	8,509	242.8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República

22. LA MORTALIDAD INFANTIL EN PANAMÁ

Proteger la vida y la salud de los niños es una exigencia que ha quedado plasmada en diversos instrumentos internacionales, por medio de los cuales se establece como obligación del Estado hacer todo lo inmediatamente posible para proteger a los niños y niñas de una muerte prevenible.

La muerte prematura es uno de los eventos poblacionales de mayor importancia para el análisis de la situación de salud y la identificación de prioridades sanitarias. Cuanto mayor sea la magnitud de la muerte prematura en la población, más baja será su esperanza de vida. Por el contrario, las ganancias en esperanza de vida reflejan en un sentido amplio, el impacto de los esfuerzos por reducir la mortalidad prematura.

La tasa de mortalidad infantil indica la probabilidad de muerte de un infante antes de cumplir su primer año de vida, y representa el grueso de la mortalidad en menores de 5 años; es decir, la mayor cantidad de muertes se da antes de que el infante cumpla su primer año de vida.

Los promedios regionales de mortalidad infantil ocultan grandes disparidades entre los países, véanse cuadro 16. En el caso de América Latina el promedio fue del 20,6. Mientras que la tasa de mortalidad infantil en un grupo de cinco países y territorios: Cuba, Chile, Puerto Rico, los niveles fueron iguales o

inferiores a 8 por 1.000 y tasas de otros cinco países (Honduras, R. Dominicana, Guatemala Bolivia y Haití) sobrepasaron el valor de 25 por 1.000.

En el caso de Panamá para el año 2011, se observaron 971 defunciones de menores de un año, lo que representa una tasa de 13.2 muertes por cada mil nacidos vivos, véase gráfico 9. Gran parte de las muertes entre menores de un año, se deben a causas prevenibles.

Si analizamos la mortalidad infantil en las diferentes regiones del mundo del año 1990 y 2009, podemos observar los grandes avances que se han dado en América Latina y Europa, con disminuciones de la tasa de mortalidad infantil por arriba del 50%. En el caso de América Latina de una tasa 42,7 en el año 1990 a 20,6 en el 2009. En el caso de Europa, se puede observar que de una tasa de 14,2 en el año 1990 paso a 6,8 en el 2009. El resto de las regiones del mundo presentaron reducciones de las tasas de mortalidad infantil por arriba del 20%, véase cuadro 19.

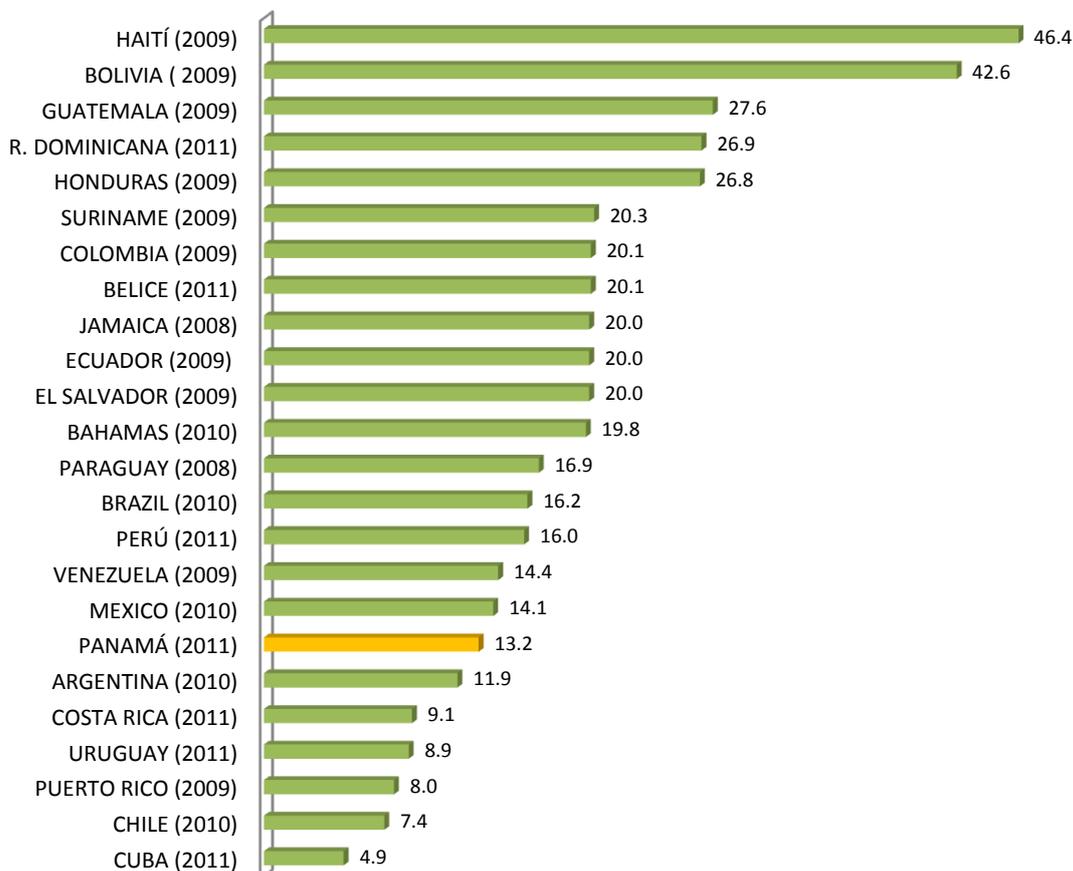
La tasa de mortalidad infantil indica la probabilidad de muerte de un infante antes de cumplir su primer año de vida, y representa el grueso de la mortalidad en menores de 5 años; es decir, la mayor cantidad de muertes se da antes de que el infante cumpla su primer año de vida.

CUADRO 19: REGIONES DEL MUNDO: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (INDICADOR 4.2 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO), 1990-2009
(Por cada 1,000 nacidos vivos)

REGIÓN GEOGRÁFICA	1990	2009	EVALUACIÓN ENTRE 1990 Y 2009
MUNDO	63,2	46	-27,2
ÁFRICA	103,9	80,8	-22,2
ASIA	61,4	39,9	-35,1
EUROPA	14,2	6,8	-52,1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	42,7	20,6	-51,7
AMÉRICA DEL NORTE	8,2	5,7	-31,7
OCEANÍA	31,1	21,9	-29,5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la base de tabulaciones de las Naciones Unidas, World Population Prospects. The Revision (en línea) <http://esa.un.org/unpp/>.

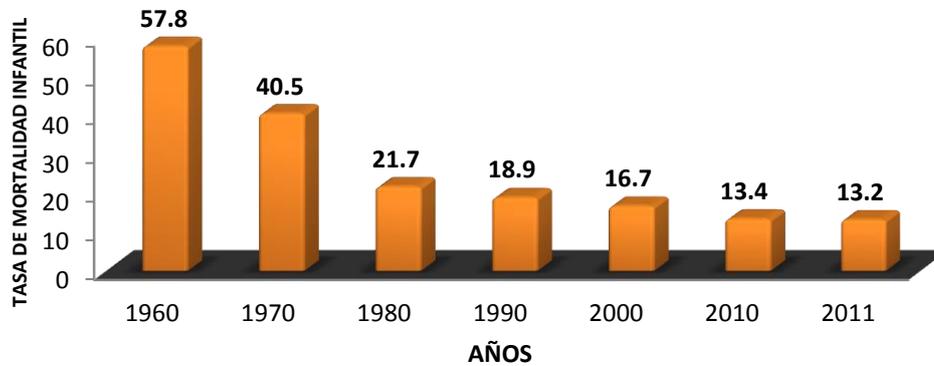
**GRÁFICA 9: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE), ALREDEDOR DEL AÑO 2010.
(Por cada 1,000 nacidos vivos)**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos."

En el descenso de la mortalidad general en Panamá, el componente de la mortalidad infantil ha sido el más importante. Sus cifras han descendido de una tasa de 50.6 (1,469) muertes por mil nacidos vivos en 1960 hasta 13.4 (910) muertes por mil nacimientos en el año 2010, lo cual se reduce a 13.2 para el 2011¹⁰, véase gráfico 10.

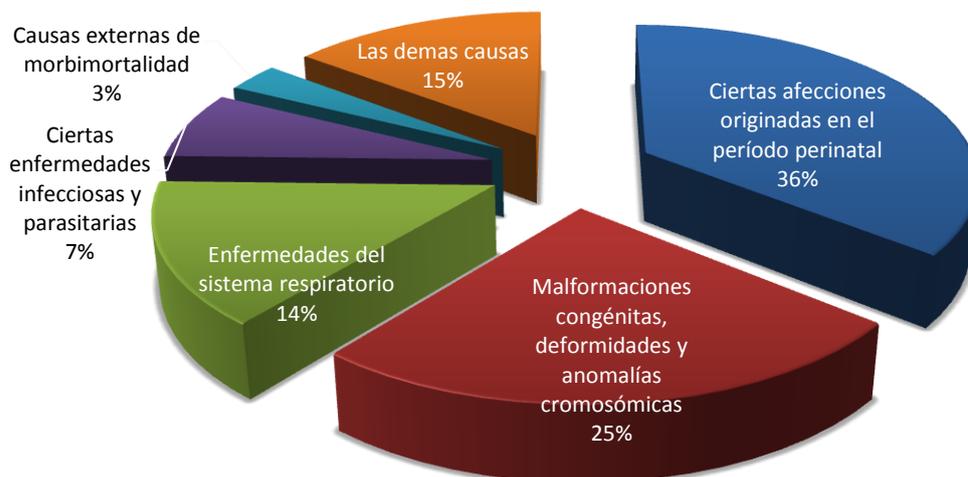
¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. Estadísticas vitales. Volumen III. 2010.

GRÁFICA 10: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 1960-2010 Y 2011.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República

Gran parte de las muertes entre menores de un año, se deben a causas prevenibles. Sobre el particular, de las defunciones registradas en el año 2011, el 36% fue debido a causas perinatales, es decir, aquellas que tienen lugar entre el séptimo mes de embarazo y la primera semana de vida después del nacimiento; el 25 % se produjeron por malformaciones congénitas, las cuales pueden resultar, en su mayoría, por factores genéticos o relacionados con las condiciones del embarazo; un 8 % por neumonía; un 5% por “diarrea, gastroenteritis” y otro 3% por accidentes, agresiones y otra violencia”, véase gráfica 11.

GRÁFICA 11: LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS AGRUPADAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. Estadísticas vitales.

El 55.3 por ciento de estas defunciones, corresponde a muertes neonatales (menores de 28 días) y el 44.7 por ciento restante, a defunciones post-neonatales (28 días a 11 meses).

Si analizamos las cifras de la mortalidad infantil a nivel de provincias comarcas y regiones de salud para el 2011, el indicador revela que para Bocas del Toro y las Comarcas Guna Yala y Darién se obtuvieron las tasas más elevadas del país con 20.1, 19.5 y 19.1 respectivamente. Por otra parte, las tasas más bajas del país figuran en la región de salud de San Miguelito (9.3), la provincias de Los Santos (10.5), Panamá Oeste (10.5), Coclé (11.0) y Colón (10.9). En este sentido, es importante mencionar, que el promedio del quinquenio 2006-10 mantiene la misma tendencia, véase cuadro 20.

De la mortalidad infantil el 55.3 por ciento de estas defunciones, corresponde a muertes neonatales (menores de 28 días) y el 44.7 por ciento restante, a defunciones post-neonatales (28 días a

CUADRO 20: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS Y REGIONES DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO 2011

Provincia/Región de Salud	2009	2010	2011
Bocas del Toro	26.6	27.7	20.1
Coclé	11.0	10.4	11.0
Colón	10.8	13.6	11.4
Chiriquí	14.9	15.4	14.9
Darién	22.6	14.1	19.1
Herrera	7.6	11.0	14.5
Los Santos	6.6	5.8	10.5
Panamá Este	11.3	12.9	18.7
Panamá Metro	7.7	9.6	12.7
Panamá Oeste	11.5	12.3	10.5
San Miguelito	8.3	9.9	9.3
Veraguas	9.5	11.6	10.7
Comarca Guna Yala	22.3	24.3	19.5
Comarca Ngäbe Buglé	19.2	19.3	20.8
País	12.2	13.4	13.2

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo: 2011

(1) La Provincia de Panamá tiene 4 Regiones de Salud TM < 5 años por 1000 nacidos vivos

23. LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN PANAMÁ

Conocida también como mortalidad de la niñez y representa la probabilidad de que un niño o niña nacido en un año dado, muera antes de cumplir los 5 años de edad. Este indicador, vinculado directamente con la meta, mide la supervivencia de los niños y niñas menores de cinco años de edad y está relacionado con las condiciones económicas, ambientales y sociales en que vive esta población.

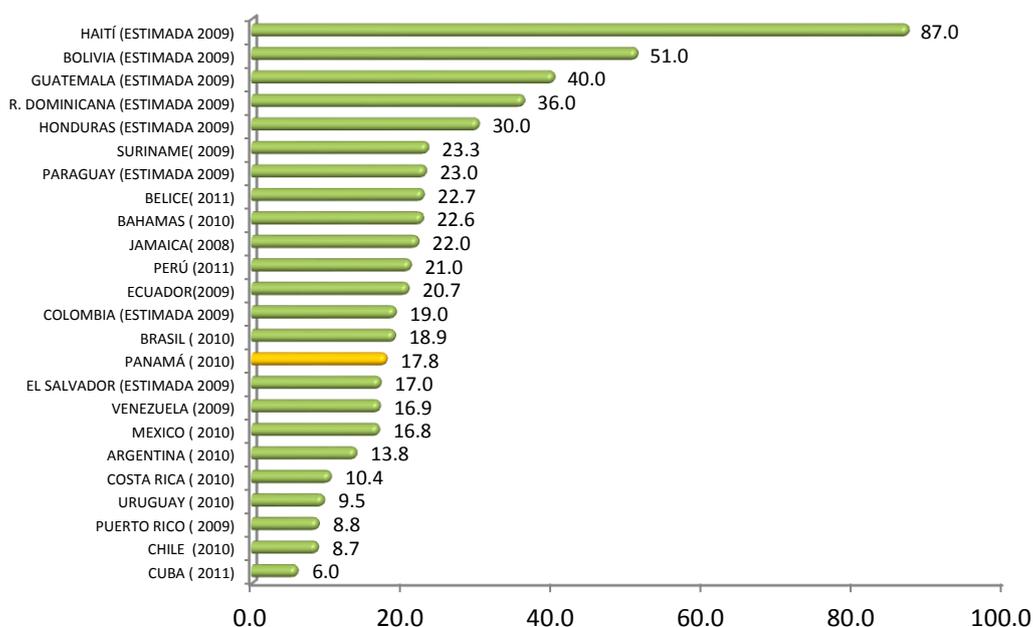
La mortalidad en la niñez es un indicador importante del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños, y también de su situación nutricional. Evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud concomitante. En mayor o menor medida, todos los países de América Latina y el Caribe han reducido sustancialmente la mortalidad en la niñez como resultado de la combinación de múltiples procesos, entre los que se cuentan: el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo, como los programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral o el control de la salud de los niños sanos, el aumento de la cobertura de los servicios básicos, especialmente de agua potable y saneamiento, el incremento de los

niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad¹¹. El fortalecimiento de los sistemas de salud basados en atención primaria es un importante factor para la reducción de la mortalidad infantil y de las desigualdades en salud. El acceso a nuevas vacunas, a la atención prenatal de calidad y a la asistencia en el parto son factores que reducen de forma importante las brechas de desigualdad existentes en un país o territorio.

En Panamá, la tasa de mortalidad en menores de cinco años mostraba en el año 1990 que de cada mil niños/as que nacían, aproximadamente 24 morían antes de cumplir los cinco años de vida. Panamá se encontraba entre los países de América Latina que mostraban bajos niveles de mortalidad para el 2010 (17.3 por 1,000 nacidos vivos), véase gráfico 12.

La tendencia de la mortalidad en el menor de 5 años refleja una disminución con relación a 1990. No obstante, se observa un estancamiento en las áreas urbanas, que pudiera estar relacionado con la mayor migración de personas a las regiones fuentes de trabajos, lo cual genera bolsones de pobreza alrededor de las zonas urbanas. Además, se observa una mejor notificación y registro de los eventos, apreciable en la disminución del subregistro tardío de defunciones.

GRÁFICA 12: TASA DE MORTALIDAD EN <5 AÑOS (AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE), ALREDEDOR DEL AÑO 2010. (Por cada 1,000 nacidos vivos)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos."

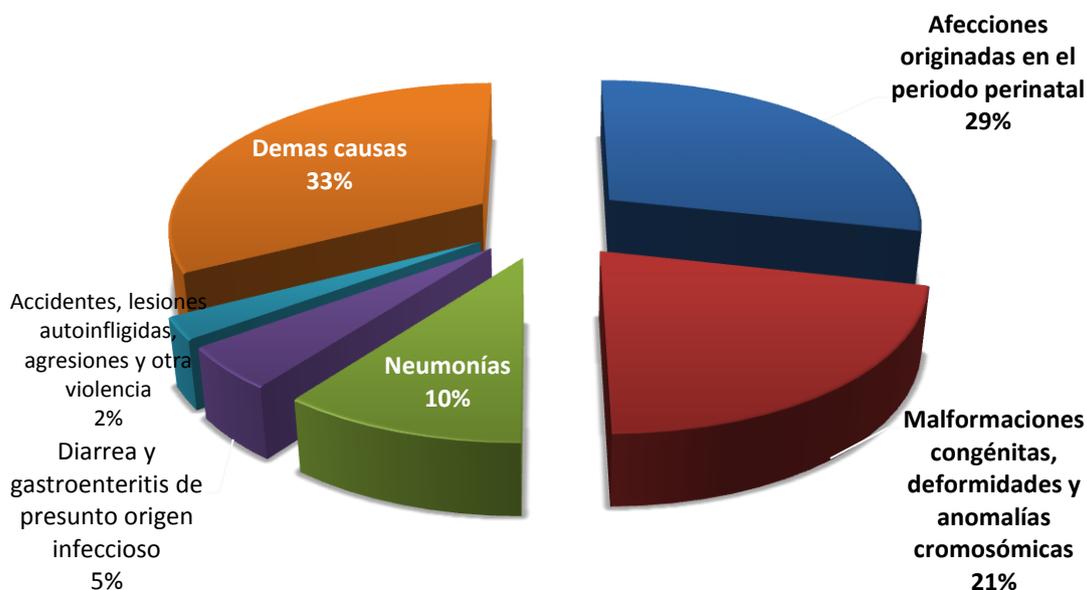
¹¹ CEPAL, Informe de ODM 2010.

La tasa de mortalidad registrada de menores de cinco años ha mostrado un descenso, pasando de 24.5 muertes por 1,000 nacidos vivos en 1990 a 16.6 en el 2011. Esta tendencia se observa tanto en niños como en niñas.

Según las Estadísticas Vitales, en Panamá para el 2011 se registraron 1,221 defunciones de niños y niñas menores de cinco años, la mayor parte de éstas a causa de enfermedades consideradas prevenibles y que pueden ser abordadas a través de acciones de promoción, prevención y atención de la salud.

A nivel nacional, el 28.5% de las muertes de la población menor de cinco años al igual que en los menores de 1 año ocurre por causas perinatales, un 21.4% por malformaciones congénitas, un 10.4% por neumonía, el 4.6% debido a diarrea-gastroenteritis y 2.4% por Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia. Este comportamiento es similar a los menores de 1 año, ya que de las 1,221 defunciones registradas en el 2011 en los menores de 5 años, el 80% pertenece al grupo etáreo menor de 1 año de edad, se véase gráfico 13.

GRÁFICA 13: LAS 5 PRINCIPALES CAUSAS AGRUPADAS DE MORTALIDAD EN <5 AÑOS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. Estadísticas vitales.

Es importante mencionar que los promedios nacionales de mortalidad en menores de 5 años esconden la existencia de disparidades a nivel provincial, ya que mientras en once provincias y regiones de salud se reflejan tasas inferiores a 20.2 por 1,000 nacidos vivos (año 2011), en la Comarca Ngäbe Buglé se registran 32.65 muertes de menores de cinco años por mil nacidos vivos, en la provincia de Bocas del Toro 30.26 muertes por mil nacidos vivos, en la Comarca Guna Yala 30.37 por mil nacidos vivos y en la provincia de Darién, 23.66 por mil nacidos vivos. Estas regiones se caracterizan por ser áreas de difícil acceso, de pobreza y pobreza extrema y además, cuenta con una alta proporción de población indígena, véase cuadro 18.

**CUADRO 21: TASA DE MORTALIDAD EN < 5 AÑOS POR
PROVINCIAS Y REGIÓN DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.
AÑO 2011
(Por cada 1,000 nacidos vivos)**

Provincia/Región de Salud	2011
Bocas del Toro	30.26
Coclé	13.57
Colón	12.55
Chiriquí	19.88
Darién	23.66
Herrera	15.16
Los Santos	11.42
Panamá Este	20.02
Panamá Metro	14.49
Panamá Oeste	12.57
San Miguelito	10.50
Veraguas	12.57
Comarca Guna Yala	30.37
Comarca Ngäbe Buglé	32.65
País	16.66

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo
(1) La Provincia de Panamá tiene 4 Regiones de Salud TM < 5 años por 1000 nacidos vivos

Cabe señalar que para disminuir los factores que inciden en la mortalidad en menores de 5 años, en las zonas más afectadas (comarcas indígenas, Bocas del Toro y Darién), el Estado debe garantizar la permanencia y reforzamiento de programas sociales destinados a mejorar las condiciones de nutrición, inmunización, educación y acceso a servicios básicos de salud, agua potable y saneamiento, que sea oportuno y sostenible en el tiempo.

24. LA MORTALIDAD MATERNA EN LA PANAMÁ

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada del parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente.

Además de la mortalidad, el daño a la salud materna tiene otras consecuencias, entre las cuales la Organización Mundial de la Salud ha destacado la alta incidencia de la morbilidad y la discapacidad resultantes del inadecuado control y atención de los embarazos y partos, incluida la infertilidad, las enfermedades de transmisión sexual o, en otras etapas del ciclo de vida, las distopías genitales (prolapsos) y la incontinencia urinaria¹².

Los altos niveles de defunciones maternas evidencian el estado de salud y las desigualdades en las condiciones de vida de una población. La concentración de altas tasas afecta, principalmente, las áreas impactadas por la pobreza y la falta de servicios básicos.

Los altos niveles de defunciones maternas evidencian el estado de salud y las desigualdades en las condiciones de vida de una población. La concentración de altas tasas afecta, principalmente, las áreas impactadas por la pobreza y la falta de servicios básicos.

Tasa de mortalidad materna

Conocida también como la **“razón de mortalidad materna”**, representa la muerte de una mujer por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), durante la gestación y el parto, o antes de transcurridos los 42 días de la terminación del embarazo (puerperio), cualquiera que sea la duración y el lugar del mismo, por cada 100,000 nacidos vivos.

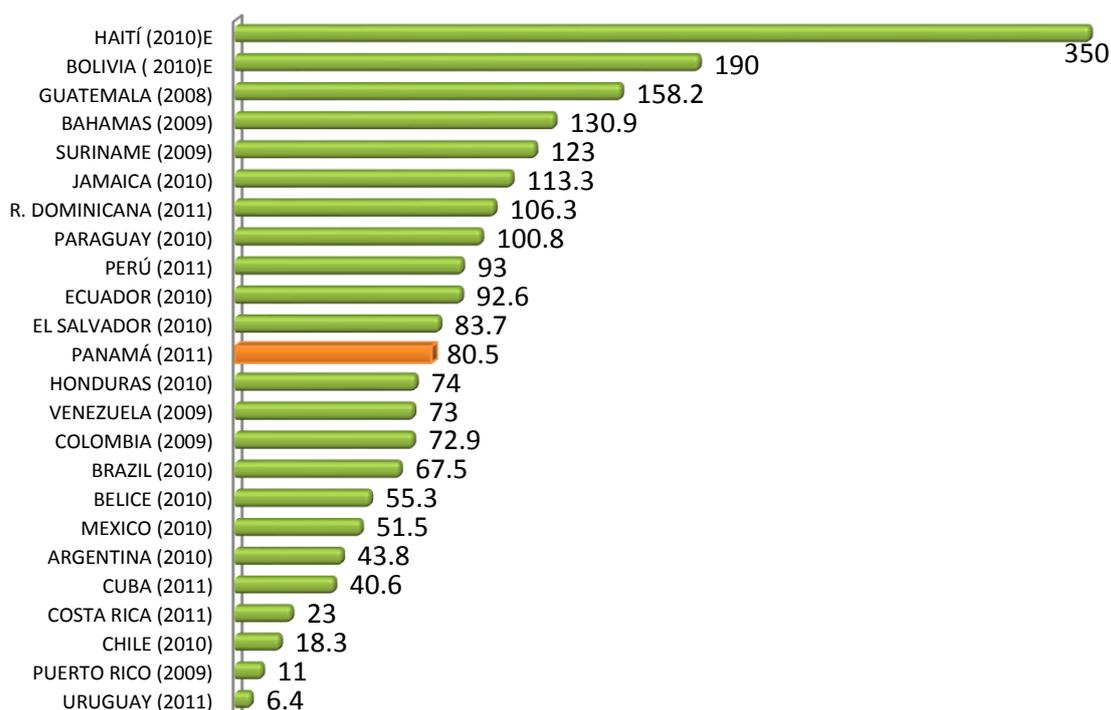
En América Latina y el Caribe el virtual estancamiento de la razón y el número absoluto de muertes maternas registrado en la década de 1990 es motivo de preocupación, ya que la región no avanza de manera manifiesta hacia la meta

¹² CEPAL: ODM 2010

de reducir en tres cuartas partes la incidencia de la mortalidad materna para 2015.

Las razones de mortalidad de los países de la región son muy diversas, y las tendencias divergentes: mejoran en algunos países y empeoran marcadamente en otros. Los niveles del grupo formado por la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y el Uruguay son inferiores a 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta razones que oscilan desde 51.1 en México hasta el valor extremo de 350 de Haití (véase gráfico 12). En el caso de Panamá se puede observar que ocupa un lugar intermedio entre los de menor tasa y los de mayor tasa de defunciones maternas (80.5 muertes por 100,000 nacidos vivos para el 2011). Se trata de un cuadro muy desfavorable con respecto a las regiones desarrolladas, cuyas tasas de mortalidad materna no superan las 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

GRÁFICO 14: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE), ALREDEDOR DEL 2010
(Por cada 100,000 nacidos vivo)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2012."

En el caso de Panamá, la mortalidad materna, pasó de 53.4 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, registradas en 1990, a 80.5 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos para el 2011. Si comparamos estas tasas con las tasas que el país debe alcanzar para el 2015 que son 13.4 muertes maternas

por 100,00 nacidos vivos. El país está lejos de alcanzar esta meta. Esto implica que se debe contar con planes, programas, proyectos y recursos a corto plazo que permitan reducir la tasa de mortalidad materna en un 20% anual, o disminuir en 1.6 muertes por cada 100,000 nacidos vivos cada año, entre 1990 y 2015.

A nivel nacional las tasas registradas para el 2011 de mortalidad materna de 80.5 muertes por cada cien mil nacidos vivos son levemente inferior al promedio de América Latina y el Caribe, que era de 81 por cada cien mil nacidos vivos estimadas. Sin embargo, en el país se observan grandes disparidades al desagregar la información a nivel de provincias y comarcas, y se evidencia que la Comarca Guna Yala, Comarca Ngäbe Buglé presenta constantemente tasas superiores al promedio nacional. En el año 2011, las tasas más altas se observaron en la Comarca Ngäbe Buglé y en la provincia de Herrera, donde se registraron aproximadamente 297 y 189 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, respectivamente. Es importante observar que la tasa de mortalidad materna promedio presenta datos prácticamente que fluctúan en los años 2010 y 2011, y muestra que la concentración de muertes maternas se da en la comarca Guna Yala, comarca Ngäbe Buglé. La provincia de Bocas del Toro, que en el 2010 mostró una tasa de 50.0 muertes por cada cien mil nacidos vivos, en el año 2011 registró tasas superiores al promedio nacional, véase cuadro 22.

**CUADRO 22: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNAS POR
PROVINCIAS, COMARCA Y REGIÓN DE SALUD, EN LA REPÚBLICA
DE PANAMÁ. AÑO 2011
(Por cada 1,000 nacidos vivos)**

Provincia/Región de Salud	2010	2011
Bocas del Toro	50.0	158.0
Coclé	50.0	92.0
Colón	60.0	66.9
Chiriquí	40.0	57.4
Darién	110.0	76.3
Herrera	0	0
Los Santos	0	0
Panamá Este	46.8	0
Panamá Metro	99.2	22.3
Panamá Oeste	37.4	77.9
San Miguelito	24.3	54.3
Veraguas	50.0	47.4
Comarca Guna Yala	460.0	542.3
Comarca Ngäbe Buglé	200.0	300.5
País	60.3	80.5

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.
(1) La Provincia de Panamá tiene 4 Regiones de Salud TM < 5 años por 1000 nacidos vivos

En cuanto a las causas de la mortalidad materna en Panamá para el año 2011, evidencia que las causas obstétricas directas fueron responsables del 69.5% (41) de las defunciones maternas, destacándose en este grupo: la enfermedad hipertensiva (29.3%), la hemorragia del embarazo, parto y puerperio (12.2%), la retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia (10.2%), la sepsis (4.9%). El grupo restante obedeció a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (29.3%) y a causas no especificadas (12.2%).

También es necesario prestar atención a las causas obstétricas indirectas, identificadas como aquellas enfermedades infecciosas, parasitarias y otras enfermedades maternas que complicaron el embarazo, parto y puerperio, responsables del 15.3% de las muertes maternas para el mismo año. Además, se presentan las defunciones por embarazo terminados en aborto con el 15.3%.

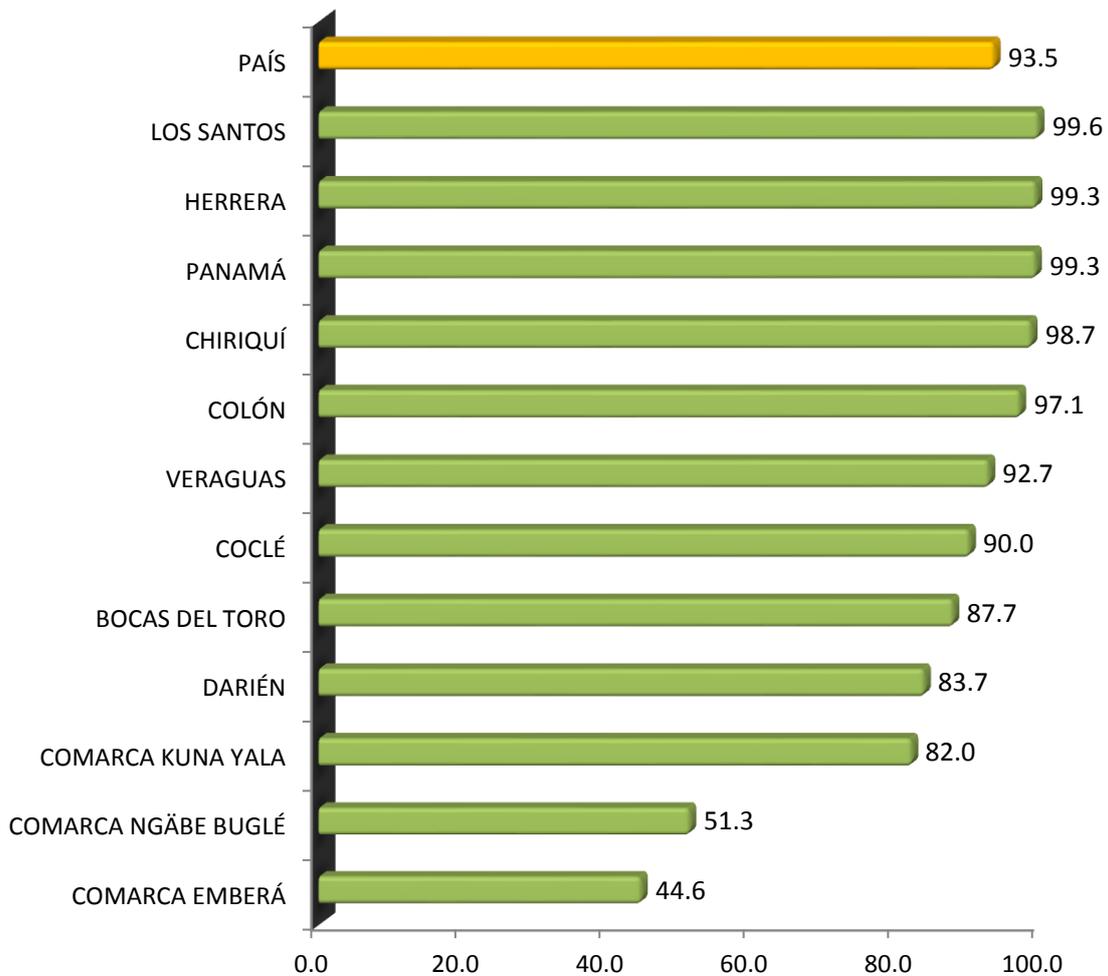
La enfermedad hipertensiva del embarazo fue la causa más importante de muerte materna en Panamá

La enfermedad hipertensiva del embarazo fue la causa más importante de muerte materna en Panamá, al igual que países como Brasil, Colombia, México entre otros. En contraste, en Guatemala y Nicaragua Ecuador y El Salvador, en donde las muertes maternas se debieron a la hemorragia del embarazo, parto y puerperio.

Uno de los factores que más está asociado con la reducción de la morbi-mortalidad materna es la atención del parto por personal calificado, que contribuye a evitar complicaciones. El análisis de este indicador permite identificar situaciones en cuál de las provincias o comarcas es preciso introducir mejoras sustanciales. Del total de las provincias y comarcas 7 han alcanzado el umbral del 90% de nacimientos con atención profesional, establecido como meta para el año 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. No obstante, al igual que en el caso de la mortalidad materna, las comarcas Emberá, Guna Yala y la comarca Ngäbe Buglé son las más rezagadas. También hay rezagos importantes en Bocas del Toro y Darién. Sin embargo, la atención del parto por sí solo no garantiza que la mortalidad materna disminuya, también depende de la efectividad y calidad de la atención de los servicios de salud, además de otros factores socioeconómicos, culturales y ambientales, y no puede perderse de vista la muerte ocurrida en el puerperio, período que sigue inmediatamente al parto y que se extiende por 42 días. En estos casos, las demoras para buscar atención médica pueden ocasionar muertes, aun cuando el parto haya sido atendido por personal calificado. Por ende, el cuidado posparto también es importante para

la salud materna e infantil, para diagnosticar riesgos como la hemorragia posparto de la madre o la infección.

GRÁFICO 15: PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL SANITARIO ESPECIALIZADO, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA Y COMARCA: AÑO 2011
(En porcentaje)



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

El estancamiento del número absoluto de muertes maternas es motivo de preocupación en nuestro país y evidencia la necesidad de adoptar medidas adicionales. Muchas de estas muertes maternas se siguen dando en lugares de difícil acceso, lo que representa 47.5% del total de las defunciones, las cuales serían evitables con intervenciones que son bien conocidas y es inaceptable que las mujeres de áreas apartadas, sigan arriesgando su vida y su salud al dar a luz. Por lo tanto, es necesario avanzar hacia un amplio consenso nacional, en pro de buscar estrategias que logren impactar de forma real en la reducción de la mortalidad materna.

25. LA MORBILIDAD EN PANAMÁ

El presente análisis de la morbilidad para el año 2009¹³, en la República de Panamá, por grupo de edad y sexo se hace según los capítulos y categorías de la CIE-10. En cada uno de los grupos etéreos se realiza una descripción de las enfermedades más frecuentes en la población analizada. Además, se presentan los porcentajes que representan estas patologías con respecto al total de la morbilidad registrada en los diferentes grupos poblacionales.

Análisis General

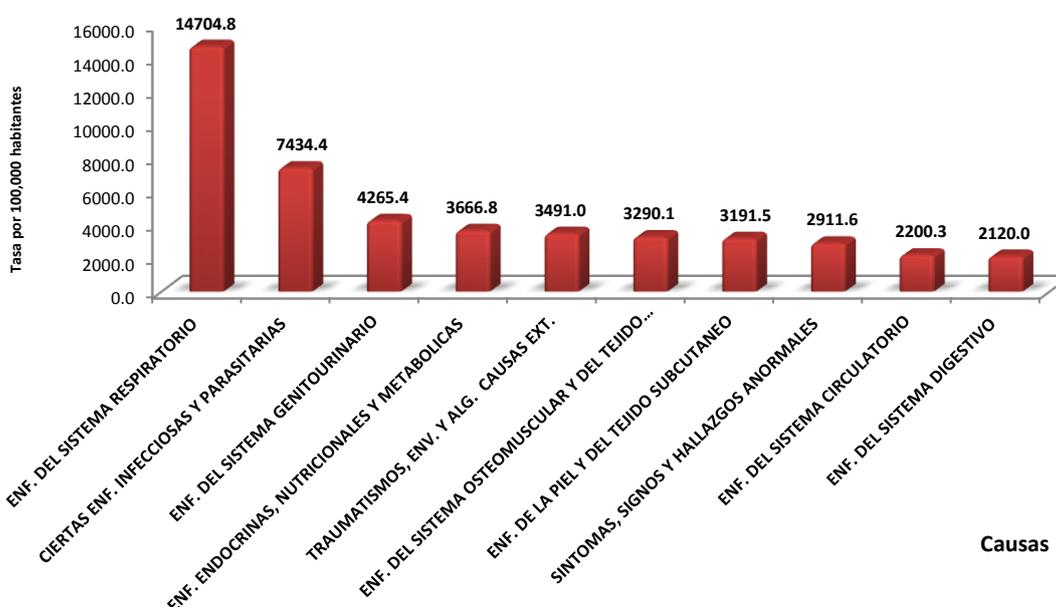
En la República de Panamá para el periodo 2009, observamos que los problemas asociados al capítulo de **enfermedades de sistema respiratorio**, con un tasa de 14, 704.8 (507,367 consultas) ocupa el primer lugar entre los capítulos analizados, y la rinoфарingitis (resfriado común) con 6,823.0 (235,416 consultas) se presenta como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades, En el capítulo de las **enfermedades infecciosas y parasitarias** con una tasa de 7,434.4 (256,511 consultas) ocupan el segundo lugar entre las más frecuentes. En este grupo la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con 88,912 casos reportados y tasas de (2,576.9). Le siguen las **enfermedades del sistema genitourinario** con una tasa de 4,265.4 (147,172 consultas), siendo las infecciones de las vías urinarias sitio no especificado las más frecuentes con 59,906 consultas reportadas. **Las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas** con una tasa de 3,666.8 (126,517consultas) por 100,000 habitantes se presentan como la cuarta causa de enfermedades más frecuentes. En este grupo sobresalen las obesidades, no especificadas con una tasa de 1,093.9 (37,774 consultas) y la desnutrición proteica calórica leve con una tasa de 923,5 (31,864 consultas) por 100,000 habitantes.

Las enfermedades por traumatismo, envenenamiento y algunas causas externas con 3,491.0 (120,453 consultas), y las **enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo** con tasas de 3,290.1 (113,520 consultas) se presentan con mayor frecuencia en los grupos de adultos y adultos mayores. Cabe señalar que la carga de la enfermedad en hombres y mujeres muestra diferencias en cuanto al peso en los diferentes grupos de edad. En las mujeres, se observa una mayor frecuencia de consultas por morbilidad en la mayoría de los grupos de edad, con relación a los hombres. Entre los grupos de edad con mayor frecuencia están las enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del sistema genitourinario. En el caso de los hombres, el perfil que se presenta por

¹³ Incluye solo la morbilidad reportada por el Ministerio de Salud de Panamá

grupo de edad es muy parecido al de las mujeres con un predominio de las enfermedades el capítulo de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, y las enfermedades del ojo y sus anexos. Como se explicará con más detalle adelante, en los menores de cinco años las enfermedades respiratorias son las principales contribuyentes, en cambio en los hombres mayores de 50 años es más homogénea. Los capítulos de las enfermedades del sistema osteomuscular y tejidos conjuntivos, enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades de los ojos y anexos muestra un aumento significativo en los grupos mayores de 35 años. (Ver gráfico 16)

GRÁFICO 16: TASA DE MORBILIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN CAUSA DE ENFERMEDAD, AÑO 2009



Fuente: Dirección de Planificación del MINSA, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Grupo <1 año

En el caso de los menores de 1 año, observamos que los problemas asociados al capítulo de enfermedades de sistema respiratorio el 50% de las consultas y tasas de 98,936.1 (69,932 consultas reportadas) ocupan el primer lugar, siendo la rinofaringitis aguda la patología más frecuente con una tasa de 54,517.3, (38,535 consultas) seguido por la influenza, virus no identificado con una tasa de 9,859.4 (5,663 consultas), y la bronquitis aguda no especificada con una tasa de 3,188.8 (2,254 consultas). El capítulo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con una tasa de 28,197.3 (19,931 consultas) por 100.000 habitantes ocupa el segundo lugar, con predominio de las diarreas y

gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 16,194.6 (11,447 consultas), seguida de la escabiosis con 2,645.6 (1,870 consultas) y la infección viral, no especificada con una tasa de 1,867.5 (1,320 consultas) reportada. En un tercer lugar se observa el capítulo de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con una tasa de 20,389.3 (14,412 consultas) por 100,000 habitantes, lo que representa el 10% del total de las patologías registradas en este grupo etáreo. Entre las más frecuentes podemos mencionar la Piodermitis con una tasa de 6,636.6 (4,691 consultas) seguido de las dermatitis con 3,974.0 (2,809 consultas), y la dermatitis del pañal con una tasa de 1,781.2 (1,259 consultas) en tercer lugar.

Además, se registran, otros problemas asociados al capítulo enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, que representan el 7.2% (10,229) de los casos o una tasa de 14,471 por 100,000 habitantes de las enfermedades reportadas en el menor de un año, y entre las cuales podemos mencionar: la desnutrición proteico calórica leve con una tasa de 5,926.4 y la obesidad 4,904. Entre las afecciones originadas en el periodo perinatal, podemos mencionar la ictericia neonatal con una tasa de 3,101.1. Además, enfermedades que dentro de sus capítulos son relevantes y dentro de las cuales podemos mencionar las anemias y las conjuntivitis con tasa de 3,918.6 y 2,320.2 respectivamente.

Grupo de 1 a 4 años

En el caso de los menores de 1-4 años observamos que los problemas asociados al capítulo de las enfermedades de sistema respiratorio, al igual que los menores de 1 año ocupan la primera posición con 155,892 consultas de morbilidad y una tasa de 55,706.9 por 100,000 habitantes, lo que representa el 44% del total de las consultas reportada.

Entre las más frecuentes podemos mencionar: rinofaringitis aguda con 79,746 consultas y tasas de 28,496.7 por 100,000 habitantes, seguido por la influenza con 5,491.3 y la faringitis aguda con una tasa de 3,521.3. El capítulo de las enfermedades infecciosas y parasitarias en un segundo lugar con 67,215 casos y tasas de 24,018.8 por 100,000 habitantes, lo que representa el 19% de las consultas reportadas para este grupo etáreo, con predominio de las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 31,833 casos y tasa de 11,375.3, seguida de la parasitosis intestinal y la escabiosis con 17,100 casos y tasa de 6,110.6 y 3,183 casos y tasas de 1,137.4 respectivamente. En un tercer lugar el capítulo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 36,950 casos, lo que representa el 10.5% de las morbilidades registradas para este grupo etáreo con una tasa de 13,203.8 por 100,000

habitantes. Entre las más frecuentes podemos mencionar la desnutrición proteico calórica leve con tasas de 8,345.0 (23,353 consultas).

Además, se registran otras patologías como las del capítulo de las enfermedades de la piel y del tejidos subcutáneo con el 9% (33,520) de las consultas por morbilidades registradas entre las que podemos mencionar la piodermatitis con 18,749 casos y tasas de 6,699.8 por 100,000 habitantes y la dermatitis con 4,010 casos y tasa de 1,432.9. Entre las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, podemos mencionar la anemia con 6,820 casos y la anemia por deficiencia de hierro con 1,248 casos.

Grupo de 5 a 9

En este grupo destaca el capítulo de las enfermedades del sistema respiratorio en primer lugar con 75,551 casos y tasas de 22,240.6 por cada 100,000 habitantes, lo que representa el 40% de todas las patologías registradas en este grupo etéreo. En este grupo destacan los problemas de rinofaringitis aguda (resfriado común) con 37,276 casos. En un segundo lugar se presentan las enfermedades infecciosas y parasitarias con 40,584 casos y tasas de 11,947.1 por 100,000 habitantes lo que representa el 21%. En este grupo la parasitosis intestinal es el principal problema de atención con 17,495 casos, seguido de las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 10,044 casos reportados. El capítulo de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo ocupan el tercer lugar con el 7% (13,945 consultas) de los casos. Entre las más frecuentes podemos mencionar la piodermatitis con 7,255 casos, seguido de la dermatitis, no especificada y el impétigo con 1,820 y 1,116 casos respectivamente.

El peso de las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas, con 7,656 casos ocupa un puesto importante dentro de este grupo etéreo, siendo la obesidad, no especificada con 2,474 casos la de mayor frecuencia reportada en las consultas por morbilidad. Otro de los capítulos de morbilidades más frecuentes son las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, en este grupo los casos de anemia de tipo no especificado con 4,672 casos son los de mayor incidencia.

Es importante señalar que las enfermedades del sistema respiratorio, infecciosas parasitarias sistema digestivo, y de la piel persisten en los primeros lugares de los diferentes grupos etéreos analizados hasta el momento (menores de 1 año, de 1-4 años y de 5-9 años).

Grupo de 10 a 14 años

En el grupo de adolescentes de 10 a 14 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 5-9 años, las enfermedades sistema respiratorio con 35,448 casos y tasas de 10,889.5 por 100,000 habitantes, que corresponde al 20% de todas las patologías registradas, encontrándose rinofaringitis aguda (resfriado común) con 15,527 casos las de mayor incidencia. Las enfermedades infecciosas y parasitarias con 22,334 casos y tasas de 6,860.9 por 100,000 habitantes, lo que representa el 13% de las morbilidades registradas para este grupo etáreo, ocupan el segundo lugar. Entre las más frecuentes encontramos: la parasitosis intestinal con el 7,539 y la influenza con 3,385 casos reportados. En un tercer lugar se presentan los traumatismos, envenenamientos y algunas causas externas con el 6% de los casos (11,159).

El capítulo de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con 7,116 casos y enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad con 3,111 casos persisten como problemas en este grupo poblacional, aunque con una menor incidencia que en los de 0- 9años.

Grupo de 15 a 19 años

En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años encontramos las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el primer lugar con el 20% (19,901) casos y tasas de 6,512.9 por 100,000 habitantes. Entre las patologías más frecuentes reportadas en este grupo etáreo la rinofaringitis aguda con 7,993 casos, sigue presentándose como la más frecuente en este capítulo de las enfermedades del sistema respiratorio. En un segundo lugar las enfermedades del sistema genitourinario con 14,017 casos (14%), con mayor incidencia de la infección de vías urinarias que reporta 4,987 casos, seguida de la vaginitis aguda con 1,592 casos. En un tercer lugar se encuentra el capítulo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 13,815 y tasas de 4,521.9 casos (13.9%). En este grupo podemos mencionar: las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 3,392 casos, le sigue la parasitosis intestinal con 2,098 casos.

Las enfermedades por traumatismos, envenenamientos y algunas causas externas ocupan un lugar preponderante dentro de las patologías más habituales con 9,747 casos y tasas de 3,189.8 por cada 100,000 habitantes, siendo las alergias con 958 casos.

Grupo de 20 a 24 años

En este grupo de jóvenes empiezan a surgir patrones característicos de la edad, aunque se mantienen en primer lugar las enfermedades del capítulo del sistema respiratorio con 20,912 casos y tasas de 7,077.6 por cada 100,000 habitantes, lo que representa el 17.4% de las morbilidades atendidas para el periodo del año 2009 para este grupo etéreo. Entre las morbilidades más frecuentes podemos mencionar la rinofaringitis aguda con el 38% de los casos (8,065 casos), El capítulo de las enfermedades del sistema genitourinario representan el 17.2% de los casos reportados (20,635). En este grupo prevalecen las infecciones de vías urinarias con 6,716 casos, seguida de la vaginitis aguda con 2,770 casos. Las enfermedades del embarazo, parto y puerperio con 11,116 casos reportados y una tasa de 3,762.2 por cada 100,000 habitantes, lo que representa el 9.3%. En este capítulo observamos el mayor peso de la morbilidad en la infección de las vías urinarias en el embarazo con 1,322 casos.

Hay otro grupo de enfermedades que se manifiesta en este grupo etéreo como lo son Las enfermedades por traumatismos, envenenamientos y otras causas externas ocupan el cuarto lugar con el 9% de los casos reportados (11,013), de los cuales la alergia con 1,013 casos es la más común de las patologías registradas,

Hay un grupo de enfermedades que empiezan a emerger, entre las cuales podemos mencionar la lumbalgia con 3,113 casos, la hipertensión esencial (primaria) con 667 casos y el trastorno de ansiedad con 347 casos, las cuales se presentarán con mayor predominio en edades más avanzadas.

Grupo de 25 a 34 años

En el grupo de adolescentes de 25 a 34 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 20 a 24 años, las enfermedades sistema respiratorio En los adultos jóvenes empiezan a surgir morbilidades con mayor peso dentro del capítulo de las enfermedades.

Las enfermedades del capítulo del sistema respiratorio siguen ocupando el primer lugar con 35,995 casos y una tasa de 6,703.5 por 100,000 habitantes, lo que representa el 17% de las consultas por morbilidad en este grupo etéreo. Dentro de este capítulo la rinofaringitis con 13,905 casos registrados representa la morbilidad de mayor incidencia. En segundo lugar se reportan las enfermedades del sistema genitourinario con 35,987 (17%) casos reportados de los cuales el 35% (12,439 casos) y el 15% (5,115 casos) lo representan las infecciones de vías urinarias y la vaginitis aguda respectivamente. El grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias

con 26,264 casos y tasa de 4,891.1 ocupa la tercera posición, con una incidencia de 8,195 casos de diarreas y gastroenteritis lo que representa el 31% del total de los casos reportados en este grupo de enfermedades.

Hay otro grupo de enfermedades como los traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externa con 18,532 casos, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido subcutáneo con 17,158 casos. Dentro de este capítulo el lumbago con 8,477 casos registrados representa la morbilidad de mayor incidencia. Otras y las enfermedades de mayor peso en este grupo etáreo son las patologías del embarazo, parto y puerperio con 12,265 casos, de las cuales las infecciones de vías urinarias en el embarazo con 1,198 casos se presentan como la de mayor incidencia es este grupo. La obesidad con 6,819 casos es otra de las enfermedades que se manifiesta con un aumento constante de casos a medida que avanza los grupos etáreos.

Grupo de 35 a 49 años

En el grupo de adultos de 35 a 49 años las enfermedades del capítulo del sistema respiratorio siguen ocupando el primer lugar con 42,491 casos y una tasa de 6,241.9 por 100,000 habitantes, lo que representa el 16% de las consultas por morbilidad en este grupo etáreo. Dentro de este capítulo la rinofaringitis con 15,241 casos registrados representa la morbilidad de mayor incidencia. En segundo lugar se reportan las enfermedades del sistema genitourinario con 37,185 (14%) casos reportados de los cuales el 38% (13,998 casos) y el 13% (4,709 casos) lo representan las infecciones de vías urinaria y la vaginitis aguda respectivamente. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido subcutáneo con 32,417 (12%) casos ocupan el tercer lugar. Dentro de este capítulo el lumbago con 13,482 (42%) casos registrados representa la morbilidad de mayor incidencia. El grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias con 26,890 casos y tasa de 3,933.0 ocupa la cuarta posición, con una incidencia de 7,480 casos de diarreas y gastroenteritis lo que representa el 28% del total de los casos reportados en este grupo de enfermedades. Hay otro grupo de enfermedades como los traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externa con 20,284 caso. Las enfermedades nutricionales y metabólicas con 18,992 casos. Dentro de este grupo sobresale la obesidad con 9,564 casos. Esta enfermedad se manifiesta con un aumento constante de casos a medida que avanza los grupos etáreos. Otra de las enfermedades de mayor peso en este grupo etáreo son las patologías del sistema circulatorio y digestivo con 17,280 y 15,100 casos respectivamente. Dentro de estos capítulos la hipertensión esencial con 14,416 (83%) del total del las enfermedades circulatorias y la gastritis con 6,223 (41%) casos se presentan como las de mayor incidencia es este grupo poblacional.

Grupo de 50 a 59 años

En el grupo de adultos de 50 a 59 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 35 a 49 años, las enfermedades sistema respiratorio con 20,616 casos ocupan el primer lugar, siendo la rinofaringitis con 7,608 casos la de mayor incidencia. En un segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con 19,111 casos de los cuales el diagnóstico de lumbago representa el 31% (5,923) de los casos reportados. El capítulo de las enfermedades circulatorias con 16,155 casos ocupa el tercer lugar.

Como en el grupo de 35 a 49 años la hipertensión arterial (primaria) ocupa un lugar importante con 13,852 casos, lo que representa el 86% de las enfermedades del sistema circulatorio. El capítulo de las enfermedades del sistema endocrino con 12,895 casos, ocupa el cuarto lugar. En este grupo de enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas la obesidad sigue siendo la morbilidad más frecuente con 4,031 casos. En el capítulo de las enfermedades genitourinario con 11,915 casos, la carga de la enfermedad se inclina es este grupo de enfermedades hacia las infecciones de vías urinarias y las vaginitis aguda. Los problemas de resfriados comunes disminuyen. Además de ser más representativos en los grupos de edad previos. Sin embargo, se presentan las cataratas, pterigión, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, artrosis. Además, de los trastornos de ansiedad aunque en menor magnitud.

Adultos de 60 a 64 años

En el grupo de adultos mayores empieza a manifestarse otro perfil de problemas característicos de las consecuencias naturales del envejecimiento. En este grupo de adultos de 60 a 64 años encontramos un patrón de enfermedades que afectan de manera similar al grupo de 50 a 59 años, las enfermedades sistema respiratorio con 8,199 casos ocupan el primer lugar, siendo la rinofaringitis con 3,133 casos la de mayor incidencia. En un segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo con 8,183 casos de los cuales el diagnóstico de lumbago representa el 27% (2,199) de los casos reportados. El capítulo de las enfermedades circulatorias con 8,002 casos ocupa el tercer lugar. Como en el grupo de 50 a 59 años la hipertensión arterial (primaria) ocupa un lugar importante con 6,800 casos, lo que representa el 85% de las enfermedades del sistema circulatorio. El capítulo de las enfermedades del sistema endocrino con 12,895 casos, ocupa el cuarto lugar. En este grupo de enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas la obesidad sigue siendo la morbilidad más frecuente con 4,031 casos. Además, se presentan como en el grupo de 50 a 59 años las cataratas, pterigión, obesidad, no

específica, hiperlipidemia no específica, y la diabetes Mellitus, artrosis, no específica. .

Adultos mayores de 65 años y más

En los grupos mayores de 65 años el perfil que se presenta cambia en magnitud más que en problemas, surgen la enfermedad del sistema circulatorio como la primera causa de consultas por morbilidad con 26,596 casos, de los cuales la hipertensión esencial (primaria) con el 75% (19,879 casos) es la de mayor frecuencia en este grupo poblacional. Un padecimiento importante al igual que la enfermedad circulatoria lo ocupan el capítulo de las enfermedades del sistema respiratorio con 22,429 casos reportados para este periodo, de las cuales la rinofaringitis aguda con el 37%(8,387) de los casos es la de mayor frecuencia, le sigue el asma bronquial con el 8%(1,813) de los casos y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 10% (1,639) de los casos. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo ocupan el tercer lugar con 21,035 casos. El lumbago y la artrosis representan el 36% de los casos reportados de esta afección (7,517 casos). En un cuarto lugar se presentan las enfermedades nutricionales y metabólicas con 11,745 casos de los cuales la diabetes mielitis y la obesidad con 2,292 y 1,981 casos respectivamente son las de mayor frecuencia. La obesidad, la hiperlipidemia, hipocolesterolemia diabetes Mellitus, representan el 56% (6,571 casos), de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. En un quinto lugar están las enfermedades del sistema digestivo con 9,855 casos reportados, de los cuales la gastritis con el 32% de los casos (3,251 casos), y las dispepsias con el 15% (1508) de los casos son las de mayor frecuencia. Hay otro grupo de enfermedades que representan una mayor carga de la morbilidad como lo son: las cataratas con el 55% de los casos reportados de enfermedades del ojo y sus anexos. Además el tumor maligno de próstata y estómago son otra de las causas que se presentan es esta población con 95 casos y 29 casos respectivamente reportados.

26. LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN PANAMÁ

Entre las transmisibles los principales problemas lo constituyen las enfermedades vinculadas con el deterioro de las condiciones ambientales, la falta de saneamiento básico en combinación con otros problemas sociales y económicos como la pobreza, la falta de educación y acceso a servicios básicos, hacen que enfermedades como las infecciones respiratorias, las diarreas y las parasitarias sigan figurando como principales causas básicas de enfermedad y muerte especialmente entre los niños y los adultos mayores. También las vectoriales como la malaria, el dengue, enfermedad de Chagas y las infecciones de transmisión sexual sobre todo el VIH que, consecuentemente, hace re-emergir la tuberculosis.

26.1. MALARIA

La importancia de la malaria como problema de salud va en aumento en muchas partes del mundo, e igual en nuestro país. Sus epidemias generalmente aparecen primero entre habitantes concentrados en zonas periféricas cercanas o con algún vínculo con zonas endémicas y sus primeras víctimas son campesinos ó indígenas de bajos recursos que viven en áreas rural y rural indígena.

Desde mediados del siglo pasado el comportamiento de la tasas de incidencia por malaria ha presentado un comportamiento variable. En 1957 alcanzaba los 766 casos por 100,000 habitantes e inicia un descenso sostenido hasta 1966, cuando alcanza cifras de 285 casos por 100,000 habitantes. Para 1969 se presenta un nuevo ascenso de la tasa de incidencia por malaria siendo de 419 casos por 100,000 habitantes. A partir de 1971, las tasas han oscilado entre 6 y 144 casos por 100,000 habitantes. Sin embargo, a partir del año 2002 las tasas de incidencia de la enfermedad presenta un nuevo ascenso de 73.33 (2,244 casos) hasta alcanzar tasas 160,61 en el 2004. Esta enfermedad en los últimos años muestra descensos sostenidos y que para el año 2011 reporto tasas de 9,5 por cada 100,000 habitantes. Entre las regiones de salud que reportaron las tasas más altas para el año 2011 están; Darién con 266,5, la comarca Guna Yala con 86,7, seguidos por Bocas del Toro y la comarca Ngäbe Buglé con 26,6 y 13,5 respectivamente. Este comportamiento se debe, principalmente, a que son áreas endémicas, véase cuadro 23.

La tasa de mortalidad por malaria se ha mantenido baja, situándose en 0,16 defunciones por 100.000 habitantes en 2003, y para el 2011 la tasa de mortalidad fue de 0.01 por 100,000 habitantes, con una tendencia estable en los últimos años.

CUADRO 23: INCIDENCIA DE MALARIA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA AÑO 2011

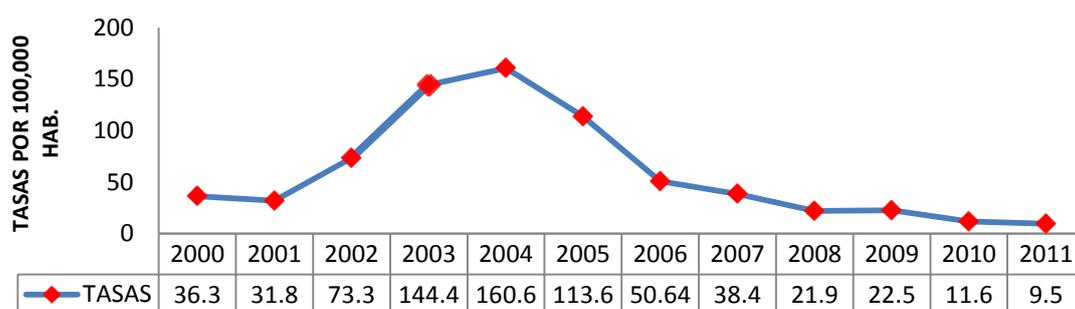
PROVINCIA Y COMARCA	Malaria	
	Nº	Tasa
Total país	354	9,5
Bocas del Toro	37	26,6
Coclé	0	0,0
Colón	0	0,0
Chiriquí	0	0,0
Darién	167	266,5
Herrera	2	1,7
Los Santos	0	0,0
Panamá	89	4,7
Veraguas	1	0,4
C. Guna Yala	34	86,7
C. Emberá 1/	*	*
C. Ngäbe Buglé	24	13,5

Nota: 1/ Incluida en la Provincia de Darién
Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

En el gráfico 17, se puede observar como durante los años 2003 y 2004, las cifras alcanzan valores semejantes a los del año 1964 y 1965 (144 y 150 casos por 100,000 habitantes,). La tasa de incidencia por malaria en el 2003 es 7.6 veces mayor que la de 10 años atrás, es decir que la de 1993 (144 y 19 casos por 100,000 habitantes, respectivamente) y es la tasa de incidencia más alta registrada al menos en los últimos 14 años. Este comportamiento, desde la perspectiva de la salud pública denota una reemergencia de la malaria en nuestro país. Al referirnos al número de casos de Malaria en el país, del año 2002 al 2003 y 2004 los mismos se duplicaron, siendo de 2,244 y 4,500 casos, y 5,095 respectivamente. Sin embargo de periodo 2006-2011, se observa una tendencia descendente con a las tasas reportadas de 50.64 en el 2006 a 9.5 en el 2011.

GRÁFICA 17: INCIDENCIA DE MALARIA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011



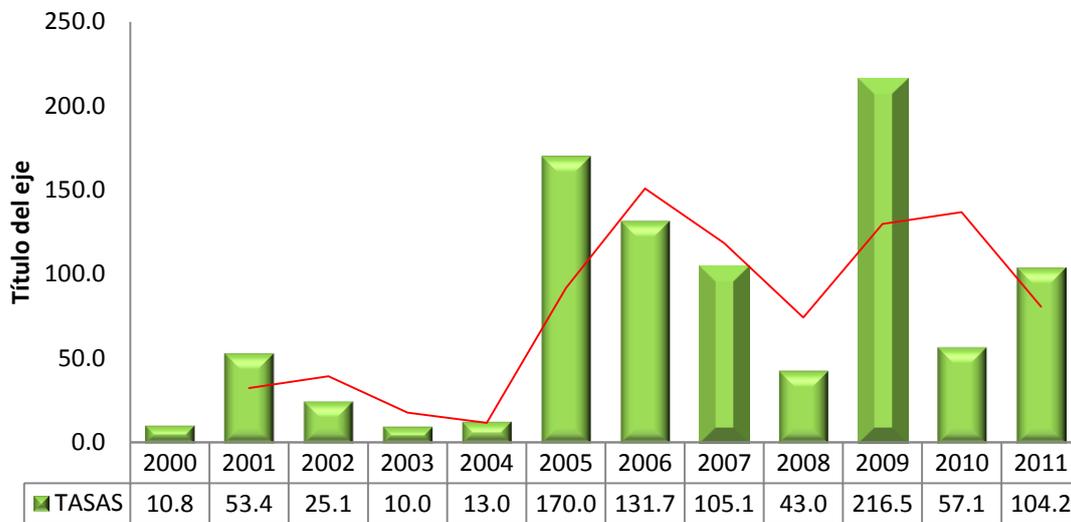
Nota: Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

26.2. DENGUE

En Panamá, hubo una epidemia de dengue en 1942. Para 1949, se emprendieron esfuerzos para la erradicación del *Aedes aegypti*, vector transmisor del Dengue, y en 1958, el país fue certificado como libre de *Aedes aegypti*. En 1985, ocurrió la reinfestación. Ocho años después, en 1993, se confirmó el primer caso de dengue autóctono. Para fines de 1993, se confirmaron 14 casos de dengue con aislamiento del virus DEN-2. Se registra un ascenso en la incidencia de los casos de dengue en Panamá durante el periodo 1993- 1999. Durante el periodo comprendido entre el año 2000 y 2004 los casos de dengue tienden a disminuir con tasas de 10,75 y 12,99 por 100,000 habitantes respectivamente. Sin embargo, a partir del año 2005 las tasas de incidencia de la enfermedad presenta un nuevo ascenso de 170,03 (5,489 casos) hasta alcanzar tasas 216,5 (7,469) en el 2009. Para el 2010 y 2011 las tasas oscilan entre 57,1 y 104,2 respectivamente. En este último año 38 de estos casos fueron de dengue hemorrágico, produciéndose por esta causa 17 defunciones confirmadas.

GRÁFICA 18: TASAS DE INCIDENCIA DE DENGUE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011



Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

Entre las regiones de salud que reportaron las tasas más altas de incidencia de Dengue para el año 2011 están; la región de Bocas del Toro con 269,5, la región de Los Santos con 166,5, seguidos por Panamá, Colón y Guna Yala con 129,5, 122,2 y 122,4 respectivamente. La comarca Ngäbe Bugle no reporto casos, véase cuadro 24.

CUADRO 24: INCIDENCIA DE DENGUE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA AÑO 2011

PROVINCIA Y COMARCA	Dengue	
	N°	Tasa
Total país	3882	104,2
Bocas del Toro	375	269,8
Coclé	125	50,5
Colón	317	122,2
Chiriquí	101	23,0
Darién	39	62,2
Herrera	97	83,0
Los Santos	157	166,5
Panamá	2470	129,5
Veraguas	153	63,6
C. Guna Yala	48	122,4
C. Emberá 1/	*	*
C. Ngäbe Buglé	0	0,0

Nota: 1/ Incluida en la Provincia de Darién

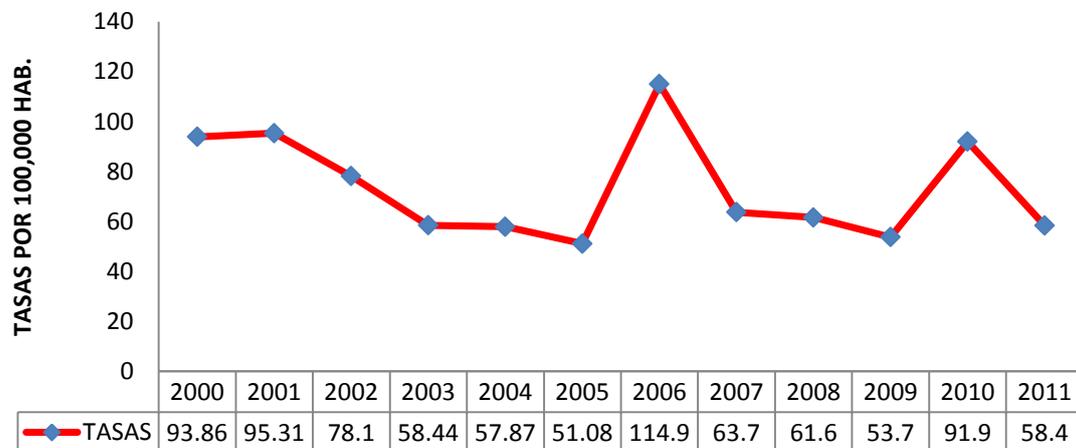
Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

26.3. LEISHMANIASIS

Esta es una enfermedad endémica en Panamá, que se transmite por vectores. A lo largo del periodo 2000-2011 el comportamiento de esta enfermedad transmisible ha sido fluctuante, con un total de 33,859 casos en los últimos 12 años; para un promedio anual de 2,821 y mensual de 235 casos. La tasa de incidencia de Leishmaniasis ha variado en un rango entre 51,8 y 114,9 casos por 100,000 habitantes, el valor mínimo se reportó en el año 2005 y el máximo en el 2006. La de mayor incidencia de casos se registra en las provincias de Bocas del Toro con tasas de 418,1, Darién con tasas de 161,2 y Coclé con tasas de 133,8 por 100,000 habitantes. Esto podría estar relacionado con el cambio climático y la invasión de las áreas boscosas, véase gráfica 19 y cuadro 25.

GRÁFICA19: TASAS DE INCIDENCIA DE LEISHMANIASIS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011



Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

CUADRO 25: INCIDENCIA DE LEISHMANIASIS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA, AÑO 2011

PROVINCIA Y COMARCA	Leishmaniasis	
	N°	Tasa
Total país	2175	58,4
Bocas del Toro	581	418,1
Coclé	331	133,8
Colón	271	104,5
Chiriquí	38	8,7
Darién	101	161,2
Herrera	1	0,9
Los Santos	7	7,4
Panamá	495	26,0
Veraguas	159	66,1
C. Guna Yala	11	28,1
C. Emberá 1/	*	*
C. Ngäbe Buglé	180	101,1

Nota: 1/ Incluida en la Provincia de Darién

Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

26.4. VIH/SIDA

El primer caso de Sida fue detectado en septiembre de 1984 para final de ese año teníamos 2 casos uno masculino y el otro femenino, ambos, en la Ciudad de Panamá; desde entonces y hasta diciembre de 2011, se han reportado un total acumulado de 12,315 casos de Sida en la República de Panamá; de los cuales el 74.6% son hombres y el 25.4% son mujeres, para una relación de 3/1. El grupo etario mayormente afectado es el que corresponde al rango de edad de 30 – 34 con un 17%; seguido del de 35 -39 con 15.9%; es importante destacar que el 59.9% de la epidemia se concentra en el grupo etario que corresponde al rango de 25 a 44 años, en este tramo el 24.7% son mujeres. El tramo de 15 a 24 años que concentra el 9.4% del total, De este total el 37.7% de casos son femeninos, véase cuadro 26.

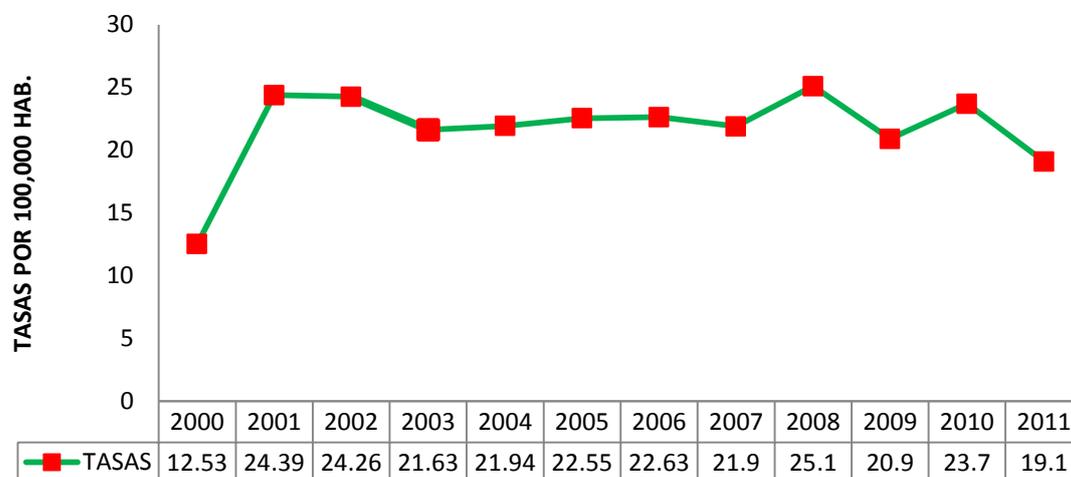
CUADRO 26: INCIDENCIA ACUMULADA DEL VIH/SIDA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, AÑOS 1984-2011

NÚMERO DE CASOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
GRUPO ETAREO				
TOTAL	9,185	3,130	12,315	100
0-4 AÑOS	159	140	299	2.4
5-9 AÑOS	34	43	77	0.6
10-14 AÑOS	20	13	33	0.3
15-19 AÑOS	106	96	202	1.6
20-24 AÑOS	616	340	956	7.8
25-29 AÑOS	1,230	430	1,660	13.5
30-34 AÑOS	1,563	526	2.089	17.0
35-39 AÑOS	1,481	480	1,961	15.9
40-44 AÑOS	1,277	385	1,662	13.5
45-49 AÑOS	946	255	1,201	9.8
50-54 AÑOS	671	177	848	6.9
55-59 AÑOS	468	117	585	4.8
60 Y MÁS	581	123	704	5.7
N.E.	33	5	38	0.3
RELACIÓN HOMBRE/MUJER: 3/1				
Desconocido/N.E.= Casos en investigación del factor de riesgo.				

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística

La tendencia al incremento de las tasas de vih/sida ocurre hasta el año 2001. A partir de este año se duplica el riesgo y se mantiene en una meseta con una tasa de 19,1 por cada 100,000 habitantes en el año 2011, véase gráfico 20.

GRÁFICA 20: TASAS DE INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011



Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística

El porcentaje de letalidad es de 67%; otra característica importante de la epidemia para el caso de Panamá, es que el principal modo de transmisión es sexual con 66.7% de los casos, seguido por la transmisión Perinatal con 2.8% y la transmisión sanguínea con 1.2%; sin embargo, se reporta un alto porcentaje de casos que no definen la vía de transmisión, 29.3% que aparece como desconocida. Los datos epidemiológicos sugieren que estamos ante una epidemia Heterosexual con el 50.7% cuando se incluye a los casos femeninos; contra un 12.2% Homosexual y un 3.8 Bisexual; mientras que al considerar solamente la población masculina las cifras serían las siguientes: 32.4% vía transmisión Homosexual o Bisexual y 67.6% por relaciones sexuales Heterosexuales. Sin embargo, las prevalencias nos indican que en el país la epidemia es concentrada y con mayor prevalencia en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres; es importante señalar que los reportes epidemiológicos pueden presentar dificultades para captar con objetividad la preferencia sexual de los hombres que acuden a la consulta y de hecho el porcentaje que no da la información es alta cuando alcanza más del 26%.

El mayor porcentaje de letalidad, también, se encuentra en el grupo que comprende las edades entre 25 a 44 años, con el 60.4%.

CUADRO 27: DEFUNCIONES POR ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA REPÚBLICA PANAMÁ, POR SEXO, AÑOS 1984-2011

Año	Total	Hombres	Mujeres
1984	2	1	1
1985	4	3	1
1986	7	7	-
1987	9	9	-
1988	35	30	5
1989	61	53	8
1990	63	56	7
1991	93	73	20
1992	112	89	23
1993	174	150	24
1994	238	191	47
1995	294	239	55
1996	331	259	72
1997	393	288	105
1998	421	325	96
1999	461	356	105
2000	484	362	122
2001	473	360	113
2002	473	338	135
2003	424	315	109
2004	444	328	116
2005	447	338	109
2006	471	354	117
2007	460	337	123
2008	473	370	103
2009	491	374	117
2010	533	404	129
2011	440	315	125

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

La provincias más afectadas para el año 2011 son la provincia de Colón en primer lugar con una tasa de 62.5, seguida en un segundo lugar por la provincia de Panamá con una tasa de 23.9, en tercer lugar la provincia de Los Santos con una tasa de 10.6 y en un cuarto lugar la comarca de Guna Yala con una tasa de 10.2, véase cuadro 28.

Al año 2011 el VIH y Sida se ubicaba como la 8 causa de muerte en el país, con base en la Lista de Mortalidad de 103 grupos de causas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas, publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.

CUADRO 28: INCIDENCIA DE VIH/SIDA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA POR PROVINCIA Y COMARCA, AÑOS 2011

PROVINCIA Y COMARCA	SIDA	
	Nº	Tasa
Total país	713	19,1
Bocas del Toro	5	3,6
Coclé	10	4,0
Colón	162	62,5
Chiriquí	37	8,4
Darién	1	1,6
Herrera	3	2,6
Los Santos	10	10,6
Panamá	455	23,9
Veraguas	11	4,6
C. Guna Yala	4	10,2
C. Emberá 1/	*	*
C. Ngäbe Buglé	15	8,4

Nota: 1/ Incluida en la Provincia de Darién

Tasas por 100,000 habitantes.

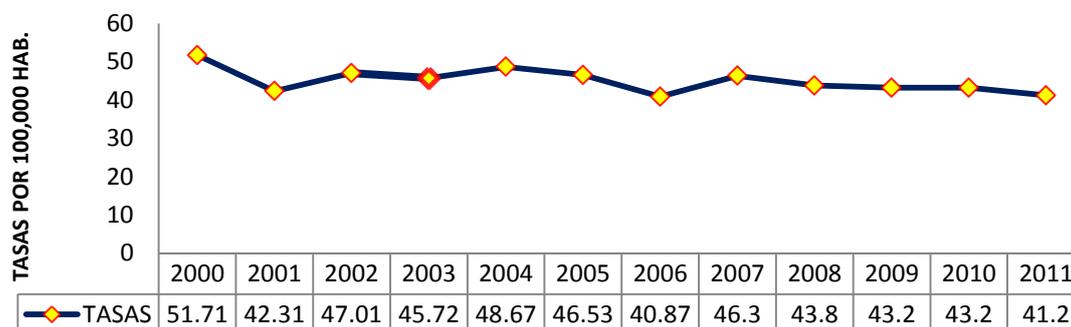
Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

26.5. TUBERCULOSIS

La Tuberculosis (TB) es la más antigua de las pandemias diseminada a nivel mundial. En la actualidad representa un problema para la salud pública a escala mundial como causa de incapacidad y muerte.

En Panamá los datos recopilados por el Departamento de Epidemiología, reporta que a nivel del país las tasas de tuberculosis pulmonar se encuentran alrededor de 45 casos por cada 100,000 habitantes, según los últimos 12 años. Al inicio de la década pasada y comienzos de esta década 2000-2011 se muestra una reducción del orden de 20%, con una tasa para el 2011 de 41.2 casos por cada 100,000 habitantes, véase gráfico 21.

GRÁFICA 21: TASAS DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS 2000-2011



Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística

Las provincias más afectadas para el año 2011 son la comarca de Guna Yala en primer lugar con una tasa de 163,3, seguida en un segundo lugar por la comarca Ngäbe Bugle con una tasa de 85,3, en tercer lugar la provincia de Bocas del Toro con una tasa de 95,0 y en un cuarto lugar la provincia de Colón con una tasa de 67,1. En el caso de las comarcas de Guna Yala y Ngäbe Bugle se presentaron las tasas más elevadas de todo el país. Este comportamiento puede estar asociado a las condiciones de vida de la población, ya que su población vive en condiciones de pobreza extrema en un 68.5%. Tener acceso a la educación, a los servicios de salud, a una fuente de trabajo digno, daría a toda la población mayor acceso a bienes y servicios sociales lo cual impactaría en la disminución de los casos de tuberculosis en estas áreas, véase cuadro 29.

CUADRO 29: INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, POR PROVINCIA Y COMARCA EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑOS 2011

PROVINCIA Y COMARCA	Tuberculosis	
	N ^a	Tasa
Total país	1535	41,2
Bocas del Toro	132	95,0
Coclé	32	12,9
Colón	174	67,1
Chiriquí	114	26,0
Darién	8	12,8
Herrera	8	6,8
Los Santos	9	9,5
Panamá	796	41,7
Veraguas	46	19,1
C. Guna Yala	64	163,3
C. Emberá 1/	*	*
C. Ngäbe Buglé	152	85,3

Nota: 1/ Incluida en la Provincia de Darién

Tasas por 100,000 habitantes.

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Sección Estadística.

26.6. COLERA

El cólera es una enfermedad diarreica causada por la infección del intestino por la bacteria *Vibrio cholerae*, un bacilo que se encuentra en ambientes acuáticos.

El cólera es una enfermedad originada en Asia, en el delta del Ganges (Bangladesh e India). En 1817 surgió una epidemia que duró 6 años, provocó alta mortalidad en la India y se diseminó a través de varios países europeos; fue llamada la “Primera Pandemia”. Hoy el mundo está cursando la séptima pandemia de cólera, la cual se inició en Sulawi (Islas Célebes, Indonesia).

El continente americano estuvo libre del cólera durante los primeros 30 años de la actual pandemia, hasta que el 23 de enero de 1991 se notificaron los primeros casos en Chancay (Perú), en la costa del océano Pacífico cerca de Lima. En los primeros tres años de la epidemia, el cólera alcanzó a casi todos los países de América Latina. En Panamá se notificaron (3,636) de casos de cólera entre 1991 y 1993. Murieron 82 de los afectados, con lo que se obtiene una tasa de letalidad general de 9.5%.

En octubre de 2010 la epidemia de cólera reemergió en Haití, el país más pobre de América Latina, devastado entonces por el terremoto que en enero de ese año asoló al país dejando un saldo de 250 000 muertos, 300 000 heridos y 1,3 millones de personas sin hogar, quienes fueron desplazadas a campamentos con precarias instalaciones sanitarias, dándose así las condiciones propicias para el desarrollo de un brote epidémico.

La epidemia de cólera de Haití se inició en el departamento de Artibonite, expandiéndose rápidamente al resto del país y, en noviembre del mismo año, llegó a la vecina República Dominicana, un país con mayor desarrollo y mejor preparado que Haití para hacer frente a emergencias de salud.

Luego de la epidemia de cólera, reportada en Panamá del (1991-1993). El país no ha reportado casos de cólera hasta la fecha. Sin embargo, el cólera en América Latina se considera una enfermedad reemergente, ya que reapareció después de una disminución significativa de su incidencia, favorecida por factores sociales, culturales y ambientales.

26.7. SÍFILIS

La sífilis es una de las enfermedades de transmisión sexual. Tiene gran impacto en la población, pues afecta a todos los grupos de edad, incluidos grupos especiales como las embarazadas afectando incluso a los productos de la gestación.

En general, puede decirse que la sífilis presenta un comportamiento descendente. Al analizar el comportamiento de la sífilis precoz sintomática se observa una disminución de las tasas de 2,17 en el 2000 a 0,77 en el 2011. Similar comportamiento ocurre para los otros tipos de sífilis. Por otro lado, la sífilis congénita se observa que la misma se mantiene más o menos estable con tasas que oscilan entre 0.2 y 0.8 casos por 1,000 nacidos vivos, durante el periodo 2000 y 2010. En los años 2000, 2008 y 2010 se reportaron las mayores tasas. Durante este periodo se registraron 242 casos con 22 casos como promedio anual y 1,8 casos como promedio mensual.

En la sífilis congénita se observa que la misma se mantiene más o menos estable con tasas que oscilan entre 0.2 y 0.8 casos por 1,000 nacidos vivos,

26.8. OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

No se han presentado casos autóctonos de sarampión desde 1995, de síndrome de rubeola congénita desde 2000 y de rubeola desde 2002. Tampoco se han notificado casos de tétanos neonatal ni de fiebre amarilla.

Las enfermedades por hantavirus se han notificado en las provincias centrales del país: Los Santos, Coclé y Veraguas. Desde 1999 hasta 2009 se registraron 135 casos de síndrome pulmonar por hantavirus, con una tasa de incidencia acumulada de 4,3 casos por 100.000 habitantes y una letalidad de 18,5%.

En cuanto a la influenza, en mayo de 2009 se confirmó el primer caso de influenza A (H1N1), con un potencial pandémico. Durante la pandemia se notificaron 2.268 casos sospechosos y se confirmaron 812 (36%), con una tasa de incidencia de 23,5 por 100.000 habitantes y 12 defunciones (una tasa de mortalidad de 0,3 por 100.000 habitantes).

En el período 2006–2011 no se han registrado casos de rabia humana ni de rabia canina. En bovinos, la rabia transmitida por murciélagos hematófagos es endémica en el área de Panamá Este, Darién y Colon. Durante el período 2006–2010, la tasa promedio anual de infecciones de origen alimentario fue de 43,3 por 100.000 habitantes. De los casos notificados, 7% correspondieron a

salmonelosis y 4% a shigelosis; se desconoce la etiología del restante 89% de los casos. Se registraron 79 casos de leptospirosis en el período 2006–2010.

De mayo a julio de 2010 se presentó un brote de encefalitis equina en la frontera entre Darién y Panamá que afectó a personas y a equinos. Se registraron 179 casos sospechosos en seres humanos, de los que siete se confirmaron en el laboratorio: cuatro casos de encefalitis equina del este, dos mixtos de encefalitis equina venezolana y encefalitis equina del este, y un caso de encefalitis equina venezolana. Todos los casos hospitalizados se presentaron en menores de 15 años.

VACUNAS

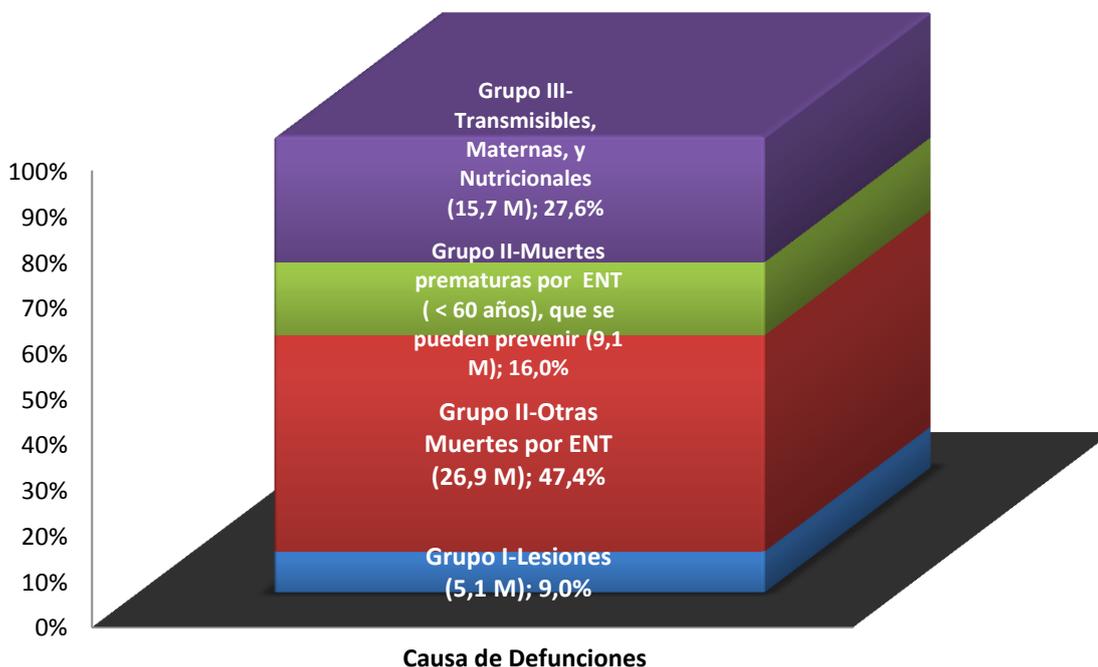
La cobertura de vacunación en los menores de 1 año del 2008- 2011 aumentó de 83,3% a 93,6% para la pentavalente (DPT-Hib-HepB), de 83,2% a 93,6% para la antipoliomielítica y de 71,3% a 88,7% para la vacuna contra rotavirus. La cobertura con la BCG de 97,4% a 98,1% y con la antineumococica conjugada, introducida en 2010, se logró una cobertura de 47,5%. En los niños de 1 año, la cobertura con la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubeola aumentó de 84,6% a 88,9%, la hepatitis B de paso de 71,3% a 88,7%. La introducción de nuevas vacunas en el esquema de inmunización, tales como contra la hepatitis A, el toxoide tetánico diftérico acelular (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano y la antineumococica de polisacáridos, así como la búsqueda intensiva de desertores e inasistentes en los municipios y la oferta de una serie de oportunidades de vacunación dirigida a la población más vulnerable, han servido para aumentar las coberturas.

27. LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PANAMÁ

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles o Enfermedades No Transmisibles (ENT) son las principales causas de morbilidad, muerte y discapacidad en el mundo, y de igual forma en Panamá, las cuales merman la salud de la población. Ello sin duda alguna, marca el alcance de las ENT constituyéndose en un desafío sin precedentes para la labor del sistema de salud mundo.

De los 57 millones de muertes en el mundo en el año 2008, 36 millones (63%), se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente a causa de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Son responsables de 3 de cada 5 muertes. 9.1 millones (25%) de estas defunciones se reportan en personas menores de 60 años¹⁴, véase gráfica 22.

GRÁFICO 22: TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN EL MUNDO, POR GRUPO DE CAUSAS: AÑO 2008



Fuente: OMS

¹⁴ Primera conferencia ministerial mundial sobre modos de vida sanos y control de las enfermedades no transmisibles en Moscú (Federación de Rusia), 28-29 de abril de 2011

Casi el 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles ocurren en países de bajos y medianos ingresos, y son las causas más frecuentes de muerte en la mayoría de los países, excepto en África. Incluso en las naciones africanas, las enfermedades no transmisibles están aumentando rápidamente y se prevé que supere a las enfermedades transmisibles (maternas, perinatales y las enfermedades nutricionales) como las causas más comunes de muerte para el 2030.

Datos de mortalidad y morbilidad revelan el impacto creciente de la epidemia. Más del 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y casi el 90% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se producen en países de ingresos bajos y medios. Más de dos tercios de las muertes por cáncer se producen en países de ingresos bajos y medios.

Las enfermedades no transmisibles también matan a jóvenes, en los países de ingresos bajos y medios, donde el 29% de las muertes ocurren entre personas menores de 60 años de edad, comparado con el 13% en los países de altos ingresos.

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre las causas y mecanismos que producen las enfermedades no transmisibles (ENT). La investigación ha involucrado grandes estudios epidemiológicos poblacionales, estudios en animales y de bioquímica básica, estudios de intervención y estudios preventivos basados en la comunidad a gran escala. Esta investigación ha demostrado claramente que las ENT o los eventos que llevan a ellas tienen sus raíces en estilos de vida no saludables o entornos sociales y físicos adversos a los que llamamos factores de riesgo.

El estilo de vida es una forma de comportamiento que se basa en patrones identificables y modificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales en la que se desarrolla el individuo. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida, fuera del control inmediato del individuo. La acción de la Carta de Ottawa destinada a crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida y los factores de riesgo para favorecer la salud.

Según el Informe de Salud Mundial 2002, se identificaron a los mayores factores de riesgo para las ENT siendo estos principalmente: el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la tensión arterial, la inactividad física, altos niveles de colesterol, el sobrepeso y una dieta no saludable.

El Plan Estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contempla en su Objetivo estratégico 3 “Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos” centrado en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras por las principales enfermedades crónicas no transmisibles. La meta establecida fue la “reducción del número anual estimado de defunciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) en América Latina y el Caribe.¹⁵ Este logro muy relacionado con el abordaje de los factores de riesgo, igualmente priorizados.

Situación de las ENT en Panamá

La mayor importancia para la salud pública de las enfermedades crónicas no transmisibles en la Región y Panamá son las siguientes: enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los tumores malignos, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

Si se tiene en cuenta la carga de morbilidad en Panamá, las ENT no han recibido la atención prioritaria que merecen en las políticas y los programas de salud pública. Existen pruebas patentes de que es posible evitar las defunciones prematuras por enfermedades crónicas y se dispone de intervenciones eficaces en función de los costos para evitarlas y prevenir la pérdida adicional de millones de vidas y evitar inversiones en enfermedades prevenibles.

En Panamá se pueden lograr mejoras considerables en la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Se conocen las principales causas de las enfermedades crónicas y, si se eliminaran esos factores de riesgo, se prevendrían al menos 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes del tipo 2 y se evitarían más del 40% de los casos de cáncer¹⁶.

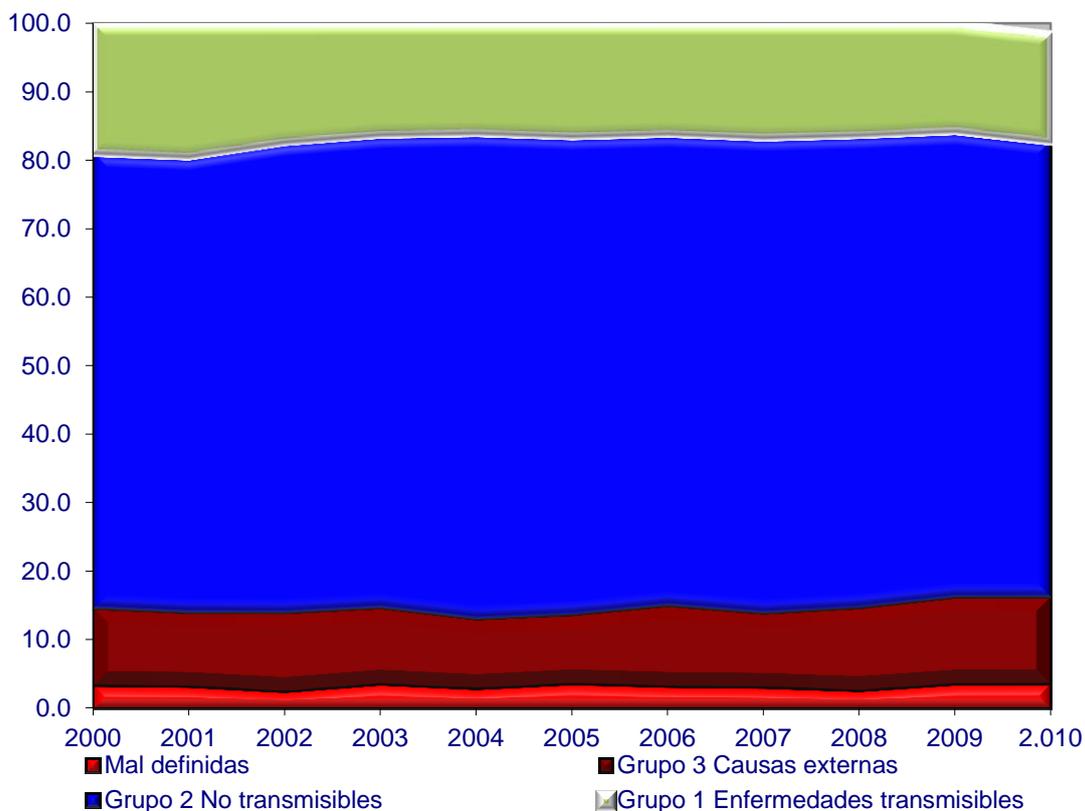
A pesar de que la tasa de mortalidad general se ha mantenido sin mayores cambios en los últimos años hasta el 2010, cuando se reportó en 4.7 (16,542) muertes por 1,000 habitantes, la tasa de defunciones por ENT se ha incrementado de 7,887 “tasa 66.4 por cada cien mil habitantes” defunciones en el año 2000 a 11,540 (tasa 68.0 por cada cien mil habitantes) defunciones en el año 2010, lo que representa un aumento del 33.6% en los últimos 7 años.

¹⁵ OPS. Documento Oficial No. 328 Plan Estratégico 2008-2012 de la Organización Panamericana de la Salud.

¹⁶ Estrategia Regional para Enfermedades Crónicas

En cambio las tasas de defunciones por enfermedades transmisibles pasaron de 19.8 por cada cien mil habitantes en el 2000 a 15.7 por cien mil habitantes en el 2009, las causas externas de tasas de 11.4 a 12.7 respectivamente y las causas mal definidas sin cambios en los últimos 10 años, véase gráfico 23.

GRÁFICO 23: TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR GRUPO DE CAUSAS: AÑOS 2000-2010
(En porcentaje)



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Si analizamos la mortalidad para el año 2010 se registraron 910 defunciones en menores de un año, dentro de este grupo de menores las neumonías ocupan el tercer lugar con el 11.4% (104) del total de las defunciones de este grupo etéreo.

En el **grupo de 1 a 4 años**, entre las principales causas de muerte están la neumonía en un primer lugar con 18.5% (55 casos). En el grupo de **5 a 14 años** de los 231 defunciones reportadas los “tumores (neoplasias) malignos con 28 casos ocupan el segundo lugar y las neumonías el quinto lugar con 9 casos.

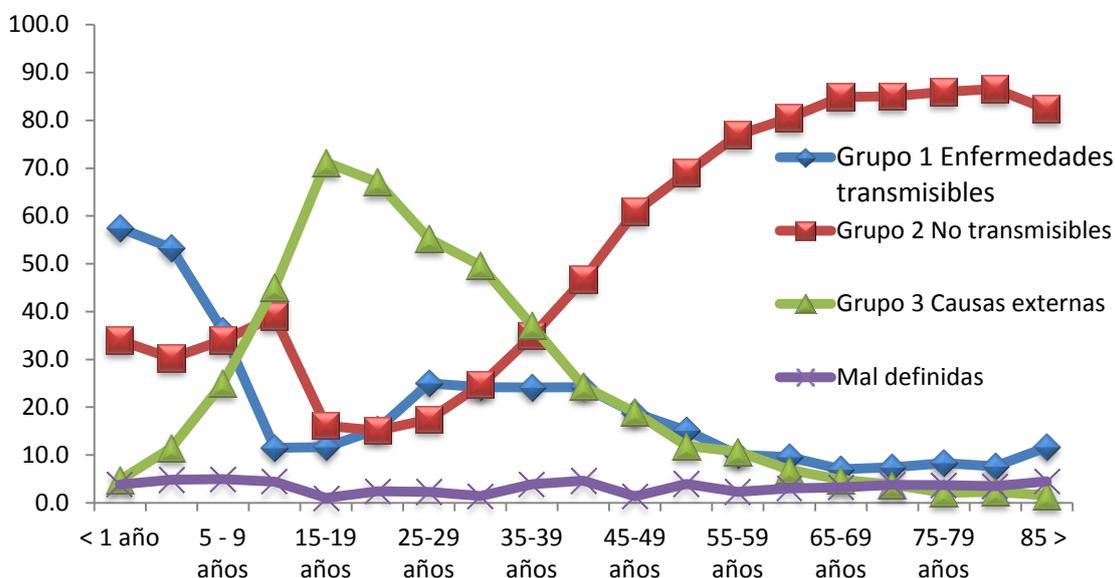
Respecto a las defunciones del grupo de **15 a 44 años** con 2,560 casos, predomina en primera posición los “accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia”, seguida de la “enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/sida)”. En ambas causas se ven afectados primordialmente los hombres. La tercera causa de muerte en este grupo de edad, son los tumores (neoplasias) malignos con 254, lo que representa el 10% de las defunciones reportadas en este grupo etáreo.

Para el rango de **45 a 64 años con 2,981 defunciones**, el primer lugar con 688 casos lo ocupan los “tumores (neoplasias) malignos”, con una diferencia entre hombres y mujeres de 44.4 y 55.1 por ciento, respectivamente. Como tercera causa de muerte, aparece “las enfermedades isquémicas del corazón” con 340 defunciones. La diferencia entre hombres y mujeres es de 72.3 y 28.5 por ciento respectivamente, lo que representa una mayor mortalidad en los hombres de este grupo etáreo. En un cuarto y quinto lugar se presentan “las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus respectivamente, con mayor incidencia en los hombres las enfermedades cerebrovasculares y en las mujeres la diabetes mellitus.

Finalmente, en el grupo **de 65 y más años** de edad, tenemos los “tumores (neoplasias) malignos”, en la primera posición con 1,542 defunciones, aportando los hombres el 59.8 por ciento, en tanto que las “enfermedades isquémicas del corazón” con 1,447 defunciones, comienzan a presentarse con mayor fuerza en este grupo y ocupan la segunda posición, con una diferencia entre hombres y mujeres de 56.3 y 43.7 por ciento respectivamente. En tercer lugar se ubican las “enfermedades cerebrovasculares con 1,041 defunciones, el 51 por ciento para los hombres y el 49% para las mujeres, seguida de “diabetes mellitus” con 654 defunciones, 42.2 por ciento y 58 por ciento respectivamente.

En la gráfica 24, se puede observar el rol preponderante que ocupan las enfermedades no transmisibles en los menores de 5 años, para luego descender y presentarse nuevamente en edades de 35 y más, en donde comienza a incrementarse para luego ser la principal causa de las defunciones.

GRÁFICO 24: TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SEGÚN LA CAUSA Y POR GRUPO ETAREO: AÑO 2010
(En porcentaje)



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

La OPS/OMS en su estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles recomiendan el seguimiento de cuatro grupos de enfermedades, es decir, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y cuatro factores de riesgo que son el tabaquismo, la alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol identificados. Además, de la obesidad, puesto que la Región de las Américas es la que presenta el mayor problema de obesidad y la importancia que tiene la hipertensión arterial, desde el punto de vista de la salud pública, como uno de los principales factores de riesgo de muerte por ENT.

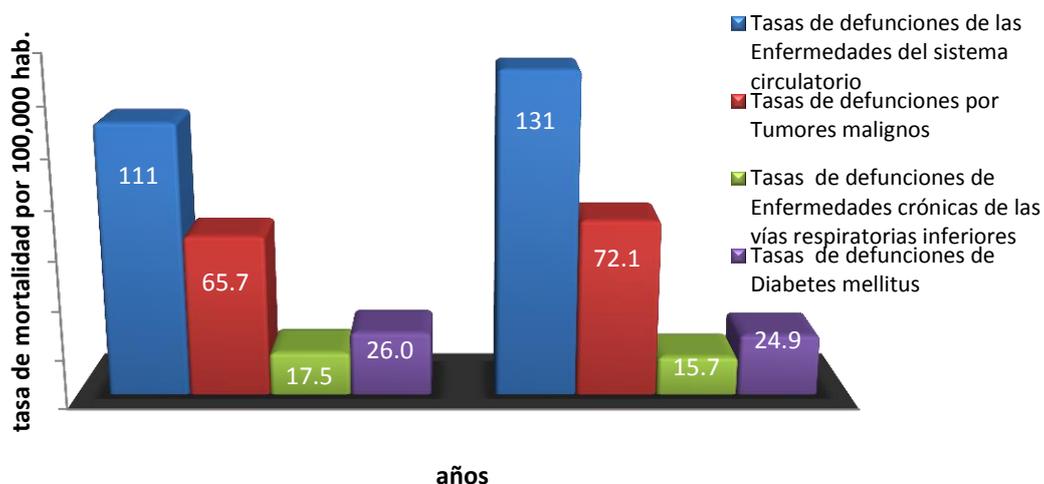
En Panamá el 61% de las defunciones para el año 2010, son atribuidas a las enfermedades no transmisibles, principalmente a causa de enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas.

Durante años las defunciones atribuidas a las diferentes enfermedades del sistema circulatorio se han analizado de forma desagregada, no así los tumores malignos que son agregados en el sistema de información del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República, nuestra fuente primaria para las estadísticas de mortalidad.

Por lo antes mencionado, las principales causas de muerte han sido los tumores malignos, seguidos por los accidentes, suicidios y homicidios, la enfermedad cerebro vascular y las enfermedades isquémicas del corazón les siguen en el orden. Estas patologías han ocupado, de manera alterna, los primeros lugares como causa de muerte en la República de Panamá. Si se agrupan todas las enfermedades del sistema circulatorio se evidencia que este grupo (según el capítulo de la CIE10), constituye la principal causa de muerte, por encima de los otros eventos.

Si analizamos las cuatro enfermedades, es decir, las enfermedades circulatorias, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes mellitus entre los años 2002 y 2010, las tasa de mortalidad por cáncer paso de 65.7 del 2002 a 72.1 por cien mil habitantes al 2010 (2,525 defunciones), solo superado por las tasas de funciones atribuidas a las enfermedades circulatorias que de 111 en el 2002 (3,391 defunciones) paso a 131 defunciones por cien mil habitantes (4,607 defunciones) en el 2010. **“primer lugar dentro las ENT”**. Por otro lado, las tasas de defunciones de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores entre el 2002 y 2010 pasaron de 17.5 a 15.7 respectivamente. La diabetes estuvo vinculada con 795 defunciones en Panamá para el 2002, las cuales se incrementaron para el año 2010 en un 9%, donde se reportaron 874 defunciones. Sin embargo, las tasas pasaron de 26.0 a 24.9 por cien mil habitantes respectivamente, véase gráfico 25.

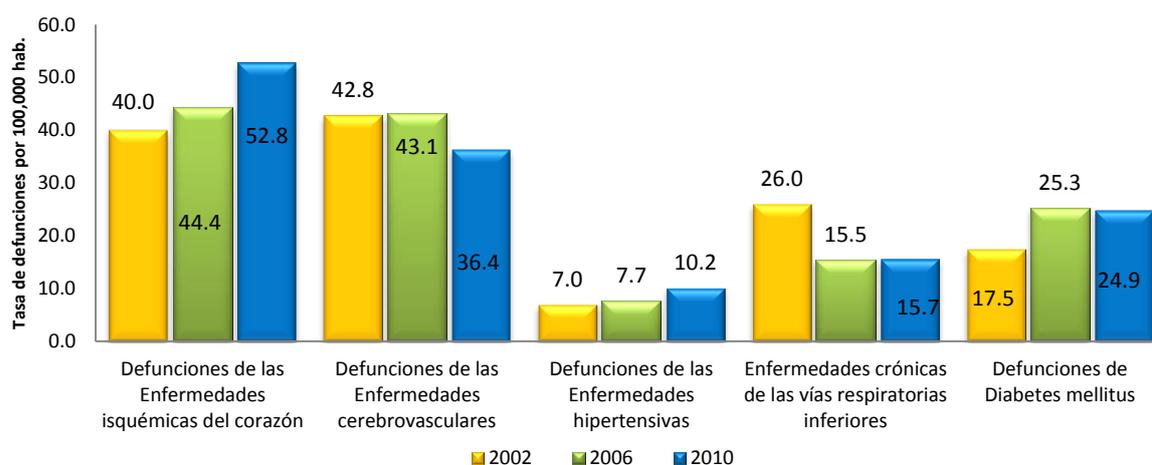
GRÁFICO 25: TASA DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR LAS CUATRO PRINCIPALES CAUSAS DE ENT: AÑO 2002 Y 2010



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Utilizando la lista estándar recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el propósito de facilitar la comparación internacional de las cifras, entre las cinco principales causas de defunciones en los últimos años, tenemos las “Enfermedades isquémicas del corazón”, en la primera posición con tasas que se incrementa de 40.0 en el 2002 a 52.8 en el 2010, en tanto que las tasas de defunciones de las “enfermedades cerebrovasculares” de 42.8 en el 2002 caen a 36.4 en el 2010, seguida de “diabetes mellitus” con tasas de defunciones 17.5 y 24.9 entre el 2002 y 2010 respectivamente. En cuarto lugar se presentan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores que caen de 26.0 en el 2002 a 15.7 en el 2010, y en un quinto lugar comienzan a presentarse con mayor fuerza en este grupo las “Enfermedades hipertensivas” con tasas que van de 7.0 a 10.2 entre el 2002 y 2010 respectivamente, véase gráfico 26.

GRÁFICO 26: TASA DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE ENT: AÑO 2002, 2006 Y 2010



Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

La distribución de la mortalidad por las ENT por provincia y comarca es muy variable; mientras que en la provincia de Bocas del Toro y las comarcas de Ngäbe Bugle y Guna Yala las ENT no se registran entre las cinco principales causas de mortalidad. Sin embargo, en las provincias de Panamá, Coclé, Colón, Chiriquí, Herrera, Los Santos y Veraguas las ENT como lo son la enfermedad isquémica del Corazón, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares, véase cuadro 30.

SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ

CUADRO 30: TASA DE LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA Y COMARCA: AÑO 2010

PANAMÁ PAÍS		TOTAL	TASA	BOCAS DEL TORO		TOTAL	TASA	COCLÉ		TOTAL	TASA	COLÓN		TOTAL	TASA
CAUSAS		16,542	472.0	CAUSAS		558	471.3	CAUSAS		1,069	449.5	CAUSAS		1,273	507.6
1	Enfermedades isquémicas del corazón	1851	52.8	1	Neumonía	45	38.0	1	Enfermedades cerebrovasculares	110	46.2	1	Enfermedades isquémicas del corazón	123	9.7
2	Enfermedades cerebrovasculares	1276	36.4	2	Tuberculosis respiratoria	36	30.4	2	Enfermedades isquémicas del corazón	98	41.2	2	Agresiones (Homicidios)	107	49.0
3	Diabetes Mellitus	874	24.9	3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	27	22.8	3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	51	21.4	3	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	88	35.1
4	Agresiones homicidios	760	21.7	4	Accidente de transporte terrestre	22	18.6	4	Diabetes Mellitus	47	19.8	4	Enfermedades cerebrovasculares	78	31.1
5	Neumonía	722	20.6	5	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	22	18.6	5	Neumonía	45	18.9	5	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	72	28.7
	Las demás	11,059	315.6		Las demás	406	342.9		Las demás	718	301.9		Las demás	805	321.0
DARIÉN		TOTAL	TASA	HERRERA		TOTAL	TASA	LOS SANTOS		TOTAL	TASA	PANAMÁ		TOTAL	TASA
CAUSAS		114	247.8	CAUSAS		656	582.9	CAUSAS		617	678.1	CAUSAS		8,192	456.0
1	Agresiones (Homicidios)	12	26.1	1	Enfermedades cerebrovasculares	66	58.6	1	Enfermedades isquémicas del corazón	105	115.4	1	Enfermedades isquémicas del corazón	1,100	61.2
2	Enfermedades cerebrovasculares	8	17.4	2	Enfermedades isquémicas del corazón	64	56.9	2	Enfermedades cerebrovasculares	88	96.7	2	Enfermedades cerebrovasculares	692	38.5
3	Accidente de transporte terrestre	6	13.0	3	Neumonía	43	38.2	3	Neumonía	46	50.6	3	Agresiones (Homicidios)	534	29.7
4	Neumonía	5	10.9	4	Diabetes Mellitus	25	22.2	4	Diabetes Mellitus	29	31.9	4	Diabetes Mellitus	482	26.8
5	Diabetes Mellitus	4	8.7	5	Accidente de transporte	20	17.8	5	Accidente de transporte terrestre	16	17.6	5	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	323	18.0
	Las demás	79	171.7		Las demás	498	442.5		Las demás	333	366.0		Las demás	5,061	281.7
VERAGUAS		TOTAL	TASA	GUNA YALA		TOTAL	TASA	N. BUGLÉ		TOTAL	TASA				
CAUSAS		1,157	510.0	CAUSAS		250	665.9	CAUSAS		532	345.0				
1	Enfermedades cerebrovasculares	77	34.0	1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	21	56.0	1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	74	48.0				
2	Enfermedades isquémicas del corazón	74	32.6	2	Tuberculosis respiratoria	19	50.6	2	Neumonía	36	23.3				
3	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	54	23.8	3	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	11	29.3	3	Tuberculosis respiratoria	20	13.0				
4	Diabetes Mellitus	50	23.8	4	Desnutrición	8	21.3	4	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	13	8.4				
5	Neumonía	46	20.3	5	Neumonía	7	18.6	5	Ahogamiento y sumersión accidentales	11	7.1				
	Las demás	856	377.3		Las demás	184	490.1		Las demás	378	245.6				

Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Cáncer

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2008. Los principales tipos de cáncer son los siguientes:

- pulmonar (1,37 millones de defunciones);
- gástrico (736 000 defunciones);
- hepático (695 000 defunciones);
- colorrectal (608 000) defunciones;
- mamario (458 000 defunciones);
- cervicouterino (275 000 defunciones).

Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030.

En Panamá, el cáncer se ubica en el primer lugar como causa de muerte cuando las estadísticas de mortalidad están desagrupadas, posición que se ha mantenido desde los años 80. En el país se registra un promedio diario de 14 casos y 7 muertes relacionadas con algún tipo de cáncer. Además, es la causa del 17% de la mortalidad general registrada¹⁷.

La morbilidad por tumores malignos ha tenido un comportamiento en aumento en las últimas décadas, reportándose 2,960 casos en el año 1990 y 5,432 casos reportados en el año 2009. Según datos del Registro Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud en el año 2009 se diagnosticaron 5,432 casos nuevos, con una Tasa de Incidencia de 157.4 por 100,000 habitantes. Las tasas de los cinco principales tumores registrados según sitio anatómico fueron: próstata 84.2, cervicouterino 41.5, Mama 15.5, piel 15.5, estómago 9.4¹⁸.

Por edad, el grupo más afectado es el de mayores de 70 años, sin embargo llama la atención que en conjunto el 56.7% de los casos de cáncer cervicouterino se registra en mujeres menores de 50 años. En 2009 se registró en menores de 40 años el 33% de los cánceres de cuello de útero, 8% de los de mama, 5.9% de Cáncer de estómago, 7.3% de Piel, 5.2% de Colon. Las provincias más afectadas durante ese año 2009 fueron Herrera con tasas de incidencia de 65.0 por cien mil habitantes, seguido por Colón con 60.0, en un tercer lugar por Panamá con 50.3 y en un cuarto y quinto lugar Coclé y Veraguas con tasas de 40.1 y 35.5 por cada cien mil habitantes respectivamente.

¹⁷ Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República 2010.

¹⁸ Fuente: Ministerio de Salud: Boletín de los tumores 2009.

La tasa de mortalidad por tumores malignos ha tenido un aumento continuo. En el 2002 se reportó una tasa de 65.7 por cien 100,000 habitantes, mientras que para el año 2010 fue de 72.1 por 100,000 habitantes. Las principales cinco localizaciones para el año 2010 son: próstata; estomago; traguea, bronquios y pulmón; colon, recto y ano; y de la mama; con tasas de mortalidad de 8.9, 8.2, 7.0, 5.8 y 5.2 por cien mil habitantes respectivamente, véase cuadro 31.

CUADRO 31: DEFUNCION POR TUMORES MALIGNOS CON CERTIFICACIÓN MÉDICA POR SEXO, SEGÚN LOS PRINCIPALES SITIOS ANATÓMICOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2010

Localización / 1	Defunciones					
	Total		Sexo			
	Total	Tasa	Hombre		Mujer	
			Nº	Tasa	Nº	Tasa
	2/		2/		2/	
Total	2,525	72,1	1,364	77,2	1,161	66,8
Tumor maligno de la próstata	307	8,8	307	17,4	..	..
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y del pulmón	243	6,9	173	9,8	70	4,0
Tumor maligno del estómago	283	8,1	167	9,5	116	6,7
Tumor maligno del colon, del recto y ano	201	5,7	101	5,7	100	5,8
Tumor maligno del cuello del útero	134	3,8	..	83,0	134	7,7
Tumor maligno de la mama	178	5,1	5	0,3	173	9,9
Leucemia	141	4,0	70	4,0	71	4,1
Tumor maligno del páncreas	101	2,9	51	2,9	50	2,9
Tumor Maligno de Hígado y de la vías biliares entra hepáticas	114	3,3	68	3,9	46	2,6
Linfoma no Holguín	70	2,0	41	2,3	29	1,7
Tumor maligno meninges, encéfalo y de otra partes del sistema nervioso central	72	2,1	44	2,5	28	1,6
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	48	1,4	30	1,7	18	1,0
Mieloma múltiple y de células plasmáticas	34	1,0	17	1,0	17	1,0
Tumor maligno del ovario	47	1,3	..	..	47	2,7
Tumor maligno del esófago	29	0,8	24	1,4	5	0,3
Otras partes y las no especificadas del útero	54	1,5	..	..	54	3,1
Tumor maligno de vejiga urinaria	24	0,7	19	1,1	5	0,3
Tumor maligno de laringe	42	1,2	39	2,2	3	0,2
Melanoma maligno de la piel	16	0,5	8	0,5	8	0,5
Resto de tumores malignos	387	11,0	200	11,3	187	10,8

1/ Con base en la Lista de Mortalidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Décima Revisión).

2/ Cálculo por 100,000 habitantes.

.. No Aplica

Fuente Documental: Base de Datos de la Contraloría General de la Republica, año 2010

Diabetes

La diabetes es una de las principales causa de morbi-mortalidad en el país. Se han registrado tasas de mortalidad relativamente estable al comparar los años 2002 con el 2010, 26.0 y 24.9 por 100,000 habitantes, respectivamente.

La mortalidad por Diabetes Mellitus en las mujeres supera a la de los hombres en Panamá. La morbilidad por esta causa muestra una tendencia al ascenso. En 2008 la incidencia registrada fue de 142.0 en el 2009 fue de 157.5 y en 2010 396.6 por cien mil habitantes.¹⁹

Según la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida 2007 (ENSCAVI, 2007), la prevalencia de tener antecedente de diabetes mellitus diagnosticada por un médico, fue de un 5.4% (4.3% en hombres y 6% en mujeres). En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 6.4% (5.5% en hombres y 6.9% en mujeres) y en las áreas rurales de 5% (3.8% en hombres y 5.9% en mujeres), en todas las situaciones el riesgo de enfermar era mayor en las mujeres. En las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 1.7% (1.4% en hombres y 1.9% en mujeres) sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Según edad, el grupo más afectado fue el de 60 a 79 años, afectando al 14.1%.

En el estudio de prevalencia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovasculares (PREFREC 2010), la prevalencia de Diabetes Mellitus, según antecedentes de diagnóstico médico, glicemia en ayunas elevada y hemoglobina glicosilada alterada, fue de 9.5%.

Enfermedad Pulmonar Crónica

La tasa de mortalidad por EPOC ha tenido un aumento continuo en el periodo, en el 2002 se reportó una tasa de 10.9 por cien mil habitantes, mientras que para el año 2010 se registró tasas de 12.4 por 100,000 habitantes.

Otras ENT

Hipertensión Arterial

En ENSCAVI 2007, el antecedente de hipertensión arterial diagnosticada por médico, tuvo una prevalencia de 22% (17.8% en hombres y 24.8% en mujeres) En las áreas urbanas la tasa de prevalencia fue de 24.5% (20.2% en hombres y 27.1% en mujeres), en las rurales fue de 23.2% (18.6% en hombres y 26.7% en mujeres) mientras que en las áreas indígenas la tasa de prevalencia fue de 7.7% (6.3% en hombres y 8.8% en mujeres) siendo el riesgo de enfermar mayor en las mujeres que en los hombres para todas las áreas.

¹⁹ Fuente. MINSa, Dirección Nacional de Planificación, Departamento de y Estadísticas de Salud, República de Panamá 2000-2009.

Esta patología reflejó la prevalencia más alta en el grupo de 80 años y más, afectando al 46.2% de los 649 entrevistados en este grupo. A este grupo le siguen el de 60 a 79 años con un 44.4% y el de 40 a 59 años con un 29%. Según (PREFREC 2010), la prevalencia fue de 38.5%.

Obesidad

La prevalencia nacional de la obesidad (IMC >30) en los últimos 28 años en Panamá pasó de 3.8% en hombres en 1982 a 14.4% en 2003 y 16.9% en 2008, según un estudio realizado en 1980²⁰ a población adulta y las Encuestas de Niveles de Vida (ENV) 2003 y 2008 realizadas por la contraloría General de la Nación. En los mismos tres estudios, el comportamiento de la prevalencia de la obesidad en las mujeres pasó de 7.6% a 21.8% y 23.8% respectivamente.

Según datos de la ENV 2008, en todos los grupos estudiados: menores de 5 años, escolares, adolescentes y adultos, para ambos sexos, el sobrepeso y la obesidad aumentaron a nivel nacional, en relación a la ENV 2003. El grupo etáreo más afectado fue el de 30 a 65 años, comparados con el promedio nacional. En el área indígena y en el nivel de pobreza extrema la prevalencia de obesidad disminuye casi la mitad en relación a la prevalencia nacional.

En el estudio PREFREC el 34.7% de los adultos, presentaba sobrepeso y 27.1% obesidad. En los hombres el 35.1% presentó sobrepeso y 18.3% obesidad, en las mujeres, 34.5% sobrepeso y 30.9% obesidad. En todas las Regiones de Salud (5) del estudio, el sobrepeso y la obesidad estuvieron presentes en más del 50% de los entrevistados. Sin embargo, la obesidad fue mayor en la Región de Salud de Colón (32.3%), seguida de la Región de San Miguelito (29.2%).

Factores de riesgo de las ENT en PANAMA

Los cuatro factores de riesgo modificables priorizados a nivel mundial, se comportan de la misma forma en Panamá. Es necesario recordar que existen también factores intermedios como la hipertensión arterial, las dislipidemias y la obesidad sin olvidar la parte psicosocial, que deben ser identificados y abordados también y que estos factores se presentan frecuentemente asociados y se potencian entre sí.

Existe información documentada sobre algunos de estos factores de riesgo en encuestas y estudios científicos nacionales como Encuesta Nacional de consumo, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENSCAVI) 2007 y el

²⁰ Bermúdez, O. C. d., C. Parillon, et al. (1984). "Peso y talla en la población adulta panameña." *Arch Latinoam Nutr* 34(4): 605-14.

estudio sobre Prevalencia de factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular (PREFREC) 2010.

Alimentación inadecuada

En PREFREC se estudió el consumo habitual de algunos alimentos de los adultos de las provincias de Panamá y Colón a través de la frecuencia de consumo semanal, clasificando los alimentos en grupos protectores y de riesgo a la salud cardiovascular. Se consideró como protector a la salud cardiovascular el consumo de 5 porciones de vegetales y/o frutas al día. Solamente 4.9% de los encuestados, consume las porciones recomendadas todos los días; la mitad de los adultos consume menos de 2 porciones al día. El consumo adecuado de 5 o más porciones al día de frutas y vegetales, es ligeramente mayor en el área urbana en relación a la rural e indígena, también es mayor entre las mujeres y a medida que aumenta la escolaridad de los encuestados. No hay diferencias entre edades.

Sedentarismo

Según ENSCAVI 2007 la práctica de ejercicios físicos regularmente estimó relaciones urbano-indígenas y rural-indígena de 1.8:1 y de 1.4:1. Las mujeres presentan dos veces más riesgo que los hombres de no practicar esta actividad preventiva.

La práctica de alguna actividad física como control de estrés se midió a través de las preguntas limpia la casa, baila, haces ejercicio y tiene relaciones sexuales: para un total de 102,992 posibles respuestas, 25057 respuestas fueron afirmativas, es decir el 24.3%. Según PREFREC el 7.4% de los adultos entrevistados fue clasificado como sedentario ya que realizaban menos de 60 minutos por semana de actividad física, esto según la clasificación de OMS.

Tabaco

La encuesta PREFREC reveló que los panameños fuman cada vez menos productos derivados del tabaco. Solo el 6.3% de la población adulta consumió productos de tabaco en los últimos 30 días previos a la encuesta, inferior al 9.4% registrado en 2007 en la ENSCAVI.

Según ENSCAVI-2007, el 45.6% de los encuestados afirmó haber fumado algún producto de tabaco alguna vez en su vida cuando era menor de edad. El estudio encontró que de las 467 personas que manifestaron fumar diariamente, el 54.8% comenzó cuando tenía entre 10 y 19 años de edad, ocho casos empezaron cuando tenían entre seis y nueve años de edad. La edad de inicio de consumo de tabaco en todos los casos fue menor en hombres que en mujeres. En las áreas urbanas, el 30% de las personas han fumado tabaco

alguna vez en su vida, 35% en las zonas indígenas y 27.6% en las áreas rurales. La región de Salud de San Miguelito presentó la mayor tasa de prevalencia de consumo, con 9.2%; Panamá Oeste obtuvo la menor, con 5.4%.

La edad de inicio en menores de 12 años fue mayor en las áreas rurales, reflejándose el mayor porcentaje en las mujeres de las áreas rurales para el grupo de menores de 16 años. El comportamiento de la edad de inicio es similar entre los hombres de las áreas urbanas, rurales e indígenas, excepto en el grupo urbano de 16 a 17 años, donde fue mayor.

La prevalencia de consumo de tabaco es 1.5 veces mayor en áreas indígenas que en las urbanas y 1.6 veces mayor que en las rurales. En las áreas de dominio para este estudio, la prevalencia actual fue mayor en hombres que en mujeres, 4 veces mayor en las áreas urbanas, 5.5 veces mayor en las rurales y 5 veces mayor en las áreas indígenas. El análisis por sexo indica prevalencias mayores tanto en hombres como en mujeres en las áreas indígenas.

Consumo excesivo de alcohol

Seis de cada diez entrevistados (59.1%), han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, con una prevalencia de vida para hombres de 83.8% y para las mujeres de 42.7% (ENSCAVI-2007). La prevalencia para las áreas urbanas fue de 63.4%, en tanto que uno de cada 2 entrevistados de las áreas rurales e indígenas (54.7% y 52.1%, respectivamente) consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.

La prevalencia actual de consumo de bebidas alcohólicas fue de 40.9% con un diferencial por sexo del 61.1% y 27.4% para hombres y mujeres respectivamente (2.2 veces mayor en hombres que en mujeres). En las áreas urbanas la prevalencia actual fue de 45.7%, siendo 1.9 veces mayor en hombres que en mujeres (65% y 34.3%, respectivamente). En el caso de las áreas rurales la prevalencia actual fue del 35% con un diferencial de 57.7% para los hombres y de 17.7% para las mujeres. Las áreas indígenas alcanzaron una prevalencia de 35.2%, siendo de 55.7% y 19.7% en hombres y mujeres, respectivamente.

El consumo diario de bebidas alcohólicas en el distrito de Panamá presentó entre los encuestados porcentajes superiores a 3%. En el corregimiento de Santa Ana (3.8%). El resto de los corregimientos mostraron porcentajes inferiores. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas los fines de semana, porcentajes superiores a 19 se ubicaron en la población encuestada de los corregimientos de Santa Ana (20.8%), San Felipe (26%) y El Chorrillo (31.9%).

Según PREFREC, 59.6% de los hombres y 32.7% de las mujeres, refirió haber consumido bebidas alcohólicas en los 6 meses anteriores a la encuesta. De estos, 11.9% toma bebidas alcohólicas de 1 a 4 veces a la semana y 5.1% de 5 a 7 veces en la semana. Entre los que toman alcohol 44.6% toma 5 o más tragos, vaso, copa o cerveza al día, cuando lo hace y 24.6% toma de 3 a 4 tragos el día que toma.

Finalmente las ENT han alcanzado proporciones epidémicas, sin embargo, podría ser significativamente reducida, con millones de vidas salvadas y sufrimientos indeseables, mediante la reducción de sus factores de riesgo, con detección, tratamientos oportunos y reforzar la atención de la salud para las personas que ya sufren de enfermedades no transmisibles.

CARGA DE LA ENFERMEDAD

Los estudios de carga de la enfermedad²¹ miden las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyendo tanto aquellas debidas a la muerte prematura, como las pérdidas debidas a la discapacidad que producen dichos problemas de salud. De esta forma, los AVISA se obtienen al sumar: 1) los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (APMP) y 2) los Años Vividos con Discapacidad (AVD).

En las últimas dos décadas, el panorama mundial de la salud ha experimentado un rápido transformación. Personas de todo el mundo están viviendo más tiempo que nunca antes, y la población está envejeciendo, lo que hace que el número de personas en el mundo siga creciendo.

Muchos países han hecho progresos notables en la prevención de muertes infantiles. Como consecuencia, la carga de enfermedad se define cada vez más por la discapacidad en lugar de la mortalidad enfermedades transmisibles. Las principales causas de muerte y discapacidad han cambiado de enfermedades transmisibles en los niños a las enfermedades no transmisibles en los adultos.

Comer demasiado ha superado a la desnutrición como un factor de riesgo de enfermedad. Estas tendencias globales difieren según las regiones, y en ninguna parte es este contraste más llamativo que en el África subsahariana África. Las enfermedades transmisibles, maternas, nutricionales, y los recién nacidos siguen dominar toda el África sub-sahariana.

La Carga Global de la Enfermedad (GBD) es un esfuerzo sistemático, científico de cuantificar la magnitud comparativa de la pérdida de la salud debido a las

²¹ Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013.

enfermedades, lesiones y los factores de riesgo por edad, sexo y área geográfica, para puntos específicos en el tiempo.

La última versión de ese esfuerzo, de la Carga Global de la Enfermedades, Traumatismos y Factores de Riesgo es el Estudio del año 2010.

(GBD 2010), fue publicado en The Lancet en diciembre de 2012. La intención es crear un bien público global que será útil para informar el diseño de los sistemas de salud y la creación de políticas de salud pública. El estudio se basó en las estimaciones para la muerte prematura y discapacidad debido a las 291 enfermedades y lesiones, 1,160 secuelas (consecuencias directas de la enfermedad y lesiones) y 67 factores de riesgo de 20 grupos de edad de ambos sexos en 1990, 2005 y 2010.

GBD 2010 produjo estimaciones para 187 países y 21 regiones. En total, el estudio generó cerca de mil millones estimados de los resultados de salud.

La Carga mundial de las enfermedades, de las lesiones y factores de riesgo es un Estudio del 2010, en donde colaboraron cerca de 500 investigadores de 50 países liderado por la Instituto para la Métrica y Evaluación Sanitaria (IHME) de la Universidad de Washington. Es el mayor esfuerzo científico sistemático de la historia en cuantificar los niveles y las tendencias de la pérdida de la salud debido a las enfermedades, lesiones y factores de riesgo. GBD sirve como un bien público mundial para informar la formulación de políticas basadas en la evidencia y el diseño de sistemas de salud.

Carga de la enfermedad en panamá

Según el estudio de GBD 2010 en Panamá en cuanto al número de años de vida perdidos por muerte prematura en Panamá (APMP), la enfermedad isquémica del corazón, VIH / SIDA, y las enfermedades cerebrovasculares fueron las causas de mayor impacto en el 2010. De las 25 causas más importantes de la carga de la enfermedad, medida por los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), las enfermedades diarreicas mostraron el mayor descenso, cayendo un 43% entre 1990 y 2010. El factor de riesgo principal en Panamá es de los riesgos alimentarios (dietas malsanas).

Las mayor reducción con relación a todas las causas de mortalidad fue experimentada por los hombres <1 año (37%). Sin embargo, Los varones de 30-34 años de edad vieron el mayor aumento en la tasa de mortalidad (28%).

Con relación a los años vividos con discapacidad (AVD), entre las cinco principales causas de AVD en Panamá están los trastornos de la depresión, el dolor de espalda baja, anemia por deficiencia de hierro, dolor de cuello, y el asma.

En Panamá, entre las tres principales causas de años de vida saludables perdidos (AVISA) en 2010 fueron las enfermedades isquémicas del corazón, VIH / SIDA, y el trastorno depresivo mayor.

Un indicador muy relacionado con los AVAD es la esperanza de vida sana (EVAS), conocido en la literatura inglesa por las siglas HALE (healthy life expectancy). Según el estudio de la (GBD 2010) la EVAS para Panamá en el año 2010 se estimaron en 64.3 años para los hombres, 69 años para las mujeres.

Factores de riesgo

En general, los tres factores de riesgo que dan cuenta de la mayor carga de la enfermedad en Panamá son: los riesgos alimentarios, la presión arterial alta y los altos índices de masa corporal. Los factores de riesgo importantes para los niños menores de 5 años y los adultos de 15-49 años fueron la lactancia materna subóptima y el consumo de alcohol en exceso, en el año 2010.

28. ENFERMEDADES NUTRICIONALES Y DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES EN PANAMÁ

El informe del estudio sobre “Situación alimentaria y nutricional de la República de Panamá” recabada en el año 2008 por la tercera Encuesta Nacional de Niveles de Vida de la República de Panamá (ENV 2008), describe la situación nutricional del país a través de la evaluación antropométrica de todos los sujetos encuestados, donde hubo representación de los grupos etáreos de interés para la caracterización de problemas nutricionales como la desnutrición y la obesidad. El diseño muestral de la ENV 2008 aseguró que los datos incluidos sean representativos a nivel nacional y de áreas geográficas específicas. También se incluyó en la ENV 2008 una investigación sobre la adquisición de alimentos para el consumo familiar la cual se extrapoló convenientemente para llegar a estimaciones del consumo aparente de alimentos a nivel familiar e individual. Los datos disponibles para esta evaluación de prácticas del consumo alimentario solo permiten aproximaciones de la ingesta nutricional. Sin embargo, los resultados obtenidos constituyen un aporte valioso para la identificación de hábitos alimentarios y tendencias en el consumo de alimentos de grupos de población con riesgo de desequilibrios nutricionales.

Situación nutricional

Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años

De acuerdo con los estándares de la OMS metodología utilizada para evaluar este indicador en los informes anteriores (1997,2003 y 2008), el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) ha disminuido de 5.6% en el año 1997 a 3.9% en el año 2008 a nivel Nacional. Al analizar los datos por área, se destaca una disminución de 6.4 puntos porcentuales en el área indígena (variación de 18.8% en 1997 a 12.4% en 2008) y se evidencia una mejoría en las áreas rurales de 6.1% (1997) a 3.2% (2008). Sin embargo, en el área urbana se registra un aumento, ya que en 1997 el porcentaje de niños menores de 5 años con bajo peso para la edad era 1.8% y para el 2008 es 2.4%, véase cuadro 32.

Según los niveles de pobreza, se observa que **el bajo peso para la edad en condición moderada y severa** entre los menores de 5 años, para la población en **pobreza extrema** ha mejorado de 13.7% en el año 1997 a 9.4% en el año 2008; entre los **pobres no extremos** el cambio es de 3.3% a 2.8%, durante el mismo período; y entre los **no pobres** ha aumentado de 1.6% a 1.7%. En su mayoría, este grupo se ubica en las áreas urbanas.

**CUADRO 32: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PRE –
ESCOLARES*, SEGÚN ENCUESTAS DE NIVELES DE VIDA, AÑOS
1997, 2003 Y 2008**

ENV	Desnutrición global (Bajo peso moderado y severo) < de 5 años - Peso/ Edad		
	1,997	2,003	2,008
Dominio	5,6	5,1	3,9
Nacional	1,8	3,1	2,4
Urbana	6,1	4,1	3,2
Rural no indígena	18,8	16,5	12,4
indígena	1,6	1,7	1,7
No pobre	3,3	3,2	2,8
Pobre no extremo	13,7	12,4	9,4
Pobre extremo			

Nota: * OBS: Según estándares de la OMS < -2DE.

Fuente: Ministerio de Salud Dirección de Provisión de Servicios de Salud Departamento de Salud Nutricional.

En lo que se refiere a la desnutrición crónica, baja **talla moderada y severa para la edad < 5 años** se observa un aumento de 16.7% en el año 1997 a 19.1% en el año 2008. La mayor disminución se observa entre los menores de 5 años del **área rural no indígena**, de 18.1% a 17.3%, del 1997 al 2008 respectivamente. Sin embargo, se observa el aumento de la desnutrición crónica en el **área indígena** de 53.9% a 62.0% de 1997 al 2008 respectivamente. La desnutrición crónica en al **área urbana** pasó de 6.2% a 10.1%, en el mismo período, lo que representa un aumento. Sin embargo se redujo con relación al 2003 que fue de 15.7%, véase cuadro 33.

Cuando se analiza la situación de desnutrición crónica para el 2008 según talla para edad a nivel de área geográfica, se observa que la mayor prevalencia de desnutrición crónica se presentó en las áreas indígenas con 62.0%; este valor es tres veces mayor que la prevalencia nacional (19.1%), cuatro (4) veces mayor que la prevalencia de las áreas rurales (17.3%) y seis (6) veces la prevalencia de las áreas urbanas (10.5%). En relación a baja talla para la edad, según niveles de pobreza, la prevalencia de desnutrición en los niños en extrema pobreza es dos veces la prevalencia nacional, y seis veces la prevalencia de los no pobres.

**CUADRO 33: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PRE –
ESCOLARES*, SEGÚN ENCUESTAS DE NIVELES DE VIDA, AÑOS
1997, 2003 Y 2008**

**Desnutrición crónica
(Baja talla moderada y severa)
< de 5 años - Talla/ Edad**

Dominio	1,997	2,003	2,008
Nacional	16,7	22,2	19,1
Urbana	6,2	15,7	10,5
Rural no indígena	18,1	19,1	17,3
indígena	53,9	59,6	62,0
No pobre	5,0	11,0	6,8
Pobre no extremo	12,5	19,5	16,1
Pobre extremo	38,4	43,3	46,2

Nota: * OBS: Según estándares de la OMS < -2DE.

Fuente: Ministerio de Salud Dirección de Provisión de Servicios de Salud Departamento de Salud Nutricional.

Con relación al **estado nutricional** en los niños de 5 a 9 años presentados en la ENV 2008, los promedios de talla tienen el mismo valor en ambos sexos, no obstante los varones presentaron mayor deterioro. Al analizar los resultados por área de residencia y por nivel de pobreza, los escolares indígenas y los de pobreza extrema presentaron los promedios de talla más bajos en relación al promedio nacional. La prevalencia de baja talla moderada y severa en los escolares del área indígena es casi cuatro veces más alta que el promedio nacional. Lo que refleja la magnitud de las deficiencias de salud y nutrición a que estuvieron expuestos en los dos primeros años de vida.

Es importante señalar que la prevalencia de baja talla moderada y severa en escolares fue de 16.2% siendo mayor en el sexo masculino.

Estado nutricional de niños de 5 a 9 años según el índice de masa corporal (ENV 2008)

Al analizar la situación nutricional del grupo de escolares entre 5 y 9 años, según el índice de IMC/edad, se encontró que la prevalencia de bajo peso en el país (2.2%) estaba dentro de los límites aceptables a nivel internacional, mientras que el sobrepeso afectaba a más de 17.5% de los escolares y la obesidad era evidente en el 9.4%. Es importante resaltar la magnitud del exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) que afecta a casi tres escolares de cada diez, en ambos sexos. El bajo peso según IMC/edad en el área indígena (1.5%) y en los pobres extremos (1.4%) son inferiores al

promedio nacional. Las mayores proporciones de sobrepeso estuvieron entre los escolares del área indígena (32.6%) y de pobreza extrema (25.4%), situación que está influenciada por la talla baja que presentó la mayoría de estos escolares. Por otro lado, la obesidad fue mayor entre los escolares del área urbana (11.6%) y no pobre (14.5%), cifras dos veces mayor que las máximas esperadas de obesidad a nivel mundial (5%).

El estado nutricional de los escolares según el IMC/edad por provincias, los escolares de la provincia de Panamá presentaron las cifras más elevadas de bajo peso (3.3%) que el promedio nacional. Las cifras de sobrepeso en escolares fueron superiores en las comarcas indígenas (33.2%) y Bocas del Toro (31.6%). La Obesidad en los escolares fue superior en las provincias de Panamá (13.1%) y Herrera (11.2 %).

Si analizamos las tres encuestas de niveles de vida (1997, 2003 y 2008), en escolares, según el IMC/edad, el bajo peso disminuyó más de la mitad en todas las áreas y niveles de pobreza. Es importante resaltar el aumento de sobrepeso en todas las áreas y niveles de pobreza, más evidenciado en el área indígena y en escolares que vivían en condiciones de pobreza extrema. En cambio la obesidad presentó incrementos importantes en la población escolar del área urbana y de no pobreza.

Estado nutricional de adolescentes (ENV 2008)

El estado nutricional de los adolescentes medido con el IMC/edad reveló que el bajo peso afectó solamente el 2.2% de los niños de 10 a 17 años y fue similar en ambos sexos. El sobrepeso fue más elevado en el sexo femenino (22.2 %), mientras que la obesidad fue similar en ambos sexos. Un cuarto de los adolescentes presentó exceso de peso corporal, contrario a lo esperado ya que, durante la adolescencia, por el rápido ritmo de crecimiento, disminuye la prevalencia de exceso de peso corporal en relación al grupo de 5 a 9 años.

La prevalencia de sobrepeso según IMC/edad en adolescentes es similar en las diferentes áreas y niveles de pobreza, mientras que la obesidad es más elevada en el área urbana y en los adolescentes no pobres. El exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se mantiene elevado en todas las áreas y niveles de pobreza en este grupo poblacional.

Comparando los resultados de las ENV de los años 2003 y 2008, los adolescentes, a pesar de que se utilizaron patrones de referencia diferentes entre una encuesta y la otra, la variación de los resultados es consistente, tanto por área como por tipo de pobreza. El bajo peso disminuyó a nivel nacional y en todas las áreas y niveles de pobreza, excepto en el área indígena. El sobrepeso y la obesidad se han incrementado en todas las áreas y niveles de

pobreza. Llama la atención que la obesidad en los adolescente indígenas es muy baja en relación al nivel nacional.

Estado nutricional de adultos (ENV 2008)

La caracterización del estado nutricional de la población adulta encuestada durante la ejecución de la ENV 2008 se realizó con el índice de masa corporal (IMC). Estas categorías incluyeron: bajo peso (IMC menor de 18.5), normal (IMC de 18.5 a 24.9), sobrepeso (IMC de 25.0 a 29.9) y obesidad (IMC de 30.0 y más).

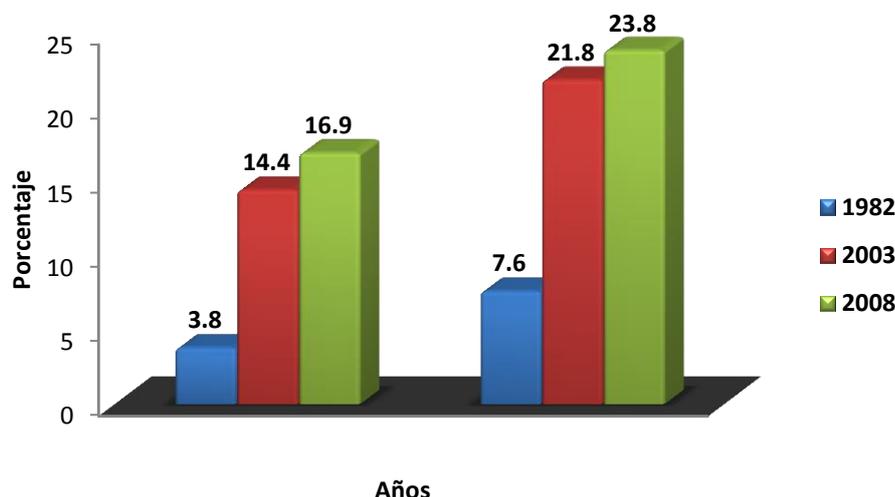
El bajo peso en los adultos no pareció ser un problema serio ya que solamente 2.8 % de los encuestados se ubicaron en esta categoría de estado nutricional, sin embargo, más de la mitad de la población tenía exceso de peso, con una prevalencia de sobrepeso en 36.4% y de obesidad en 20.4%.

La prevalencia de exceso de peso definido por el sobrepeso más la obesidad fue de 56.8%. Al comparar por sexo, la prevalencia de sobrepeso fue mayor en los hombres (37.1%) y la obesidad fue mayor entre las mujeres (23.8%).

Los análisis por grupos de edad indicaron una mayor prevalencia de bajo peso en los grupos de 75 años y más (9.3%) y en los de 18 a 29 años (4.6%). La distribución del sobrepeso y de la obesidad de acuerdo a categorías de edad, reveló que las tasas de prevalencia fueron más elevadas entre los adultos de mediana edad, con la mayor prevalencia de exceso de peso en el grupo de 50 a 59 años (69.0%). Los adultos de 50 a 59 años presentaron la más alta prevalencia de obesidad (27.2%). A partir de esta edad, se observó una tendencia a la disminución tanto en el sobrepeso como en la obesidad.

En el año 1982 se realizó una Encuesta Nacional de Nutrición (Bermúdez, 1982), en la cual se evaluó el estado nutricional de la población de acuerdo al IMC, según sexo. Estos resultados se compararon con las encuestas de Niveles de Vida de 2003 y 2008, ya que todos los estudios son representativos de la población panameña adulta; se puede observar el incremento importante de la prevalencia de obesidad en 24 años, la cual pasó de 3.8% en los hombres en 1982 al 16.9% en el 2008; y en las mujeres pasó del 7.6% al 23.8% en el mismo periodo, véase gráfico 27.

GRÁFICO 27: COMPARACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE NIVELES DE VIDA 2003 Y 2008 CON LA ENCUESTA NACIONAL DE NUTRICIÓN DEL AÑO 1982
(En porcentajes)



Fuente: Ministerio de Salud Dirección de Provisión de Servicios de Salud Departamento de Salud Nutricional.

Energía y macro nutrientes (ENV 2008)

La mayoría de la energía proviene de carbohidratos, sin embargo, la proporción es diferente en las tres áreas de residencia. Mientras en el área urbana la contribución de los carbohidratos es de 57%, en el área indígena llega a 75%. Las grasas totales aportan el 30% de la energía total en el área urbana, esta proporción es alta en comparación con el intervalo recomendado (20-25%). En el área rural el aporte está en 25% y en el área indígena en 16%, lo cual está muy por debajo del nivel recomendado.

La disponibilidad de energía en los hogares se reduce conforme es mayor el nivel de pobreza, en tal forma que mientras en los hogares no pobres la disponibilidad es de 2,280 Kcal diarias per cápita, en los hogares de extrema pobreza solamente es de 1,412 Kcal.

En el caso de los hogares no pobres la adecuación promedio es de 97%, mientras en los hogares en extrema pobreza llega solamente a 66%. Es decir, el efecto del nivel de pobreza en la disponibilidad de energía alimentaria es evidente.

Vitaminas (ENV 2008)

La adecuación promedio de la disponibilidad de riboflavina, vitamina A y vitamina C es afectada por el tamaño de hogar. A menor número de miembros del hogar mayor es la adecuación promedio, lo cual es más notorio en el caso de la vitamina C, donde las adecuaciones promedio son altas en los tres grupos (extrema pobreza, pobreza y no pobres), pero la diferencia entre los hogares con menos miembros (<5m) y los que tienen más miembros (>7m) es muy evidente.

En las otras dos vitaminas también se observa que la adecuación promedio en los hogares de mayor tamaño (>7) es menor que en los que tienen menor tamaño (<5m). Aunque los valores, en ambos casos son más bajos, principalmente en la vitamina A en la que los hogares con más de siete miembros la adecuación promedio sólo llega a 50%; es decir, únicamente cubre la mitad de las Recomendaciones Dietéticas Diarias (RDD).

Minerales (ENV 2008)

La disponibilidad de hierro es afectada por el tamaño del hogar, en cuanto mayor es el número de miembros en el hogar, menor es la adecuación promedio. Por otra parte, en el caso calcio y cinc, en las tres categorías de hogares la disponibilidad promedio de este mineral es igualmente deficiente, aunque sí es afectada ligeramente por el tamaño del hogar.

En el caso del hierro, si bien la adecuación promedio no es tan baja como en los otros minerales, cabe señalar que en los hogares con más de siete miembros más del 60% de los hogares tienen una adecuación inferior a 70% de las RDD, proporción que baja a 19% en los hogares con <5 miembros.

La disponibilidad de calcio es deficiente en los tres grupos; obviamente es bastante baja en los hogares con más de siete miembros, donde apenas la adecuación promedio llega a 29%, mientras en los que tienen menos de cinco miembros, la adecuación promedio es de 59%.

En lo referente a cinc, la disponibilidad promedio es igual de deficiente en los tres grupos, y es ligeramente afectada por el tamaño del hogar. Solamente un 11% de hogares alcanza un nivel satisfactorio en la disponibilidad de este mineral en los hogares con menos de cinco miembros y apenas un 3% en los hogares con más de siete miembros.

29. LA SALUD MENTAL EN PANAMÁ

La salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. La ausencia de salud mental, conlleva a los trastornos mentales y del comportamiento, los cuales suelen afectar a más del 25% de la población en algún momento de la vida, impactando la economía de las sociedades y la calidad de vida de los individuos y las familias.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2%. Muchos consideran que la primera causa de discapacidad en las Américas es la depresión.

Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes, responsables de discapacidades, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria, que en muchos casos es un factor presente en situaciones de violencia, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Se estima que la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento) en la Región es superior al 60%. Por ejemplo el 58% de las personas afectadas con psicosis no afectivas, 53.3% de las personas afectadas por alcoholismo, 46% de las personas con trastorno bipolar y un 41.1% de las personas con trastornos de ansiedad NO están siendo tratadas.

Situación de Salud Mental en Panamá

Según los datos recopilados de las consultas de salud mental en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, durante los años 2011 y 2012, las principales causas de trastornos mentales y del comportamiento, fueron los Trastornos de ansiedad, los Trastornos afectivos, Trastornos de conducta no especificado, Insomnio y los Trastornos de desarrollo de habilidades escolares, no especificado.

Durante el año 2011, en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, se brindaron un total de 25, 311 consultas, de las cuales 10,283

correspondieron al sexo masculino y 15,028 consultas (64.5%) al sexo femenino. Entre las principales causas de consultas podemos señalar las siguientes: los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, los trastornos de conducta no especificado, el insomnio no orgánico, los trastornos del desarrollo de las habilidades escolares no especificado, esquizofrenia, los trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda y el trastorno de adaptación.

Las Regiones de Salud con tasas más elevadas de trastornos mentales fueron: Los Santos, Herrera y Veraguas, superando la tasa de país de 679.7 x 100,000 habitantes, siendo las mujeres más afectadas (tasa de 811.4x100000) que los hombres (tasa de 549.4 x 100000).

Para el año 2012, se atendieron un total de 23,783 consultas, lo que representa una tasa de 627.9 x 100,000 habitantes. El mayor porcentaje de consultas fueron dadas a usuarias del sexo femenino: 14024 consultas, y 9759 consultas corresponden al sexo masculino.

Las principales causas de consulta durante este año, según tasas se detallan a continuación

CUADRO 34: PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL, EN LAS INSTALACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 2012

Morbilidad	Tasas
1. Trastorno de ansiedad no especificado	142.9
2. Episodio depresivo no especificado	58.3
3. Trastorno de ansiedad generalizado	28.6
4. Trastorno de la conducta, no especificado	23.7
5. Esquizofrenia no especificado	20.6
6. Insomnio no orgánico	15.7
7. Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares	14.8
8. Trastorno específico del desarrollo de la función	14.2
9. Trastorno mentales y del comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia	14.1
10. Trastorno mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda.	12.5

Fuente Institucional: Dirección de Planificación- Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA

El tema de la dependencia e intoxicación aguda por el alcohol, que ocupan la novena y décima posición, entre las principales causas de enfermar en salud mental de los usuarios (as) de la red de servicios de atención primaria en salud

mental del Ministerio de Salud, se expresa también en las estadísticas del Departamento de Infracciones Menores de la Dirección de Tránsito y Transporte Terrestre para el mismo período, en el cual se aplicaron 52,382 boletas de infracciones de tránsito, de los cuales el 13.4% del total de infracciones obedecen a embriaguez e intoxicación por estupefacientes, 5907 boletas por conducir con aliento alcohólico (11.3%) y 10487 boletas por conducir en estado de embriaguez comprobada o bajo efecto del alcohol (20%). El conducir en estado de embriaguez comprobada o bajo efecto del alcohol, se incrementó en un 5% del 2010 al 2012.

CUADRO 35: INFRACCIONES, POR EMBRIAGUEZ E INTOXICACIÓN POR ESTUPEFACIENTES REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO: 2012.

Embriaguez e intoxicación por estupefacientes...	Años					
	2010		2011		2012	
	49,229	15.2	42,586	15.0	52,382	13.4
Conducir con aliento alcohólico	5,959	12.1	5,916	13.9	5,907	11.3
Conducir en estado de embriaguez comprobada o bajo efecto del alcohol	7,530	15.3	7,767	18.2	10,487	20.0

Fuente: Departamento de Infracciones Menores de la Dirección de Tránsito y Transporte Terrestre

De acuerdo a la primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI) de Panamá, realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el alcohol se ha convertido en la primera droga de consumo en el país. La encuesta que fue aplicada en el 2007 a 25,748 personas mayores de 18 años a nivel nacional, también detectó que en el consumo de alcohol, en todos los casos, es más constante en los hombres que en las mujeres. No obstante, las mujeres tienen mayor prevalencia en las áreas urbanas versus las rurales. Los hombres comienzan a tomar alguna bebida alcohólica a edades más tempranas que las mujeres. La mayoría de entrevistados dijo haber ingerido bebidas alcohólicas por primera vez, entre los 18 y 24 años de edad.

El consumo de alcohol en las áreas indígenas reflejó un porcentaje ligeramente mayor que las urbanas y rurales para los grupos de menores de 12 años y de 13 a 15 años de edad. La diferencia por sexo, en el grupo de menores de 16 años, reflejó que en las áreas indígenas la edad de inicio en las mujeres y hombres es mayor que en las áreas urbanas y rurales. Curioso, en la población de 18 años o más, el consumo de tabaco y derivados es 7 veces mayor que el de drogas ilícitas, en tanto que el de alcohol es de cerca de 32 veces mayor. Al

relacionar el consumo de alcohol con el de tabaco, el primero es 4.5 veces mayor que el segundo, constituyéndose el alcohol en la primera droga de consumo en la actualidad.

No hay mucha información disponible acerca del patrón de consumo y por tanto es difícil evaluar el nivel de riesgo que este consumo podría generar para salud. El abuso del alcohol aumenta la probabilidad de desarrollar más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, entre ellas, intoxicación, violencia y accidentes de tránsito.

Morbi – Mortalidad en Salud Mental

Durante el año 2011, las neoplasias, las causas externas, las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, ocuparon las primeras causas de mortalidad en el país. Los factores de riesgo modificables asociados a estas causas, nos permiten identificar variables asociadas al comportamiento humano, tales como los estilos de vida, hábitos de alimentación, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y el manejo del estrés y de las emociones.

De acuerdo a la Encuesta de Salud y Calidad de Vida 2007, el tabaquismo en hombres adultos (18 años y más) muestra una prevalencia de 17,4 por ciento y en mujeres de 4 por ciento. Adicionalmente, datos de la Encuesta Mundial del Tabaquismo en Jóvenes patrocinada por la OMS y el CDC (Centro de Prevención y Control de Enfermedades), señalan que cerca del 10 por ciento de los jóvenes de 13 a 15 años de edad fuman en Panamá. El tabaquismo en jóvenes constituye un riesgo importante para la salud puesto que la evidencia internacional muestra que el tabaquismo comienza generalmente en la adolescencia temprana y que aquellas personas que comienzan a utilizar tabaco a una edad temprana tienen menor probabilidad de dejarlo y mayor probabilidad de convertirse en fumadores habituales que aquellos que comienzan después.

Según el Estudio de carga mundial de morbilidad 2004 - 2008 (Organización Mundial de la Salud. 2008 y 2011), las lesiones e injurias representaron la pérdida de 12.5 (AVAD) años de vida perdidos por discapacidad. Para el año 2011, los accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias, ocuparon la segunda posición entre las causas de muertes en nuestro país, constituyendo el 11.6% del total de muertes. Los hombres, fueron más afectados, con una tasa de 88.0 por 100,000, mientras que en las mujeres la tasa fue de 13.7 por 100,000.

Del total de accidentes, lesiones y otras violencias autoinfligidas y agresiones, los suicidios representan aproximadamente el 10%.

Según el estudio de GBD 2010 en Panamá, con relación a los años vividos con discapacidad (AVD), entre las cinco principales causas de AVD en Panamá están **los trastornos de la depresión**, el dolor de espalda baja, anemia por deficiencia de hierro, dolor de cuello, y el asma.

En Panamá, entre las tres principales causas de años de vida saludables perdidos (AVISA) en 2010 fueron las enfermedades isquémicas del corazón, VIH / SIDA, **y el trastorno depresivo mayor**.

CUADRO 36: DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES, LESIONES Y OTRAS VIOLENCIAS AUTOINFLIGIDAS Y AGRESIONES. PANAMÁ, AÑOS: 2000, 2005 – 2011

Año	Accidentes, lesiones y otras violencias autoinfligidas y agresiones.		Suicidios	
	Número	Tasa	Número	Tasa
2000	1337	46.8	144	4.9
2005	1442	44.7	172	5.3
2006	1703	51.90	186	5.7
2007	1613	46.4	170	5.1
2008	1837	51.9	186	5.5
2009	1975	54.9	178	5.2
2010	1959	53.5	152	4.3
2011	1901	51.10	144	3.9

Fuente Documental: Base de datos de INEC-Estadísticas Vitales, Contraloría General de la República.

Fuente Institucional: Dirección de Planificación- Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. MINSA

La evolución de las tasas de suicidio, durante la década del 2000 al 2010, constituyeron las tasas más elevadas, los años 2006 y 2008, con 5.7 y 5.5 por 100000 habitantes. El año 2011 presentó la tasa más baja, con 3.9 suicidios por 100,000 habitantes.

Un análisis desagregado de esta causa, nos permite señalar al suicidio como un problema de salud pública, dado su magnitud, gravedad, trascendencia social, pérdida de años de vida productiva y su impacto en el orden psicosocial de los afectados y sus familiares.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, durante el año 2011 ocurrieron 144 suicidios (lesiones autoinfligidas intencionalmente), lo que representa una tasa de 3.9 x 100000.

Las Regiones de Herrera, Los Santos, Chiriquí, Veraguas y Coclé, presentaron las tasas más elevados de suicidio; mientras que las Regiones con menores tasas, corresponden a la Región de Bocas del Toro, la Región Metropolitana y Darién.

El sexo masculino fue el más afectado con una tasa de 6.7 x 100,000 en relación a las mujeres, con una tasa de 1 x 100000 habitantes.

Componente de salud mental en los hospitales generales

En Panamá, se está ejecutando el componente de salud mental en los hospitales generales dentro de un entorno comunitario, con el objetivo de introducir dicho componente en las actividades rutinarias de los hospitales generales tanto a nivel de urgencia, hospitalización y psiquiatría de enlace, mediante el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de servicios y promoción del abordaje comunitario sobre salud mental.

Instituto Nacional de Salud Mental

El Instituto Nacional de Salud Mental cuenta con un total de 165 camas, de las cuales 50 camas (30%) corresponden al servicio de Geriatría, 40 camas (24%) al servicio de Recuperación; 45 camas (27%) a B.E, 10 camas (6%) al Servicio de U.C.I y 20 camas (12%) al Centro de Estudio y Tratamiento de Adicciones.

El porcentaje de ocupación fue de un 56%, un giro de cama de 3.67 y un promedio de día de estancia de 91.

El Centro de Estudio y Tratamiento de Adicciones, atendió un total de 88 pacientes (85% masculinos) en el año 2011, procedentes de las provincias de Bocas del Toro, Coclé, Colón, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Veraguas y de extranjeros. El 76% proceden de la provincia de Panamá, 6% de la provincia de Veraguas, 3% de las provincias de Coclé y Herrera y un 2% de las provincias de Bocas del Toro, Colón, Darién y extranjeros.

En el Programa Ambulatorio de Alto Riesgo fueron atendidos un total de 37 adolescentes, el 83.7% del sexo masculino.

Según el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Instituto Nacional de Salud Mental, de un total de 504 egresos en el año 2011, el 28.3% correspondieron al Trastorno afectivo bipolar, el 22.4% al trastorno mental y del

comportamiento debido al uso múltiple de droga, el 15.2% a la Esquizofrenia y un 7.7 y un 7.3% a los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol y Trastornos Psicóticos agudos y transitorios, respectivamente.

Si se agrupan los diagnósticos de egresos que corresponden al bloque diagnóstico F10 a F20, los trastornos mentales y del comportamiento asociados al uso de sustancias psicoactivas, ocuparon la primera posición, con un total de 176 casos que representan el 35% del total de egreso, afectando en un 77% (135 pacientes) al sexo masculino.

Recursos Humanos

El 31.6% del total de médicos psiquiatras, laboran en el área hospitalaria, de los cuales el 87% son recursos del Instituto Nacional de Salud Mental. El 68% de los psiquiatras, laboran en atención primaria, y en aquellas Regiones que disponen de Hospitales Generales, brindan atención en ambas instancias.

Para el año 2011, se contaba en el Instituto Nacional de Salud Mental, con un total de 333 recursos humanos : 33 Médicos (16 Psiquiatras, 5 de éstos brindan apoyo a varias Regiones de Salud) 10 Médicos Residentes, 1 Neurólogo, 1 Médico Internista, 3 Médicos Generales); 155 técnicos y 145 administrativos.

En cuanto al personal especializado en salud mental, se dispone de 47 enfermeras, 6 Psicólogos, 2 Trabajadoras Sociales, 2 Terapistas Ocupacionales y 11 Psiquiatras. Otras especialidades colaboradoras corresponden a 1 Neurólogo, 1 Médico Internista, 3 Médicos Generales y 10 Médicos Residentes.

Financiación

Con los sistemas contables actuales resulta difícil desglosar el presupuesto asignado a Salud Mental (excepto el del Instituto Nacional de Salud Mental), dado que está inmerso en el presupuesto global , el cual se elabora por objeto de gasto. Del total del presupuesto del Ministerio de Salud, el 1% está asignado a salud mental y corresponde al presupuesto de operaciones de Instituto Nacional de Salud Mental, el cual durante el periodo del 2008 al 2012, se ha mantenido estable, sin variaciones significativas.

SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ



30. EL SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ

La capacidad de respuesta de los gobiernos, frente a los problemas de salud de su población, evidencia dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud. La desigualdad en la atención de salud está dada no sólo por carencias de accesibilidad sociocultural y geográfica, sino principalmente por desigualdades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población.

Las reformas del sector de la salud en Panamá se iniciaron en la década de los noventa. Dichas reformas se orientaron hacia adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales y a los cambios demográficos, incrementar la cobertura, mejorar la eficiencia y calidad de los servicios, así como, en algunos casos, incrementar la equidad. La reforma se ligó a procesos de reforma del Estado, siendo el principal protagonista el Ministerio de Salud con el apoyo técnico o financiero de organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, pero con muy baja participación de la población o de sus representantes.

En 1998 el proceso de modernización del Estado puso en marcha el proyecto de Reforma del Sector Salud, dándole al proceso de integración otra perspectiva puesto que se unió el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para la compra de servicios de salud, planteando este nuevo modelo de gestión en el recién inaugurado Hospital San Miguel Arcángel de San Miguelito (HISMA). Este proceso de reforma de las políticas públicas de salud tuvo como meta lograr: equidad, eficiencia técnica, administrativa y financiera y la eficacia de las acciones de salud. La calidad o satisfacción óptima de la demanda y oferta de los servicios, expresada en su participación consciente y efectiva del proceso de producción social de salud.

En general, en las fases iniciales de la implementación de la reforma, no se definieron mecanismos de seguimiento y evaluación; si bien, posteriormente ha habido esfuerzos puntuales realizados para evaluar avances del proceso, persisten las dificultades para una evaluación integral y completa.

En la mayoría de países del área centro americana, así como en Panamá, se han introducido cambios o modificaciones constitucionales o en otras leyes de regulación básica del sector salud. Estos cambios en el marco jurídico se refieren principalmente al fortalecimiento de la capacidad rectora del sector de la salud con delimitación de sus componentes, la separación y organización de funciones (regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios), la descentralización y la reforma de las instituciones de seguridad social.

El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. Avanzar en la materialización efectiva de estos derechos implica por un lado, garantizar a toda la población atención pertinente a los problemas de salud, orientando las políticas hacia enfrentar cambios de la demanda, producto de las dinámicas demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requieren nuevas prestaciones y tratamientos, con el consecuente incremento de los costos. Esto significa abordar simultáneamente los aspectos relacionados con las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros y los problemas de articulación de los sistemas. La salud requiere de intervenciones intersectoriales, integradas en estrategias más amplias de desarrollo y de reducción de la pobreza.

30.1. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO (MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL)

El Modelo de salud de Panamá expresa la manera, contenidos filosofía, principios y valores con que el estado panameño organiza y brindar la atención en salud a su población. Por ello y reflejando esta visión social, el modelo de Atención en salud está orientado a la protección social, basado en el derecho humano a la salud, la APS renovada, asegura la equidad, la cobertura universal y la participación social activa, transparencia, rendición de cuentas, sin discriminaciones de etnia, cultura, género, edad, estado de salud, capacidad económica y procedencia geográfica. La atención debe ser aceptable socialmente, técnicamente eficaz y eficiente, continua, integral, cumpliendo con estrictos estándares bioéticos, jurídicos y psicosociales. El modelo es solidario de tal manera que se organiza para que el Estado sea el responsable del financiamiento de la atención pública el acceso a los servicios, no debe depender de la capacidad económica de los habitantes de manera de incidir en la reducción del gasto de bolsillo.

El modelo de atención (MA) debe brindar atención integral oportuna, es decir contener todos los elementos necesarios para recuperar y proteger la salud en el tiempo en que se requiere intervenir, sean estas acciones médicas o clínicas, curativas, preventivas, rehabilitadoras, sociales, psicológicas o ambientales, o cualquier otro factor que determine (acción intersectorial o promocional) la salud del grupo-comunidad el individuo o la familia., debe identificar riesgos, manejarlos, ser eminentemente preventivo, focalizado en mejorar la salud, pero capaz de tratar adecuadamente la enfermedad con sostenibilidad, humanismo, y credibilidad y centrado en el derecho.

El modelo debe ser eficiente y gestionado buscando siempre resultados concretos en la salud, debe articular todos los recursos del sistema de salud nacional, disminuir la segmentación y fragmentación en donde sea necesario, conduciendo y articulando el esfuerzo comunitario y en general la participación social para la salud ,siendo que la salud es un derecho y un deber, el mantener y mejorar la situación de salud implica un trabajo conjunto sector salud-sociedad, tanto a nivel individual, familiar y comunitario.

Elementos que caracterizan el modelo de atención.

El Modelo de Atención incluye un conjunto de características el concepto de salud, los elementos que determinan la organización de la estructura en red, los recursos de salud, el financiamiento, los actores, el alcance y la forma como la población accede al sistema, y recibe respuesta a sus derechos a la salud. El mismo debe otorgar a la población y al personal de salud las herramientas necesarias que le permitan distinguir los determinantes de estilos de vida,

ambientales, sociales, biológicas, los factores protectores y de riesgo; igualmente, permite a los usuarios empoderarse de la responsabilidad compartida con el sistema en la conservación de su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Por otro lado, al existir diferencias positivas específicas en cada comunidad, municipio, provincia o región, el modelo se estructura sobre el contexto nacional pero su aplicación será diferenciada dependiendo de cada contexto, regional o local. Se pensará nacionalmente pero con soluciones locales, lo que requiere que el recurso humano se planifique, se evalúe su desempeño en función de que desarrollen las competencias en un abordaje integral e integrado, liderazgo, negociación, organización y trabajo en equipo.

Estructura del modelo de atención

El equipo humano es el recurso más valioso del Sistema de Salud, con claras competencias, actitudes y aptitudes, que fortalezcan los valores de salud en la sociedad y la misión institucional en particular, esto requerirá de una gran planeación estratégica en la formación y capacitación permanente, estabilidad laboral, clima laboral óptimo e incentivos ligados al desempeño. El equipo de salud será crucial para implementar, mantener su dinámica y gestionar la sostenibilidad del modelo de atención.

Este esfuerzo de mejorar la acción del sistema de salud a través del Modelo, implica disponer de presupuestos para dotar de estructura (edificios, sistema de información y comunicación), equipo, normas y protocolos, insumos y materiales suficientes, apropiados, de buena calidad, culturalmente aceptables a la diversidad etaria, de género, étnica y geográfica del país, para dar respuesta a las necesidades de salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, así como la atención continuada dentro de la red de servicios.

El modelo de atención reorganiza la red para responder de manera continua, integral, integrada y oportuna; para ello, debe de contar con el modelo de gestión y financiamiento articulado. La red debe considerar algunos paradigmas que aseguren su funcionamiento donde se defina claramente la puerta de entrada y el rol de los hospitales ligados a la concepción de la sociedad, el equipo de salud y el que tradicionalmente le ha asignado el sistema de salud.

El Modelo garantiza una alianza entre la comunidad y el personal de salud con responsabilidad sobre la población del área territorial asignada. Aborda la brecha en el alcance del derecho a la salud como una oportunidad para generar transformaciones, es integrador de actores sociales y es flexible de acuerdo a los escenarios donde se aplique.

El funcionamiento de la red de servicios establecida a través del modelo de atención debe tener sus planes de mitigación de riesgo, preparación y respuesta ante situaciones de desastre, con la conducción del SISED y en coordinación con SINAPROC.

Ámbito de actuación del modelo

a. Salud Integral del Individuo

El Modelo de Atención implica garantizar el derecho de las personas desde sus múltiples dimensiones: física, mental, social y espiritual; desde la promoción, prevención, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidado paliativo; en todo el curso de su vida y en su relación con la comunidad y el ambiente.

El modelo debe brindar atención continuada en el curso de la vida, acompañar a los individuos y sus familias en sus distintas etapas vitales y en cada etapa identificando los factores protectores y factores de riesgos individuales, familiares, comunitarios y ambientales. El Modelo de Atención organiza sus servicios en red de manera que garantiza la continuidad y la respuesta a las necesidades de salud de la población.

Además el modelo debe priorizar a los individuos, familias y grupos humanos con mayores riesgos de salud y brechas sociales, ya que salud es un instrumento para la lucha contra la pobreza y la inequidad, en este contexto el modelo es un medio más para articular la red de protección social del país.

b. Salud Integral de la Familia

El modelo de atención busca generar en las familias las capacidades de participación en políticas de salud locales, el autocuidado, visualizar los factores protectores y de riesgo y el papel que tiene las determinantes de la salud, en el contexto integral de sus circunstancias familiares, culturales, de sus condiciones de vida, trabajo y recreación,

Las familias es una institución irremplazable en la sociedad que funciona como un sistema, con capacidad de transformarse constantemente y cumple con funciones básicas aparte de la reproducción, entregar afecto a sus miembros, educar, proteger, socializar, transmitir valores, elementos que el modelo afianzará y hará propios. E incorpora todas las estructuras de familia existentes.

Las familias en sí mismas son receptoras y en ocasiones prestadoras de los servicios de salud, mediante el modelo influir en las familias en afianzar los factores positivos y limitar lo negativos, por lo tanto la concepción que tenga la familia de la salud es importante para lograr el autocuidado. La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en primera

instancia en el contexto familiar, reforzado o desechado en el área escolar, contextos en el que modelo deberá interactuar para influir positivamente en la salud.

La complejidad de la problemática que afecta la familia cotidianamente se ha visto incrementada con el desarrollo tecnológico y medios de comunicación. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual, de donde aprende “ el proceso de socialización” y las “pautas transaccionales” que le permitirán funcionar a lo largo de su existencia y evolución individual y su capacidad de influir en otras familias, en la comunidad y en el ambiente.

c. Salud Integral de la Comunidad y el Ambiente

Salud de la Comunidad, el modelo intervendrá en conjunto con la población, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que inciden en la salud de la comunidad en la generación de políticas, planes, programas y normas locales que en conjunto crean un ambiente saludable libre de riesgos.

El modelo considerará las poblaciones migrantes y desplazadas por situaciones laborales desfavorables, desastres, condiciones sociales de inseguridad en sus países de origen, asegurando que su ingreso al sistema sea en base a la salud como derecho humano.

Panamá es signataria de una serie de convenios, acuerdos y lineamientos internacionales y nacionales, que orientan el desarrollo en materia de ambiente y salud que el modelo considerará, para incidir en esta determinante de la salud.

30.2. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sistema de salud panameño está compuesto por un sector público y un sector privado.

El sector público cubre a la mayor parte de la población panameña y está constituido por el Ministerio de Salud (MINSa) y la Caja de Seguro Social (CSS). Formalmente también incluye al Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la Salud (ICGES), Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA) y Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD).

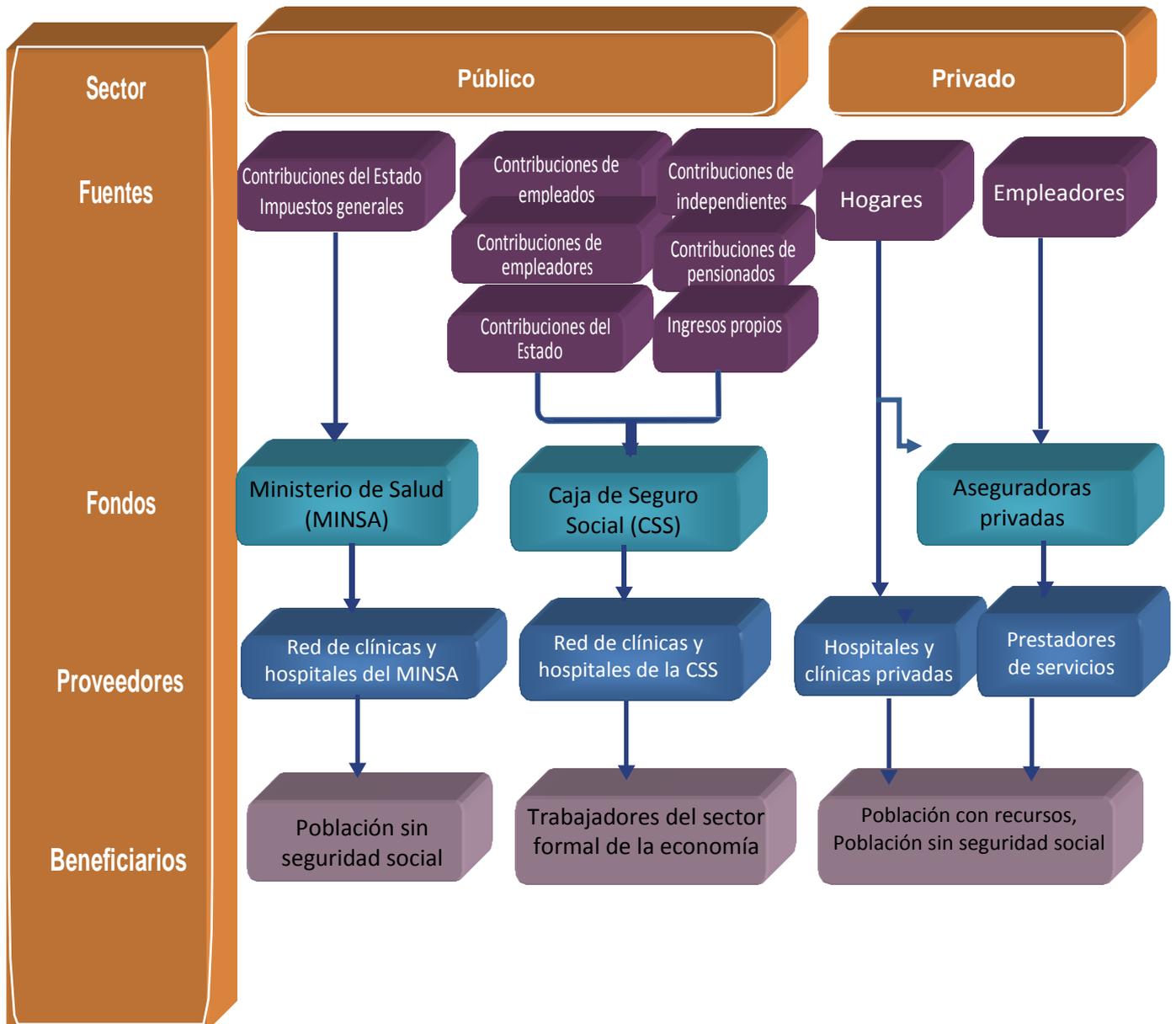
El MINSa, además de fungir como rector del sistema de salud, presta el servicio a las personas sin seguridad social y en ocasiones a la población en general, ya que el Ministerio de Salud tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población. La seguridad social está en manos de la Caja de Seguro Social (CSS). La CSS es una institución pública autónoma independiente adscrita al Sector Salud. El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal en los tres niveles de atención. Estas dos redes, aunque funcionan de manera independiente, han podido establecer cierta coordinación, de tal manera que algunos beneficiarios de la CSS reciben atención en los establecimientos del MINSa.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y contribuciones de los empleados. El MINSa se financia con recursos del gobierno central, que se obtienen vía la recaudación de impuestos, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención.

Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y los servicios son ofrecidos en clínicas y hospitales privados, véase mapa 2.

MAPA 2: SISTEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PANAMÁ



Fuente: Ministerio de Salud de Panamá

La mayor parte de los países de la Región, así como en Panamá se caracterizan por tener sistemas de salud mixtos; el ministerio de salud, el sector privado, y las organizaciones de seguridad social prestan servicios a segmentos diferenciados de población. Este escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión genera la segmentación. De igual manera, la existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación e integración dentro del sistema de salud induce a la fragmentación; así como a la separación de las funciones del sistema de salud. Esto aumenta el costo de atención de salud y obstaculiza la asignación eficiente de recursos dentro del sistema.

Ambos fenómenos, repercuten en el incremento de gastos de administración, la reducción del tamaño de beneficiarios y en el logro de la equidad y de la eficiencia. Asimismo, han impactado en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización; por el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, progresivo aumento en la participación de los seguros privados; y un marcado deterioro de la salud pública.

30.3. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 109 y 110 establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación. Este mandato de la Carta Magna se traduce posteriormente en el Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969, que crea el Ministerio de Salud (MINSAL) y lo consagra como la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y por ende consignatario de las cuatro funciones básicas que le competen. Sin embargo, algunas de ellas se encuentran separadas y concentradas en otras organizaciones gubernamentales a saber; 1. La Caja de Seguro Social (CSS), delegataria de la función de aseguramiento y seguridad social y 2. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), quien es responsable por el manejo financiero del país incluido la función de financiamiento del Sector Salud. 2.1. Conducción de la Política General de Salud El MINSAL, conserva las funciones de conducción, aunque algunas de ellas compartidas con otras entidades como es el caso; el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (IGES), creado mediante la ley 78 del 17 de diciembre de 2003, responde por la conducción en el área de investigación científica y tecnología en materia de salud.

El sistema público del MINSAL, está dividido en 14 regiones sanitarias en donde tienen presencia La CSS con presencia en 9 regiones del país. En términos generales, esta red debería ser suficiente para cubrir la totalidad de la

población panameña. Sin embargo, existe una irregular distribución tanto de la red como del recurso humano con una concentración mayor en las áreas urbanas y una fragmentación del sistema con segmentación en la cartera de servicios en detrimento de la población, especialmente no afiliada a la seguridad social, que vive en zonas apartadas y/o rurales.

Para el año 2012 el MINSA contaba con 3 Hospitales nacionales especializados, 10 Hospitales regionales, 10 Hospitales rurales de áreas, 2 Institutos especializados, 1 MINSA-CAPSI, Policentros 6, Centros de salud 186, Sub-centros de salud 119, Puestos de salud 486, Centros de promoción de la salud 8. Al 2010 se tenían 4 centros REINTEGRA de rehabilitación integral, unidades ejecutoras adscritas administrativa, técnica y funcionalmente a las Direcciones Regionales de Chiriquí y Veraguas, Colón y Los Santos para mejorar el acceso y la atención integral de las personas con discapacidad. **TOTAL 835.**

Por su parte la CSS contaba con 1 Hospitales nacionales especializados, 1 Hospital Nacional Hogar de la Esperanza, 7 Hospitales regionales, 3 Hospitales sectoriales, 2 Hospitales de área y el nuevo Hospital de la 24 de Diciembre entregado por el MINSA a la CSS en el 2012. Además, cuenta con 26 Policlínicas y 38 Unidades locales de atención primaria y Centros de atención prevención y promoción de la salud. **TOTAL 80.** Tanto el MINSA como la CSS suman un **GRAN TOTAL 915** instalaciones de salud en todo el país, véase cuadro 34.

INSTALACIONES DE SALUD



SITUACIÓN DE SALUD DE PANAMÁ

CUADRO 37: INSTALACIONES DE SALUD DEL MINSA Y LA CSS POR DENOMINACIÓN Y SEGÚN REGIÓN DE SALUD

Región de Salud	Total del País			Hospital			Caja de Seguro Social			MINSA CAPSI	Policentro	Centro de Promoción	Centro Reintegra	Instituto Especializado	Centro de Salud			Sub Centro de Salud				Puesto de Salud			
	Total	MINSA	C.S.S.	Total	MINSA	C.S.S.	Patronato	Policlínica	CAPPS						ULAPS	Total	Funciona	No Funciona	Total	Funciona	No Funciona	Solo por Gira	Total	Funciona	No Funciona
TOTAL GENERAL	915	835	80	39	19	16	4	26	23	15	1	6	8	4	2	186	186	0	119	113	6	8	486	399	87
Bocas del Toro	43	38	5	4	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12	12	0	3	3	0	0	22	18	4
Coclé	90	85	5	2	1	1	0	3	0	1	0	0	3	0	0	18	18	0	8	7	1	0	55	53	2
Colón	73	68	5	1	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	12	12	0	13	13	0	0	41	38	3
Chiriquí	122	104	18	3	0	2	1	4	9	3	0	2	0	1	0	31	31	0	22	22	0	0	47	27	20
Darién	62	62	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	8	8	0	0	45	41	4
Herrera	45	39	6	3	2	1	0	1	4	0	0	0	1	1	0	15	15	0	20	19	1	8	0	0	0
Los Santos	42	37	5	4	4	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	12	12	0	21	19	2	0	0	0	0
Panamá Este	64	62	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0	51	29	22
Panamá Oeste	78	69	9	1	1	0	0	3	2	4	0	0	1	0	0	11	11	0	11	9	2	0	45	39	6
Panamá Metro	45	30	15	9	1	5	3	5	3	2	1	2	2	0	2	16	16	0	1	1	0	0	2	0	2
San Miguelito	20	14	6	2	1	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0	9	9	0	4	4	0	0	0	0	0
Veraguas	93	89	4	3	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	18	18	0	0	0	0	0	67	65	2
Kuna Yala	20	20	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	0	6	6	0	0	6	6	0
Ngäbe Bugle	118	118	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	2	2	0	0	105	83	22

Fuente: Dirección de Planificación del Ministerio de Salud, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud

El Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), realiza anualmente la encuesta sobre los recursos y servicios de salud de la República. Durante la encuesta del 2011 funcionaban en el país 860 instalaciones de salud. De este total, el 61.3 por ciento eran subcentros y puestos de salud, el 31.5 por ciento centros de salud y policlínicas, mientras que el 7.2 por ciento eran hospitales. Al comparar la cifra del año en mención con el 2010, que fue de 866 instalaciones, se observó una disminución de 0.7 por ciento, debido a que algunas instalaciones de salud no funcionaron.

Para este mismo período, las instalaciones de salud hospitalarias disponían de 8,430 camas para atender a la población que requieren de este servicio, lo que denota un aumento de 56 camas, es decir, 0.7 por ciento, con relación a las 8,374 del 2010. Además, el porcentaje ocupacional o índice de ocupación de camas fue de 47.0 por ciento a nivel total.

Cuando se analizó este mismo indicador por dependencia, se observó que en el sector público es de 89.5 por ciento y en el particular de 10.5 por ciento. El análisis permite destacar que nuestro país tiene una capacidad instalada de 2.3 camas por cada 1,000 habitantes; la capacidad que recomienda la Organización Mundial de la Salud, es de 3 camas por cada 1,000 habitantes. Sin embargo, este indicador mostró diferencias marcadas cuando se analizó por área, así el área urbana registró una tasa de 2.9 camas, en tanto, el área rural se mantuvo en 1.3 camas por cada 1,000 habitantes. De este total de camas 4,200 pertenecen al MINSA, 3,187 a la CSS y 1,043 a instalaciones de salud particulares y otras.

30.4. PROTECCIÓN SOCIAL

La Constitución Política de la República de Panamá, en sus artículos 109 y 110 establece la obligatoriedad del Estado de asegurar el acceso de toda la población panameña a servicios integrales de prevención, curación y rehabilitación. Este mandato se traduce posteriormente en el Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969, que crea el Ministerio de Salud (MINSA) y lo consagra como la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y por ende consignatario de las cuatro funciones básicas que le competen. Sin embargo, algunas de ellas se encuentran separadas y concentradas en otras organizaciones gubernamentales como. La Caja de Seguro Social (CSS), delegataria de la función de aseguramiento y seguridad social. El aseguramiento en Panamá cuenta con un sistema de seguridad social clásico administrado por la CSS. Este mandato proviene de dos elementos: el primero surge de la Constitución Nacional, la cual consagra el derecho de los

ciudadanos a la seguridad social mediante el artículo 109 y un segundo elemento constituido por la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, formulada inicialmente en 1954, la cual fue modificada por la ley 51 del 2005, que busca garantizar la sostenibilidad financiera del seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

Como era de esperarse con este tipo de reforma del sector de pensiones, las modificaciones más importantes introducidas están en directa relación con incrementos en el techo de cotización, el número de semanas requeridas y la edad de jubilación, al tiempo que introdujo el régimen de ahorro personal, pero administrado por la misma CSS. Sin embargo, en el artículo 134 de la Ley N° 51, se establece la obligatoriedad de la CSS de adelantar programas preventivos y coordinar acciones y servicios con el MINSA, que podría ser el inicio de un proceso de integración funcional en el futuro, especialmente en la ciudad capital.

La CSS como ente autónomo e independiente adscrita al Sector Salud, tiene por objeto garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, en los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución, la Ley y las posibilidades financieras de la Institución. La Ley Orgánica de la CSS establece las modalidades de afiliación y el grupo de beneficiarios del sistema. En general, existen dos tipos de afiliados: los afiliados obligatorios, constituidos por los trabajadores formales del sector público y privado; los trabajadores independientes que brinden sus servicios al Gobierno; o de manera formal a la empresa privada; y los afiliados voluntarios, personas al servicio de organismos internacionales, personas al servicio de misiones diplomáticas, personas que no están sujetas al régimen obligatorio y trabajadores menores de edad con iguales beneficios que los mayores de edad.

En general, se describen como beneficiarios, el cónyuge o compañero/a permanente, los padres y sus dependientes hasta la mayoría de edad (18 años o hasta los 25 años, si se trata de estudiantes debidamente comprobados), siempre y cuando no exista la figura de emancipación voluntaria y estén inscritos en el sistema educativo formal del país.

La cobertura de la Caja de Seguro Social para el año 2011 alcanzó el 80.0% de la población total del país, ésta tendencia positiva se atribuye a la generación de empleo, al crecimiento económico, como respuesta a la aplicación de la ley 51 y a las políticas de desarrollo que el gobierno nacional está implementando.

Cabe señalar, que este aumento de la protección social se refleja cada año, así tenemos que para el 2005 se tiene una población protegida de 2,156, 208 (65.42%), incrementándose el porcentaje de cobertura en 68.59% para el año 2006. Además, para el año 2009 y 2011 se presentaron aumentos de 78.08% y 80.0%, respectivamente. De este 80.0%, 57% son dependiente, 7% asegurados cotizantes pensionados y 36% asegurados cotizantes activos. El restante 20.0% no está afiliado a la seguridad social, es responsabilidad del Ministerio de Salud. **Sin embargo, el MINSA atiende un total de 33%²² de los asegurados en las instalaciones de la red del Ministerio de Salud, sumado al 20% de los no asegurados representan un 53% de la población del país, véase cuadro 38.**

CUADRO 38: PORCENTAJE DE POBLACIÓN PROTEJIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS SELECCIONADOS 2005-2011

Año	Población Total	Población Protegida	Porcentaje de cobertura
2005	3,228,186	2,156,208	67%
2006	3,283,959	2,300,319	70%
2007	3,339,781	2,478,327	74%
2008	3,395,346	2,630,176	77%
2009	3,449,989	2,754,761	80%
2011*	3,723,821	2,973,971	80%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General De la República de Panamá

31. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN PANAMÁ

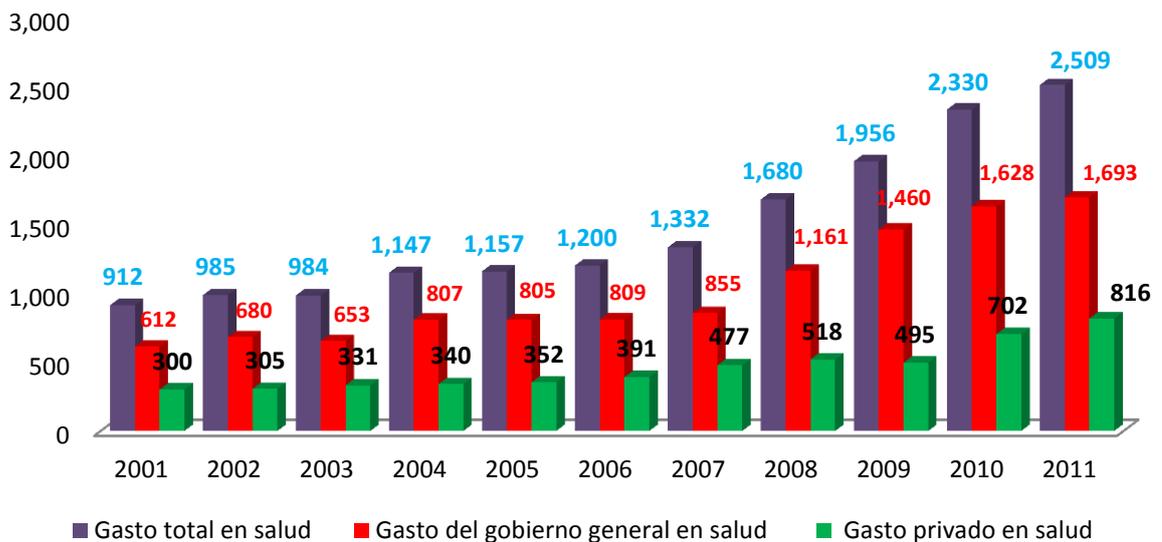
31.1. GASTO EN SALUD Y FINANCIAMIENTO

El financiamiento del Gasto Total en Salud de acuerdo con cifras publicadas por la OMS, estimado para el 2011 fue de B/. 2,509 millones (Ver gráfico 26). Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.2% en el 2011). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de B/. 673 millones (33%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros pre pagados. El resto de los recursos (cerca de B/.1, 693 millones), son financiados

²² Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del MINSA, año 2012.

entre el Sistema de Seguridad Social (B/. 602 Millones) y el Ministerio de Salud (B/.1,091 millones). Si lo miramos como inversión total per cápita, el estado panameño destinaría cerca de B/.703 dólares por persona por año. Si analizamos los montos informados por el MINSa de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los B/.10 millones de dólares al año, lo que representa menos del 0.3% del Gasto total en Salud. Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per cápita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

GRÁFICA 26: ESTIMACIONES DEL GASTO EN SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2001-2011 (En Millones de Balboas)

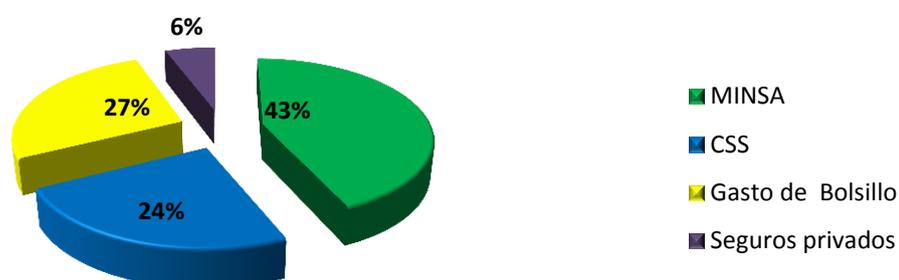


Fuente: OPS/OMS, estimaciones anuales del gasto público y privado en salud 1/PIB a precios corrientes (B/.30, 677,8 Millones), año 2011

¿Quién paga?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 67% del gasto total en salud en Panamá es público y 33% privado (gráfica 27). Dentro del gasto público, el gasto del MINSa representa 43% y el restante 24% corresponde a la CSS. Con respecto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa 27% y el 6% corresponde a seguros médicos privados véase gráfico 27.

GRÁFICO 27: DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2011
(En porcentajes)



Fuente: OPS/OMS, estimaciones anuales del gasto público y privado en salud

El gasto del MINSa se financia básicamente con impuestos generales, mientras que, la Caja de Seguro Social se financia con recursos provenientes de seis fuentes distintas: i) Estado, ii) empleados, iii) empleadores, iv) trabajadores independientes y afiliados voluntarios, v) pensionados y vi) ingresos provenientes de la gestión propia de la CSS. La primera contribución del Estado equivale a 0.8% del sueldos y otras bases de cotización de los afiliados cotizantes.

Además, el Estado participa con aportaciones vinculadas al impuesto a bebidas gaseosas, bebidas alcohólicas y cigarrillos, el pago de una compensación por la retención y la transferencia de impuestos a salarios, los ingresos del Fondo Fiduciario de la Caja y dos subsidios con montos fijos, uno anual de 20.5 millones de balboas (equivalentes a la misma cantidad de dólares americanos), destinado a compensar las fluctuaciones en las tasas de interés de las inversiones de los fondos de la CSS, y un subsidio temporal de 75 millones de balboas para financiar la racionalización del gasto en salud.

Desde enero de 2008 y hasta diciembre de 2010, los empleados participan con una cotización equivalente al 8% de su sueldo, proporción que se incrementará a 9% entre 2011 y 2012, y a 9.25% a partir de enero 2013. Además deben participar con otra cuota equivalente al 7.25% de una de las tres partidas del pago que reciben por el décimo tercer mes de salario. Los empleadores están obligados a pagar una cuota equivalente a 11.5% de los salarios pagados entre 2008 y 2010, cantidad que aumentará a 12% para el período 2011 – 2012 y a 12.25% a partir del 2013. También pagan una cuota por el seguro de riesgos profesionales, además del 10.75% del décimo tercer mes de salarios pagados.

Entre 2008 y 2010 los trabajadores independientes y los afiliados voluntarios participarán con 9.5% de sus ingresos mensuales declarados para el Seguro de Enfermedad y Maternidad y 20.25% por el paquete total que incluye salud y pensiones. Estos porcentajes cambiarán a 8.50% y 22.00%, respectivamente, a partir de 2013 pensionados, jubilados y afiliados que reciben subvenciones económicas participan con 6.75% de sus ingresos derivados de alguna de esas fuentes.

¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

Para el caso de la CSS, el presupuesto es aprobado por la Junta Directiva de esa entidad, donde además de las dos partes (obreros y patronos) tienen asiento otras entidades, como los Ministerios del Trabajo, Salud y Economía y Finanzas. Una vez aprobado este presupuesto es dividido en dos grandes rubros a saber; de funcionamiento e inversión y distribuidos a la red, acorde con estimados históricos y recientemente presupuesto por resultados (para el caso del MINSA) El control del uso de los recursos es ejercido por la Contraloría General de la República y es de carácter previo a la ejecución del gasto. Los hospitales de III nivel y los Institutos especializados de carácter nacional, poseen una figura administrativa denominada “patronatos” presididos por una junta directiva, encabezada por el Ministro de Salud o su delegado. Estas “juntas” se consideran autónomas para ejercer la función ejecutiva de la entidad cuyo representante legal es un gerente escogido por ellos, pero posesionado por el Ministro de Salud. Otras fuentes de recursos para la Red Pública del Ministerio está representada por las cuotas de recuperación o co-pagos, cuyo monto es generalmente determinado por los patronatos, pero que en términos generales no representa más allá del 1% del costo real del servicio, ni más del 5% de los recursos disponibles. Estos co-pagos aplican para servicios de primer nivel. Sin embargo, cuando se trata de población sin capacidad de pago al momento de recibir una atención, la misma no le es negada.

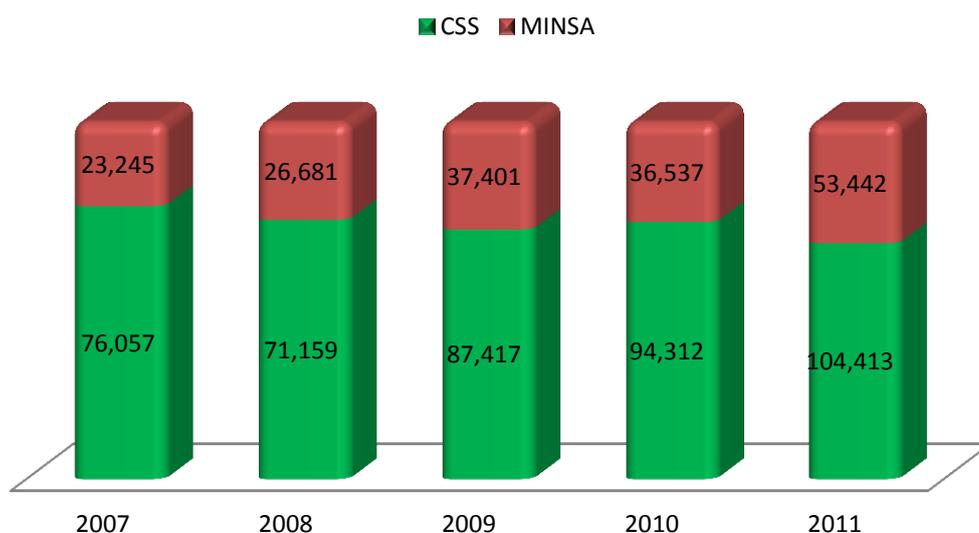
¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

La CSS registro un incremento en el presupuesto de compra de medicamentos de 76 millones de balboas en el 2007, a 104.4 millones de balboas en el año 2011, El MINSA por su parte incrementa su presupuesto de 23.2 millones de balboas en el 2007 a 53.4 millones de balboas en el 2011 de medicamentos, lo cual suma un monto de 157.8 millones de balboas en la compra de medicamentos requeridos por los asegurados y no asegurados del sector público de salud para el año 2011, véase gráfico 28.

Actualmente la lista Oficial de Medicamentos contiene más de 604 renglones de medicamentos para atender los problemas de los asegurados y 382 renglones de medicamentos para los no asegurados de todo el país.

En el 2010 el nivel de abastecimiento de medicamentos del MINSA era de un 75.14%, y para la CSS se alcanzó reducir el porcentaje del desabastecimiento de medicamentos de un 12% registrado como promedio en el año 2009, a un 5% a 6% en septiembre del año 2010.

GRÁFICO 28: GASTO DE MEDICAMENTOS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO 2007- 2011 (En millones de balboas)



Fuente: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Sistema de Información Geográfico.

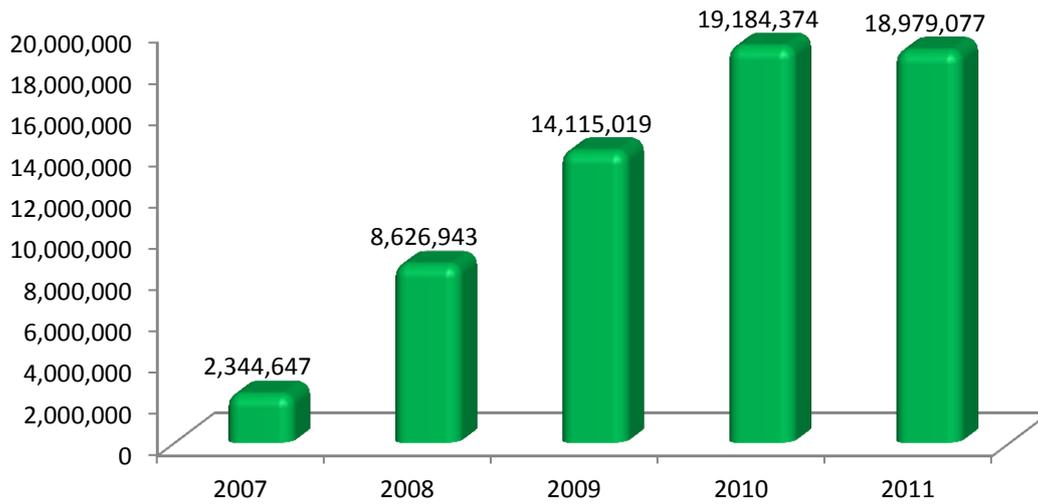
El gasto de medicamentos y exámenes de laboratorio ha crecido de manera importante en los últimos años debido al aumento en el número de prescripciones, la incorporación a la lista de algunos medicamentos muy costosos para la atención de enfermedades como VIH/sida, tratamientos como el cáncer, vacunas y el incremento general de los precios de los medicamentos.

Según, el Sistema de Información Geográfico de Medicamentos del ICGES, para el MINSA el grupo de farmacológico que representa el mayor monto del presupuesto para el período de estudio (2007-2011) es el grupo de los anti infecciosos generales para uso sistémico. En cambio Para la Caja de Seguro Social el grupo farmacológico que mayor monto representa es el grupo de los medicamentos del sistema cardiovascular y los agentes antineoplásicos.

Las vacunas a nivel nacional se adquieren a través del MINSA. Durante los últimos 5 años el país ha invertido un total para el período (2007-2011) B/.63 250 060. Este incremento puede estar explicado por la inclusión de nuevas

vacunas en los esquemas de vacunación (Papiloma virus, Neumococo), véase gráfico 29.

GRÁFICO 29: GASTO GLOBAL EN VACUNAS EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 2007- 2011
(En millones de balboas)



Fuente: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Sistema de Información Geográfico.

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD



32. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN PANAMÁ

Recursos humanos en salud

La formación de los profesionales de la salud se lleva a cabo en las instituciones de educación superior, tanto en el sector público como en el privado.

La capacitación y actualización del personal de salud es responsabilidad de cada institución empleadora, aunque en algunos casos los profesionales realizan las capacitaciones por cuenta propia, los Colegios correspondientes no otorgan certificación y recertificación a sus afiliados. El Consejo Técnico de Salud y la Universidad de Panamá asesoran al MINSA en el otorgamiento de la autorización para el ejercicio de las profesiones médicas y otras afines. Por otra parte, en 2004 y 2006 se adoptaron la Ley 43 y el Reglamento del Régimen de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos en las Disciplinas de la Salud. Estos instrumentos legales establecen los procesos de certificación y recertificación de los recursos humanos profesionales, especializados y técnicos a través del Colegio Médico, el cual fue creado en 2004. Esta ley busca facilitar la evaluación del nivel de competencia académica, científica y técnica, así como de la conducta ética de los profesionales médicos, además de promover su actualización continua y permanente. Las entidades públicas y privadas que forman a los recursos humanos en las ciencias de la salud son responsables de promover los procesos de certificación ante el Colegio Médico.

El país cuenta con un sistema nacional de información sobre recursos humanos en salud, es manejado por El Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de La República de Panamá, reporta información del sector público y la información del sector privado.

La planeación de los recursos humanos en salud ha sido una tarea reconocida oficialmente como prioritaria, pero ha producido pocos resultados. Sin embargo, sus actividades se han concentrado en programas de estudio, y en el diseño y aplicación del **Examen Nacional de Residencias Médicas**. No ha sido posible consolidar la coordinación y el trabajo permanente, entre las instituciones formadoras y las empleadoras en el sector salud que han impedido concretar acciones hoy apremiantes para los Recursos Humanos en Salud.

En el 2011 el país contaba con un total de 5,551 médicos (as), dedicados a funciones administrativas y sanitarias, 4,744 enfermeras(os), y 1,114 odontólogos(as), entre otro personal de salud. El total del personal de salud en

estas tres categorías asciende a 11,409 del sector público y privado. Al comparar estas cifras con las del 2010 se observó un aumento en los médicos(as) de 8.4 por ciento, en los odontólogos(as) de 2.1 por ciento y en las enfermeras(os) de 6.5 por ciento, como se muestra en la gráfica 30.

Convencionalmente, la disponibilidad de recursos humanos se ha calculado de acuerdo al número de trabajadores por mil o 10 mil habitantes, incluyendo, generalmente, sólo tres categorías ocupacionales del conjunto de la fuerza de trabajo en salud (médicos, enfermeras y odontólogos). Sin embargo, esta proporción no refleja la real disponibilidad a nivel regional, urbano-rural, y por tipo de población, por lo que este indicador se considera inicialmente para efectos de contar con una referencia general sobre la disponibilidad de recursos humanos y hacer comparaciones globales entre los países de América Latina y el Caribe, y de otras latitudes.

Los datos indican que, a nivel mundial, hay 13 médicos por cada 10.000 habitantes, con grandes variaciones entre países y regiones. En la Región de África sólo hay 2 médicos por cada 10.000 habitantes, frente a 32 en la Región de Europa, para el Latino América 17.3 médicos, 13.9 enfermeras y 3.9 odontólogos por 10.000 habitantes y para el Istmo Centroamericano 11.8, 8.5 y 3.4 por 10,000 habitantes respectivamente.²³

En el cuadro 39, se puede ver que para Panamá, se registraron para el año 2011; 14.9 médicos por 10,000 habitantes, superior a los reportados en los años 2000 y 2005. Por otro lado las enfermeras registraron 12.7 por 10,000 habitantes, lo que se interpreta como superior al registrado para Centroamérica y solo 3.0 odontólogos por 10,000 habitantes, lo cual es un poco bajo para lo registrado en el Istmo Centroamérica.

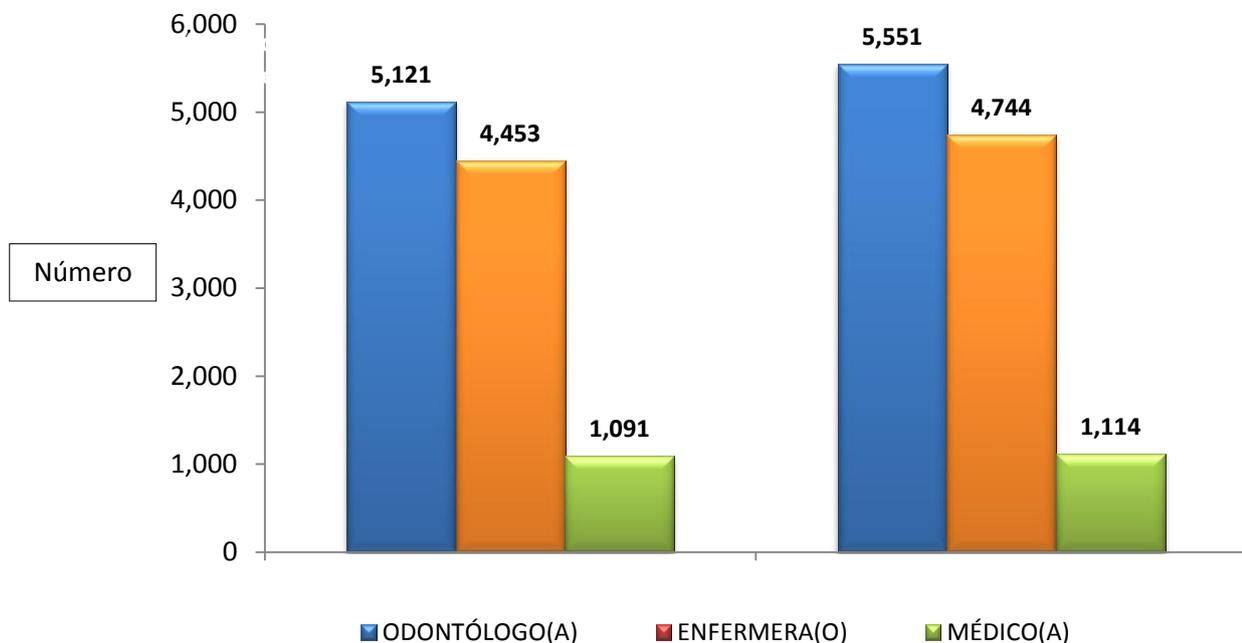
CUADRO 39: RECURSO HUMANO EN SALUD POR 10 MIL HABITANTES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS SELECCIONADOS: 1990, 2000 Y 2011

Recurso Humano por 10,000 hab.	1990	2000	2011
Médicos	12.0	13.0	14.9
Odontólogos	2.2	2.7	3.0
Enfermeras	10.2	11.2	12.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, de la Contraloría General de la República.

²³ Situación de salud en las Américas Indicadores Básicos 2012

GRÁFICO 30: NÚMERO DE PERSONAL DE SALUD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ EN TRES CATEGORÍAS (MÉDICOS, ENFERMERAS Y ODONTÓLOGOS), AÑOS 2010 Y 2011



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, de la Contraloría General de la República.

Del total de médicos(as), el 38.2 por ciento laboraban en el Ministerio de Salud, el 46.9 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 14.9 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones); con relación a las enfermeras, el 44.4 por ciento, ejercían en el Ministerio de Salud, el 44.8 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 10.9 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones); con respecto a los odontólogos, el 40.5 por ciento prestan servicio en el Ministerio de Salud, el 39.3 por ciento en la Caja de Seguro Social y el 20.2 por ciento, en Otras (instituciones o instalaciones).

La Organización Mundial de la Salud, ha propuesto la suma de dos indicadores: médicos y enfermeras cada 10,000 habitantes, considerando que “En general la escasez o el exceso de personal sanitario se define tomando en cuenta otros países de la región que se encuentran en similar grado de desarrollo, Baja densidad es cuando la oferta es menos de 25 trabajadores sanitarios cada 10,000 habitantes. Este es la densidad recomendada para la Región (OMS 2006). Densidad media es de 25 a 50 trabajadores sanitarios cada 10,000 habitantes. Alta densidad cuando el valor del indicador se ubica por encima de 50 trabajadores por diez mil habitantes.

Estudios globales muestran que por debajo de 25 profesionales por 10,000 habitantes, muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El cuadro 40 indica que la densidad de médicos y enfermeras en Panamá está en la clasificación recomendada para el año 2011, en consonancia con lo establecido por el **World Health Report** (2006), para asegurar un nivel mínimo de cobertura conforme los criterios anteriormente mencionados. Sin embargo, en las áreas indígenas, el personal de salud sigue siendo escaso en los últimos diez años, presentando una densidad de médicos y enfermeras para la comarca Ngäbe Buglé de 0,8, 1,8 y 2,6 para los años 2001, 2006 y 2011 respectivamente, para la comarca de Guna Yala de 10,9 del 2001 paso a 13,0 la densidad de médicos y enfermeras, y para la Región de Salud de Darién de 13,6 a 12,2 para los años 2001 y 2011 respectivamente, lo que representa una densidad muy baja con relación a lo recomendado por la OPS/OMS. Provincias como Los Santos Herrera, Chiriquí y Panamá la densidad de recurso humano supera los 25 profesionales por 10,000 habitantes.

CUADRO 40: DENSIDAD DE RECURSO HUMANO EN SALUD POR 10 MIL HABITANTES EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑOS SELECCIONADOS: 2001, 2006 Y 2011

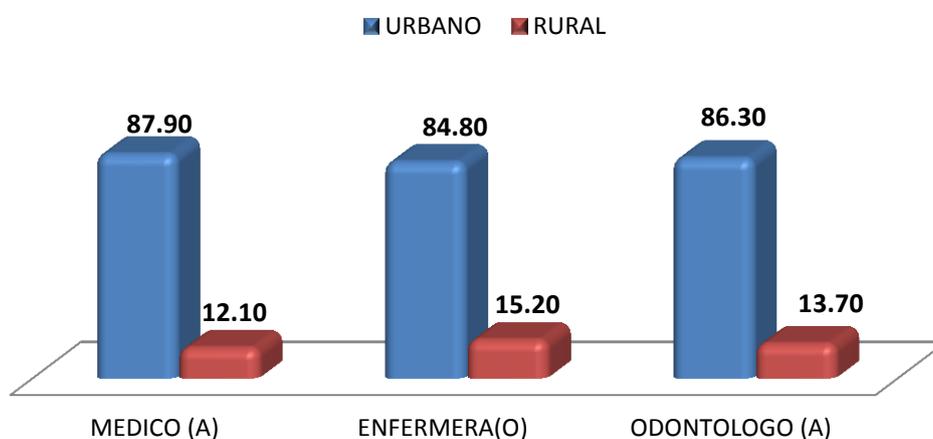
Densidad de RRHH por provincia	2001	2006	2011
Bocas del Toro	21,2	18,1	17,1
Coclé	12,7	16,6	21,0
Colon	17,0	16,4	16,1
Chiriquí	20,6	24,3	27,2
Darién	13,6	14,1	12,2
Herrera	27,7	32,5	37,8
Los Santos	22,4	29,7	38,3
Panamá	32,3	32,0	34,0
Veraguas	13,8	17,1	20,2
Comarca de Guna Yala	10,9	9,0	13,0
Ngäbe Bugle	0,8	1,8	2,6
País	24,3	25,6	27,6

*la suma de enfermeras y médicos, distribuidos por Unidad Geográfica por 10,000 hab.
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Planificación.

DISTRIBUCIÓN URBANO-RURAL

Al revisar la distribución urbano-rural del año 2011 de tres categorías ocupacionales se encontró una escasa presencia del personal de salud en áreas rurales. La menor presencia en las áreas rurales es de las médicas, con un 12.1%. Seguido por el personal de odontología, con un 13.7% y enfermería, con un 15.2% del total del personal de salud, ver gráfico 31.

GRÁFICO 31: DISTRIBUCIÓN URBANO-RURAL DEL PERSONAL DE SALUD EN TRES CATEGORIAS (MÉDICO, ENFERMERA Y ODONTOLOGO), EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: AÑO 2011 (En porcentaje)

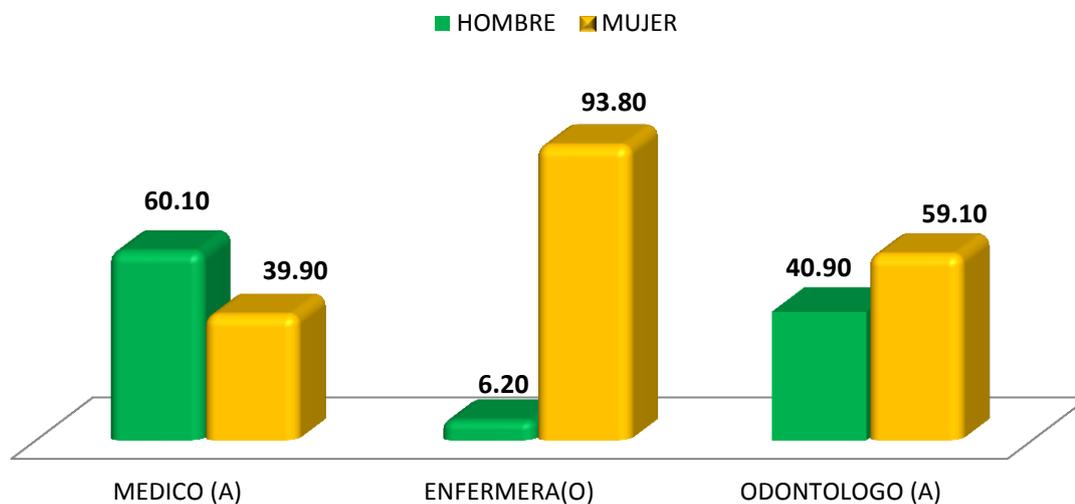


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, de la Contraloría General de la República.

Recurso humano en salud por sexo

En las categorías ocupacionales de médicos (as) los hombres presentan una proporción mayor de empleo que las mujeres. Las enfermeras presentan el porcentaje más alto de empleo, con relación a los enfermeros, que solo representan el 6,2%. Los odontólogos son quienes registraron el porcentaje más bajo de empleo con relación a las odontólogas, con 40.9% y 59.1% respectivamente, ver gráfico 32.

**GRÁFICO 32: RECURSO HUMANO EN SALUD POR SEXO EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2011
(En porcentaje)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, de la Contraloría General de la República.

33. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL

Ante el impacto de las epidemias, en términos de enfermos, muertes afectaciones en el comercio nacional e internacional, en la industria del turismo y otros sectores, se generó la necesidad de que los Estados americanos, como primera experiencia de cooperación internacional mundial en el área de salud pública, realizaran acciones conjuntas para afrontar de forma más integral estas amenazas, lo que generó, en 1924, la creación del primer Código Sanitario Panamericano cuyo objetivo era "Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos y estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.

No fue sino hasta 1951 que, con el ejemplo y experiencia de los países del continente americano y la voluntad de los Estados del mundo, que se creó el primer Reglamento Sanitario Internacional orientado a la vigilancia y control de las que se denominadas enfermedades cuarentenables, el cual fue modificado en 1969, medida que logró reducir el listado de estas enfermedades. Más adelante, frente a las nuevos cambios de la humanidad, tales como el crecimiento poblacional, el aumento del turismo receptor, la disminución de los tiempos de viajar de un país a otro, el aumento de intercambio comercial, las amenazas de bioterrorismo y la aparición de nuevas enfermedades, el mayor conocimiento de la epidemiología de estas enfermedades y los avances

tecnológicos, así como la aparición de otras amenazas de enfermedades no transmisibles, los países decidieron, con un espíritu humanitario y de cooperación internacional, hacer el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005), que fue adoptado por los Estados Miembros en la 58ª. Asamblea Mundial de la Salud y entró en vigencia en junio de 2007, con el propósito de enfrentar a los nuevos retos de salud pública para enfermedades, muertes y pérdidas económicas.

Debido a que el Reglamento Sanitario Internacional (2005) impone obligaciones y compromisos que deben ser cumplidos por una diversidad de instituciones estatales, es necesario el amparo legal que facilite su cumplimiento en todo el territorio nacional. Por todo lo antes expuesto, en el año 2010 el país *adopta el Reglamento Sanitario Internacional* (2005) y sus anexos como Ley de la República de Panamá

El RSI, también establece que los Estados Miembros deben presentar reportes anuales de sus avances hacia el logro de los requerimientos del RSI, la OMS diseñó una herramienta basada en indicadores, la cual ha aplicado en 2010 y en el 2011 (los países reportan directamente a la OMS).

En los informes de Panamá, del año 2011, 2012 y 2013 podemos observar un incremento en las capacidades básicas para aplicar el RSI. De 62,1 en el 2011 a 75,7 en el 2013. Esto está relacionado más que todo por la mejora en la capacidad del Recurso Humano, eventos químicos y emergencias de radiactividad, la cual paso de un logro de 16,7 a 85,7, de 7,1 a 56,3 y de 7,1 a 43,8 del 2011 al 2013 respectivamente, se exponen en el siguiente cuadro 41.

CUADRO 41: RESULTADO DEL AUTOMONITOREO DEL MONTAJE DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS REQUERIDAS POR EL RSI EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 2011, 2012(ABRIL) Y 2013(ENERO)

Nº	NOMBRE DE LAS SECCIONES DEL CUESTIONARIO	2011	2012	2013
		% LOGRO	% LOGRO	% LOGRO
1	LEGISLACIÓN NACIONAL, POLÍTICA Y FINANCIAMIENTO	100	100	100
2	COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LOS CNE	71,4	64,3	78,57
3	VIGILANCIA	69,6	87,0	82,61
4	RESPUESTA	77,3	81,8	88,00
5	PREPARACIÓN	53,3	53,3	52,94
6	COMUNICACIÓN DE RIESGO	77,8	66,7	44,44
7	CAPACIDAD DE RECURSOS HUMANOS	16,7	50,0	85,71
8	LABORATORIO	76,9	69,2	90,48
9	PUNTOS DE ENTRADA	81,8	81,8	73,33
10	EVENTOS DE ZOONOSIS	76,9	100,0	100,00
11	INOCUIDAD DE ALIMENTOS	72,2	77,8	85,71
12	EVENTOS QUÍMICOS	7,1	7,1	56,25
13	EMERGENCIAS DE RADIOACTIVIDAD	7,1	42,9	43,75
TOTAL		61,0	68,4	75,74

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

Los sistemas de información en salud en todos los países se encuentran en revisión para mejorar la vigilancia de la salud y precisar las estrategias que den sustento a las políticas y programas sanitarios. Los sistemas escasamente proporcionan información desagregada por sexo, edad, pertenencia étnica, nivel socioeconómico, trabajo y/o esquema de cobertura, lo que limita el análisis de desigualdades. La información existente en términos de producción, cobertura y calidad demuestra las limitaciones de los sistemas de salud. En el marco de los compromisos internacionales, es fundamental continuar realizando esfuerzos para mejorar los sistemas de información de salud nacionales. Se requiere aplicar estrategias para mejorar el registro de los datos de salud desglosados por sexo, origen étnico y otras variables, al igual que fortalecer el análisis de los mismos.

34. GESTIÓN DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

La gestión y negociación de la cooperación internacional, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y de la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. Sin embargo, cada ministerio posee oficinas de cooperación internacional, quienes se encargan de la coordinación interna, del asesoramiento en el diseño de proyectos y del seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos por ellos. Producto de la gestión de estas dependencias. Existen varios tipos de recursos externos en Panamá, los cuales se obtienen a través de distintas fuentes, las cuales a continuación detallamos

Como miembro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) Panamá participa en diferentes organismos de coordinación en materia de salud: Reunión del Sector Salud de Centro América y Republica Dominicana, Consejo de Ministros de Salud de Centro América, Consejo de Ministras de la Mujer de Centro América, Consejo Centro Americano de Instituciones de Seguridad Social, y Foro Centroamericano y Republica Dominicana de Agua Potable y Saneamiento. Con la estrategia de la OPS/OMS de cooperación técnica entre países, Panamá ha ejecutado proyectos conjuntos con las naciones de América Central y el Caribe sobre salud mental, rehabilitación, violencia urbana y temas relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional. Con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS de Cooperación Sur-Sur y Triangular (51), ejecutó 31 proyectos en el sector salud por un monto aproximado a los 12 millones de balboas. También trabaja en un proyecto de saneamiento de la Bahía de Panamá, que tiene un costo estimado en 321 millones de balboas. Además, lleva proyectos financiados por el BID el BIRF y fondos locales como lo son: El Programa de Protección Social- Apoyo a la Red de Oportunidades-Fase I, por un monto de 30.65 millones de balboas, para el periodo 2008-2013. El Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, financiado por el BIRF/fondos locales, por un monto de 58.73 millones de balboas, para el periodo 2009-2014. El Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de Los Servicios de Salud, financiados por el BID/Fondos locales, por un monto de 70 millones de balboas, para el periodo 2012-2017 y la Iniciativa Salud Mesoamericana 2015, financiados por el BID y Comités de Donantes, por un monto de 2.85 millones de balboas, para el periodo 2012-2014.

35. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO PANAMÁ (ODM)

La Cumbre del Milenio estableció 8 Objetivos de Desarrollo, mejor conocidos como ODM. En dichos objetivos se establecieron metas e indicadores con el fin de medir los avances de los Estados ante tal compromiso mundial. Los Estados se han comprometido a presentar informes periódicos de avances. En el caso de nuestro país, se ha establecido un abordaje interinstitucional, en el que participan técnicos del sector público, especialistas de la sociedad civil y el Sistema de Naciones Unidas. Tres Informes de Avances en los logros de los ODM ha presentado Panamá: 2003, 2005 y 2009.

Los ODM incluyen un total de 21 metas y 60 indicadores. Estos indicadores son la base fundamental para poder evaluar cuánto ha avanzado nuestro país en el cumplimiento de dichos objetivos. La actualización de tales indicadores es parte de un proceso interinstitucional, el cual ya se ha iniciado para la elaboración del IV Informe de Avances de Panamá en los ODM, y que proyecta ser presentado en 2013. Otro aspecto importante para la construcción de tales indicadores, se enmarca en la actualización oportuna de los datos estadísticos que son proporcionados por las instituciones públicas. Sin embargo, técnicamente es conocido que existe un rezago natural en la producción de dicha información estadística la que repercute en la comparación anual de los indicadores que miden el avance de los ODM.

Panamá es un país con grandes posibilidades de alcanzar algunas de las metas acordadas en los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), en los plazos establecidos (año 2015).

El análisis de los objetivos y metas de este documento priorizan aquellos que son responsabilidad de las autoridades sanitarias del país, de esta forma se resaltan los objetivos, metas y la respuesta gubernamental implementada para lograr las metas pactadas, que son competencia directa del Sistema de Salud.

Objetivo 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta: reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

De acuerdo con los estándares de la NCHS16, metodología utilizada para evaluar este indicador en los informes anteriores (2003 y 2005), el porcentaje de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (bajo peso para la edad) ha disminuido de 6.7% en el año 1997 a 5.8% en el año 2008. Al analizar los datos por área, se destaca una disminución de 4.1 puntos porcentuales en el área indígena (variación de 21.3% en 1997 a 17.2% en 2008) y se evidencia una mejoría en las áreas rurales de 7.0% (1997) a 4.3% (2008). Sin embargo, en el área urbana se registra un aumento, ya que en 1997 el porcentaje de

niños menores de 5 años con bajo peso para la edad era 2.8% y para el 2008 es 4.0%.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta: reducir en dos tercios entre 1990 y 2015 la mortalidad en niños menores de 5 años.

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

La tendencia de la mortalidad en el menor de 5 años refleja una disminución con relación a 1990, las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años ha disminuido de 24,3 en el año 1990 a 16.6 en el año 2011. No obstante el ritmo de reducción observado no permite asegurar el cumplimiento de esta meta para el 2015, la cual es de 8.02

Tasa de mortalidad infantil

La mortalidad infantil también muestra una tendencia descendente con relación a 1990. Las tasas de mortalidad en niños menores de 1 año han disminuido de 18.9 en el año 1990 a 13.2 en el año 2011. Sin embargo el ritmo de reducción observado no permite asegurar el cumplimiento de esta meta para el 2015, la cual es 6.3, especialmente en el área rural donde se prevé la mayor brecha en relación a la meta. De acuerdo a los análisis de país, el mayor porcentaje de mortalidad infantil ocurre en los menores de 28 días, es decir en la mortalidad neonatal.

Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

Los índices de cobertura de vacunación contra el sarampión mantienen porcentajes mayores del 95%. Los porcentajes del año 1990 fueron de 99.4 y para el año 2011 de 95.7%. De mantenerse esta tendencia, se podrá lograr la meta prevista sin dificultades.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Meta: reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Razón de mortalidad materna

La tendencia de la mortalidad materna muestra un aumento con relación a la tasa del año 1990. La razón de mortalidad materna paso de 53,4 en el año 1990 a 80.5 en el año 2011. Esto compromete el cumplimiento de esta meta para el país ya que la brecha estimada es amplia. La situación entre el área urbana y rural se ha ido estrechando en los últimos 5 años en donde este indicador ha mejorado y la brecha entre ambos ha mejorado, no así el pronóstico y la meta al 2015, la cual es de 13.4

Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado

Muestra una tendencia ascendente desde 1990. De 86.3% en el año 1990 a 93.5% en el año 2011. Sin embargo la mortalidad materna se ha incrementado. Esto es especialmente importante en el área rural, donde la proporción es más baja que en el área urbana y la brecha para alcanzar la meta es mucho mayor. En las áreas indígenas la cobertura es aún más baja.

Objetivo 6: combatir el vih / sida, el paludismo y otras enfermedades

Meta: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis

La incidencia de tuberculosis ha tenido un ligero incremento con respecto al año 1990, aunque se ha mantenido estable en los últimos años. La mortalidad por esta enfermedad también refleja una tendencia ligeramente ascendente. La tasa de morbilidad paso de 33.0 en el año 1990 a 43.2 en el año 2011.

La mortalidad por esta enfermedad refleja una tendencia descendente. De tasas de 5.3 en el año 1990 a 3.6 en el año 2011.

Incidencia y tasa de mortalidad de paludismo

La incidencia de esta enfermedad mostró una tendencia descendente con relación a 1990. De 381 casos en el año 1990 a 354 en el año 2011. La mortalidad se mantiene, pero con tendencia al descenso. De 0.17 en el año 1990 a 0.10 en el 2011.

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta: reducir a la mitad, para el 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y servicios básicos de saneamiento

Acceso sostenible a agua potable

La proporción de población **sin** acceso a agua potable ha decrecido notablemente desde el año 1990. Esto ha estado influido por el notable incremento del acceso al agua potable en el área rural indígena, que de continuar con ese ritmo permitiría cumplir, e incluso sobrepasar, la meta en los próximos diez años. El porcentaje de personas con acceso a servicios de agua potable pasó de 78.7 en el año 1990 a 93.5 en el año 2010, mejorando el pronóstico y la meta al 2015, el cual es de 89.4.

Acceso a servicios de saneamiento

El acceso a servicios básicos de saneamiento (con disposición sanitaria de excretas) ha mostrado un incremento desde 1990. El porcentaje de personas

con acceso a servicios de saneamiento pasó de 44.2 en el año 1990 a 94.5 en el año 2010, mejorando el pronóstico y la meta al 2015, el cual es de 72.1.

36. BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Boletín 14”, Panamá, Diciembre 2012.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Boletín 15”, Panamá, Febrero 2013.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Estadísticas Vitales/ Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales”, Panamá, Vol. II, año 2011.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Estadísticas Vitales/ Defunciones”, Panamá, Vol. Iii, año 2011.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Seguridad Social, año 2011.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Servicios de Salud, año 2011.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Educación, año 2010.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Seguridad Social, año 2011.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Estadísticas Ambientales, año 2006-2010.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República: “Panamá en Cifras 2007-2011”.

Contraloría General de la República de Panamá “Informe de la Contraloría General de la República, año 2012” marzo 2013.

Ministerio de Economía y Finanzas: “Informe Económico y Social Panamá, Noviembre 2012.

Ministerio de Economía y Finanzas: “Pobreza e indigencia, Panamá, Marzo 2012.

Ministerio de Economía y Finanzas - Dirección de Presupuesto de la Nación. Panamá, 2012.

Ministerio de economía y Finanzas - Dirección de Políticas Sociales: “El Gasto Público.

Ministerio de Economía y Finanzas: “Encuesta Nacional de Niveles de Vida”, Panamá, 2008.

Ministerio de Seguridad Pública “Informe de Criminalidad”, año 2010.

Ministerio de Salud. “Políticas y Estrategias de Salud 2010-2015”, año 2010.

Ministerio de Salud - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud: “Estadísticas de Salud”, Anuario 2012.

Ministerio de Salud - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud: “Registro Nacional del Cáncer”. Panamá, 2009.

Ministerio de Salud – Dirección de Provisión de Servicios, Departamento de Salud Nutricional: “Situación alimentaria y nutricional de la población panameña basada en la tercera encuesta de niveles de vida – 2008. Panamá 2012.

Ministerio de Salud – Dirección General de Salud, “Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo 2011-2015”.

Caja de Seguro Social - Comisión de medicamentos: “Lista Oficial de Medicamentos”, Panamá, 2012.

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud “Sistema de Información Geográfico de Medicamentos”, año 2007-2011.

Organización Panamericana de la Salud. “Perfil del Sistema de Salud de Panamá, año 2007.

Organización Panamericana de la Salud. “Salud en las Américas, Edición de 2012.

Organización Mundial de la Salud. “Gasto en Salud de Panamá”, año 2010.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: “**Informe sobre Desarrollo Humano** “, año 2013.

Institute for Health Metrics and Evaluation. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013.

Borrador de la Situación de Salud de Centro América y República Dominicana, elaborado por la COMISCA y que es puesto a consideración de los miembros de la Comisión Técnica de Vigilancia de la Salud y Sistemas de Información de Centro América y República Dominicana (COTEVISI-COMISCA).